

Advies

Bekostiging van de Intensive Care

Een goed functionerende en efficiënte
Intensive Care binnen een model van
prestatiebekostiging

Inhoud

Vooraf	4
Managementsamenvatting	5
1. Inleiding en achtergrond	6
2. Vergoeding kosten IC	7
2.1 Kosten IC-voorzieningen	7
2.2 Declarabele prestaties	7
2.2.1 Vergoeding reservecapaciteit	8
2.2.2 Prestatiebekostiging	9
2.2.2.1 Opties prestatiebekostiging	9
2.2.2.2 Definitie prestaties voor IC-behandeling en verpleging	10
2.2.2.3 IC-kosten bij bijzondere functies	11
2.2.3 Differentiatie tussen niveaus van IC	11
2.3 Tariefsoort	12
2.4 Hoogte tarieven	13
3. Voorstel voor de bekostiging van MICU's	14

Vooraf

De ziekenhuisbekostiging wijzigt zoals bekend per 2009 van een budgetfinanciering in een prestatiebekostiging. Dit biedt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de gelegenheid om de werking van de huidige IC-bekostiging te evalueren en eventuele veranderingen door te voeren. De NZa geeft dit advies op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Doel van het advies is te komen tot een zo goed mogelijk functionerend en efficiënt systeem.

De NZa blijft de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg monitoren. Gedurende de maatstafperiode kan worden geanalyseerd hoe marktpartijen met het product IC omgaan en welke gevolgen dat heeft voor toegankelijkheid en efficiency. Op basis van deze analyse kan worden besloten of IC in 2012 al dan niet in het vrije segment komt.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

Voor IC-voorzieningen zijn in 2006 aparte prestaties en tarieven ingevoerd. Deze prestaties (zogenaamde trajecten) worden naast de DBC gedeclareerd. De bekostiging van de IC vindt nu via het FB budget plaats (erkende bedden, toeslagen per beademingsdag en via de in de overige FB parameters opgenomen kosten).

In het kader van de per 2009 in te voeren prestatiebekostiging adviseert de NZa voor de bekostiging van IC-voorzieningen het volgende.

- Het uitgangspunt voor de NZa is het opstellen van integrale prestaties. Het meenemen van IC-kosten in reguliere DBC's zorgt echter voor een gebrek aan homogeniteit. Derhalve heeft een apart declarabele prestatie voor IC-behandelingen in dit uitzonderlijke geval de voorkeur.
- Door in de tariefberekening uit te gaan van integrale kosten en rekening te houden met de geldende kwaliteitseisen ten aanzien van reservecapaciteit, kan IC-bekostiging volledig via prestaties worden vormgegeven (en is een vaste vergoeding niet noodzakelijk). Hiermee kunnen instellingen zelf hun capaciteit aanpassen aan het productievolume, wat optimale doelmatigheidsprikkels geeft.
- Voor de prestaties kunnen de prestaties worden gehanteerd die in 2006 zijn geïntroduceerd: vergoeding per behandeldag, extra vergoeding voor opname, beademing en dialyse.
- Voor het vaststellen van de prestaties stelt de NZa voor om uit te gaan van de huidige indeling van IC-voorzieningen in 3 niveaus. Dat betekent dat er verschillende prestaties en tarieven komen voor alle drie de kwaliteitsniveaus. Hiermee wordt recht gedaan aan de kostenverschillen die er voor de verschillende voorzieningenniveaus bestaan.
- De hoogte van de tarieven moet worden geactualiseerd op basis van recente kosteninformatie van de ziekenhuizen.
- De NZa adviseert om voor de prestaties maximumtarieven vast te stellen. Maximumprijzen bieden meer voordelen dan vaste prijzen, omdat efficiencywinsten aan de consument kunnen worden doorgegeven. Omdat de IC-afdelingen strikte protocollen en kwaliteitseisen hebben, verwacht de NZa niet dat prijsconcurrentie schadelijke neveneffecten zal hebben. Met maximumtarieven vallen de IC-prestaties in A1-segment van de prijsregulering.
- Voorts adviseert de NZa om de declaratiebepalingen voor IC-prestaties te uniformeren. Dat betekent dat ook voor WBMV-functies en andere bijzondere functies, de kosten van IC-behandeling separaat declarabel worden gemaakt.
- Voor het IC-vervoer (de MICU) adviseert de NZa om een vergoeding vast te stellen op basis van dezelfde uitgangspunten.

Gedurende de maatstafperiode kan worden geanalyseerd hoe marktpartijen met het product IC omgaan en welke gevolgen dat heeft voor toegankelijkheid en efficiency. Op basis van deze analyse kan worden besloten of IC in 2012 al dan niet in het vrije segment komt.

1. Inleiding en achtergrond

De Intensive Care (IC)¹ wordt op dit moment vergoed binnen het FB-systeem. Sinds 2003 is sprake van een afzonderlijke parameter voor de IC, namelijk de beademingsdag. Bij meer dan 1000 beademingsdagen per jaar geldt een aparte budgetvergoeding. Daarmee wordt in feite een budgetvergoeding toegekend voor de zogenaamde niveau 2 en niveau 3 IC's. De kosten van de basis IC (niveau 1) worden geacht te zijn inbegrepen in de reguliere FB-parameters. Voor bijzondere IC-voorzieningen zoals neonatologie, bestaan aparte parameters. Ook in de WBMV-parameters zijn kosten van IC-voorzieningen opgenomen. De IC-bekostiging maakt deel uit van het A-segment van de bekostiging. Omdat de kosten van IC-voorzieningen over meerdere parameters zijn verdeeld is niet aan te geven welk deel van het budget beschikbaar is voor dekking van de IC-kosten.

De afzonderlijke budgetvergoeding is ingevoerd om een tekort aan IC-voorzieningen op te heffen. Door het ontbreken van een aparte vergoeding hadden ziekenhuizen een (perverse) prikkel om de IC-capaciteit terug te brengen, waarmee de beschikbaarheid van voldoende IC-voorzieningen in het gedrang kwam. De budgetvergoeding voor beademingsdagen bedraagt momenteel circa € 980,- (loon en materieel).

Met de invoering van de DBC's in 2005 is besloten om de kosten van de IC niet in de DBC-tarieven op te nemen. De reden hiervoor was dat dat een te sterke mate van kostenheterogeniteit (grote spreiding rond het gemiddelde) zou opleveren. Sinds 2006 zijn aparte tarieven (zogenaamde trajecten) voor de IC vastgesteld die in geval van IC-opname naast de DBC gedeclareerd kunnen worden. De prestaties en de hoogte van de vergoeding zijn vastgesteld aan de hand van de resultaten van een onderzoek in 25 ziekenhuizen. Doel van het onderzoek was vast te stellen wat de belangrijkste kostenposten zijn van IC-afdelingen, en daarvoor een goed vergoedingssysteem ontwikkelen.

De ziekenhuisbekostiging zal zoals bekend per 2009 wijzigen van een budgetfinanciering in een prestatiebekostiging. Dit biedt de gelegenheid om de werking van de huidige IC-bekostiging te evalueren en eventuele veranderingen door te voeren om zo een goed mogelijk functionerend en efficiënt systeem te creëren. Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hierover advies uit.

In november en december 2007 heeft de NZa de betrokken veldpartijen geconsulteerd. Bij het opstellen van dit advies zijn de opmerkingen van partijen uit deze consultaties meegenomen.

Dit advies bevat geen getalsmatige uitwerking van de berekening van IC-tarieven. Conform de afspraken in de DBC-onderhoudsketen is DBC-Onderhoud (DBC-O) verantwoordelijk voor het opstellen van tarieven en de NZa voor het vaststellen van tarieven. Dit advies beschrijft wel de theoretische onderbouwing van de berekeningsmethode. Bij DBC-Onderhoud vindt de komende maanden de tariefberekening plaats.

¹ Onder de noemer van IC zijn er in instellingen voor medisch specialistische zorg ook zogenaamde Post anesthesie care units (PACU's). Deze worden niet tot de intensive care, zoals de IGZ deze definieert, gerekend en kennen binnen de FB-systematiek geen aparte vergoeding. De PACU's vallen dan ook buiten de reikwijdte van dit advies.

2. Vergoeding kosten IC

2.1 Kosten IC-voorzieningen

De relatief hoge kosten van IC-voorzieningen zijn voornamelijk toe te schrijven aan het hoge aandeel van de vaste kosten (66-70%). De aankoop en het onderhoud van technologisch hoogwaardige instrumenten, de speciale eisen aan het aantal artsen en verpleegkundigen en de opleidingseisen vormen een belangrijke verklaring voor de kosten. Tegelijkertijd zijn de variabele kosten per patiënt meestal hoger dan op andere afdelingen. Dit komt doordat IC-patiënten vaak ernstige aandoeningen hebben, die meestal meer geneesmiddelen en interventies behoeven.

Daarnaast vergt een voldoende toegankelijkheid van IC-voorzieningen dat ziekenhuizen een zekere mate van reservecapaciteit beschikbaar hebben om aan een (acute) zorgvraag te kunnen voldoen. Momenteel is hiervoor een percentage van 20% gebruikelijk. Dit percentage wordt door de beroepsgroep als kwaliteitseis gehanteerd en is ook empirisch onderbouwd². Voor de inrichting van de bekostiging geldt deze reservecapaciteit als randvoorwaarde.

Het kostenniveau van de IC wordt verder bepaald door het kwaliteitsniveau. Op basis van de richtlijnen voor de NVIC worden IC-afdelingen ingedeeld in 3 niveaus, van licht (niveau 1) tot zwaar (niveau 3). De verschillen worden vooral bepaald door de aard van de voorzieningen en de aantallen gekwalificeerde specialisten en verpleegkundigen per bed. Indirect speelt ook de beschikbaarheid van overige voorzieningen in het ziekenhuis een rol.

Bij het bepalen van een vergoeding voor de IC-kosten dient doelmatige inzet te worden gestimuleerd. Dit betekent enerzijds het waarborgen van de toegankelijkheid, inclusief capaciteit voor calamiteiten, en anderzijds het introduceren van efficiëncyprikkels. Dat betekent daarmee ook dat een zekere overcapaciteit moet worden vergoed.

2.2 Declarabele prestaties

Basis voor de nieuwe bekostiging wordt het DBC-systeem. Het DBC-systeem is zoals bekend een case-payment systeem. Het kent breed gedefinieerde producten, waarbij het tarief wordt vastgesteld op basis van de gemiddelde kosten per patiënt. Hoewel de werkelijke kosten per patiënt binnen een DBC kunnen variëren, bestaan geen extra toeslagen voor duurdere patiënten (en ook geen afslagen voor goedkopere patiënten). Dergelijke toeslagen zouden tot een lagere doelmatigheidsprikkel leiden en maken het systeem complexer, wat zorgt voor een extra controlelast bij verzekeraars.

De variatie in mogelijke kosten binnen de DBC moet echter wel beheersbaar zijn voor marktpartijen. Wanneer dat onvoldoende het geval is, kunnen nauwer gedefinieerde DBC's de homogeniteit waarborgen. Dit leidt er dan echter wel toe dat bepaalde onderdelen van de DBC niet integraal in het tarief kunnen worden opgenomen en dat daar een aparte vergoeding voor moet worden vastgesteld.

² Zie de CBO richtlijn 'Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland'.

De vraag is dus of de kosten van IC-voorzieningen integraal deel uit zouden moeten maken van de DBC-prestaties of dat deze apart in aanvulling op de DBC-prijs gedeclareerd moeten worden. Een tweede hoofdvraag is of de IC-bekostiging volledig variabel bekostigd moet worden of dat een gedeeltelijk vaste vergoeding voor de vergoeding van de reservecapaciteit noodzakelijk is. Tenslotte de vraag of er een differentiatie noodzakelijk is tussen de verschillende niveaus van IC-voorzieningen. Deze vragen zullen in de navolgende paragrafen worden besproken.

2.2.1 Vergoeding reservecapaciteit

Voor de vergoeding van de reservecapaciteit zijn twee opties: via een vaste vergoeding of via prestatiebekostiging.

Een argument voor een vaste vergoeding voor de reservecapaciteit is dat het risico van onderbezettingsverliezen wordt voorkomen. Vooral voor kleinere aanbieders (perifere ziekenhuizen) kan dit van belang zijn. De vergoeding zou gekoppeld moeten worden aan de kwaliteitseisen voor de IC. De reservecapaciteit waarvoor een vaste vergoeding wordt gegeven, is echter lastig te bepalen.

Anderzijds kan de reservecapaciteit ook in de prestatievergoeding voor IC worden opgenomen. Dit kan door bij de vaststelling van de IC-tarieven uit te gaan van de maximale bezettingsgraad. Op grond van de vigerende kwaliteitseisen ligt deze momenteel op 80%. Daarmee wordt een vergoeding voor de gemiddelde reservecapaciteit in de prijs opgenomen.

Prestatiebekostiging heeft een sterkere prikkel voor de aanbieders om IC-capaciteit doelmatig in te zetten. Mits de vergoeding op een adequaat niveau wordt vastgesteld, hebben aanbieders geen perverse prikkel om IC-capaciteit af te stoten. De nieuwe bouwregelgeving geeft aanbieders bovendien de mogelijkheid om hun capaciteit zelf te kiezen. Dit pleit voor een volledige prestatiebekostiging zonder vaste vergoeding voor de reservecapaciteit. Ook vanuit pragmatisch oogpunt heeft deze optie de voorkeur. In de huidige kostentoerekeningsmodellen wordt uitgegaan van volledige toerekening van kosten aan de declarabele prestaties. Keuze voor een vaste vergoeding zou een herberekening van de kostprijzen per prestatie noodzakelijk maken.

Momenteel bevat de FB-systematiek een beschikbaarheidtoeslag voor kleine ziekenhuizen. Deze wordt in de praktijk onder andere gebruikt voor de beschikbaarheid van de IC. Met de invoering van prestatiebekostiging wordt deze toeslag (stapsgewijs) afgebouwd. Het rekening houden met een minimale reservecapaciteit bij de berekening van de IC-tarieven zorgt er – in combinatie met een passende vergoeding voor de niveau 1 IC – voor dat de beschikbaarheid ten algemene geen problemen zal opleveren. Recent is er publiciteit³ ontstaan omtrent beschikbaarheidsproblemen van IC bij kleine ziekenhuizen. Naar eventuele gevolgen van deze problemen voor de bekostiging is door de NZa geen specifieke analyse meer gedaan. In de consultatie is dit door de geconsulteerde partijen niet als specifiek aandachtspunt naar voren gebracht.

³ Burgermeesters van zeven gemeenten met kleine ziekenhuizen hebben een brief geschreven aan de Minister van VWS. Daarnaast heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg aangekondigd onderzoek te gaan doen naar de IC prestaties van kleine ziekenhuizen.

Reacties uit consultatie

Uit de consultatie is zowel de vaste vergoeding als volledige prestatiebekostiging als optie naar voren gekomen. Een deel van de aanbieders geeft aan de kosten van de IC als grotendeels vast te zien en daarom minder geschikt voor prestatiebekostiging. Bij het vaststellen van adequate tarieven zou prestatiebekostiging evenwel niet tot problemen moeten leiden. Dit betekent wel het toerekenen van integrale kosten aan de declarabele prestaties. Ook verzekeraars geven aan dat het probleem van de 'onrendabele lijnen' niet wordt verwacht, gezien de mogelijkheid om het aantal bedden te variëren. Ook de NVIC kan zich in dit advies vinden, mits de financiering van de beschikbaarheid op deze manier inderdaad adequaat wordt geregeld.

Advies NZa

De NZa adviseert om, met inachtneming van de verderop in dit advies te behandelen uitgangspunten, de IC-bekostiging volledig vorm te geven op basis van declarabele prestaties.

2.2.2 Prestatiebekostiging

Voor de bekostiging van IC met prestaties zijn verschillende opties: integraal in reguliere DBC's, afzonderlijke DBC's en middels een toeslag. Daarnaast is het de vraag hoe de prestaties eruit dienen te zien.

2.2.2.1 Opties prestatiebekostiging

De eerste optie is het integreren van de kosten voor de IC in de reguliere DBC, zoals dat gebeurt met het grootste deel van de inputkosten (zoals reguliere geneesmiddelen, honorarium van artsen, kapitaallasten, etc.). Deze uitwerking zou aantoonbaar tot onwenselijke variabiliteit in de kosten van de DBC leiden (omdat de kosten per patiënt hoog en onvoorspelbaar zijn), waarmee de markt niet uit de voeten kan. Hiermee is de DBC niet langer een goede schatter voor de kosten van een behandeling. Bovendien worden de kosten van een dergelijke behandeling materieel dan ook omgeslagen over alle patiënten. Hierdoor betalen patiënten die niet op de IC liggen, onevenredig veel mee voor de IC-patiënten. De prestatie verliest hiermee aan transparantie, wat onwenselijk is voor de inkoop en onderhandelingen. De meeste DBC's maken deel uit van een gereguleerde markt (maatstafconcurrentie met onderhandelbare prijzen) waarin geen ruimte is voor meerdere productvarianties met verschillende prijzen. De mate van veranderlijkheid van de kosten per product veroorzaakt dus problemen. Onder de huidige omstandigheden ontraadt de NZa het opnemen van de IC-kosten in de DBC's, omdat het de homogeniteit van de DBC's niet ten goede komt. Bovendien vergt de keuze voor integrale opname in de DBC-prijzen een aanpassing van de kostprijzen en de DBC-tarieven c.q. wegingsfactoren vergen. Uitvoeringstechnisch is dit een probleem.

Een tweede mogelijkheid is het vaststellen van aparte DBC's voor IC. Eén DBC voor een bepaalde behandeling waarbij IC-zorg noodzakelijk is en één voor dezelfde behandeling zonder IC-zorg. Hierdoor zou het aantal DBC's evenwel aanzienlijk toenemen. Dit is contrair aan de breed gedragen wens tot minder DBC's. De homogeniteit van producten is bij aparte DBC's groter, maar er kan ook binnen de IC-DBC's sprake zijn van een aanzienlijke spreiding in kosten (met name veroorzaakt door opnameduur). Hiermee blijft de homogeniteit een probleem. Ook deze oplossing wordt door de NZa dan ook niet als wenselijk gezien.

Een derde mogelijkheid is bekostiging van IC door middel van aparte tarieven die naast de DBC in rekening kunnen worden gebracht. Dit is gelijk aan het huidige systeem van trajecten. Op deze wijze wordt vooral

het probleem van inhomogeniteit van de DBC-producten voorkomen. Een nadeel is dat deze oplossing niet spoort met het uitgangspunt van integrale tarieven. Het zou kunnen dat aanbieders hiermee geen prikkel krijgen om de IC-behandeling zo kort mogelijk te laten duren. De vraag is echter of dit een reëel probleem is. Richtlijnen voor de IC staan onnodige IC-behandeling niet toe. Bovendien kan de vergoeding worden gekoppeld aan de behandeling en kan de vergoeding voor de IC-behandeldag gebaseerd worden op (iets minder dan) de marginale kosten.

Reacties uit consultatie

Partijen zijn van opvatting dat de kostenhomogeniteit door de opname van IC in DBC's onvoldoende is en prefereren een aparte toeslag. De strakke richtlijnen van de sector voorkomen misbruik.

Advies NZa

Alles overwegende adviseert de NZa bekostiging van IC middels aparte toeslagen. Belangrijkste argument hierbij is dat de kosten van IC aantoonbaar als outlier aangemerkt kunnen worden. Ten algemene dient het opstellen van integrale tarieven evenwel het uitgangspunt te zijn.

2.2.2.2 Definitie prestaties voor IC-behandeling en verpleging

Theoretisch zou het het beste zijn om te kiezen voor een prestatie die niet de gerealiseerde activiteit zelf meet, maar de behoefte aan IC of een prestatie die de waarschijnlijke kosten van de behandeling voorspelt. Dit zou beter passen in het concept van het DBC-systeem, dat ook is opgezet met de diagnose als basis voor classificatie. Een dergelijk alternatief zou er uit bestaan om alleen de opname op de IC als parameter te nemen en die te corrigeren voor de kenmerken van de patiënt (bijvoorbeeld leeftijd en co-morbiditeit). Voor de implementatie van een dergelijk systeem zijn echter meer gegevens nodig dan er op het moment beschikbaar zijn. Het is niet aannemelijk dat deze gegevens op korte termijn opvraagbaar en implementeerbaar zijn.

Het huidige systeem gebruikt de belangrijkste kostenbepalende zorgactiviteiten als declarabele prestaties (trajecten). Het risico is dat dit systeem het gebruik van de IC in gevallen waarin dit niet strikt noodzakelijk is, in de hand werkt. De extra vergoeding voor opname zet aan tot een toename in het aantal patiënten dat op de IC behandeld wordt, terwijl de vergoeding die betaald wordt al naargelang de duur van het verblijf, het zo lang mogelijk op de IC-afdeling houden van patiënten stimuleert. De kans op deze verstoringen is echter klein, omdat opname op de IC gerelateerd is aan ernstige condities en gereguleerd wordt door gedetailleerde protocollen. Bijna alle prestaties kennen het risico op gebruik in gevallen waarin dit niet strikt noodzakelijk is. De huidige combinatie van prestaties schat de kosten van intensive care goed in; dit voordeel is groter dan eventuele verliezen door onterecht gebruik.

Reacties uit consultatie

Uit de consultatie komt naar voren dat de huidige trajecten/prestaties voor IC-behandeling goed bruikbaar zijn als drager voor toekomstige bekostiging. Er zou geen sprake moeten zijn van een drempelwaarde zoals in de FB-systematiek. De huidige prestaties voldoen hier reeds aan.

Advies NZa

De NZa adviseert om de huidige prestaties (vergoeding per behandeldag, extra vergoeding voor opname, beademing en dialyse) ook in het nieuwe bekostigingsmodel als declarabele prestatie te hanteren.

2.2.2.3 IC-kosten bij bijzondere functies

Binnen de budgetsystematiek kent een aantal bijzondere functies een aparte vergoeding die is gebaseerd op integrale kosten. In de huidige DBC-systematiek zijn die vergoedingsbedragen overgenomen als tarief voor de DBC. Het voornaamste voorbeeld hiervan is de WBMV-zorg.

Een deel van de bijzondere functies kent per definitie IC-opname (denk aan transplantaties, open hartoperaties etc). Omdat de kosten van de IC in de bijzondere functies zijn opgenomen, mogen op dit moment geen IC-trajecten naast de WBMV-behandelingen worden gedeclareerd. De DBC-tarieven voor WBMV worden op dit moment herzien als onderdeel van het DBC-verbeterplan. Het verdient uit oogpunt van eenduidigheid de aanbeveling om daarmee een eind te maken aan de uitzonderingen in de declaratiebepalingen. Dat houdt in dat indien wordt gekozen voor aparte declaratie middels IC-trajecten, dat ook moet gelden voor de WBMV-functies en andere 'bijzondere' functies.⁴ Bij de vaststelling van de kosten resp. gewichten dient hiermee uiteraard rekening te worden gehouden.

Reacties uit consultatie

Partijen zijn voorstander van eenduidige declaratiebepalingen.

Advies NZa

De NZa adviseert om de declaratiebepalingen voor IC-prestaties te uniformeren en geen aparte bepalingen te maken voor het declareren van IC-prestaties naast WBMV-verrichtingen en andere bijzondere functies. In de consultatie werd dit gesteund door alle betrokken partijen uit het veld.

2.2.3 Differentiatie tussen niveaus van IC

Bij het vaststellen van een vergoeding voor de IC is het denkbaar om alleen een aparte vergoeding vast te stellen voor de IC's niveau 2 en 3. Dit kwam als suggestie naar voren in de eerste consultatieronde. Deze optie stelt voor het laagste niveau van intensive care (niveau 1) integraal te bekostigen via de DBC's, terwijl een toeslag zoals hiervoor besproken alleen de hogere niveaus IC bekostigt. Als argument hiervoor werd aangevoerd dat bijna ieder ziekenhuis als basisvoorziening een laag niveau IC heeft, zodat het tot weinig problemen zal leiden wanneer deze kosten over veel DBC's worden verspreid. Tegelijkertijd versimpelt dit de registratie op dat niveau.

Het hanteren van integrale tarieven is voor de NZa het uitgangspunt. Het opnemen van het niveau 1 IC in reguliere DBC's ligt hiermee in de rede. Ook hier speelt evenwel dat er ook op de niveau 1 IC sprake is van hoge en onvoorspelbare kosten, waardoor er onvoldoende sprake is van homogeniteit. Bovendien moeten de tarieven voor de niveau 2 en 3 IC's worden gebaseerd op het verschil in kosten met de niveau 1 DBC. Dit is lastig te berekenen omdat het een kostentoekening naar niveaus IC veronderstelt. Bij foutieve berekeningen kan dit tot verstoringen leiden, met mogelijke negatieve gevolgen voor de bekostiging van de reservecapaciteit en de doelmatigheid. De vergoeding verliest bovendien aan transparantie (optisch lijkt immers de aanvullende vergoeding onder de werkelijke kosten te liggen). Verder vergt deze oplossing een onderscheid in de wijze van kostentoekening en aparte declaratiebepalingen. Dat werkt een transparant systeem van prestatiebekostiging niet in de hand. De NZa schat de nadelen dan ook

⁴ Mogelijke uitzondering blijven de brandwondenbedden, waarvoor nog een aparte vergoeding moet worden bepaald.

hoger in dan de te behalen doelmatigheidswinsten door het hanteren van integrale tarieven. Deze doelmatigheidswinst zal bovendien beperkt zijn omdat voor niveau 2 en 3 IC wel toeslagen gelden. De invloed van het hanteren van toeslagen voor niveau 1 IC op de doelmatigheid zal daarmee marginaal zijn.

Advies NZa

De NZa ziet geen zwaarwegende redenen om af te wijken van de huidige indeling in drie niveaus en adviseert voorlopig de bestaande indeling te handhaven. Een en ander vergt wel dat per aanbieder het IC-niveau wordt vastgelegd en aan de verzekeraar kenbaar wordt gemaakt. De richtlijnen van de NVIC geven hiervoor voldoende houvast. Op termijn zou nogmaals moeten worden gezien of integrale opname van niveau 1 IC in de reguliere tarieven wenselijk en mogelijk is.

2.3 Tariefsoort

In een goed functionerende markt geven vrije tarieven de meeste ruimte om doelmatigheidswinsten te behalen. IC-voorzieningen zijn voor een deel onderdeel van de acute zorg en daarmee ligt vrije prijsvorming vooralsnog niet voor de hand. Dit betekent dat IC op korte termijn in het A1-segment geplaatst zal worden. Dit kader wordt ook in de aanwijzing van het ministerie van VWS gegeven. Binnen dit segment ligt de keuze tussen vaste en maximumtarieven voor.

Zowel vaste prijzen als maximumprijzen geven prikkels voor doelmatigheid, maar op een verschillende manier. Bij vaste prijzen kunnen de ziekenhuizen het verschil tussen de vaste prijs en hun daadwerkelijke kosten zelf houden. Hierdoor hebben ze belang bij de doelmatige organisatie van de behandeling en de doelmatige inkoop van inpu-telementen. Maximumprijzen maken daarentegen prijsconcurrentie tussen de ziekenhuizen mogelijk, die hen stimuleert zo doelmatig mogelijk te werken.

In een ander opzicht is er een verschil tussen de twee mogelijkheden. In het geval van vaste prijzen komt de winst van doelmatig presteren ten goede aan de verstrekker (ziekenhuis) en kan de doelmatigheidswinst niet rechtstreeks aan de consumenten worden doorgegeven. Met maximumprijzen werkt het anders. In dat geval is er ruimte voor prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen en kunnen de consumenten op die manier (via verzekeraars en premies) profiteren van de voordelen die voortvloeien uit een grotere doelmatigheid. Daarom heeft een systeem van maximumprijzen meer voordelen.

De NZa is voorstander van optimale prikkels voor het efficiënt organiseren van de IC. Maximumprijzen stellen verzekeraars in staat te reageren op de kwaliteit van een IC-behandeling. Wanneer het ene ziekenhuis een betere IC heeft dan concurrenten, kan deze een hogere prijs bedingen. Tijdens de consultatie zag men onderhandelen over IC-tarieven als een interessante optie. Dit zorgt immers voor meer onderlinge betrokkenheid bij ziekenhuis en verzekeraar. Verzekeraars krijgen, wanneer zij invloed hebben op het tarief, ook een rol in het monitoren van capaciteit en kwaliteit. Kwaliteit kan onderdeel worden van het contract, zodat een verzekeraar ook een ziekenhuis kan afrekenen op de geleverde kwaliteit. Zo zou een verzekeraar de mogelijkheid moeten hebben om kortingen door te voeren wanneer de geleverde kwaliteit lager is dan de afgesproken kwaliteit. Dit geeft duidelijk een sterkere rol aan de verzekeraar. Ondanks het feit dat de NVIC denkt dat er nauwelijks op IC geconcurrereerd wordt, of hooguit over

een beperkt deel van de IC-behandelingen, heeft het een lichte voorkeur voor maximumtarieven.

Maximumprijzen bieden meer voordelen dan vaste prijzen, omdat er enige ruimte is voor concurrentie. Omdat de IC-afdelingen strikte protocollen en kwaliteitseisen hebben, verwacht de NZa niet dat concurrentie schadelijke neveneffecten zal hebben voor kwaliteit en toegankelijkheid. Ook hoeven ziekenhuizen geen prijzen onder de werkelijke kosten af te spreken. Wanneer prijsconcurrentie om wat voor reden dan ook niet van de grond komt, leiden maximumtarieven tot exact dezelfde uitkomst als vaste tarieven. Maximumtarieven kennen geen extra nadelen.

Reacties uit consultatie

Partijen zijn voorstander van het hanteren van maximumtarieven.

Advies NZa

De NZa adviseert maximumtarieven te hanteren voor de IC-bekostiging.

2.4 Hoogte tarieven

De tarieven moeten zo worden vastgesteld dat een ziekenhuis met een gemiddeld behandelingsprofiel en de noodzakelijke reservecapaciteit de integrale kosten kan dekken. Dat wil zeggen alle loon- en materiele kosten die met de IC-behandeling zijn gemoeid, alsmede honoraria van specialisten⁵ en kapitaallasten. Om na te gaan of de huidige tarieven aan dit criterium voldoen, stellen we de volgende methode voor.

Stap 1: berekenen van de werkelijke, jaarlijkse *meerkosten* van de IC. Met meerkosten wordt bedoeld alle kosten bovenop de kosten van alternatieve toepassingen van de betreffende bedden. Hieronder vallen vaste kosten, inclusief in stand houden van de reservecapaciteit en de variabele kosten met een relatie tot de IC. Deze variabele kosten mogen thans niet reeds worden gedekt door de DBC-tarieven, c.q. voorkomen in de kostprijzen van de onderliggende zorgactiviteiten.

Stap 2: berekenen van een *kostendekkende* IC-vergoeding. Dit houdt in dat de gemiddelde dagelijkse vergoeding voor IC-behandeling en de prijs van de extra interventies (beademing, dialyse en andere) maal de gemiddelde bezettingsgraad, ziekenhuizen in staat te stellen de medisch noodzakelijke reservecapaciteit aan te houden.

Stap 3: de benodigde productiegegevens worden gebaseerd op de DIS-data 2006 en 2007. De vergoedingen in stap 2 worden dus zodanig vastgesteld dat de meerkosten van IC-behandeling (inclusief reservecapaciteit) worden vergoed.

De gemiddelde kosten van de diverse niveaus van intensive care verschillen significant. We stellen daarvoor uiteenlopende tarieven voor en hanteren daarbij dezelfde, hierboven beschreven methode. Voor elk IC-niveau krijgen we dus een set parameters, waarmee het voor het gemiddelde ziekenhuis mogelijk is om de totale kosten per bed te dekken, terwijl er ruimte blijft voor de reservecapaciteit.

Het kan –met het oog op de kostenhomogeniteit– wenselijk zijn dat de neonatale IC en de IC die gespecialiseerd is in de behandeling van kinderen ook een andere kostenstructuur of ander prijsniveau krijgen.

⁵ Intensivisten kennen geen 'eigen' dbc's omdat zij niet als apart poortspecialisme worden aangemerkt. De meeste zijn in loondienst zodat in de trajecten een loonkostenvergoeding kan worden opgenomen. Voor de poortspecialisten zitten de verrichtingen op de IC in de normtijden per DBC. Dubbele vergoeding voor activiteiten moet uiteraard worden uitgesloten.

Het is belangrijk om die mogelijkheid te bestuderen en indien nodig de juiste tarieven ook daarvoor te berekenen. Deze analyse en eventuele tariefberekening dient onderdeel te zijn van de herijking van de DBC-tarieven voor WBMV-functies, zoals momenteel wordt uitgevoerd door DBC-Onderhoud, en dient ook per 2009 klaar te zijn voor implementatie.

De berekeningen vergen de beschikbaarheid van betrouwbare kostengegevens uit de ziekenhuizen. Kostengegevens zijn nog slechts in beperkte mate bij DBC-Onderhoud beschikbaar, een gering aantal instellingen levert kostprijsgegevens aan. In de consultatie hebben aanbieders aangegeven dat een aantal ziekenhuizen de kosten inzichtelijk kan maken. Dat kan input opleveren voor een geactualiseerde tariefberekening.

Reacties uit consultatie

Partijen hebben aangegeven zich te kunnen vinden in de beschreven berekeningswijze. Er is door partijen niet specifiek ingegaan op aparte tarieven voor neonatale IC en de IC die gespecialiseerd is in de behandeling van kinderen.

Advies NZa

De NZa adviseert om de tarieven te baseren op een toerekening van de integrale kosten van de IC-voorzieningen. Gelet op de huidige kwaliteitseisen moet in de berekening rekening gehouden worden met een maximale bezetting van 80%. In de tariefberekeningen dient gebruik gemaakt te worden van zo actueel mogelijke kosteninformatie. De noodzaak voor aparte tarieven voor neonatale IC en de IC die gespecialiseerd is in de behandeling van kinderen dient bezien te worden.

3. Voorstel voor de bekostiging van MICU's

Mobiele Intensive Care Unit (MICU) transport is recentelijk ingevoerd. Het doel hiervan is om de kwaliteit van het interklinisch vervoer van IC-patiënten te verhogen. De MICU-ambulance wordt gebruikt indien kennis en inschatting van het ziektebeeld van de IC-patiënt aanleiding geeft te verwachten dat de patiënt de komende uren sterk zal verslechteren. Patiënten die per acuut vervoerd moeten worden of waarbij de urgentie juist zeer laag is, kunnen met een reguliere ambulance vervoerd worden.

Het MICU-transport wordt uitgevoerd met behulp van een Mobile Intensive Care Unit. Dit transport wordt begeleid door een MICU-team. Het transport wordt gecoördineerd vanuit een MICU-centrum. De instelling die de dienst aanvraagt is verantwoordelijk voor de facturatie aan de patiënt of verzekeraar. Hiervoor zijn reeds een tweetal MICU-prestaties opgesteld (declaratiecode 190132 en 190133). Bij de berekening van de tarieven is uitgegaan van de informatie die aangeleverd is door de Taskforce MICU. Een aanzienlijk deel van de tariefhoogte hangt samen met de vergoeding van de beschikbaarheid van capaciteit. Het insturende ziekenhuis betaalt de organisaties die participeren bij dit transport een vergoeding voor de gemaakte kosten.

Reacties uit consultatie

In de consultatie heeft de NIVC geopperd om een onderscheid te maken tussen MICU met en zonder personeel. De NZa is evenwel van opvatting

dat deze differentiatie geen meerwaarde heeft en ook voor de kostenhomogeniteit niet noodzakelijk is.

Advies NZa

In overeenstemming met de andere toeslagen adviseert de NZa de MICU-prestatie op te nemen in het A1-segment met maximumprijzen. De NZa verwacht dat er geen sterke financiële prikkels is voor het gebruik van de MICU-transporten. De hoogte van de maximumtarieven sluit immers aan bij kostprijzen. De huidige tarieven lijken te voldoen, maar zullen indien mogelijk geactualiseerd moeten worden. Hierbij kunnen dezelfde uitgangspunten worden gehanteerd als bij de IC-tarieven.