

**Budgettaire beheersing bij
invoering prestatiebekostiging cGGZ**



07-11-2011

**Marc Soeters
Gerrold Verhoeks**

Hoofdstuk 1 Inleiding

Huidige situatie

Voor het grootste deel van de GGZ-instellingen die (ook) curatieve GGZ (cGGZ) leveren, geldt dat een representatie van zorgverzekeraars afspraken maakt met de instelling over de te realiseren budgetparameters en het daaruit volgende budget. Zorgverzekeraars lopen nog maar zeer beperkt financieel risico over de uitgaven aan cGGZ. Aanbieders van cGGZ declareren DBC's bij individuele zorgverzekeraars. De NZa stelt landelijke maximum DBC-tarieven vast. De totale inkomsten uit DBC's worden voor gebudgetteerde instellingen via een verrekening gelijk gemaakt aan het afgesproken budget. Voor de niet-gebudgetteerde instellingen in de tweede lijn en de eerstelijns GGZ-zorg dienen DBC's ook voor de bekostiging en is er geen afgesproken budget. Voor de eerstelijns psychologische zorg is er sprake van prestaties met vrije prijsvorming

Eindperspectief

In het Regeerakkoord is vastgelegd: 'in de GGZ wordt volledige risicodragendheid van verzekeraars voor de curatieve GGZ inclusief invoering van prestatiebekostiging ingevoerd en wordt macronacalculatie voor de geneeskundige GGZ uiterlijk in 2015 afgeschaft.' In haar brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft de Minister aan dat op termijn mogelijk ook wordt overgegaan op vrije prijsvorming.

Stappen per 2013

Doelstelling van de minister is om per 2013 prestatiebekostiging in de cGGz in te voeren mits in voldoende mate aan een aantal randvoorwaarden is voldaan:

- Budgettair beheersbaar systeem dat past binnen het beschikbare financiële kader
- Voldoende risicodragendheid van zorgverzekeraars
- Inzicht in kwaliteit en zorgzwaarte
- Voldoende sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars
- Een goede en stabiele productstructuur
- Juiste DBC-tarieven
- Eenduidige diagnosestelling

Budgettaire beheersing

De Minister stelt als één van de voorwaarde voor invoering van prestatiebekostiging per 2013 dat de overgang naar prestatiebekostiging moet plaatsvinden in de context van een budgettair beheersbaar systeem dat past binnen de beschikbare financiële kaders. In deze notitie brengen we de verschillende manieren van budgettaire beheersing in kaart. Budgettaire beheersing kan plaatsvinden via:

- Een bestuurlijk akkoord

- Regulering gericht op beperking van de zorgvraag
- Regulering van aanbieders
- Regulering van verzekeraars

In deze notitie wordt budgettaire beheersing via beperking van de zorgvraag (i.c. inperken verzekerde aanspraken en/of verhogen eigen betalingen) niet behandeld, omdat deze vorm van budgettaire beheersing niet onder de verantwoordelijkheid van de NZa valt. In deze notitie staan we stil bij de drie andere manieren van budgettaire beheersing, waarbij de nadruk zal liggen op regulering van de verzekeraars.

Opbouw rapportage

Deze notitie kent de volgende hoofdstukopbouw:

Hoofdstuk 1	Inleiding
Hoofdstuk 2	Budgettaire beheersing via een bestuurlijk akkoord
Hoofdstuk 3	Budgettaire beheersing via zorgaanbieders
Hoofdstuk 4	Budgettaire beheersing via zorgverzekeraars
Hoofdstuk 5	Instrumenten zorgverzekeraars voor vormgeven budgettaire beheersing
Hoofdstuk 6	Advies

Hoofdstuk 2 Budgettaire beheersing via een bestuurlijk akkoord

2.1 Kenmerken van een bestuurlijk akkoord

Budgettaire beheersing in de cGGZ kan gezien worden als een gezamenlijke opgave van verzekeraars, aanbieders en overheid. Vanuit die optiek is het een mogelijkheid om met elkaar in een bestuurlijk akkoord afspraken te maken over de wijze waarop de budgettaire beheersing in de cGGZ de komende jaren vorm moet krijgen. Een bestuurlijk akkoord heeft de volgende kenmerken:

- Een bestuurlijk akkoord heeft alleen zin als alle betrokken partijen meedoen en bereid zijn zich te verbinden aan het akkoord.
- De afspraken in een bestuurlijk akkoord hebben de status van inspanningsverplichtingen. Op zich kunnen partijen ook resultaatafspraken met elkaar maken, maar het is wel de vraag in hoeverre deze afspraken uiteindelijk juridisch afdwingbaar zijn. Per saldo zullen de afspraken (ongeacht de inhoud van die afspraken) daarom neerkomen op wederzijdse inspanningsverplichtingen.
- Doordat de afspraken in een bestuurlijk akkoord het karakter hebben van inspanningsverplichtingen is niet op voorhand zeker dat gestelde doelen uiteindelijk ook worden gerealiseerd, tenzij maatregelen worden genomen in aanvulling op een bestuurlijk akkoord.
- Een bestuurlijk akkoord biedt de mogelijkheid om in de volle breedte afspraken met elkaar te maken: zowel over de transitie als over het eindmodel. Daarbij is het ook mogelijk om meerjarige afspraken te maken.
- Door de breedte aan onderwerpen die in een bestuurlijk akkoord geregeld kunnen worden, zijn er voor alle deelnemende partijen mogelijkheden om voor hun achterban belangrijke punten te adresseren. Dat betekent dat er bij een goed bestuurlijk akkoord geen 'verliezers' zijn, maar alleen 'winnaars'. Dit psychologisch effect is met name van groot belang als er sprake is van een gezamenlijke opgave die alleen gerealiseerd zal worden als alle partijen meewerken.
- Een bestuurlijk akkoord op zichzelf verandert nooit de werkelijkheid. Een bestuurlijk akkoord zal altijd moeten worden uitgewerkt in concrete maatregelen.

2.2 Bestuurlijk akkoord cGGZ en budgettaire beheersbaarheid

Een bestuurlijk akkoord heeft vooral nut om de verschillende betrokken partijen (bestuurlijk) op één lijn te krijgen bij een lastige maatschappelijke opgave, die alleen gerealiseerd kan worden als alle betrokken partijen meewerken. Als gekozen wordt voor een bestuurlijk akkoord als het middel om budgettaire beheersing in de cGGZ te realiseren, dan zal het bestuurlijk akkoord in elk geval aan verschillende voorwaarden moeten voldoen. Concreet moet het bestuurlijk akkoord:

1. Gedragen worden door de volgende partijen: ministerie VWS, ZN, GGZ Nederland, NVZ, NFU, NVVP, NVvP, MEERGGZ en NIP. Afstemming met vertegenwoordigers van de cliënten (bv. NPCF of Platform GGZ) is daarbij wenselijk.
2. De agenda beschrijven waarlangs stapsgewijs het eindmodel van prestatiebekostiging wordt gerealiseerd.
3. Het macro-uitgavenkader voor de cGGZ vastleggen, alsmede de groei daarvan in een vastgestelde periode.

4. De rol, verantwoordelijkheden en inspanningen van de onderscheiden partijen bij het handhaven van het macro-uitgavenkader voor de cGGZ beschrijven:

Partij	Verantwoordelijkheden
Aanbieders	<ul style="list-style-type: none"> - Leveren doelmatige zorg - Vergroten richtlijnconform handelen - Vormgeven substitutie van 2^e naar 1^e lijn - Bieden informatie over kwaliteit van geleverde zorg
Verzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> - Contracteren op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik - Terugdringen van ongewenste praktijkvariatie - Toetsen op naleving gemaakte afspraken door aanbieders - Sturen op doelmatige ordening en organisatie van het zorgaanbod
Overheid	<ul style="list-style-type: none"> - Stringent pakketbeheer - Vaststellen eigen betalingen

5. Uitgaande van voorgaande rol- en verantwoordelijkheidsverdeling concrete afspraken bevatten over de wijze waarop de branchepartijen het macro-uitgavenkader voor de cGGZ zullen handhaven. Het effect van de afspraken tussen branchepartijen in termen van budgettaire beheersbaarheid moet inzichtelijk zijn.
6. Als uitgangspunt nemen dat overschrijdingen van het macro-uitgavenkader voor de cGGZ via eigen maatregelen van de branchepartijen worden terugbetaald. Over de inzet van die maatregelen moet vooraf helderheid bestaan, zowel voor wat betreft de inhoud als de toepassingscriteria.
7. Heldere en eenduidige afspraken vastleggen over door de cGGZ-instellingen op te leveren informatie om de gemaakte afspraken over budgettaire beheersbaarheid in de praktijk vorm te kunnen geven. Het gaat in elk geval om de volgende gegevens:
- Informatie m.b.t. afgesloten en gefactureerde DBC's, afgesloten en nog niet gefactureerde DBC's en het onderhanden werk (aan te leveren op vaste tijdstippen lopende het jaar);
 - Informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg en over de zorgzwaarte van de cliëntenpopulatie. Reeds gemaakte bestuurlijke afspraken tussen GGZ Nederland en ZN over deelname van cGGZ-instellingen aan de benchmark GGZ dienen in dat kader bevestigd te worden.
8. Afspraken bevatten over de eventuele andere randvoorwaarden die moeten worden ingevuld om budgettaire beheersing mogelijk te maken:
- Afspraken over bevoorschotting;
 - Afspraken over deadline afronding contractering.
9. De wijze van handhaving van de gemaakte afspraken door de branchepartijen vastleggen. Branchepartijen kunnen daarbij overeenkomen aan een onafhankelijke partij te vragen de gemaakte afspraken en de budgettaire effecten te monitoren en/of de noodzaak van handhaving van de gemaakte afspraken te beoordelen.
10. Zoveel mogelijk in lijn zijn met het te realiseren eindmodel. De afspraken in het bestuurlijk akkoord beperken zo min mogelijk de mededinging tussen aanbieders en tussen verzekeraars.
11. Een meerjarige looptijd krijgen.

Zelfs als een bestuurlijk akkoord aan alle hiervoor genoemde voorwaarden voldoet, kan met een bestuurlijk akkoord alleen nooit volledige zekerheid verkregen worden over handhaving van het BKZ. Een bestuurlijk akkoord is een set afspraken tussen overheid en branche-organisaties. Het is altijd de vraag in hoeverre individuele aanbieders en verzekeraars zich gebonden weten en gehouden kunnen worden aan de afspraken in het akkoord. Als handhaving van het BKZ koste wat het kost gerealiseerd moet worden en er van te voren zekerheid moet zijn dat het BKZ niet overschreden zal worden, dan moet een bestuurlijk akkoord worden aangevuld met de inzet van één of enkele van de in de hoofdstukken 3 en 4 te beschrijven beheersingsinstrumenten.

Hoofdstuk 3 Budgettaire beheersing via zorgaanbieders

3.1 Mogelijkheden voor budgettaire beheersing via zorgaanbieders

Op de volgende manieren kan budgettaire beheersing via het zorgaanbod plaatsvinden:

1. Door het ex ante opleggen van omzetplafonds
Met ingang van 2012 wordt het op basis van het wetsvoorstel Aanvulling Instrumenten Bekostiging Wmg (AIB Wmg) mogelijk om aan aanbieders een omzetplafond op te leggen. Bij overschrijding van het omzetplafond kunnen met het macrobeheersingsinstrument (mbi) de overschrijdingen worden teruggehaald bij de zorgaanbieders. Omzetplafonds kunnen op drie niveaus worden ingezet:
 - Een omzetplafond voor individuele cGGZ-aanbieder
Per aanbieder wordt een maximale omzet vastgesteld en gedeclareerde opbrengsten boven het maximum worden door de aanbieder terugbetaald.¹
 - Een omzetplafond voor groepen cGGZ-aanbieders
Voor een groep aanbieders (bv. alle nieuwe aanbieders) wordt een maximale totaalomzet vastgesteld. Wanneer de som van alle omzetten binnen de groep het omzetplafond van die groep overschrijdt, betaalt iedere aanbieder uit de groep op basis van zijn vooraf vastgestelde aandeel in het totaal van de groep een bedrag terug.²
 - Een omzetplafond voor de gehele cGGZ
Voor de gehele cGGZ wordt een totaal omzetplafond vastgesteld. Wanneer de som van alle omzetten van alle aanbieders van cGGZ het plafond overschrijdt, betaalt iedere aanbieder op basis van zijn vooraf vastgestelde aandeel in het totaal een bedrag terug.³
2. Door ex post ingrijpen bij overschrijdingen
De Wmg biedt de mogelijkheid om via een tariefkorting ex post in te grijpen in het geval van overschrijding van het macrobudget voor de cGGZ. Dit is de traditionele manier van aanpakken van overschrijdingen. Deze methode is echter niet mogelijk bij vrije tarieven.
3. Via een transitiemodel
Een transitiemodel is, zoals het woord al zegt, bedoeld om de overgang naar prestatiebekostiging soepel te laten verlopen en omzetwijzigingen bij zorgaanbieders als gevolg van de systeemovergang naar prestatiebekostiging stapsgewijs door te voeren. Een transitiemodel heeft dus niet budgettaire beheersbaarheid tot doel. Tegelijkertijd kan een

¹ Dit kan door afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds (Zvf), of door vereffening met de ziektekostenverzekeraars, op basis van een door de NZa vastgesteld vereffeningbedrag.

² Idem.

³ Idem.

transitiemodel tijdens de transitieperiode wel budgettaire beheersing als effect of gevolg hebben. Bijvoorbeeld als er in het transitiemodel wordt uitgegaan van een minimale en maximale omzet per aanbieder.

3.2 Onwenselijkheid budgettaire beheersing via zorgaanbieders

De transitiefase waarin de GGZ de komende jaren verkeert, dient zowel de aanbieders als de verzekeraars voor te bereiden op hun rol in het eindmodel. Vanuit die optiek is het onwenselijk de budgettaire beheersing via de zorgaanbieders vorm te geven:

1. Budgettaire beheersing van de zorgaanbieders verhoudt zich niet tot het eindmodel waarin primair de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor uitgavenbeheersing via de zorginkoop. Bij budgettaire beheersing via de zorgaanbieders worden de risico's van uitgavenoverschrijdingen volledig bij de aanbieders gelegd. Daarmee worden de zorgverzekeraars in de transitie naar het eindmodel niet geprikkeld om te groeien in hun rol als kritische zorginkopers en handhavers van de macrobetaalbaarheid van zorg.
2. Budgettaire beheersing via de zorgaanbieders verhoudt zich niet tot het eindmodel waarin cGGZ-aanbieders onderling concurreren op kwaliteit en prijs. Bij budgettaire beheersing via de zorgaanbieders zijn er nauwelijks tot geen mogelijkheden om goed presterende aanbieders te belonen. Het ex ante omzetplafond of de ex post korting wordt immers door de overheid opgelegd, waarbij differentiatie tussen goed presterende en slecht presterende aanbieders zeer waarschijnlijk niet aan de orde zal zijn. Met andere woorden: bij budgettaire beheersing via zorgaanbieders worden ook de zorgaanbieders niet geprikkeld om te wennen aan een toekomstige situatie waarin zij in onderlinge concurrentie zo goed mogelijke zorg tegen een zo laag mogelijke prijs proberen te leveren.

Vanwege voorgaande redenen verkennen wij in het vervolg van deze notitie in hoeverre het in de praktijk mogelijk en wenselijk is om de budgettaire beheersing, net zoals dat in het eindmodel het geval is, ook reeds in de transitiefase via de zorgverzekeraars te laten lopen.

Hoofdstuk 4 Budgettaire beheersing via zorgverzekeraars

4.1 Realiseren doelstelling budgettaire beheersing via zorgverzekeraars

Het is mogelijk om een mate van budgettaire beheersing te bereiken via zorgverzekeraars. We zien hier op hoofdlijnen twee opties. In beide opties gaan we uit van contractering door individuele zorgverzekeraars en dus niet van een representatiemodel (zie paragraaf 4.2 voor toelichting).

Optie 1: Uitgavenplafond zorgverzekeraars

Een uitgavenplafond per zorgverzekeraar kan worden vormgegeven door met de ex ante vergoeding uit de risicoverevening vooraf het maximumbedrag vast te stellen dat een zorgverzekeraar vergoed krijgt voor de inkoop van cGGZ. Het maximumbedrag per zorgverzekeraar is gebaseerd op de landelijk beschikbare budgettaire ruimte. Hierbij wordt rekening gehouden met de inkomsten van de zorgverzekeraar uit nominale premie en de inkomsten uit eigen bijdragen. Overschrijding van dit uitgavenplafond is mogelijk, maar gaat ten koste van het resultaat van de zorgverzekeraar. Dit betekent dat de zorgverzekeraar mogelijk zijn premies moet verhogen met het risico op verlies van marktaandeel. Deze optie wordt nader besproken in paragraaf 4.3.

Optie 2: Contracteerruimte zorgverzekeraars

Een contracteerruimte is een maximumbedrag dat een zorgverzekeraar mag uitgeven aan de inkoop van cGGZ. Het maximumbedrag per zorgverzekeraar is gebaseerd op de landelijk beschikbare budgettaire ruimte. Overschrijding van dit plafond is niet mogelijk. Zorgaanbieders krijgen extra productie niet vergoed. Deze optie wordt nader besproken in paragraaf 4.4.

4.2 Geen focus op representatie of regio

Huidige representatiemodel

In de huidige situatie onderhandelt op non-concurrentiële deelmarkten een representatie van zorgverzekeraars in de regio met zorgaanbieders over de omvang van het budget. De representatie houdt in dat de door de representerende zorgverzekeraars gesloten overeenkomst met zorgaanbieders alsmede de overeengekomen tarieven en aanverwante afspraken onverkort gelden voor alle zorgverzekeraars. De 25 regio's van de representatie komen overeen met de 25 veiligheidsregio's. Per instelling verzorgen minimaal twee en maximaal drie zorgverzekeraars de representatie. Als eerste representerende zorgverzekeraar wordt de marktleider in de veiligheidsregio aangewezen. De marktleider van de instelling wordt aangewezen als tweede representerende zorgverzekeraar. Indien dit dezelfde zorgverzekeraar is, wordt als tweede representerende zorgverzekeraar de tweede marktleider van de instelling aangewezen (bron: convenant representatiemodel non-concurrentiële deelmarkten).

Geen representatiemodel mogelijk bij prestatiebekostiging

Bij de huidige budgetafspraken is dit model van representatie nog noodzakelijk, maar bij prestatiebekostiging niet meer. Er is nog geen keuze gemaakt of de regiovertegenwoordiging wordt voortgezet in 2013. Gezien de beperking van het representatiemodel tot 'non-concurrentiële' markten is voortzetting van het representatiemodel niet zonder meer mogelijk. Onze inschatting is

dat de NMa niet akkoord gaat met een representatiemodel tenzij dat absoluut noodzakelijk is. Aanbieders zullen ook een rechtszaak kunnen starten vanwege ongeoorloofde economische machtsposities van zorgverzekeraars. Er lijkt derhalve geen andere keuze te zijn dan het representatiemodel in de cGGZ te beëindigen bij de invoering van prestatiebekostiging. Alleen voor zeer specifieke ondeelbare prestaties is eventueel een rol mogelijk voor de representatie (bijvoorbeeld bij een beschikbaarheidsvergoeding).

Prikkels bij representatie

In het geval de budgettaire beheersing via de zorgverzekeraars wordt vormgegeven is het zeer de vraag of het representatiemodel de juiste prikkels bevat tot het scherp inkopen van zorg. Een representatie van zorgverzekeraars bestaat over het algemeen uit de twee grootste zorgverzekeraars in een regio. Dit betekent dat beide zorgverzekeraars in de praktijk een groot deel van de schadelast vertegenwoordigen. In Friesland betreft het een gezamenlijk marktaandeel van de grootste twee zorgverzekeraars van circa 80% (nu nog afzonderlijk De Friesland en Achmea). In zo'n situatie hebben zorgverzekeraars een sterke financiële prikkel omdat de baten van hun inspanningen vooral bij henzelf terecht komen en slechts voor een klein deel 'weglekken' naar andere zorgverzekeraars. In regio's waarin marktaandelen meer evenwichtig zijn verdeeld, zal de prikkel echter kleiner zijn. Bijvoorbeeld in de situatie van 4 zorgverzekeraars met elk een marktaandeel van circa 25%. De representerende verzekeraars delen de baten van een scherpe zorginkoop vrijwel geheel met andere zorgverzekeraars, terwijl de kosten voor de zorginkoop voor rekening komen van de representatie. Een eventuele overschrijding leidt bij alle vier de zorgverzekeraars grosso modo tot een vergelijkbare kans op een verhoging van de nominale premie. Het is daarbij onwaarschijnlijk dat verzekerden massaal overstappen naar andere dan de 4 betrokken zorgverzekeraars. De prikkels voor de regiovertegenwoordiging om scherp zorg in te kopen, zijn in dat geval dus beperkt.

We achten het niet mogelijk en niet verstandig om budgettaire beheersing via de zorgverzekeraars te combineren met een representatiemodel. We gaan in het vervolg van dit hoofdstuk dan ook uit van contractering door individuele zorgverzekeraars.

4.3 Budgettaire beheersing via een uitgavenplafond voor zorgverzekeraars

Vormgeving

Budgettaire beheersing kan worden vormgegeven door zorgverzekeraars per 2013 volledig financieel risico te laten lopen over de uitgaven voor de cGGZ. Het ministerie van VWS neemt hiervoor al een belangrijke stap in 2012 door de macro-nacalculatie af te schaffen. Ook wordt dan bij de hogekostencompensatie het nacalculatiepercentage boven de drempelwaarde verlaagd van 100% naar 90% en wordt de nacalculatie van kosten buiten de zogeheten bandbreedte verlaagd van 100% naar 90%. Zorgverzekeraars kunnen een sterke prikkel tot budgettaire beheersing krijgen door in 2013 versneld⁴ de ex post compensaties 'hogekostencompensatie' en de 'bandbreedteregeling' geheel af te schaffen. Feitelijk zou dit tot gevolg hebben dat de risicoverevening al per 2013 beperkt wordt tot de 'ex ante' verevening.

⁴ Het kabinet is volgens het regeerakkoord voornemens om deze ex post compensaties in de cGGZ uiterlijk in 2015 af te schaffen.

Ex ante verevening voldoende betrouwbaar op niveau totale populatie zorgverzekeraar

Hoewel het ex ante risicovereveningsmodel voor de cGGZ nog onvoldoende verklaringskracht heeft op het niveau van individuele verzekerden (circa 8,5% in 2012), is de verklaringskracht wel voldoende om zorgverzekeraars risico te laten lopen op het niveau van de totale populatie verzekerden. De huidige ex ante risicoverevening voor 2012 realiseert een verklaringskracht van ruim 99% op het niveau van de totale populatie verzekerden van een verzekeraar (bron: brief VWS over risicoverevening van 5 september 2011). Dit betekent dat na ex ante verevening alle zorgverzekeraars de zorguitgaven van hun verzekerden kunnen voldoen door een nominale premie in rekening te brengen die maximaal 1% verschilt ten opzichte van andere zorgverzekeraars.

Vergoeding zorgverzekeraars blijft beperkt tot ex ante bepaalde vereveningsbedrag

De ex ante risicoverevening wordt in de huidige situatie gebaseerd op het door VWS vastgestelde macro-prestatiebedrag. Het macro-prestatiebedrag betreft de totale beschikbare budgettaire ruimte voor de Zorgverzekeringswet. Het macro-prestatiebedrag wordt onderverdeeld naar 6 verschillende macro-deelbedragen in de Zorgverzekeringswet (o.a. cGGZ). Daarmee is precies bekend wat de beschikbare budgettaire ruimte is voor de cGGZ.

De macro-deelbedragen worden via de risicoverevening verdeeld over de individuele zorgverzekeraars. De ex ante vereveningsbijdrage aan een individuele zorgverzekeraar bestaat uit de som van de zes toegekende deelbedragen minus de veronderstelde inkomsten uit de nominale premie (gebaseerd op de landelijke rekenpremie) en minus de geraamde financiering vanuit het verplicht eigen risico (bron: brief VWS over vaststelling macro deelbedragen 2011 van 27 september 2010). Na afloop van het jaar vinden in de huidige situatie vervolgens ook verschillende ex-post compensaties plaats: de macro-nacalculatie, hogekostencompensatie en bandbreedteregeling.

In 2012 wordt de macronacalculatie afgeschaft. Indien de resterende ex postcompensaties per 2013 versneld afgeschaft zouden worden, dan staat daarmee vooraf per zorgverzekeraar het beschikbare bedrag per verzekerde voor de cGGZ vast. De feitelijke kosten van zorgverzekeraars voor de cGGZ hebben hier dan geen invloed meer op. Zorgverzekeraars krijgen zo een sterke financiële prikkel om doelmatig zorg in te kopen en de zorguitgaven te beperken (zie box).

Afschaffen ex post compensaties vergroot prikkel voor budgettaire beheersing zorgverzekeraars

De afschaffing van de macro-nacalculatie per 2012 leidt tot een aanzienlijke verbetering van de prikkels voor budgettaire beheersing door zorgverzekeraars. De bestaande ex post compensaties 'bandbreedteregeling' en 'hogekostencompensatie' zwakken de prikkel tot budgettaire beheersing door zorgverzekeraars echter nog wel af. Kosten die door individuele zorgverzekeraars worden ingebracht in deze ex post compensaties worden onderling verrekend tussen zorgverzekeraars. Kostenstijgingen die onder de ex post compensaties vallen, leiden daarmee vooral tot een evenredige stijging van de gemiddelde landelijke premies. Zorgverzekeraars hebben in dat geval beperkte prikkels om de uitgaven te beheersen van kosten die onder de ex post compensaties vallen. Een evenredige stijging van de landelijk gemiddelde premies voor alle zorgverzekeraars zal in de regel namelijk niet leiden tot verloop van verzekerden. Dit in tegenstelling tot de situatie zonder ex post compensaties waarbij een uitgavenstijgingen van een zorgverzekeraar sneller tot een bovengemiddelde stijging van de eigen nominale premie kan leiden. Het risico op verlies van marktaandeel (in termen van verzekerden) is dan substantieel en daarmee is ook de prikkel tot budgettaire beheersing groter.

Financieel risico vertalen in contracten met zorgaanbieders

Naarmate het financiële risico voor zorgverzekeraars toeneemt, zullen de verzekeraars proberen het financiële risico zo veel mogelijk te verleggen naar aanbieders. Dit kan door contracten af te sluiten waarbij zorgaanbieders (deels) risico's overnemen (zie daarvoor hoofdstuk 5). Naarmate zorgverzekeraars er beter in slagen om dergelijke contracten af te sluiten, zal de kans op budgettaire beheersing groter worden.

Budgettaire beheersing bij niet gecontracteerde zorg en restitutie

Niet alle verzekerden maken gebruik van gecontracteerde zorg. Het is de vraag hoe zorgverzekeraars voor deze groep verzekerden budgettaire beheersing kunnen vormgeven.

Een deel van de verzekerden heeft een restitutiepolis (naar schatting van ZN circa 30% van de verzekerden). Deze verzekerden hebben recht op een vergoeding van de kosten voor zorg. De zorgverzekeraar koopt in principe voor deze groep verzekerden geen zorg in natura in. Een belangrijk deel van deze verzekerden maakt uiteindelijk wel gebruik van de door de verzekeraar gecontracteerde zorg, omdat een groot deel van de aanbieders gecontracteerd is (de kans dat iemand een keuze maakt voor niet gecontracteerd aanbod is beperkt). Voor restitutieverzekerde gelden vervolgens de contractvoorwaarden zoals die zijn overeengekomen met de aanbieder in het kader van de zorginkoop in natura.

Het is in theorie mogelijk dat zorgverzekeraars met elke zorgaanbieder een contract sluiten. Op dit moment is dat echter niet het geval. Met elke gebudgetteerde instelling wordt op dit moment een contract gesloten (door de representatie van zorgverzekeraars). Voor niet gebudgetteerde instellingen, GGZ aanbieders in de eerste lijn en voor overige vrijgevestigden is dit een keuze van individuele zorgverzekeraars en aanbieders. Individuele zorgverzekeraars proberen met deze aanbieders over het algemeen contracten te sluiten indien de kwaliteit voldoende is en een substantieel aantal verzekerden daar zorg afneemt.

Indien er voor natura verzekerden geen contract wordt gesloten met een aanbieder en de verzekerde neemt toch zorg af bij de niet-gecontracteerde aanbieder, dan geldt de restitutie bepaling in de polis van de verzekerde. Over het algemeen wordt restitutie zorg vergoed tot een bepaald maximum; bijvoorbeeld tot 90% van de gemiddelde prijs van dezelfde DBC bij regulier gecontracteerde zorg.

Zorgverzekeraars hebben in principe ervaringscijfers over de omvang van restitutie zorg. Dit geldt zowel voor de restitutieverzekerden als het gebruik van niet gecontracteerde zorg door verzekerden met een naturapolis. Ze kunnen hiermee rekening houden bij het vaststellen van de beschikbare financiële ruimte voor contracten (in natura). Zorgverzekeraars hebben daarnaast de mogelijkheid om elke zorgaanbieder te contracteren of om de restitutievoorwaarden (voor natura verzekerden) aan te scherpen. Indien de prikkels voor zorgverzekeraars groot genoeg zijn, zullen ze zelf oplossingen bedenken om de kosten van restitutie grotendeels te beheersen. We voorzien wel een beperkt risico als er wachtlijsten ontstaan. De kans bestaat dat verzekerden (zowel met restitutiepolis als met naturapolis) dan actief op zoek gaan naar niet gecontracteerde zorg om daarmee wachtlijsten te omzeilen. In dat specifieke geval bestaat er een risico op een overschrijding, omdat er in dat geval meer patiënten dan voorzien gebruik maken van restitutie. We verwachten dat dit risico een zeer beperkte omvang heeft, tenzij de wachtlijsten erg groot worden.

Effecten

Tijdelijk risico op risicoselectie

Met de bestaande ex ante risicoverevening is het op dit moment niet mogelijk om op het niveau van individuele verzekerden een reële vergoeding te geven. Dit betekent dat met het afschaffen van alle ex post compensaties de zorgverzekeraars tijdelijk een prikkel krijgen om individuele verzekerden met hoge kosten te weren uit de zorgverzekering. In de Zorgverzekeringswet is dit overigens nadrukkelijk verboden en wordt dit tegengegaan met acceptatieplicht, zorgplicht en een verbod op premiedifferentiatie.

Het gevaar van risicoselectie wordt overigens in de cGGZ wel aanzienlijk beperkt door het feit dat langdurige intramurale zorg onder de AWBZ valt. Dure patiënten zullen met name intramuraal worden geholpen. De zorgverzekeringswet beperkt zich voor de cGGZ tot intramurale opnamen korter dan 1 jaar. Indien een patiënt meer dan 1 jaar intramurale zorg nodig heeft, dan komt de patiënt na een jaar automatisch in de AWBZ. Een zorgverzekeraar hoeft deze patiënt in dat geval al niet meer op risico te selecteren, omdat na een jaar de zorgkosten worden betaald uit de AWBZ.

Het is ook de vraag of het voor zorgverzekeraars financieel gezien op middellange termijn verstandig is om aan risicoselectie te doen. De ex ante risicoverevening verbetert elk jaar. Juist de groep verzekerden waarvan een zorgverzekeraar zelf kan inschatten dat deze voorspelbaar verlieslatend is, zal naar verwachting relatief snel in de ex ante risicoverevening kunnen worden opgenomen. De onderzoekers van de risicoverevening hebben immers vergelijkbare informatie. Ook is het mogelijk voor zorgverzekeraars om bij de onderzoekers van de risicoverevening bepaalde patiëntenkenmerken aan te melden als voorspelbaar verlieslatend. De risicoverevening kan daarop worden aangepast. Indien bepaalde patiëntenkenmerken goed in de risicoverevening komen, dan kan een zorgverzekeraar juist een goed resultaat op deze groep behalen.

Indien volledige afschaffing van de ex-post compensaties vanwege het gevaar van risicoselectie niet wenselijk wordt geacht, valt te overwegen om de hogekostencompensatie niet in één keer af te schaffen, maar de komende jaren stapsgewijs af te bouwen naar mate de ex ante verevening verder verbetert. Per 2013 zou het nacalculatiepercentage van de hogekostencompensatie bijvoorbeeld kunnen worden verlaagd van 90% (2012) naar 80%.

Betere risicoverevening door betere financiële prikkels zorgverzekeraars

In de risicoverevening worden op individueel niveau de kosten voor een patiënt gerelateerd aan zijn objectieve kenmerken. De gemeten kosten per patiënt zijn op dit moment echter gebaseerd op een situatie waarin zorgverzekeraars vrijwel geen risico lopen over uitgaven aan cGGZ. Het is goed denkbaar dat kosten van patiënten daarom hoger uitvallen dan nodig. Bijvoorbeeld omdat de representatie van zorgverzekeraars hogere budgetten dan nodig overeen is gekomen. Indien deze ondoelmatige kosten als uitgangspunt worden gehanteerd bij de berekening van gewichten in de risicoverevening, dan worden de gewichten mogelijk te hoog vastgesteld. Zorgverzekeraars zouden vanuit dat oogpunt zelfs een perverse prikkel kunnen hebben om de kosten op te drijven. Een marktlieder in de regio met bijvoorbeeld relatief veel klanten in wijken met een lage SES zou de uitgaven van deze groep bewust kunnen laten oplopen (nu nog op kosten van de macro-nacalculatie en andere ex post compensaties) zodat deze groep na enkele jaren relatief hoge gewichten krijgt in de risicoverevening. Indien zorgverzekeraars volledig financieel risico lopen, dan is de kans op onnodige

kosten kleiner en worden de gewichten in de risicoverevening vastgesteld op basis van doelmatige uitgaven.

Directe en indirecte financiële prikkel tot budgettaire beheersing bij ex ante verevening

De financiële prikkel heeft een directe en een indirecte werking. Wanneer zorgverzekeraars minder (meer) geld uitgeven dan de normvergoeding, kan dit ten goede (laste) komen van de winst. Dit is de directe prikkel. Indien zorgverzekeraars meer of minder geld uitgeven dan de normvergoeding geldt ook een indirecte prikkel als zorgverzekeraars als gevolg hiervan de premies in het jaar daarop aanpassen. Indien een zorgverzekeraar meer uitgeeft dan de normvergoeding, gaat dit ten laste van de winst en mogelijk ook ten laste van zijn reserve. De kans is dan groot dat de zorgverzekeraar het jaar daarop de premie moet verhogen⁵ om de reserves op het vereiste niveau te brengen. De DNB stelt namelijk eisen aan de minimale omvang van reserves van zorgverzekeraars (minimaal 11% in 2012). Indien andere zorgverzekeraars goedkoper zorg hebben ingekocht en geen noodzaak zien om premies te verhogen, is de kans groot dat de zorgverzekeraar met hogere premies marktaandeel kwijt raakt en waarschijnlijk ook minder winst zal maken. Deze indirecte prikkel is dus in belangrijke mate relatief. Alleen bij beter of slechter presteren dan andere zorgverzekeraars heeft de prikkel effect. Als zorgverzekeraars als groep even slecht presteren, gaan alle premies omhoog en verliezen individuele zorgverzekeraars geen marktaandeel als gevolg van een premieverhoging.

Meer financieel risico zorgverzekeraars vereist hogere reserves

Wanneer zorgverzekeraars meer financieel risico gaan lopen, dan zal De Nederlandsche Bank waarschijnlijk hogere solvabiliteitseisen stellen aan zorgverzekeraars. Om aan de hogere reserveverplichtingen te voldoen, kunnen zorgverzekeraars eventuele winsten toevoegen aan de reserves. Indien de winsten niet toereikend zijn om aan de reserveverplichtingen te voldoen, dan moeten mogelijk de nominale premies worden verhoogd. Om premiestijgingen te voorkomen, kunnen zorgverzekeraars er voor kiezen om op voorhand rekening te houden met mogelijke toevoegingen aan de reserves door hiervoor een deel van de beschikbare groei ruimte voor de cGGZ te benutten (en minder volume in te kopen).

Grote maar geen volledige garantie op budgettaire beheersing

Gezien de grote mate van financieel risico die wordt neergelegd bij zorgverzekeraars achten wij een grote mate van budgettaire beheersbaarheid mogelijk. Gezien de beschreven effecten biedt een ex ante vergoeding met volledig financieel risico echter geen volledige garantie op budgettaire beheersing. Indien een verzekeraar er niet in slaagt om binnen zijn uitgavenplafond te blijven dan zal dat (zonder nadere maatregelen) tot een overschrijding van het BKZ leiden.

Juridische aspecten

Zolang de budgettaire beheersing via zorgverzekeraars vorm krijgt met financiële prikkels achten wij de kans op juridische problemen beperkt. Mogelijk zullen zorgverzekeraars wel bezwaar maken tegen de mate van risico die ze wordt opgelegd ten opzichte van de kwaliteit van de risicoverevening. Anderzijds is een betrouwbaarheid van ruim 99% op verzekeraarsniveau vrij hoog. De kans op gegronde bezwaren is waarschijnlijk beperkt bij een dergelijk betrouwbaarheidsniveau.

⁵ Zorgverzekeraars hebben maar beperkte mogelijkheden om te besparen op uitvoeringskosten. De orde van grootte van de uitvoeringskosten is circa 5% van de zorguitgaven. Een overschrijding van de (totale) zorguitgaven met 2% staat ongeveer gelijk aan circa 40% van de uitvoeringskosten van een zorgverzekeraar.

4.4 Budgettering door contracteerruimte voor zorgverzekeraars

Bij een variant met een contracteerruimte voor zorgverzekeraars wordt budgettaire beheersing gerealiseerd door zorgverzekeraars te verbieden meer uit te betalen dan de per zorgverzekeraar toegekende contracteerruimte.

Vormgeving

Bepaling hoogte contracteerruimte

De bepaling van de omvang van de contracteerruimte van een verzekeraar kan op dezelfde wijze gebeuren als de vaststelling van het uitgavenplafond voor een verzekeraar).

Uitgavenbeperking tot contracteerruimte

De Zorgverzekeringswet moet zodanig worden aangepast dat voor elke zorgverzekeraar een contracteerruimte kan worden bepaald voor de inkoop van cGGZ-zorg. Er wordt tevens vastgelegd dat een zorgverzekeraar aan cGGZ-aanbieders in totaal niet meer mag betalen dan zijn contracteerruimte toelaat. Indien een zorgverzekeraar meer uitgeeft dan zijn contracteerruimte volgt eventueel terugvordering of een boete.

Contracteerruimte vertalen in contracten met aanbieders

Zorgverzekeraars moeten de beschikbare contracteerruimte vertalen naar contracten met cGGZ-aanbieders. Dit betekent dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders contractafspraken moeten maken zonder open einde. De optelsom van de overeengekomen contracten moet maximaal gelijk zijn aan de beschikbare contracteerruimte. Zie hoofdstuk 5 voor mogelijke varianten van contracten waarin de uitgaven per aanbieder worden beperkt tot een vooraf bepaald bedrag.

Effecten

Risico op wachtlijsten en de zorgplicht

Zorgverzekeraars moeten de beschikbare contracteerruimte vertalen naar contracten met cGGZ-aanbieders, waarbij de uitgaven per aanbieder worden beperkt tot een vooraf bepaald bedrag. Contracten waarin de totale uitgaven per aanbieder worden dichtgeschroeid leggen het volumerisico neer bij de aanbieder of bij de patiënt. Indien een zorgaanbieder het overeengekomen contractvolume reeds heeft geleverd en zich nieuwe patiënten van de zorgverzekeraar aandienen, zijn er twee opties. De aanbieder behandelt ze voor eigen rekening. Dit is eventueel mogelijk zonder extra kosten voor de aanbieder indien de beschikbare capaciteit aan personeel (veelal in loondienst) voldoende is om enig meerwerk te leveren. Het is ook mogelijk dat de aanbieder geen zorg wil of kan verlenen die niet betaald wordt. In dat geval bestaat het risico op wachtlijsten. Het is vervolgens de vraag hoe de wachtlijsten zich verhouden tot het recht op verzekerde zorg en de zorgplicht.

Effect terugvordering of boete op BKZ

Zodra een zorgverzekeraar zijn contracteerruimte overschrijdt, leidt dit tot extra zorguitgaven die relevant zijn voor het BKZ. Tenzij andere zorgverzekeraars minder uitgeven, wordt hiermee het BKZ

overschreden. Een terugvordering bij de betreffende zorgverzekeraar of een boete verandert dit niet wezenlijk. Een terugvordering of een boete zal door de verzekeraar betaald moeten worden uit zijn exploitatieresultaat of uit zijn premie-inkomsten. De exploitatieresultaten van zorgverzekeraars zijn relatief klein ten opzichte van potentiële overschrijdingen van de zorguitgaven. De kans dat terugvorderingen of boetes daarmee leiden tot premiestijgingen is aanzienlijk. Het uiteindelijke doel van budgettaire beheersing (i.c. beheersing van de premiestijgingen) wordt daarmee niet gerealiseerd.

Juridische aspecten

Om zorgverzekeraars te verbieden om niet meer uit te geven dan de contracteerruimte is aanpassing van de Zorgverzekeringswet noodzakelijk. Een dergelijke majeure aanpassing van de zorgverzekeringswet is zeer moeilijk te realiseren per 01-01-2013.

We voorzien daarnaast problemen met de zorgplicht van zorgverzekeraars. Indien extra zorg boven de contracteerruimte niet wordt vergoed, kunnen zorgaanbieders niet worden verplicht om zorg te blijven doorleveren. Dit kan leiden tot wachtlijsten. Indien de wachtlijsten te groot worden voldoen zorgverzekeraars mogelijk niet aan hun zorgplicht. Verzekerden kunnen rechtszaken aanspannen om het recht op verzekerde zorg op te eisen.

Het is de vraag of de 3^{de} schaderichtlijn het toestaat dat de rijksoverheid private zorgverzekeraars verbiedt om meer geld uit te geven dan de contracteerruimte. Hoewel de meeste bepalingen van de schaderichtlijn betrekking hebben op de zorgverzekeringsmarkt (relatie verzekerde – verzekeraar) en niet op de zorginkoopmarkt (relatie zorgverzekeraar – zorgaanbieder), bestaat het risico dat het niet mogelijk is om dergelijke beperkingen op te leggen aan private zorgverzekeraars.

4.5 Beoordeling

Zoals aangegeven adviseren wij om de budgettering te richten op zorgverzekeraars. Beide varianten die hiervoor zijn beschreven, een uitgavenplafond voor zorgverzekeraars en een contracteerruimte voor zorgverzekeraars, worden in onderstaande tabel beoordeeld op basis van enkele criteria.

Beoordeling varianten budgettaire beheersing via zorgverzekeraars

	Uitgavenplafond per zorgverzekeraar	Contracteerruimte per zorgverzekeraar
Budgettaire beheersing	Goed	Goed
Juridische haalbaarheid	Goed	Onzeker
Consistentie met eindperspectief	Zeer goed	Matig
Realisatie per 2013	Haalbaar	Onwaarschijnlijk

Op grond van bovenstaande beoordeling adviseren we de budgettaire beheersing te laten aangrijpen bij de zorgverzekeraars door een uitgavenplafond per verzekeraar te introduceren.

Hoofdstuk 5 Instrumenten zorgverzekeraars voor vormgeven budgettaire beheersing

5.1 Innovatieve contractvormen

Als het risico op budgettaire beheersing bij de zorgverzekeraars wordt gelegd, zoals beschreven in hoofdstuk 4, dan zullen zorgverzekeraars via de contracten die zij sluiten met de cGGZ-aanbieders het risico op budgettaire overschrijdingen moeten beheersen⁶. Zij kunnen daarbij gebruik maken van verschillende contractvormen. Hierna volgt een overzicht:

1. Plafondafspraken

Bij een plafondafpraak tussen de verzekeraar en de cGGZ-aanbieder is de door de cGGZ-aanbieder bij de betreffende verzekeraar maximaal in rekening te brengen omzet van te voren begrensd. Er is sprake van een omzetplafond, maar niet van een omzetgarantie voor de cGGZ-aanbieder. Het financiële risico van onderproductie ligt dus bij de cGGZ-aanbieder. We gaan er hierbij vanuit dat de verzekeraar met de aanbieder overeenkomt dat de aanbieder na het bereiken van het plafond zorg blijft doorleveren (zonder extra vergoeding). Zodra de zorgaanbieder het plafond heeft bereikt, vergoedt de zorgverzekeraar geen declaraties meer.

2. Lump sum afspraken

Bij lump sum afspraken tussen de verzekeraar en de cGGZ-aanbieder is de door de cGGZ-aanbieder bij de betreffende verzekeraar maximaal in rekening te brengen omzet van te voren begrensd. Er is sprake van een omzetplafond, maar ook van een omzetgarantie voor de aanbieder. Het financiële risico van onderproductie ligt dus bij de verzekeraar. Het financiële risico voor overproductie ligt bij de aanbieder. We gaan er hierbij vanuit dat de verzekeraar met de aanbieder overeenkomt dat de aanbieder na het bereiken van het plafond zorg blijft doorleveren (zonder extra vergoeding). Zodra de zorgaanbieder het plafond heeft bereikt, vergoedt de zorgverzekeraar geen declaraties meer. Als een zorgaanbieder minder zorg levert dan de waarde van de lump sum, ontvangt de zorgaanbieder een verrekening vanuit de zorgverzekeraar. Om deze verrekening juridisch mogelijk te maken, is het wellicht nodig dat de NZa een nieuwe prestatie definieert.

3. Prijskortingen naar rato van volume

Naarmate het volume aan geleverde zorg toeneemt, daalt de door de cGGZ-aanbieder in rekening te brengen prijs. Dit kan worden vormgegeven met een staffelkorting of een degressief tarief (voor zover mogelijk bij de dan geldende tariefsoort in de cGGZ):

- Staffelkorting: Aanbieder en verzekeraar 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 (bv het maximumtarief). Extra gerealiseerde zorgproducten worden afgerekend tegen de lagere prijs van het volgende cohort.

⁶ Toepassing van innovatieve contractvormen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder sluit de inzet van het macrobeheersingsinstrument op zichzelf door VWS niet uit. De kans dat VWS op deze wijze moet ingrijpen wordt wel zeer klein als de sector op grote schaal afspraken maakt die gericht zijn op budgettaire beheersing.

Voor elk opeenvolgend cohort geldt een lagere prijs (alleen voor het deel van de zorgproducten dat in dit cohort valt).

- Degressieve tarieven: De prijs per zorgproduct is afhankelijk van het aantal geleverde producten. Voor elk opeenvolgende zorgproduct ontvangt de cGGZ-aanbieder een lagere prijs. Bijvoorbeeld het maximumtarief van 100 voor het 1^{ste} zorgproduct, 99 voor het 2^{de} zorgproduct en 98 voor het 3^{de} zorgproduct. Bij drie producten is de totale omzet 297 (100 + 99 + 98).

4. Two part tariffs

De cGGZ-aanbieder ontvangt voor geleverde zorg zowel een lump-sum bedrag⁷ 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 de aanbieder.

In het kader van deze opdracht zien we geen of zeer beperkte mogelijkheden om te onderzoeken in hoeverre alle vier de contractvormen juridisch en praktisch mogelijk zijn binnen huidige DBC-systematiek GGZ en welke regels eventueel veranderd zullen moeten worden om de contractvormen mogelijk te maken.

5.2 Toepasbaarheid innovatieve contractvormen bij verschillende vormen van budgettaire beheersing door verzekeraars

In hoofdstuk 4 gaven wij aan dat budgettaire beheersing via de verzekeraars op twee manieren kan worden vormgegeven:

1. Door verzekeraars een uitgavenplafond op te leggen;
2. Door verzekeraars een contracteerruimte te geven.

Hierna volgend schema geeft weer welke innovatieve contractvormen toegepast kunnen worden bij de twee vormen van budgettaire beheersing door verzekeraars.

Alle vier de contractvormen kunnen door de verzekeraar worden toegepast als hij een uitgavenplafond krijgt opgelegd. Wel is het zo dat de contractvormen onderling sterk verschillen in de mate waarin zij de verzekeraar garanderen dat hij lopende het contractjaar binnen zijn eigen uitgavenplafond blijft. Bij plafondafspraken en lump sum afspraken staat de maximale omzet van de aanbieders vast, waardoor de verzekeraar voor de gecontracteerde zorg zekerheid heeft dat hij lopende het contractjaar binnen zijn uitgavenplafond kan blijven. Het risico op overproductie wordt immers bij de zorgaanbieders gelegd. We gaan er daarbij dan wel vanuit dat de verzekeraar voorafgaand aan het contractjaar zo scherp met de aanbieders onderhandelt dat de optelsom van de afspraken past binnen het uitgavenplafond van de betreffende verzekeraar. Bij prijskortingen naar rato van het volume en two part tariffs is het volume en daarmee de omzet niet begrensd, waardoor de verzekeraar geen zekerheid heeft dat hij lopende het contractjaar binnen zijn uitgavenplafond zal blijven.

⁷ Om een lump sum juridisch haalbaar te maken, moet mogelijk een nieuwe prestatie worden gedefinieerd door de NZa.

Vanwege die onzekerheid kunnen prijskortingen naar rato van het volume en two part tariffs niet worden toegepast in een systeem waarin de verzekeraars een contracteerruimte krijgen. Bij een contracteerruimte mag de verzekeraar niet meer uitgeven dan de toebedeelde ruimte. De verzekeraar heeft dus niet de mogelijkheid om overschrijdingen te vergoeden uit een positief exploitatieresultaat of een stijging van de premies, zoals dat bij een uitgavenplafond wel het geval is. Dat heeft tot gevolg dat de verzekeraar ook met de aanbieder contractafspraken moet maken waarin de maximale omzet van de aanbieder lopende het contractjaar is begrensd en overproductie niet wordt vergoed. Alleen met behulp van plafondafspraken en lump sum afspraken kunnen verzekeraars de omzet van aanbieders lopende het contractjaar gegarandeerd begrenzen.

	Contractvorm	Uitgaven plafond	Contracteer Ruimte
1.	Plafondafspraken	Toepasbaar	Toepasbaar
2.	Lump sum afspraken	Toepasbaar	Toepasbaar
3.	Prijskortingen naar rato van volume	Toepasbaar	Niet toepasbaar
4.	Two part tariffs	Toepasbaar	Niet toepasbaar

Risico verzekeraar op hogere uitgaven dan plafond/ contracteerruimte

Geen risico



Risico

Hoofdstuk 6 Advies

We adviseren een budgettaire beheersbare invoering van prestatiebekostiging te realiseren door met een uitgavenplafond per verzekeraar sterke financiële prikkels voor zorgverzekeraars te introduceren per 1 januari 2013 én door in een bestuurlijk akkoord afspraken te maken over contractvormen die vrijwel volledige budgettaire zekerheid bieden.

1. Uitgavenplafond voor zorgverzekeraars

We adviseren de budgettaire beheersing te laten aangrijpen op de zorgverzekeraars door hen sterke financiële prikkels voor budgettaire beheersing te geven. De risicoverevening wordt vanuit dat oogpunt al in 2013 beperkt tot de ex-ante risicoverevening. Wij zijn van mening dat dit haalbaar is aangezien de ex-ante risicoverevening op dit moment 99% voorspellende waarde biedt op het niveau van de totale portefeuille van zorgverzekeraars. Keerzijde hiervan is dat de financiële prikkel voor risicoselectie toeneemt. Wij denken dat dit tijdelijk een aanvaardbaar risico is. Ten eerste vanwege de wettelijke waarborgen in de Zorgverzekeringswet (acceptatieplicht, zorgplicht, beperking premiedifferentiatie, etc.). Ten tweede vanwege het feit dat (dure) patiënten over het algemeen intramurale zorg ontvangen. Indien blijkt dat langdurige intramurale zorg (langer dan 1 jaar) nodig is voor een patiënt gaat deze automatisch over vanuit de Zorgverzekeringswet naar de AWBZ. Risicoselectie is voor deze dure groep patiënten dus niet nodig of niet mogelijk. Indien het gevaar van risicoselectie desalniettemin te hoog wordt ingeschat, dan kan eventueel de 'hogekosten-compensatie' langer in stand worden gehouden (met bijvoorbeeld een verlaging van het nacalculatiepercentage naar 80%). De prikkel tot budgettaire beheersing wordt met deze ex post compensatie wel weer enigszins afgezwakt.

2. Bestuurlijk akkoord

Gezien de grote impact van de invoering van prestatiebekostiging adviseren we een bestuurlijk akkoord te sluiten met alle betrokken partijen. Het is bij een dergelijke transitie van groot belang dat alle betrokken partijen overeenstemming bereiken over doelstellingen en randvoorwaarden. Het gaat er hierbij niet alleen om dat betrokken partijen de doelstellingen en randvoorwaarden delen, maar ook dat er concrete afspraken worden gemaakt over de wijze waarop partijen hun rol gaan invullen.

3. Specifieke onderdelen budgettaire beheersbaarheid bestuurlijk akkoord

Meer specifiek moeten de betrokken partijen in een bestuurlijk akkoord afspraken maken over de contractvorm die zorgverzekeraars en cGGZ-aanbieders gaan hanteren tijdens de transitie. Vanuit het oogpunt van budgettaire beheersbaarheid adviseren wij gedurende de transitieperiode de contractvorm 'lump sum afspraken' te gaan hanteren. Deze contractvorm biedt het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en zorgverzekeraars zekerheid ten aanzien van de budgettaire beheersbaarheid. Ook aanbieders ontlenen echter zekerheden aan deze contractvorm, omdat er sprake is van een omzetgarantie. Bijlage 1 werkt een lump sum afspraak verder uit.

Bijlage 1 Beschrijving mogelijkheden lump sum afspraken voor zorginkoop

Beschrijving

Bij een lump sum afspraak is de door de cGGZ-aanbieder maximaal in rekening te brengen omzet bij een zorgverzekeraar van te voren begrensd. Er is sprake van een omzetplafond, maar ook van een omzetgarantie voor de cGGZ-aanbieder. Het financiële risico van onderproductie ligt dus bij de verzekeraar. Het financiële risico voor overproductie ligt bij de cGGZ-aanbieder. We gaan er vanuit dat verzekeraar en aanbieder overeenkomen dat de aanbieder verplicht is om na het bereiken van de lump sum grens alsnog zorg door te leveren (zonder extra vergoeding).

Meerwaarde voor cGGZ-aanbieder en verzekeraar

Meerwaarde lump sum afspraken voor cGGZ-aanbieder:

- Een lump sum heeft meerwaarde voor een cGGZ-aanbieder omdat het zekerheid geeft over de inkomsten. Dit kan meer in het bijzonder van belang zijn bij systeemwijzigingen, zoals de overgang naar prestatiebekostiging in de cGGZ.
- Met name wanneer een meerjarige lump sum afspraak wordt overeengekomen kan de cGGZ-aanbieder richting financiers zekerheid bieden. Dit maakt het voor de aanbieder gemakkelijker om kapitaal aan te trekken (bijvoorbeeld een lening voor nieuwbouw).
- Een nadeel voor de cGGZ-aanbieder is dat het risico op overproductie volledig bij de aanbieder ligt en 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.

Meerwaarde lump sum afspraken voor zorgverzekeraars:

- De beschreven lump sum variant is aantrekkelijk voor zorgverzekeraars. De schadelast wordt vooraf beperkt tot een vastgestelde omvang. Er is geen risico dat de zorgverzekeraar niet voldoet aan zijn zorgplicht.
- Een zorgverzekeraar moet bij een lump sum afspraak wel scherp monitoren of er niet ongewenste verwijzing of onderbehandeling plaats vindt door cGGZ-aanbieders. Indien onderbehandeling plaats vindt, kan dit mogelijk tot hogere uitgaven leiden in de toekomst.

Praktische haalbaarheid

De omvang van de lump sum afspraak kan relatief eenvoudig worden bepaald op basis van de omzet van de cGGZ-aanbieder bij de zorgverzekeraar in voorgaande jaren. Deze omzet kan vervolgens bijvoorbeeld geïndexeerd worden met de beschikbare (nominale) groeiruumte.