

ROM en positie van de zorgverzekeraars

R. LAANE, R. LUIJK

ACHTERGROND Tot 2008 vielen de vergoedingen van de geestelijke gezondheidszorg onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zorgverzekeraars beschouwden de ggz als een 'black box'. Toen in 2008 de ggz overgeheveld werd naar de basisverzekering werden zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de inkoop hiervan. In hetzelfde jaar startte de ggz met het meten van effect van de behandeling via routine outcome monitoring (ROM) om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

DOEL Verhelderen op welke manier zorgverzekeraars gebruikmaken van ROM.

METHODE Beschrijven van de ontwikkelingen op dit gebied.

RESULTATEN De feedback die ROM oplevert, stelt behandelaren in staat de behandeling te verbeteren. In aanvulling hierop wordt het voor ggz-organisaties ook mogelijk om op geaggregeerd niveau kwaliteit te verbeteren en zichzelf met anderen te vergelijken. Op een nog hoger niveau kan ROM voor zorgverzekeraars ook kwaliteitsinformatie bieden in combinatie met de Consumer Quality Index (CQI) en kunnen er landelijke benchmarks worden uitgevoerd. Om de interpretatie van deze ROM-gegevens mogelijk te maken richtten de zorgverzekeraars een onafhankelijke stichting op, waaraan sinds 2010 ook GGZ Nederland deelneemt.

CONCLUSIE ROM biedt voor behandelaren een middel tot kwaliteitsverbetering en voor verzekeraars een middel om uitspraken te kunnen doen over kwaliteit van de ggz op geaggregeerd niveau.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 135-139]

TREFWOORDEN benchmark, Consumer Quality Index, routine outcome monitoring, zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars hebben in 2007 kennisgemaakt met initiatieven voor routine outcome monitoring (ROM) in Nederland. Bij de overheveling van de ggz van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de basisverzekering in 2008 werd ROM in eerste instantie beschouwd door de verzekeraars als het middel om de 'black box' van de ggz inzichtelijk te maken. Het standpunt hierover werd al snel genuanceerder toen men steeds meer tot het inzicht kwam dat routinematig monitoren van de effectiviteit van de behandeling ook de kwaliteit van de zorg ten goede komt.

Wij onderscheiden in- en externe prikkels voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg. De verkregen inzichten zijn relevant voor de zorgaanbieders om intern te kunnen sturen op kwaliteit. Voor de zorgverzekeraars biedt ROM een mogelijkheid om in de inkoop het gesprek over kwaliteit van zorg aan te gaan en afspraken te maken over kwaliteit. Een benchmark tussen instellingen zal voor de hele sector een kwaliteitsverhogend effect hebben. Met het oog op de overheveling van de curatieve ggz naar de Zorgverzekeringswet in 2008 kwam de introductie van ROM op een juist moment.

KWALITEIT EN ZORGINKOOP

Het gedachtegoed van Porter en Teisberg (2006) over het belang van concurrentie op kwaliteit voor de verdere ontwikkeling van het zorgstelsel heeft zijn weerklank gevonden bij zorgverzekeraars. Wanneer zorgaanbieders zich continu beijveren om zich in positieve manier van elkaar te onderscheiden en te innoveren, leidt dit tot voortdurende verbetering van zorg, met als resultaat meer gezondheidswinst en lagere kosten. In deze zienswijze is onderscheidende kwaliteit in relatie tot kosten (*value*) de belangrijkste concurrentieparameter. Het kernbegrip hierbij is informatie over kwaliteit en kwaliteitsverschillen tussen aanbieders.

In 2008 is de curatieve ggz overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars hebben in de Zvw de rol gekregen om zorg in te kopen voor hun verzekerden en te sturen op doelmatigheid van zorg. Daarvoor hebben zorgverzekeraars inzicht nodig in de kwaliteit van de curatieve ggz. Bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg hanteren zorgverzekeraars een kwaliteitskader op basis van 4 domeinen: effectiviteit, klantervaringen, praktijkvariatie en volumenormenten. Effectiviteit is het resultaat van de behandeling afgezet tegen de beschikbare middelen, klantervaringen komen beschikbaar via het uitzetten van CQ's (*Consumer Quality Index*). Praktijkvariatie is het verschil in behandelintensiteit tussen instellingen die bij beschikbaarheid van een norm voor indicatiestelling en behandeling als een maat voor mogelijk onder- of overbehandeling kan worden gezien. Volumenormenten ten slotte zijn van toepassing in hoogspecialistische zorg waarbij een minimum ervaring via aantal jaarlijkse behandelingen in een multidisciplinair team noodzakelijk zijn om goede zorg te kunnen leveren. In de ggz ligt de focus op de eerste drie domeinen. Effectiviteit wordt gebaseerd op ROM. Klantervaringen worden gebaseerd op de CQI en praktijkvariatie ontleen we aan de DBC-GGZ-gegevensvraag bij instellingen (www.dbcggzuitvraag.nl) en uit de declaratiegegevens.

De beschikbaarheid van informatie over de kwaliteit van zorg is essentieel om verdergaande stappen te zetten naar marktwerking in de zorg. Daarbij geldt dat de ROM-gegevens op het niveau van de patiënt en de geleverde zorgprestatie (DBC) vastgelegd moeten worden. Voor de sector is het relevant om naast het individuele effect van de behandelfeedback de bredere meerwaarde van ROM inzichtelijk te maken.

STICHTING BENCHMARK GGZ

In 2010 hebben GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een bestuurlijk akkoord gesloten waarin afspraken staan over transparantie van kwaliteit en hoe om te gaan met de uitgestelde inkomsten door de diagnose-behandelcombinatie(DBC)-systematiek en de liquiditeitspositie van instellingen. In de periode 2011-2014 wordt ROM geïmplementeerd bij alle leden van GGZ Nederland. In 2011 worden begin- en eindmetingen van 20% van alle patiënten aangeleverd aan de Stichting Benchmark GGZ. Dit percentage loopt in stappen van 10% jaarlijks op tot 50% in 2014.

De Stichting Benchmark GGZ bouwt voort op module voor benchmarkrapportage van het Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN). GGZ Nederland, ZN en KZN hebben ter voorbereiding van de stichting een 'Minimale dataset' en een dataprotocol opgesteld waarin is vastgelegd welke gegevens verzameld worden en welke gebruiksrechten zorgaanbieders en -verzekeraars hebben. Om een koppeling te maken naar de zorginkoop worden de gegevens op DBC-niveau gerapporteerd. Het bestuur van de stichting is samengesteld uit ggzaanbieders, zorgverzekeraars en een vertegenwoordiging vanuit het landelijk platform GGZ.

Het unieke van dit initiatief is dat alle doelen van ROM op gelijkwaardige wijze aan bod komen doordat zorgaanbieders de gegevens kunnen gebruiken voor interne sturing, zorgverzekeraars voor zorginkoop en patiënten voor keuze-informatie.

KOPPELING ROM EN CQI

In het bestuurlijk akkoord is ook afgesproken dat GGZ Nederland en ZN in 2011 een landelijk klantvervalsingsonderzoek met de CQI GGZ gaan uitvoeren voor 4 stoornissen, te weten depressie, angst, persoonlijkheidsstoornissen en verslaving. De gegevens worden gebruikt voor de zorginkoop in 2012. Ook is in 2011 een pilotproject uitgevoerd om de klantvervalsingsgegevens die middels de CQI GGZ gevraagd worden te koppelen aan ROM. De doelstellingen hierbij zijn om de vragenlijst van de CQI GGZ zo mogelijk in te korten, structureel uit te vragen bij alle patiënten via internet, en te ontsluiten via de module voor benchmarkrapportage van de Stichting Benchmark GGZ.

Door de koppeling van CQI aan de ROM-benchmark wordt het inzicht in de relatie tussen effectiviteit en klantvervalsingen mogelijk. Bovendien biedt dit de mogelijkheid om de CQI verder te ontwikkelen en de wijze waarop patiënten de zorg ervaren beter in beeld te krijgen, bijvoorbeeld hoe ROM wordt gebruikt in de behandeling.

FINANCIËLE PRIKKELS IN DE ZORGINKOOP

Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders over volume, prijs en kwaliteit. Hoeveel patiënten in welke doelgroepen en met welke diagnoses worden door de zorgaanbieder behandeld met welk resultaten en tegen welke kosten? Hiervoor is inzicht nodig in de patiëntenpopulatie, de zorgvragen en de zwaarte van de zorg, de zorgpaden en de effectiviteit van de geleverde zorg. Zover zijn we nog niet, maar in de ggz maakt men grote sprongen voorwaarts. De implementatie van ROM levert hier een belangrijke bijdrage.

Zorgverzekeraars stimuleren via het contractbeleid het gebruik van ROM. In eerste instantie ligt de focus op het daadwerkelijk gebruiken van ROM door de instelling en behandelaren. Daarbij zijn er landelijk met GGZ Nederland afspraken gemaakt over de implementatiesnelheid. Als de data voldoende betrouwbaar blijken,

zullen er vervolgstappen gemaakt worden in het bespreken met de instellingen van behandel-effectiviteit en het vergelijken van instellingen ten opzichte van elkaar.

Betrouwbaarheid zal geleidelijk aan worden vastgesteld door het bespreken van de geleverde informatie met de instelling. In het eerste jaar gaat het dan om het halen van de afgesproken aantallen voor- en nametingen en het waarom wel of niet kunnen behalen van deze doelstelling. In een later stadium zal waarde moeten worden toegekend aan de behandel-effecten die instellingen bereiken en het landelijk benchmarken hiervan.

Naast het ROM-traject loopt er ook een traject voor het ontsluiten van informatie over de cliëntvervalsing op basis van de CQI. De wens is op geaggregeerd niveau ROM en CQI te combineren. Behalve voor ondersteuning bij hun eigen zorginkoop zullen verzekeraars de gegevens ook gebruiken om verzekeerden te ondersteunen in hun keuze voor de beste zorgaanbieder. Deze informatie zal zowel landelijk als per verzekeraar beschikbaar komen.

ROM IN DE ZORGKETEN

Het toepassen van ROM in de behandeling biedt veel perspectieven. Zorgverzekeraars zien graag dat het meten van de ernst van de symptomen en effecten op het functioneren een vast onderdeel is in de hele zorgketen van de nulde tot de derde lijn; van preventie en zelfmanagement tot aan behandeling. Ook in een triagesysteem waarbij bij aanmelding de ernst van de problematiek wordt bepaald ten behoeve van passende zorg, liggen kansen. De uitdaging is om de juiste zorg aan de zorgvraag van de patiënt te koppelen en vervolgens het resultaat van interventies vast te stellen.

Wij voorzien dat ROM een bijdrage kan leveren aan de uitdaging waar de sector voor staat: namelijk om met minder middelen een toenemend aantal patiënten te bedienen. Hiervoor zijn nodig: investering in preventie en zelfmanagement, en versterking van de eerste lijn om lichte

problematiek daar te behandelen en zo de zorg in de tweede lijn te ontlasten (door substitutie van zorg: patiënten met minder ernstige problemen behandelen op minder specialistisch niveau). Het spreekt vanzelf dat er ook in een vroeg stadium bij interventies in de eerste lijn ‘geromd’ moet worden en gebruik zal hier zeker nog een stimulans behoeven.

De tweede lijn blijft een belangrijke schakel voor de ernstiger problematiek. Ook aan de achterzijde kan substitutie van zorg plaatsvinden in de chronische groep patiënten. Bij overhevelen van zorg naar de eerste lijn in een casemanagement-concept staat het behoud van levenskwaliteit op de eerste plaats. ROM heeft hierin een ondersteunende functie. Van belang is hier gebruik van het juiste meetinstrument zoals de ‘Health of the Nation Outcome Scales’ (HONOS).

DBC-GGZ-PRODUCTSTRUCTUUR

ROM levert een bijdrage aan het inzichtelijk maken van de effectiviteit van zorg. In een benchmark worden verschillen tussen aanbieders inzichtelijk. Maar om een betrouwbare vergelijking te maken tussen aanbieders is het belangrijk om ook de DBC-GGZ-productstructuur verder te ontwikkelen. Wij zien hiervoor twee mogelijkheden. Allereerst door het behandeldoel te definiëren. Het maakt bijvoorbeeld nogal wat uit of de opzet van de behandeling curatief is, of dat het gaat om het leren omgaan met de beperkingen van een stoornis of dat het accent ligt op rehabilitatie. In de DBC-codering zou daarom een indicatie voor het behandeldoel opgenomen moeten worden. Daarnaast is het belangrijk om een indicatie te geven van de zorgzwaarte. Dit zou voor bepaalde diagnosegroepen zoals angst en depressie parallel aan de ontwikkeling van klinische zorgpaden kunnen plaatsvinden, met categorieën licht, matig en ernstig (Trimbos-instituut 2011).

WAARVOOR WAS ROM OOK AL WEER BEDOELD?

ROM is en blijft het instrument voor de behandelaar om middels feedback de behandeling en het contact met de cliënt te verbeteren en het effect van zijn of haar behandeling vast te stellen. Het gebruik van deze gegevens door derden moeten wij altijd in deze context beschouwen. Vooral behandelaars moeten zich er constant van bewust zijn dat het kwaliteitseffect prevaleert boven het verantwoordingseffect. Zorgverzekeraars moeten er bewust van zijn dat het gebruik van ROM-gegevens door hen nooit een last mag zijn voor de behandelaar, maar een afgeleide van gegevens die er toch al zijn. ROM biedt voor behandelaars een kwaliteitsverbetering en voor verzekeraars een middel om uitspraken te kunnen doen over kwaliteit van de GGZ op geaggregeerd niveau.

LITERATUUR

- Zorgverzekeraars Nederland. DBC GGZ Inkoopgids 2010. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland. www.zn.nl
- Bestuurlijk akkoord GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland d.d. 5 juli 2010. <http://www.onvz.nl/ONVZ/documenten/2011/bestuurlijk-akkoord-ggz-n-en-zn.pdf>
- Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care. Creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
- Trimbos-instituut. Eindtekst voor de Zorgstandaard Depressie. juni 2011. versie 5.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.

AUTEURS

- ROB LAANE, zorginkoper curatieve ggz, Coöperatie VGZ, Alkmaar.
- RONALD LUIJK, senior beleidsadviseur, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist.
- Correspondentieadres: Rob Laane, Coöperatie VGZ, Postbus 276, 1800 BJ Alkmaar.
- E-mail: laaner@unive.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-11-2011.

SUMMARY

ROM and the position of the health insurance companies – R. Laane, R. Luijk –

BACKGROUND Up till 2008 the Dutch mental health services came under the Dutch General Law on Special Medical Costs (AWBZ). Health insurers regarded the mental health services as a ‘black box’. In 2008 the mental health services were transferred to the basic health insurance system and the health insurers became responsible for the healthcare purchasing services. In the same year the mental health services began to use ROM to measure the effects of treatment and thereby improve the quality of treatment.

AIM To clarify the use that the insurers make of ROM.

METHOD The developments in this field are described.

RESULTS The feedback supplied by ROM enables therapists to improve treatment. An additional benefit is that the mental health services are then in a position to improve quality at aggregate level and compare their own results with those of others. Nationally, ROM can provide health insurers with information about treatment quality in combination with the Consumer Quality Index (CQI), and national ‘benchmarks’ can be implemented. To facilitate the interpretation of these ROM data the health insurers set up the independent foundation, Stichting Benchmark GGZ (mental health care), in which GGZ Nederland has participated since 2010.

CONCLUSION ROM provides therapists with a means for improving treatment and provides insurers with a means by which they can express their views about the quality of the mental health services at aggregate level.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)2, 135-139]

KEY WORDS benchmark, Consumer Quality Index, insurance company, routine outcome monitoring