

AZWA-afspraken E4: Eerlijk speelveld in de medisch- specialistische zorg

Advies prestatiedifferentiatie



Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Aanleiding	6
Opdracht VWS	6
Aanpalende trajecten	7
Aanpak	9
Werkwijze	9
Probleemdefinitie	10
Doelstelling adviesrapport	10
Definities	11
Hoe is de bekostiging en contractering nu vormgeven?	12
Bekostiging	12
Contractering	13
Financieringsstromen	15
Welke verschillen zien we tussen type zorginstellingen?	16
Casemixverschillen	16
Welke casemixverschillen zien we tussen verschillende type instellingen?	17
Wat is de invloed van casemixverschillen op het speelveld?	23
Verschillen tussen instellingen wat betreft functies	24
Welke verschillen in functies zien we tussen verschillende type instellingen?	24
Wat is de invloed van het hebben van verschillende functies op het speelveld?	26
Hoe wordt nu omgegaan met verschillen in het speelveld?	28
Tariefdifferentiatie	28
Wat is de invloed van tariefdifferentiatie op het speelveld?	29
Vergoedingen van functies	30
Wat is de invloed van vergoedingen op het speelveld?	30
Kan prestatiedifferentiatie helpen als oplossing voor de ervaren verschillen?	32
Conclusie	35

Bijlagen	36
Toelichting op de gebruikte data	36
Bijlage 1 Reactie FMS	39
Bijlage 2 Reactie NAPA	41
Bijlage 3 Reactie NVZ	44
Bijlage 4 Reactie UMCNL	48
Bijlage 5 Reactie ZKN	51
Bijlage 6 Reactie ZN	56

Samenvatting

In het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (hierna AZWA) is de afspraak gemaakt dat alle zorgaanbieders en zorgverleners een reële bijdrage leveren aan het toegankelijk houden van de zorg en de beheersing van de arbeidsmarktproblematiek. Om dat te realiseren, is in het AZWA aangegeven dat zorgaanbieders een gelijke uitgangspositie voor een eerlijk 'speelveld' moeten hebben.

In de opdracht van VWS is het doel van deze rapportage om op theoretische basis te onderzoeken of het differentiëren van de prestaties (betaaltitels) in de bekostiging van de medisch specialistische zorg een effect kan hebben op het speelveld tussen de verschillende typen zorgaanbieders (grote en kleinere ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra). Dit is gebeurd aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Hoe is de bekostiging en contractering nu vormgegeven?
- 2 Welke verschillen zien we tussen type zorginstellingen en wat is het effect hiervan op het speelveld?
- 3 Hoe wordt nu omgegaan met de verschillen tussen type zorginstellingen en wat is het effect hiervan op het speelveld?
- 4 Kan prestatiedifferentiatie helpen als oplossing voor de ervaren verschillen?

Hoe is de bekostiging en contractering nu vormgegeven?

In de msz wordt de zorg in rekening gebracht via dbc-zorgproducten. De huidige bekostiging kent al een vorm van prestatiedifferentiatie, namelijk op basis van de (frequentie van) de vastgelegde zorgactiviteiten en de diagnose die de declaratie bepaalt. Zorgverzekeraars onderhandelen met instellingen die msz verlenen over prijs, volume en kwaliteit, vaak binnen budgetten, op basis van dbc-zorgproducten. Verzekeraars kunnen via tariefdifferentiatie binnen de contractering rekening houden met verschillen tussen instellingen. De inkomsten op een specifieke zorgsoort of een specifiek dbc-zorgproduct dekken niet altijd de kosten; soms zijn deze hoger of lager. Via kruissubsidies worden positieve marges gebruikt om negatieve marges te compenseren. Daarnaast zijn er niet gecontracteerde zorgverleners, waarbij slechts een deel van de geleverde zorg wordt vergoed door zorgverzekeraars.

Welke verschillen zien we tussen type zorginstellingen en wat is het effect hiervan op het speelveld?

Er zijn verschillende type zorginstellingen onderdeel van het speelveld. In dit rapport worden zelfstandige behandelcentra (zbc's), algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen uitgelicht. De verschillende type zorginstellingen kunnen variëren in hun zorgaanbod. Dit wordt grotendeels bepaald door verschillen in casemix en infrastructuur. Beide dimensies kunnen invloed hebben op het speelveld.

Hoe wordt nu omgegaan met de verschillen tussen type zorginstellingen en wat is het effect hiervan op het speelveld?

Algemene- en academische ziekenhuizen krijgen via aanvullende financieringsstromen (bijv. beschikbaarheidsbijdragen en opleidingsgelden) compensatie voor deze verschillen. Ook wordt in de tariefstelling rekening gehouden met de verschillen in casemix en organisatie (ANW) van instellingen. Het vraagt een uitgebreidere analyse om te onderzoeken in hoeverre de aanvullende financieringsstromen en contracten in hun totaliteit compenseren voor de verschillen in casemix en infrastructuur, en of dat voor de planbare zorg als geheel geldt. Het is binnen de scope van dit project niet haalbaar om alle elementen te kwantificeren en te bepalen of er netto sprake is van een oneerlijk speelveld.

Kan prestatiedifferentiatie helpen als oplossing voor de ervaren verschillen?

Of er sprake is van een oneerlijk speelveld, is nog onderwerp van onderzoek (product 1 van afspraak E4). Daarom is het in dit adviesrapport alleen mogelijk om theoretisch na te gaan of prestatiedifferentiatie bijdraagt aan een eerlijker speelveld. Prestatiedifferentiatie heeft voor alleen de planbare zorg geen of een zeer marginaal effect, omdat de verschillen in de activiteiten van de zorglevering bij planbare zorg vaak klein zijn en al worden meegenomen in de tariefdifferentiatie. Het lijkt niet van toegevoegde waarde om op twee verschillende niveaus met twee verschillende instrumenten (tariefdifferentiatie en prestatiedifferentiatie) rekening te houden met eventuele verschillen in de planbare zorg.

Daarnaast verhoogt het toevoegen van prestatiedifferentiatie de complexiteit van bestaande bekostigingssystematiek wat niet bijdraagt aan de toekomstbestendigheid. Ook stijgen de administratieve lasten en aanvullende controle- en verantwoordingslasten. Bovendien is het onwenselijk om aanpassingen alleen in de planbare zorg te door te voeren, vanwege o.a. de financiële wisselwerking (kruissubsidie). Aanpassingen in één onderdeel van de bekostiging moeten altijd in samenhang worden gezien met andere onderdelen van de bekostiging, wat om een fundamentele aanpak vraagt. Ook gaat prestatiedifferentiatie niet helpen in het verminderen van niet gecontracteerde zorg.

Vervolg

Gezamenlijk met de veldpartijen (NVZ, UMCNL, NAPA, ZN, FMS, ZKN en V&VN) onderzoeken wij via de werkagenda en het NZa-programma 'Passende bekostiging msz de bekostigingssystematiek van de msz in zijn geheel, om de systematiek toekomstbestendig te maken. Er wordt rekening gehouden met eventuele effecten van de financiële wisselwerking, zoals kruissubsidie, en de samenhang met zorgcontractering en zorgorganisatie. Hier werken wij samen met het veld verder aan.

Aanleiding

In juli 2025 is het Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA) getekend. In het AZWA hebben zorgaanbieders en zorgverleners onderstreept allen een reële bijdrage te leveren aan de gewenste ontwikkeling in de uitdagingen waar de zorg voor staat. Dit gezien de enorme opgave die voor ons ligt, namelijk een toegankelijker zorglandschap en beheersing van de arbeidsmarktproblematiek. In het AZWA is afgesproken dat er een samenhangend pakket van maatregelen komt om de volgende doelen te realiseren:

- bevorderen van gecontracteerde zorg,
- grip op vestiging van niet gecontracteerde zorg,
- ontmoedigen van niet gecontracteerde zorg waar dat nodig is voor de beweging uit het IZA en het AZWA,
- het creëren van een eerlijk speelveld tussen msz-aanbieders op het gebied van planbare zorg.

Om te komen tot een pakket aan maatregelen, is de NZa verzocht om twee producten op te leveren:

- Product 1: een quick scan/ feitenbasis per onderdeel van afspraak E4 en
- Product 2: een advies over prestatiedifferentiatie in de bekostiging van de medisch specialistische zorg (msz).

Product 1 en 2 van afspraak E4 zijn twee aparte opdrachten die parallel worden uitgevoerd. Beide producten zijn op zich zelf staande onderzoeken met een andere invalshoek. Om antwoord te geven op afspraak E4 zijn de resultaten nodig op beide producten nodig. Dit advies richt zich op product 2: Een advies over prestatiedifferentiatie in de bekostiging van de msz. Om te onderzoeken of prestatiedifferentiatie voor de planbare zorg in relatie tot een (on)eerlijk speelveld een geschikte oplossing is, hebben we ook gekeken naar het ervaren (on)eerlijke speelveld. De omvang van het probleem wordt onderzocht in product 1 van de afspraak E4 en is geen onderdeel van publicatie.

Opdracht VWS

In het AZWA, eerlijk speelveld in de medisch specialistische zorg, wordt gesteld dat het van belang is dat alle zorgaanbieders en zorgverleners een reële bijdrage leveren aan het toegankelijk houden van de het zorglandschap en de beheersing van de arbeidsmarktproblematiek. Daarmee is het belangrijk dat zorgaanbieders een gelijke uitgangspositie hebben. Wanneer er verschillen zijn in vergoeding, dan moet daar in de tarifiering rekening mee gehouden worden. VWS heeft de opdracht gegeven om een advies op te stellen over één van de te toetsen oplossingen in de AZWA-afpraak (afpraak E4; oneerlijk speelveld). Uit dit advies moet duidelijk worden hoe de huidige bekostiging is vormgegeven, en hoe deze kan wijzigen als gevolg van de door de AZWA-partijen voorgestelde oplossing in afspraak E4, namelijk prestatiedifferentiatie. Het verzoek is daarbij om dit te presenteren aan de hand van een aantal concrete voorbeelden.

Te toetsen oplossing:

- Het differentiëren van de prestaties (betaaltitels) in de bekostiging van de msz zodat zorgaanbieders en -verzekeraars in de contractering tarieven kunnen afspreken die beter aansluiten bij de verschillen in geleverde zorg en de verschillende type zorgaanbieders.

Conform de afspraak E4 wordt de voorgestelde oplossing getoetst aan de volgende criteria:

- bijdrage aan de toegankelijkheid, betaalbaarheid en oplossing van arbeidsmarktproblematiek;
- effectiviteit en proportionaliteit om het probleem op te lossen;

- juridische haalbaarheid;
- administratieve lasten;
- toezicht- en handhaafbaarheid voor de NZa.

Aanpalende trajecten

Naast dit adviesrapport loopt parallel het onderzoek naar de feitenbasis, waarvan het rapport in Q1 2026 opgeleverd wordt.

Feitenbasis

Gupta Strategists voert voor de NZa een uitgebreid feitenonderzoek uit ter ondersteuning van de AZWA-afspraken E4. Het doel is om een objectieve, datagedreven feitenbasis te creëren over de ontwikkeling van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg en over het zorglandschap binnen de medisch-specialistische zorg.

Het onderzoek bestaat uit vier fasen: initiatie, dataverzameling, analyse en synthese, en brengt systematisch de volgende thema's in kaart:

- de omvang van verschillende typen zorgaanbieders en de ontwikkeling daarvan;
- verschillen in zorgaanbod, patiëntenpopulatie, infrastructuur, ANW-zorg, regionale samenwerking, opleiding en arbeidsmarktpositie;
- verschillen in tarieven, vergoedingen en overige bijdragen, inclusief relatieve tariefverschillen;
- het gedrag en de keuzes van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en werknemers.

De feitenbasis wordt opgebouwd op basis van Vektis-data, aanvullende sectorale data-uitvragen, en kwalitatieve input via interviews, focusgroepen en een klankbordgroep met VWS, NZa en AZWA-partijen. Het onderzoek resulteert in een integraal eindrapport dat een feitelijke onderbouwing biedt voor verdere beleidsvorming door VWS en andere partijen.

Programma Passende bekostiging msz

De opdracht van VWS voor het adviesrapport prestatiedifferentiatie hebben wij onderdeel gemaakt van een groter programma Passende bekostiging msz.

In het Integraal Zorgakkoord staat beschreven dat de NZa de doorontwikkeling van de dbc-systematiek gaat onderzoeken en meebeweegt met de veranderingen in het zorglandschap om de transitie naar passende zorg te ondersteunen. Hieruit is het programma Passende bekostiging msz ontstaan. Dit programma onderzoekt samen met veldpartijen welke verbeteringen nodig zijn om de dbc-systematiek beter aan te laten sluiten bij de praktijk om zo toe te werken naar een toekomstbestendig systeem.

De beweging naar passende zorg moet meer lonen en er moet meer ruimte komen voor het vervangen van bestaande vormen van zorg naar meer digitale, minder invasieve of eerstelijnszorg. De bekostiging moet ruimte bieden voor het anders organiseren van zorg en voor taakherschikking. De huidige bekostiging stimuleert monodisciplinaire diagnostiek en behandeling, in plaats van dat het samenwerking stimuleert/faciliteert. Samenwerking wordt in bepaalde mate zelfs belemmerd. Specialisme- en zorgverleneronafhankelijk registreren en declareren kan hier kansen bieden. De bekostiging moet zorg op de juiste plek en samenwerken in netwerkverband over sectoren en domeinen stimuleren en faciliteren.

De maatschappelijke uitdaging om de zorgkloof (toenemende zorgvraag en afnemende beschikbaarheid van zorgprofessionals en middelen) tegen te gaan, maakt dat niets doen geen optie is. De bekostiging is

een onderdeel dat hieraan kan bijdragen. Het blijft echter een samenspel tussen passende zorg, passende bekostiging en passende contractering; het is van belang deze driehoek als samenhangend geheel te verbeteren.

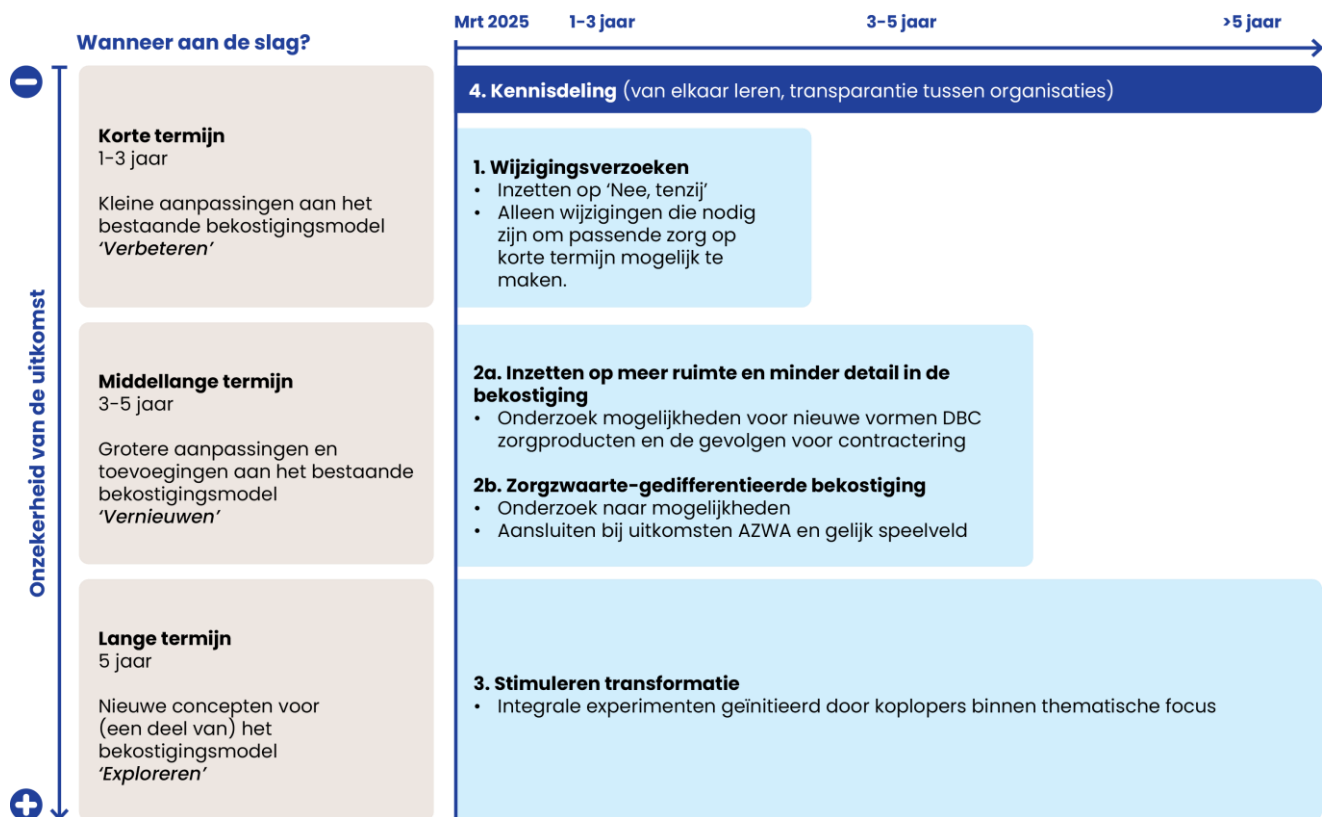
Werkagenda

Als gevolg van het IZA/AZWA, het programma Passende bekostiging msz, en het [NVZ dialoogdocument](#) 'Passende bekostiging', is de werkagenda opgericht. De veldpartijen (NVZ, UMCNL, NAPA, ZN, FMS, ZKN en V&VN) hebben gezamenlijk inhoud gegeven aan de werkagenda, met als doel de maatschappelijke opgave om de zorgkloof tegen te gaan. Met deze werkagenda kunnen we gericht energie en tijd investeren in onderwerpen die het meest bijdragen aan deze opgave, faciliteren we de samenwerking, en kunnen we doorbraken realiseren.

In deze werkagenda zijn onderstaande belemmeringen van de huidige bekostiging geconcludeerd door alle partijen:

- Bekostiging is gericht op losse behandelingen
 - Geen, minder of andere zorg leveren leidt te vaak tot (te grote) financiële risico's.
 - Activiteiten die nodig zijn voor het leveren van passende zorg kunnen nu onvoldoende worden bekostigd. Bekostiging is gericht op losse behandelingen.
- Gedetailleerd omschreven verrichtingen en activiteiten vormen een rem op de beweging naar passende zorg
 - Inflexibel: kleine (proces)innovaties vragen regelmatig wijzigingen in de dbc-zorgproductenstructuur.
 - Wijzigingen kennen een lange doorlooptijd.

De veldpartijen hebben zich vervolgens via een bestuurlijk overleg gecommitteerd aan de werkagenda passende bekostiging msz om met elkaar aan de slag te gaan met de mogelijke oplossingen voor geconstateerde problemen. Samen werken we in een werkgroep aan de volgende punten: inzetten op meer ruimte en minder detail in de bekostiging, het onderzoeken van zorgzwaarte gedifferentieerde bekostiging, en het stimuleren van zorgtransformatie. De eerste twee onderwerpen (inzetten op meer ruimte en minder detail in de bekostiging en zorgzwaarte gedifferentieerde bekostiging) worden uitgewerkt binnen het project passende bekostiging msz voor de middellange termijn (3-5 jaar). In onderstaand plaatje is de werkagenda schematisch weergegeven.



Aanpak

Werkwijze

Uitwerking huidige situatie, probleemanalyses en effect prestatiedifferentiatie

De opdracht is uitgewerkt aan de hand van onderzoeksvragen die samen met de partijen in de werkgroep zijn bepaald. Gedurende het traject is er aan de hand van deze onderzoeksvragen input opgehaald bij de werkgroepleden. Deze input is verwerkt door de NZa en ter toetsing teruggegeven. Deze rapportage vormt het eindresultaat hiervan.

In deze verkenning benaderen wij dit vraagstuk vanuit verschillende perspectieven: bekostiging, contractering en zorgorganisatie. Daarnaast kijken we hoe de samenhang en verbinding is tussen deze perspectieven en hoe dit resulteert in een (on)eerlijk speelveld.

Werkgroep

De NVZ, UMCNL, NAPA, ZN, FMS en ZKN zijn vertegenwoordigd in de werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers vanuit de branche en experts vanuit het veld. V&VN en de Patiëntenfederatie zijn agendalid. Ook met VWS zijn er gedurende het hele traject afstemmomenten geweest.

De werkgroepleden zijn tweewekelijkse samengekomen om verschillende thema's en vraagstukken m.b.t. de opdracht te bespreken en uit te werken. Deze rapportage is samengesteld op basis van de input uit de bijeenkomsten. Deze rapportage is ook meerdere keren geconsulteerd.

Probleemdefinitie

In dit adviesrapport (product 2) gaan we in op de vraag of en hoe prestatiedifferentiatie in de bekostiging kan bijdragen aan een eerlijk speelveld in de msz. Het differentiëren van de prestaties (betaaltitels) (binnen één zorgprestatie) in de bekostiging van de msz kan helpen om in de contractering tarieven af te spreken die beter aansluiten bij de verschillen in geleverde zorg en organisatie tussen de verschillende type zorgaanbieders. In dit advies gaan we in op de verschillende elementen die invloed hebben op het speelveld tussen de verschillende soorten (grotere en kleinere) ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Daaropvolgend onderbouwen wij of prestatiedifferentiatie kan bijdragen aan een eerlijk speelveld.

Het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking zorgt ervoor dat er een transactioneel speelveld is tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een oneerlijk speelveld kan ontstaan als één van de partijen gunstigere condities geniet ten opzichte van andere partijen. Wanneer deze gunstigere positie wordt ingezet om bepaalde contractprijzen en/of volumes af te dwingen, zorgt dit voor een oneerlijk speelveld en kan er een risico zijn dat de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg onder druk komt te staan. Dit heeft te maken met dat:

- Een oneerlijk speelveld kan leiden tot een slechtere samenwerking binnen een regio. Wanneer binnen een regio geen afspraken en keuzes worden gemaakt in zorgaanbod (soort zorg, soort profiel, JZOJP) kan de toegankelijkheid in het geding komen omdat de beschikbare capaciteit niet maximaal wordt benut.
- Een oneerlijk speelveld kan ook leiden tot onevenredige (en onwenselijke) marktmacht en niet passende tarieven (een onwenselijke besteding van publieke middelen). Hiermee kan de betaalbaarheid onder druk komen te staan.

In de opdracht staat ook om onderzoek te doen naar kleine en grote ziekenhuizen en klinieken van instellingen. Deze onderverdeling kunnen wij niet maken (niet vanuit de input van het veld en niet met de data-analyses op hoofdlijnen).

Doelstelling adviesrapport

In lijn met de opdracht van VWS is het doel van deze rapportage om op theoretische basis te onderzoeken of het differentiëren van de prestaties (betaaltitels) in de bekostiging van de medisch specialistische zorg een effect kan hebben op het speelveld tussen de verschillende typen zorgaanbieders (grote en kleinere ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra).

De voorgestelde oplossing dient ook getoetst te worden op:

- bijdrage aan de toegankelijkheid, betaalbaarheid en oplossing van arbeidsmarktproblematiek;
- juridische haalbaarheid;
- administratieve lasten;
- toezicht en handhaafbaarheid voor de NZa.

Voor het vormgeven van dit rapport zijn de volgende onderzoeksvragen uitgewerkt:

- 1 Hoe is de bekostiging en contractering nu vormgegeven?
- 2 Welke verschillen zien we tussen type zorginstellingen en wat is het effect hiervan op het speelveld?
- 3 Hoe wordt nu omgegaan met de verschillen tussen type zorginstellingen en wat is het effect hiervan op het speelveld?
- 4 Kan prestatiedifferentiatie helpen als oplossing voor de ervaren verschillen?

Definities

In het AZWA is een oplossing voor het oneerlijke speelveld voorgesteld, namelijk prestatiedifferentiatie in de bekostiging voor de planbare zorg. Hieronder definiëren we de twee termen 'prestatiedifferentiatie' en 'planbare zorg'.

Prestatiedifferentiatie

Prestatiedifferentiatie houdt in dat binnen één zorgprestatie onderscheid wordt gemaakt op basis van andere kenmerken dan enkel de geleverde zorg. Het gaat om dbc-zorgproducten waar een component wordt toegevoegd om te compenseren voor factoren die bijdragen aan het oneerlijke speelveld. In oorsprong ontstaan er twee gelijke dbc-zorgproducten die differentiëren op deze kenmerken.

Bijvoorbeeld: twee cataractoperaties met lensvervanging, waarbij één van de patiënten multi-morbide is en lage gezondheidsvaardigheden heeft. Dit betekent dat binnen de huidige systematiek een extra detailniveau wordt toegevoegd, en daarmee het aantal dbc-zorgproducten zal toenemen.

Planbare zorg

Binnen deze opdracht kijken we alleen naar planbare zorg. Er bestaat echter geen strikt onderscheid tussen de verschillende vormen van zorg. In dit rapport spreken wij van planbare zorg als de zorg niet direct levensbedreigend of acuut is en vaak electief gepland kan worden, en door zbc's geleverd wordt. Het omvat met name laag-complexe zorg met een hoog volume. Dit betreft zorg die via afspraak kan plaatsvinden, zoals operaties, controles, chronische zorg en vervolgbehandelingen. In de data-analyses leggen we de focus specifiek op enkele herkenbare planbare zorgproducten.

Hoe is de bekostiging en contractering nu vormgeven?

In dit hoofdstuk lichten we toe hoe de bekostigingssystematiek nu werkt en hoe dit in de contractering vorm krijgt. Daarnaast beschrijven we de mogelijkheden die er nu zijn al binnen de bekostiging voor prestatiedifferentiatie en binnen de contractering voor tariefdifferentiatie. Tot slot geven we aan welke andere financieringsstromen instellingen kunnen ontvangen en wat dat betekent voor een instelling.

Bekostiging

Uitgangspunten bekostiging

In de msz brengen zorgverleners zorg in rekening via diagnose-behandelcombinaties (dbc-zorgproducten). Het te declareren dbc-zorgproduct wordt bepaald door de vastgelegde diagnose en de zorgactiviteiten die een patiënt binnen een bepaalde periode ontvangt. Deze zorgactiviteiten zijn bedoeld voor het inzicht in de geleverde zorg (diagnose behandel combinatie), maar geven geen inzicht in de zorgzwaarte van de specifieke patiënt of intensiteit van de zorg. Deze zorgactiviteiten bieden de mogelijkheid om de setting van de zorglevering te onderscheiden, door dagverpleging, verpleegdag of poliklinisch consult. Het is niet inzichtelijk of de zorg tijdens ANW-diensten (kosten) heeft plaatsgevonden.

Daarnaast kan er variatie zijn in de intensiteit van een zorgactiviteit, voor verschillen in intensiteit van zorg wordt soms éénzelfde zorgactiviteit vastgelegd, terwijl de ene zelfde operatieve ingreep minder zwaar is dan de andere. De variatie in zorgzwaarte valt op dit moment niet te onderscheiden binnen de dbc-systematiek.

Kosten die een ziekenhuis maakt worden toegerekend aan dbc-zorgproducten. Kosten worden door aanbieders toegewezen op zorgactiviteitsniveau, zorgproductniveau en/of concernniveau. Uiteindelijk leveren zij de kostprijzen van dbc-zorgproducten aan bij de NZa. Daarnaast worden er kostentoe wijzingsniveaus gehanteerd: materiaal- en personeelskosten kunnen worden toegewezen aan specifieke dbc's, maar gebouwgebonden kosten worden 'uitgesmeerd' over alle dbc-zorgproducten die een ziekenhuis in rekening brengt (i.e. overhead). De beleidsregel kostprijsmodel zorgproducten msz schrijft voor welke kosten onder welke categorieën vallen, deze schrijft niet voor hoe verdeelsleutels voor de overige kosten gebruikt moeten worden. Verschillen tussen instellingen kunnen leiden tot verschillen in de kostprijs van zorgproducten.

De dbc-systematiek is een systeem gebaseerd op gemiddelde kosten per dbc-zorgproduct. Het is de bedoeling dat de gemiddelde kosten de prijs van een dbc-zorgproduct representeren. Het is niet de bedoeling dat deze gemiddelde prijs veel hoger ligt dan de geleverde zorg maar het is ook niet mogelijk dat het een exacte prijs is voor de geleverde zorg. Door een gewogen landelijk gemiddelde te bepalen wordt inzichtelijk wat de gemiddelde kosten voor een dbc-zorgproduct zijn.

Op dit moment is sprake van een functionele bekostiging die voor iedere zorgverlener toegankelijk moet zijn wanneer deze aan de eisen van de wet, toelating en ZVW voldoet.

Gereguleerd en vrij segment

De dbc-systematiek kent zowel producten in het vrije segment (i.e. vrij onderhandelbaar tarief) en gereguleerd segment, het A-segment. Voor zorgproducten binnen het A-segment stelt de NZa op

landelijk niveau maximumtarieven vast. De minister van VWS en de Tweede Kamer bepalen voor welke sectoren al dan niet vrije tarieven gelden. Die afweging wordt voornamelijk gebaseerd op hoe goed de markt functioneert. Wanneer dit niet het geval is, zoals bijvoorbeeld bij schaarste of onevenredige marktmacht, kan een maximumtarief worden ingesteld.

Prestatiedifferentiatie

De huidige bekostiging kent al een vorm van prestatiedifferentiatie, namelijk prestatiedifferentiatie op basis van de (frequentie van) vastgelegde typerende zorgactiviteiten en de diagnose die de declaratie bepaalt. Deze prestatiedifferentiatie maakt verschillen in geleverde zorg (deels) zichtbaar, bijvoorbeeld door het vastleggen van een conservatieve of een operatieve behandeling bij een bepaalde aandoening. Het vastleggen van deze verschillende zorgactiviteiten kan ertoe leiden dat, middels prestatiedifferentiatie, de declarabele producten bij dezelfde diagnose verschillend zijn. Andere zorgactiviteiten die leiden tot verschillende declarabele producten zijn bijvoorbeeld de duur van een poliklinisch traject of van een klinische opname, of de aanwezigheid van diagnostiek.

De afleiding van behandeltrajecten naar declarabele prestaties is vormgegeven op basis van geleverde zorg. Het uitgangspunt is dat gelijksoortige dbc-zorgproducten die zorginhoudelijk en qua kosten op elkaar lijken zoveel mogelijk in één dbc-zorgproduct komen. Prestatiedifferentiatie naar twee of meer dbc-zorgproducten vindt plaats wanneer vanuit zorginhoud of zorgkosten de verschillen te groot worden.

Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten msz

De Beleidsregel Kostprijsmodel zorgproducten medisch-specialistische zorg - BR/REG-23152 schrijft voor welke kosten tot welke categorieën, zoals gebouwgebonden kosten of medisch inventaris, gerekend dienen te worden om tot een vergelijkbare kostprijs te komen. Financieringsstromen buiten de declaratie van dbc-zorgproducten worden afgeslagen op de kostprijzen om dubbele bekostiging te voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn de academische component, vaste beschikbaarheidvergoedingen en opleidingsgelden. De opbrengsten (vergoeding) voor een specifiek onderdeel (bijvoorbeeld opleidingen) worden ontvangen, maar worden niet binnen het dbc-zorgproduct meegenomen in de kostprijsberekeningen/ tarieven.

Contractering

Uitgangspunten contractering

Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht. Dat betekent dat zij binnen de regio moeten zorgen voor voldoende beschikbare zorg die van goede kwaliteit is. Deze zorg kopen zorgverzekeraars in bij zorgaanbieders. Zorgverzekeraars zijn bij het inkopen van zorg vrij om te bepalen met welke zorgaanbieders zij een overeenkomst willen sluiten, welke zorg zij willen inkopen en tegen welke voorwaarden en tarief. Via contractering van zorg kunnen zorgverzekeraars actief sturen op inhoud, toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit én doelmatigheid van zorg. Zorgverzekeraars hoeven niet met alle zorgaanbieders een contract af te sluiten. Zolang er maar voldoende zorg wordt ingekocht om tijdig te voldoen aan de zorgplicht.

Niet gecontracteerde zorg

Zorgaanbieders kunnen besluiten om geen contract te sluiten met een zorgverzekeraar. Eveneens kan een zorgverzekeraar kiezen een aanbieder geen contract aan te bieden. Dan is er sprake van niet gecontracteerde zorg, waarbij de zorgverzekeraar vaak slechts een deel van de geleverde zorg zal vergoeden. Bij niet gecontracteerde zorg zijn er minder mogelijkheden om gezamenlijk afspraken te maken over kwaliteit en de transitie naar passende zorg. Niet gecontracteerde zorg hoeft niet te

betekenen dat de zorg van (te) lage kwaliteit is of te duur is – eveneens kunnen innovatieve vormen van zorg juist hun oorsprong vinden bij nieuwe, of anders georganiseerde, aanbieders. De huidige systematiek gaat uit van een functionele bekostiging, hierin wordt geen onderscheid gemaakt in welke aanbieder de zorg levert. De zorg is in de basis gelijk, ongeacht de bekostigingsroute (gecontracteerd/ niet gecontracteerd). Vooralsnog is het aandeel niet-gecontracteerde zorg binnen de msz erg klein.

Type contractonderhandelingen

Over het algemeen worden op basis van historische data vaak contractafspraken gemaakt voor een volgend jaar. Er zijn veel verschillende contractevormen. In de meeste gevallen worden er afspraken op hoofdlijnen gemaakt, bijvoorbeeld afspraken op basis van aanneemsommen, omzetplafonds of PxQ. Binnen de contractafspraken worden er aanvullende afspraken gemaakt over bijvoorbeeld digitalisering, innovaties en kwaliteit. Daarnaast worden er steeds vaker aanvullende afspraken gemaakt over passende zorg en de afspraken die bijdragen aan landelijke doelstellingen (IZA, AZWA). Deze afspraken kunnen eenjarig zijn of meerjarig.

Kruissubsidie

Instellingen maken totaalafspraken met verzekeraars over (onderdelen van) de zorg. In de onderhandelingen wordt door ziekenhuizen vaak specifiek ingezet op bepaalde zorg waar een minimale prijs voor onderhandeld moet worden. Vanwege de veelheid aan dbc-zorgproducten is het niet goed mogelijk om over elk dbc-zorgproduct te onderhandelen. Daarnaast kunnen er ook voor specifieke onderdelen prijsafspraken worden gemaakt. Bijvoorbeeld wanneer instellingen een innovatie willen toepassen of speerpunten hebben op dbc-zorgproducten.

Op twee niveaus kan er compensatie van inkomsten en uitgaven plaatsvinden. Allereerst kan op totaalniveau de inkomsten en uitgaven worden gecompenseerd. Dit komt voor als een instelling bepaalde zorg moet of wil blijven leveren, zoals de beschikbaarheidsfunctie van de SEH. Daar waar een beschikbaarheidsbijdrage op de acute zorg niet volledig de kosten compenseert van het in standhouden en voldoende productie draait, probeert men de marges die behaald worden, op bijvoorbeeld planbare zorg, te compenseren met het verschil. Ook kan op dbc-zorgproductniveau compensatie plaatsvinden. Dit heeft te maken met de prijslijsten van instellingen die winstgevende producten en verlieslatende producten bevatten. Dit heeft als effect dat de positieve marges die behaald worden op één dbc-zorgproduct worden gebruikt om de negatieve marges op een ander dbc-zorgproduct te compenseren. De heen en weer compensatie van gelden binnen een instelling wordt ook wel kruissubsidie genoemd.

Eveneens kan er kruissubsidie bestaan tussen het gereguleerde segment en het vrije segment. Daar waar de opbrengsten van gereguleerde producten mogelijk knellen met het kostenniveau, kan een aanbieder dit verschil compenseren met opbrengsten uit het vrije segment. De NZa stelt gemiddeld kostendekkende tarieven vast voor het tariefgereguleerde segment. Gemiddeld kostendekkende tarieven maken echter niet dat de tarieven kostendekkend zijn voor elke individuele instelling, met mogelijke kruissubsidie als gevolg.

Tariefdifferentiatie

Verzekeraars kunnen via tariefdifferentiatie binnen de contractering rekening houden met verschillen tussen instellingen.

Dbc-zorgproducten kunnen zich in het gereguleerde segment (A-segment) of vrije segment bevinden. Zowel voor dbc-zorgproducten in het gereguleerde- als het vrije -segment vinden contractonderhandelingen plaats tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij voor het gereguleerde-segment de NZa het maximumtarief bepaalt op basis van landelijk gemiddelde aangeleverde kostprijzen. Aanbieders en verzekeraars maken afspraken voor beide segmenten over de

tarieven. Deze kunnen per instelling verschillend zijn (tariefdifferentiatie). De manier waarop deze differentiatie bepaald wordt kan op basis van een veelvoud aan factoren. Zo kan er bijvoorbeeld onderscheid gemaakt worden tussen type aanbieders (bijvoorbeeld een zelfstandig behandelcentrum en een algemeen ziekenhuis), maar kan er ook gekeken worden naar verschil in geleverde zorg, of de regio waarin een zorgaanbieder zich bevindt.

Financieringsstromen

Naast deze totaal- en specifieke prijsafspraken in de contractering, zijn er nog andere financieringsstromen die een instelling kan ontvangen: academische component, vaste beschikbaarheidvergoedingen, opleidingsgelden, onderzoeksgelden en andere subsidies of fondsen. Een aantal van deze financieringsstromen is bedoeld om te compenseren voor de extra inzet en kosten (zoals medische vervolgoedingen). Alle verschillende financieringsstromen die een instelling wel of niet ontvangt, hebben een wisselwerking en kunnen elkaar positief en negatief beïnvloeden. Als er een verandering plaatsvindt, dan kan het voorkomen dat een financieringsstroom onvoldoende dekkend is. Mogelijk wordt dit dan gecompenseerd door een andere financieringsstroom. Voor deze rapportage is het van belang om die samenhang en wisselwerking goed te begrijpen om te bepalen of prestatiedifferentiatie een positieve bijdrage kan leveren.

Welke verschillen zien we tussen type zorginstellingen?

Als we het hebben over 'het speelveld', is het van belang om een beeld te hebben van de verschillende zorginstellingen die er zijn. Een aantal ervan lichten we in dit rapport uit:

- Zelfstandige behandelcentra zijn particuliere klinieken die zorg leveren die de zorgverzekering vergoedt (met uitzondering van bijvoorbeeld cosmetische chirurgie), en zijn gespecialiseerd in het verlenen van één of enkele type medisch specialistische zorg.
- Algemene ziekenhuizen leveren medisch-specialistische zorg voor diagnostiek, behandeling en verpleging met overnachting, niet gericht op een specifieke bevolkingsgroep en/of specifieke fysieke ziekten.
- Academische ziekenhuizen leveren zeldzame, gespecialiseerde en complexe zorg en leveren daarnaast deels dezelfde zorg als de (grote) algemene ziekenhuizen. Er wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan en nieuwe medische behandelingen ontwikkeld. Een academisch centrum is gekoppeld aan een universiteit via de opleiding geneeskunde.

Zbc's leveren over het algemeen laag-complexe planbare zorg, waarbij ingrepen en behandelingen plaatsvinden die geen urgent of spoedeisend karakter hebben, en doorgaans weinig risico kennen. Bij algemene- en academische ziekenhuizen valt niet altijd duidelijk onderscheid te maken tussen planbare zorg en andere vormen van zorg.

De verschillende typen zorginstellingen kunnen variëren in hun zorgaanbod. Een gespecialiseerde zbc heeft vaak minder grote en/of complexe infrastructuur dan een groot algemeen ziekenhuis met sterke regionale functie, en hun doelgroep is daar ook op afgestemd. Eveneens kunnen er verschillen zijn in doorlopend zorgaanbod: het al dan niet beschikbaar houden van een SEH en/of IC-afdeling brengt kosten met zich mee en legt een ander beslag op personele inzet.

Deze verschillen hebben volgens de werkgroep onder andere te maken met twee belangrijke dimensies: casemix en de functies van een instelling. Hieronder wordt voor zowel casemixverschillen als verschillen in functies toegelicht hoe dit verschil tot uiting komt tussen de verschillende instellingen, en welke impact dit heeft op het speelveld.

Casemixverschillen

Onder casemix verstaan we de patiëntgroep die door een bepaalde instelling wordt behandeld. Deze patiëntengroep laat zich beschrijven aan de hand van verschillende dimensies, bijvoorbeeld zorgzwaarte, leeftijd en sociaaleconomische status.

Een belangrijke eigenschap, en mogelijk de meest bepalende factor voor de kosten, is de zorgzwaarte van de patiënten in de casemix van een instelling. Zorgzwaarte is een verzamelterm voor de patiëntkenmerken die aangeven hoe uitgebreid of complex de behandeling is in vergelijking met andere patiënten die voor eenzelfde behandeling in aanmerking komen. Comorbiditeit (de aanwezigheid van een of meerdere aandoeningen naast de aandoening waarvoor de patiënt in behandeling komt) en ASA-score (een classificatiesysteem die de fysieke gesteldheid van de patiënt beoordeelt op een schaal van 1 tot 6) zijn manieren om de zorgzwaarte te kwantificeren. Eveneens is de kans op het terugkeren van een ziektebeeld bepalend voor de zorgzwaarte van de patiënt. Casemixverschillen gaan dus met name over minder complexe patiënten in de ene instelling, en complexere patiënten in een andere. Vaak bestaat er

samenhang tussen deze dimensies; hogere leeftijd bijvoorbeeld gaat over het algemeen samen met hogere zorgzwaarte. Gezamenlijk geven ze een compleet beeld van de patiënten die bij een bepaald type instelling komen.

Welke casemixverschillen zien we tussen verschillende type instellingen?

Op dit moment worden door de partijen weinig verschillen ervaren in de type activiteiten die plaatsvinden voor de geleverde planbare zorg (diagnostiek en behandeling). Echter kan de zorg rondom deze activiteiten verschillen: de ene patiënt kan bij dezelfde aandoening of behandeling meer tijd vragen bij de operatie of tijdens de voor- en nazorg dan de andere.

Instellingen kunnen keuzes maken welk type patiënten ze behandelen (bijvoorbeeld de complexiteit van de aandoening, of het type aandoening). Hierdoor kunnen er verschillen ontstaan in de zwaarte van de geleverde zorg. De keuzes die in een instelling maakt met betrekking tot de patiëntpopulatie hebben effect op de organisatie van zorg (efficiëntie) en het aanbod dat in de regio beschikbaar is.

Data-analyses voor casemixverschillen

Er zijn veel manieren waarop je casemixverschillen in beeld kunt brengen op basis van beschikbare data, elk met eigen voor- en nadelen. Om een indruk te krijgen van de casemixverschillen brengen we hierna voor vier dbc-zorgproducten in beeld hoe de casemix eruitziet voor academische en algemene ziekenhuizen en zbc's. Klinieken van ziekenhuizen (focusklinieken) kunnen we niet apart in beeld brengen omdat hun declaraties niet als zodanig te onderscheiden zijn in de declaratiedataset. Effecten van de aanwezigheid van focusklinieken in sommige ziekenhuizen zijn daardoor onbekend.

De vier zorgproducten waar we naar kijken zijn; een dermatologische ingreep bij huidkanker, een staaroperatie, een heupvervangende operatie en een operatie vanwege carpaletunnelsyndroom. Er is gekozen voor deze vier dbc's (van vier verschillende specialismen) omdat ze enkele van de meest voorkomende planbare (operatieve) behandelingen representeren. Ze worden door zowel ziekenhuizen als zbc's jaarlijks in grote aantallen uitgevoerd. De gekozen zorgproducten zijn niet representatief voor de gehele planbare zorg. Een complete analyse voor de planbare zorg maken, gaat buiten de scope van dit adviesrapport. Dit betekent dat we op basis van de analyse ook geen harde uitspraken kunnen doen over de planbare zorg in volle breedte. De analyse is vooral uitgevoerd ter ondersteuning van de gesprekken tijdens de werksessies en om de ervaren knelpunten op hoofdlijnen te illustreren.

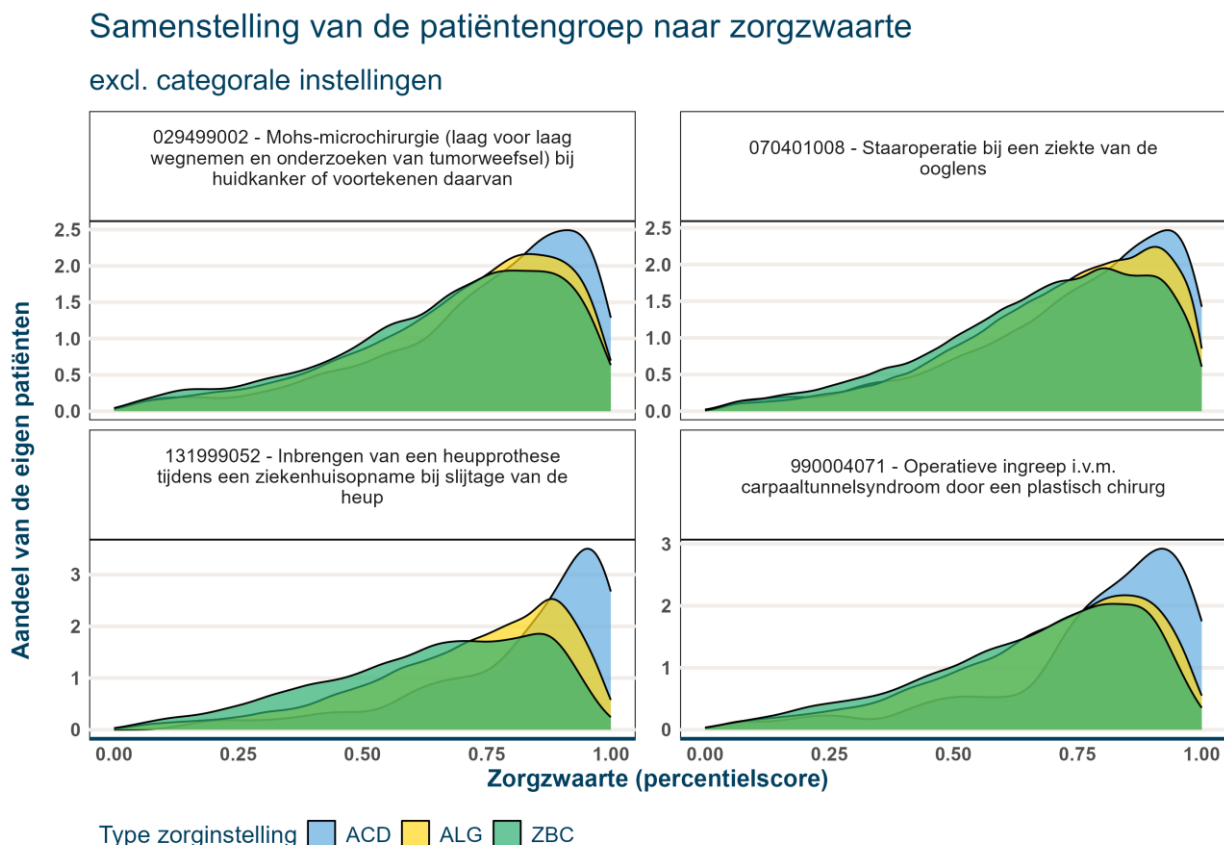
Samenstelling van de patiëntgroepen naar zorgzwaarte

Een veel genoemde methode om zorgzwaarte vast te stellen is de ASA-score. De ASA-score is een classificatiesysteem, dat is ontworpen om zorgprofessionals te helpen het risico op complicaties te stratificeren, wat invloed heeft op het beleid. Er zijn zes scores (ASA-1 t/m ASA-6). In de praktijk worden in de electieve zorg echter weinig verschillen ervaren wat betreft zorgzwaarte tussen ASA-1 en ASA-2, of tussen ASA-3 en ASA-4 (weinig verschillen in het uitvoeren van de operatie). In de data waarover wij beschikken wordt de ASA-score niet vastgelegd. Hierdoor hebben we geen inzicht in de ASA-scores van de patiënten die behandelingen ondergaan. Om deze reden hebben we in de data-analyse een andere indicator genomen voor zorgzwaarte, namelijk de totale zorgkosten van een patiënt voorafgaand aan de behandeling. Onze aanname daarbij is dat patiënten die een voorgeschiedenis van (intensieve) zorg hebben, ook later meer intensieve zorg nodig hebben. Een verdere toelichting op de gebruikte data, op de manier waarop we zorgzwaarte hebben geoperationaliseerd, en de instellingen die deze zorg uitvoeren is te vinden in de bijlage.

In **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** Figuur 1 illustreren we de zorgzwaarte van patiënten op basis van de hierboven genoemde vier planbare zorgproducten. Op de horizontale as wordt de zorgzwaarte van de behandelde patiënten weergegeven. Patiënten die tot het begin van het dbc-traject helemaal gezond waren staan links, patiënten die al langer een beroep op zorg doen staan rechts.

Duidelijk is te zien dat academische instellingen relatief veel patiënten met een hoge zorgzwaarte behandelen, en zbc's juist wat vaker de 'gezonde' patiënt helpen. Bij heupvervangingen is dit verschil duidelijker dan bij staaroperaties. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de academische instellingen in absolute aantallen een kleine rol spelen (zie bijlage voor de aantallen).

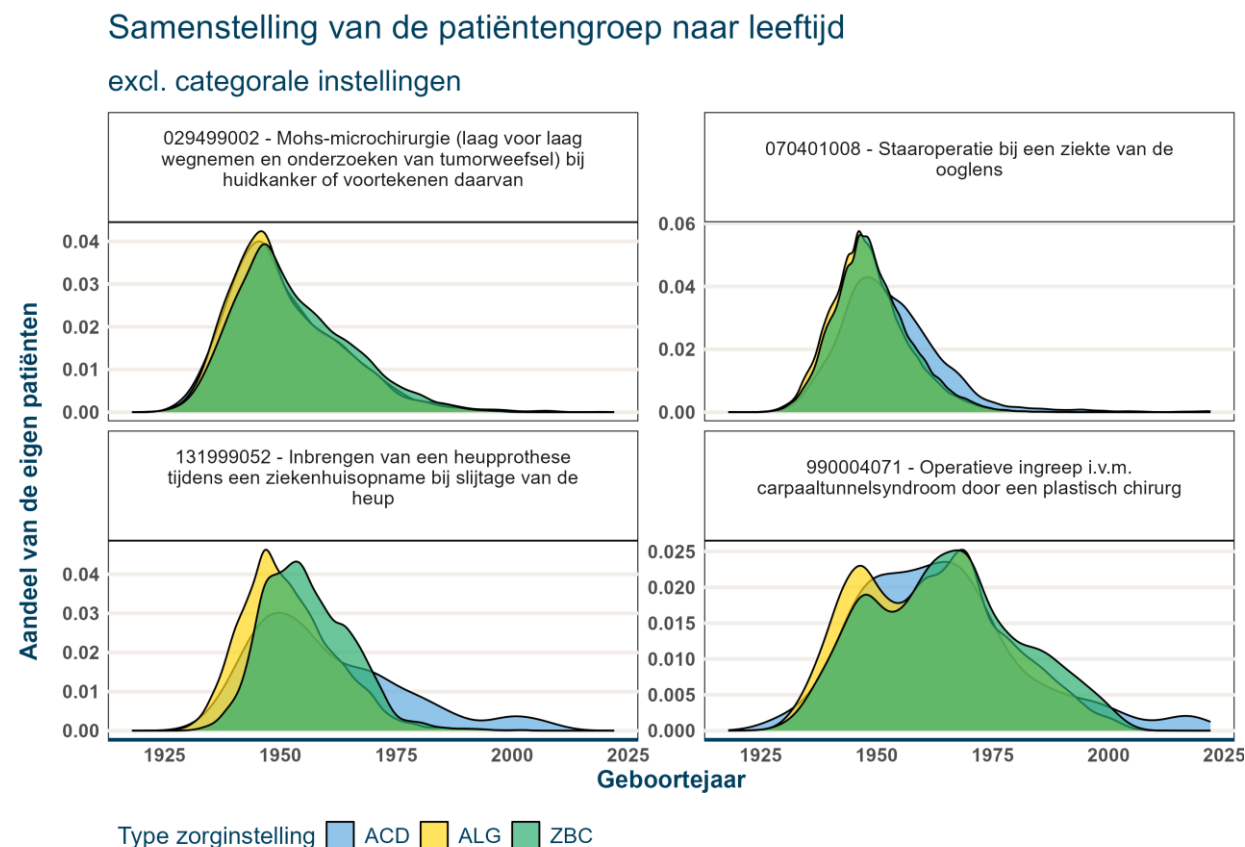
Figuur 1. Samenstelling van de patiëntengroep naar zorgzwaarte.



Samenstelling van de patiëntengroepen naar leeftijd

Andere maatstaven zijn de leeftijdssamenstelling van de patiëntpopulatie (Figuur 2), of de sociaaleconomische status (SES) (Figuur 3). Uit Figuur 2 valt op te maken dat jonge patiënten relatief vaak in een academische setting worden geopereerd. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat deze patiënten meer complexe aandoeningen hebben.

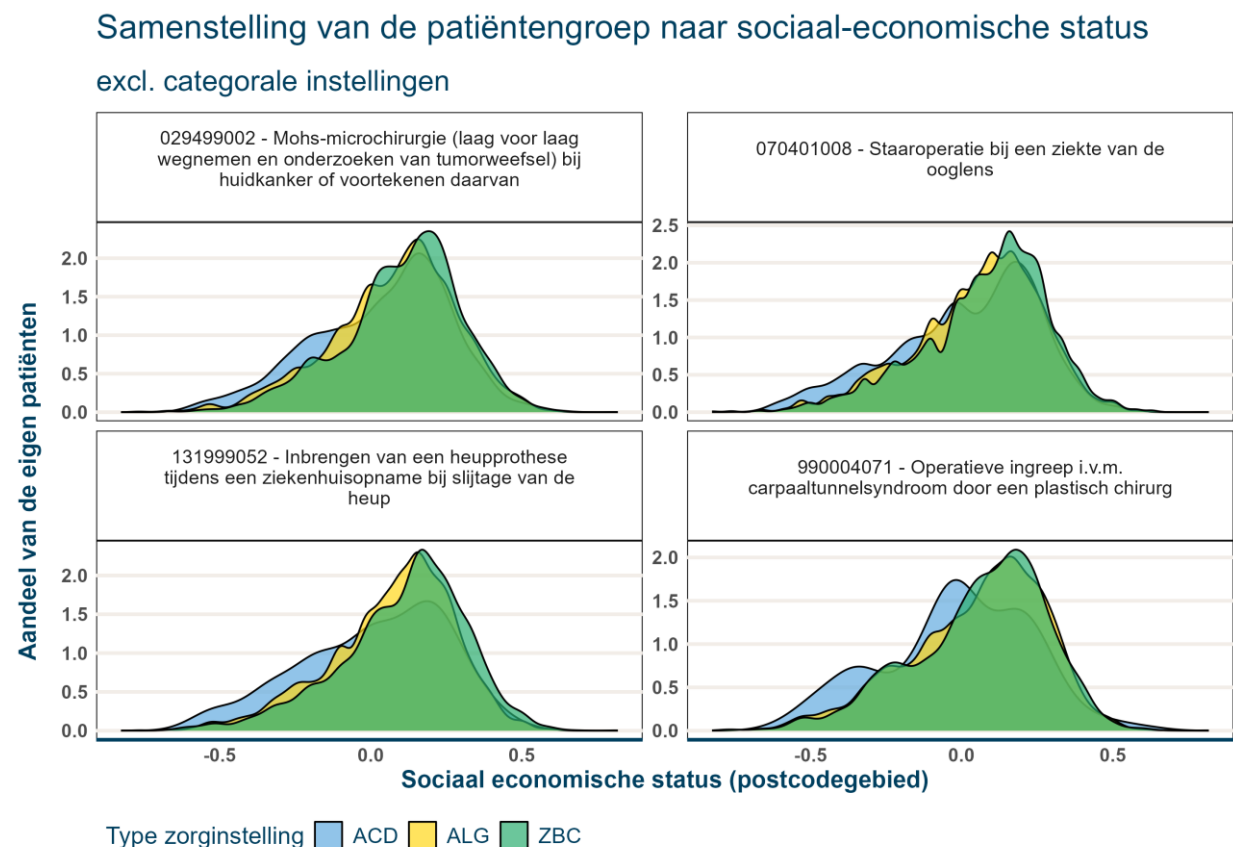
Figuur 2. Samenstelling van de patiëntengroepen naar leeftijd



Samenstelling van de patiëntengroepen naar sociaal-economische status

In Figuur 3 is te zien dat de academische instellingen relatief vaker patiënten met een lagere SES (lager inkomen, praktisch opgeleid, minder arbeidsmarktparticipatie) behandelen (negatieve score op de x-as), dan zbc's en algemene ziekenhuizen. De verschillen tussen instellingen zijn hier minder uitgesproken. SES geeft hierin minder aanleiding om op te differentiëren.

Figuur 3. Samenstelling van de patiëntengroep naar sociaaleconomische status

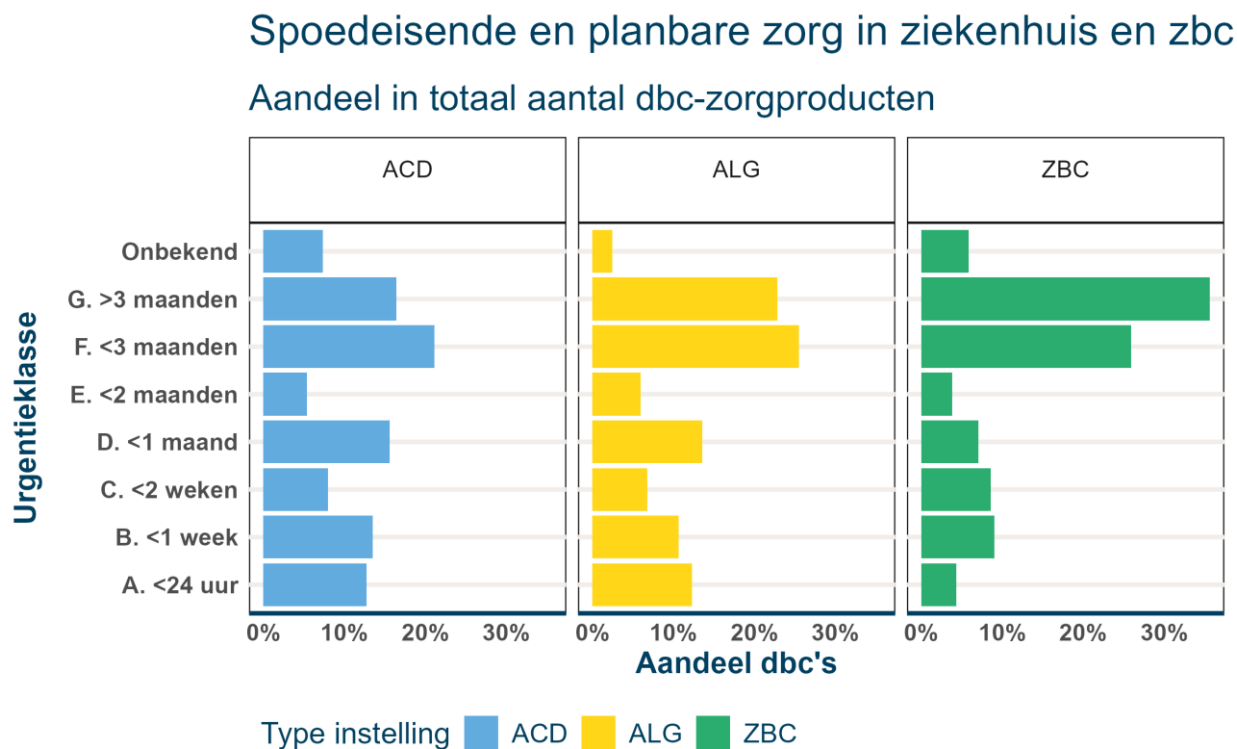


Samenstelling van de patiëntgroepen naar de mate van urgentie

Voor Figuur 4 is (voor de gehele msz) een verdeling gemaakt naar mate van de urgentie van de geleverde zorg. Hiervoor is gebruik gemaakt van een indeling die vanwege covid-19 door medisch specialisten is opgesteld om te monitoren welke zorg echt niet uit te stellen is, en welke wel (gepubliceerd op 2 juni 2020 op <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/06/02/update-urgentielijst-ziekenhuiszorg>, maar niet meer online beschikbaar). De lijst geeft voor alle vaak voorkomende diagnose-/zorgproductcombinaties aan wat de meest waarschijnlijke gewenste behandelsnelheid is, in 7 klassen die uiteenlopen van 24 uur tot meer dan 3 maanden. Alle dbc's uit 2023 zijn toegedeeld aan één van de 7 urgentieklassen. Dbc-zorgproducten waarvan het zorgproduct niet in deze indeling voorkomt, zijn toegedeeld op basis van hun diagnose. De dbc's met een niet gespecificeerde urgentie (het gaat hierbij veelal om wat minder frequent voorkomende diagnoses) komen in de urgentieklasse 'onbekend'.

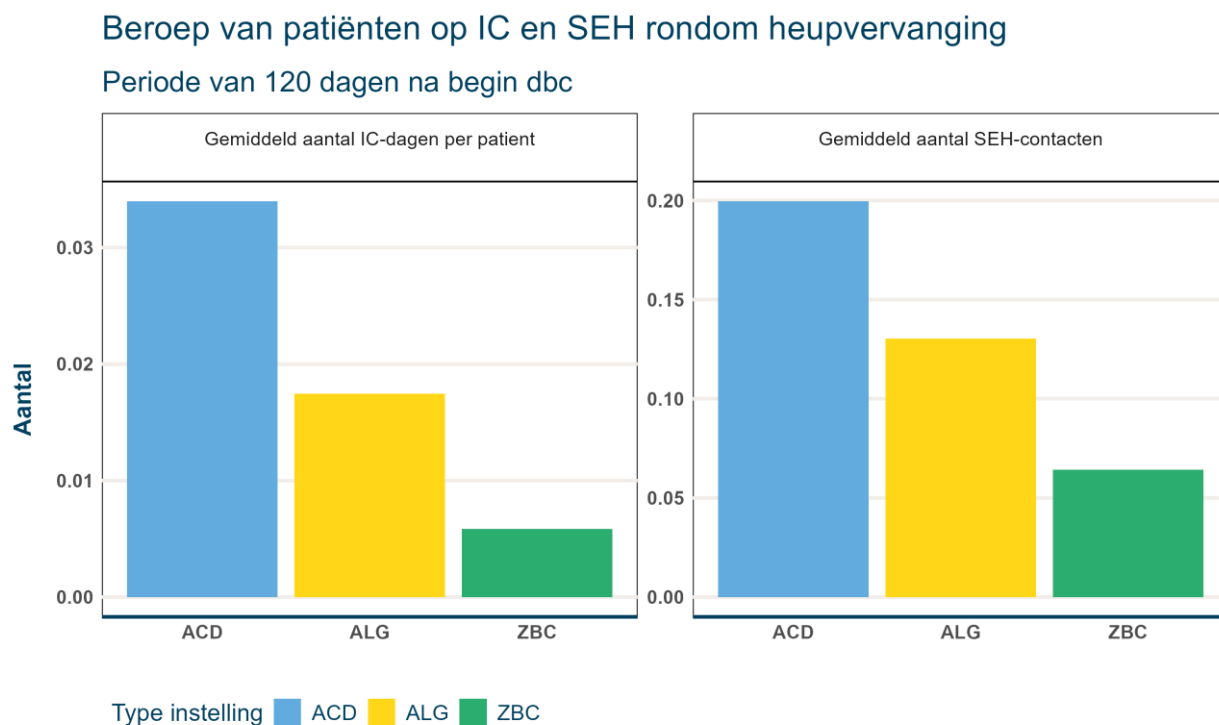
We zien dat zbc's voornamelijk planbare zorg leveren (3 maanden of langer), maar niet uitsluitend. De meeste urgente zorg wordt verleend in (algemene en academische) ziekenhuizen. Alle type instellingen leveren zorg in alle urgentieklassen. Bij urgente zorg in zbc's kun je denken aan intravitreale injecties (bijvoorbeeld vanwege subretinale neovascularisatie, vaatafsluiting of maculadegeneratie), nierdialyse, liesbreuk(operaties), herniaoperaties en nog een aantal minder voorkomende behandelingen. Dit zijn vooral behandelingen die niet lang uitgesteld kunnen worden.

Figuur 4. Spoedeisende en planbare zorg in ziekenhuizen en zbc's



Een andere manier om de urgentie van zorg te bekijken, is door de voorzieningen die ervoor in stand moeten worden gehouden, te vergelijken. In Figuur 5 doen we dat voor het dbc-zorgproduct Heupvervanging die we al eerder bekeken (dbc-zorgproduct 131999052). Deze behandeling leidt niet vaak tot een ic-opname of een seh-contact in de periode die erop volgt, maar patiënten die in een academisch ziekenhuis zijn behandeld, hebben in de 120 dagen erna wel een veel grotere kans op IC-opname dan patiënten die in een zbc zijn geopereerd. Dit betekent overigens niet dat er een causaal verband bestaat tussen de operatie en de ic-opname. Evenzo zien we dat patiënten bij een academisch ziekenhuis relatief veel vaker terugkomen op de seh.

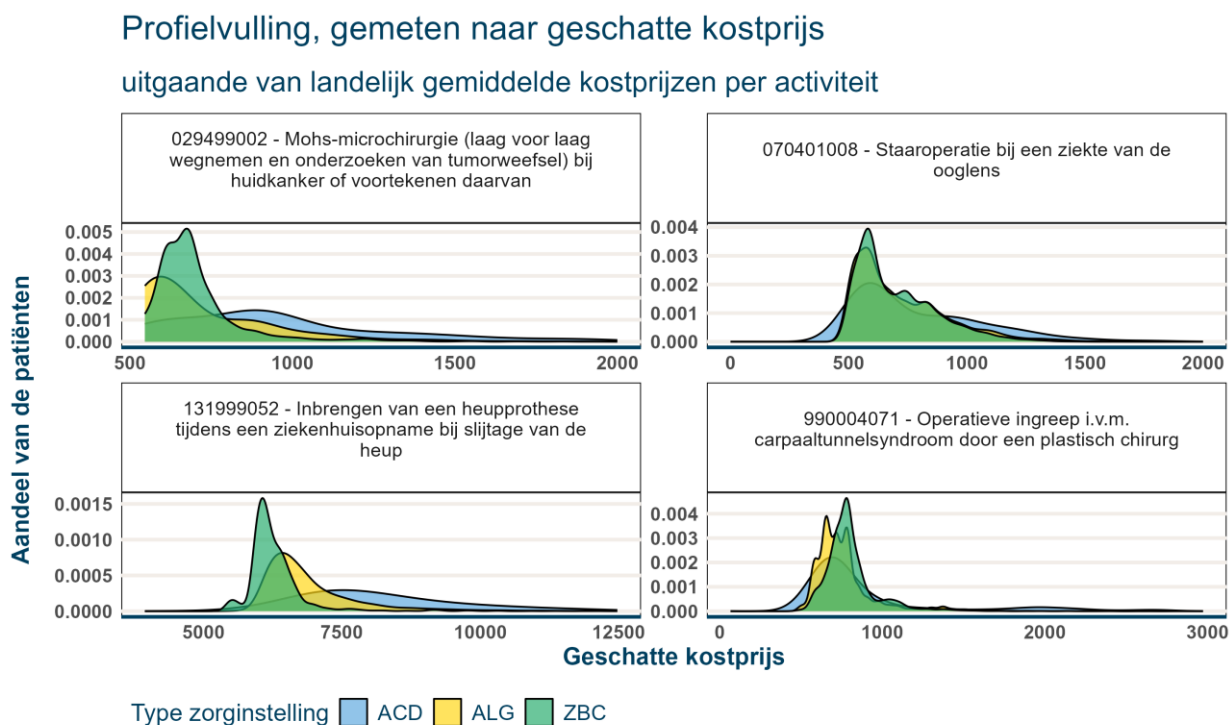
Figuur 5. Kansen op IC-opname of SEH-contact na een heupoperatie



Casemixverschillen uitgedrukt in kosten

Tot slot kijken we nog naar casemixverschillen uitgedrukt in kosten, die gebaseerd zijn op de zorgactiviteiten in het dbc-zorgproduct, gewogen met de landelijk gemiddeld geschatte kostprijzen van deze zorgactiviteiten. We zien dat bij de behandeling van carpaletunnelsyndroom er weinig verschillen zijn in de inhoud van de behandeling, zowel tussen verschillende type instellingen als ook binnen een type instelling. Ook bij staaroperaties is de profielvulling bij verschillende soorten instellingen vergelijkbaar, zij het met een iets grotere spreiding. De beide andere ingrepen, Mohs microchirurgie en heupvervanging, kennen wel een grotere verscheidenheid in profielvulling.

Figuur 6. Variatie in profielvulling van dbc-zorgproducten bij verschillende type zorginstellingen



Wat is de invloed van casemixverschillen op het speelveld?

Uit de gesprekken en de data-analyses blijkt dat de complexiteit van de patiënten per type instelling kan verschillen. Dit heeft invloed op het zorgaanbod dat een instelling levert en hoe het zorgproces van de instelling is ingericht.

De meeste zbc's zijn over algemeen ingericht om de minder-complexe patiënten te behandelen. Hierdoor hebben ze, in de meeste gevallen, geen faciliteiten en dure infrastructuur nodig voor intensieve zorg (zoals een ic-afdeling). De meeste algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen zijn ingericht om zorg te leveren voor het hele spectrum van zorg aan niet-complexe patiënten tot aan complexe patiënten.

Op landelijk en regionaal niveau wordt gestreefd naar voldoende variatie van instellingen om te voorzien in het aanbod. Het kan voorkomen dat in regio's een deel van de instellingen zich specifiek richt op de minder-complexe patiënten. Hierdoor kunnen de algemene en academische ziekenhuizen zich met name focussen op patiënten met een complexere zorgvraag. Als een deel van de zorgaanbieders in de regio zich specifiek richt op de 'minder' complexe patiënt, kan dit een oneerlijk speelveld in de hand werken. Dit hangt mede af van de vergoedingen die hier tegenover staan; prestatiedifferentiatie in de bekostiging en tariefdifferentiatie in de contractering. Ook kan de casemix van een instelling invloed hebben op de (regionale) marktpositie, en op de marktmacht die een instelling heeft. Op het moment dat een instelling zich positioneert als specialist in het behandelen van bepaalde type aandoeningen, heeft dit zowel invloed op het aangaan van samenwerkingsrelaties, als op een sterke onderhandelingspositie in de contractering.

Tariefdifferentiatie in de contractering is een instrument om verschillen die er zijn tussen instellingen in het leveren van onder andere zorg, infrastructuur en onregelmatigheidsdiensten te compenseren. De

belangrijkste vergoeding is het tarief dat in rekening gebracht wordt bij de verzekeraar. De huidige bekostiging is zodanig dat zorgzwaarte (en daarmee het afgesproken tarief) wordt bepaald door de geleverde zorg (het aantal van de verschillende activiteiten). Hoe intensief de geleverde zorg is geweest, bijvoorbeeld hoe lang de polikliniekbezoeken of de operatie hebben geduurd, is niet terug te zien in de bekostigingsdata. We kunnen dan ook niet vaststellen of binnen de onderhandelingen de casemixverschillen voldoende tot hun recht komen in de overeengekomen tarieven, en of de casemixverschillen leiden tot een oneerlijk speelveld.

Verschillen tussen instellingen wat betreft functies

De functie van een instelling (bijvoorbeeld een beschikbaarheidsfunctie voor acute zorg) bepaalt mede het type zorg dat wordt geleverd (planbaar en/of acuut). Onder infrastructuur verstaan we het geheel aan voorzieningen die een instelling in stand moet houden om de noodzakelijke zorg in de regio te kunnen leveren en toegankelijk te houden. Binnen de regio moet er genoeg aanbod en diversiteit van de verschillende type instellingen voor een (basis)infrastructuur zijn om de toegankelijkheid van zorg ook in de regio te garanderen. Elementen van een goede infrastructuur in de regio zijn: voldoende beschikbare instellingen die acute en intensieve zorg kunnen leveren, en genoeg personeel om ook ANW-diensten te draaien. Bij zbc's ontbreken deze functies doorgaans, wat zowel effect heeft op regionaal zorgaanbod als op de kostprijs van behandelingen van die aanbieder.

Welke verschillen in functies zien we tussen verschillende type instellingen?

Er zijn een aantal functies per type instelling, waardoor verschillen kunnen ontstaan. De verschillen zitten dan in de dure infrastructuur, beschikbaarheid en onregelmatigheidsdiensten, en opleiding.

Dure infrastructuur

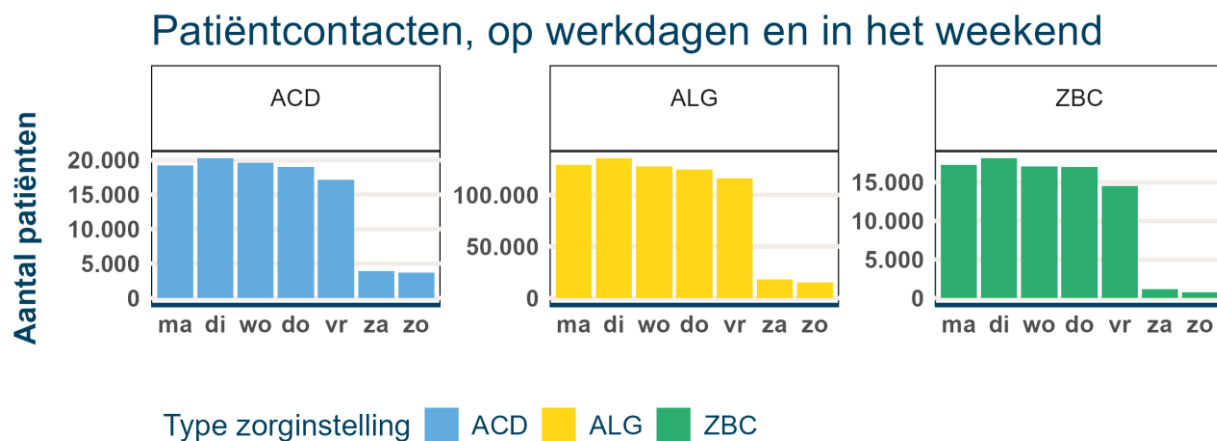
De dure infrastructuur zijn vaste voorzieningen die een instelling in stand moet houden, vaak los van het daadwerkelijk geleverde volume zorg. Hierbij moet gedacht worden aan afdelingen voor acute en voor intensieve zorg, laboratoria en röntgen en aan de bijbehorende onregelmatigheidsdiensten (ANW).

Beschikbaarheid en onregelmatigheidsdiensten

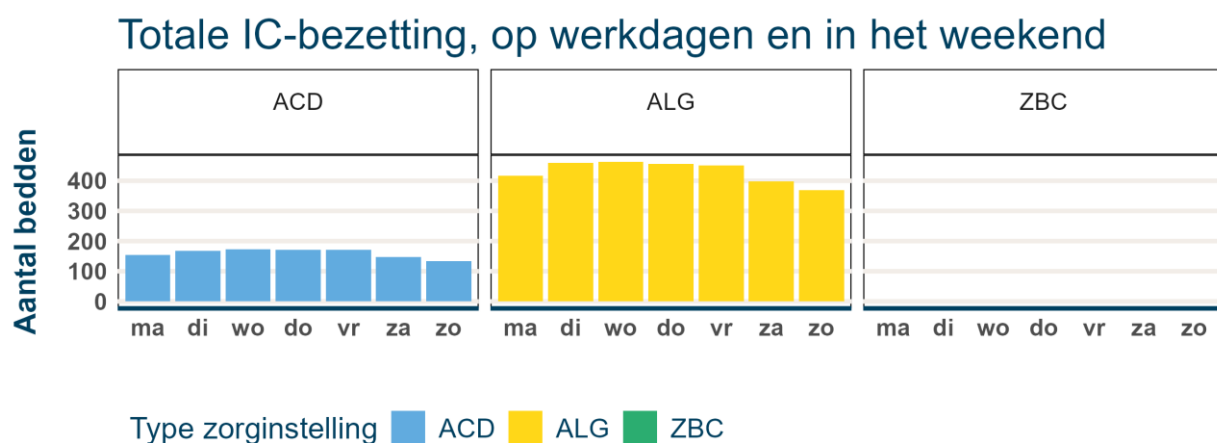
Om de verschillen op het gebied van beschikbaarheid en onregelmatigheidsdiensten tussen academische centra, algemene ziekenhuizen en zelfstandige klinieken in beeld te brengen, hebben we een vergelijking gemaakt van de patiëntencontacten, ic-bezetting en seh-contacten door de week en in het weekend.

In Figuur 7 t/m 9 hebben we voor de weekenddiensten in beeld gebracht welk type instelling welk aandeel heeft in het aantal patiënten, ic-opnames en seh-contacten. De bemensing voor nachtdiensten is lastig te becijferen. Een indicatie zou kunnen zijn dat zbc's gezamenlijk ongeveer 1% van alle verpleegdagen registreren en algemene ziekenhuizen 77%. Bij alle soorten instellingen worden er in het weekend veel minder patiënten behandeld dan op werkdagen. Maar de aard van de behandeling verschilt wel tussen instellingen. Bij zbc's is er geen ic-opname mogelijk, en het aantal spoedeisendehulpcontacten is bij zbc's ook nihil, terwijl deze bij de ziekenhuizen bijna onverminderd doorgaan. We kunnen concluderen dat er verschillen in beschikbaarheid en onregelmatigheidsdiensten zijn tussen de type instellingen.

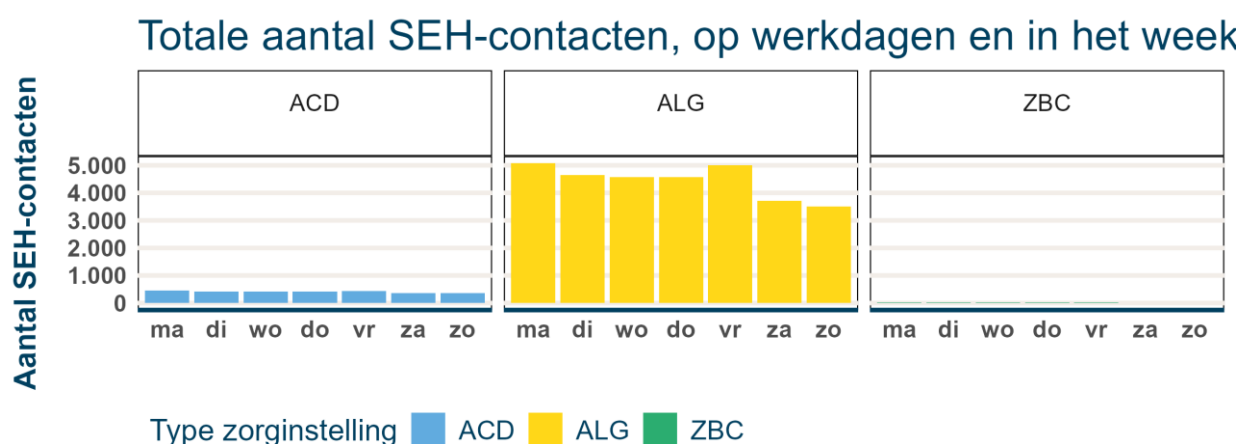
Figuur 7. Dagelijks aantal patiëntcontacten in 2023 (landelijk)



Figuur 8. Dagelijks aantal IC-opnames in 2023 (landelijk)



Figuur 9. Dagelijks aantal SEH-contacten in 2023 (landelijk)



Opleidingen

Soms is er een verschil in opleiden tussen de typen zorginstelling: academische, algemene ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen hebben de taak om zorgverleners op te leiden. In zbc's is dit minder gebruikelijk en hangt het af van samenwerkingsafspraken met omliggende ziekenhuizen.

Opleiden kost tijd en geld, naast het leveren van de reguliere zorg. Daartegenover staat dat er middelen beschikbaar worden gesteld voor het opleiden en het eventuele verlies van productie van de opleidende zorgverlener. Dit effect wordt enigszins gemitigeerd doordat iemand in opleiding mogelijk ook aan de productie bijdraagt, wat substantiëler wordt hoever iemand in de opleiding is gevorderd. Het kan dan mogelijk zelfs productieverhogend werken waardoor er ook meer efficiëntie mogelijk is (extra personeel in tijd van krapte, AIOS/leerlingen met een bepaald ervaringsniveau kunnen taken overnemen). Het hebben van opleiding binnen de instelling kan invloed hebben op de beschikbaarheid van personeel en kan als aantrekkelijke werkplek worden ervaren voor basisartsen die zich willen specialiseren tot medisch specialist of voor verpleegkundigen die verpleegkundig specialist willen worden.

Wat is de invloed van het hebben van verschillende functies op het speelveld?

De typen instellingen hebben verschillende functies en zijn daardoor anders ingericht. Een ziekenhuis levert een breed spectrum aan zorg waarbij vaak een seh en een ic in huis zijn, hieruit volgt dat zij een 24/7 beschikbaarheid nodig hebben van personeel. Bemensing is nodig op verpleegafdelingen, de spoedeisende hulp, intensive care en aanwezige specialismen. Hoe deze bemensing er uit ziet varieert met het soort en functie van het ziekenhuis: van minimale ANW-bezetting bij kleine algemene ziekenhuizen tot volledige ANW-bezetting bij grote, topklinische en academische ziekenhuizen. Over het algemeen heeft een zbc geen 24/7 acute zorg of overnachtingen voor patiënten. Van de 100 grootste zbc's hebben er 79 geen verpleegdagen geregistreerd in 2023. Bij spoedsituaties wordt de patiënt overgeplaatst naar een ziekenhuis. Voor ziekenhuizen kan dat zowel uitdagingen met zich meebrengen op het gebied van beschikbaarheid en onregelmatigheid, als op het gebied van de arbeidsmarktpositie.

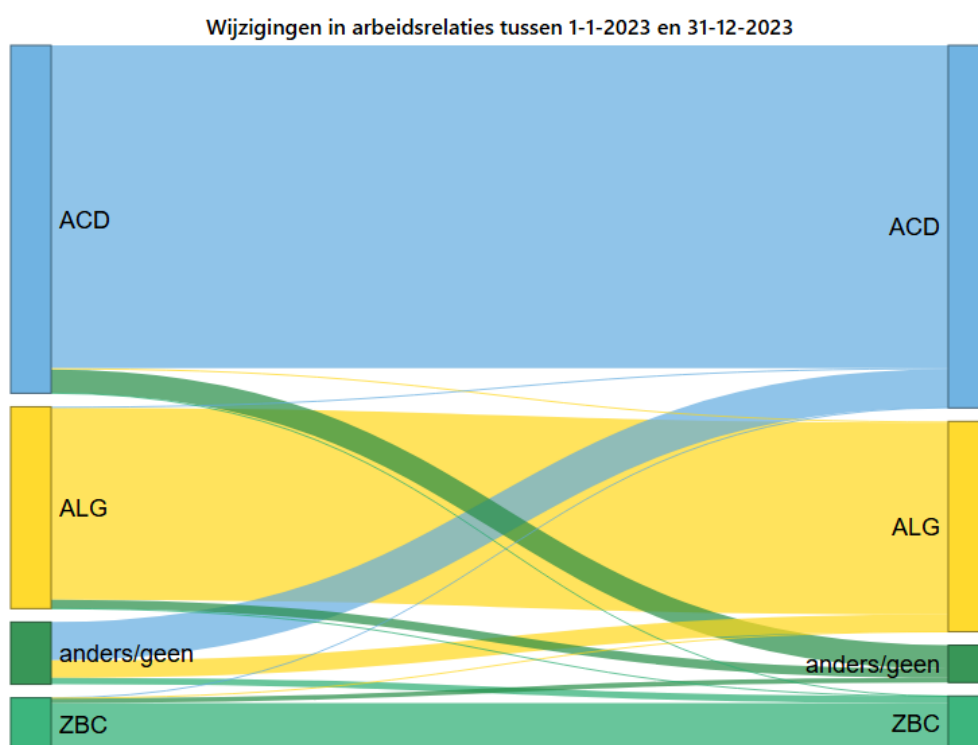
Invloed van bepaalde functies op de arbeidsmarktpositie

De kosten van de beschikbaarheidsfunctie en onregelmatigheidsdiensten kunnen ook effect hebben op de arbeidsmarktpositie. Ziekenhuizen moeten structureel capaciteit en personeel inroosteren voor ANW-zorg, wat kostenverhogend werkt indien hier onvoldoende kostendekkende productie tegenover staat. Zbc's hebben deze structurele verplichting vrijwel niet, waardoor hun personeelsplanning efficiënter en goedkoper kan zijn. Daarnaast kan het type instelling ook invloed hebben op waar een professional wil werken: zoekt een professional een instelling dichtbij huis, met meer uitdaging, bepaalde opleidingen, wel of geen ANW-diensten? Deze aspecten hebben invloed op de werkplek van de professional. Nu is de aanname dat zbc's aantrekkelijker zijn voor professionals, vanwege het ontbreken van diensten buiten kantooruren. Hierdoor kan concurrentie tussen type instellingen ontstaan op de arbeidsmarkt.

Om te beoordelen of sprake is van een verschillende arbeidsmarktpositie, hebben we gekeken naar twee eerder uitgebrachte rapporten: het PwC-rapport: "Passende organisatievormen voor planbare zorg" en het Gupta-rapport: "De kracht van focus". Uit het PwC rapport concluderen wij dat wanneer een zorgorganisatie zich meer kan focussen op type zorg en het aanbod daarop aanpast, passend voor de regio, de zorg efficiënter georganiseerd kan worden. Uit het Gupta-rapport concluderen we dat personeelsverschuivingen tussen ziekenhuizen en zbc's beide kanten op gaan.

De data-analyse van arbeidsrelaties in het agb-register (zie ook Figuur 10 **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**) onderschrijft de conclusie dat de verschuiving beide kanten op werkt en procentueel klein en in balans is. We zien over de periode van één jaar (2023) de wijzigingen in arbeidsrelaties tussen medisch specialisten, therapeuten en overige artsen volgens het agb-register. Personen die in 2023 werkzaam waren (en bleven) bij meerdere soorten instellingen worden bij elk van die groepen meegeteld. Er waren 220 medewerkers die hun dienstverband bij een algemeen ziekenhuis beëindigden en startten bij een academisch ziekenhuis of andersom, minder dan 0,5% van het totale bestand. 33 gingen van een algemeen of academisch ziekenhuis naar een zbc, en 37 juist van een zbc naar een ziekenhuis, bij elkaar 1,5% van het bestand bij de zbc's. Op grond van deze data lijkt het aantal mutaties gering en niet uit balans. Dit geldt voor medisch personeel met een agb-registratie. We hebben geen inzicht in de personeelsstromen van een groot deel van de verpleegkundigen, OK-assistenten en ander medisch personeel zonder agb-registratie.

Figuur 10. Wijzigingen in arbeidsrelaties volgens het AGB-register



Hoewel we zien dat er in ieder geval voor zorgverleners met een agb-code een evenredige uitruil lijkt te zijn tussen typen instellingen, worden er wel verschillen ervaren in de arbeidsmarktpositie tussen ziekenhuizen en zbc's. Mogelijk bestaat dit verschil voor zorgprofessionals zonder een agb-code (zoals verpleegkundigen en ok-assistenten), er is geen beschikbare data om dit te onderzoeken.

Hoe wordt nu omgegaan met verschillen in het speelveld?

Er zijn verschillen tussen academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en zbc's wat betreft casemix, functies (en daarmee dure infrastructuur) en vergoedingen. In het huidige stelsel zijn mechanismen die een compenserende werking hebben op deze verschillen. Juist deze mechanismen zijn aanwezig om te voorkomen dat er een oneerlijk speelveld ontstaat. Zo wordt in de contractering gebruik gemaakt van tariefdifferentiatie. Daarmee wordt bedoeld: *'Het afspreken van verschillende tarieven voor eenzelfde dbc zorgproduct, tussen instellingen.'*

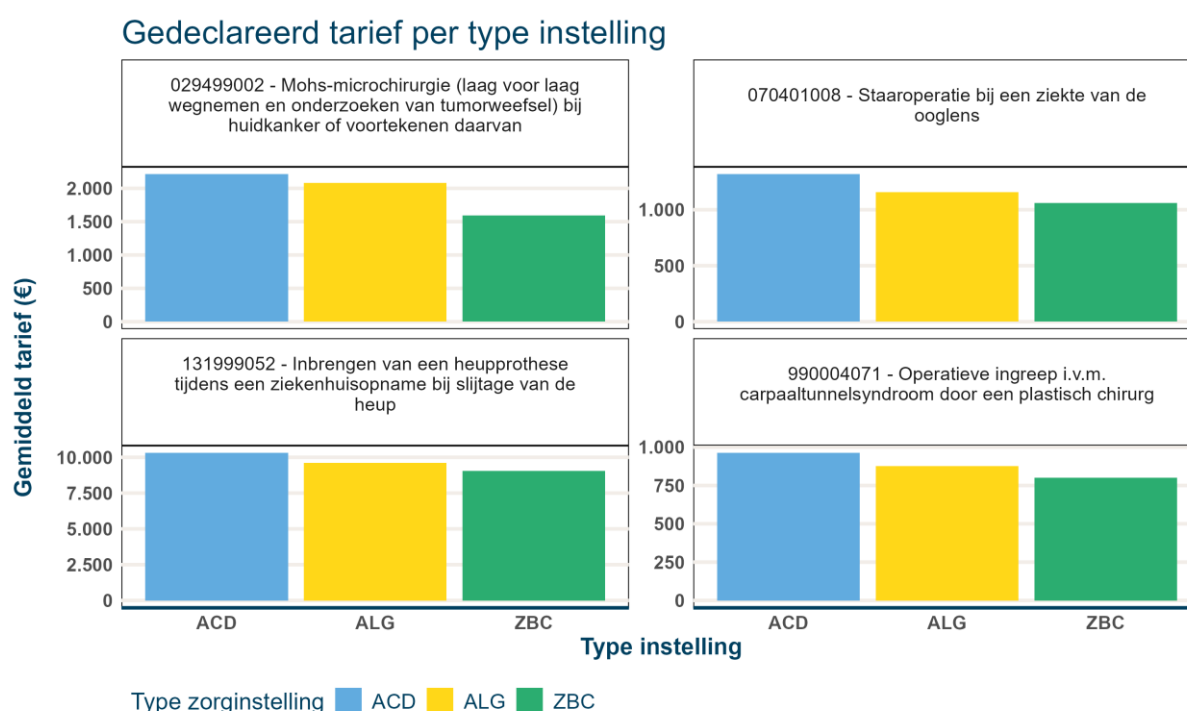
Daarnaast bestaan er aparte vergoedingen van functies zoals bijvoorbeeld de beschikbaarheidsbijdrage academisch component en medische vervolgoedingen. In dit hoofdstuk worden deze verschillende mechanismen toegelicht, en wordt op hoofdlijnen onderzocht of deze mechanismen (voor zover wij op basis van beschikbare data kunnen beoordelen) bijdragen aan een (on)eerlijk speelveld.

Tariefdifferentiatie

Verzekeraars kunnen via tariefdifferentiatie binnen de contractering rekening houden met verschillen tussen instellingen. In het hoofdstuk *Planbare zorg: hoe werkt de bekostiging* is uitgelegd hoe tariefdifferentiatie wordt toegepast.

Middels een aantal data-analyses hebben we verkend of er sprake is van tariefdifferentiatie tussen de typen instellingen. In Figuur 11 laten we een voorbeeld zien van vier verschillende zorgproducten waar sprake is van tariefdifferentiatie. We zien deze tariefdifferentiatie terug in de gecontracteerde tarieven, zoals in Figuur 11 is te zien. We tonen hier de gemiddelde tarieven voor dezelfde dbc-zorgproducten als in het eerdere hoofdstuk over casemixverschillen.

Figuur 11. Gedeclareerd tarief per type instelling.



De tarieven voor de vier gekozen zorgproducten liggen bij zbc's significant lager dan bij de academische instellingen; algemene ziekenhuizen hebben tarieven daar tussenin. We hebben gezien dat ziekenhuizen patiënten behandelen die in vergelijking met zbc's een hogere zorgwaarde hebben (zie figuur 1) waardoor zij een groter beroep doen op de voorzieningen van ziekenhuizen (zie figuur 4 en 5). Ook is het profiel van deze patiënten meer gevuld, zie figuur 6. Het lijkt dat in ieder geval een deel van deze verschillen terugkomen in de tarieven die verzekeraars met de verschillende instellingen afspreken. Het is praktisch onmogelijk om te onderzoeken of de contracten in hun totaliteit compenseren voor de verschillen in casemix, en of dat voor de planbare zorg als geheel geldt. Dit zijn inzichten op landelijk niveau, op regioniveau kan dit verschillen.

Wat is de invloed van tariefdifferentiatie op het speelveld?

Er worden inkoopafspraken gemaakt over het totale budget, met onderbouwing op volume/prijs.

Zorgverzekeraars geven aan in hun contractonderhandelingen rekening te houden met het verschil dat bestaat tussen academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en zbc's. Zo houden ze bijvoorbeeld rekening met het hebben van ANW-diensten en verschil in zorgwaarde. Daarnaast worden er afspraken gemaakt over kwaliteit, innovatie, en passende zorg/doelmatigheid. Zbc's ontvangen vaak een lager tarief voor eenzelfde zorgprestatie. Dat betekent dat zorg inhoudelijk en op het gebruik van faciliteiten tussen de verschillende type zorginstellingen een prijsverschil kan bestaan, waarbij zbc's vaak een lagere prijs ontvangen.

Tariefdifferentiatie wordt niet uniform toegepast, en kan per regio en per instelling verschillen.

Zorgverzekeraars hanteren verschillende tarieven per instelling en ook per soort instelling.

Zorgverzekeraar A hanteert mogelijk andere tarieven voor dezelfde behandeling dan zorgverzekeraar B, zoals je kunt verwachten in een concurrerende markt.

Verschillen in inkoopafspraken zijn niet altijd volledig te verklaren. Deels kunnen deze uitgelegd worden door verschillen in expertise, infrastructuur en zorgaanbod, maar soms bestaan er ook verschillende voorwaarden of tarieven voor exact dezelfde prestatie wanneer de zorginstellingen vergelijkbaar zijn. Sommige ziekenhuizen ervaren dat de contractonderhandelingen, mede door de gebruikte benchmarks, leiden tot tarieven die onvoldoende de kosten van het ziekenhuis dekken.

Benchmarks

Bij contractonderhandelingen wordt veel gebruik gemaakt van benchmarks. Deze bevatten spiegelinformatie op verschillende parameters, en kunnen ingezet worden voor verschillende doeleinden en met verschillende uitkomsten, zo ook op het gebied van kosten. Iedere speler in de zorg maakt eigen benchmarks waarop zij de onderhandelingen met elkaar in kunnen zetten. Er bestaat geen objectieve variant, en het is voor verschillende spelers aan de onderhandelingstafel vaak niet mogelijk om elkaars benchmark volledig te doorgronden. Zorgaanbieders kunnen last ondervinden van benchmarks op zorgproducten die niet aansluiten bij hun specifieke situatie. Om de transparantie en vergelijkbaarheid in een segment te waarborgen, voelen zij zich soms gedwongen om een commerciële marktprijs te accepteren die niet past bij de kostprijs van een specifiek dbc-zorgproduct, en die onvoldoende recht doet aan verschillen die verder gaan dan zorgprofielen, bijvoorbeeld op het gebied van infrastructuur. Door niet akkoord te gaan met een commerciële prijs bestaat het risico dat verwezen wordt naar een instelling waar het tarief lager ligt.

Vergoedingen van functies

In een evaluatie van het instrument beschikbaarheidsbijdrage schrijft SiRM: “De zorg in Nederland wordt in beginsel bekostigd via prestaties en tarieven. Op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) kan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS), in uitzonderlijke situaties, bepalen dat een zorgfunctie via een beschikbaarheidsbijdrage wordt bekostigd. De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), op aanwijzing van VWS, aan een zorginstelling kan toekennen. Het Zorginstituut Nederland keert vervolgens de bijdrage uit vanuit het Zorgverzekeringsfonds of het Fonds langdurige zorg, zonder tussenkomst van een zorgverzekeraar.

Wij gaan in op de meest gebruikte beschikbaarheidsbijdrage in de msz. Dit zijn opleidingsgelden, spoedeisende zorg en de academische component. Deze beschikbaarheidsbijdragen zijn bedoeld om onmisbare 24/7- of opleidingsfuncties in stand te houden en te compenseren voor zwaardere/ meer ingewikkelde zorg. Ze worden aan ziekenhuizen verstrekt als kosten niet goed toe te rekenen zijn aan individuele verzekerden of zorgverzekeraars of wanneer de toerekening naar tarieven voor geleverde prestaties marktverstorend werkt. Dit compenseert ziekenhuizen voor hun hogere vaste lasten. Zbc's hebben deze kosten niet en ontvangen ook geen beschikbaarheidsbijdragen.

Wat is de invloed van vergoedingen op het speelveld?

Over het algemeen is het instrument ‘beschikbaarheidsbijdrage’ aantrekkelijk voor zorgaanbieders. Deze bijdrage zorgt ervoor dat bepaalde zorgfuncties die anders niet of onvoldoende tot stand zouden komen, dankzij deze bekostiging wel beschikbaar zijn. Het biedt instellingen financiële zekerheid voor een deel van de inkomsten, en is niet onderdeel van de contractonderhandelingen.

Uit Evaluatie van het instrument beschikbaarheidsbijdrage | SiRM:

Tegelijkertijd leidt inzet van het instrument ertoe dat zorg buiten de zorginkoopmarkt valt, doordat de rol van de zorgverzekeraar in de inkoop of sturing van deze zorg vervalt. Doordat er geen sprake is van concurrentie op de zorginkoopmarkt en de inkomsten gegarandeerd zijn, worden de prikkels vanuit de inkoop voor efficiëntie en innovatie beperkt. Er zijn daarnaast wel externe prikkels die efficiëntie en innovatie alsnog stimuleren (zoals arbeidsmarktkrapte). Ook kan de inzet van een beschikbaarheidsbijdrage leiden tot ongewenste neveneffecten. Bij overlap met regulier bekostigde zorg en onzekerheid over de hoogte van de vergoeding ten opzichte van de werkelijke kosten, bestaat er een risico op over- of ondercompensatie. Bij overcompensatie kunnen ontvangers van de beschikbaarheidsbijdrage bijvoorbeeld een concurrentievoordeel krijgen ten opzichte van niet-ontvangers doordat zij lagere tarieven kunnen hanteren voor andere vormen van zorg. Ook zouden zorgaanbieders met gegarandeerde financiering (regionale) marktmacht kunnen opbouwen op de zorginkoopmarkt omdat zorgverzekeraars niet om deze aanbieders heen kunnen. Daarom vraagt de inzet van het instrument om een belangrijke controlerende rol door de overheid met een heldere doelomschrijving, een duidelijke afbakening van de zorgfunctie en duidelijkheid over de werkelijke kosten.

Beschikbaarheidsbijdragen kunnen een effect hebben op het speelveld. Als de subsidie goed is berekend, zou deze de vaste kosten voor de extra zorgfunctie van een instelling precies moeten compenseren. In de praktijk bestaat het risico dat er overlap is met reguliere (via prestaties bekostigde) zorg waardoor er een voordeel ontstaat, of dat er geen goede kostentoerekening te maken is met onjuiste bijdragen tot

gevolg. Om beschikbaarheidsbijdragen te ontvangen moet er voldaan worden aan een aantal eisen en geldt er een beoordelingskader. In een recente evaluatie van het SiRM worden aanbevelingen gedaan om verbeteringen door te voeren.

Algemene, topklinische en academische ziekenhuizen ontvangen extra bijdragen voor hun acute - en opleidingsfuncties. Academische ziekenhuizen krijgen ook extra bijdragen voor onderzoek en tertiaire zorg. Zbc's ontvangen in de regel geen extra bijdragen, omdat ze geen 24/7 acute zorg leveren, geen IC hebben en geen opleidingsfunctie voor specialisten vervullen. De beschikbaarheidsbijdragen bieden aan ziekenhuizen de zekerheid dat de kosten van voorzieningen die altijd aanwezig moeten zijn, gedekt zijn, ongeacht het aantal patiënten. Zbc's hebben (de kosten van) deze voorzieningen niet, waardoor de vaste lasten lager zijn en de bedrijfsvoering efficiënter. Bij de bepaling van de kostprijs van dbc-zorgproducten worden de inkomsten vanuit beschikbaarheidsbijdragen niet meegenomen, zodat de tarieven voor algemene zorg vergelijkbaar zijn tussen ziekenhuizen en zbc's.

Voor opleidingen geldt dat dit ook voordelen kan geven en extra opbrengsten kan genereren. Opleiden kost tijd en geld wat ten koste gaat van de reguliere zorg. Daartegenover staat dat er middelen beschikbaar worden gesteld voor het opleiden en het eventuele verlies van productie. Daarbij draagt iemand in opleiding ook bij aan de productie, wat substantiëler wordt naar gelang iemand verder is in de opleiding. De leerling kan dan mogelijk zelfs productieverhogend werken waardoor er ook meer efficiëntie mogelijk is (extra personeel in tijd van krapte, AIOS/leerlingen met een bepaald ervaringsniveau kunnen taken overnemen). Het hebben van opleiding binnen de instelling kan invloed hebben op de beschikbaarheid van personeel en kan als aantrekkelijke werkplek worden ervaren voor basisartsen die zich willen specialiseren tot medisch specialist of voor verpleegkundigen die verpleegkundig specialist willen worden.

Kan prestatiedifferentiatie helpen als oplossing voor de ervaren verschillen?

Uit de vorige hoofdstukken kun je concluderen dat er verschillen tussen type instellingen zijn, en dat er ook al bestaande vergoedingsmechanismen zijn die voor deze verschillen compenseren. In dit adviestraject is het niet mogelijk om te concluderen of deze verschillen en mechanismen leiden tot een (on)eerlijk speelveld, en of dit (on)eerlijke speelveld een aanzienlijk probleem is.

Het AZWA draagt een mogelijke oplossing aan voor het (on)eerlijke speelveld: 'prestatiedifferentiatie'. Voor prestatiedifferentiatie hanteren wij de volgende definitie: *'Prestatiedifferentiatie houdt in dat binnen één zorgprestatie onderscheid wordt gemaakt op basis van andere kenmerken dan enkel de geleverde zorg'*. In dit hoofdstuk beschrijven we of prestatiedifferentiatie bijdraagt aan de verschillen die nu worden ervaren (casemixverschillen en dure infrastructuur) in het kader van oneerlijk speelveld.

Prestatiedifferentiatie bij planbare zorg is mogelijk, maar de vraag is of dit wenselijk en van toegevoegde waarde is. Hier zijn verschillende redenen voor.

Planbare zorg is relatief laag complex en hoog volume

Over het algemeen is de planbare zorg laag complex met een hoog volume, en kent deze zorg weinig verschillen in de activiteiten van de zorglevering. De verschillen die we zien binnen dbc-zorgproducten wat betreft variatie in casemix, hebben met name te maken met de verschillen tussen type instellingen (algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en zbc's). Deze verschillen worden meegenomen in de tariefafspraken tussen de verschillende type instellingen.

Zorgzwaarte is nog niet goed gedefinieerd

Differentiatie op zorgzwaarte vereist een onderbouwde en breed gedragen definitie van zorgzwaarte. We zouden kunnen aansluiten bij bestaande classificaties, zoals de ASA-score, maar op dit moment is er onvoldoende inzicht in of bestaande classificaties ingezet kunnen worden voor de verdeling van zorgzwaarte, en hoe je hier kosten per patiëntgroep aan kunt verbinden. Binnen de werkgroep zijn twijfels geuit over het gebruik van ASA-score voor de bepaling van zorgzwaarte.

Zorgverzekeraars kunnen via tariefdifferentiatie rekening houden met verschillen

Er zijn al mogelijkheden voor zorgverzekeraars om de verschillen tussen instellingen mee te nemen in hun contractonderhandeling, en op die manier te differentiëren. In het Hoofdstuk *'Planbare zorg: hoe werkt de bekostiging, contractering en markt nu?'* is uitgelegd hoe dit proces werkt. Via tariefdifferentiatie kunnen verschillen in (dure) infrastructuur en of andere functies, en verschillen in patiëntpopulaties tot uiting komen in andere tarieven voor dezelfde zorgproducten.

Uit de data-analyse blijkt dat er verschillen zijn in casemix tussen de typen instellingen (academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis en zbc) en dat dit in de contractering tot uiting komt in de hoogte van de tarieven. De mate waarin tariefdifferentiatie volledig compenseert voor verschillen is op dit moment niet kwantitatief vastgesteld. Op basis van de data zien we aanwijzing dat de gehanteerde tarieven binnen type instellingen nagenoeg gelijk zijn, en er vooral verschillen zijn tussen type instellingen. Oftewel: de umc's hebben voor een bepaald zorgproduct nagenoeg hetzelfde tarief, terwijl het tarief voor dit zorgproduct bij algemene ziekenhuizen lager ligt (maar eveneens nagenoeg hetzelfde *tussen* algemene ziekenhuizen). Dit effect wordt mogelijk verklaard door het gebruik van benchmarks, maar toont wel aan dat zorgverzekeraars ruimte en/of mogelijkheid hebben om te sturen via tariefdifferentiatie.

Voor specifieke functies zijn er vergoedingen

De verschillen in dure infrastructuur per type instelling worden op dit moment meegenomen in subsidieregelingen en/of huidige tariefdifferentiatie. Dit betekent dat zorg die identiek is tussen een grootschalige zorgaanbieder en gespecialiseerde zorgaanbieder sterk in tarief kan verschillen. Daarnaast wordt momenteel gewerkt aan een nieuwe bekostiging voor een onderdeel van de dure infrastructuur, namelijk de beschikbaarheidsfunctie van de SEH. Voor de ic zijn er specifieke zorgactiviteiten die de zorg op de IC bekostigen.

Vanwege de verschillende vergoedingsmechanismen en bekostigingstrajecten en de effecten die zij hebben op de dure infrastructuur, zien wij op dit moment niet hoe prestatiedifferentiatie in de planbare zorg gaat bijdragen aan het verminderen van de negatieve effecten van de bestaande bekostiging van deze dure infrastructuur.

Het afzonderlijk bekostigen van specifieke functies kan concentratie en spreiding in de weg zitten. We zien met name een risico om de oplossing te zoeken binnen alleen de planbare zorg. Als instellingen dure infrastructuur moeten hebben om alle zorg te kunnen leveren, en zij daarvoor in de tarieven structureel vergoed worden, kan dit als prikkel in zich hebben om deze zorg altijd te blijven leveren én deze infrastructuur in stand te houden. Het afschalen van dure infrastructuur is lastig en heeft impact op de gehele instelling en het zorgaanbod van specifieke functies. De planbare zorg in scope van dit advies kan daarom niet geïsoleerd bekeken worden. Dit kan de gewenste beweging naar de juiste zorg op de juiste plek in de weg zitten.

Prestatiedifferentiatie brengt nadelen met zich mee

Als het zou lukken om een goede maatstaf voor zorgzwaarte te bepalen en deze te gebruiken voor prestatiedifferentiatie, dan betekent dit vervolgens dat per dbc inzichtelijk moet worden wat de zorgzwaarte is. Ook moet duidelijk zijn waarom dat niet al voldoende tot zijn recht komt in declaraties van parallelle dbc's en/of extra zorgactiviteiten. Beide leiden tot extra administratieve lasten. Daarnaast zal de veelheid aan bestaande zorgproducten waarover onderhandeld moet worden nog verder toenemen, wat de kwaliteit en duur van contractonderhandelingen waarschijnlijk niet ten goede komt, en de controles op declaraties omvangrijker maakt. Dit roept de vraag op of de meerwaarde van prestatiedifferentiatie (als die er is) wel in verhouding staat tot de extra (administratieve) lasten.

Prestatiedifferentiatie helpt niet bij minder ongecontracteerde zorg

Instellingen ervaren een risico met betrekking tot de ontwikkelingen van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit komt doordat zij zich kunnen onttrekken aan (regionale) afspraken, en het afbouwen van niet-passende zorg. Ook is er minder controle op de registratie- en declaratie van zorg. Er wordt ervaren dat niet-gecontracteerde dbc's juist niet passende zorg gaan aanbieden, vanwege het verminderen van het zorgaanbod in de regio. Bij een toename van niet-gecontracteerde zorg kan een oneerlijk speelveld ontstaan, waarmee een onwenselijke besteding van publieke middelen kan plaatsvinden.

Het lijkt niet passend om prestatiedifferentiatie in te voeren om de risico's rondom niet-gecontracteerde zorgaanbieders weg te nemen. In theorie kunnen aparte prestaties gemaakt worden specifiek voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders met daarbij een maximumtarief. Deze maatregel betekent echter dat we afwijken van twee belangrijke uitgangspunten:

- 1 Door een bekostiging te maken voor specifieke aanbieders stappen we af van een functionele bekostiging.
- 2 Door een maximumtarief te koppelen aan deze dbc-zorgproducten zetten we het gereguleerde segment in voor andere doeleinden dan waarvoor het bedoeld is, namelijk wanneer er te weinig aanbieders of patiënten zijn voor functionele marktwerking.

Het invoeren van prestatiedifferentiatie heeft daarbij geen effect op het risico dat niet gecontracteerde zorgaanbieders zorg kunnen leveren die niet passend is. De werkgroep stelt dan ook voor dat beter naar de toetredingseisen gekeken kan worden om de negatieve effecten van niet gecontracteerde zorg tegen te gaan.

Risico doorvoeren prestatiedifferentiatie binnen één zorgsoort

Prestatiedifferentiatie toevoegen aan de bekostiging voor de planbare zorg om oneerlijk speelveld te minimaliseren, levert geen aantoonbare voordelen op voor de electieve, minder complexe en al dan niet gecontracteerde planbare zorg. Vanwege de kruissubsidiëring tussen verschillende zorgsoorten binnen een instelling is het onwenselijk om dergelijke aanpassingen alleen voor planbare zorg door te voeren. Door de financiële wisselwerking is het nu niet te overzien welke gevolgen een aanpassing in de planbare zorg heeft voor bijvoorbeeld de complexe en chronische zorg. Bovendien verhoogt het de complexiteit van de bestaande systematiek, en daarmee ook de administratieve last voor zorgaanbieder en -verzekeraar.

Conclusie

Het doel van deze rapportage is om het speelveld tussen de verschillende soorten (grotere en kleinere) ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra in kaart te brengen. En te toetsen of het differentiëren van de prestaties (betaaltitels) in de bekostiging van de msz een oplossing is voor de ervaren ongelijkheid tussen de verschillende type zorgaanbieders.

Niet duidelijk of sprake is van een oneerlijk speelveld

Of er sprake is van een oneerlijk speelveld, is nog onderwerp van onderzoek (product 1 van afspraak E4). In dit traject is geprobeerd om duiding te geven aan de ervaren knelpunten in relatie tot een oneerlijk speelveld. De verschillende type zorginstellingen kunnen variëren in hun zorgaanbod. Dit wordt grotendeels bepaald door verschillen in casemix en infrastructuur. Algemene- en academische ziekenhuizen worden via aanvullende financieringsstromen (bijv. beschikbaarheidsbijdragen en opleidingsgelden) gecompenseerd voor deze verschillen. Ook wordt in de tariefstelling rekening gehouden met de verschillen in casemix en organisatie (ANW) van instellingen. Het is binnen de scope van dit project niet haalbaar om alle elementen te kwantificeren en te bepalen of er netto sprake is van een oneerlijk speelveld.

Prestatiedifferentiatie geen passend instrument voor het creëren van een eerlijker speelveld

Prestatiedifferentiatie heeft voor alleen de planbare zorg geen of een zeer marginaal effect, omdat de verschillen in de planbare zorg vaak klein zijn en al worden meegenomen binnen tariefdifferentiatie. Het lijkt niet van toegevoegde waarde om op twee verschillende niveaus met twee verschillende instrumenten (tariefdifferentiatie en prestatiedifferentiatie) rekening te houden met eventuele verschillen in de planbare zorg.

Daarnaast zorgt het toevoegen van prestatiedifferentiatie aan de huidige bekostiging voor een extra detailniveau, wat het complexer maakt. Dit draagt niet bij aan een toekomstbestendig systeem. Ook de administratieve lasten en aanvullende controle- en verantwoordingslasten stijgen. Bovendien is het onwenselijk om aanpassingen alleen voor planbare zorg door te voeren, onder andere vanwege het bestaan van de financiële wisselwerking (kruissubsidie). Aanpassingen in één onderdeel van de bekostiging moeten altijd in samenhang met andere onderdelen van de bekostiging, wat om een fundamentele aanpak vraagt.

Op basis van bovenstaande punten is onze conclusie dat prestatiedifferentiatie geen passend instrument is voor de ervaren verschillen binnen de planbare zorg die invloed kunnen hebben op het speelveld, ook als uit product 1 van E4 blijkt dat er een oneerlijk speelveld is.

Aanleiding voor vervolg

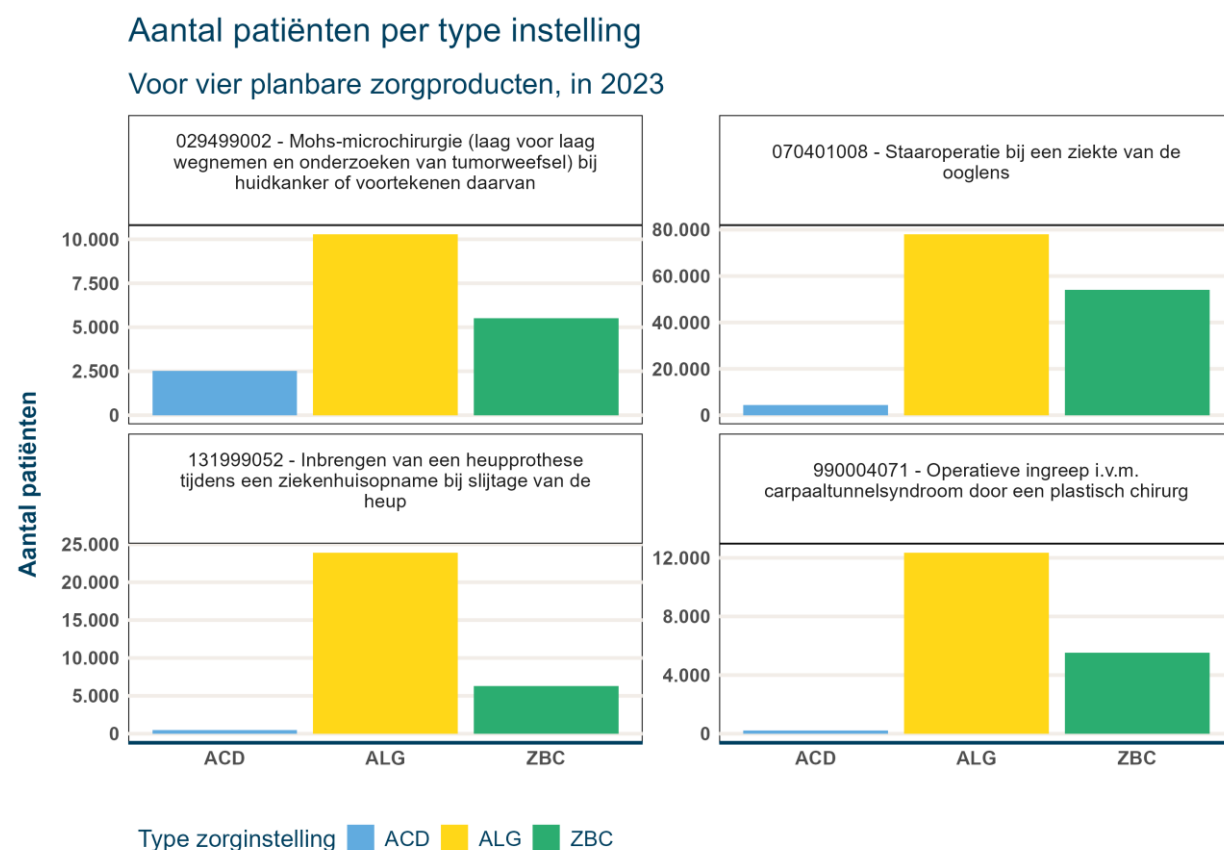
Op dit moment zien we geen alternatieve oplossingen binnen de bekostiging voor planbare zorg wat betreft de ervaren verschillen in het speelveld. Uiteindelijk moet een potentiële aanpassing in één onderdeel van de bekostiging altijd in samenhang worden gezien met andere onderdelen van de bekostiging. Waarbij je goed kijkt naar fundamentele uitgangspunten (zoals minder detail binnen de bekostigingssystematiek). In het programma passende bekostiging msz onderzoeken wij de bekostigingssystematiek van de msz in zijn geheel, om de systematiek toekomstbestendig te maken. Hierin houden we rekening met eventuele effecten van de financiële wisselwerking, zoals kruissubsidie, en de samenhang met zorgcontractering en zorgorganisatie. Gezamenlijk met de werkgroepleden van de werkagenda werken wij hieraan.

Bijlagen

Toelichting op de gebruikte data

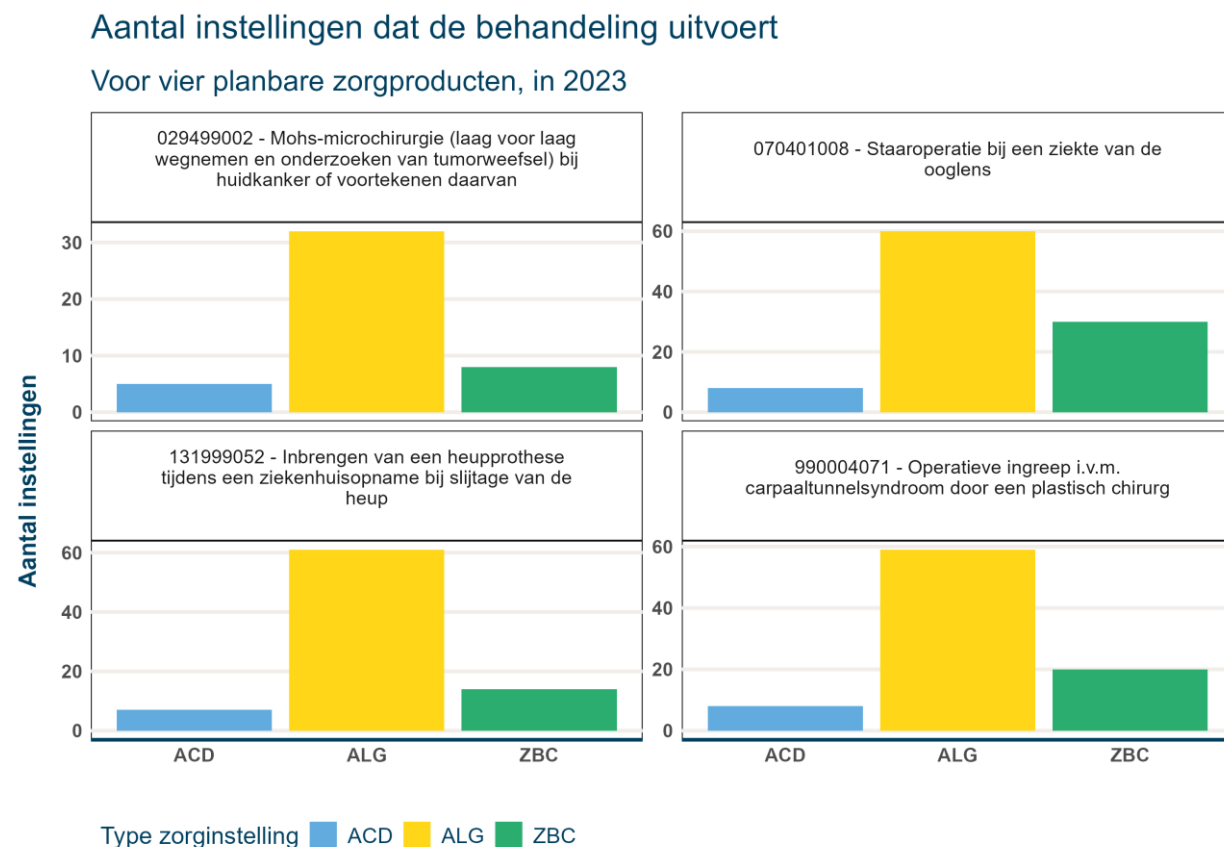
Voor de data-analyses in dit rapport is gebruik gemaakt van declaratiedata over het jaar 2023 van vier zorgproducten. De vier behandelingen zijn: Mohs microchirurgie, reguliere staaroperatie, heupvervanging en carpaletunnelsyndroom operatie. De selectie van zorgproducten is enigszins willekeurig; het betreft planbare zorg die door verschillende specialismen wordt uitgevoerd en door zowel ziekenhuizen als zbc's in grote volumes wordt aangeboden. De aantallen per type instelling worden weergegeven in Figuur 12. Bij deze en andere figuren splitsen we de resultaten van de analyse telkens naar de verdeling academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis (inclusief topklinisch) en zbc. Er zijn nog andere categorieën die soms planbare zorg bieden, zoals revalidatieklinieken en categorale instellingen, maar die zijn klein in volume en laten we om het overzicht te behouden buiten beschouwing. Een groep die we graag apart zouden willen bekijken zijn de klinieken van ziekenhuizen (focusklinieken), maar in de beschikbare declaratiedata is het niet mogelijk om deze te onderscheiden van de overige declaraties van het ziekenhuis waar ze onder vallen.

Figuur 12 Volumes van de vier gekozen zorgproducten



Het zijn behandelingen die in de meeste ziekenhuizen worden uitgevoerd. Ook is er een tiental zbc's dat deze behandelingen uitvoert (zie Figuur 13). Als de behandelingen al in een academische setting worden uitgevoerd, dan is dat over het algemeen in kleine aantallen.

Figuur 13 Aantal instellingen waar deze zorg wordt aangeboden



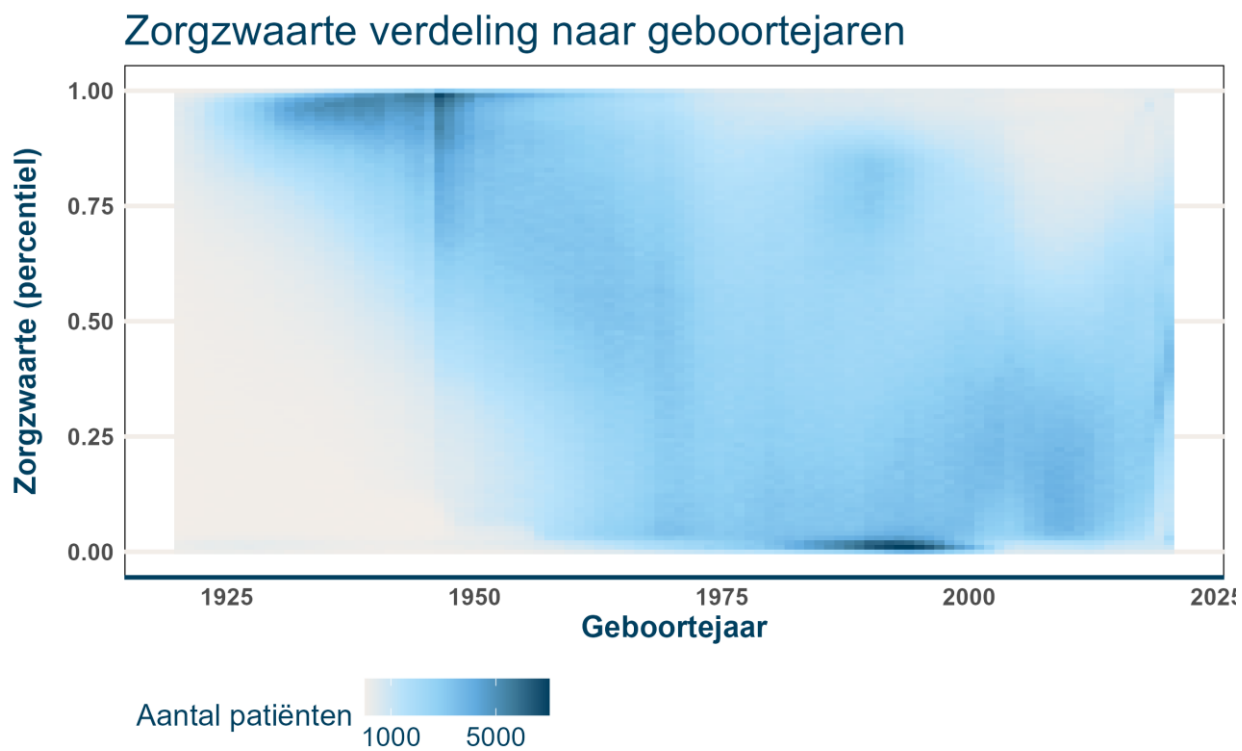
Een aantal analyses in dit adviesrapport laat zien hoe de casemix verschilt tussen instellingen, waarbij we het begrip ‘zorgzwaarte’ gebruiken als indicator. Deze zorgzwaarte is berekend door alle inwoners van Nederland te rangschikken op basis van hun totale zorgkosten¹ in de jaren voorafgaand aan de behandeling (2023). Het meest recente jaar telt daarbij zwaarder dan het jaar daarvoor, enzovoort, voor in totaal 4 jaar. Deze rangschikking is vervolgens geschaald tot een waarde tussen 0 en 1. Een waarde van 0 betekent dus dat deze personen in de voorgaande jaren geen zorgkosten hebben gemaakt, en een waarde van 1 betekent dat deze personen tot de grootste zorggebruikers van Nederland behoorden. Onze aanname is dat dit een redelijke benadering is voor de zorgzwaarte van patiënten.

Figuur 14 is opgenomen om te laten zien hoe de totale patiëntenpopulatie van 2023 is opgebouwd naar leeftijd en zorgzwaarte. Duidelijk zichtbaar is dat de patiënten met de grootste zorgvraag geboren zijn vóór 1950. Over het algemeen neemt de zorgzwaarte af met de leeftijd, maar een uitzondering hierop is bijvoorbeeld zichtbaar bij vrouwen geboren tussen 1985 en 1995 (vooral vanwege geboortezorg). Met het toenemen van de leeftijd neemt ook de zorgvraag toe en kan er sprake zijn van comorbiditeit.

Een andere parameter die in dit adviesrapport terugkomt is de sociaaleconomische status (SES). Hiervoor maken we gebruik van de CBS-gegevens op wijk- en buurniveau. Omdat we geen informatie hebben over welvaart, opleiding en arbeidsverleden op individueel patiëntniveau, koppelen we deze data op postcodegebied (met gemiddeld ca. 1.000 huishoudens), waardoor mogelijk een onderschatting van de variatie plaatsvindt (als er een relatie bestaat tussen SES en zorgzwaarte, zullen er ook binnen een wijk verschillen bestaan in de zorgzwaarte van inwoners, maar dit verschil zien we dus niet).

¹ Uitzonderd mondzorg, waar de verandering in aanspraak op het 18^e levensjaar tot een sterk vertekend beeld zou leiden.

Figuur 14 Totale patiëntenpopulatie naar geboortjaar en zorgzwaarte



Bijlage 1 Reactie FMS

Reactie adviesrapport prestatiedifferentiatie

7 januari 2026

De Federatie complimenteert de NZa met het rapport wat is opgesteld en het traject wat hiervoor gezamenlijk is doorgelopen.

Tijdens de werkgroep bijeenkomsten is meermalen gesproken over de gebruikte terminologie. Wij zijn ons ervan bewust dat de NZa de terminologie volgt zoals deze vanuit VWS wordt gebruikt. De gebruikte term 'oneerlijk' geeft een waardeoordeel waaruit te concluderen valt dat sommige partijen nadelige effecten ondervinden. Dat er verschil is tussen de soorten instellingen die deel uitmaken van dit onderzoek, is evident. Het is echter een ander punt om hier de conclusie uit te trekken dat 'ongelijkheid' hetzelfde is als 'oneerlijkheid'. En om deze ongelijkheid in kaart te kunnen brengen, is het noodzakelijk om alle soorten zorgaanbieders te betrekken.

Het speelveld in de medisch specialistische zorg bevat verschillende soorten zorgaanbieders, waarvan een kleine selectie van soorten aanbieders deel uitmaken van dit onderzoek. Het beeld is dus niet volledig. Om een volledig beeld van het speelveld te krijgen, moet bijvoorbeeld ook gekeken worden naar focusklinieken en expertisecentra.

Een gelijke uitgangspositie van zorgaanbieders, vraagt maatwerk. Binnen het huidige systeem bestaat er voldoende ruimte om dergelijk maatwerk te kunnen leveren.

De Federatie onderschrijft de conclusie van de NZa dan ook dat op dit moment de introductie van prestatiedifferentiatie als mogelijke oplossing voor een eventueel oneerlijk speelveld geen toegevoegde waarde heeft.

Differentiatie, of dat nu om tarieven of prestaties gaat, zal altijd lasten met zich meebrengen op het vlak van administratie, registratie, controle en verantwoording. Differentiatie is in principe een tegenstelling van de huidige DBC-systematiek, waarbij het uitgangspunt is dat het gaat om gemiddelden. Dit met elkaar rijmen is een uitdaging. Initiatieven van de afgelopen jaren in het kader van juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment door de juiste professional zijn wenselijk op het vlak van patiëntenzorg, tevredenheid van zowel patiënt als professional en het behalen van de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg, en neveneffecten van efficiëntie. Maar het vertalen van de zwaarte van de zorg, de tijdsinvestering, de samenwerking tussen zorgprofessionals binnen en over de domeinen heen, zijn de afgelopen jaren niet meebewogen met de financiering hiervan. Zorgzwaarte ziet de Federatie daarom ook als het belangrijkste onderwerp wat in dit kader in gezamenlijkheid opgepakt moet worden. Het passend vertalen van zorgzwaarte binnen de huidige financieringssystematiek zal in onze optiek bijdragen aan toekomstbestendigheid van het systeem en leidt tot een passende bekostiging voor passende zorg.

Bijlage 2 Reactie NAPA

Reactie NAPA op NZa adviesrapport prestatiedifferentiatie

Inleidend

Allereerst willen wij vanuit de beroepsvereniging NAPA de NZa hartelijk danken voor het rapport en de mogelijkheid om hierop te reageren.

Zoals in het begin van dit traject reeds aangegeven, en ook gaandeweg het traject sterk naar voren kwam, is het gemis van de uitkomsten uit het lopende feitenonderzoek van Gupta.

De NAPA merkt op dat zonder deze feitenkennis er op dit moment onvoldoende basis is om vast te stellen of er daadwerkelijk wel of geen sprake is van een ongelijk speelveld of welke factoren hier nu wel een of niet een rol bij spelen.

Algemeen

Naar onze mening mist het nog aan focus en valt dit vraagstuk mogelijk ook niet generiek te beantwoorden. Te meer omdat er door de verschillende ziekenhuizen en ZBC's verschillende zorg geleverd wordt en afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars. Uit de gesprekken blijkt ook dat het op dit moment onvoldoende inzichtelijk is of prestatiedifferentiatie en de tarieven aansluiten op de geleverde zorg. Dit heeft onder andere te maken met kruisbekostiging van de geleverde zorg maar ook doordat bepaalde geleverde zorg door bijvoorbeeld taakherschikkende beroepen als de Physician Assistant, niet te herleiden is door onvoldoende registratie van zorgactiviteiten.

Maar ook verzekeraars kunnen via tariefdifferentiatie binnen de contractering rekening houden met verschillen tussen instellingen. De inkomsten op een specifieke zorgsoort of een specifiek dbc-zorgproduct dekken niet altijd de kosten; soms zijn deze hoger of lager. Via kruissubsidies worden positieve marges gebruikt om negatieve marges te compenseren. Maar in hoeverre dit nu wel of niet gebeurt is op dit moment onduidelijk en kan op dit punt geen conclusie worden getrokken of er sprake is van een ongelijk speelveld.

Onze inschatting is tevens dat de zorgzwaarte, met parallel lopende beweging naar passende zorg en concentratie - spreiding van zorg met aanscherpen van de (volume) normen, wel degelijk van invloed kunnen zijn op de discussie of (verdere) prestatiedifferentiatie of tariefdifferentiatie kan bijdragen aan een oplossing van eventuele problemen.

Hoewel dit standpunt op dit moment niet breed herkend wordt binnen de werkgroep, blijkt uit een recent bericht van Skipr ([Spreiding ziekenhuiszorg lukt niet voor IZA-deadline - Skipr](#)) dat dit wel degelijk een belangrijke rol kan spelen.

Ik citeer:

"In het IZA is afgesproken dat de concentratie van complexe zorg hand in hand moet gaan met de spreiding van laagcomplexe planbare zorg. Het idee is dat kleinere ziekenhuizen zo compensatie krijgen voor het verlies aan complexe behandelingen. De bedoeling was dat de afspraken over spreiding van ziekenhuiszorg tegelijkertijd met de concentratie klaar zouden zijn. Maar dat is niet gelukt."

Toetredingseisen

Wij kunnen ons vinden in het voorstel van de werkgroep om nader te kijken naar de toetredingseisen. Maar is hiervoor en voor de effecten van aanscherping van deze eisen aanvullend onderzoek noodzakelijk.

Tot slot

In opdracht van VWS wordt het speelveld in de medisch specialistische zorg onderzocht, en in hoeverre differentiatie in prestaties een mogelijke oplossing kan zijn voor een eventueel oneerlijk speelveld. Dit is gebeurd aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe is de bekostiging en contractering nu vormgegeven?
2. Welke verschillen zien we tussen type zorginstellingen en wat is het effect hiervan op het speelveld?
3. Hoe wordt nu omgegaan met de verschillen tussen type zorginstellingen en wat is het effect hiervan op het speelveld?
4. Kan prestatiedifferentiatie helpen als oplossing voor de ervaren verschillen.

De NAPA is het eens met de overall conclusies die de NZa trekt op basis van de input van de werkgroep. Echter ontbreekt het op dit moment zoals gezegd nog aan feitelijkheden en inzichten die naar voren zullen komen uit het Gupta onderzoek.

Het is daarmee op dit moment nog te vroeg om te concluderen dat het oneerlijke speelveld vooralsnog niet is aangetoond. Wij zouden willen adviseren om deze zinsnede iets aan te passen naar: dat er op dit moment onvoldoende aantoonbaar sprake is van een oneerlijke speelveld.

Bijlage 3 Reactie NVZ

Reactie NVZ op NZa-advies prestatiedifferentiatie

Samenvatting NVZ-reactie

De NZa is gevraagd te adviseren in hoeverre prestatiedifferentiatie een oplossing zou kunnen bieden voor het ervaren oneerlijke speelveld in de medisch specialistische zorg.

In het NZa-advies dat nu voorligt, wordt slechts beperkt inzichtelijk hoe tarieven, prestaties en kosten van verschillende soorten zorgaanbieders zich tot elkaar verhouden. De conclusie van de NZa dat prestatiedifferentiatie voor alleen de planbare zorg geen of een zeer marginaal effect heeft, omdat de verschillen in de planbare zorg vaak klein zijn en al worden meegenomen in de tariefdifferentiatie, vindt de NVZ dan ook voorbarig.

Een grondige analyse van zorgzwaartever verschillen ontbreekt, net als doorvertaling daarvan naar de onderliggende kosten. Daarnaast loopt parallel aan dit project nog het feitenonderzoek naar het gelijke speelveld. Verdere verdieping op beide onderdelen is nodig voordat er conclusies kunnen worden getrokken over het ongelijke speelveld en wat nodig is om dit meer gelijk te trekken.

Inleiding

In het AZWA zijn afspraken gemaakt over een eerlijk speelveld in de medisch-specialistische zorg (fiche E4) en te onderzoeken welk samenhangend pakket van maatregelen nodig is om de volgende doelen te bereiken:

- bevorderen van gecontracteerde zorg,
- grip op vestiging van niet gecontracteerde zorg,
- ontmoedigen van niet gecontracteerde zorg waar dat nodig is voor de beweging uit het IZA en het AZWA,
- het creëren van een eerlijk speelveld tussen msz-aanbieders op het gebied van planbare zorg.

Om te komen tot een pakket aan maatregelen, is de NZa verzocht om twee producten op te leveren:

1. een quick scan/feitenbasis per onderdeel van afspraak E4 en
2. een advies over prestatiedifferentiatie in de bekostiging van de medisch specialistische zorg.

Beide producten zijn nodig om te onderzoeken in hoeverre er sprake is van een (on)eerlijk speelveld en of de geschetste oplossingen in het geval van een oneerlijk speelveld passend zijn. Het NZa-advies dat nu voorligt, richt zich op product 2: een advies over prestatiedifferentiatie in de bekostiging van de msz.

Algemeen

Ziekenhuizen ondervinden in toenemende mate een ongelijk speelveld in de medisch-specialistische zorg. Dat doet zich met name gevoelen op de arbeidsmarkt waar ziekenhuizen enorm veel moeite hebben om te kunnen concurreren met zbc's waar het werk minder zwaar is (minder complexe patiënten behandelen en geen AWN-diensten) en tegelijkertijd een hoger salaris wordt geboden.

Deze situatie is onder andere terug te voeren op het feit dat het speelveld intransparant is: onduidelijk is hoe de tarieven die ziekenhuizen en zbc's met zorgverzekeraars overeenkomen zich verhouden tot de omvang van de geleverde prestatie en de daarmee gemoeide kosten. Naast meer zicht op tarieven is het van belang dat de prestaties beter met elkaar vergeleken kunnen worden (op basis van zorgzwaarte) en met de verschillende kosten die daarvoor gemaakt moeten worden.

Samenhang ontbreekt, integrale aanpak vereist

In het advies dat nu voorligt, wordt slechts beperkt inzichtelijk hoe tarieven, prestaties en kosten van verschillende soorten zorgaanbieders zich tot elkaar verhouden. Een grondige analyse van zorgzwaarteverschillen ontbreekt, net als doorvertaling daarvan naar de onderliggende kosten.

Op dit moment lopen er twee cruciale trajecten: het feitenonderzoek naar het speelveld en de werkagenda passende bekostiging waarin zorgzwaarte een centrale rol speelt. Deze trajecten moeten gezamenlijk worden beoordeeld voordat beleidsmatige keuzes worden gemaakt. De NZa erkent zelf op pagina 9 van het rapport:

"Er is een risico dat de feitenbasis een (deels) andere uitkomst kent dan dit adviesrapport. Bovendien werken we vanuit de theorie en hebben geen kwantitatieve en kwalitatieve onderbouwing. De omvang van de ervaren verschillen is niet inzichtelijk te maken. Hierdoor is het rapport genuanceerd."

Het is daarom op dit moment nog niet aan de orde om te concluderen dat prestatie-differentiatie geen proportionele oplossing is. De NVZ pleit ervoor om eerst het feitenonderzoek af te ronden, het zorgzwaartevraagstuk nader te verkennen en de bevindingen daarvan leidend te maken voor verdere besluitvorming.

Zorgzwaarte en ASA-classificatie

De NZa stelt terecht dat zorgzwaarte nog niet goed gedefinieerd is. De NVZ ziet hierin een kans om de bekostiging beter te laten aansluiten op complexiteit. Ook al is de ASA-classificatie hiervoor oorspronkelijk niet ontworpen, zien wij mogelijkheden in het gebruik van de ASA-score om verschillen in zorgzwaarte zichtbaar te maken. Dit biedt een basis voor een gericht gesprek over prijsstelling en complexiteit. Vanzelfsprekend moet het invulling geven aan zorgzwaarte niet beperkt blijven tot de electieve zorg; het is dan ook een integraal onderdeel van de werkagenda passende bekostiging. Het nu voorliggende



adviesrapport van de NZa zet nu ten onrechte een punt achter het vraagstuk van de tariefdifferentiatie, terwijl een komma beter op zijn plaats is.

Tariefverschillen en kosteninzicht

Het adviesrapport constateert tariefverschillen tussen typen zorgaanbieders, maar legt geen verband met de onderliggende complexiteit, kostenopbouw en marges. De NVZ vindt dat een verdere verdieping nodig is om de samenhang transparant te maken. Zonder dit inzicht blijft de discussie over een eerlijk speelveld onvolledig.

3/3

Arbeidsmarktproblematiek

De NVZ betwist de conclusie van de NZa dat personeelsverschuivingen geen invloed hebben op de arbeidsmarktpositie. Wij hebben grote twijfels over deze conclusie die gestoeld zijn op onvoldoende onafhankelijk onderzoek. Bovendien richt de data-analyse zich uitsluitend op artsen met een AGB-code, terwijl het ervaren probleem ook juist speelt bij verpleegkundig personeel. Dit aspect zou betrokken moeten worden bij het nog lopende feitenonderzoek.

Tenslotte

De NVZ acht het van groot belang dat conclusies over prestatiedifferentiatie niet worden getrokken voordat de feitenbasis beschikbaar is en de samenhang met zorgzwaarte en passende bekostiging voldoende is uitgediept. Alleen een integrale benadering kan leiden tot een toekomstbestendig en eerlijk speelveld. Wij roepen de NZa dan ook op om deze samenhang te respecteren en het adviesrapport niet als eindpunt, maar als startpunt voor vervolganalyse te beschouwen.

Bijlage 4 Reactie UMCNL

Reactie UMCNL op NZa adviesrapport prestatiedifferentiatie

Algemeen

Vanuit UMCNL willen wij ten eerste onze waardering uitspreken voor het rapport zoals dit door de NZa is uitgebracht en voor de mogelijkheid om hierop te kunnen reageren.

Vooraf, en wellicht ten overvloede, merken wij op dat het noodzakelijk is eerst de uitkomsten van het lopende feitenonderzoek van Gupta af te wachten. Pas op basis daarvan kan worden vastgesteld of er daadwerkelijk sprake is van een ongelijk speelveld en welke factoren hieraan mogelijk ten grondslag liggen. Daarna kan pas definitief worden aangegeven of (verdere) prestatiedifferentiatie of tariefdifferentiatie kan bijdragen aan een oplossing van eventuele problemen.

Inhoudelijk

Op basis van de thans beschikbare informatie concluderen wij gezamenlijk dat tariefdifferentiatie als bestaand instrument reeds wordt toegepast om de verschillen tussen typen instellingen waar nodig te nivelleren. Daarnaast constateren wij dat (verdere) prestatiedifferentiatie, beperkt tot uitsluitend planbare zorg, de complexiteit van het stelsel zal vergroten en daarmee gepaard zal gaan met een aanzienlijke toename van de administratieve lasten.

Wij onderschrijven dan ook de conclusie van de NZa dat op dit moment niet is aangetoond dat er sprake is van een oneerlijk speelveld en dat prestatiedifferentiatie geen passende oplossing biedt voor eventuele problemen.

Nadere overwegingen

- Prestatiedifferentiatie beoogt te leiden tot tarieven die beter aansluiten bij de geleverde zorg (feitelijk tariefdifferentiatie). Contractering ziet echter primair toe op omzetbudget; tarieven zijn het resultaat van allocatie van de gerealiseerde kosten op basis van (diverse) kostprijsmodellen. Daarmee biedt tarief- of prestatiedifferentiatie niet of slechts beperkt een oplossing voor knelpunten in de contractering.
- Binnen de huidige prestatiebekostiging bestaat al differentiatie, onder meer via zorgactiviteiten en diagnoses:
 1. De DBC-systematiek is bedoeld als bekostigingsinstrument om de omzetafspraken op macroniveau mee te dekken en is niet geschikt voor differentiatie.
 2. Sinds de invoering van DOT zijn DBC's gebaseerd op gewogen gemiddelden, wat leidt tot een aanzienlijke variatie binnen de zorgproducten. Een DBC geeft slechts een globale indicatie van de geleverde zorg; de activiteiten binnen de DBC bepalen de intensiteit maar meer ook niet. Daar is de systematiek ook niet voor bedoeld.
- Zoals eerder aangegeven zal prestatiedifferentiatie leiden tot verhoging administratieve lasten.

Toetredingseisen

Wij kunnen ons vinden in het voorstel van de werkgroep om nader te kijken naar de toetredingseisen, met als doel eventuele negatieve effecten van niet-gecontracteerde zorg te beperken. Wel achten wij aanvullend onderzoek noodzakelijk naar markttoetreding en de effecten van eventuele maatregelen.

Verdere opmerkingen

Pagina 16. Bullet point 3: Academische ziekenhuizen leveren dezelfde zorg als een algemene ziekenhuizen, maar voeren ook meer zeldzame, gespecialiseerde en complexe behandelingen uit. Er wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan en nieuwe medische behandelingen ontwikkeld. Een academisch centrum is gekoppeld aan een universiteit via de opleiding geneeskunde.

Wij adviseren een aangepaste formulering van de typering van umc's. Voor een juiste duiding stellen wij de volgorde als volgt voor: Academische ziekenhuizen leveren zeldzame, gespecialiseerde en complexe zorg en leveren daarnaast deels dezelfde zorg als de (grote) algemene ziekenhuizen. Er wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan en nieuwe medische behandelingen ontwikkeld. Een academisch centrum is gekoppeld aan een universiteit via de opleiding geneeskunde.

Tot slot

Uit het rapport blijkt dat Gupta in het feitenonderzoek toegang krijgt tot Vektis-data en aanvullende sectorale data van alle ziekenhuizen in Nederland. Van belang dat deze concurrentiegevoelige data door Gupta niet voor andere adviestrajecten worden gebruikt. We vertrouwen erop dat hierover door de NZa passende afspraken zijn gemaakt met Gupta.

Bijlage 5 Reactie ZKN

Memo

Aan : NZa
Van : Jeroen Schols, Manager Bekostiging a.i.
Datum : 17 december 2025
Betreft : Reactie op Conceptadvies 'Prestatiedifferentiatie' versie 04/12

Inleiding

Op 4 december ontvingen wij van jullie het conceptadvies 'Prestatiedifferentiatie'. Dit als uitvloeisel van fiche E4 'Eerlijk speelveld in de Medisch Specialistische Zorg' uit het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). Wij danken jullie voor de gelegenheid om hierop te reageren.

Complimenten voor herziene versie Adviesrapport

Wij zien dat de structuur en formuleringen in deze nieuwe versie aanmerkelijk zijn verbeterd. Wij complimenteren de NZa daarom met het voorliggende conceptrapport. Ook zijn wij positief over de werkwijze die de NZa in dit traject heeft toegepast, waarbij partijen (w.o. ZKN) veel ruimte voor inbreng is geboden. Tenslotte onderschrijven wij de conclusie dat (verdere) prestatiedifferentiatie geen oplossing biedt voor vermeende problemen rondom een (on)eerlijk speelveld. Ook de constatering dat het oneerlijke speelveld vooralsnog niet is aangetoond, herkennen wij.

Hoewel wij ons herkennen in het proces en de conclusies, constateren wij ook enkele aandachtspunten. Wij vragen jullie om deze te betrekken in de afronding van het adviesrapport.

Aandachtspunten

1. Klinieken van ziekenhuizen niet in beeld gebracht

Op pagina 3 vermeldt het rapport dat in het onderzoek klinieken van instellingen worden betrokken. Vervolgens heeft dit -door vermelde uitvoeringsknelpunten- niet plaatsgevonden. Wij stellen vast dat hiermee niet het hele speelveld is betrokken in de uitwerking. Wel worden analyses naar het onderscheid tussen zelfstandige klinieken en (academische) ziekenhuizen gepresenteerd. Dit roept de vraag op in hoeverre de resultaten van de zelfstandige klinieken ook (deels) van toepassing zijn op focusklinieken die binnen de ziekenhuisorganisatie actief zijn. Nu worden de resultaten in het rapport gepresenteerd alsof er slechts drie varianten zijn: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en zelfstandige klinieken. Daarmee dreigt een incompleet beeld van het speelveld te ontstaan. Wij zouden het op prijs stellen als in een algemene opmerking wordt aangegeven dat de effecten van de aanwezigheid van focusklinieken

in ziekenhuizen onbekend zijn (en eventueel nader onderzocht zouden kunnen worden, in het kader van eerlijk speelveld).

Onderscheid tussen algemene en topklinische ziekenhuizen

In het verlengde van bovenstaande opmerking die ziet op de segmentatie van msz-aanbieders: Een complete analyse naar het speelveld binnen de msz is gebaat bij onderscheid tussen topklinische en algemene ziekenhuizen. Daarmee wordt immers het hele continuüm van msz-aanbieders nauwkeuriger in beeld gebracht. Wij kunnen ons daarom voorstellen dat hierover een aanbeveling in het eindrapport wordt opgenomen, ten behoeve van het vervolgtraject.

2. Relatie tussen tariefhoogte en omvang van aanbieders

In de opdrachtformulering voor dit onderzoek is opgenomen dat er (o.a.) onderzoek naar kleine en grote ziekenhuizen plaatsvindt. In de rapportage (p. 5) wordt geconcludeerd dat dit onderscheid niet te maken valt. In onze schriftelijke reactie van 29 oktober hebben wij aangeboden om het gesprek (en uitwerkingen) daarover voort te zetten. Tijdens de laatste werkgroepbijeenkomst hebben wij vervolgens suggesties gedaan voor een dergelijk onderscheid.

Aanmerkelijke marktmacht

In het kader van (on)eerlijk speelveld lijkt ons immers een voor de hand liggende hypothese dat zorgaanbieders vanaf een bepaalde omvang meer marktmacht hebben en daardoor hogere tarieven kunnen bedingen in de zorgcontractering (zonder dat die hogere tarieven gelegitimeerd worden door bijvoorbeeld verschillen in casemix). Aanwijzingen hiervoor treffen wij aan in de combinatie van figuren 1, 3 en 11 uit het adviesrapport:

Figuur 11 toont aan dat het verschil in gemiddeld gecontracteerd tarief tussen ziekenhuizen en klinieken groter is dan het verschil in het gemiddeld gecontracteerde tarief tussen ziekenhuizen en academische ziekenhuizen. Figuur 1 laat echter zien dat het verschil in zorgzwaarte tussen ziekenhuizen en klinieken veel kleiner is dan het verschil in zorgzwaarte tussen academische en algemene ziekenhuizen. Op basis van figuur 3 geldt dezelfde constatering rondom SES. Hieruit volgt het signaal dat de tarieven in algemene ziekenhuizen hoger zijn dan dat op basis van zorgzwaarte en/of SES verklaard kan worden. Het lijkt er dan ook op dat aanbieders vanaf een bepaalde omvang structureel hogere tarieven hanteren.

De bevinding uit de Evaluatie van het instrument beschikbaarheidsbijdrage (SiRM) dat *‘zorgaanbieders met gegarandeerde financiering (regionale) marktmacht kunnen opbouwen op de zorginkoopmarkt omdat zorgverzekeraars niet om deze aanbieders heen kunnen’* (p. 30) wijst ook in de richting van risico’s op aanmerkelijke marktmacht bij dezelfde categorie aanbieders.

Wij realiseren dat het in deze fase van het traject vermoedelijk niet mogelijk is om hier alsnog verdiepende analyses naar uit te voeren. Wij vragen de NZa echter aandacht voor deze mogelijke vorm van oneerlijk speelveld: aanmerkelijke marktmacht.

3. Prestatiedifferentiatie gaat niet helpen in het verminderen van niet gecontracteerde zorg

Wij onderschrijven de strekking van deze passage (p. 33). Tegelijkertijd vermeldt dit een theoretische mogelijkheid van ‘duale regulering’, waarbij voor ongecontracteerd aanbod gereguleerde tarieven gelden en gecontracteerd aanbod vrije tariefvorming kent. Jullie verwoorden dat dit beleidsmatig ongewenst is. Wij (h)erkennen dat. Graag voegen wij hieraan toe dat deze optie juridisch mogelijk ook kwetsbaar is, o.a. vanuit het oogpunt van het gelijkheidsbeginsel (dezelfde zorg dient hetzelfde gereguleerd te worden). Aanvullend daarop kan de vraag gesteld worden hoe een dergelijke vorm van duale regulering zich verhoudt tot artikel 13 uit de Zvw (hinderpaalcriterium). Wij geven de NZa daarom ter overweging om de theoretische mogelijkheid van duale regulering (die als beleidsmatig ongeschikt wordt geclassificeerd) in het adviesrapport achterwege te laten.

4. Benchmarking

Vanuit onze achterban hebben wij reacties gekregen op de passage rondom benchmarking (p. 29): hierin wordt nu alleen het perspectief van ziekenhuizen weergegeven. Zij ervaren prijsdruk als gevolg van benchmarking, zo valt te lezen. Van klinieken krijgen wij te horen dat benchmarking zich (juist) ook laat voelen bij ongecontracteerd aanbod. Casuïstiek wijst uit dat sommige zorgverzekeraars bij de interpretatie van het hinderpaalcriterium voor de vergoeding aan patiënten voor het begrip ‘marktconforme vergoeding’ niet uitgaan van gemiddelden van alle aanbieders van de betreffende planbare msz (hierna: ‘zorgvorm’), maar van gemiddelde tarieven voor deze zorgvorm van (alleen) ZBC’s. Aangezien de tarieven bij ZBC’s lager liggen ontstaat zo een ‘race to the bottom’ bij ongecontracteerde zorg. Om in het adviesrapport een completer beeld te schetsen rondom benchmarking, verzoeken wij om dit fenomeen hier ook te vermelden.

5. Overige aandachtspunten

Op pagina 16 wordt vermeld:

‘De verschillende type zorginstellingen kunnen variëren in hun zorgaanbod. Een gespecialiseerde zbc heeft vaak een voorkeursdoelgroep en minder grote en/of complexe infrastructuur dan een groot algemeen ziekenhuis met sterke regionale functie.

Wij vragen ons af wat er bedoeld wordt met de passage ‘een gespecialiseerde zbc heeft vaak een voorkeursdoelgroep’? Bij ons riep dit geen herkenning, maar vooral vragen op. Wij verzoeken om deze passage te verduidelijken of anders te verwijderen uit de rapportage.

Verder wordt op pagina 19 onder het kopje ‘Samenstelling van de patiëntengroepen naar sociaal-economische status’ vermeld:

‘In Figuur 3 is te zien dat de academische instellingen relatief vaker patiënten met een lagere SES (lager inkomen, praktisch opgeleid, minder arbeidsmarktparticipatie) behandelen (negatieve score op de x-as), dan zbc’s.’

Bij nadere bestudering van figuur 3 blijkt dat de patronen hoofdzakelijk (en zichtbaar) afwijken bij academische ziekenhuizen. Volgens ons is de bovenstaande tekst daarom (vermoedelijk abusievelijk) incompleet. Ons voorstel is om betreffende passage te vervangen voor:

‘In Figuur 3 is te zien dat de academische instellingen relatief vaker patiënten met een lagere SES (lager inkomen, praktisch opgeleid, minder arbeidsmarktparticipatie) behandelen (negatieve score op de x-as), dan ziekenhuizen en zbc’s.’

Tenslotte

Wij vertrouwen erop dat jullie met onze reactie de rapportage kunnen verrijken en -vervolgens-finaliseren. Als jullie vragen en/of opmerkingen hebben bij onze reactie, dan horen wij dat graag. Ook voor eventuele afstemming van tekstaanpassingen zijn wij uiteraard beschikbaar.

Tenslotte zien wij met vertrouwen uit naar het definitieve adviesrapport.

Bijlage 6 Reactie ZN

Reactie ZN op het adviesrapport prestatiedifferentiatie

Allereerst willen wij onze waardering uitspreken voor het goede rapport dat door de NZa is opgesteld.

Het rapport bevestigt de rol van zorgverzekeraars in het veld en benoemt expliciet dat tariefdifferentiatie al wordt toegepast om verschillen in infrastructuur, casemix en functies te compenseren.

Wij willen in dit kader onderstrepen dat:

- **Tariefdifferentiatie als bestaand instrument** reeds tegemoetkomt aan relevante verschillen tussen instellingen; een aanvullende laag van prestatiedifferentiatie voor planbare zorg zou de complexiteit verhogen en geen aantoonbaar voordeel opleveren.
- De vraag of zorgzwaarte-differentiatie wenselijk is, hangt direct samen met definities en meetbaarheid van zorgzwaarte. Op dit moment ontbreekt een breed gedragen en praktisch bruikbare methode. Toepassing zou effect hebben op:
 - **Ziekenhuizen:** hogere administratieve lasten en mogelijk heronderhandeling van bestaande afspraken.
 - **Zorgverzekeraars:** complexere contractering, grotere variatie in prijzen binnen dezelfde prestatie.
 - **Het DBC-systeem:** meer detailniveaus, waardoor onderhandelingen en controles zwaarder worden.

Wij onderschrijven daarmee de conclusie van de NZa dat niet aangetoond is dat er sprake is van een oneerlijk speelveld en dat prestatiedifferentiatie geen passende oplossing is voor ervaren problemen.

Opmerkingen per pagina:

p22, 4^e alinea: *"De huidige bekostiging is zodanig vormgegeven dat zorgzwaarte (en daarmee het afgesproken tarief) wordt bepaald door de geleverde zorg (het aantal van de verschillende activiteiten). Hoe intensief de geleverde zorg is geweest, bijvoorbeeld hoe lang de polikliniekbezoeken of de operatie hebben geduurd, is niet terug te zien in de bekostigingsdata."* Ter nuancering: polikliniekbezoeken of operaties die langer dan gemiddeld duren, kunnen ook andere oorzaken hebben dan zorgzwaarte, zoals bijvoorbeeld ervaringen, efficiëncyverschillen etc.

p32, zorgzwaarte is nog niet goed gedefinieerd: *'Differentiatie op zorgzwaarte vereist een onderbouwde en breed gedragen definitie van zorgzwaarte'*. Ons advies is om aan definitie toe te voegen 'objectief valideerbare'.

P32, laatste alinea: Er staat *'we kunnen echter niet concluderen of tariefdifferentiatie de verschillen voldoende compenseert'*. Naast voldoende zou ook toegevoegd kunnen worden 'of misschien zelfs teveel'. Als alternatief zou een meer neutrale zin "De mate waarin tariefdifferentiatie volledig compenseert voor verschillen is op dit moment niet kwantitatief vastgesteld" gebruikt kunnen worden.

P33, 3^e alinea: *'Vanwege de verschillende vergoedingsmechanismen en bekostigingstrajecten en de effecten die zij hebben op de dure infrastructuur, zien wij nu geen koppeling met dat prestatiedifferentiatie in de planbare zorg bij gaat dragen aan de negatieve effecten van de verschillen in dure infrastructuur per type instelling.'* Deze zin is moeilijk leesbaar. Ontbreekt hier niet dat het gaat om het verminderen van de negatieve effecten? (en dat prestatiedifferentiatie daar dus niet aan bij gaat dragen).

p33, 5^e alinea: "Prestatiedifferentiatie brengt nadelen met zich mee" goede conclusie. Wat hier mist en wat nog toegevoegd kan worden is dat als bijvoorbeeld medische ontwikkelingen ertoe leiden dat de kostenheterogeniteit binnen een DBC toeneemt en te groot wordt het huidige systeem al de aanpassingsmogelijkheid bevat dat met een wijzigingsverzoek deze dbc gesplitst wordt.

De bronvermelding ontbreekt op pagina 20 (1^e alinea), pagina 25 (3^e alinea)



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl