

# Passende bekostiging

Randvoorwaarde  
voor transformatie naar  
passende zorg





# Inleiding

## Druk op de zorg neemt toe

Door demografische en medische ontwikkelingen neemt de vraag naar gezondheidszorg sterk toe. Bovendien zijn er relatief minder mensen beschikbaar om deze zorg te leveren en groeit het budget voor zorg minder snel dan de zorgvraag. Concreet betekent dit dat we in 2030 veel meer zorg moeten leveren met bijna dezelfde hoeveelheid zorgverleners en middelen. Hierdoor staan de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg onder grote druk.

## Ziekenhuizen, revalidatie- en categorale instellingen dragen bij aan transformatie van zorg

Met het afsluiten van het Integraal Zorgakkoord (IZA) is een belangrijke stap gezet in de transformatie naar een toekomstbestendig zorglandschap. Deze beweging is voor de lange termijn relevant.

In het dialoogdocument Open ziekenhuizen wordt de bijdrage geschetst die ziekenhuizen kunnen en willen leveren aan de transformatie. Zij doen dit als 'open ziekenhuizen' en richten zich op het leveren van passende integrale zorg. Dit betekent dat ziekenhuizen intensief samenwerken met andere partijen uit de keten, zoals huisartsen en wijkverpleging. Ook leveren ziekenhuizen passende integrale zorg in netwerken, zoals oncologienetwerken. Open ziekenhuizen passen innovaties en digitalisering zo breed mogelijk toe. Bovendien is er aandacht voor preventie en het voorkómen van zorg.

## Financiële spagaat door inzet op transformatie

Ziekenhuizen zetten op dit moment volop in op het leveren van passende zorg, maar komen daarbij in een spagaat terecht. De focus op de transformatie en het leveren van passende zorg vraagt om andere inzet van capaciteit en het uitvoeren van nieuwe en andere activiteiten. De huidige bekostigingssystematiek biedt op dit moment onvoldoende mogelijkheden om ziekenhuizen voor deze activiteiten te betalen. Inzet op passende zorg en de transformatie leidt daarom te vaak tot financiële risico's, waardoor de financiële situatie van het ziekenhuis onder druk komt te staan. Dit staat de beweging naar passende zorg in de weg. Daarbij zijn bestuurders en toezichthouders juridisch verantwoordelijk en aansprakelijk voor een gezond financieel beleid van hun instelling.

In het al genoemde dialoogdocument Open ziekenhuizen staat passende bekostiging als een belangrijke randvoorwaarde benoemd om de transformatie te kunnen realiseren. Daarbij worden enkele uitgangspunten beschreven om de bekostigingssystematiek anders in te richten. Het betreft een visie en standpuntbepaling op hoofdlijnen.

# DIALOOGDOCUMENT PASSENDE BEKOSTIGING NVZ

De bekostigingssystematiek en knelpunten waar ziekenhuizen in de praktijk tegenaan lopen zijn complex. In dit dialoogdocument over Passende bekostiging wordt de problematiek en een voorstel voor oplossingsrichtingen daarom nader uitgewerkt. Het dialoogdocument Passende bekostiging is dus een nadere verdieping en concretisering van de passage over passende bekostiging uit het dialoogdocument Open ziekenhuizen.

Dit dialoogdocument Passende bekostiging is tot stand gekomen is samenspraak met de leden van de NVZ.

De probleemanalyse (zie verderop) is ook op categorale en revalidatie-instellingen van toepassing. Vanwege de andere context van deze organisaties zijn soms andere oplossingsrichtingen nodig. Deze zijn daarom niet expliciet in dit document opgenomen.

## Doel van dit document

De NVZ wil met behulp van dit dialoogdocument proactief met andere spelers in het zorglandschap zoals de NZa, ZiN, VWS en ZN in gesprek gaan over de doorontwikkeling van het stelsel, met als einddoel de bekostiging beter te laten aansluiten bij het leveren van passende zorg.

Het document dient voor de NVZ tevens als referentiekader en geeft richting en koers, ook bij het reageren op vragen en consultaties over (de ontwikkeling) van de bekostigingssystematiek van bijvoorbeeld de NZa.

Het dialoogdocument is geschreven vanuit het perspectief van ziekenhuizen. De knelpuntenanalyse, voorbeelden en oplossingsrichtingen zijn dan ook op ziekenhuizen georiënteerd. Dit neemt niet weg dat de voorstellen voor oplossingsrichtingen een bredere impact hebben. Door het wegnemen van de knelpunten in de bekostiging worden aanbieders beter in staat gesteld om de transformatie en de beweging naar passende integrale zorg verder vorm te geven. Hier is de hele zorgsector bij gebaat. Immers het stimuleren van passende zorg via passende bekostiging zal ook op andere onderdelen van de zorg, zoals de eerste lijn en de VVT sector, effect hebben en goede samenwerking vergemakkelijken.

## Opbouw dialoogdocument Passende bekostiging

Eerst leest u welke knelpunten ziekenhuizen, revalidatie- en categorale instellingen op dit moment ervaren bij het leveren van passende zorg. Vervolgens schetsen we de visie van de NVZ op de bekostigingssystematiek en doen we voorstellen voor oplossingsrichtingen. We onderscheiden algemene oplossingsrichtingen en oplossingsrichtingen voor specifieke zorgtypen. We doen daarbij voorstellen voor zowel de korte als lange termijn.

Het dialoogdocument gaat over de structurele bekostiging van het leveren van passende zorg. Andere financiële knelpunten, zoals de beperkingen van het risicovereveningsstelsel, de scheefgroei in volumes tussen verzekeraars en knelpunten bij het aanvragen van transformatiemiddelen, raken wel de financiën van zorginstellingen, maar niet het bekostigingssysteem. Deze laten we daarom buiten beschouwing. Dit neemt niet weg dat deze knelpunten op een andere wijze wél aangepakt dienen te worden.

## Contractering

Jaarlijks proberen ziekenhuizen en verzekeraars aan de lokale onderhandelingstafel om in de contractering afspraken te maken die ondersteunend zijn aan het leveren van passende zorg. Hoewel het mogelijk is om in de contractering afspraken te maken over passende zorg lossen deze afspraken de structurele problematiek in de bekostigingssystematiek niet op. Bovendien worden in de contractering vaak tijdelijke oplossingen gevonden (waaronder aanneemsommen) en kopen verschillende verzekeraars vaak met een andere visie in – niet congruent dus.

Het dialoogdocument Passende bekostiging gaat niet specifiek in op de contractering door zorgverzekeraars. De voorstellen voor aanpassing die voor de bekostigingssystematiek worden gedaan, hebben hierop echter wel effect. Het is ook voor verzekeraars en de zorginkoop van belang dat de knelpunten in de bekostigingssystematiek worden opgelost.

Het verbeteren van het bekostigingsinstrumentarium biedt meer mogelijkheden om passende zorg te laten lonen en maakt het bovendien mogelijk om óók in de contractering betere afspraken te kunnen maken. Na het doorvoeren van deze wijzigingen wordt pas het juiste effect bereikt indien de contractering hier ook op aansluit. Dit vraagt in ieder geval om een verdere verschuiving van transactioneel naar transformationeel contracteren, met een meerjarig perspectief en congruentie tussen verzekeraars. We gaan graag met partijen in gesprek om nader uit te werken hoe transformationeel contracteren als instrument kan worden ingezet om de beweging naar passende zorg verder in gang te zetten.

Daarbij dient ook een oplossing te worden gevonden voor de asymmetrie in marktaandeel van contracten (onder- en overuitnutting van contracten) met verzekeraars. Op korte termijn kunnen de fair share- of marktaandeelproblemen opgelost worden door een aanneemsom op instellingsniveau af te spreken, die op basis van feitelijk marktaandeel met verzekeraars verrekend kan worden. Voor de lange termijn is een structurele oplossing noodzakelijk.

# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Probleemanalyse</b>	<b>7</b>
Praktijkvoorbeeld: passende integrale zorg in de regio	11
<b>Oplossingsrichtingen</b>	<b>13</b>
Praktijkvoorbeeld: van ambitie naar praktijk	18
<b>Acute zorg</b>	<b>20</b>
Praktijkvoorbeeld: IC zonder muren	22
<b>Chronische zorg</b>	<b>24</b>
Praktijkvoorbeeld: integrale geboortezorg	27
<b>Electieve zorg</b>	<b>29</b>
Praktijkvoorbeeld: complexe wondzorg	32
Praktijkvoorbeeld: samen beslissen en regionaal pijnnetwerk	33
<b>Complexe (top) zorg en complexe netwerkzorg</b>	<b>34</b>
Praktijkvoorbeeld: Netwerkzorg tussen algemeen en topklinisch ziekenhuis	37
<b>Samenvatting</b>	<b>39</b>

# Probleemanalyse

## DIALOOGDOCUMENT PASSENDE BEKOSTIGING NVZ

Ziekenhuizen komen bij het leveren van passende zorg in een spagaat terecht. Want ten diepste geldt dat de huidige bekostigingssystematiek niet volledig aansluit bij de transformatie en het leveren van passende integrale zorg. De bekostiging is nu vooral gericht op de huidige productie, waarbij ziekenhuizen worden betaald om zorg te leveren. Dit past niet altijd bij passende zorg die door 'Open ziekenhuizen' wordt geleverd. Concreet lopen ziekenhuizen tegen de volgende problemen aan:

### **De huidige bekostigingssystematiek gaat uit van het betalen voor productie (P\*Q), terwijl passende zorg uitgaat van het effectief inzetten van schaarse capaciteit.**

Ziekenhuizen investeren door passende zorg in het reduceren van zorg waar dat kan. Daarmee zetten ziekenhuizen de schaarse capaciteit zo effectief mogelijk in. Zo blijft de ziekenhuiszorg beschikbaar voor patiënten die deze echt nodig hebben. Concreet betekent dit dat patiënten enkel in het ziekenhuis worden behandeld indien dit echt nodig is en zorg thuis of vanuit de eerste lijn ontvangen indien dit kan. Bovendien zetten ziekenhuizen in op het voorkomen van zorg en het reduceren van de instroom naar de tweede lijn. Enerzijds door leefstijlinitiatieven en preventie en anderzijds door nauwe samenwerking met andere zorgaanbieders. Ook digitalisering en triage (coördinatie) aan de voorkant dragen bij aan het beperken van de instroom in het ziekenhuis.

Deze inspanningen leiden door de huidige systematiek meteen tot een omzetsdaling (zie ook onderstaand knelpunt, het gebrek aan passende betaaltitels). Het ziekenhuis ontvangt geen inkomsten door het wegvallen van productie, terwijl er wel inzet en kosten worden gemaakt om de instroom in het ziekenhuis te beperken. De financiële risico's die hiermee gepaard gaan, worden op dit moment volledig door het ziekenhuis gedragen.

### **Activiteiten die horen bij passende zorg zijn via de huidige DBC-systematiek vaak niet te bekostigen.**

Het leveren van passende zorg zoals boven beschreven vraagt om anders werken, waarbij het ziekenhuis nieuwe of andere activiteiten uitvoert. Deze activiteiten zijn via de huidige systematiek vaak niet te bekostigen. Het leveren van passende integrale zorg vraagt bijvoorbeeld om nauwe samenwerking met andere aanbieders. De huidige bekostigingssystematiek maakt bekostiging van deze intensieve samenwerking niet altijd mogelijk. Dit vormt bijvoorbeeld een belemmering bij het vormen van spoedpleinen waarbij HAP en SEH intensief samenwerken en bij initiatieven waarbij de eerste en tweede lijn samenwerken aan het leveren van passende zorg aan chronische patiënten.



Bovendien worden de activiteiten van het ziekenhuis bij het gezamenlijk leveren van passende zorg aan de patiënten vaak niet bekostigd, bijvoorbeeld bij de meekijkconsulten van een specialist bij de huisarts. Ook de inzet op het gebied van preventie en het voorkomen van zorg kan op dit moment niet worden bekostigd via de reguliere systematiek.

### **De prijs die ziekenhuizen voor activiteiten ontvangen, sluit niet aan bij de actuele kosten die worden gemaakt**

Voor een aantal verrichtingen zijn de kosten hoger dan de prijs die het ziekenhuis ontvangt. Daardoor is kruissubsidie nodig om een financieel gezonde organisatie te kunnen realiseren.

Voor bepaalde zorgvormen ontvangt men een prijs die in de juiste verhouding staat tot de kosten die worden gemaakt. Voor deze zorgvormen wordt daardoor marge behaald. Voor andere vormen van zorg liggen de kosten hoger dan de prijs die het ziekenhuis ontvangt. Het ziekenhuis levert deze vormen van zorg wel, omdat deze zorg nodig is om een passend zorgaanbod aan patiënten te kunnen bieden.

Ziekenhuizen streven naar een financieel gezonde organisatie. Dit wordt op dit moment veelal bereikt door een goede balans in portfolio en door kruissubsidie toe te passen tussen zorgonderdelen waarop meer dan wel minder marge wordt gemaakt. Indien een ziekenhuis in het kader van passende zorg strategische portfoliokeuzes maakt, raakt deze verdeling uit balans - met financiële risico's tot gevolg. Dit staat strategische portfolio keuzes in het kader van passende zorg in de weg.

Dit effect wordt versterkt doordat de marges die worden behaald voor bepaalde zorgvormen erg dun zijn. Ook is het zo dat door de inzet op passende zorg de kosten die het ziekenhuis maakt, verschuiven. Bijvoorbeeld de zwaarte van de casemix aan patiënten neemt toe, doordat de eerste lijn of een ZBC de relatief lichte patiënten van het ziekenhuis overneemt. Het behandelen van een relatief zwaardere groep patiënten vraagt om relatief meer inzet van het ziekenhuis. Zo verblijven deze patiënten gemiddeld langer in het ziekenhuis, zijn relatief meer consulten nodig en zal er vaker nazorg moeten worden gepleegd omdat de kans op complicaties groter is. Door bovenstaande nemen de kosten die ziekenhuizen maken toe, maar hier worden zij in de prijs die ze ontvangen niet voor gecompenseerd. De verhouding tussen kosten en baten raakt voor bepaalde zorgvormen daardoor steeds meer uit balans.

### **De EBITDA en investeringsmarges zijn laag, terwijl passende zorg vraagt om investeringen en innovaties.**

Om passende zorg te kunnen leveren, zijn investeringen nodig. Bijvoorbeeld op het gebied van digitalisering en innovaties of het anders inrichten van zorgvastgoed en infrastructuur. Deze investeringen verdienen zich niet altijd meteen terug en/of resulteren vaak in een structureel hoger kostenniveau. Ziekenhuizen worden hier vaak niet op passende en structurele wijze voor gecompenseerd. Bovendien zijn de investeringsmarges van ziekenhuizen de afgelopen jaren gedaald, waardoor lasten naar de toekomst doorschuiven en het lastig is om grote investeringen voor passende zorg te doen.

### **Contractafspraken met verzekeraars sluiten niet altijd aan bij de beweging naar passende zorg.**

Afspraken over het leveren van passende zorg dienen op de juiste manier te worden vertaald naar een passend contract met verzekeraars. Congruente afspraken die de beweging op de lange termijn ondersteunen, zijn daarbij het best passend. Hoewel er steeds meer wordt gewerkt met innovatieve contractvormen op basis van een aanneemsom, blijkt in de praktijk dat ziekenhuizen uiteindelijk vaak nog worden afgerekend op basis van gerealiseerde productie. Daarmee wordt niet altijd een passende vergoeding ontvangen voor de activiteiten die in het kader van passende zorg zijn gerealiseerd.

## PRAKTIJKVOORBEELD

# Pantein: passende integrale zorg in de regio

Pantein (Maasziekenhuis, Thuiszorg en Zorgcentra) zet samen met ketenpartners volop in op het leveren van passende integrale zorg in de regio. Zij ervaren dat de bekostigingssystematiek niet altijd goed aansluit bij de initiatieven die nodig zijn voor het betaalbaar en beschikbaar houden van de zorg, ofwel toekomstgerichte zorg.

## Zorg voorkomen

Een voorbeeld is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde om de huisarts en wijkverpleging te ondersteunen bij de zorg aan kwetsbare ouderen. Hierdoor kunnen ouderen vaak toch thuis in de eerste lijn behandeld worden en wordt een opname in het ziekenhuis voorkomen. Deze aanpak maakt het mogelijk dat het aantal opnames van 70-plussers op de SEH in het Maasziekenhuis met 9% is gedaald. Dit is een zeer belangrijk resultaat. Echter, de continuïteit van het initiatief staat onder druk, omdat het ziekenhuis de inzet van de specialist ouderengeneeskunde niet kan declareren en vervolgens ook nog eens omzet misloopt door de reductie van SEH-opnames. Door de productieprikkel in het huidige systeem wordt het leveren van passende zorg niet beloond en ontstaat zowel een financieel risico voor het ziekenhuis als een maatschappelijk risico: meer opnames van ouderen in het ziekenhuis.



Bovendien helpt het niet dat de eerste- en tweedelijnszorg vanuit verschillende domeinen wordt bekostigd en ingekocht. Ziekenhuis en huisarts zetten er nu samen op in om de behandeling van chronische patiënten zo veel mogelijk buiten het ziekenhuis, thuis of in de wijk, plaats te laten vinden. Het effect van de huidige bekostigingssystematiek is nu echter dat zodra huisartsen hun omzetplafond hebben bereikt, het aantal opnames van chronische patiënten in het ziekenhuis stijgt. Ook biedt het huidige stelsel weinig mogelijkheden voor het bekostigen van preventie en het voorkomen van zorg. Bijvoorbeeld: het ziekenhuis zet in op "fit for surgery" waardoor patiënten fitter een operatie ingaan en daardoor sneller herstellen. De opname-duur in het ziekenhuis neemt daardoor niet direct af, maar de herstelperiode is sneller thuis of op de revalidatieafdeling, waardoor de patiënt weer sneller kan deelnemen aan het leven en minder zorgkosten in de eerste lijn maakt,

### Anders denken, anders doen is nodig

Het oplossen van deze uitdagingen in de contractering blijkt lastig, omdat daar congruente afspraken met alle verzekeraars voor nodig zijn. Daarbij is de reflex van verzekeraars in het huidige model om de contractwaarde na verloop van tijd af te romen, omdat de productie afneemt. Dit terwijl de zorgorganisatie buiten de muren van het ziekenhuis zorg verleent (en daarvoor kosten maakt) om zo schaarse (dure) capaciteit in het ziekenhuis vrij te spelen voor patiënten die echt in het ziekenhuis opgenomen dienen te worden. Een beweging die de komende jaren met een oplopende zorgvraag en toenemende schaarste aan personeel nog meer aan belang zal toenemen.

Pantein pleit daarom voor een integrale bekostiging die aansluit bij domeinoverstijgende samenwerkingen, gericht op het zo gezond mogelijk houden van de inwoners in de regio. Het is daarbij tevens van belang om oog te hebben voor de gezondheid van zorginstellingen, zodat zij de zorg kunnen blijven leveren die in de regio noodzakelijk is.

# Oplossingsrichtingen

# DIALOOGDOCUMENT PASSENDE BEKOSTIGING NVZ

Hieronder schetsen we de visie van de NVZ op de bekostigingssystematiek en doen we voorstellen voor aanpassingen aan de systematiek. Daarbij maken we gebruik van verschillende perspectieven.

Allereerst noemen we een aantal uitgangspunten waar de bekostigingssystematiek aan zou moeten voldoen. Deze uitgangspunten dragen bij aan het oplossen van de knelpunten, zoals die nu worden ervaren.

Vervolgens werken we de visie op de bekostigingssystematiek voor vier verschillende zorgtypen verder uit. We maken daarbij onderscheid tussen vier verschillende zorgtypen, omdat we zien dat voor ieder zorgtype het leveren van passende zorg op een andere manier wordt bereikt. Dit vraagt daarom ook iets anders van de bekostigingssystematiek.

In dit Dialoogdocument maken we onderscheid tussen de korte en lange termijn. De lange-termijnvoorstellen schetsen het ideaalbeeld, ofwel onze stip op de horizon. De voorstellen voor de korte termijn zijn binnen de huidige systematiek al toepasbaar en helpen om de voorstellen voor de lange termijn te bereiken.

## Uitgangspunten bekostigingssystematiek

Om de bekostigingssystematiek zo goed mogelijk te laten aansluiten op het leveren van passende zorg, dient aan een aantal algemene uitgangspunten te zijn voldaan:

### Passende vergoeding

Ziekenhuizen ontvangen idealiter een passende vergoeding voor de bijdragen die zij leveren aan passende zorg. Dit betekent dat de prijs die ziekenhuizen voor verrichtingen ontvangen, goed moet aansluiten op de actuele kosten die voor het leveren van deze zorg worden gemaakt. Dit vraagt om een prospectieve kostprijsanalyse waarbij de actuele kosten die worden gemaakt nauwkeurig in beeld worden gebracht. Daarin dienen benodigde investeringen en de ontwikkeling van zorgwaarde meegenomen te worden. Uiteindelijk is het zaak dat ziekenhuizen voor iedere verrichting een prijs ontvangen waarmee de kosten die worden gemaakt, kunnen worden gedekt én waarbij een redelijke marge kan worden behaald. Interne kruissubsidie tussen DBC's is daardoor niet meer nodig. Hiermee wordt het ook eenvoudiger om transparantie te bieden in uitgaven en kosten van behandelingen.

## Passende betaaltitels

Om ziekenhuizen te kunnen vergoeden voor de activiteiten die zij leveren aan passende zorg zijn passende betaaltitels nodig. Dit kan binnen de huidige systematiek worden gerealiseerd. Door nieuwe betaaltitels toe te voegen, worden ziekenhuizen in staat gesteld om de inzet die zij leveren aan passende zorg te registreren en declareren. Daarmee wordt de verschuiving van "oude" naar "nieuwe" activiteiten gefaciliteerd. Uitgangspunt is dat de nieuwe activiteiten niet zijn verwerkt in reeds bestaande DBC's. Het "schonen" (aanpassen van de prijs) van bestaande DBC's is daardoor niet nodig. De verschuiving van inzet die plaatsvindt dient binnen het macrokader (zoals in het IZA is afgesproken) opgevangen te worden. De genoemde uitgangspunten op het gebied van passende vergoedingen en passende betaaltitels moeten dus leiden tot een betere match van kosten met opbrengsten, binnen de bestaande financiële kaders.

## Langetermijnperspectief

De strategische keuzes die ziekenhuizen maken om zo optimaal mogelijk bij te dragen aan het leveren van passende zorg en het realiseren van een passend zorgaanbod in de regio vragen om een perspectief op de lange termijn. De bekostiging en de financiële afspraken die ziekenhuizen met verzekeraars maken dienen hierbij aan te sluiten. Daarmee worden ziekenhuizen in staat gesteld de benodigde investeringen in passende zorg te realiseren, zonder dat dit meteen ten koste gaat van gezonde financiële bedrijfsvoering.

## Ruimte geven

Beleid (door VWS) en toezicht (door IGJ, NZa, Zorginstituut, ACM, AP) dienen ziekenhuizen ruimte te geven om passende zorg te organiseren ten behoeve van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg (zie H6 dialoogdocument Open ziekenhuizen). Het toezicht dient tevens aan de sluiten bij de bekostiging die het beste past bij het leveren van deze zorg.

## Congruente inkoop

Congruente inkoop van verzekeraars is een belangrijke randvoorwaarde om de beweging naar passende zorg te continueren.

## Inkoop van systeemfuncties

Systeemfuncties (o.a. data-infrastructuur, zorgcoördinatie en onderzoek) worden idealiter buiten concurrentiële inkoop ingekocht.

## Introductie zorgtypen en afbakening

Hoe passende zorg wordt georganiseerd, kan verschillen voor de verschillende vormen van zorg die het ziekenhuis levert. Aanvullend op bovenstaande algemene uitgangspunten vraagt dit per zorgtype daarom iets anders van de bekostigingssystematiek. Om deze reden is het uitgangspunt om in de visie op bekostiging onderscheid te maken tussen vier verschillende zorgtypen. Dit betekent dat we onze voorstellen voor de bekostigingssystematiek per zorgtype uitwerken. Er is een nadere analyse en verdieping nodig om te bepalen of een indeling in zorgtypen en financiering per zorgtype in het ziekenhuis werkbaar is, welke afbakening daarvoor gekozen dient te worden en de risico's hiervan. Uiteindelijk gaat het om het vinden van de balans om kosten en opbrengsten beter met elkaar te matchen, zonder dat er een onwerkbare verkaveling in de zorgcontractering optreedt.

We gaan in de voorstellen voor de bekostigingssystematiek uit van onderstaande indeling:

### 1. Acute zorg

zorg die zonder uitstel verleend dient te worden, zowel complex als niet-complex zoals te diepe snijwond, trauma-opvang SEH, opname op IC of CCU.

### 2. Chronische zorg

langdurige aandoeningen zoals COPD, diabetes en astma. De vraag naar deze zorg stijgt wegens leefstijl en vergrijzing.

### 3. Electieve zorg

laagcomplexe zorg met hoog volume, zoals knie- en heupvervanging, liesbreuk en cataract.

### 4. Complexe- en netwerkzorg

Complexe zorg zoals oncologiebehandelingen en vaatchirurgie, vaak geconcentreerd en/of boven-regionaal georganiseerd.

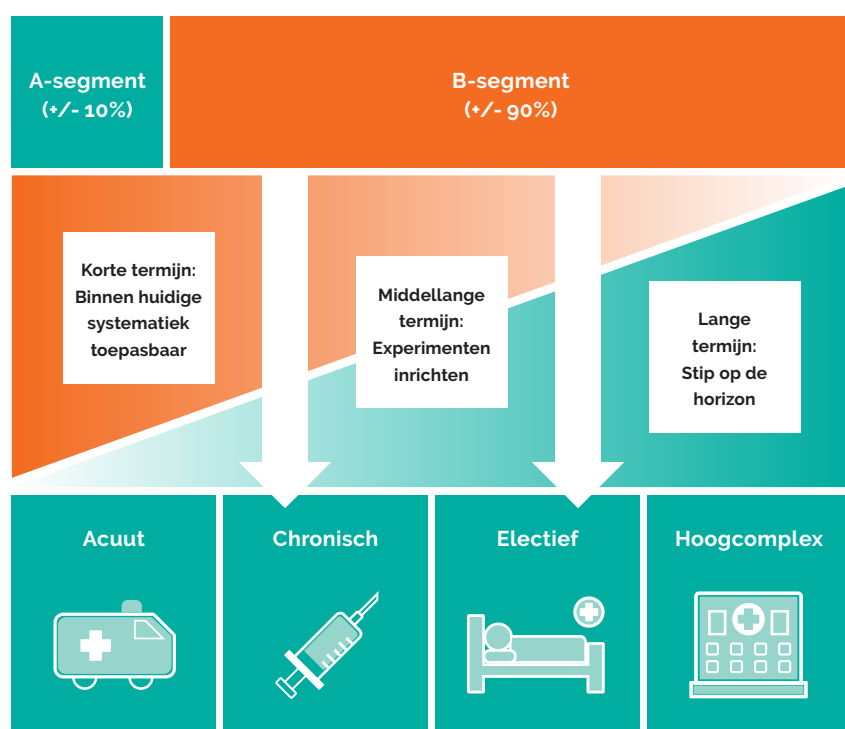
## Voorstellen passende bekostiging per zorgtype

Hieronder doen we per zorgtype voorstellen voor de bekostigingssystematiek. Uitgangspunt is dat de bekostigingssystematiek het leveren van passende zorg faciliteert en stimuleert. Per zorgtype beschrijven we kort hoe ziekenhuizen het leveren van passende zorg bereiken. Vervolgens gaat de visie per zorgtype in op voorstellen voor de bekostigingssystematiek die gericht zijn op de korte, middellange en lange termijn.

De oplossingsrichtingen voor de korte termijn zijn binnen het huidige stelsel in te voeren. Het gaat bijvoorbeeld om het inrichten van betaaltitels om activiteiten voor het leveren van passende zorg te kunnen registreren en declareren. De middellange termijn kan worden gezien als groeipad.



Bij de voorstellen voor de lange termijn gaat het om een stip op de horizon. Er zijn soms wijzigingen van het stelsel nodig om deze oplossingsrichting te kunnen realiseren. Voorstel is om met deze voorstellen experimenten in te richten zodat getoetst kan worden in welke mate deze oplossingsrichtingen werkbaar en effectief zijn. In figuur 1 is dit schematisch weergegeven.



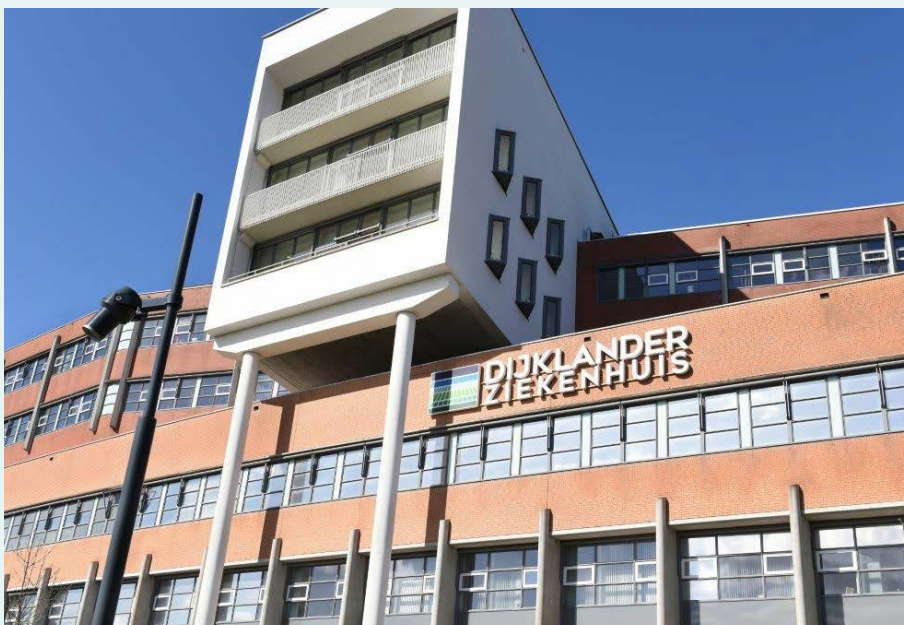
Figuur 1

### PRAKTIJKVOORBEELD

# Dijklander ziekenhuis: van ambitie naar praktijk

Het Dijklander ziekenhuis heeft in 2020 met de twee grootste zorgverzekeraars een gezamenlijke intentie ondertekend met de ambitie om in het volgende contract “verkeerde financiële prikkels” weg te nemen. De twee periodes daarvoor van meerjarige aanneemsommen gaven voldoende vertrouwen om met elkaar de volgende stap te zetten.

Partijen zijn het eens dat het bekostigingssysteem onvoldoende aansluit bij de huidige praktijk van en de beweging naar passende zorg. Om de verkeerde prikkels te omzeilen, hadden verzekeraar en ziekenhuis gezamenlijk de ambitie om een pilot te starten met een alternatieve vorm van bekostiging en contractering. De pilot zou gebaseerd zijn op het leveren van passende zorg met verschillende afspraken voor verschillende compartimenten (zorgtypen). Zo zou één compartiment meer financiële prikkels geven voor het beschikbaar houden van zorg en een ander compartiment meer gericht zijn op innovatie, kwaliteit en waarde voor de patiënt. Dit alles ondersteund door de juiste financiële prikkels en kpi's.



Tot op heden is er nog geen afspraak tussen partijen en heeft men besloten om tijdelijk een pas op de plaats te maken. Het huidige systeem is er niet op gericht om dergelijke afspraken vorm te geven. Verzekeraar en ziekenhuis zouden samen verantwoordelijk zijn voor het slagen van de pilot. Daarbij was er geen vangnet voor de financieel instabiele periode gedurende de looptijd van de pilot en wie hiervoor het financiële risico zou dragen. Ook deden zich enkele praktische knelpunten voor bij het definiëren van wat nu specifiek de verschillende compartimenten zijn, welke DBC behoort tot welk deel behoort en welke kosten reken je waaraan toe kunt rekenen.

Ondanks de uitgesproken gezamenlijke ambitie en het hebben van een beeld hoe het huidige systeem niet aansluit bij de praktijk van passende zorg, is het partijen nog niet gelukt om het contract te sluiten met de juiste financiële prikkels. Met het formuleren van de nieuwe visie zullen de gesprekken hierover weer worden opgepakt.

# Acute zorg

## Hoe bereiken we passende acute zorg?

Om passende acute zorg te kunnen leveren, zijn goed bereikbare acute zorgvoorzieningen in de regio nodig, inclusief voorzieningen die 24/7 beschikbaar zijn. Essentieel is de samenwerking met andere zorgpartijen voor de inrichting van een passend acuut zorglandschap, met een optimale verhouding tussen de zorgvraag en te realiseren beschikbaarheid. Intensieve samenwerking (integratie) van HAP en SEH en samenwerking met acute wijkzorg kan hieraan bijdragen. Regionale coördinatievoorzieningen kunnen bijdragen aan een effectieve triage van patiënten.

## Passende bekostiging acute zorg - korte termijn

Om op korte termijn de beweging naar passende acute zorg te kunnen maken is het noodzakelijk dat de domeinoverstijgende samenwerking binnen de acute zorg vanuit de bekostiging wordt gefaciliteerd. Daartoe zouden er betaaltitels moeten komen voor het meekijk- en meedenkconsult binnen MSZ (specialist kijkt mee met 1e lijn (HA, Thuiszorg)) en de inzet van een gezamenlijke triagist (HAP, SEH, VVT). Ook kan het contracteren van de acute zorg middels een aanneemsom op de korte termijn bijdragen aan het inrichten van een passend acute-zorglandschap in de regio. Op deze manier wordt de volumeprikkel gereduceerd en ontstaat er voor aanbieders ruimte om samen een passend acute-zorglandschap in te richten.

## Passende bekostiging acute zorg - lange termijn

Voor de acute zorg ziet de NVZ een beschikbaarheidsbekostiging als de best passende bekostigingsvorm. Aanbieders ontvangen daarbij samen één budget voor het inrichten van een passend acute-zorgaanbod, van waaruit kwalitatief goede acute zorg wordt geleverd. Marktwerving en inkoop via verzekeraars binnen de acute zorg wordt daarmee buiten werking gesteld. De beschikbaarheidsbekostiging is domeinoverstijgend, zodat samenwerking tussen partijen (waaronder de intensieve samenwerking tussen HAP en SEH) optimaal wordt gefaciliteerd. Middels de beschikbaarheidsbekostiging dient ook voor de "brandweerfunctie" en minimale bezetting van acute zorg op de SEH en in het ziekenhuis (bijvoorbeeld IC en verloskunde) betaald te worden.

### PRAKTIJKVOORBEELD

## ETZ: IC zonder muren

Al enige jaren stijgt de vraag naar acute expertise en IC kennis. Dat komt mede door een vergrijzende populatie en een stijgende en complexer wordende zorgvraag. Daar staat tegenover dat voor het welzijn van de patiënt beter is het verblijf op de IC zo kort mogelijk te houden. Daarnaast heeft de zorg in het algemeen te maken met een krappe arbeidsmarkt en een toenemend tekort aan (IC) verpleegkundigen.

Hierdoor was de situatie in het ETZ zelfs zo dat zij met een capaciteit van 42 IC-bedden regelmatig IC-capaciteit tekort kwamen.

Om de druk op de bezetting van de IC te verminderen, heeft het ETZ gekozen om de IC kennis en expertise te verleggen buiten de muren van de IC en de fysieke IC in het ziekenhuis te verkleinen. Het aantal beschikbare IC-bedden is van 42 naar 26 gegaan. Het ETZ heeft ervoor gekozen om de kennis van verpleegkundigen en artsen zo veel mogelijk decentraal in huis in te zetten. Aan de ene kant door op afroep beschikbaar te zijn i.v.m. calamiteiten en aan de andere kant door op (verpleeg-)afdelingen kennis bij te brengen door scholing en IC verpleegkundigen mee te laten draaien op de verpleegafdelingen.



Foto: afdeling Fotografie ETZ

Het resultaat van de inspanningen is dat het knelpunt van een te krappe IC capaciteit is opgelost. Het ETZ is erin geslaagd het aantal IC bedden te reduceren van 42 naar 26. De aanpak heeft tevens geleid tot meer bewustwording van het feit dat patiënten niet per definitie beter af zijn op een IC. Hierdoor is de kwaliteit van zorg verbeterd, is het werkplezier vergroot en is het knelpunt van een te krappe IC capaciteit opgelost.

Gemeten naar de criteria van passende zorg is bovenstaande een klassiek voorbeeld van de juiste zorg op de juiste plaats. Helaas zit er ook een negatieve kant aan het verhaal. Binnen de omzet van een ziekenhuis heeft de IC een significant aandeel. De financiering van de IC is productiegedreven en bestaat voor 99% uit twee verrichtingen, namelijk de IC ligdag type 1 en type 2. Met de reductie van instroom op de IC en reductie van het aantal bedden is het aantal IC ligdagen ook afgenomen. Hierdoor loopt men in het huidige bekostigingsstelsel, dat productiegedreven is, per direct een groot deel van de omzet mis, terwijl er door het ziekenhuis wel passende zorg wordt geleverd waar middels de huidige systematiek niet voor wordt betaald.

# Chronische zorg



## Hoe bereiken we passende chronische zorg?

Ziekenhuizen werken nauw samen met huisartsen en andere ketenpartners aan chronische zorg, onder andere voor kwetsbare ouderen. Daarbij wordt samen met het sociaal domein en 1e lijn ingezet op preventie, om de zorgvraag zo veel mogelijk te voorkomen. Indien er toch zorg nodig is, werken partijen uit verschillende domeinen nauw samen om de zorg rondom de patiënt effectief te organiseren en onnodige zorgvraag en instroom naar het ziekenhuis te voorkomen. Het ziekenhuis fungeert daarbij ook als klankbord voor de huisarts om verwijzingen naar de medisch specialistische zorg te minimaliseren. Als behandeling in het ziekenhuis toch nodig is, kunnen patiënten onder behandeling van een medisch specialist ook thuis worden gemonitord en verpleegd. De monitoring kan ook verzorgd worden door een medisch servicecentrum (msc), mogelijk vanuit een ander ziekenhuis.

## Passende bekostiging chronische zorg - korte termijn

Op korte termijn dient domein- en sectoroverstijgende samenwerking beter gefaciliteerd te worden middels passende betaaltitels. Dit kan binnen de huidige systematiek worden gerealiseerd. Het gaat daarbij onder andere om DBC's voor:

- monitoring en begeleiding op afstand, initiatieven op het gebied van preventie en leefstijl, waaronder stoppen met roken-poli, afval poli, beweeg poli, waarbij altijd z.s.m. wordt doorverwezen naar de 1e lijn;
- meekijkconsult en -advies 2e lijn bij 1e lijn (bij huisarts, wijkverpleging) en voor 3e lijn bij 3e lijn;
- digitale poli's, thuismonitoring, thuistoediening;
- samen beslissen en advance care planning.

Op korte termijn kan het leveren van passende chronische zorg middels de contractering beter gefaciliteerd worden door meerjarige contracten af te sluiten, waarbij wordt afgerekend op basis van waardegedreven indicatoren.

## Passende bekostiging chronische zorg - lange termijn

Domeinoverstijgende bekostiging is van belang om samen met andere aanbieders optimaal te kunnen werken aan het leveren van passende integrale chronische zorg. Hierbij past een domeinoverstijgende afspraak over de gezondheidsdoelen op populatieniveau en het voorkomen van ziekenhuisbezoek beter dan bekostiging per verrichting of consult. Die wil je immers voorkomen. Bijvoorbeeld door het beantwoorden van een korte vraag van een huisarts aan een medisch specialist waarna de patiënt niet naar het ziekenhuis hoeft. Het gevolg is wel dat dit tijd kost voor medici, verpleegkundigen en management en dat tegelijk inkomsten uit inloop bij een PxQ financieringsmodel dalen. Bekostiging op basis van populatiekenmerken kan dit ondervangen. In een ideale situatie ontvangen aanbieders in een regio op de lange termijn daarom gezamenlijk een vergoeding voor het gezond houden van de populatie via een vaste bekostiging in de regio, gecombineerd met een prestatieafhankelijke bonus op basis van kwaliteit.

## DIALOOGDOCUMENT PASSENDE BEKOSTIGING NVZ

Op deze manier wordt de regionale samenwerking en het leveren van integrale zorg vanuit de bekostiging beter gefaciliteerd. Hierbij dient ruimte te zijn voor waardegedreven uitkomsten, advance care planning en samen beslissen met de patiënt. Ook dient de bekostiging aan te sluiten bij de demografische ontwikkelingen in de regio.

Experimenten met populatie- of regiobekostiging kunnen ons meer leren over hoe dit type bekostiging het beste ingericht kan worden. Een praktische vraag die nadere uitwerking behoeft, is bijvoorbeeld hoe omgegaan dient te worden met de verdeling van middelen over partijen die alleen een bijdrage hebben geleverd aan het gezond houden van de populatie. Daarnaast dient er ook sprake te zijn van een duidelijke regio-afbakening waarop de bekostiging van toepassing is, wetende dat patiënten mogelijk in meerdere regio's zorg consumeren en het adherentiegebied van aanbieders meerdere regio's kan beslaan.

### **Blauwe zones**

Voor het inrichten van experimenten kan het zinvol zijn om ruimte te creëren voor "Blauwe Zones". In deze gebieden wordt de systeemwereld een beetje op afstand gezet. Dan kan een samenwerkingsverband van regionale partijen ontstaan dat de verantwoordelijkheid neemt voor de verbetering van het welzijn en de volksgezondheid van de inwoners. Een blauwe zone kan een stadswijk zijn of een grotere regio. Daarbij zijn niet alleen zorgpartijen betrokken, maar ook de woon- en leefomgeving van burgers. In de blauwe zones krijgen burgers, zorgaanbieders, maatschappelijke organisaties en financiers de ruimte om samen zorg en welzijn optimaal in te richten.

**PRAKTIJKVOORBEELD**

# Amphia: integrale geboortezorg

In de regio Breda werken het Amphia ziekenhuis en Annature geboortezorg nauw samen aan het leveren van integrale geboortezorg. De samenwerking tussen de coöperatie 1e lijns verloskundigen, kraamzorgorganisaties, gynaecologen, ziekenhuis en het echocentrum in de regio zorgt ervoor dat de capaciteit over de domeinen zo effectief mogelijk wordt ingezet en dat de kwaliteit van zorg continu kan worden verbeterd.

Met hulp van integrale zorgpaden en richtlijnen, shared care en de introductie van pijnbestrijding in de 1e lijn (lachgassedatie) kunnen bevallingen vaker en/of langer worden begeleid door de 1e lijns verloskundige en vindt meer passende zorg plaats. Ook is er een volledig geïntegreerd patiëntenzorgdossier voor alle betrokken hulpverleners. Dit leidt tot een verhoging van de kwaliteit van zorg voor de patiënt met zichtbaar verbeterde zorguitkomsten en zorgervaringen. In Annature is een significante afname van het aantal vroeggeboortes en te kleine baby's zichtbaar als gevolg van de integrale geboortezorg. Ook wordt de beschikbare capaciteit door de samenwerking effectiever ingezet met meer werkplezier voor professionals. Er vindt bijvoorbeeld significant minder dubbeling van afspraken in de 1e en 2e lijn plaats.



Belangrijke succesfactor voor het samenwerkingsverband is de integrale domeinoverstijgende bekostiging die wordt toegepast. De samenwerkende partijen ontvangen gezamenlijk één bedrag waarvoor zij de integrale geboortezorg leveren. Mede op basis van waarde gedreven uitkomsten (VBH) en de integrale manier van werken wordt dit bedrag onderling tussen de partijen verdeeld. Amphia geeft aan dat een dergelijke samenwerking zonder integrale bekostiging niet was gelukt. Het feit dat je samen verantwoordelijk bent voor de portemonnee maakt ook dat je gezamenlijk zorg draagt voor het zo effectief mogelijk inrichten van de zorg over de domeinen heen en samen verantwoordelijkheid draagt voor alle zwangeren in de regio.

Het ziekenhuis ziet dat een integrale bekostiging mogelijk breder toegepast zou kunnen worden. Met name voor het leveren van chronische zorg, omdat deze patiënten van verschillende organisaties uit verschillende domeinen zorg ontvangen. Deze organisaties worden nu allemaal apart op basis van hun eigen financiële prikkels bekostigd, waardoor onnodige schotten ontstaan. Een gedeelde portemonnee is geen doel op zich, maar kan ingezet worden als middel om gezamenlijk met ketenpartners de zorg rondom de patiënt op basis van de inhoud zo effectief mogelijk te organiseren en te bekostigen. Eenduidigheid in de regio met betrekking tot contractering en financiering volgens de uitgangspunten van integrale bekostiging zorgt voor een succesvolle uitvoering.

# Electieve zorg

## Hoe bereiken we passende electieve zorg?

Ziekenhuizen zetten in op het leveren van electieve zorg indien deze zorg het best passend is voor de individuele patiënt. Inzet op samen beslissen is daartoe belangrijk.

Bij het leveren van passende electieve zorg is het stimuleren van optimale effectiviteit en doelmatigheid belangrijk. Daarbij werken ziekenhuizen samen met andere aanbieders (waaronder ZBC's) om schaarse capaciteit effectief te benutten. Ook is het van belang om effectieve in-, uit- en doorstroom naar andere aanbieders in de keten te realiseren. Tot slot is het belangrijk om aandacht te hebben voor spreiding van electieve zorg tussen ziekenhuizen.

## Passende bekostiging electieve zorg – korte termijn

Op de korte termijn kan het toevoegen van betaaltitels en het optimaliseren van bestaande titels eraan bijdragen dat de bekostiging beter aansluit bij het leveren van passende electieve zorg. Het gaat dan onder andere om:

- Het landelijk passend vergoeden van samen beslissen (1 of 2 lange gesprekken i.p.v. een operatie) door alle lokale goede voorbeelden te vertalen naar een landelijke richtlijn.
- Het inrichten van een DBC voor fit for surgery en prehabilitatie. Dit draagt bij aan het laten dalen van de uiteindelijke zorgzwaarte en kans op complicaties. Hiermee wordt de schaarse capaciteit effectief benut.
- Het verhogen van de DBC voor dagbehandeling indien ziekenhuizen in staat zijn productie in de kliniek te verminderen, zodat de vergoeding beter past bij de zorgzwaarte van behandelde patiënten.

Aanvullend draagt het koppelen van waardegedreven uitkomstindicatoren (PROMS en PREMS) aan de vergoeding die ziekenhuizen ontvangen bij aan het leveren van passende en waardegedreven zorg voor de patiënt. Ook wordt op deze manier gestimuleerd dat de schaarse capaciteit effectief wordt benut.

## Passende bekostiging electieve zorg - lange termijn

De NVZ ziet bekostiging op basis van het aantal verrichtingen voor de electieve zorg als het best passend. Het betreft immers duidelijk gedefinieerde behandelingen. Daarbij moet in de prijs wel rekening worden gehouden met onafhankelijke indicatiestelling en zorgzwaarte, inclusief de kosten die samenhangen met de casemix aan patiënten. De daarmee samenhangende hogere kosten van ziekenhuizen zullen wel moeten worden gedekt. In een ziekenhuis gaat het immers om complexere patiënten waarbij vaker complicaties optreden zodat de voorbereiding, operatie, verpleging en nazorg meer tijd kosten. De vergoeding die ziekenhuizen voor electieve zorg ontvangen dient tevens aan te sluiten bij de geleverde kwaliteit en toegevoegde waarde voor de patiënt.

ZBC's hebben de afgelopen jaren in een aantal regio's een groter aandeel verworven in groot volume, laag complexe electieve medisch specialistische zorg. Tot op zekere hoogte verschaft dit ziekenhuizen meer ruimte voor complexere zorgvragen. Knelpunt daarbij is echter wel dat ZBC's concurreren met ziekenhuizen als het gaat om het aantrekken van personeel. Bovendien is er een punt bereikt waarop de financiering van de basisinfrastructuur van ziekenhuizen voor het leveren van electieve zorg te veel onder druk komt te staan. Dat tij willen we keren. Dit vraagt om meer sturing door de verzekeraars en de overheid en om differentiatie in de tariefstelling op basis van de zwaarte van de casemix, zodat ziekenhuizen een passende vergoeding ontvangen voor het behandelen van een relatief zwaardere casemix aan patiënten.

### PRAKTIJKVOORBEELD

# Isala: complexe wondzorg

Het project 'Complexe wondzorg naar de 1e lijn' is ontwikkeld binnen de vaatchirurgie van Isala. Zij stellen een regiefunctie en kennis beschikbaar voor complexe wondzorg. Zo worden verwijzingen naar de 2e lijn voorkomen en de kwaliteit van zorg in de 1e lijn vergroot. Voor deze inzet van personeel is op dit moment geen financieringsmogelijkheid, waardoor het project dreigt te mislukken.

Andere voorbeelden van dezelfde aard zijn pre-eclampsie screening en geel zien bij baby's bij gynaecologie. Ook hier wordt de extra inzet van 1e lijns verloskundigen over de grenzen van het ziekenhuis niet betaald.





## PRAKTIJKVOORBEELD

# Bernhoven: samen beslissen en regionaal pijnnetwerk

Binnen Bernhoven zijn er verschillende initiatieven op het gebied van passende zorg. Doel is de zorg doelmatiger/passender te maken met behoud of verbetering van kwaliteit van zorg. Het ziekenhuis ervaart dat een deel van de inspanningen niet wordt vergoed, omdat de DBC systematiek hierbij niet aansluit.

Het ziekenhuisbreed implementeren van Samen Beslissen draait om het verbeteren van de kwaliteit van besluitvorming samen met de patiënt. Dit vraagt aan de voorkant tijd om met de patiënt het goede gesprek te voeren, maar leidt tot een vermindering van het aantal operaties/behandelingen en diagnostiek. Zo zag het ziekenhuis onder andere een significante daling van het aantal galblaas-, liesbreuk- en knie-operaties. Ook werd aangetoond dat deze zorg niet elders alsnog is geconsumeerd. De extra tijd voor de langere consulten wordt vanuit de huidige systematiek niet vergoed.

Een ander voorbeeld is het regionaal pijnnetwerk. Binnen dit netwerk vindt multidisciplinaire samenwerking plaats met betrokken ketenpartners, zodat de kwaliteit van zorg voor patiënten met pijn verbeterd wordt en het opiatengebruik teruggedrongen wordt. Voor deze vorm van overleg is geen bekostiging beschikbaar.



# Complexe (top) zorg en complexe netwerkzorg

## Hoe bereiken we passende zorg?

Voor het leveren van passende complexe en netwerkzorg is het van belang dat een passend zorgaanbod wordt gerealiseerd, waarbij zorg wordt geconcentreerd indien dit noodzakelijk is vanuit het oogpunt van kwaliteit. Daarbij dienen elementen van complexe zorg in iedere regio of soms landelijk als brandweerfunctie aanwezig te zijn. Samenwerking tussen ziekenhuizen en met UMC's is daartoe belangrijk. Complexe (oncologische) zorg wordt georganiseerd vanuit een (bovenregionaal) netwerk met passende afspraken over het gebruik van dure geneesmiddelen. Als tegenhanger van concentratie zal ook zorg gespreid moeten worden, om de bestaande capaciteit optimaal te benutten en een financieel gezonde bedrijfsvoering te kunnen behalen.

## Passende bekostiging van complexe (top) zorg en complexe netwerkzorg - korte termijn

Voor de korte termijn is het belangrijk om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen onafhankelijk van elkaar declaraties kunnen indienen voor het leveren van netwerkzorg. Het "knippen" van DBC's is daartoe noodzakelijk, zodat aanbieders die in een netwerk vanuit hun eigen expertise een bijdrage leveren aan een complex behandeltraject hier ieder op passende wijze voor worden betaald.

Ook dient de samenwerking binnen een netwerk verder gefaciliteerd te worden door betaaltitels in te richten, onder andere voor het intercollegiaal advies en/of meekijkconsult. Aanvullend dient een beschikbaarheidsvergoeding ingericht te worden voor elementen die vallen onder de "brandweerfunctie" en voor het (wetenschappelijk en topklinisch) onderzoek dat door ziekenhuizen wordt uitgevoerd om deze zorg te kunnen leveren.

## Passende bekostiging van complexe (top) zorg- en complexe netwerkzorg - lange termijn

Voor complexe en netwerkzorg is een vorm van netwerkbekostiging het best passend. Ziekenhuizen ontvangen een vergoeding voor de bijdrage die zij binnen dit netwerk hebben geleverd. Daarbij zijn adequate prijsafspraken met differentiatie in casemix en complexiteit belangrijk.

Binnen de bekostiging van complexe en netwerkzorg dient de coördinatie en afstemming van zorg vergoed te worden, ook indien een ziekenhuis niet het volledige zorgproduct kan declareren omdat aanvullende diagnostiek of een ingreep elders wordt verricht. Daarbij is het belangrijk dat de bekostiging van dure geneesmiddelen binnen het netwerk een plek krijgt, omdat niet ieder individueel ziekenhuis in de keten het risico voor deze kosten op zich kan nemen. Bij het leveren van hoog complexe zorg in de keten dient de kwaliteit gestimuleerd te worden door een korting in het tarief toe te passen indien een onderzoek of diagnose gereviseerd of opnieuw uitgevoerd moet worden.

## **DIALOOGDOCUMENT PASSENDE BEKOSTIGING NVZ**

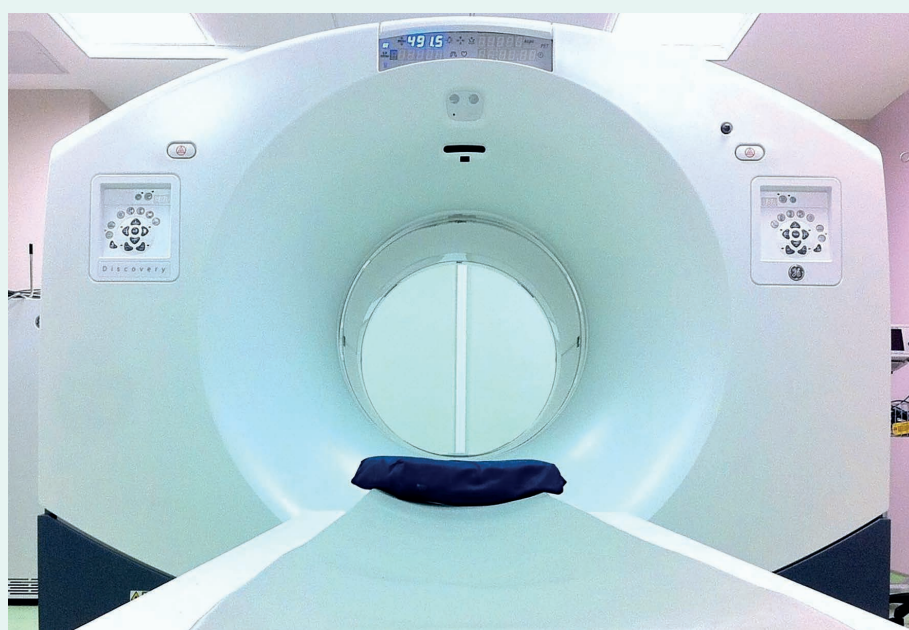
Aanvullend dient specifiek aandacht te zijn voor de bekostiging van beschikbaarheid van hoog complexe laagvolume zorg (waaronder zorg voor mensen met een zeldzame aandoening). Deze specialistische behandelingen worden vaak door een ziekenhuis als derdelijns functie in het netwerk geleverd. Deze zorg is nauw verweven met toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek. Voor passende bekostiging van deze zorg kan worden aangesloten bij de uitkomsten van het traject TOVER dat op dit moment door ZonMw wordt uitgevoerd.

## PRAKTIJKVOORBEELD

# Netwerorzorg tussen algemeen en topklinisch ziekenhuis

Een algemeen ziekenhuis\* werkt voor de behandeling van complexe oncologische zorg nauw samen met andere ziekenhuizen in de regio. Een voorbeeld: om uitzaaiingen of de terugkeer van een prostaat-tumor in kaart te brengen laat het ziekenhuis een PET/CT-scan PSMA uitvoeren. Omdat het voor het algemene ziekenhuis niet rendabel is een dergelijke scan zelf in huis te hebben werkt het ziekenhuis hiervoor samen met een topklinisch ziekenhuis in de regio.

Indien nodig wordt ook een deel van de complexe behandeling in het topklinische ziekenhuis uitgevoerd. Voor poliklinisch consult, dagopname en/of voor- en nazorg kan de patiënt dichtbij huis, in het algemene ziekenhuis terecht. Op deze manier wordt de ziekenhuiscapaciteit in de regio effectief ingezet. Knelpunt hierbij is dat de bekostiging niet aansluit bij het leveren van deze netwerorzorg. Er kan slechts één ziekenhuis als hoofdbehandelaar worden aangewezen en daardoor kan er ook maar op één plek een DBC worden geopend. Eén ziekenhuis ontvangt daardoor inkomsten voor het behandelen van de patiënt, terwijl niet alle activiteiten in dit ziekenhuis worden uitgevoerd.



\*) naam van het ziekenhuis is bij de NVZ bekend.

## **DIALOOGDOCUMENT PASSENDE BEKOSTIGING NVZ**

De ziekenhuizen dienen daarom onderling facturen te sturen voor de activiteiten die zij uitvoeren en daarover ook zelf prijsafspraken te maken. Dit heeft een hoge administratieve last tot gevolg. Daarbij is ook is niet transparant of de vergoeding die wordt gevraagd, aansluit bij de actuele kosten en de wijze waarop de DBC is opgebouwd. Het ziekenhuis pleit daarom voor een integrale netwerkbekostiging waarbij het mogelijk is om de onderdelen van de DBC apart door verschillende ziekenhuizen te declareren.

# Samenvatting

## Lange termijn

De NVZ ziet op de lange termijn een landschap voor zich waarbij ziekenhuizen, revalidatie- en categorale instellingen voor verschillende zorgvormen op verschillende manieren worden betaald. Dit zijn ingrijpende voorstellen waarbij het voor zowel zorgaanbieders, verzekeraars en overheidspartijen zinvol is om te testen of het gewenste effect optreedt door het in de praktijk toepassen van de voorstellen en te bezien welke mogelijke ongewenste neveneffecten en knelpunten zich voordoen.

De NVZ stelt daarom voor om een aantal voorstellen met partijen nader uit te werken en deze met pilots of met blue zones te onderzoeken. Het gaat dan met name om de voorstellen voor populatiebekostiging van chronische zorg en netwerkbekostiging van complexe (top)zorg.

De NVZ ziet voor de lange termijn de volgende differentiatie in bekostiging voor zich:

- Een beschikbaarheidsvergoeding voor het realiseren van een passend aanbod acute zorgvoorzieningen in de regio.
- Een vergoeding voor het zo gezond mogelijk houden van de populatie in de regio en het voorkomen van ziekenhuisbezoek. Dit kan gecombineerd worden met een prestatieafhankelijke bonus op basis van kwaliteit van de geleverde zorg. Hierbij dient ruimte te zijn voor waardegedreven uitkomsten, advance care planning en samen beslissen. Hiervoor dienen regionale pilots opgestart te worden.
- Een vergoeding op basis van het aantal verrichtingen binnen de electieve zorg, dat aansluit bij de zwaarte van de casemix aan patiënten en de geleverde kwaliteit van zorg op basis van waardegedreven uitkomsten.
- Een vergoeding voor deelname aan en het leveren van complexe (top)zorg binnen een netwerk (netwerkbekostiging).



## Korte termijn

De NVZ stelt voor de korte termijn onderstaande wijzigingen in de systematiek voor. Omdat de transitie naar passende zorg volop in ontwikkeling is en er nieuwe initiatieven worden ontwikkeld is onderstaande lijst niet uitputtend, maar continu in ontwikkeling.

- Het inrichten van een betaaltitel voor het declareren van het meekijk- en meedenkconsult binnen MSZ door specialist (specialist kijkt mee met 1e lijn);
- Het inrichten van een betaaltitel voor de bekostiging van een gezamenlijke triagist binnen de 1e en 2e lijn;
- Het contracteren van de acute zorg middels een aanneemsom om de volumeprikkel eruit te halen een vergoeding te bieden voor het effectief inrichten van een passend acute zorglandschap in de regio;
- Het realiseren van een vergoeding die aansluit bij samen beslissen en advance care planning middels een DBC hiervoor;
- Het faciliteren van domein- en sectoroverstijgende samenwerking, middels passende betaaltitels, ter aanvulling op de eerste handreiking die de NZa heeft gedaan (zonder lokaal het wiel te moeten uitvinden):
  - DBC voor meekijkconsult en advies 2e lijn bij 1e lijn (bij huisarts, wijkverpleging) en voor 3e lijn of topzorg / expertise uit de STZ bij 2e lijn;
  - DBC voor digitale poli's, thuismonitoring, thuistoediening;
  - DBC voor initiatieven op gebied van preventie en leefstijl, waaronder een consult voor stoppen met roken poli, afval-poli en beweegpoli waarbij altijd z.s.m. wordt doorverwezen naar de 1e lijn;
- Differentiatie DBC's op basis van zorgzwaarte voor het leveren van electieve zorg;
- DBC's inrichten voor fit for surgery en prehabilitatie;
- Het realiseren van waardegedreven uitkomstindicatoren (PROMS en PREMS);
- Het verhogen van de prijs voor de DBC dagbehandeling bij vermindering productie kliniek;
- Het inrichten van een DBC voor afstemming in een regionaal MDO en casemanagement;
- Het mogelijk maken om DBC's te "knippen" bij het leveren van complexe zorg in een netwerk, zodat aanbieders die in een netwerk vanuit hun eigen expertise een bijdrage leveren aan een complex behandeltraject hier op passende wijze voor worden betaald.





