



Centraal Planbureau

# Casussen Zorgbekostiging

Mondzorg, acute zorg en gehandicaptenzorg

**Drie casussen illustreren de toepassing van het denkkader zorgbekostiging op drie zeer uiteenlopende vormen van zorg: mondzorg, acute zorg bij hartinfarct en de Wlz-zorg voor verstandelijk beperkten.**

**Samen geven deze drie casussen een beeld van hoe het denkkader zorgbekostiging in de praktijk toegepast kan worden.**

CPB - januari 2023

Tobias Hlobil  
Henrik Zaunbrecher

# Denkkader zorgbekostiging

Dit denkkader is een hulpmiddel om inzicht te krijgen in de effecten van veranderingen in de bekostiging als zorgaanbieders over betere informatie beschikken dan zorggebruikers en -inkopers. We gaan na hoe de zorgaanbieders worden betaald en relateren dat aan de prikkels die zij ervaren

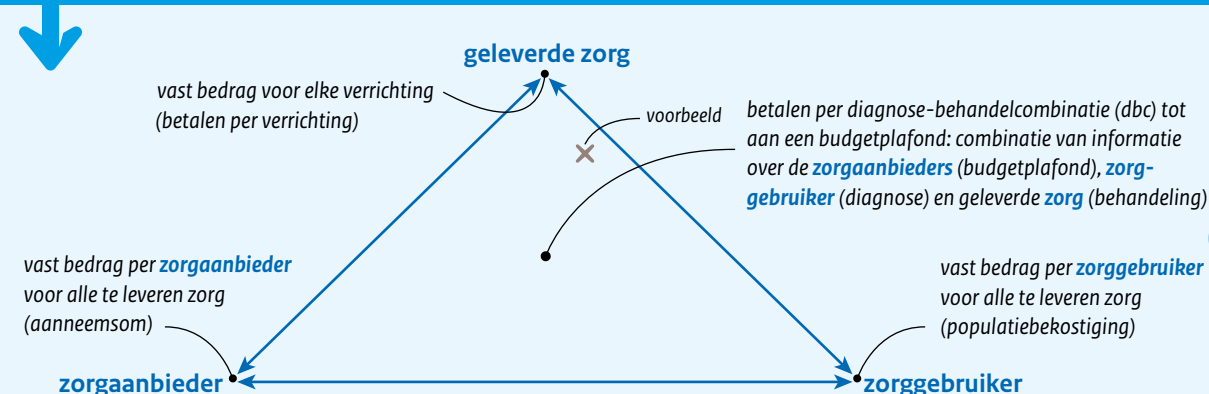
## Vijf financiële prikkels die de keuzes van zorgaanbieders kunnen beïnvloeden



### Vier aspecten om zicht te krijgen op (veranderingen in) bekostiging

### Effect van elk aspect op de verschillende prikkels:

#### Vraag 1: Welke informatie wordt gebruikt voor de betaling aan zorgaanbieders? (informatie)



- Kosten verlagen:** neemt toe, effect op variabele of vaste kosten verschilt afhankelijk van de informatie gebruikt voor de bekostiging
- Selecteren:** neemt toe bij gebruik van informatie over zorgaanbieder of zorggebruiker en neemt af bij informatie over geleverde zorg
- Kwaliteit:** neemt toe bij gebruik van informatie over de geleverde zorg en zorggebruiker, neemt af bij informatie over de zorgaanbieder
- Behandelen:** neemt toe bij gebruik van informatie over geleverde zorg en neemt af bij informatie over de zorggebruiker of zorgaanbieder
- Declareren:** geen effect

#### Vraag 2: Hoeveel verrichtingen worden samengevoegd voor betaling? (breedte)

Wordt betaald per losse verrichting of is er één bedrag voor een bundel van verrichtingen?



- Selecteren:** prikkel neemt toe met samenvoegen van verrichtingen in een bundel
- Behandelen:** prikkel neemt af met samenvoegen van verrichtingen in een bundel
- Overige prikkels:** geen effect

#### Vraag 3: Hoeveel verschillende tarieven worden gebruikt voor betaling? (fijnheid)

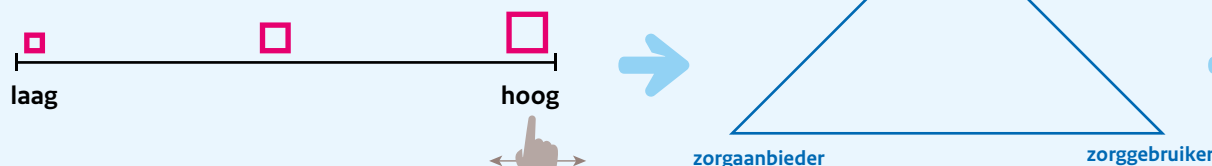
Worden een of meerdere tarieven gebruikt per verrichting of per bundel afhankelijk van de informatie over de zorggebruiker, de zorgaanbieder, of de geleverde zorg?



- Selecteren:** prikkel neemt af bij gebruik van meerdere tarieven per verrichting of bundel
- Declareren:** prikkel neemt toe bij gebruik van meerdere tarieven per verrichting of bundel
- Overige prikkels:** geen effect

#### Vraag 4: Hoeveel wordt betaald? (hoogte)

Zijn de tarieven hoog genoeg om de (gemiddelde totale) kosten van zorg te dekken?



- Behandelen:** prikkel neemt toe bij gebruik hoger tarief
- Overige prikkels:** geen effect

Deze publicatie beschrijft de toepassing van het denkkader zorgbekostiging op drie zeer uiteenlopende vormen van zorg: mondzorg, acute zorg bij hartinfarct en de Wlz-zorg voor verstandelijk beperkten. De infographic op de voorgaande pagina 2 is een geheugensteun van het denkkader.

# 1 Casus Mondzorg

In dit hoofdstuk passen we het denkkader zorgbekostiging toe om de financiële prikkels van zorgaanbieders in de mondzorg te analyseren. Dit doen we in drie stappen. In de eerste stap analyseren we in welke mate in de mondzorg sprake is van informatieasymmetrie tussen de zorgaanbieder, zorginkoper en zorggebruiker (paragraaf 1.1). In de tweede stap richten we ons op de vraag hoe zorgaanbieders in de mondzorg betaald worden (paragraaf 1.2). En in de derde stap analyseren we welke financiële prikkels zorgaanbieders in de mondzorg als gevolg daarvan ervaren (paragraaf 1.3). We beginnen met een korte kenschets van de mondzorg.

**Bijna 80% van de Nederlanders maakt jaarlijks gebruik van mondzorg.** Bijna 80% van de Nederlanders bezocht in 2021 de tandarts, 41% de mondhygiënist, 9% de orthodontist,<sup>1</sup> en 5% de kaakchirurg.<sup>2</sup> Niet iedereen maakt echter in dezelfde mate gebruik van de mondzorg. Het gebruik van de mondzorg verschilt naar leeftijd, opleiding, en ook inkomen.<sup>3</sup> Zo neemt het gebruik van de tandarts en de mondhygiënist toe met inkomen en opleiding, terwijl het gebruik van de orthodontist iets afneemt. Verder is het bezoek aan de tandarts en de orthodontist het hoogst onder Nederlanders jonger dan 20 jaar. Van de Nederlanders onder de twintig bezoekt 90% de tandarts, en van de Nederlanders tussen 12 en 18 jaar bezoekt de helft ook de orthodontist. Het bezoek aan de mondhygiënist is het hoogst onder Nederlanders tussen 40 en 65 jaar: bijna de helft daarvan bezoekt de mondhygiënist.<sup>4</sup>

**Jaarlijks wordt 3,2 miljard euro aan mondzorg besteed.**<sup>5</sup> Via de vrijwillige en aanvullende verzekeringen gaat het in totaal om 1,7 miljard euro. Daarnaast wordt via het eigen risico en de eigen bijdrage 491 miljoen euro besteed.<sup>6</sup> Verder worden de kosten voor zorggebruikers onder de 18 jaar of zorggebruikers die verblijven in een Wlz-instelling vergoed uit, respectievelijk, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Het gaat om respectievelijk 795 en 69 miljoen euro. Tot slot worden de kosten voor bijzondere tandheelkunde en het volledige kunstgebit betaald uit de Zvw.<sup>7</sup> Bij bijzondere tandheelkunde gaat het om mondzorg voor mensen die gebitsproblemen hebben door een groeistoornis, verstandelijke beperking, ziekte of behandeling. In totaal is meer dan 80% van de kosten voor het gebruik van mondzorg verzekerd.

**Mondzorg wordt geleverd door mondhygiënisten, tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen.**<sup>8</sup> In Nederland zijn 3570 mondhygiënisten, 8400 tandartsen, 270 orthodontisten, en 250 kaakchirurgen actief.<sup>9</sup> Mondhygiënisten en tandartsen geven advies over het gebit en maken het gebit schoon om gezondheidsproblemen te voorkomen. Daarnaast behandelen zij ook door het maken van röntgenfoto's,

---

<sup>1</sup> CBS (2022), Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken, 2014-2021, [link](#). Dit zijn de cijfers uit 2021.

<sup>2</sup> Zorginstituut Nederland (2022), Gebruikers. Medisch specialistische zorg, [link](#). Dit is een inschatting op basis van deze cijfers.

<sup>3</sup> CBS (2022), Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken, 2014-2021, [link](#). Dit zijn de cijfers uit 2021.

<sup>4</sup> CBS (2022), Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken, 2014-2021, [link](#). Dit zijn de cijfers uit 2021.

<sup>5</sup> CBS Statline (2020), Zorguitgaven internationaal vergelijkbaar; aanbieders en financiering, [link](#). Dit zijn de kosten in de eerste lijn.

<sup>6</sup> In de cijfers over 2020 is nog een bedrag opgenomen voor Covid.

<sup>7</sup> Zorginstituut Nederland (2022), Tandarts en mondzorg (Zvw), [link](#).

<sup>8</sup> Niet genoemd hier zijn zorgaanbieders die verder van de zorggebruiker staan zoals onder anderen de tandtechnici en tandprothetici. Dit zijn zorgaanbieders die hulpmiddelen vervaardigen, al dan niet in opdracht van andere zorgaanbieders.

<sup>9</sup> VZinfo.nl (2022), Eerstelijnszorg | Aanbod | Tandartsen, [link](#).

verdovingen en het vullen van gaatjes.<sup>10</sup> Mondhygiënist voeren parodontale zorg uit, zoals het reinigen van tanden en kiezen onder en boven het tandvlees. Tandartsen onderscheiden zich van mondhygiënist door meer complexe behandelingen uit te voeren zoals het trekken van tanden of kiezen en plaatsen van kronen en bruggen. Orthodontisten behandelen en voorkomen scheefgroei van tanden en kiezen in het gebit door middel van een beugel. Kaakchirurgen opereren en behandelen een breed scala aan problemen die betrekking hebben op de kaken en het gezicht, zoals het plaatsen van een anti-snurkbeugel, het corrigeren van een hazenlip en het verwijderen van een (kwaadaardig) gezwel. Hierbij moet worden opgemerkt dat tandartsen zich ook kunnen specialiseren, bijvoorbeeld tot implantoloog of dormoloog, waardoor overlap in taken kan bestaan.

**Zowel de betalingen aan mondzorgaanbieders als de zorg die zij leveren zijn gereguleerd.** De betalingen aan mondhygiënist, tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen vinden plaats op basis van verrichtingen tegen gereguleerde tarieven. De maximumtarieven en prestaties van deze aanbieders worden jaarlijks vastgesteld in de prestatie- en tariefbeschikkingen tandheelkundige en orthodontistische zorg,<sup>11</sup> of in de prestatie- en tariefbeschikkingen medisch-specialistische zorg (kaakchirurgen).<sup>12</sup> In deze beschikkingen wordt onderscheid gemaakt naar verschillende categorieën verrichtingen, vijftien voor tandheelkundige zorg, vijftien voor orthodontistische zorg en negen voor kaakchirurgie. Binnen deze categorieën wordt dit onderscheid verder verfijnd. Een voorbeeld van een verrichtingscategorie is het maken van een röntgenfoto. Binnen deze categorie wordt vervolgens onderscheid gemaakt tussen het beoordelen of het maken van een röntgenfoto, of het een grote of kleine foto van de kaak is, of ook van de schedel. De kwaliteit van deze verrichtingen wordt gereguleerd door opleidingseisen te stellen aan zorgverleners. Ook worden in dit verband eisen gesteld aan de interne organisatie van zorgaanbieders.

**Mondzorgaanbieders concurreren onderling met elkaar op de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt.** Op de zorgverleningsmarkt concurreren zorgaanbieders om de vraag van zorggebruikers naar mondzorg te mogen vervullen. De regulering van tarieven en kwaliteit betekent dat de concurrentie op basis van prijs of kwaliteit enigszins beperkt is. Voor prijzen gelden immers maximumtarieven en voor kwaliteit gelden minimumeisen. In sommige regio's hebben zorggebruikers mogelijk ook geen keuze door een tekort aan zorgaanbieders. Op de zorginkoopmarkt concurreren kaakchirurgen om contracten van zorgverzekeraars. De zorg die zij leveren valt immers onder de basisverzekering. Kaakchirurgen kunnen bij de contractering met zorgverzekeraars dan ook te maken krijgen met budgetplafonds, met name als zij in een ziekenhuis werken. Mondhygiënist, tandartsen en orthodontisten vallen niet onder de basisverzekering. Deze zorgaanbieders concurreren dus niet om contracten van zorgverzekeraars.

## 1.1 Stap 1: Informatieasymmetrie

**Kan de zorggebruiker of de zorginkoper controleren of de zorgaanbieder de juiste zorg heeft geleverd?** Dit is de eerste stap om inzicht te krijgen in de financiële prikkels van zorgaanbieders. We onderscheiden vier situaties in het denkkader zorgbesteding afhankelijk van of de zorggebruiker of de zorginkoper kan controleren of de juiste zorg is geleverd. Welke situatie van toepassing is, wordt bepaald aan de hand van vier vragen: kan de zorggebruiker controleren welke zorg nodig is en welke zorg geleverd is, en kan de zorginkoper controleren welke zorg nodig is en welke zorg geleverd is? Deze vier vragen zullen we langslopen. Voor meer uitleg over deze situaties, zie het denkkader en tabel 1.1.

---

<sup>10</sup> De laatste drie echter alleen in opdracht van de tandarts, tenzij de mondhygiënist BIG-geregistreerd is. Dit is mogelijk sinds 1 juli 2020.

<sup>11</sup> Zie Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg - TB/REG-23606-02, [link](#); Prestatie- en tariefbeschikking orthodontistische zorg - TB/REG-23607-02, [link](#).

<sup>12</sup> Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg TB/REG-23609-03, [link](#).

Tabel 1.1 Vier situaties

		Kan de zorginkoper controleren of de juiste zorg geleverd is?	
		Ja	Nee
Kan de zorggebruiker controleren of de juiste zorg geleverd is?	Ja	<b>Situatie I:</b> De zorgaanbieder heeft geen ruimte om zich te laten leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.	<b>Situatie III:</b> De zorggebruiker kan voorkomen dat de zorgaanbieder zich laat leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.
	Nee	<b>Situatie II:</b> De zorginkoper kan voorkomen dat de zorgaanbieder zich laat leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.	<b>Situatie IV:</b> De zorgaanbieder heeft ruimte om zich te laten leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.

**Kan de zorggebruiker controleren welke zorg nodig is?** Zorggebruikers kunnen waarschijnlijk niet controleren welke zorg nodig is. Mondhygiënist, tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen hebben een opleiding gevolgd om hun beroep uit te oefenen. Op basis van deze kennis kunnen zij bepalen welke zorg nodig is. Een zorggebruiker heeft deze kennis vaak niet en moet afgaan op de kennis en toelichting van de zorgverlener. De zorggebruiker zal bijvoorbeeld vertrouwen op het oordeel van de mondhygiënist dat tandsteen verwijderd moet worden of het oordeel van de tandarts dat een gaatje gevuld moet worden en dat een röntgenfoto daarvoor echt nodig is.<sup>13</sup> Hetzelfde geldt voor het oordeel van de orthodontist en de kaakchirurg. Wel hebben zorggebruikers de mogelijkheid om een second opinion aan te vragen. Gottschalk et al (2020) illustreren echter dat een second opinion geen panacee is. Zij stuurden in Zwitserland zorggebruikers zonder klachten, langs 180 tandartsen. Meer dan een kwart van deze tandartsen vond behandelen toch noodzakelijk. Bovendien adviseerden de tandartsen verschillend.

**Kan de zorggebruiker controleren welke zorg geleverd is?** Zorggebruikers kunnen in beperkte mate controleren welke zorg geleverd is. De prestatie- en tariefbeschikkingen voor de tandheelkundige, orthodontische en medisch-specialistische zorg maken een specifieke uitsplitsing naar de mogelijke verrichtingen die de zorgverleners kunnen leveren. Deze uitsplitsing maakt het voor zorggebruikers in beperkte mate controleerbaar welke verrichtingen uitgevoerd zijn. Een röntgenfoto van de kaak kan bijvoorbeeld niet als een schedelfoto in rekening worden gebracht. Meer ingrijpende behandelingen bestaan vaak uit verschillende verrichtingen die mogelijk goed te onderscheiden zijn voor de zorggebruiker en achteraf te controleren zijn op de factuur. Wel kunnen zorgaanbieders nog in beperkte mate onjuist declareren omdat de zorggebruiker niet altijd weet wat een bepaalde verrichting precies inhoudt. Een vulling zit bijvoorbeeld al in het tarief voor het plaatsen van een kroon.<sup>14</sup> Hetzelfde geldt voor het apart declareren van de verdoving bij een chirurgische ingreep.<sup>15</sup>

**Kan de zorginkoper controleren welke zorg nodig is?** Zorginkopers kunnen in heel beperkte mate controleren welke zorg essentieel is. Een zorgverzekeraar zal niet altijd kunnen controleren of de verzekerde zorg ook noodzakelijk is geweest. Bij het reinigen van het gebit of trekken van een kies valt achteraf

<sup>13</sup> RTLnieuws.nl, Bespaar geld (en tanden): vraag ook bij de tandarts om second opinion, [link](#). Het is niet bekend hoe vaak mensen bij de tandarts vragen om een second opinion, maar de patiëntfederatie geeft aan dat het te weinig gebeurt (zie artikel).

<sup>14</sup> NZa (2022), NZa waarschuwt mondzorgaanbieders die vullingen verkeerd declareren, [link](#)

<sup>15</sup> NZa (2022), Chirurgische ingrepen (H-codes) niet altijd goed gedeclareerd, [link](#).

bijvoorbeeld niet meer te controleren of deze zorg nodig is geweest: het gebit is schoon en de kies is verdwenen. Dit geldt overigens niet voor alle mondzorg. Het plaatsen van een beugel of een ingreep door de kaakchirurg is beter te controleren. De vraag is wel of de kosten van het controleren opwegen tegen de baten ervan. Wel kan een zorgverzekeraar achteraf zorgaanbieders met elkaar vergelijken op basis van zorguitkomsten. Mondhygiënisten, tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen zouden ‘ongeveer dezelfde zorg’ moeten leveren als hun collega’s. Het probleem daarbij is echter dat de uitkomsten mogelijk niet te vergelijken zijn omdat patiëntpopulaties kunnen verschillen tussen zorgaanbieders.

**Kan de zorginkoper controleren welke zorg geleverd is?** Zorginkopers kunnen in beperkte mate controleren welke zorg geleverd is. Net als de zorggebruiker, ontvangt de zorginkoper een specificatie van de geleverde zorg. Vanwege de eerdergenoemde prestatie- en tariefbeschikkingen heeft de zorginkoper goed zicht op welke zorg geleverd is (zou zijn). Maar in tegenstelling tot de zorggebruiker is de zorginkoper niet aanwezig bij de behandeling. Het is voor de zorginkoper dus niet direct te controleren of de zorg daadwerkelijk geleverd is. Ook hier geldt dat het niet altijd zinvol zal zijn om te controleren of de zorg daadwerkelijk geleverd is, omdat de kosten soms hoger zijn dan de baten. Concluderend kunnen we stellen dat het voor veel mondzorg niet waarschijnlijk is dat de zorginkoper kan controleren welke zorg daadwerkelijk geleverd is.

**De conclusie die getrokken kan worden op basis van het nalopen van de vier vragen is dat voor mondzorg sprake is van situatie IV uit tabel 1.1.** Van situatie IV is sprake omdat de zorggebruiker waarschijnlijk niet kan controleren welke zorg nodig is en in beperkte mate kan controleren welke zorg geleverd is. De zorginkoper kan waarschijnlijk niet controleren welke zorg nodig is en kan ook niet direct controleren welke zorg geleverd is. De zorgaanbieder in de mondzorg heeft dus ruimte om zich te laten leiden door een financieel belang bij het leveren van zorg.

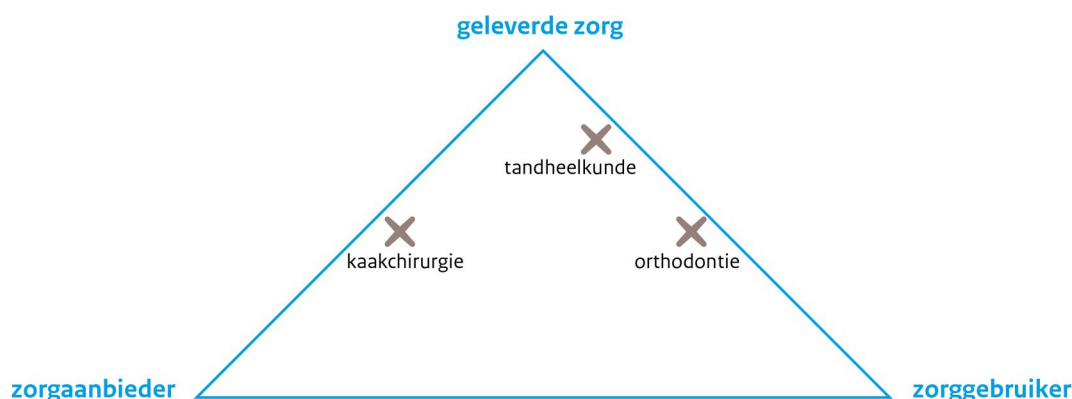
## 1.2 Stap 2: Bekostiging

**Hoe worden zorgaanbieders betaald voor het leveren van zorg aan zorggebruikers?** Dit is de tweede stap om te bepalen wat de financiële prikkels van zorgaanbieders zijn. De bekostiging van zorg en de betalingen aan zorgaanbieders bepalen in belangrijke mate of zorgaanbieders een financieel belang hebben om de juiste zorg te leveren en om efficiënt te werken. In de tweede stap passen we daarom de taxonomie toe die in het denkkader uiteen is gezet. Deze taxonomie brengt de betalingen aan zorgaanbieders terug tot vier dimensies die relevant zijn voor het bepalen van de financiële prikkels: te weten de informatie die gebruikt wordt om de betaling aan zorgaanbieders vorm te geven, het los of in bundels aanbieden van zorg, de mate waarin tarieven gedifferentieerd zijn, en de hoogte van tarieven.

**Welke informatie – over de geleverde zorg, de zorggebruiker of de zorgaanbieder – wordt gebruikt om de betaling vorm te geven?** De prestatie- en tariefbeschikkingen voor tandheelkundige zorg, orthodontistische zorg en medisch-specialistische zorg beschrijven de prestaties die zorgaanbieders moeten leveren om betaald te krijgen. Deze prestaties zijn bijna allemaal omschreven in termen van verrichtingen die de zorgaanbieder uitvoert, zoals het reinigen van het gebit, het trekken van een kies, het plaatsen van een beugel, of het verwijderen van een deel van de tong. Wat gedeeld moet worden is de informatie over de verrichting. Een belangrijke uitzondering daarop zijn de prestaties in de orthodontistische zorg. De zorgaanbieder moet daar ook informatie aanleveren over de zorggebruiker, bijvoorbeeld of sprake is van gehemeltespleet (palatoschisis) bij de zorggebruiker. Gebruikers van orthodontistische zorg worden op basis van hun

aandoening ingedeeld in verschillende categorieën met bijbehorende tarieven.<sup>16</sup> Zonder informatie over de zorggebruiker aan te leveren, kan het van toepassing zijnde tarief niet worden vastgesteld. Een andere uitzondering zijn de prestaties in de medisch-specialistische zorg, zoals bij kaakchirurgie. Daar kan sprake zijn van een budgetplafond en informatie over of het budgetplafond bereikt is of niet, wordt dan gebruikt voor betaling.

**Figuur 1.1 Welke informatie wordt gebruikt om zorgaanbieders te betalen?**



**In de tandheelkundige, orthodontistische en medisch-specialistische zorg wordt verschillende informatie gebruikt voor het betalen van aanbieders (zie figuur 1.1).** Tandheelkundige zorg maakt voornamelijk gebruik van informatie over verrichtingen voor betaling en in zeer beperkte mate gebruik van informatie over de zorggebruiker, zoals bij het verblijf in een Wlz-instelling. Bij tandheelkundige zorg wordt niet gedifferentieerd tussen het type zorgaanbieder. Zo wordt er bij gebitsreiniging geen ander tarief gerekend als die door de tandarts of mondhygiënist is uitgevoerd. Tandheelkundige zorg wordt daarom tussen de hoek “Zorg” en “Zorggebruiker” in geplaatst, maar meer in de richting van de hoek “Zorg”. Orthodontistische zorg maakt voor betaling voornamelijk gebruik van informatie over verrichtingen en ook van informatie over de zorggebruiker. Is er bijvoorbeeld sprake van een schisis, en zo ja, wat voor schisis? Orthodontistische zorg wordt daarom meer in de richting van de hoek “Zorggebruiker” geplaatst. Tot slot wordt voor de prestaties in de medisch-specialistische zorg (kaakchirurgie) voornamelijk gebruik gemaakt van informatie over de verrichting met mogelijk ook informatie over de zorgaanbieder, zoals in het geval dat het ziekenhuis een budgetplafond heeft afgesproken. De medisch-specialistische zorg wordt daarom tussen de hoek “Zorg” en “Zorgaanbieder” geplaatst.

#### **Wat is de breedte van betaling: wordt de geleverde zorg los of in bundels aangeboden?**

De prestaties in de prestatie- en tariefbeschikkingen voor tandheelkundige, orthodontistische en medisch-specialistische zorg bestaan, zoals eerder opgemerkt, uit de verrichtingen van zorgaanbieders. Deze verrichtingen zijn niet of nauwelijks geaggregeerd in bundels. Voor een consult, het maken en beoordelen van een röntgenfoto en vervolgens behandelen door het trekken van een tand of het plaatsen van een beugel wordt apart betaald. Ook de materiaal-, laboratorium- of techniekkosten kunnen apart in rekening gebracht worden. De breedte van betaling kan daarom als nauw worden omschreven, zoals weergegeven in figuur 1.2. Interessant hierbij is dat kaakchirurgen een relatief nauwe betaling kennen in vergelijking met andere medisch specialisten (die betaald worden per dbc).

<sup>16</sup> Zie Prestatie- en tariefbeschikking orthodontische zorg - TB/REG-23607-02, [link](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_641146_22/2/). [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_641146\\_22/2/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_641146_22/2/)In deze prestatie- en tariefbeschikking zijn drie kolommen te vinden per verrichting, een voor elke categorie zorggebruiker. Hieruit valt op te maken welke informatie wordt gebruikt voor betaling.

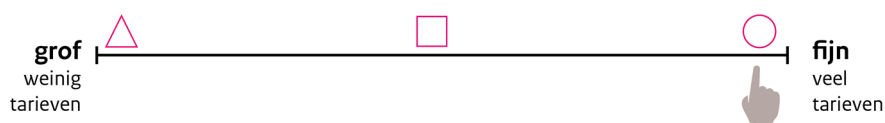


**Figuur 1.2 Breedte van betaling**



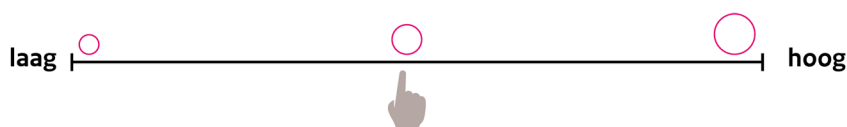
**Wat is de fijnheid van betaling: worden voor de verrichtingen of bundels gedifferentieerde tarieven gebruikt op basis van informatie over de geleverde zorg, de zorggebruiker of de zorgaanbieder?** De prestatie- en tariefbeschikkingen van tandheekkundige, orthodontistische en medisch-specialistische zorg maken een uitgebreid onderscheid binnen categorieën van verrichtingen. Het eerdergenoemde voorbeeld van de röntgenfoto's illustreert dit. Voor het maken van röntgenfoto's wordt een onderscheid gemaakt tussen het maken en beoordelen van een kleine of grote röntgenfoto, een kaakfoto, een schedelfoto en een meerdimensionale kaakfoto. Daarnaast wordt een onderscheid gemaakt tussen het beoordelen en maken van de foto's of het enkel beoordelen van de foto's. Een ander voorbeeld is het plaatsen van een beugel binnen de orthodontistische zorg: negen soorten beugels voor drie soorten zorggebruikers betekent dat er 27 categorieën worden gebruikt om onderscheid te maken bij het plaatsen van een beugel als verrichting.<sup>17</sup> Een laatste voorbeeld is de verwijdering (resectie) van de kaak in de medisch-specialistische zorg. Daar wordt een onderscheid gemaakt tussen resectie van een hele of halve kaak en of het de onderkaak of bovenkaak betreft. Voor elk van deze categorieën kan een ander tarief worden gevraagd. De fijnheid van betaling kan, zoals weergegeven in figuur 1.3, daarom als fijn worden omschreven.

**Figuur 1.3 Fijnheid van betaling**



**Wat is de hoogte van betaling: in hoeverre zijn de tarieven voldoende om de kosten van de verrichting of de bundel van verrichtingen te dekken?** De maximale tarieven die mondhygiënist, tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen mogen vragen, worden jaarlijks per prestatie vastgesteld. Hierbij wordt voor de tandheekkundige en orthodontistische zorg uitgegaan van arbeidskosten en praktijkkosten voor het bepalen van de tarieven die deze zorgaanbieders maximaal in rekening mogen brengen.<sup>18</sup> Ook voor kaakchirurgie wordt een kostprijsmodel gebruikt om tot tarieven voor prestaties te komen.<sup>19</sup> De tarieven voor de verrichtingen van de diverse vormen van mondzorg lijken daarmee de gemiddelde totale kosten van die zorg te dekken.

**Figuur 1.4 Hoogte van betaling**



<sup>17</sup> Zou overigens het plaatsen van een beugel als een bundel van verrichtingen worden gezien dan zou nog steeds gezegd kunnen worden dat informatie wordt gebruikt over de verrichting en zorggebruiker om nader onderscheid te maken binnen het plaatsen van een beugel als een bundel van verrichtingen.

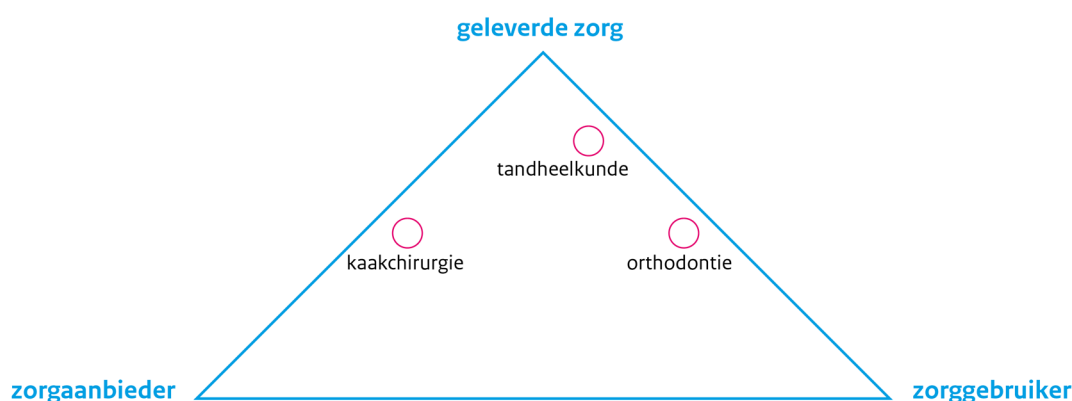
<sup>18</sup> Zie Beleidsregel orthodontische zorg - BR/REG-23112a, [link](#). En zie Beleidsregel tandheekkundige zorg - BR/REG-23111a, [link](#).

<sup>19</sup> Art. 14 Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg - BR-REG-23113, [link](#).



**Figuur 1.5 geeft een overzicht van hoe informatie over de zorg, zorggebruiker en zorgaanbieder invloed heeft op de tarieven voor mondzorg.** Voor de betalingen in de mondzorg wordt voornamelijk gebruikgemaakt van informatie over de verrichtingen, de geleverde zorg. Dit is met name het geval bij tandheelkundige zorg. Voor orthodontistische zorg wordt ook gebruikgemaakt van informatie over de zorggebruiker, en voor kaakchirurgie wordt mogelijk gebruikgemaakt van informatie over de zorgaanbieder wanneer bijvoorbeeld sprake is van een budgetplafond. De breedte van betaling is voor alle vormen van mondzorg nauw: de betaling is per losse verrichting. De fijnheid van betaling is fijn, omdat de verrichtingen in een behoorlijk aantal categorieën worden opgedeeld waarvoor verschillende tarieven gevraagd kunnen worden. Tot slot is de hoogte van betaling noch hoog noch laag, omdat gebruikgemaakt wordt van kostprijsmodellen om kostendeekkende tarieven vast te stellen.

**Figuur 1.5** Betaling aan zorgaanbieders in vier dimensies



### 1.3 Stap 3: Financiële Prikkels

**Welke financiële prikkels hebben aanbieders van mondzorg?** Dit is de derde en laatste stap in het denkkader zorgbekostiging. In deze stap maken we gebruik van de antwoorden uit de eerste twee stappen. Welk financieel belang hebben zorgaanbieders? En hebben zij de ruimte om zich daardoor te laten leiden? De antwoorden op deze twee vragen bepalen samen welke financiële prikkels zorgaanbieders hebben. Wel moet hierbij benadrukt worden dat de financiële prikkels die zorgaanbieders hebben niet automatisch te vertalen zijn in gemaakte keuzes. Een financiële prikkel zegt dat een zorgaanbieder in financieel opzicht beter af is als hij een bepaalde keuze maakt. Omdat keuzes van zorgaanbieders niet alleen financieel gemotiveerd zijn, is er geen een-op-een-relatie tussen financiële prikkels en keuzes.

**Het denkkader zorgbekostiging maakt onderscheid tussen vijf verschillende financiële prikkels.** De eerste financiële prikkel is de prikkel om te investeren in het verlagen van de kosten van zorg. De tweede financiële prikkel is de prikkel om zorggebruikers te selecteren op basis van de kosten die de zorgaanbieder verwacht te maken voor deze zorggebruiker. De derde financiële prikkel is de prikkel om de kwaliteit van zorg te veranderen. De vierde financiële prikkel is de prikkel om over- of onder te behandelen. De vijfde en laatste financiële prikkel is de prikkel om de geleverde zorg verkeerd te declareren.

**Is binnen de mondzorg de financiële prikkel aanwezig om te investeren in het verlagen van de kosten?** Mondhygiënist, tandarts, orthodontist en kaakchirurg hebben een financiële prikkel om te investeren in het verlagen van de variabele kosten. Zij ontvangen namelijk een vast bedrag per verrichting. Lagere variabele kosten leiden dan tot een hogere brutomarge en daarmee tot een hogere winst. Wel is de prikkel afhankelijk van het aantal behandelingen dat een zorgaanbieder uitvoert. Zorgaanbieders die meer

behandelen, ervaren een sterkere prikkel om de brutomarge per verrichting te vergroten door hun variabele kosten te verlagen. Dit is ook consistent met de literatuur over het honoreren van zorgaanbieders. Het betalen per verrichting leidt volgens deze literatuur tot een prikkel om efficiënter te werken (zie ook Eijkenaar & Schut, 2016). Omdat de prikkel om efficiënter te werken afhankelijk is van het aantal behandelingen dat een zorgaanbieder uitvoert, hebben zorgaanbieders die meer en/of over- behandelen een sterkere prikkel om efficiënter te werken.

**Is er een financiële prikkel aanwezig om zorggebruikers te selecteren?** Aanbieders van mondzorg hebben nagenoeg geen financiële prikkels om zorggebruikers te selecteren. Zij krijgen namelijk betaald per verrichting. Voor zorggebruikers die meer zorg nodig hebben, krijgen zij ook meer betaald. Een voorbeeld daarvan is het reinigen van het gebit bij tandheelkundige zorg. Dit wordt in rekening gebracht per vijf minuten. Hierdoor krijgt een mondhygiënist meer betaald naarmate een gebit lastiger te reinigen is. Daarnaast maken de prestatie- en tariefbeschikkingen gebruik van meerdere tarieven voor dezelfde verrichtingen. Een voorbeeld daarvan is de wortelkanaalbehandeling. De prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg maakt een onderscheid tussen een wortelkanaalbehandeling met een, twee, drie en vier kanalen. Een zorggebruiker die een behandeling nodig heeft met hogere kosten, betaalt een hoger tarief. De financiële prikkel tot selectie van zorggebruikers is onder de huidige vormgeving vrijwel afwezig.

**Is de financiële prikkel aanwezig om de kwaliteit van zorg te veranderen?** In de mondzorg lijken aanbieders geen directe of indirecte financiële prikkels te hebben om de kwaliteit van zorg te verhogen. Voor directe financiële prikkels om de kwaliteit van zorg te verhogen hebben we geen aanwijzingen gevonden. Zo zijn betalingen in de mondzorg niet expliciet gekoppeld aan uitkomsten van zorg of aan (proces)indicatoren van kwaliteit. Daarnaast lijken ook de indirecte financiële prikkels, zoals die bijvoorbeeld uitgaan van concurrentie, zwak te zijn. Mondhygiënisten, tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen kunnen zorggebruikers aantrekken door middel van een fraai ingerichte wachtkamer en goed contact met de zorggebruiker, maar ook door behandelingen te kiezen die leiden tot betere zorguitkomsten. Hierdoor kunnen zij meer verdienen. Zorggebruikers kunnen, zoals eerder opgemerkt, echter in zeer beperkte mate controleren welke zorg nodig is. Concurrentie op de zorgverleningsmarkt zal dus niet snel leiden tot een betere kwaliteit van zorg. Ook van concurrentie op de zorginkoopmarkt gaan geen of beperkte prikkels uit om de kwaliteit te verhogen. Tandartsen, orthodontisten en mondhygiënisten concurreren niet om contracten met zorgverzekeraars. Voor kaakchirurgen is dat anders, omdat zorgverzekeraars kaakchirurgie inkopen. Maar de prikkel om de kwaliteit te verhogen is beperkt, omdat het niet eenvoudig is om zorgaanbieders op uitkomsten van zorg te vergelijken. Dit alles betekent niet dat zorgaanbieders geen kwalitatief goede zorg leveren. Zij worden immers gereguleerd op het gebied van kwaliteit. De conclusie vanuit het denkkader is dat de financiële prikkels om de kwaliteit verder te verbeteren gering zijn.

**Is de financiële prikkel aanwezig om zorggebruikers over of onder te behandelen?** Mondhygiënisten, tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen worden betaald per verrichting. Dit geeft ze een financiële prikkel om over te behandelen, die sterker is naarmate het verschil tussen de variabele kosten en het tarief per verrichting groter is. Deze prikkel wordt getemperd door de mate van informatieasymmetrie. Zo is bij orthodontisten en kaakchirurgen de behandeling en de noodzaak van de behandeling meer zichtbaar dan bij tandartsen en mondhygiënisten, waardoor de financiële prikkel tot overbehandelen (iets) getemperd wordt.<sup>20</sup> Tot slot is de mate waarin mondhygiënisten, tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen kiezen voor overbehandeling afhankelijk van de mate waarin zij de vraag kunnen beïnvloeden. Een voorbeeld daarvan is het reinigen van het gebit. Mondhygiënisten hebben de financiële prikkel om het gebit langer te reinigen,

---

<sup>20</sup> Hierbij moet worden opgemerkt dat veranderingen in sociale normen kunnen leiden tot veranderingen van wat we overbehandeling noemen (of niet). Zo is een strak gebit nu veel gangbaarder dan dertig of veertig jaar geleden. Wat we nu 'normaal' vinden, hadden we vroeger wellicht overbehandeling genoemd. Met het denkkader kan geen uitspraak gedaan worden over het verschuiven van sociale normen en daarmee de verschuiving van de criteria van wat overbehandeling is en niet.

omdat daarvoor meer betaald wordt en de zorggebruiker heeft geen zicht op de toestand van het gebit. Een ander voorbeeld is het maken van een röntgenfoto voor een consult. De variabele kosten voor een foto zijn laag in vergelijking tot de kosten van de apparatuur en de zorggebruiker kan niet beoordelen of deze foto nodig is of niet.

**De literatuur laat duidelijk zien dat er een financiële prikkel tot overbehandeling is als er betaald wordt per verrichting.** Chalkley & Listl (2018) laten bijvoorbeeld zien dat tandartsen meer röntgenfoto's maken wanneer zij betaald krijgen per verrichting in plaats van een vast salaris. Ook Kalmus et al (2022) concluderen dat er bij tandartsen sprake is van een prikkel tot overbehandeling. Zij laten zien dat zorggebruikers die wisselen van een tandarts met een vast salaris naar een tandarts die betaald wordt per verrichting, een 9,6 procentpunt hogere kans hebben om een röntgenfoto te krijgen. Tot slot vinden Chalkley et al (2010) dat tandartsen 26% vaker behandelen wanneer zij per verrichting worden betaald in plaats van als ze een (min of meer) vast bedrag krijgen. Gottschalk et al (2020) laten zien dat tandartsen in Zwitserland dit ook proberen. Zij stuurden zorggebruikers zonder gaatjes langs 180 tandartsen. Ruim een kwart van deze tandartsen kwam vervolgens met de aanbeveling om een gaatje te vullen. Het aantal geconstateerde gaatjes varieerde daarbij van een tot zes.<sup>21</sup>

**Is de financiële prikkel aanwezig om meer of andere zorg te declareren dan geleverd?** Mondhygiënist en tandartsen hebben de prikkel om meer prestaties te declareren dan daadwerkelijk geleverd. De reden daarvoor is grote mate van fijnheid in betaling, waardoor het achteraf lastig is om te controleren welke zorg wel en niet geleverd is. Een voorbeeld hiervan is het in rekening brengen van een gebitsreiniging van 3 x 5 minuten, terwijl 2 x 5 minuten geleverd is. Een ander voorbeeld is het maken of in rekening brengen van een grote in plaats van een kleine röntgenfoto. Voor sommige verrichtingen is meer declareren achteraf lastig vanwege de precieze omschrijving van de verrichting in de prestatie- en tariefbeschikkingen. Een tandarts die niet te goeder trouw is, kan proberen een wortelkanaalbehandeling met een kanaal te verkopen als een wortelkanaalbehandeling met twee kanalen, maar zal er rekening mee moeten houden dat een zorggebruiker een andere tandarts kan vragen om een controle hierop uit te voeren.<sup>22</sup> Ook kan een zorggebruiker verhuizen waardoor deze een andere tandarts krijgt. Bij de orthodontist en de kaakchirurg is de kans op te veel declareren beperkter, omdat de verrichtingen zichtbaarder zijn dan bij tandartsen en mondhygiënist. In de literatuur hebben we geen duidelijke aanwijzingen gevonden voor te veel declareren, maar uit het toezicht van de NZa blijkt dat te veel of verkeerd declareren wel voorkomt.<sup>23</sup>

## 1.4 Conclusie

**De conclusie is dat aanbieders in de mondzorg de financiële prikkel hebben om de kosten te verlagen, meer te behandelen dan nodig en te veel te declareren.** De prikkel om te investeren in het verlagen van de variabele kosten van zorg is aanwezig, omdat aanbieders een vast bedrag betaald krijgen per verrichting. Zij kunnen door het verlagen van hun kosten hun brutomarge verhogen. Deze prikkel versterkt en wordt versterkt door de prikkel om over te behandelen. Omdat aanbieders betaald krijgen per verrichting, hebben zij de prikkel om zorggebruikers meer te behandelen dan strikt noodzakelijk. Hiervoor zijn ook aanwijzingen te vinden in de literatuur. En naarmate de brutomarge toeneemt, is deze financiële prikkel sterker. De fijnheid van betaling maakt het daarnaast mogelijk om te veel te declareren, maar deze prikkel is beperkter naarmate beter te controleren valt welke zorg is geleverd. De prikkel tot selectie is niet aanwezig omdat meer betaald

---

<sup>21</sup> Voor zover ons bekend is er voor orthodontisten en kaakchirurgen geen literatuur voorhanden die uitspraken doet over over- of onderbehandeling.

<sup>22</sup> We hebben geen informatie over hoe groot die (pak)kans is.

<sup>23</sup> NZa (2022), NZa waarschuwt mondzorgaanbieders die vullingen verkeerd declareren, [link](#); Chirurgische ingrepen (H-codes) niet altijd goed gedeclareerd, [link](#).

wordt naarmate meer zorg nodig is. Voor een financiële prikkel om de kwaliteit te veranderen, hebben we in de bekostiging geen aanwijzingen gevonden.

## 2 Casus acute zorg bij hartinfarct

**In dit hoofdstuk passen we het denkkader zorgbekostiging toe om de financiële prikkels van zorgaanbieders van acute zorg bij een hartinfarct te analyseren.** Dit doen we in drie stappen. In de eerste stap analyseren we in welke mate in de acute zorg sprake is van informatieasymmetrie tussen de zorgaanbieder, zorginkoper en zorggebruiker (paragraaf 2.1). In de tweede stap richten we ons op de vraag hoe zorgaanbieders in de acute zorg betaald worden (paragraaf 2.2). En in de derde stap analyseren we welke financiële prikkels zorgaanbieders in de acute zorg als gevolg daarvan ervaren (paragraaf 2.3). We beginnen met een korte kenschets van de acute zorg bij een hartinfarct.

**Elk jaar worden circa 34.000 mensen met spoed naar het ziekenhuis gebracht voor een behandeling vanwege een acuut hartinfarct** (Hartstichting, 2021). Een acuut hartinfarct wordt veroorzaakt door een verstopping van de kransslagader, waardoor een deel van het hart geen bloed en geen zuurstof meer krijgt. Als de hartspier niet op tijd bloed en dus zuurstof krijgt, kan een deel van de hartspier afsterven met chronisch hartfalen of de dood tot gevolg. De behandeling van een acuut hartinfarct vindt plaats in het ziekenhuis. De ambulance rijdt naar de dichtstbijzijnde Spoedeisende Hulp (SEH) waar een arts beoordeelt welke behandeling nodig is om de kransslagader te openen. Dit kan op drie manieren. De eerste manier is het oplossen van de bloedprop door middel van het toedienen van bloedverdunners. Dit is mogelijk tot twee uur nadat de kransslagader verstopt is geraakt. De tweede manier is een dotter- of stentbehandeling. Dit is het openen van de kransslagader door middel van een ballonnetje. Een stent voorkomt vervolgens dat deze weer sluit. De derde manier is een bypassoperatie. De chirurg leidt het bloed dan om de verstopping heen richting de hartspier.

**Het risico op een acuut hartinfarct verschilt tussen mensen.** Zo werden in 2020 33.807 patiënten (22.924 mannen en 10.883 vrouwen) behandeld voor een acuut hartinfarct in een ziekenhuis. Van alle patiënten is 83 procent 55 jaar en ouder. Aan een acuut hartinfarct overlijden meer mannen dan vrouwen: 2798 mannen versus 1914 vrouwen. Van de mensen die overlijden is 95 procent 55 jaar en ouder (Hartstichting, 2021). Naast geslacht en leeftijd hangt het risico op een hartinfarct ook samen met leeftijd en gedrag. Roken, ongezond eten, en weinig bewegen zijn (bekende) risicofactoren. Een deel van het risico is erfelijk (Giri et al., 1999; Panagiotakos et al., 2001).

**De zorg bij een acuut hartinfarct is medisch-specialistische zorg en wordt betaald vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).** Onder de Zvw betalen (potentiële) zorggebruikers een premie om verzekerd te zijn voor de kosten van deze en andere zorg. Het afnemen van een basisverzekering is verplicht. Er geldt een eigen risico dat een beperkt deel uitmaakt van de totale kosten in de Zvw. Zorgverzekeraars gebruiken premieopbrengsten om medisch-specialistische zorg, waaronder acute zorg bij een hartinfarct, in te kopen bij ziekenhuizen. Acute zorg bij een hartinfarct betreft de spoedeisende hulp. Spoedeisende hulp wordt altijd door de basisverzekering vergoed. Dat geldt ook voor de nazorg indien deze op doorverwijzing is van de cardioloog. Daarnaast ontvangen SEH's die essentieel zijn om de 45-minutennorm te halen een beschikbaarheidsbijdrage van het Zorginstituut Nederland zoals vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).<sup>24</sup> De 45-minutennorm houdt in dat alle (potentiële) zorggebruikers binnen 45 minuten per ambulance naar een SEH moeten kunnen worden gebracht.

---

<sup>24</sup> Dit is op basis van Art. 56a Wet marktordening gezondheidszorg, [link](#).

**Tarieven voor zorg voor acute hartinfarcten zijn voor een deel gereguleerd in Nederland.** Zorgverzekeraars betalen aanbieders op basis van diagnose-behandel-combinaties (dbc's). Met een dbc ontvangen zorgaanbieders een tarief voor verschillende samenhangende zorgactiviteiten die plaatsvinden vanaf het eerste bezoek tot aan de nacontrole. Een deel van deze tarieven voor de acute zorg bij een hartinfarct wordt gereguleerd en een deel niet. In het gereguleerde segment onderhandelen zorgverzekeraars en ziekenhuizen over tarieven voor zorg tot een maximum vastgesteld door de NZa.<sup>25</sup> De tarieven kunnen met maximaal 10% worden verhoogd boven het maximum. Dit heet het max-max-tarief. Voor zorg in het vrije segment kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij onderhandelen over de prijzen van zorg. Voor de bespreking van de acute zorg bij hartinfarct gaan we niet nader in op dit onderscheid.<sup>26</sup>

**De kwaliteit van zorg bij acute hartinfarcten is ook gereguleerd.** Er zijn opleidingseisen en beschikbaarheidseisen voor acute zorg. Ook moeten ziekenhuizen toestemming hebben om bepaalde zorg voor hartinfarcten, zoals dotterbehandelingen, te verlenen.<sup>27</sup> Verder zijn er kwaliteitseisen vanuit overheidsinstanties en beroepsgroepen. Bijvoorbeeld, de beroepsgroep stelt een norm van minimaal 150 jaarlijkse dotterbehandelingen per interventiecardioloog.<sup>28</sup> Voor sommige kwaliteitsindicatoren geldt ook een registratieplicht. Indicatoren zonder registratieplicht zijn meestal alleen zichtbaar voor zorgverzekeraars, overheidsinstanties en zorgaanbieders, niet voor zorggebruikers.

## 2.1 Stap 1: Informatieasymmetrie

**Kan de zorggebruiker of de zorginkoper controleren of de zorgaanbieder de juiste zorg heeft geleverd?**

Dit is de eerste stap om inzicht te krijgen in de financiële prikkels van zorgaanbieders. We onderscheiden vier situaties in het denkkader zorgbesteding afhankelijk van of de zorggebruiker of de zorginkoper kan controleren of de juiste zorg is geleverd. Welke situatie van toepassing is, wordt bepaald aan de hand van vier vragen: kan de zorggebruiker controleren welke zorg nodig is en welke zorg geleverd is, en kan de zorginkoper controleren welke zorg nodig is en welke zorg geleverd is? Deze vier vragen zullen we langslopen. Voor meer uitleg over deze situaties, zie het denkkader en tabel 2.1.

**Kan de zorggebruiker controleren welke zorg nodig is?** Zorggebruikers met een acuut hartinfarct kunnen vooraf niet controleren welke zorg nodig is. Bij een acuut hartinfarct moet namelijk snel worden gehandeld. De ambulance rijdt naar de dichtstbijzijnde SEH met de juiste expertise. De zorggebruiker kan dus geen SEH kiezen. Daar bepaalt een arts welke behandeling nodig is. In theorie kan een zorggebruiker een second opinion aanvragen en informeert de arts de zorggebruiker over de risico's en alternatieven van de voorgestelde behandeling. In de praktijk, bij een acuut hartinfarct, is dit niet altijd mogelijk. De wet regelt daarom dat ook zonder toestemming gehandeld mag worden in acute situaties. Achteraf kan op basis van het medisch dossier eventueel nog bepaald worden of de verstrekte zorg nodig was. Maar ook dan is de zorggebruiker afhankelijk van de informatie die de zorgaanbieder verstrekt en de begrijpelijkheid daarvan.<sup>29</sup>

---

<sup>25</sup> Zie ook beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg - BR-REG-23113, [link](#).

<sup>26</sup> Het onderscheid tussen het gereguleerde en vrije segment is zeer beperkt relevant voor een analyse van de financiële prikkels die zorgaanbieders hebben op basis van het denkkader. Het onderscheid kan echter relevant zijn bij een verdere analyse waarbij bijvoorbeeld concurrentie en marktmacht meegenomen worden.

<sup>27</sup> Zie planningsbesluit PCI's en ICD's, [link](#).

<sup>28</sup> Zie NVCC (2019), [link](#).

<sup>29</sup> De wet verplicht zorgaanbieders een medisch dossier bij te houden met daarin informatie over het ziektebeeld, de behandelingen en de bevindingen van de zorgverlener. Ook de gemaakte fouten moeten worden geregistreerd.

Tabel 2.1 Vier situaties

<i>Kan de zorginkoper controleren of de juiste zorg geleverd is?</i>			
		<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
<i>Kan de zorggebruiker controleren of de juiste zorg geleverd is?</i>	<i>Ja</i>	<u>Situatie I:</u> De zorgaanbieder heeft geen ruimte om zich te laten leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.	<u>Situatie III:</u> De zorggebruiker kan voorkomen dat de zorgaanbieder zich laat leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.
	<i>Nee</i>	<u>Situatie II:</u> De zorginkoper kan voorkomen dat de zorgaanbieder zich laat leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.	<u>Situatie IV:</u> De zorgaanbieder heeft ruimte om zich te laten leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.

**Kan de zorggebruiker controleren welke zorg geleverd is?** Zorggebruikers kunnen in beperkte mate controleren welke zorg is geleverd. Gedurende de behandeling van een acuut hartinfarct zal de zorggebruiker niet in staat zijn om te controleren welke zorg wordt geleverd. De controle zal dus achteraf moeten plaatsvinden op basis van de informatie in het medisch dossier. Deze informatie kan vergeleken worden met de gedeclareerde zorg. Dit vraagt echter een behoorlijke tijdsinvestering.

**Kan de zorginkoper controleren welke zorg nodig is?** Zorginkopers kunnen, net als zorggebruikers, waarschijnlijk niet controleren welke zorg bij een acuut hartinfarct nodig is. Vooraf kunnen zorginkopers niet controleren welke zorg nodig is, omdat de zorgvraag acuut is en er snel gehandeld moet worden. Achteraf kan de zorginkoper, in theorie, informatie over uitkomsten gebruiken om aanbieders onderling te vergelijken en zo te controleren of de zorg die geleverd is ook de juiste zorg was. In de praktijk is de variatie in de zorg die aanbieders leveren groot en moeilijk te duiden (zie ook Chandra & Staiger, 2020). Zorgverzekeraars geven, in het algemeen, ook aan dat de kwaliteit van zorg niet transparant is (Stolper et al., 2019).

**Kan de zorginkoper controleren welke zorg geleverd is?** Zorginkopers kunnen, net als zorggebruikers, in beperkte mate controleren welke zorg geleverd is. Zorgverzekeraars betalen aanbieders op basis van dbc's. De behandelaar registreert elke zorgactiviteit en de hoofdbehandelaar registreert de daarbij behorende diagnose. Op basis van deze informatie wordt de dbc afgeleid en gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De gedeclareerde zorg geeft daarmee inzicht in welke zorg geleverd is.

**De conclusie die getrokken kan worden op basis van het nalopen van de vier vragen is dat in de zorg voor acuut hartinfarct sprake is van situatie IV uit tabel 2.1.** Van situatie IV is sprake omdat de zorggebruiker waarschijnlijk niet kan controleren welke zorg nodig is en in beperkte mate kan controleren welke zorg geleverd is. Hetzelfde geldt voor de zorginkoper. Deze kan wel controleren welke zorg geleverd is, maar niet welke zorg nodig is. De zorgaanbieder in de acute zorg heeft daarmee ruimte om zich te laten leiden door een financieel belang bij het leveren van zorg.

## 2.2 Stap 2: Bekostiging

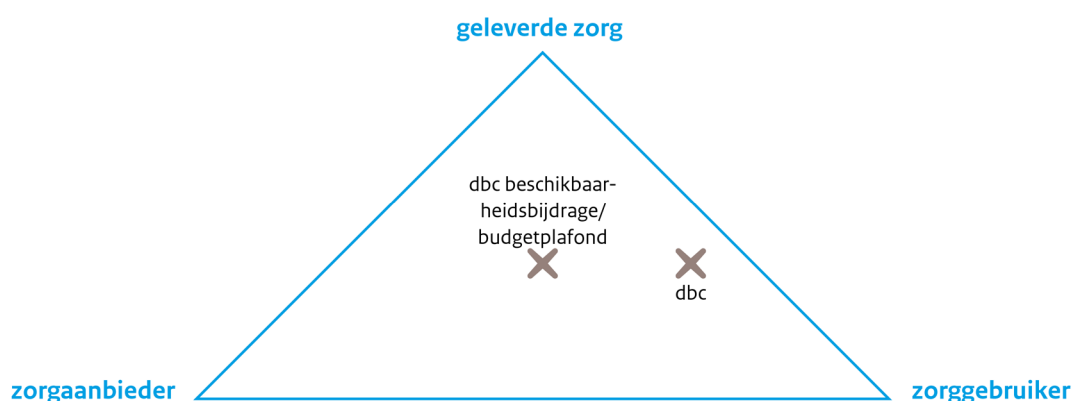
**Hoe worden zorgaanbieders betaald voor het leveren van zorg aan zorggebruikers?** Dit is de tweede stap om te bepalen wat de financiële prikkels van zorgaanbieders zijn. De bekostiging van zorg en de betalingen aan zorgaanbieders bepalen in belangrijke mate of zorgaanbieders een financieel belang hebben om de juiste



zorg te leveren en om efficiënt te werken. In de tweede stap passen we daarom de taxonomie toe die in het denkkader is uiteengezet. Deze taxonomie brengt de betalingen aan zorgaanbieders terug tot vier dimensies die relevant zijn voor het bepalen van de financiële prikkels: te weten de informatie die gebruikt wordt om de betaling aan zorgaanbieders vorm te geven, het los of in bundels aanbieden van zorg, de mate waarin tarieven gedifferentieerd zijn, en de hoogte van tarieven.

**Welke informatie – over de geleverde zorg, de zorggebruiker of de zorgaanbieder – wordt gebruikt om de betaling vorm te geven?** Zorgaanbieders in de acute zorg worden betaald per dbc. Voor het declareren van een dbc bij de zorginkoper heeft de zorgaanbieder informatie nodig over de zorggebruiker, namelijk de diagnose, en informatie over de geleverde zorg. Naast een bedrag per dbc ontvangt een aantal SEH's een beschikbaarheidsbijdrage vanuit het Zorginstituut (zie kenschets paragraaf 2). Tot slot kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook een budgetplafond afspreken. Voor zowel een budgetplafond als de beschikbaarheidsbijdrage is informatie nodig over de zorgaanbieder. Voor de beschikbaarheidsbijdrage is informatie nodig over het verschil tussen de inkomsten en de kosten van de SEH en de locatie van de SEH. En voor het budgetplafond is informatie nodig over wat de zorgaanbieder in totaal mag declareren bij de zorginkoper.

**Figuur 2.1 Welke informatie wordt gebruikt om zorgaanbieders te betalen?**



**Acute zorg bij hartinfarct maakt gebruik van verschillende vormen van informatie voor het betalen van aanbieders (zie figuur 2.1).** Met het betalen van zorgaanbieders per dbc wordt gebruikgemaakt van informatie over zowel de zorggebruiker als de geleverde zorg. De dbc kan daarmee tussen “Zorg” en “Zorggebruiker” in worden geplaatst. Als er daarnaast ook sprake is van een budgetplafond en/of een beschikbaarheidsbijdrage moet de dbc meer in het midden van de driehoek geplaatst worden, tussen “Zorg”, “Zorggebruiker” en “Zorgaanbieder” in.

**Wat is de breedte van betaling: wordt de geleverde zorg los of in een bundels aangeboden?** De aanbieder krijgt met een dbc betaald voor een groot deel van het zorgtraject waar zij bij betrokken is: van diagnose tot het einde van de behandeling. Preventie en revalidatie vallen hier buiten. Ook voor het aantal verpleegdagen (na de acute fase) kan een aparte dbc geopend worden. De aanbieder ontvangt dus een vast bedrag voor het uitvoeren van meerdere verrichtingen, een bundel. Omdat deze bundel niet alle zorg omvat, kan de breedte van betaling niet als breed worden omschreven, zoals bijvoorbeeld bij populatiebekostiging. Omdat de bundel wel meerdere verrichtingen omvat, is het ook geen nauwe vorm van bekostiging. De breedte van betaling is dus, zoals weergegeven in figuur 2.2, niet nauw en niet breed. Het al dan niet ontvangen van een beschikbaarheidsbijdrage heeft geen invloed op de breedte van de betaling. Als een zorgaanbieder een beschikbaarheidsbijdrage ontvangt, dan is dat in aanvulling op de bekostiging via dbc's. Omdat de



beschikbaarheidsbijdrage een vast bedrag is, heeft dit geen invloed op de breedte van de betaling. Ook voor zorgaanbieders die een omzetplafond hebben verandert er niets aan de breedte van de betaling.<sup>30</sup>

**Figuur 2.2 Breedte van betaling**



**Wat is de fijnheid van betaling: worden voor de verrichtingen of bundels daarvan gedifferentieerde tarieven gebruikt op basis van informatie over de geleverde zorg, de zorggebruiker of de zorgaanbieder?** De aanbieder krijgt betaald per dbc, maar welke dbc van toepassing is, kan afhankelijk zijn van de diagnose, de zorgzwaarte, de gekozen behandeling of bijvoorbeeld het aantal verpleegdagen. Voor een dotterbehandeling wordt bijvoorbeeld onderscheid gemaakt tussen vijf klassen en of sprake is van een behandeling met een ziekenhuisopname of niet. Hetzelfde geldt voor de verpleegdagen; hier wordt een onderscheid gemaakt tussen dbc's op basis van het aantal verpleegdagen. Afhankelijk van de dbc geldt een ander tarief. De bekostiging van zorgaanbieders in de acute zorg kan daarmee als fijn worden omschreven. Voor 2012, werd ook informatie over de zorgverlener gebruikt om onderscheid te maken tussen dbc's. Die verfijning is verdwenen in de huidige bekostiging. Bovendien laat de ervaring uit andere landen zien dat de bekostiging in Nederland verder verfijnd zou kunnen worden, bijvoorbeeld door co-morbiditeit of complicaties op te nemen in de bekostiging.<sup>31</sup> Daarom plaatsen we de huidige dbc's in het midden tussen grof en fijn in figuur 2.3. Ook de fijnheid van de betaling is, net zoals de breedte van de betaling, niet afhankelijk van de aanwezigheid van een budgetplafond of een beschikbaarheidsbijdrage. Het aantal verschillende tarieven dat gebruikt kan worden voor het betalen van zorgaanbieders verandert namelijk niet door de aanwezigheid van een budgetplafond of een beschikbaarheidsbijdrage.<sup>32</sup>

**Figuur 2.3 Fijnheid van betaling**



**Wat is de hoogte van betaling: in hoeverre zijn de tarieven voldoende om de kosten van de verrichting of de bundel van verrichtingen te dekken?** Zorgaanbieders kunnen tarieven afspreken met zorgverzekeraars voor de dbc's die zij leveren, waarbij zij voor een deel van de dbc's gebonden zijn aan de maximumtarieven zoals vastgesteld door de NZa op basis van een kostenmodel (zie kenschets paragraaf 2). We veronderstellen dat deze tarieven, in het algemeen, de gemiddelde totale kosten van zorg dekken. De tarieven zijn immers het gevolg van onderhandelingen en zorgaanbieders moeten minimaal hun gemiddelde totale kosten kunnen dekken om zorg te kunnen leveren. Dit is echter niet het geval voor SEH's die een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen. De tarieven die zij ontvangen voor de dbc's zijn niet voldoende om de gemiddelde totale kosten van zorg te dekken. Bijvoorbeeld omdat het volume van deze SEH's (veel) lager is dan bij andere SEH's. De brutomarge is dan niet voldoende om de vaste kosten van de SEH te dekken. Maar omdat deze tarieven wel

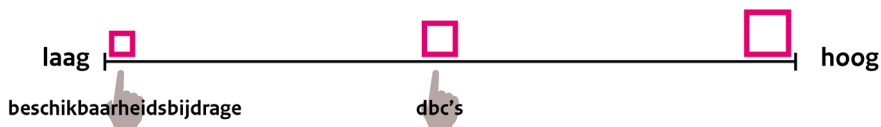
<sup>30</sup> De enige uitzondering hierop is als een zorgaanbieder van te voren zeker weet dat hij het omzetplafond zal overschrijden. In dat geval is de betaling op basis van dbc's irrelevant voor de prikkels.

<sup>31</sup> In andere landen (bijvoorbeeld, Finland, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Spanje, Zweden) spelen bij acute myocardiële infarcten verschillen in co-morbiditeit en complicaties een rol bij het bepalen van de bekostiging, maar in Nederland niet. Zie Quentin et al. (2013).

<sup>32</sup> Opnieuw is de uitzondering hierop de situatie waarin de zorgaanbieder zeker weet dat hij het budgetplafond zal overschrijden.

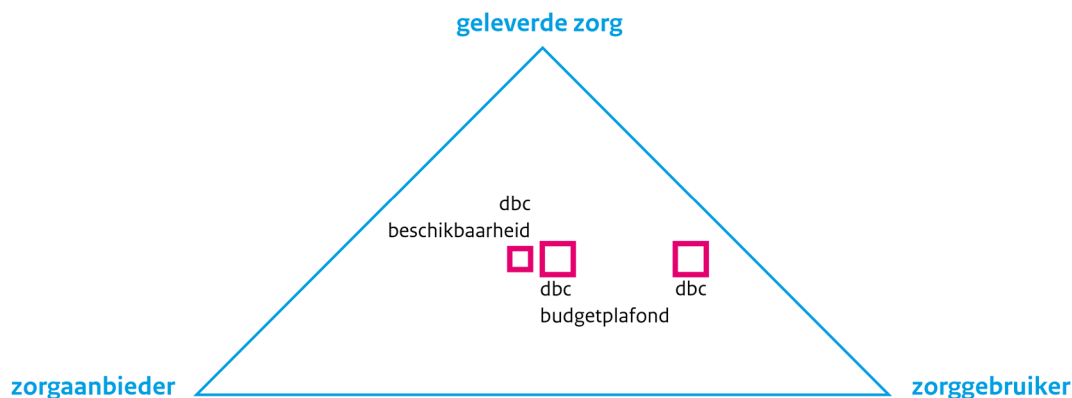
hoger zijn dan de variabele kosten per dbc, plaatsen we de dbc's van SEH's met een beschikbaarheidsbijdrage tussen laag en hoog in figuur 2.4, net als de dbc's van aanbieders met of zonder een budgetplafond.

**Figuur 2.4 Hoogte van betaling**



**Figuur 2.5 geeft een overzicht van hoe informatie over de zorg, zorggebruiker en zorgaanbieder invloed heeft op de tarieven van acute zorg bij hartinfarct.** Voor de bekostiging van zorgaanbieders bij de acute zorg bij hartinfarcten wordt voornamelijk informatie gebruikt over de zorggebruiker en in mindere mate informatie over de geleverde zorg. Informatie over de zorgaanbieder wordt gebruikt wanneer sprake is van een budgetplafond of een beschikbaarheidsbijdrage. De breedte van betaling kan niet als nauw of breed worden omschreven, maar zit daar tussenin. Aanbieders ontvangen een vast bedrag voor een bundel van verrichtingen. Ook de fijnheid van betaling is niet grof of fijn te noemen, maar zit daar tussenin. Zeker wanneer de huidige manier van bekostiging vergeleken wordt met het verleden (van voor 2012) is de betaling niet fijn. Maar het gebruik van informatie over de geleverde zorg en de zorggebruiker voor het bepalen van de verschillende tarieven maakt dat de betaling ook niet grof genoemd kan worden. Tot slot veronderstellen we vanwege de mogelijkheid tot onderhandelen dat de tarieven de gemiddelde totale kosten dekken of tenminste de variabele kosten van een dbc in het geval van SEH's met een beschikbaarheidsbijdrage.

**Figuur 2.5 Betaling aan zorgaanbieders in vier dimensies**



### 2.3 Stap 3: Financiële prikkels

**Welke financiële prikkels hebben zorgaanbieders van zorg bij acute hartinfarcten?** Dit is de derde en laatste stap in het denkkader zorgbekostiging. In deze stap maken we gebruik van de antwoorden uit de eerste twee stappen. Welk financieel belang hebben zorgaanbieders? En hebben zij de ruimte om zich daardoor te laten leiden? De antwoorden op deze twee vragen bepalen samen welke financiële prikkels zorgaanbieders hebben. Hierbij moet benadrukt worden dat de financiële prikkels die zorgaanbieders hebben niet automatisch te vertalen zijn in gemaakte keuzes. Een financiële prikkel zegt dat een zorgaanbieder in financieel opzicht beter af is als hij een bepaalde keuze maakt. Omdat keuzes van zorgaanbieders niet alleen financieel gemotiveerd zijn, is er geen een-op-een-relatie tussen financiële prikkels en keuzes.

**Het denkkader zorgbekostiging maakt onderscheid tussen vijf verschillende financiële prikkels.** De eerste financiële prikkel is prikkel om te investeren in het verlagen van de kosten van zorg. De tweede financiële prikkel is de prikkel om zorggebruikers te selecteren op basis van de kosten die de zorgaanbieder verwacht te maken voor deze zorggebruiker. De derde financiële prikkel is de prikkel om de kwaliteit van zorg te veranderen. De vierde financiële prikkel is de prikkel om te over- of onderbehandelen. De vijfde en laatste financiële prikkel is de prikkel om de geleverde zorg verkeerd te declareren.

**Is binnen de zorg voor een acuut hartinfarct de financiële prikkel aanwezig om te investeren in het verlagen van de kosten?** Aanbieders van acute zorg bij hartinfarct zonder beschikbaarheidsbijdrage en budgetplafond hebben een prikkel om te investeren in het verlagen van de kosten van zorg. Zij ontvangen een vast bedrag per dbc en kunnen dus meer verdienen als zij de kosten van zorg verlagen. SEH's die een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen hebben een geringe prikkel om te investeren in het verlagen van zowel de vaste als de variabele kosten. De beschikbaarheidsbijdrage dekt immers het tekort van de SEH. Als dat tekort toeneemt omdat er te weinig geïnvesteerd wordt in kostenbesparende maatregelen, dan zal de beschikbaarheidsbijdrage in daaropvolgende jaren omhoog gaan. De inkoper zal over het algemeen immers geen goed zicht hebben op de bedrijfsvoering van een SEH. Voor zorgaanbieders die zeker weten dat ze het budgetplafond zullen overschrijden, geldt het omgekeerde. Zij hebben een sterke prikkel om de kosten te verlagen, omdat bij een overschrijding van het budgetplafond zij niet meer betaald krijgen, maar wel extra kosten maken.

**Is de financiële prikkel aanwezig om zorggebruikers te selecteren?** De financiële prikkel om zorggebruikers te selecteren is beperkt. De betaling voor de SEH's is niet grof en niet fijn: de dbc's zijn afhankelijk van de diagnose en de geleverde zorg. Hierdoor krijgen aanbieders meer betaald naarmate de geleverde zorg ook meer kost. Het selecteren van zorggebruikers op de verwachte kosten van zorg is dan minder aantrekkelijk. De breedte van betaling geeft wel een beperkte prikkel tot selectie. Een zorggebruiker die minder verrichtingen nodig heeft uit een bundel, is financieel aantrekkelijker voor een zorgaanbieder omdat het bedrag hetzelfde blijft en de kosten lager zijn. Zorgaanbieders die een budgetplafond hebben, hebben zodra dat plafond bereikt is, ook een prikkel tot selectie. Na het overschrijden van het plafond dragen zij wel de kosten, maar hebben ze geen inkomsten. Door middel van selectie op de verwachte kosten van zorg kunnen zij deze kosten zo laag mogelijk houden.

**Hierbij moet worden opgemerkt dat zorgaanbieders in de acute zorg bij hartinfarct weinig mogelijkheden hebben om zorggebruikers te selecteren.** De mogelijkheid om zorggebruikers te selecteren, is beperkt vanwege de aard van de acute zorg bij hartinfarct. De ambulance of traumahelikopter gaat naar de dichtstbijzijnde SEH met de juiste expertise en beschikbare capaciteit. Dit maakt selectie binnen de acute zorg bij hartinfarct minder eenvoudig dan bij andere vormen van zorg. Voor SEH's die een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen, geldt dat de ambulance geen alternatief heeft. Deze SEH's ontvangen juist een beschikbaarheidsbijdrage omdat zij zo'n essentiële rol in het acute zorglandschap innemen. Concluderend kunnen we stellen dat selectie in de acute zorg bij hartinfarct waarschijnlijk geen probleem is. Niet alleen is de financiële prikkel daartoe beperkt, maar ook de mogelijkheden zijn in de acute zorg beperkt. Uit een kwalitatief onderzoek door de NZa blijkt selectie dan ook niet het belangrijkste probleem voor de toegankelijkheid van de acute zorg. Wel kampt de acute zorg met een toenemende vraag, complexiteit van de zorgvraag, krapte op de arbeidsmarkt en het toewijzen van patiënten naar een passende plek is (NZa, 2020).

**Is de financiële prikkel aanwezig om de kwaliteit van zorg te veranderen?** Aanbieders in de acute zorg bij hartinfarct hebben beperkte directe of indirecte financiële prikkels om de kwaliteit van zorg te veranderen. Een voorbeeld van een directe financiële prikkel is de mogelijkheid om afspraken te maken met zorgverzekeraars over het verbeteren van de (meetbare) kwaliteit van zorg, zoals het bekostigen van netwerkzorg en innovatie. Als netwerkzorg en innovatie de kwaliteit van zorg verbeteren, dan is dit een directe

financiële prikkel voor kwaliteit. Zorgaanbieders kunnen ook indirect concurreren op kwaliteit. Zij concurreren op de zorginkoopmarkt om contracten met zorgverzekeraars. Maar omdat zorgverzekeraars aangeven alle beschikbare acute zorg in te kopen (NZa, 2020), is de prikkel voor concurrentie op kwaliteit in de praktijk voor deze vorm van zorg beperkt. Op de zorgverleningsmarkt is de prikkel om te concurreren op kwaliteit nagenoeg afwezig omdat zorggebruikers door hun acute zorgvraag weinig te kiezen hebben in geval van een acuut hartinfarct.

**Is de financiële prikkel aanwezig om zorggebruikers over of onder te behandelen?** De breedte van betaling geeft aanbieders in de acute zorg bij hartinfarct een beperkte financiële prikkel om te onderbehandelen. Zorgaanbieders krijgen namelijk een vast bedrag betaald per dbc, waarbij een dbc bestaat uit een bundel van verrichtingen. Zolang het tarief niet wijzigt door meer verrichtingen uit te voeren, bestaat er onder deze vorm van bekostiging een prikkel om minder te behandelen. Het betalen per dbc geeft aanbieders, in theorie, echter wel de prikkel om meer zorggebruikers te behandelen dan nodig. De aard van deze zorg maakt dit echter onwaarschijnlijk. Voor zorgaanbieders met een beschikbaarheidsbijdrage is de prikkel om onder te behandelen zeer beperkt. Zo zal minder behandelen resulteren in minder verlies en op termijn een lagere beschikbaarheidsbijdrage. Voor zorgaanbieders onder een budgetplafond zal de prikkel om minder te behandelen na het bereiken van het plafond juist sterker zijn omdat inkomsten dan uitblijven maar de kosten wel doorlopen.

**Is de financiële prikkel aanwezig om meer of andere zorg te declareren dan geleverd?** Vanwege de fijnheid van betaling (niet grof en niet fijn) hebben aanbieders in de acute zorg bij hartinfarct een (beperkte) financiële prikkel om meer zorg te declareren dan geleverd is. Een voorbeeld daarvan zijn dbc's voor het aantal verpleegdagen. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen maximaal 5 verpleegdagen, 6 tot maximaal 28 verpleegdagen, of meer dan 28 verpleegdagen. Voor elk van deze dbc's wordt een ander (hoger) tarief in rekening gebracht. Zorgaanbieders hebben daarmee een financiële prikkel om een zorggebruiker een extra dag te verplegen op het moment dat het aantal verpleegdagen een grens nadert. Het verschil in de tarieven bepaalt de omvang van de prikkel die zorgaanbieders ervaren (zie ook Dafny, 2005). Deze prikkel verdwijnt op het moment dat het budgetplafond bindend is, want verkeerd declareren leidt dan niet meer tot hogere inkomsten.

**De mogelijkheid om meer of andere zorg te declareren is wel beperkt in Nederland.** Welke dbc gedeclareerd wordt, bepaalt een computersysteem op basis van de verrichtingen en de diagnose die zorgverleners registreren. Zorgverleners zijn hierdoor mogelijk minder goed op de hoogte wanneer de grens tussen twee dbc's nadert. Steinbusch et al (2007) geven ook aan dat in Nederland de risico's op verkeerd declareren kleiner zijn vanwege het registreren van een diagnose aan het begin van het behandeltraject. Verkeerd declareren wordt daarnaast ook voorkomen doordat dbc's toegekend worden op basis van medische criteria. Wel geven zij aan dat omdat medisch specialisten zelf registreren en hun inkomen afhankelijk is van deze registratie, zij een prikkel hebben om verkeerd te declareren.

## 2.4 Conclusie

**De conclusie is dat aanbieders in de acute zorg bij hartinfarct met name de financiële prikkel hebben om de kosten te verlagen en minder te behandelen dan nodig is.** De prikkel om te investeren in het verlagen van de variabele kosten van zorg is aanwezig, omdat aanbieders een vast bedrag betaald krijgen per dbc. Zij kunnen door het verlagen van hun kosten de brutomarge verhogen. Deze prikkel wordt enigszins getemperd omdat zij ook de prikkel hebben om te onderbehandelen, omdat ze een vast bedrag krijgen voor een bundel van verrichtingen. Het verlagen van de kosten van behandelingen wordt daardoor iets minder interessant. De fijnheid van betaling maakt het daarnaast mogelijk om te veel te declareren, maar de mogelijkheid daartoe is

enigszins beperkt vanwege de wijze waarop dbc's worden gedeclareerd. De financiële prikkel tot selectie is, volgens het denkkader, in beperkte mate aanwezig. Maar omdat de mogelijkheid om te selecteren vanwege de aard van de zorg zeer beperkt is in de acute zorg bij hartinfarct, zal deze financiële prikkel vrijwel geen effect hebben op de uitkomsten van zorg. Een financiële prikkel om de kwaliteit te veranderen, kan aanwezig zijn, maar dit hangt af van de concrete afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over het betalen voor (meetbare) uitkomsten van zorg.

## 3 Casus Wlz-zorg voor verstandelijk beperkten

**In dit hoofdstuk passen we het denkkader zorgbesteding toe om de financiële prikkels van zorgaanbieders van zorg voor verstandelijk beperkten in de Wlz te analyseren.** Dit doen we in drie stappen. In de eerste stap analyseren we in welke mate sprake is van informatieasymmetrie tussen de zorgaanbieder, zorginkoper en zorggebruiker (paragraaf 3.1). In de tweede stap richten we ons op de vraag hoe zorgaanbieders betaald worden (paragraaf 3.2). En in de derde stap bekijken we welke financiële prikkels zorgaanbieders als gevolg daarvan ervaren (paragraaf 3.3). We beginnen met een korte kenschets van de Wlz-zorg voor verstandelijk beperkten.

**In Nederland ontvangen circa 116.000 mensen vanwege een verstandelijke beperking ondersteuning vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).** Dit zijn 86% van de Wlz-indicaties voor gehandicaptenzorg en 37% van alle Wlz-indicaties.<sup>33</sup> Van een verstandelijke beperking kan sprake zijn bij een score op een IQ-test tot 85 punten.<sup>34</sup> Van een zware verstandelijke beperking is sprake bij een IQ-score van 50 punten of lager. Van een lichte verstandelijke beperking is sprake bij een IQ-score tussen 50 en 70 punten, maar ook bij een score tussen 70 en 85 kan het iemand aan sociale redzaamheid ontbreken. Met sociale redzaamheid worden sociale en relationele vaardigheden bedoeld, maar ook zelfstandig besluiten nemen en zichzelf kunnen verzorgen.<sup>35</sup> In Nederland hebben 68.000 mensen een zware verstandelijke beperking en tussen de 800.000 en 1,4 miljoen mensen een lichte verstandelijke beperking.<sup>36</sup>

**Voor ondersteuning vanuit de Wlz bij een verstandelijke beperking is een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig.** Deze indicatie is gekoppeld aan een zorgprofiel en een beschrijving van de zorgbehoefte. De zorgbehoefte kent zes categorieën: sociale redzaamheid, psychosociaal, algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), mobiliteit, verpleging en gedragsproblematiek. Op basis van hun zorgbehoefte worden mensen met een (lichte) verstandelijke handicap ingedeeld in een van de twaalf zorgprofielen. Voor elk zorgprofiel ontvangen zorgaanbieders een vast bedrag voor het leveren van zorg. Het zorgprofiel bevat geen specifieke omschrijving van het aantal uren of de prestaties die een zorgaanbieder daarvoor moet leveren. Dit spreekt de zorgaanbieder af met de zorggebruiker in het behandelplan.

**De ondersteuning kunnen Nederlanders met een verstandelijke beperking op verschillende manieren ontvangen.** De ondersteuning bestaat, afhankelijk van de zorgbehoefte, uit verpleging en verzorging, vervoer, dagbesteding, verstrekken van eten en drinken, schoonhouden van de woonruimte, logeeropvang, maar ook

---

<sup>33</sup> CBS (2022a), Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg; indicatie, leveringsvorm, zzp, [link](#)

<sup>34</sup> IQ – scores zijn normaal verdeeld met een gemiddelde van 100 en (doorgaans) een standaarddeviatie van 15. Een score van 85 punten komt daarmee overeen met een percentielscore van circa 16: i.e. 84 procent van de populatie scoort hoger dan 85 op een IQ – test.

<sup>35</sup> [Bijlage A., Regeling langdurige zorg 2015](#)

<sup>36</sup> SCP (2019), Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting, [link](#)

behandeling. Verder kan de zorggebruiker kiezen waar hij de zorg wil ontvangen. Bij zorg met verblijf kiest de zorggebruiker als woonplek een zorginstelling die past bij zijn zorgprofiel. Bij zorg thuis kan hij kiezen tussen enerzijds zorg in natura (volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt)) en anderzijds een persoonsgebonden budget (pgb). Vpt betekent dat de zorggebruiker een zorgaanbieder kiest om de zorg, die passend is bij zijn zorgprofiel, thuis te ontvangen in plaats van in een zorginstelling. Mpt betekent dat de zorggebruiker niet alle zorg die bij het zorgprofiel past afneemt van dezelfde aanbieder en kiest welke zorg hij bij welke gecontracteerde zorgaanbieder afneemt. Zorg in natura kan gecombineerd worden met zorg ingekocht met het pgb. Met een pgb kunnen zorggebruikers zorg zelf inkopen en ook mantelzorgers of niet-gecontracteerde zorgaanbieders betalen. De regel hierbij is dat de zorg thuis niet duurder mag zijn dan zorg met verblijf. Tot slot is ook deeltijdverblijf mogelijk. Hierbij verblijft de zorggebruiker sommige dagen bij een zorginstelling en sommige dagen thuis, waarbij de zorg thuis wordt afgenomen met mpt of ingekocht met pgb.

**De ondersteuning wordt betaald uit het Wlz-budget.** Het Wlz-budget wordt gefinancierd door de inkomensafhankelijke premie volksverzekeringen (49%), de rijksbijdrage Wlz (30%), de bijdrage in de kosten van kortingen (14%) en een eigen bijdrage (7%).<sup>37</sup> Voor de gehandicaptenzorg is in de begroting van 2022 9,5 miljard geoormerkt voor zorg in natura en 2 miljard voor het persoonsgebonden budget.<sup>38</sup> Voor de zorginkoop worden de middelen uit het Wlz-budget op basis van een verdeelsleutel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) over de zorgkantoorregio's verdeeld.

**Van het Wlz-budget voor de gehandicaptenzorg wordt een diverse groep zorgverleners betaald.** In 2021 waren er 188.000 medewerkers in de gehandicaptenzorg.<sup>39</sup> Het gaat hierbij onder andere om begeleiders, verpleegkundigen, therapeuten, psychiaters, orthopedagogen en artsen. De meerderheid hiervan werkt in 501 grote en middelgrote instellingen die zorg met verblijf aanbieden. Verder is er een groot aantal bedrijven en zzp'ers dat thuiszorg levert.<sup>40</sup> Om zorg uit de Wlz te leveren hebben bedrijven met meer dan 10 medewerkers, op basis van de Wet toetreding zorgaanbieders, een vergunning nodig, die eisen aan de bedrijfsvoering en het monitoren van de zorg stelt.<sup>41</sup> Zzp'ers en zorgaanbieders met 10 of minder medewerkers hebben geen vergunning nodig maar moeten wel melden aan het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) dat zij toegetreden zijn tot de zorgverleningsmarkt (meldplicht). Naast de zorginstellingen met verblijf en zorgverleners die thuiszorg aanbieden, spelen ook niet-bedrijfsmatige zorgverleners een belangrijke rol. Dit zijn mantelzorgers die voor gezinsleden of vrienden zorgen, en 55.000 vrijwilligers die in zorginstellingen onbetaald steun leveren.<sup>42</sup>

**Hoeveel aan de zorgaanbieders betaald wordt, is op verschillende manieren gereguleerd.** Voor alle zorg in natura, zoals verblijf, vpt- en mpt-prestaties, stelt de NZa maximumtarieven vast. Deze zijn gebaseerd op een kostenonderzoek naar de (directe en indirecte) kosten van zorgaanbieders uit 2018.<sup>43</sup> Sindsdien worden de tarieven jaarlijks op basis van de ontwikkeling van loonkosten, materiaal- en kapitaalkosten geïndexeerd. Daarnaast stelt het zorgkantoor voor mpt een budgetplafond vast per aanbieder dat afhankelijk is van welk deel van de zorg (module) zij leveren. Voor zorginkoop via het pgb stelt het ministerie van VWS het pgb-budget per zorgprofiel vast. Deze zijn afgeleid van de maximale vpt-tarieven zonder behandeling. Ook bepaalt het ministerie de maximale uurtarieven voor het gebruik van het pgb voor zorg en dagbesteding.<sup>44</sup>

---

<sup>37</sup> Op basis van de begroting voor 2022, staatz.nl (2022a), [link](#)

<sup>38</sup> Uitgaven buiten de contracteerruimte zijn niet verder uitgesplitst naar gehandicaptenzorg, ouderenzorg, en ggz., staatz.nl (2022b), [link](#)

<sup>39</sup> CBS (2022b), Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, [link](#)

<sup>40</sup> CBS (2022c), Zorginstellingen; financiën en personeel [link](#)

<sup>41</sup> CIBG (2022), Alles over de vergunningsplicht, [link](#)

<sup>42</sup> Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs (2022), Jaarverslaganalyse Gehandicaptenzorg 2021, [link](#)

<sup>43</sup> Hiervoor worden indirecte en directe kosten modelmatig aan de prestaties toegewezen (NZA, 2018), [link](#)

<sup>44</sup> [Art. 5.22 Regeling langdurige zorg 2015](#)



Naast ondersteuning uit de Wlz kunnen mensen met een (licht) verstandelijke beperking ook ondersteuning ontvangen vanuit de Zvw, de Jeugdwet en de Wmo. In 2020 waren de totale uitgaven voor de gehandicaptenzorg 12,6 miljard euro waarvan het grootste deel werd betaald vanuit de Wlz, namelijk 8,9 miljard euro.<sup>45</sup> Vanuit de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wordt nog eens 2,9 miljard euro betaald. Een klein deel van deze uitgaven wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), 0,3 miljard euro, en de eigen middelen, 0,6 miljard euro.<sup>46</sup> De uitsplitsing over meerdere wetten met verschillende zorginkopers en eigen betalingen regimes geeft zorginkopers en zorggebruikers prikkels om zorg tussen de wetten te verschuiven.

### 3.1 Stap 1: Informatieasymmetrie

#### Kan de zorggebruiker of de zorginkoper controleren of de zorgaanbieder de juiste zorg heeft geleverd?

Dit is de eerste stap om inzicht te krijgen in de financiële prikkels van zorgaanbieders. We onderscheiden vier situaties in het denkkader zorgbekostiging afhankelijk van of de zorggebruiker of de zorginkoper kan controleren of de juiste zorg is geleverd. Welke situatie van toepassing is, wordt bepaald aan de hand van vier vragen: kan de zorggebruiker controleren welke zorg nodig is en welke zorg geleverd is, en kan de zorginkoper controleren welke zorg nodig is en welke zorg geleverd is? Deze vier vragen zullen we langslopen. Voor meer uitleg over deze situaties, zie het denkkader en tabel 2.1.

Tabel 2.1 Vier situaties

		<i>Kan de zorginkoper controleren of de juiste zorg geleverd is?</i>	
		<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
<i>Kan de zorggebruiker controleren of de juiste zorg geleverd is?</i>	<i>Ja</i>	<u>Situatie I:</u> De zorgaanbieder heeft geen ruimte om zich te laten leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.	<u>Situatie III:</u> De zorggebruiker kan voorkomen dat de zorgaanbieder zich laat leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.
	<i>Nee</i>	<u>Situatie II:</u> De zorginkoper kan voorkomen dat de zorgaanbieder zich laat leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.	<u>Situatie IV:</u> De zorgaanbieder heeft ruimte om zich te laten leiden door financiële belangen vanuit de bekostiging.

**Kan de zorggebruiker controleren welke zorg nodig is?** De zorggebruiker kan in beperkte mate controleren welke zorg nodig is. Het CIZ bepaalt op welke ondersteuning uit de Wlz mensen met een verstandelijke beperking recht hebben. Als er recht op zorg uit de Wlz is, krijgen zorggebruikers een indicatiebesluit met een zorgprofiel. Dit zorgprofiel beschrijft in algemene termen wat hun zorgbehoefte is. De nadere invulling hiervan vindt plaats in een overleg tussen het zorgkantoor, de zorgaanbieder en de zorggebruiker. Zorgaanbieders moeten vervolgens op basis van de wensen en behoeften van de cliënt een zorgplan opstellen waarin staat welke zorg wanneer geleverd wordt. Bij het opstellen van het zorgplan hebben zorgaanbieders enige ruimte om te bepalen welke zorg nodig is om aan de zorgbehoefte te voldoen. De zorgbehoefte in de

<sup>45</sup> CBS (2022d) Zorguitgaven; zorgaanbieders en financiering, [link](#)

<sup>46</sup> CBS (2022d) Zorguitgaven; zorgaanbieders en financiering, [link](#)



zorgprofielen is namelijk omschreven in algemene termen en moet concreet gemaakt worden. Zorgaanbieders hebben hier meer ervaring mee en hebben beter zicht op de mogelijkheden om een algemeen omschreven zorgbehoefte concreet te maken. De zorggebruiker kan een herindicatie aanvragen als hij van mening is dat de zorgbehoefte niet meer past bij het zorgprofiel.

**Kan de zorggebruiker controleren welke zorg geleverd is?** Zorggebruikers kunnen slechts in beperkte mate controleren of de juiste zorg wordt geleverd. In principe kunnen zorggebruikers (of hun vertegenwoordigers) vergelijken welke zorg is afgesproken in het zorgplan en welke zorg wordt geleverd. Zij moeten dan wel precies bijhouden welke zorg geleverd is. Voor verstandelijk beperkten, en in het bijzonder bij een ernstige beperking, is dit lastig. Maar ook voor de vertegenwoordiger is dit niet evident. De vertegenwoordiger zou dan doorlopend aanwezig moeten zijn en moeten registreren wanneer welke zorg wordt verleend. In het geval dat de zorggebruiker zorg zelf inkoop via het pgb heeft hij door het zelf beheren van de zorginkoopzicht op wat elke maand gefactureerd wordt en dus of de betaalde zorg overeenkomt met de geleverde zorg. Voor verstandelijk gehandicapten wordt de pgb-inkoop vanwege hun beperking echter altijd door een gewaarborgde hulp of de vertegenwoordiger uitgevoerd. Deze heeft hetzelfde probleem als de vertegenwoordiger en heeft geen volledig inzicht in de geleverde zorg.

**Kan het zorgkantoor als de zorginkoper controleren welke zorg nodig is?** De zorgkantoren kunnen beperkt controleren welke zorg nodig is. De zorgbehoefte wordt door het CIZ bepaald. Maar omdat de zorgprofielen de zorgbehoefte in algemene termen omschrijven, hebben zorgaanbieders enige ruimte om te bepalen welke zorg specifiek nodig is om aan de zorgbehoefte te voldoen. Bij signalen door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of klachten van belanghebbenden of verdachte patronen in de declaratiedata, kunnen zorgkantoren de zorgaanbieder controleren door een bezoek af te leggen en de zorgplannen en dossiers opvragen. Zo kan het zorgkantoor controleren of de geleverde zorg overeenkomt met de zorgbehoefte van de zorggebruiker.

**Kan de zorginkoper controleren welke zorg geleverd is?** De zorginkoper kan beperkt controleren of de juiste zorg geleverd is. Hier geldt hetzelfde als in de vorige alinea. De zorgkantoren controleren zorgaanbieders vooral als ze signalen van de IGJ of belanghebbenden krijgen of opvallende declaraties ontvangen.

**De conclusie die getrokken kan worden op basis van het nalopen van de vier vragen is dat er in de zorg voor verstandelijk beperkten in de Wlz sprake is van situatie IV (tabel 2.1).** De zorggebruiker kan in beperkte mate controleren welke zorg nodig is. Bovendien kunnen zowel de zorggebruiker als het zorgkantoor in beperkte mate controleren welke zorg geleverd is. De zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg hebben daar meer ruimte om zich te laten leiden door een financieel belang bij het leveren van zorg.

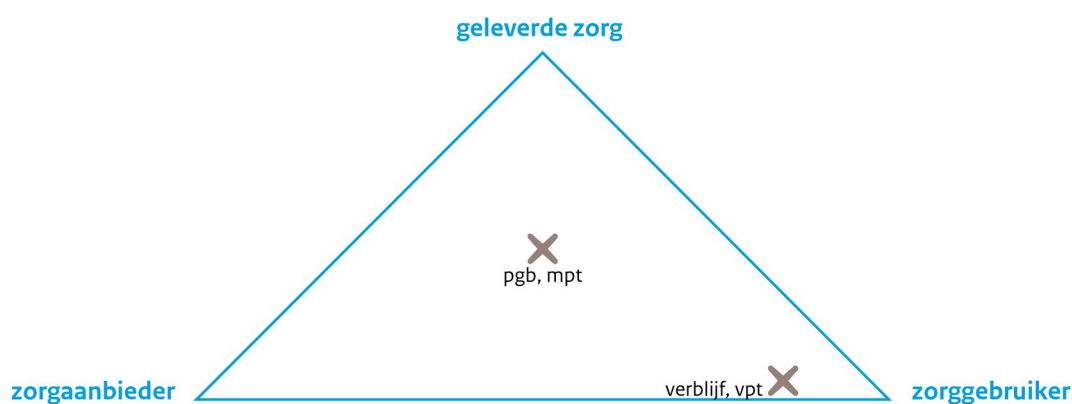
## 3.2 Stap 2: Bekostiging

**Hoe worden zorgaanbieders betaald voor het leveren van zorg aan zorggebruikers?** Dit is de tweede stap om te bepalen wat de financiële prikkels van zorgaanbieders zijn. De bekostiging van zorg en de betalingen aan zorgaanbieders bepalen in belangrijke mate of zorgaanbieders een financieel belang hebben om de juiste zorg te leveren en om efficiënt te werken. In de tweede stap passen we daarom de taxonomie toe die in het denkkader uiteen is gezet. Deze taxonomie brengt de betalingen aan zorgaanbieders terug tot vier dimensies die relevant zijn voor het bepalen van de financiële prikkels: te weten de informatie die gebruikt wordt om de betaling aan zorgaanbieders vorm te geven, het los of in bundels aanbieden van zorg, de mate waarin tarieven gedifferentieerd zijn, en de hoogte van tarieven.

**Welke informatie wordt gebruikt voor de betaling: wordt informatie over de geleverde zorg gebruikt, de zorggebruiker, of de zorgaanbieder?** De zorg voor verstandelijk beperkten maakt voor de betaling gebruik van informatie over de zorggebruiker waarbij de diagnose en de daarbij behorende behandeling niet van de zorgaanbieder zelf komt, maar uit het indicatiebesluit van het CIZ volgt. Dit indicatiebesluit bepaalt op grond van het zorgprofiel op welke zorg een zorggebruiker recht heeft, maar ook de daarbij behorende (maximum)tarieven en de hoogte van het pgb. Van informatie over de geleverde zorg wordt minder gebruikgemaakt. Bij zorg met verblijf en vpt wordt geen gebruik gemaakt van informatie over de geleverde zorg. De keuze voor zorg met verblijf of vpt is de keuze voor een totaalpakket passend bij de zorgbehoefte. Informatie over de zorggebruiker valt samen met informatie over de geleverde zorg waarbij de betaling aan de zorgaanbieder verandert als deze meer of minder zorg levert. Bij mpt en pgb wordt wel informatie over de geleverde zorg gebruikt, omdat de zorggebruiker kan kiezen hoeveel zorg hij wil afnemen bij welke zorgaanbieder. De betaling of het bedrag dat een zorgaanbieder ontvangt, beweegt dan mee met de hoeveelheid zorg die zij leveren. Bij zorg met verblijf, vpt, en mpt kan ook een budgetplafond worden afgesproken met de zorgaanbieder over het omzetsniveau. In het geval van een pgb wordt een budgetplafond afgesproken tussen zorggebruiker of diens vertegenwoordiger en de zorgaanbieder. De zorggebruiker kan, bij het ontbreken van andere middelen, immers niet meer uitgeven dan het budget van het pgb.

**De zorg voor verstandelijk beperkten maakt voornamelijk gebruik van informatie over de zorggebruiker en in mindere mate van informatie over de geleverde zorg en de zorgaanbieder (zie figuur 3.1).** Vanwege het gebruik van informatie over de zorggebruiker en nagenoeg geen informatie over de geleverde zorg of de zorgaanbieder kan zorg met verblijf en vpt in de hoek “Zorggebruiker” geplaatst worden. In het geval dat een budgetplafond is afgesproken plaatsen we zorg met verblijf en vpt tussen “Zorggebruiker” en “Zorgaanbieder” in. In het geval van mpt wordt ook informatie gebruikt over de geleverde zorg en de zorgaanbieder. Informatie over de geleverde zorg wordt gebruikt, omdat niet een aanbieder alle zorg levert. Informatie over de zorgaanbieder wordt gebruikt, omdat tussen zorgkantoor en zorgaanbieder een budgetplafond is afgesproken dat afhankelijk is van welk deel van de zorg dat past bij het zorgprofiel, de aanbieder levert. We plaatsen mpt daarom in het midden van de driehoek. Het pgb kan tot slot ook in het midden van de driehoek geplaatst worden vanwege het gebruik van informatie over zowel zorggebruiker, de geleverde zorg, en de zorgaanbieder. Ook bij pgb wordt een budgetplafond afgesproken, maar dan tussen zorggebruiker en zorgaanbieder. In figuur 3.1 ontbreekt het budgetplafond bij zorg met verblijf en vpt, omdat dit beperkt relevant is voor de analyse later.

**Figuur 3.1 Welke informatie wordt gebruikt om zorgaanbieders te betalen?**



**Wat is de breedte van betaling: wordt de geleverde zorg los of in bundels van verrichtingen aangeboden?** De breedte van betaling verschilt tussen zorg met verblijf en vpt enerzijds, en mpt en pgb anderzijds. Voor zorg

met verblijf en vpt geldt dat de zorgaanbieder een vast bedrag ontvangt om alle zorg te leveren die, volgens het zorgprofiel, past bij de zorgbehoefte van de zorggebruiker. De betaling is daarmee zeer breed. Voor mpt geldt dat de betaling minder breed is dan vpt en zorg met verblijf. Bij mpt neemt de zorggebruiker niet alle zorg die past bij het zorgprofiel af van dezelfde aanbieder. De zorggebruiker maakt afspraken met meerdere aanbieders en elke aanbieder levert een deel van de zorg die past bij het zorgprofiel. Hiervoor krijgen zij betaald per verrichting tot aan een budgetplafond dat afhankelijk is van welk deel van de zorg zij leveren (module) die past bij het zorgprofiel. We noemen de betaling daarom ook nauw. Voor het pgb is minder duidelijk hoe breed de betaling is. Dit hangt namelijk af van de afspraken die de zorggebruiker maakt met de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan een bedrag ontvangen per verrichting tot aan een afgesproken budgetplafond, zoals wanneer apart wordt betaald voor elk uur of dagdeel en de reisafstand in kilometers. In dat geval is de betaling nauw en niet breed. Maar de zorgaanbieder kan ook een vast bedrag per maand ontvangen voor alle zorg die geleverd wordt om aan de zorgbehoefte te voldoen. In dat geval is de betaling breder dan mpt, maar niet zo breed als vpt. Figuur 3.2 toont hoe breed de verschillende manieren van betalen zijn.

**Figuur 3.2 Breedte van betaling**



**Wat is de fijnheid van betaling: worden voor de verrichtingen of bundels gedifferentieerde tarieven gebruikt op basis van informatie over de geleverde zorg, de zorggebruiker of de zorgaanbieder?** Voor zorg met verblijf, vpt en mpt staat het tarief dat zorgaanbieders ontvangen voor het leveren van een bundel van zorg of de losse verrichtingen vooraf vast. Deze tarieven zijn ook gereguleerd en gedifferentieerd. Er gelden maximumtarieven voor zorg met verblijf, vpt en mpt (zie kenschets paragraaf 3). En voor het bepalen van de hoogte van deze (maximum)tarieven wordt gebruikgemaakt van informatie over de zorggebruiker. Voor zorg met verblijf en vpt ontvangen aanbieders dus andere tarieven per bundel afhankelijk van het zorgprofiel van de gebruiker. En voor mpt ontvangen aanbieders een ander tarief per verrichting afhankelijk van de zwaarte van de handicap en de leeftijd van de gebruiker. We kunnen de betaling voor zorg met verblijf, vpt en mpt daarmee in figuur 3.3 tussen grof en fijn in plaatsen. Het is niet grof omdat er meerdere tarieven worden gebruikt, maar tarieven zouden ook verder gedifferentieerd kunnen worden. Hetzelfde wat hierboven is gezegd, geldt ook voor het pgb omdat de pgb-tarieven afgeleid zijn van de vpt-tarieven. Pgb komt hier overeen met mpt wat betreft fijnheid. (zie ook hierboven en kenschets paragraaf 3).

**Figuur 3.3 Fijnheid van betaling**



**Wat is de hoogte van betaling: in hoeverre zijn de tarieven voldoende om de variabele en vaste kosten van de verrichting of de bundel van verrichtingen te dekken?** De tarieven voor de zorg voor verstandelijk beperkten worden, zoals eerder opgemerkt, gereguleerd. In het geval van zorg met verblijf, vpt en mpt kunnen zorgaanbieders niet een hoger tarief vragen dan het maximumtarief vastgesteld door de NZa. Dit maximumtarief is gebaseerd op de gemiddelde kosten van zorg. Het zorgkantoor gebruikt deze

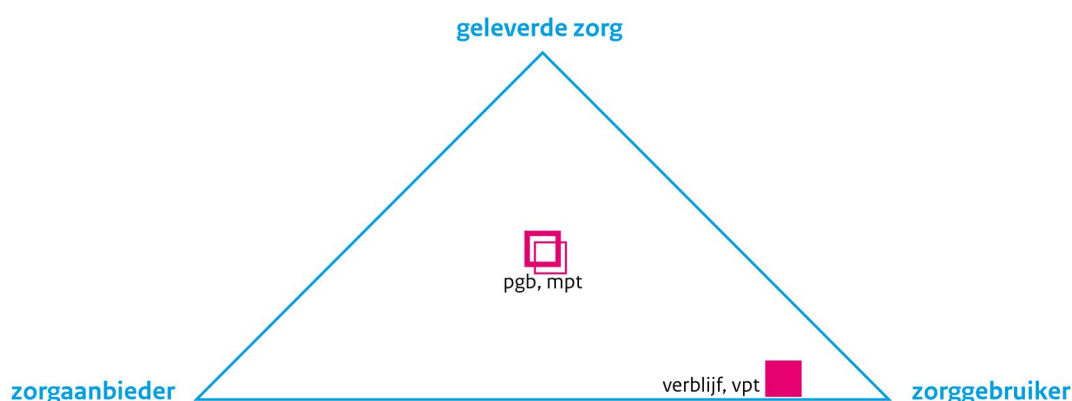
maximumtarieven om tot een tarief te komen waarbij circa driekwart van de aanbieders winst maakt.<sup>47</sup> Deze tarieven zijn nagenoeg gelijk aan de maximumtarieven. In het geval van het pgb wordt de hoogte van het budget afgeleid van de vpt-tarieven zonder behandeling. Daarnaast worden maximum uurtarieven vastgesteld voor zorg ingekocht met het pgb. We plaatsen de hoogte van betaling daarom tussen laag en hoog in, in figuur 3.4. De tarieven zijn voldoende om de gemiddelde totale kosten te dekken voor verreweg de meeste zorgaanbieders.<sup>48</sup>

**Figuur 3.4 Hoogte van betaling**



**Figuur 3.5 toont de zorgbekostiging van de verschillende leverschikvormen in de gehandicaptenzorg.** Zorg met verblijf en vpt zitten vanwege het bijna exclusieve gebruik van de zorgprofielen als basis van betaling bij de hoek van de zorggebruiker. Bij mpt en pgb wordt per uur of dagdeel betaald en dus ook informatie over de geleverde zorg gebruikt. Bij een pgb mogen zorggebruikers verschillende tarieven met verschillende aanbieders afspreken en gelden andere maximum uurtarieven voor formele en informele zorgverleners, waardoor meer informatie wordt gebruikt over de aanbieder dan bij de andere leverschikvormen. De breedte van betaling is breed voor verblijf en vpt omdat hier een vast bedrag betaald wordt, waarvan alle verrichtingen betaald moeten worden. Bij pgb en mpt is de betaling minder breed omdat zorgaanbieders per zorgcomponent of per uur worden betaald. De fijnheid van betaling is voor alle leverschikvormen niet grof en niet fijn omdat tarieven zijn uitgesplitst naar een beperkt aantal categorieën. De hoogte van betaling is voor alle leverschikvormen gemiddeld omdat tarieven gebaseerd zijn op kostprijzen en er maximale uurtarieven worden gehanteerd voor de zorginkoop via pgb.

**Figuur 3.5 Visualisatie van de zorgbekostiging in de gehandicaptenzorg**



<sup>47</sup> VGN (2021), Maatwerk in de regio: Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023, aanvulling voor 2022, [link](#)

<sup>48</sup> CBS (2020e), Financiële kengetallen zorginstellingen, [link](#)

### 3.3 Stap 3: Financiële prikkels

**Welke financiële prikkels hebben zorgaanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten zoals bekostigd vanuit de Wlz?** Dit is de derde en laatste stap in het denkkader zorgbekostiging. In deze stap maken we gebruik van de antwoorden uit de eerste twee stappen. Welk financieel belang hebben zorgaanbieders? En hebben zij de ruimte om zich daardoor te laten leiden? Samen bepalen de antwoorden op deze twee vragen wat de financiële prikkels zijn van zorgaanbieders. Wat belangrijk is om hierbij te benadrukken, is dat de financiële prikkels die zorgaanbieders hebben niet dezelfde zijn als de keuzes die zorgaanbieders maken. Elke financiële prikkel is een constatering dat een zorgaanbieder in financieel opzicht beter af kan zijn door het maken van een keuze. De keuzes van zorgaanbieders zijn echter niet alleen financieel gemotiveerd.

**Het denkkader zorgbekostiging maakt een onderscheid tussen vijf verschillende financiële prikkels.** De eerste financiële prikkel is prikkel om te investeren in het verlagen van de variabele of vaste kosten van zorg. De tweede financiële prikkel is de prikkel om zorggebruikers te selecteren op basis van de kosten die de zorgaanbieder verwacht te maken voor deze zorggebruiker. De derde financiële prikkel is de prikkel om de kwaliteit van zorg te veranderen. De vierde financiële prikkel is de prikkel om over- of onder te behandelen. De vijfde en laatste financiële prikkel is de prikkel om de geleverde zorg verkeerd te declareren. Deze vijf financiële prikkels lopen we hieronder na.

**Is de financiële prikkel aanwezig om te investeren in het verlagen van kosten?** Aanbieders van de zorg voor verstandelijk gehandicapten hebben een prikkel om de kosten van zorg te verlagen. In het geval van zorg met verblijf en vpt geldt dat zij meer kunnen verdienen als zij de kosten van zorg weten te verlagen. Het bedrag dat zij ontvangen voor de zorg staat immers vast. De prikkel wordt wel enigszins getemperd, doordat zij (vanwege informatieasymmetrie) ook kunnen kiezen om minder zorg te leveren dan afgesproken. De prikkel om de variabele kosten te verlagen, is daarmee minder sterk. Bij pgb en mpt kan betaald worden of wordt betaald per verrichting. En bij het betalen per verrichting neemt de prikkel om de variabele kosten van zorg te verlagen toe als de aanbieder invloed heeft op de hoeveelheid zorg. Als er meer zorg wordt afgenomen, levert een verlaging van de variabele kosten namelijk meer op. Bij pgb kan echter ook een vast bedrag per maand worden afgesproken. En bij het betalen van een vast bedrag per maand is de prikkel om de kosten te verlagen vergelijkbaar met de prikkel van aanbieders van vpt. Dat bundelbekostiging een prikkel geeft om de kosten te verlagen is consistent met bevindingen in de literatuur. Zo laten Struijs et al. (2020) in een overzicht van de literatuur zien, dat bundelbekostiging in de zorg in twintig van de 32 gevallen tot een lichte daling van zorgkosten of een demping van stijgende zorgkosten heeft geleid. In slechts twee gevallen was er een kostenstijging.

**Is de financiële prikkel aanwezig om zorggebruikers te selecteren?** De prikkel tot selectie is beperkt aanwezig in de zorg voor verstandelijk beperkten. De betaling aan aanbieders van deze zorg zit tussen grof en fijn in, omdat deze gebaseerd is op het zorgprofiel en de zorgzwaarte. In het geval van zorg met verblijf of vpt ontvangen aanbieders een hoger bedrag om de zorg die past bij de zorgbehoefte te kunnen leveren. In het geval van pgb en mpt wordt bij de tarieven en de hoogte van het budget rekening gehouden met het zorgprofiel en dus de zorgbehoefte. Aanbieders die meer complexe zorg leveren, ontvangen daarvoor ook een hoger tarief en zorggebruikers die deze zorg nodig hebben een hoger budget (pgb) of recht op meer zorg in natura (mpt). Het weigeren of mijden van zorggebruikers met hoge verwachte kosten is daardoor financieel minder interessant. Daarnaast wordt het aanbieders ook lastig gemaakt om zorggebruikers te weigeren. Zij moeten hiervoor eerst een verzoek indienen bij het zorgkantoor en onderbouwen waarom zij de zorg niet kunnen leveren.<sup>49</sup> Het is daarmee echter niet uitgesloten dat zorgaanbieders zullen selecteren. Zeker als

---

<sup>49</sup> VGN (2022), Voorschrift zorgtoewijzing Wlz 2023, [link](#)

aanbieders, die vanwege de arbeidsmarktkrapte een beperktere capaciteit hebben, moeten kiezen wie zij behandelen. Zij zullen dan mogelijk eerder geneigd zijn te kiezen voor de lichtere gevallen als deze ook meer opleveren.

**Is de financiële prikkel aanwezig om de kwaliteit van de zorg te veranderen?**<sup>50</sup> De financiële prikkel om de kwaliteit van zorg te verbeteren is nagenoeg afwezig. De beschikbaarheid van kwalitatieve en kwantitatieve indicatoren van kwaliteit is verbeterd sinds de invoering van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Maar deze indicatoren worden in de praktijk nauwelijks gebruikt om afspraken te maken met zorgaanbieders.<sup>51</sup> Expliciete directe financiële prikkels voor kwaliteit die gekoppeld zijn aan (meetbare) zorguitkomsten zijn dus nagenoeg afwezig.<sup>52</sup> Indirecte financiële prikkels die uitgaan van concurrentie tussen zorgaanbieders en kunnen leiden tot een verhoging van de kwaliteit zijn eveneens afwezig. Het aanbod aan zorg is zeer beperkt en zorgkantoren hebben een zorgplicht richting de zorggebruiker. Zij kunnen het zich daardoor minder snel veroorloven bepaalde zorgaanbieders niet te contracteren. Daarbij kunnen zorggebruikers die gebruikmaken van zorg met verblijf of vpt lastig wisselen van zorgaanbieder. Dit beperkt de concurrentie op de zorgverleningsmarkt. Voor mpt en pgb is dit eenvoudiger. Daar zou sprake kunnen zijn van een beperkte prikkel om de kwaliteit te verhogen indien de kwaliteit ook zichtbaar is voor de zorggebruiker is.

**Is de financiële prikkel aanwezig om zorggebruikers over of onder te behandelen?** Een groot deel van de aanbieders van zorg voor verstandelijk beperkten hebben een prikkel om onder te behandelen. In het geval van zorg met verblijf en vpt krijgen aanbieders immers een vast bedrag per zorggebruiker waarvoor zij alle zorg moeten leveren die past bij het zorgprofiel.<sup>53</sup> Zij kunnen dan kosten besparen door bepaalde zorg niet te leveren of bepaalde verrichtingen niet uit te voeren. Dit is mogelijk omdat zorggebruikers en hun wettelijk vertegenwoordigers vanwege informatieasymmetrie slechts beperkt zicht hebben op de geleverde zorg. Bovendien is het voor zorggebruikers niet altijd even makkelijk om een andere aanbieder te selecteren. Het aanbod is in veel gevallen beperkt en gebruikers kunnen het wisselen van aanbieder als belastend ervaren, omdat de vertrouwde omgeving wordt verlaten. Wordt geen vast bedrag per maand betaald, maar wordt betaald per verrichting tot aan een budgetplafond zoals bij mpt en pgb, dan zou er een beperkte prikkel tot overbehandelen kunnen zijn tot aan het budgetplafond. Maar als de te leveren zorg vooraf wordt afgestemd op de hoogte van het budget dan is deze prikkel waarschijnlijk afwezig.<sup>54</sup>

**Is de financiële prikkel aanwezig om meer of andere zorg te declareren dan geleverd?** De prikkel om meer zorg te declareren dan geleverd is beperkt vanwege de onafhankelijke indicatie van het CIZ. De indicatie van het CIZ bepaalt vooraf wat de hoogte van het budget is dat past bij het zorgprofiel en ook de hoogte van de (maximum)tarieven. Dit is, zoals opgemerkt in paragraaf 3.2, anders dan bij andere vormen van zorg waar de zorgaanbieder ook de zorgbehoefte of diagnose vaststelt. Zonder deze indicatie vooraf zou de fijnheid van betaling een prikkel geven om meer of andere zorg te declareren dan geleverd.

---

<sup>50</sup> De prikkel om de kwaliteit van zorg te veranderen gaat over de eventuele introductie van betere behandelmethodes. Ook over- en onderbehandeling kunnen effect hebben op de kwaliteit van zorg. Omdat de prikkel tot onder- of overbehandeling apart wordt besproken, gaan we daar in deze paragraaf niet verder op in.

<sup>51</sup> Zie ook de discussie over het contracteren door zorgkantoren en informatie over kwaliteit in Bakx et al. (2020). [link](#)

<sup>52</sup> Hetzelfde geldt ook voor het pgb indien een vast bedrag per maand betaald wordt voor het leveren van zorg.

<sup>53</sup> Hetzelfde geldt ook voor het pgb indien een vast bedrag per maand betaald wordt voor het leveren van zorg.

<sup>54</sup> Zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om voor zorggebruikers compensatie voor meerzorg aan te vragen. Dit wordt versterkt als de zorgvraag van een zorggebruiker 25% hoger is dan wat overeenkomt met het zorgprofiel. Hiervan kan een financiële prikkel tot overbehandelen uitgaan. Of, en in welke mate, dit in de praktijk voorkomt, is onduidelijk. Bij het VG7-zorgprofiel, waar meerzorg vaak wordt aangevraagd, blijkt uit NZa-onderzoek dat zorgaanbieders naast het geld voor meerzorg zorg ook middelen voor andere cliënten moeten inzetten om tekorten bij VG7-profiel-clianten op te vangen (NZA, 2021). [link](#)

## 3.4 Conclusie

**De conclusie is dat de bekostiging van de zorg voor verstandelijk beperkten voornamelijk effect heeft op de prikkels om de kosten te verlagen en meer of minder te behandelen.** Aanbieders van zorg met verblijf en vpt hebben de prikkel om de kosten te verlagen omdat zij een vast bedrag betaald krijgen voor een bundel van verrichtingen. Hetzelfde geldt voor aanbieders die vanuit de pgb een vast bedrag per maand ontvangen. Het bedrag dat zij ontvangen staat vooraf vast en zij kunnen dus meer verdienen door de variabele en vaste kosten van zorg te verlagen. Deze aanbieders hebben tegelijkertijd ook de prikkel om minder te behandelen om dezelfde reden: het bedrag staat vast en onderbehandelen betekent voor hen een hoger inkomen. Aanbieders van mpt en pgb waarbij betaald wordt per verrichting hebben daarentegen een prikkel tot overbehandelen, omdat zij meer betaald kunnen krijgen als zij meer zorg leveren. Hier zit echter een (budget)plafond op. Maar omdat zij betaald krijgen per verrichting hebben zij ook een sterkere prikkel om de variabele kosten van zorg te verlagen, met name als zij enige invloed hebben op de hoeveelheid zorg. Het verlagen van de variabele kosten levert hen dan meer op.

**De bekostiging van zorg verstandelijk beperkten heeft beperkt effect op de prikkels om zorggebruikers te selecteren, maar ook de prikkel tot declareren en kwaliteit is praktisch niet aanwezig.** De prikkel tot selectie is voor alle aanbieders van deze zorg beperkt aanwezig vanwege enerzijds het gebruik van gedifferentieerde tarieven voor bundels en verrichtingen die rekening houden met de zorgzwaarte, en anderzijds omdat het weigeren van zorggebruikers onderbouwd moet worden bij het CIZ. De prikkel tot selectie en de mogelijkheid zijn daarmee beperkt. Het is daarmee echter niet uitgesloten dat selectie voorkomt. Zeker als aanbieders, die vanwege de arbeidsmarktkrapte een beperktere capaciteit hebben, eerder moeten kiezen wie zij behandelen. Zij zullen dan mogelijk eerder geneigd zijn te kiezen voor de lichtere gevallen. De rol van het CIZ beperkt tegelijkertijd ook de mogelijkheid van aanbieders om meer of andere zorg te declareren dan geleverd. Welke zorg zorggebruikers nodig hebben, wordt vooraf bepaald door het CIZ. Om zorg tegen een ander en hoger tarief te kunnen declareren, moet eerst toestemming gevraagd worden bij het CIZ. De prikkel tot kwaliteit is, tot slot, praktisch afwezig omdat ondanks de aanwezigheid van kwaliteitsindicatoren hier nagenoeg geen gebruik van wordt gemaakt. Zorgaanbieders worden niet betaald voor (meetbare) zorguitkomsten. Bij mpt en pgb zou concurrentie echter nog de kwaliteit van zorg kunnen verhogen. Bij mpt en pgb is het namelijk eenvoudiger te wisselen van aanbieder dan bij vpt en zorg met verblijf. Maar de kwaliteit van zorg zou dan ook zichtbaar moeten zijn voor de zorggebruiker of diens vertegenwoordiger. De aanwezigheid van informatieasymmetrie maakt dit onwaarschijnlijk.

## Literatuur

### Casus Mondzorg

CBS, 2020, Zorguitgaven internationaal vergelijkbaar; aanbieders en financiering, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, [link](#).

CBS, 2022, Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken, 2014-2021, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. [link](#).

Chalkley, M. en S. Listl, 2018, First do no harm – The impact of financial incentives on dental X-rays, Journal of Health Economics, vol. 58: 1–9. [link](#).



Chalkley, M., C. Tilley, L. Young, D. Bonetti en J. Clarkson, 2010, Incentives for Dentists in Public Service: Evidence from a Natural Experiment, *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 20(Supplement 2): i207–i223. [link](#).

Eijkenaar, F. en E. Schut, 2016, Honorering van zorgaanbieders, in *Economie van de gezondheidszorg*, Zesde, ongewijzigde druk, , Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Gottschalk, F., W. Mimra en C. Waibel, 2020, Health Services as Credence Goods: a Field Experiment, *The Economic Journal*, vol. 130(629): 1346–1383. [link](#).

Kalmus, O., M. Chalkley en S. Listl, 2022, Effects of provider incentives on dental X-raying in NHS Scotland: what happens if patients switch providers?, *The European Journal of Health Economics*, vol. 23(1): 59–65. [link](#).

NZa, 2022, NZa waarschuwt mondzorgaanbieders die vullingen verkeerd declareren, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [link](#).

NZa, 2022, Chirurgische ingrepen (H-codes) niet altijd goed gedeclareerd, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [link](#).

VZinfo.nl, 2022, Eerstelijnszorg | Aanbod | Tandartsen, RIVM: Bilthoven, [link](#).

Zorginstituut Nederland, 2022, *Zorgcijfersdatabank.nl Gebruikers. Medisch specialistische zorg*, Diemen: Zorginstituut Nederland, [link](#).

Zorginstituut Nederland, 2022, *Zorginstituut.nl Tandarts en mondzorg (Zvw)*, Diemen: Zorginstituut Nederland, [link](#).

### **Casus Acute zorg**

Chandra, A. en D.O. Staiger, 2020, Identifying Sources of Inefficiency in Healthcare, *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 135(2): 785–843. [link](#).

Dafny, L.S., 2005, How Do Hospitals Respond to Price Changes?, *American Economic Review*, vol. 95(5): 1525–1547. [link](#).

Giri, S., 1999, Clinical and Angiographic Characteristics of Exertion-Related Acute Myocardial Infarction, *JAMA*, vol. 282(18): 1731. [link](#).

NVCC. 2019. *Volumenormen Cardiologie 2019*, Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. [link](#).

NZa. 2020. *Bevindingen kwalitatief onderzoek toegankelijkheid acute zorg en zorgplicht zorgverzekeraars* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [link](#).

Panagiotakos, D.B., C. Pitsavos, C. Chrysohoou, C. Stefanadis en P. Toutouzas, 2001, Risk Stratification of Coronary Heart Disease Through Established and Emerging Lifestyle Factors in a Mediterranean Population: CARDIO2000 Epidemiological Study, *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, vol. 8(6): 329–335. [link](#).

Quentin, W., H. Rätto, M. Peltola, R. Busse, U. Häkkinen, en on behalf of the EuroDRG group, 2013, Acute myocardial infarction and diagnosis-related groups: patient classification and hospital reimbursement in 11 European countries, *European Heart Journal*, vol. 34(26): 1972–1981. [link](#).

Steinbusch, P.J.M., J.B. Oostenbrink, J.J. Zuurbier en F.J.M. Schaepkens, 2007, The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study, *Health Policy*, vol. 81(2–3): 289–299. [link](#).

Stolper, K.C.F., L.H.H.M. Boonen, F.T. Schut en M. Varkevisser, 2019, Managed competition in the Netherlands: Do insurers have incentives to steer on quality?, *Health Policy*, vol. 123(3): 293–299. [link](#).

### Casus Wlz-zorg voor verstandelijk beperkten

Bakx, P., E. Schut en B. Wouterse, 2020, Price setting in longterm care in the Netherlands, *ESHPM Research papers*. [link](#).

CBS, 2022a, Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg; indicatie, leveringsvorm, zzp, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. [link](#).

CBS, 2022b, Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. [link](#).

CBS, 2022c, Zorginstellingen; financiën en personeel, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. [link](#).

CBS, 2022d, Zorguitgaven; zorgaanbieders en financiering, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. [link](#).

CBS, 2020e, Financiële kengetallen zorginstellingen, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. [link](#).

CIBG, 2022, Alles over de vergunningsplicht, Den Haag: Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg. [link](#).

Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs, 2022, Jaarverslaganalyse Gehandicaptenzorg 2021. [link](#).

NZA, 2018, Verantwoordingsdocument Prestaties en tarieven langdurige zorg - Fase 2: van kosten naar tarieven, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit. [link](#).

SCP, 2019, Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. [link](#).

staatvenz.nl, 2022a, Uitgaven en inkomsten Fonds langdurige zorg. [link](#).

staatvenz.nl, 2022b, Zorguitgaven en -ontvangsten Wlz Begroting. [link](#).

Struijs, J.N., E.F. de Vries, C.A. Baan, P. Van Gils en M.B. Rosenthal, 2020, Bundled-Payment models around the world: how they work and what their impact has been, *The Commonwealth Fund: Issue Briefs*. [link](#).

VGN, 2021, Maatwerk in de regio: Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023, aanvulling voor 2022, Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. [link](#).

VGN, 2022, Voorschrift zorgtoewijzing Wlz 2023, Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. [link](#).