

Advies

Uitbreiding B-segment

april 2008

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
2. Ontwikkelingen in de markt	11
2.1 Prijsontwikkelingen	11
2.2 Volumeontwikkelingen	13
2.3 Overige ontwikkelingen	15
2.4 Conclusie	17
3. Criteria voor het B-segment	19
3.1 Transparantie	19
3.2 Markttoegang	19
3.3 Marktgedrag partijen	19
3.4 Externe effecten	20
4. Advies	21
4.1 Technische verruiming	22
4.1.1 Vergelijkbare zorg	22
4.1.2 Eerstelijnszorg	24
4.2 Verdere opties voor verruiming	24
4.2.1 Oogheelkunde	24
4.2.2 Dermatologie	25

Vooraf

De Nederlandse ziekenhuiszorg maakt de laatste jaren veel veranderingen door. In plaats van het aanbodgestuurde FB-systeem, op basis waarvan ziekenhuizen jarenlang gebudgetteerd werden, komt er steeds meer een systeem van vraagsturing waarin de cliënt centraal staat.

Een van deze veranderingen is de introductie van het B-segment met vrije prijzen in 2005. Binnen het B-segment kunnen aanbieders en verzekeraars onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en het volume van de geleverde zorg. Zorgaanbieders worden gestimuleerd kwalitatief goede zorg te leveren op een zo doelmatig mogelijke manier. Dit komt de consumenten-belangen; kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid ten goede.

Op verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) jaarlijks in de zomer een advies uit over de wenselijkheid van verdere uitbreidingen van het B-segment. In verband met de doorlooptermijnen van de invoering van de prestatiebekostiging heeft de Minister de NZa verzocht om op 1 maart 2008 een tussentijds advies uit te brengen over de mogelijkheden tot uitbreiding van het B-segment in 2009. Op advies van de NZa is uiteindelijk besloten het advies te verplaatsen naar half april, zodat de eerste onderhandelingsresultaten voor 2008 bij de beoordeling konden worden betrokken.

Voor de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

Op verzoek van de Minister van VWS heeft de NZa gekeken naar de mogelijkheden voor uitbreiding van het B-segment in 2009. Daartoe heeft de NZa allereerst gekeken naar de ontwikkelingen en verwachtingen in het huidige B-segment. De analyse is gebaseerd op eerdere marktanalyses van de NZa, op een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door TNS NIPO en op een kwantitatief onderzoek onder verzekeraars naar de eerste onderhandelingsresultaten in 2008. Vervolgens heeft de NZa een marktanalyse gemaakt van zorg in het huidige A-segment om te kijken of deze zorg in aanmerking komt voor plaatsing in het B-segment.

De NZa constateert dat er diverse positieve ontwikkelingen zijn in het B-segment. Zo is er meer aandacht gekomen voor kwaliteit en innovaties en voor de transparantie daarvan. Ook heeft de introductie van het B-segment geleid tot nieuwe toetreders, en daarmee tot meer concurrentie op de markt en tot meer keuzemogelijkheden voor de consument. Daarnaast zijn er indicaties dat verzekeraars er steeds beter in te slagen om afspraken te maken over de prijs, de kwaliteit en het volume van de ingekochte zorg. De NZa ziet geen reden om aan te nemen dat de prijzen en de volumes in 2008 fors zullen toenemen.

In voorgaande jaren heeft de NZa meermaals geconstateerd dat zorgaanbieders meer onderhandelingsmacht hadden dan de verzekeraars. Dit werd veroorzaakt doordat de verzekeraars onvoldoende (kwaliteits)informatie hadden over de verschillende zorgaanbieders om hun verzekerden te sturen en een beleid van selectieve contractering te volgen. Hoewel er positieve ontwikkelingen zijn geweest op de markt, kan de NZa op basis van de thans beschikbare informatie niet concluderen dat de situatie op dit moment anders ligt, dan wel in 2009 anders zal liggen.

De NZa is van mening dat een *verregaande* uitbreiding van het B-segment het risico met zich meebrengt dat zorgaanbieders in staat zullen zijn om te hoge prijzen te vragen voor de geleverde zorg. Hierdoor kan de betaalbaarheid van de zorg voor de consument in het geding komen. De ontwikkelingen in het B-segment tot nu toe geven echter geen aanleiding om te veronderstellen dat een *bepaalde* uitbreiding van het B-segment met grote risico's gepaard gaat. De resultaten uit het verleden, die weliswaar geen garantie bieden voor de toekomst, zijn immers overwegend positief.

Aan de hand van een aantal economische criteria heeft de NZa gekeken welke zorg in aanmerking komt voor plaatsing in het B-segment. Daarbij adviseert de NZa de Minister het volgende:

Technische uitbreiding van het B-segment met vergelijkbare zorg en eerstelijnszorg: deze overheveling is noodzakelijk om de markt in het B-segment beter te laten werken.

Optionele uitbreiding van het B-segment met dermatologie en enkele DBC's binnen oogheelkunde

Tot slot merkt de NZa op dat het verbeterplan DBC's mogelijk een forse autonome uitbreiding van het B-segment tot gevolg kan hebben. Deze uitbreiding is additioneel op de uitbreidingsmogelijkheden die de NZa in dit advies weergeeft. In de nieuwe productstructuur worden verschillende 'oude' DBC's samengevoegd. Indien alle DBC's die deels bestaan uit oude A-DBC's en deels uit oude B-DBC's worden overgeheveld naar het

B-segment, groeit het B-segment fors. De NZa zal de Minister op dat moment adviseren over de gevolgen van de plaatsing van een bepaalde nieuwe DBC in het B-segment voor het consumentenbelang.

1. Inleiding

De medisch specialistische zorg maakt de laatste jaren veel veranderingen door. In plaats van het aanbodgestuurde systeem van functiegerichte budgettering (FB-systeem), op basis waarvan ziekenhuizen jarenlang gebudgetteerd werden, ontstaat er steeds meer een systeem van vraagsturing waarin de cliënt centraal staat. Zorgaanbieders krijgen in dit nieuwe systeem enerzijds meer vrijheid om in te spelen op de wensen van de consument en maatwerk te leveren. Anderzijds worden zij gestimuleerd om doelmatig te werken en te investeren in kwaliteit en de transparantie daarvan.

Op dit moment gelden voor ongeveer 20% van de medisch specialistische zorg vrije prijzen, het zogenoemde B-segment. De Minister heeft de NZa gevraagd om op basis van specifieke uitbreidingscriteria te onderzoeken of het wenselijk is het B-segment in 2009 nader uit te breiden.¹

Het advies van de NZa over de mogelijkheden tot uitbreiding van het B-segment is gebaseerd op:

De ervaringen en verwachtingen in het B-segment tot nu toe:

- terugblik op de onderhandelingsuitkomsten in de periode 2005-2007 op basis van de eerdere monitors ziekenhuiszorg van de NZa.²
- kwalitatief onderzoek van TNS NIPO naar de verwachtingen van verzekeraars over de onderhandelingen in het B-segment in 2008.
- kwantitatief onderzoek op basis van informatie van de verzekeraars over de eerste onderhandelingsresultaten voor 2008.

Een marktanalyse van enkele huidige A-segment DBC's. Deze analyse geeft antwoord op de vraag of vrije prijsvorming mogelijk is voor die specifieke zorg. Hiervoor gebruikt de NZa de economische criteria zoals weergegeven in het advies 'Beoordelingscriteria tussentijdse uitbreiding B-segment'.³

Dit advies is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 gaat in op de (door verzekeraars en ziekenhuizen verwachte) ontwikkelingen in het B-segment in 2007 en 2008. Hebben de verzekeraars voldoende onderhandelingsmacht om goede zorg in te kunnen kopen? En hoe ontwikkelen de prijs, de kwaliteit en de toegankelijkheid zich? Indien de onderhandelingen in het vrije B-segment goede uitkomsten genereren voor de consument (betere kwaliteit, lagere prijs), geeft dit ruimte voor uitbreiding van het B-segment.

Vervolgens is het belangrijk om te kijken of er in het huidige A-segment zorg zit die in aanmerking komt voor vrije prijzen. De analyse van de ontwikkelingen in het huidige B-segment zegt immers niet noodzakelijk iets over de mogelijkheden van vrije prijsvorming voor andere vormen van zorg. In hoofdstuk 3 wordt daarom gekeken naar de criteria waaraan een bepaalde zorgsoort moet voldoen om in het B-segment te kunnen worden ondergebracht.

¹ Brief van de Minister van VWS aan de voorzitter van de Nederlandse Zorgautoriteit, 'Aanwijzing uitbreiding B-segment met vrije prijzen', kenmerk CZ/TSZ/2794885, 10 september 2007.

² NZa, 'Oriënterende monitor ziekenhuiszorg. Analyse over de onderhandelingen in het B-segment in 2005 (september 2005)', 'Monitor ziekenhuiszorg. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2006 (juni 2006)' en 'Monitor Ziekenhuiszorg 2007. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007 (juni 2007)'.

³ NZa, 'Beoordelingscriteria tussentijdse uitbreiding B-segment', september 2007.

In hoofdstuk 4 komt het advies van de NZa aan de orde. Dit advies is daarbij tweeledig. Enerzijds gaat het in op de vraag of het wenselijk is het B-segment verder uit te breiden en wat de risico's van een verdere uitbreiding zijn. Anderzijds wordt stilgestaan bij de vraag welke zorg in aanmerking komt voor plaatsing in het B-segment.

2. Ontwikkelingen in de markt

Sinds februari 2005 is de medisch specialistische zorg opgesplitst in een A-segment en een B-segment. Voor het A-segment ontvangen ziekenhuizen een budget. In het B-segment gelden vrije prijzen en onderhandelen verzekeraars en aanbieders met elkaar over de prijs, de kwaliteit en het volume van de zorg. Het B-segment besloeg in 2005 ongeveer 10% van de medisch specialistische zorg. De introductie van het B-segment was een belangrijke eerste stap in de liberalisering van de ziekenhuiszorg. In 2008 is het B-segment uitgebreid naar ongeveer 20% van de medisch specialistische zorg. De lumpsum voor medisch specialisten in het A-segment is vervangen door prestatiebekostiging op basis van een onderbouwd uurtarief en normtijden voor zowel het A- als het B-segment. Bovendien is het bouwregime afgeschaft, en zijn in het B-segment ook kapitaallasten⁴ ondergebracht. Hiermee hebben ziekenhuizen en zorgverzekeraars meer ruimte gekregen om afspraken te maken over kwaliteitsverbetering en doelmatigheid.

Hieronder bekijkt de NZa de ontwikkelingen op de markt. Daarbij zal eerst worden ingegaan op de prijsontwikkelingen. Vervolgens komen de volumeontwikkelingen aan bod. Tot slot kijkt de NZa ook naar andere ontwikkelingen op de markt, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit (stransparantie) en de verdeling van onderhandelingsmacht tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Overigens is het goed om op te merken dat verzekeraars momenteel (dd 1 april 2008) gemiddeld pas met ongeveer 10% van de ziekenhuizen de onderhandelingen hebben afgerond. De analyse van de onderhandelingsresultaten is daarom nog niet volledig. In de zomer van 2008 brengt de NZa haar jaarlijkse monitor Ziekenhuiszorg uit, waarmee zij een vollediger inzicht geeft in de ontwikkelingen in het B-segment in 2008.

2.1 Prijsontwikkelingen

2005-2007

In de monitor B-segment ziekenhuiszorg 2007 constateerde de NZa dat de prijzen in het B-segment na een eerste daling in 2006 (0,8% reële prijsdaling) in 2007 niet sneller stegen dan de vastgestelde trendmatige aanpassing.⁵ Daarnaast bleek dat de prijzen voor de specialismen waarop in het B-segment ook veel zelfstandige behandelcentra (ZBC's)⁶ actief waren, het minst stegen. De concurrentiedruk die uitgaat van de ZBC's lijkt aldus de prijsontwikkeling in de markt te remmen.⁷

Daarnaast is ervaring met vrije prijsvorming opgedaan in het kader van het experiment bij de Sint Maartenskliniek (hierna: SMK). Vanaf 1 februari 2005 mocht de SMK met verzekeraars vrij onderhandelen over prijzen, volume, kwaliteit van zorg en investeringen van alle geleverde zorg. De NZa heeft in 2007 een tussentijdse evaluatie gedaan naar de

⁴ Onder kapitaallasten vallen de rentelasten en de afschrijvingen.

⁵ NZa, 'Monitor ziekenhuiszorg 2007. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007', juni 2007.

⁶ Het 'harde' onderscheid tussen ziekenhuizen en ZBC's is vervallen. Alle zorgaanbieders gelden als instellingen voor medisch-specialistische zorg (IMSZ). De gelijkstelling van zorgaanbieders moet ervoor zorgen dat de concurrentie op de zorgmarkt verbetert. De naam ZBC wordt in de praktijk nog wel gebruikt.

⁷ In de monitor ziekenhuiszorg 2007 constateert de NZa dat de prijzen voor specialismen waarop veel ZBC's actief zijn, het minst hard stijgen. De aanwezigheid van ZBC's lijkt ziekenhuizen dus te prikkelen om doelmatiger te gaan werken.

effecten van dit experiment.⁸ De belangrijkste conclusie van de monitor is dat de SMK duidelijk een efficiëntieslag gemaakt heeft. De zorgaanbieder produceert gemiddeld meer DBC's voor een lagere prijs. Dit maakt de SMK aantrekkelijk voor zorgverzekeraars. Daarbij moet overigens wel worden opgemerkt dat de zorg die de SMK levert gericht is op een beperkt aantal specialismen. Bovendien hadden de omringende ziekenhuizen tijdens het experiment met de SMK geen vrije prijzen, waardoor de uitkomsten niet geheel gelijk zijn aan de uitkomsten in een vrije markt. De uitkomsten van het experiment bij de SMK kunnen dus niet zonder meer worden vertaald naar de rest van de medisch specialistische zorg omdat de meeste zorgaanbieders een veel breder zorgpakket leveren en de marktsituatie anders was.

Verwachte prijsontwikkelingen in 2008

Voorafgaand aan de daadwerkelijke onderhandelingen, heeft TNS NIPO aan verzekeraars gevraagd wat hun verwachtingen waren voor het B-segment (kwalitatief). Op dat moment vreesden de meeste verzekeraars dat de prijzen in het B-segment zouden stijgen. Hiervoor gaven zij een aantal redenen:

Allereerst staan de budgetten van de ziekenhuizen in het A-segment - mede als gevolg van de taakstelling - onder druk. Verzekeraars verwachtten dat ziekenhuizen zullen proberen dit te compenseren via hogere prijzen in het B-segment.

Ten tweede ervaren zorgaanbieders het veranderende systeem als een onzekere factor. Verzekeraars vreesden dat zorgaanbieders de risico's af zullen proberen te dekken door hogere prijzen te vragen in het B-segment. Dit geldt met name ten aanzien van de gewijzigde kapitaallastensystematiek. Doordat de kapitaallasten sterk verschillen tussen de ziekenhuizen, worden hier bovendien grote prijsverschillen verwacht.

Ook de ziekenhuizen gaven voorafgaand aan de daadwerkelijke onderhandelingen aan dat zij een lichte prijsstijging verwachtten in het verruimde B-segment. Belangrijkste redenen daarvoor waren exogene factoren zoals: (1) inflatiecorrectie, (2) maatschappelijke ontwikkelingen zoals de vergrijzing en (3) duurdere medische technologieën.

Eerste indicatie prijsontwikkelingen in 2008

In aanvulling op het onderzoek van TNS NIPO heeft de NZa de verzekeraars verzocht om informatie over de eerste onderhandelingsresultaten (dd. 1 april 2008).⁹ Geconstateerd kan worden dat de verzekeraars nog volop bezig zijn met de onderhandelingen. Gemiddeld hebben de verzekeraars pas met ongeveer 10% van de ziekenhuizen de onderhandelingen afgerond. Daarbij maken verzekeraars vaak als eerste afspraken met ziekenhuizen in hun kernwerkgebied.

Uit de informatie die de NZa tot nu toe ontvangen heeft van verzekeraars komt naar voren dat de onderhandelingen niet altijd even gemakkelijk verlopen. Ziekenhuizen vragen vooraf vaak forse opslagen op de prijzen van 2007/de schoningsprijzen.¹⁰ Daar bovenop vragen aanbieders vaak ook een kapitaallastenvergoeding die hoger ligt dan de kapitaallastensopslag van 12,5% die de NZa in het verleden hanteerde

⁸ NZa, 'Monitor Experiment vrije prijsvorming Sint Maartenskliniek, tussentijdse evaluatie 2006-2007', december 2007.

⁹ De NZa heeft van verschillende verzekeraars informatie ontvangen. In totaal vertegenwoordigen deze verzekeraars ongeveer 85% van de Nederlandse verzekerden.

¹⁰ Voor de nieuwe B-DBC's (die in 2008 zijn toegevoegd) is gekeken naar de prijsstijging t.o.v. de schoningsprijzen. Voor de oude B-DBC's (die sinds 2005 in het B-segment zitten), is gekeken naar de prijsstijging t.o.v. de prijs in 2007.

voor het B-segment. Desondanks zijn de verzekeraars er voor de 'oude' B-DBC's tot nu toe in geslaagd een prijsstijging af te spreken die ongeveer in lijn ligt met de inflatie (exclusief kapitaallasten). De prijsstijging voor de 'nieuwe' B-DBC's benadert de prijsstijging van de 'oude' B-DBC's maar is iets lager (dit ligt overigens voor de hand aangezien op de schoningsprijzen reeds een inflatiecorrectie heeft plaatsgevonden). Verzekeraars verwachten met de overige ziekenhuizen ongeveer gelijke prijzen af te kunnen spreken (met wellicht een enkele uitschieter). Ook op het terrein van de kapitaallasten lijken de meeste verzekeraars er in te slagen afspraken te maken die in de buurt van de gemiddelde 12,5% liggen. Enkele verzekeraars betalen een hogere prijs aan ziekenhuizen die hogere kapitaallasten hebben. Het is hier wel van belang op te merken dat de NZa heeft gevraagd naar de gemiddelde prijsstijging. Voor specifieke DBC's kunnen de prijsontwikkelingen mogelijk hoger (bijvoorbeeld als gevolg van schaarste) of lager (als gevolg van een hoge concurrentiedruk) uitvallen. Datzelfde geldt voor specifieke ziekenhuizen (afhankelijk van hun onderhandelingsmacht). Dergelijke resultaten zijn in beginsel in lijn met een systeem van marktwerking en vrije prijzen.

Hoewel de eerste onderhandelingsresultaten een voorzichtig positief beeld geven, is het belangrijk op te merken dat gemiddeld pas ongeveer 10% van de ziekenhuizen is gecontracteerd. Mogelijk zijn dit juist de relatief 'gemakkelijke' ziekenhuizen, die een lage opslag vroegen op de prijzen van het voorgaande jaar. Anderzijds geven de meeste verzekeraars aan dat zij vooral ziekenhuizen in hun kernwerkgebieden hebben gecontracteerd (dus niet noodzakelijk de gemakkelijke ziekenhuizen), en dat zij verwachten dat de onderhandelingsresultaten in de rest van de ziekenhuizen ongeveer gelijk zullen zijn.

Verwachte prijsontwikkeling voor 2009 en verder

Op de lange termijn verwachten zorgverzekeraars een daling van de contractprijzen in het B-segment. Hiervoor worden verschillende redenen genoemd: (1) zorgverzekeraars hebben dan meer ervaring en daardoor beter inzicht in de markt, (2) de ervaren onzekerheden bij ziekenhuizen zullen zijn weggenomen en (3) ziekenhuizen hebben meer zicht op de kostprijzen per DBC en zien de schoningsprijzen niet meer als richtgevend (bron: TNS NIPO).

Uit internationale ervaringen komt naar voren dat partijen vaak moeten wennen aan de nieuwe onderhandelings situatie. Het duurt daardoor vaak enige tijd voordat de baten van marktwerking duidelijk worden.¹¹ Dit is in lijn met de verwachtingen van de verzekeraars.

2.2 Volumeontwikkelingen

2005-2007

Uit verschillende studies¹² is de afgelopen periode naar voren gekomen dat de volumes in het B-segment zijn gestegen in 2006 en 2007. Zo constateerde Vektis een volumestijging van 10% in 2006, en constateerde het CVZ dat de kosten (dus prijs*volume) in het B-segment in de eerste helft van 2007 met 28,2% waren toegenomen. Uit onderzoek van Gupta (in opdracht van de NVZ) komt echter naar voren dat de zorg die in 2005 in het B-segment is opgenomen ook al voordat

¹¹ Varkevisser e.a., 'Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen', Economische Statistische Berichten, 27 januari 2006, blz 38-40.

¹² Onder meer Vektis (rapport 'Liberalisatie en groei. Eerste indicatie van kostengroei in de ziekenhuiszorg binnen het geliberaliseerde B-segment' (februari 2008) en rapport 'Zorgmonitor. Jaarboek 2007, Financiering van de zorg in 2006' (november 2007)) en CVZ (rapport 'Zorgcijfers. Kwartaalbericht' (derde kwartaal 2007)).

zij in het B-segment werden geplaatst harder groeide dan veel andere zorgsoorten.¹³ Bovendien constateert Gupta dat het volume in 2007 minder hard gegroeid lijkt te zijn dan in 2006.

Op verzoek van de NZa heeft TNS NIPO kwalitatief onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen in het B-segment. Zowel verzekeraars als zorgaanbieders hebben aangegeven dat het volume in het B-segment in 2007 is toegenomen. De verzekeraars geven hiervoor drie mogelijke oorzaken, namelijk:

volumegroei door een toename in de zorgvraag per individu (a.g.v. toename van de welvaart);

volumegroei door exogene oorzaken (zoals vergrijzing, bevolkingsgroei, economische groei);

volumegroei door toename van het aanbod (a.g.v meer marketing, wegwerken van wachtlijsten & aanbodgestuurde vraag (supplier induced demand)).

De NZa benoemt daarnaast een aantal technische oorzaken (invloereffecten) dat een waargenomen volumegroei mogelijk zou kunnen verklaren: 1) het B-segment is ingevoerd in februari 2005; in 2005 is er dus slechts gedurende 11 maanden gedeclareerd ten laste van het B-segment en in 2006 gedurende 12 maanden, 2) in 2005 was er geen sprake van 'overloop' DBC's uit 2004; in 2006 was dit wel het geval, 3) in 2005 hadden veel ziekenhuizen hun registratie- en declaratiesystemen nog niet op orde. Dit heeft mogelijk geleid tot onderregistratie in 2005 en tot extra declaraties (van 2005 productie) in 2006, 4) in 2005 was er veel uitval bij de validatie. In 2006 hebben ziekenhuizen hard gewerkt aan de verbetering hiervan. Daardoor is er in 2006 minder uitval als gevolg van validatie-effecten.

Uit het voorgaande valt op te maken dat er vooralsnog onvoldoende feitenmateriaal is dat er op wijst dat het volume in het B-segment stijgt als gevolg van de vrije onderhandelingen over prijzen en volumes. Mogelijkerwijs zijn de volumestijgingen in lijn met de volumeontwikkelingen over een reeks van een aantal jaren, dan wel terug te voeren op metings- en invoeringseffecten. Daarbij is het tevens goed op te merken dat een volumestijging niet noodzakelijk slecht hoeft te zijn. Het is ook mogelijk dat hierdoor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg worden vergroot (bijv. doordat wachtlijsten worden weggewerkt, en doordat artsen sneller de benodigde behandeling inzetten). In de monitor B-segment ziekenhuiszorg 2008 (verwacht zomer 2008) zal de NZa uitgebreider aandacht besteden aan de volumeontwikkelingen in het B-segment gebaseerd op meer substantiële data.

Verwachte volumeontwikkelingen in 2008 en verder

Ook voor 2008 gaven zorgverzekeraars en ziekenhuizen aan TNS NIPO aan een stijging te verwachten in het aantal uitgevoerde DBC's in het B-segment. Daarbij worden dezelfde oorzaken genoemd als bij de volumestijging in 2007. Als extra verklaring wordt genoemd dat het in 2008, als gevolg van het afschaffen van de lumpsum, voor medisch specialisten aantrekkelijker wordt om meer te produceren en de wachtlijsten weg te werken. Hierdoor wordt de toegankelijkheid van de zorg overigens wel vergroot.

Uit de aanvullende informatie-opvraag over de eerste onderhandelingsresultaten in 2008 - die de NZa heeft verkregen van

¹³ Gupta (in opdracht van de NVZ), 'B-segment. Onderzoek naar de belangrijkste ontwikkelingen', april 2008.

verzekeraars - blijkt dat het inderdaad lastig is om afspraken te maken over de volumegroei. Uiteindelijk geven vooral de grotere verzekeraars aan wel volumeafspraken te kunnen maken. Voor de kleinere verzekeraars lijkt dit moeilijker te zijn. Een kleine verzekeraar geeft aan dat ziekenhuizen enkel instemmen met een beperkte volumegroei wanneer daar een hogere prijs tegenover staat.

Het merendeel van de geïnterviewde zorgverzekeraars ziet langzaam verschuivingen in volume tussen zorgaanbieders ontstaan. Deze verschuivingen worden toegeschreven aan het feit dat sommige ziekenhuizen via marketing of specialisatie meer patiënten proberen te trekken. Verzekeraars lijken hierop geen directe invloed uit te oefenen.

2.3 Overige ontwikkelingen

Behalve effecten op de prijs en het volume van de geleverde zorg, heeft de uitbreiding van het B-segment ook andere effecten teweeg gebracht. Hieronder wordt op deze ontwikkelingen kort in gegaan.

Meer toetreding tot de markt

De afgelopen jaren zijn er een aantal nieuwe zorgaanbieders toegetreden tot de markt. Een aantal van deze ZBC's is opgericht door ziekenhuizen die onder meer het verschil in bekostigingssystematiek tussen de ziekenhuizen en de ZBC's wilden benutten.¹⁴ In deze gevallen is er sprake van een verschuiving van de capaciteit tussen het ziekenhuis en de ZBC. Er zijn echter ook nieuwe toetreders te vinden onder de ZBC's. Het aandeel van ZBC's in de totale omzet medisch specialistische zorg is vooralsnog echter gering.¹⁵

Met de voorgenomen introductie van prestatiebekostiging voor de medisch specialistische zorg, komt het verschil in regelgeving tussen de ZBC's en de ziekenhuizen voor een belangrijk deel te vervallen. Hierdoor ontstaat er een gelijk speelveld voor ziekenhuizen en ZBC's in termen van regelgeving. Er geldt dan een gelijk risicoregime voor kapitaallasten en het contracteren van een ZBC zal niet meer leiden tot het betalen voor leegstand in een ziekenhuis.¹⁶ De NZa verwacht dat de verzekeraars hierdoor actiever in zullen gaan kopen, waardoor er meer toetreding tot de markt zal komen en het marktaandeel van ZBC's kan toenemen.

Meer aandacht voor transparantie, innovaties en kwaliteit

Sinds de introductie van het B-segment is er tijdens de onderhandelingen meer aandacht voor kwaliteit (innovaties) en de transparantie daarvan.¹⁷ Daarbij blijken vooral kostenverlagende innovaties op veel animo van de zorgverzekeraars te kunnen rekenen. De ontwikkelingen op het gebied van transparantie van kwaliteit lijken de goede kant op te gaan. Toch is de beschikbare informatie nog beperkt. Het transparant maken van kwaliteit kost tijd. Vooral voor de nieuwe (2008) B-DBC's is er momenteel nog niet veel (kwaliteits)informatie beschikbaar bij verzekeraars. Verzekeraars geven aan dat het voor deze DBC's vooralsnog lastig is gesprekken te hebben over de zorginhoudelijke kant.

¹⁴ NZa, 'Monitorspecial. De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg', januari 2007.

¹⁵ In 2005 was het marktaandeel van ZBC's in het B-segment ongeveer 1,9% (NZa, 'Monitorspecial. De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg', januari 2007). Dit aantal is als gevolg van toetreding door nieuwe ZBC's wel iets toegenomen, maar blijft nog steeds beperkt.

¹⁶ Zie hierover NZa, 'Monitorspecial. De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg', januari 2007.

¹⁷ Deloitte, 'Doorpakken! De effecten van het B-segment op kwaliteit en innovatie in de zorgsector', maart 2008.

De introductie heeft ook tot gevolg gehad dat de wachttijden voor de B-DBC's over de periode 2005-2007 af zijn genomen. Dit valt af te leiden uit de eerste analyses op basis van DIS data ten behoeve van de monitor B-segment 2008 van de NZa. Hoewel de wachttijden voor deze aandoeningen nog steeds vaak boven de treeknormen uitkomen, is hierin wel verbetering te zien. In de monitor (zomer 2008) zal de NZa nader ingaan op de ontwikkelingen omtrent de wachttijden in het B-segment.

Verdeling van de onderhandelingsmacht

In de monitor 2006 concludeerde de NZa op basis van een kwalitatieve analyse dat ziekenhuizen over het algemeen een sterkere onderhandelingspositie hebben dan zorgverzekeraars. De gevolgen voor een zorgverzekeraar van het niet afsluiten van een contract waren groter dan de gevolgen voor een ziekenhuis. Dit was en is met name het gevolg van het gebrek aan informatie over de kwaliteit van de verschillende ziekenhuizen. Doordat verzekeraars nauwelijks aan hun verzekerden kunnen aantonen waarom zij bepaalde aanbieders als voorkeursaanbieder aanmerken, is het voor hen erg lastig verzekerden richting die voorkeursaanbieders te sturen. Internationale ervaringen wijzen uit dat de onderhandelingspositie van verzekeraars in belangrijke mate wordt bepaald door de mate waarin ze hun dreiging om verzekerden eventueel elders onder te brengen waar kunnen maken.¹⁸ Zolang de markt onvoldoende transparant is, is het voor verzekeraars lastig om selectief in te kopen en verzekerden te sturen. De onderhandelingsmacht van verzekeraars is dan beperkt.

Uit een kwantitatief onderzoek naar de onderhandelingsmacht van verzekeraars in het B-segment van de ziekenhuizen komt eenzelfde beeld naar voren.¹⁹ De onderhandelde contractprijzen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars liggen gemiddeld genomen tussen de schoningsprijs en de passantprijs van een DBC.²⁰ Het verschil tussen de schoningsprijs en de passantprijs wordt dus ongeveer gelijk verdeeld tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. In een concurrerende markt zou het surplus²¹ volledig worden doorgegeven aan de afnemer van die dienst (de verzekeraar, en indien de verzekeraarsmarkt voldoende concurrerend is uiteindelijk de consument). Dit duidt er op dat de ziekenhuizen vooralsnog meer marktmacht hebben dan zij zouden hebben in een markt met volledige concurrentie.

In het afgelopen jaar hebben zich enkele ontwikkelingen voorgedaan die invloed hebben op de onderhandelingsmacht van verzekeraars. Allereerst zijn de eerste voorzichtige stappen op de weg van selectieve contractering zichtbaar. Hoewel verzekeraars nog niet actief bezig zijn met het sturen van hun verzekerden, toont de komst van bijvoorbeeld de Zekur-polis van Univé wel aan dat de markt in beweging is. Ten tweede is ook de concentratie op de zorgverzekeringsmarkt het afgelopen jaar verder toegenomen. Als gevolg van een aantal fusies is er in Nederland een aantal grote verzekeraars actief. Vanwege hun omvang kunnen zij gemakkelijker eisen stellen aan de zorgaanbieders die zij contracteren.

¹⁸ Sorensen, A.T. (2003) 'Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation Connecticut', *Journal of Industrial Economics*, 51(4), 469-490.

¹⁹ R. Halbersma & M. Mikkers & E. Motchenkova & I. Seinen, 'Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands', TILEC discussion paper, February 2007

²⁰ De schoningsprijs is gebruikt als een benadering voor de kostprijs en de passantprijs is gebruikt als een benadering van de prijs die monopolist hanteert.

²¹ Dit betekent niet dat het ziekenhuis in een concurrerende markt geen winst meer kan maken (om bijvoorbeeld kapitaalverstrekkers te betalen). Het surplus heeft betrekking op de overwinst. Deze wordt in een concurrerende markt doorgegeven aan de afnemer.

Prikkels om goed in te kopen

Of de onderhandelingen leiden tot goede uitkomsten op de markt hangt ook af van de prikkels die verzekeraars hebben om goed in te kopen. In de afgelopen jaren was er steeds sprake van een forse ex post risicoverevening. Daardoor werden niet alleen de risico's voor verzekeraars beperkt, maar ook de prikkels om goed in te kopen. Sinds 2008 wordt de ex post risicoverevening geleidelijk aan afgebouwd.²² In zijn brief aan de Kamer heeft de Minister aangegeven de bandbreedteregeling en de generieke verevening in 2009 te willen staken. De hoge kostenverevening is daarnaast in 2008 al beperkt. Hierdoor ontstaan er voor verzekeraars steeds meer prikkels om goede en doelmatige zorg in te kopen. Dit stimuleert verzekeraars om goed in te kopen.

2.4 Conclusie

De NZa constateert dat er zich in het B-segment diverse positieve ontwikkelingen hebben voorgedaan. De prijzen hebben zich in 2007 gestabiliseerd, en in de onderhandelingen is er steeds meer aandacht voor kwaliteit (stransparantie). Ook zijn er sinds de introductie van het B-segment meer toetreders op de markt gekomen en zijn de wachtlijsten afgenomen.

Voorgaande jaren constateerde de NZa dat er weliswaar positieve ontwikkelingen zijn op de markt in het B-segment, maar dat de onderhandelingsmacht van de verzekeraars nog altijd niet opwoog tegen de onderhandelingsmacht van de aanbieders. Verder werd concurrentie in het B-segment belemmerd door:

- een gebrek aan transparantie van de kwaliteit;
- beperkte sturingsmogelijkheden voor verzekeraars;
- wisselwerking tussen het A- en het B-segment (gekoppelde onderhandelingen).

Uit de eerste onderhandelingsresultaten van 2008 valt voorlopig af te leiden dat de verzekeraars er steeds beter in slagen om goede afspraken te maken over de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg. Bovendien maken steeds meer verzekeraars afspraken over het volume. Op de verzekeraarsmarkt is ook beweging zichtbaar. Zo hebben er het afgelopen jaar verschillende verzekeraarsfusies plaatsgevonden, en zijn tevens de eerste stappen gezet op het pad naar selectieve contractering. Daarnaast is er – door de inspanningen van de Inspectie Gezondheidszorg in samenwerking met het veld – een aantal belangrijke stappen gezet richting het transparant maken van de kwaliteit. Hoewel de NZa hierover zeer positief is, concludeert zij dat de transparantie nog niet optimaal is.

Ondanks de positieve ontwikkelingen op de markt is er nog onvoldoende informatie beschikbaar om te kunnen concluderen dat de onderhandelingsmacht van zorgaanbieders daadwerkelijk is afgenomen. De verzekeraars hebben gemiddeld immers pas ongeveer 10% van de ziekenhuizen gecontracteerd. De NZa kan dan ook niet uitsluiten dat zorgaanbieders bij een verdere uitbreiding van het B-segment in 2009 te hoge prijzen zullen vragen voor de geleverde zorg.

²² Brief van de Minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 'Herziening zorgstelsel', (kenmerk 29 689, nr. 129), 18 januari 2007.

3. Criteria voor het B-segment

Niet alle zorgprestaties kunnen in het B-segment worden ondergebracht. Voordat zorg in het B-segment kan worden geplaatst, is het van groot belang om eerst te bekijken of een marktsegment zich leent voor vrije prijsvorming. Met andere woorden: is de markt in staat er voor te zorgen dat de consument de beste zorg krijgt voor zijn geld? Om antwoord te kunnen geven op de vraag of de werking van de markt leidt tot een goede behartiging van de belangen van de consument, heeft de NZa een aantal economische beoordelingscriteria ontwikkeld.²³ Hieronder wordt op deze criteria nader ingegaan.

3.1 Transparantie

Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat er heldere, stabiele product-/prestatiebeschrijvingen bestaan (incl. goede behandelprotocollen), en dat de prijs en de kwaliteit voldoende helder en vergelijkbaar zijn. Wanneer de zorg onvoldoende transparant en vergelijkbaar is, is het voor verzekeraars en patiënten moeilijk een goede keuze te maken tussen de verschillende aanbieders of om afspraken te maken over bijvoorbeeld kwaliteit(sverbeteringen). Daarbij geldt overigens wel dat de prikkels om transparantie te bieden over de prijs en de kwaliteit vaak veel groter zijn in een markt met vrije prijzen. Vrije prijzen kunnen dus ook een positief effect hebben op de transparantie van de markt.

3.2 Markttoegang

Het begrip markttoegang valt uiteen in twee delen. Enerzijds is het voor een goede werking van de markt belangrijk dat er voldoende aanbieders aanwezig zijn op de markt en dat het bovendien relatief eenvoudig is voor nieuwe aanbieders om toe te treden. Alleen wanneer er voldoende aanbod – of voldoende dreiging van nieuw aanbod – is op de markt kunnen de verzekeraars eisen stellen aan de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg. Als er onvoldoende aanbod is, en nieuwe aanbieders de markt bovendien moeilijk kunnen betreden, moeten verzekeraars vanwege hun zorgplicht noodgedwongen alle aanbieders contracteren. Het risico bestaat dan dat aanbieders misbruik zullen maken van hun marktmacht. Dergelijke zorg kan beter niet in het B-segment worden geplaatst.

Anderzijds betekent markttoegang ook dat de consument in staat is om een goede keuze te maken tussen de verschillende zorgaanbieders en dat hij, wanneer hij dat wenst, over kan stappen naar een andere aanbieder (ofwel dat hij voldoende keuzemogelijkheden heeft). Op die manier worden zorgaanbieders optimaal geprikkeld om te voldoen aan de wensen van de consument, en kwalitatief goede en betaalbare zorg te leveren.

3.3 Marktgedrag partijen

Voor een goede werking van de markt in het B-segment is het daarnaast belangrijk dat verzekeraars een prikkel hebben om goed in te kopen en

²³ NZa, 'Beoordelingscriteria tussentijdse uitbreiding B-segment', september 2007.

te letten op de prijs en de kwaliteit van de ingekochte zorg, ofwel dat verzekeraars voordelen kunnen behalen door goed in te kopen. Een goede zorginkoop kan de verzekeraar helpen meer verzekerden aan te trekken (hoge zorgkwaliteit en lage premie). Daarvoor is het wel van belang dat de realiseerbare inkoopvoordelen voldoende hoog zijn (vrijgegeven DBC's moeten voldoende volume behelzen en het B-segment moet voldoende groot zijn, zodat te behalen inkoopvoordelen opwegen tegen de onderhandelingskosten). Ook moet de risicoverevening niet te veel van de behaalde inkoopvoordelen/-verliezen onterecht (dwz. kostenverschillen die niet verklaard worden door verschillen in het risicoprofiel van de verzekerden) achteraf verevenen.

Daarnaast moeten verzekeraars ook in staat zijn om goede zorg in te kopen. Behalve voldoende transparantie en voldoende aanbieders op de markt, is het daarvoor ook van belang dat de zorg in het B-segment electief is. Alleen voor electieve zorg heeft de verzekeraar mogelijkheden om zijn patiënten naar een ander ziekenhuis te sturen wanneer een ziekenhuis een te hoge prijs vraagt of een te lage kwaliteit levert. Bij niet-electieve zorg is dat niet mogelijk vanwege het spoedeisende karakter van de zorg. In een dergelijke markt is vrije prijsvorming dan ook niet wenselijk. Mede om deze reden heeft de Minister van VWS in zijn brief 'Liberalisering electieve zorg' aangegeven dat enkel de electieve zorg in aanmerking komt voor liberalisering.²⁴

3.4 Externe effecten

Externe effecten zijn (onbedoelde) bijeffecten van het loslaten van de prijzen op een bepaalde markt. Een belangrijk risico is dat de ziekenhuizen, wanneer het B-segment lucratiever wordt dan het A-segment, zullen proberen extra veel zorg te leveren in het B-segment. Dit leidt in het A-segment mogelijk tot lange wachtlijsten.

Behalve afwentelingseffecten zijn er ook andere negatieve externe effecten mogelijk. Zo kan het gebeuren dat ketenzorg niet tot stand komt als gevolg van vrije prijsvorming op een bepaalde deelmarkt. Daarnaast kan het gebeuren dat het volume toeneemt als gevolg van aanbodgestuurde vaag (supplier induced demand). Het ziekenhuis/de arts verleent de patiënt dan meer zorg dan noodzakelijk, om op die manier meer geld binnen te halen. Dit is vooral een risico voor vormen van zorg waarvoor geen goede behandelprotocollen bestaan en waarbij de consumenten en verzekeraars weinig zicht hebben op de noodzaak van een behandeling. Tot slot kan het ook het verwijsgedrag van de huisarts op een negatieve manier beïnvloeden. Wanneer er een groot risico is op externe effecten, kan een markt beter niet naar het B-segment worden overgeheveld.

²⁴ Brief van de Minister van VWS, 'Liberalisering electieve zorg', (kenmerk CZ/IZ/2526374), 20 oktober 2004.

4. Advies

In dit advies heeft de NZa gekeken naar de mogelijkheden voor uitbreiding van het B-segment in 2009. In voorgaande jaren heeft de NZa meermaals geconcludeerd dat de zorgaanbieders meer onderhandelingsmacht hadden dan de verzekeraars. Dit werd veroorzaakt doordat de verzekeraars onvoldoende informatie hadden over de verschillende zorgaanbieders om hun verzekerden te sturen en een beleid van selectieve contractering te volgen. Inmiddels zijn er – door de inspanningen van de Inspectie Gezondheidszorg in samenwerking met het veld – een aantal belangrijke stappen gezet richting het transparant maken van de kwaliteit. De NZa is hierover zeer positief. Desondanks is de NZa van mening dat de transparantie nog niet optimaal is. Hoewel er daarnaast beweging zichtbaar is op de verzekeraarsmarkt – een aantal verzekeraars is inmiddels gefuseerd en tevens zijn de eerste stappen gezet op het pad van selectieve contractering – kan de NZa op basis van de thans beschikbare informatie niet concluderen dat die situatie op dit moment anders ligt, dan wel in 2009 anders zal liggen.

Wel is er een aantal positieve ontwikkelingen zichtbaar in de markt. Zo is er sinds de introductie van het B-segment steeds meer aandacht gekomen voor innovaties, kwaliteit en de transparantie daarvan.²⁵ De introductie van het B-segment heeft er bovendien toe geleid dat er meer ZBC's tot de markt zijn toegetreden, waardoor de concurrentie tussen zorgaanbieders is vergroot.²⁶ De eerder door onder meer Vektis en het CVZ waargenomen volumestijgingen in het B-segment lijken grotendeels in lijn met de volumegroei over een reeks voorgaande jaren, en zijn bovendien deels terug te voeren op metings- en invoeringseffecten. De NZa ziet dan ook geen reden om aan te nemen dat de volumes in 2008 en verder fors zullen toenemen. Daarbij merkt zij tevens op dat een volumestijging mogelijk ook positieve effecten heeft op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg, en een volumestijging dus niet noodzakelijk negatief is. De eerste onderhandelingsresultaten voor het B-segment in 2008 laten zien dat verzekeraars er – ondanks de vaak hoge inzet van ziekenhuizen – in geslaagd zijn om voor 2008 met een aantal ziekenhuizen reeds goede afspraken te maken over de prijs, de kwaliteit en het volume van de geleverde zorg.²⁷ Hierbij is het wel van belang op te merken dat de verzekeraars gemiddeld pas met ongeveer 10% van de ziekenhuizen de onderhandelingen hebben afgerond (voornamelijk in hun kernwerkgebieden). Mogelijkerwijs slagen de verzekeraars er niet in om met alle ziekenhuizen dergelijke contracten af te sluiten. In de zomer 2008 komt de NZa met haar jaarlijkse monitor ziekenhuiszorg. Daarin geeft zij een analyse van de ontwikkelingen in het B-segment voor 2008. Omdat de monitor is gebaseerd op een completere dataset, wijken deze analyses op punten mogelijk af van hetgeen vermeld in dit advies.

Daarbij moet ook worden opgemerkt dat het niet reëel is om als een markt wordt vrijgegeven te verwachten dat de baten van marktwerking direct zichtbaar zijn. Een markt heeft tijd nodig om zich te ontwikkelen.

²⁵ Deloitte in opdracht van het ministerie van VWS, 'Doorpakken! De effecten van het B-segment op kwaliteit en innovatie in de curatieve sector', maart 2008.

²⁶ NZa, 'Monitor Ziekenhuiszorg 2007, Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007', juni 2007 en Gupta (in opdracht van de NVZ), 'B-segment. Onderzoek naar de belangrijkste ontwikkelingen', april 2008.

²⁷ Analyse op basis van informatie afkomstig van verzekeraars. Zij hebben op verzoek van de NZa informatie aangeleverd over de onderhandelingsuitkomsten in het B-segment voor de onderhandelingen die op 1 april 2008 waren afgerond.

Internationale ervaringen laten bijvoorbeeld zien dat verzekeraars pas goede onderhandelingsresultaten boeken nadat ze enige ervaring hebben opgedaan op dit gebied.²⁸ Het is aannemelijk dat dergelijke leereffecten zich ook in de Nederlandse markt zullen voordoen. Bovendien wordt de prikkel om goed te onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de volumes van de zorg groter naar mate het B-segment in omvang toeneemt.

Op grond van het voorgaande concludeert de NZa dat een verregaande uitbreiding van het B-segment het risico met zich brengt dat zorgaanbieders in staat zullen zijn te hoge prijzen te vragen voor de geleverde zorg, waardoor de betaalbaarheid voor de consument in het gedrang kan komen. De ontwikkelingen in het B-segment tot nu toe geven echter geen aanleiding om te veronderstellen dat een beperkte uitbreiding van het B-segment met grote risico's gepaard gaat. De resultaten uit het verleden, die weliswaar geen garantie bieden voor de toekomst, zijn immers overwegend positief.

Het is belangrijk om bij de uitbreiding van het B-segment rekening te houden met de economische criteria zoals genoemd in hoofdstuk 3. Hoe beter een markt voldoet aan deze criteria, hoe kleiner het risico dat overheveling naar het B-segment leidt tot ongewenste resultaten voor de consument. Hieronder behandelt de NZa een aantal deelmarkten die geschikt zouden zijn voor overheveling naar het B-segment. Daarbij maakt zij onderscheid tussen enkele technische verruiming, waarvoor een overheveling naar het B-segment sowieso wenselijk is vanuit het oogpunt van een betere werking van de markt in het B-segment, en een aantal sectoren dat mogelijk anderszins aan het B-segment zou kunnen worden toegevoegd. Hierbij heeft de NZa uitsluitend gekeken naar de vraag of de betreffende markten voldoen aan de economische criteria voor uitbreiding (zie hoofdstuk 3). De NZa redeneert daarbij vanuit de wenselijkheid van overheveling van de specifieke zorg naar het B-segment, en houdt geen vooropgezet percentage aan.

4.1 Technische verruiming

De NZa adviseert de Minister om het B-segment in 2009 in ieder geval uit te breiden met de volgende zorg:

1. Vergelijkbare zorg die binnen meerdere segmenten wordt geleverd.
2. Eerstelijnszorg.

4.1.1 Vergelijkbare zorg

Vergelijkbare zorg is zorg die (min of meer) gelijkwaardig is, maar die in verschillende segmenten is ondergebracht. Hierbij is onderscheid te maken tussen:

DBC's die binnen het A-segment worden geleverd, maar een gelijke diagnose binnen een ander specialisme in het B-segment kennen.

Voorbeeld is de behandeling van atriumfibrilleren door de cardioloog (A-segment) en door de internist (B-segment).

Zorgvraag/diagnose waarvoor meer dan één mogelijke behandeling bestaat, waarbij bijvoorbeeld één mogelijke behandeling in het

²⁸ Varkevisser e.a., 'Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen', Economische Statistische Berichten, 27 januari 2006, blz 38-40. Ook in het B-segment lijkt dit effect zich voor te doen. Uit het onderzoek van TNS NIPO komt naar voren dat verzekeraars op korte termijn verwachten dat de prijzen en de volumes zullen stijgen, maar dat zij op langere termijn - naar mate zij meer ervaring krijgen met de onderhandelingen en er meer inzicht ontstaat in de markt - verwachten steeds betere onderhandelingsresultaten te kunnen boeken.

A-segment valt terwijl de andere mogelijke behandeling in het B-segment valt. Voorbeelden zijn de mogelijke behandelingen van cholelithiasis (galstenen) en maligne neoplasma mamma (borstkanker) door de chirurg. De chirurgische behandelingen zijn wel in het B-segment opgenomen, maar de conservatieve behandelingen niet.

In de uitbreiding van 10% naar 20% is een groot deel van bovenstaande DBC's al overgeheveld naar het B-segment. Het is echter wenselijk om ook de overige vergelijkbare zorg over te hevelen naar het B-segment. Hiervoor is een drietal redenen:

Het is belangrijk dat gelijksoortige zorg op een gelijke manier wordt gereguleerd. Indien een DBC bij het ene specialisme in het B-segment zit en bij het andere specialisme niet en hiertussen bestaan prijsverschillen, dan kan het ziekenhuis er voor kiezen alle patiënten te behandelen op de voor het ziekenhuis meest rendabele plaats. Dit is een onwenselijke situatie die kan worden tegengegaan door alle gelijke zorg op de zelfde manier te bekostigen.

De plaatsing van gelijke zorg in hetzelfde segment draagt er toe bij dat verzekeraars en zorgaanbieders integraal kunnen onderhandelen en goede afspraken kunnen maken over de kwaliteit van de zorg.

De keuzeopties voor de verzekeraars en consumenten worden op deze manier vergroot. De concurrentie op de markt kan daardoor toenemen. Dit geeft de zorgverzekeraar tevens meer mogelijkheden om consumenten te sturen.

Het onderbrengen van vergelijkbare zorg in hetzelfde segment versterkt dus de concurrentie. Een aanvullend voordeel is dat zorgaanbieders en verzekeraars reeds met deze zorg bekend zijn, en dat het dus ook makkelijker is om hierover afspraken te maken met betrekking tot kwaliteit en prijs.

Uitbreiding B-segment en het Verbeterplan DBC's

Op dit moment werkt DBC-Onderhoud aan het verbeterplan DBC's. Het doel van het verbeterplan is het aantal DBC terug te dringen tot ongeveer 3000 stabiele, kostenhomogene en medisch herkenbare DBC's. De huidige productstructuur kent bijna 40.000 DBC's. Door het verbeterplan zal een aantal producten dat nu in losse DBC's zit, tot dezelfde DBC worden gerekend.

Autonome uitbreiding B-segment

Het is mogelijk dat een nieuwe DBC zorg uit meerdere (huidige) segmenten (zowel A als B) bevat. Voor die DBC's moet worden bepaald in welk segment de nieuwe DBC zal vallen. Mogelijkerwijs leidt dit tot een flinke exogene uitbreiding van het B-segment, wanneer alle DBC's die een klein deel van een 'oude' B-DBC bevatten, worden ondergebracht in het B-segment. De NZa adviseert een DBC enkel in het B-segment te plaatsen indien dit naar verwachting positieve effecten zal opleveren voor de belangen van de consument. Het is daarom belangrijk deze DBC's voordat zij in het B-segment worden geplaatst, te toetsen aan de economische criteria voor plaatsing in het B-segment die in H3 zijn behandeld.

Beperkte omvang enkele huidige DBC's

Er bestaat een risico dat het verbeterplan niet in 2009 wordt ingevoerd. Er vindt dan geen clustering plaats van de huidige groep van bijna 40.000 DBC's. Mogelijkerwijs leidt het advies van de NZa er in de huidige systematiek toe dat er een aantal, qua omzet nu mogelijk nog zeer kleine DBC's wordt vrijgegeven. Vanwege de beperkte omvang van deze DBC's, is het de vraag of verzekeraars hierover daadwerkelijk zullen onderhandelen. De NZa is van mening dat uit het oogpunt van een goede werking van de markt zeer belangrijk is dat vergelijkbare

zorg in hetzelfde segment wordt onder gebracht. Op lokaal niveau kunnen verzekeraars en zorgaanbieders in de onderhandelingen afspraken maken over hoe zij om willen gaan met DBC's die beperkt qua omvang zijn.

4.1.2 Eerstelijnszorg

De NZa verstaat onder eerstelijnszorg zorg die wordt geleverd door eerstelijnsberoepsbeoefenaren die binnen een instelling voor medisch specialistische zorg werkzaam zijn.²⁹ Deze zorg wordt dus zowel binnen als buiten de instelling op ongeveer dezelfde manier geleverd. Eerstelijnszorg is geen medisch specialistische zorg. Een voorbeeld is fysiotherapie. Wanneer deze zorg binnen een ziekenhuis wordt geleverd, worden hiervoor ondersteunende of overige producten (O(V)P's) in rekening gebracht. Buiten de instelling valt fysiotherapie onder de regulering voor vrije beroepers (in geval van de fysiotherapie gelden voor de vrije beroepsbeoefenaren vrije prijzen). Hierdoor ontstaat er een ongelijk speelveld tussen aanbieders in instellingen en vrijgevestigde aanbieders. Aangezien het om dezelfde zorg gaat, is dit geen wenselijke situatie. De NZa adviseert de Minister daarom om de eerstelijnszorg binnen instellingen te reguleren conform de regulering voor vrije beroepsbeoefenaren, en hen niet op te nemen in het systeem van prestatiebekostiging voor medisch specialistische zorg. Omdat de eerstelijnszorg geen medisch specialistische zorg betreft, betekent dit overigens niet dat het B-segment vergroot wordt.

4.2 Verdere opties voor verruiming

Op basis van de economische criteria zoals weergegeven in hoofdstuk 3 adviseert de NZa de Minister om bij de uitbreiding van het B-segment te kijken naar de volgende markten:

oogheelkunde, voor zover het enkelvoudige, relatief gemakkelijke en veel voorkomende DBC's betreft;
dermatologie.

4.2.1 Oogheelkunde

Binnen de oogheelkunde bevindt zich veel goed afgebakende, geprotocolleerde, enkelvoudige zorg. De zorg is electief. Er zijn relatief veel aanbieders van oogheelkundige zorg. Behalve de ziekenhuizen, zijn er ook veel zelfstandige behandelcentra (ZBC's) die oogheelkundige zorg leveren. Toe- en uittreding tot de markt lijkt relatief eenvoudig te zijn. Zolang het enkelvoudige zorg betreft, is het risico op ongewenste externe effecten bovendien beperkt.

Uit gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars komt naar voren dat er over oogheelkunde goede afspraken kunnen worden gemaakt, en dat er in het huidige B-segment dan ook stevig over onderhandeld wordt over oogheelkunde. Vooral de enkelvoudige, relatief minder complexe DBC's komen voor plaatsing in het B-segment in aanmerking. Het gaat daarbij concreet om de volgende zorg:

Refractie anomalie
Glaucoom

²⁹ Eerstelijnszorg is dus niet hetzelfde als eerstelijnsproductie. Eerstelijnsproductie is medisch specialistische zorg die wordt geleverd op verzoek van de eerste lijn. Voorbeelden zijn het maken van een hartfilmpje, scopieën of bloedonderzoek. Eerstelijnszorg wordt – weliswaar in de instelling - uitgevoerd door een eerstelijnszorgaanbieder, en betreft geen medisch specialistische zorg.

Macula of diabetische rhinopathie
Maculadegeneratie³⁰
Subretinale neovascularisatie

4.2.2 Dermatologie

Ook voor dermatologie ziet de NZa mogelijkheden voor opname in het B-segment. Dermatologische zorg betreft electieve, enkelvoudige, niet complexe zorg, die op veel plaatsen in Nederland wordt geleverd. Zowel ziekenhuizen als ZBC's leveren dermatologische zorg. Ook voor dermatologie geldt dat er heldere prestatiebeschrijvingen en behandelprotocollen zijn, waardoor het voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders goed mogelijk is om afspraken te maken over de kwaliteit en de prijs van de geleverde zorg. In het B-segment hebben zorgaanbieders en verzekeraars meer mogelijkheden om zich te specialiseren en projecten op te zetten op kwaliteitsgebied. Dit draagt bij aan een goede, toegankelijke en betaalbare zorgverlening aan de consument.

³⁰ Voor Maculadegeneratie worden soms dure geneesmiddelen voorgeschreven (Lucentis en Avastin). Eerder heeft de Minister van VWS bepaald dat dure geneesmiddelen als apart declarabele prestaties in het A1-segment komen te vallen (MC-U-2808582). Op dat moment is het regime voor dure geneesmiddelen gelijk voor zowel ziekenhuizen (die nu nog deels een vergoeding ontvangen via hun budget en deels via een opslag) en de ZBC's (die maximumtarieven kennen). Voordat Maculadegeneratie daadwerkelijk in het B-segment kan worden geplaatst stelt de NZa als voorwaarde dat de apart declarabele prestaties voor dure geneesmiddelen zijn gerealiseerd. Indien de ongelijkheid in vergoedingssystematiek blijft bestaan voor dure geneesmiddelen tussen ZBC's en ziekenhuizen, dan is concurrentie t.a.v. Maculadegeneratie niet wenselijk.