

1. Ja. Nu letten zorgverzekeraars nog teveel op de prijs en te weinig op de kwaliteit, omdat kwaliteit nog geen rol speelt in hun marktpositie en kostenbeheersing wel noodzakelijk is. Kwaliteit is voor hen vooral interessant als dit aangetoond kan worden aan verzekerden, hetgeen lastig blijft.
2. Ja.
3. Ik vraag mij af in hoeverre het noodzakelijk is dat het CTG of zorgverzekeraars inzicht hebben in de detaillering van de kostprijs per DBC-bouwsteen. Mijns inziens is de kostprijs een intern gegeven dat gebruikt wordt om intern te sturen en een onderbouwing te geven voor de prijsonderhandelingen. In het bedrijfsleven worden er toch ook geen kostprijsberekeningen als externe verantwoording verstrekt. Aan de hand van de prijs-kwaliteitverhouding bepalen de klanten of zij al dan niet met een aanbieder in zee gaan. De NMa toetst of er voldoende concurrentie is. Dit model is voor de gezondheidszorg ook hanteerbaar, zeker gezien de rol die de zorgverzekeraars ook spelen om de prijs-kwaliteitverhouding op peil te houden. Indien er m.i.v. 2006 toch een kostprijsmodel verplicht wordt dan lijkt het mij voor de hand liggen om aan te sluiten bij het actuele landelijke model omdat er anders door veel ziekenhuizen opnieuw inspanningen geleverd moeten worden.
4. De concurrentie tussen zorgverzekeraars baart mij meer zorgen dan tussen ziekenhuizen: de 5 grootste hebben in 2002 een marktaandeel van 67%. In de praktijk is de macht van zorgverzekeraars bij onderhandelingen nu al groter dan die van de zorgaanbieders. Een zorgaanbieder kan zich moeilijk een conflict met zijn grootste zorgverzekeraar(s) veroorloven vanwege de grote financiële belangen. Een zorgverzekeraar kan straks eenvoudig naar een andere zorgaanbieder binnen de regio overstappen. Er zijn genoeg aanbieders aanwezig, dan wel kunnen aanbieders toetreden tot de markt. Uit de CTG-analyse blijkt immers dat de ZBC's via de DBC's in segment-B in het algemeen hogere tarieven kunnen declareren
5. Schaalvoordelen zijn er wel bij het benutten van dure apparatuur en infrastructuur. Daarvoor is een grotere omvang nodig dan een kleinschalige DBC, die hiervoor terugvalt op de voorzieningen binnen ziekenhuizen.
6. Analyse van toetredingsdrempels is goed. Hieraan kan nog de actuele stand still toegevoegd worden waardoor het voor ziekenhuizen onmogelijk is om WZV-vergunning te verkrijgen. Dit belemmert ziekenhuizen ernstig in hun mogelijkheden om te werken aan verbetering van de concurrentiepositie.
7. Als ZBC's ook klinische DBC's uit het B-segment mogen gaan aanbieden is het waarborgen van de kwaliteit essentieel. Recente publicaties laten zien dat de kwaliteit bij een redelijk fors aantal ZBC's niet voldoende is. De klinische DBC's zijn vaak zwaarder en meer risicovol. Hoe wordt geregeld dat ZBC's patiënten niet selecteren aan de poort?
8. Het opheffen van het winstoogmerk zou kunnen, maar mag niet leiden tot voordelen voor enkele topbestuurders of aandeelhouders. Gezien de aard van het werk ligt een stichting m.i. echter meer voor de hand. Omdat de risico's toenemen spreekt de WfZ al van toekomstige solvabiliteitseisen van minimaal 10%. Dan moeten zorgaanbieders in staat gesteld worden om hogere exploitatieoverschotten te realiseren, zonder dat dit leidt tot ingrepen van anderen (overheid, CTG of zorgverzekeraars). Het zou mooi zijn als het ook mogelijk wordt om personeel extra te belonen voor geleverde prestaties; hetgeen nu lastig is binnen de CAO.
9. Geen bezwaar tegen openstellen WfZ voor ZBC, onder gelijke condities als ziekenhuizen.
10. Het lijkt mij goed dat zittende marktpartijen minder invloed hebben op de raming van de behoefte aan nieuwe medisch specialisten. Inbreng van deskundigen hierbij is wel noodzakelijk maar eigen belangen van zittende specialisten mogen hierin geen rol spelen.
11. Nadeel MTO: ziekenhuis en specialist zitten oneindig aan elkaar vast en legt het ziekenhuis zwaardere plichten op dan de specialist. Het DMS is nodig om de samenwerking binnen een ziekenhuis te regelen. De invoering van de geregleerde marktwerking noodzaakt tot de invoering van een nieuwe toelatings-overeenkomst die past bij de spelregels van de marktwerking en de verantwoordelijkheid daarin van het ziekenhuisbestuur.
12. M.i. zijn alle toetredingsdrempels vermeld. Wegnemen van toetredingsdrempels is in principe goed. Wel moet goed gelet worden op de verhouding t.o.v. andere landen, waar niet altijd integrale kostprijzen in de gezondheidszorg berekend worden. Als deze partijen eenvoudiger toegang krijgen tot de Nederlandse markt leidt dat tot oneerlijke concurrentie.
13. Fusie kan ook ingegeven zijn om continuïteit van het zorgaanbod binnen een regio te waarborgen. Twee kleine ziekenhuizen zijn hier apart wellicht niet toe in staat en samen wel, door efficiency maar ook door grotere aantrekkingskracht op medische specialisten (dat is een andere marktmacht dan hier bedoeld). Blz. 42 bovenaan: ik zie niet hoe zorgverzekeraars bijdragen aan de mogelijkheid voor zorgaanbieders om te hoge prijzen te vragen doordat zij informatie moeten uitwisselen. Dergelijke informatie uitwisseling kan net zo goed leiden tot een druk op de prijzen. In de praktijk proberen zorgverzekeraars ziekenhuizen tegen elkaar uit te spelen. Ik zie vooral een rol voor de patiënten en zorgverzekeraars bij het volgen en reageren op fusies (nadat er al vooraf een toets door de NMa uitgevoerd is) en niet zozeer voor het CTG. Als het gefuseerde ziekenhuis de prijzen verhoogt, zullen de patiënten – gestuurd door de zorgverzekeraars - op termijn kiezen voor een andere aanbieder. Zorgaanbieders hebben al aangegeven dat zij binnen enkele jaren

- mogelijk overgaan tot het stimuleren van verzekerden om te kiezen voor voorkeursaanbieders. In vind inzage van het CTG in de verzekeringscode en postcode te ver gaan en onnodig gezien de belangen die zorgverzekeraars hebben om goede, niet te dure zorg in te kopen.
14. Bij Rhön-Klinikum zijn de medisch specialisten wel in loondienst voor het klinische deel maar wordt de poliklinische zorg aangeboden door hun eigen privé-praktijken. Dit leidt tot dubbele diagnostiek e.d. De medisch specialisten hebben dus nog grote financiële belangen naast hun dienstverband. Ook voor de verticale integratie vind ik de rol van de NMa vooraf en de zorgverzekeraars (vooraf en achteraf) voldoende. Mij bekruipt het gevoel dat de zorgverzekeraars en het CTG dezelfde monitoring willen uitvoeren hetgeen onvermijdelijk leidt tot extra lasten voor het ziekenhuis.
  15. Binnen de zorg geen concrete voorbeelden voorhanden.
  16. Overstapdrempels zijn m.i. goed weergegeven. Ik denk inderdaad dat een prijsprikkel op het moment dat zorg nodig is beter is dan vooraf, omdat anders mensen te snel kiezen voor een goedkope polis en daar later spijt van hebben. Het toekennen van een bonus is echter ook lastig omdat zorgverzekeraars geen zicht hebben op de effecten van zo'n maatregel. In het verleden blijken prikkels in de gezondheidszorg nogal eens ongewenste bijwerkingen op te leveren. Ik denk dat het voor patiënten (met name oudere patiënten of patiënten die de taal niet goed beheersen) erg lastig is om de polissen van zorgverzekeraars te vergelijken. De reclamegelden zouden m.i. deels aangewend moeten worden aan duidelijke voorlichting.
  17. Meer transparantie is uiteraard van belang voor de patiënt en daarvan afgeleid voor de zorgverzekeraar. De algemene set van prestatie-indicatoren kan hiertoe uitgebreid worden. Het is van belang dat daarbij de nadruk ligt op echt belangrijke zaken. Alle extra rapportages over kwaliteit (of andere aspecten) gaan immers ten koste van de tijd die behandelaars kunnen besteden aan de daadwerkelijke zorg. De kwaliteitseisen die nu in de zorginkoopgids vermeld zijn gaan op een aantal onderdelen te ver. Om dat goed te kunnen registreren is een EPD noodzakelijk, hetgeen in veel ziekenhuizen nog niet beschikbaar is. Volgens mij brengen zorgverzekeraars wel degelijk informatie over zorgprofielen bij elkaar, aangezien zij hierom vragen bij zorgaanbieders.
  18. Ja.
  19. Indicatoren die aansprekend zijn voor patiënten zodat zij dit mee kunnen nemen in hun keuze voor een zorgaanbieder, net als duidelijke informatie over prijzen. Ook voor zorgverzekeraars moeten er zulke indicatoren komen zodat patiënten daar ook een bewuste keuze kunnen maken.
  20. Ik zie vooral een rol voor de zorgverzekeraar om excessieve prijzen te voorkomen. Ik geloof er niet in dat er ziekenhuizen zijn met zo'n marktmacht dat zij excessieve prijzen kunnen afdwingen. De zorgverzekeraars zullen dat tegengaan door daar minder zorg in te kopen. De schaarste op de markt neemt af door de nieuwe toetreders, dus krijgen zorgverzekeraars meer mogelijkheden om hun zorg elders in te kopen. Er wordt niet gesproken over het bewaken van te lage prijzen die mogelijk door zorgverzekeraars afgedwongen worden op grond van hun marktmacht. Het is denkbaar dat de prijzen tenderen naar de laagste prijs, die beïnvloed kan zijn door arbitraire aspecten in de kostentoekening of het afsluiten van een specifieke deal voor een DBC. Zoals al eerder aangegeven lijkt globale monitoring van verkoopprijzen en kwaliteit door het CTG mij voldoende. Als er in de komende jaren problemen ontstaan kunnen er nadere maatregelen getroffen worden.
  21. Een prijs is excessief als de markt niet bereid is om deze prijs te bepalen of geen alternatief heeft om zorg van een vergelijkbare kwaliteit elders goedkoper in te kopen.
  22. Ik zie niet goed hoe ziekenhuizen te hoge prijzen kunnen onderhandelen in het gereguleerde A-segment (prijzen staan immers vast) of specifiek alleen voor de klinische DBC's in het B-segment. De zorgverzekeraars hebben immers een tegengesteld belang; zij willen de concurrentie juist bevorderen en zullen hier niet aan mee werken. De gemiddelde landelijke kostprijzen zijn beschikbaar als referentiekader. Een administratieve scheiding tussen het A- en B-segment lijkt mij uiterst bureaucratisch en ongewenst! De rol van het CTG is opnieuw te zwaar aangezet. De meeste ziekenhuizen hebben volgens mij helemaal geen financiële ruimte om kruisbestuiving toe te passen. Als de schoning van het FB-budget niet gedekt wordt dan ontstaan er al gauw exploitatietekorten.
  23. Geen.
  24. Geen, er staan er volgens mij te veel.
  25. Geen opmerkingen.
  26. Vooralsnog wordt er niet onderhandeld over DBC's in het A-segment, alleen over FB-budgetparameters in het A-segment. Teughoudende opstelling CTG lijkt mij inderdaad voldoende.
  27. Monitoren inkoopmacht zorgverzekeraars is een logische actie naast het monitoren van de marktmacht van zorgaanbieders.
  28. Doordat de exploitatie van ziekenhuizen onder druk komen te staan als gevolg van lage opbrengstprijzen of onvoldoende aantallen DBC's.
  29. Inkoopmacht kan leiden tot financiële druk op ziekenhuizen, zie de publiciteit rond AGIS.
  30. Geen.
  31. Geen.

32. Geen.
33. Geen aanvullingen.