



> Het instrument zorgbundels

Analyse geschiktheid voor drie
aandoeningen in de heekunde

Mei 2023

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Colofon

Projectteam

Emma Brocken, Saskia van der Erf, Floor Joustra

Projectleider: Roderik Ponds – roderik.ponds@sirm.nl

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Het instrument zorgbundels - Analyse geschiktheid voor drie aandoeningen in de heekunde, mei 2023.

Opdrachtgever

Nederlandse Zorgautoriteit

Foto voorblad

ANP

Managementsamenvatting

De NZa zoekt naar alternatieve manieren van bekostiging van passende zorg en verkent in dit kader samen met veldpartijen of zorgbundels verder ontwikkeld kunnen worden voor specifieke aandoeningen. Met een zorgbundel worden contractafspraken gemaakt over een integraal pakket aan zorg voor een bepaalde aandoening of patiëntengroep. Zorgaanbieders krijgen een bedrag per zorgbundel in plaats van per individuele (of set van) verrichting(en).

Als onderdeel van de verkenning startte de NZa een leertraject rond drie heelkundige aandoeningen – darmkanker, etalagebenen en heupfractuur – welke werden geselecteerd door de NZa in samenwerking met de NVvH. De NZa vroeg SiRM om dit leertraject samen met landelijke partijen te begeleiden, om de meerwaarde van zorgbundels te verkennen. En om de vormgeving van zorgbundels, en de gevolgen daarvan voor de meerwaarde, te concretiseren. Ook vroeg de NZa SiRM om te reflecteren op het leertraject en de geleerde lessen vast te leggen.

We hebben in het leertraject ruim twintig interviews afgenomen, achttien werkgroepen en vier aandoeningsoverstijgende stuurgroepbijeenkomsten georganiseerd en daarnaast deskresearch uitgevoerd. We (SiRM) concluderen op basis van de inbreng uit de interviews, werkgroepen en stuurgroepen, aangevuld met deskresearch en ervaringen uit andere projecten dat voor één van de drie aandoeningen, namelijk heupfractuur, een zorgbundel een passend middel zou kunnen zijn om de geïdentificeerde kansen in het zorgpad te realiseren.

Zorgbundels lijken voor darmkanker en etalagebenen geen passend middel. Voor darmkanker zijn nauwelijks kansen geïdentificeerd waarvoor het inzetten van een zorgbundel helpend is. Voor etalagebenen lijkt een zorgbundel geen passend bekostigingsinstrument voor de realisatie van de geïdentificeerde kansen. De volgens de werkgroep haalbare ontwerpen voor zorgbundels voor etalagebenen bevatten maar een klein deel van de genoemde kansen. Bovendien kunnen deze kansen naar verwachting op een eenvoudigere manier worden gerealiseerd dan met een zorgbundel¹.

Voor heupfractuur zou een zorgbundel versneld ontslag naar grz kunnen stimuleren. Een zorgbundel kan barrières in de bekostiging wegnemen die de realisatie van versneld ontslag naar grz nu belemmeren. De introductie van een zorgbundel leidt echter niet vanzelf tot de realisatie van versneld ontslag. Naast genoemde barrières bestaan er namelijk andere belemmeringen die verschuiving van zorg nu in de weg staan en niet door een zorgbundel worden opgelost. Ook zijn het organisatorisch ontwerp en de implementatie van een zorgbundel complex. Wij bevelen daarom aan om, bij een eventuele regionale vervolgstap, het organisatorisch ontwerp eerst op papier uit te werken alvorens een pilot te organiseren.

De meeste deelnemers vonden het verkennen van de geschiktheid van zorgbundels voor drie aandoeningen in de heelkunde een waardevol leertraject. Het traject leverde bovendien lessen op voor de toekomst. Voor de start kan uitgebreider nagegaan worden of aandoeningen passen bij

¹ Het is niet ondenkbaar dat in specifieke regio's een bundel voor etalagebenen wel een passend middel is. Als bijvoorbeeld de kansen voor verbetering van het zorgpad groter zijn dan in dit traject naar voren kwam, of de mogelijke nadelen van een zorgbundel kleiner omdat betrokken partijen rond andere aandoeningen al goed samenwerken.

zorgbundelbekostiging. Ook kan het doel vanaf het begin duidelijker geformuleerd en gecommuniceerd worden. Ten slotte kan in dergelijke trajecten bewuster en tijdiger nagedacht worden over wie waarover bevraagd wordt: artsen over het zorgpad en in- en verkopers van zorg over de geschiktheid van een bekostigingsinstrument in de praktijk.

Inhoud

Colofon	1
Managementsamenvatting	2
1 Aanleiding en conclusie	5
1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM	5
1.2 Het bekostigingsinstrument zorgbundels	5
1.3 Aanpak en reikwijdte van het traject	7
1.4 Hoofdconclusie SiRM	9
2 Zorgbundels lijken voor darmkanker en etalagebenen geen passend middel	10
2.1 Voor darmkanker zijn nauwelijks kansen geïdentificeerd waarvoor het inzetten van een zorgbundel helpend is	10
2.2 Voor etalagebenen lijkt een zorgbundel geen passend middel voor de realisatie van de geïdentificeerde kansen	11
3 Voor heupfractuur zou een zorgbundel versneld ontslag naar grz kunnen stimuleren	18
3.1 Een zorgbundel kan barrières in de bekostiging wegnemen die de realisatie van versneld ontslag naar grz belemmeren	18
3.2 Een zorgbundel leidt niet vanzelf tot de realisatie van versneld ontslag naar grz	22
3.3 Aanbeveling: werk, bij een eventuele regionale vervolgstap, het organisatorisch ontwerp eerst op papier uit	23
4 Reflectie op het leertraject met aanbevelingen voor de toekomst	24
4.1 Voor de start uitgebreider nagaan of aandoeningen passen bij zorgbundelbekostiging	24
4.2 Vanaf het begin duidelijker zijn over wat het doel en het mogelijke vervolg is	26
4.3 Bewuster en tijdiger nadenken over wie je waarover bevraagt	26
Bijlage 1 Aanpak en proces	28
Bijlage 2 Verdieping per aandoening	31
Darmkanker	31
Etalagebenen	33
Heupfractuur	39
Bijlage 3 Aandachtspunten bij organisatorisch ontwerp en implementatie zorgbundels	47

I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM

Samen met het Zorginstituut (ZiN) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) eind 2020 op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een advies uitgebracht over de randvoorwaarden voor passende zorg². In het advies is gekeken naar verschillende bekostigingsmogelijkheden voor acute, electieve en chronische zorg. Het advies beschrijft dat voor electieve zorgvragen zorgbundels als een geschikte optie worden gezien om passende zorg beter te faciliteren en stimuleren.

De NZa verkent daarom met veldpartijen of zorgbundels verder ontwikkeld kunnen worden voor specifieke (electieve) aandoeningen. Als onderdeel van deze verkenning startte de NZa halverwege 2022 een leertraject rond drie heelkundige aandoeningen, dat tot en met het voorjaar van 2023 duurde. De aandoeningen voor het leertraject werden geselecteerd door de NZa in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en zijn eerder verkend door het opstellen van een leidraad voor de ontwikkeling van een bundel³:

- 1 Colon- en rectumcarcinoom (darmkanker).
- 2 Claudicatio intermittens (etalagebenen).
- 3 Proximale femurfractuur (heupfractuur) bij ouderen.

De NZa vroeg adviesbureau SiRM – Strategies in Regulated Markets – om dit leertraject samen met landelijke partijen te begeleiden om:

- De meerwaarde van zorgbundels te verkennen.
- De vormgeving van zorgbundels, en de gevolgen daarvan voor de meerwaarde, te concretiseren.

Daarbij vroeg de NZa SiRM om ook te reflecteren op het leertraject en de geleerde lessen vast te leggen.

1.2 Het bekostigingsinstrument zorgbundels

Met een zorgbundel worden contractafspraken gemaakt over een integraal pakket aan zorg, bijvoorbeeld voor een bepaalde aandoening of per patiëntengroep. Het kan daarbij ook gaan om een deel van het zorgpad rond een aandoening of een deel van de patiëntengroep met specifieke kenmerken. Zorgaanbieders krijgen gezamenlijk een vast bedrag per zorgbundel per patiënt in plaats van een bedrag per individuele (of set van) verrichting(en). De zorgaanbieders zijn samen verantwoordelijk voor het organiseren en afstemmen van het gehele zorgproces en het verdelen van de financiële middelen onder elkaar. Als zorgaanbieders de zorg in hun bundel zo efficiënt weten te organiseren dat ze gemiddeld lagere kosten per patiënt realiseren dan de in het contract afgesproken prijs per bundel, mogen ze de bespaarde kosten houden (tenzij er shared savings

² NZa en ZiN (2020) Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'

³ KPMG (2021) Leidraad ontwikkeling en implementatie zorgbundels

afspraken worden gemaakt). Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is het monitoren op uitkomsten om het risico op onderbehandeling te verlagen en de voor de patiënt belangrijke uitkomsten te stimuleren. Een andere vorm van bekostiging verandert de aanspraak op zorg niet: als een bepaalde vorm van zorg nu niet tot het verzekerde pakket behoort, zal dat ook niet zo zijn als de bekostigingsvorm verandert. Zorgbundels kunnen ook worden toegepast voor zorg die door één zorgaanbieder (in plaats van verschillende zorgaanbieders) wordt geleverd, bijvoorbeeld als een aanbieder zowel eerste- en tweedelijns zorg in het zorgpad levert.

Zorgbundels kunnen bijdragen aan de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg omdat ze een sterkere financiële prikkel hebben dan de fee for service (prijs x volume) bekostiging om⁴:

- Het zorgpad rond de patiënt centraal te stellen.
- De zorg doelmatiger te organiseren en sterker in te zetten op preventie en stepped care.
- Samen te werken over sectoren en domeinen heen.
- Uitkomsten centraal te stellen.

Zorgbundels geven zorgaanbieders meer vrijheid en ruimte om de zorg anders in te richten en daarmee meer autonomie aan zorgaanbieders⁵.

Tegenover deze mogelijke voordelen staan in de praktijk ook mogelijke nadelen of risico's⁶:

- Het ontwikkelen van een bundel kan intensief en complex zijn omdat de zorgstappen en de patiënten goed afgebakend moeten zijn.
- De organisatie van de samenwerking in een bundel kan complex zijn omdat partijen (of verschillende groepen binnen één organisatie) o.a. een gezamenlijk financieel risico dragen, onderlinge afspraken over het verdelen van geld moeten maken en mogelijk ook culturele verschillen moeten overbruggen.
- Het implementeren van een bundel brengt (tijdelijke) hogere administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de zorg in de bundel met zich mee.

De integrale bekostiging van de geboortezorg wordt in het rapport over passende zorg van ZiN en NZa uit 2020⁷ als een voorloper van de vorming van een zorgbundel benoemd.

Uit een evaluatie van het RIVM van drie jaar Integrale Geboortezorg Organisaties (IGO) blijkt dat betrokken partijen positief zijn over de samenwerking binnen de IGO maar dat ze de (tijdelijke) hoge administratieve lasten als grootste nadeel van de integrale bekostiging ervaren. Deze evaluatie had betrekking op acht (van de negen⁸) regio's waar aanbieders hebben gekozen om samen te werken in een IGO met integrale bekostiging. De andere ruim 60 verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) hebben er voor gekozen om dit niet te doen. Volgens de door RIVM geïnterviewde zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars is de samenwerking

⁴ NZa en ZiN (2020) Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'; D. Cattel, F. Eijkenaar, K. Ahaus en M. van de Laar (2021) Bundelbekostiging in de zorg is mogelijk, ondanks belemmeringen. ESB, 106(4794), 086-089.

⁵ Zie bijvoorbeeld E. van der Hijden, S. Steenhuis, G. Hofstra, J. van der Wolk, W. Bijlsma, J. Struijs en X. Koolman (2019) Ontwikkelingen in zorginkoop: van inkoop van verrichtingen naar inkoop van zorgbundels. Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie 93(7/8), 223-239.

⁶ S. Steenhuis, J. Struijs, X. Koolman, J. Ket en E. van der Hijden (2020) Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Payments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective. The Milbank Quarterly, Vol. 98, No. 1, 2020

⁷ NZa en ZiN (2020) Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'.

⁸ In de regio Haaglanden zijn partijen gestopt met integrale bekostiging maar werken ze nog wel samen in een IGO.

binnen de IGO's geïntensiveerd, meer gestructureerd en minder vrijblijvend dan voorheen. De IGO's ervaren tegelijkertijd dat de zorginhoudelijke veranderingen langer duurden dan gehoopt omdat er veel tijd en energie is gegaan naar de financiële, juridische en organisatorische aspecten van de IGO en integrale bekostiging. Dit verlaagt volgens hen het draagvlak voor de integrale bekostiging. Ook bij implementatie van zorgbundels ontcom je niet aan (tijdelijke) extra administratieve lasten. Deze extra administratieve lasten⁹ en andere nadelen moeten bij de keuze voor bundelbekostiging opwegen tegen de voordelen.

De weging van de voor- en nadelen en daarmee het antwoord op de vraag of een zorgbundel in de praktijk een geschikt instrument is kan per aandoening en afhankelijk van bestaande samenwerking tussen partijen per regio anders uitpakken. Bundels bieden vooral meerwaarde voor partijen die al goed samenwerken én voor wie de huidige bekostiging belemmerend werkt bij het realiseren van onbenutte kansen op het gebied van kwaliteit of doelmatigheid. Zorgverzekeraars concluderen op basis van de eerste ervaringen dan ook dat zorgbundels om maatwerk vragen en niet voor alle aandoeningen geschikt zijn¹⁰.

Het vaststellen van een bundel voor een bepaalde aandoening is geen garantie dat deze ook wordt gebruikt als deze naast bestaande bekostiging blijft bestaan. De NZa kan een betaaltitel voor een bundel introduceren waarin een landelijke uniforme definitie¹¹ staat van welke zorg voor welke aandoening hieronder valt. De (gezamenlijke) zorgaanbieders¹² onderhandelen vervolgens met individuele zorgverzekeraars over de prijs (die in de praktijk soms lastig vast te stellen is op basis van historische data¹³), volume en gewenste uitkomsten. Een zorgverzekeraar kan er in de praktijk ook voor kiezen om dezelfde zorg via bestaande bekostigingsvormen te vergoeden en in te kopen. De keuze voor het wel of niet maken van bundel contractafspraken (zolang de bestaande bekostiging ook bestaat) is een afweging van individuele zorgverzekeraars¹⁴ en de uitkomst van onderhandelingen en afspraken tussen zorgverzekeraars en -aanbieders.

1.3 Aanpak en reikwijdte van het traject

In dit leertraject zijn samen met landelijke partijen de mogelijke meerwaarde van en inhoudelijke ontwerpen voor zorgbundels voor darmkanker, heupfractuur en etalagebenen verkend. Onder het inhoudelijk ontwerp vallen:

⁹ De manier waarop de samenwerking georganiseerd wordt, kan impact hebben op de omvang van de administratieve lasten. Een gezamenlijk coöperatie leidt bijvoorbeeld – zeker bij de start – tot meer administratieve lasten dan samenwerking via hoofd- en onderaannemerschap. Wel zullen partijen in beide situaties afspraken moeten maken over onderlinge verrekening, inzet en samenwerking en deze afspraken moeten kunnen monitoren.

¹⁰ NZa (2022) Ervaringen van zorgverzekeraars met zorgbundels medisch-specialistische zorg

¹¹ De NZa geeft aan dat het voor zorgaanbieders onwenselijk is als individuele zorgverzekeraars verschillende bundels definiëren voor dezelfde aandoening (NZa (2022) Ervaringen van zorgverzekeraars met zorgbundels medisch-specialistische zorg). Aanbieders zouden anders in de praktijk voor verschillende patiënten met dezelfde aandoening per verzekeraar een andere bundel hebben.

¹² De betrokken partijen bij de bundel onderhandelen via één partij (bijvoorbeeld een gezamenlijke entiteit of via een hoofdaannemer) met de zorgverzekeraar over de tarieven van de bundel.

¹³ S. Steenhuis, G. Hofstra, F. Portrait, F. Amankour, X. Koolman en E. van der Hijden (2022) The potential risk of using historic claims to set bundled payment prices: the case of physical therapy after lower extremity joint replacement (BMC Health Services Research 22:1061)

¹⁴ Dit kan er in de praktijk mogelijk toe leiden dat een deel van de patiënten wel in een bundel valt en een ander deel met dezelfde aandoening niet.

- Het identificeren van de potentie: welke kansen kunnen nu niet of lastig gerealiseerd worden en met een zorgbundel naar verwachting wel?
- Het ontwerpen van een bundel: welke onderdelen van het zorgpad, welke zorgverleners en welke patiënten vallen wel en niet onder de bundel?
- Het selecteren van uitkomstmaten: welke uitkomstmaten zijn bruikbaar voor het meten van kwaliteit om onder andere het risico op onderbehandeling te verkleinen?

Het organisatorisch ontwerp van de zorgbundels viel grotendeels buiten dit leertraject en de invulling hiervan kan per regio verschillen. Onder het organisatorisch ontwerp vallen in elk geval:

- Het vaststellen van de attributie: welke zorgaanbieder of -professional is hoofdverantwoordelijk voor de inhoud en organisatie van de bundel?
- Het organiseren van de governance binnen de bundel: welke samenwerkingsafspraken tussen betrokken zorgverleners moeten er gemaakt worden (inclusief het verdelen van de inkomsten), hoe worden deze geborgd en hoe wordt toegezien op de naleving?
- Het organiseren van en onderhandelen over de contractering: welke contractafspraken worden er gemaakt met welke zorgverzekeraars?
- Het opstellen en inrichten van de administratieve processen: voor welke onderwerpen moeten zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars nieuwe of aanvullende indicatoren bijhouden en bestaande processen aanpassen of uitbreiden en hoe worden deze georganiseerd in bestaande systemen?

Tijdens het traject zijn op verschillende momenten ook vraagstukken op het gebied van het organisatorisch ontwerp benoemd (o.a. governance, de verdeling inkomsten tussen partijen en contractering). Het uitwerken van oplossingen voor deze vraagstukken viel buiten dit traject, mede omdat deze regionaal kunnen verschillen.

We hebben in het leertraject ruim twintig interviews afgenomen, achttien werkgroepen en vier aandoeningsoverstijgende stuurgroepbijeenkomsten georganiseerd en daarnaast deskresearch uitgevoerd. In de verschillende werkgroepen en stuurgroepen is stap voor stap met verschillende partijen stilgestaan bij¹⁵:

- Het vaststellen van het zorgpad van de specifieke aandoening.
- Het identificeren van specifieke kansen in het zorgpad die nu niet of onvoldoende worden gerealiseerd als gevolg van de huidige bekostiging.
- Het ontwerpen van mogelijke zorgbundels door de stappen in het zorgpad die wel en niet onder de bundel vallen af te bakenen en de in- en exclusiecriteria van patiënten te bepalen.
- Het vaststellen of de ontworpen bundels de geïdentificeerde kansen bevatten en de realisatie van deze kansen stimuleren.
- Het identificeren van mogelijke en beschikbare indicatoren om de kwaliteit van de zorg in de bundel te monitoren.
- Het verkennen van opties voor de attributie.

Gedurende het hele traject is steeds afgewogen of een zorgbundel in de ogen van de deelnemers:

¹⁵ We hebben hierbij voortgebouwd op een leidraad die KPMG Health (KPMG) in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de NZa voor de ontwikkeling van bundels heeft ontwikkeld. In deze leidraad staan zeven stappen beschreven waarvan voor vijf een landelijke uitwerking gewenst is.

- bijdraagt aan het realiseren van de geïdentificeerde kansen en
- of de verwachte positieve impact van een zorgbundel opweegt tegen de verwachte nadelen zoals de (tijdelijke) extra administratieve lasten die gepaard gaan met (het implementeren van) de zorgbundel.

De uiteindelijke inschatting of de mogelijke voordelen opwegen tegen de nadelen (voor zover naar voren gekomen zijn in dit traject) en of een zorgbundel daarmee een passend instrument zou zijn voor een aandoening heeft SiRM gemaakt. De inschatting is gebaseerd op de inbreng uit de interviews, werkgroepen en stuurgroepen, aangevuld met deskresearch en ervaringen uit andere projecten. In dit rapport geven we expliciet aan wat de bevindingen van de werkgroepen en stuurgroep waren en welke conclusies wij (SiRM) trekken.

1.4 Hoofdconclusie SiRM

We (SiRM) concluderen op basis van de inbreng uit de interviews, werkgroepen en stuurgroepen, aangevuld met deskresearch en ervaringen uit andere projecten dat voor één van de drie aandoeningen, namelijk heupfractuur, een zorgbundel een passend middel zou kunnen zijn om de geïdentificeerde kansen in het zorgpad te realiseren:

- Voor darmkanker zijn nauwelijks kansen geïdentificeerd waarvoor het inzetten van een zorgbundel helpend is. Voor etalagebenen lijkt een zorgbundel geen passend bekostigingsinstrument voor de realisatie van de geïdentificeerde kansen (Hoofdstuk 2). *Het is overigens niet ondenkbaar dat in specifieke regio's een bundel voor etalagebenen wel een passend middel is. Als bijvoorbeeld de kansen voor verbetering van het zorgpad groter zijn dan in dit traject naar voren kwam, of de mogelijke nadelen van een zorgbundel kleiner omdat betrokken partijen rond andere aandoeningen al goed samenwerken.*
- Voor heupfractuur zou een zorgbundel versneld ontslag naar grz kunnen stimuleren (Hoofdstuk 3). Een zorgbundel kan barrières in de bekostiging wegnemen die de realisatie van versneld ontslag naar grz nu belemmeren. Een zorgbundel leidt echter niet vanzelf tot de realisatie van versneld ontslag, omdat er naast de genoemde barrières andere belemmeringen bestaan die verschuiving van zorg nu in de weg staan. Ook zijn het organisatorisch ontwerp en de implementatie van een zorgbundel complex. Wij bevelen daarom aan om een mogelijk inhoudelijk ontwerp eerst op papier te onderzoeken, alvorens een pilot in de praktijk te organiseren.

Reflecterend op het leertraject geven de meeste deelnemers aan dat het waardevol geweest is en lessen biedt voor vergelijkbare trajecten in de toekomst. Deze lessen lichten we toe in Hoofdstuk 4.

2 Zorgbundels lijken voor darmkanker en etalagebenen geen passend middel

Zorgbundels lijken voor darmkanker en etalagebenen geen passend middel. Voor darmkanker zijn nauwelijks kansen geïdentificeerd waarvoor het inzetten van een zorgbundel helpend is (§2.1). Voor etalagebenen lijkt een zorgbundel geen passend bekostigingsinstrument voor de realisatie van de geïdentificeerde kansen (§2.2). De volgens de werkgroep haalbare ontwerpen voor zorgbundels voor etalagebenen bevatten maar een klein deel van de genoemde kansen. Bovendien kunnen deze kansen naar verwachting op een eenvoudigere manier worden gerealiseerd dan met een zorgbundel.

We lichten in dit hoofdstuk toe waarom zorgbundels voor darmkanker en etalagebenen in onze ogen geen passend bekostigingsinstrument zijn. In Bijlage 2 staat het zorgpad van darmkanker en etalagebenen en de kansen daarin beschreven. Voor etalagebenen staan verder in die bijlage de ontwerpen waartoe de werkgroep¹⁶ gekomen is, de uitkomstmaten en voorstellen voor attributie.

2.1 Voor darmkanker zijn nauwelijks kansen geïdentificeerd waarvoor het inzetten van een zorgbundel helpend is

De werkgroepen verwachten nauwelijks meerwaarde van een zorgbundel darmkanker¹⁷. Het grootste deel van de zorg vindt plaats binnen één ziekenhuis. Darmkanker is een veelvoorkomende kankersoort. De meeste patiënten volgen het gehele behandeltraject in het ziekenhuis van eerste contact¹⁸. De behandeling binnen het ziekenhuis is sterk geprotocolleerd, mede door richtlijnen en beslissingen in multidisciplinaire overleggen (mdo's)¹⁹. De werkgroepen geven aan dat de protocollen goed worden nageleefd, waardoor er weinig potentie is voor verdere verbetering van het zorgpad binnen één ziekenhuis. Daarom verandert een zorgbundel, volgens de werkgroepen, voor de meerderheid van de patiënten naar verwachting niet tot nauwelijks iets aan hoe de zorg voor darmkanker geleverd wordt.

¹⁶ Zowel voor darmkanker als etalagebenen waren er twee werkgroepen, werkgroep Aanleiding en uitkomsten en werkgroep Ontwerp zorgbundel. De werkgroep Aanleiding en uitkomsten is grofweg verantwoordelijk voor de conclusies rondom de kansen van de zorgbundel, de werkgroep Ontwerp zorgbundel voor de conclusies rondom de ontwerpen van de zorgbundel. Als we in dit stuk spreken over de werkgroepen is de genoemde conclusie in beide werkgroepen genoemd.

¹⁷ Wanneer we in dit stuk spreken over darmkanker, bedoelen we dikkedarm- en endeldarmkanker.

¹⁸ Bevolkingsonderzoeken zorgen ervoor dat patiënten in een vroeg stadium gediagnosticeerd worden, waardoor minder vaak complexe, gespecialiseerde behandelingen (in meerdere ziekenhuizen) nodig zijn.

¹⁹ Volgens de SONCOS-normering moet minstens 90% van de oncologiepatiënten besproken worden in mdo's.

Hoewel het grootste deel van de zorg plaatsvindt binnen één ziekenhuis, ziet de werkgroep één mogelijke kans die wel sectoroverstijgend is. Namelijk, het includeren van eerstelijns fysiotherapie bij prehabilitatie (patiënten fit maken voorafgaand aan hun operatie) in de bundel. Prehabilitatie in de eerste lijn is echter nog geen zorg die onder het verzekerde pakket valt, en wordt daarom ook binnen een bundel niet vergoed onder de huidige regelgeving²⁰.

De werkgroep ziet ook een kans in verbetering van de samenwerking tussén ziekenhuizen voor darmkankerpatiënten met een complexe zorgvraag, die voor hun behandeling zorg ontvangen van verschillende ziekenhuizen. Een betere samenwerking stimuleert uniforme kwaliteit in diagnostisch onderzoek en voorkomt dubbele diagnostiek. Zorgbundels zijn echter in onze ogen, en die van de stuur- en werkgroep, geen geschikt middel om samenwerking tussen ziekenhuizen voor deze complexe patiënten te verbeteren. Dit komt doordat:

- Het maar een klein deel van alle patiënten betreft. In 2019 had 10% van de behandelde patiënten met darmkanker een behandeltraject in twee of meer ziekenhuizen (exclusief radiotherapie)²¹.
- Deze 10% is de patiëntgroep met de grootste complexiteit en heterogeniteit in behandeling en daarmee ook kosten. Deze zorg is niet geschikt voor zorgbundels, die juist geschikt zijn voor aandoeningen met relatief homogene zorgpaden- en producten.

Een mogelijk risico dat de werkgroep daarnaast ziet, is dat binnen zorgbundelbekostiging de vergoeding per bundel, of de verdeling binnen de bundel, niet (snel genoeg) meebeweegt met de ontwikkelingen binnen de darmkankerzorg. Deze zorg verandert snel omdat het aantal behandelingsmogelijkheden toeneemt en bestaande behandelingen steeds verder worden verwijnd.

2.2 Voor etalagebenen lijkt een zorgbundel geen passend middel voor de realisatie van de geïdentificeerde kansen

De werkgroepen zien vier kansen in het zorgpad voor patiënten met etalagebenen voor betere samenwerking tussen huisartsen, (eerstelijns-) fysiotherapeuten en het ziekenhuis (vaatlab, vaatchirurgen en interventieradiologen) met als belangrijk doel het in de eerste lijn houden van patiënten die conservatief worden behandeld via stepped care:

- 1 Doelmatigere inzet en verhoging van kwaliteit van diagnostiek.
- 2 Optimale(re) inzet van stepped care (deze kans lijkt al grotendeels gerealiseerd).
- 3 Verhoging van inzet op bredere leefstijlinterventies.
- 4 Verbeterde gegevensregistratie en -uitwisseling tussen alle partijen in het zorgpad.

De kansen staan in Bijlage 2 uitgebreid beschreven. De werkgroepen zijn enthousiast om deze te realiseren. Echter, volgens ons en een deel van de deelnemers van de werkgroep zijn zorgbundels niet het meest voor de hand liggende middel voor de realisatie van deze kansen:

²⁰ Er zijn onderzoeken gedaan naar de effecten van prehabilitatie voor een darmkanker operatie binnen een ziekenhuis. De resultaten zijn beschreven in: *Effect of Multimodel Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery* (March 29, 2023)

²¹ Integraal Kankercentrum Nederland (2022) Rapport Oncologienetwerken in beeld

- De volgens de werkgroep haalbare ontwerpen voor zorgbundels voor etalagebenen bevatten maar een klein deel van de genoemde kansen (§2.2.1).
- Deze kansen kunnen naar verwachting op een eenvoudigere manier worden gerealiseerd dan met een zorgbundel (§2.2.2).

We lichten deze argumenten hieronder toe. Het is mogelijk dat in specifieke regio's een bundel wel een passend middel is. Bijvoorbeeld als de kansen voor verbetering van het zorgpad groter zijn dan in dit traject naar voren zijn gekomen, of als partijen rond andere aandoeningen al goed samenwerken.

2.2.1 De volgens de werkgroep haalbare ontwerpen voor zorgbundels voor etalagebenen bevatten maar een klein deel van de genoemde kansen

De drie haalbare ontwerpen voor een zorgbundel rond etalagebenen (zie Bijlage 2) bevatten slechts een klein deel van de vier gesignaleerde kansen. Bij het opstellen van drie ontwerpen maakte de werkgroep een afweging tussen haalbaarheid en potentiële meerwaarde. Haalbaarheid ging over hoeveel stappen uit het zorgpad en hoeveel typen zorgverleners het ontwerp bevat. Onder potentiële meerwaarde viel de mate waarin de geïdentificeerde kansen onderdeel zijn van het ontwerp. Daarnaast stelden de werkgroepen in- en exclusiecriteria vast: patiënten met 'bewezen' etalagebenen²² vallen wel onder de bundel en patiënten met een verdenking op etalagebenen, maar die dit na diagnostiek niet blijken te hebben, niet.

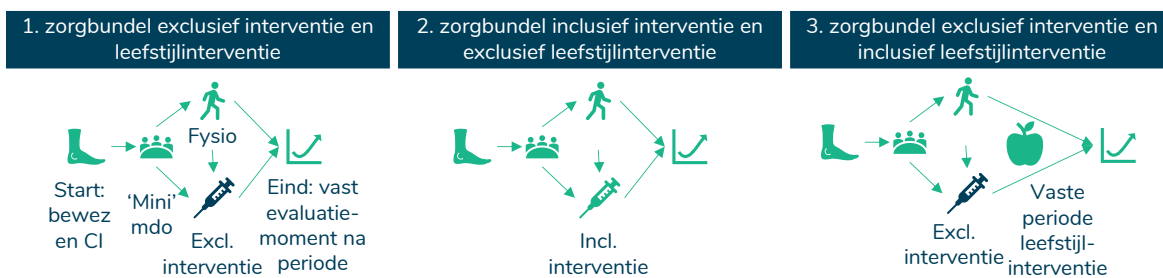
De drie ontwerpen die de werkgroep voor zich ziet (Figuur 1):

- Starten allen met een overleg tussen huisarts en vaatchirurg of mini-mdo (inclusief fysiotherapeut)²³ waarin de diagnose wordt besproken en de keuze voor de behandeling (fysiotherapie of interventie) wordt gemaakt.
- Bevatten ook allen met terugwerkende kracht diagnostiek (exclusief inzet huisarts).
- Bevatten alle drie fysiotherapie (looptraining). Dit is de behandeling die vanuit stepped care de voorkeur heeft boven een interventie. Pas als fysiotherapie niet effectief is gebleken volgt een interventie.
- Hebben als eindpunt een evaluatiemoment (wel of geen invaliderende klachten) na een vaste (nader vast te stellen) periode²⁴.
- Verschillen van elkaar op:
 - Het wel of niet includeren van de interventie in het ziekenhuis (alleen in ontwerp 2).
 - Het wel of niet meenemen van leefstijlinterventies (alleen in ontwerp 3).

²² Op basis van anamnese en resultaten van vaatlab (inclusief looptest).

²³ Een deel van werkgroep ontwerp geeft aan dat zij hierbij een overleg/mail/telefoongesprek tussen twee partijen (de huisarts en vaatchirurg) voor zich zien om de complexiteit te beperken. Een ander deel ziet meerwaarde van het aansluiten van de fysiotherapeut. In de rest van dit rapport refereren we aan dit overleg als mini-mdo ongeacht of hier twee of drie partijen aansluiten.

²⁴ Als alternatief is ook het behalen van een vooraf bepaalde doelstelling van de patiënt (een individuele PROM doelstelling) als eindpunt genoemd. De stuurgroep en deel van de deelnemers van de werkgroepen zagen dit juist meer als een uitkomstindicator dan als een logisch eindpunt van een bundel.



Figuur 1. Deelnemers aan de werkgroep hebben drie ontwerpen voor een zorgbundel gedefinieerd.

De door de werkgroep opgestelde ontwerpen omvatten een klein deel van de kansen (Figuur 2).

Geïdentificeerde kansen	1. exclusief interventie en leefstijlinterventie	2. incl. interventie en excl. leefstijlinterventie	3. excl. interventie en incl. leefstijlinterventie
Doelmatige inzet (voorkomen dubbele en onnodig aanvullende diagnostiek) van en verhoging kwaliteit diagnostiek			
Stepped care: bevorderen van zorg op de juiste plek			
Bredere leefstijlinterventies tijdens en aan het einde van traject (secundaire preventie)			
Gegevensuitwisseling tussen partijen in zorgpad			

Kans valt buiten ontwerp zorgbundel
 Kans valt volledig binnen ontwerp zorgbundel

Figuur 2. De drie voorgestelde bundels omvatten een klein deel van de kansen.

De ontwerpen stimuleren ten dele een doelmatigere inzet en verhoging van kwaliteit van diagnostiek

Een volgens de werkgroep belangrijke kans voor het verbeteren van het zorgpad is doelmatigere inzet en verhoging van kwaliteit van diagnostiek. Centraal daarbij staat het structureel gebruik van het vaatlab onder regie van de huisarts (eerstelijnsdiagnostiek) waarbij de resultaten worden besproken in het mini-mdo. Een deel van de huisartsen voert momenteel zelf de diagnostiek uit (waarbij de kwaliteit soms minder goed is) of stuurt na het ontvangen van de resultaten van het vaatlab (waar geen anamnese plaatsvindt) bij twijfel alsnog de patiënt door naar de vaatchirurg, waardoor een dbc in de tweede lijn wordt geopend. Het uitvoeren van diagnostiek in een vaatlab onder regie van de huisarts is doelmatiger dan de patiënt verwijzen naar de vaatchirurg. Dit vermindert naar verwachting het aantal tweedelijns dbc's.

De ontwerpen voor de bundels realiseren deze kans ten dele:

- Patiënten die uiteindelijk geen etalagebenen blijken te hebben vallen buiten de bundel. De werkgroep ziet dit als de patiëntengroep met de grootste potentie voor verbetering van de diagnostiek. Er vindt dubbele diagnostiek plaats voor een groep patiënten waarvoor op basis van de eerste diagnostiek al geconcludeerd kan worden dat ze geen etalagebenen hebben.

- De inzet van de huisarts valt buiten de bundel. Dit is vanuit haalbaarheid een logische keuze omdat huisartsen per jaar maar circa vijf patiënten met etalagebenen zien²⁵. Maar hierdoor biedt een bundel dus ook geen prikkel voor huisartsen om niet meer zelf de diagnostiek (EAI) uit te voeren maar die in het vaatlab te laten uitvoeren²⁶. Wel kan door het voorgestelde mini-mdo de samenwerking met de vaatchirurg verbeteren en de kennis over eerstelijnsdiagnostiek toenemen. Dit kan er vervolgens toe leiden dat huisartsen vaker eerstelijnsdiagnostiek aanvragen in plaats van zelf een EAI uitvoeren of een patiënt direct doorsturen naar de vaatchirurg. De bundel stimuleert het realiseren van deze kans deels.

Eén van de drie ontwerpen stimuleert een verdere inzet op stepped care, maar deze kans lijkt al grotendeels gerealiseerd

Een tweede kans is volgens de werkgroep het verder inzetten op stepped care na de diagnose. Voor etalagebenen is de primaire behandeling looptraining onder supervisie van een fysiotherapeut. Een ingreep door een vaatchirurg of interventieradioloog volgt pas als looptraining niet voldoende werkt of niet passend is voor een specifieke patiënt.

Alleen ontwerp 2 omvat deze kans volledig omdat de interventie in dit ontwerp onderdeel is van de bundel. Hierdoor ontstaat er – naast een al bestaande medisch-inhoudelijke reden – ook een financiële prikkel voor alle betrokkenen om stepped care in te zetten. Deze financiële prikkel ontbreekt in ontwerp 1 en 3, welke exclusief interventie zijn. De werkgroep verwacht wel dat het mini-mdo, dat onderdeel is van alle drie de ontwerpen, ook bijdraagt aan de realisatie van deze kans²⁷. Hoewel ontwerp 2 ten opzichte van de andere twee ontwerpen de meeste kansen omvat, heeft deze niet de voorkeur van de werkgroep. De werkgroep maakt zich zorgen over financiële risico's voor aanbieders, omdat door de grote kostenverschillen tussen patiënten met en zonder interventie een klein deel van de patiënten, de patiënten met een interventie, verantwoordelijk is voor het grootste deel van de kosten.

De omvang van de kans voor verdere inzet van stepped care na diagnosestelling is overigens relatief klein. Uit een rapport van ZiN blijkt dat de inzet van stepped care de afgelopen jaren sterk is toegenomen²⁸. Het aandeel patiënten met etalagebenen met als (eerste) behandeling fysiotherapie was 86% in 2019. Het maximaal haalbare percentage wordt in dit rapport op 95% geschat. De impact van het realiseren van deze kans is daarmee naar verwachting niet groot. Bovendien geven partijen in hetzelfde rapport aan dat ze vertrouwen hebben dat de ingezette trend zich voortzet (zonder dat hier wordt genoemd dat de bekostiging daarvoor anders moet).

²⁵ Onbekend is overigens hoeveel patiënten huisartsen zien met verdenking op etalagebenen. Het includeren van de huisarts in een bundel voor deze aandoening is niet werkbaar in de praktijk. Dit zou immers betekenen dat voor een klein deel van de patiënten een aparte bekostiging inclusief aanvullende afspraken (met de zorgaanbieder waar de attributie komt te liggen) over governance, tarieven en administratie van inzet zou moeten komen. De LHV is mede om deze redenen ook geen voorstander van het meenemen van de huisartsenzorg in bundelbekostiging maar wel voorstander van het verder verbeteren van de organisatie van de zorg rondom etalagebenen.

²⁶ Dit staat ook (nog) niet op deze manier in de richtlijn van de LHV voor etalagebenen.

²⁷ In theorie kan in ontwerp 1 en 3 een financiële prikkel ontstaan om juist bij patiënten waar een relatief langere inzet van fysiotherapie wordt voorzien juist wel sneller een interventie voor te stellen. De gemiddelde kosten per patiënt in de bundel dalen wat bij een gelijkblijvende bundelprijs financieel voordeel biedt voor betrokken partijen. Daarom zijn goede uitkomst- en procesindicatoren (o.a. aandeel patiënten met interventie, gemiddeld aantal behandelingen door de fysiotherapeuten) van belang. Daarnaast geven deelnemers aan de werkgroep ontwerp aan dat deze eventuele prikkel wordt tegengegaan door de rol van de huisarts die een onafhankelijk beoordelaar is voor wat de beste behandeling is.

²⁸ Zorginstituut (2021) Eindevaluatie Zinnige Zorg traject Perifeer Arterieel Vaatliden.

Eén van de drie ontwerpen stimuleert de verdere inzet van bredere leefstijlinterventies enigszins

De derde kans betreft het vaker inzetten van leefstijlinterventies bij patiënten met etalagebenen. Etalagebenen is een chronische vaatziekte waarbij patiënten een vergrote kans hebben op ernstigere cardiale of neurogene events zoals een hartinfarct of beroerte. Succesvolle leefstijlinterventies verkleinen de kans op deze ernstigere aandoeningen en op terugkerende klachten.

Alleen ontwerp 3 omvat voor een bepaalde periode (tot het einde van de bundel) leefstijlinterventies. We schatten in dat met dit ontwerp slechts voor een klein deel van de patiënten in de bundel daadwerkelijke leefstijlveranderingen worden gestimuleerd:

- De inzet van ondersteuning bij leefstijlinterventies door professionals is niet altijd onderdeel van de verzekerde zorg en daarmee ook geen onderdeel van de bundel.
- Naar verwachting krijgt maar een klein deel van de patiënten in de bundel door bundelbekostiging leefstijlinterventies die ze anders niet zouden krijgen. Leefstijlinterventies die wel in het verzekerde pakket vallen zijn vaak integraal onderdeel van cardiovasculair risicomanagement (cvrm). Een groot deel van de patiënten met etalagebenen ontvangt ook cvrm-zorg of komen daarvoor in aanmerking. Het 'opknippen' van cvrm-zorg en gedeeltelijke inclusie in een bundel voor etalagebenen is niet wenselijk volgens deelnemers in de werkgroep.
- De voorgestelde bundel (en daarmee de leefstijlinterventies) eindigt na een vaste periode. Op dat moment wordt beoordeeld of de klachten van etalagebenen verminderd of weg zijn. Het is onzeker of op dat moment de gewenste veranderingen in leefstijl zijn gerealiseerd terwijl de bekostiging vanuit een bundel wel stopt.

De ontwerpen stimuleren in beperkte mate een betere gegevensregistratie en -uitwisseling tussen alle partijen

De vierde kans is het verbeteren van het uitwisselen van gegevens tussen partijen in het zorgpad. Dit gaat in de eerste plaats over uitwisseling van gegevens over patiënten tussen de individuele zorgverleners binnen een zorgbundel over bijvoorbeeld therapietrouw. Op de tweede plaats bieden deze gegevens bij landelijk gebruik van bundels inzicht in de mate waarin de richtlijnen in de praktijk uniform worden nageleefd en wat waar mogelijk nog verbeterd kan worden door spiegelinformatie en uitkomstmaten.

De ontwerpen stimuleren gegevensuitwisseling naar verwachting in beperkte mate.

Bundelbekostiging kan een impuls geven aan gegevensregistratie- en uitwisseling voor partijen die onderdeel zijn van de bundel, omdat dit randvoorwaardelijk is voor een goede organisatie van de samenwerking. Betrokken partijen rond de aandoening worden gestimuleerd tot het samen vaststellen wie welke informatie over patiënten nodig heeft en het verzamelen van outcome- en procesindicatoren. In de huidige ontwerpen valt de inzet van de huisarts echter niet onder de bundel waardoor deze prikkel niet voor elke betrokken partij in het zorgpad geldt. Belangrijker is dat de grootste barrières op het gebied van gegevensuitwisseling investeringen vergen op het niveau van individuele instellingen of mogelijk zelfs sectoren. Het is in onze ogen niet haalbaar en ook niet wenselijk om deze barrières op het niveau van individuele aandoeningen op te lossen.

2.2.2 De geïdentificeerde kansen kunnen naar verwachting op een eenvoudigere manier worden gerealiseerd dan met een zorgbundel

Een doelmatigere diagnostiek van hogere kwaliteit en het optimaliseren van de inzet van stepped care zijn twee kansen die specifiek op aandoeningsniveau spelen, en waarvan realisatie (tot op zekere hoogte) gestimuleerd wordt door de drie ontwerpen. Wij denken dat de twee genoemde kansen eenvoudiger te realiseren zijn, en dat zorgbundels daarvoor een te complex instrument zijn.

De kansen zijn naar verwachting eenvoudiger te realiseren

In onze ogen zijn de kansen rond diagnostiek en stepped care eenvoudiger te realiseren. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van een meekijkconsult en het maken en realiseren van specifieke afspraken rondom diagnostiek met huisartsen.

In de drie ontwerpen speelt het voorgestelde mini-mdo een belangrijke rol. Hier worden de resultaten van diagnostiek en de keuze voor behandeling besproken met huisarts en vaatchirurg (en mogelijk de fysiotherapeut). De inzet van de vaatchirurg in het gesprek met de huisarts zou ook via een aparte betaaltitel zoals een meekijkconsult kunnen worden bekostigd. Bij een meekijkconsult kijkt een medisch specialist mee met de huisarts naar aanleiding van een zorgvraag van een patiënt (in de huisartspraktijk zelf of digitaal) waarbij de huisarts hoofdbehandelaar blijft van de patiënt. Voor de vergoeding hiervan worden afspraken in de contractering tussen zorgverzekeraar en huisartsen gemaakt.

Bij het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de diagnostiek speelt de huisarts een belangrijke rol (zie §2.2.1). Omdat de inzet van de huisarts niet onder de voorgestelde bundels valt zal bundelbekostiging het realiseren van deze kans beperkt stimuleren. Specifieke afspraken en afstemming hierover met huisartsen zijn naar verwachting doeltreffender en bovendien minder complex. Het evaluatierapport van ZiN uit 2021 over zinnige zorg rond etalagebenen²⁹ geeft aan dat partijen hier al concrete invulling aan willen geven via het vergroten van de toegankelijkheid van de vaatlabs (in ziekenhuizen) voor huisartsen, het stimuleren van huisartsen om diagnostiek in het vaatlab te laten uitvoeren via scholing en informatieverstrekking en het (op termijn) aanpassen van NHG richtlijn.

Zorgbundels zijn in onze ogen een te ingrijpend middel om de kansen te realiseren

Bundels zijn in onze ogen ten opzichte van de hierboven genoemde manieren een te complex middel om de twee kansen te realiseren. De deelnemende partijen in dit traject gaven daarbij tijdens interviews aan met name risico's rond de uitwerking van de governance en (tijdelijke) extra administratieve lasten te zien (zie ook Bijlage 3).

Hoewel we in dit traject governance en administratieve lasten niet hebben uitgewerkt voor etalagebenen (zie §1.3), wordt op basis van de literatuur over ervaringen met bundels³⁰ wel duidelijk dat de governance van een zorgbundel complex voor betrokken partijen kan zijn omdat partijen onder andere:

- gezamenlijk een financieel risico dragen voor een bepaalde patiëntgroep

²⁹ Zorginstituut (2021) Zinnige zorg: Eindevaluatie perifeer arterieel vaatlijden

³⁰ Bijvoorbeeld NZa (2022) Ervaringen van zorgverzekeraars met zorgbundels medisch-specialistische zorg

- ‘achter de voordeur’ de inkomsten moeten verdelen op basis van onderlinge afspraken over de inzet en vergoedingen hiervoor
- gezamenlijk de organisatie voor de samenwerking moeten organiseren en borgen, rekening houdend met verschillen in omvang en kenmerken van betrokken organisaties (zoals in het geval van etalagebenen de diversiteit van fysiotherapiepraktijken in grootte, specialiteit etc.).

Daarnaast geven de geïnterviewden en werkgroepen aan dat de introductie van een zorgbundel onvermijdelijk tot (tijdelijke) extra administratieve lasten leidt. Dit is zeker het geval als de reguliere bekostigingsvorm daarnaast blijft bestaan. Het gaat bij een zorgbundel onder andere om het vastleggen van de in- en exclusiecriteria, de afgesproken kwaliteitsindicatoren en het registreren van tijdsbesteding in verband met de verdeling van middelen. Daarbij komt dat er voor etalagebenen op dit moment geen goede uitkomstindicatoren beschikbaar zijn voor de zorg binnen de bundel (zie Bijlage 2), terwijl die belangrijk zijn om het risico op onderbehandeling te verkleinen. Het formuleren van deze indicatoren vergt ook tijd en investeringen van verschillende partijen.

3 Voor heupfractuur zou een zorgbundel versneld ontslag naar grz kunnen stimuleren

Voor heupfractuur zou een zorgbundel versneld ontslag naar grz kunnen stimuleren. Een zorgbundel kan barrières in de bekostiging wegnemen die de realisatie van versneld ontslag naar grz nu belemmeren (§3.1). Een zorgbundel leidt niet vanzelf tot realisatie van versneld ontslag (§3.2). Naast genoemde barrières bestaan er namelijk andere belemmeringen die verschuiving van zorg nu in de weg staan. Ook zijn het organisatorisch ontwerp en de implementatie van een zorgbundel complex. Wij bevelen daarom aan om, bij een eventuele regionale vervolgstap, het organisatorisch ontwerp eerst op papier uit te werken alvorens een pilot te organiseren (§3.3).

In dit hoofdstuk lichten we toe waarom een zorgbundel voor heupfractuur versneld ontslag naar de geriatrische revalidatiezorg (grz) zou kunnen stimuleren. In Bijlage 2 staat het zorgpad van heupfractuur en de kansen daarin beschreven en de ontwerpen waartoe de werkgroep³¹ gekomen is. We lichten daarbij ook toe dat de andere vier kansen die geïdentificeerd zijn – buiten versneld ontslag – klein zijn en/of niet in de drie ontwerpen voor de zorgbundel vallen. Daarnaast staan in de bijlage de uitkomstmaten en voorstellen voor attributie voor heupfractuur.

3.1 Een zorgbundel kan barrières in de bekostiging wegnemen die de realisatie van versneld ontslag naar grz belemmeren

De sectorale en verrichtinggedreven bekostiging van ziekenhuizen en grz-aanbieders staat verschuiving van zorg van het ziekenhuis naar grz in de weg.

Zowel ziekenhuizen als grz-aanbieders worden bekostigd via diagnose-behandelcombinatie (dbc) zorgproducten. De prijs van een dbc-zorgproduct is afhankelijk van de hoeveelheid geleverde zorg, zoals het aantal ligdagen. Zowel voor msz als grz differentiëren de dbc-tarieven naar opnameduur. Het is voor de aanbieder gunstig om binnen één zorgproduct het volume in de vorm van het aantal ligdagen te reduceren, maar tussen zorgproducten loont dit niet. Dit komt doordat zorgproducten uitgaan van een gemiddeld tarief:

- Bij ziekenhuisontslag na vijf verpleegdagen is er sprake van dbc-zorgproduct “Ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen bij een breuk van het dijbeen”. De

³¹ Voor heupfractuur waren er twee werkgroepen, werkgroep Aanleiding en uitkomsten en werkgroep Ontwerp zorgbundel. De werkgroep Aanleiding en uitkomsten is grofweg verantwoordelijk voor de conclusies rondom de kansen van de zorgbundel, de werkgroep Ontwerp zorgbundel voor de conclusies rondom de ontwerpen van de zorgbundel. Als we in dit stuk spreken over de werkgroepen is de genoemde conclusie in beide werkgroepen genoemd.

gemiddelde verkoopprijs voor dit zorgproduct was in 2022 €2.270³². Binnen dit zorgproduct is een patiënt met 5 verpleegdagen een relatief dure patiënt.

- Indien de patiënt nog één extra verpleegdag in het ziekenhuis blijft is er sprake van dbc-zorgproduct “Ziekenhuisopname van 6 tot maximaal 28 verpleegdagen bij een breuk van het dijbeen”. De gemiddelde verkoopprijs voor dit zorgproduct was in 2022 €6.420. Binnen dit zorgproduct is een patiënt met 6 verpleegdagen een relatief goedkope patiënt.

In de huidige dbc-bekostiging loont het inzetten op zorgverbeteringen die de ligduur verkorten daarom mogelijk niet altijd. Het verkorten van de ligduur door het implementeren van zorgverbeteringen kan op zichzelf staand al geld kosten, maar door bovengenoemde dbc-bekostiging kan het nog extra financiële nadelen opleveren voor zorgaanbieders als patiënten hierdoor net van het ene dbc-zorgproduct (met een hoger tarief) naar het andere dbc-zorgproduct (met een lager tarief) verschuiven.

De dbc-zorgproducten voor de grz maken, naast verblijfsduur, ook onderscheid naar het aantal behandeluren. Bijvoorbeeld, het dbc-zorgproduct voor opname in een instelling van maximaal 14 dagen maakt aanvullend onderscheid naar maximaal 5 behandeluren, tussen 5 en 9 behandeluren of tussen 9 en 32 behandeluren. Ook voor de behandeluren is het voor de aanbieder gunstig om binnen één zorgproduct het aantal uren te reduceren, maar loont dit tussen zorgproducten niet.

Bij verschuiving van zorg wordt veelal een ‘lage zorgzwaarte’ voor het ziekenhuis verplaatst naar een ‘hoge zorgzwaarte’ voor een andere zorgaanbieder (in dit geval grz). In de huidige bekostiging van ziekenhuizen en grz-aanbieders bestaan financiële belemmeringen voor zowel ziekenhuizen als grz-aanbieders die deze verschuiving van zorg in de weg staan, omdat de verschuiving voor beide partijen leidt tot een casemixverzwaring:

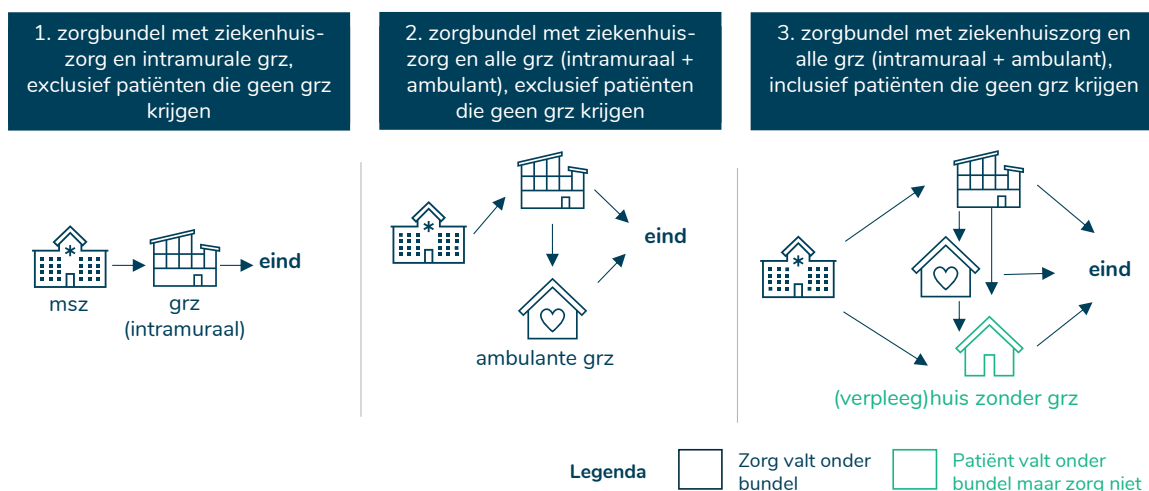
- De tarieven voor de dbc-zorgproducten in de grz zijn gebaseerd op een gemiddelde patiënt met een heupfractuur in de grz. Wanneer een grz-aanbieder patiënten sneller opneemt dan een andere grz-aanbieder en deze patiënten daardoor meer tijd en aandacht vragen, of wanneer zelfs een deel van de ziekenhuiszorg naar de grz wordt verplaatst, voldoet het gemiddelde tarief niet meer. De mix van patiënten aan wie de grz-aanbieder zorg verleent – de zogenaamde casemix – is zwaarder geworden.
- Voor het ziekenhuis geldt hetzelfde. Daar is het tarief voor het dbc-zorgproduct gebaseerd op een gemiddelde over de patiënten met een heupfractuur in het ziekenhuis. Als de heupfractuurpatiënten sneller naar de grz verplaatsen, of mogelijk zelfs een deel van de ziekenhuiszorg naar de grz verplaatst, verzwaart de casemix in het ziekenhuis.

Hetzelfde effect speelt bij de verschuiving van intramurale grz (grz in een instelling) naar ambulante grz (grz in de thuisomgeving), omdat in dit geval een ‘lage zorgzwaarte’ voor intramurale grz wordt verplaatst naar een ‘hoge zorgzwaarte’ voor ambulante grz.

Een zorgbundel kan de huidige barrières voor de verschuiving van zorg in sectoroverstijgende samenwerking in het zorgpad voor heupfractuur wegnemen en hiermee versneld ontslag stimuleren. Een versneld ontslagtraject leidt zowel tot betere kwaliteit van zorg als tot grotere doelmatigheid van zorg.

³² NZa – open data dbc-informatiesysteem

Alle drie de ontwerpen waartoe de werkgroep voor zorgbundels voor heupfractuur is gekomen, omvatten medisch specialistische zorg en grz (Figuur 3).



Figuur 3. Deelnemers aan de werkgroep hebben drie ontwerpen voor een zorgbundel gedefinieerd (versimpelde weergave).

De zorgbundel neemt bestaande (financiële) drempels voor verplaatsing van zorg weg, omdat één sectoroverstijgend vast bedrag wordt afgesproken voor alle heupfractuurzorg voor één patiënt. Aanbieders krijgen een financiële prikkel om beter samen te werken en de ligduur (medisch verantwoord) te minimaliseren en te leveren op de plek waar dit het beste kan tegen de laagste kosten. Een zorgbundel geeft ruimte voor een verschuiving van financiële middelen naar de juiste plek (van ziekenhuis naar grz), waardoor capaciteit op de juiste plek vergroot kan worden. Volgens de werkgroep kan de introductie van een zorgbundel met ziekenhuis en grz-aanbieder(s), met een ontwerp zoals toegelicht in Bijlage 2, leiden tot:

- Minder ligdagen in het ziekenhuis, doordat de patiënt, wanneer deze geen verdere behandeling van het ziekenhuis nodig heeft, sneller doorstroomt vanuit het ziekenhuis naar grz. Dit verhoogt de kwaliteit van zorg.
- Minder risicoselectie, door het wegnemen van de prikkel die grz-aanbieders nu hebben om complexe patiënten later op te nemen omdat ze 'afgerekend' worden op verblijfsduur.
- Betere capaciteitsafspraken, doordat ziekenhuis en grz-aanbieder(s) samen, vanuit een gedeelde ambitie, het gesprek met de zorgverzekeraar aangaan.
- Meer zorg in de thuissituatie, door snellere doorstroom van intramurale grz naar ambulante grz (alleen van toepassing op het tweede en derde ontwerp).
- (Verder) invoeren en leren van bestaande (regionale) best practices rondom het voorkomen van verkeerde bedproblematiek in andere regio's.
- Betere samenwerking tussen grz-aanbieders onderling, beter inzicht in capaciteit en meer flexibiliteit (alleen van toepassing als meerdere grz-aanbieders bij de bundel betrokken zijn).

In Bijlage 2 staat een grove schatting van de impact van de kans zoals de werkgroep deze maakte. Als de kans rondom het versnelde ontslagtraject met een zorgbundel volledig gerealiseerd wordt, dan schat de werkgroep in dat dit leidt tot een reductie van jaarlijks circa 14 duizend ziekenhuis ligdagen. De werkgroep verwacht dat de gemiddelde duur van het grz-verblijf ongeveer gelijk blijft bij een afname van ziekenhuis ligdagen, omdat de patiënt pas in de grz gaat revalideren. De kans

rondom een versneld ontslagtraject van intramurale grz naar ambulante grz is niet gekwantificeerd. In §3.2 leggen we uit waarom een zorgbundel niet vanzelf tot de realisatie van deze kans leidt.

De werkgroep heeft in de vergelijking tussen het eerste en tweede ontwerp een voorkeur voor het tweede ontwerp omdat deze, door de inclusie van ambulante grz-zorg, ook een verschuiving van (intramurale) grz naar zorg thuis stimuleert. Het voordeel van het derde ontwerp is dat ook patiënten die zonder grz naar huis of het verpleeghuis gaan in de bundel vallen (de zorg thuis en in het verpleeghuis valt er wel buiten). Een ander voordeel van het derde ontwerp is dat bij het begin van het zorgpad duidelijker is welke patiënten wel en niet aan de inclusiecriteria voor de bundel voldoen. De verschillende ontwerpen hebben (mede hierdoor) ook een verschillend risico op ongewenste financiële prikkels:

- In het eerste en tweede ontwerp kan een prikkel ontstaan om (te) vaak naar de grz te verwijzen. Een patiënt voldoet alleen aan de inclusiecriteria voor de bundel als deze grz gebruikt. Als dit het geval is ontvangen zorgaanbieders een vast bedrag, onafhankelijk van de hoeveelheid geleverde grz. Dit zou voor aanbieders vanuit financieel perspectief kunnen leiden tot een prikkel om relatief gezonde patiënten in plaats van naar huis naar de grz sturen, omdat die patiënten ten opzichte van de gemiddelde groep een korte verblijfsduur zullen hebben.
- In het derde ontwerp kan een prikkel ontstaan om (te) weinig grz te leveren. De thuiszorg of verpleeghuiszorg vallen in het ontwerp niet onder de zorgbundel. Daardoor ontstaat er een groot kostenverschil in de bundel voor de groep met grz (zowel ziekenhuiszorg als grz betaald uit bundel) en de groep zonder grz (alleen ziekenhuiszorg betaald uit bundel), terwijl het vaste bedrag in een bundel hetzelfde is. Het is voor aanbieders vanuit financieel perspectief daarom gunstiger om weinig grz te leveren.
- Voor alle drie de ontwerpen zien we een risico dat bij een combinatie van een zorgbundel voor patiënten met een heupfractuur, en de reguliere bekostiging voor alle overige patiënten, een prikkel ontstaat om in het ontslagtraject patiënten met een heupfractuur voorrang te geven. Zorgaanbieders hebben in de zorgbundel namelijk financieel voordeel bij een reductie van ligdagen, terwijl dit voordeel in de reguliere dbc-systematiek voor andere aandoeningen niet bestaat.

De werkgroep geeft aan dat de risico's beperkt zijn doordat wel/geen uitstroom naar grz een medisch inhoudelijke beslissing betreft van de medisch specialist in overleg met de specialist ouderengeneeskunde en zorgbemiddelaar, waarbij vertrouwen in de professional(s) belangrijk is. Daarnaast geeft de werkgroep aan dat uitkomstmaten op instellingsniveau vergeleken moeten worden om dit risico te minimaliseren.

De stuurgroep geeft aan een groot risico te zien in een sterke stijging van de administratieve lasten bij het eerste en tweede ontwerp van zorgbundels voor heupfractuur. Dit risico ontstaat doordat bij start van het zorgpad (diagnose heupfractuur) nog niet bekend is of patiënten wel of niet onder de inclusiecriteria van de bundel vallen. Patiënten vallen namelijk alleen onder de bundel als ze na ziekenhuisontslag grz krijgen.

3.2 Een zorgbundel leidt niet vanzelf tot de realisatie van versneld ontslag naar grz

In §3.1 concludeerden we dat een zorgbundel barrières in de bekostiging weg kan nemen die nu verschuiving van zorg in de weg staan. Toch zijn we enigszins terughoudend en gebruiken we daarom bewust de woorden ‘een bundel zou versneld ontslag kunnen stimuleren’. Naast barrières in de bekostiging bestaan er namelijk andere belemmeringen die verschuiving van zorg in de weg staan (§3.2.1). Daarnaast is een zorgbundel geen garantie dat verschuiving van zorg daadwerkelijk gerealiseerd wordt omdat het organisatorisch ontwerp en de implementatie van een zorgbundel complex zijn (§3.2.2).

3.2.1 Naast barrières in de bekostiging bestaan andere belemmeringen die de realisatie van een versneld ontslagtraject in de weg staan

Naast belemmeringen in de bekostiging bestaan andere belemmeringen, welke ook weggenomen moeten worden om versneld ontslag te realiseren. De werkgroep geeft aan dat de grootste belemmering in het ontslagtraject op dit moment het gebrek aan beddenscapaciteit in de grz is. Een bundel kan er volgens de werkgroep aan bijdragen dat financiële middelen (op termijn) op de juiste plek terecht komen. Dat betekent een verschuiving van financiële middelen van het ziekenhuis naar grz-aanbieder(s), waarmee de grz-aanbieder de capaciteit kan vergroten. Grotere beddenscapaciteit in de grz, en dus een verschuiving van financiële middelen, is daarmee een randvoorwaarde voor het versnellen van het ontslagtraject. Echter is het, gezien de huidige uitdagingen in de gezondheidszorg zoals oplopend personeelstekort, zelfs met een verschuiving van financiële middelen de vraag of de capaciteit in de grz daadwerkelijk vergroot kan worden.

De werkgroep verwacht dat de meerwaarde van een alternatieve bekostiging groter is op het moment dat de bekostiging niet op één aandoening focust, maar op het totaalbeeld van de kwetsbare oudere patiënt. Voor de patiëntgroep met leeftijd 70 jaar of ouder, geïnccludeerd in de drie ontwerpen, is de heupfractuur namelijk nagenoeg altijd het gevolg van achterliggende oorzaken (comorbiditeit).

3.2.2 Het organisatorisch ontwerp en de implementatie van zorgbundels zijn complex

Het organisatorisch ontwerp (zie ook §1.3 voor de elementen daarvan) en de implementatie van een zorgbundel zijn complex. Bijlage 3 geeft een overzicht van de aandachtspunten bij het organisatorisch ontwerp en de implementatie van zorgbundels, die uit het leertraject en deskresearch naar voren zijn gekomen. In deze paragraaf stippen we kort de meest relevante voor heupfractuur aan:

- Een zorgbundel vraagt om goede samenwerking en vertrouwen tussen aanbieders binnen de bundel. Ook is een gedeelde ambitie een randvoorwaarde voor de introductie van een bundel.
- Wanneer meerdere zorgaanbieders samen verantwoordelijk zijn voor een zorgbundel is het randvoorwaardelijk dat partijen elkaar als gelijkwaardig zien en zich gelijkwaardig voelen. De kwaliteit van de samenwerking hangt samen met de mate van het succes van een zorgbundel. Voor de heupfractuur is hier extra aandacht voor nodig, omdat een grz-instelling vaak (veel) kleiner is dan het ziekenhuis.

- Partijen dienen het onderling eens te worden over de inhoud, governance en attributie (§1.3). Naast dat partijen het ónderling eens dienen te worden, moeten ze het ook met de zorgverzekeraar eens worden over het contract. Ze moeten bereid zijn om de tijd die dit initieel en blijvend kost, te investeren in de introductie en uitvoering van de zorgbundel. Ook binnen het ziekenhuis dienen goede afspraken gemaakt te worden tussen trauma- en orthopedisch chirurgen.
- Partijen moeten financiële en inhoudelijke onzekerheden als gevolg van zorgbundelbekostiging kunnen en/of willen aanvaarden. De mate van onzekerheid hangt onder andere af van het ontwerp van de zorgbundel.

3.3 Aanbeveling: werk, bij een eventuele regionale vervolgstap, het organisatorisch ontwerp eerst op papier uit

Het organisatorisch ontwerp en de implementatie van een zorgbundel zijn complex. De samenwerking tussen ziekenhuizen en grz-aanbieders kan schade oplopen als een zorgbundel onvoldoende goed doordacht geïntroduceerd wordt. Daarom adviseren wij om samen met geïnteresseerde aanbieders eerst alle onderdelen van het organisatorisch ontwerp op papier uit te denken, alvorens in de praktijk met een zorgbundel aan de slag te gaan (bijvoorbeeld in de vorm van een pilot).

Het organisatorisch ontwerp betreft de attributie, contractering, governance (inclusief financiële verdeling) en administratie (zie ook Bijlage 3). Bijvoorbeeld: bij welke zorgaanbieder ligt de attributie (wie is de houder van de zorgbundel), hoe ziet de governance van aanbieders eruit en hoe wordt in die governance het geld tussen aanbieders verdeeld. Daarnaast dienen afspraken gemaakt worden over de contractering tussen aanbieders en zorgverzekeraars en over de tarieven binnen de zorgbundel, en de mogelijke aparte juridische entiteit die daarvoor opgezet moet worden. Bevindingen uit dit rapport en de KPMG-Leidraad³³ bieden handvatten voor deze simulatie.

³³ KPMG (2021) Leidraad voor ontwikkeling en implementatie zorgbundels

4 Reflectie op het leertraject met aanbevelingen voor de toekomst

De meeste deelnemers vonden het verkennen van de geschiktheid van zorgbundels voor drie aandoeningen in de heekunde een waardevol leertraject. Het traject leverde bovendien de volgende lessen op voor de toekomst. Voor de start kan uitgebreider nagegaan worden of aandoeningen passen bij zorgbundelbekostiging (§4.1). Ook kan het doel vanaf het begin duidelijker gecommuniceerd worden (§4.2). Ten slotte kan in dergelijke trajecten bewuster en tijdiger nagedacht worden over wie waarover bevraagd wordt: artsen over het zorgpad en in- en verkopers van zorg over de geschiktheid van een bekostigingsinstrument in de praktijk (§4.3).

De NZa wil samen met veldpartijen bekostigingsmogelijkheden voor passende zorg verkennen. Dit leertraject, waarin we de meerwaarde van zorgbundelbekostiging voor drie aandoeningen in de heekunde verkenden, was daar onderdeel van. Tijdens het leertraject heeft SiRM op verschillende momenten feedback ontvangen van deelnemers. Daarnaast hebben we tijdens de een-na-laatste stuurgroepvergadering expliciet op het leertraject gereflecteerd.

Hoewel niet alle deelnemers het leertraject op dezelfde manier hebben ervaren, gaven de meeste deelnemers aan dat het voor hen waardevol geweest is en dat het lessen voor vergelijkbare trajecten in de toekomst en biedt. Deelnemers waren (daarnaast) vooral enthousiast over de gesprekken in de werkgroepen over de kansen in het zorgpad. Daarbij noemden ze specifiek:

- Doordat we drie verschillend soortige aandoeningen hebben geanalyseerd, hebben we meer geleerd over het instrument zorgbundels, dan als we slechts naar één aandoening hadden gekeken.
- Het was waardevol om met een brede groep van betrokken zorgprofessionals na te denken over de kansen in het zorgpad.
- De insteek van het traject om samen te leren, stelde ons in staat om vrij en op persoonlijke titel te kunnen spreken.

Tijdens het leertraject en gedurende het expliciete reflectiemoment, kwamen ook geleerde lessen naar voren die behulpzaam kunnen zijn voor een volgend leertraject. Deze lichten we hieronder toe in de vorm van drie aanbevelingen.

4.1 Voor de start uitgebreider nagaan of aandoeningen passen bij zorgbundelbekostiging

Meerdere deelnemers vroegen zich af of de drie gekozen aandoeningen het meest geschikt waren om dit traject te doorlopen. Er is relatief veel tijd van betrokkenen gestoken in dit leertraject, terwijl tijdens de eerste stuurgroep op basis van de interviews al veel zorgen en twijfels over deze drie

aandoeningen naar voren kwamen. Deelnemers stelden de vraag of vooraf niet uitgebreider nagegaan had kunnen worden of deze aandoeningen geschikt zouden zijn voor bundelbekostiging. Uit de leidraad die KMPG Health in samenwerking met de NVvH en de NZa opstelde voor de ontwikkeling van zorgbundels, bleek nog onvoldoende wat de onbenutte kansen voor deze drie aandoeningen zijn, en in hoeverre de bestaande bekostiging een belangrijke barrière vormt om deze te realiseren.

Concreet zou de NZa voor de start van een dergelijk leertraject uitgebreider kunnen analyseren of er voldoende potentie voor verbetering in het zorgpad van een aandoening is. De NZa zou hierbij bijvoorbeeld ook kunnen kijken of voor een aandoening de richtlijnen overal in Nederland nageleefd worden, voor zover dit uit de declaratiedata op te maken valt. Of naar eventuele praktijkvariatie tussen regio's bij de behandeling van een aandoening.

Ook zou voor de start uitgebreider gekeken kunnen worden of aandoeningen passen bij zorgbundelbekostiging volgens de theorie en evidentie. Er is al veel onderzoek naar zorgbundels gedaan en specifiek voor welk soort aandoeningen zorgbundelbekostiging het meest geschikt is. De NZa geeft aan dat zorgbundels voor een deel van de electieve zorg een waardevol middel kunnen zijn om passende zorg te stimuleren³⁴. Electieve zorg is planbaar en niet chronisch of acuut van aard. Electieve zorg kan in zorgbundels worden gevat als er een duidelijk begin- en eindpunt is. Samen met de patiënt zijn tijd en ruimte beschikbaar om de zorg af te stemmen op de zorgbehoefte en om de mogelijke (gezondheids)uitkomsten te bespreken (samen beslissen). Vanuit deze optiek hebben zorgaanbieders mogelijkheden om de zorg kwalitatief goed en doelmatig te organiseren. De drie aandoeningen in de heelkunde die we in dit leertraject analyseerden, betreffen geen van drieën pure electieve zorg. Het gaat om chronische (etalagebenen) en acute zorg (heupfractuur) en oncologische zorg waarbij elementen van chronische, acute en electieve zorg een rol spelen (darmkanker). Uit dit leertraject komt tegelijkertijd wel naar voren dat de geschiktheid van zorgbundels voor een niet-electieve aandoening als heupfractuur verder verkend kan worden.

Verder zijn de volgende aandoeningen met name geschikt voor zorgbundelbekostiging:

- Aanbiederoverstijgende aandoeningen³⁵.
- Aandoeningen met relatief homogene zorgpaden- en producten, met een duidelijke afbakening.
- Aandoeningen waarbij de patiëntvolumes die onder de zorgbundel vallen een substantieel deel van de totale patiëntgroep vormen die door deelnemende partijen wordt gezien. Alleen dan is er daadwerkelijk (financiële) noodzaak tot verandering en voldoende spreiding van de financiële risico's bij zorgaanbieders.
- Aandoeningen waarbij relevante uitkomstmaten goed worden gemeten.

De drie aandoeningen uit dit leertraject voldoen hier maar beperkt aan:

- In het geval van darmkanker is er bijna geen sprake van aanbiederoverstijgende zorg en is het zorgpad erg heterogeen.

³⁴ NZa (2020) Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú

³⁵ NZa (2022) Ervaringen van zorgverzekeraars met zorgbundels medisch-specialistische zorg

- Voor etalagebenen en in mindere mate voor heupfractuur is de afbakening van de patiëntgroep lastig omdat een deel van de kansen betrekking hebben op de patiënten met (alleen) verdenking op de aandoening (etalagebenen) en comorbiditeit (waarbij de zorg voor andere aandoeningen buiten de bundel valt).
- Bij etalagebenen vormen de patiënten binnen de bundel voor de huisartsen slechts een klein deel van alle patiënten die ze zien. Bij de drie ontwerpen voor heupfractuur gaat het overigens wel voor beide partijen om relatief grote patiëntvolumes.
- Met name voor etalagebenen ontbreken goede uitkomstmaten. Voor heupfractuur zijn wel uitkomstmaten beschikbaar, namelijk de uitkomstmaten die nu al worden geregistreerd als onderdeel van de Dutch Hip Fracture Audit (DHFA). Deze betreffen nu alleen msz. Uitbreiding naar de grz wordt los van dit traject al onderzocht.

4.2 Vanaf het begin duidelijker zijn over wat het doel en het mogelijke vervolg is

Deelnemers aan het leertraject gaven aan dat het bij een volgend traject goed zou zijn om aan de start duidelijker te zijn over wat het doel is van de NZa en over wat de NZa gaat doen met de uitkomsten van het traject. Het doel dat deelnemende partijen in eerste instantie vernamen was om via het leertraject per aandoening drie opties voor het ontwerp van een zorgbundel op te stellen. Bij de conclusie dat zorgbundels kansrijk zouden zijn, kon een vervolgstap een test in de praktijk via een experiment zijn.

Doordat de concrete vraag voorlag om drie opties voor het ontwerp op te stellen, voelde het voor partijen alsof er al besloten was dat zorgbundelbekostiging passend was voor de drie aandoeningen. Dit leidde ertoe dat veel partijen tijdens de interviews aan het begin van het traject terughoudend waren over zorgbundels en vooral hun positie voor of tegen (de meesten) aangaven. Nadat later in het traject duidelijk werd dat het om een leertraject ging, ontstond er vertrouwen om open en vrij te verkennen of en waarom bundelbekostiging passend zou zijn.

De initiële onduidelijkheden omtrent het doel van het traject, leidden er ook toe dat de rol van de stuurgroep ten opzichte van de werkgroepen niet altijd helemaal helder was. Dit werd versterkt doordat sommige personen zowel in de stuurgroep als in de werkgroepen deelnamen. Dit leidde ertoe dat discussies die gevoerd werden in de werkgroepen, soms 'overgedaan' werden in de stuurgroep.

4.3 Bewuster en tijdiger nadenken over wie je waarover bevraagt

Bij het bepalen of een nieuw bekostigingsinstrument geschikt is, is het belangrijk om over de verschillende subvragen die deze vraag met zich meebrengt personen met de juiste expertise te bevragen:

- Artsen of andere zorgverleners kunnen zorginhoudelijke vragen het beste beantwoorden. Bijvoorbeeld over het zorgpad en de kansen voor kwaliteit- of doelmatigheidsverbetering

daarin. Ook als het gaat om het bepalen van in- en exclusiecriteria van patiënten is de inbreng van artsen cruciaal.

- In- en verkopers van zorg hebben het beste zicht op hoe kansrijk een nieuw bekostigingsinstrument in de praktijk zou zijn. Zij kunnen goed beoordelen of het niet realiseren van kansen in het zorgpad een gevolg van de huidige bekostiging is, of dat er een andere reden achter zit. Zij zijn ook degene die (bij pilots) bepalen of ze wel of niet gebruik zullen maken van een nieuwe betaaltitel in de contractering. Zij kunnen ook het beste inschatten of zorgverzekeraars bereid zijn om de grootste zorgverzekeraar in een regio te volgen bij een nieuwe manier van bekostiging.
- Wetenschappers en/of beleidsmakers met kennis van bekostiging kunnen het beste inschatten welke positieve en mogelijk perverse prikkels uitgaan van een nieuw bekostigingsinstrument, en hoe deze gemitigeerd zouden kunnen worden.

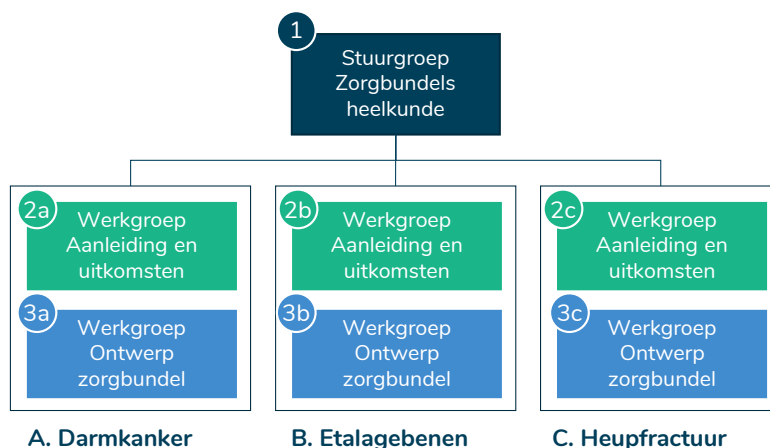
Hoewel in het doorlopen leertraject wel is getracht om deze verschillende disciplines aan tafel te krijgen, lukte dit niet altijd (in alle werkgroepen). Verkopers van zorg waren maar in een klein aantal werkgroepen vertegenwoordigd, ze gaven aan niet in de gelegenheid te zijn om deel te nemen aan meer werkgroepen. Er participeerden wel enkele inkopers van zorgverzekeraars, maar onvoldoende om in alle werkgroepen aanwezig te zijn (drie aandoeningen). In alle werkgroepen was het grootste deel van de deelnemers medisch specialist uit het ziekenhuis. Voor een volgend leertraject zou een langere voorbereidings- en doorlooptijd wellicht helpen om overal de juiste disciplines aan tafel te krijgen. Ook evident kansrijke aandoeningen en een duidelijk doel voor het traject zullen bijdragen aan de bereidheid van personen om deel te nemen.

Bijlage 1 Aanpak en proces

Dit rapport is het resultaat van een leertraject rondom zorgbundels met landelijke partijen. Het doel van dit leertraject was om gezamenlijk de meerwaarde van zorgbundels vast te stellen, en om de vormgeving van zorgbundels, en de gevolgen daarvan voor de meerwaarde, te concretiseren. Een belangrijke voorwaarde voor partijen om aan het leertraject deel te nemen was een open uitkomst: een mogelijke uitkomst kon ook zijn dat een zorgbundel niet kansrijk is voor een specifieke aandoening. Het proces focuste op het leren van elkaar en ervaring opdoen met zorgbundels.

We hebben het leertraject doorlopen in drie fases.

- **Fase A. Voorbereiden.** We hebben het traject voorbereid door circa 20 interviews met belanghebbende partijen te voeren (Tabel 1). Ook deden we deskresearch. Dit resulteerde in een ingerichte governancestructuur voor het traject (Figuur 4), een definitief plan van aanpak met de keuze voor de drie aandoeningen en een gedetailleerde planning. We sloten de fase af met een kick-off bijeenkomst met de stuurgroep.
- **Fase B. Verdiepen.** In deze fase organiseerden we in totaal 19 werkgroep-bijeenkomsten en 2 stuurgroepbijeenkomsten. Het doel van de werkgroepen was om een onderbouwing te geven voor de waarde die een zorgbundel kan geven (werkgroep Aanleiding en uitkomsten) en mogelijke ontwerpen van een zorgbundel op te stellen (werkgroep Ontwerp zorgbundel). Voor etalagebenen en heupfractuur waren er vier werkgroepen Aanleiding en uitkomsten en drie werkgroepen Ontwerp zorgbundel. Omdat de werkgroep darmkanker na de tweede stuurgroepbijeenkomst stopte, zijn hier drie werkgroepen Aanleiding en uitkomsten en twee werkgroepen Ontwerp zorgbundel gehouden. Tegelijkertijd deden we deskresearch en analyseerden we declaratiegegevens uit de msz om de werkgroepen van bruikbare informatie te voorzien.
- **Fase C. Rapporteren.** In de laatste fase schreven we het rapport met het advies van SiRM over de waarde en vormgeving van zorgbundels en een reflectie op het doorlopen traject. Een concept versie van het rapport is voorgelegd aan de stuur- en werkgroepen.



Figuur 4. De governancestructuur voor het leertraject bestond uit één overkoepelende stuurgroep voor alle aandoeningen, en twee werkgroepen per aandoening.

De governancestructuur voor het leertraject bestond uit één overkoepelende stuurgroep voor alle aandoeeningen en twee werkgroepen per aandoening (Figuur 4). De stuurgroep had de volgende verantwoordelijkheden:

- Opdracht formuleren voor de werkgroep.
- Inhoudelijke voortgang en proces monitoren en besluiten over eventuele aanpassingen in het proces.
- Leren tussen werkgroepen en aandoeeningen faciliteren.

De werkgroepen hadden de volgende verantwoordelijkheden:

- Namens de partijen inhoudelijke expertise en ervaring brengen om meerwaarde en ontwerp van zorgbundels te concretiseren.
- Vooraf input verzamelen uit de achterban van de partij voor de werkgroep (indien relevant).
- Constructief samenwerken binnen de door de stuurgroep aangegeven kaders.

Tabel 1. In totaal namen 18 partijen deel aan de stuurgroep (SG) van het leertraject, 14 daarvan namen ook deel aan de werkgroep Aanleiding en uitkomsten (A&U) en/of de werkgroep Ontwerp zorgbundel (OZ).

Partijen	Interview	SG	Darmkanker		Etalagebenen		Heupfractuur	
			A&U	OZ	A&U	OZ	A&U	OZ
Actiz	Ja	Ja	-	-	-	-	Ja	Ja
FMS	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ineen	Ja	Nee	-	-	Nee	Nee	Nee	Nee
KNGF/SKF	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
LHV	Ja	Ja	-	-	Nee	Nee	Ja	Ja
Menzis	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee
NIV	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
NOV	Ja	Ja	-	-	-	-	Ja	Ja
NVA	Ja	Ja	Nee	Nee	-	-	Ja	Ja
NVKG	Ja	Ja	-	-	Nee	Nee	Ja	Ja
NVMDL	Ja	Ja	Ja	Ja	-	-	-	-
NVRO	Ja	Ja	Ja	Ja	-	-	-	-
NVvH	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
NVVP	Ja	Ja	Ja	Ja	-	-	-	-
NVvR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
NVZ	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja
Patiëntenfederatie	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Verenso	Ja	Nee	-	-	-	-	Nee	Nee
VRA	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zilveren Kruis	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
NZa (toehoorder)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Het traject bouwt voort op de Leidraad ontwikkeling en implementatie zorgbundels³⁶. De leidraad benoemt landelijke en regionale stappen om te komen tot een zorgbundel. In de werkgroepbijeenkomsten doorliepen we, gedeeltelijk, de landelijke stappen.

- Aanleiding: bepaal waarom het interessant is om zorg via een zorgbundel te bekostigen.
- Focus: breng focus aan middels in- en exclusie criteria voor patiëntengroep en begin- en eindpunt en fasering van bundel.
- Basis voor verandering: ontwikkel inzicht in huidige prestaties en kwaliteit en beoordeel waar mogelijkheden voor kosten- en kwaliteitsverbetering liggen.
- Leidende principes en onderwerpen: bepaal de onderwerpen die van belang zijn om de bundel verder uit te werken zoals de attributie, het budget, de uitkomstmaten en het mitigeren van risico's.
- Uitkomsten en analyses: stel vast op welke uitkomsten gestuurd wordt en welke onderliggende databases en analyses ingezet worden.

De leidraad beschrijft ook stappen die op regionaal niveau uitgedacht moeten worden om een zorgbundel vorm te geven. Deze stappen vielen buiten de scope van dit leertraject.

- Samenwerking zorgaanbieders: bepaal welke governance het meest passend is om risicodeling en sturing op kwaliteit tussen de zorgaanbieders onderling het beste vorm te geven.
- Aandachtspunten zorgverzekeraar: bepaal welke vorm van risicodeling, transitieperiode en langetermijncontracten het beste ingezet kunnen worden.

³⁶ KPMG (2021) Leidraad voor ontwikkeling en implementatie zorgbundels

Bijlage 2 Verdieping per aandoening

In deze bijlage vatten wij de resultaten van de verschillende werkgroepen samen. De bijlage is gebaseerd op de terugkoppelingen die steeds zijn verstuurd na elke werkgroepbijeenkomst. Deelnemers hebben iedere keer de gelegenheid gekregen om opmerkingen of aanvullingen hierop te geven. Omdat bij darmkanker gaandeweg het traject door de werkgroep en stuurgroep is geconcludeerd dat een zorgbundel geen meerwaarde heeft, zijn maar vier van de zeven geplande werkgroepen doorgegaan en zijn niet alle onderwerpen voor darmkanker aan bod gekomen.

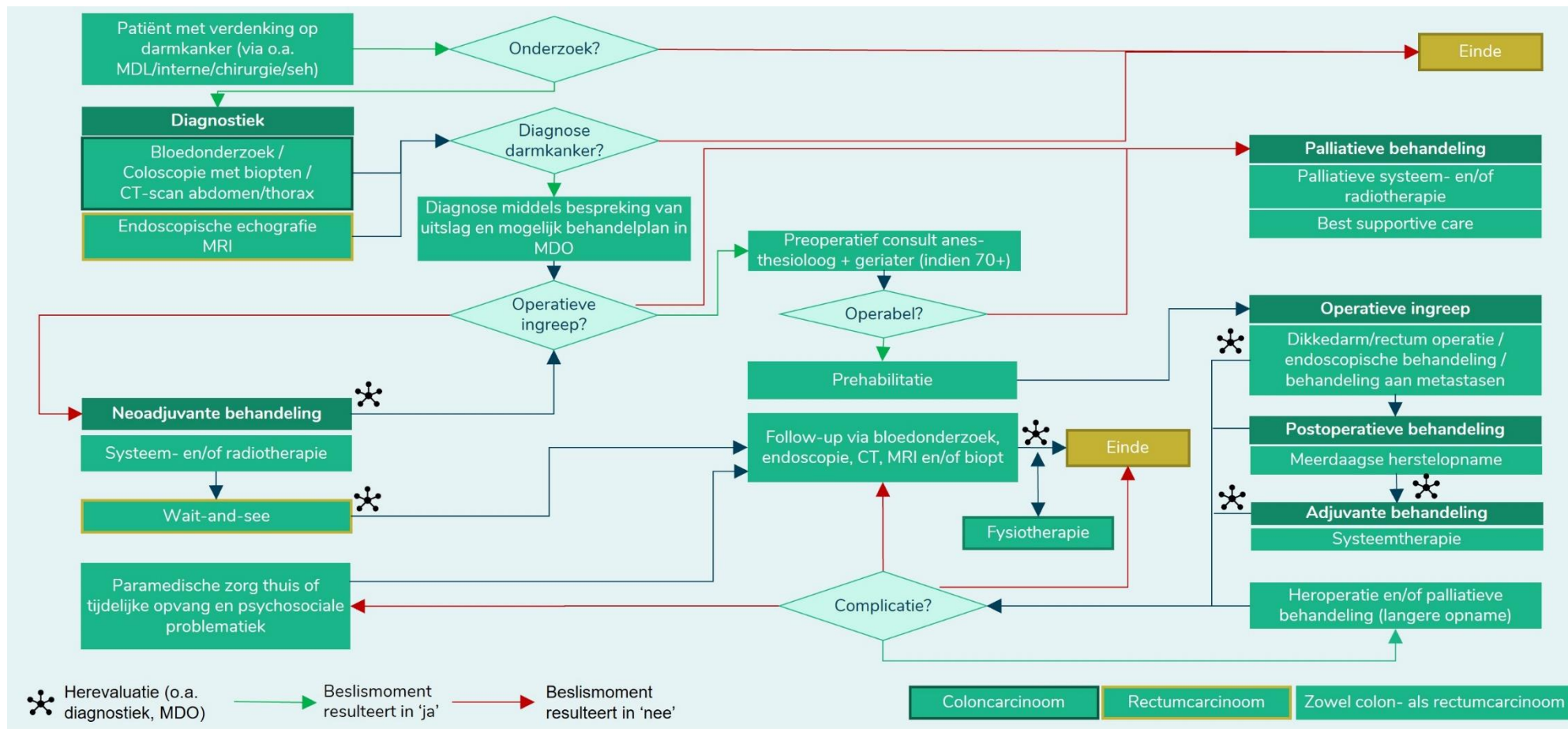
Darmkanker

Darmkanker (colorectaal carcinoom) komt veel voor in Nederland en staat voor mannen en vrouwen op de derde plek als meest voorkomende kankersoort. Onder darmkanker verstaan we tumoren in de dikke darm (colontumoren) en als tumoren in de endeldarm (rectumtumoren). In 2022 kregen zo'n 12 duizend nieuwe patiënten de diagnose darmkanker³⁷.

Het zorgpad voor darmkanker

Het zorgpad voor darmkanker verschilt sterk (Figuur 5), afhankelijk van het type tumor, het stadium en mogelijke (regionale- of afstands-)metastasen en patiëntfactoren (zoals comorbiditeit). Het zorgpad begint met een verdenking op darmkanker (onder andere via een verwijzing van de huisarts of vanuit het bevolkingsonderzoek) waarna wel of geen onderzoek wordt gestart. Ingezette diagnostiek verschilt afhankelijk van de (klachten van de) patiënt. Bij een diagnose darmkanker wordt de uitslag en mogelijk behandelplan besproken in een mdo. Vanaf dit moment kan het zorgpad sterk verschillen per patiënt. Er kan besloten worden tot neoadjuvante behandeling (systeem- en/of radiotherapie), operatieve ingreep (onder andere dikkedarmoperatie of endoscopische behandeling) met prehabilitatie, en/of adjuvante- en/of palliatieve behandeling. Na deze behandelingen vindt er herevaluatie plaats door onder andere diagnostiek en mdo's. Daarnaast kan ook besloten worden tot de inzet van paramedische zorg.

³⁷ IKNL (2022) NKR Cijfers



Figuur 5. Het zorgpad darmkanker zoals vastgesteld in de werkgroep.

Kansen in het zorgpad voor darmkanker

De werkgroep ziet drie type kansen die het zorgpad voor darmkanker mogelijk verbeteren:

- **Kansen binnen de muren van het ziekenhuis (intramuraal).** De werkgroep geeft aan dat er in het zorgpad nog ruimte is om patiëntgerichte zorg te bevorderen door indirecte zorg, zoals overleg, advies en ruimte voor het goede gesprek meer te stimuleren. Hier kan een bundel mogelijk aan bijdragen. Een bundel kan mogelijk ook helpen om (financiële) discussies over de aanvraag van diagnostiek te vermijden. In latere werkgroepen gaven de deelnemers aan de werkgroep aan dat, door de sterke mate van protocollering en besprekingen van patiënten in mdo's, zij het potentieel van deze kans niet als groot inschatten.
- **Kansen in het betrekken van zorg buiten het ziekenhuis (paramedie).** De werkgroep noemt het betrekken van de fysiotherapeut (bij voorkeur in de eerste lijn) bij prehabilitatie en eventueel voor de neoadjuvante behandeling om secundaire preventie en sneller herstel in het zorgpad te bevorderen. De werkgroep geeft aan dat prehabilitatie kan bijdragen aan het verbeteren van de fysieke conditie van de patiënt voor, tijdens en na de geplande behandeling. Bovendien kan prehabilitatie bijdragen aan het verbeteren van het zorgresultaat, door onder andere de reductie van complicaties, de vermindering van ligdagen en aan het vergroten van de autonomie en betrokkenheid van de patiënt³⁸. Prehabilitatie (in de eerste lijn) is nog niet standaard vergoed. Op dit moment vergoeden enkele zorgverzekeraars prehabilitatiezorg via de innovatieve prestatie, maar niet alle zorgverzekeraars maken deze afspraak. Zij stellen dat nog niet is voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk³⁸. Een bundel draagt daarom niet bij aan deze kans (§2.1).
- **Kansen in het verbeteren van de samenwerking tussen ziekenhuizen.** Een (klein) deel van de patiënten met darmkanker heeft een zorgpad in meer dan één ziekenhuis. Hierbinnen ziet de werkgroep de kans om de samenwerking te verbeteren en meer uniforme kwaliteit in diagnostisch onderzoek (tussen instellingen) te bewerkstelligen. Dit leidt mogelijk tot meer patiëntgerichte zorg en kan dubbele diagnostiek in meerdere instellingen mogelijk verminderen. Zoals §2.1 beschrijft, draagt een bundel niet bij aan deze kans.

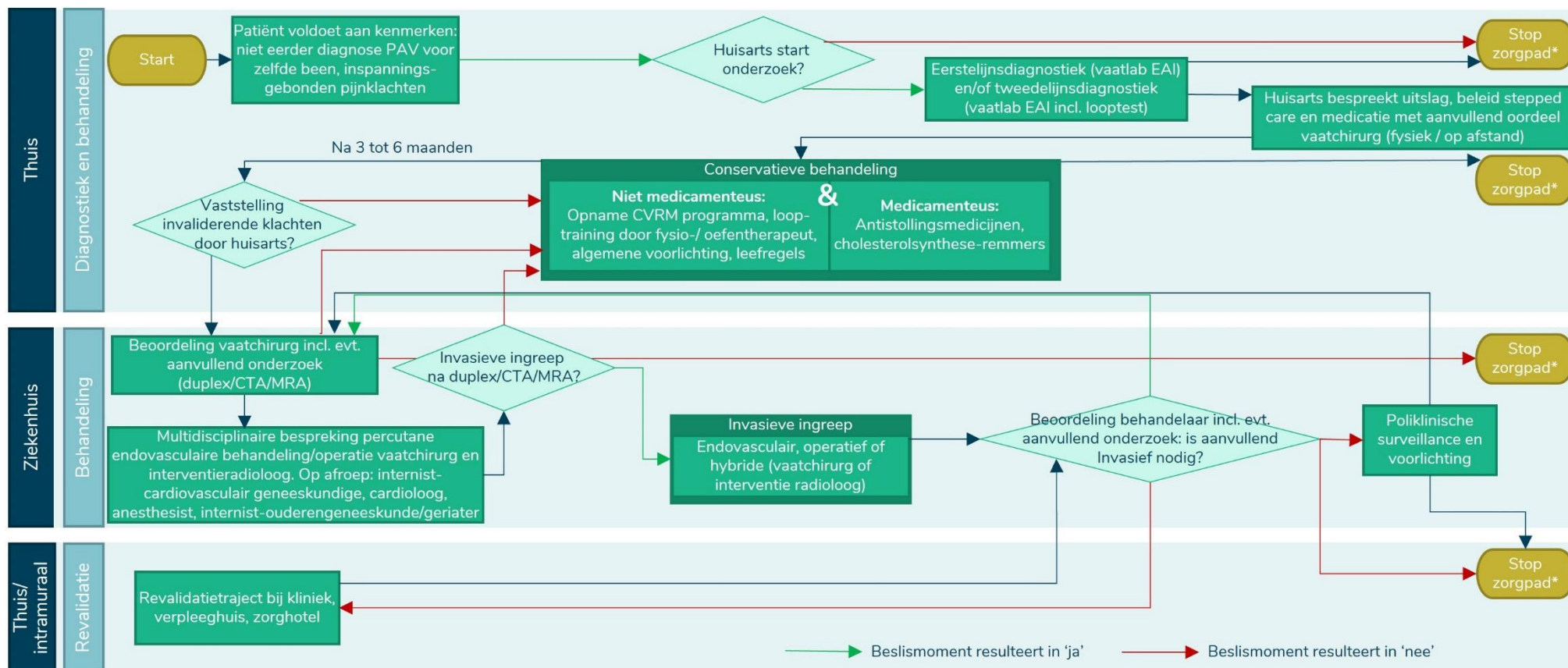
Etalagebenen

Patiënten met claudicatio intermittens (ook wel etalagebenen genoemd) hebben pijn of kramp in bil of kuit na het lopen van een bepaalde afstand. De oorzaak zijn vernauwde slagaderen (door verkalking) in het been waardoor de beenspieren te weinig zuurstof krijgen. Door even stil te staan wordt de zuurstof aangevuld en verdwijnt de pijn. Etalagebenen is een chronische vaatziekte waarbij patiënten een vergrote kans hebben op andere hart- en vaatziekten, zoals een hartinfarct of beroerte. De kans dat iemand etalagebenen (en slagadervernauwing in het algemeen) krijgt, hangt samen met leeftijd en wordt (sterk) beïnvloed door o.a. diabetes en leefstijlfactoren zoals roken, overgewicht en lichaamsbeweging. Per jaar krijgen circa 25.000 mensen³⁹ de diagnose etalagebenen en zijn 129.500 mensen in zorg⁴⁰ voor een gedeclareerd bedrag van €94 miljoen.

³⁸ KNGF, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland (2023) Commissiedebat Medische preventie 16-02-2023 'Voer prehabilitatie breed in'

³⁹ Zorginstituut (2016) Verbetersignalement Perifeer Arterieel Vaatlijden.

⁴⁰ Zorginstituut (2021) Eindevaluatie Zinnige Zorg traject Perifeer Arterieel Vaatlijden.



Figuur 6. Het zorgpad etalagebenen zoals vastgesteld in de werkgroep.

Het zorgpad voor etalagebenen

De werkgroep heeft het zorgpad voor etalagebenen en de betrokken zorgverleners vastgesteld. Het zorgpad start bij de patiënt die met klachten die voldoen aan de symptomen van etalagebenen, bij de huisarts komt. De huisarts voert diagnostiek uit. Dit kan hij of zij zelf doen of onder eigen regie laten plaatsvinden in een vaatlab (in een ziekenhuis waarbij de uitslag al dan niet onder supervisie van een vaatchirurg wordt teruggekoppeld of in een eerstelijnslab). De primaire behandeling bestaat uit gesuperviseerde looptraining door de fysiotherapeut, al dan niet aangevuld met leefstijladviezen (en mogelijke opname in een CVRM programma). Als gesuperviseerde looptraining onvoldoende werkt, kan na eventuele aanvullende diagnostiek in het ziekenhuis een invasieve behandeling worden uitgevoerd (bypass of dotter) door een vaatchirurg of interventieradioloog. Hierna volgt poliklinische surveillance en voorlichting. Vanwege het chronische karakter blijft de ziekte aanwezig. De behandeling is dan ook gericht op het (tijdelijk) weghalen of verminderen van de klachten. Door leefstijlinterventies wordt de kans op terugkomen van de klachten en ernstigere cardiale of neurogene events zoals een hartinfarct of beroerte verkleind of vertraagd.

Kansen in het zorgpad voor etalagebenen

De werkgroepen concluderen dat bundels de 1,5e-lijnsstructuur kunnen versterken en kortere lijnen tussen huisartsen, fysiotherapeuten en het ziekenhuis kunnen stimuleren met als belangrijk doel het in de eerste lijn houden van patiënten die conservatief worden behandeld via stepped care. Concreet zien de deelnemers in de werkgroep vier grote kansen voor verbetering van het zorgpad:

- **Doelmatigere inzet en verhoging van kwaliteit van diagnostiek:** door sterker in te zetten op diagnosestelling door de huisarts op basis van resultaten uit een vaatlab. In de praktijk vindt nu niet alle diagnostiek plaats in een vaatlab maar voert de huisarts deze soms zelf uit (middels een EAI) of verwijst de patiënt rechtstreeks door naar de vaatchirurg. De kwaliteit van deze diagnostiek is niet altijd even goed. Ook kan het zijn dat de huisarts de patiënt, direct of na eigen diagnostiek en/of eerstelijnsdiagnostiek in een vaatlab, doorverwijst naar de vaatchirurg voor een consult voor duiding van de diagnostiek. Hierdoor vinden dubbele diagnostiek (eerst door huisarts en dan alsnog in het ziekenhuis onder regie van een vaatchirurg) en/of onnodige consulten plaats. Een bundel zou idealiter bijdragen aan uniformering van de kwaliteit, het voorkomen van onnodige diagnostiek⁴¹ en onnodige consulten in de tweede lijn voor alle patiënten met verdenking op etalagebenen. De regie zou primair bij de huisarts moeten liggen waardoor de omvang van de diagnostiek in de tweedelijns kleiner wordt. In een gezamenlijk overleg of 'mini-mdo' stellen huisarts, medisch specialist en mogelijk fysiotherapeut de resultaten van diagnostiek (wat bijdraagt aan voorkomen onnodig doorsturen naar vaatchirurg voor diagnose) vast, bepalen ze wat de juiste behandeling is en bespreken de resultaten van het overleg met de patiënt. De kans voor

⁴¹ Lokalisering (door duplex) is alleen nodig voor een ingreep, voor behandeling bij de fysio is dit onnodig.

een betere diagnostiek wordt ook benoemd als belangrijkste kans voor verbetering in het zorgpad door ZiN⁴².

- **Optimale(re) inzet van stepped care:** verdere inzet op gesuperviseerde looptraining als primaire behandeling. Een gedeelde financiële prikkel door een bundel leidt er (daarnaast) idealiter toe dat stepped care nog centraler komt te staan. Het aandeel patiënten waarbij looptraining als primaire behandeling wordt ingezet kan hiernaast mogelijk verder worden verhoogd door in het ‘mini-mdo’ of overleg na de diagnose de beste behandeling vast te stellen. In het rapport van ZiN over etalagebenen in het kader van zinnige zorg⁴³ wordt als doel gesteld dat 95% van de patiënten als eerste behandeling de inzet van gesuperviseerde looptraining heeft. In 2019 was dit 86% van de patiënten. De werkgroep verwacht dat de toename van 9% naar 95% de maximaal mogelijke toename is.
- **Verhoging inzet op bredere leefstijlinterventies** (tijdens en na afloop van het zorgpad). Door sterker in zetten op bredere leefstijlinterventies (o.a. stoppen met roken, gezond eten, voldoende bewegen) wordt het effect van looptraining vergroot en de kans op terugkerende klachten verkleind. Daarnaast wordt vooral de kans op cardiale of neurogene events verkleind. Dit kan (voor een deel van de patiënten) worden georganiseerd via extra inzet op ondersteuning van een leefstijlcoach, diëtiste, fysiotherapeut en/of oefentherapeut (waarbij alleen die zorg en ondersteuning die ook nu al tot het verzekerde pakket behoort, kan worden bekostigd vanuit een bundel). Een bundel neemt idealiter de drempels wel weg voor de inzet van professionals op dit gebied.
- **Verbeterde gegevensregistratie en -uitwisseling tussen alle partijen in zorgpad.** De financiële component in de samenwerking tussen betrokken partijen ‘dwingt’ tot goede registratie die bij voorkeur ook landelijk op uniforme wijze gebeurt. Hierdoor ontstaat voor betrokken zorgverleners een beter inzicht in gegevens op patiëntniveau, bijvoorbeeld over diagnostiek in de eerstelijns en therapietrouw na verwijzing. Daarnaast kunnen via spiegelinformatie en uitkomstmaten regionale verschillen in kwaliteit en in de mate van het volgen van de landelijke richtlijnen inzichtelijk worden gemaakt. Partijen geven aan dat een bundel de betrokken partijen stimuleert om gegevens beter uit te wisselen, maar dat veranderingen in registratie op landelijk niveau nodig zijn om regionale samenwerking op dit gebied in een bundel te realiseren.

Ontwerp van een zorgbundel voor etalagebenen

Bij het ontwerp van drie mogelijke zorgbundels etalagebenen heeft de werkgroep een afweging gemaakt tussen potentiële impact (zoveel mogelijk patiënten en zoveel mogelijk stappen in een bundel) en haalbaarheid (beperkt aantal stappen en beperkte variatie tussen patiënten binnen een bundel).

De in- en exclusiecriteria zijn voor elke ontworpen bundel gelijk: alle patiënten met ‘bewezen’ etalagebenen vallen onder de bundel, patiënten met een verdenking op etalagebenen die dit na diagnostiek niet blijken te hebben niet. Patiënten met een spoedinterventie vallen buiten de bundel. Ook geeft werkgroep aan dat patiënten met recidief niet in de bundel passen. De bundel

⁴² Zorginstituut (2021) Eindevaluatie Zinnige Zorg traject Perifeer Arterieel Vaatlijden

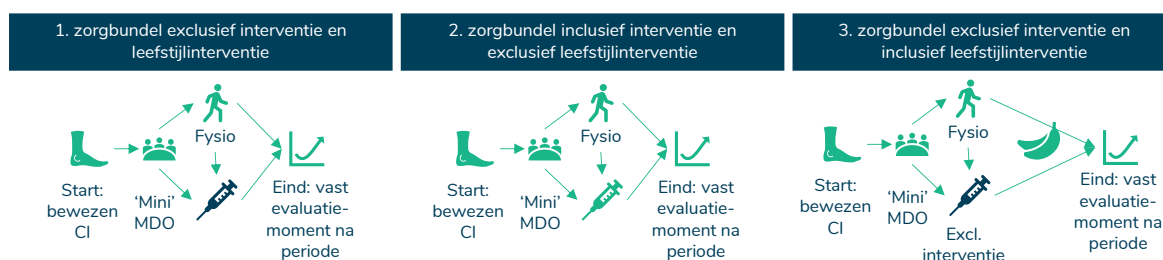
⁴³ Zorginstituut (2021) Eindevaluatie Zinnige Zorg traject Perifeer Arterieel Vaatlijden

zou het volgen van de richtlijnen (verder) moeten stimuleren. Deze richtlijnen zijn geschreven op nieuwe patiënten (patiënten die voor de eerste keer de diagnose krijgen) en hier is ook het beleid van stepped care op gericht.

De werkgroep heeft drie ontwerpen voor een bundel gedefinieerd. De bundel start in elk ontwerp bij het moment dat een patiënt bewezen etalagebenen heeft op basis van de uitkomst van het vaatlab (inclusief looptest) en anamnese. De diagnostiek valt daarbij (met terugwerkende kracht) in de bundel maar de inzet van de huisarts zelf niet. De reden hiervoor is dat een gemiddelde huisartsenpraktijk ongeveer vijf nieuwe patiënten met etalagebenen per jaar zien (uitgaande van een incidentie van ~25.000 patiënten per jaar en ruim 5.000 huisartsenpraktijken). Een aparte bekostiging voor huisartsen voor deze groep patiënten (en als er mogelijk ook bundels zouden worden geïntroduceerd voor andere aandoeningen) is niet wenselijk en reëel.

- In elk ontwerp overleggen in een 'mini-mdo' de huisarts, de vaatchirurg en mogelijk de fysiotherapie over de resultaten van de diagnostiek en de meest gewenste behandeling: looptraining of een interventie.
- De gesuperviseerde looptraining door de fysiotherapeut valt in alle drie de ontwerpen van een bundel (tot een eenmalig maximum van 37 behandelingen binnen 12 maanden).
- De verschillen tussen de drie ontwerpen zitten in het wel of niet meenemen van de interventie in het ziekenhuis (niet in het eerste en derde voorgestelde ontwerp en wel in het tweede ontwerp) en het wel of niet meenemen van leefstijlinterventies (alleen in het derde ontwerp).

Het einde van de voorgestelde bundel is – in alle drie de ontwerpen – een evaluatiemoment na een vaste periode (met dezelfde partijen als in het mini-mdo). Hierin wordt gekeken of er wel of geen invaliderende klachten zijn, en of wel of niet door wordt gegaan met de looptraining of dat de patiënt verwezen wordt naar het ziekenhuis. De huisarts neemt uiteindelijk de beslissing. Als alternatief eindpunt heeft de werkgroep ook het halen van een vooraf bepaalde doelstelling van de patiënt (een individuele PROM doelstelling) genoemd. De stuurgroep en deel van de deelnemers van de werkgroepen zagen dit juist meer als een uitkomstindicator dan als een logisch eindpunt van een bundel. Ook gaven ze aan dat de ervaring is dat PROMs maar beperkt worden bijgehouden. Uiteindelijk zien de meeste partijen het meeste in een eindpunt op basis van een vaste periode. Een risico is dat het vaststellen van deze periode moeilijk is omdat het gaat om een chronische aandoening, die over de jaren heen kan verslechteren.



Figuur 7. De werkgroep definieerde drie ontwerpen voor zorgbundels.

De werkgroep had een voorkeur voor het eerste ontwerp omdat hierin de nadruk ligt op samenwerking via meekijken en –denken van medische specialisten. In de tweede bundel is ook de interventie door medische specialisten onderdeel van de bundel waardoor er een sterkere

financiële prikkel voor stepped care is. Door de grote kostenverschillen tussen patiënten met en zonder interventie geeft de werkgroep aan dat het includeren van interventies deze bundel 'op kan blazen'. Een klein deel van de patiënten heeft het grootste deel kosten waardoor kleine schommelingen in dat aandeel een groot financieel risico zouden kunnen opleveren. De derde bundel heeft als voordeel het includeren van leefstijlinterventie. De werkgroep twijfelt over of een bundel dit echt stimuleert. Niet alle leefstijlinterventies zijn namelijk vergoede zorg en de overlap met CVRM maakt dit waarschijnlijk erg complex.

Uitkomstmaten

Er zijn op dit moment geen bruikbare en goede uitkomstmaten voor etalagebenen. Vanuit fysiotherapie worden 'Globaal ervaren effectscores'⁴⁴ (GEE's of GPE's) geregistreerd (dit is vanuit Claudicationet⁴⁵ verplicht). Deze informatie is voor fysiotherapeuten beschikbaar maar de kwaliteit is volgens deelnemers aan de werkgroep wisselend en bovendien beïnvloedbaar omdat een fysiotherapeut ze ook zelf kan invullen. Vanuit de vaatchirurgie is geprobeerd PROMs (zoals EQ5D⁴⁶) bij te houden. Maar in de (inmiddels gestopte) Dutch Audit for Peripheral Artery Disease (DAPA)⁴⁷ vulde volgens deelnemers in de werkgroep maar 1% van de patiënten deze in. Ook met een app vanuit het ziekenhuis was de respons slecht.

De werkgroep heeft vijf mogelijke uitkomstmaten besproken, die wel eerst verder ontwikkeld en doordacht moeten worden (inclusief de organisatie van de registratie ervan):

- 1 Maximale/pijnvrije loopafstand na een bepaalde periode. De score is erg van de patiënt afhankelijk en het is moeilijk om er een absolute maat aan te hangen. In de toekomst zou mogelijk wel met telemonitoring de manier van lopen gemeten kunnen worden.
- 2 Kwaliteit van leven. Door de werkgroep is dit uiteindelijk te complex geacht om in een goede uitkomstmaat te vatten.
- 3 Aandeel interventies. Deze is alleen relevant als de interventie in de bundel valt en het is volgens de werkgroep onzeker of het aandeel interventies echt wat zegt over kwaliteit.
- 4 Aandeel restenoses (nieuwe vernauwingen). Dit wordt gezien als een complexe uitkomstmaat. Vernauwingen komen (terug) op een nieuwe of dezelfde plek. Om te kunnen definiëren of het om dezelfde plek gaat, is diagnostiek nodig. Diagnostiek is alleen vereist als een interventie plaatsvindt. Het gebruik van een uitkomstmaat moet niet bijdragen aan een toename van diagnostiek.
- 5 Tijd tussen eind bundel en start nieuwe bundel voor zelfde patiënt. Of deze indicator relevant is hangt af van de keuze of patiënten weer 'terug in de bundel' kunnen komen. De werkgroep heeft, zoals hierboven beschreven, de voorkeur patiënten niet opnieuw te includeren.

⁴⁴ Hiermee kan de mening van de patiënt over het herstel worden gemeten. De volgende vraag staat daarbij centraal: 'In welke mate bent u sinds het begin van de behandeling hersteld van uw klachten?'

⁴⁵ Landelijk netwerk van zorgverleners gespecialiseerd in etalagebenen

⁴⁶ Een gestandaardiseerd instrument waarmee op vijf gezondheidsniveaus (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie) een score wordt gegeven.

⁴⁷ Het landelijk kwaliteitsregister voor etalagebenen. Vanwege de achterblijvende registratie van patiënten en een zeer minimale respons op de patiëntfeedback (PROMs) is dit register gestopt.

Attributie

De werkgroep verschilt in de visie over attributie. Ze noemen zowel de vaatchirurg als de fysiotherapeut (via een coöperatie of zorggroep) als optie. De visie van de vaatchirurgen is dat vaatchirurg expert is binnen dit ziektebeeld en daarom ook de attributie bij vaatchirurgie zou moeten liggen. Een eventuele attributie bij de fysiotherapeut kan in de ogen van de vaatchirurg een risico met zich meebrengen als patiënten een hoge zorgzwaarte hebben, met name als de interventie in het ontwerp van de bundel valt. Door het kleine aandeel patiënten dat een interventie krijgt, zal de vergoeding voor de bundel niet kostendekkend zijn als de patiënt wel een interventie krijgt. De patiëntaantallen bij de fysiotherapeut zijn niet groot genoeg om dit risico te mitigeren. De visie van de fysiotherapeuten is dat een (gespecialiseerde) fysiotherapeut de kennis heeft om de regie op het zorgpad te nemen en daarmee de attributie en het zwaartepunt van het zorgpad bij de fysiotherapeut ligt.

Heupfractuur

Heupfractuur (proximale femurfractuur) is een veelvoorkomende fractuur in de dijbeenhals of een paar centimeter daaronder in het dijbeenbot⁴⁸. Deze ontstaat meestal door een val en komt vooral voor bij ouderen, door zwakker wordend bot (osteoporose) en een verhoogde valneiging⁴⁹.

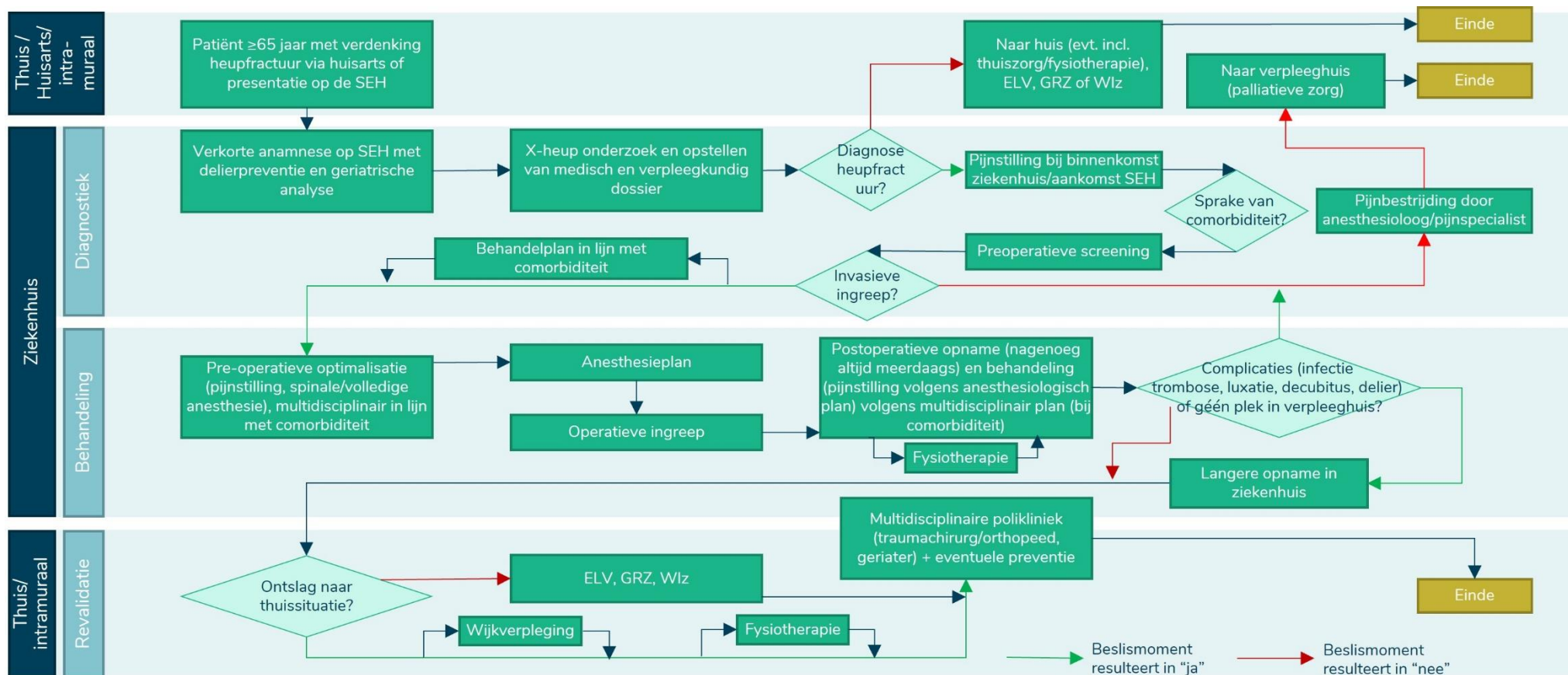
Het zorgpad voor heupfractuur

Voor heupfractuur gaan we uit van het typische zorgpad van een patiënt van 65 jaar of ouder met een laag energetisch trauma⁵⁰. Het zorgpad heupfractuur omvat verschillende sectoren en domeinen (Figuur 8). Het zorgpad start op het moment dat een patiënt arriveert bij de SEH met een verdenking op heupfractuur. Hier wordt met anamnese en een röntgenfoto vastgesteld of en welk gedeelte van het bot is gebroken. Na de diagnose heupfractuur, pijnstilling en een preoperatieve screening kiest de (orthopedisch) chirurg voor een invasieve ingreep (operatie) of voor pijnbestrijding. In het geval van een operatie volgt een postoperatieve opname. Als hier geen complicaties optreden wordt de patiënt ontslagen naar de thuissituatie of naar de ELV, GRZ of Wlz. Na drie maanden volgt een follow-up op de multidisciplinaire polikliniek. In het geval van pijnbestrijding vindt geen ingreep plaats en ontslaat het ziekenhuis de patiënt met pijnstilling (palliatief).

⁴⁸ Richtlijn Proximale femurfracturen

⁴⁹ Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie, Letseloverzicht publiek: gebroken heup

⁵⁰ Patiënten jonger dan 65 jaar met een heupfractuur als gevolg van een hoog energetisch trauma betreft slechts een kleine groep met een afwijkend zorgpad (buiten de reikwijdte van dit leertraject)



Figuur 8. Het zorgpad heupfractuur zoals vastgesteld in de werkgroep.

Kansen in het zorgpad voor heupfractuur

De werkgroepen identificeerden vijf potentiële kansen in het zorgpad heupfractuur:

- **Preventie: voorkomen val op heup en verblijf in ziekenhuis.**

De inclusie voor patiënten met een hoog risico op een heupfractuur (val op heup, verblijf in ziekenhuis en geen eerdere heupfractuur) in een zorgbundel kan een stimulans geven om door valpreventie toekomstige heupfracturen te voorkomen. Cijfers rondom patiënten met 'val op heup' maar zonder diagnose heupfractuur zijn lastig te verzamelen, doordat deze patiënten niet goed te identificeren zijn in de declaratiegegevens. Op basis van een grove schatting van ervaringen uit de werkgroep bestaat deze groep uit circa 800 patiënten per jaar. De werkgroep verwacht dat deze groep veel baat heeft bij preventie. Bij een deel kan een latere heupfractuur voorkomen worden. Omdat het een kwetsbare groep blijft, schat de werkgroep de slagingskans van preventie op zo'n 10 tot 15% ($800 * 10\% = 80$ heupfracturen). In hoeverre een zorgbundel deze kansen realiseert, is erg afhankelijk van het ontwerp van de zorgbundel en waar de baten liggen. Er moet echt een prikkel zijn om een heupfractuur te voorkomen.

- **Versnelling ontslagtraject ziekenhuis (beter voor patiënt en doelmatiger).**

Een bundel kan een gedeelde prikkel geven om patiënten zo snel als medisch verantwoord van het ziekenhuis naar de grz te verplaatsen om zo verkeerde bed problematiek te voorkomen. In 2019 was het aantal grz-gebruikers voor heupfractuur circa 8,2 duizend⁵¹. In 2020 was het gemiddeld aantal verpleegdagen voor klinische opnamen na een heupfractuur 7,7 dagen⁵². De werkgroep geeft aan dat dit aantal mogelijk voor de grz-patiënten binnen de diagnose heupfractuur hoger kan zijn dan dit gemiddelde. Ze schatten in dat dit maximaal teruggebracht kan worden naar 6 dagen inclusief complexe patiënten en 5 dagen exclusief complexe patiënten (bijv. met obesitas of dementie). Daarbij is de verwachting dat de gemiddelde duur van het grz-verblijf ongeveer gelijk blijft, ook als er een afname is van het aantal MSZ-ligdagen. Als de kans rondom het versnelde ontslagtraject met een zorgbundel optimaal benut kan worden dan leidt dit tot een reductie van $8,2 \text{ duizend} * 1,7 \text{ dagen} \approx 14$ duizend MSZ-ligdagen jaarlijks. Daarnaast ziet de werkgroep kansen in versneld ontslag van intramurale grz naar ambulante grz (meer zorg in de thuissituatie), deze kans is niet gekwantificeerd.

- **Inzet op behandeling zonder ingreep (pijnbestrijding).**

Een bundel kan ruimte geven voor het goede gesprek met de patiënt en/of de familie. Hierdoor kan het aantal ingrepen voor de meest kwetsbare patiënten verminderen, door in plaats van ingreep palliatief te behandelen (pijnbestrijding). Uit declaratiegegevens blijkt dat jaarlijks 17,5 duizend patiënten met diagnose heupfractuur de een ingreep of implantatie krijgen. Uit onderzoek blijkt dat door in gesprek te gaan met de meest kwetsbare patiënten of

⁵¹ Zorginstituut Nederland (2020) Memo Analyses zorgproducten Geriatrische Revalidatiezorg

⁵² CBS Ziekenhuisopnamen en -patiënten: diagnose-indeling VTV

hun familie, patiënten in veel gevallen kiezen voor palliatieve zorg in plaats van een operatie^{53,54}:

- Van 172 meest kwetsbare patiënten zag de helft van een ingreep af.
- In totaal koos 13 procent van alle ouderen met een gebroken heup voor palliatieve zorg, voorheen was dit 2 procent.

De werkgroep geeft aan dat het percentage patiënten dat koos voor palliatieve zorg in plaats van een ingreep van 13 procent uit het onderzoek erg hoog is. Ze verwachten dat het maximaal te behalen percentage rond de 6 à 7 procent ligt. Daarnaast geeft de werkgroep aan dat voor patiënten in een verpleeghuis eerst het gesprek over wel of niet opereren moet worden gevoerd, voordat zij ingestuurd worden naar de SEH. Als de kans rondom pijnbestrijding met een zorgbundel optimaal benut kan worden leidt dit ertoe dat 17,5 duizend patiënten *(6% palliatieve zorg in nieuwe situatie – 2% palliatieve zorg in huidige situatie) \approx 700 patiënten extra jaarlijks de keuze maken voor pijnbestrijding.

- **Eerstelijnsinterventies aan einde traject (secundaire preventie).**

De werkgroep ziet kansen in eerstelijnsinterventies om secundaire preventie te stimuleren. De werkgroep verwacht dat secundaire valpreventie zowel kansen biedt voor patiënten met een eerdere heupfractuur als voor patiënten met een eerdere val zonder heupfractuur. Valpreventie dient om effectief te zijn samen te worden gegeven met andere benodigde behandelingen, bijv. osteoporose behandeling. Valpreventie leidt niet alleen tot minder heropnames, maar ook tot grotere zelfredzaamheid (minder vraag naar zorg in bredere zin). Een zeer grove schatting van de werkgroep is dat 5% van de heupfractuur patiënten binnen 3 jaar een recidief krijgt (nieuwe heupfractuur), daarvan is mogelijk ongeveer 20% te voorkomen met valpreventie samen met andere benodigde behandelingen. Uitgaande van deze zeer grove schatting, de aanname dat eerstelijnsinterventies effectief zijn en dat de kans rondom eerstelijnsinterventies met een zorgbundel optimaal benut wordt, leidt deze kans tot een reductie van 26 duizend patiënten *5% recidief * 20% voorkomen \approx 0,3 duizend heropnames jaarlijks.

- **Gegevensuitwisseling tussen partijen in zorgpad.**

De financiële component in de samenwerking tussen betrokken partijen 'dwingt' tot goede registratie. Betere gegevensuitwisseling tussen partijen in een zorgbundel levert volgens de werkgroepen zowel op het gebied van kwaliteit als financieel veel op. Een aantal voorbeelden zijn:

- Voordeel instroom: meer informatie over patiënt bij binnenkomst op SEH maakt het mogelijk om een betere inschatting te maken van de beste behandeling.
- Voordeel uitstroom: door meer informatie over de leefsituatie van de patiënt kunnen zorgverleners een betere inschatting maken van een passend vervolg na ziekenhuisopname (bijv. wel/niet meteen terug naar huis).
- Voordeel administratieve last: betere gegevensuitwisseling leidt tot minder (dubbele) administratie voor zorgverleners.

⁵³ Sverre A I Loggers, Hanna C Willems et al. (2020) Evaluation of Quality of Life After Nonoperative or Operative Management of Proximal Femoral Fractures in Frail Institutionalized Patients: The FRAIL-HIP Study

⁵⁴ Nijdam TMP, Laane DWPM, Spierings JF, et al. (2022) Proxy-reported experiences of palliative, non-operative management of geriatric patients after a hip fracture: a qualitative study

Bij toepassing van zorgbundels op grote schaal kunnen daarnaast, via spiegelinformatie en uitkomstmaten regionale verschillen in kwaliteit inzichtelijk worden gemaakt. De werkgroepen geven aan dat spiegelinformatie opgesteld kan worden door de DHFA uit te breiden met koppeling aan Vektis declaratiegegevens van grz. Werkgroepen geven daarnaast aan dat een bundel de betrokken partijen wel stimuleert om gegevens beter uit te wisselen, maar dat gegevensuitwisseling een bundeloverstijgend probleem is dat breder dan op aandoeningsniveau opgelost dient te worden.

Momenteel is ambulante grz alleen verzekerde zorg als dit een voortzetting is van grz met verblijf. Oftewel, alleen als verblijf niet meer nodig is om verantwoorde zorg te kunnen bieden, dan kan de grz zonder verblijf (ambulant) worden voortgezet. Indien in de toekomst ook direct ambulante grz ingezet kan worden dan is dit volgens de werkgroep een aanvullende kans.

Ontwerp van een zorgbundel voor heupfractuur

Net zoals bij het ontwerp van drie mogelijke zorgbundels etalagebenen heeft de werkgroep bij de ontwerpen voor de zorgbundel heupfractuur een afweging gemaakt tussen potentiële impact en haalbaarheid. Om deze reden stelt de werkgroep ontwerpen voor waarbij alleen msz en grz aanbieders betrokken zijn, hiervoor verwacht de werkgroep de grootste kansen. De werkgroep heeft drie ontwerpen voor een zorgbundel heupfractuur gedefinieerd:

- Het **startpunt van de bundel** is voor alle drie de ontwerpen gelijk: diagnose proximale femurfractuur als primaire diagnose.
- Het **inclusie criterium** is ook voor alle drie de ontwerpen gelijk: leeftijd van de patiënt is 70+⁵⁵.
- Ontwerp 1 omvat alle msz heupfractuurzorg en intramurale grz⁵⁶. Zorgbundel omvat zorg vanaf binnenkomst ziekenhuis tot en met intramurale grz behandeling.
- Ontwerp 2 omvat alle msz heupfractuurzorg en grz (intramuraal en ambulant). Zorgbundel omvat zorg vanaf binnenkomst ziekenhuis tot en met grz behandeling.
- Ontwerp 3 omvat alle msz heupfractuurzorg en eventuele grz. Zorgbundel omvat zorg vanaf binnenkomst ziekenhuis tot en met ontslag naar (verpleeg)huis (met/zonder ambulante grz) of tot en met grz behandeling. Overige zorg, zoals wijkverpleging, Wlz of Wmo, valt niet in de bundel.
- In alle drie de ontwerpen vallen msz osteoperosebehandeling en msz valpreventie in de bundel.
- Het **eindpunt van de bundel** is ook voor alle ontwerpen gelijk: 16 weken na de ingreep. Deze tijdsperiode is gekozen omdat voor de drie maanden follow-up een tijdsinterval van 10 tot 16 weken postoperatief geldt.
- Twee **exclusiecriteria** gelden voor alle drie de ontwerpen: de patiënt wordt geëxcludeerd als er geen operatie plaatsvindt, en/of als de patiënt een verpleeghuisindicatie (voorafgaand aan de start van de bundel) heeft.
- Het derde **exclusie criterium** verschilt per ontwerp, in het eerste ontwerp is het exclusie criterium ontslag naar een andere plek dan intramurale grz, in het tweede ontwerp

⁵⁵ Dit is hoger dan de standaard leeftijd in het zorgpad.

⁵⁶ Alle medisch-specialistische zorg (msz) voor de behandeling van een heupfractuur en volledige geriatrische revalidatiezorg (grz) tot aan eindpunt bundel van 16 weken na ingreep.

ontslag naar een andere plek dan intramurale grz of thuis met ambulante grz en in het derde ontwerp ontslag naar een andere plek dan grz of (verpleeg)huis.



Figuur 9. De werkgroepen definieerden drie mogelijke ontwerpen voor een zorgbundel heupfractuur.

Vier van de vijf kansen vallen buiten de ontwerpen van de zorgbundel of zijn beperkt, de grootse kans valt binnen elk ontwerp

Vier van de vijf kansen vallen niet onder de drie ontwerpen of zijn relatief beperkt (Figuur 10). Wel valt de kans om een versneld ontslagtraject te stimuleren binnen elk ontwerp. Dit is volgens deelnemers aan de werkgroep de grootste kans. In dit leertraject is geen onderscheid gemaakt naar regio's, het kan zijn dat er nog andere kansen zijn in specifieke regio's die wij niet overzien op basis van dit traject.

Geïdentificeerde kansen	1. msz + intramurale grz	2. msz + grz	3. msz + grz + (verpleeg)huis
Preventie: voorkomen fractuur na val op heup met ziekenhuisverblijf	○	○	○
Versnelling ontslagtraject ziekenhuis (beter voor patiënt en doelmatiger)	◐	◐	◐
Inzet op behandeling zonder ingreep (pijnbestrijding)	○	○	○
Eerstelijns-interventies aan einde traject (secundaire preventie)	○	○	○
Gegevensuitwisseling tussen partijen in zorgpad	◐	◐	◐

○ Kans valt volledig buiten ontwerp zorgbundel ● Kans valt volledig binnen ontwerp zorgbundel

Figuur 10. De drie voorgestelde ontwerpen omvatten een klein deel van de kansen.

Om tot een haalbare zorgbundel te komen is, net als bij etalagebenen, het aantal geïncludeerde stappen in het zorgpad en met name ook het aantal betrokken zorgverleners in de drie ontwerpen beperkt. Het klein houden van het aantal betrokken aanbieders, maakt het mogelijk een duidelijke

afbakening te maken van de zorg die onder de zorgbundel valt. Hierdoor vallen drie van de vijf geïdentificeerde kansen buiten de ontwerpen:

- Preventie door inclusie van patiënten die zijn gevallen op de heup (zonder fractuur) en in het ziekenhuis verblijven. De kans om voor deze patiënten in te zetten op preventie om een heupfractuur te voorkomen valt buiten het ontwerp van de bundels omdat deze patiënten niet voldoen aan het inclusie criterium 'diagnose heupfractuur'. De werkgroep geeft aan dat het wel includeren van deze groep een risico is omdat de groep zeer heterogeen is en identificatie van deze patiënten leidt tot veel extra administratie.
- Inzet op behandeling zonder ingreep (pijnbestrijding). De kans om vaker het goede gesprek met patiënt of naasten aan te gaan, en daarmee een risicovolle ingreep die de kwaliteit van leven waarschijnlijk niet verhoogd te voorkomen, valt buiten de bundel als gevolg van het exclusie criterium 'geen operatie'. De werkgroep definieerde dit exclusie criterium omdat het zorgpad zonder operatie sterk afwijkt van het zorgpad van patiënten met operatie en daardoor de variatie tussen patiënten te groot zou kunnen worden.
- Eerstelijns-interventies aan einde traject (secundaire preventie). Het stimuleren van secundaire valpreventie, als onderdeel van de eerstelijns revalidatie, valt buiten de zorgbundel omdat eerstelijns zorgverleners (fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist) niet betrokken zijn bij de ontwerpen. Dit is een gevolg van de keuze om het aantal betrokken zorgverleners in de bundel te beperken om het ontwerp haalbaar te houden.

De vijfde kans die de werkgroep identificeerde, gegevensuitwisseling tussen betrokken partijen in een zorgbundel, ziet de werkgroep als een randvoorwaarde. Zorgbundels zijn wel een concrete setting om gegevensuitwisseling tussen partijen in de bundel te realiseren en te stimuleren, maar de inrichting hiervan dient plaats te vinden voorafgaand aan het werken met een bundel. Gegevensuitwisseling zou volgens de werkgroep daarnaast breder georganiseerd moeten worden dan alleen tussen partijen in de zorgbundel, bij voorkeur landelijk met een regierol bij het Ministerie van VWS (daar bestaan ook al landelijke programma's voor). Dit is in lijn met de conclusies over deze kans bij etalagebenen.

Uitkomstmaten

Met betrekking tot de uitkomstmaten geeft de werkgroep aan dat het belangrijk is dat uitkomstmaten (voor zorgbundels) niet leiden tot extra administratie. Idealiter zijn de uitkomstmaten al onderdeel van de Dutch Hip Fracture Audit (DHFA). Uitkomstmaten die hierin voorkomen en relevant zijn, zijn bijvoorbeeld survival, mobiliteit, functioneren en woonsituatie na 3 maanden, re-operatie en meebehandeling geriatrie. Deze zijn specifiek voor de msz. De follow-up registratie (na 3 maanden) in DHFA wordt momenteel zeer slecht ingevuld en dit zou, met het oog op de ontwerpen, verbeterd moeten worden. Momenteel zijn in de DHFA geen gegevens voor grz opgenomen. Aanvullende uitkomstmaten voor grz zouden idealiter aan de DHFA data gekoppeld moeten worden. De werkgroep geeft aan dat een registratieleercurve tot betrouwbare data soms wel 3 tot 4 jaar kan duren.

Attributie

De keuze voor de attributie is tussen betrokken zorgverleners, oftewel ziekenhuizen en grz-aanbieders. De meeste logische keuze lijkt attributie bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis is het startpunt van de behandeling en coördineert het ziekenhuisontslag. Het zwaartepunt van de heupfractuurzorg ligt bij grz-aanbieders. Echter krijgen grz-aanbieders vanuit meerdere ziekenhuizen patiënten en zijn er in sommige regio's veel verschillende grz-aanbieders aanwezig. Daarnaast zijn er ook patiënten die vanuit het ziekenhuisontslag naar huis gaan zonder grz. Daarom is de attributie bij grz-aanbieders een minder logische keuze.

Bijlage 3 Aandachtspunten bij organisatorisch ontwerp en implementatie zorgbundels

Tijdens het traject zijn zowel in de interviews, de stuurgroep als in werkgroepen belangrijke aandachtspunten bij het organisatorisch ontwerp en de implementatie van een zorgbundel naar voren gekomen. Ondanks dat het organisatorisch ontwerp grotendeels buiten de reikwijdte van dit leertraject viel, merkten we dat partijen het belangrijk vinden om wel aandacht te hebben hiervoor. In deze bijlage delen we daarom de in het traject naar voren gekomen aandachtspunten, aangevuld met desk research.

Partijen moeten naast vertrouwen in de inhoudelijke meerwaarde van zorgbundels voor het bereiken van de gedeelde ambitie voor het zorgpad ook vertrouwen hebben in de samenwerking. Zowel wij als de stuur- en werkgroepen zien vertrouwen en een goede samenwerking tussen alle partijen in de zorgbundel als absolute randvoorwaarde voor introductie ervan. Alleen als deze randvoorwaarde op orde is, kan een zorgbundel mogelijk financiële knelpunten oplossen die realisatie van kansen in de weg staan. Omgekeerd is het niet zo dat bundelbekostiging (vanzelf) leidt tot een goede samenwerking, ook al zijn er kansen die hierdoor kunnen worden gerealiseerd. Een zorgbundel is geen middel om goede samenwerking te stimuleren tussen partijen waarbij dat momenteel nog niet goed gaat. De mate waarin implementatie kans heeft op succes zal hierdoor naar verwachting verschillen per regio.

Om een zorgbundel succesvol te implementeren en te zorgen dat deze de gewenste effecten heeft, moet het organisatorisch ontwerp op orde zijn. Op basis van interviews, stuurgroepen, werkgroepen en deskresearch zien wij hierbij de volgende belangrijke aandachtspunten:

- **Partijen dienen breder dan alleen inhoudelijk samen te kunnen werken**

In een zorgbundel krijgen partijen die een andere cultuur, functioneren en referentiekader hebben de verantwoordelijkheid om samen de zorg te organiseren vanuit één vast bedrag per patiënt. Dit is een complicerende factor in de samenwerking, die ook kan leiden tot juist een verslechtering van de samenwerking. Waar partijen nu alleen inhoudelijk samenwerken, ontstaat bij de zorgbundel een afhankelijkheidsrelatie, het is daarom belangrijk dat partijen elkaar als gelijkwaardig zien. Zorgbundels zijn alleen geschikt voor zorgaanbieders die al een nauwe samenwerking hebben en waar een grote mate van vertrouwen tussen beide partijen bestaat. Het ontbreken van goede samenwerking of gelijkwaardige relatie vormt een risico voor succesvolle implementatie.

- **Partijen dienen het onderling eens te worden over de inhoud, governance en attributie**

Voorafgaand aan implementatie van een zorgbundel dienen partijen het eens te worden over het inhoudelijke en organisatorische ontwerp van een zorgbundel, zoals welke zorg wel en niet onder de bundel valt, welke patiënten geïnccludeerd worden en bij welke partij de

attributie ligt. Cattel (2021)⁵⁷ stelt dat de vele stappen met bijbehorende keuzes in alle fasen van het pre- én post-contractuele inkoopproces een lange adem vergen. Het is bijvoorbeeld niet eenvoudig om een passende samenwerkingsvorm tussen betrokken zorgaanbieders vast te stellen (zoals een netwerksamenwerking, of een systeem van hoofd- en onderaannemers). Tijdens de interviews gaven veel partijen aan dat ze verwachten dat over deze onderwerpen veel discussie ontstaat, en het cruciale aspecten zijn voor de implementatie van een zorgbundel.

- **Partijen in de zorgbundel dienen het met zorgverzekeraar eens te worden over contract**
Om in de praktijk met een zorgbundel te gaan werken dienen geïnteresseerde aanbieders en zorgverzekeraar de financiële afspraken in het contract te concretiseren. Dit gaat bijvoorbeeld over het vaststellen van een adequate bundelprijs, eventuele afrekening op uitkomstmaten (bijv. via “shared savings”), wel/niet corrigeren voor zorgzwaarte, omgang met patiënten met extreem hoge kosten en omgang met bundelbrekers⁵⁸. De zorgverzekeraar heeft daarbij ook de rol om in contractafspraken eventuele risico's, zoals een prikkel om complexe patiënten niet aan te nemen (risicoselectie), te mitigeren. Daarbij kan landelijk uniforme sturingsinformatie, om regionale verschillen in bijvoorbeeld uitkomsten in kaart te brengen, helpen⁵⁹. Om binnen de contractafspraken daadwerkelijk de gewenste effecten te realiseren kunnen meerjarenafspraken bijdragen. Dit geeft zorgaanbieders meer tijd en (financiële) ruimte om de gewenste beweging te bewerkstelligen.
- **Partijen dienen initieel en blijvend tijd te investeren in de implementatie en uitvoering**
Voorgenoemde aandachtspunten vergen veel tijd in de initiële uitwerking, maar een zorgbundel zal ook na implementatie een extra tijdsinvestering van zorgaanbieders en zorgverleners vergen. Omdat zorgbundels op korte termijn nooit de huidige bekostigings-systematiek helemaal vervangen, alleen al omdat waarschijnlijk niet alle zorgverzekeraars bundel contractafspraken willen maken, krijgen zorgaanbieders altijd te maken met twee parallelle bekostigingssystematieken. Uit de evaluatie van integrale bekostiging van de integrale geboortezorg door het RIVM⁶⁰ blijkt dat een grote administratieve last wordt ervaren onder andere door het hanteren van een schaduwboekhouding en ontbreken van uniformering in volgsbeleid van zorgverzekeraars. De meerderheid van de geïnterviewden gaf wel aan niet meer terug te willen naar de monodisciplinaire bekostiging.
- **Partijen dienen financiële en inhoudelijke onzekerheden als gevolg van de zorgbundel te aanvaarden**
De implementatie van een zorgbundel leidt voor deelnemende aanbieders tot financiële onzekerheden. Omdat de zorgverzekeraar een vast bedrag betaalt per patiënt voor alle zorg in de bundel, wordt het financieel risico van zorgverzekeraars naar zorgaanbieders verschoven. Dat betekent dat in het geval van meer complicaties dan verwacht, of

⁵⁷ D. Cattel, F. Eijkenaar, K. Ahaus en M. van de Laar (2021) Bundelbekostiging in de zorg is mogelijk, ondanks belemmeringen. ESB, 106(4794), 086-089

⁵⁸ Een bundelbreker is een patiënt die de zorg binnen de bundel gedeeltelijk verleend krijgt door partijen die onderdeel zijn van de bundel en gedeeltelijk door partijen die geen onderdeel zijn van de bundel (bijvoorbeeld omdat een patiënt ervoor kiest om voor deze zorg liever naar een aanbieder te gaan die niet via de bundel wordt gefinancierd). In dat geval vervalt de integrale prestatie en wordt de zorg via monodisciplinaire bekostiging vergoed.

⁵⁹ Werkgroepen gaven aan dat, los van eventuele bundelbekostiging, de verwachting is dat landelijk uniforme sturingsinformatie veel positieve effecten zal hebben als dit op het moment nog niet beschikbaar is.

⁶⁰ RIVM (2020) Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten

complexere patiënten dan voorzien, aanbieders mogelijk niet uitkomen met het vaste bundelbedrag. Ook geeft een zorgbundel mogelijk financiële onzekerheid voor de toekomst. Zoals eerder aangegeven vervangt een zorgbundel op korte termijn nooit de huidige bekostigingssystematiek. Als het daarnaast niet zeker is of bundelbekostiging op lange termijn mogelijk blijft (zoals in een pilot het geval is), leiden verschuivingen van zorg mogelijk tot financiële nadelen voor zorgverzekeraars op het moment dat wordt teruggegaan naar de huidige bekostigingssystematiek. Ook inhoudelijk leidt implementatie van een zorgbundel tot onzekerheden. In Nederland is nog maar weinig onderzoek beschikbaar naar de lange termijn effecten van een sector- of domeinoverstijgende zorgbundel in de praktijk. Het is bijvoorbeeld onzeker of met een zorgbundel mogelijke verbeteringen in het zorgpad innovatieve oplossingen juist buiten het blikveld van zorgaanbieders komen te liggen. Omdat een haalbare zorgbundel noodgedwongen een beperkt aantal zorgstappen en zorgverleners omvat, versmalt deze namelijk het blikveld.

Ten slotte noemen stuur- en werkgroepen de beschikbaarheid van uitkomstmaten als voorwaarde voor de implementatie van een zorgbundel. Uitkomstmaten zijn belangrijk in het ontwerp van een zorgbundel omdat ze tegenwicht bieden aan de mogelijke (financiële) prikkels voor onderbehandeling. Voor aandoeningen waar goede uitkomstmaten ontbreken zouden deze idealiter eerst worden ontwikkeld voordat zorgbundels geïmplementeerd kunnen worden.