

Kans of risico voor de zorg

Kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering



Orde van Medisch Specialisten

Kans of risico voor de zorg

Kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering

Drs. M.F. Wesseling
Mr. dr. J. Legemaate

KNMG Beleid en Advisering
Utrecht, juni 2005

Uitgevoerd door

knmg

in opdracht van de



Orde van Medisch Specialisten

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Kwaliteitsbevordering en -borging bij DBC-contractering	5
1.2	Onderzoeksvragen	5
1.3	Literatuuronderzoek en interviews	6
1.4	Opbouw van het rapport	6
2	Literatuurstudie	7
2.1	Wet- en regelgeving over kwaliteit van zorg en patiëntenrechten	7
2.2	Verantwoordelijkheidsverdeling inzake kwaliteit van zorg	7
2.2.1	<i>Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Big)</i>	7
2.2.2	<i>Kwaliteitswet zorginstellingen</i>	8
2.2.3	<i>Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)</i>	9
2.2.4	<i>Biogeneeskundeoverdrag van de Raad van Europa</i>	9
2.2.5	<i>Zorgverzekeringswet</i>	10
2.2.6	<i>Mededingingswet</i>	11
2.2.7	<i>Europese regelgeving</i>	11
2.2.8	<i>Overige regelgeving</i>	12
2.2.9	<i>Rechtspraak</i>	13
2.2.10	<i>Conclusies</i>	14
2.3	Inhoud van kwaliteitseisen	15
2.3.1	<i>Wet Big en de Kwaliteitswet</i>	15
2.3.2	<i>Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)</i>	15
2.3.3	<i>Bijzondere wetgeving inzake patiëntenrechten</i>	15
2.3.4	<i>Rechtspraak</i>	15
2.3.5	<i>Gedagsregels, standpunten, richtlijnen, standaarden, protocollen</i>	16
2.3.6	<i>Conclusies</i>	16
2.4	Overige literatuur over kwaliteitsafspraken bij zorgcontractering	17
2.4.1	<i>Gedagscode van de zorgverzekeraar (ZN)</i>	17
2.4.2	<i>Goed verzekeraarschap en toelatingsvoorwaarden zorgverzekeraars (CVZ)</i>	18
2.4.3	<i>Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk (IGZ)</i>	18
2.4.4	<i>Het DBC registratie- en declaratiemodel 2004</i>	19
2.4.5	<i>De rol van zorgverzekeraars bij kwaliteit van zorg (CTZ)</i>	19
2.4.6	<i>Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003 (IGZ)</i>	20
2.4.7	<i>DBC Inkoopgids (ZN)</i>	22
2.4.8	<i>Richtsnoer "Onderhandelen over de kwaliteit van zorg" (CVZ)</i>	23
3	Interviews	25
3.1	Inleiding	25
3.2	Differentiatie in prijs, aanbod en contractering	26
3.2.1	<i>Prijisdifferentiatie</i>	26

3.2.2	Differentiatie van zorgaanbod	26
3.2.3	Selectief contracteren	27
3.2.4	Contracteren vanuit patiëntenperspectief	29
3.2.5	Exclusiviteit van contracten	30
3.2.6	Samenvatting	30
3.3	Operationaliseren van kwaliteitsafspraken	31
3.3.1	<i>Operationaliseren van kwaliteit</i>	31
3.3.2	<i>Richtlijnen en best practices</i>	32
3.3.3	<i>Kwaliteitsbodem in DBC's</i>	33
3.3.4	<i>Toetsen en belonen van kwaliteit</i>	34
3.3.5	<i>Samenvatting</i>	35
3.4	Onderhandelingen	36
3.4.1	<i>Deelnemers aan onderhandelingen</i>	37
3.4.2	<i>Streven naar transparantie</i>	37
3.4.3	<i>Aanjagen i.p.v. aanklagen</i>	38
3.4.4	<i>Behoeftte aan "Gedragscode voor DBC-contractering"</i>	38
3.4.5	<i>Samenvatting</i>	39
4	Conclusies en aanbevelingen	41
4.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	41
4.1.1	<i>Kwaliteitsbodem bij DBC-contractering</i>	41
4.1.2	<i>Betekenis van richtlijnen</i>	42
4.1.3	<i>Aansprakelijkheid van medisch specialisten</i>	42
4.1.4	<i>Comfort versus medische noodzaak</i>	43
4.1.5	<i>Checklist voor kwaliteitsafspraken</i>	43
4.1.6	<i>Bodemafpraak over kwaliteit</i>	45
4.1.7	<i>Rol van medisch specialisten</i>	45
4.1.8	<i>Rolverdeling tussen partijen</i>	45
4.1.9	<i>Gedragscode</i>	45
4.2	Overige conclusies en aanbevelingen	46
4.2.1	<i>Zelf het initiatief nemen</i>	46
4.2.2	<i>Nationale prestatie-indicatoren en lokale prestatiecontracten</i>	46
4.2.3	<i>Visie op financiering van kwaliteitsactiviteiten</i>	47
4.2.4	<i>Koppeling van beloning aan prestatie-indicatoren</i>	47
4.2.5	<i>Vrije artskeuze en continuïteit van de behandelrelatie</i>	47
Bijlage 1:	Checklist voor kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering	48
Bijlage 2:	Literatuur wet- en regelgeving (§ 2.1 tot met § 2.3)	53
Bijlage 3:	Literatuur kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering (§ 2.4)	54
Bijlage 4:	Overzicht geïnterviewden hoofdstuk 3	55
Bijlage 5:	Voorbeeldvragenlijst interviews hoofdstuk 3	56

1 Inleiding

1.1 Kwaliteitsbevordering en -borging bij DBC-contractering

Naast afspraken over productie en prijzen zullen er bij DBC-contractering ook afspraken moeten worden gemaakt over de kwaliteit van de te leveren zorg. Hierdoor ontstaan nieuwe mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering en zorgvernieuwing, maar er kleven ook risico's aan. Net als in een winkel betekent een hogere kwaliteit vaak een hogere prijs en dat roept vragen op met betrekking tot de kwaliteit van medisch-specialistische zorg die minimaal gecontracteerd moet worden door de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Waar ligt bijvoorbeeld de grens tussen comfort en medische noodzaak van een duurdere behandeling? Een laparoscopische galblaasoperatie is duurder dan een laparotomische, maar geeft minder pijn, minder infectiegevaar en een snellere genezing. Is deze duurdere ingreep een luxe behandeling (de zorgverzekeraar hoeft dit niet te contracteren) of een medisch noodzakelijke behandeling (de zorgverzekeraar moet dit contracteren)?

1.2 Onderzoeksvragen

In januari 2004 heeft de Orde van Medisch Specialisten opdracht gegeven aan de afdeling Beleid & Advisering van de KNMG om een onderzoek uit te voeren en op basis daarvan een beleidsadvies uit te brengen over de kwaliteitsbevordering en -borging bij DBC-contractering. De vraagstelling van de Orde van Medisch Specialisten luidt als volgt:

- Welke mogelijkheden en problemen (kunnen) ontstaan voor medisch specialisten bij het contracteren van DBC's, waarbij het bevorderen en borgen van de kwaliteit van de medisch- specialistische zorg (en ziekenhuiszorg) de belangrijkste overweging is?
- Welke manieren zijn er om invulling te geven aan deze mogelijkheden en welke oplossingsrichtingen zijn er voor deze problemen?
- Wat zijn de voor- en nadelen van deze manieren en oplossingsrichtingen?

Bij de beantwoording van deze vragen dient aan de volgende punten aandacht te worden besteed:

- Wat staat er in bestaande wet- en regelgeving over de kwaliteit van de zorg dat relevant is voor de DBC-contractering? Legt dit een voldoende bodem onder de kwaliteit van de zorg bij de DBC-contractering?
- Wat is de (juridische) betekenis van door de professie opgestelde richtlijnen, richtlijnen uit het buitenland en door zorgverzekeraars verzamelde richtlijnen?
- Waarop kunnen medisch specialisten worden aangesproken door de Inspectie/rechter?
- Waar ligt de grens tussen comfort en medische noodzaak van een duurdere behandeling?
- Welke afspraken kunnen in een DBC-contract over de kwaliteit van de zorg worden opgenomen? Kan hierover een checklist voor medisch specialisten worden opgesteld?
- Welke afspraken over de kwaliteit van zorg adviseert de afdeling Beleid & Advisering minimaal in een DBC-contract op te nemen?
- Op welke wijze kan de centrale rol van medisch specialisten (in vrij beroep en in loondienst) bij de contractering van de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg worden vormgegeven?
- Wat is een gewenste rolverdeling tussen de (sub)partijen die zijn betrokken bij kwaliteitsafspraken in DBC-contracten? Geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf - zorgverzekeraar? Medische staf - ziekenhuisdirectie? Medische staf - maatschap? Maatschap - individuele medisch specialist?
- Wat zijn de mogelijke (juridische) vormen om de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg bij de contractering van DBC's te bevorderen en te borgen, zoals een gedragscode, modelovereenkomst of convenant? Wat zijn de voor- en nadelen van verschillende vormen?

1.3 Literatuuronderzoek en interviews

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is zowel gebruikgemaakt van literatuuronderzoek als van interviews met (ervarings)deskundigen. Het literatuuronderzoek viel uiteen in een onderzoek naar wet- en regelgeving en onderzoek naar niet-juridische publicaties. Van beide literatuuronderzoeken wordt afzonderlijk verslag gedaan in hoofdstuk 2 van dit rapport. In overleg met de Orde van Medisch Specialisten (Orde) zijn de te interviewen organisaties/personen vastgesteld. De Orde heeft ervoor gekozen deze interviewronde niet op de opvattingen in eigen kring (Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf, GMSB) te richten, maar op zorgverzekeraars en patiënten-/consumentenorganisaties. Een belangrijk voordeel hiervan is, dat veel nieuwe informatie is vergaard. Een mogelijk nadeel is dat zorgverzekeraars en patiënten-/consumentenorganisaties niet alle onderzoeksvragen konden beantwoorden. Van de interviews wordt verslag gedaan in hoofdstuk 3 van dit rapport. Ten slotte worden in hoofdstuk 4 van het rapport op basis van het literatuuronderzoek en de interviews, in de vorm van conclusies en aanbevelingen, de onderzoeksvragen beantwoord.

1.4 Opbouw van het rapport

De opbouw van het rapport is als volgt:

- Hoofdstuk 2: Literatuuronderzoek
 - Wet- en regelgeving over kwaliteit van zorg en patiëntenrechten
 - Overige literatuur over kwaliteitsafspraken bij zorgcontractering
- Hoofdstuk 3: Interviews
 - Werkwijze
 - Verslag
- Hoofdstuk 4: Conclusies en aanbevelingen
- Bijlagen:
 - Checklist voor kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering
 - Literatuur wet- en regelgeving (§ 2.1 tot en met § 2.3)
 - Literatuur kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering (§ 2.4)
 - Overzicht geïnterviewden (hoofdstuk 3)
 - Voorbeeldvragenlijst interviews (hoofdstuk 3)

2 Literatuurstudie

2.1 Wet- en regelgeving over kwaliteit van zorg en patiëntenrechten

Medisch specialisten zijn gebonden aan tal van regels. Deze vloeien onder meer voort uit wetgeving, gedragscodes, (toelatings- en arbeids)overeenkomsten en dergelijke. In de gezondheidszorg gaat het daarbij vooral om een breed scala van wettelijke regelingen. Dat omvat niet alleen algemene regelingen op het gebied van de kwaliteit van zorg en de patiëntenrechten, maar ook wetgeving die betrekking heeft op heel specifieke situaties (zoals de wetgeving inzake euthanasie, abortus, infectieziekten, dwangtoepassing in de psychiatrie e.d.). Hieronder worden een overzicht en een analyse gegeven van de wet- en regelgeving die algemene bepalingen bevat met betrekking tot de kwaliteit van de door medisch specialisten verleende zorg. Wettelijke regelingen die specifieke situaties betreffen, en die veelal terzake uitvoerige en gedetailleerde regelingen bevatten, blijven buiten beschouwing.

Wet- en regelgeving is om twee redenen van belang. In de eerste plaats kan deze regelgeving duidelijk maken hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is tussen de verschillende partijen in de gezondheidszorg zoals patiënt, medisch specialist, ziekenhuis, zorgverzekeraar, overheid: wie is waarvoor verantwoordelijk? Toegespit op het onderwerp van deze studie gaat het daarbij om de vraag wie verantwoordelijk is voor het bepalen van de inhoud en het vereiste kwaliteitsniveau van de aan een patiënt te bieden en geboden zorg (zie § 2.2). In de tweede plaats kan de regelgeving inzicht geven in de verschillende aspecten van het begrip kwaliteit: welke inhoudelijke normen en regels behoort een medisch specialist in acht te nemen? (zie § 2.3). Langs deze twee lijnen (verantwoordelijkheidsverdeling en inhoud) wordt de in aanmerking komende wet- en regelgeving hieronder bezien. Aansluitend wordt in § 2.4 de overige literatuur met betrekking tot kwaliteitscontractering beschouwd.

2.2 Verantwoordelijkheidsverdeling inzake kwaliteit van zorg

7

2.2.1 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Big)

De Wet Big is een kaderwet waarmee beoogd wordt de positie te regelen van een groot aantal beroepen in de gezondheidszorg. Met betrekking tot deze beroepen geldt een aantal identieke regels. De Wet Big kent een tweetal wetgevingsregimes, één voor de beroepen genoemd in art. 3 van de wet (waaronder de medisch specialist) en één voor de beroepen die zijn geregeld op basis van art. 34 Big (kort gezegd de paramedische beroepen). Relevant in dat kader zijn de bepalingen die betrekking hebben op de zogenaamde art. 3-beroepen.

Met betrekking tot deze beroepen regelt de Wet Big:

- a. de opleidingseisen;
- b. het deskundigheidsgebied;
- c. de wettelijke bescherming van de bij het beroep behorende titel, gekoppeld aan de inschrijving in het landelijke Big-register;
- d. de mogelijkheid van de opleiding tot specialist, en de wettelijke bescherming van de daarbij behorende specialistentitel;
- e. het tuchtrecht;
- f. de kwaliteitsbewaking gedurende de beroepsuitoefening.

De laatste, onder f. bedoelde bepaling van de Wet Big bevat een in dit kader relevante norm. Deze houdt in dat een arts zijn beroepsuitoefening zodanig organiseert en zich zodanig voorziet van materieel, “dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot ‘verantwoorde zorg’” (art. 40 lid 1 Big). Dit omvat mede “de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg” (art. 40 lid 2 Big). Komt de arts deze wettelijke bepalingen niet na, dan kan de Inspectie maatregelen treffen (art. 86-87a Big).

Art. 40 van de Wet Big is niet van toepassing op artsen/medisch specialisten die in een instelling werken. In dat geval zijn namelijk de bepalingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing, en niet art. 40 Big. De Kwaliteitswet bevat evenwel vergelijkbare bepalingen. In de volgende paragraaf wordt daarop nader ingegaan, en ook op de inhoud van het begrip ‘verantwoorde zorg’.

2.2.2 Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwaliteitswet zorginstellingen richt zich op instellingen. Het begrip ‘instelling’ heeft in deze wet een ruime betekenis. Onder de definitie vallen niet alleen ziekenhuizen, privé-klinieken, verpleeghuizen, RIAGG’s e.d., maar ook organisatorische verbanden waarin twee of meer beroepsbeoefenaren op basis van nevenschikking samenwerken, denk aan maatschappen en vakgroepen. Beroepsbeoefenaren die, al dan niet in dienstverband, werkzaam zijn in een instelling vallen, zoals al gesteld, niet onder art. 40 Big, maar hebben te maken met de bepalingen van de Kwaliteitswet.

De bepalingen van de Kwaliteitswet richten zich in eerste instantie tot de verantwoordelijken voor de instelling (zoals de Raad van Bestuur / Directie van een ziekenhuis) maar kunnen uiteraard worden ‘doorvertaald’ naar de binnen de instelling werkzame beroepsbeoefenaren. De kernbepaling van de Kwaliteitswet is art. 2, dat als volgt luidt:

“De zorgaanbieder biedt ‘verantwoorde zorg’ aan. Onder ‘verantwoorde zorg’ wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.”

Daarnaast bevat de Kwaliteitswet bepalingen over de organisatie van de zorgverlening en de toedeling van mensen en middelen (art. 3), de systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit (art. 4), het openbare jaarlijkse verslag van de activiteiten op het gebied van de kwaliteit van zorg (art. 5) en de handhaving en het toezicht door de overheid (art. 7 en 8).

8

Een kernbegrip in zowel de Wet Big als de Kwaliteitswet is ‘verantwoorde zorg’. Hoewel dat begrip in art. 2 Kwaliteitswet dus kort wordt omschreven, is het van belang over de inhoud en achtergrond van het begrip ‘verantwoorde zorg’ meer duidelijkheid te krijgen. Wie mag dat begrip definiëren en nader invullen en op basis van welke kenbronnen? In de Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp Kwaliteitswet merkte de regering daarover het volgende op (TK 1993/1994, 23633, nr. 3, p. 9-10):

“Er zijn verschillende kenbronnen rond het begrip ‘verantwoorde zorg’. In de eerste plaats zijn de algemeen geldende zorgvuldigheidsnormen en hetgeen in de hulpverlening gebruikelijk is, belangrijke kenbronnen voor de concretisering van het begrip ‘verantwoorde zorg’. Hiernaast zijn er wettelijke normen (...). Vervolgens zijn er de afspraken die de koepels van instellingen en organisaties van zorgverzekeraars en patiënten/consumenten - al dan niet in samenspraak - hebben vastgelegd. Ten slotte bieden ook de adviezen van de Gezondheidsraad, de (model)overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de wetenschappelijke rapporten, de consensusrichtlijnen, die opgesteld zijn met ondersteuning van het CBO, en de protocollen en standaarden, die door de beroepsgroepen ontwikkeld zijn, op een zeker abstractieniveau voor de zorgaanbieder aanknopingspunten voor de invulling van het begrip ‘verantwoorde zorg’ in de concrete situatie.”

Hier noemt de regering een breed scala van uiteenlopende kenbronnen, bij de opstelling waarvan verschillende partijen betrokken kunnen zijn (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties). Bij de kenbronnen die in het laatste deel van het citaat genoemd worden, ligt het accent meer op de opvattingen zoals die binnen de beroepsgroep worden ontwikkeld, in richtlijnen, protocollen of standaarden.

Dit wordt onderstreept door de opvatting van de regering “dat de norm ‘verantwoorde zorg’ aansluit bij een vergelijkbare norm als goed hulpverlenerschap, alsmede bij de in de Wet Big in globale termen geformuleerde normen voor de beroepsuitoefening” (id., p. 9) en door opmerkingen die verderop in de Memorie van Toelichting worden gemaakt over de primaire verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders (id., p. 10-11). Het komt er kort gezegd op neer dat de verantwoordelijkheid om te bepalen wat ‘verantwoorde zorg’ is in overheersende mate bij de zorgaanbieder ligt. Voor instellingen betekent dit dat zij de wettelijke taak hebben in actie te komen wanneer de vereiste kwaliteit van zorg niet gehaald wordt, maar niet dat zij zelf met betrekking tot de medische zorg kwaliteitsrichtlijnen opstellen. Dat laatste is de verantwoordelijkheid van de medische professie.

2.2.3 *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)*

De Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, een onderdeel van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (BW), bevat een regeling van de algemene rechten van de patiënt. Een zelfstandig werkzame medisch specialist, al dan niet gevestigd in een ziekenhuis, sluit rechtstreeks met de patiënt een behandelingsovereenkomst. In het geval van een medisch specialist die in dienstverband werkzaam is, komt een behandelingsovereenkomst tussen de patiënt en de instelling tot stand. In dat geval voert de specialist namens de instelling de behandelingsovereenkomst uit.

Een aantal patiëntenrechten wordt in de Wgbo met name genoemd en geregeld. Daarnaast bevat de Wgbo een algemene op hulpverleners gerichte norm, die als volgt luidt:

“De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (art. 7:453 BW).”

Dit houdt in dat de hulpverlener de zorg moet betrachten die een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben betracht. Art. 7:453 BW bevat de algemene maatstaf van vereiste zorg. Die maatstaf moet door jurisprudentie en literatuur afhankelijk van de omstandigheden worden geconcretiseerd (Sluijters en Biesart, 1995). In de toelichting bij deze wetsbepaling merkte de regering op dat de rechter bij toetsing van art. 7:453 BW “regels en normen die op het gebied van de hulpverlening in de gezondheidszorg gelden, gebruikt als bouwstenen voor zijn oordeel. Zo zullen ter zake van het handelen van een individuele beroepsbeoefenaar gedragsregels, die worden gehanteerd door de desbetreffende beroepsorganisatie, van belang kunnen zijn” (TK 1990/1991, 21561, nr. 3, p. 33-34). Meer nog dan het begrip ‘verantwoorde zorg’ uit de Wet Big en de Kwaliteitswet verwijzen de Wgbo-begrippen ‘zorg van een goed hulpverlener’ en ‘professionele standaard’ naar normen, eisen en ervaringen uit de kring van de beroepsbeoefenaren.

2.2.4 *Biogeneeskundeoverdrag van de Raad van Europa*

Op deze plaats moet voorts worden gewezen op het Biogeneeskundeoverdrag van de Raad van Europa. Dit verdrag, dat overigens nog niet door Nederland is geratificeerd, kwam tot stand in 1997. Het verdrag regelt een aantal zaken betreffende de rechten van de patiënt en de kwaliteit van het professioneel handelen in de gezondheidszorg. Art. 4 van het Verdrag zegt:

“Elke handeling op het gebied van de gezondheidszorg, met inbegrip van onderzoek, dient te worden verricht overeenkomstig de desbetreffende professionele plichten en standaarden.”

Ook deze formulering legt de verantwoordelijkheid voor het bepalen van het vereiste niveau van zorg bij de beroepsbeoefenaar.

2.2.5 Zorgverzekeringswet

In 2004 is bij de Tweede Kamer een voorstel voor een nieuwe Zorgverzekeringswet ingediend (wetsvoorstel 29763). Deze wet, die de Ziekenfondswet en de daarop gebaseerde regelgeving zal vervangen, treedt als alles goed gaat op 1 januari 2006 in werking.

Relevant in dit kader is art. 14 van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Daarin is het volgende bepaald: “De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.” In de Memorie van Toelichting wordt de betekenis van art. 14 als volgt toegelicht (TK 2003/2004, 29763, nr. 3, p. 111):

“Bij de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een andere tot het verzekerde pakket behorende dienst zullen veelal medisch-inhoudelijke criteria bepalend zijn. De wet hanteert echter het bredere begrip ‘zorginhoudelijke criteria’ om te bewerkstelligen dat waar nodig ook andere zorggebonden criteria een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld het oordeel van een verpleegkundige over de thuissituatie indien een beslissing moet worden genomen over de vraag of een patiënt naar huis kan of eerst in een revalidatie-instelling moet worden opgenomen (...). Overigens vloeit het slechts in aanmerking nemen van zorginhoudelijke criteria ook reeds voort uit de professionele verantwoordelijkheid van artsen.”

In de Nota naar aanleiding van het verslag voegt de regering daar nog aan toe: “De zorginhoudelijke criteria worden dan ook door de diverse zorgaanbieders, bijvoorbeeld in de vorm van professionele standaarden, vastgesteld (TK 2003/2004, 29673, nr. 7, p. 100).” Deze formulering sluit aan bij de inhoud van de wetgeving die eerder in dit hoofdstuk is behandeld (i.h.b. § 2.2.2 en § 2.2.3). In de literatuur is wel betoogd dat het systeem van de Zorgverzekeringswet, en in het bijzonder het daarin uitgewerkte concept van de functiegerichte aanspraken, risico’s inhoudt voor de kwaliteit van de zorg (De Groot, 2003). Een betere verankering van de medisch-professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialist in de Zorgverzekeringswet zou daarom geboden zijn. Hoe het ook zij, vooropgesteld moet worden dat de Zorgverzekeringswet niet beoogt afbreuk te doen aan de verantwoordelijkheid van de medisch specialist voor de kwaliteit van zorg. Het is bijvoorbeeld niet zo dat een zorgverzekeraar met een beroep op deze wet het medisch-inhoudelijk oordeel van een medisch specialist terzijde kan schuiven. Dat is de strekking van art. 14, en van de overige wetgeving (met name de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Kwaliteitswet zorginstellingen).

10

In de algemene maatregel van bestuur op basis van de Zorgverzekeringswet, het zogenaamde Besluit zorgverzekering, is de hiervoor genoemde lijn uitgewerkt. De concept-versie van dit Besluit uit maart 2005 bevat een art. 2.1 lid 2. Deze bepaling regelt dat de inhoud en de vorm van de zorgvormen waarin de wet voorziet mede worden bepaald door “de stand van de wetenschap en praktijk, en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten”. Deze formulering sluit aan bij het zogenaamde ‘gebruikelijkheids criterium’, zoals dat onder de Ziekenfondswet met betrekking tot medisch-specialistische en huisartsenzorg werd gehanteerd. Het gebruikelijkheids criterium kan op één lijn worden gesteld met de professionele standaard uit art. 7:453 BW (zie § 2.2.3). Volgens de toelichting op het Besluit zorgverzekering behoort op grond van art. 2.1 lid 2 die zorg tot het verzekerde pakket:

“welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Daarbij is zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk een belangrijke graadmeter. In dit opzicht heeft het (gebruikelijkheids)criterium veel gemeen met de rechtspraak welke het gebruikelijk zijn afmeet aan de houding in de kringen van de medische wetenschap en praktijkvoering. Het woord houding maakt duidelijk dat niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.”

2.2.6 Mededingingswet

De Mededingingswet is gericht op versterking van de concurrentie. De wet verbiedt mededinging beperkende afspraken en misbruik van machtspositie. Voor het gebied van de gezondheidszorg is de wet van belang met betrekking tot bijvoorbeeld exclusiviteitsafspraken, tariefafspraken, marktverdelingsafspraken (waaronder vestigingsbeleid) en gezamenlijke inkoop.

Met betrekking tot die zaken geldt op grond van de wet een kartelverbod, behoudens de in de Mededingingswet opgenomen vrijstellingen en ontheffingen. Voor het beleid inzake de kwaliteit van zorg heeft de Mededingingswet in beginsel geen gevolgen.

In de zogenaamde LHV-zaak heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit duidelijk gemaakt dat collectief overleg over kwaliteitsbevordering niet beschouwd wordt als mededingingsbeperking. Afspraken met betrekking tot kwaliteit, neergelegd in standaarden, protocollen, farmacotherapeutisch overleg, objectieve (minimum)kwaliteitseisen en dergelijke vallen dan ook buiten de Mededingingswet. Het gaat daarbij immers niet om beperking van mededinging, maar om objectieve en transparante criteria die de verantwoordelijkheden en bekwaamheden van (onder meer) medisch specialist en regelen teneinde het algemene kwaliteitsniveau te bevorderen (Hamilton, 2003).

Hierbij sluiten aan de opmerkingen die de regering maakt in de Nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet (TK 2003/2004, 29673, nr. 7, p. 94):

“De wijze waarop de Mededingingswet wordt toegepast in de zorg is neergelegd in de Richtsnoeren voor de zorgsector, die onder meer via het internet zijn te raadplegen. Die richtsnoeren geven meer ruimte voor samenwerking en afspraken dan vaak wordt gedacht, al zijn er beperkingen. Afspraken over de verbetering van de kwaliteit van de zorg zijn in het algemeen toegestaan wanneer de afspraken enkel ten doel hebben via objectieve en transparante criteria de verantwoordelijkheden en bekwaamheden van de zorgaanbieders te regelen. Indien de afspraken verder gaan dan puur de bevordering van de kwaliteit of de kwaliteitsafspraken gepaard gaan met andere afspraken, die bijvoorbeeld nieuwe toetreders zouden kunnen belemmeren, dan moeten deze verdergaande afspraken worden getoetst aan de Mededingingswet. Al met al is er geen reden om te vrezen dat de pijler van zelfregulering, waarop ons kwaliteitsstelsel rust, met het nieuwe zorgstelsel onderuit wordt gehaald.”

2.2.7 Europese regelgeving

Op Europees niveau is er geen regelgeving die zich uitlaat over de verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg. In specifieke richtlijnen van de Europese Unie, onder andere over geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, komen wel plichten en verantwoordelijkheden van medisch specialisten aan de orde, maar deze betreffen niet de algemene vraag naar de algemene verantwoordelijkheidsverdeling betreffende de kwaliteit van zorg. Dat is een onderwerp waarmee de Europese Unie geen bemoeienis heeft en dat derhalve wordt overgelaten aan het beleid van de afzonderlijke lidstaten.

2.2.7.1 Rechtspraak Europese Hof van Justitie

Een aspect van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg komt wel aan de orde in de uitspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen uit juli 2001 in de zaak Smits/Peerbooms. Dit Hof oordeelt over geschillen betreffende de toepassing en interpretatie van de wet- en regelgeving van de Europese Unie. In de zaak Smits/Peerbooms oordeelt het Hof over de voorwaarden die de Nederlandse wetgever stelt aan de vergoeding door het ziekenfonds van behandelingen die een ziekenfondsverzekerde in het buitenland ondergaat. In elk geval met betrekking tot buitenlandse intramurale (ziekenhuis)behandelingen billijkt het Hof de Nederlandse wettelijke regel dat voorafgaande toestemming van het ziekenfonds is vereist. Wel plaatst het Hof enkele kanttekeningen bij de in dat kader geldende

voorwaarde van 'gebruikelijkheid' van de beoogde buitenlandse behandeling. Die voorwaarde is volgens het Hof alleen aanvaardbaar als bij de interpretatie van hetgeen 'gebruikelijk' is, wordt uitgegaan van wat door de "internationale medische wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk is bevonden" (Hof van Justitie 12 juli 2001, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2001, p. 402-414, rechtsoverweging 94). Dit kan een probleem opleveren bij discrepanties tussen de in Nederland door artsen aangehangen maatstaven en de internationale opvattingen. Het is echter de vraag of dit een groot probleem is. De 'evidence' die ten grondslag ligt aan de Nederlandse richtlijnen en standaarden zal immers vaak het resultaat zijn van medisch-wetenschappelijk onderzoek op internationaal niveau, of op zijn minst mede zijn gebaseerd op publicaties en onderzoeksresultaten uit de internationale literatuur.

2.2.8 Overige regelgeving

De verantwoordelijkheidsverdeling op het terrein van de kwaliteit van zorg komt ook aan de orde in de regelgeving betreffende de relatie tussen het ziekenhuis enerzijds en de daarin werkzame specialisten anderzijds. Daarbij gaat het om:

- de Modeltoelatingsovereenkomst 2001;
- het Professioneel statuut voor medisch specialisten in dienstverband;
- het Document Medische Staf (DMS).

Uit de **Model Toelatingsovereenkomst (MTO)**, die de relatie regelt tussen het ziekenhuis en de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaren, zijn in het bijzonder van belang de artikelen 2.4 en 2.6. Art. 2.4 bevat een enigszins toegespitste herhaling van de algemene norm uit de Wgbo (art. 453 over de zorg van een goed hulpverlener en de professionele standaard; zie § 2.2.3). Art. 2.4 noemt specifiek de "voor medisch specialisten van zijn specialisme geldende medisch-professionele standaard als bedoeld in de Wgbo". Art. 2.6 voegt daaraan toe dat de medisch specialist zich bij zijn werkzaamheden mede zal laten leiden door de uit hoofde van de Kwaliteitswet op de instelling rustende verplichting tot aanbidding van 'verantwoorde zorg'.

12

Vervolgens zegt art. 2.6:

"De medisch specialist zal zijn medewerking verlenen aan de organisatie van de zorg, waaronder mede wordt verstaan dat zorg wordt verleend conform de professionele standaard van de medisch specialist met inachtneming van de criteria uit de Kwaliteitswet, te weten van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt."

Deze beide bepalingen uit de MTO verbinden de Wgbo en de Kwaliteitswet met elkaar. Gehandhaafd blijft, uiteraard, de primaire maatstaf van de medisch specialist: de voor zijn specialisme geldende (medisch-)professionele standaard.

In het **Professioneel Statuut** komen vergelijkbare bepalingen voor. Art. 3 lid 2 van dat statuut herhaalt, evenals art. 2.4 van de MTO, de algemene Wgbo-bepaling inzake het goed hulpverlenerschap en de professionele standaard. Daar worden nog de volgende bepalingen aan toegevoegd:

- "De medisch specialist behandelt de patiënt op een zodanige wijze dat deze naar de stand van de wetenschap in redelijkheid als adequaat kan worden beschouwd" (art. 3 lid 3);
- "Bij het vormgeven van het individuele behandelbeleid zal de medisch specialist de relevante wettelijke kaders in acht nemen en zich rekenschap geven van de vigerende professionele standaard en protocollen, alsmede van de afspraken die zijn gemaakt in het kader van het Document Medische Staf" (art. 3 lid 4).

Het **Document Medische Staf (DMS)**, dat relevant is voor zowel specialisten in het vrij beroep als specialisten in dienstverband, is een model voor de regeling van de verhouding tussen het ziekenhuis en de medische staf (d.w.z. het geheel van de in het ziekenhuis werkzame specialisten). Het DMS bevat geen bepalingen die direct de verantwoordelijkheidsverdeling op het gebied van de kwaliteit van zorg betreffen.

Wel opent art. 5.5 onder a van het DMS de mogelijkheid dat de Raad van Bestuur van het ziekenhuis en de medische staf nadere regelingen overeenkomen betreffende (onder meer) het “kwalitatief verantwoord verlenen van de medisch-specialistische zorg”. Art. 5.3 onder c impliceert dat een dergelijke regeling prevaleert boven dienovereenkomstige bepalingen van de toelatingsovereenkomst. Naar mag worden aangenomen heeft dat echter geen relevantie voor de hiervoor genoemde bepalingen uit het MTO en het Professioneel statuut, nu deze bepalingen geen zelfstandige inhoud hebben, maar moeten worden gezien als herhalingen van geldende wettelijke regels.

2.2.9 Rechtspraak

Ook in de rechtspraak komt het vraagstuk van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg regelmatig aan de orde, niet alleen op het niveau van de individuele zaken die aan de rechter worden voorgelegd, maar ook waar het gaat om de criteria die de rechter hanteert. In het bijzonder zijn van belang de tuchtrechtspraak en de jurisprudentie van de civiele rechter.

2.2.9.1 De tuchtrechtspraak

De criteria waaraan de tuchtrechter het handelen van medisch specialisten toetst, zijn af te leiden uit art. 47 Big. De medisch specialist behoort zich te onthouden van:

- a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van de patiënt of diens naaste betrekkingen;
- b. enig ander dan onder a. bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

De tuchtrechtspraak laat zien dat de tuchtrechter zich bij het interpreteren en operationaliseren van deze normen in zeer sterke mate laat leiden door de professionele standaard van de beroepsbeoefenaar: de kennis, ervaringen en gebruiken binnen zijn gebied, geldende richtlijnen en gedragsregels e.d. Bij onduidelijkheden over de in acht te nemen normen gaat de tuchtrechter er vaak toe over een deskundige uit hetzelfde vakgebied als de aangeklaagde medisch specialist te benoemen. Deze deskundige krijgt dan de vraag voorgelegd welke opvattingen en kennis ten tijde van het gewraakte handelen binnen de beroepsgroep bestonden. Een andere indicatie voor het grote belang dat de tuchtrechter hecht aan de professionele uitspraken, is diens opstelling in zaken waarin een medisch specialist zich ter rechtvaardiging beroept op beleidsbeslissingen van het management van de instelling waarin hij werkt. In de visie van de tuchtrechter vormen dergelijke beleidsbeslissingen voor de medisch specialist geen rechtvaardiging voor de niet-naleving van de op hem rustende beroepsplichten en -verantwoordelijkheden. Anders gezegd: deze plichten en verantwoordelijkheden prevaleren boven beleidsbeslissingen (organisatorisch of anderszins) van partijen als zorginstellingen, zorgverzekeraars en dergelijke of, zoals het Regionale Tuchtcollege Den Haag het in 1998 formuleerde: “Een medisch specialist behoort niet akkoord te gaan met maatregelen van de zijde van het ziekenhuis, die tot gevolg hebben dat hij zijn beroep niet behoorlijk kan uitoefenen.” Deze opstelling van de tuchtrechter kan medisch specialisten in de praktijk overigens in een moeilijke positie brengen, omdat een individuele medisch specialist het niet altijd in zijn/haar macht heeft om de beleidsbeslissing ongedaan te maken of te negeren. Maar dat doet aan het belang van de opstelling van de tuchtrechter niet af.

2.2.9.2 De civiele rechter

In situaties waarin de civiele rechter oordeelt over de mogelijke aansprakelijkheid van een medisch specialist, wordt sinds jaar en dag het criterium van de ‘redelijk handelend en redelijk bekwame vakgenoot in vergelijkbare omstandigheden’ gehanteerd. In beginsel verwacht de civiele rechter van de medisch specialist dat de medisch specialist voldoet aan het gemiddelde, gebruikelijke niveau van zorg. Evenals de tuchtrechter oriënteert de civiele rechter zich daarbij op de professionele standaard van de medisch specialist. Dat verklaart ook waarom de wetgever in het kader van de parlementaire voorbereiding van de Wgbo de in het civiele recht geldende norm en art. 7:453 BW (zorg van een goed hulpverlener in relatie tot de professionele standaard, zie § 2.2.3) voortdurend op één lijn stelt.

2.2.10 Conclusies

In § 2.2 zijn de in aanmerking komende wetgeving en rechtspraak geanalyseerd aan de hand van de vraag wie verantwoordelijk is voor het bepalen van de inhoud en het kwaliteitsniveau van de aan een patiënt te verlenen zorg. Het antwoord op die vraag kon zonder al te veel omwegen luiden: de behandelend medisch specialist.

Dit vloeit voort uit een aantal kernelementen van de wetgeving:

- de betekenis en bedoeling van het begrip 'verantwoorde zorg' zoals dat wordt gebruikt in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Big;
- de betekenis en bedoeling van de bepaling in de Wgbo aangaande 'de zorg van een goed hulpverlener, in relatie tot de professionele standaard';
- de expliciete verwijzing in het Biogeneeskundeoverdrag naar de 'professionele plichten en standaarden' van de hulpverlener.

Dit houdt in dat de medisch specialist bepaalt welke behandeling in welke situatie geëigend is. Het uitgangspunt is daarbij dat deze behandeling door het ziekenfonds of de particuliere ziektekostenverzekering dient te worden vergoed. Dit laatste is slechts anders in één van de volgende twee situaties:

1. de betreffende behandeling (of een herhaalde toepassing daarvan) is bij wet uitgesloten van vergoeding. Van belang is overigens de discrepantie tussen geïndiceerde behandeling en vergoeding zo klein mogelijk te houden (Bosch e.a., 2005);
2. voor de betreffende behandeling bestaat een goedkoper alternatief, dat qua werking en (neven-)effecten gelijk is aan het duurdere middel.

Ad 1

Hierbij gaat het om wettelijke beperking van de aanspraken van verzekerden. Dit is uiteindelijk een politieke discussie: welke behandelingen vallen er onder het verzekerde pakket en in welke mate?

14

Ad 2

Deze uitzondering betreft de algemene verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders om doelmatig te handelen. In dat kader mag van medisch specialisten worden verwacht dat zij geen onnodig dure behandelingen voorschrijven.

Twee specifieke situaties verdienen extra aandacht. De eerste is de discrepantie tussen opvattingen die de medische beroepsgroep in Nederland hanteert en opvattingen uit de 'internationale medische wetenschap'. Hiervoor (§ 2.2.7.1) is al opgemerkt dat de kans op een dergelijke discrepantie niet zo groot is, omdat veel van de in Nederland toegepaste opvattingen mede zijn gebaseerd op internationaal onderzoek. Uitgesloten is een dergelijke discrepantie echter niet. De in § 2.2.7.1 genoemde uitspraak van het Europese Hof van Justitie laat zien dat in de context van grensoverschrijdende zorg opvattingen uit de internationale medische wetenschap prevaleren. Maar geldt dat ook bij een 'nationaal' dispuut, waarbij het niet gaat om grensoverschrijdende zorg? Anders gezegd: mag een zorgverzekeraar vergoeding weigeren van een door een in Nederland praktiserende specialist voorgeschreven of uitgevoerde behandeling op grond van een discrepantie als hiervoor bedoeld?

De tweede specifieke situatie betreft de verhouding medisch specialist - ziekenhuis. In § 2.2.9.1 is gewezen op het tuchtrechtelijke risico dat wordt gelopen door een medisch specialist die instemt met beleidsbeslissingen van een instelling die leiden tot een aantasting van zijn professionele verantwoordelijkheid. In een tijd waarin het steeds vaker voorkomt dat instellingen beslissingen nemen met inhoudelijke consequenties, al dan niet om redenen van kostenbeheersing, is dit voor medisch specialisten een reëel risico. Dit onderstreept het belang van medisch specialisten om 'aan tafel te zitten' op momenten dat de instelling waarin zij werken dergelijke beslissingen overweegt.

2.3 Inhoud van kwaliteitseisen

2.3.1 *Wet Big en de Kwaliteitswet*

Zowel in de Wet Big als in de Kwaliteitswet wordt bepaald dat beroepsbeoefenaren respectievelijk instellingen gehouden zijn ‘verantwoorde zorg’ te leveren. Zoals eerder aan de orde kwam (§ 2.2.1 en § 2.2.2) wordt dit begrip in beide wetten niet nader uitgewerkt. Verwezen wordt naar een veelheid van kenbronnen, waaronder wetgeving, rechtspraak, gedragsregels, richtlijnen en andere vormen van zelf-regulering. Beide wetten gaan dan ook niet verder in op de inhoud van de geldende kwaliteitseisen.

2.3.2 *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)*

De Wgbo bevat, in aanvulling op de in § 2.2.3 genoemde algemene bepaling, wel nadere inhoudelijke regels. Deze regels betreffen niet de inhoud van de te verlenen zorg, maar zijn gericht op de relatie tussen arts en patiënt. De Wgbo bepaalt nader welke rechten en plichten arts en patiënt jegens elkaar in acht hebben te nemen. Het accent ligt op de rechten van de patiënt en op de plichten van de medisch specialist, maar de wet bevat ook elementen van wederkerigheid. Te denken valt aan de inlichtingen- en medewerkingsplicht van de patiënt (art. 7:452 BW) en aan de geclausuleerde mogelijkheid van eenzijdige beëindiging van de behandelingsovereenkomst door de hulpverlener (art. 7:460 BW).

2.3.3 *Bijzondere wetgeving inzake patiëntenrechten*

De Wgbo geeft een regeling van de algemene rechten van de patiënt. Daarnaast zijn er tal van wettelijke regelingen die nadere bepalingen bevatten met betrekking tot specifieke situaties. Voorbeelden zijn de:

- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz);
- Wet op de orgaandonatie;
- Wet medische keuringen;
- Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen;
- Wet op het bevolkingsonderzoek;
- Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Deze wetten bevatten niet alleen tal van procedurele voorschriften, maar stellen ook inhoudelijke grenzen aan het professioneel handelen van medisch specialisten (door criteria te noemen voor dwangbehandeling in de psychiatrie, door te bepalen wanneer organen wel en niet mogen worden uitgenomen, door in bepaalde situaties medische keuringen uit te sluiten of te reglementeren, door voorwaarden te stellen aan medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, door eisen te stellen aan bevolkingsonderzoek etc.). Het bieden van ‘verantwoorde zorg’ houdt onder meer in het respecteren van deze door de wetgever vastgestelde grenzen.

2.3.4 *Rechtspraak*

Wettelijke bepalingen zijn doorgaans globaal geformuleerd. In de praktijk moeten zij worden geïmplementeerd en geïnterpreteerd. Dan pas wordt duidelijk wat deze bepalingen in concrete situaties betekenen. Er bestaat een zeer omvangrijke hoeveelheid rechtspraak van verschillende rechters (tuchtrechter, civiele rechter, strafrechter, bestuursrechter). Het kenmerk van rechtspraak is dat het oordeel van de rechter betrekking heeft op en bindend is in de aan de orde zijnde zaak. Dat oordeel bevat echter vaak overwegingen waarvan men mag aannemen dat de rechter deze in vergelijkbare zaken ook zal hanteren. Langs deze weg bevatten rechterlijke uitspraken aanwijzingen die begrippen als ‘verantwoorde zorg’ en ‘goed hulpverlenerschap’ nader invullen en is het de moeite waard om rechtspraak te bestuderen en daaruit rode draden te halen. Een goed voorbeeld van zo’n project zijn de uitgaven op het terrein van de tuchtrechtspraak van prof. mr J.H. Hubben en zijn medewerkers.

In deze reeks verschijnen, per medisch specialisme, overzichten van tuchtrechtspraak (bijvoorbeeld: Heineman en Hubben, 1996). Deze overzichten zijn thematisch opgezet en maken duidelijk welke normen de tuchtrechter met betrekking tot elk van deze thema's heeft ontwikkeld. In de tucht-rechtspraak gaat het daarbij niet alleen om 'randvoorwaardelijke' aspecten als patiëntenrechten, bejegening en organisatorische voorschriften, maar juist ook om de medisch-technische handelwijze van de aangeklaagde medisch specialist: was de juiste diagnose gesteld, de juiste behandeling voorgeschreven, de voorgeschreven techniek juist toegepast etc.? Ook in uitspraken van andere rechters dan de tuchtrechter zijn relevante overwegingen en uitspraken op dat terrein te vinden. Doorgaans ligt daaraan het oordeel van een door de rechter geraadpleegde onafhankelijke medisch deskundige ten grondslag.

2.3.5 Gedragsregels, standpunten, richtlijnen, standaarden, protocollen

Binnen de medische professie zijn veel gedragsnormen, ethische opvattingen, handelingsvoorschriften, handelingsuggesties en dergelijke ontwikkeld. Deze normen zijn gebaseerd op ethische inzichten, praktijkervaring en/of wetenschappelijk onderzoek en zijn te vinden in een veelheid van bronnen: gedragsregels van de KNMG, standpunten van de KNMG of van federatiepartners, richtlijnen, standaarden of protocollen van een wetenschappelijke vereniging enzovoort. Deze teksten zijn door de betreffende organisatie of vereniging opgesteld om de kwaliteit van de zorg te bevorderen en hebben geen kracht van wet. De formele status ervan kan beter worden getypeerd als: (al dan niet zwaarwegende) adviezen aan de leden van de organisatie of vereniging. Veel van deze teksten laten ruimte over voor afwijking in individuele gevallen, maar stellen doorgaans wel de eis dat deze afwijking moet/kan worden beargumenteerd. Dat de hier bedoelde richtlijnen (vanzelfsprekend) geen kracht van wet hebben, wil niet zeggen dat zij zonder juridische betekenis zijn.

Richtlijnen die aan bepaalde algemene voorwaarden voldoen (zorgvuldige wijze van totstandkoming, evidence, draagvlak) worden door de rechter gebruikt om algemene wettelijke begrippen als 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap' te operationaliseren. Op die wijze kan een bestaande richtlijn voor de rechter een belangrijk hulpmiddel zijn om in een concrete situatie tot een juiste beslissing te komen.

16

In de overwegingen en motivatie van de rechter wordt dan vaak naar de richtlijn (of naar vakliteratuur, KNMG-gedragsregels e.d.) verwezen. Richtlijnen hebben samengevat geen juridische kracht, maar wel juridische gevolgen. Dat laatste heeft geleid tot de vrees binnen de medische beroepsgroep dat de richtlijnen door rechters en andere juristen 'misbruikt' kunnen worden en zullen worden aangewend om medisch specialisten in juridische procedures klem te zetten. Vanwege die vrees wordt er wel voor gepleit terughoudender om te gaan met de richtlijnontwikkeling. Voor die vrees bestaat echter geen grond. De rechtspraak leert dat de rechter gepast omgaat met richtlijnen uit de medische professie en deze richtlijnen niet strikter toepast dan zij bedoeld zijn. Wel gaat de rechter er in de praktijk vanuit dat als een richtlijn bestaat deze, behoudens de beargumenteerde noodzaak van afwijking, ook wordt nagevolgd. Dat is echter een logische conclusie, die reeds voortvloeit uit het doel dat de opstellers met de richtlijn beogen (namelijk kwaliteitsbevordering).

Ten aanzien van richtlijnen die voldoen aan de volgende basale vereisten:

- doel: kwaliteitsbevordering,
- zorgvuldige procedure van ontwikkeling en accordering,
- argumentatie en wetenschappelijke onderbouwing (consensus, evidence),
- breed draagvlak,
- evaluatie en zo nodig update, behoeft voor ongewenste juridische gevolgen niet te worden gevreesd.

2.3.6 Conclusies

Met betrekking tot het bepalen van de inhoud van kwaliteit van zorg speelt de wetgeving een relatief geringe rol. De relevante wettelijke regelingen houden zich vooral bezig met de algemene kaders, de

randvoorwaarden en de verantwoordelijkheidsverdeling (zie § 2.2) en in veel mindere mate met de formulering van inhoudelijke eisen. Dat is in lijn met het belang dat de wetgeving hecht aan de professionele standaard van de medisch specialist.

Die standaard behoort in overwegende mate te worden bepaald en ingevuld door de medische beroepsgroep zelf. Zo is het ook. De in § 2.3.5 genoemde variëteit aan gedragsnormen en richtlijnen vormt de belangrijkste inhoud van de professionele standaard. Dat zijn gedragsnormen en richtlijnen van de beroepsgroep zelf.

2.4 Overige literatuur over kwaliteitsafspraken bij zorgcontractering

Naast wet- en regelgeving zijn er diverse rapporten en adviezen verschenen, waarvan de inhoud relevant is voor een studie naar kwaliteitsafspraken in het kader van DBC-contractering. Dit hoofdstuk bevat een beknopte samenvatting van deze rapporten en adviezen, voor zover de inhoud relevant is in het kader van deze studie. Op basis van deze samenvattingen worden enkele conclusies getrokken. De bespreking vindt plaats op volgorde van publicatiedatum, zodat een chronologisch overzicht wordt verkregen.

2.4.1 Gedragscode van de zorgverzekeraar (ZN)

Samenvatting

De gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bestrijkt het gebied tussen wet en polis. De code geldt allereerst voor de leden van ZN die geacht worden zich er aan te binden. Tevens wil de code aan verzekerden, zorgaanbieders en overheidsinstanties een beeld geven van wat zij aan kwaliteit en inzet mogen verwachten van de kant van zorgverzekeraars.

De gedragscode zegt over het contracteren op 'kwaliteit' het volgende:

- De zorgverzekeraar die de zorg in natura ter beschikking stelt, sluit contracten af met zorgaanbieders. De zorgverzekeraar neemt bij het kiezen en contracteren van zorgaanbieders de belangen van de verzekerde als uitgangspunt. De zorgaanbieder zelf behoudt de eerste verantwoordelijkheid voor het daadwerkelijk leveren van kwaliteit aan de verzekerde.
- De zorgverzekeraar die financiële compensatie biedt voor gemaakte kosten van zorg (restitutie), sluit in het algemeen zelf geen contracten met zorgaanbieders af. Hij laat binnen de polisvoorwaarden aan de verzekerde de keuze, en daarmee tevens de eerste verantwoordelijkheid, een zorgaanbieder met een bepaalde kwaliteit te kiezen.
- De zorgverzekeraar wil bevorderen dat de zorg van voldoende kwaliteit is en voldoende toegankelijk.
- De zorgverzekeraar rekent het tot zijn taak bij te dragen aan het beheersen van de kosten van de zorg. Hij bevordert een doelmatig gebruik van gezondheidszorg.
- De zorgverzekeraar maakt inzichtelijk, in een publicatie of anderszins, op welke wijze hij de kwaliteit van het zorgaanbod bevordert.
- Bij de keuze van zorgaanbieders hanteert de zorgverzekeraar openbare, objectieve criteria.
- De zorgverzekeraar maakt wijzigingen in zijn contracteerbeleid tijdig bekend aan de betrokken zorgaanbieders.

Conclusies

Verzekerden, zorgaanbieders en de overheid kunnen ZN en haar leden (zorgverzekeraars én particuliere ziektekostenverzekeraars) op de naleving van deze gedragscode aanspreken. De gedragscode stelt dat de zorgverzekeraar, in een publicatie of anderszins, zichtbaar maakt op welke wijze hij de kwaliteit van het zorgaanbod bevordert.

De gedragscode geeft hiermee aan dat deze informatie openbaar is. De gedragscode legt, evenals de wet- en regelgeving, de eerste verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders en verzekerden. Zorgverzekeraars rekenen het tot hun taak de kwaliteit van zorg te bevorderen.

2.4.2 Goed verzekeraarschap en toelatingsvoorwaarden zorgverzekeraars (CVZ)

Samenvatting

Een zorgverzekeraar die de Ziekenfondswet wil uitvoeren moet als ziekenfonds zijn toegelaten. Deze toelating is opgedragen aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ). In de Ziekenfondswet staan diverse toelatingsvoorwaarden waaraan het CVZ, bij een verzoek om toelating, moet toetsen. De Minister van VWS heeft aan het CVZ gevraagd, om in het licht van veranderende maatschappelijke omstandigheden en de veranderende rol van zorgverzekeraars, te adviseren over een herziening van de voor ziekenfondsen geldende toelatingsvoorwaarden en aanverwante normen in de Ziekenfondswet.

Dit advies van het CVZ gaat in op de onderwerpen:

- goed verzekeraarschap;
- maatschappelijk ondernemerschap;
- good governance.

Het advies besteedt geen aandacht aan de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor de kwaliteit van te contracteren zorg, maar wijst wel op het belang van de "Gedragscode van de zorgverzekeraar" (ZN, 1997, 2e druk 2002). In deze gedragscode van ZN wordt de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor de kwaliteit van de zorg wel besproken.

Conclusies

Dit advies van het CVZ besteedt geen aandacht aan de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor de kwaliteit van te contracteren zorg.

2.4.3 Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk (IGZ)

Samenvatting

In dit rapport concludeert de Inspectie dat de kwaliteitsborging van de zorg en de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen nog steeds onvoldoende zijn. Slechts een fractie van de instellingen beschikt anno 2002 over een integraal kwaliteitssysteem als borg voor 'verantwoorde zorg'. Dit in weerwil van het feit dat zij daartoe verplicht zijn krachtens de Kwaliteitswet, die in 1996 is ingevoerd. De eveneens bij wet verplichte kwaliteitsjaarverslagen, hebben als manco dat ze geen inzicht geven in het effect van de kwaliteitsinspanningen op de kwaliteit van de verleende zorg.

In de afgelopen jaren heeft de Inspectie de ontwikkeling van kwaliteitssystemen meer gestimuleerd dan gecorrigeerd. Het geduld van de Inspectie is op. De Inspectie zal de handhaving inzake de Kwaliteitswet herzien. In dat kader zal de Inspectie duidelijk maken op welke wijze zij invulling zal gaan geven aan het toezicht op de aanwezigheid van integrale kwaliteitssystemen als borg voor het leveren van 'verantwoorde zorg'. De Inspectie zal ook duidelijk maken wanneer en welke sancties zullen volgen als instellingen duurzaam in gebreke blijven bij het realiseren van een integraal kwaliteitssysteem.

Conclusies

De Inspectie kiest voor een meer eisend en systematisch (minder incidentgestuurd) toezicht op de kwaliteitsborging van de zorg dan voorheen. Belangrijk is dat de Inspectie het zwaartepunt van haar toezicht legt bij een systeembenadering. De Inspectie kiest ervoor om streng te gaan controleren op de aanwezigheid van een integraal kwaliteitssysteem in zorginstellingen, in plaats van het opvoeren van het aantal Inspectiebezoeken aan zorginstellingen. De Inspectie legt de eerste verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsborging en -bevordering van de zorg hiermee bij het management en de zorgverleners en borgt hun inspanningen op kwaliteitsgebied in de eerste plaats via kwaliteitssystemen in de zorginstellingen en niet via (het intensiveren van) inspectiebezoeken aan de zorginstellingen.

2.4.4 Het DBC registratie- en declaratiemodel 2004

Samenvatting

Als belangrijke uitgangspunten voor de DBC-registratie worden genoemd:

- Nagenoeg alle benodigde gegevens worden gestandaardiseerd en elektronisch vastgelegd.
- Er wordt gebruikgemaakt van de Europese standaard voor de documentatie van de "Continuity of Care". In de toekomst zal deze standaard de basis vormen om de kosten voor curatieve zorg tussen landen van de Europese Unie te vergelijken (benchmarking).
- De registratie volgt het zorgproces. Het registratiemodel vormt de kern voor een gefaseerde ontwikkeling van een EPD (Elektronisch Patiënten Dossier).

Conclusies

De DBC-registratie creëert voor zorgverzekeraars veel nieuwe mogelijkheden voor haalbare en betaalbare (inter)nationale benchmarking en daarmee voor selectieve contractering van medisch- specialistische zorg en het aanbieden van prestatiecontracten aan medisch specialisten.

2.4.5 De rol van zorgverzekeraars bij kwaliteit van zorg (CTZ)

Samenvatting

Het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) heeft een onderzoek laten uitvoeren naar de rol van zorgverzekeraars bij de kwaliteit van zorg. Dit om aanbevelingen voor verbeteringen te kunnen formuleren. Gebleken was dat zorgverzekeraars deze taak nog nauwelijks structureel invulden en de overheid drong erop aan dat dit op korte termijn wel zou gebeuren. Het onderzoek is uitgevoerd in 2002 en vond plaats in 8 regio's, waarbij de activiteiten van 10 zorgverzekeraars zijn onderzocht. Naast zorgverzekeraars zijn ook Districts Huisartsen Verenigingen, de Geneeskundige Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Regionale Patiënten Consumenten Platforms en ziekenhuisdirecties bij het onderzoek betrokken.

Een uitkomst van het onderzoek die tot nadenken stemt, is, dat zorgverzekeraars zelf andere wegen meer geschikt achten om verzekerden aan zich te binden, dan actief beleid inzake de kwaliteit van zorg. Echter, op basis van wensen van de overheid met betrekking tot een actievere bemoeienis van zorgverzekeraars met de kwaliteit van zorg en op basis van de uitkomsten van het onderzoek concludeert het CTZ, dat zorgverzekeraars minimaal de volgende verbeteringen moeten doorvoeren:

- hun kwaliteitsbeleid strategisch positioneren;
- een actieve zorginhoudelijke aanpak ontwikkelen (in de relatie met zorgaanbieders acht het CTZ een rol als schadeverzekeraar niet effectief);
- investeren in expertise voor:
 - het maken van kwaliteitsafspraken bij de zorginkoop;
 - de controle op het nakomen van kwaliteitsafspraken;
 - het ontwikkelen van eigen beoordelingsmethoden.
- de ontwikkeling van beoordelingscriteria van kwaliteit;
- actief relatiebeheer op regionaal niveau. Dit betekent niet alleen investeren in de relatie met de aanbieders, maar ook de mogelijkheden benutten van de patiënten- en consumentenorganisaties;
- het eigen kwaliteitsbeleid transparant maken.

Een actief inhoudelijk kwaliteitsbeleid (sturend en toetsend) van zorgverzekeraars wordt nog niet algemeen door zorgaanbieders geaccepteerd en verdient volgens het CTZ daarom aandacht. Daarnaast concludeert het CTZ dat partijen in de zorg, in aanvulling op en ter ondersteuning van de activiteiten van zorgverzekeraars, meer instrumenten voor inzicht in de kwaliteit van zorg moeten ontwikkelen.

De hierboven opgesomde verbeteringen zijn voor zorgverzekeraars niet vrijblijvend. Voor 1 november 2003 moesten zorgverzekeraars **een plan van aanpak bij het CTZ inleveren**, waarin zij aangeven hoe zij kwaliteitsafspraken in overeenkomsten met aanbieders (gaan) vastleggen en controle op de naleving (gaan) uitvoeren.

Uit telefonisch overleg in april 2004 met het CTZ is gebleken, dat de zorgverzekeraars deze plannen inderdaad bij het CTZ hebben ingediend. Via het uitvoeringsverslag en andere informatiebronnen volgt het CTZ de uitvoering van de plannen van aanpak door de zorgverzekeraars. Aan onvoldoende inspanningen van zorgverzekeraars op het gebied van kwaliteit van zorg verbindt het CTZ op termijn toezichtsmaatregelen.

Ten slotte beveelt het CTZ structureel overleg tussen zorgverzekeraars (individueel en collectief) en de Inspectie aan met het oog op efficiënte informatievergaring.

Conclusies

Uit de interviews (zie hoofdstuk 3) blijkt dat zorgverzekeraars momenteel een groot aantal activiteiten op het gebied van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg vertonen. De hierboven beschreven activiteiten van het CTZ doen de vraag rijzen in hoeverre dit actieve kwaliteitsbeleid van zorgverzekeraars intrinsiek (t.b.v. het binden van verzekerden of schadelast-beheersing) dan wel extrinsiek (eis van het CTZ) gemotiveerd is.

Ook rijst de vraag hoe de zelfstandige rol die het CTZ aan zorgverzekeraars toekent met betrekking tot

- het ontwikkelen van eigen beoordelingsmethoden voor de kwaliteit van zorg,
- de ontwikkeling van beoordelingscriteria van kwaliteit, en
- de aanbeveling van het CTZ aan zorgverzekeraars 'over informatievergaring t.b.v. kwaliteitstoetsing' met de Inspectie te overleggen, zich verhoudt tot de primaire verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de kwaliteit van de zorg, zoals vastgelegd in wet- en regelgeving en in de "Gedragscode van de zorgverzekeraar" (ZN, 1997, 2e druk 2002).

Opvallend is dat het CTZ kiest voor een meer directe benadering dan de Inspectie op het gebied van borging en bevordering van de kwaliteit van zorg. De Inspectie legt de eerste verantwoordelijkheid voor de kwaliteitsborging en -bevordering van de zorg bij het management en de zorgverleners en borgt hun inspanningen op kwaliteitsgebied in de eerste plaats via kwaliteitssystemen in de zorginstellingen. Het CTZ pleit voor een sturende en toetsende rol van zorgverzekeraars, waarbij zorgverzekeraars zelf beoordelingsmethoden en beoordelingscriteria moeten ontwikkelen.

Het CTZ verwacht van zorgverzekeraars dat zij hun kwaliteitsbeleid transparant maken. Deze transparantie is belangrijk voor de ziekenhuizen en medisch specialisten waarmee zorgverzekeraars kwaliteitsafspraken willen maken in het kader van de DBC-contractering. De zorgverzekeraars beschrijven hun kwaliteitsbeleid in de plannen van aanpak die zij eind 2003 of begin 2004 bij het CTZ hebben ingediend. Wellicht is het mogelijk dat ziekenhuizen en medisch specialisten van het CTZ en/of van de afzonderlijke zorgverzekeraars inzage krijgen in deze plannen van aanpak. Ziekenhuizen en medisch specialisten kunnen zich hierbij beroepen op de "Gedragscode voor de zorgverzekeraar (ZN, 1997, 2^e druk 2002)" die stelt dat "de zorgverzekeraar inzichtelijk maakt, in een publicatie of anderszins, op welke wijze hij de kwaliteit van het zorgaanbod bevordert".

2.4.6 Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003 (IGZ)

Samenvatting

De Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen is tot stand gekomen door samenwerking tussen de Inspectie, NVZ, Orde van Medisch Specialisten en NFU (voorheen VAZ). De basisset is opgebouwd uit twee delen. Deel I bevat indicatoren op het gebied van patiëntveiligheid en effectiviteit. De Inspectie gebruikt deze indicatoren ten behoeve van haar gelaagde toezicht. Deel II bevat parameters die de NVZ, Orde van Medisch Specialisten en/of NFU van belang achten voor verantwoording, sturing en benchmarking van ziekenhuizen.

Uitgangspunten:

- Een prestatie-indicator geeft een signaal op grond waarvan de Inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten.

- Ziekenhuizen maken zelf resultaten openbaar en geven hierop een toelichting. Zonder toelichting van het ziekenhuis geven de prestatie-indicatoren geen goed beeld van de prestaties van het ziekenhuis, omdat de patiëntenpopulaties per ziekenhuis verschillen.
- Naast externe verantwoording is ook het stimuleren van interne kwaliteitsverbetering een doel.
- Bij de vaststelling van de basisset is rekening gehouden met het gegeven dat indicatoren in de ziekenhuizen al om andere redenen worden geregistreerd. Hierdoor wordt de registratielast beperkt.
- Er is nog een uitgebreid ontwikkelingsproces nodig om tot een volledige set van prestatie-indicatoren te komen. Nadere uitwerking is bijvoorbeeld gewenst op de gebieden 'patiëntenperspectief' en 'specifieke indicatoren per specialisme of ziektebeeld'.

Deel I van de basisset is onderverdeeld in drie niveaus, die op hun beurt zijn onderverdeeld in aandachtsgebieden:

1) Ziekenhuisbreed:

- decubitus;
- bloedtransfusie;
- medicatie veiligheid;
- zorg ICT;
- wondinfecties;
- complicatieregistratie;
- risico inventarisatie.

2) OK, IC, Chirurgie algemeen niveau:

- pijn na operatie;
- volume van risicovolle interventies;
- laparoscopie
- afgezegde operaties;
- ongeplande heroperaties;
- IC.

3) Aandoening/interventie specifiek niveau:

- zwangerschap;
- diabetes;
- hartfalen;
- CVA;
- heupfractuur;
- totale heupvervangning;
- mammatumor;
- cataract chirurgie;
- refractie chirurgie.

Per aandachtsgebied wordt gevraagd om een registratie en/of worden een of meer indicatoren beschreven.

Conclusies

De basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen heeft twee doelstellingen:

- externe verantwoording (toezicht door de Inspectie);
- interne kwaliteitsverbetering.

De basisset heeft een verplichtend karakter voor de ziekenhuizen.

Uit overwegingen van:

- kwaliteit (de basisset wordt ontwikkeld en onderhouden door zorginhoudelijk deskundigen),
- effectiviteit (de Inspectie verplicht ziekenhuizen deze gegevens te verzamelen en houdt hierop toezicht), en

- efficiency (de indicatoren worden in ziekenhuizen al om andere redenen geregistreerd. Als ziekenhuizen met zorgverzekeraars andere kwaliteitsindicatoren afspreken, komen die naast de prestatie-indicatoren van de basisset, maar niet in de plaats daarvan), lijkt het de voorkeur te verdienen, dat zorgverzekeraars niet zelf beoordelingsmethoden en beoordelingscriteria ontwikkelen, zoals het CTZ¹ van hen verwacht, maar nauw aansluiten bij de prestatie-indicatoren uit deze basisset van de Inspectie, NVZ, Orde van Medisch Specialisten en NFU.

2.4.7 DBC Inkoopgids (ZN)

Samenvatting

De doelstelling van het Kenniscentrum DBC is een actuele beschrijving te geven van de gewenste inhoud en kwaliteit van zorg voor de onderhandelbare DBC's met daaraan gekoppeld de kosten van de bouwstenen waarover bij de inkoop onderhandeld kan worden.

Er zijn minimale kwaliteitseisen waaraan een ziekenhuis of ZBC moet voldoen:

- De geleverde hulp wordt gegeven door bevoegde en bekwame Big-geregistreerde professionals. Waar taakherschikking gebruikelijk is, worden taken gedelegeerd en verantwoordelijkheden duidelijk geregeld.
- De afdeling en de medisch specialist die de hulp leveren, worden, ook wanneer het een niet opleidingskliniek of ZBC betreft, regelmatig gevisiteerd door de betreffende beroepsvereniging.

Aan zorginkopers wordt geadviseerd de volgende algemene kwaliteitseisen aan de orde te stellen bij ieder DBC-inkoopgesprek:

- Er dienen afspraken te zijn over maximale preklinische en klinische wachttijden zoals vermeld in de Treeknormen.
- De geleverde zorg wordt verleend volgens (inter)nationale normen zoals die in de beroepsgroep gelden. Indien hiervan op essentiële punten wordt afgeweken, dient de zorgverzekeraar hiervan tijdig op de hoogte te worden gesteld.
- De zorgaanbieder zorgt conform de Wgbo voor tijdige en voldoende mondelinge en schriftelijke voorlichting over de behandeling, inclusief alternatieven en mogelijke complicaties.
- In 2005 gaat er gewerkt worden conform de klachtenrichtlijn gezondheidszorg (CBO-publicatie, 2004).
- De zorgaanbieder heeft een functionerend kwaliteitssysteem. Dit systeem levert ook inzicht in het effect van verbeteracties.
- Elke patiënt heeft de mogelijkheid gebruik te maken van pastorale zorg, passend bij zijn/haar levensovertuiging.
- De instelling heeft voorbeelden van goede patiëntenzorg (zgn. 'best practices') geïmplementeerd. Voorbeelden zijn een mammapolikliniek, een stroke-unit, een 'cataractstraat' en groepsrevalidatie bij heup- en knieprothesen.
- Bij aandoeningen waarvoor dat van belang is, bestaan er transmurale afspraken omtrent diagnostiek en verwijzing, zoals de geprotocolleerde verwijzing bij rugklachten.
- Voor elke operatieve ingreep, waarbij algehele anesthesie nodig is, is ASA-classificatie en preoperatieve screening op risicofactoren noodzakelijk. De screening en voorlichting kunnen deels worden gedelegeerd aan deskundig personeel.
- Alle oncologische patiënten worden behandeld conform de eigen IKC-richtlijnen (Integrale Kanker Centra) of bij afwezigheid daarvan conform de landelijke richtlijnen.
- Transfusiereacties worden gemeld aan TRIP (Transfusiereacties patiënten is een landelijk bureau dat zich ten doel stelt de veiligheid van de toediening van bloedproducten te verhogen.).
- De instelling faciliteert het registreren van operatiecomplicaties en draagt tevens zorg voor het meedoen van maatschappen aan de landelijke systematische complicatieregistraties van hun beroepsgroep.
- De zorginstelling werkt volgens instellingsbreed functionerende protocollen betreffende decubitusprofylaxe, tromboseprofylaxe, pijnbestrijding en infectiepreventie.

1) CTZ. Cornelissen AMH en Lieverdink H. De rol van ziekenfondsen bij kwaliteit van zorg. Publicatienummer 16. CTZ. Diemen, juli 2003.

Het Kenniscentrum DBC heeft in een deel van de gevallen geconstateerd dat de beschikbare basisinformatie minimaal of zelfs ontoereikend is. Dat heeft ertoe geleid dat schattingen onvermijdelijk waren. Het Kenniscentrum DBC houdt er rekening mee, dat de zorgprofielen in de toekomst niet alleen zullen worden bijgesteld onder invloed van nieuwe ontwikkelingen, maar ook door correcties uit de praktijk van zorgverzekeraars en zorgverleners. De werkgroep heeft zich bezig gehouden met medische onderbouwing van de zorgprofielen, en heeft de kostprijsberekening zoals die uit de CGAO-gegevens blijkt, niet onderzocht of getoetst. Soms is op basis van weinig CGAO-profielen en de schattingen van de werkgroep een ZN-profiel gemaakt, terwijl de werkgroep geen inzicht in de spreiding van die profielen had. Zulke ZN-profielen zullen dus slechts indicatief gebruikt kunnen worden om ziekenhuisprofielen aan te toetsen.

Conclusies

De algemene kwaliteitseisen en DBC-specifieke kwaliteitseisen geven zorgverzekeraars veel aanknopingspunten voor het maken van prestatieafspraken met ziekenhuizen en specialismen op basis van kwaliteitseisen. De geformuleerde kwaliteitseisen vormen een toekomstgerichte wensenlijst. Het is niet zo dat ziekenhuizen of DBC's die niet aan alle eisen voldoen, niet worden gecontracteerd.

De Inkoopgids geeft zorgverzekeraars geen adviezen over hoe zij een verantwoorde koppeling kunnen maken tussen kwaliteitsindicatoren en beloning c.q. DBC-prijs. Bij de totstandkoming van de ZN-zorgprofielen is gebruikgemaakt van schattingen, als harde gegevens niet beschikbaar waren.

ZN houdt er rekening mee dat de zorgprofielen zullen worden bijgesteld onder invloed van nieuwe ontwikkelingen, maar ook door correcties uit de praktijk van zorgverzekeraars en zorgverleners. Zorgverzekeraars kunnen de zorgprofielen volgens ons daarom niet als absolute norm, maar uitsluitend als advies voor de contractering hanteren. Wanneer partijen bij de contractering gebruikmaken van de zorgprofielen, dienen zij zich ervan te vergewissen hoe groot de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van het betreffende zorgprofiel zijn (die verschillen per profiel).

2.4.8 Richtsnoer "Onderhandelen over de kwaliteit van zorg" (CVZ)

Samenvatting

Centraal in dit richtsnoer staat de onderstaande matrix, die het verband tussen verschillende zorgvormen en zes dimensies van kwaliteit weergeeft:

	Acute curatieve zorg	Urgente curatieve zorg	Electieve curatieve zorg	Chronische zorg	Top-referente zorg	Top-klinische zorg
Veiligheid						
Effectiviteit						
Patiëntgerichtheid						
Efficiency						
Tijdigheid						
Toegankelijkheid						

De in de matrix genoemde kwaliteitsdimensies zijn overgenomen van het Committee of Health Care in Amerika.

Het richtsnoer geeft volgens de stappen van een inkoopproces aan hoe een ziekenhuis en zorgverzekeraar meetbare, verbeterbare en toetsbare afspraken kunnen maken over de kwaliteit van zorg. Het richtsnoer is ontwikkeld vanuit een vraaggestuurd perspectief. Het richtsnoer hanteert daarom een indeling van zorg naar zorgvormen of patiëntengroepen. Deze indeling ligt op een hoger aggregatieniveau dan de DBC's.

Het CVZ beveelt aan om aandacht te schenken aan de ontwikkeling van een informatiesysteem dat neutrale, objectieve en recente informatie over de inhoud van zorg levert, bijvoorbeeld richtlijnen, “best practices” en indicatoren.

Het CVZ roept zorgverzekeraars op om m.b.t. kwaliteitsafspraken met zorgaanbieders te kiezen voor het paradigma ‘goed/beter’ i.p.v. ‘goed/slecht’. Bij het paradigma ‘goed/slecht’ zal de meerderheid van de ziekenhuizen aan de norm voldoen en het gevoel krijgen dat er niets meer van hen verwacht wordt. Uit de interviews blijkt dat deze oproep inmiddels bij een aantal zorgverzekeraars weerklink heeft gevonden.

Op verzoek van VWS heeft CVZ in april 2003 de conferentie “Investeren in verantwoorde kwaliteit” georganiseerd, waarin is afgesproken dat:

- zorgverzekeraars binnen één jaar resultaatgerichte afspraken over kwaliteit van zorg opnemen in de contracten tussen zorgverzekeraar en aanbieder;
- zorgverzekeraars systematisch gaan monitoren of de gemaakte afspraken worden gehaald, bijvoorbeeld met behulp van uitkomstindicatoren;
- bij de zorginkoop van een zorgverzekeraar niet het aanbod van de instelling het uitgangspunt is, maar de vraag naar passende zorg;
- de kwaliteitsparagraaf in de overeenkomst meer moet zijn dan de standaardparagraaf uit het modelcontract en afspraken moet bevatten over het werken volgens professionele richtlijnen, bijvoorbeeld rond DBC's;
- zorgverzekeraars in innovaties investeren en toepassingen van best practices stimuleren.

Conclusies

Het richtsnoer biedt geen prestatie- of kwaliteitsindicatoren. Het richtsnoer biedt wel een helder theoretisch kader voor het maken van kwaliteitsafspraken in het kader van de DBC-contractering. Uit de interviews blijkt dat zorgverzekeraars in de praktijk veel eenvoudiger theoretische kaders hanteren.

Het CVZ roept zorgverzekeraars op om met betrekking tot kwaliteitsafspraken met zorgaanbieders te kiezen voor het paradigma ‘goed/beter’ in plaats van ‘goed/slecht’. Naast het CTZ spannen ook het CVZ en VWS zich in om zorgverzekeraars te bewegen tot een actief kwaliteitsbeleid.

Belangrijk is de aanbeveling van het CVZ om aandacht te schenken aan de ontwikkeling van een informatiesysteem dat neutrale, objectieve en recente informatie over de inhoud van zorg levert, bijvoorbeeld richtlijnen, “best practices” en indicatoren. Het Kenniscentrum DBC van brancheorganisatie ZN lijkt niet te voldoen aan het criterium van ‘neutraliteit’ dat het CVZ aanbeveelt.

3 Interviews

3.1 Inleiding

De te interviewen organisaties/personen zijn in overleg met de Orde van Medisch Specialisten (Orde) vastgesteld. De volgende organisaties hebben hun medewerking aan een of meer (dubbel)interviews verleend:

1) Patiënten- en consumentenorganisaties:

- NPCF;
- Consumentenbond.

2) Organisaties van verzekeraars:

- CVZ²;
- ZN;
- Verbond van Verzekeraars;
- Univé Zorgverzekeringen;
- Nationale Nederlanden (Multizorg);
- De Friesland Zorgverzekeraar;
- VGZ Zorgverzekeringen;
- Delta Lloyd Zorg.

3) Organisaties van zorgaanbieders:

- NVZ;
- NFU (voorheen VAZ);
- CBO.

Een overzicht van de geïnterviewde personen is als bijlage 4 opgenomen. Aan de geïnterviewden is anonimisering van de interviewverslagen toegezegd. Daarom worden uitspraken van geïnterviewden in het verslag niet toegeschreven aan personen of afzonderlijke organisaties, maar aan “patiënten- en consumentenorganisaties”, “zorgverzekeraars” of “zorgaanbieders”. De geïnterviewden hebben de gesprekken op persoonlijke titel gevoerd.

De Orde heeft ervoor gekozen deze interviewronde niet op de opvattingen in eigen kring (Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB)) te richten, maar op zorgverzekeraars en patiënten-/ consumentenorganisaties. Een belangrijk voordeel hiervan is, dat veel nieuwe informatie is vergaard. Een mogelijk nadeel is, dat zorgverzekeraars en patiënten-/consumentenorganisaties niet alle onderzoeksvragen konden beantwoorden. Dit betrof bijvoorbeeld de vragen over de samenwerking binnen het GMSB tussen het management en de medisch specialisten en over de samenwerking tussen medisch specialisten onderling (medische staf - maatschap - individuele medisch specialist).

Tijdens de interviews bleek dat veel geïnterviewden moeite hadden met het beantwoorden van de juridisch getinte onderzoeksvragen. Ook brachten geïnterviewden zelf nieuwe informatie in, waar de onderzoeksvragen niet in voorzagen. Op basis van deze ervaringen heeft de onderzoeker na enkele interviews besloten de volgende gesprekken aan de hand van relatief ‘open vragen’ te voeren (zie de voorbeeldvragenlijst die als bijlage 5 is opgenomen). Om geen informatie verloren te laten gaan (geïnterviewden brachten informatie in waar de onderzoeksvragen niet in voorzagen), is het verslag van de interviews gebaseerd op een logische ordening van de via de interviews verzamelde informatie en niet ingedeeld naar de onderzoeksvragen (zie voor de onderzoeksvragen § 1.2).

De interviews blijken na analyse veel waardevolle informatie te bevatten, op basis waarvan veel onderzoeksvragen kunnen worden beantwoord.

2) Het CVZ is een zelfstandig bestuursorgaan dat de AWBZ en Ziekenfondswet uitvoert. Het CVZ heeft een functie richting verzekeraars, verzekerden en zorgaanbieders. De activiteiten van het CVZ op het gebied van kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering zijn tot dusver vooral op verzekeraars gericht. In dit rapport wordt het CVZ daarom onder ‘organisaties van verzekeraars’ gerangschikt.

3.2 Differentiatie in prijs, aanbod en contractering

Als belangrijkste verschillen tussen de huidige contractering van ziekenhuizen en de DBC-contractering noemen de geïnterviewden:

- prijsdifferentiatie (§ 3.2.1);
- differentiatie van zorgaanbod (§ 3.2.2);
- selectief contracteren (§ 3.2.3);
- contracteren vanuit patiëntenperspectief (§ 3.2.4);
- exclusiviteit van contracten (§ 3.2.5).

Doordat meer differentiatie mogelijk wordt in prijs, aanbod en contractering ontstaat volgens de geïnterviewden een vorm van marktwerking. Hierbij plaatsen zij de kanttekening dat bij de huidige schaarste de marktwerking niet goed van de grond zal komen. Daarom pleiten zij voor vergroting van de instroom van medisch specialisten.

3.2.1 Prijsdifferentiatie

De prijs komt uit de interviews niet zo zeer naar voren als middel om te bezuinigen, maar vooral als middel om verandering in de werkwijze van het GMSB af te dwingen. Een aantal zorgverzekeraars is van mening dat budgetneutraliteit een goed uitgangspunt is voor de DBC-onderhandelingen, waarbij goed presterende medisch specialisten via de DBC-prijs worden beloond en slecht presterende medisch specialisten worden gestraft. Zorgverzekeraars kijken niet uitsluitend naar de prijs van een DBC, maar ook naar het rendement c.q. de effectiviteit en efficiency. Zo is van een zorgverzekeraar bekend dat deze bereid is per goed ingestelde diabetespatiënt een hogere DBC-prijs te betalen.

Zorgverzekeraars, die beschikken over een geografische concentratie van verzekerden, beschikken over de mogelijkheid om in de onderhandelingen in te zetten op het verkrijgen van “kwantumkorting”. Een aantal zorgverzekeraars lijkt dit van plan te zijn. Zorgverzekeraars zijn van mening dat zij niet over een machtspositie ten opzichte van de regionale ziekenhuizen beschikken, omdat zij even afhankelijk zijn van deze ziekenhuizen als deze ziekenhuizen van hen.

Door de geografische spreiding van hun verzekerden hebben zorgverzekeraars met alleen een landelijke verzekeringsportefeuille minder mogelijkheden om kwantumkorting te bedingen. Voor hen is het afwachten hoeveel kwantumkorting zorgverzekeraars weten te bedingen, in verhouding tot de extra kosten die zorgverzekeraars aan regionale zorgsturing kwijt zijn:

“We vragen ons af: wegen de kosten tegen de baten op? Wat wordt het verschil tussen het passantentarief (standaardprijslijst) en het te onderhandelen tarief? Als dit verschil klein is, kan het goedkoper zijn om niets te doen.”

Bij extra kosten van zorgsturing kan worden gedacht aan: extra accountmanagers, extra medisch adviseurs, controles van afspraken enz. Landelijke zorgverzekeraars trachten door het vormen van zorginkoopcombinaties hun marktpositie te verbeteren.

3.2.2 Differentiatie van zorgaanbod

Over de gewenste differentiatie van het zorgaanbod denken de geïnterviewden verschillend. Moet de concurrentie tussen ziekenhuizen en tussen zorgverzekeraars zich beperken tot de hotelfunctie en toegangstijden van het ziekenhuis, of gaat er ook geconcurrereerd worden op medische kwaliteit?

Aan de hand van hun opvattingen over dit vraagstuk kunnen de geïnterviewden in drie groepen worden verdeeld (in alle groepen bevinden zich ziekenhuizen en zorgverzekeraars):

1. Alleen concurrentie op de hotelfunctie en toegangstijden van het ziekenhuis.
2. Alleen concurrentie op de hotelfunctie, toegangstijden en aantal activiteiten binnen een DBC:

“Op basis van het boekje van ZN (DBC Inkoopgids. ZN, 2004³) onderhandel je niet over de door ZN omschreven activiteiten, maar over aantallen: minder opnamen en meer dagbehandelingen. Het gaat om het schrappen van overbodige activiteiten van ziekenhuis of medisch specialist. Bepaalde activiteiten willen we voor bepaalde patiënten niet en betalen we niet.”

“Wij verwachten veel discussie over de instroomcriteria van DBC's. Voor welke patiënten mag je een bepaalde DBC openen.”

3. Concurrentie op de hotelfunctie, toegangstijden, aantal activiteiten binnen een DBC én medische kwaliteit. Een aantal geïnterviewden vindt concurrentie op medische kwaliteit zelfs essentieel. Naar hun mening moeten de mogelijkheden hiervan vanuit het perspectief van marktwerking volledig worden benut. Zij zien er geen bezwaar in als er tussen ziekenhuizen of binnen ziekenhuizen verschillen in medische kwaliteit ontstaan, mits de 'kwaliteitsbodem' wordt gewaarborgd door de Inspectie. Ter illustratie volgen enkele markante uitspraken van geïnterviewden:

“Er moet maar eens een einde komen aan de mythe van gelijke kwaliteit van zorg van ziekenhuizen en van medisch specialisten.”

“Medische inhoud moet ook kunnen variëren, maar variatie mag niet indruisen tegen de medische ethiek. Wel kan: een langere opnameduur, goedkopere hulpmiddelen enz.”

“De Inspectie moet voldoende toegerust zijn om de bodem te leggen. Daarboven moet variatie mogelijk zijn. Het is goed om een vergelijking met de voedingsindustrie te trekken. Is Aldizorg erg?”

“Wat betreft wel of geen laparoscopie: een groter litteken mag, maar een infectie niet. Braken van een goedkoper anestheticum mag, als het maar werkt. Dit is een luxe vraagstuk.”

“Cosmetische variatie mag. De zorg moet voldoen aan minimumeisen. Ik ken een situatie van vijf cardiologen in één ziekenhuis. Die plaatsen nu vijf verschillende catheters, omdat ze dat gewend zijn. Wat dat niet kost! De huidige verschillen bij het gebruik van implantaten, bijvoorbeeld heupen en pacemakers, zijn heel discutabel.”

Zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd in ziekenhuizen die zich specialiseren in één of meer DBC's: “Denk bijvoorbeeld aan cataracten.” Zorgverzekeraars verwachten dat ziekenhuizen door specialisatie efficiencywinst kunnen boeken. In dit kader moet niet worden uitgesloten dat zorgverzekeraars zelf een of meer 'problematische DBC's' in de vorm van een ZBC gaan exploiteren.

27

Door de invoering van DBC's ontstaan volgens diverse geïnterviewden betere mogelijkheden voor het financieren van zorgvernieuwing. Zorgvernieuwing kan nu alleen in projectvorm, via de regelingen van het CVZ (Flexizorg) of CTG (Zorgvernieuwing), gefinancierd worden. Omdat projectfinanciering veelal tijdelijk is, bekijken kwaliteitsverbeteringen niet. DBC's kunnen ook een impuls geven aan de taakdifferentiatie binnen ziekenhuizen. Het inzetten van meer nurse practitioners kan tot een lagere DBC-prijs leiden.

3.2.3 Selectief contracteren

Door de invoering van DBC's krijgt het selectief contracteren een belangrijke impuls. Nu is er sprake van alles-of-niets-contractering met ziekenhuizen en specialismen. Bij de huidige schaarste wordt het voor een zorgverzekeraar dan alles, want niets is geen reële optie. Straks kan er per DBC worden gecontracteerd en wordt het selectief inkopen van bepaalde DBC's bij goed presterende ziekenhuizen en specialismen haalbaar.

Zorgverzekeraars staan voor de vraag hoe zij verzekerden zover krijgen om alleen gecontracteerde ziekenhuizen en medisch specialisten, de zogenaamde preferred providers, te bezoeken. Een van de zorgverzekeraars denkt aan een machtigingsprocedure voor niet-gecontracteerde medisch specialisten. Verzekerden worden van tevoren schriftelijk ingelicht over welke ziekenhuizen en specialismen (voor welke behandelingen) de status van preferred provider hebben. Als verzekerden hiervan willen afwijken, moeten zij toestemming vragen aan de zorgverzekeraar. Een andere zorgverzekeraar is voornemens om de eis van zorgbemiddeling in de polis op te nemen. Dit betekent dat een verzekerde bij iedere (eerste)

3) Ten tijde van de interviews betrof dit de eerste DBC Inkoopgids d.d. januari 2004.

verwijzing naar medisch-specialistische zorg eerst (telefonisch) contact op moet nemen met de zorgverzekeraar, die de patiënt verwijst naar een preferred provider.

Door het selectief contracteren van medisch specialisten door zorgverzekeraars kan de continuïteit van de behandelrelatie in gevaar komen. Als een behandelaar zijn status van preferred provider verliest, of een andere behandelaar de status van preferred provider verwerft, is het denkbaar dat de zorgverzekeraar probeert patiënten er toe te bewegen van behandelaar te wisselen. Zowel patiënten- en consumentenorganisaties als een aantal zorgverzekeraars zien dit als een probleem. Echter, patiënten- en consumentenorganisaties vermoeden dat dit probleem een groot aantal verzekerden (met name chronisch zieken) ernstig zal treffen, terwijl zorgverzekeraars vermoeden dat slechts een klein aantal verzekerden hierdoor in de problemen zal raken.

Een aantal zorgverzekeraars vraagt aandacht voor het omgekeerde probleem. De zorgverzekeraars hebben zorgplicht, terwijl de ziekenhuizen dat **voor electieve zorg** niet hebben. In hun ogen kan het niet zo zijn dat medisch specialisten of ziekenhuizen tijdens een behandeling patiënten wegsturen, als de zorgverzekeraar de preferred-providerrelatie verbreekt of een preferred-providerrelatie met een andere zorgaanbieder aangaat. Ook de volgende vragen worden gesteld:

“Gaan ziekenhuizen nee verkopen aan patiënten van bepaalde zorgverzekeraars? Bij schaarste zullen ziekenhuizen proberen het contract met de preferred zorgverzekeraar na te komen.”

“Zijn ziekenhuizen verplicht het debiteurenrisico te lopen, als een patiënt bij de ‘verkeerde’ zorgverzekeraar verzekerd is?” (Wat gebeurt er als de zorgverzekeraar niet wil betalen?).

De hierboven beschreven problematiek is geen transitieproblematiek, die enige tijd na de invoering van de DBC's vanzelf verdwijnt. De vrije artskeuze en de continuïteit van de behandelrelatie komen structureel onder lichte of zware (dat is nog onduidelijk) druk te staan. Een aantal geïnterviewden is van mening dat de KNMG hierover een standpunt moet innemen. Als mogelijke oplossing dragen zij aan, dat alleen de meerkosten van een behandeling door een niet-preferred provider niet worden vergoed. Patiënten die dat willen, kunnen dan bij een niet-preferred provider in behandeling of hun behandeling voortzetten.

Volgens patiënten- en consumentenorganisaties komt door het opnemen van preferred-provider-bepalingen in verzekeringspolissen de rechtspositie van verzekerden in het geding. Over de volgende vragen moet volgens hen duidelijkheid komen:

“Onder welke voorwaarden mogen de polisvoorwaarden m.b.t. preferred providers worden gewijzigd?”

“Hoe lang van tevoren moet een wijziging van polisvoorwaarden m.b.t. preferred providers worden aangekondigd?”

Mogelijk worden deze vragen beantwoord in de nieuwe Verzekeringwet die er komt in het kader van de stelselherziening: *“Tot die tijd moeten veldpartijen er onderling afspraken over maken.”*

De geïnterviewden verschillen van mening over de vraag of selectief contracteren veel invloed zal hebben.

Een aantal geïnterviewden verwacht van niet en heeft hiervoor de volgende argumenten:

“Een klant is alleen bereid tot een preferred-providerpolis, als er prijsverschil is. Alleen bij hulpmiddelen is sprake van een echte markt, omdat geografische afstand geen rol speelt. Daardoor kun je bij hulpmiddelen substantiële kortingen realiseren. De meeste DBC's moet je regionaal inkopen, omdat verzekerden zorg dicht bij huis willen, en daardoor zijn de mogelijkheden om scherp in te kopen beperkt.”

“Je wordt als verzekeraar schimmig aangekeken. Wat zit er achter dat je mij naar een ander ziekenhuis wilt sturen? Patiënten volgen liever het advies van de huisarts.”

“Het aantal verzekerden dat wel in het buitenland geholpen wil worden, is zeer beperkt.”

Andere geïnterviewden zien het selectief contracteren als belangrijk drukmiddel van zorgverzekeraars om de wachttijden te verminderen:

“Een kleine verlegging van patiëntenstromen kan grote invloed hebben. Het gaat niet alleen om het financiële effect op het ziekenhuis, maar ook om het effect op het imago van het ziekenhuis. Een voorbeeld is de ‘cataract bus’ die verzekerden vervoert van Zeeland naar Rotterdam. Je hoeft niet 100% producten weg te halen, om veel effect te hebben.”

Het selectief contracteren door zorgverzekeraars beperkt zich tot dusver voornamelijk tot de ZBC's (privé-klinieken). Een van de zorgverzekeraars geeft aan de kwaliteit van ZBC's strenger te toetsen dan die van 'gewone' ziekenhuizen. Deze zorgverzekeraar gaat ervan uit dat bij ziekenhuizen de minimum-kwaliteit beter is geborgd:

“Medisch adviseurs beslissen over de contractering van ZBC's aan de hand van een checklist met kwaliteitseisen. Bij ziekenhuizen heeft onze kwaliteitstoetsing nog geen consequenties voor de contractering.”

3.2.4 Contracteren vanuit patiëntenperspectief

Patiënten- en consumentenorganisaties en zorgverzekeraars geven aan dat vraaggerichtheid en patiëntgerichtheid belangrijke criteria voor de zorginkoop zijn:

- vraaggerichtheid: in hoeverre wordt het door de patiënt beoogde effect van de behandeling bereikt;
- patiëntgerichtheid: beleving van wachttijden, voorlichting, begeleiding enz. door de patiënt.

Uit de interviews ontstaat de indruk dat landelijke zorgverzekeraars bij hun zorginkoop de nadruk gaan leggen op de patiëntgerichtheid van de zorg c.q. de beleving door patiënten:

“Onze visie op kwaliteit wordt bepaald door wat de klant belangrijk vindt. Hoe snel kun je terecht voor een behandeling? Hoe lang moet je wachten in het ziekenhuis tot je aan de beurt bent? Krijg je in één keer alle behandelingen, of moet je steeds terugkomen? Word je vriendelijk bejegend?”

“Hoe ervaart de patiënt de zorg. De voorlichting? Begeleiding? Terugplaatsing naar huis?”

“Klachten en positieve ervaringen van verzekerden zijn voor ons heel belangrijk. Hiertoe houden we enquêtes onder eigen verzekerden en hebben we overleg met patiënten- en consumentenorganisaties.”

Regionale zorgverzekeraars besteden bij hun zorginkoop ook aandacht aan de patiëntgerichtheid van de zorg. Zij lijken echter de nadruk te gaan leggen op de vraaggerichtheid van de zorg c.q. het effect op de gezondheid van patiënten. Hiervoor willen zij uitkomstindicatoren ontwikkelen:

“Wordt het gezondheidsprobleem van de patiënt opgelost?”

“Wordt de patiënt ook echt beter?”

Veel zorgverzekeraars zijn voornemens het recht om patiënten te enquêteren in hun contracten op te nemen. Alleen enquêtes geven zorgverzekeraars nog geen compleet beeld van de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief. In dit verband pleit een geïnterviewde ervoor om categorale patiëntenorganisaties bij het DBC-onderhoud te betrekken. Volgens een aantal geïnterviewden moet de voorlichting aan patiënten een vast onderdeel van de kwaliteitsafspraken zijn. In dit kader wordt de suggestie gedaan om DBC's in ziekenhuizen te gebruiken, als wijzer wat er met de patiënt gaat gebeuren. Een van de geïnterviewden pleit voor de ontwikkeling van een zorginkoopmonitor. De 'company report card' van de Consumentenbond is een eerste stap in die richting, maar eigenlijk nog te globaal. De 'company report card' beoordeelt of de zorgverzekeraar een actief zorginkoop- en kwaliteitsbeleid heeft, maar nog niet wat de kwaliteit van de ingekochte zorg is.

3.2.5 Exclusiviteit van contracten

Zorgverzekeraars gaan proberen zich, op basis van de kwaliteit van de zorg die zij inkopen, positief te onderscheiden ten opzichte van elkaar. Zij hebben daarom groot belang bij het maken van verzekeringsmaatschappijafhankelijke afspraken. De onderstaande uitspraken van zorgverzekeraars zijn illustratief:

“Wij willen juist ook op medische kwaliteit contracteren: goed, beter en best. Wij verwachten ons daarop te kunnen onderscheiden en communiceren dat met onze verzekerden.”

“Wij willen ons onderscheiden via zorggaranties qua toegangstijd. Dat lukt vanwege onze positie in de regio.”

Hoe exclusiever de afspraak met het ziekenhuis, hoe beter de zorgverzekeraar zich op prijs of kwaliteit kan onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Een aantal zorgverzekeraars is beducht voor free-ridergedrag van andere zorgverzekeraars, die (gratis) teksten van hun contracten overschrijven, waarvoor zij de inspanning hebben geleverd. Zij overwegen (op onderdelen) een bepaling van exclusiviteit in hun contracten op te nemen. Een dergelijke bepaling verbiedt ziekenhuizen hetzelfde contract aan andere zorgverzekeraars aan te bieden.

Het streven van zorgverzekeraars naar exclusiviteit kan ziekenhuizen voor problemen plaatsen en roept bij geïnterviewden verschillende reacties op:

“Gaaf het ziekenhuis verschillende typen zorg aanbieden op basis van hoe iemand verzekerd is? Kan dat vanuit ethisch oogpunt? Is dat praktisch uitvoerbaar?”

“In de praktijk zal het heus niet gebeuren dat één ziekenhuis per zorgverzekeraar een andere pacemaker in zet. De grootste zorgverzekeraar wordt bepalend.”

“Bij heupen gaan we aanvullende afspraken maken over de infectiepreventie en revalidatie. De specialist moet dan gaan kijken of een patiënt bij ons verzekerd is.”⁴

3.2.6 Samenvatting

Een aantal zorgverzekeraars kiest budgetneutraliteit als uitgangspunt voor de DBC-onderhandelingen. Goed presterende specialismen worden via de DBC-prijs beloond en slecht presterende gestraft. Zorgverzekeraars kijken niet alleen naar de prijs, maar ook naar het rendement van DBC's. Voor een zorgverzekeraar kan het bijvoorbeeld financieel lucratief zijn om per goed ingestelde diabetespatiënt een hogere DBC-prijs te betalen.

Een aantal regionale zorgverzekeraars is van plan om in de DBC-onderhandelingen “kwantumkorting” te bedingen. Zorgverzekeraars met uitsluitend een landelijke verzekeringsportefeuille vragen zich af wat het verschil wordt tussen het passantentarium (standaardprijslijst van het ziekenhuis) en het te onderhandelen tarief? Als dit verschil klein wordt, lonen de DBC-onderhandelingen de moeite niet en overwegen zij het aantal DBC-onderhandelingen te beperken.

Een aantal zorgverzekeraars en ziekenhuizen willen de differentiatie van het zorgaanbod respectievelijk de concurrentie beperken tot de hotelfunctie en toegangstijden van het ziekenhuis. Andere willen ook concurreren op medische kwaliteit. Zij zien er geen bezwaar in als er tussen of binnen ziekenhuizen verschillen in medische kwaliteit ontstaan, mits de Inspectie de ‘kwaliteitsbodem’ waarborgt.

Zorgverzekeraars zien graag dat een aantal ziekenhuizen zich specialiseert in één of enkele DBC's. Zij verwachten dat ziekenhuizen door specialisatie efficiencywinst kunnen boeken. Mogelijk gaan zorgverzekeraars vanuit dit oogpunt ‘problematische DBC's’ in de vorm van ZBC's exploiteren.

Door de invoering van DBC's ontstaan betere mogelijkheden voor het financieren van zorgvernieuwing en voor taakdifferentiatie binnen ziekenhuizen.

4) Het gewijzigde amendement op de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg, van Schippers en Lambrechts, dat de Tweede Kamer op 8 juni 2004 heeft aangenomen, regelt dat patiënten in ieder geval voor het zogenoemde b-segment van de DBC's zelf kunnen kiezen tussen zorg in natura of restitutie. De verzekerde voor wie restitutie geldt, heeft de vrije keuze uit zorgaanbieders die de desbetreffende vorm van zorg aanbieden.

Momenteel is er sprake van alles-of-niets-contractering met ziekenhuizen en/of specialismen. Straks kan er per DBC worden gecontracteerd en wordt het selectief inkopen van zorg c.q. bepaalde DBC's bij goed presterende ziekenhuizen of specialismen beter haalbaar.

Door het selectief contracteren van medisch specialisten door zorgverzekeraars kunnen de vrije artskeuze en de continuïteit van de behandelrelatie in gevaar komen. Een aantal zorgverzekeraars is er beducht voor dat ziekenhuizen of medisch specialisten patiënten van niet-preferred zorgverzekeraars gaan weigeren. Volgens hen moeten ziekenhuizen ook voor electieve zorg acceptatieplicht krijgen. Patiënten- en consumentenorganisaties willen dat er duidelijkheid komt onder welke voorwaarden zorgverzekeraars hun polisvoorwaarden met betrekking tot preferred providers mogen wijzigen. Een aantal geïnterviewden is van mening dat de KNMG over de in deze alinea beschreven problematiek een standpunt in moet nemen.

Diverse geïnterviewden zien het selectief contracteren als belangrijk drukmiddel van zorgverzekeraars om de wachttijden te verminderen. Een kleine verlegging van patiëntenstromen van het ene naar het andere ziekenhuis, kan grote invloed hebben. Het gaat niet alleen om het financiële effect op het ziekenhuis, maar ook om het effect op het imago van het ziekenhuis.

Uit de interviews ontstaat de indruk dat landelijke zorgverzekeraars in hun contractering de nadruk gaan leggen op de patiëntgerichtheid van de zorg c.q. de beleving door patiënten. Regionale zorgverzekeraars lijken de nadruk te gaan leggen op de vraaggerichtheid van de zorg c.q. het effect van de behandeling op de gezondheid van patiënten. Hiervoor willen zij uitkomstindicatoren gaan (laten) ontwikkelen.

Veel zorgverzekeraars zijn voornemens het recht om patiënten te enquêteren in hun contracten op te nemen. De voorlichting aan patiënten moet een vast onderdeel van de kwaliteitsafspraken zijn.

Hoe exclusiever de afspraak met een ziekenhuis, hoe beter een zorgverzekeraar zich op prijs of kwaliteit kan onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Een aantal zorgverzekeraars is beducht voor free-ridergedrag van andere zorgverzekeraars, die (gratis) teksten van hun contracten overschrijven, waarvoor zij de inspanning hebben geleverd. Zij overwegen (op onderdelen) een bepaling van exclusiviteit in hun contracten op te nemen. Een dergelijke bepaling verbiedt ziekenhuizen hetzelfde contract aan andere zorgverzekeraars aan te bieden. Het streven van zorgverzekeraars naar exclusiviteit stelt ziekenhuizen voor de vraag of zij verschillende typen zorg gaan aanbieden op basis van hoe iemand verzekerd is.

3.3 Operationaliseren van kwaliteitsafspraken

In het vorige hoofdstuk stond de visie van geïnterviewden op de DBC-contractering, toegespitst op kwaliteitsafspraken, centraal. Vaak is de praktijk weerbarstiger dan de theorie. Dit hoofdstuk gaat in op de haken en ogen die aan het operationaliseren van kwaliteitsafspraken vastzitten:

- operationaliseren van kwaliteit (§ 3.3.1);
- richtlijnen en best practices (§ 3.3.2);
- kwaliteitsbodem in DBC's (§ 3.3.3);
- toetsen en belonen van kwaliteit (§ 3.3.4).

3.3.1 Operationaliseren van kwaliteit

Over het algemeen zijn de geïnterviewden van mening dat het Richtsnoer "onderhandelen over de kwaliteit van zorg" van het CVZ (CVZ, 2004) een goed theoretisch kader biedt voor de DBC-onderhandelingen over de kwaliteit van de zorg. De geïnterviewde zorgverzekeraars hebben echter eigen kwaliteitskaders ontwikkeld, die minder complex zijn.

Voorbeeld 1:

- "Professionele kwaliteit
Zo lang je in een krappe markt zit, moet je je als zorgverzekeraar wel met de efficiency bemoeien via de zogenaamde zorgprofielen uit het boekje van ZN (DBC Inkoopgids. ZN, 2004). Het gaat om het schrappen van overbodige activiteiten van ziekenhuis of medisch specialist.
- Functionele kwaliteit
Past de DBC in het regionale functie(her)verdelingsbeleid van de zorgverzekeraar dat beoogt bepaalde functies te spreiden en andere te concentreren.
- Relationele kwaliteit
Wachtruimte, parkeerruimte, openbaar vervoer."

Voorbeeld 2:

- "Inhoudelijke kwaliteit (medisch technisch)
Decubituspreventie, complicatieregistratie, inzage in visitatierapporten
- Organisatorische kwaliteit
Toegangstijden. Wij gaan de efficiency van het ziekenhuis niet meten. Efficiency ontstaat door concurrentie. Je kijkt naar de laagste prijs voor de beste kwaliteit.
- Kwaliteit vanuit klantperspectief."

Voorbeeld 3:

- "Beleving van de patiënt
Alles wordt ingegeven door wat wij voor onze patiënten kunnen realiseren. Onze kwaliteits-afspraken zijn afhankelijk van de perceptie van de patiënt.
- Efficiency
Is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Dat gaan wij niet beoordelen. De efficiency komt vanzelf tot uitdrukking in de prijs van de DBC's.
- Veiligheid
Daar stelt de overheid normen voor die worden getoetst door de Inspectie."

Veel zorgverzekeraars willen kwaliteitsafspraken met ziekenhuizen maken op DBC-overstijgend niveau:

"Wij willen zorg binnen de Treeknormen (wachtijden) in verband met de inkomensverzekeringen. Ziekenhuizen willen dit nog niet."

De belangrijkste reden om kwaliteitsafspraken te willen maken op DBC-overstijgend niveau wordt gevormd door het grote aantal DBC's. Ter illustratie een rekensommetje van een geïnterviewde:

"(108 Ziekenhuizen x 324 DBC's) + (8 Academische ziekenhuizen x 324 DBC's). Wij willen kwaliteitsafspraken maken op DBC-categorie niveau, anders wordt het onhaalbaar."

3.3.2 Richtlijnen en best practices

Nagenoeg alle geïnterviewden vinden dat de richtlijnen van de Nederlandse Wetenschappelijke Verenigingen in principe het uitgangspunt vormen voor de inhoud van de DBC's. Een van de geïnterviewden verwoordt dit als volgt:

"Als je voor de rechter staat, moet je je verdedigen volgens Nederlandse richtlijnen en niet volgens wat in het buitenland gebruikelijk is. Het gaat om de Nederlandse normen. Waar word je als arts/medisch specialist of ziekenhuis in de rechtbank op aangesproken."

Het probleem wordt volgens de geïnterviewden niet gevormd door de inhoud van de richtlijnen van de Wetenschappelijke Verenigingen, maar door het ontbreken van richtlijnen: "Als de richtlijnen ontbreken

moet je als zorgverzekeraar toch wat?” Vanuit die optiek zijn zorgverzekeraars goed te spreken over het initiatief van ZN om een inkoopgids met zorgprofielen samen te stellen en neemt men het bepaalde Wetenschappelijke Verenigingen kwalijk dat zij niet opener over hun richtlijnen zijn. Dat bepaalde richtlijnen van Wetenschappelijke Verenigingen “*expert opinions*” zijn in plaats van “*evidence based*” vinden de meeste zorgverzekeraars geen reden om ze niet te gebruiken. Men redeneert: beter iets dan niets.

Toch worden ook bij de richtlijnen van de Wetenschappelijke Verenigingen kritische kanttekeningen geplaatst. In de eerste plaats merkt een aantal zorgverzekeraars op een voorkeur te hebben voor evidence based richtlijnen boven richtlijnen die tot stand zijn gekomen op basis van expert opinions: “*Opinions zijn discutabel*”. In de tweede plaats vindt een aantal zorgverzekeraars de richtlijnen van Wetenschappelijke Verenigingen onvoldoende patiëntgericht.

De geïnterviewden zwengelen de discussie aan over wie vaststellen wat best practice is. Een zorgverzekeraar merkt hierover op:

“Vier weken aanzien van lage rugklachten is niet best practice in de ogen van de patiënt. Het gaat bij het vaststellen van best practice om het tripartite perspectief: medisch specialisten, patiënten en zorgverzekeraars.”

Een andere zorgverzekeraar spreekt zelfs over “*multipartite*” richtlijnen, die worden opgesteld door medisch specialisten, patiënten, zorgverzekeraars, fabrikanten en leveranciers. Iets dergelijks vindt nu al plaats in de hulpmiddelenzorg. De vraag is welke partijen multipartite richtlijnen accorderen. Nagenoeg alle geïnterviewden zijn het er over eens dat de best practice op landelijk niveau moet worden vastgesteld.

Een van de geïnterviewden benadrukt het belang van “*praktijkrichtlijnen c.q. practice based evidence*” als input voor de inhoud van DBC's per ziekenhuis. Dergelijke richtlijnen worden per ziekenhuis vastgesteld op basis van de resultaten van het ziekenhuis met de eigen patiënten.

33

Diverse geïnterviewden zijn van mening dat zorgverzekeraars (terecht) geen diepgaande kennis hebben van de kwaliteit van de zorg en die kennis ook niet moeten gaan ontwikkelen:

“Het kenmerk van professionals is dat zij kennis hebben, die anderen niet hebben. Als zorgverzekeraars diezelfde kennis gaan ontwikkelen, is dat ondoelmatig.”

“Wat zorgverzekeraars moeten doen is het creëren van condities, waarin professionals worden aangezet tot professioneel handelen:

- bevorderen en desnoods afdwingen van een toetsbare opstelling;
- controleren of gewenste effecten worden bereikt;
- gebruikmaken van kwaliteitsinstrumenten die door professionals zijn ontwikkeld.”

Een aantal geïnterviewden is van mening dat het DBC-kenniscentrum van ZN eigenlijk niet bij ZN thuishoort, maar onafhankelijk geïnterviewd zou moeten worden. Een van de geïnterviewden suggereert een landelijke databank voor richtlijnen en best practices in te richten., die wordt beheerd door onder andere het CBO en de NPCF.

3.3.3 Kwaliteitsbodem in DBC's

Nagenoeg alle geïnterviewden denken bij de kwaliteitsbodem in DBC's aan medische veiligheid. Veel geïnterviewden merken op dat de (wettelijke) kwaliteitsbodem centraal door de overheid respectievelijk de Inspectie moet worden vastgesteld en gecontroleerd. Boven de medische kwaliteitsbodem mag van een aantal geïnterviewden in medische kwaliteit gevarieerd worden. Sommige zorgverzekeraars leggen voor zichzelf de kwaliteitsbodem hoger en vinden dat de zorg die zij contracteren niet alleen moet

voldoen aan hoge veiligheidseisen, maar bijvoorbeeld ook aan de Treeknormen met betrekking tot wachttijden. Zij vinden echter niet dat dergelijke hoge normen wettelijk verplicht moeten worden. De Treeknormen bieden een mogelijkheid tot polisdifferentiatie. Dure polissen met zorggarantie conform de Treeknormen en goedkope polissen met uitsluitend zorggarantie op basis van medische veiligheid.

Het contracteren van een slechte kwaliteit van zorg door een prijsvechter achten de meeste geïnterviewden zeer onwaarschijnlijk. Een zorgverzekeraar noemt dit een “*absurd uitgangspunt*”. Zorgverzekeraars die zo bekend komen te staan, kunnen hun bedrijf wel sluiten. Zorgverzekeraars zien het borgen van de minimumkwaliteit als een taak van de Inspectie. Wel zijn zij voornemens om maatschappijafhankelijke minimumkwaliteitseisen in hun contracten op te nemen, bijvoorbeeld op basis van de:

- prestatie-indicatoren van de Inspectie (IGZ, 2003), en/of
- algemene kwaliteitseisen aan te leveren zorg uit de DBC Inkoopgids (ZN, 2004).

Een van de geïnterviewden kan zich goed voorstellen dat de Orde van Medisch Specialisten of de NVZ in een handvest eigen minimumnormen formuleert, waarin bijvoorbeeld de Treeknormen als kwaliteitsbodemp worden gelegd. “Iets dergelijks zie je nu ook bij notarissen.”

3.3.4 Toetsen en belonen van kwaliteit

Nagenoeg alle zorgverzekeraars zijn bezig met het ontwikkelen en/of experimenteren met eigen kwaliteitsindicatoren. Zij maken hierbij onderscheid tussen uitkomst- en procesindicatoren en geven van beide voorbeelden:

Uitkomstindicatoren:

- Medische kwaliteit
Effect van de behandeling op de gezondheid. Optreden van complicaties, infecties enz.
- Doelmatigheid
Geen onnodige verrichtingen. Geen klinische opname, als dagbehandeling mogelijk is.
- Organisatorische kwaliteit
Wachttijden (Treeknormen).
- Tevredenheid van patiënten over wachttijden, hotelfunctie, bejegening, voorlichting, terugplaatsing naar huis.

Procesindicatoren:

- Is het ziekenhuis of de afdeling geaccrediteerd of gecertificeerd?
- Is een goed functionerend kwaliteitssysteem aanwezig?
- Welke richtlijnen worden gebruikt?
- Worden specialismen gevisiteerd?
- Vindt intercollegiale toetsing plaats?
- Worden functioneringsgesprekken met medisch specialisten gevoerd?

Zorgverzekeraars die in de praktijk met het belonen op basis van uitkomstindicatoren hebben geëxperimenteerd, komen hier enigszins op terug. Te veel contracteren op uitkomsten is volgens een van deze zorgverzekeraars te complex. Een andere zorgverzekeraar heeft ervaren dat uitkomstindicatoren eigenlijk nog onvoldoende gevalideerd zijn, om op basis daarvan tot een ranking (rangorde) van goed presterende en minder goed presterende ziekenhuizen en specialismen te komen en op basis daarvan financieel te belonen of te straffen.

Laatstgenoemde zorgverzekeraar concludeert op basis van praktijkervaring, dat uitkomstindicatoren eigenlijk vooral geschikt zijn om ziekenhuizen en specialismen in de tijd met zichzelf te vergelijken. Dit heeft twee voordelen. In de eerste plaats raken relatief minder goed presterende ziekenhuizen of specialismen niet gedemotiveerd, omdat ook kleine verbeteringen zichtbaar en beloond kunnen worden. In de tweede plaats wordt zo het probleem van de onvergelijkbaarheid van patiënten-populaties en registratiesystemen van verschillende ziekenhuizen omzeild.

Als zorgverzekeraars toch tot een beloning op basis van een kwaliteitsrangorde willen komen, kunnen zij zich volgens genoemde zorgverzekeraar hierbij beter baseren op procesindicatoren (welke ziekenhuizen beschikken achtereenvolgens over de best functionerende kwaliteitssystemen?).

Andere geïnterviewden vinden het financieel belonen op basis van uitkomsten van **patiëntenzorg**, met het oog op risicoselectie door ziekenhuizen of specialismen, überhaupt ongewenst.

Een van de geïnterviewden is van mening dat op sommige kwaliteitsonderdelen een landelijk belonings-systeem moet worden afgesproken:

“Individuele zorgverzekeraars moeten wel heel ideëel zijn om te investeren in opleiding, wetenschappelijk onderzoek, managementparticipatie, visitatie, bij- en nascholing enz. Investeren in zaken die niet rechtstreeks bijdragen aan de productie.”

Een aantal geïnterviewden adviseert kwaliteitsafspraken te maken volgens de 20/80-regel. Minimaal 80% van de behandelingen moet conform het DBC-contract worden uitgevoerd. De 20% afwijkingen worden geëvalueerd. Anderen zijn van mening dat het type afspraak afhankelijk is van het soort DBC. Soms wordt gekozen voor contracteren op basis van best practice, soms voor uitkomsten van patiëntenzorg en soms voor het beperken van het aantal complicaties enz.

Zorgverzekeraars zijn voornemens om een groot arsenaal aan toetsingsinstrumenten in te zetten:

- productiecijfers van het ziekenhuis;
 - registraties van het ziekenhuis (complicaties, infecties, decubitus enz.);
 - registratie van prestatie-indicatoren van de Inspectie;
 - materiële controle door de medisch adviseur;
 - steekproefsgewijs statussen lichten;
 - enquêteren van patiënten;
 - gebruikmaken van onderzoek door derden: “*Het Regionaal Patiënten Consumenten Platform heeft een belweek over de Centrale Doktersdienst georganiseerd*”;
 - geautoriseerde verklaring van het gebruik van richtlijnen opvragen;
 - bewijs van intercollegiale toetsing aanvragen;
 - inzage in klanttevredenheidsonderzoeken van het ziekenhuis, Inspectierapporten en visitatie-rapporten.
- Voor het verkrijgen van bovengenoemde informatie zijn zorgverzekeraars in belangrijke mate afhankelijk van de medewerking van het ziekenhuis. (Mede) afhankelijk van de vertrouwensrelatie die de zorgverzekeraar met het betreffende ziekenhuis heeft opgebouwd, wordt door het ziekenhuis meer of minder informatie verstrekt.

3.3.5 Samenvatting

Zorgverzekeraars ontwikkelen eigen kwaliteitskaders, die beduidend minder complex zijn dan het Richtsnoer “Onderhandelen over de kwaliteit van zorg” (de matrix) van het CVZ (CVZ, 2004). Voorbeeld van een kwaliteitskader van een zorgverzekeraar:

- inhoudelijke kwaliteit (medisch technisch);
- organisatorische kwaliteit;
- kwaliteit vanuit klantperspectief.

Het grote aantal DBC's vormt voor zorgverzekeraars een belangrijke reden om kwaliteitsafspraken te willen maken op DBC-overstijgend niveau.

Nagenoeg alle geïnterviewden vinden dat de richtlijnen van de Wetenschappelijke Verenigingen het uitgangspunt vormen voor de inhoud van de DBC's. Niet de inhoud van de richtlijnen, maar het ontbreken van voldoende richtlijnen vormt het probleem. Dat bepaalde richtlijnen “*experience-based*” zijn in plaats van “*evidence-based*” vinden de meeste zorgverzekeraars geen reden om ze niet te gebruiken: ‘beter iets, dan niets’. De kritiek van geïnterviewden op de richtlijnen van de Wetenschappelijke Verenigingen is, dat ze te weinig patiëntgericht zijn.

Een aantal geïnterviewden is van mening dat best practices op basis van een tripartiete perspectief moeten worden vastgesteld: medisch specialist, zorgverzekeraar en patiënt. Zelfs “*multipartiete*” richtlijnen zijn mogelijk: medisch specialist, zorgverzekeraar, patiënt, fabrikant en leverancier. Dit vindt nu al plaats in de hulpmiddelenzorg. De vraag is welke partijen multipartiete richtlijnen accorderen. Best practices moeten op landelijk niveau worden vastgesteld.

Een aantal geïnterviewden is van mening dat het DBC-kenniscentrum (van ZN) eigenlijk niet bij ZN thuishoort, maar onafhankelijk zou moeten worden gepositioneerd.

Nagenoeg alle geïnterviewden denken bij de kwaliteitsbodem in DBC's aan medische veiligheid. Veel geïnterviewden merken op dat de kwaliteitsbodem door de Inspectie moet worden vastgesteld en gecontroleerd.

Het contracteren van slechte medische kwaliteit door een prijsvechter achten de meeste geïnterviewden zeer onwaarschijnlijk. Zorgverzekeraars die zo bekend komen te staan, kunnen hun bedrijf wel sluiten. Zorgverzekeraars zijn voornemens om maatschappijafhankelijke minimumkwaliteitseisen in hun contracten op te nemen.

Een van de geïnterviewden kan zich goed voorstellen dat de Orde van Medisch Specialisten of NVZ in een handvest minimumkwaliteitsnormen voor de eigen leden formuleert.

Op basis van eigen praktijkervaringen concludeert een zorgverzekeraar, dat uitkomstindicatoren vooral geschikt zijn om ziekenhuizen en specialismen in de tijd met zichzelf te vergelijken. Dit heeft twee voordelen. In de eerste plaats raken relatief minder goed presterende ziekenhuizen of specialismen niet gedemotiveerd, omdat ook kleine verbeteringen zichtbaar en beloond kunnen worden. In de tweede plaats wordt zo het probleem van de onvergelykbaarheid van patiëntenpopulaties en registratie-systemen van verschillende ziekenhuizen omzeild. Als zorgverzekeraars tot een beloning op basis van een kwaliteitsrangorde willen komen, kunnen zij zich beter baseren op procesindicatoren (welke ziekenhuizen beschikken achtereenvolgens over de best functionerende kwaliteitssystemen?).

Andere geïnterviewden vinden het financieel belonen op basis van uitkomsten van **patiëntenzorg**, met het oog op risicoselectie door ziekenhuizen of specialismen, überhaupt ongewenst.

Een van de geïnterviewden is van mening dat, voor niet-productiegebonden inspanningen van ziekenhuizen en medisch specialisten (deelname aan visitatie, volgen van bij- en nascholing enz.) een landelijk beloningssysteem moet worden afgesproken.

Zorgverzekeraars zijn voornemens om een groot arsenaal aan toetsingsinstrumenten in te zetten, zoals: productiecijfers van het ziekenhuis, registraties van het ziekenhuis (complicaties, infecties, decubitus enz.), registratie van prestatie-indicatoren van de Inspectie, materiële controle door medisch adviseurs, enquêteren van patiënten, inzage in klanttevredenheidsonderzoeken van het ziekenhuis, inspectie- en visitatierapporten enz.

3.4 Onderhandelingen

In dit laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de daadwerkelijke onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en het GMSB. Hoe worden de onderhandelingen gevoerd? Komt het GMSB met een kwaliteitsofferte of doet de zorgverzekeraar voorstellen voor kwaliteitsafspraken? Wie zitten aan de onderhandelingstafel? Worden de onderhandelingen gevoerd met het mes op tafel of als partners in de zorg? Is de informatie uit de onderhandelingen vertrouwelijk of mogen het GMSB en de zorgverzekeraar deze uitwisselen met andere ziekenhuizen en zorgverzekeraars?

De antwoorden op de bovenstaande vragen zijn nog onduidelijk en zullen in de loop der tijd uitkristalliseren. Voorzover de geïnterviewden hier nu al ervaring mee of ideeën over hebben, worden deze beschreven in dit hoofdstuk aan de hand van de volgende onderwerpen:

- deelnemers aan onderhandelingen (§ 3.4.1);
- streven naar transparantie (§ 3.4.2);
- aanjagen i.p.v. aanklagen (§ 3.4.3);
- behoefte aan “Gedragscode voor DBC-contractering” (§ 3.4.4).

3.4.1 Deelnemers aan onderhandelingen

De meeste geïnterviewden zijn van mening dat de medisch specialisten en ‘de medisch adviseurs van de zorgverzekeraar’ een belangrijke rol moeten spelen in de DBC-onderhandelingen. Een aantal zorgverzekeraars is van mening dat een vertegenwoordiging van de medische staf daadwerkelijk aan de onderhandelingstafel moet plaatsnemen om de uitvoerbaarheid van de afspraken te waarborgen. Een van de zorgverzekeraars gaat zelfs zover dat hij over kwaliteitsafspraken ten principale wil onderhandelen met de medisch specialist en niet met de zorgmanager van het ziekenhuis. Een andere zorgverzekeraar is van mening dat medisch specialisten wel nauw moeten worden betrokken in het voortraject van de DBC-onderhandelingen, maar niet bij het sluiten van de ‘deal’:

“Het DBC-onderhandelingstraject is een heel groot traject, waarbij een package deal wordt gesloten. Het aan tafel hebben zitten van medisch specialisten kan bij het sluiten van een package deal problematisch zijn.”

Hoewel er grotendeels consensus bestaat over het terecht plaatsnemen van een vertegenwoordiging van de medische staf aan de onderhandelingstafel, willen zorgverzekeraars ervoor waken dat zij niet met twee (ziekenhuis en medische staf) of meer partijen (ziekenhuis en verschillende specialismen) moeten onderhandelen. In hun ogen is er sprake van één geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf dat met één mond moet spreken.⁵

De geïnterviewden zijn het erover eens dat er geen patiënten of verzekerden moeten plaatsnemen aan de onderhandelingstafel. Zij kiezen voor een systeem van getrapte vertegenwoordiging. Individuele patiënten en verzekerden en patiënten- en consumentenorganisaties moeten de zorgverzekeraar beïnvloeden. De zorgverzekeraar neemt hun preferenties mee in de DBC-onderhandelingen. Daarnaast kunnen algemene en categorale patiënten- en consumentenorganisaties worden betrokken bij het opstellen van de (landelijke) normen: richtlijnen, best practices enz. Een van de geïnterviewden stelt dat de cliëntenraad van het ziekenhuis moet meedenken over de leveringsvoorwaarden van het ziekenhuis met betrekking tot de standaardprijslijst.

37

3.4.2 Streven naar transparantie

Diverse geïnterviewden proeven bij de Orde van Medisch Specialisten een defensieve opstelling als het gaat om het maken van prestatieafspraken inzake de kwaliteit van de zorg. Zoals reeds eerder vermeld achten de meeste geïnterviewden het zeer onwaarschijnlijk dat de prijsvechters onder de zorgverzekeraars medisch-specialistische zorg van onvoldoende kwaliteit willen contracteren. Zorgverzekeraars die dat doen, lopen imagoschade op en verliezen hun klanten. Een aantal geïnterviewden roept de Orde van Medisch Specialisten op om het maken van kwaliteitsafspraken aan te grijpen als kans om samen met zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg te bevorderen.

Uit de interviews komt naar voren dat de zorgverzekeraars niet willen bezuinigen op kwaliteit. Over het algemeen zeggen zorgverzekeraars bereid te zijn medisch specialisten die werken met kwaliteits-instrumenten en medisch specialisten die beter presteren, hoger te belonen. Sommige zorgverzekeraars willen deze hogere beloning betalen uit doelmatigheidswinst (betere effectiviteit en efficiency) die goed presterende medisch specialisten realiseren. Andere willen geld herverdelen tussen goed presterende (hogere beloning) en minder goed presterende (lagere beloning) medisch specialisten. Daarnaast zijn sommige zorgverzekeraars bereid om op projectbasis uit eigen middelen (eigen vermogen) in kwaliteitsverbeteringen te investeren.

5) De Modeltoelatingsovereenkomst NVZ-Orde van mei 2000 regelt in artikel 2.2.d. de aanwezigheid van een vertegenwoordiging van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren bij de onderhandelingen: “In de onderhandelingsdelegatie van de stichting is een vertegenwoordiging van de medisch specialist(en) opgenomen.”

Veel geïnterviewden (inclusief zorgverzekeraars) geven aan, zeker in het begin, geen grote financiële consequenties aan de uitkomsten van de patiëntenzorg te willen verbinden. Zij zijn al tevreden met het ontstaan van transparantie. Op het gebied van kwaliteitsverbetering verwachten zij minstens zoveel van zelfsturing door de beroepsgroep, als van sturing door zorgverzekeraars. Doordat medisch specialisten meer feedback krijgen op hun eigen handelen en doordat de resultaten van hun handelen zichtbaar worden, zullen zij zichzelf verbeteren. Zij willen immers goede kwaliteit leveren en hierin niet onderdoen voor hun collega's. Een zorgverzekeraar noemt in dit kader als belangrijke doelstelling van de kwaliteitsafspraken: "*Het verkleinen van de inter-dokter-variantie.*"

Voor het verkrijgen van transparantie vragen geïnterviewden van Wetenschappelijke Verenigingen meer openheid over hun eigen richtlijnen. Van individuele medisch specialisten vragen zij meer openheid over het eigen functioneren. Bijvoorbeeld het bespreken van geanonimiseerde samenvattingen van visitatie- en inspectierapporten met de zorgverzekeraar. Geïnterviewden constateren dat Wetenschappelijke Verenigingen en individuele medisch specialisten onvoldoende vertrouwen hebben in zorgverzekeraars om de gevraagde informatie te bieden. Het niet beschikbaar stellen van informatie kan er toe leiden dat zorgverzekeraars zelf richtlijnen en prestatie-indicatoren gaan vaststellen en toepassen. Een aantal geïnterviewden vindt het een taak van koepelorganisaties, zoals de Orde van Medisch Specialisten en KNMG, om de gevraagde openheid te bevorderen.

3.4.3 Aanjagen i.p.v. aanklagen

Veel geïnterviewden pleiten voor een "*stimulerende cultuur*". De onderstaande uitspraken van geïnterviewden illustreren wat zij hieronder verstaan:

"De extra mogelijkheden van DBC's liggen niet op het vlak van het borgen van de minimum-kwaliteit, maar op het vlak van de kwaliteitsbevordering."

"Zorgverzekeraars willen state-of-the-art-zorg en best practices. Zorgaanbieders moeten hiervoor wel de tijd krijgen. Zorgverzekeraars en aanbieders moeten bij de invoering hiervan samen prioriteiten stellen."

"Het gaat er om een proces van kwaliteitsverbetering in beweging te krijgen. Meer geld voor beter werk."

"Zorgverzekeraars moeten kiezen voor een aanjagende functie en niet voor een aanklagende functie. Niet: als u onder de norm zit, dan zwaait er wat."

"Kwaliteitsafspraken moeten worden gemaakt vanuit het paradigma 'goed - beter' en niet vanuit het paradigma 'goed - slecht'."

"Er zijn geen goede en slechte ziekenhuizen, maar wel goede en betere ziekenhuizen. Er zijn wel goede en slechte ZBC's."

Een aantal zorgverzekeraars geeft wel aan niet eindeloos geduld te zullen betrachten. Als bepaalde ziekenhuizen weigeren om transparantie te bieden of kwaliteitsverbeteringen door te voeren en daarvoor diverse kansen hebben gehad, zullen uiteindelijk financiële consequenties volgen.

Geïnterviewden geven aan zich te realiseren, dat wat zij verwachten van het GMSB een cultuuromslag is. Dat kost tijd. Als belangrijkste veranderingen zien zij:

- openheid over het eigen handelen;
- zorg verlenen vanuit het patiëntenperspectief.

3.4.4 Behoeft aan "*Gedragscode voor DBC-contracting*"

Het aantal geïnterviewden dat voor- of tegenstander is van het opstellen van een gedragscode voor de DBC-contracting houdt elkaar ongeveer in evenwicht. Argumenten van tegenstanders zijn angst voor vertraging en angst dat de markt weer wordt dichtgetimmerd. Een gedragscode moet in hun ogen pas worden opgesteld als in de praktijk problemen ontstaan, maar niet voordat duidelijk is of 'bedachte problemen' zich in de praktijk wel voordoen.

Onderstaand volgt een opsomming van zaken die via een “Gedragscode voor de DBC-contractering” geregeld zouden kunnen worden, zoals die uit de interviews naar voren komen:

- Selectieve contractering door zorgverzekeraars kan de vrije artskeuze en de continuïteit van de behandelrelatie onder druk zetten, en er toe leiden dat ziekenhuizen patiënten van niet-preferred zorgverzekeraars gaan weren. Een gedragscode kan de rechten en plichten van patiënten, medisch specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars in het kader van de selectieve contractering regelen.⁶
- Zorgverzekeraars verzamelen informatie met het oog op de controle van prestatieafspraken, zoals: patiëntgegevens, visitatierapporten, Inspectierapporten, patiëntenenquêtes enz. Een gedragscode kan regelen welke informatie de medische beroepsgroep beschikbaar stelt en hoe zorgverzekeraars deze informatie wel en niet mogen gebruiken.
- Een gedragscode kan regelen wat de reactietermijnen zijn, waarop het GMSB en de zorgverzekeraar op een onderhandelingsaanbod van de andere partij moeten reageren.
- In een gedragscode kunnen afspraken worden gemaakt over de vormgeving van beloning op basis van ‘uitkomsten van patiëntenzorg’ ter voorkoming van perverse prikkels respectievelijk risicoselectie.
- In een gedragscode kunnen landelijke kwaliteitscategorieën worden afgesproken, waarover verplicht afspraken moeten worden gemaakt. Bijvoorbeeld de kwaliteitscategorieën uit het Richtsnoer “Onderhandelen over kwaliteit van zorg” van het CVZ (CVZ, 2004). Dan gaat daar geen tijd mee verloren.

Een van de geïnterviewden acht het zinvol om voor de gedachtevorming naar gedragscodes in andere sectoren te kijken, zoals: de notarissen, de makelaarsbranche, de energiemarkt enz. Een andere geïnterviewde kan zich voorstellen dat de Orde van Medisch Specialisten of NVZ eenzijdig een gedragscode casu quo “handvest” ontwikkelt voor de eigen leden, waarin bijvoorbeeld Treeknormen als bodem worden gelegd voor toegangstijden.

3.4.5 *Samenvatting*

De meeste geïnterviewden zijn van mening dat medisch specialisten en ‘medisch adviseurs van de zorgverzekeraar’ een belangrijke rol moeten spelen in de DBC-onderhandelingen. Een aantal zorgverzekeraars is van mening dat een vertegenwoordiging van de medische staf letterlijk aan de onderhandelingstafel moet plaatsnemen om de uitvoerbaarheid van de afspraken te waarborgen. Zorgverzekeraars willen ervoor waken dat zij niet met twee partijen moeten onderhandelen (ziekenhuis en medische staf). In hun ogen is er sprake van één geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf dat met één mond moet spreken.

De geïnterviewden zijn het erover eens dat er geen patiënten of verzekerden moeten plaatsnemen aan de onderhandelingstafel. Zij kiezen voor een systeem van getrapte vertegenwoordiging. Individuele patiënten en verzekerden en patiënten- en consumentenorganisaties moeten de zorgverzekeraar beïnvloeden. Categoriele patiënten- en consumentenorganisaties kunnen worden betrokken bij het opstellen van richtlijnen en best practices. De cliëntenraad van het ziekenhuis kan meedenken over de leveringsvoorwaarden van het ziekenhuis met betrekking tot de standaardprijslijst.

Uit de interviews komt naar voren dat de zorgverzekeraars niet willen bezuinigen op kwaliteit. Een aantal geïnterviewden roept de Orde van Medisch Specialisten daarom op om het maken van kwaliteitsafspraken aan te grijpen als kans om samen met zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Veel geïnterviewden (inclusief zorgverzekeraars) zijn al tevreden met het ontstaan van transparantie. Op het gebied van kwaliteitsverbetering verwachten zij minstens zoveel van zelfsturing door de beroepsgroep, als van sturing door zorgverzekeraars. Als medisch specialisten meer feedback krijgen op hun eigen handelen en de resultaten van hun handelen zichtbaar worden, zullen zij zichzelf verbeteren.

Het niet beschikbaar stellen van informatie door Wetenschappelijke Verenigingen of individuele medisch specialisten kan er toe leiden dat zorgverzekeraars zelf richtlijnen en prestatie-indicatoren gaan vaststellen en toepassen. Een aantal geïnterviewden vindt het een taak van koepelorganisaties, zoals de Orde van Medisch Specialisten en KNMG, om ‘openheid’ binnen de medische beroepsgroep te bevorderen.

6) Het gewijzigde amendement op de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg, van Schippers en Lambrechts, dat de Tweede Kamer op 8 juni 2004 heeft aangenomen, regelt dat patiënten in ieder geval voor het zogenoemde b-segment van de DBC's zelf kunnen kiezen tussen zorg in natura of restitutie. De verzekerde voor wie restitutie geldt, heeft de vrije keuze uit zorgaanbieders die de desbetreffende vorm van zorg aanbieden.

Volgens een aantal geïnterviewden moeten zorgverzekeraars bij het maken van kwaliteitsafspraken kiezen voor een 'stimulerende cultuur' en niet voor een 'afrekencultuur'.

Het aantal geïnterviewden dat voor- of tegenstander is van het opstellen van een gedragscode voor DBC-onderhandelingen houdt elkaar ongeveer in evenwicht.

Tegenstanders zijn er beducht voor dat de markt weer wordt dichtgetimmerd. Ondermeer de volgende zaken zouden via een "Gedragscode voor DBC-contractering" kunnen worden geregeld:

- Een gedragscode kan de rechten en plichten van patiënten, medisch specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars in het kader van de selectieve contractering regelen.
- Een gedragscode kan regelen welke informatie de medische beroepsgroep t.b.v. de kwaliteitstoetsing beschikbaar stelt en hoe zorgverzekeraars deze mogen gebruiken.
- Een gedragscode kan regelen wat de reactietermijnen zijn, waarop het GMSB en de zorgverzekeraar op een onderhandelingsaanbod van de andere partij moeten reageren.
- In een gedragscode kunnen afspraken worden gemaakt over de vormgeving van beloning op basis van 'uitkomsten van patiëntenzorg' ter voorkoming van perverse prikkels c.q. risicoselectie.
- In een gedragscode kunnen landelijke kwaliteitscategorieën worden afgesproken, waarover verplicht afspraken moeten worden gemaakt.

4 Conclusies en aanbevelingen

In dit onderdeel worden op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek (hoofdstuk 2) en de interviews (hoofdstuk 3) de onderzoeksvragen beantwoord, in de vorm van conclusies en aanbevelingen. In § 4.2 volgen ‘conclusies en aanbevelingen’ die niet rechtstreeks te koppelen zijn aan een van de onderzoeksvragen.

4.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

4.1.1 Kwaliteitsbodem bij DBC-contractering

Wat staat er in bestaande wet- en regelgeving over de kwaliteit van de zorg dat relevant is voor de DBC-contractering? Legt dit een voldoende bodem onder de kwaliteit van de zorg bij de DBC-contractering?

De behandelend medisch specialist is verantwoordelijk voor het bepalen van de inhoud en het kwaliteitsniveau van de aan een patiënt te verlenen zorg. Dit vloeit voort uit een aantal kernelementen van de wetgeving:

- de betekenis en bedoeling van het begrip ‘verantwoorde zorg’ zoals dat wordt gebruikt in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Big;
- de betekenis en bedoeling van de bepaling in de Wgbo aangaande ‘de zorg van een goed hulpverlener, in relatie tot de professionele standaard’;
- de expliciete verwijzing in het Biogeneeskundeoverdrag naar de ‘professionele plichten en standaarden’ van de hulpverlener.

De medisch specialist bepaalt welke behandeling in welke situatie geëigend is. Het ziekenfonds of de particuliere ziektekostenverzekering dient deze behandeling te vergoeden. Hierop zijn twee uitzonderingen:

1. de betreffende behandeling is bij wet uitgesloten van vergoeding;
2. voor de betreffende behandeling bestaat een goedkoper alternatief, dat qua effecten en neveneffecten gelijk is aan de duurdere behandeling.

De tweede uitzondering vloeit voort uit bepalingen in de Kwaliteitswet en Wgbo en is dus zowel van toepassing op de ziekenfondsverzekeringen als particuliere ziektekostenverzekeringen.

De civiele rechter verwacht van medisch specialisten dat zij voldoen aan het *gemiddelde, gebruikelijke niveau van zorg*. De rechter oriënteert zich daarbij op de professionele standaard van de beroepsbeoefenaar: de kennis, ervaringen en gebruiken binnen het vak, geldende richtlijnen en gedragsregels en dergelijke (zie § 4.1.3).

Een aantal geïnterviewden stelt dat differentiëren naar medische kwaliteit mogelijk moet zijn. Zij zijn van mening dat de kwaliteitsbodem wordt bepaald door medische veiligheid. Cosmetische nadelen (groter litteken) en ongemak (misselijkheid, langere herstelperiode enz.) van goedkopere behandelingen achten zij aanvaardbaar in ruil voor premiekorting (zie § 3.2.2).

De opvatting dat de kwaliteitsbodem wordt bepaald door medische veiligheid wijkt af van de verwachting van de civiele rechter dat medisch specialisten voldoen aan het gemiddelde, gebruikelijke niveau van zorg, waarbij de rechter zich oriënteert op de binnen het betreffende vak geldende richtlijnen voor behandeling.

Volgens de wet- en regelgeving is het criterium van medische veiligheid voor het vaststellen van de kwaliteitsbodem te beperkt. Ongunstige neveneffecten, die geen gevaar vormen voor de medische veiligheid, maar die de patiënt wel substantiële nadelen of ongemak opleveren, zijn onaanvaardbaar, als zij het gevolg zijn van een behandeling die om financiële redenen (bijvoorbeeld premiekorting) afwijkt van de geldende richtlijnen.

Geen van de geïnterviewde zorgverzekeraars gaf overigens aan zelf behoefte te hebben aan een polis met bodemkwaliteit. Uit de interviews blijkt dat zorgverzekeraars zich vooral van elkaar willen onderscheiden door extra kwaliteit te bieden.

Op basis van het hierboven gestelde kan worden geconcludeerd dat wet- en regelgeving een voldoende bodem onder de kwaliteit van zorg bij de DBC-contractering legt.

4.1.2 *Betekenis van richtlijnen*

Wat is de (juridische) betekenis van door de professie opgestelde richtlijnen, richtlijnen uit het buitenland en door zorgverzekeraars verzamelde richtlijnen?

Met betrekking tot het bepalen van de inhoud van kwaliteit van zorg speelt de wetgeving een relatief geringe rol. De relevante wettelijke regelingen houden zich vooral bezig met de algemene kaders, de randvoorwaarden en de verantwoordelijkheidsverdeling en in veel mindere mate met de formulering van inhoudelijke eisen. Dat is in lijn met het belang dat de wetgeving hecht aan de professionele standaard van de medisch specialist. Die standaard behoort in overwegende mate te worden bepaald en ingevuld door de medische beroepsgroep zelf. De gedragsnormen en richtlijnen van de beroepsgroep vormen de belangrijkste inhoud van de professionele standaard van de medisch specialist (zie § 2.3.6).

Nagenoeg alle geïnterviewden zijn van opvatting dat de richtlijnen van de Wetenschappelijke Verenigingen in principe het uitgangspunt vormen voor de inhoud van de DBC's (zie § 3.3.2). Het probleem wordt volgens de geïnterviewden niet gevormd door de inhoud van de richtlijnen van de Wetenschappelijke Verenigingen, maar door het ontbreken van richtlijnen: *“Als de richtlijnen ontbreken moet je als zorgverzekeraar toch wat?”* Dat bepaalde richtlijnen van Wetenschappelijke Verenigingen “experience-based” zijn in plaats van “evidence-based” vinden de meeste zorgverzekeraars geen reden om ze niet te gebruiken. Men redeneert: beter iets dan niets. Desnoods buitenlandse richtlijnen.

42

Alleen in geval van zorg verleend in het buitenland is er een wettelijke basis om bij discrepantie tussen Nederlandse en buitenlandse richtlijnen, de opvattingen uit de internationale medische wetenschap te laten prevaleren. De kans op een dergelijke discrepantie is echter niet groot, omdat veel van de in Nederland toegepaste opvattingen mede zijn gebaseerd op internationaal onderzoek (zie § 2.2.7.1).

4.1.3 *Aansprakelijkheid van medisch specialisten*

Waarop kunnen medisch specialisten worden aangesproken door de rechter?

De tuchtrechter toetst het handelen van medisch specialisten aan de professionele standaard van de beroepsbeoefenaar: de kennis, ervaringen en gebruiken binnen zijn vakgebied, geldende richtlijnen, gedragsregels, etc. Bij onduidelijkheden over de normen van de professionele standaard, benoemt de tuchtrechter vaak een deskundige uit hetzelfde vakgebied als de aangeklaagde medisch specialist. Deze deskundige krijgt dan de vraag voorgelegd welke opvattingen en kennis ten tijde van het gewraakte handelen binnen de beroepsgroep bestonden (zie § 2.2.9.1).

In de visie van de tuchtrechter prevaleren beroepsplichten en -verantwoordelijkheden van de medisch specialist boven beleidsbeslissingen (organisatorisch of anderszins) van partijen als zorginstellingen en zorgverzekeraars. Een medisch specialist behoort niet akkoord te gaan met maatregelen van de zijde van het ziekenhuis of de zorgverzekeraar, die tot gevolg hebben dat hij zijn beroep niet conform de professionele standaard kan uitoefenen.

Medisch specialisten kunnen zich in de visie van de tuchtrechter met betrekking tot de kwaliteit van de te leveren zorg, niet ‘verschuilen’ achter verkeerde afspraken van het ziekenhuismanagement met de zorgverzekeraar. Dit onderstreept het belang van medisch specialisten om bij het maken van kwaliteitsafspraken tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar in het kader van de DBC-contractering, letterlijk aan de onderhandelingstafel te zitten.

De civiele rechter beoordeelt de mogelijke aansprakelijkheid van medisch specialisten op basis van het criterium 'redelijk handelend en redelijk bekwame vakgenoot in vergelijkbare omstandigheden'. De civiele rechter verwacht van de medisch specialist dat deze voldoet aan het gemiddelde, gebruikelijke niveau van zorg. Evenals de tuchtrechter oriënteert de civiele rechter zich daarbij op de professionele standaard van de medisch specialist.

4.1.4 Comfort versus medische noodzaak

Waar ligt de grens tussen comfort en medische noodzaak van een duurdere behandeling?

De medische noodzaak van een behandeling is een relatief begrip, dat kan worden uitgedrukt in 'winst in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren' (QALY's) of 'reductie van ziektelast'⁷. Als een behandeling medisch niet noodzakelijk is, kan worden gesproken van comfort. Het is de verantwoordelijkheid van de politiek om te beoordelen vanaf welk niveau van 'winst in levensjaren' of 'reductie van ziektelast' behandelingen medisch noodzakelijk zijn c.q. in de basiszorgverzekering worden opgenomen.

Over het algemeen kan worden gesteld dat de norm van 'medische veiligheid', die een aantal geïnterviewden noemt als kwaliteitsbodem voor de DBC-contractering (zie § 3.3.3), lager ligt dan de kwaliteitsbodem van de beroepsgroep. In de richtlijnontwikkeling door de beroepsgroep worden behandelingen niet uitsluitend op werkzaamheid, medische veiligheid en kosten beoordeeld, maar ook op bijwerkingen en (sociale) neveneffecten. Zo is verpleging van terminale patiënten in de thuissituatie vaak duurder en misschien minder veilig (geen IC) dan verpleging in het ziekenhuis, maar aan de wens van patiënten om thuis te sterven wordt zo mogelijk toch gehoor gegeven.

Over het algemeen kan worden gesteld dat niet de 'medische veiligheid', maar de professionele, "evidence-based", richtlijn de kwaliteitsbodem voor de DBC-contractering dient te vormen. Bij het ontwikkelen van de richtlijnen wordt een afweging gemaakt tussen de werkzaamheid, bijwerkingen, (sociale) neveneffecten en kosten van verschillende behandelingsmogelijkheden van een aandoening. Richtlijnen worden meer en meer landelijk en in samenwerking met patiënten- en consumentenorganisaties en zorgverzekeraars vastgesteld (zie § 3.3.2).

4.1.5 Checklist voor kwaliteitsafspraken

Welke afspraken kunnen in een DBC-contract over de kwaliteit van de zorg worden opgenomen? Kan er betreffende dit onderwerp een checklist voor medisch specialisten worden opgesteld?

Checklist voor kwaliteitsafspraken:

– **Kwaliteits- en veiligheidsbeleid**

Duidelijkheid over het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van contractpartijen is een voorwaarde voor open onderhandelingen tussen het GMSB en de zorgverzekeraar. Hiertoe kunnen contractpartijen hun kwaliteits- en veiligheidsbeleid op schrift en aan elkaar ter beschikking stellen. Een ziekenfonds kan worden gevraagd naar het plan van aanpak, dat het ziekenfonds heeft ingeleverd bij het CTZ en waarvan de uitvoering door het CTZ wordt getoetst (zie § 2.4.5). Een ziekenhuis kan worden gevraagd naar zijn algemene leveringsvoorwaarden behorend bij de standaardprijslijst.

– **Theoretisch kader**

Het verdient de voorkeur, maar het is niet noodzakelijk, dat contractpartijen hetzelfde theoretische kader hanteren. Een voorbeeld van een theoretisch kader wordt gevormd door de matrix in het Richtsnoer "Onderhandelen over de kwaliteit van zorg" van het CVZ (CVZ, 2004) (zie de "Voorbeeldvragenlijst interviews", bijlage 5). De geïnterviewde zorgverzekeraars hebben eigen kwaliteitskaders ontwikkeld, die minder complex zijn dan de matrix van het CVZ (zie § 3.3.1).

7) CVZ. Ziektelast toegepast op het geneesmiddelenpakket. CVZ, Diemen 2003.

– Algemene kwaliteitseisen

Het GMSB en de zorgverzekeraar kunnen algemene (op DBC-overstijgend niveau) kwaliteitseisen aan de te leveren zorg overeenkomen. Een voorbeeld van dergelijke algemene kwaliteitseisen wordt gegeven op bladzijde 16 van de DBC Inkoopgids van ZN (ZN, 2004) (zie § 2.4.7). Een deel van de algemene kwaliteitseisen aan te leveren zorg zal zijn opgenomen in de algemene leveringsvoorwaarden behorend bij de standaardprijslijst van het GMSB.

– Set van prestatie-indicatoren

Het GMSB en de zorgverzekeraar kunnen afspreken op basis van welke set van prestatie-indicatoren zij tot kwaliteitsafspraken willen komen. Prestatie-indicatoren kunnen regionaal worden ontwikkeld, maar vanuit overwegingen van objectiviteit, validiteit, vergelijkbaarheid en doelmatigheid verdient het de voorkeur om gebruik te maken van landelijk ontwikkelde en vastgestelde prestatie-indicatoren. Wellicht vormt de “Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003” van de IGZ, NVZ, Orde van Medisch Specialisten en NFU (voorheen VAZ) een goede basis (IGZ, 2003) (zie § 2.4.6). In de DBC Inkoopgids van ZN (ZN, 2004) worden per onderhandelbare DBC een of meer prestatie-indicatoren genoemd.

– Toetsingsmodel

Het vertrouwen tussen het GMSB en de zorgverzekeraar wordt bevorderd, als van tevoren algemene uitgangspunten met betrekking tot de toetsing van prestaties kunnen worden overeengekomen. In een later stadium kunnen deze algemene afspraken per DBC worden ingevuld (zie § 3.3.4):

- Worden de prestaties van het GMSB beoordeeld door het GMSB in de tijd met zichzelf te vergelijken, door benchmarking (kwaliteitsrangorde: hoe presteert het ziekenhuis in vergelijking tot andere ziekenhuizen), of door een combinatie hiervan?
- Worden prestaties beoordeeld op basis van procesindicatoren, uitkomstindicatoren, of een combinatie hiervan?
- Worden kwaliteitsafspraken gemaakt volgens een 20/80-regel?
- Welke toetsingsinstrumenten zijn potentieel beschikbaar om de prestaties van het GMSB op kwaliteitsgebied te toetsen?
- Wie is verantwoordelijk voor en wie draagt de kosten van het verzamelen van de voor toetsing benodigde informatie?
- Wat is de betrouwbaarheid van de met het oog op de toetsing door de zorgverzekeraar te verzamelen informatie? In hoeverre mogen resultaten worden gepubliceerd?

– Beloningsmodel

Het vertrouwen tussen het GMSB en de zorgverzekeraar wordt bevorderd als van tevoren algemene uitgangspunten m.b.t. de toetsing van prestaties kunnen worden overeengekomen. In een later stadium kunnen deze algemene afspraken per DBC worden ingevuld:

- Wordt er gekozen voor vaste beloning, flexibele beloning, of een combinatie hiervan?
- Wordt er beloond in geld of natura?
- Hoe wordt de beloning gekoppeld aan prestatie-indicatoren? (zie § 3.3.4):
 - Indien een zorgverzekeraar wil belonen op basis van benchmarking (kwaliteitsrangorde: hoe presteert het ziekenhuis in vergelijking tot andere ziekenhuizen) heeft het voordelen om te benchmarken op procesindicatoren.
 - Indien een zorgverzekeraar wil belonen op basis van uitkomstindicatoren, heeft het voordelen om de prestaties van het ziekenhuis te beoordelen door het ziekenhuis in de tijd met zichzelf te vergelijken.
- Wordt er maandelijks, per kwartaal of jaarlijks afgerekend?
- Wat zijn de mogelijkheden tot wijziging of opzegging van de kwaliteitsafspraken?
- Worden (financiële) consequenties van tussentijdse wijziging of opzegging overeengekomen?

4.1.6 Bodemafpraak over kwaliteit

Welke afspraken over de kwaliteit van zorg adviseert de afdeling Beleid & Advisering minimaal in een DBC-contract op te nemen?

Het lijkt verstandig om minimaal algemene (op DBC-overstijgend niveau) kwaliteitseisen aan te leveren zorg overeen te komen. De reden hiervan is dat deze kwaliteitseisen onderdeel uitmaken van de algemene leveringsvoorwaarden behorende bij de standaardprijslijst van het GMSB (zie § 4.1.5).

Indien een prestatiecontract wordt opgesteld, luidt het advies om van de checklist in § 4.1.5 gebruik te maken:

- kwaliteits- en veiligheidsbeleid;
- theoretische kaders;
- algemene kwaliteitseisen;
- landelijke set van prestatie-indicatoren;
- toetsingsmodel;
- beloningsmodel.

4.1.7 Rol van medisch specialisten

Op welke wijze kan de centrale rol van medisch specialisten (in vrij beroep en in loondienst) bij de contractering van de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg worden vormgegeven?

Letterlijk plaatsnemen van een vertegenwoordiging van de medische staf aan de onderhandelingstafel. De interviews wekken de indruk dat zorgverzekeraars hier begrip voor hebben of dit zelfs wenselijk achten. De Modeltoelatingsovereenkomst NVZ-Orde van mei 2000 (MTO) regelt dit voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. De MTO stelt in artikel 2.2.d.: "In de onderhandelingsdelegatie van de stichting is een vertegenwoordiging van de medisch specialist(en) opgenomen."

Niet wachten tot zorgverzekeraars zelf prestatie-indicatoren ontwikkelen, maar zelf het initiatief nemen tot het maken van prestatieafspraken met zorgverzekeraars over de kwaliteit van de zorg (zie § 4.2.1 en § 4.2.2).

4.1.8 Rolverdeling tussen partijen

Wat is een gewenste rolverdeling tussen de (sub)partijen die zijn betrokken bij kwaliteitsafspraken in DBC-contracten? Geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf - zorgverzekeraar? Medische staf - ziekenhuisdirectie? Medische staf - maatschap? Maatschap - individuele medisch specialist?

Deze vraag kan op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek en de interviews niet worden beantwoord en verdient nadere aandacht.

4.1.9 Gedragscode

Wat zijn de mogelijke (juridische) vormen om de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg bij de contractering van DBC's te bevorderen en te borgen, zoals een gedragscode, modelovereenkomst of convenant? Wat zijn de voor- en nadelen van verschillende vormen?

Het aantal geïnterviewden dat voor- of tegenstander is van het opstellen van een gedragscode voor DBC-onderhandelingen houdt elkaar ongeveer in evenwicht. Tegenstanders zijn er beducht voor dat de markt weer wordt dichtgetimmerd, maar een gedragscode zou de marktwerking juist ook kunnen faciliteren. In § 3.4.4 wordt op basis van de gehouden interviews opgesomd welke zaken eventueel via een "Gedragscode voor DBC-contractering" kunnen worden geregeld. Voor de gedachtevorming kan het zinvol zijn om naar gedragscodes in andere sectoren te kijken.

Het maken van een gedragscode is echter niet zonder juridische risico's. Ook met betrekking tot een gedragscode kan gelden dat de mededingingsregels overtreden worden. Dit moet bij het opstellen van een gedragscode goed overwogen worden.

4.2 Overige conclusies en aanbevelingen

4.2.1 Zelf het initiatief nemen

Medisch specialisten kunnen door bij de DBC-onderhandelingen aan te sturen op het maken van kwaliteitsafspraken, waarmee zorgverzekeraars goede sier kunnen maken bij hun verzekerden, voorkomen dat de DBC-contractering ontaardt in een bezuinigingsslag. Het maken van kwaliteitsafspraken met zorgverzekeraars brengt voor medisch specialisten (en ziekenhuizen) kansen en risico's met zich mee.

Kansen:

- investeren van doelmatigheidswinst in het GMSB in plaats van afvloeien van doelmatigheidswinst richting zorgverzekeraar;
- verkrijgen van structurele financiering voor kwaliteitsverbeteringen en kwaliteitssystemen;
- verkrijgen van feedback over de resultaten van het eigen medisch handelen.

Risico's:

- verlies van (professionele) autonomie;
- verlies van privacy door publicatie van medische resultaten;
- moeten werken met niet-valide prestatie-indicatoren;
- toenemende administratieve belasting door extra registratietaken.

Door als medisch specialisten zelf het initiatief te nemen tot het maken van kwaliteitsafspraken kunnen de kansen optimaal worden benut en risico's worden vermeden. Hierbij kunnen medisch specialisten gebruik maken van de checklist in § 4.1.5.

46

De bereidheid van medisch specialisten om ook afspraken te maken over 'zachte' onderwerpen, zoals bejegening en patiëntenenquête's, vormt een voorwaarde voor succes (zie § 3.2.4).

4.2.2 Nationale prestatie-indicatoren en locale prestatiecontracten

Een risico van de huidige praktijk inzake het maken van kwaliteitsafspraken tussen het GMSB en zorgverzekeraars is dat zorgverzekeraars zelf, daartoe aangespoord door het CTZ (zie § 2.4.5), prestatie-indicatoren ontwikkelen. Het verdient aanbeveling om een nationale basisset van prestatie-indicatoren voor het maken van kwaliteitsafspraken in het kader van de DBC-contractering vast te stellen. Bijvoorbeeld de "Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003" (IGZ, 2003).

De 'prestatie-indicatoren van de IGZ' moeten dan geschikt worden gemaakt om er prestatiecontracten op af te sluiten. Daarmee wordt de markt niet dichtgetimmerd, maar juist gefaciliteerd:

- alleen valide prestatie-indicatoren worden gebruikt, waardoor medisch specialisten niet onnodig gefrustreerd raken, en waarbij valide benchmarking mogelijk wordt, en zorgverzekeraars het GMSB beter aan prestatieafspraken kunnen houden;
- het GMSB kan dezelfde prestatie-indicatoren voor contracten met verschillende zorgverzekeraars gebruiken;
- voor zorgverzekeraars zonder grote zorginkoopafdeling (particuliere ziektekostenverzekeraars) wordt het belonen van medische kwaliteit ook haalbaar.

Prestatie-indicatoren dienen door inhoudelijke deskundigen respectievelijk de beroepsgroep te worden vastgesteld en niet door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen dan hun creativiteit loslaten op de:

- koppeling tussen de vastgestelde prestatie-indicatoren en beloningen;
- variaties in beloningsmogelijkheden (vaste of flexibele beloning, geld of natura enz.).

Belangrijk is om hierover in overleg te treden met het CVZ (zie § 2.4.8) en CTZ (zie § 2.4.5), omdat beide drijvende krachten zijn achter de inspanningen van zorgverzekeraars om prestatieafspraken met het GMSB te maken.

De aanbeveling van het CVZ om aandacht te schenken aan de ontwikkeling van een informatiesysteem dat neutrale, objectieve en recente informatie over de inhoud van zorg levert (bijvoorbeeld richtlijnen, “best practices” en prestatie-indicatoren), kan krachtig worden ondersteund.

4.2.3 Visie op financiering van kwaliteitsactiviteiten

De stormachtige ontwikkelingen op het gebied van het maken van kwaliteitsafspraken door zorgverzekeraars met het GMSB nopen tot het ontwikkelen van een visie vanuit de medische beroepsgroep op de (mogelijk landelijke) financiering van niet-productiegebonden kwaliteitsactiviteiten, zoals bij- en nascholing, visitatie, onderzoek etc. (zie § 3.3.4).

4.2.4 Koppeling van beloning aan prestatie-indicatoren

- Indien een zorgverzekeraar wil belonen op basis van benchmarking (kwaliteitsrangorde: hoe presteert het ziekenhuis in vergelijking tot andere ziekenhuizen), heeft het voordelen om te benchmarken op procesindicatoren.
- Indien een zorgverzekeraar wil belonen op basis van uitkomstindicatoren, heeft het voordelen om de prestaties van het ziekenhuis te beoordelen door het ziekenhuis in de tijd met zichzelf te vergelijken.

4.2.5 Vrije artskeuze en continuïteit van de behandelrelatie

Tijdens de interviews uitten diverse geïnterviewden hun zorgen over de selectieve contractering door zorgverzekeraars. Volgens hen kan selectieve contractering de vrije artskeuze en de continuïteit van de behandelrelatie onder druk zetten, en er toe leiden dat ziekenhuizen patiënten van niet-preferred zorgverzekeraars gaan weren. Het gewijzigd amendement op de Wet herziening overeenkomsten-stelsel zorg, van Schippers en Lambrechts, dat de Tweede Kamer op 8 juni 2004 heeft aangenomen, vormt m.b.t. de selectieve contractering een versterking van de rechtspositie van patiënten. Dit amendement regelt dat patiënten in ieder geval voor het zogenoemde B-segment van de DBC's zelf kunnen kiezen tussen zorg in natura of restitutie. De verzekerde voor wie restitutie geldt, heeft de vrije keuze uit zorgaanbieders - in dit geval ziekenhuizen en medisch specialisten - die de desbetreffende vorm van zorg aanbieden.

Bijlage 1: Checklist voor kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering

Naar aanleiding van het literatuuronderzoek en de interviews in dit rapport, heeft de Orde van Medisch Specialisten (Orde) de onderzoekers van de KNMG gevraagd een checklist voor het maken van kwaliteitsafspraken voor de leden (medisch specialisten) van de Orde op te stellen. De onderzoekers hebben deze checklist opgesteld op basis van het literatuuronderzoek, de interviews en enkele aanvullende gesprekken met bureaumedewerkers en bestuursleden van de Orde, om resterende 'witte plekken' in de informatieverzameling alsnog in te vullen. Naar de mening van de onderzoekers kan de checklist voor zowel medisch specialisten, als ziekenhuizen en zorgverzekeraars behulpzaam zijn bij het maken van kwaliteitsafspraken bij de DBC-contractering.

De checklist betreft 10 onderwerpen (do's en don'ts):

1. Professionele standaard
2. Best practices
3. Onvervreembare verantwoordelijkheid
4. Schriftelijke uitwisseling
5. Prestatie-indicatoren
6. Kwaliteit en veiligheid
7. Keurmerken
8. Openbaarheid van gegevens
9. Getrapte onderhandelingen
10. Landelijk kwaliteitsfunament

1. Professionele standaard

48

Volgens de wet- en regelgeving vormen de richtlijnen van de Nederlandse Wetenschappelijke Verenigingen van Medisch Specialististen het uitgangspunt voor het bepalen van het kwaliteitsniveau van de te contracteren medisch-specialistische zorg. Dit veronderstelt dat deze richtlijnen tot stand zijn gekomen op basis van overwegingen van effectiviteit en kosten. Alleen in geval van zorg verleend in het buitenland is er een wettelijke basis om bij discrepantie tussen Nederlandse en buitenlandse professionele richtlijnen, de opvattingen uit de internationale medische wetenschap te laten prevaleren. Van belang is dat de gehanteerde richtlijnen openbaar, transparant en toetsbaar zijn.

De civiele rechter verwacht van medisch specialisten dat zij voldoen aan het gemiddelde, gebruikelijke niveau van zorg. De rechter oriënteert zich daarbij op de professionele standaard van de beroepsbeoefenaar: de kennis, ervaringen en gebruiken binnen het vak, geldende richtlijnen en gedragsregels e.d. Een aantal geïnterviewden stelt dat differentiëren naar medische kwaliteit mogelijk moet zijn. Zij zijn van mening dat de kwaliteitsbodem wordt bepaald door medische veiligheid. Cosmetische nadelen (groter litteken) en ongemak (misselijkheid, langere herstelperiode, enz.) van goedkopere behandelingen achten zij aanvaardbaar in ruil voor premiekorting. De opvatting dat de kwaliteitsbodem wordt bepaald door medische veiligheid wijkt af van de verwachting van de civiele rechter dat medisch specialisten voldoen aan het gemiddelde, gebruikelijke niveau van zorg, waarbij de rechter zich oriënteert op de binnen het betreffende vak geldende richtlijnen voor behandeling. Volgens de wet- en regelgeving is het criterium van medische veiligheid voor het vaststellen van de kwaliteitsbodem te beperkt. Ongunstige neveneffecten, die geen gevaar vormen voor de medische veiligheid, maar die de patiënt wel substantiële nadelen of ongemak opleveren, zijn onaanvaardbaar, als zij het gevolg zijn van een behandeling die om financiële redenen (bijvoorbeeld premiekorting) afwijkt van de geldende richtlijnen.

2. Best practices

De best practice betreft het kwaliteitsniveau met de optimale prijs-kwaliteitverhouding. De professionele standaard (goede zorg) vormt het uitgangspunt voor het bepalen van de ondergrens van de te contracteren kwaliteit van zorg. De best practice (zorg met de beste prijs-kwaliteitverhouding; beste keus) vormt in het algemeen het uitgangspunt voor het bepalen van de bovengrens van de te contracteren kwaliteit van zorg. Als de verzekerde en/of zorgverzekeraar daarvoor extra wil betalen, kan de duurste zorg met de beste kwaliteit worden geleverd, door het inzetten van extra hulpverleners, extra dure geneesmiddelen, extra dure hulpmiddelen en/of het aanbieden van extra luxe. De prijs-kwaliteitverhouding van de duurste c.q. beste zorg is minder goed dan van de best practice. Differentiëren in kwaliteit van te contracteren zorg kan tussen goed (professionele standaard), beter (best practice: beste keus) en best (duurst).

Bij het vaststellen van de best practice dient een afweging te worden gemaakt tussen de werkzaamheid, bijwerkingen, (fysieke, psychische en sociale) neveneffecten en kosten van verschillende behandelingsmogelijkheden van een aandoening. De best practice dient landelijk te worden vastgesteld. Het ligt voor de hand dat de Wetenschappelijke Verenigingen, als ontwikkelaars van professionele richtlijnen, hierbij het voortouw nemen, maar samenwerking met patiënten-/ consumentenorganisaties en zorgverzekeraars is noodzakelijk. Op dit moment ontbreekt hiervoor een adequate overlegstructuur. Het verdient aanbeveling om de in de praktijk geaccepteerde best practices landelijk te inventariseren en vast te stellen. Het Dutch Network of Clinical Excellence (DNCE)⁸ zou daarbij een rol kunnen vervullen. Geredeneerd vanuit het belang van de volksgezondheid, is het streefdoel van de DBC-contractering om voor alle patiënten op termijn de best practice te realiseren. In uitzonderlijke gevallen kan de overheid beslissen dat zij de best practice voor een bepaalde aandoening te duur vindt, om voor vergoeding via de basisverzekering in aanmerking te komen. In dat geval kan zorg duurzaam onder het niveau van de best practice worden gecontracteerd.

3. Onvervreembare verantwoordelijkheid

De kwaliteit van de medisch-specialistische zorg is in de visie van de tuchtrechter een onvervreembare verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Medisch specialisten behoren niet akkoord te gaan met DBC-afspraken die tot gevolg hebben dat zij hun beroep niet conform de professionele standaard kunnen uitoefenen. In de visie van de tuchtrechter kunnen medisch specialisten zich m.b.t. de kwaliteit van de geleverde medisch-specialistische zorg niet verschuilen achter verkeerde DBC-afspraken van de ziekenhuisdirectie met de zorgverzekeraar. Mede daarom is het belangrijk dat bij het maken van de DBC-afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar een gemandateerde vertegenwoordiging van de medisch specialisten letterlijk aan de onderhandelings-tafel zit.

4. Schriftelijke uitwisseling

Het is niet in het belang van de patiëntenzorg om geheimzinnig te doen over de (beoogde) kwaliteit van de zorg. Daarom verdient het de voorkeur dat het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf en de zorgverzekeraar openheid betrachten over hun kwaliteitsbeleid en dit beleid schriftelijk aan elkaar ter beschikking stellen.

Op schrift wordt gesteld over welke kwaliteitsaspecten partijen tot afspraken willen komen en wat partijen globaal met de kwaliteitsafspraken willen bereiken. Het is belangrijk dat van tevoren duidelijk wordt of de zorgverzekeraar zich wil beperken tot het maken van afspraken over de kwaliteit van de zorgverlening vanuit patiëntenperspectief (bejegening, wachttijden enz.), of dat de zorgverzekeraar ook afspraken wil maken over de kwaliteit van de zorgverlening vanuit medisch perspectief.

Als contractpartijen een theoretisch kader voor het maken van kwaliteitsafspraken hanteren verdient

8) Informatie: www.dnce.org, e-mail: info@dnce.org. Het secretariaat van het DNCE is vooralsnog ondergebracht bij de Orde van Medisch Specialisten.

het de voorkeur dit op schrift uit te wisselen. Van zorgverzekeraars is bekend dat zij hun kwaliteitsbeleid op schrift hebben gezet ten behoeve van het CVZ/ CTZ. De “Gedragscode voor de zorgverzekeraar” (ZN, 1997, 2e druk 2002) stelt dat de zorgverzekeraar inzichtelijk maakt (in een publicatie of anderszins) op welke wijze hij de kwaliteit van het zorgaanbod bevordert.

5. Prestatie-indicatoren

Voor alle contractpartijen heeft het belangrijke voordelen om in het kader van de DBC-contractering uitsluitend gebruik te maken van landelijk gevalideerde prestatie-indicatoren. Dit met het oog op de:

- **bepanking van de administratieve lasten en daarmee kosten voor de medisch specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars;**
- **validiteit van de gebruikte indicatoren;**
- **validiteit van de benchmarking van prestaties tussen ziekenhuizen.**

Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van de “Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen” van de IGZ, NVZ en Orde van Medisch Specialisten. Als m.b.t. een kwaliteitsonderwerp geen landelijk gevalideerde prestatie-indicatoren beschikbaar zijn, dan moet het mogelijk zijn om in het kader van de DBC-contractering prestatieafspraken te maken op basis van lokaal ontwikkelde en vastgestelde structuur- of procesindicatoren⁹. Voorbeelden van *structuur*indicatoren zijn de aanwezigheid van: een decubitusregistratie, risico-inventarisatie, stroke-unit enz. Voorbeelden van *proces*indicatoren zijn: diagnose van mammacarcinoom binnen 5 dagen, percentage heropnamen voor hartfalen binnen 12 weken na ontslag, twejaarlijkse oogheelkundige controle bij diabetes enz. Prestatieafspraken in het kader van de DBC-contractering op basis van *lokaal* ontwikkelde en vastgestelde *uitkomst*indicatoren zijn inhoudelijk risicovol en daarom minder wenselijk. Voorbeelden van uitkomstindicatoren zijn: decubitus incidentie bij een homogene patiëntenpopulatie, percentage patiënten met een pijnscore lager dan 4 in de eerste 72 uur na een operatie, het percentage transfusiereacties van graad 3 en 4 in het afgelopen jaar. Als men toch van lokaal ontwikkelde en vastgestelde uitkomstindicatoren gebruik wil maken, kan experiment-financiering uitkomst bieden. Als er twijfels bestaan over de validiteit van uitkomstindicatoren, maar men toch kwaliteitsafspraken wil maken op basis van deze indicatoren, verdient het aanbeveling om de uitkomsten niet te benchmarken met andere ziekenhuizen, maar de prestaties van het ziekenhuis in de tijd met zichzelf te vergelijken.

50

6. Kwaliteit en veiligheid

De zorgverzekeraar kan afspraken maken over de deelname van medisch specialisten aan activiteiten in het kader van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid

Het kwaliteits- en veiligheidsbeleid omvat diverse systemen en activiteiten. Te denken valt onder meer aan deelname aan de volgende zaken:

- uitkomstindicatoren (waaronder de complicatieregistratie);
- veiligheidsmanagementsysteem (waaronder: veilig melden c.q. melden van incidenten);
- elektronisch medicatiedossier;
- elektronisch patiëntendossier;
- systeem van peer review m.b.t. het individueel functioneren.

De zorgverzekeraar kan met medisch specialisten afspreken dat aan deze activiteiten wordt deelgenomen, en welke financiële gevolgen dit heeft (tariefcomponent, incentives).

7. Kwaliteitskeurmerken

Het afleggen van externe verantwoording richting de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties betekent voor de medisch specialist en het ziekenhuis een grote administratieve belasting. Voor de specialist en het ziekenhuis behoort dit tot de overhead die niet aan directe patiëntenzorg kan worden besteed. Het gebruik van keurmerken die borg

⁹ Zie voor een toelichting op de begrippen ‘structuurindicator’, ‘procesindicator’ en ‘uitkomstindicator’ de “Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen” (bijlage 2).

staan voor de overeengekomen kwaliteit van de zorg, verdient vanuit dit perspectief sterk de voorkeur boven integrale toetsing op detailniveau door inspecteurs van de IGZ en medewerkers (medisch adviseurs) van de diverse zorgverzekeraars.

De IGZ, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties zouden voor de kwaliteitsborging aan de medisch specialist en/of het ziekenhuis kunnen vragen om een kwaliteitskeurmerk te behalen. Dit maakt het mogelijk om af te zien van materiële controle op die aspecten van de zorg, waarvan de kwaliteit door het keurmerk geborgd wordt. Een aantal keurmerken is al beschikbaar, zoals bijvoorbeeld NIAZ, INK, HKZ, BSC¹⁰, maar enkele relevante kwaliteitsinstrumenten voor de DBC-contractering (gebruik van richtlijnen, implementatie van best practices, en resultaten op prestatie-indicatoren) zijn in deze keurmerken onvoldoende verdisconteerd. Er lijkt behoefte aan de ontwikkeling van een nieuw keurmerk met een focus op de kwaliteit van de structuur, het proces en de uitkomsten van de medisch-specialistische zorg.

De Wetenschappelijke Verenigingen (inbreng van medisch-specialistische kennis) zouden samen met de Orde van Medisch Specialist (coördinatie tussen Wetenschappelijke Verenigingen met het oog op algemene geldigheid en toepasbaarheid van het keurmerk) bij de ontwikkeling van een dergelijk keurmerk een voortrekkersrol op zich kunnen nemen. De landelijke visitatie van de opleidings- en niet-opleidingsklinieken zou onderdeel uit kunnen maken van een keurmerk van de beroepsgroep.

Bij het ontwikkelen van een keurmerk moet rekening gehouden worden met aspecten van mededinging. Een keurmerk mag niet zodanig worden opgezet of ingericht dat er een mededingingsbeperkende werking van uitgaat.

8. Openbaarheid van gegevens

Het verdient aanbeveling dat het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf en de zorgverzekeraar heldere afspraken maken over de openbaarheid en eventuele publicatie van prestatiegegevens.

51

Uitgangspunt is dat prestaties gemeten met landelijk gevalideerde indicatoren in principe openbaar zijn voor de zorgverzekeraar. Dit uitgangspunt geeft de zorgverzekeraar niet automatisch de bevoegdheid om de aan hem verstrekte prestatiegegevens te publiceren. Geadviseerd wordt om van tevoren af te spreken met welk doel en hoe de zorgverzekeraar prestatiegegevens mag gebruiken en of publicatie is toegestaan.

9. Getrapte onderhandelingen

Het maken van kwaliteitsafspraken in het kader van de DBC-contractering dient volgens een getrapte overleg- en onderhandelingsstructuur plaats te vinden:

1. medisch specialist - maatschap;
2. maatschap - stafmaatschap;
3. stafmaatschap - ziekenhuisdirectie;
4. geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf - zorgverzekeraar.

Het zonder uitzondering volgen van de hierboven beschreven getrapte overleg- en onderhandelingsstructuur (viertrapsraket) is van groot belang met het oog op de noodzakelijke coördinatie tussen de wensen, behoeften en mogelijkheden van de verschillende medische specialismen en afdelingen in het ziekenhuis. Ook bij het maken van kwaliteitsafspraken is het van belang dat alle niveaus in de juiste volgorde (1 t/m 4) aan bod komen. Voor het draagvlak van de kwaliteitsafspraken onder de mensen die ze moeten uitvoeren, is het van belang dat de kwaliteitsafspraken bottom up en niet top down tot stand komen.

10) NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen. INK: Instituut Nederlandse Kwaliteit. Stichting HKZ: Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. BSC: Balanced Score Card.

10. Landelijk kwaliteitsfundament

De professionele standaard, zoals vastgesteld door de Nederlandse Wetenschappelijke Verenigingen, vormt het uitgangspunt voor het bepalen van de ondergrens van de te contracteren kwaliteit van zorg (zie punt 1 en 2 van deze checklist). Over de inhoud en financiering van dit kwaliteitsfundament zou eigenlijk niet lokaal onderhandeld moeten worden, maar deze zouden landelijk per specialisme moeten worden vastgesteld. De landelijke kwaliteitsbodem kan per specialisme, *bijvoorbeeld m.b.t. de vijf meest voorkomende DBC's/behandelingen*, de volgende elementen bevatten:

- ontwikkeling en implementatie van richtlijnen, prestatie-indicatoren en patiëntenvoorlichting;
- verdisconteren van deze richtlijnen, prestatie-indicatoren en patiëntenvoorlichting in de complicatieregistratie, landelijke visitatie en bij- en nascholing.

We spreken over een landelijk kwaliteitsfundament, waarop het huis van de specifieke lokale kwaliteitsafspraken gebouwd kan worden. Lokale kwaliteitsafspraken worden volgens dit model gemaakt bovenop het landelijke kwaliteitsfundament (dat lokaal wordt geïmplementeerd) en betreffen *specifieke wensen, behoeften en mogelijkheden* van:

- de contracterende zorgverzekeraar;
- de lokale patiënten- en consumentenpopulatie;
- het contracterende geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (ziekenhuis en medisch specialisten).

Voor de landelijke ontwikkeling en lokale implementatie van een landelijk kwaliteitsfundament - dat bestaat uit richtlijnen, prestatie-indicatoren, patiëntenvoorlichting, complicatieregistratie, visitatie en bij- en nascholing - is landelijk en lokaal financiering nodig. Omdat dit het kwaliteits*fundament* betreft verdient het in de ogen van de onderzoekers de voorkeur om over de inhoud en financiering hiervan landelijk afspraken te maken. De financiering zou kunnen worden geregeld via een onvervreembare component in het DBC-tarief. Op basis van het landelijke kwaliteitsfundament zou de beroepsgroep een eigen kwaliteitskeurmerk kunnen ontwikkelen, dat gebruikt kan worden bij de DBC-contractering (zie punt 7 van deze checklist).

Bijlage 2: Literatuur wet- en regelgeving (§ 2.1 tot met § 2.3)

Bosch WJM e.a. Discrepantie tussen behandeling en vergoeding. *Medische Contact* 2005; 60: 614-617.

Gevers JKM. De rechter en het medisch handelen. Kluwer, Deventer, 1998.

Groot GRJ de. Kiezen voor zorg. Oratie Vrije Universiteit. Amsterdam. 2003.

Hamilton GJA. Publiek belang en mededinging in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2002; 26: 142-162.

Heineman MEF en Hubben JH. De chirurg in de medische tuchtrechtspraak 1986-1995. Koninklijke Vermande, Lelystad, 1996.

Legemaate J. (red.). De Wgbo: van tekst naar toepassing. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1998.

Legemaate J. Zorg, schaarste en recht - De (dubbel)rol van de arts. Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht. Utrecht, 2002.

Legemaate J. Teksten kwaliteit gezondheidszorg en patiëntenrechten. SDU Uitgevers, Den Haag, 2003.

Sluijters B e.a. (red.). Tekst en commentaar gezondheidsrecht. Kluwer, Deventer, 2004.

Sluijters B en Biesart MCIH. De geneeskundige behandelingsovereenkomst na invoering van de Wgbo. Tjeenk Willink, Zwolle, 1995.

Bijlage 3: Literatuur kwaliteitsafspraken bij DBC-contractering (§ 2.4)

CTZ (Cornelissen AMH en Lieverdink H). De rol van ziekenfondsen bij kwaliteit van zorg. Publicatienummer 16. CTZ, Diemen, juli 2003.

CVZ (Staal PC en Stroom FJTG). Goed verzekeraarschap en toelatingsvoorwaarden voor ziekenfondsen. CVZ, Amstelveen, oktober 2000.

CVZ (Landa S). Richtsnoer "Onderhandelen over de kwaliteit van zorg". CVZ, Diemen, januari 2004.

IGZ. Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk. Staat van de gezondheidszorg 2002. IGZ, Den Haag, december 2002.

IGZ, NVZ, Orde van Medisch Specialisten en VAZ. Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003. IGZ, Den Haag, december 2003.

NVZ en Orde van Medisch Specialisten. Model Toelatingsovereenkomst. Utrecht, mei 2000.

Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 28 994, nr. 19 (gewijzigd amendement Schippers en Lambrechts).

VWS. Het DBC registratie- en declaratiemodel 2004. Minimale inspanning, maximaal resultaat. Versie 1.0. Utrecht, 3 juli 2003. [Http://ontwikkel.dbczorg.nl](http://ontwikkel.dbczorg.nl).

ZN. Gedragscode van de zorgverzekeraar. ZN, Zeist, december 1997, 2e druk april 2002.

ZN. Kenniscentrum DBC's. DBC-Inkoopgids 2005. Segment B. Zorgverzekeraars onderhandelen over zorg. ZN, Zeist, november 2004.

Bijlage 4: Overzicht geïnterviewden hoofdstuk 3

1. Beleidsmedewerker (CVZ)
2. Beleidsmedewerker (CVZ)
3. Beleidsmedewerker (Consumentenbond)
4. Accountmanager ziekenhuizen (Univé Zorgverzekeringen)
5. Beleidsmedewerker (NFU, voorheen VAZ)
6. Directeur (NPCF)
7. Twee beleidsmedewerkers (ZN)
8. Lid Raad van Bestuur en accountmanager ziekenhuizen (De Friesland Zorgverzekeraar)
9. Medisch adviseur (Univé Zorgverzekeringen)
10. Manager zorg en accountmanager ziekenhuizen (Nationale Nederlanden) (Multizorg)
11. Beleidsmedewerker (Verbond van Verzekeraars)
12. Twee beleidsmedewerkers (NVZ)
13. Medisch adviseur en accountmanager ziekenhuizen (Delta Lloyd Zorg)
14. Directeur (CBO)
15. Coördinator ziekenhuizen en medisch adviseur (VGZ Zorgverzekeraar)

Bijlage 5: Voorbeeldvragenlijst interviews hoofdstuk 3

(voorbeeld NPCF)

Doel van het interview met de NPCF is om tot inzicht te komen welke kwaliteitsaspecten patiënten/consumenten c.q. de NPCF belangrijk vinden in het kader van de DBC-contractering.

Het gesprek gaat, naast de punten die u eventueel zelf wilt inbrengen, over de volgende vragen:

1. Wat voor soort afspraken over de kwaliteit van de zorg vindt de NPCF zinvol om te maken in het kader van de DBC-contractering?
2. Wat vindt u in dit kader van het Richtsnoer “Onderhandelen over de kwaliteit van zorg” van het CVZ (zie bijgevoegde tabel)?
3. Welke afspraken vindt u dat er minimaal over de kwaliteit van de zorg in een DBC-contract moeten worden opgenomen?
4. Welke problemen voorziet u m.b.t. het maken van kwaliteitsafspraken in het kader van de DBC-contractering?
5. Wat is uw visie op de (on)gewenste betrokkenheid van patiënten/consumenten en medisch specialisten bij de DBC-onderhandelingen (formeel wordt het DBC-contract tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar gesloten)?
6. Is er behoefte aan een code voor goed gedrag (van ziekenhuizen, medisch specialisten, zorgverzekeraars, patiënten/consumenten) bij DBC-onderhandelingen?

	Acute curatieve zorg	Urgente curatieve zorg	Electieve curatieve zorg	Chronische zorg	Top-referente zorg	Top-klinische zorg
Veiligheid						
Effectiviteit						
Patiëntgerichtheid						
Efficiency						
Tijdigheid						
Toegankelijkheid						

Tabel: bladzijde 21 CVZ-rapport Richtsnoer “Onderhandelen over kwaliteit van zorg”.

Uitgevoerd door

knmg

in opdracht van de



Orde van Medisch Specialisten