Nederlandse Zorgautoriteit

Bijlage 2 Monitor msz 2020-2021 Onderzoek naar gelijkgerichtheid en financiële prikkels

Versie 1

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:
Citeertitel: Bijlage 2 Monitor msz 2020-2021 Onderzoek naar gelijkgerichtheid en financiële prikkels

Soort document:
Type: Onbekend - Onbekend
Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:
Versie: 1
Laatste wijziging: 31-05-2021

Publicatiegegevens:
Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit
Kanaal: NZa
Vorm: origineel PUC document
Toegankelijkheid: Extern
Publicatiedatum: 31-05-2021
Taal: nl

Inhoudsopgave

Inleiding. 4
Deelonderzoek 1: Financiële afspraken tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialisten. 5
Deelonderzoek 2: Financiële afspraken tussen ziekenhuis en medisch specialisten in dienstverband. 10
Conclusies en aanbevelingen. 12
Bijlage 2A: Verantwoording. 14

Inleiding

Passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. Dit vraagt om veranderingen in de organisatie van zorg, inzet op preventie, innovatie en juiste zorg op de juiste plek (JZOJP). Financiële afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en medisch specialisten moeten passende zorg faciliteren. Voor passende zorg is het van belang dat deze financiële afspraken gelijkgericht zijn. Dit geldt ook voor de financiële prikkels die voortkomen uit deze afspraken en voor het bekostigingssysteem. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vindt het daarom belangrijk om de ontwikkelingen rondom de financiële afspraken in de medisch-specialistische zorg blijvend te volgen. Onze contractmonitors medisch-specialistische zorg en ons verkennend onderzoek naar innovatieve vergoedingsmodellen rondom medisch-specialistische bedrijven (msb's) zijn hier voorbeelden van.

Als vervolg op de bovengenoemde onderzoeken, hebben we twee deelonderzoeken uitgevoerd naar gelijkgerichtheid en financiële prikkels in de medisch-specialistische zorg. Het eerste deelonderzoek richt zich op de financiële afspraken tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis, msb en de vakgroepen binnen een msb. Het betreft hier alleen de msb's die gebruikmaken van de prestatiemodellen van Logex en Performation. Er zijn daarmee 51 van de ongeveer 70 msb's onderzocht. De overige 19 msb's werken naar verwachting met andere typen verdeelmodellen. Op basis van informatie uit de prestatiemodellen is gekeken wat voor soort afspraken er gemaakt zijn, welke financiële prikkels hieruit voortvloeien en in hoeverre deze afspraken gelijkgericht zijn. In het tweede deelonderzoek is op basis van twaalf interviews gekeken naar de financiële afspraken die gemaakt zijn met medisch specialisten in loondienst, de (financiële) prikkels die hieruit voortkomen en gelijkgerichtheid.

Onderzoeksopzet
Beide deelonderzoeken staan op zichzelf en zijn anders van aard. Het eerste deelonderzoek is kwantitatief van aard, terwijl het tweede deelonderzoek kwalitatief van aard is. Ondanks dat beide onderzoeken op zichzelf staan, hebben beide onderzoeken tot doel om inzicht te verkrijgen in de financiële afspraken en de gelijkgerichtheid in deze afspraken. Van gelijkgerichtheid is in het kader van beide deelonderzoeken sprake als uit de financiële afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en medisch specialisten gelijksoortige prikkels voortkomen. De scope van de onderzoeken is daarmee beperkt tot gelijkgerichtheid in financiële zin. De deelonderzoeken gaan niet in op de beweegredenen achter het overeenkomen van (verschillende) financiële afspraken noch op andere aspecten die samenhangen met gelijkgerichtheid. In bijlage 2A zijn de aanpak en de scope (reikwijdte ofwel beperkingen) van beide deelonderzoeken toegelicht.

Deelonderzoek 1: Financiële afspraken tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialisten

In het kader van dit onderzoek, zijn data onderzocht van in totaal 51 msb's die een verdeelmodel hanteren van Logex of Performation. De verzamelde data zien op het jaar 2020 (pre-COVID-19) en betreffen gegevens over de financiële afspraken die gemaakt zijn tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en msb's alsmede gegevens over de wijze waarop financiële middelen worden verdeeld onder de vakgroepen. Op basis van de geanalyseerde data geven we antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- Welke typen financiële afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis, msb en aangesloten vakgroepen en in welke mate komen deze afspraken voor?
- Zijn de financiële afspraken tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen, msb's en aangesloten vakgroepen gelijkgericht?
- Welke financiële prikkels vloeien uit deze afspraken voort en liggen deze prikkels in lijn met het doel om passende zorg te organiseren?

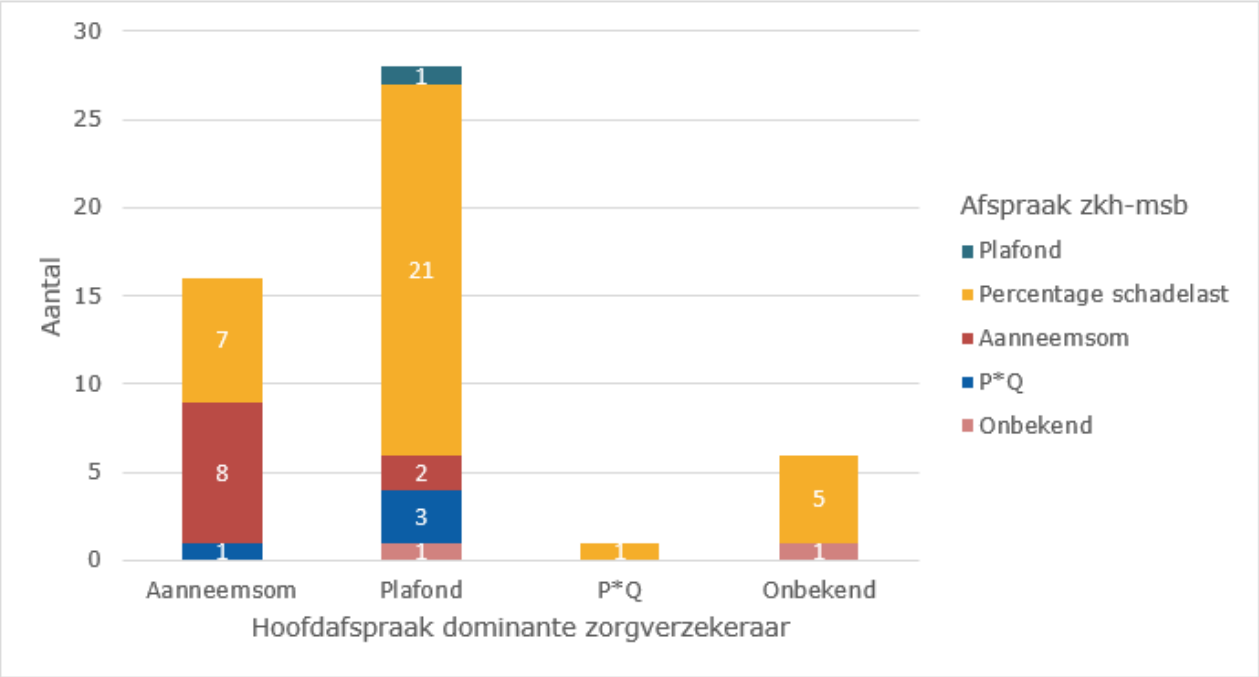
Typen financiële afspraken tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en msb's
Het ziekenhuis maakt financiële afspraken met de zorgverzekeraars én met het msb. Het msb maakt in de regel financiële afspraken met de aangesloten vakgroepen (interne verdeelsystematiek) en (indirect) met de vrijgevestigd medisch specialisten die deel uitmaken van deze vakgroepen. Figuur 1 geeft een weergave van de afspraken tussen de dominante zorgverzekeraars en de ziekenhuizen, alsmede de afspraken die de ziekenhuizen met de msb's hebben gemaakt. Hieronder beschrijven we de financiële afspraken tussen de dominante zorgverzekeraar en het ziekenhuis en lichten we kort toe welke financiële prikkels hier van uit kunnen gaan.

- Er is het vaakst een omzetplafond overeengekomen tussen de dominante zorgverzekeraars en de ziekenhuizen (55%). Een omzetplafond houdt in dat de zorgverzekeraar elk dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct die het ziekenhuis levert vergoedt tot een bepaald grensbedrag, het omzetplafond, is bereikt. Bij een omzetplafond is er een financiële prikkel om zorg te leveren tot aan het omzetplafond. Bij een onderschrijding van het omzetplafond wordt het verschil tussen het omzetplafond en de (lagere) gerealiseerde omzet niet uitgekeerd. Bij een (dreigende) overschrijding van het omzetplafond geldt juist dat bij het ziekenhuis een prikkel aanwezig is om de levering van zorg af te remmen, omdat boven het grensbedrag van het omzetplafond niet, of slechts beperkt, wordt vergoed.
- Na het omzetplafond is het vaakst een aanneemsom overeengekomen (31%). Een aanneemsom houdt in dat vooraf een gegarandeerd bedrag van een bepaalde omvang wordt afgesproken en vergoed. Deze vergoeding is niet afhankelijk van de geleverde zorg, tenzij hier aanvullende afspraken over zijn gemaakt. Bij een aanneemsom is er - anders dan bij een omzetplafond - in principe dus géén directe financiële prikkel om zorg te leveren. Dit laat onverlet dat bij een aanneemsom toch sprake kan zijn van een indirecte prikkel om zorg te leveren als de realisatie in het ene jaar van invloed is op de hoogte van de aanneemsom in het daaropvolgende jaar. Evenals bij een omzetplafond het geval is, kan ook bij een aanneemsom sprake zijn van een prikkel bij het ziekenhuis om de levering van zorg af te remmen wanneer het grensbedrag van de aanneemsom in zicht komt of wordt overschreden.
- Daarnaast is éénmaal een P*Q-afspraak overeengekomen tussen de dominante zorgverzekeraar en het ziekenhuis (2%), wat inhoudt dat elk dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct door de zorgverzekeraar wordt vergoed, zonder dat sprake is van een plafond of een aanneemsom. Bij een P*Q-afspraak is er een financiële prikkel om zorg te leveren, omdat de vergoeding van zorg in beginsel niet begrensd is in de vorm van een aanneemsom of omzetplafond.

Naast de afspraken tussen de dominante zorgverzekeraars en de ziekenhuizen, geeft figuur 1 ook weer welke afspraken de ziekenhuizen hebben gemaakt met de msb's:

- Een percentage van de schadelast is het vaakst afgesproken tussen ziekenhuizen en msb's (67%), met name tussen de ziekenhuizen die met de dominante zorgverzekeraar een omzetplafond zijn overeengekomen. Bij een percentage van de schadelast krijgt het msb een percentage van de vergoeding die het ziekenhuis ontvangt. Spreekt het ziekenhuis bijvoorbeeld een aanneemsom of een omzetplafond af met de dominante zorgverzekeraar, dan ontvangt het msb een percentage van de gerealiseerde omzet (aanneemsom, omzetplafond).
- Daarna is een aanneemsom het vaakst afgesproken tussen ziekenhuizen en msb's (20%). Een aanneemsom is het vaakst overeengekomen door de ziekenhuizen die eveneens met hun dominante zorgverzekeraar een aanneemsom zijn overeengekomen.
- Vervolgens is viermaal een P*Q-afspraak gemaakt tussen ziekenhuizen en msb's (8%). Dit is meer dan het aantal ziekenhuizen (één in totaal) dat met de dominante zorgverzekeraar ook zo'n P*Q-afspraak heeft gemaakt.
- Tot slot is eenmaal een omzetplafond afgesproken tussen een ziekenhuis en msb (2%).

Figuur 1: Aantal ziekenhuizen/msb's naar hoofdafspraak dominante zorgverzekeraar



Bronnen: Logex en Performation

Financiële prikkels en gelijkgerichtheid in afspraken zorgverzekeraars, ziekenhuizen en msb's

In tabel 1 is te zien welke combinaties van financiële afspraken in dit onderzoek getypeerd zijn als gelijkgericht en welke niet. Van gelijkgerichtheid is sprake als de afspraak tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis en tussen ziekenhuis en msb gelijksoortig zijn, dat wil zeggen dat uit deze afspraken in theorie eenzelfde soort financiële prikkel voortkomt. Voor de toelichting over de financiële prikkels verwijzen we naar de eerdergenoemde uitleg van de verschillende typen financiële afspraken.

Van alle afspraken tussen de dominante zorgverzekeraars, de ziekenhuizen en de msb's is 84% gelijkgericht. Het gaat dan om afspraken waaruit eenzelfde financiële prikkel volgt voor ziekenhuizen en msb's. In 12% is er géén sprake van gelijkgerichte afspraken tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en msb's. Het betreft afspraken waaruit niet eenzelfde financiële prikkel volgt voor zowel het ziekenhuis als de msb's.

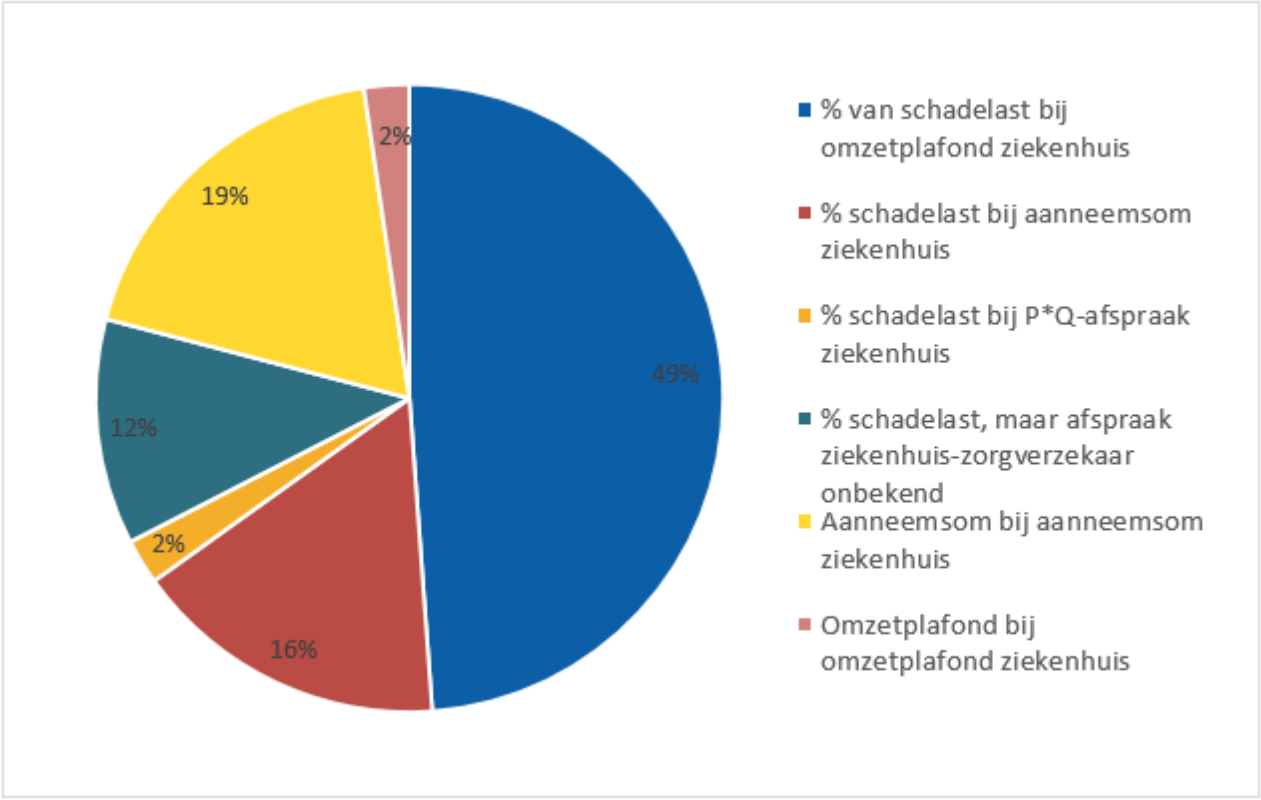
Tabel 1: Combinaties van financiële afspraken in relatie tot gelijkgerichtheid

	Type financiële afspraak tussen ziekenhuis en msb			
Type financiële afspraak tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar	Omzetplafond	Aanneemsom	P*Q-afspraak	Percentage schadelast
Omzetplafond	Gelijkgericht	Niet-gelijkgericht	Niet-gelijkgericht	Gelijkgericht
Aanneemsom	Niet-gelijkgericht	Gelijkgericht	Niet-gelijkgericht	Gelijkgericht
P*Q-afspraak	Niet-gelijkgericht	Niet-gelijkgericht	Gelijkgericht	Gelijkgericht
Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Gelijkgericht

Gelijkgerichte afspraken zorgverzekeraars, ziekenhuizen en msb's

In figuur 2 is weergegeven welke combinaties van afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en ziekenhuizen en msb's gelijkgericht zijn (84%), én hoe vaak deze combinaties procentueel voorkomen. Bij 35% van de gelijkgerichte afspraken is in theorie géén sprake van een (sterke) financiële prikkel die aanzet tot het leveren van zorg. Het betreft hier de situatie dat het ziekenhuis een aanneemsom is overeengekomen met de dominante zorgverzekeraar en eveneens een aanneemsom of percentage schadelast is overeengekomen met het msb. In ongeveer de helft van de gelijkgerichte afspraken is in beginsel sprake van een financiële prikkel om zorg te leveren tot aan een plafond. In deze situaties heeft het ziekenhuis een omzetplafond afgesproken met de zorgverzekeraar en een percentage schadelast of een omzetplafond met het msb. Bij één afspraak is sprake van een prikkel om zorg te leveren die niet wordt afgeremd door een bovenliggende macroafspraak, namelijk een P*Q-afspraak tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis en een percentage schadelast tussen ziekenhuis en msb.

Figuur 2: Aandeel gelijkgerichte afspraken naar type financiële afspraken tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en msb (%)



Bronnen: Logex en Performation

Niet-gelijkgerichte afspraken zorgverzekeraars, ziekenhuizen en msb's

6 van de 51 afspraken (12%) tussen de dominante zorgverzekeraars, ziekenhuizen en msb zijn niet gelijkgericht. Bij 4 van de 6 niet-gelijkgerichte afspraken is sprake van een sterkere productieprikkel voor het msb dan het ziekenhuis, waarbij het ziekenhuis met de dominante zorgverzekeraar een plafond óf een aanneemsom is overeengekomen en het ziekenhuis een P*Q-afspraak heeft gemaakt met het msb. Bij deze combinaties is sprake van een sterkere prikkel voor het msb dan voor het ziekenhuis om zorg te leveren, omdat bij het msb in tegenstelling tot het ziekenhuis geen sprake is van een begrenzing in de vorm van een plafond of aanneemsom. Bij 2 van de 6 niet-gelijkgerichte afspraken is sprake van een grotere productieprikkel voor het ziekenhuis. Het betreft hier de combinatie van een omzetplafond op het niveau van het ziekenhuis en een aanneemsom op msb-niveau. Het ziekenhuis heeft in dit geval een prikkel om zorg te leveren tot aan het plafond, terwijl bij het msb het financiële resultaat voor het lopende jaar niet afhangt van de gerealiseerde zorg.

Typen financiële afspraken tussen msb en aangesloten vakgroepen

Binnen het msb worden de financiële middelen verdeeld over de vakgroepen op basis van een verdeelmodel. Dit model kan - tot op zekere hoogte - door het msb zelf worden ingericht, waarbij gevarieerd kan worden in de toepassing en weging van verschillende parameters. Op hoofdlijnen hanteren veruit de meeste msb's een verdeelmodel met parameters als input (geleverde zorg), output (normuren uit zorgproducten) en efficiency (doelmatigheid). De normuren worden vastgesteld door wetenschappelijke verenigingen en staan in dat opzicht los van het verdeelmodel. Het gebruik van normuren moet er toe leiden dat een dagdeel in de operatiekamer relatief gezien even zwaar meeweegt als een dagdeel op de polikliniek.

Als een vakgroep in vergelijking met andere vakgroepen binnen het msb betere resultaten behaalt dan de landelijke benchmark, ontvangt deze vakgroep relatief gezien een groter aandeel van de te verdelen financiële middelen (omzet c.q. opbrengsten) dan de andere vakgroepen (prestatiemodel). Het omgekeerde kan uiteraard ook mogelijk zijn. Dit kan resulteren in onderlinge concurrentie tussen vakgroepen om aanspraak te kunnen maken op het grootste deel van de te verdelen financiële middelen. In de praktijk zijn de beschikbare financiële middelen van het msb veelal gelimiteerd. Als alle aangesloten vakgroepen ten opzichte van de benchmark in gelijke mate 'overpresteren' dan krijgen alle vakgroepen een gelijk financieel aandeel, maar kan zich de situatie voordoen dat niet alle geleverde zorg wordt vergoed omdat de beschikbare financiële middelen niet toereikend zijn. De individuele vakgroepen hebben dus ook een belang dat het geheel aan vakgroepen binnen het msb niet meer zorg levert dan de beschikbare financiële ruimte van het msb.

Een andere factor die meeweegt is efficiency, oftewel doelmatigheid. Doelmatigheid komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in het aantal herhaalconsulten, aangevraagde diagnostiek of ligdagen bij een bepaalde vakgroep ten aanzien van de benchmark. Weet een vakgroep de ligduur van patiënten te verkorten ten aanzien van het landelijk gemiddelde, dan weegt dit in positieve zin mee in de benchmark en daarmee mogelijk in de verdeling van financiële middelen ten opzichte van andere vakgroepen binnen het msb. Ditzelfde geldt ook voor het inzetten van digitale consulten als de inzet hiervan ter vervanging van fysieke consulten ten goede komt aan de doelmatigheid. Tevens kunnen msb's een bandbreedte hanteren en/of een historische norm fte of fte formatie meewegen in de interne verdeelsystematiek.

Naast een prestatiemodel is er ook een ander verdeelmodel ontwikkeld gericht op capaciteitsbegroting. Anders dan bij het prestatiemodel wordt bij een capaciteitsbegroting niet achteraf (ex post), maar vooraf (ex ante) de verwachte zorg (begroting) afgezet tegen de benchmark om de normcapaciteit per vakgroep te bepalen. De contractafspraken met zorgverzekeraars en de portfoliokeuzes die een ziekenhuis en medisch specialisten samen maken, vormen de basis voor de begroting. Bij een plafondafspraak tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar fungeert de begroting bijvoorbeeld als een plafondafspraak voor het msb. Daarmee is er een prikkel om niet méér zorg te leveren dan vooraf is afgesproken en wordt gelijkgerichtheid bevorderd. Hieraan kan, net als aan gerealiseerde zorg en doelmatigheid, een weging worden toegekend. De wegingen tussen de zojuist genoemde parameters tellen op tot 100%. Een hogere weging voor doelmatigheid houdt in dat een lagere weging toegekend kan worden aan 'gerealiseerde zorg' of 'begroting'. Ten slotte kan een msb ervoor kiezen om een historische norm-fte, het aantal fte binnen een vakgroep (formatie), dagdelen of dienstbelasting mee te laten wegen.

Verdeling financiële middelen in de praktijk

Als we kijken naar het verdeelmodel binnen de msb's, zien we dat in het interne verdeelmodel van 86% van het totaal aantal msb's de hoogste weging wordt toegekend aan de gerealiseerde zorg. De weging varieert tussen 60% en 100% met een gemiddelde weging van 75%. Bij deze msb's weegt de doelmatigheidsscore tussen 0% en 40% mee en speelt een capaciteitsbegroting geen rol bij de verdeling van de financiële middelen.

Bij 14% van de msb's telt productie niet dan wel minimaal mee in de verdeelsystematiek. Bij deze msb's wordt vooraf bepaald welk percentage van het totaalbedrag elke vakgroep jaarlijks ontvangt of is de verdeelsystematiek voornamelijk gebaseerd op de dagdelen (en in mindere mate op dienstbelasting en kwaliteit) of capaciteitsbegroting. Bij drie msb's staat bijvoorbeeld de verdeling van de inkomsten vast, omdat dit is gebaseerd op gemiddelde norm-fte van de afgelopen jaren en bij twee msb's die werken met een capaciteitsbegroting weegt de productierealisatie niet mee binnen de verdeelsystematiek. Bij 14% en 10% van het totaal aantal msb's speelt respectievelijk de historische norm-fte (zoals een plafond op de norm-fte per vakgroep op basis van de historische norm-fte) of formatie van een vakgroep (deels) een rol in de interne verdeelsystematiek.

Inmiddels ontvangt in 2021 63% van de msb's al informatie over hoe zij scoren op de benchmark op basis van de capaciteitsbegroting. Deze msb's zijn volgens Logex voornemens om op korte termijn volledig over te stappen op capaciteitsbegroting, wat betekent dat de financiële middelen dan daadwerkelijk worden verdeeld op basis van de begroting van de capaciteit. De door Logex geschetste ontwikkelingen stroken (nog) niet met de beschikbare data over het jaar 2020 van de NZa. De NZa zal daarom met belangstelling de ontwikkelingen en de daaruit voortvloeiende effecten blijven monitoren.

Deelonderzoek 2: Financiële afspraken tussen ziekenhuis en medisch specialisten in dienstverband

Voor het tweede deelonderzoek zijn twaalf interviews gehouden met medisch specialisten in loondienst en andere betrokkenen, zoals ziekenhuisbestuurders. De navolgende vragen staan centraal in dit deelonderzoek.

- Welke typen financiële afspraken worden gemaakt tussen het ziekenhuis en medisch specialisten in dienstverband?
- Welke (financiële) prikkels vloeien uit deze afspraken voort en liggen deze prikkels in lijn met het doel om passende zorg te organiseren?

Typen financiële afspraken tussen ziekenhuis en medisch specialisten in dienstverband
Door geïnterviewden is aangegeven dat - anders dan bij de vrijgevestigd medisch specialisten - de medisch specialisten in dienstverband een vast salaris ontvangen conform de geldende cao. Voor de perifere ziekenhuizen is dit de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) en voor de universitair medische centra (umc's) is er een cao umc. De AMS bevat afspraken over het salaris per fte-inzet en diverse toeslagen, zoals inconveniëntentoeslagen voor de bereikbaarheid en/of aanwezigheid van de medisch specialist in de avonden, nachten en weekenden. Deze financiële afspraken zijn onafhankelijk van het realiseren van JZOJP, het verbeteren van kwaliteit en het leveren van zorg. Ziekenhuizen waarbinnen een AMS+ regeling geldt, kunnen met de artsen overeenkomen dat zij boven op het basissalaris een variabele salariscomponent ontvangen. De variabele salariscomponent kan gebaseerd zijn op verschillende (combinaties van) parameters zoals de parameters in de interne verdeelsystematiek bij msb's en/of de ziekenhuisomzet. Een onbekend, maar beperkt aantal ziekenhuizen maakt gebruik van een AMS+ regeling.

Financiële prikkels in afspraken ziekenhuis en medisch specialisten in dienstverband
Hoewel uit de interviews blijkt dat er géén directe financiële prikkels zijn voor medisch specialisten in loondienst ten aanzien van het leveren van zorg, JZOJP of kwaliteit, komt uit de interviews naar voren dat er wel indirecte niet-financiële prikkels bestaan om zorg te leveren. Een uitzondering hierop vormen de AMS + afspraken waaruit directe financiële prikkels kunnen volgen voor medisch specialisten in dienstverband om zorg te leveren. Ziekenhuizen sturen op financiën middels de interne (deel)begrotingen met de organisatorische eenheden en medisch specialisten. Hieruit volgt indirect een niet-financiële prikkel voor de medisch specialisten in loondienst om zorg te leveren, omdat de begroting - en daarmee de te verwachten productie - onder meer bepalend is voor de omvang van de formatie van een vakgroep en van het verplegend en ondersteunend personeel. Specifiek gaat het hierbij om de ruimte voor uitbreiding van de formatie of het voorkomen van een krimp in formatie.

Ten aanzien van de productieprikkels in het algemeen, zijn de meningen van de geïnterviewden verdeeld. Enerzijds leiden we uit de interviews af dat een financiële productieprikkel functioneel kan zijn vanwege de efficiëntiewinst, kortere wachtlijsten en het kunnen opvangen van een groeiende zorgvraag. Daarbij is niet uitgesloten dat financiële afspraken zich kunnen toespitsen op meer dan alleen productie, bijvoorbeeld het verbeteren van kwaliteit of efficiëntie. Anderzijds komt uit de interviews naar voren dat een financiële sturing op productie invloed kan hebben op behandelkeuzes en kan aanzetten tot een strategisch gebruik van de dbc-systematiek ten einde meer inkomsten te genereren. De prikkel om te produceren staat er volgens enkele geïnterviewden aan in de weg dat de arts en patiënt samen beslissen over de meest passende behandeling, omdat dit tijd kost die zich niet vertaalt in productie en derhalve inkomsten of formatie voor medisch specialisten of het ziekenhuis.

Vertaling van (financiële) afspraken tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis naar medisch specialisten in dienstverband

De afspraken die gemaakt worden tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar, moeten volgens enkele geïnterviewden vertaald worden naar de afspraken tussen ziekenhuizen en de medisch specialisten, zeker als de afspraken zien op meer dan alleen productie of een vaste som met geld. Uit de interviews komt echter naar voren dat dit soort afspraken (bijvoorbeeld over het verbeteren van kwaliteit of JZOJP) niet of nauwelijks gemaakt wordt tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis. Uit de interviews volgt

eveneens dat ziekenhuizen sturen op het rondrekenen van de hoofdsom die is overeengekomen met de zorgverzekeraar. Dit betekent dat ziekenhuizen sturen op het niet onder- of overschrijden van het afgesproken budget(plafond). Dit kan gevolgen hebben voor het gedrag van ziekenhuizen. Zo is door een geïnterviewde het voorbeeld genoemd dat perifere ziekenhuizen terughoudend zijn om niet-gecontracteerde zorg over te nemen van andere ziekenhuizen wanneer dit niet past binnen de financiële afspraken met de zorgverzekeraar.

De afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen moeten volgens meerdere geïnterviewden financiële zekerheid bieden voor de langere termijn. Dit kan volgens hen gerealiseerd worden door meerjarige afspraken aan te gaan. Deze meerjarige afspraken moeten niet enkel gericht zijn op productie en een som geld, maar moeten zich toespitsen op onder meer waarde, innovatie en samen beslissen. Tegelijkertijd geven geïnterviewden aan dat financiële afspraken initiatieven moeten faciliteren of stimuleren die bijdragen aan een afname in productie, zodat het leveren van niet-wenselijke, dure zorg niet lonend is. Een geïnterviewde geeft aan dat het gelukt is om dit soort type financiële afspraken te maken binnen zijn ziekenhuis. Ter toelichting wordt genoemd dat de zorgverzekeraars en het ziekenhuis, maar ook het ziekenhuis, msb en aangesloten vakgroepen zijn afgestapt van een financiële afspraak op basis van productie om de kwaliteit van zorg voorop te zetten. Hierbij zijn ook specifieke financiële afspraken gemaakt om innovatie zoals digitalisering van zorg te stimuleren. De noodzaak dat het zorglandschap moet veranderen, wordt door meerdere geïnterviewden erkend, maar er wordt benadrukt dat er géén '*one size fits all*' oplossing is.

Conclusies en aanbevelingen

De vormgeving, zowel naar aard als inhoud, van financiële afspraken kan invloed hebben op het gedrag van zorgverzekeraars, ziekenhuizen, msb's en medisch specialisten, en kan daarmee ook van invloed zijn op de landelijk ingezette beweging naar passende zorg in de medisch-specialistische zorg. Naast de financiële afspraken kunnen partijen zich ook via andere manieren inzetten op passende zorg. Dit onderzoek is alleen gericht op de financiële afspraken in de medisch-specialistische zorg. Andere afspraken, prikkels of factoren vallen buiten de scope van dit onderzoek. Via de twee deelonderzoeken komen we per deelonderzoek tot een aantal conclusies en doen we een aantal aanbevelingen.

Conclusies deelonderzoek 1
De financiële afspraken - en dus ook de financiële prikkels - die dominante zorgverzekeraar, ziekenhuis en msb met elkaar maken, zijn in grote mate gelijkgericht (84%). Hoewel de afspraken tussen deze partijen in overwegende mate met elkaar in lijn liggen, zijn de financiële afspraken die tussen het msb en de aangesloten vakgroepen worden gemaakt van een andere orde. Door de inrichting van de gehanteerde interne verdeelsystematiek staan deze afspraken meer op zichzelf. Dit laatste staat volledige gelijkgerichtheid in belangrijke mate in de weg. Uit de onderzochte data blijkt dat veruit de meeste msb's binnen die interne verdeelsystematiek de hoogste weging toekennen aan de geleverde zorg als het gaat om de verdeling van financiële middelen onder de vakgroepen. De financiële prikkel voor medisch specialisten om zorg te leveren, resulteert niet, althans niet per definitie, in meer inkomsten voor het msb. Deze prikkel speelt vooral een dominante rol in de concurrentie tussen zowel onderlinge vakgroepen als individuele medisch specialisten. Deze concurrentie resulteert in een prikkel om een zo groot mogelijk deel van de beschikbare financiële middelen te bemachtigen. De msb's wegen naast de productie ook andere factoren mee in de interne verdeelsystematiek met een dempende werking op het leveren van zorg, maar dit laat onverlet dat de verdeelsystematiek die door de meeste msb's wordt gehanteerd de vakgroepen aanzet tot het leveren van zorg.

Inmiddels ontvangt in 2021 een groot aantal msb's informatie over hoe zij scoren op de benchmark op basis van de capaciteitsbegroting. Deze msb's zijn voornemens om op korte termijn volledig over te stappen op capaciteitsbegroting. De NZa ziet een verdeling van financiële middelen die minder geënt is op productie en gelijkgerichtheid bevordert als een positieve ontwikkeling. Van belang is wel dat het implementeren van dergelijke verdeelmodellen niet bij voornemens blijft. In een vervolgonderzoek zal de voortgang op dit gebied gemonitord worden. Tot slot wenst de NZa te benadrukken dat financiële gelijkgerichtheid met betrekking tot de afspraken in de gehele keten niet voldoende is. Uiteindelijk gaat het erom dat de afspraken tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en msb daadwerkelijk bijdragen aan het realiseren van passende zorg. De NZa zal met partijen in gesprek blijven en de ontwikkelingen op dit gebied in beeld blijven brengen.

Conclusies deelonderzoek 2
Uit de twaalf gehouden interviews komt naar voren dat de medisch specialisten in dienstverband over het algemeen geen financiële prikkels ervaren om zorg te leveren of bij te dragen aan bijvoorbeeld JZOJP of kwaliteit, uitgezonderd ziekenhuizen met een AMS+ regeling, maar dat betreft een klein aantal ziekenhuizen. Het inkomen van deze medisch specialisten is namelijk niet afhankelijk van de hoeveelheid geleverde zorg of de bijdrage aan bijvoorbeeld JZOJP of kwaliteit. Medisch specialisten in loondienst kunnen echter wel een indirecte, niet-financiële productieprikkel ervaren die volgt uit de begrotingsafspraken binnen het ziekenhuis om bijvoorbeeld de formatie van een vakgroep te behouden of uit te breiden. Het is lastig om op basis hiervan uitspraken te doen over de gelijkgerichtheid in de financiële afspraken, gelet op het beperkte aantal geïnterviewden.

Een belangrijke constatering is verder dat voor zowel ziekenhuizen als medisch specialisten in dienstverband ten algemene financiële prikkels om afspraken te maken over passende zorg, kwaliteit of JZOJP ontbreken. Deze constatering ligt in lijn met onze eerdere bevindingen in de monitor contracten medisch-specialistische zorg 2019 waarin we concluderen dat in de contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen nog te weinig (financiële) afspraken zijn gemaakt over JZOJP. Het bereiken van concrete resultaten op het gebied van kwaliteit of JZOJP vergt een structurele tijdsinvestering van medisch

specialisten die ten koste gaat van de zorgproductie en daarmee dus van omzet/inkomsten van het ziekenhuis. JZOJP komt daardoor nog onvoldoende van de grond.

Uit de interviews komt naar voren dat partijen vanwege de financiële afspraken die worden gemaakt moeite hebben om veranderingen door te voeren die gericht zijn op het bereiken van meer passende zorg. Het belonen en dus stimuleren van productie blijft een bepalende factor in de afspraken die worden gemaakt. Dit werkt door in de onderhandelingen tussen alle betrokken partijen: van zorgverzekeraars tot ziekenhuizen, van ziekenhuizen tot medisch specialisten (in dienstverband of vrijgevestigd), van msb's tot vakgroepen en zelfs van vakgroepen tot individuele medisch specialisten. Wat we meerdere malen terug gekregen hebben, is dat gewenste veranderingen in het zorglandschap om meer passende zorg te verlenen, moeizaam tot stand komen omdat ze (directe) negatieve gevolgen hebben voor de omzet van het ziekenhuis, de omzet van het msb en de inkomsten van de daaraan verbonden vrijgevestigde medisch specialisten. In lijn met de bevindingen uit onze eerdere monitors medisch-specialistische zorg concluderen we dat de financiële afspraken gericht op productie zorgen voor een lage bereidheid om de bestaande organisatie en inrichting van de zorg te veranderen. Hierdoor zijn partijen onvoldoende in staat om aan te haken bij de veranderende landelijke en regionale zorgbehoeften. Verschuivingen van capaciteit binnen het ziekenhuis, tussen ziekenhuizen onderling of van het ziekenhuis naar de eerste lijn komen hierdoor moeilijk tot stand.

Aanbevelingen

- Financiële prikkels die volgen uit de financiële afspraken tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en (vrijgevestigd) medisch specialisten moeten passende zorg faciliteren. Daarom is het belangrijk dat partijen de sturing op productie in de hele keten van afspraken dempen door bijvoorbeeld de inkomsten (deels) los te trekken van de gerealiseerde productie en te experimenteren met andersoortige financiële afspraken die minder zijn geënt op productie.
- We roepen zorgverzekeraars en ziekenhuizen op om in hun (contract)afspraken de focus te verleggen van sturing op productie naar het maken van afspraken die de gewenste beweging naar passende zorg mogelijk maken. Minstens zo belangrijk is dat deze afspraken vervolgens vertaald worden in de afspraken die het ziekenhuis maakt met het msb, resp. de medisch specialist in loondienst, en dat deze afspraken ook worden vertaald in de afspraken tussen msb's en vakgroepen.
- De verandering naar passende zorg vraagt een proactieve houding van alle betrokken partijen. Ook medisch specialisten kunnen alternatieve afspraken van binnenuit initiëren om zo de transitie naar passende zorg verder te faciliteren.

Tot slot, de uitdagingen om de zorg anders te organiseren zijn groot. Financiële prikkels zijn inherent aan elke vorm van bekostiging en elke bekostigingsvorm heeft zijn voor- en nadelen. In het advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' lichten we toe dat we samen met partijen van een bekostigingssysteem met sterke productieprikkels willen werken naar een alternatief bekostigingssysteem dat passende zorg stimuleert. De uitdagingen gaan daarnaast verder dan alleen de bekostiging en omvat het gehele zorglandschap.

Bijlage 2A: Verantwoording

De beide deelonderzoeken staan op zichzelf en kennen elk een specifieke benadering. Onderstaand wordt ingegaan op de gehanteerde werkwijzen en punten die van belang zijn om in ogenschouw te nemen bij het interpreteren van de resultaten.

Aanpak

Deelonderzoek 1
Ten behoeve van het eerste deelonderzoek zijn gegevens geanalyseerd van in totaal 51 msb's. Dit zijn alleen msb's die gebruikmaken van de verdeelmodellen van Logex of Performation. De zojuist genoemde bedrijven hebben de benodigde geanonimiseerde gegevens op verzoek van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) - en via de FMS - aan de NZa aangeleverd in vooraf opgestelde formats. Deze formats zijn tot stand gekomen in samenspraak met Logex, Perfomation en de FMS. Eén msb heeft het format zelf ingevuld en toegestuurd aan de NZa.

De aangeleverde gegevens - en derhalve de resultaten van het deelonderzoek - hebben betrekking op het jaar 2020 en de situatie vóórafgaand aan de uitbraak van COVID-19. Voor twee msb's geldt dat dit laatste niet met zekerheid is vast te stellen, omdat niet expliciet is gevraagd of het data betrof van vóór COVID-19. Voor de meeste msb's heeft de NZa de navolgende informatie ontvangen:

- het type financiële afspraak tussen ziekenhuis en dominante zorgverzekeraar;
- het type financiële afspraak tussen ziekenhuis en msb;
- de parameters waarop de interne verdeelsystematiek van een msb is gebaseerd.

Naar aanleiding van een tussentijdse consultatie van dit onderzoek bij de FMS heeft de NZa, aanvullend op de eerste uitvraag, recente gegevens opgevraagd over de ontwikkelingen in 2021 rondom de capaciteitsbegroting bij msb's. Deze ontwikkelingen heeft de NZa meegenomen in het onderzoek om aan te kunnen sluiten op de actualiteiten.

Om de aangeleverde data te valideren, is een steekproef uitgevoerd bij vijf msb's. De resultaten van de steekproef resulteerden in één aanpassing in de data. Deze aanpassing heeft niet geleid tot een wijziging in de conclusie van dit onderzoek. De NZa zag derhalve geen aanleiding om opnieuw een steekproef te trekken. Ten slotte hebben zowel de FMS, Logex als Performation dit onderzoek ingezien om na te gaan of het onderzoek géén feitelijke onjuistheden bevat, met name ten aanzien van de verdeelmodellen.

Deelonderzoek 2
Voor het tweede deelonderzoek zijn twaalf interviews afgenomen op basis van een vragenlijst die is opgesteld in overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de FMS. Op verzoek van de FMS, is de initiële vragenlijst uitgebreid met een aantal vragen over niet-financiële afspraken.

De volgende onderwerpen zijn onderdeel van de vragenlijst:

- type financiële afspraken met medisch specialisten in dienstverband (incl. AMS+ regeling);
- prestatieafspraken over productie of kwaliteit;
- afspraken over volume/productie/fte formatie;
- benchmarken van productie en kwaliteit;
- (financiële) afspraken over uitkomsten van zorg;
- (financiële) afspraken over onderzoek en ontwikkeling van zorg;
- productieprikkels die uitgaan van afspraken;
- afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar en mate van gelijkgerichtheid hierin.

De interviews zijn gehouden met artsen in loondienst, een manager en bestuurders van een ziekenhuis en een msb en de FMS samen met de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD). Een aantal

geïnterviewden is op verzoek van de NZa aangedragen door de FMS. Na elk interview is een verslag opgesteld. Dit verslag is vervolgens voorgelegd aan de geïnterviewden om na te gaan of de inhoud van dit verslag feitelijke onjuistheden bevatte. Eventuele op- of aanmerkingen in reactie op het interviewverslag zijn verwerkt.

Scope van het onderzoek

Zoals eerder vermeld gaan de deelonderzoeken in op de financiële prikkels en gelijkgerichtheid in financiële zin. Er is geen onderzoek gedaan naar de beweegredenen achter het overeenkomen van (verschillende) financiële afspraken noch naar andere aspecten die samenhangen met gelijkgerichtheid. Hetzelfde geldt voor andersoortige prikkels die van invloed kunnen zijn op het gedrag van een medisch specialist, een msb, een ziekenhuis of een zorgverzekeraar. Zo is denkbaar dat de vraag naar zorg een rol speelt bij de keuzes die gemaakt worden. Ook de intrinsieke motivatie van een arts of ziekenhuis om de beste zorg voor patiënten te willen leveren is van groot belang. Maar dit soort prikkels vallen, zoals gezegd, buiten de scope van dit onderzoek. Hieronder gaan we nader in op de scope per deelonderzoek.

Deelonderzoek 1
Hoewel de NZa gegevens heeft ontvangen van een relatief een ruime meerderheid van het totaalaantal msb's, zijn deze gegevens afkomstig van Logex en Performation. Dit heeft tot gevolg dat de bevindingen uit dit onderzoek alleen betrekking hebben op msb's die gebruikmaken van de verdeelmodellen van deze twee bedrijven en dus niet op de msb's die dit niet doen. Naar verwachting zal de verdeelsystematiek van de niet-onderzochte msb's verschillen van de verdeelsystematiek op basis van de modellen van Logex of Performation.

De gegevens die zijn uitgevraagd geven een beeld van de interne verdeelsystematiek van de msb's. Naast de interne verdeelsystematiek, bieden de gegevens inzicht in de typen financiële afspraken die ziekenhuizen enerzijds met de dominante zorgverzekeraars zijn overeengekomen en anderzijds met de msb's. De resultaten zien daarmee niet op alle financiële afspraken die de voornoemde partijen met elkaar hebben gemaakt. Er is niet gekeken naar eventueel aanvullende financiële afspraken zoals shared savings of een staffelafspraak die partijen eventueel met elkaar gemaakt hebben. Daarbij is het mogelijk dat ziekenhuizen verschillende financiële afspraken maken met de verschillende zorgverzekeraars of zelfs met een en dezelfde zorgverzekeraar. Deze aanvullende afspraken kunnen van invloed zijn op de prikkels die uitgaan van de financiële afspraken.

Deelonderzoek 2
Aanvankelijk was het onderzoek alleen gericht op het eerste deelonderzoek als vervolg op onze contractmonitors medisch-specialistische zorg en ons verkennend onderzoek naar innovatieve vergoedingsmodellen rondom msb's. Het onderzoek is mede op verzoek van de FMS uitgebreid met het tweede deelonderzoek om een breder beeld te geven van de afspraken die gemaakt worden met medisch specialisten (in dienstverband of vrijgevestigd). Anders dan bij het eerste deelonderzoek, geeft het tweede deelonderzoek - gelet op het aantal geïnterviewden (twaalf) - geen landelijk beeld van de financiële prikkels en gelijkgerichtheid. Dit laat onverlet dat het tweede onderzoek wel een relevante indruk geeft van de financiële afspraken en prikkels bij de medisch specialisten in dienstverband, met name nu een duidelijke lijn te zien is in de interviewverslagen. Het is echter lastig om een uitspraak te doen over de mate van gelijkgerichtheid in deze afspraken.