

Veelgestelde vragen waardgericht inkopen van zorg voor patiënten met reumatoïde artritis, 20-7-2018

Categorie	Vraag	Antwoord
Algemeen	Menzis stelt dat door verbetering van de uitkomsten de totale kosten dalen door minder complicaties, minder herbehandelingen en minder ineffectieve behandelingen. Kunt u deze bewering onderbouwen?	Minder complicaties en minder herbehandelingen zijn voor de patiënt betere uitkomsten, als dat gepaard gaat met lagere ziekteactiviteit. Het ligt voor de hand dat als er minder complicaties en herbehandelingen zijn ook de kosten zullen dalen.
2.1 Deelnemers	Is niet inschrijven voor het waardegericht inkooptraject voor RA ook een optie?	Ja, alle zorgaanbieders die voldoen aan onze voorwaarden worden uitgenodigd om deel te nemen aan dit inkooptraject. Als een zorgaanbieder besluit om niet deel te nemen, wordt de contractering van RA zorg meegenomen in de reguliere contractering.
2.1 Deelnemers	Welke zorgaanbieders zijn uitgenodigd om deel te nemen aan dit inkooptraject?	Alle zorgaanbieders die meer dan 100 Menzis verzekerden met RA behandelen, zijn uitgenodigd. Dit zijn in totaal 23 zorgaanbieders.
2.1 Deelnemers	Is deelname aan de DQRA een harde voorwaarde voor deelname?	Ja, dit is een harde voorwaarde voor deelname. Om gegevens van zorgaanbieders te kunnen benchmarken (t.b.v. spiegelbijekomsten) is het van belang dat de gegevens op dezelfde wijze zijn verzameld en verwerkt. De DQRA is gestart om dit te bereiken voor de RA zorg. De zorgaanbieder dient voor deelname data 2017 aan te leveren bij de volgende uitvraag van de DQRA. Het op een gestandaardiseerde wijze vergelijken van de DQRA gegevens, gecombineerd met andere gegevens van DHD en Vektis kan de basis zijn voor de start van een verbetercyclus bij deelnemende zorgaanbieders.
2.2 Behandeling	Als zorgproducten polyartritis en RA naast elkaar gebruikt worden, kan een bias optreden. Suggestie om zowel poly-artritis als RA te gebruiken voor inclusie van patiënten. Daarmee is vergelijkbaarheid tussen ziekenhuizen maximaal.	In afstemming met de NVR is besloten dit te gaan doen. We nemen in het eerste jaar dus de diagnoses RA (101) en polyartritis (117) mee. De uitkomsten hiervan per ziekenhuis nemen we mee in de eerste spiegelbijekomst en we bespreken de impact van verschillen tussen ziekenhuizen. Wij vragen de deelnemers om, zodra de reumatoloog de diagnose RA stelt (behandeld de patiënt als RA patiënt) vanaf 2019 code 101 te hanteren als indicatie diagnose.
2.2 Behandeling	Ook PA, NP en arts-assistent zijn gemachtigd om DBC te declareren onder diagnosecode 101. Kunnen we hen toevoegen naast reumatoloog?	Ja, aangezien dit gangbaar is in de praktijk en past binnen de regelgeving. Het gaat om het vergelijken van de kwaliteit (uitkomsten). Het is aan de zorgaanbieders om te kiezen hoe zij de zorg organiseren om tot de beste uitkomsten te komen.
2.3 Uitkomstindicatoren	Lange vragenlijst leidt tot lage respons, bv. bij PREM maximaal 20%. Graag dit meenemen in keuze lijsten.	De keuze van de vragenlijsten is primair aan het veld (beroepsbeoefenaren en patiëntenvertegenwoordiging). Menzis onderschrijft het belang van beknopte lijsten t.b.v. de respons.
2.3 Uitkomstindicatoren	Operationalisatie PROMs moet verder gespecificeerd/gestandaardiseerd worden. Elk ziekenhuis moet op dezelfde manier meten.	De registratie van de PROM moet uniform gebeuren om uitkomsten te kunnen benchmarken (bv. tijdstip van afname van de PROMs). De SKR zal hiervoor specificaties opstellen.
2.3 Uitkomstindicatoren	Uitkomstmaat 'percentage waarbij DAS28 gemeten wordt' is een voorwaarde voor goede uitkomstmeting, maar het is geen uitkomstmaat. Dat is gemiddelde DAS score of percentage in remissie of lage ziekteactiviteit.	De gemiddelde DAS28 en/of het percentage patiënten in remissie is de uitkomstmaat die gehanteerd wordt. In de richtlijnen wordt regelmatige beoordeling van de ziekteactiviteit met een gevalideerde methode aanbevolen. Om tot een betrouwbaar beeld te komen is het nodig om te weten bij hoeveel patiënten een DAS is gedaan. Daarmee kan ook het percentage DAS-remissies beter op waarde worden geschat c.q. vergeleken. Het kan wenselijk zijn dat een aanbieder eerst inzet op verhoging van het aantal patiënten waarbij de DAS wordt gemeten.

Categorie	Vraag	Antwoord
2.3 Uitkomstindicatoren	Bij analyse in acht nemen dat er verschillende varianten zijn van uitkomstindicatoren, zoals DAS28-CRP en DAS28-BSE. Dit geldt ook voor PROM en PREM.	Hierin moeten eenduidige keuzes gemaakt worden. De SKR heeft de definities voor de DAS28 aangescherpt (het advies wordt de DAS28-CRP) en zal ook voor de PROM en PREM specificaties opstellen voor de registratie.
2.3 Uitkomstindicatoren	Er komen spiegelbijeenkomsten waarop gekeken wordt naar bereikte DAS-waarden en percentage patiënten in remissie; het is onduidelijk wat hiermee gedaan wordt in de zin van sancties e.d.	Centraal in het inkooptraject staat de verbetercyclus. In spiegelbijeenkomsten worden inzichten in uitkomsten en kosten met elkaar besproken. Op basis hiervan stellen alle deelnemers minimaal 1 verbeterplan op. Het gaat om het verhogen van de waarde van zorg voor de patiënt; Menzis stelt hierbij geen normen waaraan voldaan zou moeten worden.
2.3 Uitkomstindicatoren	Uit welke kwaliteitsregistraties betreft Menzis de kwaliteitsindicatoren?	Menzis betreft de kwaliteitsindicatoren volgens door de SKR in het kader van het DQRA-project ontworpen methoden. In de praktijk betekent dit dat de casemixvariabelen en het biologicalgebruik via een onafhankelijke derde partij (DHD en/of Vektis) kunnen worden verzameld zonder extra registratielast voor de zorgaanbieder. Voorwaarde hiervoor is dat de deelnemende zorgaanbieders expliciet toestemming geven dat de gewenste gegevens beschikbaar komen voor dit traject. Daarnaast kunnen DAS28 gegevens separaat aan de SKR worden aangeleverd.
2.3 Uitkomstindicatoren	Als we meedoen wordt verwacht dat we in de toekomst meerdere uitkomsten indicatoren gaan bijhouden; is er bij Menzis al een beeld wat dit qua werkbelasting en tijd gaat kosten?	Menzis sluit wat betreft de indicatoren aan bij de (inter)nationale ontwikkelingen. Het uitgangspunt is de internationaal vastgestelde ICHOM set voor reumatoïde artritis. De DAS28 is al onderdeel van de DQRA set. Vanuit de SKR is het de intentie de set uit te breiden met enkele PROMs (conform de ICHOM set).
2.3 Uitkomstindicatoren	De DAS score kent beperkingen. Een gemiddelde DAS score weergegeven van alle RA patiënten lijkt dan ook een zinloze bezigheid en ook het aantal patiënten in remissie. Door afbouwen van medicatie (biologicals) worden weer nieuwe exacerbaties uitgelokt, wat zegt dit over een centrum?	De DAS28 score is onderdeel van de set van uitkomstenindicatoren voor reumatoïde artritis die zeer recent internationaal is vastgesteld (ICHOM). Menzis conformeert zich aan deze set. We gaan er van uit dat de DAS28 niet in de set zou zijn opgenomen als gebruik van de indicator zinloos is.
2.3 Uitkomstindicatoren	Wat gaat Menzis doen bij implementatie van nieuwe inzichten en richtlijnen gedurende het proces van monitoring?	Menzis zal de doorontwikkeling van het inkooptraject in 2020 en 2021 in afstemming doen met de deelnemende zorgaanbieders. Als er nieuwe inzichten of richtlijnen zijn die van belang zijn voor het traject, zullen we de impact hiervan afstemmen met de deelnemers.
2.3 Uitkomstindicatoren	Heeft Menzis inzicht in de kwaliteit van zorg in Nederland zoals die momenteel geboden wordt aan patiënten met RA? En hoe verhoudt dit zich tot de rest van Europa? Wat is de kwaliteit die Menzis minimaal eist en wat mag dat kosten?	Er zijn op dit moment geen transparante gegevens over de uitkomsten van zorg op basis waarvan conclusies getrokken kunnen worden over de kwaliteit van de reumazorg in Nederland. Met dit inkooptraject wil Menzis bijdragen aan het verkrijgen van dit inzicht. Resultaten van studies met een beperkt aantal Nederlands zorgaanbieders laat zien dat er verschillen in uitkomsten van zorg tussen zorgaanbieders zijn (b.v. DREAM). Menzis stelt geen normen t.a.v. kwaliteit of kosten. Menzis wil met waardegericht inkopen alle zorgaanbieders stimuleren de waarde van de door hen geboden zorg te vergroten.

Categorie	Vraag	Antwoord
2.3 Uitkomstindicatoren	DQRA kan niet vanuit bronbestanden gevuld worden, met hoge administratieve lasten tot gevolg. Is het een reële eis dat geregistreerd wordt vanaf medio 2018? Kan Menzis bijdragen aan overleg met EPD leveranciers hierover?	Menzis ondersteunt het initiatief om de casemixvariabelen en het biologicalgebruik via een onafhankelijke derde partij (DHD en/of Vektis) te verzamelen. Op die manier is immers geen extra registratie nodig. De DAS28 (en andere uitkomstindicatoren) moeten voorlopig als een apart (anoniem) bestand worden aangeleverd. Menzis onderschrijft het belang van het automatisch doorvoeren van bijvoorbeeld DAS28 vanuit het ziekenhuis EPD naar een landelijke database zoals DHD.
2.3 Uitkomstindicatoren	Jaarlijks meten van de DAS28 bij minimaal 70% van de patiënten. Dit doen wij niet bij de stabiele patiëntengroep (daar de rapid3), daar vinden we dat het geen waarde toevoegt.	De NVR heeft al benadrukt dat er verschillen zijn tussen zorgaanbieders en dat de DAS28 beperkingen heeft. Omdat de DAS28 al veel wordt gebruikt en omdat de SKR streeft naar landelijke uniformiteit, is echter toch gekozen voor de DAS28. Vergelijking tussen zorgaanbieders is immers alleen waardevol als zoveel als mogelijk dezelfde maat wordt gehanteerd.
2.3 Uitkomstindicatoren	U stelt in uw inkoopdocument dat in 2019 PREMS aangeleverd moeten worden. Dit zal dan geen resultaten geven in 2019. Ons suggestie is om de PREMS medio 2018 te bepalen en onderdeel te laten zijn van de inschrijving.	De PREM wordt momenteel geëvalueerd. Er wordt onder meer gekeken naar het onderscheidend vermogen en de lengte van de vragenlijst. Dit kan tot een aangepaste PREM leiden. We zullen met de deelnemers bespreken of we op korte termijn de (mogelijk aangepaste) PREM kunnen meenemen. Ook zoekt de SKR naar goede voorbeelden om de PREMS zo af te nemen dat de registratiedruk in de praktijken niet toeneemt.
2.3 Uitkomstindicatoren	DAS28: Menzis wil achteraf kunnen auditen op de uitkomstgegevens; dan is het vaststellen van eenduidige definities noodzakelijk.	Het is inderdaad van belang dat de definities van de uitkomstindicatoren helder zijn. De SKR heeft recent de definitie van de te meten variabelen aangescherpt om uniformiteit te bevorderen.
2.5 Kostendrijvers	Rekening houden met casemix door doorverwijzingen/second opinions. Als dit veel gebeurt, heeft dit een verhogend effect op het percentage DGM gebruikers bij de ontvangende zorgaanbieder en verlagend bij de verzendende zorgaanbieder.	Er wordt een postcode analyse gedaan om inzicht te krijgen in de rol van second opinions/doorverwijzingen naar specifieke centra. Afhankelijk van de uitkomsten van de analyse wordt besloten of en hoe dit meegenomen kan worden in de casemix correctie.
2.5 Kostendrijvers	Welke DBC-zorgproducten en dure geneesmiddelen vallen concreet onder de waardegerichte inkoop?	Het gaat om de DBC-zorgproducten voor de behandeling van RA bij de geïnccludeerde patiënten (hiervan wordt een lijst opgenomen in een volgende versie van het inkoopdocument). De DGM betreffen de TNF-alpha-remmers.
2.5 Kostendrijvers	Wordt naar de kosten van de reumazorg in het ziekenhuis gekeken of naar de hele keten rond de patiënt met RA?	In dit inkooptraject wordt gestart met de uitkomsten en kosten van zorg binnen het ziekenhuis. Op termijn wil Menzis de inkoopafpraak graag uitbreiden naar meer onderdelen van de zorgketen (bv. revalidatie en fysiotherapie).
2.5 Kostendrijvers	Wij leveren geen data aan DHD en Vektis aan. Hoe kunnen we hier mee omgaan?	Dit geldt voor enkele potentiële deelnemers aan dit inkooptraject. Wij willen graag samen met deze zorgaanbieders, DHD en NVR onderzoeken hoe data op een alternatieve wijze bij DHD aangeleverd kan worden. DHD heeft laten weten ook een "losse" aanlevering van een dataset volgens de gebruikelijke definities te kunnen verwerken. Aanlevering van data bij Vektis verloopt via de zorgverzekeraar en niet via de zorgaanbieder.

Categorie	Vraag	Antwoord
2.5 Kostendrijvers	Komt bij de vergelijking tussen de Vektis monitor en DHD informatie ook de factor van casemix/zorgzwaarte terug? En wordt die dan meegenomen in vaststellen van de verbetering? Zodat ziekenhuizen die meer ingewikkelde RA patiënten behandelen daarvoor gecorrigeerd worden?	Het is de bedoeling bij de analyses te corrigeren voor enkele relevante casemix factoren. Dit zijn leeftijd en geslacht en, indien deze informatie beschikbaar kan komen, de ICD10 diagnose en liefst ook ziekte duur. Daarnaast wordt een postcode analyse gedaan.
2.5 Kostendrijvers	U geeft aan dat de VEKTIS monitor vergeleken gaat worden met DHD informatie. U geeft geen helderheid wie die analyse gaat doen. Onze suggestie zou zijn dat u beschrijft dat dit gedaan zal worden met het veld, danwel via de zorgaanbieders danwel via de NVR.	Menzis stemt de vergelijking van de VEKTIS monitor met de DHD informatie af met de NVR en deelnemers. Dit zullen we doen door uitkomsten van de analyses te delen tijdens de spiegelbijeenkomsten.
2.6 Spiegelbijeenkomst en verbetercyclus	Er komt een nulmeting, waarop vervolgens een verbeterplan moet volgen, dat wekt de suggestie dat de huidige werkwijze niet goed is.	Menzis is zeker niet van mening dat de huidige zorg voor RA patiënten in Nederland niet goed is. Echter, er zijn opvallende verschillen tussen zorgaanbieders, zoals ook gesuggereerd door gegevens over uitkomsten van zorg (DREAM). Van de verschillen verwachten we te leren en daarmee verbetering te stimuleren waar mogelijk.
2.6 Spiegelbijeenkomst en verbetercyclus	Wordt de zorg bij verbetering per definitie goedkoper?	De zorg wordt bij verbetering niet per definitie goedkoper. Echter, het omgekeerde is ook zeker niet waar. Betere en goedkopere zorg kunnen samen gaan.
2.6 Spiegelbijeenkomst en verbetercyclus	Welke personen zijn aanwezig bij de spiegelbijeenkomsten?	Bij de spiegelbijeenkomsten zijn per aanbieders minimaal 1 reumatoloog en 1 organisatorisch verantwoordelijke aanwezig. Daarnaast zullen we vertegenwoordigers van ReumaNederland en de NVR vragen om aan te sluiten. De sessie zal door een onafhankelijke derde partij worden begeleid. Menzis zal als facilitator en toehoorder aansluiten bij de spiegelbijeenkomsten.
2.6 Spiegelbijeenkomst en verbetercyclus	Welke klinieken worden als benchmark gebruikt? UMC's, grote en klein perifere ziekenhuizen kunnen op meerdere fronten niet optimaal met elkaar vergeleken worden	De casemix tussen ziekenhuizen kan verschillen. Om ziekenhuizen goed te kunnen benchmarken wordt een casemix correctie uitgevoerd op een aantal relevante variabelen. Vooralsnog gaan we er van uit dat hiermee de casemix verschillen tussen (type) ziekenhuizen grotendeels geneutraliseerd worden. Indien dit onvoldoende is kunnen we verschillende benchmarks maken, bijvoorbeeld met alle ziekenhuizen en ook met het eigen type ziekenhuis (UMC, STZ, algemeen).
2.6 Spiegelbijeenkomst en verbetercyclus	Het is niet duidelijk wat de inhoud van de verbetercyclus moet/zal zijn en wat de consequenties zijn die hieraan zijn verbonden.	De verbetercyclus moet gericht zijn op het verhogen van de waarde van zorg voor RA patiënten. Wat dit concreet inhoudt, is per deelnemer verschillend. Is er verbeterpotentieel op de DAS28 of, in volgende jaren, op onderdelen van de PROM/PREM, of op zorgactiviteiten of DGM? Elke deelnemer moet minimaal 1 verbeterplan opstellen waarin duidelijk wordt aangegeven wat het doel en verwachte resultaat is. Hier gaat men intern door middel van het opstellen van een verbeterteam mee aan de slag. Deze verbeterplannen zullen tijdens de spiegelbijeenkomsten ook tussen de deelnemers onderling besproken worden. Op deze manier kunnen ideeën worden opgedaan en ervaringen worden gedeeld.
2.6 Spiegelbijeenkomst en verbetercyclus	Spiegelbijeenkomsten: wie is de onafhankelijke partij die deze bijeenkomst begeleidt?	Er is nog geen definitieve keuze gemaakt voor een onafhankelijke partij. In het definitieve inkoopdocument in september 2018 zal de naam van deze partij zijn opgenomen.

Categorie	Vraag	Antwoord
2.6 Spiegelbijeenkomst en verbetercyclus	Het verbeterplan is ons nog niet geheel duidelijk. Aantoonbaar 20% verbetering binnen een half jaar tijd lijkt erg ambitieus	De tijdsperiode waarnaar gekeken wordt of er een verbetering is opgetreden is een jaar. We hanteren een marge rondom de uitkomsten om de kans te verkleinen dat conclusies verbonden worden aan veranderingen die op toeval berusten. De verbetering wordt bepaald op basis van het verbeterpotentieel van een deelnemer (dit is het verschil met de best presterende deelnemer). Wanneer meer dan 20% van het verbeterpotentieel wordt gerealiseerd, is sprake van een verbetering. In een voorbeeld met fictieve getallen: bij het best presterende ziekenhuis is 80% van de patiënten in remissie o.b.v. de DAS28. Bij ziekenhuis X is 75% in remissie en bij ziekenhuis Y is 60% in remissie. Het verbeterpotentieel van ziekenhuis X is 5%, dus bij een score van meer van 76% in het volgende jaar wordt geconcludeerd dat er sprake is van een verbetering (20% van 5%=1%). Bij ziekenhuis Y is het verbeterpotentieel 20%. In dat ziekenhuis moet het percentage in remissie dus met meer van 4% stijgen om te concluderen van er sprake is van verbetering.
2.7 Vergoeding voor RA-zorg	Wij hebben geen nacalculatie afspraak. We gaan er van uit dat we een maatwerkafpraak kunnen maken?	Menzis gaat met elke potentiële deelnemer in gesprek waar geen nacalculatieafpraak op DGM is, om te bespreken hoe een maatwerkafpraak gemaakt kan worden.
2.7 Vergoeding voor RA-zorg	We worden "uitgenodigd" om deel te nemen, wat zijn de (financiële) voordelen? Het lijkt of iedereen er op verdient maar dat lijkt niet waarschijnlijk.	Het is vooraf niet te voorspellen wat het traject financieel precies voor elke deelnemer op gaat leveren. Er is sprake van shared savings als er een besparing van de kosten voor DGM optreedt. Deze wordt tussen de deelnemers en Menzis verdeeld conform de verdeelsleutel die in het inkoopdocument is opgenomen. Als de kosten voor DGM zouden toenemen worden deze conform de vigerende contractafspraken met de zorgaanbieder afgerekend. Een zorgaanbieder kan dus geen financieel nadeel ondervinden door deelname aan het traject.
2.7 Vergoeding voor RA-zorg	Van de beoogde besparing vindt Menzis het "gewenst" dat een substantieel deel naar de reumatologie gaat; Kunnen we hier invloed op hebben c.q. afspraken over maken.	Als de afdeling Reumatologie van een zorgaanbieder zich inspant om tot besparingen op DGM te komen in het kader van dit inkooptraject, dan vindt Menzis het wenselijk dat er een substantieel deel hiervan terug naar de afdeling gaat. Menzis kan dit niet afdwingen, omdat dit onderdeel is van de afspraken tussen (het bestuur van) het ziekenhuis en de afdeling Reumatologie.
2.7 Vergoeding voor RA-zorg	Op welke manier komt de shared savings afspraak ten goede aan de verzekerde? Gaat de premie omlaag of op welke manier ziet de premiebetaler dit voordeel terug?	De stijging of daling van de premie van de zorgverzekering is de resultante van alle kostenstijgingen en -dalingen die optreden. Indien een kostendaling optreedt bij de behandeling van RA zal dit een dempend effect hebben op de hoogte van de premie van de zorgverzekering.
2.7 Vergoeding voor RA-zorg	Door voorkomen van gewrichtsschade kunnen in de keten buiten het ziekenhuis flinke besparingen worden gemaakt (bv. minder orthopedisch ingrepen, fysiotherapie, hulpmiddelen). Het is moeilijk te verteren dat één schakel van de keten hierop wordt afgerekend.	In dit inkooptraject wordt gestart met de uitkomsten en kosten van zorg binnen het ziekenhuis. Op termijn wil Menzis de inkoopafpraak graag uitbreiden naar meer onderdelen van de zorgketen (bv. revalidatie en fysiotherapie). De NVR heeft ook aangegeven dat lange termijn uitkomsten goed zouden passen bij waardegerichte zorg, maar daar zijn nog geen breed geaccepteerde meetmethoden voor.

Categorie	Vraag	Antwoord
2.7 Vergoeding voor RA-zorg	Bij de detailuitwerking shared savings beschrijft u dat patiënten geheel 2018 en 2019 behandeld moeten zijn. Dat betekent dat nieuwe patiënten niet geïnccludeerd kunnen worden in het cohort, en alleen de chronische patiënten die reeds op 1 januari 2018 in behandeling waren in aanmerking komen. De vraag is of het mogelijk is om dit cohort goed en zuiver te onderscheiden vanuit de DOT gegevens/DHD danwel VEKTIS. Daarnaast wordt daarmee het verbeterpotentieel voor de RvE reumatologie danwel de zorgaanbieder opnieuw verkleind.	De shared savings is gebaseerd op het verschil tussen de gemiddelde kosten van de patiënten in 2018 t.o.v. 2019. Om deze vergelijking eerlijk te doen moeten de kosten van dezelfde patiëntengroep in de twee jaren vergeleken worden. Daarvoor moeten alle patiënten het gehele jaar onder behandeling zijn. Indien ook patiënten meedoen die bijvoorbeeld in de loop van 2018 voor het eerst in behandeling zijn gekomen, leidt dit tot een onderschatting van de gemiddelde kosten per patiënt in 2018.
2.7 Vergoeding voor RA-zorg	Het shared savings model moet ergens overgaan in een bundelpayment. U geeft eerder aan dat de zorgactiviteiten aangaande fysiotherapie en extramurale geneesmiddelen verwaarloosbaar zijn in het zorgproduct RA. Hoe ziet u dan de samenstelling van het bundel payment product?	De gedachten gaan uit naar een bundel met in ieder geval DGM en DBC zorgproducten voor de behandeling van RA. Als er sprake is van substitutie mogelijkheden met andere zorg, dan is het mogelijk zinvol om deze zorg ook onderdeel te maken van de bundel (bv. fysiotherapie en/of extramurale farmacie).
2.7 Vergoeding voor RA-zorg	Wat wordt bedoeld met het netto besparingsbedrag?	Het netto besparingspotentieel is de som van de besparingen en kostenstijgingen van alle deelnemende zorgaanbieders gezamenlijk. Met andere woorden: de besparing die de deelnemers gezamenlijk gerealiseerd hebben.
3. Fasering en planning	het is een kort tijdpad om voor 30 augustus om in te schrijven. Om mee te kunnen doen moet al halverwege 2018 met de DQRA worden meegedaan. Dit lijkt ons allemaal redelijk kort dag	De planning is aangepast, waarbij op 5 september 2018 een bijeenkomst plaats vindt voor geïnteresseerde zorgaanbieders. Na deze bijeenkomst wordt het definitieve inkoopdocument opgesteld en worden zorgaanbieders gevraagd in te schrijven voor het traject. De SKR werkt aan de verzameling van casemix en biologicalgebruik via DHD. Deelnemers hoeven in eerste instantie alleen de DAS28 gegevens over 2017 en 2018 aan SKR aan te leveren. Menzis sluit daarop aan.