



Nederlandse
Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw brief van
18 september 2014

Uw kenmerk
649855-124545-CZ

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk
0117759/0166278

Onderwerp

Advies beschikbaarheidsbijdrage Spoedeisende hulp (SEH) en Acute verloskunde

Datum
3 maart 2015

Mevrouw de minister,

Op 18 september 2014 hebt u de NZa gevraagd te adviseren over de reikwijdte van de zorgplicht van de zorgverzekeraar bij de vraag of al dan niet een beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende hulp (SEH) en Acute verloskunde (AV) moet worden toegekend. Daarnaast vraagt u ons advies over beleid met betrekking tot instellingen die bij de overheid een aanvraag voor een beschikbaarheidsbijdrage indienen.

Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden hebben wij onderzocht of en zo ja in welke mate het wel respectievelijk niet verstrekken van een beschikbaarheidsbijdrage leidt tot significante marktverstoring. Wij hebben ook de marktpartijen geconsulteerd en hun opvattingen meegewogen.¹ De uitkomsten van ons onderzoek en onze aanbevelingen staan in dit advies.

Samenvatting conclusies en aanbevelingen

We concluderen dat er op de markt voor zorgaanbieders geen sprake is van marktverstoring. Op de polismarkt zien wij geen verstoring met betrekking tot de landelijke verdeling van kosten over de zorgverzekeraars. Met betrekking tot wat wij noemen de geografische marktverstoring zien wij wel een effect. Dit houdt in dat in een aantal gebieden in Nederland de kosten voor het aanbieden van een verzekering hoger zijn dan in de rest van Nederland. Dit is te wijten aan de kosten voor het beschikbaar houden van voorzieningen voor SEH en acute verloskunde.

Uit onze analyse van de als gevoelig aangewezen ziekenhuizen blijkt dat met name bij acute verloskunde zich aan de aanbodzijde grote prijseffecten (gemiddeld 39%) kunnen voordoen als de betrokken ziekenhuizen de kosten zelf via de prijzen moeten dekken. Dit betekent dat zorgverzekeraars bij dat ziekenhuis (veel) duurdere zorg moeten

¹ In de bijlage vindt u een samenvatting van de consultatie.

inkopen. Een zorgverzekeraar moet voor inwoners in die regio's dan meer kosten maken dan voor verzekerden met een andere woonplaats. Mogelijk gedrag dat hierdoor zou kunnen optreden is dat zorgverzekeraars de verzekerden in deze regio's met hogere kosten gaan mijden. Met andere woorden, er bestaat een risico op (verkapte) risicoselectie, premiedifferentiatie en/of polisdifferentiatie door zorgverzekeraars. De NZa vindt dit mogelijke effect ongewenst. De beste manier om dit op te lossen is via de risicoverevening. Deze aanbeveling sluit goed aan bij de gedachte achter de werking van het stelsel en de bestaande wet- en regelgeving. Een eventueel alternatief om de prikkel tot risicoselectie te verminderen is om een compensatie voor zorgaanbieders (bijvoorbeeld in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage) toe te passen. Als u er voor kiest om geen compensatie toe te passen dan vertrouwt u alleen op maatregelen om de effecten van deze prikkel te verminderen. Het gaat dan met name om het borgen van de continuïteit van zorg via het toezicht op de zorgplicht.

1. Achtergrond beschikbaarheidsbijdrage SEH/AV

1.1 Zorgplicht

Bij het borgen van de continuïteit van zorg, waaronder SEH en acute verloskunde, staat de zorgplicht centraal. Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg², of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling³, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.⁴

Criteria voor de beoordeling van de vraag of een zorgverzekeraar voldoende heeft gedaan in het kader van zijn zorgplicht heeft de NZa geformuleerd in haar beleidsregels over de zorgplicht en overmacht voor de zorgverzekeraar:

- TH/BR-018 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw;
- TH/BR-017 Overmacht continuïteit van cruciale zorg.

Overmacht doet zich slechts in uitzonderlijke omstandigheden voor. De situatie waarin de zorgverzekeraar niet langer kan voldoen aan zijn zorgplicht is een ernstige en uitzonderlijke situatie, waarin de zorgverzekeraar moet aantonen al het mogelijke te hebben gedaan om de continuïteit van de betreffende zorgverlening te borgen maar hier desondanks niet in kan slagen. Of er sprake is van overmacht, beoordeelt de NZa per geval.

1.2. Beleid beschikbaarheidsbijdrage

Een beschikbaarheidsbijdrage heeft als doel vormen van zorg beschikbaar te houden:

- a) waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of;

² Voor prestaties die volgens het naturamodel zijn verzekerd.

³ Voor prestaties die volgens het restitutiemodel zijn verzekerd.

⁴ Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-018).

- b) waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken, en;
- c) die niet op andere wijze worden bekostigd.

Uitgangspunt van het zorgstelsel is dat primair de zorgverzekeraar⁵ verantwoordelijk is voor (het inkopen van) voldoende, tijdige en bereikbare zorg voor zijn verzekerden. Dit uitgangspunt is ook vastgelegd in uw huidige beleid omtrent de beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH en de acute verloskunde.⁶

Naast de algemene criteria uit artikel 56a Wmg, gelden voor de beschikbaarheidsbijdrage SEH/AV aanvullende voorwaarden:

- (1) er is sprake van een (dreigende) sluiting van een SEH en/of verloskundevoorziening;
- (2) de zorgverzekeraar kan niet meer aan de op hem rustende zorgplicht voldoen en dat is hem wegens overmacht niet aan te rekenen;
- (3) de 45-minutennorm is in gevaar;
- (4) er zijn geen andere oplossingen mogelijk.

Er zijn acht ziekenhuizen⁷ met een SEH en/of acute verloskundevoorziening die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm en waarbij de SEH en acute verloskundevoorziening beschikbaar moet blijven om de 45-minutennorm te borgen. Bij een aantal van deze SEH's en acute verloskundevoorzieningen is sprake van een laag volume aan zorg /laag aantal patiënten omdat ze in dunbevolkte gebieden liggen.

Er zal niet snel sprake zijn van een situatie van overmacht voor de zorgverzekeraars. In principe hebben deze immers genoeg financiële draagkracht/reserves om hogere tarieven bij een specifiek ziekenhuis te kunnen betalen waardoor een beroep op 'overmacht' zou falen. Het is in het kader van dit advies ook van belang om stil te staan bij marktverstoringseffecten. Een analyse van deze effecten staat in het volgende hoofdstuk.

2. Analyse van effecten op deelmarkten

2.1 Inleiding bij analyses

We hebben drie analyses gedaan om te bepalen welke effecten het wegvallen van de beschikbaarheidsbijdrage heeft. In alle gevallen gaan wij uit van de aanname dat er geen aparte compensatie wordt geboden voor de kosten van de SEH/AV. De vragen die we hebben beantwoord zijn:

- is er sprake van marktverstoring op de markt voor zorgaanbieders (2.2);
- is er sprake van marktverstoring op de zorgverzekeringsmarkt gelet op de verdeling van de kosten over zorgverzekeraars (2.3);

⁵ Uitgaande van de naturapolis.

⁶ Zie ook de aanwijzing inzake beschikbaarheidsbijdrage curatieve somatische zorg van 12 december 2012 (*Stcrt.* 2012, nr. 26978).

⁷ Zie ook: *Analyse gevoelige ziekenhuizen* (2013) Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

- is er sprake van marktverstoring op de zorgverzekeringsmarkt, omdat bepaalde (groepen) verzekerden bovengemiddeld duur zijn⁸ (2.4)?

Voor deze notitie hanteren we de volgende definitie voor marktverstoring:

- Marktverstoring is een situatie waarbij een andere uitkomst (in termen van prijs, volume en kwaliteit) tot stand komt dan op een markt die we als concurrerend beschouwen. Dit kan zijn op de zorgverleningsmarkt, de markt tussen zorgverzekeraars en aanbieders en/of op de zorgverzekeringsmarkt.

Marktverstoring operationaliseren we aan de hand van prijsverschillen. Hoe groter de prijsverschillen, hoe meer een markt verstoord is. We hanteren hierbij globaal de volgende normen:

- een prijsafwijking van meer dan 5% maar minder dan 10%⁹ kwalificeren we als zorgelijk (intervenieren mogelijk);
- een prijsafwijking van meer dan 10% merken we aan als problematisch (intervenieren wenselijk/noodzakelijk).

Naast de genoemde kwantitatieve normen is het ook van belang om te bekijken of en in welke mate (prijs)concurrentie een rol speelt op de markten. In het geval er geen concurrentie is, is marktverstoring ook geen issue.

2.2 Marktverstoring aanbodkant

Voor het bepalen van de marktverstoring op de markt voor zorgaanbieders hebben we gekeken naar het verschil tussen kosten en opbrengsten voor de functies SEH en acute verloskunde van gevoelige ziekenhuizen. Het verschil tussen de kosten en opbrengsten is het bedrag dat de NZa conform haar beleid aan beschikbaarheidsbijdrage zou verstrekken als een beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend.

De methodiek uit de beleidsregel 'Beschikbaarheidsbijdrage Beschikbaarheid SEH en Acute Verloskunde' met nummer BR/CU-5128 is gebruikt om tot normatieve kosten van een SEH en acute verloskundevoorziening te komen. De normatieve kosten zijn tegenover de opbrengsten gezet. Voor de opbrengsten zijn de lokaal overeengekomen prijzen gebruikt. Bron hiervoor is het DBC-informatiesysteem (DIS). Vervolgens is een berekening gemaakt van de financiële impact als de beschikbaarheidsbijdrage al dan niet wordt toegekend.

We hebben deze financiële impact berekend op:

- de tarieven voor DBC-producten waarin SEH-verrichtingen zijn opgenomen.
- de tarieven voor DBC-producten waarin sprake is van acute verloskunde.

Met deze berekening wordt zichtbaar met hoeveel procent de tarieven van deze SEH en Acute verloskunde producten moeten stijgen om dat

⁸ Dit wil zeggen dat het aanbieden van een zorgverzekering in bepaalde gebieden onaantrekkelijk is, vanwege de relatief hoge kosten per inwoner.

⁹ Deze grenzen worden onder andere ook toegepast in de zgn. SSNIP-test bij het afbakenen van markten. Daarnaast moeten afwijkingen ook (statistisch) significant zijn.

verschil te dekken. In de tabellen A en B zijn de percentages per gevoelig ziekenhuis weergegeven waarmee de tarieven stijgen.

Financiële impact SEH

Als er geen beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend, leidt dat voor de DBC's in het B-segment waar een SEH-component in zit¹⁰, tot een tariefstijging van 0,23% tot 5,42%, om het verschil tussen de kosten en opbrengsten van de SEH te dekken (tabel A).

Bijvoorbeeld: instelling B heeft volgens de normering een verschil tussen kosten en opbrengsten van € 759.575. Als dit bedrag via opslagen op DBC's bekostigd moet worden, kan het tarief van DBC's met een SEH-component in het B-segment met 1,06% voor deze instelling stijgen.

8 gevoelige ziekenhuizen	Vershil kosten en opbrengsten SEH in % van de omzet SEH trajecten (B- segment)	Vershil kosten en opbrengsten SEH in €
Instellingen		
A	0,49%	566.392,56
B	1,06%	759.574,84
C	2,44%	1.416.351,61
D	1,90%	1.325.015,18
E	0,23%	367.531,32
F	5,42%	1.827.268,86
G	2,49%	1.507.785,73
H	2,64%	1.683.245,73
Totaal	1,49%	9.453.165,83

Tabel A

Samengevat laat deze tabel zien dat als deze 8 gevoelige ziekenhuizen geen beschikbaarheidsbijdrage SEH krijgen, de tarieven van de relevante zorgproducten met gemiddeld 1,49% stijgen om kostendekkend te kunnen zijn. Deze stijging varieert van 0,23% tot 5,42%.

Financiële impact Acute verloskunde

Bij de Acute verloskunde wordt er in het beleid onderscheid gemaakt tussen de situatie dat het ziekenhuis 24/7 obstetrisch professionals of 24/7 gynaecologen inzet voor de Acute verloskunde voorziening. Door het verschil in loonkosten tussen specialisten en obstetrici loopt de maximale beschikbaarheidsbijdrage als gevolg hiervan uiteen tussen de € 440.000,- en de € 2.100.000,-. Voor de verloskunde-DBC's waar een 'acute' component in zit, volgt uit de berekeningen dat de hoogte van de opslagen op de tarieven uiteen kunnen lopen per instelling.

Als er geen beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend, leidt dit voor de verloskunde-DBC's waar een 'acute' component in zit in het B-segment¹¹, tot een tariefstijging tussen de 8,08% en 105,53% om het verschil tussen de kosten en opbrengsten van de acute verloskundevoorziening

¹⁰ Er is ook een aantal DBC's in het A-segment relevant. Dit kan tot onwenselijke kruissubsidie leiden tussen A-segment en B-segment. Omdat het naar verwachting gaat om een verwaarloosbaar effect nemen we dit effect niet mee in de analyse.

¹¹ Alle producten die relevant zijn voor de acute verloskunde bevinden zich in het B-segment. Om deze reden hebben we niet gekeken naar het A-segment

te kunnen dekken. De opslagen variëren per ziekenhuis, zoals zichtbaar in tabel B.

Bijvoorbeeld, instelling B heeft volgens de normering in de beleidsregel¹² een verschil tussen kosten en opbrengsten van € 901.941. Om dit bedrag via opslagen op de verloskunde-DBC's waar een 'acute' component in zit te bekostigen, kan het tarief van ieder betreffend product met 24,92% voor deze instelling stijgen.

In onderstaande tabel is uitgegaan van de inzet van een gynaecoloog 24/7, zijnde de hoogst gekwalificeerde inzet. Bij 24/7 inzet van een obstetrisch professional zullen de kosten lager uitvallen en komen er ook substantieel lagere percentages uit de berekeningen dan de percentages in tabel B.

8 gevoelige ziekenhuizen	Verskil kosten en opbrengsten AV in % van de omzet AV trajecten (B segment)	Verskil kosten en opbrengsten AV in €
Instellingen		
A	17,07%	596.450,00
B	24,92%	901.941,00
C	56,92%	1.309.333,00
D	54,84%	1.339.979,00
E	8,08%	401.499,00
F	61,01%	1.381.651,00
G	60,01%	1.327.185,00
H	105,53%	1.596.213,00
Totaal	38,81%	8.854.254,00

Tabel B

Samengevat betekent dit dus dat als deze 8 gevoelige ziekenhuizen geen beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde krijgen, de tarieven van acute verloskunde in het B-segment met gemiddeld 38,81% kunnen stijgen. Deze tariefstijging verschilt duidelijk per ziekenhuis. Voor ziekenhuis A moeten de tarieven dan 17,07% hoger worden, voor ziekenhuis H is dat 105,53%.

De hogere prijzen kunnen ook gevolgen hebben voor het eigen risico van de verzekerden die gebruik (moeten) maken van de desbetreffende ziekenhuizen.

De prijseffecten worden doorberekend in alle prestaties van het B-segment waarin een SEH-activiteit is opgenomen en dus niet alleen in de acute zorg. Dit geldt naar analogie ook voor de kosten van de acute verloskunde. Beide soorten prestaties vallen onder het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van de verzekerde. Of dat materieel bij een individuele verzekerde tot een hogere verrekening leidt dan in de situatie dat de aanbieder een compensatie voor de meerkosten ontvangt, hangt af van de vraag in hoeverre de prijsverhoging doorwerkt in prijzen van prestaties die onder de grens van het eigen risico (€ 375 in 2015, maximaal €875) liggen.

¹² BR/CU-5126 Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage Cure - op aanvraag.

In veel gevallen zal de prijs van het zorgproduct boven de grenzen voor het eigen risico liggen en merken verzekerden geen effect. In gevallen dat de rekening lager is, betalen verzekerden de meerprijs via het eigen risico. Het is niet mogelijk om hier een concretere uitspraak over te doen.

Alles overziend concluderen wij toch dat er geen sprake is van een verstoring op de aanbodmarkt, ondanks het eventuele prijseffect en de onzekere effecten op het eigen risico. Het betreffende aanbod betreft spoedzorg. Als de enige zorgaanbieder hiervan in een regio hogere tarieven moet rekenen dan de concurrentie, levert dat *an sich* geen marktverstoring tussen aanbieders op. Het is immers niet te verwachten dat patiënten 'weglopen' naar een andere zorgaanbieder die lagere tarieven kan rekenen. Ook de zorgverzekeraars kunnen geen andere keuzes maken, te wijten aan de 45-minutennorm.

2.3 Marktverstoring op de zorgverzekeringsmarkt: verdeling kosten over zorgverzekeraars

In de tweede stap van onze analyse kijken we naar de verdeling van de extra kosten over zorgverzekeraars aan de hand van hun marktaandelen. De reden hiervoor is dat extra kosten voor zorgverzekeraars een effect kunnen hebben op de premie. Als de meerkosten van een voorziening dusdanig zijn dat de zorgverzekeraar een significant hogere premie moet vragen, dan heeft deze prikkel om de voorziening (zoals een SEH of acute verloskunde) niet tot stand te brengen.

Er is verschil in welke mate een zorgverzekeraar verzekerden heeft in een bepaalde regio. Bepaalde zorgverzekeraars zijn van oudsher sterker geworteld in dunbevolkte regio's, waar juist de problematiek met de SEH en de Acute verloskunde zich voordoet. Wij hebben de marktaandelen berekend van de 9 zorgverzekeringsconcerns waar de 26 risicodragende zorgverzekeraars onder vallen.¹³

In tabel C is te zien hoe de marktaandelen van de zorgverzekeringsconcerns verdeeld zijn. Vier van de negen zorgverzekeringsconcerns hebben de grootste marktaandelen in de gevoelige ziekenhuizen die een SEH en acute verloskunde in landelijke regio's moeten aanbieden in verband met de 45-minutennorm. Dit is berekend met behulp van landelijke marktaandelen.

Zorgverzekeringsconcerns	ZIEKENHUIS X	ZIEKENHUIS W	ZIEKENHUIS V	ZIEKENHUIS T	ZIEKENHUIS S	ZIEKENHUIS R	ZIEKENHUIS Q	ZIEKENHUIS P
Zorgverzekeraar A	75	80	63	11	17	15	13	18
Zorgverzekeraar B	11	11	22	14	65	11	12	9
Zorgverzekeraar C	5	3	5	7	4	56	66	65
Zorgverzekeraar D	4	3	5	62	6	5	3	2
Zorgverzekeraar E	1	1	1	1	1	2	1	1
Zorgverzekeraar F	0	0	0	0	0	0	0	0
Zorgverzekeraar G	2	1	1	2	1	2	2	3
Zorgverzekeraar H	0	0	0	0	0	0	0	0
Zorgverzekeraar I	1	0	1	0	2	3	1	1
Vershil kosten en opbrengsten AV	901.941	401.499	1.309.333	1.327.185	1.339.979	1.381.651	596.450	1.596.213
Vershil kosten en opbrengsten SEH	759.575	367.531	1.416.352	1.507.786	1.325.015	1.327.269	566.393	1.683.246

¹³ De zorgverzekeringsconcerns en risicodragende zorgverzekeraars zijn conform de Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2014, p. 14, www.nza.nl.

In nominale zin gaat het in totaal om ongeveer € 18,2 miljoen voor SEH en Acute verloskunde bij alle acht gevoelige ziekenhuizen samen. In de praktijk gaat het om een klein gedeelte daarvan, omdat de meerderheid van de SEH en Acute verloskunde momenteel geen gevaar loopt.

Vervolgens hebben we gekeken hoe de verdeling van de kosten uitpakt op de prijzen van polissen op de zorgverzekeringsmarkt. We hebben hiertoe de kosten verdeeld over de zorgverzekeraars aan de hand van de marktaandelen. Vervolgens hebben we deze kosten gedeeld door het aantal volwassen verzekerden. Dit leidt tot een schatting van de premie die per verzekerde van een concern opgebracht moet worden om de kosten te dekken.¹⁴ Onderstaand staat een overzicht van de effecten op de vijf concerns met het grootste nadeel.¹⁵

Totaal premie-effect		
Q	€	1,82
W	€	1,38
X	€	1,10
Y	€	1,06
Z	€	1,31

Uit bovenstaande tabel volgt dat het concern met het grootste nadeel ongeveer €1,82 nadeel heeft ten opzichte van partijen die geen kosten dragen. Dit is minder dan 0,2% ten opzichte van de rekenpremie 2014. Bovendien heeft een aantal concerns een relatief vergelijkbaar nadeel. We hebben deze analyse ook uitgevoerd op het niveau van de risicodragende zorgverzekeraars. Ook op dat niveau bestaat er in onze optiek geen onevenredige verdeling van de kosten. Wel is er duidelijker dan bij de concerns één partij is die meer kosten draagt dan de anderen. De in paragraaf 2.1 genoemde normen voor marktverstoring worden dan ook niet gehaald. We concluderen dat er geen sprake is van marktverstoring gelet op de verdeling van kosten over zorgverzekeraars. De cijfers zijn geanonimiseerd weergegeven in verband met de concurrentiegevoeligheid.

Wel wijzen we erop dat er sprake kan zijn van een coördinatieprobleem dat leidt tot freerider-gedrag. Het doorberekenen van de kosten in de tarieven veronderstelt gecoördineerd gedrag van de zorgverzekeraars. Immers, zij zullen allemaal in moeten stemmen met een evenredige verhoging, anders blijft de aanbieder met een tekort zitten. Een zorgverzekeraar kan echter weigeren dit te doen waarmee hij (als de andere zorgverzekeraars wel meegaan in de prijsverhoging) meeprofiteert van de voorzieningen, zonder daaraan bij te dragen. Hij kan ook besluiten om uit de (regionale) markt te treden door in de

¹⁴ De berekening is indicatief en is samengesteld uit de kostendata 2012, marktaandelen 2012, verzekerdenaantallen 2014 en de rekenpremie 2014.

¹⁵ Het premie-effect is overigens geen reële schatting van de werkelijke premie, omdat hierin het eventueel compenserende effect van de risicoverevening niet in is meegenomen. Ook kunnen we geen rekening houden met eventueel strategische prijsstelling door zorgverzekeraars, of verschillen tussen verschillende types polis. Wel geeft het een adequate schatting van de verdeling van de kosten.

betreffende provincie geen polis aan te bieden.¹⁶ Gezien de relatief gelijke verdeling van de kosten over de markt gaan we er niet vanuit dat door dit potentiële effect alsnog marktverstoring ontstaat. De NZa kan medewerking aan een financiële oplossing tot op zekere hoogte afdwingen via de zorgplicht. Dit geldt ook voor mogelijke coördinatieproblemen. .

2.4 *Marktverstoring op de zorgverzekeringsmarkt: kosten per verzekerde in adherentiegebied*

We kunnen niet volstaan met een analyse van de verdeling van de kosten over zorgverzekeraars. Eventuele kostenverschillen tussen verzekerden kunnen of worden verevend of komen tot uiting in de nominale premie. Als het aanbieden van een zorgverzekering in een bepaald geografisch gebied financieel onaantrekkelijk (doordat de kostenverschillen niet verevend worden) is, dan geeft dit een prikkel tot risicoselectie. Bijvoorbeeld doordat zorgverzekeraars een prikkel hebben om verzekerden uit bepaalde gebieden te weren. Bovendien is differentiatie van polissen toegestaan op provinciaal niveau. Het is een mogelijkheid dat zorgverzekeraars minder polissen, of aparte (duurdere) polissen aanbieden voor financieel onaantrekkelijke gebieden. De mogelijkheid tot het toepassen van deze mechanismen verschilt per zorgverzekeraar en werkgebied.

In tabel D tonen we de meerkosten per verzekerde van de gevoelige ziekenhuizen voor de inwoners van de adherentiegebieden. De tabel toont ook potentiële premie-effecten. Deze premie-effecten zijn indicatief voor de meerkosten die in een specifiek geografisch gebied moeten worden gedragen. Het betreft hier het modelleren van een fictief scenario. Dat er, wat betreft SEH en acute verloskunde betreft, premieverschillen gaan optreden door het geheel niet contracteren van een gevoelig ziekenhuis ligt niet voor de hand. Wat deze analyse laat zien is dat er gebieden in Nederland zijn waar de kosten voor het aanbieden van de functies acute verloskunde en spoedeisende hulp hoger zijn dan elders.

¹⁶ Dit is alleen een optie voor een zorgverzekeraar met minder dan 850.000 verzekerden.

Ziekenhuis	Kosten AV per vrouw 15-40 jaar	Kosten SEH per inwoner	Meerkost en polis met SEH t.o.v. rekenpre- mie 2014*	Meerkos- ten polis met AV t.o.v. rekenpre- mie 2014*
A	€59,69	€8,49	0,8%	5,3%
B	€13,12	€2,41	0,2%	1,2%
C	€75,83	€14,16	1,3%	6,8%
D	€114,12	€21,23	1,9%	10,2%
E	€100,41	€17,03	1,5%	9,0%
F	€170,94	€39,24	3,5%	15,2%
G	€38,11	€6,26	0,6%	3,4%
H	€123,64	€19,40	1,7%	11,0%

Tabel D: Kosten per inwoner

Voor acute verloskunde bij de acht gevoelige ziekenhuizen gaat het om extra kosten per relevante¹⁷ inwoner variërend van € 11,- tot € 171,-. Voor Spoedeisende hulp bij de acht gevoelige ziekenhuizen gaat het om een bedrag van € 2,- tot € 39,- aan extra kosten per inwoner.¹⁸

We zetten deze kosten af tegen de rekenpremie 2014 (€ 1121). We zien dat in zeker 6 situaties met betrekking tot de acute verloskunde de premies stijgen boven de in paragraaf 2.1 genoemde normen. Bij deze cijfers moeten we ook opmerken dat het Zorginstituut Nederland heeft aangegeven dat de risicoverevening geen specifieke compensatie biedt voor bovenstaande kostenverschillen.¹⁹

2.5 Concluderend

Als de zorgverzekeraars de bekostiging van de SEH en acute verloskunde bij de acht gevoelige ziekenhuizen via de tarieven laten verlopen, zullen de tarieven voor de SEH gemiddeld tussen de 0,23% tot 5,42% stijgen. Voor de acute verloskunde zal dit gemiddeld tussen de 8,08% en 105,53% zijn. In onze overwegingen is doorslaggevend dat we kijken naar spoedzorg. Als de enige zorgaanbieder hiervan in een regio hogere tarieven moet rekenen dan de concurrentie, levert dat *an sich* geen marktverstoring tussen aanbieders op.

De extra kosten die verband houden met de SEH en acute verloskunde bij de acht gevoelige ziekenhuizen zijn niet volledig gelijk verdeeld over de zorgverzekeringsconcerns waar de risicodragende zorgverzekeraars onder vallen. Het verschil in extra kosten tussen de zorgverzekeringsconcerns op basis van de marktaandelen is echter beperkt als we naar de kosten over alle verzekerden kijken.

¹⁷ Vrouwen van 15-40 jaar.

¹⁸ Inwoners ouder dan 18 jaar.

¹⁹ brief van 15 oktober 2014 aan de NZa met kenmerk 2014132909.

Als we kijken naar de kostenverschillen per inwoner van de werkgebieden van de desbetreffende gevoelige ziekenhuizen, zijn naar onze mening de kostenverschillen tussen inwoners van bepaalde gebieden significant. We zien dus een marktverstoring op de markt voor zorgverzekeringen. Deze marktverstoring heeft geen betrekking op de kosten voor zorgverzekeraars. Wel is het mogelijk dat er in bepaalde geografische gebieden suboptimale polissen tot stand komen in vergelijking met een situatie zonder verstoring.

Het mogelijke gedrag dat zou kunnen optreden is dat zorgverzekeraars de verzekerden in deze regio's met deze (beperkte) 'meerkosten' gaan mijden. Met andere woorden, er bestaat een risico op (verkapte) risicoselectie of premie- en/of polisdifferentiatie door zorgverzekeraars. Dit wordt mogelijk nog versterkt als een of meer van de desbetreffende aanbieders in een geografisch afgebakend gebied liggen.

3. Keuzemogelijkheden

We concluderen dat er risicoselectie door de zorgverzekeraar kan optreden als gevoelige ziekenhuizen geen compensatie krijgen voor de kosten van hun SEH of voorziening voor acute verloskunde. De reden is dat de inwoners in het adherentiegebied voor zorgverzekeraars significant duurder zijn (meer dan 5%) dan inwoners van andere gebieden.

Wij zien drie manieren om om te gaan met de door ons geconstateerde marktverstoring²⁰:

1. compensatie via de risicoverevening;
2. compensatie aan de aanbieders;
3. geen compensatie, wel monitoring en toezicht (Overigens zullen we ook bij de eerste twee opties monitoren).

Ad 1 Compensatie via de risicoverevening

Op dit moment houdt het risicovereveningsmodel geen of onvoldoende rekening met de mogelijk hogere kosten voor de SEH en de acute verloskundevoorziening van zorgaanbieders in dunbevolkte gebieden.²¹ Via het risicovereveningsmodel worden zorgverzekeraars op basis van het risicoprofiel van verzekerden gecompenseerd voor de te verwachten kosten van deze verzekerden.

We bevelen aan om te onderzoeken of in het algemeen de kosten voor dunbevolkte gebieden voldoende gecompenseerd worden in de risicoverevening. Als dit niet het geval is, adviseren wij u te verkennen wat de mogelijkheden zijn om het risicovereveningsmodel aan te passen om hogere kosten voor spoedeisende hulp en acute verloskunde in

²⁰ In onze brief over de ambulancehelikopter (Kenmerk:0117762/0166282) concluderen wij op basis van een soortgelijke analyse dat eveneens sprake is van marktverstoring. In die situatie (inzet van één regionale helikopter voor vervoer van patiënten) wordt dit effect ook nog eens versterkt ten opzichte van de onderhavige SEH-/AV-casus, aangezien er één zorgverzekeraar in sterkere mate dan zijn concurrenten getroffen wordt.

²¹ Aldus het Zorginstituut Nederland bij brief van 15 oktober 2014 aan de NZa met kenmerk 2014132909.

dunbevolkte gebieden te compenseren. Een alternatief is om via de verevening een specifieke compensatie van gemaakte kosten aan benadeelde zorgverzekeraars te geven. Overigens kost een oplossing via de risicoverevening ten opzichte van de huidige situatie geen extra geld. De risicoverevening verdeelt alleen het geld tussen zorgverzekeraars. Dat is ook gelijk het voordeel: Een oplossing via de risicoverevening kan rekening houden met de totale schadelast van en verschillen tussen zorgverzekeraars. Dit is bij compensatie voor sec de kosten van de SEH-functie of de acute verloskunde minder goed mogelijk.

Ad 2 Compensatie van de aanbieders

Bij de keuze voor compensatie aan de aanbodzijde (beschikbaarheidsbijdrage), is er een aantal aandachtspunten en overwegingen die de NZa u meegeeft.²²

Mocht u voor de inzet van dit instrument kiezen om de door ons geconstateerde marktverstoring tegen te gaan, dan is van belang dat de huidige aanwijzing voor de beschikbaarheidsbijdrage SEH/AV wordt gewijzigd. De aanwijzing moet gewijzigd worden door de voorwaarde te schrappen dat de zorgverzekeraar als eerste aan zet is om te voldoen aan zijn zorgplicht. Door de zorgverzekeraar niet meer als eerste aan zet te laten zijn is het overmachts criterium dat de NZa momenteel in haar beleid toepast, niet meer op die manier van toepassing op de Spoedeisende Hulp en Acute verloskunde. Dit overmachts criterium vormt dan niet langer één van de vier criteria om te toetsen of er een beschikbaarheidsbijdrage SEH/AV moet worden toegekend aan een zorgaanbieder. Dit heeft als gevolg dat alle gevoelige ziekenhuizen in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH/AV omdat zij gevoelig zijn voor de 45-minutennorm.

Dit laat onverlet dat bepaalde verplichtingen waar de NZa op toe ziet als onderdeel van het toezicht op de zorgplicht, zo nodig als specifieke voorwaarden voor een beschikbaarheidsbijdrage in de aanwijzing terug kunnen komen. Daarbij is bijvoorbeeld te denken aan de eis dat de continuïteit van de SEH-/AV-zorg niet kan worden geborgd door het treffen van organisatorische maatregelen, zoals het verplaatsen van ambulanceposten. Ook zou specifiek kunnen worden aangegeven tot welke hoogte zorgverzekeraars worden geacht zelf via tarieven voor de kosten zorg te dragen. Daarbij is consistentie met de aanwijzingen en de beleidsregels voor de overige beschikbaarheidsbijdrages van belang.

Aandachtspunten daarbij zijn:

- *Precedentwerking voorwaarden beschikbaarheidsbijdrage*
Hierboven is benoemd hoe de aanwijzing moet worden aangepast en hoe het beleid voor toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage kan worden vormgegeven. Een te verwachten consequentie van dergelijk

²² Wij hebben de inzet van dit instrument alleen vanuit inhoudelijk oogpunt bekeken. Wij hebben niet beoordeeld of het huidige artikel 56a Wmg in juridisch opzicht kan worden ingezet met het oog op de door ons geconstateerde marktverstoring. Als dat niet het geval is, dan zou dit artikel moeten worden aangepast wil men toch met het oog op de door ons geconstateerde marktverstoring een beschikbaarheid verstrekken. Tenzij eventueel een ander instrument beschikbaar is om de zorgaanbieder te compenseren.

gewijzigd beleid is een precedentwerking richting niet-gevoelige ziekenhuizen die ook in aanmerking willen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH/AV. De 45-minutennorm is in de huidige voorwaarden een belangrijk criterium. Over de invulling van deze norm kan discussie ontstaan. Aangezien de toetsing van de norm bepalend is voor de aanspraak op compensatie, verwachten wij discussie en daaraan gekoppeld afbakeningsproblemen met betrekking tot dit beleid.

- *Precedentwerking beschikbaarheidsbijdrage*
Een andere mogelijke precedentwerking is te verwachten voor andere vormen van zorg waarvan wordt gesteld door betrokken partijen dat ze gecompenseerd moeten worden. Er zijn zorgvormen die enige overeenkomst vertonen met de SEH en acute verloskunde in dunbevolkte gebieden zoals crisis GGZ, de zogenoemde grote-stedenproblematiek, avond-, nacht-, en zondagdiensten van apotheken. Deze zaken zijn vergelijkbaar op het vlak dat hier ook regionale verschillen zijn in de hoogte van de prijzen, vanwege wisselend gebruik van de voorzieningen.

Ad 3 Monitoring en toezicht

Naast de twee genoemde opties om proactief te interveniëren om de marktverstoring tegen te gaan en daarmee de prikkel tot risicoselectie weg te nemen, kunt u er ook voor kiezen om geen compensatie te verstrekken, maar achteraf maatregelen te (laten) treffen. Dit is bijvoorbeeld een mogelijkheid als u vindt dat de genoemde interventiemechanismen onwenselijk of onuitvoerbaar zijn. De NZa zal daarbij toezien op ontwikkelingen in de markt en de beschikbare instrumenten, zoals het toezicht op de zorgplicht en AMM inzetten om de continuïteit van zorg te borgen.

We wijzen u er hierbij op dat het voor de ontwikkeling van de markt beter is om perverse prikkels weg te nemen, dan deze later te compenseren met andere maatregelen.

4. Advies

De voorkeur van de NZa gaat uit naar een structurele oplossing voor de marktverstoring via de risicoverevening. Naar onze mening doen de sterkste (potentieel) versturende effecten zich voor op de zorgverzekeringsmarkt. De risicoverevening is in het stelsel de aangewezen weg om een ongelijke verdeling van kosten over zorgverzekeraars op te lossen.

Tot slot willen wij u meegeven dat alle geconsulteerde veldpartijen hebben gepleit voor een structurele compensatie van de volgens hen aanwezige marktverstoring. Zij opteren voor een beschikbaarheidsbijdrage (compensatie van zorgaanbieders). Wij vinden een oplossing via de risicoverevening echter beter passen bij het probleem op de zorgverzekeringsmarkt en de werking van het stelsel in het algemeen.

Kenmerk
0113868/0159797

Pagina
14 van 15

Met dit advies heeft de NZa getracht inzicht te geven in de effecten van het al dan niet toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage SEH/AV. Uiteraard zijn wij bereid om ons advies nader toe te lichten.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

Drs. M.A. Ruys,
Voorzitter Raad van Bestuur a.i.

*Bijlage: consultatie***Consultatie**

De NZa heeft de NVZ, ZN, NFU, NPCF uitgenodigd voor een consultatiebijeenkomst vanwege de adviesaanvraag van de minister. Op 26 augustus 2014 heeft deze consultatiebijeenkomst plaatsgevonden. In zijn algemeenheid hebben partijen aangegeven verbaasd te zijn dat de Beschikbaarheidsbijdrage SEH/AV alweer ter discussie staat. Dit aangezien men ervan uitging dat het juist de intentie was dat gevoelige ziekenhuizen standaard een beschikbaarheidsbijdrage zouden ontvangen. De drie belangrijkste argumenten voor geconsulteerde partijen om unaniem voor een Beschikbaarheidsbijdrage SEH/AV te pleiten zijn marktverstoring, risicoverevening en dat de 45-minutennorm een wettelijke eis betreft. Deze drie argumenten van de geconsulteerde partijen zijn hierna uitgebreider toegelicht.

Marktverstoring

Partijen geven aan dat er is gekozen voor een systeem van prestatiebekostiging juist met de kanttekening dat marktverstoringen elementen via een andere weg zouden worden opgelost (via een beschikbaarheidsbijdrage). Als de Beschikbaarheidsbijdrage SEH/AV zou worden afschaft of niet zou worden verstrekt dan zou dit op microniveau marktverstoringen werken, zowel voor de betrokken zorgaanbieders als voor de zorgverzekeraars. Reden hiervoor zou zijn dat deze gevoelige ziekenhuizen dan duurder zijn dan andere ziekenhuizen omdat de eis van beschikbaarheid moet worden versleuteld in de DBC's, wat de zorg van deze zorgaanbieder duurder maakt.

Voor zorgverzekeraars zou dit ook gelden aangezien deze verplicht zijn de Spoedeisende zorg en Acute verloskunde zorg in te kopen bij deze zorgaanbieders. Mocht een zorgverzekeraar veel gevoelige ziekenhuizen in zijn portefeuille hebben dan worden zijn premies hoger en zou dit mogelijk zijn concurrentiepositie aantasten.

Daarnaast geven partijen aan verrast te zijn dat de zorgplicht zo'n belangrijk criterium is in het huidige beleid.

Risicoverevening

Het is volgens Zorgverzekeraars Nederland (ZN) niet zo dat de risicoverevening de zorgverzekeraar voldoende compenseert voor het feit dat hij één of meerdere gevoelige ziekenhuizen in zijn portefeuille heeft.

45-minutennorm is wettelijke eis

Partijen stellen dat de beschikbaarheidsbijdrage er juist is om te voorzien in de eis van beschikbaarheid. Deze eis vloeit voort uit een wettelijke 45-minutennorm. Partijen hebben hier geen keuze, zij moeten aan deze eis voldoen. Het is daarom logisch om de bekostiging dan ook via de overheid en dus de beschikbaarheidsbijdrage te laten lopen.