

Monitor inhoud contracten medisch-specialistische zorg 2018

Samenvatting

Om in de toekomst goede, toegankelijke en betaalbare zorg te blijven leveren zijn veranderingen noodzakelijk. De zorg dient minder gericht te zijn op het aanbod en het volume aan geleverde zorg, en meer op uitkomsten voor de patiënt. Hiervoor is het nodig dat zorgaanbieders en professionals samenwerken om de juiste zorg op de juiste plek te leveren.

Op landelijk en lokaal niveau proberen partijen hier werk van te maken. Landelijk zien we dit terug in het [hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg](#) en in programma's over de [juiste zorg op de juiste plek](#) en [uitkomstgerichte zorg](#). Lokaal zijn contracten een belangrijk instrument voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hier invulling aan te geven.

In ons adviesrapport [Belonen van zorg die waarde toevoegt](#) constateerden we dat in de medisch-specialistische zorg prioriteit moet worden gegeven aan alternatieve contractvormen. Contractvormen waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders afstappen van het belonen van volume en inzetten op het stimuleren van waardegedreven en integrale zorg. Te denken valt aan het betalen per zorgbundel of patiëntgroep, het belonen van uitkomsten of kostenbesparingen (shared savings), of een meerjarencontract met aanneemsom en doelstellingen op het gebied van kwaliteit en (regionale) samenwerking.

We hebben met partijen afgesproken de inhoud van contracten te monitoren om te volgen of een verandering in contractering van de grond komt. In deze monitor doen we een eerste analyse van de inhoud van contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Contracten tussen zorgverzekeraars en overige zorgaanbieders die medisch-specialistische zorg leveren, zoals zbc's, hebben we niet geanalyseerd. We baseren ons op alle door zorgverzekeraars aangeleverde contracten over 2018 en schetsen bovendien trends ten opzichte van 2013 en 2016. We hebben kenmerken van contracten geanalyseerd die naar ons idee het meest bepalend zijn voor de sturing en prikkels die van een contractafspraken uitgaan. Zo kijken we naar het type totaalafspraak, naar alternatieve contractvormen en naar de invulling van meerjarencontracten.

In 2018 zien we weinig alternatieve contractvormen gericht op waarde en integrale zorg. Op lokaal niveau zijn wel voorbeelden te vinden. Dit zijn met name afspraken in de vorm van een betaling per zorgbundel (patiëntgroep) en meerjarencontracten op basis van een aanneemsom met doelstellingen over onder andere samenwerking in de regio. Deze voorbeelden vormen een positieve verandering ten opzichte van eerdere jaren. Tegelijkertijd is het grootste deel van de contracten nog gericht op het beheersen van totale kosten op korte termijn. Dit leidt tot een grote hoeveelheid afgesproken omzetplafonds, waar zonder verdere afspraken een behoorlijke volumeprikkel (tot aan het plafond) vanuit kan gaan. Wat verder opvalt is dat het merendeel van de meerjarencontracten eenzelfde inhoud heeft als eenjarige contracten. De potentie om in een langdurig contract te sturen op verandering in organisatie en zorglevering lijkt daarmee nog onvoldoende te worden benut.

Tegen de achtergrond van de hoofdlijnenakkoorden en de afspraken over kostenbeheersing is te verklaren dat we veel eenjarige contracten met vooral omzetplafonds zien. Er is tegelijkertijd een breed gedeelde ambitie om hoe we zorg leveren en organiseren meer structureel te veranderen. Deze ambitie vraagt ook om passende financiële afspraken. Om te blijven volgen of op dit gebied stappen worden gezet zullen we deze monitor komend jaar herhalen. We toetsen in hoeverre zorgverzekeraars met zorgaanbieders de gedeelde ambities vertalen naar contractvormen die aansturen op een veranderend en toekomstbestendig zorglandschap.

In deze monitor hebben we alleen de contracten onderzocht. Daarom vinden we het belangrijk de

bevindingen van deze monitor te gaan bespreken met zorgverzekeraars en ziekenhuizen. In deze gesprekken willen we onderzoeken wat de beweegredenen zijn om wel of niet te starten met nieuwe contractvormen. We vinden het daarbij van belang dat de breed gedeelde ambities ook tot gezamenlijke doelstellingen leiden; in welke mate zien we alternatieve contractvormen over bijvoorbeeld drie of vijf jaar terug? Op het moment dat we weinig verandering zien, bekijken we of bijsturing, verdere stimulering of ondersteuning gewenst is. Sturing via de bekostigingssystematiek om contractering op waarde en integrale zorg te stimuleren sluiten we hierbij niet uit.



1 Inleiding

Aanleiding

Test2 In ons adviesrapport [Belonen van zorg die waarde toevoegt](#) hebben we met partijen vastgesteld dat we actiever de inhoud van contracten gaan monitoren. Dit stelt ons in staat om te volgen welke stappen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zetten in het maken van contractafspraken gericht op waardegedreven en integrale zorg. Het biedt ook een basis om met partijen het gesprek aan te gaan over contractering: worden de gewenste stappen gezet of is bijsturing nodig? Tot slot is het een middel om kennis te delen en vernieuwing in contractering te stimuleren.

Achtergrond

De samenleving verandert en de zorg zal mee moeten veranderen. We worden steeds ouder en leven - met dank aan betere behandelingen - langer met aandoeningen waardoor de zorgkosten de komende jaren zullen blijven stijgen. Tegelijkertijd zullen patiënten vaker verschillende zorgprofessionals nodig hebben om complexere zorgvragen beantwoord te krijgen. Om goede, toegankelijke en betaalbare zorg te blijven leveren in de toekomst zijn veranderingen noodzakelijk. De zorg dient minder gericht te zijn op het aanbod en op het volume aan geleverde zorg en meer op uitkomsten voor de patiënt. Hiervoor is het nodig dat zorgaanbieders en professionals samenwerken om de juiste zorg op de juiste plek te leveren.

Deze doelstellingen worden breed gedeeld. Zo startte het ministerie van VWS in 2018 het programma [Uitkomstgerichte zorg](#): "Uitkomstgerichte zorg bieden betekent dat bij de keuze van een behandeling wordt gekeken naar wat het beste past bij de specifieke situatie van de patiënt". Binnen dit programma werken partijen aan het beschikbaar maken van uitkomstinformatie. Daarnaast worden stappen gezet richting meer samen beslissen, meer uitkomstgericht organiseren en betalen, en betere toegang tot uitkomstinformatie. In de [hoofdlijnakoorden medisch-specialistische zorg](#) hebben partijen verder afgesproken dat een transitie naar de juiste zorg op de juiste plek moet plaatsvinden. Dit betekent ook goede samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders en professionals. De zorg wordt rondom de patiënt georganiseerd.

Contracten zijn een belangrijk instrument voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om dergelijke transitie te realiseren. In contracten leggen partijen vast waar zij op sturen en kunnen zij financiële en niet-financiële stimulansen inbouwen. In ons rapport [Belonen van zorg die waarde toevoegt](#) constateerden we dat in contracten in de medisch-specialistische zorg sterk de nadruk lag op de totaalafpraak voor het gehele ziekenhuis en dus het totale volume aan dbc-zorgproducten. Hiermee stuurt het systeem sterk op het leveren van zorg. Dit staat niet per se gelijk aan het creëren van waarde voor de patiënt en samenwerking tussen zorgaanbieders en professionals. We adviseerden dan ook om over te stappen naar een situatie waarin alternatieve contractvormen gericht op waarde en integrale zorg de norm zijn. Voorbeelden hiervan zijn afspraken per zorgbundel (per patiëntgroep), het belonen van kwaliteit of kostenbesparing (shared savings), of een meerjaren aanneemsom met doelstellingen op het gebied van kwaliteit en samenwerking in de regio.

Doel en aanpak

Om te volgen of in de praktijk een verandering in contractering van de grond komt, hebben we met partijen afgesproken de inhoud van contracten te gaan monitoren. Recent keken we al naar de afspraken die zorgverzekeraars en ziekenhuizen in contracten maken over [transformatiegelden](#). Transformatiegelden hebben als doel om de beweging naar juiste zorg op de juiste plek te stimuleren. In deze monitor kijken we vanuit het bredere perspectief van waardegedreven en integrale zorg naar contractafspraken.

Om te kunnen analyseren waar partijen op sturen in een contract is het van belang de verschillende onderdelen van een contract in kaart te brengen. Er zijn namelijk meerdere contractkenmerken die van invloed zijn op hoe de zorg wordt geleverd en georganiseerd. Zo maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars een afspraak over de totale omzet van het ziekenhuis, in de vorm van een aanneemsom, omzetplafond of een vrij volume afspraak. Van een vrij volume afspraak en een omzetplafond gaan in theorie een sterkere volumeprikkel uit dan van een

aanneemsom. Uiteraard is dit ook afhankelijk van de hoogte van de afspraak en van eventuele additionele bepalingen. Zo kunnen partijen afspraken maken over hoe zij omgaan met over- of onderschrijding van een totaalafpraak. Verder kunnen zorgverzekeraar en ziekenhuis, eventueel aanvullend, afspraken maken over het betalen per zorgbundel, het monitoren of belonen van uitkomsten of besparingen (shared savings), of bijvoorbeeld een meerjarencontract sluiten. Dit zijn alternatieve contractvormen die waardegedreven en integrale zorg kunnen stimuleren. We vinden het van belang om bovengenoemde onderdelen allemaal in kaart te brengen. Ze hebben naast elkaar invloed op de sturing en prikkels die van een contract uitgaan.

We baseren onze analyse op de contracten van zeven zorgverzekeraars met ziekenhuizen in 2018. Op basis van de contracten van de vier grootste zorgverzekeraars uit de jaren 2013 en 2016 bespreken we trends over de jaren heen. We hebben alle contracten via een gestandaardiseerd format op dezelfde kenmerken geanalyseerd. In de Bijlage Bronnen en Methoden gaan we in meer detail in op de gebruikte informatie en de onderzoeksopzet. Een belangrijke opmerking hierbij is dat we ons beperken tot de aangeleverde contracten. Mogelijk zetten zorgverzekeraars en ziekenhuizen naast de contracten andere instrumenten in om te sturen op waarde en integrale zorg. Deze vallen buiten dit onderzoek. Verder is goed om te benoemen dat afspraken over dure geneesmiddelen buiten beschouwing zijn gelaten. Dit onderwerp komt in een [aparte monitor](#) terug.

Leeswijzer

In het vervolg van deze monitor gaan we als eerste in op het type totaalafpraak (omzetplafond, aanneemsom of volumevrij) en de contractkenmerken doorleverplicht en vergoeding bij overschrijding (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 beschrijven we financiële en niet-financiële afspraken gericht op waarde en integrale zorg. Hoofdstuk 4 gaat over de inhoud van meerjarencontracten. We sluiten in hoofdstuk 5 af met een aantal conclusies.

2 Totaalafpraak

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen verschillende typen afspraken maken voor de vergoeding van het totaal aan dbc-zorgproducten en overige zorgproducten. In het algemeen zijn er drie typen totaalafspraken te onderscheiden: een omzetplafond, een aanneemsom en een volumevrije afspraak. Naast deze drie typen totaalafspraken bevatten contracten extra bepalingen die van invloed zijn op het financiële risico voor zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Twee belangrijke bepalingen die we hier uitlichten zijn de doorleverplicht en vergoeding bij overschrijding van de totaalafpraak.

Type financiële afspraken: totaalafpraak (omzetplafond, aanneemsom, volumevrij), doorleverplicht en vergoeding bij overschrijding

Omzetplafond

De zorgverzekeraar vergoedt elk dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct totdat een bepaald maximumbedrag, het omzetplafond, is bereikt.

Aanneemsom

Het ziekenhuis ontvangt een gegarandeerd bedrag van een bepaalde omvang. De werkelijke productie heeft in principe geen invloed op de hoogte van de aanneemsom, behalve als hier aanvullende afspraken over zijn gemaakt.

Volumevrij

De zorgverzekeraar vergoedt elk dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct tegen de onderhandelde prijs.

Doorleverplicht

Het ziekenhuis heeft de plicht om zorg te blijven verlenen aan verzekerden, ook als het omzetplafond of de aanneemsom is bereikt. De doorleverplicht kan al dan niet begrensd zijn tot een bepaald maximumpercentage boven de totaalafpraak of alleen gelden voor specifieke zorgproducten.

Vergoeding bij overschrijding

Bij overschrijding van de totaalafpraak (met of zonder doorleverplicht) vindt een gedeeltelijke vergoeding plaats. Deze vergoeding komt meestal in de vorm van een staffelkorting (vergoeding van extra zorgproducten tegen een lager tarief) voor. De vergoeding kan gelden tot een maximumbedrag, of het ziekenhuis betaalt het eerste deel van de extra kosten zelf en ontvangt daarna een gedeeltelijke vergoeding.

Tabel 1 beschrijft het gemiddelde, minimum en maximum aantal financiële afspraken per zorgverzekeraar op basis van een omzetplafond, aanneemsom of volumevrije afspraak. In een contract kan per type zorg een andere afspraak gelden, bijvoorbeeld een aanneemsom voor bepaalde zorgproducten en een omzetplafond voor alle overige zorg. Het totaal aantal afspraken is daarom niet gelijk aan het totaal aantal contracten. De tabel toont ook voor elk type totaalafpraak het gemiddelde, minimum en maximum percentage van de totale contractwaarde (in euro) per zorgverzekeraar. Het percentage volumevrije afspraken is bij enkele zorgverzekeraars wat onderschat, omdat bij de volumevrije afspraken niet altijd een financiële inschatting is gemaakt. We verwachten dat deze onderschatting beperkt is, niet meer dan een paar procentpunten, omdat het veelal om zeer specifieke onderdelen van de medisch-specialistische zorg gaat.

Tabel 1: Aantal afspraken en percentage van de totale contractwaarde per type totaalafpraak in 2018 (gemiddelde, minimum en maximum per zorgverzekeraar) ¹

	Aantal afspraken			Percentage totale contractwaarde in euro		
	Minimum	Gemiddeld	Maximum	Minimum	Gemiddeld	Maximum
Omzetplafond	54	58	61	53%	75%	94%
Aanneemsom	2	11	25	2%	22%	47%
Volumevrij	24	45	57	2%	3%	7%

¹ Bij twee zorgverzekeraars is het aantal volumevrije afspraken onbekend, omdat hier geen bedragen zijn ingevuld. Deze zijn daarom niet meegenomen in het berekenen van het minimum percentage totale contractwaarde in euro.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars spreken vaker een omzetplafond af dan een aanneemsom of volumevrij

Tabel 1 laat zien dat het aantal omzetplafonds groter is dan het aantal aanneemsommen of volumevrije afspraken. Het aantal omzetplafonds varieert tussen de 54 en 61 per zorgverzekeraar, met een gemiddelde van 58. Het aantal aanneemsommen en volumevrije afspraken verschilt sterker tussen zorgverzekeraars. Tussen de 2 en 25 afspraken per zorgverzekeraar hebben een aanneemsom en tussen de 24 en 57 hebben een vrij volume. De omzetplafonds of aanneemsommen beslaan meestal het overgrote deel van het contract van een ziekenhuis. Het gebruik van deelplafonds of deelbudgetten voor groepen van zorgproducten komt, in tegenstelling tot eerdere jaren, weinig voor.

Wat betreft volumevrije afspraken valt het op dat deze vaak over een heel specifiek deel van de ziekenhuisomzet gaan. Deze afspraken komen onder andere voor bij vormen van hoogcomplexiteit of acute zorg, zoals brandwondenzorg of transplantaties. Daarnaast zien we volumevrije afspraken voor vormen van zorg of behandelingen die een speerpunt zijn voor een ziekenhuis of zorgverzekeraar. Zo faciliteert het contract extra groei-ruimte voor bepaalde speerpunten. Ook betalingen per bundel, zie volgend hoofdstuk, kennen veelal een vrij volume (het totaal aantal bundels kent geen maximum). In een aantal contracten (n=26) is sprake van een volledig volumevrij contract voor alle zorg in het ziekenhuis.

Omzetplafonds vertegenwoordigen per zorgverzekeraar tussen de 53% en 94% van de waarde van alle contracten

Uitgedrukt in euro vormen de omzetplafonds 53% tot 94% van de totale contractwaarde per zorgverzekeraar, met een gemiddelde van 75%. Het aandeel van de aanneemsommen varieert tussen de 2% en 47% per zorgverzekeraar. De verhouding tussen deze typen contractafspraken is in termen van waarde anders dan in termen van aantallen. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben minder aanneemsommen afgesproken, maar een aanneemsom vertegenwoordigt gemiddeld genomen een grotere waarde dan een omzetplafond. Voor alle zorgverzekeraars vormen de volumevrije afspraken een klein deel van de totale contractwaarde, tussen de 2% en 7% per zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen spreken in 77% tot 100% van de contracten een doorleverplicht af; één zorgverzekeraar hanteert geen doorleverplicht

Zorgverzekeraars hanteren voor 77% tot 100% van de ziekenhuizen een doorleverplicht naast een omzetplafond of aanneemsom, zie Tabel 2. Eén zorgverzekeraar hanteerde in 2018 geen doorleverplicht (niet opgenomen als minimum in Tabel 2). Een afspraak over doorleverplicht is vaak een standaard contractbepaling van de zorgverzekeraar waar alleen in specifieke gevallen van wordt afgeweken. Het hebben van een doorleverplicht lijkt niet samen te hangen met het type totaalafpraak, dit komt bij aanneemsommen en omzetplafonds in dezelfde mate voor. Bij één zorgverzekeraar hadden alleen ziekenhuizen met een aanneemsom, en niet de ziekenhuizen met omzetplafond een volledige doorleverplicht. Volledig volumevrije contracten zijn buiten beschouwing gelaten. Een doorleverplicht is daar standaard niet van toepassing.

Een doorleverplicht wordt soms nader gespecificeerd en is dan geldig:

- tot een maximum percentage bovenop de totaalafpraak;
- voor specifieke zorgvragen en/of groepen verzekerden;
- voor specifieke zorgproducten;
- vanaf een bepaald percentage aan overproductie.

Tabel 2: Aantal contracten en percentage van alle contracten met een doorleverplicht en een vergoeding bij overschrijding van de totaalafpraak in 2018 (gemiddelde, minimum en maximum per zorgverzekeraar)

	Doorleverplicht			Vergoeding bij overschrijding		
	Minimum	Gemiddeld	Maximum	Minimum	Gemiddeld	Maximum
Aantal	54	54	71	33	18	48
Percentage	77%	78%	100%	30%	48%	67%

In de contracten staat in het algemeen dat ziekenhuizen verplicht zijn zorgverzekeraars te informeren als ze een overschrijding van de totaalafpraak verwachten. We kunnen uit de contracten niet direct opmaken hoe dit zich verhoudt tot de afspraken over doorleverplicht of vergoeding bij overschrijding. In een klein aantal gevallen hebben zorgverzekeraars en ziekenhuizen afgesproken in overleg te gaan bij overschrijding, wat dit betekent voor de doorleverplicht is niet duidelijk. De afspraken over doorleverplicht en vergoeding bij overschrijding kunnen onafhankelijk van elkaar gemaakt worden. In andere woorden, ziekenhuizen zonder doorleverplicht kunnen ook een vergoeding krijgen bij overschrijding.

Tussen de 30% en 67% van de contracten per zorgverzekeraar bevat een afspraak over vergoeding bij overschrijding

Het percentage contracten met een afspraak over vergoeding van kosten bij overschrijding van de totaalafpraak varieert sterk; tussen 30% en 67% van het totaal aantal contracten per zorgverzekeraar (Tabel 2). Doorbetaling bij overschrijding van de totaalafpraak komt voor bij ziekenhuizen met een omzetplafond en aanneemsom, maar relatief vaker bij contracten met een omzetplafond.

We zien de volgende varianten van vergoeding bij overschrijding van de totaalafpraak:

- a Staffelkorting: vergoeding in de vorm van een staffel;
- b Vergoeding in de vorm van een staffel tot een maximum totaalbedrag;
- c Vergoeding in de vorm van een staffel, nadat eerst een deel van de overproductie voor rekening van het ziekenhuis komt;
- d Vergoeding in de vorm van een staffel tot een maximum totaalbedrag, nadat eerst een deel van de overproductie voor rekening van het ziekenhuis komt;
- e Vergoeding in de vorm van een staffel, gevolgd door geen vergoeding en waarna weer vergoeding in de vorm van een staffel volgt.

Een aantal zorgverzekeraars gebruikt vaak een staffelkorting voor de gehele overproductie (zonder maximum totaalbedrag) of eerst een staffelkorting van 100% (geen vergoeding) voor een deel van de overproductie en daarboven een lagere staffelkorting voor het overige deel van overproductie. Andere zorgverzekeraars vergoeden de overproductie vaak tegen een staffelkorting, maar tot een bepaald maximumbedrag en/of vergoeden een deel van de zorg tegen 0% en het andere deel tegen een staffel tot een bepaald maximum totaalbedrag. De hoogte van de staffelkorting kan sterk variëren tussen contracten.

Een enkel contract bevat ook een afspraak over de situatie waarin de productie lager ligt dan het plafond of dan het volume waarop de aanneemsom is gebaseerd. De totaalafpraak wordt dan naar beneden bijgesteld of het ziekenhuis krijgt bij onderschrijding een compensatie voor het dekken van bepaalde kosten.

Sinds 2013 wordt er vaker een omzetplafond gehanteerd; het gebruik van deelplafonds voor specifieke groepen zorgproducten neemt af

Van vier zorgverzekeraars zijn ook de contracten uit 2013 en 2016 geanalyseerd. Over de jaren heen, sinds 2016, zien we dat zorgverzekeraars steeds vaker omzetplafonds afspreken. Met name bij twee zorgverzekeraars is dit sterk toegenomen, de twee andere zorgverzekeraars hanteerden al in 2013 vooral omzetplafonds. Wat verder opvalt is dat twee zorgverzekeraars in eerdere jaren de totaalafpraak volledig hadden verdeeld in deelplafonds of deelsommen voor groepen zorgproducten. In 2018 zien we dit bij deze zorgverzekeraars weinig tot niet meer terug. Op dit onderdeel zijn de contracten 'eenvoudiger' geworden.

Het aantal afspraken over doorleverplicht is stabiel over de tijd, in 2018 wordt meer gebruik gemaakt van vergoeding bij overschrijding van de totaalafpraak

Over het algemeen lijken zorgverzekeraars tussen 2013 en 2018 eenzelfde beleid te hebben gevoerd over de doorleverplicht. Het aantal contracten met een doorleverplicht is per zorgverzekeraar bijna hetzelfde gebleven in deze periode. Eén zorgverzekeraar sloot in 2016 in de helft van de contracten specifieke zorgproducten uit van de doorleverplicht, terwijl in 2018 deze uitzondering niet meer voorkomt.

In 2018 komen afspraken over vergoeding bij overschrijding van de totaalafpraak aanzienlijk vaker voor dan in 2013 en 2016, namelijk in 30% tot 71% van de contracten (met een omzetplafond of aanneemsom) per zorgverzekeraar. In 2013 hadden maximaal 10 contracten van drie zorgverzekeraars afspraken over vergoeding bij overschrijding. In 2016 had 14% tot 20% van de contracten afspraken over doorbetaling, vaak in de vorm van een staffelkorting. Tot slot valt op dat in de periode 2013-2018 afspraken over vergoeding bij overschrijding vaker voorkomen in contracten met omzetplafonds dan bij aanneemsommen.

3 Afspraken gericht op waarde en integrale zorg

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen via de contractering waardegerichte en integrale zorg stimuleren. Alleen financiële afspraken over de totale omzet (in de vorm van een aanneemsom of omzetplafond) en de hoeveelheid en prijzen van zorgproducten zijn hiervoor niet voldoende. In plaats daarvan, of in aanvulling daarop, zijn alternatieve afspraken mogelijk. Voor het maken van alternatieve afspraken is geen aangepast declaratiesysteem nodig, afspraken kunnen worden gemaakt op basis van de bestaande dbc-systematiek.

Voorbeelden van alternatieve contractvormen

Betalen per bundel

Het bundelen van behandelingen (zorgproducten) in een bepaald zorgpad behorend bij een bepaalde diagnose, geleverd door één of meerdere zorgaanbieders. De zorgaanbieder(s) is (zijn) ervoor verantwoordelijk om alle zorg binnen de bundel zo doelmatig mogelijk te leveren. De bundel bevat impliciet ook een prikkel om goede kwaliteit te leveren door het voorkomen van onnodige zorg. Te denken valt aan het voorkomen van heropnames of complicaties die anders apart worden betaald. Samenwerking tussen alle betrokken beroepsgroepen binnen de bundel wordt gestimuleerd, wat een stap is richting integrale zorg. Aanvullend kunnen afspraken worden gemaakt over het belonen van goede uitkomsten of kostenbesparingen. In dit model kan de aanbieder declareren via bestaande prestaties (dbc's) en kan achteraf verrekening plaatsvinden op basis van het verschil tussen het gedeclareerde bedrag en de afgesproken prijs per bundel.

Populatiebesteding

Bij populatiebesteding krijgt de zorgaanbieder een gemiddeld bedrag per verzekerde in een afgebakende regio voor alle benodigde zorg(vragen). Dit model is de meest 'brede' variant van het betalen per bundel. De zorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk om alle zorg binnen dit gemiddelde bedrag te leveren. Bij populatiebesteding is de volumeprikkel minimaal. De zorgaanbieder is er namelijk voor verantwoordelijk om alle zorg per verzekerde zo doelmatig mogelijk vorm te geven en waar mogelijk zorggebruik te voorkomen. Aanvullend kunnen afspraken worden gemaakt over het belonen van goede uitkomsten of kostenbesparingen. Ook in dit model kan de aanbieder declareren via bestaande prestaties (bijvoorbeeld dbc's) en kan achteraf verrekening plaatsvinden op basis van het verschil tussen het gedeclareerde bedrag en de afgesproken prijs per verzekerde.

Belonen van goede uitkomsten

Het belonen van een zorgaanbieder, via een hogere prijs, voor het realiseren van een bepaalde kwaliteitsnorm of (gezondheids)uitkomst. Dit biedt een expliciete stimulans voor betere uitkomsten.

Belonen van kostenbesparing (shared savings)

Het belonen van een zorgaanbieder voor het behalen van kostenbesparingen. De zorgverzekeraar keert een deel van deze kostenbesparing uit aan de zorgaanbieder en stimuleert zo het leveren van doelmatige zorg. Aanvullend kunnen afspraken worden gemaakt over goede uitkomsten als voorwaarde voor het uitkeren van eventuele besparingen.

Meerjaren aanneemsom op ziekenhuisniveau (zie hoofdstuk 4)

Een meerjarencontract met aanneemsom betekent voor het ziekenhuis een gegarandeerd vast totaalbedrag voor een aantal jaren. Dit zorgt ervoor dat gedurende de contractperiode minder nadruk ligt op de hoeveelheid behandelingen en verrichtingen. De langere looptijd biedt ook ruimte om meer omvangrijke veranderingen in gang te zetten, gericht op waarde of samenwerking in de regio. De aanneemsom kan gecombineerd worden met het belonen van kwaliteit en kostenbesparingen.

Niet-financiële afspraken

Naast bovenstaande financiële afspraken kan in het contract ook op andere manieren worden ingezet op waarde en integrale zorg. We kijken in dit hoofdstuk naar doelstellingen over uitkomsten of patiëntervaringen, naar transparantie op uitkomsten, selectieve inkoop op basis van kwaliteit en afspraken over samenwerking.

Voor een meer gedetailleerde uitleg, zie onder andere ons adviesrapport [Belonen van zorg die waarde toevoegt of Uitkomstbekostiging in de zorg; een \(on\)begaanbare weg?](#) van Eijkenaar & Schut (2015).

Eén zorgverzekeraar zet sinds 2018 in op betalen per bundel voor meerdere doelgroepen; overige zorgverzekeraars hanteren bundels voor geboortezorg

Alle zorgverzekeraars, op één na, hebben een of meerdere financiële afspraken over het afrekenen per bundel. Er is wel een duidelijk verschil tussen zorgverzekeraars. Voor één zorgverzekeraar vonden we in de contracten van 16 ziekenhuizen een of meerdere afspraken in de vorm van 'betalen per bundel'. De bundels zijn afgesproken voor doelgroepen zoals patiënten met heup- of knieartrose, staar, COPD of borstkanker. De overige zorgverzekeraars hadden bundelafspraken met een tot zes instellingen. Bij deze groep overige zorgverzekeraars gaan de afspraken per bundel voornamelijk over integrale geboortezorg. In deze gevallen is een contract gesloten met een integrale geboortezorgorganisatie waar het ziekenhuis onderdeel van uitmaakt.

Bij integrale geboortezorg vinden declaraties plaats op basis van integrale prestaties (niet meer via dbc-zorgproducten). In de andere voorbeelden declareert de zorgaanbieder op basis van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten, maar vindt afrekening plaats op basis van het gemiddelde bedrag per bundel. De bundels, zoals voor heup- of knieartrose en staar, omvatten veelal alle zorg in het ziekenhuis in een vastgestelde periode, bijvoorbeeld van x dagen voor de behandeling tot aan x dagen na de behandeling. Eventuele heropnames of heroperaties die in de dbc-systematiek aparte prestaties vormen, vallen binnen de bundel en moeten daaruit betaald worden. Voor bijna alle bundels maken partijen specifieke afspraken over te behalen en te monitoren uitkomsten.

Populatiebekostiging komt in ziekenhuiscontracten van 2018 niet voor

Zoals hierboven omschreven is populatiebekostiging de meest vergaande vorm van bundeling van zorg in één prijs (vast bedrag per verzekerde). We zien populatiebekostiging in de contracten van 2018 niet terug.

Het expliciet belonen voor betere uitkomsten, via een hoger tarief, komt nauwelijks voor; in enkele gevallen wel via uitbreiding van het volume

Het expliciet belonen van een ziekenhuis voor betere uitkomsten of patiëntervaringen komt in de contracten over 2018 nauwelijks voor. In ieder geval niet in de vorm van een hoger tarief. In enkele contracten zien we afspraken over het belonen van kwaliteit met een hoger (of vrij) volume. Bij drie zorgverzekeraars zien we dit terug voor specifieke behandelingen. De kwaliteitsvoorwaarden in deze afspraken hebben vaak betrekking op structuur- en procesindicatoren, bijvoorbeeld het deelnemen aan een netwerk of het transparant maken van kwaliteit. Overigens zijn de kwaliteitsvoorwaarden in deze voorbeelden niet altijd uitgewerkt. Naast kwaliteitsvoorwaarden wordt soms ook een maximum prijsniveau als voorwaarde opgenomen voor beloning met hoger volume. De afspraken per bundel kennen een beloning in de vorm van meer volume wanneer de zorgaanbieder bepaalde uitkomsten behaalt (bijvoorbeeld op het gebied van klinische uitkomsten en PROMs). Bij de overige zorgverzekeraars vinden we in de contracten geen expliciete afspraken over het belonen van kwaliteit.

Het belonen van kostenbesparingen in de vorm van een shared savings afspraak zien we in enkele contracten van één zorgverzekeraar terug. De meeste zorgverzekeraars maken in de contracten niet expliciet gebruik van shared savings afspraken. Wat betreft doelmatigheid zien we vaker, met name bij twee zorgverzekeraars, dat bepaalde doelmatigheidsafslagen (doelmatigheidskortingen) worden verwerkt. In sommige gevallen is dit gekoppeld aan een project, maar in andere gevallen ook niet nader gespecificeerd.

Kwaliteitsafspraken in contracten gaan over structuur- en procesindicatoren, niet over uitkomsten

Alle contracten bevatten een kwaliteitsparagraaf. Deze paragraaf gaat over kwaliteitsvoorwaarden, zoals het voldoen aan normen van wetenschappelijke verenigingen of het hebben van een veiligheidsmanagement systeem (VMS). Daarnaast maken alle zorgverzekeraars afspraken over het registreren en transparant maken van kwaliteit. Er zijn een aantal registraties waarvan zorgverzekeraars verwachten, en in het contract opnemen, dat ziekenhuizen daaraan meedoen. Dit zijn de basisset kwaliteitsindicatoren voor de IGJ, de DICA-registratie (Dutch Institute for Clinical Auditing) en de transparantiekalender of kwaliteitsindicatoren van het Zorginstituut. Een deel van de zorgverzekeraars breidt dit nog uit met registraties voor andere doelgroepen zoals de dataregistratie van HIV-zorg. Ook worden afspraken gemaakt over inzage in de geregistreerde informatie door de zorgverzekeraar en/of het gezamenlijk monitoren van de informatie.

Tegelijkertijd zien we nauwelijks doelstellingen over te behalen uitkomsten. In de afspraken per zorgbundel komt dit wel naar voren. We zien daarin enkele concrete doelstellingen terug op het gebied van uitkomsten en patiëntervaringen. Alle zorgverzekeraars maken afspraken over te realiseren wachttijden, bijvoorbeeld op basis van de landelijke treeknormen, of leggen daarover een inspanningsverplichting met het ziekenhuis vast.

Verder valt op dat er bij alle zorgverzekeraars aandacht is voor gepast gebruik van specifieke behandelingen, zoals varices, groeihormonen en fertiliteit. Dit houdt in dat wordt gespecificeerd bij welk type patiënten een behandeling wel/niet kan worden toegepast (indicatiestelling), welke behandeling in het algemeen de voorkeur heeft (bijvoorbeeld conservatief behandelen versus een ingreep), of via welke zorgprofessional een verwijzing moet hebben plaatsgevonden. Vier van de zeven zorgverzekeraars gebruiken een lijst van aandoeningen of behandelingen (in aantal 5 tot 10 per contract) waarvoor in alle contracten gepast gebruik wordt gestimuleerd. Op lokaal niveau kunnen zorgverzekeraars en ziekenhuizen hier nog behandelingen aan toevoegen. Deze lijst verschilt overigens tussen zorgverzekeraars, iedere zorgverzekeraar focust op een andere set aan behandelingen. Eén zorgverzekeraar laat het initiatief meer aan ziekenhuizen om met verbetervoorstellen te komen over gepast gebruik. Een andere zorgverzekeraar heeft een heel algemene bepaling over het streven naar gepast gebruik.

Zorgverzekeraars kopen behandelingen selectief in op basis van landelijke minimum volumennormen

Selectieve inkoop houdt in dat zorgverzekeraars alleen een contract sluiten met ziekenhuizen die voldoen aan bepaalde (kwaliteits)eisen. In de praktijk komt selectieve inkoop niet voor voor ziekenhuizen als geheel, maar wel voor specifieke zorgproducten. Zorgverzekeraars kopen dan specifieke behandelingen niet in bij een ziekenhuis. De zorgverzekeraars maken hiervoor voornamelijk gebruik van de minimum volumennormen (voor hoog-complexe zorg) van wetenschappelijke verenigingen. Op landelijk niveau, ondersteund door Zorgverzekeraars Nederland (ZN), is op basis hiervan een lijst van aandoeningen/behandelingen opgesteld waarop zorgverzekeraars selectief kunnen inkopen (zie Tabel 3).

Tabel 3: Lijst van aandoeningen/behandelingen voor selectieve inkoop

Carcinoom - 18 behandelingen voor verschillende carcinomen
Tumoren - Hoofd-halstumoren-(chirurgische) behandelingen
Gliomen - Gliomen – hersentumor gerelateerde operaties
Sarcoom - Weke delen sarcomen - resecties
Overig - AAA electieve operaties - Carotispathologie - electieve interventies

- Morbide obesitas - bariatrische procedures
- Peritoniaal metastasen - HIPEC behandelingen

Drie zorgverzekeraars leggen voor ieder ziekenhuis in het contract expliciet vast welke behandelingen uit de 'ZN-lijst' wel of niet zijn gecontracteerd. Drie andere zorgverzekeraars hebben contractueel vastgelegd dat de zorg moet voldoen aan minimumnormen van ZN en/of de beroepsgroepen, maar geven in de contracten niet expliciet aan of zij hierop selectief inkopen. Wel staat in de contracten dat partijen bij het niet halen van normen in overleg treden.

Een van de zorgverzekeraars hanteert een lijst van bredere kwaliteitsvoorwaarden, niet zozeer over minimumnormen, waar een ziekenhuis aan moet voldoen om voor een contract in aanmerking te komen. Dit zijn voorwaarden op het vlak van structuur, organisatie en protocollen (niet op uitkomsten).

Voor enkele doelgroepen worden afspraken gemaakt om samenwerking tussen beroepsgroepen en zorgaanbieders te stimuleren

Eén zorgverzekeraar heeft voor twee doelgroepen in vrijwel alle contracten bepalingen opgenomen over samenwerking tussen beroepsgroepen of (verschillende typen) zorgaanbieders. Ziekenhuizen dienen in een regionaal samenwerkingsverband afspraken te maken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, onder andere voor de zorg van kwetsbare ouderen. Een andere zorgverzekeraar koopt de zorg voor specifieke doelgroepen, zoals mensen met diabetes, kwetsbare ouderen en geboortezorg, alleen in als ziekenhuizen samenwerkingsafspraken hebben gemaakt.

Bij de andere zorgverzekeraars komen afspraken ter stimulering van samenwerking niet of nauwelijks voor of worden er afspraken gemaakt voor specifieke ziekenhuizen. Op lokaal niveau maken zorgverzekeraars met specifieke ziekenhuizen afspraken over randvoorwaarden (onder andere omtrent declaraties of ICT) voor betere samenwerking tussen ziekenhuizen en/of ziekenhuizen met ander soort zorgaanbieders. Afspraken gaan soms over de inhoud van samenwerking voor specifieke aandoeningen.

Bijna alle zorgverzekeraars hebben in een of meerdere contracten afspraken gemaakt over substitutie van zorg naar de eerste-lijn of thuissituatie van de patiënt. Vaak zijn dit algemeen geformuleerde bepalingen. Drie zorgverzekeraars hanteren een vrij algemene bepaling over substitutie van zorg (in 40% tot 100% van de contracten). De contracten definiëren niet voor welke behandelingen of patiëntgroepen dit geldt. Twee zorgverzekeraars leggen het ziekenhuis vaak een inspanningsverplichting op om substitutie te realiseren, terwijl de andere zorgverzekeraar in contracten benoemt dat substitutie wordt gefaciliteerd. Enkele contracten hebben meer gedetailleerde afspraken over substitutie, bijvoorbeeld omtrent telemonitoring voor COPD en hartfalen. Substitutie lijkt soms ook te worden gestimuleerd door extra volumeruimte te bieden als beloning.

4 Meerjarencontracten

Een meerjarencontract kan, vanwege de langere tijdshorizon, meer ruimte bieden voor het structureel veranderen van hoe zorgaanbieders de zorg organiseren en leveren. Bovendien ligt er bij een meerjarencontract met een aanneemsom voor langere tijd minder nadruk op de hoeveelheid behandelingen en verrichtingen. Dit kan extra mogelijkheden geven voor het doorvoeren van veranderingen in infrastructuur of in hoe zorgaanbieders met elkaar samenwerken. In een eenjarig contract zijn dergelijke onderwerpen moeilijker op te vangen.

Tussen de 7% en 40% van de contracten per zorgverzekeraar is een meerjarencontract; relatief meer aanneemsommen in meerjarencontracten

Contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars verschillen in looptijd. Het aantal meerjarencontracten per zorgverzekeraar varieert van 5 tot 27 contracten (Tabel 4). Dit is gelijk aan 7% tot 40% van het totaal aantal contracten per zorgverzekeraar. Meerjarencontracten hebben een looptijd van twee tot vijf jaar. Drie zorgverzekeraars hebben voornamelijk tweejarige contracten. Drie andere zorgverzekeraars sluiten vrijwel alleen meerjarencontracten van drie tot vijf jaar. Eén zorgverzekeraar heeft evenveel contracten van twee jaar en drie tot vijf jaar. De meerjarencontracten hebben vaak een omzetplafond. Meerjarencontracten bevatten wel relatief vaker een aanneemsom dan eenjarige contracten. Het aandeel van aanneemsommen (in de totale contractwaarde) is gemiddeld 16% per zorgverzekeraar bij eenjarige contracten, 17% bij tweejarige contracten en 43% bij drie- tot vijfjarige contracten.

Tabel 4: Aantal contracten en percentage van de totale contractwaarde in euro's per contractduur en type totaalafpraak in 2018 (gemiddeld, minimum, maximum per zorgverzekeraar)

	Aantal contracten			Percentage totale contractwaarde in euro		
	Minimum	Gemiddelde	Maximum	Minimum	Gemiddelde	Maximum
Eenjarig	46	54	64			
Omzetplafond	37	47	59	53%	83%	95%
Anneemsom	1	4	8	1%	16%	47%
Volumevrij	0	3	10	0%	1%	4%
Meerjarig	5	16	27			
Tweejarig	0	8	16			
Omzetplafond	0	6	12	0%	65%	100%
Anneemsom	0	2	6	0%	17%	60%
Volumevrij	0	0	2	0%	1%	8%
Drie- tot vijfjarig	2	8	13			
Omzetplafond	1	4	8	16%	56%	88%
Anneemsom	1	4	6	2%	43%	84%
Volumevrij	0	0	1	0%	2%	10%

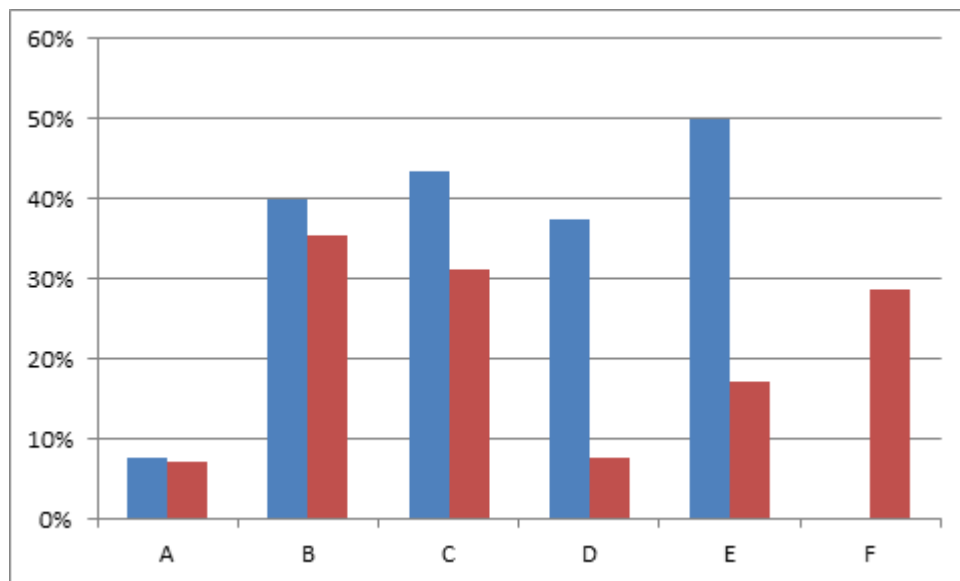
In vergelijking met 2013 en 2016 zien we een toename in het aandeel meerjarencontracten

Historisch gezien hebben contracten een looptijd van één jaar. Dit beeld is aan het veranderen. Bij de zorgverzekeraars die ook voor 2013 en 2016 zijn onderzocht bedroeg het aandeel meerjarencontracten 9% in 2013 en 14% in 2016. In 2018 betrof het aandeel meerjarencontracten bij alle zorgverzekeraars gezamenlijk 22%. In vergelijking met 2013 en 2016 is het sluiten van een meerjarencontract geen bijzonderheid meer te noemen, maar is het onder zorgverzekeraars een breed toegepast instrument om afspraken met ziekenhuizen vast te leggen.

Zorgverzekeraars sluiten vaker meerjarencontracten in regio's waar zij de grootste zijn

Zorgverzekeraars sluiten vaker een meerjarencontract met een ziekenhuis in regio's waar zij de grootste zorgverzekeraar zijn (kernwerkgebied). Figuur 1 illustreert dat dit geldt voor alle zorgverzekeraars die in één of meer regio's de grootste zorgverzekeraar zijn. Reden hiervoor kan zijn dat het rendement op verplaatsing naar thuissituatie, netwerkvorming of regionalisering in kernwerkgebieden groter is in kernwerkgebieden dan in niet-kernwerkgebieden. Een andere reden kan zijn dat het maken van meerjarige afspraken in kernwerkgebieden leidt tot hogere absolute besparingen op zorgkosten dan in niet-kernwerkgebieden.

Figuur 1: Aandeel meerjarencontracten in het totaal aantal contracten gesplitst naar kernwerkgebied (blauw) en niet-kernwerkgebied (rood), per zorgverzekeraar (A-F) in 2018¹.



1. Op basis van de ZN-notitie 'Zorgverzekeraars en de Regio' hebben wij geanalyseerd of zorgverzekeraars in regio's waar zij de grootste zijn (kernwerkgebied) vaker een meerjarencontract sluiten dan in regio's waar zij niet de grootste zijn (niet-kernwerkgebied). We veronderstellen daarbij dat de door ZN aangewezen primaire verantwoordelijke zorgverzekeraar in een regio ook de grootste zorgverzekeraar is bij de ziekenhuizen in die regio.

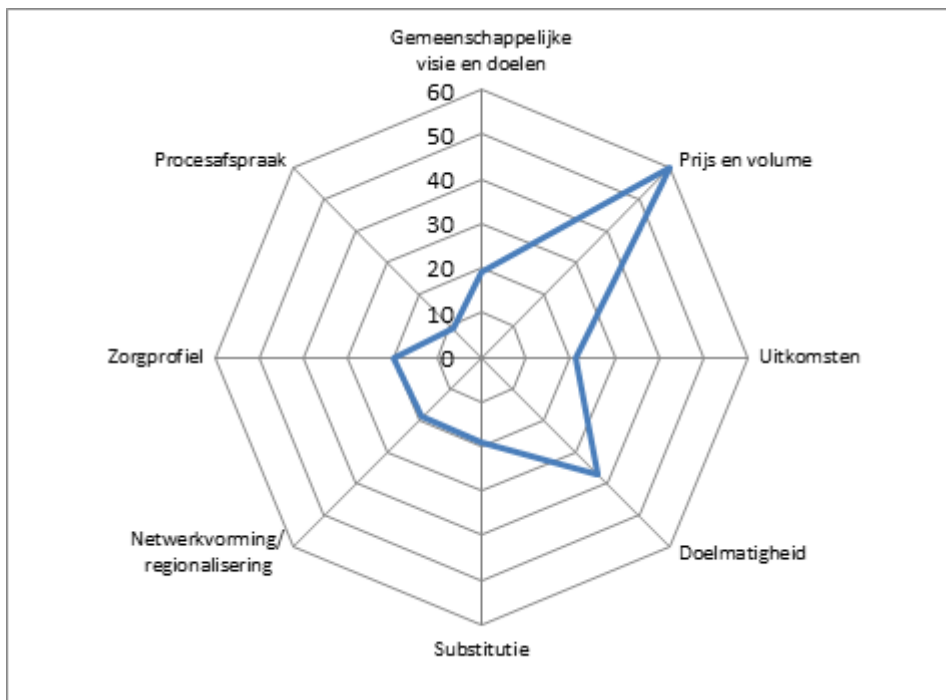
Meerjarencontracten lijken veel op eenjarige contracten; in een aantal meerjarencontracten wordt meer invulling gegeven aan kwaliteit, samenwerking en positionering van het ziekenhuis

Meerjarencontracten zijn in de basis vaak gelijk aan eenjarige contracten. Dit betekent dat (standaard)bepalingen en voorwaarden niet verschillen van het eenjarig contract.

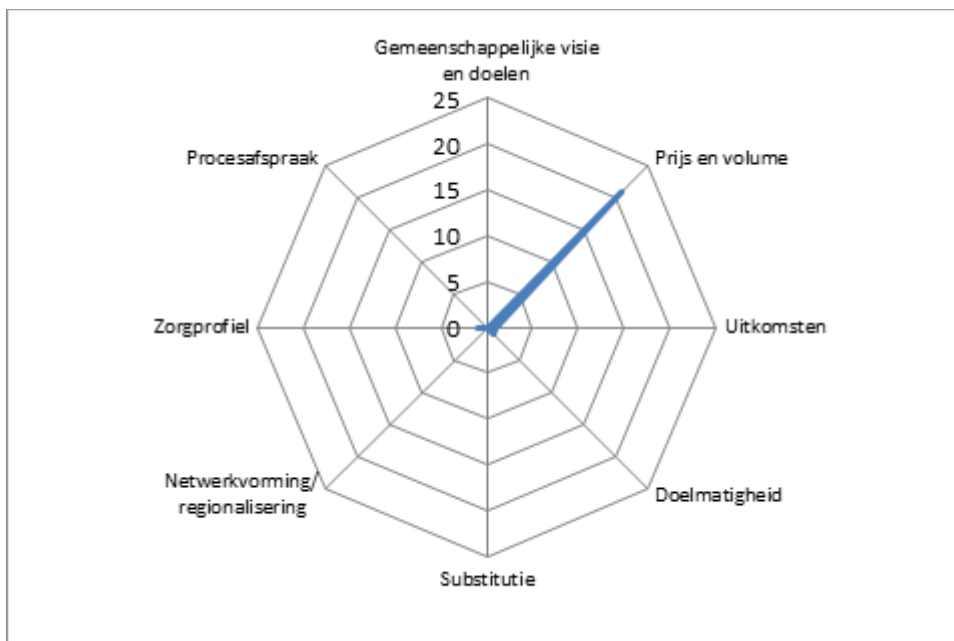
Figuur 2 en 3 tonen het aantal meerjarencontracten met aanvullende afspraken op acht onderwerpen. In deze figuren tellen we alleen afspraken die niet in éénjarige contracten te vinden waren (zie Bijlage Bronnen en Methodes voor meer info). In het algemeen ligt de focus van meerjarencontracten op de financiële totaalafspraken. Deze zien we in alle meerjarencontracten terug. De financiële afspraken worden op basis van een "vastgestelde rekenformule" voor de gehele contractperiode vastgelegd.

In een aantal contracten hebben zorgverzekeraars en ziekenhuizen ook niet-financiële afspraken gemaakt. We zien dat vooral de grote zorgverzekeraars aanvullende afspraken maken in meerjarencontracten (figuur 2). Onderwerpen die in deze meerjarencontracten voorkomen, zijn: doelmatigheid, gemeenschappelijke visie en doelen, substitutie (van tweede-lijn naar eerstelijns), netwerkvorming en regionalisering, zorgprofiel van het ziekenhuis en kwaliteitsafspraken. Anders dan bij financiële afspraken ontbreekt het bij niet-financiële onderwerpen meestal aan resultaatgerichte en meetbare afspraken. In enkele meerjarencontracten wordt in de financiële afspraak ruimte gemaakt voor het verbeteren van de financiële positie van het ziekenhuis in relatie tot nieuwbouw of fusie. Bij de kleine zorgverzekeraars bevatten de meerjarencontracten vooral financiële afspraken (zie figuur 3).

Figuur 2: Aantal meerjarencontracten met aanvullende afspraken op acht onderwerpen, vier grote zorgverzekeraars in 2018



Figuur 3: Aantal meerjarencontracten met aanvullende afspraken op acht onderwerpen, drie overige zorgverzekeraars in 2018



Promotie- versus preventiecontract

Bij het analyseren van de contracten hebben we een eerste poging gedaan om te onderzoeken vanuit welke 'frame' de contracten zijn geformuleerd. Met andere woorden, geven meerjarencontracten de ziekenhuizen ruimte en flexibiliteit om afspraken te realiseren en worden zij beloond bij hogere prestaties? Of zijn de contracten geformuleerd vanuit het oogpunt van risicobeperking door gedetailleerde en technische bepalingen op te leggen? Op dit moment kunnen we nog geen duidelijk beeld geven van het type contract. Enerzijds

bevatten veel contracten gedetailleerde afspraken en bepalingen waaruit blijkt dat ziekenhuizen niet kunnen afwijken en anderzijds bepalingen (vooral bij meerjarencontracten) die juist ruimte en flexibiliteit geven aan ziekenhuizen. In vervolgonderzoek gaan we hier verder op in.

Uit de wetenschappelijke literatuur en praktijk blijkt dat sociale normen (hoe je met elkaar omgaat) en het formele contract (het document met bepalingen en randvoorwaarden) de relatie tussen inkopers en verkopers bepalen. Er is veel onderzoek gedaan naar de verhouding tussen deze twee elementen, met wisselende bevindingen. Er zijn onderzoekers die vinden dat een formeel contract de relatie op basis van sociale normen verdringt, terwijl anderen van mening zijn dat beide elementen elkaar versterken. Een nieuwe benadering voor het analyseren van dit vraagstuk is het analyseren vanuit welk 'frame' het contract is opgesteld. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen preventieve contracten en promotionele contracten. Preventieve contracten proberen vooral het risico te beperken door gedetailleerde bepalingen en boete bepalingen op te stellen. Contracten vanuit een promotioneel frame geven juist vrijheid en flexibiliteit aan leverende partijen om de afspraken die partijen op hoofdlijnen hebben geformuleerd te realiseren. In promotionele contracten zijn bepalingen globaal geformuleerd, richtinggevend, bieden flexibiliteit en bonussen bij hoge prestaties.

5 Conclusie

Er is een breed gedeelde ambitie om uitkomsten en samenwerking tussen professionals en zorgaanbieders meer centraal te stellen in de zorg. Het contract is een van de instrumenten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hierop te sturen. Daarvoor dienen contracten minder gericht te zijn op volume en meer op waarde. Alternatieve contractvormen kunnen hier een belangrijke rol in spelen. Te denken valt aan afspraken over (het belonen van) uitkomsten en samenwerking, het betalen per bundel om uitkomsten en samenwerking te stimuleren, shared savings afspraken of meerjarencontracten op basis van een aanneemsom met expliciete aandacht voor organisatie- en kwaliteitsverbetering.

In 2018 zien we dergelijke alternatieve contractvormen nog weinig terug in contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Op lokaal niveau zien we enkele voorbeelden, zoals het betalen per zorgbundel voor specifieke patiëntgroepen. Ook zijn er meerjarencontracten met aanneemsommen waarin partijen expliciet aandacht hebben voor kwaliteit en samenwerking in de regio. We zien de voorbeelden als een positieve verandering ten opzichte van eerdere jaren.

Tegelijkertijd is het merendeel van de financiële afspraken in 2018 gericht op het beheersen van totale kosten op korte termijn. Dit leidt tot een grote hoeveelheid afgesproken omzetplafonds, waar zonder verdere afspraken een aanzienlijke volumeprikkel vanuit kan gaan. De trend naar meer omzetplafonds is gezien de landelijke afspraken over kostenbeheersing geen onlogische ontwikkeling. Echter, om op langere termijn meer structurele verandering in organisatie van zorg en zorglevering te realiseren zijn additionele (financiële) afspraken nodig.

Een meerjarencontract kan, vanwege de langere tijdshorizon, de ruimte bieden om deze afspraken te maken. In 2018 lijkt een aanzienlijk deel van de meerjarencontracten qua opzet en invulling echter nog sterk op eenjarige contracten. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen lijken het meerjarencontract nog onvoldoende te benutten om veranderingen in de zorg te stimuleren. We zien wel dat meerjarencontracten onder alle zorgverzekeraars gemeengoed zijn geworden. Bovendien bevatten meerjarencontracten relatief vaker een aanneemsom. Daarmee verdwijnt voor langere tijd de focus op volumes. Verdere invulling op het gebied van kwaliteit of verandering in organisatie of zorgverlening komt in het merendeel van de meerjarencontracten nog beperkt tot uiting.

Gezien de breed gedeelde ambities en uitdagingen voor de zorg, is naar de toekomst toe meer nodig. Meer alternatieve contractafspraken waarin de volumeprikkel voor de individuele zorgaanbieder wordt geëlimineerd. We hebben in deze monitor het contractjaar 2018 geanalyseerd. Om te zien of zorgverzekeraars en ziekenhuizen inmiddels vaker afspraken maken gericht op waarde en integrale zorg zullen we de monitor volgend jaar herhalen. We zullen daarbij ook [aandacht hebben](#) voor onderwerpen zoals transformatiegelden, zorgevaluatie en taakherschikking. Verder vinden we het van belang om meer inzicht te krijgen in de invloed van lokale (markt)omstandigheden op de keuze voor een bepaalde contractvorm, en in de impact van verschillende contractvormen op uitkomsten en kosten (evaluatieonderzoek). We gaan met partijen in gesprek hoe we dit onderzoek het beste kunnen vormgeven.

In deze monitor hebben we alleen de contracten onderzocht. Daarom vinden we het belangrijk de bevindingen van deze monitor te gaan bespreken met zorgverzekeraars en ziekenhuizen. In deze gesprekken willen we verkennen wat de beweegredenen zijn om wel of niet te starten met nieuwe contractvormen. We vinden het van belang om daarbij tot gezamenlijke doelstellingen te komen; in welke mate zien we alternatieve contractvormen over bijvoorbeeld drie of vijf jaar terug? Vervolgens bekijken we of extra ondersteuning of stimulering voor het contracteren op waarde en integrale zorg gewenst is. Op korte termijn zullen we hier al een eerste aanzet toe doen. Dit doen we door het publiceren van ontwerpen van afspraken over het betalen per bundel in een kennisbank. Het delen van deze ontwerpcriteria kan andere zorgverzekeraars en ziekenhuizen helpen om dit soort afspraken te maken.

Op het moment dat we in de komende monitors weinig verandering zien, zullen we ons beraden op de hoofdlijn van ons eerdere advies. We bekijken dan of bijsturing, verdere stimulering of ondersteuning gewenst is. Sturing via de bekostigingssystematiek om contractering op waarde en integrale zorg te stimuleren sluiten we hierbij niet uit.

6 Bijlage: Bronnen en methoden

Voor het monitoren van de inhoud van contractafspraken op waardegedreven en integrale zorg hebben we in april 2019 bij alle zorgverzekeraars de contracten met zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg opgevraagd, voor de referentiejaren 2017, 2018 en 2019. In een eerdere uitvraag hebben zorgverzekeraars de contracten van 2013 t/m 2016 al aangeleverd. We hebben geconstateerd dat de aanlevering over 2019 te onvolledig was om te gebruiken voor deze monitor. We richten ons in de monitor met name op de contractafspraken in 2018, waarbij we per onderwerp ook een vergelijking maken met twee eerdere peiljaren: 2013 en 2016. Hieronder beschrijven we de aanpak van ons onderzoek.

Data

Voor het jaar 2018 hebben we de contracten geanalyseerd die zijn gesloten met algemene en academische ziekenhuizen. Contracten met ander type instellingen in de medisch-specialistische zorg hebben we voor nu buiten beschouwing gelaten. Op basis van declaratiedata zijn we uitgegaan van een totaal van 75 ziekenhuizen die in 2018 medisch-specialistische zorg leverden. De aanlevering bevatte per zorgverzekeraar contracten van 64 tot 75 ziekenhuizen, die gebruikt konden worden in de analyse. De contracten van overige ziekenhuizen konden niet aangeleverd worden of waren onvoldoende analyseerbaar door ontbrekende informatie. In totaal hebben we 487 contracten geanalyseerd, dat is 93% van het totaal aantal contracten.

We hebben de contracten van de volgende zorgverzekeraars geanalyseerd: Menzis, CZ, VGZ, Zilveren Kruis, de Friesland Verzekering (DFZ), DSW, a.s.r. en VRZ-verband (Z&Z, Eno en ONVZ). De bevindingen van Zilveren Kruis en DFZ zijn in de monitor samengenomen, vanwege hun gezamenlijke inkoop. In een eerder stadium zijn voor de jaren 2013 en 2016 de contracten van de vier grootste zorgverzekeraars (Menzis, CZ, VGZ en Zilveren Kruis) onderzocht.

Analyse

Voor de monitoring op waardegedreven en integrale zorg hebben we op basis van theorie en eerder onderzoek een aantal kenmerken gedefinieerd voor het typeren van contractafspraken. Overigens zijn afspraken over dure en weesgeneesmiddelen niet meegenomen in de analyse, mede omdat we daar een aparte monitor voor hebben. Met drie personen is elk contract gescoord op de hieronder genoemde kenmerken. Bij de ja/nee kolommen was ruimte voor het toevoegen van een toelichting. Voor het scoren van de contracten is waar mogelijk gebruik gemaakt van een zoekmachine die bij de NZa is ontwikkeld.

Kenmerken - Financiële afspraken:

- Type totaalafpraak (aanneemsom, omzetplafond, vrij volume)
- Contractduur (in jaren)
- Doorleverplicht (ja/nee)
- Vergoeding bij overschrijding totaalafpraak (ja/nee)
- Belonen doelmatigheid (nee, ja-shared savings, ja-vrij volume, ja-anders)
- Belonen van kwaliteit (ja/nee)
- Bundled payment afspraak (ja/nee)

Kenmerken - Niet-financiële afspraken:

- Selectieve inkoop op basis van kwaliteitsvoorwaarden (ja/nee)
- Transparantie-eisen (registratie en aanlevering van uitkomsten en patiëntervaringen (ja/nee)
- Doelstellingen op uitkomsten of patiëntervaringen vastgelegd (ja/nee)
- Stimuleren van samenwerking tussen beroepsgroepen of zorgaanbieders (ja-toelichting/nee)

Indien hetzelfde type financiële afspraak vaker voorkwam in een contract, bijvoorbeeld vier groepen zorgproducten die een volumevrije afspraak kennen, dan hebben we dit gescoord als één type afspraak.

We hebben aanvullend ook gekeken naar afspraken die specifiek worden gemaakt in de meerjarencontracten (en niet terugkomen in de eenjarige contracten). In totaal zijn 81 meerjarencontracten geanalyseerd op een aantal inkooponderwerpen. Deze onderwerpen zijn onder andere gebaseerd op het inkoopbeleid van zorgverzekeraars in 2018. Het gaat om:

- Meerjarige financiële afspraak (ja/nee)
- Gemeenschappelijke visie en doelen (ja/nee)
- Regionalisering/netwerkvorming (ja/nee)
- Substitutie (ja/nee)
- Doelmatigheid (ja/nee)
- Doelstellingen op patiëntuitkomsten/kwaliteit (ja/nee)
- Procesafspraken (ja/nee)
- Zorgprofiel ziekenhuis (ja/nee)
- SMART – zijn de afspraken over regionalisering/netwerkvorming, substitutie, patiëntuitkomsten/kwaliteit SMART geformuleerd? (ja/nee)

Tabel 5: Operationalisering onderwerpen analyse meerjarencontracten

Gemeenschappelijke visie en doelen	Zijn in het meerjarencontract gemeenschappelijke doelstellingen en visie opgenomen (niet-financieel en anders dan in éénjarige contracten)?
Prijs en volume	Bevat het contract concrete meerjarige financiële afspraken?
Patiëntuitkomsten/kwaliteit	Zijn in het meerjarencontract afspraken gemaakt over kwaliteit en patiëntuitkomsten (afspraken dat partijen hierover in gesprek gaan worden ook meegenomen)?
Doelmatigheid	Zijn er meerjarige doelmatigheidsafspraken gemaakt in het teken van zinnige en zuinige zorg?
Substitutie	Zijn er t.o.v. de éénjarige contracten extra afspraken gemaakt over substitutie zoals verplaatsing thuissituatie of eerste lijn?
Netwerk/regionalisering	Zijn er t.o.v. de éénjarige contracten extra afspraken gemaakt over netwerkvorming en/of regionalisering zoals ketenafspraken of reorganiseren regionale zorginfrastructuur?
Zorgprofiel ziekenhuis	Zijn er t.o.v. de éénjarige contracten extra afspraken gemaakt over het zorgprofiel van het ziekenhuis?
Procesafspraken	Zijn er in het meerjarencontract afspraken gemaakt over het realisatieproces van de gemaakte afspraken, zoals een tijdpad, mijlpalen planning, activiteiten en rolverdeling (hierbij gaat het niet over het monitoren of evalueren van prijs en volumeafspraken)?

Validiteit en betrouwbaarheid

Op basis van deze onderzoeksopzet kunnen we een goed landelijk beeld schetsen voor het jaar 2018, aangezien we de contracten tussen vrijwel alle zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben kunnen analyseren. De contracten zijn door drie personen geanalyseerd. Bij onduidelijkheid of onzekerheid over hoe bepaalde contractonderdelen getypeerd moesten worden, is onderling overleg gevoerd. Tot slot is een conceptversie van de monitor tegengelezen door een interne klankbordgroep, zorgverzekeraars, branchepartijen. Hun input is verwerkt in de uiteindelijke monitor.