

ZN-alternatief macrobeheersinstrument

Tijdens het overleg op 18 mei jl. over de openstaande punten bij de onderhandelingen over het bestuurlijk akkoord prestatiebekostiging ziekenhuizen is afgesproken met elkaar verder te denken over de omgang met overschrijdingen.

Het ZN bureau is gevraagd om een eerste notitie in te brengen om de discussie te starten en de structureren. Deze notitie is daarvoor bedoeld en is geen weergave van een bestuurlijk afgestemd standpunt van verzekeraars.

Het vraagstuk van de overschrijdingen willen wij allereerst uit elkaar trekken in twee delen:

- Hoe kun je overschrijdingen voorkomen bij de inkoop?
- Als er toch sprake is van overschrijdingen hoe redresseer je deze dan het beste?

Voorkomen overschrijdingen

Overschrijdingen voorkom je simpel gezegd door niet meer uit te geven dan er beschikbaar is.

In het gedachte experiment gaan we ervan uit dat partijen de opdracht aanvaarden om binnen het door de overheid gestelde beschikbare kader te blijven.

Dit wordt uitgevoerd binnen de inrichting van het veld per 2012 waarbij zorgverzekeraars individueel zorg inkopen voor hun verzekerden en er geen collectieve, door de overheid geregleerde budgetten meer bestaan.

Het vraagstuk kent dus twee elementen, een beschikbaar kader en uitgaven.

Zorgverzekeraars kopen individueel in. Als zij de opdracht willen kunnen uitvoeren moeten zij weten binnen welk kader zij individueel moeten blijven. De eerste vraag is dus hoe dat individuele kader per verzekeraar kan worden bepaald.

Een mogelijkheid zou zijn om aan te sluiten bij de normuitkeringen in de risicoverevening. Bij de vaststelling van deze normuitkering wordt immers rondgerekend met BKZ.

Het individuele kader voor een zorgverzekeraar zou in dit geval zijn: de normuitkering uit het zorgverzekeringsfonds + rekenpremie.

Vragen hierbij:

- Zijn de normuitkeringen tijdig bekend?
- Hoe ga je om met verzekerdenverschuivingen (die doen zich nog voor na 1 januari)?
- Welke zorg zit er allemaal in de normbedragen?
- ???

Stel dat deze benadering een goed individueel kader per verzekeraar oplevert. Hoe realiseer je dan dat de uitgaven binnen dat kader blijven?

Hoe pas je de zorginkoop aan dat je dit kunt realiseren. Dat kan niet door allerlei openeinde regelingen af te spreken. Zekerheid over uitgaven binnen het kader van een jaar kan alleen door bij de contractering de boel helemaal dicht te timmeren voor dat jaar.

Dicht timmeren is echter niet zo eenvoudig vanwege de restitutie in de zorgverzekeringswet.

Enerzijds bestaan er echte restitutieverzekeringen. Als je de opdracht om binnen het kader te blijven aanvaard zou dat aanleiding kunnen zijn om deze restitutieverzekeringen niet verder aan te bieden.

Anderzijds is binnen de naturapolis (door de motie Schippers) voor de verzekerde altijd de mogelijkheid om te kiezen voor restitutie. Verzekeraars kunnen dit niet uitsluiten.

Hoe zou de zorginkoop er uit kunnen zien in het dichttimmer scenario?

Zorgverzekeraars maken een inschatting van de verwachte zorgvraag van hun verzekerden.

Vervolgens maken zij op basis daarvan keuzes wat zij bij welke aanbieder willen gaan inkopen.

Elke verzekeraar verdeelt op deze manier zijn individuele beschikbare kader.

Vervolgens gaan zij in onderhandeling met de individuele zorgaanbieders.

In de contracten maken zij afspraken over toegankelijkheid, wachtlijsten, kwaliteit van zorg en een totaalbedrag wat maximaal beschikbaar is voor de zorg voor de eigen verzekerden.

Betaling vindt plaats op basis van DBC zorgproducten (waarvoor prijzen worden afgesproken) tot het afgesproken maximum.

Het totaal van al deze maximumbedragen is maximaal het individueel beschikbare kader. (vanwege bijvoorbeeld de restitutieproblematiek zou een stukje apart gehouden kunnen worden).

Er zou ook kunnen worden afgesproken dat gedurende het jaar aanpassing van dit maximumbedrag mogelijk zijn (bijvoorbeeld in verband met grote verschuivingen van verzekerden tussen verzekeraars)

Bij het maken van dit soort afspraken zou de aanbieder de garantie moeten krijgen dat hij gevrijwaard is van kortingen / omzetheffingen indien er toch overschrijdingen worden geconstateerd.

Redresseren van overschrijdingen

Bij overschrijdingen moet worden vastgesteld wat de oorzaak hiervan is.

- Is het macrokader tussentijds aangepast?
- Zijn de verzekeraars met hun dichtgetimmerde zorginkoop binnen hun individuele kader gebleven?
- Wat is er in de restitutie gebeurd en wat zijn hiervan de oorzaken?

Bij tussentijdse aanpassingen van het macrokader is de overheid verantwoordelijk.

Kortingen/ omzetheffingen vanwege overige overschrijdingen worden vervolgens alleen opgelegd bij de zorgaanbieders die geen maximumbedrag hebben afgesproken.