

# Ontwikkelingen in zorginkoop: van inkoop van verrichtingen naar inkoop van zorgbundels

Achtergrond, contractelementen en impact voor zorgaanbieders

Eric van der Hijden, Sander Steenhuis, Geeske Hofstra, Jeroen van der Wolk, Ward Bijlsma, Jeroen Struijs, Xander Koolman

Received 31 January 2019 | Accepted 15 May 2019 | Published 5 September 2019

## Samenvatting

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken meestal contractafspraken op basis van een vergoeding per verrichting. Dat stimuleert echter volume van zorg in plaats van uitkomsten. Daarom passen zorgverzekeraars en zorgaanbieders steeds vaker ‘bundelinkoop’ als bekostiging toe. Dan wordt een bedrag per patiënt afgesproken. We beschrijven wat bundelinkoop is en introduceren de contractelementen. De impact van zorgbundels is dat ze door een andere verdeling van (financiële) verantwoordelijkheden uitkomsten centraal stellen, schotten doorbreken en innovatie stimuleren. Opschalen van deze methode van zorginkoop vraagt om standaardisatie van de contractelementen en uniformiteit van de bundeldefinitie per aandoening anders nemen de administratieve lasten voor zorgaanbieders toe.

## Relevantie voor de praktijk

Bij bundelinkoop wordt een vast bedrag per patiënt afgesproken en dat stimuleert innovatie, ontschotting en focus op uitkomsten. Door onze kennis over bundelinkoop, de contractelementen en de impact ervan te delen, willen we de toepassing van bundelinkoop in Nederland stimuleren.

## Trefwoorden

Zorginkoop, contractinnovatie, zorgbundel, waardegedreven bekostiging, doelgroepbekostiging, Value-based Health Care

## 1. Inleiding

Zorg wordt traditioneel ingekocht op basis van een vergoeding per verrichting. Dat model is wereldwijd gangbaar. In zekere zin is het ook logisch dat zorginkoop op dit model is gebaseerd: iedere keer als een nieuwe behandeling of een medicijn tot het verzekerde pakket wordt toegelaten, is er een declaratiecode nodig om die zorg ook te kunnen declareren. Deze manier van inkoop draagt echter niet bij aan het betaalbaar houden van zorg. Integendeel: ze wordt gezien als één van de belangrijkste drijvers van hoge zorgkosten. In dit artikel introduceren we een alternatieve inkoopmethode: zorgbundels.

Waarom sluiten zorgverzekeraars en zorgaanbieders contracten met bundelinkoop? Wat voor soort contractafspraken horen bij bundelinkoop en wat is de impact van deze vorm van contractinnovatie voor zorgaanbieders? Wat zijn de eerste praktische ervaringen met deze methode?

We gaan eerst in op wat een zorgbundel is, wat anders is bij de inkoop van bundels en welke impact bundelinkoop heeft op zorgaanbieders. Daarna beschrijven we de eerste toepassingen van deze inkoopmethode in Nederland en de eerste internationale resultaten. We besluiten met de vraag wat er nodig is om deze manier van inkoop op grotere schaal in Nederland toe te passen en doen daar een concreet voorstel toe.

## 2. Inkoop van zorg

### 2.1 De huidige manier van inkopen stimuleert volume van zorg

Het huidige systeem van inkopen, declareren en vergoeden van zorg gaat uit van de verrichtingen zoals die zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

<sup>1</sup> De NZa omschrijft welk soort zorg een zorgaanbieder mag declareren en aan welke voorwaarden de zorg moet voldoen. Voorbeelden zijn: een zitting fysiotherapie, een diagnostisch onderzoek of een behandeling in een ziekenhuis als een heupvervangende. Kort gezegd onderhandelen zorgverzekeraar en zorgaanbieder jaarlijks over de prijs en het volume per verrichting. Daarna worden alle verrichtingen bij elkaar opgeteld en wordt een budget per zorgaanbieder vastgesteld.<sup>2</sup>

Inkopen van verrichtingen heeft een aantal beperkingen en ongewenste effecten (Miller 2009; OECD 2016; Jeurissen et al. 2018). Betalen per verrichting stimuleert productie van deze verrichtingen (Ginsburg and Grossman 2005). Het leveren van bijvoorbeeld preventieve zorg, waarvoor de NZa geen verrichting heeft gedefinieerd wordt juist ontmoedigd. Ook investeren in eerste lijnszorg om zorggebruik in de tweede lijn te voorkomen, wordt ontmoedigd door per verrichting te betalen (McGuire 2012). Ziekenhuisopnames van bijvoorbeeld kwetsbare ouderen zijn soms vermijdbaar, maar de huidige bekostiging stimuleert niet om hierin te investeren. Het leidt tot onnodige opnames, overdiagnostiek en overbehandeling. Daarnaast draagt vergoeding op basis van

verrichtingen per zorgaanbieder bij aan fragmentatie in zorg (Tsiachristas 2015). Dat komt doordat instellingen worden bekostigd, in plaats van de zorg behorend bij een aandoening. Soms is verwijzen beter of is afstemming met een andere aanbieder nodig, maar dat is financieel meestal onaantrekkelijk voor een zorgaanbieder. Samenvattend: inkoop van verrichtingen stimuleert volume en belemmert het centraal stellen van uitkomsten van zorg en het integraal leveren van zorg behorend bij een aandoening (Porter and Kaplan 2016).

### 2.2 Inkoop op uitkomsten

Er zijn dus voldoende redenen om zorg anders te willen bekostigen: minder focus op volume en meer op uitkomsten van zorg. Dat wordt uitkomstgerichte bekostiging genoemd (Bruins 2018). Uitgaande van de huidige systematiek van inkoop van verrichtingen, zijn globaal vier manieren te onderscheiden om zorgaanbieders te belonen voor hogere kwaliteit van zorg of betere uitkomsten bij patiënten (OECD 2016). Zie Figuur 1.

Een bonus/malusstelsel wordt gezien als een eerste stap naar de inkoop op uitkomsten. Zo kan met een bonus per patiënt bijvoorbeeld gestimuleerd worden dat één zorgaanbieder de hele zorg coördineert. Een voorbeeld is dat het tarief voor wijkverpleging hoger wordt of juist lager als een bepaalde kwaliteitsnorm wordt gehaald. Zo kan ook het tarief voor fysiotherapie samenhangen met het gemiddeld aantal behandelingen per klant.

Maar is dat voldoende om ook de zorgprocessen voor patiënten met een bepaalde aandoening te verbeteren? Dan

**Figuur 1.** Mogelijkheden tot bekostiging uitkomsten van zorg/waarde op basis van het huidige systeem van vergoeding per verrichting.



Bewerking van OECD, 2016.

gaat het namelijk om mogelijk tientallen verrichtingen, van meerdere zorgaanbieders. Laten we de behandeling voor een herseninfarct (CVA) als voorbeeld nemen. Een aanbieder kan een hogere vergoeding krijgen als deze de tijd tussen het stellen van de diagnose en het starten van de behandeling verlaagt (de zogenoemde “door to needle time”). Maar voor goede uitkomsten bij CVA is ook een goede overdracht en samenwerking met revalidatie-instelling, wijkverpleging en/of fysiotherapie nodig. Zo’n bonus geven aan één aanbieder, is geen oplossing voor de fragmentatie in het zorgproces omdat er bijvoorbeeld allerlei regels zijn bij het verlenen van zorg in een revalidatie-instelling: sommige zorg wordt wel vergoed en andere niet.

Een betere aanpak is de inkoop van bundels van zorg, een tweede manier om zorgaanbieders te belonen voor betere uitkomsten. “Een zorgbundel is eenmalige (bij een electieve behandeling) of periodieke (bij chronische aandoeningen) uitbetaling voor een reeks van verrichtingen gerelateerd aan het zorgpad voor een bepaalde diagnose, geleverd door één of meer zorgaanbieders. Daarbij kunnen shared savings o.b.v. kwaliteitsnormen of uitkomsten afgesproken worden.” Een zorgbundel kan worden uitgebreid met “shared savings/shared losses” (HCP-LAN 2017; OECD 2016). Dat wil zeggen dat als er kostenbesparingen gerealiseerd zijn, deze worden verdeeld tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar. Zo kunnen ook eventuele overschrijdingen verdeeld worden. Dit wordt verderop toegelicht.

Naast zorgbundels zijn nog twee andere vormen van bekostiging mogelijk. Deze omvatten een nóg groter pakket van zorg dat in één keer wordt ingekocht. Bij de doelgroepbekostiging wordt jaarlijks een bedrag betaald voor het leveren van alle zorg door alle zorgaanbieders aan een groep patiënten. Dat is breder dan bij zorgbundels: daar gaat het om zorg bij een diagnose. Bij populatiebekostiging, ten slotte, gaat het om verzekerden in

plaats van patiënten. Zo wordt preventie gestimuleerd, omdat er dan ook betaald wordt voor het voorkómen van ziekte. Het mag duidelijk zijn dat deze vorm van bekostiging het meest complex is omdat ze alle aanbieders betreft en alle zorg.

Zorgbundels hebben als praktisch voordeel dat ze wel uitgaan van het huidige systeem van vergoeding per verrichting, terwijl ze bovenstaande nadelen ervan kunnen compenseren (Berenson et al. 2016; Conrad 2015).<sup>3</sup> Dat is ook de reden waarom zorgverzekeraars en zorgaanbieders er internationaal mee experimenteren (Struijs et al. 2018).

In de rest van dit artikel staat de zorgbundel centraal; doelgroepbekostiging en populatiebekostiging zijn veel complexer in hun ontwerp en implementatie en worden om die reden niet verder in dit artikel besproken.

### 2.3 Wat maakt inkopen van zorgbundels anders?

Figuur 2 maakt concreet wat het verschil is met de gangbare manier van inkopen. Het bovenste deel geeft weer hoe het nu gaat: er is per aanbieder een contract en daarin staan kort gezegd de verrichtingen van die aanbieder en de prijs die daarvoor wordt betaald. Misschien zijn er afspraken over de kwaliteit van die verrichting of over samenwerking, maar ze gelden per instelling. In de onderste helft is de alternatieve aanpak weergegeven: één contract met meerdere aanbieders, met één bedrag per patiënt voor een nader omschreven pakket van zorg op basis van uitkomsten.

Voor zorgbundels is daarom een ander contract nodig dan voor inkoop van verrichtingen. Het gaat onder andere om een afbakening van de patiëntengroep en het begin- en eindpunt van het zorgpad. Daarvoor wordt een vaste prijs betaald. Hoe die prijs tot stand komt en voor hoeveel jaar die wordt vastgesteld, staat in het contract. Ook worden afspraken gemaakt over de kwaliteit van de te leve-

**Figuur 2.** Onderscheid tussen traditionele bekostiging en bekostiging met zorgbundels.



ren zorg en/of de uitkomsten van de zorg in de bundel. Belangrijke aspecten zijn bijvoorbeeld ook met wie de zorgverzekeraar het contract afsluit, hoe rekening te houden met verschillen in zorgzwaarte van patiënten, welke financiële risico's er zijn voor aanbieders als gevolg van een vast bedrag per patiënt en hoe deze te beperken. De uitwerking van contractelementen in bijlage 1 is gebaseerd op de eerste ervaringen in Nederland en internationale literatuur over bundelinkoop (zie bijvoorbeeld Berg et al. 2019 en Steenhuis et al. 2019).

### 3. De impact van bundelinkoop voor zorgaanbieders

#### 3.1 Innovatie met focus op uitkomsten wordt mogelijk gemaakt

Er is zowel vanuit zorgaanbieders als vanuit verzekeraars veel aandacht voor innovatie in zorg met als doel substitutie tussen ziekenhuis en eerstelijnszorg te bevorderen en zo zorg betaalbaar te houden. Via vergoeding per zorgproduct kunnen allerlei specifieke en strikt door de NZa gedefinieerde vormen van innovatie gefinancierd worden. Een meer fundamentele herziening van zorgprocessen, waarbij ook de onderliggende kostenstructuur wordt aangepakt, vraagt om meer vrijheid voor zorgaanbieders. Het vraagt ook om de zekerheid dat de investeringen voor innovatie terugverdiend worden ook als besparingen elders in de zorgketen optreden (Mechanic 2016; Sanderson et al. 2015). Bundels geven deze vrijheid én zekerheid. Innovatie is echter expliciet geen doel op zich bij bundelinkoop: ze is gericht op betere uitkomsten en/of lagere kosten door bijvoorbeeld samen beslissen beter door arts en patiënt mogelijk te maken of financiële drempels weg te nemen voor conservatief behandelen in plaats van opereren. Een bedrag per patiënt in plaats van per verrichting helpt daarbij. Essentieel aan bundelinkoop is dat getoetst wordt of die innovaties daadwerkelijk bijdragen aan betere uitkomsten én bijdragen aan betaalbare zorg. Belangrijk verschil met het stimuleren van innovatie via een nieuwe NZa-verrichting is namelijk dat door een risicodragend tarief voor een patiënt er voor een zorgaanbieder echt een prikkel bestaat tot duurzame en betaalbare innovaties. Als het tarief voor de innovatie sec namelijk kostendekkend is, ontbreekt de prikkel tot daadwerkelijke besparing en blijft het vaak bij een intentie tot kostenbeheersing. Zo ontstaat door zorgbundels een verbinding tussen betere kwaliteit of uitkomsten en lagere kosten door innovatie. Voorwaarde is natuurlijk wel dat contractpartijen in het tarief rekening houden met verschillen in zorgzwaarte van patiënten.<sup>4</sup>

#### 3.2 Bij bundelinkoop is het meten van uitkomsten essentieel

Een veelgenoemde beperking voor bundelinkoop is de beperkte hoeveelheid uitkomstmaten. Deze beperking

herkennen wij, zeker bij inkoop van verrichtingen. In toenemende mate zijn er weliswaar uitkomstenregistraties en wordt hard gewerkt aan internationale standaarden voor kwaliteit zoals de ICHOM-indicatoren (Zorginstituut 2018), maar dat zijn gegevens op instellingsniveau. Deze matchen daardoor niet altijd met de doelgroep van een bundelcontract.

In bundelinkoop-afspraken wordt speciaal aandacht gegeven aan afspraken over zorguitkomsten. Het hele zorgproces staat immers centraal en daarom wordt bij bundelinkoop vaak gekeken naar het voorkomen van complicaties. Deze vorm van kwaliteit (minder complicaties) inzichtelijk maken en de operationalisatie ervan (kijken naar de verlaging van de frequentie van dergelijke declaraties bij patiënten in bijvoorbeeld één jaar na de oorspronkelijke operatie), zijn een vorm van meten die bijna standaard is bij bundelinkoop. Als voorbeeld: incontinentie en impotentie zijn mogelijke complicaties na een prostaatoperatie en zijn via vragenlijsten te meten. Een alternatief is het meten van het percentage patiënten bij wie na een prostaatoperatie kosten voor incontinentiemiddelen en/of impotentiemedicatie is gedeclareerd (zie Schepens et al. 2018).<sup>5</sup> Deze aanpak heeft als groot voordeel dat daarmee retrospectief en zonder extra kosten nulmetingen mogelijk zijn bij contracten op uitkomsten, de kosten voor kwaliteitsmetingen beheersbaar blijven en problemen rond lage respons op vragenlijsten voorkomen worden.

Dergelijke kwaliteitsindicatoren zijn een vast onderdeel van een bundelcontract, enerzijds om te stimuleren dat de aandacht gaat naar leveren van kwaliteit voor de patiënt en anderzijds om te voorkomen dat onderbehandeling ontstaat, door juist teveel te besparen op kosten.

#### 3.3 Bundelinkoop beïnvloedt de verdeling van (financiële) verantwoordelijkheden tussen zorgaanbieder en verzekeraar

Waarom is aannemelijk dat deze contracten mogelijk bijdragen aan betere uitkomsten en kosten kunnen verlagen? Dat komt omdat bij bundelinkoop de (financiële) verantwoordelijkheden tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder evenwichtiger worden toegewezen.

In het huidige model van betalen per verrichting is er vooral een volume prikkel voor zorgaanbieders en geen prikkel tot het vermijden van complicaties. Als dat tot heropname bij de aanbieder zelf leidt, draagt dat juist bij aan de omzet. Komen de complicaties later en bij andere zorgaanbieders aan het licht, dan weet de behandelaar dat mogelijk niet eens. Zie het voorbeeld van de prostaatoperaties: als het ziekenhuis zelf niet het voorkomen van incontinentie of erectiestoornissen meet, dan ontbreekt systematisch inzicht in de frequentie ervan. Daarom ligt in de linkerkant van Figuur 3 het volumerisico en de risico's op complicaties bij de verzekeraar. Het verzekeringsrisico (de kans dat iemand ziek wordt) ligt vanzelfsprekend bij de verzekeraar.<sup>6</sup> Zorgaanbieders hebben daarentegen

**Figuur 3.** Verandering in verdeling van verantwoordelijkheid en risico tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

bij inkoop van verrichtingen een prijsrisico (kans op onvoldoende vergoeding door de zorgverzekeraar door verschillen in kostenstructuur tussen zorgaanbieders). Gezien de eerdere toelichting dat inkoop van verrichtingen een kostenopdrijvend effect heeft, is de balans van risico's in de figuur negatief voor de verzekeraar en dus de premiebetalder.

Een belangrijk effect van bundelinkoop is het verschuiven van financiële verantwoordelijkheden en het daardoor verbeteren van de balans van de risico's (De Bekker and Van der Hijden 2018). Zie de rechterzijde van Figuur 3. Het volumerisico van verrichtingen verandert bij bundelinkoop in een volumerisico van patiënten: er wordt immers een bedrag per patiënt overeengekomen. Kort door de bocht gezegd is bij een zorgvuldige indicatiestelling, het volumerisico van patiënten (wie krijgt behandeling) gelijk aan het verzekeringsrisico (welke verzekerden worden ziek). Bij de aanbieder verandert er veel doordat deze verantwoordelijkheid krijgt voor uitkomsten. De aanbieder krijgt een bedrag per patiënt en als dat gecorrigeerd is voor zorgzwaarte en/of specifieke kenmerken van de patiëntenpopulatie, draagt deze bij bundelinkoop het prestatierisico: de kans op verbeteren van uitkomsten tegen gelijke of lagere kostenstructuur. Zo wordt een aanbieder gestimuleerd om behandelingen alleen in te zetten als dat echt bijdraagt aan betere uitkomsten en om complicaties te voorkomen. Een deel van de risico's verschuift dus van de verzekeraar naar de aanbieder en de balans wordt evenwichtiger (George et al. 2014; Hussey et al. 2011; Miller 2009).

Dat komt ook omdat de zorgaanbieder financieel voordeel heeft van mogelijke besparingen. Eerder is dat aange-

duid als “shared savings/losses”. Hoe werkt dat precies? Stel dat er een bedrag van € 2.000 voor patiënt wordt afgesproken in een bundelcontract voor een behandeling en de kosten in het jaar erna. Er wordt normaal gedeclareerd en jaarlijks wordt berekend wat de gemiddelde kosten per patiënt zijn. Stel dat dat € 1.800 is. Dat verschil ontstaat bijvoorbeeld door een afname in het aantal complicaties in het jaar na de operatie. Op basis van afspraken tussen de aanbieder en de verzekeraars wordt het verschil van € 200 verdeeld en op basis van de mate van verbetering van uitkomsten. Bij een afgesproken verdeling van 50%-50% ontvangt de zorgaanbieder alsnog € 100 per patiënt (50% van € 2.000 – € 1.800).

Het verschuiven van risico's van bundelinkoop kan wel ongewenste bijeffecten hebben. Aanbieders worden financieel risicodragend. Dat kan tot verschillende vormen van afwenteling van dat risico leiden: (1) risicoselectie: alleen patiënten behandelen bij wie waarschijnlijk goede resultaten te behalen zijn, (2) upcoding: als het bedrag per patiënt gecorrigeerd wordt voor zorgzwaarte is een belang om patiënten zo zwaar mogelijk mee te laten wegen bij die correctie, (3) overbundling: het verlagen van de indicatiedrempel voor een behandeling om zo het volume van patiënten voor wie een bundelbedrag gedeclareerd kan worden, te vergroten, (4) by-pass: het verschuiven van activiteiten van de zorgaanbieder naar activiteiten die buiten de bundel vallen, zodat deze afzonderlijk gedeclareerd kunnen worden. Kortom: ook deze vorm van inkoop vraagt evenals alle andere vormen van inkoop om zorgvuldige evaluatie, monitoring van effecten en herijking van afspraken als daar aanleiding toe is (Berenson et al. 2016; Steenhuis et al. 2019).

## 4. De eerste ervaringen in Nederland en internationaal

### 4.1 Voorbeelden van contracten in Nederland

Er zijn verschillende voorbeelden te vinden in Nederland, zonder een volledig overzicht te willen geven. Sommige zijn gericht op diagnoses, andere op specifieke behandelingen. Zo heeft de zorgverzekeraar ONVZ een bundelcontract voor borstkanker, Menzis voor heup- en knie vervanging, staar, hartomleiding, dotterbehandeling, borstkanker, geboortezorg, angst en depressie en reuma. Zilveren Kruis heeft een aantal pilot's bij geselecteerde aanbieders lopen. In de tweedelijnszorg gaat het om bundelinkoop van HIV-zorg (OLVG), CVA (Erasmus MC, Rijndam Revalidatie, Laurens, Transmitt, Eerstelijns CVA-Netwerk, Rotterdam Stroke Service (RSS), hartomleiding en dotterbehandeling (Isala), Diabetes type1 (Diabeter). In de eerste lijn gaat het om longzorg (Nijkerk) en hartvaatzorg (Nieuwegein). Vooral het CVA-project laat zien dat zorgbundels geschikt zijn om zorg te bekostigen over instellingen en bestaande financiële schotten heen, terwijl de schotten behouden blijven. Zorgbundels dragen zo bij aan "de juiste zorg op de juiste plek" (Taskforce de juiste zorg op de juiste plek 2018). In bijlage 2 is een aantal van deze voorbeelden in detail beschreven.

### 4.2 De eerste reacties op de contracten en deze manier van zorginkoop

Zorgaanbieders ervaren dat ze meer ruimte krijgen om te innoveren: de longzorg-pilot in Nijkerk van Zilveren Kruis is hier een voorbeeld van. De huisartsen ervaren meer vrijheid in het kiezen van de beste aanpak en zijn niet meer gebonden aan declaratiecodes.<sup>7</sup>

Menzis past deze methode op grotere schaal toe. Vooral de toepassing bij angst en depressie was aanleiding tot discussie. Zo zou bundelinkoop volgens zorgprofessionals ongewenst zijn in de GGZ omdat kwaliteit niet goed te meten is bij psychische stoornissen en het zou leiden tot selectie van alleen patiënten met lichte klachten<sup>8</sup>, terwijl anderen er juist voordelen van zien omdat meer maatwerk per patiënt mogelijk is.<sup>9</sup> Al met al was er veel publieke commotie.<sup>10</sup> Inmiddels zijn er afspraken met patiëntenorganisaties om te monitoren hoe deze contracten in de praktijk uitpakken voor patiënten.<sup>11</sup>

Duidelijk is dat bundelinkoop leidt tot een andere vorm van samenwerken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars maar dat het ontwikkelen van bundels en het afsluiten ervan nieuw is voor iedereen. Het betreft daarom nu nog een arbeidsintensief proces, waarbij veel kennis nodig is die deels tijdens het proces verzameld en toegepast moet worden. Het vraagt daarnaast zowel bij zorgaanbieders als bij verzekeraars aanpassing van bestaande (administratieve) processen en dat vraagt veel vertrouwen in de toegevoegde waarde van

deze manier van inkoop zonder dat de precieze effecten ervan nu al duidelijk zijn. Het is een proces van leren en verbeteren.

### 4.3 Evidence uit het buitenland

Internationale voorbeelden laten zien dat deze methode geschikt is voor een groot aantal zorgsoorten en klantgroepen. Zo is er het PROMETHEUS Bundled Payment Model van het Health Care Incentives Improvement Institute (HCII) met 97 verschillende 'episode of care'-bundels, zoals: bundels voor acuut myocardi infarct, bariatrische chirurgie, diabetes, astma en borstkanker (Prometheus 2018). Een ander voorbeeld is het "Delivery System Reform and Incentive Payment" (DSRIP)-project in de staat New York waar systematisch in vijf jaar tijd de gangbare inkoop van zowel de eerste- als de tweedelijnszorg vervangen wordt door bundelinkoop in de eerste- en tweedelijnszorg. Het leidt tot minder ziekenhuisopnames en lagere kosten (Felland et al. 2018; KPMG 2017). In de VS, waar al langer met bundels wordt ingekocht, zijn inmiddels de eerste resultaten bekend van systematische evaluaties. Die resultaten zijn bij een aantal studies positief (Ryan 2018; Finkelstein et al. 2018). Een voorbeeld is de grootschalige evaluatie van het Bundled Payment for Care Initiative (BPCI) in 2016 waarin werd aangetoond dat ziekenhuizen die participeren in BPCI binnen twee jaar gemiddeld significant lagere kosten per episode hadden dan ziekenhuizen die niet participeerden in BPCI, zonder veranderingen in kwaliteitsuitkomsten overigens (Dummit et al. 2016). Er zijn ook studies die geen effect laten zien. De evaluatie van een landelijk traject van verplichte inkoop van heup-/knie-operaties via bundelinkoop bij willekeurig geselecteerde ziekenhuizen in de VS ten opzichte van een controlegroep (het Comprehensive Care for Joint Replacement (CJR)), liet zien dat er minimaal effect was op kosten en kwaliteit (Barnett et al. 2019). Een verklaring kan zijn dat het hier ging om relatief kleine patiëntenaantallen per aanbieder. Er wordt daarom wel gezegd dat bundelinkoop gecombineerd moet worden met volumeverhoging via concentratie en specialisatie van zorgaanbieders.<sup>12</sup>

Langzamerhand wordt op basis van de toenemende hoeveelheid wetenschappelijke literatuur en evaluatierapporten ook duidelijk wat de randvoorwaarden voor deze vorm van inkoop zijn wil het beoogde effect optreden. Zorgbundelcontracten dienen een langere termijn te beslaan, zodat zorgaanbieders de tijd krijgen om de noodzakelijke veranderingen in te voeren. Vervolgens is het van belang de risicodragendheid van zorgaanbieders geleidelijk aan te verhogen zodat aanbieders kunnen leren hoe ze met de nieuwe risico's om moeten gaan. Daarbij is het van belang dat orgaanbieders bereid zijn hun zorgprocessen fundamenteel te herzien. Ten slotte is een zekere standaardisatie van contracten en bundels een belangrijke voorwaarde voor bredere acceptatie van bundelinkoop als alternatief voor inkoop van verrichtingen (Berg et al. 2019; Joynt Maddox et al. 2017; Steenhuis et al. 2019).

## 5. De toekomst

### 5.1 De wenselijkheid van alternatieve vormen van bekostiging wordt breed gedeeld

Er is weinig discussie over de vraag of betalen per verrichting de meest gewenste vorm van bekostiging is. Ook is er een brede wens om op basis van het huidige systeem een alternatief te ontwikkelen. De vraag is alleen hoe? De NZa komt na uitgebreide analyse van de huidige bekostiging tot oordeel dat bundelinkoop een logische stap is in de ontwikkeling van de bekostiging van Medisch Specialistische Zorg (MSZ) (Nza 2018). Maar ook buiten de MSZ is dit alternatieve contractmodel bruikbaar, zo constateert de NZa. Het huidige systeem van registreren en declareren kan daarvoor gehandhaafd worden, aldus de NZa.

Wat maakt bundels geschikt als alternatieve bekostigingsmethode? Samenvattend, zien we een aantal voordelen.

1. Bundels zijn gebaseerd op de huidige structuur van verrichtingen: het vraagt dus geen aanpassingen of fundamentele wijzigingen in ons zorgstelsel.
2. Bundels hebben de vorm van contractinnovatie tussen zorgaanbieder en verzekeraar en maken daarmee maatwerk en experimenten mogelijk. Er is geen tussenkomst noodzakelijk van bijvoorbeeld de NZa om het contract op te stellen of uit te voeren.
3. Bundels maken bekostiging mogelijk voor geïntegreerde zorg die geleverd wordt door meerdere aanbieders: nu is dat bijna niet mogelijk zonder een nieuwe rechtspersoon op te richten.
4. Bundels maken innovatie beter en vooral sneller mogelijk omdat bij bundels ook zorg geleverd kan worden waarvoor nu (nog) geen titel bestaat.
5. Bundels bieden de basis voor afspraken over shared savings/losses omdat er een vast bedrag per patiënt wordt afgesproken. Zo worden doelen van verzekeraar (beter zorg én zorgkosten beheersing) en aanbieder (ruimte voor investeren en beloning voor resultaat) beter met elkaar in lijn gebracht.

### 5.2 Alternatieve bekostiging start per definitie bottom up...

Op dit moment ontwikkelen enkele zorgverzekeraars elk eigen bundels. De keuzes voor aandoeningen en patiëntgroepen van die zorgverzekeraars zijn vooral gebaseerd op interne prioritering en kunnen daarom verschillen. Partijen willen ervaring opdoen met deze manier van inkoop en contracteren en ontwikkelen daarom bundels en contractmodellen die opschaalbaar moeten zijn. Maar ook zorgaanbieders zelf zijn actief met bundels. Denk aan de initiatieven van de Santeon groep en hun contracten met de zorgverzekeraars ASR, CZ en Menzis. Bij dit initiatief werken zeven topklinische ziekenhuizen samen aan de verbetering van de zorg voor een aantal diagnoses.<sup>13</sup>

Er moet echter voorkomen worden dat in de toekomst de situatie ontstaat dat zorgaanbieders van elke verzekeraar een volstrekt onvergelijkbaar bundelcontract krijgen voor dezelfde aandoening. Dat is onwenselijk omdat het onderliggende zorgproces namelijk voor alle patiënten vergelijkbaar is. Het is ook onwenselijk omdat werken met verschillende bundels van verschillende verzekeraars voor één aandoening de administratieve lasten van de zorgaanbieders vergroot en het draagvlak voor deze methode aantast. Daarom vraagt bundelinkoop om eenheid in de contractelementen waarmee bundels worden ingekocht: stel dat een zorgaanbieder deelneemt aan vijf bundelcontracten van drie verzekeraars, dan is het wenselijk dat de contractelementen vergelijkbaar zijn (Nussbaum et al. 2018).

### 5.3 ... maar is standaardisatie van contractelementen als voorwaarde voor opschaling mogelijk?

Lijkt de zorgbundel voor HIV-patiënten bij het OLVG voldoende op die voor CVA in Rotterdam om de contractelementen te standaardiseren? Maakt het uit of een huisarts de hoofdaannemer is of dat een ziekenhuis dat is? Is zo'n standaardcontract ook mogelijk voor doelgroep- en populatiebekostiging? Of vraagt dat om heel andere contractvormen?

Onze conclusie is dat de contractelementen zoals we die in bijlage 1 beschrijven generiek bruikbaar zijn voor meerdere aandoeningen, doelgroepen en populaties. Er

**Tabel 1.** Typen zorgbundels. Bundels verschillen op de geïncloseerde zorg, de doelgroep, eenmalige of doorlopende zorg en als gevolg daarvan op de manier van betalen voor de bundel.

| Soort bundel             | Geïncloseerde zorg | Geïncloseerde doelgroep | Eenmalig bedrag of jaarlijks | Wijze van betaling                                                                                                  |
|--------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| “Episodisch” zorgbundel  | Deel zorg          | Patiënten               | Eenmalig                     | Per behandeling voor afgesproken zorg voor afgesproken periode ( <i>b.v. CVA (Rotterdam), Heup-Knie (Menzis)</i> )  |
| “Chronische” zorgbundel  | Deel zorg          | Patiënten               | Jaarlijks                    | Per patiënt voor afgesproken zorg per jaar ( <i>b.v. HIV (OLVG)</i> )                                               |
| “Preventieve” zorgbundel | Deel zorg          | Verzekerden             | Jaarlijks                    | Per verzekerde voor preventie van afgesproken zorg per jaar ( <i>b.v. longzorg (Nijkerk) en CVRM (Nieuwegein)</i> ) |
| Doelgroepbekostiging     | Alle zorg          | Patiënten               | Jaarlijks                    | Per patiënt voor alle zorg per jaar                                                                                 |
| Populatiebekostiging     | Alle zorg          | Verzekerden             | Jaarlijks                    | Per verzekerde voor alle zorg per jaar                                                                              |

zijn verschillen (zie Tabel 1), maar die zijn niet zodanig dat er een andere contractstructuur nodig is. Bundels verschillen allereerst wat betreft de vraag of het om alle zorg gaat of een deel van de zorg. Voor de structuur van het onderliggende contract is dat echter niet relevant: het gaat dan om een korte of juist een langere lijst van welke verrichtingen in het contract vallen. Verder is er verschil in antwoord op de vraag of het om patiënten gaat met een bepaalde diagnose of om verzekerden bij wie een verzekeraar juist wil voorkómen dat ze ziek worden. In beide gevallen maak je afspraken over hoe je de doelgroep afbakent. Tot slot gaat het om de vraag of het om een (geplande) behandeling gaat als een heup-knievervanging of dat het chronische zorg betreft. Ook deze verschillen zijn met vergelijkbare contractelementen te beschrijven. Doelgroepbekostiging en populatiebekostiging zijn zo bezien ook met hetzelfde type contract in te kopen. Het gaat om alle zorg en respectievelijk om een specifieke patiëntenpopulatie of alle verzekerden in een gebied. Wat wel echt verschilt tussen de verschillende varianten is hoe de verzekeraar feitelijk betaalt, maar dat gaat meer om de afhandeling na het afsluiten van het contract, niet over de kern ervan.

#### 5.4 Waarom is het wenselijk dat zorgverzekeraars de bundeldefinities gaan delen?

Bij elk bundelcontract wordt voor een aandoening of behandeling in detail uitgewerkt hoe de doelgroep is afgebakend, welke verrichtingen eronder vallen etc. Als zorgverzekeraars die detailuitwerking van een bundel met ander verzekeraars willen delen en dat ook voor zorgaanbieders toegankelijk willen maken, voorkomen we dat elke zorgverzekeraar het wiel opnieuw moet uitvinden en aanbieders als gevolg daarvan met verschillende bundels te maken krijgen voor eenzelfde aandoening. Dat is mededinging-technisch mogelijk: de bundeldefinities zijn niet concurrentieel, wel de prijs die er bijvoorbeeld voor wordt afgesproken. Als meer partijen hun bundels delen, ontstaat een “open source bundelboek”: een collectie van bundeldefinities met ruimte voor ontwikkeling. Of individuele verzekeraars de methode van bundelinkoop ook toepassen in hun inkoopbeleid en voor welke aandoeningen of behandelingen, is aan hen.

In deze visie op opschaling door middel van een ‘open-source bundelboek’ hanteren zorgverzekeraars dezelfde contractelementen, maar kunnen ze zich onderscheiden van elkaar door de invulling van de contractparameters die ze met aanbieders afspreken. Het gaat dan bijvoorbeeld om de afgesproken prijs, de hoogte en verdeling van de shared savings en de looptijd van het contract. In bijlage 1, waarin de contractelementen zijn uitgewerkt, is aangegeven welke delen van zorgbundels identiek zouden moeten zijn tussen zorgverzekeraars en welke delen in de huidige vorm van concurrentie in de zorginkoop juist verschillend zouden moeten blijven.

Een open-source bundelboek heeft een aantal voordelen voor patiënten, aanbieders en verzekeraars.

1. Het eerste doel is dat transparantie over de inhoud van de bundels en de kwaliteitsindicatoren bijdraagt aan meer focus op uitkomsten in zorg. Met een open-source bundelboek wordt de richting waarin de zorg zich moet ontwikkelen geëxpliciteerd en benadrukt: ketengericht en het instellingsbelang overstijgend.
2. Het bundelboek heeft vervolgens tot doel om de ontwikkelde bundels publiekelijk toegankelijk te maken voor patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Door hergebruik en standaardisering worden administratieve lasten verminderd, maar wat nog veel belangrijker is: er is transparantie voor patiëntenverenigingen en zorgprofessionals in de werking van bundels als vorm van bekostiging. Deze transparantie is wenselijk omdat het een nieuwe manier van inkopen is die nog onbekend is en soms veel vragen oproept.
3. Het derde doel is dat zorgaanbieders onderling beter vergelijkbaar worden op de uitkomsten en kosten van zorg. Dat stimuleert de ontwikkeling van uitkomstindicatoren. Daarnaast is benchmarking op basis van de uitkomsten en kosten van een zorgpad beter mogelijk.
4. Het vierde doel is een versnelling van de ontwikkeling van bundels doordat meerdere partijen een bundel kunnen toevoegen. Het is denkbaar dat patiëntenverenigingen, wetenschappelijke verenigingen, kennisorganisaties en zorgaanbieders op eigen initiatief bundels ontwikkelen die vervolgens overgenomen kunnen worden in het inkoopbeleid van verzekeraars.
5. Het vijfde doel is versnelling van de operationalisatie van kwaliteitsindicatoren. Bij bundels worden drie soorten indicatoren gebruikt: patiëntervaringen, uitkomsten op klinische indicatoren en resultaten op kwaliteitsindicatoren. Een open-source bundelboek stimuleert tot ontwikkeling en gebruik van deze indicatoren.

## 6. Tot slot

In dit artikel beschrijven we de achtergrond van zorgbundels en laten we zien welke soort bundels er ontwikkeld zijn. Uit de eerste toepassingen wordt duidelijk dat zorgbundels een mogelijke oplossing zijn voor knelpunten in de zorg: gefragmenteerde bekostiging, versnippering van zorg en drempels voor substitutie.

Internationale voorbeelden laten zien dat deze methode geschikt is voor een groot aantal zorgsoorten en klantgroepen. Geschat wordt dat 50%-75% van de zorg op termijn in te kopen is op uitkomsten met een vorm van zorg- en populatiebundels (Kamel 2018). Dat is geen doel op zichzelf, maar duidelijk is wel dat bundelinkoop een belangrijke bijdrage kan leveren aan het realiseren van het gewenste doel in de zorg: “de juiste zorg op de juiste plek” (Taskforce de juiste zorg op de juiste plek 2018). Dat vraagt echter wel om een vorm van standaardisatie om de implementatie te versnellen en het werk-

baar te houden voor zorgaanbieders. Daarvoor is het belangrijk dat ontwikkelde bundels breed worden gedeeld en contractelementen worden gestandaardiseerd. Op deze wijze kan aandacht voor uitkomsten van zorg worden vergroot zonder dat daar een grote stelselwijziging voor nodig is.

- 
- **Dr. Eric van der Hijden** is projectleider van het onderzoeksthema “gepaste zorg” bij Talma Instituut VU en tevens werkzaam als strategisch beleidsadviseur bij Strategie en Innovatie Zorginkoop Zilveren Kruis zorgverzekeringen.
  - **Sander Steenhuis** (gezondheidswetenschapper) werkt als promovendus bij het Talma Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam.
  - **Geeske Hofstra** (Econometrist) is analist bij Strategie en innovatie zorginkoop Zilveren Kruis zorgverzekeringen.
  - **Dr. Jeroen van der Wolk** is senior manager Analyse bij Strategie en Innovatie Zorginkoop Zilveren Kruis zorgverzekeringen.
  - **Dr. Ward Bijlsma MD** is manager zorg bij Menzis zorgverzekeringen en oogarts n.p.
  - **Dr. Jeroen Struijs** is associate professor bij LUMC Campus Den Haag en senior onderzoeker bij het RIVM, afdeling Kwaliteit van zorg en gezondheidseconomie.
  - **Dr. Xander Koolman** is directeur van het zorgprogramma van het Talma Instituut aan de Vrije Universiteit.
- 

## Noten

1. Strikt genomen definieert de NZa geen “verrichtingen” maar “prestaties”. Dat is een omschrijving van een behandeling. Bij een “prestatie” hoort ook een tariefbeschikking: namelijk het bedrag dat gedeclareerd mag worden. Soms staat dat bedrag vast en soms is dat volledig vrij te bepalen in onderhandeling. Voor de leesbaarheid gebruiken we de term “verrichting” in dit artikel en dat omvat beide aspecten.
2. Er zijn ook andere manieren om tot afspraken te komen: door middel van budgetafspraken, aanneemsommen, prijslijsten, maar dat voert dit artikel te ver om uiteen te zetten.
3. Het is natuurlijk mogelijk om als alternatief voor een zorgbundel en met name voor zorg die nu niet vergoed wordt een nieuwe betaaltitel bij de NZa aan te vragen, maar dat kost enkele jaren en is te weinig flexibel om mee te experimenteren op korte termijn. Het vraagt om vooraf strikt definiëren van zorg die bijdraagt aan uitkomsten, terwijl het juist wenselijk is dat zorgaanbieders ruimte krijgen om te innoveren. Zorgbundels zijn daarom een nieuwe vorm van bekostiging die betalen voor integrale zorg(kosten) met meer flexibiliteit mogelijk maakt en als groot voordeel hebben dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars lokaal aan de slag kunnen om zo’n contract op te stellen.
4. Er kunnen echter grote verschillen tussen zorgaanbieders zijn in de onderliggende kostenstructuur. Inkoop op waarde gaat daarom nog een stap verder dan uitkomstbekostiging: dan worden ook de kosten om de gezondheid te verbeteren expliciet onderdeel van het contract (HCP-LAN 2017; Porter and Kaplan 2016). Inkoop op waarde heeft als vertrekpunt dat kwaliteitsverhoging niet tegen elke prijs kan worden gerealiseerd.
5. Dit soort indicatoren heten Potentially Avoidable Complications (PAC’s).
6. Er zijn overigens vormen van bekostiging, waarbij het verzekeringsrisico wel naar de aanbieder verschuift.
7. <https://www.qruux.com/ketensamenwerking-verbetert-longzorg-in-nijkerk/> Geraadpleegd op 30/01/2019.
8. <https://www.artsenauto.nl/value-based-health-care-niet-geschikt-voor-ggz/> Geraadpleegd op 30/01/2019.
9. <https://www.tubantia.nl/enschede/twentse-ggz-instelling-dimence-blij-met-enlsquo-prestatiebeloningenrsquo-bij-depressies~aacc6d0e/> Geraadpleegd op 30/01/2019.
10. <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/zorgverzekeraar-menzis-vergoedt-behandeling-depressies-voortaan-op-basis-van-de-resultaten~b018884b4/> Geraadpleegd op 30/01/2019.
11. <https://www.hartpatiënten.nl/nieuws/minister-blij-met-contracten-menzis-wij-blijven-argwaan-koesteren/> Geraadpleegd op 30/01/2019.
12. <https://www.skipr.nl/actueel/id38135-teisberg-geen-waardegedreven-zorg-zonder-volumeslag-.html/> Geraadpleegd op 26/04/2019.
13. <https://www.santeon.nl> Geraadpleegd op 30/01/2019.

## Literatuur

- Barnett ML, Wilcock A, McWilliams JM, Epstein AM, Joynt Maddox KE, Orav EJ, Grabowski DC, Mehrotra A (2019) Two-year evaluation of mandatory bundled payments for joint replacement. *The New England Journal of Medicine* 380: 252–262. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1809010>
- Berenson RA, Upadhyay DK, Delbanco SF, Murray R (2016) Payment methods: How they work. Urban Institute and Catalyst for Payment Reform. [https://www.urban.org/research/publication/payment-methods-how-they-work/view/full\\_report](https://www.urban.org/research/publication/payment-methods-how-they-work/view/full_report)

- Berg M, Nuzum D, Parmar S (2019) The seven characteristics of successful alternative payment models. McKinsey&Company. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-seven-characteristics-of-successful-alternative-payment-models>
- Bruins B (2018) Kamerbrief over ontwikkeling naar uitkomstgerichte zorg 2018–2022. Ministerie van VWS. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/07/02/kamerbrief-over-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022>
- Conrad DA (2015) The theory of value-based payment incentives and their application to health care. *Health Services Research* 50 (Supplement 2): 2057–2089. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12408>
- De Bekker P, Van der Hijden E (2018) In de zorg voelt de winst van de een nu als het verlies van de ander. *Beleid en Maatschappij* (45)1: 80–95. [https://tijdschriften.boombestuurkunde.nl/tijdschrift/benm/2018/1/BenM\\_1389-0069\\_2018\\_045\\_001\\_006](https://tijdschriften.boombestuurkunde.nl/tijdschrift/benm/2018/1/BenM_1389-0069_2018_045_001_006)
- Dummit LA, Kahvecioglu D, Marrufo G, Rajkumar R, Marshall J, Tan E, Press MJ, Flood S, Muldoon LD, Gu Q, Hassol A, Bott DM, Bassano A, Conway PH (2016) Association between hospital participation in a medicare bundled payment initiative and payments and quality outcomes for lower extremity joint replacement episodes. *JAMA*. 316(12): 1267–1278. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.12717>
- Felland L, Lipson D, Heeringa J (2018) Examining New York’s delivery system reform incentive payment demonstration: Achievements at the demonstration’s midpoint and lessons for other states. Centers for Medicare & Medicaid Services (Baltimore). <https://www.mathematica-mpr.com/our-publications-and-findings/publications/examining-new-yorks-delivery-system-reform-incentive-payment-demonstration-achievements>
- Finkelstein A, Ji Y, Mahoney N, Skinner J (2018) Mandatory medicare bundled payment program for lower extremity joint replacement and discharge to institutional postacute care. Interim analysis of the first year of a 5-year randomized trial. *JAMA*. 320(9): 892–900. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12346>
- George M, Bencie S, Bleiberg S, Alawa N, Sanghavi D (2014) Case study: Delivery and payment reform in congestive heart failure at two large academic centers. *Healthcare* 2(2):107–112. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2014.04.001>
- Ginsburg PB, Grossman JM (2005) When the price isn’t right: How inadvertent payment incentives drive medical care. *Health Affairs* 24(Supplement 1): 376–384. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.w5.376>
- HCP-LAN (2017) Alternative Payment Model (APM) framework. The MITRE Corporation; 17–2546. <http://hcp-lan.org/workproducts/apm-refresh-whitepaper-final.pdf>
- Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB (2011) The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Affairs* 30(11): 2116–2124. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0784>
- Jeurissen PPT, Maarse JAM, Tanke M (2018) Betaalbare zorg. SDU uitgevers (Den Haag).
- Joynt Maddox KE, Sen AP, Samson LW, Zuckerman RB, DeLew N, Epstein AM (2017) Elements of program design in Medicare’s value-based and alternative payment models: a narrative review. *Journal of General Internal Medicine* 32(11): 1249–1254. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4125-8>
- Kamel P, Kumar A, Latkovic T, Moss C, Nuzum D (2018) Extending the use of episode analytics beyond alternative payment models. McKinsey&Company. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/extending-the-use-of-episode-analytics>
- KPMG (2017) Moving the needle on payment reform - Designing policies that incentivize the shift to value-based models. <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2017/09/moving-the-needle-on-payment-reform.pdf>
- McGuire TG (2012) Physician agency and payment for primary medical care. In Glied S, Smith PC (Eds) *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press (Oxford). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0025>
- Mechanic R (2016) Medicare’s bundled payment initiatives: Considerations for providers. American Hospital Association (Washington DC). <https://www.aha.org/system/files/content/16/issbrief-bundledpmt.pdf>
- Miller HD (2009) From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Affairs* 28(5): 1418–1428. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1418>
- Nussbaum S, McClellan M, Metlay G (2018) Principles for a framework for alternative payment models. *JAMA*; 319(7): 653–654. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.20226>
- Nza (Nederlandse Zorgautoriteit) (2018) Advies bekostiging medisch-specialistische zorg “Belonen van zorg die waarde toevoegt”. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_252732\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_252732_22/1/)
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2016) Better ways to pay for health care. <http://www.oecd.org/publications/better-ways-to-pay-for-health-care-9789264258211-en.htm>
- Porter ME, Kaplan RS (2016) How to pay for health care. *Harvard Business Review* 94(7–8): 88–98, 100, 134. <https://hbr.org/2016/07/how-to-pay-for-health-care>
- Prometheus Analytics (2018) Episodes of Care Definitions. Volume 5.5. Altarum. <http://prometheusanalytics.net/deeper-dive/episode-care-definitions>
- Ryan AM (2018) Medicare bundled payment programs for joint replacement: Anatomy of a successful payment reform. *JAMA* 320(9): 877–879. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.11787>
- Sanderson J, Lonsdale C, Mannion R, Matharu T (2015) Towards a framework for enhancing procurement and supply chain management practice in the NHS: lessons for managers and clinicians from a synthesis of the theoretical and empirical literature. *Health Services and Delivery Research* 3(18) (Southampton, UK). <https://doi.org/10.3310/hsdr03180>
- Schepens MHJ, Ziedses des Plantes CMP, Somford DM, Van Erkelens JA, Cremers RG, De Vries S, Aben KH, Hoekstra R, Stienen JJC, Wijsman BP, Busstra MB, Van Limbeek J (2018) Hoe vaak incontinentie na radicale prostatectomie? Incidentie bepaald op basis van declaratie incontinentiemateriaal. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 162: D2294. [https://www.ntvg.nl/system/files/publications/d2294\\_0.pdf](https://www.ntvg.nl/system/files/publications/d2294_0.pdf)
- Steenhuis S, Struijs JN, Koolman X, Ket J, Van der Hijden EJE (2019) Unraveling the complexity in the design and implementation of bundled payments: a scoping review based framework of key elements from a payer’s perspective. Manuscript geaccepteerd voor publicatie bij *The Milbank Quarterly*.
- Struijs JN, Van Gils P, De Vries EF, Baan CA, Rosenthal MB (2018) Current state of bundled payments around the world (in preparation). Issue brief: The Commonwealth Fund.

- Taskforce de juiste zorg op de juiste plek (2018) <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
- Tsiachristas A (2015) Payment and economic evaluation of integrated care. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam. <https://doi.org/10.5334/ijic.2009>
- Zorginstituut Nederland (2018) Meer patiëntregie door meer uitkomst informatie in 2022. Diemen. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/06/28/rapport-meer-patientregie-door-meer-uitkomst-informatie-in-2022>

## Bijlage 1

asd1

| Betreft                                                                                                                                                                  | Nr. | Vraag waarop contract element antwoord geeft?                                                                   | Naam contract element                                                | Omschrijving                                                                                                                                                                                                                    | Standaard element? | Uniforme afspraken? | Ref.  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|-------|
| <b>A. Contractpartij</b>                                                                                                                                                 | 1   | Met wie sluit je het contract af?                                                                               | <b>Rechtsperso(o)n(en)</b>                                           | de rechtsperso(o)n(en) waarmee het contract wordt gesloten. <sup>1</sup>                                                                                                                                                        | Nee                | Nee                 | 3, 7  |
|                                                                                                                                                                          | 2   | Wie kan een bundelafpraak krijgen?                                                                              | <b>Instapvoorwaarde(n)</b>                                           | de voorwaarden waaronder rechtsperso(o)n(en) een contract kunnen krijgen. <sup>2</sup>                                                                                                                                          | Nee                | Nee                 | 2     |
| <b>B. Contract</b>                                                                                                                                                       | 1   | Wat is het startjaar?                                                                                           | <b>Startjaar</b>                                                     | Startjaar.                                                                                                                                                                                                                      | Ja                 | Nee                 |       |
|                                                                                                                                                                          | 2   | Voor hoe lang wordt een contract afgesloten?                                                                    | <b>Looptijd</b>                                                      | afspraken over de looptijd van het contract. <sup>3</sup>                                                                                                                                                                       | Ja                 | Nee                 | 10    |
|                                                                                                                                                                          | 3   | Hoe monitor je de afspraken over zorgkosten en kwaliteit?                                                       | <b>Monitoring</b>                                                    | Afspraken over de manier waarop de afspraken in het contract worden gemonitord. <sup>4</sup>                                                                                                                                    | Ja                 | Ja                  | 6, 9  |
|                                                                                                                                                                          | 4   | Hoe reken je af?                                                                                                | <b>Afrekenen</b>                                                     | Afspraken over de manier waarop en de periode waarover (tussentijds) financiële resultaten worden bepaald. <sup>5</sup>                                                                                                         | Ja                 | Ja                  | 10    |
| <b>C. Afbakening doelgroep en patient-journey: Dit is belangrijk om achteraf discussies over wie onder de bundel valt, 'loss to follow-up' en 'gaming' te voorkomen.</b> | 1   | Welke patiënten zitten er in het zorgpad en de bundel?                                                          | <b>Inclusiecriteria</b>                                              | Het inclusiecriteria betreft een specificatie van de doelgroep van het contract. <sup>6</sup>                                                                                                                                   | Ja                 | Ja                  | 2     |
|                                                                                                                                                                          | 2   | Wanneer wordt een patiënt precies in het zorgpad geïncludeerd?                                                  | <b>Trigger event of openingscriterium zorg-bundel</b>                | Het openingscriterium of trigger event betreft een specificatie van wanneer het zorgproces start dat binnen de bundel valt. <sup>7</sup>                                                                                        | Ja                 | Ja                  | 1, 5  |
|                                                                                                                                                                          | 3   | Hoe herken je deze patiënten in de administratie van de zorgaanbieder en de declaraties van de zorgverzekeraar? | <b>Identificatiecriterium patiënten in de bundel</b>                 | Het identificatiecriterium betreft een nadere administratieve specificatie van het trigger event of het identificatiecriterium hoe verzekeren/patiënten die binnen de bundel vallen geïdentificeerd kunnen worden. <sup>8</sup> | Ja                 | Ja                  | 2, 10 |
|                                                                                                                                                                          | 4   | Tot welk moment in het zorgpad vallen alle kosten onder het bundeltarief?                                       | <b>Sluitingscriterium zorg-bundel</b>                                | Het sluitingscriterium betreft een specificatie van wanneer het zorgproces dat binnen de bundel valt eindigt. <sup>9</sup>                                                                                                      | Ja                 | Ja                  | 1, 5  |
|                                                                                                                                                                          | 5   | Op basis waarvan kan een patiënt die in het bundelcontract toch geëxcludeerd worden?                            | <b>Exclusiecriteria patiënten</b>                                    | Het exclusiecriteria of de "bundelbreker" betreft een limitatieve specificatie van redenen om een geïncludeerde patiënt na inclusie, gedurende de looptijd van de bundel toch nog te excluderen van het contract. <sup>10</sup> | Ja                 | Ja                  | 2, 10 |
| <b>D. Afbakening zorgbundel o.b.v. patient-journey</b>                                                                                                                   | 1   | Voor welke zorg in de bundel wordt één bedrag betaald?                                                          | <b>Geïncludeerde zorgkosten in de bundel voor en na triggerevent</b> | Afspraken over het pakket van zorg waarvoor één bedrag betaald wordt. Dat pakket wordt zo gedetailleerd als mogelijk gespecificeerd op basis van declaratiecodes. <sup>11</sup>                                                 | Ja                 | Ja                  | 6, 8  |
| <b>E. Bedrag per patiënt</b>                                                                                                                                             | 1   | Hoe wordt het bundelbedrag uitbetaald?                                                                          | <b>Betaaltitel zorg in bundel</b>                                    | Afspraken over welke declaraties van een geïncludeerd patiënt worden gebruikt om het afgesproken bundelbedrag te betalen en/of savings uit te keren c.q. risk terug te vorderen. <sup>12</sup>                                  | Ja                 | Ja                  |       |
|                                                                                                                                                                          | 2   | Voor hoeveel jaar is de bundelprijs gegarandeerd voor de contractpartij?                                        | <b>Periode waar afspraak prijs voor geldt</b>                        | Afspraken over het aantal jaren waarvoor een bundelprijs wordt vast gelegd. Dat kan identiek zijn aan de looptijd van het contract, maar kan ook korter zijn. <sup>13</sup>                                                     | Ja                 | Nee                 |       |
|                                                                                                                                                                          | 3   | Hoe wordt de bundelprijs vastgesteld?                                                                           | <b>Tariefstelling prijs bundel</b>                                   | afspraken over de hoogte van het bedrag dat per patiënt wordt betaald. <sup>14</sup>                                                                                                                                            | Ja                 | Nee                 | 11    |
|                                                                                                                                                                          | 4   | Wordt de bundelprijs gedurende de afgesproken tijd nog gecorrigeerd of aangepast?                               | <b>Correctie bundelprijs voor prijsontwikkelingen</b>                | Afspraken over de tussentijdse correcties van de bundelprijs aan trendmatige prijsontwikkelingen. <sup>15</sup>                                                                                                                 | Ja                 | Nee                 | 2, 6  |

| Betreft                                                          | Nr. | Vraag waarop contract element antwoord geeft?                                                                                      | Naam contract element                                   | Omschrijving                                                                                                                                                                                               | Standaard element? | Uniforme afspraken? | Ref.     |
|------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------|
| <b>F. Kwaliteitsdoelstellingen</b>                               | 1   | Op welke kwaliteitsaspecten of uitkomsten van het zorgpad wordt de zorgaanbieder beoordeeld                                        | <b>Kwaliteitsaspecten</b>                               | Afspraken over de kwaliteitsaspecten waarop de zorgaanbieder beoordeeld wordt in het kader van bundelinkoop. <sup>16</sup>                                                                                 | Ja                 | Ja                  | 4, 7, 10 |
|                                                                  | 2   | Hoe worden die aspecten of uitkomsten geoperationaliseerd?                                                                         | <b>Operationalisatie kwaliteitsdoelstellingen</b>       | Afspraken over de operationalisatie van de kwaliteitsaspecten in het bundelcontract. <sup>17</sup>                                                                                                         | Ja                 | Ja                  | 10, 12   |
|                                                                  | 3   | Welke doelstellingen worden er afgesproken voor de kwaliteit of uitkomsten van het zorgpad en hoe vertalen die zich naar beloning? | <b>Beloning voor kwaliteit</b>                          | Afspraken over kwaliteitsdoelstellingen en de beloning bij het halen van die doelen bij bundelinkoop. <sup>18</sup>                                                                                        | Ja                 | Nee                 |          |
| <b>G. Financiële doelstellingen</b>                              | 1   | Zijn er aanvullende financiële doelstellingen bij het afgesproken bundelbedrag?                                                    | <b>Financiële doelstelling zorg in de bundel</b>        | Afspraken over aanvullende financiële doelstellingen van zorgkosten in de bundel. <sup>19</sup>                                                                                                            | Ja                 | Nee                 | 2, 6     |
|                                                                  | 2   | Is verminderen van zorgkosten bij bijvoorbeeld andere zorgaanbieders, een onderdeel van het contract?                              | <b>Beïnvloede zorgkosten</b>                            | Afspraken over kosten van zorg die buiten de zorgbundel vallen, maar die als gevolg van de zorgbundel wel kunnen veranderen doordat deze niet meer gemaakt worden of het volume ervan daalt. <sup>20</sup> | Ja                 | Nee                 | 2, 6     |
|                                                                  | 3   | Is er een maximum bedrag aan savings dat de zorgverzekeraar uitkeert aan de zorgaanbieder?                                         | <b>Maximum shared savings</b>                           | Afspraken over het maximum uit te keren savings aan een zorgaanbieder. <sup>21</sup>                                                                                                                       | Ja                 | Nee                 | 7        |
| <b>H. Limitering financiële en volume risico's zorgaanbieder</b> | 1   | Is er een maximum aan het financiële risico dat de zorgaanbieder loopt?                                                            | <b>Beperking risico extreme zorgkosten</b>              | Afspraken over de manier en waarop en/of de hoogte van het financiële risico voor een zorgaanbieder worden beperkt van een vast bedrag per patiënt. <sup>22</sup>                                          | Ja                 | Nee                 |          |
|                                                                  | 2   | Wie draagt het risico dat de zorgaanbieder meer patiënten behandelt na afsluiten van het bundelcontract?                           | <b>Afspraken over volume risico patiënten in bundel</b> | Afspraken of volume patiënten als gevolg van het contract mag groeien, zo ja in welke mate of dat het een open volume is. <sup>23</sup>                                                                    | Ja                 | Nee                 | 4        |

## Noten bijlage 1

- Een zorgbundel kan de zorg van meerdere zorgaanbieders omvatten: de vraag met wie het contract wordt gesloten is dan relevant. Dat speelt met name bij bundels waarbij meerdere aanbieders zijn betrokken en bij bundels waarbij substitutie van zorg mogelijk gewenst is. Bij samenwerking van meerdere zorgaanbieders bij een bundel, is het denkbaar dat er een nieuwe rechtspersoon ontstaat, maar het kan ook dat er met een samenwerkingsovereenkomst wordt gewerkt of dat een rechtspersoon als hoofdaannemer functioneert en alle anderen als onderaannemer.
- Bij bundelinkoop kunnen specifieke instapvoorwaarden van toepassing zijn. Het kan gaan om de beschikbaarheid van kwaliteitsdata, minimum volumes t.a.v. het aantal geïnccludeerde patiënten, de juridische status van de contractpartij (als het gaat om verschillende zorgaanbieders in een keten) en de kwaliteit van de governance (bij volledig risicodragende projecten met een grote financiële impact).
- De veranderingen in het zorgproces die met zorgbundels worden beoogd hebben een soms lange doorlooptijd en daarom zijn meerjarige afspraken van groot belang.
- Bij bundelinkoop worden afspraken gemaakt over kosten per verzekerde/patiënt: dat bedrag wordt meestal gedeclareerd via bestaande prestaties. Bij één instelling overziet de zorgaanbieder dat zelf, maar bij meerdere aanbieders is monitoring essentieel. Dat geldt ook voor de geleverde kwaliteit. Het kan wenselijk zijn om de monitoring door een onafhankelijke partij te laten doen. Een tweede aspect van monitoring is dat de nota's voor geïnccludeerde zorgkosten bij bundelinkoop mogelijk op een andere manier beoordeeld worden dan bij reguliere inkoop. Dat wordt per nota gekeken of deze rechtmatig en doelmatig is. Bij bundelinkoop worden de nota's in samenhang bezien.
- Om alle partijen gemotiveerd te houden en om investeringen door zorgaanbieders mogelijk te maken, is het van belang om tussentijds af te rekenen. Voor verzekeraars is het essentieel i.v.m. betrouwbare premie berekening.
- Voor de geïnccludeerde patiënten vervalt de gangbare vorm van betalen per verrichting als methode van betalen en gelden als gevolg van het contract andere voorwaarden voor het monitoren en afrekenen.
- Dit criterium is vooral van belang voor de zorg professionals zodat zij weten welke patiënten eronder vallen. Denk aan bijvoorbeeld aan het stellen van de

- diagnose en het openen van een initiële DOT.
- 8 Zorgaanbieders worden integraal en financieel verantwoordelijk voor de patiënt waarvoor via een bundel wordt betaald. Het identificatie criterium moet daarom objectief zijn en voor alle contractpartijen, los van elkaar te identificeren, zodat alle partijen dezelfde patiënten of verzekerden includeren in de bundel. Het tijdstip waarop identificatie zichtbaar is voor aanbieders is eerder dan voor verzekeraars i.v.m. de tijd die de nota afhandeling kost (vb. DOT).
  - 9 De afbakening van het zorgproces in de bundel is essentieel om de het zorgpad af te bakenen waar een aanbieder verantwoordelijk voor wordt. Meestal gaat het om een periode na het trigger event: bijvoorbeeld 90 dagen of een jaar. Deze periode is zo gekozen dat alle relevante zorg geïncludeerd kan worden en ook mogelijke complicaties.
  - 10 Er kunnen redenen zijn om een patiënt gedurende de bundel toch te excluderen. Dat is bijvoorbeeld dat de verzekerde switcht naar een andere verzekeraar die geen bundelcontract hanteert, terwijl de behandeling wel gecontinueerd wordt. Gebruik van geïncludeerde zorg door een andere zorgverlener dan waarmee een contract is gesloten is nadrukkelijk geen exclusiecriteria of verwijzing naar andere aanbieder bij een complicatie.
  - 11 Dit onderdeel is om een aantal redenen belangrijk. Allereerst krijgt de aanbieder een vast bedrag per patiënt en loopt de aanbieder een nader af te spreken financieel risico op het afgesproken bedrag voor de te leveren zorg. Het is dus belangrijk om heel specifiek en op declaratieniveau vast te stellen, welke declaraties wel en welke niet in de zorgbundel vallen. Als bepaalde declaraties (voor complicaties bijvoorbeeld) niet gedeclareerd worden door de contractpartij en al de kwaliteitsdoelstelling is voldaan, kan dat de basis zijn voor shared savings (afhankelijk van de afspraken). Er kunnen overigens redenen zijn om niet alle zorg die samen hangt met zorgpad in de afgesproken bundel en bundelprijs te includeren. Het kan zijn dat bij de afgesproken patiëntgroep relatief zeldzame maar kostbare complicaties op kunnen treden. Die maken het berekenen van een bundelprijs te complex en kunnen reden zijn voor aanbieders om niet deel te nemen aan een bundelcontract.
  - 12 Zorgverzekeraars zijn beperkt in het betalen van bedragen aan aanbieders. Er moet een wettelijke betaaltitel zijn. Dat geldt specifiek voor de uitkering van de shared savings. Veelal is dat daarom een nabetaling op een geleverde prestatie. Bijvoorbeeld een toeslag op een DOT prijs bij ziekenhuizen of een toeslag op het inschrijftarief bij huisartsen.
  - 13 Zorgbundels hebben tot doel innovatie te stimuleren om tot hogere kwaliteit te komen tegen gelijkblijvende of lagere kosten. Dat vraagt soms om investeringen die zich pas op termijn terugverdienen. Daarom is het van belang dat de contractpartij weet hoelang de periode is waarvoor een vast tarief wordt betaald.
  - 14 De hoogte van de shared savings hangt direct samen met de hoogte van de afgesproken prijs. Is deze te hoog, dan betaalt de zorgverzekeraar savings uit zonder dat het bijdraagt aan kostenbeheersing. Is deze te laag, dan is het rendement voor de zorgaanbieder op voorhand beperkt. Een goede mix van deze belangen is daarom relevant. Daarbij kan rekening worden gehouden met lokale omstandigheden als case mix of afwijkende prijzen.
  - 15 Bij bundels waarbij de kostenontwikkeling sterk samenhangt met landelijke kostenontwikkelingen (bv. voor medicijnen) of de geïncludeerde patiëntenpopulatie sterk afwijkt van de landelijke populatie en relatief klein is, is het wenselijk om de bundelprijs te corrigeren voor landelijke trendmatige ontwikkelingen. Doel is dat beide partijen het bundelbedrag als fair ervaren.
  - 16 Om de focus op kwaliteit te versterken, worden kwaliteitsafspraken gemaakt over de voor patiënten relevante uitkomsten van zorg. Daarnaast worden kwaliteitsafspraken gemaakt om te voorkomen dat besparingen op de geïncludeerde kosten leiden tot onder behandeling, worden er kwaliteitsafspraken gemaakt. Deze moeten behaald worden voordat er savings betaald worden.
  - 17 Bij elke kwaliteitsparameter dient te worden uitgewerkt hoe deze precies geoperationaliseerd is, wat de bron van de data is, welke peiljaar als vertrekpunt wordt genomen, etc. Het kan zijn dat de beschikbaarheid van deze data een voorwaarde is om deel te nemen aan een bundelcontract.
  - 18 Als de zorgaanbieder hogere kwaliteit levert dan de afgesproken drempel dan wordt dat beloond. Dat kan zijn door een hoger percentage van de shared savings, een toeslag op de shared savings, groei van het marktaandeel, preferred providership, etc.
  - 19 De zorgaanbieder krijgt een gegarandeerd bedrag voor de zorg in de bundel om zo besparingen te stimuleren. Toch kunnen er ook aanvullende financiële doelstellingen zijn, bijvoorbeeld dat de kosten lager moeten zijn dan de landelijke trend van de kosten in de bundel.
  - 20 Als de contractpartij investeert in de eigen zorg dan leidt dat tot minder zorgkosten verderop in de keten (bij een andere zorgaanbieder). Dit is bijvoorbeeld het geval bij projecten met huisartsen en preventie van zorg in de tweede lijn. Een bundel definiëren van eerste- en tweedelijnszorg samen, zou de bundel te complex maken omdat deze zowel de huisarts als meerdere ziekenhuizen omvat. Op deze wijze zijn afspraken met de huisarts over shared savings in de tweedelijns mogelijk. Bij zorgbundels die met ziekenhuizen worden afgesproken, is dit minder aan de orde omdat deze vermijdbare complicaties vaak juist nadrukkelijk onderdeel zijn van de zorg in de bundel. Kortom: het gaat om vermindering van complicaties die behandeld worden door een partij die geen onderdeel is van het contract.

- 21 De hoogte van de shared savings is veelal gerelateerd aan een nulmeting van de zorgkosten in de bundel en de zorgkosten beïnvloed door de bundel. In principe is daarmee de hoogte van de shared savings al op voorhand beperkt. Het kan zijn dat er aanvullende afspraken zijn: bijvoorbeeld dat een percentage gekort wordt door de verzekeraar om de kosten van het contract of initiële investeringen te dekken. Dat is het geval als de verzekeraar de investeringen van de zorgaanbieder voorfinanciert.
- 22 Zorgbundels hebben tot doel om de zorgaanbieder risicodragend te maken voor variatie in zorgverlening en vermijdbare complicaties. Als dat risico niet gemaximeerd is, kan het zijn dat zorgaanbieders liever voor traditioneel inkoop kiezen dan voor een bundelcontract. Er zijn verschillende manieren om het risico te beperken. (1) Door behandelingen met zeer hoge kosten die weinig voorkomen expliciet uit te sluiten. (2) Door kosten voor een verzekerde te maximeren tot een bepaald bedrag waarna de zorgverzekeraar de extra kosten betaald. (3) Door het af spreken van een minimum aantal patiënten als instapvoorwaarde om het risico voor een zorgaanbieder beter te spreiden.
- 23 Bij een zorgbundel wordt een prijs per geïncludeerde patiënt of verzekerde afgesproken. Een effect van een bundel kan zijn dat het marktaandeel van een aanbieder stijgt omdat er een toestroom komt van patiënten van andere aanbieders, als gevolg van gewijzigde patiëntvoorkeuren. In het contract worden daarom afspraken gemaakt over wie het volumerisico draagt: de zorgaanbieder of de verzekeraar. Dit hangt af van de aandoening of behandeling. Als er veel praktijkvariatie is op de diagnose (bv bij heup/knie vervanging) kan een open volume leiden tot lagere indicatiedrempel voor behandeling. In dat geval is het voor de hand liggend dat het er zeer beperkte volume groei is. Bij aandoeningen met een lage praktijk variatie op de indicatie of ontbreken ervan (bv zwangerschap of HIV) is het logisch dat het volume risico bij de zorgverzekeraar ligt. Het volume effect is dan meer als een verzekeringsrisico te typeren.

## Referenties bijlage 1

1. Averill RF, Goldfield NI, Hughes JS, Eisenhandler J, Vertrees JC (2009) Developing a prospective payment system based on episodes of care. *Journal of Ambulatory Care Management* 32(3): 241-251. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e3181ac9d6f>
2. Bailit M, Burns MBAM, Houy MPPM (2015) Bundled payments one year later: an update on the status of implementations and operational findings. In: Health Care Incentives Improvement Institute issue brief. <http://www.bailit-health.com/publications/2013-0610-HCI3-issue%20brief.pdf>
3. Bushnell BD (2015) Bundled payments in orthopedic surgery. *Orthopedics* 38(2):128-135. <https://doi.org/10.3928/01477447-20150204-06>
4. Conrad DA (2015) The theory of value-based payment incentives and their application to health care. *Health Services Research* 50(2): 2057-2089. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12408>
5. Berenson RA, Upadhyay DK, Delbanco SF, Murray R (2016) Payment methods: How they work. Urban Institute and Catalyst for Payment Reform. [https://www.urban.org/research/publication/payment-methods-how-they-work/view/full\\_report](https://www.urban.org/research/publication/payment-methods-how-they-work/view/full_report)
6. Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB (2011) The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Affairs* 30(11): 2116-2124. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0784>
7. Mechanic R (2016) Medicare's bundled payment initiatives: Considerations for providers. American Hospital Association (Washington DC). <https://www.aha.org/system/files/content/16/issbrief-bundledpmt.pdf>
8. Miller HD (2012) Overcoming barriers to payment reform. Center for healthcare quality and payment reform. <http://www.chqpr.org/downloads/OvercomingBarrierstoPaymentReform.pdf>
9. Pham HH, Ginsburg PB, Lake TK, Maxfield MM (2010) Episode-based payments: Charting a course for health care payment reform. National Institute for Health Care Reform Policy Analysis No. 1. <https://www.nihcr.org/publications/episode-based-payments/>
10. Porter ME, Kaplan RS (2015) How should we pay for health care? Harvard Business Review (working paper). [https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/15-041\\_1af09bde-47f9-4364-bad6-aaac-464be909.pdf](https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/15-041_1af09bde-47f9-4364-bad6-aaac-464be909.pdf)
11. Shih T, Chen LM, Nallamothu BK (2015) Will bundled payments change health care? Examining the evidence thus far in cardiovascular care. *Circulation* 131(24): 2151-2158. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010393>
12. Sutherland JM, Hellsten E, Yu K (2012) Bundles: An opportunity to align incentives for continuing care in Canada? *Health Policy*, 107(2-3): 209-217. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.02.007>
13. KPMG (2017) Moving the needle on payment reform – Designing policies that incentivize the shift to value-based models. <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2017/09/moving-the-needle-on-payment-reform.pdf>
14. KPMG (2016) New care models – Learning from New York state's Medicaid reforms. <https://www.youtube.com/watch?v=yZ30la-6Dgg>
15. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2016) Better ways to pay for health care. <http://www.oecd.org/publications/better-ways-to-pay-for-health-care-9789264258211-en.htm>

## Bijlage 2

asd2 Details Nederlandse voorbeelden zorgbundelcontracten.

| Longzorg-Nijkerk             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doel van het contract        | Betere zorg voor longpatiënten, door huisartsen meer ruimte te geven voor investeren in leefstijlbegeleiding, vroegsignalering en gezondheidsvaardigheden                                                                                                                                                                         |
| Patiëntgroep                 | Huisartsen patiënten met COPD, astma of het vermoeden hiervan, verzekerd bij Zilveren Kruis                                                                                                                                                                                                                                       |
| Contractpartij               | Huisartsenpraktijken, samenwerkend in stichting gezondheidscentra Nijkerk en Zilveren Kruis                                                                                                                                                                                                                                       |
| Zorg waarvoor betaald wordt  | Huisartsen ontvangen een toeslag op het inschrijftarief                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Kwaliteitsmaat               | Vermindering van het aandeel van de COPD patiënten dat voor longzorg in een ziekenhuis wordt opgenomen                                                                                                                                                                                                                            |
| Te verdelen savings          | Bespaarde kosten van ziekenhuiszorg bij de COPD patiënten                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Verdeling savings            | Hoe sterker het aandeel patiënten met ziekenhuisopnames daalt, des te hoger is het aandeel dat huisartsen ontvangen van de savings                                                                                                                                                                                                |
| Verschil met FFS bekostiging | De huisartsen ontvangen in plaats van een bedrag voor de behandeling van COPD patiënten (FFS), een bedrag per verzekerde. Hierdoor krijgen zij de ruimte om zorg te leveren waar geen traditionele betaaltitel voor bestaat en wordt preventie gestimuleerd.                                                                      |
| Hart-Vaatzorg Nieuwegein     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Doel van het contract        | Betere zorg voor longpatiënten, door huisartsen meer ruimte te geven voor investeren in leefstijlbegeleiding, vroegsignalering en gezondheidsvaardigheden                                                                                                                                                                         |
| Patiëntgroep                 | Huisartsen patiënten met (beginnende) hart-vaatzorg gerelateerde geneesmiddelen, verzekerd bij Zilveren Kruis                                                                                                                                                                                                                     |
| Contractpartij               | Deelnemende huisartsenpraktijken en Zilveren Kruis                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Zorg waarvoor betaald wordt  | Huisartsen ontvangen een toeslag op het inschrijftarief                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Kwaliteitsmaat               | Vermindering van het aandeel van de hart-vaatpatiënten dat voor hart-vaatzorg in een ziekenhuis wordt opgenomen                                                                                                                                                                                                                   |
| Te verdelen savings          | Bespaarde kosten van ziekenhuiszorg bij de hart-vaatpatiënten                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Verdeling savings            | Hoe sterker het aandeel ziekenhuisopnames daalt, des te hoger is het aandeel dat huisartsen ontvangen van de savings                                                                                                                                                                                                              |
| Verschil met FFS bekostiging | De huisartsen ontvangen in plaats van een bedrag voor de behandeling van hart-vaatzorg patiënten (FFS), een bedrag per verzekerde. Hierdoor krijgen zij de ruimte om zorg te leveren waar geen traditionele betaaltitel voor bestaat en wordt preventie gestimuleerd.                                                             |
|                              | Hierdoor krijgen zij de ruimte om zorg te leveren waar geen traditionele betaaltitel voor bestaat en wordt innovatie gestimuleerd                                                                                                                                                                                                 |
| HIV - OLVG                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Doel van het contract        | Optimaliseren van gezondheidssituatie en kwaliteit van leven van de HIV patient, door de zorg aan te passen als dat nodig is.                                                                                                                                                                                                     |
| Patiëntgroep                 | Alle Zilveren Kruis verzekerden met diagnose HIV, gediagnosticeerd bij of doorverwezen naar het OLVG                                                                                                                                                                                                                              |
| Contractpartij               | OLVG en Zilveren Kruis                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Zorg waarvoor betaald wordt  | HIV behandeling conform opgestelde lijst met dot codes voor ziekenhuis zorg en ATC codes voor extramurale farmacie                                                                                                                                                                                                                |
| Kwaliteitsmaat               | 1. "Cascade van hiv-zorg": aandeel van geïnfecteerde dat kent zijn/haar hiv-status kent, wordt behandeld en een onderdrukte virale load heeft en 2. CVR: Risicoscore voor cardiovasculaire events                                                                                                                                 |
| Te verdelen savings          | Het verschil tussen de gedeclareerde zorg en de verwachte kosten (bundelbedrag)                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Verdeling savings            | Bij verbetering uitkomsten op Cascade of Care en CVR ontvangt de contractpartij een groter deel van de te verdeling savings                                                                                                                                                                                                       |
| Verschil met FFS bekostiging | Het OLVG ontvangt een vast bedrag per patient per jaar en krijgt daardoor de ruimte om de zorg te leveren die meest effectief is, ook als daar geen traditionele betaaltitel voor bestaat. Prikkel op leveren van kwaliteit doordat het OLVG bij verbetering van de kwaliteitsuitkomsten een groter deel van de savings ontvangt. |
| Herseninfarct - Erasmus      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Doel van het contract        | Minimaliseren van blijvende functionele beperkingen en maximaliseren van kwaliteit van leven voor patiënten met een herseninfarct, door het leveren van gepaste en kwalitatief hoogwaardige en geïntegreerde zorg tegen de laagst mogelijke kosten                                                                                |
| Patiëntgroep                 | Zilveren Kruis verzekerden die primair bij Het Erasmus MC binnenkomen met initiaaldiagnose I111 of I112 (acuut herseninfarct) in het EPD                                                                                                                                                                                          |
| Contractpartij               | Erasmus MC en revalidatie instellingen in de regio Rotterdam (Rijndam Revalidatie, Laurens, Aafje, Transmitt) en Zilveren Kruis                                                                                                                                                                                                   |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zorg waarvoor betaald wordt  | Behandeling in ziekenhuis en revalidatiecentra (MSR en GRZ) voor zorg gerelateerd aan en volgend op de diagnose acuut herseninfarct, conform opgestelde lijst                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Kwaliteitsmaat               | Ondervonden hinder van schotten in zorg (PREM-Pricker), Kwaliteit van leven (EQ-5D), Zelfstandig functioneren (mRS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Te verdelen savings          | Het verschil tussen de gedeclareerde zorg en de verwachte kosten (bundelbedrag)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Verdeling savings            | Bij hogere kwaliteitsuitkomsten ontvangt de contractpartij een groter deel van de te verdeling savings                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Verschil met FFS bekostiging | Bij FFS krijgt elke partij betaald voor een deel van de zorg. Meer doen levert meer geld op voor de contractpartij, ook als dit uiteindelijk niet leidt tot meer kwaliteit van leven voor de patiënt. Bij deze bundelbekostiging krijgt de keten een vast bedrag per patiënt. Dit betekent dat de keten geoptimaliseerd kan worden in plaats van optimalisatie binnen elke contractpartij. Keuzes die financieel onaantrekkelijk waren voor één van deze partijen kunnen nu wel gemaakt worden, omdat het vaste bedrag per patiënt gegarandeerd is (als kwaliteit is zoals afgesproken). Ook is er nu ruimte voor bijvoorbeeld het aanstellen van een casemanager, die over de hele keten heen regie houdt, omdat die nu door de gehele keten betaald kan worden in plaats van door één van de partijen. |

#### Menzis heup- en knie vervanging

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doel van het contract        | Bijdragen aan verbetering van kwaliteit van zorg en verlaging van kosten door deze inzichtelijk te maken. Op basis van inzicht in de uitkomsten kan gericht een verbetercyclus in gang gezet worden.                                                                                              |
| Patiëntgroep                 | Menzis verzekerden die in behandeling zijn i.v.m. een heup- of knie vervanging als gevolg van artrose                                                                                                                                                                                             |
| Contractpartij               | Diverse ziekenhuizen (MSZ) i.h.k.v. regulier landelijk inkoopbeleid (open inschrijving) en Menzis                                                                                                                                                                                                 |
| Zorg waarvoor betaald wordt  | Ziekenhuisbehandeling knie-en-heup vervanging en gerelateerde zorg inclusief complicaties, conform lijst. In 2019/2020 uitbreiding met nazorg buiten MSZ (GRZ en fysiotherapie).                                                                                                                  |
| Kwaliteitsmaat               | Kwaliteitsindicatoren voor pijn, functioneren, kwaliteit van leven, diepe wondinfecties, revisies en deelname aan PROMs                                                                                                                                                                           |
| Te verdelen savings          | Verschil tussen verwachte en werkelijke kosten van zorg waarvoor betaald wordt                                                                                                                                                                                                                    |
| Verdeling savings            | Het verschil tussen de gedeclareerde zorg en de verwachte kosten (bundelbedrag) wordt nabetaald                                                                                                                                                                                                   |
| Verschil met FFS bekostiging | Het verschil tussen de verwachte en de werkelijke kosten wordt uitgekeerd. Hierdoor heeft de zorgaanbieder een extra prikkel om complicaties te verminderen. Kwaliteit van zorg wordt gestimuleerd door uitkomsten van indicatoren te spiegelen en te bespreken, op zoek naar verbeterpotentieel. |

#### Menzis borstkanker

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doel van het contract        | Verbeteren van de uitkomsten van zorg, stimuleren van Samen Beslissen en één vast aanspreekpunt en beheersing van kosten.                                                                                                                                                                        |
| Patiëntgroep                 | Menzis verzekerden met borstkanker, alle stadia, met uitzondering van patiënten met recidief en patiënten met alleen conservatieve behandeling                                                                                                                                                   |
| Contractpartij               | Diverse ziekenhuizen (MSZ) i.h.k.v. regulier landelijk inkoopbeleid (open inschrijving) en Menzis                                                                                                                                                                                                |
| Zorg waarvoor betaald wordt  | Operatieve behandeling van borstkanker, inclusief heropnames, lymfeklierbehandeling, complicaties en constructie, exclusief geneesmiddelen, radiotherapie en systemische behandeling                                                                                                             |
| Kwaliteitsmaat               | PROM en Kwaliteitsindicatoren voor irradicaliteit, survival, borstcontourbehoud en samen beslissen                                                                                                                                                                                               |
| Te verdelen savings          | Verschil tussen verwachte en werkelijke kosten van zorg waarvoor betaald wordt. Hierbij wordt bandbreedte gehanteerd, savings zijn dus per zorgaanbieder gemaximeerd.                                                                                                                            |
| Verdeling savings            | Savings worden nabetaald aan zorgaanbieder                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Verschil met FFS bekostiging | Het verschil tussen de verwachte en de werkelijke kosten wordt uitgekeerd. Hierdoor heeft de zorgaanbieder een extra prikkel om complicaties te verminderen. Kwaliteit van zorg wordt gestimuleerd door uitkomsten van indicatoren te spiegelen en te bespreken, op zoek naar verbeterpotentieel |

#### Menzis hartzorg

|                              |                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doel van het contract        | Bijdragen aan verbetering van kwaliteit van zorg door deze inzichtelijk te maken. Op basis van inzicht in de uitkomsten kan gericht een verbetercyclus in gang gezet worden.                                           |
| Patiëntgroep                 | Menzis verzekerden met coronair lijden, die PCI of CABG ondergaan                                                                                                                                                      |
| Contractpartij               | Diverse ziekenhuizen (MSZ) i.h.k.v. regulier landelijk inkoopbeleid (open inschrijving) en Menzis                                                                                                                      |
| Zorg waarvoor betaald wordt  | PCI en CABG operatie en gerelateerde ziekenhuiszorg, conform opgestelde lijst                                                                                                                                          |
| Kwaliteitsmaat               | Kwaliteitsindicatoren voor chirurgische reëxploratie, kwaliteit van leven, survival, optreden myocardinfarct, CVA, wondinfectie of Target Vessel Revascularisation                                                     |
| Te verdelen savings          | Verschil tussen verwachte en werkelijke kosten van zorg waarvoor betaald wordt plus een bonus/malus bij betere/slechtere uitkomsten op kwaliteitsindicatoren die niet leiden tot separate declaraties                  |
| Verdeling savings            | Het verschil tussen de gedeclareerde zorg en de verwachte kosten (bundelbedrag) wordt nabetaald plus een bonus/malus bij betere/slechtere uitkomsten op kwaliteitsindicatoren die niet leiden tot separate declaraties |
| Verschil met FFS bekostiging | Betere uitkomsten op kwaliteit worden beloond. Daardoor ligt de focus op (voor de patiënt relevante) uitkomsten van zorg.                                                                                              |

| Menzis staar                |                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doel van het contract       | Bijdragen aan verbetering van kwaliteit van zorg en verlaging van kosten door deze inzichtelijk te maken.<br>Op basis van inzicht in de uitkomsten kan gericht een verbetercyclus in gang gezet worden. |
| Patiëntgroep                | Menzis verzekerden, ouder dan 40 jaar, met staaroperatie                                                                                                                                                |
| Contractpartij              | Diverse ziekenhuizen (MSZ) i.h.k.v. regulier landelijk inkoopbeleid (open inschrijving) en Menzis                                                                                                       |
| Zorg waarvoor betaald wordt | Primaire staaroperatie, gerelateerde ziekenhuiszorg en behandeling van nastaar, conform opgestelde lijst                                                                                                |
| Kwaliteitsmaat              | PROM CatQuest en Kwaliteitsindicatoren voor visuswinst, beoogde refractie en deelname PROM                                                                                                              |
| Te verdelen savings         | Vershil tussen verwachte en werkelijke kosten van zorg waarvoor betaald wordt                                                                                                                           |
| Verdeling savings           | Het verschil tussen de gedeclareerde zorg en de verwachte kosten (bundelbedrag) wordt nabetaald                                                                                                         |
| Vershil met FFS bekostiging | Het verschil tussen de verwachte en de werkelijke kosten wordt uitgekeerd. Hierdoor heeft de zorgaanbieder een extra prikkel om complicaties te verminderen.                                            |
|                             | Kwaliteit van zorg wordt gestimuleerd door uitkomsten van indicatoren te spiegelen en te bespreken, op zoek naar verbeterpotentieel                                                                     |