






Nederlandse  
Zorgautoriteit

Advies bekostiging medisch-specialistische zorg  
**Belonen van zorg die waarde  
toevoegt**



# Inhoud

-  Samenvatting
-  Inleiding
-  Ambities voor de zorg
-  Bekostiging msz in vogelvlucht

-  Contractafspraken: van volume naar waarde
-  Eenvoudiger declareren van zorg
-  Advies: stimuleer alternatieve contracten



# Samenvatting

1

De NZa adviseert om af te stappen van een bekostigingssysteem dat voornamelijk geënt is op het uitvoeren van verrichtingen. Samen met veldpartijen willen we toewerken naar een bekostiging van zorg die het creëren van waarde voor patiënten beloont. Het stimuleren van alternatieve contractvormen gericht op waarde moet op korte termijn prioriteit krijgen. Op de langere termijn kan het dbc-systeem fundamenteel vereenvoudigd worden.

2

3

4

5



In 2005 werd de dbc-systematiek ingevoerd als basis voor de bekostiging van medisch-specialistische zorg. Het dbc-systeem biedt een uniforme onderhandelingstaal voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars en maakt het declareren van geleverde zorg mogelijk. Sinds de invoering zijn verschillende stappen gezet in het verbeteren van dit systeem, zoals het verminderen van het aantal dbc-zorgproducten in 2012 en de invoering van integrale tarieven in 2015. [In 2016](#) concludeerden we dat *tot 2020* rust en stabiliteit in het dbc-systeem centraal moeten staan. Voor de langere termijn was ‘herbezinning en visievorming over de toekomstige bekostiging van medisch-

specialistische zorg’ noodzakelijk. Dat is nodig omdat de organisatie en praktijk van de zorg veranderen en de bekostiging daar zo goed mogelijk bij moet aansluiten. Met dit advies geven wij hier invulling aan.

Samen met veldpartijen hebben we ambities geformuleerd voor de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Zo moet de bekostiging *waardegedreven zorg* stimuleren die *rondom de patiënt* is georganiseerd. Daarnaast letten we op *administratieve lasten*, *transparantie* en de *ruimte voor innovatie* en *maatwerk*. Wanneer we de huidige manier van declareren en contracteren analyseren valt op dat deze sterk stuurt op het leveren van zorg en dat staat niet gelijk aan het creëren van waarde voor de patiënt. In het contract is veelal sprake van een plafond dat wordt gevuld met ‘dbc-productie’. Daarnaast merken we op dat samenwerking tussen specialismen binnen een ziekenhuis, tussen ziekenhuizen in netwerken en met andere sectoren (zoals eerstelijnszorg) niet worden gestimuleerd.

Voor het bereiken van de ambities adviseert de NZa om in de komende jaren toe te werken naar een situatie waarin alternatieve contractvormen gericht op het maximaliseren van waarde de norm zijn. Met waarde bedoelen we de gezondheidswinst, uitgedrukt als uitkomsten die patiënten belangrijk vinden, ten opzichte van de zorgkosten. Zowel





1

klinische uitkomsten als patiëntervaringen spelen hierbij een rol. Afspraken over betaling in bundels per patiëntgroep (bijvoorbeeld borstkanker of diabetes) zien wij daarvoor als een geschikt instrument, maar ook andere instrumenten kunnen hieraan bijdragen. De prikkels voor waardegedreven zorg worden in contracten vastgelegd waarbij afspraken worden gemaakt over kwaliteit en uitkomsten. Deze contractafspraken zijn toegespitst op de zorgvraag van de patiënt en hebben een sectoroverstijgend karakter zodat de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd. De beschikbaarheid van uitkomstindicatoren is hiervoor een randvoorwaarde. Contractafspraken gericht op waarde worden vervolgens doorvertaald naar op waardegerichte beloningsmodellen van zorgprofessionals binnen en eventueel buiten het ziekenhuis of zbc. Ook moeten potentiële risico's van alternatieve contractvormen, zoals risicoselectie en onderbehandeling, actief worden gemonitord. Met deze omslag naar contractering en beloning op waarde, wordt de productieprikkel van dbc-zorgproducten verminderd.

2

3

4

5



Op het moment dat contractering op waarde de norm is, kan het dbc-systeem vereenvoudigd worden. Wij verwachten dat een declaratiesysteem gebaseerd op zorgactiviteiten een vereenvoudiging brengt en het beste tegemoet komt aan de ambities op het gebied van administratieve lasten en transparantie. Uiteraard is nader onderzoek nodig naar de

daadwerkelijke impact van een dergelijke aanpassing. Op korte termijn is echter vooral van belang dat het dbc-systeem stabiel blijft en er een omslag gemaakt wordt naar alternatief contracteren gericht op waarde.

We zien op lokaal niveau al goede initiatieven waarbij deze omslag wordt gemaakt. De NZa wil samen met partijen deze koers voortzetten. We realiseren ons dat een omslag niet zomaar is gemaakt en dat zorgvuldigheid noodzakelijk is. Daarom willen we inzetten op een aantal stimulerende maatregelen die deze ontwikkeling kan versnellen. Met de betrokken veldpartijen hebben wij afgesproken om onderstaande maatregelen tot stand te brengen:

- Een platform inrichten voor landelijke kennisontwikkeling en kennisdeling over het gebruik en de effecten van alternatieve contractvormen.
- Lopende initiatieven met alternatieve contractvormen evalueren. Hiermee kunnen we praktisch bewijs verzamelen voor de effecten van verschillende vormen van contracteren op waarde.
- Monitoring van de contracten om de voortgang van deze ontwikkeling in beeld te houden. Monitoring stelt ons in staat in te grijpen wanneer de gewenste ontwikkelingen uit- of achterblijven.
- Bij de totstandkoming van alternatieve contracten gericht op waarde is het met name voor zorgaanbieders van





1

belang dat zorgverzekeraars congruent gedrag vertonen binnen de grenzen van de mededingingsregels.

2

De komende periode zullen we gebruiken om met de sector invulling te geven aan deze afspraken. We richten ons op de partijen die samen met ons de beweging willen maken naar een op waarde gerichte bekostiging.

3

4

5



\*

# 1. Inleiding

1

In mei 2016 publiceerde de NZa, in opdracht van het ministerie van VWS, het [Plan van aanpak middellange termijn doorontwikkeling dbc's medisch-specialistische zorg](#). In dit plan besloten we in overleg met de verschillende partijen in deze sector dat tot 2020 rust en stabiliteit in de dbc-systematiek het uitgangspunt was. Daarnaast benoemden we dat met partijen een visie wordt ontwikkeld voor de lange termijn.

2

3

4

Om tot een dergelijke visie te komen, spraken we in 2017 met branchepartijen, individuele instellingen, andere overheidsorganisaties en experts. Daarnaast besteedden we aandacht aan de (internationale) literatuur op het gebied van bekostiging van zorg. Om naast theorie ook praktijk mee te wegen namen we ook recente lokale initiatieven op het gebied van contractering onder de loep.

5

Eind 2017 hebben we belanghebbenden en experts schriftelijk geconsulteerd door middel van een consultatiedocument. Een concept van het voorliggende rapport is in juni 2018 opnieuw voorgelegd. We danken de

partijen en experts voor hun inbreng in beide consultatierondes. We hechten veel waarde aan hun bijdrage.

## Afbakening

Het advies richt zich op de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Met de term bekostiging bedoelen wij in dit advies zowel het declareren als het contracteren van zorg. Uitgangspunt daarbij is het huidige stelsel en de wettelijke taken en bevoegdheden van de NZa daarbinnen. Wij nemen mee hoe veranderingen in de bekostiging van de medisch-specialistische zorg effect kunnen hebben op de financiële verantwoording van geleverde en door verzekeraars vergoede zorg. Daarnaast gaan we na hoe onze ideeën over bekostiging samenhangen met de ontwikkelingen op het gebied van Horizontaal Toezicht.

Het advies richt zich primair op de medisch-specialistische zorg, maar de aangedragen oplossingsrichtingen kunnen ook in andere zorgsectoren worden toegepast. Verder staat de bekostigingssystematiek natuurlijk niet op zichzelf. De werking ervan wordt beïnvloed door andere sturingsinstrumenten van de overheid (bijvoorbeeld de hoofdlijnenakkoorden) en ontwikkelingen in de sector zelf (bijvoorbeeld de ontwikkelingen van kwaliteitsstandaarden). Deze aspecten worden in het advies benoemd, maar de





\*

1

interferentie tussen de bekostiging en de andere sturingsinstrumenten wordt niet apart geanalyseerd. Tot slot valt het onderwerp tariefregulering buiten de scope van dit advies.

2

### Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit document benoemen we een aantal ambities waaraan we met de bekostiging van de medisch-specialistische zorg een bijdrage willen leveren. In hoofdstuk 3 analyseren we vervolgens in hoeverre deze ambities worden gerealiseerd met de huidige bekostiging en waar de verbetermogelijkheden zitten. In hoofdstuk 4 en 5 beschrijven we hoe veranderingen in het contracteren en declareren van medisch-specialistische zorg verder kunnen bijdragen aan het realiseren van onze ambities. In het laatste hoofdstuk werken wij ons advies uit en stellen we verschillende acties en maatregelen voor.

3

4

5



\*

1

2

3

4

5



## 2. Ambities voor de zorg

De samenleving verandert en de zorg zal mee moeten veranderen. Het aantal mensen dat gebruik maakt van zorg stijgt. We worden steeds ouder en leven – met dank aan betere behandelingen – langer met aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker. Deze veranderingen zorgen ervoor dat de zorgkosten de komende jaren zullen blijven stijgen. Het zorgpersoneel zal daarbij steeds meer mensen moeten helpen, wat leidt tot krapte op de arbeidsmarkt. Tegelijkertijd zullen patiënten vaker verschillende zorgprofessionals nodig hebben om complexere zorgvragen beantwoord te krijgen. Een betere inzet van mensen en middelen is nodig om in de toekomst verzekerd te blijven van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg (zie ook de [volksgezondheid toekomstverkenning 2018](#)).

De bekostiging van de zorg is een instrument om op dit toekomstbeeld te anticiperen. De vormgeving van de

bekostiging is immers van invloed op het gedrag van zorgaanbieders en zorgprofessionals. De prikkels in de bekostiging worden bepaald door de vormgeving van zorgprestaties en de afspraken die het veld maakt op basis van deze zorgprestaties. Het gaat hierbij niet alleen om afspraken tussen aanbieders en verzekeraars maar ook over de financiële afspraken tussen aanbieders en medisch specialisten en medisch specialisten onderling.

Tegen deze achtergrond hebben we samen met veldpartijen (NVZ, FMS, NFU, ZN, Patiëntenfederatie, Actiz, ZKN, RN en FENAC) ambities voor de bekostiging van de medisch-specialistische zorg opgesteld.

- 1 De bekostiging moet waardegedreven zorg stimuleren. Met waarde bedoelen we de gezondheidswinst, uitgedrukt als uitkomsten die patiënten belangrijk vinden, ten opzichte van de zorgkosten. Zowel klinische uitkomsten als patiëntervaringen spelen hierbij een rol. De waarde van zorg voor de patiënt is sterk contextafhankelijk en moet per patiëntgroep afzonderlijk gedefinieerd worden. Hiermee sluiten we aan bij de gedachte van Value-Based Healthcare.





\*

1

2

3

4

5



- 2 Ten tweede is het essentieel dat deze waardegedreven **zorg rondom de patiënt** wordt georganiseerd. De zorgvraag van de patiënt moet het uitgangspunt zijn voor het bieden van integrale zorg, met goede coördinatie van zorg en samenwerking tussen zorgprofessionals. Bestaande schotten tussen specialismen, systemen en zorgaanbieders moeten zoveel mogelijk worden weggenomen zodat de juiste zorg op de juiste plek kan worden geleverd.

Dit zijn de uitgangspunten waar wij met de medisch-specialistische zorg naar toe willen werken. Daarbij houden we uiteraard rekening met **administratieve lasten** in verhouding tot **transparantie**.

Transparantie is geen doel op zich, maar wel noodzakelijk om bepaalde doelen te bereiken. Door uitkomsten van zorg transparant te maken, kan de burger betere keuzes maken. Daarnaast helpt het de zorgaanbieder om zijn zorg te verbeteren, helpt het de zorgverzekeraar bij zijn inkoop en helpt het de overheid bij het maken van beleid. ICT kan een oplossing bieden om de administratieve lasten te beperken en toch zoveel mogelijk transparantie te bieden.

De bekostiging moet ook ruimte bieden voor **maatwerk en nieuwe innovaties**. De bekostiging moet flexibel zijn zodat innovaties snel geïmplementeerd kunnen worden en er

ruimte is om de bekostiging aan te laten sluiten bij de regionale situatie.

In dit advies staat de vraag centraal hoe we deze gezamenlijke ambities voor de medisch-specialistische zorg zo goed mogelijk kunnen verwezenlijken. In hoeverre draagt het huidige bekostigingssysteem hieraan bij? En wat kan er beter? Bij het bespreken van dit alles vormen de in dit hoofdstuk geschetste ambities het beoordelingskader.



\*

1

2

3

4

5



# 3. De bekostiging msz in vogelvlucht

## 3.1 Korte historie

De bekostiging van de medisch-specialistische zorg heeft in de afgelopen decennia een aantal transities ondergaan. In de jaren '80 werden ziekenhuizen gebudgetteerd, vanaf 1988 in de vorm van functiegerichte budgettering. Belangrijk doel hiervan was om de sterk stijgende zorguitgaven te beheersen. Eind jaren '90 vormden de toenemende wachtlijsten, de tweedeling tussen ziekenfonds en particulier en het gebrek aan innovatie de aanleiding om het stelsel van aanbod- en prijsregulering te herzien. Er werd een zorgstelsel ontwikkeld dat gericht was op vraagsturing. De kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg werden als systeemdoelen benoemd. De intentie van het stelsel was dat in de onderhandeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders deze systeemdoelen een belangrijke plek zouden krijgen.

De invoering van een nieuwe bekostigingsmethode in 2005, de dbc-systematiek, was een belangrijk instrument bij de implementatie van deze stelselwijziging. De dbc-systematiek moest als onderhandelingstaal fungeren voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. Aanvankelijk was een dbc een zorgproduct, afgebakend vanaf het moment dat iemand een medisch specialist

raadpleegt tot de laatste controle. Dit leidde tot een zeer groot aantal dbc's (circa 35.000 declarabele dbc's), gegroepeerd in een beperkt aantal productgroepen. De veelheid aan dbc's ondermijnde de bruikbaarheid als onderhandelingstaal en in het verlengde daarvan doelmatigheid en transparantie van zorgproductie. Dit bracht partijen tot het opstellen van het 10-punten dbc-verbeterplan (2008). Dit plan vormde het startsein voor het project 'Dbc's op weg naar Transparantie' (DOT). Vanaf dat moment werden dbc-zorgproducten centraal afgeleid. Hierdoor werden deze beter onderling vergelijkbaar en minder beïnvloedbaar. Ook het aantal declarabele prestaties werd teruggebracht tot ruim 4.000 dbc-zorgproducten. Tegelijkertijd werd de ruimte voor vrij onderhandelbare tarieven vergroot.

Na de introductie van DOT in 2012 vond nog een aantal grote aanpassingen plaats. Bij de invoering in 2005 was ongeveer 10% van de tarieven van de dbc-zorgproducten vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij de introductie van DOT in 2012 steeg het aandeel vrije tarieven verder en momenteel ligt dit percentage op ongeveer 70%. Verder werden in 2015 integrale tarieven geïntroduceerd. Vanaf dat moment stelde de NZa nog maar één tarief per dbc-zorgproduct vast (in plaats van één tarief



\*

1

2

3

4

5



voor de kosten van de zorgaanbieder en één tarief voor het honorarium van de medisch specialist).

Om patiënten en zorgverzekeraars meer inzicht te geven in de geleverde zorg, werden zorgaanbieders vanaf 2014 verplicht de geregistreerde zorgactiviteiten en zorgproducten op hun nota's te vermelden. En tot slot, werd in 2015 de doorlooptijd van dbc-zorgproducten vastgesteld op maximaal 120 dagen om zo de informatievoorziening over zorguitgaven te versnellen.

Naast voornoemde ontwikkelingen in de systematiek zien we een verandering in hoe partijen met de dbc-systematiek omgaan, bijvoorbeeld bij het afsluiten van contracten. In de volgende paragrafen lichten we dit toe.

### 3.2 Functies van het huidige systeem

In deze paragraaf geven wij een nadere omschrijving van de verschillende functies van het dbc-systeem en analyseren we in welke mate deze functies bijdragen aan de realisatie van onze ambities. We maken daarbij onderscheid tussen functies die voortkomen uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), functies die van belang zijn voor het functioneren van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en afgeleide functies. We richten ons bij deze analyse primair op het dbc-zorgproduct. Het dbc-systeem bevat meerdere

producttypen (Overig zorgproducten), maar het dbc-zorgproduct is het primaire producttype.

#### Functies die voortkomen uit de Wmg

Sinds 2006 is een belangrijke rol van de zorgverzekeraar om voldoende passende zorg in te kopen voor zijn verzekerden. Zorgverzekeraars kunnen hiervoor contracten sluiten met zorgaanbieders, maar zorgaanbieders kunnen ook zonder contract zorg in rekening brengen. De onderhandeling tussen aanbieders en zorgverzekeraars kreeg een belangrijke plaats ten behoeve van de omslag van aanbodnaar vraagsturing. De prestaties en tarieven in het dbc-systeem hadden als doel om een **uniforme taal te creëren voor deze onderhandelingen**. Ook tussen zorgaanbieder en patiënt zorgen prestaties en tarieven voor een eenduidige onderhandelingstaal die bijvoorbeeld prijsvergelijking tussen verschillende aanbieders mogelijk maakt. Eenduidige definities helpen partijen bij de totstandkoming van contractafspraken over zorg. Daarnaast maken de prestaties en tarieven van het dbc-systeem het **declareren** van medisch-specialistische zorg mogelijk door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar of de patiënt. Zodoende bieden dbc-zorgproducten helderheid over de geleverde en in rekening gebrachte zorg, ook als hierover geen contractuele afspraken zijn gemaakt. De definities van zorgprestaties beogen daarnaast een **doelmatige organisatie van zorg** te stimuleren. De wijze



\*

1

2

3

4

5



waarop prestaties zijn vormgegeven, kan invloed hebben op het gedrag van de zorgaanbieder. De onderhandelingstaal zou prikkels moeten bevatten die de organisatie van doelmatige zorg stimuleren.

In [hoofdstuk 2](#) hebben we als ambitie het begrip waarde gehanteerd. Zowel doelmatigheid als waarde beschrijft de verhouding tussen kosten en opbrengsten van zorg. Bij het begrip waarde zijn de opbrengsten echter nader gespecificeerd als uitkomsten die voor de patiënt relevant zijn. Bij het begrip doelmatigheid kunnen de opbrengsten op verschillende wijze worden ingevuld. De opbrengsten zouden daarmee ook gedefinieerd kunnen worden in termen van 'output' zoals het aantal verrichtingen.

### Funcities die voortkomen uit de Zvw

Naast de funcities die voortkomen uit de Wmg vervult de dbc-systematiek ook een aantal funcities die randvoorwaardelijk zijn voor het goed functioneren van het Zvw-stelsel. Het Zvw-stelsel is een verzekeringsstelsel met individuele aanspraken op zorg. De kosten van zorg moeten daarom in beginsel toegerekend kunnen worden aan een individuele patiënt. De dbc-systematiek maakt deze **individuele toerekening** mogelijk.

Ook voor de **controle op de rechtmatige uitvoering** van de Zvw is individuele toerekening essentieel. Zorgverzekeraars zijn vanuit de Zvw verplicht om controles uit te voeren op de

rechtmatigheid van zorg die aan hun individuele verzekerden is geleverd. De wijze waarop zorgprestaties zijn vormgegeven en de kenmerken die aan een zorgprestatie worden toegevoegd faciliteren deze controleplicht. Aan een dbc-zorgproduct kan bijvoorbeeld een aanspraakcode zijn gekoppeld. Hierdoor kan de individuele declaratie getypeerd worden als verzekerde of onverzekerde zorg. Daarnaast kan bij een zorgprestatie worden aangegeven of het al dan niet om een Wbmv-zorgproduct gaat. Deze mogen alleen in een instelling met een passende Wbmv-vergunning worden geleverd en gedeclareerd.

Ook dragen de in rekening gebrachte dbc-zorgproducten bij aan het functioneren van het **risicovereveningssysteem**. De diagnosecomponent van gedeclareerde dbc-zorgproducten, add-on's voor de door de zorgaanbieder voorgeschreven geneesmiddelen en de kosten op individueel niveau worden gebruikt om vereveningscriteria zoals de dkg's (diagnose kostengroepen) en fkg's (farmaceutische kostengroepen) te bepalen.

Het principe van individuele aanspraken en prestaties is ook terug te zien bij andere aspecten. Zo is ook bij het **eigen risico en overige eigen betalingen** die de individuele verzekerde moet betalen, gebruikgemaakt van de individuele zorgprestatie. Hieruit volgde ook de noodzaak dat de



\*

1

verzekerde inzicht kreeg in zijn kosten. Ook dit wordt door het dbc-systeem gefaciliteerd.

2

### Afgeleide functies

Het dbc-systeem genereert informatie over geleverde zorg die als sturingsinformatie gebruikt wordt door tal van stakeholders voor uiteenlopende doeleinden. De informatie over geregistreerde zorgactiviteiten en gedeclareerde dbc-zorgproducten wordt gebruikt bij de **interne verdeling van opbrengsten** tussen medisch specialisten binnen een medisch specialistisch bedrijf (msb). Het dbc-systeem levert informatie op die verzekeraars kunnen gebruiken bij hun inkoopproces en bij het ontwikkelen van hun **inkoopbeleid**.

4

Ook de overheid gebruikt de informatie die de dbc-systematiek genereert als sturingsinformatie. Declaratie-informatie wordt bijvoorbeeld gebruikt om **de totale schadelast** binnen de medisch-specialistische zorg te bepalen.

5

### 3.3 Beschouwing van het dbc-systeem

Hieronder beschouwen we het dbc-systeem aan de hand van de in hoofdstuk 2 beschreven ambities. We benoemen per ambitie welke van de hierboven genoemde functies relevant is/zijn. De wijze waarop het dbc-systeem invulling geeft aan de beschreven functies bepaalt in hoeverre het huidige dbc-

systeem bijdraagt aan het realiseren van onze ambities en waar de verbetermogelijkheden zitten.

### Prikkels voor waardegedreven zorg

Het huidige dbc-systeem stimuleert een doelmatigere inrichting van zorg binnen de omschrijving en tariefruimte van een dbc-zorgproduct. Er wordt één tarief in rekening gebracht voor een set van verrichtingen die binnen een dbc-zorgproduct valt. Maar de omvang van de prestatie en het te declareren tarief is grotendeels afhankelijk van de uitgevoerde zorgactiviteiten. Hierdoor ontstaat een prikkel om zorgactiviteiten uit te voeren die afleiden tot een zwaarder dbc-zorgproduct.

Daarnaast is het lastig om op het niveau van het dbc-zorgproduct een relatie te leggen met kwaliteit omdat het aantal dbc-zorgproducten simpelweg te groot is. Het systeem beloont hierdoor voornamelijk het leveren van zorg en dat staat niet gelijk aan het creëren van waarde voor de patiënt. Vanuit het oogpunt van de wachttijden uit de jaren '90 is deze prikkel begrijpelijk, maar het stimuleert en faciliteert niet de realisatie van onze gezamenlijke ambities. Veldpartijen reageren hierop door op contractniveau de productieprikkel te verminderen of te mitigeren. Hierdoor werden de dbc-zorgproducten minder betekenisvol als onderhandelingstaal. Na de introductie van het dbc-systeem maakte het gebrek aan historische data het lastig om afspraken te maken op basis van dbc-zorgproducten. Op dit



\*

1

moment is de financiële houdbaarheid en de beperking van de kostengroei een belangrijk thema. Afspraken over deze thema's worden bestendig in hoofdlijnenakkoorden tussen brancheorganisaties en het ministerie van VWS.

2

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders vertalen deze afspraken door jaarlijks een budget of omzetplafond overeen te komen. De dbc-zorgproducten worden gebruikt als vulling van deze budget- of plafondafspraken.

3

In een aantal deelsectoren gaat dit anders. Vooral voor de zorg waar zelfstandige behandelcentra (zbc's) actief zijn, worden vaker afspraken gemaakt op het niveau van dbc-zorgproducten. Ook bij hoog-complexe zorg kunnen specifieke dbc-zorgproducten gebruikt worden om zorg in te kopen.

4

### Organisatie van zorg rondom de patiënt

Een dbc-zorgproduct is gekoppeld aan een specialisme en de zorgvraag van de patiënt is vaak breder dan één specialisme of één enkele instelling kan bieden. Samenwerking tussen specialismen binnen het ziekenhuis en tussen ziekenhuizen in netwerken wordt door het dbc-systeem niet goed ondersteund. Daarnaast bestrijkt een dbc-zorgproduct alleen de medisch-specialistische zorg. De dbc-systematiek faciliteert daarmee niet optimaal dat de juiste zorg op juiste plek wordt geleverd.

5



### Innovatie en maatwerk

Het bekostigingssysteem moet ruimte bieden voor innovatie en maatwerk. Het dbc-systeem faciliteert een innovatieve inrichting van het zorgproces binnen de omschrijving en tariefruimte van een dbc-zorgproduct. Voor andere soorten van innovatie (bijvoorbeeld nieuwe behandeling, nieuwe diagnostiek, zorg op afstand, samenwerking over de schotten heen) biedt het systeem niet zonder meer ruimte of hiervoor zijn wijzigingen in het systeem nodig. En daar waar het systeem wel ruimte biedt voor innovatie, kan een verkeerde financiële prikkel implementatie hiervan belemmeren. Zo is het voor een specialist mogelijk niet lonend om een e-healthtoepassing te gebruiken als hierdoor uiteindelijk minder omzet wordt gegenereerd. Aanpassingen in de dbc-structuur en/of regelgeving moeten daarnaast ook doorgevoerd worden in de administratiesystemen en controleprocessen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en meegenomen worden in de afspraken van de jaarlijkse contractering. Dit kan leiden tot een lange doorlooptijd voor het doorvoeren van wijzigingen.

### Administratieve lasten

Het registreren van diagnoses en zorgactiviteiten voor de declaratie van dbc-zorgproducten gaat gepaard met administratieve lasten. Deze lasten kunnen beperkt worden door 'registratie aan de bron' toe te passen, waarbij



1

gegevens eenmalig aan de bron worden geregistreerd die vervolgens meervoudig worden gebruikt. Het hanteren van uniforme definities die aansluiten bij de medische registratie is hierbij een randvoorwaarde. In de huidige dbc-systematiek is dat nog niet altijd het geval. Zo zijn de dbc-diagnoses die worden gebruikt voor de afleiding van dbc-zorgproducten niet gelijk aan de ICD-10 diagnoses die in de medische registratie worden gebruikt. Softwareapplicaties die diagnosetermen koppelen aan enerzijds een dbc-diagnose en anderzijds een ICD-10 diagnose kunnen dit probleem grotendeels verhelpen.

2

3

Ook rechtmatigheidscontroles veroorzaken administratieve lasten. Dit is deels onoverkomelijk; met ieder verantwoordings- en controlesysteem gaan lasten gepaard. Verantwoording en controle horen bij een professionele sector. Maar de complexiteit van de registratie- en declaratieregels in de medisch-specialistische zorg en de mate van detail waarin bepaalde aspecten zijn vastgelegd zorgen ervoor dat de uitvoering van rechtmatigheidscontroles buitenproportioneel tijdrovend en belastend is voor zowel aanbieder als verzekeraar. Daarbij zorgen de budget- en plafondafspraken dat de declaratie van dbc-zorgproducten minder betekenisvol zijn terwijl de controle op rechtmatigheid hier nog wel op gericht is.

4

5



De samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op het gebied van Horizontaal Toezicht heeft onder andere als doel om de administratieve lasten van de rechtmatigheidscontroles te verminderen. Bij Horizontaal Toezicht werken verzekeraars en aanbieders samen om de rechtmatigheid van declaraties in de processen aan de voorkant te borgen. Het toetsen van de rechtmatigheid verandert hierdoor van toetsing op uitkomsten aan de achterkant (op het niveau van de individuele declaratie), naar het overeenkomen van controleprocessen en het toetsen van de borging aan de voorkant (op het niveau van de organisatie). De vertrouwensrelatie tussen verzekeraar en aanbieder is hierbij een belangrijke randvoorwaarde. Daarnaast beoogt Horizontaal Toezicht ook een verruiming van de focus naar gepast gebruik van zorg.

### Transparantie

Het registreren en declareren van medisch-specialistische zorg op basis van dbc-zorgproducten heeft ervoor gezorgd dat er nu veel meer informatie beschikbaar is over de zorg die geleverd wordt. Dbc-zorgproducten hebben daarnaast de potentie om kosten transparant te maken. Tarieven zijn echter vaak een afgeleide van de budget- of plafondafspraken en liggen daarmee ver af van de werkelijke kosten van een zorgprestatie. De potentie van dbc-zorgproducten om de kosten van zorg transparant te maken, zijn hierdoor nog niet volledig gerealiseerd. Dit kan leiden

\*

1

tot onduidelijkheid bij patiënten, juist omdat zij een deel van de kosten zelf moeten betalen via het eigen risico.

2

De informatie die het dbc-systeem genereert, wordt gebruikt voor talrijke doelen. De informatie draagt in belangrijke mate bij aan het functioneren van het Zvw-stelsel. Zo biedt deze informatie inzicht in de zorgkosten op macroniveau. Voor sturing en beheersbaarheid van de macrokosten door de overheid is het tijdig beschikbaar komen van deze informatie van groot belang. De verkorting van de dbc-doorlooptijd van één jaar naar 120 dagen (2015) was een positieve verbetering. Maar ook na afsluiting van een dbc-zorgproduct kan het lang duren tot een declaratie is goedgekeurd door de verschillende controles op rechtmatigheid van de declaratie.

3

Zo controleert de zorgaanbieder zelf de rechtmatigheid van declaraties in het kader van zelfonderzoek gevolgd door de externe accountant. Hieruit volgen vaak nog correcties. Vervolgens kunnen ook de formele of materiële controles van de zorgverzekeraars en onderzoek van de NZa correcties tot gevolg hebben. Hierdoor is definitieve informatie over de geleverde zorg en de gemaakte kosten pas laat beschikbaar (zie het [rapport](#) van Commissie Transparantie en Tijdigheid).

4

5



### 3.4 Conclusies

In dit hoofdstuk bespreken we welke functies het dbc-systeem heeft en hoe het dbc-systeem functioneert in het licht van onze ambities. We constateren dat een aantal van de functies van het huidige dbc-systeem goed worden ingevuld en bijdragen aan onze gezamenlijke ambities. Dbc-zorgproducten en onderliggende bouwstenen genereren informatie die voor talrijke doeleinden wordt gebruikt. Het dbc-systeem draagt bij aan het functioneren van het Zvw-stelsel en genereert waardevolle sturingsinformatie voor veldpartijen en overheid. Het biedt mogelijkheden om de zorg die is geleverd en de kosten daarvan transparant te maken.

We constateren dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de praktijk anders met de dbc-systematiek omgaan dan voorzien. Er wordt vaak niet onderhandeld per dbc-zorgproduct (wat door de veelheid aan producten ook begrijpelijk is). Daarbij is sinds een aantal jaren het belang van het beperken van de kostengroei in de zorg toegenomen. Dit belang is neergeslagen in de hoofdlijnenakkoorden en door zorgaanbieders en zorgverzekeraars vertaald in budget- of plafondafspraken.

We merken op dat de vormgeving van het dbc-systeem van invloed is op de contractering tussen zorgverzekeraars en





\*

1

zorgaanbieders. De zorgprestaties die in het dbc-systeem zijn omschreven, bieden handvatten voor partijen en randvoorwaarden waarbinnen de contractering moet blijven. De inkoopafspraken geven daarmee in de praktijk ook invulling aan de beoogde functies van de zorgprestaties. Dit is ook de reden dat we in dit advies beide in samenhang beschouwen.

2

3

Daarnaast constateren we op een aantal punten dat de manier waarop het dbc-systeem nu functioneert, onvoldoende bijdraagt aan onze gezamenlijke ambities. We noemen hieronder de belangrijkste verbeterpunten.

4

- De financiële prikkels in het dbc-systeem zijn te veel gericht op het leveren van zorg en te weinig op het creëren van waarde voor de patiënt.
- De uitvoering van de controles op rechtmatigheid kost veel capaciteit van aanbieders en verzekeraars. De complexiteit van het systeem en de mate van detailregulering dragen hieraan bij.
- De informatie die met behulp van het dbc-systeem wordt verstrekt aan patiënten over de geleverde zorg en de gemaakte kosten is niet altijd begrijpelijk voor patiënten. Patiënten ervaren de wijze waarop het eigen risico en eigen betalingen worden geïnd op basis van het dbc-systeem niet altijd als rechtvaardig.

5



- Het dbc-systeem zou sneller informatie moeten genereren, onder andere ten behoeve van de sturing op macrokosten.
- De potentie van het dbc-systeem om transparantie over de kosten te genereren blijft onderbenut.

Als laatste constateren wij dat het aantal functies dat het dbc-systeem vervult, sinds de introductie ervan is toegenomen. Van de veelheid aan functies die het dbc-systeem nu vervult, zijn niet alle functies goed met elkaar verenigbaar in één systeem. Een verandering ten behoeve van één functie kan daarom ten koste gaan van een andere functie. Een verbetering in het systeem om de dbc-systematiek begrijpelijker te maken voor patiënten (informatie over in rekening gebrachte zorg) zou de prikkels in het systeem kunnen verslechteren.

Tegelijk kan een verandering in het systeem om de prikkels te verbeteren, ervoor zorgen dat het systeem nog complexer en meer rigide wordt. Bovendien kunnen wijzigingen in het systeem zorgen voor een breuk in de historische data die het dbc-systeem genereert. Dit beperkt de mogelijkheid om deze data als sturingsinformatie te gebruiken. Samen zorgt dit ervoor dat de balans tussen positieve en negatieve effecten van een eventuele wijziging in het systeem steeds minder positief is. Dit maakt het wijzigen van het systeem steeds minder aantrekkelijk.





\*

1

Wij komen tot de conclusie dat een verdere verbetering van het dbc-systeem alleen mogelijk is als het systeem wordt ontlast. Dit kan door de functie van 'onderhandelingstaal' te verplaatsen van het dbc-systeem naar het contractniveau.

2

In hoofdstuk 4 omschrijven we aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden hoe partijen dit hebben ingevuld. In deze voorbeelden zijn op het niveau van het contract integrale bundels van bestaande prestaties overeengekomen die het creëren van waarde voor de patiënt stimuleren.

3

4

5



\*

1

2

3

4

5



# 4. Alternatieve contractafspraken: van volume naar waarde

Eén van de functies van het dbc-systeem is het creëren van een uniforme taal voor de onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In het voorgaande hoofdstuk kwamen we tot de conclusie dat de dbc-taal in de praktijk anders wordt gebruikt dan voorzien. Er worden beperkt afspraken gemaakt over prijs én kwaliteit van individuele dbc-zorgproducten. In de onderhandeling ligt de focus vooral op het totaalbedrag per instelling, meestal in de vorm van een omzetplafond.

De vraag is of de functie van onderhandelingstaal in de toekomst op een andere manier, naast of in plaats van de dbc-systematiek, kan worden vormgegeven. Welke alternatieven zijn hier mogelijk en wat leveren deze op in termen van de ambities?

Om deze vragen te beantwoorden beschrijven we in 4.1 een aantal alternatieve vormen van contractering. Dit doen we op basis van een select aantal praktijkvoorbeelden en theorie. We bespreken bewust een beperkt aantal voorbeelden. Ons doel is een beeld te schetsen van mogelijke vormen van contractinnovatie en niet zozeer om een uitputtende lijst van voorbeelden of initiatieven te geven. In paragraaf 4.2

analyseren we hoe deze alternatieve contractvormen zouden kunnen bijdragen aan onze ambities. In paragraaf 4.3 volgt een conclusie.

## 4.1 Praktijkvoorbeelden en theorie

### Heup- en knie vervanging

Recent sloot zorgverzekeraar Menzis met verschillende ziekenhuizen en zbc's innovatieve contracten voor de behandeling van heup- en knieartrose. Ook in het buitenland is deze vorm van contractering toegepast voor heup- en knie vervanging, onder andere in Zweden en de Verenigde Staten. In de contracten van Menzis worden voor een specifieke episode afspraken gemaakt over de gewenste kwaliteit en kosten van zorg (**model per episode**, zie tekstbox 4.1).

De episode omvat alle medisch-specialistische zorg gerelateerd aan een heup-/knie vervanging vanaf 120 dagen vóór tot één jaar na de operatie. De diagnostiek, operatie, polikliniekbezoek en eventuele complicaties zijn onderdeel van de prestatie. Voor dit gehele pakket maken aanbieder en zorgverzekeraar afspraken over prijs en kwaliteit. De episode omvat meerdere dbc-zorgproducten die in eerdere





\*

1

jaren afzonderlijk werden gecontracteerd. De zorgaanbieders declareren nog wel op basis van huidige dbc-zorgproducten. Jaarlijks wordt het totaal van alle declaraties vergeleken met de vooraf berekende gemiddelde prijs per episode en vindt, indien nodig, verrekening plaats.

2

Belangrijk doel van deze contracten is het stimuleren van kwaliteit en het voorkomen van onnodige zorg over de gehele episode. Het niet meer apart betalen voor complicaties, herbehandeling en minder effectieve behandeling (binnen het eerste jaar na operatie) moet hier een belangrijke rol in spelen. Deze contractafspraken biedt zo ook een prikkel om meer kostenbewust te werken. Het aantal episodes dat een instelling in rekening kan brengen is niet begrensd, mits de aanbieder jaarlijks verbeteringen in uitkomsten van zorg laat zien, waaronder aantallen wondinfecties, revisies en patiënt-gerapporteerde uitkomsten (kwaliteit van leven, ervaren pijn en functioneren). In spiegelbijeenkomsten worden benchmarks op deze uitkomsten besproken en op basis daarvan door aanbieders verbeterplannen opgesteld.

3

4

### Geboortezorg, borstkanker en andere doelgroepen

In binnen- en buitenland wordt geëxperimenteerd met contractering voor specifieke doelgroepen (**model per doelgroep/bundel**, zie tekstbox 4.1). In deze modellen staat de ziekte of zorgvraag centraal. Er wordt een afspraak

5

gemaakt over de kosten en kwaliteit van het totaal aan zorg dat geleverd wordt voor bijvoorbeeld een patiënt met diagnose borstkanker of diabetes. Dergelijke bundels hoeven zich niet te beperken tot medisch-specialistische zorg.

Een bekend voorbeeld in Nederland is het experiment integrale geboortezorg. In dit experiment sluiten zorgverzekeraars en aanbieders een contract over het geheel aan zorg rondom de geboorte, waaronder eerstelijnsverloskunde, medisch-specialistische zorg en kraamzorg. Voor dit [totale pakket aan zorg](#) worden afspraken gemaakt over prijs en kwaliteit. In de experimentregio's is de declaratiesystematiek aangepast en worden nieuwe integrale prestaties gedeclareerd. Het aanpassen van de declaratiesystematiek was onder andere mogelijk vanwege de (relatief) eenduidige afbakening van de doelgroep. Voor andere doelgroepen zal dit minder eenduidig zijn en is het niet direct wenselijk om bij contractering per doelgroep/bundel de declaratiesystematiek aan te passen (in het volgende hoofdstuk gaan we nader in op declaratievarianten).

Het doel van contractering per doelgroep, is het stimuleren van kwaliteitsverbetering via betere samenwerking tussen beroepsgroepen (eerste- en tweedelijnsverloskundige, gynaecoloog en kraamverzorger). Zo wordt in de

\*

1

2

3

4

5



geboortezorg door multidisciplinair overleg, of door een gynaecoloog mee te laten kijken in de eerstelijns, getracht verwijzingen naar de tweedelijns te voorkomen. De oude bekostiging stimuleerde dit niet omdat het voorkómen van behandelingen leidde tot inkomstenverlies (iedere beroepsgroep en individuele verrichtingen per beroepsgroep werden afzonderlijk gecontracteerd).

Vergelijkbare voorbeelden van contractering via bundels zien we bijvoorbeeld bij Zilveren Kruis die recent voor HIV-patiënten zijn overgegaan op [inkoop per bundel](#). De Santeon-ziekenhuizen hebben afspraken volgens het principe [per doelgroep/bundel](#) gemaakt voor borstkankerzorg. Het verschil met het voorbeeld integrale geboortezorg is dat de declaratievorm in deze voorbeelden niet is aangepast maar dat gebruik wordt gemaakt van bestaande declaratie per activiteit of dbc-zorgproduct. Dit is vergelijkbaar met de hiervoor beschreven variant voor heup- en knie vervanging. Ook in het buitenland zien we voorbeelden van contractering voor doelgroepen, met name op het gebied van oncologie, geboortezorg en chronische aandoeningen als diabetes. Ook in deze voorbeelden wordt de declaratiesystematiek veelal niet aangepast.

### Contractering per verzekerde

Een contract op basis van het **model per verzekerde** omvat een vast bedrag per verzekerde waarmee alle zorgkosten

voor een regionale populatie worden gedekt (zie tekstbox 4.1). Voorbeelden hiervan komen met name uit het buitenland, zoals de Accountable Care Organizations (ACO) en het Alternative Quality Contract (AQC) in de Verenigde Staten of het initiatief [Gesundes Kinzigtal in Duitsland](#).

In het voorbeeld van de ACO zijn meerdere zorgaanbieders gezamenlijk verantwoordelijk, zowel zorginhoudelijk als financieel, voor alle zorg voor een verzekerdenpopulatie in een regio. Bovenop de betaling per verzekerde zijn afspraken gemaakt over het belonen van besparingen op de totale zorgkosten (**model shared savings**, zie tekstbox 4.1). Deze beloning wordt afhankelijk gemaakt van scores op een reeks van kwaliteitsindicatoren. Voor de declaratie wordt in deze voorbeelden gebruikgemaakt van een declaratiesystematiek per activiteit of DRG (diagnosis related group). Belangrijke doelen van deze voorbeelden zijn het beheersbaar houden van de zorgkosten, het voorkomen van onnodige zorg en het verbeteren van kwaliteit.

Het AQC is een specifiek voorbeeld van verzekeraar Blue Cross Blue Shields (VS) die met groepen zorgaanbieders contracten sluit over de kwaliteit en kosten van het [hele spectrum aan zorg van de populatie behorende bij de AQC-groep](#). Zorgaanbieders worden beloond voor kwaliteit, afhankelijk van de scores op een 64-tal indicatoren. Een overschrijding van het gemiddelde bedrag per verzekerde



\*

1

nemen zorgaanbieders (gedeeltelijk) voor eigen rekening, maar eventuele besparingen worden ook (gedeeltelijk) behouden.

2

### Stimuleren van zinnige zorg op instellingsniveau

Een aantal ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben recent een meerjarenafpraak gemaakt waarbij de omzet los staat van de hoeveelheid activiteiten of dbc's die geleverd wordt. Voor de gehele meerjarenperiode zijn deze ziekenhuizen verzekerd van een vooraf afgesproken omzet. Te denken valt aan afspraken tussen het algemeen ziekenhuis Bernhoven en zorgverzekeraar CZ en VGZ of tussen het RIVAS en VGZ. Belangrijk doel van deze initiatieven is betere kwaliteit te stimuleren en onnodige zorg te voorkomen. Tegenover de zekerheid van een meerjarenomzet staan verbeterplannen van het ziekenhuis om de organisatie van zorg te verbeteren en onnodige zorg te reduceren. Het principe van een meerjarenafpraak kan ook in combinatie met bovengenoemde modellen (per episode, per doelgroep, per verzekerde) worden toegepast.

3

4

5



### 4.1 Verschillende type van contractmodellen

De uitwerking in deze tekstbox is gebaseerd op internationale literatuur. In deze literatuur wordt veelal gesproken over verschillende typen payment models. De modellen maken niet altijd onderscheid tussen contractering en declaratie, zoals we in dit advies wel nadrukkelijk doen. Ze bieden echter wel inzicht in de voor- en nadelen van verschillende vormen van contractering. Belangrijk om te vermelden is dat we andere factoren die de impact van contractering beïnvloeden, zoals organisatiestructuur, -cultuur of ict, in deze tekstbox buiten beschouwing laten.

Het verschil tussen de modellen zit voornamelijk in de breedte van het zorgaanbod en de zorgvraag dat/die wordt samengenomen in één bedrag. Hoe breder het pakket aan zorg dat wordt samengenomen hoe meer invloed van het model uitgaat op het volume en de intensiteit van de geleverde zorg en hoe groter het financieel risico voor een zorgaanbieder. De kernvraag is welk model een optimale verdeling van financiële risico's tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder biedt. We illustreren dit verder aan de hand van de figuur op pagina 22.



\*

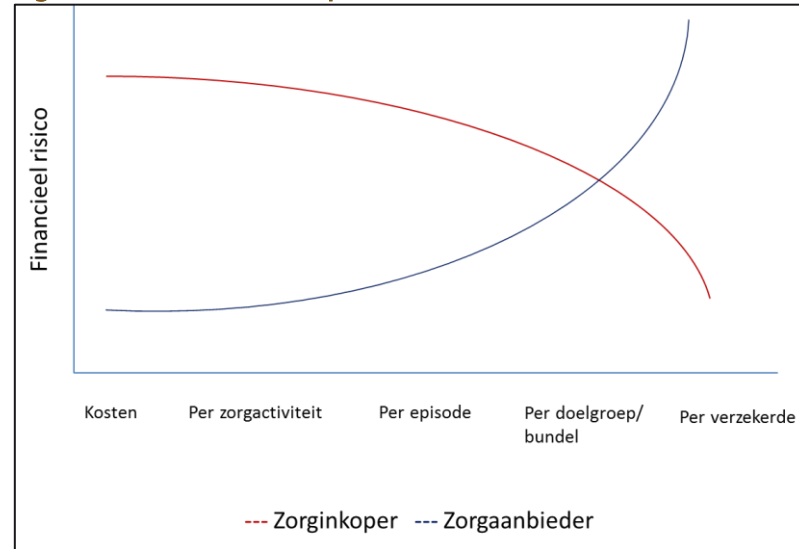
1

2

3

4

5

**Figuur: Financieel risico per model**

\*Gebaseerd op [Frakt en Mayes 2012](#)

Helemaal links op de x-as staat het model kosten wat inhoudt dat alle zorg wordt gecontracteerd en betaald ongeacht onderliggende (kost)prijzen en volumes. Het financieel risico ligt in dit model volledig bij de zorgverzekeraar.

In het model één stap naar rechts op de x-as wordt per activiteit ingekocht, bijvoorbeeld per individueel consult, MRI-scan of operatie. Per activiteit geldt een onderhandelde of landelijk vastgestelde prijs. In dit model ligt het financiële

risico voor de hoeveelheid uitgevoerde activiteiten (volume) volledig bij de zorgverzekeraar. Er is wel zekerheid over de prijs per activiteit. Het model geeft de aanbieder geen prikkel om noodzakelijke activiteiten niet te leveren, waardoor er geen risico op onderbehandeling is. Tegelijkertijd is er ook geen financiële prikkel om onnodige activiteiten niet te leveren, immers hoe meer activiteiten hoe meer inkomsten.

Verder naar rechts op de x-as omvat het model per episode alle activiteiten die binnen een episode, bijvoorbeeld een ziekenhuisopname worden geleverd. Er kan ook een afgesproken periode vanaf een bepaalde activiteit onder worden verstaan, bijvoorbeeld alle zorg vanaf de operatie tot een x aantal dagen na de operatie.

Naast het model per episode staat het model per bundel. Deze bundel is niet alleen gedefinieerd aan de hand van de te leveren zorg (zoals een activiteit of een opname) maar ook aan de hand van de zorgvraag, bijvoorbeeld een diagnose diabetes. Alle activiteiten en episodes die nodig zijn om een patiënt met diabetes te behandelen worden geclusterd in de bundel.

Bij de modellen per episode en per bundel wordt een vast bedrag bepaald voor alle zorg die binnen de episode of bundel geleverd wordt. Het gevolg hiervan is dat financieel



\*

1

2

3

4

5



risico verschuift van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder. Het is in deze modellen immers niet meer zo dat de zorgaanbieder alle activiteiten die voor een betreffende patiënt geleverd worden en de bijbehorende kosten vergoed krijgt. In theorie ontstaat er zo een prikkel voor de zorgaanbieder om de betreffende episode of bundel zo efficiënt mogelijk te leveren. Daarnaast is er impliciet een prikkel om goede kwaliteit te leveren door het voorkomen van onnodige zorg (kostenbesparende kwaliteitsverbetering). De bundel stimuleert in theorie ook het maken van betere samenwerkingsafspraken of substitutie van taken, wanneer daarmee kosten worden bespaard.

Een deel van het financieel risico ligt in de modellen per episode en per bundel nog wel bij de zorgverzekeraar, namelijk met betrekking tot het volume aan episodes (model per episode) en het volume aan bundels (model per bundel). Een risico van de contractering per episode of per bundel is dat te weinig activiteiten worden aangeboden om de kosten beneden het gemiddelde per episode/bundel te kunnen houden (onderbehandeling). Een tweede risico is dat patiënten met hoge verwachte kosten door de aanbieder geweerd of doorgestuurd worden en dat deze zich richt op de minder complexe patiënt met lage verwachte kosten (risicoselectie). Dit is mede afhankelijk van hoe goed zorgzwaarte wordt verwerkt in het bundelontwerp en bijbehorende prijsafspraken.

Of bovengenoemde positieve en negatieve prikkels optreden, en in welke mate, is sterk afhankelijk van hoe episodes of bundels in de praktijk worden gedefinieerd. Bijvoorbeeld, een episode die over één opname binnen de medisch-specialistische zorg en één specialisme gaat heeft een minder sterkere prikkel tot samenwerking en substitutie dan een bundel waarin alle eerste- en tweedelijnszorg voor een patiënt met diabetes wordt samengevoegd. Daarnaast is de prijs per episode of bundel bepalend. Hoe ruimer het tarief hoe minder sterk positieve en negatieve prikkels naar voren zullen komen.

Tot slot staat in de figuur nog het model per verzekerde. Dit model kan worden gezien als een nog bredere variant van de bundel die los van een diagnose of episode wordt gedefinieerd. Het model per verzekerde bestaat uit een gemiddeld bedrag per verzekerde per jaar waar alle zorg uit wordt vergoed. In dit model wordt het financieel risico grotendeels naar de zorgaanbieder verlegd. Immers, deze krijgt niet zomaar het volume aan activiteiten, episodes of zelfs patiënten/bundels vergoed. De positieve prikkels en risico's beschreven bij de modellen per episode en per bundel worden in het model per verzekerde nog verder versterkt.





\*

1

2

3

4

5



Bovenstaande modellen beschrijven hoe financiële afspraken gemaakt kunnen worden over de zorg voor een individuele patiënt. Vervolgens kunnen met een zorgaanbieder ook (additionele) afspraken gemaakt worden in de vorm van een maximale omzet of een vast budget. Een maximumomzet kan worden afgesproken om het financiële risico over het te leveren volume (activiteiten, episodes dan wel bundels) te mitigeren.

Tot slot, kunnen naast bovengenoemde modellen ook expliciete afspraken worden gemaakt om bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering te belonen. Het belonen van kwaliteit kan in theorie plaatsvinden in combinatie met alle bovengenoemde modellen (per activiteit, per episode, per bundel, per verzekerde). Het ene model past hier mogelijk beter bij dan het andere, dit is ook afhankelijk van hoe kwaliteit wordt gemeten. Aan de hand van praktijkvoorbeelden gaan we hier in 4.2 nader op in. Een andere mogelijkheid is het belonen van een kostenbesparing, bijvoorbeeld in een shared-savings-afpraak. Ook dit is mogelijk in combinatie met alle bovengenoemde modellen en gecombineerd met kwaliteitsafspraken (belonen van een kostenbesparing onder de voorwaarde van voldoende kwaliteit).

## 4.2 Beschouwing alternatieve contractvormen

### Functie onderhandelingstaal

De praktijkvoorbeelden in de vorige paragraaf laten zien dat alternatieve contractafspraken kunnen worden gemaakt ‘bovenop’ de dbc-systematiek. Dit wil zeggen dat de functie van onderhandelingstaal voornamelijk wordt ingevuld door de instrumenten die in het contract worden gebruikt, zoals de episode of de patiëntgroep-bundel. De dbc-systematiek kan in deze situaties nog wel relevant zijn voor het declareren van zorg. Tegelijk zijn er ook voorbeelden, zoals integrale bekostiging geboortezorg, waarbij de declaratievorm is aangepast.

### Alternatieve contractvormen en ambities

Met name de modellen per episode en per doelgroep leggen een expliciete koppeling met kwaliteit en uitkomsten van zorg over het gehele zorgtraject van een patiënt. Op het niveau van de episode of de doelgroep-bundel wordt kwaliteit inzichtelijk gemaakt en kunnen kwaliteit en kosten van zorg worden vergeleken. Op deze wijze wordt **waardegedreven zorg** expliciet via het type contractafpraak gestimuleerd. Ook het model per verzekerde kan waardegedreven zorg stimuleren al biedt het instrument een minder expliciete koppeling met kwaliteitsmaten. Uiteraard kan ook in dit model kwaliteit in kaart worden gebracht.



\*

1

2

3

4

5



De alternatieve vormen van contractering kunnen ook bijdragen aan de ambitie om **zorg rondom de patiënt** te organiseren. Voor patiëntgroepen die nu zorg vanuit verschillende sectoren ontvangen (bijvoorbeeld eerste- en tweedelij) kan het ook een middel zijn om de juiste zorg op de juiste plek te stimuleren. De contractvormen geven een stimulans om alle activiteiten in een episode, bundel of per verzekerde zo efficiënt mogelijk vorm te geven. Een goede samenwerking, en waar mogelijk taakherschikking, tussen alle betrokken professionals binnen de episode of bundel draagt daaraan bij.

Het per-episode-model gaat daarin nog minder ver dan de andere modellen. Zo kan de patiënt in het voorbeeld van de heup-/knievervanging nog zorg vóór en na deze episode ontvangen. Overigens hebben betrokken partijen bij dit voorbeeld wel het plan om de episode uit te breiden naar andere vormen van (na)zorg die relevant zijn voor deze doelgroep, zoals geriatrische revalidatie en fysiotherapie. Randvoorwaarde voor een positieve bijdrage van deze alternatieve contractvormen aan de ambities is dat risico's zoals omschreven in tekstbox 4.1, met name risicoselectie en onderbehandeling, worden ondervangen. Verderop in dit hoofdstuk gaan wij daar nader op in.

Wat betreft **innovatie** kunnen we stellen dat innovaties die samenwerking en efficiëntie binnen een episode,

patiëntgroep-bundel of zelfs over alle domeinen (per verzekerde-model) verbeteren worden gestimuleerd. Het is nog de vraag in hoeverre alternatieve contractvormen impact hebben op **administratieve lasten** en **transparantie**. Episodes en bundels kunnen worden vormgegeven op basis van de reeds bestaande bouwstenen, diagnoses en zorgactiviteiten, waardoor vanuit het primaire zorgproces niet per se meer geregistreerd hoeft te worden. De uiteindelijke inrichting van de declaratiesystematiek en de informatiestroom die daaruit voortkomt zal het meest bepalend zijn voor de impact op administratieve lasten (zie volgend hoofdstuk). Daarnaast is het afbakenen van bundels en het maken van bijbehorende prijs- en kwaliteitsafspraken, zeker in de eerste jaren, niet eenvoudig. Dit zal een extra inspanning vragen. Extra monitoring en verantwoording zal nodig zijn om (risico's van) bundels te monitoren en waar nodig de vormgeving aan te passen.

### 4.3 Aandachtspunten en risico's

#### Scope van episodes en bundels

De recente voorbeelden van contractering per episode of per bundel beslaan onder andere geboortezorg, chronische doelgroepen zoals patiënten met diabetes, oncologie en zorg rondom een heup- of knievervanging. Dit betekent niet automatisch dat alle medisch-specialistische zorg via een dergelijke patiëntgroep-bundel kan of zou moeten worden





\*

1

2

3

4

5

ingekocht. Bij de contractering per bundel wordt soms ook bepaalde zorg uitgesloten, omdat aanbieders het financieel risico daarover niet kunnen dragen of het als onwenselijk wordt gezien dat zij dit doen. Zo wordt in het voorbeeld van de integrale bekostiging van geboortezorg hoog-complexe derdelijnszorg niet in de bundel opgenomen. Deze zorg kan per dbc-zorgproduct worden ingekocht. De praktijk moet uitwijzen in welke mate medisch-specialistische zorg meer in episodes of bundels kan worden ingekocht. Hieruit zal ook moeten blijken in hoeverre dit zorg met gereguleerde tarieven betreft en hoe daarmee kan worden omgegaan. De huidige initiatieven omvatten zorg met vrije tarieven. Overigens zal de NZa in een separaat adviestraject ingaan op de verhouding tussen vrije en gereguleerde tarieven en of aanpassingen daarin wenselijk zijn. In dat advies zullen ook verbeteringen in de tariefberekening in het gereguleerde segment behandeld worden.

#### **Vertaling van contractering naar afspraken met een MSB of binnen de zorgaanbieder**

Financiële afspraken binnen de zorgaanbieder, met name tussen een msb en medisch specialisten, worden in belangrijke mate gebaseerd op productie in termen van dbc's (zie: [Monitor Integrale bekostiging medisch-specialistische zorg 2015](#)). Zodra in de contractering innovatieve afspraken worden gemaakt per episode of bundel en met inbegrip van kwaliteit, dienen deze ook

doorvertaald te worden naar de beloning van zorgprofessionals. Aangezien alternatieve contractvormen naast de dbc-systematiek kunnen worden opgesteld ligt hier ook nadrukkelijk een verantwoordelijkheid voor de aanbieders om een doorvertaling te maken naar hoe middelen worden verdeeld binnen de instelling.

#### **Transparantie van kwaliteit en zorgzwaarte**

Er zijn twee belangrijke redenen om bij contractering per episode of per bundel kwaliteit transparant te maken. Ten eerste kan zo in de contractering een expliciete afweging worden gemaakt tussen de prijs die wordt gerekend voor een specifieke bundel en de kwaliteit die daar tegenover staat. Ten tweede kan zo worden gevolgd in hoeverre onderbehandeling (kwaliteitsvermindering) plaatsvindt, een van de risico's bij het betalen per bundel. Een aanbieder kan namelijk het verminderen van het aantal behandelingen, met als doel de kosten onder de prijs per patiënt te houden, mogelijk ook te ver doorvoeren. Bij het monitoren van kwaliteit is het van belang om de zorgzwaarte van patiënten in een zorginstelling in beeld te hebben. Door inzicht in zorgzwaarte kunnen uitkomsten en kosten beter worden vergeleken tussen aanbieders en/of tussen jaren. Per type patiëntgroep zal moeten worden geanalyseerd welke informatie over zorgzwaarte relevant is. Deze informatie over zorgzwaarte kan worden meegenomen in het ontwerpen van de bundel en in het vaststellen van de prijs



\*

1

2

3

4

5



en kwaliteit. Tegelijkertijd kan informatie over zorgzwaarte ook inzicht bieden in de mate waarin eventuele risicoselectie optreedt. Dit laatste is het tweede belangrijke risico van alternatieve contractvormen, zeker wanneer zorgzwaarte onvoldoende meeweegt in het bundelontwerp. Een aanbieder kan de kosten per patiënt proberen te drukken door zich zoveel mogelijk te richten op minder risicovolle patiënten. In welke mate deze risico's optreden is afhankelijk van de keuzes in de ontwerpcriteria. Hoe breder de bundel wordt vastgesteld hoe groter deze prikkel (zie ook tekstbox 4.1).

Idealiter worden voor het transparant maken van kwaliteit voor zorginkoop landelijk uniforme uitkomstmaten geformuleerd. Uitkomstinformatie omvat niet alleen klinische uitkomsten, maar ook andere uitkomsten die van belang zijn voor een patiënt zoals de wijze waarop gecommuniceerd wordt door professionals. Het is daarbij wenselijk om kwaliteitsmaten zoveel mogelijk te baseren op bestaande registraties en informatiebronnen. Dit komt de kwaliteit van de registratie ten goede en voorkomt dubbele registratie. Er zijn momenteel een aantal landelijke trajecten gericht op het ontwikkelen van uitkomstindicatoren, zoals het programma 'Uitkomstinformatie voor Samen Beslissen' van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft de opdracht gekregen om te stimuleren dat er in 2022 voor de helft van de nationale ziektelast landelijke uitkomstinformatie beschikbaar is. Deze doelstelling is door partijen

onderschreven in het 'Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022'. Het gaat hierbij om uitkomstinformatie die het mogelijk maakt te bepalen naar welke spreekkamer (behandelaar/zorginstelling) je wilt en daar samen met je arts te beslissen over de beste behandeling in jouw situatie. In dit programma van het Zorginstituut wordt samengewerkt met veel partijen in de zorg.

#### **Samenloop met ontwikkelingen in het toezicht**

In het traject Horizontaal Toezicht werken veldpartijen momenteel aan het verminderen van de administratieve lasten van rechtmatigheidscontroles. Dit doen ze door de interne organisatie van aanbieders te versterken en de focus van controles te verschuiven van gegevensgerichte controles achteraf (op het niveau van de individuele declaratie) naar controles op de werking van de organisatie (op het niveau van de organisatie dus). We denken dat dit traject en de voorgestelde lijn van contractinnovatie elkaar kunnen versterken. Ten eerste speelt de vertrouwensrelatie tussen verzekeraar en aanbieder in beide een belangrijke rol. Ten tweede creëert het traject Horizontaal Toezicht meer ruimte voor het toetsen op kwaliteit van zorg achteraf (een centraal element in alternatieve contractvormen) doordat toetsing op rechtmatigheid reeds is geborgd in de processen en systemen van aanbieders. Ook zouden risico's die samenhangen met contractering in patiëntbundels specifiek





\*

1

aandacht kunnen krijgen. Aandachtspunt blijft dat de financiële consequenties vooral op contractniveau worden bepaald, maar dat rechtmatigheidscontroles, ook aan de voorkant, gericht blijven op de rechtmatige declaratie van zorgprestaties die vooral als ‘vulling’ van het contract dienen.

2

### Marktstructuur en marktdynamiek

De zorgvraag van een patiënt is lang niet altijd beperkt tot de zorg die één aanbieder kan leveren. Contractafspraken die faciliteren dat de zorg rondom de patiënt wordt georganiseerd vergen dat er aanbieder- of sectoroverstijgende afspraken worden gemaakt zodat de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders kan intensiveren. Maar juist de intensivering van samenwerking kan invloed hebben op de marktstructuur en marktdynamiek. De verwachte winst in termen van waarde kan op langere termijn, wanneer aanbieders bij afnemende concurrentie bijvoorbeeld prijzen omhoog stuwen, (gedeeltelijk) teniet worden gedaan. Afhankelijk van de specifieke vormgeving van de contractafspraken en het aanbod in een regio kunnen andere vormen van contracteren en samenwerking op gespannen voet komen te staan met de Mededingingswet. Een samenwerkingsverband mag niet als vehikel voor concurrentiebeperkende afspraken worden gebruikt. Hoe de balans tussen de voordelen en nadelen van intensievere samenwerking uitpakt, is een belangrijk aandachtspunt dat

3

4

5

bij de evaluatie van deze initiatieven meegenomen moet worden. Mogelijk dat in verschillende regionale marktstructuren (meer/mindere mate van concurrentie) andere oplossingen kunnen worden gekozen voor dit vraagstuk, bijvoorbeeld op het gebied van transparantie en toezicht.

### Keuzevrijheid

De alternatieve contractvormen stimuleren verdergaande samenwerking tussen verschillende typen zorgprofessionals en aanbieders. Doel van betere samenwerking is het verbeteren van de uitkomsten van zorg. Er dient wel aandacht te zijn voor de keuzes en keuzevrijheid van patiënten/cliënten. Een verdergaande samenwerking tussen aanbieders moet het kiezen voor andere aanbieders (buiten de samenwerking) niet belemmeren. De patiënt mag niet zodanig beperkt worden dat deze niet meer de gewenste zorg krijgt. Het zal dus ook van belang zijn om de eventuele impact van andere contractvormen en samenwerkingen op keuzemogelijkheden te monitoren.

## 4.4 Conclusies

In dit hoofdstuk beschreven we een aantal alternatieve vormen van contractering. Wij verwachten dat deze contracteervormen de financiële prikkels in de bekostiging kunnen verbeteren en zo bijdragen aan het realiseren van de





\*

1

ambities op het vlak van waardegedreven zorg en zorg rondom de patiënt. Het vormgeven van alternatieve contractafspraken zal in eerste instantie wel extra tijd en energie vragen van individuele aanbieders en verzekeraars.

2

Daarbij hoeft de registratielast in het primaire proces overigens niet direct hoger te worden, zeker wanneer bundels worden samengesteld op basis van de bestaande diagnoses en zorgactiviteiten. Het is verder van belang om specifieke risico's van alternatieve contractvormen te monitoren. Hiervoor is informatie over kwaliteit en casemix noodzakelijk.

3

4

Daarnaast kunnen alternatieve contractvormen invulling geven aan de functie van onderhandelingstaal. De dbc-systematiek kan hierin nog wel gebruikt worden als declaratievorm. Zo ontstaat een onderscheid tussen de manier waarop wordt gecontracteerd en de manier waarop wordt gedeclareerd. Wanneer de functie van onderhandelingstaal op het contractniveau wordt ingevuld hoeft het dbc-systeem deze functie niet meer te ondersteunen. Het dbc-systeem wordt zodoende ontlast. En dat schept ruimte om het dbc-systeem fundamenteel te vereenvoudigen. In het hoofdstuk 5 verkennen we hiervoor verschillende mogelijkheden.

5





# 5. Eenvoudiger declareren van zorg

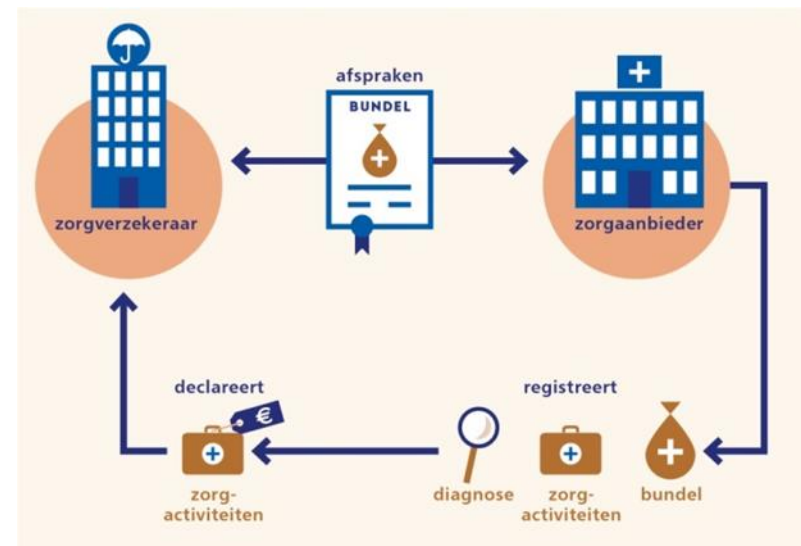
In dit hoofdstuk verkennen we of een alternatieve declaratievorm, anders dan de dbc-zorgproducten, een bijdrage kan leveren aan het realiseren van de gedeelde ambities (zie hoofdstuk 2). We beschrijven twee alternatieve declaratievormen: declareren op basis van zorgactiviteiten (paragraaf 5.1) en declareren op basis van bundels (paragraaf 5.2). We beschrijven welke bijdrage deze declaratievormen zouden kunnen leveren aan het realiseren van onze ambities. We richten ons op de ambities transparantie, administratieve lasten en innovatie en maatwerk. De ambities waardegedreven zorg en zorg rondom de patiënt laten we hier buiten beschouwing omdat we veronderstellen dat deze via de contractering kunnen worden gestimuleerd (zie vorig hoofdstuk). De beschouwing in dit hoofdstuk moet worden gelezen als een verkenning van de voor- en nadelen van alternatieve declaratievarianten. Een analyse van alle uitvoeringstechnische aspecten hebben wij hierin niet meegenomen.

## 5.1 Declaratie van zorgactiviteiten

In het eerste alternatief worden in plaats van dbc-zorgproducten zorgactiviteiten gedeclareerd. Deze variant sluit aan bij het recente advies van de commissie Transparantie en Tijdigheid waarin deze commissie pleit

voor een eenvoudig declaratiesysteem waarmee per dag kan worden afgerekend. Met de declaratie van zorgactiviteiten kan extra informatie worden meegeleverd over bijvoorbeeld de diagnose of de bundel waar de zorgactiviteit deel van uitmaakt.

**Figuur: Declaratie op basis van zorgactiviteiten**



Hieronder geven wij een korte beschouwing van dit alternatieve declaratiesysteem in relatie tot de ambities.



\*

1

2

3

4

5

## Transparantie

- Voordeel van deze declaratiemethode is dat de informatiebouwstenen over de geleverde zorg qua inhoud gelijk kunnen blijven aan die van de dbc-zorgproducten. Dit draagt ertoe bij dat de informatiestroom nog vergeleken kan worden met historische data. Uiteraard kan de inhoud van zorgactiviteiten, net als in de huidige situatie, veranderen in de tijd.
- Ten opzichte van het huidige dbc-systeem kan declaratie sneller plaatsvinden, omdat niet gewacht hoeft te worden tot de sluiting van een dbc-zorgproduct. De tijdigheid waarmee dit systeem informatie genereert wordt daarmee verhoogd en sturingsinformatie kan sneller beschikbaar komen.
- Wanneer we uitgaan van een contractafspraken per episode of bundel is het nadeel van deze variant dat er een verschil kan ontstaan tussen de opbrengsten volgens contract en volgens de declaraties (er worden meer of minder activiteiten gedeclareerd per patiënt dan vooraf afgesproken). Dit is een nadeel voor het inzicht in kostenontwikkelingen waardoor mogelijk achterafcorrecties nodig zijn. Overigens geldt dit in de huidige situatie ook op het niveau van de instelling wanneer er een verschil is tussen de gedeclareerde dbc's en de omzetafspraak op instellingsniveau.
- Een declaratiesysteem gebaseerd op zorgactiviteiten kan de begrijpelijkheid en herkenbaarheid van de nota aan

patiënten verhogen. Het huidige dbc-zorgproduct, en de bijbehorende prijs per dbc, is gebaseerd op een gemiddeld zorgprofiel. In de praktijk kan het zorgprofiel van een individuele patiënt hiervan afwijken, waardoor de in rekening gebrachte prijs niet aansluit bij de werkelijke zorg(kosten). Dit kan leiden tot vragen van patiënten, met name zodra het bedrag wordt verrekend met het eigen risico. Dit voordeel geldt onder de voorwaarde dat activiteiten helder worden omschreven en herkenbaar zijn voor de patiënt.

- Deze declaratievariant vraagt van instellingen en zorgverzekeraars een verandering in het type prijzen dat zij moeten vaststellen, namelijk een prijs per zorgactiviteit in plaats van een prijs per dbc. Daarbij kunnen we wel opmerken dat veel instellingen hun kostprijzen per dbc nu reeds baseren op de kostprijzen per zorgactiviteit.
- Nadeel van een aanpassing in de declaratiesystematiek is dat het risicovereveningsmodel aangepast dient te worden. Het huidige vereveningsmodel bevat namelijk variabelen die gebaseerd zijn op dbc's. De declaratievorm per activiteit is op individueel niveau wel preciezer dan de dbc wat mogelijk ten gunste kan komen aan de kwaliteit van het model, al verdient dit nader onderzoek.





\*

1

2

3

4

5



### Administratieve lasten

- Dit alternatieve declaratiesysteem leidt tot mogelijke vereenvoudigingen in de regelgeving die de controles op rechtmatigheid kunnen vergemakkelijken. Zo zijn regels en controles met betrekking tot onder andere paralleliteit, opening- en afsluitregels, en regels over hoofdbehandelaarschap niet meer nodig of niet in de mate van detail zoals in de huidige dbc-systematiek. Wel zal bepaald moeten worden welke activiteiten relevant zijn per patiëntgroep en zullen we moeten monitoren of de praktijk hierbij aansluit. Kanttekening daarbij is dat er mogelijk meer capaciteit gestoken moet worden in de verantwoording van de contractafspraken en risico's die daarmee gepaard gaan (zie hoofdstuk 4).

### Innovatie en maatwerk

- Een declaratiesysteem gebaseerd op zorgactiviteiten levert mogelijk een flexibeler systeem op ten behoeve van innovatie en maatwerk. In de huidige stringente dbc-structuur merken we dat het lastig kan zijn om innovaties een plek te geven zonder forse impact op de productstructuur of productmix van aanbieders (denk aan de recente toevoeging van het consult op afstand), waardoor het toevoegen van innovaties nu de nodige analyses en tijd vragen. Bij een bovenliggende bundelafpraak maakt declaratie van zorgactiviteiten het

ook mogelijk dat bundels meer worden afgebakend op een manier die past bij de lokale situatie.

- De declaratievorm zorgactiviteiten kan het makkelijker maken om zorg binnen één zorgtraject vanuit verschillende instellingen te leveren en te bekostigen. In het kader van innovatieve samenwerkingsverbanden en netwerkvorming kan dit een voordeel zijn ten opzichte van de huidige situatie. Nu is het lastig te bepalen welke instelling welk deel van een dbc-zorgproduct precies uitvoert en hoe (en tegen welke prijs) dit verrekend moet worden. Voorwaarde hiervoor is dat de ict-infrastructuur dit voldoende faciliteert.

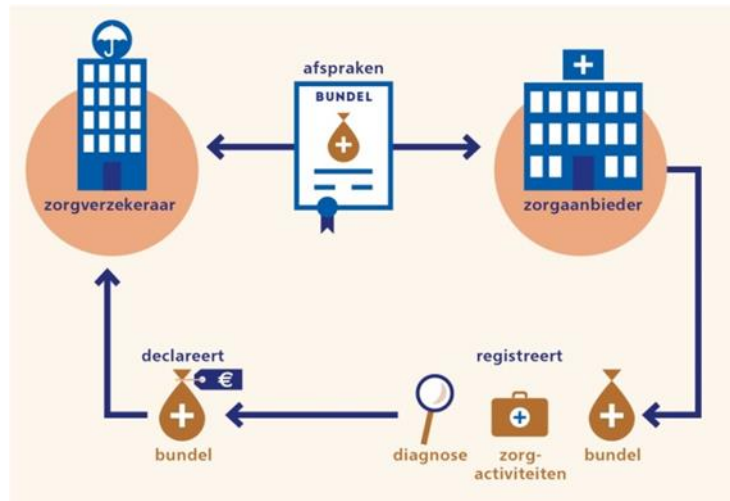
### 5.2 Declaratie van bundels

In deze variant declareert de zorgaanbieder een bundel of episode voor een op dat niveau overeengekomen tarief (zoals in hoofdstuk 4 omschreven). De bundel of episode kan gebaseerd worden op diagnoses, zorgactiviteiten en mogelijk additionele patiëntkenmerken. Informatie over zorgactiviteiten en diagnoses kan worden meegeleverd met de gedeclareerde bundel. Het is wel van belang dat vastgelegd wordt voor welke patiënten de bundel gedeclareerd kan worden en voor welke periode. Bij lijnoverstijgende bundels kunnen de zorgprestaties in andere domeinen bepalend zijn voor de precieze afbakening van de bundel. Dit alternatief sluit aan bij de wijze waarop



de experimenten met integrale bekostiging van geboortezorg zijn vormgegeven.

**Figuur: Declaratie op basis van bundels**



Hieronder geven wij een korte beschouwing van dit alternatieve declaratiesysteem in relatie tot de ambities.

### Transparantie

- Deze declaratievorm levert op zichzelf minder gedetailleerde informatie op over de geleverde zorg dan bij het declareren van dbc-zorgproducten. Dit betekent dat, indien gewenst, aanvullend informatie over zorgactiviteiten meegeleverd moeten worden. Wanneer dit

gebeurt blijft een vergelijking met de historie ook mogelijk. Het risico is wel dat zorgactiviteiten minder goed worden geregistreerd wanneer deze niet meer direct meetellen bij het declareren van zorg.

- Wanneer we uitgaan van een contractafspraken per bundel is het voordeel van deze systematiek dat de opbrengsten uit het contract en de opbrengsten uit de declaratie gelijk lopen. In ieder geval op het niveau van de doelgroep. De kwaliteit van de sturingsinformatie is op dit niveau hoger dan wanneer het huidige declaratiesysteem wordt aangehouden. Het kan overigens nog wel zo zijn dat, net als in de huidige systematiek, er een verschil is tussen de gedeclareerde bundels en de omzetafspraken op instellingsniveau (meer of minder bundels per instelling dan contractueel vastgelegd).
- Of de informatie over uitgavenontwikkeling in deze variant minder snel of sneller inzichtelijk is, zal afhankelijk zijn van de vormgeving van de bundel en de declaratiemomenten die zijn ingebouwd. Zodra betaling aan het einde van de bundel, of na een tijdsperiode, plaatsvindt zal de informatievoorziening hoogstwaarschijnlijk minder tijdig worden.
- De begrijpelijkheid van de nota voor de patiënt kan in deze variant afnemen. De relatie tussen het bedrag op de nota en de geleverde zorg aan een individuele patiënt wordt nog minder direct dan het huidige systeem. Dit

\*

1

2

3

4

5



vertaalt zich door naar het eigen risico dat in rekening wordt gebracht op basis van de declaratie.

- Ook bij declaratie van bundels is een nadeel dat mogelijk impact heeft op risicovereveningsmodel. Het huidige vereveningsmodel bevat variabelen die gebaseerd zijn op dbc-zorgproducten.

#### Administratieve lasten

- Het voordeel van deze declaratievariant is dat de declaratie en contractafpraak in dezelfde eenheid zijn vormgegeven. Het monitoren van verschillen tussen declaraties en contractafpraak is, in ieder geval op patiëntgroep-niveau, minder of niet nodig. Het blijft wel van belang om te volgen of er een verschil ontstaat met de contractafpraak op instellingsniveau, vanwege een hoger/lager aantal bundels.
- De impact op de complexiteit van het declaratiesysteem is op voorhand moeilijk in te schatten omdat dit sterk samenhangt met hoe de bundels precies worden vormgegeven. Wij verwachten hierop echter geen sterke verbetering ten opzichte van het huidige systeem. Onze verwachting is dat de complexiteit niet (veel) zal afnemen ten opzichte van het huidige dbc-systeem. Regels met betrekking tot paralleliteit zijn bijvoorbeeld nog steeds noodzakelijk en mogelijk lastiger in te vullen in een systeem waarin bundels worden gedeclareerd.

#### Innovatie en maatwerk

- De declaratie van bundels kan knellen met de ambitie om maatwerk mogelijk te maken. In regio's waar de afbakening van de bundels niet past, is geen mogelijkheid om hiervan af te wijken omdat dit in prestatieregulering is vastgelegd. Dit geeft bijvoorbeeld geen ruimte om te beginnen met een relatief kleine bundel en deze met de tijd te verbreden, bijvoorbeeld over de sectoren heen. Terwijl we in de praktijk juist zien dat deze benadering vaak wordt gekozen.
- Innovatie binnen de bundel blijft nog steeds mogelijk indien er een vrij tarief geldt of voldoende tariefruimte beschikbaar is. Innovaties waarbij de vormgeving van de bundel moet worden aangepast vergen aanpassing van de prestatieregulering.

#### 5.3 Conclusies

In dit hoofdstuk verkenden we een tweetal varianten op de huidige declaratiesystematiek (dbc-zorgproducten): het declareren van zorgactiviteiten en het declareren op basis van bundels. We beoordeelden deze varianten tegen de achtergrond van onze gedeelde ambities. Op basis hiervan ontwikkelden we een voorkeur voor het declareren van zorgactiviteiten. Algemeen aandachtspunt bij de voorgestelde verdeling van functies tussen contractniveau en declaratieniveau is de ongecontracteerde zorg. Zodra zorgaanbieders zonder contract werken zal het



\*

1

declaratiesysteem op basis van zorgactiviteiten een sterkere volumeprikkel geven dan het huidige systeem en dan declaratie in bundels. De ambities waardegedreven en integrale zorg worden in dat geval niet via het contract en niet via de declaratiesystematiek geborgd.

2

Op het gebied van transparantie herbergt een declaratiesysteem gebaseerd op zorgactiviteiten de meeste potentie. Deze declaratievariant kan sneller informatie genereren over trends in kosten. Daarnaast is de informatie op patiëntniveau preciezer. Dit kan voordelen bieden voor de transparantie richting de patiënt en ook de verrekening van het eigen risico (duidelijkheid). We merkten ook op dat een declaratiesysteem gebaseerd op zorgactiviteiten meer vereenvoudiging en flexibiliteit kan bieden dan een declaratiesysteem gebaseerd op bundels of dbc-zorgproducten. Aan de andere kant is het voordeel van het declareren van bundels dat op patiëntgroepniveau de waarde van de declaraties gelijk is aan de waarde van het contract. Wanneer bij contractering per doelgroep een andere declaratiesystematiek wordt gebruikt, zoals dbc-zorgproducten of zorgactiviteiten, zal meer monitoring door zorgaanbieder en zorgverzekeraar nodig zijn om te volgen of de declaraties uit de pas lopen met de contractafpraak.

4

5

Wat betreft maatwerk en innovatie verwachten wij dat een declaratiesysteem gebaseerd op bundels de meeste

problemen geeft. Zeker in situaties waarbij er onzekerheid is over de afbakening van een patiëntgroep of de afbakening sterk tussen regio's kan verschillen, lijkt de declaratievariant met bundels minder wenselijk. Een ingroeimodel waarin bundels gefaseerd ruimer/anders worden gedefinieerd is ook niet mogelijk. We zien dan ook dat deze declaratievariant tot op heden vooral wordt toegepast bij patiëntgroepen met een heldere afbakening (zoals geboortezorg).

Los van voorkeuren voor een specifieke declaratievariant, zal iedere aanpassing in de declaratiesystematiek in ieder geval op korte termijn een omslag vergen in hoe prijzen worden vastgesteld (andere productdefinitie), verantwoording (niet meer op basis van dbc-zorgproducten) en risicoverevening (niet meer op basis van dbc-zorgproducten). Er hoeft geen trendbreuk in de informatie over zorgkosten te ontstaan, zolang de bouwstenen van de dbc-zorgproducten gebruikt en geregistreerd blijven worden. Uiteindelijk zal verder verdiepend onderzoek, idealiter op basis van praktijkexperimenten en gedegen evaluaties daarvan, meer duidelijkheid moeten geven over de uitvoeringsconsequenties van een andere declaratiesystematiek.



\*

1

2

3

4

5



# Advies: Stimuleer alternatieve contractvormen

De NZa adviseert om af te stappen van een bekostigingssysteem dat voornamelijk geënt is op het uitvoeren van verrichtingen. Samen met veldpartijen willen we toewerken naar een bekostiging van zorg die het creëren van waarde voor patiënten belooft. Het stimuleren van alternatieve contractvormen gericht op waarde moet op korte termijn prioriteit krijgen. Op de langere termijn kan het dbc-systeem fundamenteel vereenvoudigd worden.

## Stimuleren alternatieve contractering

Samen met veldpartijen hebben we ambities geformuleerd voor de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Voor het bereiken van de gezamenlijke ambities adviseert de NZa om in de komende jaren toe te werken naar een situatie waarin alternatieve contractvormen gericht op het maximaliseren van waarde de norm zijn. Het stimuleren van alternatieve contractvormen heeft daarom prioriteit. In de praktijk zagen we hiervan recent een aantal voorbeelden. We zetten daarom in op faciliterende en ondersteunende

maatregelen. Meer dwingende maatregelen om partijen in deze richting te sturen, bijvoorbeeld via integrale prestaties, vinden wij op dit moment niet gepast. Een aantal voorlopers in het veld heeft zelfstandig het initiatief genomen en verdient het vertrouwen om dit verder uit te rollen. De ervaringen die worden opgedaan in de verschillende regio's kunnen bijdragen aan het vergroten van de kennis over deze instrumenten voor contractering. Daarnaast vergen alternatieve contractvormen ook flexibiliteit. Afspraken moeten toegespitst kunnen worden op de regionale situatie en op basis van ervaringen nog aangepast kunnen worden. De flexibiliteit die nodig is om een bundel te implementeren is in de contractering per definitie groter dan binnen prestatieregulering. Om de ontwikkeling richting het contracteren op waarde verder te ondersteunen hebben wij met de betrokken veldpartijen afgesproken om onderstaande maatregelen tot stand te brengen.



\*

1

### Kennisdeling

Landelijke kennisdeling op het gebied van alternatieve contractering kan het gebruik ervan stimuleren. Zo kan intensievere kennisdeling over bundels bijdragen aan snellere implementatie, bijvoorbeeld via een kennisbank waarin de reeds ontwikkelde bundelontwerpen centraal worden gedeeld worden. De inhoudelijke criteria van de bundelontwerpen zijn in dat geval pre-concurrentieel. Het op deze wijze landelijk uniformeren van bundelontwerpen kan dienen als handreiking voor het veld. Veldpartijen houden dan de ruimte om af te wijken van deze criteria indien de regionale situatie daarom vraagt. Wij zien in de ontwikkeling van bundelontwerpen een rol voor veldpartijen. De NZa kan een rol spelen als platform om de ontwikkelde bundelontwerpen centraal beschikbaar te stellen en in het actief uitdragen van de mogelijkheden die dit instrumentarium biedt.

2

3

4

5

### Evaluëren van de effecten

Het evalueren van de effecten van de alternatieve contractvormen is van belang om na te gaan of de vooraf beoogde doelstellingen worden behaald. Zorgvuldigheid is hierbij van belang omdat alternatieve contractafspraken ook risico's kennen die gemonitord moeten worden. Hiervoor zal informatie over kwaliteit en casemix nodig zijn. Evaluaties zullen ook inzicht moeten bieden in de mate waarin contractvormen zoals per episode of per patiëntgroep-

bundel toepasbaar zijn over het geheel van medisch-specialistische zorg. De ontwikkeling van kennis over alternatieve contractvormen kan het gebruik ervan ook stimuleren.

### Congruent gedrag bij het alternatieve contractering

Bij de totstandkoming van alternatieve contracten gericht op waarde is het met name voor zorgaanbieders van belang dat zorgverzekeraars congruent gedrag vertonen binnen de grenzen van de mededingingsregels. Het volgen van de inhoudelijke criteria van een bundelontwerp kan ervoor zorgen dat bundelontwerpen die in verschillende regio's worden gehanteerd voor dezelfde patiëntengroep niet zonder inhoudelijke reden van elkaar verschillen. Dat vergemakkelijkt de uitrol en toepassing van deze bundel. Mogelijkheden om af te wijken van een bundelontwerp blijven bestaan, maar zullen dan beredeneerd moeten plaatsvinden.

### Monitoring van contracten

We adviseren om onze ambitie voor een bekostiging die waardegedreven stimuleert via de contractering te realiseren en niet via de prestatieregulering. Consequentie hiervan is dat het realiseren van de ambities en het tempo dat hierop wordt aangehouden voor een groot deel bij veldpartijen wordt neergelegd. Dit sluit aan bij recente initiatieven die reeds door veldpartijen zijn genomen. Tegelijkertijd ligt de



\*

1

gekozen oplossing daarmee verder van de directe invloedssfeer van de overheid. Dit kan gaan knellen indien de ontwikkelingen op dit gebied achterblijven. Tegen deze achtergrond zullen we actiever de inhoud van contracten en het contracteerproces gaan monitoren. Dit stelt de NZa in staat om bij te sturen wanneer de gewenste ontwikkelingen uit- of achterblijven.

2

3

### Stabiel declaratiesysteem

Initiatieven die gebruik maken van alternatieve contractvormen zijn gebaat bij een stabiele prestatiestructuur, zodat de informatie die het dbc-systeem over de jaren genereert gelijk en daarmee vergelijkbaar blijft. Door het dbc-systeem zoveel mogelijk met rust te laten, faciliteren we het experimenteren met alternatieve en kansrijke contractvormen (waarbij voor het declareren veelal nog de dbc-systematiek gebruikt wordt).

4

5

Wij adviseren daarom om de komende jaren, net als de afgelopen jaren, rust te bewaren in de declaratiesystematiek en het huidige dbc-systeem te behouden.

Wijzigingsvoorstellen van het dbc-systeem die niet in lijn liggen met de ambities en het toekomstbeeld in dit advies moeten niet worden doorgevoerd. In de afgelopen jaren is gebleken dat voor het handhaven van rust en stabiliteit commitment vereist is van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het aantal verzoeken dat de NZa jaarlijks

ontvangt om wijzigingen door te voeren in het dbc-systeem is nog steeds omvangrijk. Voor het handhaven van rust en stabiliteit is dus ook terughoudendheid vereist van veldpartijen. Dit stimuleert tegelijkertijd het nadenken over en ontwikkelen van contractafspraken gericht op waarde.

Op het moment dat gedegen evaluaties aantonen dat alternatieve contractvormen een overtuigende bijdrage leveren aan de gedeelde ambities, kunnen stappen worden gezet richting een fundamentele vereenvoudiging van het dbc-systeem. In dat licht concluderen we dat een declaratiesysteem gebaseerd op de huidige zorgactiviteiten, gekoppeld aan diagnoses, een aantal voordelen biedt boven het huidige systeem. We zien kansen om zo de administratieve lasten te verminderen en transparantie over de zorguitgaven sneller en effectiever te realiseren. Een vereenvoudigd declaratiesysteem vereist echter nadere uitwerking. Wij willen experimenten in deze lijn stimuleren door hiervoor ruimte te bieden aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars en te ondersteunen waar nodig.





## Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

### Postadres

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

### Bezoekadres

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

### Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 87 70

(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)

E-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

