



RAPPORT

ONDERZOEK GEDIFFERENTIEERD MACROBEHEERSINSTRUMENT (“MBI”)

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN
SPORT



Versie 4.0
20 december 2013 te Amsterdam

Inhoud

Introductie	4
1. Management samenvatting	5
1.1. Inleiding	5
1.2. Huidige praktijk van contractering	6
1.3. Kwantitatief onderzoek naar voorkomende contractsvormen	7
1.4. Modelmatig onderzoek naar werking van het mbi	12
1.5. Procesontwerp en -schema	15
2. Beschrijving van de context	21
2.1. Zorgverzekeringswet en historische context van het macrobeheersinstrument	21
2.2. Macrokostenbeheersing	23
2.3. Het macrobeheersinstrument ("mbi")	24
3. Overzicht en analyse huidige praktijk van contractering	30
3.1. Aanpak	30
3.2. Huidige praktijk van contractering	30
3.3. Terugkoppeling uit de interviews	31
3.4. Kwantitatieve onderzoek naar contractsvormen	32
3.5. Verschillen tussen verzekeraars onderling	40
3.6. Nieuwe toetreders	42
3.7. Te verwachten ontwikkelingen	42
3.8. Onzekerheden in afgegeven ramingen	47
4. Simulatiemodel en uitkomsten	48
4.1. Algemeen	48
4.2. Simulatiemodel	50
4.3. Gehanteerde veronderstellingen en uitgangspunten	55
4.4. Uitkomsten	62
4.5. Gevoeligheidsanalyses	69
4.6. Deterministische benadering	72
4.7. Conclusie	74
5. Procesontwerp en –schema	75
5.1. Synthese van het advies Baarsma en de ZN-bureauvariant	76
5.2. Procesontwerp	78
5.3. Contractering en inkoop van zorg	79
5.4. Audit op de aanlevering aan de NZa	87
5.5. Afronding contractering en toets door het NZa	90
Bijlage I Gebruikte documenten	96

Bijlage II	Gehanteerde afkortingen	98
Bijlage III	Gevoeligheidsanalyses simulatiemodel	100
Bijlage IV	Beantwoording onderzoeksvragen.....	101
Bijlage V	Klantbordgroep, Technische werkgroep en geïnterviewden.....	103

Introductie

Het macrobeheersinstrument bevindt zich op het snijvlak van vrije contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de wens van de overheid om de zorgkosten te beheersen binnen een budgettair macrokader. Het macrobeheersinstrument is daarmee ook een instrument dat vaak wordt bekritiseerd en bij voorkeur ook niet wordt ingezet en wordt gezien als het “ultimum remedium”.

In het kader van het onderzoek dat wij voor het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport hebben mogen uitvoeren hebben we ons gericht op de volgende onderzoeksdoelen, namelijk

- (1) het in beeld brengen van de bestaande praktijk van contracteren tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de sectoren medisch specialistische zorg (MSZ), curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ) en geriatrische revalidatiezorg (GZ),
- (2) inzichtelijk maken van de onzekerheden die volgen uit verschillende varianten van het mbi, en
- (3) het nader uitwerken van een proces waarmee een eventueel gedifferentieerd mbi kan worden ingevoerd.

Voor het eerste en derde deel waren we afhankelijk van de medewerking van de (zorginkopers van de) zorgverzekeraars, hetgeen in deze drukke tijd wel een uitdaging is gebleken. We zijn daarom ook zeer erkentelijk voor de tijd en informatie die door verschillende partijen beschikbaar is gesteld, al heeft dat niet kunnen voorkomen dat we enkele onderzoeksvragen slechts kwalitatief hebben kunnen uitwerken. Voor de beantwoording van het tweede deel is door ons een simulatiemodel ontwikkeld. Dankzij waardevolle informatie verzameld en beschikbaar gesteld door Vektis is het gelukt om de zorgmarkt op een realistische wijze in beeld te brengen. Uiteraard zijn wij de zorgverzekeraars erkentelijk voor de toestemming die zij gegeven hebben om deze geaggregeerde informatie voor dit onderzoek te mogen gebruiken.

Hoofdstuk 1 bevat de management samenvatting. Hoofdstuk 2 gaat nader in op de problematiek rondom het macrobeheersinstrument en de achtergrond rondom de opdracht. In hoofdstuk 3 is een uitwerking gemaakt van de huidige praktijk van contractering op het gebied van medisch specialistische zorg (“MSZ”), curatieve geestelijke gezondheidszorg (“cGGZ”) als geriatrische revalidatiezorg (“GZ”). In hoofdstuk 4 wordt met behulp van een simulatiemodel op een zo realistisch mogelijke wijze inzicht gegeven in het effect van toepassing van het gedifferentieerd mbi (conform de ZN-bureauvariant) op verschillende zorgaanbieders (en in het bijzonder de kans dat (bepaalde) zorgaanbieders met een zeer hoge mbi-korting worden geconfronteerd). Naast deze twee mbi varianten wordt tevens een alternatieve variant gepresenteerd en doorgerekend. Hoofdstuk 5 gaat tenslotte in op de vraag hoe in de bureauvariant van ZN in het contracteerproces vooraf zo veel mogelijk zekerheid kan worden verkregen dat het macrokader niet wordt overschreden. Het is overigens goed om hierbij op te merken dat wat wij aanduiden als de ZN-bureauvariant geen bestuurlijk goedgekeurde variant betreft.

In een separate bijlage bij dit rapport wordt een overzicht gegeven van de verschillende gevoeligheden van aannamen en gedragseffecten in het ontwikkelde simulatiemodel. Bijlage IV bevat een overzicht van de onderzoeksvragen met daarbij een verwijzing naar de relevante hoofdstukken waar deze nader zijn uitgewerkt.

1. Management samenvatting

Het macrobeheersinstrument (mbi) is een instrument waarmee zorgaanbieders in het geval van een macrobudgettaire overschrijding, verplicht kunnen worden (een deel van) deze overschrijding in euro's (terug) te storten in het Zorgverzekeringsfonds (Zvf).

Het onderhavige onderzoeksrapport richt zich op de volgende onderzoeksdoelen, namelijk

1. het in beeld brengen van de bestaande praktijk van contracteren tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de sectoren medisch specialistische zorg (MSZ), curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ) en geriatrische revalidatiezorg (GZ),
2. inzichtelijk maken van de onzekerheden die volgen uit verschillende varianten van het mbi, en
3. het nader uitwerken van een proces waarmee een eventueel gedifferentieerd mbi kan worden ingevoerd.

Belangrijk bij de uitwerking van de onderzoeksvragen waren het rapport uit 2012 van de adviescommissie macrobeheersinstrument onder leiding van mevrouw Baarsma en het ZN document van 25 februari 2013, hierna aangeduid als de "ZN-bureauvariant".

1.1. Inleiding

Het macrobeheersinstrument (mbi) is een instrument waarmee zorgaanbieders in het geval van een macro budgettaire overschrijding, verplicht kunnen worden (een deel van) deze overschrijding in euro's (terug) te storten in het Zorgverzekeringsfonds (Zvf).

Voor de sectoren waar op dit moment al een mbi-regime van kracht is (de medisch specialistische zorg, de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg en de geriatrische revalidatiezorg), is bepaald dat het totaalbedrag dat in het geval van een macro budgettaire overschrijding moet worden teruggestort, naar rato van marktaandeel over de zorgaanbieders zal worden verdeeld. Dat betekent dat alle zorgaanbieders dan achteraf een (voor ieder gelijk en dus generiek) percentage van hun omzet in het Zvf moeten storten. Het mbi dat aldus wordt toegepast, wordt 'generiek mbi' genoemd.

In de bestuurlijke akkoorden met de medisch specialistische zorg (msz) en curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) is evenwel de gezamenlijke ambitie geuit om het mogelijk te maken om het mbi niet 'generiek', maar 'gedifferentieerd' toe te passen. De betrokken partijen hebben aangegeven zo'n 'gedifferentieerd mbi' per 2015 in te willen voeren. Bij een 'gedifferentieerd mbi' geeft de overheid vooraf de garantie af, dat contractafspraken die aan bepaalde voorwaarden voldoen, achteraf niet door de overheid zullen worden gekort. Deze contractafspraken worden door de overheid dus als het ware vooraf 'gevrijwaard' van macro budgettaire kortingen. Alleen omzet die op basis van 'niet-gevrijwaarde' contracten of zonder contract wordt gerealiseerd, kan dan nog achteraf door de overheid worden gekort. Dat betekent dat – in het geval van een macro budgettaire overschrijding – alleen zorgaanbieders die dergelijke omzet hebben gerealiseerd, achteraf door de overheid verplicht kunnen worden (een deel van) die omzet in het Zvf te storten.

Contractafspraken die 'gevrijwaard' worden van overheidskortingen achteraf, moeten aan bepaalde eisen voldoen.

- Zo moeten zij afspraken bevatten over de maximaal te vergoeden totale zorgkosten. De van kortingen gevrijwaarde omzet, beperkt zich dan tot dit afgesproken maximum. Het type contract dat dit soort afspraken bevat, kan zowel een zogenaamd plafondcontract zijn of een aanneemsom (omzetcontract).
- Een tweede voorwaarde voor 'vrijwaring' is dat de in de contracten afgesproken maximaal te vergoeden zorgkosten, passen binnen het macrobudgettaire kader.

Bij de toetsing op dit als tweede genoemde element, moet niet alleen worden gekeken naar de financiële ruimte die nodig is voor zorg die op basis van plafond- en omzetcontracten wordt geleverd, maar moet daarnaast ook voldoende rekening worden gehouden met financiële ruimte, die nodig is voor ongecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg die niet op basis van plafond- en omzetcontracten wordt geleverd. Er zouden zich situaties kunnen voordoen, waarbij aanbieders zonder plafond- of omzetcontract met zeer hoge mbi-heffingen worden geconfronteerd. Dit leidt tot varianten van het gedifferentieerd mbi, waarbij separaat rekening wordt gehouden met financiële ruimte die nodig is voor (nieuwe) aanbieders die (al dan niet gecontracteerde) zorg leveren op een andere basis dan een plafond- of omzetcontract. Immers in de situatie waarbij er een hoge contracteergraad van zorgaanbieders bestaat met 100% gevrijwaarde contracten, kan dit (in het geval van een macrobudgettaire overschrijding) leiden tot hoge mbi-kortingen bij die zorgaanbieders die niet gecontracteerde zorg hebben geleverd.

Dit betekent dan ook dat op voorhand duidelijk moet zijn met welke onzekerheden de verschillende schadelastramingen van gecontracteerde en niet gecontracteerd zorg omgeven zijn. In dit rapport worden verschillende onzekerheden inzichtelijk gemaakt.

1.2. Huidige praktijk van contractering

Het eerste deel van de onderzoeksvragen zijn erop gericht een beeld te krijgen van de huidige en geschatte toekomstige verhouding tussen de volgende typen zorguitgaven:

- zorg die wordt geleverd op basis van een omzetcontract (aanneemsom) of een plafondcontract,
- zorg die wordt geleverd op een andere contractbasis dan een omzet- of plafondcontract, en
- ongecontracteerde zorg.

Hiertoe zijn interviews uitgevoerd met (zorginkopers van de) zorgverzekeraars en koepels van zorgaanbieders. Tevens is informatie geleverd via ZN na goedkeuring van de betreffende verzekeraar.

Een centraal element in de ontwikkeling van het zorgstelsel in de richting van meer marktwerking is het ontstaan van een markt waarbij zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders die onder andere een goede prijs-/kwaliteitsverhouding kunnen leveren. Aan de hand van de interviews en relevante informatie die hieruit naar voren is gekomen blijkt dat de zorginkoopmarkt in de praktijk nog niet zo dynamisch als beoogd blijkt te functioneren. Zo worden vrijwel alle voorheen gebudgetteerde zorgaanbieders en andere zorgaanbieders met een wat grotere omvang door alle verzekeraars gecontracteerd, ongeacht hun kosten- en/of kwaliteitsniveau. Omgekeerd, wanneer deze contractering niet of slechts gedeeltelijk plaatsvindt, leidt dit vaak direct tot (juridische) conflicten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij de belangen van verzekerden in het geding kunnen komen.

Uit de interviews kan verder worden geconcludeerd dat – in lijn met de verwachting vooraf – veelal tegenstrijdige beelden naar voren komen bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de volgende thema's:

- Behoeftte aan een gedifferentieerd mbi
- Marktverhoudingen
- Doelmatigheid
- Wijze waarop contractering plaatsvindt
- Risicodeling bij overschrijding macrobudget
- Toegankelijkheid voor nieuwe aanbieders

1.3. Kwantitatief onderzoek naar voorkomende contractsvormen

Uit de interviews met zorgverzekeraars en de informatie die nadien opgevraagd is, is getracht om per sector (MSZ, cGGZ en Geriatrische Revalidatiezorg) in beeld te brengen hoe de (BKZ-relevante) schadelast thans is verdeeld over:

- *Omzet contracten (aanneemsommen)*. Hierbij geldt dat de totale zorguitgaven per aanbieder “p maal q” altijd vaststaan ongeacht de werkelijke zorg die geleverd is door de zorgaanbieder.
- *Plafondcontracten*. Hierbij geldt dat de totale zorguitgaven per aanbieder “p maal q” gemaximeerd is (ofwel naar boven begrensd is).
- *Rest (overige gecontracteerde zorg)*. Dit zijn zorgcontracten zonder afspraken over maximale zorgkosten.
- *Ongecontracteerde zorg*. Dit betreft zorg die wel vergoed wordt terwijl er geen zorgcontract tot stand is gekomen tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder

Voor de jaren 2012 en 2013 ontstaat het volgende beeld per sector:

Contracten	MSZ, 2012	MSZ, 2013	cGGZ, 2013
Aanneemsommen	46%	43%	0%
Plafondcontracten	51%	53%	90%
Open einde contracten	1%	1%	5%
Ongecontracteerd	2%	3%	5%
Totaal	100%	100%	100%

Deze cijfers betreffen schattingen en ramingen van verzekeraars over het lopende jaar (geen realisaties).

1.3.1. Medisch Specialistische Zorg (MSZ)

Uit een nadere analyse van de resultaten per verzekeraar voor MSZ blijkt dat de onderliggende verdeling tussen aanneemsommen en plafondcontracten sterk uiteenloopt. Desalniettemin blijkt dat bij alle verzekeraars ruim 90% van de medisch specialistische zorg wordt verstrekt via “vrijwaringscontracten” (aanneemsommen en plafondcontracten tezamen). Deze contracten komen dus – bij een gedifferentieerde toepassing van het mbi – onder voorwaarden, in aanmerking voor een garantie vanuit de overheid (een ‘vrijwaring’) dat hierop achteraf géén mbi-korting zal plaatsvinden (ook niet bij een macrobudgettaire overschrijding).

De percentages ongecontracteerde zorg blijken sterk uiteen te lopen bij de verschillende zorgverzekeraars afzonderlijk. De bedragen variëren van 1% tot 9% bij individueel onderzochte verzekeraars.

1.3.2. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Bij GGZ is meer homogeniteit waarneembaar bij de contractering van de afzonderlijke verzekeraars. In verreweg de meeste gevallen (85%-95% van de schadelast) wordt gewerkt met plafondcontracten.

Voor de totale GGZ (1e lijns en 2e lijns tezamen) blijkt dat het percentage ongecontracteerde zorg fluctueert tussen 3%-5% van de schadelast bij de onderzochte verzekeraars.

In de huidige praktijk van contractering van GGZ-instellingen wordt door zorgverzekeraars geen expliciet onderscheid gemaakt tussen contractering van verzekerden jonger dan 18 en ouder dan 18. De kosten van jeugdigen worden weliswaar volledig nagecalculeerd, maar uit de interviews blijkt dat dit bij de zorginkoop feitelijk geen rol speelt. De verhoudingen qua inkoop in de afgelopen jaren verschilt derhalve niet of nauwelijks van de verhouding binnen de 'reguliere' GGZ.

Ten aanzien van de langdurige GGZ geldt dat contractering nu nog plaatsvindt via de zorgkantoren die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de AWBZ. Deze zorgkantoren opereren via het representatiemodel waarbij de regionale verzekeraar de zorg inkoop namens alle zorgverzekeraars. Na overheveling naar de Zvw wordt langdurige GGZ ingekocht door individuele verzekeraars. Uit de interviews valt op te maken dat er geen onderscheid zal worden gemaakt in de wijze van contractering en verdeling langdurig gespecialiseerde GGZ en kortdurende gespecialiseerde GGZ. Het is dan ook te verwachten dat de verdeling naar type zorguitgaven (gecontracteerd, ongecontracteerd) zich in de langdurig gespecialiseerde GGZ enerzijds en in de kortdurende gespecialiseerde GGZ anderzijds vergelijkbaar zal ontwikkelen, zodra er stappen worden gezet door zorgverzekeraars richting selectieve inkoop.

1.3.3. Geriatrische Revalidatiezorg (GZ)

De geriatrische revalidatiezorg is weliswaar met ingang van 2013 budgettair overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, maar qua zorginkoop is er in 2013 nog vrijwel niets veranderd. Inkoop van geriatrische revalidatiezorg heeft in 2013 plaatsgevonden via een representatiemodel.

Zelfs indien vanaf 2015 individuele inkoop zal plaatsvinden, zal er nog enkele jaren nodig zijn, voordat zorgverzekeraars effectieve stappen kunnen zetten richting selectieve inkoop, controle op kwaliteit in relatie tot prijzen en praktijkvariatie etc. Aan de andere kant is evenwel het zorglandschap van de geriatrische revalidatiezorg met in beginsel slechts 18 dbc's en circa 160 aanbieders overzichtelijker in vergelijking tot de GGZ-sector.

Uit de interviews met verzekeraars kwam naar voren dat algemeen wordt verwacht dat zodra inkoop individueel zal plaatsvinden deze grotendeels met behulp van plafondcontracten zal geschieden en naar verwachting ca. 5% van de zorg ongecontracteerd zal blijven (vergelijkbaar met GGZ).

1.3.4. Verschillen tussen verzekeraars onderling

Er is gebleken dat er relatief grote verschillen zijn bij de onderlinge verzekeraars inzake de mate van ongecontracteerde zorg. Onderzocht is in hoeverre er een directe relatie geldt tussen de verschillen enerzijds en de aard van de afgesloten polissen (natura / restitutie / mengvorm) anderzijds.

Uit het onderzoek komt naar voren dat het onderscheid tussen natura- en restitutiepolicen (wat betreft de mate waarin gebruik wordt gemaakt van ongecontracteerde zorg en verschillende typen zorgcontracten) in de praktijk kleiner is dan gedacht als gevolg van de volgende factoren:

- Aanbod restitutiepolissen door grote landelijke naturaverzekeraars, waardoor ook verzekerden met een restitutie-polis min of meer afgeleid worden gestuurd door sturing van de grotere vraag vanuit de natura-polissen;
- het “restitutiegat” in naturapolissen als gevolg van artikel 13 Zvw;
- voorspelbaar gedrag bij verzekerden met een restitutiepolis;
- zorgsturing aan de bron door zorgaanbieders (bij zowel restitutie- als naturaverzekerden), in plaats van door zorgverzekeraars.

Uit ons onderzoek komt naar voren dat in tegenstelling tot de aard van de afgesloten polissen de meeste invloed bij de contractering uitgaat van twee min of meer technische gegevens, te weten spreiding en volatiliteit.

Spreiding en volatiliteit beïnvloeden de voorspelbaarheid van de zorgkosten en hebben daarmee ook invloed op het contracteerproces. Daar waar verzekeraars met zorgaanbieders kunnen onderhandelen over grote, redelijk voorspelbare, hoeveelheden zorg, kan nauwkeuriger worden geschat en beter worden gestuurd dan bij kleinere en minder voorspelbare hoeveelheden zorg. Denk daarbij aan zorginkoop in regio's waar een zorgverzekeraar slechts een zeer beperkt aantal verzekerden heeft. Het is daar lastiger om voorspellingen te doen omtrent de uiteindelijke zorgvraag. In dat soort regio's zal de verzekeraar bij de contractering waarschijnlijk vaker gebruik maken van openeindecontracten en minder van aanneemsommen en plafondcontracten. Op basis van onze analyse verwachten wij dat met name de effecten van spreiding en volatiliteit in grote mate bepalend zijn voor de verschillen in zorgcontractering tussen de verzekeraars onderling.

1.3.5. Nieuwe toetreders

Uit de interviews hebben we geen gedetailleerde informatie kunnen ophalen over de exacte verdeling van zorguitgaven (gecontracteerd, ongecontracteerd) bij nieuwe toetreders. Nieuwe toetreders worden in de onderzoeksvragen gedefinieerd als “aanbieders die over het lopende schadelastjaar (t) of over een van de twee schadelastjaren daaraan voorafgaand voor het eerst zorg (onder de basisverzekering) gedeclareerd te hebben.” Met in acht name van deze definitie schatten de meeste zorginkopers (of vertegenwoordigers daarvan) het aandeel van nieuwe toetreders in als “verwaarloosbaar” of “minder dan één procent”. Het relatieve belang van nieuwe aanbieders wordt als “verwaarloosbaar” ingeschat en het absolute volume is niet bekend.

1.3.6. Impact op toekomstige zorgcontractering

De zorgsector wordt gekenmerkt door een enorme dynamiek. Wet- en regelgeving passen zich aan de veranderende maatschappelijke context en de sector staat nog maar aan het begin van de overgang van de vroegere aanbodsturing via budgettering naar prestatiebekostiging. Tegen deze achtergrond zijn er opvolgende ontwikkelingen die elkaar al dan niet versterken en waarbij marktpartijen hun strategie al dan niet herzien.

De volgende ontwikkelingen zullen een impact hebben op de verwachte toekomstige zorgcontractering (zie voor meer toelichting hoofdstuk 3):

- ontwikkeling van de zorginkoopfunctie
- ontwikkelingen ten aanzien van de restitutievergoeding
- integrale bekostiging vanaf 2015

- overheveling langdurige GGZ (en jeugd GGZ)
- afschaffen ex-post compensaties

1.3.7. Contractvormen

We hebben aan de verzekeraars gevraagd om een schatting aan te leveren over de verwachte toekomstige schadelast gesplitst naar type zorgcontract.

Gelet op de te verwachten ontwikkelingen in de zorgsector kunnen de onzekerheden onderliggend aan de ramingen over zorguitgaven gesplitst naar type zorgcontract bij de diverse zorgverzekeraars nauwelijks op een zinvolle wijze worden gekwantificeerd. Ieder van de experts die zijn geïnterviewd geeft aan dat het maken van een schatting neerkomt op “het kijken in een glazen bol”. Een beter antwoord is ook niet te geven. Gezien de turbulente ontwikkelingen (die deels nog moeten plaatsvinden) zijn andere benaderingsmethoden zoals extrapolatie ook niet toepasbaar.

Desalniettemin is gevraagd aan de experts onder verzekeraars om te komen met een puntschatting. Hoewel het aantal inzendingen beperkt was, ontstaat hieruit het volgende beeld over het belang van verwachte uitgaven voor ongecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg die niet op basis van omzet- of plafondcontracten wordt geleverd:

- MSZ: belang aan omzetcontracten en plafondcontracten blijft ongeveer constant. Naar verwachting zal er een verschuiving optreden van omzetcontracten naar plafondcontracten.
- cGGZ: het belang van plafondcontracten nog verder zal toenemen (tot boven de 95%). Het is eveneens te verwachten dat het percentage ongecontracteerd zal toenemen onder vrijgevestigden.
- Geriatrische revalidatiezorg: het is te verwachten dat vanaf 2015 grotendeels plafondcontracten (95% of zelfs hoger) zullen worden gesloten.

1.3.8. Onzekerheid in ramingen

Om vooraf met voldoende zekerheid voldoende financiële ruimte te kunnen reserveren voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorg en eventuele open einde contracten (teneinde overschrijding van de financiële kaders per verzekeraar te voorkomen), is het noodzakelijk om inzicht te hebben in de onzekerheid van de schadelast.

De gerealiseerde schadelast gerelateerd aan plafondcontracten¹, open einde contracten en ongecontracteerde zorg kan hoger uitvallen dan vooraf door verzekeraars is geraamd en gereserveerd. Op basis van de totale onzekerheid van de schadelast kan inzichtelijk worden gemaakt hoeveel extra ruimte gereserveerd moet worden voor deze onzekerheid. Als de gerealiseerde schadelast van bijvoorbeeld plafondcontracten² groter wordt, blijft er minder ruimte over voor niet-gevrijwaarde contracten (uitgaande van de ZN-bureauvariant betreft dit ongecontracteerde, onvoorziene zorg en open einde contracten).

¹ Voor plafondcontracten kunnen overschrijdingen van de ruimte die verzekeraars hiervoor op basis van hun ramingen hebben gereserveerd voorkomen. Het is immers aannemelijk dat verzekeraars bij het bepalen van de raming uitgaan van zorgkosten die lager zijn dan de som van de omzetplafonds per gecontracteerde aanbieder.

² Het kenmerk van omzetcontracten/aanneemsummen is dat er zowel naar 'onderen' toe, als naar 'boven' toe een 'cap' op zit, dus op deze contracten kan geen overschrijding plaatsvinden van de ruimte die verzekeraars hiervoor reserveren. Voor plafondcontracten kunnen wel overschrijdingen van deze ruimte optreden, omdat de geraamde schadelast voor deze contracten doorgaans lager zal zijn dan de som van de omzetplafonds die contractueel zijn vastgelegd.

De inzichten uit het Solvency II standaard model en de door De Nederlandsche Bank geïnitieerde Parallel Run in 2012 kunnen worden gebruikt om de onzekerheid in de totale schadelast inzichtelijk te maken. Er is uitgegaan van een relatief gunstig scenario waarbij de standaarddeviatie van de totale schadelast gelijk is aan 1,3% per jaar. Opgemerkt moet worden dat dit percentage lager is dan de 3,6% standaarddeviatie waar een individuele risicodragers mee geacht wordt te rekenen in het Solvency II model.

Uit de analyse volgt dat verzekeraars een behoorlijke extra marge moeten reserveren naarmate het gewenste zekerheidsniveau (om met een vooraf bepaalde zekerheidsmarge binnen het budget te blijven) toeneemt. Bij een doelstelling (verwachtingswaarde) van **3%** voor niet-gevrijwaarde zorg dient uiteindelijk een ruimte te worden gereserveerd van **4,1%** tot **6,3%**³ (bij een toenemende zekerheidsmarge van 80% tot 99,5%).

Indien wordt gerekend met meer voorzichtige / prudente uitgangspunten (standaarddeviatie van schadelast 3,6% per jaar) resulteert dit in een veel grotere te reserveren ruimte. Uit onze berekeningen blijkt dat bij een doelstelling (verwachtingswaarde) van **3%** voor niet-gevrijwaarde zorg uiteindelijk een ruimte zou moeten worden gereserveerd van meer dan 10% (bij zekerheidsmarges van 97,5% en hoger dat verzekeraars de hun beschikbaar gestelde financiële ruimten achteraf niet zullen overschrijden).

Aan het in feite al vooraf in mindering brengen van mogelijke overschrijdingen (die zich met een bepaalde kans kunnen voordoen) op de ruimten die verzekeraars hebben voor aanneemsommen en plafondcontracten, wordt er in dit model een bepaalde mate van zekerheid ontleend dat er zich achteraf geen overschrijdingen van de beschikbare ruimten per verzekeraar zullen voordoen.

Veronderstelling die aan de genoemde zekerheidsniveaus van 80%, 97,5% en 99,5% ten grondslag ligt, is dat er vanuit de gevrijwaarde contracten (aanneemsommen en plafondcontracten) geheel geen druk op het macrokader kan ontstaan. Ter nuancering, moet hierbij echter wel worden opgemerkt dat deze veronderstelling in de praktijk niet 100% op zal gaan, zeker gelet op de zorgplicht van verzekeraars. Ook in een situatie van gecontracteerde zorg door middel van plafondcontracten kan er druk op het macrokader ontstaan. Zo kan er druk ontstaan om de plafonds te verhogen en - als dat niet gebeurt en de grens van de plafonds is bereikt – is het mogelijk dat er hierdoor extra vraag weglekt naar ongecontracteerde aanbieders of aanbieders met een openeindecontract.

Verder moet worden opgemerkt dat hiervoor genoemde standaarddeviaties (van 1,3% en 3,6%) zijn gebaseerd op de totale schadelast. Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar gecontracteerde en ongecontracteerde zorg, waarbij zou kunnen worden verondersteld dat gecontracteerde zorg voorspelbaarder (minder volatiel) is dan ongecontracteerde zorg (zowel 'naar boven' als 'naar onderen' toe), dan zijn de hiervoor genoemde standaarddeviaties mogelijk aan de lage kant. Reden hiervoor is dat in dat geval de volatiliteit van de totale zorguitgaven voor een groter deel wordt bepaald door het relatief kleine deel ongecontracteerde zorg en zorg die wordt geleverd op basis van openeindecontracten (waarvan de volatiliteit naar verwachting relatief hoog is). Nadere informatie en onderliggende data over de volatiliteit gesplitst per categorie zorguitgaven ontbreekt momenteel echter; hiervoor is nader onderzoek

³ De te reserveren ruimte is bij benadering gelijk aan de verwachting van uitgaven aan niet-gevrijwaarde zorg plus 'x' maal de gekozen standaarddeviatie, waarbij de waarde van 'x' afhankelijk is van het gewenste zekerheidsniveau voor de schadelast op totaaniveau. Bij een gewenst zekerheidsniveau van 84,1% is dat bij benadering 1 maal de standaarddeviatie, bij een gewenst zekerheidsniveau van 97,7% is dat bij benadering twee maal de standaarddeviatie en bij een gewenst zekerheidsniveau van 99,9% is dat bij benadering drie maal de standaarddeviatie.

nodig. Het valt dan ook aan te bevelen om initieel, totdat meer informatie en onderzoek hierover beschikbaar is, uit te gaan van scenario's met een hoge zekerheidsmarge.

De berekeningen die zijn uitgevoerd laten zien dat een doelstelling om voldoende ruimte te reserveren voor ongecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg die niet op basis van omzet- of plafondcontracten wordt geleverd een behoorlijke impact kunnen hebben. Dit bevestigt het beeld wat uit de interviews met zorgverzekeraars naar voren is gekomen, namelijk dat de onzekerheden onderliggend aan de ramingen over zorguitgaven groot kunnen zijn.

1.4. Modelmatig onderzoek naar werking van het mbi

Met behulp van een modelmatige aanpak (een simulatiemodel) is onderzoek gedaan naar het effect van toepassing van het gedifferentieerd mbi (conform de ZN-bureauvariant) op verschillende zorgaanbieders en in het bijzonder de kans dat (bepaalde) zorgaanbieders met een zeer hoge mbi-korting worden geconfronteerd. Er zijn verschillende veronderstellingen onderliggend aan het model. Ter toetsing van het effect van de gemaakte veronderstellingen zijn verschillende gevoeligheidsanalyses uitgevoerd.

Uit de verrichte analyses met het simulatiemodel blijkt dat een gedifferentieerd mbi met 100% vrijwaring ertoe kan leiden dat een substantieel deel van de aanbieders met een hoge korting wordt geconfronteerd. De risico's voor individuele aanbieders kunnen fors worden teruggebracht door het vrijwaringspercentage te verlagen. Beperking van de vrijwaring tot bijvoorbeeld 95% of 90% van de omzet in gelimiteerde contracten vermindert de risico's al aanzienlijk. Een verdere reductie van de risico's treedt op wanneer wordt toegestaan dat open einde contracten tot een (vooraf) bepaalde omzet voor dat percentage gevrijwaard kunnen worden.

We merken op dat bij de simulaties is uitgegaan van een situatie waarin in het uitgangsjaar de begroting wordt overschreden. Dit uitgangspunt is nodig om de werking van het mbi te kunnen bestuderen aangezien het mbi zonder overschrijding niet wordt ingezet. Wat in de onderzoeksresultaten wordt getoond is derhalve uitdrukkelijk geen voorspelling van de zorguitgaven maar is bedoeld om de effecten van de inzet van verschillende vormen van het mbi te demonstreren.

Meer in het algemeen beperkt het model zich tot het simuleren van de effecten van gedragsreacties die volgen op de inzet van het mbi, uitgaande van een situatie die qua marktstructuur (aantallen aanbieders, omvang van die aanbieders), mate van contractering en qua type contracten aansluit bij de feitelijke, huidige situatie. In het model is dus geabstraheerd van diverse omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op hoe de marktstructuur, de mate van contractering en het type contracten dat wordt afgesloten, zich de komende jaren zullen ontwikkelen (denk hierbij bijvoorbeeld aan factoren als de veranderingen in het zorglandschap die als gevolg van de bestuurlijke akkoorden en/of overhevelingen van AWBZ naar Zvw kunnen optreden). Dat is gedaan om de gedragsreacties die van een gedifferentieerd mbi uitgaan goed te kunnen isoleren. De exacte effecten van toekomstig beleid op de marktstructuur, de contractering en op de gemodelleerde gedragseffecten laten zich bovendien moeilijk voorspellen. Als deze onzekerheid in het model betrokken zou worden, zouden de onzekerheidsmarges voor individuele aanbieders die uit het simulatiemodel naar voren komen groter zijn.

1.4.1. *Simulatie van de werking van het gedifferentieerd mbi*

Er is een simulatiemodel ontwikkeld waarbij de zorgmarkt gestileerd in beeld is gebracht. In het model begint elke simulatie met het creëren van een startsituatie door een trekking uit de statistische verdelingen. Deze startsituatie is een vereenvoudigde afspiegeling van de zorgmarkt bij aanvang. De startsituatie bevat een zo realistisch mogelijke verdeling van aanbieders en contracten per sector (MSZ, GGZ en GZ).

In het model is sprake van gecontracteerde en ongecontracteerde zorg. Binnen de gecontracteerde zorg wordt gebruik gemaakt van drie contracttypen: omzetcontracten (aanneemsommen), plafondcontracten en openeindecontracten (zie ook paragraaf 1.3 van deze managementsamenvatting). Alleen omzetcontracten en plafondcontracten worden vooraf gevrijwaard van een eventuele mbi-korting.

Op basis van de interviews met zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn tevens een aantal gedragsreacties afgeleid die in het model zijn opgenomen. Hierna volgt een overzicht van de opgenomen veronderstelde gedragsreacties:

1. Als een omzetcontract (aanneemsom) onderschreden wordt wil de zorgverzekeraar het contract omzetten in een plafondcontract. De kans dat dit daadwerkelijk gebeurt, is lineair afhankelijk van de omvang van de onderschrijding.⁴
2. Als een plafondcontract overschreden wordt wil de zorgverlener het plafond verhogen met de hoogte van de overschrijding. In het model is ingebouwd dat gemiddeld genomen de helft van de overschrijding ook gerealiseerd wordt als een verhoging van het plafond. Dit aandeel neemt af naarmate de zorgverlener kleiner wordt.⁵
3. Als een mbi-korting wordt opgelegd zullen zorgverleners meer gevrijwaarde contracten willen afsluiten. De kans dat omzet ook daadwerkelijk verplaatst wordt van een niet-gevrijwaarde contractvorm naar een gevrijwaarde contractvorm is lineair afhankelijk van de hoogte van de korting.⁶
4. Als een mbi-korting wordt opgelegd zullen zorgverleners de prijzen voor niet-gevrijwaarde contracten verhogen⁷. Dit gebeurt niet als er volgens gedragsregel 3 al omzet verplaatst is naar een gevrijwaard contract. De kans op een prijsverhoging is lineair afhankelijk van de hoogte van de korting.⁸ Gemiddeld genomen is de prijsverhoging zodanig dat 50% van het omzetverlies als gevolg van de mbi-korting gecompenseerd wordt.

De veronderstellingen omtrent gedragsreacties zijn in belangrijke mate van invloed op de modeluitkomsten, maar laat de kernconclusie (dat een gedifferentieerd mbi met 100% vrijwaring ertoe kan leiden dat een

⁴ Bij een onderschrijding van 10% of meer is de kans op omzetting 100%.

⁵ Dit aandeel neemt af naarmate de zorgverlener kleiner wordt tot uiteindelijk 12.5% voor de categorie kleinste zorgverleners.

⁶ De kans is 100% is bij een korting vanaf 20% van de totale omzet van de zorgverlener.

⁷ Dit is vooral gebaseerd op de medisch specialistische zorg in het verleden, maar de veronderstelde gedragsreactie is naar onze mening ook realistisch voor de GGZ. Ten eerste blijkt uit recente NZa marktscan dat niet alle zorgaanbieders het maximumtarief declareren. Met de groep 'niet-gebudgetteerde aanbieders' werden over 2012 prijsafspraken gemaakt die varieerden tussen de 75 en 95% van het maximumtarief. Ten tweede bestaat voor aanbieders zonder gevrijwaard contract die nu reeds het maximumtarief declareren een prikkel om zich in te dekken tegen een dreigende mbi-heffing door hun volume te verhogen. Dit heeft in het model dezelfde uitwerking als een prijsverhoging. Het model gebruikt geen maximumtarieven en zou derhalve uitgebreid kunnen worden met een combinatie van maximumtarieven plus veronderstellingen t.a.v. gedragseffecten die optreden wanneer een MBI-korting wordt opgelegd terwijl er sprake is van een maximumtarief. Aangezien het model werkt op basis van omzet-aanpassingen waarin ook volume-effecten een rol spelen zal een dergelijke aanpassing naar verwachting de conclusies niet significant wijzigen.

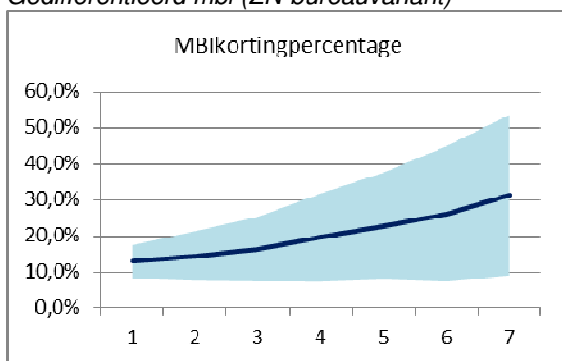
⁸ Gedragsregel 3 heeft voorrang op deze gedragsregel en als de korting meer dan 20% van de omzet is zal dan ook alleen gedragsregel 3 uitgevoerd worden.

substantieel deel van de aanbieders met een hoge korting wordt geconfronteerd) onverlet. Ten opzichte van de basisuitgangspunten zijn diverse gevoeligheidsanalyses uitgevoerd om te toetsen wat de invloed is van de verschillende gedragsreacties op de volatiliteit van zorguitgaven en de implicaties van het mbi op de verschillende zorgaanbieders (zie hiervoor hoofdstuk 4 en de bijlagen).

1.4.2. Resultaten

Het onderzoek richt zich in de kern op de effecten van een gedifferentieerd mbi voor individuele zorgaanbieders. In het generiek mbi is het kortingspercentage voor iedereen gelijk (doorgaans waarschijnlijk gelijk aan het percentage waarmee het macrokader wordt overschreden) en lager dan in het gedifferentieerd mbi (zie latere toelichting). De volgende grafiek toont het kortingspercentage over alle niet-gevrijwaarde omzet in de MSZ sector bij een gedifferentieerd mbi (ZN-bureauvariant).⁹ Hierbij moet opgemerkt worden dat in het onderzoek aangenomen is dat er een budgetoverschrijding is, aangezien anders de werking van het mbi niet bestudeerd kan worden. Het feit dat er een korting wordt opgelegd is het gevolg van deze aanname en geen resultaat van het onderzoek. De vervolg-effecten die veroorzaakt worden door de gedragsreacties op een mbi-korting zijn wel resultaat van het onderzoek.

Gedifferentieerd mbi (ZN-bureauvariant)



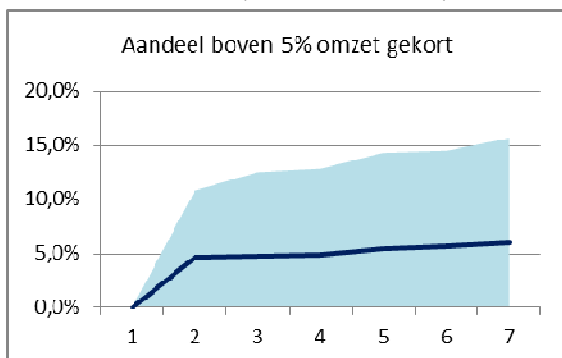
Bij het generiek mbi voor iedereen gelijk en doorgaans waarschijnlijk gelijk aan het percentage waarmee het macrokader wordt overschreden (doorgaans hooguit enkele procenten, bijvoorbeeld variërend van 1% tot 3%)

Zoals te zien is kortingspercentage bij een gedifferentieerd mbi een stuk hoger dan dat. Het hoge kortingspercentage bij toepassing van het gedifferentieerde mbi wordt veroorzaakt doordat deze korting slechts over een deel van de omzet wordt toegepast. Als een zorgverlener relatief veel niet-gevrijwaarde contracten heeft kan dat tot gevolg hebben dat de korting, gemeten als percentage van de omzet, hoog op kan lopen. Dit blijkt ook uit de uitkomsten van de uitgevoerde simulaties. Voor cGGZ en GZ treden soortgelijke effecten op.

In de figuur hieronder is weergegeven welk deel van de zorgverleners in de MSZ meer dan 5% van de totale omzet gekort wordt wanneer het gedifferentieerd mbi toegepast wordt.

⁹ De lichtblauwe band rond de lijn geeft het gebied aan waarin het kortingspercentage ligt met een waarschijnlijkheid van ongeveer 2/3. In het 7^e jaar is de mbi-korting dus gemiddeld circa 30%, maar de korting ligt met een kans van 2/3 tussen circa 10% en ruim 50%. Er is een kans van circa 1/6 dat het kortingspercentage meer dan ruim 50% bedraagt en een kans van 1/6 dat de korting minder dan circa 10% bedraagt. De lijn geeft dus de gemiddelde uitkomst aan en de blauwe band rond de lijn geeft aan wat de onzekerheid rond die gemiddelde uitkomst is.

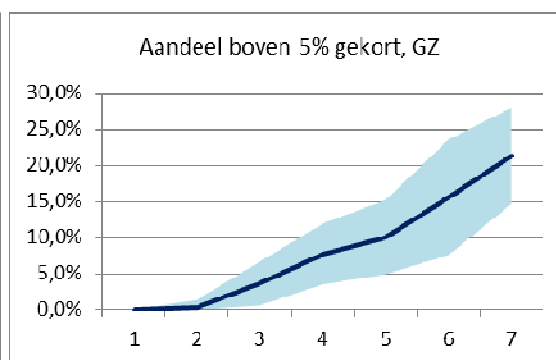
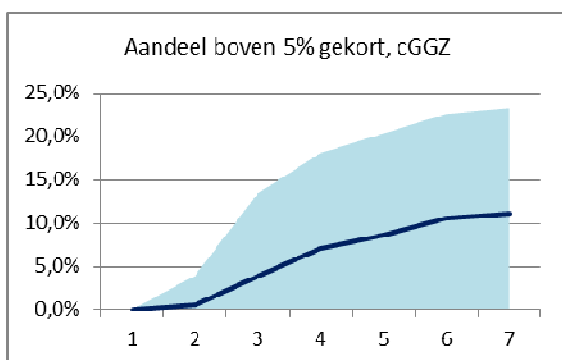
Gedifferentieerd mbi (ZN-bureauvariant)



Uit de uitkomsten per zorgaanbieder wordt duidelijk dat een gedifferentieerd mbi kan leiden tot zeer hoge risico's voor met name kleinere en nieuwe zorgverleners. Doordat de onzekerheden in de zorguitgaven geconcentreerd worden bij een beperkt deel van de zorgaanbieders worden zorgverleners met relatief weinig gevrijwaarde contracten snel geconfronteerd met hoog oplopende kortingen.

Dit beeld is ook in de cGGZ en de GZ zichtbaar. De effecten zijn in deze sectoren sterker omdat in deze

sectoren de zorg sterker geconcentreerd is bij enkele grote zorgverleners, die veelal omzet- en plafondcontracten afsluiten. De grondslag voor de mbi-korting, die bestaat uit de niet gevrijwaarde contractenvormen en de ongecontracteerde zorg is daardoor smaller dan in de sector MSZ en dat leidt tot hogere mbi-kortingpercentages. Dat laatste leidt er weer toe dat een groter deel van de zorgaanbieders met meer dan 5% van de omzet gekort wordt. Dit treft met name (kleine) aanbieders die niet gevrijwaarde zorg hebben geleverd.



Eenzelfde effect is zichtbaar als de grens bij 10% gelegd wordt. Ook dan is het aandeel zorgaanbieders dat boven deze grens gekort wordt duidelijk hoger dan bij toepassing van het generieke mbi en ook dan zijn de effecten sterker bij cGGZ en GZ dan bij de MSZ.

In het onderzoek is onderzocht of een verbreding van de grondslag van de mbi-korting door bijv. 95% i.p.v. 100% van de gelimiteerde contractvormen te vrijwaren, leidt tot een vermindering van het aantal zorgverleners dat stevig geraakt wordt door een gedifferentieerde mbi-korting. Dat blijkt het geval. In alle sectoren krijgt al vanaf een vrijwaringspercentage van 95% een duidelijk lager aandeel zorgverleners een korting die hoger is dan 5% van de omzet. Als het percentage verlaagd wordt naar bijv. 90%, 85% of 80% daalt het aandeel fors gekorte zorgverleners snel verder. Meer details hierover zijn hoofdstuk 4 van het onderzoeksrapport uitgewerkt.

1.5. Procesontwerp en -schema

Zoals de Minister deze zomer constateerde zijn de stappen die de commissie Baarsma adviseert, stappen die in sterke mate aansluiten bij de praktijk, danwel in de praktijk meer en meer worden opgepakt en in

akkoorden zijn overeengekomen. Vooral op het gebied van het sneller contracteren wordt sinds 2012 vooruitgang geboekt. In 2014 worden qua wetgeving stappen gezet in voorbereiding om de gewenste selectieve contractering een impuls te geven, onder meer door het ‘restitutie’¹⁰ dat het gevolg is van het huidige artikel 13 van de zorgverzekeringswet, per 2015 te dichtten. De ZN-bureauvariant sluit hier op hoofdlijnen op aan.

Tegelijk liggen er nog belangrijke uitvoeringsvraagstukken op tafel. Een van de belangrijkste is de vraag, op welke wijze invulling gegeven moet worden aan het vrijwaren van contracten voor een eventuele mbi-kortingen. Het is evident dat de zorgverzekeraars hierin een belangrijke rol spelen door onder meer selectieve inkoop bij zorgaanbieders die kunnen aantonen dat ze zowel qua doelmatigheid als qua tariefstelling en volumebeheersing passen binnen de in het hoofdlijnenakkoord vastgelegde afspraken.

Een ander belangrijk uitvoeringsvraagstuk ligt in de wijze waarop kan worden bewaakt dat de contractering leidt tot beheerste kostenontwikkeling binnen de gestelde macro-kaders. Hierbij is de aandacht vooral uitgegaan naar enerzijds de bewaking van de kaders door zorgverzekeraars zelf en anderzijds naar de toetsing van de contractering aan de kaders en de randvoorwaarden door de NZa.

1.5.1. Voorgesteld procesontwerp

De commissie Baarsma heeft een aantal adviezen gegeven over manieren waarop een inzet van het mbi voorkomen kan worden. Aan de technische uitwerking van een gedifferentieerd is Baarsma niet toegekomen. De ZN-bureauvariant bouwt op die route verder en zet de vervolgstap, namelijk een uitwerking van een gedifferentieerd mbi-kortingsinstrument. Om deze reden geeft de ZN-bureauvariant richting aan de uitwerking waarmee wij aan de slag zijn gegaan.

Een belangrijk thema in ons onderzoek is het invulling geven aan de belangrijkste randvoorwaarden:

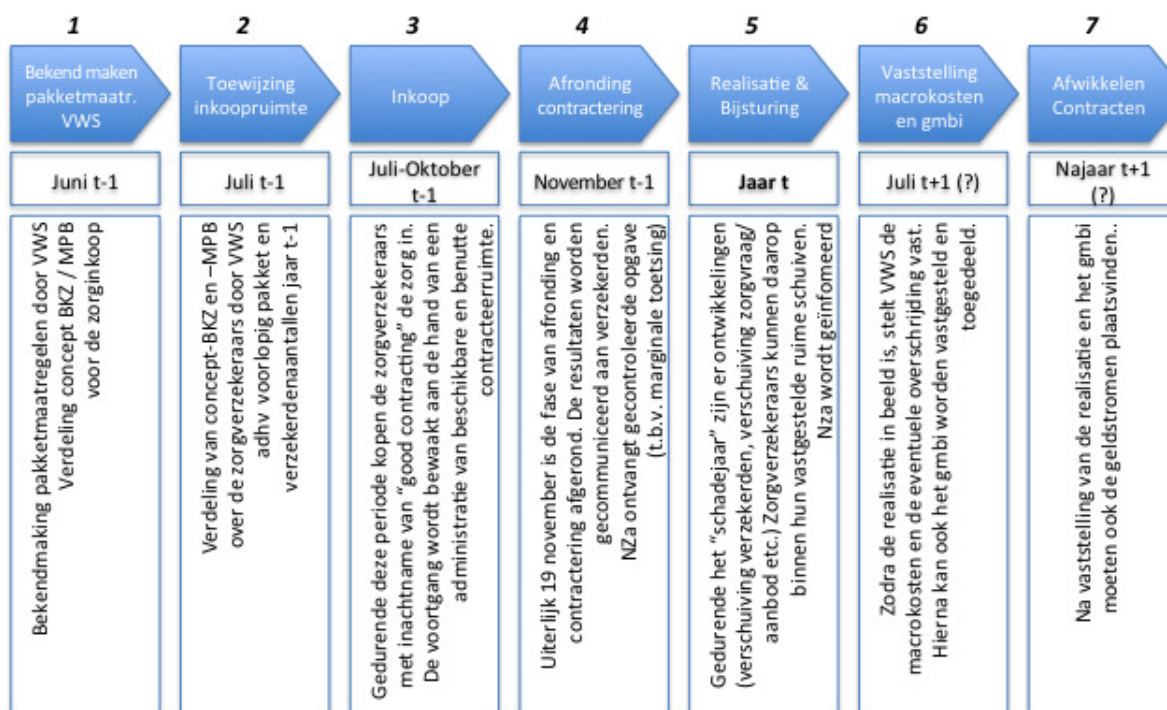
- 1) het gedifferentieerde macrobeheersinstrument moet haar doel realiseren, namelijk een meer faire verdeling van de korting als gevolg van macro-overschrijdingen;
- 2) het vrijwaren van omzetcontracten van kortingen door het mbi moet niet leiden tot de facto uitsluiting van kleinschalige gespecialiseerde aanbieders die kwalitatief goede zorg leveren tegen betere prijzen;
- 3) het proces van inkoop van zorg door zorgverzekeraars moet op microniveau hanteerbaar zijn, leiden tot een effectieve bewaking en voorts moeten onnodige administratieve lasten worden voorkomen;
- 4) het proces van contracteren moet voldoende waarborgen bieden dat de (macro-)kosten binnen het Budgettair Kader Zorg (“BKZ”) blijven, zodat het minder waarschijnlijk is dat het mbi moet worden ingezet.

Opgemerkt moet worden dat in dit onderzoeksrapport geen standpunten worden ingenomen ten aanzien van wat wordt verstaan onder een “faire verdeling” of “voldoende waarborgen”. In dit rapport worden alleen mogelijke effecten in beeld gebracht van toepassing van een gedifferentieerd mbi.

¹⁰ Overigens gaat het bij “restitutie” om de restitutieproblematiek in de naturapolissen. Restitutiepolissen blijven bestaan en kennen per definitie keuzevrijheid voor verzekerden.

Overigens spelen bij diverse stappen in dit processchema nog ingewikkelde uitwerkings- en uitvoeringsvragen die nader onderzocht moeten worden, maar buiten de scope van dit onderzoek vallen.

Indien met de hiervoor genoemde randvoorwaarden rekening wordt gehouden komt hieruit het volgende processchema naar voren:



1.5.2. Beheersing van de zorgkosten door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars spelen in alle voorstellen een cruciale rol in het beheersen van de zorgkosten. In het ZN-voorstel neemt het contracteren van zorgaanbieders door middel van omzetcontracten (aanneemsommen en plafondcontracten) een belangrijke rol in. Door middel van deze twee contractsvormen kunnen de kosten van de zorgproductie (prijs en volume) beheersbaar worden gehouden.

Het centrale probleem van deze benadering is dat een deel van de zorgproductie zich niet op voorhand laat voorspellen en/of contracteren. Een deel van deze problematiek wordt mogelijk opgelost door bijvoorbeeld het restitutieel te dichten door middel van de beoogde aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Desalniettemin zal er altijd ruimte moeten bestaan voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorg.

De beheersing van de zorgkosten door zorgverzekeraars vangt aan bij de vaststelling van de toewijzing van de financiële inkoopruimte aan zorgverzekeraars. Deze processtap wordt zowel in het Baarsma advies als in de ZN-bureauvariant beschreven en daarbij wordt veelal gerefereerd aan verdeling aan de hand van het ex-ante vereveningsmodel. De toegewezen financiële ruimte duiden we in dit rapport aan als contracteerruimte.

Onder een gedifferentieerd mbi met 100% vrijwaring zullen zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg voldoende rekening moeten houden met het feit dat er zowel financiële ruimte nodig is voor zorg die

geleverd wordt op basis van aanneemsommen en plafondcontracten als voor zorg die geleverd wordt op basis van overige contractsoorten en ongecontracteerde zorg.

Ervan uitgaande dat zorgverzekeraars de onzekerheid omtrent de schadelast met betrekking tot gecontracteerde zorg reeds incalculeren bij het ramen van gecontracteerde zorg bestaat er een risico dat onvoldoende rekening wordt gehouden met de financiële ruimte die nodig is voor de ongecontracteerde en onvoorspelbare zorgkosten.

Om dit risico te beheersen hebben we een methode uiteengezet op basis waarvan de ramingen kunnen worden uitgevoerd zodat met een vooraf bepaalde mate van zekerheid kan worden vastgesteld dat hiervoor voldoende ruimte wordt gereserveerd, (dat wil zeggen: voldoende ruimte om overschrijdingen achteraf van de voor betreffende verzekeraar vastgestelde inkoopruimte zo veel mogelijk te voorkomen). Zie hiervoor paragraaf 1.3.8 van deze managementsamenvatting. Veronderstelling die aan de in paragraaf 1.3.8. genoemde zekerheidsniveaus van 80 tot 99,5% ten grondslag ligt, is wel dat er vanuit de gevrijwaarde contracten (aanneemsommen en plafondcontracten) geheel geen druk op het macrokader kan ontstaan. Ter nuancering van de genoemde zekerheidsniveaus, moet hierbij echter wel worden opgemerkt dat deze veronderstelling in de praktijk niet 100% op zal gaan, zeker gelet op de zorgplicht van verzekeraars. Ook in een situatie van gecontracteerde zorg door middel van plafondcontracten kan er druk op het macrokader ontstaan. Ten eerste komt dit omdat de ruimte die verzekeraars voor zorg op basis van plafondcontracten reserveren, doorgaans kleiner zal zijn dan de som van de plafonds. . Maar ook als gecontracteerde zorgaanbieders op enig moment tegen de maximale capaciteit (het plafond) zijn aangelopen kan er extra druk op het macrokader ontstaan. Zorgverzekeraars zullen op dat moment ter nakoming van de zorgplicht aanvullend zorg moeten inkopen.(Voor de betreffende zorgaanbieders de risico's op een mbi-korting evident. Een mogelijk te verwachten gedragsreactie is dat die zorgaanbieders op dat moment niet bereid zijn extra zorg te leveren, als op dat moment dan al vrijwel vaststaat dat er een overschrijding aan zit te komen en zij dus geen vrijwaring vooraf ontvangen, behalve wellicht tegen hoge prijzen). Ook is het mogelijk dat – als de plafonds niet tussentijds worden verhoogd, maar de zorgvraag ook niet meer binnen de plafonds kan worden opgevangen – er hierdoor extra vraag weglekt naar ongecontracteerde aanbieders of aanbieders met een openeindecontract. Hoewel er een (lastig te kwantificeren) kans is dat dit soort scenario's plaatsvinden, is bij het vaststellen van de genoemde zekerheidsniveaus (van 80 tot 99,5%) verondersteld dat dit soort scenario's geheel zijn uitgesloten. In werkelijkheid zal de zekerheid dat de zorguitgaven van verzekeraars binnen hun vooraf bepaalde financiële ruimten zullen blijven, dus minder groot zijn dan de genoemde 80 tot 99,5% en moet er dus ook bij deze hoge zekerheidsniveaus rekening worden gehouden met een kans op een macro-overschrijding (paragraaf 1.5.3 gaat hier nader op in).

Het sluitstuk is de rapportage van de contractering aan de NZa, waarbij een auditor bij zowel het proces van bewaking van de contractering als bij de opgave en de berekende ruimte voor onvoorspelbare en ongecontracteerde zorg een bevestiging verstrekt. In de rapportage aan het NZa moet duidelijk worden aangetoond dat de zorgverzekeraar met het oog op alle risico's voldoende prudentie in acht heeft genomen bij de contractering van zorgaanbieders. De NZa toetst dit en verleent bij goedkeuring de vrijwaringen aan de betreffende zorgaanbieders.

1.5.3. Kaderstelling vooraf door de overheid

Een belangrijke randvoorwaarde aan het model is dat wordt voorkomen dat mbi-kortingen zodanig hoog kunnen uitvallen dat dit leidt tot de facto uitsluiting van nieuwe toetreders. Dit kan niet alleen worden voorkomen door zorgvuldige contractering door zorgverzekeraars en de hiervoor beschreven toetsing

daarvan door de NZa. Zoals hiervoor toegelicht moet rekening worden gehouden met het feit dat desondanks macro-overschrijdingen kunnen ontstaan.

Het vrijwaren van een belangrijk deel van de contractering van mbi-kortingen leidt tot een afname van een eventuele grondslag voor het opleggen van een mbi-korting. Hierdoor ontstaat een hefboomwerking op de uiteindelijke procentuele korting. De overheid moet daarom vooraf bepalen (bij voorkeur in processtap 1) welke grenzen zij verbindt aan de mogelijkheden tot vrijwaring (respectievelijk tot welk percentage zij aanneemsommen en plafondcontracten vooraf wil vrijwaren van een mbi-korting). Deze grenzen moeten worden afgeleid van een ‘macro-toets’ vooraf, gebaseerd op een vooraf bepaalde mate van gewenste zekerheid, verwachtingen omtrent macro-kostenontwikkelingen ten opzichte van het macrokader, verwachtingen omtrent de mate van waarin er vrijwaringscontracten worden afgesloten en de maximaal acceptabele mbi-korting.

De kaders die uit deze ‘macrotoets’ voortkomen (in het bijzonder het percentage waarmee omzet- en plafondcontracten vooraf worden gevrijwaard van een mbi-korting, het zogenaamde ‘vrijwaringspercentage’), leveren een zodanige prudentie, dat met een voldoende mate van zekerheid dat aanbieders achteraf niet met zeer hoge mbi-kortingen kunnen worden geconfronteerd, de vrijwaringen kunnen worden afgegeven als verzekeraars de toets (door de NZa) doorstaan.

De toets van de contractering door de NZa zoals in dit rapport wordt beschreven, kan dus wel helpen om de kans op een overschrijding van het macrobudgettaire kader te verkleinen en heeft een matigend effect op de hoeveelheid zorg die vooraf wordt gevrijwaard, maar kan desondanks geen garantie bieden dat het macrokader niet wordt overschreden en ook geen voldoende mate van zekerheid dat er naderhand geen groepen aanbieders zullen zijn die met zeer hoge mbi-kortingen zullen worden geconfronteerd. Daarvoor is de hier beschreven kaderstelling vooraf nodig en inperking van het ‘vrijwaringspercentage’).

Deze kaderstelling maakt als zodanig geen onderdeel uit van de bureauvariant van ZN. In gesprekken is aan de orde geweest of deze kaderstelling kan worden ingepast in de zekerheidsmarge die wordt toegepast bij de bepaling van de te reserveren contracteerruimte voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorg. In plaats van een lagere mate van vrijwaring van aanneemsommen en plafondcontracten (< 100%), zou er dan voor gekozen kunnen worden om vooraf (nog) minder ruimte voor dat soort contracten beschikbaar te stellen en meer voor overige zorg. Hoewel dit theoretisch denkbaar zou zijn, lijkt dit toch niet voor de hand te liggen. De macrotoets heeft namelijk een hele andere invalshoek en gaat uit van de kans op macro-overschrijdingen en van een bovengrens aan de mate waarin mbi-kortingen qua percentage maatschappelijk acceptabel zijn. Deze variabelen laten zich moeilijk uitdrukken in een te hanteren (extra) zekerheidsmarge die bij het reserveren van financiële ruimte voor openeindecontracten en ongecontracteerde zorg in acht moeten worden genomen. Bovendien is een hoge zekerheidsmarge beperkend voor de contractering van vrijgestelde zorg en grijpt dit sterk in in het contracteerproces wat ondoelmatig is. Een kaderstelling (inperking van het vrijwaringspercentage) vooraf is voor de sector doelmatiger.

1.5.4. Toetsing door NZa

De toetsing door de NZa is een cruciale stap in het proces om te komen tot een gedifferentieerd macrobeheersinstrument. Ervan uitgaande dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars bij voorkeur contracten sluiten waarin de omzet wordt gevrijwaard van latere mbi-kortingen zal het aandeel van deze contracten in de totale contracteerruimte toenemen.

Om aan de randvoorwaarden te blijven voldoen zal de NZa daarom voorafgaand aan de definitieve vrijwaring een toets moeten uitvoeren op de gesloten contracten.

Deze toets betreft een bottom-up benadering waarbij aan de hand van de individuele rapportages door zorgverzekeraars wordt vastgesteld dat er per zorgverzekeraar voldoende ruimte is gereserveerd voor ongecontracteerde zorg en onvoorspelbare zorg. Bij de toets door NZa zal in hoge mate worden gesteund op de rapportages van de zorgverzekeraars en de uitkomsten van de audits bij deze rapportages.

Het feit dat de toets door NZa in beginsel inhoudelijk beperkt is (want aangeleverd met een accountantsverklaring), neemt niet weg dat de uitvoering een forse jaarlijkse operatie kan betekenen. Zelfs wanneer de toetsing geen issues oplevert, moeten nog steeds duizenden beschikkingen voor vrijwaring worden afgegeven. Deze processtap, hoewel inhoudelijk marginaal, moet qua uitvoering niet worden onderschat.

Evenals in onze kwantitatieve analyse lopen we bij de ZN-bureauvariant in de huidige vorm ook procesmatig tegen randvoorwaarden aan die zowel kwantitatief als uitvoeringstechnisch om verdere uitwerking vragen. Het gaat daarbij vooral om de beheersing van de macro-effecten van dit proces. Een en ander vraagt om nader onderzoek.

2. Beschrijving van de context

2.1. Zorgverzekeringswet en historische context van het macrobeheersinstrument

2.1.1. Algemeen

Dat een land zijn gezondheidszorg door middel van private zorgverzekeringen organiseert is niet vanzelfsprekend. Planning vanuit de overheid van zowel de beschikbare capaciteit als de financiering daarvan al dan niet via de publieke middelen zijn ook in Nederland gebruikelijk geweest en tot op zekere hoogte is deze centrale sturing nog steeds aanwezig. Deze sturing vanuit de overheid is ingegeven door de behoefte om de gezondheidszorg breed toegankelijk te maken en op de kwaliteit en de kosten hiervan te sturen.

Sinds 2006 treedt de overheid terug als het gaat om capaciteitsplanning en kostenbewaking door stap voor stap over te gaan naar meer prestatiebekostiging in de zorg en daarmee meer marktwerking. Ook dit gaat niet zonder slag of stoot. In 2012 is een verdere grote stap gezet door de tarieven van pakweg 70% van de zorgproductie van de ziekenhuizen (de grootste kostenpost) vrij onderhandelbaar te maken en tegelijk de ex-post compensaties van zorgverzekeraars af te bouwen. Hiermee komen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders meer bloot te staan aan de “tucht van de markt”. De verwachting is dat daarmee de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg beter beheersbaar zullen worden, zonder daarmee concessies te doen aan kwaliteit en toegankelijkheid.

2.1.2. Algemeen

Op 1 januari 2006 vindt in Nederland de invoering plaats van de algemene basisverzekering. De Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen worden vervangen door de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet zorgtoeslagen (Wzt).

De overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing - waarbij de inrichting en de omvang van de zorg door de wetgever worden bepaald - naar een decentraal vraaggericht stelsel, waarbij de feitelijke omvang en inrichting van de zorg onder door de overheid te stellen randvoorwaarden worden bepaald door de bij de zorgverlening direct betrokken partijen, leidt op velerlei gebied tot wijzigingen. De prijzenwet Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) wordt vervangen door de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De planning-wet Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv) wordt vervangen door de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi).

Alle zorgverzekeraars, zowel de vroegere ziekenfondsen als de particuliere verzekeraars, zijn met ingang van 2006 private ondernemingen die winst mogen maken. Door de Zorgverzekeringswet 2006 is er in Nederland geen volledig vrije markt van zorgverzekeringen ontstaan. Een volledig vrije markt zou de toegankelijkheid van de zorg in gevaar brengen als verzekeraars aan verzekerden hogere premies in rekening mogen brengen vanwege hogere risico's die zij meebrengen voor de zorgverzekeraar. Voor chronisch of langdurig zieken en voor gehandicapten zou de premie onbetaalbaar worden. De Zorgverzekeringswet legt daarom aan alle zorgverzekeraars een zorgplicht op en een acceptatieplicht voor de basisverzekering. De basisverzekering is voor alle verzekeraars hetzelfde, bevat alle medisch noodzakelijke zorg en is voor iedereen toegankelijk.

De invoering van de nieuwe wetten in 2006 leidde tot duidelijke toename van de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Deze concurrentie lijkt van jaar tot jaar verder toe te nemen. Verhoging van de doelmatigheid op macroniveau is in de eerste jaren evenwel nog niet aangetoond. Van jaar tot jaar zijn wel stappen gezet om dit te bereiken.

Een belangrijke stap werd gezet in 2011 toen Minister Schippers haar brief “Zorg die loont” deed verschijnen. De beleidsvoornemens die in die brief werden vastgelegd zijn sinds 2012 bepalend geweest voor de verdere ontwikkeling richting prestatiebekostiging en marktwerking.

Belangrijke stappen die sindsdien zijn gezet zijn onder meer:

- de overgang van dbc's naar dot's;
- uitbreiding van het vrij onderhandelbare segment
- afschaffing van de ex-post verevening tussen zorgverzekeraars
- invoering van 'flankerend beleid'
- de introductie van een macrobeheersinstrument

2.1.3. Hoofdlijnenakkoorden

De brief “Zorg die loont” van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (14 maart 2011) luidde een nieuwe fase in, in de gereguleerde marktwerking die sinds 2006 was gaan gelden. Een belangrijk uitgangspunt van de Minister was het neerleggen van meer verantwoordelijkheid bij de marktpartijen. De overstap van budgetberekening naar prestatiebekostiging van ziekenhuizen werd een belangrijk speerpunt om zorgaanbieders de ruimte te geven en te prikkelen tot meer doelmatigheid in de zorgverlening en de ondersteunende logistieke processen. Ook de zorgverzekeraars zouden meer worden aangesproken om scherp in te kopen door afschaffing van de ex-post compensaties.

Gesprekken tussen VWS en de verschillende koepels over het beheersen van de macrokosten van de gezondheidszorg in het licht van de hiervoor genoemde besluiten leidden in de zomer van 2011 tot het eerste Bestuurlijke hoofdlijnenakkoord 2012-2015. Dit eerste hoofdlijnenakkoord betrof de medisch specialistische zorg, maar werd een jaar later gevolgd door het Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014.

Deze hoofdlijnenakkoorden betekenden een belangrijke stap voorwaarts in het accepteren van de gedeelde verantwoordelijkheid van marktpartijen voor het beheersen van de groei van de zorgkosten door een gezamenlijke inhoudelijke agenda. Kern van dit akkoord is dat voor zowel de medisch specialistische zorg als de GGZ partijen tot een gezamenlijke ambitie zijn gekomen om de structurele uitgavengroei te beperken tot 2,5%, exclusief loon- en prijsbijstelling. Tevens is een meerjarig financieel kader overeen gekomen uitgaande van groeipercentages van 1,5% in 2014 en 1% in 2015-2017. Deze groeipercentages worden overigens gezien als inspanningsverplichting en niet als resultaatverplichting. Dit vloeit voort uit het feit dat deze afspraken de wettelijke zorgplicht niet kunnen beperken.

Behalve over de beheersing van de groei van de uitgaven in de zorg werden in deze bestuurlijke akkoorden ook afspraken gemaakt over verdere verbetering van informatie-uitwisseling, kwaliteitsbewaking, facilitering van de herinrichting van het zorglandschap, afspraken over de transitieperiode alsmede afspraken over de omgang met overschrijdingen.

Hierin ligt ook expliciet vastgelegd dat de bestaande wijze van redresseren van overschrijdingen door middel van generieke kortingen als onwenselijk worden beschouwd en dat partijen zich committeren om hiervoor gemeenschappelijk een oplossing te vinden.

2.2. Macrokostenbeheersing

Op de Rijksbegroting vormen de kosten die samenhangen met gezondheidszorg in Nederland bijna de grootste uitgavenpost (in de Rijksbegroting 2014: € 77,8 miljard van de € 276 miljard)¹¹. Als percentage van de totale uitgaven onder het uitgavenkader nemen de zorguitgaven toe van 24 procent in 2011 tot naar verwachting 27 procent in 2015. Gezien de autonome groei van deze uitgaven en de dreigende kosten van vergrijzing is effectieve kostenbeheersing meer dan ooit een noodzaak.

De Nederlandse overheid heeft in het verleden de kosten steeds proberen te beheersen door sturing op het aanbod door instellingen en budgettering van zorgaanbieders door middel van functiegerichte budgetten (FB). Binnen de systematiek van FB-budgettering werden prijzen voor zorgproducten centraal vastgesteld en ook het volume van zorgaanbod werd gereguleerd door sturing van de capaciteit door middel van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (“WZv”). Door deze aanbodsturing was het mogelijk om kosten op macroniveau te beheersen, al waren ook vóór 2012 overschrijdingen aan de orde. Deze werden dan al dan niet via budgetkortingen of andere vormen van macro-nacalculaties weer bij de instellingen (en medisch specialisten) verhaald.

Om te komen tot een efficiëntere levering van zorg en een effectievere sturing op kwaliteit zijn sinds 2006 stappen gezet om over te gaan naar een meer prestatiegerichte bekostiging op basis van marktwerking. In 2007 schatte het NZa in dat de structurele doelmatigheidsverbetering na de transitieperiode minstens € 400 miljoen per jaar¹² zou bedragen (prijspeil 2007).

Het vrijgeven van de markt qua volume en tarieven houdt ook risico's in ten aanzien van de beheersing van de kosten. Indien zorgaanbieders zich meer als ondernemers in zorg gaan opstellen, zullen zij ook naar maximalisatie van omzet en winst streven en dat levert op macroniveau een spanning op omdat de overheid haar uitgaven moet beheersen. Er is daarom ook geen sprake van volledige marktwerking, maar van gereguleerde marktwerking met een belangrijke rol voor zorgverzekeraars om regie te voeren op de beheersing van kosten.

De financiering van de Nederlandse gezondheidszorg ondergaat aldus belangrijke veranderingen en dat houdt risico's en onzekerheden in voor alle betrokken partijen. Om hiermee goed om te gaan zijn afspraken gemaakt tussen de vertegenwoordigers van de betrokken partijen en deze zijn vastgelegd in onder meer het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord van 4 juli 2011 en latere daarop volgende afspraken.

Reeds bij de introductie van het mbi was evident dat de generieke toepassing van het dit instrument een zekere mate van onredelijkheid met zich meebracht. Zoals de adviescommissie macrobeheersinstrument (“Commissie Baarsma”) in haar rapport van 5 juni 2012 concludeert: “De ‘goeden’ moeten [...] lijden met de ‘kwaden’”

¹¹ Bron: Miljoenennota 2014 ([link](#))

¹² Bron: NZa – Uitvoeringstoets “Op weg naar vrije prijzen”, april 2007 ([link](#))

Commissie Baarsma:

Een ziekenhuis dat de productie met 7,5% uitbreidt, zal ook na de generieke korting (met 1,5%) nog altijd 6% omzetgroei realiseren. Onder de aannemelijke veronderstelling dat een hogere productie tot meer winst leidt, ervaart elk ziekenhuis dus een prikkel om de productie vooraf zoveel mogelijk op te voeren. Die uitkomst staat haaks op wat beleidsmakers willen.

Tussen 2011 hebben al diverse commissies en partijen, alsmede de Minister en ambtenaren zich gebogen over de mogelijke inzet van het mbi en de perverse prikkels die daaruit voortvloeien. In de brief aan de Tweede Kamer [7] geeft de Minister aan dat zij zich op hoofdlijnen kan vinden in het advies van de commissie Baarsma. Commissie Baarsma doet in haar advies aanbevelingen om te komen tot wijzigingen in het proces van uitgavenbeheersing en contractering om daarmee de kans dat het mbi daadwerkelijk (generiek) moet worden ingezet te reduceren. De Commissie Baarsma schetst dit proces als volgt:

Stap 1: *Onafhankelijke en geobjectiverde raming zorguitgaven*

Stap 2: *Vaststelling beschikbare macrokader zorguitgaven*

Stap 3: *Toedeling macrokader aan zorgverzekeraars*

Stap 4: *Contractering zorgaanbieders door zorgverzekeraars (vóór eind oktober jaar t-1)*

Omtrent de vraag of het mbi generiek of gedifferentieerd moet worden ingezet merkt de Commissie Baarsma op: “Wordt uiteindelijk besloten toch het in de Wmg opgenomen macrobeheersinstrument als *ultimum remedium* in te zetten, dan geniet in principe gerichte toepassing op de veroorzakers van de overschrijding de voorkeur (het vervuiler betaalt principe). De commissie Baarsma waarschuwt evenwel voor de complexiteit van het ontwerpen van een gedifferentieerde mbi, wat de Minister later ook bevestigt. Invoering in 2014 wordt daarom ook niet haalbaar geacht.

2.3. Het macrobeheersinstrument (“mbi”)

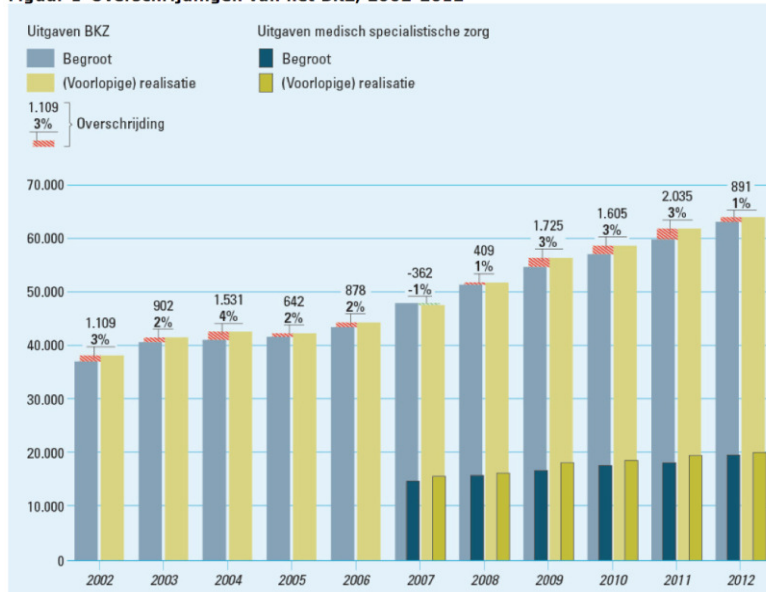
De ingrijpende maatregelen die volgden uit de brief “Zorg die loont”¹³ betekenden ook een periode van onzekerheid over de uitkomsten van deze veranderingen. Daarom werden in dezelfde brief transitiemaatregelen aangekondigd om de effecten van de overgang te verzachten. In 2012 leverde het transitiemodel een verrekenpercentage van 95% op en in 2013 70%. Macro-overschrijdingen van de zorglasten werden in het verleden ofwel opgevangen in de uitgaven van het Rijk, ofwel in toekomstige jaren “teruggehaald” door middel van budgetkortingen bij de betreffende categorie van zorgaanbieders. Met het verdwijnen van (ziekenhuis-)budgetten waren budgetkortingen evenwel niet langer uitvoerbaar en derhalve, als “ultimum remedium” werd het macrobeheersinstrument geïntroduceerd.

2.3.1. Overschrijding van het macrobudget

In het marktdenken gaat van vrije contractering een prikkel uit die tot meer doelmatigheid en betere kwaliteit moet leiden. Desalniettemin had de Minister, zonder een strakke centrale regie te willen voeren, behoefte aan een instrument om te voorkomen dat er een onbeheersbare kostenontwikkeling zou gaan optreden. Deze behoefte is goed te begrijpen gezien de overschrijdingen op de macrobudgetten in het verleden.

¹³ Bron: Tweede kamer, vergaderjaar 2010-2011 32 620 nr. 6 ([link](#))

Figuur 1 Overschrijdingen van het BKZ, 2002-2012



Bron: Financieel Beeld Zorg (en zijn voorlopers), bijlage bij Jaarverslag Ministerie van VWS (verscheidene jaren).

In de medisch specialistische zorg zijn overschrijdingen in het verleden door de Minister soms teruggelegd bij de zorgaanbieders (waaronder de medische specialisten). Dit resulteerde in budgetkorting bij ziekenhuizen, medisch specialisten en de farmacie.

De geneeskundige GGZ wordt sinds 1 januari 2008 niet langer via de AWBZ gefinancierd maar via de ZVW. Ook voor de geneeskundige GGZ worden vanaf 2008 tegenvallers gemeld. Deze overschrijdingen hebben geleid tot verschillende maatregelen. Per 2010 is € 119 miljoen gekort op de budgetten en per 2012 zijn diverse maatregelen genomen, waaronder ook een korting op de tarieven.

2.3.2. Macrokostenbeheersing en het macrobeheersinstrument

Met de introductie van het macrobeheersinstrument werd niet alleen een beheersing van de prijsontwikkeling beoogd, maar ook een beheersing van de ontwikkeling van het volume van zorg. Naderhand zijn over de ontwikkeling van het volume nadere afspraken gemaakt in de vorm van hoofdlijnakkoorden. In tegenstelling tot de vroegere budgetkortingen die alleen werden toegepast op de instellingen met een FB-budget, gaan kortingen door het mbi gelden voor alle zorgaanbieders van de aangewezen vormen van curatieve zorg (medisch specialistische zorg, curatieve geestelijke gezondheidszorg en geriatrische revalidatiezorg). Het voorstel van de Minister was om de eventuele macro-overschrijding naar rato van het marktaandeel om te slaan over alle ziekenhuizen en ZBC's. Bij een overschrijding van de zorgkosten over jaar t (die wordt geconstateerd in jaar t+1) moet iedere zorgaanbieder naar rato in jaar t+2 een bedrag moeten afdragen aan het Zorgvereveningsfonds.

Naar aanleiding van voorgenomen beleid heeft de Minister de NZa een aanwijzing gegeven om het instrument begrenzing uit de WMG vanaf 2012 structureel in werking te laten treden. Het macro-beheersinstrument is aldus sinds 2012 in de wet- en regelgeving verwerkt. Met ingang van 2012 is het van toepassing op de medisch-specialistische zorg en met ingang van 2013 ook in de curatieve ggz en de geriatrische revalidatiezorg.

2.3.3. Bezwaren tegen het generieke mbi.

Tegen het generieke macrobeheersinstrument bestaan bezwaren. Sommige van de bezwaren richten zich niet zozeer op het instrument zelf, maar op het uitgangspunt dat in een vrije markt de Minister een kostenbeheersingsinstrument introduceert. In de bestuurlijke hoofdlijnakkoorden worden daarom vooraf afspraken gemaakt omtrent beschikbare kaders die door de overheid, aanbieders en verzekeraars gezamenlijk worden vastgesteld. De overheid moet deze afspraken evenwel kunnen handhaven.

Andere kritieken richten zich op de consequentie van het generieke mbi, namelijk “dat de goeden onder de kwaden leiden”. De onrechtvaardigheid van generieke kortingen vanwege niet toewijsbare macro-kostenoverschrijdingen, wellicht veroorzaakt door ontoereikende doelmatigheid of door onvoldoende volume- en kostenbeheersing, staat op zichzelf los van het macrobeheersinstrument als zodanig.

Ook onder zorgverzekeraars bestaan zorgen over de kostenverhogende effecten van het generieke macrobeheersinstrument.

2.3.4. Prijsopdriving als gevolg van het generieke mbi

Een van de belangrijke bezwaren tegen het mbi¹⁴ als zodanig is dat de dreiging van een korting achteraf zich zou kunnen vertalen in een “opslag vooraf” in de prijzen. Vanuit het oogpunt van een zorgaanbieder is dat een begrijpelijke reactie.

Voorbeeld ter illustratie:

Een zorgaanbieder levert een zorgverrichting met een tarief van € 1.000,-. Dit tarief is een reële weergave van de daadwerkelijke kosten die de zorgaanbieder moet maken om deze verrichting te leveren. Na twee jaar wordt de vergoeding van € 1.000 alsnog getroffen door een mbi van bijv. 4%, ergo € 40,-.

Wat zijn onder andere de opties van de zorgaanbieder?

- tarieven niet aanpassen, waardoor het risico gaat bestaan dat de zorgaanbieder (als gevolg van kostenoverschrijdingen elders) in een permanente verliessituatie komt en uiteindelijk moet sluiten;*
- tarieven op voorhand verhogen met een opslag voor de mogelijke mbi;*
- tarieven niet aanpassen (onder druk van de zorgverzekeraar), maar de uitvlucht nemen naar minder transparante acties waardoor bijvoorbeeld het volume stijgt en daardoor een betere kostendekking wordt gerealiseerd;*
- doelmatiger werken (processen efficiënter inrichten met behoud van kwaliteit van zorg, waardoor de instelling (bij gelijkblijvende prijs) een buffer opbouwt ter dekking van het risico).*

In dit voorbeeld lijdt zowel de “naïeve” eerste optie als laatste optie niet tot een autonome kostenstijging. Bij de laatste optie dient nog opgemerkt worden dat dit onder de veronderstelling is dat nog doelmatigheidswinst te realiseren is. Echter het niveau van deze doelmatigheidswinst is theoretisch begrensd op interne kostprijs aangevuld met risico- en solvabiliteitsopslagen.

De dreiging van een mbi kan op macroniveau kosten opdrijvend werken. Dit effect wordt mogelijk nog versterkt door twee belangrijke factoren:

¹⁴ Dit prijsopdrivende effect wordt ook aangetoond in economische studies zoals: Canoy et al. (2011), Groot en Maassen van den Brink (2010) en Schut, Van de Ven en Varkevisser (2010; 2011).

- *risico-aversie (de zorgaanbieder zal het risico op een mbi altijd aan de voorzichtige, ergo hoge kant inschatten en inprijzen);*
- *het cumulerende effect vanwege de tijdsduur tussen het ontstaan van de overschrijding en het opleggen van het mbi.*

Het mogelijk prijsverhogende effect van een mbi kan tot een autonome verhoging van de kosten leiden en een verlaging van de doelmatigheid van de zorg. Het kan zelfs gaan leiden tot een “self-fulfilling prophecy”. Dit is mede afhankelijk van hoe effectief verzekeraars hier tegenwicht tegen kunnen bieden.

Voorbeeld ter illustratie:

(In dit voorbeeld wordt geabstraheerd van de mogelijkheid dat de aanbieder het mbi (in combinatie met druk vanuit de verzekeraars) ervaart als een prikkel om zijn processen (met behoud van kwaliteit) doelmatiger in te richten.)

De zorgaanbieder heeft in 2014 een zorgverrichting geleverd met een tarief van € 1.000,=.

In de loop van 2015 gaat het erop lijken dat op macroniveau het macroplafond is overschreden en in 2016 wordt dit definitief vastgesteld en een mbi-korting bepaald, bijvoorbeeld 2,5%.

De zorgaanbieder moet vervolgens over iedere verrichting in 2014 € 25 terugbetalen.

Zijn natuurlijke reactie zal zijn dat dit voor 2015 en later dan ook minimaal hetzelfde of hoger zal zijn, bijvoorbeeld: 2014: vastgesteld 2,5%, 2015: schatting 3,0%, 2016: schatting 3,5% ...

Het effect van de (strikt genomen eenmalige) mbi over 2014 vertaalt zich derhalve met een multiplier in de tarieven 2017:

- *de zorgaanbieder zal de tarieven autonoom verhogen met de verwachte latere mbi-korting*
- *de zorgaanbieder zal trachten om de tekorten over 2014, 2015 en 2016 terug te verdienen in het tarief 2017;*
- *de zorgaanbieder zal zich realiseren dat als de gehele sector in 2017 tegelijk dezelfde acties onderneemt, het plafond ruim meer dan voorheen zal worden overschreden.*

Overigens is wellicht enige nuancering van de bovengenoemde theoretische effecten op zijn plaats. Het huidige (generieke) macrobeheersinstrument is in 2012 ingevoerd en er kan niet worden vastgesteld dat hierdoor momenteel risico-opslagen worden ingeprijsd. De premiestelling 2014 en de onderbouwing die zorgverzekeraars daarbij verstrekken doen eerder vermoeden dat de kosten - in elk geval voor wat betreft de medisch specialistische zorg - sinds 2013 op macroniveau een dalende trend hebben ingezet. Hierbij spelen uiteraard meerdere factoren een rol.

Een veelheid aan ontwikkelingen zal ook in de toekomst een rol blijven spelen. De zorgsector is dynamisch en voortdurend in ontwikkeling. De veronderstelde prijsopdrijvende werking van een mbi zal daarom ook niet of nauwelijks empirisch kunnen worden vastgesteld. We stellen vast dat er meerdere visies zijn op de ontwikkeling van tarieven en de mate waarin zorgaanbieders in staat zijn om (al dan niet onder druk van de markt) de doelmatigheid kunnen verhogen.

Ook doelmatigheid zal evenwel een ondergrens hebben. We hadden in ons model ook kunnen rekenen met uitval van het aanbod, maar een bedrijfseconomische benadering zou ook dat vertalen in prijsopdrijving als gevolg van toenemende schaarste. Prijsopdrijving van de dreiging van een (gedifferentieerd) mbi kan dus worden verondersteld, met dien verstande dat enige nuancering op grond van de praktijk op zijn plaats is.

2.3.5. Haalbaarheid van het gedifferentieerd mbi

De essentie van een gedifferentieerd macrobeheersinstrument ten opzichte van een generiek macrobeheersinstrument is dat bepaalde aanbieders (die zich daadwerkelijk inspannen om te komen tot betere volume- en kostenbeheersing) kunnen worden vrijgesteld van een mbi-korting. Een hoge mate van vrijwaring betekent evenwel dat de lasten van een eventuele overschrijding worden toegerekend aan een kleinere groep niet-gevrijwaarde zorgaanbieders. De vraag is vervolgens in hoeverre dit tot onwenselijke drempels leidt voor vernieuwing en innovatie in de zorg.

In het voorstel dat Zorgverzekeraars Nederland heeft uitgewerkt hebben zorgverzekeraars een belangrijke regiefunctie. Het voorstel gaat in beginsel uit van het advies van de commissie Baarsma, waarbij enkele aanpassingen zijn doorgevoerd en uitvoeringsaspecten zijn aangescherpt. De essentie van het voorstel is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de contractering kunnen kiezen om te contracteren op basis van omzetcontracten (aanneemsommen en/of plafondcontracten). Deze contracten impliceren min of meer automatisch dat de zorgaanbieder zich inspant om een bepaalde mate van volume- en kostenbeheersing te realiseren. Deze contracten worden derhalve vrijgesteld van de mbi-korting (zij ontvangen vooraf van overheidswege een 'vrijwaring').

Essentieel in dit voorstel is dus een 100% vrijwaring van die contracten die aan de voorwaarden voldoen.

De achilleshiel van het voorstel wordt gevormd door de ongecontracteerde en onvoorspelbare zorgvraag en de gecontracteerde zorg die niet op basis van aanneemsommen of plafondcontracten wordt geleverd. Deze kunnen immers alsnog voor kostenoverschrijdingen zorgen indien deze groter zijn dan waar de zorgverzekeraars rekening mee hebben gehouden. Deze overschrijdingen worden dan door het opleggen van een mbi-korting naar rato van de niet-gevrijwaarde omzet bij zorgaanbieders teruggehaald. Naarmate de onzekerheden rond de ramingen groter zijn in verhouding tot de omzetbasis waarop (in het geval van een macro budgettaire overschrijding) gekort kan worden (de niet-gevrijwaarde zorgomzet), neemt de kans dat bepaalde aanbieders met (zeer) hoge mbi-kortingen worden geconfronteerd, toe.

In het voorstel van ZN moeten, om dit voor zover mogelijk te voorkomen, voor deze ramingen voldoende behoedzame (actuariële) rekenregels worden vastgesteld die vervolgens leiden tot de berekening van de inkoopruimte die niet kan worden gevrijwaard. De juiste toepassing van deze rekenregels moet worden vastgesteld door een (interne) auditor en het NZa moet vervolgens een eindtoets doen op het totaal van de overeengekomen omzetcontracten om vervolgens vast te stellen dat het geheel past binnen de financiële kaders. In hoofdstuk 5 gaan we hierop nader in.

Hierbij hebben we ons in eerste instantie gericht op het alternatief dat vanuit Zorgverzekeraars Nederland is aangedragen. Vervolgens hebben we aan de hand van deze opzet onderzocht of deze variant zodanig verder kan worden verbeterd, dat genoemde onzekerheden een adequate werking van het gedifferentieerd mbi niet of zo min mogelijk in de weg staat. De onderzoeksvragen met de verwijzing naar de onderdelen van het rapport waar de beantwoording staat, zijn opgenomen als bijlage IV.

2.3.6. Alternatieve uitwerking van het gedifferentieerd mbi

Uit de kwantitatieve analyse van het voorstel van Zorgverzekeraars Nederland volgt dat de kans groot is dat hiermee inderdaad een substantieel risico bestaat dat een deel van de aanbieders met zeer hoge mbi-kortingen wordt geconfronteerd.

Daarop aansluitend hebben wij nog een variant doorgerekend die qua proces in hoge mate aansluit op de voorstellen van de commissie Baarsma en qua toepassing en nadere invulling is van de ZN-bureauvariant.

In deze alternatieve variant bieden we zorgverzekeraars meer mogelijkheden om contracten onder de vrijwaring te brengen. Ook de open-eind contracten kunnen hier in beginsel onder vallen. Tegelijk is de ruimte tot vrijwaring beperkt tot een vast percentage per zorgaanbieder.

Dit vaste percentage, lager dan 100%, omdat dit zorgt voor een voldoende brede grondslag om te voorkomen dat een eventuele gedifferentieerde mbi korting hoog oploopt. Door dit percentage toe te passen wordt de actuariële berekening van de vooraf te reserveren financiële ruimte voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorg en gecontracteerde zorg die niet op basis van aanneesommen en plafondcontracten wordt geleverd, ook minder kritisch en kunnen de behoedzaamheidseisen aangaande deze berekening in de voorgaande toets door de NZa relatief minder zwaar worden vastgesteld. In hoofdstuk 5 gaan we hier nader op in.

3. Overzicht en analyse huidige praktijk van contractering

In dit hoofdstuk is een uitwerking gemaakt van de huidige praktijk van contractering op het gebied van medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg als geriatrische revalidatie. De informatie is grotendeels gebaseerd op onze gesprekken en waarnemingen bij de vier grote groepen van zorgverzekeraars, aangevuld met de zelfstandige zorgverzekeraars en Multizorg. De informatie is aangevuld met marktgegevens zoals gepubliceerd door verzekeraars, zorgaanbieders en toezichthouders in het zorgveld.

3.1. Aanpak

Als aanpak is gekozen om te komen tot een overzicht en analyse van de huidige praktijk door het houden van interviews bij vier grote groepen van zorgverzekeraars. Deze interviews zijn aangevuld met Multizorg (als inkoopcombinatie van zorginkoop voor verzekeraars) en een aantal koepels van zorgverleners. Deze aanpak is gekozen omdat binnen een doorlooptijd van 2 maanden geen exact en controleerbare kwantitatieve informatie beschikbaar gesteld kon worden. Het betekent ook dat een aantal deelvragen meer globaal en indicatief benadert zijn. Indien beantwoording niet of nauwelijks mogelijk was zijn relevante factoren, schattingen en indrukken weer gegeven om toch inzicht te verstrekken.

3.2. Huidige praktijk van contractering

Een centraal element in de ontwikkeling van het zorgstelsel in de richting van meer marktwerking is het ontstaan van een zorginkoopmarkt waarbij zorgverzekeraars zoveel mogelijk zorg inkopen bij zorgaanbieders die een goede prijs-/kwaliteitsverhouding kunnen leveren.

Aan de hand van de interviews en relevante informatie die hieruit naar voren is gekomen blijkt dat de zorginkoopmarkt in de praktijk nog niet zo dynamisch als beoogd functioneert. Zo worden vrijwel alle zorgaanbieders door alle verzekeraars gecontracteerd, ongeacht hun kosten- en/of kwaliteitsniveau. Omgekeerd, wanneer deze contractering niet of slechts gedeeltelijk plaatsvindt, leidt dit vaak direct tot (juridische) conflicten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij de belangen van verzekerden in het geding kunnen komen.

Oorzaken voor het slechts langzaam op gang komen van een dynamische zorginkoopmarkt zijn:

- Complexiteit zorgproducten
- Administratieve lastendruk en druk vanuit externe financiers
- Marktdominantie en marktconcentratie

Er zijn evenwel in toenemende mate initiatieven zichtbaar waarbij zorgverzekeraars selectief inkopen en daarmee in toenemende mate effectieve inkoopmacht op de aanbieders kunnen uitoefenen.

3.3. Terugkoppeling uit de interviews

Uit de interviews met zorgverzekeraars en koepels van zorgaanbieders (zie bijlage V voor een overzicht van personen die zijn geïnterviewd) komen soms tegenstrijdige beelden naar voren die gezien de belangentegenstellingen bewust tegenover elkaar worden gezet. Deze beelden worden in de navolgende tabel kort weergegeven.

Zorgverzekeraars	Zorgaanbieders
Behoefte aan een gedifferentieerd mbi	
<ul style="list-style-type: none"> Behoefte aan een gedifferentieerd mbi (met verwijzing naar het bestuurlijk akkoord), maar niet altijd is duidelijk of er ook echt in geloofd wordt. Zorgen over de oplosbaarheid van uitvoeringsproblemen, de toenemende invloed van het NZa op de zorgverzekeraars en de administratieve lastendruk Zorgen over te snelle invoering en twijfels of sectoren wel gereed zijn. (Eventueel een gefaseerde introductie waarbij eerst Medisch Specialistische Zorg dan daarna de curatieve GGZ en Geriatrische revalidatiezorg) Voor effectieve sturing op prijzen en kwaliteit is kennis en ervaring nodig om producten en prijzen te kunnen vergelijken. Door de recente wijzigingen (dbc's -> dot's) is dit lastig. In de GGZ en de GRz nog lastiger. 	<ul style="list-style-type: none"> Behoefte aan een gedifferentieerd mbi (met verwijzing naar het bestuurlijk akkoord) Informatie is bij zorgverzekeraars beschikbaar om introductie mogelijk te maken
Marktverhoudingen	
<ul style="list-style-type: none"> Overtuigd dat door selectieve inkoop van zorg de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg als geheel kan worden verbeterd en willen ook de regiefunctie uitoefenen. Het 'restitutie' geeft verzekerden nog de kans om sturing door de zorgverzekeraar te negeren. De aanpassing van artikel 13 geeft zorgverzekeraars een belangrijke mogelijkheid om in elk geval zorg door zorgaanbieders waarmee slechte ervaringen bestaan, niet langer of beperkt te vergoeden. Het daadwerkelijk onderhandelen met zorgaanbieders is "pas net" begonnen. Beide partijen moeten nog ervaring opdoen hoe de markt zal reageren en acties zullen ook tegenreacties oproepen. Strategieën worden nu ontwikkeld en toegepast en bijgesteld als gevolg van waargenomen veranderingen. In sommige regio's vormen gefuseerde zorgaanbieders een soort van monopolie en is de marktmacht soms omgedraaid. Dit draagt niet bij tot hogere doelmatigheid. Tegelijk zijn de meeste zorgverzekeraars niet per definitie tegen bundeling van zorgaanbieders. 	<ul style="list-style-type: none"> Marktdominantie zorgverzekeraars Behoefte aan hoge graad van contractering (momenteel vallen er nog partijen buiten de boot) Financiële continuïteit en hoe pakt korting uit Uitwerking good and fair contracting (met heldere criteria, planning en (kwaliteits)eisen) Tekenen bij het kruisje (in sommige gevallen zonder duidelijkheid omtrent hoogte plafond) Contracten worden (nog steeds) vastgesteld obv omzet (t-1) Onvoldoende honorering bij onderproductie Behoefte aan ruimte voor ongecontracteerd zorg ook voor partijen die gecontracteerd worden
Doelmatigheid	
<ul style="list-style-type: none"> Doelmatigheid kan worden verhoogd door een betere uitnutting van de huidige infrastructuur 	<ul style="list-style-type: none"> Wens tot uniformiteit tooling verzekeraars

Zorgverzekeraars	Zorgaanbieders
(24/7, kostenefficiënter). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Waar enkele jaren terug de ZBC's werden gezien als een welkome aanvulling op de medisch specialistische zorg, wordt thans eerst gestreefd naar een verhoging van de benutting van de reeds gefinancierde capaciteit bij ziekenhuizen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nadruk op het administratieve proces ipv de zorg die wordt geboden.
Contractering	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contractering vindt plaats op concern niveau. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt naar label, natura of restitutie. Voor alle aangesloten verzekerden worden uniforme tarieven onderhandeld. ▪ Gestreefd wordt naar eenduidige prijzen. Staffels en andere variaties leveren extra administratieve lasten op in de geautomatiseerde verwerking van declaraties. ▪ De inkoopstrategie van zorgverzekeraars wordt doorgaans als betrouwbaar beschouwd. Als rode draad is evenwel een trend naar naar plafond contracten zichtbaar. ▪ Voor de periferie (regio's met betrekkelijk weinig verzekerden en daardoor een onvoorspelbare zorglast) zullen open-eind contracten worden gesloten. ▪ Los van de hoogte en de tarieven zijn contracten in het algemeen zeer gewenst. Al is het alleen maar om de eenduidigheid van de administratieve afhandeling. Zorgverzekeraars zitten niet te wachten op declaraties van verzekerden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plafondcontracten leiden mogelijk tot ongewenste prikkels (leveren van ongecontracteerde zorg, doorverwijzingen en wachtlijsten) ▪ ZBC's leveren betere zorg tegen lagere prijs (<i>volgens koepelorganisatie ZBC's</i>)
Risicodeling bij overschrijding	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moeten de schades (volume maal prijs) van de eigen middelen vergoeden. Overschrijdingen komen ten laste van het resultaat en hebben daarmee een premieverhogend effect. Dit kan de concurrentiepositie van verzekeraars aantasten. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Waar zitten de prikkels bij zorgverzekeraars als overschrijdingen worden afgewenteld op zorgaanbieders
Toegankelijkheid voor nieuwe toetreders	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Als nieuwe toetreders daadwerkelijk iets toevoegen, dan is daarvoor ruimte en zijn verzekeraars ook bereid tot contracteren. ▪ Praktisch gezien duurt het echter veelal enkele jaren voordat een nieuwe toetreders zijn meerwaarde heeft bewezen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niet alle ZBC's en nieuwe toetreders worden gecontracteerd, terwijl dit wel als wenselijk wordt gezien. ▪ Bij grotere partijen zorgen omtrent beperkte of geen contractering van ZBC's en/of nieuwe toetreders

3.4. Kwantitatieve onderzoek naar contractsvormen

Uit de interviews met zorgverzekeraars en de opgevraagde informatie is getracht om per sector (medisch specialistische zorg, curatieve GGZ en geriatrische revalidatiezorg) in beeld te brengen hoe de (BKZ-relevante) schadelast thans en in toekomst is verdeeld over:

- zorgcontracten die worden geleverd op basis van een omzetcontract, en
- zorg die wordt geleverd op een andere contractbasis dan een omzetcontract, en
- ongecontracteerde zorg

Waar mogelijk wordt tevens inzichtelijk gemaakt welke mate van onzekerheid hierbij komt kijken en wordt inzicht gegeven in enkele specifieke vraagstukken zoals het belang van nieuwe aanbieders en de wijze van verdeling van langdurige GGZ.

3.4.1. Gewenste inzichten bij de ZN-bureauvariant

In het door ZN voorgestelde alternatief (ZN-bureauvariant) wordt voorgesteld dat bij eventuele overschrijdingen van het macrobudget de overschrijdingen via een gedifferentieerd mbi worden teruggehaald bij het deel van de schade dat niet wordt gedekt door een vrijwaringscontract. Bij de indeling zoals in de rapportage wordt gehanteerd en zoals hierboven is gedefinieerd, betekent dit dat alleen sprake van vrijwaringscontracten ingeval van:

- Omzetcontracten / aanneemsommen
- Plafondcontracten

In het ZN alternatief geldt alleen vrijwaring voor contracten waarin afspraken zijn opgenomen over prijs en maximale schade. Indien een overschrijding wordt vastgesteld, dan bepaalt de NZa het deel van de schade dat niet wordt gedekt door een vrijwaringscontract. De overschrijding wordt naar rato van de niet gevrijwaarde omzet bij de aanbieders teruggehaald.

NZa vervult de rol van toezichthouder en kent uiteindelijk de 'vrijwaringen' toe. Om deze rol goed te kunnen vervullen, als ook voor een adequate werking van het gedifferentieerd mbi, zou NZa gedetailleerd inzicht moeten hebben in de totale schadelast verdeeld naar type zorgcontract. Dit geldt overigens niet alleen voor de realisatie, maar ook voor de toekomstige raming. Bij toepassing van een gedifferentieerd mbi waarbij een contract voor 100% kan worden gevrijwaard is het van groot belang dat het percentage ongecontracteerde zorg en zorg die wordt geleverd op basis van een ander contracttype dan een aanneemsom of een plafondcontract, goed kan worden geraamd. Indien de raming van de verhouding tussen de via aanneemsommen en plafondcontracten gecontracteerde zorg en overige zorg achteraf onjuist blijkt, neemt het risico toe dat bepaalde groepen aanbieders achteraf met zeer hoge mbi-kortingen worden geconfronteerd.

In de navolgende secties wordt nader inzicht gegeven in de gerealiseerde en geraamde schadelast per type zorguitgaven (ofwel per type zorgcontract) alsmede de verwachte ontwikkelingen hierin.

3.4.2. Indeling zorguitgaven naar contractsvormen

Bij het onderkennen van de verschillende contractvormen is aansluiting gezocht met de rapportage naar innovatieve contractvormen door Zorgmarktadvies en Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn (2011). Hieronder is een overzicht opgenomen van de verschillende contractvormen die worden onderscheiden en is tevens een indeling gegeven naar de contractsvormen zoals gehanteerd is in het simulatiemodel (zie hoofdstuk 4).

1. **Omzet contracten (anneemsommen).** Hierbij geldt dat de totale zorguitgaven per aanbieder "p maal q" altijd vaststaan ongeacht de werkelijke zorg die geleverd is door de zorgaanbieder.
2. **Plafondcontracten.** Hierbij geldt dat de totale zorguitgaven per aanbieder "p maal q" gemaximeerd is (ofwel naar boven begrensd is).
3. **Rest (overige gecontracteerde zorg).** Dit zijn zorgcontracten zonder afspraken over maximale zorgkosten.

4. **Ongecontracteerde zorg.** Dit betreft zorg die wel vergoed wordt terwijl er geen zorgcontract tot stand is gekomen tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder.

Zorgmarkt/Advies / PelsRijcken			Indikking door
	Contract vorm	Beschrijving	Triple A
1	Prijsdifferentiatie naar rato van volume	Naarmate het volume aan geleverde zorg (aantallen dbc-zorgproducten) toeneemt, daal de door het ziekenhuis in rekening te brengen prijs (per dbc-zorgproduct)	Rest
2	Two part tariffs	Het ziekhuis ontvangt voor geleverde zorg een vooraf bepaalde lump sum (vast bedrag) en daarnaast een afgesproken prijs per geleverd zorgproduct	Rest
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.	Plafond
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.	Omzet
5	Abonnement-systemen	Het ziekenhuis ontvangt van de verzekeraar een vast bedrag per verzekerde woonachting in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Voor dit bedrag moet het ziekenhuis lopende een vastgestelde periode zorg leveren aan verzekerden van betreffende verzekeraar.	Omzet
6	Prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud	De prijs die verzekeraar en ziekenhuis is overeengekomen is afhankelijk van de kwaliteit van de geleverde zorg en/of de zorgzwaarte van de patiënt.	Rest
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).	Rest
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.	Rest

3.4.3. Verdeling zorglasten per sector

Bij het beschouwen van de totale zorglasten wordt in eerste instantie gedefinieerd wat onder “verschillende typen zorguitgaven” wordt verstaan. Omdat het onderzoek zich beperkt tot de medisch specialistische zorg, de curatieve GGZ en de geriatrische revalidatiezorg, worden alleen deze drie groepen beschouwd. De verhouding tussen deze typen zorg kan eenvoudig worden beantwoord door bijvoorbeeld te kijken naar de begroting of in dit geval de plafonds die voor 2013 zijn vastgesteld ten behoeve van de macrokostenbeheersing. Cijfers over de realisatie 2013 zijn nog niet beschikbaar.

Omtrent de groei van de medisch specialistische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg zijn in de hoofdlijnaakkoorden en de daarop volgende onderhandelingsresultaten afspraken gemaakt. Deze komen neer op de volgende groei:

Groei zorglasten	2014	2015	2016	2016
MSZ	20.437	20.553	20.675	20.677
GGZ	4.307	4.345	4.385	4.416

prijspeil 2013

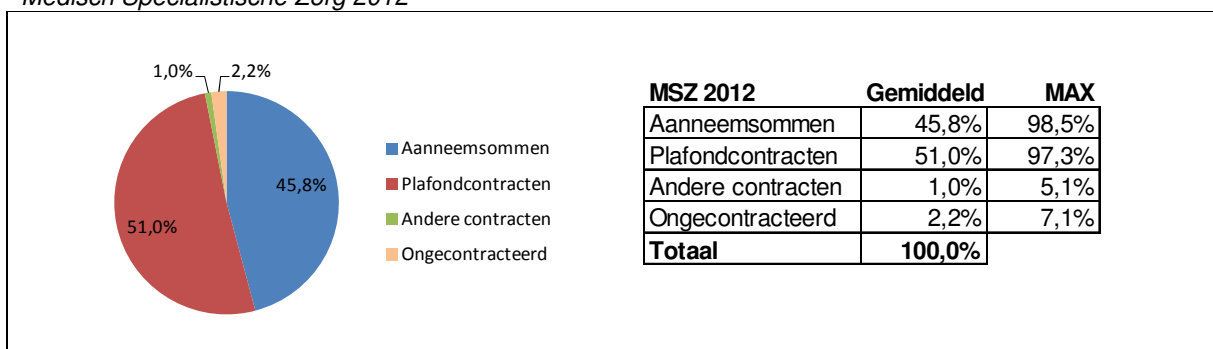
Ten aanzien van de ontwikkelingen van contractering hebben we de experts van de zorgverzekeraars benaderd met het verzoek om hun inschatting te geven zodat wij deze konden samenvoegen tot één samenhangend beeld. In de navolgende paragrafen worden nadere details gegeven per sector.

3.4.4. Verdeling schadelast Medisch Specialistische Zorg (MSZ)

Deze sectie bevat de verdeling van de schadelast over de jaren 2012 en 2013 voor medisch-specialistische zorg over de verschillende contractsvormen is hier weergegeven. Hierbij is gewogen naar de relatieve omvang van de onderliggende verzekeraars.

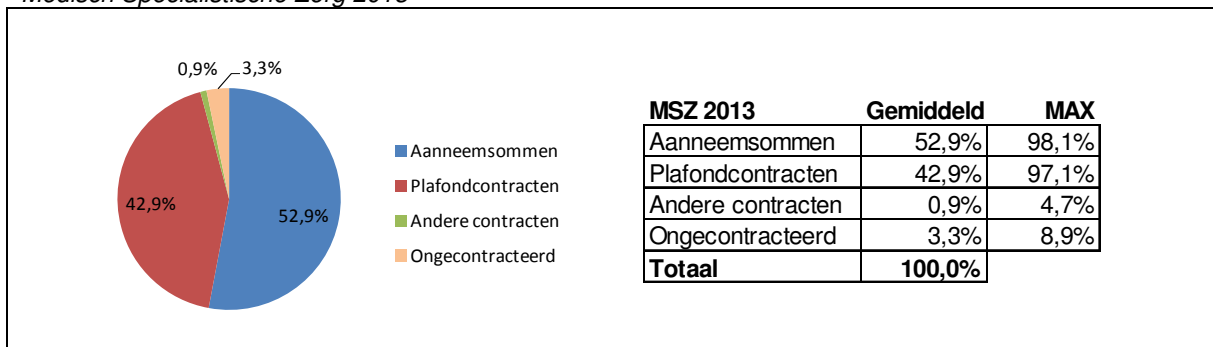
In onderstaand overzicht hebben we per categorie de verdeling van de zorginkoop naar soorten contracten weergegeven. Hierbij wordt naast het gewogen gemiddelde tevens de hoogste gerapporteerde score gepresenteerd. De informatie is beginsel afkomstig uit de Financiële Monitor Hoofdlijnenakkoord voor MSZ zoals geleverd door ZN met toestemming van de deelnemende verzekeraars. De informatie is voorts gevalideerd aan de hand van de input die we hebben ontvangen uit de interviews met zorgverzekeraars en Multizorg.

Medisch Specialistische Zorg 2012



Bron: Financiële Monitor Hoofdlijnenakkoord (ingevuld door verzekeraars)

Medisch Specialistische Zorg 2013



Bron: Financiële Monitor Hoofdlijnenakkoord (ingevuld door verzekeraars)

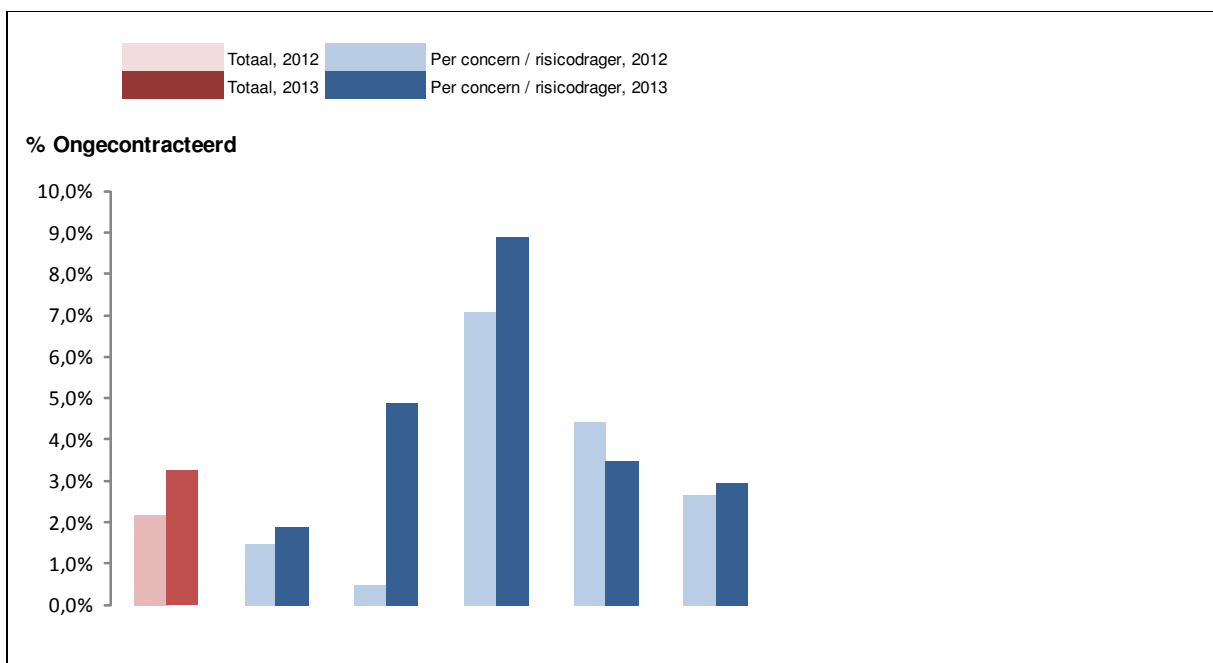
Uit de uitkomsten blijkt dat de onderliggende verdeling tussen aanneemsommen en plafondcontracten sterk uiteenloopt bij de afzonderlijke zorgverzekeraars. Desalniettemin blijkt dat bij alle onderzochte zorgverzekeraars ruim 90% van de medisch specialistische zorg wordt verstrekt via contracten die als "vrijwaringscontracten" (anneemsommen en plafondcontracten tezamen) kunnen worden beschouwd:

Bandbreedte vrijwaringscontracten als % totaal geleverde zorg Medisch Specialistische Zorg 2012, 2013

2012: Min – Max = 92,3% – 98,5%

2013: Min – Max = 90,6% – 98,1%

In navolgende tabel wordt de verhoudingen van ongecontracteerde zorg bij de verschillende verzekeraars weer gegeven. Hieruit blijkt dat het percentage niet gecontracteerde zorg gemiddeld varieert tussen 2% en 3,5%, maar sterk uiteen kan lopen per afzonderlijke zorgverzekeraar.



Bron: Financiële Monitor Hoofdlijnenakkoord (ingevuld door verzekeraars)

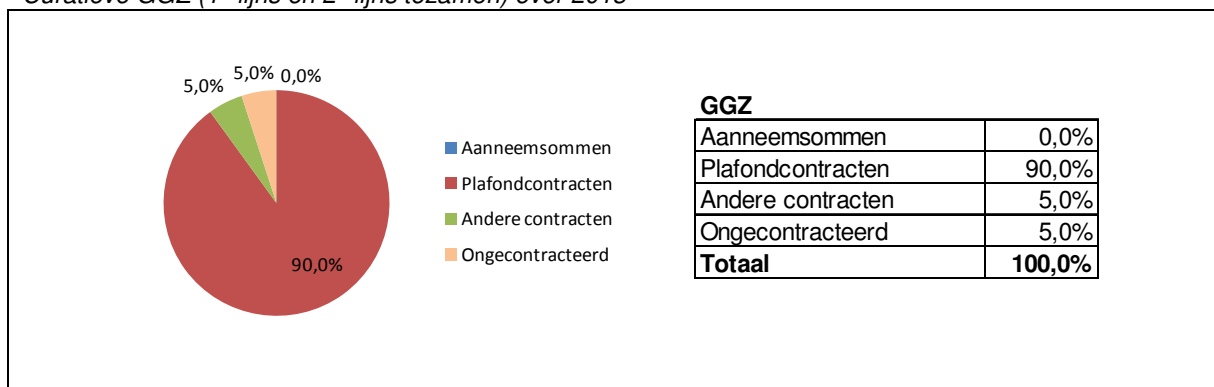
3.4.5. Verdeling schadelast curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (cGGZ)

Naast MSZ is tevens inzichtelijk gemaakt hoe schadelast voor 2012 en 2013 is verdeeld, gesplitst naar tweede- en eerstelijns curatieve GGZ, over de verschillende contract vormen (absoluut en relatief).

Hierbij is gebruik gemaakt van de inzichten die we uit de interviews met de individuele verzekeraars hebben opgehaald. Deze informatie hebben we gecombineerd en gewogen naar de relatieve omvang van de onderliggende verzekeraars. Opgemerkt moet worden dat geen informatie is verkregen over eventuele verschillen tussen 2012 en 2013. Dit leidt tot het volgende. Bij MSZ bleek dat de verdeling over de type zorgcontracten sterk verschillend was per verzekeraar binnen de GGZ is dit niet het geval.

De onderzochte verzekeraars werken in de meeste gevallen (85%-95%) met plafondcontracten voor GGZ.

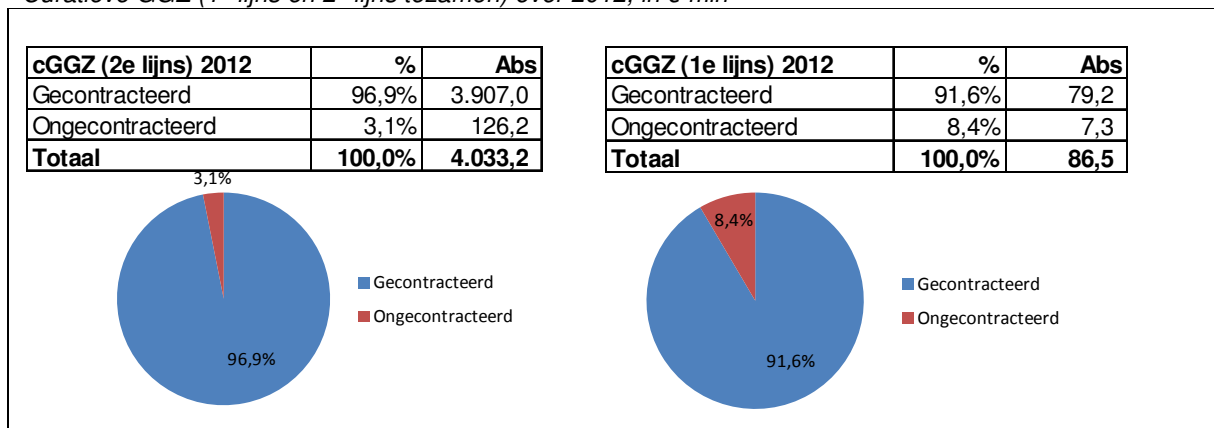
Curatieve GGZ (1^e-lijns en 2^e-lijns tezamen) over 2013



Bron: afgeleid uit informatie die is gegeven tijdens de interviews met zorgverzekeraars

Om deze informatie te valideren, zijn gegevens uit Nza publicaties gehanteerd, waarbij 1e en 2^{de} lijns GGZ separaat worden weergegeven voor zowel 2012 als 2013. Deze cijfers sluiten in grote lijnen aan met het beeld wat uit de interviews met verzekeraars naar voren komt. Opgemerkt moet worden dat de cijfers uit de Nza-publicatie ramingen en schattingen betreffen die verzekeraars lopende het kalenderjaar hebben gemaakt (geen realisaties).

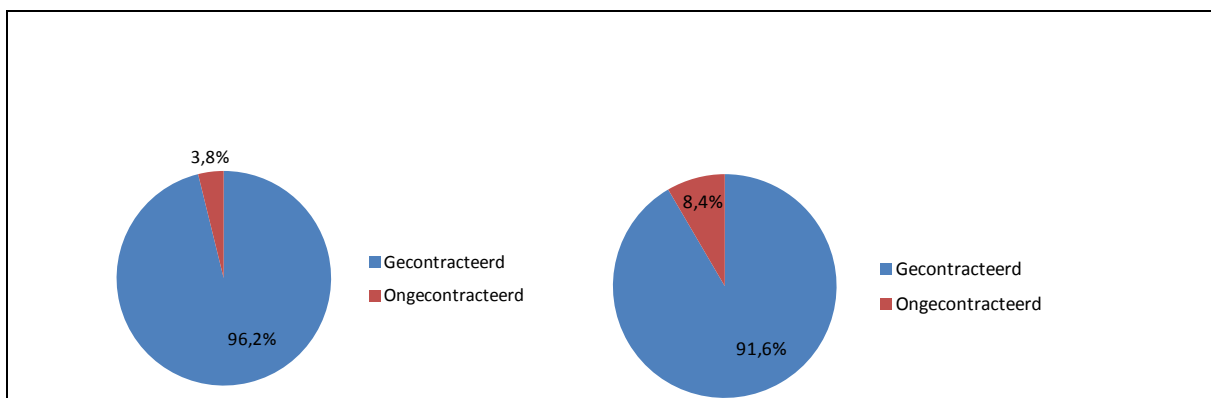
Curatieve GGZ (1^e-lijns en 2^e-lijns tezamen) over 2012, in € mln



Bron: Afgeleid uit Nza publicatie Marktscan

Curatieve GGZ (1^e-lijns en 2^e-lijns) over 2013, in € mln

cGGZ (2e lijns) 2013	%	Abs	cGGZ (1e lijns) 2013	%	Abs
Gecontracteerd	96,2%	3.882,2	Gecontracteerd	91,6%	83,8
Ongecontracteerd	3,8%	155,0	Ongecontracteerd	8,4%	7,7
Totaal	100,0%	4.037,2	Totaal	100,0%	91,5



Bron: Afgeleid uit NZa publicatie Marktscan

Voor de totale GGZ (1^e lijns en 2^e lijns tezamen) geldt een %ongecontracteerd van **3,2%** in 2012 en **3,9%** in 2013. Deze cijfers komen overeen met de geaggregeerde cijfers afkomstig uit de NZa marktscan voor GGZ.

Bij de huidige praktijk van contractering van GGZ-instellingen wordt door zorgverzekeraars geen expliciet onderscheid gemaakt tussen contractering van verzekerden jonger dan 18 en ouder dan 18. De kosten van jeugdigen worden weliswaar volledig nagecalculeerd, maar uit de interviews blijkt dat dit bij de zorginkoop feitelijk geen rol speelt. De verhoudingen qua inkoop in de afgelopen jaren verschilt derhalve niet of nauwelijks van de verhouding binnen de 'reguliere' GGZ.

Ten aanzien van de langdurige GGZ geldt dat contractering nu nog plaatsvindt via de zorgkantoren die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de AWBZ. Deze zorgkantoren opereren via het representatiemodel waarbij de regionale verzekeraar de zorg inkoop namens alle zorgverzekeraars.

Op basis van de interviews is te verwachten dat geen onderscheid wordt gemaakt in de wijze van contractering en verdeling langdurig gespecialiseerde GGZ enerzijds en kortdurende gespecialiseerde GGZ anderzijds. Het is dan ook te verwachten dat de verdeling van naar type zorguitgaven (gecontracteerd, ongecontracteerd) langdurig gespecialiseerde GGZ enerzijds en kortdurende gespecialiseerde GGZ anderzijds zich vergelijkbaar zal ontwikkelen zodra er effectieve stappen worden gezet door zorgverzekeraars richting selectieve inkoop.

3.4.6. Verdeling schadelast Geriatrische Revalidatiezorg (GZ)

Tenslotte is onderzocht hoe de schadelast is verdeeld voor geriatrische revalidatiezorg over de verschillende contract vormen. De geriatrische revalidatiezorg is weliswaar met ingang van 2013 budgettair overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, maar qua zorginkoop is er in 2013 nog vrijwel niets veranderd. Inkoop van geriatrische revalidatiezorg heeft in 2013 plaatsgevonden via een representatiemodel van de zorgkantoren. Het NZa merkt hierover het volgende op:

Representatiemodel¹⁵

Het eindperspectief is inkoop van dbc's voor GRZ door individuele zorgverzekeraars. Op de weg hierna toe, wordt door het veld onzekerheid ervaren. Zorgverzekeraars zullen met zorgaanbieders moeten

¹⁵ NZa-rapport "Advies afbouw transitie model geriatrische revalidatiezorg" juni 2013

onderhandelen over dbc's voor GRZ. Zorgverzekeraars geven aan niet beschikken over de benodigde informatie voor GRZ-inkoop in 2014.

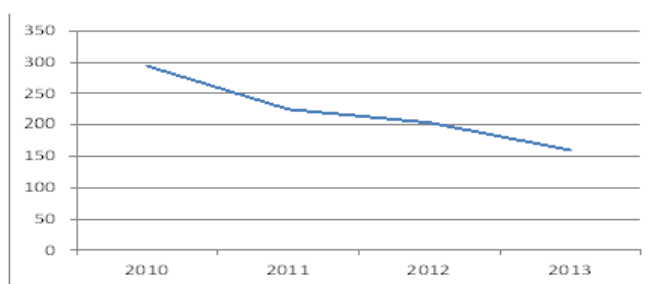
De NZa kan zich er daarom in vinden dat de inkoop van GRZ voor 2014 in een vorm van representatie plaatsvindt. De wijze waarop representatie wordt vormgegeven behoeft nader onderzoek. Hierover zal de NZa in overleg treden met ZN. De NZa stelt als uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de representatie – inclusief de opbrengstverrekening - bij de veldpartijen komt te liggen.

Voor het jaar 2015 adviseert de NZa over te gaan op individuele inkoop van GRZ.

De conclusie is dat de vragen voor de geriatrische revalidatiezorg niet zinvol te beantwoorden zijn. Zelfs indien vanaf 2015 individuele inkoop zal plaatsvinden, zal er nog enkele jaren nodig zijn voordat zorgverzekeraars effectieve stappen kunnen zetten richting selectieve inkoop, controle op kwaliteit in relatie tot prijzen en praktijkvariatie etc.

Aan de andere kant is evenwel het zorglandschap van de geriatrische revalidatiezorg met in beginsel slechts 18 dbc's en circa 160 aanbieders wel redelijk overzichtelijk in vergelijking met de GGZ-sector.

Grafiek Ontwikkeling aantal GRZ-aanbieders 2010-2013



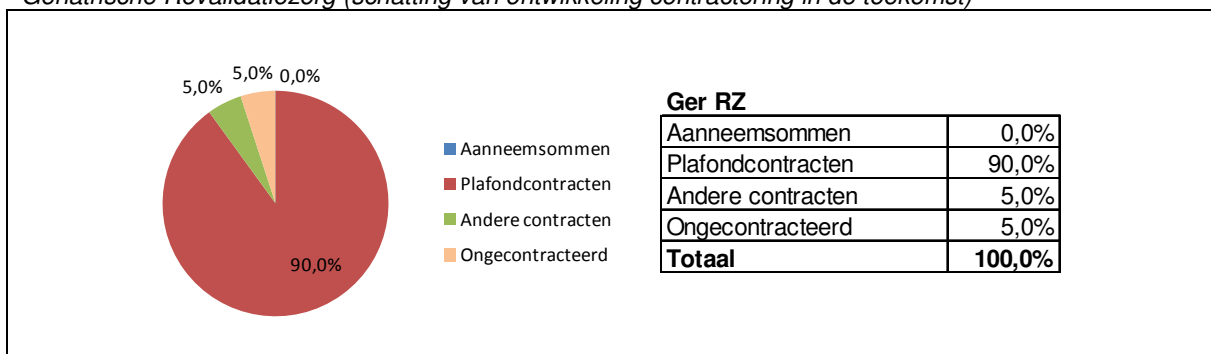
Bron: NZa

Het zorglandschap voor de geriatrische revalidatiezorg wordt steeds overzichtelijker

Bron: NZa publicatie Marktscan

Uit de interviews met verzekeraars kwam naar voren dat algemeen wordt verwacht dat zodra inkoop individueel zal plaatsvinden deze grotendeels met behulp van plafondcontracten zal geschieden en naar verwachting ca. 5% van de zorg ongecontracteerd zal blijven (vergelijkbaar met GGZ).

Geriatrische Revalidatiezorg (schatting van ontwikkeling contractering in de toekomst)



Bron: afgeleid uit informatie die is gegeven tijdens de interviews met zorgverzekeraars

3.5. Verschillen tussen verzekeraars onderling

Er is gebleken dat er relatief grote verschillen zijn tussen verzekeraars onderling inzake de mate van ongecontracteerde zorg. Onderzocht is in hoeverre er een directe relatie geldt tussen de verschillen enerzijds en de aard van de afgesloten polissen (natura / restitutie / mengvorm) anderzijds.

3.5.1. Conclusies uit interviews

Uit de interviews met de 4 grote concerns kwam naar voren dat zij bij de contractering van zorgaanbieders geen onderscheid maken tussen verzekerden met een naturapolis of een restitutiepolis. Het onderscheid tussen natura- en restitutiepolissen blijkt in de praktijk veel kleiner te zijn dan gedacht als gevolg van de volgende factoren:

- Aanbod restitutie door grote landelijke naturaverzekeraars. Ook verzekerden met een restitutiepolis worden min of meer afgeleid gestuurd door sturing van de grotere vraag vanuit de naturapolissen;
- het “restitutiegat” in naturapolissen als gevolg van artikel 13 Zvw;
- voorspelbaar gedrag bij verzekerden met een restitutiepolis;
- zorgsturing aan de bron door zorgaanbieders (bij zowel restitutie- als naturaverzekerden), in plaats van door zorgverzekeraars.

De inkoop van zorg voor restitutieverzekerden wordt bij de vier grote concerns tot op zekere hoogte als voorspelbaar meegenomen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de verschillen in zorguitgaven (gecontracteerde en ongecontracteerde zorg) niet zozeer is gerelateerd aan de aard van de afgesloten polissen (natura / restitutie / mengvorm), maar wordt gedreven door andere factoren.

Uit de gesprekken met verzekeraars komt naar voren dat de meeste invloed uitgaat van twee belangrijke min of meer technische gegevens die mogelijk nu al een rol spelen bij de contractering, maar waarvan de effecten mogelijk gaan toenemen. Dit betreft *spreiding* en *volatiliteit*. In de volgende paragraaf worden deze begrippen nader uitgewerkt.

3.5.2. Spreiding en volatiliteit

Onder spreiding (of omgekeerd: concentratie) verstaan we de mate waarin een groter deel van het volume wordt geleverd door een groter aantal zorgaanbieders. Natura-zorgverzekeraars met een dominante positie in één of meer regio's hebben een hogere mate van concentratie en dus een lagere mate van spreiding dan landelijke restitutieverzekeraars. Dit heeft gevolgen voor de voorspelbaarheid van de zorgbehoefte die een verzekeraar bij een bepaalde zorgaanbieder wil inkopen. Is er sprake van een hoge mate van concentratie van zowel een zorgverzekeraar als een zorgaanbieder, dan is effectievere beheersing mogelijk van het zorgvolume.

Hiermee raken we ook de tweede technische component, namelijk volatiliteit. Onder volatiliteit verstaan we de mate waarin de realisatie van jaar op jaar binnen een zekere bandbreedte valt. Als deze bandbreedte erg groot is, is de voorspelbaarheid moeilijker. Vanuit onze analyse (maar zonder deze hypothese te hebben getoetst) veronderstellen we dat bij een hogere mate van spreiding de volatiliteit van de inkoop per zorgaanbieder ook toeneemt en omgekeerd dat een geconcentreerdere markt ook bijdraagt aan een hogere voorspelbaarheid van de individuele inkoop.

Ter illustratie

Stel dat er door zorgverzekeraar X wordt onderhandeld met drie ziekenhuizen. Het gezamenlijke volume is jaarlijks 300 op markt A en 30 op markt B, maar de verdeling is elk jaar anders. De zorgverzekeraar mag dit

jaar voor 300 (resp. 30) aan vrijwaring toekennen. Iedere zorgaanbieder wil de maximale vrijwaring en redeneert vanuit zichzelf. De zorgverzekeraar staat voor het probleem hoe deze zijn 'budget' aan vrijwaring gaat inzetten. In de geconcentreerde markt A is een en ander redelijk voorspelbaar, maar in markt B (een meer perifere markt) is dat aanmerkelijk lastiger.

Markt A (Concentratie)	Jaar t-3	Jaar t-2	Jaar t-1	Inzet Contract jaar t
Zorgaanbieder 1	100	102	98	102
Zorgaanbieder 2	102	98	100	102
Zorgaanbieder 3	98	100	102	104
Totaal	300	300	300	308 (!)

Markt B (Spreiding)	Jaar t-3	Jaar t-2	Jaar t-1	Inzet Contract jaar t
Zorgaanbieder 1	8	10	12	14
Zorgaanbieder 2	12	8	10	12
Zorgaanbieder 3	10	12	8	12
Totaal	30	30	30	38 (!)

De mate van spreiding en volatiliteit stelt een zorgverzekeraar voor een allocatieprobleem ten aanzien van zijn inkoopbudget. Dit kan ook effect hebben op de doelmatigheid van de zorg en eventueel voor de prijsvorming. In het voorbeeld hiervoor zal zorgaanbieder 1 als deze op zijn geconcentreerde markt A al zekerheid heeft over zijn basisomzet, harder kunnen inzetten op het erkennen van zijn trendmatige productiestijging in de vrijwaring, dan wanneer deze over zijn basisomzet geen zekerheid heeft.

We veronderstellen daarom de volgende gedragseffecten:

- een hogere mate van spreiding van de verzekerde zorgbehoefte over instellingen, maakt allocatie van de "wettelijk vastgestelde contracteerruimte" meer complex en minder doelmatig;
- een hogere mate van spreiding van de verzekerde zorgbehoefte over instellingen maakt onderhandelen over prijs-/kwaliteit moeilijker. Omdat de kwaliteit een vast gegeven is voor alle patiënten, zal dit mogelijk resulteren in hogere prijzen (minder doelmatigheid).

Ofwel in de vorm van een matrix:

Volatiliteit	hoog	Lastiger voorspelbaar volume aan zorgbehoefte Contracteerruimte goed in te zetten Lage tot gemiddelde prijzen	Moeilijk voorspelbaar volume aan zorgbehoefte Contracteerruimte moeilijk in te zetten Hoogste prijzen
	laag	Goed voorspelbaar volume aan zorgbehoefte Contracteerruimte goed in te zetten Laagste prijzen	Redelijk voorspelbaar volume aan zorgbehoefte Contracteerruimte moeilijk in te zetten Hogere prijzen
		laag	hoog

Spreiding

Op basis van het voorgaande vermoeden wij dat met name de effecten van spreiding en volatiliteit in grote mate bepalend zijn voor de verschillen in zorgcontractering tussen de verzekeraars onderling. Binnen de

scope van het onderzoek is geen nadere kwantificering gemaakt van de impact die van spreiding en volatiliteit uitgaat.

3.6. Nieuwe toetreders

In ons onderzoek is tevens onderzocht hoe de zorguitgaven voor nieuwe aanbieders¹⁶ zijn verdeeld over zorgcontracten voor de sectoren medische specialistische zorg, curatieve geestelijke gezondheidszorg en geriatrische revalidatiezorg.

Nieuwe toetreders zijn vooral te vinden onder de zelfstandige behandelcentra, al komen er incidenteel ook wel nieuwe zorginstellingen bij, zoals recent het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie. Veelal betreft dit dan overigens niet zozeer nieuwe instellingen, maar overheveling van bepaalde specifieke specialismen van deelnemende instellingen in een nieuwe instelling. Nieuwe toetreders worden in de onderzoeksvragen gedefinieerd als “aanbieders die over het lopende schadelastjaar (t) of over een van de twee schadelastjaren daaraan voorafgaand voor het eerst zorg (onder de basisverzekering) gedeclareerd te hebben.” Met in acht name van deze definitie schatten de meeste zorginkopers (of vertegenwoordigers daarvan) het aandeel van nieuwe toetreders in als “verwaarloosbaar” of “minder dan één procent”.

De laatste jaren is er geen gunstig ondernemersklimaat is geweest om nieuwe instellingen op te richten. Bovendien maken ook de zorgverzekeraars overwegingen of ze wel nieuwe behandelcapaciteit willen financieren, terwijl er binnen de bestaande instellingen nog voldoende onbenutte capaciteit bestaat (en moet worden betaald).

In de GGZ zien we nog wel dat er veel éénpitters bestaan die, soms naast een vaste baan, een praktijk oprichten waarin zorg geleverd kan worden, zonder dat daarvoor hoge kapitaalinvesteringen moeten worden gedaan. Ook hiervoor geldt echter dat deze zorg, voor zover het al onder de basisverzekering valt, qua volume en omzet als “verwaarloosbaar” wordt ingeschat. Dat het aandeel van “nieuwe toetreders” zo laag wordt ingeschat, betekent niet dat er geen zelfstandige behandelcentra zijn die inmiddels een serieuze rol hebben ingevuld in bepaalde regio's of op bepaalde behandelgebieden. Deze ZBC's zijn al een aantal jaren operationeel. In één van onze gesprekken kwam naar voren dat het voor een ZBC vaak een aantal jaren duurt voordat alle betrokkenen (verzekerden, doorverwijzers en zorgverzekeraars) deze instelling als volwaardig accepteren en relevante patiëntenstromen op gang komen.

De beantwoording van de vraag kan daarom niet goed worden gegeven. Het relatieve belang wordt als “verwaarloosbaar” ingeschat en het absolute volume is niet bekend.

3.7. Te verwachten ontwikkelingen

Deze sectie gaat in op de ontwikkelingen die naar verwachting invloed hebben op de ontwikkeling van de verdeling in gecontracteerde en ongecontracteerde zorg.

De zorgsector wordt gekenmerkt door een enorme dynamiek. Wet- en regelgeving passen zich aan de veranderende maatschappelijke context en de sector staat nog maar aan het begin van de overgang van de vroegere aanbodsturing via budgettering naar prestatiebekostiging. Tegen deze achtergrond zijn er

¹⁶ Onder nieuwe aanbieders wordt verstaan: aanbieders die over het lopende schadelastjaar (t) of over een van de twee schadelastjaren daaraan voorafgaand (t-2 of t-1) voor het eerst zorg (onder de basisverzekering) gedeclareerd hebben.

opvolgende ontwikkelingen die elkaar al dan niet versterken en waarbij marktpartijen hun strategie al dan niet herzien. In de onderzoeksopdracht worden reeds een aantal relevante ontwikkelingen genoemd:

- het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2012-2014;
- de afspraken met verzekeraars over een doelmatige zorginkoop in de ggz over het jaar 2012 en het monitoren van die zorginkoop;
- het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014;
- de Onderhandelaarsresultaten medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 d.d. 16 juli 2013;
- het bij het parlement in behandeling zijnde wetsvoorstel tot wijziging van artikel 13 van de Zvw.

Wat hierbij nog niet wordt genoemd maar wat ook een rol speelt zijn factoren als de langzaam toenemende mobiliteit van verzekerden (meer concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt), maatschappelijke druk op de premies (eigenlijk op de winsten) van zorgverzekeraars, de hoogte van de eigen bijdrage, de concentratiegraad van zorgverzekeraars en zorgaanbieders en ten slotte exogene factoren als technologische innovatie, de stand van de economie, inflatie etc. Het gaat te ver om alle ontwikkelingen te duiden in het kader van deze opdracht. Enkele belangrijke ontwikkelingen willen we hier echter wel nader toelichten. Dat betreft dan het volgende:

- ontwikkeling van de zorginkoopfunctie
- ontwikkelingen ten aanzien van de restitutiepolis
- integrale bekostiging vanaf 2015
- overheveling langdurige GGZ (en jeugd GGZ)
- afschaffen ex-post compensaties

Uit de opsomming van deze ontwikkelingen wordt al gelijk duidelijk dat de zorgsector voortdurend in beweging is. Omdat sommige aanpassingen enige tijd nodig hebben voordat effecten zichtbaar worden is het vaak lastig om de effecten van maatregelen te duiden. Hieronder gaan we nader in op de belangrijke ontwikkelingen en proberen we deze duiding te geven op basis van hetgeen wij in onze interviews hebben vernomen.

3.7.1. Ontwikkeling van de zorginkoopfunctie

Een belangrijke factor die van invloed zal zijn op de praktijk van contracteren zijn de ervaringen die beide partijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) opdoen in de komende jaren. Omtrent de eerste ervaringen met volumecontracten is recent al het een en ander geschreven¹⁷.

De interpretatie van de ontwikkelingen is evenwel niet zo eenvoudig: heeft de zorgverzekeraar de ontwikkeling van het volume van de zorgvraag onderschat (en derhalve te veel ingekocht) of heeft het volumecontract tot betere dan verwachte beheersing van de zorgvraag geleid? Aan de zijde van de zorgverzekeraars kan verwacht worden dat op basis van ervaringen bij zorginkoop de inzet bij de inkoop wordt verfijnd en bijgesteld op basis van ervaringen. De ervaringen van zorgaanbieders kunnen evenwel haaks staan op de ervaringen van de zorgverzekeraars. Als de zorgverzekeraar “meer dan gunstig” heeft ingekocht, dan is het goed denkbaar dat de zorgaanbieder “minder dan tevreden” zal zijn.

¹⁷ Financieel Dagblad 24 september 2013 “Zorgverzekeraars het schip in”

Onder veel zorgverzekeraars bestaat momenteel een voorkeur voor het sluiten van plafondcontracten. Het idee is dat met een plafondcontract een zorgverzekeraar nooit “te veel” hoeft te vergoeden, maar dat de maximale schadelast is vastgelegd. Omgekeerd zou verondersteld kunnen worden dat van een plafondcontract een “aanzuigende” werking uit kan gaan, omdat de zorgaanbieder zijn ‘budget’ wil volmaken. De praktijk van het contracteren en prestatiebekostiging is pas sinds 2012 echt op gang gekomen. Voor zorgverzekeraars als voor zorgaanbieders geldt dat er nog weinig ervaring bestaat met de verschillende contractvormen. Voorkeuren zullen zich derhalve nog ontwikkelen en op basis van onderzoeken en ervaringen worden bijgesteld.

Behalve gedragsreacties in de zin van prijsvorming en volumebeheersing zijn er ook nog andere gedragsreacties mogelijk die de toekomstige contractering gaan beïnvloeden. Hierbij denken we aan verdere concentratie van instellingen die al dan niet via fusies meer marktmacht nastreven in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Omdat er in beginsel maar één keer per jaar wordt gecontracteerd zullen er enige jaren nodig zijn voordat er een gangbare praktijk gaat ontstaan. Aangezien ervaringen op dit moment nog beperkt zijn, is het voor alle betrokkenen in de sector lastig om voorspellingen te doen omtrent toekomstige contractering.

3.7.2. Ontwikkelingen ten aanzien van de restitutiepolis

Er bestaat de laatste jaren veel discussie omtrent de restitutiepolis en het (huidige) recht op restitutie. Heel concreet ligt er nu een wetsvoorstel om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet anders te formuleren en daarmee het recht op restitutie (onder voorwaarden) te beperken tot zelfs nihil.

Naar verwachting zullen zorgverzekeraars zodra deze wet is aangepast hun contracteergedrag hierop aanpassen. Omdat ca. 90% van de verzekerden beschikt over een natura-polis zullen zorgverzekeraars veel meer grip krijgen op de patiëntenstromen en kan selectieve contractering steeds intensiever en effectiever worden ingezet. Het nieuwe artikel 13 zorgt voor meer mogelijkheden voor sturing door zorgverzekeraars. Mogelijk zal de huidige praktijk waarbij in beginsel alle zorgverzekeraars, alle (voorheen gebudgetteerde) zorgaanbieders contracteren gaan veranderen, ofwel voor bepaalde soorten behandelingen, danwel voor het gehele aanbod. Voor sommige kleinere of minder goed presterende zorgaanbieders kan dit leiden tot financiële problemen danwel gedwongen sluiting. Op deze wijze gaat ook de natuurlijke selectie op basis van kwaliteit en volume, zoals beoogd bij de prestatiebekostiging, versneld vorm krijgen.

3.7.3. Integrale bekostiging vanaf 2015

Vanaf 2015 wordt de integrale bekostiging ingevoerd en zullen de dekkingskaders voor ziekenhuizen en voor de honoraria van vrijgevestigde specialisten worden samengevoegd. In het rapport van de commissie Baarsma wordt aangegeven dat het beheersmodel voor de medisch specialisten een flinke belemmering vormt voor het selectief contracteren door zorgverzekeraars. Het model budgetteert de honoraria van vrijgevestigde specialisten per instelling, waardoor omzetverschuivingen tussen ziekenhuizen soms moeilijk te realiseren zijn. De invoering van de integrale bekostiging met ingang van 2015 is dus ook geheel overeenkomstig het advies van de commissie Baarsma. Van deze maatregel wordt verwacht dat dit het proces van contractering eenvoudiger en soepeler zal doen verlopen. In de praktijk moet dit uiteraard nog blijken. In onze gesprekken wordt overigens de conclusie gedeeld dat de overgang naar integrale bekostiging een stap voorwaarts is. De overgang naar integrale bekostiging draagt bij aan het proces van selectieve inkoop, waarbij niet alleen zorgverzekeraars, maar ook zorgaanbieders een belang hebben om te komen tot een gezamenlijke visie op de zorgvraag in een bepaalde regio en de optimale invulling daarvan.

3.7.4. Afschaffen ex-post compensaties voor zorgverzekeraars

Vanaf 2014 is de bandbreedteregeling nog de enige ex post compensatie die nog resteert voor de medisch specialistische zorg. Overeenkomstig de voorstellen in de eerdere brief “Zorg die loont” wordt de ex-post compensatie voor zorgverzekeraars in snel tempo afgebouwd. In de GGZ gaat deze afbouw overigens wat geleidelijker. In 2014 is de hoge kostencompensatie nog steeds van toepassing naast een bandbreedteregeling en een volledige nacalculatie van de kosten van GGZ 18- (nu onder het deelbedrag “vaste zorgkosten”).

Het afbouwen van de ex-post compensaties is ook in lijn met de adviezen van de commissie Baarsma. Hierbij wordt overigens wel opgemerkt dat dit gepaard moet gaan met (1) betere risicoverevening vooraf en (2) grotere transparantie door de beschikbaarheid van betere kwaliteitsindicatoren. Het afschaffen van de ex-post compensaties betekent dat een financieel ‘vangnet’ onder de zorgverzekeraars vandaan wordt gehaald. De prikkel die hier vanuit moet gaan is dat deze nog meer dan voorheen zullen inzetten op beheersing van de zorglasten. Met name in de GGZ, waar nog onvoldoende informatie en inkoopervaring beschikbaar zijn om een goed beeld te hebben van prijs-/kwaliteitsverhoudingen en praktijkvariatie is dit een grote uitdaging en een risico voor zorgverzekeraars. Dit werkt ook door naar aanbieders (en vormt daarmee ook voor hen een risico) omdat zij hierop kunnen worden ‘afgerekend’ bij de contractering.

3.7.5. Overheveling van langdurige GGZ (en jeugd GGZ)

De sector GGZ staan nog belangrijke ontwikkelingen te wachten. Naast de verdere uitwerking van de prestatiebekostiging wordt per 1 januari 2014 de basis-GGZ ingevoerd, staat de overheveling van de langdurige GGZ voor 2015 gepland en wordt de jeugd GGZ per 2015 overgeheveld naar de gemeenten.

3.7.6. Advies NZa inzake overheveling bekostiging langdurige GGZ naar Zvw

In augustus 2013 verscheen een advies van de NZa¹⁸ inzake de overheveling van de bekostiging van de langdurige GGZ naar de Zvw. Een belangrijke bevinding van de NZa was dat niet vóór 2017 een herziene productstructuur kan worden geïmplementeerd die meer is gebaseerd op genormeerde elementen. Hierbij adviseert het NZa om de langdurige GGZ in eerste aanleg te blijven bekostigen op basis van de huidige zorgzwaartepakketten (“ZZP’s”).

Omdat er tot 2017 een tijdelijke structuur geldt en daarna een nieuwe structuur (die ook in de praktijk moet gaan leven) is het aannemelijk dat voor de zorgverzekeraars de risico’s van het overgaan naar meer prestatiegericht bekostigen zeer groot zijn. Anderzijds dragen de zorgverzekeraars in de eerste jaren (tot 2017) nog geen (volledig) risico over de uitgaven voor langdurige GGZ. Analyse van deze situatie leidt tot de conclusie dat risico’s op macro-overschrijdingen op langdurige GGZ niet ondenkbaar zijn.

In haar adviesrapport adviseert de NZa om één mbi-plafond voor zowel de curatieve als de langdurige GGZ te hanteren:

NZA-rapport Advies overheveling langdurige GGZ naar de Zvw (pagina 22)

Wij adviseren één landelijk kader (één mbi) zodat het huidige schot tussen langdurig gespecialiseerde en kortdurende gespecialiseerde GGZ niet wordt gecontinueerd. Een potentiële hinderpaal voor het verminderen van het aantal bedden en het ambulante behandelen van patiënten wordt daarmee geslecht. Dit geldt overigens alleen voor de op behandeling gerichte intramurale zorg, andere langdurige zorg verschuift naar de Wmo

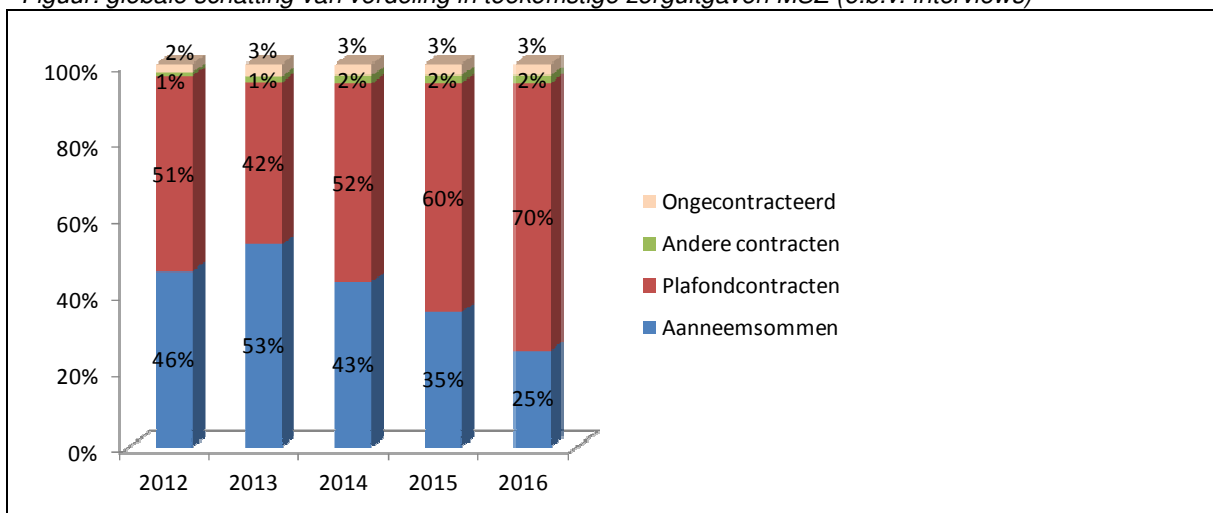
¹⁸ NZa – Advies overheveling langdurige GGZ naar de Zvw – augustus 2013 ([link](#))

Op grond van het bovenstaande hebben wij de verwachting dat zorgverzekeraars tot ná 2017 min of meer zullen blijven vasthouden aan de vroegere bekostiging teneinde kosten en risico's beheersbaar te houden.

3.7.7. Kwantificering van de verwachte toekomstige ontwikkelingen

We hebben aan de verzekeraars gevraagd om een schatting aan te leveren over de verwachte toekomstige schadelast gesplitst naar type zorgcontract. Hoewel het aantal inzendingen beperkt was, ontstaat hieruit het volgende beeld voor de medisch specialistische zorg.

Figuur: globale schatting van verdeling in toekomstige zorguitgaven MSZ (o.b.v. interviews)



Bron: afgeleid uit template die bij ons is aangeleverd door drie zorgverzekeraars

We merken op dat deze verwachting, gelet op de te verwachten toekomstige ontwikkelingen, met forse onzekerheden omgeven zijn.

Voor GGZ en Geriatrische Revalidatiezorg worden de effecten hieronder toegelicht. Hierbij is geen grafische weergave getoond aangezien er geen voldoende betrouwbare percentages konden worden opgegeven door de verzekeraars.

Binnen de GGZ sector kan worden opgemaakt dat het belang van plafondcontracten nog verder zal toenemen dan al het geval is. Bij de twee verzekeraars die hierover terugkoppeling hebben gegeven is de verwachting dat het belang van plafondcontracten zal stijgen tot boven de 95%. Binnen de GGZ sector is eveneens de verwachting dat het percentage ongecontracteerd zal toenemen onder vrijgevestigden. Het effect wat hiervan uit gaat is op totaalniveau relatief beperkt (aangezien dit minder dan 10% van de totale GGZ schadelast betreft).

Voor geriatrische revalidatiezorg is te verwachten dat vanaf 2015 grotendeels plafondcontracten (95% of zelfs hoger) zullen worden gesloten.

Naar aanleiding van de geleverde informatie en de beelden die uit de eerdere interviews zijn ontstaan zullen de bandbreedtes tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg in de jaren 2014, 2015 en 2016 zich naar verwachting ontwikkelen conform 2013.

We merken echter op dat er enkele hele belangrijke ontwikkelingen op komst zijn die hun invloed zullen hebben en waar verzekeraars bij hun raming onvoldoende op kunnen inspelen. Noch de experts van de verzekeraars, noch wijzelf, kunnen inschatten – anders dan door gestileerde simulatie – welke exacte effecten in de nabije toekomst zullen optreden. Door de veelheid aan ontwikkelingen die op de sector afkomen en de onzekerheden rond de ramingen volgens de geïnterviewden zijn de verwachte ontwikkelingen in bandbreedtes nauwelijks te kwantificeren. Ondanks de algehele verwachting die in de vorige alinea is beschreven is het dus goed mogelijk dat de bandbreedtes substantieel kunnen gaan afwijken van 2013.

3.8. Onzekerheden in afgegeven ramingen

Gelet op de mogelijke ontwikkelingen die in de voorgaande sectie zijn geschetst, kunnen de onzekerheden onderliggend aan de ramingen over zorguitgaven gesplitst naar type zorgcontract bij de diverse zorgverzekeraars nauwelijks op een zinvolle wijze worden gekwantificeerd. Ieder van de experts die zijn geïnterviewd geeft aan dat het maken van een schatting neerkomt op “het kijken in een glazen bol”. Een beter antwoord is ook niet te geven. Gezien de turbulente ontwikkelingen (die deels nog moeten plaatsvinden) zijn andere benaderingsmethoden zoals extrapolatie ook niet toepasbaar.

Onderliggend aan een eventueel te implementeren gedifferentieerd mbi is een belangrijke rol voor de NZa als “marktmeester” weggelegd. NZa bepaalt uiteindelijk of een contract al dan niet wordt gevrijwaard. Voor een adequate werking van een gedifferentieerd mbi is het van belang dat verzekeraars een zodanige ‘grip’ krijgen op het contracteerproces dat de waarschijnlijkheid van toepassing van een mbi-korting klein is. Het is voorts relevant dat de NZa op basis van voldoende objectieve criteria kan toetsen of de gevrijwaarde zorgcontracten passen binnen het macrobudgettaire kader en – onderliggend hieraan – of de raming van gecontracteerde en ongecontracteerde zorg door verzekeraars voldoende realistisch is vastgesteld.

In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op onzekerheden onderliggend aan de ramingen en hoe hiermee rekening te houden bij een eventuele toetsing door de NZa.

4. Simulatiemodel en uitkomsten

Het macrobeheersingsinstrument (mbi) in het leven geroepen om overschrijdingen van de macrobudgetten om te slaan over de zorgaanbieders. De vraag die voorligt is: Hoe kan het macrobeheersingsinstrument op een gedifferentieerde wijze (gedifferentieerd mbi) worden ingevuld zodat bereikt wordt dat binnen het BKZ gebleven wordt terwijl tegelijkertijd geen korting opgelegd wordt aan zorgverleners die zich gehouden hebben aan contracten met zorgverzekeraars die binnen het BKZ passen (in de zin van: als alle zorgverleners een dergelijk contract hadden afgesloten was er geen overschrijding van het BKZ geweest). Een nieuw vraagstuk dat hierbij ontstaat is hoeveel financiële ruimte er nodig is voor ongecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg die niet op basis van gevrijwaarde contracten (omzetcontracten en plafondcontracten) wordt geleverd om te voorkomen dat aanbieders zonder gevrijwaard omzetcontract met zeer hoge mbi-heffingen worden geconfronteerd. Bij het vormgeven van het gedifferentieerd mbi is het nodig, dat er rekening wordt gehouden met financiële ruimte die nodig is voor nieuwe aanbieders die (al dan niet gecontracteerde) zorg leveren op een andere basis dan een omzetcontract.

In deze sectie wordt met behulp van een simulatiemodel op gestileerde wijze inzicht gegeven in het effect van toepassing van het gedifferentieerd mbi op verschillende zorgaanbieders. Tevens wordt een alternatieve variant kort toegelicht.

De startsituatie is gebaseerd op de huidige wijze van contractering. Voor de ontwikkeling naar de toekomst is uit de interviews met verzekeraars (zie vorig hoofdstuk) naar voren gekomen dat kwantificering van onzekerheden omtrent de ontwikkeling van zorguitgaven (gecontracteerde zorg met/zonder vrijwaring en ongecontracteerde zorg) nauwelijks zinvol mogelijk is. We proberen met deze onzekerheden rekening te houden door in onze analyses niet alleen de effecten te bepalen in het basisscenario, maar door in onze analyses ook de verschillende scenario's en gevoeligheidsanalyses te betrekken.

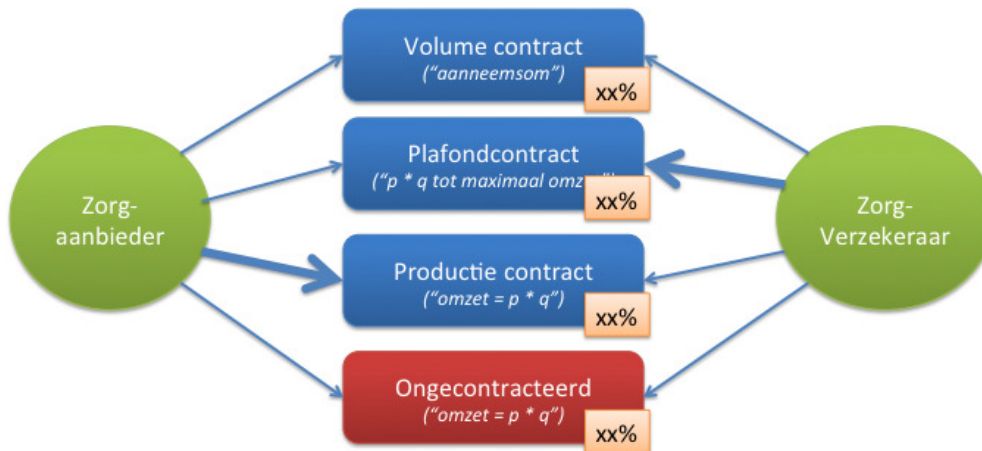
4.1. Algemeen

Om inzicht te geven in het effect van uitwerking van verschillende varianten van de mbi is een simulatiemodel gebouwd dat vanuit enkele hypothesen omtrent gedragingen van marktpartijen berekeningen maakt en van daaruit voorspellingen kan doen omtrent de wijze waarop de toekomstige contractering gaat plaatsvinden als marktpartijen zich min of meer rationeel gedragen. Het model beschrijft de statistische eigenschappen van vraag en aanbod op de zorgmarkt, de verschillende te onderzoeken beheersingsinstrumenten en het gedrag van de relevante actoren op de combinatie van zorgmarkt en beheersingsinstrument.

Het model resulteert in een verdeling van contracten over de verschillende opties, waarbij we een periode van zeven jaar simuleren. De redenen om van een projectieperiode van zeven jaar uit te gaan zijn als volgt:

- De projectieperiode moet niet te lang vooruit zijn omdat we geïnteresseerd zijn in de effecten van het mbi op korte termijn
- Het mbi instrument dient op middellange termijn stabiel te zijn, dus is het wenselijk om ook de effecten op middellange termijn te zien.
- De projectie periode moet verder voldoende lang zijn om te zien hoe de verschillende gedragseffecten opstapelen.

Na verloop van tijd ziet de verdeling van contracten er zo uit:



Daarnaast kan inzicht gegeven kan worden in:

- De gemiddelde overschrijding van het BKZ plus de kans op een overschrijding van het BKZ. Hierbij moet opgemerkt worden dat de hoogte van de overschrijding afhankelijk is van de aanname die gemaakt wordt ten aanzien van de gemiddelde overschrijding van het BKZ. Voor de evaluatie van het effect van een andere vormgeving van het mbi is de hoogte van de overschrijding alleen relevant voor het tempo waarin gedragseffecten optreden. Gedragseffecten worden namelijk pas zichtbaar als het mbi ook (naar verwachting) ingezet wordt. Om die reden is het voor dit onderzoek wenselijk om al bij voorbaat uit te gaan van een (lichte) overschrijding van het BKZ. Alleen in die situatie treedt namelijk inzet van het mbi op zodat bestudeerd kan worden wat de effecten van een andere vormgeving van het mbi zijn. Bij de beoordeling van de gemiddelde overschrijding van het BKZ in de verschillende mbi-vormen moet dan ook vooral gekeken worden naar de verschillen tussen deze mbi-vormen en niet naar de absolute hoogte van de overschrijdingen. De overschrijdingen die in dit onderzoek getoond worden mogen niet beschouwd worden als voorspellingen.
- De gemiddelde korting die over de mbi-geraakte omzet opgelegd wordt.
- Het aandeel zorginstellingen waarvoor de mbi-korting optelt tot een korting die hoger is dan een nader te bepalen percentage van de omzet.
- De kans op een korting boven een nader te bepalen percentage van de omzet voor enkele specifieke soorten zorgverleners:
 - o Innovatieve (nieuwe) zorgverleners
 - o Kleinere zorgverleners

Het model beschrijft het gedrag van de relevante actoren. In dit geval zijn dat de zorgverleners. Zij worden geraakt door het MBI en zullen derhalve hun gedrag op de werking van het MBI aanpassen. Andere spelers in de zorg interacteren natuurlijk met de zorgverleners maar zijn niet direct betrokken bij de werking van het MBI. Om die reden is van deze actoren alleen het gedrag opgenomen dat invloed heeft op de werking van het MBI en zijn deze actoren dus niet expliciet in het model opgenomen. Zorgverzekeraars beïnvloeden het gedrag van zorgverleners bijvoorbeeld via de onderhandelingen over de contracten en deze invloed van zorgverzekeraars op het gedrag van zorgverleners is in het model opgenomen. Een voorbeeld is de gedragsreactie bij een overschrijding van een omzetcontract die wordt geïnitieerd vanuit de verzekeraar die het contract dan wil omzetten naar een plafondcontract.

Dit betekent dat ook variabelen uit het werkkterrein van andere spelers in de zorg niet in het model zijn opgenomen (omdat ze niet beïnvloed worden door het mbi instrument). Zo zal de modeluitkomst niet gesplitst worden naar bijv. restitutieovereenkomst vs natura overeenkomst. In de praktijk lopen restitutiecontracten namelijk vrijwel altijd mee in de overeenkomsten die voor de natura-polissen afgesloten worden.

Andere factoren die niet in het model zijn opgenomen omdat ze geen invloed hebben op de verdeling over contracten, maar enkel op de totale omvang van de markt zijn onder meer inflatie en de groei van het aantal verzekerden.

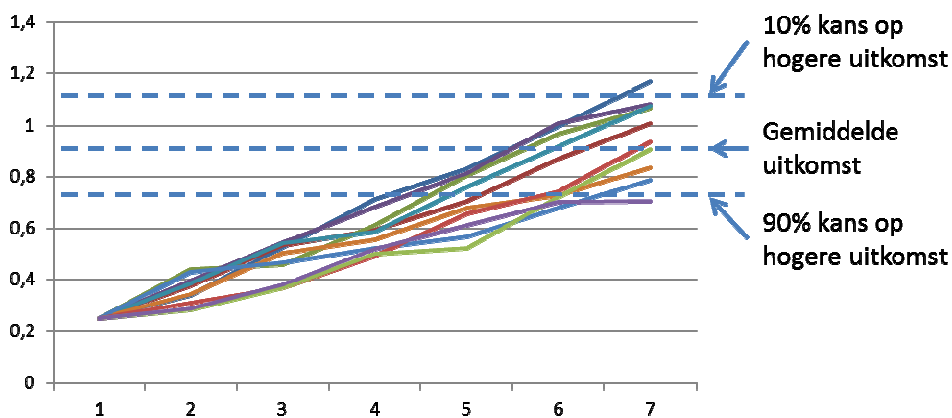
4.2. Simulatiemodel

4.2.1. Werking van het model

We hebben een simulatiemodel ontwikkeld waarin op basis van statistische verdelingen een groot aantal keren hetzelfde scenario doorgerekend wordt, telkens met een andere trekking uit de statistische verdelingen. Er wordt voor elk toekomstig jaar (7 jaar in de toekomst) per sector (MSZ, GGZ, GZ) een simulatie gemaakt van de totale zorguitgaven per aanbieder en op geaggregeerde basis, de verdeling van zorgcontracten per aanbieder en de hieruit resulterende mbi korting per aanbieder.

Doordat de startwaarden telkens uit de statistische verdeling getrokken worden en dus telkens net iets anders zijn en ook gedurende het doorrekenen van het model trekkingen uit de verdelingen de uitkomsten beïnvloeden ontstaat bij elke berekening van het scenario een iets andere uitkomst. Het model geeft dus niet één uitkomst maar een waaier van uitkomsten en beschrijft daarmee zoveel mogelijk scenario's die zich kunnen voordoen afhankelijk van de onzekerheid van de zorgkosten op niveau van individuele aanbieders en op macroniveau.

Door het grote aantal keren dat een scenario doorgerekend wordt is het mogelijk om een kans te bepalen dat een waarde binnen het scenario overschreden wordt.




Toelichting bij de bovenstaande grafiek:

- De getoonde uitkomsten zijn fictief en dienen als illustratie van de werking van een simulatiemodel in algemene zin.
- De horizontale as (X-as) toont het projectiejaar.
- De verticale as (Y-as) toont de gesimuleerde uitkomst. Dit kunnen bijvoorbeeld de gesimuleerde zorguitgaven zijn als percentage van het budget.

In de getoonde grafiek is te zien dat bij 10 keer doorrekenen (*elke lijn in de grafiek staat voor 1 doorrekening over meerdere projectiejaren*) 1 van de waarnemingen van een willekeurige variabele boven 1,1 ligt. Er is dus een kans van 10% dat de modeluitkomst boven 1,1 is. Er is ook één waarneming die beneden 0,75 ligt. De rest van de waarnemingen ligt tussen 0,75 en 1,1. Er is dus een kans van 80% dat de waarde van deze willekeurige variabele tussen 0,75 en 1,1 ligt na een (eveneens willekeurig gekozen) periode van 7 tijdseenheden. In werkelijkheid wordt het model veel vaker doorgerekend waardoor ook de kansen veel beter te schatten zijn.

4.2.2. Werking van het model voor het mbi

Deze paragraaf illustreert de werking van het model. Dit gebeurt door de verschillende stappen in het model afzonderlijk uit te werken.

- 
- I. *Creëren van de startsituatie (omvang aanbieder en verdeling contractsvormen per aanbieder)*
 - II. *Toekennen prijs(P) en aanbod(Q) per aanbieder afhankelijk van verdeling over contracten*
 - III. *Simulatie van onzekerheid in omvangsklasse, contracttype, prijs en aanbod*
 - IV. *Simulatie van onzekerheid in werkelijke zorgvraag per aanbieder*
 - V. *Toepassen van mbi korting*
 - VI. *Simulatie van gedragsreactie*
 - VII. *Overgang naar volgende projectiejaar (weer door naar stap IV)*

I: Creëren van de startsituatie (omvang aanbieder en verdeling contractsvormen per aanbieder)

In het model begint het doorrekenen van het scenario in elke simulatie met het creëren van de startsituatie. Deze startsituatie is een afspiegeling van de zorgmarkt bij aanvang. De startsituatie bevat een zo realistisch mogelijke verdeling van aanbieders en contracten per sector (MSZ, GGZ en GZ).

Het creëren van de startsituatie gebeurt door een aantal zorgverleners te maken. Hierbij wordt d.m.v. een trekking uit de statistische verdelingen van de omvang van zorgverleners een omvangsklasse toegekend aan de zorgverlener. Vervolgens wordt op basis van de omvangsklasse van de zorgverlener per zorg-“mandje” een trekking gedaan uit de verdeling van contractvormen voor de betreffende omvangsklasse. Deze trekking bepaalt welk type contract de zorgverlener heeft in de startsituatie voor het betreffende mandje. In het model is aangenomen dat elke zorgverlener 10 mandjes aanbiedt, waarbij mandjes gedefinieerd zijn als de behandelingen die in de contractonderhandelingen als één pakket behandeld zijn. De feitelijke aanname is derhalve dat elke zorgverlener 10 contracten afsluit waarbij de contractvorm voor elk contract verschillend kan zijn. De kans op een type contract is afhankelijk van de totale omvang van de zorgverlener. Een kleine zorgverlener zal derhalve minder plafondcontracten afsluiten dan een grote zorgverlener. De mandjes zijn in het model opgenomen als niet nader benoemde combinaties van een aantal DBC's/Dot's/behandelingen en bevatten geen nadere kenmerken aangezien die niet van invloed zijn op de gemodelleerde gedragsreacties. Informatie over de relatie tussen omvangsklasse van de zorgaanbieder en contractsvorm is afgeleid uit de interviews en getoetst aan verschillende openbare publicaties.

II: Toekennen prijs(P) en aanbod(Q) per aanbieder afhankelijk van verdeling over contracten

Tenslotte wordt aan elke zorgverlener een prijs (P) en een aanbod (Q) per mandje van zorgproducten toegekend. De prijs (P) is afhankelijk van de contractsvorm die van toepassing is en het aanbod (Q) is afhankelijk van de omvang van de zorgaanbieder.

Als sprake is van een omzetcontract wordt ook een P en Q in samenhang getrokken aangezien hierbij de totale omzet wordt gecontracteerd. In dat geval is de afrekening aan het einde van het jaar niet gebaseerd op de werkelijke Q, maar op de contract-Q. Het aanbod Q dat in deze stap bepaald wordt moet gezien worden als de inschatting die voorafgaand aan het jaar gemaakt wordt van de verwachte vraag naar zorg. Hierop stemt de zorgverlener de capaciteit voor het komende jaar af.

Als alle zorgverleners gecreëerd zijn is een beginsituatie gemaakt die de huidige situatie zo goed als mogelijk benadert.

III: Simulatie van onzekerheid in omvangsklasse, contracttype, prijs en aanbod

Omvangsklasse, contracttype, prijs en aanbod worden getrokken uit statistische verdelingen en zijn dus telkens anders voor elke zorgverlener en voor elke keer dat een scenario doorgerekend wordt. Voor elke simulatie is deze startsituatie dus te beschouwen als een puntschatting. Doordat er gerekend wordt met 1.000 simulaties per scenario wordt op scenario-niveau gerekend met de kansverdeling van de puntschattingen. Er worden immers 1.000 verschillende startsituaties gecreëerd. Doordat statistisch getrokken wordt ontstaat bij elke startsituatie na verloop van tijd een populatie zorgverleners die een afspiegeling is van de verdelingen waaruit getrokken wordt en die zijn afgeleid uit de huidige zorgmarkt.

IV: Simulatie van onzekerheid in werkelijke zorgvraag per aanbieder

Nadat omvangsklasse, contracttype, prijs en aanbod zijn bepaald per zorgaanbieder wordt uit statistische verdelingen een zorgvraag getrokken. Dit is in het model de werkelijke zorgvraag zoals die gedurende het jaar gerealiseerd is. Deze zorgvraag is gemodelleerd als een afwijking t.o.v. de verwachte omzet. Feitelijk wordt dus aangenomen dat de zorgverlener de verwachte zorg correct ingeschat heeft, maar dat doordat de werkelijkheid nu eenmaal altijd wat afwijkt van de verwachting er toch een kleine afwijking t.o.v. de verwachting is.

Hierbij hebben kleinere zorgverleners relatief gezien grotere afwijkingen t.o.v. de verwachting dan grote zorgverleners. Dit is gemodelleerd door de standaarddeviatie van de zorguitgaven op te laten lopen naarmate de omvangcategorie van de zorgverlener kleiner is. Voor de categorie kleinste zorgverleners is de standaarddeviatie van de gerealiseerde omzet 4 x zo hoog als voor de categorie grootste zorgverleners. De basis-standaarddeviatie is afgeleid uit data beschikbaar gesteld door Vektis m.b.t. de varianties van omzetten over zorgverleners.

V: Toepassen van mbi korting

De feitelijke zorgvraag bestaat dus uit de optelling van de verwachte omzetten, nadat deze omzetten gecorrigeerd zijn voor de natuurlijke afwijkingen van realisatie t.o.v. verwachting. Doordat overschrijdingen bij de ene zorgverlener gecompenseerd worden door onderschrijdingen bij de andere zorgverlener leidt de afwijking van realisatie t.o.v. verwachting niet automatisch tot overschrijding van het BKZ. Uit de optelling van de totale zorgvraag blijkt of het BKZ overschreden is. Als het BKZ overschreden is leidt dat tot een mbi-korting die neerslaat bij de zorgverleners naar rato van het deel zorg dat zij buiten gevrijwaarde contracten geleverd hebben.

VI: Simulatie van gedragsreactie

Daarna wordt begonnen met het volgende jaar waarin de zorgverleners reageren op de kortingen die zij gekregen hebben. Deze gedragsreacties worden in meer detail omschreven in de volgende paragraaf, maar een voorbeeld is de prijsreactie op een mbi-korting. Deze reactie houdt in dat een zorgverlener die een mbi-korting heeft gekregen (of verwacht deze te krijgen) daarop zal reageren door een prijsverhoging door te voeren. De inzet van de zorgverlener zal zijn dat de prijsverhoging zodanig moet zijn dat deze de

mbi-korting compenseert. In de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraar zal het niet altijd lukken om deze inzet ook in het afgesloten contract te realiseren. In het model wordt er daarom van uitgegaan dat in slechts een deel van de contracten een prijsverhoging gerealiseerd wordt. Het deel van de contracten waarin een prijsverhoging gerealiseerd wordt is afhankelijk van de omvang van de mbi-korting. Naarmate de mbi-korting hoger is, is de kans op realisatie van een prijsverhoging in de contracten ook hoger. Bij een mbi-korting die 20% van de totale omzet bedraagt, is de kans op prijsverhoging 100%. In dat geval worden de prijzen dus altijd aangepast. Dat wil niet zeggen dat de mbi-korting dan ook volledig terugkomt als prijsverhoging. De omvang van de prijsverhoging is namelijk een percentage van de opgelegde mbi-korting. Gemiddeld genomen is de prijsverhoging zodanig dat 50% van de mbi-korting via prijsverhogingen gecompenseerd wordt.

De prijsreactie-gedragregel zorgt er dus voor dat de prijzen gaan stijgen als een mbi-korting wordt toegepast. De startsituatie voor het volgende jaar is dus een combinatie van hetzelfde contract, dezelfde Q en een hogere P. Er zijn meer gedragsregels in het model ingebouwd. Deze worden in de volgende paragraaf nader toegelicht. De toepassing in het model is echter voor alle gedragsregels hetzelfde: ze leiden tot een verandering van de startsituatie. Dat kan zijn in de vorm van een ander contracttype of in de vorm van een andere prijs.

VII: Overgang naar volgende projectiejaar

In het voorgaande zijn alle stappen toegelicht die betrekking hebben op 1 projectiejaar. Na de voorgaande stappen gaat het model een jaar verder met het trekken van een nieuwe zorgvraag waarna weer gedragsreacties volgens enzovoorts.

4.2.3. Nadere detaillering van verschillende modelcomponenten

De detaillering van het model komt vooral tot uiting in de verdelingen die gebruikt worden om in het model de werkelijkheid te benaderen. Deze moeten enerzijds voldoende gedetailleerd zijn om het probleem adequaat te kunnen modelleren en anderzijds voldoende globaal zijn om te voorkomen dat de mate van detail de werking van het model verhult of hindert.

Voor de bestudering van de werking het mbi zijn de volgende factoren van belang geacht:

- De verdeling van de omzet over omzet-, plafond- en overige contracten en daarnaast de ongecontracteerde zorg. Kenmerkend voor de 3 hoofdgroepen van contracten is dat bij een omzet-contract p maal q vast is, bij een plafond-contract P vast is terwijl Q gemaximeerd is en bij de overige contracten P vast is en maar Q vrij. De reden voor het kiezen van deze indeling is dat gedurende het jaar de zorgvraag varieert. De prijs die gevraagd wordt voor een dbc of dot varieert echter niet meer, die is al vastgelegd ofwel in een contract ofwel in een prijslijst. De zorgverleners kunnen dus gedurende het jaar niet meer sturen in de prijs en kunnen hooguit door sturen met de hoeveelheden (Q) proberen binnen hun budgetten te blijven, danwel hun opbrengsten te maximaliseren.
- De verdeling van zorgverleners naar omvang van de zorgverlener. In de sector wordt algemeen onderscheid gemaakt naar academische ziekenhuizen, grote, middelgrote en kleine ziekenhuizen en gespecialiseerde of generieke ziekenhuizen. Voor het mbi in relatie tot de contractvormen is relevant waardoor contractvormen bepaald worden. In de praktijk is dat de omvang van de zorgverlener. Dat komt doordat de zorgvraag voorspelbaarder wordt naarmate de zorgverlener groter is. Bij een kleine zorgverlener kan bijv. een lokaal incident plotseling tot veel zorgvraag leiden. Bij een grotere zorgverlener leidt een dergelijk incident tot een relatief veel kleinere toename in de zorgvraag. De zorgvraag is voor een grotere zorgverlener dus voorspelbaarder en daarbij maakt het niet uit of de

zorgverlener academisch of niet is, of gespecialiseerd is of niet. Naarmate de zorgvraag voorspelbaarder is, is het voor een zorgverlener aantrekkelijker om “pakket”-afspraken als omzet- of plafondcontracten af te spreken. Feitelijk wordt de verwachte zorgvraag vastgelegd, die toch al nagenoeg vastlag. De zorgverlener loopt dus weinig risico. Voor een kleinere zorgverlener ligt dat anders. Die loopt kans om bij een omzetcontract veel meer zorg te moeten leveren dan waarvan bij het aangaan van het contract was uitgegaan. Dan worden veel kosten gemaakt waar geen inkomsten tegenover staan. In het model wordt het scala aan zorgaanbieders dus teruggebracht tot de verdeling van de factor die het best de contractvormkeuze beschrijft: de omvang. De wijze waarop de samenhang tussen contractvorm en omvang van de zorgverlener is gemodelleerd wordt toegelicht in de paragraaf “Overzicht van veronderstellingen”.

De volatiliteit van de omzet op zorgverlenersniveau is een van de belangrijkste veronderstellingen die bepalend zijn voor de uitwerking van de toekomstige zorgvraag en toegepaste mbi kortingen. Naarmate de volatiliteit hoger is, is de kans op overschrijding van het BKZ groter. De kans op (een keten van) gedragsreacties wordt daarmee ook groter. De volatiliteit wordt gemeten als de standaarddeviatie van de omzet van zorgverleners. Deze standaarddeviatie kan berekend worden op basis van Vektis-gegevens. Deze berekening is nader toegelicht in de paragraaf “Vektis-data”.

4.2.4. Schaalbaarheid

Een simulatiemodel is naar de aard van het model eenvoudig schaalbaar. Zo kan het model doorgerekend worden met bijv. 2 zorgverleners en 2 mandjes van dbc's/dot's om inzichtelijk te maken hoe het gemodelleerde gedrag zorgt voor een ontwikkeling van de relevante uitkomsten. Het model kan even goed doorgerekend worden met 100.000 zorgverleners en 40.000 mandjes van dbc's/dot's om snel inzicht te krijgen in de gemiddelde ontwikkeling.

Belangrijk is echter om de schaling van het model te vinden waarbij de onzekerheid rond de totale zorguitgaven plus het aandeel ‘niet-gevrijwaard’ daarbinnen (die binnen het mbi vallen) goed in beeld gebracht wordt. Het is namelijk deze onzekerheid die uiteindelijk bepalend is voor de kans die zorgverleners lopen om door het mbi geraakt te worden.

Om een juiste schaling te verkrijgen wordt het model met een aantal verschillende schalingen doorgerekend. Op basis van de uitkomsten bij het huidige mbi kan dan een schaling gekozen worden die de werkelijkheid afdoende weergeeft. Het gaat daarbij voornamelijk om de vergelijking met de huidige onzekerheid rond de totale zorguitgaven met de modeluitkomst. Dat is namelijk de variabele die bepaalt wat de kans is dat bijv. een forse mbi-korting opgelegd gaat worden. Natuurlijk is dit geen volledig objectieve exercitie. Daarvoor is het aantal waarnemingen van de totale jaarlijkse zorguitgaven bij toepassing van het mbi te gering. Op basis van expert-judgment kan echter vaak wel aangegeven worden welke modelschaling redelijk in de buurt van de werkelijkheid ligt.

In de analyse wordt vervolgens voor verschillende invullingen van het mbi nagegaan in hoeverre die invulling leidt tot uitkomsten die afwijken van het huidige mbi. Hiermee wordt bereikt dat de analyse de effectiviteit van de beheersmaatregelen in de verschillende scenario's weergeeft terwijl de invloed van de schalingkeuze zoveel mogelijk teruggebracht wordt.

4.3. Gehanteerde veronderstellingen en uitgangspunten

4.3.1. (Veronderstelde) gedragsreacties

Op basis van de interviews met zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn een aantal gedragsreacties afgeleid. Hieronder is een overzicht opgenomen van de gedragsreacties die in het model zijn opgenomen:

1. Als een omzetcontract (lumpsum-contract) onderschreden wordt wil de zorgverzekeraar het contract omzetten in een plafondcontract. De kans dat dit daadwerkelijk gebeurt, is lineair afhankelijk van de omvang van de onderschrijding. Bij een onderschrijding van 10% of meer is de kans op omzetting 100%.
2. Als een plafondcontract overschreden wordt wil de zorgverlener het plafond verhogen met de hoogte van de overschrijding. In het model is ingebouwd dat gemiddeld genomen de helft van de overschrijding ook gerealiseerd wordt als een verhoging van het plafond. Dit aandeel neemt af naarmate de zorgverlener kleiner wordt tot uiteindelijk 12.5% voor de categorie kleinste zorgverleners.
3. Als een mbi-korting wordt opgelegd zullen zorgverleners meer gevrijwaarde contracten willen afsluiten. De kans dat omzet ook daadwerkelijk verplaatst wordt van een niet-gevrijwaarde contractvorm naar een gevrijwaarde contractvorm is lineair afhankelijk van de hoogte van de korting, waar de kans 100% is bij een korting vanaf 20% van de totale omzet van de zorgverlener.
4. Als een mbi-korting wordt opgelegd zullen zorgverleners de prijzen voor niet-gevrijwaarde contracten verhogen. Dit betreft zorg geleverd op basis van openeindecontracten of ongecontracteerde zorg. Dit gebeurt niet als er volgens gedragsregel 3 al omzet verplaatst is naar een gevrijwaard contract. De kans op een prijsverhoging is lineair afhankelijk van de hoogte van de korting, waar de kans 100% is bij een korting vanaf 20% van de totale omzet van de zorgverlener. Gemiddeld genomen is de prijsverhoging zodanig dat 50% van het omzetverlies als gevolg van de mbi-korting gecompenseerd wordt. De voorgaande gedragsregel heeft voorrang op deze gedragsregel en als de korting meer dan 20% van de omzet is zal dan ook alleen gedragsregel 3 uitgevoerd worden. Wanneer echter een maximum gesteld is aan het aandeel van de omzet dat in gevrijwaarde contracten vastgelegd mag worden treedt regel 4 ook in dit geval naast regel 3 in werking. Deze veronderstelling is vooral gebaseerd op de medisch specialistische zorg in het verleden. Deze gedragsreactie is tevens doorgeredeneerd naar de cGGZ. In de GGZ gelden maximumtarieven wat grenzen stelt aan de prijsverhogingen. In het model is de veronderstelde gedragsreactie echter ook realistisch voor de GGZ omdat : uit de marktscan van de NZa (februari 2013, blz. 91) blijkt dat niet alle zorgaanbieders het maximumtarief declareren. Met de groep 'niet-gebudgetteerde aanbieders' werden over 2012 prijsafspraken gemaakt die varieerden tussen de 75 en 95% van het maximumtarief. Hier is derhalve ruimte voor prijsverhogingen. Bovendien bestaat voor aanbieders zonder gevrijwaard contract die nu reeds het maximumtarief declareren, een prikkel om zich in te dekken tegen een dreigende mbi-heffing door hun volume te verhogen. Dit heeft in het model dezelfde uitwerking als een prijsverhoging aangezien het model werkt op basis van omzetten.

Vervolgens wordt een nieuwe zorgvraag getrokken uit de zorgvraagverdelingen en wordt weer gekeken of er een overschrijding van het BKZ is. Dit proces kan zich herhalen totdat een stabiele situatie bereikt is, maar in dit geval zal vooral onderzocht worden hoe snel een specifieke vorm van een mbi tot omvangrijke gedragsreacties zal leiden.

De veronderstellingen omtrent gedragsreacties zijn in belangrijke mate van invloed op de modeluitkomsten. Ten opzichte van de basisuitgangspunten zijn diverse gevoeligheidsanalyses uitgevoerd om te toetsen wat de invloed is van de verschillende gedragsreacties op de volatiliteit van zorguitgaven en de implicaties van het mbi op de verschillende zorgaanbieders.

4.3.2. Vektis data

Een van de belangrijkste veronderstellingen onderliggend aan het simulatiemodel betreft de mate van onzekerheid onderliggend aan de prijs per behandeling en aantal uitgevoerde behandelingen per zorgaanbieder op het gebied van medisch specialistische zorg. Naarmate de volatiliteit van de omzet hoger is, is de kans op overschrijding van het BKZ groter. De kans op (een keten van) gedragsreacties wordt daarmee ook groter. De volatiliteit wordt gemeten als de standaarddeviatie van de omzet van zorgverleners. Deze standaarddeviatie kan berekend worden op basis van Vektis-gegevens.

Vektis heeft voor de MSZ-sector gegevens aangeleverd van aantallen verrichtingen, gemiddelde prijs en standaarddeviatie van de prijs voor verschillende combinaties van behandeling en type instelling. Deze gegevens zijn afkomstig uit data met de volgende kenmerken:

- Dataset: De data is afkomstig uit het ziekenhuisinformatiesysteem (QZ) van Vektis en betreffen dbc-zorgproducten uit het openingsjaar 2012.
- Gebruikte maanden en uitloopschade: Voor de analyses zijn door Vektis 21 declaratiemaanden van 2012 gebruikt. Dit betreft declaraties met openingsjaar 2012 en verwerkt door de verzekeraars van 1 januari 2012 t/m 30 september 2013. 21 declaratiemaanden betekent dat er nog uitloopschade ontbreekt. Naar schatting betreft dit ongeveer 11% (+/- 2%) van de totale schade. Dit percentage is door Vektis afgeleid en is gebaseerd op een ramingsmodel waarbij de ontvangen schade is geëxtrapoleerd voor resterende declaratiemaanden. In volume uitgedrukt betreft het ontbrekende gedeelte ongeveer 16% (+/- 2%). Ook dit percentage is door Vektis afgeleid met behulp van het hierboven genoemde ramingsmodel.
- Dekkingspercentage: De gegevens zijn gebaseerd op ongeveer 74% van de Nederlandse verzekeren.

In de data zijn 528 verschillende combinaties van behandeling en type instellingen opgenomen. Op basis van deze gegevens is de verdeling van de omzet over type ziekenhuis vastgesteld. Doordat het aantal ziekenhuizen in de verschillende categorieën uit andere bronnen bekend was, kon de gemiddelde omzet per type ziekenhuis vastgesteld worden en die verdeling is gebruikt om de uitgangssituatie van de simulaties te modelleren voor wat betreft de verdeling van zorginstellingen over grootteklassen.

Onderstaande tabel bevat een samenvatting van de omzet, aantal behandelingen en prijs per behandeling zoals blijkt uit de Vektis data. Natuurlijk zijn de waarnemingen in de Vektis-database een momentopname en kan de verdeling in de praktijk en zeker in de toekomst hiervan afwijken. Voor de verdelingen die uit de Vektis-data afgeleid zijn, zijn dan ook gevoeligheidsanalyses gemaakt die in de paragraaf “Gevoeligheidsanalyses” verder toegelicht worden.

Categorie	Q Volume (aantal declaraties)	P Gemiddelde Prijs per behandeling in gehele EUR	= P * Q Omzet in EUR mln
Type instelling			
Algemeen	4.847	849	4.114
Topklinisch	4.892	994	4.861
Academisch / UMC	1.160	1.417	1.643

Categorie	Q Volume (aantal declaraties)	P Gemiddelde Prijs per behandeling in gehele EUR	= P * Q Omzet in EUR mln
ZBC	620	604	375
Overig	313	1.782	559
Totaal	11.831	976	11.552
Segment			
Vrije segment (B-dbc's)	11.005	906	9.975
Gereguleerd (A-dbc's)	827	1.908	1.577
Totaal	11.831	976	11.552

Uit de Vektis data hebben wij de standaarddeviatie afgeleid van de omzet per gemodelleerd “mandje” van behandelingen. Hiervoor is een schatting gemaakt van de standaarddeviatie van de omzet per mandje door te veronderstellen dat het aantal behandelingen een binomiale kansverdeling volgt.

Afleiding variantie van het aantal behandelingen (Q)

$$\text{Variantie [Q]} = n * P * (1 - P)$$

De variantie van deze verdeling is te berekenen als $np(1-p)$ waarbij n de totale populatie is en p de kans op de betreffende behandeling voor een lid van de populatie.

Bij een lage p tendeert $1-p$ naar 1 en wordt de variantie van het aantal behandelingen gelijk aan het aantal behandelingen ($p = \text{aantal} / n \Rightarrow n * p = n * \text{aantal} / n * 1 = \text{aantal}$). De hoogste p in het bestand (bij de aanname van $n = 16$ mln) was 2,80%, in dit geval is de variantie $2,80\% / (1 - 2,80\%) = 2,88\%$ wat marginaal hoger is dan de 2,8% waarvan uitgegaan wordt bij de variantieberekening. De variantie van het aantal behandelingen is derhalve gelijkgesteld aan het aantal behandelingen.

Vervolgens is de variantie van de omzet afgeleid uitgaande van de veronderstelde binomiale verdeling van het aantal behandelingen per “mandje” van behandelingen.

Afleiding variantie van de omzet (P * Q)

$$\text{Variantie [P * Q]} = V[q]E[p]^2 + V[p]E[q]$$

waarbij $V[q]$ de variantie van de het aantal behandelingen is, $V[p]$ de variantie van de prijs, $E[q]$ het gemiddeld aantal behandelingen en $E[p]$ de gemiddelde prijs. $V[p]$, $E[q]$ en $E[p]$ kunnen allen direct worden afgeleid uit de informatie die door Vektis is opgeleverd.

Voor de 528 verschillende combinaties van behandeling kan per type instelling een standaarddeviatie worden afgeleid als percentage van de totale omzet. Voor medisch specialistische zorg over alle instellingen heen resulteert een gemiddelde standaarddeviatie van **4,6%** van de omzet. Aangezien in het simulatiemodel gerekend wordt met 1000 combinaties van behandeling en type instelling zou eigenlijk op de 4,6% nog een correctiefactor van $\sqrt{1000/528} = 1,37$ gezet moeten worden wat leidt tot een gemiddelde standaarddeviatie van **6,3%** (omdat het aantal combinaties groter is, is er meer diversificatie waardoor de standaarddeviatie per combinatie hoger gesteld moet worden om dezelfde macro-calibratie te bereiken). Gegeven de redelijk grofmazige benadering van de variantie van de omzet per mandje is afgezien van een

dergelijk correctie aangezien deze correctie ruim binnen de significantiebandbreedte van de berekening zou vallen.

	Standaarddeviatie (% omzet) <i>behandelingen x instellingen = 528</i> <i>rechtstreeks afgeleid uit brondata</i>	Standaarddeviatie (% omzet) <i>behandelingen x instellingen = 1.000</i> <i>na correctiefactor $\sqrt{1000/528}$</i>
Algemeen	2,0%	2,8%
Topklinisch	1,7%	2,3%
Academisch / UMC	2,8%	3,9%
ZBC	7,0%	9,7%
Overig	14,5%	20,0%
Totaal	4,6%	6,3%

In het model is derhalve uitgegaan van een afgeronde waarde van de standaarddeviatie van 5% (als percentage van de omzet).

Ten aanzien van de volatiliteit (gemeten in termen van standaarddeviatie) zou in de toekomst wel eens kunnen afnemen door beleidswijzigingen zoals afschaffing ex-post vereveningen, contracteergedrag en de hoofdlijnenakkoorden. Om het effect van andere volatiliteit te bepalen hebben we een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd uitgaande van een standaarddeviatie van 10% in plaats van 5%. Uit de gevoeligheidsanalyse is gebleken dat er geen bijzonder grote gevoeligheid van deze parameter uitgaat voor wat betreft de toepassing van de mbi per type instelling.

Voor de sectoren GGZ en GZ waren geen gegevens m.b.t. de volatiliteit van de omzet per zorgverlener beschikbaar. In de modellering is er van uit gegaan dat deze volatiliteit gelijk is aan de volatiliteit in de sector MSZ. Ook hiervoor is een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd met een standaarddeviatie van 10% in plaats van 5% en ook uit deze gevoeligheidsanalyse bleek dat er geen bijzonder grote gevoeligheid van deze parameter uitgaat voor wat betreft de toepassing van de mbi per type instelling.

4.3.3. Overzicht van veronderstellingen

Voor verschillende onderdelen van het model is uitgegaan van aannames, die hieronder getoond worden. Waar mogelijk is de aanname gebaseerd op historische data, eventueel gecorrigeerd voor verwachte mutaties van de historische waarden als gevolg van beleid.

Om het effect van verschillende aannames te toetsen zijn verschillende gevoeligheidsanalyses doorgerekend om na te gaan wat het effect hiervan is op de resultaten.

Prijzen per contractsvorm

Aangenomen is dat naarmate een contract groter is en meer onzekerheden afdicht, een grotere korting op de prijs gegeven wordt. Hierbij is uitgegaan van een korting ten opzichte van de passantenprijs. Deze aanname is grofmazig ingeschat op basis van verwachte ontwikkelingen. Deze veronderstelling is evenwel binnen de scope van dit onderzoek niet hard empirisch getest.

Prijzreducties	
Omzetcontracten (aanneemsommen)	2,0%
Plafondcontracten	1,5%
Contractprijzen (andere contracten)	1,0%

Aandeel passanten in omzet

Daarnaast is aangenomen dat altijd tenminste een klein deel van de omzet van een zorginstelling afkomstig is van zgn. passanten. Dit zijn bijvoorbeeld mensen die verzekerd zijn bij een verzekeraar waar geen contract mee is afgesloten omdat de verzekeraar in een geheel andere regio opereert. Dit gehanteerde percentage is afgeleid uit de informatie die tijdens de interviews is verstrekt.

Aandeel passanten in omzet	
Aandeel passanten in omzet	1,0%

Standaarddeviatie per aanbieder per “mandje van behandelingen”

Voor de standaarddeviatie van de omzet is uitgegaan van de 5% die op basis van de Vektis-data berekend is zoals uiteengezet in de voorgaande sectie.

Standaarddeviatie	
Standaarddeviatie	5,0%

Voor de validatie van het model uitgegaan van de historische gegevens m.b.t. de overschrijding van het BKZ. We merken hierbij overigens wel op dat daarmee geen rekening is gehouden aan enkele beleidswijzigingen (afschaffen macro-nacalculatie, afschaffen ex-post, meerjarige budgettaire afspraken, verzekeraars die hun rol oppakken) die een dempend effect hebben op de uitgavenontwikkeling. De gemodelleerde zorguitgaven voor medisch specialistische zorg uit het model, uitgaande van de standaarddeviatie per instelling en type behandeling, sluiten hier goed bij aan. Voor de cGGZ en GZ zijn geen gegevens beschikbaar waaruit een standaarddeviatie afgeleid kan worden. Aangenomen is dat de standaarddeviatie op het niveau van “mandje van behandelingen” voor de cGGZ en GZ gelijk is aan de MSZ. Voor deze aanname is een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd waaruit blijkt dat de conclusies uit het onderzoek niet significant beïnvloed worden door deze aanname.

Overschrijding BKZ	
Overschrijding BKZ	
Gemiddeld	2,1%
Standaarddeviatie	1,3%

Hierbij moet opgemerkt worden dat de gemiddelde hoogte van de overschrijding afhankelijk is van de aanname die gemaakt wordt ten aanzien van de gemiddelde overschrijding van het BKZ. Voor de evaluatie van het effect van een andere vormgeving van het mbi is de hoogte van de overschrijding alleen relevant voor het tempo waarin gedragseffecten optreden. Gedragseffecten worden namelijk pas zichtbaar als het mbi ook (naar verwachting) ingezet wordt. Om die reden is het voor dit onderzoek wenselijk om al bij voorbaat uit te gaan van een (lichte) overschrijding van het BKZ. Alleen in die situatie treedt namelijk inzet van het mbi op zodat bestudeerd kan worden wat de effecten van een andere vormgeving van het mbi zijn.

Bij de beoordeling van de gemiddelde overschrijding van het BKZ in de verschillende mbi-vormen moet dan ook vooral gekeken worden naar de verschillen tussen de mbi-vormen en niet naar de absolute hoogte van de overschrijdingen. De overschrijdingen die in dit onderzoek getoond worden mogen niet beschouwd worden als voorspellingen. Voor de validatie van het model is niet de hoogte van de gemiddelde overschrijding relevant maar de standaarddeviatie van de overschrijding.

Toepasbaarheid van het simulatiemodel op cGGZ en GZ

Voor de sectoren cGGZ en GZ zijn afzonderlijke simulaties uitgevoerd, gebaseerd op de afwijkende karakteristieken voor deze sectoren. De verschillen in uitgangspunten worden op de volgende pagina nader uiteengezet.

Aanvullend hierop dient opgemerkt te worden dat het productenpakket van de GZ-sector qua dbc's in 2013 nog min of meer gebaseerd is op de oude budgetparameters, maar (fors) kleiner is dan voor de MSZ-sector. Ook binnen de cGGZ sector, waar al langer gewerkt wordt met dbc's, is het productenpakket in de praktijk doorgaans kleiner dan van MSZ-instellingen. Dit zal voornamelijk gelden voor de kleinere aanbieders binnen de cGGZ. Aangezien voor de MSZ-sector ook geabstraheerd is van het werkelijke aantal dbc's / dot's hebben we verondersteld dat het vereenvoudigde model met een beperkt aantal "mandjes" ook kan worden toegepast op de cGGZ- en GZ-sector.

Daarnaast geldt dat sommige tarieven niet geheel vrij zijn, maar gebonden aan maximum tarieven. Hierdoor zouden mogelijke gedragsreacties, zoals een prijsverhoging, worden uitgesloten. Echter in het simulatiemodel wordt uitgegaan van het "omzet"-begrip, dat naast de prijs mede bepaald wordt door het aantal verrichtingen. Tevens kan worden aangenomen dat ten minste een deel van de gecontracteerde aanbieders met openeindecontracten niet per definitie de maximumtarieven zijn overeengekomen, waardoor ruimte bestaat voor prijsverhogingen.

Door deze benaderingswijze is verondersteld dat het model, naast de MSZ-sector, ook geschikt is om de werking van verschillende vormen van het mbi voor de GZ- en de cGGZ-sector te simuleren.

Verdeling naar contractsvorm

De verdeling naar contractsvorm is gebaseerd op door verzekeraars verstrekte gegevens in combinatie met de voorgenomen contractaanpassingen zoals die in de verschillende interviews naar voren gebracht zijn. Relevant om hierbij te vermelden is wel dat er nogal wat onzekerheidsmarges zitten in de verdeling naar contractsvorm. In de gevoeligheden zijn dan ook specifieke scenario's opgenomen om het effect van een andere verdeling naar contractsvorm te toetsen.

Verdeling naar contractsvorm						
		omzet	plafond	P x Q	vrij	Som
Sector	MSZ	45%	45%	5%	5%	100%
	cGGZ	0%	90%	5%	5%	100%
	GZ	0%	90%	5%	5%	100%

Verdeling naar omvang van de instelling

De omzetverdeling is gebaseerd op de Vektis gegevens voor de sector MSZ en op CBS-gegevens voor de overige sectoren. Hieruit blijkt dat meer dan 50% van de omzet is gerelateerd aan grote ziekenhuizen met omvang 500 (UMC en grotere topklinische ziekenhuizen).

Omzetverdeling						
		500	200	50	10	Som
Sector	MSZ	56%	36%	0%	8%	100%
	cGGZ	87%	0%	2%	13%	100%
	GZ	95%	5%	0%	0%	100%

Voor het combineren van de verdeling naar omvang en de verdeling naar type contract is een matrix gebruikt die aangeeft wat de relatieve kansverdelingen van verschillende combinaties zijn. Deze matrix geeft aan wat de meest waarschijnlijke combinaties zijn. Voor MSZ is de volgende matrix gehanteerd.

	MSZ	Contract			
		omzet	plafond	P x Q	vrij
Omvang	500	75%	50%	25%	0%
	200	50%	25%	0%	25%
	50	25%	0%	25%	50%
	10	0%	25%	50%	75%

Deze tabel is als volgt te interpreteren. De grote ziekenhuizen zullen 75% meer kans hebben op een omzetcontract dan de allerkleinste zorginstellingen (bijvoorbeeld de ZBC's). Andersom hebben de kleinere zorginstellingen een hogere kans op een p maal q -contract of ongecontracteerde dienstverlening.

De combinatie van de verdelingen en de hierboven beschreven correlatie-matrix leidt tot de volgende kansen:

MSZ	kans	omzet	plafond	P x Q	vrij	Som
500	10%	50%	43%	4%	3%	100%
200	16%	50%	42%	4%	5%	100%
50	0%	0%	0%	0%	0%	100%
10	73%	38%	48%	6%	7%	100%
Som	100%					

Deze tabel wordt in 2 stappen in de simulatie gebruikt.

- Stap 1: Eerst wordt d.m.v. een kansentrekking bepaald in welke omvangcategorie een zorginstelling terecht komt.
- Stap 2: Als bekend is wat de omvangklasse is wordt vervolgens bepaald wat, gegeven de omvangklasse, de kans op een bepaald type contract is.

In het bovenstaande voorbeeld is de kans om in de middelgrote 200-klasse terecht te komen 16%. Binnen die klasse is de kans dat de zorg via een plafondcontract geleverd wordt gelijk aan 42%.

Voor cGGZ is de correlatiematrix iets hoger vastgesteld. Deze hogere vaststelling is nodig om in de resulterende randtotaal-telling weer uit te komen op de verdeling van contracttypen voor de gehele sector. Het mechanisme van de correlatie werkt namelijk door uit te gaan van een verdeling van de verschillende zorgaanbieders per sector naar omvang (in aantallen). Deze verdeling wordt gecombineerd met de verdeling van de typen contracten zoals die blijkt uit de verzamelde gegevens. De combinatie vindt plaats met de correlatiematrix. De gecombineerde gegevens moeten weer optellen tot de totaalverdeling voor de markt en om dat te bereiken wordt de correlatiematrix aangepast. Feitelijk wordt de correlatiematrix dus "gefit" op de verdelingen van de randtotalen.

De gehanteerde correlatiematrixes voor cGGZ en GZ zijn hieronder weergegeven.

		Contract			
	cGGz	omzet	plafond	P x Q	vrij
Omvang	500	100%	75%	50%	25%
	200	75%	50%	25%	0%
	50	50%	25%	0%	25%
	10	25%	0%	25%	50%

		Contract			
	GZ	omzet	plafond	P x Q	vrij
Omvang	500	50%	25%	0%	25%
	200	25%	0%	25%	50%
	50	0%	25%	50%	75%
	10	0%	25%	50%	75%

Dit resulteert in de volgende kansen:

cGGZ	kans		omzet	plafond	P x Q	vrij	Som
500	11%		0%	92%	4%	4%	100%
200	0%		0%	0%	0%	0%	100%
50	3%		0%	91%	4%	5%	100%
10	86%		0%	87%	6%	7%	100%
Som	100%						

GZ	kans		omzet	plafond	P x Q	vrij	Som
500	88%		0%	91%	4%	5%	100%
200	12%		0%	87%	6%	7%	100%
50	0%		0%	0%	0%	0%	100%
10	0%		0%	0%	0%	0%	100%
Som	100%						

4.4. Uitkomsten

In deze paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten samengevat van de in onderstaande tabel beschreven varianten van een gedifferentieerd mbi:.

ZN-bureauvariant	ZN-variant met 100% vrijwaring	ZN-variant met vrijwaring <100%; waarbij open eind contracten ook kunnen worden gevrijwaard
<ul style="list-style-type: none"> Ongecontracteerde partijen en contracten zonder maximum-omzet staan bloot aan het mbi Omzetcontracten en plafondcontracten zijn voor 	<ul style="list-style-type: none"> Alle contracten die voorvrijwaring (omzetcontracten en plafondcontracten) in aanmerking komen zijn voor klein percentage niet gevrijwaard 	<ul style="list-style-type: none"> Deze variant komt overeen met de vorige variant ("ZN-variant met vrijwaring op zorgaanbieder"), maar hierbij komen ook open eind contracten (p x q) voor vrijwaring in aanmerking

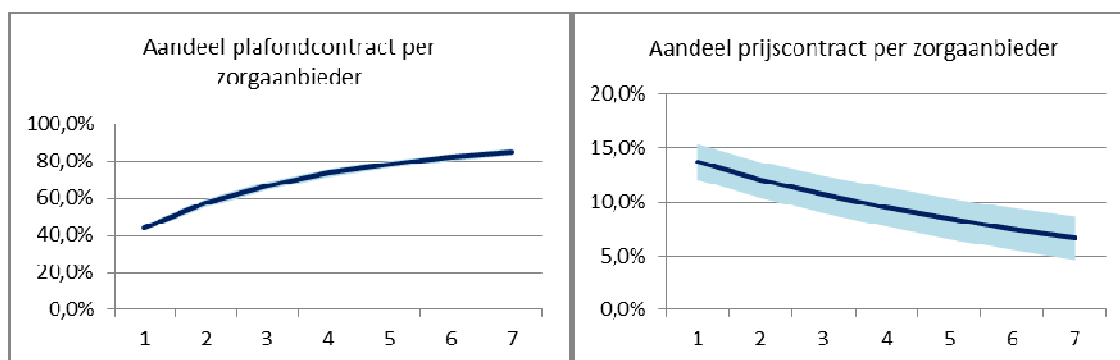
ZN-bureauvariant	ZN-variant met 100% vrijwaring	ZN-variant met vrijwaring <100%; waarbij open eind contracten ook kunnen worden gevrijwaard
100% gevrijwaard	per zorgaanbieder. <ul style="list-style-type: none"> VWS stelt vast: Maximale vrijwaring in contract Wij zijn in onze berekeningen uitgegaan van landelijk percentages gelijk aan 95% en van 90%. 	<ul style="list-style-type: none"> Bij open eind contracten (p x q) is in het contract een omzetschatting opgenomen als basis voor de vrijwaring. Op basis hiervan kan tevens worden geraamd dat de contracten binnen de BKZ-ruimte blijven.

Opgemerkt moet worden dat bij de verschillende grafieken gekozen is om een simulatieperiode van 7 jaren te presenteren omdat dit een termijn is die de effecten van opeenvolgende gedragsreacties goed in beeld brengt. Een kortere termijn laat soms niet het volledige effect zien en een langere termijn laat overdreven grote effecten zien.

4.4.1. Gedifferentieerd mbi (basis ZN-bureauvariant)

Bij het gedifferentieerd mbi op basis van de ZN-bureauvariant zijn omzet- en plafondcontracten gevrijwaard van de mbi-korting. Dit geeft zorgverleners een incentive om dit type contracten af te sluiten omdat zij daarmee het risico op een mbi-korting kunnen vermijden.

Het aandeel van gevrijwaarde contracten (omzetcontracten en plafondcontracten) stijgt dan ook uitgaande bij de simulaties van de ZN-bureauvariant. Doordat bij overschrijding van een omzetcontract nog steeds omzetting naar een plafondcontract plaatsvindt, neemt het aandeel omzetcontracten bij het gedifferentieerd mbi snel af (de grafiek is hier niet opgenomen om de leesbaarheid te bevorderen maar is terug te vinden in de bijlage). Het aandeel plafondcontracten neemt toe. Het aandeel open einde contracten (p x q contracten) dat geen limitering kent halveert daardoor na 7 jaar. Het is te verwachten dat dit zorgt voor een beheersing van de totale zorguitgaven op macroniveau.



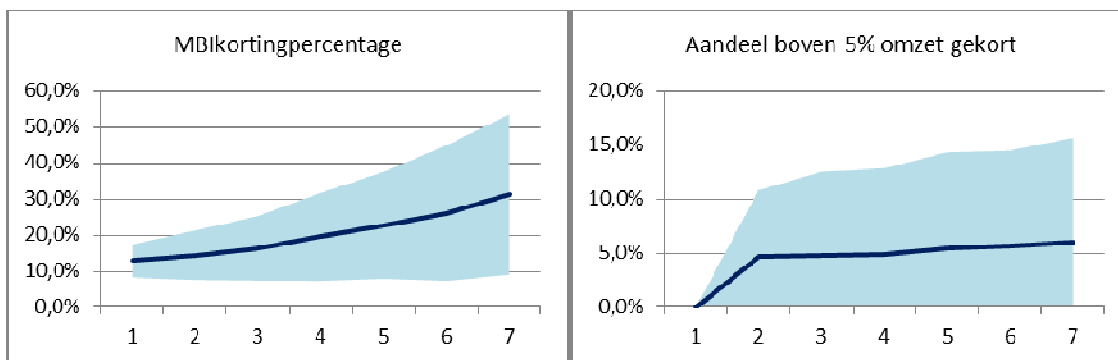
Wanneer wordt gekeken naar de effecten voor individuele zorgaanbieders blijkt dat toepassing van een gedifferentieerd mbi tot hoge kortingen kan leiden per aanbieder. Dit wordt veroorzaakt door de volgende effecten:

- Bij de niet-gevrijwaarde contracten is er altijd een kans op overschrijding van de budgetruimte. Die overschrijding leidt tot een mbi-korting, en
- Dat leidt vervolgens tot prijsverhogingen die de kans op volgende overschrijdingen snel groter maken.
- Daarnaast speelt nog dat de plafondcontracten langzaam steeds iets ruimer worden omdat ze opgehoogd worden bij overschrijding.

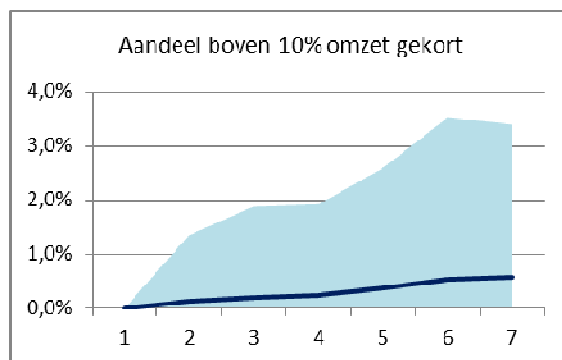
Er is dus een neiging tot onderschatting van de productie in niet gevrijwaarde contracten. Vroeg of laat leidt dit tot een mbi-korting die vervolgens een prijsverhoging tot gevolg heeft. Daarmee is de prijs-korting-spiraal in gang gezet. Doordat bij een mbi-korting zorgverleners ook steeds meer gevrijwaarde contracten willen afsluiten wordt de grondslag voor de mbi-korting steeds smaller. Het percentage van de mbi-korting per zorgaanbieder kan daardoor snel stijgen. Voor een zorgaanbieder die geen of weinig gevrijwaarde contracten heeft, bijvoorbeeld een kleine of nieuwe zorgaanbieder, heeft dat forse gevolgen. Dit blijkt uit onderstaande grafieken waar de toegepaste kortingen per zorgaanbieder zijn geanalyseerd.

De lichtblauwe band rond de lijn geeft het gebied aan waarin de korting ligt met een waarschijnlijkheid van ongeveer 2/3. In het 7^e jaar is het mbi-kortingspercentage voor de MSZ-sector dus gemiddeld ruim 30%, maar ligt deze met een kans van 2/3 tussen circa 10% en ruim 50%. Er is een kans van 1/6 dat de korting meer dan ruim 50% bedraagt en een kans van 1/6 dat de korting minder dan circa 10% bedraagt. Voor de cGGZ-sector is er na zeven projectiejaren een kans van 2/3 op een mbi-korting tussen circa 20% en circa 70% en voor de GZ-sector is er na zeven projectiejaren een kans van 2/3 op een mbi-korting tussen circa 70% en circa 100%.

De lijn geeft dus de gemiddelde uitkomst aan en de blauwe band rond de lijn geeft aan wat de onzekerheid rond die gemiddelde uitkomst is. Te zien is dat de onzekerheid in de loop van de tijd toeneemt.



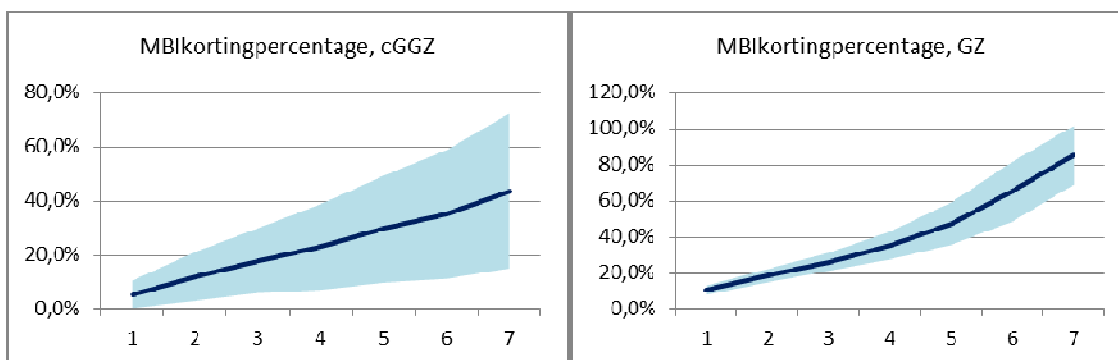
Uit de grafiek blijkt dat het aantal zorgaanbieders dat een korting van meer dan 5% van de totaalomzet krijgt al vrij snel stijgt naar 5% van het totaal aantal zorgaanbieders. De onzekerheid rond het aandeel zorgaanbieders dat een forse korting krijgt is groot. Al in het 2^e jaar is er een kans van 1/6 dat meer dan 1 op de 10 zorgverleners een mbi-korting krijgt die hoger is dan 5% van de totale omzet.



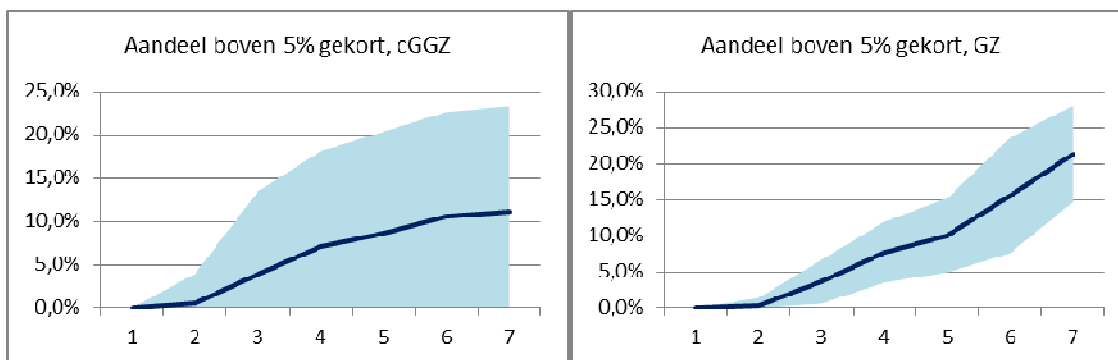
Ter illustratie is in deze grafiek tevens inzicht gegeven in het aandeel van zorgaanbieders met een mbi-kortingspercentage boven 10% per jaar. Het aantal zorgaanbieders dat meer dan 10% van de totaalomzet gekort wordt stijgt wat langzamer naar gemiddeld 0.5%. Het aandeel dat meer dan 10% van de omzet gekort wordt ligt duidelijk lager dan het aandeel dat meer dan 5% van de omzet gekort wordt. Dit wordt veroorzaakt doordat in het model uitgegaan is van ongecorreleerde contractsvormen. Dat wil zeggen dat een vast aantal verschillende mandjes per zorgaanbieder aangenomen is waarbij voor elk mandje een ander type contract afgesloten kan worden.

De kans op het type contract dat afgesloten wordt is niet afhankelijk van de typen contracten die voor andere mandjes gesloten worden. Het gevolg is dat er nauwelijks zorgverleners voorkomen in het model die geen enkel gevrijwaard contract hebben. De snelle afvlakking van het aandeel dat boven een bepaald percentage gekort wordt is dus waarschijnlijk geen realistische weergave van de werkelijkheid. Met name de kleinere zorgverleners zullen minder mandjes dan gemiddeld aanbieden en daarnaast zal er in de praktijk toch sprake zijn van correlatie tussen contractvormen voor verschillende mandjes. Het gevolg daarvan is dat de snelle daling van het aandeel dat boven een bepaald percentage gekort wordt niet realistisch is. Om dit effect inzichtelijk te maken zal het gehanteerde model moeten worden uitgebreid met afhankelijkheden tussen aantal mandjes en omvang van de zorgverleners en met een correlatie tussen de contracttypen voor verschillende mandjes bij dezelfde zorgverlener.

Voor de sectoren cGGZ en GZ is een vergelijkbare ontwikkeling te zien, waarbij de effecten groter zijn dan in de MSZ-sector. Waar in de MSZ-sector het mbi-kortingspercentage na 7 jaar gestegen is naar ongeveer 30% is het in de cGGZ sector gestegen naar ca 40% en in de GZ-sector naar 80%.



Dit wordt veroorzaakt doordat in deze sectoren relatief veel zeer grote zorgverleners opereren waardoor de grondslag voor de MBI-korting smaller is dan in de MSZ-sector.



In de cGGZ-sector vlakt het aandeel fors gekorte zorgverleners na verloop van tijd af, maar in de GZ-sector is na 7 jaar nog geen afvlakking zichtbaar.

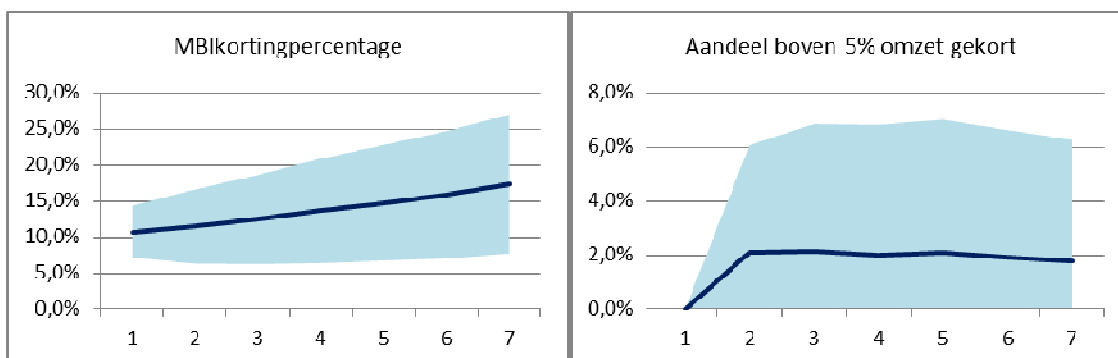
Uit deze sectie volgt de conclusie dat het gedifferentieerd mbi goed kan werken om de groei van de totale zorguitgaven te beperken, maar de onzekerheden die het systeem voor individuele zorgverleners, vooral nieuwe en kleinere zorgverleners, met zich meebrengt zijn zeer groot.

4.4.2. Gedifferentieerde mbi met gedeeltelijke vrijwaring per zorgaanbieder

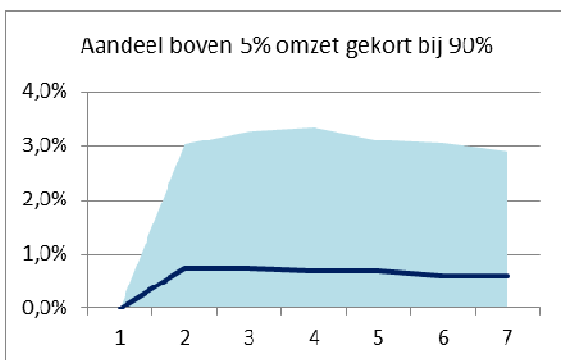
De grote onzekerheden die een gedifferentieerd mbi met 100% vrijwaring met zich meebrengt zijn vooral het gevolg van de smalle basis voor de mbi-korting. Die leidt tot een hoog percentage mbi-korting wat vervolgens vooral de kleinere en nieuwe zorgverleners die relatief weinig gevrijwaarde contracten hebben raakt.

Een verbreding van de basis voor de mbi-korting zou deze effecten kunnen beperken en daarom is ook een variant van het gedifferentieerd mbi onderzocht waarbij omzet- en plafondcontracten niet voor 100% gevrijwaard zijn maar slechts voor 95% per zorgaanbieder. Dit blijkt inderdaad tot duidelijk lagere mbi-kortingspercentages te leiden en daardoor ook tot een lagere kans dat een korting fors oploopt voor een zorgverlener met relatief weinig gevrijwaarde contracten.

Net als bij het gedifferentieerd mbi met 100% vrijwaring blijven de totale zorgkosten behoorlijk stabiel. De mbi-korting stijgt door de bredere grondslag echter veel minder snel en dat is terug te zien in het aandeel aanbieders dat meer dan 5% van de totaalomzet gekort wordt zoals in onderstaande grafieken is getoond. Ongeveer 2% van de aanbieders wordt met een hoge korting geconfronteerd, waar dat in het gedifferentieerd mbi met 100% vrijstelling ongeveer 5% van de aanbieders betreft.



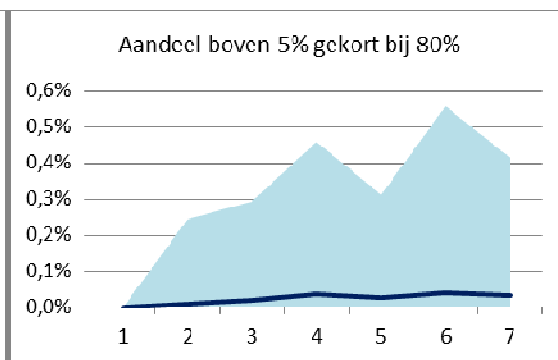
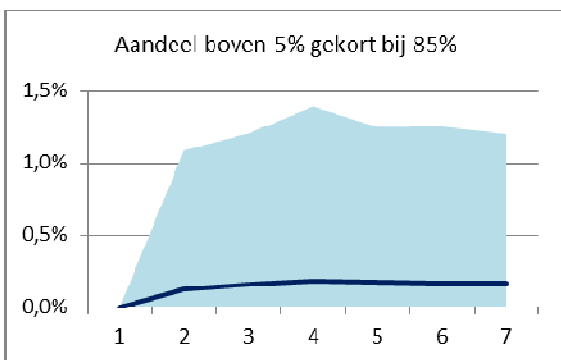
Wanneer in plaats van 95% van de omzet in gevrijwaarde (gelimiteerde) contracten 90% van die omzet gevrijwaard wordt, daalt het aandeel aanbieders met een korting van meer dan 5% van de totale omzet tot minder dan 1%.



Toelichting bij de grafiek:

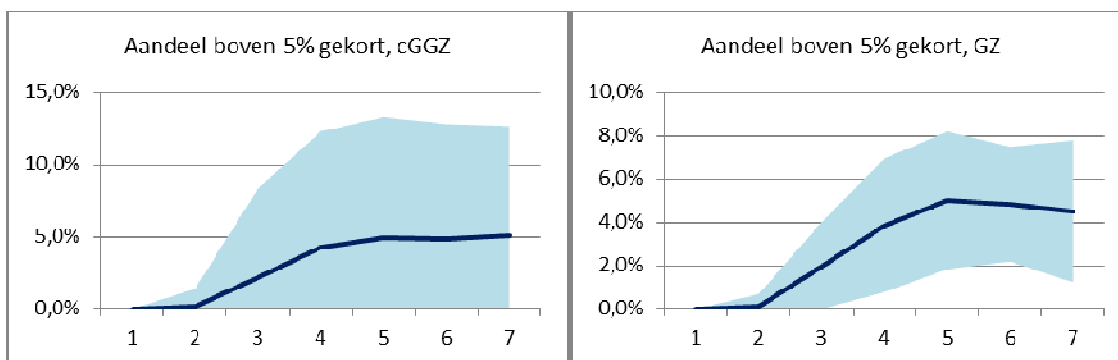
Aandeel van zorgaanbieders met een mbi kortingspercentage boven 5% per jaar uitgaande van 90% vrijwaring per aanbieder

Als het percentage vrijwaring verder verlaagd wordt tot 85% of 80% daalt het aandeel zorgverleners dat meer dan 5% van de totale omzet gekort wordt verder tot respectievelijk ca 0,2% en circa 0,05%.



Voor de cGGZ- en GZ-sector zijn soortgelijke effecten waar te nemen.

Het aandeel zorgverleners dat meer dan 5% van de omzet gekort wordt, is beduidend lager dan in de variant met een vrijwaring van 100%. Waar dat aandeel voor bijvoorbeeld de cGGZ-sector in de variant met 100% vrijwaring in zeven projectiejaren stijgt naar 10%, stijgt dat aandeel bij een vrijwaring van 95% nog tot 5%. In de GZ-sector daalt het aandeel fors gekorte zorginstellingen nog sterker door de vrijwaring van 95% i.p.v. 100%. Waar het aandeel in de variant met 100% vrijwaring in 7 jaar stijgt naar 20% is in de variant met 95% vrijwaring na 5 jaar een top bereikt met 5% van de zorgverleners die een korting krijgt die meer dan 5% van de omzet bedraagt.

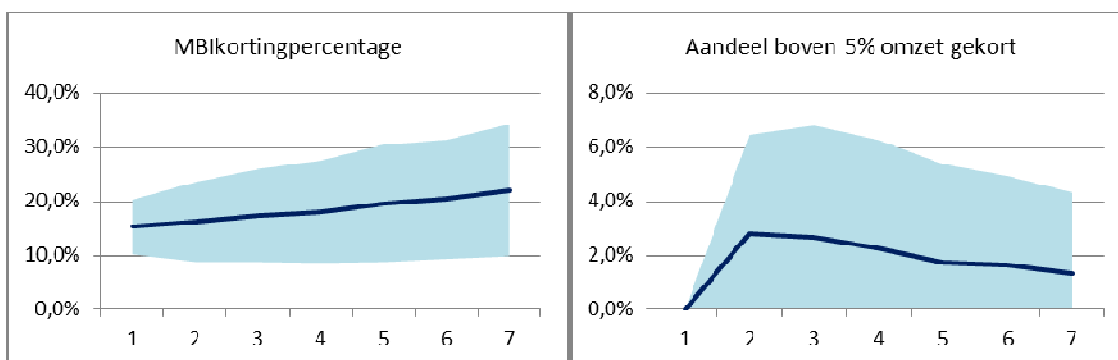


Uiteraard dalen deze percentages verder wanneer het vrijwaringspercentage verder teruggebracht wordt. In de bijlagen zijn de bovenstaande grafieken ook opgenomen voor de varianten waarin de vrijwaring beperkt wordt tot respectievelijk 90%, 85% en 80%.

4.4.3. Gedifferentieerd mbi met gedeeltelijke vrijwaring van omzet-, plafond en p maal q -contracten

Uit de interviews bleek dat er bij sommige verzekeraars de wens bestaat om ook open einde contracten (p maal q -contracten) te kunnen vrijwaren zodat alleen ongecontracteerde aanbieders volledig door een mbi-korting geraakt zouden worden. Aangezien een gedeeltelijke vrijwaring hiervoor ruimte lijkt te bieden is nader onderzocht wat het effect van 95% vrijwaring van omzet-, plafond en open einde-contracten is. Hierbij is voor open einde-contracten aangenomen dat in het contract een verwachte omzet wordt afgesproken waarop het percentage van 95% vrijwaring van toepassing is. Omzet boven de verwachte omzet is dus volledig onderhevig aan de mbi-korting.

De resultaten zijn in onderstaande grafieken samengevat.



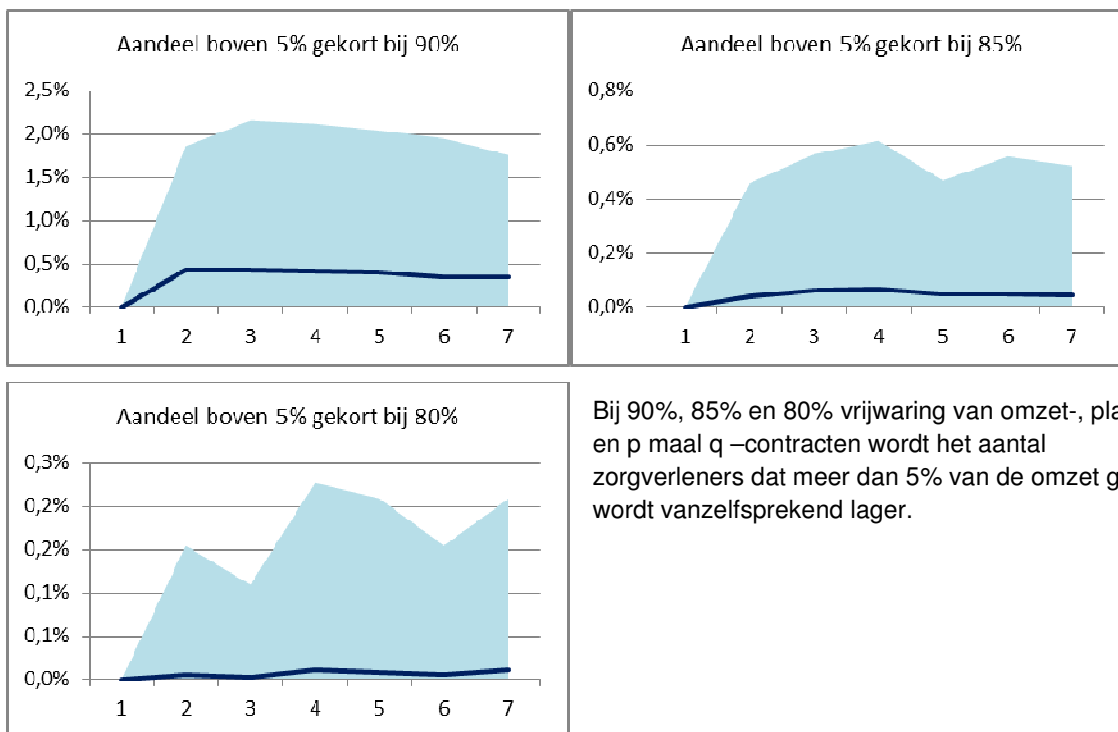
Toelichting bij linker grafiek:
Toegepaste mbi kortingspercentage per jaar

Toelichting bij rechter grafiek:
Aandeel van zorgaanbieders met een mbi kortingspercentage boven 5% per jaar

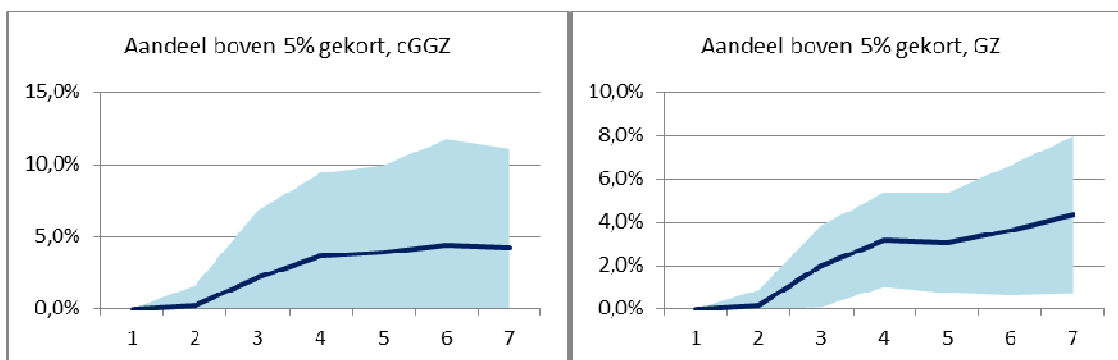
Wanneer wordt toegestaan dat open einde contracten tot een (vooraf) bepaalde omzet voor dat percentage gevrijwaard kunnen worden, leidt dit in eerste instantie tot een licht groter aandeel zorgverleners dat meer dan 5% op de omzet gekort wordt.

Na enkele jaren lijkt het beeld beter te worden dan wanneer open einde-contracten niet gevrijwaard kunnen worden. De oorzaak hiervan is dat de mbi-korting nu voor het overgrote deel bij de kleine groep zorgverleners die voornamelijk ongecontracteerde zorg aanbiedt neerslaat. Dit is een beperkt aantal aanbieders waardoor het aantal zorgaanbieders met forse kortingen vanzelf ook beperkt blijft. Het mbi-

kortingspercentage is hoger dan wanneer p maal q -contracten niet gevrijwaard worden. Vrijwaring van p maal q -contracten leidt er dus toe dat een kleiner aantal zorgverleners hogere kortingen krijgt.



Voor de cGGZ- en GZ-sectoren is eenzelfde beeld zichtbaar. Ook hier zijn de aandelen zorgverleners die een korting krijgen die meer dan 5% van de omzet bedraagt licht lager dan in de variant waarin P x Q-contracten niet gevrijwaard worden.



Uiteraard dalen deze percentages verder wanneer het vrijwaringspercentage verder teruggebracht wordt. In de bijlagen zijn de bovenstaande grafieken ook opgenomen voor de varianten waarin de vrijwaring beperkt wordt tot respectievelijk 90%, 85% en 80%.

4.5. Gevoeligheidsanalyses

Om het effect van gemaakte veronderstellingen te toetsen zijn verschillende gevoeligheidsanalyses uitgevoerd. In deze paragraaf worden de belangrijkste gevoeligheden beschreven die zijn gehanteerd om de verschillende aannames in het model te toetsen.

Een belangrijke veronderstelling in het onderzoek waarvoor geen gevoeligheidsanalyse gemaakt is, is de aanname dat een budgetoverschrijding plaatsvindt. Zonder budgetoverschrijding treedt het mbi namelijk niet in werking en kan ook niet onderzocht worden wat de effecten van verschillende vormgevingen van het mbi zijn. Het onderzoek betreft expliciet het effect van verschillende vormgevingen van het mbi, gegeven een overschrijding van het BKZ. Een eventueel getoonde overschrijding van het BKZ is derhalve geen uitkomst van het onderzoek, maar een aanname die nodig is om het onderzoek te kunnen uitvoeren. Een verschil in de ontwikkeling van de overschrijding kan wel toegerekend worden aan de onderzochte vorm van het mbi, echter de hoogte van de overschrijding zelf is niet als zelfstandig resultaat van het onderzoek te interpreteren. Om deze reden is ook geen gevoeligheidsanalyse op deze aanname uitgevoerd: zonder de aanname levert het model geen resultaten op.

4.5.1. Onderscheid naar sector

Gebleken is dat er geen significante afwijkingen zijn tussen sectoren MSZ, cGGZ en GZ. Dit is de reden waarom in het vervolg van dit hoofdstuk alleen verder ingegaan wordt op de sector MSZ. Verschillen in de afzonderlijke gevoeligheidsanalyse per sector zitten met name in de verdeling van de omvang en contractvormen, waardoor richting en uitkomsten in voorkomende gevallen kunnen verschillen. Deze verschillen zijn echter niet zodanig dat dit tot een andere beeld van de werking van dit model leidt.

4.5.2. Gevoeligheid voor gedragseffecten

Wanneer de gedragsregel “onderschrijding lumpsum” (gedragsreactie 1) uitgeschakeld wordt, blijkt het aantal zorgverlener dat een hoge mbi-korting krijgt duidelijk toe te nemen. Het aandeel zorgverleners dat een mbi-korting krijgt die hoger is dan 5% van de omzet neemt bijvoorbeeld toe van bijna 5 à 6% naar 18 à 19%. Het aandeel zorgverleners dat meer dan 10% van de omzet gekort wordt neemt toe van 0,5% naar 4,5%. Dit wordt veroorzaakt doordat het aandeel omzetcontracten niet meer snel daalt maar enigszins stijgt. De grondslag voor de mbi-korting wordt daardoor smaller en dat vertaalt zich in een mbi-kortingspercentage dat fors hoger is dan in de Ausgangssituatie. Zorgverleners die weinig gevrijwaarde contracten hebben worden dan flink geraakt doordat de hoge korting over een groot deel van hun omzet berekend wordt.

De gevoeligheid voor de gedragsregel “verhoging plafondcontract” (gedragsreactie 2) is een stuk lager maar heeft ook significante invloed. Het aantal zorgverleners dat een aanzienlijke mbi-korting opgelegd krijgt daalt namelijk sterk als deze gedragsregel niet van toepassing is. Dit komt vooral doordat de totale zorguitgaven minder stijgen omdat er vaker omzet boven de plafondgrens gerealiseerd wordt. De plafondhoogtes worden immers niet aangepast als er overschrijdingen geweest zijn, waardoor het vaker voor zal komen dat er nieuwe overschrijdingen zijn van het afgesproken plafond van de aanbieder. Die overschrijdingen leiden bij een plafondcontract niet tot extra betalingen en dus hoeft er ook minder korting via het mbi opgelegd te worden. Het mbi-kortingspercentage per aanbieder is dan ook beduidend lager.

Het gedragseffect “Verschuiving naar gevrijwaarde contracten bij mbi-korting” (gedragsreactie 3) heeft relatief weinig invloed op de modeluitkomsten. Wanneer het gedrag uitgeschakeld wordt blijkt het aantal zorgverleners dat een behoorlijke korting krijgt wel toe te nemen, maar niet veel. De toename wordt veroorzaakt doordat de totale zorgkosten meer toenemen dan in het basisscenario. Dat is weer het gevolg van een gelijkblijvend aandeel contracten die niet gevrijwaard zijn en waarvan de prijs zal toenemen als een mbi-korting opgelegd is. Die prijsstijging is terug te zien in een hogere mbi-korting, die vervolgens weer aanleiding is voor een verdere prijsstijging.

Dat het effect bij de gedragsreactie 3 niet zo sterk is blijkt ook wanneer de gedragsregel “Verhoging prijzen bij oplegging mbi-korting” (gedragsreactie 4) uitgeschakeld wordt. De totale zorguitgaven zijn in dit geval

licht lager dan in het basisscenario, en het aandeel ongecontracteerde zorg blijft iets hoger dan in het basisscenario. Dit komt doordat minder prijsverhogingen leiden tot minder mbi-kortingen. De lagere mbi-kortingen leiden vervolgens tot minder verschuiving naar gevrijwaarde contractvormen.

Bij de gedragsregels “onderschrijding lumpsum” en “Meer vrijwaring bij korting” wordt het gedrag niet zonder meer uitgevoerd. In het basismodel is er een kans van 50% dat het gedrag dat door één van beide contractpartijen gewenst is, ook geëffectueerd wordt. De gevoeligheid voor deze aannames is beperkt. Wanneer de kans gehalveerd wordt blijkt het aantal zorgverleners dat een aanzienlijke mbi-korting opgelegd krijgt ongeveer evenveel te dalen als wanneer het gedragseffect “Verhoging prijzen” wordt uitgeschakeld. Eenzelfde kansverdeling is toegepast op de gedragseffecten van mbi-kortingen. Deze aannames hebben slechts zeer beperkt effect op het model. Een halvering van de kans leidt tot modeffecten die nauwelijks significant te noemen zijn.

4.5.3. Gevoeligheid voor verdeling naar contractsvorm

De doorrekening van het model start met een uitgangssituatie. Afhankelijk van de uitgangssituatie kunnen effecten eerder of later optreden. Om de gevoeligheid hiervoor te analyseren is nagegaan wat een verschuiving van contractvorm betekent voor de uitkomsten. Tevens is nagegaan wat een andere verdeling van de relatieve omvang van zorgverleners voor effect heeft op de uitkomsten.

Wanneer 10% van de omzet in de omvangrijkste contract-categorie, plafondcontracten, verschoven wordt naar p maal q -contracten of ongecontracteerde zorg blijkt het aandeel zorgverleners dat aanzienlijk gekort wordt ongeveer te halveren. De oorzaak hiervan is de bredere grondslag voor de mbi-korting.

Passanten komen in het model altijd in de ongecontracteerde zorg terecht. Hierbij is aangenomen dat gemiddeld 1% van de omzet aan passanten geleverd wordt. Wanneer dit percentage verdubbeld wordt blijkt het aandeel zorgverleners dat aanzienlijk gekort wordt met ongeveer een kwart terug te lopen.

Ook de gevoeligheid voor de uitgangssituatie blijkt beperkt te zijn. Wanneer 9% van de omzet in de categorie “Grote ziekenhuizen” verdeeld wordt over de overige categorieën dan is het aandeel zorgverleners dat aanzienlijk gekort wordt een kwart tot de helft lager dan in het basisscenario.

In het model zijn ook aannames opgenomen t.a.v. de gemiddelde prijskorting naar contractvorming en de variantie van de omzet. Om de gevoeligheden van deze aannames te onderzoeken zijn beide parameters verdubbeld in waarde. Voor de prijskortingen blijkt het effect beperkt te zijn. De gevoeligheid voor de variantie van de prijzen is hoger maar nog steeds relatief beperkt. Bij een verdubbeling van de standaarddeviatie bleek het aandeel zorgverleners dat aanzienlijk gekort wordt gehalveerd te zijn ten opzichte van het basisscenario.

4.5.4. Samenvatting

Uit de gevoeligheidsanalyse komt naar voren dat het model in het bijzonder gevoelig is voor de gedragseffecten. Deze gedragseffecten zijn met experts in verschillende overleggen besproken en geconcludeerd is dat het gemodelleerde gedrag plausibel is.

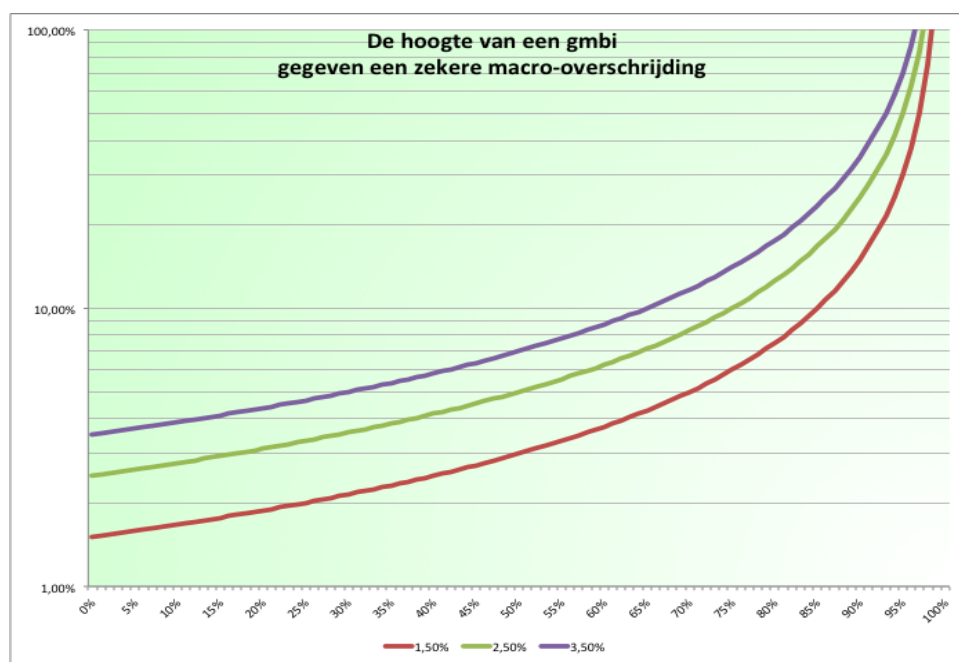
4.6. Deterministische benadering

Naast het geavanceerde simulatiemodel hebben we tevens een simpele deterministische uitwerking gemaakt om inzicht te geven in het maximale vrijwaringspercentage dat nodig is om te voorkomen dat aanbieders zonder vrijwaringscontract worden geconfronteerd met zeer hoge mbi-heffingen. Een deterministische benadering is een benadering die uitgaat van één mogelijke realisatie van de toekomst in tegenstelling tot een simulatiemodel waarbij een veelheid aan mogelijke realisaties worden afgeleid.

De mate waarin mbi-kortingen nog acceptabel zijn en niet “markt-belemmerend” worden geacht, is mede bepalend voor de mate waarin zorgverzekeraars op hun deel van de zorginkoop vrijwaringen mogen verstrekken. Wij doen in ons onderzoek geen uitspraak over de mate waarin een mbi-korting acceptabel is.

Uitgaande van een simpele deterministische aanpak kan het maximale percentage van de totale gecontracteerde zorg worden bepaald dat mag worden gevrijwaard bij een vooraf bepaalde maximaal acceptabele mbi-korting. Dit wordt nader geïllustreerd aan de hand van de volgende grafiek waarbij een drietal situaties zijn geschetst:

- Stel er is een macro-overschrijding van 1,5%
- Stel er is een macro-overschrijding van 2,5%
- Stel er is een macro-overschrijding van 3,5%



Toelichting:

- Op de horizontale as (X-as) is het percentage gevrijwaarde contracten opgenomen
- Op de verticale as (Y-as) is de mbi-korting die op de niet-gevrijwaarde omzet wordt toegepast als gevolg van een bepaalde macro-overschrijding (er zijn drie scenario's met verschillende macro-overschrijdingen uitgewerkt).

Deze grafiek laat zien, bij een veronderstelde macro-overschrijding van de kosten en een gegeven maximale korting die opgelegd mag worden, welk percentage van de zorginkoop door zorgverzekeraars kan worden gevrijwaard.

Illustratie maximale vrijwaring bij 1,5% overschrijding van macrobudget

Stel dat in het model als doel wordt gesteld dat een mbi-korting bij een aanbieder niet meer dan 10% van diens omzet mag bedragen en we houden rekening met maximaal 1,5% overschrijding van het macrobudget. In dat geval kan 85% van de zorginkoop onder de vrijwaring laten vallen. Het resterende 15% deel van de contracten dat niet onder de vrijwaring valt is groot genoeg om gegeven de maximale 1,5% overschrijding, de korting niet hoger dan 10% te laten uitvallen.

De raming van de maximale overschrijding van het macro-plafond wordt daarmee een belangrijke parameter in het bepalen van de maximale contractering onder vrijwaring. Als we bijvoorbeeld uitgaan van een maximaal acceptabele mbi-korting van 10%, dan leidt dit tot de volgende reactie:

Macro overschrijding	Maximale Vrijwarings% naar
0,5%	95%
1,5%	85%
2,5%	75%
3,5%	65%

De gedragseffecten die dat kan opleveren zijn ook wenselijk vanuit de optiek van het beheersen van macrokaders:

- indien het macroplafond niet of slechts beperkt wordt overschreden, dan kan er in hoge mate onder vrijwaring worden ingekocht. Dit reduceert prijsopdriving door het mbi en zorgt voor een betere beheersing van de macro-kosten.
- Indien het macrobudget meer dan maximaal verwacht wordt overschreden dan neemt de hoeveelheid zorg die onder vrijwaring kan worden ingekocht af en gaan de tarieven harder stijgen.

Uit deze analyse blijkt dat als macrorisicobeheersing vooraf niet goed mogelijk is via goed ramen dan moet het via het inperken van de ex ante vrijwaring. Een hogere mate van gewenste zekerheid omtrent de uitkomsten van de eventuele mbi-korting betekent dat er minder zorginkoop via gevrijwaarde contracten kan plaatsvinden.

De vertraging waarmee de nodige informatie om goed te ramen beschikbaar komt is tenslotte ook nog een risico voor het goed ramen van de macrokaders. De hiermee samenhangende onzekerheid heeft invloed op de haalbaarheid van een hoge mate van vrijwaring.

4.7. Conclusie

Een gedifferentieerd mbi kan leiden tot zeer hoge risico's voor met name kleinere en nieuwe zorgverleners. Doordat de onzekerheden in de zorguitgaven geconcentreerd worden bij een beperkt deel van de zorgaanbieders worden zorgverleners met relatief weinig gevrijwaarde contracten snel geconfronteerd met hoog oplopende kortingen. Naar verwachting wordt hierop geanticipeerd of gereageerd met prijsverhogingen wat de mbi-kortingen alleen maar hoger doet oplopen.

Uit de verrichte analyses met het simulatiemodel blijkt dat een gedifferentieerd mbi met 100% vrijwaring ertoe kan leiden dat een substantieel deel van de aanbieders met een hoge korting wordt geconfronteerd. Dit risico kan aanzienlijk worden teruggebracht door het vrijwaringspercentage te verlagen. Beperking van de vrijwaring tot bijvoorbeeld 95% of 90% van de omzet in gelimiteerde contracten vermindert de risico's aanzienlijk en biedt mogelijk ruimte om ook open einde-contracten voor vrijwaring in aanmerking te laten komen.

5. Procesontwerp en –schema

Op 5 juni 2012 verscheen het rapport van de Advies Commissie Macrobeheersinstrument. Dit rapport is in hoge mate bepalend in het denken over de mogelijkheden om de nadelen van het generiek macrobeheersinstrument weg te nemen. Een belangrijke conclusie van het rapport is dat vanwege het recht op zorg op geen enkele wijze af te dwingen is dat zorguitgaven onder alle omstandigheden binnen de grenzen van Budgettair Kader Zorg blijven. Om ervoor te zorgen dat het macrobeheersinstrument daadwerkelijk als ‘ultimum remedium’ wordt ingezet, heeft de commissie Baarsma belangrijke aanbevelingen gedaan met name rondom het contracteerproces.

Deze aanbevelingen zijn ook als uitgangspunt genomen voor de naderhand ontwikkelde ZN-bureauvariant. In dit hoofdstuk gaan we nader in op de aanbevelingen die in beide rapportages zijn opgesteld rondom het proces. Verder vormen deze aanbevelingen ook de context voor de wijze waarop wij de aan ons gestelde onderzoeksvragen hebben uitgewerkt.

Processtappen Commissie Baarsma

In de brief aan de Tweede Kamer geeft de Minister aan dat zij zich op hoofdlijnen kan vinden in het advies van de commissie Baarsma. Deze commissie doet in haar advies aanbevelingen om te komen tot wijzigingen in het proces van uitgavenbeheersing en contractering om daarmee de kans dat het mbi daadwerkelijk moet worden ingezet te reduceren.

De aanbevelingen uit het rapport van de commissie Baarsma zijn in beginsel algemeen geldend, ongeacht of de eventuele kortingsmaatregel bestaat uit een generiek of een gedifferentieerd mbi. De essentie van de adviezen is dat macro-overschrijdingen sowieso moeten worden voorkomen door enerzijds objectivering van de schattingen die ten grondslag liggen aan het BKZ en anderzijds effectieve beheersmaatregelen bij de contractering.

Processtappen ZN-bureauvariant

Een belangrijk verschil met het rapport van de commissie is dat het ZN alternatief er wel op is gericht om te komen tot een proces waarbij het huidige generieke mbi op een verantwoorde wijze kan worden vervangen door een gedifferentieerd mbi. Hierbij komt een belangrijke verantwoordelijkheid te liggen bij de zorgverzekeraars die een centrale rol hebben bij het onder vrijwaring contracteren en bij de NZa die onder meer vooraf moet toetsen of de contracten de macro-kaders niet overschrijden. ZN identificeert hierbij 12 processtappen.

5.1. Synthese van het advies Baarsma en de ZN-bureauvariant

In onderstaande tabel wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste elementen van het advies van de commissie Baarsma en de ZN-bureauvariant, met daarbij de belangrijkste aandachtspunten voor de verdere uitwerking.

Processtap	Commissie Baarsma	ZN-bureauvariant	Aandachtspunten
Vaststellen BKZ/MPB	<ul style="list-style-type: none"> Eind mei jaar (t-1) Aanpassing begrotingscyclus expliciet benoemd 	<ul style="list-style-type: none"> 1 april jaar (t-1) Geen uitwerking transformatie van BKZ naar MPB Aanpassing begrotingscyclus niet benoemd (uitgangspunt?) 	<ul style="list-style-type: none"> Moment van vaststellen van het BKZ; Informatie vertraging irt begrotingsbeleid Vertaling van het BKZ naar het MPB Indeling van ex-ante budget naar sectoren waarvoor een macroplafond geldt
Toedeling budgetruimte per verzekeraar	<ul style="list-style-type: none"> Zorgverzekeraars obv verzekerdenkenmerken 	<ul style="list-style-type: none"> Obv ex-ante vereveningsmodel (voorbehoud voor kwaliteit hiervan) 	<ul style="list-style-type: none"> Kwaliteit van het ex-ante risico vereveningsmodel; Mogelijkheid tot uitwisseling binnen concerns Complexiteit bij gecombineerde zorginkoopcombinaties
Zorginkoop	<ul style="list-style-type: none"> 6 weken voor aanvang jaar t Mogelijkheid tot contractering boven budgetruimte verschillende financieringsbronnen Vrijwaring obv omzetcontracten Vooraf gecommuniceerde criteria 	<ul style="list-style-type: none"> 15 november jaar (t-1) Contractering binnen budgetruimte Vrijwaring obv contracten met afspraken over prijzen, maximale zorgkosten, kwaliteit, toegankelijkheid en wachtlijsten 	<ul style="list-style-type: none"> Overcontractering; Onzekerheden tussen geplande inkoop en realisatie Invulling contracteeruimte door zorgverzekeraar. Good contracting Tijdigheid contracteerproces
Toets Nza	<ul style="list-style-type: none"> Aan risicovereningsmodel toebedachte bestedingsruimte In verlengde van controle op modelovereenkomsten 	<ul style="list-style-type: none"> Informatie gesloten contracten irt beschikbare eigen ruimte Bevestiging van afgegeven vrijwaringen 	<ul style="list-style-type: none"> Inhoud toets NZa Impact vrijwaring "onder voorbehoud"

Processtap	Commissie Baarsma	ZN-bureauvariant	Aandachtspunten
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tijdstip en doorlooptijd toets NZa ▪ Impact overschrijding toets
Realisatie en bijsturing	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wijzigingen zijn ondernemingsrisico onderdeel onderhandelingen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mogelijkheid tot verschillende aanpassingen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ verzekerdemobiliteit ▪ prijs- en loonstijgingen ▪ discrepantie in gecontracteerde zorgvraag
Vaststellen macrokosten en gedifferentieerd mbi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voor rekening zorgverzekeraars 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voor rekening zorgaanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ productie boven het plafond in een plafondcontract ▪ vaststellen en toewijzen van de overschrijding ▪ methode van redresseren van mbi-kortingen

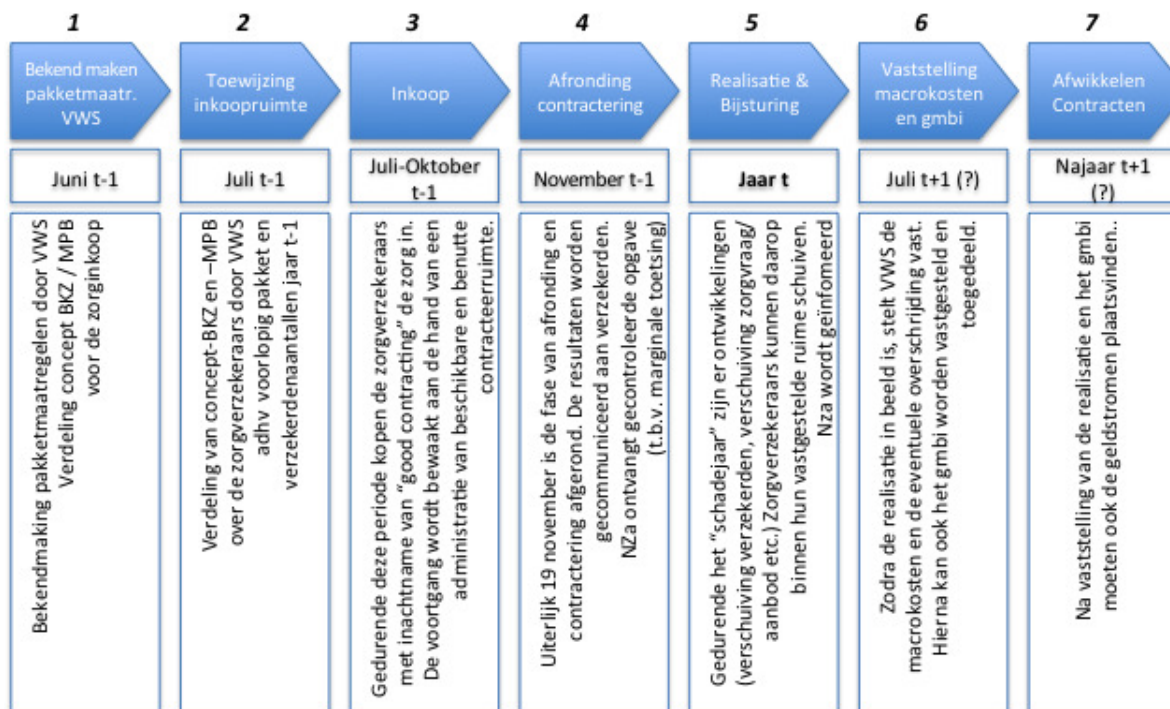
5.2. Procesontwerp

Zoals uit voorgaand overzicht blijkt, doorlopen het advies van de commissie Baarsma en de ZN-bureauvariant min of meer dezelfde stappen. De ZN-bureauvariant gaat daarbij wat verder in de uitwerking omdat het erop gericht is om toepassing van het gedifferentieerde mbi mogelijk te maken. Om deze reden geeft de ZN-bureauvariant het meeste richting aan de uitwerking waarmee wij aan de slag zijn gegaan.

Een belangrijk thema in ons onderzoek is het invulling geven aan de belangrijkste randvoorwaarden:

- 1) het gedifferentieerde mbi moet haar doel realiseren, namelijk het effectief redresseren van macro budgettaire overschrijdingen en een meer ‘faire’ verdeling van de korting uit hoofde van macro-overschrijdingen.;
- 2) het vrijwaren van omzetcontracten van kortingen door het mbi moet niet leiden tot de facto uitsluiting van kleinschalige gespecialiseerde aanbieders die kwalitatief goede zorg leveren tegen betere prijzen;
- 3) het proces van inkoop van zorg door zorgverzekeraars moet op microniveau hanteerbaar zijn, leiden tot een effectieve bewaking en voorts moeten onnodige administratieve lasten worden voorkomen;
- 4) het proces van contracteren moet voldoende waarborgen bieden dat de (macro-)kosten binnen het Budgettair Kader Zorg (“BKZ”) blijven, zodat het minder waarschijnlijk is dat het mbi moet worden ingezet.

Bij het ontwerpen van het proces hebben we nadrukkelijk met de bovenstaande randvoorwaarden rekening gehouden. Deze hebben we ook betrokken bij onze kwantitatieve analyses uit hoofdstuk 4 en daaruit komt het volgende processchema naar voren:



Overigens spelen bij diverse stappen in dit processchema nog ingewikkelde uitwerkings- en uitvoeringsvragen die nader onderzocht moeten worden, maar buiten de scope van dit onderzoek vallen.

5.3. Contractering en inkoop van zorg

Het inkopen van zorg staat in dit geval voor het contracteren van zorgaanbieders. Dat kan plaatsvinden door middel van verschillende contractsvormen. Voor de zorgverzekeraars is het hierbij van belang om ervoor te zorgen dat de zorg die op basis van aanneemsommen en plafondcontracten wordt gecontracteerd en de overige zorg in beginsel niet het aandeel van de verzekeraar in het mpb overschrijden.

Verwacht mag worden dat zorgverzekeraars interne beheersingsmaatregelen gaan ontwikkelen om te kunnen bewaken in welke mate de hun toegekende financiële ruimte wordt gevuld. Deze administratie hebben verzekeraars ook nodig om bewuste beleidskeuzes te maken en operationeel te vertalen, alsmede voor de verantwoording richting de NZa.

Bij zorginkoop en het contracteren van zorgaanbieders komen diverse operationele en uitvoeringstechnische issues aan de orde. Zolang deze door de verzekeraar zelf kunnen worden opgelost zonder negatieve impact op de macrokosten of doelmatigheid van de zorg is het op voorhand niet wenselijk dat NZa of de Minister daarbij aanvullende regels stellen.

Wat meer fundamenteel van aard zijn de volgende issues:

- *Onzekerheden tussen geplande inkoop en realisatie*
- *Invulling contracteerruimte door zorgverzekeraar*
- *Andere aspecten als tijdigheid contracteerproces, good contracting en overcontractering*

Bij het contracteren van zorgaanbieders is wenselijk om ook adequaat te begroten voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorglasten. In paragraaf 5.3.2. gaan we specifiek in de actuariële wijze van begroten van de ruimte die nodig is voor noodzakelijke reservering binnen de contracteerruimte.

5.3.1. *Onzekerheden tussen geplande inkoop en realisatie*

Mede aan de hand van historische data, trends en vertaling van nieuwe ontwikkelingen kan zorginkoop plaatsvinden. Hierbij is het eenvoudiger om goede volumes af te spreken bij geconcentreerde en frequente zorg dan bij gespreide en minder frequente zorg. Door 'de wet van de grote getallen' zal de in te kopen zorg op het niveau van geheel Nederland en op het niveau van de meeste zorgverzekeraars redelijk voorspelbaar zijn. Hoe meer echter wordt afgedaald naar microniveau (van zorgverzekeraars naar zorgaanbieders, naar productgroepen), des te groter wordt de volatiliteit.

Naarmate de spreiding en de volatiliteit toenemen, zal de allocatie van het toegewezen budget voor in te kopen zorg steeds lastiger worden. Met name in die regio's waar verzekeraars een beperkte dekking qua aantal verzekerden hebben zal dit een probleem vormen. De kleinere (restitutie-)verzekeraars zijn in die zin in het nadeel ten opzichte van de grotere verzekeraars met een geconcentreerde dekking. Dit onderscheid bestaat overigens ook al enigszins in de huidige situatie.

Bij de contractering vinden onderhandelingen op het laagste niveau van (groepen van) producten plaats, waarbij de meest onzekere productie wellicht nooit in een plafondcontract zal landen. Omdat zorgverzekeraars beseffen dat deze moeilijk voorspelbare productie wel jaarlijks voorkomt, zullen zij daarvoor budgettaire ruimte moeten reserveren.

Daarnaast zijn er nog een aantal onzekerheden te voorzien:

- restitutieगत

- buitenlandgat
- niet voorzienbare ontwikkelingen

Het *restitutiegat* ontstaat wanneer verzekerden hun zorg ontvangen van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Indien zij een restitutiepolis hebben, dan hebben zij het recht op vergoeding van deze zorg (al dan niet tot een zeker maximum). Dit restitutigat bestaat nu ook nog onder het 'oude' artikel 13 Zvw, waarbij ook natura-verzekerden recht hebben op een zekere mate van restitutie als zij elders zorg betrekken. Overigens ook in het nieuwe artikel 13 kunnen natura-verzekerden nog recht hebben op restitutie, maar dan moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan, waaronder bijvoorbeeld acute niet planbare zorg.

Het *buitenlandgat* ontstaat wanneer verzekerden in het buitenland verblijven en ter plekke acute niet planbare medische hulp nodig hebben of wanneer Nederlandse verzekerden in het buitenland (mogelijk wel planbare) medische zorg inkopen, al dan niet met een restitutiecontract. Buitenlandse zorgaanbieders vallen niet onder de mbi-korting. Het *buitenlandgat* wordt overigens door de meeste verzekeraars als beperkt ingeschat.

De "*niet voorzienbare ontwikkelingen*" is in het ZN rekenvoorbeeld ingezet op ca. 3,3%. Dit lijkt een tamelijk hoge schatting. Om tot een goede schatting te komen zijn actuariële berekeningen noodzakelijk en data die we in het kader van dit onderzoek niet beschikbaar hebben. De noodzakelijke ruimte voor onvoorzien omstandigheden kan overigens per zorgverzekeraar variëren, waarbij in het algemeen zal gelden dat deze ruimte bij grotere verzekeraars kleiner zal uitkomen dan bij kleinere zorgverzekeraars waar de volatiliteit wellicht wat groter zal blijken. De "*niet voorzienbare ontwikkelingen*" verschilt in in te kopen niet-frequente zorglasten, zoals bijzondere omstandigheden (*denk aan de 'Volendam'-ramp*). In dergelijke situaties springt de overheid doorgaans bij. In het kader van een andere discussie ("Solvency II") is ook vastgelegd dat de 'kan'-bepaling bij 'catastrofes' zal worden vervangen door een 'zal' bepaling. Dit betekent dus dat bij het bepalen van de risicogebaseerde kapitaalseis onder Solvency II ervan uit mag worden gegaan dat de overheid altijd bijspringt in bijzondere situaties. Als gevolg van dit uitgangspunt hoeft voor dit soort bijzondere situaties geen risico-opslag toegepast te worden bij de bepaling van de kapitaalseis.

Uit onze gesprekken met zorgverzekeraars komt naar voren dat de genoemde onzekerheden (*restitutiegat, buitenlandgat en incidentele rampen*) veelal slechts een klein deel van de totale zorgkosten betreffen, waarbij wij onze interpretatie is dat deze onzekerheden verantwoordelijk zijn voor ruim minder dan 1% van de totale zorglasten.

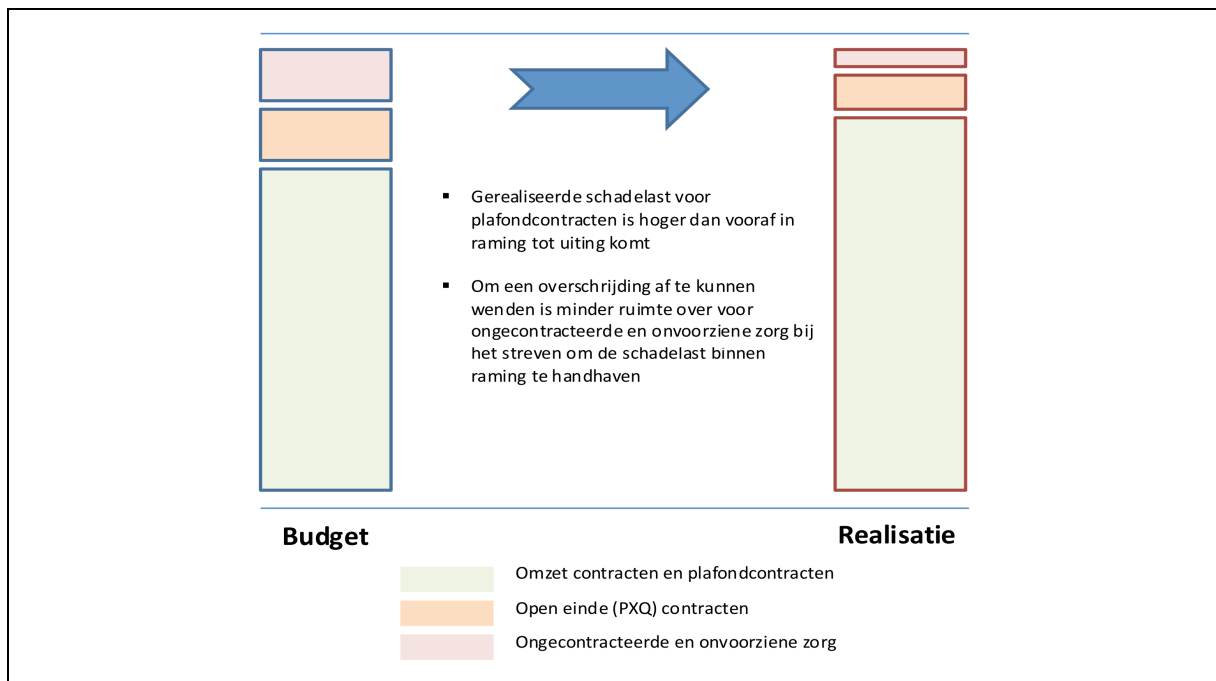
In de volgende paragraaf gaan we nog nader in op de wijze waarop bij de contractering gereserveerd moet worden voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorglasten.

5.3.2. Invulling contracteeruimte door zorgverzekeraars

Een belangrijk vraagstuk is hoe een zorgverzekeraar rekening kan houden met onzekerheid bij de bepaling van de raming voor ongecontracteerde en onvoorzien zorg.

Er geldt dat de gerealiseerde schadelast gerelateerd aan plafondcontracten¹⁹, open einde contracten en ongecontracteerde zorg hoger kan zijn dan vooraf is geraamd en gereserveerd. Op basis van de totale onzekerheid van de schadelast kan inzichtelijk worden gemaakt hoeveel extra ruimte gereserveerd moet worden voor deze onzekerheid.

Onderstaand voorbeeld laat zien dat als de gerealiseerde schadelast gerelateerd aan met name plafondcontracten²⁰ groter wordt er minder ruimte over is voor niet-gevrijwaarde contracten (uitgaande van de ZN-bureauvariant betreft dit ongecontracteerde, onvoorziene zorg en open einde contracten).



Om vooraf met voldoende zekerheid te kunnen reserveren voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorg en eventuele open einde contracten, is het noodzakelijk om inzicht te hebben in de onzekerheid van de schadelast.

De richtlijn Solvency II (2009/138/EC), die in 2009 gepubliceerd is, vormt met ingang van 1 januari 2016 de basis voor de kapitaalvereisten van verzekeraars. In deze richtlijnen is voorgeschreven dat verzekeraars voldoende kapitaal aanhouden dat zij met 99,5% zekerheid tegenvallers op kunnen vangen. Om het benodigde kapitaal te kwantificeren hebben de Europese toezichhouders een model ("het Solvency II standaard model") ontwikkeld die de belangrijkste onzekerheden in kaart brengt. Daarmee biedt dit model concrete handvatten om invulling te geven aan de onzekerheden in de ramingen van de schadelast.

¹⁹ Voor plafondcontracten kunnen overschrijdingen voorkomen van de ruimte die verzekeraars hiervoor (op basis van ramingen) hebben gereserveerd. Het is immers aannemelijk dat verzekeraars bij het bepalen van de raming uitgaan van zorgkosten die lager zijn dan de som van de omzetplafonds per gecontracteerde aanbieder.

²⁰ Het kenmerk van omzetcontracten/aanneemsommen is dat er zowel naar 'onderen' toe, als naar 'boven' toe een 'cap' op zit, dus op deze contracten kan geen overschrijding plaatsvinden van de ruimte die verzekeraars hiervoor reserveren. Voor plafondcontracten kunnen wel overschrijdingen van deze ruimte optreden, omdat de geraamde schadelast voor deze contracten doorgaans lager zal zijn dan de som van de omzetplafonds die contractueel zijn vastgelegd.

Een van de gemodelleerde onzekerheden, is gerelateerd aan risico dat de toekomstige gerealiseerde schadelast voor (Nederlandse) zorgverzekeraars afwijkt van de raming. Gebruikmakend hiervan kan worden bepaald hoeveel kapitaal een verzekeraar vooraf moet reserveren om er zeker van te zijn dat altijd genoeg “financiële ruimte” wordt gereserveerd voor “niet-gevrijwaarde zorg”.

Uitgaande van de inzichten uit het Solvency II standaard model en de door De Nederlandsche Bank geïnitieerde Parallel Run in 2012 kunnen de volgende parameters worden afgeleid

- De standaard deviatie van de schadelast voor een gemiddelde Europese zorgverzekeraar (op het niveau van risicodragers) bedraagt 5% per jaar.
- Voor een Nederlandse zorgverzekeraar geldt een lagere onzekerheidsmarge dan voor een gemiddelde Europese verzekeraar in verband met het Nederlandse vereveningsstelsel. Hiervoor is afslag ingeschat van 28%. Een en ander betekent dat de geschatte standaarddeviatie van de schadelast wordt verlaagd tot gemiddeld 3,6% op het niveau van risicodragers.

Zoals blijkt uit hoofdstuk 3 vindt zorginkoop in de praktijk plaats op concernniveau. De andere verzekeraars (DSW tot en met 2013) kochten zelf in, in de eigen regio en landelijk via Multizorg. Onderstaande tabel toont een overzicht van de inkoopcombinaties zoals per 2012 van toepassing was.

Tabel Concernindeling zorgverzekeraars 2012

Inkoopcombinaties	Zorgverzekeraars
Multizorg VRZ	– DSW Zorgverzekeraar – ASR Verzekeringen – ONVZ Zorgverzekeraar – Eno zorgverzekeraar – Zorg & Zekerheid
VGZ	– Cares Gouda – IZZ – IZA – Trias – UMC – Univé Zorg – VGZ
Menzis	– AnderZorg – Menzis – Azivo
Achmea	– Avéro – Interpolis – OZF – De Friesland – Zilveren Kruis – Agis – FBTO
CZ	– Delta Lloyd – OHRA Ziektekostenverzekeringen – OWM CZ – OHRA Zorgverzekeringen

Bron: NZa, aanlevering contractprijzen

Indien de onzekerheid vanuit het niveau van inkoopcombinatie (verzekeringsconcern of Multizorg) wordt beschouwd, zullen de onzekerheden aanzienlijk lager zijn door diversificatie tussen de schadelast van de risicodragers onderling. Dit leidt tot de volgende twee varianten met aannames die we hebben doorgerekend.

Variant	Toelichting
Zonder diversificatie tussen risicodragers onderling (prudent)	De standaarddeviatie van de schadelast bedraagt 3,6%
Er wordt geen diversificatie verondersteld tussen de onderlinge risicodragers	Dit komt overeen met het Solvency II Standaard model toegepast op het niveau van risicodragers

Variant	Toelichting
Met diversificatie tussen risicodragers onderling (optimistisch) Er wordt uitgegaan van diversificatie tussen risicodragers binnen een concern	De standaarddeviatie van de schadelast bedraagt 1,3% . Er wordt hierbij rekening gehouden met diversificaties tussen verschillende entiteiten. Wanneer elke entiteit een eigen ruimte zal bepalen, zal de som der delen groter zijn dan het geheel, vanwege schaalvoordelen en diversificatie. De standaarddeviatie in deze variant is gelijkgesteld aan de standaarddeviatie van de overschrijding van het BKZ voor medisch specialistische zorg over alle verzekeraars heen (zie sectie 4.3.3).

Onder een gedifferentieerd mbi met 100% vrijwaring zullen verzekeraars bij het inkopen van zorg voldoende rekening moeten houden met het feit dat er financiële ruimte nodig is voor ongecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg die niet op basis van omzet- of plafondcontracten wordt geleverd. Ervan uitgaande dat verzekeraars de onzekerheid omtrent de schadelast voor gecontracteerde zorg al incalculeren bij het ramen van gecontracteerde zorg, kan gesteld worden dat er een risico bestaat dat de zorgkosten te laag worden gebudgetteerd en dat daardoor onvoldoende ruimte overblijft voor ongecontracteerde zorg.

We hebben een voorbeeld uitgewerkt waarin een Zorgverzekeraar een totaal budget voor zorginkoop heeft van 100. Hiervan wordt geschat dat een totaal bedrag van 3 nodig zal zijn voor ongecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg die niet op basis van omzet- of plafondcontracten wordt geleverd. Deze 3 is echter onzeker. Om voldoende rekening te houden met een benodigde marge rekening houdend met onzekerheden in de gerealiseerde schadelast is het nodig dat een extra bedrag wordt gereserveerd voor ongecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg die niet op basis van omzet- of plafondcontracten wordt geleverd om met de gegeven zekerheid het budget niet te overschrijden.

In de onderstaande tabel wordt de benodigde marge ingeschat uitgaande van de parameters die zijn afgeleid uit het Solvency II standaard model. Er zijn twee varianten uitgewerkt, waarbij rekening is gehouden met diversificatie tussen onderlinge risicodragers:

- Optimistisch: Standaarddeviatie van schadelast bedraagt 1,3% per jaar
- Prudent / conservatief Standaarddeviatie van schadelast bedraagt 3,6% per jaar

Aangezien zorginkoop van zorgverzekeraars op concernniveau plaatsvindt, is het aannemelijk om te veronderstellen dat de bepaling van de ruimte voor ongecontracteerde zorg op concernniveau plaatsvindt. Daarom hebben we in de basis gerekend met het “optimistische scenario” in de onderstaande tabel.

Zekerheid	(1) Gebudgetteerde zorgkosten (totaal)	(2) Gebudgetteerde niet-gevrijwaarde zorgkosten ²¹	(3) = (1) + (2) Gebudgetteerde gevrijwaarde zorgkosten	(4) = (2) / (1) % niet gevrijwaarde zorg
Scenario ==>	Optimistisch Standaarddeviatie zorgkosten = 1,3% per jaar			
Verwachting (doelstelling)	100,0	3,0	97,0	3,0%

²¹ Afgeleid als Verwachtingswaarde (=3) + Vereiste marge bij stdev = 1,3% en bijbehorende confidence level

Zekerheid	(1) Gebudgetteerde zorgkosten (totaal)	(2) Gebudgetteerde niet-gevrijwaarde zorgkosten ²¹	(3) = (1) + (2) Gebudgetteerde gevrijwaarde zorgkosten	(4) = (2) / (1) % niet gevrijwaarde zorg
80,0%	100,0	4,1	95,9	4,1%
90,0%	100,0	4,6	95,4	4,6%
95,0%	100,0	5,1	94,9	5,1%
97,5%	100,0	5,5	94,5	5,5%
99,0%	100,0	6,0	94,0	6,0%
99,5%	100,0	6,3	93,7	6,3%

Voorgaande tabel geeft weer hoeveel financiële ruimte gereserveerd moet worden voor ongecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg, die niet op basis van omzet- of plafondcontracten geleverd wordt, om met een gegeven zekerheid het totale budget aan zorgkosten niet te overschrijden.

Uit de cijfers kan worden afgeleid dat verzekeraars een behoorlijke extra marge moeten reserveren naarmate het gewenste zekerheidsniveau toeneemt. Bij een doelstelling (verwachtingswaarde) van **3%** voor niet-gevrijwaarde zorg dient uiteindelijk een ruimte te worden gereserveerd van **4,1%** tot **6,3%** ²² om met een toenemende zekerheidsmarge van 80% tot 99,5% binnen de beschikbare financiële ruimte te blijven. Indien wordt gerekend met voorzichtige / prudente uitgangspunten resulteert dit in een veel grotere te reserveren ruimte. Uit onze berekeningen is afgeleid dat bij een doelstelling (verwachtingswaarde) van **3%** voor niet-gevrijwaarde zorg uiteindelijk een ruimte zou moeten worden gereserveerd van meer dan 10% (bij zekerheidsmarges van 97,5% en hoger).

Aan het in feite al vooraf in mindering brengen van mogelijke overschrijdingen (die zich met een bepaalde kans kunnen voor doen) op de ruimten die verzekeraars hebben voor aanneemsommen en plafondcontracten, wordt er in dit model een bepaalde mate van zekerheid ontleend dat er zich achteraf geen overschrijdingen van de beschikbare ruimten per verzekeraar zullen voordoen.

Veronderstelling die aan de genoemde zekerheidsniveaus van 80%, 97,5% en 99,5% ten grondslag ligt, is dat er vanuit de gevrijwaarde contracten (aanneemsommen en plafondcontracten) geheel geen druk op het macrokader kan ontstaan. Ter nuancering, moet hierbij echter wel worden opgemerkt dat deze veronderstelling in de praktijk niet 100% op zal gaan, zeker gelet op de zorgplicht van verzekeraars. Ook in een situatie van gecontracteerde zorg door middel van plafondcontracten kan er druk op het macrokader ontstaan. Zo kan er druk ontstaan om de plafonds te verhogen of (als dat niet gebeurt en de grens van de plafonds is bereikt) is het ook mogelijk dat er hierdoor extra vraag weglekt naar ongecontracteerde aanbieders of aanbieders met een open einde-contract (zie ook paragraaf 5.3.3).

Hoewel er een (lastig te kwantificeren) kans is dat dit soort scenario's plaatsvinden, is bij het vaststellen van de genoemde zekerheidsniveaus (van 80 tot 99,5%) verondersteld dat dit soort scenario's geheel zijn uitgesloten. In werkelijkheid zal de zekerheid dat de zorguitgaven van verzekeraars binnen hun vooraf bepaalde financiële ruimten zullen blijven, dus minder groot zijn dan de genoemde 80 tot 99,5% en moet er

²² De te reserveren ruimte is verwachting van uitgaven aan niet-gevrijwaarde zorg plus 'x' maal de gekozen standaarddeviatie, waarbij de waarde van 'x' afhankelijk is van het gewenste zekerheidsniveau. Bij een gewenst zekerheidsniveau van 84,1% is dat één maal de standaarddeviatie, bij een gewenst zekerheidsniveau van 97,7% is dat twee maal de standaarddeviatie en bij een gewenst zekerheidsniveau van 99,9% is dat drie maal de standaarddeviatie.

dus ook bij deze hoge zekerheidsniveaus rekening worden gehouden met een kans op een macro-overschrijding

Verder moet opgemerkt worden dat hiervoor genoemde standaarddeviaties (van 1,3% en 3,6%) zijn gebaseerd op de totale schadelast. Wanneer onderscheid gemaakt wordt naar gecontracteerde en ongecontracteerde zorg, waarbij verondersteld zou kunnen worden dat gecontracteerde zorg voorspelbaarder (minder volatiel) is dan ongecontracteerde zorg (zowel 'naar boven' als 'naar onderen' toe), dan zijn de hiervoor genoemde standaarddeviaties mogelijk aan de lage kant. Reden hiervoor is dat in dat geval de volatilititeit van de totale zorguitgaven voor een groter deel wordt bepaald door het relatief kleine deel ongecontracteerde zorg en zorg die wordt geleverd op basis van openeindecontracten (waarvan de volatilititeit naar verwachting relatief hoog is). Nadere informatie en onderliggende data over de volatilititeit gesplitst per categorie zorguitgaven ontbreekt momenteel echter; hiervoor is nader onderzoek nodig. Het valt dan ook aan te bevelen om initieel, totdat meer informatie en onderzoek hierover beschikbaar is, uit te gaan van scenario's met een hoge zekerheidsmarge.

Het is dus de vraag of de Solvency II parameter voldoende representatief is als basis voor de bepaling van de te reserveren ruimte voor ongecontracteerde zorg en zorg geleverd op basis van openeindecontracten. Daarvoor zou nader onderzoek nodig zijn. Als het gaat om de mate van volatilititeit op de contractsoorten moet geconstateerd worden dat daartoe de historie nog beperkt is om deze te bepalen. Vooralsnog kan op totaalniveau deze volatilititeit worden bepaald aan de hand van objectief vastgestelde Solvency II parameters.

De berekeningen in deze paragraaf laten zien dat een doelstelling om voldoende geld te hebben gereserveerd voor ongecontracteerde zorg en gecontracteerde zorg die niet op basis van omzet- of plafondcontracten wordt geleverd ertoe leidt dat aanzienlijk meer moet worden gereserveerd dan de verwachting.

Dit bevestigt naar onze mening het beeld wat uit de interviews met zorgverzekeraars naar voren is gekomen, namelijk dat de onzekerheden onderliggend aan de ramingen over zorguitgaven groot zijn.

5.3.3. Benutting plafondcontracten

Door de eerder genoemde Solvency II parameter te hanteren, gaan we uit van de volatilititeit van de totale schadelast (zorgkosten). De volatilititeit van ongecontracteerde zorg zal mogelijk hoger zijn dan die van gecontracteerde zorg (en daarmee van het totaal). Desalniettemin is het gebruik van een parameter op totaal niveau te rechtvaardigen, omdat alleen overschrijdingen op de totale zorglast tot overschrijdingen kunnen leiden. Met andere woorden, indien de ongecontracteerde zorg bij voorbeeld verdubbelt, maar dit betreft verplaatsing van zorglasten die onder plafondcontracten al werden voorzien, dan heeft dit geen impact op de som van de zorglasten.

Hierin schuilt evenwel ook enig risico. Het hoeft namelijk niet altijd zo te zijn dat een toename van ongecontracteerde zorg per definitie samenhangt met een afname van zorg die onder plafondcontracten valt. Zo kan er nieuwe ongecontracteerde zorg worden aangeboden die als het ware zijn eigen vraag creëert of zorgverzekeraars schatten de mate van benutting van plafondcontracten verkeerd in.

Ervan uitgaande dat plafondcontracten op reële productie worden overeengekomen zal er een zekere verdeling van over- en onderschrijdingen zijn op deze plafondcontracten. De overschrijdingen komen voor rekening van de zorgaanbieder omdat deze immers zijn plafond heeft bereikt. De onderschrijding biedt de zorgverzekeraar ruimte, voor bijvoorbeeld onvoorspelbare zorg, om binnen zijn totale budget voor zorginkoop te blijven. Een zorgverzekeraar zal hierdoor mogelijk een voorkeur ontwikkelen voor het contracteren door middel van plafondcontracten. Dit is mits voldoende rekening houdend met gewenste zekerheidsmarges en daarmee ook onvoorspelbare zorg, een veilige strategie. Echter zodra zorgaanbieders de plafonds gaan bereiken en daarmee de maximale capaciteit en zorgverzekeraars moeten ter nakoming van de zorgplicht de zorg alsnog elders inkopen, is voor deze zorgaanbieders de consequentie duidelijk. Zorgaanbieders die op dat moment worden benaderd om ongecontracteerde of onvoorspelbare zorg te leveren kunnen zien aankomen dat er een macro-overschrijding aan zit te komen en dat de kans op een mbi-korting voor deze productie hoog zal zijn.

Plafondcontracten dragen bij aan de doelmatigheid van de zorg omdat overschrijdingen worden opgevangen binnen de bestaande kostenstructuur van de zorgaanbieder. Op zichzelf zou gesteld kunnen worden dat in de toetsing uitgegaan moet worden van een 100% benutting van de plafondcontracten. Een hogere mate van doelmatigheid is evenwel mogelijk door rekening te houden met onderschrijdingen.

5.3.4. *Tijdigheid contracteerproces, good contracting en overcontractering*

Naast de kwantitatieve elementen die in dit onderzoek aan de orde zijn gekomen zijn er ook diverse kwalitatieve factoren die van belang zijn om het proces van contractering bij een gedifferentieerd mbi goed te laten verlopen. Factoren als de tijdigheid van het contracteerproces en de toepassing van gedragsregels op het gebied van good contracting zijn daarbij van belang, maar zijn op zichzelf niet fundamenteel verschillend ten opzichte van de huidige situatie waarin een generiek mbi geldt.

Ten aanzien van de beleidsruimte van zorgverzekeraars om te besluiten tot overcontractering, zoals in het rapport van de commissie Baarsma, expliciet werd benoemd, is het wel zinvol om aan te geven dat overgang naar een gedifferentieerd mbi deze ruimte in beginsel elimineert. Het hele proces is er immers op gericht om vast te stellen dat zorgverzekeraars door middel van contracteren binnen de contracteerruimte en het vrijwaren van overeenkomsten waarin zorgaanbieders zich committeren tot volumebeheersing, de kosten binnen de toegewezen financiële ruimte houden. Indien verzekeraars hierbij alsnog de ruimte krijgen om meer te contracteren, is de beheersing van het macrokader niet langer mogelijk.

Strikt genomen is het overigens niet zo dat overcontractering kan worden verboden, maar het contracteren binnen de contracteerruimte is wel een voorwaarde voor het eventueel vrijwaren van contracten.

Deze de facto beperking van de beleidsruimte van de zorgverzekeraars ten opzichte van het advies van de commissie Baarsma is ook te rechtvaardigen. In het advies wordt immers niet uitgegaan van vrijwaringen in het kader van een gedifferentieerd mbi. In het advies lopen ook de zorgverzekeraars financieel risico bij overschrijdingen van het macrokader. Bij het gedifferentieerd mbi worden de risico's van overschrijdingen verhaald bij (een deel van) de zorgaanbieders. Dit verhoudt zich moeilijk met het accepteren en eventueel vrijwaren van contracten, terwijl er sprake is van overcontractering.

5.4. Audit op de aanlevering aan de NZa

Ten behoeve van de marginale toets en de bevestiging en toekenning van vrijwaringen door de NZa voorzien de zorgverzekeraars de NZa van rapportages. Uit deze rapportages moet blijken op welke wijze met de onder 5.3.2. genoemde onzekerheid omtrent de ruimte voor niet-gevrijwaarde zorg om gegaan wordt. Daarnaast wordt, op basis van overeengekomen contracten, aangegeven welke zorgaanbieders (voor welk bedrag) gevrijwaard moeten worden van eventuele mbi-kortingen.

Voor het proces van monitoring van de contractering door de NZa is het van groot belang dat deze rapportages die de zorgverzekeraars opleveren correct zijn. Op grond daarvan gaat de NZa een marginale toets uitvoeren en vervolgens over tot toekenning van een vrijwaring van een eventuele mbi-korting.

De financiële gevolgen van een vrijwaring voor een eventuele mbi-korting kunnen groot zijn, dus het is van belang dat dit proces goed wordt bewaakt en getoetst, zodat dit proces in één keer goed verloopt.

De NZa steunt bij de marginale toetsing op de beoordeling van de aangeleverde rapportages door een onafhankelijke auditor. Hoewel een externe auditor de voorkeur verdient, kan dit strikt genomen ook de interne afdeling van de zorgverzekeraar zijn, mits de vereiste onafhankelijkheid dit niet in de weg staat.

Toezicht van een onafhankelijke auditor op zowel het proces als de inhoud van de rapportages wordt van belang geacht. De doelstellingen vallen uiteen in eisen ten aanzien van het proces (naleving afspraken, adequate contractering, registratie en bewaking daarvan) en eisen voor wat betreft de betrouwbaarheid van de uitgevoerde berekeningen en opgeleverde rapportages.

De audit (die voor elke sector waarvoor een MPB-plafond geldt wordt vastgesteld) betreft in elk geval het volgende:

1. *vaststellen dat de bewaking van het contracteerproces adequaat en betrouwbaar is en dat het proces leidt tot een volledige verantwoording van alle voor vrijwaring in aanmerking komende zorginkoopcontracten;*

De zorgverzekeraar is zelf verantwoordelijk voor de wijze waarop zij haar contracteerproces organiseert en bewaakt. Deze bewaking moet zodanig betrouwbaar zijn dat wordt voorkomen dat in contracten afspraken worden gemaakt omtrent gehele of gedeeltelijke vrijwaring die niet aan de NZa worden gerapporteerd. (Omdat alleen de NZa de vrijwaring feitelijk kan toekennen, kunnen afspraken over vrijwaring die niet aan de NZa als zodanig worden gerapporteerd, ook niet worden geëffectueerd.) Om dat te voorkomen moeten de verzekeraars adequate “checks & balances” in de contracteerprocessen opnemen en de effectiviteit daarvan moet door de (interne) auditor worden vastgesteld.

2. *verificatie dat de rapportage van de gecontracteerde en voor vrijwaring in aanmerking komende zorgaanbieders betrouwbaar is (juist, volledig) en in detail aansluit op de afgesloten contracten;*

De NZa moet tijdig de gedetailleerde informatie van alle zorgverzekeraars ontvangen en verwerken. De NZa moet daarom zeker zijn dat de gerapporteerde informatie in detail correct is. Voorkomen moet worden dat zorgaanbieders nadien (na ontvangst van de bevestiging van de vrijwaring) desondanks vaststellen dat er verschillen zijn in wat overeengekomen is met zorgverzekeraars en wat door de NZa is gevrijwaard.

3. *verificatie van de correcte berekening van de noodzakelijke ruimte voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorg (zoals weergegeven in de hoofdstuk 5.3.2.);*

De auditor moet vaststellen dat de zorgverzekeraars in voldoende mate rekening hebben gehouden met het voorzien in ruimte voor niet-gevrijwaarde zorg. Vooraf moet duidelijk zijn welke mate van zekerheid wordt nagestreefd bij het reserveren van een buffer voor de kosten van niet-gevrijwaarde zorg. Deze test wordt hierna in hoofdstuk 5.4.1. nader toegelicht.

4. *vaststelling in welke mate de som van de door middel van aanneemsommen en plafondcontracten gecontracteerde zorgproductie plus de benodigde ruimte voor overige zorg afwijkt van het totaal van de beschikbaar gestelde contracteerruimte (zoals vastgelegd in de brief met de toegewezen financiële ruimte);*

De zorgverzekeraar is zelf verantwoordelijk voor de wijze waarop zij haar contracteerproces organiseert en bewaakt. Hierbij is het ook mogelijk dat de zorgverzekeraar in haar contractering afwijkt van de beschikbaar gestelde contracteerruimte. Als de verzekeraar de hem beschikbaar gestelde ruimte overschrijdt, geeft de NZa op de contracten van die verzekeraar geen vrijwaring af. Als verzekeraars gezamenlijk – ondanks de bestuurlijk akkoorden – bewust meer contracteren dan de beschikbare ruimte lijkt op grond van de bestuurlijke akkoorden overleg met verzekeraars aangewezen.

5. *beoordeling van de betrouwbaarheid van de totale opgave aan de NZa.*

Dit betreft een algehele beoordeling van het proces dat aan de rapportages ten grondslag ligt, de rapportages zelf, de onderlinge consistentie en de aansluiting met andere rapportages op hetzelfde onderwerp betrekking hebben.

Als de verzekeraar alle aspecten van de toets succesvol heeft doorstaan, gaat de NZa over tot het vrijwaren van de betreffende aanneemsommen en plafondcontracten voor een eventuele mbi-korting.

Tijdspad voor de audit

Een bijzonder aandachtspunt bij de audit is de beschikbare tijd die de auditor nodig heeft om zijn onderzoek verantwoord uit te kunnen voeren. Indien indiening bij de NZa kort na afloop van de contractering moet plaatsvinden, kan elke dag of week die nodig is voor de audit, ten koste gaan van de tijd die beschikbaar is voor zorgvuldige contractering.

Vanwege de tijdsdruk op het contracteerproces zal de audit op de rapportage zodanig moeten worden ingericht dat deze in beperkte tijd kan worden uitgevoerd. Dit zal doorgaans betekenen dat bij voorkeur in hoge mate wordt gesteund op de maatregelen van interne beheersing van de zorgverzekeraar.

Interne of externe audit

Omdat proces-audits behoren tot het domein van de interne auditor en omdat het noodzakelijke tijdspad bij voorkeur wordt beperkt, geven we ter overweging dat wordt toegestaan dat deze audit wordt uitgevoerd door de interne audit functie van de zorgverzekeraar. Hiermee worden tevens de uitvoeringskosten beperkt. Hier staat tegenover dat de interne auditor als minder onafhankelijk kan worden beschouwd in het maatschappelijk verkeer. Deze mindere onafhankelijkheid zou wellicht een zwaardere toetsing door de NZa vereisen. Voorts behoort het certificeren van externe rapportages doorgaans meer tot het domein van de openbaar accountant. Deze laatste twee argumenten pleiten voor de externe audit. Bij de besluitvorming omtrent de uitvoeringen verdienen de argumenten zorgvuldige afweging.

5.4.1. Audit op de niet-gevrijwaarde ruimte

Een cruciaal onderdeel van de audit is de toets op de toereikendheid van de gereserveerde contracteerruimte voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorg. De wijze waarop deze moet worden berekend is weergegeven in hoofdstuk 5.3.2. In deze paragraaf wordt ook aangegeven dat de onzekerheden in de ramingen van de schadelast groot zijn. Voor het beoordelen van de ramingen zal de auditor onder andere de volgende elementen in zijn audit betrekken:

1. Beoordelen proces van berekening

De zorgverzekeraar richt een proces in om te berekenen in welke mate de beschikbare contracteerruimte kan worden benut voor gevrijwaarde contracten. In dit proces wordt vastgesteld wat de verwachte omvang zal zijn van de ongecontracteerde zorg en niet-gevrijwaarde gecontracteerde zorg en welke standaarddeviatie van toepassing is op de verzekeraar. Afhankelijk van de te bepalen mate van onzekerheid vloeit hier een ratio ongecontracteerd/totaal uit (zie ook hoofdstuk 5.3.2.).

De auditor stelt vast dat dit proces goed is vastgelegd, dat de risico's adequaat zijn beschreven en dat de beheersmaatregelen (zoals interne review) daadwerkelijk hebben gefunctioneerd. Voorts wordt vastgesteld dat de kwaliteit van de data die ten grondslag liggen aan de berekening adequaat zijn onderbouwd en aansluiten met andere rapportages. Tenslotte stelt de auditor vast dat eventuele trendmatige ontwikkelingen, alsmede andere ontwikkelingen adequaat zijn meegenomen bij de schattingen.

2. Beoordelen uitkomsten

De auditor verifieert op basis van de gehanteerde data en uitgangspunten de toegepaste berekening en beoordeelt de uitkomsten.

3. Beoordelen uitkomsten uit het verleden

De auditor stelt vast welke schattingen in eerdere jaren zijn opgesteld omtrent de verwachte waarde van de ongecontracteerde zorg, de niet-gevrijwaarde gecontracteerde zorg en de standaarddeviatie. Hij stelt vast hoe deze schattingen zich verhouden ten opzichte van de daadwerkelijke uitkomsten met betrekking tot eerdere jaren. Indien blijkt dat de realisatie in eerdere jaren hoger is geweest dan de bij de berekening gehanteerde schattingen dan stelt de auditor vast of deze uitkomsten adequaat zijn meegenomen in de uitkomsten van de berekening van dit jaar (bijvoorbeeld door uit te gaan van een hogere betrouwbaarheid).

4. Rapporteren uitkomsten

In de bevestiging bij de rapportages omtrent de contractering aan de NZa legt de auditor vast welke uitgangspunten zijn gehanteerd voor de bepaling van de ruimte voor ongecontracteerde en voor niet-gevrijwaarde gecontracteerde zorg (uitgangspunt, standaarddeviatie en gehanteerde betrouwbaarheid).

5.4.2. Toets op de contracteerruimte

De essentie van de toets is dat per sector niet meer door middel van aanneemsommen en omzetcontracten wordt gecontracteerd dan dat aan contracteerruimte beschikbaar is, rekening houden met een adequaat geraamde ruimte voor overige zorg. Deze toetsing is gegeven een zekere mate van betrouwbaarheid goed uit te voeren. De auditor kan (gegeven de reservering voor ongecontracteerde zorg) vaststellen dat:

$$\text{Som (Gecontracteerde zorg + Reservering ongecontracteerde zorg)} < \text{Contracteerruimte}$$

Een aandachtspunt hierbij is de contractsvrijheid die zorgverzekeraars hebben om ook binnen de basiszorg ruimer te contracteren dan de toegewezen ruimte. In de voorstellen van de commissie Baarsma wordt uitdrukkelijk de mogelijkheid open gehouden dat zorgverzekeraars méér contracteren dan dat aan toegewezen budgetruimte beschikbaar is. Dat is ook in lijn met het beginsel dat de zorgverzekeraars private onderneming zijn die autonomie hebben over de producten die ze verzekerden aanbieden.

De auditor is evenwel niet verantwoordelijk voor de contractering van zorg, noch voor de rapportage daarover. Van de auditor mag worden verwacht dat deze de bovenstaande toets uitvoert, toeziet op de juiste rapportage daarover en indien de contracteerruimte wordt overschreden, dat deze dat expliciet rapporteert in zijn verslag.

5.5. Afronding contractering en toets door het NZa

Om tot een proces te komen waarbij op verantwoorde wijze kan worden overgegaan op een gedifferentieerd mbi, is een belangrijke rol weggelegd voor de NZa die toezicht moet houden op het goed functioneren van de markt, waaronder het beheersen van de kosten. Commissie Baarsma schrijft hierover:

“Verzekeraars rapporteren het resultaat van de contractonderhandelingen aan de NZa en deze instantie beoordeelt of een verzekeraar via contracten voldoende heeft afgedekt dat hij niet meer besteedt dan de op grond van het risicovereveningsmodel toebedachte bestedingsruimte. Dit kan gebeuren in het verlengde van de controle die de NZa nu al op de modelovereenkomsten doet.”

In de ZN-bureauvariant wordt dit als volgt nader uitgewerkt:

De zorgverzekeraar informeert de NZa na afloop van de zorginkoop (zes weken voor aanvang van het nieuwe kalenderjaar – of zoals ZN stelt: 15 november) over de gesloten contracten in relatie tot de beschikbare eigen ruimte. De NZa toetst of de zorgverzekeraar daadwerkelijk binnen de ruimte is gebleven en bevestigt de afgegeven vrijwaring als dit het geval is.

De door de zorgverzekeraar afgegeven vrijwaringen blijven “optioneel” totdat de NZa op grond van de marginale toetsing respectievelijk het optellen van de totale ingekochte zorg door zorgverzekeraars vaststelt dat het maximum niet wordt overschreden. Bij de uitwerking van deze uitgangspunten komen de volgende uitvoeringsvragen naar voren:

- Inhoud toets NZa
- Impact vrijwaring “onder voorbehoud”
- Tijdstip en doorlooptijd toets NZa
- Impact overschrijding toets

5.5.1. Inhoud toets NZa

Voordat de NZa de vrijwaringen die zijn vastgelegd in de gesloten contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook daadwerkelijk kan toekennen aan de verschillende zorgaanbieders zal zij per zorgverzekeraar moeten vaststellen dat wordt voldaan aan een aantal toetsen. Deze toetsen worden uitgevoerd aan de hand van de aangeleverde rapportages en de daarbij verstrekte bevestigingen van de (interne) accountant.

Strikt genomen, als elke zorgverzekeraar bewaakt dat deze binnen de haar toegewezen contracteerruimte blijft, dan kan er noch op het niveau van de zorgverzekeraar noch op landelijk een overschrijding ontstaan, tenzij (1) de daadwerkelijke ongecontracteerde en onvoorspelbare zorg, de reservering daarvoor overschrijdt óf (2) zorgverzekeraars bewust meer contracteren dan de contracteerruimte.

De toets door NZa, voorafgaand aan de toekenning van vrijwaringen, kan de volgende doeleinden dienen:

- Toetsen van de gevrijwaarde contracten (= marginale beoordeling van de ongecontracteerde ruimte)
- Verzamelen van data

5.5.1.1. Toetsen van gevrijwaarde contracten ("marginale beoordeling")

Na afloop van de contractering ontvangt de NZa de rapportages omtrent de contractering van de zorgaanbieders (dit betreft de in paragraaf 5.4. genoemde rapportages met goedkeuring van en onafhankelijke auditor). Hierin zal elke zorgverzekeraar per sector waarvoor een plafond geldt, in ieder geval moeten aangeven welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd, hoe dit contract kwalificeert (aanneemsom, plafond, open-eind, anders), welk volume daarin overeen is gekomen (en indien sprake is van een gemaximeerd contract welke vrijwaring).

Aan de hand van deze opgave en de bevestiging van de auditor stelt de NZa vast dat de zorgverzekeraar adequaat rekening heeft gehouden met de ruimte voor ongecontracteerde zorg en de resterende contracteerruimte niet heeft overschreden.

De NZa ontvangt van alle zorgverzekeraars data van de contractering, de reservering voor ongecontracteerde zorg en van de toegekende vrijwaringen. Hierbij is in beginsel al op het niveau van de verzekeraar vastgesteld dat de contracteerruimte niet wordt overschreden. Deze toets wordt door NZa ook op totaalniveau opgesteld:

$$\text{Som (Gecontracteerde zorg + Reservering ongecontracteerde zorg)} < \text{Contracteerruimte}$$

In beginsel moet deze uitkomst altijd bevestigend zijn, ervan uitgaande dat zorgverzekeraars ook binnen hun ruimte blijven.

Als extra zekerheid voor NZa geldt dat de noodzakelijke reservering voor ongecontracteerde zorg op landelijk niveau als gevolg van diversificatie lager is dan de som van de individuele reserveringen. Hierin schuilt een zekere mate van prudentie.

Marginale toetsing

De insteek van de beoordeling of de ongecontracteerde ruimte toereikend is op landelijk niveau zal de NZa bottom-up benaderen, waarbij aan de hand van de individuele rapportages door zorgverzekeraars wordt vastgesteld dat er per zorgverzekeraar voldoende ruimte is gereserveerd voor ongecontracteerde zorg. Deze staat in de volgende paragraaf toegelicht.

Landelijke totaaltoets

Naast de bottom-up controle vanuit de rapportages van de verzekeraars is te overwegen om door middel van een landelijke top-down benadering vast te stellen of eventuele overschrijdingen, indien en voor zover, niet gaan leiden tot onacceptabel hoge mbi-kortingen bij de ongecontracteerde zorgaanbieders. Hiervoor moet de overheid bij voorkeur voorafgaand aan de contractering door zorgverzekeraars grenzen stellen

aan de mate van vrijwaring die zorgverzekeraars maximaal mogen toepassen. In paragraaf 5.5.2. gaan we hier verder op in.

5.5.1.2. Marginale toets op contractering door individuele zorgverzekeraars

Bij de eerste toets zijn een aantal zekerheden ingebouwd, waarbij de NZa de bevoegdheid nodig heeft om per zorgverzekeraar vast te stellen dat deze zekerheden ook hebben gefunctioneerd. Deze zekerheden zijn:

- a) *Opgave door de zorgverzekeraars (inclusief toets van de auditor) van de controlesom:
Som (Gecontracteerde zorg + Reservering ongecontracteerde zorg) < Contracteerruimte*

- b) *Opgave door de zorgverzekeraars van de uitgangspunten van de berekening van de ruimte voor ongecontracteerde zorg (en audit hierop (zie 5.4.1.))*

Indien elke zorgverzekeraar (of elk concern van zorgverzekeraars) met een voldoende mate van zekerheid ruimte heeft gereserveerd voor ongecontracteerde zorg, dan is er sprake van enige prudentie op landelijk niveau. De onzekerheid op landelijk niveau is immers (als gevolg van hogere diversificatie) lager dan de som van de individuele onzekerheden.

Voor de eerste toets moet de NZa op deze aanlevering van de zorgverzekeraars kunnen steunen, met dien verstande dat de NZa over voldoende beleidsmaatregelen (“een stok achter de deur”) moet beschikken om in te kunnen grijpen indien de zorgverzekeraar niet voldoet aan de eisen en daarmee een risico op overschrijding veroorzaakt. Deze “stok” is voornamelijk dat de NZa in dat geval kan weigeren de contracten van de betreffende verzekeraar te vrijwaren.

Het feit dat de toets door NZa inhoudelijk in beginsel slechts ‘marginaal’ is neemt niet weg dat de uitvoering een forse jaarlijkse operatie kan betekenen. Zelfs wanneer de toetsing geen issues oplevert, moeten nog steeds duizenden beschikkingen voor vrijwaring worden afgegeven. Deze processtap, hoewel inhoudelijk marginaal, moet qua uitvoering niet worden onderschat.

Opgave van de gecontracteerde zorgaanbieders met ingekochte volumes

De opgave van de gecontracteerde zorgaanbieders (per sector waarvoor plafonds zijn bepaald) wordt gebruikt om in beeld te krijgen hoe de ingekochte zorg per zorgaanbieder en landelijk cumuleert. Door het analyseren van trends in de contractering vooraf en anderzijds van de realisatie achteraf kan het NZa kennis en ervaring ontwikkelen. Met deze kennis kan zij het Ministerie voorzien van de informatie die thans is meegenomen in hoofdstuk 3 van dit onderzoek en ontwikkelingen op het gebied van contractering (landelijk beeld) zichtbaar maken.

Door de informatie die van de afzonderlijke zorgverzekeraars afkomstig is, ook per zorgaanbieder te totaliseren, kan het NZa ook een beeld krijgen van de gecontracteerde productie per zorgaanbieder. Dit overzicht zou er schematisch als volgt uit kunnen zien:

Een praktisch issue vormen de open-eind contracten. Deze contracten kennen immers geen gemaximeerde zorgproductie. Wel is het wenselijk dat de NZa deze productie in beeld heeft. Een praktische oplossing is dat zorgverzekeraars hiervoor een raming opgeven. Indien deze procedure een aantal jaren in werking is zal de kwaliteit van deze ramingen steeds beter in te schatten zijn.

5.5.1.3. Verzamelen van data

Een belangrijk onderdeel is het verzamelen van informatie onderliggend aan de raming van (gevrijwaarde) contracten. Een belangrijk nevendoeel hierbij is dat door middel van het verwerken van de gegevens ten behoeve van de toetsing tevens inzicht ontstaat in welke zorgaanbieders voor welk bedrag zijn gevrijwaard van mbi-kortingen achteraf. Dit overzicht is van belang indien na afloop van het jaar blijkt dat het macrobudget is overschreden en de kortingen moeten worden opgelegd.

Hieronder is een overzicht opgenomen van de aan te leveren informatie aan de NZa:

1. *Geraamde schadelast per segment (variabele kosten medisch specialistische zorg, vaste zorgkosten, kosten van overige prestaties en van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg)*
2. *Geraamde schadelast per deelbedragen voor de verschillende deelsectoren (waaronder MSZ, cGGZ en geriatrische revalidatiezorg zolang daar separate plafonds voor bestaan), gesplitst naar:*
 - o *Omzetcontracten / aanneemsommen*
 - o *Plafondcontracten*
 - o *Andere contracten*
 - o *Ongecontracteerde zorg*
3. *Reconciliatie van geraamde schadelast per deelbedrag naar landelijk macro-prestatiebedrag en raming schadelast per segment (uit 1)*
4. *Onderbouwing onzekerheid onderliggend aan raming ongecontracteerde zorg*

5.5.2 Kaderstelling vooraf door de overheid

Door middel van een landelijke top-down benadering moeten kaders worden uitgewerkt (in het bijzonder moet het percentage worden bepaald waarmee omzet- en plafondcontracten vooraf gevrijwaard worden van een mbi-korting, het zogenaamde 'vrijwaringspercentage') om te voorkomen dat eventuele overschrijdingen (indien en voor zover deze optreden), niet gaan leiden tot onacceptabel hoge mbi-kortingen bij de ongecontracteerde zorgaanbieders, waardoor nieuwe toetreders de facto worden uitgesloten. Dit is immers een randvoorwaarde. De landelijke totaaltoets op grond waarvan het vrijwaringspercentage moet worden bepaald kan het eenvoudigst worden gedemonstreerd met de deterministische benadering uit hoofdstuk 4.6. en vindt bij voorkeur voorafgaand aan de contractering plaats door de overheid, zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet achteraf worden geconfronteerd met een afwijzing van de vrijwaringen op grond van een "macrotoets".

Voor de wijze waarop de kaders worden bepaald zijn verschillende methodes hanteerbaar. Een methode waarin rekening wordt gehouden met de volatiliteit en kansverdelingen omtrent de macrokaders doet daarbij het meeste recht aan de dynamiek van de zorgkosten. Als input voor deze berekeningen moeten een aantal zaken nader worden bepaald:

<i>Maximaal acceptabele mbi-korting</i>	Voor de uitvoering van de toets moet invulling worden gegeven aan een maximale korting die uit de realisatie zou mogen voortvloeien, gegeven de onzekerheden in de macro-kosten.
<i>Mate van vrijwaring</i>	Bij een lagere mate van vrijwaring zal een eventuele macro-overschrijding verdeeld kunnen worden over meer aanbieders, zodat de procentuele mbi-korting lager zal uitvallen en derhalve ook eerder in de range van acceptabele uitkomsten liggen. De mate van vrijwaring kan overigens ook op alternatieve wijze worden ingezet.

<i>Mate waarin vrijwaringscontracten (omzet – of plafondcontracten) worden afgesloten</i>	Bij een goede werking van het contracteerproces zal het risico op overschrijding laag zijn, maar het zal nooit nihil zijn. De mogelijke omvang van de overschrijding kan worden bepaald door uit te gaan van een (subjectieve) schatting, een vaste waarde of aan de hand van actuariële berekeningen.
<i>Mate van zekerheid</i>	Welke kans wordt geaccepteerd op een eventuele mbi-korting die de eerder bepaalde norm overschrijdt.

De verschillende hierboven genoemde factoren werken verschillend op de voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorg te reserveren contracteerruimte. Indien de mbi-korting hoog mag oplopen voordat deze onacceptabel wordt geacht, dan kan de – vanwege macro-overwegingen te reserveren – ruimte voor ongecontracteerde en onvoorspelbare zorg beperkt blijven. Indien deze evenwel laag is, dan bestaat er een noodzaak om de eventuele overschrijding over meer zorgproductie te spreiden om binnen de randvoorwaarde te opereren. Met andere woorden, dan kunnen er minder contracten worden gevrijwaard van mbi-kortingen.

Voor de mate van overschrijding geldt dat als deze toeneemt, dat de mbi-korting hoger zal uitvallen. Gegeven de eerste randvoorwaarde, betekent dit dat minder zorgproductie kan worden gevrijwaard. Hetzelfde geldt min of meer voor de mate van zekerheid die de Minister hierbij verlangt.

We adviseren om nader onderzoek te doen naar deze landelijke totaaltoets en de bewaking daarvan tegen de achtergrond van de uiteindelijke vormgeving van het gedifferentieerd macrobeheersinstrument.

5.5.3 Ontwikkelingen in de contracten

In beginsel staat op uiterlijk 19 november vast op welke wijze zorgverzekeraars contracten hebben gesloten met de zorgaanbieders. In de loop van het jaar zullen evenwel situaties ontstaan waardoor tussentijdse aanpassing van de contracten noodzakelijk is. Een ander voorbeeld is een situatie waarbij de productie om onvoorzienbare reden groter is dan bij de contractering verwacht. Denk daarbij aan de situatie waarbij in augustus het plafond al wordt bereikt en de zorg toch geleverd moet gaan worden. In die situaties kan een zorgverzekeraar besluiten om het contract open te breken en daarbij een deel van de gereserveerde ruimte voor onvoorspelbare zorgproductie in te zetten.

Teneinde grip te houden op de macro-kaders en de toetsing daarop komt nieuwe of aanvullend gecontracteerde zorg niet onder de vrijwaring, tenzij deze ruimte (met vrijwaring) wordt overgeheveld van het een contract (met vrijwaring) met een andere zorgaanbieder. Dergelijke situaties zijn bijvoorbeeld denkbaar indien één kliniek stopt met een bepaald specialisme en een nabij gelegen kliniek gaat de productie overnemen. Het is evenwel van groot belang om dit in de uitvoering goed uit te werken.

5.5.4 Productie boven plafond bij plafondcontract

In het geval dat een zorgverzekeraar een plafondcontract of een aanneemsom heeft gesloten met een zorgaanbieder, moet een zorgverzekeraar toch gewoon zorg leveren, ook wanneer het plafond is bereikt. Een mogelijke voorwaarde aan een contract om voor vrijwaring in aanmerking te komen is een op te nemen clause dat het bereiken van een plafond niet mag leiden tot olopende wachtlijsten. Dergelijke afspraken (o.a. wachtlijstbeheersing) zijn nu ook al vaak onderdeel van contractafspraken.

Bijlage I Gebruikte documenten

1. Miljoenennota 2014 ([link](#))
2. Bestuurlijk Hoofdlijnakkoord MSZ 2012-2015 d.d. 4 juli 2011
3. Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017, d.d. 16 juli 2013
4. Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 d.d. 16 juli 2013
5. CvZ 2014 – Bepaling macro-deelbedragen 2014 ([link](#))
6. Brief van de Minister aan de Tweede Kamer, d.d. 4 juli 2013, kenmerk 129098-106242-CZ “Macrobeheersinstrument (mbi) 2014 in relatie tot het advies van de commissie Baarsma” ([link](#))
7. Brief van het Ministerie van VWS d.d. 15 oktober 2013, kenmerk 157129-111318-FEZ, pagina 3
8. Tweede Kamer 33 060 nr 2, pagina 12-13 (“Raming van zorguitgaven”) naar aanleiding van de concept-rapportage van de Algemene Rekenkamer (“Uitgavenbeheersing in de zorg”) ([link](#))
9. Brief van de Minister van VWS, kamerstuk 29 689 nummer 380 ([link](#))
10. Brief van de Minister van VWS, kamerstuk 29 689, nummer 473 ([link](#))
11. Kamerstukken 29.379 – Wat als “WTG ExPres” wordt aangeduid is een update van (een aantal wijzigingen op) de Wet tarieven gezondheidszorg (“WTG”). De wijzigingen houden verband met het houden van experimenten, het invoeren van prestatiegerichte bekostiging, het voorkomen van onnodige bureaucratie dan wel het terugdringen van administratieve lasten en het tegengaan van fraude.
12. Brief aan de Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 29 689, nummer 383 ([link](#))
13. Officiële bekendmakingen, dossier 33 362 – Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, artikel 2 ([link](#))
14. Ministerie van VWS, dossier 32620, Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ([link](#))
15. Algemene Rekenkamer d.d. 28-10-2013 “Rapport Transparantie Ziekenhuisuitgaven” deel 2 ([link](#))
16. Algemene Rekenkamer d.d. 31-10-2011 “Uitgavenbeheersing in de zorg” ([link](#))
17. Memorie van antwoord bij behandeling Zorgverzekeringswet (29763-E - 24 maart 2005): “Zorgaanbieders kunnen door hun kennisvoorsprong en marktmacht gemakkelijk een machtspositie ten opzichte van de consument innemen. De nieuwe zorgverzekeraars kunnen als belangenbehartiger van de verzekerden het gewenste tegenwicht tegen die machtspositie vormen.”
18. Centraal Planbureau (2011), Canoy et al. (2011), Groot en Maassen van den Brink (2010) en Schut, Van de Ven en Varkevisser (2010; 2011). Belangrijkste nadeel is dat de dreiging met een korting across the board opwaartse druk zet op prijzen en productie.
19. NZa – Uitvoeringstoets “Op weg naar vrije prijzen”, april 2007 ([link](#))
20. NZa-rapport “Advies afbouw transitie model geriatrische revalidatiezorg” juni 2013
21. NZA 21-4-2011 - Dag van de Zorginkoop – Henk van Vliet over de rol van de NZa bij Zorginkoop ([link](#))
22. NZa Monitor “Monitor toetredingsdrempels zorgverzekeringsmarkt: Onderzoek naar belemmeringen voor toetreding en de positie van kleine zorgverzekeraar” - mei 2012
23. NZa – 11 oktober 2011 – Uitvoeringstoets Macrobeheersinstrument (mbi) ([link](#))
24. NZa Research Paper 2012-3 - Rein Halbersma, Johan van Manen en Wolf Sauter*
25. NZa – Advies overheveling langdurige GGZ naar de Zvw – augustus 2013 ([link](#))
26. RBB/Freshfields 18 november 2009 – Inkoopmacht en collectief onderhandelen in de zorgsector ([link](#))
27. WOR 657 – d.d. augustus 2013 - WOR advies en verslag van werkzaamheden ([link](#))
28. Medisch contact 14 februari 2013, pagina 362
29. Verantwoordingsdocument voorkeursbeleid CZ. Sinds 2011 is deze selectieve inkoop uitgebreid met o.a. blaasverwijderingsoperaties en bariatrische chirurgie.
30. <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/86669/czaanpak-nekt-kleine-ziekenhuizen.htm>

31. Interview NRC Handelsblad, zaterdag 9 november: "Ziekenhuizen moeten niet zo bang zijn"
32. Website Volkskrant ([link](#))
33. LJN: BZ4071, Rechtbank Breda , C/02/259832 / KG ZA 13-79
34. Website Zorgvisie, d.d. 10 juli 2013 "CZ verliest rechtszaak over zorg in Zuid-Afrika"
35. <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2013/7/CZ-verliest-rechtszaak-over-zorg-in-Zuid-Afrika-1307192W/>
36. Financieel Dagblad 24 september 2013 "Zorgverzekeraars het schip in"
37. <http://www.bnr.nl/radio/bnr-gezond/632561-1310/bnr-gezond-rouvoet-over-tarieven-in-de-ggz>

Bijlage II Gehanteerde afkortingen

Centrale begrippen

mbi	macrobeheersinstrument
gmbi	gedifferentieerd macrobeheersinstrument
BKZ	Budgettair kader zorg
MPB	Macro prestatie bedrag
dbc	Diagnose behandel combinatie. <i>Dit betreft ca. 30.000 producten</i>
dbc-A	dbc's in het A-segment, hiervoor gelden maximum tarieven <i>Deze dbc's worden minder geschikt geacht voor vrije prijsvorming vanwege een relatief geconcentreerd zorgaanbod met hoge toetredingsdrempels</i>
dbc-B	dbc's in het B-segment, hiervoor gelden vrije tarieven
dot	dbc's op weg naar transparantie <i>Dit betreft ca. 4.400 producten</i>
ZBC's	Zelfstandige behandel centra <i>officieel: IMSZ - instelling voor medisch-specialistische zorg</i> <i>type 1 - geen zorg langer dan 24 uur met een dbc in het A-segment (de vroegere ZBC's)</i> <i>type 2 – de andere instellingen (doorgaans de algemene en categorale ziekenhuizen)</i>
MSZ	Medisch specialistische zorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GZ	Geriatrische revalidatiezorg
FB	Functioneel budget

Wet- en regelgeving

Zvw	Zorgverzekeringswet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WBMG	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
WTZI	Wet Toelating Zorginstellingen
WCZ	Wet cliëntenrechten zorg (voorgenomen)
WZV	Wet ziekenhuis voorzieningen

Betrokken partijen

VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
CvZ	College voor Zorgverzekeringen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NFU	Nederlandse Federatie van UMC's
OMS	Orde van Medisch Specialisten
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
dbc-O	dbc Onderhoud

Bijlage III Gevoeligheidsanalyses simulatiemodel

De cijfermatige bijlagen zijn opgenomen in drie afzonderlijke bestanden:

- Bijlage III – gevoeligheden MSZ
- Bijlage III – gevoeligheden cGGZ
- Bijlage III – gevoeligheden GZ

Bijlage IV Beantwoording onderzoeksvragen

Mede op basis van de onderzoeksvragen zoals verwoord in bijlage E van de offerteaanvraag door VWS is deze rapportage opgesteld. In onderstaande tabel zijn deze onderzoeksvragen opgenomen met daarbij een verwijzing naar de hoofdstukken en bijlagen waar de uitwerking hiervan gevonden kan worden.

Nr	Onderzoeksvraag	Verwijzing
1	Wat is voor de jaren 2012 en 2013 binnen de (BKZ-relevante) schadelast, uitgesplitst naar medisch-specialistische zorg en tweede- en eerstelijns curatieve ggz, het aandeel (absoluut en relatief) van: - zorg die op basis van een omzetcontract wordt geleverd? - zorg die op een andere contractbasis is geleverd dan een omzetcontract? - ongecontracteerde zorg?	Paragraaf 3.4
2	Welk deel (absoluut en relatief) van de elk hiervoor genoemde categorieën zorg afzonderlijk ²³ , wordt naar verwachting in elk van de genoemde jaren geleverd door 'nieuwe aanbieders' ²⁴ ? Hoeveel zorg (absoluut, in euro's, en relatief, in procenten) werd er in 2009, 2010 en 2011 (per jaar afzonderlijk) in totaal door nieuwe aanbieders geleverd in de medisch-specialistische zorg, respectievelijk de tweede- en de eerstelijns curatieve ggz?	Paragraaf 3.6
3	In welke mate verschillen de bij vraag 1 en 2 gevraagde verhoudingsgetallen tussen individuele verzekeraars, oftewel: binnen welke bandbreedte(s) verschillen deze verhoudingsgetallen tussen individuele verzekeraars, zowel op risicodragerniveau als concernniveau? Is bij deze verschillen een relatie te leggen met de verschillen tussen verzekeraars, wat betreft de aard van de door hen afgesloten polissen (natura / restitutie/ mengvorm)?	Paragraaf 3.4 en 3.5
4	Wat is het antwoord op bovengenoemde drie vragen bij de geriatrische revalidatiezorg, die per 2013 naar de Zvw is overgeheveld (uitgaande van de voor geriatrische revalidatiezorg in de begroting van VWS geraamde macro-uitgaven)?	Paragraaf 3.4
5	Welke factoren en/of ontwikkelingen zijn naar verwachting van invloed op de ontwikkeling van de bij vraag 1 en 2 gevraagde verhoudingen en de bij vraag 3 gevraagde verschillen tussen verzekeraars?	Paragraaf 3.7
6	Hoe zullen de verhouding tussen de genoemde drie typen zorguitgaven en het aandeel van 'nieuwe aanbieders' daarbinnen, zich in de komende jaren (2014, 2015 en 2016), mede als gevolg van de genoemde factoren en ontwikkelingen, kwantitatief gaan ontwikkelen (zowel in totaal als uitgesplitst naar medisch-specialistische zorg en de gehele curatieve ggz, uitgaande van de beschikbare budgettaire kaders zoals opgenomen in de Onderhandelaarsresultaten medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg d.d. 16 juli 2013)? Hoe zal dit naar verwachting zijn voor de geriatrische revalidatiezorg (uitgaande van de hiervoor in de bijlage bij de begroting van VWS geraamde macro-uitgaven)?	Paragraaf 3.6
7	Hoe zijn deze verhoudingen op dit moment in de langdurige ggz? En hoe zullen deze zich in 2015 (het jaar waarin de langdurige ggz naar de Zvw zal worden overgeheveld) en 2016 kwantitatief gaan ontwikkelen?	Paragrafen 3.4 en 3.6
8	Hoe zijn deze verhoudingen op dit moment in de jeugd-ggz, die per 2015 wordt overgeheveld naar gemeenten?	Paragrafen 3.4 en 3.6
9	Met hoeveel onzekerheid (gekwantificeerd) zijn de bij de vragen 6 en 7 gemaakte ramingen (ieder afzonderlijk) respectievelijk omgeven? Hoe nauwkeurig zijn deze te maken?	Paragrafen 3.8 en 5.3.2
10	(Hoe) kunnen de ramingen waar in de vragen 6 en 7 naar wordt gevraagd, adequaat worden onderbouwd?	Paragraaf 3.8

²³ Zorg die wordt geleverd op basis van een omzetcontract, zorg die wordt geleverd op een andere contractbasis dan een omzetcontract en ongecontracteerde zorg.

²⁴ Onder nieuwe aanbieders wordt verstaan: aanbieders die over het lopende schadelastjaar (t) of over een van de twee schadelastjaren daaraan voorafgaand (t-2 of t-1) voor het eerst zorg (onder de basisverzekering) gedeclareerd hebben.

Nr	Onderzoeksvraag	Verwijzing
11	<p>In welke mate verschillen de bij de vragen 6 en 7 gevraagde verhoudingsgetallen tussen individuele verzekeraars, oftewel: binnen welke bandbreedte(s) verschillen deze verhoudingsgetallen tussen individuele verzekeraars, zowel op risicodragerniveau als concernniveau?</p> <p>Is bij deze verschillen een relatie te leggen met de verschillen tussen verzekeraars, wat betreft de aard van de door hen afgesloten polissen (natura / restitutie/ mengvorm)?</p>	<p>Idem vraag 3 Paragrafen 3.4 en 3.5</p>
12	<p>Welke stappen moeten door een individuele verzekeraar worden doorlopen (en waarom) en welke inhoudelijke elementen moeten door hem op welke wijze in berekeningen worden betrokken (en waarom) om tot een betrouwbare raming te komen van de verhouding (binnen de aan hem toebedeelde financiële inkoopruimte) tussen diens uitgaven aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zorg die op basis van omzetcontracten wordt geleverd, - gecontracteerde zorg die niet wordt geleverd op basis van een omzetcontact - ongecontracteerde zorg? 	<p>Hoofdstuk 5</p>
13	<p>Hoe zou – mede in het licht van het antwoord op de voorgaande vraag – een externe audit/ toetsing van genoemde ramingen van individuele verzekeraars adequaat (inhoudelijk en qua proces) kunnen worden vormgegeven?</p>	<p>Paragraaf 5.3.3 in het bijzonder</p>
14	<p>In welke mate (gekwantificeerd) kunnen onzekerheden omtrent de juistheid van de genoemde ramingen en het risico van een gebrekkige nauwkeurigheid op deze wijze worden weggenomen? In welke mate (gekwantificeerd) zijn deze onzekerheden en beperkingen in de nauwkeurigheid onvermijdelijk?</p>	<p>Hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5</p>

Bijlage V Klankbordgroep, Technische werkgroep en geïnterviewden

Klankbordgroep VWS

Persoon	Organisatie (onderdeel)
Frank Hoogendijk	directie Curatieve Zorg
Coen Veld	directie Curatieve Zorg
Mark Schuitemaker	directie Curatieve Zorg
Rob Haeck	directie Zorgverzekeringen
Mireille Debets	directie Markt en Consument
Wim van Veen	directie Markt en Consument
Sander Fränzel	directie Financieel-Economische Zaken
Hans Venderbos	directie Financieel-Economische Zaken

Technische werkgroep ZN

Persoon	Organisatie (onderdeel)
Ben Oudhuis	ZN
Margot Redel	ZN
Martin Potjens	ZN
Peter Semplonius	De Friesland
Martijn van der Valk	De Friesland
Frans Schaepkens	Achmea
Alexander Huijs	Achmea
Rick Heemskerk	ASR
Eric van Holthuijsen	VGZ
Coen Veld	VWS
Mark Schuitemaker	VWS

Geïnterviewd / Geconsulteerd

Datum	Organisatie	Personen
18 oktober 2013	CZ	Joel Gijzen, Rien van Pijnenburg en Rens van Oosterhout
24 oktober 2013	Multizorg	Jan Willen van Wieren
29 oktober 2013	Achmea	Alexander Huijs
29 oktober 2013	VGZ	Eric van Holthuijsen
1 november 2013	Menzis	Mertijn Dijkstra
4 november 2013	GGZ Nederland	Marloes van Es en Henk Meppelink
5 november 2013	ZKN	Marijn Lamers
5 november 2013	LVG	Marlene de Regt
7 november 2013	NVZ	Lilianne van der Velden
7 november 2013	NIP	Bas Wijffels
12 november 2013	LVE	Dick Nieuwpoort
12 november 2013	NFU en UMC Utrecht	Birgit Meulenbroek en Mark Appelman
15 november 2013	MeerGGZ	Bert Bakker
21 november 2013	DSW	Frenk Singewald en Bas Keijzer
4 december 2013	NVVP	Judith Veenendaal
4 december 2013	V&VN	Patrick Groenewegen

Triple A - Risk Finance B.V.

Hoogoorddreef 7

1101 BA AMSTERDAM

☎ +31 (0)20 707 36 40



Dit rapport is aan onze opdrachtgever verstrekt uitsluitend voor eigen gebruik voor het nader aangegeven doel.

© 2013 Triple A – Risk Finance B.V.

Alle rechten voorbehouden. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Triple A – Risk Finance B.V. is het niet toegestaan enige informatie uit dit rapport (waaronder teksten, grafisch materiaal en logo's) op enigerlei wijze of in enige vorm te verveelvoudigen, openbaar te maken, te verspreiden, te kopiëren of op te slaan, hetzij elektronisch, mechanisch, optisch, digitaal of op enige andere manier, anders dan kopiëren of opslaan voor eigen persoonlijk gebruik van onze opdrachtgever. Derden die van dit rapport kennisnemen kunnen aan dit rapport geen rechten ontleen en kunnen zich niet op het in dit rapport vervatte advies beroepen. Triple A – Risk Finance B.V. aanvaardt tegenover derden geen aansprakelijkheid voor schade welke ontstaat naar aanleiding van dit rapport. De aansprakelijkheid jegens de opdrachtgever is beperkt zoals nader vastgelegd in onze algemene voorwaarden, die op dit rapport van toepassing zijn.
