



THEMA: BEKOSTIGING OVER DE GRENZEN VAN ZORG VGE BULLETIN

VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSECONOMIE - JAARGANG 43, NUMMER 2, NOVEMBER 2025

INHOUD

Het voorjaarsnummer van 2026 heeft 'Economie van dementie' als thema. U wordt van harte uitgenodigd om mee te denken. Heeft u suggesties, neem dan voor 10 februari contact met ons op via secretariaat@gezondheidseconomie.org om uw idee te bespreken.

- 3** TOEGANKELIJKHEID EN ZORGPLICHT ONDER DRUK: SAMENWERKING BIJ ZORGINKOOP ALS STRATEGISCH INSTRUMENT
Peter Dohmen, Karina Raaijmakers en Jeroen Struijs
- 8** BUNDELBESTOFGING IN DE HAND- EN POLSZORG: DE WEG NAAR PASSENDE EN TOEGANKELIJKE ZORG **Harm Slijper en Robert Hagen**
- 14** DATAGEDREVEN INZICHT IN DE INVLOED VAN BENCHMARKKEUZES OP BESPARINGEN IN SHARED SAVINGS MODELLEN
Tadjo Gigengack, Eline de Vries en Sander Steenhuis
- 18** EEN KWESTIE VAN GELD EN GOVERNANCE: BELEMMERINGEN VOOR INTEGRALE EERSTELIJNSZORG IN AANDACHTSWIJKEN
Esmée van der Poort, Frank Eijkenaar en Daniëlle Cattel
- 23** FINANCIERING VAN VERNIEUWDE MEDISCHE ZORG IN DE REGIO: 'CREËER REGELRUIMTE BINNEN BESTAANDE KADERS'
Jitse Schuurmans en Marloes Berkelaar
- 27** BESTOFGING OVER DE GRENZEN VAN ZORG: LESSEN UIT HET GEZAMENLIJKE INITIATIEF SPOEDZORG ZOETERMEER **Klara Rijnten, Meta Krassenburg-Galestien, Joost Arnoldus en Ivo Knotnerus**
- 30** INTERVIEW MET ERIK SCHUT EN WYNAND VAN DE VEN OVER DE VOORDELEN EN UITDAGINGEN VAN HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS IN HET NEDERLANDSE ZORGSTELSEL
Frank Eijkenaar en Eline de Vries
- 34** BESTOFGING OVER DE GRENZEN VAN ZORG – HET DERDE BUNDLE CONGRES **Imke Lamers en Marlin Schumer-Leemhuis**
- 36** PROEFSCHRIFT: TURNING COSTS INTO ACTIONABLE INSIGHTS FOR VALUE-BASED HEALTH CARE **Esmée van der Poort**
- 38** SPONSOREN EN COLOFON

VOORWOORD

Het thema van de bestofiging in de gezondheidszorg blijft onverminderd populair in beleid, wetenschap én praktijk. Sinds de start van het Integraal Zorgakkoord en inmiddels ook het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, klinken steeds nadrukkelijker vragen uit het veld over hoe financiering, bestofiging en contractering domeinoverstijgend vorm kunnen krijgen – over de grenzen van zorg en welzijn heen. Een uitgelezen kans voor ondergetekenden (beiden betrokken bij Expertisecentrum BUNDLE) om het thema van het derde BUNDLE congres – 'bestofiging over de grenzen van zorg' –, dat afgelopen juni op de Health Campus in Den Haag werd georganiseerd, te koppelen aan voorliggende (en dubbel-dikke) editie van het VGE bulletin.

Wij hebben verschillende sprekers op het congres bereid gevonden om een bijdrage te leveren aan dit bulletin, waardoor u in deze editie een rijke verzameling perspectieven uit beleid, wetenschap en praktijk aantreft.

Daarnaast bevat dit bulletin een verslag van het derde BUNDLE congres, een interview met Wynand van de Ven en Erik Schut, en een bespreking van het proefschrift van Esmée van der Poort.

Veel leesplezier gewenst!

Eline de Vries (Penningmeester VGE)
en **Frank Eijkenaar**

TOEGANKELIJKHEID EN ZORGPLICHT ONDER DRUK: SAMENWERKING BIJ ZORGINKOOP ALS STRATEGISCH INSTRUMENT

Peter Dohmen, Karina Raaijmakers en Jeroen Struijs

INLEIDING

Door personeelstekorten, een toenemende zorgvraag en complexe transitieopgaven staat de toegankelijkheid van de zorg onder druk. Dit maakt het voor zorgverzekeraars steeds lastiger om hun wettelijke zorgplicht – het borgen van voldoende, bereikbare en kwalitatief goede zorg – te vervullen.¹ In het Nederlandse zorgstelsel geven zorgverzekeraars invulling aan hun zorgplicht via concurrentiële zorginkoop, maar in het huidige zorglandschap blijkt dit uitgangspunt kwetsbaar te zijn.² Een vaak gehoorde reactie is het pleidooi voor een stelsel met minder marktwerking.³ Maar een stelselherziening is een langdurige route met een onzekere uitkomst.² Een alternatieve strategie is dat zorgverzekeraars daar waar de toegankelijkheid en hun zorgplicht onder druk staan, meer gaan samenwerken bij de zorginkoop. Dit artikel laat vanuit verschillende perspectieven zien dat samenwerking bij de zorginkoop in bepaalde gevallen een strategisch verdedigbare keuze is en hoe zorgverzekeraars dit instrument doelbewuster kunnen inzetten om hun zorgplicht effectief te vervullen.

PERSPECTIEVEN OP SAMENWERKING

Juridisch perspectief

De zorgplicht van zorgverzekeraars is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de memorie van toelichting benadrukt de wetgever daarbij dat zorgverzekeraars met elkaar in concurrentie staan om de gunst van de verzekerde.⁴ In de praktijk reikt deze verantwoordelijkheid echter verder dan een louter juridische opdracht aan zorgverzekeraars. Het realiseren van de zorgplicht is een samenwerkingsvraagstuk, waarin

zorgverzekeraars hun handelen moeten afstemmen op de complexiteit van de zorg en de maatschappelijke verwachtingen.

Maar er zijn nog twee andere perspectieven aan de hand waarvan kan worden beoordeeld of samenwerking in de zorginkoop in bepaalde gevallen wenselijk of zelfs noodzakelijk kan zijn: een economisch perspectief, uitgewerkt met Transaction Cost Economics (TCE), en een maatschappelijk perspectief, uitgewerkt met Public Value Theory (PVT). Tabel 1 vat deze verschillende perspectieven samen.

Transaction Cost Economics

Voor het economisch perspectief biedt Williamson's TCE een bruikbaar analytisch kader voor samenwerking tussen zorgverzekeraars.^{5,6} Vertaald naar de context van zorginkoop stelt TCE dat samenwerking ontstaat wanneer de transactiekosten van individuele zorginkoop, zoals het selecteren van zorgaanbieders, onderhandelen over contracten, monitoren van prestaties en het bijsturen van afspraken, hoger zijn dan de kosten van gezamenlijke coördinatie. Daarbij verwijst samenwerking naar het gezamenlijke handelen, terwijl coördinatie de mechanismen van afstemming benadrukt. Volgens TCE worden deze transactiekosten beïnvloed door drie factoren: 1) 'asset specificity', 2) onzekerheid en 3) de frequentie van transacties. Asset specificity, ofwel de mate waarin investeringen specifiek en moeilijk overdraagbaar zijn, is in de zorginkoop sterk aanwezig. Denk aan investeringen in regionale netwerkzorg, gezamenlijke data-infrastructuren of uitvoering van transformatieplannen. Zulke investeringen zijn moeilijk elders inzetbaar en renderen vaak alleen als meerdere of alle zorgverzekeraars zich eraan committeren. De tweede factor, onzekerheid, ontstaat door gebrek-

Perspectief	Kern van de benadering	Uitdagingen	Implicaties voor samenwerking
Juridisch (basis)	Wettelijke verplichting om tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg te garanderen voor verzekerden.	Spanningsveld tussen individuele verantwoordelijkheid en feitelijke afhankelijkheid; mededingingswetgeving.	Samenwerking kan noodzakelijk zijn om te voldoen aan wettelijke normen (zorgplicht)
Economisch (transaction cost economics)	Samenwerking wanneer de transactiekosten van individuele zorginkoop hoger zijn dan van gezamenlijke coördinatie.	Verschillende strategische belangen; verdeling van kosten en baten; risico op afname van marktprikkels.	Gecoördineerde zorginkoop en collectieve investeringen kan ondoelmatigheid, versnippering en een 'race to the bottom' beperken.
Maatschappelijk (public value theory)	Zorgplicht als maatschappelijke verantwoordelijkheid om publieke waarde, legitimiteit en vertrouwen te creëren	Balans tussen publieke verwachtingen en commerciële belangen; waarborgen van keuzevrijheid; noodzaak tot verantwoording.	Samenwerking kan legitimiteit, transparantie en vertrouwen versterken door het gezamenlijk nastreven van maatschappelijke doelen.

Tabel 1: Drie perspectieven op samenwerking bij zorginkoop.

kig inzicht in kosten en uitkomsten van zorg. Hierdoor is het moeilijk om afspraken sluitend vast te leggen in contracten, wat leidt tot onvolledige contracten en tussentijdse heronderhandelingen. Ten slotte speelt de frequentie van transacties een rol. Jaarlijks terugkerende inkooprondes vragen veel capaciteit en zorgen voor structurele onderhandelings- en beheerskosten. Naarmate deze drie factoren in hogere mate spelen is samenwerking eerder te kiezen boven concurrentie.

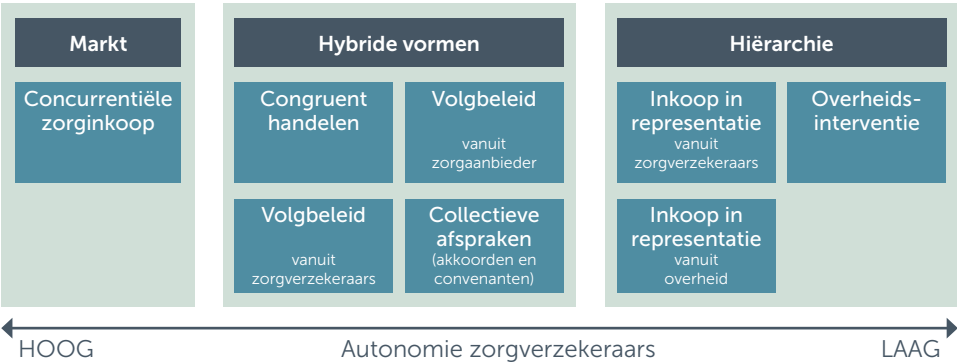
Public Value Theory

PVT benadrukt dat organisaties met een publieke taak deels worden gedreven door maatschappelijke legitimiteit en maatschappelijke waarden.⁷ Dit heeft drie dimensies: 1) het creëren van maatschappelijke waarde, 2) het behouden van legitimiteit en steun, en 3) het beschikken over voldoende operationele capaciteit. Het is verdedigbaar dat zorgverzekeraars, naast hun wettelijke verplichtingen, een publieke verantwoordelijkheid dragen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. In een tijd van schaarste en transitie kan samenwerking noodzakelijk zijn om urgente

problemen zoals wachttijden of capaciteitsproblemen aan te pakken. Samenwerking vergroot dan niet alleen de slagkracht en operationele capaciteit door transactiekosten te verlagen, maar versterkt ook de legitimiteit van het zorginkoopbeleid en het vertrouwen van burgers en zorgaanbieders in zorgverzekeraars als inkopers van zorg.

COÖRDINATIEVORMEN EN SAMENWERKING IN DE ZORGINKOOP

Binnen de TCE onderscheidt Williamson drie coördinatievormen: markt, hybride en hiërarchie.⁸ Deze vormen kunnen worden gezien als een continuüm, waarbij de mate van afstemming en gezamenlijke organisatie toeneemt naarmate transacties complexer worden en afhankelijkheden groter. Niet alle coördinatievormen veronderstellen samenwerking. In het marktmodel handelen zorgverzekeraars individueel, terwijl bij hybride en hiërarchische modellen samenwerking juist een centrale rol speelt. Figuur 1 vertaalt deze drie coördinatievormen naar de context van de Nederlandse zorginkoop. Tabel 2 specificeert vervolgens de belangrijkste voorwaarden en praktijkvoorbeelden per coördinatievorm.



Figuur 1: Coördinatievormen in zorginkoop.

In een marktmodel kopen zorgverzekeraars individueel en concurrerend in. Dit geeft hen maximale autonomie en werkt vooral efficiënt bij eenvoudige en gestandaardiseerde zorg, zoals electieve ingrepen, basisdiagnostiek en delen van de eerstelijnszorg. In zulke situaties zijn transactiekosten laag en aanbieders grotendeels uitwisselbaar. Mits er voldoende aanbieders zijn en transparantie over prijs en kwaliteit bestaat, kan concurrentie bij deze zorgvormen leiden tot een goede prijs-/kwaliteitsverhouding.

In een hybride model combineren zorgverzekeraars concurrentie met samenwerking. Dit is vooral passend bij complexere zorg waar samenwerking nodig is om kosten en risico's te delen. Verzekeraars behouden hun autonomie, maar stemmen keuzes en strategieën op elkaar af, bijvoorbeeld via congruent handelen, volgbeleid of door zorgakkoorden en convenanten.⁹ Deze samenwerkingsvormen verlagen transactie-

Coördinatievorm	Voorwaarden	Voorbeelden in de zorg
Markt	- Eenvoudige en gestandaardiseerde zorg - Uitkomsten voorspelbaar en meetbaar - Aanbieders uitwisselbaar (voldoende aanbod) - Transparantie van prijs en kwaliteit - Lage asset specificity, onzekerheid en afhankelijkheid	- Standaard electieve zorg (bijv. staar- en heupoperaties) - Paramedische zorg - Hulpmiddelen - Basisdiagnostiek en laboratoriumonderzoek
Hybride	- Complexere zorg - Delen kosten en risico's nodig (Te) hoge transactiekosten bij marktmodel	- Transformatieplannen - GGZ, complexe medisch-specialistische zorg - Regionale netwerkgzorg - IZA-afspraken en convenanten
Hiërarchie	- Schaarse, unieke, of niet goed contracteerbare zorg - Hoge asset specificity, onzekerheid en afhankelijkheid - Marktwerking niet haalbaar of maatschappelijk onacceptabel	- Spoedzorg en traumazorg - IC-capaciteit - Beschikbaarheidsbijdragen

Tabel 2: Coördinatievormen in de zorginkoop: voorwaarden en praktijkvoorbeelden.

kosten, voorkomen dubbel werk en maken gezamenlijke investeringen mogelijk. Ook vergroot dit model de maatschappelijke legitimiteit, omdat verzekeraars zichtbaar samen verantwoordelijkheid nemen voor publieke belangen, zoals bij de uitvoering van transformatieplannen.

In een hiërarchisch model wordt zorginkoop centraal gecoördineerd. Dit beperkt de autonomie van verzekeraars, bijvoorbeeld wanneer bij inkoop in representatie één zorgverzekeraar het mandaat krijgt om namens de anderen zorg in te kopen, of wanneer de overheid rechtstreeks ingrijpt. Samenwerking kan bij deze coördinatievorm noodzakelijk zijn wanneer de in te kopen zorg schaars, uniek of moeilijk te contracteren is en gepaard gaat met hoge investeringen en afhankelijkheden, zoals bij acute zorg, IC-capaciteit, acute verloskunde en ambulancezorg. Hoewel hiërarchische modellen flexibiliteit kunnen beperken omdat afspraken en investeringen door de centrale sturing lastig zijn bij te sturen, kunnen deze maatschappelijk gezien tegelijkertijd de toegankelijkheid van zorg en legitimiteit van het stelsel vergroten doordat onmisbare maar onrendabele voorzieningen structureel worden gegarandeerd.¹⁰

SAMENWERKING ALS STRATEGISCH INSTRUMENT

Samenwerking tussen zorgverzekeraars bij de zorginkoop komt vooralsnog slechts in beperkte mate voor. De vraag is waarom dit zo is. Een belangrijke verklaring ligt in de institutionele prikkels van het stelsel. Zorgverzekeraars opereren binnen een systeem van gereguleerde marktwerking, waarin concurrentie het primaire ordeningsprincipe is. Samenwerking wordt daardoor al snel als uitzonderlijk of zelfs risicovol ervaren, mede vanwege mededingingsrechtelijke grenzen. Bovendien kan gezamenlijke inkoop vragen oproepen over het onderscheidend vermogen van polissen en de verantwoordelijkheid voor gezamenlijke besluiten.

Doordat samenwerking tussen zorgverzekeraars tot nu toe vooral pragmatisch en ad hoc (in situaties van acute schaarste of bij grote beleidsdruk) plaatsvindt, blijven de voordelen van hybride en ook hiërarchische coördinatievormen grotendeels onbenut. In plaats van samenwerking te zien als uitzondering, kan het worden ingezet als een logische coördinatievorm om gezamenlijke uitdagingen het hoofd te bieden. Economisch gezien helpt samenwerking transactiekosten te verlagen en dubbel werk te voorkomen. Maatschappelijk gezien kan samenwerking bij de zorginkoop de legitimiteit van zorgverzekeraars versterken, het vertrouwen onder burgers en zorgaanbieders vergroten en meer slagkracht creëren om complexe transitieopgaven aan te pakken. Zo kan samenwerking bijdragen aan zowel doelmatige zorginkoop als het borgen van publieke waarden.

De uitdaging voor zorgverzekeraars is daarom niet om samenwerking te vermijden, maar om die expliciet, transparant en toetsbaar te organiseren, binnen de kaders van het mededingingsrecht en in lijn met publieke waarden. Samenwerking moet daarbij niet worden gezien als een noodgreep, maar als één van de strategische instrumenten die zorgverzekeraars sterker kunnen inzetten voor het belang van verzekerden, bijvoorbeeld als de toegankelijkheid onder druk staat.

Tegelijkertijd vergt het versterken van samenwerking tussen zorgverzekeraars ook actie van de overheid en toezichthouders. Beide partijen spelen een belangrijke rol in het verschuiven van samenwerking van een risicovolle uitzondering naar een legitieme en in bepaalde gevallen noodzakelijke coördinatievorm binnen het zorgstelsel. Dit kan door duidelijke beleidskaders en regelruimte te bieden, en door in het toezicht op de zorgplicht te verkennen hoe samenwerking tussen zorgverzekeraars daadwerkelijk kan bijdragen aan toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Hiervan wil de Nederlandse Zorgautoriteit de komende tijd werk maken.

Peter Dohmen is beleidsmedewerker bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Karina Raaijmakers is Lid Raad van Bestuur bij de Nederlandse Zorgautoriteit en Jeroen Struijs is Chief Health Economist bij de Nederlandse Zorgautoriteit en bijzonder hoogleraar Population Health Economics, in het bijzonder alternatieve bekostiging bij het Leids Universitair Medisch Centrum.

Peter en Jeroen zijn tevens verbonden aan het academisch expertisecentrum BUNDLE.

REFERENTIES

1. Nederlandse Zorgautoriteit. (2024). Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2023: Hoe voerden zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit in 2023? Utrecht: NZa. https://puc.overheid.nl/PUC/Handlers/DownloadDocument.ashx?identifier=PU-C_765258_22&type=pdf
2. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2021). Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak (WRR-rapport nr. 104). Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
3. De Balie. (2025, 16 juli). De prijs van zorg: waartoe leidde twintig jaar marktwerking? [Debat]. <https://debalie.nl/programma/de-prijs-van-zorg-waartoe-leidde-twintig-jaar-marktwerking-03-09-2025/>
4. Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2003–2004). Memorie van toelichting, Zorgverzekeringswet (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3). Den Haag: Sdu Uitgevers.
5. Williamson, O. E. (1979). Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *The journal of Law and Economics*, 22(2), 233-261.
6. Williamson, O. E. (1985). *The economic institutions of capitalism*. New York, NY: Free Press.
7. Moore, M. H. (1997). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard university press.
8. Williamson, O. E. (1991). Comparative economic organization: The analysis of discrete structural alternatives. *Administrative science quarterly*, 269-296.
9. In de kraamzorg hebben Zorgverzekeraars Nederland en Bo Geboortezorg een convenant gesloten om te borgen dat iedere kraamvrouw kan rekenen op minimaal 24 uur kraamzorg. Hieraan hebben de individuele zorgverzekeraars zich gecommitteerd.
10. Nederlandse Zorgautoriteit (2023). Advies Bekostiging Acute Zorg. Utrecht: NZa. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_757202_22/1/

DE WEG NAAR PASSENDE EN TOEGANKELIJKE ZORG

Harm Slijper en Robert Hagen

HET XPERT CLINICS INITIATIEF

Binnen de Hand Wrist Study Group,¹ een samenwerkingsverband tussen Xpert Clinics en het Erasmus MC, doen wij onderzoek naar factoren die behandelkeuzes en -resultaten in de hand- en polszorg beïnvloeden. Onderzoek naar Carpaal Tunnel Syndroom (CTS) en duimbasisartrose (CMC1-OA), twee veelvoorkomende aandoeningen, leverde resultaten op die aanleiding gaven tot het heroverwegen van de organisatie en bekostiging van deze zorg.

De behandelrichtlijnen voor CMC1-OA en CTS volgen een stepped-care principe. Eerst worden conservatieve methoden geadviseerd (fysio- of ergotherapie, spalken of een injectie); chirurgie volgt pas als deze behandelingen niet werken. Dit systeem leidt echter tot een complexe bekostiging van het zorgpad verspreid over vier kaders (zie figuur 1), met ongewenste financiële prikkels.

Hoewel we in verschillende studies hadden vastgesteld dat conservatieve behandeling met fysiotherapie en spalken zeer effectief was wat betreft pijnreductie en verbetering van handfunctie^{2,3} zagen we ook dat patiënten minder positieve verwachtingen hadden ten aanzien van het resultaat van deze behandeling, en dat deze lagere verwachtingen geassocieerd waren met minder goede behandeluitkomsten.^{4,5,6} We beseften dat we het stepped-care model beter konden laten werken wanneer patiënten de bewezen effectieve, conservatieve therapie met vertrouwen en volledig volgen, vrij van extra kosten voor henzelf en zonder (perverse) financiële prikkels voor de zorgverlener (d.w.z. kiezen voor de duurdere operatie).

Deze inzichten bespraken we met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zilveren Kruis. De patiëntenpopulatie was klein en duidelijk omschreven, en belangrijke zorg-

uitkomsten zoals pijn en handfunctie werden bij Xpert Clinics al routinematig gemeten. Een uitgelezen kans om veilig te experimenteren met een alternatieve bekostigingsvorm. Dit leidde ertoe dat een bundelbekostiging werd ontwikkeld voor CTS en CMC1-OA voor alle medisch-specialistische zorg (MSZ) en paramedische zorg (fysio- en ergotherapie) die nodig is gedurende een jaar na intake. De bundel is sinds januari 2024 actief en loopt voor een periode van 3 jaar.

In dit artikel delen we de lessen die we hebben geleerd uit de voorbereiding en implementatie, en presenteren we de eerste resultaten. We bieden daarmee inzicht in de succesfactoren en benadrukken het belang van leren op basis van betrouwbare data en nauwe samenwerking.

DE IMPLEMENTATIEREIS: VAN IDEE NAAR KLINISCHE PRAKTIJK

De implementatie van de bundelbekostiging was een traject van lange adem. Het idee ontstond al in 2021 aan de inkooptafel en kreeg verder momentum na een NZa-werkcongres in 2022. Dankzij de hoge betrokkenheid, ambitie en de beschikbaarheid van gestructureerde data vanuit de NZa, Zilveren Kruis en Xpert Clinics, is in relatief korte tijd (twee jaar) de aanvraagprocedure voor een 'kleinschalig experiment' via de Beleidsregel Innovatie (BRI) doorlopen. De afspraken werden vervolgens vastgelegd als addendum op de reguliere overeenkomst.

Prospectief met uitkomsten centraal

Omdat Xpert Clinics zorgkosten en -uitkomsten al systematisch vastlegde, kon de bundel prospectief worden geïmplementeerd. In tegenstelling tot *fee-for-service* (betaling per verrichting) of retrospectieve bundels (verrekening achteraf), wordt bij een prospectieve bundel de prijs voor het gehele zorgpad vooraf vastgesteld op basis van declaratiegegevens. Het afgesproken bedrag geldt voor het totale traject, onge-

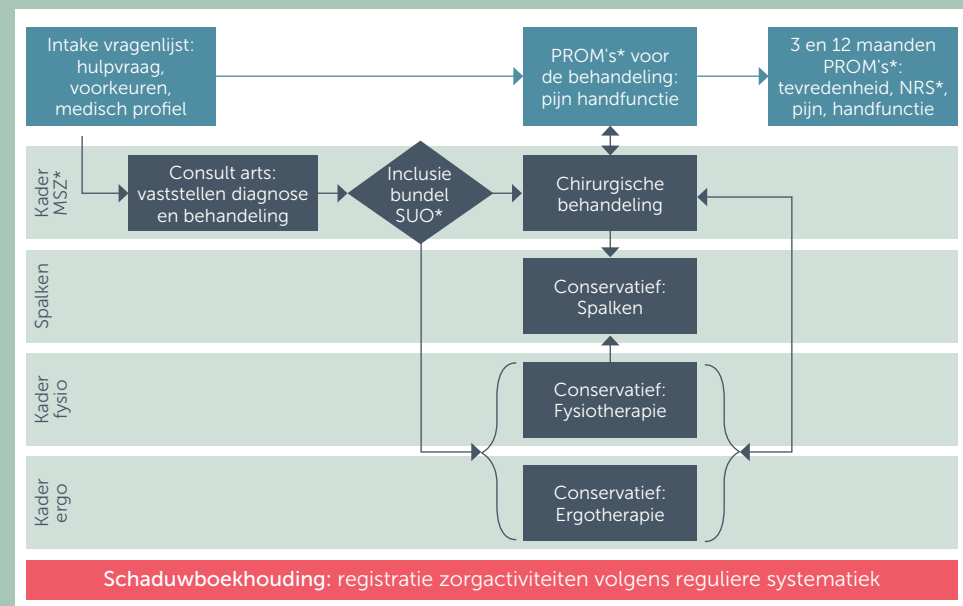
acht de afzonderlijke behandelingen. Dit biedt de zorgaanbieder financiële flexibiliteit bij doelmatig georganiseerde zorg, maar legt het risico van eventuele hogere kosten ook bij de aanbieder neer.

Om de kwaliteit te waarborgen, werd overeengekomen om de zorguitkomsten aan de hand van patiëntvragenlijsten (patient-reported outcome measures, PROM's) te monitoren. Hierbij worden pijn, handfunctie en tevredenheid over het behandelresultaat vergeleken tussen in de bundel geïncloseerde patiënten en een referentiegroep van patiënten met dezelfde diagnose die in dezelfde periode zorg ontvingen maar niet waren verzekerd bij Zilveren Kruis.

Instroom en inpassing in het zorgproces

Tot december 2024 stroomden bijna 2.900 patiënten in, met een verdeling van 62% CTS en 38% CMC1. Om te verzekeren dat de medische indicatie losstaat van de financiële afspraken, worden de diagnose en behandeling vastgesteld vóórdat gekeken wordt of de patiënt geïncloseerd kan worden in de bundel (zie figuur 1):

Om inzicht te behouden in de zorgkosten, is een schaduwadministratie ingericht. Voor de in de bundel geïncloseerde patiënten worden de kosten bijgehouden alsof deze via de reguliere betalingswijze (DBC's en andere verrichtingen) hadden plaatsgevonden. Dit maakt het mogelijk om precies vast te stellen wat de impact van de bundel op de zorgkosten van elke patiënt is.



Figuur 1: Het bundel zorgpad. Tijdens het consult wordt de diagnose vastgesteld en samen met de patiënt de behandeling gekozen. Daarna vindt pas inclusie in de bundel plaats. Zowel vóór de behandeling als erna wordt door middel van vragenlijsten de verandering in pijn en handfunctie gemeten en wordt de tevredenheid met het behandelresultaat vastgesteld.

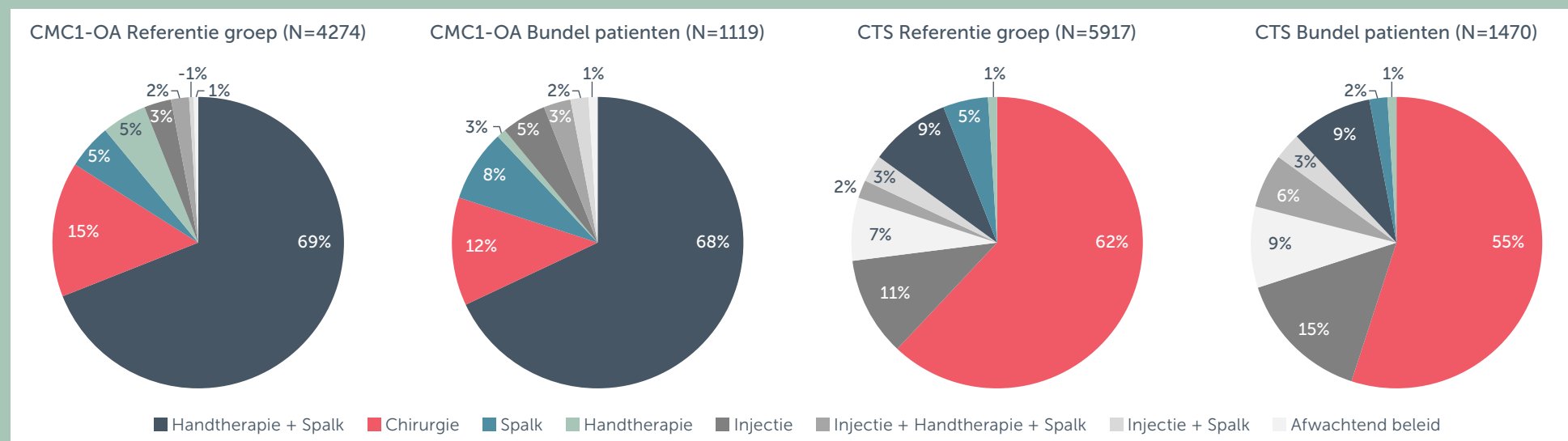
* SUO: Spreekuurondersteuner | MSZ: Medisch Specialistische Zorg | PROM's: Patient Reported Outcome Measures | NRS: Numerical Rating Scale

EERSTE RESULTATEN

Een tussentijdse analyse van de verzamelde gegevens na 1 jaar liet het volgende beeld zien voor kosten, behandelmix, pijn, handfunctie en patiënttevredenheid.

Kosten en behandelmix: Hoewel de behandelmix bij CTS en CMC1 erg verschillend is, zagen we bij beide aandoeningen een statistisch significant lager percentage chirurg-

gie bij bundelpatiënten ten opzichte van de referentiegroep: -7% bij CTS en -3% bij CMC1 OA (zie Figuur 2). De totale kosten, de som van alle declaraties in de schaduwboekhouding, waren 7,5% lager dan de initieel meegenomen kosten in de bundelprijs, (-10% bij CTS en -6% bij CMC1 OA). Dit ging gepaard met een daling van de MSZ-kosten en toename van de paramedische kosten.

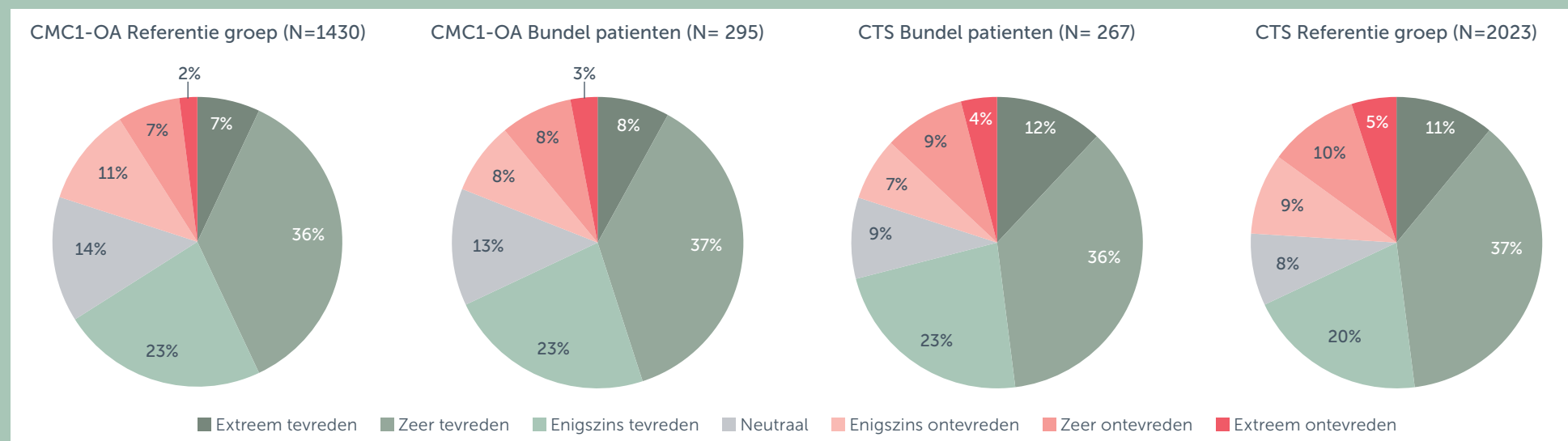


Figuur 2: Behandelmix duimbasis artrose (CMC1) en carpaal tunnel syndroom (CTS) voor patiënten in de bundel en patiënten in de referentiegroep met dezelfde diagnose maar niet verzekerd bij Zilveren Kruis. Het percentage chirurgie (rode deel) was significant lager in de bundelgroep dan in de referentiegroep ($P < 0.05$).

Zorguitkomsten en patiënttevredenheid: De kostenreductie en verschuiving in behandelmix ging niet ten koste van de zorguitkomsten of patiënttevredenheid. Na 3 en 12 maanden werden geen significante verschillen in ervaren pijn en handfunctie waargenomen tussen de referentiegroep en de bundelpatiënten. Bovendien waren patiënten na drie maanden even tevreden met het behandelresultaat (zie figuur 3).

GELEERDE LESSEN

De studie van Cattel et al.⁷ benoemt veertien factoren die bijdragen aan een succesvolle ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging. Veel van deze zogenaamde 'configuraties' waren ook essentieel voor het succes van deze bundel. Hieronder bespreken we de meest in het oog springende succesfactoren en aandachtspunten.



Figuur 3: Tevredenheid met behandelresultaat van patiënten met duimbasis artrose (CMC1) en carpaal tunnel syndroom (CTS) geïncludeerd in de bundel en patiënten in de referentiegroep met dezelfde diagnose maar niet verzekerd bij Zilveren Kruis. Verschillen tussen beide groepen waren niet statistisch significant.

Veilig experimenteren

Een belangrijke succesfactor was dat de bundel een kleine, duidelijk afgebakende patiëntenpopulatie betrof. Dit maakte het mogelijk om kosten en zorguitkomsten vooraf nauwkeurig in kaart te brengen, en veilig te experimenteren, dat wil zeggen zonder grote financiële of organisatorische consequenties.

Duidelijk verbeterpotentieel

Op basis van de kosten- en uitkomstendata werd het verbeterpotentieel vastgesteld en door alle stakeholders omarmd. Daarbij keken we verder dan het mogelijke voordeel voor de betrokken zorgaanbieder en focusten we op het potentieel voor alle betrokken stakeholders (Tabel 1).

Wederzijds vertrouwen en actieve betrokkenheid

In de nauwe samenwerking tussen zorgaanbieder, zorgverzekeraar en de NZa – waarbij de NZa cruciaal was als mediërende ‘trusted third party’ (TTP) – behielden we oog voor elkaars gezichtspunten. Ondanks de vele details die moesten worden ingevuld, was er geen twijfel over de haalbaarheid. Actieve betrokkenheid van artsen en management binnen Xpert Clinics, en de bereidheid tot datadeling en verificatie, waren essentieel.

Inclusie en inpassing in het zorgpad

Wanneer een bundel valt binnen een klein anatomisch gebied met veel nauw gerelateerde diagnoses en onduidelijke relaties tussen diagnose en DBC, is eenduidig inclusiebeleid lastig. Belangrijk hierbij was dat we altijd het doel van de bundel voor ogen hielden om minimaal 95% van de boogde patiënten ook daadwerkelijk te includeren. Continue monitoring van de inclusie en de bereidheid tot het aanpassen van in- en exclusiecriteria zijn hierbij noodzakelijk.

Stakeholder	Voordelen
Patiënt	Verbetering in toegankelijkheid. Krijgt tijd en ruimte om conservatieve behandelingen zoals fysiotherapie en spalken een goede kans te geven zonder extra kosten. Vervolgbehandelingen, zowel conservatief als chirurgisch, blijven altijd mogelijk.
Zorgverlener	Er is geen (perverse) prikkel meer om voor een duurdere behandeling te kiezen. De focus verschuift naar ‘first time right’, oftewel extra aandacht om direct de beste oplossing samen met de patiënt te kiezen.
Zorgorganisatie	De bundel biedt de mogelijkheid om de behandeling te kiezen puur op basis van inhoud en niet meer op basis van een complex bekostigingskader.
Zorgverzekeraar	Voor Zilveren Kruis betekent de bundel dat hun klanten verzekerd zijn van passende zorg en dat zij lessen kunnen leren die later ook van toepassing zijn op andere zorgsoorten en -paden.
Nederlandse zorg- autoriteit (NZa)	Omdat de NZa gegevens heeft van alle verzekerden in Nederland kan zij de zorgconsumptie en kosten zowel binnen als buiten de Xpert Clinics in kaart te brengen. Analyse van de variatie in bijvoorbeeld behandelmix over verschillende zorgaanbieders kan helpen om gericht vorm te geven aan toekomstig beleid rondom passende zorg.

Tabel 1: Voordelen van de bundel voor alle betrokken stakeholders.

Infrastructuur voor het experiment en hulpbronnen

De implementatie zelf mag niet onderschat worden. Is de juiste infrastructuur en bemensing aanwezig voor het monitoren van kosten en uitkomsten? De administratieve complexiteit van de schaduwboekhouding en het continue meten van zorguitkomsten zijn aanzienlijke uitdagingen. Hoewel de evaluatiecriteria op hoofdlijnen vaststonden, werd er onvoldoende budget gereserveerd voor het opstellen van toetsbare hypothesen en het kwantificeren van de impact van de bundel. Het is zeer aan te

bevelen om de benodigde expertise, kosten en tijd voor dataverzameling en -analyse vooraf te begroten.

CONCLUSIE EN TOEKOMSTPERSPECTIEF

Voorlopige resultaten geven een eerste aanwijzing dat de bundelbekostiging een niet-chirurgisch behandelbeleid stimuleert. Dit gaat gepaard met lagere kosten, zonder verslechtering van patiëntrelevante uitkomsten. Verdere analyse van de verzamelde data in de komende twee jaar moet dit beeld bevestigen.

Samen met de NZa en Zilveren Kruis blijven we de behandelmix, uitkomsten en kosten van patiënten in de bundel onderzoeken en gaan we deze ook vergelijken met patiëntpopulaties buiten Xpert Clinics. Deze analyses zullen nog duidelijker inzicht bieden in de toegevoegde waarde van de bundel en wat er nodig is om de zorg voor CTS en CMC1-OA patiënten landelijk toegankelijker en passender te maken. Elk kwartaal is er overleg om de voortgang en voorlopige resultaten te delen. De bundelafpraak is hiermee geen eindpunt, maar het beginpunt van een continu proces van leren en verbeteren.

Harm Slijper is innovatiemanager bij Equipe Zorgbedrijven en onderzoeker bij het Erasmus MC. Robert Hagen is manager zorginkoop bij Equipe Zorgbedrijven.

REFERENTIES

1. <https://handwriststudygroup.org>
2. De Ridder, W. A., Hoogendam, L., Zeroual, F., Slijper, H. P., Wouters, R. M., Vermeulen, G. M., Selles, R. W., & van der Oest, M. J. W. (2023). Treatment Invasiveness and Illness Perceptions Are Strongly Associated With Outcome Expectations in Patients Treated for Hand or Wrist Conditions: A Cross-sectional Study. *Clin Orthop Relat Res*, 482(1), 1–12
3. Wouters, R. M., Vranceanu, A. M., Slijper, H. P., Vermeulen, G. M., van der Oest, M. J. W., Selles, R. W., & Porsius, J. T. (2019). Patients With Thumb-base Osteoarthritis Scheduled for Surgery Have More Symptoms, Worse Psychological Profile, and Higher Expectations Than Nonsurgical Counterparts: A Large Cohort Analysis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 477(12), 2735–2746.
4. Hoogendam, L., van der Oest, M. J. W., Wouters, R. M., Andrinopoulou, E.-R., Vermeulen, G. M., Slijper, H. P., Porsius, J. T., & Selles, R. W. (2021). Patients With Higher Treatment Outcome Expectations Are More Satisfied With the Results of Nonoperative Treatment for Thumb Base Osteoarthritis: A Cohort Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(8), 1533–1540.
5. Jansen, M. C., Evers, S., Slijper, H. P., de Haas, K. P., Smit, X., Hovius, S. E. R., & Selles, R. W. (2018). Predicting Clinical Outcome After Surgical Treatment in Patients With Carpal Tunnel Syndrome. *Journal of Hand Surgery (American Volume)*, 43(12), 1079–1088
6. Tsehaie J, Porsius JT, Rizopoulos D, Slijper HP, Feitz R, Hovius SER, Selles RW. Response to Conservative Treatment for Thumb Carpometacarpal Osteoarthritis Is Associated With Conversion to Surgery: A Prospective Cohort Study. *Phys Ther*. 2019 May 1;99(5):570-576. doi: 10.1093/ptj/pzz009.
6. NZa: Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten - BR/REG-25141. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_773534_22/
7. D. Cattel, C Hendriks, F. Eijkenaar, S. Steenhuis, M. Vugts, C. Gajadien, J. Struijs (2023) Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren Expertisecentrum BUNDLE. https://projecten.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2024-09/516008005-EINDRAPPORT_BUNDLE_FINAL-3-.pdf

DATAGEDREVEN INZICHT IN DE INVLOED VAN BENCHMARKKEUZES OP BESPARINGEN IN SHARED SAVINGS MODELLEN

Tadjo Gigengack, Eline de Vries en Sander Steenhuis

INTRODUCTIE

In Nederland is de zorgbekostiging grotendeels productiegedreven: zorgaanbieders ontvangen vaak een vergoeding per geleverde dienst.¹ Daardoor is het niet lonend voor zorgorganisaties om te werken aan doelmatigheid, bijvoorbeeld het verlagen van de zorguitgaven met gelijkblijvende of verbeterde kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd vallen de baten van doelmatigheid vaak bij een andere partij, bijvoorbeeld wanneer eerstelijnszorgaanbieders via preventie ziekenhuisopnames voorkomen en de totale zorguitgaven voor verzekeraars verlagen, maar daar zelf niet voor worden beloond.¹

In theorie kan een alternatief bekostigingsmodel met shared savings hiervoor een oplossing bieden. In een shared savings-model worden de werkelijke (gedeclareerde) uitgaven van een zorgaanbieder vergeleken met een vooraf vastgesteld uitgaven-niveau: de benchmark.¹ Liggen de werkelijke uitgaven onder deze benchmark, dan ontstaat er een besparing waarvan een deel (de 'shared savings') als bonus wordt uitgekeerd aan de aanbieder. Afhankelijk van de gemaakte afspraken kan de aanbieder ook (gedeeltelijk) financieel risico dragen voor overschrijdingen van de benchmark ('shared losses'). Daarnaast kan de omvang van de shared savings of losses afhankelijk worden gemaakt van de prestaties op kwaliteitsindicatoren.¹ In theorie klinkt dit als een aantrekkelijk model om doelmatigheid te stimuleren.

CRITERIA BIJ KEUZE VAN DE BENCHMARK

Bij een shared savings-model is het essentieel dat de gemeten besparingen – het verschil tussen de uitgaven van de zorgaanbieder en de benchmark – zo goed mogelijk overeenkomen met de 'werkelijke besparingen' die zijn ontstaan door doelmatiger werken. Immers, als de gemeten besparingen groter zijn dan de werkelijke besparingen loopt de verzekeraar het risico meer aan bonussen uit te keren dan er feitelijk is bespaard.^{1,2,3} Andersom worden zorgaanbieders te weinig of zelfs helemaal niet beloond voor hun inzet als de gemeten besparingen kleiner zijn dan de werkelijke besparingen.^{1,5}

Om ervoor te zorgen dat de gemeten besparing zo goed mogelijk overeenkomt met de werkelijke besparing, moet bij de keuze van de benchmark worden voldaan aan twee criteria: 1) de verwachte onterechte besparingen zijn zo klein mogelijk, en 2) de besparingsdrempel is realistisch. Deze criteria werken we hieronder verder uit.

DE BENCHMARK MINIMALISEERT DE VERWACHTE ONTERECHE BESPARING

Om een werkelijke besparing te meten, worden de uitgaven van de deelnemende aanbieder ná invoering van het shared savings-model vergeleken met de zogenaamde counterfactual. De counterfactual geeft een beeld van hoe de uitgaven van de deelnemende aanbieder zich zouden hebben ontwikkeld zonder deelname aan

het model. Wanneer een shared savings-model de counterfactual als benchmark gebruikt, meet het dus de werkelijke besparing.

Aangezien de counterfactual per definitie niet waarneembaar is, is het schatten van de counterfactual een complexe (econometrische) opgave.^{1,6} In de praktijk spelen overwegingen zoals uitvoerbaarheid ook een belangrijke rol, waardoor vaak (simpele) landelijke of regionale gemiddelden als benchmark worden gebruikt.^{1,2} Als deze benchmarks echter teveel afwijken van de counterfactual, kan er een aanzienlijke 'onterechte besparing' ontstaan: de gemeten besparing wijkt sterk af van de werkelijke besparing.

Een sprekend voorbeeld hiervan is het Medicare Shared Savings Program (MSSP) in de Verenigde Staten. In 2017 paste het MSSP de benchmark aan door, naast historische uitgaven en een landelijke groeitrend, ook het regionale gemiddelde mee te nemen. Doelmatige aanbieders wiens uitgaven al onder het regionale gemiddelde zaten kregen daardoor een gunstigere benchmark, waardoor zij hogere bonussen kregen zonder meer te besparen. Deze aanpassing verklaart mede waarom Medicare in de eerste negen jaar naar schatting \$775 miljoen tot \$2 miljard meer aan bonussen uitkeerde dan dat er werkelijk was bespaard.³ Het is dus essentieel dat de benchmark dusdanig gekozen wordt dat het de verwachte onterechte besparing minimaliseert.

DE BENCHMARK HEEFT EEN REALISTISCHE BESPARINGSDREMPEL

Zorguitgaven vertonen over de tijd vaak sterke pieken en dalen, mede doordat een relatief kleine groep patiënten verantwoordelijk is voor zeer hoge kosten (uitbijters). Als gevolg daarvan kunnen deelnemende aanbieders door toeval onder of boven de benchmark uitkomen.¹ Om te voorkomen dat zij hierdoor onterecht een bonus of malus krijgen, hanteren shared savings-modellen meestal een besparingsdrempel: een minimaal bedrag of percentage dat eerst moet worden bespaard voordat een bonus wordt uitgekeerd.^{1,4,5}

Deze drempel wordt doorgaans statistisch vastgesteld, bijvoorbeeld met het 95%-betrouwbaarheidsinterval rondom de benchmark.¹ Hoe meer en hoe sterker de pieken en dalen in de zorguitgaven, hoe hoger de drempel die nodig is om hier rekening mee te houden.^{4,5} Een onrealistisch hoge besparingsdrempel maakt het voor zorgaanbieders echter onaantrekkelijk om deel te nemen aan het shared savings-model: zelfs bij grote inspanningen is de kans op een beloning dan immers klein.^{1,5} Het is daarom ook essentieel dat een benchmark wordt gekozen waarbij de besparingsdrempel realistisch is.^{1,5} Dat kan bijvoorbeeld door de uitgaven van uitbijters af te kappen op een bepaald niveau.¹

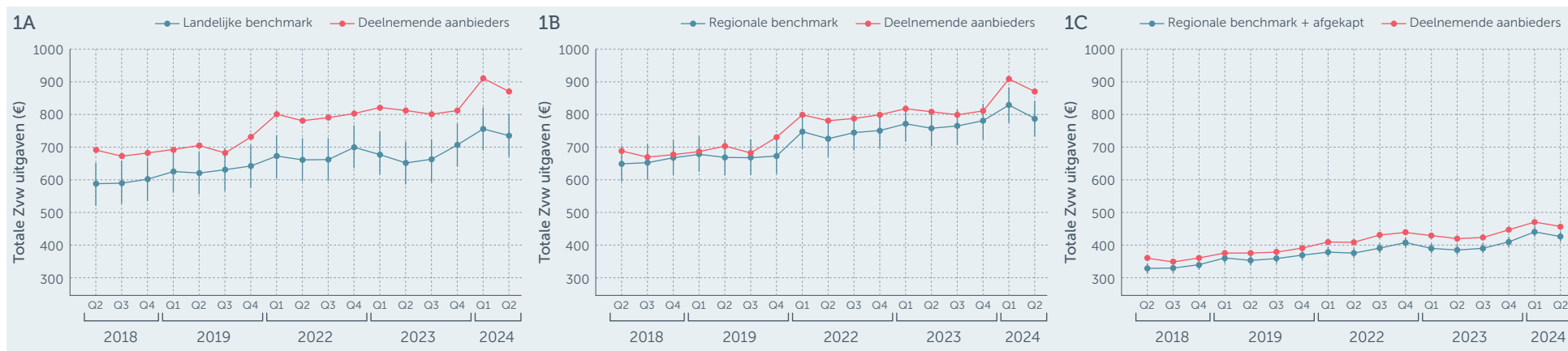
EMPIRISCHE ILLUSTRATIE

Om het effect van verschillende benchmarkkeuzes op de verwachte onterechte besparing en de hoogte van de besparingsdrempel (vastgesteld op een 95%-betrouwbaarheidsinterval) te illustreren, gebruiken we een praktijkcasus waar wij vanuit Expertisecentrum BUNDLE momenteel bij betrokken zijn.

In Zeeland werkt een samenwerkingsverband van zorgorganisaties en betalers in het medisch en sociaal domein aan betere gezondheid voor hun populatie van ongeveer 20.000 verzekerden. Zij verkennen een bekostigingsmodel dat samenwerking en preventie beter beloont. Eén van de opties is een shared savings-model voor de totale Zvw-zorguitgaven. Samen met de betrokken zorgverzekeraar hebben wij doorgekend wat verschillende benchmarkkeuzes betekenen voor de verwachte onterechte besparing en hoe realistisch de besparingsdrempel is.

METHODE

Voor dit artikel maken we gebruik van het feit dat het shared savings-model nog niet is ingevoerd. Door de aanname te doen dat de trend van zowel de deelnemende zorgaanbieders als de benchmark(aanbieders) op eenzelfde manier over de tijd bewegen in zowel de periode voor invoering van het shared savings-model als erna



Figuur 1A: Totale Zvw-zorguitgaven (exclusief GGZ en mondzorg) van de deelnemende aanbieders (rood) en de landelijke benchmark (blauw) per ingeschreven verzekerde per kwartaal, vóór invoering van het shared savings-model. De verticale blauwe lijnen geven de besparingsdrempel weer op basis van het 95%-betrouwbaarheidsinterval rondom de benchmark. Exclusief de coronajaren 2020 en 2021.

Figuur 1B: Zelfde weergave als figuur 1A, maar met een regionale benchmark (blauw).

Figuur 1C: Zelfde weergave als figuur 1A, maar met een regionale benchmark en de uitgaven van de 5% verzekerden met de hoogste zorguitgaven afgekap op het 95^{ste} percentiel.

(de zogenaamde parallelle trend assumptie),⁶ kunnen we nu de counterfactual wel waarnemen. Met andere woorden: als we een juiste benchmark kiezen moeten we in de jaren voorafgaand aan het invoeren van het shared savings-model geen besparingen of verliezen meten.

We vergelijken drie mogelijke benchmarkkeuzes die in de praktijk (in een vergelijkbare vorm) worden gebruikt¹:

- 1 Het landelijke gemiddelde;
- 2 Het regionale gemiddelde;
- 3 Een regionaal gemiddelde met afgekapte zorguitgaven voor de 5% duurste patiënten.

Op basis van historische declaratiegegevens over de periode 2018 Q2–2024 Q2 (exclusief de coronajaren) simuleren we de drie benchmarks. Vervolgens berekenen we per benchmark en per kwartaal en jaar (i) de verwachte onterechte besparing en (ii) de bijbehorende besparingsdrempel. Deze resultaten geven een inschatting van de verwachte onterechte besparingen en besparingsdrempel per benchmarkkeuze na invoering van het shared savings-model.

RESULTATEN

De figuren 1A–1C laten duidelijk zien hoe sterk de benchmarkkeuze de onterechte besparing en de hoogte van de besparingsdrempel beïnvloedt. Met een landelijke

benchmark zien we dat de uitgaven van de deelnemende aanbieders tussen 2018 en 2024 gemiddeld ruim boven de benchmark (zie figuur 1A) liggen. Dit leidt tot een onterecht verlies van ongeveer €175 per patiënt per kwartaal. Op jaarbasis en voor de gehele populatie komt dit neer op een onterecht verlies van $€175 * 4 * 20.000$ verzekerden = €1,4 miljoen. Bovendien komt de besparingsdrempel, op basis van het 95% betrouwbaarheidsinterval rondom de benchmark, uit op boven de €1 miljoen per jaar, wat volgens de betrokken verzekeraar onrealistisch is.

Met een regionale benchmark daalt het gemiddelde onterechte verlies naar ongeveer €400.000 per jaar, terwijl de besparingsdrempel rond de €1 miljoen per jaar ligt (zie figuur 1B).

Pas wanneer de zorguitgaven van de duurste patiënten worden afgekapt in de regionale benchmark (zie figuur 1C) daalt het onterechte verlies fors naar ongeveer €200.000 per jaar, met een besparingsdrempel van rond de €300.000.

TOT SLOT

De resultaten tonen aan dat benchmarkkeuzes in shared savings-modellen een grote invloed kunnen hebben op de verwachte onterechte besparing en besparingsdrempel. Daarbij geven de betrokken aanbieders en verzekeraar aan dat het voorts wenselijk is om aanvullende benchmarkkeuzes te onderzoeken, zoals een betere selectie van vergelijkbare regio's en correcties voor verschillen in patiënt- en omgevingskenmerken. De komende periode werken wij hier verder aan om te onderzoeken in hoeverre deze aanvullende benchmarkkeuzes de verwachte onterechte besparing en de besparingsdrempel verder kunnen verkleinen.

Tegelijkertijd spelen praktische overwegingen – zoals eenvoud en uitvoerbaarheid – mee, waardoor niet altijd voor de optie met de kleinste verwachte onterechte bespa-

ring en besparingsdrempel kan worden gekozen.^{2,5} Juist daarom is het belangrijk dat alle betrokkenen vooraf inzicht hebben in de financiële gevolgen van verschillende opties, zodat zij weloverwogen keuzes kunnen maken.

Tadjo Gigengack is promovendus aan Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, en senior onderzoeker bij de Health Campus Den Haag van het LUMC.

Eline de Vries is assistant professor population health economics aan de Health Campus Den Haag van het LUMC.

Sander Steenhuis is senior onderzoeker en projectleider bij de Health Campus Den Haag van het LUMC.

De auteurs zijn allen verbonden aan BUNDLE – expertisecentrum voor alternatieve bekostiging in de zorg. www.expertisecentrumbundle.nl

REFERENTIES

1. Hayen AP, et al. Incorporating shared savings programs into primary care: from theory to practice. *BMC Health Serv Res* 2015;15:580.
2. Lyu PF, et al. Benchmarking Changes And Selective Participation In The Medicare Shared Savings Program. *Health Aff* 2023;42:622–631.
3. Ryan AM, et al. Estimated Savings From the Medicare Shared Savings Program. *JAMA Health Forum* 2023;4:e234449.
4. CMS. Medicare Program; Medicare Shared Savings Program: Accountable Care Organizations. *Federal Register* 2011;76(212):67802–68083.
5. Pope GC, et al. Minimum savings requirements in shared savings provider payment. *Health Econ* 2012;21:1336–1347.
6. Abadie A. Introduction to the Special Section on Synthetic Control Methods. *J Econ Lit* 2021;59:391–425.

BELEMMERINGEN VOOR INTEGRALE EERSTELIJNS- ZORG IN AANDACHTSWIJKEN

Esmée van der Poort, Frank Eijkenaar en Daniëlle Cattel

INLEIDING

De Nederlandse eerstelijnszorg in aandachtswijken staat onder druk. Aandachtswijken worden gekenmerkt door relatief veel bewoners in kwetsbare omstandigheden (werkloos, laag inkomen of schulden, beperkte taal-, gezondheids- en digitale vaardigheden) en een hoge mate van armoede en sociaal isolement. Door gestapelde en complexe problematiek doen bewoners van deze wijken relatief vaak een beroep op de huisarts, met zowel medische als sociale hulpvragen. Tegelijkertijd is de zorg en ondersteuning versnipperd over vele partijen in het medische en sociale domein en is het bij uitstek in aandachtswijken lastig om personeel te werven en te behouden.¹

Om gezondheidsverschillen te verkleinen en toegankelijkheid van zorg in deze wijken te waarborgen, is hoogwaardige, integrale basiszorg noodzakelijk. Dit vereist structurele middelen en passende bekostiging voor samenwerking, meer tijd voor de patiënt en extra inzet van personeel. De huidige bekostiging werkt echter vaak nog belemmerend, ondanks brede steun voor gelijke toegang tot integrale, domeinoverstijgende eerstelijnszorg.^{2,3,4}

KRACHTIGE BASISZORG

In verschillende regio's wordt al ingezet op domeinoverstijgende eerstelijnszorg in aandachtswijken. Een goed voorbeeld hiervan is Krachtige basiszorg (Kbz), een integrale wijkaanpak gericht op het verbeteren van zorg voor bewoners van aandachtswijken waarbij professionals uit de zorg en het sociaal domein nauw samenwerken.⁵ In een 'drie-gesprek' zoeken betrokken professionals vanuit een integrale benadering

bijvoorbeeld samen met patiënten naar passende oplossingen. Kbz werd ontwikkeld in 2010-2014 en is actief in de vier grote steden en Haarlem. De meerwaarde van Kbz is aangetoond⁶ en in 2023 erkende Zorginstituut Nederland Kbz als 'passende zorgpraktijk'.⁷

Desondanks ervaren betrokken partijen knelpunten in de bekostiging van Kbz. Om deze beter te begrijpen, is Expertisecentrum BUNDLE gevraagd een onafhankelijk onderzoek uit te voeren. Via onder andere interviews met huisartsen, praktijkhouders, regionale huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars en brancheverenigingen zijn de knelpunten gedetailleerd in kaart gebracht. De focus lag op zorgverzekeringswet-gefinancierde eerstelijnszorg, waarvan de huisartsenzorg het grootste aandeel vormt. Dit artikel presenteert de belangrijkste bevindingen.

DE BEKOSTIGING VAN KRACHTIGE BASISZORG

Kbz is tot nu toe afhankelijk geweest van opeenvolgende tijdelijke subsidies en afspraken. De huidige bekostiging van Kbz loopt, afhankelijk van de betrokken zorgverzekeraar, via segment 2 of 3 van de huisartsenbekostiging (zie kader). De Kbz-gelden komen bovenop de bestaande opslag op het inschrijftarief voor patiënten in aandachtswijken (de AW-opslag), de prestatie 'meer tijd voor de patiënt' (MTVP) en aanvullende projectgelden van onder andere achterstandsfondsen. Kbz is per 2026 onderdeel van het landelijk inkoopbeleid van de betrokken zorgverzekeraar in drie grote steden. De afspraken gelden steeds voor twee jaar waarna opnieuw moet worden onderhandeld.

BEKOSTIGING VAN DE HUISARTSENZORG

SEGMENT 1: basisvoorziening huisartsenzorg (ca. 75–80% van praktijkomzet)

- Maximumtarief per ingeschreven verzekerde ('inschrijftarief')
 - Gedifferentieerd naar leeftijd en ja/nee achterstandswijk
- Maximumtarief per (telefonisch) consult/visite
- Aparte prestaties voor bepaalde (chirurgische) verrichtingen
- Experimenteermogelijkheid 'consultloze bekostiging'
- Per 2023: maximumtarief per verzekerde voor meer tijd voor de patiënt ('mtvp')

Contractant:

individuele huisartsen(praktijk)

SEGMENT 2: programmatische multidisciplinaire zorg (ca. 15% van praktijkomzet)

- Vrij tarief per patiënt voor chronische ketenzorg
 - 2 prestaties: diabetes type 2/vasculair risicomanagement en COPD/astma
- Vrij tarief per patiënt voor overige (keten)zorgprogramma's
- Vrij tarief per verzekerde voor organisatie & Infrastructuur (O&I)
 - Stimuleren multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn
 - Komen tot aanspreekbare, coördinerende organisaties

Contractant:

regio-organisatie

SEGMENT 3: resultaatbeloning en zorgvernieuwing (ca. 5–10% van praktijkomzet)

- Vrij tarief per verzekerde voor service/bereikbaarheid, doelmatig voorschrijven, etc.
- Vrij tarief per verzekerde voor innovatie (e-health, meekijkconsult, ...)

De huisartsenzorg in Nederland wordt binnen de zorgverzekeringswet bekostigd via het driesegmentenmodel.

Segment 1 omvat de basisvoorziening huisartsenzorg, zoals het inschrijftarief en de consulttarieven. Voor de zorg onder dit segment gelden maximumtarieven en sluiten individuele huisartsenpraktijken contracten met zorgverzekeraars. Het inschrijftarief wordt gedifferentieerd naar leeftijd (vier categorieën) en naar ja/nee woonachtig in aandachtswijk (de AW-opslag). Deze differentiatie is bedoeld om de extra tijd en inzet te compenseren die vaak nodig zijn vanwege de complexere zorg- en ondersteuningsvragen in deze wijken. Voor zorg en diensten in segment 2 en 3, waarover vrij mag worden onderhandeld, zijn het doorgaans regionale huisartsenorganisaties die namens aangesloten huisartsen contracten sluiten met zorgverzekeraars.

Segment 2 betreft de multidisciplinaire eerstelijnszorg, zoals de ketenzorg voor mensen met diabetes type 2.

Segment 3 richt zich op resultaatbeloning en zorgvernieuwing, bijvoorbeeld digitale en hybride zorg. Buiten deze segmenten vallen prestaties zoals avond-, nacht- en weekenddiensten.

Ervaren knelpunten

Uit de analyse komen vijf ervaren knelpunten in de huidige bekostiging van Kbz naar voren. Ten eerste leidt de tijdelijkheid van de bekostiging tot onzekerheid en frustratie. Respondenten benoemen dat tijdelijke afspraken het moeilijk maken om praktijkbegrotingen rond te krijgen en goed personeel aan te trekken en te behouden. Dit terwijl vaste gezichten in de wijk juist als essentieel worden beschouwd (zie Tabel 1, citaat 1).

Ten tweede ervaren respondenten het tarief voor Kbz als niet-passend. Met name huisartsen en praktijkhouders geven aan dat de huidige vergoeding niet aansluit bij de werkelijke inzet die nodig is om aan de zorg- en ondersteuningsvraag in aandachtswijken te voldoen.

Ten derde heerst er onduidelijkheid over de onderbouwing en besteding van de Kbz-tarieven. Controle door zorgverzekeraars botst daarbij met de wens voor autonomie en ruimte onder huisartsen. Respondenten bij zorgverzekeraars hebben behoefte aan een gedegen onder-

bouwing van de gevraagde extra middelen en de daadwerkelijke besteding daarvan door Kbz, terwijl respondenten vanuit Kbz de tarieven die verzekeraars voorstellen juist als arbitrair en ondoorzichtig ervaren (zie Tabel 1, citaat 2). Een lastig punt hierbij is dat de generieke beschrijving van de betaaltitels binnen S1 (zoals MTVP, consulten en de AW-opslag) leidt tot onduidelijkheid over wat binnen S1 al wordt bekostigd, wat daarvan mag worden verwacht en wat dan nog aanvullend nodig is.

Ten vierde wordt de huidige bekostiging als gefragmenteerd en complex ervaren. Onder de betrokken partijen (en gerelateerd aan het derde knelpunt) bestaan bijvoorbeeld uiteenlopende perspectieven over de ruimte die het driesegmentenmodel al dan niet biedt. Verzekeraars geven aan dat huisartsen onder dat model al veel ruimte hebben om hun praktijkvoering naar eigen inzicht in te richten, terwijl huisartsen de huidige bekostigingssystematiek juist ingewikkeld en administratief belastend vinden (zie Tabel 1, citaat 3). Deze situatie bemoeilijkt het gesprek tussen huisartsen, regio-organisaties en zorgverzekeraars over een passende bekostiging van Kbz.

Ten slotte lukt het de betrokken partijen niet om een keuze te maken tussen regionaal maatwerk en landelijke opschaling. De huidige bekostiging van Kbz beperkt zich tot de vier grote steden (en Haarlem) en vanuit Kbz, betrokken huisartsen en een branchevereniging bestaat een duidelijke wens voor landelijke opschaling naar alle praktijken met een bepaald percentage patiënten in aandachtswijken. Zorgverzekeraars geven echter de voorkeur aan maatwerkafspraken in de regio aangezien in hun optiek de problematiek in aandachtswijken in niet-grote steden echt anders is en met de prestatie MTVP al (grotendeels) kan worden opgevangen.

Onderliggende verklaringen

De knelpunten zijn terug te voeren op drie onderliggende verklaringen. Ten eerste hebben partijen uiteenlopende visies op de toekomst van de huisartsenzorg. Waar

“

1 Als je stelling is dat er meer zorg nodig is in aandachtswijken, dan heb je daar dus meer mensen voor nodig. En die mensen, daar heb je eigenlijk geen structurele middelen voor.

– Regio-organisatie

2 Dus je ziet dat in de besluitvorming elke rationale ontbreekt. Ook het bedrag dat eraan gehangen wordt is gewoon pure willekeur. Het is niet gebaseerd op praktijkervaring, het is gewoon een andere afspraak met andere belangen die leiden tot een bedrag.

– Kbz kernteam

3 Ja, [...] de huisartsbekostiging... Je wordt er helemaal verdrietig van. Alle potjes en pannetjes die je allemaal op het vuur moet hebben. Ik snap er geen fluit van. Het is een tombola en dan hoop je dat er iets uitkomt. Dus ik vind de hele bekostiging heel ingewikkeld.

– Huisarts en praktijkhouder

4 We staan nog niet zo goed bekend bij huisartsen als verzekeraar, dus je wilt werken aan vertrouwen. Je wilt dat ze zien dat we samen voor de best toegankelijke en goed betaalbare zorg strijden. Dat is een kwestie van vertrouwen en daar moet je in samenwerken. [...] Je ziet dan dat negen van de tien keer niet de financiering het probleem is, maar de netwerk- en bestuurlijke afspraken die je samen maakt.

– Zorgverzekeraar

”

Tabel 1: Illustratieve citaten van respondenten over ervaren knelpunten in de bekostiging van Krachtige basiszorg.

zorgverzekeraars en regio-organisaties vooral inzetten op een sterkere organisatie op regionaal niveau, geven sommige huisartsen juist de voorkeur aan een wijk- en praktijkgerichte aanpak met structurele bekostiging via S1. Deze discussies staan structurele bekostiging en passende tariefstelling in de weg.

Daarnaast wordt het proces van het komen tot (bekostigings)afspraken gefrustreerd doordat de kwaliteit van de relaties tussen aanbieders en verzekeraars vaak onvol-

doende is (zie Tabel 1, citaat 4). Respondenten geven bijvoorbeeld aan dat er wederzijds onbegrip bestaat; medewerkers van verzekeraars kijken fundamenteel anders naar de praktijk dan zorgprofessionals.

Tot slot leiden onduidelijke verantwoordelijkheden en uiteenlopende belangen ertoe dat partijen het nemen van besluiten voor zich uit of doorschuiven. Dit speelt bijvoorbeeld bij de positionering van Kbz in het driesegmentenmodel: binnen S1 als structurele borging van basiszorg bij huisartsen, of in S2 vanwege maatwerk en regionale sturing door de regio-organisaties. Elk van deze opties valt bovendien onder een andere branchevereniging. Hoewel Kbz breed wordt gesteund, komen de noodzakelijke besluiten niet op de juiste bestuurlijke tafels terecht. De status quo wordt daarmee in stand gehouden.

KANSEN VOOR INTEGRALE ZORG IN AANDACHTSWIJKEN

Belemmeringen voor integrale eerstelijnszorg in aandachtswijken blijken niet alleen een kwestie te zijn van geld, maar ook van governance. Naast diverse bekostigingsknelpunten⁸ leiden versnipperde verantwoordelijkheden, belangen en visies tot het afschuiven of uitstellen van besluiten, met frustraties onder bevlogen zorgprofessionals tot gevolg.

Voor Kbz en betrokken zorgverzekeraars liggen er kansen om de samenwerking te verbeteren door meer aandacht te besteden aan het proces en de relaties. Uit ons onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat er vanuit beide kanten behoefte is aan meer jarenafspraken vanuit partnerschap en vertrouwen. Juist omdat de ambitie – toegankelijke integrale basiszorg in aandachtswijken – breed wordt gedeeld, is het de moeite waard te onderzoeken of transformatiegericht, relationeel contracteren,^{9,10} bij zou kunnen dragen aan het doorbreken van de status quo.

Tot slot zien wij ook een verantwoordelijkheid voor de politiek. Ongelijk investeren voor gelijke kansen vraagt om scherpe keuzes en een duidelijke landelijke koers waar vervolgens regionaal invulling aan kan worden gegeven. Alleen dan kan de ambitie van toegankelijke integrale eerstelijnszorg in aandachtswijken werkelijkheid worden.

Esmée van der Poort is senior onderzoeker bij het LUMC en de Health Campus Den Haag. Frank Eijkenaar is universitair hoofddocent aan Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Daniëlle Cattel is universitair docent aan Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Alle auteurs zijn tevens verbonden aan Expertisecentrum BUNDLE voor alternatieve bekostiging in de zorg.

REFERENTIES

1. Flinterman, L., Schaaijk, A. van, Aapkes, S., Batenburg, R. De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2024: toelichting en samenvatting van het onderzoek onder huisartsenpraktijken in 2024, met landelijke uitkomsten, trends en regionale factsheets. Utrecht: Nivel, 2025. 192 p.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). 2023. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). 2025. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/08/31/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-azwa>
4. Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsenvereniging, InEen. Visie Huisartsenzorg 2035. Beschikbaar via: <https://www.nhg.org/wp-content/uploads/2025/04/Visie-Huisartsenzorg-2035.pdf>

5. Krachtige basiszorg homepage. Beschikbaar via: <https://krachtigebasiszorg.nl/>
6. Bitter, N., Leemrijse, C., Korevaar, J. Samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals binnen Krachtige basiszorg: ervaringen uit Overvecht. Utrecht: Nivel, 2019. 49 p.
7. Zorginstituut Nederland. Krachtige basiszorg. 2023. Beschikbaar via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2023/12/18/krachtige-basiszorg>
8. Nederlandse Zorgautoriteit. Advies Bekostiging meer tijd voor de patiënt in de huisartsenzorg. 2023. Beschikbaar via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743278_22/1/
9. Nederlandse Zorg Autoriteit. Naar transformatiegericht contracten in de zorg. 2024. Beschikbaar via: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760880_22
10. Dohmen, P., Gajadien, C., van Raaij, E. en Steenhuis, S. Passende contractering van zorg: van 'gestold wantrouwen' naar samenwerken op basis van sociale normen. VGE Bulletin 39;(2). 2022.

'CREËER REGELRUIMTE BINNEN BESTAANDE KADERS'

Jitse Schuurmans en Marloes Berkelaar

In de zorg zien we nieuwe, passende woonvormen ontstaan die inspelen op de ontwikkeling van het langer of vaker thuis wonen door oudere mensen en mensen met een beperking. Zwaardere en complexere zorg die voorheen in instellingen werd aangeboden, wordt nu op een andere plek georganiseerd. Daarnaast ontstaan er nieuwe manieren van samenwerken, waardoor er slimmer gebruik gemaakt kan worden van medisch specialisten waar een tekort aan is.¹ Dit zijn noodzakelijke en gunstige ontwikkelingen, maar hoe regel je dat qua financiering?

Het programma medisch generalistische zorg (MGZ) in de regio, uitgevoerd door [Vilans](#) en de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), is een initiatief dat zich richt op het verbeteren van de medisch generalistische zorg (MGZ) voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking. Het programma ondersteunt regio's bij het anders organiseren en verbeteren van deze zorg, met name door het stimuleren van regionale samenwerking.

De EUR is betrokken om de lessen over het anders organiseren van de MGZ voor beleid en praktijk op te tekenen. Uit eerder onderzoek blijkt dat het voor regionale initiatieven vaak lastig is om zorg en behandeling voor kwetsbare groepen cliënten anders te organiseren binnen bestaande kaders en wet- en regelgeving.² Echter, dit maakt het anders organiseren van de MGZ niet onmogelijk.³

WAT IS MGZ?

Medisch Generalistische Zorg (MGZ) is zorg die in het samenspel tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde (SO), arts verstandelijk gehandicapten (arts VG) en verpleegkundig specialist (VS) geleverd wordt. Veel regio's in Nederland hebben te kampen met capaciteitsproblemen in de MGZ.⁴ Door een groeiende zorgvraag en een beperkte instroom van studenten die opgeleid worden tot bijvoorbeeld arts VG of SO. Daarnaast zien we dat bij thuiswonende mensen met complexe zorgvragen, de SO of arts VG veel vaker doorlopend nodig is.

FINANCIERING IN DE PRAKTIJK

In de praktijk zien we dat regio's bij de benodigde transitie tegen vraagstukken aanlopen. Een voorbeeld: personen die vroeger in een verpleeghuis zouden verblijven, wonen nu vaak in een woonzorgvoorziening waar lichtere dementiezorg wordt geleverd. Daar kunnen zij vaak tot het einde van hun leven verblijven. In de laatste levensfase hebben zij vaak complexe zorgvragen. Om deze zorg goed te organiseren, is vaak de inzet van een SO of Arts VG nodig, in aanvulling op de inzet van de huisarts. Echter ontstaat er bij samenwerkingen tussen meerdere MGZ-professionals onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en de bekostigingsstructuur. De inzet kan vaak alleen incidenteel betaald worden (op consultbasis) en de benodigde overlegtijd is niet altijd declarabel. De tarieven voor directe tijd zijn wel ruimer, waardoor er ruimte is om indirecte tijd te declareren. Maar dan moet er wel direct patiëntencontact zijn. Bovendien blijkt de indirecte tijd in de praktijk vaak ontoereikend. Professionals moeten voldoende directe tijd realiseren om ook de indirecte tijd gedekt te krijgen. Organisaties zoeken daarom naar manieren om deze zorg toch te kunnen financieren.

VEELHEID AAN BELEIDSREGELS

In de zorg en ondersteuning aan cliënten die thuis wonen, hebben organisaties daarnaast te maken met diverse vormen van financiering. Er zijn thuiswonende cliënten die een behandelindicatie hebben vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). De thuiswonende cliënten die dat niet hebben, ontvangen zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). En dan is er ook nog de beleidsregel Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP). Dit is een verzameling van financiële prestaties voor kwetsbare patiënten die thuis wonen met (hoog) complexe problematiek, maar die geen Wlz-indicatie hebben. De zorgvraag is veelzijdig en kan gaan over somatische en/of psychische problemen en/of problemen op het gebied van gedrag.

Deze veelheid aan beleidsregels vanuit verschillende financieringsstromen kan ertoe leiden dat behandelaren en aanbieders niet meer weten hoe of waar ze welke zorg moeten declareren. De transitie vraagt om samenwerking. Maar in die samenwerking is het vaak onduidelijk hoe de financieringsstromen lopen bij de inzet van behandeling uit meerdere verschillende organisaties.

BETAALTITEL 'ZORGTRAJECT KWETSBARE PATIËNTEN'

Het is dan ook niet altijd haalbaar om bepaalde zorg binnen de huidige systematiek te bekostigen. Dan is het mogelijk om financiële kaders aan te passen om nieuwe zorgarrangementen te financieren. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de verruiming van mogelijkheden binnen de GZSP. Sinds begin 2025 is er een nieuwe betaaltitel 'Zorgtraject Kwetsbare Patiënten', die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontwikkeld heeft. Deze betaaltitel vervangt niet de oude, maar is vooral als aanvulling bedoeld wanneer de bestaande mogelijkheden niet toereikend zijn. De betaaltitel is mede ontwikkeld naar aanleiding van initiatieven die specialistische ouderengeneeskunde aanbieden in de eerste lijn, zoals het initiatief 'Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde' (MESO). MESO ontstond in 2011 in Velp, waarbij huis-

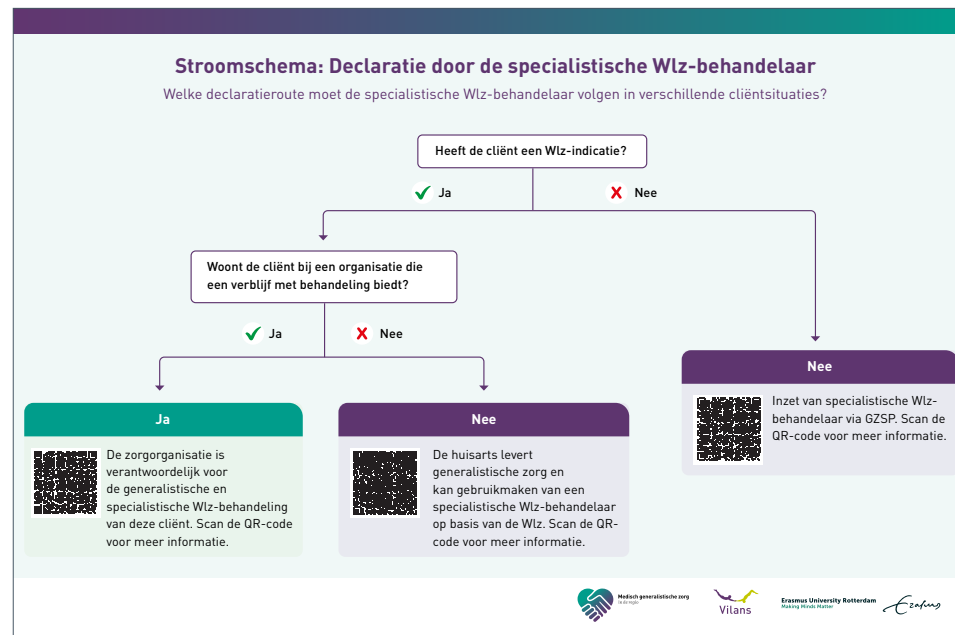
artsen ouderen konden verwijzen naar de toenmalige Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet. Dit omdat er een gebrek was aan passende zorgarrangementen voor een groeiende groep zelfstandig wonende ouderen met complexe zorgvragen.

De bekostiging van de betaaltitel 'Zorgtraject Kwetsbare Patiënten' bestaat uit een opstarttraject van drie maanden en vervolgens een maandelijks te declareren vervolgentraject. Deze bredere betaaltitel gaat verder dan de huidige consultvergoeding binnen de beleidsregel GZSP, omdat het specialistische zorg voor een langere periode bekostigt (als medebehandelaar of regiebehandelaar) en bovendien geïntegreerde en multidisciplinaire zorg mogelijk maakt.⁵ Dit door het creëren van ruimte. De betaaltitel zorgt namelijk voor één pot waar alles uit betaald kan worden.

HOE NIEUWE BETAALTITELS ONTSTAAN: EEN PROCESBESCHRIJVING

Om de betaaltitel voor elkaar te krijgen waren een aantal stappen nodig. Ten eerste, moeten betrokkenen duidelijk maken wat het bestaande knelpunt is in de huidige zorgverlening, en hoe de betreffende zorgvoorziening, zoals MESO, hier een oplossing voor biedt. Het gaat dus zowel om het benoemen van een knelpunt als het bieden van een mogelijke oplossing.

Een tweede stap is het verkrijgen van experimenteerruimte. Hiermee bedoelen we de ruimte die veld- en systeempartijen moeten bieden om een nieuw initiatief mogelijk te maken. Het gaat dan bijvoorbeeld om het bieden van (tijdelijke) financiering, om het afnemen van diensten en eventueel om ruimte te bieden om kwaliteitsrichtlijnen op ander wijze in te vullen. MESO is bijvoorbeeld een aantal jaren vanuit tijdelijke middelen bekostigd.



Een vervolgstap is het werken aan een overtuigend verhaal over de meerwaarde van een initiatief. Effectevaluatie kunnen bijvoorbeeld zichtbaar maken wat een initiatief concreet oplevert, bijvoorbeeld in termen van kwaliteitsverbetering en kostenbesparing. Daarnaast kan het optekenen van ervaringsverhalen van patiënten en zorgverleners inzicht geven in meerwaarde. Vervolgens is het belangrijk om podia te vinden en te benutten. De betrokkenen van MESO hebben bijvoorbeeld veelvuldig beleidscongressen opgezocht, zijn vaak aangesloten bij overleggen met systeempartijen en hebben allerlei documenten opgesteld om hun verhaal wereldkundig te maken.

Daarnaast is het belangrijk dat het verhaal wordt ingepast binnen de beleidsontwikkelingen. Er zijn de laatste jaren verschillende beleidsprogramma's geweest, denk aan het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), Passende Zorg en de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Betrokkenen zochten haakjes om duidelijk te maken hoe het initiatief bijdraagt aan de verschillende beleidsdoelen in deze programma's.

Uiteindelijk heeft het 'experimenteren' en het aantonen van de meerwaarde van MESO een discussie op systeemniveau aangewakkerd over de structurele financiële borging van dit initiatief en vergelijkbare initiatieven. In deze laatste processtap gaat het erom dat het duidelijk wordt dat het aanpassen van financiële kaders en/of wet- en regelgeving niet slechts een oplossing is voor een organisatieprobleem, maar een oplossing voor een systeemprobleem biedt.

De doorlopen stappen in dit proces staan niet los van elkaar, maar haken op elkaar in. Op meerdere momenten is namelijk experimenteeruimte verkregen, zijn onderzoeken uitgevoerd om de meerwaarde aan te tonen en zijn systeempartijen betrokken geweest. Het proces stopt overigens niet bij het maken van een betaaltitel. Zorgverzekeraars moeten vervolgens ook overtuigd worden om deze zorg daadwerkelijk in te kopen.

FINANCIERING DIE AANSLUIT OP ONTWIKKELINGEN

Het huidige systeem van bekostiging is complex en het structureel borgen van waardevolle initiatieven lijkt soms onmogelijk. De betaaltitel 'Zorgtraject Kwetsbare Patiënten' heeft veel inspanningen gekost en het proces is nog niet afgerond. De uitbreiding is geborgd in de Zvw, alleen hadden de initiatiefnemers van het MESO een uitbreiding in de Wlz voor ogen. Dit is dus nog niet volledig gerealiseerd en de vraag is of dit ook gaat lukken.

Toch maakt dit voorbeeld duidelijk dat er ruimte gevonden kan worden om nieuwe, waardevolle initiatieven structureel te borgen. Wel vraagt dit actief werk van betrokkenen op verschillende lagen van het zorgsysteem. Maar dit is het zeker waard. Het is immers belangrijk dat financiering blijft aansluiten op de ontwikkelingen in het zorgsysteem.

Jitse Schuurmans is onderzoeker bij Erasmus Universiteit Rotterdam. Marloes Berkelaar is projectleider van MGZ in de regio bij Vilans.

Meer weten over MGZ? Kom dan naar de netwerkbijeenkomst '[Samen Bouwen aan toekomstbestendige zorg in de regio](#)'. Of bekijk de informatie op: <https://www.vilans.nl/wat-doen-we/projecten/medisch-generalistische-zorg-in-de-regio>



Ook ondersteuning vanuit het programma MGZ in de regio?

Wil je ook strategische en praktische ondersteuning bij organisatie- en domeinoverstijgende samenwerking in de regio?

Stuur dan een mail naar: mgzinderegio@vilans.nl

REFERENTIES

1. Schuurmans, J., van der Woerd, O., Bal, R., & Wallenburg, I. (2022). Regionalisering in de ouderenzorg: een beleidssociologisch perspectief op grootschalige verandering. *Beleid en Maatschappij*, 49(3).
2. Schuurmans, J. J., van Pijkeren, N., Bal, R., & Wallenburg, I. (2021). Regionalization in elderly care: what makes up a healthcare region?. *Journal of Health Organization and Management*, 35(2), 229-243.
3. van der Woerd, O., Schuurmans, J., Wallenburg, I., van der Scheer, W., & Bal, R. (2024). Heading for health policy reform: transforming regions of care from geographical place into governance object. *Policy & Politics*, 1(aop), 1-22.
4. Vilans & EUR (2024). Voortgangsrapportage Medisch generalistische zorg in de regio. Geraadpleegd op 28 augustus 2025. <https://www.vilans.nl/kennis/voortgangsrapportage-mgz-resultaten-en-nieuwe-kansen>
5. Nza (2025). Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-23126. Geraadpleegd op 28 augustus 2025. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_714561_22/1/

BEKOSTIGING OVER DE GRENZEN VAN ZORG:

LESSEN UIT HET GEZAMENLIJKE INITIATIEF SPOEDZORG ZOETERMEER

Klara Rijnten, Meta Krassenburg-Galestien, Joost Arnoldus en Ivo Knotnerus

INLEIDING

In het Nederlandse zorglandschap groeit de urgentie om acute zorg slimmer, toegankelijker en toekomstbestendiger te organiseren. In Zoetermeer is via een transformatieplan een unieke proeftuin gecreëerd waarin zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers samen optrekken bij de ontwikkeling van een gezamenlijk centrum voor acute zorg: Spoedzorg Zoetermeer. Deze samenwerking beoogt integrale, patiëntgerichte acute zorg via één voordeur, met centrale triage en inzet van diverse zorgdisciplines. Spoedzorg Zoetermeer verlegt daarmee de traditionele grenzen in zorg en financiering.

Toch stuit dit innovatieve concept op een klassieke barrière: de bekostiging. Hoe bekostig en financier je een nieuwe vorm van spoedzorg die niet in de bestaande structuren past? In deze bijdrage nemen we de lezer mee in de zoektocht naar passende, duurzame bekostiging van Spoedzorg Zoetermeer. We schetsen de context, bespreken de knelpunten en delen lessen en oplossingsrichtingen die relevant zijn voor collega-zorgprofessionals, beleidsmakers en onderzoekers.

SPOEDZORG ZOETERMEER: CONTEXT EN AMBITIE

De stijgende zorgvraag en groeiende personeelskrapte maken de huidige organisatie van acute zorg onhoudbaar. Door het versnipperde aanbod, weten patiënten vaak niet waar ze terecht kunnen. Dit leidt tot onnodige spoedeisende hulp-bezoeken en dubbele triages. Vooral kwetsbare groepen, zoals ouderen, raken hierdoor vast in het systeem. Spoedzorg Zoetermeer biedt een oplossing, door de integratie van



de huisartsenspoedpost (HAP), spoedeisende hulp (SEH), multifunctionele bedden (MFB), DAP (dienstapotheek), regionaal transferpunt (RTP) en acute wijkverpleging in één nieuwe organisatie. Dat wil zeggen: één voordeur, één triagepunt, één integraal aanbod.

Spoedzorg Zoetermeer wordt een juridisch zelfstandige entiteit. Het initiatief beoogt:

- Efficiëntere inzet van zorgprofessionals in tijden van personeelstekorten.
- Terugdringen van het aandeel spoedzorg dat in een medisch-specialistische context wordt geleverd.

Secundair gelden ook de volgende doelen:

- Binden en boeien van zorgprofessionals.
- Betere patiëntuitkomsten door triage naar de juiste zorgverlener op de juiste plaats en het juiste moment; verlagen instroom, versnellen door- en uitstroom.
- Versterking van regionale samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg.
- Toekomstbestendige laag- tot middencomplexe acute zorg, passend bij de groeiende zorgvraag van de regio Zoetermeer.

De volledige integratie binnen Spoedzorg Zoetermeer omvat onder meer dat het hoofdbehandelaarschap kan worden overgedragen en dat traditionele medisch specialistische zorg (MSZ) ook kunnen worden aangevraagd door huisartsen. Daarnaast zullen SEH-artsen beoordelingen doen die niet 'op naam van' een medisch specialisme staan. Ook zijn zorgpaden competentiegericht ontworpen en een deel van de interventies kan door verschillende zorgverleners worden verricht. Echter botst deze integrale aanpak met een versnipperd bekostigingsstelsel dat gestoeld is op sectorale bekostiging en financiering. Hier begint de zoektocht naar vernieuwing.

DE UITDAGING: BESTAANDE BEKOSTIGING SCHIET TEKORT

Waar het zorginhoudelijk logisch is om de acute zorg via één loket aan te bieden, is het financieel complex. Het kernprobleem daarin is de volledige integratie van huisartsen- en medisch-specialistische spoedzorg. Om te beginnen zijn er formele beperkingen. Huisartsen mogen geen dbc's openen en ziekenhuizen mogen geen

huisartsenzorg declareren. Volledig geïntegreerde spoedzorg kent daarom geen bestaande prestaties. Het achteraf reconstrueren van de geleverde zorg tot correcte MSZ- en HAP-prestaties zou een rechtmatigheidstoets vaak niet doorstaan, bijvoorbeeld omdat er binnen Spoedzorg Zoetermeer geen poortspecialismen bestaan om geopende dbc's aan op te hangen. Maar daarnaast is er een meer principiële doelconflict: De geleverde zorg geforceerd in dbc's dwingen (dat zou technisch het gemakkelijkst te realiseren zijn) zou de zorgverlening richting MSZ-routines duwen. Het doel van Spoedzorg Zoetermeer is juist het omgekeerde.

Tijdens de planvoorbereiding zijn een aantal opties van van bekostigingsmodellen besproken. Hier is het volgende over geconcludeerd:

- **Begrotingsgefinancierd** (zoals op dit moment geldt voor de HAPs): Onvoldoende volume-flexibel. Vooraf is nog onvoldoende duidelijk over het patiëntenvolume dat Spoedzorg Zoetermeer zal behandelen, en met wat voor interventies dat zal zijn.
- **Beschikbaarheidsbekostiging:** Idem als begrotingsgefinancierd.
- **Geïntegreerde betaaltitels met P*Q-karakter:** Kansrijk, mits goed afgebakend tegen eventuele dbc-gefinancierde vervolgzorg in het ziekenhuis (denk aan opnames-ter-observatie, of bijvoorbeeld patiënten met een lopende dbc die met exacerbatie-klachten bij Spoedzorg Zoetermeer belanden).

De betrokken zorgverzekeraars hadden een sterke voorkeur voor de geïntegreerde betaaltitels met een P*Q-karakter om een volume-component expliciet zichtbaar te houden. De NZa onderstreepte de genoemde knelpunten in haar advies *Bekostiging acute zorg (2024)* aan VWS: *een echt integraal aanbod van sectoroverstijgende spoedzorg vraagt om een andere benadering. Volledige integratie van HAP en SEH biedt kansen, maar vergt ook experimenteerruimte buiten het reguliere kader.*

NAAR EEN OPLOSSING: EXPERIMENT INTEGRALE BEKOSTIGING

De betrokken partijen (zorgaanbieders, CZ, VGZ, NZa) kozen op verzoek van VWS voor een experimentele route via de **Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten**. Deze biedt de mogelijkheid om binnen de huidige wet- en regelgeving, maar buiten de reguliere bekostiging, te experimenteren met innovatieve zorgprestaties.

Voor Spoedzorg Zoetermeer zijn drie zorgprestaties in ontwikkeling:

- **Advies op afstand** (telefonisch, digitaal)
- **Visite aan huis** (door huisarts of wijkverpleegkundige)
- **Consult op fysieke locatie Spoedzorg Zoetermeer**

Deze prestaties zijn functioneel te onderscheiden op basis van triage, erkenbaar voor verzekeraars en afrekenbaar zonder perverse prikkels tot 'upcoding'.

De experimentfase duurt 3 jaar, met optie tot verlenging tot maximaal 5 jaar. Doel is dat succesvolle prestaties instromen in het reguliere stelsel. De NZa en VWS begeleiden dit proces nauwgezet. Belangrijk is dat ook zorgverzekeraars transformeren: niet alleen aanbieders moeten 'loslaten en vernieuwen', ook financiers worden uitgedaagd.

REFLECTIE EN LESSEN VOOR COLLEGA'S

De ontwikkeling van Spoedzorg Zoetermeer laat zien dat innovatie in de organisatie van zorg vraagt om innovatie in bekostiging en financiering. Zonder passende bekostiging is integrale zorg een papieren ideaal. Over de inhoud en de governance moet daarom al verregaande overeenstemming zijn bereikt tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Daarna ontstaat ruimte in de zoektocht naar passende bekostiging.

BELANGRIJKE LESSEN:

- **Samenwerking is cruciaal:** tussen zorgaanbieders én met zorgverzekeraars en beleidsmakers.
- **Doorzettingsvermogen is doorslaggevend:** op vele, vele momenten lijken hindernissen te hoog om te nemen.
- **Experimenteerruimte werkt:** mits goed begeleid, juridisch verankerd en met heldere evaluatiecriteria.
- **Transformatie is breder dan de zorgaanbieders alleen:** ook bekostigingsstructuren moeten meebewegen.
- **Sectoroverstijgende zorg vraagt om sectoroverstijgende governance en data-infrastructuur.**

Spoedzorg Zoetermeer is geen blauwdruk, maar wel richtinggevend voor andere regio's die worstelen met de houdbaarheid van acute zorg.

CONCLUSIE

Bekostiging over de grenzen van zorg vraagt doorzettingsvermogen, samenwerking en beleidsruimte. Spoedzorg Zoetermeer laat zien dat zorginhoudelijke vernieuwing pas slaagt als het samengaat met financiële innovatie. De eerste stappen zijn gezet – nu is het zaak om het experiment serieus te volgen in haar implementatie.

Klara Rijnten is kwartiermaker Spoedzorg Zoetermeer en Meta Krassenburg is domeinmanager Klant en markt in het HagaZiekenhuis, Joost Arnoldus is senior beleidsmedewerker, directie Regulering, Nederlandse Zorgautoriteit en Ivo Knotnerus is regiomanager Haaglanden en Midden-Holland bij de Coöperatie VGZ UA.

INTERVIEW MET ERIK SCHUT EN WYNAND VAN DE VEN OVER DE VOORDELEN EN UITDAGINGEN VAN HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS IN HET NEDERLANDSE ZORGSTELSEL

Frank Eijkenaar en Eline de Vries



Erik Schut is hoogleraar gezondheidseconomie en gezondheidszorg-beleid aan de EUR en coauteur van artikelen over HMO's in 1986, 1987 en in 2024. Hij verzorgde een keynote-presentatie over HMO's op het 3^{de} BUNDLE congres op 4 juni 2025 in Den Haag.



Wynand van de Ven is emeritus hoogleraar sociale ziektekosten-verzekering aan de EUR en coauteur van artikelen over HMO's in 1986 en 2024.

Geïnspireerd door goede ervaringen in het buitenland pleitten Erik Schut en Wynand van de Ven eind jaren '80 al voor Health Maintenance Organizations (HMO's), ofwel verticaal geïntegreerde organisaties waarin de verzekerings- en zorgaanbodfunctie worden gecombineerd. Vorig jaar verscheen er van hun hand opnieuw een pleidooi voor de oprichting van HMO's in Nederland. Welke voordelen en uitdagingen zien zij bij hun voorstel, en waarom komen zij er juist nu – bijna 40 jaar later – opnieuw mee?

Hoe kijken jullie naar het huidige zorgstelsel en waar zien jullie het grootste potentieel om dat stelsel te verbeteren?

Erik Schut: Eén van de kernproblemen is dat er sprake is van een principaal-agent probleem. Het stelsel is gebaseerd op contracten met zorgverzekeraars die zorg inkopen, terwijl zij vaak beperkte informatie en niet altijd dezelfde belangen hebben als de zorgaanbieders. Dat zorgt voor een permanente spanning en veel ingewikkelde controlemechanismen in contracten. Daarbij ontbreekt nog steeds goede informatie over zorgkwaliteit. Dat is een structurele zwakte als je de inkoop- en de aanbidersrol uit elkaar haalt, omdat het bijna automatisch leidt tot onderling wantrouwen.

Ook hebben we een verbrokkeld systeem met een scherpe scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg, en breder ook tussen cure, care en het sociaal domein. Dat maakt integrale zorg lastig.

Wynand van de Ven: Een gerelateerd probleem is dat groepen van zorgaanbieders elk een eigen elektronisch patiëntendossier hebben, maar geen toegang hebben tot het patiëntendossier van andere zorgaanbieders. Dat belemmert effectieve informatie-uitwisseling.

Daarnaast is de risicoverevening lange tijd een zwak punt geweest. Die was imperfect in de zin dat verzekeraars werden ondergecompenseerd voor chronisch zieken. Dat is voor somatische zorg sinds 2024 veranderd, maar vóór die tijd was dat een belangrijke zwakte omdat chronisch zieken onaantrekkelijke klanten waren.

In eerdere publicaties hebben jullie echter ook gezegd dat het huidige stelsel met concurrerende verzekeraars en aanbieders in gescheiden rollen geen slecht idee is.

Erik Schut: Dat we begonnen zijn met een systeem waarin verzekeraar en aanbieder vrij sterk uit elkaar liggen is niet ideaal, maar gezien waar we historisch gezien vandaan kwamen was een systeem met gescheiden rollen op dat moment de beste keuze.

Wie kan het initiatief nemen tot de oprichting van een HMO?

Wynand van de Ven: Een HMO kan velerlei vormen aannemen en het hangt er onder andere vanaf wie het initiatief neemt. Bijvoorbeeld een stichting die in een regio meerdere gezondheidscentra beheert. Of ziekenhuizen, bijvoorbeeld de Santeon groep, zouden een polis in de markt kunnen zetten. Maar ook verzekeraars kunnen het initiatief nemen, al dan niet samen met zorgaanbieders in een regio.

Welke zorg zou een HMO allemaal moeten aanbieden? Het hele basispakket of kan dat ook een deel zijn?

Wynand van de Ven: Dat zou allebei kunnen. Als er een ziekenhuis bij betrokken is heb je de bulk van het basispakket al te pakken. Daarbij kunnen dan huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders worden betrokken, in een samenwerkingsrelatie of in dienst van de organisatie. Maar een HMO kan bepaalde zorgvormen ook zelf inkopen.

Erik Schut: De meest vergaande variant is de aanpak van het Amerikaanse Kaiser Permanente, die de zorg in de gehele breedte zelf in beheer heeft, met artsen in dienst van de organisatie. Je hebt inderdaad ook varianten waarbij de HMO zelf zorg inkoopt, maar dan krijg je weer inkooprelaties met principaal-agent problemen.

Wynand van de Ven: Een cruciaal verschil is wel dat dat probleem dan op een ander niveau geldt, want dan zijn het de aanbieders die bij andere aanbieders inkopen en dan valt een stuk van de informatie-asymmetrie weg.

Jullie stellen dat nu het juiste moment is om een HMO op te richten en dat dit de samenwerking tussen zorgaanbieders ten goede zal komen. Er wordt echter al jaren gewerkt aan betere samenwerking, maar vooralsnog met weinig succes. Is de zorg wel klaar om aan HMO's te beginnen?

Erik Schut: Dat zal de tijd moeten leren. Wij constateren dat een aantal belangrijke barrières is weggenomen en dat het nu zou kunnen, maar het vergt wel ondernemerschap en durf.

Wynand van de Ven: Bij verzekeraars wordt er absoluut over nagedacht, zeker omdat de risicoverevening recent is verbeterd en omdat zij weten dat als zij het niet doen, iemand anders het misschien gaat doen. Voor verzekeraars is het een enorme bedreiging als een groep zorgaanbieders een eigen zorgverzekering op de markt brengt.

Erik Schut: Wij merken wel dat ons recente artikel opvallend weinig tractie krijgt bij aanbieders, terwijl daar genoeg mensen met visie rondlopen en die eerder bijvoorbeeld bij een verzekeraar hebben gewerkt en dus weten hoe dat wereldje functioneert.

Veel van de problemen die jullie beschrijven in jullie artikel gaan over beperkte prikkels voor passende zorg bij zorgaanbieders. Zou dat niet voor een groot deel al opgelost kunnen worden door de oprichting van geïntegreerde zorgorganisaties die inhoudelijk en financieel verantwoordelijkheid dragen voor het hele basispakket (populatiebekostiging)? Is integratie met een verzekeraar dan nog wel nodig?

Wynand van de Ven: Zo'n geïntegreerde zorgorganisatie kan een contract hebben met één of meer zorgverzekeraars. In het eerste geval is bijna sprake van een HMO. Een belangrijke vraag is dan wel welk normatief kostenniveau de basis vormt voor de bekostiging van de zorgorganisatie. Hoe en op basis van welke informatie moet de verzekeraar dat doen?

Erik Schut: Je zou daarvoor de vereveningsbijdragen volgens de risicoverevening kunnen gebruiken, die landelijk worden vastgesteld. Dan krijg je waarschijnlijk ook minder discussies met zorgaanbieders, bijvoorbeeld over of wel voldoende rekening wordt gehouden met verschillen in case-mix. Wel houd je bij gescheiden rollen dat de verzekeraar wil weten wat precies met het geld gebeurt, met wederom allerlei controlemechanismen. Dat omzeil je in een HMO-constructie.

Jullie schetsten eerder de permanente spanning in de inkooprelaties tussen zorgverzekeraars en aanbieders. Hoe zou dat dan gaan in een HMO zelf? Verplaatst die spanning zich dan niet naar binnen?

Wynand van de Ven: Dat risico bestaat, maar zal van een andere orde zijn dan een situatie waarin je te maken hebt met een externe inkoper. En binnen een HMO kan die spanning wel worden verkleind, bijvoorbeeld door zorgprofessionals zitting te laten nemen in het bestuur zodat zij echt medeverantwoordelijk worden voor de organisatie.

In Nederland is er van oudsher sprake van relatief veel zelfstandig werkende zorgprofessionals. Hoe realistisch denken jullie dat het is dat deze professionals onderdeel zouden willen worden van zo'n grote organisatie?

Erik Schut: De situatie met veel zelfstandig werkende zorgprofessionals in losse eigen praktijken is wel aan het veranderen. Bij huisartsen en paramedische beroepen zie je bijvoorbeeld dat er steeds minder voorkeur is voor een eigen praktijk met alles wat daarbij komt kijken, en juist meer voor een 40-urige werkweek in vast dienstverband.

Er zijn in Nederland eerder al pogingen geweest tot verticale integratie of het oprichten van een zorgverzekering door zorgaanbieders. Die zijn allemaal mislukt. Waarom en welke lessen volgen daaruit?

Wynand van de Ven: Dat had allerlei redenen. Bij een aantal bleek de omvang een probleem, bijvoorbeeld een doelstelling om tienduizend verzekerden voor de nieuwe polis aan te trekken werd niet gehaald. Ook werd de complexiteit mogelijk wat onderschat, bijvoorbeeld met betrekking tot de verzekeringstechnische eisen waaraan je moet voldoen. En extra lastig was dat chronisch zieken toen nog voorspelbaar verliesgevend waren.

Erik Schut: Ik denk ook dat de sense of urgency ten tijde van die pogingen nog niet groot genoeg was.

Hoe kijken jullie in het licht van jullie voorstel naar de komende jaren en de rol van de overheid?

Wynand van de Ven: Ik verwacht dat bij de zorgaanbieders de komende jaren steeds meer de vraag gaat opkomen of zij de verzekeraar nog wel nodig hebben. Als zij zelf een verzekeraar oprichten, dan zijn zij immers verlost van moeilijke onderhandelingen en allerlei verantwoordingseisen.

Erik Schut: Als overheid zou je de oprichting van HMO's kunnen aanjagen door ruimte te bieden, ook financieel. Je ziet nu met de IZA-transformatieplannen dat er toch dingen van de grond komen als daar middelen beschikbaar voor worden gesteld. In een markt lukt dat soms gewoon niet omdat het lastig is de status quo met gevestigde belangen te doorbreken. Dus je moet dingen soms forceren om dynamiek te creëren.

Frank Eijkenaar is associate professor bij Erasmus School of Health Policy & Management van de Erasmus University Rotterdam en kernteamlid bij BUNDLE.

Eline de Vries is assistant professor Population Health Economics bij de Health Campus Den Haag van het Leiden University Medical Center en kernteamlid bij BUNDLE.

REFERENTIES

Ven, W.P.M.M. van de, en F.T. Schut (1986) Health maintenance organizations: De mogelijkheid van gereuleerde concurrentie in de Nederlandse Gezondheidszorg. ESB, 71(3573), 892–898.

Schut, F.T. en A.F. Casparie (1987) Health Maintenance Organizations: Kwaliteit van integrale zorgverlening. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 131(11), 450–454.

Ven, W.P.M.M. van de, en F.T. Schut (2024) Zorgstelsel gebaat bij verzekeraars opgericht door zorgaanbieders. ESB, 109(4838), 450–453.

HET DERDE BUNDLE CONGRES

Imke Lamers en Marlin Schumer-Leemhuis

Op woensdag 4 juni jongstleden vond de derde editie van het BUNDLE (box 1) congres plaats op de Health Campus (LUMC) in Den Haag. De dag stond in het teken van bekostiging over de grenzen van zorg, waar sprekers en deelnemers vanuit zowel het sociale als het medische domein aan deelnamen. Tijdens de keynotes en interactieve deelsessies werden kennis en ervaringen actief gedeeld. Met dank aan de sprekers, het enthousiasme van de deelnemers en de organisatoren was het een dag vol met inspirerende inzichten.



Het congres werd geopend en aan elkaar gepraat door dagvoorzitter prof. dr. Jessica Kieft-de Jong. Tijdens de eerste keynote focuste Karina Raaijmakers (lid Raad van Bestuur bij Nederlandse Zorgautoriteit) op het zetten van een stap vooruit, inclusief het vraagstuk wie hierbij de regie moet nemen. Het belang van duurzame verbinding tussen patiënten en inwoners, zorgprofessionals, welzijnswerkers, zorgverzekeraar en zorgaanbieder, vormde de rode draad. Het is aan de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder om regie te nemen in dit proces. Zorgcontractering werd hierbij genoemd als een kansrijk instrument in de transitie naar meer gelijkheid. Hierop volgde een keynote van Albert Jan Kruijer (oprichter Instituut voor Publieke Waarden) met de boodschap dat zorg anders moet worden bestuurd. Onder sturingsinnovatie en beheersingsbureaucratie benoemde Albert Jan vijf punten die kunnen bijdragen aan het anders sturen, zoals het harmoniseren van wetten, ontschotten van budgetten en het sturen op uitkomst en impact.

Vervolgens konden deelnemers kiezen uit deelname aan een van de drie verschillende deelsessies, waarin knelpunten in de bekostiging en mogelijke oplossingsrichtingen van verschillende integrale initiatieven werden besproken. De eerste deelsessie ging over Krachtige Basiszorg, een integrale wijkaanpak voor de meest kwetsbare bewoners in aandachtswijken. Het ontbreken van structurele bekostiging zorgt voor onzekerheid over het voortbestaan en de opschaling naar andere steden van dit initiatief. In een andere deelsessie, over alternatieve bekostiging voor Kerngezond Vlissingen, werd aangetoond hoe dit initiatief met data-gedreven inzichten een nauwkeurig shared-savings model kan ontwikkelen. In de deelsessie over bundelbekostiging voor hand- en polszorg bij Xpert Clinics werd gedeeld hoe bundelbekostiging (innovatie) ruimte biedt voor de patiënt, zorgverlener, zorgorganisatie en zorgverzekeraar. De

interactieve insteek van de sessies resulteerde in verdiepende vragen waarbij ervaringen vanuit verschillende perspectieven met elkaar zijn gedeeld.

Na een netwerklunch kon opnieuw worden deelgenomen aan drie verschillende deelsessies. In de eerste deelsessie werd gekeken naar de organisatie en financiering rondom het verkleinen van gezondheidsverschillen. Stichting GelijkGezond en impactinvesteerder Invest-NL hebben een oplossing bedacht waarbij een lening wordt verstrekt door impactinvesteerders. Zorgverzekeraars en gemeenten treden hierbij op als resultaatbetaler. In de tweede deelsessie werden inzichten gedeeld over de financiering van regionale, (domein)overstijgende medisch generalistische zorg. Er werd toegelicht hoe financiële kaders optimaal benut kunnen worden en beter kunnen aansluiten op de dynamiek binnen regio's. De derde deelsessie bracht in kaart welke (bekostigings)uitdagingen een rol spelen bij de integratie van acute zorg bij het centrum acute zorg in Zoetermeer. Aan het einde van de sessie werd onderstreept dat transformeren geen proces is dat je individueel doorloopt.



Tijdens de laatste keynote van de dag bood Erik Schut (hoogleraar gezondheids-economie en gezondheidsbeleid aan de Erasmus School of Health Policy and Management) inzicht in de potentie van verzekeraars opgericht door zorgaanbieders. Deze integratie kan belemmeringen in contractafspraken verkleinen door de aanwezigheid van een gezamenlijk belang bij onder andere kostenbeheersing, effectieve preventie en juiste zorg op de juiste plek. Het congres werd afgesloten door Eline de Vries (assistant professor bij BUNDLE, Health Campus Den Haag, LUMC), die het belang onderstreepte van het loslaten van het denken in de huidige silo's. De conclusie van de dag was dat we hiervoor samen de verbinding moeten blijven opzoeken. Het was mooi om te zien dat de deelnemers aan het congres zich hiervoor inzetten en om te zien dat de wens bestaat om elkaar te blijven inspireren op dagen als deze. Er werd afgesloten met de boodschap dat BUNDLE zich inzet voor het vervullen van een verbindende rol door te ondersteunen bij de voorbereiding, ontwikkeling, implementatie en evaluatie van alternatieve bekostiging, op medisch en sociaal domein. Na afloop was er de gelegenheid om verbinding op te zoeken tijdens de netwerkborrel.

Imke Lamers is promovendus bij Erasmus School of Health Policy & Management, Marlin Schumer-Leemhuis is junior onderzoeker bij Health Campus Den Haag (LUMC) en beleidsmedewerker onderzoek bij de Nederlandse Zorgautoriteit.

Box 1: BUNDLE is een interuniversitair samenwerkingsverband tussen Erasmus School of Health Policy & Management en de Health Campus Den Haag. BUNDLE verzamelt en genereert kennis en zet deze in om alternatieve bekostigingsmodellen te ontwikkelen, implementeren en evalueren binnen het medisch en sociaal domein. Meer informatie op www.expertisecentrumbundle.nl.

Heb je vragen of wil je met ons in contact komen?

Je kunt ons bereiken via info@expertisecentrumbundle.nl.

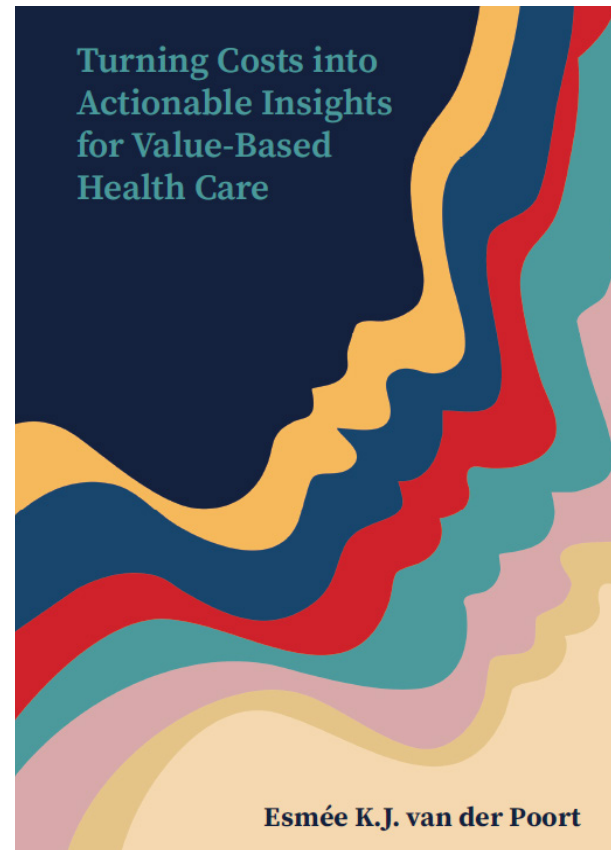
TURNING COSTS INTO ACTIONABLE INSIGHTS FOR VALUE-BASED HEALTH CARE

Esmée van der Poort

Waardegedreven zorg (WGZ) werd in 2006 geïntroduceerd door Porter en Teisberg. Zij constateerden dat de alsmaar stijgende zorguitgaven in de Verenigde Staten niet automatisch leiden tot betere zorg voor patiënten. Sindsdien wint het gedachtengoed van WGZ aan populariteit. Steeds meer ziekenhuizen organiseren zorg rondom de patiënt in aandoeningsgerichte zorgpaden, waarbij het optimaliseren van waarde centraal staat. Waarde wordt hierbij gedefinieerd als de verhouding tussen behaalde gezondheidsuitkomsten en de kosten die nodig zijn om deze uitkomsten te realiseren.

De kostenkant van WGZ blijft in de praktijk echter vaak onderbelicht. Zorgverleners hebben beperkt inzicht in de werkelijke kosten van geleverde zorg, en medische en financiële afdelingen van zorgorganisaties opereren vaak in gescheiden werelden. Het proefschrift *Turning Costs into Actionable Insights for Value-Based Health Care* onderzoekt daarom hoe kosten beter kunnen worden meegenomen bij de implementatie van WGZ en hoe inzicht in ziekenhuiskosten kan bijdragen aan betere patiëntenzorg. Het onderzoek werd uitgevoerd binnen het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), waar vanaf 2018 meerdere zorgteams in aandoeningsgerichte zorgpaden met WGZ aan de slag gingen.

Uit het onderzoek blijkt dat er verschillende manieren zijn waarop inzicht in kosten kan bijdragen aan WGZ. Inzicht in kosten, samen met patiëntkarakteristieken en uitkomsten, kan zorgverleners ondersteunen bij de besluitvorming rondom behandelingen. Ook maakt kosteninzicht het mogelijk om verbeteracties te identificeren, implementeren en vervolgens te evalueren. Bovendien maakt het herhaaldelijk meten van kosten inzichtelijk of de implementatie van WGZ heeft bijgedragen aan betere én betaalbare zorg.



Met de huidige kostprijsystematiek, gebaseerd op Activity-Based Costing, zijn kosten in Nederlandse ziekenhuizen al op grote schaal beschikbaar. Een praktisch hulpmiddel bij het inzichtelijk maken van kosten op de werkvloer van het ziekenhuis zijn dashboards. Het proefschrift laat zien dat het belangrijk is dat een dashboard (1) regelmatig wordt besproken in een multidisciplinair overleg met zorgverleners en financieel experts, (2) data van een gevalideerd kostprijsmodel bevat en (3) geïntegreerd is binnen een bestaand ICT-systeem om data uit verschillende bronnen te koppelen.

Door de opkomst van WGZ worden afwegingen tussen uitkomsten en kosten niet langer uitsluitend gemaakt in landelijke besluitvorming, maar ook steeds vaker binnen ziekenhuizen. Dit vraagt om transparantie en een robuuste methodologie, waarbij WGZ kan leren van kosteneffectiviteitsanalyses. Uitkomsten en kosten moeten altijd in samenhang worden geanalyseerd en daarbij moet rekening worden gehouden met het niveau van besluitvorming: de spreekkamer (micro), de zorgaanbieder (meso) en de samenleving (macro). Op elk niveau spelen andere kosten een rol, variërend van eigen bijdragen tot productiviteitsverlies.

Tot slot zagen we in drie onderzochte zorgpaden bescheiden verbeteringen in uitkomsten, maar werd geen bewijs gevonden dat de implementatie van WGZ leidde tot lagere kosten. Deze bevinding ondersteunt dat veranderingen in de zorg niet automatisch leiden tot besparingen.

Dit proefschrift biedt methodologische aanbevelingen en praktische handvatten voor het meenemen van kosten in de implementatie van WGZ. Door kosten samen met uitkomsten op een transparante en gestructureerde manier in kaart te brengen, kunnen zorgaanbieders en zorgverleners betere beslissingen nemen die bijdragen aan zowel kwalitatief hoogwaardige als betaalbare gezondheidszorg.

Op 19 juni 2025 verdedigde Esmée van der Poort met succes haar proefschrift aan de Universiteit Leiden.

Esmée van der Poort werkt als senior onderzoeker bij het LUMC en de Health Campus Den Haag, en is verbonden aan academisch expertisecentrum BUNDLE voor alternatieve bekostiging in de zorg.

SPONSOREN



Erasmus School of
Health Policy
& Management



rijksuniversiteit
 groningen

Radboud Universiteit



Radboudumc

HEALTH ECONOMICS RESEARCH AMSTERDAM (HERA)

Uw logo ook hier? Neem voor meer informatie contact op met de redactie van het VGE Bulletin (secretariaat@gezondheidseconomie.org).



UNIVERSITEIT TWENTE.



ERASMUS CENTRE
FOR HEALTH ECONOMICS
ROTTERDAM

EsCHER



umcg

COLOFON

REDACTIE

Eline de Vries en Frank Eijkenaar

Redactieadres: secretariaat@gezondheidseconomie.org

Vormgeving: Graphiqa, Den Haag

Het VGE bulletin is een uitgave van de Vereniging voor Gezondheidseconomie. Het bulletin verschijnt tweemaal per jaar. Wilt u het VGE bulletin vóór publicatie digitaal ontvangen, word dan lid van de Vereniging voor Gezondheidseconomie, en profiteer tegelijkertijd van de andere voordelen die het lidmaatschap van de vereniging u biedt (zie www.gezondheidseconomie.org)!

VGE UPDATE

De VGE stuurt ook meerdere malen per jaar een digitale nieuwsbrief uit – de VGE Update. Hierin wordt o.a. verwezen naar nieuwe activiteiten en nieuwe literatuur. Wij verspreiden deze nieuwsbrief onder de VGE leden, maar voelt u vrij om deze nieuwsbrief met anderen te delen! Ontvangt u als lid de VGE Update niet? Controleer dan uw spam-folder en neem contact op via secretariaat@gezondheidseconomie.org.

Heeft u nieuws over bijvoorbeeld symposia, cursussen, literatuur, oraties, promoties, vacatures, of webinars? Stuur dit naar secretariaat@gezondheidseconomie.org en wij nemen het op in de nieuwsbrief.

