

De tarieven in het A-segment kunnen echter ook sterk variëren tussen andere instellingen omdat op deze tarieven een instellingsspecifiek verrekenpercentage wordt toegepast. Er heeft geen vergelijking van contractprijzen in het B-segment met andere ziekenhuizen plaatsgevonden, omdat dit niet goed mogelijk bleek op basis van de huidige codes. De contractprijzen per verzekeraar verschillen. De grootste verzekeraars weten de laagste prijzen te bedingen. Daarnaast is de variatie in prijzen in 2006 toegenomen ten opzichte van 2005.

6. Het verwerven van inzicht in transactiekosten voor verzekeraars.

De transactiekosten voor de zorgverzekeraars zijn door het experiment vrijwel niet toegenomen. Echter, indien de verzekeraars extra capaciteit hadden ingezet voor de inkoop van DBC's was dit wel het geval geweest. De verzekeraars hebben aangegeven dat extra inkoopcapaciteit nodig is om de onderhandelingen goed te voeren. Aangezien het in de experimentsituatie om één kleine instelling gaat, is het effect van deze experimentsituatie beperkt.

7. Het verwerven van inzicht in de interne cultuurverandering bij SMK.

De SMK heeft het experiment aangegrepen om belangrijke verbeteringen door te voeren in de bedrijfsprocessen. Het experiment is een belangrijke katalysator hiervoor geweest. Ook het vervallen van de budgetteringsystematiek heeft vrijheid met zich meegebracht. Deze ruimte kan volgens de SMK in de toekomst kleiner worden als de prijsonderhandelingen strakker gevoerd worden. De verzekeraars menen dat de strategie van de SMK op dit moment meer gericht is op een versteviging van de financiële positie, terwijl de strategie bij de start van het experiment anders was. Op dit moment zijn andere personen van de SMK bij het experiment betrokken dan bij de start van het experiment. Volgens de verzekeraars is het daarom lastig aan te geven waardoor de strategie van de SMK is veranderd (door de personeelwisselingen of door het experiment).

5.1.2 Invloed experiment op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Zoals uit hoofdstuk vier valt op te maken heeft het experiment nog geen aanwijsbare invloeden gehad op de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid. Met betrekking tot het publieke belang betaalbaarheid zijn wel resultaten zichtbaar.

Kwaliteit

Het experiment met vrije prijzen geeft mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering. Dit is nog niet vertaald in afspraken met zorgverzekeraars, met name als gevolg van de geleverde inspanningen bij de invoering van de Zorgverzekeringswet en de DBC's. Partijen streven er naar dit snel op te pakken.

Het lijkt erop dat in het experiment de kwaliteit van de zorg is geborgd, omdat er door het vervallen van de budgetsysteematiek meer vrijheid is voor de SMK om de zorg te organiseren. Wel is van belang dat zorgverzekeraars hun rol goed vervullen met betrekking tot het maken van kwaliteitsafspraken.

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de zorg die de SMK verleent, lijkt tot nu toe grotendeels onveranderd en lijkt daarmee geborgd te zijn. De SMK heeft met alle verzekeraars contracten afgesloten. Wel zijn de wachttijden voor orthopedie en reumatologie toegenomen. Verzekeraars maken op dit moment nog weinig gebruik van keuzeondersteuning bij de zorgvraag van hun verzekerden. Naar verwachting zal dit in de toekomst meer gebeuren.

Betaalbaarheid

De prijzen van de SMK zijn in 2006 ten opzichte van 2005 gemiddeld meer toegenomen dan de prijzen in het B-segment. Door de codering van de SMK-DBC's kan niet geanalyseerd worden of de prijzen bij de SMK gemiddeld hoger of lager zijn dan landelijk. De stijging van het volume in FB-parameters lag in 2005 hoger dan de gemiddelde stijging van het volume van de algemene ziekenhuizen. In 2006 lijkt de productie wederom te stijgen.

Het exploitatieresultaat van de SMK is in 2005 meer dan verdubbeld ten opzichte van 2004. De SMK geeft zelf aan dat dit komt door een stijging van het volume en een daling van de kosten per eenheid product. De bedrijfsopbrengsten zijn procentueel sterker gestegen dan het volume. Dit duidt op een prijsstijging tussen 2004 en 2005. De exacte prijsstijging is niet te berekenen, aangezien in 2005 de DBC-systematiek is ingevoerd.

De prijsstijging in 2006, tezamen met de verwachte stijging van het volume en een door de SMK verwachte verdere daling van de kosten per eenheid product leidt tot de voorlopige conclusie van CTG/ZAio dat het exploitatieresultaat in 2006 wederom zal stijgen.

Het is de vraag of het experiment de betaalbaarheid van de zorg borgt. Enerzijds is er sprake van een uitzonderingspositie voor de SMK die ruime mogelijkheden biedt om door prijsstelling de financiële positie te verbeteren. Anderzijds zal dit worden beperkt als zorgverzekeraars harder inzetten bij de onderhandelingen. De betaalbaarheid is voor de consument met dit experiment nog niet verbeterd, volgens de uitkomsten van de evaluatie. Het door SMK behaalde exploitatieresultaat in 2005 is immers gebruikt om het eigen vermogen te vergroten, en lijkt niet te zijn teruggegeven aan de consument in de vorm van lagere prijzen.

Opgemerkt dient te worden dat het in de experimentssituatie een kleine instelling betreft en dat het effect op de macrobetaalbaarheid van de ziekenhuiszorg daarmee beperkt is.

5.2 Verlenging experiment

Om te komen tot een advies over verlenging van het experiment wordt eerst ingegaan op de opvattingen van partijen hierover. Met behulp van deze informatie en de conclusies uit de evaluatie formuleert CTG/ZAio een advies aan de minister van VWS.

5.2.1 Opvattingen partijen

SMK: de SMK pleit voor verlenging van het experiment tot en met 2007 of zelfs 2008. Pas dan kan volgens de instelling een goede eindevaluatie plaatsvinden. Het jaar 2005 is vooral gebruikt om het experiment op te starten. De informatiehuishouding en het declaratieverkeer zijn ingericht, zowel bij de SMK als bij de verzekeraars. De SMK verwacht dat pas eind 2006

duidelijk zal zijn hoe de zorgprocessen eruit zien en wat elke DBC oplevert. (Welke DBC's zijn winstgevend en welke niet?). Hierbij speelt mee dat de doorlooptijd van een DBC kan oplopen tot een jaar. In 2007 zou dit inzicht gebruikt kunnen worden in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. De SMK is van mening dat stopzetten van het experiment zonde is van alle investeringen die gedaan zijn en zou daarmee een grote stap terug moeten zetten (niet meer op inhoud maar op parameters sturen, terugdraaien behaalde schaalvoordelen, verliezen transparantie en daarmee kwaliteit en zorgvernieuwing, weer inefficiënt werken, artsen gaan dan weer hun eigen gang terwijl nu arts en administratie elkaar nodig hebben wat invloed administratie geeft). De SMK geeft aan heel erg bezig te zijn met de lange termijn voordelen om tot betere zorg tegen een lagere prijs te komen. De SMK verwacht dat daardoor de prijzen in 2007 omlaag gaan.

Een ander argument voor verlenging is gelegen in de DBC-invoering binnen de revalidatiesector. De SMK verwacht dat pas medio 2007 duidelijkheid bestaat over de definitieve productstructuur voor de revalidatie.

Clientenraad: ook de cliëntenraad van de SMK staat positief tegenover een verlenging van het experiment. Door goede afspraken met de verzekeraar te maken, kan de zorgaanbieder ervoor zorgen dat de patiënt snel geholpen kan worden.

Verzekeraars: de verzekeraars gaven tijdens de evaluatiesessie aan dat het experiment eigenlijk uitgebreid dient te worden naar meerdere instellingen. Op dit moment bestaat te weinig vergelijkingsmateriaal. Daarnaast is het beperkte inzicht in de omzet bij SMK een risico voor de verzekeraars, omdat dit tot een onvoorziene kostenstijging voor de verzekeraars kan leiden. Een verzekeraar vraagt zich af of alleen verlengen van het experiment leidt tot beter inzicht. Vooral nog blijkt het experiment best lastig voor zorgverzekeraars omdat er weinig of geen vergelijkingsmateriaal is (met uitzondering van orthopedie). Voorts is er wat onrust over de toegenomen reserves bij SMK. De verzekeraar is daarom gematigd positief over een eventuele verlenging.

Een andere verzekeraar geeft aan dat het experiment in zijn huidige opzet zijn doel wel heeft bereikt. Maar als er landelijk geen verdere ontwikkelingen komen (uitbreiding B-segment) en het SMK-experiment zou stoppen, zou daarmee een verkeerd signaal worden afgegeven. Indien het experiment verlengd wordt, moeten wel opnieuw afspraken over de kaders gemaakt worden, volgens deze verzekeraar.

Een derde verzekeraar vindt twee jaar erg kort om inzicht in de leerdoelen te krijgen. Het experiment moet minstens enkele jaren lopen om vergelijkingsmateriaal te krijgen en de leerervaring er ook daadwerkelijk uit te halen. Conclusie zou dan ook zijn het experiment met nog minimaal een jaar te verlengen. Deze verzekeraar geeft echter ook aan voor het verloop van het experiment erg overgeleverd te zijn aan het ziekenhuis omdat ze geen vergelijkingsmateriaal hebben.

Omliggende instellingen: de reacties van de vier omliggende instellingen die geïnterviewd zijn over verlenging van het experiment, zijn afwisselend positief en neutraal. Een instelling geeft aan positief te staan tegenover verlenging van het experiment, omdat het de mogelijkheid biedt ervaring op te doen met 100% vrije prijsvorming. Het ziekenhuis ziet dit zelf ook als een hele interessante optie. Ook een tweede instelling is positief over verlenging, omdat hierdoor ervaring met marktwerking wordt opgedaan.

Een derde instelling wil niet dwarsliggen en zal verlenging van het experiment niet tegenhouden: nu afkappen van het experiment zou jammer zijn. Het probleem is volgens de instelling meer principiële. Het doel is concurrentie en door het experiment wordt een monopoliepositie gecreëerd. De SMK krijgt volgens de instelling een enorme kans om het budget op te hogen. Uit het experiment kunnen volgens de instelling geen conclusies over marktwerking worden getrokken, aangezien het geen marktwerkingsexperiment is. Het is een door de overheid gecreëerde monopoliepositie. De instelling vraagt bij verlenging waarschijnlijk een oplossing voor het verlies dat geleden wordt op bepaalde topklinische operaties. De laatste instelling die wij geïnterviewd hebben staat neutraal in verlenging.

5.2.2 Opvatting CTG/ZAio

Het experiment is aangegaan voor de duur van twee jaar en eindigt op 1 januari 2007.

Het experiment met vrije prijsvorming is niet onder ideale omstandigheden gestart. De start viel samen met de invoering van de DBC-systematiek en partijen moesten wennen aan hun nieuwe rol. Daarnaast is gedurende het experiment de Zorgverzekeringswet in werking getreden. Uit de interviews blijkt dat partijen in 2007 meer resultaten van het experiment verwachten op de aspecten prijs, kwaliteitsafspraken en keuzeondersteuning door verzekeraars. Deze aspecten hebben invloed op de publieke belangen. In dit opzicht ligt verlenging van het experiment voor de hand.

CTG/ZAio heeft echter een aantal bedenkingen bij voortzetting van het experiment. De eerste algemene bedenking is dat er betrekkelijk weinig leereffecten zijn voor landelijk beleid op het terrein van (gereguleerde) marktwerking, omdat de SMK een uitzonderingspositie heeft. Bovendien past het experiment in de huidige vorm niet in het beleid van de NZa voor de bekostiging van ziekenhuiszorg. Daarnaast zijn resultaten uit het experiment moeilijk te analyseren, doordat het experiment tegelijk is gestart met de invoering van de DBC-systematiek in de ziekenhuiszorg. Ook krijgt de SMK door haar unieke positie wellicht een voorsprong op andere ziekenhuizen. Hieronder worden de bedenkingen nader toegelicht.

Leerdoelen experiment

Om een verlenging te rechtvaardigen dient het experiment een leereffect te bevatten. Bij de start zijn de leerdoelen van het experiment benoemd. Aan het tweede leerdoel is reeds voldaan, in die zin dat de ervaringen van de SMK zijn meegenomen in het ontwikkelen van een landelijke productstructuur voor revalidatie. Over het eerste, zesde en zevende leerdoel valt weinig meer te leren indien het experiment in zijn huidige vorm met een jaar verlengd wordt. Een belangrijke

kanttekening bij de uitkomsten van het derde, vierde en vijfde leerdoel is dat deze uitkomsten alleen iets zeggen over de gevolgen van het ongelijke speelveld waarin de SMK opereert (namelijk de SMK met vrije prijzen en de concurrentie niet), maar niets over hoe de markt zal werken in een situatie met een gelijk speelveld voor alle partijen. Daarnaast valt over deze leerdoelen ook al veel te leren in het B-segment. Voordeel van het B-segment is dat alle instellingen hier 'vrije' prijzen hebben, waardoor ze op elkaar kunnen reageren. Door het experiment is een ongelijk speelveld gecreëerd.

Bij de start van het experiment had CTG/ZAio reeds aarzelingen over het leereffect van het experiment. Deze aarzelingen lijken na deze evaluatie terecht te zijn. Een eventuele verlenging draagt nauwelijks bij aan de leerdoelen die bij de start van het experiment zijn benoemd.

Verhouding tot beleid NZa

In april 2006 bracht CTG/ZAio een advies uit over een herziene bekostiging van de ziekenhuiszorg²⁶. Het experiment in de huidige vorm past niet in het beleid van de NZa voor de bekostiging van ziekenhuiszorg: het ligt niet in de lijn der verwachting dat de prijzen van het gehele A-segment op korte termijn zullen worden vrijgegeven. Indien het experiment wordt voortgezet zou dit in belangrijke mate moeten bijdragen aan nieuwe inzichten over marktwerking of moeten passen in de toekomstige reguleringsvorm. Dit staat opgenomen als eis in de algemene beleidsregel experimenten (zie bijlage 2).

Invoering DBC-systematiek

De start van het experiment valt samen met de invoering van de DBC-systematiek in de ziekenhuiszorg. Hierdoor is het lastig beoordelen of veranderingen een gevolg zijn van de DBC-invoering of van het experiment. De jaren zijn onderling niet met elkaar te vergelijken. Omliggende instellingen geven ook aan dat zij moeilijk kunnen beoordelen of ze nadeel hebben ondervonden van het experiment.

Voorsprong

Door de unieke positie die de SMK inneemt heeft zij de mogelijkheid om een voorsprong ten aanzien van organisatieverandering te krijgen op andere instellingen. Er bestaat een ongelijk speelveld. De SMK heeft meer vrijheid in bijvoorbeeld prijszetting, waardoor zij hogere resultaten kan behalen. De NZa moet een goede reden hebben om dit te kunnen toestaan. Uit bovenstaande is al gebleken dat de leereffecten van het experiment zeer beperkt zijn.

Om aan bovenstaande bedenkingen tegemoet te komen, is verbreding van het experiment een mogelijkheid. De verzekeraars zien dit ook als een optie voor 2007, omdat hiermee vergelijking van instellingen mogelijk wordt. Ook de SMK staat hier niet negatief tegenover. Belangrijke kanttekening is dat voor verbreding van het experiment een nadere marktafbakening gemaakt moet worden. Hiervoor zijn nog geen richtlijnen ontwikkeld. Daarnaast zou een verbreding van het experiment moeten plaatsvinden binnen de context van het gewenste nieuwe beleid.

²⁶ Uitvoeringstoets ziekenhuisbekostiging, De Zichtbare Hand, CTG/ZAio, april 2006

Op 4 september 2006 heeft de minister van VWS met de brief 'Ruimte voor betere zorg', gericht aan de Tweede Kamer, gereageerd op het advies van CTG/ZAio over een herziene bekostiging van de ziekenhuiszorg. In deze brief is aangegeven dat, indien het nieuwe kabinet in 2007 besluit dat invoering per 1 januari 2008 verantwoord is, het systeem van ziekenhuisbekostiging er als volgt uitziet:

- zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen voor ruim 70% van de ziekenhuiszorg over de prijzen van de zorgproducten onderhandelen;
- er wordt een tijdelijk instrument geïntroduceerd voor deze 70% van de ziekenhuiszorg, dat er toe dient een gematigde prijsontwikkeling en een prikkel voor doelmatigheid in de eerste jaren te garanderen;
- voor de beschikbaarheid van acute zorg, topklinische en topreferente zorg, opleidingen en dure en weesgeneesmiddelen (A-segment) zal regulering gelden, waarbij prestatiebekostiging een van de uitgangspunten is en waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de DBC-systematiek.

CTG/ZAio adviseert wegens vermelde bedenkingen het experiment in de huidige vorm niet voort te zetten na 1 januari 2007. Gezien het door de minister van VWS beschreven gewenste beleid op het gebied van ziekenhuisbekostiging, acht CTG/ZAio het echter ook niet raadzaam om de SMK voor een periode van een jaar terug te laten keren naar de FB-bekostiging. Daarom adviseert CTG/ZAio het experiment met een jaar te verlengen, waarbij het experiment en derhalve ook de beleidsregel experiment SMK ten opzichte van de huidige situatie moet worden herzien. CTG/ZAio stelt bij verlenging de eis dat het gemiddeld gewogen prijsniveau niet verder stijgt ten opzichte van 2006. CTG/ZAio wil nagaan in welke mate efficiencyverbeteringen bij de SMK worden doorgegeven aan de consument in de vorm van prijsverlagingen, dan wel kwaliteitsverhogingen. Daarbij zijn de onderhandelingsactiviteiten van zorgverzekeraars van belang.

Indien in enige vorm, vooruitlopend op de algemene invoering van de beoogde nieuwe vorm van ziekenhuisbekostiging per 1 januari 2008, een experiment van start gaat om ervaring op te doen met prijsplafonds, adviseert CTG/ZAio om het experiment SMK op dat moment te beëindigen en de SMK in dat nieuwe experiment te laten meegaan.

Het volgende evaluatiemoment voor dit experiment is begin 2007, zodat medio 2007 het tweede evaluatierapport gereed is.

Bijlage 1 Benodigde gegevens voor analyse

Gegevens van de Sint Maartenskliniek

Gegevensset	Doel	Opmerkingen
Contractprijzen SMK en aantal, gedeclareerd per DBC(-groep) per verzekeraar 2005 en 2006; voor de belangrijkste verzekeraars en inkoopcombinaties voor de SMK.	<ul style="list-style-type: none"> - vergelijking contractprijzen tussen verzekeraars (in relatie tot aandeel per verzekeraar) - vergelijking contractprijzen met tarieven in het A-segment en verkoopprijzen overige ziekenhuizen in het B-segment (monitor B-segment) 	De SMK was in eerste instantie niet bereid deze gegevens aan te leveren. ²⁷ Pas eind mei zijn, na uitdrukkelijk en herhaaldelijk verzoek van CTG/ZAio, contractprijzen ontvangen.
Kostprijzen SMK per verrichting per DBC per verzekeraar, 2005 en 2006	<ul style="list-style-type: none"> - vergelijking kostprijzen per DBC met in rekening gebracht tarief (per verzekeraar omdat de profielen per DBC per verzekeraar mogelijk verschillen) 	<p>Kostprijsgegevens worden op dit moment niet door DIS doorgeleverd aan CTG/ZAio.</p> <p>De SMK heeft een DIS-bestand, waarin kostprijsgegevens zijn opgenomen, rechtstreeks aangeleverd aan CTG/ZAio. In dit bestand zijn 182.579 verrichtingen opgenomen voor de periode 1-1-2005 t/m 28-2-2006. Een vergelijking met het aantal aangeleverde records vanuit DIS aan CTG/ZAio doet vermoeden dat het de volledige productie betreft.</p> <p>Kostprijsanalyses zijn buiten beschouwing gelaten vanwege de grote variatie in de kostprijzen (zie paragraaf Prijsstrategieën).</p>
Marktaandelen zorgverleningsmarkt (patiëntenstromen)	<ul style="list-style-type: none"> - patiëntenstroomanalyses; hebben er verschuivingen in patiëntenstromen plaatsgevonden als gevolg van experiment? 	<p>Vereist volledige deelname door alle aanbieders aan de registratie.</p> <p>De SMK heeft de eigen marktaandelen en adherente inwoners in het verzorgingsgebied aangeleverd voor de jaren 2003 en 2004 op basis van de volgende productieparameters: eerste polikliniekbezoeken, opnamen kliniek en opnamen kliniek + dagverpleging (per specialisme). Bron: LMR en LAZR (Prismant). Tussen 2003 en 2004 zijn er geen noemenswaardige verschillen in de marktpositie van de SMK zichtbaar. Deze cijfers kunnen vergeleken worden met de cijfers van 2005 en 2006, zodra deze beschikbaar komen.</p>
Productieaantallen	<ul style="list-style-type: none"> - analyses van het volume en veranderingen in het 	Gegevens over een aantal productieparameters leverde de SMK aan voor de specialismen orthopedie,

²⁷ Deze gegevensset is separaat opgevraagd omdat de MDS-set van de SMK waarover CTG/ZAio beschikt (aangeleverd via DIS) op dit punt niet of nauwelijks bruikbaar is.

	behandelbeleid	reumatologie en revalidatie (2004 t/m februari 2006). De SMK heeft daarnaast de geëxtrapoleerde jaarproductie op basis van de cijfers tot en met de maand april 2006 aangeleverd.
Capaciteits- en wachtlijstgegevens	Zijn er veranderingen in de beschikbaarheid van zorg opgetreden?	De SMK heeft gegevens aangeleverd over aantallen specialistenplaatsen, opleidingsplaatsen, bedden, gemiddelde bedbezetting, uren OK, behandelplaatsen, spreekuren polikliniek, wachttijden polikliniek, kliniek en dagverpleging, omvang van de wachtlijst.

Gegevens over het zorgconsumptieniveau zijn niet opgevraagd maar dienen in de volgende evaluatie betrokken te worden in de analyses.

MDS-gegevens

Voor de analyses van het experiment zouden, indien aanlevering via DIS mogelijk zou zijn, de volgende gegevens gebruikt kunnen worden:

Gegevensset	Doel	Opmerkingen
Geleverde productie per instelling per product(groep) per specialisme per gemeente (woonplaats patiënt)	- patiëntenstroomanalyses, hebben er verschuivingen in patiëntenstromen plaatsgevonden als gevolg van experiment? (eventueel in relatie tot het zorgconsumptieniveau)	Vereist volledige deelname door alle aanbieders aan de DIS-registratie.
Geleverde productie per instelling per product(groep) per zorgverzekeraar	- marktanalyse zorginkoopmarkt	Vereist volledige deelname door alle aanbieders aan de DIS-registratie.
Geleverde productie per instelling per product(groep) per specialisme	- volumeontwikkelingen	Eventueel te relateren aan verkoopprijzen
Kostprijsgegevens per verrichting of per DBC per instelling	- berekening van de marge per DBC(-groep): verschil tussen verkoopprijzen SMK en kostprijs - kostprijsvergelijkingen tussen SMK en andere instellingen	Voor de SMK relevant om prijsstrategieën te onderzoeken. Nu alleen relevant voor het B-segment waar concurrentie op prijs mogelijk is.

Bijlage 2 Beleidsregel experimenten

Uit: Beleidsregel algemene bepalingen experimenten (B1)

2. EISEN

2.1 Een experiment als bedoeld in artikel 15 WTG dient te voldoen aan alle volgende eisen:

- a – het experiment past binnen de doelstellingen van de WTG (de bevordering van marktwerking daaronder begrepen);
- b – het experiment is bedoeld om te experimenteren met alternatieve wijzen van (prijs- en prestatie)regulering die tot doel hebben een meer doelmatige (en efficiënte besteding van de middelen in de) zorg, kostenbeheersing en marktwerking daaronder begrepen, of innovatie van het stelsel van (prijs- en prestatie)regulering;
- c – het experiment is kleinschalig in die zin dat het experiment geldt voor een beperkte groep organen voor gezondheidszorg en/of een beperkte groep ziektekostenverzekeraars en/of beperkt is tot een bepaalde regio en/of is beperkt tot een bepaalde prestatie;
- d – het experiment is een aanvulling op het beleid, dat CTG/ZAio beoogt of heeft ingezet om te komen tot een meer doelmatige (en efficiënte besteding van de middelen in de) zorg of innovatie van het bekostigingsstelsel;
- e – het experiment leidt naar verwachting niet tot een verhoging van de administratieve lasten voor de betrokken zorgaanbieder(s) en ziektekostenverzekeraar(s), die onevenredig is in verhouding tot doel en nut van het experiment zoals omschreven in sub b van dit artikellid;
- f – CTG/ZAio moet voldoende vertrouwen hebben in de realisatie van het experiment door de deelnemende partijen;
- g – het experiment mag niet leiden tot discontinuïteit van de zorg in de regio en discontinuïteit van deelnemende organen voor gezondheidszorg en ziektekostenverzekeraars;
- h – het experiment levert naar verwachting een bijdrage aan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

2.2 De deelnemende organen voor gezondheidszorg en ziektekostenverzekeraars houden zich aan de in de specifieke experimentbeleidsregel gestelde voorwaarden, voorschriften en beperkingen.