

vraag 1

Wellicht als 5e kenmerk toevoegen dat de continuïteit op langere termijn - met name opleiding van medische en verpleegkundige functies - integraal onderdeel uitmaakt van de bedrijfsvoering en niet beperkt blijft tot de academische ziekenhuizen. Dit investeren in de toekomst vertroebelt het proces van prijsvorming. Het kan ook elders in het document terugkomen omdat ZBC's daar geen last van hebben maar de mensen bij de ziekenhuizen wegplukken.

vraag 5

In de nieuwe ZN-inkoopgids staan ook weer minimumeisen, zoals bijvoorbeeld min. 50 heupen per specialist en 100 op ziekenhuisniveau. Voor diverse ingewikkelde ingrepen zijn door de beroepsgroep of wetenschappelijke vereniging minimum-aantallen genoemd. Ook zorgverzekeraars hanteren voor diverse functies minimumnormen. Bijvoorbeeld het aantal bedden high en medium care neonatologie voor satellietziekenhuizen van het academische ziekenhuis met de functie neonatologie. Verder is voor minimaal invasieve operatieve ingrepen het leereffect evident.

vraag 7

Essentieel blijft wel de goede achtervang-afspraken met nabijgelegen ziekenhuizen. Klaarblijkelijk schort het daar nu ook aan, afgaande op openbaar geworden gegevens van de IGZ. Openstelling voor klinische DBC's heeft wel weer een hoog 'krenten uit de pap risico'. Zo is bijvoorbeeld de heup-DBC een clustering van eerste en tweede - of zo je wilt: gecementeerd en ongecementeerd - en zal een ZBC zich wellicht richten op eerste heupen bij 60-jarigen zonder comorbiditeit.

vraag 8

Tot op zekere hoogte is toestaan van winstoogmerk niet nieuw: onderschrijdingen van het budget kunnen worden toegevoegd aan de RAK en kennen een bepaalde mate van bestedingsvrijheid maar de herinvestering van deze 'winst' blijft binnen het vierkant / binnen de zorg, terwijl bij een echt winstoogmerk deze gelden weglekken. Winstoogmerk zorgverzekeraars: dan moet je ook iets doen aan de huidige vereveningsmechanismen i.v.m. WTZ etc..

vraag 11

Er zijn per ziekenhuis en tussen ziekenhuizen afspraken over taakverdeling dan wel marktverdeling: bijvoorbeeld dermatologie - chirurgie (varices), chirurgie - orthopedie, orthopedie - neurochirurgie etc. en die zijn deels inhoudelijk en deels financieel bepaald, al dan niet afgedekt door MTO en DMS maar zolang er goodwill bestaat, zal zich dat voor blijven doen.

vraag 13

Ziekenhuisfusies zijn er grofweg in 2 soorten: enerzijds fusies als Venlo-Venray, Tilburg-Waalwijk, Arnhem-Velp etc., waarbij na de fusie de lokaties sterk verschillende profielen krijgen (ene lokatie vooral dagopnames en short stay voor laag-risico-ingrepen) en anderzijds de fusies waarbij hoofdlocaties blijven bestaan en met name de voordelen behaald moeten worden in de secundaire processen. Met uitzondering van Deventer / Salland Zorgverzekeringen is het primaire werkgebied van de zorgverzekeraar groter dan het adherentiegebied van (gefuseerde) ziekenhuizen.

vraag 16

Er is natuurlijk ook een hoop 'gedwongen winkelnering': IZZ voor de zorgsector, grote zorgverzekeraars voor eigen personeel en de grote collectiviteiten.

vraag 17 t/m 19

De markt voor ICT in de gezondheidszorg is eigenlijk (veel) te klein en daarnaast erg specifiek en (te) vaak wijzigingen. Dat is één van de verklaringen waarom ook de 'harde kant' van DBC-ICT zoveel problemen geeft. Verder ligt de belevingswereld van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en 'derden' erg ver uit elkaar wat betreft kwaliteit en dat maakt het niet waarschijnlijk dat e.e.a. op korte termijn in geïntegreerde systemen is op te nemen en dus veel administratieve last met zich brengt.

vraag 20

Het CTG heeft thans schoningsprijzen afgegeven op basis van CGAO 9 en grofweg zitten wij op een 33-33-33 verhouding wat betreft meer dan 10% duurder of goedkoper of erbinnen. Wellicht dat dat plaatje na de nu lopende ronde van detailbesprekingen per maatschap er anders uit gaat zien. Niet koppelbare inzet of verrichtingen (geen CTG-nummers) zitten dus ook niet in de profielen zoals die uit CGAO 9 rollen. Als voorbeeld diabetes-DBC's, waarbij de inzet van diëtiste, diabetesverpleegkundige, psycholoog en podotherapeut (nog) niet direct koppelbaar is aan deze DBC's. Voor die DBC's zal de reële prijs dus (zeer waarschijnlijk) hoger liggen dan het afslagbedrag en ogenschijnlijk excessief lijken (?). Verder heeft de zorgverzekeraar-marktleider aangegeven zaken in bepaalde profielen te willen, die er nu nog niet inzitten maar wel aantoonbaar meer gaan kosten. Vraag is ook of de op te richten onderhoudsorganisatie soortgelijke kostenverhogende profielaanpassingen kan bijbenen.

vraag 22

Voor het A-segment is er geen bruikbaar referentiemateriaal. Voor welke A-segment-verrichtingen zijn bruikbare wachtlijstgegevens en productiestatistieken? Er is een groot grijs gebied in het A-segment dat 'ingeruild' kan worden voor tijd t.b.v. het B-segment. Verder is het zo dat het CTG nu afslagbedragen heeft afgegeven en dat de verwachting is dat de marktprijzen in de buurt van deze bedragen zullen liggen. Slechts bij meerproductie valt er te verdienen aan DBC's waarvan de kostprijs onder het niveau van het afslagbedrag ligt of is te brengen en dan blijft dat voor dit ziekenhuis zeer waarschijnlijk onder de 1% van het B-segment, dus plm. 0,1% van het totale budget van het ziekenhuis.

vraag 25

Op detailniveau zijn er voor het B-segment enkele honderden DBC's. Wij hebben 50 profielen uitgewerkt en de marktleider-zorgverzekeraar wil eigenlijk niet verder gaan dan onderhandelen over 10 - 15 geclusterde DBC's. Zeer waarschijnlijk zal de clustering niet uniform worden en dat maakt de vergelijking ook al moeilijk. De nieuwe ZN-inkoopgids gaat bijvoorbeeld uit van clustering van 554-31, 32 en 33 cataracten, terwijl wij juist de 32 (dagopname) en 33 (opname) willen scheiden. Diezelfde gids clustert bij interne de 4 diabetes-DBC's (zonder complicaties, met, pomptherapie en zwangerschapsdiabetes). Wellicht spreken wij met de marktleider clustering af maar voor de algemene prijslijst niet. Voor een beoordelaar op afstand zou dat prijsdiscriminatie kunnen heten.

vraag 27 t/m 29

Inkoopmacht zorgverzekeraar kan voor het B-segment 'leuk lijken' (meer of meer kwaliteit voor hetzelfde geld etc.) maar als de zorgverzekeraar dat de zorgaanbieder oplegt en de zorgaanbieder dat moet verrekenen met het A-segment, dan kan per saldo sprake zijn van consumentennadeel, terwijl het op voordeel lijkt want zo is het voor het B-segment afgesproken. Reeds eerder heb ik dat grijze gebied in het A-segment genoemd. Niet ondenkbaar is dat de

marktleider cataracten slechts wil afspreken tegen het laagst bekende ZBC-tarief en dat zou zelfs onder het niveau van het afslagbedrag kunnen liggen.

overig

Zorgverzekeraars hadden voor hun ziekenfondsdeel te maken met de vast-variabel-systematiek. Vaste kosten kennen een laag risico en variabele een hoog. Aldus kon het resultaat van een verzekeraar bij een zelfde kostenniveau behoorlijk verschillen, afhankelijk van de verschuiving tussen vaste en variabele kosten. Op dit moment heb ik niet in beeld of het model van verzekeraarsbudgettering al is aangepast voor DBC's. Klaarblijkelijk gaat de invoering van het B-segment gepaard met een verhoging van het variabele deel, dus op voorhand met een verslechterend netto-resultaat. Dat roept reacties op van de verzekeraar, die mogelijk marktverstoring of marktwerkingverstoring te noemen zijn. Vervolgens moet in 2006 de basisverzekering ingaan dus op enig moment in 2005 is de verzekeringsportefeuille bij alle verzekeraars nul en is vervolgens de vraag hoeveel mensen zich 'nieuwe stijl verzekeren' bij diezelfde verzekering. Dat regardeert o.a. de publiekrechtelijke markt (IZA, IZR). Vraag is dan waar de zorgverzekeraar zich in het kader van risicoreductie op richt? Is dat de zorgmarkt of is dat werving en behoud van verzekerden?