



Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen

Bijlage bij de uitwerking van het Zorgprestatie­model

Tussenrapportage februari 2020

1. Inleiding

In april 2019 heeft de NZa het advies ‘Zorgprestatie­model ggz en fz’ gepubliceerd. In hun reactie vragen de staatssecretaris van VWS en de minister voor Rechtsbescherming de NZa onder andere om de financiële prikkels van het Zorgprestatie­model te beschouwen en na te gaan of dit gevolgen kan hebben voor de macrobeheersbaarheid van kosten. In deze bijlage komen wij tegemoet aan dit verzoek. In de beschouwing van de financiële prikkels van het Zorgprestatie­model trekken wij een vergelijking met de db(b)c-systematiek. Een eendoordeel over de beheersbaarheid van macrokosten kan pas worden gegeven wanneer onder andere de analyses op handhaafbaarheid en fraude en de macro impactanalyse zijn afgerond.

2. Op hoofdlijnen

In het Zorgprestatie­model zitten verschillende maatregelen ten opzichte van het dbc-systeem die de beheersbaarheid van macrokosten beïnvloeden. Op hoofdlijn zien wij de volgende effecten:

1. De afbakening van de consulten in het zorgprestatie­model laat weinig ruimte om te sturen op de onderste grenzen van de consulten om zodoende de opbrengsten te optimaliseren. Deze ruimte wordt in het Zorgprestatie­model kleiner dan in het dbc-systeem.
2. Doordat indirecte tijd als opslag op het consult wordt vormgegeven ontstaat een prikkel om de hoeveelheid indirecte tijd te beperken en deze tijd in te zetten voor het leveren van consulten. De ruimte hiervoor is echter beperk. Om goede zorg te leveren en te voldoen aan de geldende kwaliteitsvereisten (dossievorming, afstemming binnen behandelteams) is er altijd een bepaalde mate van indirecte tijd nodig.
3. In het Zorgprestatie­model krijgt ieder (BIG)beroep de vergoeding die past bij de kosten. Er is geen prikkel om het ene beroep meer in te zetten dan het andere. In het dbc-systeem telt ieder minuut binnen een product even zwaar mee. De prikkel om relatief goedkopere beroepsgroepen in te zetten is in het Zorgprestatie­model hierdoor niet meer aanwezig.

3. Prikkels, gedrag en de effecten op publieke belangen

Iedere vorm van bekostiging heeft bepaalde prikkels die van invloed kunnen zijn op het gedrag van zorgverleners. Prikkels kunnen gewenst gedrag stimuleren zoals het leveren van goede of doelmatige zorg. Maar prikkels kunnen ook leiden tot ongewenste effecten. Een bekend voorbeeld hiervan is het dbc-systeem in de ggz waarin een prikkel aanwezig is om door te behandelen tot (net) na een tijdsgrens van een dbc-zorgproduct waarna een hoger tarief kan worden gedeclareerd (dit effect kan gevisualiseerd worden door de zogenoemde ‘zaagtand grafiek’).

Prikkels buiten het bekostigingsmodel

De bekostiging kent vooral financiële prikkels. Naast financiële prikkels vanuit het bekostigingsmodel zijn er veel meer factoren die van invloed zijn op het gedrag van zorgverleners. Daar waar verkeerde financiële prikkels in theorie strategisch gedrag kunnen uitlokken zal dat om deze reden in de praktijk lang niet altijd plaatsvinden.

De mate waarin financiële prikkels daadwerkelijk invloed hebben op gedrag tussen zorgaanbieders of tussen zorgverleners verschilt. Dit is bijvoorbeeld afhankelijk van de organisatie van de zorgaanbieder en/of de individuele drijfveren van de zorgverlener. Voor een zorgverlener zal het leveren van goede zorg aan zijn of haar patiënten voorop staan. Hoe deze goede zorg wordt geleverd is onder meer vastgelegd in professionele normen die door de sector zijn opgesteld. De normen staan in het Kwaliteitstatuut, in de kwaliteitsstandaarden en in verschillende beroepscodes. Over het naleven van deze professionele normen leggen zorgaanbieders verantwoording af en er zijn instanties die toezien op naleving. Idealiter sluit de bekostiging hier op aan, zodat de financiële prikkels in het systeem in lijn liggen met het leveren van zorg, zoals binnen de professionele normen is omschreven.

Verder beïnvloeden niet alleen de prestaties en tarieven die de NZa vaststelt de financiële prikkels. Ook de contractering van zorg speelt hierin een belangrijke rol. Een voorbeeld hiervan is het eerdergenoemde 'zaagtand' effect dat volledig is verdwenen bij gecontracteerde zorgaanbieders in de ggz onder invloed van de gemaakte afspraken. Daarnaast worden in contracten veelal afspraken gemaakt die als doel hebben om de macrokosten te beheersen (bijvoorbeeld budgetplafonds die worden gevuld met een gemiddelde prijs per patiënt) en de volumeprikkel in het dbc-systeem te dempen.

Daarmee heeft de contractering een belangrijk effect op de betaalbaarheid van het stelsel en is contractering het vehikel om afspraken te maken over kwaliteit, doelmatigheid en innovatie. Het is echter te eenvoudig om te stellen dat in de contractering alle ongewenste prikkels kunnen worden opgevangen en dat de macrokosten hiermee volledig worden beheerst. Ten eerste zijn er altijd zorgaanbieders die om verschillende redenen bewust kiezen om geen contract aan te gaan met een verzekeraar. Daarnaast zal een bekostigingssysteem, dat vraagt om veel aanvullende afspraken in de contractering het contracteerproces moeilijker maken. Het zal voor partijen minder lonend zijn om een contract af te sluiten.

Ook zal de inhoud van het contract en de mate waarin de door de verzekeraar gewenste beheersmaatregelen worden overeengekomen afhankelijk zijn van de marktverhoudingen. Een bekostigingssysteem zal dus nooit volledig kunnen leunen op contractering voor het beheersen van de macrokosten en het opvangen van ongewenste financiële prikkels.

Snellere informatie

De zorgprestaties die de NZa vaststelt spelen een rol in de informatievoorziening van zorgverzekeraars. Prestaties zijn ook 'informatiedragers' om gegevens over de geleverde zorg van de aanbieder bij de zorgverzekeraar te brengen. De hoeveelheid informatie die zorgverzekeraars ontvangen wordt vergroot in het Zorgprestatiemodel ten opzicht van het dbc-systeem en komt bovendien sneller beschikbaar. En dat heeft een positieve invloed op de beheersbaarheid van de macrokosten door de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar krijgt informatie over de setting en de specifieke inzet van behandelaars. Informatie die nu in de dbc-systematiek niet bij de zorgverzekeraar komt.¹ Met het beschikbaar komen van zorgvraagtypering worden de mogelijkheden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over gepast gebruik bovendien vergroot.

¹ In de regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg staat de informatie die op de factuur dient te staan. Op de factuur dient de directe en indirecte tijd van de regiebehandelaar(s) voor zover deze tijd afleidt naar een prestatie, de directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar voor zover deze tijd afleidt naar een prestatie. Van deze medebehandelaar dient ook diens beroep vermeld te worden. En de totaal som van de tijd dient op de factuur te staan.

4. Financiële prikkels in het zorgprestatiesmodel

Hieronder belichten wij een aantal specifieke prikkels die voorkomen uit het Zorgprestatiemodel. Wij beschrijven:

- Op welke wijze de prikkels in het zorgprestatiemodel strategisch gedrag in de hand kunnen werken;
- Wat de kans is dat het gedrag zich manifesteert en wat het effect is op de publieke belangen;
- Hoe de prikkel zich verhoudt tot hetzelfde risico in het dbc-systeem.

4.1 Sturen op grenzen van de consulten

Door de afbakening van de consulten ontstaat een prikkel om te sturen op de onderste grenzen van de consulten. Zodoende kan een zorgaanbieder zijn opbrengsten optimaliseren. Deze prikkel wordt in het Zorgprestatiemodel kleiner dan in het dbc-systeem. Daarom verwachten wij dat het effect op de betaalbaarheid beperkt is.

Hoe leidt de prikkel tot strategisch gedrag?

De consulten zijn in het Zorgprestatiemodel zo vormgegeven dat 'vanaf' een bepaald aantal directe patiëntgebonden minuten één bepaald tarief gedeclareerd kan worden. Hierdoor ontstaat een financiële prikkel om een consult in te plannen op de onderste tijdsgrens van het consult, ervan uitgaande dat het tarief gebaseerd is op de gemiddelde inzet van alle consulten tussen die grenzen. Zo wordt de opbrengst geoptimaliseerd.

In tabel 1 is een voorbeeld weergegeven van Artikel 14 medisch specialisten die behandelen in de setting 'ambulant sectie II'. In deze tabel is te zien dat bijvoorbeeld voor de tijdsrange *vanaf 5 minuten tot 15 minuten* het gemiddeld aantal geleverde minuten op 8 ligt. Bij iedere tijdsrange ligt deze gemiddelde tijdsinzet iets hoger dan de ondergrens. De tabel gaat ook op voor andere settings.

Als alle behandelaren exact op de ondergrens gaan zitten (een consult *vanaf 15* minuten duurt dan ook exact 15 minuten) worden bij alle consulten van 15 minuten drie minuten 'extra' bekostigd. Voor alle behandelaren stijgt de opbrengst per uur. Dit effect heeft een invloed op de macrokosten als de 'vrijgekomen' tijd van drie minuten benut wordt door extra consulten in te plannen. Dit gedrag zou daarmee een landelijk hogere omzet genereren. Het volume aan consulten neemt immers toe.

Tabel 1. Art. 14 medisch specialisten, setting ambulant sectie II

Tijdrange	Gemiddeld aantal directe minuten	Ondergrens (vanaf) prestatie	Toename omzet/minuut op ondergrens	Aandeel tijd binnen setting/BIG (%)
tot 15 minuten	8	5	59%	2%
vanaf 15 minuten	18	15	19%	8%
vanaf 30 minuten	31	30	5%	12%
vanaf 45 minuten	47	45	4%	52%
vanaf 60 minuten	61	60	2%	22%
vanaf 90 minuten	92	90	2%	2%
vanaf 120 minuten	138	120	15%	2%

Bron: kostenonderzoek ggz 2020.

Wat is de kans dat het gedrag zich manifesteert en wat is het effect op de publieke belangen?

De afbakening van de consulten in het zorgprestatie­model laat echter weinig ruimte om te sturen op de onderste grenzen van de consulten. De grootste winst is te behalen bij de twee kortste en het langste consult. Deze consulten vormen echter maar een klein aandeel van de tijd. Daarnaast is de besparing in minuten zeer beperkt. Zeker bij de consulten *vanaf 30 minuten* tot en met *vanaf 90 minuten*. Op basis van zijn agenda kan de behandelaar strak sturen op de tijd van consulten. In de praktijk is het echter lastig voorstelbaar dat een consult op de minuut precies wordt beëindigd. Daarnaast kan, indachtig de beschouwing in de voorgaande paragraaf, de contractering de ruimte beperken.

Vergelijking met de dbc-systematiek

Om een vergelijking te maken, hebben wij in tabel 2 een gelijksoortige analyse gedaan voor de dbc-systematiek als in tabel 1. In tabel 1 wordt de analyse op het Zorgprestatie­model uitgevoerd op directe minuten terwijl in tabel 2 wordt gekeken naar zowel directe als indirecte minuten. De ruimte tot aan de ondergrens in de dbc-systematiek is veel groter dan bij de prestaties van het Zorgprestatie­model.

Tabel 2. Dbc's (excl. Diagnostiek, crisis en behandeling kort) met gemiddeld aantal minuten

Tijd­range	Gemiddeld aantal minuten	Ondergrens (vanaf) prestatie	Toename omzet/­minuut op ondergrens	Aandeel geschreven tijd
250 t/m 799 minuten	610	250	144%	3%
800 t/m 1799 minuten	1248	800	56%	18%
1800 t/m 2999 minuten	2307	1800	28%	22%
3000 t/m 5999 minuten	4098	3000	37%	29%
6000 t/m 11999 minuten	8023	6000	34%	21%
12000 t/m 17999 minuten	14219	12000	18%	6%
18000 t/m 23999 minuten	20178	18000	12%	1%
24000 t/m 29999 minuten	25939	24000	8%	0%

4.2. Sturen op indirecte tijd

In het Zorgprestatie­model wordt de indirecte tijd als een genormeerde opslag in het tarief verwerkt. Hierdoor kan er een prikkel ontstaan om de hoeveelheid indirecte tijd zo veel mogelijk te beperken. Wij verwachten dat de mate waarin dit gebeurt beperkt zal zijn. Om goede zorg te leveren en te voldoen aan de geldende kwaliteitsvereisten (dossiervorming, afstemming binnen behandelteams) is een bepaalde mate van indirecte tijd altijd nodig.

Hoe leidt de prikkel tot strategisch gedrag?

In het Zorgprestatie­model wordt de indirecte tijd als een genormeerde opslag in het tarief verwerkt. Hierdoor ontstaat voor behandelaren de mogelijkheid om opbrengsten te optimaliseren door minder indirecte tijd te leveren dan de opslag die in het tarief is verwerkt. De tijd die vrijvalt door minder dan de genormeerde opslag te leveren, kan de behandelaar gebruiken voor meer consulten.

Wat is de kans dat het gedrag zich manifesteert en wat is het effect op de publieke belangen?

Er kan een risico ontstaan dat er door deze prikkel zo'n druk komt te staan op het verminderen van de indirecte tijd dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Noodzakelijke indirecte tijd als het bijhouden van patiëntendossiers, maar ook MDO's, kunnen onder druk komen te staan. De normen die de beroepsgroep zichzelf oplegt en wet- en regelgeving (Wgbo, wet BIG en Wkkgz) zijn een belangrijke beheersmaatregel bij dit risico op kwaliteitsverlies. In diverse standaarden is aandacht voor indirecte patiënt-activiteiten, zoals samenwerking of afstemming met andere behandelaren. Zo spelen de kwaliteitsstandaarden een belangrijke rol bij het inperken van dit risico.

Daarnaast kan ook de contractering een dempend effect hebben omdat hierin vaak wordt gestuurd op beheersing van budgetten. Het sturen op minder indirect patiëntgebonden tijd en meer consulten, gaat vooral op bij niet-gecontracteerde zorg. Zij kunnen meer consulten draaien.

Vergelijking met de dbc-systematiek

Het verminderen van indirecte (patiëntgebonden) tijd heeft in het Zorgprestatie model meer voordelen voor de aanbieder dan in het dbc-systeem. In de dbc systematiek kan iedere minuut indirect patiëntgebonden tijd geschreven worden en leidt daarmee tot een hogere declaratie. Een vermindering van de hoeveelheid indirecte tijd kan in de dbc-systematiek tot minder omzet leiden.

4.3. Sturen op inzet van goedkope beroepsgroepen.

Wij verwachten dat de prikkel voor de inzet van goedkopere beroepsgroepen in het Zorgprestatie model niet (meer) aanwezig is. In het Zorgprestatie model krijgt ieder (BIG)beroep de vergoeding die past bij de kosten. Hierdoor is de financiële prikkel om te sturen op het type beroep niet meer aanwezig. De afwezigheid van deze prikkel kan een macro budgettair effect hebben, maar de omvang en zelfs de richting hiervan zijn moeilijk in te schatten.

Hoe leidt de prikkel tot strategisch gedrag?

Een ontwerpkeuze van het Zorgprestatie model is dat de prestaties en tarieven aansluiten bij de behandelinzet en behandelsetting. Deze ontwerpkeuze heeft geleid tot differentiatie van de tarieven van de consulten naar de verschillende BIG categorieën. Het te declareren consulttarief sluit hierdoor beter aan bij de kosten van de inzet van de verschillende behandelaren.

Welke directe invloed deze prikkel heeft op de verschillende publieke belangen is op voorhand moeilijk in te schatten. In het Zorgprestatie model is de prikkel om relatief goedkopere behandelaren in te zetten minder tot niet aanwezig ten opzichte van het dbc-systeem. Instellingen kunnen in het nieuwe model aantrekkelijkere lonen bieden voor hoger geschoold personeel werkzaam in de settings waar in het huidige systeem juist de prikkel ligt om zo goedkoop mogelijk personeel in te zetten. Echter, de tarieven voor de verschillende beroepen zullen reëel zijn. De vergoeding van goedkoper personeel wordt net zo goed kostendekkend als de vergoeding voor duurder personeel. In plaats van dat 'dure' beroepen verlieslatend zijn, worden in het Zorgprestatie model beroepen kostendekkend. De intentie achter deze inrichting is dat de zorginhoudelijke overwegingen leidend kunnen worden bij de keuze voor de inzet van verschillende beroepen en dat financiële overwegingen daarbij geen rol meer hoeven te spelen.

Het mogelijke effect op de macrokosten komt voort uit een mogelijke verschuiving van de inzet van het type behandelaar bij de behandelinzet van 'goedkope' beroepen naar 'dure' beroepen. Maar de omvang en zelf de richting van het macro budgettaire effect is op voorhand lastig in te schatten. Deze wijziging kan er toe leiden dat er meer consulten door duurdere beroepen worden geleverd. Echter, mogelijk zorgt dit voor een meer passende inzet van verschillende beroepen en uiteindelijk een meer doelmatige en effectieve inzet van behandelaren op het gehele behandeltraject van een patiënt.

Wat is de kans dat het gedrag zich manifesteert en wat is het effect op de publieke belangen?

Daarnaast zijn er verschillende maatregelen en omstandigheden die dit risico beheersen. Met name contractafspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders waarin een budget of plafond is overeengekomen zorgen ervoor dat de inzet van duurdere beroepen ook voor snellere uitputting van het budget leidt. Transparantie van zorgvraagtypering vergroot bovendien de mogelijkheden om te sturen op passende en doelmatige inzet van zorg. Daarnaast beperkt het aanbod op de arbeidsmarkt ook de mate waarin duurdere beroepen kunnen worden ingezet.

Vergelijking met de dbc-systematiek

In het dbc-systeem is de inzet van verschillende beroepen binnen een dbc genormeerd (genormeerde disciplinemix). In het Zorgprestatie-model worden er verschillende tarieven, geclusterd naar BIG-categorie, vastgesteld. De inzet van goedkope beroepen wordt in het Zorgprestatie-model niet meer gestuurd door bekostiging. Hierdoor ontstaan reële tarieven, ook voor patiënten die meer door duurdere beroepen behandeld worden. In de dbc-systematiek telt immers iedere dbc-minuut even zwaar mee. Hierdoor ontstaat er een andere prikkel om de inzet van beroepen te organiseren. Deze prikkel komt in het dbc-systeem vooral bij geïntegreerde instellingen voor. Die hebben immers verschillende type zorgverleners in huis. Vrijgevestigde aanbieders of kleine praktijken hebben minder verschillende type behandelaren in huis en kunnen dus ook niet snel hun inzet aanpassen.

4.4. Sturen op langer doorbehandelen

Wij verwachten dat de prikkel tot langer doorbehandelen in het Zorgprestatie-model weinig of geen effect gaat hebben op de macrokosten. Er is wel een positieve prikkel om de patiënt niet langer of korter te behandelen dan noodzakelijk. Een prikkel die er in de dbc-systematiek wel is.

Hoe leidt de prikkel tot strategisch gedrag?

De prikkel om langer door te behandelen (het zaagtand effect, om net in een andere tijdsklasse te komen) of om te korter door te behandelen (als de grens van de langste open tijdsklasse is bereikt) bestaat niet meer in het Zorgprestatie-model. In het Zorgprestatie-model wordt ieder consult kostendekkend vergoed. Er is geen financiële prikkel om langer of korter te behandelen dan noodzakelijk.

Het verdwijnen van het zaagtand effect heeft geen effect op de macrokosten. De gemiddelde behandelduur per patiënt zal dalen maar de vrijgekomen tijd zal worden gebruikt voor nieuwe patiënten. Dit is dus gunstig voor de toegankelijkheid.

Het verdwijnen van de prikkel om te stoppen met een behandeling zodra de laatste, open tijdsklasse is bereikt, zal ook geen effect hebben op de macrokosten. In tegenstelling tot het verdwijnen van het zaagtand effect, zal hier de gemiddelde behandelduur per patiënt toenemen. Dit kan effect hebben op de toegankelijkheid voor nieuwe patiënten, maar niet op de macrokosten.

Wat is de kans dat het gedrag zich manifesteert en wat is het effect op de publieke belangen?

De kans dat dit gedrag zich manifesteert is aanwezig. Maar het zal geen effect hebben op de macrokosten. Het kan wel effect hebben op de toegankelijkheid. Zeker bij het verdwijnen van het zaagtand effect.