

Uitvoeringstoets

Van Budget naar Prestatie

*Prestatiebekostiging binnen de medisch
specialistische zorg*

Inhoud

Van Budget naar Prestatie	1
Vooraf	7
Managementsamenvatting	9
1. Inleiding	17
1.1 Aanleiding voor de uitvoeringstoets	17
1.2 Doelstelling van de uitvoeringstoets	18
1.3 Reikwijdte uitvoeringstoets	18
1.4 Werkwijze, proces en consultatie	19
1.5 Leeswijzer	20
2. Waarom prestatiebekostiging?	21
2.1 Hoofdpijnen stelselwijzigingen en rolverdeling	21
2.1.1 De eerste stappen naar vraagsturing	21
2.1.2 Verantwoordelijkheidsverdeling	23
2.2 Waarom verdere invoering prestatiebekostiging?	25
2.2.1 Negatieve effecten van huidige duale bekostiging	25
2.2.2 Nieuwe route voor uitbreiding prestatiebekostiging	26
2.3 Specifieke elementen van prestatiebekostiging	28
2.4 Samenvatting	29
3. Eindmodel prestatiebekostiging	31
3.1 Inleiding	31
3.2 Eindmodel op hoofdpijnen	31
3.2.1 De verschillende segmenten op hoofdpijnen	31
3.2.2 Integrale tarieven	32
3.2.3 De vergoeding van kapitaallasten 2011 en verder	33
3.2.4 Bekostiging medisch specialisten 2011 en verder	34
3.3 Het vrije segment	36
3.4 Het gereguleerde segment	36
3.4.1 Welke zorg valt onder het gereguleerde segment?	36
3.4.2 Welke zorgaanbieders kunnen de zorgprestaties in rekening brengen?	37
3.4.3 Op welke wijze wordt de zorg vergoed?	37
3.4.4 Kosten zorgaanbieder	39
3.4.5 Medisch specialisten	40
3.4.6 Kapitaallasten	40
3.5 Het vaste segment	44
3.5.1 Uitgangspunten en criteria	44
3.5.2 Welke zorg valt onder het vaste segment?	45
3.5.3 Welke zorgaanbieders komen hiervoor in aanmerking?	48
3.5.4 Hoeveel wordt vergoed?	49
3.5.5 Haalbaarheid per 1 januari 2011	50
3.5.6 Wijze waarop de vergoeding wordt gegeven	51
3.6 Wettelijke grondslag	52
3.6.1 Algemene aandachtspunten voor prestatiebekostiging	52
3.6.2 Zorgvuldige invoering en overgangsmaatregelen	53
3.6.3 Transparantie, administratie- en informatieverplichtingen	53
3.6.4 Benodigde wetswijzigingen voor eindmodel	53
3.7 Uitkomsten consultatieperiode	53
3.8 Samenvatting en vervolgacties	54
4. Verantwoord veranderen	57
4.1 Inleiding	57

4.2	Inkooprol zorgverzekeraars versterken	57
4.3	Randvoorwaarden eindmodel nog niet ingevuld	59
4.3.1	Stabiele productstructuur	59
4.3.2	Kwaliteit tarieven	60
4.3.3	Passend steunbeleid	61
4.3.4	Benodigde wetsaanpassingen	62
4.4	Effecten zijn onvoorspelbaar	63
4.5	Solide eindmodel kost tijd	63
4.6	Transitiemodel noodzakelijk	64
4.6.1	Risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars	64
4.6.2	Risico's voor de consument en de overheid	64
4.6.3	'Big bang' is geen optie	64
4.6.4	De invoering DOT en prestatiebekostiging scheiden?	65
4.6.5	Transitiemodel onvermijdelijk	66
4.7	Samenvatting, vervolgacties en aanbevelingen	66
5.	Het transitie­model	69
5.1	Inleiding	69
5.2	Reikwijdte transitie­model	69
5.2.1	Zelfstandige behandelcentra	69
5.2.2	Vrijgevestigde medisch specialisten	70
5.2.3	Risico's voor zorgverzekeraars	71
5.2.4	Bekostigingssegmenten onder het transitie­model	71
5.3	De verschillende transitie­modellen	71
5.3.1	Model 1: Transitie­bedrag	72
5.3.2	Model 2: Bandbreedte	73
5.3.3	Model 3: Ingroeimodel	74
5.4	Afweging van de modellen	76
5.4.1	Keuzecriteria	76
5.4.2	De afweging tussen de verschillende modellen	77
5.4.3	Voorkeur NZa: het Ingroeimodel	78
5.4.4	Afgebakende versus integrale benadering	79
5.4.5	Advies NZa: integraal Ingroeimodel	82
5.5	Integraal ingroeimodel: een nadere uitwerking	84
5.5.1	Duur van de transitie­periode	84
5.5.2	Hoogte van het garantie­percentage	84
5.5.3	Correcties voor volumeontwikkelingen en productmixverschuivingen	85
5.5.4	Verrekening van opbrengstverschillen	86
5.5.5	Taakstellingen in het transitie­model	87
5.5.6	Kapitaallasten in het transitie­model	87
5.5.7	Overgangsregeling kapitaallasten	87
5.5.8	Beschikbaarheid van data voor het transitie­model	88
5.5.9	Juridische aandachtspunten	89
5.6	Het afgebakende Ingroeimodel	90
5.7	Uitkomsten consultatie­periode	91
5.8	Samenvatting en aanbevelingen	92
6.	Specifieke zorgaanbieders	95
6.1	Inleiding	95
6.2	Universitaire Medische Centra	95
6.2.1	Invoering en transitie	95
6.2.2	Publieke functies	95
6.3	Categoriale zorgaanbieders	97
6.3.1	Stand van zaken	97
6.3.2	Invoering en transitie	97
6.4	Aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden	98
6.5	Samenvatting, vervolgacties en aanbevelingen	98

7. Zorgzwaarte, innovatie en kwaliteit	101
7.1 Zorgzwaarte	101
7.2 Innovatie	102
7.3 Kwaliteit	103
8. Verwachte financiële effecten	105
8.1 Inleiding	105
8.2 De baten van prestatiebekostiging	105
8.3 Kosten van huisvesting	107
8.4 Financiële risico's voor individuele zorgaanbieders	108
8.5 Administratieve lasten	110
8.6 Samenvatting	111
9. Vervolgstappen en tijdsplan	113
9.1 Randvoorwaarden invoering per 2011	113
9.2 Tijdsplan op hoofdlijnen	113
9.3 Vervolgactiviteiten NZa	115
9.4 Beleidsagenda en aanbevelingen VWS	116
9.5 Resumerend: activiteitenplanning	116
Bijlage 1. Expertgroep medisch specialistische zorg	119
Bijlage 2. Overzicht aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden	120

Vooraf

Voor u ligt de uitvoeringstoets 'Van Budget naar Prestatie' van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) over de invoering van prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg. De invoering van prestatiebekostiging kent inmiddels een lange historie en gaat terug naar het advies van de Commissie Biesheuvel uit 1994.¹ In 2003 hebben brancheorganisaties een Gezamenlijk Plan van Aanpak invoering DBC's ondertekend met als doel een snelle invoering van prestatiebekostiging. Deze uitvoeringstoets voldoet op nagenoeg alle punten aan de uitgangspunten en randvoorwaarden van dit gezamenlijke plan.

De afgelopen jaren heeft de NZa meerdere adviezen over de invoering van prestatiebekostiging uitgebracht. Daarin komt steeds naar voren dat sprake is van een spanningsveld tussen het zetten van onomkeerbare stappen richting afschaffen van het budgetsysteem enerzijds en invoeren van volledige prestatiebekostiging anderzijds, en de noodzaak tot behoedzaamheid om de risico's voor individuele marktpartijen en de overheid zoveel mogelijk te beperken.

Tegen de achtergrond dat alle partijen een gedeeld beeld hebben over het eindperspectief van prestatiebekostiging, vindt de NZa het belangrijk om zo snel mogelijk de onomkeerbare stap naar prestatiebekostiging te zetten. Wel moet gedurende de transitieperiode voldoende aandacht zijn voor de risico's voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de overheid en uiteindelijk de consument.

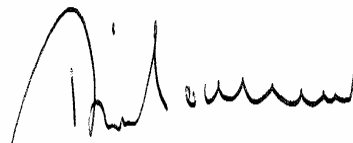
Voor dit rapport is intensief gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie, afkomstig uit gesprekken met individuele zorgaanbieders, zorgverzekeraars, brancheorganisaties en consumentenorganisaties. Wij bedanken iedereen die heeft meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

Voor de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,



mw. drs. C.C. van Beek MCM
Portefeuillehouder Zorgmarkten
Cure/voorzitter a.i.



mw. drs. E.J. Mulhock-Houwer
lid Raad van Bestuur a.i.

¹ Commissie modernisering curatieve zorg (Commissie-Biesheuvel), Gedeelde zorg: betere zorg, januari 1994

Managementsamenvatting

In de voorliggende uitvoeringstoets adviseert de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: minister van VWS) over de definitieve afschaffing van het budgetsysteem en over de wijze van invoering van volledige prestatiebekostiging voor de medisch specialistische zorg per 2011. Centraal staat een zorgvuldige overstap, waarmee de grote risico's die met de overgang van het budgetsysteem naar volledige prestatiebekostiging gepaard gaan, worden afgevangen.

Betrokkenheid van partijen gedurende het traject

De NZa vindt het belangrijk om inhoudelijke vraagstukken, oplossingsrichtingen en voorkeuren vroegtijdig te bespreken met en te toetsen bij veldpartijen en andere belanghebbenden. Verschillende partijen en experts waren daarom gedurende het gehele traject intensief betrokken bij de totstandkoming van dit advies. In de maand september is bovendien een schriftelijke eindconsultatie gehouden en is er aanvullend hierop een brede consultatiebijeenkomst georganiseerd. De opvattingen en reacties van partijen zijn meegewogen bij de totstandkoming van dit advies. De inhoud van het advies blijft vanzelfsprekend de verantwoordelijkheid van de NZa.

Prestatiebekostiging als instrument om de consument optimaal te bedienen

Het belangrijkste uitgangspunt bij de recente stelselwijzigingen in de medisch specialistische zorg is 'de consument centraal'. Hierbij vervullen zorgverzekeraars een regierol om de zorgvraag van de consument optimaal te vertegenwoordigen. Prestatiegerichte bekostiging bij zorgaanbieders geeft zorgverzekeraars een instrument om zorg in te kopen bij zorgaanbieders die zich op hun beurt kunnen onderscheiden op basis van kwaliteit en prijs van hun zorgprestaties. Uiteindelijk moet dit leiden tot een situatie waarin consumenten tegen een betere prijskwaliteit verhouding zorg ontvangen. Met het invoeren van prestatiebekostiging bij zorgaanbieders wordt dan ook beoogd de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de medisch specialistische zorg te waarborgen en te vergroten voor de consument.

Een nieuwe route naar prestatiebekostiging

Om vraagsturing te versterken zijn reeds diverse wijzigingen doorgevoerd in de wet- en regelgeving, bekostiging en financiering van de medisch specialistische zorg. Deze stappen hebben tot nu toe geleid tot positieve ontwikkelingen in de sector. Deze stapsgewijze aanpak resulteert echter ook in een aantal negatieve effecten doordat sprake is van een duale situatie in de bekostiging binnen de medisch specialistische zorg. Deze dualiteit komt enerzijds voort uit een verschil in bekostiging tussen verschillende typen zorgaanbieders, anderzijds uit het feit dat twee bekostigingssystemen naast elkaar lopen (DBC-systematiek en budgetsysteem). Daardoor worden de potentiële baten voor de consument niet ten volle gerealiseerd. Om de bekostiging optimaal aan te laten sluiten bij de inkoopsturing door zorgverzekeraars, vindt de NZa het van belang de al gezette stappen op weg naar prestatiebekostiging zo spoedig mogelijk een samenhangend vervolg te geven en af te ronden.

Dat vergt een integrale visie op de gewenste inrichting en werking van het zorgstelsel waardoor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de medisch specialistische zorg verder kan verbeteren. Het is van

belang de verschillende transitie die hiervoor nodig zijn, en deels al in gang zijn gezet, goed in hun onderlinge samenhang te bezien. Deze uitvoeringstoets schetst wat er op korte termijn en wat op de langere termijn nodig is om vraagsturing te laten werken en welke nieuwe stappen daartoe moeten worden gezet.

De huidige DBC-productstructuur is allereerst onvoldoende toegerust voor een grootschalige toepassing van prestatiebekostiging. De nieuwe productstructuur DBC's Op Weg naar Transparantie (hierna: DOT) beoogt de onderhandelingen te vergemakkelijken en de voorspelbaarheid van de registratie en de declaratie van de zorgproducten te verhogen, waardoor zorgverzekeraars een goede vergelijking kunnen maken tussen zorgaanbieders. De NZa ziet de nieuwe productstructuur DOT dan ook als noodzakelijke randvoorwaarde voor de invoering van prestatiebekostiging en adviseert derhalve gelijktijdige invoering.

Uitbreiding van het B-segment in combinatie met het schonen van het budget is niet langer uitvoerbaar. De belangrijkste redenen hiervoor zijn: de huidige beperkte representativiteit van de budgetten, het ontbreken van een goede schoningsmethodiek en de buitenproportionele uitvoeringslasten waardoor de onderhandelingen over het B-segment grote vertraging oplopen. Tegen deze achtergrond is het onuitvoerbaar en onverantwoord om voor de vierde keer te schonen. De noodzaak van een nieuwe en begaanbare route wordt door partijen onderkend.

Eindmodel prestatiebekostiging: drie segmentenbenadering

In lijn met eerdere adviezen worden voor de invoering van prestatiebekostiging in de medisch specialistische zorg drie segmenten onderscheiden: een vrij segment, een gereguleerd segment en een vast segment. In de consultatieperiode gaven partijen aan dat zij deze indeling en de voorgestelde samenstelling van de segmenten op hoofdlijnen vanuit de praktijk herkennen en ondersteunen. De drie verschillende segmenten worden hieronder kort toegelicht.

Het vrije segment, vergelijkbaar met het huidige B-segment, kent vrije volumes en ook vrije prijzen. Deze uitvoeringstoets gaat niet in op het beleidsmatige en economische vraagstuk van een uitbreiding van het vrije B-segment. De NZa brengt tegelijkertijd met deze uitvoeringstoets een separaat advies uit over de wenselijkheid van een uitbreiding van het vrije segment per 2011. Een ontwerpbeis van de minister van VWS bij zijn aanvraag van deze uitvoeringstoets is dat een uitbreiding van het B-segment technisch mogelijk moet zijn bij de overstap van budgettering naar prestatiebekostiging.

In *het gereguleerde segment* zal sprake zijn van integrale maximumtarieven. Maximumtarieven bieden zorgverzekeraars en zorgaanbieders lokaal de ruimte voor maatwerk. In het gereguleerde segment zal structureel zorg vallende onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen, intensive care en de dure geneesmiddelen worden opgenomen. Op de korte termijn kan ook zorg die nog niet geschikt is voor de vrije markt in het gereguleerde segment worden opgenomen. Voor de vaststelling van kostengeoriënteerde maximumtarieven moet het huidige kostprijsmodel aangepast worden aan de wijzigingen die het gevolg zijn van de invoering van prestatiebekostiging. Los hiervan zal de NZa bezien of het mogelijk en wenselijk is om de prikkels voor de totstandkoming van kwalitatief goede gereguleerde tarieven meer bij veldpartijen zelf neer te leggen. Met het oog op de verschillen in kapitaalintensiteit en daardoor het risico op patiëntselectie, geldt een gedifferentieerde kapitaallastenvergoeding in het gereguleerde segment die volgens de zogenaamde kostprijsmethode wordt vastgesteld. Voor

het meenemen van de honorariumvergoeding voor de medisch specialisten bij het opstellen van de gereguleerde integrale tarieven wordt in ieder geval voor de korte termijn de huidige systematiek van normtijden en uurtarief gecontinueerd.

Voor de periode vanaf 2011 wordt voor het vrije en het gereguleerde segment de deelregulering van de vrijevestigde medisch specialisten door middel van een geormerkte honorariumcomponent vooralsnog gehandhaafd. Dit vanwege de relatief sterkere machtspositie van medisch specialisten in het ziekenhuis en de daaruit voortvloeiende risico's voor de publieke belangen. Vanuit economisch oogpunt is het wenselijk de deelregulering op termijn te beëindigen. De NZa vindt dan ook dat dit zo snel als mogelijk moet gebeuren. Eind 2009 zal de NZa over deze en andere zogenaamde marktperfectionen een separaat advies uitbrengen.

Het vaste segment bevat zorgfuncties waarvan rechtstreekse koppeling aan zorgproducten niet mogelijk of wenselijk is. Dit gaat om zorgfuncties die voor patiënten altijd beschikbaar moeten zijn en dus een algemeen belang hebben. Het vaste segment bestaat uit zorgfuncties die volledig via het vaste segment worden vergoed (academische component, traumahelikopter, coördinatie traumacentra, calamiteitenhospitaal en donoruitnameteams) en functies waarvoor ook een vergoeding uit declarabele zorgprestaties van toepassing is (spoedeisende hulp inclusief verloskundige hulp, traumazorg, brandwondenzorg). Het is van groot belang dat voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars *vooraf* duidelijk is of en onder welke voorwaarden zij aanspraak kunnen maken op een vaste vergoeding. De aanwijzing van zorgaanbieders die aanspraak maken op een vaste vergoeding voor geleverde (publieke) diensten moet door de minister van VWS wettelijk worden verankerd, voordat het eindmodel van prestatiebepaling ingevoerd kan worden.

Systeemrisico's nopen tot een zorgvuldige transitie

De onomkeerbare overstap van het afschaffen van de budgetsystematiek en de invoering van prestatiebepaling geeft partijen meer vrijheden en biedt daarmee een aantrekkelijk perspectief. Dat perspectief moet ook volgens de NZa zo spoedig mogelijk bereikt worden. Echter voor een overgang per 2011 ziet de NZa echter een aantal forse belemmeringen:

- Financiële effecten onvoorspelbaar.

Door de gelijktijdige afschaffing van het budget, de invoering van de nieuwe productstructuur DOT en de herverdeling van vaste vergoedingen zijn de financiële effecten op de omzetten van individuele zorgaanbieders en op de schadelast van individuele zorgverzekeraars moeilijk voorspelbaar en mogelijk groot;

- Inkooprol zorgverzekeraars moet sterker.

Wanneer zorgverzekeraars niet scherp genoeg inkopen, zullen de verwachte baten van prestatiebepaling niet optreden.

Zorgverzekeraars moeten voldoende prikkels hebben om hun rol als kritische zorginkoper in te vullen. Verdere afbouw van de ex post verevening in combinatie met verbetering van de ex ante verevening is belangrijk om zorgverzekeraars te prikkelen. Door de invoering van prestatiebepaling en gelijktijdig de nieuwe zorgproductstructuur DOT wordt de schadelast van zorgverzekeraars ex ante tijdelijk slecht voorspelbaar. De mogelijkheden om de ex post risicoverevening af te bouwen worden hierdoor beperkt. Hierdoor zullen de verwachte baten van de prestatiebepaling zich niet direct manifesteren en treden er ook risico's op ten aanzien van risicobeheersing bij zorgverzekeraars en de volumebeheersing door zorgverzekeraars;

- Randvoorwaarden eindmodel nog niet ingevuld.

Het invullen van alle randvoorwaarden voor het eindmodel, zoals een stabiel tarief- en productsysteem, representatieve tarieven, een herzien steunbeleid en de benodigde wetsaanpassingen, kost tijd;
– Vormgeven van het eindmodel prestatiebekostiging kost tijd.
De hoogte van de vaste vergoedingen moet nog worden vastgesteld, de kapitaallastenvergoeding in de tarieven moet worden bepaald en het kostprijsmodel ter vaststelling van de kostprijzen van de zorgproducten moet worden aangepast.

Zonder nadere maatregelen leiden deze belemmeringen bij de invoering van prestatiebekostiging tot systeemrisico's voor individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars (beheersbaarheid van de bedrijfsvoering), de overheid (beheersbaarheid van de macro-uitgaven) en de consumenten (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg). Deze belemmeringen en systeemrisico's worden ook door partijen op hoofdlijnen onderkend. De over- en onderdekking van de budgetten van de afgelopen jaren bij ziekenhuizen en de recente overschrijding bij de medisch specialisten dienen als illustratie voor de financiële effecten die kunnen optreden. Als deze systeemrisico's onvoldoende worden afgevangen, kan dit leiden tot ad hoc ingrijpen vanuit de overheid waardoor het bereiken van een bestendig model van prestatiebekostiging in de knel kan komen. Wat in eerste instantie een grote stap vooruit lijkt te zijn, zal dan uiteindelijk een achteruitgang voor de sector en voor de consument kunnen impliceren.

Transitiemodel is noodzakelijk

Gelet op bovenstaande risico's is directe invoering van prestatiebekostiging zonder een flankerend overgangsmodel onmogelijk. Partijen hebben tijdens de consultatie aangegeven deze conclusie te onderschrijven. Het eerst invoeren van prestatiebekostiging en daarna pas DOT biedt geen soelaas. De nieuwe productstructuur van DOT is een noodzakelijke voorwaarde voor goede registratie, voor onderhandelingen en voor een correct declaratieverkeer. Daar komt bij dat volgtijdelijke invoering leidt tot een veel langere transitieperiode.

De gewenste aanpak is die van een gelijktijdige invoering van prestatiebekostiging en nieuwe productstructuur DOT onder de paraplu van een transitieproces. Op deze wijze worden transitierisico's integraal afgedekt en wordt de duur van de transitieperiode maximaal beperkt.

Transitiemodel: keuze voor het Ingroeimodel ('model Z')

De zorgvuldige overstap van budgettering naar prestatiebekostiging staat bij het transitieproces centraal. Het transitieproces is in beginsel van toepassing op de gebudgetteerde zorgaanbieders van medisch specialistische zorg. De zelfstandige behandelcentra en de vrijgevestigde medisch specialisten komen niet onder het transitieproces. Voor hen geldt nu geen budget en het alsnog bieden van een vangnet biedt niet alleen uitvoeringstechnische problemen, maar is daarnaast ook een stap terug ten opzichte van de gewenste ontwikkelingsrichting. Dit is overigens ook in lijn met de uitgangspunten van de minister van VWS.

Er zijn diverse transitieprocessen te zien: het Transitiebedragmodel, het Bandbreedtemodel en het Ingroeimodel. De NZa vindt dat het Ingroeimodel – ook wel als Z-waarde model aangeduid – het best voldoet aan de ontwerpvoorwaarden en aan alle randvoorwaarden.

Bij de afweging tussen de modellen speelt niet alleen de uitvoerbaarheid, de voorzienbaarheid en de mate waarin aan de beschreven belemmeringen tegemoet wordt gekomen een rol, maar ook de afweging tussen enerzijds 'het zetten van stappen richting eindmodel' met de

vrijheidsgraden van dien en anderzijds het belang om transitierisico's te dempen.

Het Ingroeimodel gaat uit van een vooraf vastgestelde rekenregel die uitgaat van een weging van de historische inkomsten en de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging:

Transitieomzet = $z \cdot (\text{historische omzet}) + (1-z) \cdot (\text{gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging})$

Het garantiepercentage (z-percentage) bepaalt de mate waarin de historische omzet wordt afgebouwd (of de mate waarin op basis van prestatiebekostiging wordt afgerekend). Hoe meer omzet een zorgaanbieder realiseert onder prestatiebekostiging, des te meer omzet de zorgaanbieder mag houden. Met andere woorden: de zorgaanbieder wordt deels 'afgerekend' op zijn prestaties onder prestatiebekostiging. Dit brengt dezelfde prikkels met zich mee, zoals beoogd in het eindmodel met volledige prestatiebekostiging, zij het in iets mindere mate. Over het algemeen delen partijen de afweging tussen de verschillende transitie modellen en de voorkeur van de NZa voor het Ingroeimodel.

Duur transitieperiode zo kort mogelijk; opting out

De transitieperiode moet zo kort mogelijk zijn, waarna volledige prestatiebekostiging bereikt is. Aan de andere kant moet de duur van de transitieperiode lang genoeg zijn om de bovenstaande belemmeringen voldoende op te lossen. De NZa denkt aan een transitieperiode van drie jaar. Daarbij wordt de waarde van het garantiepercentage (z) in stappen afgebouwd. De vrijheidsgraden worden snel groter en de risicodemping navenant kleiner. De concretisering van de afbouw zal in het implementatietraject plaatsvinden.

Het risico bestaat dat, los van de keuze voor het Ingroeimodel, het transitie model gedurende een langere periode zal worden gebruikt dan thans is voorzien. Tijdens de consultatie hebben partijen aangegeven bevreesd te zijn dat het transitie model een structureel karakter krijgt. In navolging hiervan benadrukt de NZa dat het Ingroeimodel tijdelijk is. Om dit te borgen dienen duidelijke en objectieve criteria opgesteld te worden voor de duur van de periode en de afbouw van het garantiepercentage. Als eenmaal de afbouw van het garantiepercentage is bepaald dan zouden partijen ook de zekerheid moeten krijgen dat aan die afbouw wordt vastgehouden. Hierbij kan worden gedacht aan een door de minister van VWS te sluiten convenant met de partijen. Op basis van deze objectieve criteria moet worden geëvalueerd of beëindiging van het transitie model mogelijk en wenselijk is. Indien ervoor gekozen wordt om de transitieperiode te verlengen, omdat niet voldoende voldaan is aan de criteria, is het een mogelijkheid om individuele zorgaanbieders de optie te bieden om het transitie model toch te verlaten. Partijen kiezen in dat geval zelf voor meer risico's en vrijheden van prestatiebekostiging. De vorm van deze opting out is nader te onderzoeken.

Ingroeimodel: keuze voor een integrale benadering

Een specifiek onderdeel is op welk bekostigingssegment het Ingroeimodel toegepast dient te worden: alleen het A-segment (afgebakende benadering) of het A- en B-segment (integrale benadering). Het verschil tussen beide benaderingen zit in de mate waarin zowel specifieke systeemrisico's worden ondervangen als de mate waarin zowel een uitbreiding van het B-segment alsmede inhoudelijke wijzigingen van het B-segment meegenomen kunnen worden.

De eerder genoemde belemmeringen en daaruit vloeiende systeemrisico's zijn ernstig. Hierbij weegt mee dat sprake is van een

cumulatie van risico's. Ten tweede zijn er in het B-segment vergelijkbare risico's als in het A-segment. Om deze te ondervangen moet het Ingroeimodel toepassing krijgen op de totale omzet van een zorgaanbieder: het integrale Ingroeimodel.

Door beide bekostigingssegmenten te incorporeren in het transitieproces worden ook autonome verschuivingen door de invoering van DOT tussen het A- en het B-segment opgevangen en biedt het de mogelijkheid om het vrije segment uit te breiden gedurende de transitieperiode. Bovendien wordt hiermee de verdelingsproblematiek tussen de twee segmenten beperkt en wordt mogelijke marktverstoring door kruissubsidie voorkomen. Bij deze geïntegreerde benadering wordt volstaan met één consistente set van regels die gedurende de transitieperiode gelden voor de zorg in het gereguleerde, vaste en vrije segment. Hierdoor blijven de administratieve lasten en transactiekosten van het Ingroeimodel beperkt. De universitaire medische centra, categorale zorgaanbieders en zorgverzekeraars konden zich vinden in het integrale Ingroeimodel, zo bleek uit de consultatie.

Een nadeel van het integrale Ingroeimodel is dat de huidige vrijheidsgraden in het B-segment enigszins worden beperkt. Omzetsstijgingen in het B-segment die worden veroorzaakt door volume- en/of prijsstijgingen worden slechts voor een deel vergoed. In de consultatie is dit nadeel naar voren gebracht door de algemene ziekenhuizen. Hierdoor wordt de prikkel om meer zorg te leveren mogelijk verminderd, afhankelijk van de hoogte van het garantiepercentage. De mate van inperking van de huidige vrijheidsgraden in het B-segment is beperkt. De afspraken die zorgaanbieders de afgelopen jaren met zorgverzekeraars over het B-segment hebben gemaakt, lopen namelijk wel volledig mee in het integrale Ingroeimodel. Immers, de historische omzet van het B-segment wordt meegenomen. Bovendien blijft de relatieve prikkel (voor het behalen van meer marktaandeel) wel volledig intact.

Alternatief: afgebakende Ingroeimodel

De bedenkingen van vrijheidsbeperking in het huidige B segment, zoals volgt uit toepassing van het integrale Ingroeimodel zouden kunnen worden ondervangen door het afgebakende Ingroeimodel. Hierbij is het vrije B-segment geen onderdeel van het Ingroeimodel en blijven de vrijheidsgraden binnen het B-segment volledig behouden. Bij het afgebakende Ingroeimodel is echter een uitbreiding van het B-segment gedurende de gehele transitieperiode (3 jaar) niet uitvoerbaar, omdat zoals eerder aangegeven het verder schonen van het A-segment niet mogelijk is. Het loslaten van deze ontwerp is dan ook een nadrukkelijke randvoorwaarde bij het afgebakende Ingroeimodel.

Het afgebakende Ingroeimodel brengt grotere risico's met zich mee dan het integrale Ingroeimodel. Het corrigeren van inhoudelijke wijzigingen in (de samenstelling van) het B-segment door de invoering van DOT kan bij dit alternatief niet plaatsvinden. Hierdoor zullen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer risico's lopen. Dat kan leiden tot hogere prijzen in het B-segment met als gevolg dat het prijsbeheersingsinstrument wordt ingezet. Een ander nadeel van het afgebakende Ingroeimodel is het blijven vasthouden aan de verschillende segmenten. Hierdoor wordt de uitvoering substantieel gecompliceerd voor zowel de overheid als partijen, bij onder andere de afrekening van de opbrengstverschillen en de integratie van de overgangsregeling kapitaallasten. De NZa kan op voorhand niet inschatten hoe groot de uitvoeringsconsequenties exact zullen zijn, maar deze kunnen in ieder geval niet worden verwaarloosd.

Acceptatie van grotere risico's bij het afgebakende Ingroeimodel?

Alleen onder de acceptatie van risico's door partijen is het afgebakende Ingroeimodel te overwegen. Het gaat er dus om of belanghebbende partijen gezamenlijk en individueel bereid zijn de gevolgen van enerzijds inperking van beleidsflexibiliteit en anderzijds systeemrisico's te accepteren in ruil voor het volledige behoud van de verworvenheden van het bestaande B-segment. Ook al zouden partijen op dit moment die keuze maken, en zou de minister van VWS die volgen, dan nog is de kans reëel dat, als deze risico's in de praktijk tegenvallen, partijen alsnog individueel of collectief nadere vangnetten vragen. Het resultaat kan zijn een lappendeken aan verschillende regelingen die niet goed hanteerbaar is en ook in termen van reguleringszekerheid onwenselijk is. In dat geval worden de risico's te eenzijdig in het publieke domein neergelegd met de mogelijke neerslag in de macrokosten en uiteindelijk in de nominale premie van de consument. Het achteraf alsnog afvangen van risico's vertraagt en bedreigt dan de transitie naar het eindmodel van prestatiebekostiging.

Een alternatief is dat eerst de risico's verder in kaart worden gebracht en pas dan een keuze voor het afgebakende Ingroeimodel wordt gemaakt, maar dat betekent zonder meer een vertraging van het hele tijdspad met minstens één jaar.

Tegen deze achtergrond heeft de NZa zwaarwegende bedenkingen bij het afgebakende Ingroeimodel en adviseert daarom het integrale Ingroeimodel met voldoende waarborgen voor de eindigheid daarvan.

Tijdspad invoering 2011 ambitieus

Om de invoering per 2011 mogelijk te maken moet er een ambitieus implementatietraject doorlopen worden. Voor een succesvolle invoering van prestatiebekostiging gelden voor de NZa de volgende randvoorwaarden, ofwel de 'conditio's sine qua non':

- tijdige en duidelijke besluitvorming door de minister van VWS over de invoering van prestatiebekostiging;
- medewerking vanuit individuele zorgverzekeraars, individuele zorgaanbieders en brancheorganisaties bij de uitwerking en de implementatie van prestatiebekostiging;
- sectorbrede aanvaarding van het robuuste karakter van het transitie-model en de prioriteitstelling die hieruit voortvloeit;
- sectorbrede acceptatie van de weergegeven doorlooptijden en aanvaarding dat geen individueel maatwerk kan worden geleverd;
- invoering van DOT per 2011 wordt volgens planning gerealiseerd;
- voldoende kwalitatieve en kwantitatieve capaciteit bij de NZa om de implementatie inhoudelijk en procesmatig in goede banen te leiden in afstemming met veldpartijen.

Voor invoering per 2011 geldt het volgende tijdspad op hoofdlijnen.

Periode	Mijlpaal
Uiterlijk 1 november 2009	De uitvoeringstoets wordt door de NZa verzonden aan de minister van VWS
2 november 2009 t/m 31 januari 2010	Besluitvorming en verzending definitieve aanwijzing door VWS aan de NZa
1 februari t/m 30 juni 2010	- Uitwerking en implementatie van het transitie-model per 2011 door de NZa, inclusief het opstellen van beleidsregels - Start activiteiten ten behoeve van het finaliseren van het eindmodel door de NZa
1 juli 2010 t/m 31 december 2011	- Implementatie prestatiebekostiging onder het transitie-model door zorgaanbieders en zorgverzekeraars - Opstellen van prestatie- en tariefbeschikkingen door de NZa - Vervolg activiteiten finaliseren eindmodel
1 januari 2011 en verder	Afronding activiteiten ten behoeve van het finaliseren van het eindmodel
Voorjaar 2013	- Evaluatie prestatiebekostiging onder transitie-model - Besluitvorming over afbouw van transitie-model

Na het uitbrengen van de uitvoeringstoets zal de minister van VWS een besluit nemen over de toekomstige bekostiging van de medisch specialistische zorg en de wijze waarop de minister dit eindperspectief wil bereiken. Tijdige besluitvorming is van groot belang voor het implementatietraject. De minister van VWS zal uiterlijk 1 februari 2010 een definitief besluit genomen moeten hebben. Tevens ligt er voor VWS zelf een omvangrijke beleidsagenda die een sleutelonderdeel is van het kritieke pad op weg naar prestatiebekostiging. De NZa acht het noodzakelijk dat de betreffende activiteiten voor de invoering van prestatiebekostiging zijn afgerond, om te komen tot een voorzienbare en afdwingbare invoering van prestatiebekostiging.

Om ervoor te zorgen dat partijen voldoende tijd hebben om zich voor te bereiden, behoren de definitieve beleidsregels van de NZa uiterlijk 1 juli 2010 gereed te zijn. Voor de lange termijn, het bereiken van het eindmodel, is echter een aantal vervolgstappen nodig. De NZa zal haar werkzaamheden hiervoor parallel aan de uitwerking van het transitie-model uitwerken en vervolgen. De NZa zal daarom zowel in 2010 als in 2011 een groot aantal activiteiten moeten opstarten en afronden.

Bij de invoering van prestatiebekostiging is de onderlinge afhankelijkheid met de invoering van DOT en de samenstelling en de omvang van het B-segment groot. Dit stelt hoge eisen aan de samenwerking met en medewerking van veldpartijen en andere publieke organisaties, zoals DBC-O, bij het implementatietraject.

De NZa zal zich, wanneer aan de bovenstaande randvoorwaarden is voldaan, met volle energie ervoor inzetten om prestatiebekostiging te realiseren en daarmee de voorwaarden te scheppen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de consument optimaal kunnen bedienen.

1. Inleiding

De medisch specialistische zorg is volop in beweging. Er zijn belangrijke stappen gezet om de zorg meer vraaggestuurd te organiseren. Om dit te realiseren, is nieuwe wet- en regelgeving ingevoerd. Het belangrijkste uitgangspunt bij de recente stelselwijzigingen in de medisch specialistische zorg is 'de consument centraal'. Het beleid van de laatste jaren is erop gericht dat de consument de zorg krijgt die hij nodig heeft, in plaats van dat het aanbod bepalend is. Zorgverzekeraars vervullen hierbij een regierol.

Dit gedachtegoed heeft ook gevolgen voor de bekostiging van de medisch specialistische zorg. De huidige budgettering gaat voornamelijk uit van het aanbod van zorgaanbieders en sluit niet een-op-een aan bij de daadwerkelijk geleverde zorg.² Om de vraagsturing door zorgverzekeraars beter te faciliteren, met als uiteindelijke doel een betere prijs-kwaliteit verhouding voor de consument, is volledige prestatiebekostiging van belang. Prestatiebekostiging is een vorm van bekostiging waarbij zorgaanbieders voor hun omzet (al dan niet volledig) afhankelijk zijn van de geleverde zorgprestaties aan de consument.

1.1 Aanleiding voor de uitvoeringstoets

De NZa heeft in het verleden meerdere adviezen uitgebracht over de invoering van volledige prestatiebekostiging. Daarin komt steeds duidelijk naar voren dat de voorgenomen ingrijpende wijzigingen gekenmerkt werden, en worden, door een spanningsveld. Enerzijds is er de wens om duidelijke en onomkeerbare stappen te zetten, anderzijds de noodzaak om behoedzaam te zijn vanwege publieke belangen, individuele bedrijfsvoeringen en het beheersen van de uitgaven.³

Na het besluit van de minister van VWS in mei 2008 om de transitie naar volledige prestatiebekostiging niet via maatstafconcurrentie te laten verlopen, heeft de NZa opnieuw bekeken hoe de weg naar volledige prestatiebekostiging kan gaan lopen. Zoals bij elke verandering naar een nieuw bekostigingssysteem, brengt ook de overstap naar prestatiebekostiging risico's met zich mee voor zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de overheid als uiteindelijk de consument. De gelijktijdige invoering van het verbeterde DBC-systeem (DOT), is een noodzakelijke voorwaarde maar kent ook haar eigen dynamiek. Zo wijzigt de indeling van de zorgprestaties substantieel door de invoering van DOT. Hierdoor zijn op voorhand de geïsoleerde effecten van de invoering van DOT niet inzichtelijk. Dit vraagt dus om extra zorgvuldigheid. In het eerdere hoofdlijnenadvies 'Stabiele transitie naar prestatiebekostiging' wees de NZa er al op dat een transitiepad noodzakelijk is om de stap naar volledige prestatiebekostiging zorgvuldig en verantwoord te kunnen maken.⁴

Op 19 december 2008 heeft de minister van VWS de brief 'Waardering voor Betere zorg III' aan de Tweede Kamer gestuurd, waarin hij aangeeft

² Slechts een deel van het budget is productiegerelateerd en sluit daarom wel aan bij het leveren van zorg.

³ NZa, De Zichtbare Hand: Uitvoeringstoets ziekenhuisbekostiging, april 2006; NZa, Op weg naar vrije prijzen, Uitvoeringstoets maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg, april 2007; NZa, Advies stabiele transitie naar prestatiebekostiging, december 2008.

⁴ NZa, Stabiele transitie naar prestatiebekostiging, december 2008

wat zijn voornemens zijn op het gebied van bekostiging van medisch specialistische zorg. In deze brief kondigt hij aan dat hij, in lijn met het advies van de NZa, de huidige budgettering wil afschaffen en per 2011 prestatiebekostiging op basis van DOT wil invoeren. Daarbij acht hij een transitiepad nodig voor de overgang naar prestatiebekostiging.⁵

1.2 Doelstelling van de uitvoeringstoets

Met de brief 'Aanvraag uitvoeringstoets transitie naar prestatiebekostiging' van 9 maart 2009 verzocht het ministerie van VWS de NZa om een vervolg uit te werken op haar eerdere hoofdlijnenadvies 'Stabiele transitie naar prestatiebekostiging'.

In de voorliggende uitvoeringstoets adviseert de NZa de minister van VWS over de wijze waarop prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg het beste ingevoerd kan worden per 2011. De belangen van de consument staan daarbij centraal. De voorgestelde wijzigingen voor prestatiebekostiging hebben dan ook tot doel de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de medisch specialistische zorg voor de consument te waarborgen en vergroten.

1.3 Reikwijdte uitvoeringstoets

Centraal in deze uitvoeringstoets staat de overgang van budgettering naar volledige prestatiebekostiging. Specifiek wordt ingezoomd op het transitieproces voor een zorgvuldige overstap. De uitvoeringstoets beschrijft ook het beoogd eindmodel van prestatiebekostiging. Helderheid over dit eindperspectief is van belang omdat het transitieproces daar zoveel mogelijk op moet aansluiten.

Het transitieproces heeft betrekking op de bekostiging van gebudgetteerde zorgaanbieders. Niet-gebudgetteerde zorgaanbieders, zoals vrijgevestigde medisch specialisten en zelfstandige behandelcentra (hierna: ZBC's), vallen hier dus niet onder.⁶ In hoofdstuk 5 'Het transitieproces' worden de achtergronden en implicaties van de keuze voor deze reikwijdte toegelicht. De focus van deze uitvoeringstoets ligt vooral op de bekostiging van zorgaanbieders, maar de voorgenomen wijzigingen hebben ook gevolgen voor zorgverzekeraars. Waar dit het geval is, wordt hier aandacht aan besteed en zal dit bij de afwegingen worden betrokken.

De invoering van prestatiebekostiging staat los van de keuze voor verdere liberalisering (oftewel uitbreiding van het B-segment met vrije prijsvorming). Dit laatste betreft immers een afweging op basis van een economische toets op markteffecten, waarbij wordt bekeken of de marktcondities zodanig zijn dat zij zich lenen voor vrije prijsvorming. Deze uitvoeringstoets gaat dan ook niet in op het beleidsmatige en economische vraagstuk van een uitbreiding van het B-segment. De NZa brengt tegelijkertijd met deze uitvoeringstoets een separaat advies uit over de wenselijkheid van een uitbreiding van het vrije segment per 2011. Een belangrijke ontwerpeis van de minister van VWS is dat een uitbreiding van het B-segment technisch mogelijk is bij de overstap van budgettering naar prestatiebekostiging (zie hoofdstuk 5). De NZa merkt

⁵ VWS, Waardering voor betere zorg III, CZ/TSZ/2890128, 19 december 2008

⁶ Deze afbakening is conform de brief van VWS 'Aanvraag uitvoeringstoets transitie naar prestatiebekostiging', CZ/TSZ/2916410, 9 maart 2009. Het 'harde' onderscheid tussen ziekenhuizen en ZBC's is vervallen. Alle zorgaanbieders gelden als instellingen voor medisch specialistische zorg (IMSZ). De gelijkstelling van zorgaanbieders moet ervoor zorgen dat de concurrentie op de zorgmarkt verbetert. De naam 'ZBC' wordt in de praktijk nog wel gebruikt.

daarbij op dat door de voorgenomen invoering van de nieuwe DOT-productstructuur het B-segment in ieder geval inhoudelijk van samenstelling zal veranderen.

Tot slot valt de afwikkeling van de budgetten (tot en met 2010) buiten de scope van deze uitvoeringstoets.⁷ Nadere invulling hiervan zal plaatsvinden bij de voorbereiding op de invoering van prestatiebekostiging. De overgangsregeling kapitaallasten komt wel aan de orde in deze uitvoeringstoets (zie paragraaf 5.5.4).

1.4 Werkwijze, proces en consultatie

Werkwijze

VWS heeft de uitgangspunten voor deze uitvoeringstoets omschreven in de brieven 'Aanvraag uitvoeringstoets transitie naar prestatiebekostiging' en 'Aanvullende uitgangspunten uitvoeringstoets prestatiebekostiging'.⁸ Deze uitgangspunten zijn zoveel mogelijk meegenomen bij de uitwerking en de totstandkoming van de uitvoeringstoets.

Proces en tussentijdse consultatie

De NZa heeft van maart tot november 2009 aan dit advies gewerkt. De NZa vindt het belangrijk om inhoudelijke vraagstukken, oplossingsrichtingen en voorkeuren vroegtijdig te bespreken met en te toetsen bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere belanghebbenden. Daarom zijn verschillende partijen betrokken geweest bij de totstandkoming van dit advies. Hun input en reacties waren bijzonder waardevol en zeer welkom.

– Expertgroep 'medisch specialistische zorg'

De door de NZa ingestelde Expertgroep 'medisch specialistische zorg' heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit advies. In deze Expertgroep zaten vertegenwoordigers van brancheorganisaties en van een aantal individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars.⁹ In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de leden van de Expertgroep.

De NZa waardeert de inhoudelijke bijdrage van de experts bijzonder. Overigens reflecteert deze uitvoeringstoets niet per definitie de mening van de leden van de Expertgroep.

– Consultatie categorale zorgaanbieders

Vanwege de specifieke uitgangssituatie van categorale zorgaanbieders is deze groep diverse malen geconsulteerd voor het onderdeel 'categorale zorgaanbieders'.

– Doelgroepspecifieke voorlichting

Diverse partijen, met name branchepartijen, hebben de NZa uitgenodigd om in doelgroepspecifieke bijeenkomsten een toelichting te geven op de stand van zaken en inhoud van de uitvoeringstoets. De NZa stelt deze uitnodigingen erg op prijs en vindt het een prettige wijze om met de sector van gedachten te wisselen.

⁷ In deze uitvoeringstoets wordt met het budget het functiegerichte budget bedoeld.

⁸ Brief VWS, 'Aanvraag uitvoeringstoets transitie naar prestatiebekostiging', CZ/TSZ/2916410, 9 maart 2009 en Brief VWS, 'Aanvullende uitgangspunten uitvoeringstoets prestatiebekostiging, CZ/TSZ 2924274, 8 april 2009. Deze brieven zijn terug te vinden op de website van de NZa (dossier prestatiebekostiging): http://www.nza.nl/dossier/prestatiebekostiging_cure/introductie

⁹ De volgende brancheorganisaties namen deel: De Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra (NFU), de Orde van Medische Specialisten (OMS), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

– Afstemming met andere publieke organisaties

De NZa heeft regelmatig over de uitvoeringstoets gesproken met DBC-Onderhoud (hierna: DBC-O), het College voor Zorgverzekeringen (hierna: CVZ), De Nederlandsche Bank (hierna: DNB) en VWS.

– Bijeenkomst externe adviseurs

De NZa heeft twee bijeenkomsten met organisatieadviseurs georganiseerd. De deelnemers waren overwegend adviseurs van adviesbureaus die actief zijn op de zorgmarkt en in het bankwezen. De NZa heeft deze bijeenkomsten gebruikt om extra input te krijgen voor vraagstukken rondom de transitie modellen en de financiële risico's van zorgaanbieders.

– Digitale nieuwsbrief

Tijdens het traject heeft de NZa geïnteresseerden via nieuwsbrieven geïnformeerd over de voortgang, over specifieke inhoudelijke onderwerpen en over de bijeenkomsten met de Expertgroep. Reacties op de nieuwsbrieven zijn meegenomen bij het opstellen van de uitvoeringstoets.

– Eindconsultatie uitvoeringstoets

In september 2009 is een formele schriftelijke eindconsultatie gehouden om verschillende partijen te raadplegen over het concept van de integrale tekst.¹⁰ Aanvullend op deze schriftelijke consultatieronde is een brede consultatiebijeenkomst georganiseerd. Daarbij waren de volgende (branche-) organisaties aanwezig: NVZ, ZN, NFU, De Orde, NPCF, CVZ, DNB, DBC-O, VWS en de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars uit de Expertgroep. De reacties van de verschillende partijen zijn meegewogen en waar mogelijk meegenomen in de uitvoeringstoets (zie specifiek ook paragraaf 3.7 en 5.6).

Los van de raadplegingen en overleggen blijft de inhoud van dit advies vanzelfsprekend de verantwoordelijkheid van de NZa.

1.5 Leeswijzer

De indeling van dit advies is als volgt: hoofdstuk 2 schetst de algemene doelstellingen van prestatiebekostiging. Hoofdstuk 3 gaat in op de uitwerking van de toekomstige bekostiging van medisch specialistische zorg (lange termijn) en schetst daarbij het eindmodel. De NZa voorziet een aantal belemmeringen om per 2011 volledige prestatiebekostiging te implementeren, welke in hoofdstuk 4 worden toegelicht. In hoofdstuk 5 wordt een aantal modellen gepresenteerd voor de transitieperiode (korte termijn) en adviseert de NZa over het voorkeursmodel. Hoofdstuk 6 staat stil bij de uitgangssituatie van een aantal specifieke zorgaanbieders en bij de vraag hoe deze partijen meelopen op weg naar het eindmodel. Hoofdstuk 7 gaat in op de aspecten zorgzwaarte, innovatie en kwaliteit. In hoofdstuk 8 gaat specifieke aandacht uit naar de verwachte effecten. De vraag 'wat levert het ons op of wat gaat het ons kosten?' staat hierin centraal. Tot slot komen in hoofdstuk 9 de vervolgstappen en het tijdspad aan bod.

¹⁰ De afstemming met individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars verloopt via de brancheorganisaties.

2. Waarom prestatiebekostiging?

Dit hoofdstuk schetst op hoofdlijnen de belangrijkste stelselwijzigingen die al hebben plaatsgevonden. Daarbij wordt ook stilgestaan bij het belang om zo snel mogelijk een vervolg te geven aan de eerder gezette stappen richting prestatiebekostiging. Tot slot komen de belangrijkste kenmerken en aandachtspunten van prestatiebekostiging aan bod.

2.1 Hoofdlijnen stelselwijzigingen en rolverdeling

2.1.1 De eerste stappen naar vraagsturing

Voorgeschiedenis

Al in de jaren '80 kwam de discussie op gang over de werkbaarheid van aanbodregulering in relatie tot het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De Commissie Dekker gaf in 1987 de aanzet tot het (gedeeltelijk) loslaten van de aanbodregulering.¹¹ De invoering van prestatiebekostiging voor ziekenhuizen en medisch specialisten gaat terug naar het advies van de Commissie Biesheuvel uit 1994.¹² In de adviezen van de commissies Dekker en Biesheuvel wordt voorgesteld zowel de zorgverzekeringsmarkt als de zorginkoopmarkt aan te passen en marktgeoriënteerd te maken. Beide commissies pleitten daarnaast voor een afbouw van het budgetsysteem voor de ziekenhuizen en de invoering van een stelsel van producttypering. Deze producten zouden zorgverzekeraars een instrument geven om zorggerichte onderhandelingen te kunnen voeren met zorgaanbieders. In de nota 'Modernisering curatieve zorg' heeft het kabinet een nader standpunt ingenomen naar aanleiding van het advies van de Commissie Biesheuvel en de beleidsvoornemens daarbij geschetst.¹³

Vanaf januari 2003 is onder regime van minister Bomhoff geëxperimenteerd met de onderhandelingen over zeventien Diagnose Behandeling Combinatie groepen.¹⁴ In hetzelfde jaar hebben alle partijen het voornemen uitgesproken om stappen te zetten naar een meer vraaggestuurd systeem. Dit voornemen is geland in het 'Gezamenlijk Plan van Aanpak invoering DBC's', dat de brancheorganisaties hebben ondertekend en aangeboden aan de toenmalige minister van VWS.¹⁵ In 2005 wordt met de invoering van de DBC-systematiek en (gedeeltelijke) prijsunderhandelingen een concrete stap gezet richting prestatiebekostiging. De daaropvolgende periode 2005-2009 staat in het teken van een geleidelijke invoering van vrije prijzen (liberalisering) en de verbetering van het DBC-systeem. Door deze stapsgewijze aanpak is feitelijk al vanaf 2003 sprake van een overgangperiode richting volledige prestatiebekostiging. Deze uitvoeringstoets kan dan ook gezien worden als een logische vervolgstap in het eerder overeengekomen traject.

¹¹ Commissie Dekker, Bereidheid tot verandering: Advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 1987

¹² Commissie modernisering curatieve zorg (Commissie-Biesheuvel), Gedeelde zorg: betere zorg, januari 1994

¹³ VWS, Kamerstukken Tweede Kamer, II 1994-1995, 23 619, nummer 3 en 4

¹⁴ Evaluatie van het Bomhoff-experiment, Ruimte voor Resultaat, 2003

¹⁵ Gezamenlijk Plan van Aanpak invoering DBC's, 20 februari 2003. Dit document is aangeboden aan de minister van VWS (de Geus) door de brancheorganisaties NVZ, de Orde, VZA (voorloper van de NFU) en ZN.

Effecten budgettering in combinatie met kortingen

De huidige budgettering binnen de medisch specialistische zorg komt qua kenmerken het dichtst in de buurt van een aanbodgericht model. De budgettering is begin jaren '80 primair ingevoerd als een instrument om de groei van de zorguitgaven te beheersen.

De budgetsysteem heeft vele jaren haar werkzaamheid bewezen, maar past als reguleringsinstrument minder goed in een zorgstelsel waarbij meer vraagsturing gewenst is. Het budgetteringssysteem heeft in combinatie met politiek ingrijpen - generieke kortingen vanuit de overheid vanwege budgettaire macrobeheersing - geleid tot een aantal effecten die nu minder wenselijk worden gevonden:

- een suboptimale benutting van beschikbare capaciteit;
- het ontstaan van wachtlijsten;
- beperkte toetreding van zorgaanbieders, onder andere door het bouwregime van de Wet Toelating Zorginstellingen (hierna: WTZi);
- klantvriendelijkheid richting consument van secundair belang;
- beperkt kostenbewustzijn van zorgaanbieders;
- schottenproblematiek tussen ziekenhuizen en ZBC's en tussen ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten.

De verwachting is dat prestatiebekostiging bij zorgaanbieders deze effecten vermindert, mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Prestatiebekostiging geeft zorgverzekeraars meer mogelijkheden en prikkels om patiënten naar efficiënte zorgaanbieders te sturen en om te onderhandelen over zorgproducten. Hierdoor kunnen zorgaanbieders worden beloond voor hun onderscheidend vermogen op het gebied van kwaliteit, innovatie, efficiency en specialisatie. De baten hiervan komen uiteindelijk ten gunste van de consument.

Reeds doorgevoerde wijzigingen

Om de vraagsturing te versterken, zijn al diverse wijzigingen doorgevoerd in de wet- en regelgeving en in de bekostiging en financiering van de medisch specialistische zorg. De voornaamste wijzigingen staan in tabel 2.1.

Tabel 2.1 Voornaamste wijzigingen in wet- en regelgeving en daaruit voortvloeiend beleid (2005-2009)

Invoering Zorgverzekeringswet (2006)
Invoering van de basisverzekering; inwoners van Nederland moeten zich verplicht verzekeren voor het basispakket. Voor zorgverzekeraars geldt een acceptatie- en zorgplicht.
Geleidelijke afbouw van de ex-post risicoverevening waardoor zorgverzekeraars worden geprikkeld tot doelmatige zorginkoop.
Invoering Wet Marktordening Gezondheidszorg (2006)
Introductie van de DBC-systematiek (2005) en de ingezette doorontwikkeling van de systematiek naar een nieuwe zorgproductstructuur (DOT).
Invoering van prestatiebekostiging in combinatie met vrije prijsvorming in het B-segment (circa 10% per 2005, 20% per 2008, 31% per 2009).
Afschaffen van de lokale initiatieven (lumpsum) voor de vrijgevestigde medisch specialisten (2008). De vrijgevestigde medisch specialisten worden per 2008 volledig bekostigd op basis van zorgprestaties.
Invoering Wet Toelating Zorginstellingen (2006)
Afschaffen van het bouwregime (2008); hierdoor krijgen zorgaanbieders de ruimte om in het belang van de consument zelf afwegingen te maken ten aanzien van hun investeringen en capaciteit.
Liberalisering van de kapitaallasten in het B-segment (2008). Vanaf 2008 lopen zorgaanbieders meer risico over de kapitaallasten in het B-segment. Om deze risicodragendheid geleidelijk in te voeren, is op advies van de commissie nadeelcompensatie (Commissie Havermans) de overgangsregeling kapitaallasten ingevoerd.

Bron: NZa

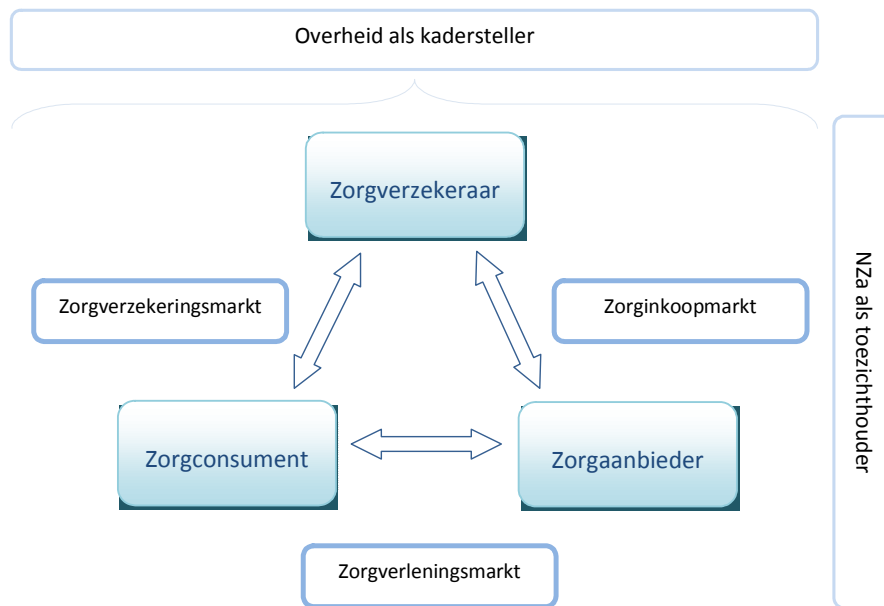
In het regeerakkoord is opgenomen dat het traject van het invoeren van vraagsturing in de hele zorgsector een vervolg moet krijgen.¹⁶

2.1.2 Verantwoordelijkheidsverdeling

Met de ingezette koerswijziging krijgen zorgaanbieders en zorgverzekeraars steeds meer ruimte om het aanbod en de inkoop van zorg naar eigen inzicht in te richten en zich zo te onderscheiden van concurrenten. De overheid heeft daarbij een kaderstellende rol en scheidt de randvoorwaarden. In figuur 2.1 is het speelveld schematisch weergegeven.

¹⁶ Regeerakkoord Kabinet-Balkenende IV, 'Samen werken, samen leven', 7 februari 2007

Figuur 2.1. Verantwoordelijkheidsverdeling



Bron: NZa

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende spelers in het nieuwe zorgstelsel is veranderd:

- Zorgaanbieders zullen zich steeds meer moeten richten op wat de consument wil. Hun bestaanszekerheid is sterker dan vroeger verbonden aan inspelen op de vraag. Zorgaanbieders krijgen daarbij meer mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden en maatwerk te leveren.
- Zorgverzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs, de inhoud en de resultaten van de zorg. Zorgverzekeraars kunnen doelmatigheid en kwaliteit afdwingen als ze de mogelijkheid hebben om hun zorginkoop (deels) te verplaatsen naar zorgaanbieders met betere resultaten. Belangrijke randvoorwaarde is voldoende transparantie over de door zorgaanbieders geleverde zorg. Via concurrentie op de nominale premie geven zorgverzekeraars deze voordelen op de zorgverzekeringsmarkt terug aan de consument.
- Consumenten krijgen een sterkere positie door meer keuzeinformatie, keuzemogelijkheden en zeggenschap. De toekomstige Wet cliëntenrechten zorg brengt de rechten van de consument bijeen in één wettelijke regeling. Daardoor krijgt de consument een sterkere positie ten opzichte van de zorgaanbieder.¹⁷ In het document '(In) het belang van de consument' van 2007 heeft de NZa haar visie op het algemeen consumentenbelang in de zorg uitgewerkt. Binnen de NZa is een Consumentenprogramma ingericht waarmee de NZa gericht activiteiten ontplooit ter versterking van de positie van consumenten op zorgmarkten. In het najaar van 2009 brengt de NZa een consumentenmonitor uit. Daarin wordt stilgestaan bij de positie van de consument anno 2009 en de activiteiten die de NZa onderneemt om deze positie verder te verbeteren.
- De overheid treedt meer en meer terug, maar blijft verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.
- De NZa ziet erop toe dat partijen zich aan de 'spelregels' houden en kan ingrijpen als dat nodig is.

¹⁷ Zie website van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, juli 2009. Het streven is om deze wet per 2011 in werking te laten treden.

Door deze rolverdeling en het samenspel tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontstaan er prikkels om effectiever en efficiënter te werken, kwaliteit te leveren en maatschappelijk ondernemerschap te ontplooiën. De verdergaande vrijheden vergen overigens een gezamenlijke inspanning van markt- en overheidspartijen. Prestatiebekostiging kan alleen een succes worden wanneer alle partijen de rol vervullen die hen is toebedeeld.

De invoering van prestatiebekostiging heeft ook gevolgen voor de manier waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar zullen onderhandelen. Zorgverzekeraars in het A-segment doen dit nu collectief volgens het 'representatiemodel'. Hierbij onderhandelt de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel samen met een vertegenwoordiger van alle andere zorgverzekeraars (de 'regiovertegenwoordiger') namens alle zorgverzekeraars met het ziekenhuis.¹⁸ Na afschaffing van de budgetsystematiek en de invoering van prestatiebekostiging (al dan niet onder een transitie-model) ligt collectief onderhandelen niet langer in de rede. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen individueel moeten onderhandelen. De NZa brengt in het najaar van 2009 afzonderlijk haar visie uit over collectief onderhandelen in de zorg, ook specifiek in het licht van prestatiebekostiging binnen de medische specialistische zorg.

2.2 Waarom verdere invoering prestatiebekostiging?

2.2.1 Negatieve effecten van huidige duale bekostiging

De stappen die in de jaren 2005-2009 zijn gezet, hebben geleid tot een aantal positieve ontwikkelingen. Vooral de vergroting van het kostenbewustzijn bij zorgaanbieders en de verbetering van de registratieprocessen zijn belangrijke verworvenheden. Op dit moment is nog sprake van een duale situatie in de bekostiging van de medisch specialistische zorg. Deze dualiteit komt enerzijds voort uit een verschil in bekostiging tussen verschillende typen zorgaanbieders, anderzijds uit het feit dat twee bekostigingssystemen naast elkaar lopen (DBC-systematiek en budgetsystematiek). ZBC's en vrijgevestigde medisch specialisten krijgen hun inkomsten op basis van volledige prestatiebekostiging. Ziekenhuizen worden nog voor circa 66% bekostigd via de budgetsystematiek en voor circa 34% via prestatiebekostiging op basis van DBC's (B-segment). In feite is hiermee voor de verschillende categorieën zorgaanbieders een verschillend tijdspad gekozen bij de invoering van prestatiebekostiging.

De huidige duale bekostiging brengt een aantal minder wenselijke effecten met zich mee, zoals ook weergegeven in het hoofdlijnenadvies van de NZa:

- Ongelijke prikkels ziekenhuis en medisch specialisten

Door de afschaffing van de lokale initiatieven wijken in het A-segment de financiële prikkels voor de vrijgevestigde medisch specialisten af van die van het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet binnen het afgesproken budget blijven, dat voor circa 60 procent is vastgesteld aan de hand van de geleverde productie op basis van budgetparameters. Voor medisch

¹⁸ Het representatiemodel dateert uit de periode waarin er een contracteerplicht tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bestond. Na opheffing van de contracteerplicht is het representatiemodel blijven bestaan omdat de in het A-segment geleverde zorg nog steeds op basis van budgetten is bekostigd (met bijbehorende nacalculatie).

specialisten werkt extra productie, op basis van DBC's, voor 100% door in de omzet.

– Perverse prikkels voor zorgverzekeraars
Bekostigingsverschillen tussen aanbieders en segmenten werken door in de risicoverevening. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor bij de zorgcontractering eveneens perverse prikkels ondervinden. Als gevolg daarvan speelt bij de inkoopafweging van zorg niet altijd de prijs-kwaliteit verhouding de belangrijkste rol, maar de mate waarin de zorgverzekeraar voor risico's wordt gecompenseerd via de risicoverevening. Vanuit het consumentenbelang is dit ongewenst. Daarnaast past het systeem van collectieve budgetafspraken in het huidige A-segment niet meer bij een zorgverzekeringmarkt waarin zorgverzekeraars onderling met elkaar concurreren.

– Onderbrengen zorg bij ZBC's door ziekenhuizen
Ziekenhuizen kunnen het verschil in de bekostigingssystematiek en tarifiering tussen ZBC's en ziekenhuizen in het A-segment benutten door een ZBC op te zetten. Door het uitblijven van een nieuwe bekostigingssystematiek blijven ziekenhuizen prikkels ondervinden om hun productie onder te brengen in een gelieerde ZBC. Dit is niet per definitie ongewenst, maar wel als de overweging voornamelijk wordt bepaald door perverse prikkels in de bekostiging en/of erop is gericht om nieuwe toetreders van de markt te weren.

– Onderhandelingen B-segment
De stapsgewijze uitbreiding van het B-segment heeft telkens geleid tot langdurige en moeizame onderhandelingen in het B-segment tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Oorzaken hiervan zijn de problemen rond de budgetverlaging (schoning van het budget) en de onduidelijkheid over de wijze waarop met de stapsgewijze risicodragendheid van de kapitaallasten moet worden omgegaan.

– Dubbele uitvoeringslasten
Op dit moment vallen zorgaanbieders zowel onder het DBC-systeem als onder het budgetstelsel. Dit brengt grote administratieve lasten met zich mee.

Tijdens de consultatie gaven partijen aan zich te herkennen in de analyse van de NZa over de huidige duale situatie, de onwenselijke prikkels en de afwijkende belangen. Partijen onderschrijven de overgang naar volledige prestatiebekostiging om zo deze effecten te verminderen.

2.2.2 Nieuwe route voor uitbreiding prestatiebekostiging

Om de bekostiging optimaal aan te laten sluiten bij de inkoopsturing door zorgverzekeraars, vindt de NZa het van belang de al gezette stappen op weg naar prestatiebekostiging zo spoedig mogelijk een vervolg te geven en af te ronden. Door de verdere hervorming van de bekostiging op de zorginkoopmarkt krijgen zorgverzekeraars daadwerkelijk de mogelijkheid om inkoopsturing vorm te geven. Een randvoorwaarde daarvoor is de invoering van DOT.

Prestatiebekostiging op basis van de nieuwe productstructuur DOT

De huidige DBC-productstructuur is onvoldoende toegerust voor de grootschalige toepassing van prestatiebekostiging. Er zijn eenvoudigweg te veel DBC's (30.000) om op een goede wijze over te onderhandelen. DBC's kennen een gedeeltelijke overlap doordat vergelijkbare zorg bij verschillende specialismen in afzonderlijke DBC's is ondergebracht. Bovendien blijft het vooraf scoren en achteraf valideren van DBC's een

kwetsbaar punt bij het vaststellen van wat er wel en niet terecht als zorgprestatie in rekening mag worden gebracht.

DOT neemt de bovengenoemde knelpunten weg. Het zorgt voor een overzichtelijk aantal zorgproducten (2.800) waarin vergelijkbare zorg op dezelfde (specialisme onafhankelijke) wijze in de producten is opgenomen. Daarnaast worden de zorgproducten achteraf afgeleid uit de zorgactiviteiten die feitelijk zijn verricht. Hiermee wordt het grijze gebied binnen de declaratieregels drastisch ingeperkt. NZa adviseert daarom, onder een aantal randvoorwaarden, per 2011 volledige prestatiebekostiging op basis van DOT in te voeren.

Schoning van het budget niet langer mogelijk

Om dit eindperspectief te bereiken, is een duidelijke en begaanbare route noodzakelijk. Uitbreiding van het B-segment met behoud van een deel van het budget, is niet langer mogelijk.¹⁹ De redenen hiervoor zijn (1) de beperkte representativiteit van de budgetten, (2) het ontbreken van een goede schoningsmethodiek en (3) de buitenproportionele uitvoeringslasten.

1) Er zijn meerdere redenen waarom het budget momenteel nog maar een beperkte representativiteit kent, ofwel een beperkte relatie heeft met de kosten. Allereerst is de afgelopen jaren zeer beperkt onderhoud gepleegd aan het huidige budget. Hierdoor zijn zorginhoudelijke ontwikkelingen niet in de budgetten verwerkt. Daarnaast is er een mismatch tussen de wijze waarop het budget oorspronkelijk 'bottom up' is opgebouwd (via parameters en zorgoverstijgende vergoedingen) en de zeer grove wijze waarop de afgelopen jaren de schoning al drie keer 'top down' heeft plaatsgevonden (voornamelijk op basis van DBC prijzen). Daar komt bij dat het schonen van de budgetten is gebeurd op basis van in ontwikkeling zijnde kostprijzen (zie ook paragraaf 4.3.2) en beperkte volumecijfers. Dit alles leidt tot de conclusie dat het resterende budget maar zeer beperkt een afspiegeling vormt van de kosten voor de zorg die onder het budget is achtergebleven. Dit representativiteitsprobleem kan en zal lokaal leiden tot een ongelijk speelveld en financiële problemen die zich doorvertalen in continuïteitsproblemen. Verdere schoning op de huidige wijze, ook een relatief 'kleine' schoning, is daarom geen optie meer.

2) Door de invoering van DOT wordt de beschikbaarheid van adequate en tijdige data (DOT-tarieven en DOT-volumes) extra problematisch. Zowel op landelijk als lokaal niveau heeft men deze informatie niet beschikbaar om een schoning uit te voeren. Ook de informatie uit het schaduwdraaien met DOT zal hiervoor niet de juiste kwaliteit hebben.

3) De uitvoeringslasten van een nieuwe schoning zijn buitenproportioneel.²⁰ Dit heeft niet alleen te maken met de schoningsexercitie zelf, maar ook met de doorwerking op de contractonderhandelingen in het B-segment. Zowel in 2008 als in 2009 hebben de onderhandelingen over het B-segment grote vertraging opgelopen.

Gelet op bovenstaande acht de NZa het onuitvoerbaar en onverantwoord om voor de vierde keer te schonen. Een verdere uitbreiding van het B-segment in combinatie met schoning van de budgetten sluit de NZa daarom uit. Zowel de ziekenhuizen als de zorgverzekeraars onderkennen, in verschillende gradaties, de onmogelijkheid en onwenselijkheid om nogmaals te schonen.

¹⁹ In deze uitvoeringstoets wordt met het budget het functiegerichte budget bedoeld.

²⁰ NZa, Stabiele transitie naar prestatiebekostiging, december 2008

2.3 Specifieke elementen van prestatiebekostiging

Prestatiebekostiging biedt nieuwe sturingselementen en heeft een andere dynamiek dan budgettering. In aanvulling op paragraaf 2.1.2 worden de belangrijkste kenmerken en aandachtspunten hieronder weergegeven.

Vrijheden en risico's

Prestatiebekostiging geeft zorgaanbieders meer vrijheden, ruimte en kansen. De (onvermijdelijke) keerzijde is echter dat ook risico's en onzekerheden toenemen. Hierbij valt te denken aan strengere leningvoorwaarden, waaronder risico-opslagen en garanties aan banken in relatie tot onzekerheid over financiële kasstromen, aan mogelijke onderdekking van de vaste kosten als gevolg van volumerisico's en aan het risico op faillissementen. Dit betekent dat zorgaanbieders een omslag moeten maken in hun bedrijfsvoering en 'cultuur'. Voor zorgverzekeraars geldt voor de onzekerheid over de schadelast grosso modo hetzelfde als voor zorgaanbieders.

Risico financiële problemen bij zorgaanbieders

Een onbekend aantal zorgaanbieders kan mogelijk door hun historische uitgangssituatie financiële problemen krijgen, hoe zorgvuldig de transitie ook vormgegeven wordt. Bij zorgaanbieders die onevenredige financiële problemen hebben, zouden deze knelpunten in beginsel opgelost moeten worden vóór de invoering van prestatiebekostiging. Anders zullen deze verschillende uitgangsposities de invoering van prestatiebekostiging frustreren, doordat in de beginfase al sprake is van een ongelijk speelveld. Dit geldt onder andere voor de kapitaallasten (zie ook hoofdstuk 5). Op dit moment, maar ook na de invoering van prestatiebekostiging, geldt dat de continuïteit van zorg belangrijker is dan de continuïteit van zorginstellingen. In principe is de garantie voor de continuïteit van zorginstellingen niet meer vanzelfsprekend. Dit uitgangspunt is in lijn met de brief 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' en de recent door de NZa geadviseerde herziening van het steunbeleid (zie paragraaf 4.1.4).²¹

Reguleringszekerheid

Om de risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende beheersbaar te houden, neemt het belang van reguleringszekerheid toe. Onder reguleringszekerheid verstaat de NZa dat de overheid voorspelbaar en consistent handelt. Dit betekent dat sprake moet zijn van:

- een duidelijke langetermijnvisie en consistent beleid van de overheid;
- duidelijkheid over het toekomstige bekostigingsmodel en de stappen daar naar toe;
- tarieven, tariefsoorten, modellen voor tariefaanpassing en/of indexering die voor langere tijd vastliggen.

Reguleringszekerheid is ook cruciaal bij het verkrijgen van een lening van externe financiers. Immers, risico's moeten vooraf kunnen worden ingeschat. Dit betekent dat VWS en de NZa zich moeten committeren aan de beslissingen die genomen worden rond de invoering van prestatiebekostiging, zodat zorgaanbieders onder andere hun bedrijfsvoering hierop kunnen inrichten.

²¹ VWS, Brief 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning', kenmerk MC-U-2941595, 9 juli 2009 en NZa, Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel, juni 2009.

Mogelijkheden tot macro-uitgavenbeheersing

Een achterliggende gedachte bij de stelselwijziging is dat zorgverzekeraars, geprikkeld door onderlinge concurrentie, de totale zorguitgaven zullen beheersen. Immers, de overstap naar prestatiebekostiging maakt het voor de overheid complexer om vooraf te sturen op beheersing van de macrokosten. Hierdoor ontstaat een grote afhankelijkheid van minder flexibele maatregelen achteraf.

Toch kan overheidsingrijpen in de macrokostenontwikkeling nodig zijn als ultimum remedium om de collectieve lasten te beheersen. De bruikbaarheid en effectiviteit van een dergelijke maatregel neemt echter af bij een groter B-segment, waarvoor immers vrije prijzen gelden. De overheid heeft weliswaar, zowel in het A-segment als in het B-segment, het wettelijk instrumentarium om in de tarieven in te grijpen, maar economisch gezien is dat minder wenselijk. Allereerst leidt incidenteel ingrijpen in de tarieven in zekere mate tot reguleringsonzekerheid, behalve als op voorhand de criteria vastliggen. Ten tweede wordt een volumestijging (tarieven zijn immers gereguleerd) aangepakt met een prijsmaatregel. Hierdoor ondervinden ook efficiënte zorgaanbieders de gevolgen hiervan. Daarnaast kan dit aanleiding zijn voor compenserend gedrag bij zorgaanbieders, bijvoorbeeld door (ondoelmatige) volumestijgingen. Ten derde kan het korten op tarieven tot negatieve effecten voor de consument leiden, zoals wachtlijsten en onderbenutting van productiecapaciteit.

Andere maatregelen, zoals benchmarken, transparantie van kwaliteit, protocollering en als dat niet helpt pakketmaatregelen, eigen bijdragen, bieden dan ook meer perspectief als het gaat om het in de hand houden van de macrokosten.

Prestatiebekostiging en volumebeheersing

Vrije volumes zijn een essentieel onderdeel van prestatiebekostiging. Dit neemt niet weg dat zorgverzekeraars een taak hebben bij het beheersen van de volumeontwikkeling en specifiek het voorkomen van ongewenst volume. Tijdens de consultatieperiode hebben zorgverzekeraars aangegeven dat de DOT-productstructuur, meer dan de huidige DBC-systematiek, handvatten biedt om de volumes te beheersen. In aanvulling daarop werkt de NZa aan een systeem van interactieve benchmarkinformatie. Zorgverzekeraars kunnen dit instrument gebruiken om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken en op die manier meer te sturen op volumeontwikkelingen.

Volumeverschuiving in relatie tot integrale tarieven

Integrale tarieven worden altijd berekend op basis van een zo goed mogelijke inschatting van het volume. Iedere volumestijging ten opzichte van het historische volume betekent daarom bij gelijkblijvende capaciteit een overdekking van de vaste kosten, met als gevolg een stijging van de uitgaven. Het omgekeerde geldt voor een volumedaling. Dit stelt hoge eisen aan het onderhoud van de tarieven (zie hoofdstuk 3). Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars om deze uitgavenstijgingen te dempen door scherpe prijsafspraken of staffelkortingen (lagere prijs bij hoger volume).

2.4 Samenvatting

De afgelopen jaren zijn belangrijke stappen gezet om de zorgsector meer vraaggestuurd te maken. Het nieuwe zorgstelsel gaat uit van een sterke dynamiek tussen diverse veldpartijen, met daarbij een belangrijke regierol voor zorgverzekeraars die namens de consument zorg inkopen. Prestatiebekostiging biedt zorgverzekeraars een instrument om zorggerichte onderhandelingen te voeren. Daarmee kunnen zij concreet

uitvoering geven aan inkoopsturing. Hierdoor kunnen zorgaanbieders worden beloond voor hun onderscheidend vermogen op het gebied van kwaliteit, innovatie, efficiency en specialisatie. De consument zal uiteindelijk profiteren van de baten.

Op dit moment bestaan echter twee bekostigingssystemen en tariefregimes naast elkaar. Dit brengt een aantal onwenselijke effecten met zich mee. Om de bekostiging optimaal aan te laten sluiten bij de inkoopsturing door zorgverzekeraars, vindt de NZa het van belang de al gezette stappen op weg naar prestatiebekostiging zo spoedig mogelijk een vervolg te geven en af te ronden. Door de verdere hervorming van de bekostiging op de zorginkoopmarkt, krijgen zorgverzekeraars daadwerkelijk de mogelijkheid om inkoopsturing vorm te geven. Een randvoorwaarde daarvoor is de invoering van DOT. Uitbreiding van het B-segment met behoud van een deel van het budget is daarbij niet langer mogelijk vanwege de onuitvoerbaarheid en onwenselijkheid om nogmaals een schoning uit te voeren. Een nieuwe route naar prestatiebekostiging is dus noodzakelijk.

3. Eindmodel prestatiebekostiging

3.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 is het eindperspectief voor de medisch specialistische zorg geschetst. De zorgverzekeraar speelt hierin als kritische zorginkoper een regierol en onderhandelt met de zorgaanbieders over prijs, volume en kwaliteit van de zorg. Prestatiegerichte bekostiging geeft zorgverzekeraars een instrument om zorg in te kopen bij zorgaanbieders die zich op hun beurt kunnen onderscheiden op basis van prestaties. Uiteindelijk moet dit leiden tot een situatie waarin consumenten tegen een betere prijs-kwaliteit verhouding zorg ontvangen. Om dit eindperspectief te behalen is het van belang dat de regulering van zorgaanbieders daarbij aansluit en meer specifiek dat volledige prestatiebekostiging op basis van vergelijkbare en kostenhomogene zorgproducten wordt ingevoerd. Dit hoofdstuk gaat in op de contouren van het eindmodel.

3.2 Eindmodel op hoofdlijnen

Deze paragraaf schetst de contouren en de belangrijkste uitgangspunten van het eindmodel. Verderop in dit hoofdstuk wordt gedetailleerder ingegaan op de verschillende onderdelen van het eindmodel.

3.2.1 De verschillende segmenten op hoofdlijnen

Vanwege de grote diversiteit van het zorgaanbod van zorgaanbieders voorziet de NZa vanaf 2011 drie segmenten in de medisch specialistische zorg: een vrij segment, een gereguleerd segment en een vast segment. De segmenten worden hieronder kort toegelicht.

Het vrije segment

In dit segment (vergelijkbaar met het huidige B-segment) is sprake van volledige prestatiebekostiging op basis van vergelijkbare en kostenhomogene zorgprestaties. Er is sprake van vrije prijzen en een vrij volume waarover zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen onderhandelen. De tarieven zijn integraal, dit betekent dat ook de vergoeding voor medisch specialisten en kapitaallasten in de prijsonderhandelingen wordt meegenomen.

Het gereguleerde segment

Het gereguleerde segment kent volledig prestatiebekostiging, met zorgprestaties waarvoor gereguleerde (integrale) tarieven en een vrij volume gelden. Een deel van de zorgprestaties zal, met het oog op de publieke belangen en/of de marktverhoudingen, structureel in dit segment worden geplaatst, zoals zorg die onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (hierna: WBMV) valt. Voor de overige zorgprestaties in dit segment is het de intentie om deze op termijn over te hevelen naar het vrije segment. Wanneer en in welk tempo dit gebeurt, is een liberaliseringsvraag. Zoals in hoofdstuk 1 al is aangegeven, staat deze keuze los van de invoering van prestatiebekostiging en valt buiten de reikwijdte van de uitvoeringstoets.

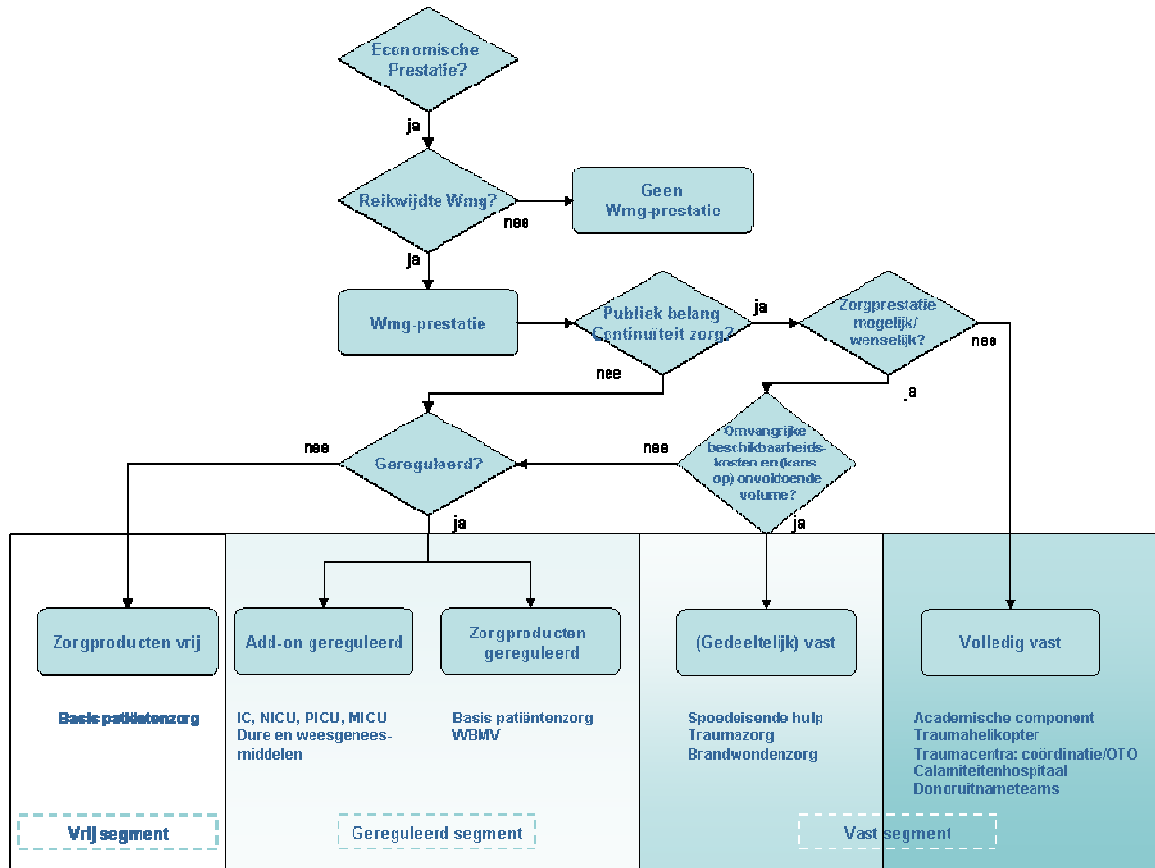
Het vaste segment

Voor een aantal zorgprestaties van zorgaanbieders is het niet mogelijk en/of wenselijk om ze rechtstreeks aan zorgproducten voor individuele consumenten toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid of specifieke

deskundigheid. Deze specifieke functies, waaronder de spoedeisende hulp (hierna: SEH) en de traumahelikopters, vallen onder het vaste segment. Voor deze functies ontvangen zorgaanbieders (al dan niet deels) een vaste normatieve vergoeding.

Figuur 3.1 geeft op hoofdlijnen de indeling naar segmenten weer, aan de hand van een beslisboom. In de consultatie gaven partijen aan dat zij deze indeling van segmenten vanuit de praktijk herkennen en daarom ondersteunen.

Figuur 3.1. Indeling naar segmenten



Bron: NZa

3.2.2 Integrale tarieven

In het gereguleerde segment en het vrije segment gelden integrale tarieven of prijzen. Dit betekent dat alle inputfactoren van een zorgaanbieder, waaronder de kapitaallasten, de personeelskosten, de vergoeding voor de medisch specialisten en de overige kosten gedekt worden door de in rekening gebrachte tarieven. Ze worden dus niet meer apart bekostigd of via verrekening vergoed. De achterliggende gedachte hierbij is dat zorgaanbieders zelf kunnen bepalen hoeveel middelen zij willen besteden aan bepaalde inputfactoren en op deze manier een (lokaal) optimale mix kunnen kiezen. Door bijvoorbeeld de kapitaallasten aan de zorgprestaties te koppelen, wordt de capaciteitsvraag bij de zorgaanbieders zelf neergelegd. Dit is in lijn met de afschaffing van het bouwregime van de WTZi per 1 januari 2008, waarbij investeringen niet meer zoals voorheen vooraf hoeven te worden goedgekeurd en geheel voor rekening en risico van de zorgaanbieder komen.

In het vaste segment gelden vaste (normatieve) vergoedingen, waarin eveneens de kapitaallasten en de vergoeding voor medisch specialisten zijn opgenomen.

Tabel 3.1 toont de verschillende segmenten en inputfactoren per 2011.

Tabel 3.1. Overzicht segmenten en bekostiging van de inputfactoren per 2011

	Bekostiging	Kosten zorgaanbieders	Kapitaallasten	Medisch specialisten
<i>Vrije segment</i>	Vrij onderhandelbare prijzen	Vrij overeen te komen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars	Vrij overeen te komen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars	Medisch specialisten component in de tarieven (norm)
<i>Gereguleerd segment</i>	Gereguleerde maximum tarieven	Ziekenhuiskosten als onderdeel van de gereguleerde tarieven	Kapitaallasten vergoeding in de tarieven (procentuele gedifferentieerde opslag)	Medisch specialisten component in de tarieven (norm)
<i>Vast segment</i>	Productie onafhankelijke vaste vergoedingen	Ziekenhuiskosten als onderdeel van de vaste vergoeding	Kapitaallasten onderdeel van de vaste vergoeding	Medisch specialisten component in de tarieven (norm)

Bron: NZa

In de komende twee paragrafen worden de hoofdlijnen van de bekostiging en de regulering van de kapitaallasten en medisch specialisten beschreven. Hierbij wordt zowel stilgestaan bij de huidige situatie als bij het eindmodel. Bij de bespreking van de verschillende segmenten komen de verschillende inputfactoren nog apart aan de orde.

3.2.3 De vergoeding van kapitaallasten 2011 en verder

Bekostiging kapitaallasten in de huidige situatie

In de bestaande budgetbekostiging wordt voor de kapitaallasten een vaste vergoeding per ziekenhuis berekend.²² Dit betekent dat de vergoeding voor de kapitaallasten aan de zorgaanbieder onafhankelijk is van het gerealiseerde volume.²³ De budgettering en de nacalculatie geven zorgaanbieders bovendien een garantie op de vergoeding van de kapitaallasten. Bij de berekening van de vergoeding werd en wordt grotendeels uitgegaan van de investeringsbedragen die zijn goedgekeurd onder het bouwregime van de WTZi. Voor de bepaling van de rentevergoeding wordt aangesloten bij de boekwaarde van de activa en bij een normatieve bepaling van onder andere het werkkapitaal. De berekening van de vergoeding is specifiek voor iedere zorgaanbieder, de methodiek is daarentegen voor elke zorgaanbieder hetzelfde.

Bekostiging kapitaallasten in het eindmodel

In de eindsituatie worden de kapitaallasten niet meer afzonderlijk nagecalculeerd, maar vormt de vergoeding onderdeel van de tarieven (in het vrije en gereguleerde segment) en de vaste normatieve vergoedingen (in het vaste segment). Bij het loslaten van de budgettering en de invoering van prestatiebekostiging met zorgproducten, verandert de bekostiging van de kapitaallasten op bepaalde onderdelen:

²² Waar de NZa schrijft over kapitaallasten dan wordt daarmee bedoeld (1) de afschrijvingen op de gebouwgebonden investeringen (gebouwen, terreinvoorzieningen, installaties inclusief instandhoudinginvesteringen) en (2) de rente op kort en lang vreemd vermogen en het eigen vermogen.

²³ Dat geldt ook voor de andere zogenaamde locatiegebonden kosten: energie, onderhoud, belastingen, heffingen en verzekeringen.

- De vaste budgetvergoeding wordt vervangen door een vergoeding per zorgproduct. De totale vergoeding die een zorgaanbieder ontvangt, wordt daarmee afhankelijk van het gerealiseerde volume (aantal en samenstelling zorgproducten).
- De vergunningsplicht uit het WTZi-bouwregime is in 2008 buiten werking gesteld voor de curatieve zorg.²⁴ Hierdoor dragen zorgaanbieders zelf alle verantwoordelijkheid voor hun vastgoedinvesteringen en overige investeringen.
- Bij prestatiebekostiging zit de kapitaallastenvergoeding als een landelijke uniforme vergoeding in het tarief (per zorgproduct), terwijl in het budgetmodel een individuele vergoeding per instelling werd bepaald.
- Bij prestatiebekostiging worden het moment van investeren en het moment van vergoeden van elkaar losgekoppeld.

In het gereguleerde segment wordt een kapitaallastenvergoeding toegevoegd aan het tarief van een zorgproduct (zie tabel 3.1). De vergoedingen voor het vaste segment zijn ook integrale vergoedingen, inclusief een vergoeding voor de kapitaallasten. De precieze vaststelling van de kapitaallastenvergoedingen in het gereguleerde en het vaste segment komt in de paragrafen 3.4.6 en 3.5.4 aan de orde. In het vrije segment heeft de NZa geen bemoeienis met de hoogte van de vrij onderhandelbare prijzen. Dat betekent dat de NZa geen voorschriften of richtlijnen vaststelt voor de kapitaallastcomponent in de vrije prijzen.

3.2.4 Bekostiging medisch specialisten 2011 en verder

Medische specialisten in de bestaande situatie

In de bestaande bekostiging zijn de tarieven voor DBC's opgebouwd uit een kostenbedrag voor zorgaanbieders en één of meerdere honorariumbedrag(en).²⁵ Deze honorariumbedragen zijn het resultaat van de normtijd per DBC vermenigvuldigd met het onderbouwde uurtarief.²⁶ De totale vergoeding voor de vrijgevestigde medisch specialisten (omzet) is gelijk aan de honoraria per DBC vermenigvuldigd met het aantal gedeclareerde DBC's.

De honorariumbedragen hebben feitelijk een tweeledig doel. Enerzijds betreffen het (zowel in het A-segment als het B-segment) bouwstenen voor de integrale tarieven of prijzen. Anderzijds betreft het geormerkte honorariumbedrag, zowel in het A-segment als in het B-segment, het tarief dat de medisch specialist aan/via de zorgaanbieder wordt gedeclareerd.²⁷ Dit laatste aspect staat ook wel bekend als de deelregulering van medisch specialisten. Het doel van de deelregulering is om te voorkomen dat marktmacht van de medisch specialisten zich doorvertaalt in te hoge prijzen voor consumenten en/of te weinig kostendekking voor zorgaanbieders, wat ten koste kan gaan van de kwaliteit en continuïteit van zorg.

²⁴ En per 1 januari 2009 is het bouwregime ook afgeschaft voor de intramurale AWBZ.

²⁵ Medisch specialisten hebben de keuze om ofwel in loondienst te gaan werken of zich te vestigen als vrijgevestigde ondernemer. Deze paragraaf gaat in op de regulering van de vrijgevestigde medisch specialisten.

²⁶ Onderbouwing uurtarief (aanwijzing MC-U-2786398) – prijspeil 2006
Inkomen € 129.500; Individuele kosten € 31.500; Praktijkgebonden kosten € 44.260;
Totaal € 205.260; Aantal uren op jaarbasis 1.555; Uurtarief (totaal/aantal uren) € 132.

²⁷ Tussen de zorgaanbieder en de medisch specialist kunnen binnen een landelijk vastgestelde bandbreedte aanvullende afspraken over de honorariumvergoeding worden gemaakt. De hoogte van de bandbreedte is plus of minus € 6,50, niveau voorcalculatorisch 2009.

Bij medisch specialisten in loondienst worden de, door de zorgaanbieder gedeclareerde, honorariumbedragen ter dekking van het budget gebracht.

In tabel 3.2 zijn de doelstellingen van de honorariumbedragen nader geïllustreerd.

Tabel 3.2. Doel van de honorariumbedragen

A-segment	B-segment
Honorariumbedrag (normtijd maal uurtarief) als onderdeel van het gereguleerde DBC-tarief	Honorariumbedrag (normtijd maal uurtarief; voor ondersteuners profielen vrij) als bouwsteen voor vrij onderhandelbare prijzen
Deelregulering medisch specialist via honorariumtarief (normtijd maal uurtarief) met bandbreedte	

Bron: NZa

Bekostiging medisch specialisten per 2011

Voor het eindmodel is het de vraag of de honorariumbedragen beide doelen moeten blijven dienen. Voor het eerste doel kan deze vraag relatief snel bevestigend worden beantwoord. In de gereguleerde tarieven (alsmede het vaste segment) moet een norm voor de vergoeding voor medisch specialisten worden meegenomen. Hiermee blijven de honorariumbedragen dus een noodzakelijk element in de systematiek. Daarbij ligt aansluiting bij de huidige systematiek van normtijden en uurtarief voor de hand. Op de lange termijn zou hiervoor ook een andere methode gekozen kunnen worden.

Voor het tweede doel, de deelregulering van de (vrijgevestigde) medisch specialisten, is de beantwoording gecompliceerder. Vanuit economisch oogpunt is het wenselijk om de deelregulering te beëindigen en de vergoeding voor medisch specialisten over te laten aan de afspraken tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en medisch specialist. Hierdoor kunnen lokaal tussen zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder en/of tussen de zorgaanbieder en de medisch specialisten optimale keuzes worden gemaakt over de inzet van inputfactoren en specifiek de inzet en vergoeding voor medisch specialisten.

Om te voorkomen dat het beëindigen van de deelregulering negatieve externe effecten heeft voor consumenten en zorgaanbieders, moet worden voldaan aan de randvoorwaarde dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende onderhandelingsmacht hebben ten opzichte van de medisch specialisten. Hiervoor dient de arbeidsmarkt voor medisch specialisten voldoende competitief te zijn en mag er geen sprake zijn van schaarste van medisch specialisten. Op dit moment zijn er signalen dat nog niet aan deze marktcondities wordt voldaan. Tegen die achtergrond adviseert de NZa de huidige deelregulering per 2011 voornamelijk te continueren. Om ongewenste prikkels tussen de segmenten te voorkomen, geldt dat voor zowel het vrije segment als het gereguleerde segment. Tijdens de consultatieperiode hebben ook alle partijen aangegeven continuering van de deelregulering noodzakelijk te achten, in ieder geval op de korte termijn. Naast de genoemde verschillen in marktverhoudingen wordt ook de stapeling van reguleringwijzigingen als argument genoemd.

De NZa is nadrukkelijk van mening dat de deelregulering na 2011 alsnog zo snel mogelijk beëindigd moet worden. Daarnaast adviseert de NZa de minister van VWS in een apart traject over de competitiviteit in deze arbeidsmarkt en over de versterking van de positie van de zorgaanbieder. Hierin zal ook de rol van de zogenaamde Model

Toelatingsovereenkomst aan de orde komen. Dit advies wordt naar verwachting eind 2009 of begin 2010 uitgebracht.

De NZa adviseert om in het vaste segment de verdeling van de inkomsten tussen de zorgaanbieder en de vrijgevestigde medisch specialisten wel al in 2011 vrij te laten. Daarmee wordt een eerste stap gezet op weg naar het eerdergenoemde eindperspectief. Dit betekent dat bij de vaste vergoedingen geen geormerkt bedrag wordt opgenomen voor de medisch specialisten. Tijdens de consultatieperiode zijn vragen gesteld over deze afwijkende keuze en in hoeverre dit risico's met zich meebrengt. Gezien de beperkte omvang van het vaste segment ziet de NZa dit niet als een risico voor het publiek belang; het risico op onevenredige beloning voor de medisch specialist met nadelige gevolgen voor consument en/of zorgaanbieder.

Tabel 3.3 geeft een totaaloverzicht.

Tabel 3.3. Bekostiging medisch specialisten per 2011

Vast segment	Gereguleerd segment	Vrij segment
Vergoeding voor medisch specialist wordt meegenomen in de vaststelling van de productieonafhankelijke vaste vergoeding	Honorariumbedrag (normtijd maal uurtarief) als onderdeel van het gereguleerde DBC-tarief	Honorariumbedrag (normtijd maal uurtarief; voor ondersteuners profielen vrij) als bouwsteen voor vrij onderhandelbare prijzen
Vrij afspraken te maken over hoogte vergoeding medisch specialist	Vooralsnog deelregulering medisch specialist via honorariumtarief (normtijd maal uurtarief) met bandbreedte	Vooralsnog deelregulering medisch specialist via honorariumtarief (normtijd maal uurtarief) met bandbreedte

Bron: NZa

3.3 Het vrije segment

In het vrije segment is sprake van volledige prestatiebekostiging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen naast kwaliteit over volumes en integrale prijzen. In dit segment valt voornamelijk electieve zorg, waarbij geconcludeerd is dat de marktcondities zodanig zijn dat die zich leent voor vrije prijsvorming. De NZa volgt de ontwikkelingen in het vrije segment wel en zet prikkels in om een evenwicht in de marktverhoudingen te bewerkstelligen. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan het uitvoeren van benchmarks, het inzetten van de aanmerkelijke marktmacht instrumenten (hierna: AMM-instrumentarium) of de advisering rondom de afbouw van de ex post verevening.

3.4 Het gereguleerde segment

In het gereguleerde segment geldt volledige prestatiebekostiging op basis van zorgprestaties met gereguleerde maximumtarieven en een vrij volume. Met het oog op de publieke belangen laat de overheid de zorgprestaties in dit segment niet over aan de markt. Een andere reden kan zijn dat de overheid de overheveling naar het vrije segment op dit moment, gegeven de marktcondities, nog niet wenselijk acht.

3.4.1 Welke zorg valt onder het gereguleerde segment?

Voor de invulling van het gereguleerde segment is een aantal uitgangspunten gedefinieerd. In de brief 'Aanvraag uitvoeringstoets transitie prestatiebekostiging' heeft VWS die als volgt geformuleerd:

- Structureel blijven de WBMV-zorg (Wet Bijzondere Medische Verrichtingen), Intensive Care zorg (hierna: IC-zorg) en de dure en weesgeneesmiddelen onderdeel van het gereguleerde segment.
- Op korte termijn zullen zorgproducten die nog géén onderdeel uitmaken van het vrije segment onder het gereguleerde segment vallen. Dit kan zorg zijn waarvoor de overheid nog geen vrije prijzen wil introduceren omdat de marktcondities niet zodanig zijn dat zij zich daar al voor lenen.

In het gereguleerde segment worden daarom structureel de WBMV-zorg, IC-zorg (zie paragraaf 3.5.2) en de dure en weesgeneesmiddelen opgenomen. De WBMV-zorg betreft de bijzondere zorg die is gereguleerd op grond van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Zorg die onder de WBMV valt is onder andere radiotherapie, cardiochirurgie en interventiecardiologie, orgaantransplantaties, neurochirurgie en neonatale intensive care. Deze zorg wordt onder andere vanuit kwaliteitsoogpunt door een beperkt aantal zorgaanbieders geleverd. Deze concentratie van het aanbod bij een beperkt aantal zorgaanbieders vergroot de marktmacht bij de betreffende zorgaanbieders. Voor de betaalbaarheid van de WBMV-zorg is het daarom niet wenselijk vrije prijzen in te voeren. Bovendien is bij WBMV-zorg sprake van een infrastructuur met veel dure apparatuur (hoge vaste kosten). Het is daardoor niet rendabel deze zorg te leveren bij een laag volume, waardoor aanbodregulering wenselijk is.

Op korte termijn behoren ook overige zorgprestaties die (nog) geen onderdeel zijn van het vrije segment tot het gereguleerde segment. Naast de producten die in de DBC-systematiek zijn ondergebracht, zijn er andere zorgproducten die zorgaanbieders van medisch specialistische zorg kunnen leveren, bijvoorbeeld kaakchirurgie en dienstverlening aan de eerste lijn. Deze prestaties zullen bij de start van de prestatiebekostiging onderdeel uitmaken van het gereguleerde segment, indien voor deze prestaties nu ook tariefregulering van toepassing is.

3.4.2 Welke zorgaanbieders kunnen de zorgprestaties in rekening brengen?

De zorgprestaties in het gereguleerde segment zijn in principe declarabel voor alle zorgaanbieders voor medisch specialistische zorg. Op grond van andere wet- en regelgeving (WBMV, Kwaliteitswet, Wet BIG, WTZi, et cetera) kunnen door de minister van VWS wel verbodsbepalingen, eisen of voorwaarden worden verbonden aan het leveren van deze zorg. Zo kan de minister van VWS op grond van de WBMV artikel 2 bepalen of het verboden is zonder vergunning een aantal bijzondere verrichtingen uit te voeren. Daarnaast wordt via de WBMV (artikel 8) het aanbod van een aantal verrichtingen of functies wettelijk geregeld.

3.4.3 Op welke wijze wordt de zorg vergoed?

In het gereguleerde segment gaan integrale maximumtarieven gelden. De maximering van de prijs biedt zorgverzekeraars bescherming tegen de potentiële marktmacht van zorgaanbieders in het gereguleerde segment. Anderzijds bieden maximumtarieven zorgverzekeraars wel de ruimte om bijvoorbeeld staffelafspraken te maken. Staffelafspraken (ook wel staffelkortingen genoemd) zijn een combinatie van prijs- en volumeafspraken: een zorgverzekeraar kan rekenen op een lagere prijs als hij meer volume afneemt bij de zorgaanbieder. Dit komt overeen met het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, waarin ook geadviseerd werd om een degressief tariefsysteem verder te stimuleren

binnen de curatieve gezondheidszorg.²⁸ Maximumtarieven bieden daarnaast enige ruimte om afspraken te maken over aspecten als zorgzwaarte, kwaliteit en innovatie. Ook geeft het zorgverzekeraars de mogelijkheid om in de onderhandelingen met zorgaanbieders kritisch door te vragen over de gehanteerde tarieven en de kosten die daaraan ten grondslag liggen.

In het gereguleerde segment zou, volgens de suggestie van de universitair medische centra (hierna: UMC's), ook gekozen kunnen worden voor een zogenaamd flexibel tarief. Dit is een maximumtarief met de mogelijkheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om een toeslag boven dit tarief overeen te komen.²⁹ Voordeel hiervan is dat er extra ruimte wordt gecreëerd om lokaal afspraken te maken over de vergoeding van hogere zorgzwaarte en betere kwaliteit. Het vaststellen van de hoogte van de opslag is echter zeer complex omdat zorgzwaarte lastig te kwantificeren is. Daarnaast is het onduidelijk in welke mate een toeslag daadwerkelijk besteed wordt aan de zorgzwaarteproblematiek, of dat de toeslag het gevolg is van marktmacht bij zorgaanbieders. Voor de korte termijn ziet de NZa een flexibel tarief daarom niet als een werkbare en wenselijke optie. De onderwerpen zorgzwaarte, innovatie en kwaliteit komen in hoofdstuk 7 apart terug.

Bij het vaststellen van de gereguleerde tarieven hanteert de NZa de volgende uitgangspunten:

- Er moet een relatie zijn tussen prestatie en kosten.
- De onderliggende profielen, zorgactiviteiten en bijbehorende kostprijzen per zorgactiviteit vormen de basis voor het vaststellen van de tarieven.
- De tarieven sluiten aan op de kosten. Dit wil overigens niet zeggen dat ieder tarief kostendekkend moet zijn; het totaal van de vergoedingen moet gemiddeld aansluiten bij de kosten. Randvoorwaarde is echter dat ongewenste patiëntselectie niet door de tariefstelling wordt gestimuleerd.
- Er is sprake van gelijke tarieven voor gelijke prestaties, waarbij de vergoeding niet afhankelijk is van de zorgaanbieder die deze prestaties levert.

Onderhoud van integrale tarieven van belang

Bij het invoeren van een integraal tarief per zorgproduct worden de tarieven berekend op basis van de huidige bestaande capaciteit en de gerealiseerde zorgproductie. Als een zorgaanbieder binnen de bestaande capaciteit meer productie levert, zal hij ook meer opbrengsten binnenhalen en dus ook meer opbrengsten voor de dekking van de vaste kosten, waaronder de kapitaallasten. Bij de vaststelling van de tarieven en dus ook bij de kapitaallastcomponent is een goede volumeschatting van belang.

Bij een voorspelbare volumestijging is het mogelijk daarop te anticiperen, maar door de invoering van DOT is een reële volumestijging niet te onderscheiden van een registratie-effect. Met de invoering van DOT worden namelijk volkomen nieuwe zorgproducten geïntroduceerd waar nog geen historische gegevens van zijn. Dit betekent dat het van groot belang is dat de gereguleerde tarieven periodiek (en met name in de eerste jaren frequent) worden herijkt. Periodieke herijking van de

²⁸ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg, december 2008.

²⁹ Een dergelijk flexibel tarief is in 2009 ook geïntroduceerd voor de apothekhoudenden. Apothekhoudenden en zorgverzekeraars hebben daarmee de mogelijkheid om gezamenlijk een hoger tarief overeen te komen dan het landelijk geldende maximumtarief.

gereguleerde tarieven is nodig om te voorkomen dat ze uit de pas gaan lopen met de werkelijke kosten. De herijking van de tarieven vindt bij voorkeur jaarlijks plaats op basis van geactualiseerde gegevens. Tijdens de consultatie pleitten de zorgverzekeraars voor een jaarlijkse herijking. De NZa heeft daarbij aangegeven dat dit wat betreft de uitvoeringslasten voor de onderhoudspartijen, maar ook voor individuele zorgaanbieders, onhaalbaar is. Een tweejaarlijkse herijking lijkt dan ook realistischer. De exacte frequentie zal nader moeten worden verkend, evenals de indexeringsmethodiek voor tussenliggende jaren. Los van de herijking van de tarieven ligt er een rol voor de zorgverzekeraars om lagere tarieven uit te onderhandelen bij individuele zorgaanbieders die een bovengemiddelde productietoename hebben.

Verschillende componenten in de gereguleerde tarieven

De gereguleerde tarieven bestaan uit de volgende componenten:

- kosten zorgaanbieder (alle kosten exclusief medisch specialisten en kapitaallasten);
- een norm voor de vergoeding van de vrijgevestigde medisch specialisten;
- een bedrag voor de vergoeding van de kapitaallasten.

De volgende paragrafen gaan in op welke wijze deze componenten worden opgenomen in het integrale tarief.

3.4.4 Kosten zorgaanbieder

De gereguleerde tarieven zullen worden gebaseerd op de werkelijke gemiddelde kosten. Om deze kosten vast te stellen zal een representatieve groep van zorgaanbieders worden gevraagd kostprijzen aan te leveren volgens een nader vast te stellen kostprijsmodel.

Representatieve groep zorgaanbieders

Bij de berekening van gereguleerde tarieven is de wijze waarop de groep van representatieve zorgaanbieders wordt samengesteld van belang. Momenteel leveren ziekenhuizen de kostprijzen vrijwillig aan DBC-O aan. De NZa gaat in afstemming met DBC-O na of het wenselijk en proportioneel is om de aanlevering van de kostprijsgegevens op grond van de Wmg verplicht te stellen (eventueel voor een selecte groep zorgaanbieders).

De tarieven in het gereguleerde segment worden gebaseerd op de kostprijzen en zorgprofielen van een representatieve groep zorgaanbieders, exclusief de UMC's. Achterliggende gedachte hierbij is dat de kostenstructuur van UMC's verschilt van andere zorgaanbieders. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (hierna: NFU) heeft begrip voor deze werkwijze, maar vraagt wel aandacht voor een passende vergoeding voor UMC's wanneer de tarieven op de kostprijzen van de algemene ziekenhuizen worden gebaseerd.

De UMC's vervullen naast de basispatiëntenzorg publieke functies op het gebied van onderwijs, opleidingen, onderzoek, ontwikkeling en toepassing van kennis en topreferente zorg. Uiteraard moeten deze functies adequaat worden vergoed via de academische component, het werkplaatsbudget en het opleidingsfonds. Dit betekent dat de tarieven van de zorg die in voldoende omvang door algemene ziekenhuizen en ZBC's wordt geleverd, zullen worden gebaseerd op de werkelijke kosten van deze zorgaanbieders. Hierdoor wordt voorkomen dat de gereguleerde tarieven voor deze zorgprestaties voor de UMC's te laag en voor de overige zorgaanbieders te hoog worden vastgesteld. Een uitzondering geldt daarbij uiteraard voor de zorg die vooral of uitsluitend in de UMC's wordt geboden, bijvoorbeeld transplantatiegeneeskunde. Hiervoor zullen de kosten van de UMC's wel als uitgangspunt gelden.

Aanpassing kostprijsmodel noodzakelijk

Het huidige kostprijsmodel moet, los van de structurele verbeteringen op het gebied van representativiteit en eenduidigheid, aangepast worden aan de wijzigingen die het gevolg zijn van de invoering van prestatiebekostiging. Zo zullen sommige kosten voortaan via het vaste segment worden vergoed en andere kosten, die nu nog buiten de kosten van zorgactiviteiten worden gehouden, worden onderdeel van de kapitaallastencomponent in het tarief. Deze kosten moeten dan ook anders worden toegerekend door zorgaanbieders. DBC-O heeft een aanpassing van het kostprijsmodel al op de agenda staan. De NZa zal vanuit haar wettelijke verantwoordelijkheid sturen op de te hanteren uitgangspunten. Dit moet ertoe leiden dat begin 2010 (na besluitvorming van de minister VWS over dit advies) een traject met DBC-O en zorgaanbieders wordt ingezet om een aangepast kostprijsmodel op te stellen en de aanlevering van kostprijzen volgens dit model te verzekeren. Het aangepaste kostprijsmodel moet zodanig vormgegeven worden dat de werkelijke kosten op adequate wijze meelopen in de vaststelling en berekening van de integrale gereguleerde tarieven.

Het is daarbij van belang op te merken dat de gereguleerde tarieven die voor 2011 van toepassing zijn, nog niet volgens deze werkwijze kunnen worden bepaald. De NZa zal met DBC-O nadere afspraken maken om gegeven deze beperkingen een zo goed mogelijke tariefberekening uit te voeren. Er moet echter rekening mee worden gehouden dat bij de invoering van prestatiebekostiging in 2011 de tarieven nog niet op alle onderdelen conform het aangepaste kostprijsmodel zijn bepaald. De gevolgen hiervan komen in hoofdstuk 4 aan de orde.

Los van de aanpassingen van het kostprijsmodel zal de NZa bezien of het mogelijk en wenselijk is om de prikkels voor de totstandkoming van kwalitatief goede gereguleerde tarieven meer bij veldpartijen zelf neer te leggen (zie ook 4.3.2).

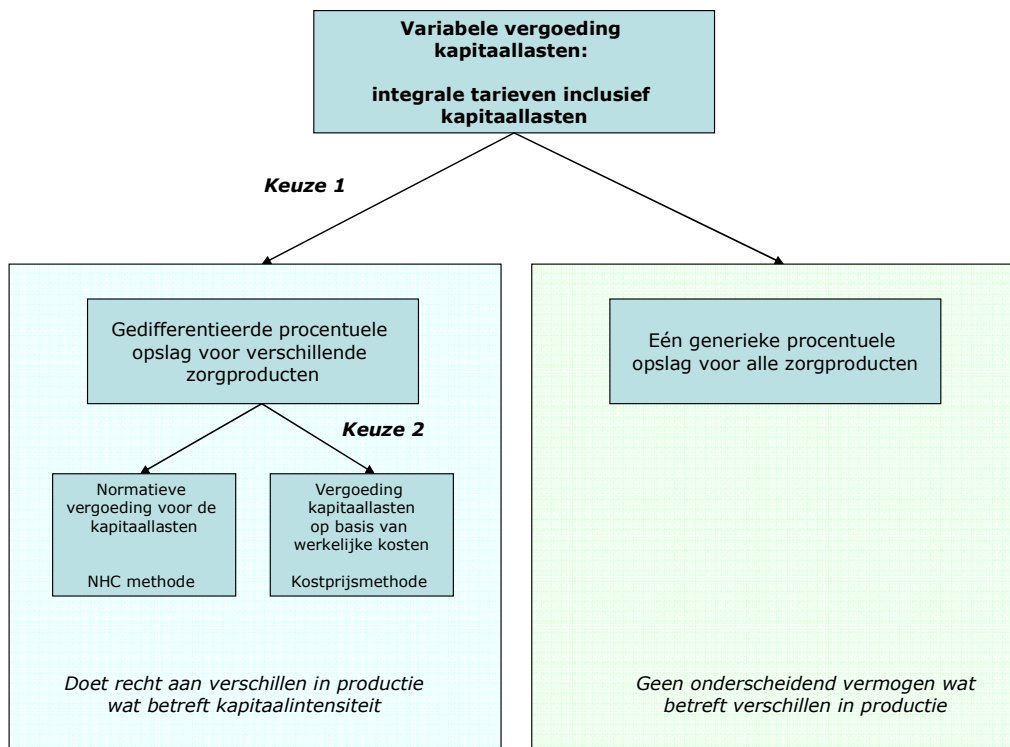
3.4.5 Medisch specialisten

Voor het meenemen van de honorariumvergoeding bij het opstellen van de gereguleerde integrale tarieven zal de huidige systematiek van normtijden en uurtarief worden gecontinueerd (zie hoofdstuk 3.2.4). Dit vereist op termijn mogelijk een nieuwe rondrekening om de normtijden te verbeteren. Indien hiertoe wordt besloten zal de NZa in overleg met DBC-O bekijken wanneer de uitkomsten van een dergelijke nieuwe rondrekening in de tarieven kunnen landen. Daarnaast moeten de resulterende normtijden periodiek herijkt worden in relatie tot volumeontwikkelingen. Op deze manier wordt voorkomen dat de normtijden onbedoeld te hoog worden vastgesteld. De NZa zal DBC-O verzoeken om dit in haar reguliere werkzaamheden op te nemen.

3.4.6 Kapitaallasten

In het gereguleerde segment wordt een nader te bepalen kapitaallastencomponent opgenomen in de tarieven van de zorgproducten. Zoals eerder aangegeven, wordt het hierdoor mogelijk voor zorgaanbieders om beslissingen te nemen over de capaciteit. Er zijn verschillende mogelijkheden om de kapitaallastencomponent in een tarief vast te stellen. De verschillende methoden en de bijbehorende keuzes worden in figuur 3.2 weergegeven.

Figuur 3.2. Wijze van vaststelling van de kapitaallastcomponent



Bron: NZa

Keuze 1: Generieke of gedifferentieerde procentuele opslag?

Bij de vaststelling van de kapitaallastcomponent³⁰ kan gekozen worden voor één generieke procentuele toeslag op alle zorgproducten of voor een gedifferentieerde procentuele toeslag, waarbij voor bepaalde producten of productgroepen een hogere (of lagere) toeslag wordt vastgesteld. In de huidige tarieven wordt gewerkt met een generieke gemiddelde opslag, maar worden verschillen in kapitaalintensiteit tussen zorgaanbieders via de instellingsbudgettering gecorrigeerd. Dit laatste is onder een model van prestatiebeposting niet langer het geval.

Het voordeel van één generieke procentuele opslag is de eenvoud van de methode; de gedifferentieerde opslag brengt meer uitvoeringslasten met zich mee. Eén generiek percentage doet echter geen recht aan de verschillen van kapitaalintensiteit bij verschillende zorgproducten, terwijl wel sprake is van reële kostenverschillen. Het is niet aannemelijk dat alle productie een gelijk beslag op kapitaallasten heeft. Immers, het is logisch om te veronderstellen dat een poliklinische behandeling lagere kapitaallasten met zich meebrengt dan een zwaardere operatieve behandeling. Ook analyses op de budgetten van een aantal verschillende zorgaanbieders laten zien dat er momenteel grote verschillen zijn tussen typen zorgaanbieders en het aandeel van de kapitaallastenvergoeding in het budget.³¹

Een ander nadeel van een generiek percentage is dat sommige patiënten hierdoor 'verliesgevend' kunnen worden. Dit vergroot het risico op patiëntselectie door zorgaanbieders en het risico op onderbehandeling

³⁰ Onder kapitaallasten verstaan we in dit verband de afschrijvingen en rentelasten van het onroerend goed (gebouwen, terreinen en installaties). De afschrijvingen van medische en andere inventarissen maken deel uit van de kostprijzen van zorgactiviteiten.

³¹ Ook het onderzoek dat de NZa heeft laten uitvoeren over de kapitaallastenvergoeding komt tot een dergelijke conclusie. Meer informatie over dit onderzoek is terug te vinden in hoofdstuk 8 'Verwachte effecten'.

van deze 'verliesgevende' patiënten. De NZa adviseert daarom om een gedifferentieerde procentuele opslag voor de kapitaallastenvergoeding in de gereguleerde tarieven op te nemen. Partijen hebben tijdens de consultatieperiode aangegeven deze keuze te ondersteunen.

Keuze 2: Normatieve vergoeding of een vergoeding op basis van werkelijke kosten?

Voor de bepaling van de gedifferentieerde kapitaallastenvergoeding kan gekozen worden tussen een normatieve vergoeding van de kapitaallasten en een reële vergoeding van de kapitaallasten. Voor de vaststelling van de normatieve kosten van de kapitaallasten kan de Normatieve Huisvesting Component (hierna: de NHC-methode) worden gehanteerd. Voor de bepaling van de werkelijke kosten voor de kapitaallasten kan de kostprijsmethode worden gebruikt. Beide methoden worden hieronder toegelicht.

De NHC-methode komt er in hoofdlijnen op neer dat de bouwnormen³² (investeringskosten) voor nieuwbouw worden toegerekend aan de zorgproducten.³³ Daarmee is het een soort vervangingswaarde benadering: het zijn de kosten van nieuwbouw tegen de huidige normen. De NHC-methode heeft op de korte termijn wel een aantal beperkingen. Allereerst moet nog een vertaling gemaakt worden van DBC's naar de nieuwe DOT-productstructuur. Deze laatste stap in de berekening, het toerekenen van een kapitaallastenvergoeding aan een DOT zorgproduct, is door DBC-O nog niet uitgevoerd. De NZa kan op voorhand niet inschatten of er beperkingen uit deze stap naar voren komen en zo ja welke. Ander nadeel is dat de NHC-methode op een aantal zaken nog moet worden doorontwikkeld. Hierdoor zal de NHC-methode in ieder geval op korte termijn nog niet over de volle breedte operationeel zijn. Ten derde krijgen zorgaanbieders een normatieve vergoeding, terwijl de kosten voor nieuwbouw wellicht nog niet gemaakt zijn. Dit zal in kastermen leiden tot hogere macro-uitgaven voor de overheid.

Bij de kostprijsmethode wordt de kapitaallastenvergoeding in de gereguleerde tarieven gebaseerd op de gemiddelde werkelijke kosten.³⁴ De NZa merkt daarbij op dat de huidige budgetvergoedingen in een situatie zonder budgettering en nacalculatie niet als kostendekkende vergoeding kunnen worden beschouwd en dat een correctie voor marktconforme rentevergoedingen en afschrijvingstermijnen noodzakelijk is. De kostprijsmethode vereist ook een aantal richtlijnen voor eenduidige en uniforme kostprijsberekening. Bovendien is een representatieve groep van zorgaanbieders voor de aanlevering van deze gegevens van groot belang doordat de spreiding van de kosten mogelijk groot is. Door de aanpassingen die nodig zijn voor het kostprijsmodel is deze methode, evenmin als de NHC-methode, nog niet volledig operationeel per 2011. Een ander nadeel van deze methode is dat hij alleen rekening houdt met de werkelijke kosten en dat zorgaanbieders daardoor een tijdelijk financieringsprobleem kunnen ondervinden bij het realiseren van nieuwe investeringen. Periodieke actualisering van de tarieven, waarbij ook recente investeringen meegenomen worden, is bij deze methode dan ook van belang.³⁵

³² De Wmg kent geen bouwnormen, bedoeld zijn de normen die voorheen door het Centrum voor Zorg en Bouw bij TNO (hierna: TNO/CBZ) werden gehanteerd bij de vergunningverlening onder het bouwregime.

³³ De NHC-methode is ontwikkeld door TNO/CBZ. De NZa heeft TNO/CBZ gevraagd onderzoek te doen naar de mogelijkheid om middels een normatieve huisvestingscomponent een vergoeding voor de kapitaallasten in de tarieven voor zorgprestaties op te nemen.

³⁴ Voor individuele zorgaanbieders wordt de vergoeding dan uiteraard ook normatief.

³⁵ Die richtlijnen hoeven niet noodzakelijkerwijs gevolgd te worden voor de jaarrekening.

Macro-meerkosten in relatie tot de kapitaallasten

De invoering van kostendekkende integrale tarieven zal leiden tot hogere uitgaven. Deze kosten zouden overigens ook grotendeels in het oude budgetstelsel opgetreden zijn. Omdat deze uitgavenstijging in feite het naar voren halen van kosten naar de nabije toekomst betreft, is er sprake van een uitgavenstijging in kastermen. De stijging van de kosten is hoger wanneer de NHC-methode wordt toegepast. Dit komt omdat bij deze methode op één moment de tarieven van alle zorgaanbieders op een actueel vervangingswaardeniveau worden vastgesteld. Doordat de kostprijsmethode uitgaat van werkelijke kosten, leidt deze methode op korte termijn tot lagere macro-uitgaven dan de NHC-methode. Maar de toepassing van de kostprijsmethode zal ook leiden tot een stijging van de macrokosten. Dit heeft een aantal oorzaken:

- Het verkorten van de afschrijvingstermijnen.
- De hogere rentekosten (hogere risico-opslag, rente eigen vermogen).
- De bestaande budgetten zijn gebaseerd op de afschrijvingen op de historische aanschafprijs. De budgetvergoeding voor afschrijvingen is ook niet geïndexeerd. Bij het overstappen op een actuele kostendekkende vergoeding treedt daardoor ook een prijseffect op. Daarnaast speelt dat de huidige bouwnormen anders zijn dan de oude normen (hogere kwaliteitseisen, privacy eisen). Daardoor zal altijd sprake zijn van niet-identieke vervanging.

De NZa heeft onderzoek laten uitvoeren naar de hoogte van de macrokosten om de vergoeding van kapitaallasten naar een kostendekkend niveau te brengen.³⁶ De resultaten van dit onderzoek zijn weergegeven in hoofdstuk 8. De NZa is, op grond van de Wmg, verantwoordelijk voor het vaststellen van kostendekkende tarieven. Het vaststellen van een adequaat vergoedingsniveau voor kapitaallasten is dan ook essentieel voor het welslagen van prestatiebekostiging. De overgangsproblematiek van de kapitaallasten speelt daarbij een grote rol. Onevenredige financiële problemen van zorgaanbieders als gevolg van kapitaallastenproblematiek uit het verleden, zouden in beginsel opgelost moeten worden vóór de invoering van prestatiebekostiging. De NZa heeft op 2 september 2009 een advies uitgebracht aan de minister van VWS over de mogelijkheden om de specifieke problematiek van de systeemwijziging op te lossen.³⁷ VWS heeft nog niet aangegeven op welke wijze met het advies van de NZa zal worden omgegaan.

Afweging van de verschillende methoden

Zowel de NHC-methode als de kostprijsmethode leidt dus, al dan niet in mindere mate, tot hogere macro-uitgaven. Ook zal de kapitaallastenvergoeding in 2011 bij beide methoden in onvoldoende mate representatief zijn. Tijdens de transitieperiode kan deze beperking worden opgevangen door het transitieproces. Het transitieproces ondervangt aan de basis enkel en alleen de vergoedingen van al bestaande investeringen op historisch kostenniveau. Daarom zal het transitieproces aangepast moeten worden voor toekomstige investeringen die gepleegd worden per 2011 en later. De vormgeving van het transitieproces, inclusief de kapitaallastenvergoeding, komt aan bod in hoofdstuk 5. De bestaande overgangsregeling kapitaallasten die per 1 januari 2009 is ingegaan, zal wellicht langs de lijnen van het advies van 2 september 2009 worden aangepast en moet vervolgens worden ingepast in het transitieproces.

³⁶ Kostendekkend in de zin van kostendekkende exploitatie van nieuwbouw.

³⁷ NZa, advies over aanpassing beleidsregel overgangsregime kapitaallasten, september 2009

Tegen deze achtergrond kan geconcludeerd worden dat er momenteel geen ideale methode beschikbaar is om een gedifferentieerde procentuele opslag te bepalen. De kostprijsmethode heeft als voordeel dat het op korte termijn leidt tot minder hoge macro-uitgaven dan de NHC-methode. Daarnaast sluit de kostprijsmethode aan bij de toerekening van de kosten door zorgaanbieders zelf. Daarbij kan aangesloten worden bij het aangepaste kostprijsmodel (zie hoofdstuk 3). Hierdoor vindt de NZa de kostprijsmethode, gebaseerd op reële kosten, de best passende benadering voor de vaststelling van de kapitaallastencomponent. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (hierna: NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) gaven in de consultatie aan de kostprijsmethode als meest praktische en haalbare optie te ondersteunen. Wel is aandacht gevraagd voor nieuwbouw en voor het feit dat eventuele kapitaallastenproblematiek uit het verleden op dit moment nog onvoldoende wordt ondervangen.

De voorgestelde methode wijkt af van de keuze die in de AWBZ is gemaakt. Bij de invoering van de integrale ZZP-tarieven in de AWBZ heeft de NZa de NHC-methode geadviseerd in combinatie met een alternatief invoeringsmodel, waarbij de macro meerkostenstijging wordt uitgesmeerd over een aantal jaren. Voor de afwijkende advisering ten opzichte van de AWBZ is een aantal redenen aan te voeren. Allereerst wordt er in de AWBZ door extra investeringen een kwaliteitsslag op het gebied van huisvesting gemaakt, terwijl dit punt binnen de curatieve sector beleidsmatig niet speelt. Ten tweede hebben zorgverzekeraars geen contracteerplicht en zijn zij meer risicodragend dan de zorgkantoren. Hierdoor ondervinden zorgverzekeraars een sterkere prikkel om geen zorg in te kopen bij zorgaanbieders die in een landelijke hogere tariefklasse zitten vanwege de kapitaallasten, wat marktversturende effecten met zich kan meebrengen. Daarnaast is er in de AWBZ geen bestaand kostprijsmodel aanwezig waarin de kapitaallastentoe rekening kan meelopen. Wellicht ten overvloede merkt de NZa hierbij op dat er in de medisch specialistische zorg al sprake is van een cumulatie van overgangsmaatregelen (denk aan de Beleidsregel overgangsregime kapitaallasten). Een alternatief invoeringsmodel zoals in de AWBZ, specifiek voor de kapitaallastenvergoeding, zorgt voor een verdere opeenstapeling van de uitvoeringslasten en faseringen bij de implementatie. Tijdens de consultatie hebben partijen aangegeven geen voorstander van de NHC-methode te zijn omdat deze methode in combinatie met een alternatief invoeringsmodel voor teveel complexiteit zorgt.

3.5 Het vaste segment

Het vaste segment bestaat uit een aantal specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening die een publiek belang kennen, zoals beschikbaarheid of specifieke deskundigheid. Hieronder worden de uitgangspunten en criteria besproken, gevolgd door de functies die voor opname in het vaste segment in aanmerking komen. Daarna wordt toegelicht wie aanspraak kan maken op vergoeding via het vaste segment en op welke manier de betaling aan zorgaanbieders plaatsvindt.

3.5.1 Uitgangspunten en criteria

De NZa hanteert de uitgangspunten die het ministerie van VWS in de brief 'Aanvullende uitgangspunten uitvoeringstoets transitie naar prestatiebekostiging' van 8 april 2009 heeft geformuleerd voor opname in het vaste segment:

- Zo veel mogelijk functies worden via zorgproducten gedeclareerd.
- Bekostiging via het vaste segment is mogelijk wanneer:

- de continuïteit van functies in het geding is als deze uitsluitend via zorgproducten worden vergoed én de aanwezigheid van de functie uit het oogpunt van publiek belang noodzakelijk is, en/of;
- de functies nu of voorheen in het budget van de ziekenhuizen waren opgenomen.

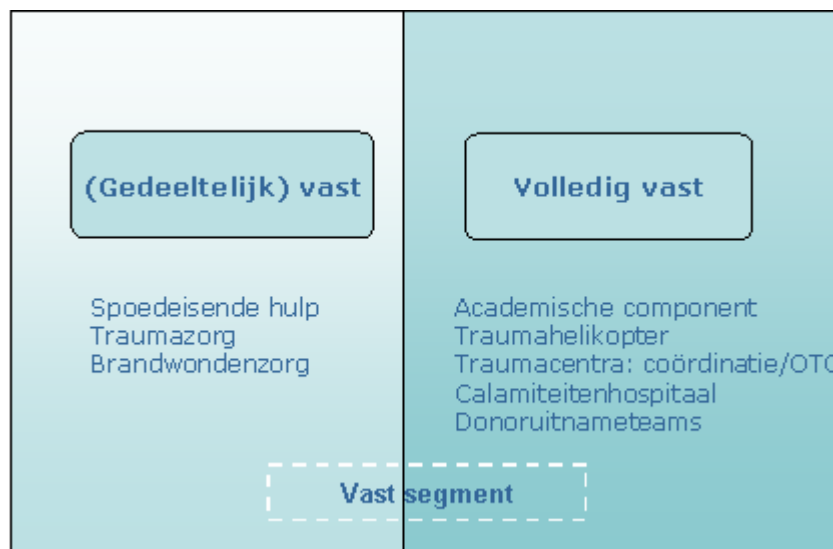
In aanvulling op de uitgangspunten van VWS heeft de NZa nog een aantal criteria geformuleerd op basis waarvan zorgfuncties in aanmerking komen voor opname in het vaste segment. Deze aanvullende uitgangspunten zijn:

- De vergoedingen moeten aansluiten op de (meer)kosten van deze functies. Daarmee wordt enerzijds de continuïteit gegarandeerd, maar wordt ook voorkomen dat er een ongelijk speelveld ontstaat ten opzichte van zorgaanbieders die deze functies niet bieden.
- De functies die via het vaste segment worden vergoed betreffen uitsluitend zorgfuncties die onder de reikwijdte van de Wmg vallen. Prestaties die geen zorg betreffen, zoals opleidingen en registratie, worden niet meegenomen.
- De kosten van de functies zijn in belangrijke mate gebaseerd op beschikbaarheid, of er bestaat een gerede kans dat de opbrengsten uit de prestaties deze kosten (jaarlijks) onvoldoende dekken.
- Er zijn geen prestaties gedefinieerd die rechtstreeks bij een patiënt in rekening kunnen worden gebracht; of dat het niet redelijk is om deze kosten in rekening te brengen bij een beperkt aantal patiënten (bijvoorbeeld hulpverlening via een traumahelikopter).

3.5.2 Welke zorg valt onder het vaste segment?

Rekening houdend met de criteria in paragraaf 3.5.1 wordt in figuur 3.3 weergegeven welke functies volgens de NZa voor het vaste segment in aanmerking komen (zie ook figuur 3.1 in hoofdstuk 3). Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen functies die volledig via het vaste segment worden vergoed en functies waarvoor ook een vergoeding uit de variabele zorgprestaties van toepassing is.

Figuur 3.3. Welke zorgfuncties vallen onder het vaste segment?



Bron: NZa

Op basis van bovenstaande figuur kan een onderscheid gemaakt worden tussen zorgfuncties die gedeeltelijk vast bekostigd worden (en voor een ander deel via zorgproducten uit het geregeerde of vrije segment) en zorgfuncties die volledig met een vaste vergoeding bekostigd worden.

Bij zorgfuncties die 'gedeeltelijk vast' bekostigd worden is de vaste vergoeding een zogenaamde beschikbaarheidsvergoeding. De minister van VWS heeft in zijn brief 'Ruimte en rekenschap voor de zorg en ondersteuning' aangegeven om, als dat mogelijk is, de cruciale zorgfuncties nader te verduidelijken om aan te geven welke functies voor het verkrijgen van steun in aanmerking komen (zie ook paragraaf 4.1.4).³⁸ De NZa acht het noodzakelijk dat VWS de uitkomsten hiervan vóór de start van prestatiebekostiging vergelijkt met het voorstel van de NZa voor de invulling van het vaste segment. De uitkomsten daarvan kunnen mogelijk leiden tot aanpassingen.

– *Welke functies volledig vast?*

Een aantal functies wordt volledig via het vaste segment vergoed. Er zijn voor deze functies geen zorgprestaties beschikbaar (bijvoorbeeld coördinatietaken of topreferentie) of het is niet wenselijk de hoge (beschikbaarheids)kosten in rekening te brengen aan individuele consumenten.

Academische component: Binnen de academische component worden uiteenlopende activiteiten vergoed. De academische component is echter wel grotendeels bedoeld voor de (indirecte) patiëntenzorg en voldoet daarmee aan het Wmg criterium. De UMC's en het Antoni van Leeuwenhoek/Nederlands Kanker Instituut kennen nu een academische component middels een vaste vergoeding via het Zorgverzekeringsfonds. VWS vindt dat deze vergoeding, die bedoeld is voor de meerkosten voor topreferente consumenten en de kosten van ontwikkeling en innovatie, in de toekomst op basis van de Wmg moet worden gefinancierd via het vaste segment.³⁹

Traumacentra; helikoptervoorzieningen, coördinatie, OTO en calamiteitenhospitaal: Voor de traumazorg stelt de NZa voor om een onderscheid te maken tussen de traumazorg aan patiënten en de overige functies die de traumacentra bieden. Deze overige functies vallen uiteen in: het ontwikkelen van de kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten)zorg en het opleiden, trainen en oefenen (OTO) bij rampen en helikoptervoorzieningen. Voor deze functies zijn of geen zorgprestaties beschikbaar (bijvoorbeeld kennis- en coördinatiefunctie) of geldt dat het in rekening brengen van deze prestaties bij individuele patiënten niet tot een reële vergoeding leidt (bijvoorbeeld helikoptervoorziening). Voor de traumazorg die de centra leveren - de behandeling van patiënten met (multi)trauma's - zijn wel zorgproducten beschikbaar. Voorgesteld wordt deze essentiële functies gedeeltelijk vast te vergoeden (zie hierna). Voorts stelt de NZa voor om aan deze functies het calamiteitenhospitaal toe te voegen.⁴⁰ Eerder heeft de NZa een vaste budgetvergoeding voor dit centrum ter beschikking gesteld ter garantie van de instandhouding.

Donoruitnameteams: Een viertal UMC's ontvangt op grond van artikel 8 WBMV een specifieke vergoeding voor landelijke

³⁸ VWS, Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning, 9 juli 2009. Een andere benaming voor cruciale zorgfuncties is de term 'Diensten van Algemeen Economisch Belang (DAEB)'.

³⁹ Momenteel loopt de academische component via een subsidieregeling. Per 2011 wordt het een betaling die gebaseerd is op een Wmg beschikking.

⁴⁰ Het calamiteitenhospitaal, dat alleen wordt geopend voor de onmiddellijke opvang van slachtoffers onder bijzondere omstandigheden, is een samenwerking tussen Defensie (Centraal Militair Hospitaal) en het UMC Utrecht. Het hospitaal beschikt onder andere over ruim 250 intensive care bedden, een medium/low care-afdeling en twee low care-afdelingen bedden, isolatieboxen, operatiekamers met recovery, een röntgenafdeling en een triage- en behandelruimte met 35 bedden.

donororgaanuitnameteams (LDT's). Deze vergoeding zal via het vaste segment worden voortgezet.

– *Welke functies gedeeltelijk vast?*

Voor de SEH, de traumazorg (exclusief de 'vaste' onderdelen van de traumazorg, helikoptervoorzieningen, coördinatie, OTO en calamiteiten-hospitaal) en brandwondenzorg is een gedeeltelijk vaste vergoeding van toepassing omdat voor deze essentiële publieke functies ook prestaties en tarieven beschikbaar zijn.

SEH (inclusief verloskundige hulp): De minister van VWS hanteert als uitgangspunt dat SEH-zorg voor iedereen in Nederland binnen 45 minuten beschikbaar moet zijn. VWS brengt momenteel in beeld welke zorgfuncties een SEH minimaal moet bieden om spoedeisende zorg te kunnen leveren. Daarbij wordt ook de verloskundige hulp betrokken. Een vergoeding van de kosten van deze functies is opgenomen in de gereguleerde en vrije tarieven. Een aanvullende vergoeding via het vaste segment kan noodzakelijk zijn om de noodzakelijke continuïteit van spoedeisende en verloskundige zorg te garanderen.

Traumazorg: In Nederland bieden elf regionale traumacentra spoedeisende hulp, multidisciplinaire intensive care en psychosociale hulp aan zeer ernstige ongevalspatiënten. Deze centra leveren ook bijzondere neurochirurgische zorg, waarvoor volgens artikel 2. WBMV een vergunning noodzakelijk is. Ook beschikt een traumacentrum over een Mobiel Medisch Team (MMT), dat op de plek van het ongeval preklinische hulp kan bieden. Er zijn (specifieke) zorgprestaties beschikbaar om deze zorg in rekening te brengen. Een specifieke, aanvullende vergoeding via het vaste segment kan noodzakelijk zijn om de beschikbaarheid van deze functie te garanderen.

Brandwondenzorg

Er zijn in Nederland drie brandwondencentra.⁴¹ Deze centra hebben zich gespecialiseerd in het behandelen en verzorgen van mensen met ernstige brandwonden. In deze centra wordt onder andere IC-capaciteit gereserveerd om patiënten langdurig op te kunnen vangen. Het aantal patiënten kan sterk wisselen als gevolg van (grootschalige) ongevallen en rampen. Op dit moment ontvangen deze centra een vaste vergoeding in het budget op basis van brandwondenbedden.

Ook bij de introductie van specifieke producten die deze zorg representeren welke momenteel wordt voorbereid door DBC-Onderhoud, kan een vergoeding via het vaste segment noodzakelijk zijn om de beschikbaarheid van deze functie te garanderen. Uit ervaringen in het verleden is gebleken dat het zeer lastig is om een adequate beschikbaarheidsvergoeding vast te stellen voor brandwondenzorg. Momenteel loopt een aantal belangrijke discussies rondom de ontwikkeling van zorgproducten en de herijking van de budgetten voor de drie brandwondencentra. Gezien de complexiteit van deze discussies is de medewerking van partijen in dit traject van groot belang om tot een vaste vergoeding te kunnen komen.

De functies die de NZa voorstelt op te nemen in het (gedeeltelijk) vaste segment komen overeen met de door het ministerie van VWS genoemde functies om op te nemen in het vaste segment.⁴² De NZa stelt voor ook het calamiteitencentrum en de brandwondencentra (gedeeltelijk) in het vaste segment op te nemen.

⁴¹ Brandwondencentrum Groningen (Martiniziekenhuis), Brandwondencentrum Rotterdam (Maasstad Ziekenhuis) en het Brandwondencentrum Beverwijk (Rode Kruis Ziekenhuis).

⁴² Zie brief 'aanvullende uitgangspunten uitvoeringstoets transitie naar prestatiebekostiging' van 8 april jl. (kenmerk CZ/TSZ 2916410).

Zowel algemene ziekenhuizen als zorgverzekeraars hebben tijdens de consultatie aangegeven zich voor te kunnen stellen dat ook de intensive care (hierna: IC) in het vaste segment wordt opgenomen. In lijn met de uitgangspunten van VWS en eerdere NZa-advisering over dit onderwerp, ziet de NZa vooralsnog geen noodzaak om (de beschikbaarheid van) IC, in het vaste segment onder te brengen, als aanvulling op de declarabele prestaties in het gereguleerde segment. De huidige bekostiging op basis van een uitgebreide set declarabele producten (add ons, met daarin onderscheid in levels) lijkt voldoende te functioneren en de beschikbaarheid van IC's te borgen. Zorgaanbieders blijken voldoende in staat om vooraf het volume in te schatten. In combinatie met de beschikbaarheidscomponent die in de tarieven is opgenomen en uitgaat van een gemiddelde bezettingsgraad van 80%, kan vooralsnog worden uitgegaan van een volledig variabele bekostiging. De NZa heeft al eerder aangegeven dat de tarieven voor IC wel herijkt moeten worden. DBC-O heeft dit punt al in de activiteitenplanning opgenomen en zal binnenkort dit traject starten.

In het kader van de budgettering wordt op dit moment een groot aantal andere functies via (semi-)vaste parameters (gedeeltelijk) vergoed. De NZa gaat er vanuit dat deze functies bij de invoering van prestatiebekostiging volledig uit de DOT-producten of add-ons zullen worden vergoed. Daarnaast zijn in de huidige budgetten en/of tarieven van ziekenhuizen specifieke vergoedingen opgenomen voor een aantal overige aanbieders van zorg, registraties en samenwerkingsverbanden. Hiervoor geldt ook dat vergoeding volledig uit de prestaties moet plaatsvinden. De gevolgen van de invoering van prestatiebekostiging voor deze overige aanbieders komt aan de orde in hoofdstuk 6.

3.5.3 Welke zorgaanbieders komen hiervoor in aanmerking?

Het is van groot belang dat voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars *vooraf* duidelijk is of en onder welke voorwaarden zij aanspraak kunnen maken op een vaste vergoeding en dat dit wettelijk wordt geregeld. Gedurende de consultatie hebben partijen het belang benadrukt om over de aanwijzing én de hoogte van de vergoeding tijdig duidelijkheid te krijgen. Bij de aanwijzing van zorgaanbieders ziet ZN een adviesrol voor zorgverzekeraars weggelegd. De NZa vindt het verstandig om zorgverzekeraars een dergelijke adviesrol te geven, maar vraagt daarbij wel aandacht voor de wettelijke verankering hiervan.

De Wmg is geen planningswet en biedt geen instrumenten om de kring van zorgaanbieders te beperken of uit te breiden. Een aanwijzing van zorgaanbieders is volgens de NZa nu niet mogelijk op grond van de WBMV. Deze wet regelt alleen verbodsbepalingen, eisen of voorwaarden die worden verbonden aan het leveren van bijzondere medische verrichtingen. De WBMV biedt dus geen basis op grond waarvan zorgaanbieders aangewezen kunnen worden voor het uitvoeren van bepaalde publieke functies. Daarnaast is het de vraag of een dergelijke aanwijzing op de WTZi gebaseerd kan worden. De WTZi heeft immers als doel dat aan marktpartijen zelf wordt overgelaten om te beslissen over toetreding tot de zorgmarkt, over investeringen en over de vormgeving van gebouwen en instellingen. Met andere woorden, de WTZi gaat niet over de aanwijzing van zorgaanbieders. Bij de invoering van prestatiebekostiging moet VWS hiervoor een afzonderlijke wettelijke regeling ontwikkelen.

Om concurrentievervalsing als gevolg van financiering door de overheid te voorkomen, moeten ook decentrale overheden de Europese

mededingings- en staatssteunregelgeving in acht nemen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de Europeesrechtelijke criteria voor de zogenaamde 'Diensten van Algemeen economisch belang' (hierna: DAEB) en met de strikte criteria ten aanzien van (verboden) staatssteun. Deze criteria gelden overigens ook voor de NZa bij het vaststellen van de hoogte van een vaste vergoeding. De vergoeding voor de belasting van de publieke functies wordt zodanig vastgesteld dat deze evenredig is aan de gemaakte kosten door de zorgaanbieder.

Elke lidstaat heeft een zekere vrijheid in het benoemen van DAEB en de organisatie daarvan. Om te voorkomen dat er een ongelijk speelveld ontstaat tussen verschillende zorgaanbieders acht de NZa het noodzakelijk dat VWS in de aanwijzing van de zorgaanbieders die daarmee worden belast, helder omschrijft welke DAEB onder het vaste segment vallen en op welke wijze de aanwijzingsregeling wettelijk wordt verankerd.

3.5.4 Hoeveel wordt vergoed?

De NZa zal beleidsregels vaststellen waarin de (gedeeltelijke) vergoeding van de verschillende functies via het vaste segment wordt vastgelegd. Daarbij wordt rekening gehouden met het gestelde in de vorige paragraaf.

Vergoeding geheel via het vaste segment

De academische component, helikoptervoorzieningen, coördinatie-taken van traumacentra, OTO bij rampen, de donorteams en het calamiteiten-hospitaal worden geheel uit het vaste segment vergoed. Met andere woorden: de vaste vergoeding staat gelijk aan de kosten van deze functie: *Vast = kosten functie*.

In beginsel zullen de vergoedingen aansluiten op de huidige budgetbedragen. Wat betreft de academische component wordt, aansluitend op de historie van deze vergoeding, uitgegaan van de afspraken tussen VWS en de UMC's en het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis/Nederlands Kanker Instituut. Dit gezien de specifieke functie die deze centra vervullen op het terrein van topreferente zorg en innovatie en de verwevenheid met andere door de overheid bekostigde functies op het terrein van onderwijs en onderzoek. Concreet betekent dit dat de NZa jaarlijks van VWS een opgave dient te ontvangen over de hoogte van de academische component per zorgaanbieder. De NZa zal het ter beschikking stellen van deze vergoeding via het vaste segment faciliteren.

Vergoeding gedeeltelijk via het vaste segment

Voor de SEH (inclusief verloskundige zorg), de traumazorg en de brandwondencentra geldt een vergoeding uit het vaste segment en een vergoeding uit de zorgproducten. Voor deze functies is dus sprake van een gedeeltelijke vergoeding uit het vaste segment.

De vaststelling van deze vergoeding voor deze functies kan op verschillende manieren plaatsvinden:

- Zo kunnen de beschikbaarheidskosten worden vastgesteld door bijvoorbeeld een minimale bezetting te bepalen. Hierbij kunnen zowel de werkelijke kosten als de normatieve kosten als uitgangspunt worden genomen.

Vast = kosten beschikbaarheid

- Een andere manier is om de totale kosten en de opbrengsten van een functie vast te stellen. Hierbij kunnen zowel de werkelijke als de normatieve totale kosten als de werkelijke of normatieve opbrengsten als uitgangspunt worden genomen.

Vast = totale kosten minus opbrengsten.

Om de wijze van vergoeding vast te stellen, is nader inzicht in de kosten en opbrengsten van deze functies noodzakelijk. Het vaststellen van kosten en opbrengsten voor de functies SEH en traumazorg is niet eenvoudig. Om deze functies in te vullen, is niet uitsluitend het 24-uur openhouden van een spoedeisende hulp of beschikbaar stellen van een mobiel medisch team nodig. Ook gerelateerde functies zoals IC en OK zijn noodzakelijk om spoedeisende zorg te bieden.

Wat betreft de opbrengsten geldt voor de SEH als complicatie dat het toerekenen van de opbrengsten aan de functies SEH (inclusief verloskundige hulp) zeer moeilijk tot onmogelijk is. Er zijn immers geen afzonderlijke SEH-producten; de betreffende prestaties in de productstructuur kennen een integraal tarief waarin de SEH en de overige aan spoedeisende zorg gerelateerde activiteiten zijn opgenomen. De verloskundige zorg moet afzonderlijk worden bekeken, want die hangt samen met 24-uurs beschikbaarheid van voldoende gynaecologen en verloskundigen en de bijbehorende faciliteiten om de bereikbaarheid/beschikbaarheid invulling te geven.

De vaststelling van deze vergoedingen vereist daarom nader kostenonderzoek. Hierbij zal ook nader worden verkend wat de mogelijkheden zijn om te gaan werken met voorcalculatie en nacalculatie en hoe omgegaan moet worden met kostentoe rekening. De NZa zal dit meenemen bij de verdere ontwikkeling van het kostprijsmodel (zie paragraaf 3.4.4). Bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding is het daarbij ook van belang te kijken naar substitutie naar de acute basiszorg die wordt geleverd in de eerste lijn.

Medisch specialisten

In het vaste segment kunnen ook (beschikbaarheids)kosten van medisch specialisten relevant zijn. Bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding wordt, in ieder geval zolang er een deelregulering is voor de honorariumbedragen, het uurtarief als uitgangspunt genomen.

Kapitaallasten

Het vaste segment zal ook een normatieve, volumeafhankelijke kapitaallastencomponent bevatten. Dit geldt als er sprake is van specifieke bouwvoorzieningen en kosten die onvoldoende uit de zorgproducten en de daarin opgenomen vergoeding voor de kapitaallasten worden vergoed. Dit laatste vergt een specifieke toerekening die pas nader uitgewerkt kan worden nadat de samenstelling van het segment met de vaste vergoedingen is vastgesteld.

3.5.5 Haalbaarheid per 1 januari 2011

Na besluitvorming over de samenstelling van het vaste segment kunnen, uitgaande van tijdige wettelijke aanpassingen (zie paragraaf 3.5.3 en 3.5.6), de functies die volledig via dit segment worden vergoed per 1 januari 2011 in het vaste segment worden opgenomen. Voor de functies die gedeeltelijk via het vaste segment worden vergoed, is dat niet mogelijk omdat daarvoor nog aanvullende acties moeten worden uitgevoerd. Om de invoering van prestatiebepaling per 1 januari 2011 doorgang te laten vinden, wordt de volgende fasering voor het vaste segment gekozen:

Start invoering prestatiebepaling 2011

Bij de invoering van prestatiebepaling in 2011 worden de functies die geheel via het vaste segment worden vergoed direct in het vaste segment opgenomen. Voor de functies SEH (inclusief verloskundige

zorg), traumazorg en brandwondenzorg zal dat nog niet het geval zijn. Deze functies worden in 2011 nog geheel uit de zorgprestaties vergoed; de tarieven zijn daar immers op gebaseerd. Bij de vormgeving van het transitie-model wordt specifiek stilgestaan bij de mate waarin het transitie-model voldoende garanties geeft voor de continuïteit van deze functies en daar waar nodig kan het transitie-model worden aangepast.

Vaststelling vergoeding op de lange termijn: 2012 en verder

In 2012 en daarna kunnen ook de functies die gedeeltelijk via het vaste segment worden vergoed in het vaste segment worden opgenomen. Nadat de noodzakelijke informatie over de invulling van het vaste segment en de aanwijzing van betreffende zorgaanbieders beschikbaar is, zal de NZa onderzoek naar de kosten en (toekomstige) opbrengsten van de verschillende functies in gang zetten om de hoogte van de vergoeding via het vaste segment vast te stellen.

3.5.6 Wijze waarop de vergoeding wordt gegeven

Er zijn verschillende manieren om de vaste vergoedingen bij de betreffende zorgaanbieders terecht te laten komen.

Allereerst kan gewerkt worden met een opslag op de gereguleerde tarieven. Deze optie heeft als nadeel dat een forse differentiatie in de tarieven tussen zorgaanbieders kan optreden, waardoor sommige zorgaanbieders zich uit de markt kunnen prijzen. Via de ex post verevening kan het risico voor zorgverzekeraars worden verminderd en dus het nadeel van de betreffende zorgaanbieders worden beperkt. Vanuit de patiënt blijft het probleem mogelijk wel bestaan als de patiënt deze prestatie geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen. Daarnaast wordt de bijdrage afhankelijk van de gerealiseerde productie en zullen mogelijke tekorten of overschotten verrekend moeten worden. Mede door het ontbreken van de contracteerplicht is een toeslag op het tarief geen garantie voor de zorgaanbieder dat de kosten ook daadwerkelijk vergoed worden.

Een andere mogelijkheid is dat het vaste segment bekostigd wordt via een apart fonds van zorgverzekeraars of een fonds van zorgaanbieders. Deze constructie is eerder toegepast bij de financiering van de academische component in de ziekenhuissector. Een belangrijk knelpunt is dat niet gegarandeerd kan worden dat deze bijdragen ook daadwerkelijk door de zorgaanbieder dan wel de zorgverzekeraar aan een apart fonds worden gestort. Dit kan op grond van de Wmg niet worden afgedwongen.

Een derde optie is dat zorgaanbieders via de zogenaamde opbrengstverrekening de vaste vergoedingen bij de zorgverzekeraars in rekening brengen. Deze opbrengstverrekening is de werkwijze die momenteel wordt gehanteerd voor de verrekening van het verschil tussen DBC-opbrengsten en het budget van een ziekenhuis. Hiervoor is echter wel een aanpassing van de Wmg noodzakelijk. Deze optie zal bovendien leiden tot hoge uitvoeringslasten voor de overheid en veldpartijen.

Tot slot kunnen de vaste vergoedingen rechtstreeks worden uitgekeerd via een beschikbaarheidsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds, waarbij al dan niet rekening gehouden kan worden met marktaandelen.⁴³ Deze optie is het minst marktversturend en uitvoeringstechnisch het minst

⁴³ Uit dit fonds worden de bijdragen voor de risicoverevening aan de zorgverzekeraars en de premies voor minderjarige kinderen betaald. Het fonds wordt gefinancierd via de inkomensafhankelijke bijdrage en Rijksbijdragen.

belastend voor partijen, omdat men in het onderlinge verkeer niet hoeft te bepalen wie wat in rekening zou moeten brengen. Bovendien past deze methode bij het publieke belang van de functies die onder het vaste segment vallen, zoals beschikbaarheid of specifieke deskundigheid, en gaat het om relatief kleine bedragen.

De voorkeur van de NZa gaat daarom uit naar een betaling via een beschikbaarheidsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Uit dit fonds zou een bedrag voor het vaste segment kunnen worden afgezonderd. Dit kan vormgegeven worden door een subsidie volgens de manier waarop nu de academische component wordt bekostigd.

De Wmg, de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) en de Wet financiering sociale verzekeringen (hierna: Wfsv) zouden moeten worden aangepast om het CVZ in staat te stellen een beschikbaarheidsbijdrage te laten uitbetalen uit het Zorgverzekeringsfonds en het Algemeen Fonds Bijzonder Ziektekosten. Bij een mogelijke aanpassing van de Zvw (maar ook Wmg) vraagt de NZa om in het bijzonder aandacht te besteden aan de vraag of er sprake is van zorg uit de zorgverzekering of van individuele verzekerde patiëntenzorg. Immers, slechts in deze situaties is een bijdrage vanuit het fonds mogelijk.

3.6 Wettelijke grondslag

3.6.1 Algemene aandachtspunten voor prestatiebekostiging

Een belangrijke doelstelling van de Wmg is te voorzien in spelregels en toezicht om de transitie naar meer marktwerking veilig te kunnen maken. Deze wet bevordert onder andere dat daar waar dat kan marktwerking op gang wordt gebracht (en gehouden) en daar waar dat moet, de overheid tarieven en prestaties kan reguleren. De NZa heeft op grond van de Wmg de taak om tarieven vast te stellen op die deelmarkten waar de tarieven niet vrij onderhandelbaar zijn. De NZa heeft daarnaast bevoegdheden om in deelmarkten waar (nog) geen vrije tariefvorming mogelijk is, nieuwe vormen van tariefregulering te ontwikkelen om marktwerking na te bootsen en zo een efficiënte bekostiging van zorgaanbieders te realiseren.

Het voornemen is om de in deze uitvoeringstoets beschreven systematiek van prestatiegerichte bekostiging binnen de medisch specialistische zorg, op grond van de Wmg dwingend aan de zorgaanbieders voor te schrijven. Geconstateerd kan worden dat de NZa (daargelaten de voor het overgangsmoedel noodzakelijke uitvoeringsinstrumenten) in beleidsregels prestatiebekostiging kan vormgeven. Daarmee is echter nog geen afdwingbare en handhaafbare verplichting voor individuele zorgaanbieders en verzekeraars vastgesteld. Die verplichting moet via een tariefbeschikking aan de zorgaanbieder worden opgelegd.

Op grond van artikel 35 van de Wmg is het verboden een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomt met het vastgestelde tarief, terwijl zorgverzekeraars een dergelijk tarief niet mogen betalen of vergoeden. Ook de zorgverzekeraar is hieraan dus gebonden.

Vanuit het oogpunt van rechtszekerheid is het wel noodzakelijk dat voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars vooraf duidelijkheid bestaat welke bedragen, waarvoor en in welke gevallen, in rekening mogen worden gebracht. Bij tariefregulering is het van belang dat voldoende zekerheid vooraf wordt geboden aan de marktpartijen. Zorgaanbieders moeten investeren om de kwaliteit en efficiëntie van hun zorgproductie te

verbeteren. Zij moeten dus kunnen vertrouwen op de condities waaronder zij deze investeringen kunnen terugverdienen.

3.6.2 Zorgvuldige invoering en overgangsmatregelen

De overheid heeft de vrijheid om beleidswijzigingen door te voeren. Echter, wanneer dit voor instellingen (grote) financiële gevolgen heeft en als niet precies is aan te geven wat de consequenties zijn, dan moet het overheidsorgaan uit zorgvuldigheidsoverwegingen een overgangsmatregel toepassen. Onder zorgvuldige invoering van prestatiegerichte bekostiging valt niet alleen dat besluitvorming onderbouwd, eenduidig en voorzienbaar moet zijn. Het betekent ook dat de onderliggende data waarop de besluitvorming of berekeningen plaatsvinden van voldoende kwaliteit zijn. Anderzijds is het belangrijk dat de overgang naar prestatiebekostiging zo snel mogelijk gebeurt om partijen zo kort mogelijk in een overgangssituatie te laten verkeren. Het te kiezen overgangsmatmodel moet hierop aansluiten. In hoofdstuk 5 wordt uitgebreid stilgestaan bij de verschillende overgangsmatmodellen.

Prestatiebekostiging is een nieuw en complex systeem. Daarom is het van belang dat de systeemwijziging eenduidig is en dat partijen ruim van te voren een volledig beeld van de spelregels hebben, zodat ze voldoende tijd hebben zich hierop voor te bereiden. Een termijn van een half jaar is redelijkerwijs het minimum. In het algemeen kan worden gesteld: hoe korter de periode voorafgaand aan invoering van een wijziging, des te groter de juridische risico's.

3.6.3 Transparantie, administratie- en informatieverplichtingen

Transparantie is een belangrijke randvoorwaarde bij prestatiebekostiging. Consumenten en zorgverzekeraars hebben immers goede informatie nodig om te kunnen kiezen voor een specifieke zorgaanbieder of zorgverzekeraar. De Wmg biedt reguleringsmogelijkheden om te voorzien in de transparantie in de consumentenmarkt. Zo kunnen bijvoorbeeld transparantie-, administratie- en informatieverplichtingen worden opgelegd. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met de administratieve lasten die dit met zich mee kan brengen.

Een ander aandachtspunt is de afdwingbaarheid van betrouwbare en vergelijkbare gegevens over de kwaliteit. Deze gegevens zijn essentieel voor zorgverzekeraars om hun rol als zorginkoper gedegen in te kunnen vullen. Dit betekent dat zij in staat gesteld worden om gefundeerde vergelijkingen te maken tussen zorgaanbieder. Een afdwingbare regeling ten aanzien van de hier bedoelde gegevens moet nog worden ontwikkeld. Omdat de gegevens ook noodzakelijk zijn om ontwikkelingen tijdens de transitiefase te kunnen kwantificeren, vormt dit een op korte termijn in te vullen randvoorwaarde (zie ook hoofdstuk 7 over kwaliteit).

3.6.4 Benodigde wetswijzigingen voor eindmodel

Zoals eerder in dit hoofdstuk vermeld, zijn wetswijzigingen noodzakelijk om prestatiebekostiging op grond van de Wmg afdwingbaar te kunnen opleggen. Voor een volledig overzicht wordt verwezen naar hoofdstuk 4.3.4.

3.7 Uitkomsten consultatieperiode

In de consultatieperiode zijn partijen in de gelegenheid gesteld om hun opvattingen over de in dit hoofdstuk gepresenteerde onderwerpen te ventileren. Partijen zijn het eens met de contouren van het eindmodel:

(benadering van de drie segmenten). In de uitwerking van het eindmodel vragen partijen aandacht voor een aantal punten:

- Het voorlopig handhaven van de deelregulering voor medisch specialisten wordt gedeeld door partijen.
- UMC's hebben aandacht gevraagd voor een passende vergoeding wanneer de tarieven worden gebaseerd op de kostprijzen van de algemene ziekenhuizen. ZN geeft daarbij aan dat zij het wenselijk vinden dat de tarieven jaarlijks worden onderhouden.
- Een aantal partijen (zowel zorgverzekeraars als algemene ziekenhuizen) is in tegenstelling tot de NZa voorstander van opname van de IC-zorg in het vaste segment.
- Partijen vragen vooraf duidelijkheid over de aanwijzing van zorgaanbieders en de hoogte van de vergoeding in het vaste segment.
- De kostprijsmethode voor de vergoeding van kapitaallasten wordt breed als voorkeursvariant gezien. Partijen vragen daarbij wel aandacht voor de nieuwbouw en kapitaallastenproblematiek uit het verleden.

3.8 Samenvatting en vervolgacties

Binnen het eindperspectief schetst de NZa drie verschillende segmenten: het vrije segment, het gereguleerde segment en het vaste segment. Bij alle segmenten is sprake van vrije volumes. In het vrije segment (vergelijkbaar met het huidige B-segment) gelden vrije prijzen en in het gereguleerde segment gelden gereguleerde maximumtarieven. Deze maximumtarieven bieden zorgverzekeraars de ruimte om staffelkortingen af te spreken (een lagere prijs bij een hogere volumeafname) en desgewenst andersoortige afspraken te maken met zorgaanbieders. Onder het vaste segment vallen zorgfuncties die niet rechtstreeks aan zorgproducten kunnen worden toegekend en zorgfuncties die vanuit publiek belang altijd beschikbaar moeten zijn.

Ter illustratie van het nieuwe bekostigingmodel staat hieronder een casus van een fictief ziekenhuis.

Box 3.1. Casus ziekenhuis

Een zorgaanbieder in een bepaalde regio van het land is door VWS aangewezen als leverancier van de voorziening 'traumahelikopter'. Vanuit het vaste segment heeft de zorgaanbieder recht op een vergoeding van € 3,8 miljoen. Voor het overige komt de zorgaanbieder niet in aanmerking voor vaste vergoedingen.

De kwaliteit van de door de zorgaanbieder geleverde orthopedische zorg is de laatste jaren relatief slecht geweest. Daarom heeft de zorgverzekeraar in de prijsonderhandelingen bedongen dat er niet alleen in het vrije segment voor de orthopedie relatief lage prijzen gelden. In het gereguleerde segment zijn prijsafspraken gemaakt die 10% onder het maximumtarief liggen. Mocht de kwaliteit niet verbeteren, dan dreigt de zorgverzekeraar het volgende jaar de betreffende zorg te verplaatsen naar een andere zorgaanbieder.

In het vrije segment krijgt de aanbieder een hogere prijs voor urologische behandelingen omdat de zorgaanbieder bekend staat als het regionale expertisecentrum op dit gebied en daardoor veel zware patiënten aantrekt.

Tot slot is in de prijsafspraken rekening gehouden met een autonome volumegroei van 3%. Hiermee zouden de vaste kapitaallasten van de zorgaanbieder gedekt worden. Mocht de groei voor deze zorgaanbieder hoger uitvallen, dan zal er zowel in het vrije segment als in het gereguleerde segment een staffel worden toegepast.

Om het eindmodel, zoals geschetst in dit hoofdstuk, per 2011 te kunnen laten functioneren, moet een aantal acties worden ingezet. Daarnaast zijn acties nodig om het eindmodel na 2011 voldoende te kunnen doorontwikkelen.

Vervolgacties NZa:

- De NZa zal in samenwerking met de belanghebbenden (inclusief DBC-O) duidelijk maken welke aanpassingen nodig zijn voor het huidige kostprijsmodel, zodat de kosten op een juiste en eenduidige wijze worden toegekend en dubbele bekostiging wordt voorkomen. Zorgaanbieders kunnen deze aanpassingen meenemen in het toerekenen van hun kosten.
- De NZa zal in samenwerking met DBC-O een nadere visie ontwikkelen over de representativiteit van de referentiegroep van zorgaanbieders voor de vaststelling van de gereguleerde tarieven. De NZa zal bij het maken van deze nadere afspraken ook bekijken in hoeverre deze kostprijsaanlevering verplicht moet worden gemaakt en op wie deze verplichting dan van toepassing is.
- Indien besloten wordt om een rondrekening van de normtijden uit te voeren, zal de NZa in overleg met DBC-O bekijken wanneer de uitkomsten van een dergelijke nieuwe rondrekening in de tarieven kunnen landen.
- De NZa zal, na besluitvorming van de minister van VWS over de functies in het vaste segment, kostenonderzoeken uitvoeren voor de traumazorg, de brandwondenzorg en de SEH (inclusief de verloskundige zorg).

Vervolgacties VWS:

- Voor de functies in het vaste segment moet VWS bij de invoering van prestatiebekostiging via een wettelijk kader vastleggen welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor een vaste vergoeding.
- Om concurrentievervalsing als gevolg van de financiering door de overheid te voorkomen, moeten ook decentrale overheden de Europese mededingings- en staatssteunregelgeving in acht nemen. Daarbij is het van belang dat VWS helder en nauwkeurig definieert welke functies DAEB zijn.
- VWS zal voor 2011 de noodzakelijke wetswijzigingen moeten doorvoeren ten behoeve van het aanwijzen van zorgaanbieders en het introduceren van een instrument dat het mogelijk maakt bedragen te verstrekken via het zorgverzekeringsfonds.

4. Verantwoord veranderen

4.1 Inleiding

De doelstelling is om tot een werkend systeem van prestatiebekostiging te komen, zoals geschetst in hoofdstuk 3. Bij de implementatie van volledige prestatiebekostiging voorziet de NZa echter vier significante belemmeringen. Deze belemmeringen worden in de paragrafen 4.2 tot en met 4.5 toegelicht.

Aan het einde van het hoofdstuk wordt stilgestaan bij de risico's die uit de belemmeringen voortvloeien voor de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars, de overheid en de consument. Daarbij onderscheidt de NZa systeemrisico's (risico's die voortkomen uit wijzigingen en/of onvolkomenheden in het systeem) en ondernemersrisico's (risico's inherent aan het ondernemen in een geliberaliseerde en meer risicovolle markt). Vanzelfsprekend kunnen de gesignaleerde systeemrisico's niet eenzijdig worden neergelegd bij partijen. Paragraaf 4.6 gaat hier nader op in.

4.2 Inkooprol zorgverzekeraars versterken

In het zorgstelsel spelen zorgverzekeraars een centrale rol. De mate waarin zorgverzekeraars hun rol invullen als kritische zorginkoper is een belangrijke randvoorwaarde voor een succesvolle implementatie van prestatiebekostiging. Wanneer zorgverzekeraars niet scherp genoeg inkopen, zullen de verwachte baten van prestatiebekostiging niet optreden. Immers, de mate waarin zorgverzekeraars volume verschuiven van inefficiënte zorgaanbieders naar efficiënte zorgaanbieders heeft de meeste impact op de inverdieneffecten van prestatiebekostiging.⁴⁴

Beperkte dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt

Zorgverzekeraars zouden idealiter een prikkel moeten hebben om ten opzichte van elkaar te concurreren, zodat de totale collectieve zorguitgaven niet substantieel stijgen en de consument profiteert van een betere prijs-kwaliteit verhouding van zorg. In veel opzichten biedt de zorgverzekeringsmarkt in 2009 een tamelijk stabiel beeld vanuit het oogpunt van de consument. De premie die de verzekerde voor de basisverzekering moet betalen, groeit sinds de introductie van de Zvw gematigd onder invloed van de premieconcurrentie.

Evenals in 2008 constateert de NZa wel dat in 2009 de dynamiek van de eerste jaren van het nieuwe stelsel ontbreekt. De marktconcentratie blijft hoog en toetreders melden zich niet of nauwelijks. Ook de producthomogeniteit blijft hoog, mede door het uitblijven van selectieve contractering op bredere schaal. De spreiding in premies is per saldo ongeveer gelijk. De verzekerdenmobiliteit is net als in 2008 beperkt. Tenslotte is de lage prijsgevoeligheid van verzekerden ten opzichte van 2008 niet toegenomen.⁴⁵

Het versterken van de inkooprol van zorgverzekeraars

Vanuit het belang van de stelselwijziging is het echter wel noodzakelijk dat zorgverzekeraars ook in de toekomst een prikkel blijven voelen om

⁴⁴ Dit blijkt ook uit een onderzoek dat de NZa heeft laten uitvoeren. De resultaten van dit onderzoek komen in hoofdstuk 8 aan de orde.

⁴⁵ NZa, Monitor zorgverzekeringsmarkt 2009, juni 2009

door middel van een scherpe zorginkoop de premies niet te veel te laten stijgen. De zorginkoop van zorgverzekeraars behoeft daarin wel verbeteringen. De afbouw van de ex post verevening kan daarbij een belangrijke rol spelen, doordat zorgverzekeraars dan meer risico's zullen gaan lopen over hun schadelast.

Zorgverzekeraars worden ex ante verevend voor hun zorguitgaven. Deze compensatie vindt plaats aan de hand van de kenmerken van de verzekerdenpopulatie enerzijds en de schadelast anderzijds. De afgelopen jaren is de ex post risicoverevening steeds verder afgebouwd.⁴⁶ Het doel hiervan is zorgverzekeraars in grotere mate risicodragend te maken voor hun zorguitgaven.⁴⁷ Hierdoor worden zorgverzekeraars aangezet om scherp in te kopen.

Door de invoering van prestatiebekostiging en gelijktijdig de nieuwe zorgproductstructuur wordt de schadelast van zorgverzekeraars ex ante tijdelijk slecht voorspelbaar. De behoefte aan ex post risicoverevening wordt hierdoor mogelijk groter. Daarmee ontstaat een spanningsveld: aan de ene kant is het belangrijk om verzekeraars te stimuleren om scherp in te kopen, aan de andere kant blijft ex post verevening van belang om de effecten van een onvoorspelbare schadelast op te vangen en patiëntenselectie tegen te gaan.

Hoewel de inhoudelijke advisering over de aanpassingen in het risicovereveningssysteem buiten de scope van deze uitvoeringstoets valt, constateert de NZa dat het noodzakelijk is om het ex ante risicovereveningssysteem op basis van de uitkomsten uit het proefdraaien met DOT zo goed mogelijk aan te passen aan de nieuwe situatie per 2011. Op deze manier hoeft de ex post risicoverevening niet opgebouwd te worden. Of een afbouw van de ex post verevening mogelijk is per 2011, is zeer de vraag. Daarmee blijft het risico bestaan dat zorgverzekeraars per 2011 hun inkooprol nog onvoldoende in kunnen en/of zullen vullen.

Strengere solvabiliteitseisen vanuit Europese richtlijnen

De mate waarin een zorgverzekeraar risico mag lopen, wordt bepaald door de richtlijnen van De Nederlandsche Bank (hierna: DNB). DNB ziet toe op de naleving van de vereisten ten aanzien van de financiële positie van de zorgverzekeraars (middels solvabiliteitseisen) en de beheersing van de bedrijfsvoering. Hier worden de Europese richtlijnen van Solvency I gevolgd. Per 2012 zal Solvency II van kracht worden, waarmee de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars toenemen. De uitzonderingspositie die zorgverzekeraars momenteel hebben, komt mogelijk te vervallen.⁴⁸ Door de strengere toezichteisen vanuit DNB bestaat het risico dat zorgverzekeraars een wat conservatieve premiestelling zullen hanteren.

⁴⁶ In een brief richting de Tweede Kamer heeft de minister van VWS aangegeven dat zorgverzekeraars in 2009 op ruim 60% van de ziekenhuiskosten risico lopen. VWS, Herziening zorgstelsel, 29689, nr.222, 26 september 2008

⁴⁷ De ex ante risicoverevening wordt vastgesteld voor aanvang van een bepaald jaar. Er wordt vooraf per zorgverzekeraar een inschatting van de zorgkosten gemaakt op basis van het risicoprofiel van de verzekerden. Hierdoor loopt de zorgverzekeraar financieel risico over de daadwerkelijke zorgkosten. Bij de ex post verevening wordt er voor een aantal onderdelen achteraf een herberekening gemaakt op het daadwerkelijke risicoprofiel. Hierdoor loopt de zorgverzekeraar op deze onderdelen geen enkel financieel risico.

⁴⁸ Op dit moment bestaat er een uitzonderingsregel waardoor er een afslag van 2/3 plaatsvindt op de hoogte van de solvabiliteitseisen ten aanzien van zorgverzekeraars. Deze afslag van 2/3 komt te vervallen, waardoor zorgverzekeraars als schadeverzekeraars worden ingeschaald.

Integrale visie is gewenst

De bovenstaande ontwikkelingen kunnen impact hebben op de mate waarin zorgverzekeraars scherp gaan inkopen. Voor een succesvolle implementatie van prestatiebekostiging moeten de prikkels en risico's voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars de gewenste effecten teweegbrengen. Gelet op bovenstaande pleit de NZa voor een integrale visie vanuit de overheid op de regulering van zorgaanbieders én zorgverzekeraars. De NZa zal bij haar toekomstige reguleringswerkzaamheden de regulering van zorgverzekeraars expliciet betrekken, voortbordurend op de aanzet in deze uitvoeringstoets.

4.3 Randvoorwaarden eindmodel nog niet ingevuld

Om het samenspel tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten en overheid goed te laten verlopen, is essentieel dat aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. De onderstaande paragrafen beschrijven deze randvoorwaarden en de mate waaraan daar per 2011 is voldaan.

4.3.1 Stabiele productstructuur

Een stabiele en medisch herkenbare productstructuur maakt goede onderlinge vergelijkingen tussen zorgaanbieders, gestructureerde en geautomatiseerde controles door zorgverzekeraars, scherpe zorginkoop door zorgverzekeraars en een eerlijke allocatie van middelen mogelijk. Daarnaast zorgt een goede productstructuur voor prestaties die de kosten correct voorspellen en patiëntselectie tegengaan.

Een stabiele productstructuur is daarmee een essentiële randvoorwaarde voor de werking van prestatiebekostiging. De stabiliteit van de huidige DBC-productstructuur is aantoonbaar onvoldoende.⁴⁹ Dit heeft te maken met onduidelijke producten, de veelheid aan producten, de specialisme specifieke opbouw van de systematiek en de multi-interpretabele registratie- en declaratieregels. De voorspelbaarheid van de registratie en declaratie is hierdoor laag, waardoor lokale beïnvloeding door zorgaanbieders mogelijk is. De nieuwe productstructuur DOT beoogt deze aspecten substantieel te verbeteren. De invoering van prestatiebekostiging op basis van DOT zorgproducten is daarom het uitgangspunt voor de NZa en is ook conform de beleidsuitgangspunten van VWS.

De komende jaren moet in de praktijk nog blijken of DOT daadwerkelijk zal leiden tot de gewenste verbeteringen. Immers, DOT is nog niet op brede schaal in de praktijk getest. Daardoor brengt de introductie van DOT onzekerheden en risico's met zich mee die hieronder worden toegelicht.

Trendbreuk door nieuwe productstructuur

Door de invoering van nieuwe zorgproducten is een vergelijking over de jaren heen zeer lastig. Volume- en prijsontwikkelingen zijn hierdoor moeilijk te vergelijken met voorgaande jaren. Bij het verklaren van nieuwe (gesignaleerde) trends kan dan ook niet automatisch worden teruggesproken op oude gegevens. Daardoor neemt het belang van goede monitorgegevens en benchmarks toe. De NZa is, zoals reeds aangekondigd, voornemens om de komende jaren verdere activiteiten op dit gebied op te zetten. Monitors en benchmarks moeten ook inzicht gaan geven in de mate waarin DOT de kosten van zorgaanbieders verklaart.

⁴⁹ NZa, Declaraties Beter Controleerbaar, september 2006.

Doorontwikkeling DOT

De productstructuur zal de komende jaren in ontwikkeling zijn en dus wijzigen. Deze wijzigingen in de productstructuur zullen vergelijkingen over de jaren heen compliceren. De NZa constateert dat dit in de periode 2005 tot en met 2009 een van de grootste problemen is geweest rondom de DBC-productstructuur. Daarnaast is het de vraag of per 2011, bij invoering van DOT, de productstructuur al voldoende dekkend is voor het gehele zorgaanbod.

4.3.2 Kwaliteit tarieven

Voor een goede werking van prestatiebekostiging is een goede kwaliteit van de tarieven (in het gereguleerde segment) een randvoorwaarde. Eerder is al geconstateerd dat het kostprijsmodel structureel aangepast moet worden voor zorg die onder het vaste segment valt en voor de alternatieve toerekening van kapitaallasten door zorgaanbieders (zie ook paragraaf 3.4.4). Deze aanpassingen zullen echter niet al in 2011 operationeel zijn, maar op zijn vroegst pas per 2012. De uitkomsten van de opbrengstverrekening roepen evenwel de vraag op of het niet noodzakelijk is om voor de korte termijn (2011) ook al een parallelle verbetering van de tarieven door te voeren.

Over- en onderfinanciering

De opbrengsten van een ziekenhuis komen binnen via declaraties van DBC's. De DBC-inkomsten van een ziekenhuis zijn momenteel in het A-segment begrensd en gegarandeerd door een budget. Na afsluiting van het jaar wordt het budget per ziekenhuis definitief vastgesteld.⁵⁰ Via de opbrengstverrekening wordt berekend of een ziekenhuis een over- of onderfinanciering heeft. Hierbij wordt dus vastgesteld in welke mate het ziekenhuis te veel of te weinig opbrengsten heeft binnengekregen ter dekking van het budget.

In de periode 2005 tot en met 2007 bleek op landelijk niveau sprake te zijn van een forse overfinanciering van de ziekenhuizen. Dit werd veroorzaakt door hoge ex ante verrekenpercentages in de jaren 2005, 2006 en 2007. Deze percentages kwamen tot stand doordat ziekenhuizen hun DBC-volume in 2005 én de hoogte van het onderhandenwerk te laag hadden geschat. Zonder deze hoge verrekenpercentages zou er sprake zijn geweest van onderfinanciering in de jaren 2005 en 2006. Deze onderfinanciering zou richting 2007 afnemen richting 'nul'.

Om grote tarieffluctuaties en opbrengstverschillen te voorkomen, heeft de NZa besloten per 2008 het ex ante verrekenpercentage op 'nul' te zetten.⁵¹ Dit moest leiden tot een kleinere afwijking van het opbrengstverschil en dus een lager overschot van de ziekenhuizen. De hoogte van de over- of onderfinanciering 2008 per ziekenhuis wordt in het najaar 2009 definitief door de NZa berekend en vastgesteld. Voorlopige analyses van de NZa laten zien dat er in 2008 sprake is van een overfinanciering van circa € 1 miljard. De achterliggende oorzaak is nog niet bekend. Wel is deze overfinanciering in lijn met eerdere resultaten in de monitor Ziekenhuiszorg 2009. Hierin constateerde de NZa een omzetsijging van medisch specialisten die onder de lumpsum vielen.⁵² Tevens constateerde de NZa dat in 2008 de gemiddelde DBC-tarieven in het A-segment met ongeveer 20 procent zijn toegenomen. Dit als gevolg van wijzigingen in de productstructuur en een

⁵⁰ Dit gebeurt op basis van een nacalculatieformulier en heeft onder meer betrekking op de gerealiseerde productie, de rente en de afschrijvingen.

⁵¹ Achteraf vindt nog steeds verrekening plaats.

⁵² NZa, Monitor Ziekenhuiszorg 2009, mei 2009

veronderstelde verbetering in de onderbouwing van de onderliggende kosten.⁵³

Voor de invoering van prestatiebekostiging per 2011 is het van groot belang beter inzicht te krijgen in de onderliggende oorzaken van overfinanciering. De NZa zal daarom, parallel aan de structurele verbetering van de kostprijzen, onderzoeken of de aansluiting tussen tarieven, prestaties en kosten op de korte termijn verbeterd kan worden.

Het laten aansluiten van tarieven op werkelijke kosten (zogenaamde kostengeoriënteerde tarieven) kan via twee methoden gebeuren. De eerste methode is regulering. Dit is de huidige aanpak, waarbij bottom-up kosten worden toegerekend via een kostprijsmodel en naar zorgproducten worden vertaald. De tweede methode is tendering. Daarbij wordt, gegeven een budgettair kader, aan de zorgaanbieders gevraagd tegen welke prijzen zij producten kunnen leveren en wordt op basis van een dergelijke bieding een maximumtarief (of bandbreedte) vastgesteld op basis waarvan vervolgens tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars lokaal afspraken gemaakt worden.

Vooralsnog wordt uitgegaan van de gereguleerde benadering en zal die worden verbeterd (zie paragraaf 3.4.4). Niettemin zal de NZa nagaan of een proces van tendering is te ontwerpen dat snellere en betere gereguleerde prijzen in het vaste en gereguleerde segment kan opleveren. Dit kan namelijk leiden tot een kortere transitieperiode.

4.3.3 Passend steunbeleid

Zorgaanbieders die in financiële problemen komen, kunnen bij de NZa een verzoek voor steunverlening indienen. Steunverlening vindt slechts plaats in een uiterst geval en onder zeer strikte voorwaarden. Eén van die voorwaarden is dat de continuïteit van cruciale zorgfuncties in (acuut) gevaar is.⁵⁴ Steun moet dus worden gezien als laatste redmiddel om de beschikbaarheid van een zorgfunctie te borgen. Door de afschaffing van het budget en de invoering van prestatiebekostiging geldt dat de continuïteit van zorg belangrijker is dan de continuïteit van zorginstellingen. Daarom wordt momenteel het steunbeleid herzien, zodat het beter aansluit bij de daarmee gepaard gaande verantwoordelijkheden en risico's voor zorgaanbieders onder prestatiebekostiging.

De NZa en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (hierna: RVZ) hebben in juni 2009 advies uitgebracht over zorgaanbieders in financiële problemen.⁵⁵ In dit advies is een 'early warning' systeem met meldplicht bepleit voor zorgaanbieders die zorgfuncties leveren die vooraf door de overheid als cruciaal zijn bestempeld. Financiële problemen en verhoogde risico's kunnen zo in een vroeg stadium gesignaleerd worden, waardoor tijdig ingrijpen mogelijk wordt. Voor een gericht, helder en restrictief steunbeleid vindt de NZa het definiëren van cruciale zorgfuncties met bijbehorende normen ten aanzien van beschikbaarheid en bereikbaarheid dan ook van essentieel belang. Steunverlening is namelijk alleen mogelijk als vooraf duidelijk is wanneer de continuïteit van zorg in het geding is. De uitkomst van het definiëren van de cruciale zorgfuncties kan op termijn invloed hebben op de invulling van het vaste segment (zie hoofdstuk 3).

⁵³ NZa, Monitor Ziekenhuiszorg 2009, mei 2009

⁵⁴ De term 'cruciale zorgfuncties' wordt genoemd in de brief van VWS 'Rekening afleggen over de toekomst van de zorg en de ondersteuning'.

⁵⁵ NZa, Advies Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel – Early warning systeem en mogelijkheden voor steunverlening, 10 juni 2009; RVZ, Steunverlening zorginstellingen, 10 juni 2009

Door het huidige steunbeleid aan te passen en concreet op de continuïteit van cruciale zorgfuncties te richten, wordt aan de ene kant bereikt dat de consument kan blijven rekenen op essentiële zorg, terwijl aan de andere kant duidelijk blijft dat zorgaanbieders een eigen verantwoordelijkheid hebben voor hun organisatie. Ook worden de mededingingsversturende effecten van steunverlening zo tot een minimum beperkt. In reactie op dit advies heeft de minister van VWS de NZa verzocht om een uitvoeringstoets op de brief 'Ruimte en rekenschap' op te stellen waarin het steunverleningbeleid en de ontwikkeling en het beheer van een 'early warning' systeem verder worden uitgewerkt. De benodigde wetswijzigingen zijn door VWS gepland in de zomer van 2010 en 2011.⁵⁶

4.3.4 Benodigde wetsaanpassingen

Voor een succesvolle en afdwingbare invoering van prestatiebekostiging acht de NZa het noodzakelijk dat een aantal wetten per 2011 is aangepast. De belangrijkste noodzakelijke wijzigingen worden hieronder toegelicht.

Aanpassing van de Wmg

Om een transitie- en eindmodel zoals beschreven in deze uitvoeringstoets mogelijk te maken, moet de Wmg op de volgende punten worden aangepast:

- De bevoegdheid van de NZa een omzetgrens vast te stellen voor de totale omzet van de zorgaanbieder voor een daarbij aan te geven periode.
- De bevoegdheid om een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen waarmee een grensoverschrijding wordt opgeheven of een vergoeding in het kader van zorg uit het vaste segment wordt verstrekt.
- De bevoegdheid dat de zorgaanbieder deze beschikbaarheidsbijdrage rechtstreeks bij het Zorgverzekeringsfonds in rekening kan brengen.
- Een bepaling waarmee een grensoverschrijding kan worden afgeroomd door een bedrag dat een zorgverzekeraar in rekening kan brengen bij een zorgaanbieder.
- Een bepaling waarmee een grensoverschrijding kan worden afgeroomd door een aanwijzing van NZa aan de zorgaanbieder om een bedrag van ten hoogste het overschot te storten in het Zorgverzekeringsfonds.
- De bevoegdheid om bovengenoemde bedragen in te vorderen en naleving van de nieuwe bepalingen te handhaven.

Aanpassingen Zorgverzekeringswet en de Wet financiering sociale verzekeringen

De Zvw en de Wfsv moeten worden aangepast om (1) mogelijk te maken dat zorgaanbieders kunnen storten in het Zorgverzekeringsfonds en (2) het CVZ in staat te stellen een beschikbaarheidsbijdrage te laten uitbetalen uit het Zorgverzekeringsfonds.

Regeling op basis waarvan zorgaanbieders aangewezen worden

Een aanwijzing van zorgaanbieders die in aanmerking komen voor een vergoeding uit het vaste segment is naar mening van de NZa momenteel niet mogelijk op grond van de WBMV. Daarnaast moet worden betwijfeld of de WTZi als een wettelijk kader is te hanteren in geval van een

⁵⁶ VWS, Brief naar aanleiding van Algemeen Overleg governance in de zorg, MC/U-2960092, 1 oktober 2009

dergelijke aanwijzing. De NZa meent daarom dat een afzonderlijke wettelijke regeling noodzakelijk is om dit mogelijk te maken.

4.4 Effecten zijn onvoorspelbaar

Zoals eerder aangegeven is invoering van prestatiebekostiging alleen mogelijk onder gelijktijdige invoering van DOT. Per 2011 worden deze twee ingrijpende wijzigingen, die elk hun eigen dynamiek kennen en wederzijds op elkaar inwerken, tegelijk ingevoerd. Door deze veranderingen zal een aantal effecten optreden:

- Het afschaffen van het budget zal leiden tot verschuivingen in de inkomsten van de gebudgetteerde zorgaanbieders en de bijbehorende schadelast van zorgverzekeraars.
- De invoering van de nieuwe productstructuur DOT leidt tot omzetveranderingen bij alle zorgaanbieders en schadelastverschuivingen bij zorgverzekeraars. Per 2013 wordt de omzetontwikkeling op basis van de nieuwe productstructuur pas volledig inzichtelijk. Zorgproducten kunnen immers maximaal twaalf maanden openstaan. De periode van schaduwdraaien (van medio 2009 tot medio 2010) zal deels helpen om eerder inzichten te verkrijgen. Schaduwdraaien is echter niet verplicht en eerdere ervaringen met de DBC invoering hebben aangetoond dat sprake is van een grote mate van onzekerheid.
- Bovendien zal de DOT-productstructuur nog in ontwikkeling zijn en nog niet volledig dekkend voor het gehele zorgaanbod. Dat houdt in dat ook de kwaliteit van de gereguleerde prestaties en tarieven bij invoering nog niet optimaal zal zijn, wat impact heeft op de omzet van zorgaanbieders en de schadelast van zorgverzekeraars.

Hoe groot deze effecten zijn en naar welke kant ze opwerken, is op voorhand niet te voorspellen. Het is echter niet uitgesloten dat de financiële gevolgen voor individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars significant zijn. Daarbij is het ook lastig te onderscheiden welke effecten voortkomen uit systeemwijzigingen (systeemrisico's) en welke door de introductie van ondernemersrisico's.

4.5 Solide eindmodel kost tijd

In hoofdstuk 3 is het eindmodel voor de bekostiging van zorgaanbieders beschreven. Het eindmodel gaat uit van drie segmenten in de toekomstige ziekenhuisbekostiging. Om de nieuwe bekostiging volgens deze segmentering te kunnen laten verlopen, is verdere technische uitwerking nodig. Essentiële punten hierbij zijn:

- De hoogte van de vaste vergoedingen moet worden berekend. De NZa moet hiervoor een aantal kostenonderzoeken uitvoeren. Dit vraagt ook een visie van VWS op het onderdeel SEH-gelden.
- Het kostprijsmodel moet worden aangepast en op basis hiervan moeten nieuwe tarieven worden berekend en vastgesteld.
- Het kapitaallastenvraagstuk vraagt om een verdere uitwerking. Zo is de kapitaallastcomponent nog niet voldoende opgenomen in de tarieven.

Na de technische uitwerking moeten deze onderwerpen geïmplementeerd te worden. Dit vergt enige tijd. De NZa kan op voorhand aangeven dat een groot deel van deze activiteiten niet voor 2011 zijn ontwikkeld én geïmplementeerd. Het eindmodel zal daarom in praktische zin niet tijdig volledig gereed zijn.

4.6 Transitie­model noodzakelijk

Bovenstaande belemmeringen, die door partijen op hoofdlijnen worden herkend en erkend, brengen een aantal omvangrijke risico's mee voor verschillende partijen. Deze worden hieronder kort toegelicht.

4.6.1 Risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Door de grote wijzigingen die per 2011 ingevoerd zullen worden, is het voor individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars lastig te voorspellen op welke wijze hun omzet dan wel hun schadelast zich zal gaan ontwikkelen. Dit generieke risico voor individuele bedrijfsvoeringen heeft de NZa ook genoemd in haar eerdere hoofdlijnenadvies. Dit gecombineerd met de belemmeringen zoals eerder in dit hoofdstuk vermeldt, leidt tot een opeenstapeling van risico's voor individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa vindt het niet wenselijk om dergelijke systeemrisico's bij deze partijen neer te leggen, wat pleit voor een zorgvuldige overgang naar volledige prestatiebekostiging.

4.6.2 Risico's voor de consument en de overheid

Het is uiteraard ook niet redelijk dat omvangrijke systeemrisico's bij de patiënt terecht­komen. De risico's kunnen leiden tot hogere macrokosten zonder dat daar iets tegenover staat, bijvoorbeeld kortere wachttijden of betere kwaliteit. Ook kunnen de risico's leiden tot het wegvallen van zorgaanbieders, zodat de toegankelijkheid voor de patiënt substantieel kan verslechteren. Het gegeven dat bepaalde vormen van zorgaanbod nog onvoldoende in de nieuwe productstructuur zijn opgenomen, brengt bovendien het risico van patiëntselectie met zich mee.

Zonder nadere maatregelen is ook denkbaar dat een aanzienlijke toename van zorgkosten gevolgd wordt door kortingen vanuit de overheid. Ministeriële ingrepen in de kostenontwikkeling in de curatieve zorg worden door de rechter in het algemeen als aanvaardbaar beoordeeld. Achterliggende gedachte hierbij is dat de overheid niet alleen tot taak heeft om het wettelijke recht op zorg te waarborgen, maar ook gerechtigd is tot de maatschappelijk en economisch dringend noodzakelijke beheersing van de zorgkosten.⁵⁷ De ondergrens daarbij is de aanvaardbaarheid van de kwaliteit van de zorg.

Een complicerend punt is het achterhalen van de oorzaak van een toename van het volume en dus ook de kosten. Als blijkt dat er sprake is van een volumestijging, dan is het zeer complex de oorzaak daarvan te achterhalen. Is de volumestijging het gevolg van daadwerkelijk meer zorg leveren of is er sprake van registratie-effecten?

Kortingen vanuit de overheid zullen een succesvolle implementatie van prestatiebekostiging frustreren en leiden tot suboptimale uitkomsten.

Wat in eerste instantie een grote stap vooruit lijkt te zijn, zal dan uiteindelijk een achteruitgang voor de sector en voor de consument kunnen impliceren.

4.6.3 'Big bang' is geen optie

Door de hierboven beschreven belemmeringen en de daaruit voortvloeiende systeemrisico's is het de vraag of een directe overgang naar het eindmodel, volgens een 'Big Bang-scenario', per 2011 verantwoord is. Bij een Big Bang-scenario is sprake van een directe invoering van prestatiebekostiging op basis van zorgproducten per 2011

⁵⁷ Zie bijvoorbeeld Hof 's-Gravenhage 16-11-1989, RAZ 1990, 32, CBb 27-9-2005, RZA 2005, 204 en CBb 26-4-2007, RZA 2007, 118

zonder aanvullend flankerend beleid. De NZa verwacht niet dat zo'n scenario ervoor gaat zorgen dat de eerder geschetste eindsituatie bereikt wordt. Bovendien brengt deze optie grote risico's met zich mee voor individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. En dat kan weer negatieve effecten hebben voor de consument wat betreft betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. De NZa vindt een Big Bang- scenario daarom geen haalbare optie. Partijen hebben aangegeven deze conclusie te ondersteunen, maar denken verschillend over mogelijke oplossingen.

4.6.4 De invoering DOT en prestatiebekostiging scheiden?

Op grond van de voorgaande analyse kan worden geconstateerd dat een deel van de risico's mede wordt veroorzaakt door de gelijktijdige invoering van prestatiebekostiging en DOT. De NZa heeft daarom mede op verzoek van veldpartijen bekeken of de invoering van DOT en prestatiebekostiging op de een of andere manier van elkaar losgekoppeld kunnen worden. Dit zou de eerder beschreven risico's mogelijk kunnen ondervangen.

Eerst invoering prestatiebekostiging, daarna invoering van DOT

Vanuit de NVZ is geopperd om eerst prestatiebekostiging in te voeren en pas op een later moment de nieuwe productstructuur DOT. Prestatiebekostiging zou dan in eerste instantie worden ingevoerd op basis van de huidige DBC-systematiek (inclusief enkele aanpassingen die op beperkte wijze op DOT vooruitlopen). De NZa ziet dit om meerdere redenen niet als werkbare optie:

- Zoals eerder aangegeven, acht de NZa het huidige DBC-systeem onvoldoende stabiel en de onderbouwing van tarieven onvoldoende om prestatiebekostiging op te baseren. Ook ziet de NZa onvoldoende mogelijkheden voor fundamentele doorontwikkeling van de huidige DBC-systematiek. De NZa ziet DOT als een noodzakelijke randvoorwaarde voor de invoering van prestatiebekostiging.
- De parallelle invoering van DOT is niet de enige belemmering: de te beperkte inkooprol van zorgverzekeraars en het onvoldoende gereed zijn van de randvoorwaarden en het eindmodel leiden ook tot grote risico's.
- De NZa verwacht dat het ontvlechten van DOT en prestatiebekostiging tot een netto langere transitieperiode leidt, met daarbij gefragmenteerde maatregelen om risico's te beperken, hogere wijzigingslasten en het langer uitblijven van optimale baten voor de consument.⁵⁸
- Ook zullen zorgaanbieders door uitstel van DOT minder prikkels ondervinden om adequaat te registreren en wellicht ook minder aandacht hebben voor de verbetering van de productstructuur. Hierdoor zal uitstel van DOT slechts beperkt leiden tot minder risico's.

Voor de NZa betekent uitstel van DOT dan ook een-op-een uitstel van invoering van prestatiebekostiging. Overigens hebben de academische ziekenhuizen en de zorgverzekeraars aangegeven in beginsel geen voorstander te zijn van het bovenstaande scenario.

Eerst invoering van DOT, en daarna invoering van prestatiebekostiging

Een andere mogelijkheid is om eerst DOT in te voeren en daarna pas prestatiebekostiging. Hoewel dit een betere variant lijkt dan de omgekeerde route, heeft dit ook een aantal nadelen:

⁵⁸ Uitstel van DOT geeft meer tijd om de productstructuur te verbeteren en de effecten te voorspellen (schaduwregistratie). Mede gelet op de lange doorlooptijd van zorgproducten, de wijzigingen die de productstructuur de komende jaren nog zal ondergaan en mogelijke wijzigingen in het B-segment, is het echter zeer de vraag of uitstel van DOT de risico's in voldoende mate afzwakt. De NZa verwacht dat ook dan een transitieproces nodig zal zijn om de grootste risico's af te vangen.

- Het budget is niet geënt op de DOT-structuur en bijbehorende parameters, waardoor de stabiliteit en representativiteit van het budget in gevaar kan komen. Een grondige herijking van budgetparameters, inclusief het opnieuw afstellen van budgetten, zou daarvoor nodig zijn.
- De stabiliteit van de budgetten zal ook in gevaar komen door de autonome wijziging in het B-segment die door DOT optreedt (zie verder hoofdstuk 5).
- Daarnaast kan de invoering van DOT onder het budget leiden tot onvoorspelbare over- of onderfinanciering, met bijbehorende liquiditeitsproblemen en verrekeningslasten.
- Ook bij deze variant wordt de sector in meerdere opeenvolgende jaren geconfronteerd met grote systeemwijzigingen waardoor er per saldo een langere transitieperiode nodig is.

Alles overwegende blijft de NZa ervan overtuigd dat invoering van prestatiebekostiging en DOT onlosmakelijk aan elkaar gekoppeld moeten worden en dus niet uit elkaar getrokken kunnen worden. Onder een overgangsmodel is het mogelijk om de transitierisico's die behoren bij gelijktijdige invoering van prestatiebekostiging en DOT integraal af te dekken en kan de duur van de transitieperiode zoveel als mogelijk worden beperkt.

4.6.5 Transitiemodel onvermijdelijk

De geschetste risico's en de noodzaak om prestatiebekostiging en een verbeterde productstructuur gelijktijdig in te voeren, brengt de NZa tot de opvatting dat een transitiemodel voor een verantwoorde invoering van volledige prestatiebekostiging per 2011 noodzakelijk is. Ook de bestuursrechtelijk vereiste zorgvuldigheid schrijft voor dat wanneer een beleidswijziging grote financiële gevolgen met zich meebrengt, uit zorgvuldigheidsoverwegingen een redelijke overgangstermijn moet worden gehanteerd (zie ook de invoering van de zorgzwaartepakketten bij de AWBZ).

Het overgangsmodel, hierna transitiemodel genoemd, zou de volgende vier doelen moeten dienen:

- Het geeft zorgverzekeraars de tijd om de inkooprol beter in te vullen en daaraan gerelateerd de ex ante risicoverevening aan te passen.
- Het biedt voldoende ruimte om toe te werken naar een situatie waarin aan de randvoorwaarden voor volledige prestatiebekostiging kan worden voldaan.
- Het mitigeert de financiële risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- Het beheerst de macro-uitgavenontwikkeling en zorgt ervoor dat de publieke belangen voldoende worden gediend.

Hoe het transitiemodel eruit moet zien, is onderwerp van het volgende hoofdstuk.

4.7 Samenvatting, vervolgacties en aanbevelingen

In dit hoofdstuk constateert de NZa dat nog onvoldoende is voldaan aan een aantal randvoorwaarden voor een succesvolle invoering van prestatiebekostiging, waardoor een big bang niet tot de mogelijkheden behoort. Het gaat om randvoorwaarden zoals, een stabiele productstructuur, representatieve tarieven en een passend steunbeleid. Ook is meer tijd nodig om het eindmodel voldoende gereed te krijgen en is het de vraag of de zorgverzekeraars de rol van kritische zorginkoper voldoende kunnen gaan waarmaken. Tot slot zijn de omzeteffecten voor

individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars onvoorspelbaar. Op voorhand kan niet worden uitgesloten dat de financiële gevolgen voor individuele partijen groot zijn.

Het ontvlechten van prestatiebekostiging en DOT ziet de NZa niet als een oplossing. Bij een gelijktijdige invoering kunnen immers de transitierisico's integraal worden afgedekt en kan de duur van de transitieperiode maximaal worden beperkt. Tegen deze achtergrond acht de NZa het hanteren van een transitieplan bij de invoering van prestatiebekostiging en DOT onvermijdelijk om de risico's van individuele partijen alsmede de macro-uitgaven en de daaruit voortvloeiende effecten voor de consument te verminderen.

Vervolgacties NZa:

- De NZa zal in haar toekomstige reguleringswerkzaamheden de regulering van zorgverzekeraars expliciet betrekken.
- Door de invoering van de nieuwe productstructuur DOT wordt een vergelijking van trends over de jaren heen bemoeilijkt. De NZa is, zoals reeds aangekondigd, voornemens om de komende jaren monitoractiviteiten op te zetten, waardoor vergelijkingen beter over de jaren heen gemaakt kunnen worden.
- De NZa zal, parallel aan de structurele verbetering van de kostprijzen, onderzoeken of de aansluiting tussen tarieven en budgetten op de korte termijn verbeterd kan worden.
- Een passend steunbeleid moet beter aansluiten bij de transitie van aanbodsturing naar een systeem met meer vraagsturing (prestatiebekostiging) en de daarmee gepaarde verantwoordelijkheden en risico's voor individuele zorgaanbieders. De NZa zal op verzoek van VWS een uitvoeringstoets opstellen waarin het steunverleningsbeleid en het 'early warning' systeem verder worden uitgewerkt.

Aanbeveling aan VWS:

- De NZa pleit voor een duidelijke en afdoende meerjaren planning voor de afbouw van de ex post verevening, zodat zorgverzekeraars meer risicodragend worden.

Aanbeveling aan VWS en overige overheden:

- De NZa pleit voor een integrale visie vanuit de overheid op de regulering van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

5. Het transitie-model

5.1 Inleiding

Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk voorziet de NZa vier significante belemmeringen bij de implementatie van volledige prestatiebekostiging per 2011. Deze belemmeringen maken een transitie-model noodzakelijk. Dit hoofdstuk presenteert drie transitie-modellen. Aan de hand van een aantal keuzecriteria worden de modellen met elkaar vergeleken. Het voorkeursmodel van de NZa wordt aan het eind van dit hoofdstuk gedetailleerder uitgewerkt.

5.2 Reikwijdte transitie-model

Het transitie-model is in beginsel van toepassing op gebudgetteerde zorgaanbieders van medisch specialistische zorg (zie ook paragraaf 1.3). Dit houdt dus in dat de ZBC's en de vrijgevestigde medisch specialisten niet meelopen in het transitie-model. Hieronder wordt ingegaan op de reden achter en de implicaties van deze keuze. Hoewel het transitie-model niet primair van toepassing is op zorgverzekeraars, heeft het wel een effect op zorgverzekeraars. Paragraaf 5.2.3 gaat hier op in. Welke van de huidige segmenten wel en niet onder het transitie-model vallen, komt vooral bij de afweging van de verschillende modellen aan de orde.

5.2.1 Zelfstandige behandelcentra

Vanuit partijen, voornamelijk de algemene ziekenhuizen, is aangedragen dat het transitie-model ook van toepassing zou moeten zijn op ZBC's, omdat dit anders leidt tot een ongelijk speelveld tussen voorheen gebudgetteerde zorgaanbieders en ZBC's.

De NZa constateert echter dat ook in de huidige situatie al sprake is van een ongelijk speelveld. Het transitie-model is juist bedoeld om deze verschillen af te bouwen en op termijn weg te nemen. Daarnaast hebben ZBC's nooit een budget gehad, waardoor een logisch aangrijpingspunt voor een transitie-model ontbreekt. Daar komt bij dat er op dit moment geen eenduidige en complete registratie van alle actieve ZBC's en hun omzet bestaat.⁵⁹ De risico's voor ZBC's zijn dan ook lastig in te schatten en worden naar verwachting gemitigeerd door het beperkt aantal producten dat ZBC's leveren in combinatie met een kostenniveau dat normaliter onder de gereguleerde tarieven ligt.

De NZa kiest er daarom voor om, in lijn met de uitgangspunten van VWS, ZBC's niet onder te brengen in een transitie-model. Het invoeren van een transitie-model voor ZBC's in de vorm van een volledige of gedeeltelijke omzetregulering lijkt bovendien disproportioneel in relatie tot het marktaandeel van de ZBC's: circa 2% van de totale omzet van de medische specialistische zorg.

De keuze om ZBC's buiten het transitie-model te houden brengt mogelijk een prikkel met zich mee dat ziekenhuizen hun productie zullen onderbrengen in een ZBC. Als oplossing hiervoor kan bij de vaststelling van de toekomstige inkomsten onder prestatiebekostiging gebruik worden gemaakt van de geconsolideerde jaarrekeningen, waarbij ook de productie van een gelieerde ZBC meegenomen moet worden. Als ziekenhuizen ervoor kiezen om een ZBC op te richten, is het aannemelijk dat het ziekenhuis daarin een meerderheidsaandeel heeft.

⁵⁹ NZa, Monitorspecial 'De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorgmarkt', januari 2007

5.2.2 Vrijgevestigde medisch specialisten

Het uitgangspunt van VWS is dat er geen transitieperiode komt voor (de omzetten van) de vrijgevestigde medisch specialisten.⁶⁰ Verschillende partijen gaven gedurende de consultatieperiode aan dat het wenselijk is dat ook vrijgevestigde medisch specialisten onder het transitieproces worden gebracht. Wanneer vrijgevestigde medisch specialisten geen onderdeel zijn van het transitieproces, leidt dat tot de volgende twee risico's.

De kwaliteit van de tarieven

Als bij de berekening van de tarieven niet wordt gewerkt met juiste volumes zal er sprake zijn van verkeerde honorariumtarieven. Gelet op het feit dat de kans op volume-onderschattingen het grootst is, zou dit leiden tot een te hoge honorariumcomponent per zorgproduct. Dit is gelet op recente ervaringen de meest waarschijnlijke uitkomst. De introductie van DOT en de noodzakelijke conversie van volumes kan dit punt verder compliceren. Het risico bestaat dat macro-overschrijdingen ontstaan, waardoor overheidsingrijpen op korte termijn mogelijk nodig is. Met als resultaat dat het eindmodel van prestatiebekostiging voor zorgaanbieders niet wordt bereikt.

Het effect van volumestijgingen

De prikkels bij vrijgevestigde medisch specialisten en de voorheen gebudgetteerde zorgaanbieders zijn gedurende de transitieperiode niet volledig gelijkgericht. Wanneer medisch specialisten meer omzet genereren (al dan niet door extra productie), zal dit ook opwaarts doorwerken in de omzetten van de ziekenhuizen. Voor medisch specialisten vertaalt zich dat een-op-een in hogere inkomsten. De omzetschommelingen van zorgaanbieders worden echter binnen een transitieproces gedeeltelijk, in afnemende mate en tijdelijk, afgeroomd. Andersom vertalen omzetschommelingen zich voor medisch specialisten een-op-een in lagere inkomsten, terwijl ziekenhuizen voor een deel gecompenseerd worden voor een dergelijke daling. Hierdoor ontstaan er potentiële spanningen tussen ziekenhuizen en medisch specialisten.

Het beperken van de bovenstaande risico's is echter complex vanwege een aantal redenen. Vrijgevestigde medisch specialisten kennen sinds 2008 geen vorm van budgettering meer via de lokale initiatieven en worden al volledig bekostigd op basis van zorgprestaties (DBC's). Voor deze zorgaanbieders ziet de NZa dan ook geen duidelijke aangrijpingspunten om een transitieproces vast te stellen, althans niet zonder zeer grote uitvoeringslasten voor het veld en de overheid. Ook vraagt het om complexe implementatiekeuzes. Hierbij valt te denken aan het bepalen van de basisomzet, de aantallen medisch specialisten (inclusief mutaties door de tijd heen) en het vormgeven van de verrekening.⁶¹ Dergelijke keuzes kunnen ook grote juridische en fiscale consequenties hebben, waarvan de impact op dit moment moeilijk in te schatten is. Tot slot is het onderbrengen van medisch specialisten onder een transitieproces niet congruent met het eindmodel van prestatiebekostiging, zoals beschreven in hoofdstuk 3.

⁶⁰ De omzetten van vrijgevestigde medisch specialisten worden bepaald door het volume aan geproduceerde DBC's en de geregleerde honorariumcomponent van de DBC-tarieven.

⁶¹ De honorariumomzetten van vrijgevestigde medisch specialisten worden in het algemeen niet in de jaarrekening van de zorgaanbieder opgenomen. Bovendien is in sommige gevallen sprake van een andere definitie van 'omzet'.

Gelet op bovenstaande beperkingen acht de NZa het niet wenselijk en uitvoerbaar om de vrijgevestigde medisch specialisten onder te brengen in het transitie-model. Het eerste risico zal ondervangen moeten worden door zorgvuldige tariefberekeningen. Ten aanzien van het tweede risico, de volumeprikkel bij medisch specialisten, is het aan zorgaanbieders, medisch specialisten en zorgverzekeraars om hier goede onderlinge afspraken over te maken. Deze aanpak past bij de rolverdeling tussen partijen, het gedachtegoed van het geïntegreerde medisch specialistische bedrijf en is bovendien volledig in lijn met de rollen die partijen op de lange termijn moeten spelen.

Voor medisch specialisten in loondienst geldt dat zij een vast salaris hebben. De ziekenhuizen die medisch specialisten in loondienst hebben, dekken de loonkosten via de omzet (zie ook hoofdstuk 3). In het nieuwe model zijn zij voor de dekking van de loonkosten afhankelijk van de omzet, inclusief de gereguleerde honorariumvergoeding. De loondienstsituaties, voor zover nu gebudgetteerd, lopen dan ook mee in het voorgestelde transitie-model voor ziekenhuizen.

5.2.3 Risico's voor zorgverzekeraars

Het transitie-model beoogt voornamelijk de verwachte effecten voor zorgaanbieders zoveel mogelijk te beperken. De voorgenomen wijzigingen in de bekostiging bij zorgaanbieders hebben echter ook een impact op de zorgverzekeraars. Immers, de omzetverschuivingen bij zorgaanbieders vertalen zich in verschuivingen in de schadelast van zorgverzekeraars.

Het transitie-model beperkt dus op instellingsniveau de effecten voor zorgaanbieders, maar mitigeert niet automatisch alle risico's voor de individuele zorgverzekeraars. Het beperken van deze individuele risico's kan binnen het transitie-model worden bewerkstelligd door het verrekenen van de opbrengstverschillen op specifieke wijze vorm te geven. Dit punt komt in de uitwerking van het voorkeursmodel aan de orde (zie paragraaf 5.5).

5.2.4 Bekostigingssegmenten onder het transitie-model

In de brief 'Aanvraag uitvoeringstoets' geeft VWS aan dat voor het B-segment geen transitiepad noodzakelijk is omdat hiervoor al een systeem van volledige prestatiebekostiging van toepassing is.⁶² VWS verzoekt daarbij wel om bij de technische uitwerking van het transitiepad rekening te houden met verschillende scenario's ten aanzien van de uitbreiding van het B-segment en met een veranderde samenstelling van het B-segment. De recente aankondiging van de minister van VWS dat hij voornemens is het B-segment per 2011 uit te breiden, bevestigt dit.⁶³ Bij de afweging tussen de verschillende modellen (paragraaf 5.4) komt dit aspect expliciet terug. Centraal daarbij staan de veranderingen die zich voordoen in het B-segment, welke effecten dit met zich meebrengt en op welke manier dit ondervangen kan worden binnen het transitie-model.

5.3 De verschillende transitie-modellen

Het beheersen van de overgang van historische inkomsten naar inkomsten op basis van volledige prestatiebekostiging staat centraal bij de verschillende transitie-modellen. Bij de vormgeving van een

⁶² VWS, 'Aanvraag uitvoeringstoets transitie naar prestatiebekostiging', 9 maart 2009

⁶³ De minister van VWS heeft in zijn brief 'Ruimte en rekenschap' beschreven dat hij wil inzetten op een uitbreiding van het B-segment naar 50% in 2011.

transitiemodel staan op hoofdlijnen twee afwegingen centraal. De eerste afweging gaat tussen 'het zetten van onomkeerbare stappen richting het eindmodel' en 'het nemen van risico's'. De tweede afweging gaat tussen 'het nemen van risico's' en 'het beperken van de uitvoeringslasten en de complexiteit van het transitiemodel'.

De NZa heeft de volgende transitiemodellen onderzocht:

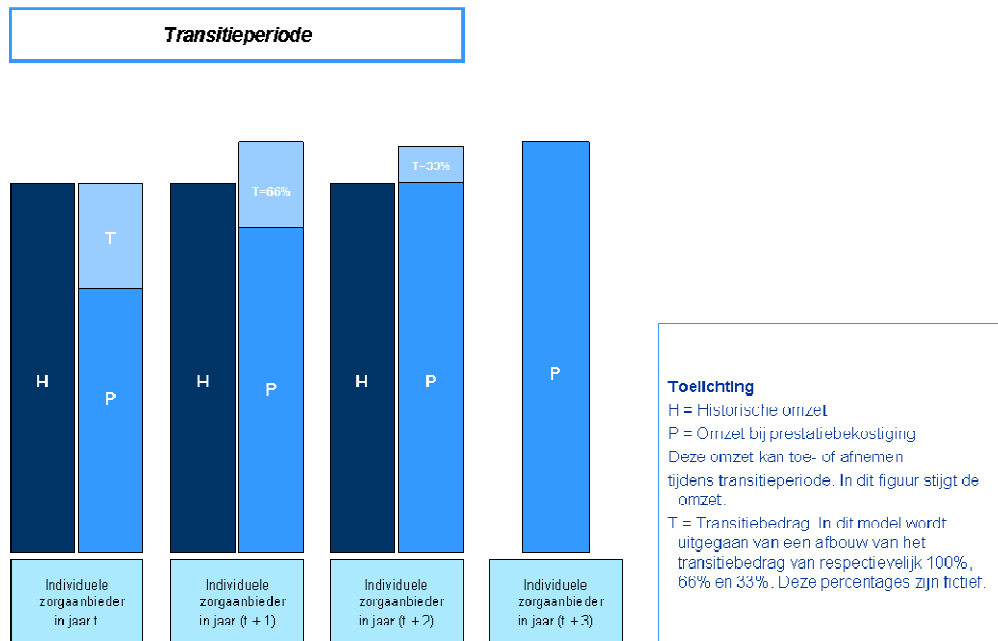
- Model 1: Transitiebedrag
- Model 2: Bandbreedte
- Model 3: Ingroeimodel

In de volgende paragrafen volgt een korte toelichting op deze modellen. Alle drie de modellen kunnen van toepassing zijn op het huidige A-segment of op beide segmenten (A-segment en B-segment). Na het vergelijken van de verschillende modellen en de keuze van een voorkeursmodel (paragraaf 5.4), komt de segmentkeuze expliciet aan de orde.

5.3.1 Model 1: Transitiebedrag

In het model Transitiebedrag wordt per gebudgetteerde zorgaanbieder voorafgaand aan de transitieperiode, eenmalig, een minimaal gegarandeerde omzet vastgesteld: het 'transitiebedrag'. Dit is het verschil tussen de historische inkomsten en de (verwachte) omzet bij volledige prestatiebekostiging. Het transitiebedrag is instellingspecifiek en wordt gedurende de transitieperiode in een aantal jaren afgebouwd. Het transitiebedrag heeft als doel zorgaanbieders (in afnemende mate) te compenseren voor het verschil tussen oude inkomsten en nieuwe inkomsten. In figuur 5.1 wordt het model geïllustreerd.

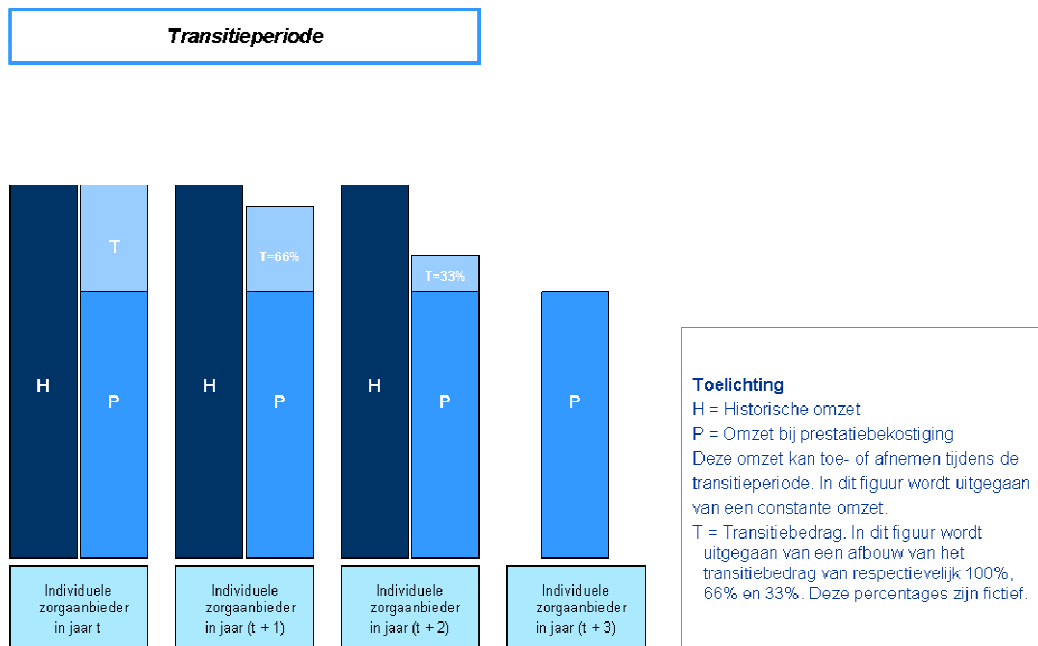
Figuur 5.1. Voorbeeld 1 Transitiebedrag



Veranderingen van de productstructuur en/of tarieven, wijzigingen in het geproduceerde volume en op een meer/minder efficiënte manier werken kunnen door de tijd heen de omzetten doen wijzigen. Zorgaanbieders kunnen dan, inclusief het te ontvangen transitiebedrag, mogelijk (al dan niet tijdelijk) meer inkomsten gaan binnenhalen dan ze eerder ontvingen (zoals weergegeven in figuur 5.1).

Een ander scenario is ook mogelijk, namelijk dat zorgaanbieders inclusief het transitiebedrag minder inkomsten binnenhalen bij prestatiebekostiging. Dit voorbeeld is geïllustreerd in figuur 5.2.

Figuur 5.2. Voorbeeld 2 Transitiebedrag



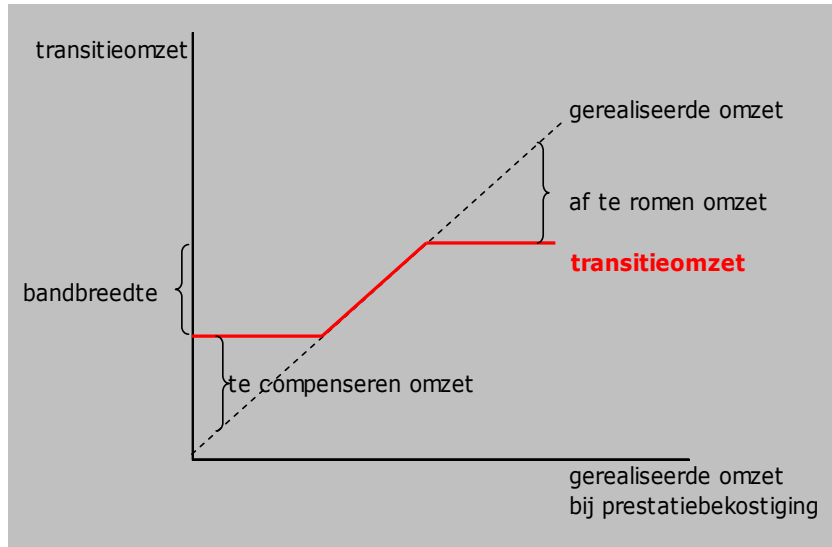
Het transitiebedrag is dus direct gerelateerd aan de verwachte omzetten die zorgaanbieders realiseren in het eindmodel van prestatiebekostiging. Dat biedt het voordeel dat de prikkels die van het eindmodel uitgaan, ook in het transitieperiode aanwezig zijn.

Belangrijk om te vermelden is dat dit transitieperiode alleen in de vorm van een vangnetregeling kan worden uitgevoerd. Dit betekent dat de (verwachte) omzetverliezen worden gecompenseerd maar dat het afnemen van (verwachte) meeropbrengsten niet mogelijk is. Dit laatste zou optreden in de situatie dat de 'omzet in nieuwe zorgproducten' reeds in het jaar t hoger is dan de 'historische inkomsten'. Omdat op voorhand niet exact vast te stellen is welke omzet maximaal behouden mag worden, behoort afnemen van meeropbrengsten binnen dit model vanuit juridisch oogpunt niet tot de mogelijkheden.

5.3.2 Model 2: Bandbreedte

In het model Bandbreedte wordt voor elke zorgaanbieder een instellingsspecifieke maximaal toegestane en minimaal gegarandeerde omzet bepaald. Er is dus sprake van een omzet boven- en ondergrens. Omzetbegrenzing is alleen uitvoerbaar binnen een budgetmodel: meer opbrengsten worden afgeroomd en minder opbrengsten worden aangevuld (zie figuur 5.3).

Figuur 5.3. Bandbreedte model



Bron: NZa

Door een bandbreedte te introduceren, worden de effecten van prestatiebekostiging in het model verwerkt. Daarbij wordt het risico op omzetverlies voor zorgaanbieders beperkt: onderkant van de bandbreedte. Ook het risico op substantiële omzetsijgingen wordt beperkt: bovenkant van de bandbreedte. Met een bandbreedte die in de tijd steeds verder wordt opgerekt, wordt het eindmodel steeds beter benaderd.

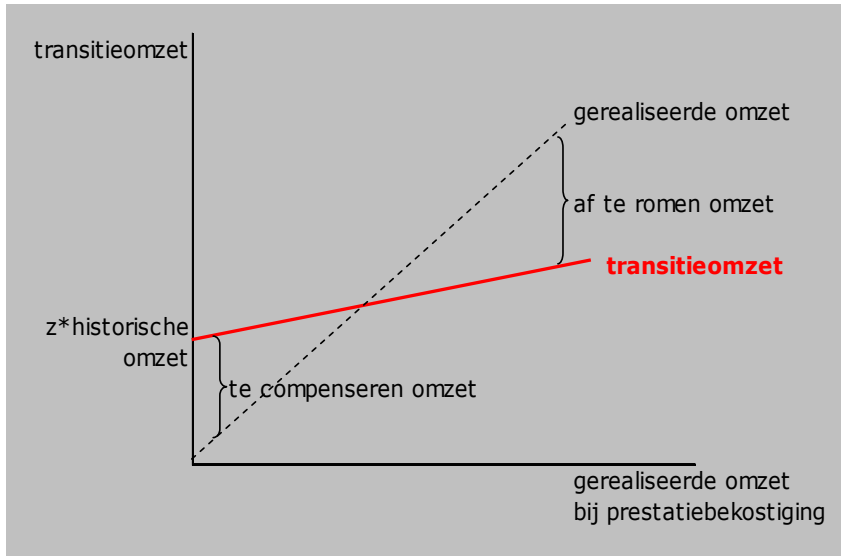
5.3.3 Model 3: Ingroeimodel

Het Ingroeimodel gaat niet uit van vooraf vastgestelde gegarandeerde bedragen of budgetten, maar van een vooraf vastgestelde rekenregel. De rekenregel bepaalt de omzet die een zorgaanbieder mag behouden (bij omzetsijging), dan wel tot welk niveau de omzet aangevuld wordt (bij omzetsijging): een gewogen gemiddelde van de historische inkomsten en de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging. De rekenregel ziet er als volgt uit:

$$\text{Transitieomzet} = z \cdot (\text{historische omzet}) + (1-z) \cdot (\text{gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging})$$

In figuur 5.4 wordt het Ingroeimodel geïllustreerd.

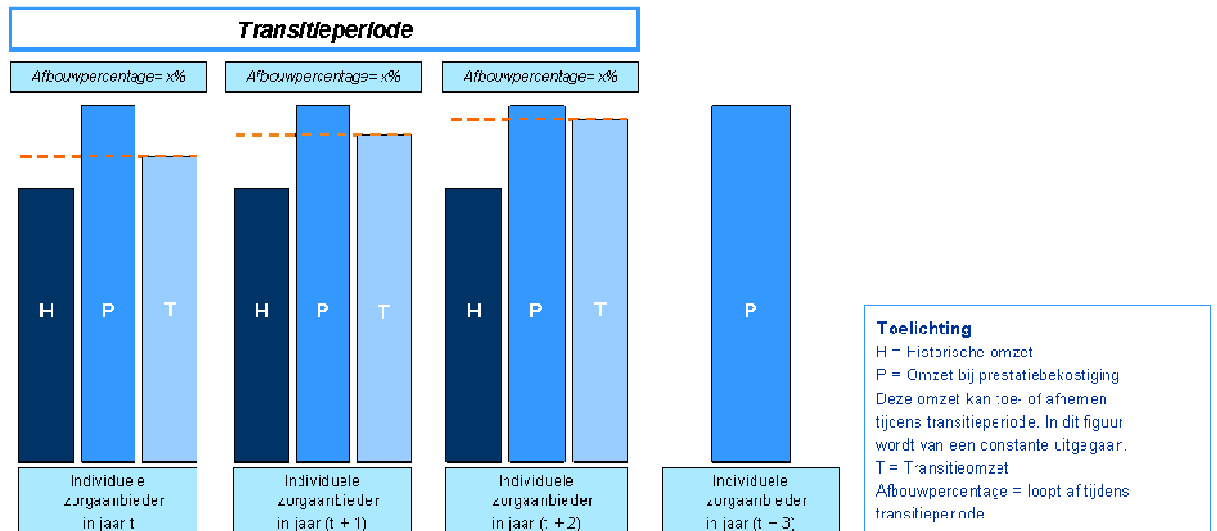
Figuur 5.4. Ingroeimodel



Bron: NZa

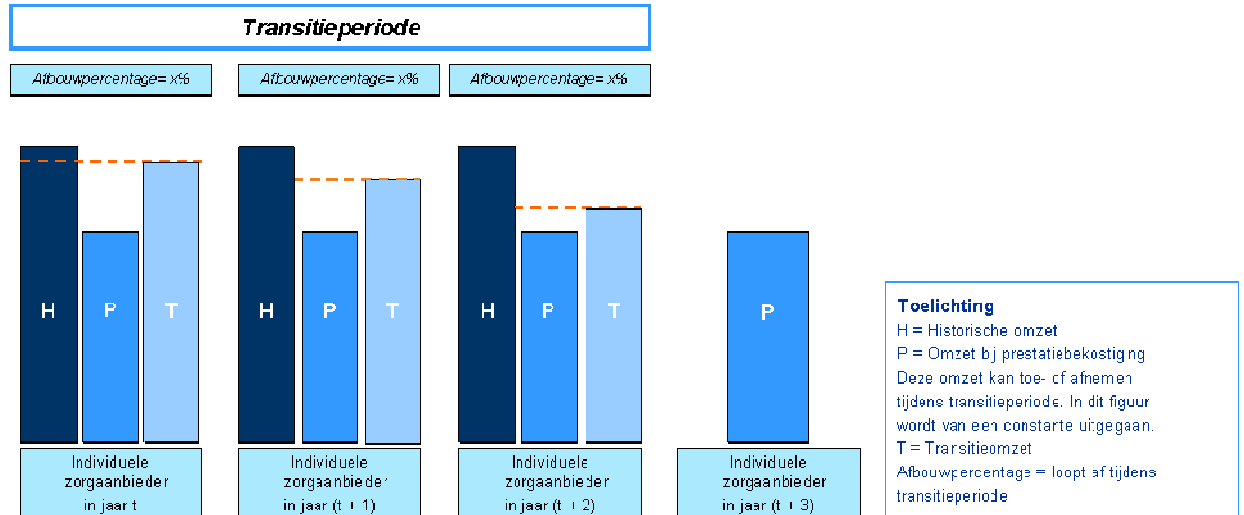
Het garantiepercentage (z-percentage) in de rekenregel bepaalt de mate waarin de historische omzet wordt afgebouwd (of de mate waarin op basis van prestatiebekostiging wordt afgerekend). Immers, wanneer het garantiepercentage 0% is, dan is er feitelijk sprake van volledige prestatiebekostiging. Wanneer het garantiepercentage op 100% wordt vastgesteld krijgen zorgaanbieders niet meer of minder dan hun historische omzet. Het garantiepercentage kan dus gedurende de overgangperiode zodanig worden bijgesteld, dat het eindmodel steeds beter benaderd wordt. In figuur 5.5 wordt het model geïllustreerd in het geval van meer omzet onder prestatiebekostiging.

Figuur 5.5. Voorbeeld 1 Ingroeimodel



Een individuele zorgaanbieder kan ook minder omzet behalen onder prestatiebekostiging. Dit voorbeeld is geïllustreerd in figuur 5.6.

Figuur 5.6. Voorbeeld 2 Ingroeimodel



Als de rekenregel, inclusief het garantiepercentage en het verloop van de afbouw, vooraf bekend is, biedt het model voldoende voorzienbaarheid voor zorgaanbieders. Op ieder moment kan namelijk berekend worden hoe de omzet bij prestatiebekostiging zich ontwikkelt, en of bijsturing van de bedrijfsvoering noodzakelijk is.

Het Ingroeimodel bevat dezelfde prikkels als het eindmodel met volledige prestatiebekostiging, zij het in mindere mate. Hoe meer volume een zorgaanbieder realiseert, des te meer omzet de zorgaanbieder mag behouden. Hetzelfde geldt voor de onderhandelbare tarieven. Als een zorgaanbieder veel hogere (of lagere) tarieven uitonderhandelt ten opzichte van eerdere jaren, werkt dit ook door in de omzetgroei (of omzetzakelijkheid) van deze zorgaanbieder. De mate waarin de zorgaanbieder dit omzetvoordeel (of omzetzakelijkheid) mag behouden (of moet terugbetalen) hangt ook weer af van het garantiepercentage.

5.4 Afweging van de modellen

5.4.1 Keuzecriteria

Op basis van de doelstellingen van het transitieproces, de randvoorwaarden van VWS en de uitgangspunten van de NZa is een aantal keuzecriteria opgesteld om de modellen onderling af te wegen:

- De mate waarin het zorgverzekeraars de tijd geeft om de inkooprol beter in te vullen en daaraan gerelateerd om de ex ante risicoverevening aan te passen.
- De mate waarin het voldoende ruimte biedt om toe te werken naar een situatie waarin aan de randvoorwaarden alsmede het eindmodel voor volledige prestatiebekostiging kan worden voldaan.
- De mate waarin het de financiële risico's beperkt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- De mate waarin het de macro-uitgavenontwikkeling beheerst en bijdraagt aan het belang van de patiënt.
- De mate waarin het model aansluit op het eindmodel voor prestatiebekostiging.
- De mate waarin het model regelingszekerheid biedt voor veldpartijen.
- De juridische houdbaarheid en voorzienbaarheid van het model.
- De uitvoeringslasten voor zowel veldpartijen als de overheid.
- De mate waarin in het model wijzigingen in het B-segment meegenomen kunnen worden.

In de volgende paragraaf maakt de NZa een afweging tussen de verschillende modellen op basis van bovenstaande criteria. Het criterium 'de mate waarin wijzigingen in het B-segment meegenomen kunnen worden' wordt voorsnog buiten beschouwing gelaten. Dit criterium komt wel aan de orde in paragraaf 5.4.3. Daarin wordt beschreven welke (bekostigings)segmenten idealiter onder het transitie-model zouden moeten vallen.

5.4.2 De afweging tussen de verschillende modellen

Bij de afweging tussen de verschillende transitie-modellen is in kaart gebracht op welke criteria de drie gepresenteerde modellen juist wél of niet goed scoren. Daarbij wordt voornamelijk stilgestaan bij de belangrijkste kenmerken en de relevante voor- en nadelen.

Model 1: Transitiebedrag

Dit model kent één belangrijk voordeel: een ex ante insteek. Daardoor sluit het goed aan bij het eindmodel. Er wordt namelijk een directe relatie gelegd met de (verwachte) omzet die zorgaanbieders binnenhalen met de declaratie van DOT-zorgproducten. De oude bekostiging wordt losgelaten en zorgaanbieders worden geleidelijk volledig afhankelijk van de opbrengsten uit de declaratie van zorgproducten. Aanvankelijk was de NZa dan ook voorstander van dit transitie-model.⁶⁴

Bij de uitwerking van dit model komen echter twee grote nadelen naar voren. Zoals in hoofdstuk 4 aangegeven, is het vooraf inschatten van de omzetten op basis van DOT-zorgproducten met een grote mate van onnauwkeurigheid omgeven en daardoor niet uitvoerbaar. Hierdoor is het niet mogelijk om vooraf een voldoende representatief transitiebedrag vast te stellen. Een ex ante berekening van de DOT-omzet kan afwijken van de werkelijke omzet. Dus het model zorgt voor een beperkte voorzienbaarheid voor zorgaanbieders, waarmee de risico's slechts beperkt weggenomen worden ('schijnzekerheid'). Het achteraf vaststellen van een transitiebedrag is mogelijk, maar komt in mindere mate tegemoet aan de juridische vereiste van voldoende voorzienbaarheid voor zorgaanbieders, het leidt tot vertraging in de verrekening (met mogelijk liquiditeitsproblemen tot gevolg) en het kan leiden tot ongewenste prikkels (eenmalig kunstmatig laag houden van de omzet).

Ten tweede is het model een vangnetregeling. De meeropbrengsten van zorgaanbieders kunnen in dit model niet afgeroomd worden. In hoofdstuk 4 constateert de NZa dat de meeste randvoorwaarden onvoldoende zijn ingevuld per 2011. Een centraal punt hierbij is dat zorgverzekeraars hun rol als kritische zorginkoper gebrekkig (kunnen) vervullen. Hierdoor bestaan er grote opwaartse risico's ten aanzien van de omzetontwikkeling, waarop dit model onvoldoende kan anticiperen. Dit betekent dat het risico op macro-overschrijdingen aanzienlijk is, met mogelijke generieke kortingen vanuit de overheid als gevolg. Hiermee komt het bereiken van het eindperspectief onder druk te staan.

Model 2: Bandbreedte

Het Bandbreedte model kent twee belangrijke voordelen. Het eerste voordeel is de voorzienbaarheid voor zorgaanbieders. Doordat er een omzetgarantie wordt gegeven, is de voorzienbaarheid voor zorgaanbieders substantieel. Ten tweede is de omzetontwikkeling in dit model beter beheersbaar; eventuele opbrengsten boven de bandbreedte kunnen immers worden afgeroomd.

⁶⁴ Zie ook: NZa, Stabiele transitie naar prestatiebekostiging, december 2008

Een nadeel van dit model is dat het verder afstaat van het eindmodel prestatiebekostiging op basis van DOT-zorgproducten. Het model heeft immers als voornaamste aangrijpingspunt de historische inkomsten waarop een bandbreedte wordt vastgesteld. Zorgaanbieders worden in dit model dus niet erg direct 'afgerekend' op de nieuwe inkomsten die een zorgaanbieder binnenhaalt onder prestatiebekostiging. Daarnaast is de opbrengstverrekening bij het Bandbreedte model uitvoeringstechnisch zeer lastig. De combinatie van een budgetmodel en onderhandelbare tarieven leidt tot complexe verrekenregels en hoge administratieve lasten. Dit brengt ook ongewenste prikkels met zich mee. Immers, zorgaanbieders krijgen ook bij lagere onderhandelde tarieven een gegarandeerde omzet ter hoogte van de ondergrens van de bandbreedte.⁶⁵ Voor zorgverzekeraars bestaat het risico op 'meeliftersgedrag'. De ene zorgverzekeraar moet via de opbrengstverrekening 'opdraaien' voor het verschil tussen budget en opbrengsten uit de lage tarieven die een andere zorgverzekeraar heeft uitonderhandeld.

Model 3: Ingroeimodel

Het Ingroeimodel beoogt dezelfde prikkels te introduceren als in het eindmodel met volledige prestatiebekostiging, zij het in iets mindere mate. Hoe meer omzet een zorgaanbieder realiseert onder prestatiebekostiging, des te meer omzet de zorgaanbieder mag behouden. Met andere woorden: de zorgaanbieder wordt deels 'afgerekend' op zijn prestaties onder prestatiebekostiging. De mate waarin de zorgaanbieder de omzetgroei mag houden, is echter afhankelijk van de hoogte van het garantiepercentage. Omgekeerd is ook de mate waarin de omzetontwikkelingen beheerst kunnen worden, afhankelijk van de hoogte van het garantiepercentage.

Een nadeel van het Ingroeimodel is dat omzetstijgingen die worden veroorzaakt door volumestijgingen, slechts voor een deel worden vergoed. Hierdoor wordt de prikkel om meer zorg te leveren mogelijk verminderd, afhankelijk van de hoogte van het garantiepercentage. Dit geldt echter voor alle vergelijkbare zorgaanbieders, waardoor de relatieve prikkel (behalen van meer marktaandeel) volledig intact blijft. Bovendien is deze systematiek niet anders dan in het huidige budget, waar ook sprake is van gedeeltelijke doorwerking van extra omzet in de budgethoogte. Dit neemt niet weg dat het model wel enige impact kan hebben op lopende business cases bij zorgaanbieders. Hetzelfde geldt echter ook voor ad hoc overheidsingrijpen, wat dit model beoogt te voorkomen. Bovendien wordt het garantiepercentage in de tijd verlaagd, waardoor de genoemde nadelen afnemen.

Bovendien is het praktisch niet mogelijk om omzetstijgingen voortkomend uit volumestijgingen te onderscheiden van andere redenen van omzetstijgingen. Er kan dus ook niet vastgesteld worden of de extra omzet in een realistische verhouding staat tot de geleverde zorg c.q. de gemaakte kosten.

5.4.3 Voorkeur NZa: het Ingroeimodel

Samenvattend leidt dit tot de volgende afweging van de verschillende modellen.

⁶⁵ Voor het Bandbreedte model is ook een wetswijziging van de Wmg nodig voor eventueel het afromen of compenseren van de omzet. Dit zou dan middels het instrument van de beschikbaarheidsvergoeding moeten plaatsvinden.

Tabel 5.1. De afweging tussen verschillende transitie modellen

Transitiebedrag	Bandbreedte	Ingroeimodel
<ul style="list-style-type: none"> - Model is in lijn met eindmodel (+) - Beperkte voorzienbaarheid (-) - Vangnetregeling; opwaartse effecten kunnen niet worden gecorrigeerd (-) 	<ul style="list-style-type: none"> - Voorzienbaarheid (+) - Model staat verder af van eindmodel; zorgaanbieders worden nauwelijks 'afgerekend' op nieuwe inkomsten (-) - Complexe verrekening met onderhandelbare tarieven (-) - Ongewenste prikkel door omzetgarantie (-) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prikkel gelijkgericht als in het eindmodel; zorgaanbieder wordt deels 'afgerekend' op zijn nieuwe inkomsten (+) - Omzetstijgingen door daadwerkelijk hoger volume worden deels vergoed (-) <p style="text-align: right;">→ Voorkeursmodel NZa</p>

Door het ontbreken van mogelijkheden voor het beperken van omzetstijgingen, het slechts gedeeltelijk wegnemen van risico's voor individuele zorgaanbieders en de beperkte voorzienbaarheid die het model biedt voor partijen, acht de NZa het model Transitiebedrag op voorhand geen wenselijke en haalbare optie.

Door de complexiteit bij de verrekeningen en de ongewenste prikkels die een minimale omzetgarantie met zich meebrengt, heeft het Bandbreedte model niet de voorkeur van de NZa.

De NZa vindt het van belang dat de prikkels in de transitieperiode zodanig worden ingericht dat goed presenterende zorgaanbieders worden beloond. Doordat zorgaanbieders in het Ingroeimodel deels worden afgerekend op hun inkomsten onder prestatiebekostiging en dit model de juiste prikkels met zich meebrengt, heeft het Ingroeimodel de voorkeur van de NZa. Gedurende de consultatie is er weinig discussie geweest over de voorkeur van de NZa voor het Ingroeimodel.

Een specifiek punt is op welk bekostigingssegment het Ingroeimodel toegepast moet worden: alleen het A-segment (afgebakende benadering) of het A- en B-segment (integrale benadering). Het verschil tussen beide benaderingen zit hem in de mate waarin zowel specifieke systeemrisico's worden ondervangen als combinaties van verschillende beleidsopties mogelijk zijn. Zoals vermeld in paragraaf 5.4.2 verzoekt VWS bij de technische uitwerking van het transitiepad rekening te houden met verschillende beleidsopties ten aanzien van de uitbreiding van het B-segment en met een veranderde samenstelling van het B-segment. In de volgende paragrafen licht de NZa dit punt toe en eindigt met een afweging tussen beide benaderingen.

5.4.4 Afgebakende versus integrale benadering

Individuele zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid krijgen bij de invoering van prestatiebekostiging en DOT te maken met een aantal systeemrisico's die de verschillende (bekostigings)segmenten in meer of mindere mate raken. Het gaat daarbij om de volgende risico's:

Risico vanwege beperkte ervaring met nieuwe onderhandelingsstaal

Door de invoering van DOT zullen de zorgproducten binnen het huidige A- en B-segment in zekere mate veranderen. Dit betreft zowel de (medische) herkenbaarheid, de onderliggende zorgprofielen als de veronderstelde kostprijs. Hierdoor moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van - nu nog - beperkte informatie met elkaar gaan onderhandelen. Hoewel het proefdraaien met DOT dit informatietekort deels kan ondervangen, zal het straks de zorginkoop in het gereguleerde, vaste en vrije segment toch bemoeilijken. Zorgverzekeraars bevestigen dit risico.

Risico van afwenteling van financiële risico's op het vrije segment

Daarnaast zal door alle voorgestelde wijzigingen het risicoprofiel van de sector sterk toenemen, zoals weergegeven in hoofdstuk 4. Hierdoor ontstaat het gevaar dat risico's door zorgaanbieders worden afgewenteld op het vrije segment. Voor zorgverzekeraars is het door alle veranderingen moeilijk te verifiëren of de prijsaanbiedingen van zorgaanbieders in voldoende mate de onderliggende kosten weerspiegelen. In het gereguleerde segment vormen maximumtarieven het slot op de deur. Dat slot ontbreekt in het vrije segment waardoor de druk op de prijzen, en daarmee op de omzetten, wordt vergroot.

Risico van inzet prijsbeheersingsinstrument

Het is belangrijk om op te merken dat het huidige B-segment op dit moment niet geheel 'vrij' is. In 2008 heeft de minister van VWS aangekondigd dat hij in het B-segment een prijsbeheersingsinstrument (hierna: PBI) zal inzetten als de uitgavenontwikkeling in dat segment de daarvoor beschikbare ruimte overschrijdt.⁶⁶ De minister van VWS heeft besloten het PBI in 2009 niet in te zetten. Door de hierboven beschreven ontwikkelingen zou de minister in een later stadium hiertoe alsnog kunnen besluiten. Dit zou een duale situatie opleveren: een prijsbeheersingsinstrument in het B-segment en een transitie-model in het A-segment. Het hanteren van afwijkende reguleringsinstrumenten in de verschillende segmenten met hetzelfde doel, acht de NZa ongewenst met het oog op beleidsconsistentie, het voorkomen van dualiteit, het invoeren van de juiste prikkels en het beperken van de uitvoeringslasten.

Risico's van te hoge of te lage historische omzetten door een gewijzigde samenstelling van het B-segment

Door de invoering van DOT zullen inhoudelijke wijzigingen in de samenstelling van het B-segment optreden, ook bij een landelijk qua omvang gelijkblijvend B-segment (circa 31%).⁶⁷ De gewijzigde samenstelling wordt enkel en alleen veroorzaakt doordat DOT een andere clustering van zorgproducten hanteert. Hieronder wordt toegelicht welke invloed deze wijzigingen kunnen hebben op de stabiliteit en de representativiteit van het huidige budget en daarmee het transitie-model.

Het budget beoogt de kosten van de zorg in het huidige A-segment te vertegenwoordigen. In de periode 2005-2009 is het budget gecorrigeerd voor invoering en uitbreidingen van het B-segment (schoning). Deze schoningen hadden als doel om de waarde aan DBC's verbonden met het B-segment uit het budget te halen en zo het budget voldoende representatief te houden voor de zorg die in het A-segment achterbleef. Ook werd daarmee het risico op dubbele bekostiging beperkt.

Als het huidige B-segment inhoudelijk wijzigt, kan de verhouding tussen het A- en het B-segment van een individuele zorgaanbieder veranderen.⁶⁸ Voor een individuele zorgaanbieder met een gemiddeld zorgaanbod zijn de risico's bij een andere samenstelling van het B-segment mogelijk beperkt, omdat de omvang van het B-segment conform het landelijke beeld gelijk blijft. Bij het omzetten van DBC's in het huidige B-segment naar DOT-producten in het vrije segment zal bepaald moeten worden waar DOT-producten die bestaan uit een clustering van voorheen A- en B-DBC's, worden ondergebracht.

⁶⁶ VWS, Waardering Betere Zorg II, CZ/TSZ/2838671, 28 mei 2008. In deze brief geeft de minister van VWS aan dat als de groei in het B-segment nominaal hoger uitvalt dan 6 à 6,5%, hij een prijsmaatregel zal nemen.

⁶⁷ Dit impliceert dat landelijk de omzetmutatie van A-segment naar B-segment gelijk is aan de omzetmutatie van B-segment naar A-segment.

⁶⁸ Dit geldt overigens ook wanneer het A-segment inhoudelijk wijzigt.

Vooralsnog geldt daarbij het uitgangspunt dat DOT-producten die voor meer dan 50% uit A-DBC's bestaan in het gereguleerde segment geplaatst worden. Voor DOT-producten die voor meer dan 50% uit B-DBC's bestaan volgt plaatsing in het vrije segment.

Een belangrijke aanname hierbij is dat de zorgproducten die van het A-segment naar het B-segment overgeheveld worden, qua kenmerken (bijvoorbeeld kapitaalintensiteit, verdeling over de specialismen heen) redelijk vergelijkbaar zijn met de zorgproducten die van het B-segment naar het A-segment overgaan. Als dit niet het geval is, kunnen eerdere schoningen van het budget niet langer representatief zijn. Hoewel dit een risico is, is de aard en omvang daarvan op voorhand lastig in te schatten.

Voor individuele zorgaanbieders die een afwijkend zorgaanbod hebben, kunnen de risico's aanzienlijk zijn. De mate waarin de veranderde samenstelling van het B-segment invloed heeft op de omzet van een individuele zorgaanbieder kan als volgt worden vastgesteld. Het verschil tussen het aandeel van het oude B-segment wordt vergeleken met het aandeel van het nieuwe B-segment op basis van DOT in de totale omzet. Hoe hoger het verschil, des te groter het risico.

Eerste indicatieve analyses van de NZa, op basis van data die zijn aangeleverd door DBC-O, tonen aan dat de wijzigingen variëren van -5 procentpunt (omvang van B-segment als aandeel van totale omzet daalt met 5 procentpunten) tot +4 procentpunt (omvang van B-segment als aandeel van totale omzet stijgt met 4 procentpunten). Dit zijn geen incidentele uitschieters; er zijn meerdere zorgaanbieders die effecten van deze orde van grootte laten zien. Uit onderzoek van PricewaterhouseCoopers (hierna: PwC) blijkt dat een groot deel van de ziekenhuizen een relatief laag weerstandsvermogen heeft (zie ook hoofdstuk 8). Dat is mogelijk niet afdoende om dergelijke risico's op te vangen.

Dergelijke effecten brengen risico's met zich mee voor de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en de beheersbaarheid van de macrokosten. Ze hebben ook een negatieve invloed op de werking van de markt. Immers, dit kan leiden tot een ongelijk speelveld. De onderstaande twee voorbeelden illustreren dit.

Box 5.1 Twee cijfervoorbeelden

Voorbeeld 1: Zorgaanbieder X

Het oude aandeel van het B-segment in de totale omzet is bij zorgaanbieder X 29%. Het nieuwe aandeel van het vrije segment op basis van DOT wordt 33%. Dit is een verschil van 4 procentpunt. Dit betekent dat de historische omzet van het 'oude' budget te hoog wordt vastgesteld omdat er kennelijk delen van het 'oude' A-segment zijn overgeheveld naar het nieuwe vrije segment zonder dat het 'oude' budget daarvoor gecorrigeerd is. Dit kan verschillende gevolgen hebben:

- 1) Doordat de historische omzet van het 'oude' budget hoger is, bestaat het risico op een stijging van de macro-uitgaven.
- 2) Er bestaat een risico op kruissubsidie. Zorgaanbieder X kan, door de hoogte van de historische omzet van het 'oude' budget, lagere prijzen hanteren in het vrije segment; mogelijk zelfs onder de kostprijs met als doel andere zorgaanbieders uit de markt te prijzen en meer volume aan te trekken.

Voorbeeld 2: Zorgaanbieder Y

Bij zorgaanbieder Y is het oude aandeel van het B-segment 29% van de totale omzet. Het nieuwe aandeel van het vrije segment op basis van DOT wordt 24%. Dit is een verschil van - 5 procentpunt. Dit betekent dat de historische omzet van het 'oude' budget te laag wordt vastgesteld omdat er kennelijk delen van het 'huidige' B-segment zijn teruggeplaatst

naar het nieuwe gereguleerde en vaste segment zonder dat het 'oude' budget daarvoor gecorrigeerd is. Dit kan verschillende gevolgen hebben:

- 1) Doordat de historische omzet van het 'oude' budget te laag is, kan de zorgaanbieder in financiële problemen komen met mogelijke continuïteitsgevolgen.
- 2) Het risico bestaat dat zorgaanbieder Y hogere prijzen moet hanteren in het vrije segment om de tekorten in het gereguleerde en vaste segment op te vangen en op die manier zichzelf uit de markt prijst.

Uitbreiding van het vrije segment mogelijk bij de integrale benadering

De afgebakende en de integrale benadering verschillen daarnaast in de mate waarin een uitbreiding van het vrije segment mogelijk is. De minister heeft het voornemen uitgesproken om per 2011 het B-segment verder uit te breiden. Het mogelijk maken van een uitbreiding van wat dan het vrije segment is, stelt eisen aan het transitie-model. In hoofdstuk 2 is al geconstateerd dat verdere schoning van het budget niet mogelijk is. Omdat de integrale benadering de historische omzetten van het 'oude' A- en B-segment en de omzetten in het gereguleerde, vaste en vrije segment gezamenlijk (en integraal) bekijkt, is schoning van de historische omzetten bij uitbreiding van het vrije segment niet nodig. De integrale benadering faciliteert dus een uitbreiding van het vrije segment gedurende de transitieperiode. Binnen de afgebakende benadering is uitbreiding niet mogelijk.

5.4.5 Advies NZa: integraal Ingroeimodel

Bij de afweging tussen beide benaderingen gaat het erom in welke mate belanghebbende partijen gezamenlijk bereid zijn de gevolgen van de inperking van beleidsalternatieven en systeemrisico's te accepteren, in ruil voor het volledige behoud van de verworvenheden van het bestaande B-segment.

De eerder genoemde belemmeringen en daaruit vloeiende systeemrisico's zijn ernstig. Hierbij weegt mee dat sprake is van een cumulatie van risico's. Dit kan grote gevolgen hebben voor de financiële positie van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Op langere termijn kan dit ten koste gaan van de zorg die aan de patiënt geleverd wordt. Daarnaast dreigen de macrokosten onbeheersbaar te worden. Tegen die achtergrond adviseert de NZa te kiezen voor een integrale benadering die de bovengenoemde systeemrisico's zoveel mogelijk afvangt. In dit model ziet de rekenregel er als volgt uit:

$$\text{Transitieomzet} = z * (\text{huidige A-segment} + \text{B-segment}) + (1-z) * (\text{omzet vaste} + \text{gereguleerde segment} + \text{vrije segment})$$

Een belangrijk voordeel van deze integrale benadering is dat het meerdere majeure wijzigingen opvangt en een oplossing biedt voor segmentoverstijgende risico's met behoud van de nodige vrijheidsgraden. Ten tweede biedt het integrale Ingroeimodel de mogelijkheid om het vrije segment uit te breiden gedurende de transitieperiode, hetgeen een nadrukkelijke ontwerp-eis van de minister van VWS was. Door beide bekostigingssegmenten te incorporeren in het transitie-model worden ook autonome verschuivingen tussen het A- en het B-segment door de invoering van DOT opgevangen. Bovendien wordt hiermee de verdelingsproblematiek tussen de twee segmenten beperkt en wordt mogelijke marktverstoring door kruissubsidie voorkomen. Omwille van deze risico's is een integraal transitie-model dat toewerkt naar het eindmodel van volledige prestatiebekostiging van groot belang.

Bij deze benadering kan worden volstaan met één consistente set van regels voor de zorg in het gereguleerde, vaste en vrije segment gedurende de transitieperiode. Hierdoor blijven de administratieve lasten en transactiekosten van het Ingroeimodel beperkt. Ook zijn er geen extra reguleringskosten om ongewenste effecten, als gevolg van verschillen in regulering, te ondervangen.

Een nadeel van het integrale Ingroeimodel is de huidige vrijheidsgraden in het B-segment enigszins worden beperkt. Omzetstijgingen in het B-segment die daadwerkelijk worden veroorzaakt door volumestijgingen en/of prijsstijgingen, worden slechts voor een deel vergoed. Ook in de consultatie is dit nadeel naar voren gebracht door de NVZ en de algemene ziekenhuizen. De mate van inperking van de huidige vrijheidsgraden in het B-segment is beperkt. De afspraken die zorgaanbieders de afgelopen jaren met zorgverzekeraars over het B-segment hebben gemaakt, lopen namelijk wel volledig mee in het integrale Ingroeimodel. Immers, de historische omzet van het B-segment wordt meegenomen. Bovendien blijft de relatieve prikkel (voor het behalen van meer marktaandeel) wel volledig intact.

Een alternatief op het integrale Ingroeimodel dat tegemoet komt aan dit nadeel is het afgebakende Ingroeimodel. Hierbij is het vrije B-segment geen onderdeel van het Ingroeimodel en blijven de huidige vrijheidsgraden binnen het B-segment volledig behouden. Dit alternatieve model zet in zekere zin het huidige hybride model van het A- en het B-segment voort. In paragraaf 5.5 beschrijft de NZa de nadere uitwerking van het integrale Ingroeimodel. Aansluitend zal de NZa kort ingaan op de afgebakende benadering, welke risico's daarbij naar voren komen en welke randvoorwaarden daarbij van belang zijn.

Reacties gedurende de consultatieperiode

Tijdens de consultatie is gebleken dat de UMC's, de categorale zorgaanbieders en ZN positief zijn over een transitieproces dat een integrale benadering heeft. Vanuit de algemene ziekenhuizen is veel weerstand tegen het onderbrengen van het vrije segment in het transitieproces. Belangrijkste reden is dat ziekenhuizen het onwenselijk vinden dat de huidige vrijheden in het vrije segment worden ingeperkt.

Tijdens de consultatie hebben partijen daarnaast aangegeven bevreemd te zijn dat het transitieproces, los van de keuze voor het integrale Ingroeimodel, gedurende een langere periode zal worden gebruikt dan thans is voorzien. In navolging hiervan benadrukt de NZa dat het Ingroeimodel tijdelijk is. Om dit te borgen dienen duidelijke en objectieve criteria opgesteld te worden voor de duur van de periode en de afbouw van het garantiepercentage. Als eenmaal de afbouw van het garantiepercentage is bepaald dan zouden partijen ook de zekerheid moeten krijgen dat aan die afbouw wordt vastgehouden. Hierbij kan worden gedacht aan een door de minister van VWS te sluiten convenant met de partijen. Op basis van deze objectieve criteria moet worden geëvalueerd of beëindiging van het transitieproces mogelijk en wenselijk is. Indien ervoor gekozen wordt om de transitieperiode te verlengen, omdat niet voldoende voldaan is aan de criteria, is het een mogelijkheid om individuele zorgaanbieders de optie te bieden om het transitieproces na twee of drie jaar te verlaten. Partijen kiezen in dat geval voor meer risico's en vrijheden van prestatiebekostiging. De vorm van deze opting out is nader te onderzoeken. In de paragraaf 5.5.1. wordt hier ook nog bij stil gestaan.

5.5 Integraal ingroeimodel: een nadere uitwerking

5.5.1 Duur van de transitieperiode

Vanuit het oogpunt van reguleringszekerheid pleit de NZa ervoor dat vooraf duidelijk is hoe lang het transitieproces van toepassing zal zijn. Bij de bepaling van de duur van de transitieperiode is een aantal factoren van belang, die aansluiten bij de belemmeringen die in hoofdstuk 4 zijn geconstateerd:

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten voldoende gelegenheid krijgen om hun bedrijfsvoering aan te passen op de invoering van prestatiebekostiging. Hiervoor zijn inzichten over de omzetten en de schadelast noodzakelijk. Er moet worden voorkomen dat zorgaanbieders of zorgverzekeraars sec als gevolg van systeemrisico's in financiële problemen komen.
- Er is tijd nodig om zorgverzekeraars via de afbouw van de ex post verevening voldoende te prikkelen.
- Er is tijd nodig om de essentiële randvoorwaarden voldoende in te vullen.
- Een langere doorlooptijd is nodig om het eindmodel technisch gereed te krijgen.
- In hoofdstuk 4 is aangekondigd dat de NZa parallel aan de structurele verbetering van de kostprijzen zal onderzoeken of de aansluiting tussen tarieven en budgetten op de korte termijn verbeterd kan worden. De mate waarin deze verbeteringen snel doorgevoerd kunnen worden, is bepalend voor de duur van de transitieperiode.

Het heeft sterk de voorkeur de transitieperiode zo kort mogelijk te houden, zodat het eindperspectief van prestatiebekostiging zo snel mogelijk bereikt kan worden. Een transitieperiode van één jaar is te kort om de bovenstaande belemmeringen voldoende weg te nemen. Een periode van drie jaar zou voldoende ruimte bieden. De NZa adviseert daarom een transitieperiode van drie jaar (zie ook paragraaf 5.4.5).

Om de tijdelijkheid van het integrale Ingroeimodel te borgen, moeten vooraf duidelijke en objectieve criteria opgesteld worden. Aan het begin van het derde jaar (medio 2013) moet op basis van deze criteria worden geëvalueerd of beëindiging van het transitieproces mogelijk en wenselijk is. Bij het vaststellen van de objectieve criteria zal gedurende het implementatietraject het veld geconsulteerd worden. Begin 2013 hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars volledig inzicht in de impact van de nieuwe productstructuur DOT. Pas dan kan bekeken worden in hoeverre de ex ante risicoverevening aangepast kan worden aan de nieuwe schadelastdata. De monitors van de NZa kunnen daarvoor inzicht bieden. Zoals eerder aangegeven in hoofdstuk 4, is daarnaast ook een aantal acties nodig om het eindmodel voldoende solide te maken. Deze acties, bijvoorbeeld kostenonderzoeken en de aanpassingen in het kostprijsmodel, hebben echter een langere doorlooptijd. Gezien het belang van een korte doorlooptijd zullen deze acties in 2013 voltooid moeten zijn.

5.5.2 Hoogte van het garantiepercentage

De hoogte van het garantiepercentage bepaalt in welke mate een zorgaanbieder de omzet bij prestatiebekostiging mag behouden. Bij de vaststelling van de hoogte kan een aantal factoren als input dienen:

- de dekkendheid van DOT-zorgproducten;
- de kwaliteit van de DOT-tarieven en de relatie met de onderliggende kosten;

- de mate waarin de kostprijzen op de korte termijn verbeterd kunnen worden;
- het aanwezige inzicht in de financiële consequenties van de DOT-zorgproducten;
- de mogelijkheid om de ex ante verevening tijdig en kwalitatief voldoende aan te passen;
- de verwachte groei van de vraag naar zorg, waarbij de gerealiseerde groei van het A- en B-segment in de periode vanaf 2005 als indicator kan worden genomen;
- de omvang van het B-segment;
- de mate waarin het budget voorziet in een hogere vergoeding bij een hogere productie;
- het tempo waarin het eindmodel ingericht kan worden;
- de mate waarin het transitie-model wordt gecorrigeerd voor omzetontwikkeling.

Gelet op de ongelijke verdeling van de risico's over de jaren heen, ligt het voor de hand om in het eerste jaar een relatief hoog garantiepercentage te kiezen. Anderzijds moeten voldoende prikkels aanwezig blijven om de dynamiek in de sector te blijven behouden (wat samenhangt met de mate van dekking van de marginale kosten van aanbieders). Het is dus van groot belang om de juiste startpositie te vinden.

Tijdens de invoeringsfase van prestatiebekostiging zullen in de eerste helft van 2010 definitief worden vastgesteld: de hoogte van het garantiepercentage, de afbouw van dit percentage en de objectieve criteria op basis waarvan voorgaande wordt vastgesteld. Bij de voorbereiding worden veldpartijen hierover geconsulteerd. Uiteindelijk zal dit in de beleidsregels van de NZa worden neergelegd.

5.5.3 Correcties voor volumeontwikkelingen en productmixverschuivingen

Gezien het tijdelijke karakter van het transitie-model wil de NZa de complexiteit van het Ingroeimodel zoveel mogelijk beperken. Partijen ondersteunen deze invalshoek. Anderzijds verzoekt een aantal partijen, voornamelijk de UMC's, het transitie-model zodanig in te richten dat de historische omzet wordt gecorrigeerd voor volumeontwikkelingen en productmixverschuivingen. De NZa heeft gekeken naar de noodzaak en de mogelijkheden om het Ingroeimodel hiervoor te corrigeren.

Allereerst is het de vraag of het corrigeren van volumeontwikkelingen en productmixverschuivingen in de historische omzet daadwerkelijk een noodzaak is. Beide aspecten lopen volledig mee in de nieuwe DOT-omzet, waardoor de omvang van eventuele problematiek samenhangt met de hoogte van het garantiepercentage. Een lager garantiepercentage zal de noodzaak tot het corrigeren van de historische omzet aanzienlijk verminderen. Ten aanzien van productmixverschuivingen is het zeer de vraag in hoeverre zorgaanbieders gedurende de transitieperiode hun zorgaanbod zodanig gaan wijzigen dat dit leidt tot een substantiële andere productmix. Indicatieve analyses van de NZa op basis van het DBC Informatie Systeem laten bij ziekenhuizen over de jaren heen geen grote verschuivingen zien. Overigens voorziet de huidige budgetsystematiek ook slechts in beperkte mate in een vergoeding voor wijzigingen in de productmix.

Zoals eerder aangegeven in paragraaf 5.4.2, is het niet mogelijk om te bepalen of een zorgaanbieder daadwerkelijk meer zorg heeft geleverd, of dat er sprake is van registratie-effecten of een hogere omzet door andere DOT-tarieven. Als een correctie voor de omzetontwikkeling nodig

is, zou volgens de NZa dan ook gekozen moeten worden voor een standaard indexering van de historische omzet.

Gegeven het feit dat het transitie­model bedoeld is als tijdelijk model, heeft de NZa de voorkeur om het Ingroeimodel niet aan te passen voor productmixverschuivingen en volumeontwikkelingen. Door een aanpassing van het garantiepercentage tijdens de transitieperiode kunnen eventuele negatieve effecten zoveel mogelijk worden afgevangen.

5.5.4 Verrekening van opbrengstverschillen

In het transitie­model moet het verschil tussen de werkelijk gerealiseerde opbrengsten bij prestatie­bekostiging en de transitie­omzet (het opbrengstverschil) worden verre­kend.

Bij invoering van prestatie­bekostiging is er geen reden meer om de verrekening tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars te laten verlopen, vanwege een aantal redenen:

- Zorgverzekeraars hebben geen inzage in en geen invloed op de te verrekenen bedragen per instelling. De verrekenbedragen worden immers deels bepaald door het gedrag van andere zorgverzekeraars (concurrenten).
- Zorgverzekeraars worden als kritische zorginkopers geacht doelmatig zorg in te kopen.
- Het transitie­model is er in de eerste plaats om individuele zorgaanbieders te beschermen tegen een mogelijke omzetsdaling. De keuze van de overheid om in de transitie alle zorgaanbieders in Nederland op die manier te ondersteunen, zou niet mogen leiden tot onevenredige bijdragen door zorgverzekeraars in die ondersteuning.

Het ligt dan ook in de rede om de verrekening op landelijk niveau plaats te laten vinden, via het zorgverzekeringsfonds. Door de verrekening op deze manier te organiseren, wordt de zorginkoop niet oneigenlijk beïnvloed door de opbrengstverrekening. Een verreken­stelsel via het zorgverzekeringsfonds vergt aanpassingen in de Wmg (zie paragraaf 5.5.9).

Om met het transitie­model ook de risico's voor individuele zorgverzekeraars voldoende op te vangen en ook scherp inkoopgedrag voldoende te belonen, moet volgens de NZa bij de landelijke verrekening rekening worden gehouden met marktaandelen. Tijdens de consultatie is dit ook door ZN bepleit. Daarbij kan gekozen worden voor een verrekening op basis van historische marktaandelen of op basis van actuele marktaandelen.

Historische marktaandelen zorgen voor meer eenvoud, maar hebben als nadeel dat ze mogelijk onvoldoende representatief zijn gezien de wijzigingen die worden doorgevoerd.

Het gebruik van actuele marktaandelen houdt met dit laatste aspect wel rekening, maar heeft ook nadelen. Allereerst is geen onderscheid te maken tussen de effecten van inkoop, de verschuivingen in de populatie en de effecten van de invoering van DOT (en de bijbehorende tarieven). Het ligt dus niet voor de hand zorgverzekeraars volledig te gaan afrekenen op basis van actuele marktaandelen die zorgverzekeraars slechts ten dele kunnen beïnvloeden. Bovendien worden zorgaanbieders ook niet volledig 'afgerekend' op basis van hun inkomsten onder prestatie­bekostiging.

De NZa heeft daarom vooral nog een voorkeur voor verrekening van de verschillen op landelijk niveau op basis van historische marktaandelen. Dit aspect wordt in de implementatiefase nader uitgewerkt. De

verrekening zal rechtstreeks tussen zorgverzekeraars en het zorgverzekeringsfonds plaatsvinden. Hiervoor zal VWS samen met het CVZ de benodigde regelgeving moeten wijzigen.

5.5.5 Taakstellingen in het transitieproces

Het ministerie van VWS heeft medio 2007 aangekondigd in de periode 2008-2011 een jaarlijks oplopende taakstelling door te voeren bij de ziekenhuizen. Dit betekent dat in het aanvangsjaar van de transitieperiode de laatste tranche van deze taakstelling, van € 150 miljoen, structureel moet worden verwerkt.

Hoewel deze korting bedoeld is als een taakstellende efficiencybesparing, is tot nu toe bij de verdeling van de kortingen geen rekening gehouden met efficiencyverschillen tussen zorgaanbieders. Er is steeds sprake geweest van generieke kortingen, waarbij een vast percentage van het instellingsbudget (inclusief de omzet B-segment) werd gekort. Aangezien de eerste drie tranches van de taakstelling op een generieke wijze zijn verwerkt, wil de NZa bij de laatste tranche niet van deze methodiek afwijken. Bovendien beschikt de NZa niet over adequate gegevens over de efficiencyverschillen tussen zorgaanbieders. Ook kan de NZa vooralsnog geen uitspraak doen over de effecten van DOT en de invoering van prestatiebekostiging op het efficiëncyniveau van individuele zorgaanbieders (zie ook hoofdstuk 4).

Technisch zijn er mogelijkheden om de taakstelling te verwerken in het transitieproces. In de implementatiefase begin 2010 zal de NZa dit onderdeel expliciet meenemen. In het eindmodel kan de taakstelling alleen verwerkt worden in de gereguleerde tarieven. De wijze waarop de taakstelling in de tarieven verwerkt kan worden, hangt in grote mate af van de beschikbaarheid van informatie over de gereguleerde tarieven (zoals volumegegevens van DOT).

5.5.6 Kapitaallasten in het transitieproces

Binnen het transitieproces wordt de aanvaardbare omzet bepaald op basis van de historische omzet en de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging. Voor de tweede component geldt dat deze wordt gerealiseerd uit opbrengsten uit de tarieven. Voor deze component is de kapitaallastenvergoeding dus al (zoveel mogelijk) aangepast aan het eindmodel. In de eerste component zit de kapitaallastenvergoeding nog volgens de huidige budgetsystematiek verwerkt. Dit kan problemen veroorzaken bij instellingen die investeren tijdens de transitieperiode. Dit vraagt mogelijk om correcties in de kapitaallastcomponent van de historische omzet. De NZa zal de technische mogelijkheden hiervoor tijdens de implementatiefase nader uitwerken.

5.5.7 Overgangsregeling kapitaallasten

De NZa heeft onderzocht in hoeverre de bestaande overgangsregeling kapitaallastenvergoeding ziekenhuizen in het transitieproces kan worden ingebouwd.⁶⁹ In deze overgangsregeling is opgenomen dat voor elke uitbreiding van het B-segment in het eerste jaar 75% van de overeengekomen kapitaallasten (van de productie die naar het B-segment wordt overgeheveld) nog via het budget wordt vergoed. Deze vergoeding wordt afgebouwd naar 50% in het tweede jaar, 25% in het derde jaar en 0% vanaf het vierde jaar. Deze budgetvergoeding wordt op dit moment gedekt uit de tarieven die in het A-segment worden gedeclareerd.

⁶⁹ NZa beleidsregel CI-1085

De NZa concludeert dat de overgangsregeling in haar huidige vorm niet uitvoerbaar is op het moment dat de budgettering wordt afgeschaft. Wel is integratie van de regeling in het Ingroeimodel mogelijk. Dat geldt zowel voor de doorwerking van de regeling uit het verleden als voor de overgangsregeling in verband met het afschaffen van de budgettering voor het A-segment in 2011.⁷⁰ Daarbij blijkt het transitie-model in vrijwel alle gevallen minimaal dezelfde garanties te bieden als de bestaande overgangsregeling kapitaallastenvergoeding. Ook dit aspect wordt in de implementatiefase nader uitgewerkt.

Op 2 september 2009 heeft de NZa de minister van VWS advies uitgebracht over een aanpassing van de overgangsregeling.⁷¹ Het gaat daarbij om een uitbreiding van de overgangsregeling waarmee oplossingen geboden kunnen worden voor boekwaarde- en/of exploitatieproblemen van ziekenhuizen, ontstaan door investeringen die zijn goedgekeurd ten tijde van het bouwregime. VWS heeft nog niet aangegeven op welke wijze met het advies van de NZa zal worden omgegaan en daarom is dit aspect niet in deze uitvoeringstoets opgenomen. Bij de verdere uitwerking van het transitie-model in de implementatiefase zal de NZa de aanpassingen in de overgangsregeling meenemen.

5.5.8 Beschikbaarheid van data voor het transitie-model

Voor de toepassing van het Ingroeimodel zijn data nodig. Allereerst de historische omzet en de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging, beide op instellingsniveau en eventueel uitgesplitst naar bekostigingssegment. Voor beide aspecten verwacht de NZa geen significante dataproblemen. Voor de historische omzet zijn betrouwbare gegevens beschikbaar uit de budgetgegevens en historische omzetgegevens uit de jaarrekeningen. Voor de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging kan op het moment van de afrekening afgegaan worden op informatie uit de jaarrekeningen. Er zullen wel aanvullende afspraken gemaakt moeten worden over basisjaren, budgetstanden, accountantsverklaringen en mogelijk ook over aanpassingen in de voorschriften in regels voor jaarverslaglegging. Aanvullend kan er altijd een informatie-uitvraag worden gedaan bij zorgaanbieders.

Voor het vaststellen van het garantiepercentage zijn meer gegevens nodig. In paragraaf 5.5.2 is een aantal factoren beschreven die een rol kunnen spelen bij de bepaling van de hoogte van het garantiepercentage.

Er zal bekeken moeten worden welke factoren hoe zwaar moeten wegen, welke data hiervoor het beste gebruikt kunnen worden en waar het nodig is om aannames te doen. De NZa zal de veldpartijen hierover consulteren.

Voor een aantal specifieke onderwerpen zijn eveneens extra gegevens nodig, zoals de verwerking van de taakstelling in het transitie-model en een eventuele correctie van het kapitaallastenniveau in de historische omzet. Ook hierover zal de NZa de veldpartijen consulteren.

⁷⁰ De beleidsregel Overgangsregime kapitaallastenvergoeding (CI-1085) stelt volledige beëindiging van de beleidsregels Functiegerichte budgettering (algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen) en Aanvaardbare kosten gelijk aan de uitbreiding van het B-segment.

⁷¹ NZa, brief 'Advies over aanpassing van de Beleidsregel overgangsregime kapitaallasten' d.d. 2 september 2009

5.5.9 Juridische aandachtspunten

Het vrije segment als onderdeel van het transitieproces

Bij het integrale Ingroeimodel is het vrije segment onderdeel van het transitieproces. Hoewel hiermee geen sprake is van terugdraaien van liberalisering, is wel sprake van een reguleringswijziging in het vrije segment. Een dergelijke reguleringswijziging is op grond van de redenering in paragraaf 5.4.3 mogelijk.

Hoogte van het garantiepercentage

Het model behelst een vangnetconstructie door middel van het gematigd kunnen vaststellen van het garantiepercentage. Aan de vaststelling daarvan moet een deugdelijke motivering ten grondslag liggen. Zoals gezegd vindt de vaststelling van dit percentage in de eerste helft van 2010 plaats.

De Algemene wet bestuursrecht (hierna: Awb) bepaalt dat beleid niet wordt toegepast als er sprake is van bijzondere omstandigheden én beleidstoepassing tot een onevenredig nadelig resultaat leidt. Aangezien het integrale Ingroeimodel in beginsel voor alle systeemrisico's een oplossing biedt, acht de NZa het niet aannemelijk dat bovenstaande zich voor zal doen.

Verrekeningen

De Wmg biedt veel vrijheid in de keuze van de vorm van het tarief. Zo blijkt uit de parlementaire geschiedenis dat ruimte bestaat voor een tariefbeschikking die inhoudt dat de instelling vrij is in de bepaling van de afzonderlijke tarieven, waarbij het totaal van de tarieven wordt verrekend aan de hand van een vooraf gestelde rekenregel.⁷² Omdat deze ruimte alleen in de toelichting van de huidige Wmg wordt geboden, is het ministerie van VWS voornemens om een wijziging van de Wmg voor te bereiden die het mogelijk maakt dat een tarief ook een omzetgrens kan inhouden. Als de wet is aangepast en een 'omzetgrens' wettelijk is geborgd, zou ook op dat bedrag een verrekening kunnen plaatsvinden. Omdat deze wijziging nog in voorbereiding is, kan hierover nu (nog) geen nadere uitwerking worden gegeven.

De te hanteren verrekeningsmethode moet de zorgaanbieders voldoende inzicht bieden in de rekenregel, inclusief het garantiepercentage en het verloop van de afbouw. Op ieder moment kan namelijk berekend worden hoe de omzet bij prestatiebekostiging zich ontwikkelt, en of bijsturing van de bedrijfsvoering noodzakelijk is. Zorgaanbieders moeten op ieder moment van het jaar weten wat de grens is zodat ze een overschrijding kunnen zien aankomen dan wel voorkomen. Bij een tevoren vastgestelde rekenregel is dat het geval en kan tot verrekening overgegaan worden. Op het moment dat vrije prijzen onderdeel uitmaken van de rekenregel, wordt het verrekenen op grond van de tarieven ingewikkelder. Immers, het is niet zinvol te verrekenen op basis van een vrij tarief.

Voorgesteld wordt de verrekening zo te laten plaatsvinden dat de zorgaanbieders overschrijdingen moeten afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds. De huidige Wmg biedt geen instrument waarmee de NZa kan afdwingen dat instellingen een bedrag betalen. De Wmg zou daarom op dit punt aangepast moeten worden.⁷³ Deze aanpassing geldt ook voor de mogelijkheid tot invordering van dat bedrag aan een dergelijk fonds.

⁷² MvT, Kamerstukken II 2003/04, 29 379, nr. 3, p. 19

⁷³ Loopt mee met de geplande wetswijziging als vermeld in hoofdstuk 3.

Als de wet op bovengenoemde punten is aangepast, kan verrekening op voorgestelde wijze plaatsvinden.

Tot slot moet nagegaan worden of er naast de verrekening ook sprake is van bestuursrechtelijke handhaving. Uitgaande van de vooronderstelling dat de zorgaanbieder op ieder moment in het jaar exact kan vaststellen welk tarief in rekening gebracht kan worden, door middel van de vooraf gestelde rekenregel en de verrekening daarvan, weet de zorgaanbieder ook wanneer dit wel het geval is. Op het moment dat de wet is uitgebreid met het omzetgrens-instrument lijkt het voor de hand te liggen dat ook wetsartikel 35 (en de handhaving daarvan) van toepassing is. Dit artikel bepaalt dat het verboden is een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomt met het vastgestelde tarief.

Overgangsmodel en Europese regelgeving

Om de kans op strijd met Europees recht zo klein mogelijk te houden, moet de interventie van het overgangsmodel niet-economische doelstellingen nastreven, zoals de toegankelijkheid van de zorg. Daarnaast moet, met het oog op het proportionaliteitsbeginsel, kunnen worden aangegeven waarom de doelstellingen niet op een minder beperkende wijze kunnen worden gerealiseerd. Aan deze doelstellingen lijkt te zijn voldaan. Het overgangsmodel zal deugdelijke procedurele voorschriften bevatten en wordt toegepast aan de hand van objectieve criteria. Zorgaanbieders uit andere lidstaten van de EU worden daardoor niet gediscrimineerd ten opzichte van Nederlandse ziekenhuizen.

5.6 Het afgebakende Ingroeimodel

Een alternatief op het integrale Ingroeimodel, wat tegemoet komt aan het nadeel dat de huidige vrijheidsgraden in het B-segment enigszins worden beperkt, is het afgebakende Ingroeimodel. Hierbij is het vrije B-segment geen onderdeel van het Ingroeimodel. In dit model ziet de rekenregel er als volgt uit:

$$\text{Transitieomzet} = s \cdot \text{huidige A-segment} + (1-s) \cdot (\text{omzet vaste} + \text{gereguleerde segment})$$

Zoals eerder is geconstateerd, is verdere schoning van het transitie-model (dan wel het budget en/of het A-segment) niet meer mogelijk. Een uitbreiding van het B-segment (dan wel vrije segment) is dan ook gedurende de gehele transitieperiode (voorzien: 3 jaar) niet mogelijk bij het afgebakende Ingroeimodel. Dit is nadrukkelijk een randvoorwaarde die de NZa meegeeft bij dit alternatieve model: de ontwerperis van het mogelijk maken van een uitbreiding van het B-segment wordt losgelaten.

Het afgebakende Ingroeimodel brengt grotere risico's met zich mee dan het integrale Ingroeimodel. Deze worden hieronder weergegeven.

Risico's ten aanzien van de inhoudelijke wijzigingen van het vrije segment

Het corrigeren van inhoudelijke wijzigingen door de invoering van DOT is niet mogelijk. Dit kan voor een individuele zorgaanbieder grote effecten hebben (zie ook paragraaf 5.4.4). De keuze voor een afgebakende benadering is daarmee een keuze voor het minder beperken van systeemrisico's voor de individuele zorgaanbieders.

Risico op afwentelgedrag en kans op inzet prijsbeheersingsinstrument

Door de afgebakende benadering kan een stijgend risicoprofiel leiden tot een afwenteling van de risico's op het B-segment. Dit kan voor de overheid reden zijn voor het inzetten van het PBI in het B-segment.

Wanneer het PBI ingezet wordt, worden de vrijheidsgraden in het B-segment nog meer dan in het integrale Ingroeimodel ingeperkt, terwijl de risico's bij een veranderde samenstelling van het B-segment niet worden ondervangen.

Hogere uitvoeringslasten door de verdeling van de segmenten

Bijkomend nadeel van het afgebakende Ingroeimodel en het blijven vasthouden aan de verschillende segmenten, is dat de uitvoering substantieel wordt gecompliceerd. Bij de afrekening van de opbrengstverschillen zal immers ook onderscheid gemaakt moeten worden tussen het A-segment en het B-segment. Dit vergroot niet alleen de uitvoeringslasten, maar zal bovendien mogelijk gevolgen hebben voor de risico's die individuele zorgverzekeraars lopen. Ook wat betreft de overgangsregeling kapitaallasten zal onderscheid moeten worden gemaakt tussen de verschillende segmenten. Dit zal de integratie van de regeling met het transitie-model aanzienlijk compliceren. De NZa kan op voorhand niet inschatten hoe groot deze consequenties zullen zijn.

Acceptatie van grotere risico's bij het afgebakende Ingroeimodel

Alleen onder de acceptatie van risico's door partijen is het afgebakende Ingroeimodel te overwegen. Het gaat er dus om of belanghebbende partijen gezamenlijk en individueel bereid zijn de gevolgen van enerzijds inperking van beleidsflexibiliteit en anderzijds systeemrisico's te accepteren in ruil voor het volledige behoud van de verworvenheden van het bestaande B-segment.

Ook al zouden partijen op dit moment die keuze maken, en zou de minister van VWS die volgen, dan nog is de kans reëel dat, als deze risico's in de praktijk tegenvallen, partijen alsnog om individueel of collectief nadere vangnetten vragen. Met als resultaat een lappendeken aan verschillende regelingen die niet goed hanteerbaar is en ook in termen van reguleringszekerheid onwenselijk is. In dat geval worden de risico's te eenzijdig in het publieke domein neergelegd met de mogelijke neerslag in de macrokosten en uiteindelijk in de nominale premie van de consument. Het achteraf alsnog afvangen van risico's vertraagt dan de transitie naar het eindmodel van prestatiebekostiging.

Een alternatief is dat eerst de risico's verder in kaart worden gebracht en pas dan een keuze voor het afgebakende Ingroeimodel wordt gemaakt, maar dat betekent zonder meer een vertraging van het hele tijdspad met minstens één jaar.

Tegen deze achtergrond heeft de NZa zwaarwegende bedenkingen bij het afgebakende Ingroeimodel en adviseert daarom het integrale Ingroeimodel met voldoende waarborgen voor de eindigheid daarvan.

5.7 Uitkomsten consultatieperiode

In de consultatieperiode zijn partijen in de gelegenheid gesteld hun visie op het transitie-model te geven. Over het algemeen delen partijen de afweging tussen de verschillende transitie-modellen en de voorkeur van de NZa voor het Ingroeimodel.

Zoals eerder aangegeven, zijn partijen wel verdeeld over de vraag op welk(e) segment(en) het Ingroeimodel van toepassing zou moeten zijn. In het bijzonder de algemene ziekenhuizen vinden het integrale Ingroeimodel (inclusief het vrije segment) geen wenselijk model, omdat de ziekenhuizen niet hun verworven vrijheidsgraden in het B-segment willen kwijtraken. Enkele ziekenhuizen gaven daarbij aan dat mogelijk ook business cases hierdoor in gevaar kunnen komen. De NVZ ziet meer in een Ingroeimodel dat van toepassing is op het A-segment. Men geeft

hierbij aan het niet kunnen uitbreiden van het B-segment voor lief te willen nemen. Dit sluit aan bij het door de NZa gepresenteerde transitie-model in paragraaf 5.6. Over het accepteren van de risico's van een afgebakende benadering laat de NVZ zich terughoudender uit. Vanuit de NVZ is tevens geopperd om eerst prestatiebekostiging in te voeren en pas op een later moment de nieuwe productstructuur DOT.

ZN heeft aangegeven een voorkeur te hebben voor een integrale benadering. Alles afwegende concludeert ZN dat het toepassen van het integraal Ingroeimodel begrijpelijk is gezien de geconstateerde onzekerheden en de beheersing van de macrokosten. UMC's zijn eveneens positief over het integrale Ingroeimodel, maar vragen daarbij expliciet aandacht voor maatwerk, met name ten aanzien van volumeontwikkelingen en mogelijke productmixverschuivingen. De categorale zorgaanbieders delen dit standpunt.

Partijen spreken wel de vrees uit dat het transitie-model een structureel karakter krijgt. Als reactie hierop heeft de NZa benadrukt dat het een tijdelijk transitie-model betreft.

5.8 Samenvatting en aanbevelingen

Reikwijdte van het transitie-model

Het transitie-model is in beginsel van toepassing op de gebudgetteerde zorgaanbieders van medisch specialistische zorg (zie ook paragraaf 1.3). Dit houdt dus in dat de ZBC's en de vrijgevestigde medisch specialisten niet meelopen in het transitie-model, vanwege het ontbreken van een logisch uitvoeringstechnisch aangrijpingspunt en omdat het daarnaast niet congruent is met het lange termijn perspectief.

Transitie-model: Ingroeimodel

De overgang die gemaakt moet worden van historische inkomsten naar inkomsten op basis van prestatiebekostiging staat bij de verschillende transitie-modellen centraal. In dit hoofdstuk zijn verschillende transitie-modellen gezien: het model Transitiebedrag, het model Bandbreedte en het Ingroeimodel. De verschillende modellen zijn daarbij ook onderling afgewogen. Doordat zorgaanbieders in het Ingroeimodel (in toenemende mate) worden afgerekend op hun inkomsten onder prestatiebekostiging, is het Ingroeimodel het voorkeursmodel van de NZa. Over het algemeen delen partijen de afweging tussen de verschillende transitie-modellen en de voorkeur van de NZa voor het Ingroeimodel.

Duur van de transitieperiode

Tijdens de consultatie hebben partijen aangegeven bevreesd te zijn dat het transitie-model een structureel karakter krijgt. In navolging hiervan benadrukt de NZa dat het Ingroeimodel tijdelijk is. Als eenmaal de afbouw van het garantiepercentage is bepaald dan zouden partijen ook de zekerheid moeten krijgen dat aan die afbouw wordt vastgehouden. Hierbij kan worden gedacht aan een door de minister van VWS te sluiten convenant met de partijen. Op basis van objectieve criteria moet worden geëvalueerd of beëindiging van het transitie-model mogelijk en wenselijk is. Indien ervoor gekozen wordt om de transitieperiode te verlengen, omdat niet voldoende voldaan is aan de criteria, is het een mogelijkheid om individuele zorgaanbieders de optie te bieden om het transitie-model te verlaten. Partijen kiezen in dat geval voor meer risico's en vrijheden van prestatiebekostiging. De vorm van deze opting out is nader te onderzoeken.

Voorkeursmodel: integrale Ingroeimodel

Een specifiek onderdeel is op welk bekostigingssegment het Ingroeimodel toegepast dient te worden: alleen het A-segment (afgebakende benadering) of het A- en B-segment (integrale benadering). Een integrale benadering vangt de meeste risico's af en geeft optimale beleidsflexibiliteit. Door beide bekostigingssegmenten te incorporeren in het transitieproces worden ook autonome verschuivingen tussen het A- en het B-segment door de invoering van DOT opgevangen. Bovendien wordt hiermee de verdelingsproblematiek tussen de twee segmenten beperkt en wordt mogelijke marktverstoring door kruissubsidie voorkomen. Bij deze geïntegreerde benadering wordt volstaan met één consistente set van regels die gedurende de transitieperiode gelden voor de zorg in het gereguleerde, vaste en vrije segment. Hierdoor blijven de administratieve lasten en transactiekosten van het Ingroeimodel beperkt. Bovendien maakt het model een beleidmatige uitbreiding van het B-segment mogelijk en wordt het risico van afwentelgedrag op het B-segment beperkt. Om deze risico's te ondervangen adviseert de NZa dat het integrale Ingroeimodel dat van toepassing is op de totale omzet van een zorgaanbieder. De UMC's, categorale zorgaanbieders en zorgverzekeraars konden zich vinden in het integrale Ingroeimodel, zo bleek uit de consultatie.

Een nadeel van het integrale Ingroeimodel is dat de huidige vrijheidsgraden in het B-segment enigszins worden beperkt. Omzetstijgingen in het B-segment die worden veroorzaakt door volume- en/of prijsstijgingen worden slechts voor een deel vergoed. In de consultatie is dit nadeel naar voren gebracht door de algemene ziekenhuizen. Hierdoor wordt de prikkel om meer zorg te leveren mogelijk verminderd, afhankelijk van de hoogte van het garantiepercentage. De mate van inperking van de huidige vrijheidsgraden in het B-segment is beperkt. De afspraken die zorgaanbieders de afgelopen jaren met zorgverzekeraars over het B-segment hebben gemaakt, lopen namelijk wel volledig mee in het integrale Ingroeimodel. Immers, de historische omzet van het B-segment wordt meegenomen. Bovendien blijft de relatieve prikkel (voor het behalen van meer marktaandeel) wel volledig intact.

Alternatief: afgebakende Ingroeimodel

Een alternatief op het integrale Ingroeimodel die tegemoet komt aan dit nadeel is het afgebakende Ingroeimodel. Een randvoorwaarde bij dit model is dat de ontwerper van het mogelijk maken van een uitbreiding van het B-segment wordt losgelaten. Het afgebakende Ingroeimodel brengt echter grotere risico's met zich mee dan het integrale Ingroeimodel. Ook al zouden partijen op dit moment die keuze maken, en zou de minister van VWS die volgen, dan nog is de kans reëel dat, als deze risico's in de praktijk tegenvallen, partijen alsnog individueel of collectief nadere vangnetten vragen. Het resultaat kan zijn een lappendeken aan verschillende regelingen die niet goed hanteerbaar is en ook in termen van reguleringszekerheid onwenselijk is. In dat geval worden de risico's te eenzijdig in het publieke domein neergelegd met de mogelijke neerslag in de macrokosten en uiteindelijk in de nominale premie van de consument.

Een alternatief is dat eerst de risico's verder in kaart worden gebracht en pas dan een keuze voor het afgebakende Ingroeimodel wordt gemaakt, maar dat betekent zonder meer een vertraging van het hele tijdspad met minstens één jaar.

Tegen deze achtergrond heeft de NZa zwaarwegende bedenkingen bij het afgebakende Ingroeimodel en adviseert daarom het integrale Ingroeimodel met voldoende waarborgen voor de eindigheid daarvan.

Vervolgacties voor NZa

- De NZa pleit voor een transitieperiode van drie jaar. Aan het begin van het derde jaar (medio 2013) moet op basis van een aantal objectieve criteria worden bepaald of beëindiging van het transitieproces mogelijk en wenselijk is. Bij het vaststellen van deze objectieve criteria zal gedurende het implementatietraject het veld geconsulteerd worden
- Het Ingroeimodel moet technisch worden uitgewerkt, inclusief (objectieve criteria voor de vaststelling van) de hoogte van het garantiepercentage, objectieve criteria voor de beëindiging van het transitieproces, de relatie met de overgangsregeling kapitaallasten, eventuele trendmatige aanpassing van de historische omzet, te hanteren data, verwerken van al opgelegde taakstellingen en verrekening voor de opbrengstverschillen.
- Het transitieproces moet worden doorvertaald in beleidsregels en beschikkingen.
- De beleidsregels over de budgettering moeten worden beëindigd.

Aanbeveling aan VWS:

- Het verkennen van de meerwaarde van een contract of convenant met veldpartijen om de tijdelijkheid van het transitieproces en de acceptatie van risico's te benadrukken.

6. Specifieke zorgaanbieders

6.1 Inleiding

Een aantal zorgaanbieders, waaronder de UMC's, de categorale zorgaanbieders en aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden, heeft van oudsher een bijzondere positie binnen de bekostiging van de medisch specialistische zorg. Hierdoor kan de uitgangssituatie van deze zorgaanbieders anders zijn dan die van de algemene ziekenhuizen en kunnen de voorgestelde wijzigingen per 2011 andere effecten teweeg brengen. Dit hoofdstuk beschrijft een aantal aandachtspunten in de bekostiging van UMC's, de categorale zorgaanbieders en aanbieders van specifieke voorzieningen in het transitieproces en eindmodel. Tijdens de consultatieperiode hebben zowel de UMC's als de categorale zorgaanbieders aangegeven dat er binnen het beschreven transitiepad voldoende aandacht moet zijn voor de specifieke omstandigheden van de betreffende zorgaanbieders.

6.2 Universitaire Medische Centra

De UMC's vervullen naast de basis patiëntenzorg publieke functies op het gebied van onderwijs, opleidingen, onderzoek, ontwikkeling en toepassing van kennis en topreferente zorg. Voor de basis patiëntenzorg geldt voor de UMC's dezelfde regulering als voor de algemene ziekenhuizen. Over de vergoeding van publieke functies (inclusief de kapitaallastenvergoeding voor deze functies) zullen aparte afspraken gemaakt moeten worden. Dit wordt hieronder toegelicht.

6.2.1 Invoering en transitie

Per 1 januari 2011 is sprake van invoering van prestatiebekostiging, zoals beschreven in de hoofdstukken 3 en 5. Dit betekent dat UMC's in het vrije segment, evenals de andere ziekenhuizen en ZBC's, met zorgverzekeraars afspraken maken over de integrale prijs, het volume en de kwaliteit van zorg. De vergoedingen in het vaste segment (voor zover academische ziekenhuizen hiervoor worden aangewezen) en de maximumtarieven in het gereguleerde segment zijn gelijk aan die van de andere zorgaanbieders van medisch specialistische zorg, voor zover uiteraard vergelijkbare prestaties worden geleverd. Tijdens de transitieperiode geldt voor UMC's het transitieproces, waarvoor in beginsel dezelfde uitgangspunten gelden (looptijd en afbouw) als voor overige zorgaanbieders.

6.2.2 Publieke functies

De tarieven in het gereguleerde segment worden in beginsel gebaseerd op de kostprijzen en zorgprofielen van de ziekenhuizen, exclusief de UMC's (zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 3.4.4). Dit voorkomt vervuiling van de gereguleerde tarieven met de publieke functies van UMC's. Voor deze publieke functies zijn in de huidige bekostiging bijzondere vergoedingen van toepassing. De toekomstige bekostiging moet daarop worden aangesloten:

- Topreferente zorg (inclusief innovatie en ontwikkelingsgeneeskunde) wordt vergoed via de academische component.

- De werkplaatsfunctie geneeskunde en het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek worden respectievelijk vergoed via het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (hierna: OCW) en een facultaire bijdrage van de universiteiten. De opleidingen tot medisch specialist en enkele andere zorgberoepen worden vergoed door het ministerie van VWS.⁷⁴

Academische component

De invoering van prestatiebekostiging kan ten opzichte van de huidige situatie leiden tot meer of minder opbrengsten voor de UMC's. Het transitieproces kan dit effect gedeeltelijk en tijdelijk compenseren. Voor de langere termijn kan herijking van de academische component noodzakelijk zijn. Deze component vergoedt immers de meerkosten die verbonden zijn aan toeprefereerde zorg, innovatie en ontwikkelingsgeneeskunde. Het is daarbij belangrijk dat de vergoeding voor de publieke functies aansluit op de werkelijke kosten, zodat UMC's niet in een voordelige dan wel nadelige concurrentiepositie ten opzichte van de overige zorgaanbieders komen.

De NZa gaat er vanuit dat, in het verlengde van de huidige situatie, VWS en de NFU afspraken maken over de academische component. Dit gezien de kenmerken en historie van deze specifieke functie en de verwevenheid met andere door de overheid bekostigde functies op het terrein van onderwijs en onderzoek. De NZa zal het ter beschikking stellen van deze vergoeding via het vaste segment faciliteren (zie ook paragraaf 3.5), maar moet hiervoor wel jaarlijks een opgave ontvangen over de hoogte en de toedeling van de vergoeding van VWS.

Kapitaallastenvergoeding voor publieke functies

De ministeries van VWS en OCW hebben met de NFU het Convenant Decentralisatie Huisvesting Academische Ziekenhuizen (hierna: DHAZ) gesloten. In dit convenant is vastgelegd dat UMC's voor instandhoudingsinvesteringen een jaarlijks bedrag ontvangen. De vergoeding van deze kosten vindt nu plaats via het werkplaatsbudget (subsidie van het ministerie OCW) en het ziekenhuisbudget, waarbij het deel dat betrekking heeft op de Zvw wordt betaald na realisatie van de investering (rente en afschrijving worden in het budget opgenomen op basis van nacalculatie).

In het kader van de prestatiebekostiging wordt een reguliere normatieve vergoeding voor de kapitaallasten in de tarieven van het gereguleerde segment opgenomen. Dit model van kapitaallastenvergoeding (zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.4.6) is ook van toepassing op de UMC's. Herijking van het DHAZ, in samenhang met de reguliere kapitaallastenvergoeding door VWS en OCW, is noodzakelijk om de (extra) kapitaallasten voor de genoemde publieke functies vast te stellen.

De NZa adviseert VWS voor de aanwending van het DHAZ-kader (inclusief de daarbij behorende rentevergoeding) en de toekenning van aanvullende middelen voor deze publieke functies hernieuwde meerjarenafspraken te maken met de NFU. Hierin kan onder andere worden vastgelegd: de geplande investeringen, het verwachte jaar van realisatie, de wijze van vergoeding en voor welke functies en activiteiten dit deel is bestemd. De vergoeding van de kapitaallasten ten laste van de Zvw kan plaatsvinden via het vaste segment, eventueel als onderdeel van de academische component.

⁷⁴ De medisch specialistische opleidingen worden via het opleidingsfonds van VWS vergoed.

Op deze wijze wordt recht gedaan aan de vastgelegde afspraken tussen VWS, OCW en de NFU, is er sprake van reguleringszekerheid voor de UMC's, gelden in de basis patiëntenzorg dezelfde uitgangspunten voor alle zorgaanbieders en is er transparantie voor alle betrokkenen. Ook hiervoor geldt dat de NZa een jaarlijkse opgave van VWS dient te ontvangen over de hoogte en toedeling van de vergoeding.

6.3 Categoriele zorgaanbieders

Categoriele zorg kan omschreven worden als zorg voor specifieke doelgroepen en omvat:

- audiologie⁷⁵;
- dialyse;
- radiotherapie;
- revalidatie;
- epilepsie;
- long-astma.

Voor deze zorg geldt dat er enige overlap bestaat in de productie tussen ziekenhuizen en categoriele zorgaanbieders. Dit betekent dat voor deze zorg deels vergelijkbare zorgprestaties in rekening gebracht worden. Het merendeel van de zorg in de epilepsie- en long-astmacentra is derdelijns zorg die uitsluitend door deze specifieke zorgaanbieders wordt geboden.

6.3.1 Stand van zaken

Belangrijke voorwaarden voor een succesvolle invoering van prestatiebekostiging zijn een stabiele productstructuur en representatieve tarieven. Voor alle categoriele zorg, exclusief long-astma en epilepsie, zijn zorgproducten beschikbaar en vindt declaratie van deze zorgproducten plaats. Voor long-astma vindt de ontwikkeling van zorgproducten de momenteel plaats. Er worden nog geen DBC's aan de zorgverzekeraar gedeclareerd. Voor epilepsie geldt op dit moment een DBC-experiment met als doel tot verbeterde producten te komen. Alle categoriele zorg valt op dit moment onder het huidige A-segment. Bij categoriele zorg is dan ook sprake van een volledige bekostiging op basis van een budgetsystematiek (dan wel begroting).⁷⁶

6.3.2 Invoering en transitie

De NZa is voorstander van de invoering van prestatiebekostiging binnen de categoriele zorg. Het uitgangspunt gelijke zorg, gelijke regulering is immers een belangrijk beginsel in de functiegerichte Wmg. Dit houdt in dat bij het reguleren van zorg het aangrijpingspunt de zorg zelf is, ongeacht wie de zorg verleent.

Er is een aantal aandachtspunten bij categoriele zorg:

- de instabiliteit van de productstructuur;
- de instabiliteit van de tarieven;
- het nog ontbreken van inzicht in de consequenties van de nieuwe zorgproducten;
- het ontbreken van heldere en inzichtelijke normen.

De NZa adviseert op voorhand de invoering van prestatiebekostiging onder het transitie-model voor de categoriele zorg audiologie, dialyse, radiotherapie en revalidatie. Voor deze zorgaanbieders zouden dezelfde uitgangspunten moeten gelden (looptijd en afbouw) als voor overige

⁷⁵ Feitelijk zijn audiologen niet opgeleid als medisch specialist, maar audiologie wordt wel gerekend tot categoriele zorg en kent dan ook prestaties (de audiologische producten) naar analogie van de ziekenhuizen.

⁷⁶ Categoriele zorgaanbieders hebben uiteraard wel de mogelijkheid om zorg aan te bieden in het B-segment; een aantal instellingen doet dit al.

zorgaanbieders, tenzij de evaluatie onder regie van VWS en met betrokkenheid van DBC-O en de NZa uitwijst dat een ander invoertempo gevolgd moet worden. Teneinde om afwijkingen mogelijk te maken, moet uiterlijk 1 februari 2010 hierover duidelijkheid zijn, analoog aan de overige besluitvorming. Als een afwijking niet nodig is, wordt invoering per 1 januari 2011 als uitgangspunt gehanteerd en aansluiting gezocht bij het transitie-model voor andere zorgaanbieders. De eerstvolgende mogelijkheid voor afwijking is dan pas begin 2013, bij de evaluatie van het transitie-model.

Voor epilepsie en long-astma geldt dat de zorgprestaties nog worden ontwikkeld en er nu geen sprake is van stabiele zorgprestaties. Voor deze zelfstandige centra is op de korte termijn het handhaven van budgetten een betere optie. Bij de evaluatie begin 2013 moet worden bekeken of dan wél invoering van prestatiebekostiging (eventueel onder het transitie-model) bij deze zorg kan plaatsvinden.

6.4 Aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden

In de huidige budgetten van ziekenhuizen is een aantal specifieke vergoedingen opgenomen. Voor het merendeel zijn dit vergoedingen voor specifieke (externe) voorzieningen (bijvoorbeeld Sanquin bloedvoorziening), registratie-initiatieven (Landelijke Medische Registratie, Landelijke Neonatologie Registratie, Referentiecentrum Weeself) of samenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld voor de Integrale Kankercentra en samenwerkingsverbanden laboratoria).

Bij de introductie van prestatiebekostiging vervallen deze vergoedingen. Dat deze zorg niet via het vaste segment wordt vergoed, komt doordat een deel van deze zorg niet binnen de Wmg valt en een ander deel activiteiten betreft waarvoor het ziekenhuis alleen een kassiersfunctie vervult. In principe moet deze zorg via de tarieven worden vergoed. Dit kan gevolgen hebben voor de financiering van de betreffende organisaties.

Zorgaanbieders zullen opnieuw moeten afwegen of en onder welke voorwaarden de betreffende diensten voortaan worden afgenomen. Ze kunnen besluiten om diensten niet (meer) of met een andere intensiteit af te nemen. De NZa gaat ervan uit dat de minister van VWS besluit of, vanuit publiek belang, gegarandeerde financiering voor de betreffende organisatie nodig is. Deze vergoedingen kunnen dan op een andere wijze worden verstrekt, bijvoorbeeld via een subsidieregeling.

De NZa adviseert VWS om de betreffende organisaties tijdig op de hoogte te stellen van de voorgenomen wijzigingen in de bekostiging van ziekenhuizen, zodat zij met zorgaanbieders en zo nodig met VWS nadere afspraken kunnen maken over de (wijze van) voortzetting van bekostiging van deze functies. Bijlage II bevat voorbeelden van aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden.

6.5 Samenvatting, vervolgacties en aanbevelingen

Een aantal zorgaanbieders, waaronder de UMC's, de categorale zorgaanbieders en aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden, heeft van oudsher een bijzondere positie binnen de bekostiging van medisch specialistische zorg. Hierdoor kan de uitgangssituatie van deze zorgaanbieders anders zijn dan die van de algemene ziekenhuizen.

In beginsel wordt voor UMC's en categorale instellingen bij de invoering van prestatiebekostiging per 1 januari 2011 aansluiting gezocht bij het transitiepad dat voor andere zorgaanbieders van toepassing is. Uitzonderingen hierop zijn epilepsie en longastma.

Bij de introductie van prestatiebekostiging vervallen de vergoedingen voor aanbieders van specifieke voorzieningen of samenwerkingsverbanden. Dit kan gevolgen hebben voor de financiering van deze organisaties, omdat zorgaanbieders opnieuw zullen moeten afwegen of en tegen welke voorwaarden de betreffende diensten zullen worden afgenomen. De NZa gaat ervan uit dat de minister van VWS besluit of, vanuit publiek belang, gegarandeerde financiering voor de betreffende organisatie nodig is.

Vervolgactie NZa:

- Begin 2013 zal de NZa bij de evaluatie van het transitieproces specifieke aandacht hebben voor de categorale zorgaanbieders.

Aanbevelingen voor VWS:

- De NZa adviseert VWS voor de aanwending van het DHAZ-kader en de toekenning van aanvullende middelen voor deze publieke functies hernieuwde meerjarenafspraken te maken met de NFU.
- De NZa adviseert VWS voor epilepsie en long-astma de budgetten vooralsnog te handhaven.
- De NZa adviseert op voorhand wel de invoering van prestatiebekostiging onder het transitieproces voor de categorale zorg audiologie, dialyse, radiotherapie en revalidatie.
- De NZa adviseert VWS om de aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden, waarvoor de vergoeding op een andere wijze zal worden geregeld, tijdig op de hoogte te stellen van de voorgenomen wijzigingen in de bekostiging van ziekenhuizen. Deze aanbieders kunnen dan met de betrokken zorgaanbieders en zo nodig met VWS nadere afspraken maken over de (wijze van) voortzetting van bekostiging van deze functies.

7. Zorgzwaarte, innovatie en kwaliteit

Met de invoering van prestatiebekostiging krijgen zorgaanbieders meer mogelijkheden om in te spelen op de zorgvraag en behoefte van de consument dan in de huidige functionele budgettering. Daarnaast gaan er van prestatiebekostiging meer prikkels uit om doelmatig te werken en te investeren in kwaliteit en innovatie van zorg. In dit hoofdstuk wordt geschetst welke ruimte het eindmodel van prestatiebekostiging biedt voor kwaliteit, innovatie en zorgzwaarte.

7.1 Zorgzwaarte

Een zorgproduct geeft weer welke zorg een consument met een bepaalde zorgvraag gemiddeld genomen ontvangt. Natuurlijk zijn er binnen elk zorgproduct complexere en eenvoudigere patiënten te onderscheiden. Als een zorgaanbieder binnen hetzelfde zorgproduct gemiddeld meer complexere patiënten behandelt dan andere zorgaanbieders en dus 'zwaardere' zorg levert zonder dat dit tot uitdrukking komt in de productmix (zorgzwaarte), kan dit leiden tot systematisch hogere kosten per zorgproduct. Wanneer hier geen passende vergoeding tegenover staat, kan dit leiden tot patiëntselectie c.q. doorverwijzing van patiënten (om zodoende de hogere kosten te voorkomen) of verlieslijdende productie (als doorverwijzing niet mogelijk is).

Patiëntselectie hoeft op zichzelf geen probleem te zijn als een goede kwalitatieve opvang elders wordt gerealiseerd en daarmee de toegankelijkheid van de zorg wordt gegarandeerd. Daarbij kan specialisatie van zorgaanbieders de kwaliteit van zorg verhogen en de kosten verlagen, waardoor het vergoedingsprobleem wegvalt. Daarnaast bestaan er natuurlijk ook uitsluitend kwalitatieve overwegingen voor verwijzing naar andere centra.

Zorgzwaarte in de huidige bekostiging

In de huidige budgettering is geen expliciete vergoeding voor zorgzwaarte opgenomen. Wel is er bij de vaststelling van de budget parameterbedragen rekening gehouden met de schaalgrootte van ziekenhuizen en daarmee impliciet ook met verschillen in zorgzwaarte.

Zorgzwaarte binnen het eindmodel van prestatiebekostiging

De NZa is zich ervan bewust dat, evenals in het budgetsysteem, op grond van financiële afwegingen er theoretisch een prikkel tot patiëntselectie kan bestaan bij prestatiebekostiging in het gereguleerde segment. Ter vergelijking: in het vrije segment kunnen hogere vergoedingen worden afgesproken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De mate waarin een eventuele patiëntselectie in het gereguleerde segment optreedt, is uiteraard afhankelijk van de mate waarin de productstructuur en de tarieven tegemoet komen aan de verschillen in zorgzwaarte. Dit stelt hoge eisen aan de samenstelling van de zorgprofielen, de onderliggende dataset en de kostprijzen per zorgactiviteit. Hiervoor zijn actuele en representatieve registratie- en kostprijnsgegevens van de zorgaanbieders noodzakelijk.

De NZa is in het kader van het programma 'monitoring en data kwaliteit' en in samenwerking met DBC-O en VWS (Taskforce Datakwaliteit DIS), bezig de volledigheid en kwaliteit van de levering van data door zorgaanbieders aan DBC Informatie Systeem te verbeteren. De verantwoordelijkheid voor volledige, tijdige en juiste aanlevering van de

minimale dataset somatische zorg (MDS-gegevens) ligt bij de zorgaanbieders.

De NZa gaat er, in lijn met de intentie van DOT, vanuit dat de verschillen in zorgzwaarte in het eindmodel in belangrijke mate worden verdisconteerd in de productstructuur. UMC's hebben daarnaast nog de academische component om de hogere kosten van zorgzwaarte op te vangen. Verder biedt de systematiek van maximumtarieven zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om afspraken te maken over verschillen in zorgzwaarte. De NZa gaat er hierbij vanuit dat de zorgplicht van de zorgverzekeraar voldoende waarborgen geeft om voor zorgzwaarte ook daadwerkelijk een hogere prijs te betalen. Mocht op termijn blijken dat zorgzwaarte ondanks genoemde aangrijpingspunten tot problemen leidt, dan moet gezocht worden naar aanvullende oplossingen. Hierbij kan gedacht worden aan flexibele tarieven of een outlier-systematiek. Echter, de noodzaak en de mogelijkheden van aanvullende oplossingen kunnen pas worden bepaald wanneer de effecten van de nieuwe productstructuur duidelijk zijn.

7.2 Innovatie

Waar kwaliteit gaat over de bestaande productie, is innovatie gericht op toekomstige producten en handelingen. Innovatie heeft betrekking op het invoeren van nieuwe ideeën, goederen, diensten en processen. Er kunnen drie soorten van innovatie worden onderscheiden:

- Kostenverlagende innovaties: innovaties die bij een gelijkblijvende of hogere kwaliteit leiden tot lagere kosten.
- Kwaliteitsverhogende innovaties: innovaties die bij hogere kosten leiden tot een betere kwaliteit voor een bestaand product.
- Doorbraakinnovaties: innovaties die leiden tot een uitbreiding van de producten en diensten.

Innovatie in de huidige regulering

Om innovaties te bevorderen, kunnen zorgaanbieders momenteel - als onderdeel van het budget - aanspraak maken op de lokale productiegebonden toeslag (hierna: LPT). Met het vervallen van het budget in het kader van prestatiebekostiging, verdwijnt deze toeslag per 2011.⁷⁷ Alle innovaties die vertaald zijn in declarabele productie, lopen echter mee in de omzet en dus ook in het ingroeimodel.⁷⁸

Zorgaanbieders kunnen momenteel ook gebruik maken van de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties', mits ze de ruimte van de LPT volledig hebben benut. Deze beleidsregel biedt mogelijkheden om kortdurend en kleinschalig met nieuwe prestaties te experimenteren.

Innovatie binnen het eindmodel van prestatiebekostiging

Met de invoering van het eindmodel zullen zorgaanbieders worden gestimuleerd om te innoveren, omdat ze zich willen onderscheiden ten opzichte van andere zorgaanbieders.

In het eindmodel worden innovaties bekostigd via de prestaties en tarieven. De bekostiging voor innovaties komt tot stand in overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De vergoeding voor de innovaties kan verdisconteerd worden in de maximumtarieven, mits de innovatie als verzekerde zorg is aangewezen. Hierbij is het belangrijk dat

⁷⁷ Zoals in hoofdstuk 5 is aangegeven, wordt het gewogen gemiddelde van het historisch budget meegenomen in het bepalen van de omzet. De hoogte van het historisch budget wordt gedurende de transitieperiode afgebouwd en daarmee dus ook de LPT.

⁷⁸ Dit geldt ook voor de productmix.

productinnovaties die de fase hebben bereikt van 'stand van de wetenschap en praktijk', zo spoedig mogelijk worden vertaald in nieuwe zorgproducten.

De Wmg biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid om aanvragen voor nieuwe prestaties (met of zonder tarief) in te dienen bij de NZa. Daarmee is op dit moment al de weg vrij om nieuwe aanbodvormen als innovatie in te voeren via prestatiebekostiging. Daarnaast kunnen zorgaanbieders, zoals gemeld, gebruik maken van de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. In het kader van het NZa-project 'ruimte voor innovatie' wordt deze beleidsregel momenteel geëvalueerd. Tot slot is de NZa in samenwerking met het CVZ en ZonMw (Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) gestart met het initiatief ZorgInnovatieWijzer (hierna: ZIW). Doel hiervan is innovaties sneller te laten landen in de reguliere bekostiging.

Op dit moment zijn er dus verschillende maatregelen om de bekostiging van innovaties mogelijk te maken en te waarborgen. Mocht in de toekomst blijken dat deze maatregelen onvoldoende garantie bieden om innovaties te realiseren, dan zullen aanvullende of alternatieve maatregelen opgesteld moeten worden. Hierbij kan gedacht worden aan een innovatie- of subsidiefonds. De NZa wordt onder meer via ZIW geïnformeerd over mogelijke knelpunten in de bekostiging van innovaties. Zorgaanbieders kunnen via ZIW aangeven wanneer er binnen de bestaande regelingen geen mogelijkheden zijn voor innovatie.

7.3 Kwaliteit

Bij verdeling van schaarse middelen moet kwaliteit van zorg worden afgewogen tegen de prijs en hoeveelheid van zorg. Deze afweging wordt in de praktijk bemoeilijkt omdat niet alle aspecten van kwaliteit, in het bijzonder de uitkomsten van zorg, goed waarneembaar zijn en/of systematisch in beeld worden gebracht. In het kader van 'Zichtbare Zorg' werken veldpartijen aan de ontwikkeling van deze kwaliteitsindicatoren. Meer transparantie is belangrijk om te voorkomen dat zorgaanbieders door het bieden van een ondermaatse kwaliteit kosten besparen en zodoende winst maximaliseren. Het risico op deze onwenselijke prikkel bestaat zowel onder de budgettering als onder prestatiebekostiging. Daarnaast is transparantie van de kwaliteit van belang voor de zorgverzekeraars, om hun inkooprol te verbeteren, en voor consumenten, om de zorginkoop van de zorgverzekeraar beter te kunnen beoordelen. De NZa wil de veldpartijen dan ook oproepen om vaart te maken met het vaststellen van de kwaliteitsindicatoren voor het gereguleerde en vrije segment.

Kwaliteit in de huidige regulering

Kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders leiden in het huidige budgetstelsel niet tot andere vergoedingen. Wel kan een betere kwaliteit leiden tot meer patiënten en daarmee een hoger budget.

Kwaliteit binnen het eindmodel van prestatiebekostiging

Het model van prestatiebekostiging – onder de voorwaarde van transparantie van kwaliteit – heeft een grotere prikkel tot het leveren van kwaliteit in zich, namelijk via het geleiden van patiëntenstromen door zorgverzekeraars naar kwalitatief goede zorgaanbieders.⁷⁹ In het

⁷⁹ De NZa zal onder meer de transparantie van kwaliteit monitoren en bevorderen door gebruik te maken van het toetsingskader transparantie. NZa, Transparantie. Helderheid over transparantie, maart 2009

monitor programma van de NZa wordt aandacht besteed aan de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit in de zorg. De NZa wil in het eindmodel van prestatiebekostiging zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid bieden voor een nadere weging van kwaliteit en prijs in de tarieven. De systematiek van maximumtarieven biedt hiervoor ruimte. Hogere kwaliteit wil overigens niet zeggen dat er a priori sprake is van hogere kosten dan wel hogere tarieven. In de praktijk kunnen kostenverlagingen samengaan met kwaliteitsverbeteringen, bijvoorbeeld door verbetering van patiëntenlogistiek of informatieoverdracht. Ook kan (een hogere) kwaliteit tot uiting komen in de contractvoorwaarden, zoals de omvang en inhoud van te leveren zorg en de informatievoorziening.

8. Verwachte financiële effecten

8.1 Inleiding

De introductie van prestatiebekostiging zal verschillende effecten hebben.⁸⁰ Dit hoofdstuk gaat in op de financiële effecten op de korte en lange termijn. De vraag 'wat levert het ons op en wat gaat het ons kosten?' staat daarbij centraal.

Op de lange termijn kan prestatiebekostiging baten met zich meebrengen; dit wordt toegelicht in paragraaf 8.2. Op de korte termijn kunnen er echter (tijdelijk) meerkosten optreden voor huisvesting; zie hiervoor paragraaf 8.3. Daarnaast kan de invoering van prestatiebekostiging financiële risico's tot gevolg hebben voor individuele zorgaanbieders (paragraaf 8.4). Tot slot wordt ingegaan op de administratieve lasten die de overstap naar prestatiebekostiging met zich meebrengt (paragraaf 8.5).

8.2 De baten van prestatiebekostiging

De invoering van prestatiebekostiging leidt theoretisch tot meer efficiëntie in de gezondheidszorg. In opdracht van de NZa heeft PwC een model opgesteld waarmee, bij bepaalde aannames, potentiële baten van prestatiebekostiging berekend kunnen worden. Het rapport van PwC met een nadere toelichting op het model is beschikbaar op de website van de NZa.⁸¹

Aanpak van het onderzoek

In het onderzoek worden 'baten van prestatiebekostiging' geïnterpreteerd als het toenemen van kostenefficiëntie ten opzichte van een situatie met volledige budgettering.⁸² In het model zijn drie factoren gedefinieerd die van invloed zijn op het toenemen van de efficiëntie en dus de baten:

- Volumeverschuivingen: in het model ontstaan volumeverschuivingen van inefficiënte naar efficiënte ziekenhuizen.
- Sectorale efficiëntieverbetering: door de (dreiging van) volumeverschuivingen ontstaat de prikkel voor alle ziekenhuizen om elk jaar efficiënter te worden.
- Organisatietransformatie: als een ziekenhuis financieel gezien niet langer kan voortbestaan (instelling zakt onder een bepaalde solvabiliteitsgrens), vindt een 'organisatietransformatie' of overname/fusie plaats. Hierdoor gaat het efficiëntieniveau van het ziekenhuis, na een bepaalde periode, naar een regionaal of landelijk efficiënt niveau.

Een belangrijke aanname in het model is dat de sector jaarlijks efficiënter gaat werken. Deze sectorale efficiencyverbetering kan daarom niet volledig als een resultaat van het model worden beschouwd. Voor de sectorale efficiencyverbetering is uitgegaan van maximaal 1% per jaar. Sommige onderzoeken geven aan dat de gemiddelde efficiency van de Nederlandse ziekenhuizen rond de 84% van de maximaal haalbare

⁸⁰ De effecten van prestatiebekostiging voor de consument zijn beschreven in hoofdstuk 2 van deze uitvoeringstoets.

⁸¹ Zie website van de NZa:

http://www.nza.nl/dossier/prestatiebekostiging_cure/introductie

⁸² Van volledige budgettering is op dit moment geen sprake. In 2007, het basisjaar in het model, was het B-segment echter beperkt van omvang, namelijk circa 10 procent.

efficiency ligt.⁸³ Dit impliceert dat voor een aantal jaren een gemiddelde efficiencywinst van 1% een haalbare aanname lijkt.

De mate waarin de hierboven geschetste factoren zich zullen voordoen, is van groot belang voor de uitkomsten van het model. Daarom is een aantal scenario's uitgewerkt en doorgerekend:

- Het eerste scenario ('geen sturing') komt in feite overeen met het budgetscenario.
- Het tweede scenario ('bescheiden sturing') is een tussenvariant waarin wordt berekend wat de resultaten zijn als zorgverzekeraars enigszins de tarieven kunnen beïnvloeden en in bepaalde mate patiëntenstromen weten te sturen.
- In het derde scenario ('sterke sturing') nemen de zorgverzekeraars de voor hen beoogde rol als kritische zorginkoper volledig op zich.

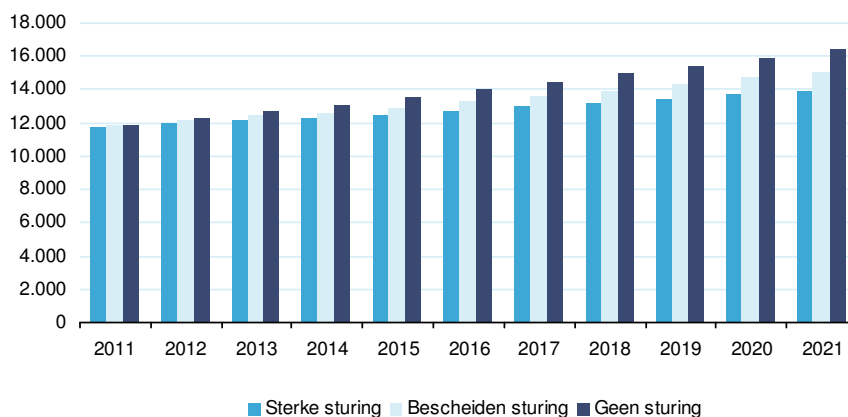
Belangrijkste resultaten

Hieronder worden de resultaten op hoofdlijnen weergegeven. De resultaten van het model moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.⁸⁴ Drie redenen hiervoor zijn:

- De categorale zorgaanbieders, UMC's en ZBC's zijn niet in het model opgenomen vanwege het gebrek aan data of de verschillen in bekostiging, bijvoorbeeld de academisch component. Dit bemoeilijkt het vergelijken van efficiency.
- Voor een aantal zorgfuncties is een vergunning noodzakelijk (aanbodregulering). Dit betekent dat zorgverzekeraars voor deze functies patiënten alleen kunnen geleiden naar andere zorgaanbieders met een vergunning. In het model is hier geen rekening mee gehouden.
- De efficiëntie van ziekenhuizen is noodgedwongen gebaseerd op de kosten per patiënteenheden. Dit is een enigszins gebrekkige maatstaf voor efficiëntie. Verschillen in de kosten per patiënteenheden worden immers voor een deel bepaald door verschillen in de mix van behandelingen van ziekenhuizen. Door de gebrekkige maatstaf zijn de baten van prestatiebekostiging mogelijk onjuist geschat.

In figuur 8.1 is de verwachte kostenontwikkeling in de drie scenario's weergegeven bij een autonome volumegroei van 3,3%.

Figuur 8.1. Ontwikkeling totale kosten in de drie scenario's (in miljoen €)



Bron: PwC

⁸³ 'Efficiency of Dutch hospitals', Martijn Ludwig, Doctoraal scriptie Universiteit van Maastricht, November 2008

⁸⁴ Zie ook: CPB, Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg, september 2009

Uit figuur 8.1 komt, zoals verwacht, naar voren dat de baten van prestatiebekostiging groter worden naarmate zorgverzekeraars meer volume verschuiven van inefficiënte zorgaanbieders naar efficiënte zorgaanbieders. Belangrijkste nieuwe inzicht van het model is dat volumeverschuivingen door zorgverzekeraars dan wel de dreiging van sturing door zorgverzekeraars de belangrijkste factoren zijn die de baten van prestatiebekostiging bepalen. Het is dus van belang dat zorgverzekeraars hun rol als kritische zorginkoper verder gaan invullen om de baten van prestatiebekostiging tot stand te laten komen. Voor de indicatie over netto besparing cq. kwantificering van de baten verwijst de NZa naar het onderzoek van PwC.⁸⁵

8.3 Kosten van huisvesting

In het eindmodel van prestatiebekostiging worden de kapitaallasten niet meer nagecalculeerd, maar onderdeel van de tarieven en de vaste normatieve vergoedingen. Deze vergoeding voor de kapitaallasten moet niet alleen de historische kosten bevatten, maar ook de kosten van nieuwe investeringen. Dit is in kastermen een uitgavenstijging op de korte termijn, maar deze uitgavenstijging betekent in feite het naar voren halen van kosten in de verre toekomst naar de nabije toekomst. Fakton heeft in opdracht van de NZa onderzocht wat de macro-meerkosten zijn om de vergoeding voor kapitaallasten naar een niveau te brengen dat kostendekkend is in een situatie van vervangende nieuwbouw. Het volledige rapport van Fakton is beschikbaar op de website van de NZa.⁸⁶

Aanpak van het onderzoek

Fakton heeft onderzocht wat het verschil is tussen wat ziekenhuizen op macroniveau beschikbaar hebben voor de huisvesting en wat ziekenhuizen nodig hebben voor de huisvesting in een situatie van nieuwbouw.

In het onderzoek is door ziekenhuizen te categoriseren in drie klassen (op basis van omzet en technisch-economische leeftijd van het gebouw), rekening gehouden met de bestaande verschillen in kapitaallasten van individuele ziekenhuizen. In het onderzoek zijn alle huisvestingsgerelateerde kosten betrokken.⁸⁷ Dit betekent dat naast de kapitaallasten ook de kosten voor regulier en preventief onderhoud, exploitatiekosten, zakelijke lasten en opstalgerelateerde assurantiecosten zijn meegenomen.

De uitkomsten van het onderzoek moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. UMC's en categorale zorgaanbieders zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Reden hiervoor is dat deze categorieën moeilijk vergelijkbaar zijn met de algemene ziekenhuizen. Daarnaast is voorzichtigheid geboden omdat de daadwerkelijke huisvestingskosten mede afhankelijk zijn van andere factoren, zoals de fasering van de investering voor (ver)nieuwbouw, kwaliteit en volume van de (ver)nieuwbouw en type financiering.

⁸⁵ Zie website van de NZa:
http://www.nza.nl/dossier/prestatiebekostiging_cure/introductie

⁸⁶ Zie website van de NZa:

http://www.nza.nl/dossier/prestatiebekostiging_cure/introductie

⁸⁷ In het onderzoek omvatten de huisvestingsgerelateerde kosten naast rente en afschrijving ook zakelijke lasten en onderhoud.

Belangrijkste resultaten

Er is een aanzienlijk verschil tussen de beschikbare middelen en de benodigde middelen voor huisvesting. Onderzocht is welk deel van de omzet voor ziekenhuizen beschikbaar is voor huisvesting. Uit het onderzoek blijkt dat de ziekenhuizen 5,5% van hun omzet beschikbaar hebben voor huisvesting.⁸⁸ Dit betekent dat in 2009 de ziekenhuizen op macroniveau € 654 miljoen beschikbaar hebben voor huisvesting.

Verder is onderzocht welk deel van de omzet ziekenhuizen werkelijk nodig hebben voor huisvesting. Uit het onderzoek komt naar voren dat bestaande ziekenhuizen op macroniveau gemiddeld 8,4% van hun omzet nodig hebben om kostendekkend de huisvesting te realiseren en exploiteren. Op basis van een totaalomzet van € 11,9 miljard (2009) van alle ziekenhuizen bedraagt de benodigde vergoeding voor huisvestingslasten € 1,0 miljard. Wanneer gekeken wordt op het niveau van de omzetklassen dan bedraagt de kostprijsdekkende huur € 987 miljoen.⁸⁹

Daar komt bij dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen de verschillende ziekenhuizen op basis van grootte van omzet en de leeftijd van de gebouwen. Hiermee wordt een knelpunt zichtbaar voor de toekomstige (ver-)nieuwbouw in de sector onder het nieuwe bekostigingsregime. Grotere ziekenhuizen hebben momenteel een kleiner deel van hun omzet beschikbaar voor de huisvesting. Ditzelfde geldt voor ziekenhuizen met oudere gebouwen. Dit verschil tussen de verschillende ziekenhuizen geeft aan dat een generieke procentuele opslag in de gereguleerde tarieven voor de kapitaallasten mogelijk onvoldoende recht doet aan de verschillen tussen ziekenhuizen. Het gebruik van een te laag uniform percentage leidt tot problemen in de bouwfinanciering; een te hoog percentage leidt tot hogere macro-meerkosten. Hier ligt dan ook een belangrijke rol in de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

8.4 Financiële risico's voor individuele zorgaanbieders

De gevolgen van de invoering van prestatiebekostiging kunnen op het niveau van een individuele zorgaanbieder sterk afwijken van de gevolgen voor de sector als geheel. Uiteraard zijn er verschillende factoren die de risico's voor een individuele zorgaanbieder bepalen. PwC heeft in opdracht van de NZa bekeken welke factoren daarbij een rol spelen op de korte en de lange termijn.⁹⁰

Samenvatting factoren

Hieronder is een samenvatting van de factoren en een toelichting opgenomen:

- weerstandsvermogen;
- prijsrisico;
- volumerisico;

⁸⁸ In de 12,5% kapitaallastenopslag die nogal eens als referentie wordt gehanteerd, zijn kosten opgenomen die niets met huisvesting te maken hebben, zoals inventarissen en rente voor werkkapitaal en inventaris.

⁸⁹ Hierbij wordt 8,68% van de omzet van klasse I, 8,40% van de omzet van klasse II en 8,22% van de omzet van klasse III bij elkaar opgeteld, wat resulteert in € 987 miljoen. Neem je het gemiddelde van alle 3 de klasse (8,43%) dan kom je uit op 1 miljard.

⁹⁰ Het volledige rapport van PwC is te vinden op de website van de NZa: http://www.nza.nl/dossier/prestatiebekostiging_cure/introductie.

- boekhoudeffecten;
- hoogte van de financieringslasten en beschikbaarheid van krediet;
- het initiële efficiëntieniveau.

Weerstandsvermogen

De omvang van het eigen vermogen bij de start van de invoering van prestatiebekostiging bepaalt de buffer die ziekenhuizen hebben om eventuele tegenslagen op te vangen. Tabel 8.1 geeft een overzicht van het weerstandsvermogen bij ziekenhuizen.

Tabel 8.1. Weerstandsvermogen ziekenhuizen in 2007

Weerstandvermogen	Aantal ziekenhuizen
Minder dan 5%	9
Meer dan 5%, kleiner dan 8%	21
Meer dan 8%, kleiner dan 10%	13
Meer dan 10%, kleiner dan 15%	26
Meer dan 15%	17

Bron: PwC

Uit tabel 8.1 blijkt dat een groot deel van de ziekenhuizen een relatief laag weerstandsvermogen heeft. De solvabiliteit is mogelijk niet meer afdoende als de risico's in de sector toenemen.

Prijrsrisico

Het prijsrisico houdt onder andere in dat de zorgaanbieder niet kan bouwen en/of financieren tegen de vastgestelde landelijke vergoedingen. In de huidige budgetsystematiek krijgen zorgaanbieders een aantal vaste vergoedingen, onder andere voor de werkelijke kapitaallasten en rente. Een belangrijke vraag voor zorgaanbieders is of de inkomstenstroom over meerdere jaren voldoende is om investeringen te dekken. Ad hoc kortingen en aanpassingen in het tariefsysteem is een aanvullend risico. Echter, dit risico bestaat onder de huidige bekostiging ook al. Voor aanvang van de onderhandelingen met de zorgverzekeraar maken zorgaanbieders een inschatting van de hoogte van de tarieven die ze nodig hebben voor een sluitende begroting.

Volumerisico

Het volumerisico bestaat uit de kans op afnemende vraag van zorgverzekeraars bij een individuele zorgaanbieder. Het marktmodel is gebaseerd op selectieve contractering door zorgverzekeraars. Tot nu toe worden per jaar volume- en prijsafspraken gemaakt, waar in normale markten ook meerjarencontracten worden afgesloten. Hierdoor lopen zorgaanbieders meer risico op het volume dan voorheen.

Boekhoudeffecten: afboekingen

Als de waarde van een post op de balans lager is dan de verwachte waarde van toekomstige kasstromen, moet een afboeking plaatsvinden. Als een ziekenhuis nog immateriële vaste activa op de balans heeft staan waar geen gegarandeerde vergoedingen in de toekomst of eenmalig tegenover staan, zou een afboeking moeten plaatsvinden. Ook andere factoren die de waarde van activa beïnvloeden, zoals de aanwezigheid van asbest, flexibiliteit van het vastgoed, resterende economische levensduur et cetera kunnen, als de bedrijfswaarde lager is dan de boekwaarde, leiden tot een noodzakelijke afboeking. Deze afboekingen leiden tot een daling van het eigen vermogen. In feite staat een ziekenhuis er daardoor slechter voor dan in voorgaande jaren zoals uit de jaarrekening bleek (gebaseerd op door de 'oude bekostiging' gedreven financiële verslaggeving).

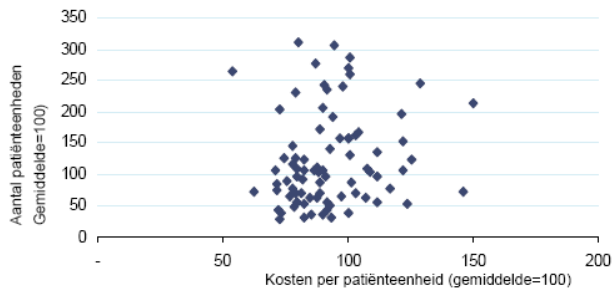
Hoogte van de financieringslasten en beschikbaarheid van krediet

Ziekenhuizen met relatief hoge rentelasten in relatie tot de totale schuld en/of grote nog te financieren investeringen hebben een grotere kans door tegenslagen in problemen te komen. Dit geldt ook voor ziekenhuizen die een hoog bedrag aan overfinanciering hebben openstaan en problemen ondervinden met het terugbetalen hiervan, of met het aantrekken van aanvullende financiering. Ziekenhuizen gaan steeds meer lijken op ondernemingen in een vrije markt en lopen daardoor ook meer risico op hun kasstroom en daarmee de financierbaarheid van hun activiteiten.

Het initiële efficiëntieniveau

Ziekenhuizen die bij de start van de invoering van prestatiebekostiging een lager efficiëntieniveau hebben, kunnen het risico lopen dat zij minder omzet krijgen door de sturingsrol van zorgverzekeraars. In figuur 8.2 is de spreiding van het initiële efficiëntieniveau weergegeven van de kosten per eenheid. Die spreiding is zeer groot.

Figuur 8.2. Spreiding initiële efficiëntieniveau



Bron: PwC

Resumerend

Het risicoprofiel van de Nederlandse ziekenhuizen is de afgelopen jaren fors gestegen en houdt nog geen gelijke tred met de ontwikkeling in de resultaten en vermogensposities. Over het algemeen lijkt het dat de sector in een spanningsveld zit. De risico's nemen toe, oude zekerheden van overheidswege vervallen, de operationele marges blijven dun en de cashflow is onvoorspelbaar. De beschikbare eigen vermogens zijn mogelijk onvoldoende om deze risico's op te vangen en bankiers zijn begrijpelijkerwijs terughoudend met het verstrekken van financieringen. Het risico van meer marktwerking en integrale prestatiebekostiging betekent dat het risico voor de sector als geheel verder toeneemt, terwijl de vermogensposities nog niet in lijn zijn met reserveposities zoals die normaliter in een volledige marktgeoriënteerde omgeving gebruikelijk zijn. Voor individuele ziekenhuizen wijkt het risico natuurlijk positief of negatief af van het gemiddelde, afhankelijk van de eigen uitgangspositie in concurrentie, vermogen, efficiency en andere benoemde factoren. Het is daarom van groot belang dat de overheid de komende jaren reguleringszekerheid biedt aan individuele zorgaanbieders.

8.5 Administratieve lasten

Administratieve lasten onder de huidige bekostiging

Op dit moment wordt er met een dual systeem gewerkt, waarin én sprake is van een budget (administratieve lasten) én van een B-segment (onderhandelingslasten). In het huidige systeem komen de

administratieve lasten voor een groot deel voort uit het maken en verwerken van productieafspraken, het indienen (en verwerken) van de incidentele tariefaanvragen en het opstellen (en afwickelen) van nacalculaties.

Ook de AO/IC – DBC zorgt voor administratieve lasten. De AO/IC lasten zullen door de invoering van prestatiebekostiging niet veranderen. De NZa gaat ervan uit dat de lasten van de AO/IC niet ingrijpend zullen veranderen door invoeren van DOT. De validatie (achteraf) wordt in het nieuwe systeem vervangen door een afleiding uit de basisregistratie door een (centrale) grouper. Dit betekent een aantal wijzigingen in de routing van declaraties en de basisregistratie. We gaan ervan uit dat dit per saldo geen lastenverzwaring of- vermindering betekent.

Administratieve lasten onder prestatiebekostiging

Door de invoering van prestatiebekostiging komt er een verschuiving van de administratieve lasten naar de onderhandelingslasten, doordat ziekenhuizen over een groter deel van de zorg met alle zorgverzekeraars moeten onderhandelen. De administratieve lasten zullen afnemen bij prestatiebekostiging omdat het nog maar de vraag is of er gewerkt gaat worden met nacalculatie voor het vaste segment. De eventuele administratieve lasten die gemoeid zijn met nacalculatie zullen lager zijn, doordat dit geldt voor een kleiner deel van de zorg dan het huidige A-segment.

Naast de administratieve lasten bestaan er ook onderhandelingslasten binnen het huidige B-segment. Bij de invoering van prestatiebekostiging zullen met name deze onderhandelingslasten groter worden omdat een groter deel van de zorg onderhandelbaar is (vrije segment en gereguleerde segment). In het systeem van prestatiebekostiging kan de onderhandeling in één keer plaatsvinden over een groot deel van de zorg en vinden er geen collectieve onderhandelingen meer plaats. Dit verlaagt dus de totale lasten van het apart onderhandelen over A-segment en B-segment. Keerzijde is dat de zorgaanbieder met alle zorgverzekeraars afspraken (prijs en volume) moet maken over het gereguleerde segment, waardoor op dat vlak de onderhandelingslasten toenemen.

Administratieve lasten gedurende de transitieperiode

In de transitieperiode zullen de administratieve lasten hoger liggen dan de huidige lasten, omdat een systeemverandering plaatsvindt en voor zowel het oude als het nieuwe systeem registratie gewenst is.

Autonome effecten DOT

Door de invoering van DOT zal het aantal zorgproducten waarover onderhandeld moet worden afnemen. Hierdoor zullen de onderhandelingslasten voor zorgaanbidders en zorgverzekeraars afnemen. Bij DOT wordt niet meer vooraf een DBC gedefinieerd. In plaats daarvan wordt een zorgproduct achteraf automatisch afgeleid uit onder meer de diagnose en de behandeling. Dit afleiden gebeurt met een zogenaamde grouper. Het gebruik van zo'n grouper vereist mogelijk aanpassing in de AO/IC en kan dus eenmalig leiden tot hogere administratieve lasten.

8.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal 'wat levert prestatiebekostiging ons op en wat gaat het ons kosten?'. De voornaamste bevindingen zijn:

- Prestatiebekostiging leidt op lange termijn tot financiële baten. De omvang van deze baten is echter lastig om vooraf in te schatten. De omvang van de baten hangt nauw samen met de mate waarin

zorgverzekeraars volume gaan verschuiven van inefficiënte naar meer efficiënte aanbieders.

- De huisvestingslasten zullen onder een model van prestatiebekostiging toenemen.
- De verwachte 'netto' opbrengsten van prestatiebekostiging zullen zich daardoor mogelijk niet direct manifesteren.
- De financiële risico's van zorgaanbieders nemen – los van een aantal autonome ontwikkelingen – toe door de invoering van prestatiebekostiging. Deze bevindingen bevestigen dat een verantwoorde transitie noodzakelijk is en dat het integrale Ingroeimodel hiervoor de beste mogelijkheden biedt.

De bevindingen ondersteunen de opvatting dat er tussen zorgaanbieders nog aanzienlijke efficiencyverschillen bestaan en dat prestatiebekostiging kan bijdragen aan een efficiëntere organisatie van de zorg wat voordelig kan uitpakken, ook voor de consument.

9. Vervolgstappen en tijdspad

Om de invoering van prestatiebekostiging onder een transitie-model per 2011 te kunnen starten en in de jaren daarna verder te gaan met de noodzakelijke doorontwikkelingen richting het eindmodel, is het noodzakelijk om op korte termijn te starten met de uitwerking en implementatie. In paragraaf 9.1 wordt ingegaan op de randvoorwaarden om invoering per 2011 mogelijk te maken. In paragraaf 9.2 wordt ingegaan op het tijdspad op hoofdlijnen. Vervolgens gaat paragraaf 9.3 in detail in op de vervolgactiviteiten van de NZa. In paragraaf 9.4 wordt de daaraan gerelateerde beleidsagenda van VWS weergegeven. Het hoofdstuk sluit af met een integrale activiteitenplanning.

9.1 Randvoorwaarden invoering per 2011

De planning richting 2011 is zeer ambitieus en de onderlinge afhankelijkheid met de invoering van DOT en de samenstelling en omvang van het B-segment is groot. Dit stelt hoge eisen aan de samenwerking tussen veldpartijen, VWS, DBC-O, CVZ en de NZa. Partijen zelf hebben ook aangegeven dat het tijdspad richting 2011 ambitieus is. Voor een succesvolle invoering van prestatiebekostiging gelden voor de NZa de volgende randvoorwaarden, ofwel de 'conditio's sine qua non':

- tijdige en duidelijke besluitvorming door de minister van VWS over de invoering van prestatiebekostiging;
- medewerking vanuit individuele zorgverzekeraars, individuele zorgaanbieders en brancheorganisaties bij de uitwerking en de implementatie van prestatiebekostiging;
- sectorbrede aanvaarding van het robuuste karakter van het transitie-model, de prioriteitstelling die hieruit voortvloeit en aanvaarding dat geen individueel maatwerk kan worden geleverd;
- sectorbrede acceptatie van de weergegeven doorlooptijden;
- invoering van DOT per 2011 wordt volgens planning gerealiseerd;
- voldoende kwalitatieve en kwantitatieve capaciteit bij de NZa om de implementatie inhoudelijk en procesmatig in goede banen te leiden in afstemming met veldpartijen.

Uit het traject rondom de besluitvorming zal mede blijken of aan deze bovenstaande randvoorwaarden is voldaan en in hoeverre invoering per 2011 realistisch is.

9.2 Tijdspad op hoofdlijnen

In tabel 9.1 is het tijdspad op hoofdlijnen weergegeven.

Tabel 9.1. Tijdspad op hoofdlijnen

Periode	Mijlpaal
Uiterlijk 1 november 2009	De uitvoeringstoets wordt door de NZa verzonden aan de minister van VWS
2 november 2009 t/m 31 januari 2010	Besluitvorming en verzending definitieve aanwijzing door VWS aan de NZa
1 februari t/m 30 juni 2010	- Uitwerking en implementatie van het transitie-model per 2011 door de NZa, inclusief het opstellen van beleidsregels - Start activiteiten ten behoeve van het finaliseren van het eindmodel door de NZa
1 juli 2010 t/m 31 december 2011	- Implementatie prestatiebekostiging onder het transitie-model door zorgaanbieders en zorgverzekeraars - Opstellen van prestatie- en tariefbeschikkingen door de NZa - Vervolg activiteiten finaliseren eindmodel
1 januari 2011 en verder	Afronding activiteiten ten behoeve van het finaliseren van het eindmodel
Voorjaar 2013	- Evaluatie prestatiebekostiging onder transitie-model - Besluitvorming over afbouw van transitie-model

Bron: NZa

Na het uitbrengen van de uitvoeringstoets zal de minister van VWS een besluit nemen over de toekomstige bekostiging van de medisch specialistische zorg en de wijze waarop de minister dit eindperspectief wil bereiken. Concreet moet de minister over de volgende belangrijke elementen een besluit nemen:

- de vormgeving van het eindmodel (zie paragraaf 3.2);
- de bekostiging en regulering van de vrijgevestigde medisch specialisten (zie paragrafen 3.2.4 en 3.4.5);
- de bekostiging van de kapitaallasten (zie paragrafen 3.2.3 en 3.4.6);
- de samenstelling van het vaste segment (zie paragraaf 3.5);
- de samenstelling van het gereguleerde segment (zie paragraaf 3.4);
- het tariefregime in het gereguleerde segment (zie paragraaf 3.4);
- het te hanteren transitie-model (zie hoofdstuk 5);
- de duur van de transitieperiode (zie hoofdstuk 5);
- de uitgangspunten voor de hoogte en het verloop van het garantiepercentage (zie hoofdstuk 5);
- het handhaven van de budgetten voor long-astma en epilepsie in 2011 (zie paragraaf 6.2);
- de overstap van de overige categorale sectoren per 2011 op prestatiebekostiging (zie paragraaf 6.2);
- de invoeringsdatum van prestatiebekostiging en het afschaffen van de budgetten (zie paragraaf 9.1).

Hoewel het geen onderdeel is van deze uitvoeringstoets, is een besluit over de invoering van de nieuwe productstructuur DOT per 2011 en de samenstelling en de omvang van het B-segment per 2011 een belangrijk onderdeel van het pakket beleidswijzigingen. De uitkomsten van deze besluitvorming, in de vorm van een aanwijzing, verwacht de NZa uiterlijk 1 februari 2010.

Na de besluitvorming van de minister van VWS maakt de NZa onderscheid in twee perioden:

- De korte termijn: invoering van prestatiebekostiging onder een transitie-model per 2011.
- De lange termijn: invoering van volledige prestatiebekostiging zonder een transitie-model (eindmodel).

De twee verschillende perioden worden hieronder kort toegelicht.

Per 2011: invoering prestatiebekostiging onder het transitie­model

In de periode van 1 februari tot 1 juli 2010 start de NZa met de werkzaamheden die gericht zijn op de uitwerking en invoering van prestatiebekostiging onder het transitie­model, de korte termijn. Concreet betekent dit dat beleidsregels worden aangepast en opgesteld, tarieflijsten worden vastgesteld en beschikkingen worden afgegeven. Uiterlijk 1 juli moet de NZa dit proces afronden. Daarna hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars gelegenheid om zich zorgvuldig voor te bereiden op de wijzigingen per 2011. De NZa zal hier een faciliterende en ondersteunende rol in vervullen.

Lange termijn: prestatiebekostiging zonder transitie­model

Met de invoering van prestatiebekostiging onder het transitie­model wordt per 1 januari 2011 een belangrijke stap gezet richting het eindmodel. Op de lange termijn, voor het bereiken van het eindmodel, is echter een aantal vervolgstappen nodig. De NZa zal haar werkzaamheden hiervoor parallel aan de uitwerking van het transitie­model vervolgen. Hieronder vallen activiteiten zoals kostenonderzoeken voor de bepaling van vergoedingen in het vaste segment en het doorontwikkelen van de kapitaallastenvergoeding. In het voorjaar van 2013 zal geëvalueerd moeten worden op basis van objectieve criteria of beëindiging van het transitie­model mogelijk en wenselijk is (zie paragraaf 5.4.5).

9.3 Vervolgactiviteiten NZa

Deze hoofdlijnenplanning leidt voor de NZa tot een groot aantal vervolgactiviteiten, die vanaf 2010 en daarna moeten worden opgepakt.

Vervolgacties voor de NZa:

- Het Ingroeimodel moet technisch worden uitgewerkt, inclusief (objectieve criteria voor de vaststelling van) de hoogte van het garantiepercentage, objectieve criteria voor de beëindiging van het transitie­model, de relatie met de overgangsregeling kapitaallasten, eventuele trendmatige aanpassing van de historische omzet, te hanteren data, verwerken van al opgelegde taakstellingen en verrekening voor de opbrengstverschillen.
- Het transitie­model moet worden vertaald naar beleidsregels en beschikkingen.
- De beleidsregels voor de budgettering moeten worden beëindigd.
- De NZa zal in samenwerking met de belanghebbenden (inclusief DBC-O) duidelijk aangeven welke aanpassingen nodig zijn voor het huidige kostprijsmodel, zodat de kosten op een juiste en eenduidige wijze worden toegekend en dubbele bekostiging wordt voorkomen. Zorgaanbieders kunnen deze aanpassingen meenemen in het toerekenen van hun kosten.
- De NZa zal in samenwerking met DBC-O een nadere visie ontwikkelen over de representativiteit van de referentiegroep van zorgaanbieders voor de vaststelling van de gereguleerde tarieven. De NZa zal bij het maken van deze nadere afspraken ook bekijken in hoeverre deze kostprijsaanlevering verplicht moet worden gemaakt en voor wie deze verplichting dan van toepassing is.
- De NZa zal parallel aan de structurele verbetering van de kostprijzen onderzoeken of de aansluiting tussen tarieven en budgetten op de korte termijn verbeterd kan worden.
- Indien besloten wordt om een rondrekening van de normtijden uit te voeren, zal de NZa in overleg met DBC-O bekijken wanneer de uitkomsten van een dergelijke nieuwe rondrekening in de tarieven kunnen landen.
- De NZa zal, na besluitvorming van de minister van VWS, kostenonderzoeken voor de traumazorg, de brandwondenzorg en de SEH (inclusief de verloskundige zorg) uitvoeren.

- De NZa zal in haar toekomstige reguleringswerkzaamheden de regulering van zorgverzekeraars expliciet betrekken.
- Door de invoering van de nieuwe productstructuur DOT wordt een vergelijking van trends over de jaren heen bemoeilijkt. De NZa is, zoals aangekondigd, van plan om de komende jaren monitoractiviteiten op te zetten waardoor vergelijkingen beter over de jaren heen gemaakt kunnen worden.
- De NZa zal in opdracht van VWS een uitvoeringstoets opstellen waarin het steunverleningsbeleid en het 'early warning' systeem verder wordt uitgewerkt.
- Begin 2013 zal de NZa op basis van objectieve criteria bekijken of beëindiging van het transitieproces wenselijk is en daarbij specifieke aandacht hebben voor de categorale zorgaanbieders.

9.4 Beleidsagenda en aanbevelingen VWS

Ook voor het ministerie van VWS ligt er een aanzienlijke beleidsagenda. De NZa acht het noodzakelijk dat betreffende activiteiten vóór de invoering van prestatiebesteding zijn afgerond, om te komen tot een voorzienbare en afdwingbare invoering van prestatiebesteding.

Beleidsagenda:

- Voor de functies academische component, calamiteitenhospitaal, de brandwondencentra en de SEH (inclusief verloskundige hulp) moet VWS bij de invoering van prestatiebesteding via een wettelijk kader vastleggen welke zorgaanbieders in aanmerking komen voor een vaste vergoeding.
- Vanuit Europese mededingings- en staatssteunregelgeving is het van belang dat VWS helder en nauwkeurig definieert welke functies DEAB zijn.
- VWS zal de noodzakelijke wetwijzigingen moeten doorvoeren bij de Wmg en de Zvw (zie ook hoofdstuk 4).

Aanbevelingen aan VWS:

- De NZa pleit voor een duidelijke en afdoende meerjaren planning voor de afbouw van de ex post verevening, zodat zorgverzekeraars meer risicodragend worden.
- Het verkennen van de meerwaarde van een contract met veldpartijen, om de tijdelijkheid van het transitieproces en acceptatie van risico's te benadrukken.
- De NZa adviseert VWS voor de aanwending van het DHAZ-kader en de toekenning van aanvullende middelen voor deze publieke functies hernieuwde meerjarenafspraken te maken met de NFU.
- De NZa adviseert VWS voor epilepsie en long-astma de budgetten vooralsnog te handhaven.
- De NZa adviseert op voorhand wel de invoering van prestatiebesteding onder het transitieproces voor de categorale zorg audiologie, dialyse, radiotherapie en revalidatie.
- De NZa adviseert VWS om de aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden, waarvoor de vergoeding op een andere wijze zal worden geregeld, tijdig op de hoogte te stellen van de voorgenomen wijzigingen in de besteding van ziekenhuizen. Deze aanbieders kunnen dan met de betrokken zorgaanbieders en zo nodig met VWS nadere afspraken maken over de (wijze van) voortzetting van besteding van deze functies.

9.5 Resumerend: activiteitenplanning

In de onderstaande planning staan de belangrijkste activiteiten zoals genoemd in de paragrafen 9.3 en 9.4 weergegeven, inclusief een hoofdlijnenplanning. Ook staat hierin wie waarin de regierol heeft. Bij de activiteiten is een onderscheid gemaakt tussen de korte termijn (noodzakelijk om per 2011 te starten met prestatiebekostiging) en de lange termijn (noodzakelijk voor doorontwikkeling richting eindmodel). De NZa adviseert VWS om een spoorboekje op te stellen waarin de werkzaamheden voor de invoering van DOT, de samenstelling en de omvang van het B-segment en de invoering van prestatiebekostiging in samenhang worden opgenomen. Dit is van belang omdat de gepresenteerde activiteiten sterk met elkaar gecorreleerd zijn en elkaar in de planning dan ook beïnvloeden.

Tabel 9.2. Activiteitenplanning op de korte termijn

Korte termijn: invoering prestatiebekostiging onder het transitie-model (2011)				
Nr.	Activiteit	Start	Deadline	Regie
1	Aanpassing wettelijk instrumentarium en Wmg	Loopt	31-dec-2010	VWS
2	Definiëren welke functies DAEB zijn		31-dec-2010	VWS
3	Aanwijzen van zorgaanbieders met vaste vergoeding		31-dec-2010	VWS
4	Transitiemodel integrale Ingroeimodel (technisch) uitwerken	1-feb-2010	30-jun-2010	NZa
5	Vaststellen eerste deel vaste vergoedingen (volledig vaste vergoeding)	1-feb-2010	30-jun-2010	NZa
6	Opstellen en vaststellen beleidsregels en nadere regels voor transitie-model	1-feb-2010	30-jun-2010	NZa
7	Onderzoeken van de mogelijkheden en indien mogelijk doorvoeren van wijzigingen in de tarieven om aansluiting met de budgetten te verbeteren	Loopt	30-jun-2010	NZa
8	Beschikkingen afgeven richting zorgaanbieders en zorgverzekeraars	1-jul-2010	1-sept-2010	NZa
9	Uitvoeringstoets steunbeleid en 'early warning' systeem	Loopt	Eind 2011	NZa

Tabel 9.3. Activiteitenplanning op de lange termijn

Lange termijn: prestatiebekostiging zonder transitie-model (2011 en verder)				
Nr.	Activiteit	Start	Deadline	Regie
10	Vaststellen aangepast kostprijsmodel en vaststellen representativiteitskosten kostprijsaanlevering	1-feb-2010	1ste helft 2010	NZa (uitvoering DBC-O)
11	Doorontwikkeling prestaties en tarieven (inclusief normtijden medisch specialisten)	Loopt	Continue	NZa (uitvoering DBC-O)
12	Doorontwikkeling kapitaallasten methode	1-feb-2010	Continue	NZa (uitvoering DBC-O)
13	Kostenonderzoek vast segment en hoogte vergoedingen bepalen (gedeeltelijke vast)	1-feb-2010	1-jun-2011	NZa
14	Evaluatie transitie-model en besluitvorming vervolg, inclusief prestatiebekostiging categoriaal	1-jan-2013	1-april-2013	NZa en VWS

Bijlage 1. Expertgroep medisch specialistische zorg

De NZa vindt het belangrijk om inhoudelijke vraagstukken, oplossingsrichtingen en voorkeuren vroegtijdig te toetsen. Daarom heeft zij vertegenwoordigers van de brancheorganisaties en een aantal individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars uitgenodigd om zitting te nemen in de Expertgroep 'medisch specialistische zorg'. De volgende leden namen zitting in deze expertgroep:

Tabel. Leden van de expertgroep

Organisatie	Naam
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	dhr. A. Windhorst
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	dhr. M. Appelman
Orde van Medisch Specialisten (OMS)	dhr. E. Ziere
Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)	dhr. G. Jager
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	mevr. M. Redel
Zorgverzekeraar CZ	dhr. R. Pijnenburg
Zorgverzekeraar Achmea	dhr. O. Gerrits
Alysis Zorggroep	dhr. G. van Berlo
VU Medisch Centrum	dhr. C. Buren
Wilhelmina Ziekenhuis Assen	mevr. A. Lukkes

Bijlage 2. Overzicht aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden

In de onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden (niet uitputtend).

Tabel 2.1 Aanbieders van specifieke voorzieningen en samenwerkingsverbanden

Nr.	Organisaties en functies
1.	Landelijke Neonatologie Registratie (LNR)
2.	Begeleidingscommissie Hartchirurgie (BHN)
3.	Nationaal referentiecentrum Weefseltypering
4.	Stichting Sanquin Bloedvoorziening
5.	Integrale kankercentra (IKC)
6.	Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS)

Bron: NZa

Toelichting op bovenstaande tabel

Bekostiging LNR, BHN, Nationaal referentiecentrum Weefseltypering, Stichting Sanquin Bloedvoorziening, IKC

De ziekenhuizen krijgen een vaste vergoeding voor deze functies en/of fungeren soms (gedeeltelijk) als kassier voor de (gedeeltelijke) bekostiging van deze functies via hun budget. Wanneer deze functies uit de zorgproducten moeten worden bekostigd, betekent dit dat de ziekenhuizen zelf kunnen bepalen of ze nog willen betalen voor de betreffende functies. Voor de LNR, BHN, het referentiecentrum Weefseltypering, Sanquin en IKC's, waaraan geen wettelijke verplichting of nadere afspraken ten grondslag liggen, kan dit ertoe leiden dat individuele zorgaanbieders besluiten dat niet langer een bijdrage wordt geleverd. Dit geldt met name voor de functies waarbij de betrokken zorgaanbieders niet een direct belang hebben.

Nederlandse Transplantatie Stichting

Voor de Nederlandse Transplantatie Stichting geldt dat het orgaancentrum wordt gefinancierd via tarieven onder de Wmg, die rechtstreeks bij de zorgverzekeraars in rekening worden gebracht. Deze bekostiging kan bij invoering van prestatiebekostiging worden voortgezet.