



# Leidraad ontwikkeling en implementatie zorgbundels

24 december 2021

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

—

KPMG Health



# Managementsamenvatting (1/4)

Deze rapportage beschrijft een leidraad voor de ontwikkeling en implementatie van zorgbundels voor de volgende drie aandoeningen:

- Darmkanker (colon- en rectumcarcinoom)
- Etalagebenen (claudicatio intermittens)
- Heupfracturen bij ouderen (proximale femurfractuur)

Het daadwerkelijk ontwerpen en implementeren van zorgbundels is een meerjarig proces. De volgende stap is dan ook om vanuit deze leidraad daadwerkelijk aan de slag te gaan samen met stakeholders.

## Zorgbundels kunnen een oplossing zijn om samenwerking en doelmatigheid te stimuleren, maar kennen ook nadelen

Sinds de invoering van de Zvw wordt de ziekenhuiszorg primair bekostigd via fee for service (FFS) in de vorm van dbc-zorgproducten vaak gecombineerd met een zorgkostenplafond. Daarnaast wordt een deel van de ziekenhuiszorg ook bekostigd door middel van vaste budgetten via de beschikbaarheidsbijdrage, de MVO en de academische zorg. Vanuit gezondheidseconomisch oogpunt bestaat er in het huidig systeem van FFS en budgetten een beperkte prikkel voor efficiënte samenwerking binnen zorgketens. Het uitvoeren van verrichtingen wordt gestimuleerd (middels betaling per verrichting of set van verrichtingen) in plaats van het creëren van waarde. Zorgbundels kunnen een oplossing zijn om doelmatigheid binnen de reikwijdte van de bundel (bijvoorbeeld binnen een zorgpad) te verbeteren. Met een zorgbundel wordt een totaalpakket aan zorg voor een bepaalde aandoening of patiëntengroep ingekocht in plaats van een bekostiging per individuele (of set van) verrichtingen. Zorgbundels stimuleren daarmee het doelmatiger organiseren van zorg. Het is echter geen volledige oplossing om volumeprikkels weg te nemen, omdat er nog steeds een prikkel bestaat tot het leveren van meer zorgbundels.

Zorgbundels hebben daarmee het voordeel dat ze:

- een stimulans voor zorgcoördinatie en samenwerking tussen en over

- meerdere zorgprofessionals en specialismen zijn.
  - een verschuiving naar preventie ('verschuiving naar links') stimuleren en een (verzwaring van de) zorgvraag voorkomen.
- Daarentegen zijn de nadelen van zorgbundels dat ze:
- De volumeprikkel niet wegnemen omdat bundels enkel als doel hebben om doelmatigheid binnen de bundel te optimaliseren. Daarnaast kunnen ze leiden tot onderbehandeling wanneer er geen uitkomsten gekoppeld worden aan de bundel;
  - Lastig af te bakenen zijn voor hoogcomplexere aandoeningen, omdat patiënten in meerdere bundels kunnen vallen;
  - (tijdelijk) hogere administratieve lasten met zich mee kunnen brengen vanwege het feit dat administratieve processen aangepast dienen te worden
  - Afhankelijk van het type bundel kan daarnaast ook sprake zijn van cultuurverschillen, verschillende juridische entiteiten, etc.

## Heb oog voor de nadelen van zorgbundels en biedt comfort tijdens de transitie

Wanneer zorg doelmatiger en met meerwaarde georganiseerd wordt, zijn patiënten en verzekeren daarbij gebaat. Een verandering in het huidige bekostigingssysteem kan echter resulteren in onzekerheid voor zorgaanbieders. Om vanuit vertrouwen en toekomstgerichtheid te werken aan de ontwikkeling en implementatie van zorgbundels is het in ieder geval belangrijk om met de volgende punten rekening te houden wanneer zorgbundels op grotere schaal ingezet worden:

- Bied ruimte voor transitie en zet in op langetermijncontracten;
- Formuleer randvoorwaarden die voor elke partij van belang zijn wanneer de stap naar ontwikkeling en implementatie gezet wordt
- Voorkom dat patiënten een negatief financieel effect ondervinden wanneer zorg onder gebracht wordt in zorgbundels;
- Faciliteer en ondersteun een data-infrastructuur om gegevensuitwisseling tussen aanbieders (eenvoudig) mogelijk te maken welke succesvolle implementatie kan versnellen.

# Managementsamenvatting (2/4)

## Ontwikkeling en implementatie van zorgbundels vraagt om stapsgewijze aanpak

Gegeven de voor- en nadelen van zorgbundels vraagt het ontwikkelen en implementeren van bundels om een gedegen voorbereiding en het maken van gerichte keuzes. Zorgbundels kunnen een goed alternatief voor de

huidige bekostiging zijn maar het ontwerp en de implementatie moet wel stapsgewijs aangepakt worden. Aan de hand van een stappenplan lichten we toe hoe zorgbundels ontwikkeld kunnen worden en welke aandachtspunten daarbij gelden (zie onderstaand figuur). Ook geven we aan welke stappen landelijk ontwikkeld of regionaal ingevuld kunnen worden.

### Stappenplan ontwerp en implementatie zorgbundels

#### Leidende principes en onderwerpen

Bepaal de onderwerpen die van belang zijn om de bundel verder uit te werken zoals de attributie, het budget, de uitkomstmaten en het mitigeren van risico's (landelijk/regionaal)

#### Samenwerking zorgaanbieders

Bepaal welke governance het meest passend is om risicodeling en sturing op kwaliteit tussen de zorgaanbieders onderling het beste vorm te geven (regionaal)

#### Aandachtspunten zorgverzekeraar

Bepaal welke vorm van risicodeling, transitieperiode en langetermijncontracten het beste ingezet kunnen worden (regionaal)

#### Uitkomsten en analyses

Stel vast op welke uitkomsten gestuurd gaat worden en welke onderliggende databases en analyses ingezet gaan worden (landelijk)

#### Routekaart

Test en verfijn de bundel (verder) tijdens implementatie (regionaal)

#### Basis voor verandering

Ontwikkel inzicht in huidige prestaties en kwaliteit van het zorgtraject en beoordeel waar mogelijkheden voor kosten- en kwaliteitsverbetering liggen (landelijk)

#### Focus

Breng focus aan middels in- en exclusie criteria voor patiëntengroep en begin- en eindpunt en fasering van bundel (landelijk)

#### Aanleiding

Bepaal de aanleiding waarom het interessant is om zorg via een zorgbundel te bekostigen (landelijk)

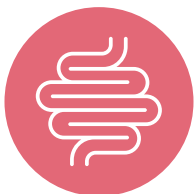


# Managementsamenvatting (3/4)

## Voor de drie aandoeningen zijn de belangrijkste aandachtspunten voor zorgbundels in kaart gebracht

Op basis van het stappenplan zijn de belangrijkste aandachtspunten voor de drie electieve aandoeningen in dit traject opgenomen (zie onderstaand figuur). In de vervolgfase komt het daadwerkelijk ontwerpen en implementeren van zorgbundels aan de orde. In de ontwikkelfase verdient het aanbeveling om de in- en exclusiecriteria van elke patiëntengroep verder af te bakenen (stap 1 en 2) en om de overige uitgangs- en aandachtspunten zoals de scope van zorgactiviteiten die in de bundel

vallen, de attributie, het budget, de wijze waarop risico's gemitigeerd worden en eventueel de wijze van samenwerking tussen de zorgaanbieders vast te stellen (stap 3-8). Idealiter worden bundels ingezet in combinatie met beschikbare uitkomstmaten, maar uitkomstmaten zijn geen vereiste om met bundels betere samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren en om suboptimale prikkels weg te nemen. Door de diversiteit aan specifieke aandachtspunten van elke aandoening lenen deze drie aandoeningen zich goed om mee aan de slag wanneer zorgbundels daadwerkelijk ontworpen worden zodat er brede leerervaringen ontstaan.



### Darmkanker (colon- en rectumcarcinoom)

- Stap 1: zorgbundels vormen mogelijk een stimulans voor betere samenwerking van betrokken medisch specialisten waarin ze werken als één multidisciplinair team.
- Stap 1-2: Als opties ter afbakening van zorgbundels valt te denken aan een initiële focus op behandeling van coloncarcinoom en wel/niet meenemen van adjuvante behandeling, follow-up en tweedelijnszorg om complexiteit laag te houden.
- Stap 3-8: Er valt te denken aan DCRA (Dutch ColoRectal Audit), Vektisdatabases en Open DIS data als data voor uitkomstinformatie.



### Etalagebenen (claudicatio intermittens)

- Stap 1-3: Als opties ter afbakening van zorgbundels valt te denken aan één of meerdere behandeltrajecten op basis van het stepped care model (eerst conservatieve, daarna invasieve behandeling indien nodig) en wel/niet includeren van het voortraject (vaatlabonderzoek via huisarts), lifestyle coaching en/of secundaire preventie (medicatie).
- Stap 4: Bij de behandeling van etalagebenen ontbreken op dit moment nog goede uitkomstmaten en PROMS.
- Stap 5-8: Er valt te denken aan ClaudicatioNet Kwaliteitssysteem, Vektisdatabases en Open DIS data als data voor uitkomstinformatie.



### Heupfracturen bij ouderen (proximale femurfractuur)

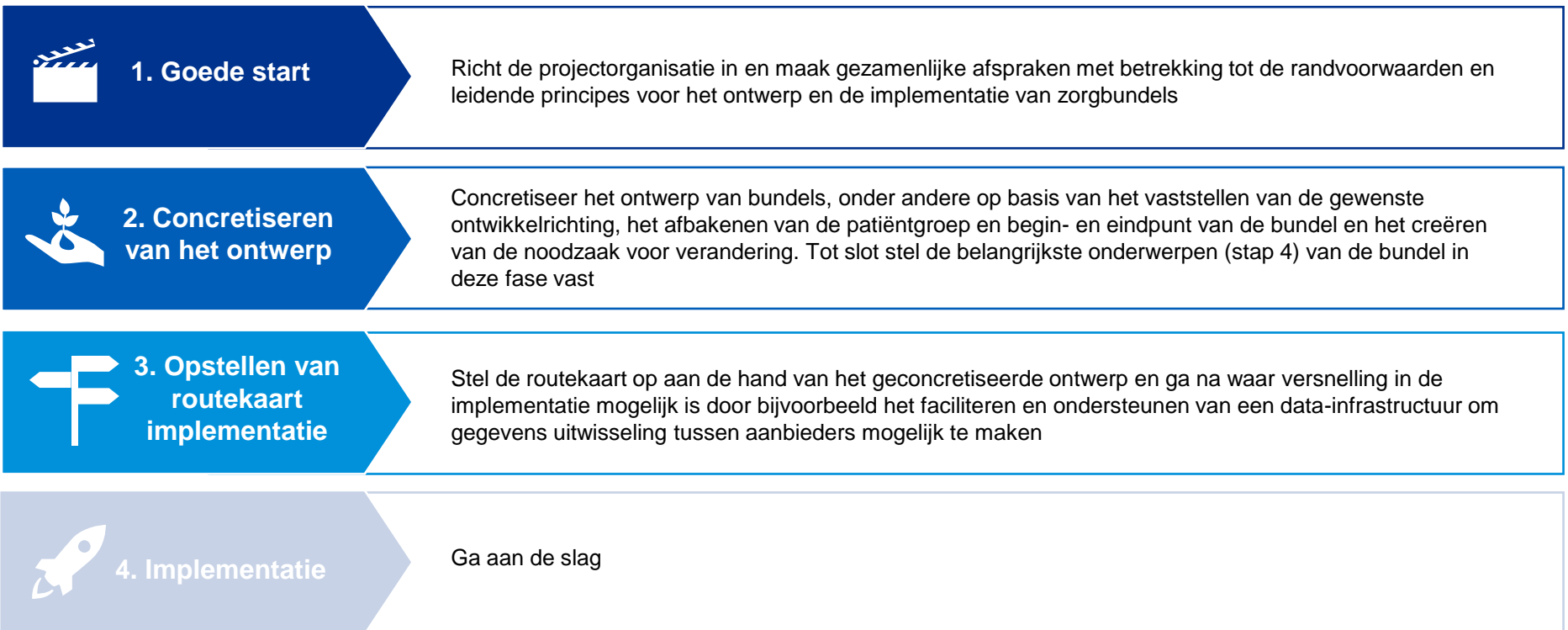
- Stap 1: De aandoening heupfractuur kan gerelateerd zijn aan onderliggende fysieke (slechte spierbalans, comorbiditeit) en persoonlijke problemen (sociale kwetsbaarheid, onveilige thuissituatie) die vaak al langer een grote rol spelen.
- Stap 1-2: Als opties ter afbakening van zorgbundels valt te denken aan het meenemen van het natraject en het in de eerste opzet wel/niet meenemen van het preventieve voortraject.
- Stap 3-8: Er valt te denken aan DHFA (Dutch Hip Fracture Audit), Vektisdatabases en Open DIS data als data voor uitkomstinformatie.

# Managementsamenvatting (4/4)

## Bij de vervolgstappen zijn het maken en verder concretiseren van het ontwerp van de bundel en het opstellen van een routekaart aan de orde

Het stappenplan biedt een basis om aan de slag te gaan met het ontwerp en de implementatie van zorgbundels wanneer de bundels voor darmkanker, etalagebenen en heupfracturen voor ouderen daadwerkelijk ontwikkeld worden. Om hier mee aan de slag te gaan is het opstellen van

een routekaart de eerste stap. In de routekaart worden, op basis van het stappenplan, alle activiteiten beschreven die nodig zijn om van een schets tot de daadwerkelijk ontwikkeling en implementatie van de zorgbundels voor deze drie aandoeningen te komen (zie onderstaande figuur). De gehele tijdslijn van een goede start tot aan het opstellen van routekaart voor de implementatie neemt naar verwachting circa vijf maanden in beslag en staat in hoofdstuk 5 nader uitgewerkt.



# Inhoudsopgave

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>2</b>
<b>Inhoudsopgave</b>	<b>6</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond en doelstelling	8
1.2 Leeswijzer	9
<b>2. Achtergrond: Zorgbundels</b>	<b>10</b>
2.1 Huidige bekostiging en contractering in de curatieve zorg	11
2.2 Beschrijving van de doelgroepen in de curatieve zorg en mogelijke financieringsvormen	14
2.3 Zorgbundels: overwegingen en effecten	15
<b>3. Stappenplan voor ontwerp en implementatie van zorgbundels</b>	<b>19</b>
3.1 Bepaal de aanleiding om te starten met een zorgbundel	21
3.2 Breng focus aan in de aandoening waarvoor zorgbundels ontwikkeld worden	22
3.3 Creëer een basis voor verandering	23
3.4 Bepaal de onderwerpen voor de ontwikkeling van de bundel	26
3.5 Bepaal welke samenwerking tussen zorgaanbieders mogelijk zijn	32
3.6 Stel de aandachtspunten voor de zorgverzekeraar vast	35
3.7 Beoordeel welke inzet van data en analyses toepasbaar is	36
3.8 Ontwikkel een routekaart voor de implementatie van de zorgbundel	37
<b>4. Specifieke aandachtspunten per aandoening</b>	<b>39</b>
4.1 Darmkanker (colon- en rectumcarcinoom)	41
4.2 Etalagebenen (claudicatio intermittens)	45
4.3 Heupfracturen bij ouderen (proximale femurfractuur)	49
4.4 Aandoeningen lenen zich ervoor om mee aan de slag te gaan	53
<b>5. Vervolgstappen</b>	<b>54</b>
5.1 Vervolgstappen	55
<b>Bijlagen</b>	<b>57</b>
I. Samenstelling projectgroep	58
II. Opties zorgbundels	59
III. Terminologielijst	68



# 1. Inleiding

# Zorgbundels vormen stimulans voor passende zorg, de NVvH is bereid om samen met de NZa mogelijkheden te verkennen

## De NZa ziet potentieel in zorgbundels voor electieve zorg om invulling te geven aan passende zorg

Eind 2020 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in samenwerking met Zorginstituut Nederland (ZIN) op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het adviesrapport 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' uitgebracht over de randvoorwaarden voor passende zorg<sup>1</sup>. In het advies wordt benadrukt dat het alleen aanbieden van zorg die bijdraagt aan het functioneren van mensen en hun kwaliteit van leven het vertrekpunt zou moeten zijn voor de gezondheidszorg. Passende zorg voor de NZa is gepast gebruik én passende organisatie van zorg.

Binnen de electieve zorg ziet de NZa ruimte om de passende zorg beter te faciliteren en te stimuleren. In het adviesrapport 'Belonen van zorg die waarde toevoegt' uit 2018 riep de NZa al op tot meer alternatieve contractvormen binnen de medisch-specialistische zorg (msz) en het afstappen van het belonen per prestatie<sup>2</sup>. Zodoende zijn zorgbundels een goede oplossing binnen de electieve zorg, omdat er een duidelijk begin- en eindpunt van zorg is. Hiervoor hoeft geen compleet nieuw bekostigingssysteem opgezet te worden, maar kan er worden voortgebouwd op de bestaande diagnose-behandelcombinatie (dbc) systematiek in de msz, blijkens de analyse in het rapport uit 2018.

## Dit onderzoek heeft als doel om een leidraad op te stellen voor de ontwikkeling en implementatie van drie zorgbundels

In navolging op de adviezen van de NZa heeft de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH) zich bereid verklaard om samen met de NZa te verkennen op welke wijze drie zorgbundels in de heelkunde ontwikkeld en geïmplementeerd kunnen worden. Het gaat daarbij om de volgende drie aandoeningen:

- Darmkanker (colon- en rectumcarcinoom);
- Etalagebenen (claudicatio intermittens);
- Heupfracturen bij ouderen (proximale femurfractuur).

De doelstelling van deze opdracht is daarmee het ontwikkelen van een leidraad voor de ontwikkeling en implementatie van zorgbundels in de heelkunde. De leidraad die in deze rapportage omschreven is, betreft een algemene leidraad, maar geeft tevens specifieke aandachtspunten mee voor drie hierboven genoemde aandoeningen.

## Scope van het onderzoek

De leidraad beschrijft op welke wijze de NZa en de NVvH zowel de inhoud als het proces van de ontwikkeling en implementatie van deze zorgbundels kunnen vormgeven in de volgende jaren. Zodoende beschrijft deze eindrapportage inhoud en proces maar niet daadwerkelijk de ontwikkeling, details van de bundels en implementatie als zodanig, aangezien dit een meerjarig proces zal zijn.



# Dit rapport vormt een leidraad voor de ontwikkeling van zorgbundels en geeft verdieping voor zorgbundels voor drie aandoeningen

### Leeswijzer

In deze rapportage behandelen we vier onderdelen.

In hoofdstuk 2 beschrijven we de huidige bekostiging, contractering en doelgroepen in de curatieve zorg die zich lenen voor zorgbundels in Nederland. We bespreken de effecten van invoering van zorgbundels op prikkels en de verdeling van risico's tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en tussen zorgaanbieders onderling.

In hoofdstuk 3 presenteren we een stappenplan om te komen tot ontwerp en implementatie van zorgbundels.

In hoofdstuk 4 gaan we op basis van het stappenplan vervolgens in op specifieke aandachtspunten voor elk van de drie aandoeningen (etalagebenen, heupfracturen bij ouderen en darmkanker).

Tot slot, beschrijven we in hoofdstuk 5 op hoofdlijnen welke stappen de NZa en de NVvH moeten ondernemen om daadwerkelijk te komen tot ontwerp en implementatie van zorgbundels.



## 2. Achtergrond: Zorgbundels

# De curatieve zorg wordt gefinancierd vanuit de Zvw, bekostiging vindt grotendeels plaats via fee for service

De curatieve zorg wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen de bekostiging van de zorg binnen de Zvw beschreven, de contractering van de ziekenhuiszorg en de passendheid daarvan. Daarnaast wordt toegelicht hoe zorgbundels kunnen bijdragen aan het integraal organiseren van zorg en het wegnemen van suboptimale prikkels in het huidig systeem. Tot slot gaan we in op mogelijke nadelen van zorgbundels.

## De Zorgverzekeringswet regelt de financiering binnen de curatieve zorg

De Zorgverzekeringswet (Zvw) regelt de basisverzekering voor alle verzekerden in Nederland. Zorgaanbieders leveren de zorg en hierbij zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de uitvoering van de Zvw middels de invulling van de zorgplicht via zorginkoop en onderhandelingen over vergoedingen. Naast de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg maken onder andere ook de paramedische zorg (zoals fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek), wijkverpleging, revalidatie, en GGZ onderdeel uit van de curatieve zorg binnen de basisverzekering van de Zvw.

## De bekostiging van de curatieve zorg vindt plaats via populatiebekostiging, vaste budgetten en fee for service

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 vond er een belangrijke hervorming van het zorgstelsel plaats waarbij de focus werd gelegd op efficiëntie mede via marktprikkels. De bekostiging voor de ziekenhuiszorg binnen de curatieve zorg vindt primair plaats middels fee for service in de vorm van dbc-zorgproducten en meer granulair via fee for service door middel van OVP/ozp en Add-ons. Daarnaast wordt een deel van de ziekenhuiszorg ook bekostigd door middel van een vast budget voor de beschikbaarheidsbijdrage, de MVO en de academische zorg. Budgetten worden beheerst door zorgkostenplafonds. Naast fee for service is het bekostigen van zorg ook mogelijk via zorgbundels en populatiebekostiging (zie figuur rechts).

### Fee for service (Betaling per verrichting)

- Aanbieders worden betaald voor elke individuele verrichting of een set aan verrichtingen (bijv. dbc's)
- Voordelen: stimuleert behandeling en pro-activiteit
- Nadelen: kan leiden tot overbehandeling, escalerende kosten en fragmentatie

### Populatiebekostiging

- Aanbieders (de huisarts) worden betaald via een vast bedrag voor een afgebakende populatie
- Voordelen: beperkt de kosten
- Nadelen: kan leiden tot inefficiëntie en wachtlijsten

### Zorgbundels

- Betaling per bundel soms geleverd door meerdere aanbieders: bijvoorbeeld de integrale geboortezorg
- Voordelen: stimuleert behandeling via bundels. Efficiëntie en samenwerking *binnen* de bundel.
- Nadelen: kan leiden tot overbehandeling via oplopend volume van bundels en/of (lichte) onderbehandeling van zorg binnen de bundel

### Vaste budgetten

- Aanbieders worden betaald voor een totaalpakket aan zorg (bijv. beschikbaarheidsbijdrage, MVO en academische zorg)
- Voordelen: beperkt de kosten
- Nadelen: kan leiden tot wachtlijsten en onderbehandeling

# De huidige systematiek leidde tot andere maar deels ook suboptimale prikkels...

### Introductie van de Zvw en dbc-systematiek leidde tot onderhandelbare tarieven in de curatieve zorg

Een van de onderdelen voor de nieuwe bekostiging binnen de Zvw, welke al in 2005 werd geïntroduceerd, was de dbc-systematiek. De bekostigingssystematiek door middel van diagnose-behandelcombinaties (dbc's) biedt de mogelijkheid om afgebakende en declarabele zorgproducten aan te bieden vanaf het moment dat een verzekerde een medisch specialist raadpleegt. In 2012 werd de opvolger van de dbc-systematiek geïntroduceerd: DOT's (Dbc's Op weg naar Transparantie). De dbc-systematiek had als doel om het aantal zorgproducten te vereenvoudigen waardoor vergelijkbaarheid van zorgproducten en onderhandeling tussen aanbieder en zorgverzekeraar eenvoudiger werd. Bij de invoering van de dbc-systematiek was ongeveer 10% van de tarieven vrij onderhandelbaar (B-segment). Sinds 2005 is dit aandeel steeds verder opgehoogd en inmiddels gestegen tot 70%<sup>3</sup>.

### Om zorgkosten binnen de Zvw te beteugelen wordt gebruikgemaakt van zorgplafonds en is integrale bekostiging geïntroduceerd

De introductie van de Zvw had mede als doel om de stijgende zorguitgaven te beheersen. Sinds de introductie van de Zvw bleven de kosten echter verder stijgen<sup>4</sup>, mede doordat zorgverzekeraars en aanbieders prijs\*volume afspraken maakten. Aanbieders werden beloond voor meer productie met als gevolg dat het volume aan geleverde zorg substantieel toenam. In reactie op het toenemend volume werden de hoofdlijnakkoorden geïntroduceerd resulterend in omzetplafonds en aanneemsommen om de volumegroei te remmen<sup>5</sup>. Daardoor wordt op instellingsniveau meerjarenafpraak gemaakt voor een maximumbedrag dat een zorgaanbieder mag declareren. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de kosten wanneer zij het plafond overschrijden. Om te voorkomen dat zorgaanbieders stoppen met

het leveren van zorg wanneer het plafond bereikt is zijn, wordt in sommige gevallen – afhankelijk van de contractuele afspraken – een doorleverplicht met de verzekeraar afgesproken. In deze gevallen dragen zorgaanbieders daardoor het volumerisico over het jaar waarvoor het plafond geldt. De Nederlandse ziekenhuisbekostiging is daarmee een mix geworden van fee for service met een budget. Om het functioneren van het stelsel te bevorderen en grip te houden op de productie is in 2015 de integrale bekostiging van specialisten en het ziekenhuis geïntroduceerd. Met een integraal tarief wordt samenwerking gestimuleerd tussen ziekenhuis en medisch specialisten en specialisten onderling. Voor zorgverzekeraars is het eenvoudiger sturen op doelmatigheid omdat slechts één partij de zorg declareert<sup>6</sup>.

### De huidige systematiek leidt tot suboptimale prikkels

De invoering van de dbc-systematiek en integrale bekostiging stimuleert een doelmatigere inrichting van de zorg. Aanvullende sturingsinformatie voor overheid en veldpartijen kwam voorhanden en er ontstonden nieuwe mogelijkheden om de geleverde zorg en de zorgkosten transparant te maken. Tot op heden worden er echter slechts beperkt afspraken gemaakt over prijs én kwaliteit van individuele zorgproducten. Daarnaast is het zo dat door de granulaire (fee for service) opzet van dbc-zorgproducten verschillende partijen in de zorgketen hun 'eigen' bekostiging hebben hetgeen samenwerking kan belemmeren.

# ...zo worden verrichtingen meer beloond dan het creëren van waarde voor de patiënt. Zorgbundels kunnen een oplossing hiervoor zijn

### Huidig systeem is met name geënt op zorgactiviteiten en minder op het creëren van waarde voor de patiënt

De DBC-systematiek, het introduceren van omzetplafonds en de integrale bekostiging zijn ingezet om onder meer doelmatigheid te stimuleren en tegelijkertijd toegankelijkheid te waarborgen. De huidige wijze van bekostigen op basis van een 'fee for service' en vaste budgetten neemt echter de volumeprikkel niet weg en doelmatigheid wordt beperkt gestimuleerd. Het uitvoeren van verrichtingen wordt beloond terwijl er de focus zou moeten liggen op creëren van waarde voor de patiënt. Waarde gaat dan om gezondheidswinst, uitgedrukt als uitkomsten die de patiënt belangrijk vindt, ten opzichte van zorgkosten. Het gaat daarbij zowel om uitkomsten als patiëntervaringen. Daarnaast worden aanbieders in de keten in de huidige systematiek separaat bekostigd waardoor samenwerking tussen specialismen en ketenpartners niet gestimuleerd wordt. Experimenten met alternatieve contractvormen zoals de keten-dbc's voor diabetes en COPD laten zien dat samenwerking tussen partners in de keten verbetert, er meer ingezet wordt op taakdifferentiatie, de transparantie in kwaliteit van zorg toeneemt en er (kleine) verbeteringen op proces- en uitkomstindicatoren te zien zijn<sup>7</sup>. Ook internationale studies laten zien dat het gegroepeerd inkopen van zorg, door middel van zorgbundels, een goed alternatief is om kwaliteit te verbeteren en tegelijkertijd de doelmatigheid van zorg te vergroten<sup>8</sup>.

### Bij zorgbundels wordt een pakket aan zorg voor een bepaalde aandoening in zijn totaliteit ingekocht

Bij zorgbundels wordt voor een bepaalde aandoening of patiëntengroep een vast bedrag (per patiënt) afgesproken voor een pakket aan zorg die door één of meerdere aanbieder(s) geleverd wordt. Een voorbeeld van een zorgbundel onder een experimentstatus is de zorgbundel voor geboortezorg. Zowel prenatale, natale als postnatale zorg maakt onderdeel uit van deze bundel. De zorgaanbieders die in dit continuüm de zorg leveren zijn samen

verantwoordelijk voor het organiseren en afstemmen van het gehele zorgproces en het leveren van deze zorg binnen het gestelde financiële budget en conform de overeengekomen uitkomstmaten. Wanneer zorgaanbieders zorg efficiënter weten te organiseren in de bundel mogen zij de kosten die ze bespaard hebben houden (vergelijkbaar met de huidige dbc-bekostiging, waarbij het efficiënter organiseren van zorg binnen de dbc voordeel oplevert voor de zorgaanbieder).

### Shared savings bij zorgbundels zijn alleen werkbaar bij een groot volume aan zorgbundels

Zorgbundels worden vaak in verband gebracht met het inzetten van shared savings. Shared savings en zorgbundels zijn verschillende zaken en kunnen los of samen ingezet worden; we gaan hier dieper in op shared savings. Shared savings zijn het stimuleren van besparingen van zorgkosten ten opzichte van de verwachte zorgkosten (bijv. t.o.v. het marktgemiddelde), waarbij de besparingen verdeeld worden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Door deze afspraak worden met name zorgaanbieders geprikkeld om proactief in te zetten op het voorkomen van zorgkosten.

Een fictief voorbeeld gaat over ziekenhuis A, waarbij de verwachting is dat de totale zorgkosten in jaar t+1 110 miljoen EUR zijn. Door proactief te sturen op het verminderen van de zorgkosten worden de daadwerkelijke zorgkosten in dit geval 100 miljoen EUR. Dan is er dus 10 miljoen EUR te verdelen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar op een nader te bepalen verdeelsleutel. Shared savings geven daarmee een extra prikkel voor zorgaanbieders om zorgkosten te voorkomen. Deze prikkel is qua aard vergelijkbaar met een aanneemsom (waarbij zorgaanbieders besparingen ook kunnen houden), maar meer dynamisch van aard omdat er verschillende verdeelsleutels over de besparingen kunnen worden afgesproken én omdat er bijvoorbeeld ook voorwaarden zoals minimale kwaliteit (uitkomsten) of toegankelijkheid aan kan worden verbonden.

# Zorgbundels zijn interessant wanneer ze de problemen die zich in het huidige systeem voordoen oplossen

Daarnaast kunnen shared savings dynamischer zijn indien ze bijvoorbeeld het marktgemiddelde als benchmark nemen en ook ingezet kunnen worden voor het verminderen van vervolgzorg (bijvoorbeeld het belonen van huisartsen voor doelmatige verwijzingen). Ook kunnen shared savings (of beter gezegd shared losses) ingezet worden voor het voorkomen van overschrijdingen, dit wordt in de literatuur ook wel *downside risk* genoemd. Het inzetten van de shared-savings systematiek, in combinatie met uitkomstmaten kan een krachtige prikkel vormen voor kostenbesparing en kwaliteitsverbetering.

Afspraken over shared savings zijn eigenlijk alleen zinvol op zorgentiteit niveau (bijvoorbeeld een ziekenhuis). Het inzetten van shared savings op één enkele zorgbundel staat niet in verhouding tot de additionele administratieve lasten, investeringen en kostprijberekeningen die daaraan ten grondslag liggen. Ook is er een groot risico op een zogenaamd waterbedeffect, de besparingen in de ene zorgbundel, worden mogelijk teniet gedaan door extra kosten elders. Het inzetten van shared savings wordt dus pas werkbaar wanneer zorgaanbieders een groter volume aan zorg door middel van zorgbundels leveren. Op het totaal volume van de bundels worden vervolgens afspraken gemaakt over de verdeling van de gerealiseerde besparingen (vergelijkbaar met de wijze waarop nu afspraken gemaakt worden tussen zorgverzekeraar- en aanbieder ten aanzien van een bepaalde groep aan dbc-zorgproducten).

## Zorgbundels hebben toegevoegde waarde wanneer de huidige zorg niet optimaal georganiseerd is

De electieve zorg leent zich goed om zorg via bundels te bekostigen vanwege het duidelijke begin- en eindpunt in de behandeling en het planbare karakter van de zorg. Het volledig omzetten van de bekostiging van electieve zorg van 'fee for service' (dbc's) naar zorgbundels is niet aan te bevelen. Allereerst brengt het omzetten van de bekostiging voor elke aandoening transitiekosten met zich mee vanwege de complexere administratie die er

mee gepaard gaat wanneer zorg in de bundel vanuit meerdere sectoren geleverd wordt.

Daarnaast kan het uitdagend en complex zijn om zorgbundels te implementeren omdat zorg sectoroverstijgend georganiseerd moet worden en silo's doorbroken moeten worden. Een zorgbundel is aan te bevelen boven een 'fee for service' bekostiging indien bijvoorbeeld één van de volgende vier factoren aanwezig is:

1. De behandeling van de aandoening wordt gekenmerkt door een multidisciplinair (sectoroverstijgend) karakter;
2. Het huidig zorgpad leidt tot diverse suboptimale prikkels die (h)erkend wordt door betrokken partijen;
3. Er wordt niet of beperkt samengewerkt in de keten of tussen partijen in het ziekenhuis wat effect heeft op uitkomsten en doelmatigheid van zorg;
4. Tweedelijns zorg kan verschoven worden naar eerstelijnszorg of afgewend worden door preventie.

Vanwege de transitiekosten lenen met name hoogvolume of kostenintensieve aandoeningen zich het beste voor bekostiging via bundels. Door het hogere volume of het grotere besparingspotentieel wat gerealiseerd kan worden bij kostenintensieve zorg is de terugverdientijd van de transitiekosten korter. Een voorbeeld van kostenintensieve zorg die zich mogelijk leent voor bekostiging via een zorgbundel is transplantatiezorg<sup>9,10</sup>. Om te inventariseren welk deel van de electieve zorg in aanmerking komt voor bundels, kan er gekeken worden naar doelgroepen met hoogvolume en/of kostenintensieve aandoeningen (hoog PxQ), die multidisciplinaire zijn en een grote mate van variatie in de behandeling hebben (door comorbiditeit). Voor een diagnose met een groot aandeel van de omzet\* binnen de electieve zorg zoals<sup>11,12</sup> atrium fibrilleren / flutter, cataract, maligne neoplasma mamma, blaastumor en prostaatacarcinoom kan er gekeken worden of deze een hoog PxQ heeft, of deze multidisciplinair georganiseerd wordt én of het aannemelijk is dat de zorg per diagnose doelmatiger georganiseerd kan worden middels een bundel.

**KPMG** <sup>9</sup> American college of surgeons, [Surgeons and bundled payment models: a primer for understanding alternative physician payment approaches](#)

<sup>10</sup> American Journal of Managed Care, [Successes and failures with bundled payments in the commercial market](#)

<sup>11</sup> Stichting DHD (Dutch Hospital Data), [Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg 2017.pdf \(dhd.nl\)](#)

<sup>12</sup> NZa, [DIS open data \(opendisdata.nl\)](#)

\* In 2017 kwam de bruto omzet in dbc-zorgproducten uit op 16,7 miljard EUR<sup>11</sup>

# Met bundels kunnen suboptimale prikkels weggenomen worden en het risico verdeeld worden tussen zorgaanbieder en -verzekeraar...

### Succesvol inzetten van zorgbundels vraagt om het hanteren van leidende principes

Geen enkele grondvorm van bekostiging is perfect om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te vergroten (zie de voor- en nadelen op pagina 15-17). Om het meest optimale resultaat te halen uit de invoering van zorgbundels is het aan te raden om vier leidende principes te hanteren:

1. Een zorgbundel moet een verschuiving teweegbrengen richting de inkoop van integrale zorg

Het is wenselijk om een verschuiving van zorg in de keten te realiseren door zorg via een bundel te bekostigen. De bundel omvat de zorg van het gehele zorgpad in plaats van een betaling per verrichting (declarabele prestatie) per individuele zorgaanbieder. Via een bundel wordt coördinatie van zorg en samenwerking tussen zorgprofessionals gestimuleerd en kunnen schotten tussen specialismen, systemen en aanbieders zoveel mogelijk wegnomen worden om de juiste zorg op de juiste plek te leveren<sup>13,14</sup>.

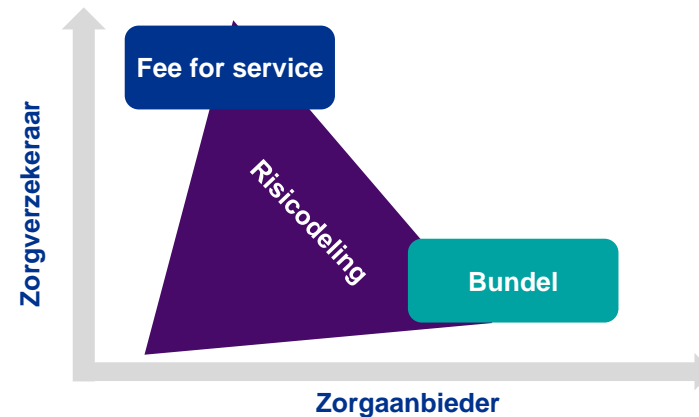
2. Meet zowel de kosten als kwaliteit van zorgbundels

Het is relatief eenvoudig om kosten te monitoren. Wanneer zorg via een bundel gefinancierd wordt bestaat het risico op onderbehandeling binnen de bundel, omdat aanbieders een vast bedrag voor de bundel krijgen ongeacht de uitkomsten van de behandeling. Het is daarom nog belangrijker om ook kwaliteit van zorg te meten om te voorkomen dat aanbieders niet snijden in de uitgaven welke ten koste gaat van de uitkomsten en patiëntervaringen<sup>13</sup>.

3. Een zorgbundel moet het risico tussen verzekeraar en aanbieder verdelen

Met de huidige bekostiging ligt het eenjarige risico voor stijgende kosten grotendeels bij de zorgaanbieder, maar het meerjarig risico bij de zorgverzekeraar. Met het bekostigen via bundels verschuift het langetermijnrisico gedeeltelijk richting de zorgaanbieder. Er kan een

middenweg gezocht worden in het delen van risico's en door het risico gedeeltelijk te leggen bij de partij met de meeste invloed op de zorglevering (de aanbieder) via langetermijnafspraken<sup>13</sup>.



4. Biedt ruimte voor transitie en zet in op langetermijncontracten

Het introduceren van betaling via zorgbundels vraagt om een haalbaar transitieplan met realistische contractafspraken<sup>16</sup>. Omdat het een paar jaar kan duren voordat de rendementen zichtbaar worden is het raadzaam om, in ieder geval voor de transitieperiode, langetermijncontracten af te sluiten. Met het afsluiten van langetermijncontracten wordt de zorgaanbieder de ruimte geven om zorg echt anders te gaan organiseren en wordt de kans vergroot dat een duurzame transformatie op de middellange tot lange termijn gerealiseerd wordt.

<sup>13</sup> Harvard Business Review, [How to pay for healthcare](#)

<sup>14</sup> Commonwealth Fund, [Bundled payments models around the world: how they work and what their impact has been](#)

<sup>15</sup> Health Affairs, [Designing successful bundled payment initiatives](#)

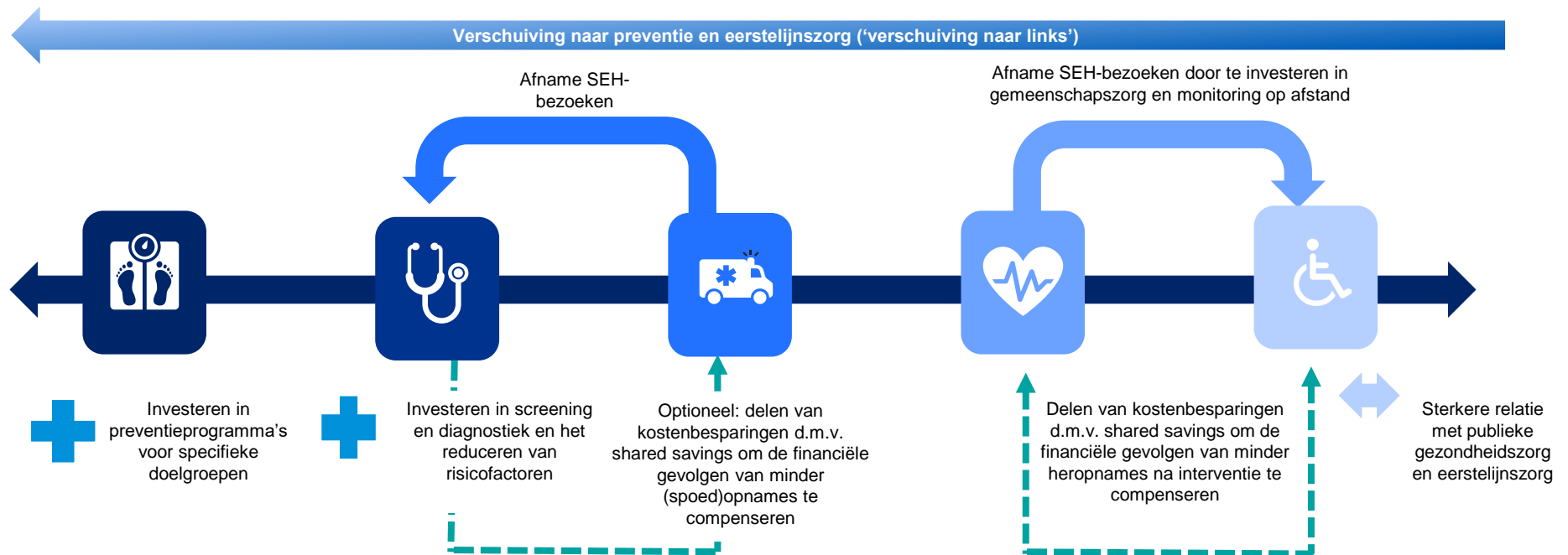
<sup>16</sup> Erasmus Universiteit Rotterdam en Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, [Uitkomstbekostiging in de zorg: een \(on\)begaanbare weg?](#)

# ...en leiden tot een verschuiving van tweedelijns naar preventieve en eerstelijnszorg

## Zorgbundels kunnen verschuiving naar 'links' bevorderen

De huidige bekostiging van de curatieve zorg stimuleert passende zorg en samenwerking tussen aanbieders suboptimaal, terwijl het voorkomen van zorg minder duur is en op de langere termijn leidt tot een hogere levensverwachting en betere resultaten voor de patiënt. Zorgbundels kunnen daar een oplossing voor zijn. Meer en betere samenwerking tussen zorgprofessionals en aanbieders in de keten, bijvoorbeeld door de inzet van preventieprogramma's of conservatieve behandeling kan leiden tot een

verschuiving van tweedelijnszorg naar preventie en eerstelijnszorg ("verschuiving naar links").





# De nadelen van zorgbundels kunnen ook de patiënt en de zorgverzekeraar raken

### Zorgbundels hebben niet enkel een financieel effect op de zorgaanbieder, maar ook op de patiënt

Waar de introductie van zorgbundels suboptimale prikkels wegnemen, de kosten reduceren en kwaliteit verhogen kan een ongewenst effect zijn dat patiënten het eigen risico moeten inzetten of een eigen bijdrage moeten betalen voor de zorg terwijl dat eerder niet het geval was. Een voorbeeld hiervan kunnen de inzet van preventieprogramma's of van fysiotherapie zijn (buiten het basispakket) alvorens invasieve behandeling overwogen wordt. Indien een patiënt niet aanvullend verzekerd is kan deze zorg voor eigen rekening komen en kunnen patiënten eerder geneigd zijn om aan te dringen op invasieve behandeling. Het vrijstellen van bepaalde zorg voor een eigen bijdrage of eigen risico kan daarvoor een oplossing zijn.

### Bundels kunnen mogelijk effect hebben op de DKG-registratie en risicoverevening

Daarnaast moet beoordeeld worden of het bundelen van dbc-zorgproducten een effect heeft op de diagnosekostengroepenregistratie (DKG-registratie) die van belang is voor de risicoverevening. Aan elke verzekerde wordt op basis van de DOT-registratie een DKG gekoppeld. Het volume van de verschillende DKG's per zorgverzekeraar wordt meegewogen in de risicoverevening en de kostenvergoeding die de zorgverzekeraar voor zijn verzekerden krijgt. Het bundelen van dbc's kan tot effect hebben dat verzekerden in een andere DKG vallen en daarmee effect hebben op de risicoverevening. Wanneer overgegaan wordt tot het zorgbundels dient de impact op de DKG-registratie beoordeeld te worden.

### Wanneer gekozen wordt om bundels te implementeren moet er aandacht zijn voor de nadelen en dient comfort tijdens transitie geboden te worden

Patiënten en zorgverzekeraars zijn erbij gebaat wanneer zorg doelmatiger en

met meerwaarde georganiseerd wordt. Het veranderen vanuit het huidige systeem kan resulteren in onzekerheid voor wat er komen gaat. Daardoor wordt er een investering gevraagd aan alle stakeholders. Te denken valt aan transitiekosten als gevolg van nieuwe contracten met deelnemers (onderling verdeelmodel) maar ook bijvoorbeeld eventuele cultuurverschillen tussen verschillende zorgaanbieders die moeten worden overbrugd. Om vanuit vertrouwen en toekomstgerichtheid te werken aan de ontwikkeling en implementatie van zorgbundels is het in ieder geval belangrijk om met de volgende punten rekening te houden:

- Bied ruimte voor transitie en zet in op langetermijncontracten;
- Formuleer randvoorwaarden die voor elke partij van belang zijn wanneer de stap naar ontwikkeling en implementatie gezet wordt (bijvoorbeeld geen inkomstenverlies voor x jaar of afrekening op uitkomsten vindt pas plaats na x jaar);
- Voorkom dat patiënten een negatief financieel effect ondervinden wanneer zorg onder gebracht wordt in zorgbundels;
- Faciliteer en ondersteun een data-infrastructuur om gegevensuitwisseling tussen aanbieders (eenvoudig) mogelijk te maken welke succesvolle implementatie kan versnellen.

# Een gedegen en stapsgewijze aanpak is nodig om zorgbundels zorgvuldig te ontwikkelen en implementeren

**De huidige bekostigingssystematiek is niet toekomstbestendig wanneer sturing op kwaliteit belangrijker wordt**

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de huidige bekostiging nog (te) veel volumeprykkels kent en minder gericht is op het verhogen van kwaliteit van zorg. Wanneer de NZa en het veld de ambitie hebben om waardegedreven zorg die rondom de patiënt is georganiseerd door middel van bekostiging te stimuleren<sup>20</sup> zijn alternatieve contract- en bekostigingsvormen noodzakelijk. Het ontwikkelen en implementeren van zorgbundels gaat echter niet over één nacht ijs en vraagt om een gedegen en stapsgewijze aanpak. We gaan hier in het volgende hoofdstuk dieper op in.





# 3. Stappenplan voor ontwerp en implementatie van zorgbundels

# In acht stappen naar de ontwikkeling van een zorgbundel

## Het ontwikkelen van een zorgbundel kan gedaan worden aan de hand van acht stappen, het start met aanbrengen van focus

Het ontwikkelen en implementeren van zorgbundels vraagt om een gedegen voorbereiding en het maken van gerichte keuzes. In dit hoofdstuk wordt aan de hand van een stappenplan toegelicht hoe zorgbundels ontwikkeld kunnen worden en welke aandachtspunten daarbij gelden. De verschillende aanleidingen om te starten met een zorgbundel voor een bepaalde aandoening, zoals beschreven op pagina dertien, vormen daarbij het startpunt. In onderstaand figuur zijn de verschillende stappen opgenomen, evenals welke stappen landelijk ontwikkeld of regionaal ingevuld kunnen worden.



# Stap 1: bepaal de aanleiding om te starten met een zorgbundel

## Er zijn vier redenen waarom zorgbundels interessant zijn om mee te starten

Voor sommige aandoeningen is alreeds voldoende (internationaal) bewijs waarom bundels meerwaarde ten opzichte van een 'fee for service' bekostiging hebben. Daarnaast zijn er vier algemene redenen waarom bundels interessant zijn. Deze redenen worden in onderstaand overzicht beschreven. Hierbij geldt niet dat een aandoening aan elk van de vier redenen hoeft te voldoen

01

De behandeling van de aandoening wordt gekenmerkt door een multidisciplinair (sectoroverstijgend) karakter

Het zorgtraject wordt gekenmerkt door de benodigde inzet van zorgprofessionals vanuit verschillende disciplines en specialismen. De aandoening kan enkel en alleen verholpen worden wanneer elk van deze professionals een rol heeft in de behandeling. Een voorbeeld hiervan is een heupvervanging waarbij zowel de medisch specialist als de fysiotherapeut een belangrijk rol heeft in het herstel van de patiënt.

02

Het huidig zorgpad leidt tot diverse suboptimale prikkels

Het is alreeds bekend dat het huidig zorgpad diverse suboptimale prikkels kent om zorg niet doelmatiger of gericht op waarde voor de patiënt in te richten. Voorbeelden van suboptimale prikkels die vaak al herkend worden zijn bijvoorbeeld het risico op overbehandeling of het inzetten van invasieve in plaats van conservatieve behandeling\*.

03

Er wordt niet of beperkt samengewerkt in de keten of tussen partijen in het ziekenhuis wat effect heeft op uitkomsten en doelmatigheid van zorg

Er wordt beperkt samengewerkt tussen partijen in de keten om meeste waarde te creëren voor de patiënt. Effecten zijn te merken aan de uitkomsten of doelmatigheid van zorg.

04

Tweedelijnszorg kan verschoven worden naar de eerstelijns of afgewend worden door preventie

Ontwikkelingen in de zorg volgen elkaar in hoog tempo op. Zo ook ontwikkelingen op het vlak van preventie. Nieuwe behandelmethoden kunnen voor sommige aandoeningen al in een vroeg stadium ingezet worden waardoor verergering van de zorgvraag en verwijzing naar tweedelijnszorg voorkomen kan worden.

## Stap 2: Breng focus aan in de aandoening waarvoor de zorgbundel ontwikkeld wordt (1/2)

### Breng focus in het zorgpad aan om suboptimale prikkels in het systeem te verhelpen

Het doel van de inzet van zorgbundels is om de belangrijkste suboptimale prikkels in het systeem op te lossen die een negatieve invloed hebben op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Het is daarom belangrijk om aan het begin de keuze voor de patiëntengroep duidelijk af te bakenen evenals het begin- en eindpunt vast te stellen en te kijken waar fasering in implementatie van de bundel mogelijk is. Concreet betekent het dat in drie stappen focus aangebracht kan worden voor de aandoening waarvoor de zorgbundel ingezet gaat worden:

#### Afbakenen zorgbundel

1. Afbakenen patiëntengroep
2. Vaststellen begin- en eindpunt zorgbundel
3. Bepalen van fasering van de bundel

### Afbakening van de patiëntengroep

Een eerste afbakening kan gemaakt worden op basis van diagnose en persoonskenmerken. Bij deze eerste afbakeningsronde gaat het alleen om de afbakening van de patiënten die binnen een bepaalde patiëntengroep vallen. Deze afbakening is gebaseerd op:

- Eén of meerdere diagnoses

En/of

- Bepaalde persoonskenmerken zoals leeftijd

Vervolgens dient de patiëntengroep op basis in- en exclusie criteria op het niveau van de medische inhoud verder afgebakend te worden. Bepaalde patiënten binnen de patiëntengroep kunnen op basis van deze medische inhoud geëxcludeerd worden zodat een zo homogeen mogelijke groep ontstaat<sup>21</sup>. Deze afbakening dient zo specifiek mogelijk te zijn, bijvoorbeeld op het niveau van samenvoegen van verschillende dbc's, diagnoses of verrichtingen.

### Stakeholders

Acceptatie van een gekozen afbakening door het veld is eenvoudiger wanneer deze niet alleen logisch is vanuit bekostigingsoogpunt, maar ook klinisch relevant. Het verdient daarom aanbeveling zowel medisch specialisten als bekostigingsdeskundigen te betrekken bij het afbakeningsproces.

Er zijn twee methodes om zorg per patiëntengroep af te bakenen:

1. Op basis van klinische logica, bijvoorbeeld in stakeholdergroepen of in samenwerking met klinische experts.
2. Op basis van beschikbare data. Door analyses uit te voeren op de declaratiedata kunnen relevante afbakening bepaald worden.



## Stap 2: Breng focus aan in de aandoening waarvoor de zorgbundel ontwikkeld wordt (2/2)

#### Begin- en eindpunt van de bundel

Het afbakenen van de zorgbundel beperkt zicht niet alleen tot een afbakening van de doelgroep maar tevens het precies definiëren van het begin- eindpunt van de zorgbundel<sup>22</sup>. Afhankelijk van de aandoening kan het startpunt in de publieke gezondheids-, eerste- of tweedelijnszorg liggen. Des te breder het begin- en eindpunt van de bundel gekozen wordt, des te groter de kans op het realiseren van een verschuiving naar preventie ('verschuiving naar links'). De complexiteit voor implementatie neemt met een bredere bundel echter toe vanwege de hoeveelheid aan betrokken stakeholders en de verschillende financieringsstromen en/of bekostigingsvormen.

Bij het afbakenen van de bundel gaat het in ieder geval om:

- Openingscriterium. Dit kan bijvoorbeeld een bepaalde zorggebeurtenis of een combinatie van zorggebeurtenissen zijn;
- Sluitingscriterium;
- Zorg in scope. Hierin wordt bepaald welke zorg onderdeel is van de bundeling. Overwegingen zijn bijvoorbeeld:
  - Omvat de bundel meerdere aandoeningen?
  - Gaat het om alle typen zorg of is bijvoorbeeld eerstelijnszorg uitgesloten?
  - In hoeverre zijn complicaties ook onderdeel van de bundel: Niet of alleen de directe complicaties of complicaties in de bredere zin?
  - Welke coderingen worden gebruikt om zorg af te bakenen? Dat kunnen bijvoorbeeld diagnoses, maar ook ICD-9 of ICD-10 coderingen.
- Eventuele exclusiecriteria voor patiënten, zoals bijvoorbeeld een afkappunt voor de zorgzwaarte.

- Waar mogelijk is het aan te bevelen om alle zorgactiviteiten in het gehele zorgpad op te nemen in de bundel<sup>23</sup>.

Verder kunnen patiënten in meerdere patiëntengroepen vallen. Er moet voorkomen worden dat er voor bepaalde zorg dubbel betaald wordt. Zorg die in meerdere zorgbundels valt moet ofwel aan één bundel worden toegewezen ofwel de kosten en besparingen moeten verdeeld worden over de zorgbundels. Een voorbeeld hiervan betreft patiënten met co-morbiditeit. Zo kan bijvoorbeeld voor diabeteszorg de behandeling van een hoge bloeddruk of nefropathie onderdeel van de bundel zijn of niet.

#### Fasering van de bundel

Wanneer voor het eerst gestart wordt met de implementatie van een zorgbundel voor een specifieke aandoening of patiëntengroep kan gekozen worden voor een gefaseerde implementatie van de bundel om de mate van complexiteit bij aanvang te beperken. Het in kaart brengen van de het begin- en eindpunt van de bundel kan tevens gekoppeld worden aan mogelijke faseringen van de implementatie van de bundel. Een voorbeeld hiervan is om bij heupfracturen enkel het tweedelijns deel en de nazorg bij aanvang in de bundel op te nemen. In een latere stadium zou de bundel uitgebreid kunnen worden met eerstelijnszorg en preventie.

#### **Stakeholders**

Richt een kerngroep van stakeholders welke van begin tot eind betrokken is bij de ontwikkeling van de bundel. De stakeholders moeten helpen om toezicht te houden op de ontwikkeling van de bundel en meebeslissen.



### 3.3 Creëer een basis voor verandering

## Stap 3: Creëer een basis voor verandering (1/2)

### Creëer een basis voor verandering om succesvolle implementatie te bevorderen

Om verandering van het huidige systeem te realiseren is het noodzakelijk om inzicht te geven in de onvolmaaktheden van het huidige systeem. De adviesrapporten 'Belonen van zorg die waarde toevoegt' en 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' vormen samen met het hoofdlijnenakkoord de basis<sup>24,25</sup>. Vul dit verder aan met documentatie die specifiek ingaat op de aandoening waar de zorgbundel voor ontwikkeld wordt en die imperfecties in het huidige systeem benadrukken. Een onderdeel hiervan is het in kaart brengen van het zorgpad (zie volgende pagina). Belangrijk is dat het kwaliteitsaspect, naast het kostenaspect, ook benadrukt wordt. Vervolgens moeten de voordelen die bekostigingswijzigingen hebben voor patiënt, zorgverlener en financier op basis van deze gegevens gespecificeerd worden. Het kan hierbij helpend zijn om de naast het macro-overzicht ook een gedetailleerd overzicht van voordelen te maken op het niveau van de aandoening. Tenslotte is van belang om in dit stadium ook duidelijk te maken dat ontwikkeling bij voorkeur op landelijk niveau plaats vindt en implementatie op regionaal.

#### Stakeholders

De argumenten die op tafel gelegd worden om de zorg in een bundel te organiseren moeten beoordeeld worden door alle partijen die een rol spelen in de implementatie van de zorgbundel.



<sup>24</sup> NZa en Zorginstituut Nederland, [Samenwerken aan de zorg: de toekomst is nú](#) <sup>e</sup>

<sup>25</sup> NZa, [belonen van zorg die waarde toevoegt](#)

<sup>26</sup> NZa, [Zorgbundels binnen de medisch-specialistische zorg - Nederlandse](#)

[Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

<sup>27</sup> Health Affairs, [Comparison of hospitals participating in medicare's voluntary and mandatory orthopedic bundle programs](#)

### Verandering en succes kan versneld worden wanneer gekozen wordt voor een landelijk aanpak

Tot op heden zijn zorgbundels die binnen Nederland ontwikkeld en geïmplementeerd zijn bijna altijd vrijblijvend<sup>26</sup>. Zorgaanbieders ontwikkelen vrijwillig met de zorgverzekeraar een bundel. Dit leidt ertoe dat een zorgaanbieder voor één en dezelfde aandoening een deel van de zorg levert via een bundel voor zorgverzekeraar A en een deel van de zorg levert op basis de individuele dbc's voor zorgverzekeraar B. De huidige methodiek heeft als voordeel dat innovatieve aanbieders en zorgverleners eerder participeren, er kleinschalig gestart kan worden met een relatief beperkte groep aan stakeholders en de bekostiging niet gewijzigd hoeft te worden. De vrijwillige aanpak kent ook een aantal nadelen:

- Patiënten die wisselen van zorgaanbieder en welke eerder onderdeel uitmaakten van een bundel vallen uit de bundel;
- Indien verschillende zorgbundels voor dezelfde aandoening een andere afbakening hebben bij verschillende zorgverzekeraar, zijn de administratieve lasten voor de aanbieder hoger
- Aanbieders die baat hebben bij het huidige systeem kunnen minder snel geneigd zijn om te participeren;
- Relatief kleine aanbieders zijn minder snel geneigd om deel te nemen wanneer zij minder financiële draagkracht hebben om het risico te dragen;
- Het op grotere schaal uitrollen van alreeds ontwikkelde zorgbundels kan op weerstand stuiten indien partijen niet betrokken waren bij de ontwikkeling.

Studies in de VS laten geen verschillen zien in kwaliteit en kosten tussen een vrijwillige en verplichte implementatie van zorgbundels<sup>27</sup>. Met het landelijk (verplicht) invoeren van zorgbundels voor bepaalde aandoeningen of patiëntengroepen kan meer uitkomstdata en vergelijking tussen aanbieders gemaakt worden, kunnen meer aanbieders betrokken worden en kan opschaling versneld worden. Het verdient daarbij aanbeveling om bundels voor één aandoening zoveel mogelijk te standaardiseren om de vergelijkbaarheid tussen aanbieders te vergroten en uitrol te kunnen versnellen. Wanneer gekozen wordt voor landelijke implementatie is het raadzaam om in overleg te gaan met de zorgverzekeraars om randvoorwaarden en aandachtspunten voor implementatie op te halen.





# Stap 3: Creëer een basis voor verandering (2/2)

## Het in kaart brengen van het zorgpad kan duidelijk maken waar suboptimale prikkels liggen

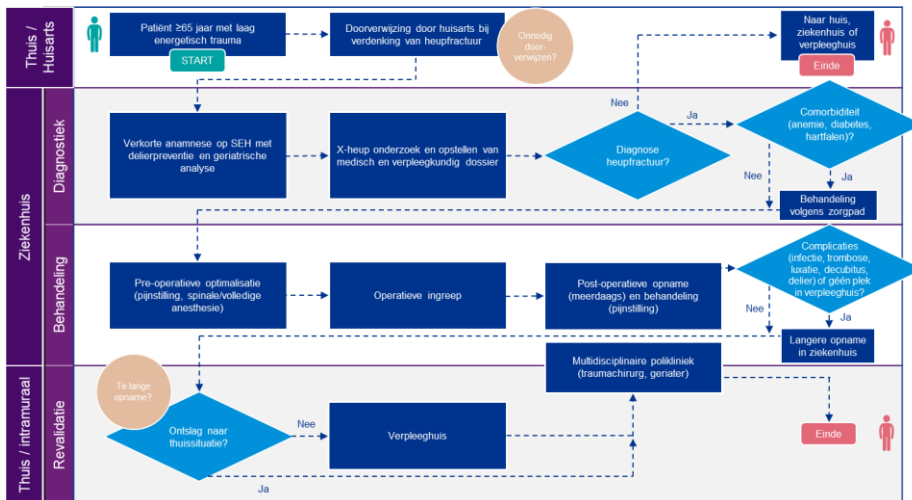
Door het zorgpad in kaart te brengen kan geïdentificeerd worden waar het huidige systeem niet goed op elkaar afgestemd is en waar suboptimale prikkels liggen. Een hulpmiddel voor het in kaart brengen van het zorgpad is een stroomdiagram, waarin de betrokkenen en de activiteiten per onderdeel van de behandeling worden weer gegeven (zie onderstaande figuur). Financiële en gedragsincentives en daarmee suboptimale prikkels zijn in een oog op slag inzichtelijk. Het in kaart brengen van het zorgpad en de suboptimale prikkels kan eenvoudig gedaan worden op basis van de beschikbare literatuur en door middel van het houden van interviews met de betrokken stakeholders.

## Op basis van het huidige zorgpad kan bepaald worden waar ruimte voor verbetering ligt.

Na het in kaart brengen van de belangrijkste onvolkomenheden, kunnen de potentiële mogelijkheden om kosten te besparen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren worden gekwantificeerd. In aanvulling op het huidige zorgpad kunnen, indien voorhanden, ook internationale better practices worden gebruikt om verbeterpotentieel te identificeren<sup>28</sup>.

### Stakeholders

Gebruik de stakeholdergroep voor het organiseren van de interviews om met de belangrijkste partijen in contact te komen die betrokken zijn bij het zorgpad.



# Stap 4: Bepaal de onderwerpen voor de ontwikkeling van de bundel

## Bepaal bovenop de leidende principes de aanvullende onderwerpen die van belang zijn om de basis te leggen voor de ontwikkeling van de zorgbundel

Bij het ontwikkelen van zorgbundels waarin zowel kostenbeheersing als kwaliteitsverhoging de basis vormt zijn er, naast de alreeds geïntroduceerde leidende principes in hoofdstuk twee, een aantal essentiële onderdelen waar rekening mee gehouden moet worden tijdens het ontwerpproces. In onderstaand overzicht worden de onderwerpen getoond waarover nagedacht moet worden bij de ontwikkeling van de bundel, evenals welke onderwerpen landelijk ontwikkeld of regionaal ingevuld kunnen worden.

### Leidende principes

De zorgbundel moet:

1. Integrale zorg stimuleren
2. Zowel kosten als kwaliteit meten
3. Het risico tussen verzekeraar en aanbieder verdelen
4. Ruimte bieden voor transitie en inzetten op langetermijncontracten



# Stap 4: Ontwerpprincipes-

## A) Attributie

### Met het vaststellen van de attributie wordt bepaald wie welke eindverantwoordelijkheid draagt

Een belangrijk onderdeel van een zorgbundel is het bekostigen van de volledige patiëntengroep in plaats van individuele aanbieders. In sommige gevallen kan dat leiden tot de vraag wie verantwoordelijk is voor de uitkomsten van een bepaalde patiëntengroep. Het vaststellen van de attributie kan aan de hand van drie onderdelen:

#### Wat moet er gebeuren?



Het moet duidelijk zijn welke type zorgverleners de eindverantwoordelijkheid kunnen dragen in de bundel.

Omdat het sluiten van een contract met meerdere aanbieders tegelijk ervoor kan zorgen dat niemand zich verantwoordelijk voelt, wordt vaak gekozen voor een constructie met een hoofd- en onderaannemer (zie ook stap vijf voor de governance). Welke zorgaanbieder hoofdaannemer wordt, hangt sterk af van wie de keten het best kan aansturen en wie het meeste invloed heeft op de uitkomsten.

#### Hoe moet het gebeuren?



Breng per zorgpad de patiëntreis in kaart. Welke partijen zijn waar in het proces van 'zorgvraag van patiënt tot uitkomst van de zorg' betrokken (de basis hiervoor is al gelegd in stap 3). Aan de hand van deze patiëntreis kan gekeken worden welke aanbieders veel invloed hebben op de uitkomst en/of de positie hebben om de keten goed te regisseren. Het uitgangspunt is dat deze aanbieder(s) ook de eindverantwoordelijkheid draagt (dragen). Het in kaart brengen van de patiëntreis gebeurt samen met de aanbieders.

#### Aandachtspunten en tijdslijn



Zorgbundels vallen en staan met het juist omgaan met attributie. Aanbieders die zich niet kunnen vinden in de gekozen oplossing zullen niet gemakkelijk over te halen zijn om zorg via een bundel te leveren. Het te zeer versnipperen van de verantwoordelijkheid ondermijnt aan de andere kant de ketengedachte.

Het bepalen van de attributie per bundel moet rond zijn voordat contracten met partijen getekend worden. Het is daarbij belangrijk op te merken dat de type aanbieder die de eindverantwoordelijk ook kan verschillen tussen regio's, bijvoorbeeld afhankelijk van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

# Stap 4: Bepaal de onderwerpen voor de ontwikkeling van de bundel - B) Budget

Er zijn drie onderdelen die meewegen hoe het budget wordt vastgesteld en wat daarin belangrijk is

Het vaststellen van een standaardbudget (of anders gezegd de prijs van de bundel) voor de bekostiging van de bundel is een vast onderdeel in het ontwerpen en implementeren van de bundel en kan regionaal ingevuld worden. Er zijn drie onderdelen die meewegen in de vaststelling van het budget:



## Vaststellen van het budget (de prijs en het volume van de bundel)

Het budget voor de bundel kan vastgesteld worden op basis van:

- Historische kosten van de betrokken aanbieders
- Corrigeren voor risico vanwege de verschillen in casemix van de aanbieders
- Aangepast worden voor andere factoren zoals efficiëntie



## Aanpassen van het budget

Afhankelijk van de prestaties van de aanbieders ten opzichte van het vastgestelde budget, kan de zorgaanbieder de budgetten voor toekomstige contracten aanpassen.

Bijvoorbeeld na een contract van twee jaar (om gedeelde besparingen en efficiëntieverbeteringen mogelijk te maken) kunnen aanbieders die onder het 30e percentiel zitten een verlaging van 1-3% van het streefbudget voor de volgende contractperiode krijgen.



## Moment van vaststellen van het budget

Het is aan te bevelen budgetten prospectief vast te stellen. Het budget wat naar verwachting voor de bundel nodig is om de zorg te dekken wordt dan aan het begin van het contract vastgesteld. Om te voorkomen dat met het systeem 'gespeeld' wordt en de voorspelbaarheid te vergroten is het niet wenselijk om budgetten tijdens de contractperiode te herzien

# Stap 4: Bepaal de onderwerpen voor de ontwikkeling van de bundel - C) Uitkomstmaten

## Sturing op kosten en kwaliteit is alleen mogelijk wanneer gebruik wordt gemaakt van uitkomstmaten

Het inpassen van uitkomstmaten is idealiter een belangrijk onderdeel van zorgbundels. Hierbij gaat het met name om de uitkomsten die voor de patiënt (klinisch en ervaren) relevant zijn. De uitkomstmaten in een bundel bieden daarbij tegenwicht aan de prikkels vanuit de bekostigingsvorm. Door naast de kosten ook de uitkomsten te meten kan beoordeeld worden of het efficiënter organiseren van zorg in de bundel geen negatieve effecten heeft op de kwaliteit.

### Proces- versus uitkomstmaten

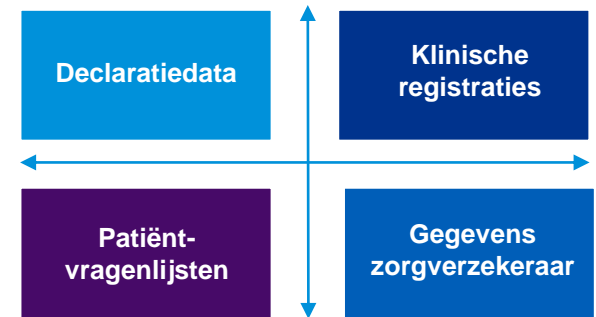
Het is aan te raden om zoveel mogelijk met uitkomstmaten te werken. Procesmaten geven niet voldoende aan of er waarde van zorg geleverd wordt.

### Aantal uitkomstmaten

Het aanbod van mogelijke uitkomstmaten is voor veel aandoeeningen groot. Het is aan te raden om te werken met een beperkte set van indicatoren (zeg vijf uitkomstindicatoren) die ook over tijd kunnen wisselen bijvoorbeeld indien doelen behaald zijn<sup>29</sup>. Potentieel vermijdbare complicaties (re-operaties, heropnames, etc.) vormen hiervan een goed voorbeeld, omdat deze voor vrijwel elke aandoening geïdentificeerd kunnen worden en deels ook via declaratiedata zonder aanvullende registratie berekend kunnen worden. Idealiter worden deze data voor electieve zorg aangevuld met PROM's en PREM's (bijvoorbeeld voor conservatieve uitkomstmaten) indien deze zinvol, meetbaar en onderscheidend zijn voor de patiëntgroep in kwestie.

### Gebruik van databronnen

Het meten van uitkomsten is sterker wanneer er van verschillende bronnen gebruik gemaakt wordt en gegevens waar mogelijk gekoppeld kunnen worden.

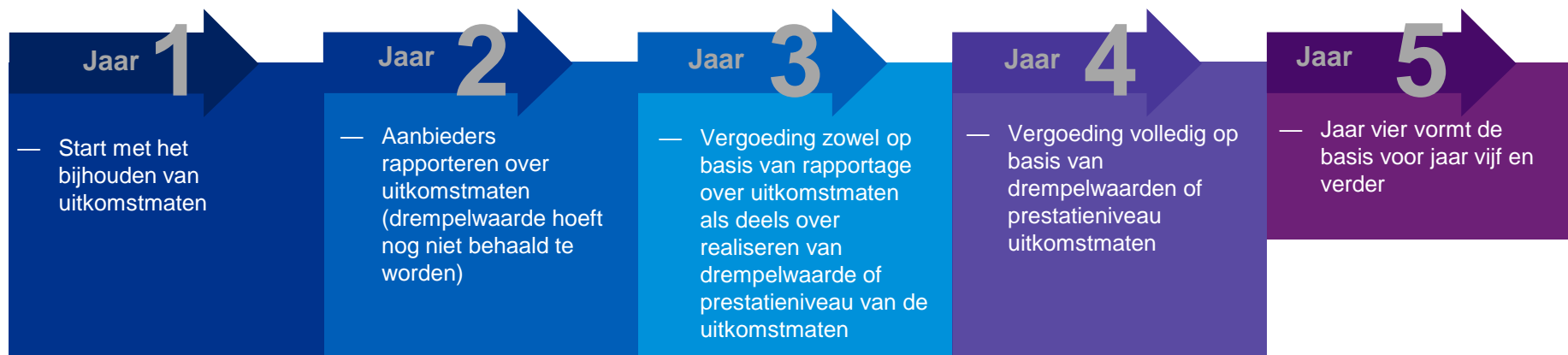


### Stakeholders

Het selectie- en implementatieproces voor het verzamelen van kwaliteitsmaten moet duidelijk zijn voor alle betrokken belanghebbenden en in het bijzonder voor de zorgverleners wier prestaties in de toekomst aan de hand van deze maatregelen zullen worden gemeten. Het wordt aangeraden om bij het vaststellen van deze kwaliteitsmaten artsen vanuit het veld te betrekken. Het bepalen van de kwaliteitsmaten is een onderdeel waarbij de mogelijkheid bestaat een grote groep aanbieders en waar mogelijk patiënten te betrekken. Dit creëert landelijk draagvlak. Een optie is om met dezelfde groep betrokken te werken als bij het vaststellen van het zorgpad en het afbakenen van de zorg.



## Stap 4: Bepaal de onderwerpen voor de ontwikkeling van de bundel - C) Uitkomstmaten - *een voorbeeld voor implementatie*



### Aandachtspunten tijdens de opstartfase van de bundel

- Het is te overwegen om aanbieders in de opstartfase in eerste instantie te belonen voor het opzetten van een solide organisatievorm voor het meten van uitkomsten en het opstellen van werkinstructies. Maatregelen waar aan gedacht kunnen worden zijn: samenstellen van het bestuur, inzet van betrokken zorgprofessionals, betrekken patiëntenvertegenwoordiging, etc.
- Een bundel invoeren zonder uitkomstmaten is weliswaar suboptimaal, maar zeker mogelijk indien de bundel als zodanig een verbetering van de prikkels geeft t.o.v. de dbc-bekostiging. Wanneer geen objectieve uitkomstmaten beschikbaar zijn kan het eerste jaar gebruikt worden om de ontwikkeling van objectieve uitkomstmaten en PROM's te stimuleren en vanaf jaar twee en verder te rapporteren over de vastgestelde uitkomstmaten zodat op termijn toe gewerkt kan worden naar het voldoen aan de gestelde normen voor de uitkomstmaten. Bij het ontbreken van objectieve uitkomstmaten kunnen zorgbundels nog steeds relevant zijn om te sturen op betere samenwerking tussen stakeholders en het wegnemen van suboptimale prikkels
- Kies voor uitkomstmaten die vallen binnen de periode van de bundel. Als voorbeeld voor oncologische aandoeningen is een vijf jaar overlevingskans een goede uitkomstmaat alleen slecht hanteerbaar wanneer deze gekoppeld wordt aan de periode van de bundel. De periode van de bundel is vaak korter (max een jaar). Beter kan bijvoorbeeld gekozen voor een één jaar overlevingskans.
- Het koppelen van een financiële bonus of malus aan de behaalde uitkomsten is optioneel bij bundels.

# Stap 4: Bepaal de onderwerpen voor de ontwikkeling van de bundel – D) Mitigeren van risico's

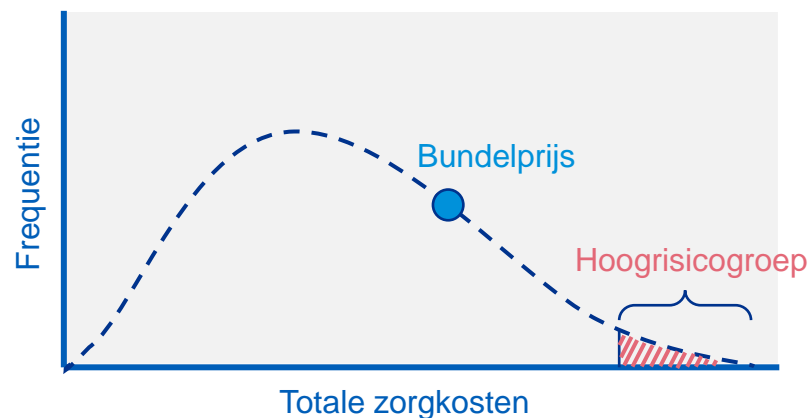
## Bekijk aan de voorkant hoe je risico's kan mitigeren

Het organiseren van zorg in bundels kan ook bepaalde risico's met zich meebrengen. Door het maken van stop loss afspraken voor individuele casussen kunnen risico's beperkt worden. Met het maken van stop loss afspraken wordt tussen zorgverzekeraar en –aanbieder afgesproken tot op welke hoogte zij het verlies op de zorg van een bepaalde individuele patiënt kunnen en willen dragen. Het gaat dan vaak om patiënten binnen een bundel met een hoger risico waardoor zorgkosten substantieel hoger liggen dan de gemiddelde patiënt die onderdeel uitmaakt van de bundel. Om dit in kaart te brengen is een kostenhomogeniteitsanalyse van de patiëntpopulatie in de bundel van belang in relatie tot de draagkracht van de eindverantwoordelijk aanbieder. Een alternatief voor stop loss afspraken kan zijn om bepaalde type zorg (zie stap 1) uit te sluiten van de bundel waardoor de kostenhomogeniteit van de bundel vergroot wordt.

## Risico's ten aanzien van heterogeniteit in de bundel kunnen gemitigeerd worden door middel van prijscorrectie en uitsluiten van hoge kosten die onvoorspelbaar zijn

Idealiter worden zorgbundels opgezet op basis van enigszins homogene groepen om zo de kostenhomogeniteit en daarmee het financieel risico voor de aanbieder die de bundel levert te beperken. Anderzijds is de reden voor het ontwerpen van de bundel, juist de prikkel die uitgaat van enige kosten heterogeniteit, omdat de aanbieder – beter dan de zorgverzekeraar – kan sturen op doelmatigheid in de keten. Wanneer in zorgbundels te sterk gericht wordt op homogene groepen bestaat het risico dat er een groot aantal 'sub' zorgbundels, waardoor er de facto weer een fee for service bekostigingsmodel ontstaat. Om het risico van de aanbieder, als gevolg van toename van heterogeniteit binnen de bundel te beheersen, kunnen zorgkosten die een hoge mate van variatie kennen en onvoorspelbaar zijn niet uitgesloten worden van de bundel en additioneel bekostigd worden.

Daarnaast kan er ook meer met een heterogene patiëntengroep (bijvoorbeeld door een grote variatie in co morbiditeit) gewerkt worden waarbij het risico verspreid kan worden door enerzijds naar de verdeling van zorgzwaarte binnen de bundel te kijken en anderzijds op basis van de bundelprijs hier deels op te corrigeren<sup>30</sup>. Hoogrisicopatiënten (de echte outliers) zouden voorsnog uitgesloten kunnen worden van de bundel of achteraf additioneel vergoed kunnen worden via een zogenaamde stop-loss constructie (zie onderstaand figuur). Dit is echter administratief complex en dient alleen ingezet te worden indien het absolute risico voor de aanbieder die de bundel levert te groot wordt.



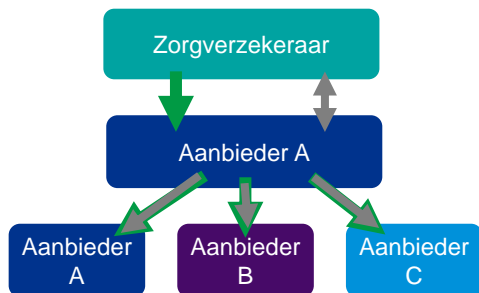
# Stap 5: Bepaal welke samenwerking tussen zorgaanbieders mogelijk is - samenwerkingsvormen

Er zijn verschillende modellen mogelijk om het contract te sluiten met de zorgverzekeraar en besparingen en risico's te delen

Wanneer zorg via bundels gecontracteerd wordt vraagt dit om een professionalisering van de samenwerking tussen zorgaanbieders. Er zijn verschillende modellen mogelijk hoe aanbieders samen kunnen optrekken. Iedere regio kan zelf invulling geven aan de bepaling van samenwerkingsvormen.

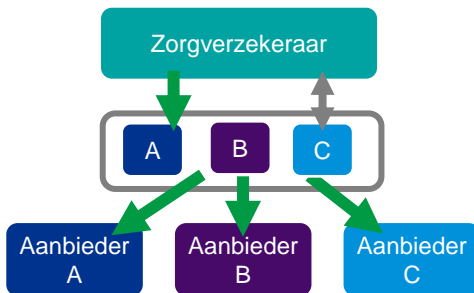
Complexiteit

## Hoofdaannemersmodel



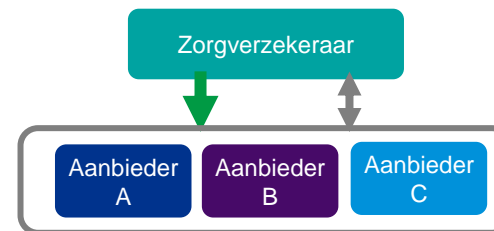
- Elke aanbieder blijft zelfstandig
- Er is één hoofdaannemer. De zorgverzekeraar sluit het contract met de hoofdaannemer. De hoofdaannemer sluit met de andere aanbieders. Zij fungeren als onderaannemers
- De hoofdaannemer is de uiteindelijk beslissingsbevoegde
- De partners kunnen vertegenwoordigd zijn in een raad van bestuur
- De hoofdaannemer is verantwoordelijk voor het contract, administraties, het overzicht op de keten en het monitoren van de kwaliteit en afstemming met de zorgverzekeraar

## Joint venture



- Er wordt een nieuwe juridische entiteit opgericht welke een gedelegeerde verantwoordelijkheid krijgt van de partners
- De nieuwe entiteit vormt een representatieve vertegenwoordiging van de deelnemende zorgaanbieders
- De zorgverzekeraar sluit het contract met de nieuwe juridische entiteit. Er is daardoor slecht één contract nodig
- De nieuwe entiteit is verantwoordelijk voor de governance inclusief de financiële, klinische en IT-governance

## Volledig geïntegreerd model



- De partner hebben zich verenigd in een nieuwe organisatievorm met een eigen juridische entiteit. De juridische entiteit heeft het volledige eigenaarschap heeft over het zorgleveringsmodel
- De zorgverzekeraar sluit één contract af met de nieuwe entiteit
- Met afzonderlijke gespecialiseerde aanbieders buiten dit systeem kan nog steeds een contract gesloten worden

(niet van toepassing drie zorgbundels in scope van deze rapportage)

→ Geldstroom    ↔ Contract



# Stap 5: Bepaal welke samenwerking tussen zorgaanbieders mogelijk is

## - samenwerkingsvormen

### Wie draagt het risico?

De gekozen governancestructuur is van invloed of een enkele zorgaanbieder het volledige risico draagt of dat het risico gedeeld wordt tussen aanbieders.

#### Hoofdaannemersmodel



- De hoofdaannemer sluit het contract met de zorgverzekeraar. In het contract tussen de zorgverzekeraar en de hoofdaannemer wordt vastgelegd welk risico de hoofdaannemer draagt en hoe hij meedeelt in besparingen
- De hoofdaannemer draagt de volledige verantwoordelijkheid voor de bundel (kwaliteit en kosten)
- De hoofdaannemer sluit met de partners onderaannemerscontracten. In contracten met de onderaannemers kunnen afspraken gemaakt worden over kwaliteit, risicodeling en kosten.

#### Joint venture



- De nieuwe entiteit draagt het risico zoals overeengekomen met de zorgverzekeraar
- Een risico-assessment kan uitgevoerd worden om de risico's tussen aanbieders in kaart te brengen.
- Aanbieders maken onderling afspraken hoe risico's verdeeld worden op basis (van het risico-assessment en) het aandeel in het behandeltraject.

#### Volledig geïntegreerd model



- De nieuwe entiteit draagt het risico zoals overeengekomen met de zorgverzekeraar
- De geldstroom blijft binnen dezelfde organisatie waardoor er niet direct noodzaak is om afspraken te maken over de mate van risicodeling en de verdeling van besparingen

# Stap 5: Bepaal welke samenwerking tussen de zorgaanbieders mogelijk is - verantwoordelijkheden contractant

De zorgaanbieder die als hoofdcontractant optreedt heeft een aantal verantwoordelijkheden ongeacht voor welke constructie wordt gekozen

## Financiële governance

- Het maken van afspraken over de verdeling van middelen tussen aanbieders in de keten. Bijvoorbeeld ziekenhuis vs. fysiotherapeut of GE-chirurgie vs. MDL
- Opstellen van een begroting
- Maken van een voorstel en afspraken hoe moet worden omgegaan met (on)voorzien verschuivingen van patiëntenstromen in de keten waardoor kosten en inkomsten tussen partners verschuiven

## Klinische governance

- Vaststellen van normen en kaders waaraan de zorg moet voldoen (structuur, proces en resultaat)
- Het monitoren en beheren van uitkomstmaten
- Prioriteren van nieuwe initiatieven in de bundel, monitoren van implementatie en continu stimuleren van evidence-based medicine die het meest bijdragen om de gestelde normen te halen en de kwaliteit te verhogen en de kosten te verlagen

## Data / IT governance

- Met name gericht op het stimuleren van het delen van gegevens tussen aanbieders en het inrichten van rapportage en monitoringsprocessen
- Werken aan interoperabiliteit van gegevensuitwisseling
- Standaardiseren van gegevensdefinities om tijdig, accuraat en geïnformeerd klinische en zakelijke besluitvorming te vergemakkelijken



# Stap 6: Stel de aandachtspunten voor de zorgverzekeraar vast

## Werk in de basis met standaardcontracten voor de contractering van zorgbundels

Het contracteren van zorg via bundels vraagt naast de gebruikelijke onderwerpen een aantal onderdelen die specifiek zijn voor het contracteren van zorg middels bundels.

Contractduur	Contracten kunnen voor een- twee jaar of voor meerdere jaren worden afgesloten. Om verbetering te realiseren en innovatie te stimuleren worden langetermijncontracten aangeraden.
--------------	---

Contractant(en)	In de huidige situatie wordt altijd één zorgaanbieder tegelijk gecontracteerd. Bij bundels is het ook mogelijk om een geconsolideerde groep aanbieders gezamenlijk te contracteren of te werken met een model gebaseerd op hoofdaannemerschap (zie stap 5).
-----------------	---

Attributie	De toewijzing van verantwoordelijkheden (zoals vastgesteld in stap vier uitgangspunten, onderdeel attributie) moet een plaats krijgen in het contract.
------------	--

Zorg als onderdeel van de bundel	De zorg die onderdeel uitmaakt van de bundel moet gespecificeerd worden in het contract (zie stap 1)
----------------------------------	--

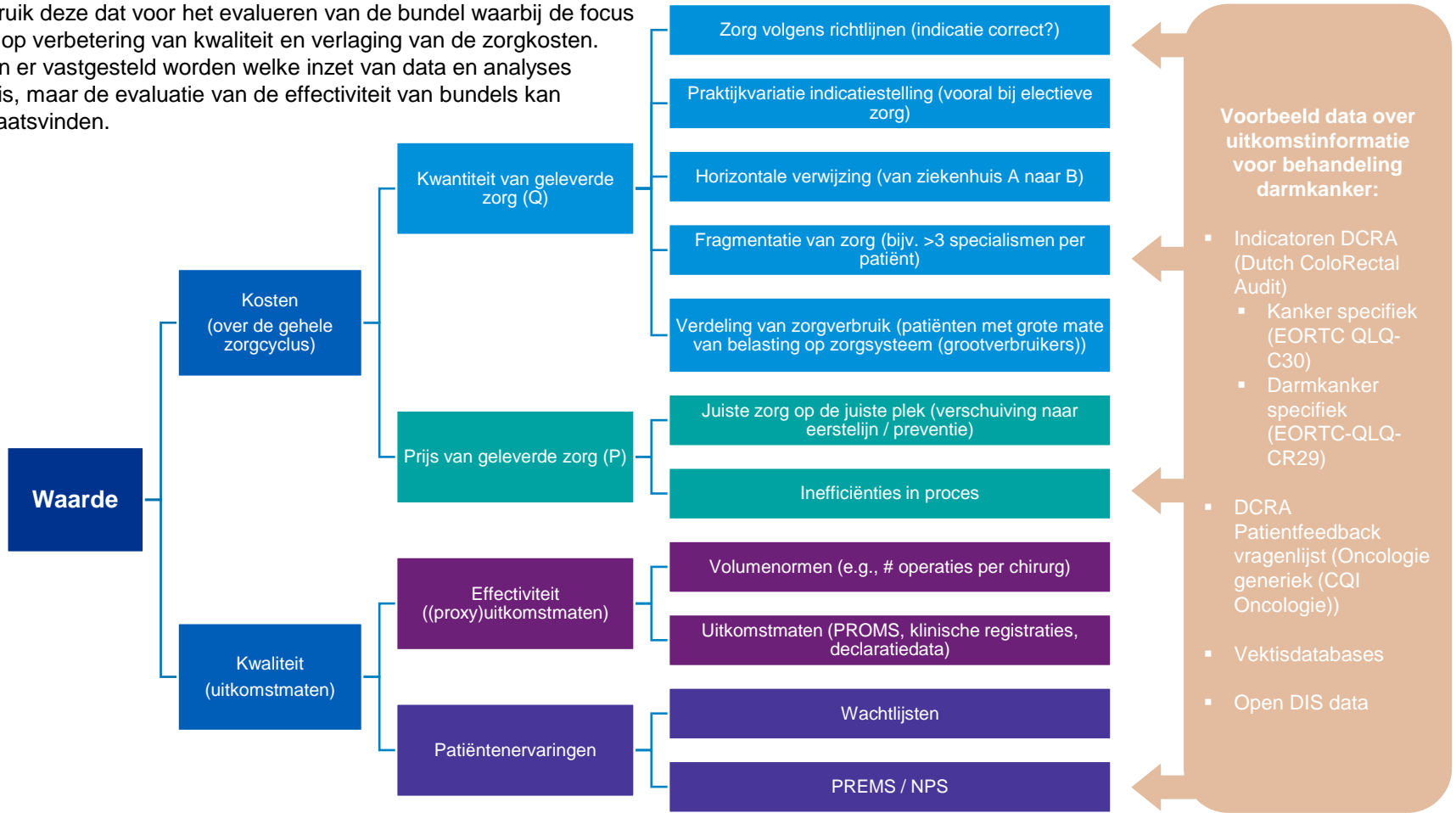
Prijsstelling	Ook bij gebruik zorgbundels zullen de tarieven per bundel contractant verschillen op basis van patiëntpopulatie of specifieke zorg die al dan niet geleverd wordt. De prijsstelling moet uiteraard onderdeel van het contract zijn, maar ook moet de methode om een prijs vast te stellen zoveel mogelijk gestandaardiseerd worden.
---------------	---

Verdelen van kosten en besparingen	Als onderdeel van het contract zal opgenomen moeten worden hoe de zorgverzekeraar en de aanbieders de kosten en besparingen delen en hoe de verdeling van het risico tussen beide partijen verdeeld is.
------------------------------------	---

Doelen en uitkomstmaten	Uitkomsten zijn altijd onderdeel van het zorgbundelcontract. Het monitoren van uitkomsten van zorg is naast een doel op zich ook bedoeld om eventuele prikkels tot onderbehandeling weg te nemen. In het contract moet het type uitkomstmaten (uitkomsten, proces), de wijze en frequentie van rapportage, en de wijze waarop data verzameld en beoordeeld wordt een plek krijgen.
-------------------------	--

# Stap 7: Beoordeel welke inzet van data en analyses toepasbaar is

Data speelt een belangrijk onderdeel in het beoordelen van de effectiviteit (uitkomsten) van de zorgbundel. Afhankelijk van de analysecapaciteit is het mogelijk verschillende gegevensbronnen voor verschillende doeleinden te gebruiken (zoals hieronder afgebeeld). Maak zoveel mogelijk gebruik van reeds beschikbare data en gebruik deze dat voor het evalueren van de bundel waarbij de focus moet liggen op verbetering van kwaliteit en verlaging van de zorgkosten. Landelijk kan er vastgesteld worden welke inzet van data en analyses toepasbaar is, maar de evaluatie van de effectiviteit van bundels kan regionaal plaatsvinden.



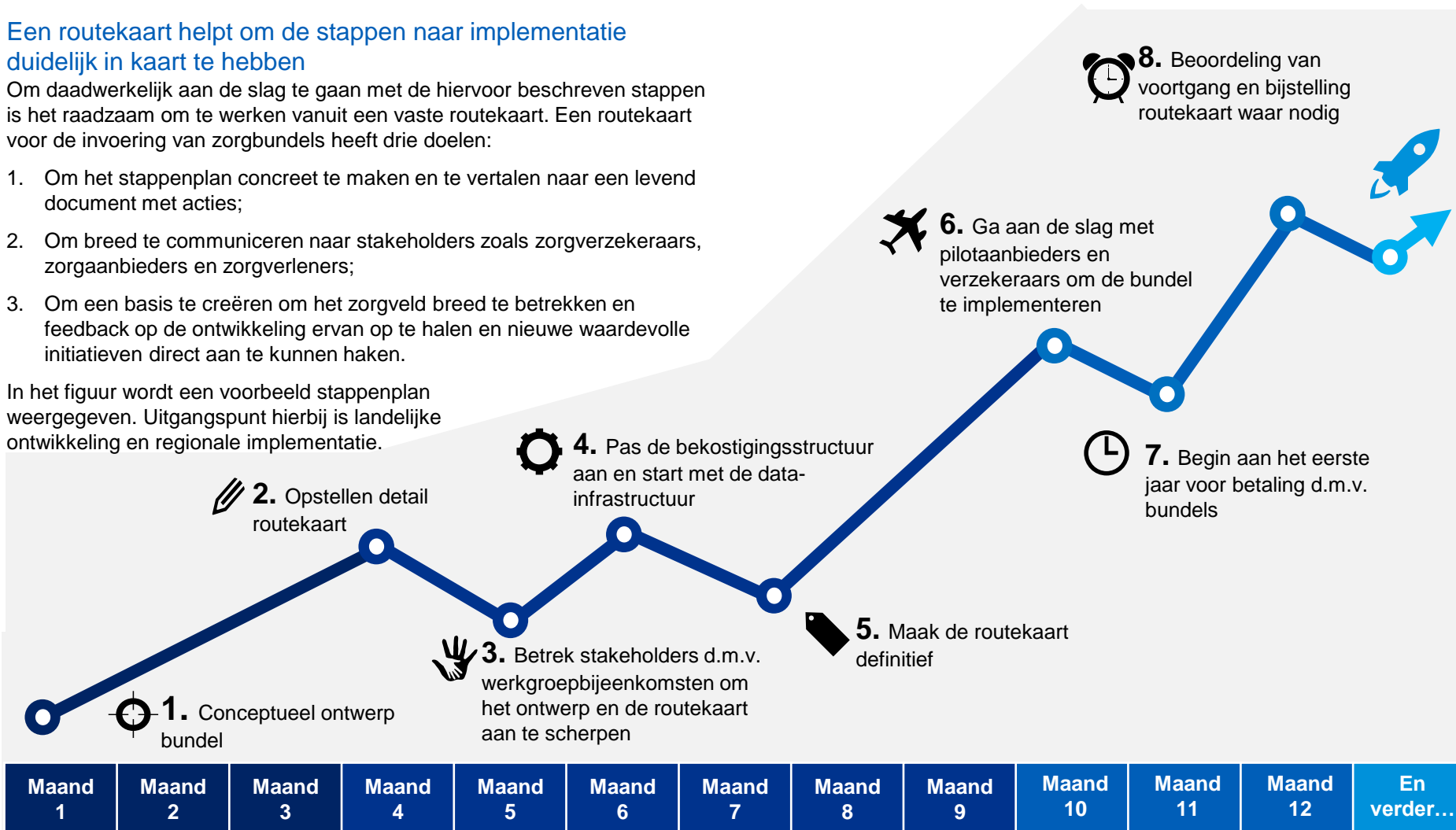
# Stap 8: Ontwikkel een routekaart voor de implementatie van de zorgbundel (1/2)

## Een routekaart helpt om de stappen naar implementatie duidelijk in kaart te hebben

Om daadwerkelijk aan de slag te gaan met de hiervoor beschreven stappen is het raadzaam om te werken vanuit een vaste routekaart. Een routekaart voor de invoering van zorgbundels heeft drie doelen:

1. Om het stappenplan concreet te maken en te vertalen naar een levend document met acties;
2. Om breed te communiceren naar stakeholders zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgverleners;
3. Om een basis te creëren om het zorgveld breed te betrekken en feedback op de ontwikkeling ervan op te halen en nieuwe waardevolle initiatieven direct aan te kunnen haken.

In het figuur wordt een voorbeeld stappenplan weergegeven. Uitgangspunt hierbij is landelijke ontwikkeling en regionale implementatie.

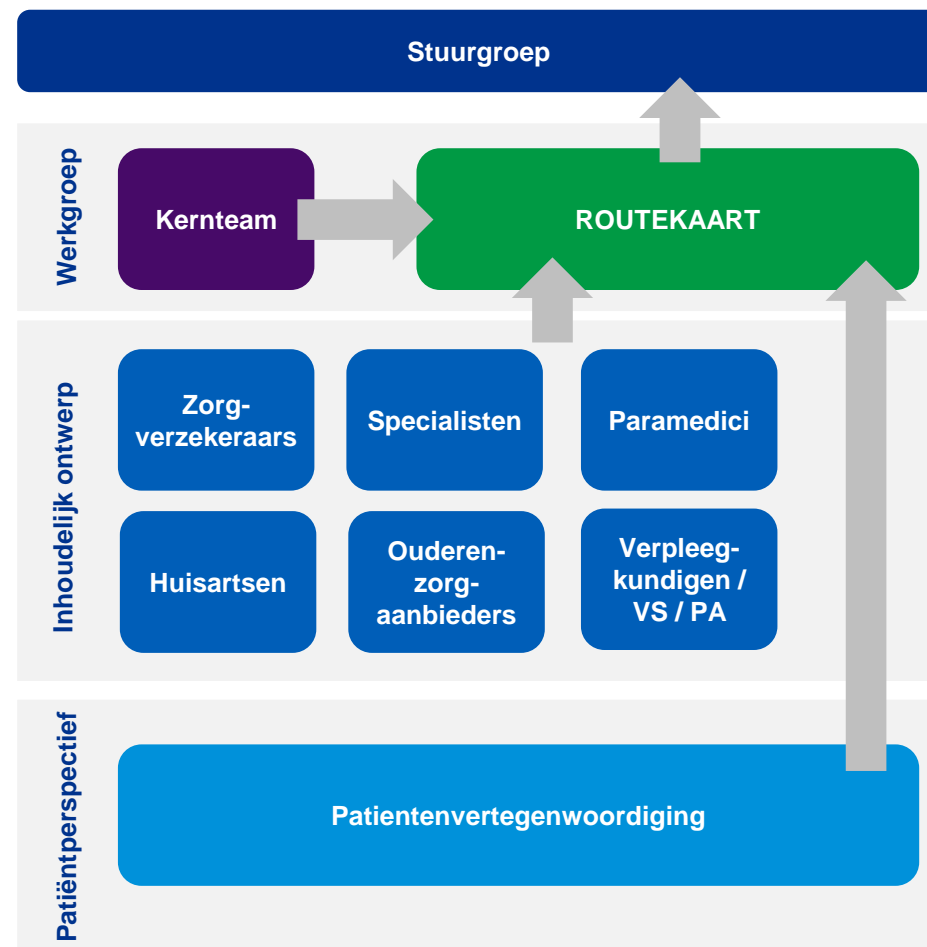


# Stap 8: Ontwikkel een routekaart voor de implementatie van de zorgbundel (2/2)

## Betrek stakeholders op verschillende niveaus om effectief aan de slag te gaan

Met het ontwikkelen van de routekaart kan je inzetten op drie niveaus waarop stakeholders betrokken kunnen worden:

1. Niveau 1 – een smal kernteam dat de beslissingen neemt en een duidelijke governancestructuur heeft. Het kernteam rapporteert aan de stuurgroep (NZa, NVvH en optioneel ZN kunnen zitting hierin nemen). In het kernteam zijn in ieder geval zorgprofessionals vanuit de keten vertegenwoordigd, de NZa (indien de bundel de basis vormt voor een bekostigingswijziging) en een vertegenwoordiging van de zorgverzekeraars.
2. Niveau 2 – een grotere groep met zorgprofessionals, zorgverzekeraars en inhoudelijk experts om te betrekken in werkgroepen. Deze groep werkt, onder leiding van de kerngroep, in werkgroepen aan inhoudelijke thema's en ondersteunt de kerngroep in het maken van keuzes.
3. Niveau 3 – patiënten en overige stakeholders die betrokken kunnen worden bij de routekaart ontwikkeling door consultatierondes of digitale





# 4. Specifieke aandachtspunten per aandoening

#### 4. Specifieke aandachtspunten per aandoening

# Specifieke aandachtspunten uit het stappenplan voor het ontwerp en de implementatie van zorgbundels per aandoening

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste aandachtspunten die in ieder geval meegenomen dienen te worden in een volgende fase waarin het daadwerkelijk ontwerpen en implementeren van zorgbundels voor drie aandoeningen aan de orde komt. Het gaat daarbij om de volgende drie electieve aandoeningen:

- Darmkanker (colon- en rectumcarcinoom)
- Etalagebenen (claudicatio intermittens)

- Heupfracturen bij ouderen (proximale femurfractuur)

Op de volgende pagina's worden specifieke aandachtspunten voor deze aandoeningen beschreven. De aandachtspunten zijn voortgekomen uit de gesprekken met de NZa en NVvH en in projectbijeenkomsten. Het stappenplan vormde de basis voor deze gesprekken.





# Stap 1 en 2: Breng een focus aan en creëer een basis voor verandering

## Aandoening: darmkanker



1



### Afbakening van de patiëntengroep

Uit de gesprekken met de NZa en NVvH zijn er voor nu geen specifieke in- en exclusie criteria voor patiëntengroepen naar voren gekomen die relevant zijn bij de behandeling van darmkanker. In een vervolgfase dient er verder onderzocht te worden of op het niveau van samenvoegen van darmkanker-specifieke DOT's en op het niveau van invaliderende klachten bij de patiënt er een afbakening in de patiëntengroep gemaakt kan worden.

**!** *Scherpstelling in- en exclusie criteria voor patiëntengroep*

2

3

4

5



### Stakeholders / betrokken medisch specialisten

Afbakening van zorgbundels verdient aanbeveling om stakeholders en medisch specialisten te betrekken bij het ontwikkelproces van zorgbundels. Voor de eerstelijnszorg speelt de huisarts een centrale rol. In de tweedelijnszorg kan er voor de behandeling van darmkanker gedacht worden aan een (gastro-intestinaal) chirurg, internist/oncoloog, radioloog, MDL-arts, PA, VS, VC en een casemanager. In het revalidatietraject (prehabilitatie) zijn verder ook een fysiotherapeut, diëtist en psycholoog betrokken.

6

7

8

START

EINDE

### Afbakening en fasering van de zorgbundel

Het zorgproces rondom de behandeling van darmkanker (colon- en rectumcarcinoom) zou geschikt kunnen zijn voor een bundelbekostiging omdat er hiermee een stimulans komt voor een betere samenwerking van de betrokken medisch specialisten als één multidisciplinair team. Naast een afbakening van de patiëntengroep, dient er ook een gedegen afweging gemaakt te worden voor het precies definiëren van het begin- en eindpunt van de zorgbundel.

Opties afbakening zorgbundel (zie bijlagen):

Inzichten uit de gesprekken leverden verschillende opties op:

- A. Fasering aanbrengen in omvang bundel door eerste de focus te leggen op coloncarcinoom en in een later stadium op rectumcarcinoom om complexiteit aan het begin laag te houden.
- B. Wel / niet meenemen van een follow-up naast een adjuvante behandeling. Het uitsluiten van follow-up bij aanvang van de ontwikkeling van de bundel kan de complexiteit verlagen
- C. Aanvankelijk meenemen van tweedelijnszorg en in een later stadium pas uitbreiden met nazorg (fysiotherapie, diëtetiek, poliklinische controles) is een mogelijke optie voor gefaseerde aanpak.
- D. Wel / niet meenemen van prehabilitatie<sup>31</sup> vóór de operatie. Deze inzichten zouden in een volgend stadium verder ontwikkeld en gespecificeerd moeten worden. Op de volgende pagina is het zorgpad op hoofdlijnen in kaart gebracht met als doel de belangrijkste suboptimale prikkels te identificeren om in een volgend stadium te kwantificeren welke voordelen een bundel heeft voor patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar.

# Stap 3: Breng de suboptimale prikkels in kaart

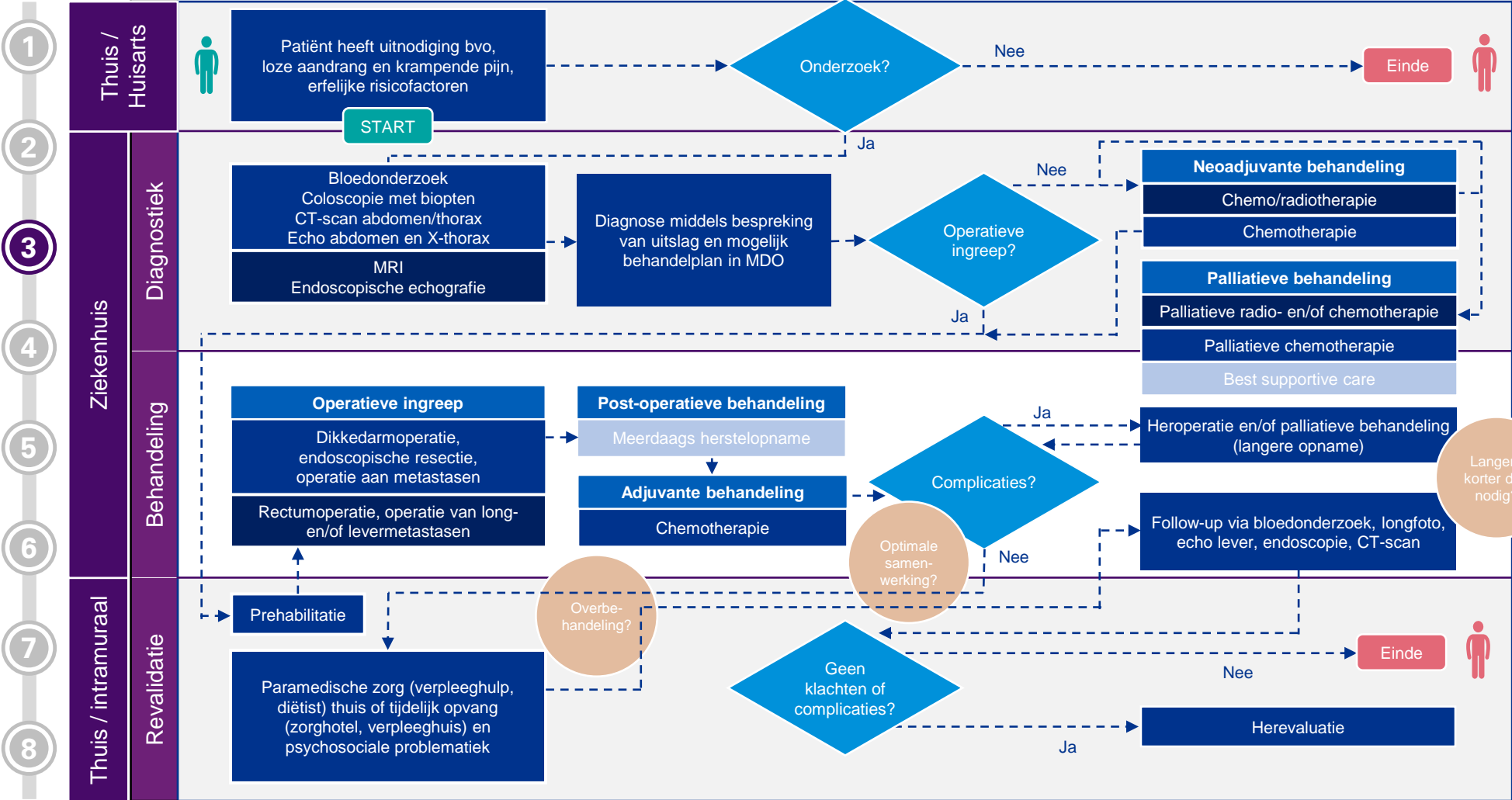
## Aandoening: darmkanker

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolfase



Coloncarcinoom    Rectumcarcinoom

Zowel colon- als rectumcarcinoom



Langer / korter dan nodig?

# Stap 4: Bepaal de uitgangspunten

## Aandoening: darmkanker



1



### Onderwerpen

In onderstaande tabel is een eerste voorstel opgenomen voor de uitkomstmaten. Voor de overige uitgangspunten zoals attributie, scope van diensten, budget, en het mitigeren van risico's verdienen aanbeveling om gespecificeerd te worden tijdens een vervolgfase

2

3

4

5

6

7

8

	Uitkomstmaat	
<b>Klinische uitkomsten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veiligheid</li> <li>▪ Effectiviteit</li> <li>▪ Mortaliteit</li> <li>▪ Morbiditeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Overleving (1 / 3 / 5 jaar)</li> <li>▪ Optreden van (late) metastasen</li> <li>▪ Textbook Outcome (TO)</li> <li>▪ Failure to Rescue (FTR)</li> </ul>	
<b>Patiënten uitkomsten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PROM's (Patient-Reported Outcome Measures)</li> <li>▪ PROFILES (Patient-Reported Outcomes After Initial Treatment and Long-Term Evaluation of Survivorship)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermoeidheid</li> <li>▪ Slapeloosheid</li> <li>▪ Pijn (NRS-pijn in rust en activiteit)</li> <li>▪ Kortademigheid</li> <li>▪ Misselijkheid</li> <li>▪ Obstipatie</li> <li>▪ Incontinentie / LARS (bij rectum carcinoom)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diarree</li> <li>▪ Verlies van eetlust</li> <li>▪ Revisies &lt; 1 jaar</li> <li>▪ Diepe wondinfectie &lt; 90 dagen</li> <li>▪ Kwaliteit van leven (EQ-5D)</li> </ul>
<b>Patiëntervaringen en zorgverzekeraaruitkomsten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PREM's (Patient Reported Experience Measures) voor medisch-specialistische zorg en fysiotherapie</li> </ul>	

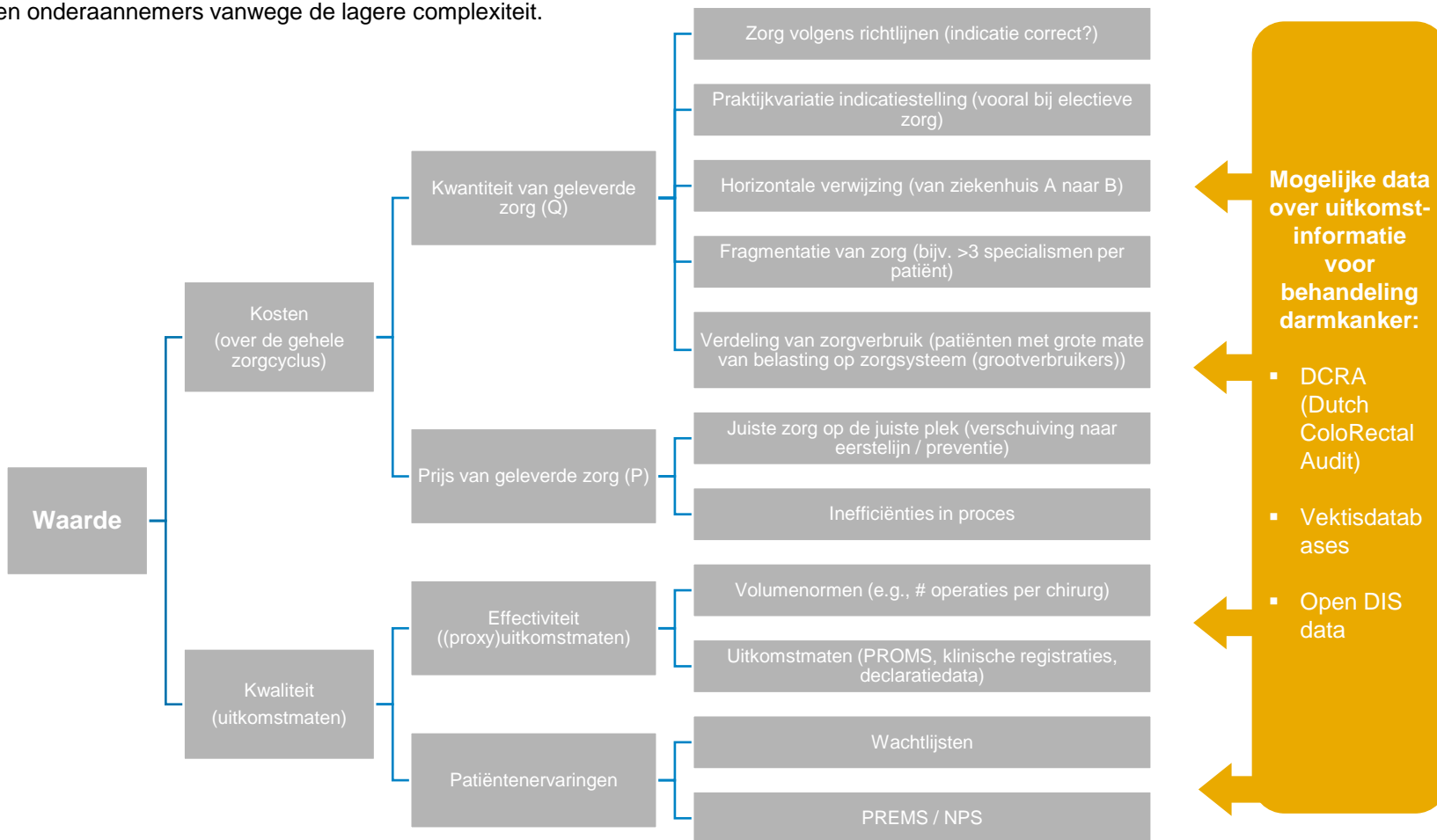
De uitkomstmaten zijn op hoofdlijnen, slechts ter illustratie en moeten verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolgfase

# Stap 5-8: Toepasbare data en analyses en overige aandachtspunten

## Aandoening: darmkanker



De inzet en het gebruik van data en analyses is een belangrijk onderdeel om de zorgbundel verder vorm te geven en in een later stadium te evalueren. In onderstaand overzicht worden de belangrijkste inputdata voor darmkanker weergegeven. Er zijn geen specifieke aandachtspunten voor de stappen zes tot en met acht (zoals governance, aandachtspunten zorgverzekeraar en de routekaart). Wel is het makkelijkst om te starten met een model met hoofdaannemer en onderaannemers vanwege de lagere complexiteit.



# Stap 1 en 2: Breng een focus aan en creëer een basis voor verandering

## Aandoening: etalagebenen



1



### Afbakening van de patiëntengroep

Uit de gesprekken kwam naar voren dat er potentie wordt gezien in zorgbundels die samenwerking en doelmatigheid introduceren en stimuleren mede door de huidige spreiding in invaliderende klachten bij patiënten voor een correcte diagnose door de huisarts, de behandeling van patiëntengroepen middels een *stepped care* (eerst conservatieve, daarna invasieve behandeling indien nodig) en de regie in het zorgproces bij de behandeling van etalagebenen.

Er zijn geen specifieke in- en exclusie criteria voor patiëntengroepen vastgesteld. Echter werd meegegeven dat de invaliderende klachten bij patiënten vaak resulteert in een grote instroom aan patiënten met onnodige doorverwijzingen naar een medisch specialist en/of operatieve ingrepen tot gevolg. Als optie is genoemd patiënten na zekerstelling diagnose (via looptest in het vaatlab) te laten instromen. In een volgend stadium dient er verder gespecificeerd te worden welke afbakening van de patiëntengroep relevant en mogelijk is om een correcte diagnosestelling te stimuleren.

- ❗ *Scherpstelling in- en exclusie criteria voor patiëntengroep*
- ❗ *Hoe om te gaan met verschillen Li / Re benen*

2

3

4

5

6

7

8

START



EINDE

### Afbakening en fasering van de zorgbundel

Er is vastgesteld dat er verschillende opties mogelijk zijn bij het afbakeningsproces van een bundel voor het zorgproces rondom de behandeling van etalagebenen, die in een volgend stadium verder uitgewerkt en gespecificeerd dienen te worden.

#### Opties afbakening zorgbundel (zie bijlagen):

- A. Behandeltraject bestaande uit conservatief én invasief
  - B. Meerdere behandeltrajecten, op basis van stepped care model (nadeel is relatief veel fragmentatie / fee for service elementen).
  - C. Includeren van het voortraject (inclusief vaatlabonderzoek via de huisarts), lifestyle coaching en/of secundaire preventie (medicatie)
- Er dient bij het ontwikkelen en implementeren van zorgbundels rekening te worden gehouden met het stepped-care model waarbij veelal de zorglijnen door elkaar kunnen lopen. Ook zouden zorgbundels een verzwaring van de zorgvraag (zoals het voorkomen van een invasieve ingreep) kunnen voorkomen. Deze inzichten zouden in een volgend stadium verder ontwikkeld en gespecificeerd moeten worden. Tot slot is het voorstel om het eindpunt van de bundel bij één jaar na bij succesvolle conservatieve behandeling of operatie van de bundel te leggen. Op de volgende pagina is het zorgpad op hoofdlijnen in kaart gebracht met als doel de belangrijkste suboptimale prikkels te identificeren om in een volgend stadium te kwantificeren welke voordelen een bundel heeft voor patiënt, zorgverlener en financier.

### Stakeholders / betrokken specialisten

Betrokkenheid van relevante stakeholders in het afbakenings- en ontwikkelingsproces van zorgbundels verdient aanbeveling in ieder geval de volgende medisch specialisten op te nemen. Naast de huisarts, POH, CVRM en vaatlaboratoria in het voortraject van de behandeling van etalagebenen, kan er gedacht worden aan een vaatchirurg, radioloog, internist, PA, VS, vaatlaboratorium en radiodiagnostiek (CT / MRI) binnen de tweedelijnszorg. Verder valt te denken aan fysiotherapie (extra- en intramuraal), loopgroepen na revascularisatie en thuiszorg.



# Stap 3: Breng de suboptimale prikkels in kaart

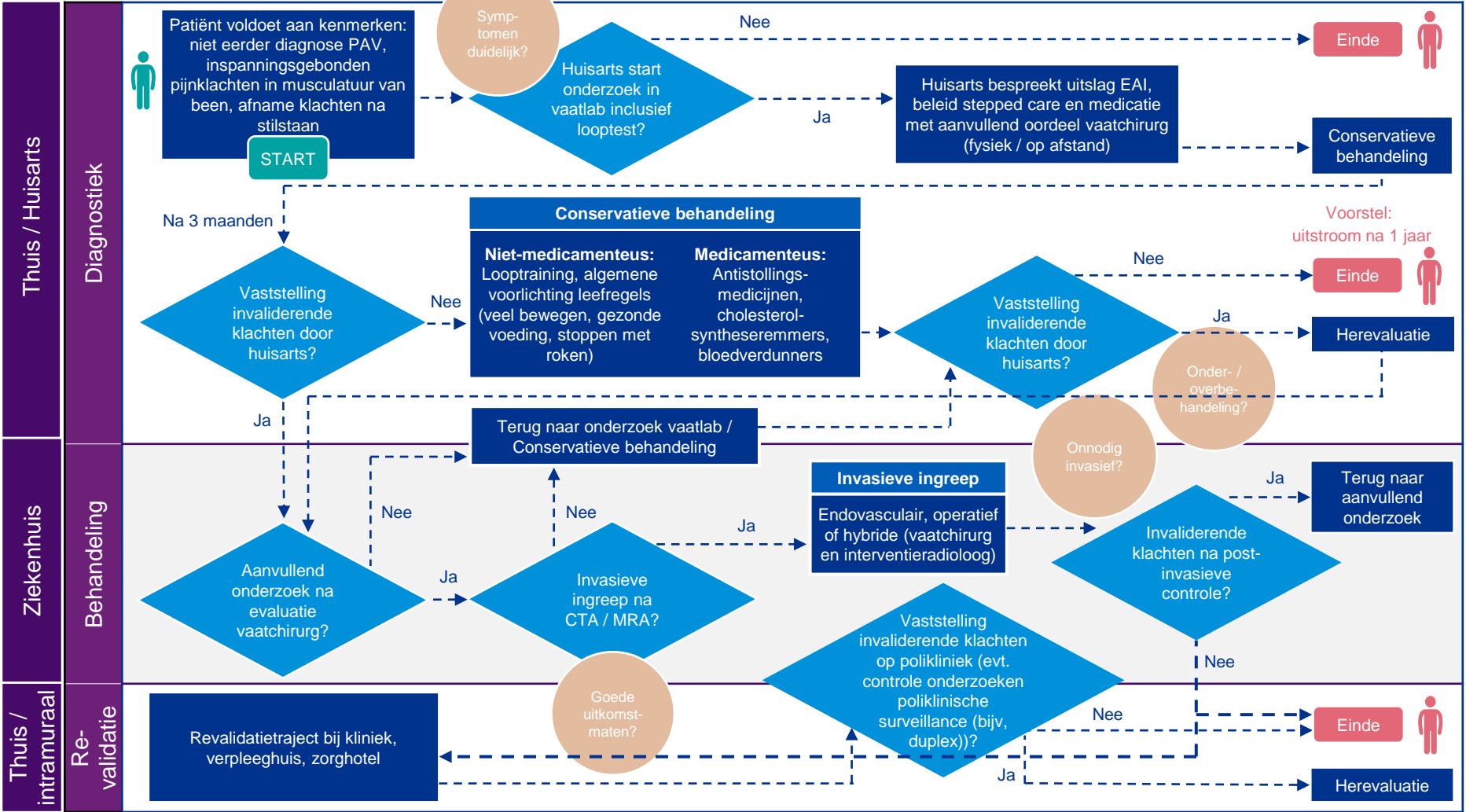
## Aandoening: etalagebenen

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolgfase

Sub-optimale prikkel



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8



# Stap 4: Bepaal de uitgangspunten - kwaliteitsmaten

## Aandoening: etalagebenen



### Onderwerpen

In onderstaande tabel is een eerste voorstel opgenomen voor de uitkomstmaten. Voor de overige uitgangspunten zoals attributie, scope van diensten, budget, en het mitigeren van risico's verdienen aanbeveling om gespecificeerd te worden tijdens een vervolfase

	Uitkomstmaat
<b>Klinische uitkomsten (nog te ontwikkelen):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veiligheid</li> <li>▪ Effectiviteit</li> <li>▪ Mortaliteit</li> <li>▪ Morbiditeit</li> </ul>	<p>! <i>Goede uitkomstmaten ontbreken momenteel</i></p> <p>! <i>Voorstel: ontwikkelen van uitkomstmaten via telemonitoring?</i></p>
<b>Patiëntenuitkomsten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PROM's (Patient-Reported Outcome Measures)</li> <li>▪ PROFILES (Patient-Reported Outcomes After Initial Treatment and Long-Term Evaluation of Survivorship)</li> </ul>	<p>! <i>PROM's ontbreken</i></p> <p>! <i>Patiëntenuitkomsten zijn individueel bepaald en niet geschikt als uitkomstmaat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patiënt voldoet aan kenmerken: niet eerder diagnose PAV, inspanningsgebonden pijnklachten in musculatuur van been, afname klachten na stilstaan</li> </ul>
<b>Patiëntervaringen en zorgverzekeraaruitkomsten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PREM's (Patient Reported Experience Measures) voor medisch-specialistische zorg en fysiotherapie</li> </ul>

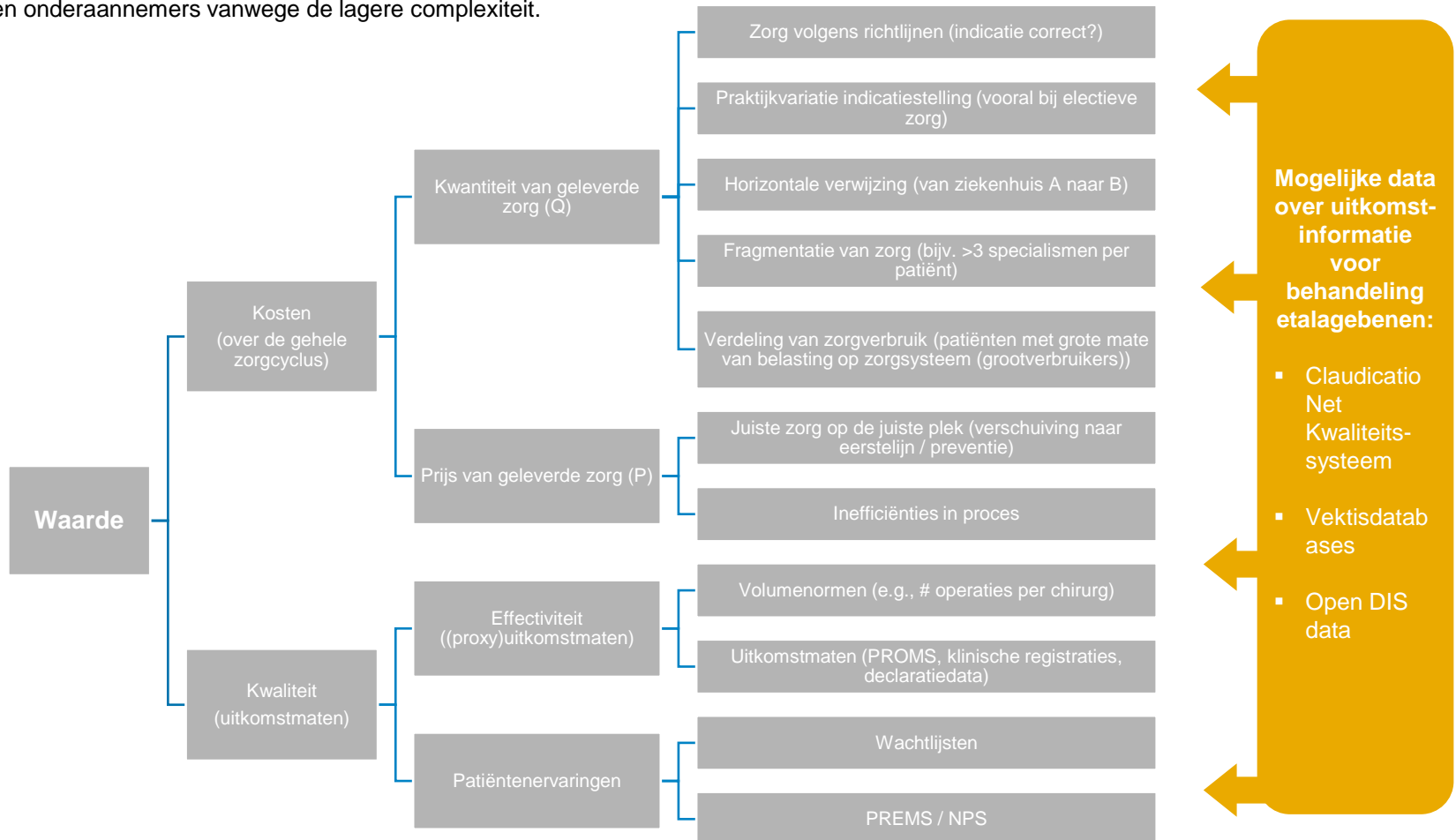
De uitkomstmaten moeten nog ontwikkeld en daarna verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolfase

# Stap 5-8: Toepasbare data en analyses en overige aandachtspunten

## Aandoening: etalagebenen



De inzet en het gebruik van data en analyses is een belangrijk onderdeel om de zorgbundel verder vorm te geven en in een later stadium te evalueren. In onderstaand overzicht worden de belangrijkste inputdata voor etalagebenen weergegeven. Er zijn geen specifieke aandachtspunten voor de stappen zes tot en met acht (zoals governance, aandachtspunten zorgverzekeraar en de routekaart). Wel is het makkelijkst om te starten met een model met hoofdaannemer en onderaannemers vanwege de lagere complexiteit.





# Stap 1 en 2: Breng een focus aan en creëer een basis voor verandering

## Aandoening: heupfracturen bij ouderen



1



### Afbakening van de patiëntengroep

Uit de gesprekken kwam naar voren dat er veel potentie wordt gezien in zorgbundels omdat de aandoening heupfractuur een veel voorkomende diagnose is.

Er zijn geen specifieke in- en exclusie criteria voor patiëntengroepen vastgesteld. Wel is er aangegeven dat de grootste patiëntengroep bestaat uit patiënten van de leeftijd 65 jaar en ouder na laag energetisch trauma, waarbij patiënten onder de leeftijd 65 jaar met grote mate van co-morbiditeit niet uitzonderlijk zijn. In het bijzonder is er vastgesteld dat de aandoening heupfractuur gerelateerd kan zijn aan onderliggende fysieke (zoals een slechte spierbalans en co-morbiditeit als nierziekten) en persoonlijke problemen (zoals sociale kwetsbaarheid en onveilige thuissituatie voor ouderen die ook steeds vaker thuis blijven wonen) vaak al langer een grote rol spelen. Hier dient bij de afbakening van zowel de patiëntengroep als de bundel zelf rekening mee worden gehouden, ook in het licht van de verkeerde-bedproblematiek.

**!** *Scherpstelling in- en exclusie criteria voor patiëntengroep*

2

3

4

5

6

7

8

START

EINDE

### Afbakening en fasering van de zorgbundel

Ook voor de aandoening heupfracturen bij ouderen is er vastgesteld dat er verschillende opties mogelijk zijn bij het afbakeningsproces van een bundel voor het zorgproces rondom de behandeling.

#### Opties voor afbakening zorgbundel (zie bijlagen):

- Medisch-specialistische zorg inclusief natraject. In een later stadium kan de bundel vervolgens worden uitgebreid met het preventieve voortraject.
- Voortraject (incl. preventie) meenemen. Door het voortraject op te nemen in een bundel kan er aangestuurd worden op het stimuleren van preventie (zoals het meegeven van algemene leefstijlregels) en het verlagen van sociale kwetsbaarheid omdat de patiënt na doorverwijzing van de huisarts naar het ziekenhuis vaak een invasieve behandeling ondergaat van 1-2 weken.

Deze inzichten zouden in een volgend stadium verder ontwikkeld en gespecificeerd moeten worden.

**!** *Starten met conservatief-behandelde patiënten*

**!** *Voorstel: één multidisciplinair, transmuraal EPD van ziekenhuis tot verpleeghuis*

### Stakeholders / betrokken specialisten

Naast de betrokkenheid van de huisarts in de eerstelijnszorg, valt er in ieder geval te denken aan een traumachirurg, radioloog, internist, geriater, psychiater, neuroloog, PA en VS binnen de tweedelijnszorg. In het natraject is de betrokkenheid van zorghotels en verpleeghuizen relevant en verder ook een fysiotherapeut, ergotherapeut en psycholoog.



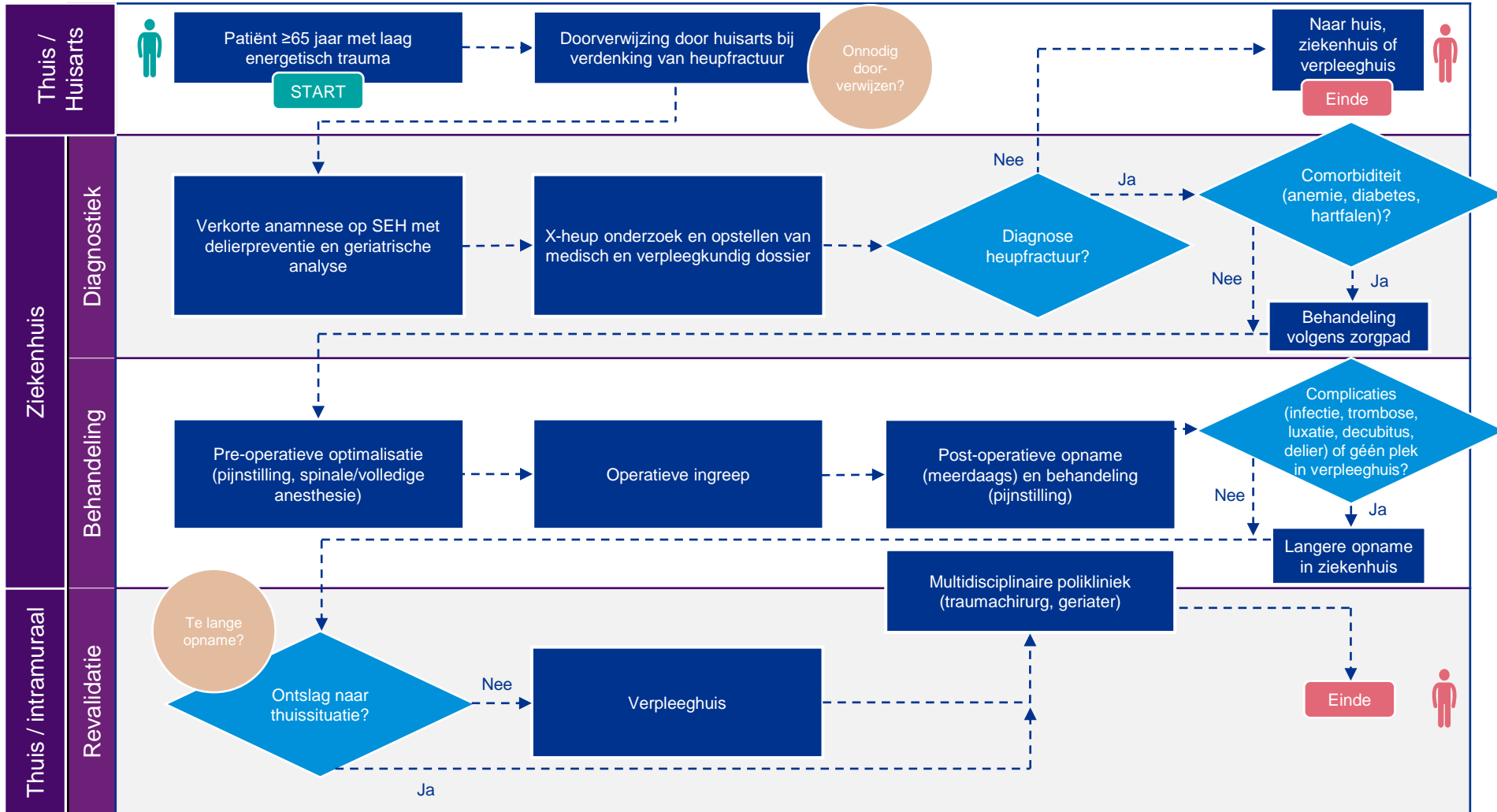
# Stap 3: Breng de suboptimale prikkels in kaart

## Aandoening: heupfracturen bij ouderen

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolgfase



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8



# Stap 4: Bepaal de uitgangspunten - kwaliteitsmaten

## Aandoening: heupfracturen bij ouderen



1



### Onderwerpen

In onderstaande tabel is een eerste voorstel opgenomen voor de uitkomstmaten. Voor de overige uitgangspunten zoals attributie, scope van diensten, budget, en het mitigeren van risico's verdienen aanbeveling om gespecificeerd te worden tijdens een vervolfase

2

3

4

5

6

7

8

	Uitkomstmaat
<b>Klinische uitkomsten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veiligheid</li> <li>▪ Effectiviteit</li> <li>▪ Mortaliteit</li> <li>▪ Morbiditeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sterfte (tijdens opname, na 3 maanden, 1-3 jaar na ontslag)</li> <li>▪ Post-operatieve complicaties en ligduur, met correctie voor leeftijd, geslacht en pre-existente comorbiditeit</li> <li>▪ Kans op heroperatie (revisiechirurgie)</li> </ul>
<b>Patiëntenuitkomsten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PROM's (Patient-Reported Outcome Measures)</li> <li>▪ PROFILES (Patient-Reported Outcomes After Initial Treatment and Long-Term Evaluation of Survivorship)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mate van fysieke zelfstandigheid na operatieve ingreep</li> <li>▪ Psychische / cognitieve / sociale status</li> <li>▪ Pijn (NRS-pijn in rust en activiteit)</li> <li>▪ Functioneren (HOOS en KOOS)</li> <li>▪ Kwaliteit van leven (EQ-5D)</li> <li>▪ Diepe wondinfectie &lt; 90 dagen</li> <li>▪ Revisies &lt; 1 jaar</li> </ul>
<b>Patiëntervaringen en zorgverzekeraaruitkomsten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PREM's (Patient Reported Experience Measures) voor medisch-specialistische zorg en fysiotherapie</li> </ul>

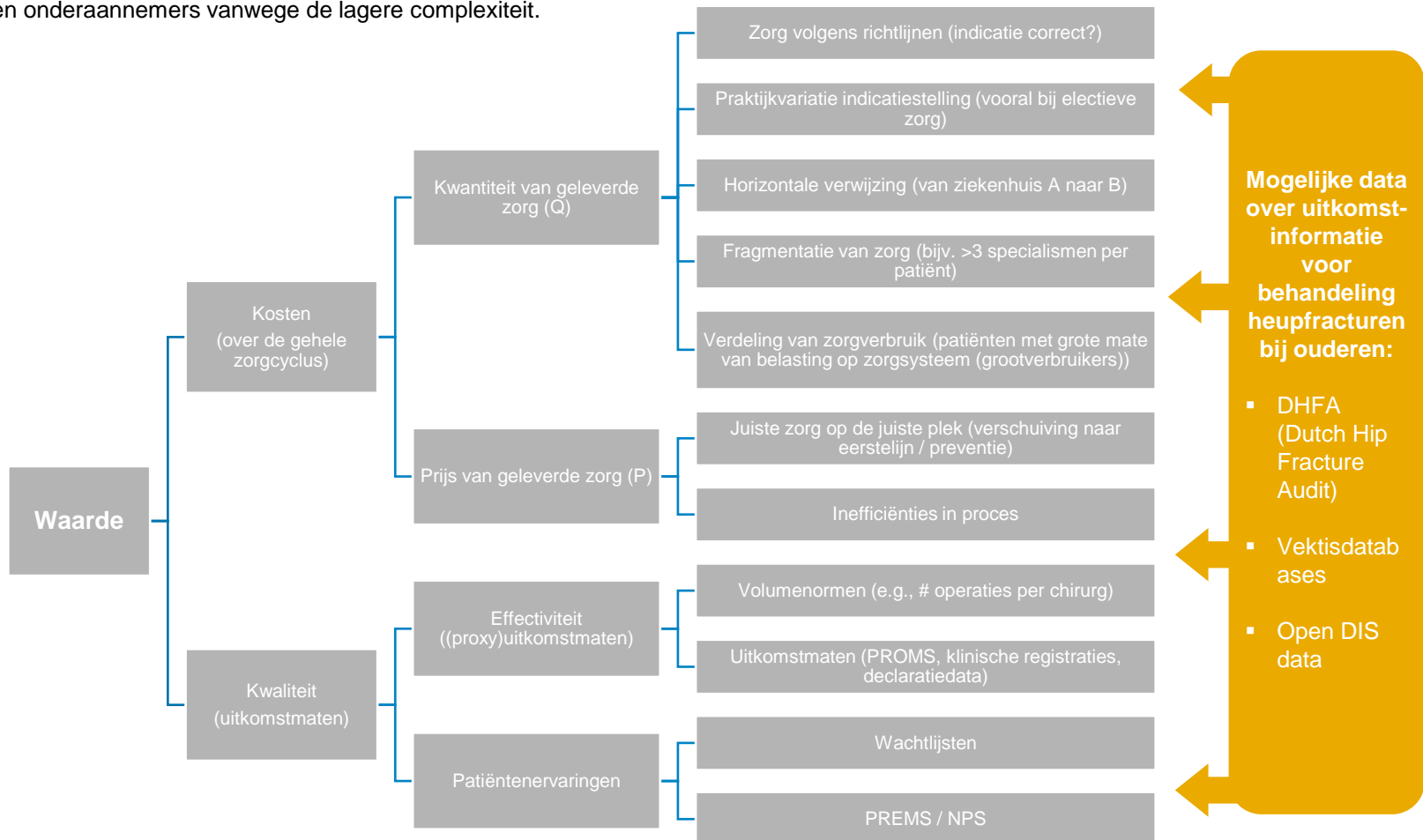
De uitkomstmaten zijn op hoofdlijnen, ter illustratie opgenomen en moeten verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolfase

# Stap 5-8: Toepasbare data en analyses en overige aandachtspunten

## Aandoening: heupfracturen bij ouderen



De inzet en het gebruik van data en analyses is een belangrijk onderdeel om de zorgbundel verder vorm te geven en in een later stadium te evalueren. In onderstaand overzicht worden de belangrijkste inputdata voor heupfracturen bij ouderen weergegeven. Er zijn geen specifieke aandachtspunten voor de stappen zes tot en met acht (zoals governance, aandachtspunten zorgverzekeraar en de routekaart). Wel is het makkelijkst om te starten met een model met hoofdaannemer en onderaannemers vanwege de lagere complexiteit.



# De drie aandoeningen lenen zich ervoor om de eerste stappen te zetten voor het maken en verder concretiseren van zorgbundels

## Door de diversiteit aan specifieke aandachtspunten lenen de drie aandoeningen zich ervoor om mee aan de slag te gaan wanneer zorgbundels daadwerkelijk ontworpen worden

Op basis van de specifieke aandachtspunten vanuit het stappenplan – die in gesprekken met de NZa en NVvH zijn meegegeven – kan geconcludeerd worden dat de drie aandoeningen zich ervoor lenen om de eerste stappen te zetten voor het maken en verder concretiseren van bundels en de verdere opschaling daarvan. De behandeling van elk van de drie aandoeningen heeft een multidisciplinair karakter. Hierdoor zijn er ook grote verschillen in de mogelijke afbakening van de bundel, hoe de (noodzaak tot) samenwerking binnen en buiten het ziekenhuis is en de mate van variatie in de beschikbaarheid en kwaliteit van uitkomstmaten.

Per aandoening geven we aan waarom zij een goed voorbeeld zijn voor het ontwikkelen van een bundel.:

- *Darmkanker (colon- en rectumcarcinoom)*: zorgbundels zijn een stimulans voor een betere samenwerking van de betrokken medisch specialisten (bijvoorbeeld binnen het ziekenhuis) als één multidisciplinair team.
- *Etalagebenen (claudicatio intermittens)*: etalagebenen is een goed voorbeeld van een aandoening waar momenteel géén geschikte uitkomstmaten voor zijn, maar daarentegen met zorgbundels wél gestuurd kan worden op het verbeteren van kwaliteit van zorg en het wegnemen van suboptimale prikkels door een focus te leggen op conservatieve therapie in het stepped-care model.
- *Heupfracturen bij ouderen (proximale femurfractuur)*: ook hier kunnen zorgbundels samenwerking tussen zorgaanbieders stimuleren, bijvoorbeeld door een focus te leggen op preventie en de uitstroom van patiënten te versnellen met het oog op de huidige verkeerde-bedproblematiek.

Als de daadwerkelijke ontwikkelfase van bundels straks aan de orde is, verdient het aanbeveling om de in- en exclusiecriteria van elke patiëntengroep per aandoening verder af te bakenen (stap 1 en 2 uit het stappenplan) en om de overige uitgangs- en aandachtspunten zoals de scope van zorgactiviteiten die in de bundel vallen, de attributie, het budget, de wijze waarop risico's gemitigeerd worden en eventueel de wijze van samenwerking tussen de zorgaanbieders vast te stellen (stap 3-8). De beschikbaarheid en kwaliteit van uitkomstmaten die momenteel beschikbaar zijn, zijn geen vereiste om met bundels aan de slag te gaan en zodoende een betere samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren en om suboptimale prikkels weg te nemen.

Het verder concretiseren van het ontwerp van de zorgbundel en het opstellen van een routekaart vergt een goede planning en de betrokkenheid van relevante stakeholders. In het volgende hoofdstuk gaan we tot slot in deze vervolgstappen.





# 5. Vervolgstappen

# 5.1. De eerste stappen zijn het maken en verder concretiseren van het ontwerp van de zorgbundel en het opstellen van een routekaart (1/2)

### Werk de bundel verder uit en ga aan de slag met het maken van een routekaart voor implementatie

Het stappenplan, zoals beschreven in hoofdstuk 3, geeft een basis om mee aan de slag te gaan wanneer de zorgbundels voor darmkanker, etalagebenen en heupfracturen voor ouderen ontwikkeld worden. Met de interviews en bijeenkomsten die we de afgelopen periode gehouden hebben is een eerste aanzet gemaakt van de zorgbundel van elke aandoening. Deze aanzet zal de komende periode verder uitgewerkt en geconcretiseerd moeten worden. Om hier mee aan de slag te gaan is het opstellen van een routekaart de eerste stap. In de routekaart worden, op basis van het stappenplan, alle activiteiten beschreven die nodig zijn om van een schets tot de daadwerkelijke ontwikkeling en implementatie van de zorgbundels voor deze drie aandoeningen te komen. In onderstaand overzicht schetsen we op hoofdlijnen de activiteiten voor het vervolg. Op de volgende pagina wordt elke stap uitgesplitst in subactiviteiten en uiteengezet in de tijd.



## 5. Vervolgstappen

# 5.1. De eerste stappen zijn het maken en verder concretiseren van het ontwerp van de zorgbundel en het opstellen van een routekaart (2/2)

In onderstaand overzicht wordt een voorstel voor de planning voor het ontwerp en de implementatie van de drie beschreven aandoeningen in deze rapportage weergegeven.

Activiteit	Maand 1	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5
<b>Goede start</b>					
Samenstellen kernteam					
Inrichten projectorganisatie					
Formuleren randvoorwaarden NZa, NVvH, optioneel: ZN					
Vaststellen doelen en leidende principes					
<b>Concretiseren ontwerp</b>					
Analyseer best practices en beoordeel potentieel					
Bepalen gewenste richting ontwikkelrichting					
Verder afbakenen patiëntengroep					
Keuze voor begin- en eindpunt van de bundel incl. fasering					
Analyseer potentieel zorgbundel, voordelen, kosten en quick wins					
Bepaal (financiële) impact voor patiënt					
Maak noodzaak voor verandering inzichtelijk bij het veld					
Vaststellen onderwerpen					
<b>Opstellen routekaart voor implementatie</b>					
Stel op basis van het ontwerp een detail routekaart voor implementatie op					





# Bijlagen

- I. Samenstelling projectgroep
- II. Opties afbakening zorgbundels
- III. Terminologielijst

# Bijlage I. Samenstelling projectgroep

Naam	Functie	Omschrijving
Theo Urlings	Senior beleidsmedewerker Beschikbaarheidsbijdragen GG en FZ	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Jaap van Heugten	Senior beleidsmedewerkers tweedelijns somatische zorg	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Willemien Alting	Beleidsmedewerker Zorgbrede Regulering en Vernieuwing	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Kelly Ruiter-Verbon	Beleidsmedewerker eerstelijnszorg	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Hillie Beumer	Senior adviseur NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
Arjen Witkamp	Oncologisch chirurg	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)   UMC Utrecht
George Akkersdijk	Vaatchirurg	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)   Maasstad Ziekenhuis Rotterdam
Hence Verhagen	Vaatchirurg	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)   Erasmus MC
Mike Hogervorst	Traumachirurg	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)   UMCG
Peter van Duijvendijk	Oncologisch chirurg	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)   Gelre Ziekenhuizen
Jan Willem Hinnen	Vaatchirurg	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)   Jeroen Bosch Ziekenhuis

# Bijlage II. Breng de suboptimale prikkels in kaart (stap 3)

## Aandoening: darmkanker - optie A

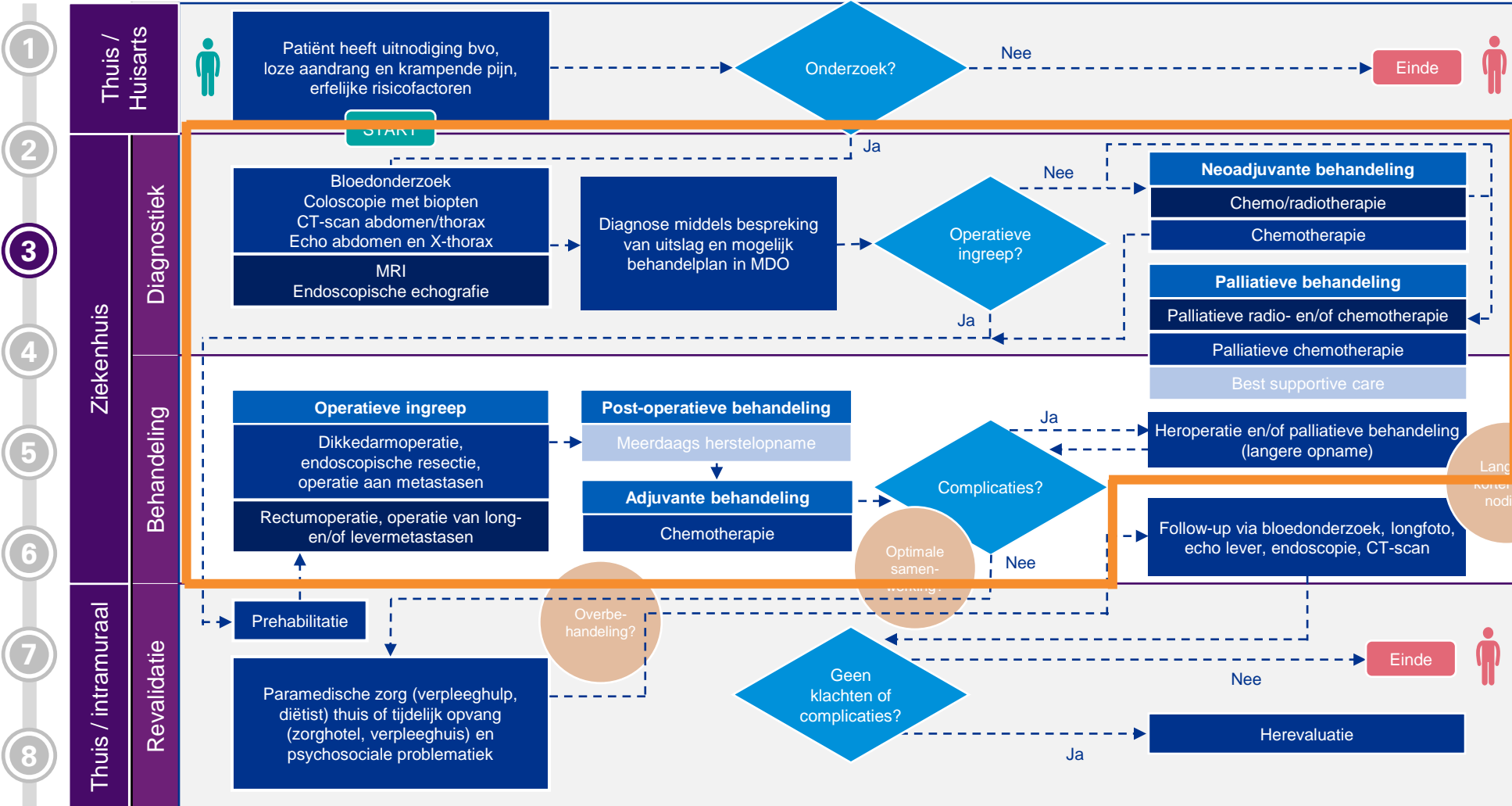
Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolgfase

Sub-optimale prikkel

Optie afbakening zorgbundel

Coloncarcinoom    Rectumcarcinoom

Zowel colon- als rectumcarcinoom



# Bijlage II. Breng de suboptimale prikkels in kaart (stap 3)

## Aandoening: darmkanker - optie B

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolfase

Sub-optimale prikkel

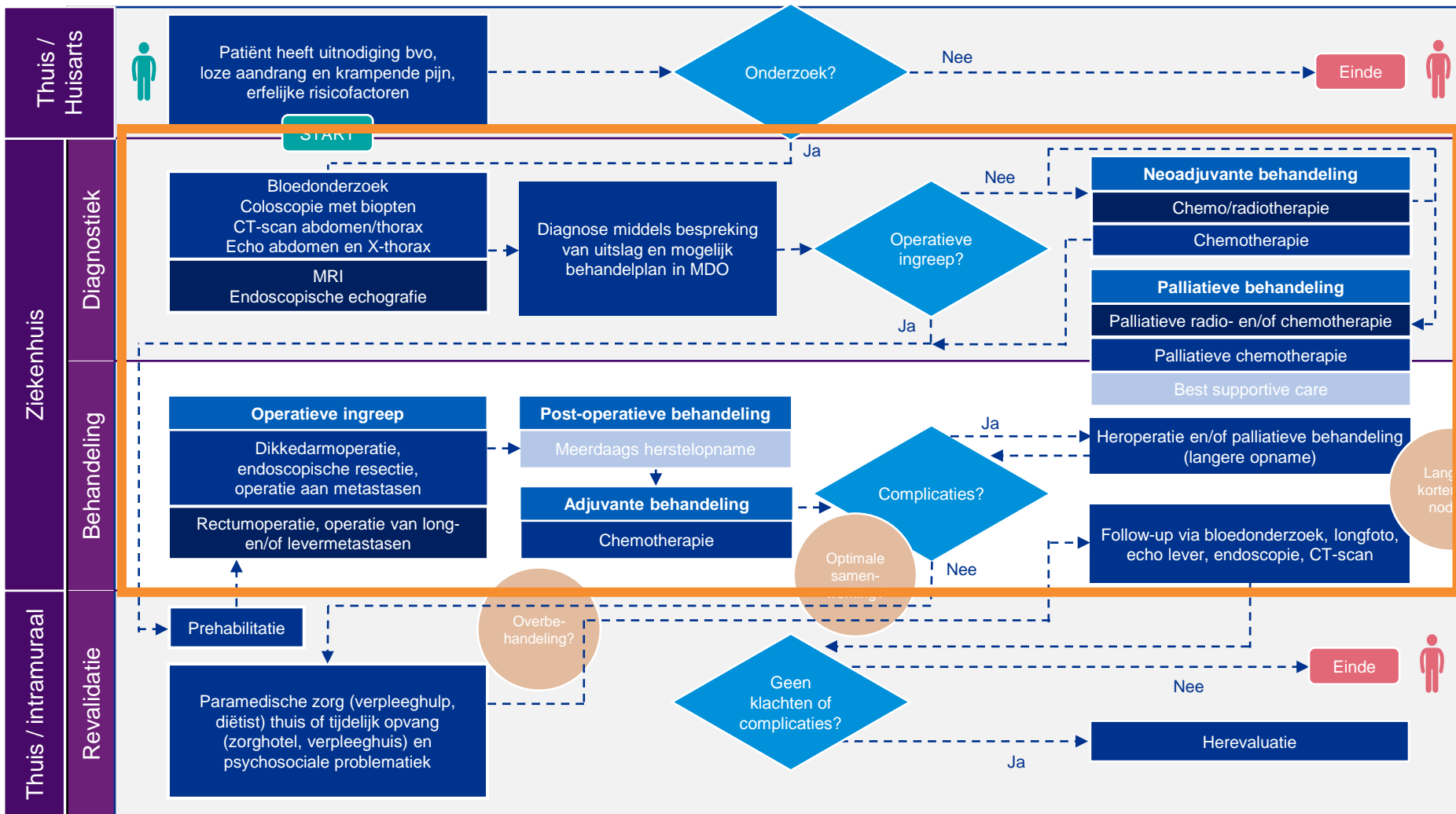


Optie afbakening zorgbundel

Coloncarcinoom

Rectumcarcinoom

Zowel colon- als rectumcarcinoom



# Bijlage II. Breng de suboptimale prikkels in kaart (stap 3)

## Aandoening: darmkanker - optie C

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolfase

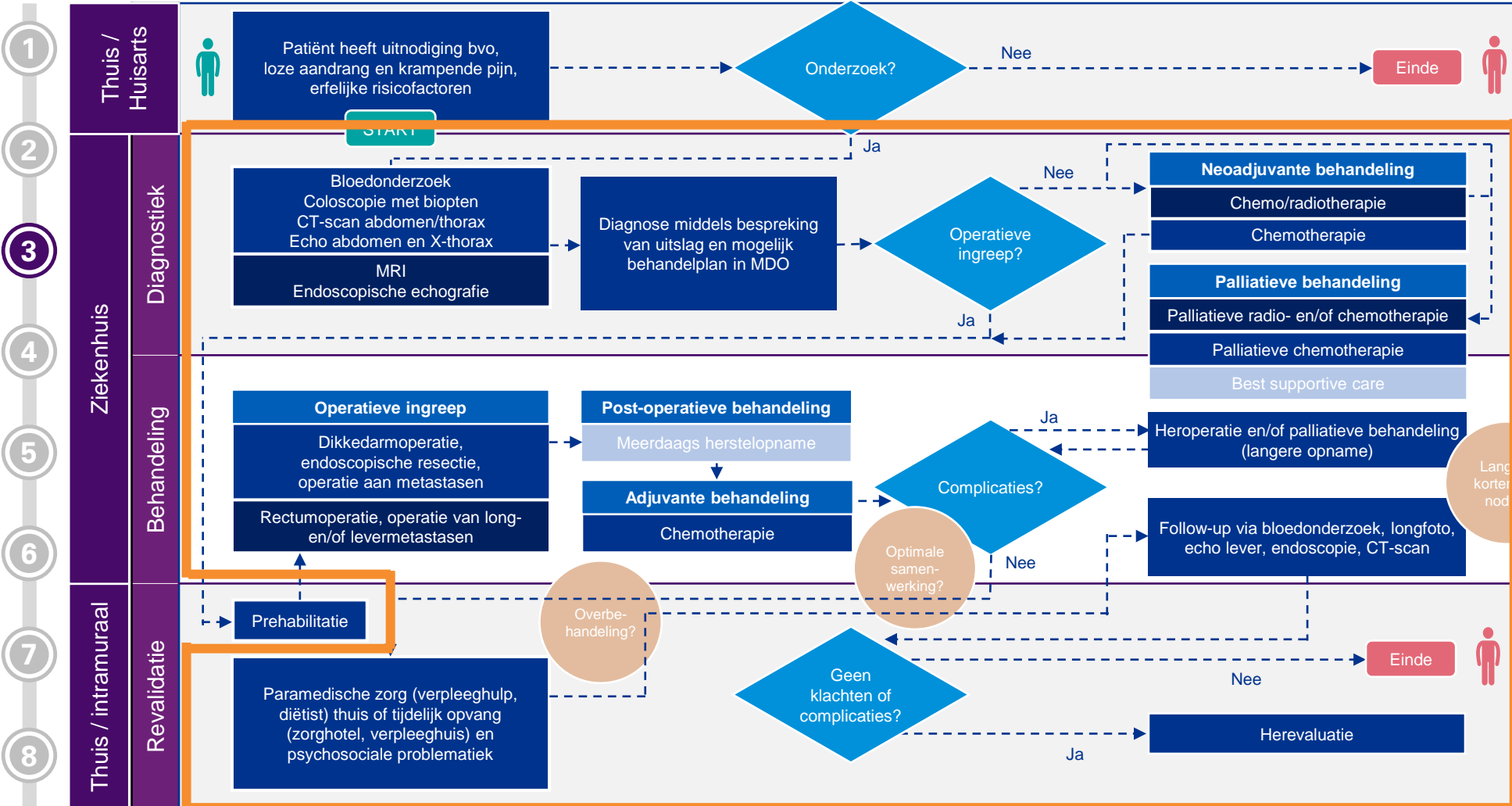
Sub-optimale prikkel

Optie afbakening zorgbundel

Coloncarcinoom

Rectumcarcinoom

Zowel colon- als rectumcarcinoom



# Bijlage II. Breng de suboptimale prikkels in kaart (stap 3)

## Aandoening: darmkanker - optie D

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolgfase

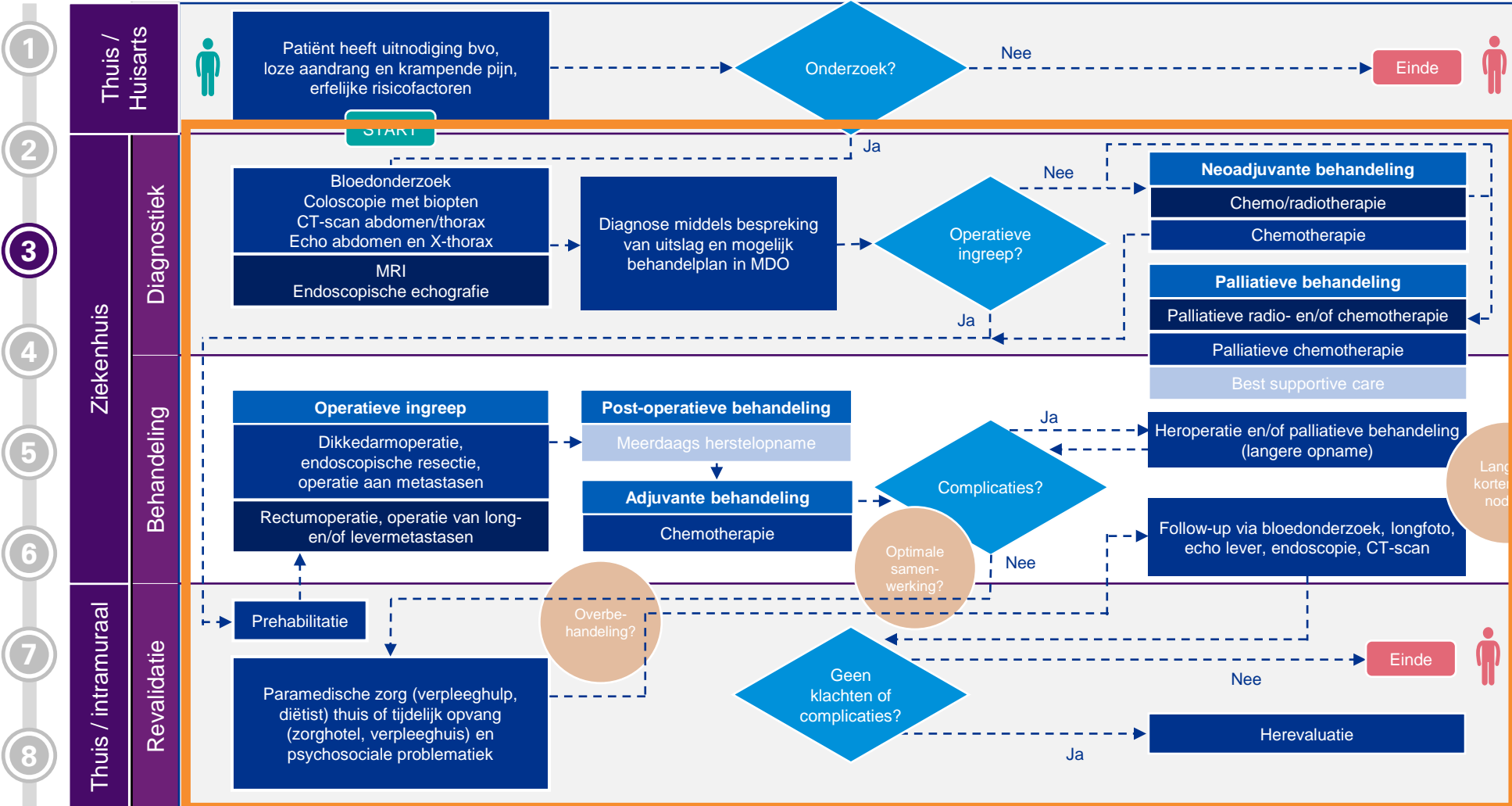
Sub-optimale prikkel

Optie afbakening zorgbundel

Coloncarcinoom

Rectumcarcinoom

Zowel colon- als rectumcarcinoom



# Bijlage II. Breng de suboptimale prikkels in kaart (stap 3)

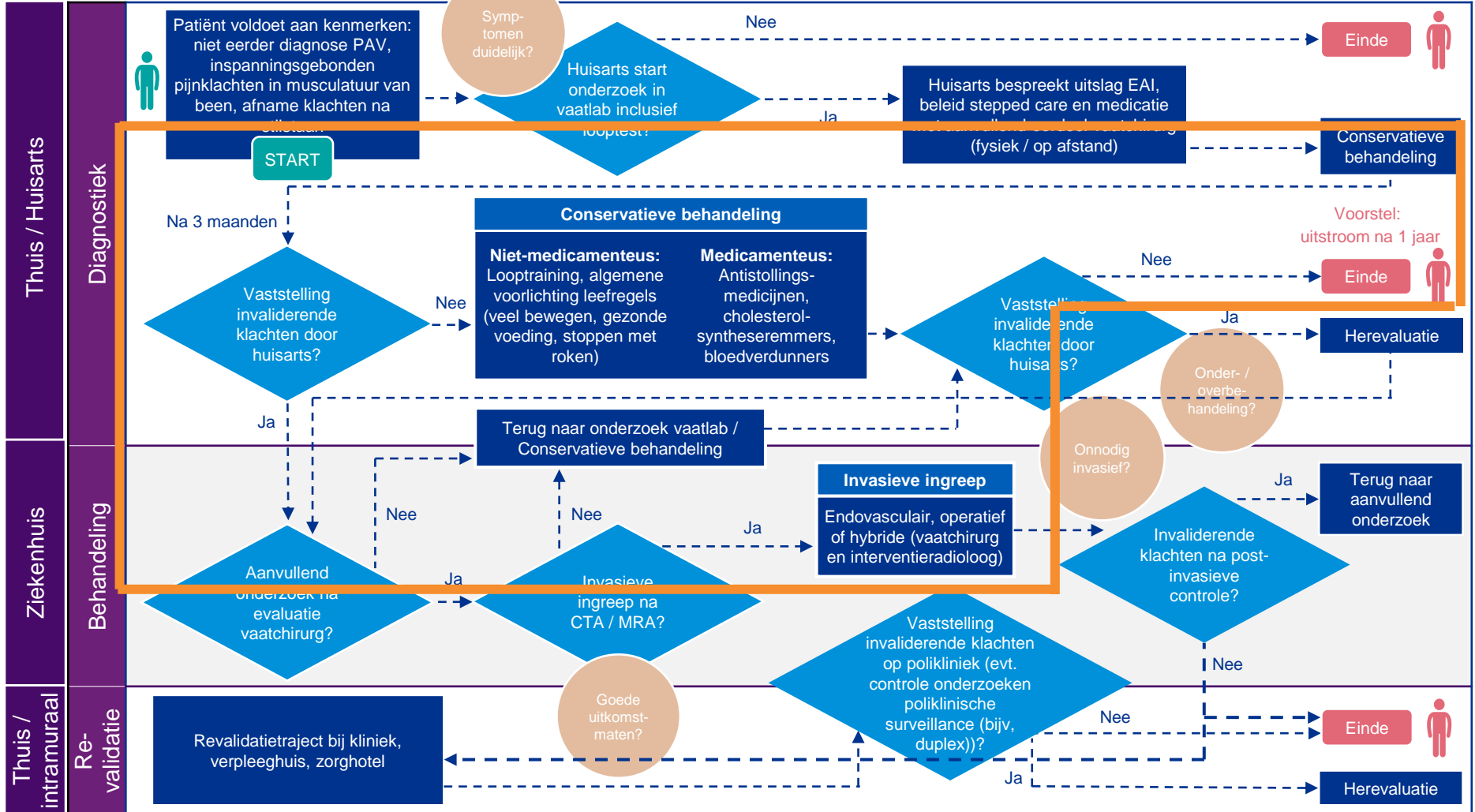
## Aandoening: etalagebenen - optie A

Optie afbakening zorgbundel

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolgfase



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8



# Bijlage II. Breng de suboptimale prikkels in kaart (stap 3)

## Aandoening: etalagebenen - optie B

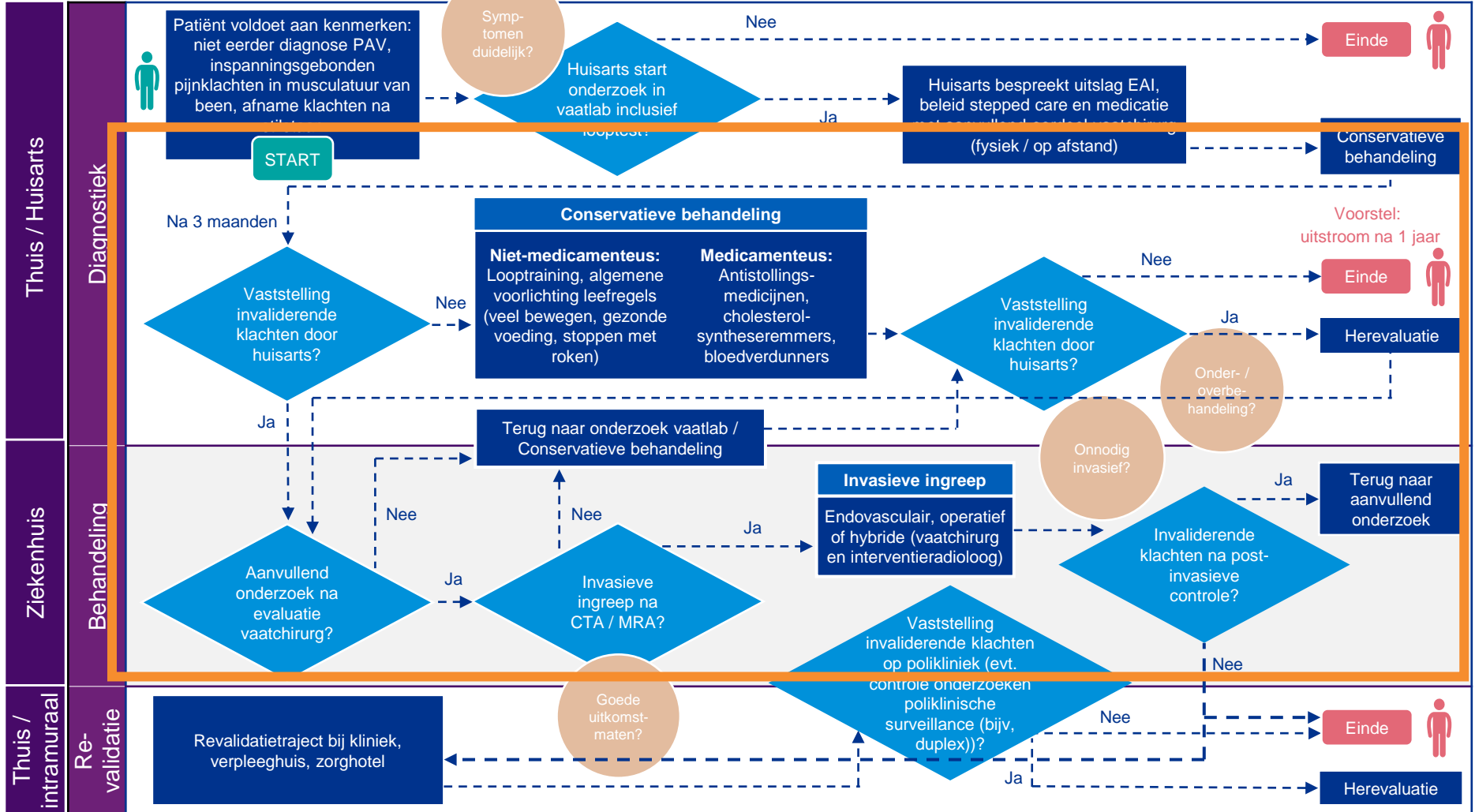
Optie afbakening zorgbundel

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolgfase

Sub-optimale prikkel



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8





# Bijlage II. Breng de suboptimale prikkels in kaart (stap 3)

## Aandoening: etalagebenen - optie C

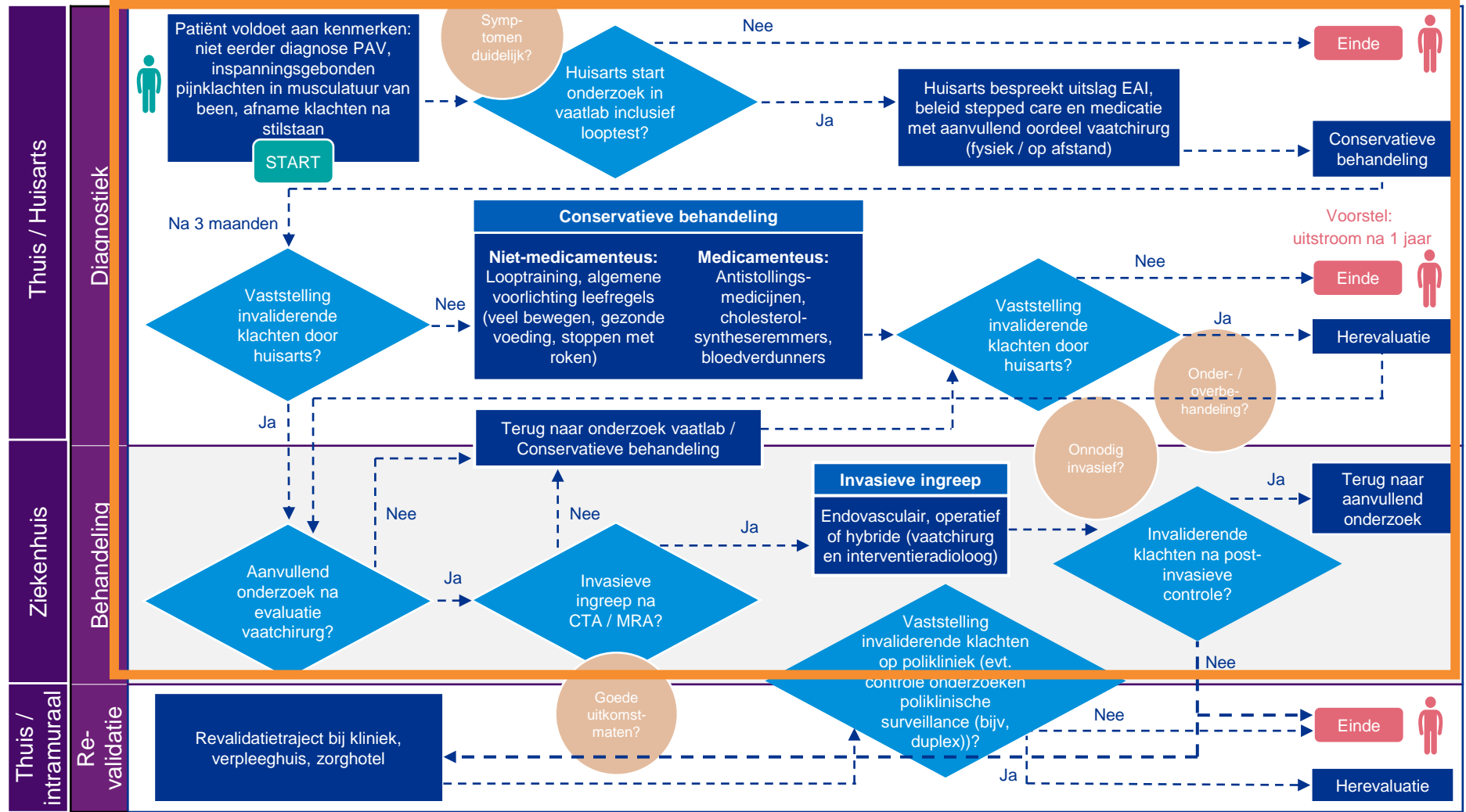
Optie afbakening zorgbundel

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolgfase

Sub-optimale prikkel



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8



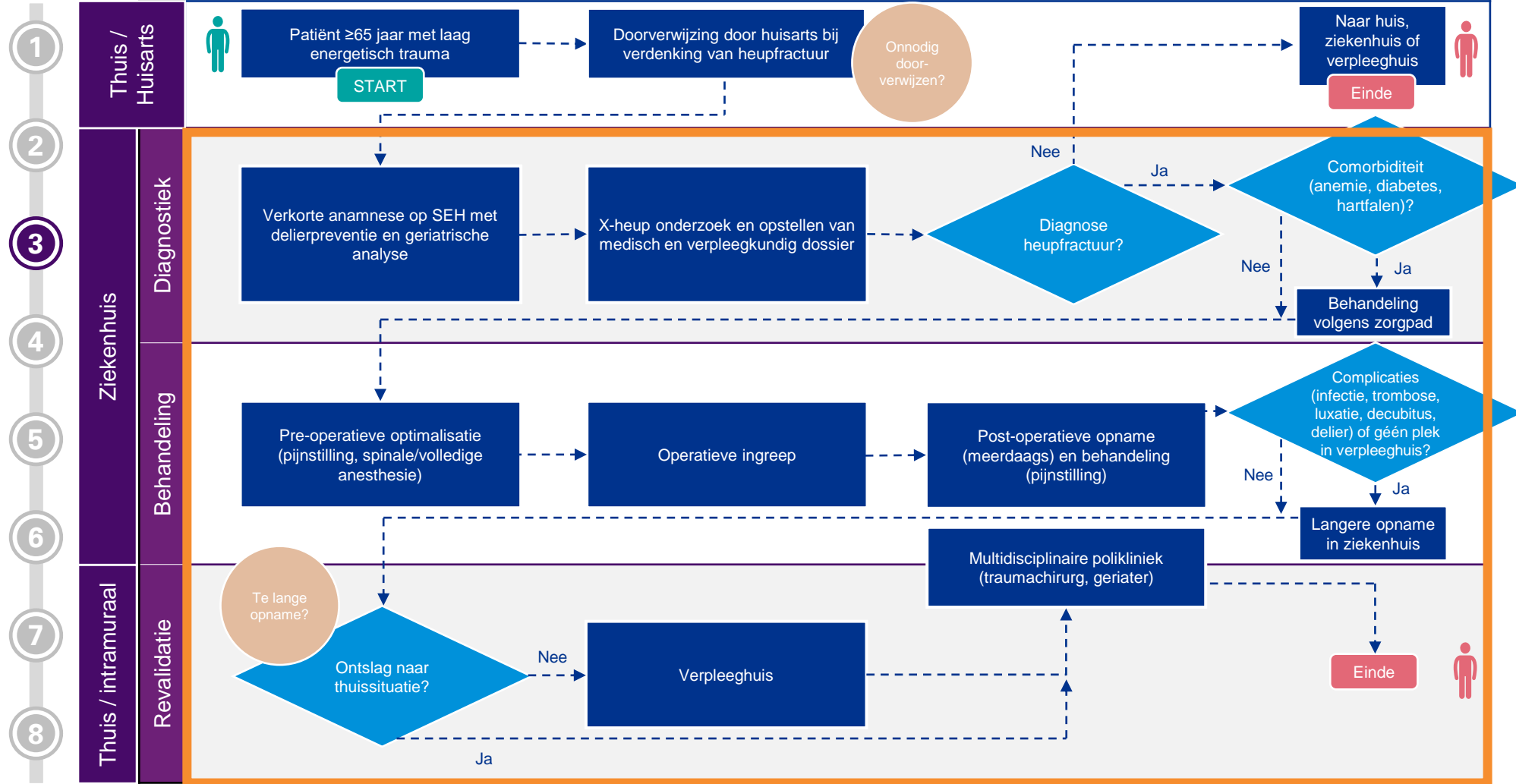
# Bijlage II. Breng de suboptimale prikkels in kaart (stap 3)

## Aandoening: heupfracturen bij ouderen - Optie A

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolgfase



Optie afbakening zorgbundel



# Bijlage II. Breng de suboptimale prikkels in kaart (stap 3)

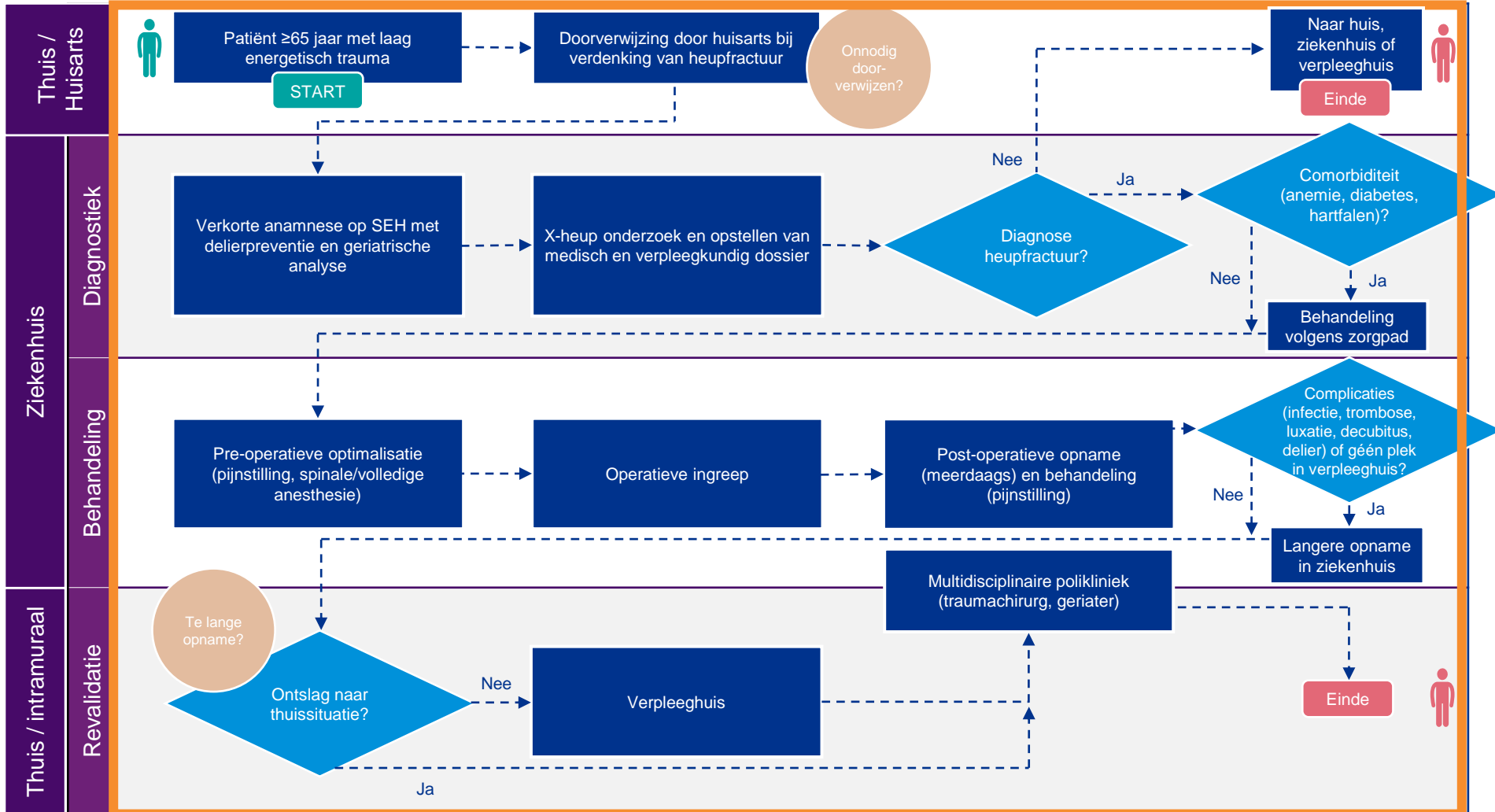
## Aandoening: heupfracturen bij ouderen - Optie B

Dit zorgpad is op hoofdlijnen en moet verder gespecificeerd en getoetst worden tijdens een vervolgfase



Optie afbakening zorgbundel

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8



## Bijlage III. Terminologielijst

Term	Omschrijving
Dbc	Diagnose behandelcombinatie
Doelmatigheid	Doelmatig of efficiënt inzetten van middelen en/of verrichten van activiteiten voor het behalen van het resultaat voor die activiteiten. Doelmatigheid in de zorg refereert naar een goede balans in kwaliteit, kosten en volume van geleverde zorg.
DOT	Dbc's Op weg naar Transparantie
DKG-registratie	Diagnosekostengroepenregistratie
Fee for service (FFS)	Een grondvorm van bekostiging waarbij aanbieders worden betaald voor elke individuele verrichting of een set aan verrichtingen
Kostenbeheersing	Verrichten van activiteiten waarbij de uitgaven gemeten en vergeleken worden tegen een vooraf vastgestelde grenswaarde of uitgangspunt
MVO	Medische vervolgopleiding
Suboptimale prikkel	Misplaatste incentive voor stakeholders binnen het zorgsysteem als gevolg van ondoelmatige zorg en inadequate bekostiging. Bijvoorbeeld onnodige doorverwijzing van patiënten door de huisarts naar de tweedelijnszorg, over- / onderbehandeling, te korte/lange opnameduur.
Taakdifferentiatie	Opnieuw verdelen van taken tussen zorgprofessionals. Bijvoorbeeld tussen arts en verpleegkundig specialist. Ook wel taakherschikking genoemd.
'Verschuiving naar links'	Uitgangspunt voor een verschuiving van de focus van tweedelijns- naar preventie en eerstelijnszorg om kosten te besparen en betere uitkomsten (kwaliteit van leven) te bevorderen
Zorgbundel	Anders dan bij fee for service (FFS) wordt een totaalpakket aan zorg voor een medische aandoening in zijn totaliteit bekostigd. Waarbij de zorg in sommige gevallen geleverd wordt door meerdere zorgaanbieders: bijv. de integrale geboortezorg



# Contactgegevens

**David Ikkersheim**

KPMG Health  
Partner, Amstelveen  
KPMG Advisory N.V.  
Tel: +31 (0) 641 839 626  
Ikkersheim.David@kpmg.nl

**Marloes Bons**

KPMG Health  
Manager, Amstelveen  
KPMG Advisory N.V.  
Tel: +31 (0) 623 593 759  
Bons.Marloes@kpmg.nl

**Hirad Daneshpour**

KPMG Health  
Consultant, Amstelveen  
KPMG Advisory N.V.  
Tel: +31 (0) 623 869 979  
Daneshpour.Hirad@kpmg.nl

**Disclaimer:**

Deze rapportage is uitsluitend bestemd voor de NZa. Het is niet bedoeld voor andere partijen en het gebruik van deze rapportage door andere partijen is dan ook voor eigen risico. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van deze rapportage anders dan waarvoor deze is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen.



**KPMG on social media**



**KPMG app**

© 2021 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken die onder licentie worden gebruikt door de zelfstandige ondernemingen die lid zijn van de wereldwijde KPMG organisatie.