



Zorginstituut Nederland

Handreiking contracteren van gezamenlijke besluitvorming

Ter inspiratie voor de
contracteringsronde 2025-2026

Definitief | 06 september 2024

| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	3
	Aanleiding en doel	4
1	Samenhang met andere initiatieven	5
2	Gezamenlijke besluitvorming	6
2.1	Uitleg over gezamenlijke besluitvorming	6
3	Contractering	7
3.1	Huidige bekostiging gezamenlijke besluitvorming binnen msz	7
3.2	Stappenplan zorginkoop van gezamenlijke besluitvorming	8
3.3	Mogelijke constructies voor contractering	11
3.4	Praktijkvoorbeelden	13
3.4.1	UMCG13	
3.4.2	Maasstad Ziekenhuis	13
3.4.3	Bernhoven	14
3.5	Succesfactoren	14
4	Eindwoord	15
	Bijlagen	16
	Interviewlijst	16
	Colofon	17

Samenvatting

Sneller meer passende zorg in de praktijk! Dat is de opdracht waaraan IZA-partijen zich in 2022 hebben gecommitteerd. Het programma Passende zorgpraktijken heeft als doel het opschalen van passende zorg door goede voorbeelden van passende zorg te delen ter inspiratie en het gesprek hierover te stimuleren.

Contracteren is een belangrijk onderdeel bij het opschalen van passende zorg in de praktijk. Daarom heeft het programma de *Handreiking contracteren van gezamenlijke besluitvorming binnen de medisch-specialistische zorg* opgesteld. De handreiking biedt praktische inzichten voor zorginkopers van zorgverzekeraars en zorgverkopers van ziekenhuizen. Ook toont de handreiking welke contractvormen en bijbehorende KPI's worden gebruikt binnen het huidige zorgsysteem om gezamenlijke besluitvorming te contracteren. Gezamenlijke besluitvorming gaat verder dan alleen Samen beslissen. Het omvat niet alleen het gesprek tussen patiënt en arts, maar ook het goed inrichten van de organisatie van zorg en procesafstemming.

De handreiking is een verdere verdieping van kennis die in de afgelopen jaren is opgedaan door veldpartijen, betrokken organisaties en koepels. Met actuele praktijkvoorbeelden van contracteren en een beknopt stappenplan om zorginkopers en zorgverkopers snel op weg te helpen bij het kiezen van een nieuwe contractvorm. Met deze voorbeelden laten we zien dat het contracteren van passende zorg nu al kan en wat daarvoor nodig is.

Vertrouwen en een goede relatie tussen zorginkoper en zorgverkoper zijn noodzakelijk voor het contracteren van passende zorg. Zonder die basis gaat het opschalen van gezamenlijke besluitvorming niet lukken. Er is een verschuiving nodig van traditionele P*Q-contracten naar 'relationeel contracteren'. Bij relationele contracten ligt de nadruk op langdurige samenwerking en wederzijds begrip tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar, in plaats van alleen op het sturen op productie en prijs van zorg.

Ontdek hieronder de stappen die al in gang zijn gezet en laat je inspireren om zelf ook een innovatieve contractvorm te kiezen. Contracteren van gezamenlijke besluitvorming kan nu al!



Aanleiding en doel

Het programma Passende zorgpraktijken heeft als doel het opschalen van passende zorg in de praktijk, door goede voorbeelden van passende zorg te delen ter inspiratie en het gesprek hierover te stimuleren. Er wordt gekeken wat betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars nodig hebben voor de implementatie van passende zorg.

De passende zorgpraktijken zijn voorbeelden van werkwijzen binnen passende zorg die zorgorganisaties, zorgverzekeraars en hun regionale partners nu al kunnen oppakken. In samenspraak met het Bestuurlijk Overleg IZA zijn een aantal voorbeeldpraktijken geïdentificeerd waarmee Zorginstituut Nederland als eerste aan de slag gaat met een thematische aanpak. Verschillende zorgaanbieders en enkele IZA-partijen zijn geïnterviewd¹ voor deze handreiking. Het eerste thema betreft passende organisatie van zorg gericht op gezamenlijke besluitvorming binnen de medisch-specialistische zorg (msz). Gezamenlijke besluitvorming is veel meer dan alleen een manier van werken van een individuele zorgverlener. Het mogelijk maken van gezamenlijke besluitvorming vergt inbedding in organisaties door de benodigde rollen te beleggen en processen in te richten. Er is een programmatische aanpak nodig met commitment vanuit zorgorganisaties en vakgroepen, en goede afspraken met zorgverzekeraars.

Contracteren van zorg wordt gezien als een belangrijk middel om passende organisatie van zorg gericht op gezamenlijke besluitvorming te faciliteren en op te schalen. Deze handreiking bevat een stappenplan dat beschrijft hoe gezamenlijke besluitvorming binnen de msz gecontracteerd kan worden. De verdere details, gedurende de daadwerkelijke zorginkoop², worden verder besproken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Deze handreiking heeft als doel om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te inspireren met actuele praktijkvoorbeelden en te laten zien wat er binnen het huidige zorgsysteem nu al mogelijk is om passende organisatie van zorg gericht op gezamenlijke besluitvorming in de msz te contracteren en welke bekostiging mogelijk is.

¹ Interviewlijst, zie bijlage.

² Voor uitleg terminologie, zie tekstbox 1.

1 Samenhang met andere initiatieven

Gezamenlijke besluitvorming is een concept en moet concreet worden gemaakt om gecontracteerd te kunnen worden. Deze handreiking biedt een verdere verdieping van de lopende initiatieven in het veld en van kennis die in de afgelopen jaren is opgedaan door relevante organisaties en koepels. De handreiking sluit aan op bestaande programma's, zoals het Programma Uitkomstgerichte Zorg, het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) en de opgestelde infographic over gezamenlijke besluitvorming van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Op 28 juni 2024 kwamen bestuurders uit de zorg bijeen om samen in gesprek te gaan over hoe we passende organisatie van zorg gericht op gezamenlijke besluitvorming (Samen beslissen) met elkaar kunnen realiseren. Tijdens de bijeenkomst op woensdag 3 juli 2024 werden met de belangrijkste partijen, betrokkenen vanuit zorgpraktijken en experts, concrete stappen besproken voor het opschalen en contracteren van passende zorg gericht op gezamenlijke besluitvorming.

Deze handreiking maakt gebruik van terminologie die belangrijk is voor een goed begrip van de inhoud. We lichten deze termen toe in het begrippenkader in tekstbox 1.

Tekstbox 1 - Begrippenkader

- **Bekostiging** betreft de manier waarop zorgaanbieders worden betaald voor de zorg die zij leveren (de vormgeving van de financiële prikkels) door zorgverzekeraars, zorgkantoren of gemeentes.
- **Financiering** betreft (het proces van) het verkrijgen van financiële middelen om de kosten te dekken die gepaard gaan met het verlenen van de zorg. De financiering kan uit diverse bronnen afkomstig zijn – waaronder de vijf stelselwetten (*Zorgverzekeringswet*, *Wet langdurige zorg*, *Wet maatschappelijke ondersteuning*, *Wet publieke gezondheid* en de *Jeugdwet*) – en uit eigen bijdragen van patiënten en directe betalingen vanuit de overheid.
- **Contractering** betreft het proces van het sluiten van een contract tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente. De bekostiging is onderdeel van het contract. Het contract bevat ook andere aspecten, zoals verantwoordingsinformatie, bepalingen over bijvoorbeeld heronderhandeling, en inclusie- en exclusiecriteria van de populatie waarop het contract betrekking heeft.
- **Zorginkoop** betreft de gehele cyclus tussen zorgaanbieder en zorginkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeentes) om zorgdiensten in te kopen. Zorginkoop omvat onder meer het in kaart brengen van zorgbehoeften, het verzamelen van informatie over de zorgaanbieder, het selecteren van de zorgaanbieder, de onderhandelingen en contractering, monitoring, en relatiebeheer.

Er zijn voorbeelden uit de praktijk die laten zien wat op dit moment al mogelijk is als het gaat om contractering³ van gezamenlijke besluitvorming en het leveren van passende zorg. Deze voorbeelden zijn nauwkeurig bestudeerd en uitgevraagd in interviews⁴ en dienen als input voor deze handreiking. In deze handreiking zullen contracteringsvormen genoemd worden die momenteel mogelijk zijn.

³ Cattel et al. (2023). *Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren*. Rotterdam/Den Haag: ESHPM, Health Campus Den Haag en Expertisecentrum BUNDLE.

⁴ Interviewlijst, zie bijlage.

2 Gezamenlijke besluitvorming

Dit hoofdstuk beschrijft kort wat we precies verstaan onder gezamenlijke besluitvorming. Dit gaat verder dan alleen Samen beslissen. Het omvat niet alleen het gesprek tussen patiënt en arts, maar ook het goed inrichten van de organisatie van zorg en procesafstemming.

2.1 Uitleg over gezamenlijke besluitvorming

Organisatie van zorg gericht op gezamenlijke besluitvorming wordt gedefinieerd als een proces waarin zorgprofessional en patiënt samen bespreken welke behandeling of zorg het beste bij de patiënt past.⁵ Het wordt gezien als veel meer dan alleen een manier van werken van een individuele zorgverlener. Het mogelijk maken van gezamenlijke besluitvorming vergt inbedding in organisaties door de benodigde rollen te beleggen en processen in te richten. Er is commitment nodig vanuit zorgorganisaties en vakgroepen en goede afspraken met (meerdere) zorgverzekeraars.

Gezamenlijke besluitvorming is geen eenmalige actie, maar een proces waarbij de patiënt informatie inbrengt over het eigen leven, de ervaringen, gezondheidsdoelen, wensen en verwachtingen.⁶ De zorgverlener brengt kennis en ervaring in over de medische en zorgaspecten van behandelalternatieven. In het IZA is veel aandacht voor het verder bevorderen van gezamenlijke besluitvorming. De patiënt en behandelaar besluiten samen in een gesprek over de meest passende behandeling. Afhankelijk van de complexiteit van het gezondheidsprobleem en de zorgvraag zijn hiervoor een of meerdere gesprekken nodig. Het kan nodig zijn om multidisciplinair naar de functioneringsvraag te kijken door verschillende (medische) disciplines en naasten van de zorgvrager bij het proces te betrekken.

⁵ FMS, <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/samen-beslissen-0/wat-is-samen-beslissen>.

⁶ Zorginstituut Nederland, programma Passende zorgpraktijken, opschalingsplan.

3 Contractering

Contractering is het proces van het sluiten van een contract tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente. De bekostiging is onderdeel van het contract. Het contract bevat ook andere aspecten, zoals verantwoordingsinformatie, bepalingen over bijvoorbeeld heronderhandeling, en inclusie- en exclusiecriteria van de populatie waarop het contract betrekking heeft.⁷ De hoeveelheid zorg zou alleen gebaseerd moeten zijn op wat nodig is voor de patiënt, niet op wat loont voor de zorgaanbieder. Met elkaar werken we nu toe naar het inkopen en contracteren van passende zorg. En dat gaat voor veranderingen zorgen.

3.1 Huidige bekostiging gezamenlijke besluitvorming binnen msz

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars sluiten overeenkomsten door contractering. Met deze overeenkomsten realiseren zorgverzekeraars toegang tot goede en betaalbare zorg voor hun consument en krijgen zorgaanbieders betaald voor de geleverde of te leveren zorg (op basis van gereguleerde prestaties, met mogelijk maximumtarieven). Daarnaast kunnen meer aspecten worden vastgelegd die relevant zijn voor gezamenlijke besluitvorming, zoals gezamenlijke visie en doelen, KPI's (uitkomsten), governance, informatie-uitwisseling, en spelregels van de relatie. Contracten gaan dus over veel meer dan alleen bekostiging van zorg. Het implementeren van gezamenlijke besluitvorming leidt tot andere behandelkeuzes of het niet starten van een behandeltraject en heeft consequenties voor de inrichting van een zorgpad. Het kan zijn weerslag hebben op behandelvolumes, maar ook leiden tot een verschuiving van zorg, bijvoorbeeld van medisch specialisten naar verpleegkundig specialisten of van de tweede en derde lijn naar de eerste lijn. Als onderdeel van de contractering en de onderhandeling moet op deze verschuivingen geanticipeerd worden en het mogelijk effect ervan moet worden besproken.

Op dit moment is de inzet van gezamenlijke besluitvorming nog onvoldoende transparant.^{8,9} De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is van plan om een nieuwe zorgactiviteit voor een consult Samen beslissen te introduceren, die een plek krijgt in de afleiding naar dbc-zorgproducten. Hierover wordt begin oktober 2024 een definitief besluit genomen. Het doel is om beter inzichtelijk te maken bij welke patiënten en binnen welke dbc-zorgproducten er sprake is van een consult Samen beslissen. Ook wordt het zo mogelijk om via deze zorgactiviteit gerichter kosten voor consulten Samen beslissen toe te wijzen aan dbc-zorgproducten. Dit consult is een onderdeel van de passende organisatie van zorg gericht op gezamenlijke besluitvorming.

Uit lopende projecten van de NZa voor een passende bekostiging in de msz (waaronder 'bekostiging van het goede gesprek') en andere lopende onderzoeken moet blijken of verdere aanpassing van de bekostiging wenselijk en nodig is. Daarnaast kan een facultatieve prestatie zoals *Time to talk*, voor transmurale proactieve zorgplanning, een mogelijkheid zijn. Als eerste stap is besloten om in deze handreiking te kijken naar bekostiging en contractering binnen de mogelijkheden van het huidige systeem. Daarin zijn voldoende mogelijkheden om gezamenlijke besluitvorming binnen de contractering vorm te geven.

⁷ Cattel et al. (2023). *Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren*. Rotterdam/Den Haag: ESHPM, Health Campus Den Haag en Expertisecentrum BUNDLE.

⁸ NFU, *Rapport Gezamenlijke besluitvorming, ziekenhuis en zorgverzekeraar in gesprek*, 2018.

⁹ Nivel, *De transparantie monitor*, 2019-2020.

3.2 Stappenplan zorginkoop van gezamenlijke besluitvorming

Het contracteren van gezamenlijke besluitvorming start bij een nieuw zorginkoopproces. Verschillende zorgaanbieders en een aantal IZA-partijen zijn geïnterviewd¹⁰ en de stappen die zijn gevolgd zijn samengevat in een stappenplan. Dit stappenplan dient als hulpmiddel voor het voeren van een constructief gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het inkoopproces van gezamenlijke besluitvorming is een verdere verdieping van de infographic (figuur 1) van Programma Uitkomstgerichte Zorg. Het doel van dit programma is om zorginstellingen en professionals te ondersteunen bij de implementatie van Samen beslissen in alle instellingen in de msz. Hiervoor zijn concrete doelen en een plan van aanpak opgesteld en tijdens een kennissessie samengevat tot de infographic. Met deze handreiking gaan we dieper in op de 'beloning'-kant van infographic.

Figuur 1 - Infographic 'elf aanbevelingen voor het verbeteren van gezamenlijke besluitvorming'

Hoe kan Samen Beslissen verbeterd worden?

Deze infographic bevat de belangrijkste bevindingen uit een recente kennissessie. Klik op de knoppen onder elke aanbeveling voor voorbeelden uit de praktijk. Wil je meer weten over de kennissessie, klik dan [hier](#).



Bron: Platform Uitkomstgerichte Zorg¹¹

¹⁰ Interviewlijst, zie bijlage.

¹¹ Kennisplatform Uitkomstgerichte Zorg,

<https://platformuitkomstgeritezorg.nl/aan+de+slag/documenten/default.aspx#folder=1991657>.

Het uitgangspunt bij het onderhandelen over passende zorg is dat de onderhandeling is gebaseerd op ambitie, vertrouwen en openheid. Zoals ook benoemd in de whitepaper van de NZa¹² zouden de partijen niet tegenover elkaar (transactioneel), maar aan één kant van de tafel moeten zitten (relationeel). Idealiter verwordt de onderhandeling tot een gesprek tussen inkopers, verkopers, inhoudsdeskundigen (zoals verpleegkundigen) en specialisten. Als laatste moet men ernaar streven dat er zowel bij de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar steun is voor de nieuwe manier van contracteren.

Hier volgen de vijf stappen voor zorginkoop van gezamenlijke besluitvorming. Daarna volgt in figuur 2 een samenvatting van de belangrijkste elementen.

Stap 1. Ga in gesprek over ambities, belangen en onzekerheden

- Definieer en verduidelijk de doelen en ambities op basis van het regiobeeld en regioplan.
- Definieer een gezamenlijke ambitie en gedeeld belang.
- Toon oog voor elkaars doelen, bespreek mogelijke consequenties van tevoren en benoem wat beide partijen spannend vinden.
- Beide organisaties hebben interne steun nodig van bijvoorbeeld de vakgroep, raad van bestuur en regiomanagers. Vraag elkaar om te helpen die interne steun te realiseren. Vertrouwen en ambitie zijn hierbij essentieel.

Stap 2. Samenwerking in de regio

- Analyseer de uitdagingen regio breed en bepaal de rol van de zorgaanbieder hierin. Baseer de ambities op (bestaande) cijfermatige analyses van lokale uitdagingen voor de specifieke instelling. Om een volledig beeld te krijgen kan dit een combinatie zijn van de data van het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en het IZA-regioplan. Streef naar een optimale aansluiting van het contracteringsproces op de interne processen bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Stap 3. Zorgpad en doelstellingen bepalen

- Kies een zorgpad dat aansluit bij de ambities van de vakgroep; dit helpt ook om de interne steun bij de zorgaanbieder te bevorderen.
- Laat het zorgpad aansluiten op het regioplan en de bijbehorende beschikbare data. Voorbeelden van zorgpaden zijn: ouderennefrologie of ouderenoncologie.

Stap 4. Afspraken maken

Specificeer in de overeenkomst hoe de zorg te financieren, op basis van de bekostiging (gereguleerde prestaties, mogelijk met maximumtarieven). Maak afspraken over de inhoud van het contract en de omgangsvormen. Het advies is om niet alles vast te leggen, zodat tijdens de contractperiode ruimte ontstaat voor innovatie en ontwikkeling.

- Contractvorm
 - Kies een passende contractvorm die voor alle partijen acceptabel is. Zie voor verdere informatie het volgende hoofdstuk.
 - Bespreek hoe zorgaanbieder en zorgverzekeraar omgaan met de gerealiseerde kostenstijgingen of besparingen door gezamenlijke besluitvorming.
- Inhoud (wat contracteren zorgverzekeraar en zorgaanbieder?)
 - Bespreek de onderdelen van het proces van gezamenlijke besluitvorming en hoe de aanbieder dit gaat inrichten voor de desbetreffende doelgroep. Denk aan elementen als: het afspreken van het aantal consulten tussen zorgprofessional (al dan niet met een verpleegkundige) en patiënt, gebruik van keuzehulpen, organisatie van het multidisciplinair overleg, de inrichting van het proces, de PROMS die gebruikt gaan worden.
 - Stel kwalitatieve KPI's vast, zoals een verbeterde kwaliteit van leven van de patiënt. Sluit aan bij gegevens die al verzameld worden, bijvoorbeeld voor een landelijke kwaliteitsregistratie. Voorbeelden van KPI's kunnen zijn: verbeteren van doorlooptijden,

¹² NZa, Naar transformatiegerichte contracten in de zorg, 2024.

verminderen van herhaalconsulten of het verlagen van het aantal complicaties. Een advies is om meer focus te leggen op kwalitatieve KPI's dan op kwantitatieve KPI's.

- Voorbeelden van proces-KPI's zijn: het aantal in gezamenlijke besluitvorming getrainde zorgverleners of het aantal zorgpaden waar gezamenlijke besluitvorming wordt toegepast.
 - Maak afspraken over de monitoring en evaluatie, zowel van de financiële aspecten als van de inhoudelijke aspecten. Voorbeeld is het vergelijken van geopereerde patiënten en niet geopereerde patiënten. Vergelijk vervolgens de kwaliteit van leven, overlevingskans en gemaakte kosten tussen deze twee groepen.
 - Een voorbeeld van inhoudelijke afspraken is de kwaliteitsparagraaf die CZ heeft opgesteld, waarin de afspraken over 'gezamenlijke besluitvorming' worden opgenomen. Afspraken die te maken hebben met financiering komen in de overeenkomst te staan.
- Samenwerkingsafspraken
- Bepaal de handvatten voor het proces¹³, zoals: resultaten moeten inhoudelijk worden gedragen, geen aantasting van de kernwaarden van partners, heldere afspraken over welke onderwerpen wanneer op de agenda staan en hoe besloten wordt.
 - Stel prioriteiten voor de korte en lange termijn. In de zorgpraktijken komt naar voren dat er minstens drie jaar voor nodig is om de effecten te kunnen bewerkstelligen en meten.
 - Benoem expliciet wat de partijen gaan doen als de context tijdens of na de contractperiode verandert.

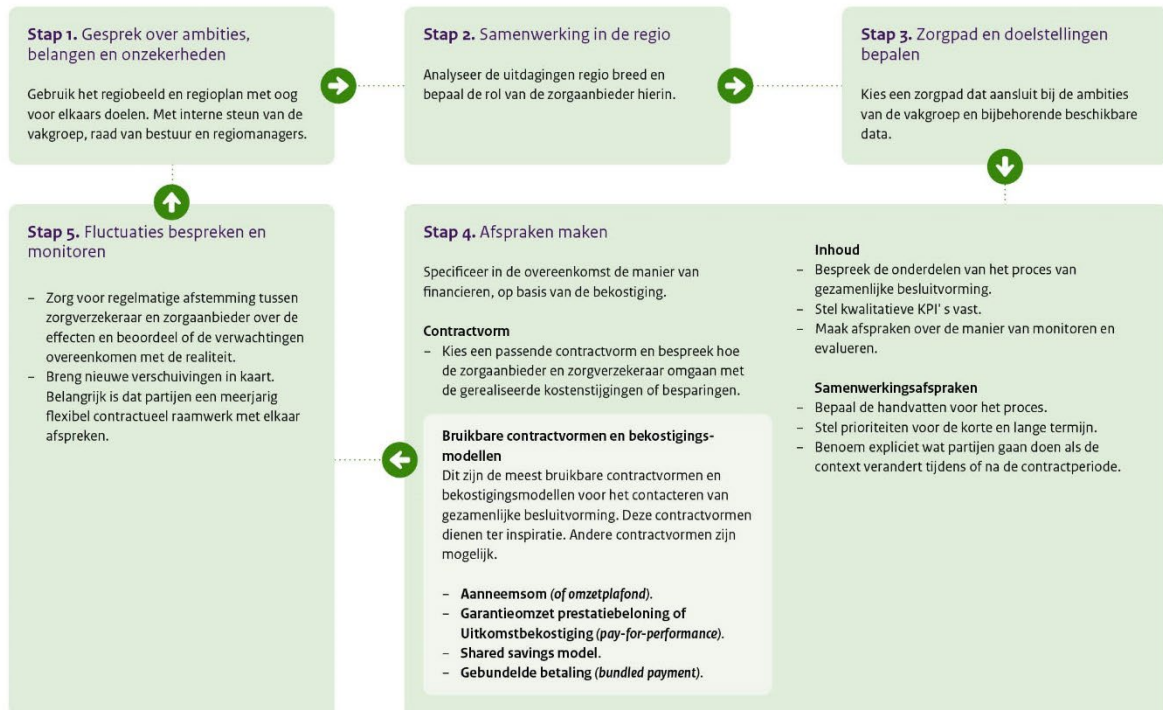
Stap 5. Fluctuaties bespreken en monitoren

- Zorg voor regelmatige afstemming tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder over de effecten van gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Maak afspraken over de data, bronnen, gegevens, het delen van data, de inzage en anonimiseren bij analyse.
- Beoordeel of de verwachtingen overeenkomen met de realiteit. De aanname is dat er verschuivingen zullen plaatsvinden, maar dat is niet zeker en de vraag is op welk termijn.
- Breng nieuwe verschuivingen in kaart. Het zou voor kunnen komen dat de zorg voor patiënten zich verplaatst naar eerste lijn of Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). Hou rekening met kosten die zich dan ook verplaatsen.
- Belangrijk is dat partijen een meerjarig flexibel contractueel raamwerk met elkaar afspreken. De kunst is om in meerjarige contracten flexibiliteit in te bouwen om te kunnen omgaan met (onverwachte) veranderingen.

¹³ FMS, NFU, NVZ, ZN en ZKN, *Samen werken aan succesvol contracteren in de medisch-specialistische zorg*, 2017.

Figuur 2 - Stappenplan met de belangrijkste elementen van de handreiking

Stappenplan



Door deze stappen te volgen kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen bouwen aan een duurzame en effectieve samenwerking, gebaseerd op vertrouwen, openheid en gedeelde ambities. Er moet laagdrempelig en regelmatig contact zijn tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder, niet alleen tijdens de contractering. Relevante deadlines tijdens het contracteringsproces staan in het rapport *Handvatten voor contractering* van de NZa.¹⁴

3.3 Mogelijke constructies voor contractering

Op basis van de uitkomsten en resultaten die zorgaanbieders met zorgverzekeraars delen blijven zij met elkaar in gesprek over de afspraken die in de contractering zijn vastgelegd. De whitepaper *Naar transformatiegerichte contracten in de zorg* van de NZa geeft inzicht in nieuwe vormen van contractering.¹⁵ Bij relationele contracten ligt de focus op het maken en uitvoeren van afspraken vanuit de onderlinge samenwerking en (relatie)gericht op het realiseren van gemeenschappelijke doelen. Het relationele prestatiemodel lijkt geschikt voor afspraken over gezamenlijke besluitvorming. Een relationeel contract maakt het mogelijk om te anticiperen op eventuele onverwachte ontwikkelingen. Door het vertrouwen dat ontstaat tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar en door een nieuwe manier van samenwerken kunnen ook goede afspraken worden gemaakt voor toekomstige situaties en het werken met gezamenlijke besluitvorming in de fases die volgen na implementatie.

¹⁴ NZa, *Handvatten voor contractering en transparantie gecontracteerde zorg*, 2023.

¹⁵ NZa, *Naar transformatiegerichte contracten in de zorg*, 2024.

Alternatieve bekostiging wordt in de literatuur gedefinieerd als bekostigingsmodellen anders dan de traditionele bekostigingsmodellen (met name betaling per verrichting, dus de P*Q contracten), en die als doel hebben om de financiële prikkels meer in lijn te brengen met de overkoepelende doelen van het zorgsysteem (in Nederland: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid). Een gemeenschappelijk kenmerk van alternatieve bekostigingsmodellen is dat de financiële verantwoordelijkheid voor de zorguitgaven (deels) wordt verschoven van betaler – zoals een zorgverzekeraar – naar zorgaanbieder (of groep van zorgaanbieders). Tekstbox 2 bevat een overzicht van de meest toepasbare contracteringsvormen en alternatieve bekostigingsmodellen voor het contacteren van gezamenlijke besluitvorming. Binnen het huidige systeem zijn momenteel vijf vormen mogelijk waarbij de zorgaanbieder afspraken maakt met de zorgverzekeraar.¹⁶

Tekstbox 2: Relevante constructies voor contractering *

- **Aanneemsom (of omzetplafond):** bij een relationeel contract past een aanneemsom. Een aanneemsom is een bekostigingsvorm waarbij de zorgaanbieder van de zorgverzekeraar een totaalbedrag krijgt voor het leveren van zorg voor meerdere jaren. P*Q blijft gelijk voor x aantal jaar, daarmee loopt de zorgaanbieder een minimaal risico en krijgt garantie door 'bevroren' inkoopafspraken. Bij het realiseren van geleverde zorg onder een aanneemsom houdt het ziekenhuis recht op de totale uitbetaling van de aanneemsom. Door te werken met een aanneemsom blijven de inkomsten stabiel, wat bij de zorgaanbieder de productiedruk van de financiële ketel haalt.
- **Garantieomzet:** een zorgaanbieder draait een bepaalde omzet op aandoening X en heeft bepaalde kosten. Bij deze afspraak geeft de zorgverzekeraar de garantie dat de omzet voor aandoening X een aantal jaar gegarandeerd wordt. Deze vorm geeft comfort aan de zorgaanbieder, zodat die in staat is om vaste kosten te dekken bij een eventuele ondervulling van de plafondafpraak.
- **Prestatiebeloning of uitkomstbekostiging (pay-for-performance):** expliciete betalingen voor het behalen van doelen van een set vooraf gedefinieerde prestatie-indicatoren. De indicatoren gaan in de praktijk meestal over kwaliteit, maar steeds vaker wordt ook gewerkt met indicatoren voor bijvoorbeeld toegankelijkheid en ICT-toepassingen, zoals e-Health.
- **Shared savings model:** zorgaanbieders worden betaald volgens de huidige bekostiging, maar zorgaanbieder en zorgverzekeraar delen achteraf in gerealiseerde besparingen of verliezen op basis van een vooraf gedefinieerde uitgavendoelstelling. Die doelstelling kan betrekking hebben op een bepaald type zorg, een bepaalde aandoening of een bepaalde populatie binnen een regio. Bij modellen waarin de zorgaanbieder alleen deelt in besparingen wordt gesproken van *upside risk*. Als de zorgaanbieder ook verantwoordelijkheid draagt voor verliezen (*downside risk*) is het risico tweezijdig.
- **Gebundelde betaling (bundled payment):** één vast bedrag voor het leveren van een samenhangend pakket aan zorg voor een bepaalde aandoening. Zorgaanbieders houden meer over als (onnodige) zorg wordt voorkomen, maar lopen in beginsel ook financieel risico over de kosten bij complicaties. Het verschil met het *shared savings* model is dat de betaler niet deelt in gerealiseerde besparingen of verliezen. De betaling van de bundel kan zowel vooraf (prospectief) als achteraf (retrospectief) plaatsvinden.

* Deze lijst is niet uitsluitend, ook andere constructies zijn denkbaar.

Naast de contractvormen in tekstbox 2, waarbij de zorgaanbieder afspraken maakt met de zorgverzekeraar, zijn ook complexere modellen denkbaar, waarbij afspraken over een hele populatie worden gemaakt. Die zijn voor nu minder relevant en toepasbaar, aangezien we ons focussen op de msz en de afspraken die met een zorgaanbieder worden gemaakt.

¹⁶ Cattel et al. (2023). *Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren*. Rotterdam/Den Haag: ESHPM, Health Campus Den Haag en Expertisecentrum BUNDLE.

3.4 Praktijkvoorbeelden

In de volgende subparagrafen volgt een aantal voorbeelden van contractering van passende zorgpraktijken.

3.4.1 UMCG

Bij het Passend behandelplan¹⁷ van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is de afgelopen jaren het besluitvormingsproces rondom de behandeling van oudere patiënten met een solide kwaadaardige tumor verder verbeterd. Dit vond plaats binnen de afdeling Chirurgie van het UMCG, in samenwerking met het Universitair Centrum Ouderengeneeskunde. Onderzoek laat zien dat door meewegen in het behandelbesluitvormingsproces van context, informatie en doelen bij 27% van de patiënten tot andere, vaak conservatievere behandelkeuzes wordt gekomen.

Op basis van analyses van resultaten tot nu toe blijkt dat een aangepast zorgtraject kan leiden tot 40 procent minder kosten voor een individuele patiënt en een kostenreductie van 14 procent voor een bepaalde populatie.¹⁸ De hierdoor beschikbaar komende capaciteit kan worden ingezet om te voldoen aan de groeiende zorgvraag ten gevolge van demografische ontwikkelingen.

De zorgverzekeraar (Zilveren Kruis) heeft met het UMCG een meerjarenafspraak (voor drie jaar) gemaakt op basis van een aanneemsom. Binnen deze constructie krijgt het ziekenhuis een totaalbedrag voor het leveren van zorg, van een gekozen zorgpad, voor meerdere jaren. P*Q blijft gelijk voor x aantal jaar, waarmee het UMCG een minimaal risico loopt en garantie krijgt door 'bevroren' inkoopafspraken. Daarnaast werkt het UMCG samen met Zilveren Kruis en Menzis aan de analyse van de financiële consequenties van implementatie van het model Passend behandelplan in een aantal zorgpaden. In dit onderzoek wordt de basis gelegd voor de verdere transformatie. De volgende KPI's worden in dit contract gemonitord:

- Verbeterde kwaliteit van leven van de patiënt.
- Verbeteren van doorlooptijden.
- Verminderen van herhaalconsulten.
- Het verlagen van het aantal complicaties.

3.4.2 Maasstad Ziekenhuis

De zorgverzekeraar Zilveren Kruis en het Maasstad Ziekenhuis hebben een aanneemsom met elkaar afgesproken. Zilveren Kruis betaalt het Maasstad Ziekenhuis een vaste vergoeding, onafhankelijk van het aantal uitgevoerde behandelingen. Daarnaast is er een beloning voor bepaalde prestaties, zoals meer kwaliteit, betere toegankelijkheid of gezamenlijke besluitvorming. Op het gebied van gezamenlijke besluitvorming zijn daarom nieuwe KPI's (op proces en kwaliteit) ingevoerd ter vervanging van de bekende P*Q. De volgende stap zou zijn om hier uitkomst-KPI's aan te koppelen. De volgende proces-KPI's worden gebruikt:

- Het aantal in gezamenlijke besluitvorming getrainde zorgverleners.
- Het aantal zorgpaden waar gezamenlijke besluitvorming wordt toegepast.
- Het aantal zorgpaden waarvoor PROMS actief worden uitgevraagd, zodat het ziekenhuis deze beter kan gebruiken en inzichtelijk kan maken. Een volgende stap is om de PREMS inzichtelijk te maken en aan te haken bij de afspraken over gezamenlijke besluitvorming.
- Het minimaal één keer gebruiken van een keuzehulp per patiënt, per zorgpad.
- In het dashboard 'Patiënt N=1' worden uitkomsten van de laatste PROM en de *Clinical Reported Outcomes* (CRO) gekoppeld. Dit onderzoek is mogelijk gemaakt met een subsidie van Zorginstituut Nederland, met als doel om dit bij meer zorgaanbieders te kunnen implementeren.
- Bij de 70+-ouderendoelgroep wordt de APOP-screening gebruikt. De KPI is dat dit bij een bepaald percentage moet worden uitgevraagd. Bepaalde elementen binnen een behandeling kunnen een verhoogd risico meebrengen voor deze doelgroep, dus deze screening moet zijn gedaan bij 80 procent van de ouderen.

¹⁷ Factsheet Passende zorgpraktijk Passend behandelplan, <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/12/18/passend-behandelplan>

¹⁸ Van Leeuwen, B., et al., *Nationale opschaling model Passend behandelplan volgens regionale benadering*, 2023

3.4.3 Bernhoven

Een van de bekendste voorbeelden is Bernhoven, waarmee onder meer afspraken zijn gemaakt over uitkomstbesteding van passende zorg. Het ziekenhuis sprak in 2014 met zorgverzekeraars CZ en VGZ af dat het ziekenhuis vijf jaar lang een vast bedrag betaald kreeg voor 'zinnige zorg'. Dit ging niet specifiek over gezamenlijke besluitvorming. Het ziekenhuis zou delen in de besparingen op zorgkosten, maar dit principe van *shared savings* bleek complexer dan gedacht.¹⁹ De les is om het van tevoren eens te zijn over gemeenschappelijke definities en benchmarks. Door die parameters vooraf af te spreken, wordt het duidelijker wat de exacte *shared savings* zijn. Vervolgens zijn dan afspraken te maken over waaraan de *shared savings* besteed kunnen worden, bijvoorbeeld innovatie, passende zorg-trainingen, etc.

De terugkoppeling van Bernhoven op de KPI's was dat kwalitatieve KPI's moeilijk af te spreken waren en dat er nog geen consensus over is. Ook bleek het moeilijk om een *one size fits all* KPI af te spreken. De achilleshiel is dat er geen specifieke indicator is om aan te tonen dat je aan gezamenlijke besluitvorming doet.

3.5 Succesfactoren

Uit de gesprekken met stakeholders en de bovengenoemde praktijkvoorbeelden kunnen we de volgende succesfactoren distilleren.

- **Financiële stabiliteit**

De handreiking helpt zorgverzekeraars om een nieuwe rol te pakken, zodat er meer ruimte voor experimenten en innovatie ontstaat. Maar zorgverzekeraars moeten ook zorg dragen voor financiële stabiliteit van de zorgaanbieder, zodat deze niet te veel risico draagt. Zorgverzekeraars kunnen deze financiële stabiliteit momenteel bieden met meerjarenafspraken. De komende vijf jaar is er zogenaamde 'regelrust' en daarna zullen meer complexe wijzigingen worden doorgevoerd, naar verwachting in 2028.

- **Gelijkgerichte zorginkoop**

Tijdens de interviews werd duidelijk dat ook de rol van de zorgverzekeraar duidelijk geformuleerd moet worden en dat focus moet zijn op gelijkgerichtheid. In een ziekenhuis heb je te maken met de leidende verzekeraar. Zorgverzekeraars mogen onder bepaalde voorwaarden elkaars contract volgen en zorgaanbieders hoeven niet met alle zorgverzekeraars verschillende contracten af te sluiten. Dat maakt het makkelijker om de zorg beter te coördineren en in samenhang aan te bieden, de zorginkoop regionaal af te stemmen en administratieve lasten te verminderen.

- **Training**

Inkopers en verkopers worden getraind in het contracteren van passende zorg.

- **Vertrouwen**

Open en transparante communicatie tussen iedereen die bij de contractering is betrokken.

- **Juiste mensen aan tafel**

Niet alleen inkopers en verkopers zijn bij de contractering aanwezig, maar ook de zorgprofessional, arts of verpleegkundige.

- **Uitwisseling**

Stimuleren van ontmoeting tussen inkoop, verkoop, beleidsadviseurs, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zodat er wordt samengewerkt bij het inkopen en contracteren van passende zorg.

- **Professionele autonomie in richtlijnen**

Ruimte voor zorgprofessionals om af te wijken van de richtlijnen waar nodig, zoals het niet-behandelen van een patiënt.

- **Inbedding in reguliere onderhandeling**

Om contractering mogelijk te maken, moet duidelijk worden welke processen nodig zijn. Het programma ZE&GG adviseert om via de implementatieagenda suggesties in te voeren. Zo wordt de bewezen effectieve zorg automatisch onderdeel van de inkoop- en verkooponderhandelingen.

¹⁹ Kroon et al., NTVG, *Waar blijft de passende besteding?*, 2024.

4 Eindwoord

Gezamenlijke besluitvorming is een concept en moet concreet worden gemaakt om gecontracteerd te kunnen worden. Deze handreiking biedt een verdere verdieping van de lopende initiatieven in het veld en van kennis die in de afgelopen jaren is opgedaan door relevante organisaties en koepels.

Om passende zorg in lijn te brengen met de bestaande financiële prikkels in het zorgsysteem, moeten innovatieve contractvormen worden onderzocht. Op deze manier verschuift de financiële verantwoordelijkheid voor de zorguitgaven gedeeltelijk van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder (of groep van zorgaanbieders). In deze handreiking worden vijf verschillende contractvormen genoemd. De bekostiging mag deze contractvormen niet in de weg staan en de gekozen richting van contractering ondersteunen. Het gekozen bekostigingsmodel moet aansluiten bij de beweging naar passende zorg en daarmee naar gezamenlijke besluitvorming.

Het is belangrijk dat alle partijen de ruimte krijgen om flexibel in te spelen op (onverwachte) veranderingen. Meerjarige contracten bieden deze mogelijkheid en geven ook administratieve rust. Deze contracten bieden de stabiliteit en het vertrouwen die nodig zijn om gezamenlijk te anticiperen op toekomstige uitdagingen. Tegelijkertijd bevorderen ze de samenwerking en innovatie binnen het zorgpad. Contractering van passende zorg: het kan nu al, met de juiste voorwaarden.

Bijlagen

Interviewlijst

Geïnterviewde organisaties (functie)
Zilveren Kruis (manager zorginkoop Noord-Nederland)
Zilveren Kruis (zorginkoper)
Zorgverzekeraars Nederland (beleidsadviseurs)
Programma ZE&GG (programmamanager & beleidsadviseur)
Zorgpraktijken (UMCG, Tergooi, St. Antonius, LUMC, Bernhoven)
Erasmus Universiteit (hoogleraar bekostigingsmodellen)
NVZ (manager kwaliteit & adviseur bekostiging)
FMS (beleidsadviseur)
NZa (beleidsadviseurs msz-bekostiging en contractering)
Patiëntenfederatie Nederland (beleidsadviseur Samen beslissen)
Maasstad Ziekenhuis (senior zorgverkoper)
Zuyderland (senior adviseur zorgverkoop)

Colofon

Volgnummer 2024033670
Contactpersoon M. de Haan
passendezorgpraktijken@zinl.nl

Afdeling Programma Passende zorgpraktijken