

Veelgestelde vragen Prestatiebekostiging medisch specialistische zorg

1. [Wat is prestatiebekostiging?](#)
 2. [Hoe dient prestatiebekostiging het consumentenbelang?](#)
 3. [Waarom is de huidige situatie van bekostiging niet wenselijk?](#)
 4. [Waarom kan budgetverlaging \(schonen\) niet meer?](#)
 5. [Welke wijzigingen staan er op stapel?](#)
 6. [Waarom is een transitie-model noodzakelijk?](#)
 7. [Waarom koppeling DOT-prestatiebekostiging?](#)
 8. [Waarom een integraal transitie-model \(A- en B-segment\)?](#)
 9. [Hoe werkt de rekenregel?](#)
 10. [Op welke zorgaanbieders is het transitie-model van toepassing?](#)
 11. [Waarom vallen zelfstandige behandel centra \(ZBC's\) en de vrijevestigde medisch specialisten niet onder de reikwijdte van het transitie-model?](#)
 12. [Wat is de duur van de transitieperiode?](#)
 13. [Hoe wordt de tijdelijkheid van het transitie-model gegarandeerd?](#)
 14. [Is uitbreiding van het B-segment mogelijk gedurende de transitieperiode?](#)
 15. [Op welke wijze worden de tarieven verbeterd?](#)
 16. [Wat gaat er met het overgangsregiem kapitaallasten gebeuren?](#)
 17. [Hoe ziet het vervolgtraject er uit?](#)
-

1. Wat is prestatiebekostiging?

Prestatiebekostiging wil zeggen dat zorgaanbieders betaald krijgen voor de (zorg)prestaties die zij leveren. Met andere woorden 'prijs (P) * volume (Q)' financiering vormen de directe inkomsten van zorgaanbieders. In de huidige budgetsystematiek is slechts beperkt sprake van prestatiegerichte bekostiging. Zorgaanbieders krijgen een budget waarvoor zij de zorg moeten leveren, wat voor een deel productieonafhankelijk is.

Prestatiebekostiging is *niet* hetzelfde als liberalisering. Bij liberaliseringvraagstukken wordt gekeken of in de markt de juiste condities aanwezig zijn voor vrije prijsvorming in een markt, zonder dat de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in gevaar komt. Dit betreft (voornamelijk) een economische analyse van de markt.

2. Hoe dient prestatiebekostiging het consumentenbelang?

Prestatiebekostiging beoogt de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg voor de consument te waarborgen en te verbeteren. Het invoeren van prestatiegerichte bekostiging bij zorgaanbieders biedt zorgverzekeraars handvatten voor het kritisch inkopen van zorg voor de consument. Het geeft zorgverzekeraars meer mogelijkheden en prikkels om zorg in te kopen bij zorgaanbieders die zich onderscheiden op basis van prijs kwaliteit van de zorgproducten dan bij de huidige budgettering het geval is. Hierdoor hebben zorgverzekeraars meer inzicht naar welke zorgaanbieder ze patiënten moeten sturen en laten patiënten zich beter sturen. Dit moet uiteindelijk leiden tot een betere prijskwaliteit verhouding voor de consument.

3. Waarom is de huidige situatie van bekostiging niet wenselijk?

Om vraagsturing te bewerkstelligen zijn al verschillende wijzigingen doorgevoerd in wet- en regelgeving en in de financiering van zorgaanbieders. Dit heeft geleid tot positieve ontwikkelingen in de sector. De huidige duale situatie die is ontstaan door de verschillende bekostigingssystemen binnen de zorgaanbieders, A-segment en B-segment, en tussen de verschillende zorgaanbieders, ziekenhuizen en

ZBC's, heeft echter ook een aantal negatieve effecten tot gevolg. Hierdoor worden de mogelijke baten van prestatiebekostiging voor de consument niet volledig benut. De NZa vindt het dan ook belangrijk dat de al gezette stappen naar prestatiebekostiging zorgvuldig worden vervolgd en afgerond.

4. Waarom kan budgetverlaging (schonen) niet meer?

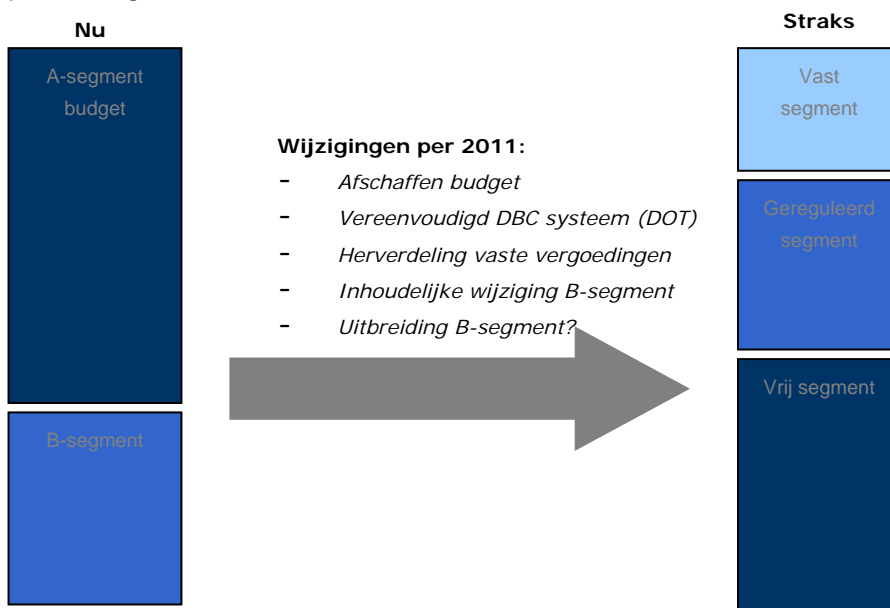
Het is niet mogelijk om via uitbreiding van het B-segment met behoud van een klein deel van het budget tot uitbreiding van prestatiebekostiging te komen, omdat schoning niet langer mogelijk en verantwoord is.

Hieraan liggen verschillende redenen ten grondslag:

- Het huidige budget vertegenwoordigt nog slechts in beperkte mate de kosten van de resterende A-segment DBC's, een nieuwe schoning zou dit probleem verergeren. Bij te hoog vastgestelde budgetten leidt dit tot macromeerkosten en bij te laag vastgestelde budgetten in combinatie met lage marges leidt dit tot financiële problemen en mogelijk continuïteitsproblemen bij zorgaanbieders. Hierdoor ontstaat er een ongelijk speelveld.
- Er is geen goede correctiemethodiek voor handen. Daar komt bij dat de beschikbaarheid van tijdige en adequate informatie ontbreekt om de budgetten te verlagen voor een uitbreiding van het B-segment.
- Een budgetverlaging leidt zeer waarschijnlijk tot vertraging van de contractonderhandelingen in het B-segment, zoals ook in 2008 en 2009 het geval was. Hierdoor is het voor de consument niet duidelijk welke zorgaanbieders zorgverzekeraars hebben gecontracteerd ten tijde van de overstapperiode.
- Door de invoering van een vereenvoudigd DBC-systeem (DOT) kunnen er inhoudelijke veranderingen optreden in de samenstelling van het B-segment. Dit wordt veroorzaakt doordat DOT een andere clustering van zorgproducten hanteert. Hierdoor kunnen eerdere budgetverlagingen niet langer overeenkomen met de nieuwe samenstelling van het B-segment.

5. Welke wijzigingen staan er op stapel?

De overstap van budgettering naar prestatiebekostiging is een complex verandertraject. In onderstaand figuur is aangegeven welke wijzigingen per 2011 genomen worden.



6. Waarom is een transitie-model noodzakelijk?

Pagina
3 van 6

De NZa voorziet bij de invoering van prestatiebekostiging (zie vraag 5) een aantal grote belemmeringen. Allereerst dient de inkooprol van zorgverzekeraars verbeterd te worden. Daarnaast zijn de randvoorwaarden voor het eindmodel van prestatiebekostiging nog niet voldoende ingevuld, zoals een stabiele DOT productstructuur, passend steunbeleid en aanpassing van de wetgeving. Ook zijn de omzettingontwikkelingen voor zorgaanbieders en de schadelastontwikkelingen voor zorgverzekeraars onvoorspelbaar en mogelijk groot. Tot slot kost de vormgeving van het eindmodel van prestatiebekostiging tijd.

Deze belemmeringen brengen een aantal omvangrijke risico's met zich mee voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid en uiteindelijk voor de consument. Zorgaanbieder en zorgverzekeraars krijgen te maken met onvoorspelbare fluctuaties in de inkomsten, waardoor sturing in de bedrijfsvoering moeilijk wordt en business cases onder druk komen te staan. Voor de consument bestaat het risico op patiëntenselectie en een mogelijke verslechtering van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De overheid krijgt te maken met stijging van de macro-uitgaven met mogelijke kortingen tot gevolg.

Gelet op bovenstaande belemmeringen en bijbehorende risico's is het noodzakelijk om prestatiebekostiging op een verantwoorde wijze en middels een transitie-model in te voeren.

7. Waarom koppeling DOT-prestatiebekostiging?

De NZa is van mening dat de invoering van prestatiebekostiging en DOT onlosmakelijk aan elkaar gekoppeld moeten worden. Het huidige DBC-systeem is onvoldoende stabiel om prestatiebekostiging op te baseren. Er zijn te veel DBC's (30.000) om over te onderhandelen. Bovendien blijft het vooraf scoren en achteraf valideren van DBC's een kwetsbaar punt bij het vaststellen van de zorgprestatie die in rekening mag worden gebracht. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars moeilijk onderlinge vergelijkingen maken tussen zorgaanbieders, waardoor sturing van patiënten onvoldoende mogelijk is. DOT beoogt de bovengenoemde knelpunten van het DBC-systeem weg te nemen.

8. Waarom een integraal transitie-model (A- en B-segment)?

De NZa is voorstander van een integraal transitie-model; het integrale Ingroeimodel. Dit betekent dat ook het B-segment onder het transitie-model valt. De redenen hiervoor zijn dat door de invoering van DOT wijzigingen optreden in het B-segment (en daarmee ook in het A-segment). Hierdoor kunnen individuele partijen grote financiële risico's ondervinden. Ook kunnen de wijzigingen in de samenstelling van het A en B-segment de zorginkoop door de zorgverzekeraars bemoeilijken. Tot slot neemt het risicoprofiel van de sector toe door de voorgestelde wijzigingen (zie vraag 5). Indien het B-segment niet onder het transitie-model valt kunnen zorgaanbieders de risico's afwentelen op het vrije B-segment. Dit is niet mogelijk bij een het integrale Ingroeimodel. Bijkomend voordeel is dat het integrale Ingroeimodel uitbreiding van het B-segment mogelijk maakt; een van de ontwerpeisen van de minister van VWS. In een separaat advies heeft de NZa de minister geadviseerd om het B-segment uit te breiden naar 50% (zie vraag 15). Samenvattend, komt het integrale transitie-model het best te gemoed aan de afweging tussen het geven van zoveel mogelijk vrijheden aan het veld en het ondervangen van de risico's.

9. Hoe werkt de rekenregel?

Het integrale Ingroeimodel gaat uit van een vooraf vastgestelde rekenregel die uitgaat van een weging van de historische inkomsten en de gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging:

$$\text{Transitieomzet} = z * (\text{historische omzet inclusief B-segment}) + (1 - z) * (\text{gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging})$$

Ter verduidelijking twee cijfervoorbeelden

Voorbeeld 1:

De oude omzet van een zorgaanbieder is 100 en de nieuwe omzet is 115. Stel het garantiepercentage (z-percentages) is vastgesteld op 80%. De ingroeiomzet is dan:

$$80\% * (100) + 20\% * (115) = 103.$$

Dit betekent dat de zorgaanbieder 20% van zijn nieuwe omzet mag houden.

Voorbeeld 2:

De oude omzet van een zorgaanbieder is 100 en de nieuwe omzet is 80. Stel het garantiepercentage (z-percentages) is vastgesteld op 80%. De ingroeiomzet is dan:

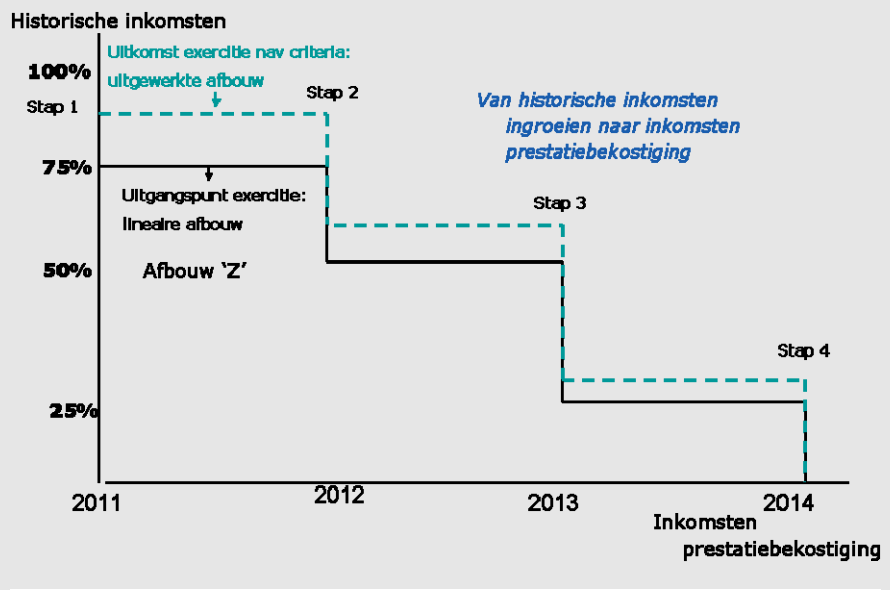
$$80\% * (100) + 20\% * (80) = 96$$

Dit betekent dat de zorgaanbieder 80% van zijn omzetverlies gecompenseerd krijgt.

Het garantiepercentage (z) bepaalt de mate waarin de historische omzet wordt afgebouwd en de mate waarop op basis van prestatiebekostiging wordt afgerekend. Hoe lager het garantiepercentage (z) des te dichter volledige prestatiebekostiging wordt benaderd. Dit is weergegeven in onderstaand figuur.

Het garantiepercentage en de afbouw worden ex-ante bepaald. Als startpunt van de redenering zou bijvoorbeeld van een lineaire afbouw van het garantiepercentage uitgegaan kunnen worden (zie navolgend figuur 'lineaire afbouw') van 75%, 50% en 25%. Vervolgens kan deze afbouw vooraf worden uitgewerkt op basis van een weging van de bovenstaande factoren:

1. In het eerste jaar ligt het voor de hand om te kiezen voor een relatief hoog percentage (bijvoorbeeld 85%), omdat individuele ziekenhuizen en zorgverzekeraars nog niet de mogelijkheid hebben gehad om zich voldoende aan te passen aan de systeemwijzigingen, omdat de regulering nog niet op orde is en de financiële effecten nog onduidelijk zijn.
 2. Voor het tweede jaar zou gekozen kunnen worden voor de stap naar 50%. Echter, een iets behoudendere stap ligt meer voor de hand (bijvoorbeeld 65%) gelet op het feit dat de financiële inzichten nog erg beperkt beschikbaar zijn.
 3. Voor het derde jaar zou naar bijvoorbeeld 30% gestapt kunnen worden.
- Tijdens de implementatiefase zal dit nader uitgewerkt worden, met daarbij een consultatie van het veld.



10. Op welke zorgaanbieders is het transitie-model van toepassing?

Het transitie-model heeft betrekking op gebudgetteerde zorgaanbieders. Concreet gaat het om de volgende zorgaanbieders: ziekenhuizen, universitair medische centra, audiologische centra, dialyse centra, radiotherapeutische centra en revalidatie centra. Voor de longastma instellingen en de epilepsie instellingen wordt vooralsnog voorgesteld de budgettering te handhaven.

11. Waarom vallen zelfstandige behandel centra (ZBC's) en de vrijgevestigde medisch specialisten niet onder de reikwijdte van het transitie-model?

ZBC's

De belangrijkste reden dat ZBC's niet onder de reikwijdte van het transitie-model vallen is dat ZBC's nooit een budget hebben gehad, waardoor het aangrijpingspunt voor een transitie-model ontbreekt. Daarnaast is er geen complete registratie van alle actieve ZBC's en hun omzet. De risico's voor ZBC's zijn dan ook lastig in te schatten en worden naar verwachting gemitigeerd door het beperkt aantal producten dat ZBC's

leveren in combinatie met een kostenniveau dat normaliter onder de gereguleerde tarieven ligt.

Vrijgevestigde medisch specialisten

Sinds 2008 hebben de vrijgevestigde medisch specialisten al volledige prestatiebekostiging. De NZa ziet dan ook geen eenvoudig aangrijpingspunt om een transitie-model vast te stellen voor de vrijgevestigde medisch specialisten, in ieder geval niet zonder zeer grote uitvoeringslasten voor alle partijen. Dit is niet geheel zonder risico, maar dit kan deels beperkt worden door het maken van onderlinge afspraken tussen zorgaanbieders, medisch specialisten en zorgverzekeraars. Dit is volledig in lijn met de rollen die partijen op de lange termijn moeten spelen.

12. Wat is de duur van de transitieperiode?

Vanuit het oogpunt van reguleringszekerheid pleit de NZa ervoor dat vooraf duidelijk is wat de duur van de transitieperiode is. De transitieperiode moet zo kort mogelijk zijn om snel maar verantwoord het eindperspectief van prestatiebekostiging te bereiken. De transitieperiode moet echter wel lang genoeg zijn om de belemmeringen (zie vraag 6) op te lossen. De NZa denkt aan een transitieperiode van drie jaar.

13. Hoe wordt de tijdelijkheid van het transitie-model gegarandeerd?

Om de tijdelijkheid van het transitie-model te garanderen moeten vooraf duidelijke en objectieve criteria worden opgesteld voor de duur van het transitie-model. Aan het begin van het derde jaar moet op basis van de vastgestelde criteria geëvalueerd worden of het transitie-model beëindigd kan worden.

14. Is uitbreiding van het B-segment mogelijk gedurende de transitieperiode?

Uitbreiding van het B-segment is alleen mogelijk wanneer prestatiebekostiging op basis van het integrale Ingroeimodel wordt ingevoerd, omdat budgetverlaging niet meer mogelijk is. Door zowel het A als het B-segment onder te brengen in een transitie-model wordt voorkomen dat bij een uitbreiding van het B-segment het budget verlaagd moet worden.

In een separaat advies heeft de NZa de minister geadviseerd om het B-segment uit te breiden naar 50%, mits het integrale Ingroeimodel wordt ingevoerd. Voor meer informatie wordt verwezen naar het advies uitbreiding B-segment op onze website.

15. Op welke wijze worden de tarieven op de lange termijn verbeterd?

Om de tarieven aan te laten sluiten op de werkelijke gemiddelde kosten van de zorgaanbieders wordt het kostprijsmodel verbeterd. Er zullen verbeteringen worden aangebracht op het gebied van de representativiteit en eenduidigheid. Ook wordt het kostprijsmodel aangepast aan de wijzigingen die het gevolg zijn van prestatiebekostiging.

16. Wat gaat er met het overgangsregime kapitaallasten gebeuren?

De huidige overgangsregeling kapitaallastenvergoeding (CI-1085) is niet uitvoerbaar wanneer de budgettering wordt afgeschaft. Wel is integratie van de regeling in het Ingroeimodel mogelijk. Dat geldt zowel voor de

doorwerking van de regeling uit het verleden als voor de overgangsregeling in verband met het afschaffen van de budgettering voor het A-segment in 2011. Daarbij blijkt het transitie-model in vrijwel alle gevallen minimaal dezelfde garanties te bieden als de bestaande overgangsregeling kapitaallastenvergoeding. Dit aspect wordt in de implementatiefase nader uitgewerkt.

17. Hoe ziet het vervolgtraject er uit?

Met het versturen van de uitvoeringstoets 'Van Budget naar Prestatie' naar de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport is het besluitvormingstraject over de toekomstige bekostiging en de wijze waarop het eindperspectief wordt bereikt, gestart. De minister moet in december 2009 een definitief besluit nemen, zodat de NZa uiterlijk op 31 januari 2010 de aanwijzing in haar bezit heeft. In de periode van 1 februari tot 1 juli 2010 zal de NZa het transitie-model uitwerken, implementeren en vastleggen in beleidsregels. Het veld zal hier nadrukkelijk bij worden betrokken. Dit dient uiterlijk 1 juli gereed te zijn. Daarna hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars gelegenheid om zich zorgvuldig voor te bereiden op de wijzigingen per 2011. De NZa zal hier een faciliterende en ondersteunende rol in vervullen. Zie ook onderstaande tabel.

Periode	Mijlpaal
Uiterlijk 1 november 2009	De uitvoeringstoets wordt door de NZa verzonden aan de minister van VWS
2 november 2009 t/m 31 januari 2010	Besluitvorming (december 2009) en verzending definitieve aanwijzing (uiterlijk 31 januari 2010) door VWS aan de NZa
1 februari t/m 30 juni 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Uitwerking en implementatie van het transitie-model per 2011 door de NZa, inclusief het opstellen van beleidsregels - Start activiteiten ten behoeve van het finaliseren van het eindmodel door de NZa
1 juli 2010 t/m 31 december 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Implementatie prestatiebekostiging onder het transitie-model door zorgaanbieders en zorgverzekeraars - Opstellen van prestatie- en tariefbeschikkingen door de NZa - Vervolg activiteiten finaliseren eindmodel
1 januari 2011 en verder	Afronding activiteiten ten behoeve van het finaliseren van het eindmodel
Voorjaar 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluatie prestatiebekostiging onder transitie-model - Besluitvorming over afbouw van transitie-model