

---

# De koploper *getackeld*

---

*Quick-scan* naar de effecten van een prijsbeheersingsinstrument

Buithuis Advies B.V.

Lange Houtstraat 11

2511 CV Den Haag

070 345 1184

[www.buithuisadvies.nl](http://www.buithuisadvies.nl)

Buithuis Advies is een adviesorganisatie gericht op de zorg. Zij adviseert en ondersteunt ziekenhuizen, maatschappen, aanbieders van verpleging en verzorging en (semi-) publieke organisaties bij bedrijfseconomische vraagstukken.

## Inhoud

Managementsamenvatting .....	4
1. Inleiding .....	7
Context .....	7
Opdracht .....	8
Aanpak <i>quick-scan</i> .....	8
2. Casus beschrijving .....	9
Introductie .....	9
Casus: Pro-actief algemeen ziekenhuis (PAZ) .....	9
Variant 1: Reactief algemeen ziekenhuis (RZH) .....	14
Variant 2: Universitair medisch centrum (UMC) .....	14
Variant 3: Zelfstandig behandel centrum (ZBC) .....	15
Variant 4: Potentiële toetreders .....	15
3. Impact op variabelen .....	17
a. DBC prijs en b. Volume effecten .....	18
c. Kosten .....	20
d. Kwaliteit van zorg .....	20
e. Risico selectie (zorgzwaarte) .....	22
f. Investeringen en kosten financiering .....	22
g. Winst/Eigen vermogen .....	23
h. Administratieve lasten .....	24
i. Complexiteit contractering .....	24
j. Schadelast zorgverzekeraar .....	25
k. Regulering zekerheid .....	26
4. Conclusies / Synthese .....	27

## Managementsamenvatting

In 2005 is prestatiebekostiging, in combinatie met vrije prijsvorming in de medisch specialistische zorg geïntroduceerd met een pakket van 10% van de ziekenhuiszorg, het zogenaamde B-segment. De minister van VWS constateerde dat het toenmalige zorgstelsel onvoldoende aan de vraag van patiënten en verzekerden tegemoet kwam. De invoering van marktprikkels was daarom niet alleen wenselijk, maar ook noodzakelijk.<sup>1</sup> Het huidige kabinet heeft in twee forse stappen vervolg gegeven aan de ingeslagen weg door achtereenvolgens het B-segment naar 20% en 34% uit te breiden. De doelstelling van de overheid is door meer ondernemerschap zorgaanbieders en zorgverzekeraars te prikkelen beter in te spelen op de wensen van patiënten, hogere kwaliteit te bieden en efficiëntere bedrijfsvoering te bewerkstelligen. Voor veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars waren de eerste jaren een vingeroefening in het onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit. De onderhandelingen worden steeds professioneler, ondanks het feit dat de meeste onderhandelingen over 2009 nog niet afgerond waren in mei 2009.

Het vrije segment brengt het risico met zich mee dat de onderhandelde prijzen hoger worden of dat het volume stijgt, zonder dat dit gepaard gaat met verhoogde kwaliteit en gezondheidswinsten. Ondanks dat uit verschillende rapporten blijkt dat de ontwikkelingen in het geliberaliseerde B-segment overwegend positief zijn<sup>2</sup>, wil de minister van VWS een noodmaatregel achter de hand hebben om dit risico te neutraliseren.

De minister heeft de NZa gevraagd over de vormgeving van een prijsbeheersingsinstrument (hierna: PBI) op basis van maximumprijzen te adviseren. De oplossing met de minste praktische bezwaren is volgens de NZa het maximaliseren van de individuele DBC-prijzen gebaseerd op de gemiddelde landelijke kostprijzen 2007.

Buitenhuis Advies analyseert in opdracht van de NZa in een *quick-scan* wat de invloed kan zijn op het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in een situatie met en zonder PBI en wat de gevolgen zijn voor de markt. Daarbij is gekeken naar:

- 1) de huidige situatie van **vrije prijzen**;
- 2) een situatie waarin de minister heeft aangekondigd hoe en wanneer een PBI ingezet zal worden, de situatie **dreiging**;
- 3) een situatie waarin **maximumprijzen** zijn ingevoerd.

De analyse geschiedt op basis van een casus, gegrond op praktijkkennis, theoretische kennis en bestaand marktonderzoek.

### Huidige situatie – “vrije prijzen”

De onderhandelingen over de zorginkoop kenmerken zich door een hoge mate van onderlinge afhankelijkheid van zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Onderwerp van de onderhandelingen is tot nog toe vooral de prijs van de zorgproducten in het B-segment. De prijzen van deze zorgproducten worden onderling van elkaar afhankelijk omdat met name onderhandeld wordt over mutaties in de totale schadelast (omzet in het totale B-segment) als uitkomst.

Een zorgaanbieder die wil specialiseren zal de prijs voor DBC's waarvan haar prijs-kwaliteit verhouding relatief goed is, verlagen om zo extra volume aan te trekken. Dit leidt tot een zichzelf versterkende cyclus, aangezien een volume stijging leidt tot een verdere afname van kosten per product en daarmee de prijzen. Daarnaast is de aanname gerechtvaardigd dat de kwaliteit toe neemt naar mate er een grotere hoeveelheid van het product

---

<sup>1</sup> Minister van VWS, *Liberalisering electieve zorg*, Kamerbrief d.d. 20 oktober 2004.

<sup>2</sup> NZa, *Monitor Ziekenhuiszorg 2009* en Gupta Strategists, *B-segment; Onderzoek naar belangrijkste ontwikkelingen*, onderzoek in opdracht van NVZ, 2008

wordt aangeboden.<sup>3</sup> Een strategie gericht op verbetering van kwaliteit en efficiëntie blijkt succesvoller wanneer deze een duidelijke focus kent.<sup>4</sup> Innovatieve zorgaanbieders, koplopers, richten zich dus op specialisatie en differentiatie.

Zorgaanbieders kunnen gezien de huidige, vaak precaire, financiële situatie niet ongestraft prijzen verlagen zonder gelijktijdig andere prijzen te verhogen. Zorgaanbieders verhogen de prijzen bij voorkeur voor producten waarin zij minder goed zijn. Indirect gevolg van het verhogen van de prijzen van bepaalde producten is dat verzekeraars andere aanbieders gaan vragen zich te specialiseren in deze duurere producten. Zo kunnen verzekeraars op den duur betere kwaliteit inkopen tegen een lagere prijs bij verschillende zorgaanbieders. Op termijn daalt hierdoor de totale schadelast van verzekeraars.

Kortom, om gewenste verschuivingen in het volume tussen zorgaanbieders te bereiken is de prijs een waardevol allocatie instrument.

### **Situatie “dreiging”**

In deze situatie heeft de minister van VWS aangekondigd het PBI als noodmaatregel in te zullen zetten om het risico op grote uitgavenstijgingen te beperken. De ruimte voor bovengenoemd prijsbeleid neemt af door de dreiging van maximumprijzen. Het risico dat de prijs van duurere DBC's wordt verlaagd in de toekomst is immers reëel. Met name voor koplopers vermindert de prikkel om te streven naar kwaliteitsverbetering en efficiëntie door specialisatie, zij zullen hun aandacht verleggen naar meer generieke kostenverlaging en generieke kwaliteitsverbeteringen, hetgeen de zorgmarkt als geheel geen goed doet.

Bovendien kan het “boven de markt hangen” van het PBI leiden tot een '*self fulfilling prophecy*'. Het risico op maximumprijzen in de nabije toekomst zorgt voor extra opwaartse druk op de te onderhandelen prijzen. Dat heeft twee oorzaken:

- 1) De verwachting van lagere marges in de toekomst en toenemende onzekerheid over de ontwikkeling van de markt werpen drempels op voor externe financiers. Het aantrekken van externe financiering wordt moeilijker en duurder.
- 2) Omdat het overheidsbeleid in de ziekenhuiszorg lange tijd heeft gekoerst op meer vrijheid in de onderhandelingen, zou een koerswijziging de onvoorspelbaarheid en onzekerheid over de marktordening doen toenemen. Zorgaanbieders zullen de toegenomen onzekerheid verdisconteren in een opslag in de prijzen. Zorgaanbieders kunnen, vanwege de genoemde onderlinge afhankelijkheid met zorgverzekeraars, deze 'hamsterargumenten' geloofwaardig inzetten tijdens de onderhandelingen, met als gevolg dat zij een hoger prijsniveau uitonderhandelen.

De zorgkosten stijgen en brengen het instellen van maximumprijzen juist dichterbij. Hogere financieringskosten en een afnemende beschikbaarheid van kapitaal vormen daarnaast een belemmering voor zorgaanbieders om nieuw te bouwen, te investeren in arbeidsproductiviteit en kwaliteit en voor potentiële toetreders om kapitaal aan te trekken. Daarmee neemt de prikkel om toe te treden tot de zorgmarkt af.

### **Situatie “maximumprijzen”**

Door maximumprijzen verliest de zorgaanbieder een belangrijk instrument om volume te sturen richting DBC's waar het zich op concentreert. Het potentieel van specialisatie om de kosten te reduceren en tegelijkertijd de kwaliteit te verhogen wordt in mindere mate aangesproken.

De omzetzaling ten gevolg van de maximale prijzen trachten zorgaanbieders op te vangen door het volume te vergroten of de kosten te beperken. Snelle manieren om kosten te beperken zijn, voor zover mogelijk, het

---

<sup>3</sup> NZa, *Kwaliteit van zorg & marktwerking*, 2008

<sup>4</sup> Zie onder meer: KPMG, *Marktwerking, DBC's en Besturing*, 2006 en Roland Berger, *Onderweg naar echte marktwerking*, 2008

selecteren van patiënten op zorgzwaarte of het verlagen van de kwaliteit, daarmee neemt de kans op risicoselectie door het ziekenhuis en een afnemende kwaliteit van het aanbod toe. Daarnaast hebben zorgverzekeraars minder ruimte om goede kwaliteit te belonen. Dit is een ongewenste ontwikkeling.

ZBC's, die zich kenmerken door een efficiënt aanbod en kwalitatief hoogwaardige zorg en daarom vaak lage prijzen hanteren, zien hun concurrentiepositie verzwakt worden door een afgenomen verschil in prijs met ziekenhuizen.

### **Juiste prikkels in de onderhandelingen**

In de situatie zonder PBI onderhandelt de zorgverzekeraar, als vertegenwoordiger van de zorgconsument, de best mogelijke prijs per behandeling om de schadelast te beperken. Daarnaast onderhandelt de zorgverzekeraar over medisch-inhoudelijke kwaliteit en streeft zij naar volledige contractering.<sup>5 6</sup> De ingezette koers om transparantie van kwaliteit te bewerkstelligen met de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, stimuleert zorgaanbieders om in kwaliteit te investeren. Het vergroot de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om te onderhandelen over een specifieke kwaliteit in verhouding tot de prijs.

Zowel innovatieve zorgaanbieders (ziekenhuizen, ZBC's en toetreders) als innovatieve zorgverzekeraars zijn koplopers in het B-segment. De koplopers in de sector spelen als eerste in op de prikkels voor ondernemersgeest, innovatie, investeringen in kwaliteit en efficiëntie en meer patiëntgerichte zorg. De koplopers zorgen voor een nieuw evenwicht op de markt en dwingen door concurrentie reactieve 'achterblijvers' ook te investeren in verbeteringen kwaliteit en efficiëntie. Door met het PBI generiek in te grijpen komt het evenwicht in de markt onder druk te staan en worden koplopers ontmoedigd. Een forse terugtrekkende beweging in het overheidsbeleid richting 'ouderwetse' prijsregulering heeft negatieve gevolgen voor die initiatieven en investeringen en voor de zorgmarkt als geheel.

### **Impact op publieke belangen**

De reële dreiging van maximumprijzen bij te hoge zorguitgaven in het geliberaliseerde segment, heeft in zichzelf een kostenverhogend effect. Dit is extra wrang omdat op dit ogenblik het vrije segment kosteneffectief blijkt. Bovendien wordt het potentieel van specialisatie om de kosten te reduceren en tegelijkertijd de kwaliteit te verhogen onder een PBI in veel mindere mate aangesproken. Investerings in verbeteringen van onder meer efficiëntie en arbeidsproductiviteit worden moeilijker en kostbaarder met negatieve gevolgen voor de betaalbaarheid op lange termijn.

In de huidige situatie lijkt risicoselectie nog nauwelijks voor te komen<sup>7</sup>, maar door de onmiddellijke druk op de marges bij maximumprijzen neemt de druk toe patiënten te selecteren op zorgzwaarte (risicoselectie). Dat kan de toegankelijkheid van zorg negatief beïnvloeden. Ook kan de kwaliteit in dit geval omlaag gaan omdat snelle kostenbesparing relatief eenvoudig gezocht kan worden in kwaliteitsverlaging.

Afnemende reguleringszekerheid vergroot bovendien de financiële risico's en daarmee de kans op faillissementen of de behoefte aan financiële noodmaatregelen, alsmede de barrière om toe te treden. Allen met een negatieve invloed op de toegankelijkheid van de zorg.

De conclusie luidt dat innovatieve vormen van zorg, toetreding door nieuwe partijen en verbeteringen van kwaliteit en efficiëntie door specialisatie minder aantrekkelijk worden bij invoering van het PBI en daarmee minder voorkomen dan in een situatie zonder het PBI. Het zijn vooral de koplopers in de zorg die de motor zijn van de gewenste innovatie en verbetering. Omdat juist zij de negatieve effecten van een PBI zullen voelen, concludeert Buitenhuis Advies dat het instellen van het PBI de koplopers tackelt.

---

<sup>5</sup> Gupta Strategists, *B-segment; Onderzoek naar belangrijkste ontwikkelingen*, onderzoek in opdracht van NVZ, 2008

<sup>6</sup> Zorgverzekeraars Nederland, *Zorgverzekeraars en zorginkoop*, 2008

<sup>7</sup> Gupta Strategists, *B-segment; Onderzoek naar belangrijkste ontwikkelingen*, onderzoek in opdracht van NVZ, 2008

# 1. Inleiding

## Context

Om zowel de kwaliteit, de betaalbaarheid als de toegankelijkheid van de zorg te borgen, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) meer elementen van vraagsturing in de bekostiging van medisch specialistische (ziekenhuis-) zorg gebracht. De doelstelling hiervan is om zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte te geven om naar eigen inzicht de zorg te organiseren. VWS wil meer concurrentie in de zorg. *'Concurrentie tussen zorgaanbieders dwingt en motiveert zorginstellingen om de beste kwaliteit zorg te leveren.'* *'VWS wil het ondernemerschap van zorgaanbieders versterken. Instellingen krijgen hiermee een economische prikkel om beter in te spelen op de wensen van patiënten en zorgvuldig om te gaan met investeringen.'*<sup>8</sup> Investerings in verbeteringen van kwaliteit en efficiëntie zijn nodig gezien de druk op de arbeidsproductiviteit. Met een toenemende vraag naar zorg en een krappere wordende arbeidsmarkt is een verhoging van de arbeidsproductiviteit noodzakelijk.<sup>9</sup>

Vraagsturing is vanaf 2005 gefaseerd ingevoerd, met als eerste fase de invoering van zorgproducten, de diagnose-behandel-combinaties (DBC's). Een DBC omschrijft het geheel van een geleverd zorgproduct. Voor de zogenaamde A-segment DBC's worden gestandaardiseerde tarieven gehanteerd en de bijbehorende omzet dient ter dekking van het ziekenhuisbudget. Over de DBC's die binnen het vrije, B-segment vallen, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij met elkaar onderhandelen over de prijs.

Feitelijk is er dus voor gekozen om met het B-segment prestatiebekostiging en liberalisering tegelijk in te voeren. Het B-segment bevat nu circa 34% van de totale zorg die door ziekenhuizen wordt geleverd. Dat aandeel is de afgelopen jaren in stappen verhoogd van 10%, via 20% naar het huidige niveau. Het ligt in de lijn der verwachting dat het vrije, geliberaliseerde segment in de toekomst verder uitgebreid gaat worden. Dat beleidsvoornemen is uitgesproken door de minister van VWS<sup>10</sup>, aangezien er in dit segment sterkere doelmatigheidsprykkels bestaan dan in het A-segment.

Ondanks positieve ontwikkelingen in het B-segment, recent gerapporteerd door onder andere de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)<sup>11</sup> en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)<sup>12</sup>, wil de minister van VWS kunnen ingrijpen wanneer de totale uitgaven van het geliberaliseerde segment de beschikbare ruimte binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) overschrijden. Concreet betekent dit dat bij een uitgavenstijging van 6 – 6,5% in het B-segment een prijsbeheersingsinstrument (PBI) wordt ingezet.<sup>13</sup>

Gegeven de wens van de minister om het PBI te enten op een systeem van maximumprijzen, heeft de NZa gekeken naar de technische vormgeving. De oplossing die volgens de NZa<sup>14</sup> op de minste praktische bezwaren stuit, is het instellen van maximum DBC prijzen, gebaseerd op de gemiddelde kostprijzen 2007 zoals vastgesteld door DBC Onderhoud. Deze maximumprijzen gelden voor het hele B-segment en bevatten een vaste opslag voor kapitaallasten, op eenzelfde manier zoals dat in het A-segment berekend wordt. Er worden geen kortingen of opslagen gehanteerd op de maximumprijzen. De maximumprijzen worden bij overschrijding van het BKZ ingezet op alle B-segment DBC's. In dit rapport is bovenstaande definitie van het PBI gehanteerd.

De minister van VWS zal medio juni/juli 2009 besluiten of inzet van het PBI per 2010 mogelijk wordt.

---

<sup>8</sup> Bron: [www.minvws.nl/dossiers/marktwerking-in-de-zorg/](http://www.minvws.nl/dossiers/marktwerking-in-de-zorg/)

<sup>9</sup> Zie onder meer het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Arbeidsmarkt en zorgvraag*, 2006

<sup>10</sup> Woordvoerder VWS in: Medisch Contact, *Klink wil 1,2 miljard besparen*, Nr. 14, 2009

<sup>11</sup> NZa, *Monitor Ziekenhuiszorg 2009*, 2009

<sup>12</sup> Gupta Strategists, *B-segment; Onderzoek naar belangrijkste ontwikkelingen*, onderzoek in opdracht van NVZ, 2008

<sup>13</sup> Minister van VWS, *Brief Waardering III*, kenmerk 2007-2008, 29.248, nr. 47, december 2008

<sup>14</sup> NZa, *Brief Advies prijsbeheersingsinstrument*, 29 oktober 2009

## Opdracht

De opdracht van de NZa aan Buitenhuis Advies luidde: maak een *quick-scan* naar de gevolgen van het inzetten van het PBI voor het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Analyseer daarbij veranderingen in de toekomstige situatie met de wettelijke bevoegdheid tot het inzetten van het PBI ten opzichte van de huidige situatie. Concludeer tenslotte wat de veranderingen betekenen voor de zorgmarkt als geheel en de publieke belangen.

## Aanpak *quick-scan*

De *quick-scan* is uitgevoerd door middel van een kwalitatieve analyse van waarschijnlijk marktgedrag van zorgaanbieders en verzekeraars als gevolg van de invoering van het PBI in de voorzienbare toekomst. De effecten op de zorgmarkt zijn daarbij beschreven. Hoofdstuk 2 analyseert de impact van het PBI met de beschrijving van een casus.

De hoofdcasus beschrijft een algemeen ziekenhuis met een pro-actieve marktstrategie. Een pro-actief ziekenhuis kiest ervoor zich te specialiseren op de behandelingen waar ze de meeste potentie in ziet in termen van kwaliteit en efficiëntie. Na de beschrijving van de hoofdcasus wordt kort ingegaan op de kenmerkende verschillen ten opzichte van deze hoofdcasus bij een

- Algemeen ziekenhuis met een reactieve strategie;
- Universitair medisch centrum (UMC);
- Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC);
- Potentiële toetreder.

In hoofdstuk 3 wordt voor een aantal variabelen, zoals volume en kwaliteit, de impact van het PBI beschreven. Het onderlinge verband tussen de variabelen wordt beschreven en geduid middels een beïnvloedingsdiagram. In hoofdstuk 4, de synthese, worden de variabelen in gezamenlijkheid beschouwd en de voornaamste gevolgen van het invoeren van het PBI op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid beschreven.

De *quick-scan* naar de mogelijke impact moet nadrukkelijk worden gezien als een verkennende studie omdat, gezien het beperkte tijdsplan, toetsing bij aanbieders niet heeft kunnen plaatsvinden. Er wordt getracht marktgedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars als gevolg van nog niet bestaande regulering te voorspellen. De advieservaring van Buitenhuis Advies bij zorgaanbieders met de totstandkoming van prijzen en de onderhandelingen met zorgverzekeraars, ligt evenwel ten grondslag aan deze analyse. Resultaten uit diverse recente marktonderzoeken in de curatieve zorg en theoretische inzichten over marktgedrag op gereguleerde markten vormen de onderbouwing.

## 2. Casus beschrijving

### Introductie

De impact van het PBI op individuele zorgaanbieders en hun zorgverzekeraars wordt in dit hoofdstuk geïllustreerd aan de hand van een casus en een aantal varianten daarop. De hoofdcasus beschrijft hoe een pro-actief algemeen ziekenhuis reageert op het PBI en wat de gevolgen zijn voor de zorgmarkt. Voor de hoofdcasus worden drie situaties beschreven:

- Situatie “**vrije prijzen**”: In het B-segment onderhandelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij over de prijs. Dit omvat de huidige situatie plus de verwachte ontwikkelingen in de toekomst zonder de mogelijkheid van de inzet van het PBI.<sup>15</sup>
- Situatie “**dreiging**”: Het PBI ‘hangt boven de markt’ en kan worden geïmplementeerd wanneer het BKZ wordt overschreden.<sup>16</sup>
- Situatie “**maximumprijzen**”: De implementatie van maximumprijzen voor het hele B-segment is een feit.

Aansluitend worden varianten besproken: een reactief ziekenhuis, een universitair medisch centrum, een zelfstandig behandelcentrum en een potentiële toetreders tot de markt.

Het marktgedrag van deze model-zorgaanbieders wordt op hoofdlijnen beschreven. De typering en de gedragskenmerken van de zorgaanbieder gelden niet voor een specifieke zorgaanbieder. De realiteit leert echter dat zorgaanbieders over het algemeen wel duidelijk in één of meerdere categorieën te plaatsen zijn en dat daarmee de typering representatief zijn.

### Casus: Pro-actief algemeen ziekenhuis (PAZ)

Het Pro-actieve algemene ziekenhuis (PAZ):

- Biedt een zeer grote verscheidenheid aan zorgproducten aan
- Concentreert zich meer op bepaalde zorgproducten dan op andere
- Voert een gedifferentieerd prijsbeleid
- Houdt rekening met vraag en aanbod van concurrentie

#### Situatie “vrije prijzen”

In het B-segment onderhandelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij over de prijs. Dit omvat de huidige situatie plus de verwachte ontwikkelingen in de toekomst zonder de mogelijkheid van de inzet van het PBI.

Elk ziekenhuis biedt een grote variatie van producten aan. Voor de casus wordt een gesimplificeerde werkelijkheid beschreven door uit te gaan van een productportfolio van twee producten, te weten een cataract en een knie operatie. Het PAZ is zowel kwalitatief als op basis van marges beter in knie operaties en legt daarop

---

<sup>15</sup> Op dit moment heeft de minister c.q. de NZa al de wettelijke bevoegdheid prijzen in het B-segment te reguleren op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMO). Omdat deze prijsregulering ingrijpend en complex is en bovendien in tegenspraak met het ingezette beleid van vrije prijsvorming, hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen reële verwachting dat prijsregulering op korte termijn wordt ingevoerd.

<sup>16</sup> In de situatie “dreiging” is het uitgangspunt dat een PBI als noodmaatregel is uitgewerkt door de NZa en gecommuniceerd naar de sector. Nieuw is de concrete grens van 6 – 6,5% uitgavenstijging waarbij de minister zich committeert aan het instellen van maximumprijzen. Nu is de dreiging van maximumprijzen concreet en realistisch en significant toegenomen ten opzichte van de voorgaande situatie.

de focus. Het PAZ streeft naar een hoger volume aan knie operaties en gebruikt hiervoor een viertal instrumenten:

1. Het ziekenhuis zet een campagne op om patiënten direct aan te spreken om te zorgen dat zij bij het PAZ hun knie operaties laten doen.
2. Het ziekenhuis investeert in mens en materiaal voor knie operaties om te zorgen dat de kwaliteit omhoog gaat.
3. Door te focussen op verbeteringen in de manier van opereren wordt het aantal complicaties gereduceerd; de kwaliteit neemt toe. Het PAZ neemt verdere maatregelen om het aantal ligdagen te verminderen en de kwaliteit daarmee verder te verhogen.
4. Het PAZ verlaagt de prijs voor knie operaties (tot onder het landelijk gemiddelde) in onderhandelingen met zorgverzekeraars. Dit heeft tot doel dat zorgverzekeraars kniepatiënten naar het PAZ verwijzen.

#### **Specialisatie en de kwaliteit/kosten paradox**

Veel zorgproducten kennen een schijnbare paradox: kwaliteitswinst en kostenverlaging gaan vaak hand in hand.<sup>17</sup> Door bijvoorbeeld beter te plannen en complicaties zoveel mogelijk te voorkomen hoeft de patiënt minder lang in het ziekenhuis te liggen, wat kostenbesparend én kwaliteitsverhogend werkt. Een vaak gehoorde uitspraak is dan ook dat als zorgaanbieders zich richten op het verbeteren van de kwaliteit, de kosten als resultaat daarvan dalen. Ter nuancering dient gesteld te worden dat investeringen in kwaliteit uiteraard ook kostenverhogend kunnen werken. Denk aan verbeteringen in de serviceverlening aan patiënten waarvoor extra kosten gemaakt moeten worden. Als zorgaanbieders zich echter op snelle kostenbesparing richten kan de kwaliteit eronder leiden. Dat kan het gevolg zijn van een verkeerde focus, perverse prikkels of bewuste bezuinigingen die niet direct observeerbaar zijn voor patiënten.

Specialisatie betekent dat van hetzelfde zorgproduct een hoger volume wordt behandeld, dit verbetert de kwaliteit door toegenomen ervaring en betere planning en logistiek en vermindert de kans op fouten. Ook dalen de kosten per product.

Diverse studies wijzen op de voordelen van een specialisatie strategie ten opzichte van niet-specialiseren. Zo blijkt uit een studie van KPMG: *‘Door verdergaande specialisatie kan met betere kennis kwalitatief betere zorg en daarmee goedkopere zorg worden geleverd. Aangezien het voor een zorginstelling vrijwel onmogelijk is om in elk specialisme breed en diep gespecialiseerd te zijn, kunnen de specialismen waarin het ziekenhuis minder gespecialiseerd is beter worden afgestoten. De andere ziekenhuizen die zich hier wel in gespecialiseerd hebben kunnen deze zorg kwalitatief beter en goedkoper leveren’*<sup>18</sup> Uit een studie van Roland Berger blijkt dat marktwerking pas goed op gang komt als mensen daadwerkelijk opzoek gaan naar de voor hen beste producten en diensten. Daarom moeten ziekenhuizen, net als bedrijven, keuzes maken. Ze moeten zich meer richten op (sub)specialismen waar ze heel sterk in zijn en deze uitbreiden.<sup>19</sup>

Ook zorgverzekeraars steunen de ontwikkeling naar specialisatie en differentiatie. Verschillen in kwaliteit en prijs zijn nodig om voorkeursaanbieders te kunnen aanwijzen en verzekerden beter te gaan verwijzen. Prestatiebeprestiging en transparantie van kwaliteit zijn daarbij noodzakelijke factoren, aldus dr. P.F. Hasekamp, algemeen directeur van Zorgverzekeraars Nederland.<sup>20</sup>

<sup>17</sup> Koch, A. *Kwaliteit en kosten*, Centre of Excellence for Care and Cure, [www.cecc.nl/content/view/116/95/](http://www.cecc.nl/content/view/116/95/), 2006

<sup>18</sup> KPMG, *Marktwerking, DBC's en Besturing*, 2006

<sup>19</sup> Roland Berger, *Onderweg naar echte marktwerking*, 2008

<sup>20</sup> Hasekamp, P.F., *Zorgverzekeraars en zorginkoop Zorginkoop vanuit een gemeenschappelijk belang*, presentatie tijdens Congres Zorgverzekeraars op de Markt, Den Haag, 13 november 2008

In de huidige situatie en de nabije toekomst onderhandelen vrijwel alle zorgaanbieders, en dus ook het PAZ, met zorgverzekeraars op totale omzet stijging (schadelast mutatie van de zorgverzekeraar). Het PAZ hanteert een gedifferentieerde onderhandelingsstrategie door prijsonderhandelingen op productniveau uit te voeren, maar overkoepelend wordt nog steeds een maximum omzet (prijs (P) maal volume (Q)) stijging afgesproken. Hierbij is het volume (Q) van het jaar vóór de onderhandelingen het uitgangspunt. De zorgverzekeraar wil een minimale schadelast stijging en het PAZ wil een zo groot mogelijke omzet.

#### **Onderhandelingen zorginkoop: een economisch perspectief**

De onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de zorginkoop kennen enkele opvallende kenmerken die enige toelichting behoeven. Schijnbaar laten de onderhandelingen zich niet volledig verklaren door economisch rationeel gedrag passend binnen de economische theorie. De volgende aannames zijn belangrijk om de onderhandelingen toch economisch te kunnen verklaren.

- Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kennen een sterke onderlinge afhankelijkheid in de onderhandelingen. Zolang zorgverzekeraars nog onvoldoende in staat zijn om specifieke (afdelingen van) ziekenhuizen een voorkeursstatus te verlenen en hun verzekerden via betere kwaliteit, premiekortingen en/of lagere eigen bijdragen te prikkelen om voor deze zogeheten preferente aanbieders te kiezen, hebben zij weinig alternatieven in de onderhandelingen over zorginkoop. De mate waarin dit lukt, is in hoge mate bepalend voor de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars. Dit gegeven geeft ziekenhuizen marktmacht.<sup>21</sup>
- Ziekenhuizen zijn echter ook gebonden in de onderhandelingen vanwege de grote financiële afhankelijkheid van zorgverzekeraars die een groot aandeel van de patiënten in het ziekenhuis vertegenwoordigen. Het risico dat zorgverzekeraars in de nabije toekomst hun verzekerden beter zullen verwijzen naar concurrenten wanneer blijkt dat het ziekenhuis een slechte kwaliteit(/prijs verhouding) levert, is groot en begrenst de marktmacht van ziekenhuizen.
- De onderhandelpartners (verzekeraars en aanbieders) vertonen daarnaast geen *rücksichtslos* commercieel gedrag in de onderhandelingen. Zij zijn zich bewust van hun publieke functie en taak en daarbij beducht op mogelijke reputatieschade wanneer zij beschuldigd zouden worden van een te grote focus op commercieel gewin. Omdat deze schade voor zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder potentieel groot is begrenst dat het gedrag in de onderhandelingen.

De onderlinge afhankelijkheid geldt voor de lange termijn. Dat gegeven en het bewustzijn van de publieke functie maakt dat de onderhandelingen gevoerd worden op basis van onderbouwde argumenten. De onderhandelingsmacht van partijen vertaalt zich in een evenwicht in de onderhandelingen op basis van argumenten. De dreiging van een PBI verandert de balans in de onderhandelingen en geeft het ziekenhuis argumenten om zijn financiële positie, bij voorbaat, te versterken. Uiteraard verschilt de mate van afhankelijkheid per situatie, met name als gevolg van de mogelijkheid patiënten te sturen naar alternatieve zorgaanbieders.

Naast de onderlinge afhankelijkheid is het onderwerp van de onderhandelingen opmerkelijk. Tot nog toe wordt er met name over mutaties in de totale schadelast (omzet) in het B-segment onderhandeld. Onderhandelingen concentreren zich op de prijs en het volume van alle zorgproducten samen. De prijzen van individuele DBC's worden door deze wijze van onderhandelen dus onderling afhankelijk van elkaar.

Omdat het aantrekken van kniepatiënten en de daarmee verwachte kostenbesparing per knie niet van het ene op het andere jaar een feit is, kiest het PAZ cataract als product waarvan de marges en daarmee de

---

<sup>21</sup> Varkevisser, M., Van der Geest, S.A., Schut, F.T. *Concurrentie tussen Nederlandse Ziekenhuizen; de deelmarkt voor reguliere klinische zorg*. Onderzoekscentrum voor Financieel Economisch Beleid (OCFEB) en instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) Erasmus Universiteit Rotterdam, onderzoek in opdracht van ministerie van VWS, 2004

verkoopprijs verhoogd wordt, zie tabel 1 op pagina 13. Op korte termijn houdt dit de totale omzet op peil en wordt er geen verlies geleden op weg naar meer specialisatie. De hogere prijs voor de cataract vormt een prikkel voor de verzekeraar om cataractpatiënten ergens anders te laten behandelen (figuur 1).

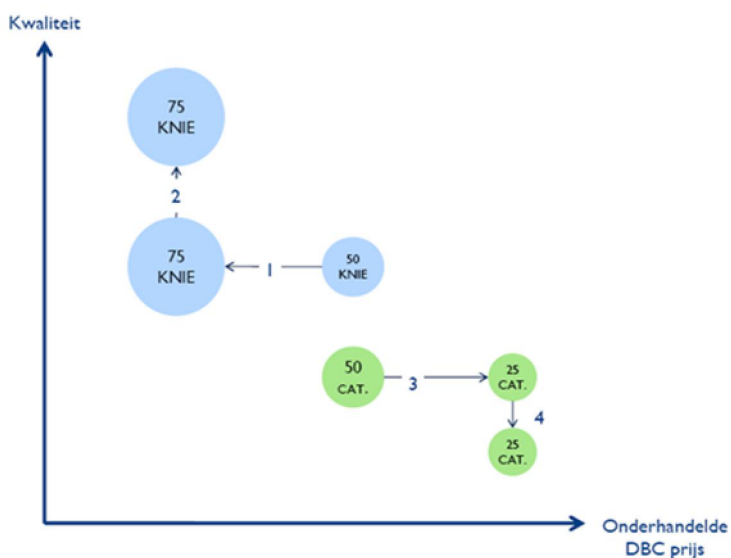
Voor het PAZ zal na een periode van specialisatie een enorme toename in de prijs van cataracten niet meer getolereerd worden door verzekeraars. Tot dan onderhandelt het PAZ over het totale pakket ( $P*Q$ ) en verandert er weinig in de schadelast. Vervolgens zullen onderhandeling meer product - en marktprijs gedreven plaatsvinden en zal de totale omzet en daarmee de schadelast reduceren.

Aangezien het initiatief voor differentiatie via prijssturing bij het PAZ ligt, krijgt het ziekenhuis op deze manier meer invloed op de onderhandelingen over volume en prijs met de zorgverzekeraar. Door vroegtijdig initiatief te nemen en de pro-actieve marktstrategie in de organisatie te verankeren kan het PAZ haar marktpositie in de toekomst verder uitbouwen en versterken. Een voorsprong op ziekenhuizen met een andere strategie (vergelijk variant reactief algemeen ziekenhuis) is waardevol door leereffecten en hogere revenuen uit specifieke investeringen door achterblijvende concurrentie. Er is een analogie met een *first mover advantage*.<sup>22</sup>

**Situatie "dreiging"**- In deze situatie 'hangt het PBI boven de markt' en wordt het geïmplementeerd zodra het BKZ wordt overschreden.

Het PAZ heeft vijf jaar de tijd gehad om in prijs te differentiëren voor knie operaties en cataracten (beiden behoren tot het vrije segment sinds 2005), waardoor inmiddels een behoorlijk verschil is ontstaan ten opzichte van de schoningsprijs (de prijs die per DBC is gehanteerd om DBC's uit het budget van de zorginstelling te halen, te schonen).

**Figuur 1. Model specialisatie effect – binnen het PAZ**



Stap 1: Door prijsverlaging van een knie operatie probeert de zorgaanbieder meer volume te krijgen.

Stap 2: Het vaker uitvoeren van een knie operatie leidt tot kwaliteitsverhoging.

Stap 3: Op de korte termijn kan de omzetsdaling door de prijsdaling van de knie operatie opgevangen worden door een prijsverhoging van de cataract, wat leidt tot volume vermindering door verwijzing door zorgverzekeraars naar andere zorgaanbieders.

Stap 4: Door het minder vaak uitvoeren van cataracten daalt de kwaliteit

Het specialisatie effect resulteert in een tweetal subeffecten:

**Resulterende kwaliteitswinst:** er worden door het specialisatie effect uiteindelijk meer DBC's van een hogere kwaliteit uitgevoerd en minder van de verrichtingen met een lagere kwaliteit.

**Resulterende kostenreductie:** de totale schadelast neemt af door meer goedkopere DBC's uit te voeren en minder duurdere DBC's.

<sup>22</sup> Zie ook: [http://en.wikipedia.org/wiki/First-mover\\_advantage](http://en.wikipedia.org/wiki/First-mover_advantage)

In de situatie “dreiging” treedt anticiperend gedrag op. Het PAZ zal, vooruitlopend op eventuele maximumprijzen, meer druk zetten op verzekeraars om een zo hoog mogelijke P\*Q stijging te onderhandelen. Dit ‘hamster-gedrag’ is het gevolg van een *prisoner’s dilemma*: het is in het collectieve belang de prijzen niet te laten stijgen, maar omdat de individuele zorgaanbieder andere aanbieders niet kan controleren of beïnvloeden is het in het individuele belang van het PAZ om zichzelf te beschermen tegen een eventuele toekomstige omzetsdaling als gevolg van het PBI. Het PAZ zet daarom in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar in op een extra risicopremie. Hierbij verwijst zij onder meer naar de toegenomen kosten van financiering als gevolg van het risico op maximumprijzen. De prijzen (en de schadelast van verzekeraars) komen onder grotere opwaartse druk te staan. Zoals gememoreerd heeft het ziekenhuis marktmacht om dit te bewerkstelligen.

Door dreiging van het PBI wordt het risico van maximumprijzen geïntroduceerd voor DBC prijzen die hoger zijn dan het landelijk gemiddelde. In deze casus zou na invoering van maximumprijzen veel marge ingeleverd moeten worden op de cataracten. Deze waren bedoeld om de omzet in de eerste stap op weg naar specialisatie niet te laten dalen. Door haar minimale winstmarges kan het PAZ het zich, net als vele andere ziekenhuizen, niet veroorloven de totale omzet te laten dalen. Met het noodgedwongen zakken in prijs van cataracten moet de prijs van knie operaties stijgen. Kortom, het PAZ kan in veel mindere mate gebruik maken van de prijs om volumestromen te beïnvloeden. De prikkel voor de zorgverzekeraar om patiënten te verwijzen vermindert en het PAZ is in veel mindere mate zeker van een toestroom van knie operaties.

Het PAZ zal haar aandacht verdelen over beide producten en daarmee niet de gewenste specialisatie bereiken. De aandacht wordt verlegd van specialisatie naar generieke efficiëntie en kwaliteitsverbeteringen, zoals voor invoering van het B-segment. Dat is een minder effectieve wijze van kwaliteitsverhoging en kostenbesparing.

### Situatie “maximumprijzen”

Door implementatie van het PBI krijgt het B-segment maximumprijzen opgelegd. Relatief hoge DBC prijzen zullen door instelling van maximumprijzen moeten dalen. Voor het PAZ zullen de prijzen voor cataracten onder druk komen te staan. Het PAZ compenseert dit door prijzen voor knie operaties te verhogen. De terugtrekkende beweging onder de situatie “dreiging” wordt feitelijk verder doorgevoerd, waardoor sturing door middel van prijsdifferentiatie teniet wordt gedaan.

Het PAZ verlaagt de prijs van een cataract tot de maximumprijs. Als deze omzetsdaling niet in zijn geheel opgevangen kan worden door het verhogen van de prijs van de knie operatie, dan kan het PAZ ervoor kiezen in de kosten te snijden om de marges in ieder geval niet te laten dalen. In de kosten snijden kan door patiënten te selecteren op zorgzwaarte. De kans op risicoselectie door het PAZ neemt dus toe. Kosten kunnen ook bespaard worden door te bezuinigen op niet observeerbare aspecten van kwaliteit. De kans op kwaliteitsdaling neemt toe. Ook kan het PAZ proberen volumes aan te trekken door bijvoorbeeld artsen extra te belonen met een hoger uurtarief wanneer extra volume wordt behaald. Het aantrekken van extra volume zou ertoe kunnen leiden dat niet-noodzakelijke zorg wordt uitgevoerd, hetgeen ongewenst is.

**Tabel 1: Genormaliseerde prijzen productportfolio pro-actief ziekenhuis:** Differentiatie neemt af door de mogelijke invoering van het PBI. In de situatie “dreiging” neemt de totale schadelast toe door de opwaartse druk op de prijzen ten opzichte van situatie “vrije prijzen”.

	Schoningsprijs/landelijk gemiddelde Kostprijs	Situatie “vrije prijzen”	Situatie “dreiging”	Situatie “Maximumprijzen”
CATARACT	100	140	115	100
KNIE	100	50	95	100
Totaal	200	190	210	200

## Variant 1: Reactief algemeen ziekenhuis (RZH)

### Situatie "vrije prijzen"

De zorgverzekeraar zal op termijn het reactieve ziekenhuis sturen richting specifieke investeringen in kwaliteit en efficiëntieverbeteringen. Dit komt door ontwikkelingen bij de concurrentie of behoefte van de zorginkoper. Wanneer het pro-actieve ziekenhuis zich bijvoorbeeld concentreert op knie operaties, en dit compenseert met duurdere cataracten, zal de zorgverzekeraar deze dure cataracten ergens anders goedkoper in willen kopen.

### Situatie "dreiging"

De druk van de zorgverzekeraar op het reactieve ziekenhuis vermindert door de verminderde specialisatie van het concurrerende pro-actieve ziekenhuis. De prikkel voor specifieke investeringen in kwaliteit en efficiëntie neemt af.

### Situatie "maximumprijzen"

Het reactieve ziekenhuis heeft, voordat bekend werd dat er maximumprijzen werden ingevoerd, geen investeringen gedaan ten behoeve van specialisering. Zij zullen geen last hebben van verminderde rendementen op dergelijke investeringen door invoering van maximumprijzen. Het reactieve ziekenhuis heeft een relatief voordeel ten opzichte van het pro-actieve ziekenhuis dat dergelijke investeringen wel heeft gedaan.

#### Het reactieve ziekenhuis (RZH):

- Biedt een zeer grote verscheidenheid aan zorgproducten aan
- Heeft een reactieve marktstrategie (onderhandelingen zorginkoop alleen over generieke stijging omzet/schadelast (P\*Q))
- Voert geen gedifferentieerd prijs- of kwaliteitsbeleid
- Doet geen investeringen in specifieke verbeteringen
- Houdt geen rekening met vraag of concurrerend aanbod

## Variant 2: Universitair medisch centrum (UMC)

#### Het Universitair medisch centrum (UMC):

- Is in de basis gelijk aan een reactief ziekenhuis
- Patiënten hebben een iets hogere zorgzwaarte per DBC dan patiënten van een algemeen ziekenhuis<sup>23</sup> en vraagt mede als gevolg daarvan hogere prijzen voor DBC's dan andere ziekenhuizen
- Verricht zwaardere DBC's

### Situatie "vrije prijzen" en Situatie "dreiging"

Vergelijkbare reactie als in de variant reactief algemeen ziekenhuis.

### Situatie "maximumprijzen"

Maximumprijzen leggen extra druk op het UMC omdat haar prijzen initieel hoger liggen. Deze hogere prijzen zijn ontstaan doordat UMC's patiënten behandelen met een iets hogere zorgzwaarte dan gemiddeld. Het implementeren van het PBI laat een maximumprijs gelden voor alle ziekenhuizen en houdt daarbij geen rekening met zorgzwaarte verschillen. Hierdoor wordt het UMC extra benadeeld. Als gevolg komen de capaciteit en de marges van specifieke (dure) DBC's dusdanig onder druk te staan dat wachtlijsten ontstaan. Bij

---

<sup>23</sup> Prismant, *Zorgzwaarte Stichting Topklinische opleidings Ziekenhuizen*, 2007

UMC's is dit gevaar groter door hun *last resort* functie: Als algemene ziekenhuizen volume deels proberen door te sturen naar UMC's (risicoselectie), zal er druk komen op de capaciteit van UMC's. Aangezien UMC's *hospital of last resort* zijn kunnen zij hun patiënten niet doorsturen.

### Variant 3: Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

#### Situatie "vrije prijzen"

ZBC's concurreren met ziekenhuizen door een betere kwaliteit voor een lagere prijs aan te bieden. Ze kunnen dit doen door sterk te focussen op één behandeling: gerichte investeringen, sterke marketing, het verhogen van de kwaliteit van behandeling door routineopbouw van het medisch behandelteam en goede service. ZBC's zijn een goed alternatief voor zorgverzekeraars om patiënten naar te verwijzen. Ook hebben ZBC's kortere wachtlijsten dan gemiddeld.

ZBC's geven een nieuwe dynamiek in het B-segment in de laatste jaren door sterke stijging van aanbieders met goede kwaliteit en efficiënte bedrijfsvoering<sup>24</sup>.

#### Situatie "dreiging"

Omdat de DBC prijzen van ZBC's onder het gemiddelde in de markt liggen zullen maximumprijzen voor hen geen directe invloed hebben. In tegenstelling tot ziekenhuizen zullen zij daarom nauwelijks een hamster effect vertonen (vergelijk casus Pro-actief algemeen ziekenhuis), waardoor het verschil in prijs tussen ziekenhuizen en ZBC's gemiddeld zal toenemen. Hoe de concurrentiepositie van een ZBC zich ten opzichte van ziekenhuizen exact zal ontwikkelen, is afhankelijk van de concurrentie op de relevante markt. Die is dermate afhankelijk van product-, plaats- en kwaliteitskenmerken dat de analyse daarvan de reikwijdte van een *quick scan* ontstijgt.

#### Situatie "maximumprijzen"

De concurrentiepositie van ZBC's in het algemeen verslechtert: de prijsverschillen met algemene ziekenhuizen worden kleiner door de lagere prijzen bij deze ziekenhuizen als gevolg van de nieuwe maximumprijzen. De prikkel om patiënten richting ZBC's te verwijzen neemt voor zorgverzekeraars af, waardoor nieuwe investeringen minder aantrekkelijk zijn. Evenals in de situatie "dreiging" zijn individuele afwijkingen van deze algemene trend mogelijk.

### Variant 4: Potentiële toetreders

Een potentiële toetreders:

- Is een partij met financiële mogelijkheden en kennis van de markt
- Wil op korte termijn investeren indien rendabel
- Zal (beperkte selectie) DBC's gaan aanbieden
- Treedt toe bij behoefte aan efficiëntie, hoge kwaliteit of schaars innovatief product

Een zelfstandig behandelcentrum (ZBC):

- Heeft lagere kosten (onder andere door lage kapitaallasten)
- Kan relatief hoge kwaliteit van zorg aanbieden door focus in behandelingen en meer service
- Kan door kleine organisatie sneller insprijnen op veranderende vraag dan gemiddeld ziekenhuis
- Wachtlijsten concurrerende ziekenhuizen hebben groot effect op toestroom ZBC

<sup>24</sup> Gupta Strategists, *B-segment; Onderzoek naar belangrijkste ontwikkelingen*, onderzoek in opdracht van NVZ, 2008

De laatste jaren betreden steeds meer aanbieders met goede kwaliteit en efficiënte bedrijfsvoering de markt en geven dynamiek in het vrije segment.

#### **Situatie “vrije prijzen”**

Potentiële toetreders treden in de huidige markt daadwerkelijk toe wanneer zij efficiënter zijn dan ‘de markt’, dus lagere kosten hebben dan de marktprijs na toetreding. Wanneer die marge groot is wordt toetreding nog aantrekkelijker. Aangetoond is dat toetreders vooralsnog nauwelijks een drukkend effect hebben op de gemiddelde marktprijs. Toetreding blijft dus aantrekkelijk.

#### **Situatie “dreiging”**

Van grote invloed is allereerst dat het beleid van de overheid jarenlang gericht was op het vrijmaken van de markt en daarmee het vergroten van de mogelijkheid om toe te treden. Met het instellen van het PBI wordt dit beleid radicaal gewijzigd. Onduidelijkheid over de richting van het beleid in de toekomst is negatief voor de prikkel tot toetreding.

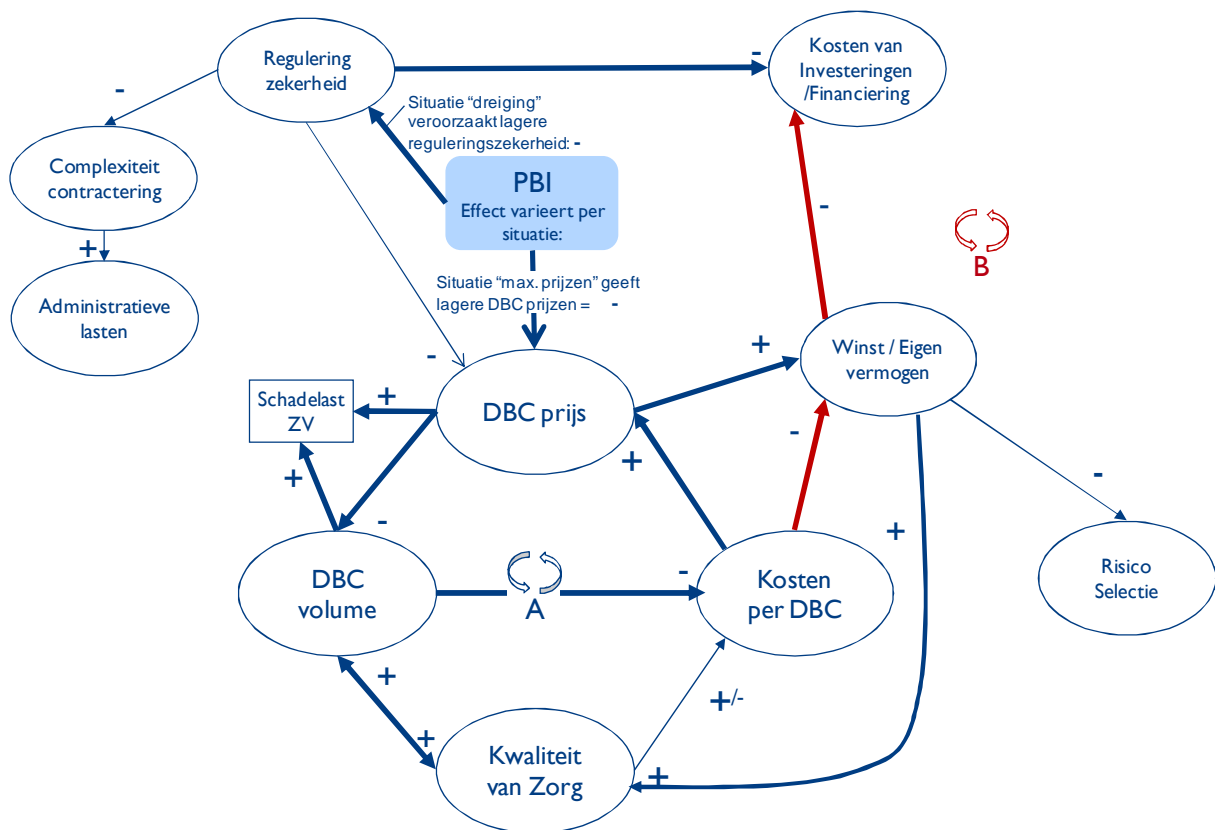
Een situatie waarin een PBI mogelijk wordt ingezet brengt verder onzekerheid over de marktprijs na toetreding met zich mee. Bovendien is deze maximumprijs naar verwachting lager dan de verwachte marktprijs zonder PBI. Lagere verwachte marges maken de prikkel voor toetreding kleiner, al blijft er wel een prikkel bestaan zolang de toetreders efficiënter is dan de markt. Toegenomen onzekerheid zorgt daarnaast voor hogere financieringskosten die de toetreding minder aantrekkelijk maken.

#### **Situatie “maximum prijzen”**

In een situatie waarin maximumprijzen daadwerkelijk zijn ingevoerd blijft toetreding aantrekkelijk zolang de kosten onder de maximumprijs liggen. Omdat de marktprijs na toetreding lager ligt dan in de situatie “vrije prijzen” is toetreding minder aantrekkelijk geworden.

### 3. Impact op variabelen


In dit hoofdstuk worden voor een aantal variabelen de effecten van het PBI, aan de hand van de casus en de verschillende varianten uit hoofdstuk 2, beschreven. Eerst wordt een definitie van de variabele gegeven en vervolgens zijn de (sectorbrede) effecten van het PBI, al dan niet uitgesplitst naar de drie onderscheiden situaties, beschreven. Het beïnvloedingsdiagram beschrijft de onderlinge relaties tussen de variabelen (figuur 2). Variabelen waarbij een grote en belangrijke impact wordt verwacht, zijn uitgebreider beschreven dan variabelen waarvoor impact in mindere mate verwacht wordt.




**Figuur 2. Beïnvloedingsdiagram.**

Bovenstaand beïnvloedingsdiagram laat de relaties tussen de verschillende variabelen zien en het effect van het PBI voor een zorgaanbieder. Ook de effecten op de zorgverzekeraar is aangegeven. Positieve en negatieve effecten zijn objectief aangegeven en geven aan wat er gebeurt wanneer verschillende grootheden toe- of afnemen. Bijvoorbeeld: De pijl van DBC volume naar Kosten per DBC heeft een min. Een hoger DBC volume zal de Kosten per DBC reduceren. Het effect van het PBI verschilt per situatie: in de situatie "dreiging" heeft het een positief effect op de DBC prijs (prijs stijgt), in de situatie "maximumprijzen" een negatief effect. Hoe dikker de lijn, hoe directer de relatie en hoe groter het effect.

In het diagram zijn een tweetal cyclische processen te onderscheiden:

 **Specialisatie cyclus:** De samenhang tussen DBC prijs, DBC volume, Kosten per DBC en Kwaliteit van zorg (zie betreffende variabelen).

 **Financieringscyclus:** De samenhang tussen Kosten per DBC, Winst / Eigen vermogen en Investerings/Financiering (zie betreffende variabelen).

In het vervolg van dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de variabelen en het effect van een PBI op de variabele beschreven.

## a) DBC prijs en b) Volume effecten

*DBC prijs: de hoogte van de prijs van een DBC zoals een zorgaanbieder die met een zorgverzekeraar overeenkomt en de mate waarin deze varieert (over de tijd en tussen zorgaanbieders). Integrale DBC prijzen zijn opgebouwd uit drie componenten: een ziekenhuis deel, een specialisten deel (honorarium) en een kapitaallasten deel. In onderhandelingen met zorgverzekeraars speelt het honorarium deel van de DBC-prijs een minimale rol. Het specialisten honorarium biedt wel de mogelijkheid om prikkels te leggen bij de medische staf, maar dat wordt in dit rapport niet behandeld.*

*Volume effecten: Het volume aan DBC's en de mate waarin deze varieert (in de tijd en tussen zorgaanbieders).*

De overgang naar prestatiebekostiging en liberalisering van de markt bevordert zorgaanbieders om strategieën te formuleren op het gebied van product differentiëring. Daarom zijn de twee variabelen *DBC prijs* en *volume effecten* hier gezamenlijk beschreven.

De DBC prijs wordt in een vrije markt door zorgaanbieders gebruikt als instrument om volume aan te trekken of af te stoten. Bij een lagere prijs en dezelfde kwaliteit verwijzen zorgverzekeraars meer patiënten naar de zorgaanbieder. Volume verschuivingen die worden gestuurd via zorgverzekeraars vinden nu nog slechts in geringe mate plaats. De verwachting is reëel dat zorgverzekeraars het verwijzen in de nabije toekomst zullen verbeteren, door financiële prikkels voor verzekerden en meer kwaliteitstransparantie voor zowel zorgverzekeraars als patiënten, wat zal leiden tot een toenemend patiëntvertrouwen. De zorgverzekeraar zal zo min mogelijk duurder DBC's willen inkopen. De zorgaanbieder gebruikt de prijs als middel om zorgverzekeraars duidelijk te maken waar wel en waar geen focus voor specialisatie ligt. Tevens wordt de prijs gebruikt om de totale omzet niet te reduceren; het goedkoper maken van de ene DBC wordt opgevangen door het duurder maken van een andere DBC. Het is de verwachting dat in de toekomst zorgverzekeraars bij verschillende zorgaanbieders hun respectievelijke speerpunt behandeling gaan kopen. Daarmee wordt efficiëntie en kwaliteit verhoogt en de schadelast in het algemeen verlaagd.

### **Praktijkvoorbeeld: Sturing van zorgverzekeraars om te specialiseren**

Een ziekenhuis kreeg tijdens de onderhandelingen het verzoek om de prijs van een DBC die slechts 11 keer uitgevoerd was in het jaar daarvoor met 75% te verlagen. Verrast door deze detail-benadering van de verzekeraar vroeg het ziekenhuis om uitleg. Het bleek een DBC te zijn waarvoor vrijwel alle ziekenhuizen in de buurt een hogere prijs hadden onderhandeld. De verzekeraar had behoefte aan een ziekenhuis die de DBC tegen een redelijke kwaliteit goedkoper aan kan bieden voor het geval de verzekeraar patiënten wil verwijzen.

Zorgverzekeraars zullen in een volwassen markt de reactieve ziekenhuizen (zonder porfolio strategie) dwingen tot het vormen van hun eigen speerpunt behandelingen.

## **Impact PBI**

### *Situatie "dreiging"*

Het PBI ontnemt aanbieders een deel van haar instrumentarium om differentiatie toe te passen binnen het productportfolio. Het beperkt de mogelijkheid om de speerpuntbehandelingen goedkoper en daarmee andere producten juist duurder te maken. Een groot deel van het prijsvoordeel en -nadeel met andere aanbieders verval, waardoor verwijzing vanuit zorgverzekeraars minder voor de hand ligt. De gehoopte volumespreiding en bijbehorende specialisatie loopt hierdoor vertraging op en is in effect verminderd. In de situatie waar het PBI boven de markt hangt treedt bovendien anticiperend gedrag op. Ziekenhuizen zullen, vooruitlopend op

eventuele maximumprijzen, meer druk zetten op zorgverzekeraars om een zo hoog mogelijke omzet ( $P \cdot Q$ ) stijging uit te onderhandelen.

Dit 'hamster-effect' is het gevolg van een *prisoner's dilemma*: het collectieve belang is om de prijzen niet te laten stijgen. Omdat de individuele zorgaanbieder andere aanbieders niet kan controleren of beïnvloeden is het dus in het individuele belang om jezelf te beschermen tegen een eventuele toekomstige omzetsdaling als gevolg van het PBI. Dat doet de zorgaanbieder door de eigen DBC prijzen zo hoog mogelijk te onderhandelen ( $P \cdot Q$ ) om de omzet te maximaliseren.

Het resultaat is een *self-fulfilling prophecy*: door de dreiging van het PBI ontstaan overschrijdingen, de schadelast van de zorgverzekeraars zal toenemen totdat maximumprijzen zijn ingevoerd.

Zonder dat er maximum DBC prijzen gelden heeft het boven de markt hangen van het PBI al een negatieve invloed op de prijzen in de markt.

#### *Situatie "maximumprijzen"*

In de situatie "maximumprijzen" zien zorgaanbieders een omzet- en winstdaling tegemoet. Dit, gecombineerd met de huidige slechte financiële positie van veel zorgaanbieders en de onzekerheid over een eventuele reddingsacties na faillissement, kan zorgaanbieders overhaast dwingen in de kosten te snijden, met onvoorziene gevolgen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid. Ook kunnen zorgaanbieders extra beloningen inzetten om artsen te prikkelen om extra volume aan te trekken. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de totale uitgaven aan zorg.

Bij het instellen van maximumprijzen compenseren zorgaanbieders de gedwongen prijsverlaging, voor zorgproducten die boven de maximumprijzen liggen, door het verhogen van prijzen voor DBC's die voor de zorgaanbieder onder de maximumprijzen liggen. In dit laatste geval zou je kunnen spreken van aanzuigende werking op het niveau van een individuele DBC of op het niveau van een groep DBC's. Omdat tegelijkertijd hogere prijzen verlaagd moeten worden heeft het voor de totale omzet weinig aanzuigende werking. Omdat naar verwachting slechts een klein deel van de ziekenhuizen een significant lagere omzet hebben, is het algehele effect van de aanzuigende werking van maximumprijzen klein, zeker ten opzichte van de omzetsdaling als gevolg van het maximumtarief.

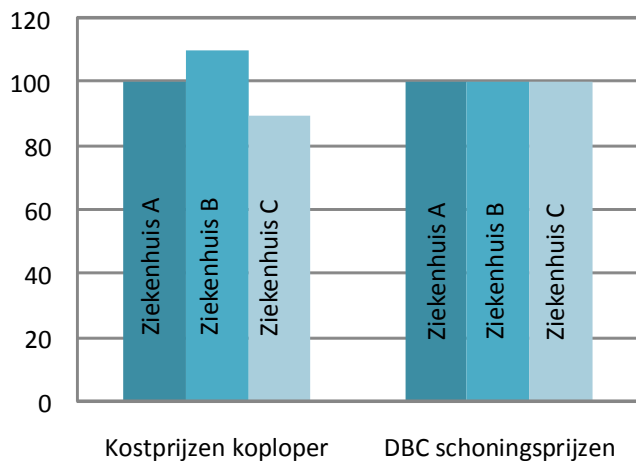
#### **Relatie met andere variabelen**

- Kwaliteit: De DBC prijs is een instrument van een strategie tot specialisatie. Een hogere mate van specialisatie leidt tot een hogere kwaliteit.
- Schadelast verzekeraars: Een hogere DBC prijs veroorzaakt een hogere totale schadelast van verzekeraars (bij een gelijkblijvend volume).
- Kosten: Van specialiserende ziekenhuizen zal de kostprijs per DBC lager worden bij een hoger volume.
- Winst/ Eigen vermogen: Lagere prijzen leiden tot een lagere winst.
- Concurrentie (niet als variabele weergegeven in het beïnvloedingsdiagram): Toetreders kunnen de markt van een te duur product openbreken door dit product goedkoper aan te bieden. Door de dreiging van een PBI worden de verschillen tussen aanbieders in de prijs van een zorgproduct kleiner, waardoor inefficiënties onduidelijk blijven en potentiële toetreders minder snel toetreden.

### c) Kosten

*Kosten: De integrale kosten voor het aanbieden van een DBC door een zorgaanbieder. Efficiëntie is een DBC met een gegeven kwaliteit aanbieden tegen de laagst mogelijke kosten.*

#### Lokale kostprijsberekening en onderhandelingsprijzen



**Figuur 3. Kostprijzen en schoningsprijzen**

Kostprijs bepaling is complex voor DBC-zorgproducten. Allocatie van indirecte kosten wordt lokaal op verschillende manieren aangepakt. De bijkomende berekening en toedeling van kapitaallasten maakt reële kostprijs berekening nog lastiger. Aanbieders gebruiken de kostprijs dan ook vaak alleen als indicatie voor de mate van kosteneffectiviteit ten opzichte van de schoningsprijzen (de prijs die per DBC is gehanteerd om DBC's uit het budget van de zorginstelling te halen (te schonen)).

Uit het gemiddelde van de kostprijzen van de koploper ziekenhuizen werd de DBC schoningsprijs 2005 bepaald. In de

onderhandelingen gaan aanbieders en zorgverzekeraars uit van een maximale P\*Q stijging, ten gevolge van die schoningsprijzen. Aanbieders die hogere kosten hebben dan gemiddeld voor een bepaalde productmix bieden dus zorg aan onder de eigen kostprijs en vice versa.

Het PBI gaat bij effectuering uit van kostprijzen uit 2007. Deze verschillen qua opbouw en totstandkoming waarschijnlijk weinig van de kostprijzen van het B-segment 2005 pakket (bepaald volgens CGAO ronde 9).

#### *Situatie "vrije prijzen"*

Door meer volume aan te bieden van een product waarin een zorgaanbieder zich specialiseert zullen de kosten per product dalen (zie figuur 1: specialisatie effect).

#### **Impact PBI**

Het PBI heeft een negatief effect op de specialisatie van ziekenhuizen. De aandacht verschuift van specialisatie naar generieke efficiëntie, wat een afnemend kostenreducerend effect zal hebben.

#### **Relatie met andere variabelen:**

- Winst            Lagere kosten leiden tot een hogere winst
- Prijs            Als kosten stijgen, zullen de prijzen over het algemeen ook stijgen.

### d) Kwaliteit van zorg

*Kwaliteit van zorg wordt gedefinieerd in termen van medische effectiviteit, veiligheid en patiënttevredenheid. Medische effectiviteit is de mate waarin de diagnose en behandeling die een patiënt ontvangt daadwerkelijk bijdraagt aan herstel van de klachten. De veiligheid wordt bepaald door de kans op fouten en zaken als hygiëne. Patiënttevredenheid wordt achteraf gemeten aan de hand van de mate waarin de patiënt tevreden was over de behandeling, over de bejegening, de omgeving en de service.*

In situatie “vrije prijzen” verhoogt een zorgaanbieder door specialisatie de kwaliteit van de speerpuntbehandeling op twee manieren: door kwaliteitsinvesteringen en door de behandelexpertise op te bouwen met specialisten die de behandeling frequenter uitvoeren (door een hoger volume).

#### **Praktijkvoorbeeld 1: kwaliteit in de zorg**

Bij de meeste instellingen wordt nog niet alle benodigde kwaliteitsinformatie geregistreerd of zijn de cijfers (nog) niet betrouwbaar. Een ZBC in het zuiden van het land is echter wel in staat om aan de kwaliteitstoetsen van zorgverzekeraars te voldoen en ontvangt hierdoor betere prijzen. De grote instellingen kunnen dit door de grotere bureaucratie minder snel bewerkstelligen. De klassieke reactie is wachten op de betrouwbare cijfers. Kwaliteitsafspraken met zorgverzekeraars komen hierdoor op de lange baan terecht. Er zijn zorgaanbieders die kiezen om onder druk van de zorgverzekeraars afspraken aan te gaan over ‘voorwaarde scheppende afspraken’. Deze afspraken gaan over de het aantal/percentage aan te leveren indicatoren.

#### **Praktijkvoorbeeld 2: kwaliteit in de zorg**

Zorgverzekeraar Menzis looft aan een select aantal aanbieders het predicaat 'Topzorg' uit. Dit betekent dat zij voor vier B-segment behandelingen (knieartrose, heupartrose, amandelen en rughernia) actief patiënten verwijzen naar ziekenhuizen waarvan zij de behandeling van een kwalitatief hoge standaard vinden met een marktconforme prijs. Om in aanmerking te komen voor de status van voorkeursleverancier geven ze aan dat hiervoor verhoogde inzet wordt verwacht van medisch, logistiek en financieel personeel: De hele organisatie moet meewerken aan specialisatie.

#### **Impact PBI**

Het boven de markt hangen van het PBI frustreert specialisatie in ruime mate en verlaagt daarmee de potentie tot kwaliteitsverbeteringen door deze specialisatie. De aandacht verschuift van specialisatie naar generieke efficiëntie. De kwaliteitsverbetering ten gevolge van volumevergroting (door sturing van de zorgverzekeraar) wordt minder. De totale kwaliteitsverbeteringen in het ziekenhuis zullen lager liggen.

Ziekenhuizen die een grote prijsdaling ondervinden door invoering van maximumprijzen kijken naar kostenbesparingen op korte termijn, mogelijk resulterend in kwaliteitsverminderingen. Transparantie in de kwaliteit van de zorg heeft een drempelwerking op dergelijke kwaliteitsverminderingen. Zo lang die transparantie nog onvoldoende aanwezig is<sup>25</sup>, inclusief toezicht en bestraffing hiervan, blijft het risico aanwezig dat kostenbesparing gepaard gaat met ongewenste kwaliteitsafname.

#### **Relatie met andere variabelen:**

- Volume: Hoe hoger de kwaliteit van een bepaalde DBC, hoe meer patiënten op den duur voor deze specifieke DBC naar deze specifieke zorgaanbieder gaan. Een hogere kwaliteit leidt dus tot een hoger volume.
- Kosten: Ondanks de paradox beschreven in tekstbox 1, waarin kwaliteitswinst en kostenverlaging hand in hand gaan, heeft een aantoonbare kwaliteitsverhoging soms een kostenverhogend effect.

---

<sup>25</sup> De beschikbaarheid en betrouwbaarheid van kwaliteitsindicatoren in de ziekenhuiszorg is sterk in ontwikkeling maar op het ogenblik nog onvoldoende. Zie onder meer: SiRM, *Juistheid en digitale uitdraagbaarheid in de inlooperperiode Zichtbare Zorg Ziekenhuizen*, 2008

## e. Risico selectie (zorgzwaarte)

*Risicoselectie: Het vooraf selecteren door een zorgaanbieder van te behandelen patiënten binnen een bepaalde DBC op zorgzwaarte. Zorgzwaarte wordt in deze definitie bepaald door de (verwachte) kosten van een behandeling per individuele patiënt.*

Er zijn op dit moment geen bewijzen dat aanbieders patiënten selecteren op basis van zorgzwaarte.<sup>26</sup> De leeftijdsverdeling van behandelde patiënten, als indicatie voor zorgzwaarte, blijft gelijk. De *casemix* van ziekenhuizen (de verhouding van de lokale DBC-productie ten opzicht van het landelijk gemiddelde) wordt niet structureel lichter.

### Impact PBI

Zorgaanbieders met een laag eigen vermogen kunnen geen prijsklappen opvangen. Door introductie van het PBI kunnen zorgaanbieders met een laag eigen vermogen zich gaan richten op generieke mogelijkheden voor kostenverlaging. Er is dan een latent risico aanwezig dat aanbieders zullen proberen zoveel mogelijk patiënten met een lichte zorgzwaarte binnen te halen en zware patiënten door te verwijzen.

## f) Investerings en kosten financiering

*Investerings van zorgaanbieders in personeel en materieel, afhankelijk van het verwachte rendement en de kosten van financiering van die investeringen.*

Investerings vinden plaats om de kwaliteit en de efficiëntie te verbeteren mits de kosten opwegen tegen het verwachte rendement. Denk aan investeringen in medische apparatuur, een nieuw gebouw of in opleidingen. Daarmee wordt ook de arbeidsproductiviteit verhoogd, een cruciale factor gezien de toenemende vraag naar zorg en de afnemende beschikbaarheid van personeel.<sup>27</sup> De arbeidsproductiviteit, de productie of dienstverlening per medewerker per tijdseenheid, in de algemene ziekenhuizen is in de periode 2003-2007 snel gestegen. Waar die tot 2003 achterliep, stijgt de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuizen de laatste jaren net zo snel als in de marktsector. Dat blijkt uit recent onderzoek dat de NVZ heeft laten uitvoeren door onderzoeksbureau Prismant.<sup>28</sup> In de onderzochte periode, 2003-2007, is de arbeidsproductiviteit in de algemene ziekenhuizen met gemiddeld 2,7% per jaar toegenomen. De ziekenhuizen hebben in de aanloop naar het begin van gereguleerde marktwerking in 2005 en in de jaren daarna een toenemend accent gelegd op verhoging van de doelmatigheid en van de arbeidsproductiviteit.

Specialisatie wordt ondersteund door investeringen in specialistische kennis (mensen) of materieel. Mensen worden getraind om nieuwe behandelingen te kunnen uitvoeren, efficiënter te werken of er worden nieuwe mensen aangetrokken. Nieuwe apparatuur ondersteunt het doel om efficiënter te werken en kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren.

### **Praktijkvoorbeeld: Aspirant Nieuwbouwer**

Een aanbieder heeft plannen om in 2011 te starten met nieuwbouw. Volgens de berekeningen is een kapitaallastenopslag van 17% nodig op het B-segment. In de maximumprijzen wordt een standaard landelijke kapitaallastenopslag meegenomen van slechts 12,5% conform het A-segment. Hierdoor zou een aanbieder gedwongen kunnen worden af te zien van nieuwbouw omdat de business case in de nieuwe situatie niet sluitend is.

<sup>26</sup> Gupta Strategists, *B-segment- Onderzoek naar belangrijkste ontwikkelingen*, onderzoek in opdracht van NVZ, 2008

<sup>27</sup> Zie onder meer het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Arbeidsmarkt en zorgvraag*, 2006

<sup>28</sup> NVZ, *Arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen stijgt snel*, [www.nvz-ziekenhuizen.nl](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl) 2009

## Impact PBI en relatie met andere variabelen

### *Situatie "dreiging"*

In de situatie "dreiging" zorgt het PBI voor een afgenomen reguleringszekerheid en lagere verwachte rendementen. Dat verhoogt de kosten van financiering (zie ook figuur 2). Deze toegenomen onzekerheid en kosten willen de zorgaanbieders in onderhandelingen met zorgverzekeraars in de DBC prijs doorberekenen. Daarnaast introduceert de lagere reguleringszekerheid andere onzekerheden voor de toekomst, waarvoor hetzelfde geldt. In welke mate de aanbieder de kosten werkelijk kan doorbelasten aan de zorgverzekeraar hangt af van de machtsverhouding tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Wat in ieder geval duidelijk wordt is dat de kosten voor zorg omhoog gaan. Of dit opgevangen wordt door verlaging van het eigen vermogen van de zorgaanbieder of door verhoging van de schadelast van de zorgverzekeraar staat hier los van. Wel is duidelijk dat de aanbieder in de onderhandelingen meer argumenten heeft om de prijzen te verhogen, gemiddeld genomen zal dit gezien de onderlinge afhankelijkheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dus ook gebeuren.

Externe financiers zijn in de situatie "dreiging" minder geneigd te investeren in ziekenhuiszorg dan in de voorgaande situatie.<sup>29</sup> Een afnemend aanbod van kapitaal zorgt ook voor een hogere prijs van dat kapitaal. Lager aanbod van kapitaal en hogere kosten drukken de investeringen. Investeringsen zijn onder meer nodig om de arbeidsproductiviteit te blijven vergroten.

Zorgaanbieders, die aan het nieuwbouwen zijn of recent klaar zijn met de nieuwbouw, lopen een groter risico op hun vastgoed om dat zij een hoger percentage kapitaallasten hebben onderhandeld met de zorgverzekeraar dan bij de situatie van maximumprijzen (12,5%, conform het A-segment) wordt vergoed. Hierdoor worden de kosten voor vreemd vermogen hoger en zouden ziekenhuizen gedwongen kunnen worden de nieuwbouw (gedeeltelijk) af te blazen dan wel om een beroep te doen op de overheid voor steun.

### *Situatie "maximumprijzen"*

In de situatie van maximumprijzen, komt de marge direct onder druk te staan. Afname van winst en eigen vermogen zorgt voor verdere verhoging van de kosten van financiering, die op haar beurt weer zorgt voor een lagere winst etc. (zie figuur 2: de financieringscyclus).

De maximumprijzen hebben een remmende werking op specialisatie. Reeds gedane investeringen leveren daarmee een lager rendement op. Aanbieders worden nu niet meer gestimuleerd om focus aan te brengen in investeringen, maar deze juist te spreiden over het hele gebied van haar zorg aanbod. Dit zal toekomstige investeringen minder effectief maken. Het totaal aan investeringen neemt hierdoor af. De overige oorzaken van afnemende investeringen -grotere onzekerheid, hogere kapitaalskosten- gelden evenzeer in deze situatie. Teruglopende investeringen drukken verbeteringen in kwaliteit en arbeidsproductiviteit.

## g) Winst/Eigen vermogen

*Winst of verlies van een zorgaanbieder en bijdrage hiervan aan het eigen vermogen.*

Zorgaanbieders hebben vanuit historische gronden een laag eigen vermogen. Om de extra risico's te kunnen dragen die komen kijken bij de liberalisering van de markt, zoeken ziekenhuizen mogelijkheden om hun winsten te vergroten en zo hun eigen vermogen aan te vullen. Dit is een proces waar veel ziekenhuizen op dit moment mee bezig zijn. Zo geeft de NVZ aan dat door vrije prijsvorming ziekenhuizen doelmatiger zijn gaan

---

<sup>29</sup> Zie onder meer: Zorgvisie, *Banken stellen nieuwe eisen bij nieuwbouw*, [www.zorgvisie.nl/specials/financien/Banken-stellen-nieuwe-eisen-bij-nieuwbouw.htm](http://www.zorgvisie.nl/specials/financien/Banken-stellen-nieuwe-eisen-bij-nieuwbouw.htm), 28 mei 2009

werken en een beter financieel resultaat boeken dan de jaren voor invoering van prestatiebekostiging. Het gemiddelde eigen vermogen ligt echter nog steeds onder de streefwaarde.<sup>30</sup>

### **Impact PBI**

Uit het beïnvloedingdiagram (figuur 2) blijkt dat de dreiging van het PBI zorgt voor hogere financieringskosten voor zorgaanbieders. Hogere financieringskosten dragen bij aan hogere kosten per product. Hogere kosten hebben weer een drukkend effect op het eigen vermogen. Daartegenover staat dat zorgaanbieders gemiddeld hogere prijzen kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars, waardoor het eigen vermogen stijgt.

Na invoering van maximumprijzen ontstaat druk op de marges die door zorgaanbieders behaald worden. De ruimte voor prijsbeleid wordt deels beperkt omdat de vrijheid om prijzen te zetten weg is en veel prijzen zullen gedwongen verlaagd worden. Omdat kosten vaak niet ogenblikkelijk verlaagd kunnen worden, komen de marges onder druk. Lagere marges tasten de vermogenspositie van de zorgaanbieder aan. Het financieel risico stijgt en daarmee neemt de kans op bijvoorbeeld faillissementen toe.

### **Relatie met andere variabelen:**

- Investeringskosten: Een lager eigen vermogen zal leiden tot hogere investeringskosten en een groter financieel risico
- Risico selectie: Een gevaar bij maximumprijzen is dat de oplossing om een te laag eigen vermogen te voorkomen gezocht gaat worden in risicoselectie als instrument voor kostenbesparing.
- Kwaliteit: Wanneer het eigen vermogen onder druk komt te staan kan een zorgaanbieder gedwongen worden om te snijden in, nog niet observeerbare, kwaliteit als instrument voor kostenbesparing.

## **h) Administratieve lasten**

*Kosten die een marktpartij moet maken om te voldoen aan regelgeving en informatie-uitvraag door de overheid.*

De veranderingen die afgelopen jaren zijn doorgevoerd leveren zorgorganisaties veel extra administratieve lasten op; Kwaliteitsindicatoren boven water krijgen, budgetten schonen bij B-segment uitbreiding etc. Veel veranderingen zorgen voor veel fouten in de registratie en facturatie. Het oplossen van deze fouten en zorgen voor structurele verbetering van de oorzaak kost veel mankracht in ziekenhuizen.

### **Impact PBI**

Invoering van maximumprijzen behoeft geen investeringen in personeel of ICT en zal tot weinig administratieve lasten leiden. Maximumprijzen vervangen immers het vrij onderhandelde B-segment. In dit geval dalen de administratieve lasten. In een situatie van "dreiging" kan het anticiperen op een nieuw bekostigingssysteem enige lasten met zich meebrengen. Voor een goede bedrijfsvoering dient er immers een inschatting te worden gemaakt van de gevolgen die maximum prijzen zullen hebben op de financiële huishouding.

## **i) Complexiteit contractering**

*Complexiteit van onderhandelingen over zorginkoop tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hoe complexer, hoe langer het duurt voordat onderhandelingen worden afgesloten.*

---

<sup>30</sup> NVZ, *Analyse jaarrekeningen ziekenhuizen*, 2009

De onderhandelingen 2009 lopen grote vertraging op met name door twee oorzaken: het moeizame onderhandelen over lokale schoningsprijzen en onduidelijkheid over het overgangsregime met betrekking tot de dekking van de kapitaallasten. De prijzen zijn met name een heikel punt tijdens de onderhandelingen. De NZa heeft recent geconstateerd dat de onderhandelpartners onvoldoende prikkels ervaren voor het tijdig afronden van de onderhandelingen.<sup>31</sup> Zij pleitte er daarom voor om prestatiebekostiging verder vorm te geven.

### **Impact PBI**

Bij de dreiging van het PBI zal onzekerheid bestaan over de toekomst. Onzekerheid over toekomstige regulering werkt vertragend op onderhandelingen.

Zodra maximumprijzen gelden worden onderhandelingen sterk versimpeld. Aanbieders en verzekeraars onderhandelen in de meeste gevallen slechts over volume en kwaliteit. Over het oude struikelpunt, de prijzen, wordt vrijwel niet meer onderhandeld. De maximumprijzen hebben immers een (P\*Q) omzetsdaling van de zorgaanbieder ten gevolg, anders heeft de inzet van het PBI geen effect. Onderhandelingen over een nog grotere omzetsdaling zijn daarom onhaalbaar. In een enkel geval zou onderhandeld kunnen worden op een korting op de maximumprijs voor specifieke behandelingen.

Er treden nog twee effecten op. Allereerst kunnen maximumprijzen rigide werken in de onderhandelingen op langere termijn door als psychologisch richtpunt te fungeren. Maximumprijzen zullen het voor zorgverzekeraars in de praktijk van de onderhandelingen opnieuw lastig maken om daar op lange termijn, zelfs na afschaffing van een maximumprijs, weer van af te wijken. Ten tweede kunnen meerjarige afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, bijvoorbeeld over nieuwbouw of over het afdekken van risico's, onder druk komen te staan door het PBI. Het wordt onzeker of een zorgverzekeraar zich kan houden aan gemaakte prijsafspraken na invoering van het PBI.

### **j) Schadelast zorgverzekeraar**

*Zorgkosten die zorgverzekeraars maken uit naam van hun verzekerden .In dit geval wordt alleen de schadelast in het B-segment bekeken. De schadelast is een resultante van de onderhandelingen over prijs van de zorginkoop en het werkelijke volume per zorgaanbieder*

#### *Situatie "vrije prijzen"*

Door slim in te kopen op speerpuntbehandelingen van verschillende ziekenhuizen, kunnen verzekeraars hun totale schadelast verminderen.

### **Impact PBI**

#### *Situatie "dreiging"*

Uit de voorgaande variabelen blijkt dat in de situatie "dreiging" de prijzen over de hele linie zullen stijgen. Dat is uiteraard negatief voor de schadelast.

#### *Situatie "maximumprijzen"*

Na invoering van maximumprijzen zal de schadelast dalen, anders hebben maximumprijzen geen effect. Onvoorspelbaar is echter of de lagere prijs gecompenseerd gaat worden door het aantrekken van extra volume. De verwachting is namelijk dat zorgaanbieders lagere prijzen als prikkel inzetten om het volume te vergroten. De mogelijk gunstige effecten voor de schadelast staan daarmee nadrukkelijk op losse schroeven.

---

<sup>31</sup> NZa, *Monitor Ziekenhuiszorg 2009*, 2009

De praktijk van onderhandelingen wordt op korte termijn eenvoudiger. Op lange termijn kunnen rigiditeit, kosten, druk op het wegwerken van wachtlijsten en kwaliteitsverlies negatieve gevolgen hebben voor de schadelast.

**Praktijkvoorbeeld: Schadelast van zorgverzekeraars**

Een zorgverzekeraar heeft zelf het initiatief genomen om het tarief van een DBC te reduceren. Hiervoor zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat 1/3 van de prijs wordt opgebouwd door het landelijke gemiddelde, 1/3 door de *best practice* en 1/3 door de zorgaanbieder. Dit is de uitgangspositie in de onderhandeling vanuit zorgverzekeraarperspectief. Het toont echter goed aan dat de markt zelf in staat is innovatieve mechanismen te ontwikkelen om over de tarieven te onderhandelen en te beheersen.

## k) Reguleringszekerheid

*De mate waarin regelgeving en handhaving door overheidsinstellingen consequent, voorspelbaar, transparant en stabiel is.*

### Impact PBI

Als gevolg van veranderlijk, onvoorspelbaar of als onrechtvaardig ervaren overheidsoptreden kunnen financiële voorspellingen moeilijker worden. Daarmee wordt het doen van investeringen en het aantrekken van financiering moeilijker en kostbaarder. Voor zorgaanbieders is het belangrijk om tijdig te weten wanneer een mogelijk PBI ingezet wordt en wat de duur van de maximumprijs zal zijn. De impact zal zich met name doen gelden bij potentiële toetreders en zorgaanbieders met nieuwbouw plannen.

Het PBI is ontwikkeld om 'zekerheid' te verschaffen tegen uitgavenrisico's voor het BKZ in de toekomst. Deze zekerheid verhoudt zich niet met het idee van vrije prijsvorming. Dat klemt temeer omdat individuele zorgaanbieders geen invloed kunnen uitoefenen op totale uitgavenstijgingen. Dit gegeven kan het PBI als onrechtvaardig doen overkomen met mogelijk juridische gevolgen, die buiten beschouwing van deze *quick-scan* blijven. Een ander gevolg is dat marktpartijen de verwachting kunnen krijgen dat het PBI een definitieve terugkeer naar prijsregulering betekent. Het later weer afschaffen van maximumprijzen betekent immers dat de overheid opnieuw het risico op ongereguleerde uitgaven moet aangaan. Het invoeren van een PBI lijkt kortom makkelijker dan het weer afschaffen ervan. Gezien de forse gevolgen die deze beleidswijziging kan hebben zullen marktpartijen een grote behoefte hebben aan zekerheid omtrent een *exit-strategie* voor het PBI.

**Praktijkvoorbeeld: Reguleringszekerheid**

Een zorgaanbieder moet ter onderbouwing van een financieringsaanvraag een *business case* maken. Banken blijken hierbij de focus te leggen op de haalbaarheid van het genereren van inkomsten in plaats van op de beargumenteerde zorgvraag. Reguleringszekerheid is het kerncriterium bij de onderbouwing van financieringsaanvragen geworden. In de praktijk blijkt dat zorgaanbieders uiteindelijk kiezen voor de route via het Waarborgfonds, waardoor er via een omweg zekerheid wordt geboden. In een wereld zonder Waarborgfonds zal de noodzaak tot reguleringszekerheid verder toenemen.

### Relatie met andere variabelen:

- Investerings: Minder reguleringszekerheid zorgt voor hogere kosten voor vreemd vermogen.
- DBC prijzen: Minder reguleringszekerheid geeft door toegenomen onzekerheid over de toekomst op zich een prijs verhogend effect.

## 4. Conclusies / Synthese

In deze *quick-scan* is beschreven welke impact het PBI kan hebben op diverse variabelen in een algemeen ziekenhuis, een UMC, een ZBC en een potentiële toetreder. Deze synthese beziet de verschillende deeleffecten in samenhang en weegt welke effecten de zwaarste impact hebben. De impact van het PBI op de afzonderlijke variabelen wordt in samenhang getoetst aan de publieke belangen zoals die door de overheid zijn gedefinieerd.<sup>32</sup>

### De publieke belangen

Uitgangspunt van het overheidsbeleid in de zorgsector is door een goed werkende markt de publieke belangen optimaal te borgen. De publieke belangen zijn:

- **Betaalbaarheid:** Zorg moet betaalbaar blijven, zowel op microniveau (een betaalbare basisverzekering) als op macroniveau (geen afkalving van koopkracht of explosief stijgende overheidsuitgaven).
- **Kwaliteit:** Burgers hebben recht op zorg van voldoende kwaliteit.
- **Toegankelijkheid:** De zorg moet voor alle burgers in gelijke mate toegankelijk zijn, zowel financieel als fysiek.

### Effect op betaalbaarheid

De effecten op de betaalbaarheid zullen zich vooral op macroniveau doen gelden. Dat kan door impact op de overheidsuitgaven, al dan niet binnen het BKZ, of door impact op de collectieve schadelast van zorgverzekeraars. Slechts afgeleid daarvan kunnen eventuele micro-effecten optreden in de vorm van veranderde belastingen of premies.

Uit de analyse blijkt dat in de situatie 'dreiging' zorgaanbieders een prikkel hebben om prijzen te verhogen. Daarmee kan, zoals eerder gememoreerd, het PBI een *self fulfilling prophecy* worden door als instrument tegen overschrijdingen mede oorzaak te zijn van overschrijdingen. De betaalbaarheid, geoperationaliseerd in het BKZ, kan daarmee in de situatie 'dreiging' onder druk komen.

In de situatie 'maximumprijzen' worden zorgaanbieders gedwongen hun prijzen te laten dalen. Dat komt de betaalbaarheid, in de vorm van de collectieve schadelast van zorgverzekeraars, op korte termijn ten goede. Op langere termijn echter, kan de betaalbaarheid, in dit geval in de vorm van overheidsuitgaven, weer onder druk komen te staan.

Op de lange termijn is de conclusie gerechtvaardigd dat bij het inzetten van het PBI de betaalbaarheid geen goed wordt gedaan. Daarvoor zijn enkele oorzaken te noemen:

1. De prikkel om als zorgaanbieder te specialiseren in zorg met een (potentieel) efficiëntievoordeel wordt verminderd. Investerings in excellente zorg, ook in termen van efficiëntie, nemen af.
2. Voor potentiële toetreders wordt het minder aantrekkelijk om specifieke zorgproducten aan te gaan bieden, waardoor de dynamiek uit de markt verdwijnt. Een verminderde toetredingsdreiging zorgt voor een afname van de ervaren concurrentie voor ziekenhuizen. Dat is op lange termijn nadelig voor innovatie en efficiëntie verbeteringen. Daarnaast verzwakt de concurrentiepositie van ZBC's ten opzichte van ziekenhuizen in termen van prijsvoordeel waardoor het lastiger wordt om marktaandeel en marge te winnen voor ZBC's.

---

<sup>32</sup> Ministerie van VWS, *Met zorg ondernemen*, 2006

3. Omdat het financiële risico van zorgaanbieders toeneemt, neemt de kans op faillissementen toe. Daarbij is het redelijk te veronderstellen dat de politieke druk om zorgaanbieders in financiële nood te ondersteunen ook toeneemt.
4. (De dreiging van) maximumprijzen en afgenomen reguleringszekerheid maken investeringen kostbaarder. Extern kapitaal is minder beschikbaar en het aantrekken ervan wordt duurder. Teruglopende investeringen zorgen voor een rem op de groei van arbeidsproductiviteit in de zorg. Gezien de verwachte toenemende vraag naar zorg en de krapte op de arbeidsmarkt zal dit een kostenverhogend effect hebben op de lonen in de zorg.
5. De gevolgen voor de betaalbaarheid in de vorm van de collectieve schadelast op lange termijn zijn moeilijk te duiden. De prijzen blijven onder een plafond maar het effect op het gehele volume laat zich moeilijk voorspellen. Er zullen verschuivingen plaatsvinden, waardoor lokaal volume groei of juist wachtlijsten kunnen ontstaan. Het bestaan van wachtlijsten zal opnieuw politieke druk geven om extra uitgaven te doen om specifieke wachtlijstproblematiek te verlichten.
6. Het introduceren van maximumprijzen maakt het voor zorgverzekeraars op lange termijn moeilijker om in de praktijk van de onderhandelingen prijzen af te spreken onder de maximumprijs bij individuele efficiënte zorgaanbieders. Maximumprijzen werken als richtpunt in de onderhandelingen. Voor efficiënte zorgaanbieders die gemeten naar omzet ( $P \cdot Q$ ) gemiddeld onder de maximumprijs aanbieden, zal een maximumprijs een aanzuigende werking hebben. Zij zullen minder geneigd zijn te prijzen onder de maximumprijs, zeker als de concurrentie dat ook niet doet. Hierbij dient gezegd te worden dat dit effect waarschijnlijk voor enkele zorgaanbieders geldt en in beperkte mate.
7. Nu al blijken de onderhandelingen maar moeilijk op gang te komen. Schoningsprijzen uit het verleden maken de onderhandelingen op prijs rigide door als psychologisch richtpunt te fungeren. Maximumprijzen zullen het voor zorgverzekeraars in de praktijk van de onderhandelingen opnieuw lastig maken om daar op lange termijn, zelfs na afschaffing van een maximumprijs, weer van af te wijken.

### Effect op kwaliteit

Om de effecten van invoering van het PBI op kwaliteit te meten is transparantie van die kwaliteit een voorwaarde. Ondanks de recente, grote vooruitgang op dat gebied is de (ontwikkeling van de) kwaliteit van het zorgaanbod in het B-segment nog onvoldoende waarneembaar. Daarnaast is het noodzakelijk dat een zorgaanbieder 'gestraft' kan worden voor een lage kwaliteit. Door een toezichthouder die voor boetes en reputatieschade kan zorgen maar vooral door patiënten die met de voeten kunnen stemmen. Het voordeel van vrije prijzen is dat er door zorgverzekeraars positieve prikkels voor kwaliteit worden ingebracht.

Het gegeven dat kwaliteit nog moeilijk verifieerbaar is maakt het voor zorgaanbieders nog steeds mogelijk om op aspecten van kwaliteit te bezuinigen. Dat zal gebeuren na introductie van het PBI omdat:

1. Teruglopende marges op bepaalde DBC's die bezuinigingen noodzakelijk maken, ook op kwaliteit.
2. De prikkel om te investeren in kwaliteit door een verwacht lager rendement op die investeringen afneemt.
3. De prikkel om als zorgaanbieder te specialiseren in zorg met een (potentieel) kwaliteitsvoordeel wordt verminderd.
4. Voor ZBC's, die vaak betere kwaliteit bieden, is toetreden minder aantrekkelijk.

Hoewel de effecten van het instellen van het PBI op de kwaliteit van zorg beperkt kunnen worden door kwaliteitstransparantie en de mogelijkheid van stemmen met de voeten verder te vergroten, luidt de conclusie desondanks dat het PBI waarschijnlijk een ongunstig effect zal hebben op de kwaliteit van zorg. Vrije prijzen zullen eerder leiden tot positieve prikkels om kwaliteit te verbeteren.

### Effect op toegankelijkheid

De effecten van een PBI hebben vooral betrekking op de fysieke toegankelijkheid. Gevolgen voor financiële toegankelijkheid worden deels behandeld onder betaalbaarheid en zijn verder afhankelijk van normatieve

politieke keuzes. Hier is dan ook vooral gekeken naar mogelijke verhogingen of verlagingen van het aanbod, met als eventueel gevolg wachtlijsten of langere reistijden voor patiënten.

De conclusie wat betreft dit publiek belang is niet volstrekt eenduidig maar toont wel mogelijke druk op de toegankelijkheid. De redenering is als volgt:

Door het uitschakelen van het prijsmechanisme als allocatie instrument in de markt, ontstaat een grotere kans op allocatieproblemen. Dat komt vooral omdat de mogelijkheid voor zorgaanbieders om met de prijs te sturen op volume verminderd wordt. Zorgverzekeraars verliezen daardoor gedeeltelijk de prikkel voor het verwijzen van patiënten naar zorgaanbieders die kwaliteit en capaciteit hebben voor specifieke behandelingen. Het prijsmechanisme als belangrijk element voor een optimale allocatie wordt gelimiteerd met maximumprijzen.

De kans op risicoselectie verhoogt bij zorgaanbieders die zorg tegen een te lage marge moeten gaan aanbieden als gevolg van een maximumprijs. De gevolgen kunnen zijn dat lokaal tekorten ontstaan van specifieke behandelingen. Dat kan lokaal wachtlijsten of een langere reistijd voor patiënten betekenen. Daarmee komt de toegankelijkheid van specifieke typen van zorg mogelijk onder druk. Daarbij dient gezegd te worden dat het lastig te voorspellen is in welke mate en waar zich dit fenomeen eventueel zal afspelen. Dat is afhankelijk van, soms onzichtbare, *excess capacity*.

## Conclusie

Uit deze *quick-scan* naar de mogelijke effecten van het PBI blijken vooral negatieve gevolgen voor kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. De mate waarin deze gevolgen zich doen gelden blijkt lastig te bepalen in een *quick-scan* en vergen uitgebreider onderzoek. De negatieve effecten laten zich het sterkst gelden bij betaalbaarheid. In mindere mate bij kwaliteit en toegankelijkheid.

Alles overziend heeft het invoeren van het PBI het gevolg dat de doelstelling van het invoeren van prestatie-bekostiging in de curatieve zorg deels niet of minder behaald worden. Die doelstelling is zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte te geven om naar eigen inzicht de zorg te organiseren en daarmee het ondernemerschap van zorgaanbieders te versterken. Instellingen krijgen hiermee een economische prikkel om beter in te spelen op de wensen van patiënten en zorgvuldig om te gaan met investeringen. Met het instellen van maximumprijzen worden innovatieve vormen van zorg, toetreding door nieuwe partijen en verbeteringen van kwaliteit en efficiëntie door specialisatie minder aantrekkelijk en daarmee minder gerealiseerd dan zonder het PBI.

In het perspectief van zorgaanbieders en zorgverzekeraars verandert de overheid met het instellen van maximumprijzen radicaal van koers. Deze marktpartijen hebben als reactie op het vrijmaken van de markt investeringen gedaan en nieuwe strategieën ingezet. De gevolgen daarvan materialiseren zich in de vorm van toegenomen efficiëntie, hogere arbeidsproductiviteit, voorzichtige sturing van patiënten naar betere zorg en leereffecten in de onderhandelingen over zorginkoop. De marktpartijen nemen steeds meer verantwoordelijkheid voor de eigen bedrijfsvoering. Een forse terugtrekkende beweging in dat beleid richting 'ouderwetse' prijsregulering heeft negatieve gevolgen voor die initiatieven en investeringen.

De motor achter de beoogde verbeteringen in de zorg zijn vaak innovatieve aanbieders en verzekeraars. Zij proberen innovatief de kwaliteit te verhogen, het aanbod te verbreden en te verdiepen, en de kosten te verlagen. Dit zijn de koplopers in de zorg. Pro-actieve ziekenhuizen, sturende zorgverzekeraars, innovatieve toetreders en ZBC's. Juist deze koplopers voelen de negatieve effecten van het PBI het zwaarst. De gevolgen voor de bedrijfsvoering van deze koplopers (micro) laten zich, omdat zij de motors van vernieuwing zijn, ook voelen in de sector als geheel (macro). Buitenhuis Advies concludeert daarom dat het implementeren van het PBI de in gang gezette vraagsturing frustreert en de koplopers tackelt.