

Q&A Zorgmodule Oncologie versie 2 juni 2016

1. Welke besparingen zijn beoogd met de module oncologie?

Het financiële doel van de module oncologie is om fact-based in te kopen om zo de inkoopafspraken beter aan te laten sluiten bij de realisatie en de verwachte zorgvraag. Voor inkoop 2017 is het van belang om een realistische prijsstelling en volumes af te spreken. Een besparing is niet het primaire doel, het kan echter wel gerealiseerd worden door de DOT prijzen te corrigeren naar de P50. P50 betreft een voorlopig voorstel met grote marge en onzekerheid. Prijslijsten 2016 zijn nog niet beschikbaar. Voorlopig houden we vast aan het beleid dat vorig jaar is ingezet. Prijsbeleid wordt dan ook getoetst en indien nodig herzien.

2. Waarom maakt het prijsbeleid een onderscheid tussen academische zorg en overige ziekenhuizen?

De module oncologie wil aansluiten bij het UMC beleid van Zilveren Kruis. Hierin wordt voor academische ziekenhuizen onderscheid gemaakt tussen hoogcomplexe zorg en laagcomplexe zorg. Laagcomplexe (basis) zorg wordt geleverd door de meeste aanbieders. Hierbij vergelijken we met alle aanbieders. Hoogcomplexe zorg wordt geleverd door een selectieve groep aanbieders. Deze zorg vergelijken we met dezelfde zorg in academische ziekenhuizen. De indeling naar hoogcomplexe zorg en laagcomplexe zorg is gebaseerd op een voorlopige lijst, gebaseerd op een inschatting van een aantal academische ziekenhuizen. Deze is naar verwachting in mei definitief.

3. Waarom is P50 gekozen als marktconform tarief?

De prijsvariatie in de prijslijsten was vorig jaar gemiddeld 800 procent, en grotendeels onverklaarbaar. Aangezien de prijslijsten van 2016 nog niet beschikbaar zijn, weten we nog niet in hoeverre deze prijsvariatie is gereduceerd. Om de oncologische zorg betaalbaar te houden, is het essentieel de onverklaarbare prijsvariatie te minimaliseren tot de P50. De inkoopstrategie richt zich niet op 'prijs vechten', een reële prijs voor het beoogd aantal unieke patiënten staat voorop. We streven hier naar een P50 2015 overall en voor UMC hoogcomplexe zorg P50 2015 m.b.t. UMC's¹. In dit laatste geval sluiten we aan bij het UMC-beleid. De indeling naar hoogcomplexe zorg en laagcomplexe zorg is gebaseerd op een voorlopige lijst. Deze is naar verwachting in mei definitief. We hanteren voor dit inkoopseizoen bij oncologie P50 i.p.v. gemiddelde. Aangezien markt op orde er op gericht is om onverklaarbare prijsvariatie te reduceren gaan we 'voorlopig' uit van P50. Bij het hanteren van de P50 zullen uitschieters een niet te grote rol in het prijsbeleid hebben (bij hanteren van het gemiddelde spelen uitschieters een grotere rol). Hiermee continueren we ook de lijn die voor inkoop 2016 is ingezet (P50).

4. Is de P50 gewogen gemiddeld of de mediaan?

De P50 is de mediaan. Bij oncologie is de mediaan en het gewogen gemiddelde overigens nagenoeg hetzelfde.

5. Welke mogelijkheden zijn er om af te wijken van P50 als marktconform tarief?

Het oncologiebudget in de regio en het ziekenhuis is vastgesteld op basis van unieke patiënten. Dit budget kan binnen de regio verdeeld worden tussen de ziekenhuizen, met de volgende voorwaarde:

Er is voor voldoende unieke patiënten oncologie zorg ingekocht op basis van het predictiemodel.

6. Is het mogelijk een lager tarief af te spreken dan P50?

Als een ziekenhuis een onderbouwde kostprijs onder P50 hanteert is correctie naar beneden mogelijk. Een reële prijs voor het beoogd aantal unieke patiënten staat voorop.

7. Welke data zijn gebruikt voor de bepaling van het in te kopen volume oncologie?

De declaratiedata MSZ 2014 zijn gebruikt. Zodra declaratiedata MSZ 2015 volledig zijn volgt een update van de volume-inschatting. Daarnaast zijn KWF-data gebruikt voor de specifieke tumorprognoses (incidentie- en prevalentie verwachtingen). Voor incidentietoename van het bevolkingsonderzoek is een inschatting van het RIVM gebruikt.

8. Welke prijslijsten zijn gebruikt?

De prijslijsten 2015 zijn gebruikt om het ingekochte volume af te zetten tegen de realisatie. Als prijslijsten 2016 beschikbaar zijn volgt een update en wordt ook het prijsbeleid getoetst en indien nodig herzien.

9. Zijn FBTO, DFZ en Avéro Volmachten meegenomen in de berekeningen?

Ja, alleen slechts op basis van een % toename voor het aandeel van deze labels (FBTO 2,6% etc.)

10. Is het inkoopbeleid op dure geneesmiddelen onderdeel van de zorgmodule?

Nee, gekozen is om het dure geneesmiddelen dossier buiten de zorgmodule oncologie te houden. Het dossier Dure Geneesmiddelen betreft namelijk ook niet oncologische medicatie. Tevens wordt vanuit KWF/VWS en door Zilveren Kruis zelf een beleid geformuleerd wat tijdens het ontwikkelen van de zorgmodule nog niet bekend is.

11. Wat doen we als een ziekenhuis onderbouwd aan kan tonen dat een hoger volume nodig is?

Voor de processtappen in het onderbouwen van een hoger volume dan voorspeld door de instelling, wordt verwezen naar de bijlage in de powerpoint presentatie. Kort samengevat zal bij een juiste en tijdige onderbouwing op het aantal unieke patiënten een aanpassing volgen gebaseerd op de dan beschikbare data.

12. Wat zijn de mogelijkheden voor aanvullende contractering bij onderbouwde signalen van het ziekenhuis dat de inkoopafspraken oncologie niet passend is bij de realisatie?

Het oncologiebudget in de regio en het ziekenhuis is vastgesteld op basis van unieke patiënten. Dit budget kan binnen de regio verdeeld worden tussen de ziekenhuizen.

13. Moet met het ziekenhuis een deelplafond worden afgesproken?

Als met het ziekenhuis een reële prijs en volume is afgesproken dan is het niet noodzakelijk om een deelplafond af te spreken.

14. Wat is het effect van de verzekerdenmutatie over de jaren heen?

De verzekerdenmutatie is onderdeel van het landelijk budgetsysteem. Voor de zorgmodule is niet nog een extra correctie toegepast.

15. Op welke manier zijn fusies tussen ziekenhuizen verwerkt in de analyses

Door de desbetreffende instellingen bij elkaar op te tellen en afzonderlijk te berekenen.

16. Heeft de module oncologie invloed op de inkoop bij ZBC's?

Nee

17. Waarom heeft Zilveren Kruis bij inkoop op kwaliteit gekozen voor deze twee indicatoren voor dikke darmkanker?

Op advies van DICA heeft ZK de indicator 'complicatierisico' vervangen door 'failure to rescue'. De indicatoren "30 dagen mortaliteit" en "failure to rescue" zijn door DICA aangewezen als meest relevant en de uitkomsten zijn gecorrigeerd voor casemix. De indicator "30 dagen mortaliteit" bij dikke darmkanker is al meerdere jaren uitgevraagd en heeft daardoor een historie die in de beoordeling meegenomen kan worden.

Zodra we de nieuwe data hebben kunnen analyseren en hebben kunnen bespreken met DICA, besluiten we of nieuwe indicatoren zullen worden toegevoegd aan ons beleid.

18. Wat doen we als een ziekenhuis niet akkoord gaat met inkoop op kwaliteit dikke darmkanker op basis van de betreffende indicatoren?

Het kwaliteitsbeleid darmkanker is een beloningsmodel. Mocht een instelling, om diverse redenen, hier niet mee akkoord gaan dan zal zij niet beloond worden en vallen in de "reguliere" inkoop volgens het predictiemodel.

19. Welke discussie verwacht je over de 2 vergelijkbaarheid van de 2 gekozen indicatoren (failure to rescue en % mortaliteit)? Kunnen er valide redenen zijn waarom een centrum benadeeld wordt op deze indicatoren.

Dat is een discussie tussen de ZH en DICA. Wij krijgen van DICA de voor alles en nog wat gecorrigeerde cijfers, en daar moeten zowel wij als zij het mee doen.

20. Wat houdt een open volume in en hoe is dit in de contracten vastgelegd?

De specifieke DOT codes die vallen in een open volume zijn in de bijlage van de powerpoint vermeld. Open volume zal gelden voor de in opzet curatieve chirurgische behandeling van dikke darmkanker. Tevens wordt de (neo)adjuvante chemotherapie hierin meegenomen, voor zover de chemotherapie binnen de DOT bekostigd wordt.

21. Wanneer is de keuze informatie beschikbaar voor verzekerden?

Als het mogelijk is om kwaliteitsinformatie te delen met verzekerden willen wij dit uiterlijk 1 november gereed hebben.

22. Waarover komt keuze informatie beschikbaar voor verzekerden?

Dit is nog niet bekend. Het kunnen zowel indicatoren zijn die landelijk zijn vastgesteld, dan wel op instellingsniveau.

23. Over de voorlichting van OncoCompas waren vorig jaar vragen, omdat dat toen nog in ontwikkeling was. Is dat inmiddels operationeel?

Was vorig jaar ook al operationeel. Het ZH hoeft geen voorlichting te geven, alleen aan te geven dat het bestaat als zelfmanagement tool.

24. Wat wil Zilveren Kruis bereiken met de netwerkvorming?

Met netwerkvorming wil Zilveren Kruis bereiken dat onafhankelijk van welk ziekenhuis iedere Zilveren Kruis verzekerde dezelfde hoogwaardige oncologische zorg krijgt. Mocht het ziekenhuis deze zorg niet kunnen leveren, zijn hiervoor door de instelling binnen het netwerk duurzame verwijzingsafspraken gemaakt. In de toekomst zal het netwerk als geheel kunnen worden beoordeeld en verantwoordelijk worden gesteld op aar kwaliteitsuitkomsten. Uiteindelijk zal het grootste deel van de oncologische zorg in netwerken door Zilveren Kruis worden ingekocht.

25. Welke beloning richting zorgaanbieders is mogelijk om netwerkvorming te stimuleren?

Er is geen beloning. In 2017 wil Zilveren Kruis een aantal pilots doen met oncologische netwerken. Met deze netwerken wil Zilveren Kruis afspraken maken over de uitgangspunten en randvoorwaarden van netwerken en uiteindelijk over het transparant maken van de kwaliteit. 2016 wordt benut om deze pilots samen met zorgaanbieders / netwerken te ontwerpen.