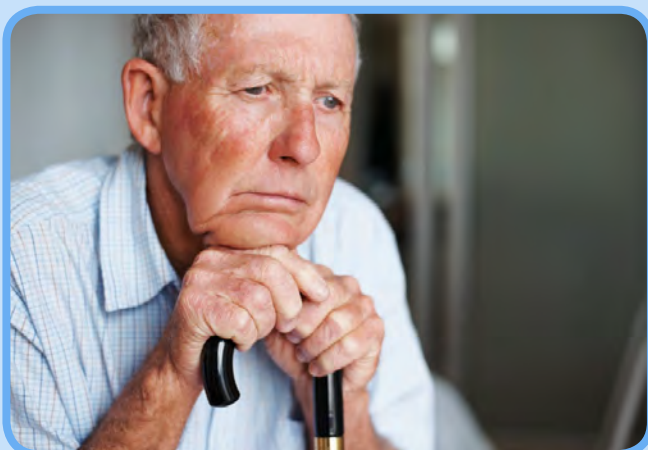


Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg

Contractvormen onder DOT



Samenvatting en conclusies

1. Inleiding

In het stelsel van gereguleerde concurrentie worden zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) geacht binnen een systeem van prestatiebekostiging en de DBC-systematiek bij te dragen aan de beheersing van de uitgaven voor medisch specialistische zorg en de verbetering van kwaliteit en doelmatigheid. Met innovatieve contractvormen kunnen zij hier op de zorginkoopmarkt vorm aan geven. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft ZorgmarktAdvies en Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn (hierna: Pels Rijcken) gevraagd onderzoek te doen naar de praktische en juridische mogelijkheden en eventuele belemmeringen voor het maken van innovatieve contractafspraken, alsmede naar de mate waarin dergelijke afspraken reeds in de praktijk voorkomen. Wij definiëren innovatieve contractafspraken als (nog) niet breed in de ziekenhuismarkt toegepaste afspraken tussen een individueel ziekenhuis en een individuele zorgverzekeraar, waarbij 'prijs en volume' en/of 'prijs en zorginhoud' en/of 'volume en zorginhoud' aan elkaar gekoppeld worden.

2. De acht belangrijkste innovatieve contractvormen

	Contractvorm	Beschrijving
1.	Prijsdifferentiatie naar rato van volume	Naarmate het volume aan geleverde zorg (aantallen DBC-zorgproducten) toeneemt, daalt de door het ziekenhuis in rekening te brengen prijs (per DBC zorgproduct).
2.	Two part tariffs	Het ziekenhuis ontvangt voor geleverde zorg een vooraf bepaalde lump sum (vast bedrag) en daarnaast een afgesproken prijs per geleverd zorgproduct.
3.	Plafondafspraken	Bij een plafondafpraak is de door het ziekenhuis maximaal in rekening te brengen omzet van te voren begrensd. Het ziekenhuis heeft geen omzetgarantie.
4.	Lump sum afspraken	Bij een lump sum afspraak is de door het ziekenhuis maximaal in rekening te brengen omzet van te voren begrensd. Het ziekenhuis heeft een omzetgarantie.
5.	Abonnementssystemen	Het ziekenhuis ontvangt van de verzekeraar een vast bedrag per verzekerde woonachtig in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Voor dit bedrag moet het ziekenhuis lopende een vastgestelde periode zorg leveren aan verzekerden van betreffende verzekeraar.
6.	Prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud	De prijs die verzekeraar en ziekenhuis overeenkomen is afhankelijk van de kwaliteit van de geleverde zorg en/of de zorgzwaarte van de patiënt.
7.	Sturen op volume add-ons	Add-ons zijn apart (naast een DBC-zorgproduct) declarabele producten voor enkele specifieke dure zorgvormen. De verzekeraar kan sturen op het te declareren volume aan add-ons door omzet-/volumeafspraken te maken (variant a) en/of door te controleren op naleving van indicatievoorschriften (variant b).
8.	Volumedifferentiatie op grond van zorginhoud	De kwaliteit van de geleverde zorg bepaalt de omvang van het volume aan zorg dat door de verzekeraar aan het ziekenhuis wordt vergoed.

3. Conclusies per contractvorm

De hierna volgende schema's bevatten per innovatieve contractvorm de belangrijkste conclusies.

Contractvorm	Belangrijkste verwachte effecten	Belangrijkste meerwaarde ziekenhuis	Belangrijkste meerwaarde verzekeraar	Toepasbaarheid in de praktijk
Prijsdifferentiatie naar rato van volume (per DBC-zorgproduct)	<ul style="list-style-type: none"> - Sterke prikkel tot volumebeperking: extra productie levert steeds minder op - Sterke doelmatigheidsprikkel: verlaging marginale kosten leidt tot hogere marginale winst en groter winstgevend te leveren volume 	<ul style="list-style-type: none"> - Beperking van kosten wordt beloond - Volumegroei wordt (deels) betaald 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijkheid prikkel tot 'overproductie' sterk te verminderen via prijsstelling (door voor 'overproductie' prijsniveau overeen te komen dat lager of gelijk is aan marginale kosten). 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen fundamentele praktische belemmeringen. Aanpassing ICT-systemen ziekenhuizen en verzekeraars wel noodzakelijk - Geen juridische belemmeringen - Beperkt voorbeelden van prijsdifferentiatie naar rato van volume in de praktijk bekend
Two part tariffs	<ul style="list-style-type: none"> - Lichte prikkel tot volumebeperking, als prijs = marginale kosten - Zeer sterke doelmatigheidsprikkel: verlaging marginale kosten leidt tot hogere marginale winst en groter winstgevend te leveren volume 	<ul style="list-style-type: none"> - Ziekenhuizen hebben zekerheid dat vaste kosten worden vergoed - Beperking van kosten wordt beloond - Volumegroei wordt (deels) betaald 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijkheid prikkel tot 'overproductie' enigszins te verminderen - Risico voor verzekeraar: als ziekenhuis lopende het jaar marginale kosten weet te verlagen (marginale kosten < prijs), ontstaat er een prikkel tot volumevergroting in plaats van volumebeperking 	<ul style="list-style-type: none"> - In principe toepasbaar in praktijk - Geen juridische belemmeringen - NZa kan toepassing vereenvoudigen: introductie nieuwe 'lump sum'-prestatie met vrij tarief - Geen voornemens bekend van toepassen two part tariffs in praktijk. Veldpartijen lijken vooralsnog beperkt meerwaarde te zien in deze contractvorm
Plafondafspraken	<ul style="list-style-type: none"> - Sterke prikkel tot omzetbeperking na bereiken plafond - Risico op wachtlijsten, ongewenst doorverwijzen en onderbehandeling - Marktwerking kan worden beperkt doordat winst van marktaandeel niet wordt beloond - Sterke prikkel tot voorkomen onderproductie 	<ul style="list-style-type: none"> - Per saldo niet aantrekkelijk voor ziekenhuis. Zeker niet in combinatie met doorleverplicht. Risico op onder- én overproductie ligt bij ziekenhuis 	<ul style="list-style-type: none"> - Prijsplafond met doorleverplicht is zeer aantrekkelijk: schadelast ligt vast en aan zorgplicht wordt voldaan - Prijsplafond zonder doorleverplicht is minder aantrekkelijk 	<ul style="list-style-type: none"> - Plafondafspraken zijn praktisch toepasbaar - Geen juridische belemmeringen - Ziekenhuizen zien wel belemmeringen om te kunnen sturen op de overeengekomen omzet - Plafondafspraken (met waarborgen voor doorlevering) worden in de praktijk reeds gehanteerd
Lump sum afspraken	<ul style="list-style-type: none"> - Sterke prikkel tot omzetbeperking - Risico op wachtlijsten, ongewenst doorverwijzen en onderbehandeling - Prikkel om zorgkosten te voorkomen door preventie, substitutie naar 1^e lijn, tegengaan overbehandeling en terugdringen praktijkvariatie - Marktwerking kan worden beperkt doordat winst/verlies van marktaandeel niet wordt beloond/bestaft 	<ul style="list-style-type: none"> - Zekerheid over inkomsten. Risico op onderproductie ligt bij verzekeraar - Preventie van zorgkosten wordt beloond - Geen ruimte voor extra groei binnen het jaar 	<ul style="list-style-type: none"> - Lump sum afspraak met doorleverplicht is aantrekkelijk: schadelast ligt vast en aan zorgplicht wordt voldaan - Lump sum afspraak zonder doorleverplicht is niet aantrekkelijk - Mogelijkheid preventie van zorgkosten te stimuleren - Scherp toezicht van verzekeraar nodig op wachtlijsten, onderbehandeling en ongewenst doorverwijzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Lump sum afspraken zijn praktisch toepasbaar - Geen juridische belemmeringen - Ziekenhuizen zien wel belemmeringen om te kunnen sturen op de overeengekomen omzet - Lump sum afspraken komen nu nog weinig voor, maar meerdere partijen geven aan het komende jaar meer te gaan werken met lump sum afspraken met doorleverplicht voor het ziekenhuis

Contractvorm	Belangrijkste verwachte effecten	Belangrijkste meerwaarde ziekenhuis	Belangrijkste meerwaarde verzekeraar	Toepasbaarheid in de praktijk
Abonnements-systeem	<ul style="list-style-type: none"> - Sterke prikkel tot volumebeperking - Prikkel om zorgkosten te voorkomen door preventie, substitutie naar 1^e lijn, tegengaan overbehandeling en terugdringen praktijkvariatie - Risico op wachtlijsten en ongewenst doorverwijzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zekerheid over inkomsten - Preventie van zorgkosten wordt beloond - Geen ruimte voor extra groei binnen het jaar 	<ul style="list-style-type: none"> - In potentie zeer aantrekkelijk: ziekenhuis neemt volumerisico over en aan zorgplicht wordt voldaan - Mogelijkheid preventie van zorgkosten te stimuleren - Scherp toezicht van verzekeraar nodig op wachtlijsten en ongewenst doorverwijzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Praktische toepasbaarheid is een aandachtspunt in Nederlandse stelsel. Past bij situatie waarin ziekenhuis enige aanbieder is in een regio - Geen juridische belemmeringen - NZa kan toepassing vereenvoudigen: introductie nieuwe 'abonnements'-prestatie met vrij tarief - Er wordt nagedacht over toepassing abonnementsystemen, maar introductie vindt waarschijnlijk niet binnenkort plaats
Prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud: a) kwaliteit b) zorgzwaarte	<ul style="list-style-type: none"> - Variant a: prikkel tot verbetering kwaliteit van zorg - Variant b: bestaande prikkel tot doorverwijzing patiënten met hoge zorgzwaarte wordt weggenomen - Prikkel tot transparant maken verschillen in kwaliteit en/of zorgzwaarte 	<ul style="list-style-type: none"> - Variant a: investeringen in verbetering kwaliteit worden vergoed - Variant b: behandelen van patiënten met hoge zorgzwaarte levert niet langer financieel nadeel op 	<ul style="list-style-type: none"> - Doordat verschillen in kwaliteit en/of zorgzwaarte transparant worden, kunnen op termijn met alle ziekenhuizen betere prijsafspraken worden gemaakt 	<ul style="list-style-type: none"> - Veldpartijen zien mogelijkheden voor toepassing. In de praktijk ook reeds zichtbaar, maar wel op beperkte schaal - Het ontbreken van (consensus over) goede kwaliteitsindicatoren (m.n. uitkomstindicatoren) en objectieve informatie over zorgzwaarte-verschillen maken brede toepassing nog lastig - Geen juridische belemmeringen
Sturen op volume add-ons: a) omzet/volume afspraken b) Controle op naleving indicatie voorschriften	<ul style="list-style-type: none"> - Komende jaren hebben verzekeraars beperkte financiële prikkels om te sturen op volume geleverde add-ons - Variant a: risico op wachtlijsten en ongewenst doorverwijzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Weinig meerwaarde - Voordeel variant a in vergelijking met variant b: ziekenhuis blijft zelf verantwoordelijk voor medisch-inhoudelijke afweging - Voordeel variant b in vergelijking met variant a: geen maximum aan aantal te vergoeden add-ons 	<ul style="list-style-type: none"> - Als verzekeraars risico gaan lopen over kosten add-ons, dan krijgen zij belang bij volumebeperking. Add-ons zijn relatief duur. - Variant a met doorleverplicht ziekenhuis is meest aantrekkelijk: schadelast staat vast, aan zorgplicht wordt voldaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Variant a is praktisch vorm te geven en kent geen juridische belemmeringen - Variant b is moeilijker praktisch vorm te geven dan variant a en kan op juridische bezwaren stuiten - Geen concrete voornemens van sturen op volume add-ons bekend
Volume-differentiatie op grond van zorginhoud	<ul style="list-style-type: none"> - Prikkel tot verbetering kwaliteit van zorg - Prikkel tot transparant maken verschillen in kwaliteit 	<ul style="list-style-type: none"> - Investeringen in verbetering kwaliteit worden vergoed: omzetvergroting - Als een ziekenhuis zich wil specialiseren en bepaalde behandelingen wil afstoten, kan volumedifferentiatie op het niveau van zorgproducten hierbij helpen 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijkheid volumegroei te richten op ziekenhuizen met hogere zorgkwaliteit - Doordat verschillen in kwaliteit en/of zorgzwaarte transparant worden, kunnen op termijn met alle ziekenhuizen betere prijsafspraken worden gemaakt 	<ul style="list-style-type: none"> - Enkele voorbeelden in de praktijk zichtbaar, maar in het algemeen lijkt deze contractvorm nog maar beperkt te worden toegepast - Het ontbreken van (consensus over) goede kwaliteitsindicatoren (m.n. uitkomstindicatoren) maakt brede toepassing nog lastig - Geen juridische belemmeringen

4. Algemene conclusies

Op basis van het uitgevoerde onderzoek trekken wij de volgende algemene conclusies ten aanzien van de mogelijkheden en belemmeringen voor innovatieve contractvormen en het reeds in de praktijk voorkomen van innovatieve contractvormen:

1. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen/ZBC's hebben binnen bestaande wet- en regelgeving veel mogelijkheden om innovatieve contractafspraken te maken. Voor de acht belangrijkste innovatieve contractvormen geldt dat er nauwelijks praktische of juridische belemmeringen zijn om deze contractvormen daadwerkelijk toe te passen. Vanuit de ziekenhuizen wordt als voornaamste aandachtspunt genoemd dat ze beperkt in staat zijn om op volume te sturen. Van de acht genoemde innovatieve contractvormen is alleen het abonnementsstelsel in de praktijk moeilijk te realiseren.
2. Bij voorgaande conclusie zijn drie nuanceringen van belang:
 - voor het succesvol toepassen van verschillende innovatieve contractvormen is aanpassing van de ICT-systemen van ziekenhuizen en verzekeraars wenselijk;
 - het binnen de ziekenhuisorganisatie op een goede manier omgaan met gemaakte innovatieve contractafspraken (bijvoorbeeld door monitoring en sturing op volume) vergt bewustwording van ondermeer de medisch specialisten;
 - de toepasbaarheid van sommige contractvormen kan door de NZa vereenvoudigd worden. Concreet geven wij de NZa in overweging om voor de contractvorm 'two part tariffs' een nieuwe 'lump sum'-prestatie met een vrij tarief mogelijk te maken en ook voor de contractvorm 'abonnementsstelsel' een nieuwe 'abonnementsprestatie' met een vrij tarief mogelijk te maken, indien beide contractpartijen hiertoe een verzoek indienen bij de NZa.
3. Een groot deel van de acht innovatieve contractvormen wordt nu reeds in de praktijk toegepast. Met name plafondafspraken komen over contractjaar 2011 al veelvuldig voor. Daarnaast zijn ons in de praktijk voorbeelden bekend van staffelkortingen, lump sum afspraken, prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud en volumedifferentiatie op grond van zorginhoud.
4. Van de acht innovatieve contractvormen worden plafondafspraken op dit moment veruit het meest toegepast. Naar verwachting zullen voor 2012 voor een belangrijk deel van de ziekenhuismarkt afspraken over de begrenzing van de omzet van ziekenhuizen worden gemaakt (plafondafspraken of lump sum afspraken).
5. Wij hebben het beeld dat bij de totstandkoming van innovatieve contractafspraken de zorgverzekeraars in het algemeen het voortouw nemen. Ziekenhuizen lijken zich daarentegen wat afwachtender op te stellen, hetgeen niet wil zeggen dat zij geen mogelijkheden zien tot het toepassen van innovatieve contractvormen.
6. De betrokken overheidsorganisaties en wellicht ook de koepelorganisaties van ziekenhuizen en ZBC's lijken het beeld te hebben dat substantiële belemmeringen de toepassing van innovatieve contractafspraken in de weg staan. Uit het onderzoek is echter gebleken dat veruit de meeste geïnterviewde marktpartijen geen substantiële belemmeringen ervaren voor de toepassing van innovatieve contractvormen.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 - Inleiding	7
Hoofdstuk 2 - De essentie van zorginkoop	10
Hoofdstuk 3 - Overzicht innovatieve contractafspraken	14
Hoofdstuk 4 - Prijsdifferentiatie naar rato van volume	18
Hoofdstuk 5 - Two part tariffs	22
Hoofdstuk 6 - Plafondafspraken	29
Hoofdstuk 7 - Lump sum afspraken	35
Hoofdstuk 8 - Abonnementssysteem	41
Hoofdstuk 9 - Prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud	47
Hoofdstuk 10 - Sturen op volume add-ons	54
Hoofdstuk 11 - Volumedifferentiatie op grond van zorginhoud	60

Hoofdstuk 1 - Inleiding

1.1 Aanleiding en doel onderzoek

Gereguleerde concurrentie in de medisch specialistische zorg

De medisch specialistische zorg gaat, net als andere zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), uit van gereguleerde concurrentie. Daarbij hebben zorgverzekeraars de taak om in onderlinge concurrentie voor hun verzekerden zorg in te kopen tegen een zo goed mogelijke prijs-kwaliteitsverhouding. De gedachte is dat zorgverzekeraars die hier het beste in slagen het meest aantrekkelijk zijn voor verzekerden. De ziekenhuizen/ZBC's op hun beurt concurreren onderling op de kwaliteit en prijs van de medisch specialistische zorg die zij leveren. Ziekenhuizen/ZBC's die in staat zijn om zorg te leveren tegen een goede prijs-kwaliteitsverhouding zullen door zorgverzekeraars worden gecontracteerd. De afgelopen jaren zijn stapsgewijs meer vrijheden geïntroduceerd binnen de medisch specialistische zorg, waardoor partijen meer en meer de rol kunnen aannemen zoals hiervoor beschreven. Ook de komende jaren worden substantiële stappen richting meer vrijheid gezet ondermeer door het introduceren van prestatiebekostiging met vrije prijsvorming voor circa 70% van de ziekenhuisproductie en tariefregulering (deels maximumtarieven en deels vaste vergoedingen) voor circa 30% van de ziekenhuiszorg. Daarbij worden met het plan 'DBC's op weg naar Transparantie' (DOT) de ruim 30.000 bestaande DBC's vervangen door 4.400 DBC-zorgproducten.

Noodzaak innovatieve contractafspraken

Binnen het systeem van gereguleerde concurrentie worden zorgverzekeraars en ziekenhuizen/ZBC's geacht bij te dragen aan de beheersing van de uitgaven aan medisch specialistische zorg en meer kwaliteit en doelmatigheid te realiseren. Met innovatieve contractvormen kunnen zorgverzekeraars en ziekenhuizen/ZBC's hier op de zorginkoopmarkt vorm aan geven. Voorbeelden van dergelijke innovatieve contractafspraken zijn: staffelafspraken, 'two part tariffs', lump sum bekostigingsafspraken, afspraken over richtlijnconform handelen en voldoen aan volumennormen, etc..

Er leeft echter nog wel eens het beeld dat er belemmeringen zijn voor de toepassing van dergelijke innovatieve contractafspraken. Deze (gepercipieerde) belemmeringen kunnen betrekking hebben op economische en praktische zaken (bv. aansluiting bij wijze van bekostiging en declaratie binnen de DOT-systematiek), maar ook op juridische aspecten (bv. verenigbaarheid met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) of mate van afdwingbaarheid van afspraken).

Onderzoeksopdracht

De NZa heeft ZorgmarktAdvies en Pels Rijcken gevraagd onderzoek te doen naar:

- De mogelijkheden voor innovatieve afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen/ZBC's;
- De door zorgverzekeraars en ziekenhuizen/ZBC's gepercipieerde en eventuele daadwerkelijke belemmeringen (praktisch en juridisch) voor het maken van innovatieve contractafspraken;
- De mate waarin innovatieve contractafspraken reeds voorkomen in de praktijk.

De focus van de opdracht ligt op de DBC-systematiek en de onderhandelingen over DBC-zorgproducten.

Het doel van het onderzoek is:

- Meer inzicht verkrijgen in de mogelijkheden van innovatieve contractvormen in de ziekenhuissector en in de eventuele belemmeringen om innovatieve contractafspraken te maken;
- Veldpartijen informeren over de mogelijkheden tot het maken van innovatieve contractafspraken.

Voorliggende rapportage bevat de resultaten van het onderzoek naar de mogelijkheden en belemmeringen voor innovatieve contractafspraken. In het vervolg van dit rapport wordt over 'ziekenhuizen' gesproken. De analyse zal in de meeste gevallen ook betrekking hebben op ZBC's. Dit geldt niet zonder meer voor de specifieke uitkomsten in dit rapport ten aanzien van het in de praktijk voorkomen van de verschillende contractafspraken en de door veldpartijen ervaren belemmeringen (m.n. paragraaf 4 van de hoofdstukken 4 t/m 11). Deze uitkomsten zijn namelijk gebaseerd op door ons afgenomen interviews met ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Er zijn in de interviews met zorgverzekeraars weinig uitspraken gedaan over ZBC's en er heeft ook geen interview plaats kunnen vinden met een ZBC.

1.2 Aanpak onderzoek

Te beantwoorden vragen

Onderzoeksvragen

1. Welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars en ziekenhuizen om innovatieve bilaterale contractafspraken te maken bij de inkoop van medisch specialistische zorg?
2. Welke belemmeringen ervaren zorgverzekeraars en ziekenhuizen bij het maken van innovatieve bilaterale contractafspraken?
3. Welke feitelijke belemmeringen (economisch, praktisch, juridisch en overige) zijn er om innovatieve bilaterale contractafspraken te maken?
4. Welke voorbeelden van innovatieve bilaterale contractafspraken zijn zichtbaar in de ziekenhuissector?

Bureau-analyse

Het onderzoek startte met een bureau-analyse naar de mogelijke contractafspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen over prijs, volume, kwaliteit en andere zorgaspecten onder DOT. Op basis van onze praktijkervaring en (wetenschappelijke) literatuur is een overzicht gemaakt van de mogelijkheden tot het voeren van onderhandelingen over prijs, volume, kwaliteit en andere aspecten (bv. zorgzwaarte) van de medisch specialistische zorg. Vervolgens zijn voor de geïnventariseerde mogelijkheden de economische en praktische haalbaarheid, de juridische houdbaarheid en eventuele andere belemmeringen in kaart gebracht.

Praktijktoets in het veld

Het tweede deel van het onderzoek bestond uit een praktijktoets in het veld. In 7 kwalitatieve interviews met deskundigen werkzaam bij zorgverzekeraars (3 interviews) of ziekenhuizen (4 interviews) zijn de bevindingen uit de bureau-analyse getoetst. In de interviews zijn de gesprekspartners ook bevraagd op hun ervaringen met de verschillende innovatieve contractafspraken en de door hen gepercipieerde belemmeringen. De uitkomsten

uit de interviews zijn geanonimiseerd verwerkt in deze rapportage, tenzij het openbaar beschikbare informatie betreft. Bijlage 1 bevat een overzicht van de geïnterviewden en bijlage 2 een overzicht van de interviewvragen.

Hoofdstuk 2 - De essentie van zorginkoop

2.1 Motieven voor zorginkoop

Grosso modo zijn er drie motieven waarom zorgverzekeraars overeenkomsten sluiten met zorgaanbieders: (a) om zich in staat te stellen te voldoen aan hun verplichtingen tegenover de verzekerden, (b) om zich op de zorginkoop- of de zorgverzekeringsmarkt te onderscheiden van hun concurrenten en (c) om de kosten van zorg te beheersen. De twee laatste motieven zijn inherent aan de vrijheidsgraden die het nieuwe zorgstelsel sinds 2006 heeft geboden. Anders dan in de vroegere ziekenfondsverzekering kunnen zorgverzekeraars individueel onderscheidende afspraken maken, bijvoorbeeld op het vlak van kwaliteit. Anders dan in het traditionele stelsel van tariefregulering kunnen zorgverzekeraars individuele afspraken maken gericht op beheersing van de kosten van zorg. Deze laatste functie van zorginkoop krijgt een steeds zwaardere betekenis naarmate, zoals in de sector van de medisch specialistische zorg in 2012 het geval is, de tariefregulering verder aan betekenis inboet. Met deze ontwikkelingen gaat gepaard dat elke zorgverzekeraar in zekere zin het eigen wiel moet uitvinden: voor collectieve afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is, uitzonderingen daargelaten, geen plaats meer.

2.2 Zorgplicht en zorginkoop

Een blijvend element in het zorgstelsel is de noodzaak voor de zorgverzekeraar te voldoen aan zijn verplichtingen tegenover de verzekerde, verplichtingen die tevens grenzen stellen aan de contracteervrijheid van zorgverzekeraars. De verzamelterm voor deze verplichtingen is de term 'zorgplicht', een begrip waarvan de betekenis afhangt van het toepasselijke verzekeringsmodel. Er kunnen drie verzekeringsmodellen worden onderscheiden: de naturaverzekering en de restitutieverzekering; daarnaast is er een tussenvariant.¹

Kenmerkend voor de *naturaverzekering* is dat de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar recht op zorg heeft. De kenmerkende prestatieplicht van de zorgverzekeraar is het leveren van zorg. De term zorgplicht heeft, voor zover het de naturaverzekering betreft, geen andere betekenis dan die prestatieplicht. Om daaraan te voldoen sluit de zorgverzekeraar overeenkomsten met zorgaanbieders, die in feite de zorg verlenen waarop de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar recht heeft.

Kenmerkend voor de *restitutieverzekering* is dat de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar uitsluitend recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg. Met de term 'zorgplicht' heeft de wetgever hieraan toegevoegd dat de zorgverzekeraar, desgevraagd, ook activiteiten moet ontplooiën gericht op het verkrijgen van zorg. Het gaat hierbij om een inspanningsverplichting; de zorgverzekeraar kan zelf uitmaken hoe hij daaraan invulling geeft. Contracteren met zorgaanbieders is in de restitutieverzekering een mogelijke, maar niet noodzakelijke invulling van de zorgplicht; de zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld ook volstaan met het aanbieden van zorgbemiddeling.

¹ Zie verder over zorgplicht en verzekeringsmodellen J.M. van der Most, *De zorg of het geld. Natura en restitutie in de zorgverzekering*, Den Haag: Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn 2007; G.R.J. de Groot, 'De schuivende panelen van de zorgverzekering', in: *Stelsel onder stress*, preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht 2011.

De tussenvariant is de *restitutieverzekering met gecontracteerde zorgaanbieders*. Hiervan komen twee modaliteiten voor: (a) de modaliteit waarin de verzekerde zich krachtens de verzekeringsvoorwaarden in principe moet wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder en (b) de modaliteit waarin de zorgverzekeraar weliswaar contracteert, maar waarin de verzekerde geheel vrij blijft in zijn keuze van de zorgaanbieder.

In de gevallen waarin de verzekerde zich volgens zijn verzekeringsvoorwaarden in principe moet wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder, kent de Zvw hem het recht toe zich in plaats daarvan te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dan kan echter de vergoeding worden gesteld op een lager bedrag dan de kosten die de zorgaanbieder in rekening brengt.

Na het voorgaande kan de samenhang tussen zorgverzekering (relatie zorgverzekeraar-verzekerde) en zorginkoop (relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder) schematisch als volgt worden weergegeven.

Zorgverzekering			Zorginkoop
Type verzekering	Recht verzekerde	Keuzevrijheid	
Naturaverzekering	Recht op zorg	Verzekerde is in principe gebonden aan gecontracteerde zorgaanbieders	Zorgverzekeraar sluit contracten met zorgaanbieders
Restitutieverzekering (1)	Recht op vergoeding van kosten en activiteiten gericht op het verkrijgen van zorg	Verzekerde is in principe gebonden aan gecontracteerde zorgaanbieders	Zorgverzekeraar sluit contracten met zorgaanbieders
Restitutieverzekering (2)	Recht op vergoeding van kosten en activiteiten gericht op het verkrijgen van zorg	Verzekerde is vrij in de keuze van de zorgaanbieder	Zorgverzekeraar sluit contracten met zorgaanbieders
Restitutieverzekering (3)	Recht op vergoeding van kosten en activiteiten gericht op het verkrijgen van zorg	Verzekerde is vrij in de keuze van de zorgaanbieder	Zorgverzekeraar sluit geen contracten met zorgaanbieders

In de grote meerderheid van de gevallen zijn consumenten verzekerd op grond van een naturaverzekering. Het motief om zorg in te kopen spreekt dan vanzelf. Zonder zorginkoop kan de zorgverzekeraar niet aan zijn prestatieplicht voldoen. Daarnaast kunnen de andere motieven (concurrerend aanbod; kostenbeheersing) een rol spelen.

In een minderheid van de gevallen zijn consumenten verzekerd op grond van een restitutieverzekering. In een deel van die gevallen heeft de zorgverzekeraar echter wel gecontracteerd met de zorgaanbieder. Veelal bieden zorgverzekeraars een keuze tussen natura- en restitutieverzekering, maar wanneer zij overeenkomsten met zorgaanbieders sluiten, doen zij dat ten behoeve van al hun verzekerden, zonder onderscheid naar gelang het toepasselijke verzekeringsmodel. Het motief daarvoor kan worden gevonden in de wens een concurrerend aanbod te doen en/of de beheersing van de kosten van de restitutieverzekering. Het gevolg is dat het aantal gevallen waarin de verleende zorg niet zijn grondslag vindt in een zorginkoopcontract zeer gering is.

2.3 Zorgplicht en contractvrijheid

De Zvw stelt praktisch geen beperkingen aan de vrijheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders om overeenkomsten te sluiten. De Wmg doet dat evenmin. Dit betekent dat het partijen vrijstaat om selectief te contracteren, dat wil zeggen: met bepaalde aanbieders in het geheel niet te contracteren of over bepaalde vormen van zorg alleen met geselecteerde aanbieders te contracteren. Ook staat het partijen vrij overeen te komen welk volume van zorg onderwerp van de overeenkomst zal zijn: zoals veelal voorkomt, een onbepaald aantal prestaties doordat de zorgaanbieder zorg moet verlenen aan alle verzekerden die zich tot hem wenden, of in plaats daarvan een minimum of een maximum aantal prestaties. Evenzeer staat het partijen vrij een beneden- of bovengrens te stellen aan de som van de tarieven die zullen worden gedeclareerd. En ook staat het partijen vrij afspraken te maken over de kwalitatieve modaliteiten volgens welke zorg zal worden verleend, bijvoorbeeld het handelen volgens richtlijnen. Ten slotte is het partijen toegestaan om in het vrije en in het gereguleerde segment met maximumtarieven de tarieven overeen te komen die voor de door de NZa vastgestelde zorgproducten zullen gelden. Voor het gereguleerde segment geldt dat een tussen partijen overeengekomen tarief onder het door de NZa vastgestelde maximumtarief moet liggen.

Deze contractvrijheid kent echter ook beperkingen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen hun opstelling in contractonderhandelingen niet met concurrenten mogen afstemmen. Daar komen andere beperkingen bij. De zorgverzekeraar kan bij het aanbieden van contracten niet naar willekeur handelen, maar moet volgens vaste rechtspraak een zorgvuldig contracteerbeleid hanteren dat wordt gekenmerkt door objectieve en transparante criteria. De zorgaanbieder kan evenmin naar willekeur het aangaan van een overeenkomst weigeren, met name niet wanneer de zorgverzekeraar op de aanbieder in kwestie aangewezen is om voldoende zorg voor zijn verzekerden te kunnen contracteren. Een beperking van heel andere aard geldt op kwaliteitsvlak. Van zorgaanbieders kan niet worden verlangd dat zij, bijvoorbeeld met het oog op kostenbeheersing, instemmen met afspraken over het medisch handelen die duidelijk in strijd zijn met de professionele standaard; dergelijke afspraken zouden ongeldig zijn. Binnen wat de professionele standaard toelaat, kunnen uiteraard wel doelmatigheidsafspraken worden gemaakt.

Naast deze – hiervoor kort getypeerde – zuiver juridische beperkingen geldt dat de zorgverzekeraar in zijn contracteerbeleid rekening moet houden met zijn zorgplicht. De zorgverzekeraar die een naturaverzekering aanbiedt, zal te allen tijde een zodanig zorgaanbod moeten contracteren dat zijn verzekerden de verzekerde zorg kunnen krijgen die voor hen geïndiceerd is. Indien hij bij een zorgaanbieder een bepaalde zorgvorm niet contracteert omdat de kosten te hoog zijn, zal hij die zorgvorm wel elders moeten contracteren. Als het bij een zorgaanbieder aantal ingekochte prestaties aan een maximum is gebonden, bestaat daar geen bezwaar tegen, mits de verzekerde bij een andere gecontracteerde zorgaanbieder wel die prestatie kan verkrijgen nadat het maximum is bereikt; contractueel overeengekomen beperkingen kunnen hem niet worden tegengeworpen. Het vorenstaande geldt *mutatis mutandis* ook voor de restitutieverzekering, voor zover de verzekeringsvoorwaarden de verzekerde op straffe van een korting op de vergoeding nopen zich tot gecontracteerde zorgaanbieders te wenden.

De hypothetische situatie dat een zorgverzekeraar minder zorg heeft ingekocht dan de zorg waarop zijn verzekerden recht hebben, leidt niet tot ongeldigheid van de door hem gesloten overeenkomsten met zorgaanbieders. De zorgverzekeraar zal dan wel kunnen worden geconfronteerd met claims van verzekerden

die nakoming van de verzekeringsovereenkomst of schadevergoeding vorderen.² Ook bestaat de mogelijkheid van handhavingsmaatregelen van de NZa, die immers mede tot taak heeft toezicht uit te oefenen op de rechtmatige uitvoering van de Zvw.

De zorgplicht staat op zichzelf niet in de weg aan innovatieve contractafspraken, het onderwerp van dit rapport. Niettemin mogen de beperkingen van de contractvrijheid, die uit de zorgplicht van de zorgverzekeraar voortvloeien, niet ongenoemd blijven. De zorgplicht stelt immers zekere grenzen aan de mogelijkheden van zorgverzekeraars om zich op de zorginkoop- of de zorgverzekeringsmarkt te onderscheiden van hun concurrenten en om de kosten van zorg te beheersen.

² Bij niet-nakoming van een naturaverzekering omdat een zorgverzekeraar niet voldoende zorg heeft ingekocht, zal de zorgverzekeraar aan de verzekerde de volledige kosten (zonder korting en zonder beperking tot de Nederlandse marktconforme kosten) moeten vergoeden als de verzekerde zich voor de geïndiceerde zorg wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Hoofdstuk 3 - Overzicht innovatieve contractafspraken

3.1 Wat zijn innovatieve contractafspraken?

Drie grootheden

De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen in het algemeen over 3 aspecten/grootheden gaan:

- Prijs;
- Volume;
- Zorginhoud: kwaliteit en zorgzwaarte.³

In reguliere contracten worden de drie aspecten, als zij worden geregeld, niet of nauwelijks aan elkaar verbonden, maar vaak als aparte grootheden gezien. Bij innovatieve contractafspraken worden de drie aspecten juist wel met elkaar verbonden. Met andere woorden: innovatieve afspraken focussen op *de relatie* tussen prijs, volume en zorginhoud. Het is inherent aan de ingezette liberalisering dat deze relaties gelegd kunnen worden omdat een voorwaarde hiervoor is dat de prijzen onderhandelbaar zijn.

Definitie innovatieve contractafspraken

Op basis van voorgaande definiëren wij innovatieve contractafspraken als volgt:

- (nog) niet breed in de ziekenhuismarkt toegepaste afspraken
- tussen een individueel ziekenhuis en een individuele verzekeraar
- waarbij 'prijs en volume' en/of 'prijs en kwaliteit' en/of 'volume en kwaliteit' aan elkaar gekoppeld worden.

Merk op dat elke innovatieve contractafpraak op zichzelf een looptijd kan hebben van één jaar of van meerdere jaren. Het feit dat een bepaalde contractafpraak voor meerdere jaren wordt gemaakt, geeft de betreffende contractafpraak niet het predicaat innovatief.

3.2 Mogelijke innovatieve contractafspraken

Innovatieve contractafspraken verbinden de grootheden prijs, volume en zorginhoud. Op grond van deze grootheden zijn er drie hoofdcombinaties van innovatieve contractafspraken mogelijk:

1. Contractafspraken die prijs en volume (aantallen) aan elkaar verbinden;
2. Contractafspraken die prijs en zorginhoud aan elkaar verbinden;
3. Contractafspraken die volume (aantallen) en zorginhoud aan elkaar verbinden.

Eventueel kunnen dergelijke afspraken met elkaar worden gecombineerd tot één afspraak over prijs, volume en zorginhoud. Bij elke hoofdcombinatie zijn één of meerdere concrete innovatieve contractafspraken te

³ Er bestaan veel inhoudelijke overeenkomsten tussen afspraken over kwaliteit en afspraken over zorgzwaarte. In beide gevallen gaat het om afspraken over een aspect van de zorginhoud (gerealiseerd kwaliteitsniveau of zorgzwaarte van de patiënt). In dit onderzoek spreken wij over zorginhoudelijke afspraken, waar zowel afspraken over kwaliteit als afspraken over zorgzwaarte onder kunnen vallen.

bedenken. Tabel 3.1 biedt een overzicht van de meest voor de hand liggende innovatieve contractafspraken en maakt per contractafpraak inzichtelijk welke twee grootheden met elkaar worden verbonden.

Tabel 3.1 Mogelijke innovatieve contractafspraken		Aspecten die bij betreffende contractafpraak aan elkaar worden verbonden		
		Prijs	Volume	Zorginhoud
1.	Prijddifferentiatie naar rato van volume Naarmate het volume aan geleverde zorg (aantallen DBC-zorgproducten) toeneemt, daalt de door het ziekenhuis bij de verzekeraar in rekening te brengen prijs (per DBC-zorgproduct).	X	X	
2.	Two part tariffs Het ziekenhuis ontvangt voor geleverde zorg een vooraf bepaalde lump sum (vast bedrag) en daarnaast een afgesproken prijs per geleverd zorgproduct.	X	X	
3.	Plafondafspraken Bij een plafondafpraak tussen een ziekenhuis en een verzekeraar is de door het ziekenhuis bij betreffende verzekeraar maximaal in rekening te brengen omzet van te voren begrensd. Het ziekenhuis heeft geen omzetgarantie.	X	X	
4.	Lump sum afspraken Bij een lump sum afspraak tussen een ziekenhuis en een verzekeraar is de door het ziekenhuis bij de betreffende verzekeraar maximaal in rekening te brengen omzet van te voren begrensd. Het ziekenhuis heeft een omzetgarantie.	X	X	
5.	Abonnementssysteem Het ziekenhuis ontvangt van de verzekeraar een vast bedrag per verzekerde woonachtig in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Voor dit bedrag moet het ziekenhuis lopende een vastgestelde periode zorg leveren aan verzekerden van betreffende verzekeraar.	X	X	
6.	Prijddifferentiatie op grond van zorginhoud De prijs die verzekeraar en ziekenhuis overeenkomen is afhankelijk van de kwaliteit van de geleverde zorg en/of de zorgzwaarte van de patiënt.	X		X
7.	Sturen op volume add-ons Add-ons zijn apart (naast een DBC-zorgproduct) declarabele producten voor enkele specifieke dure zorgvormen. De verzekeraar kan sturen op het te declareren volume aan add-ons door met het ziekenhuis omzet-/volumeafspraken te maken en/of door te controleren op naleving van indicatievoorschriften.		X	X
8.	Volumedifferentiatie op grond van zorginhoud De kwaliteit van de door het ziekenhuis geleverde zorg bepaalt de omvang van het volume aan zorg dat door de verzekeraar aan het ziekenhuis wordt vergoed.		X	X

3.3 Uitwerking acht innovatieve contractafspraken

In de hoofdstukken 4 tot en met 11 werken we de acht hiervoor benoemde innovatieve contractafspraken nader uit. Elk hoofdstuk start met de conclusie over de toepasbaarheid van de betreffende contractafpraak. Vervolgens werken we elke contractafpraak uit door aandacht te besteden aan de volgende aspecten:

- Feitelijke beschrijving van contractafpraak
- Prikkelwerking en verwachte effecten
- Meerwaarde voor ziekenhuis en verzekeraar
- Mate waarin contractafpraak reeds voorkomt en door veldpartijen ervaren belemmeringen
- Praktische haalbaarheid
- Juridische haalbaarheid

3.4 Uitgangspunten en vooronderstellingen

Bij het onderzoek zijn de volgende algemene uitgangspunten en vooronderstellingen gehanteerd:

- Zoals ook in een interview werd aangegeven zijn er verschillende innovatieve contractvormen denkbaar. Bijvoorbeeld contracten waarin een herordening van het zorglandschap wordt uitgewerkt of een vergaand strategisch partnerschap wordt aangegaan tussen een zorgverzekeraar en ziekenhuis. Dit onderzoek richt zich echter op bilaterale contracten tussen een zorgverzekeraar en een ziekenhuis over DBC zorgproducten.
- Bij de uitwerking van de innovatieve contractafspraken is uitgegaan van de situatie zonder schaduw FB per 2014. Als bij de praktijktoets in het veld door een gesprekspartner bij één of meerdere van de contractvormen expliciet aandacht is gevraagd voor het effect van het schaduw FB op de toepasbaarheid van betreffende contractvorm(en) in de transitiefase (2012 en 2013), dan is dit wel meegenomen in het onderzoek.
- De honorariumdelen van de tarieven, die in zowel het vrije als het gereguleerde segment aan maxima gebonden zijn, zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gebleven. Als bij de praktijktoets in het veld door een gesprekspartner bij één of meerdere van de contractvormen expliciet aandacht is gevraagd voor het effect van de maximum honoraria tarieven op de toepasbaarheid van betreffende contractvorm(en), dan is dit wel meegenomen in het onderzoek.
- Bij de analyse en uitwerking van de innovatieve contractafspraken is ervan uitgegaan dat de afspraken betrekking hebben op het vrije segment en/of op het gereguleerde segment met maximumtarieven. Voor het gereguleerde segment geldt wel dat een bij een innovatieve contractafpraak tussen partijen overeengekomen tarief voor een zorgproduct onder het door de NZa vastgestelde maximumtarief moet liggen. De analyse en uitwerking van de innovatieve contractafspraken heeft geen betrekking op het vaste segment van het ziekenhuis.
- Bij de analyse van het uitwerkingsaspect 'prikkelwerking en verwachte effecten' veronderstellen we constante marginale kosten voor ziekenhuizen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er sprake is van vaste kosten in combinatie met constante variabele kosten. De marginale kosten zijn dan gelijk aan de variabele kosten. De gemiddelde kosten blijven in dat geval dalen naarmate de productie toeneemt. Een zorgaanbieder kan een maximale winst realiseren door zorg te blijven leveren totdat de marginale kosten van het laatst geleverde zorgproduct gelijk worden aan de marginale opbrengst (relevante prijs voor laatste geleverde product).
- Met de gekozen onderzoeksopzet is het niet mogelijk een volledig beeld te krijgen van alle reeds in de praktijk voorkomende contractafspraken en alle concrete voornemens voor 2012 en verder. De bij het

uitwerkingsaspect 'mate waarin contractafspraken reeds voorkomt en door veldpartijen ervaren belemmeringen' weergegeven items zijn daarom indicatief.

- Een aantal voorbeelden van innovatieve contractafspraken in dit rapport heeft betrekking op het contractjaar 2012. Dat betekent dat deze voorbeelden over het algemeen de status van voornemens of voorstellen hebben. Bij oplevering van dit rapport zijn er nog nauwelijks definitieve afspraken gemaakt tussen verzekeraars en ziekenhuizen over contractjaar 2012. De gepresenteerde voorbeelden kunnen dus nog wijzigen als gevolg van voortschrijdend inzicht en/of de uitkomst van de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen.

Hoofdstuk 4 - Prijsdifferentiatie naar rato van volume

Conclusie toepasbaarheid van prijsdifferentiatie naar rato van volume

Bij prijsdifferentiatie naar rato van volume daalt de door het ziekenhuis bij de verzekeraar in rekening te brengen prijs (per DBC-zorgproduct) naarmate het volume aan geleverde zorg (aantallen DBC-zorgproducten) toeneemt.

Er zijn geen fundamentele praktische of juridische belemmeringen voor toepassing van deze contractvorm in de praktijk. Toepassing van prijsdifferentiatie naar rato van volume vergt wel aanpassing van de ICT-systemen van ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Er zijn ons enkele voorbeelden bekend van toepassing van prijsdifferentiatie naar rato van volume.

4.1 Beschrijving

Naarmate het volume aan geleverde zorg (aantallen DBC-zorgproducten) toeneemt, daalt de door het ziekenhuis bij de verzekeraar in rekening te brengen prijs. We definiëren volume in termen van specifieke afspraken op het niveau van DBC-zorgproducten (afspraken op het niveau van omzet totalen komen in de hoofdstukken 6 en 7 aan de orde). Dat betekent dat de gemiddelde prijs per zorgproduct daalt naar mate er meer zorgproducten worden geleverd. Prijsdifferentiatie naar rato van volume kan worden vormgegeven met een staffelkorting of een degressief tarief:

- Staffelkorting
Ziekenhuis en zorgverzekeraar stellen cohorten vast voor het te leveren volume van zorg. Voor het volume van zorg geleverd binnen het eerste cohort geldt de prijsafpraak voor cohort 1. Extra gerealiseerde zorgproducten worden afgerekend tegen de lagere prijs van het tweede cohort. Voor elk eventueel volgende cohort geldt een lagere prijs.
- Degressieve tarieven
Voor elk opeenvolgende zorgproduct ontvangt het ziekenhuis een lagere prijs. Bijvoorbeeld € 100 voor het 1ste zorgproduct, € 99 voor het 2de zorgproduct en € 98 voor het 3de zorgproduct. Bij drie producten is de totale omzet € 297 ($100 + 99 + 98$) en de gemiddelde prijs per zorgproduct € 99.

4.2 Prikkelwerking en verwachte effecten

Naarmate het volume aan geleverde zorg toeneemt, worden voor de zorgverzekeraar de marginale kosten steeds lager. Spiegelbeeldig wordt voor het ziekenhuis de marginale opbrengst steeds kleiner. Dit betekent dat de levering van een extra zorgproduct steeds minder opbrengt voor het ziekenhuis. Uitgaande van constante marginale kosten neemt daarmee de financiële prikkel om te produceren stapsgewijs af. Zolang de geldende prijs voor het volgende te leveren zorgproduct hoger is dan de marginale kosten leidt extra productie van het

ziekenhuis per saldo tot een verhoging van het financiële resultaat en heeft het ziekenhuis een financiële prikkel om te produceren. Zodra de geldende prijs van het volgende te leveren zorgproduct lager wordt dan de marginale kosten leidt extra productie van het ziekenhuis per saldo tot een verlaging van het financiële resultaat. Het ziekenhuis heeft dan niet langer een financiële prikkel om zorgproducten te leveren.

Prijsdifferentiatie naar rato van volume bevat voor het ziekenhuis een sterke doelmatigheidsprikkel om de marginale kosten te verlagen. Een verlaging van marginale kosten leidt vanzelfsprekend tot een grotere marginale winst per product. Maar ook kan het ziekenhuis dan meer volume gaan leveren en daarmee de omzet vergroten (totdat een nieuw punt wordt bereikt waarin de marginale opbrengsten gelijk worden aan de marginale kosten).

Indien de staffelkortingen of de degressieve tarieven betrekking hebben op een deel van de zorgproducten dan heeft het ziekenhuis een prikkel om op een gegeven moment haar productie te verleggen naar zorgproducten waarvoor een vaste prijs geldt. De marginale opbrengst van zorgproducten met een degressief tarief of staffelkorting daalt namelijk, terwijl de marginale opbrengst van zorgproducten met een vaste prijs gelijk blijft.

4.3 Meerwaarde voor ziekenhuis en verzekeraar

Meerwaarde prijsdifferentiatie naar rato van volume voor ziekenhuizen:

- Het ziekenhuis kan over het eerste deel van de productie een relatief goed financieel resultaat behalen. Dit geldt zeker als het ziekenhuis een strategie van kostenbeperking hanteert in plaats van een strategie van omzetgroei.
- Als het ziekenhuis erin slaagt zijn marginale kosten te verlagen, dan kan een groter volume aan zorg winstgevend geleverd worden (i.t.t. tot bijvoorbeeld een lump sum afspraak of een plafondafpraak).
- Het ziekenhuis krijgt een vergoeding voor elk geleverd product (i.t.t. tot bijvoorbeeld een lump sum afspraak of een plafondafpraak). Het risico van volume-overschrijdingen wordt daarmee niet eenzijdig bij het ziekenhuis gelegd.

Meerwaarde prijsdifferentiatie naar rato van volume voor zorgverzekeraars:

- Met prijsdifferentiatie naar rato van volume kan de zorgverzekeraar aan het ziekenhuis een reële beloning bieden en tegelijkertijd de prikkel tot 'overproductie' sterk verminderen door voor ongewenst(e) volume(groei) een prijs overeen te komen die lager of gelijk is aan de marginale kosten.
- Zorgverzekeraars kunnen dit instrument ook hanteren als middel om volume boven een bepaalde afspraak sterk te ontmoedigen. In dat geval spreken verzekeraar en ziekenhuis af dat, na het bereiken van de gewenste volumeomvang, de prijs ineens sterk daalt tot onder het niveau van de marginale kosten. Deze variant heeft eenzelfde doelstelling als een plafondafpraak of een lump sum afspraak maar dan op het niveau van een DBC-zorgproduct.
- De zorgverzekeraar kan sturen op de samenstelling van het aanbod van het ziekenhuis door sterk degressieve tarieven te onderhandelen voor zorg die het wil ontmoedigen (en reguliere tarieven af te spreken voor gewenste zorg). De zorgverzekeraar kan deze contractvorm daarmee gebruiken om specialisatie en concentratie te bevorderen en productiestromen binnen het ziekenhuis te verleggen.

4.4 Mate waarin contractafspraken reeds voorkomt en door veldpartijen ervaren belemmeringen

Veldpartijen ervaren geen fundamentele belemmeringen voor prijsdifferentiatie naar rato van volume. Het vergt wel aanpassing van de ICT-systemen van ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Op grond van de interviews hebben we niet het beeld dat staffelkortingen op het niveau van individuele DBC's op dit moment breed worden toegepast in de praktijk. In de interviews werd een enkel voorbeeld genoemd van staffelkortingen bij een ZBC. Overigens worden er in de praktijk wel generieke kortingspercentages gehanteerd op extra DBC-omzet na het bereiken van een omzetplafond (zie hiervoor plafondatafspraken).

4.5 Praktische haalbaarheid

Haalbaarheid concrete vormgeving contractafspraken

Voor staffelkortingen of degressieve tarieven geldt dat het belangrijk, maar tegelijkertijd bijzonder lastig is om het juiste startniveau en afbouwpad vast te stellen. Is het startniveau te hoog en/of het afbouwpad te vlak, dan heeft het ziekenhuis een prikkel om te veel volume te leveren. Is het startniveau te laag en/of het afbouwpad te stijl, dan heeft het ziekenhuis een prikkel om te weinig volume te leveren, waardoor er wachtlijsten kunnen ontstaan. Voor een ziekenhuis zelf zijn de marginale kosten al zeer moeilijk te bepalen. Een ziekenhuis zal deze informatie normaal gesproken ook niet delen met een zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar zal daarom pragmatisch te werk kunnen gaan door bijvoorbeeld bestaande volumes en prijzen als uitgangspunt te nemen en alleen voor extra volume (t.o.v. vorig jaar) een staffelkorting of degressief tarief af te spreken. Naar verloop van tijd ontstaat er dan door de feitelijk geleverde zorg en de daarvoor geldende prijzen informatie over de kostenstructuur van aanbieders.

Monitoring gemaakte afspraak

Op grond van de interviews is het beeld dat de ICT systemen van ziekenhuizen en zorgverzekeraars op dit moment geen relatie kunnen leggen tussen aantallen declaraties per zorgproduct en de juiste in rekening te brengen prijs. Dit is echter geen fundamenteel beletsel. ICT-systemen kunnen hierop worden aangepast.

Declaratie

Op grond van de interviews bestaat het beeld dat ziekenhuizen op dit moment geen mogelijkheden hebben om in de ICT-systemen meerdere prijzen per zorgproduct te hanteren voor één zorgverzekeraar. Dit is echter geen fundamenteel probleem. Declaratiemodules van ziekenhuizen kunnen hiervoor worden aangepast. Vanwege de controles die het landelijk schakelpunt VECOZO⁴ uitvoert, moeten in dat geval waarschijnlijk ook bij VECOZO aanpassingen plaats vinden. Het is daarnaast nu al mogelijk om de prijs volgtijdelijk aan te passen: als een bepaald volume is gerealiseerd wordt er een nieuwe prijs in het systeem gezet. Deze oplossing is echter

⁴ VECOZO is een beveiligd internetportaal waarmee zorgaanbieders rechtstreeks declareren aan zorgverzekeraars. VECOZO staat voor 'Veilige Communicatie in de Zorg' en is volledig ingericht op een efficiënt en veilig berichtenverkeer voor de gehele zorgsector, zie www.vecozo.nl. Alle zorgverzekeraars en verreweg de meeste zorgaanbieders zijn aangesloten bij VECOZO.

moeilijk werkbaar met veel verschillende zorgproducten en staffels. Ook is het mogelijk achteraf, nadat volumegegevens bekend zijn, kortingen te verrekenen.

Gevolgen voor vaststelling eigen risico

Er zijn geen bijzondere gevolgen voor de vaststelling van het eigen risico. Prijsdifferentiatie kan er wel toe leiden dat de prijs voor eenzelfde zorgproduct bij één ziekenhuis verschilt tussen verzekerden van dezelfde zorgverzekeraar. Indien een prijs onder de grens van het (verplichte of vrijwillige) eigen risico uit komt dan kan prijsdifferentiatie leiden tot verschillen in te betalen eigen risico tussen verzekerden. We zien hierin echter geen fundamentele belemmering. Dergelijke verschillen kunnen nu ook al optreden tussen ziekenhuizen. Bovendien geldt voor veruit de meeste DBC-zorgproducten dat de prijs hoe dan ook hoger is dan het verplichte en vrijwillige eigen risico.

4.6 Juridische haalbaarheid

De regulering van het gereguleerde en vrije segment staat aan dit soort afspraken niet in de weg. Het ziekenhuis brengt immers tarieven voor de zorgproducten in dit segment in rekening; dat de tarieven variëren met het aantal in rekening gebrachte zorgproducten, is geen probleem. Uiteraard moeten zij wel op een adequate wijze contractueel worden geregeld.

Hoofdstuk 5 - Two part tariffs

Conclusie toepasbaarheid van two part tariffs

Bij two part tariffs ontvangt het ziekenhuis voor geleverde zorg een vooraf bepaalde lump sum (vast bedrag) en daarnaast een afgesproken prijs per geleverd zorgproduct.

Two part tariffs zijn in principe toepasbaar. De meest eenvoudige vormgeving van een two part tarief is te realiseren als de NZa een nieuwe 'lump sum'-prestatie definieert met een vrij tarief. Maar ook andere varianten zijn praktisch realiseerbaar.

Veldpartijen lijken echter beperkte meerwaarde te zien in two part tariffs ten opzichte van bijvoorbeeld prijsdifferentiatie naar rato van volume. Ons zijn geen voornemens bekend van het toepassen van two part tariffs in de praktijk.

Toepassing van two part tariffs door de prijs per product gelijk te stellen aan de variabele kosten van het ziekenhuis is alleen te realiseren als een ziekenhuis informatie over zijn kostenstructuur wil delen met de verzekeraar. Een deel van de ziekenhuizen is hier niet toe bereid. Deze voor de hand liggende uitwerking van two part tariffs is in dat geval niet te realiseren.

5.1 Beschrijving

Het ziekenhuis ontvangt voor geleverde zorg zowel een lump sum bedrag als een afgesproken prijs per geleverd zorgproduct. De hoogte van het lump sum bedrag staat van te voren vast en wordt niet beïnvloed door de omvang van het geleverde volume aan zorg. De hoogte van het lump sum bedrag kan bijvoorbeeld gebaseerd worden op de vaste kosten van het ziekenhuis.

5.2 Prikkelwerking en verwachte effecten

Om vast te stellen welke prikkel het ziekenhuis ervaart van two part tariffs veronderstellen we constante marginale kosten en onderscheiden we vier situaties:

	Lump sum	Prijs per zorgproduct	Prikkelwerking richting ziekenhuis
1.	Lump sum \geq vaste kosten	Prijs = marginale kosten	Geen volume prikkel
2.	Lump sum \geq vaste kosten	Prijs < marginale kosten	De vaste kosten van het ziekenhuis worden gedekt, maar marginale winst is negatief. Sterke prikkel voor ziekenhuis om wel contract af te sluiten, maar geen of nauwelijks zorg te gaan leveren.

3.	Lump sum \leq of \geq vaste kosten	Prijs > marginale kosten	Sterke prikkel tot volume, want marginale winst is positief
4.	Lump sum < vaste kosten	Prijs \leq marginale kosten	Sterke prikkel voor ziekenhuis om contract niet af te sluiten, aangezien er geen enkele mogelijkheid is om rendabel zorg te verlenen

Uit bovenstaand schema blijkt dat alleen situatie 1 voor zowel de zorgverzekeraar als het ziekenhuis structureel acceptabel is. In situatie 2 en 4 wordt er namelijk geen zorg geleverd. Situatie 3 zal een zorgverzekeraar in veel gevallen willen voorkomen. In het vervolg van deze analyse gaan we er dan ook vanuit dat de two part tariffs zo worden vormgegeven dat de hoogte van de lump sum minstens gelijk is aan de vaste kosten en dat de prijs per zorgproduct gelijk is aan de marginale kosten. Winst voor het ziekenhuis kan in deze situatie alleen worden gerealiseerd als de lump sum hoger wordt vastgesteld dan de vaste kosten of als de kosten na vaststelling van het contract omlaag kunnen worden gebracht. Met het leveren van de zorgproducten realiseert het ziekenhuis immers geen winst, aangezien de marginale opbrengsten en kosten met elkaar in evenwicht zijn.

Two part tariffs vormgegeven zoals hiervoor beschreven (lump sum \geq vaste kosten en prijs = marginale kosten) hebben een lichte prikkel tot volumebeperking. De marginale opbrengsten en marginale kosten blijven ongeacht het volume gelijk aan elkaar (marginale winst = 0). Levering van een extra zorgproduct betekent noch winst noch verlies voor het ziekenhuis. De prikkel tot volumebeperking is bij two part tariffs wel minder sterk dan bij prijsdifferentiatie naar rato van volume, plafondatafspraken, lump sum afspraken of abonnementssystemen. Bij de laatstgenoemde vier contractafspraken worden bij een zeker volume de marginale opbrengsten immers kleiner dan de marginale kosten of zelfs nul.

Two part tariffs bevatten voor het ziekenhuis een sterke prikkel om de marginale kosten te verlagen. Een verlaging van marginale kosten leidt vanzelfsprekend tot een grotere marginale winst per product. Maar ook kan het ziekenhuis dan meer volume gaan leveren en daarmee de omzet vergroten. Er ontstaat dan een prikkel voor volumevergroting. Bij prijsdifferentiatie naar rato van het volume kan zich dit ook voordoen. Het effect is in dat geval echter minder vergaand, omdat de prijs per zorgproduct ook daalt. Op enig moment (bijvoorbeeld bij de volgende staffel) zijn de prijs en de (lagere) marginale kosten weer met elkaar in evenwicht en is de prikkel tot volumevergroting weer geneutraliseerd. Bij two part tariffs geldt echter dat het ziekenhuis bij een verlaging van de marginale kosten op elk extra zorgproduct winst blijft maken, aangezien de prijs per zorgproduct niet daalt.

Indien de two part tariffs betrekking hebben op een deel van de zorgproducten dan heeft het ziekenhuis mogelijk een prikkel om haar productie te verleggen naar producten waarvoor geen two part tariffs gelden (en met een marginale opbrengst groter dan de marginale kosten).

5.3 Meerwaarde voor ziekenhuis en verzekeraar

Meerwaarde two part tariffs voor ziekenhuizen:

- Ziekenhuizen hebben de zekerheid dat hun vaste kosten worden vergoed (voor het aandeel van de zorgverzekeraars die two part tariffs overeen komen). In het geval het ziekenhuis investeringen moet doen, kan dit de bereidheid tot het verschaffen van kapitaal bij kapitaalverschaffers doen toenemen.

- Als het ziekenhuis erin slaagt zijn marginale kosten te verlagen, dan kan een groter volume aan zorg winstgevend geleverd worden (i.t.t. tot bijvoorbeeld een plafond- of lump sum afspraak).
- Ziekenhuizen krijgen een vergoeding voor elk geleverd product (i.t.t. tot bijvoorbeeld een plafond- of lump sum afspraak). Het risico van volume-overschrijdingen wordt daarmee niet eenzijdig bij het ziekenhuis gelegd.

Een geïnterviewd ziekenhuis zag meerwaarde in een two part tariff omdat het zekerheid kan bieden over de dekking van vaste kosten. Het ziekenhuis vond het niet heel bezwaarlijk om meer openheid van zaken te geven aan de zorgverzekeraar over de vaste kosten, bijvoorbeeld in ruil voor meerjarenafspraken. Het ziekenhuis wees er overigens op dat informatie over de vaste kosten grotendeels uit de jaarrekening is op te maken.

Meerwaarde two part tariffs voor zorgverzekeraars:

- Met two part tariffs kan de zorgverzekeraar aan het ziekenhuis een reële beloning bieden en tegelijkertijd de prikkel tot 'overproductie' enigszins verminderen.
- Met two part tariffs voor een deel van de zorgproducten van het ziekenhuis kan de zorgverzekeraar sturen op de samenstelling van het aanbod van het ziekenhuis. De verzekeraar kan sturen op het verleggen van productiecapaciteit binnen het ziekenhuis naar andere zorgproducten dan de zorgproducten met de two part tariffs door ervoor te zorgen dat de marginale winst van die andere zorgproducten hoger is (i.c. > 0) dan de marginale winst bij de zorgproducten met een two part tariff. De zorgverzekeraar kan deze contractvorm daarmee gebruiken om specialisatie en concentratie te bevorderen en productiestromen binnen het ziekenhuis te verleggen.

Een geïnterviewde zorgverzekeraar zag meerwaarde in een two part tariff met het oog op de introductie van DOT en prestatiebekostiging. Het daadwerkelijk toepassen van two part tariffs is echter niet van de grond gekomen.

5.4 Mate waarin contractafspraken reeds voorkomt en door veldpartijen ervaren belemmeringen

Ons zijn geen voornemens tot het in de praktijk toepassen van two part tariffs bekend. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars vooralsnog beperkte meerwaarde zien in two part tariffs ten opzichte van bijvoorbeeld prijsdifferentiatie naar rato van volume. Dit is ook niet zo vreemd omdat met prijsdifferentiatie naar rato van volume in de vorm van een staffelkorting op het niveau van de omzet (eerste staffel omzet inclusief vergoeding vaste kosten en tweede staffel omzet exclusief vergoeding vaste kosten) hetzelfde doel gerealiseerd kan worden.

Zoals eerder aangegeven hebben two part tariffs vooral meerwaarde indien de lump sum en de prijs per product gebaseerd worden op de vaste kosten respectievelijk de variabele kosten van het ziekenhuis. In één van de interviews gaf een vertegenwoordiger van een ziekenhuis aan dat dit ook om praktische redenen de beste vormgeving van two part tariffs is. De variabele inkomsten zijn namelijk ook relevant voor de interne allocatie van middelen in het ziekenhuis, terwijl de vaste opbrengsten zich juist moeilijker laten toerekenen aan afdelingen of resultaatverantwoordelijke eenheden. Two part tariffs waarbij de lump sum gebaseerd is op de vaste kosten en de prijs per product op de variabele kosten kunnen alleen worden afgesproken tussen een ziekenhuis en een verzekeraar als het ziekenhuis bereid is om richting de verzekeraar transparant te zijn over de kostenstructuur. Ziekenhuizen lijken er echter weinig voor te voelen om zorgverzekeraars dergelijke bedrijfsgevoelige informatie te verstrekken. Ze wijzen op het risico op oneigenlijke wijze vergeleken te worden

met andere ziekenhuizen. De kostprijsmodellen hebben in hun ogen te veel vrijheidsgraden om zinvolle onderlinge vergelijking op kostenposten mogelijk te maken tussen ziekenhuizen. Anderzijds is informatie over vaste kosten van ziekenhuizen in te schatten op grond van jaarverslagen van ziekenhuizen.

5.5 Praktische haalbaarheid

Haalbaarheid concrete vormgeving contractafspraken

Voor two part tariffs geldt dat het belangrijk, maar tegelijkertijd bijzonder lastig is voor de verzekeraar om de juiste hoogte van de lump sum en de juiste hoogte van de prijs per zorgproduct te bepalen. De meerwaarde van een two part tariff ligt erin dat de prijs per zorgproduct gelijk is aan de marginale kosten. Het vaststellen van de prijs per zorgproduct op het niveau van de marginale kosten is vrijwel alleen mogelijk indien een zorgaanbieder richting zorgverzekeraar transparant wil zijn over zijn kostprijzen. Een ziekenhuis zal informatie over zijn kostenstructuur normaal gesproken echter niet delen met een zorgverzekeraar. Een alternatief is dat de zorgverzekeraar pragmatisch te werk gaat door bestaande volumes en prijzen als uitgangspunt te nemen. Bijvoorbeeld door een contract voor te stellen waarin de prijs per zorgproduct wordt verlaagd met 20% en tegelijkertijd een lump sum wordt opgenomen met een omvang van 20% van de omzet van vorig jaar. Bij eenzelfde omzet als vorig jaar blijven dan de gemiddelde inkomsten voor het ziekenhuis gelijk, maar de marginale opbrengsten (en de prikkel voor productie) nemen af.

Het two part tariff kan op verschillende manieren worden vormgegeven:

- Variant a: Binnen de huidige regelgeving is het mogelijk de lump sum binnen de bestaande prestaties te versleutelen. De lump sum wordt dan als het ware omgeslagen over de verschillende geleverde zorgproducten. De versleuteling kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd door een percentage bovenop de prijs per product vast te stellen ter dekking van de lump sum (vergelijkbaar met het vroegere verrekenpercentage). De aanbieder brengt alleen per geleverd zorgproduct een tarief in rekening. Er moet in dat geval een goede inschatting gemaakt kunnen worden van het verwachte volume of de verwachte omzet aan zorgproducten. Na afloop van het jaar wordt de totale gedeclareerde (en betaalde) omzet berekend en daaruit de dekking van de lump sum bepaald. Indien de dekking afwijkt van de overeengekomen lump sum dient een verrekening plaats te vinden.
- Variant b: Binnen de huidige regelgeving kan de doelstelling van een two part tariff eenvoudiger gerealiseerd worden door twee staffels af te spreken op het niveau van de omzet: een eerste staffel inclusief dekking van vaste kosten en een tweede staffel exclusief dekking van vaste kosten⁵.
- Variant c: Als laatste is het mogelijk dat de NZa het in rekening brengen van een lump sum faciliteert door een nieuwe 'lump sum'-prestatie met een vrij tarief mogelijk te maken, indien beide contractpartijen hiertoe een verzoek indienen bij de NZa. Naast de lump sum brengt de zorgaanbieder per geleverd zorgproduct op basis van de bestaande prestaties een afgesproken tarief in rekening. Op deze wijze zijn two part tariffs eenvoudig administratief te realiseren omdat de prijs per zorgproduct hetzelfde kan blijven. Ook onder DOT is deze variant in dat geval eenvoudig te realiseren.

Monitoring van gemaakte afspraak

In variant a met een versleuteling van de lump sum in de tarieven (met een opslagpercentage) en een verrekening na afsluiting van alle DBC-zorgproducten van het betreffende jaar moet de dekking van de

⁵ Om het effect van het lump sum deel volledig te realiseren moet de lengte van de eerste staffel zodanig worden gekozen dat de productieomvang van de aanbieder voor een deel in de tweede staffel valt.

overeengekomen lump sum gemonitord worden. Dit kan na afloop van het jaar plaatsvinden door de totale gedeclareerde (en betaalde) omzet te berekenen en daaruit de dekking van de lump sum te bepalen. Indien de dekking afwijkt van de overeengekomen lump sum dient een verrekening plaats te vinden.

In variant b dient gemonitord te worden wanneer de grens van de eerste staffel wordt bereikt. Dit kan plaats vinden op basis van de omzet aan gedeclareerde DBC-zorgproducten per zorgverzekeraar. Indien de overeengekomen omzet uit de eerste staffel is gerealiseerd moeten bij extra productie de prijzen van de tweede staffel in rekening worden gebracht. Omdat de gedeclareerde omzet per zorgverzekeraar beschikbaar is in de administratie en het een eenmalige aanpassing van de prijzen betreft is deze variant te realiseren in de huidige situatie.⁶

In variant c is geen nieuwe vorm van monitoring noodzakelijk.

Declaratie

In variant a vindt declaratie plaats met één prijs waarvan de opslag onderdeel uitmaakt.

In variant b vindt in de eerste staffel declaratie plaats inclusief de opslag voor de lump sum. In de tweede staffel vindt declaratie plaats exclusief de opslag voor de lump sum. Op grond van de interviews bestaat het beeld dat ziekenhuizen op dit moment geen mogelijkheden hebben om in de ICT-systemen meerdere prijzen per zorgproduct te hanteren voor één zorgverzekeraar. Dit is echter geen fundamenteel probleem. Declaratiemodules van ziekenhuizen kunnen hiervoor worden aangepast. Het is daarnaast nu al mogelijk om de prijs volgtijdelijk aan te passen: als een bepaald volume is gerealiseerd wordt er een nieuwe prijs in het systeem gezet.

In variant c wordt de lump sum bijvoorbeeld in vaste termijnen gedeclareerd aan de zorgverzekeraar. Daarnaast vindt apart declaratie van de prijs per DBC-zorgproduct plaats.

Gevolgen voor vaststelling eigen risico

Ten behoeve van de verrekening van het (verplichte en vrijwillige) eigen risico van verzekerden wordt in variant a uitgegaan van de prijs inclusief de versleutelde lump sum.

In variant b is de gedeclareerde prijs bepalend voor de vaststelling van het eigen risico. Afhankelijk of een prijs tot stand komt in de eerste staffel of in de tweede staffel kunnen prijsverschillen optreden tussen verzekerden. Indien een prijs onder de grens van het (verplichte of vrijwillige) eigen risico uit komt dan kan prijsdifferentiatie leiden tot verschillen in te betalen eigen risico tussen verzekerden. We zien hierin echter geen fundamentele belemmering. Dergelijke verschillen kunnen nu ook al optreden tussen ziekenhuizen. Bovendien geldt voor veruit de meeste DBC-zorgproducten dat de prijs hoe dan ook hoger is dan het verplichte en vrijwillige eigen risico.

In variant c is de gedeclareerde prijs per zorgproduct (exclusief de lump sum) bepalend voor het eigen risico.

⁶ Indien de staffel niet precies op het juiste moment wordt toegepast bestaat wel het risico dat er achteraf correcties moeten worden toegepast (bijvoorbeeld met creditnota's).

5.6 Juridische haalbaarheid

Er zijn drie wegen waarlangs de lump sum aan de zorgaanbieder kan worden vergoed. De ene is die van de versleuteling van de lump sum over de prestaties voor de zorgproducten (variant a), de andere die van het in rekening brengen van een lumpsum in de vorm van een afzonderlijk tarief (variant c). De juridische haalbaarheid van variant b is besproken in paragraaf 4.6.

Variant a (versleuteling)

In deze variant wordt het overeengekomen tarief als volgt bepaald:

$$\text{tarief} = (\text{lump sum/aantal in periode gedeclareerde prestaties}) + \text{prijs per zorgproduct}$$

Vooraf staan de lump sum en de prijs per zorgproduct vast. Het aantal prestaties waarmee de lump sum versleuteld wordt, staat echter pas ex post vast. Het zal dan ook onvermijdelijk zijn ex ante een tarief overeen te komen dat (a) gebaseerd is op een raming van het aantal te verwachten prestaties en (b) na het bekend worden van het werkelijke aantal prestaties, met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum van het contract vervangen wordt door een ex post vast te stellen nieuw tarief. Daarna kan het verschil tussen de opbrengst berekend volgens het ex ante tarief en de opbrengst berekend volgens het ex post tarief tussen partijen worden verrekend.

Variant c (afzonderlijk tarief)

In de systematiek van DOT mag slechts een tarief in rekening worden gebracht voor een door de NZa vastgestelde prestatie (zorgproduct). De NZa kan echter, met wijziging van de toepasselijke beleidsregel(s), een nieuwe prestatie met een vrij tarief mogelijk maken, zodat de zorgaanbieder desgewenst een vast bedrag (de lumpsum) kan declareren bij de zorgverzekeraar voor 'het geheel van de individuele prestaties die de zorgaanbieder in een jaar verricht ten behoeve van de verzekerden van een zorgverzekeraar' (de prestatie). Bij de vormgeving van de wijziging van de beleidsregels kan een vergelijkbare aanpak worden gekozen als in de apotheekeerzorg, waarvoor in Beleidsregel BR/CU-5046 ('Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg') is bepaald: 'De NZa kan een prestatiebeschrijving vaststellen voor de in artikel 1 aangeduide zorg die afwijkt van de hiervoor vermelde prestatiebeschrijvingen, indien tenminste één zorgaanbieder en tenminste één ziektekostenverzekeraar gezamenlijk daarom verzoeken.'

Nadere bespreking

Beide methodieken zijn juridisch correct. De methode van versleuteling (variant a) kan niet op bezwaren stuiten in een stelsel van vrije tarieven voor zorgproducten. Als partijen vrij zijn in de vaststelling van de prijs van een zorgproduct, zijn zij ook vrij een prijs overeen te komen die, afhankelijk van een tussen hen overeengekomen mechanisme, naderhand met terugwerkende kracht muteert. Vanzelfsprekend is een zorgvuldige contractuele uitwerking noodzakelijk, die echter geheel aan partijen is.

De methode van het afzonderlijk tarief (variant c) is slechts toelaatbaar onder de voorwaarde dat daarvoor in een beleidsregel en/of prestatiebeschrijving de nodige ruimte wordt geschapen.

De versleutelingsmethode kent twee met elkaar samenhangende nadelen:

- eerst in een laat stadium staat het aantal verrichte prestaties definitief vast⁷ en kan ook pas dan definitief het tarief herrekend worden, met de bijbehorende verrekening tussen partijen;
- de herrekening van het tarief kan in een beperkt aantal gevallen⁸ achteraf leiden tot een mutatie in het bedrag dat ten laste van het eigen risico van de verzekerde komt, dat dan opnieuw zou moeten worden vastgesteld en met de verzekerde verrekend.

⁷ Het aantal prestaties in 2012 staat bijvoorbeeld pas definitief vast in de tweede helft van 2014, aangezien een zorgproduct maximaal een jaar geopend kan zijn en maximaal een half jaar na sluiting kan worden gedeclareerd.

⁸ Namelijk dan wanneer de kosten van de verzekerde aanvankelijk lager waren dan het eigen risico, en bij herrekening hoger blijken, of omgekeerd. Aangezien bij medisch specialistische zorg de kosten in verreweg de meeste gevallen het (verplicht) eigen risico zullen overtreffen, doet het gesignaleerde probleem zich vermoedelijk slechts in weinig gevallen voor.

Hoofdstuk 6 - Plafondafspraken

Conclusie toepasbaarheid van plafondafspraken

Bij een plafondafpraak is de omzet die een ziekenhuis in rekening mag brengen bij een verzekeraar van te voren begrensd. Het ziekenhuis heeft geen omzetgarantie.

Plafondafspraken met een doorleverplicht voor het ziekenhuis na het bereiken van het plafond zijn praktisch toepasbaar en kennen geen juridische belemmeringen. Plafondafspraken (met vormen van doorleverplicht) worden in de praktijk reeds gehanteerd. Ziekenhuizen zien wel belemmeringen om te kunnen sturen op de overeengekomen omzet. Dit betekent dat het ziekenhuis enig financieel risico loopt over zorgproductie boven het plafond die niet wordt vergoed.

6.1 Beschrijving

Bij een plafondafpraak tussen een ziekenhuis en een verzekeraar is de door het ziekenhuis bij betreffende verzekeraar maximaal in rekening te brengen omzet van te voren begrensd. Er is sprake van een omzetplafond, maar niet van een omzetgarantie voor het ziekenhuis. Het financiële risico van onderproductie ligt dus bij het ziekenhuis. Er is daarbij een spectrum met twee (uiterste) varianten en tussenvormen:

- Variant a: Een plafondafpraak, waarbij het ziekenhuis niet gehouden is om na het bereiken van het plafond alsnog zorg door te leveren, maar als het ziekenhuis ervoor kiest wel zorg door te leveren, staat daar geen vergoeding tegenover.
- Variant b: Een plafondafpraak, waarbij het ziekenhuis wel verplicht is om na het bereiken van het plafond alsnog zorg door te leveren (zonder extra vergoeding).

6.2 Prikkelwerking en verwachte effecten

Doordat het financiële risico van onderproductie bij het ziekenhuis ligt, heeft het ziekenhuis een financiële prikkel om zorg te leveren totdat het plafond is gerealiseerd. Hierin verschilt een plafondafpraak met een lump sum afspraak, waar deze prikkel ontbreekt door een omzetgarantie.

Een plafondafpraak kan de concurrentie tussen ziekenhuizen beperken. Ziekenhuizen die marktaandeel winnen van andere ziekenhuizen lopen het risico om beloning mis te lopen door de begrenzing van hun omzet. Bij voorkeur zouden omzetplafonds gecorrigeerd moeten worden voor verschuivingen in marktaandeel.

Bij beide varianten van een plafondafpraak bestaat het risico op wachtlijsten, ongewenste doorverwijzing en onderbehandeling.

In variant a heeft het ziekenhuis een prikkel om na het bereiken van het plafond geen zorg meer te leveren of om mensen op een wachtlijst te plaatsen. Het ziekenhuis maakt vanaf dat moment namelijk wel de kosten, maar ontvangt geen opbrengsten. Met elk zorgproduct dat het ziekenhuis levert na het bereiken van het

plafond verslechtert het financiële resultaat van het ziekenhuis. Concreet kan het ziekenhuis overgaan tot een patiëntenstop. In variant a is het risico met name groot dat noodzakelijke zorg niet geleverd wordt aan het einde van het jaar. Het ziekenhuis kan ervoor kiezen om reeds lopende het jaar 'overproductie' zoveel mogelijk te voorkomen, zodat er aan het eind van het jaar geen wachtlijsten ontstaan. De prikkel hiertoe ontbreekt echter, omdat het ziekenhuis niet gehouden is zorg door te leveren na het bereiken van het plafond. Overigens is het wel de vraag in hoeverre het een reële optie is voor ziekenhuizen om een patiëntenstop af te kondigen. Een ziekenhuis geeft aan dat een patiëntenstop zeer slecht is voor de reputatie van het ziekenhuis. Daarnaast mogen ziekenhuizen patiënten die zich melden bij de spoedeisende hulp niet weigeren.

Indien in het contract overeen is gekomen dat het ziekenhuis verplicht zorg moet blijven leveren boven het plafond (variant b), dan heeft het ziekenhuis een prikkel om gedurende het hele jaar te sturen op het beperken van de omzet om te voorkomen dat aan het einde van het jaar het plafond wordt overschreden. Immers als het ziekenhuis wacht tot het plafond eenmaal overschreden is, heeft ze beperkte mogelijkheden om maatregelen te nemen in variant b. Het risico op overschrijding ligt zo bij het ziekenhuis en niet meer bij de zorgverzekeraar.

Indien het plafond overschreden dreigt te worden krijgt het ziekenhuis een prikkel om behandelingen op te knippen. Door verrichtingen uit te stellen tot na het vaste afsluitmoment van het betreffende DBC-zorgproduct en zo een beperkt subtraject (bijvoorbeeld alleen de diagnosestelling) te declareren in het contractjaar waarin overschrijding dreigt, kan de overschrijding van het plafond dat jaar beperkt worden. Door de uitgestelde verrichtingen in een nieuw subtraject te starten in een nieuw contractjaar kunnen de inkomsten van een behandeling voor een deel onder een nieuw plafond worden gebracht. Dit betekent overigens wel dat bepaalde verrichtingen moedwillig moeten worden uitgesteld door het ziekenhuis.

Een omzetplafond kan de prikkel versterken voor een ziekenhuis om zijn zorgproductie te richten op de meest winstgevende DBC-zorgproducten. Als de omzet beperkt wordt ligt het voor de hand om vooral de productie van weinig renderende DBC zorgproducten te verminderen. Door binnen het plafond minder verliesgevende DBC-zorgproducten en DBC-zorgproducten met een lage marge te leveren, maar zich juist te concentreren op DBC-zorgproducten met een hoge marge kan het ziekenhuis zijn financiële resultaat verbeteren.

Het is mogelijk een plafond vast te stellen voor een gedeelte van de omzet van een ziekenhuis. In dat geval heeft het ziekenhuis een sterke prikkel om bij het bereiken van het plafond haar productiecapaciteit te verleggen naar producten die niet onder het plafond vallen.

Indien er sprake is van meerdere plafonds voor segmenten van de omzet van het ziekenhuis wordt het negatieve omzetrisko voor ziekenhuizen groter. Naarmate er meer segmenten zijn, wordt de kans op onderproductie in één van de segmenten groter, terwijl er door de plafonds geen mogelijkheid is om dat te compenseren met extra productie bij andere segmenten. Indien er één plafond is voor de totale omzet van het ziekenhuis kan binnen het plafond een omzetsdaling voor een deel van de ziekenhuisproductie worden gecompenseerd door extra productie bij een ander deel van het ziekenhuis.

6.3 Meerwaarde voor ziekenhuis en verzekeraar

Meerwaarde van plafondaafspraken voor ziekenhuizen:

- Een plafondaafpraak is voor een ziekenhuis per saldo niet heel aantrekkelijk, omdat zowel het risico op onderproductie als overproductie geheel bij het ziekenhuis wordt neergelegd.
- Variant a is wel aantrekkelijker voor een ziekenhuis dan variant b, omdat variant a het ziekenhuis meer mogelijkheden biedt om het risico op overproductie af te wenden. In variant a kunnen patiënten bij het bereiken van het plafond door het ziekenhuis geweigerd worden of op een wachtlijst worden geplaatst. Dit leidt waarschijnlijk wel tot imago schade voor het ziekenhuis.
- Variant b biedt ziekenhuizen per saldo geen meerwaarde. Alleen indien ziekenhuizen in aanvulling op het plafond andere afspraken bedingen die wel gunstig zijn (bijvoorbeeld garanties dat er achteraf geen kortingen worden opgelegd), kan deze variant aantrekkelijk zijn voor ziekenhuizen.

Ook uit de interviews blijkt dat ziekenhuizen weinig meerwaarde zien in een plafondaafpraak met een doorleverplicht. Ziekenhuizen willen niet onbetaald zorg leveren. Dit risico is aanwezig omdat ze zelf aangeven beperkt invloed te hebben op de volumecomponent van hun omzet. Ziekenhuizen vinden het daarnaast niet reëel om zowel het risico over onderproductie als overproductie te lopen. Een geïnterviewd ziekenhuis geeft aan dat een doorleverplicht alleen acceptabel is bij een reëel vastgesteld plafond. Doorlevering is gezien de daaraan verbonden kosten maar binnen beperkte marges mogelijk. Volgens het ziekenhuis zou er wel iets tegenover de doorleverplicht moeten staan (bijvoorbeeld een hoger plafond het jaar daarop, als het plafond in het contractjaar wordt overschreden).

Meerwaarde plafondaafspraken voor zorgverzekeraars:

- Voor zorgverzekeraars is een plafondaafpraak (variant a) beperkt aantrekkelijk. Indien een ziekenhuis namelijk minder zorg levert dan de verzekerden van de zorgverzekeraar nodig hebben, dan moet de zorgverzekeraar met het oog op de zorgplicht aanvullend noodzakelijke zorg inkopen om te kunnen voldoen aan zijn zorgplicht.
- Variant b is erg aantrekkelijk voor zorgverzekeraars. De schadelast wordt vooraf beperkt tot een vastgestelde omvang. Als meer zorgverzekeraars deze variant toepassen, wordt bovendien het risico op kostenoverschrijdingen en de daarop volgende overheidsmaatregelen kleiner. Er is geen risico dat de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht.
- Door plafondaafspraken te maken die gelden voor een deel van de zorgproducten kan de verzekeraar deze contractvorm gebruiken om specialisatie en concentratie te bevorderen en productiestromen binnen het ziekenhuis te verleggen.

Zorgverzekeraars geven in de interviews aan een grote meerwaarde te zien in plafondaafspraken met een doorleverplicht. Zorgverzekeraars zien minder meerwaarde in een plafondaafpraak zonder doorleverplicht.

6.4 Mate waarin contractafpraak reeds voorkomt en door veldpartijen ervaren belemmeringen

Wij weten van twee verzekeraars dat zij het voornemen hebben een plafondaafpraak met ziekenhuizen te maken. Eén van hen wil deze afspraak uitsluitend maken met de ziekenhuizen in het kernwerkgebied, de ander

met alle ziekenhuizen. Ook uit de interviews blijkt dat plafondafspraken nu al in de praktijk worden gehanteerd. Een zorgverzekeraar heeft over contractjaar 2011 voor circa 85% tot 90% van het B-segment plafondafspraken gemaakt of afspraken waarin een forse korting geldt van meer dan 40% voor extra productie na het bereiken van het overeengekomen plafond. ZBC's vallen niet onder deze afspraken. Er is hierbij in een aantal gevallen sprake van een vorm van doorleverplicht in de vorm van strikte contractvoorwaarden over tijdige zorglevering conform Treeknormen en het voorkomen van wachtlijsten.

Een zorgverzekeraar heeft over contractjaar 2011 voor het B-segment reeds volumeafspraken per DBC gemaakt. Deze volumeafspraken hebben zowel betrekking op ziekenhuizen als ZBC's. Op DBC-niveau zijn ook kwaliteitseisen overeengekomen. Het totaal van volumeafspraken op DBC-niveau vormt een omzetplafond (voor contract van betreffende zorgverzekeraar). Binnen dit plafond is wel enige substitutie mogelijk. Extra zorg boven de volumeafspraken wordt slechts bij uitzondering en voor specifieke DBC's vergoed. Om hiervoor in aanmerking te komen moet het ziekenhuis of de ZBC voor de betreffende DBC's aanvullende contactafspraken maken met de zorgverzekeraar.

Een zorgverzekeraar geeft in het interview aan plafondafspraken (of eventueel lump sum afspraken) te gaan maken in 2012. De zorgverzekeraar richt deze plafondafspraken op ziekenhuizen waarbij ze een substantiële omzet heeft. Er is hierbij sprake van een vorm van doorleverplicht in de vorm van strikte contractvoorwaarden over tijdige zorglevering conform Treeknormen en het voorkomen van wachtlijsten.

We hebben ook bij meerdere zorgverzekeraars een combinatie van een omzetplafond en een korting gezien. Na het bereiken van het plafond wordt dan de vergoeding van declaraties niet volledig stopgezet, maar wordt er een forse korting van bijvoorbeeld 50 tot en met 99% in rekening gebracht op extra omzet boven het plafond.

Het feit dat er reeds plafondafspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen bewijst dat deze contractvorm in de praktijk toepasbaar is. Ziekenhuizen geven wel aan weinig invloed te hebben op de zorgvraag en het aantal patiënten dat zich bij het ziekenhuis meldt en daarmee moeilijk te kunnen sturen op de omzet.

Daarnaast geven ziekenhuizen aan dat het bijzonder lastig is om te sturen op de omzet vanwege de lange doorlooptijden van DBC's en DBC-zorgproducten. Bij DBC's is door de globale validatie in een vroeg stadium nog redelijk goed in te schatten welke omzet gerealiseerd zal worden. Vanuit een ziekenhuis werd aangegeven dat de verwachte omzet bij DBC-zorgproducten veel moeilijker vooraf is in te schatten (er zijn meer vertakkingen in de DOT-beslisboom). Het duurt dan lang voordat er zicht ontstaat op de uiteindelijke omzet. Tegen de tijd dat het inzicht in de omzet gerealiseerd is, resteren er weinig mogelijkheden om nog te sturen op de omzet. Indien de OHW-grouper in 2012 gaat functioneren wordt dit inzicht mogelijk wel verbeterd.

6.5 Praktische haalbaarheid

Haalbaarheid concrete vormgeving contractafpraak

Een plafondafpraak voor de gehele omzet van een ziekenhuis is relatief eenvoudig te maken door de omzet van het ziekenhuis in voorgaande jaren als uitgangspunt te nemen en bijvoorbeeld te indexeren met de beschikbare (nominale) groeiruimte of door het plafond te bepalen als de totale waarde van voor het betreffende jaar gemaakte productieafspraken over zorgproducten. Indien gekozen wordt voor plafondafspraken die betrekking hebben op een deel van de zorgproducten van het ziekenhuis is minimaal informatie nodig over het deel van de totale omzet dat gerealiseerd werd met de betreffende zorgproducten in

voorgaande jaren. Alleen bij de overgang van FB naar prestatiebekostiging op basis van DOT is bepaling van de hoogte van het plafond gecompliceerder.

Een plafondafsprak kan worden vormgegeven door gedeclareerde DBC-zorgproducten boven het contractueel overeengekomen plafond niet te vergoeden als zorgverzekeraar. Een belangrijk voordeel hiervan is dat de plafondafsprak direct in werking treedt bij overschrijding van het plafond. Een andere mogelijkheid is dat gedeclareerde DBC's wel worden vergoed en dat achteraf verrekening plaats vindt. Een belangrijk nadeel van deze optie is dat de verrekening pas volledig afgerond is nadat alle DBC-zorgproducten uit het contractjaar zijn afgesloten en gedeclareerd. Dit kan tot circa 1½ jaar na het einde van het contractjaar duren (maximaal 1 jaar geopende DBC-zorgproducten en maximaal ½ jaar uiterlijke declaratietermijn).

Een praktisch aandachtspunt is dat de onderhandelingen over de zorginkoop bij voorkeur voor 31 december van t-1 worden afgesloten. Deze natuurlijke deadline wordt overigens tot nu toe meestal niet gerealiseerd. Het aantal verzekerden van een zorgverzekeraar is pas na 31 januari van jaar t definitief bekend. In het contract kan daartoe worden opgenomen dat indien nodig correctie plaats vindt voor mutaties van het aantal verzekerden.

Monitoring van gemaakte afspraak

Een zorgverzekeraar kan betaling van DBC-zorgproducten simpelweg stoppen als het omzetplafond wordt bereikt. Dit vraagt van de verzekeraar wel dat deze het aantal door een ziekenhuis ingediende declaraties lopende het jaar monitort. In een interview werd een voorbeeld genoemd van het voornemen om de omzetontwikkeling te monitoren en indien nodig tussentijds prijzen aan te passen aan het plafond. Een voorwaarde hiervoor is dat de OHW-grouper in bedrijf is.

Vooraf het ziekenhuis zal behoefte hebben om tussentijds de voortgang van de zorgproductie te monitoren om eventueel bij te kunnen sturen op de te realiseren omzet. De lange doorlooptijden van DBC-zorgproducten en het nog ontbreken van een OHW-grouper bemoeilijken dit.

Declaratie

De zorgverzekeraar betaalt declaraties van het ziekenhuis tot dat het omzetplafond is bereikt. Nadat het omzetplafond is bereikt worden declaraties van het ziekenhuis niet meer vergoed. Een andere mogelijkheid is dat alle gedeclareerde DBC's worden vergoed door de verzekeraar en dat achteraf verrekening plaats vindt. In de overeenkomsten met zorgaanbieders plegen zorgverzekeraars overigens op te nemen dat de zorgaanbieder voor de verleende zorg geen kosten in rekening brengt aan de verzekerde, met uitzondering van een eventueel door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage. Zo kan eenvoudig worden voorkomen dat ziekenhuizen de declaraties in rekening brengen bij patiënten nadat het omzetplafond is bereikt.

Gevolgen voor vaststelling eigen risico

In principe zijn de door het ziekenhuis gedeclareerde DBC-zorgproducten leidend om te bepalen wat de verzekerde vanuit zijn eigen risico zelf moet betalen. Indien de zorgverzekeraar een door het ziekenhuis gedeclareerd DBC-zorgproduct echter niet betaalt (omdat het plafond is bereikt), dan kan de zorgverzekeraar het eigen risico niet in rekening brengen bij de verzekerde. Dit leidt tot verschillen bij het in rekening brengen van het eigen risico tussen verzekerden.

6.6 Juridische haalbaarheid

De regulering van het gereguleerde en het vrije segment staat het maken van plafondsafspraken niet in de weg. Het ziekenhuis brengt immers tarieven voor de zorgproducten in dit segment in rekening; dat de tarieven variëren met het aantal in rekening gebrachte zorgproducten, is geen probleem. Uiteraard moeten zij wel op een adequate wijze contractueel worden geregeld.

De vraag rijst of een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen plafond kan worden 'doorbroken' vanwege de noodzaak acute zorg te verlenen aan verzekerden van de desbetreffende zorgverzekeraar, met andere woorden: kan de zorgaanbieder op die grond een vergoeding van kosten verlangen die boven het overeengekomen plafond uitgaan. Wanneer partijen zijn overeengekomen dat ondanks het bereiken van het plafond de zorgaanbieder gehouden blijft aan de verzekerden van de zorgverzekeraar zorg te verlenen, kan de vraag eenvoudig ontkennend worden beantwoord: bij het aangaan van de overeenkomst hebben partijen immers onder ogen gezien dat tegenover het maximum aan te declareren kosten (het plafond) een verplichting staat van zorgverlening van onbepaalde omvang, met inbegrip van verlening van acute zorg.

Wanneer partijen zijn overeengekomen dat na het bereiken van het plafond de zorgaanbieder niet gehouden is zorg te verlenen aan verzekerden van de zorgverzekeraar, geldt het volgende. Er bestaat geen twijfel over dat op iedere zorgaanbieder een verplichting tot hulpverlening berust in acute situaties.⁹ Deze verplichting bestaat ook wanneer de betaling van de kosten van zorg niet gewaarborgd is. Het gaat hier om een verplichting die op de zorgaanbieder rust jegens de patiënt en niet om een (contractuele) verplichting van de zorgaanbieder jegens de zorgverzekeraar. Hier doet zich de bijzondere situatie voor dat het verlenen van acute zorg niet is verdisconteerd in de overeenkomst, de acute zorg niet aan de patiënt kan worden onthouden en de keuze (dus) niet openstaat om de zorg op een later tijdstip te verlenen of te laten verlenen door een andere zorgaanbieder die geen plafondspraak heeft gemaakt of het plafond niet heeft bereikt.¹⁰

Deze bijzondere omstandigheden maken dat de zorgverzekeraar naar onze inschatting de betaling van kosten van acute zorg aan de zorgaanbieder niet kan weigeren wanneer (a) de zorgaanbieder na het bereiken van het plafond niet verplicht is verdere zorg te verlenen (b) in casu het plafond bereikt is (c) zich een patiënt aandient die acute zorg behoeft. In deze situatie is de mogelijkheid om een absoluut plafond af te spreken beperkt.

Vorenstaande geldt niet voor niet-acute zorg. Wanneer (a) de zorgaanbieder na het bereiken van het plafond niet verplicht is verdere zorg te verlenen, (b) het plafond bereikt is en (c) zich een patiënt aandient die niet-acute zorg behoeft, dan kan de zorgaanbieder de patiënt doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder. Zolang de zorgverzekeraar een voldoende ruim zorgaanbod heeft gecontracteerd, zodat zijn verzekerden de verzekerde zorg kunnen krijgen die voor hen geïndiceerd is, voldoet hij aan zijn zorgplicht.

⁹ Dit volgt zowel uit diverse strafbepalingen en het tuchtrecht.

¹⁰ Naar verluidt komt het in de Verenigde Staten wel voor dat ziekenhuizen patiënten die acute zorg behoeven zorg onthouden wegens onvoldoende dekking van de kosten, waarna de acute patiënt naar een andere instelling moet worden overgebracht. Een dergelijke 'carroussel' strookt naar onze mening niet met de in Nederland gangbare opvattingen over de juiste gang van zaken bij acute zorg.

Hoofdstuk 7 - Lump sum afspraken

Conclusie toepasbaarheid van lump sum afspraken

Bij een lump sum afspraak is de omzet die een ziekenhuis in rekening mag brengen bij een verzekeraar van te voren begrensd. Het ziekenhuis heeft daarnaast een omzetgarantie.

Lump sum afspraken met een doorleverplicht voor het ziekenhuis na het bereiken van de afgesproken omzetgrens zijn praktisch toepasbaar en kennen geen juridische belemmeringen. Ze komen nu nog weinig voor, maar meerdere partijen geven aan het komende jaar wel te gaan werken met lump sum afspraken met een doorleverplicht. Ziekenhuizen zien wel belemmeringen om te kunnen sturen op de overeengekomen omzet. Dit betekent dat het ziekenhuis enig financieel risico loopt over zorgproductie boven de omzetgrens die niet wordt vergoed.

7.1 Beschrijving

Bij een lump sum afspraak is de omzet die een ziekenhuis in rekening mag brengen bij een verzekeraar van te voren begrensd. Er is sprake van een omzetplafond, maar ook van een omzetgarantie voor het ziekenhuis. Het financiële risico van onderproductie ligt dus bij de verzekeraar. Het financiële risico voor overproductie ligt bij het ziekenhuis. Er is daarbij een spectrum met twee (uiterste) varianten en tussenvormen:

- Variant a: Een lump sum afspraak, waarbij het ziekenhuis niet gehouden is om na het bereiken van de lump sum grens alsnog zorg door te leveren, maar als het ziekenhuis ervoor kiest wel zorg door te leveren, staat daar geen vergoeding tegenover;
- Variant b: Een lump sum afspraak, waarbij het ziekenhuis wel verplicht is om na het bereiken van de lump sum grens alsnog zorg door te leveren (zonder extra vergoeding).

De lump sum kan worden vormgegeven door gedeclareerde DBC-zorgproducten boven de contractueel overeengekomen lump sum niet te vergoeden als zorgverzekeraar. Een andere mogelijkheid is dat gedeclareerde DBC's wel worden vergoed en dat achteraf verrekening plaats vindt. In het geval er sprake is van minder declaraties dan de lump sum afspraak vindt achteraf een verrekening plaats van zorgverzekeraar aan ziekenhuis met een vast bedrag.

7.2 Prikkelwerking en verwachte effecten

Omdat de afgesproken lump sum gegarandeerd is, heeft het ziekenhuis een prikkel tot onderproductie. Onderproductie leidt in dat jaar namelijk tot een beter financieel resultaat (dit in tegenstelling tot een plafondafpraak). Omdat de productie in termen van DBC zorgproducten inzichtelijk blijft, houdt het ziekenhuis anderzijds wel enigszins een prikkel om de zorglevering op peil te houden. Indien de omzet lager uitvalt dan de lump sum loopt het ziekenhuis namelijk het risico dat de lump sum het daarop volgende jaar lager wordt vastgesteld.

Een lump sum kan de concurrentie tussen ziekenhuizen beperken. Ziekenhuizen die marktaandeel winnen van andere ziekenhuizen lopen het risico om beloning mis te lopen door de begrenzing van hun omzet. Daarbij is ook een risico van lump summen (i.t.t. plafonds) dat ziekenhuizen die marktaandeel verliezen dit financieel niet merken. Bij voorkeur zouden lump summen gecorrigeerd moeten worden voor verschuivingen in marktaandeel.

Bij beide varianten van een lump sum afspraak bestaat het risico op wachtlijsten, ongewenste doorverwijzing en onderbehandeling.

In variant a heeft het ziekenhuis een prikkel om na het bereiken van de lump sum grens geen zorg meer te leveren. Het ziekenhuis maakt vanaf dat moment namelijk wel de kosten, maar ontvangt geen opbrengsten. Met elk zorgproduct dat het ziekenhuis levert na het bereiken van de lump sum grens verslechtert het financiële resultaat van het ziekenhuis. Concreet kan het ziekenhuis overgaan tot een patiëntenstop. In variant a is het risico met name groot dat noodzakelijke zorg niet geleverd wordt aan het einde van het jaar. Het ziekenhuis kan ervoor kiezen om reeds lopende het jaar 'overproductie' zoveel mogelijk te voorkomen, zodat er aan het eind van het jaar geen wachtlijsten ontstaan. De prikkel hiertoe ontbreekt echter, omdat het ziekenhuis niet gehouden is zorg door te leveren na het bereiken van de lump sum grens. Overigens is het wel de vraag in hoeverre het een reële optie is voor ziekenhuizen om een patiëntenstop af te kondigen. Een ziekenhuis geeft aan dat een patiëntenstop zeer slecht is voor de reputatie van het ziekenhuis. Daarnaast mogen ziekenhuizen patiënten die zich melden bij de spoedeisende hulp niet weigeren.

Indien in het contract overeen is gekomen dat het ziekenhuis verplicht zorg moet blijven leveren na het bereiken van de lump sum grens (variant b), dan heeft het ziekenhuis een prikkel om gedurende het hele jaar te sturen op het beperken van de omzet om te voorkomen dat aan het eind van het jaar de lump sum grens wordt overschreden. Het risico op volume overschrijding ligt bij het ziekenhuis en niet meer bij de zorgverzekeraar.

Het ziekenhuis heeft een prikkel om patiënten niet te behandelen of op een wachtlijst te plaatsen. Scherp toezicht vanuit de verzekeraar op het voorkomen van onderbehandeling is wenselijk. Om toezicht te kunnen houden, is het noodzakelijk dat het ziekenhuis transparant is over (de kwaliteit van) de geleverde zorg. Het ziekenhuis kan de omzet ook proberen te beperken door patiënten actief door te verwijzen naar andere zorgaanbieders. In het algemeen is dit ongewenst, omdat het per saldo leidt tot hogere zorguitgaven. Om dit tegen te gaan, kunnen overigens contractbepalingen worden opgesteld die bepalen dat verwijzingen van het ziekenhuis naar bijvoorbeeld ongecontracteerde ziekenhuizen in het buitenland of naar ZBC's mee tellen onder het plafond van het ziekenhuis.

Indien het plafond overschreden dreigt te worden krijgt het ziekenhuis een prikkel om behandelingen op te knippen. Door verrichtingen uit te stellen tot na het vaste afsluitmoment van het betreffende DBC-zorgproduct en zo een beperkt subtraject (bijvoorbeeld alleen de diagnosestelling) te declareren in het contractjaar waarin overschrijding dreigt, kan de overschrijding van het plafond dat jaar beperkt worden. Door de uitgestelde verrichtingen in een nieuw subtraject te starten in een nieuw contractjaar kunnen de inkomsten van een behandeling voor een deel onder een nieuw plafond worden gebracht. Dit betekent overigens wel dat bepaalde verrichtingen moedwillig moeten worden uitgesteld door het ziekenhuis.

Een omzetplafond kan de prikkel versterken voor een ziekenhuis om zijn zorgproductie te richten op de meest winstgevende DBC-zorgproducten. Als de omzet beperkt wordt ligt het voor de hand om vooral de productie van weinig renderende DBC zorgproducten te verminderen. Door binnen het plafond minder verliesgevende DBC-zorgproducten en DBC-zorgproducten met een lage marge te leveren, maar zich juist te concentreren op DBC-zorgproducten met een hoge marge kan het ziekenhuis zijn financiële resultaat verbeteren.

Indien de zorgverzekeraar een vermindering van de zorgproductie accepteert (en dit niet leidt tot een lagere lump sum in het volgende jaar) dan kan de focus van het ziekenhuis verschuiven van behandelen naar het bevorderen van gezondheid.

Het ziekenhuis krijgt een prikkel om zorgkosten te voorkomen en de zorgproductie te verlagen door preventie, substitutie naar de 1e lijn, het tegengaan van overbehandeling en het terugdringen van praktijkvariatie. Hiermee worden zorguitgaven voorkomen en neemt de kwaliteit van zorg toe, terwijl het ziekenhuis geen inkomsten misloopt als zij minder behandelingen uitvoert (dit in tegenstelling tot een plafondafpraak).

Het is mogelijk een lump sum vast te stellen voor een gedeelte van de omzet van een ziekenhuis. In het algemeen heeft het ziekenhuis dan een prikkel tot onderproductie van de zorgproducten die vallen binnen de lump sum. Immers de lump sum is gegarandeerd ongeacht de productie. Productie van zorgproducten die buiten de lump sum vallen, levert daarentegen extra inkomsten op. Merk op dat de verzekeraar ook bewust gebruik kan maken van deze prikkel in het geval de verzekeraar wil sturen op het verleggen van de productiecapaciteit van het ziekenhuis naar zorgproducten waarvoor geen lump sum geldt.

7.3 Meerwaarde voor ziekenhuis en verzekeraar

Meerwaarde lump sum afspraken voor ziekenhuizen:

- Een lump sum heeft meerwaarde voor het ziekenhuis omdat het zekerheid geeft over de inkomsten. Dit kan meer in het bijzonder van belang zijn bij systeemovergangen, bijvoorbeeld bij de overgang van de FB-systematiek naar prestatiebekostiging en de overgang van DBC's naar DOT.
- Met name wanneer een meerjarige lump sum afspraak wordt overeengekomen kan het ziekenhuis richting financiers zekerheid bieden. Dit maakt het voor het ziekenhuis gemakkelijker om kapitaal aan te trekken (bijvoorbeeld een lening voor nieuwbouw).
- Variant a is aantrekkelijker voor het ziekenhuis dan variant b, omdat variant a het ziekenhuis meer mogelijkheden biedt om het risico op overproductie af te wenden. In variant a kunnen patiënten bij het bereiken van het plafond door het ziekenhuis geweigerd worden of op een wachtlijst worden geplaatst. Dit leidt waarschijnlijk wel tot imago schade voor het ziekenhuis.
- Indien de zorgverzekeraar een vermindering van de zorgproductie accepteert (en dit niet leidt tot een lagere lump sum in het volgende jaar), dan wordt het ziekenhuis financieel beloond, als zij mogelijkheden ziet om de zorgproductie te verlagen.
- Een nadeel voor het ziekenhuis is dat een lump sum afspraak geen ruimte biedt voor groei binnen het jaar. Extra productie binnen de lump sum afspraak leidt namelijk niet tot extra inkomsten.

In de gehouden interviews geven ziekenhuizen in beginsel aan weinig voordeel te hebben van de omzetbeperking in de lump sum. Ziekenhuizen willen niet onbetaalde zorg leveren. Dit risico is aanwezig omdat ze zelf aangeven beperkt invloed te hebben op de volumecomponent van hun omzetvolume. Tegelijkertijd geven de ziekenhuizen in de interviews ook aan de voorkeur te geven aan een lump sum afspraak boven een plafondafpraak. Tegenover een doorleverplicht staat bij een lump sum afspraak immers een inkomstengarantie en bij een plafondafpraak niet. De inkomstengarantie van de lump sum wordt met name in de komende jaren met de overgang op DOT en prestatiebekostiging positief gewaardeerd door de ziekenhuizen.

Meerwaarde lump sum afspraken voor zorgverzekeraars:

- Voor zorgverzekeraars is een lump sum afspraak in variant a niet aantrekkelijk. De zorgverzekeraar is zeker het bedrag kwijt ter hoogte van de lump sum, maar loopt wel risico op extra zorguitgaven. Indien een ziekenhuis namelijk minder zorg levert dan de verzekerden van de zorgverzekeraar nodig hebben, dan moet de zorgverzekeraar met het oog op de zorgplicht aanvullend noodzakelijke zorg inkopen om te kunnen voldoen aan zijn zorgplicht.
- Variant b is erg aantrekkelijk voor zorgverzekeraars. De schadelast wordt vooraf beperkt tot een vastgestelde omvang. Er is geen risico dat de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht.
- Door lump sum afspraken te maken die gelden voor een deel van de zorgproducten kan de verzekeraar deze contractvorm gebruiken om specialisatie en concentratie te bevorderen en productiestromen binnen het ziekenhuis te verleggen.
- Doordat het ziekenhuis een prikkel heeft om in preventie te investeren, substitutie naar de 1e lijn vorm te geven, overbehandeling tegen te gaan en praktijkvariatie te verminderen, worden mogelijk ook in de toekomst lagere zorguitgaven gerealiseerd.
- In het kader van het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie kan de verzekeraar een lump sum afspraak inzetten in het geval er bij een ziekenhuis sprake is van onverklaarbare overbehandeling.
- Een zorgverzekeraar moet bij een lump sum afspraak wel scherp monitoren of er niet op omvangrijke schaal wachtlijsten ontstaan en/of ongewenste verwijzing en onderbehandeling plaats vinden door het ziekenhuis. Indien onderbehandeling plaats vindt kan dit mogelijk tot hogere uitgaven leiden in de toekomst.

Zorgverzekeraars geven in de interviews aan de voorkeur te geven aan plafondafspraken boven lump sum afspraken. Met het oog op de overgang naar DOT en prestatiebekostiging overwegen ze om onder voorwaarden (tijdelijk) lump sum afspraken te maken met een deel van de ziekenhuizen (in plaats van plafondafspraken).

7.4 Mate waarin contractafpraak reeds voorkomt en door veldpartijen ervaren belemmeringen

Uit de interviews blijkt dat lump sum afspraken nu nog weinig voorkomen in de praktijk. In interviews geven meerdere partijen wel aan het komende jaar te gaan werken met lump sum afspraken (met een doorleverplicht), mede met het oog op de invoering van DOT. We hebben geen voornemens gehoord over lump sum afspraken met ZBC's.

Ziekenhuizen geven wel aan weinig invloed te hebben op de zorgvraag en het aantal patiënten dat zich bij het ziekenhuis meldt en daarmee moeilijk te kunnen sturen op de omzet. Daarnaast geven ziekenhuizen aan dat het bijzonder lastig is om te sturen op omzet vanwege de lange doorlooptijden van DBC's en DBC-zorgproducten. Bij DBC's is door de globale validatie in een vroeg stadium nog redelijk goed in te schatten welke omzet gerealiseerd zal worden. Vanuit een ziekenhuis werd aangegeven dat de verwachte omzet bij DBC-zorgproducten veel moeilijker vooraf is in te schatten (er zijn meer vertakkingen in de DOT beslisboom). Het duurt dan lang voordat er zicht ontstaat over de uiteindelijke omzet. Tegen de tijd dat het inzicht in de omzet gerealiseerd is, resteren er weinig mogelijkheden om nog te sturen op omzet. Indien de OHW-grouper in 2012 gaat functioneren wordt dit inzicht mogelijk wel verbeterd.

7.5 Praktische haalbaarheid

Haalbaarheid concrete vormgeving contractafspraken

Een lump sum afspraak voor de gehele omzet van een ziekenhuis is relatief eenvoudig te maken door de omzet van het ziekenhuis in voorgaande jaren als uitgangspunt te nemen en bijvoorbeeld te indexeren met de beschikbare (nominale) groeiruimte of door de lump sum te bepalen als de totale waarde van voor het betreffende jaar gemaakte productieafspraken over zorgproducten. Indien gekozen wordt voor lump sum afspraken die betrekking hebben op een deel van de zorgproducten van het ziekenhuis is minimaal informatie nodig over het deel van de totale omzet dat gerealiseerd werd met de betreffende zorgproducten in voorgaande jaren. Alleen bij de overgang van FB naar prestatiebekostiging op basis van DOT is bepaling van de omvang van de lump sum gecompliceerder.

De lump sum kan worden vormgegeven door gedeclareerde DBC-zorgproducten boven de contractueel overeengekomen lump sum niet te vergoeden als zorgverzekeraar. Een belangrijk voordeel hiervan is dat de lump sum afspraak direct in werking treedt bij overschrijding van de lump sum. Een andere mogelijkheid is dat gedeclareerde DBC's wel worden vergoed en dat achteraf verrekening plaats vindt. Een belangrijk nadeel van deze optie is dat verrekening pas volledig afgerond is nadat alle DBC zorgproducten uit het contractjaar zijn afgesloten en gedeclareerd. Dit kan tot circa 1½ jaar na einde van het contractjaar duren (maximaal 1 jaar geopende DBC-zorgproducten en maximaal ½ jaar uiterlijke declaratietermijn). Indien de omzet aan DBC-zorgproducten lager is dan de lump sum kan verrekening achteraf plaats vinden. De zorgverzekeraar verstrekt in dat geval het ziekenhuis achteraf een zodanig bedrag dat de lump sum alsnog gerealiseerd wordt.

Een praktisch aandachtspunt is dat de onderhandelingen over de zorginkoop bij voorkeur voor 31 december van t-1 worden afgesloten. Deze natuurlijke deadline wordt overigens tot nu toe meestal niet gerealiseerd. Het aantal verzekerden van een zorgverzekeraar is pas na 31 januari van jaar t definitief bekend. In het contract kan daartoe worden opgenomen dat indien nodig correctie plaats vindt voor mutaties van het aantal verzekerden.

Monitoring van gemaakte afspraak

Een zorgverzekeraar kan betaling van DBC-zorgproducten simpelweg stoppen als de afgesproken omzetgrens wordt bereikt. Dit vraagt van de verzekeraar wel dat deze het aantal door een ziekenhuis ingediende declaraties lopende het jaar monitort.

Voor het ziekenhuis zal behoefte hebben om tussentijds de voortgang van de zorgproductie te monitoren om eventueel bij te kunnen sturen op de te realiseren omzet. De lange doorlooptijden van DBC-zorgproducten en het nog ontbreken van een OHW-grouper bemoeilijken dit.

Declaratie

De zorgverzekeraar betaalt declaraties van het ziekenhuis tot dat de afgesproken omzetgrens is bereikt. Nadat de afgesproken omzetgrens is bereikt worden declaraties van het ziekenhuis niet meer vergoed. Een andere mogelijkheid is dat alle gedeclareerde DBC's worden vergoed door de verzekeraar en dat achteraf verrekening plaats vindt.

In de overeenkomsten met zorgaanbieders plegen zorgverzekeraars overigens op te nemen dat de zorgaanbieder voor de verleende zorg geen kosten in rekening brengt aan de verzekerde, met uitzondering van een eventueel door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage. Zo kan eenvoudig worden voorkomen dat ziekenhuizen de declaraties in rekening brengen bij patiënten nadat de omzetgrens is bereikt.

Gevolgen voor vaststelling eigen risico

In principe zijn de door het ziekenhuis gedeclareerde DBC-zorgproducten leidend om te bepalen wat de verzekerde vanuit zijn eigen risico zelf moet betalen. Indien de zorgverzekeraar een door het ziekenhuis gedeclareerd DBC-zorgproduct echter niet betaalt (omdat het plafond is bereikt), dan kan de zorgverzekeraar het eigen risico niet in rekening brengen bij de verzekerde. Dit leidt tot verschillen bij het in rekening brengen van het eigen risico tussen verzekerden.

7.6 Juridische haalbaarheid

Hetgeen in paragraaf 5.6 is opgemerkt over de verschillende methoden voor vergoeding van de lumpsum aan de zorgaanbieder, geldt mutatis mutandis voor lump sum afspraken.

Hetgeen in paragraaf 6.6 is opgemerkt over acute zorg, geldt mutatis mutandis voor lump sum afspraken.

Hoofdstuk 8 - Abonnementssysteem

Conclusie toepasbaarheid van abonnementssysteem

Bij een abonnementssysteem ontvangt het ziekenhuis van de verzekeraar een vast bedrag per verzekerde woonachtig in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Voor dit bedrag moet het ziekenhuis lopende een vastgestelde periode zorg leveren aan verzekerden van betreffende verzekeraar.

Een abonnementssysteem is een fundamenteel andere wijze van contracteren. Er lijken geen substantiële juridische bezwaren te zijn, maar wel een groot aantal praktische bezwaren. Deze contractvorm wordt waarschijnlijk niet op korte termijn toegepast in de ziekenhuissector.

8.1 Beschrijving

Bij een abonnementssysteem ontvangt het ziekenhuis van de verzekeraar een vast bedrag (abonnementstarief) per verzekerde woonachtig in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Voor dit abonnementstarief dient het ziekenhuis lopende het jaar of meerjarig zorg te leveren aan verzekerden van de betreffende verzekeraar. Het abonnementstarief per verzekerde kan bijvoorbeeld gebaseerd worden op de gemiddelde ziekenhuiskosten per verzekerde uit een afgesloten jaar met een indexatie voor de gemiddelde (verwachte) prijs- en volumeontwikkeling sindsdien.

Het is mogelijk om verschillende abonnementstarieven naast elkaar te hanteren door bijvoorbeeld voor jongeren een lager abonnementstarief te verstrekken dan voor ouderen. Het abonnementssysteem kan betrekking hebben op de volledige zorg van het ziekenhuis, maar kan ook beperkt worden tot enkele specifieke behandelingen. Bijvoorbeeld behandelingen waarvan de noodzaak niet altijd vast staat, zoals het verwijderen van tonsillen, meniscus operaties, hernia operaties.

8.2 Prikkelwerking en verwachte effecten

Het ziekenhuis krijgt een prikkel om zorgkosten te voorkomen en de zorgproductie te verminderen door preventie, substitutie naar de 1^e lijn, het tegengaan van overbehandeling en het terugdringen van praktijkvariatie. Hiermee worden zorguitgaven voorkomen en neemt de kwaliteit van zorg toe, terwijl het ziekenhuis geen inkomsten misloopt als zij minder behandelingen uitvoert.

Bij abonnementssystemen bestaat het risico op wachtlijsten en ongewenste doorverwijzing. Scherp toezicht vanuit de verzekeraar op het voorkomen van wachtlijsten en ongewenste doorverwijzing is dan ook wenselijk.

De ongewenste prikkel om patiënten met een zware zorgbehoefte of gecompliceerde problematiek te weigeren en lichte patiënten te selecteren, kan worden afgezwakt door verschillende abonnementstarieven te hanteren voor onderscheiden groepen van verzekerden. Door bijvoorbeeld voor patiënten met comorbiditeit

of voor ouderen een hoger abonnementstarief vast te stellen, is het voor het ziekenhuis ook aantrekkelijk deze patiënten in zorg te nemen.

Het ziekenhuis kan de omzet ook proberen te beperken door patiënten actief door te verwijzen naar andere zorgaanbieders. In het algemeen is dit ongewenst, omdat het per saldo leidt tot hogere zorguitgaven. De prikkel voor ongewenste verwijzingen kan worden weggenomen door dit risico ook bij het ziekenhuis neer te leggen. Bijvoorbeeld door het ziekenhuis de rekeningen van doorverwijzingen te laten betalen. Tegelijkertijd heeft het ziekenhuis ook een prikkel om substitutie naar de 1^e lijn vorm te geven, hetgeen wel een gewenste vorm van doorverwijzing kan zijn.

Het abonnementssysteem kan betrekking hebben op de volledige zorg van het ziekenhuis, maar kan ook beperkt worden tot enkele specifieke behandelingen. In het laatste geval heeft het ziekenhuis een prikkel tot onderproductie van de zorgproducten die vallen onder het abonnementssysteem. Immers het abonnementstarief is gegarandeerd ongeacht de productie. Productie van zorgproducten die buiten het abonnementssysteem vallen, levert daarentegen extra inkomsten op. Merk op dat de verzekeraar ook bewust gebruik kan maken van deze prikkel in het geval de verzekeraar wil sturen op het verleggen van de productiecapaciteit van het ziekenhuis naar zorgproducten die niet onder het abonnementstarief vallen.

8.3 Meerwaarde voor ziekenhuis en verzekeraar

Meerwaarde abonnementssysteem voor ziekenhuizen:

- Een abonnementssysteem geeft een ziekenhuis een garantie op een vooraf bepaalde omzet. Dit kan meer in het bijzonder van belang zijn bij systeemovergangen, bijvoorbeeld bij de overgang van de FB-systematiek naar prestatiebekostiging en de overgang van DBC's naar DOT.
- Ook richting kapitaalverschaffers kan een garantie op een vooraf bepaalde omzet een belangrijk gegeven zijn. Met name wanneer meerjarige abonnementsafspraken worden overeengekomen, kan het ziekenhuis richting financiers zekerheid bieden. Dit maakt het voor het ziekenhuis gemakkelijker om kapitaal aan te trekken (bijvoorbeeld een lening voor nieuwbouw).
- Indien het ziekenhuis mogelijkheden ziet om de zorgproductie te verminderen, dan wordt het ziekenhuis daarvoor financieel beloond.
- Een nadeel voor het ziekenhuis is dat een abonnementssysteem geen ruimte biedt voor groei binnen het jaar. Extra productie leidt namelijk niet tot extra inkomsten. Eventueel kan wel worden geprobeerd om meer abonnementsafspraken overeen te komen met de zorgverzekeraar.

Meerwaarde abonnementssysteem voor zorgverzekeraars:

- Een abonnementssysteem biedt in potentie veel voordelen voor een zorgverzekeraar. Het omzetriscico is begrensd en wordt overgenomen door de zorgaanbieder. De omzet kan vrijwel volledig worden begrensd en het is mogelijk het ziekenhuis risico te laten lopen over het aantal doorverwijzingen. Er is geen risico dat de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht.
- Doordat het ziekenhuis een prikkel heeft om in preventie te investeren, substitutie naar de 1^e lijn vorm te geven, overbehandeling tegen te gaan en praktijkvariatie te verminderen, worden mogelijk ook in de toekomst lagere zorguitgaven gerealiseerd.

- In het kader van het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie kan de verzekeraar het abonnementssysteem inzetten in het geval er bij een ziekenhuis sprake is van onverklaarbare overbehandeling.
- Door het abonnementssysteem te beperken tot enkele specifieke behandelingen kan de verzekeraar sturen op het verleggen van productiecapaciteit van het ziekenhuis.
- Een zorgverzekeraar moet bij een abonnementssysteem wel scherp monitoren of er niet op omvangrijke schaal wachtlijsten ontstaan en/of ongewenste verwijzing (als dit financiële risico niet is neergelegd bij het ziekenhuis) plaats vindt door het ziekenhuis.

Zorgverzekeraars geven in de interviews aan in theorie duidelijk meerwaarde te zien in een abonnementssysteem. Een geïnterviewde zorgverzekeraar gaf aan een abonnementssysteem in theorie een interessante variant te vinden omdat het minder aanzet tot productie en meer prikkels heeft voor preventie van kosten. Ze wijzen echter ook op de vele praktische belemmeringen om tot haalbare toepassing te komen.

8.4 Mate waarin contractafpraak reeds voorkomt en door veldpartijen ervaren belemmeringen

In de afgenomen interviews wordt aangegeven dat er binnen de ziekenhuissector door enkele partijen wel wordt nagedacht over de mogelijkheden van een abonnementssysteem, maar dat realisatie in de praktijk op korte termijn niet wordt voorzien.

In de interviews werd een aantal belemmeringen genoemd voor abonnementsafspraken

- Een zorgverzekeraar contracteert maar een deel van het ziekenhuis. Het is wellicht niet mogelijk of wenselijk (o.a. uit oogpunt van mededingingsrecht) om alle verzekeraars te laten meewerken aan een abonnementsafpraak. De consequentie is in dat geval dat het ziekenhuis te maken krijgt met sterk verschillende contractregimes (en de daaruit volgende verschillen in administratieve afhandeling en prikkels).
- Er moet gecorrigeerd worden voor de casemix van de betreffende verzekerden.
- Een abonnementssysteem past niet goed bij een ziekenhuis met een topreferente functie (met een groot aantal verzekerden buiten het eigen verzorgingsgebied). Daarnaast verschillen de verzorgingsgebieden van verschillende specialismen binnen één ziekenhuis.
- Een abonnementssysteem heeft bij voorkeur een bredere reikwijdte dan alleen ziekenhuiszorg en zou ook betrekking moeten hebben op de eerstelijnszorg (met name huisartsenzorg). Het is echter moeilijk om met zoveel partijen in de eerste lijn tot een afspraak te komen.
- Voor een goed abonnementssysteem zijn langjarige afspraken met zekerheid over inkomsten noodzakelijk. Alleen dan loont het om te investeren in preventie. Gezien alle aanpassingen van het zorgstelsel is het moeilijk om zulke lange termijn afspraken te maken.

8.5 Praktische haalbaarheid

Haalbaarheid concrete vormgeving contractafpraak

- variant a: Een abonnementssysteem kan binnen de bestaande bekostigingssystematiek technisch worden vormgegeven door het totaal van abonnementstarieven per zorgverzekeraar als een lump sum afspraak (gegarandeerd budget) te beschouwen en de gedeclareerde DBC-zorgproducten als

'financiering' van de lump sum / het gegarandeerde budget. Het budget is daarmee leidend voor het bepalen van de inkomsten van het ziekenhuis (vergelijkbaar met de FB-systematiek). De omzet aan DBC-zorgproducten wordt met een verrekening gelijk gemaakt aan de hoogte van het afgesproken budget.

- variant b: Het is ook denkbaar dat de NZa een nieuwe prestatie 'abonnement' met een vrij tarief mogelijk maakt, indien beide contractpartijen hiertoe een verzoek indienen bij de Nza. Deze prestatie kan vervolgens door het ziekenhuis in termijnen gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Vervolgens kan eventueel voor verzekerden die onder de abonnementsafspraken vallen en zorg afnemen bij het ziekenhuis worden afgezien van het openen en declareren van DBC-zorgproducten. In de praktijk zullen de DBC-zorgproducten waarschijnlijk wel een rol blijven spelen bij de interne allocatie van opbrengsten.

Een abonnementssysteem heeft een groot aantal praktische aandachtspunten. Een belangrijk deel hiervan hangt niet zozeer samen met de systematiek van bekostiging, maar met algemene aspecten van de Nederlandse zorg.

1. Een abonnementssysteem past vooral goed bij de situatie waarin het ziekenhuis de enige aanbieder is in een regio. De kans is anders groot dat patiënten door het betreffende ziekenhuis worden ontmoedigd om het ziekenhuis te bezoeken of actief worden afgewenteld op andere ziekenhuizen.
2. Een abonnementssysteem verhoudt zich niet goed met concurrentie tussen ziekenhuizen op grond van DBC-zorgproducten. Eventueel is wel concurrentie mogelijk op de prijs en kwaliteit van de prestatie abonnement.
3. Als het abonnementssysteem betrekking heeft op alle vormen van zorg verhoudt het abonnementssysteem zich in beginsel slecht met de tendens richting meer specialisatie van ziekenhuizen. Van het ziekenhuis wordt in dat geval immers verwacht dat zij alle vormen van zorg levert. Overigens kan het ziekenhuis er natuurlijk wel voor kiezen om delen van haar zorgaanbod uit te besteden aan gespecialiseerde onderaannemers. Als het abonnementssysteem betrekking heeft op enkele behandelingen, dan hoeft er sowieso geen spanning op te treden met de tendens richting meer specialisatie van ziekenhuizen.
4. Een zorgverzekeraar en ziekenhuis moeten afspraken maken over het aantal verzekerden dat onderdeel uitmaakt van de abonnementsafpraak. Een praktisch aandachtspunt is dat de onderhandelingen over de zorginkoop bij voorkeur voor 31 december van t-1 worden afgesloten. Deze natuurlijke deadline wordt overigens tot nu toe meestal niet gerealiseerd. Het aantal verzekerden van een zorgverzekeraar is pas na 31 januari van jaar t definitief bekend. In het contract kan daartoe worden opgenomen dat indien nodig correctie plaats vindt voor mutaties van het aantal verzekerden.
5. Het abonnementstarief zal gecorrigeerd moeten worden voor casemix. Er kan een reëel abonnementstarief worden vastgesteld als er inzicht bestaat in het verwachte zorggebruik van de groep verzekerden die onderdeel uitmaakt van de abonnementsafpraak. Hiervoor kan mogelijk worden aangesloten bij de systematiek (en vergoeding) uit de risicoverevening (bijvoorbeeld minus een 5% afslag voor de zorgverzekeraar).
6. Een zorgverzekeraar kan een verzekerde niet dwingen om gebruik te maken van het ziekenhuis waar een abonnement is overeengekomen. Dit is een aandachtspunt indien de zorgverzekeraar ook met andere ziekenhuizen inkoopcontracten sluit zonder abonnement. In reguliere naturapolissen kunnen verzekerden kiezen uit een groot aantal gecontracteerde ziekenhuizen. Verzekerden met een

restitutiepolis hebben nog meer keuzemogelijkheden. Dit geeft extra onzekerheid over het aantal patiënten dat daadwerkelijk zorg van het ziekenhuis met abonnementsafspraken zal betrekken.

7. Een ziekenhuis sluit met meerdere verzekeraars een contract. Dit kan betekenen dat een ziekenhuis meerdere soorten prestaties moet onderscheiden (deels abonnement en deels DBC-zorgproducten voor andere zorgverzekeraars).

Monitoring van gemaakte afspraak

Het is in een abonnementssysteem voor de zorgverzekeraar niet nodig om de feitelijke ontwikkeling van de uitgaven en behandelingen van het ziekenhuis te monitoren. De kosten worden immers bepaald door het abonnementstarief en niet door de uitgevoerde behandelingen. Wel moet de zorgverzekeraar er op letten dat doorverwijzing voor rekening van het ziekenhuis komt en dat er geen wachtlijsten ontstaan.

Declaratie

Gezien het radicaal andere uitgangspunt van een abonnementssysteem ligt het voor de hand om (op termijn) af te zien van declaratie van DBC-zorgproducten. Dit vergt wel dat het ziekenhuis in plaats daarvan een prestatie 'abonnement' in rekening mag brengen. In theorie kan een abonnementssysteem wel worden vormgegeven via een langjarige lump sum afspraak waarbij de hoogte van de lump sum wordt bepaald op grond van de abonnementsvergoeding en het aantal verzekerden. Er kunnen vervolgens DBC-zorgproducten worden gedeclareerd totdat de lump sum is gerealiseerd (zie verder hoofdstuk 7).

Gevolgen voor vaststelling eigen risico

Indien een prestatie 'abonnement' in rekening wordt gebracht bij de zorgverzekeraar en er geen behandelingen meer gedeclareerd worden, dan kan ook geen eigen risico in rekening worden gebracht. Dit zou overigens een goede financiële prikkel kunnen zijn voor verzekerden om mee te doen aan een abonnementssysteem.

8.6 Juridische haalbaarheid

Het is mogelijk om deze wijze van vergoeding te 'versleutelen' in tarieven voor individuele prestaties. De overeenkomst zou dan een formule voor het tarief moeten bevatten, die er ongeveer zo uitziet:

tarief = (opbrengst van abonnementsgelden / aantal in periode gedeclareerde prestaties)

In feite is dan sprake van een degressief tarief, dat in overeenstemming is met de regulering in het vrije segment. Dit is een vrij gekunstelde constructie. Het ligt voor de hand dat de NZa deze wijze van vergoeding faciliteert door een nieuwe prestatie 'abonnement' met een vrij tarief mogelijk te maken, indien beide contractpartijen hiertoe een verzoek indienen bij de NZa. Het tarief (het abonnement) wordt dan in rekening gebracht voor 'het geheel van in een bepaalde periode aan een verzekerde van een zorgverzekeraar verleende zorg'.

Het abonnementssysteem veronderstelt een sterke binding tussen elke patiënt/verzekerde en één ziekenhuis. Er is immers één ziekenhuis dat het abonnementsgeld ontvangt. Anders dan bij de huisartsenzorg is het niet gebruikelijk dat een verzekerde zich bij een ziekenhuis 'inschrijft' en zich in beginsel met al zijn medisch-specialistische behoeften tot dat ziekenhuis wendt. Het abonnementssysteem zou daarom gepaard moeten gaan met verzekeringsvoorwaarden, die de keuze voor ziekenhuizen sterk beperken. Dat soort voorwaarden zal stuiten op grenzen van juridische en commerciële aard. Verder is het onderscheid tussen natura- en restitutiepólissen in dit kader relevant. In het geval van een naturapolis is het (tot op zekere hoogte) mogelijk patiënten te sturen naar gecontracteerd aanbod, maar niet specifiek naar één ziekenhuis. In het geval van een restitutiepólis zijn er vrijwel geen mogelijkheden om patiënten zorg af te laten nemen in een bepaald ziekenhuis.

Hoofdstuk 9 - Prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud

Conclusie toepasbaarheid van prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud

De prijs die een verzekeraar en een ziekenhuis overeenkomen is afhankelijk van de kwaliteit van de geleverde zorg en/of de zorgzwaarte van de patiënt.

Er zijn geen juridische belemmeringen. Toepassing van deze contractvorm is in de praktijk reeds zichtbaar, maar wel op beperkte schaal. Het ontbreken van (consensus over) goede en relevante kwaliteitsindicatoren (m.n. uitkomstindicatoren) en objectieve informatie over zorgzwaarteverschillen maken brede toepassing nog lastig.

9.1 Beschrijving

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen differentiëren in tarieven op grond van zorginhoudelijke aspecten. Bij prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud zijn er drie aspecten waaraan aandacht moet worden besteed:

1. Waar richt de prijsdifferentiatie zich op?

- A. Prijsdifferentiatie bij kwaliteitsverschillen

Het tarief wordt door de verzekeraar ingezet om te sturen op verbetering van de kwaliteit van zorg. Dat kan bijvoorbeeld door voor eenzelfde zorgproduct twee tarieven af te spreken, waarbij het hoge tarief in rekening mag worden gebracht als wordt voldaan aan bepaalde kwaliteitseisen. Ook is het denkbaar bij eenzelfde diagnose prijsdifferentiatie toe te passen op de verschillende mogelijke behandelingen in het geval er op basis van de richtlijnen een duidelijke voorkeur bestaat voor een bepaalde behandeling.

- B. Prijsdifferentiatie bij zorgzwaarteverschillen

Bij deze variant wordt prijsdifferentiatie door de zorgverzekeraar ingezet om zorgzwaarte-problematiek op te lossen. We gaan er in deze variant vanuit dat zorgzwaarte in dat geval nog niet in de productstructuur is opgenomen zoals bijvoorbeeld bij Operatie intestinum (zwaar, zonder VPLD | zwaar, met VPLD | zeer zwaar). Het differentiëren van prijzen voor zorgzwaarteverschillen ligt vooral voor de hand indien zorgzwaarteverschillen onevenredig verdeeld zijn tussen zorgaanbieders. Bijvoorbeeld in het geval ziekenhuizen, zoals UMC's, als gevolg van doorverwijzing relatief veel patiënten met een hogere zorgzwaarte behandelen. Indien alle ziekenhuizen in gelijke mate te maken hebben met zorgzwaarteverschillen ligt een aparte correctie niet voor de hand. Een prijs gebaseerd op de gemiddelde zorgzwaarte is dan voldoende¹¹.

¹¹ Het is ook mogelijk dat er zorgzwaarteverschillen binnen een ziekenhuis zichtbaar zijn (bijvoorbeeld tussen afdelingen of specialismen). Het is echter de vraag of dit laatste aspect van zorgzwaarte een rol moet spelen bij de zorginkoop. Eventuele compensatie voor deze verschillen zien we vooral als een verantwoordelijkheid van betrokkenen binnen het ziekenhuis.

2. Op welk niveau grijpt de prijsdifferentiatie aan?

- A. *Kwaliteit*

Kwaliteitsverschillen kunnen in kaart worden gebracht met behulp van indicatoren. Naast cliëntervaringsindicatoren bijvoorbeeld gemeten met een CQ-vragenlijst zijn er zogenaamde zorginhoudelijke indicatoren. Drie soorten zorginhoudelijke indicatoren worden onderscheiden: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Kwaliteitsverschillen kunnen in theorie op verschillende niveaus in kaart worden gebracht:

- Het niveau van het ziekenhuis;
- Het niveau van het specialisme;
- Het niveau van de aandoening;
- Het niveau van het zorgproduct;
- Het niveau van de behandeling.

De te kiezen vorm van prijsdifferentiatie hangt af van het niveau waarop kwaliteitsverschillen worden gemeten. Zolang er niet naar kwaliteitsverschillen gekeken wordt op het niveau van individuele aandoeningen, zorgproducten of behandelingen, maar op het niveau van het ziekenhuis of afdelingen/specialismen binnen het ziekenhuis (in vergelijking met het gemiddelde ziekenhuis) kan de prijsdifferentiatie twee vormen aannemen:

- Het ziekenhuis of een afdeling/specialisme binnen het ziekenhuis krijgt voor haar zorgproducten een gemiddeld hoger tarief dan andere ziekenhuizen;
 - Het ziekenhuis of een afdeling/specialisme binnen het ziekenhuis krijgt in één keer een bonus
- Zodra de kwaliteitsverschillen op het niveau van individuele aandoeningen, zorgproducten of behandelingen inzichtelijk worden gemaakt, is het logischer op het niveau van een zorgproduct verschillende tarieven te gaan hanteren. Daarbij kan de prijsdifferentiatie tussen ziekenhuizen plaatsvinden: het ene ziekenhuis krijgt een hoger tarief voor hetzelfde zorgproduct dan het andere ziekenhuis vanwege een betere kwaliteit. Het is echter ook denkbaar om bij hetzelfde ziekenhuis voor één zorgproduct verschillende tarieven af te spreken, bijvoorbeeld als aan een bepaalde behandeling de voorkeur wordt gegeven boven een andere behandeling (beide binnen hetzelfde zorgproduct).

- B. *Zorgzwaarte*

Om zorgzwaarteverschillen tussen ziekenhuizen inzichtelijk te maken, is het noodzakelijk op het niveau van de individuele patiënt zorgzwaarte te meten. Compensatie van een ziekenhuis voor aangetoonde zorgzwaarteproblematiek kan worden vormgegeven met prijsdifferentiatie. Hierbij zijn er twee mogelijkheden:

- één prijs vaststellen op een vooraf bepaalde volumemix van reguliere patiënten met een normale prijs en zorgzware patiënten met een hogere prijs.
- twee prijzen voor een zorgproduct: voor patiënten die voldoen aan de zorgzwaartecriteria geldt een hogere prijs en voor patiënten met een reguliere zorgzwaarte geldt een reguliere prijs.

3. Wanneer is duidelijk of het ziekenhuis aan de voorwaarden voor een hoger tarief voldoet?

- A. *Vooraf*

Contracten waarbij vooraf duidelijk is dat een zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden om voor een bepaald tarief in aanmerking te komen.

- B. *Achteraf*

Contracten waarbij achteraf moet blijken of een zorgaanbieder aan de voorwaarden heeft voldaan om in aanmerking te komen voor een bepaald(e) tarief/bonus.

9.2 Prikkelwerking en verwachte effecten

De mogelijkheid van prijsdifferentiatie prikkelt ziekenhuizen in het algemeen om verschillen in kwaliteit en/of zorgzwaarte objectief meetbaar en transparant te maken.

Prijsdifferentiatie bij kwaliteitsverschillen

Door in een contract een hoger tarief overeen te komen indien wordt voldaan aan kwaliteitscriteria krijgt het ziekenhuis een financiële prikkel om een hogere kwaliteit te leveren.

Prijsdifferentiatie op grond van zorgzwaarteverschillen

Indien zorgzwaarteverschillen grote consequenties hebben voor de kosten van een behandeling, dan hebben ziekenhuizen een prikkel om deze patiënten door te verwijzen naar andere ziekenhuizen. Hoewel doorverwijzing uit kwaliteitsoogpunt vaak voordelen biedt, is dit alleen structureel mogelijk indien de aanbieder waarnaar verwezen wordt een adequate vergoeding krijgt. Met een adequate vergoeding voor zorgzwaarteverschillen zijn patiënten met een hoge zorgzwaarte niet langer verliesgevend voor het ziekenhuis.

Indien ervoor wordt gekozen om zorgzwaarteverschillen met één tarief vooraf te compenseren blijft er voor ziekenhuizen een prikkel bestaan om dure patiënten niet te behandelen. Een patiënt die daadwerkelijk een hogere zorgzwaarte heeft, is namelijk duurder dan het gemiddelde tarief (ook al is dat gemiddelde tarief gecorrigeerd voor een zwaardere zorgzwaarte mix). Een ander nadeel van een variant waarin compensatie voor zorgzwaarte met één tarief vooraf plaatsvindt, is dat volumes van verschillende patiëntengroepen (met en zonder zorgzwaarte) vooraf goed moeten kunnen worden ingeschat. Het voor zorgzwaarte gecorrigeerde tarief is in dit geval immers één gewogen tarief op basis van een vooraf bepaalde volumemix. Als de volumemix lopende het jaar anders uitvalt, dan kan het gewogen tarief gemiddeld genomen te hoog of te laag zijn vastgesteld. Het is overigens wel mogelijk om het gewogen tarief achteraf te corrigeren voor wisselingen in de patiëntenpopulatie en eventuele meer- of minderopbrengsten te verrekenen.

Het heeft echter voordelen om bij zorgzwaarteverschillen meerdere prijzen te hanteren binnen een zorgproduct. Indien er een aparte, hogere prijs geldt voor patiënten met een hogere zorgzwaarte en een reguliere prijs voor patiënten met een reguliere zorgzwaarte, dan hebben ziekenhuizen een financiële prikkel om beide patiëntengroepen zorg te verlenen.

9.3 Meerwaarde voor ziekenhuis en verzekeraar

Meerwaarde prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud voor ziekenhuizen:

- Het ziekenhuis met een betere kwaliteit van zorg en/of een hogere gemiddelde zorgzwaarte heeft veel baat bij een gedifferentieerd tarief. Het krijgt een betere vergoeding voor zijn inspanningen en

investeringen om de kwaliteit van zorg te verbeteren en/of patiënten met een hogere zorgzwaarte te behandelen.

Ziekenhuizen geven in de interviews aan duidelijke meerwaarde te zien in prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud. Wel wordt gewezen op praktische belemmeringen om het vorm te geven.

Meerwaarde prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud voor zorgverzekeraars:

- Indien de verschillen in kwaliteit en/of zorgzwaarte objectief en betrouwbaar zijn vast te stellen, heeft prijsdifferentiatie ook voor een zorgverzekeraar meerwaarde. Vooral omdat verwacht mag worden dat prijsdifferentiatie ziekenhuizen aanspoort om de verschillen in kwaliteit en/of zorgzwaarte objectief meetbaar en transparant te maken. Op termijn kan de verzekeraar hierdoor met alle ziekenhuizen tot betere prijsafspraken komen.

Zorgverzekeraars geven in de interviews aan duidelijk meerwaarde te zien in prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud.

9.4 Mate waarin contractafpraak reeds voorkomt en door veldpartijen ervaren belemmeringen

Veldpartijen zien mogelijkheden om prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud toe te passen. In de praktijk gebeurt dit ook. In de interviews werden voorbeelden gegeven van prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud die nu reeds plaats vinden.

Er worden relatief weinig systeemtechnische belemmeringen gezien voor het toepassen van prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud. Wel is er sprake van een belangrijke praktische belemmering, namelijk het ontbreken van (consensus over) goede en relevante kwaliteitsindicatoren (m.n. uitkomstindicatoren) en objectieve informatie over zorgzwaarteverschillen. Hierdoor is brede toepassing nog lastig.

Als specifiek aandachtspunt onder DOT wordt genoemd dat het hogere aggregatieniveau van de DOT-producten op het hoogste (abstractie)niveau van de ICD-10 het minder eenvoudig maakt om kwaliteitsafspraken of zorgzwaarteafspraken te koppelen aan een behandeling bij een specifieke diagnose. De zorgproductstructuur is primair bedoeld om de zorg te bekostigen en geeft een beperkt beeld van de kwaliteit van de geleverde medische prestatie. De invoering op termijn van de meer gedetailleerde registratie van ICD-10 verbetert de mogelijkheden om kwaliteitsafspraken of zorgzwaarteafspraken aan specifieke diagnoses te koppelen.

A. Kwaliteit

Een ziekenhuis krijgt bijvoorbeeld een afslag op de prijs en kan dit 'terugverdienen' indien overeengekomen kwaliteitsdoelen worden gerealiseerd. Ook werd een voorbeeld genoemd van een ziekenhuis dat een opslag krijgt op het tarief als het de nazorg van een specifieke behandeling regelt voor de patiënt (met in achtname van kwaliteitscriteria, service en coördinatie). We hebben daarnaast een voorbeeld gezien van een contractafpraak waarbij een hoger plafond werd overeengekomen bij het realiseren van kwaliteitscriteria.

Een geïnterviewde zorgverzekeraar geeft aan dat ziekenhuizen of ZBC's die voldoen aan de minimeisen en daarmee een basiskwaliteit leveren, een reguliere prijs ontvangen. Ziekenhuizen of ZBC's die voldoen aan aanvullende kwaliteitscriteria en daarmee aantoonbaar een hogere kwaliteit bieden dan de 'basiskwaliteit' kunnen over een hogere prijs onderhandelen. Bij de aanvullende kwaliteitscriteria wordt bijvoorbeeld gekeken naar de doorlooptijd tussen diagnose en behandeling en naar de score op een CQ-index. Het is de bedoeling van de zorgverzekeraar deze kwaliteitsinformatie op termijn ook openbaar te maken.

Meerdere partijen geven aan dat zij voornemens zijn prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud in de toekomst te gaan toepassen.

B. Zorgzwaarte

Een zorgverzekeraar noemde een correctie voor patiënten met diabetes bij een totale heupprothese als voorbeeld van een correctie van zorgzwaarte. Hierbij is er sprake van een gewogen tarief (verhouding tussen aandeel inclusief zorgzwaarte en aandeel exclusief zorgzwaarte) en controle en correctie achteraf. Een andere verzekeraar heeft in samenwerking met voornamelijk UMC's en STZ ziekenhuizen een zorgzwaarte-index voor 9 à 10 aandoeningen ontwikkeld om tot prijsdifferentiatie te komen.

9.5 Praktische haalbaarheid

Haalbaarheid concrete vormgeving contractafspraken

Bij een contractafpraak waarbij vooraf vast staat of een ziekenhuis voldoet aan de kwaliteits- of zorgzwaartecriteria is de vormgeving eenvoudig. Er wordt bij de contractering vastgesteld of de aanbieder voldoet aan de criteria. Indien dit het geval is, geldt het hogere tarief vervolgens lopende het contractjaar (behoudens andere afspraken over bijvoorbeeld volumeafspraken of prijskortingen).

Bij een contractafpraak waarbij lopende het contractjaar of na afloop van het contractjaar pas kan worden vastgesteld of het ziekenhuis voldoet aan de criteria, ligt het meer voor de hand om de beloning voor kwaliteitsverbetering of de compensatie voor zorgzwaarteproblematiek vorm te geven met een verrekening achteraf.

De huidige ICT van ziekenhuizen maakt het nog niet mogelijk om tegelijkertijd meerdere prijzen voor meerdere kwaliteitsniveaus voor één DBC zorgproduct te verwerken.

Problemen met vaststellen kwaliteitsverschillen

De informatie die momenteel in het kader van Zichtbare Zorg beschikbaar komt over kwaliteitsverschillen grijpt aan op het niveau van onderscheiden aandoeningen. In het kader van het Zichtbare Zorg-traject zijn in 2011 voor 41 aandoeningen indicatoren uitgevraagd over verslagjaar 2010. Op het niveau van individuele zorgproducten of behandelingen is nog weinig bekend over kwaliteitsverschillen.

De indicatoren die momenteel gemeten worden door de ziekenhuizen betreffen voor het grootste deel structuur- en procesindicatoren. Er zijn nog maar weinig uitkomstindicatoren. Het is zeer de vraag of met de huidige ZiZo-indicatoren prijsdifferentiatie op aandoeningsniveau kan worden toegepast. Op

aandoeningsniveau is het in sommige gevallen wel mogelijk om op basis van de richtlijnen afspraken te maken over kwaliteitsverbetering en eventuele kwaliteitsverbetering te belonen met een hoger tarief. Voorbeelden:

- Afspraken over minimaal te realiseren aantal behandelingen (volumenormen);
- Afspraken over de te verkiezen behandeling bij een bepaalde aandoening.

Hiervoor gaven we reeds aan dat het voor de verzekeraar ook mogelijk is om op het niveau van het gehele ziekenhuis te sturen op kwaliteitsverbetering. Dat kan bijvoorbeeld door concrete verbeterafspraken te maken met het ziekenhuis. Als het ziekenhuis deze verbeterafspraken weet te realiseren, wordt zij daarvoor beloond in de vorm van een gemiddeld hoger tarief of een bonus in één keer.

Problemen met vaststellen zorgzwaarteverschillen

Zorgzwaarteverschillen moeten in kaart worden gebracht door bij individuele patiënten de zorgzwaarte te meten. Het is moeilijk om te bepalen welke data reële en betrouwbare informatie geven over zorgzwaarte. De invoering op termijn van een meer gedetailleerde ICD-10 registratie met nevendiagnosen is hierbij een stap op de goede weg.

In het geval van prijsdifferentiatie bij zorgzwaarteverschillen moet er een administratie worden opgesteld om de informatie over zorgzwaarte uit te wisselen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. We gaan hierbij uit van een aparte administratie en verantwoording naast de DBC-declaratie waarin (achteraf) een onderbouwing van de zorgzwaarte wordt gegeven. Dit kan relatief eenvoudig worden vormgegeven zonder persoonsgegevens te verstrekken. Eventueel zou dit met minder administratieve last kunnen plaatsvinden, indien gebruik gemaakt wordt van de gegevens die aanwezig zijn binnen de totale dataset aan (declaratie)gegevens bij de verzekeraar (FKG, DKG, SES, leeftijd, hulpmiddelengebruik etc.)

Monitoring van gemaakte afspraak

De monitoring moet zich in deze varianten vooral richten op de overeengekomen kwaliteitsindicatoren of zorgzwaarteparameters. Bij afspraken vooraf kan de monitoring beperkt worden tot de beschikbare informatie tijdens het afsluiten van het contract. Bij afspraken waarbij lopende het jaar of achteraf moet blijken of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor een hoger tarief moet monitoring achteraf of lopende het jaar plaats vinden. Omdat de meting van kwaliteitscriteria in de praktijk vaak enigszins achter loopt ten opzichte van de declaraties, zal in de praktijk vooral gekozen worden voor monitoring vooraf op basis van een eerder afgesloten jaar. In theorie is het denkbaar dat het ziekenhuis lopende het jaar kwaliteitscriteria monitort en deze tussentijds rapporteert aan de zorgverzekeraar, maar uit de interviews komt het beeld naar voren dat ziekenhuizen op dit moment in de praktijk daar niet toe in staat zijn.

Een aandachtspunt is dat de huidige administratie van kwaliteit door ziekenhuizen niet dezelfde waarborgen voor betrouwbaarheid heeft als de financiële administratie. Zaken als de accountantscontrole zijn niet standaard verplicht voor de administratie van kwaliteitsgegevens. Indien er forse financiële consequenties verbonden gaan worden aan kwaliteitsverschillen, worden dergelijke waarborgen wel belangrijker.

Declaratie

Bij een contractafpraak waarbij vooraf vast staat of een ziekenhuis voldoet aan de kwaliteits- of zorgzwaartecriteria worden reguliere declaraties in rekening gebracht. Alleen bij afspraken waarbij lopende het contract of achteraf blijkt dat voldaan is aan de criteria vindt achteraf een verrekening plaats.

Gevolgen voor vaststelling eigen risico

Het eigen risico wordt bepaald op grond van de reguliere declaraties.

9.6 Juridische haalbaarheid

Er bestaan geen juridische belemmeringen om voor dezelfde prestatie verschillende tarieven vast te stellen die gekoppeld zijn aan kwaliteitsniveau of zorgzwaarte. Partijen dienen wel contractueel vast te leggen wanneer sprake is van zorg van een bepaalde kwaliteit of zwaarte die het in rekening brengen van een bijbehorend tarief rechtvaardigt. Ook dienen partijen beschikking te hebben over voldoende valide getallen met betrekking tot kwaliteit en zorgzwaarte.

Hoofdstuk 10 - Sturen op volume add-ons

Conclusie toepasbaarheid van sturen op volume add-ons

Add-ons zijn apart (naast een DBC-zorgproduct) declarabele producten voor enkele specifieke dure zorgvormen, zoals intensive care en een limitatief aantal dure geneesmiddelen. De zorgverzekeraar kan sturen op het volume aan add-ons dat door een ziekenhuis mag worden gedeclareerd door:

- Met het ziekenhuis af te spreken dat het ziekenhuis een maximaal aantal add-ons of een maximale omzet aan add-ons vergoed krijgt.
- Een add-on controleren op de naleving van indicatievoorschriften.

Een vergoeding van het maximale aantal of omzet aan add-ons is juridisch mogelijk indien een zorgverzekeraar voldoende aanbod contracteert.

De juiste indicatie voor dure geneesmiddelen controleren op grond van de combinatie met het gedeclareerde DBC-zorgproduct is niet in alle gevallen mogelijk. Controle op de juiste verstrekking van dure geneesmiddelen conform de beleidsregels van de NZa is voor een deel van de dure geneesmiddelen niet op grond van alleen (de diagnosegroep van) het mee geleverde DBC-zorgproduct vast te stellen.

Er zijn ons geen concrete voornemens van sturen op volume add-ons in de praktijk bekend.

10.1 Beschrijving

Add-ons zijn apart declarabele producten naast een DBC-zorgproduct. Dit geldt voor enkele specifieke dure zorgvormen, zoals intensive care en een limitatief aantal dure geneesmiddelen. Voor deze add-ons gelden in 2012 vooralsnog maximumtarieven. Add-ons kunnen alleen geregistreerd worden in combinatie met een subtraject¹². Bij declaratie moet het subtrajectnummer worden meegestuurd¹³.

Een zorgverzekeraar kan sturen op het volume aan add-ons dat door een ziekenhuis mag worden gedeclareerd. De in dit rapport uitgewerkte innovatieve contractvormen die sturen op het volume aan zorg kunnen ook worden toegepast op het volume aan add-ons. Hierna werken wij specifiek twee manieren van sturen op het volume aan add-ons (die eventueel gecombineerd kunnen worden) nader uit:

- Variant a: De verzekeraar kan met het ziekenhuis afspreken dat het ziekenhuis een maximaal aantal add-ons of een maximale omzet aan add-ons vergoed krijgt. Het maximum kan worden gebaseerd op het aantal geleverde add-ons in voorafgaande jaren¹⁴. Bij deze variant stuurt de verzekeraar om een maximaal in rekening te brengen volume of bedrag, maar controleert niet op de naleving van indicatievoorschriften voor een add-on. Feitelijk behelst variant a een plafondspraak voor een

¹² Er geldt een uitzondering voor Intensive Care met zorgtype 52.

¹³ Er geldt een uitzondering voor Intensive Care met zorgtype 52.

¹⁴ In 2012 is dit nog niet mogelijk, omdat historische data over add-ons ontbreken.

specifiek, afgebakend deel van de zorg van het ziekenhuis. Bij een dergelijke afspraak zijn twee subvarianten mogelijk:

- Variant a1: Het ziekenhuis is niet gehouden om na het bereiken van het maximale aantal add-ons of de maximale omzet aan add-ons alsnog add-ons te leveren, maar als het ziekenhuis ervoor kiest add-ons te leveren, staat daar geen vergoeding tegenover.
 - Variant a2: Het ziekenhuis is verplicht om na het bereiken van het maximale aantal add-ons of de maximale omzet aan add-ons alsnog add-ons te blijven leveren (zonder extra vergoeding).
- Variant b: De verzekeraar kan sturen op het volume door bestaande toegestane indicaties voor add-ons voor dure geneesmiddelen te operationaliseren door te bepalen welke combinaties met zorgproducten wel en/of juist niet zijn toegestaan. Bij deze variant stuurt de zorgverzekeraar via controle op de indicatiestelling door het ziekenhuis zonder een harde volumegrens af te spreken. Variant b beperkt zich tot de dure geneesmiddelen.

10.2 Prikkelwerking en verwachte effecten

Zorgverzekeraars lopen in 2012 bij de invoering van DOT en prestatiebekostiging nog geen risico over de add-ons intensive care en dure geneesmiddelen. Ze hebben de komende jaren daarom voornamelijk beperkte financiële prikkels om te sturen op het volume van deze add-ons. Dit verandert als zorgverzekeraars financieel risico gaan lopen over de add-ons. Vanaf dat moment hebben ze een sterke financiële prikkel om het volume te beperken, aangezien het gaat om relatief dure producten.

Variant a

Variant a kent het risico van het ontstaan van wachtlijsten en het ongewenst doorverwijzen van patiënten naar andere ziekenhuizen.

In variant a1 heeft het ziekenhuis een prikkel om na het bereiken van het afgesproken maximum aantal add-ons geen add-ons meer te leveren. Het ziekenhuis maakt vanaf dat moment namelijk wel de kosten, maar ontvangt geen opbrengsten. Met elke add-on die het ziekenhuis levert na het bereiken van het afgesproken te vergoeden maximum verslechtert het financiële resultaat van het ziekenhuis. Concreet kan het ziekenhuis overgaan tot een patiëntenstop. In variant a1 is het risico met name groot dat noodzakelijke add-ons niet geleverd worden aan het einde van het jaar. Het ziekenhuis kan ervoor kiezen om reeds lopende het jaar zoveel mogelijk te sturen op het niet overschrijden van het afgesproken maximaal te vergoeden aantal add-ons, zodat er aan het eind van het jaar geen wachtlijsten ontstaan. De prikkel hiertoe ontbreekt echter, omdat het ziekenhuis niet gehouden is add-ons te blijven leveren na het bereiken van het maximaal aantal te vergoeden add-ons.

In variant a2 heeft het ziekenhuis een prikkel om gedurende het hele jaar te sturen op het beperken van het volume add-ons om te voorkomen dat aan het einde van het jaar het maximaal aantal te vergoeden add-ons overschreden wordt. Immers als het ziekenhuis wacht tot het maximum overschreden is, heeft ze beperkte mogelijkheden om maatregelen te nemen in variant a2.

Variant b

Aangezien variant b geen harde volumegrens, maar een open einde kent, is er geen risico op wachtlijsten of ongewenste doorverwijzing door ziekenhuizen.

10.3 Meerwaarde voor ziekenhuis en verzekeraar

Meerwaarde sturen op volume add-ons voor ziekenhuizen:

- Beperkingen aan het declareren van add-ons bieden op zichzelf weinig meerwaarde voor ziekenhuizen.
- Binnen variant a is variant a1 aantrekkelijker voor een ziekenhuis dan variant a2. In variant a1 heeft het ziekenhuis meer mogelijkheden om het risico op het leveren van add-ons boven het maximaal aantal te vergoeden add-ons af te wenden. In variant a1 kunnen patiënten bij het bereiken van het maximaal aantal te vergoeden add-ons door het ziekenhuis op een wachtlijst worden geplaatst. Dit kan wel tot imagoschade voor het ziekenhuis leiden.
- Variant a heeft voor een ziekenhuis als voordeel boven variant b dat het ziekenhuis in variant a volledig zelf verantwoordelijk blijft voor de medisch-inhoudelijke afweging ten aanzien van het al dan niet verstrekken van een add-on.
- Variant b heeft voor een ziekenhuis als voordeel boven variant a dat de verzekeraar weliswaar stuurt op het volume aan add-ons, maar zonder een maximum aantal te vergoeden add-ons op te leggen. In variant b geeft de verzekeraar bovendien meer duidelijkheid over de situaties waarin dure geneesmiddelen vergoed worden. Dit kan ziekenhuizen helpen om richting patiënten keuzes te verantwoorden. In variant a zullen ziekenhuizen zelf hun keuzes moeten maken en toelichten.

Meerwaarde sturen op volume add-ons voor zorgverzekeraars:

- Wanneer zorgverzekeraars risico gaan lopen over de kosten van add-ons hebben ze baat bij afspraken over het volume aan te leveren add-ons, omdat het relatief dure vormen van zorg betreft.
- Variant a2 is voor een verzekeraar aantrekkelijker dan variant a1, omdat de schadelast vooraf wordt beperkt tot een vastgestelde omvang en er geen risico is dat de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht.
- Variant b is voor een verzekeraar waarschijnlijk minder aantrekkelijk dan variant a. Allereerst omdat variant b het aantal uiteindelijk in rekening te brengen dure geneesmiddelen niet maximeert. Daarnaast omdat variant b van de verzekeraar vraagt dat hij de indicatiestelling voor dure geneesmiddelen door het ziekenhuis medisch-inhoudelijk controleert.

Uit de interviews blijkt dat zorgverzekeraars op termijn wel meerwaarde zien in het sturen op volume van add-ons.

10.4 Mate waarin contractafpraak reeds voorkomt en door veldpartijen ervaren belemmeringen

Meeste geïnterviewden hebben geen concrete voornemens op dit vlak. Uit één van de interviews kwam naar voren dat een zorgverzekeraar de mogelijkheden voor het contracteren van add-ons verkent, maar dit is nog in ontwikkeling. Deze zorgverzekeraar gaf aan afspraken over informatie-uitwisseling te willen maken, zodat inzichtelijk wordt in hoeverre medisch specialisten alternatieven voor dure geneesmiddelen bekijken.

Er zijn in de interviews in beperkte mate concrete belemmeringen aan de orde gekomen over het sturen op volume van add-ons. Gezien de aard van de interviews en het specifieke karakter van de add-ons durven we hier echter niet de conclusie uit te trekken dat deze belemmeringen er niet zijn.

Een belemmering voor variant b is dat het indicatiegebied voor dure geneesmiddelen in de NZa beleidsregels voor een deel specifieker is dan een diagnose van een DBC-zorgproduct. Controle op de juiste verstrekking van dure geneesmiddelen conform de beleidsregels van de NZa is voor een deel van de dure geneesmiddelen niet op grond van alleen (de diagnosegroep van) het mee geleverde DBC-zorgproduct vast te stellen. Er zijn in het indicatiegebied bijvoorbeeld patiëntkenmerken opgenomen die niet zijn af te leiden uit een diagnosegroep, zoals onvoldoende respons of intolerantie voor een ander (niet-dure) geneesmiddel.

10.5 Praktische haalbaarheid

Haalbaarheid concrete vormgeving contractafpraak

Variant a is relatief eenvoudig vorm te geven door het aantal geleverde add-ons in voorgaande jaren als uitgangspunt te nemen en een indexatie toe te passen¹⁵.

Variant b is moeilijker vorm te geven dan variant a. De Regieraad heeft onlangs geconstateerd dat er voor circa ¼-deel van de genoemde indicatiegebieden bij dure geneesmiddelen een 'hard behandeladvies' ontbreekt. Dit maakt operationalisatie en objectieve controle door verzekeraars moeilijk. De diagnosegroepen van de DBC-zorgproducten zijn daarnaast waarschijnlijk niet altijd specifiek genoeg om te controleren of er sprake is van het juiste indicatiegebied (indicatielijst in de NZa beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg). Een zorgverzekeraar zal dan aanvullende informatie moeten aanvragen naast de declaratie-informatie.

Monitoring van gemaakte afspraak

Variant a: een zorgverzekeraar kan betaling van DBC-zorgproducten simpelweg stoppen als het plafond is bereikt. Ook kan achteraf verrekening plaats vinden. Vooral het ziekenhuis zal behoefte hebben om tussentijds de voortgang van de levering van add-ons te monitoren om eventueel bij te kunnen sturen op het te realiseren volume. De doorlooptijden van add-ons zijn relatief kort. Ziekenhuizen kunnen zich relatief snel een beeld vormen van de ontwikkeling van het volume.

Variant b: ziekenhuis en zorgverzekeraar zullen moeten toezien op een juiste toepassing van de indicatiecriteria en/of de juiste combinaties met DBC-zorgproducten. Voor het toetsen op een juiste toepassing van de indicatiecriteria is bij een deel van de dure geneesmiddelen waarschijnlijk meer gedetailleerde

¹⁵ In 2012 is dit nog niet mogelijk, omdat historische data over add-ons ontbreken.

informatie nodig dan alleen de diagnose van het DBC-zorgproduct. Dit betekent dat er buiten de declaratie van DBC-zorgproducten om aanvullende informatie moet worden geleverd door het ziekenhuis. Dit kan bijvoorbeeld gekoppeld worden aan een machtigingsprocedure.

Declaratie

Variant a: De zorgverzekeraar betaalt declaraties totdat het plafond is bereikt. Nadat het plafond is bereikt worden declaraties van het ziekenhuis niet meer vergoed.

Variant b: Er is sprake van een reguliere declaratie eventueel in combinatie met een machtiging.

Gevolgen voor vaststelling eigen risico

Beide varianten om te sturen op het volume van add-ons hebben geen effect op het eigen risico van patiënten. Gezien de kosten van dure geneesmiddelen en de kosten van bijbehorende behandelingen zal er geen effect zijn op het eigen risico, omdat al deze patiënten het maximale eigen risico zullen betalen.

10.6 Juridische haalbaarheid

Variant a

Zoals hiervoor is aangegeven, bestaat er vanuit juridisch gezichtspunt geen bezwaar tegen een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, waarbij de te declareren en te vergoeden kosten aan een maximum worden gebonden. Er bestaat vanuit dat perspectief ook geen bezwaar tegen de afspraak omtrent het al dan niet blijven verlenen van zorg, nadat het maximum is bereikt. De in dit hoofdstuk bedoelde afspraken onderscheiden zich echter van eerdere typen afspraken omdat het hier gaat om een plafond voor één bepaald type zorg. Een plafond dat voor een brede range van zorgvormen geldt, biedt het management van de zorgaanbieder mogelijkheden tot substitutie en sturing. Naarmate de werkingssfeer van het plafond beperkter wordt, nemen die mogelijkheden af, met de kans op fricties in de driehoek patiënt-zorgverzekeraar-zorgaanbieder.¹⁶ Aangezien budgettaire afspraken niet aan de verzekerde kunnen worden tegengeworpen, zullen deze fricties er onveranderlijk in resulteren dat de verzekerde de add-on verkrijgt voor rekening van de zorgverzekeraar.

Variant b

In deze variant stelt de zorgverzekeraar eisen aan de indicatie voor add-ons door te bepalen welke combinaties met zorgproducten wel of niet zijn toegestaan. Bij deze variant moet worden bedacht dat de regelingsbevoegdheid die de Zvw aan de zorgverzekeraar laat, beperkt is. Het criterium voor de beantwoording van de vraag of een verzekerde onder omstandigheden aanspraak op een bepaalde zorgvorm kan maken, is of hij op die zorg 'redelijkerwijs aangewezen' is (het zg. indicatievereiste). Bij de toepassing van dit criterium wordt uitgegaan van hetgeen uit medisch oogpunt voor de patiënt in kwestie de juiste, aangewezen zorg is. Is naar de maatstaven van wetenschap en praktijk een bepaalde behandeling geïndiceerd, dan staat daarmee in

¹⁶ Voorbeeld: patiënt komt in aanmerking voor behandeling met een duur geneesmiddel. De overige zorg kan binnen het kader van de overeenkomst met de zorgverzekeraar gefinancierd worden, de add-on niet. Het ziekenhuis dat niet gehouden is zorg te blijven verlenen zal de patiënt verwijzen naar een andere zorgaanbieder.

beginsel het recht van de verzekerde op (vergoeding van) die behandeling vast. Invulling hieraan kan onder meer worden gegeven aan de hand van binnen de desbetreffende beroepsgroep geldende evidence based richtlijnen en standaarden.

Een en ander betekent niet dat tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder geen afspraken over de toepassing van behandelingsopties kunnen worden gemaakt, bijvoorbeeld in die zin dat bij twee gelijkwaardige behandelingen in principe voor de minst kostbare behandeling wordt gekozen. Wel zullen de afspraken zich te allen tijde moeten bewegen binnen het kader van de voor medisch specialisten geldende maatstaven van wetenschap en praktijk. Een bepaling in een overeenkomst die de zorgaanbieder (of een daar werkzame medisch specialist) zou nopen te handelen in afwijking hiervan, zal door de zorgaanbieder niet worden aanvaard en zal, indien wel aanvaard, mogelijk zelfs als ongeldig moet worden aangemerkt. Het zal duidelijk zijn dat hiermee de marges voor contractuele regelingen over indicaties of combinaties van behandelingen beperkt zijn.

Hoofdstuk 11 - Volumedifferentiatie op grond van zorginhoud

Conclusie toepasbaarheid van volumedifferentiatie op grond van zorginhoud

De kwaliteit van de door het ziekenhuis geleverde zorg bepaalt de omvang van het volume aan zorg dat door de verzekeraar aan het ziekenhuis wordt vergoed.

Er zijn hierbij geen juridische belemmeringen. Er zijn enkele voorbeelden in de praktijk zichtbaar, maar in het algemeen lijkt deze contractvorm nog maar beperkt te worden toegepast. Het ontbreken van (consensus over) goede en relevante kwaliteitsindicatoren (m.n. uitkomstindicatoren) en objectieve informatie over zorgzwaarteverschillen maken brede toepassing nog lastig.

11.1 Beschrijving

Het ziekenhuis en de verzekeraar spreken een maximaal door het ziekenhuis in rekening te brengen prijs af. Daarnaast hanteert de verzekeraar richting het ziekenhuis een door haar te vergoeden 'basisvolume' (aantallen DBC-zorgproducten). Het ziekenhuis en de verzekeraar komen overeen dat het ziekenhuis een groter volume dan het basisvolume in rekening mag brengen bij de verzekeraar als het ziekenhuis voldoet aan bepaalde zorginhoudelijke eisen. Daarbij ligt het voor de hand dat de zorginhoudelijke eisen betrekking hebben op de kwaliteit van de geleverde zorg en niet op zorgzwaarteverschillen. Het is logischer om compensatie voor zorgzwaarteproblematiek vorm te geven via prijsdifferentiatie. Bij volumedifferentiatie bij kwaliteitsverschillen zijn er twee aspecten waaraan aandacht moet worden besteed:

1. Op welk niveau grijpt de volumedifferentiatie aan?

Kwaliteitsverschillen kunnen in kaart worden gebracht met behulp van indicatoren. Naast cliëntervaringsindicatoren bijvoorbeeld gemeten met een CQ-vragenlijst zijn er zogenaamde zorginhoudelijke indicatoren. Drie soorten zorginhoudelijke indicatoren worden onderscheiden: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Kwaliteitsverschillen kunnen in theorie op verschillende niveaus in kaart worden gebracht:

- Het niveau van het ziekenhuis;
- Het niveau van het specialisme;
- Het niveau van de aandoening;
- Het niveau van het zorgproduct;
- Het niveau van de behandeling.

De te kiezen vorm van volumedifferentiatie hangt af van het niveau waarop de kwaliteit van zorg wordt gemeten. Als de kwaliteit van zorg op het niveau van het ziekenhuis of afdelingen/specialismen binnen het ziekenhuis wordt bepaald, dan kunnen verzekeraar en ziekenhuis afspreken dat het ziekenhuis als geheel of een afdeling/specialisme binnen het ziekenhuis bij een bepaald kwaliteitsniveau een groter volume in rekening mag brengen. De volumedifferentiatie zal in dit geval vooral tussen ziekenhuizen plaatsvinden: het ene ziekenhuis mag vanwege een betere kwaliteit een relatief groter volume declareren dan het andere ziekenhuis.

Zodra de kwaliteitsverschillen op het niveau van individuele aandoeningen, zorgproducten of behandelingen inzichtelijk worden gemaakt, is het mogelijk af te spreken dat een hoger volume van een zorgproduct gedeclareerd mag worden als wordt voldaan aan een afgesproken kwaliteitsniveau. Daarbij kan de volumedifferentiatie tussen ziekenhuizen plaatsvinden: het ene ziekenhuis mag vanwege een betere kwaliteit van het zorgproduct een relatief groter volume declareren voor het betreffende zorgproduct dan het andere ziekenhuis. Het is echter ook denkbaar om bij hetzelfde ziekenhuis voor één zorgproduct verschillende volumes af te spreken, bijvoorbeeld als aan een bepaalde behandeling de voorkeur wordt gegeven boven een andere behandeling (beide binnen hetzelfde zorgproduct).

Naast volumedifferentiatie contracteert een deel van de zorgverzekeraars ook alleen ziekenhuizen die voldoen aan een minimum aantal behandelingen per jaar. Deze kwaliteitseis definiëren we echter niet als volumedifferentiatie op grond van zorginhoud.

2. Wanneer is duidelijk of het ziekenhuis aan de voorwaarden voor een groter volume voldoet?

- *A. Vooraf*
Contracten waarbij vooraf duidelijk is dat een zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden om voor een hoger volume dan het basisvolume in aanmerking te komen.

- *B. Achteraf*
Contracten waarbij achteraf moet blijken of een zorgaanbieder aan de voorwaarden heeft voldaan om in aanmerking te komen voor vergoeding van een hoger volume dan het basisvolume.

11.2 Prikkelwerking en verwachte effecten

Een ziekenhuis heeft (bij de juiste prijsstelling) een prikkel om de kwaliteit van zorg te verbeteren, omdat het ziekenhuis als zij daarin slaagt een groter volume dan het basisvolume in rekening mag brengen bij de zorgverzekeraar, waardoor het ziekenhuis haar omzet kan vergroten.

Volumedifferentiatie op het niveau van zorgproducten prikkelt ziekenhuizen tot specialisatie en tot concentratie van specifieke behandelingen bij ziekenhuizen die de beste kwaliteit leveren bij de betreffende behandelingen.

De mogelijkheid van volumedifferentiatie prikkelt ziekenhuizen in het algemeen om verschillen in kwaliteit objectief meetbaar en transparant te maken.

11.3 Meerwaarde voor ziekenhuis en verzekeraar

Meerwaarde volumedifferentiatie op grond van zorginhoud voor ziekenhuizen:

- Het voordeel voor het ziekenhuis is dat het de kans krijgt zijn omzet te vergroten.
- Een ziekenhuis dat zich wil specialiseren in bepaalde behandelingen of zorgvormen en andere behandelingen of zorgvormen wellicht wil afstoten, kan baat hebben bij volumedifferentiatie op het niveau van zorgproducten.

Ziekenhuizen geven in de interviews aan meerwaarde te zien in volumedifferentiatie op grond van zorginhoud. Een geïnterviewd ziekenhuis zag als meerwaarde dat patiëntenstromen beter kunnen reageren op kwaliteitsverschillen. Zo kan op een natuurlijke wijze concentratie en spreiding gerealiseerd worden op basis van kwaliteit. Wel wijzen ziekenhuizen op praktische belemmeringen om volumedifferentiatie op grond van zorginhoud vorm te geven.

Meerwaarde volumedifferentiatie op grond van zorginhoud voor zorgverzekeraars:

- Het voordeel voor zorgverzekeraars is dat volumegroei vooral gericht wordt op aanbieders die een hogere kwaliteit van zorg realiseren.
- Een verzekeraar kan met volumedifferentiatie op het niveau van zorgproducten sturen op concentratie van specifieke behandelingen bij ziekenhuizen die de beste kwaliteit leveren bij de betreffende behandelingen. Ook kan de verzekeraar het instrument van volumedifferentiatie benutten voor het verleggen van productiestromen binnen het ziekenhuis. Het instrument van volumedifferentiatie kan daarbij door een verzekeraar gebruikt worden om zeer gericht en actief te sturen op concentratie. Het instrument van volumedifferentiatie biedt de verzekeraar echter ook de mogelijkheid om minder actief te sturen. Een verzekeraar kan bijvoorbeeld meerdere aanbieders de mogelijkheid tot vergroting van het volume geven, in plaats van de volumedifferentiatie te richten op één of enkele voorkeursaanbieders.
- In het algemeen prikkelt volumedifferentiatie de ziekenhuizen om verschillen in kwaliteit objectief meetbaar en transparant te maken. Op termijn kunnen verzekeraars daardoor met alle ziekenhuizen betere contractafspraken maken.

Zorgverzekeraars geven in de interviews aan meerwaarde te zien in volumedifferentiatie op grond van zorginhoud.

11.4 Mate waarin contractafpraak reeds voorkomt en door veldpartijen ervaren belemmeringen

In een interview werden enkele voorbeelden genoemd van volumedifferentiatie op grond van zorginhoud. Deze voorbeelden hadden betrekking op afspraken vooraf. Bij wachtlijstbemiddeling worden patiënten bijvoorbeeld alleen doorverwezen naar ziekenhuizen die relatief goed scoren op kwaliteitsaspecten. Bij de selectieve inkoop wordt door een verzekeraar in de aanbesteding voor enkele specifieke behandelingen gescoord op kwaliteitscriteria. Naarmate een ziekenhuis beter scoort op de kwaliteitscriteria, neemt de kans op een contract (en daarmee volume) toe. Deze afspraak geldt ook voor ZBC's.

Zorgverzekeraar CZ maakt daarnaast bij de selectieve contractering van enkele behandelingen actief gebruik van een vierdeling in kwaliteit ('beste zorg, goed, kan beter en niet gecontracteerd'). CZ-verzekerden worden door CZ actief geadviseerd om gebruik te maken van aanbieders die goed scoren op kwaliteit. Hiermee neemt het volume van ziekenhuizen die goed scoren op kwaliteit toe. Op basis van de afgenomen interviews en onze kennis van de ziekenhuissector hebben wij ten algemene echter het beeld dat de contractvorm van volumedifferentiatie op grond van zorginhoud op dit moment nog beperkt wordt toegepast binnen de ziekenhuissector.

Daarnaast hanteert een deel van de zorgverzekeraars minimum volumenormen voor specifieke behandelingen om tot contractering over te gaan. We definiëren dit echter niet als volumedifferentiatie op grond van zorginhoud.

Er worden relatief weinig systeemtechnische belemmeringen gezien voor het toepassen van volumedifferentiatie op grond van zorginhoud. Wel is er sprake van een belangrijke praktische belemmering, namelijk het ontbreken van (consensus over) goede en relevante kwaliteitsindicatoren (m.n. uitkomstindicatoren). Hierdoor is brede toepassing nog lastig.

Als specifiek aandachtspunt onder DOT wordt genoemd dat het hogere aggregatieniveau van de DOT-producten op het hoogste (abstractie)niveau van de ICD-10 het minder eenvoudig maakt om kwaliteitsafspraken te koppelen aan een behandeling bij een specifieke diagnose. De zorgproductstructuur is primair bedoeld om de zorg te bekostigen en geeft een beperkt beeld van de kwaliteit van de geleverde medische prestatie. De invoering op termijn van de meer gedetailleerde registratie van ICD-10 verbetert de mogelijkheden om kwaliteitsafspraken aan specifieke diagnoses te koppelen.

11.5 Praktische haalbaarheid

Haalbaarheid concrete vormgeving contractafspraken

Voor de concrete vormgeving van volumedifferentiatie op basis van kwaliteitsverschillen is met name relevant of vooraf of pas achteraf duidelijk is of het ziekenhuis voldoet aan de gestelde kwaliteitscriteria:

1. *Vooraf*
Als vooraf (i.c. bij het maken van de contractafspraken) duidelijk is dat het ziekenhuis voldoet aan gestelde kwaliteitscriteria, dan kan worden volstaan met een enkelvoudige plafondaafspraken, waarbij het plafond (uitgaande van dezelfde prijs) hoger ligt dan in een situatie waarin het ziekenhuis (net zoals sommige andere ziekenhuizen) niet zou voldoen aan de gestelde kwaliteitscriteria. Het grotere volume wordt dus direct meegenomen in de vaststelling van de hoogte van het plafond.
2. *Achteraf*
Als pas lopende het contractjaar of na afloop van het contractjaar duidelijk zal zijn of het ziekenhuis voldoet aan gestelde kwaliteitscriteria, dan is een meervoudige plafondaafspraken noodzakelijk. Het eerste en laagste plafond geldt voor de situatie dat niet wordt voldaan aan gestelde kwaliteitscriteria en het tweede en hoogste plafond geldt als blijkt dat het ziekenhuis wel voldoet aan gestelde kwaliteitscriteria.

Bij volumedifferentiatie op het niveau van de gehele omzet van een ziekenhuis kan gebruik worden gemaakt van de omzetcijfers van het ziekenhuis in voorgaande jaren. Indien gekozen wordt voor volumedifferentiatie op het niveau van specifieke aandoeningen, zorgproducten of behandelingen, dan is minimaal informatie nodig

over het deel van de totale omzet dat in voorgaande jaren betrekking heeft op de betreffende aandoeeningen, zorgproducten of behandelingen. Alleen bij de overgang van FB naar prestatiebekostiging op basis van DOT is het vormgeven van volumedifferentiatie met behulp van een enkelvoudige of meervoudige plafondafpraak gecompliceerder. De onderhandelingen over de zorginkoop worden bij voorkeur voor 31 december van t-1 afgesloten. Deze natuurlijke deadline wordt overigens tot nu toe meestal niet gerealiseerd. Het aantal verzekerden van een zorgverzekeraar is pas na 31 januari van jaar t bekend. Eventueel moet de gemaakte enkelvoudige of meervoudige plafondafpraak na 31 januari nog enigszins worden bijgesteld als het aantal verzekerden van de verzekeraar vaststaat.

Problemen bij vaststellen van kwaliteitsverschillen

De informatie die momenteel in het kader van Zichtbare Zorg beschikbaar komt over kwaliteitsverschillen grijpt aan op het niveau van onderscheiden aandoeeningen. In het kader van het Zichtbare Zorg-traject zijn in 2011 voor 41 aandoeeningen indicatoren uitgevraagd over verslagjaar 2010. Op het niveau van individuele zorgproducten of behandelingen is nog weinig bekend over kwaliteitsverschillen. De indicatoren die momenteel gemeten worden door de ziekenhuizen betreffen voor het grootste deel structuur- en procesindicatoren. Er zijn nog maar weinig uitkomstindicatoren. Het is zeer de vraag of met de huidige ZiZo-indicatoren volumedifferentiatie op aandoeningsniveau kan worden toegepast. Op aandoeningsniveau is het in sommige gevallen wel mogelijk om op basis van de richtlijnen afspraken te maken over kwaliteitsverbetering (bijvoorbeeld afspraken over de te verkiezen behandeling bij een bepaalde aandoening) en eventuele kwaliteitsverbetering te belonen met een groter volume.

Hiervoor gaven we reeds aan dat het voor de verzekeraar ook mogelijk is om op het niveau van het gehele ziekenhuis te sturen op kwaliteitsverbetering. Dat kan bijvoorbeeld door concrete verbeterafspraken te maken met het ziekenhuis. Als het ziekenhuis deze verbeterafspraken weet te realiseren, wordt zij daarvoor beloond in de vorm van een groter volume.

Monitoring van gemaakte afspraak

Monitoring heeft vooral betrekking op de overeengekomen kwaliteitscriteria. Bij afspraken vooraf kan de monitoring beperkt worden tot de beschikbare informatie tijdens het afsluiten van het contract. Bij afspraken waarbij lopende het jaar of achteraf moet blijken of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor vergoeding van een groter volume moet monitoring achteraf of lopende het jaar plaats vinden. Omdat de meting van kwaliteitscriteria in de praktijk vaak enigszins achter loopt ten opzichte van de declaraties, zal in de praktijk vooral gekozen worden voor monitoring vooraf op basis van een eerder afgesloten jaar. In theorie is het denkbaar dat het ziekenhuis lopende het jaar kwaliteitscriteria monitort en deze tussentijds rapporteert aan de zorgverzekeraar, maar uit de interviews komt het beeld naar voren dat ziekenhuizen op dit moment in de praktijk daar niet toe in staat zijn.

Een aandachtspunt is dat de huidige administratie van kwaliteit door ziekenhuizen niet dezelfde waarborgen voor betrouwbaarheid heeft als de financiële administratie. Zaken als de accountantscontrole zijn niet standaard verplicht voor de administratie van kwaliteitsgegevens. Indien er forse financiële consequenties verbonden gaan worden aan kwaliteitsverschillen, worden dergelijke waarborgen wel belangrijker.

Declaratie

Bij afspraken vooraf kan declaratie op reguliere wijze plaatsvinden. Als het afgesproken plafond is bereikt, stopt de verzekeraar met het betalen van ingediende declaraties. Bij afspraken die lopende het jaar of achteraf getoetst worden is er sprake van twee plafondafspraken. De verzekeraar vergoedt lopende het jaar declaraties totdat het eerste en laagste plafond is bereikt. Als lopende het jaar of na afloop van het jaar vaststaat dat het ziekenhuis voldoet aan de kwaliteitsafspraken, dan vergoedt de verzekeraar alsnog de eventuele declaraties boven het eerste plafond tot dat het tweede, hogere plafond is bereikt.

Gevolgen voor vaststelling eigen risico

In principe zijn de kosten van zorg leidend om te bepalen wat de verzekerde aan eigen risico moet betalen. De gedeclareerde rekening van het ziekenhuis is daarvoor bepalend. Indien de zorgverzekeraar de ziekenhuisrekening niet betaalt (omdat het plafond is bereikt), dan kan de zorgverzekeraar niet het eigen risico in rekening brengen bij de verzekerde.

11.6 Juridische haalbaarheid

Wij zien in de tariefregulering van het gereguleerde en het vrije segment geen beletselen voor dit soort afspraken.

Bijlage 1 - Lijst geïnterviewden

drs. O. Gerrits	Senior manager Tweedelijns Zorg, Achmea Zorg en Gezondheid
mr. G. van Leeuwen	Manager Marketing en Sales, Medisch Centrum Haaglanden
dr. B. Leerink	Lid Raad van Bestuur, Menzis
drs. S. Verdonkschot	Teamleider Sales, Academisch Medisch Centrum
mr. P. van der Vlugt	Juridisch adviseur, Academisch Medisch Centrum
drs. S. Sweijd	Manager Financiën, control en informatie, Ziekenhuis Amstelland
drs. D. Monissen	Voorzitter Raad van Bestuur, De Friesland
drs. A. Bakker	Plv. Directeur Zorginkoop, De Friesland
dhr. P. Hooftman	Projectleider DBC, DOT en EPD voor diverse ziekenhuizen

ZORGMARKTADVIES



Pels Rijcken
& Droogleever
Fortuijn *advocaten*
en *notarissen*

1. Aanleiding interview

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen/ZBC's worden geacht bij te dragen aan de beheersing van de uitgaven aan ziekenhuiszorg en meer kwaliteit en doelmatigheid te realiseren. Met innovatieve contractvormen kunnen zorgverzekeraars en ziekenhuizen/ZBC's hier bij de zorginkoop vorm aan geven. Voorbeelden van dergelijke innovatieve contractafspraken zijn: staffelafspraken, 'two part tariffs', lump sum bekostigingsafspraken, afspraken over richtlijnconform handelen en voldoen aan volumenormenten, etc..

De NZa heeft ZorgmarktAdvies en Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn gevraagd onderzoek te doen naar:

- De mogelijkheden voor innovatieve afspraken tussen enerzijds zorgverzekeraars en anderzijds ziekenhuizen en ZBC's;
- De door zorgverzekeraars, ziekenhuizen en ZBC's voorziene belemmeringen (praktisch en juridisch) voor het maken van innovatieve contractafspraken;
- De mate waarin innovatieve contractafspraken reeds voorkomen in de praktijk.

Het doel van het onderzoek is:

- Meer inzicht verkrijgen in de mogelijkheden van innovatieve contractvormen in de ziekenhuissector en in de eventuele belemmeringen om innovatieve contractafspraken te maken;
- Afhankelijk van de uitkomsten eventueel de veldpartijen informeren over de mogelijkheden tot het maken van innovatieve contractafspraken.

Wij zijn gestart met een bureau-analyse naar de mogelijke contractafspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen over prijs, volume, kwaliteit en andere zorgaspecten onder DOT. Vervolgens zijn voor de geïnventariseerde mogelijkheden de economische en praktische haalbaarheid, de juridische houdbaarheid en eventuele andere belemmeringen in kaart gebracht. Het tweede deel van het onderzoek bestaat uit een praktijktoets in het veld. In 7 kwalitatieve diepte-interviews met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (3 interviews) en ziekenhuizen (4 interviews) vragen wij naar hun ervaringen met innovatieve contractafspraken en de door hen gepercipieerde belemmeringen. U bent één van de door ons te interviewen personen. Tijdens het interview zal de nadruk liggen op praktische en juridische mogelijkheden en belemmeringen voor innovatieve contractvormen en niet op mededingingstechnische aspecten. De uitkomsten van de door ons af te nemen interviews worden vertrouwelijk behandeld.

2. Wat zijn innovatieve contractafspraken en welke acht vormen onderscheiden we?

Wij definiëren innovatieve contractafspraken als volgt:

- (nog) niet breed in de ziekenhuismarkt toegepaste afspraken
- tussen een individueel ziekenhuis en een individuele verzekeraar
- waarbij 'prijs en volume' en/of 'prijs en kwaliteit' en/of 'volume en kwaliteit' aan elkaar gekoppeld worden.

Innovatieve contractafspraken verbinden de grootheden prijs, volume en zorginhoud. Op grond van deze grootheden zijn er drie hoofdcombinaties van innovatieve contractafspraken mogelijk:

1. Contractafspraken die prijs en volume aan elkaar verbinden;
2. Contractafspraken die prijs en zorginhoud aan elkaar verbinden;
3. Contractafspraken die volume en zorginhoud aan elkaar verbinden.

Eventueel kunnen dergelijke afspraken met elkaar worden gecombineerd tot één afspraak over prijs, volume én kwaliteit. Bij elke hoofdcombinatie zijn één of meerdere concrete innovatieve contractafspraken te bedenken. Onderstaande tabel 2.1 geeft een overzicht van mogelijke innovatieve contractafspraken en maakt per contractafpraak inzichtelijk welke twee grootheden met elkaar worden verbonden. De acht innovatieve contractafspraken worden in de bijlage nader toegelicht.

Tabel 2.1 Mogelijke innovatieve contractafspraken		Aspecten die bij betreffende contractafpraak aan elkaar worden verbonden		
		Prijs	Volume	Zorginhoud
1.	Tariefdifferentiatie naar rato van volume	X	X	
2.	Two part tariffs	X	X	
3.	Plafondafspraken	X	X	
4.	Lumpsumafspraken	X	X	
5.	Abonnementssysteem	X	X	
6.	Tariefdifferentiatie op grond van zorginhoud	X		X
7.	Sturen op volume add-ons		X	X
8.	Volumedifferentiatie op grond van zorginhoud		X	X

3. Interviewvragen

In ons interview met u zouden wij graag de volgende vragen aan u voorleggen:

1. Hoe zien de contractafspraken die u tot op heden maakte er in hoofdlijnen uit?
2. Bereidt u voor uw organisatie innovatieve contractafspraken voor, die in 2012 ingevoerd moeten worden, zo ja, welke? Wat is uw beeld wat betreft de mate waarin de acht in deze memo genoemde innovatieve contractafspraken worden toegepast in de ziekenhuissector?
3. Ziet u in één of meer van de acht door ons benoemde innovatieve contractafspraken meerwaarde voor uw organisatie en waarom? Ziet u aan één of meer van de acht door ons benoemde innovatieve contractafspraken specifieke nadelen voor uw organisatie en waarom?
4. Bij welke van de acht benoemde innovatieve contractafspraken ziet u mogelijkheden om deze toe te passen in de praktijk?
5. Bij welke van de acht benoemde innovatieve contractafspraken ervaart u belemmeringen (praktisch, administratief, ICT-technisch, juridisch, restitutiepolissen, etc.) om deze in de praktijk toe te passen en waaruit bestaan die eventuele belemmeringen? In hoeverre ervaart u belemmeringen vanuit de andere partij waarmee u contractonderhandelingen voert? Ziet u belemmeringen in de bestaande regelgeving en/of de beleidsregels van de NZa?
6. In hoeverre verwacht u dat er door de voorgenomen wijziging van regelgeving en tariefbeleid (m.n. invoering van DOT, vergroting B-segment) meer mogelijkheden ontstaan voor het maken van innovatieve contractafspraken?
7. Welke maatregelen moeten naar uw mening genomen worden om de door u ervaren belemmeringen bij het toepassen van één of meerdere van de acht innovatieve contractafspraken weg te nemen? Welke partij (privaat of publiek) is verantwoordelijk voor het wegnemen van die belemmeringen en waarom?

Nadere toelichting op werking acht innovatieve contractafspraken

1. **Tariefdifferentiatie naar rato van volume**

Naarmate het volume aan geleverde zorg toeneemt, daalt de door het ziekenhuis in rekening te brengen prijs. Dat betekent dat de gemiddelde prijs per zorgproduct daalt naar mate er meer zorgproducten worden geleverd. Tariefdifferentiatie naar rato van volume kan worden vormgegeven met een staffelkorting of een degressief tarief:

a) Staffelkorting

Ziekenhuis en zorgverzekeraar stellen cohorten vast voor het te leveren volume van zorg. Voor het volume van zorg geleverd binnen het eerste cohort geldt de prijsafpraak voor cohort 1. Extra gerealiseerde zorgproducten worden afgerekend tegen de lagere prijs van het tweede cohort. Voor elk eventueel volgende cohort geldt een lagere prijs.

b) Degressieve tarieven

Voor elk opeenvolgend zorgproduct ontvangt het ziekenhuis een lagere prijs. Bijvoorbeeld € 100 voor het 1ste zorgproduct, € 99 voor het 2de zorgproduct en € 98 voor het 3de zorgproduct.

2. **Two part tariffs**

Het ziekenhuis ontvangt voor geleverde zorg zowel een lump sum bedrag als een afgesproken prijs per geleverd zorgproduct. De hoogte van het lump sum bedrag staat van te voren vast en wordt niet beïnvloed door de omvang van het geleverde volume aan zorg. De hoogte van het lump sum bedrag kan bijvoorbeeld gebaseerd worden op de adherentie van het ziekenhuis of juist worden aangewend ter dekking van de vaste kosten van het ziekenhuis. De prijs per geleverde product kan eventueel gebaseerd worden op de variabele kosten of marginale kosten van het ziekenhuis.

3. **Plafondafpraak**

Bij een plafondafpraak is de door het ziekenhuis bij een verzekeraar maximaal in rekening te brengen omzet van te voren begrensd. Er is sprake van een omzetplafond, maar niet van een omzetgarantie voor het ziekenhuis. Het financiële risico van onderproductie ligt dus bij het ziekenhuis. Er is daarbij een spectrum met twee (uiterste) varianten en tussenvormen:

- a) Een plafondafpraak, waarbij het ziekenhuis niet gehouden is om na het bereiken van het plafond alsnog zorg door te leveren;
- b) Een plafondafpraak, waarbij het ziekenhuis wel verplicht is om na het bereiken van het plafond alsnog zorg door te leveren (zonder extra vergoeding).

4. **Lumpsumafspraken**

Bij een lumpsumafpraak is de door het ziekenhuis bij een verzekeraar maximaal in rekening te brengen omzet van te voren begrensd. Er is sprake van een omzetplafond, maar ook van een omzetgarantie voor het ziekenhuis. Het financiële risico van onderproductie ligt dus bij de verzekeraar. Het financiële risico voor overproductie ligt bij het ziekenhuis. Er is daarbij een spectrum met twee (uiterste) varianten en tussenvormen:

- a) Een lumpsumafpraak, waarbij het ziekenhuis niet gehouden is om na het bereiken van de lumpsumgrens alsnog zorg door te leveren;

- b) Een lumpsumafpraak, waarbij het ziekenhuis wel verplicht is om na het bereiken van de lumpsumgrens alsnog zorg door te leveren (zonder extra vergoeding).

5. **Abonnementssysteem**

Bij een abonnementssysteem ontvangt het ziekenhuis van de verzekeraar een vast bedrag (abonnementstarief) per verzekerde woonachtig in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Voor dit abonnementstarief dient het ziekenhuis lopende het jaar of lopende meerdere jaren alle vormen van zorg te leveren aan verzekerden van de betreffende verzekeraar. Het abonnementstarief per verzekerde kan bijvoorbeeld gebaseerd worden op de gemiddelde ziekenhuiskosten per verzekerde uit een afgesloten jaar met een indexatie voor de gemiddelde (verwachte) prijs- en volumeontwikkeling sindsdien.

6. **Tariefdifferentiatie op grond van zorginhoud**

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen differentiëren in tarieven op grond van zorginhoudelijke aspecten. We onderscheiden twee verschillende varianten:

a) Tariefdifferentiatie bij kwaliteitsverschillen

Het tarief wordt door de verzekeraar ingezet om te sturen op verbetering van de kwaliteit van zorg. Dat kan bijvoorbeeld door voor eenzelfde zorgproduct twee tarieven af te spreken, waarbij het hoge tarief in rekening mag worden gebracht als wordt voldaan aan bepaalde kwaliteitseisen. Ook is het denkbaar bij eenzelfde diagnose tariefdifferentiatie toe te passen op de verschillende mogelijke behandelingen in het geval er op basis van de richtlijnen een duidelijke voorkeur bestaat voor een bepaalde behandeling.

b) Tariefdifferentiatie op grond van zorgzwaarteverschillen

Bij deze variant wordt het tarief door de verzekeraar ingezet om zorgzwaarte problematiek binnen en/of tussen instellingen op te lossen.

Bij tariefdifferentiatie op grond van zorginhoud bestaat er een onderscheid tussen contracten waarbij vooraf duidelijk is dat een zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden om voor een bepaald tarief in aanmerking te komen en contracten waarbij achteraf moet blijken of een zorgaanbieder aan de voorwaarden heeft voldaan om in aanmerking te komen voor een bepaald tarief/bonus.

7. **Sturen op volume add-ons**

Add-ons zijn apart declarabele producten naast een DBC-zorgproduct. Add-ons gelden voor enkele specifieke dure zorgvormen, zoals intensive care en dure geneesmiddelen. Verzekeraars kunnen afspraken maken over het volume van add-ons dat een ziekenhuis in rekening mag brengen door eisen te stellen aan het indicatiegebied en/of aan (wel of niet) toegestane combinaties met zorgproducten.

8. **Volumedifferentiatie op grond van zorginhoud**

Het ziekenhuis en de verzekeraar spreken een maximaal door het ziekenhuis in rekening te brengen prijs en volume af. Daarnaast spreken beide partijen af dat het ziekenhuis het afgesproken volume kan verhogen als het ziekenhuis voldoet aan bepaalde zorginhoudelijke eisen. Bijvoorbeeld: een ziekenhuis mag meer volume leveren als een bepaald kwaliteitsniveau wordt gerealiseerd.

Bijlage 3 - Uitleg gehanteerde begrippen

Abonnementssysteem	Het ziekenhuis ontvangt van de verzekeraar een vast bedrag per verzekerde woonachtig in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Voor dit bedrag moet het ziekenhuis lopende een vastgestelde periode zorg leveren aan verzekerden van betreffende verzekeraar. Dit wordt in Engelstalige literatuur aangeduid met capitation of capitated fee.
DBC	Een diagnosebehandelingcombinatie (DBC) is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hieruit volgt. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en medisch specialist die gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die het ziekenhuis in rekening brengt. Elke DBC heeft een eigen tarief dat bestaat uit honorariumbedragen voor de specialist en een kostenbedrag voor het ziekenhuis. Bron: www.nza.nl
DBC-zorgproducten	In DOT worden de DBC's (diagnosebehandelingcombinaties, de eenheden waarin wordt gedeclareerd) DBC-zorgproducten genoemd. De nieuwe DBC-zorgproducten zijn een aanzienlijke verbetering ten opzichte van de bestaande DBC's. De nieuwe DBC-zorgproducten zijn medisch beter herkenbaar en de zorgzwaarte komt beter tot uitdrukking. Bron: www.nza.nl
Degressief tarief	Voor elk volgende DBC-zorgproduct dat het ziekenhuis levert, ontvangt het ziekenhuis een lagere prijs.
DOT	DOT staat voor 'DBC's op weg naar transparantie'. DOT is het verbeterde declaratiesysteem voor ziekenhuizen, dat op 1 januari 2012 in werking treedt. Daarin worden de ruim 30.000 bestaande DBC's vervangen door 4.400 verbeterde DBC-zorgproducten. DOT moet leiden tot vereenvoudiging van het systeem, waarbij transparantie en medische herkenbaarheid belangrijke uitgangspunten zijn. In DOT worden de diagnosebehandelingscombinaties (de eenheden waarin wordt gedeclareerd) DBC-zorgproducten genoemd. Met DOT wordt zowel het verbeterde DBC-systeem bedoeld als ook het proces van invoering van dat verbeterde systeem. Bron: www.nza.nl
Eigen risico	Voor de basisverzekering geldt in 2011 een verplicht eigen risico van € 170,-. In 2012 is het verplicht eigen risico € 220,-. Dit betekent dat de verzekerde de eerste € 170,- / € 220,- aan door hem gemaakte zorgkosten zelf moet betalen. Het verplicht eigen risico geldt niet voor de kosten van huisartsen, kraamzorg en verloskundige zorg. Naast het verplichte eigen risico kan een verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De verzekerde krijgt dan een korting op de premie. Bron: www.nza.nl
FB-systematiek	De FB-systematiek bepaalt tot en met 2011 de bekostiging van het A-segment van ziekenhuizen. De afspraken tussen het ziekenhuis en de representatie van zorgverzekeraars over het FB-budget bepalen voor het ziekenhuis de inkomsten in het A-segment. Indien de DBC-inkomsten in het A-segment afwijken van het FB-budget vindt verrekening plaats.
Financieel resultaat	Het saldo van de totale opbrengsten en de totale kosten.
Gereguleerde segment	Zorg waarbij een ziekenhuis en een verzekeraar mogen onderhandelen over de prijs, maar waarbij wel een maximumtarief geldt. Voorbeelden: dure geneesmiddelen en intensive care zorg. Bron: www.rijksoverheid.nl

Grouper	In het huidige DBC-systeem bepaalt elke instelling zelf welke DBC zij declareert en wordt daarop gecontroleerd via een validatiemodule. Binnen DOT is er sprake van automatische afleiding. Deze afleiding gaat via een centraal computerprogramma ('de grouper'). Ziekenhuizen leveren gegevens over geleverde zorg (zoals diagnose, zorgactiviteiten, dure geneesmiddelen) in de vorm van declaratiedatasets aan bij de grouper. De grouper leidt hieruit een DBC-zorgproduct en/of overig zorgproduct af. De zorgaanbieder kan deze vervolgens declareren. Bron: www.nza.nl
Honorariumdeel	Het honorariumdeel van een DBC geeft aan welk deel van het DBC-tarief beschikbaar is voor de beloning van medisch specialisten.
Innovatieve contractafpraak	Een (nog) niet breed in de ziekenhuismarkt toegepaste afspraak tussen een individueel ziekenhuis en een individuele verzekeraar waarbij 'prijs en volume' en/of 'prijs en zorginhoud' en/of 'volume en zorginhoud' aan elkaar gekoppeld worden.
Kwaliteitsindicatoren	Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van de zorg, dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg (Bron: Colsen en Casparie, Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis, Medisch Contact, 1995). Kwaliteitsindicatoren kunnen informatie geven over de organisatorische voorwaarden waarbinnen het ziekenhuis verantwoorde zorg kan leveren (structuurindicatoren), over het verloop van processen in de ziekenhuisorganisaties (procesindicatoren) en over de uitkomst van de geleverde zorg (uitkomstindicatoren).
Lump sum afspraak	Bij een lump sum afspraak is de omzet die een ziekenhuis in rekening mag brengen bij een verzekeraar van te voren begrensd. Het ziekenhuis heeft daarnaast een omzetgarantie.
Marginale kosten	De extra kosten voor het ziekenhuis als het ziekenhuis de productie met één DBC-zorgproduct uitbreidt.
Marginale opbrengsten	De extra opbrengsten voor het ziekenhuis als het ziekenhuis de productie met één DBC-zorgproduct uitbreidt.
Marginale winst	Het verschil tussen de extra opbrengsten en de extra kosten voor het ziekenhuis als het ziekenhuis de productie met één DBC-zorgproduct uitbreidt.
Naturapolis	Bij een naturapolis koopt de zorgverzekeraar zorg in voor de verzekerde. De verzekerde heeft een recht op zorg. De zorgverzekeraar maakt voor alle vormen van zorg afspraken met specifieke zorgaanbieders. De volledige kosten van zorg worden vergoed wanneer de verzekerde zorg afneemt bij een aanbieder waarmee zijn verzekeraar een contract heeft. Als de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder waarmee zijn verzekeraar geen afspraken heeft gemaakt, moet de verzekerde soms (een deel van) de kosten van de afgenomen zorg zelf betalen. Bron: www.nza.nl
Onderbehandeling	Een patiënt de zorg onthouden die deze eigenlijk nodig heeft, waardoor de kans op een optimale zorguitkomst wordt verkleind. Onderbehandeling resulteert op korte termijn in lagere zorgkosten, maar kan uiteindelijk juist tot hogere kosten leiden. Bron: Plexus, Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling, 2010
Onderhanden werk	De geschatte waarde van reeds uitgevoerde verrichtingen voor DBC-zorgproducten die nog niet zijn gedeclareerd.

Overbehandeling	Een patiënt een behandeling of zorg bieden, terwijl er medisch gezien geen aanleiding toe is, waardoor de patiënt onnodig wordt blootgesteld aan de risico's en/of bijwerkingen die verbonden zijn aan de behandeling of zorg. Overbehandeling genereert onnodige zorgkosten. Bron: Plexus, Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling, 2010
Plafondafsprak	Bij een plafondafpraak is de omzet die een ziekenhuis in rekening mag brengen bij een verzekeraar van te voren begrensd. Het ziekenhuis heeft geen omzetgarantie.
Praktijkvariatie	Het bestaan van regionale verschillen in indicatiestelling die niet op basis van populatiekenmerken (bv. leeftijd of sociaal-economische status) te verklaren zijn. Bron: Plexus, Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling, 2010
Prestatie	Door de NZa gedefinieerde activiteit(en) die door een zorgaanbieder in rekening mogen worden gebracht. Het is aanbieders verboden om zelf andere prestaties in rekening te brengen.
Prestatiebekostiging	Prestatiebekostiging wil zeggen dat ziekenhuizen voor elk geleverd zorgproduct apart betaald krijgen, in plaats van dat zij per jaar één vast budget hebben voor het leveren van zorg. De inkomsten van het ziekenhuis zijn bij prestatiebekostiging gelijk aan de prijs per (zorg)prestatie en het aantal keer (volume) dat hij deze prestatie leverde. Bron: www.nza.nl
Prijsdifferentiatie naar rato van volume	Bij prijsdifferentiatie naar rato van volume daalt de door het ziekenhuis bij de verzekeraar in rekening te brengen prijs (per DBC-zorgproduct) naarmate het volume aan geleverde zorg (aantallen DBC-zorgproducten) toeneemt.
Prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud	De prijs die een verzekeraar en een ziekenhuis overeenkomen is afhankelijk van de kwaliteit van de geleverde zorg en/of de zorgzwaarte van de patiënt.
Restitutiepolis	Bij een restitutiepolis kan de zorgverzekeraar zorg voor de verzekerde inkopen, maar dat hoeft niet. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg. Als de zorgverzekeraar geen zorg heeft ingekocht, is er sprake van een pure restitutiepolis. Als de zorgverzekeraar wel zorg heeft ingekocht, is er sprake van een (gedeeltelijk) gecontracteerde restitutiepolis. Bron: www.nza.nl. Bij een (gedeeltelijk) gecontracteerde polis kan het zo zijn dat de verzekerde alleen alle kosten vergoed krijgt als de verzekerde naar een zorgaanbieder gaat waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt. Als de verzekerde in dat geval naar een andere zorgaanbieder dan de gecontracteerde gaat, moet de verzekerde mogelijk (een deel van) de rekening zelf betalen.
Schadelast	De som van door een zorgverzekeraar vergoede zorgprestaties.
Selectief contracteren	Selectief contracteren wil zeggen dat bepaalde aanbieders in het geheel niet worden gecontracteerd door een verzekeraar of dat een verzekeraar voor bepaalde vormen van zorg alleen geselecteerde aanbieders contracteert.
Staffelkorting	Het ziekenhuis en de zorgverzekeraar stellen cohorten vast voor het te leveren zorgvolume door het ziekenhuis. Voor het volume van zorg geleverd binnen het eerste cohort geldt de prijsafpraak voor cohort 1. Extra gerealiseerde zorgproducten worden afgerekend tegen de lagere prijs van het tweede cohort. Voor elk eventueel volgende cohort geldt een lagere prijs.
Standaardprijslijst	Op de standaardprijslijst staan de prijzen vermeld die gelden wanneer een patiënt niet verzekerd is of wanneer de verzekeraar van een patiënt geen contract heeft

	<p>gesloten met het betreffende ziekenhuis. De standaardprijslijst geldt voor de DBC-zorgproducten in het vrije segment. Bron: www.nza.nl</p>
Sturen op volume add-ons	<p>Add-ons zijn apart (naast een DBC-zorgproduct) declarabele producten voor enkele specifieke dure zorgvormen, zoals intensive care en een limitatief aantal dure geneesmiddelen. De zorgverzekeraar kan sturen op het volume aan add-ons dat door een ziekenhuis mag worden gedeclareerd door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Met het ziekenhuis af te spreken dat het ziekenhuis een maximaal aantal add-ons of een maximale omzet aan add-ons vergoed krijgt. - Een add-on te controleren op de naleving van indicatievoorschriften.
Two part tariff	<p>Het ziekenhuis ontvangt voor geleverde zorg een vooraf bepaalde lump sum (vast bedrag) en daarnaast een afgesproken prijs per geleverd zorgproduct.</p>
Variabele kosten	<p>Variabele kosten zijn dat deel van de totale kosten van een ziekenhuis waarvan de omvang afhankelijk is van de omvang van de productie van het ziekenhuis.</p>
Vaste kosten	<p>Vaste of constante kosten zijn dat deel van de totale kosten van een ziekenhuis waarvan de omvang niet afhankelijk is van de omvang van de productie van het ziekenhuis.</p>
Vaste segment	<p>Zorg waarbij een ziekenhuis en een verzekeraar niet mogen onderhandelen over de prijs. Voorbeelden: fundamenteel onderzoek, donoruitnameteams of delen van de spoedeisende hulp. Bron: www.rijksoverheid.nl</p>
Volumedifferentiatie op grond van zorginhoud	<p>De kwaliteit van de door het ziekenhuis geleverde zorg bepaalt de omvang van het volume aan zorg dat door de verzekeraar aan het ziekenhuis wordt vergoed.</p>
Volumeontwikkeling	<p>Ontwikkeling van aantallen (bijvoorbeeld zorgproducten)</p>
Vrije segment	<p>Zorg waarbij een ziekenhuis en een verzekeraar mogen onderhandelen over de prijs. Voorbeelden: knie-, heup- of staaroperaties. Bron: www.rijksoverheid.nl</p>
Zichtbare Zorg Ziekenhuizen	<p>Vertegenwoordigers van de volgende partijen werken samen om de kwaliteit van ziekenhuiszorg inzichtelijk te maken door het opstellen van kwaliteitsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumentenbond - Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) - Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) - Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) - Orde van Medisch Specialist (OMS) - Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) - Zorgverzekeraars Nederland (ZN) <p>Het programma Zichtbare Zorg (ZiZo) ondersteunt deze partijen bij het vergelijkbaar maken van de kwaliteit van ziekenhuiszorg. De door ziekenhuizen aangeleverde gegevens (data) worden omgezet tot informatie. Deze informatie wordt gebruikt als: keuze-informatie voor patiënten en consumenten, inkoopinformatie voor zorgverzekeraars, toezichtinformatie voor de IGZ en verbeterinformatie voor zorgverleners. Bron: www.zichtbarezorg.nl</p>
Zorgplicht	<p>De op grond van artikel 11 Zorgverzekeringswet (Zvw) op de zorgverzekeraar rustende verplichting om ervoor te zorgen dat de verzekerde, afhankelijk van het toepasselijke verzekeringsmodel, zorg of een vergoeding voor zorg krijgt en eventueel zorgbemiddeling</p>
Zorgzwaarte-	<p>De situatie waarin een ziekenhuis een cliëntenpopulatie heeft met een</p>

problematiek

aantoonbare bovengemiddelde zware of afwijkende zorgvraag als gevolg van bepaalde patiëntenkenmerken, waardoor een meer intensieve of complexe behandeling dan gemiddeld noodzakelijk is en waarbij het bekostigingssysteem dit ziekenhuis voor behandeling van haar cliëntenpopulatie een vergoeding geeft op basis van een landelijk gemiddelde cliëntenpopulatie. Het gevolg is dat het ziekenhuis structureel verlies leidt op de behandeling van de betreffende cliëntenpopulatie.