# Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken

Drs. B.J.C. van de Gevel

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Medisch-specialistische zorg in 20/20.

Den Haag, 2011

# Inhoud


Samenvatting 4

1 Introductie 5

2 Bekostigen: het verleden, het heden en de nabije toekomst 6
2.1 Ontwikkelingen bekostiging ziekenhuizen in Nederland 6
2.2 Het voorgestelde eindmodel 8
2.3 De rol van de overheid in het eindbeeld 9
2.4 De transitiefase 11
2.5 Conclusie 13

3 Naar een nieuwe organisatie van ziekenhuiszorg 13
3.1 Van intuïtieve geneeskunde naar empirische en precisie geneeskunde 13
3.2 Drie bedrijfsmodellen toegepast op de zorg 14
3.3 Naar een beperkt aantal medisch specialistische netwerken 15
3.4 Conclusie 16

4 Relatie tussen het contracteren, bekostigen en de organisatievorm van zorg 16
4.1 Het contracteren van zorg door zorgverzekeraars 16
4.2 Het bekostigen van zorg 21
4.3 Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken 23
4.4 Gezamenlijk inkoop door zorgverzekeraars 26
4.5 Conclusie 27

5 Belemmeringen in de huidige financieringsstructuur voor een nieuw ziekenhuislandschap 28
5.1 Kruissubsidiëring houdt specialisatie tegen. 28
5.2 Ziekenhuizen worden onvoldoende bedrijfseconomisch aangestuurd 30
5.3 De verschillende bekostiging tussen eerste en tweede lijn 30
5.4 Taakherschikking wordt onvoldoende gefaciliteerd via de bekostiging. 32
5.5 Conclusie 32

6 Suggesties voor aanbevelingen aan de Raad 33

Literatuur 36

# Samenvatting

De komende jaren zullen de risico's voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders, door onder meer prestatiebekostiging en de afbouw van de ex-postrisicoverevening, toenemen. Dit zal leiden tot meer prikkels voor doelmatige zorg, maar creëert ook een gevaar op ongewenst gedrag zoals risicoselectie, over- en onderbehandeling. Deze cumulatie van risico's zullen veldpartijen willen beheersen. Een belangrijk middel om dit te doen is via het contracteren en het bekostigen van medisch-specialistische zorg. Met deze instrumenten zijn zorgverzekeraars namelijk instaat risico's neer te leggen bij zorgverleners, die deze waarschijnlijk beter kunnen beïnvloeden. De mate waarin verzekeraars dit kunnen, zonder dat dit leidt tot ongewenst gedrag, blijkt afhankelijk te zijn van de mate van informatie-asymmetrie en aanwezige machtsconcentraties.

In deze achtergrondstudie is voor de drie type bedrijfsmodellen die Christensen (2009) hanteert - de oplossingswinkel, het waardecreatie-proces en het gefaciliteerd netwerk - gekeken hoe deze het beste gecontracteerd en bekostig kunnen worden. Een oplossingswinkel kunnen verzekeraars het beste via een relationeel contract aansturen, zonder direct te bekostigen op prestaties. Terwijl bij een waardecreactie-proces het beter is om een klassieke contract af te sluiten en te werken met *pay-for-performance* (P4P). Het gefaciliteerde netwerk kan bekostigd worden op basis van transacties of een lidmaatschap. Ook kijken we specifiek naar de bekostiging van medisch-specialistische netwerken. Bij volledig geïntegreerde netwerken zou het mogelijk kunnen zijn om op basis van *capitation* (volledige risicodeling) te bekostigen en af te rekenen op basis van gezondheidswinst. Bij open medisch-specialistische netwerken blijkt dit moeilijker te gaan, vanwege de hoge transactiekosten. Hier lijkt een aparte bekostiging per instelling meer voor de hand te liggen, mogelijk in combinatie met een teambonus op basis van gezondheidswinst.

Een belangrijke implicatie van deze analyse is dat meer transparantie, bijvoorbeeld via het Kwaliteitsinstituut, verzekeraars instaat stelt om meer risico te kunnen delen, en op gezondheidswinst te kunnen bekostigen. Ook worden verschillende bedrijfsmodellen idealiter gedifferentieerd gecontracteerd en bekostigd. Vanuit dit oogpunt is het goed dat de overheid zorgverzekeraars en zorgverleners ruimte geeft om het contracteren en bekostigen zelf in te vullen.

# 1 Introductie

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft in zijn advies 'Perspectief op gezondheid 20/20' geadviseerd om de ziekenhuiszorg in medisch specialistische netwerken te organiseren (RVZ, 2010a). In dit perspectief ligt de nadruk op het samenwerken en het verdelen van taken binnen de tweede lijn, maar ook tussen de tweede en de eerste lijn. De Raad stelt dat open netwerken bijdragen aan het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid, maar concurrentie en keuzevrijheid niet beperken.

Eén van de cruciale determinanten voor het ontstaan van deze netwerken is het bekostigen van zorg. Financiële prikkels zijn namelijk een belangrijke hefboom voor samenwerking, taakherschikking en substitutie. Uit interviews, gehouden ter voorbereiding voor de *Invitational Conference* van de NVZ (november 2010), bleek zelfs dat de huidige financieringstructuur door veldpartijen als de grootste belemmering wordt gezien voor spreiding en concentratie. Door deze structuur is uitruil lastig, zowel in de ziekenhuisbekostiging als tussen de compartimenten (SiRM, 2010).

Doel van deze achtergrondstudie is te bepalen of het huidige contracteren en het bekostigen van zorg de gewenste ontwikkeling naar een nieuw ziekenhuislandschap stimuleert of juist tegengewerkt, en hoe we prikkels hiertoe kunnen verbeteren. Om dit te bepalen willen we een aantal vragen beantwoorden:

1. Hoe ziet de huidige bekostiging eruit: nu, in de transitiefase en in het verwachte eindbeeld? Wat is de rolverdeling tussen veldpartijen en overheid? (hoofdstuk 2)
2. Wat zijn gewenste ontwikkelingen ten aanzien van de organisatie van zorg? (hoofdstuk 3)
3. Wat is de relatie tussen het contracteren en bekostigen door zorgverzekeraars enerzijds en de organisatie van medisch specialistische zorg anderzijds? (hoofdstuk 4)
4. Zijn er binnen het bekostigen en contracteren nog specifieke belemmeringen om te komen tot een nieuw ziekenhuislandschap, en meer in het bijzonder medisch specialistische netwerken, en hoe kunnen deze opgelost worden? (hoofdstuk 5)
5. Wat zijn vervolgens de beleidsimplicaties? (hoofdstuk 6)

Deze achtergrondstudie is geschreven op basis van een literatuurstudie. Tevens is gebruik gemaakt van de bevindingen vanuit

verschillende expertsessies die in het kader van een andere achtergrondstudie van KPMG zijn gehouden. Dit waren sessies met de eerste lijn, patiënten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en specialisten. Tot slot is gebruik gemaakt van de input uit drie forumbijeenkomsten die de Raad ter voorbereiding voor het advies heeft georganiseerd.

# 2 Bekostigen: het verleden, het heden en de nabije toekomst

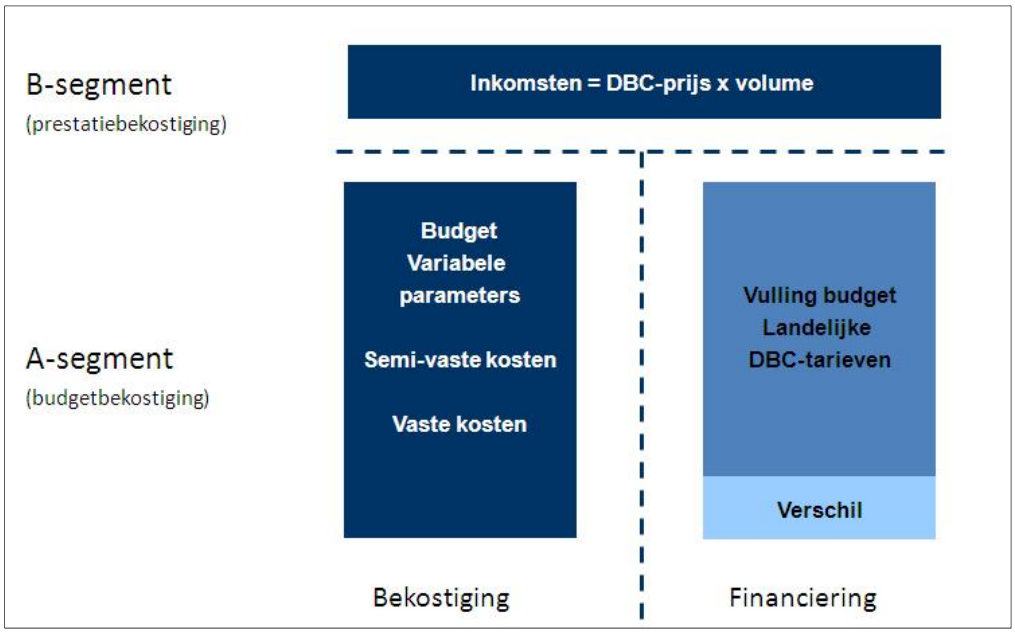
De bekostiging van medisch-specialistische zorg is volop in ontwikkeling en voorlopig nog niet uitgetrild. Deze veranderingen hebben een enorme impact op de ziekenhuissector. In dit hoofdstuk wordt een kort overzicht gegeven van de belangrijkste ontwikkelingen, het eindmodel dat de minister voor ogen heeft, en de transitieperiode hier naar toe. Hierbij zal ook aandacht besteed worden aan de rol van de overheid.

## 2.1 Ontwikkelingen bekostiging ziekenhuizen in Nederland

In Nederland werden tot 1983 ziekenhuizen bekostigd door de overheid op basis van werkelijk gemaakte kosten. Deze bekostiging leidde ertoe dat er elk jaar meer zorg geleverd werd en de kosten stegen (Broertjes, 1992). Om dit te beheersen is men vanaf 1983 overgestapt op het budgetteren van ziekenhuizen (CTG/ZAio, 2006). Dit was in eerste instantie een budget op basis van historische kosten. Vanaf 1988 zijn dit echter functiegerichtebudgetten geworden (zogenaamde FB-systematiek), om zo tot een meer rechtvaardige verdeling te komen van beschikbare middelen. Hierbij wordt het budget mede bepaald door parameters voor de beschikbaarheid, de capaciteit en de productie.

Inmiddels worden ziekenhuizen op verschillende manieren bekostigd. Hierbij wordt er nu een onderscheid gemaakt tussen de financiering en de bekostiging. De bekostiging vindt voor het grootste gedeelte nog plaats op basis van de oude FB-budgetten, terwijl de financiering – het tijdelijk beschikbaar stellen van vermogen - al wel via diagnose behandelingscombinaties (DBC's) gebeurt (zie figuur 1).

*Figuur 1: Bekostiging onder het FB*




*Bron: http://www.werkenmetdot.nl/Belonen-naar-prestaties/Bekostiging-ziekenhuiszorg*

Wel kunnen ziekenhuizen inmiddels voor 34% van de zorg vrij afspraken maken met verzekeraars over prijs en volume (het B-segment). Financiering en bekostiging vinden hier beide plaats op basis van geleverde DBC's. Voor de medisch specialisten geldt tot 2012 nog een aparte bekostiging via de deelregulering medisch specialisten. Dit houdt in dat specialisten bekostigd worden op basis van een normtijd die voor een DBC staat, en het hierbij geldend uur tarief. Vrijgevestigde specialisten krijgen dit rechtstreeks, terwijl dit bij specialisten in loondienst aan het budget van het ziekenhuis wordt toegevoegd. Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) krijgen in tegenstelling tot ziekenhuizen wel volledige bekostiging via de DBC's, waarbij voor het gereguleerde A-segment maximale tarieven gelden. Ook hier geldt de deelregulering medisch specialisten.

Aan aanbodsturing, zoals via de FB-systematiek, kleven een aantal negatieve aspecten zoals micro-inefficiëntie, beperkte ruimte voor een nieuwe toetreders en weinig prikkels tot klantgerichtheid (NZa, 2009). Daarnaast sluit het niet goed aan

bij vraagsturing door zorgverzekeraars en is er momenteel een schottenprobleem tussen ziekenhuizen en ZBC's, en tussen de vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuizen. De huidige duale bekostiging is hierdoor volgens de NZa onhoudbaar.

## 2.2 Het voorgestelde eindmodel

Om vraagsturing mogelijk te maken en de negatieve effecten te verminderen wil de minister van VWS daarom per 1 januari 2012 de FB-systematiek vervangen door prestatiebekostiging (Minister van VWS, 2011a). Dit houdt in dat ziekenhuizen nog maar voor een beperkt deel een beschikbaarheidbijdrage krijgen (vaste deel, o.a. de academische component en de traumazorg). Voor het grootste deel zullen zij - overigens net als de ZBC's nu al - afspraken moeten maken met zorgverzekeraars over prijs en volume. In het vrije segment gelden hierbij volledig vrije prijzen, terwijl in het gereguleerde segment de NZa nog wel maximumtarieven vaststelt. Ook zal vanaf deze datum overgegaan worden op een nieuwe productstructuur DOT (DBC's op weg naar transparantie), waardoor het aantal producten teruggebracht wordt van 30.000 naar circa 4.400. Tevens wordt het vrije verder uitgebreid van 34% naar circa 70%.

In het eindbeeld is het dan aan volledig risicodragende zorgverzekeraars om over een aanzienlijk deel van de zorg afspraken te maken over integrale tarieven en volume en zo ziekenhuizen te dwingen tot meer doelmatigheid en beheersing van de zorgkosten. Uiteindelijk zouden ook de kapitaallasten van instellingen en de honoraria van medisch specialisten hier integraal onderdeel van moeten uitmaken. De minister heeft daarnaast aangegeven geen steun meer te willen geven om een faillissement te voorkomen, maar slechts als laatste redmiddel cruciale zorgfuncties te borgen (Minister van VWS, 2011b). Dit betekent dat in het eindmodel een mogelijk faillissement voor ziekenhuizen een meer reële dreiging zal zijn[1]. Tot slot zou het per 2013 mogelijk moeten zijn om winst uit te keren. Hier zit overigens wel een aantal voorwaarden aan vast. Zo zal het uitkeren van winst pas mogelijk zijn na een positief advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de kwaliteit van de zorg, en mag er waarschijnlijk geen winst worden uitgekeerd gedurende de eerste drie jaar na het moment van investeren (Zorgvisie, 2011).

[1] Het blijft hierbij natuurlijk wel de vraag hoe geloofwaardig dit voornemen van de minister uiteindelijk is (zie bijvoorbeeld Kocsis et al., 2011).

Dit alles zal de risico's, en hier uit voortvloeiende prikkels voor veldpartijen, enorm doen toenemen. Dit kan leiden tot gewenst gedrag als een verbetering van de kwaliteit en meer doelmatigheid; bijvoorbeeld door efficiëntere processen, meer specialisatie, taakherschikking, samenwerking en klantgerichtheid. Echter zijn er voor partijen ook mogelijkheden om dit risico te beperken door maatschappelijk ongewenst gedrag als risicoselectie, overbehandeling en onderbehandeling.

## 2.3 De rol van de overheid in het eindbeeld

De overheid zal in het eindbeeld bewust een groot deel van het risico overdragen aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Toch blijft de overheid een aantal instrumenten behouden om het ziekenhuislandschap te sturen. We bespreken hieronder een aantal belangrijke instrumenten die de overheid nog heeft.

*1. De beschikbaarheidbijdrage*, in het eindbeeld wordt een deel van de ziekenhuiszorg bekostigd via de beschikbaarheidbijdrage, wat een normbudget is. Het gaat hier om het zogenaamde vaste segment. Dit segment kent drie delen: (1) functies waar geen declarabele prestaties voor zijn vast te stellen (een donoruitnameteam, een calamiteitenhospitaal en een traumahelikopter), (2) academische component en vervolgopleidingen (opleidingsfonds), en (3) de SEH's, traumazorg en brandwondenzorg (VWS, 2011a). Bij deze laatste groep betreft het alleen de meerkosten voor beschikbaarheid. Dit betekent bijvoorbeeld dat de SEH's alleen voor bekostiging via een beschikbaarheidbijdrage in aanmerking komen, voor zover het aanbod nodig is om aan de zogenaamde 45-minutennorm te voldoen. De overheid stelt hiermee dus vast hoeveel SEH's er minimaal moeten zijn en borgt de toegankelijkheid van zorg, maar het daadwerkelijke aantal heeft de overheid uitbesteed aan de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen.

*2. De WBMV en hiermee samenhangende tariefregulering.* Via vergunningverlening kan de overheid het aantal zorgverleners beperken die topklinische zorg aanbieden. Met de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) heeft de overheid nog een sturingsinstrument in handen. Met de WBMV wordt - vanuit doelmatigheids- en kwaliteitsoverwegingen - een verantwoorde en doelmatige regulering van bijzondere medische verrichtingen bereikt. In het gereguleerde segment stelt de NZa maximumtarieven vast per DBC. Het betreft hier vooral WBMV-zorg. Aangezien zorgverleners door de vergunning marktmacht hebben is dit een adequate manier om vanuit

maatschappelijk oogpunt te hoge prijzen te voorkomen. Ook de *add-ons* voor dure en weesgeneesmiddelen en intensive care hebben in elk geval in 2012 nog een maximumtarief

*3. Kwaliteitswetgeving en transparantie.* Door bepaalde normen voor de kwaliteit vast te stellen kan de overheid kwaliteit borgen. Hier ligt een belangrijke rol voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als uitvoeringsorganisatie van de overheid. De IGZ handhaaft wat door de zorgprofessionals zelf aan kwaliteitsnormen is vastgesteld. In sommige gevallen ontbreken richtlijnen omdat de beroepsgroep er niet kan uitkomen. Het vorige kabinet wilde daarom een kwaliteitsinstituut oprichten dat - zo nodig onder eigen gezag- normen, richtlijnen, protocollen, standaarden, indicatoren zou kunnen opstellen (VWS, 2010) . Ook minister Schippers heeft aangegeven door te willen met het kwaliteitsinstituut. Hierover zegt de minister het volgende :
*"Mocht het veld onvoldoende in staat blijken om haar verantwoordelijkheid waar te maken dan zal het kwaliteitsinstituut het tempo, de richting en de inhoud gaan bepalen" (VWS, 2011c).*

*4. Het macrobeheersingsinstrument (MBI).* Dit is een *ultimum remedium* dat de overheid heeft om de betaalbaarheid van zorg te borgen. Het is een ongericht instrument, waarbij macro- overschrijdingen, generiek omgeslagen worden naar marktaandeel van instellingen. Middels dit instrument beheerst de overheid de collectieve middelen die voor zorg aangewend worden en heeft zo een sterke invloed op het ziekenhuislandschap. Verschillende economen hebben gewaarschuwd voor ongewenste gedragseffecten die dit instrument kan hebben. Zo stellen Schut, van de Ven en Varkevisser (2010 en 2011) dat dit leidt tot prijsstijgingen, vooral ziekenhuizen zal treffen in concurrerende regio's en zorgt voor minder stimuli voor innovatie. Groot en Maassen-Van den Brink (2010) hebben gewezen op het gevaar van een prisoner's dilemma voor ziekenhuizen dat kan leiden tot opdrijvende productie. De minister wil vooralsnog dit instrument kunnen inzetten aangezien er nog geen balans is tussen zorgverzekeraars en zorgverleners, maar zal in het najaar - naar aanleiding van een motie van de Kamer - mogelijk met een alternatief komen[2].

[2] Motie van het lid Mulder C.S., Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), Tweede Kamer vergaderjaar 2010-2011, 29 248, nmr. 193.

## 2.4 De transitiefase

Omdat de overgang gepaard gaat met de nodige onzekerheid en risico's voor zorginstellingen, verzekeraars en overheid, zal de minister een transitiefase hanteren naar dit eindbeeld toe. Deze transitiefase wordt enerzijds gekenmerkt door een convenant dat de minister van VWS heeft afgesloten met ziekenhuizen en zorgverzekeraars. En anderzijds door een aantal overgangsmodellen, die de risico's voor overheid en veldpartijen voorlopig nog beperken.

*Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord*
De minister heeft een akkoord gesloten met zorgverzekeraars en zorgverleners, waarin deze beloven de kosten te beperken en kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit akkoord betekent dat partijen in de periode 2012 tot 2015 zich inspannen om reële uitgavengroei jaarlijks niet meer dan 2,5% te laten groeien. Daarnaast wordt er door de partijen een inhoudelijke agenda gevoerd (VWS 2011e). Zo zullen zorgverzekeraars de selectieve inkoop flink gaan uitbreiden. Gaan zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorgen voor spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties, indien dit wenselijk is voor kwaliteit, doelmatigheid en innovatie. Wordt substitutie tussen zelfzorg, de eerste lijn en de tweede lijn bevorderd. En zal de overbodige (ziekenhuis)capaciteit worden afgebouwd, waarbij zorgverzekeraars het initiatief nemen tot een herstructureringsfonds. Belangrijk is dat het bij het akkoord gaat om een inspanningsverplichting en geen resultaatsverplichting. Het akkoord kan dus moeilijk afgedwongen worden.

*Overgangsmodellen*
Naast het convenant hanteert de minister ook een aantal overgangsmodellen wat betreft de bekostiging en verevening. Zo zal er de eerste twee jaar een transitiebedragmodel komen (NZa, 2011). Dit houdt in dat voor instellingen in 2012 en 2013 het verschil tussen omzet uit DOT en het FB wordt bepaald, en dit wordt verrekend met de daadwerkelijke omzet (dit kan zowel positief als negatief zijn). Het betreft hier in 2012 95% en in 2013 70%. Het idee hierachter is dat het vanuit goed bestuur nodig is om instellingen en verzekeraars niet in het eerste jaar al te confronteren met abrupte omzetschommelingen. Tevens heeft de NZA zo de tijd om de productstructuur verder te optimaliseren.

Daarnaast komt er een beheersmodel medisch specialisten voor de periode 2012 tot en met 2014. Dit model vervangt voorlopig de deelregulering voor medisch specialisten. Het

model houdt feitelijk in dat er per instelling een budget komt voor vrijgevestigde specialisten. Het budget bestaat uit een productie gerelateerd deel (ca. 80%) en een variabel resterend deel (ca. 20%). De verdeling van het variabel deel gebeurt vervolgens door de Raad van het Bestuur en het collectief van medisch specialisten. Zolang de maatschap het debiteurenrisico draagt blijft de fiscale positie van specialisten gehandhaafd. Wel moeten declaraties aan verzekeraars en patiënten voortaan via het ziekenhuis lopen.

Ook zal de risicodragendheid van verzekeraars in stappen vergroot worden, doordat in de periode 2012-2014 de ex postverevening bijna volledig wordt afgebouwd. Tot slot geldt een overgangregime voor de kapitaallasten tot 2017, waarbij instellingen een suppletie krijgen, als de kapitaalvergoeding onder het nieuwe regime lager is dan een bepaald percentage onder het oude budgetregime (VWS, 2010). In 2011 is dit 95%, in 2016 70% en 2017 0%.

*Relatie tussen het convenant en de overgangsmodellen.*
In het convenant staat dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders indien wenselijk voor kwaliteit en doelmatigheid specialisatie moeten bewerkstelligen. Echter worden prikkels voor partijen om dit te doen in de transitiefase juist gedempt, en werken soms zelfs tegen elkaar in. Een voorbeeld is dat bij zorgverzekeraars door de ex postverevening de prikkels voorlopig nog gedempt worden. Een deel van de doelmatigheidswinst wordt immers afgeroomd via de nacalculatie. Daarnaast kunnen prikkels binnen de overgangsperiode voorlopig zelfs tegen specialisatie in werken. Zo zorgt het beheersmodel medisch specialisten ervoor dat de honoraria van vrijgevestigd specialisten gebudgetteerd zijn. Als een gespecialiseerd ziekenhuis voor extra zorgvolume, meer inzet van vrijgevestigde specialisten nodig heeft is de ruimte hiervoor beperkt[3]. Volgens VWS zal de financiële rust in de sector bijdragen aan meer focus op dynamiek en kwaliteitsverbetering in de ziekenhuiszorg. Echter wordt op korte termijn het convenant niet volledig gesteund door onderliggende prikkels en leunt het vooral op goede intenties van partijen. Deze intenties zullen voor een groot deel afhangen van de geloofwaardigheid dat vanaf 2015 ook het eindbeeld zal gelden.

[3] Er is overigens wel ruimte om meer specialisten in loondienst aan te nemen, aangezien deze niet onder het beheersmodel vallen.

## 2.5 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we laten zien dat het de verwachting is dat veldpartijen in het eindbeeld veel meer risico's krijgen. Deze risico's zullen zij willen beheersen. Dit kan via wenselijk gedrag als het leveren van doelmatige zorg, maar kan ook tot ongewenste gedragsreacties leiden. Om onwenselijk gedrag te voorkomen blijft de overheid een aantal instrumenten behouden om het ziekenhuislandschap te sturen. Met deze zichtbare hand kan de overheid publieke belangen borgen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het zorgen voor meer transparantie en de toegankelijkheid van zorg. De transitieperiode 2012-2015 naar het voorgestelde eindbeeld toe wordt gekenmerkt door een bestuursakkoord en verschillende overgangsmodellen. In deze periode worden prikkels nog gedempt en werken ze soms zelfs tegen elkaar in. Het is sterk de vraag of dat de financiële rust, uitgaand van dit convenant, zal leiden tot meer focus op dynamiek en kwaliteitverbetering. Een geloofwaardige overheveling van risico's in 2015 draagt hier waarschijnlijk meer aan bij.

# 3 Naar een nieuwe organisatie van ziekenhuiszorg

Hoewel het vanwege de complexiteit niet zinvol is om het nieuwe ziekenhuislandschap in te kleuren, zijn er wel een aantal breed gedragen trends te onderscheiden[4]. Deze trends leiden tot nieuwe wenselijke organisatievormen of bedrijfsmodellen. We gaan in dit hoofdstuk in op de driedeling in bedrijfsmodellen van Christensen, (2009) en de wens om te komen tot medisch specialistische netwerken.

## 3.1 Van intuïtieve geneeskunde naar empirische en precisie geneeskunde

Een belangrijke drijfveer om tot een nieuw ziekenhuislandschap te komen is de ontwikkeling van de medische technologie. Dit wordt geïllustreerd in het boek van Clayton Christensen: *The innovator's prescription* (2009). Zie ook de achtergrondstudie "Moderne patiëntenzorg in Nederland: acht jaar later" (RVZ, 2010b). Volgens Christensen stamt de huidige ziekenhuisorganisatie nog uit de tijd dat geneeskunde een intuïtieve

[4] Deze trends en de bedrijfsmodellen zijn ook getoetst in de gehouden forumbijeenkomsten.

aangelegenheid was. Ziekenhuizen waren vooral georganiseerd voor het diagnosticeren van patiënten. Specialisten waren met behulp van de meeste geavanceerde apparatuur slechts in staat een hypothese op te stellen over mogelijke ziektebeelden en deze vervolgens te toetsten. Hierbij was de behandeling van de patiënt integraal onderdeel van de diagnose. Voor het succes was de kwaliteit van het menselijk kapitaal van de medisch specialist belangrijker dan gestandaardiseerde processen.

In de loop der tijd is het echter bij steeds meer ziektebeelden mogelijk om een nauwkeurige diagnose te stellen en op basis hiervan - op grond van een empirisch bewezen standaard - effectief te behandelen. Hierdoor is de noodzaak om diagnose en behandeling integraal aan te bieden komen te vervallen. Dit biedt perspectief om deze processen te scheiden en binnen andere bedrijfsmodellen aan te bieden. Zo geeft Christensen aan dat het bij steeds meer diagnostiek duidelijk is wat voor behandeling nodig is en deze behandeling binnen een vast protocol routinematig uitgevoerd kan worden in bedrijfsmatige geoptimaliseerde processen.

## 3.2 Drie bedrijfsmodellen toegepast op de zorg

Door deze ontwikkeling zijn er volgens Christenen verschillende bedrijfsmodellen efficiënt bij verschillende type zorg. Hieronder een korte beschrijving.

*De oplossingwinkel*
Het bedrijfsmodel waarin diagnose en behandeling integraal aangeboden worden is de de oplossingwinkel (*solutionshop*), en wordt buiten de zorg toegepast in bijvoorbeeld in de advocatuur en consultancy. De oplossingswinkel blijft voor een groot deel van de zorg nog steeds een efficiënte organisatievorm. Het gaat hier bijvoorbeeld om topreferente zorg en een deel van de topklinische zorg. Deze zeer specialistische zorg kent een bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is (NFU, 2005). Daarnaast kun je hier ook denken aan gespecialiseerde oplossingswinkels als een diagnosecentra op thema (bijvoorbeeld cardio) of per doelgroep (bijvoorbeeld ouderen). Aan deze centra kunnen thematische gespecialiseerde behandelcentra gekoppeld zijn, maar deze zijn dan wel als een gescheiden proces vormgegeven. Ook bij acute zorg hebben we te maken met de organisatievorm van de oplossingswinkel.

*Waardecreatie-processen*
Bij waardecreatie-processen (*value-adding processes)* gaat het om zorg, waarbij een behandeling bewezen effectief is en los van de diagnose uitgevoerd kan worden. Dit kan zowel hoog- als laag-complexe zorg zijn. Denk aan complexe zorg, waarbij het risico op een slecht resultaat en op overlijden en complicaties groot is (bijvoorbeeld veel kankerbehandelingen). Bij deze zorg wordt steeds duidelijker dat er een relatie is tussen aantal operaties dat een team uitvoert en de kwaliteit. Het is wenselijk dat deze zorg geconcentreerd in een beperkt aantal goed geëquipeerde ziekenhuizen aangeboden wordt. Daarnaast betreft het hier ook de specialisatie van relatief eenvoudige ingrepen, binnen een lage kosten infrastructuur. De zogenaamde *focus hospitals* (Boer & Croon, 2010). Voorbeelden hiervan zijn de productstraten voor cataract- en heupoperaties. Dit bedrijfsmodel zie je buiten de zorg bijvoorbeeld bij restaurants, autofabrikanten en de detailhandel.

*Gefaciliteerde netwerken*
Een derde bedrijfsmodel is dat van het gefaciliteerde netwerk. Het gaat hier om instituties die zorgen voor een systeem waarin consumenten kunnen kopen en verkopen. Denk bijvoorbeeld aan eBay en YouTube. Ook binnen de zorg beginnen voorzichtig dit soort netwerken te ontstaan. Het kan hier gaan om netwerken tussen zorgprofessionals die elkaar helpen. Denk aan een site als mednet.nl, maar ook binnen integrale zorgnetwerken komt dit in de VS op (Christensen, 2009). Daarnaast kan dit een netwerk zijn georganiseerd rondom patiënten en specifieke condities. Het gaat hier dan vooral om chronische aandoeningen, waarbij een gedragsverandering gewenst is. Patiënten kunnen informatie uitwisselen en elkaar helpen. Denk aan een site als PatientsLikeMe (zie RVZ, 2010c) Doordat chronische zorg een steeds groter deel gaat uitmaken van de totale uitgaven aan zorg zal het belang hiervan toenemen. Zo heeft in 2020 naar verwachting 55 procent van de bevolking een chronische ziekte (Idenburg en Van Schaik, 2010).

## 3.3 Naar een beperkt aantal medisch specialistische netwerken

Voor de gezondheid van de patiënt is uiteindelijk een netwerk van verschillende organisaties en bedrijfsmodellen verantwoordelijk. Dit noemt Christenen een waardenetwerk *(value network).* Het probleem in de VS is dat de huidige netwerken worden gekenmerkt door het ontbreken van integratie, waardoor de nodige innovatie in het stelsel om te komen tot meer doelmatige zorg

niet van de grond komt. Ook de Raad heeft voor Nederland gepleit voor een nieuw waardenetwerk. Zo geeft hij in het advies 'Perspectief op gezondheid 20/20' aan dat, met het vaststellen van richtlijnen voor ziekenhuiszorg en met het doorvoeren van gereguleerde concurrentie, een ontwikkeling naar een beperkt aantal medisch specialistische netwerken wordt bevorderd. Ziekenhuizen werken hierin samen en verdelen taken en specialismen. De drie soorten bedrijfsmodellen van Christensen kan men gebruiken als ordeningsprincipe (RVZ, 2010a). In tegenstelling tot Christensen pleit de Raad nadrukkelijk voor open netwerken, zodat concurrentie en keuzevrijheid niet beperkt worden.

### 3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van drie mogelijke efficiënte organisatievormen binnen de ziekenhuiszorg: de oplossingswinkel, het waardecreatie-proces en het gefaciliteerd netwerk. Een waardenetwerk is daarbij het geheel van organisatievormen die samen verantwoordelijk zijn voor de gezondheid van de patiënt. Dit kunnen geïntegreerde netwerken zijn of open netwerken. Hoe deze netwerken en productieprocessen vervolgens het beste gecontracteerd en bekostigd kunnen worden door zorgverzekeraars gaat het volgende hoofdstuk.

## 4 Relatie tussen het contracteren, bekostigen en de organisatievorm van zorg

Zorgverzekeraars zullen naar verwachting vanaf 2015 volledig risicodragend worden. Dit betekent dat alle afwijkingen ten aanzien van de inkomsten van zorgverzekeraars (normbedrag plus nominale premie) voor rekening van de verzekeraars zelf komen. De verwachting is dat dit risico verzekeraars prikkels geeft om de kosten te beheersen (RVZ, 2008 en Besseling, Douven en Ewijk, 2009). Verzekeraars kunnen dit risico beïnvloeden, middels het contracteren en het bekostigen van zorg. In dit hoofdstuk gaan we in op de relatie tussen het contracteren en bekostigen van zorg en de organisatie hiervan.

### 4.1 Het contracteren van zorg door zorgverzekeraars

In het zorgstelsel is een belangrijke rol toegedicht aan selectieve zorginkoop. Zorgverzekeraars zouden, middels het contracteren,

zorgverleners moeten stimuleren om doelmatig zorg te leveren. Uit de institutionele economie weten we dat het type contract idealiter bij verschillende soort transacties verschilt, en afhankelijk is van transactiekosten (Williamson, 1979). Transactiekosten worden bepaald door (1) de frequentie van een transactie, (2) de onzekerheid waarmee een transactie omgeven is en (3) de aanwezigheid van specifieke activa. Vooral de laatste factor is volgens Williamson cruciaal. Een transactie waarbij specifieke activa betrokken zijn heeft te maken met zogenaamde *quasi-rents*. Met een *quasi-rent* wordt de waarde van activa bedoeld boven op de waarde die men hiervoor terug krijgt wanneer men stopt met de activiteit (Klein *et al*, 1978). Hoe meer een specifieke investering waarde heeft voor een bepaalde transactie, hoe groter het gevaar is dat een partij ex post misbruik maakt van de partij die afhankelijk is van de transactie. Men noemt dit in de economie ook wel het *hold-up* probleem en kan ertoe leiden dat welvaartsverhogende transacties niet plaatsvinden.

Neem bijvoorbeeld een investering van een ziekenhuis in nieuwe operatiekamers gelegen in een regio met daarin één dominante zorgverzekeraar. De waarde van deze investering is dan afhankelijk van de bereidheid van de zorgverzekeraar om deze zorg in te kopen. Als de investering echter heeft plaatsgevonden, heeft de verzekeraar een prikkel om misbruik te maken van zijn positie en een lagere prijs voor deze zorg te betalen, en zo meer winst toe te eigenen. Omdat het ziekenhuis dit vooraf weet, ziet deze af van de investering.

Williamson geeft aan dat specifieke investeringen leiden tot meer relationele contracten of mogelijk zelfs tot integratie. Dit voorkomt opportunistisch gedrag, door middel van het in overeenstemming brengen van belangen. Relationele contracten worden gekenmerkt door hun informeel karakter en ongeschreven codes die het gedrag van de betrokken partijen bepalen (Hasselbekke et al., 2002). Naast relationele contracten wordt in de theorie ook gesproken over klassieke en neo-klassieke contracten. Klassieke contracten zijn compleet van aard en gelden vaak voor de korte termijn. Een neo-klassiek contract is een langetermijncontract, waarbij niet alles expliciet beschreven is en daarom door verschillende partijen anders geïnterpreteerd kan worden. Bij zo'n contract is er een derde partij nodig die optreedt als arbiter bij geschillen, als de overheid, rechter of andere institutie. Neo-klassieke contracten zie je vooral bij incidentele transacties, terwijl relationele contracten juist voorkomen bij herhaaldelijke transacties (zie figuur 2).

*Figuur 2: Relatie contracten en dimensies specifieke activa en frequentie.*

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2"></th><th colspan="3">Investering karakteristieken</th></tr>
<tr><th>Niet-specifiek</th><th>Gemengd</th><th>Op zich staand</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Frequentie</td><td>Incidenteel</td><td rowspan="2">het klassieke contract</td><td colspan="2">het neoklassieke contract</td></tr>
<tr><td>Herhaaldelijk</td><td colspan="2">het relationele contract / integratie</td></tr>
</table>

*Bron: Williamson 1979*

Transactiekosten, en hiermee dus verschillende type contracten, worden vooral gedreven door informatie-asymmetrie en machtsconcentraties (Milgrom en Roberts, 1990). We zullen dit illustreren aan de hand van de drie eerder genoemde bedrijfsmodellen.

*Informatie-asymmetrie*
Ten eerste leidt informatie-asymmetrie tot hogere transactiekosten, omdat het moeilijker is om een compleet contract op te stellen. Bij waardecreatie-processen is over de relatie tussen het handelen van de specialist en de gezondheid van de patiënt veel bekend. Een goede diagnose is te stellen en het gaat in dit geval om reeds bewezen effectieve behandeling, ofwel routinezorg. Verzekeraars zouden deze processen kunnen contracteren via klassieke en vrij complete contracten. Bij de oplossingswinkel is daarentegen de relatie tussen het handelen van de specialist en de gezondheid van de patiënt veel complexer. Het is hier op voorhand niet duidelijk wat de patiënt mankeert en welke behandeling nodig is. Een compleet contract afsluiten is hierdoor niet te doen. Het ligt hier veel meer voor de hand te werken met incomplete contracten die gebaseerd zijn op wederzijds vertrouwen, ofwel relationele contracten. Bij het gefaciliteerd netwerk gaat het er vooral om een platform te bieden voor professionals of patiënten, waarin zij vervolgens

tot transacties kunnen komen. De aanbieder van een netwerk zal hierdoor vrij complete contracten kunnen afsluiten met deelnemers. Anderzijds kunnen de contacten tussen deelnemers juist getypeerd worden als relationeel. De redenen om deel te nemen aan het netwerk verschillen en zijn vaak niet monetair van aard.

*Machtsconcentratie*
Ten tweede spelen machtsconcentraties een grote rol via specifieke investeringen. Hoe minder partijen er zijn, hoe groter de kans is op opportunistisch gedrag. Zowel op de zorgverzekeraarsmarkt als de ziekenhuismarkt zijn er (natuurlijke) machtsconcentraties. Hoe groot deze zijn zal sterk per regio verschillen. Zo zullen er in de Randstad zowel aan vraag- als aanbodzijde verschillende concurrerende partijen zijn, terwijl binnen een krimpregio vaak een regionaal ziekenhuis en verzekeraar tot elkaar veroordeeld zijn. Dit zal waarschijnlijk zelfs bij waardecreatie-processen leiden tot meer relationele contracten dan klassieke contracten. In het uiterste geval leidt dit zelfs tot mogelijke druk om verticaal te integreren (zie box 1).

In de onderstaande figuur is aangegeven wat contract er idealiter hoort bij een bepaalde bedrijfsmodel. Wat opvalt is dat binnen de ziekenhuiszorg maar een deel van de zorg zich lijkt te lenen voor klassieke contracteren, terwijl het huidige stelsel met het jaarlijks contracteren op basis van DBC's hier wel op ingericht is.

*Figuur 3: relatie tussen organisatievorm en optimaal contract*

| **Organisatie-vorm** | **Contract Randstad** | **Contract krimpregio** |
|---|---|---|
| oplossingswinkel | relationeel | relationeel |
| waardecreatie-processen | klassiek | relationeel |
| gefaciliteerd netwerk | klassiek (netwerk)/relationeel (transactie binnen het netwerk) | klassiek (netwerk)/relationeel (transactie binnen het netwerk) |

**Box 1: Verticale integratie: zege of vloek voor een nieuw ziekenhuislandschap?**

Wanneer specifieke investeringen een heel belangrijke rol spelen binnen transacties zou het zelfs gewenst kunnen zijn dat er sprake is van integratie tussen de verzekeraar en het ziekenhuis. Het bekendste voorbeeld binnen de zorginkoopmarkt zijn HMO's in de VS, zoals Kaiser Permanente.

Voordeel van verticale integratie is dat de belangen van verzekeraars en zorgverleners gelijk gaan lopen, waardoor makkelijker specifieke investeringen tot stand komen en transactiekosten verminderen. Organisaties waarin verzekeraar en zorgaanbieder geïntegreerd zijn blijken bijvoorbeeld koplopers te zijn wat betreft het aanbieden van ketenzorgprogramma's voor chronisch zieken (Varkevisser en Schut, 2010). Een mogelijk nadeel van verticale integratie binnen de zorg is dat deze in bepaalde situaties leidt tot minder welvaart voor consumenten, omdat deze de competitie onder verzekeraars en zorgverleners vermindert. (Douven et al., 2011) Minister Schippers wil daarom verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verbieden (VWS, 2011c). Zo geeft zij aan:

*"Ik wil fusies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wettelijk verbieden. Er kunnen tijdelijke uitzonderingsmogelijkheden zijn, als een tijdelijke overname noodzakelijk is met het oog op de invulling van de zorgplicht of op de ontwikkeling van innovatief zorgaanbod" (pag. 11).*

De commissie Baarsma (2009) heeft eerder geconcludeerd dat een verbod op verticale integratie niet doelmatig is en de weg afsnijdt naar verticale integratie die per saldo positief is voor de consument. Ook Christensen (2009) wijst juist op het belang van integratie om tot doorbraken te komen in het ziekenhuislandschap:

*"Integration is simply a key step in the creation of the new busness models that will enable the eventual ends they envision. History speaks very strongly on the value of integration at points of fundamental architectural change in value networks" (pag. 214 en 215)*

## 4.2 Het bekostigen van zorg

Vanuit verschillende type contracten, vloeien ook verschillende bekostigingsmodellen voort. Hoewel er een grote verscheidenheid is aan bekostigingssystemen, betreft het vaak een combinatie van een aantal bekende elementen (Rosenthal, 2009). Bekostiging is in dit kader het beste te illustreren als een principaal-agentprobleem (Milgrom en Roberts 1992, Hölmstrom en Milgrom 1994 en Hölmstrom 1999). Middels de bekostiging wordt namelijk gepoogd de afruil tussen het geven van sterkere prikkels en het dragen van meer risico te beïnvloeden (zie bijvoorbeeld Ellis en Mc Guire, 1986). In een traditioneel *fee-for-service*systeem ligt het financiële risico volledig bij de overheid of de zorgverzekeraar. Deze bekostigt op werkelijk gemaakte kosten, waardoor de zorgverlener geen risico draagt en geen prikkel heeft om het efficiënter in te richten. Bij *capitation* (een vast bedrag per verzekerde) ligt het risico volledig bij de agent (de zorgverlener). Indien de kosten het vaste budget overschrijden komen deze voor rekening van de zorgverlener. Nadelen van een *capitation*systeem zijn dat het tot onderbehandeling en risicoselectie kan leiden, indien hier niet goed voor gecorrigeerd wordt. Het nadeel van *fee-for-service*systeem daarentegen is dat hier waarschijnlijk meer zorg wordt geleverd en kosten gemaakt worden dan maatschappelijk optimaal, door de beperkte prikkels voor kostenbeheersing. Een systeem gebaseerd op bekostiging van diagnoses, zoals de DBC's, bevindt zich tussen deze twee polen in. Ellis en McGuire laten zien dat een gemengd systeem te prefereren boven deze twee uiterste in onder de veronderstelling dat de zorgverlener een imperfecte agent is van de patiënt.

Een belangrijke recentere ontwikkeling is de op opkomst van *pay-for-preformance* (P4P), waarbij de agent (zorgverlener) beloond wordt voor de kwaliteit van zorg, zoals bijvoorbeeld het voorkomen complicaties, klanttevredenheid en gezondheidwinst. Zie voor een overzicht van de literatuur Pomp (2010). Prestatiebekostiging kan in principe gecombineerd worden met een *fee-for-service*systeem of met een *capitation*systeem. Naarmate het beter mogelijk is om op kwaliteit te belonen, zullen de prikkels tot onderbehandeling en risicoselectie afnemen in *capitation*systeem en kan dit dus een aantrekkelijker systeem worden om de zorg mee te bekostigen (Rosenthal, 2008). De zorgverlener kan zo immers door de principaal beter beoordeeld worden, en functioneert als een betere agent. Vanuit de principaal-agenttheorie blijkt daarnaast dat het bij het belang van samenwerken niet verstandig is om te werken met sterke individuele prikkels. Wel zouden prik-

kels op het niveau van een team, of voor een groep organisaties, als alternatief kunnen werken. Hiervoor is het wel belangrijk dat men binnen het team elkaars prestaties kan beoordelen en team niet al te groot is (Gaynor *et al.*, 2004). Dit om *free-riding* van partijen te voorkomen.

De ideale wijze van bekostiging wordt dus sterk beïnvloed door de beschikbare informatie over prestaties. Als een verzekeraar beter zicht heeft op de relatie tussen de inspanning van de zorgverlener en gewenste prestaties, kan deze ook meer risico delen met de zorgverlener. Dit impliceert dat de drie organisatievormen van Christensen, ieder anders bekostigd dienen te worden. Bij de oplossingswinkel zijn de prestaties moeilijk te meten en is het van belang om multidisciplinair samen te werken. Het lijkt daarom niet voor de hand te liggen om de oplossingswinkel te bekostigen middels sterke financiële prikkels op basis van individuele prestaties. Het *fee-for-service*model past hier volgens Christensen het beste bij. Aangezien het hier een open einde financiering betreft zou je om de budgettaire beheersbaarheid te verbeteren ook kunnen denken aan een lump-sum bekostiging, analoog aan een vast salaris. Bij waardecreatie-processen zullen prestaties over het algemeen beter meebaar zijn, taken goed af te bakenen zijn en de interacties tussen de verschillende agenten voorspelbaar. Deze organisatievorm leent zich in principe goed voor het belonen op prestaties. Bij een gefaciliteerd netwerk is het moeilijk om op prestaties te belonen, aangezien de waarde van de transacties die binnen het netwerk plaatsvinden niet vast te stellen zijn. Dergelijke netwerken worden vaak bekostigd op basis van lidmaatschap of op basis van transacties.

Uit de bovenstaande analyse blijkt dat het bekostigen op DBC slechts bij een beperkt deel van de zorg efficiënt is, namelijk bij waardecreatie-processen. Bij diagnoses en netwerkzorg liggen andere bekostigingsregimes voorhanden, als *fee-for-service*/lump-sum en lidmaatschap/op basis van transacties. Het is dus zaak dat zorgverzekeraars hun vrijheid gebruiken om verschillende type processen ook op verschillende wijze te belonen (zie figuur 4). Tot nog toe lijken ze zich redelijk te houden aan het stramien van de DBC's. Wel beginnen de eerste alternatieve bekostigingregime's zich af te tekenen. Zo heeft zorgverzekeraar Achmea een nieuw type contract gesloten met het Zaans Medisch Centrum (ZMC). Het betreft hier een vijfjarig contract, met afspraken over kwaliteit en kosten. Indien het ziekenhuis de komende vijf jaar een kostenreductie realiseert van 7.5% ten opzichte van het huidige kostenniveau dan krijgt het een

bonus, wordt deze niet gehaald dan volgt een malus (Skipr, 2011). Achmea deelt dus middels dit relationele contract een groter deel van het risico met het ZMC.

*Figuur 4: relatie tussen organisatievorm, contract en bekostiging*

| **Organisatievorm** | **Contract Randstad** | **Contract krimpregio** | **Bekostiging** |
|---|---|---|---|
| Oplossingswinkel | relationeel | relationeel | fee-for-service / lump-sum bekostiging |
| Waardecreatie-processen | klassiek | relationeel | (D)BC i.c.m. output/outcome |
| Gefaciliteerd netwerk | klassiek (netwerk)/relationeel (transactie binnen het netwerk) | klassiek (netwerk)/relationeel (transactie binnen het netwerk) | lidmaatschap/ transactie-basis |

## 4.3 Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken

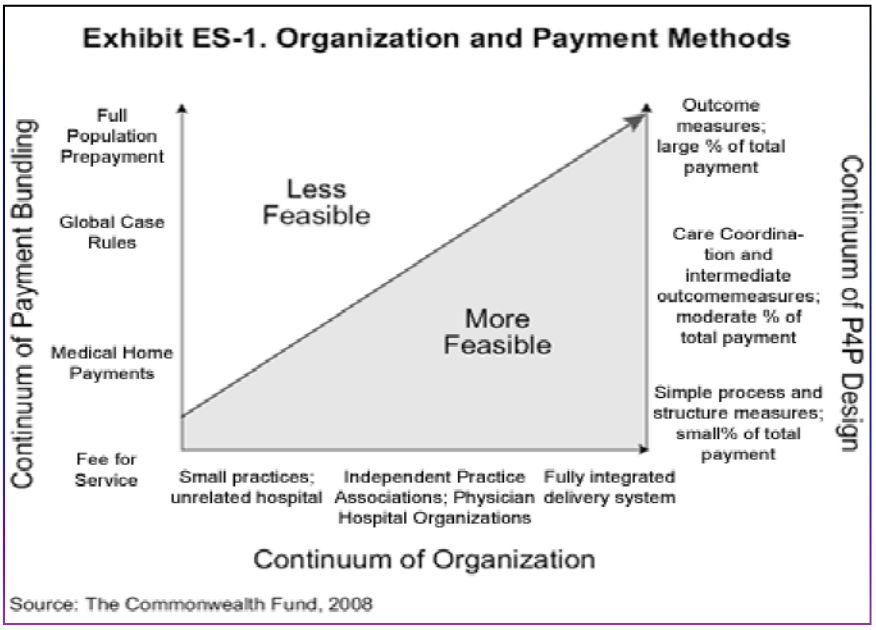
In de vorige paragraaf hebben we laten zien hoe verschillende organisatievormen idealiter ook leiden tot verschillende bekostigingswijzen en verschillende contracten. Bij netwerken gaat het om het samenwerken van verschillende zorgaanbieders. Dit kan binnen een volledig geïntegreerd netwerk of binnen een open netwerk. Door het belang van samenwerken zijn sterke prikkels op het niveau van individuele professionals of organisaties in principe niet gewenst. Het ligt meer voor de hand om een netwerk van zorgverleners integraal te bekostigen. Dit geeft het netwerk gezamenlijk een prikkel tot meer efficiëntie. Middels correctie voor de *case-mix*, en het werken met prestatie-indicatoren, kan risicoselectie en onderbehandeling tegengegaan worden. Je zou de keten-dbc's, zoals we deze in Nederland kennen, als een eerste stap op deze weg kunnen zien. Hoewel hierbij patiënten - vooral die met multi- en comorbiditeit - nog sprake is van verschillende financieringsstromen. Binnen de keten-dbc's wordt onderbehandeling tegengegaan, middels zorgstandaarden en richtlijnen.

*Volledig geïntegreerde netwerken*
De omvang van het netwerk en de mate van integratie speelt een rol bij de bekostiging. Zo zijn zorgverleners die binnen een volledig geïntegreerd netwerk opereren beter instaat om met grote risico's om te gaan en kunnen dus eerder beloond worden op gezondheidswinst (Shih et al., 2008). Het behoeft geen verbazing dat de mate waarin pay-for-performace in de VS wordt gebruikt in de private markt afhangt van factoren als: een vaste eerstelijnszorgverlener, de bekostiging via *capitation* en of de zorgverzekeraar zelf ook beloond wordt op basis van prestatie (Rosenthal *et al.*, 2006). Dit zijn typisch kenmerken van HMO's. In figuur 5 is dit verband tussen bekostiging, organisatie en belonen op *pay-for-performance* (P4P) uitgewerkt. De figuur stelt dat het waarschijnlijker is dat een kleine zelfstandige praktijk bekostigd wordt op *fee-for-service* en hooguit beloond wordt op simpele procesindicatoren. Terwijl het bij een volledig geïntegreerd zorgverlenersnetwerk veel waarschijnlijker is dat deze wordt bekostigd op basis van *capitation,* en *outcome* een groot deel uitmaakt van de beloning.

**Box 3: Gefragmenteerde aanbod eerste lijn verklaring moeizame introductie keten-dbc?**

De relatie tussen bekostiging en organisatie zou kunnen verklaren waarom de introductie van keten-dbc's (*global case rules*) zo moeizaam verloopt. Deze sterk gebundelde bekostiging lijkt niet goed te passen bij de huidige gefragmenteerde organisatie van de eerste lijn. Het koptarief van Achmea, ofwel *management fee* bekostiging, past hier waarschijnlijk beter bij. Dit zou kunnen de beteken dat er een mogelijk afruil is tussen het bekostigen op basis van de huidige organisatie of het bekostigen op basis van de gewenste organisatie. Waarbij het eerste mogelijk leidt tot tijdelijke transactiekosten en tweede tot het blijven hangen in een *second best* organisatievorm.

*Figuur 5*




*Open netwerken*
Bij HMO's gaat het vaak om gesloten netwerken. Het is de vraag of het ook mogelijk is om open netwerken middels het contracteren en bekostigen te bevorderen. Dit ook aangezien verticale integratie in Nederland waarschijnlijk verboden gaat worden. Capitation zal binnen een open netwerk leiden tot hoge transactiekosten. Zo stelt Christensen dat binnen een open netwerk huisartsen en specialisten verschillende belangen kennen en dit leidt tot botsingen (*zero-sum game*).
Een mogelijk interessant alternatief concept is dat van de uitgebreide medische staf (*extended medical staff)* van Ficher *et al.* (2007). Zij stellen voor om een netwerk van zorgverleners rondom een ziekenhuis gezamenlijk verantwoordelijk te maken voor prestaties, om zo de kwaliteit te verbeteren en de kosten te verminderen. Het betreft hier dan wel een "virtueel" netwerk, waarbij artsen en patiënten op basis van gedrag in het verleden toegewezen worden aan een ziekenhuis (bijvoorbeeld op basis van doorverwijzingen en bezoeken). Dit netwerk kan vervolgens op basis van *outcome* van de toegewezen populatie een beloning krijgen.

Volgens Fisher *et al.* heeft dit drie grote voordelen. Ten eerste maakt het *pay for performance* makkelijker door de grotere aantallen, de bredere scope en doordat alle verantwoordelijke agenten mee-

genomen worden. Het risico is hierdoor beter beheersbaar. Ten tweede maakt het lokale partijen gezamenlijk verantwoordelijk voor capaciteit, en de gevolgen hiervan op kwaliteit en kosten. Aanbodgeïnduceerde vraag zou bijvoorbeeld tegengegaan kunnen worden. Ten derde zijn grotere organisaties beter instaat investeringen te doen om kwaliteit te verbeteren en kosten te reduceren. Zelfstandige artsen hebben niet de mogelijkheden en de kennis om in de noodzakelijke informatiesystemen te investeren, maar ziekenhuizen daarentegen wel. Ficher *et al.* zien overigens nog wel barrières om deze virtuele netwerken te bekostigen, in de vorm van de heersende cultuur en sterke marktprikkels in de VS. Anderen wijzen er ook op dat deze netwerken mogelijk te groot zijn om effectief op prestaties te kunnen belonen (zie bijvoorbeeld Cebul et al., 2008). Zoals eerder aangegeven is bij een groot netwerk met verschillende diverse zorgverleners, mogelijk *free-riding* een probleem.

In de VS zijn binnen *Medicare*, naar idee van de uitgebreide medische staf, nu *Accountable Care Organisations* (ACO's) als nieuw bekostigingsmodel geïntroduceerd (Fisher en Shortell, 2010). Fisher en Shortel geven aan dat het nog niet zeker is of ACO's hun belofte daadwerkelijk zullen inlossen. Het succes is afhankelijk van de mate waarin partijen gezamenlijk tot een systeem kunnen komen van prestatiemeting en een evaluatieraamwerk, waarin niet alleen verantwoording wordt afgelegd aan de patiënt en belastingbetaler, maar ook een snelle verspreiding plaatsvindt van procesinnovaties. Het concept van de ACO lijkt goed te passen bij open specialistische netwerken. Hierbij is wel van belang dat het nog een onbewezen concept is. Het blijft de vraag of teambonussen op een dergelijk hoog niveau ook leiden tot de gewenste gedragsveranderingen. Tevens kan deze "virtuele" samenwerking leiden tot marktverstorend gedrag. Tot slot wordt het in de VS gehanteerd door de overheid en niet door zorgverzekeraars. Toch zou het in principe ook voor zorgverzekeraars mogelijk moeten zijn om dit bekostigingsmodel toe te passen bij open netwerken.

## 4.4 Gezamenlijk inkoop door zorgverzekeraars

Tijdens de expertsessie en interviews die voor deze studie zijn gehouden kwam het idee op dat het goed zou zijn voor verschillende zorgverzekeraars om gezamenlijk de regie te nemen. Een concreet voorbeeld is het plan van Martin Bontje van Uvit om gezamenlijk SEH's aan te besteden (Zorgvisie, 2010). Hoewel dit de positie van zorgverzekeraars ten opzichte van regionale ziekenhuizen sterker maakt, bestaat het gevaar dat dit leidt tot ongewenste marktmacht van verzekeraars. In het uiterste geval kunnen

de gezamenlijke verzekeraars een monopsonie vormen. Hierdoor zouden zij theoretisch minder zorg kunnen inkopen dan maatschappelijk wenselijk (Pauly, 1988). Daarnaast kan deze samenwerking ook leiden tot minder concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt, waardoor verzekeraars de voordelen - die zij behalen op de inkoop - onvoldoende doorgeven aan verzekerden. Al met al lijken er nadelen vanuit deze praktijk te gaan. Indien de overheid graag het aantal SEH's wil terugdringen - met oog op kwaliteit en betaalbaarheid - zou daarom ook overwogen kunnen worden dit zelf te doen middels een aanwijzing of vergunningverlening.

## 4.5 Conclusie

Uit dit hoofdstuk blijkt dat het wenselijk is dat zorgverzekeraars instaat zijn om verschillende organisatievormen gedifferentieerd te kunnen contracteren en bekostigen. Dit pleit voor grote vrijheidsgraden voor verzekeraars en zorgverleners ten aanzien van bekostiging, in elk geval bij het vrije segment. Bij het voorstel van de Raad om te komen tot open medisch specialistische netwerken past dan ook een gedifferentieerde manier van contracteren en bekostigen. Wel zou hier mogelijk gewerkt kunnen worden met een bonus of malus aan een "virtueel" netwerk op basis van behaalde gezondheidswinst (zie figuur 6 ).

*Figuur 6: relatie tussen organisatievorm, contract en bekostiging (incl. gesloten en open netwerken)*

| **Organisatie-vorm** | **Contract Rand-stad** | **Contract krim-pregio** | **Bekostiging** |
|---|---|---|---|
| Oplossings-winkel | relationeel | relationeel | fee-for-service / lump-sum bekostiging |
| Waardecrea-tie-processen | klassiek | relationeel | (D)BC i.c.m. out-put/outcome |
| Gefaciliteerd netwerk | klassiek (net-werk)/relationee l (transactie binnen het net-werk) | klassiek (net-werk)/relationee l (transactie binnen het net-werk) | lidmaat-schap/ transactieba-sis |
| Volledig geïn-tegreerd net-werk (HMO) | volledige inte-gratie | volledige inte-gratie | capitation icm outcome |
| Open (virtu-eel) netwerk | divers | relationeel | divers, maar mogelijk met bonus/malus op basis van outcome aan virtueel net-werk. |

# 5 Belemmeringen in de huidige financie-ringsstructuur voor een nieuw ziekenhuis-landschap

In dit afsluitende hoofdstuk gaan we in op concrete specifieke belemmeringen die door het veld in interviews, expertsessies en het forum zijn aangedragen voor specialisatie en deconcentratie. Het betreft hier (1) kruissubsidiëring, (2) onvoldoende bedrijfs-economische aansturing, (3) schotten tussen de eerste en tweede lijn en (4) taakherschikking.

## 5.1 Kruissubsidiëring houdt specialisatie tegen.

Een veel veelgehoorde belemmering uit het veld is dat er op dit moment sprake is van zogenaamde *feeders* en *bleeders*. Er zijn be-handelingen waar ziekenhuizen flink op verdienen en waar ze op

verliezen. Vooral aan de laag complexe/hoog volume zorg blijkt in de praktijk te verdienen, terwijl bepaalde complexere/laag volume zorg verlieslatend is. Dit beeld blijkt ook uit de opmerking (uit een interview van SiRM) dat UMC's de verdiensten uit basiszorg nodig hebben en dat dit spreiding en concentratie belemmert.

Het is onwenselijk dat ziekenhuizen zorg blijven aanbieden die elders doelmatiger geleverd kan worden, alleen omdat dit nodig is om het ziekenhuis in stand te laten houden. Het is dus noodzaak dat de prijsstelling meer overeenkomt met de kosten van behandelingen en dat deze kruisubsidiëring verdwijnt. Dit ligt primair bij zorgverzekeraars. Zij zijn straks voor een groot deel vrij om zorg te contracteren. Indien een ZBC's behandelingen efficiënter aanbieden zullen verzekeraars deze contracteren. In de expertsessies werd er op gewezen dat ZBC's alleen de gunstige gevallen zouden selecteren en de complexere links laten liggen (*cherry-picking*). Op zich is dit niet erg. ZBC's zijn juist efficiënt in minder complexe zorg, terwijl UMC's in het voordeel zijn bij complexere zorg. Dit soort specialisatie is vanuit maatschappelijk oogpunt wenselijk. Wel is het dan zaak dat bij complexere zorg ook de juiste prijzen tot stand komen. Die schijnbaar, als er sprake is van kruissubsidiëring, te laag zijn. In het vrije segment is dit aan verzekeraars. Bij een goed werkend ex ante risicovereveningssysteem hebben zij een belang om ook voor hogere risico verzekerden goede zorg in te kopen. Hiervoor is het wel belangrijk dat zij voldoende zicht hebben op kwaliteit. In het gereguleerde segment is het tegengaan van kruissubsidiëring aan de NZa. Het beeld bestaat bijvoorbeeld dat bij Academische Ziekenhuizen de complexiteit door de NZa nu nog onvoldoende beloond wordt. Een nadeel van centrale tariefregulering blijft wel dat het voor de NZa heel moeilijk is om de juiste tarieven vast te stellen, vooral in een dynamische omgeving.

Wel liggen er daarnaast bij het tegengaan van kruissubsidiëring mogelijk nog twee belemmeringen, in de vorm van opleidingen en het vertrouwen van patiënten in verzekeraars. UMC's geven aan basiszorg te moeten blijven leveren omdat dit nodig is voor opleidingsfunctie. Het is echter de vraag of dit niet op een andere manier op te lossen is. Zo zouden topklinische ziekenhuizen meer aan opleiding kunnen doen, ook zou een deel van de opleiding kunnen plaatsvinden binnen *focussed hospitals* en ZBC's. Daarnaast kan kruissubsidiëring blijven bestaan, als verzekeraars patiënten niet weten te verleiden naar de doelmatigere instellingen. Hiervoor is het belangrijk dat verzekeraars aan vertrouwen winnen en speelt transparantie een cruciale rol.

## 5.2 Ziekenhuizen worden onvoldoende bedrijfseconomisch aangestuurd

Een andere veel gehoorde belemmering is dat ziekenhuizen momenteel onvoldoende bedrijfseconomisch worden aangestuurd. Zo werd in een interview door SiRM en de NVZ het volgende opgetekend: "De kostprijsberekening is bij vrijwel geen enkel ziekenhuis op orde. Dit probleem is groter in het A- dan het B-segment". Een aanverwante opmerking "In tegenstelling tot het bedrijfsleven is de kostprijs vaak niet bekend. De bedrijfseconomische effecten van uitruil dus ook niet".

Dit gebrek aan bedrijfseconomie zou je mogelijk kunnen verklaren uit feit dat de bekostiging van ziekenhuizen in het verleden nauwelijks gebaseerd was op prestaties. Met de komst van prestatiebekostiging zullen ziekenhuizen meer risico gaan dragen en hierdoor meer prikkels krijgen om bedrijfseconomisch te sturen. Dit zal ook versterkt worden, omdat banken en nieuwe financiers dit steeds meer gaan eisen. Tot slot zal waarschijnlijk ook het wegvallen van steun bij financieel noodweer door de overheid als een stok werken (zie CPB, 2011). Kortom deze belemmering lijkt met de maatregelen van de minister - voor zover ze doorgaan - voor een groot deel vanzelf weggenomen te worden.

## 5.3 De verschillende bekostiging tussen eerste en tweede lijn

Een gewenste ontwikkeling is dat delen van de zorg verplaatsen van de tweede naar de eerste lijn (of anderhalfdelijnszorg). Zorg moet daar plaatsvinden waar deze het meest doelmatig geleverd kan worden. Op dit moment zijn hier nog belemmeringen voor binnen de bekostiging. Dit zijn een verschil in risicodragendheid van verzekeraars voor de eerste en de tweede lijn, en het bestaan van verschillende bekostigingsregimes.

*Verschil in risicodragendheid*
Het verschil in risicodragendheid tussen de eerste en tweede lijn wordt veroorzaakt door de ex postrisicoverevening. Verzekeraars lopen in de eerste lijn meer risico dan in de tweede lijn, omdat in de tweede lijn nog een groter deel van de kosten nagecalculeerd wordt. Zo geldt de *naculculatie* niet voorde eerste lijn, maar wel voor delen van de kosten van de ziekenhuizen, namelijk het A-segment en de kosten van geestelijke gezondheidszorg (Schut en De Wildt, 2011). Dit leidt ertoe dat zorgverzekeraars een grotere risicodragendheid kennen binnen de eerste lijn dan tweede lijn. Zij

zullen hierdoor zorg die in beide compartimenten aangeboden wordt, eerder in de tweede lijn inkopen. Met de geplande afbouw van de ex post in 2015 zal deze *bias* voor de verzekeraar om zorg in de tweede lijn in te kopen verdwijnen.

*Verschil in bekostigingsregime*
Daarnaast is sprake van verschillende bekostigingsregimes. Zoals eerder aangeven kennen we straks in de tweede lijn een beschikbaarheidbijdrage en 4.400 DBC's. Terwijl we in de eerste lijn een combinatie kennen van een inschrijvingstarief, consultarief, M&I-verrichtingen en keten-dbc's. Op dit moment is overigens nog niet geheel duidelijk hoe de bekostiging van de eerste lijn eruit gaat zien. Met de introductie in 2010 van keten-dbc's voor drie chronische aandoeningen, diabetes, vasculair risicomanagement en COPD is een eerste stap gezet naar integrale bekostiging en tegengaan van verticale versnippering (VWS, 2009). Op dit moment wordt gekeken naar welke aandoeningen ook voor keten-dbc's in aanmerking kunnen komen. Het gaat hier vooral om aandoeningen waarbij het grootste deel van de zorg deel uitmaakt van het basispakket en het zwaartepunt in de eerste lijn ligt (NZa, 2010). Zo wordt gewerkt aan zorgstandaarden voor astma, cystic fibrosis, artrose, depressie, dementie, kanker, hartfalen, CVA en zeldzame aandoeningen (VWS, 2011d).

Keten-dbc's lijken een gewenste ontwikkeling om integrale zorg bij chronische aandoeningen te stimuleren. Wel is een nadeel dat bekostiging nog steeds per aandoening plaatsvindt, terwijl er steeds meer patiënten komen met co- of multimorbiditeit. Het lijkt daarom wenselijk dat verzekeraars uiteindelijk keten-dbc's voor deze groep gebundeld gaan inkopen, zodat er in de praktijk een partieel *capitation*systeem ontstaat. Door onder meer zorgverzekeraar Achmea is er kritiek geuit op de keten-dbc's. De overhead die hiermee gepaard zou gaan zou de kosten tot 20/30% opjagen [5]. Hoewel de bekostiging via een koptarief zoals Achmea hanteerde inderdaad beter lijkt aan te sluiten bij de huidige organisatie, lijken hier slechts beperkte prikkels vanuit te gaan voor substitutie en taakherschikking. Op langere termijn is integrale bekostiging daarom waarschijnlijk kansrijker dan een koptarief. Hier zal ook de organisatie zich op aanpassen, waardoor ook de overheadkosten kunnen verminderen.

*De positie van de polikliniek*
Een ander vraagstuk is de positie van de polikliniek. In Nederland wordt deze zorg bekostigd via DBC terwijl dit elders via een apart tarief gebeurt (Schrijvers, 2011). Dit leidt ertoe dat in Nederland

[5] Te vinden op http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/Artikel/Overhead-jaagt-kosten-ketenzorg-op.htm

deze zorg veelal in ziekenhuizen wordt geleverd, terwijl in buitenland poliklinieken inmiddels vaak zelfstandige en ambulante praktijken zijn. Met het oog op zorginnovatie vraagt Schrijver zich af, of het wel in het belang is om hier een DBC te openen bij een aantal groepen patiënten. Zo geeft hij aan dat de polikliniek hoort bij de eerste lijn en de bekostiging dat moet stimuleren. Gedacht kan worden om de polikliniek niet via een DBC's te declareren maar via een apart consulttarief. Dit sluit niet alleen beter aan bij de bekostiging van de eerste lijn, maar past ook beter bij de aard van de organisatievorm van de oplossingswinkel, die een polikliniek vaak is.

## 5.4 Taakherschikking wordt onvoldoende gefaciliteerd via de bekostiging.

Daar waar intuïtieve geneeskunde plaatsmaakt voor bewezen geneeskunde verandert ook de vraag naar competenties voor het personeel. Taken die nu nog door specialisten en huisartsen uitgevoerd worden kunnen steeds vaker door de *physician assistant* en verpleegkundig specialist gedaan worden (RVZ, 2011). Binnen de bekostiging zijn nu nog belemmeringen voor taakherschikking. Zo kunnen nu nog alleen specialisten in ziekenhuizen een DBC openen.
Het zou daarom goed zijn dat de feitelijke hoofdbehandelaar van een DBC of keten-dbc mag open, in plaats van alleen de specialist en de huisarts. Taakherschikking zal ook versnellen wanneer de honoraria van specialisten integraal onderdeel worden van de prijs. In dit geval is er immers bij de zorgverlener een sterke prikkel om taken te herschikken als dit doelmatigheid bevordert. Minister Schippers heeft aangegeven op dit moment de mogelijkheden te verkennen om de bekostigingsarrangementen te laten aansluiten bij de ontwikkelingen rondom nieuwe beroepen en de hierbij behorende nieuwe bevoegdheden (VWS, 2011c).

## 5.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn een aantal specifieke belemmeringen besproken die volgens veldpartijen, vanuit de financieringsstructuur gaan, en nieuw ziekenhuislandschap belemmeren. Voor een deel worden deze verminderd met de voorgenomen maatregelen van de minister van VWS (als deze tenminste doorgevoerd worden). Echter zijn ook een aantal belemmering waar dit niet voor geldt: zoals de schotten in de financiering tussen de eerste en tweede lijn.

# 6 Suggesties voor aanbevelingen aan de Raad

We hebben in deze achtergrondstudie laten zien dat in het eindbeeld van prestatiebekostiging risico's grotendeels bij veldpartijen liggen, en de minister om de prikkels tot doelmatigheid wil vergroten. Om dit risico te beheersen zullen partijen geprikkeld worden tot gewenst gedrag, maar bestaat soms ook het risico dat zij overgaan tot ongewenst gedrag. Het is daarom aan de overheid om enerzijds belemmeringen voor veldpartijen weg te nemen om deze grotere risico's goed te kunnen beheersen, en anderzijds om ook in deze risicodragende omgeving publieke belangen te borgen. Om dit te kunnen bewerkstelligen zou de Raad aan de volgende aanbevelingen kunnen denken:

1. Uit de analyse in hoofdstuk 4 blijkt dat kwaliteitstransparantie verzekeraars in staat stelt om op ziekenhuizen beter te bekostiging op prestaties. Het stelt verzekeraars instaat completere contracten af te sluiten en via de bekostiging meer prikkels te geven aan zorgverleners. Je zou zelfs kunnen stellen dat kwaliteitstransparantie een *conditio sine qua non* is voor prestatiebekostiging. Deze transparantie is in grote delen van ziekenhuiszorg op dit moment nog onvoldoende aanwezig. Om hier slagen te maken kan het kwaliteitsinstituut een belangrijke aanwakkerende rol vervullen. Slechts bij objectieve kwaliteitsinformatie kunnen verzekeraars immers bekostigen op kwaliteit en zullen zij vertrouwd worden door hun verzekerden.

2. Daarnaast laat Christensen zien dat er binnen de ziekenhuiszorg idealiter verschillende bedrijfsmodellen gelden. Uit contracttheorie en principaal-agenttheorie blijkt dat deze modellen elk anders gecontracteerd en bekostigd moeten worden. Dit behelst dat zorgverzekeraars de ruimte moeten krijgen om hier invulling aan te geven, zodat ze de grote risico's kunnen beheersen en op kwaliteit kunnen sturen. Verzekeraars zijn op dit moment formeel gebonden aan de productstructuur van de DBC's, zoals deze door de NZa wordt vastgesteld. Ondanks het feit dat zij zich aan deze structuur moeten houden, hebben zij voor een deel ruimte om de contracten en de bekostiging naar eigen inzicht vorm te geven. Voor zover verzekeraars echter gehinderd worden door de productstructuur, en dit niet specifiek nodig is voor het borgen

van publieke belangen, vraagt dit de aandacht van de NZa. Op termijn ligt het mogelijk zelfs voor de hand de prestaties wat betreft de bekostiging voor het vrije segment vrij te geven en dit over te laten aan decentrale partijen, op basis van *evidence-based* richtlijnen.

3. Prestatiebekostiging via de huidige DBC's lijkt niet te passen bij de gewenste ontwikkeling naar medisch specialistische netwerken. Er zitten bijvoorbeeld in het bekostigingsysteem nauwelijks prikkels voor het organiseren van goede integrale zorg. Het meest belovend om integrale netwerkzorg tot stand te brengen en kwaliteit te verbeteren lijken bekostigingssystemen op basis van risicodeling (keten-dbc's en *capitation*) in combinatie met prestatie-indicatoren op *outcomes*. Deze manier van bekostigen is vooral geschikt voor gesloten geïntegreerde netwerken. Voor het bekostigen van open netwerken is dit minder geschikt en zou de *Acountable Care Organisation* (ACO) of de *Medical Extended Staff* een interessant alternatief kunnen zijn. Bij dit bekostigingsmodel wordt er aan een "virtueel", en dus open netwerk, een bonus of malus uitgekeerd op basis van de gezondheidswinst van een toegewezen populatie. Wel is de omvang van deze netwerken werken in relatie tussen de prikkels die vanuit de bonus gaan een aandachtspunt.

4. Door medische technologie zal integratie van diagnose en behandeling voor steeds meer delen van de zorg achterhaald worden. Hierdoor zal het juist efficiënt worden om diagnose en behandeling in gescheiden processen van elkaar aan te bieden. Dit betekent ook dat bekostiging hierop ingericht moet worden. Zo zou men over kunnen gaan op een consulttarief voor de polikliniek in plaats van de huidige bekostiging via een DBC.

5. Er moet idealiter een gelijk speelveld komen tussen de bekostiging in de eerste en tweede lijn. Zorg moet daar geleverd worden waar deze kwalitatief en doelmatig het beste aangeboden kan worden. Dit zou kunnen door het aantal keten-dbc's verder uit te breiden. Daarnaast betekent dit dat de feitelijke hoofdbehandelaar een DBC of keten-dbc moet kunnen openen en niet alleen de specialist of huisarts.

6. Het aantal SEH's wordt in het eindbeeld grotendeels bepaald door onderhandelingen tussen individuele verzekeraars en zorgverleners. Indien de overheid het gewenst vindt, in verband met publieke belangen als kwaliteit en betaalbaarheid, dit aantal terug te dringen kan het voor de hand liggen dit

centraal te doen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een centrale aanwijzing of het tijdelijk verlenen van vergunningen. Zo zou mogelijk aangesloten kunnen worden bij de GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) regio's. Dit lijkt in elk geval vanuit mededingingsoogpunt voordelen te hebben ten opzichte van dat de zorgverzekeraars dit gezamenlijk gaan regelen, bijvoorbeeld via een representatiemodel.

7. Het lijkt niet nodig dat academische ziekenhuizen basiszorg behouden vanwege hun opleidingsfunctie, wanneer deze elders efficiënter aangeboden kan worden. Om opleidingen te borgen kan gedacht worden aan het opleiden in STZ ziekenhuizen, en deels focus ziekenhuizen en ZBC's.

8. Hoewel het logisch is dat er een transitiefase komt naar het eindbeeld van prestatiebekostiging, betekent dit wel dat de komende jaren de prikkels nog niet optimaal zijn. In deze fase worden prikkels nog gedempt, of zijn tegenstrijdig aan elkaar. Denk bijvoorbeeld aan de relatie tussen het bestuursakkoord en het beheersmodel medisch specialisten. Er bestaat een risico, ook gezien ervaringen uit het verleden, dat we in deze transitiefase blijven hangen. Vooral ook omdat deze op korte termijn meer budgettaire zekerheid biedt. Dit terwijl juist een geloofwaardig pad naar de eindsituatie belangrijk is, zodat instellingen hun beslissingen op basis hiervan nemen en al snel stappen maken naar het gewenste nieuwe ziekenhuislandschap.

## Literatuur


Besseling, Paul, Rudy Douven, Casper van Ewijk, "Versterk prikkels zorgverzekeraars voor doelmatiger zorg", *Me Judice*, jaargang 2, 18 december 2009.

Boer & Croon, *Van Instituten naar netwerken, visie*, september 2010

Broertjes, J.C., Functiegericht budgetteren en budgetgericht functioneren, Nederlands tijdschrift Geneeskunde, 1992; 136, nr. 5.

Cebul RD, Rebitzer JB, Taylor LJ, Votruba M. *Organizational Fragmentation and Care Quality in the US Health Care System.* NBER Working Paper. 2008; No. 14212. http://www.nber.org/papers/w14212. Accessed Jan 31, 2009.

Christensen CM, Grossman JH, Hwang J., The innovator's prescription: A Disruptive Solution for Health Care. New York, McGraw-Hill, 2009.

Commissie Baarsma**,** Eindrapport commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 2009

Kocsis, V., P. Koning en E. Mot, General hospitals in financial distress. Reconsidering government intervention, CPB Achtergronddocument, 2011.

CTG/ZAio, De Zichtbare Hand, Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging, 2006.

Douven, R., R. Halbersma, K. Katona en V. Shestalova, Vertical integration and exclusive vertical restraints between insurers and hospitals, CPB Discussion Paper 172, maart 2010.

Ellis, R., McGuire, T., "Provider Payment under Prospective Payment," *Journal of Health Economics*, 19, 829-854, 1986.

Fischer E.S., S. Shortell, Accountable Care Organisations, Accountable for What to What, to Whom and How, JAMA, October 20, 2010 – Vol 304, No. 15.

Fischer E.S., Staiger D.O., Bynum J.P., Gottlieb D.J., Creating accountable care organisations: the extended hospital medicall staff., Health Aff (Milwood),26 (1): w44-w57, 2007.

Gaynor, Martin, James Rebitzer, and Lowell Taylor. "Physician Incentives in Health Maintenance Organizations." *Journal of Political Economy,* 112(4): 915–31, 2004.

Groot, Wim, en Henriette Maassen van den Brink, Het 'prisoner's dilemma' voor ziekenhuizen, column in het Financieel dagblad, 23 februari 2010.

Hasselbekke, B.J., en E.N. Kertzman, en R.T.J.M. Janssen, Contracteren op de markt van ziekenhuiszorg, *Acta Hospitalia*, 2002, Nr. 4, 33-49.

Hölmstrom, B., 1999, The firm as a subeconomy, Journal of Law, Economics and Organization, 15, 74-102.

Hölmstrom, B., P. Milgrom, 1994, The Firm as an Incentive System, American Economic Review 84, no 4., 972 – 991.

Idenburg, Philip. J, Michel van Schaik, Diagnose 2025, Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg, 2010.

Klein, B., en R.G. Crawford, en A.A. Alchian, Vertical Integration, Appropriable Rents, and the Competitive Contracting Process, *The Journal of Law and Economics*, October 1978, 21, 297-326.

Milgrom, P., en J. Roberts, *Economics, Organisation & Management*, Prentice-Hall Inc.Upper Saddle River, New Jersey 07458, 1992, ISBN 0-13-224650-3.

Milgrom, P., en J. Roberts, Bargaining Costs, Influence Cost, and the Organization of Economic Activity, Hoofdstuk 3 in J.E. Alt en K.A. Shepsle (eds), *Perspectives on Positive Political Economy*, New York: Cambridge United Press, 1990, 57-89.

Minister van VWS (2011a), Kamerbrief zorg die loont, CZ-IPZ3056686, 14 maart 2011.

Minister van VWS (2011b), Kamerbrief waarborgen voor continuïteit, MC/U-3060126, 27 april 2011.

Minister van VWS (2011c), Kamerbrief Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), MC-U-3048431, 16 januari 2011.

Minister van VWS (2011d), vragen 24170-111 afstemming van de zorg, PG-U-3048879, 17 maart 2011.

Minister van VWS (2011e), Hoofdlijnenakkoord 2012-2015, 4 juli 2011.

Minister van VWS (2010a), Oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut, CZ/3000257, 28 mei 2010

Minister van VWS, (2010b), Kamerbrief kapitaallasten, CZ/FBI-2987492, 1 april 2010.

Minister van VWS (2009), Kamerbrief voorhangbrief keten-DBCs en huisartsenbekostiging, CZ/EKZ/2963668, 23 oktober 2009.

NFU, Zeldzaam gewoon, Grensverleggende geneeskunde voor topreferente patiënten, 2005.

NZa, Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg, uitwerking van implementatie per 2012, consultatiedocument, mei 2011.

NZa, Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg, Verruiming grenzen en soorten ketens, Uitvoeringstoets, januari 2010.

NZa, Van budget naar prestatie: Prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg, uitvoeringstoets, oktober 2009.

Pauly, M.V., Market power, monopsony, and health insurance markets, *Journal of Health Economics*, 1988, 7, 111-128.

Pomp, Pay for performance and health outcomes: a next step in Dutch health care reform? Background paper for the Council for Public Health and Health Care, November 2010.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Bekwaam is bevoegd, Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, 2011.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2010a), Advies Perspectief 20/20.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2010b), Moderne patienten -zorg in Nederland: acht jaar later, Achtergrondstudie.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, (2010c),Zorg voor je gezondheid!, Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening.

Raad voor Volksgezondheid & Zorg, Zorginkoop, 2008.

Rosenthal, M.B., What Works in Market-Oriented Health Policy?, *New England Journal of Medicine*, May. 21, 2009, 360(21): 2157-2160

Rosenthal, M.B., Beyond Pay for Performance – Emerging Models of Provider - Payment Reform, *New England Journal of Medicine*, Sep. 18, 2008, 359(12): 1197- 1200.

Rosenthal, M.B., B. E. Landon, S.-L. T. Normand et al., "Pay-for-Performance in Commercial HMOs," *New England Journal of Medicine,* Nov. 2, 2006, 355(18):1895–1902.

A. Shih, K. Davis, S. Schoenbaum, A. Gauthier, R. Nuzum, and D. McCarthy, Organizing the the US Health Care Delivery System for High Performance, New York, The Commonwealth Fund, aug 2008.

Schut, Erik, en Jan Erik, *Kans voor verzekeraars om meer zorg in eerste lijn in te kopen,* Risicoverevening: hoe zit het nu precies?, De eerstelijns, nr. 4, mei 2011

Schut, Erik, Wynand van de Ven en Marco Varkevisser, *Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen,* ESB 95(4587) 11 juni 2010.

Schut, Erik, Wynand van de Ven en Marco Varkevisser, Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen, ESB 96 (4610) 13 mei 2011.

Schrijvers, Guus, De polikliniek hoort bij het ziekenhuis: Nee, 9 mei 2011, te vinden op http://www.medicalfacts.nl/2011/05/09/de-polikliniek-hoort-bij-het-ziekenhuis-nee

Skipr, Achmea bespaart met nieuw type zorgcontract, 5 april 2011.

Varkevisser, Marco, en Erik Schut, Fusieverbod zorgverzekeraar en zorgaanbieder is onverstandig, *Me Judice*, 8 november 2010.

Williamson, O.E., Transaction-cost economics: The governance of contractual relations, The Journal of Law and Economics, October 1979, 22, 233-261.

Zorgvisie, 2011, Akkoord over inperking kosten ziekenhuiszorg, 4 juli 2011.

Zorgvisie, 2011, Schippers wil kortingsinstrument mogelijk langer gebruiken, 21 juni 2011

Zorgvisie, Bontje wil aanbesteding SEH's, 13 oktober 2010, te vinden op http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/Bontje-wil-aanbesteding-SEHs.htm