



Denkkader Zorgbekostiging

We gebruiken de economische literatuur om inzicht te krijgen in de effecten van de bekostiging van aanbieders op de zorguitgaven en de kwaliteit van zorg. De keuze voor een bepaald type bekostiging, zoals een vast salaris of betalen per verrichting, blijkt met name relevant te zijn als zorgaanbieders beter geïnformeerd zijn dan patiënten en zorginkopers.

Daarmee biedt dit denkkader handvatten voor beleid om de (economische) effecten van beleidsopties op de netto collectieve zorguitgaven en de kwaliteit van zorg meer compleet in kaart te brengen.

CPB - januari 2023

Tobias Hlobil
Henrik Zaunbrecher

1 Inleiding

Het CPB beoordeelt samen met de ministeries van Volksgezondheid (VWS) en Financiën (FIN) beleidsopties op basis van de effecten op de netto collectieve zorguitgaven en de kwaliteit van zorg. Voor sommige beleidsopties die betrekking hebben op de bekostiging van de zorg zijn deze effecten echter onbekend. Een van de redenen daarvoor is dat de kanalen waarlangs een verandering in de bekostiging effect kan hebben, niet duidelijk zijn.¹ Deze kanalen moeten we eerst identificeren, voordat we beleidsopties kunnen beoordelen op hun effecten.

Deze publicatie presenteert daarom een denkkader zorgbekostiging. Het denkkader zorgbekostiging biedt structuur door het beoordelen van beleidsopties in drie stappen op te delen. De eerste stap vraagt of sprake is van informatieasymmetrie. Kunnen zorginkopers en zorggebruikers controleren of de juiste zorg is geleverd? De tweede stap beschrijft hoe de betaling aan zorgaanbieders is vormgegeven door deze betaling te scoren op vier dimensies. Dit maakt duidelijk hoe zorgaanbieders betaald worden. De derde stap bekijkt wat de gevolgen hiervan zijn voor de financiële prikkels die zorgaanbieders hebben. De (wijze van) betaling, de zorgbekostiging, bepaalt welk financieel belang zorgaanbieders hebben. Samen bieden deze drie stappen een gestructureerde aanpak voor het beoordelen van beleidsopties op hun (economische) effecten.

Het denkkader zorgbekostiging presenteert inzichten uit de economische literatuur op een handzame wijze. We maken voor het denkkader gebruik van de literatuur over bekostiging in het algemeen en de literatuur over zorgbekostiging in het bijzonder.² We vertalen de economische begrippen uit deze literatuur zodat die voor beleidsmakers meer inzichtelijk worden. Daarnaast brengen we ordening aan, via de bovengenoemde drie stappen, in de analyse van beleidsmaatregelen. Hoewel een denkkader over zorgbekostiging behulpzaam kan zijn bij de analyse van beleidsmaatregelen, zal het beoordelen van dit soort maatregelen in de praktijk maatwerk blijven, omdat niet alles in een denkkader kan worden gevat.

Deze inzichten over de bekostiging van zorgaanbieders zijn aanvullend op andere factoren die van belang zijn voor de uitkomsten van zorg. In analyses over de werking van zorgmarkten blijft de aanwezigheid van informatieasymmetrie en de gevolgen daarvan voor de uitkomsten van zorg vaak op de achtergrond. Zo wordt de mate waarin zorginkopers risico dragen, denk aan zorgverzekeraars en gemeenten, vaak verbonden aan lagere kosten en kostenbeheersing. Als er sprake is van informatieasymmetrie, kan het verschuiven van het risico naar de zorginkopers ook leiden tot een afname van kwaliteit. Zorginkopers hebben namelijk onvoldoende inzicht in welke zorg geleverd wordt. Ook het verhogen van het eigen risico kan in het geval van informatieasymmetrie negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. Als zorggebruikers geen inzicht hebben in de kwaliteit van zorg, kan een verhoging van het eigen risico er toe leiden dat zorg die wel nodig is, niet wordt afgenomen. Het denkkader is daarmee aanvullend van aard. De mate waarin het voor analyses van een bepaalde zorgmarkt relevant is, wordt bepaald door de mate van informatieasymmetrie op

¹ Bij de analyse van beleidsmaatregelen spelen naast bekostiging ook andere aspecten een rol. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de hoogte en de vorm van de eigen betalingen, het bestaan van schotten tussen verschillende delen van de zorg en de risicoverevening. De focus van dit denkkader ligt enkel en alleen bij de bekostiging. Niet omdat de bekostiging per se de belangrijkste factor is in de analyse van beleidsmaatregelen, maar wel omdat de rol van de bekostiging relatief slecht wordt begrepen.

² De literatuur over zorgbekostiging maakt deel uit van de veel bredere literatuur over principaal-agentproblemen in de economie zoals beschreven in bijvoorbeeld Laffont & Martimort (2002), Bolton & Dewatripont (2005), en Salanié (2005). Een toegankelijk en goed geschreven beschrijving toegepast op de gezondheidseconomie is te vinden in Eijkenaar & Schut (2016). De kern van de literatuur is dat zorgaanbieders, als agenten, een ander (financieel) belang hebben dan de principaal, de zorggebruiker of de zorginkoper, en de principaal niet kan controleren of de juiste zorg wordt geleverd. Bijdragen aan deze literatuur zijn variaties op dit thema door bijvoorbeeld veronderstellingen te doen over hoe de principaal toch (deels) kan controleren welke zorg wordt geleverd en over de mate van altruïsme van agenten.

die markt. De vraag naar de mate van informatieasymmetrie zou dan ook het startpunt moeten zijn van elke analyse over de bekostiging en werking van zorgmarkten.

We illustreren de toepassing van het denkkader zorgbekostiging daarom aan de hand van drie casussen.

De eerste casus is de mondzorg. In de mondzorg krijgen zorgaanbieders betaald per verrichting, enige uitzonderingen daargelaten. De tweede casus is de zorg voor licht verstandelijk beperkten. Daar krijgen zorgaanbieders betaald voor een pakket aan verrichtingen passend bij de zorgbehoefte van bovengenoemde zorggebruikers. De laatste casus is de acute zorg bij een hartinfarct. Hier krijgen zorgaanbieders betaald op basis van een bundel die achteraf wordt vastgesteld. Samen geven deze drie casussen een beeld van hoe het denkkader zorgbekostiging in de praktijk toegepast kan worden op drie zeer uiteenlopende vormen van zorg.

Hieronder volgt nu een uitleg en beschrijving van de drie onderdelen van het denkkader

zorgbekostiging. Paragraaf 2 beschrijft het belang van het onderkennen van informatieasymmetrie in de zorgbekostiging. Deze paragraaf dient tegelijkertijd als afbakening. Paragraaf 3 beschrijft de vier dimensies uit Ellis & Miller (2008) waarlangs verschillende vormen van bekostiging van elkaar kunnen verschillen. Paragraaf 4 beschrijft de financiële prikkels, die op basis van de economische theorie, uitgaan van deze vier dimensies. Paragraaf 5 gaat in op welke invloed veranderingen in de bekostiging hebben op de prikkels die zorgaanbieders ervaren. Paragraaf 6 bevat een samenvatting en een conclusie.³

2 Informatieasymmetrie

Het denkkader zorgbekostiging onderscheidt drie marktpartijen in de zorg: gebruikers, inkopers en

aanbieders. Zorggebruikers komen met een hulpvraag bij een zorgaanbieder. Voorbeelden van een hulpvraag zijn kiespijn, pijn op de borst, of moeite met keuzes maken en jezelf verzorgen. De zorgaanbieder luistert naar de hulpvraag en komt met een diagnose of antwoord op de hulpvraag. Bij kiespijn is de diagnose bijvoorbeeld een gaatje. Het vullen van het gaatje is dan het antwoord op de hulpvraag. Bij pijn op de borst kan een acuut hartinfarct de diagnose zijn en is een stent een mogelijke oplossing. En moeite met het maken van keuzes en jezelf verzorgen, kan het gevolg zijn van een verstandelijke beperking. Ondersteuning daarbij biedt dan uitkomst. Deze en andere zorg kopen zorginkopers, zoals zorgverzekeraars of zorgkantoren, in bij zorgaanbieders. En deze zorg betalen zij grotendeels met inkomsten uit zorgpremies en belastingen. Een klein deel betalen zorggebruikers zelf.

Het denkkader zorgbekostiging maakt geen onderscheid tussen zorgaanbieders en zorgverleners.

Zorggebruikers komen met hun hulpvraag bij zorgaanbieders, maar worden geholpen door zorgverleners, al dan niet in dienst van een zorgaanbieder. Een voorbeeld hiervan is het bezoek aan de huisartspraktijk. De huisarts of de praktijkassistente verleent dan zorg aan de zorggebruiker, maar de huisartspraktijk biedt deze zorg aan. De huisarts of praktijkassistente kan in dienst zijn van de praktijk of, in het geval van de huisarts, ook (mede-)eigenaar zijn van de praktijk. Dit onderscheid maakt het denkkader niet. Voor het denkkader valt de zorgverlener samen met de zorgaanbieder: de zorgaanbieder verleent zorg en biedt deze ook aan. Van informatieasymmetrie tussen zorgaanbieder en zorgverlener is dus geen sprake in dit denkkader, en de financiële prikkels van de zorgaanbieder zijn de financiële prikkels van de zorgverlener.⁴

³ Graag bedanken we de leden van de klankbordgroep (Adriaan Brouwer, Frank Eijkenaar, Jan-Peter Heida, Patrick Jeurissen, Niek Stadhouders, Jeroen Schols, Victoria Shestalova, Vikas Soekhai, Robin Zoutenbier) voor het delen van hun expertise en hun waardevolle feedback op de conceptversies. Speciale dank ook aan Linde Been voor haar bijdrage aan het denkkader en de casus acute zorg tijdens haar stage en masterscriptie en Rudy Douven als sparringpartner.

⁴ De relatie tussen zorgaanbieder en zorgverlener kan van belang zijn bij het beoordelen van beleidsopties op hun (economische) effecten. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de (actuele) vraag wat het effect is als medisch specialisten in loondienst treden van het ziekenhuis. We kunnen het denkkader gebruiken om antwoord te geven op deze vraag door het niveau van de analyse te veranderen. Het ziekenhuis is dan zorginkoper en de medisch specialisten zijn dan zorgaanbieder.

Het denkkader zorgbekostiging ordent de relaties tussen de zorgaanbieders, zorggebruikers, en zorginkopers door na te gaan of informatieasymmetrie aanwezig is.

Van informatieasymmetrie in de zorg is sprake als de zorgaanbieder meer informatie heeft dan de zorggebruiker of de zorginkoper. Een tandarts heeft bijvoorbeeld meer informatie dan de zorggebruiker en oordeelt op grond van zijn kennis of de kiespijn het gevolg is van een gaatje. Ook weet de tandarts beter of hij de tand moet trekken dan wel het gaatje moet vullen. Een patiënt met een acuut hartinfarct weet niet of een stent nodig is om de kransslagader te openen of dat bloedverdunners volstaan. En iemand met een verstandelijke beperking weet niet hoeveel ondersteuning nodig is. Hetzelfde geldt voor de zorginkoper. Hij ziet de facturen van de zorgaanbieder voor de geleverde zorg binnenkomen, maar weet niet of de zorg passend is en of deze geleverd is. Van informatieasymmetrie in de zorg is dus sprake als de zorginkoper of zorggebruiker niet weet wat de zorg is die past bij de hulpvraag of kan controleren dat deze zorg geleverd is.

Informatieasymmetrie is relevant omdat zorgaanbieders hierdoor de ruimte krijgen het eigen financiële belang boven het belang van zorggebruikers en zorginkopers te plaatsen.

Zonder informatieasymmetrie kunnen de belangen van de zorginkoper, de zorggebruiker en de zorgaanbieder verschillen, maar zal dit geen effect hebben op de uitkomsten van zorg. Alle betrokken partijen kunnen in dat geval nagaan of de gemaakte afspraken worden nagekomen en in het geval dat niet zo is, daarnaar handelen. Onder informatieasymmetrie kunnen de belangen van de verschillende partijen echter uiteenlopen. Gemaakte afspraken zijn in dat geval immers lastig of niet te controleren, omdat de zorggebruiker en de zorginkoper niet kunnen vaststellen of de juiste zorg geleverd is. De zorgaanbieder heeft dan de ruimte om zijn eigen belang na te streven. Financiële prikkels vanuit de zorgbekostiging zijn juist in dat geval relevant: ze kunnen het belang van de zorgaanbieders (meer) in lijn brengen met het belang van de zorggebruikers en – inkopers.

Het denkkader onderscheidt op basis van de aan- of afwezigheid van informatieasymmetrie vier situaties (zie tabel 2.1).

In de eerste situatie, situatie I, kan zowel de zorggebruiker als de zorginkoper controleren of de zorg die geleverd is ook past bij de hulpvraag van de zorggebruiker. In deze situatie heeft de aanbieder niet de ruimte om het eigen financiële belang boven het belang van de gebruiker of de inkoper te plaatsen. Het is immers mogelijk een afspraak te maken over het leveren van de juiste zorg en de nakoming daarvan te controleren. In situatie II en situatie III kan alleen de inkoper of de gebruiker controleren of de juiste zorg is geleverd. De zorgaanbieder heeft in situatie II de ruimte om het eigen financiële belang boven dat van de zorggebruiker en in situatie III boven dat van de zorginkoper te plaatsen. Maar de zorginkoper in situatie II en de zorggebruiker in situatie III moeten dat wel toestaan. Zij kunnen controleren of de juiste zorg is geleverd. In de laatste situatie, situatie IV, heeft de zorgaanbieder de ruimte om het eigen financiële belang boven dat van de zorggebruiker en de zorginkoper te plaatsen. Zij kunnen niet controleren of de juiste zorg is geleverd.

De bekostiging van zorg is met name van belang in situatie IV. In de andere situaties is ten minste één vragende partij in staat te controleren of de juiste zorg is geleverd. In situatie I is dit zowel de zorggebruiker als de zorginkoper, in situatie II is dit de zorginkoper en in situatie III is dit de zorggebruiker. In situatie IV kan noch de zorginkoper noch de zorggebruiker controleren of de juiste zorg is geleverd. De zorgaanbieder heeft dan de ruimte om het eigen financiële belang boven het belang van zowel de zorggebruiker als de zorginkoper te plaatsen. Zorgbekostiging kan eraan bijdragen dat deze ruimte wordt ingeperkt en heeft daarmee invloed op de uitkomsten van zorg. In situatie II en situatie III zijn andere instrumenten denkbaar om de zorgaanbieder, gebruikmakend van de informatie van de zorggebruiker en zorginkoper, de juiste zorg te laten leveren.⁵ Deze situaties vallen buiten de scope van dit denkkader.

⁵ Een voorbeeld van een instrument is de eigen betaling die van een zorggebruiker wordt gevraagd. De eigen betaling verschuift het risico voor de zorgkosten van een zorginkoper zoals een zorgverzekeraar of zorgkantoor naar de zorggebruiker. Kan de zorggebruiker controleren of de juiste zorg is geleverd, dan heeft de zorggebruiker met een hogere eigen betaling ook een financiële prikkel dit te doen. Wordt bijvoorbeeld onnodige zorg geleverd, dan leidt dit tot hogere zorgkosten en hogere kosten voor de zorggebruiker. Hetzelfde geldt voor zorg van te lage kwaliteit. Dit kan later leiden tot hogere zorgkosten en dus een hogere eigen betaling voor de zorggebruiker. Kan de zorginkoper daarentegen controleren of de juiste zorg is geleverd, dan kan dit een reden zijn om de eigen betaling voor zorggebruikers te verlagen en het risico voor hogere zorgkosten te verschuiven naar de zorginkoper. Het principe hierachter is dat het risico op hogere kosten ook ligt bij diegene die deze kosten het beste kan vermijden.

Tabel 2.1 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	<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.
	Nee	<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.

De zorgbekostiging kan het belang van de zorgaanbieder meer in lijn brengen met de belangen van de zorginkoper en zorgaanbieder, maar afruilen blijven onontkoombaar. De zorgbekostiging bepaalt het financiële belang van de zorgaanbieder en daarmee welke financiële prikkels zorgaanbieders hebben. Een verandering in de zorgbekostiging heeft dan ook effect op het gedrag van zorgaanbieders. Maar omdat een verandering van de zorgbekostiging de informatieasymmetrie niet doet verdwijnen, kan een verandering in de zorgbekostiging niet alles oplossen. Afruilen tussen de verschillende doelen die de partijen nastreven, zoals lagere kosten en hogere kwaliteit, blijven in het geval van informatieasymmetrie onontkoombaar. Een verandering in de zorgbekostiging kan wel leiden tot een verandering in de financiële prikkels en via die route tot andere beslissingen en uitkomsten leiden. Om te begrijpen hoe bekostiging doorwerkt op beslissingen van zorgaanbieders scoren we de bekostiging hieronder op vier dimensies. Deze dimensies worden daarna gekoppeld aan de financiële prikkels voor zorgaanbieders.

3 Bekostiging

De betalingen aan zorgaanbieders scoort het denkkader op vier dimensies: informatie, breedte, fijnheid, en hoogte van betaling. Dit doet het denkkader op basis van de taxonomie in Ellis & Miller (2008) die hieronder nader wordt toegelicht. De betaling die zorgaanbieders ontvangen in ruil voor het leveren van zorg staat hierbij centraal. Die bepaalt immers de financiële prikkels die zorgaanbieders ervaren. De vraag waarom het draait is: 'wie' ontvangt 'wat' en 'waarvoor'? 'Wie' gaat in dit geval over een zorgaanbieder of groep van zorgaanbieders die de betaling ontvangt (zie hierboven onder paragraaf 2. Informatieasymmetrie). 'Wat' gaat over de betaling zelf. En 'waarvoor' gaat over de geleverde zorg.

Het scoren van de betalingen die zorgaanbieders ontvangen, gebeurt aan de hand van vier vragen:

1. Welke informatie wordt gebruikt voor betalingen aan zorgaanbieders? (Informatie)
2. Hoeveel verrichtingen worden geaggregeerd voor betaling? (Breedte)
3. Hoeveel verschillende tarieven worden gebruikt voor betaling? (Fijnheid)
4. Hoeveel wordt betaald? (Hoogte)

Achtereenvolgens lichten we voor elk van deze vragen toe hoe een antwoord eruit kan zien. Daarbij maken we gebruik van gestileerde voorbeelden om de taxonomie toe te lichten en uit te werken.

3.1 Welke informatie wordt gebruikt voor betalingen aan zorgaanbieders?

De eerste dimensie is de informatie die zorginkopers gebruiken om betalingen aan zorgaanbieders vorm te geven. Zorgaanbieders leveren zorg aan zorggebruikers, en voor het betalen van zorgaanbieders kunnen zorginkopers gebruikmaken van de beschikbare informatie over de zorgaanbieder(s), de geleverde zorg, de zorggebruiker of een combinatie van deze drie.

Welke informatie gebruikt is voor het vormgeven van de betaling, visualiseert het denkkader door middel van een driehoek (zie figuur 3.1). Elke hoek van deze driehoek stelt een uiterste voor. Bovenin de driehoek wordt voor de betaling gebruikgemaakt van informatie over de geleverde zorg. Linksonder wordt voor de betaling gebruikgemaakt van informatie over de zorgaanbieder. En rechtsonder wordt gebruikgemaakt van informatie over de zorggebruiker. Met de zijdes van de driehoek geeft het denkkader aan dat het een combinatie is van twee uitersten. De zijde tussen zorg en gebruiker geeft, bijvoorbeeld, aan dat zowel informatie over de geleverde zorg als de zorggebruiker gebruikt wordt voor het vormgeven van de betaling. Hetzelfde geldt voor de binnenkant van de driehoek. Met de binnenkant van de driehoek geeft het denkkader aan dat de informatie over zowel de gebruiker, als de zorg, als de aanbieder gebruikt wordt.

We noemen hier een voorbeeld van het informatiegebruik over geleverde zorg in de tandheelkundige zorg. Tandartsen en mondhygiënist krijgen betaald per verrichting. Een tandarts ontvangt bijvoorbeeld € 46,91 voor een consult en een mondhygiënist ontvangt € 13,84 per vijf minuten voor het reinigen van een gebit.⁶ Voor de betaling hoeft enkel te weten welke zorg geleverd is. De betaling is onafhankelijk van de diagnose of andere patiëntkenmerken, en ook onafhankelijk van de opleiding of andere kenmerken van de zorgverlener. Of het gebit gereinigd moet worden of niet, de mondhygiënist krijgt € 13,84 per vijf minuten voor het reinigen van het gebit. En reinigt de tandarts het gebit, dan geldt hetzelfde tarief. Het denkkader plaatst de mondzorg daarom bovenin de driehoek bij de hoek geleverde zorg.

Het tweede voorbeeld betreft de huisartsenzorg, waar zowel informatie over de geleverde zorg als de zorggebruiker wordt gebruikt. De huisarts krijgt betaald per verrichting en ontvangt een inschrijftarief per patiënt.⁷ Voor de betaling aan de huisarts is dus informatie nodig over de geleverde zorg en het aantal ingeschreven patiënten. In het denkkader krijgt de bekostiging van huisartsen daarom een plaats halverwege de rechterzijde van de driehoek tussen de hoek geleverde zorg en de hoek zorggebruiker in.

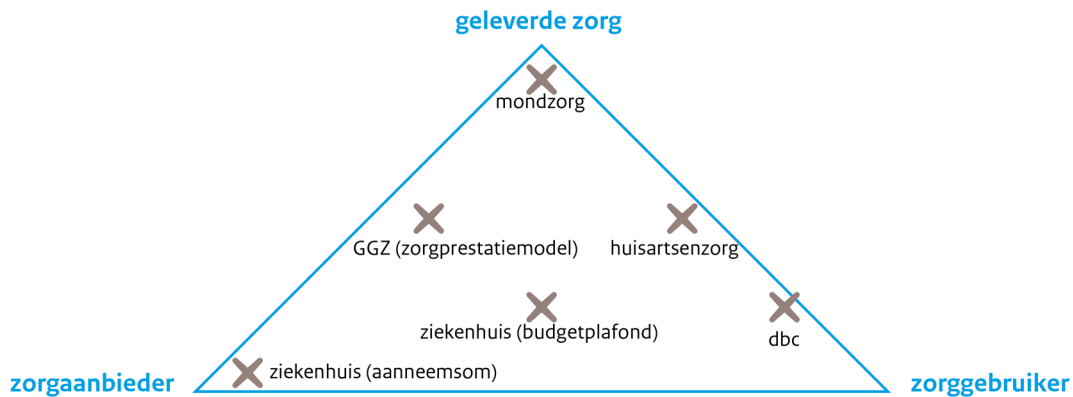
Het derde voorbeeld betreft de ziekenhuiszorg. Ziekenhuizen krijgen betaald per diagnose-behandelcombinatie (dbc). Welke dbc van toepassing is, wordt achteraf bepaald. Dit gebeurt na het vaststellen van de diagnose en het leveren van de zorg. Het ziekenhuis ontvangt een vast bedrag per dbc dat grofweg gelijk is aan de gemiddelde kosten. Een voorbeeld daarvan is een blindedarmoperatie.⁸ Bij de betaling voor een blindedarmoperatie wordt, gegeven de diagnose, enerzijds onderscheid gemaakt naar het aantal dagen dat een patiënt in het ziekenhuis verblijft, en anderzijds naar de zwaarte van de operatie. Voor de betaling aan het ziekenhuis is dus zowel informatie over de patiënt als informatie over de geleverde zorg nodig. In het denkkader plaatsen we de dbc daarom bij de hoek zorggebruiker maar in de richting van de hoek geleverde zorg.

⁶ Zie Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg - TB/REG-23606-02, [link](#).

⁷ Zie Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg - TB/REG-23617-03, [link](#).

⁸ Zie Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg TB/REG-23609-03, [link](#).

Figuur 3.1 Drie informatietypes om zorgaanbieders te betalen



Betalingen aan ziekenhuizen maken ook vaak gebruik van informatie over de zorgaanbieder (het ziekenhuis), zoals bij een aanneemsom. Met een aanneemsom staat de totale betaling aan het ziekenhuis vast. Deze betaling kan gebaseerd zijn op de historische omzet, maar dat hoeft niet. Het verschil met betaling per dbc, zoals hierboven, is in die zin illustratief. Bij een betaling per dbc moet de zorginkoper weten hoeveel en welke dbc's zijn geleverd door een ziekenhuis en het afgesproken bedrag per dbc om tot betaling over te gaan. Bij een aanneemsom daarentegen hoeft de zorginkoper alleen het bedrag te weten dat is afgesproken met het ziekenhuis. In het denkkader plaatsen we het ziekenhuis met een aanneemsom daarom linksonder bij zorgaanbieder.

Een ander voorbeeld van het gebruik van informatie in de ziekenhuiszorg is het budgetplafond. Een budgetplafond begrenst de totale betaling aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis krijgt betaald voor elke extra dbc tot aan het budgetplafond. Daarboven krijgt het ziekenhuis niets extra voor een extra dbc. Voor de betaling moet de zorginkoper dus niet alleen weten hoeveel dbc's zijn geleverd en het afgesproken bedrag per dbc, maar ook het plafond dat is afgesproken met het ziekenhuis. In het denkkader plaatsen we het ziekenhuis met een budgetplafond daarom halverwege de onderste zijde van de driehoek tussen de hoek zorggebruiker en de hoek zorgaanbieder in en richting de hoek geleverde zorg.

Een laatste voorbeeld gaat over informatiegebruik rond het zorgprestatie model in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). In het zorgprestatie model wordt betaald per verrichting, maar kan onderscheid gemaakt worden naar de opleiding van de zorgverlener.⁹ Of een verrichting uitgevoerd is door de psychiater of door de verpleegkundige maakt verschil voor de hoogte van de betaling. Voor de betaling is dus informatie nodig over zowel de geleverde zorg als over de zorgaanbieder. In het denkkader plaatsen we daarom het zorgprestatie model halverwege de linkerzijde tussen de hoek zorgaanbieder en de hoek geleverde zorg in.

⁹ Zie bijlage bij Tariefbeschikking Geestelijke Gezondheidszorg en Forensische Zorg TB/REG-23625-01, [link](#).

3.2 Hoeveel verrichtingen worden geaggregeerd voor betaling?

De tweede dimensie is het aantal verrichtingen in de bundel waarvoor zorginkopers betalen.

Zorgaanbieders leveren zorg per verrichting, zoals het verwijderen van de blindedarm en het verplegen van de zorggebruiker daarna. Maar de betaling van zorgaanbieders sluit niet altijd daarop aan. Een zorgaanbieder kan bijvoorbeeld één bedrag betaald krijgen voor zowel het verwijderen van de blindedarm als het verplegen van de zorggebruiker of apart betaald krijgen voor allebei. Het betalen van één bedrag voor meerdere verrichtingen heet bundelen in de economische literatuur. In het denkkader heet dit de breedte van betaling.

Diegene die de betaling ontvangt, is in het denkkader de zorgaanbieder. Een bundel van verrichtingen kan bestaan uit zorg geleverd door een zorgaanbieder of uit zorg geleverd door meerdere zorgaanbieders gezamenlijk. In dat laatste geval ziet het denkkader deze zorgaanbieders als één zorgaanbieder. Ketenbesteding is hiervan een voorbeeld: de keten is de zorgaanbieder.

De breedte van betaling visualiseren we in het denkkader met een bredere of dunnere rand (zie figuur 3.2). Een vorm met een dunne rand is een nauwe betaling en een vorm met een brede rand is een brede betaling.

Figuur 3.2 Breedte van betalen van zorgaanbieders (bundelen van verrichtingen)



Een voorbeeld van een nauwe betaling is de betaling voor mondzorg. Tandartsen en mondhygiënisten krijgen betaald per verrichting, zoals het reinigen van het gebit of het vullen van een gaatje. Het denkkader visualiseert deze vorm van betaling door een dunne rand te gebruiken.

Een voorbeeld van een brede betaling is de betaling voor ziekenhuiszorg. Ziekenhuizen ontvangen een vast bedrag per dbc voor het leveren van zorg die samenhangt met een diagnose en onderdeel is van het behandelplan. Het denkkader visualiseert deze vorm van betaling door een bredere rand te gebruiken.

Een voorbeeld van een nog bredere betaling is populatiebesteding. Bij populatiebesteding krijgt de zorgaanbieder betaald voor alle mogelijke verrichtingen die de zorggebruiker nodig heeft, inclusief preventieve maatregelen zoals vaccinaties. Het denkkader visualiseert dit door middel van een dichte vorm.

3.3 Hoeveel verschillende tarieven worden gebruikt voor betaling?

De derde dimensie is het aantal verschillende tarieven dat zorginkopers kan hanteren om zorgaanbieders te betalen voor het leveren van zorg. Voor een verrichting of een bundel van verrichtingen kan een ander tarief gelden afhankelijk van wie welke zorg aan wie levert. Zorginkopers maken dan gebruik van categorieën om verrichtingen of bundels van elkaar te onderscheiden. Dit is de fijnheid van betaling.

De fijnheid van betaling visualiseert het denkkader met het aantal hoeken (zie figuur 3.3). Is het niet belangrijk wie welke zorg aan wie levert, dan zijn verschillende tarieven niet nodig voor het betalen van zorgaanbieders. De betaling is dan grof en het denkkader geeft dit weer met een driehoek. Is het wel belangrijk wie welke zorg aan wie levert dan gebruikt het denkkader een vierkant in plaats van een driehoek om de fijnheid van betaling weer te geven. Maakt de betaling gebruik van heel veel verschillende tarieven, dan visualiseert het denkkader dit met een cirkel: een cirkel heeft oneindig veel hoeken.

Het betalen van ziekenhuizen voor en na 2012 illustreert de fijnheid van betaling. Voor 2012 vroegen ziekenhuizen circa 30.000 verschillende tarieven voor het leveren van circa 30.000 verschillende dbc's. Na 2012 vragen ziekenhuizen circa 4400 verschillende tarieven voor circa 4400 verschillende dbc's. Dit is mogelijk omdat de bekostiging, bijvoorbeeld, niet langer rekening houdt met welke specialist de zorg levert. Voor 2012 kregen ziekenhuizen een ander bedrag voor dezelfde zorg afhankelijk van de specialist die de zorg leverde. Na 2012 krijgen ziekenhuizen hetzelfde bedrag voor dezelfde zorg ongeacht welke specialist deze zorg levert. Voor 2012 zouden we in het denkkader de fijnheid van betaling visualiseren met een cirkel en na 2012 visualiseren we in het denkkader de fijnheid van betaling met een vierkant.

Figuur 3.3 Fijnheid van betaling aan zorgaanbieders



Noot: Deze visualisatie wijkt af van Ellis & Miller (2008) omwille van transparantie. In deze figuur zijn de driehoek en de cirkel omgewisseld.

Een ander voorbeeld van een fijne betaling is het betalen van tandartsen. De tandartstarieven 2022 maken een onderscheid tussen vijftien verrichtingen, zoals het maken van röntgenfoto's.¹⁰ Binnen de categorie röntgenfoto's maken deze tarieven een verder onderscheid, zoals het verschil tussen kleine of grote röntgenfoto's. Zou er in de tarieven geen onderscheid zijn dan zou het denkkader de fijnheid van betaling visualiseren met een driehoek. Maar vanwege dit onderscheid visualiseren we in het denkkader de fijnheid van betaling met een vierkant.

Het betalen van ziekenhuizen en het betalen van tandartsen illustreert dat de fijnheid van betaling niet afhangt van de breedte van betaling. De breedte van betaling verschilt tussen tandartsen en ziekenhuizen. Tandartsen ontvangen een tarief per verrichting en de breedte van betaling is dus nauw. Ziekenhuizen ontvangen een tarief voor een bundel van verrichtingen en de breedte van betaling is dus breed. Voor zowel tandartsen als ziekenhuizen geldt echter dat gegeven een verrichting of een bundel van verrichtingen, de betaling gebaseerd kan zijn op verschillende tarieven. Ziekenhuizen konden een ander tarief ontvangen per dbc afhankelijk van het specialisme van de zorgverlener. Tandartsen kunnen een ander tarief ontvangen voor een röntgenfoto afhankelijk van de grootte van de foto.

3.4 Hoeveel wordt betaald?

De vierde en laatste dimensie is de hoogte van het tarief dat zorgaanbieders ontvangen als betaling. Het tarief of de tarieven die zorgaanbieders ontvangen als betaling kunnen worden opgedeeld in drie hoogtes: (i) tarieven die lager zijn dan de variabele kosten van zorg; (ii) tarieven die hoger zijn dan de variabele kosten van

¹⁰ Zie de Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg - TB/REG-23606-02, [link](#).

zorg maar lager of gelijk zijn aan de gemiddelde kosten; en (iii) tarieven die hoger zijn dan de gemiddelde kosten. Deze drie hoogtes zijn relevant vanwege de financiële prikkel die aanbieders hebben bij het leveren van zorg. Tarieven lager dan de variabele kosten geven zorgaanbieders een financiële prikkel om geen of minder zorg te leveren. Tarieven hoger dan de variabele kosten of gelijk aan de gemiddelde kosten geven zorgaanbieders een (beperkte) financiële prikkel om meer zorg te leveren. En tarieven hoger dan de gemiddelde kosten geven nieuwe aanbieders een financiële prikkel om tot de markt toe te treden en geven bestaande zorgaanbieders een financieel belang om uit te breiden.

De hoogte van betaling visualiseren we in het denkkader met de grootte van de vorm (zie figuur 3.4). Het denkkader zorgbekostiging gebruikt voor een tarief dat lager is dan de variabele kosten een kleine vorm. Voor een tarief dat de variabele of gemiddelde totale kosten dekt, gebruikt het denkkader een middelgrote vorm, terwijl het denkkader voor een tarief dat hoger is dan de gemiddelde totale kosten de grootste vorm gebruikt.

Figuur 3.4 Hoogte van betaling aan zorgaanbieders



3.5 De vier dimensies

De vier dimensies zijn samengevat in tabel 3.5 met de dimensie in de linker kolom, de bijbehorende vraag in de middelste kolom, en de bijbehorende antwoorden in de rechter kolom.

Tabel 3.5 Betaling aan zorgaanbieders samengevat in vier dimensies

Dimensie	Vraag	Antwoordcategorieën
Informatie	Welke informatie wordt gebruikt voor betalingen?	Informatie over: zorgaanbieder, zorggebruiker, verrichting
Breedte	Hoeveel verrichtingen worden geaggregeerd voor betaling?	Nauw: weinig verrichtingen Breed: veel verrichtingen
Fijnheid	Hoeveel verschillende categorieën of tarieven worden gebruikt voor betaling?	Grof: weinig categorieën of tarieven Fijn: veel categorieën of tarieven
Hoogte	Hoeveel wordt betaald?	Laag: weinig betaald Hoog: veel betaald

Door het beantwoorden van de vier vragen kan inzicht worden verkregen in de prikkels die van de zorgbekostiging uitgaan. Deze financiële prikkels zijn het onderwerp van de volgende paragraaf.

4 Financiële prikkels

Het denkkader maakt een onderscheid tussen vijf verschillende financiële prikkels die zorgaanbieders kunnen hebben als gevolg van de bekostiging. De eerste financiële prikkel is de 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 meer- of minder te behandelen. De vijfde en laatste financiële prikkel is de prikkel om de geleverde zorg verkeerd te declareren. Deze vijf financiële prikkels worden hieronder toegelicht.

De eerste financiële prikkel richt zich op het verlagen van de kosten van zorg, zowel vast als variabel. De variabele kosten van zorg zijn de kosten die toenemen met het leveren van zorg. De vaste kosten zijn de kosten die niet veranderen met het leveren van zorg. Zorgaanbieders hebben de keuze om meer te investeren om de kosten van zorg te verlagen. Welke keuze zorgaanbieders maken, hangt af van hoe de betaling is vormgegeven.

Zorgaanbieders hebben een financiële prikkel om de kosten te verlagen bij een betaling op basis van informatie over de zorgaanbieder. Maakt de betaler alleen gebruik van informatie over de zorgaanbieder, dan kan de zorgaanbieder alleen meer verdienen door de kosten van zorg, vast of variabel, te verlagen. Welke optie (snijden in de vaste of variabele kosten) de zorgaanbieder dan kiest, is afhankelijk van welk alternatief de totale kosten meer verlaagt. Een voorbeeld hiervan is een budgetplafond. Met een budgetplafond is de betaling gemaximeerd ongeacht de hoeveelheid zorg. De enige manier om meer te verdienen, is door de kosten van zorg te verlagen.

De prikkel om de variabele kosten van zorg te verlagen neemt toe als voor de betaling gebruikgemaakt wordt van informatie over de zorggebruiker of de geleverde zorg. Wordt voor de betaling gebruikgemaakt van informatie over de geleverde zorg zoals bij het betalen per verrichting, dan is het relatief aantrekkelijk voor de zorgaanbieder om de variabele kosten te verlagen. Dit vergroot de marge op de geleverde zorg en maakt dat de zorgaanbieder meer verdient. Een grotere marge maakt het voor de aanbieder aantrekkelijker om zorg te leveren die niet noodzakelijkerwijs in het belang is van de zorggebruiker (aanbodgeïnduceerde vraag).¹¹ Verlaging van de variabele kosten wordt daardoor extra aantrekkelijk. Hetzelfde geldt voor situaties waarin voor de betaling gebruikgemaakt wordt van informatie over de zorggebruiker.

Bij de tweede financiële prikkel draait het om selectie van zorggebruikers op basis van hun (verwachte) kosten. Selectie is voor zorgaanbieders een manier om de variabele kosten per zorggebruiker of van de geleverde zorg te verlagen. Zorggebruikers die goedkope zorg nodig hebben, zijn financieel gezien immers interessanter voor zorgaanbieders dan zorggebruikers die dure zorg nodig hebben. De totale kosten van zorg blijven lager voor zorgaanbieders die zich richten op de eerste groep en de tweede groep kunnen weigeren of afschrikken. Een voorbeeld daarvan zijn zorgaanbieders die zwaardere gevallen doorverwijzen en lichtere gevallen zelf behandelen. Ook kunnen zorgaanbieders patiënten met een lage (hoge) zorgvraag een hogere (lagere) kwaliteit van zorg bieden met als doel de eerste groep patiënten aan te trekken en de tweede af te schrikken.

Zorgaanbieders hebben een financiële prikkel om zorggebruikers te selecteren op lage kosten als de betaling gebruik maakt van informatie over de zorggebruiker of de zorgaanbieder. In het geval dat een

¹¹ Zie bijvoorbeeld McGuire (2000): "Physician-induced demand (PID) exists when the physician influences a patient's demand for care against the physician's interpretation of the best interest of the patient."

vast bedrag betaald wordt per zorggebruiker of per bundel, zoals het geval is bij een dbc, dan hebben zorgaanbieders er financieel gezien baat bij zorggebruikers te selecteren die minder zorg nodig hebben. Hetzelfde geldt in het geval dat zorgaanbieders een vast bedrag krijgen als aanneemsom of als ze een budgetplafond hebben afgesproken. Het bedrag dat zij maximaal zullen ontvangen staat dan vast. Een manier om meer te verdienen, is door zorggebruikers te selecteren die goedkoper zijn om te behandelen.

De financiële prikkel om zorggebruikers te selecteren op lage kosten vermindert met een fijnmazigere betaling. Een fijnmazigere betaling biedt de mogelijkheid om bij de tarieven beter rekening te houden met de verwachte kosten per zorggebruiker. Waar de prikkel tot selectie groot is bij een enkel tarief voor alle zorggebruikers, is de prikkel tot selectie klein bij tien verschillende tarieven die afhankelijk zijn van de verwachte kosten. Het alternatief voor selectie is dan het declareren van de zorg tegen een hoger tarief. Voor het tarief moet dan wel gebruikgemaakt worden van de informatie over de zorgbehoefte of de benodigde zorg, zoals de diagnose of de opleiding van de zorgverlener. Daarnaast moet het tarief dat zorgaanbieders voor dure zorggebruikers ontvangen zodanig zijn dat de marge op zorggebruikers met hoge verwachte kosten minstens even groot is als de marge op zorggebruikers met lage verwachte kosten.

De derde financiële prikkel raakt aan de kwaliteit van zorg. Het veranderen van de kwaliteit van zorg leidt tot andere uitkomsten van zorg. Zorgaanbieders hebben een financiële prikkel om meer kwaliteit te leveren als de kwaliteit meetbaar is en voor de betaling gebruikgemaakt wordt van die informatie. Maar ook als de kwaliteit niet meetbaar is, kan een hoger tarief tot een betere kwaliteit van zorg leiden. Zorgverleners hebben namelijk ook niet-financiële prikkels om zorg te leveren die tot betere uitkomsten voor zorggebruikers leiden. Een hogere betaling biedt zorgverleners die gevoelig zijn voor niet-financiële prikkels de ruimte om te kiezen voor kwaliteit. Een deel van het hogere tarief wenden zorgaanbieders dan aan om meer te doen voor individuele zorggebruikers.

De vierde financiële prikkel gaat om meer of minder behandelen. Zorggebruikers en zorginkopers weten niet welke zorg (het beste) past bij de hulpvraag. Zij vertrouwen daarvoor op de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan echter de vraag naar zorg beïnvloeden en kan daar ook een financieel belang bij hebben (aanbodgeïnduceerde vraag). Dit is het geval als voor de betaling informatie gebruikt wordt over de geleverde zorg. Meer behandelen levert dan meer inkomsten op. Hetzelfde geldt voor een hoger tarief per behandeling en als de betaling nauw is vormgegeven in plaats van breed. Maar de zorgaanbieder kan ook een financieel belang hebben bij minder behandelen. Dit is het geval als voor de betaling informatie gebruikt wordt over de zorgaanbieder zoals bij een aanneemsom of een vast salaris. Minder behandelen leidt in dat geval tot lagere kosten bij gelijkblijvende inkomsten. Ook als de betaling breed (nauw) is vormgegeven, neemt de prikkel om meer te behandelen af (toe). Tot slot zal de prikkel om meer te behandelen afnemen als de marge die de zorgaanbieder behaalt op een behandeling daalt.

Zowel de financiële prikkel om minder te behandelen als de financiële prikkel om de kosten te verlagen leiden tot lagere kosten, maar langs een andere route. Het verschil tussen beide prikkels heeft te maken met het verschil tussen input en output van zorg. Door te behandelen leveren zorgaanbieders zorg aan zorggebruikers. Dit is een output. Door te behandelen maken zorgaanbieders echter ook kosten voor het leveren van zorg aan zorggebruikers. Deze kosten zijn de kosten van de inputs. De financiële prikkel om minder te behandelen gaat over het produceren van minder output. De financiële prikkel om de kosten te verlagen gaat over het gebruik van minder inputs voor het produceren van dezelfde output.

De vijfde financiële prikkel komt in beeld als meer of andere zorg gedeclareerd wordt dan is geleverd (upcoding). Meer of andere – vooral duurder – zorg declareren dan geleverd,¹² is een manier voor zorgaanbieders om meer te verdienen. Zorgaanbieders hebben deze financiële prikkel wanneer zij de ruimte

¹² In de literatuur staat dit ook wel bekend als indicatieverruiming of indicatieverschuiving.

hebben om een bepaalde verrichting of bundel van verrichtingen tegen een hoger of lager tarief in rekening te brengen. Naarmate voor de betaling meer gebruikgemaakt wordt van verschillende tarieven zullen zorgaanbieders vaker grensgevallen tegenkomen. Deze grensgevallen kunnen zij of tegen een lager of tegen een hoger tarief declareren. Het gebruik maken van een fijnmazigere betaling geeft zorgaanbieders dus de mogelijkheid en de prikkel meer of andere zorg te declareren dan geleverd. Deze prikkel gaat verder dan enkel alleen de verkeerde declaratiecode invullen. Zorgaanbieders kunnen de keuze voor een tarief ook beïnvloeden. Een medisch specialist kan bijvoorbeeld meekijken, terwijl daar eigenlijk geen medisch-inhoudelijke reden voor is. Naarmate de verschillen tussen de tarieven toenemen, zal deze prikkel ook sterker zijn. Een meer grove betalingswijze biedt zorgaanbieders deze mogelijkheid niet en de prikkel is daar dan minder aanwezig.

5 Van bekostiging naar prikkels

We kunnen het denkkader zorgbekostiging ook gebruiken om na te denken over veranderingen in de bekostiging. Hierboven is beschreven hoe we de bekostiging kunnen scoren in vier dimensies en wat de gevolgen daarvan zijn in termen van financiële prikkels. Vaak willen we ook nadenken over wat de verandering van de bekostiging betekent in termen van prikkels. Dat wordt hieronder beschreven.

De keuze welke informatie te gebruiken om de betaling vorm te geven beïnvloedt zowel de financiële prikkel om de kosten van zorg te verlagen als de prikkel om zorggebruikers te selecteren op de verwachte kosten van zorg. Het gebruik van informatie over de zorgaanbieder voor het vormgeven van de betaling, zoals een budgetplafond of een aanneemsom, geeft een financiële prikkel om de totale kosten van zorg te verlagen. Wat de zorgaanbieder maximaal ontvangt aan betaling staat vast. Maar waar de zorgaanbieder controle over kan uitoefenen, zijn de kosten van zorg. De totale kosten van zorg kan de zorgaanbieder dan verlagen door te investeren in het verlagen van de kosten, maar ook door het selecteren van zorggebruikers die goedkoper zijn om te behandelen. Het gebruik van informatie over de zorggebruiker heeft een vergelijkbaar effect omdat de betaling per zorggebruiker vaststaat. Het verschil is dat de zorgaanbieder een relatief sterkere prikkel heeft om de variabele kosten per zorggebruiker te verlagen. Dit onder de veronderstelling dat de zorgaanbieder de vraag naar zorg kan beïnvloeden. Het gebruik van informatie over de geleverde zorg, versterkt namelijk de prikkel om de variabele kosten van zorg te verlagen. De prikkel om zorggebruikers te selecteren neemt juist af: zorggebruikers die meer zorg nodig hebben, leveren financieel gezien ook meer op.

De keuze welke informatie te gebruiken om de betaling vorm te geven beïnvloedt zowel de financiële prikkel om te behandelen als de kwaliteit van zorg. Het gebruik van informatie over de zorgaanbieder, zoals een budgetplafond of een salaris, geeft een financiële prikkel tot minder behandelen. De zorgaanbieder krijgt immers een vast bedrag en een manier om meer te verdienen is door minder zorg te leveren. Een andere manier om meer te verdienen is door lagere kwaliteit te leveren. De financiële prikkel om kwaliteit te leveren, ontbreekt omdat informatie over de zorgaanbieder wordt gebruikt in plaats van informatie over de zorggebruiker of de geleverde zorg. Het gebruik van informatie over de zorggebruiker heeft een vergelijkbaar effect op de prikkel tot behandelen. Het bedrag per zorggebruiker staat vast. De prikkel tot het leveren van kwaliteit is in dat geval wel aanwezig als de betaling gekoppeld is aan meetbare uitkomsten over de zorggebruiker.¹³

¹³ In de praktijk kan kwaliteit ook (imperfect) meetbaar zijn door het gebruik van informatie over de geleverde zorg, waaronder processen waarvan bekend is dat deze (gemiddeld) leiden tot betere uitkomsten. Het gebruik van informatie over de geleverde zorg, tot slot, geeft een prikkel tot behandelen en daarmee soms ook een prikkel tot het leveren van kwaliteit.

Het bundelen van meerdere verrichtingen heeft invloed op de prikkel tot selecteren en behandelen. Het bundelen van verrichtingen voor het betalen van zorgaanbieders, zoals het betalen per dbc, geeft een prikkel om minder te behandelen en een prikkel om zorggebruikers met lage kosten te selecteren. De betaling voor de bundel van zorg, ongeacht welke zorg uit de bundel de zorgaanbieder levert, staat immers vast. De zorgaanbieder kan dan meer verdienen door of minder te behandelen of meer zorggebruikers te selecteren die minder zorg nodig hebben en meer dbc's te openen. Het gebruik van een nauwe betaling, zoals het betalen per verrichting, heeft het tegenovergestelde effect. Een nauwe betaling maakt meer behandelen financieel aantrekkelijk voor de zorgaanbieder. Meer behandelen betekent dat de zorgaanbieder meer kan verdienen. De zorgaanbieder heeft in dat geval geen prikkel om zorggebruikers te selecteren. Zorggebruikers die meer zorg nodig hebben, leveren meer op.

De fijnheid van de tariefstructuur heeft invloed op de prikkel tot selecteren en declareren. Door een fijnere tariefstructuur neemt de prikkel tot selecteren af en de prikkel tot het verkeerd declareren van zorg toe. Een fijnere tariefstructuur betekent namelijk dat zorgaanbieders uit meer verschillende tarieven kunnen kiezen om dezelfde zorg te declareren dan bij een grovere tariefstructuur. Voor de prikkel tot selectie betekent dit dat zorgaanbieders een alternatief hebben voor het niet behandelen van zorggebruikers met hoge verwachte kosten van zorg. Zij kunnen deze zorggebruikers behandelen en de zorg tegen een hoger tarief declareren. Daardoor neemt de prikkel tot selecteren af. Voor de prikkel tot het verkeerd declareren van zorg betekent dit echter dat zorgaanbieders nagenoeg dezelfde zorg kunnen declareren tegen een hoger tarief. Een fijnere tariefstructuur betekent namelijk dat zorgaanbieders vaker grensgevallen tegenkomen waarbij zij nagenoeg dezelfde zorg ook tegen een hoger tarief kunnen declareren. Daardoor neemt de prikkel tot het verkeerd declareren van zorg toe.

De hoogte van de tarieven heeft, tot slot, voornamelijk invloed op de prikkel tot behandelen. Naarmate het tarief stijgt en de marge tussen het tarief en de variabele kosten toeneemt, wordt het voor een zorgaanbieder financieel gezien aantrekkelijker om meer te behandelen. Daarmee kan deze immers meer verdienen. Hetzelfde geldt ook voor het verhogen van een tarief van een bundel.

6 Conclusie

Het denkkader zorgbekostiging dat hierboven is beschreven, geeft in drie stappen inzicht in wat de effecten zijn van een verandering in de bekostiging. De eerste stap van het denkkader brengt de informatieasymmetrie in kaart tussen zowel zorgaanbieder en zorggebruiker als ook zorgaanbieder en zorginkoper. De aanwezigheid van informatieasymmetrie is relevant omdat dit de zorggebruiker en zorginkoper belet om te controleren of de zorgaanbieder de juiste zorg heeft geleverd. De tweede stap van het denkkader scoort in vier dimensies de manier waarop de zorg wordt bekostigd. Deze vier dimensies draaien om de informatie die wordt gebruikt voor betaling, het aantal verrichtingen dat wordt gebundeld, het aantal verschillende tarieven die zorgaanbieders kunnen hanteren, en de hoogte van de betaling. De scores van de bekostiging op deze vier dimensies kunnen vervolgens worden gebruikt om de financiële prikkels die zorgaanbieders ervaren in kaart te brengen. De financiële prikkels die dit denkkader daarbij onderscheidt, zijn het verlagen van de kosten van zorg, het selecteren van zorggebruikers, het veranderen van de kwaliteit van zorg, het over- of onderbehandelen van zorggebruikers, en het verkeerd declareren van zorg. Samen geven deze drie stappen een eerste inzicht in de effecten van de verandering van de bekostiging van zorg.

De toepassing van het denkkader is geïllustreerd via drie casussen die als bijlage bij dit denkkader zijn gevoegd. Het gaat hierbij om de volgende casussen: de mondzorg, de zorg voor licht verstandelijk beperkten,

en de acute zorg bij een hartinfarct. Deze casussen zijn gekozen om de toepassing van het denkkader te illustreren vanwege enerzijds de verschillen in de manier waarop zorgaanbieders betaald krijgen, en anderzijds vanwege de verschillen in de situaties van de zorggebruikers. In de mondzorg krijgen zorgaanbieders betaald per verrichting en kunnen zorgaanbieders kiezen uit meerdere tarieven om de zorg te declareren. De zorggebruikers in de mondzorg kunnen de zorg ook uitstellen, veel mondzorg is ook nog eens preventief van aard. In de acute zorg en de zorg voor licht verstandelijk beperkten, daarentegen, wordt een vast bedrag betaald voor een pakket of een bundel van zorg. De zorggebruikers kunnen de zorg niet uitstellen en de zorg is niet preventief van aard. Het onderscheid tussen deze twee is dat in het geval van zorg voor licht verstandelijke beperkten langdurig zorg nodig is en in het geval van acute zorg dit niet het geval hoeft te zijn.

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

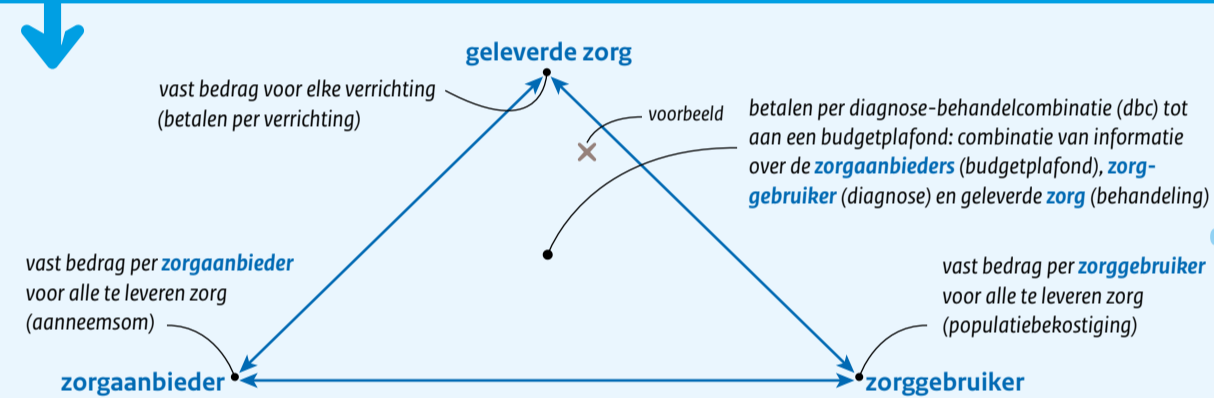
Vijf financiële prikkels die de keuzes van zorgaanbieders kunnen beïnvloeden



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

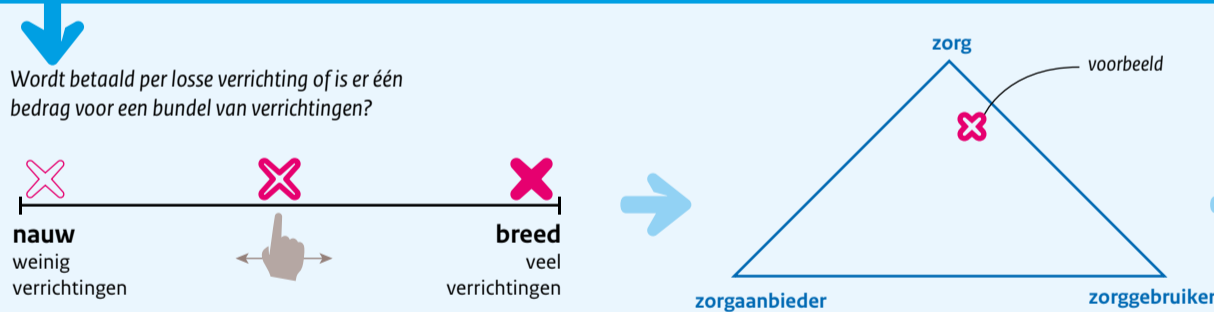
Effect van elk aspect op de verschillende prikkels:

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



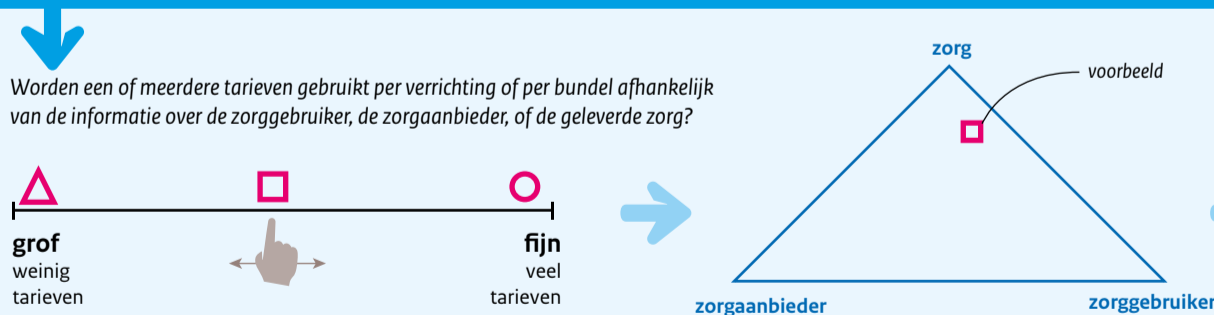
- Kosten verlagen:** neemt toe, effect op variabele of vaste kosten verschilt afhankelijk van de informatie gebruikt voor de bekostiging
- Selecteren:** neemt toe bij gebruik van informatie over zorgaanbieder of zorggebruiker en neemt af bij informatie over geleverde zorg
- Kwaliteit:** neemt toe bij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



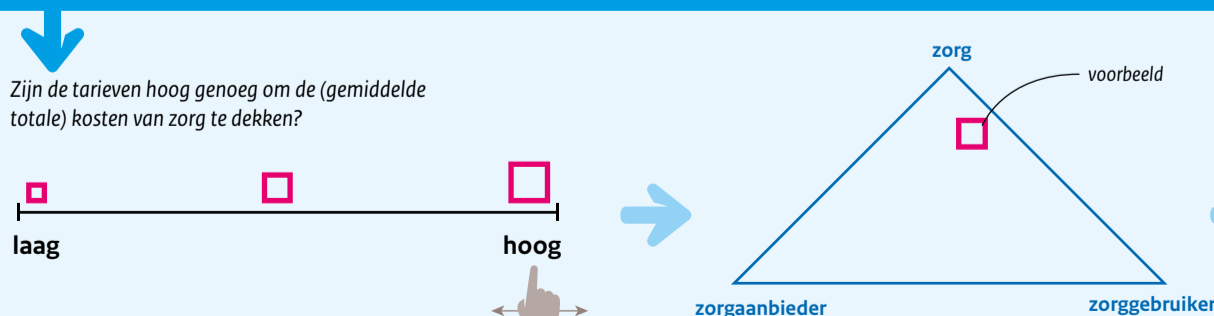
- Selecteren:** prikkel neemt toe met samenvoegen van verrichtingen in een bundel
- Behandelen:** prikkel neemt af met samenvoegen van verrichtingen in een bundel
- Overige prikkels:** geen effect

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



- 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)



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

Literatuur

Bolton, P., M. Dewatripont en A. Campbell, 2005, Contract theory, MIT Press, Cambridge, Mass.

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

Ellis, R.P. en M.M. Miller, 2008, Provider Payment Methods and Incentives, in International Encyclopedia of Public Health, Elsevier, : 395–402. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00173-8>.

Laffont, J.-J. en D. Martimort, 2002, The theory of incentives: the principal-agent model, Princeton University Press, Princeton, N.J.

McGuire, T.G., 2000, Chapter 9 Physician agency, in Handbook of Health Economics, Elsevier, vol. 1: 461–536. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80168-7](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80168-7).

Salanié, B., 2005, The economics of contracts: a primer, Second edition, , The MIT Press, Cambridge, Massachusetts London, England.