Marktverstoringstoets Zorgfunctie Spoedeisende hulp 2021

NZa, 1 juni 2021

1 Inleiding

1.1 Aanleiding marktverstoringstoets

De NVZ en enkele ziekenhuizen die gevoelig zijn aangemerkt voor de 45 minutennorm hebben aangegeven dat de huidige beschikbaarheidbijdrage en de reikwijdte daarvan niet toereikend is voor de SEH's en dat deze aangepast moet worden. De minister van VWS heeft hierop aan de Tweede Kamer aangegeven: *'Daarnaast ontvang ik signalen dat de beschikbaarheidbijdrage acute zorg voor een voor de 45 minutennorm gevoelig ziekenhuis niet altijd toereikend is. Ik ben bereid om de NZa te vragen naar de grondslag van deze beschikbaarheidbijdrage te kijken en mij op korte termijn te adviseren over de wijze waarop aanpassing van de beschikbaarheidbijdrage acute zorg kan plaatsvinden passend bij het nieuwe kwaliteitskader spoedzorgketen.'* (Kamerstukken II 2018/19 32620, nr. 233)

Om aan dit verzoek van de minister te kunnen voldoen is een traject opgestart door het ministerie van VWS, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hiervoor zullen wij een zogenaamde marktverstoringstoets uitvoeren, op basis van de beoogde nieuwe afbakening voor de beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp.

Waarvoor is de marktverstoringstoets bedoeld? Uitgangspunt van het zorgstelsel is dat primair de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor (het inkopen van) voldoende, tijdige en bereikbare zorg voor hun verzekerden. Hierop vormt de beschikbaarheidbijdrage een uitzondering.

Artikel 56a van de Wmg bevat onder andere de criteria voor de toekenning van een beschikbaarheidbijdrage. Het wetsartikel stelt:

"Voor een beschikbaarheidbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan

- *Of de kosten niet of niet geheel zijn toe te kennen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden,*
- *Of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifering marktverstorend zou werken,*
- *En die niet op andere wijze worden bekostigd."*

Een marktverstorende werking treedt op als financiering via prestaties en tarieven tot meer marktverstoring leidt dan een beschikbaarheidbijdrage. De hoofdvraag die de marktverstoringstoets moet beantwoorden is daarom de volgende: Is bij een nieuwe afbakening van de SEH-functie de marktverstoring bij een bekostiging met prestaties en tarieven ernstiger dan bij bekostiging met een beschikbaarheidbijdrage?

Met andere woorden, de NZa onderzoekt onder welke situatie de (voorgenomen) nieuwe afbakening van de zorgfunctie SEH meer marktverstoring kent:

- Situatie 1: waarin de kosten voor de zorgfunctie SEH volledig gedekt zouden moeten worden door prestaties en tarieven;
- Situatie 2: waarin de kosten voor de zorgfunctie SEH niet gedekt kunnen worden vanuit de prestaties en tarieven en waarbij we de kosten die niet gedekt worden vanuit de tarieven vergoeden via een beschikbaarheidbijdrage.

Beide situaties gaan uit van de (voorgenomen) nieuwe afbakening, waarbij uitgegaan wordt van de normen zoals opgenomen in het kwaliteitskader spoedzorg. De NZa maakt dus geen vergelijking tussen de nieuwe situatie en de huidige (2021) situatie, en de NZa onderzoekt niet welk van deze situaties meer marktverstorend is.

1.2 Doel en aanpak marktverstoringstoets

Het doel van dit rapport is antwoord geven op de vragen die het ministerie van VWS ons gesteld heeft in haar opdrachtbrief van 18 december 2020. Het gaat om de volgende vragen. Het ministerie van VWS vraagt de NZa om te onderzoeken:

- Of de meerkosten* van de genoemde personele kosten al op enige wijze worden bekostigd; en zo niet;
- Om te onderzoeken of deze meerkosten via de reguliere bekostiging kunnen worden bekostigd; en zo ja;
- Of de bekostiging van deze meerkosten via de reguliere bekostiging meer marktverstoring oplevert dan bekostiging via een beschikbaarheidbijdrage.

** onder meerkosten wordt verstaan het saldo van de kosten en opbrengsten van de nieuwe afbakening.*

Daarnaast vraagt het ministerie ons om specifiek in te gaan op de kosten van de personele normen. Het gaat hierbij om de zogenoemde 'achterwachtfunctie'. Het gaat om 14 typen medisch specialisten en 6 typen ondersteunend beroepsbeoefenaren die bereikbaar zijn voor de SEH tijdens avond-, nacht- en weekenduren. Wanneer gesproken wordt over achterwacht tijdens ANW-diensten, wordt bedoeld dat de betreffende zorgverlener bereikbaar of beschikbaar is voor (telefonische) consultatie en dat deze zorgverlener binnen een 'redelijke' tijd na telefonische oproep de benodigde medische handeling kan verrichten. Het gaat om bereikbaarheid van één persoon per functie (ter illustratie: het gaat om bereikbaarheid van één intensivist tijdens ANW. Het gaat dus niet om twee of drie bereikbare intensivisten tijdens ANW).

Het betreft de volgende 14 typen medisch specialisten en 6 typen ondersteunend beroepsbeoefenaren

Functie medisch specialist
Intensivist
Anesthesioloog
Orthopedisch chirurg (of een traumachirurg)
Vaatchirurg
GE-chirurg (of oncologisch chirurg)
Cardioloog
Kinderarts
Klinisch geriater (of internist ouderengeneeskunde)
Neuroloog
Longarts
Radioloog
Internist
Medisch microbioloog
Psychiater

Functie ondersteunend beroepsbeoefenaar
Anesthesieassistent
Apothekersassistent
Klinisch chemisch laborant
Radiologie laborant
Klinisch chemicus
Ziekenhuisapotheker

Voor wat betreft de voorwacht, is de afbakening onveranderd. Het gaat om voorwacht (24 uur parate werkzaamheden) van twee functies:

Functies voorwacht
SEH-arts KNMG (of arts-SEH)
SEH-verpleegkundige

Om de vragen te kunnen beantwoorden hebben we gegevens nodig over de kosten en opbrengsten van de zorgvorm. Daarom hebben we na ontvangst van de opdrachtbrief eerst een model opgesteld en een kostenonderzoek uitgevoerd. Met behulp van de gegevens uit het onderzoek kunnen we vervolgens toetsen of er sprake is van marktverstoring indien de kosten van de spoedeisende hulp gefinancierd worden met prestaties en tarieven, en kunnen we antwoord geven op de vragen die het ministerie ons heeft gesteld.

1.3 Terminologie en leeswijzer

Prestatie – Waar wij in dit document spreken over een prestatie kan ook een DBC of OZP gelezen worden. Het betreft een betaaltitel waarmee geleverde zorg in rekening kan worden gebracht bij een patiënt of diens zorgverzekeraar.

Gevoelig ziekenhuis – de SEH van een ziekenhuis moet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm volgens de analyse van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Met 'gevoelig' wordt bedoeld dat sluiting van de SEH van het betreffende ziekenhuis tot gevolg heeft dat meer mensen volgens de modelberekeningen niet meer binnen de norm naar een SEH vervoerd kunnen worden, in vergelijking met de situatie wanneer deze SEH open is. De norm van 45 minuten ten aanzien van de bereikbaarheid van SEH's is vastgelegd in de beleidsregels bij de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi).

Marktverstoring – een situatie waarbij een andere uitkomst (in termen van prijs, volume en kwaliteit) tot stand komt dan op een markt die we als concurrerend beschouwen. We operationaliseren marktverstoring aan de hand van prijsverschillen. Het kan dan gaan om zowel prijsverschillen tussen aanbieders als verschillen in de zorgverzekeringspremie.

Meerkosten – het verschil tussen de kosten en opbrengsten

Oude reikwijdte of huidige reikwijdte – De reikwijdte voor de beschikbaarheidbijdrage SEH zoals afgebakend in de aanwijzing van 21 april 2017 (met kenmerk 1123133-163202-MC). Deze aanwijzing is de basis voor het huidige beleid in de Beleidsregel Beschikbaarheidbijdrage op aanvraag (BR/REG- 21150).

Nieuwe reikwijdte – De voorgenomen reikwijdte voor de beschikbaarheidbijdrage SEH zoals vooralsnog omschreven in de opdrachtbrief van 18 december 2020 (kenmerk 1789115-214909-CZ).

Zorgvorm – Dit betreft de te leveren zorg of de geleverde zorg.

2 Beschikbaarheidbijdrage

2.1 Achtergrond beschikbaarheidbijdrage

Uitgangspunt van het zorgstelsel is dat primair de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor (het inkopen van) voldoende, tijdige en bereikbare zorg voor zijn verzekerden. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht jegens zijn verzekerde. Dat houdt in dat de verzekeraar ervoor moet zorgen dat de verzekerde de verzekerde zorg kan krijgen. Dit betekent dat zij daarvoor de nodige maatregelen treft.

De overheid blijft daarnaast eindverantwoordelijk voor een aantal vormen van zorg waarvan de kwaliteit, toegankelijkheid c.q. bereikbaarheid en betaalbaarheid mogelijk niet zonder meer voldoende zijn gewaarborgd. Om de beschikbaarheid van deze specifieke vormen van zorg te waarborgen, is overheidsbemoeienis nodig in de vorm van financiële voorwaarden vooraf of achteraf.

Artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bevat de criteria voor de toekenning van een beschikbaarheidbijdrage. Het artikel stelt:

"Voor een beschikbaarheidbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan
- Of de kosten niet of niet geheel zijn toe te kennen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden;
- Of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifering marktverstorend zou werken;
- En die niet op andere wijze worden bekostigd."

De drie wettelijke criteria uit artikel 56a van de Wmg zijn uitgewerkt in een beoordelingskader. Dit beoordelingskader is opgenomen in de nota van toelichting bij het Besluit beschikbaarheidbijdrage Wmg (hierna: Besluit). Het Ministerie van VWS voegt een zorgvorm toe aan het Besluit als de zorg is getoetst aan de wettelijke criteria en het Ministerie van VWS bepaalt dat een beschikbaarheidbijdrage in de rede ligt. In het Besluit staan alle vormen van zorg die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidbijdrage.

2.2 Definitie marktverstoring

Marktverstoringen zijn, als ze optreden, het gevolg van 'gedwongen' prijs- en premieverschillen. Gedwongen prijs- en premieverschillen zoals hier bedoeld zouden het gevolg zijn van exploitatietekorten op de betreffende SEH's die de ziekenhuizen doorrekenen aan de zorgverzekeraars en de zorgverzekeraars doorrekenen aan de verzekerden.

Voor het berekenen van hypothetische prijs- en premieverschillen hebben we daarom een inschatting nodig van deze exploitatietekorten.

We hebben ons ook per zorgmarkt afgevraagd in hoeverre een prijs- of premieverschil daadwerkelijk kan leiden tot 'verstoord gedrag' op die zorgmarkt.

2.3 Verschil marktverstoringstoets SEH 2015 en 2021

In de markverstoringstoets SEH van 2015[1] concludeerden we dat er op de markt voor zorgaanbieders voor de spoedeisende hulp geen sprake is van marktverstoring. Op de polismarkt constateerden we ook geen verstoring als het gaat om de landelijke verdeling van de kosten over zorgverzekeraars. Wel constateerden we een geografische marktverstoring: in een aantal gebieden in Nederland zijn de kosten voor het aanbieden van een verzekering hoger dan in de rest van Nederland als gevolg van de kosten voor het beschikbaar houden van de zorgfunctie SEH.

De marktverstoring is in 2015 door ons geoperationaliseerd aan de hand van prijsverschillen. Het gaat hier zowel op prijsverschillen tussen ziekenhuizen als prijsverschillen in de zorgverzekeringspremie. Hoe groter de prijsverschillen, hoe meer een markt verstoord kan zijn. We hebben hiervoor de volgende globale normen gehanteerd:

- Een prijsafwijking van meer dan 5% maar minder dan 10% kwalificeren we als zorgelijk;
- Een prijsafwijking van meer dan 10% merken we aan als problematisch.

De analyses in de voorliggende marktverstoringstoets zijn vergelijkbaar met de toets die we eerder hebben uitgevoerd en waarover we in maart 2015 hebben gerapporteerd.

We gebruiken voor deze marktverstoringstoets geactualiseerde data. Dit betekent dat we een geactualiseerde set met declaratiegegevens gebruiken. We gebruiken hiervoor declaratiegegevens van het jaar 2018.[2] Daarnaast gebruiken we de meest recente kostenonderzoekgegevens voor de meerkosten SEH.

In de marktverstoringstoets 2015 hebben we landelijke marktaandelen van de zorgverzekeraars gebruikt. Voor de voorliggende marktverstoringstoets gaan we uit van de daadwerkelijke marktaandelen per ziekenhuis op basis van de ziekenhuisdata (in plaats van landelijke gemiddelden).

[1] Advies beschikbaarheidbijdrage Spoedeisende hulp (SEH) en Acute verloskunde, kenmerk 0117759/0166278

[2] Daarbij geldt dat we alle declaratiegegevens meenemen die op een vooraf bepaalde datum bij ons bekend zijn.

We gebruiken voor de marktverstoringstoets de lijst met gevoelige ziekenhuizen zoals het RIVM deze voor 2019[3] heeft opgesteld.

Uiteraard geldt dat we voor de marktverstoringstoets uitgaan van de nieuwe voorgenomen reikwijdte voor de zorgfunctie SEH.[4] We gaan dan ook uit van zowel de kosten als de opbrengsten die volgen uit de nieuwe reikwijdte. In hoofdstuk 5 beschrijven we welke kosten en opbrengsten we hiervoor gebruiken.

Daarnaast geldt dat we in dit document niet rapporteren over analyses voor de zorgverleningsmarkt. Marktverstorende analyses zijn op deze markt niet relevant vanwege het karakter van spoedzorg. Zie paragraaf 4.3 voor de argumentatie hiervan.

2.4 Huidige criteria beschikbaarheidbijdrage SEH

In het Besluit beschikbaarheidbijdrage Wmg (hierna: Besluit) staan de vormen van zorg omschreven die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidbijdrage. De zorgfunctie SEH staat in het Besluit als volgt omschreven:

"Spoedeisende hulp. Het gaat hier om zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars. Hierbij geldt als voorwaarde dat sluiting van de afdeling SEH het aantal inwoners in Nederland dat niet binnen 45 minuten een afdeling SEH per ambulance kan bereiken, doet toenemen en de spoedeisende hulp 7 x 24 uur beschikbaar is"

Het Besluit stelt voor het verkrijgen van een beschikbaarheidbijdrage SEH de volgende voorwaarden:

– De SEH moet voldoen aan de geldende (minimum)normen die worden gesteld aan een SEH;

– De SEH moet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm;

– De SEH moet onvoldoende inkomsten uit de tarieven hebben om de kosten van de SEH te dekken.

De 45 minuten-norm stelt dat iedereen binnen 45 minuten naar een spoedeisende hulp vervoerd moet kunnen worden. De spoedeisende hulp van een ziekenhuis kan noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid binnen de 45 minuten in die situaties dat de sluiting van de spoedeisende hulp van dit ziekenhuis tot gevolg heeft dat een aantal mensen niet meer binnen de norm naar een spoedeisende hulp vervoerd kan worden.

Op welke wijze de hoogte van de beschikbaarheidbijdrage voor de SEH wordt berekend, is nader bepaald in de aanwijzingen die de minister aan de NZa heeft gegeven. Uit deze aanwijzingen volgt dat een afdeling SEH 7 x 24 uur over minimaal één door de KNMG geregistreerde SEH-arts of één arts SEH en één SEH-verpleegkundige moet beschikken. Daarnaast is het uitgangspunt dat de beschikbaarheidbijdrage alleen voorziet in een vergoeding voor de kosten van de SEH die niet gedekt worden door de zorgverzekeraars.

Aan de hand van de aanwijzingen heeft de NZa haar beleidsregel beschikbaarheidbijdrage op aanvraag vastgesteld.

3 Bekostiging Spoedeisende hulp / ziekenhuis

3.1 Achtergrond ziekenhuisbekostiging

Ziekenhuizen krijgen één bedrag voor alle zorg die zij leveren bij een complete behandeling. De hoogte van dit bedrag is afhankelijk van de zorgvraag. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen samen over de kwaliteit, de prijs en het aantal behandelingen in de medisch-specialistische zorg.

[3] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/12/kamerbrief-over-bereikbaarheidsanalyse-rivm-2019

[4] Deze reikwijdte is bepaald door het ministerie van VWS. De voorgenomen kaders heeft het ministerie ons kenbaar gemaakt door middel van de opdrachtbrief van 18 december 2020 (kenmerk 1789115-214909-CZ)

De kosten die ziekenhuizen in rekening brengen zijn gebaseerd op dbc-zorgproducten (diagnose-behandelcombinatie). Een zorgproduct bestaat uit een diagnose en de (be)handelingen die nodig zijn bij een bepaalde zorgvraag. Denk bijvoorbeeld aan een advies van een medisch specialist of een operatie. Op het moment dat een patiënt voor het eerst met een klacht bij een medisch specialist komt, opent de medisch specialist een zorgtraject. Dit traject loopt door tot en met de afronding van de behandeling. Een zorgtraject kan dus jaren duren.

Om tussentijds de zorg in rekening te brengen knipt het ziekenhuis het zorgtraject in opeenvolgende stukjes op. Deze periodes noemen we subtrajecten ofwel dbc-zorgproducten. Naast dbc-zorgproducten kennen we ook nog overige zorgproducten, deze worden los of additioneel bij een dbc-zorgproduct in rekening gebracht.

Er zijn in totaal 4.400 verschillende zorgproducten. Elk zorgproduct heeft een eigen (gemiddeld) tarief. In een dbc-zorgproducten zitten alle kosten die het ziekenhuis heeft moeten maken om de zorg te kunnen leveren. Dus ook de kosten die niet direct met de behandeling te maken hebben. De zorgproducten maken inzichtelijk welke ziekenhuiszorg bij een bepaalde zorgvraag hoort.

De NZa stelt de inhoud en omschrijving van de zorgproducten vast. Daarnaast geldt dat de NZa voor een deel van de zorgproducten een maximum tarief vaststelt. Zorgproducten zijn belangrijk bij de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. De hoogte van het gemiddelde tarief van een zorgproduct bepalen zij samen.

We gaan ervan uit dat een ziekenhuis al haar kosten kan dekken met de declaratie van dbc-zorgproducten.

3.2 SEH bekostiging niet-gevoelig ziekenhuis

Voor de spoedeisende hulp bestaan geen aparte SEH dbc-zorgproducten. De geleverde zorg bekostigt het ziekenhuis via de algemeen geldende zorgproducten. Afhankelijk van de zorgvraag waarmee de patiënt zich meldt op de SEH en de behandeling die daarbij nodig is, registreert het ziekenhuis zorgactiviteiten. Vervolgens brengt het ziekenhuis o.b.v. het pakket aan zorgactiviteiten het bijbehorende dbc-zorgproduct en het afgesproken tarief in rekening bij de (patiënt of diens) zorgverzekeraar.

In een dbc-zorgproduct zitten alle kosten die het ziekenhuis heeft moeten maken. Dit zijn dus ook de kosten die niet direct met een behandeling te maken hebben, bijvoorbeeld kosten voor het openstellen van een SEH. Denk hierbij ook aan overheadkosten, kapitaallasten en materiële kosten. Door het in rekening brengen van de dbc-zorgproducten worden de gemaakte kosten ten behoeve van de SEH bekostigd.

3.3 Verschil SEH bekostiging gevoelig ziekenhuis en niet-gevoelig ziekenhuis

Voor een gevoelig ziekenhuis geldt in de basis ook dat zij de gemaakte kosten via dbc-zorgproducten vergoed krijgt via de zorgverzekeraar. Echter, een gevoelig ziekenhuis kan niet besluiten om de deuren van de SEH te sluiten. Het ziekenhuis is immers gevoelig en dient open te blijven. Dit kan voor een ziekenhuis betekenen, dat zij vanwege een beperkt aantal patiënten onvoldoende declaraties bij de zorgverzekeraar kan indienen. Dit kan vervolgens betekenen dat het ziekenhuis de gemaakte kosten niet kan dekken uit de declaraties van de zorgverzekeraar. Hierdoor ontstaat een tekort voor het ziekenhuis en hiervoor is de beschikbaarheidbijdrage SEH bedoeld. De BB SEH dient te compenseren voor het tekort aan opbrengsten.

De beschikbaarheidbijdrage SEH en de declaratie-omzet van de SEH dienen samen de kosten te dekken die de gevoelige SEH maakt. Dit is de gedachte van de beschikbaarheidbijdrage. De NZa merkt hierbij op dat de NZa het tekort op de SEH modelmatig berekent op basis van de uitgangspunten uit de reikwijdte (de aanwijzing). Zie voor het berekenen van deze tekorten per ziekenhuis ook het rapport ‘Kostenonderzoek beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp ten behoeve van de marktverstoringstoets 2021’.

4 Zorgvorm en relevante zorgmarkten

4.1 Zorgfunctie Spoedeisende hulp

De betreffende zorgvorm die centraal staat in dit traject is de beschikbaarheid van de spoedeisende hulp (SEH) als onderdeel van een gevoelig ziekenhuis. Met 'gevoelig' wordt bedoeld dat sluiting van de SEH van het betreffende ziekenhuis tot gevolg heeft dat meer mensen volgens de modelberekeningen van het RIVM niet meer binnen de norm naar een SEH vervoerd kunnen worden, in vergelijking met de situatie wanneer deze SEH open is.

Het gaat hier om een bereikbaarheidsnorm van 45 minuten. Sinds 2016 voert het RIVM jaarlijks een toets uit op deze gevoeligheid.[5] Het aantal gevoelige SEH-locaties schommelt rond de tien, met steeds een iets wisselende samenstelling.

Het openstellen van een SEH kost een ziekenhuis financiële middelen. Naast dat het ziekenhuis hier kosten voor maakt, ontvangt het ziekenhuis ook vergoeding voor zorg geleverd op de SEH.

Echter, de directe opbrengsten van een bezoek aan de SEH zijn niet aan te wijzen. Dit omdat de activiteiten die op een SEH plaatsvinden worden geregistreerd als zorgactiviteiten en daarmee onderdeel zijn van een te declareren DBC. Naast de SEH-activiteiten kunnen deze DBC's ook niet-SEH-gerelateerde zorgactiviteiten bevatten.

Doorgaans krijgt het ziekenhuis de kosten van de SEH dus vergoed via de productie (de DBC's) die het ziekenhuis in rekening brengt bij de patiënt of diens verzekeraar. Deze kosten gaan ten laste van de zorgverzekeringswet. Daarnaast geldt dat het eigen risico van de patiënt aangeroepen wordt bij een declaratie van een DBC, voor zover het eigen risico nog niet geheel verbruikt is. Het eigen risico kan variëren tussen het verplicht eigen risico van 385 euro en het verplicht eigen risico aangevuld met een vrijwillig eigen risico van in totaal maximaal 885 euro.

Ziekenhuizen maken met de zorgverzekeraars afspraken over de hoogte van de tarieven en over de omzet. Onderdeel van deze afspraken is ook het dekken van de kosten voor de SEH.

4.2 Zorgmarkten

In een marktverstoringtoets toetst de NZa of de vergoeding voor de betreffende vorm van zorg via de reguliere prestaties en tarieven voor een verstoring op de markt zou kunnen zorgen. Dit vergelijkt zij vervolgens met de situatie waarin de betreffende vorm van zorg vergoed wordt via de beschikbaarheidbijdrage. We kunnen hierbij onderscheid maken naar een drietal markten:

I. De zorgverleningsmarkt
II. De zorgverzekeringsmarkt
III. De zorginkoopmarkt

4.3 Zorgverleningsmarkt

Als we spreken over de zorgverleningsmarkt dan zijn hier in eerste instantie twee betrokken partijen: de zorgaanbieders en de patiënten.

De zorgaanbieders zouden onderling marktverstoringen kunnen ervaren bij een interventie op de zorgverleningsmarkt. Bijvoorbeeld als gevolg van een nieuwe subsidie, of het wegvallen van een subsidie. Dit zou zich uiten in onderling uiteenlopende kosten. De patiënt zal vooral iets negatiefs merken in de portemonnee op het moment dat haar eigen risico wordt aangeroepen én de tarieven voor SEH-zorg verhoogd worden. Op het moment dat kosten vergoed worden in de beschikbaarheidbijdrage zal zij dit als positief effect ervaren.

Omdat de betreffende zorgvorm een vorm van spoedzorg betreft, is niet relevant om te onderzoeken of er verstoring optreedt op de zorgverleningsmarkt. Er is in het kader van spoedzorg immers geen sprake van concurrentie, zoals we ook al in ons advies van 2015[6] concludeerden.

[5] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/12/kamerbrief-over-bereikbaarheidsanalyse-rivm-2019

[6] Advies beschikbaarheidbijdrage Spoedeisende hulp (SEH) en Acute verloskunde, kenmerk 0117759/0166278

Verstoringen voor de zorgaanbieders

We concluderen dat er geen sprake is van marktverstoring tussen de zorgaanbieders, ongeacht een mogelijk kostenverschil voor de SEH tussen ziekenhuizen. Het betreffende aanbod betreft spoedzorg. Als de enige zorgaanbieder hiervan in een regio hogere tarieven moet rekenen dan de concurrentie, levert dat op zichzelf geen marktverstoring tussen aanbieders op. Het is immers niet te verwachten dat patiënten 'weglopen' naar een andere zorgaanbieder die lagere tarieven kan rekenen. Ook de zorgverzekeraars kunnen geen andere keuzes maken, te wijten aan de 45-minutennorm.

Verstoringen voor de patiënt

Om te beoordelen of de keuze van patiënten verandert, of dat de patiënt mindere kwaliteit, bereikbaarheid of betaalbaarheid ervaart, kunnen we er hierbij ook van uitgaan dat het spoedzorg betreft. Op het moment dat een patiënt een beroep doet op spoedzorg heeft hij/zij geen keuze in aanbieders. Het betreft immers spoedzorg. Dit is anders dan bij electieve zorg, waar de patiënt meer in de gelegenheid is om prijzen tussen behandelingen in ziekenhuizen te vergelijken. Een prijsverschil bij electieve zorg kan dan ook het keuzegedrag van de patiënt beïnvloeden. Bij spoedzorg geldt dat de vergelijkingsmogelijkheid tussen ziekenhuizen vanwege het spoedkarakter niet geldt. Een prijsverschil leidt voor de patiënt dan niet tot ander keuzegedrag.

4.4 Zorgverzekeringsmarkt

De zorgverzekeringsmarkt is de markt waarop de polissen voor de zorgverzekeringen tot stand komen. Hier zijn twee direct betrokken partijen: de zorgverzekeraars en de verzekerden. Met verzekerden bedoelen we hier de premiebetalers (18+ jaar).

Een marktverstoring tussen zorgverzekeraars uit zich als verzekeraars onevenredige kosten kennen als gevolg van het openhouden van de zorgfunctie SEH in een bepaalde regio. Als de zorgverzekeraars deze kosten doorrekenen in de premies voor de polissen, dan kunnen de premies hierdoor veranderen. Dit voelt de verzekerde in de portemonnee.

Het kan ook zijn dat zorgverzekeraars bepaalde regio's niet of minder interessant vinden om daar hun polis aan te bieden. Dit zal vooral het geval zijn als daar de groep verzekerden relatief duur(der) is. Dit kan er toe leiden dat de zorgverzekeraar zichzelf minder aantrekkelijk probeert te maken in de betreffende regio om zo minder verzekerden aan te trekken, of dat zij geheel geen polis aanbiedt in die regio. We spreken dan ook van een verstoring op de zorgverzekeringsmarkt. Dit noemen we ook wel (verkapte) risicoselectie of premiedifferentiatie. Dit gedrag laat zich echter lastig meten. We focussen daarom op premieverschillen op de zorgverzekeringsmarkt. Afhankelijk van de omvang van de premieverschillen kan dit vervolgens leiden tot risicoselectie.

Bij risicoselectie bekijkt/beoordeelt de zorgverzekeraar of een verzekerde voor een zorgverzekering in aanmerking komt. Bijvoorbeeld aan de kenmerken van zijn/haar medische toestand, leeftijd, geslacht, ras of opleiding. Dat is niet toegestaan. Zorgverzekeraars mogen op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) geen verzekerden doelbewust selecteren of weigeren op basis van deze criteria.

In Nederland geldt een acceptatieplicht voor de basisverzekering. Verder is in de Zvw vastgesteld dat verzekeraars geen afwijkende premies mogen hanteren voor eenzelfde basisverzekering op basis van leeftijd, afkomst, opleiding of gezondheidsrisico.

We zullen zowel analyseren wat de verdeling is van de landelijke kosten over de zorgverzekeraars, als wat de verdeling is van regionale kosten. We kijken dan specifiek naar de *geografische markt* voor zorgverzekeringen.

4.5 Zorginkoopmarkt

De zorginkoopmarkt beschouwen we als de markt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er is sprake van marktverstoring op de zorginkoopmarkt als er irreële tarieven ontstaan die niet in verhouding staan tot de geleverde prestatie, waardoor de vergelijkbaarheid tussen de tarieven en de daarvoor geldende prestaties tussen aanbieders verdwijnt.

Allereerst zal van het risico op irreële tarieven geen sprake zijn. De kosten van de zorgfunctie SEH zijn immers toe te rekenen aan prestaties.

Als we ons richten op de inkoopmarkt zouden we daarom naar eventuele prijsverschillen tussen ziekenhuizen (in tegenstelling tot de focus op irreële tarieven) moeten kijken. Als tariefverschillen tussen ziekenhuizen dusdanig groot zijn, dan zou er een concurrentienadeel kunnen optreden. Dit zou in theorie kunnen betekenen dat zorgverzekeraars meer zorg gaan inkopen bij de andere ziekenhuizen.

Echter, de gevoelige ziekenhuizen, leveren de SEH-zorg op een regionale markt die nauwelijks concurrentieel is. Het feit dat het ziekenhuis een gevoelige SEH-locatie heeft, betekent dat er nauwelijks concurrenten in de regio zijn die deze zorg ook kunnen leveren. Bovendien is hier relevant dat het hier om spoedzorg gaat. Voor spoedzorg geldt immers dat geen korting op de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg mag worden toegepast.[7] Daarmee hebben zorgverzekeraars in mindere mate een prikkel om niet of nauwelijks de zorgfunctie SEH in te kopen bij ziekenhuizen. Dit neemt niet weg, dat zorgverzekeraars wel de prikkel hebben om andere onderdelen van het ziekenhuis vervolgens niet in te kopen of bij een ander ziekenhuis in te kopen.

Concluderend, de analyses voor de zorginkoopmarkt zijn niet bepalend in de conclusie of sprake is van marktverstoring. Een potentieel concurrentienadeel op de zorginkoopmarkt heeft niet onze primaire focus, vanwege de regionale monopoliepositie zolang het ziekenhuis is aangemerkt als gevoelig ziekenhuis in de regio.

4.6 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we de drie markten beschreven waarop marktverstoring kan optreden. Voor de zorgfunctie SEH concluderen we dat het niet relevant is om te rapporteren over marktverstoring op de zorgverleningsmarkt vanwege het spoedzorgkarakter. We zullen rapporteren over de prijsverschillen tussen ziekenhuizen (zorginkoopmarkt), maar hier ligt niet onze focus gezien de regionale marktpositie van de gevoelige ziekenhuizen. We focussen in de analyses dus vooral op de verstoring op de zorgverzekeringsmarkt. Op basis van de analyses op de zorgverzekeringsmarkt trekken we een conclusie over de marktverstoring.

5 Resultaat kostenonderzoek - De 'meerkosten' voor de zorgfunctie SEH

In 5.1 beschrijven we de kosten van de voorgenomen reikwijdte en in 5.2 beschrijven we de opbrengsten. Hoe deze kosten en opbrengsten tot stand komen, hebben we omschreven in het rapport 'Kostenonderzoek beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp ten behoeve van de marktverstoringstoets 2021'.

Met deze kosten en opbrengsten kunnen we vervolgens berekenen welke prijsverschillen en premieverschillen er optreden wanneer vergoeding plaatsvindt via de reguliere tarieven of via de beschikbaarheidbijdrage (zie hoofdstuk 7 en hoofdstuk 8).

5.1 Kosten

Hieronder schetsen we de kosten van de nieuwe reikwijdte, gesplitst naar voorwacht en achterwacht.

De kosten voor de voorwacht (één SEH-arts, één SEH-verpleegkundige, materiële kosten, kapitaallasten, overheadkosten) zijn als volgt, op prijspeil 2018:

Tabel 1 - Kosten voorwacht op prijspeil 2018

Totale personele kosten	€ 1.476.308
Materiële kosten	€ 585.059
Kapitaallasten	€ 186.709
Overhead	€ 247.481
Totaal	**€ 2.495.556**

Deze kosten hebben we berekend door de personele lasten voor het jaar 2021 terug te rekenen naar het jaar 2018. Daarna hebben we de verhoudingen voor kapitaal-materieel-overhead zoals omschreven in het rapport 'Kostenonderzoek beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp ten behoeve van de marktverstoringstoets 2021', gehanteerd.

[7] Beleidsregel toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw – TH/BR-025

De kosten voor de achterwacht hebben we ook eerst berekend op prijspeil 2021, en op eenzelfde manier teruggerekend naar 2018 zoals we dit bij de voorwacht hierboven doen.

Tabel 2 - Kosten achterwacht op prijspeil 2018

Totale personele kosten	€ 534.503
Materiële kosten	€ 88.033
Kapitaallasten	€ 55.841
Overhead	€ 59.757
Totaal	**€ 738.134**

5.2 Opbrengsten

Voor de opbrengsten gaan we uit van € 164,41 (prijspeil 2018) per unieke SEH-bezoeker die we toerekenen aan de meerkosten SEH. We hebben per gevoelig ziekenhuis het relevante aantal SEH-bezoekers toe te wijzen aan de voorwacht afgeleid van het totaal aantal SEH-bezoekers in 2018. De wijze waarop we de relevante aantallen berekenen hebben we beschreven in het rapport 'Kostenonderzoek beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp ten behoeve van de marktverstoringstoets 2021'.

Onderstaande tabel geeft weer wat de relevante opbrengst per ziekenhuis is voor de voorwacht. Dit betreft de opbrengst die we in mindering brengen op de vergoeding voor de voorwacht.

Tabel 3 - Opbrengst voorwacht per ziekenhuis

Gevoelig ziekenhuis met SEH	Opbrengst voorwacht
1	€ 1.480.290
2	€ 1.526.996
3	€ 1.867.568
4	€ 1.386.238
5	€ 1.819.436
6	€ 1.823.797
7	€ 1.145.942
8	€ 1.502.509
9	€ 1.414.141
10	€ 1.241.569
11	€ 1.473.619

5.3 Verschil in kosten en opbrengsten voorwacht, en uitbreiding met kosten achterwacht

Het verschil in kosten en opbrengsten voor de voorwacht noemen we de meerkosten voor de voorwacht. Onderstaande tabel toont het verschil in meerkosten voor de voorwacht. Deze vormen samen met de kosten voor de achterwacht de totale meerkosten bij de voorgenomen reikwijdte.

Tabel 4 - Meerkosten voorwacht, kosten achterwacht, en totale meerkosten bij de voorgenomen reikwijdte, prijspeil 2018

Gevoelig ziekenhuis met SEH	Meerkosten voorwacht	Kosten achterwacht	Totaal meerkosten bij de voorgenomen reikwijdte
1	€ 1.015.266	€ 738.134	€ 1.753.400
2	€ 968.560	€ 738.134	€ 1.706.694
3	€ 627.987	€ 738.134	€ 1.366.122
4	€ 1.109.318	€ 738.134	€ 1.847.452
5	€ 676.120	€ 738.134	€ 1.414.254
6	€ 671.759	€ 738.134	€ 1.409.893
7	€ 1.349.614	€ 738.134	€ 2.087.748
8	€ 993.047	€ 738.134	€ 1.731.181
9	€ 1.081.414	€ 738.134	€ 1.819.549
10	€ 1.253.987	€ 738.134	€ 1.992.121
11	€ 1.021.937	€ 738.134	€ 1.760.071
	€ 10.769.008	**€ 8.119.478**	**€ 18.888.486**

De laatste kolom in bovenstaande tabel is relevant voor de analyses van de marktverstoringstoets. Hier zullen we mee rekenen in hoofdstuk 7 en 8

6 Worden de personele kosten al op enige wijze bekostigd?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zijn de kosten van de achterwacht relevant. De kosten voor de achterwacht zijn geen nieuw te vormen kosten. De ziekenhuizen hebben de SEH immers al voorzien van achterwacht tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW). Het ziekenhuis heeft deze kosten dus al voor zolang de achterwacht voor de SEH is ingericht. Dit betekent ook dat het ziekenhuis dit als onderdeel van haar kosten meeneemt in zowel de kostprijsberekening in de msz, als in de onderhandeling over de tarieven met de zorgverzekeraars. Als een ziekenhuis dit niet doet, dan worden deze kosten niet gedekt.

De NZa gaat ervan uit dat de personele kosten van de achterwacht grosso modo worden bekostigd via de DBC-declaraties van het ziekenhuis. Dit is het antwoord op de eerste vraag uit de opdrachtbrief van VWS.

Stel dat de voorgenomen reikwijdte van kracht wordt, dan geldt dat de kosten van de achterwacht via de beschikbaarheidbijdrage vergoed gaan worden. Onderstaande tabel zien dat er in dat geval een daling van de gemiddelde msz tarieven voor de SEH te verwachten is. Deze tabel bevat zowel het effect van de herijking voor de voorwacht, als de uitbreiding van de achterwacht. Met de percentages uit de tabel zetten we de subsidie uit 2018 af tegen SEH-gerelateerde opbrengsten van de gevoelige locatie. De SEH-gerelateerde opbrengsten bepalen we aan de hand van de DOT-registraties uit 2018 waarbij een 190015 of zelfverwijzerscode geregistreerd is. Voor drie ziekenhuizen hebben we hier niet over kunnen rapporteren. We hebben voor deze ziekenhuizen niet de omzet van de gevoelige locatie kunnen filteren, omdat deze instellingen meerdere SEH-locaties hebben. Daarom rapporteren we hier niet over.

Tabel 5 - Tarievendaling als de voorgenomen reikwijdte volledig bekostigd zal worden via de beschikbaarheidbijdrage

Gevoelig ziekenhuis met SEH	Gemiddelde tariefverandering vanwege voorgenomen reikwijdte via beschikbaarheidbijdrage
1	-
2	-3,45 %
3	-2,89 %
4	-2,80 %
5	-
6	-2,47 %
7	-
8	-2,99 %
9	-3,33 %
10	-3,55 %
11	-3,83 %

7 Kunnen deze kosten via de reguliere bekostiging worden bekostigd?

Deze vraag ligt in het verlengde van de eerste vraag uit de opdrachtbrief van VWS. We hebben hier boven in hoofdstuk 6 geconcludeerd dat de personele kosten van de achterwacht momenteel al worden bekostigd via de reguliere bekostiging.

Echter, als je naar de hele personele bezetting kijkt (zowel de achterwacht als de voorwacht), dan moeten we voor de kosten van de voorwacht (SEH-arts, SEH-verpleegkundige) een nuance maken. De kosten van de voorwacht corrigeren we in de beschikbaarheidbijdrage SEH voor opbrengsten die het ziekenhuis maakt doordat er een patiënt op de SEH is. Een patiënt op de SEH betekent namelijk dat het ziekenhuis zorgactiviteiten registreert. Deze zorgactiviteiten komen tot uiting in een declaratie. Deze bedragen worden momenteel niet vanuit de DBC-bekostiging bekostigd, maar via een subsidie: de beschikbaarheidbijdrage. We kunnen dus niet stellen dat momenteel alle kosten voor de voorwacht bekostigd worden vanuit de reguliere bekostiging. In de huidige beschikbaarheidbijdrage vergoeden wij van de voorwacht alleen één SEH-arts of arts SEH en één SEH-verpleegkundige. Daarmee kunnen we wel stellen dat als deze beschikbaarheidbijdrage wegvalt, de ziekenhuizen deze kosten moeten en kunnen opvangen met DBC-declaraties. Dit betekent wel dat het ziekenhuis hogere tarieven nodig heeft, om de kosten te kunnen dekken.

Het ziekenhuis kan hiervoor met de zorgverzekeraars contractafspraken maken. Deze afspraken kunnen bestaan uit specifieke afspraken om de kosten voor de spoedeisende hulp te bekostigen. Daarbij kent de bestaande prestatie- en tariefstructuur voldoende vrijheidsgraden om eventueel afspraken te kunnen maken over prijsdifferentiatie tussen electieve en acute zorg. Tevens bevat de bestaande bekostiging ruimte of afspraken te maken over vaste en variabele vergoedingen.

In onderstaande tabel hebben we het volgende berekend: Hoeveel procent zou de SEH-gerelateerde-omzet stijgen ten opzichte van de SEH-gerelateerde omzet op de gevoelige locatie als het bedrag van de meerkosten volledig vergoed wordt door de tarieven? Bij een gelijkblijvende productie kunnen we dit interpreteren als een noodzakelijke gewogen gemiddelde prijsstijging.

Tabel 6 – Tarievenstijging als de voorgenomen reikwijdte volledig vanuit de tarieven wordt vergoed

Gevoelig ziekenhuis met SEH	Gemiddelde tariefverandering vanwege voorgenomen reikwijdte via reguliere bekosting
1	-
2	4,21 %
3	0,00%
4	5,02 %
5	-
6	0,00 %
7	-
8	5,44 %
9	5,34 %
10	8,08 %
11	4,51 %

NB.

Tabel 6 toont geen gegevens voor ziekenhuis 1, 5 en 7. We hebben voor deze ziekenhuizen niet de omzet van de gevoelige locatie kunnen filteren. Daarom rapporteren we hier niet over. Daarnaast geldt dat een tweetal ziekenhuizen momenteel geen beschikbaarheidbijdrage ontvangt. De voorgenomen reikwijdte wordt voor deze ziekenhuizen dus al volledig via de reguliere bekostiging vergoed.

Voor het antwoord op de tweede vraag (kunnen deze kosten via de reguliere bekostiging worden bekostigd?) kan de NZa ook bevestigend antwoorden. Zowel de kosten voor de achterwacht, als de kosten voor de voorwacht, kunnen bekostigd worden via de reguliere bekostiging.

8 Levert bekostiging via de reguliere bekostiging meer marktverstoring op, dan bekostiging via een beschikbaarheidbijdrage?

Artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bevat de criteria voor de toekenning van een beschikbaarheidbijdrage. Het artikel stelt:

"Voor een beschikbaarheidbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan
- Of de kosten niet of niet geheel zijn toe te kennen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden;
- Of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifering marktverstorend zou werken;
- En die niet op andere wijze worden bekostigd."

Het eerste criterium hebben we in hoofdstuk 7 beantwoord. De kosten zijn door middel van tarieven toe te rekenen aan individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden. Het derde criterium hebben we in hoofdstuk 6 uitgewerkt. Een deel van de kosten bekostigt het ziekenhuis momenteel met tarieven (de kosten van de achterwacht), een ander deel van de kosten bekostigt het ziekenhuis momenteel met een beschikbaarheidbijdrage (de kosten minus opbrengsten van de voorwacht).

Het tweede criterium gaat over marktverstoring. Dit brengen we aan bod in dit hoofdstuk. Dit doen we aan de hand van de eerdere genoemde markten uit paragraaf uit hoofdstuk 4 In hoofdstuk 4 concludeerden we dat we alleen naar de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt kijken. Tenslotte is alleen voor die markten eventuele marktverstoring relevant. We meldden daarbij ook dat we de focus leggen op de zorgverzekeringsmarkt.

8.1 Analyses zorgverzekeringsmarkt

Kosten SEH voorwacht via reguliere bekostiging

In deze paragraaf rekenen we de meerkosten van de zorgfunctie SEH toe aan de verzekeraars. Verzekeraars kunnen dit op hun beurt toerekenen, via de premies, aan de verzekerden. Dit houdt in dat we in kaart brengen wat er met de zorgverzekeringspremie gebeurt, als de beschikbaarheidbijdrage niet via een subsidie wordt vergoed, maar dat de kosten volledig vergoed dienen te worden via de tarieven (DBC's). We gaan er hierbij van uit dat de zorgverzekeraars deze kosten volledig doorrekenen aan hun verzekerden.

In deze berekeningen houden we geen rekening met een effect de andere kant op. Elke zorgverzekeraar betaalt immers indirect mee aan de beschikbaarheidbijdrage via het Zorgverzekeringsfonds. Als deze bijdrage lager wordt, omdat een deel van de beschikbaarheidbijdragen komt te vervallen, betekent dit ook iets voor de polispremie. Dit geeft een tegengesteld effect. Tabel 7 Tabel 8 doen vermoeden alsof er landelijk een stijging van de premie te verwachten is. Hier is dus niet het effect van premievermindering als gevolg van een minder grote bijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds (door het wegvallen van de beschikbaarheidbijdrage) in verwerkt. Voor Tabel 9 en Tabel 10 geldt hetzelfde.

In Tabel 7 tonen we de extra kosten per verzekerde (18 jaar of ouder*) van de gevoelige ziekenhuizen voor de inwoners van de adherentiegebieden. Het adherentiegebied van inwoners hebben we bepaald aan de hand van de dichtstbijzijnde SEH locatie per postcode. Dit hebben we bepaald op basis van reisafstand. De kosten van het wegvallen van de huidige beschikbaarheidbijdrage per inwoner van het adherentiegebied van de SEH staan in de tweede kolom van Tabel 7.

De tabel toont ook potentiële premie-effecten. Deze premie-effecten zijn *indicatief* voor de meerkosten die in een specifiek geografisch gebied moeten worden gedragen. Het betreft hier het modelleren van een *fictief* scenario. Dat er voor de SEH premieverschillen gaan optreden door het geheel niet contracteren van de SEH-zorg van een gevoelig ziekenhuis ligt niet voor de hand. Wat deze analyse laat zien is dat er gebieden in Nederland zijn waar de kosten voor het aanbieden van de functie SEH iets hoger zijn dan elders.

In de laatste kolom berekenen we hoeveel de landelijke gemiddelde premie (€1.308, afkomstig uit Monitor zorgverzekeringen 2020) zou stijgen per adherentiegebied als de meerkosten voor de zorgfunctie SEH (de kosten die nu via de beschikbaarheidbijdrage worden vergoed) via de premies op de zorgverzekeringpolissen worden betaald. Dit geeft dus fictief de potentiële regionale premiestijging (t.o.v. het landelijke gemiddelde) weer. Dit geeft nog niet weer hoe dit verdeeld is over de zorgverzekeraars.

Tabel 7 - Kosten in adherentiegebied als de huidige beschikbaarheidbijdrage komt te vervallen en de kosten vanuit de reguliere tarieven vergoed worden

Gevoelig ziekenhuis met SEH	BB-kosten per inwoner adherentie gebied SEH*	Stijging t.o.v. gemiddelde premie
1	€ 14,66	1,1%
2	€ 10,03	0,8%
3	€ 0,00	0,0%
4	€ 9,87	0,8%
5	€ 0,68	0,1%
6	€ 0,00	0,0%
7	€ 10,00	0,8%
8	€ 7,93	0,6%
9	€ 14,08	1,1%
10	€ 16,25	1,2%
11	€ 11,02	0,8%

**Deze kolom betreft een overschatting omdat de aantallen 18- en 19-jarigen niet meegenomen zijn als inwoners van het adherentiegebied (dit was helaas niet mogelijk).*

Deze tabel interpreteer je als volgt: Stel dat voor ziekenhuis 10 de meerkosten van de huidige reikwijdte van de SEH niet langer via de beschikbaarheidbijdrage vergoed worden, dan worden de premies voor de inwoners in het adherentiegebied van ziekenhuis 10 € 16,25 per inwoner duurder. Als verzekeraars deze hogere kosten

willen verrekenen in hun polispremie, dan stijgt de premie in die regio met 1,2% (ten opzichte van de landelijke gemiddelde premie (€ 1.308)). Dit betekent dat zorgverzekeraars de verzekerden in regio 10 mogelijk als duurdere verzekerden kunnen gaan zien.

Eventuele kostenverschillen tussen verzekerden kunnen worden verevend (via de risicoverevening), of tot uiting komen in de nominale premie. Als het aanbieden van een zorgverzekering in een bepaald geografisch gebied financieel onaantrekkelijk is (doordat de kostenverschillen niet verevend worden), dan geeft dit een prikkel tot risicoselectie. Bijvoorbeeld doordat zorgverzekeraars een prikkel hebben om verzekerden uit bepaalde gebieden te weren. Bovendien is differentiatie van polissen toegestaan op provinciaal niveau. Het is een mogelijkheid dat zorgverzekeraars minder polissen, of aparte (duurdere) polissen aanbieden voor financieel onaantrekkelijke gebieden. De mogelijkheid tot het toepassen van deze mechanismen verschilt per zorgverzekeraar en werkgebied. Overigens merken we hierbij op dat regionale polissen een uitzondering zijn. In Nederland kennen we maar één regionale polis. Het is dan ook niet in lijn der verwachting dat op basis van bovenstaande cijfers er ineens veel meer regionale polissen aangeboden zullen worden.

We verwachten dat zorgverzekeraars bij kostenstijgingen hun landelijke premie voor alle verzekerden hierop aanpassen in plaats van dat zij een regionale polis voor de duurdere gebieden gaan aanbieden. We kijken daarom naar de potentiële landelijke premie-effecten per verzekeraar als de huidige beschikbaarheidbijdrage voor alle gevoelige ziekenhuizen wordt vervangen door tarieven. In Tabel 8 presenteren we de potentiële landelijke premie-effecten per zorgverzekeraar als de meerkosten via de reguliere bekostiging moeten worden bekostigd. Het gaat hierbij om een totaalbedrag van 9,4 miljoen euro dat via de reguliere bekostiging (extra) vergoed moet worden. Dit staat gelijk aan de optelling van de huidige beschikbaarheidbijdragen (dus vóór herijking van de meerkosten van de voorwacht).

Tabel 8 - Potentiële landelijke premie-effecten per verzekeraar bij reguliere bekostiging

Zorgverzekeraar	Jaarlijks premie-effect	% premiestijging t.o.v. landelijk gemiddelde
A	€ 0,57	0,044%
B	€ 0,24	0,018%
C	€ 0,26	0,020%
D	€ 0,59	0,045%
E	€ 0,19	0,015%
F	€ 0,10	0,008%
G	€ 0,13	0,010%
H	€ 0,83	0,063%
I	€ 0,30	0,023%
J	€ 0,06	0,005%

Op basis van Tabel 8 concluderen we dat de zorgverzekeraar met het grootste procentuele premie-effect, een effect van 0,063% heeft. Hierbij zijn de bedragen uit bovenstaande tabel afgezet tegen de landelijk gemiddelde premie 2018 (€ 1.308). De verzekeraar met het kleinste effect, heeft een effect van 0,005%.

Indien de huidige beschikbaarheidbijdrage komt te vervallen worden die (meer)kosten voortaan vergoed vanuit de reguliere tarieven. Dit zorgt voor hogere tarieven, waarbij wij ervan uitgaan dat zorgverzekeraars deze kosten volledig doorberekenen in de premies. We concluderen dat naar verwachting de zorgverzekeraar met de hoogste premiestijging ten opzichte van de landelijk gemiddelde premie een premiestijging van 0,063% ten opzichte van de landelijk gemiddelde premie voorziet. Voor de zorgverzekeraar met de laagste premiestijging ten opzichte van de landelijk gemiddelde premie is dit 0,008%. Op basis van bovenstaande cijfers zien wij geen aanleiding om te concluderen dat de situatie zorgelijk wordt wanneer de beschikbaarheidbijdrage SEH vervalt.

Voorgenomen reikwijdte SEH via beschikbaarheidbijdrage

Uit de opdrachtbrief blijkt dat het ministerie van VWS voornemens is om de achterwacht voor de SEH tijdens ANW op te nemen in de reikwijdte van de beschikbaarheidbijdrage SEH. Dit heeft gevolgen voor de hoogte van de beschikbaarheidbijdrage SEH. De beschikbaarheidbijdrage SEH neemt dan toe met de kosten van de achterwacht. Deze kosten hebben we bepaald aan de hand van het model in het kostenonderzoek; deze bedragen € 738.134 (prijspeil 2018) per ziekenhuis. We hebben eerder in hoofdstuk 6 aangegeven dat deze kosten momenteel nog bekostigd worden via de DBC-opbrengsten.

Als VWS besluit deze kosten op te nemen in de beschikbaarheidbijdrage, betekent dat dat de ziekenhuizen een lagere DBC-vergoeding nodig hebben om deze kosten te kunnen dekken. Deze kosten van de achterwacht worden dan immers gedekt met een subsidie. Het is relevant om te kijken naar het effect hiervan op de DBC-tarieven, en vervolgens naar het effect op de zorgpremie.

In onderstaande tabel tonen we de afname in kosten per inwoner van het betreffende adherentiegebied van het ziekenhuis. Dit betreft kosten die de verzekeraar niet langer zal maken als de nieuwe beschikbaarheidbijdrage met nieuwe reikwijdte van kracht wordt. Hier zit zowel het effect van de uitbreiding (achterwacht) in, als het effect van de herijking voor de voorwacht naar aanleiding van het recente kostenonderzoek.

Tabel 9 - Besparing per inwoner adherentiegebied SEH onder voorgenomen reikwijdte

Gevoelig ziekenhuis met SEH	DBC-omzet verschil per inwoner adherentie gebied SEH*	Verschil t.o.v. gemiddelde premie
1	- € 6,83	-0,5%
2	- € 8,22	-0,6%
3	- € 7,47	-0,6%
4	- € 5,49	-0,4%
5	- € 8,19	-0,6%
6	- € 6,74	-0,5%
7	- € 4,52	-0,3%
8	- € 4,36	-0,3%
9	- € 8,77	-0,7%
10	- € 7,14	-0,5%
11	- € 9,37	-0,7%

**Deze kolom betreft een overschatting omdat de aantallen 18- en 19-jarigen niet meegenomen zijn als inwoners van het adherentiegebied (dit was helaas niet mogelijk).*

Dit kunnen we ook uitdrukken in een landelijk effect per zorgverzekeraar:

We verwachten dat zorgverzekeraars bij kostendalingen hun landelijke premie voor alle verzekerden hierop aanpassen in plaats van dat zij een regionale polis voor de goedkopere gebieden gaan aanbieden. We kijken daarom naar de potentiële landelijke premie-effecten per verzekeraar als de kosten van de achterwacht voor alle gevoelige ziekenhuizen worden vervangen door een beschikbaarheidbijdrage. We verwerken hierin ook het effect van de herijking voor de voorwacht die volgt uit het recente kostenonderzoek. In Tabel 10 presenteren we de potentiële landelijke premie-effecten per zorgverzekeraar. We gaan hierbij uit van de optelling van de kosten van de achterwacht en het effect van de herijking van de voorwacht. Het gaat hierbij om een totaal van € 18,9 miljoen.

Tabel 10 - Potentiële landelijke premie-effecten bij een beschikbaarheidbijdrage met voorgenomen reikwijdte

Zorgverzekeraar	Premie-effect per verzekerde	% premieverschil t.o.v. landelijk gemiddelde
A	- € 0,66	-0,050%
B	- € 0,23	-0,018%
C	- € 0,28	-0,021%
D	- € 0,67	-0,051%
E	- € 0,18	-0,014%
F	- € 0,11	-0,008%
G	- € 0,14	-0,011%
H	- € 0,61	-0,047%
I	- € 0,29	-0,022%
J	- € 0,06	-0,005%

Als we Tabel 8 en Tabel 10 vergelijken, dan zien we in beide situaties geen marktverstorend effect optreden. Als zorgverzekeraars het verschil in SEH-kosten doorrekenen in de landelijke premie, dan is er geen marktverstoring. Dit geldt bij de besparing op de SEH-omzet – dat is in de situatie waarbij de voorgenomen reikwijdte volledig via een beschikbaarheidbijdrage wordt vergoed. Maar het geldt ook in de situatie waarbij de voorgenomen reikwijdte volledig via de tarieven vergoed wordt – dit betekent een kostenverhoging voor de zorgverzekeraars. In beide situaties is dus geen sprake van marktverstoring op de zorgverzekeringsmarkt. Als we de situaties met elkaar vergelijken, dan is de situatie waarbij de zorgverzekeraar de kosten van de SEH vergoedt via de tarieven minder verstorend dan de situatie waarbij de beschikbaarheidbijdrage de kosten van de SEH vergoedt.

8.2 Analyses zorginkoopmarkt

Onderstaande tabel vat Tabel 6, Tabel 7, Tabel 9 en Tabel 10 samen. Hiermee kunnen we afleiden of er sprake is van marktverstoring op de zorginkoopmarkt.

Tabel 11 - Effect van de voorgenomen reikwijdte bij bekostiging via tarieven en bekostiging via beschikbaarheidbijdrage

	Voorgenomen reikwijdte SEH via reguliere bekostiging			Voorgenomen reikwijdte SEH via beschikbaarheidbijdrage		
Gevoelig ziekenhuis met SEH	DBC-omzet verandering per inwoner adherentie gebied SEH	Gemiddelde tarief-verandering SEH-gerelateerd	Verandering t.o.v. gemiddelde premie	DBC-omzet verandering per inwoner adherentie gebied SEH	Gemiddelde tarief-verandering SEH-gerelateerd	Verandering t.o.v. gemiddelde premie
1	€ 14,66		1,1%	- € 6,83		- 0,5%
2	€ 10,03	4,21 %	0,8%	- € 8,22	-3,45 %	- 0,6%
3	€ 0,00	0,00%	0,0%	- € 7,47	-2,89 %	- 0,6%
4	€ 9,87	5,02 %	0,8%	- € 5,49	-2,80 %	- 0,4%
5	€ 0,68		0,1%	- € 8,19		- 0,6%
6	€ 0,00	0,00 %	0,0%	- € 6,74	-2,47 %	- 0,5%
7	€ 10,00		0,8%	- € 4,52		- 0,3%
8	€ 7,93	5,44 %	0,6%	- € 4,36	-2,99 %	- 0,3%
9	€ 14,08	5,34 %	1,1%	- € 8,77	-3,33 %	- 0,7%
10	€ 16,25	8,08 %	1,2%	- € 7,14	-3,55 %	- 0,5%
11	€ 11,02	4,51 %	0,8%	- € 9,37	-3,83 %	- 0,7%

De linker kolommen geven weer wat het effect is van het bekostigen van de SEH bekostigen op basis van reguliere tarieven. Concreet zou dit betekenen dat de huidige beschikbaarheidbijdrage wegvalt en dat

ziekenhuizen dit op dienen te vangen met opbrengsten vanuit DBC-declaraties. Dit betekent bijvoorbeeld voor regio 10 dat de kosten per inwoner van het adherentiegebied met € 16,25 stijgen. Als het ziekenhuis dit wil opvangen met haar declaraties, dan zal zij haar tarieven gemiddeld met 8,08% moeten laten stijgen. Als de verzekeraar deze tariefstijging vergoedt, betekent dit dat de kosten voor de inwoners in dit adherentiegebied 1,2% hoger worden ten opzichte van de landelijke jaarlijkse premie.

De rechter kolommen geven weer wat het effect is van het bekostigen van de SEH via de beschikbaarheidbijdrage conform de nieuwe reikwijdte. Voor regio 10 betekent dit dat de kosten per inwoner van het adherentiegebied met € 7,14 dalen. Als het ziekenhuis dit doorrekent in haar tarieven, kunnen haar tarieven gemiddeld 0,5% dalen. Als deze gemiddelde tariefdaling vervolgens landt bij de zorgverzekeraar, dan dalen de kosten voor de inwoners van dit adherentiegebied met 3,55% ten opzichte van de landelijke jaarlijkse premie.

Wat de bovenstaande analyses laten zien is dat er een effect van kostenverschillen tussen regio's zich kan voor doen. We hebben echter niet gekeken naar de al bestaande kostenverschillen per inwoner van het adherentiegebied. Er kunnen immers per definitie al verschillen in kosten zijn tussen inwoners van verschillende adherentiegebieden. Dit staat los van het eventueel loslaten (of extra toekennen) van de beschikbaarheidbijdrage. Bovendien geldt, zoals in het begin van paragraaf 8.1 ook al aangegeven, dat het niet voor de hand ligt dat er vanwege de SEH premieverschillen gaan optreden door het geheel niet contracteren van de SEH-zorg bij een gevoelig ziekenhuis.

Op basis van Tabel 11 kunnen we concluderen dat in 2022 een aantal ziekenhuizen een hoger tarief nodig zal hebben voor een SEH-gerelateerde declaraties, als bekostiging plaats zal vinden via reguliere bekostiging (via de tarieven). Eén ziekenhuis heeft bijvoorbeeld 8,08% hogere tarieven nodig om de kosten te kunnen dekken. Dit is een flink prijsverschil ten opzichte van de andere ziekenhuizen. Het feit dat één ziekenhuis dat doorgaans als enige in de betreffende regio deze SEH-zorg levert, voor spoedeisende hulpzorg een hoger tarief nodig heeft om de kosten te dekken, levert op zichzelf geen marktverstoring op. Patiënten zullen hierdoor niet weglopen, en verzekeraars zullen hoe dan ook deze zorg willen inkopen vanwege hun zorgplicht voor hun verzekerden. Bovendien is de zorgfunctie spoedzorg, en zal deze hoe dan ook vergoed (moeten) worden door de zorgverzekeraars.

We hebben daarnaast niet de vergelijking kunnen maken in hoeverre er momenteel al prijsverschillen tussen ziekenhuizen voor de SEH-gerelateerde declaraties zijn. Bovendien geldt dat de tabel een overschatting laat zien omdat we geen 18- en 19-jarige inwoners kunnen meenemen in de berekening. We zien dus geen aanleiding om marktverstoring vast te stellen op de zorginkoopmarkt.

Wat we wel kunnen vaststellen is dat bekostiging van de meerkosten van de SEH via de reguliere bekostiging meer verstoring oplevert, dan wanneer de bekostiging van de meerkosten van de SEH voor een deel plaatsvindt via de beschikbaarheidbijdrage. Dit geldt alleen voor de inkoopmarkt. Maar nogmaals, dit is irrelevant aangezien we niet concluderen dat hier sprake is van marktverstoring op de inkoopmarkt.

9 Conclusie

De NZa concludeert dat de kosten van de bereikbare achterwacht tijdens avond, nacht en weekend vanuit de reguliere (msz) bekostiging bekostigd worden, dan wel bekostigd kunnen worden. Daarnaast concludeert de NZa ook dat de meerkosten (het verschil tussen kosten en opbrengsten) van de voorwacht bekostigd kunnen worden via de reguliere bekostiging. Op de eerste vraag in de opdrachtbrief ('Of de meerkosten van de genoemde personele kosten al op enige wijze worden bekostigd?') kan de NZa dus bevestigend antwoorden. Daarmee is het antwoord op de tweede vraag ('of deze meerkosten via de reguliere bekostiging kunnen worden bekostigd?') ook direct beantwoord: Ja, de kosten van de bereikbare achterwacht tijdens avond-, nacht- en weekenduren kunnen binnen de reguliere bekostiging bekostigd worden. En zo ook de meerkosten van de voorwacht.

Eerder concludeerden we al dat de analyses op de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt niet relevant zijn, gezien de zeer beperkte concurrentie in de markt en het spoedzorgkarakter. Voor wat betreft de zorginkoopmarkt, zien we een groter effect op de tarieven wanneer sprake is van reguliere bekostiging ten opzichte van bekostiging via een beschikbaarheidbijdrage. Alles overziend, verwachten we dat zorgverzekeraars hoe dan ook de spoedeisende hulp zullen blijven inkopen bij de ziekenhuizen ook als de tarieven zullen stijgen vanwege het wegvallen van de beschikbaarheidbijdrage. De zorgverzekeraars hebben immers zorgplicht voor

hun verzekerden en we zien geen marktverstoring op de zorgverzekeringsmarkt. We baseren dan ook onze conclusie voor wat betreft eventuele marktverstoring op basis van de analyses op de verzekeringsmarkt.

De NZa concludeert dat de bekostiging van de nieuwe reikwijdte via de reguliere bekostiging niet marktverstorend is voor de zorgverzekeringsmarkt. Wel zien we een verschil in de toename van kosten per inwoner van de adherentiegebieden voor de zorgverzekeraars. Het mogelijke gedrag dat zou kunnen optreden is dat zorgverzekeraars de verzekerden in deze regio's met deze (beperkte) extra kosten proberen uit te sluiten. Hoewel tot nu toe zorgverzekeraars nauwelijks of geen regionale polissen aanbieden, bestaat er een klein risico op (verkapte) risicoselectie of premie- en/of polisdifferentiatie door zorgverzekeraars.