

Rapport

De stand van zaken betreffende de onderhandelingen over het B-Segment in januari 2008

Een kwalitatief onderzoek onder inkopers van zorgverzekeraars

Drs. Caroll van de Cappelle

E9925 | 7 februari 2008

Januari 2008

In opdracht van: Nederlandse Zorgautoriteit

Inhoud

1	Introductie	0
1.1	Inleiding	0
1.2	Doelstelling	0
1.3	Methode	0
1.4	Opzet	1
1.5	Doelgroep	1
1.6	Interpretatie van onderzoekgegevens en rapportage	1
2	Referentiekader	2
2.1	De respondenten	2
2.2	De zorgverzekeraar	2
3	De lopende onderhandelingen	3
3.1	Start onderhandelingen betreffende het B-segment	3
3.2	De stand van zaken betreffende de lopende onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en de ziekenhuizen	3
3.3	Indruk van de lopende onderhandelingen	4
4	Uitbreiding ziekenhuiszorg in B-Segment	6
4.1	Beleving uitbreiding ziekenhuiszorg in B-segment (van 10 naar 20%)	6
4.2	De gevolgen van de uitbreiding in het B-segment op de onderhandelingen	7
5	De ontwikkelingen in volume	9
5.1	Stand van zaken betreffende volume afspraken	9
5.2	Inhoud van de volume afspraken	9
5.3	Het aantal ziekenhuizen waarmee volume afspraken gemaakt worden	10
5.4	Het volume van 2007 ten opzichte van 2006	10
5.5	Het volume van 2008 ten opzichte van 2007	11
5.6	De ontwikkeling van het volume in de toekomst	11
5.7	De verschuivingen in volume tussen zorgaanbieders	11
6	De ontwikkelingen in prijs	13
6.1	De uitbreiding in het B-segment en de gevolgen voor de contractprijzen	13
6.2	De contractprijzen van 2008 ten opzichte van 2007	14
7	Diversen	15
8	Conclusies	16
	Bijlagen	1

1 **Introductie**

1.1 **Inleiding**

In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft TNS NIPO een kwalitatief onderzoek onder zorginkopers van zorgverzekeraars uitgevoerd betreffende de stand van zaken in de onderhandelingen over het B-segment. Daarnaast is ook gekeken naar de ontwikkelingen in volume en prijs en de gevolgen van de uitbreiding van de ziekenhuiszorg in het B-segment voor de onderhandelingen. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode van 7 tot en met 11 januari 2008. Alle interviews hebben plaatsgevonden op de werkplek van de respondenten.

1.2 **Doelstelling**

De doelstelling van het onderzoek is meerledig en als volgt geformuleerd:

- Het verkrijgen van een algemene eerste indruk betreffende de onderhandelingen tussen zorginkopers en zorginstellingen op dit moment.
- Het verkrijgen van inzicht in de gevolgen van de uitbreiding van de ziekenhuiszorg in het B-segment (van 10% naar 20%) voor de onderhandelingen
- Het verkrijgen van inzicht in de ontwikkelingen van volume en prijs.

Dit ten behoeve van het advies van NZa betreffende (mogelijke verdere) uitbreiding van het B-segment.

1.3 **Methode**

Gekozen is voor de methode van kwalitatief onderzoek, omdat enerzijds alle aspecten die leven rondom het onderwerp aan bod kunnen komen en anderzijds omdat het onderzoek een sterk inventariserend karakter heeft. Binnen het kwalitatieve onderzoek is gekozen voor de methode van diepte interviews. Dit vanwege het feit dat de situatie betreffende de onderhandelingen een individuele aangelegenheid is van de diverse zorginkopers en daardoor ook beter individueel behandeld kan worden. Verder bieden diepte interviews praktische/organisatorische voordelen in het uitvoeren van het onderzoek boven een groepsdiscussie (het is organisatorisch zeer lastig om deze doelgroep op één tijdstip op één dag bij elkaar te krijgen).

1.4 Opzet

In totaal zijn 5 kwalitatieve interviews gerealiseerd. Waarvan 1 interview met 2 personen heeft plaatsgevonden.

Het betrof hier allen face to face diepte interviews. De gesprekken duurden elk ruim 1 uur. De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van een checklist. De checklist is opgenomen als bijlage van dit rapport.

1.5 Doelgroep

De doelgroep voor het onderzoek betrof zorginkopers van zorgverzekeraars. De selectie van de respondenten is uitgevoerd door TNS NIPO. De steekproefsamenstelling zag er als volgt uit:

Naar leeftijd van de respondenten:

- 30-35 jaar: n = 3
- 36-40 jaar: n = 1
- 41-50 jaar: n = 2

Naar geslacht van de respondenten:

- Mannen: n = 5
- Vrouwen: n = 1

Naar type verzekeraar:

- Kleine regionale verzekeraar: n = 2
- Middelgrote regionale verzekeraar: n = 1
- Grote landelijke verzekeraar: n = 2

1.6 Interpretatie van onderzoekgegevens en rapportage

Kwalitatief onderzoek is vooral verkennend en inventariserend van aard. De resultaten ervan moeten dan ook in de eerste plaats gezien worden als indicaties of als hypothesen en niet als cijfermatig bewezen zekerheden. Dit rapport geeft de belangrijkste resultaten van het onderzoek weer.

Om accenten in de tekst te kunnen leggen zijn enkelvoudige aanhalingstekens gebruikt; citaten van respondenten zijn cursief en door middel van dubbele aanhalingstekens weergegeven.

De resultaten van dit onderzoek staan uitsluitend ter beschikking van de opdrachtgever en de door hem gemachtigden.

2 Referentiekader

2.1 De respondenten

De functies die de respondenten bekleden bij de diverse verzekeraars variëren en komen op het volgende neer:

- Zorginkoper
- Senior zorginkoper
- Manager zorginkoop

De ervaring met de zorginkoop van de respondenten wisselt van relatief kort tot gemiddeld en heel erg lang. Meer in detail heeft men de volgende ervaring:

- Het merendeel van de respondenten heeft tussen de 3 en 5 jaar ervaring bij de zorgverzekeraar.
- Een klein deel van de respondenten geeft aan wel 25 jaar ervaring te hebben bij de zorgverzekeraar.

Over het algemeen is men pas kort, veelal 2 jaar of korter in de huidige functie werkzaam. Echter iedereen was in de periode daarvoor ook bij dezelfde zorgverzekeraar werkzaam. De een in een soortgelijke functie, de ander in een andere functie. Belangrijk is dat iedereen ook daarvoor bij de inkoop van zorg betrokken was en nog steeds is.

2.2 De zorgverzekeraar

De zorgverzekeraars die deelgenomen hebben aan het onderzoek kunnen qua grootte als volgt omschreven worden:

- Een paar kleine, regionale verzekeraars.
- Een middelgrote, regionale verzekeraar.
- Een paar grote, landelijke verzekeraars.

Het merendeel van de verzekeraars is aangesloten bij een inkoopcombinatie voor de inkoop van ziekenhuiszorg in het B-segment. Een en ander betekent dat de zorgverzekeraars die tarieven hanteren die de inkoopcombinatie heeft afgesproken met de ziekenhuizen waar men zelf niet onderhandelt en waar men weinig klanten heeft.

3 De lopende onderhandelingen

3.1 Start onderhandelingen betreffende het B-segment

Normaal gesproken blijken de onderhandelingen betreffende de inkoop van de zorg in het B-segment ergens in augustus/september van het jaar te beginnen. Augustus/september als startperiode blijkt voor de meeste zorginkopers ook een wenselijke situatie te zijn. Afgelopen jaar (2007) zijn de onderhandelingen voor de zorginkoop in het B-Segment voor 2008 pas zeer laat gestart. De onderhandelingen zijn variërend eind november, begin december en half december gestart.

De reden voor deze late start van de onderhandelingen wordt volledig toegeschreven aan de NZa, die volgens de respondenten zo laat de tarieven (opschoningsprijzen) voor het nieuwe B-segment bekend heeft gemaakt. Zowel ziekenhuizen als verzekeraars wilden niet beginnen met de onderhandelingen over prijzen voordat de opschoningstarieven bekend waren.

“Zowel ziekenhuizen als verzekeraars willen weten waarover men praat.”

Wel zijn de meeste verzekeraars al eerder (september/oktober) begonnen met het bespreken van de zorgprofielen (de zorginhoud).

3.2 De stand van zaken betreffende de lopende onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en de ziekenhuizen

Gesteld kan worden dat de onderhandelingen voor 2008 over het algemeen nog absoluut niet afgerond zijn:

- Voor geen enkele verzekeraar zijn de onderhandelingen al helemaal afgerond.
- Voor sommige verzekeraars moeten de onderhandelingen met het grootste deel van de ziekenhuizen nog beginnen.
- Voor andere verzekeraars zijn de onderhandelingen met alle ziekenhuizen wel al begonnen, maar zijn deze nog niet afgerond.

De datum waarop men verwacht dat de onderhandelingen afgerond zullen zijn, wisselt sterk per verzekeraar en lijkt ook te maken te hebben met de grootte van de verzekeraar:

- De wat kleinere, regionale verzekeraars verwachten de onderhandelingen met de meeste ziekenhuizen in februari rond te hebben. Met de laatste ziekenhuizen verwacht men er in maart uit te komen.
- De grote, landelijke verzekeraars verwachten in maart de onderhandelingen met de meeste ziekenhuizen afgerond te hebben. Ergens in april/mei verwacht men de onderhandelingen met alle ziekenhuizen afgerond te hebben.

De reden waarom de onderhandelingen voor de inkoop van de zorg in het B-segment voor 2008 nog niet afgerond zijn wordt toegeschreven aan de volgende factoren:

- Zowel ziekenhuizen als verzekeraars wilden niet starten met de onderhandelingen voordat men duidelijkheid / zekerheid had over het B-segment. Dit zowel qua type DBC's die eronder vallen, als qua schoningsprijzen.
- Iedereen moest erg lang wachten op de beleidsregels. De NZa is laat gekomen met de tarieven van het nieuwe B-segment (de opschoningsprijzen). Deze tarieven zijn pas begin/half december 2007 bekend gemaakt.
- De onderhandelingen op zich betreffen taaie discussies, waar tijd overheen gaat.
- Over de opschoningsprijzen die de NZa gegeven heeft blijken veel vragen te bestaan. Er blijken (volgens de zorgverzekeraars) ook veel fouten in te zitten.

3.3 Indruk van de lopende onderhandelingen

Door de zorginkopers zijn de volgende aspecten genoemd, die goed lopen in de onderhandelingen met ziekenhuizen:

- De discussie over de kwaliteit van de zorg. Dit wordt een serieuzer item om over te praten. Ziekenhuizen geven hier ook meer informatie over.
“Het wordt steeds normaler bij ziekenhuizen om over kwaliteit van de zorg te praten. Dit was voorheen zeker niet het geval.”
- De relatie met de ziekenhuizen is over het algemeen aangenaam.
- Men is constructief.
- Er is meer professionaliteit in de onderhandelingen dan voorheen. Zaken gaan gemakkelijker lopen.
- De gesprekken over de zorgprofielen verlopen soepeler.
“We zijn er met zijn allen aan gewend geraakt.”
- Er zijn nu meer dingen mogelijk bij ziekenhuizen ten opzichte van 2 tot 3 jaar geleden.
- De ziekenhuizen laten het schoningstarief voor het oude B-segment steeds meer los. Er wordt (voor het oude B-segment) steeds meer gekeken naar de kostprijs. Voor het nieuwe B-segment geldt dat de ziekenhuizen en zorgverzekeraars lang nog niet konden en wilden onderhandelen omdat de schoningstarieven nog niet bekend waren.

Zorginkopers noemen de volgende aspecten, die minder goed lopen in de onderhandelingen met ziekenhuizen:

- De verschillen in de kapitaalscomponent tussen de verschillende ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen hebben te maken met zware kapitaalslasten, terwijl dit voor anderen niet of veel minder het geval is.
- Er is nog geen eenduidigheid in informatievoorziening door de ziekenhuizen. Het gevolg is dat de informatie die men krijgt vooralsnog lastig vergelijkbaar is voor de zorginkopers.
- De onderhandelingen met de ziekenhuizen (over het nieuwe B-segment) gaan met name over de prijs. Met de inhoud is men nog nauwelijks bezig. Wat betreft de onderhandelingen over het oude B-segment, daar begint kwaliteit een steeds grotere rol te spelen.
- Over de inhoud van de profielen is het moeilijk te onderhandelen.

- Het blijft lastig om de profielen van het nieuwe B-segment te vertalen naar prijs, omdat zowel ziekenhuizen als verzekeraars weinig referentie hebben.
- De kennis van de zorgverzekeraars van het product is beperkt. Hetgeen het onderhandelen lastig maakt.

Als echte bottleneck in de onderhandelingen worden meerdere malen de verschillende kapitaalslasten van de ziekenhuizen genoemd. Voor 2008 hadden de verzekeraars voor de prijzen van het B-segment niet met deze kapitaalslasten te maken. Deze werden op een andere manier door de ziekenhuizen bekostigd. Nu per 1-1-2008 werken deze kapitaalslasten wel door en vormen ze een onderdeel van de DBC-prijs in het B-segment. Doordat er een enorm verschil bestaat in kapitaalslasten tussen de ziekenhuizen, ontstaan er ook enorme verschillen in prijzen in het B-segment tussen ziekenhuizen.

Hoewel iedereen van mening is dat er wel een oplossing gaat komen voor het omgaan met deze kapitaalslasten, vindt men dat dit geen item is dat individueel tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar opgelost kan worden. Men beschouwt dit als een universeel probleem dat landelijk aangepakt dient te worden.

Deze kapitaalslasten blijken voor iedereen een probleem te zijn, maar ze spelen nog sterker bij kleinere, regionale zorgverzekeraars die te maken hebben met zware kapitaalslasten bij meerdere ziekenhuizen in hun kernregio (bijvoorbeeld meerdere ziekenhuizen die recent nieuwbouw gepleegd hebben).

4 Uitbreiding ziekenhuiszorg in B-Segment

4.1 Beleving uitbreiding ziekenhuiszorg in B-segment (van 10 naar 20%)

Alle zorgverzekeraars zijn van mening dat een groot B-segment positief is. Het oude FB-systeem beschouwt men als een achterhaald en failliet systeem waarvan men het liefst zo snel mogelijk af is. Voor de zorgverzekeraars mag het B-segment over het algemeen zo groot mogelijk zijn. Een volledig vrije markt voor de gezondheidszorg acht men niet mogelijk, maar een B-segment dat richting 60 tot 70% vrije markt gaat zouden zorgverzekeraars graag zien.

De volgende voordelen van een groot B-segment zijn genoemd door zorgverzekeraars:

- In het B-segment kan men het meer over de prijs hebben. Dit in tegenstelling tot het A-segment waarin prijzen minder transparant zijn.
- Hoe groter het vrije marktdeel is (B-segment), hoe groter het potentieel onderhandelingsresultaat van de verzekeraar kan zijn. Het gevolg hiervan is dat de prikkel tot selectieve inkoop bij verzekeraars groter is.
- Alles wordt transparanter. Men weet waar men aan toe is.

Conclusie: Hoe groter het B-segment, hoe groter het deel waar de verzekeraar kosten gerelateerd kan inkopen. Dit betekent dat de verzekeraar prijs en prestatie op elkaar kan afstemmen en keuzes kan maken tussen ziekenhuizen.

Hoewel verzekeraars voorstander zijn van een groot B-segment staat men veelal negatief tegenover de stapsgewijze uitbreiding met steeds kleine stapjes (eerst 10% nu 20% B-segment). De eerste uitbreiding van 10% van het B-segment wordt veelal als logisch en praktisch beschouwd. Voor iedereen was het vrije B-segment toen nieuw en onzeker en iedereen moest er aan wennen. Men is echter van mening dat men nu aan het oude B-segment gewend is. Men weet wat de vrije markt betekent en hoe onderhandelingen gaan. Bij deze verder gaande uitbreiding van het B-segment had men liever meteen een grotere stap dan weer 10% gezien. Toch is men van mening dat een B-segment van 20% altijd beter is dan een B-segment van 10%.

De kleine stapsgewijze uitbreiding van het B-segment ervaart men overwegend als negatief. Hiervoor geeft men de volgende motivatie:

Bij iedere uitbreiding opnieuw concentreert alles zich rond de technische discussie.

Iedere keer opnieuw moet iedereen aan de nieuwe situatie wennen. Dit heeft tot gevolg dat men zich niet kan concentreren op de inhoud van de zorg.

- Men heeft te maken met verandering op verandering op verandering. Dit brengt iedere keer weer een hoop onzekerheid en onrust met zich mee.
- Men heeft te maken met een hybride systeem. Zo lang het om kleine stapjes qua uitbreiding van het B-segment gaat, blijft men met het oude systeem zitten. (Het is juist dat oude systeem waar iedereen eigenlijk vanaf wil en waaraan allerlei nadelen zitten).
- Men zit iedere keer opnieuw op opschoningsprijzen te wachten.

Wordt er gekeken naar de voordelen en nadelen van een groter B-segment (20%) op dit moment dan komt het volgende beeld naar voren:

- De voordelen van het grotere B-segment zijn op dit moment nog maar beperkt, te weten:
 - Er is wat meer marktwerking (20% van de markt is meer dan de 10% van voorheen), maar deze marktwerking geldt nog steeds voor een beperkt deel van de totale markt.
 - De ziekenhuizen profileren zich meer. Ze gaan ook steeds efficiënter werken.
- Het nadeel van het grotere B-segment op korte termijn komt neer op het volgende:
 - Het creëert veel onzekerheid (risico's in zorgkosten) voor beide partijen (ziekenhuizen en zorgverzekeraars). Zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars hebben nog weinig zicht op de daadwerkelijke kosten van de nieuwe DBC's.

4.2 De gevolgen van de uitbreiding in het B-segment voor de onderhandelingen

Opgemerkt dient te worden dat de onderhandelingen nog maar net gestart zijn en het heel moeilijk is voor de zorgverzekeraars om nu al precies aan te geven wat er veranderd is in de onderhandelingen. Dit is veelal pas in een later stadium aan te geven. Toch kan men hier nu al iets over opmerken.

De uitbreiding van het B-segment blijkt invloed gehad te hebben op de onderhandelingen. Hierin worden de volgende veranderingen waargenomen:

- De onderhandelingen zijn enorm vertraagd en veel te laat begonnen (dit door het te laat afgeven van opschoningsprijzen door de NZa).
- Het proces van onderhandelen is veranderd. Voor alle DBC's die erbij gekomen zijn in het B-segment kan men weer helemaal overnieuw beginnen. Er moet nieuwe informatie over de nieuwe DBC's verzameld worden.
- In de wijze van onderhandelen is volgens de verzekeraars weinig veranderd, maar wat wel belangrijk is, het gaat nu wel over een groter deel.
“Het kunstje / het truckje van de onderhandelingen is hetzelfde gebleven, maar het gaat nu alleen over meer (over een groter B-segment).”
→ Dit heeft wel tot gevolg dat het (financieel) belang groter is. Bij beide partijen staat er meer druk op. Dit heeft weer tot gevolg dat iedereen scherper wordt en dat men minder snel concessies zal doen.
- Voor 2008 zijn er een aantal onzekerheden bij de ziekenhuizen bijgekomen die doorwerken in de onderhandelingen. Het gaat hier om de volgende onzekerheden:
 - De kapitaalslasten.
 - De honoraria van de ondersteunende medisch specialisten zijn onderhandelbaar.
 - Het uurtarief van de specialisten is veranderd.
 - De opschoning door de NZa.

Samenvattend kan gesteld worden dat de veranderingen op de onderhandelingen vooral neerkomen op de volgende twee punten:

- De volumes in het B-segment zijn groter geworden en daarmee ook de financiële belangen die ermee gemoeid zijn.
- Er zijn een aantal onzekere factoren bijgekomen die doorwerken in de onderhandelingen.

De gevolgen van de veranderde onderhandelingen voor de verzekeraars zijn:

- Het strategisch belang van de inkoop voor zorgverzekeraars neemt toe, omdat het B-segment groter is.
- Omdat de belangen groter zijn geworden loopt men meer risico's (dit geldt zowel voor de verzekeraars als ook voor de ziekenhuizen).
- Men wil meer risico's afdekken in prijs en volumes. Dit heeft tot gevolg dat:
 - Men wil meer harde afspraken maken.
 - Men wil staffel afspraken maken.

5 De ontwikkelingen in volume

5.1 Stand van zaken betreffende volume afspraken

Voor 2008 blijkt nog niemand van de ondervraagde verzekeraars volume afspraken gemaakt te hebben. De grotere en landelijke verzekeraars zijn er wel van overtuigd dat er volume afspraken voor 2008 gemaakt zullen gaan worden. De kleinere en middelgrote regionale verzekeraars blijken wel graag volume afspraken te willen maken, maar zij zijn van mening dat de ziekenhuizen dit liever niet willen. Hier wordt veelal gesproken over bepaalde omzet (volume x prijs) of lumpsum afspraken. Indien er dan over dit afgesproken omzet bedrag heengegaan wordt, zijn er 2 opties mogelijk: ofwel er dient weer opnieuw onderhandeld te worden, ofwel er wordt een staffel afgesproken.

Bij het al dan niet maken van volume afspraken lijkt er sprake te zijn van verschil in machtsverhoudingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen:

- Voor de kleine, regionale verzekeraars geldt dat de macht bij de ziekenhuizen ligt.
- De grotere, landelijke verzekeraars blijken wel een tegenpartij voor de ziekenhuizen te vormen.

5.2 Inhoud van de volume afspraken

Over de inhoud van de volume afspraken wordt verschillend gedacht door de verzekeraars. Gesteld kan worden dat er gekozen wordt voor één of voor een mix van de volgende opties:

- Een staffel.
In dit geval spreekt men een absoluut volume niveau af. Indien het volume boven dit niveau stijgt, dan voert het ziekenhuis de behandelingen uit tegen een lagere prijs. Deze lagere prijs is mogelijk omdat de ziekenhuizen de vaste kosten dan al terug verdienen hebben. Zo kan men verschillende niveaus vaststellen, waarbij de prijs per volume eenheid gaat dalen indien deze overschreden wordt.
- Omzet afspraken. Afspraken op verwachting van het aantal behandelingen maal een tarief. Per DBC wordt het aantal behandelingen afgesproken dat er geleverd gaat worden. Uitgangspunt hierbij is het aantal behandelingen in 2007.
- Het volume bewust beperken.
In dit geval streeft de verzekeraar er naar om bewust een laag volume in te kopen. Dit doet men omdat ofwel de prijs van het ziekenhuis te hoog is ofwel omdat de kwaliteit slecht is.

5.3 Het aantal ziekenhuizen waarmee volume afspraken gemaakt worden

Het aantal ziekenhuizen waarmee volume afspraken gemaakt wordt blijkt per verzekeraar te verschillen en duidelijk samen te hangen met de grootte van de verzekeraar.

- De grotere, landelijke verzekeraars maken afspraken met heel veel ziekenhuizen.
 - Ze maken in ieder geval afspraken met die ziekenhuizen waar een groot volume zit (Voor een enkele verzekeraar blijken dit vrijwel alle ziekenhuizen te zijn.)
 - Ze maken in ieder geval afspraken met alle ziekenhuizen in de kernregio (bijvoorbeeld zo'n 30 tot 40 ziekenhuizen). Dit omdat daar een groot volume zit en daardoor een heel groot deel van de kosten.

De motivatie waarom men met zo'n groot aantal ziekenhuizen / alle ziekenhuizen volume afspraken maakt is de volgende: Het volume bij die ziekenhuizen is groot genoeg om er afspraken over te maken. Men kan zich niet permitteren om daar risico's te lopen.

- De kleinere en middelgrote, regionale verzekeraars maken slechts afspraken met een beperkt aantal ziekenhuizen (bijvoorbeeld 5 of 6 ziekenhuizen). Men maakt zelf meestal afspraken met alle ziekenhuizen in de kernregio. De motivatie hiervoor is de volgende:
 - De volumes bij deze ziekenhuizen zijn groot en maken het de moeite waard om er goede afspraken over te maken.
 - Men kan de volumes bij deze ziekenhuizen beter voorspellen.
 - Men kent elkaar goed. Men zit vaker met elkaar om de tafel.

Voor de overige ziekenhuizen hanteert men de tarieven die door de inkoopcombinatie zijn uitonderhandeld.

5.4 Het volume van 2007 ten opzichte van 2006

Men is van mening dat er in 2007 een stijging in volume heeft plaatsgevonden ten opzichte van 2006. De oorzaak van deze stijging wordt toegeschreven aan een combinatie van factoren zoals:

- Volume ontwikkeling door toename van de zorgvraag van mensen. (Door de jaren heen is de zorgvraag van mensen alleen maar toegenomen. Per individu wordt er nu meer zorg gevraagd dan 20 of 50 jaar geleden. Deze zorgvraag blijkt alleen maar toe te nemen en nooit af te nemen.)
- Volume ontwikkeling door autonome stijging. Hierbij kan gedacht worden aan:
 - Vergrijzing van de bevolking.
 - Bevolkingsgroei.
 - Factoren als het politieke klimaat en de ontwikkeling van de economie.
- Volume ontwikkeling door toename van het aanbod aan zorg. Hierbij kan gedacht worden aan:
 - Ziekenhuizen doen meer aan marketing, waardoor het volume toeneemt.
 - Wachtlijsten kunnen weggevoerd worden, waardoor het volume stijgt.

- De indicatiestelling kan veranderd worden, waardoor het volume kan stijgen. (Bij dit aspect wordt aangegeven dat het zou kunnen spelen, maar dat dit aspect niet hard te maken is.)

5.5 Het volume van 2008 ten opzichte van 2007

Ook voor de periode 2008 ten opzichte van 2007 verwacht men unaniem een stijging in het volume. Deze stijging in volume wordt in principe toegeschreven aan dezelfde factoren als de stijging het jaar ervoor (2007). Hierbij kan de volgende nuance aangebracht worden:

- Enerzijds kan de volume ontwikkeling toegeschreven worden aan factoren die vrijwel altijd spelen zoals: toename van de zorgvraag van mensen en door autonome stijging.
- Anderzijds is deze volume ontwikkeling met name toe te schrijven aan toename van het aanbod aan zorg. Deze heeft te maken met de systeem wijziging (uitbreiding van het B-segment). In 2008 speelt een aantal aspecten die leiden tot extra volume stijging, te weten:
 - Het wegwerken van wachtlijsten in het nieuwe B-segment wordt nu financieel aantrekkelijk.
 - Zowel ziekenhuizen als specialisten willen graag meer produceren in het B-segment, omdat dit hun meer oplevert.

Door de uitbreiding van het nieuwe B-segment zal er dus een extra groei in het volume optreden.

5.6 De ontwikkeling van het volume in de toekomst

Over het algemeen verwacht men een toename in volume voor de toekomst, hetgeen hoofdzakelijk toegeschreven kan worden aan toename van het aanbod aan zorg. Het B-segment zal in de toekomst steeds verder uitgebreid worden (steeds een klein stukje). Bij elke systeem wijziging (uitbreiding B-segment) zal elke keer weer een volume stijging plaatsvinden in het dan nieuwe B-segment. Tijdelijk zal dit een enorme stijging zijn, maar daarna zal afvlakking plaatsvinden. Maar het volume niveau zal steeds op hoger niveau uitkomen dan daarvoor gebruikelijk was.

Als het FB-systeem weg is en het B-segment volledig uitgebreid is, dan ontstaan kostprijns gerelateerde afspraken. Dan zal de productie (het volume) nog wel groeien, maar veel minder snel en gelijkmatiger. De groei heeft dan meer te maken met autonome stijging en met groei van de zorgvraag.

5.7 De verschuivingen in volume tussen zorgaanbieders

Het merendeel van de respondenten ziet langzaam aan al verschuivingen in volume tussen zorgaanbieders ontstaan. Deze verschuivingen in volume worden toegeschreven aan het volgende:

- Ziekenhuizen gaan meer aan marketing doen. Het ene ziekenhuis doet dit beter dan het andere.
- Sommige ziekenhuizen ontwikkelen speerpunten en proberen daarmee meer patiënten te trekken.

Verzekeraars hopen ook dat er verschil in volumes tussen ziekenhuizen zullen ontstaan. Er zullen verschillen in prijs ontstaan. De prijs kwaliteitsverhouding van de ziekenhuizen verschilt. Dit betreft in ieder geval een aspect dat de verzekeraars zullen stimuleren. Omdat verzekeraars verschillen in prijs zullen gaan zien, zullen zij volume afspraken willen gaan maken.

6 De ontwikkelingen in prijs

6.1 De uitbreiding in het B-segment en de gevolgen voor de contractprijzen

Er wordt heel wisselend gedacht over de gevolgen van de uitbreiding van het B-segment voor de contractprijzen.

- De een vindt het te vroeg om daar een zinnig antwoord op te geven omdat de onderhandelingen nog maar net gestart zijn.
- De ander geeft een antwoord gericht op de ontwikkeling in prijzen op de korte termijn (dus de prijzen voor 2008) in het nieuwe B-segment.
- Weer een ander geeft een antwoord gericht op de ontwikkeling in prijzen in het B-segment op de lange termijn.
- En weer een ander verwacht dat de uitbreiding van het B-segment geen invloed heeft op de contract prijzen.

Alles samenvattend blijkt er een volgend beeld naar voren te komen betreffende de ontwikkeling in contractprijzen.

Op **korte termijn** verwacht men een **stijging van de contractprijzen**. Hiervoor geeft men de volgende motivatie:

- Voorheen stelde de NZa de prijzen vast voor het deel dat toen nog in het A-segment viel. Daar was geen discussie over mogelijk. Voor het deel dat nu in het B-segment valt, stellen de ziekenhuizen de prijzen zelf vast.
- De ziekenhuizen blijken enorm hoge prijzen vast te stellen (prijzen die hoger zijn dan de opschoningsprijzen plus een index). Hiervoor geeft men de volgende redenen:
 - De budgetten van de ziekenhuizen staan enorm onder druk. Men wordt in het A-segment aan alle kanten gekort (taakstelling). Ziekenhuizen verwachten in het A-segment in de rode cijfers te komen. Men stelt daarom hogere prijzen in het B-segment.
 - Ziekenhuizen hebben op dit moment te maken met allerlei onzekerheden, waardoor zij risico's lopen. Deze risico's wil men afdekken door het vragen van hogere prijzen in het B-segment.

De onzekerheden die er (per 1-1-2008) voor de ziekenhuizen in de onderhandelingen bij zijn gekomen betreffen de volgende items:

- De kapitaalslasten.
- De honoraria van de ondersteunend medisch specialisten zijn onderhandelbaar.
- Het uurtarief van de medisch specialisten is veranderd.
- De opschoning door de NZa.

Op **lange termijn** (als er vrije marktwerking is voor een groot B-segment) verwacht men (met name de grotere en landelijke verzekeraars) een **daling van de contractprijzen**. Hiervoor geeft men de volgende motivatie:

- De verzekeraars hebben dan een beter beeld van/inzicht in de markt.
- De onzekerheden van de ziekenhuizen zullen zijn weggenomen.
- Ziekenhuizen kunnen dan tegen kostprijs produceren.
“Ziekenhuizen zullen gaan werken zoals een ieder normaal bedrijf dat doet. De kostenstructuur zal dan samenhangen met de opbrengststructuur.”
 → Het gevolg hiervan is dat de prijzen omlaag kunnen.

6.2 De contractprijzen van 2008 ten opzichte van 2007

Men verwacht een **stijging** van de contractprijzen van 2008 ten opzichte van 2007. Hierbij wordt wel een onderscheid aangebracht tussen het oude en het nieuwe B-segment.

- Voor het oude B-segment zal een geringe prijsstijging plaatsvinden. Deze prijsstijging zal vooral toegeschreven kunnen worden aan normale indexatie (van rond de 3%). De eigenlijke prijzen in het oude B-segment zullen stabiliseren op eenzelfde niveau.
- In het nieuwe B-segment verwacht men een extra prijsstijging boven op de normale indexatie (van rond de 3%). Deze extra prijsstijging wordt toegeschreven aan:
 - Het afdekken van de risico's door de ziekenhuizen.
 - De onbekendheid van ziekenhuizen met kostprijzen. Het duurt een jaar voordat ziekenhuizen deze informatie hebben.

7 Diversen

Hieronder volgt een overzicht van slotopmerkingen die respondenten graag kwijt wilden aan de NZa:

- De NZa moet volgens een (kleinere, regionale) verzekeraar rekening houden met twee aspecten, te weten:
 - De marktmacht. Deze marktmacht ligt nu bij de ziekenhuizen. Zij hebben het overwicht. Vrije marktwerking werkt in zijn visie alleen als beide partijen gelijke macht hebben.
 - De verschillende posities waarin verzekeraars kunnen verkeren met betrekking tot de kapitaalslast van de ziekenhuizen.
“Wij zijn een kleine, regionale verzekeraar, die toevallig heel zwaar de kapitaalslasten bij meerdere ziekenhuizen voor de kiezen krijgt. Bij landelijke verzekeraars wordt dit veel meer gespreid.”
- Men wil af van het hybride systeem.
- Men is voor een snelle voortgang van de liberalisering van de medisch specialistische zorg.
- Men wil geen maatstafconstructies.
- Men wil dat de beleidsregels eerder uitgegeven worden. Dan kan men zich eerder en beter voorbereiden op de onderhandelingen.
- Men wil de opschoningstarieven van de NZa graag eerder ontvangen.
- Men wil graag één inflatie percentage.

8 Conclusies

Uit het onderzoek kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- De (prijs) onderhandelingen betreffende de inkoop van de zorg in het B-segment voor 2008 zijn pas zeer laat gestart (half december 2007). De reden hiervan wordt toegeschreven aan het late tijdstip waarop de NZa de type DBC's die in het nieuwe B-segment vallen en de opschoningsprijzen heeft gegeven.
- Voor alle verzekeraars geldt dat de onderhandeling nog lang niet zijn afgerond. Men is pas net gestart met de prijsonderhandelingen.
- De datum waarop men de onderhandeling hoopt af te ronden varieert van februari/maart tot eind mei 2008.
- Een echte bottleneck in de onderhandelingen betreft de kapitaalslasten van de ziekenhuizen. Deze component speelt mee in de onderhandelingen voor het B-segment. Er blijkt een groot verschil tussen ziekenhuizen te bestaan betreffende deze kapitaalslasten en daardoor ontstaan er enorme verschillen in prijzen in het B-segment tussen ziekenhuizen.
- Zorgverzekeraars staan positief ten opzichte van een groot B-segment. Het oude FB-systeem beschouwt men als een achterhaald en failliet systeem. Hier is men het liefst zo snel mogelijk vanaf.
- Een groot B-segment geeft verzekeraars het volgende voordeel: hoe groter het vrije marktdeel (B-segment) is, des te groter het potentieel onderhandelingsresultaat van de verzekeraar kan zijn. Het zal prikkelen tot selectieve inkoop.
- De steeds weer kleine en stapsgewijze uitbreiding van het B-segment wordt als negatief ervaren. Reden:
 - Alles concentreert zich bij iedere uitbreiding weer op de technische discussie.
 - Men heeft steeds weer opnieuw met veranderingen te maken hetgeen onzekerheid en onrust geeft.
 - Men heeft te maken met een hybride systeem. Zolang het om kleine stapjes gaat blijft men met het oude systeem zitten.
 - Men zit iedere keer weer op opschoningsprijzen te wachten.
- Op dit moment percipieert men de voordelen van een groter B-segment nog als beperkt (Er is wat meer marktwerking, maar dit is nog maar beperkt omdat het B-segment nog maar een beperkt deel van de markt betreft; En ziekenhuizen profileren zich meer). Men ziet nu vooral het nadeel, namelijk het creëert veel onzekerheid (risico's in zorgkosten) voor beide partijen. Ziekenhuizen hebben nog weinig zicht op de daadwerkelijke kosten van de nieuwe DBC's.
- De belangrijkste gevolgen van de uitbreiding in het B-segment op de onderhandelingen komen neer op het volgende:
 - De volumes zijn groter geworden en daarmee ook de financiële belangen die ermee gemoeid zijn.
 - Er zijn een aantal onzekere factoren bijgekomen die doorwerken in de onderhandelingen (kapitaalslasten; honoraria van de ondersteunende medisch specialisten zijn onderhandelbaar; het uurtarief van de specialisten is veranderd; de opschoningsstarieven van de NZa).

- De uitbreiding van het B-segment heeft tot gevolg dat het strategisch belang van de inkoop van de zorgverzekeraars toeneemt. Zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen lopen meer risico. Met als gevolg dat beide partijen meer risico's willen afdekken (meer harde afspraken maken; staffel afspraken maken).
- Er zijn nog geen volume afspraken gemaakt voor 2008, maar het ligt wel in de lijn der verwachtingen dat deze er gaan komen. (Dat geldt met name voor grotere, landelijke verzekeraars.)
- De inhoud van de volume afspraken kan verschillen per ziekenhuis. Men verwacht steeds één of een mix van de volgende opties: staffel; omzetafspraken o.b.v. het aantal verwachte behandelingen maal het uurtarief; het volume bewust beperken.
- Men verwacht een toename in volume voor de toekomst door uitbreiding van het B-segment. Bij iedere systeemwijziging (uitbreiding B-segment) zal iedere keer tijdelijk een enorme volume stijging plaatsvinden door toename van aanbod van de zorg (omdat het voor ziekenhuizen en specialisten aantrekkelijk is om in het B-segment te produceren). Daarna zal afvlakking plaatsvinden. Als het B-segment volledig uitgebreid is ontstaan kostprijs gerelateerde afspraken. De productie zal dan nog wel groeien, maar veel gelijkmatiger. Dat heeft dan meer te maken met autonome stijging en met groei van de zorgvraag.
- Op korte termijn zal de uitbreiding van het B-segment leiden tot stijging van de contractprijzen. De ziekenhuizen stellen de prijzen vast. De prijzen worden door de ziekenhuizen vrij hoog ingezet (hoger dan de opschoningsprijs plus een index) om de volgende redenen:
 - De ziekenhuizen hebben nog weinig zicht op de daadwerkelijke prijzen van de DBC's.
 - De budgetten van de ziekenhuizen staan enorm onder druk (A-segment). Men probeert dit te compenseren door hogere prijzen in het B-segment.
 - De ziekenhuizen hebben te maken met veel onzekerheden en lopen daardoor risico's. Men probeert de risico's af te dekken door hoge prijzen in het B-segment te vragen.

Op lange termijn (als er vrije marktwerking is voor een groot B-segment) verwacht men een daling van de contractprijzen. De verzekeraars hebben dan een beter beeld van de markt gevormd. De onzekerheden van de ziekenhuizen zijn dan weggenomen. De ziekenhuizen kunnen dan tegen kostprijs produceren, met als gevolg dat de prijzen dan omlaag kunnen.

Bijlagen

Bijlage 1 Checklist

Checklist met inkopers zorgverzekeraars (E 9925), v3

20 December 2007

TNS NIPO

Doelstelling interviews:

- *Het verkrijgen van een algemene eerste indruk betreffende de onderhandelingen tussen zorginkopers en zorginstellingen op dit moment.*
- *In het bijzonder willen we inzicht in de ontwikkelingen van volume en prijs en de gevolgen van de uitbreiding van de ziekenhuiszorg in het B-segment (van 10% naar 20%) op de onderhandelingen. Dit ten behoeve van het advies (mogelijke verdere) uitbreiding van het B-segment.*

Aanpak

- *N = 5 mondelinge diepte interviews op de werkplek van de respondent (zorginkoper bij zorgverzekeraars)*
- *Duur interviews: 45 minuten*
- *Planning interviews (week 2 in 2008)*

1. Introductie (5 min)

- Introductie TNS NIPO
- Uitleg onderzoekssituatie: geluidsopnames en anonimiteitwaarborg.
- Toelichting doel van het onderzoek / In dit gesprek staan 2 onderwerpen centraal:
 - Wat is uw indruk van de (lopende) onderhandelingen over het B-segment tussen verzekeraars en ziekenhuizen tot nu toe.
 - Wat verwacht u van de ontwikkelingen in prijs en volume in het licht van de uitbreiding van de ziekenhuiszorg in het B segment in 2008 (van 10 naar 20%)
- Er is geen sprake van goede of foute antwoorden. Het gaat om uw mening, indruk en ervaringen.

2. Kennismaking (5 min.)

- Respondent stelt zichzelf voor in de zin van:
 - Leeftijd, functie.
 - Hoe lang bent u werkzaam in deze functie.
 - Wat zijn globaal uw taken en verantwoordelijkheden.
- Hoe zou u de verzekeraar waar u werkt omschrijven:
 - Behoort de verzekeraar tot de grotere, middelgrote of kleinere maatschappijen.
 - Is de zorgverzekeraar een landelijke of regionale verzekeraar.

- Wat is de regio waar de meeste klanten zitten en waar men het meest actief is qua inkoop van zorg.
- In hoeverre is men aangesloten bij inkoopcombinaties als het gaat om inkoop van ziekenhuiszorg. Bij welke inkoopcombinaties is men aangesloten.
- Eventuele andere kenmerken van de verzekeraar.

3. Stand van zaken van de lopende onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen (10 min.)

Als u kijkt naar de stand van zaken betreffende de onderhandelingen met ziekenhuizen over het B-segment voor 2008.

- Wanneer, in welke periode van het jaar beginnen deze onderhandelingen.
- In hoeverre zijn deze onderhandelingen voor 2008 al helemaal afgerond.
- Wat is uw indruk van de stand van zaken op dit moment.
 - Wat schat u, met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) zijn de onderhandelingen al helemaal afgerond.
 - Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) moeten de onderhandelingen nog plaatsvinden.
 - Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) bent u in onderhandeling, maar zijn deze nog niet afgerond.
- Kunt u hierop een toelichting geven.
 - Waarom zijn deze onderhandelingen nog niet afgerond.
 - Wanneer verwacht men dat de onderhandelingen afgerond zijn.
- Wat is uw indruk van de (lopende) onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen op dit moment.
 - Wat verloopt goed, wat verloopt minder goed. Waarom. Waar ligt dat aan.
 - Wat zijn bottlenecks.

4. Uitbreiding ziekenhuiszorg in B segment (van 10% naar 20%) per 1-1-2008 (10 min)

Zoals u weet is de ziekenhuiszorg per 1-1-2008 in het B-segment uitgebreid tot 20%.

Beleving uitbreiding B-segment

- Wat vindt u van deze verandering. Hoe kijkt u hier als zorginkoper tegenaan.
- Ziet u deze uitbreiding van het B-segment als een voordeel of nadeel. Waarom.
- Wat zitten er voor u verzekeraar / zorginkoper voor voordelen en nadelen aan deze uitbreiding van het B-segment. Waarom

Gevolgen uitbreiding B-segment voor onderhandelingen

- Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de ziekenhuizen over het B-segment. Kunt u dit toelichten.
- Wat is er precies veranderd in de onderhandelingen. Waar komt dat door.
- Op welke punten / aspecten zijn de onderhandelingen veranderd.

- Wat zijn de gevolgen van deze (veranderde) onderhandelingen voor de zorgverzekeraars.

5. Volume ontwikkelingen (10 min)

De verwachting van de ontwikkelingen in volume (aantal uitgevoerde behandelingen) in het licht van de uitbreiding van de ziekenhuiszorg in het B segment in 2008 (van 10 naar 20%)

- Heeft u voor 2008 volume afspraken gemaakt
- Hoe zien deze volume afspraken eruit.
- In hoeverre maakt u volume afspraken met alle ziekenhuizen. Waarom.
- In hoeverre is er sprake van een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) in het B-segment van 2007 ten opzichte van 2006.
 - Waar schrijft men deze stijging of daling aan toe. Toelichting.
- Verwacht men een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van 2008 ten opzichte van 2007.
 - Waar schrijft men deze stijging of daling aan toe. Kunt u daar een toelichting bij geven.
- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B-segment gevolgen voor het volume (aantal uitgevoerde behandelingen). Op welke manier. Waarom.
- Hoe verwacht men dat deze volume afspraken zich in de toekomst verder gaat ontwikkelen. Waarom.
- Ziet men verschuivingen in het volume tussen zorgaanbieder. Bijvoorbeeld gaan sommige zorgaanbieders meer produceren dan anderen.

6. Prijs ontwikkelingen (5 min)

De verwachting van de ontwikkelingen in prijs in het licht van de uitbreiding van de ziekenhuiszorg in het B segment in 2008 (van 10 naar 20%)

- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B segment gevolgen voor de contract prijzen. Op welke manier. Waarom.
- Verwacht men een stijging / daling van contract prijzen in 2008 ten opzichte van 2007. Indien men dit niet weet: hoe schat men de contract prijzen afspraken voor 2008 in.
 - Waar schrijft men deze stijging of daling aan toe. Kunt u daar een toelichting bij geven.

7. Tot slot

- Heeft men verder nog vragen of opmerkingen naar aanleiding van dit gesprek.
- Bedanken voor de medewerking en overhandigen van de attentie

Bijlage 2 Samenvatting Interview 1 Zorgverzekeraars

1. REFERENTIEKADER

Respondent:

o Leeftijd?

33jaar / man

o Functie?

Nu manager 2^e lijnszorg.

Eerst was hij account manager ziekenhuizen (zorginkoper)

o Hoe lang bent u werkzaam in deze functie?

Hij werkt 4,5 jaar bij deze zorgverzekeraar. Eerst als account manager ziekenhuizen. Nu vanaf 1 december 2007 als manager 2^e lijnszorg.

o Wat zijn globaal uw taken en verantwoordelijkheden?

Management taken heeft hij niet besproken. Wat betreft de zorginkoop heeft hij de volgende taken:

- Verantwoordelijk voor de inkoop van de zorg in het A en B-segment.
- Relatiebeheer.

Verzekeraar:

o De verzekeraar behoort tot de:

Kleinere maatschappijen.

o De zorgverzekeraar is een:

Regionale verzekeraar.

o Wat is de regio waar de meeste klanten zitten en waar men het meest actief is qua inkoop van zorg?

Den Haag en omstreken.

o In hoeverre is men aangesloten bij inkoopcombinaties als het gaat om inkoop van ziekenhuiszorg:

Ja, bij VRZ (Vereniging Regionale Zorgverzekeraars). Bij VRZ zijn aangesloten: De Friesland, Salland, Zorg en Zekerheid, CZ Actief en Gezondheid, P & O.

o Eventuele andere kenmerken van de verzekeraar?

- De regionale verankering. Wij praten alleen met regionale zorgaanbieders (5 ziekenhuizen in de regio). Deze kennen wij vrij goed.
- We hebben een eigen apotheek en eigen zorgservice.

2. STAND VAN ZAKEN VAN DE LOPENDE ONDERHANDELINGEN TUSSEN ZORGVERZEKERAARS EN ZIEKENHUIZEN

- Wanneer, in welke periode van het jaar beginnen deze onderhandelingen?

Half december 2007.

Deze datum is afhankelijk van het tijdstip waarop de NZa de nieuwe tarieven voor het B-segment bekend maakt.

- In hoeverre zijn deze onderhandelingen voor 2008 al helemaal afgerond?

Deze onderhandelingen zijn nog zeker niet afgerond. Voor het deel dat hij zelf doet zijn de onderhandelingen met 1 ziekenhuis afgerond (Dat is dus 1 van de 5 ziekenhuizen, dus ongeveer 20%). Op het deel dat de anderen doen (dus via de VRZ) daar heb ik geen zicht op.

Ik ga ervan uit dat slechts een paar % van de onderhandelingen zijn afgerond.

- Wat is uw indruk van de stand van zaken op dit moment?

- Wat schat u, met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) zijn de onderhandelingen al helemaal afgerond?

5%

- Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) moeten de onderhandelingen nog plaatsvinden?

80%

- Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) bent u in onderhandeling, maar zijn deze nog niet afgerond?

15%

Dit heeft te maken met het feit dat de ziekenhuizen nog geen tarieven hadden. Alles is laat gestart, waardoor er nu nog veel onderhandelingen moeten plaatsvinden.

- Waarom zijn deze onderhandelingen nog niet afgerond?

Omdat de NZa zo laat kwam met het geven van de nieuwe tarieven van het B-segment, konden de onderhandelingen niet eerder starten (dat wilden zowel de ziekenhuizen als de zorgverzekeraars niet).

- Wanneer verwacht men dat de onderhandelingen afgerond zijn?

Men hoopt dat eind januari / begin februari 2008 met zo'n 60 to 70% de onderhandelingen afgerond te hebben.

Met de laatste ziekenhuizen hoopt men er in maart uit te zijn.

- Wat is uw indruk van de (lopende) onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen op dit moment?

Ik vindt dat de ziekenhuizen de tarieven in het B-segment erg hoog vaststellen. Hun budget staat onder druk. Het B-segment wordt duur.

○ Wat verloopt goed?

De ziekenhuizen laten het schoningstarief steeds meer los. Er wordt steeds meer gekeken naar de kostprijs. De ziekenhuizen maken een slag in efficiency. Het wordt normaler om over kwaliteit te praten.

○ Wat verloopt minder goed?

- Over de inhoud / de profielen zelf (zit in de DBC) is moeilijk te praten / onderhandelen.
- Men moet met allemaal een contract hebben.
- De zorgverzekeraar neemt een DBC af bij een ziekenhuis. Indien men een stuk uit zo'n DBC wil halen (bijvoorbeeld een MRI scan in een MRI Centrum) en dat door de huisarts wil laten doen, kan dat niet. Je betaalt de volledige DBC al bij het ziekenhuis. Indien de huisarts een deel van de zorg verleent, moet deze ook betaald worden. Er wordt dan dubbel betaald. Dit loopt nog niet goed!

○ Wat zijn bottlenecks?

Het feit dat door de wettelijke vergoedingsregeling (een verzekeraar moet zijn verzekerden altijd ongeveer 80% vergoeden) de contracten onderuitgehaald worden.

Toelichting: Er bestaan 2 soorten polissen:

- Natura polis (er wordt een contract afgesloten met een ziekenhuis)
- Restitutie polis (er is geen contract afgesloten met een ziekenhuis)

De verzekeraars hebben graag veel natura polissen, maar door de wettelijke regeling moet men ook restitutie polissen uitbetalen.

3. UITBREIDING ZIEKENHUISZORG IN B SEGMENT (VAN 10% NAAR 20%) PER 1-1-2008

Beleving uitbreiding B-segment

- Wat vindt u van deze verandering? Hoe kijkt u hier als zorginkoper tegenaan?
Op zich staat hij positief tegenover de uitbreiding van het B-segment. Hier is hij een voorstander van.
Maar het is jammer dat deze uitbreiding van 10 naar slechts 20% is gegaan. Hij ziet liever een nog veel groter B-segment of een geheel vrije markt.

- Ziet u deze uitbreiding van het B-segment als een voordeel of nadeel?
Op zich is de uitbreiding een voordeel. Zeker indien het vergeleken wordt met een B-segment van 10%.
Ik zie het als een tussenstapje naar een nog groter B-segment. Van het FB systeem (Functie gerichte Budgettering) moeten we af. Het FB systeem is een achterhaald systeem.
20% B-segment is altijd beter dan niets.

- Wat zitten er voor u als verzekeraar / zorginkoper voor voordelen en nadelen aan deze uitbreiding van het B-segment?
Er zitten vooral nadelen aan.
Het is weer een tussenstapje (weer een kleine uitbreiding). We zijn nog steeds niet bij een grotere vrije markt voor de zorg.
De onderhandelingen gaan vooral over wat nu de kostprijs is. De prijzen worden altijd alleen maar duurder vanwege het feit dat de ziekenhuizen opschonen naar de oude 100% (oude budgettering).

Gevolgen uitbreiding B-segment voor onderhandelingen

- Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de ziekenhuizen over het B-segment?
Weinig. De onderhandelingen gaan op dezelfde manier of het nu om 10 of 20% gaat. Het gaat wel om meer geld. De belangen worden wel groter.
- Wat is er precies veranderd in de onderhandelingen?
Er is weinig tot niets veranderd in de onderhandelingen. De belangen zijn groter waardoor men iets voorzichtiger is geworden.
- Op welke punten / aspecten zijn de onderhandelingen veranderd?
Niet veranderd.
- Wat zijn de gevolgen van deze (veranderde) onderhandelingen voor de zorgverzekeraars?
Omdat de belangen groter zijn geworden loopt men (zorgverzekeraar, maar ook de ziekenhuizen) meer risico.

4. VOLUME ONTWIKKELINGEN

- Heeft u voor 2008 volume afspraken gemaakt?

Nee, deze zijn niet gemaakt.

Men is afhankelijk van de tarieven die de ziekenhuizen bieden.

Vaak worden er wel omzet afspraken gemaakt.

- Hoe zien deze volume afspraken eruit?

Er zijn 3 mogelijkheden:

- Volume. Volume in aantal afspraken op diagnose niveau. Het gaat om absolute aantallen.
- Totale omzet. Je kijkt naar het aantal DBC die het jaar ervoor gerealiseerd zijn. Hier komt een bepaalde omzet uit voort. Deze omzet is de basis. Hier wordt dan een indexatie aan toegevoegd.
- Staffel. Een bepaald aantal (x aantal) behandelingen per jaar wordt vastgesteld op 100%. Gaat het ziekenhuis hierover heen (bijvoorbeeld 110%) Dan krijgt men van de zorgverzekeraar voor die laatste 10% een lagere prijs. Bij 120% krijgt men voor die 20% een nog lagere prijs etc.

- In hoeverre maakt u volume afspraken met alle ziekenhuizen?

Nee, die worden niet met alle ziekenhuizen gemaakt. Of men volume afspraken maakt is afhankelijk van de tarieven van de ziekenhuizen.

Voor 2007 gold er een lumpsum voor de bekostiging van specialisten. Dit jaar (2008) is deze lumpsum afgeschaft. Specialisten worden betaald via een uurtarief. → Het gevolg hiervan zal zijn dat het volume zal toenemen. Specialisten zullen om hetzelfde of een hoger inkomen te krijgen meer behandelingen willen doen. Indien er wachtlijsten zijn zal men proberen deze weg te werken.

- In hoeverre is er sprake van een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) in het B-segment van 2007 ten opzichte van 2006?

Stijging van circa **6 a 7%** in het volume.

- Waar schrijft men deze stijging aan toe?

Het is een combinatie van veel factoren:

- Volume ontwikkeling door toename van het aanbod.
- Ziekenhuizen doen veel meer aan marketing, waardoor het volume ook toeneemt.
- Indiciestelling kan verandert worden, waardoor het volume toeneemt.
- Wachtlijsten kunnen weggewerkt worden, waardoor het volume stijgt.

- Verwacht men een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van 2008 ten opzichte van 2007?

Enorme **stijging**.

- Waar schrijft men deze stijging aan toe?

Aan dezelfde factoren die de volume toename van 2007 t.o.v. 2006 hebben veroorzaakt te weten:

- Volume ontwikkeling door toename van het aanbod.

- Ziekenhuizen doen veel meer aan marketing, waardoor het volume ook toeneemt.
- Indicatiestelling kan verandert worden, waardoor het volume toeneemt.
- Wachtlijsten kunnen weggewerkt worden, waardoor het volume stijgt.

Daarnaast spelen in 2008 t.o.v. 2007 ook nog de volgende factoren mee:

- Ziekenhuizen zullen in het verleden gespaard hebben. Wachtlijsten zullen nu weggewerkt worden.
- Medisch specialisten zullen in 2008 betaald worden via een uurtarief. Hoe meer behandelingen zij zullen verrichten, des te meer zal men verdienen. Er zal vanuit de specialisten een druk ontstaan om meer behandelingen te realiseren.

- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B-segment gevolgen voor het volume (aantal uitgevoerde behandelingen)?

Er zal een stijging van het volume plaatsvinden. Zie voorgaande vraag.

Het wordt nu aantrekkelijk om wachtlijsten weg te werken.

- Hoe verwacht men dat deze volume afspraken zich in de toekomst verder gaan ontwikkelen?

Het B-segment zal steeds verder uitgebreid worden (steeds een stukje). Iedere keer weer zal men een volume stijging gaan krijgen. Tijdelijk zal men een enorme stijging krijgen, daarna zal afvlakking plaatsvinden, maar steeds op een hoger niveau dan daarvoor gebruikelijk was.

- Ziet men verschuivingen in het volume tussen zorgaanbieders? Bijvoorbeeld gaan sommige zorgaanbieders meer produceren dan anderen?

Ja, de een zal meer gaan produceren dan de ander. Maar het is moeilijk om aan te tonen dat het om een verschuiving gaat. De vraag is waar komen die patiënten vandaan. Wij als zorgverzekeraars weten dat niet. De ziekenhuizen weten wel waar die patiënten vandaan komen.

5. PRIJS ONTWIKKELINGEN

- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B segment gevolgen voor de contract prijzen?

Ziekenhuizen stellen enorme hoge prijzen vast in het B-segment. Dit omdat ze in het A-segment aan alle kanten gekort worden (taakstelling). De budgetten van de ziekenhuizen staan enorm onder druk. Ziekenhuizen verwachten in de rode cijfers te komen in het A-segment. Daarom stelt men hogere prijzen in het B-segment.

- Verwacht men een stijging / daling van contract prijzen in 2008 ten opzichte van 2007.

Ik verwacht hier een **stijging** van de contractprijzen. Eigenlijk zou je alleen een indexatie verwachten (rond de 3% stijging van de contractprijs). Maar de werkelijke contractprijzen zijn veel hoger. De ziekenhuizen vragen rond de 5 a 6% stijging. Dit verschil moet uitonderhandeld worden.

- Waar schrijft men deze stijging of daling aan toe? Kunt u daar een toelichting bij geven?

Zie vraag hiervoor.

6. SLOT OPMERKINGEN

Geen

Bijlage 3 Samenvatting Interview 2 Zorgverzekeraars

1. REFERENTIEKADER

Respondent:

○ Leeftijd?

34 jaar / man

○ Functie?

Senior zorginkoper ziekenhuizen

○ Hoe lang bent u werkzaam in deze functie.

Ruim 2 jaar als senior zorginkoper ziekenhuizen.

Ik ben 6 jaar werkzaam bij deze zorgverzekeraar.

○ Wat zijn globaal uw taken en verantwoordelijkheden.

Het inkopen van ziekenhuiszorg.

Het maken van afspraken over prijzen, volumes en kwaliteit. Dit moet uitmonden in contracten.

Een stukje beleidsvorming betreffende de in te kopen zorg van de verzekerden.

Ik ben verantwoordelijk voor de kostenontwikkelingen.

Verzekeraar:

○ De verzekeraar behoort tot de:

Kleinere maatschappijen.

○ De zorgverzekeraar is een:

Regionale verzekeraar.

○ Wat is de regio waar de meeste klanten zitten en waar men het meest actief is qua inkoop van zorg?

Het gebied tussen Amsterdam, Den Haag en Gouda.

○ In hoeverre is men aangesloten bij inkoopcombinaties als het gaat om inkoop van ziekenhuiszorg:

Ja, Eigenlijk zijn we bij 2 combinaties aangesloten:

- VRZ (Vereniging Regionale Zorgverzekeraars). Bij VRZ zijn aangesloten: De Friesland, Salland, Zorg en Zekerheid, CZ Actief en Gezondheid, Azivo en P & O.
- CZ, Delta Lloyd en Zorg en Zekerheid

○ Eventuele andere kenmerken van de verzekeraar?

We hebben geen winstoogmerk.

Het regionale aspect.

2. STAND VAN ZAKEN VAN DE LOPENDE ONDERHANDELINGEN TUSSEN ZORGVERZEKERAARS EN ZIEKENHUIZEN

- Wanneer, in welke periode van het jaar beginnen deze onderhandelingen?

Ik zou willen in september, maar dat is niet zo.

De onderhandelingen zijn eind november gestart. Dat komt omdat de landelijke organen (NZa) zo lang op zich laten wachten met de regelgeving en systematiek.

Afgelopen zomer is men wel al gestart met de planvorming en met het inkoopbeleid vast te stellen.

- In hoeverre zijn deze onderhandelingen voor 2008 al helemaal afgerond?

Deze zijn nog niet afgerond.

- Wat is uw indruk van de stand van zaken op dit moment.

Wordt er gekeken naar **omzet**, dan is 70% de onderhandelingen wel gestart, maar nog niet afgerond.

Wordt er gekeken naar het **aantal** ziekenhuizen, dan moet er bij heel veel ziekenhuizen nog met de onderhandelingen gestart worden.

Ik heb alleen zicht op de **onderhandelingen die ik zelf doe**. Dat deel dat wij inkopen via de inkoopcombinatie heb ik geen zicht op.

- Wat schat u, met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) zijn de onderhandelingen al helemaal afgerond?

0%

- Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) moeten de onderhandelingen nog plaatsvinden?

94% van het aantal ziekenhuizen

- Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) bent u in onderhandeling, maar zijn deze nog niet afgerond?

6% van het aantal ziekenhuizen. Maar dit is wel circa 70% van de omzet.

Het betreft hier de 6 ziekenhuizen in mijn kernregio. Met al deze ziekenhuizen zijn de onderhandelingen gestart, maar nog niet afgerond.

- Waarom zijn deze onderhandelingen nog niet afgerond.

Dat heeft meerdere redenen:

- De onderhandelingen zijn laat gestart (eind november 2007). De reden hiervan is dat men moest wachten op de beleidsregels.
- Het zijn taaie discussies. Hier gaat tijd overheen.
- Er moest eerst zekerheid zijn over wat het B-segment behelst qua type DBC en schoningsprijzen.

- Wanneer verwacht men dat de onderhandelingen afgerond zijn?

Het streven was om de onderhandelingen voor 1-1-08 afgerond te hebben. Maar dat is niet gelukt. Hij streeft er nu naar om alles voor 1 of half februari afgerond te hebben.

- Wat is uw indruk van de (lopende) onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen op dit moment?
 - Het is allemaal heel ingewikkeld.
“Ik kan het zelf soms allemaal niet volgen.”
 - Er bestaat veel onduidelijkheid over de schoningssystematiek. → Klopt de schoning van de NZa wel?
 - De ziekenhuizen zijn erg ambitieus in prijszetting en volume ontwikkeling. Ze zetten heel hoog in.
 - Vroeger gold er voor het honorarium van specialisten een lumpsum. Deze is per 1-1-08 afgeschaft. Specialisten worden nu geprikkeld om meer te gaan doen → Dit heeft een opwaartse druk in volume tot gevolg.
 - De kapitaalslasten van ziekenhuizen. Vroeger vielen die buiten de discussie. Per 1-1-08 worden die meegenomen in de kostprijs. Sommige ziekenhuizen (bijvoorbeeld die recent nieuwbouw hebben gepleegd) worden nu ineens heel duur.

- Wat verloopt goed?
 - De discussie over de kwaliteit van de zorg. Dit wordt een steeds serieuzer item. Hier gaan ziekenhuizen serieuzer mee om. Ziekenhuizen geven hier ook meer informatie over.
 - De relatie met de ziekenhuizen is aangenaam.

- Wat verloopt minder goed?
 - Er was pas laat helderheid vanuit de landelijke organen (NZa).
 - Er is geen eenduidigheid van informatievoorzieningen door ziekenhuizen (met als gevolg dat de informatie niet vergelijkbaar is).
 - Onze kennis (zorgverzekeraar) van het product (medische behandelingen) is te beperkt. Dit geeft het probleem dat me vaak van aannames moet uitgaan.

- Wat zijn bottlenecks?
De kapitaalslasten vormen een groot probleem!
Moeten zorgverzekeraars die kapitaalslasten die ver boven het landelijk gemiddelde liggen accepteren.

3. UITBREIDING ZIEKENHUISZORG IN B SEGMENT (VAN 10% NAAR 20%) PER 1-1-2008

Beleving uitbreiding B-segment

- Wat vindt u van deze verandering? Hoe kijkt u hier als zorginkoper tegenaan?
Ik vind de stapsgewijze vergroting van het B-segment lastig. Daardoor ontstaan ieder jaar weer opnieuw die hele technische discussies. Hieraan moet men iedere keer weer opnieuw wennen. → Gevolg men kan zich niet focussen op de inhoud van de zorg.
Ik zie ook wel in dat als men in één maal het B-segment zou uitbreiden van 10% naar 80% dit veel te veel verandering in één keer zou betekenen. Toch vind ik dat het nu in te veel kleine stapjes gaat, waardoor er continu technische discussies zijn.

- Ziet u deze uitbreiding van het B-segment als een voordeel of nadeel?

De trend naar een groter B-segment / de trend naar een groter deel van de zorg dat onderhandelbaar is zie ik als een voordeel. Je kan er als verzekeraar meer over onderhandelen en sturen. Maar de methode in steeds kleine stapjes zie ik als een nadeel (zie hiervoor, steeds technische discussies).

In theorie wordt op termijn de systematiek eenvoudiger ($p \times q = \text{de omzet}$ → dat is het nieuwe systeem). Het oude systeem is het budgetteringssysteem.

Nu is de hele situatie ingewikkeld omdat het een combinatie van 2 systemen is.

- Wat zitten er voor u als verzekeraar / zorginkoper voor voordelen en nadelen aan deze uitbreiding van het B-segment?

Op korte termijn zijn de voordelen van de uitbreiding beperkt.

De voordelen zijn:

- Er is wat meer marktwerking.
- Ziekenhuizen profileren zich meer om het product af te zetten. Ze gaan steeds meer hun best doen.

Nadelen:

- Het creëert veel onzekerheid (risico in zorgkosten) voor beide partijen. Men weet niet wat men krijgt.

Gevolgen uitbreiding B-segment voor onderhandelingen

- Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de ziekenhuizen over het B-segment?

De onderhandelingen zijn vertraagd (men moest wachten tot eind november 2007) en gecompliceerd (er kwamen allemaal ingewikkelde nieuwe dingen zoals: volumes, schoningsprijzen (vastgesteld door NZa) en kostprijzen).

- Wat is er precies veranderd in de onderhandelingen?

In de wijze van onderhandelen is niet zoveel veranderd.

In het proces is wel veel veranderd. Voor alle DBC die er in het B-segment zijn bijgekomen kan men weer helemaal opnieuw beginnen.

- Op welke punten / aspecten zijn de onderhandelingen veranderd?

De volumes worden steeds belangrijker.

Bij een B-segment van 10% is de gedachte: we zien wel waar het schip strand.. Als we er iets overheen gaan is dat nog niet zo erg.

Nu gaat het in het B-segment over 20 tot 25 %. Als je nu verkeerde inschattingen maakt ga je dat goed voelen. → Er worden dus hardere afspraken gemaakt over de te realiseren volumes.

- Wat zijn de gevolgen van deze (veranderde) onderhandelingen voor de zorgverzekeraars?

Als verzekeraar wil je meer risico's afdekken zowel in prijs als in volumes. Met als gevolg:

- Harde afspraken maken. Bijvoorbeeld een maximum aantal afspreken. Tot nu toe willen de ziekenhuizen dit niet (ze accepteren dit niet). Reden: de ziekenhuizen hebben niet voldoende zicht op de productie.
- Staffel afspreken. Dus je mag 100 behandelingen doen. Bij de 101^e behandeling wil de zorgverzekeraar een korting.

4. VOLUME ONTWIKKELINGEN

- Heeft u voor 2008 volume afspraken gemaakt?

Nog niet. De onderhandelingen lopen nu nog.

De onderhandelingen gaan in 1^e instantie over het te verwachten volume voor 2008.

In 2^e instantie gaan de onderhandelingen over wat er gebeurt indien het volume niet gehaald wordt of indien men er overheen gaat.

- Hoe zien deze volume afspraken eruit?

Men wil naar het systeem met de staffel toe gaan. Men gaat dan uit van bijvoorbeeld 100 behandelingen. Gaat het ziekenhuis hier overheen, dan krijgt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld 30% korting.

- In hoeverre maakt u volume afspraken met alle ziekenhuizen? Waarom?

Nee, dat doet men vooral met de kern ziekenhuizen (dit zijn de ziekenhuizen waar de zorgverzekeraar een grote omzet heeft). Reden:

- De aantallen zijn groter.
- Je kan het meer voorspellen.
- Men zit vaker met elkaar aan tafel.

- In hoeverre is er sprake van een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) in het B-segment van 2007 ten opzichte van 2006?

Stijging.

- Waar schrijft men deze stijging aan toe? Toelichting?

Dit schrijft men toe aan een combinatie van verschillende factoren:

- Toegenomen zorgvraag van mensen.
- Toename aan aanbod kant van de zorg. → Ziekenhuizen en specialisten willen graag meer doen (omdat het hen meer oplevert).
- Indicatie kan worden verruimt.
- Een veelheid aan factoren zoals: demografie, vergrijzing, politiek klimaat de economie etc.

- Verwacht men een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van 2008 ten opzichte van 2007?

Stijging.

- Waar schrijft men deze stijging aan toe?

- Minder door verandering/toename in de zorgvraag.
- Meer door toename aan de aanbod kant van de zorg (aanbod van de ziekenhuizen). → De lumpsum is losgelaten. Dit stimuleert specialisten om veel omzet te draaien om hun inkomen vast te houden.

- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B-segment gevolgen voor het volume (aantal uitgevoerde behandelingen)?

Het volume neemt toe, dan wanneer een groter deel van deze zorg in het A-segment was gebleven.

- Hoe verwacht men dat deze volume afspraken zich in de toekomst verder gaan ontwikkelen?

Deze blijft omhoog gaan. (Dit komt o.a. door: vergrijzing; ontwikkelingen in de medische technologie (ze kunnen steeds meer)). Er is altijd een druk omhoog.

Verzekeraars proberen meer zicht te krijgen op de volumes. Ze proberen deze beter te voorspellen.

- Ziet men verschuivingen in het volume tussen zorgaanbieders? Bijvoorbeeld gaan sommige zorgaanbieders meer produceren dan anderen?

Ja, omdat sommige ziekenhuizen speerpunten hebben die patiënten aantrekken. Men wil hier als zorgverzekeraar graag vat op hebben. Men wil weten waar de verzekerden heen gaan (het gaat hier niet echt om sturen van de zorgverzekeraar, maar wel om goed informeren).

5. PRIJS ONTWIKKELINGEN

- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B segment gevolgen voor de contract prijzen?

Ja, de **contractprijzen gaan omhoog**. Voorheen stelde de NZa de prijzen vast (A-segment). Er was geen discussie over mogelijk. Nu komen de ziekenhuizen met de prijzen, die zijn vaak hoger dan de indexatie.

Ziekenhuizen hebben de marktmacht. Zij kunnen daarom die hogere prijzen vragen.

- Verwacht men een stijging / daling van contract prijzen in 2008 ten opzichte van 2007?

Stijging.

- Waar schrijft men deze stijging aan toe?

3 factoren zijn de oorzaak van de stijging in contractprijzen:

- Indexering
- Vrijgeving van kapitaalslasten
- Een groter deel dat vrij onderhandelbaar wordt (groter B-segment).

6. SLOT OPMERKINGEN

De NZa moet rekening houden met de volgende 2 aspecten:

- De marktmacht. Deze ligt nu bij de ziekenhuizen. Zij hebben het overwicht. Vrije marktwerking, werkt alleen goed als beide partijen gelijke macht hebben.
- De verschillende posities waarin de verzekeraars kunnen verkeren m.b.t. de kapitaalslast. Wij zijn een regionale verzekeraar die toevallig heel zwaar de kapitaalslast bij meerdere ziekenhuizen voor de kiezen krijgt. Bij landelijke verzekeraars wordt dit veel meer gespreid.

Bijlage 4 Samenvatting Interview 3 Zorgverzekeraars

1. REFERENTIEKADER

Respondent:

○ Leeftijd?

33 jaar / man

○ Functie?

Coördinator 2^e lijn. Het is een beleidsfunctie bij de manager 2^e lijn.

We hebben een manager 2^e lijn. Daaronder valt de coördinator 2^e lijn. Daaronder vallen de diverse inkopers van zorg.

○ Hoe lang bent u werkzaam in deze functie?

Ik ben 2 jaar werkzaam in deze functie.

Ik werk 5 jaar bij deze zorgverzekeraar. Ik doe hier in feite al 5 jaar hetzelfde werk.

Alleen de functie is van naam veranderd.

○ Wat zijn globaal uw taken en verantwoordelijkheden?

Het beleid bepalen. Dus op welke manier de inkoop plaatsvindt.

Het bepalen wat de uitgangspunten zijn, dus op welke manier de onderhandelingen ingegaan worden.

Verzekeraar:

○ De verzekeraar behoort tot:

Grotere maatschappijen.

○ De zorgverzekeraar is een:

Landelijke verzekeraar → Het is een grote speler. Het is een fusiebedrijf

○ Wat is de regio waar de meeste klanten zitten en waar men het meest actief is qua inkoop van zorg?

In feite is men landelijk, dus in heel Nederland actief. De meeste klanten zitten in de kerngebieden van de vroegere fusiebedrijven; dit is redelijk gespreid over Nederland. Daarnaast zijn er ook fusiebedrijven die bepaalde doelgroepen door heel Nederland vertegenwoordigen

We zitten met de volgende kerngebieden:

- Brabant en Limburg.
- R'dam, Utrecht
- Kop van Noord Holland en Noorden van het Land (Groningen , Friesland, Drente)
- Specifieke landelijke doelgroepen.

○ In hoeverre is men aangesloten bij inkoopcombinaties als het gaat om inkoop van ziekenhuiszorg:

Nee

Voor de fusie was men wel aangesloten bij een inkoopcombinatie, maar na de fusie was men te groot. Men mag in een regio maar tot een bepaald marktaandeel (rond de 15%) door middel van inkoopcombinaties beslaan. Door de fusies zit de zorgverzekeraar zelf al overal in de buurt van die 15%. Men kan zich dus niet meer bij zo'n inkoopcombinatie aansluiten.

Voor de fusie zat men bij Agis en Menzis

- Eventuele andere kenmerken van de verzekeraar?

Men heeft vrij grote collectiviteiten (dus polissen voor bepaalde doelgroepen).

2. STAND VAN ZAKEN VAN DE LOPENDE ONDERHANDELINGEN TUSSEN ZORGVERZEKERAARS EN ZIEKENHUIZEN BETREFFENDE B-SEGMENT VOOR 2008

- Wanneer, in welke periode van het jaar beginnen deze onderhandelingen?

Normaal gesproken in de periode augustus / september.

Nu met de uitbreiding van het B-segment, pas half december / eind december.

Reden: De ziekenhuizen willen weten wat er uit het budget gehaald is voordat men gaat onderhandelen over prijzen. De schoningsprijzen die door de NZa geleverd worden, deze prijzen zijn pas half december bekend geworden. (De schoning van het A-segment voor uitbreiding van het B-segment).

- In hoeverre zijn deze onderhandelingen voor 2008 al helemaal afgerond?

Nog helemaal niet.

De onderhandelingen voor 2008 hebben gigantische vertraging opgelopen door dat die schoningsprijzen zo laat gekomen zijn.

De onderhandelingen zijn veel te laat gestart.

- Wat is uw indruk van de stand van zaken op dit moment?

Hij gaat ervan uit dat er ongeveer 100 ziekenhuizen in Nederland zijn. Met ongeveer alle ziekenhuizen wordt onderhandeld. (Het gaat hier dus om absolute aantallen ziekenhuizen.)

Overal zijn de besprekingen al eerder gestart:

- Er is al gesproken over de kwaliteit van de zorg.
- Ook heeft men al profielvergelijkingen gedaan.
- Van de meeste ziekenhuizen heeft men nu een 1^e bod qua prijzen op tafel liggen.

Het echte onderhandelen over de prijs moet nog gaan beginnen. Dat kan pas nu van start gaan.

- Wat schat u, met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) zijn de onderhandelingen al helemaal afgerond?

0%

- Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) moeten de onderhandelingen nog plaatsvinden?

0%

- Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) bent u in onderhandeling, maar zijn deze nog niet afgerond?

100%

- Waarom zijn deze onderhandelingen nog niet afgerond?

Omdat ze te laat gestart zijn.

Omdat de schoningsprijzen van de NZa te laat gekomen zijn.

- Wanneer verwacht men dat de onderhandelingen afgerond zijn?

De eerste onderhandelingen: eind januari / begin februari.

De laatste onderhandelingen rond april / mei.

Het gaat hier om 100 ziekenhuizen en er zijn er altijd wel waar het lastig is.

- Wat is uw indruk van de (lopende) onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen op dit moment?

- Wat verloopt goed?

- Er is meer professionaliteit in de onderhandelingen (zowel bij de ziekenhuizen als bij de zorginkopers) → zaken gaan makkelijker lopen.
- Iedereen is gewend aan hoe zaken lopen.
- Er zijn meer dingen mogelijk bij ziekenhuizen. Bijvoorbeeld voor ons als verzekeraar is het belangrijk om voor een bepaald label iets extra's in te kopen (wij willen voor bepaalde polissen iets extra's bieden). Zoiets was 2 of 3 jaar geleden onmogelijk. Nu staan ziekenhuizen daar niet meer vreemd tegenover.

- Wat verloopt minder goed?

Je zit in een situatie van verandering op verandering op verandering (het 1^e B-segment, het 2^e B-segment, kapitaalslasten, afschaffing lumpsum etc.). Dit vertroebelt, het geeft onrust en onduidelijkheid. We komen er uiteindelijk wel uit, maar we moeten er nu doorheen. Het is nu even een lastige periode.

Kapitaalslasten problematiek: Er is bijvoorbeeld een nieuw ziekenhuis opgeleverd. Dit is opgezet vanuit een oud regiem qua kosten verantwoording. Dat moet nu vertaald worden naar een nieuw regiem. Dit is heel lastig voor de ziekenhuizen. De verzekeraars begrijpen dit, maar voelen zich niet geroepen om voor de deze kosten op te draaien in het B-segment. Hier moet naar een oplossing gezocht worden.

- Wat zijn bottlenecks?

De kapitaalslasten zijn echt een bottleneck. Het is een landelijk probleem. Dit is niet iets dat opgelost moet worden tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Het betreft hier een aspect dat op een andere manier landelijk aangepakt moet worden.

3. UITBREIDING ZIEKENHUISZORG IN B SEGMENT (VAN 10% NAAR 20%) PER 1-1-2008

Beleving uitbreiding B-segment

- Wat vindt u van deze verandering? Hoe kijkt u hier als zorginkoper tegenaan?

Dubbel:

- Enerzijds vind ik het heel goed dat er uitbreiding van het B-segment is. Dus 20% is altijd beter t.o.v. 10% B-segment die er eerst was.
- Anderzijds had de uitbreiding nog veel meer moeten zijn. Ik ben voor een zo groot mogelijk B-segment. (De stelling is dat een B-segment van 70% reëel is).

Ik ben voor zo'n groot mogelijk B-segment omdat de daar de afweging speelt: wat kost iets en wat levert het op.

- Ziet u deze uitbreiding van het B-segment als een voordeel of nadeel?

Voordeel

Reden: Hoe groter het vrije deel is, hoe groter het potentieel onderhandelingsresultaat. → met als gevolg: hoe groter de prikkel tot selectieve inkoop bij verzekeraars.

De kleine uitbreiding van het B-segment (dus steeds stapje voor stapje) heeft wel het nadeel dat het verandering op verandering op verandering is (dus veel onduidelijkheid en onzekerheid met zich meebrengt). Maar wij zijn een grote speler in de markt, wij kunnen veel overzien en behappen. Wij hebben hier liever steeds kleine stapjes in de goede richting, dan dat er niets gebeurt. Er zijn namelijk altijd goede redenen om iets niet door te voeren, maar dat heeft dan tot gevolg dat er uiteindelijk niets veranderd.

- Wat zitten er voor u als verzekeraar / zorginkoper voor voordelen en nadelen aan deze uitbreiding van het B-segment?

Voordeel voor de verzekeraar: Het potentieel onderhandelingsresultaat. De winst die je kunt halen op de onderhandelingen wordt groter naar mate het B-segment groter is.

Nadelen ziet hij niet voor de verzekeraar.

Gevolgen uitbreiding B-segment voor onderhandelingen

- Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de ziekenhuizen over het B-segment?

De schoningsprijzen zijn laat gekomen. → Dit heeft tot gevolg gehad dat de onderhandelingen zijn uitgesteld en laat zijn begonnen.

Echter het kunstje van de onderhandelingen blijft hetzelfde. Je doet nu alleen over meer het kunstje dat je eerst over 10% deed.

Ik vergelijk het met het voorbeeld dat eerst iemand ieder jaar een tv kocht. Nu koopt diegene ieder jaar een tv en een radio.

- Wat is er precies veranderd in de onderhandelingen? Waar komt dat door?

Niet zo veel. Het valt wel mee. → Het gaat alleen over meer.

Daardoor is het (financieel) belang groter. Bij beide partijen staat er daardoor meer druk op.

- Op welke punten / aspecten zijn de onderhandelingen veranderd?

De onderhandelingen zijn niet veranderd. Het truckje is hetzelfde. Maar het gaat over meer.

- Wat zijn de gevolgen van deze (veranderde) onderhandelingen voor de zorgverzekeraars?

Er is inhoudelijk niet zoveel veranderd.

Wel is het zo dat er meer druk op staat. Het strategisch belang van de inkoop neemt toe, omdat het B-segment groter is geworden.

4. VOLUME ONTWIKKELINGEN

- Heeft u voor 2008 volume afspraken gemaakt?

Nee, die zijn nog niet gemaakt, maar er gaan wel volume afspraken gemaakt worden.

- Hoe zien deze volume afspraken eruit?

Per DBC wordt een aantal afgesproken dat geleverd gaat worden (het gaat om absolute aantallen). Ziekenhuizen willen dit misschien liever niet, maar verzekeraars willen volume begrenzing.

- In hoeverre maakt u volume afspraken met alle ziekenhuizen? Waarom?

Ja, wij maken volume afspraken met nagenoeg alle ziekenhuizen. In ieder geval die ziekenhuizen waar de grote aantallen zitten (maar dan gaat het hier om bijna alle ziekenhuizen). Die paar ziekenhuizen waar maar heel weinig verzekerden zitten, laten we zitten, daar maken we geen volume afspraken.

Reden: men wil controle hebben over wat de kosten gaan doen.

- In hoeverre is er sprake van een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) in het B-segment van 2007 ten opzichte van 2006?

Er is nu al sprake van een **stijging**.

Maar dit is moeilijk aan te geven omdat 2007 nog niet is uitgedeclareerd (precieze aantallen zijn nog open). Een normaal patroon is nog lastig te herkennen, omdat alles pas vanaf 2005 speelt. Sommige DBC's hebben een looptijd van 1 jaar.

- Waar schrijft men deze stijging aan toe?

Mogelijke factoren zijn:

- Alle zorg stijgt (Dit aspect is zeker) → dit door demografische groei (de bevolking groeit, de mensen worden ouder, de zorg kan meer).
- Verruimen indicatie stelling (Dit aspect is niet hard te maken. Maar het zou kunnen).

- Verwacht men een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van 2008 ten opzichte van 2007?

Stijging

- Waar schrijft men deze stijging of daling aan toe? Kunt u daar een toelichting bij geven?

Idem voorgaande vraag:

Mogelijke factoren zijn:

- Alle zorg stijgt (Dit aspect is zeker) → dit door demografische groei (de bevolking groeit, de mensen worden ouder, de zorg kan meer).
- Verruimen indicatie stelling (Dit aspect is niet hard te maken. Maar het zou kunnen).

- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B-segment gevolgen voor het volume (aantal uitgevoerde behandelingen)?

In het A-segment spelen dezelfde dingen mee als hiervoor genoemd. De verschuiving van het A naar het B-segment is hier dus geen reden voor.

In het A-segment schrijft de overheid voor hoeveel er gedaan wordt. Dit is wettelijk begrensd. Deze begrenzing is er niet in het B-segment. Als men in de onderhandelingen niet tot een volume begrenzing komt, dan ontstaat er een heel andere situatie. Maar dit verwacht ik niet. Ik ga ervan uit dat we tot volume begrenzing overeenkomen.

- Hoe verwacht men dat deze volume afspraken zich in de toekomst verder gaat ontwikkelen?

De stijging door demografisch ontwikkeling zullen we een aantal jaren blijven zien. De stijging door verruiming indicatiestelling (Hoe groter het onderhandelbare deel, des te belangrijker het is voor de verzekeraar om dit onder controle te houden. Men moet als verzekeraar altijd een afweging maken of klanten gaan overstappen naar een andere verzekeraar.)

- Ziet men verschuivingen in het volume tussen zorgaanbieders? Bijvoorbeeld gaan sommige zorgaanbieders meer produceren dan anderen?

Ja dat begint er langzaam te komen. We willen als verzekeraar ook volume afspraken maken, omdat we verschillen in prijs gaan zien.

5. PRIJS ONTWIKKELINGEN

- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B segment gevolgen voor de contract prijzen?

Ik verwacht dat de contractprijzen zullen gaan **dalen** (Dit t.o.v. wat de normale prijsontwikkeling is.

Naarmate het B-segment groter is, zijn er meer belangen mee gemoeid en staat er meer druk op (bij beide partijen). Dit met het resultaat dat de prijzen zullen dalen.

Reden: Dit door de werking van het B-segment. Het ziekenhuis zal gaan werken als ieder ander normaal bedrijf. De kostenstructuur hangt dan samen met de opbrengst structuur.

6. SLOT OPMERKINGEN

Geen

Bijlage 5 Samenvatting Interview 4 Zorgverzekeraars

Het betreft een interview met 2 respondenten

1. REFERENTIEKADER

Respondenten:

o Leeftijd?

49 jaar / man

47 jaar / man

o Functie?

Manager medisch specialistische zorg

Zorginkoper medisch specialistische zorg

o Hoe lang bent u werkzaam in deze functie?

25 jaar bij deze zorgverzekeraar. Circa 7 jaar in deze functie. Hiervoor was ik zorginkoper

25 jaar bij deze zorgverzekeraar. Circa 7 jaar in deze functie.

Verzekeraar:

o De verzekeraar behoort tot:

Grotere maatschappij.

o De zorgverzekeraar is een:

Landelijke verzekeraar.

o Wat is de regio waar de meeste klanten zitten en waar men het meest actief is qua inkoop van zorg?

Het hele gebied zuid van de lijn: Vlissingen, Bergen op Zoom, Rotterdam, Breda, Tilburg Den Bosch en Nijmegen

o In hoeverre is men aangesloten bij inkoopcombinaties als het gaat om inkoop van ziekenhuiszorg:

Ja, bij VRZ (Vereniging Regionale Zorgverzekeraars). Bij VRZ zijn aangesloten: De Friesland, Salland, Zorg en Zekerheid, CZ Actief en Gezondheid, Azivo en P & O.

2. STAND VAN ZAKEN VAN DE LOPENDE ONDERHANDELINGEN TUSSEN ZORGVERZEKERAARS EN ZIEKENHUIZEN

• Wanneer, in welke periode van het jaar beginnen deze onderhandelingen?

Normaal gesproken eind september 2007. Wij zouden de onderhandelingen nog liever al voor de zomervakantie starten.

We beginnen in september met het bespreken van de zorgprofielen (de zorginhoud). Men is ook afhankelijk van wanneer de ziekenhuizen informatie aanleveren aan de

zorgverzekeraars. Zowel de ziekenhuizen als de verzekeraars willen weten waarover men praat. Dit heeft lang op zich laten wachten. De NZa is dit jaar veel later met informatie gekomen.

Pas eind november / begin december is men gestart met het echte overleg / de onderhandelingen.

- In hoeverre zijn deze onderhandelingen voor 2008 al helemaal afgerond?
Bij 0% van de ziekenhuizen. → Dit komt door het late tijdstip waarop de NZa informatie heeft gegeven (schoningsprijzen).

Bij 25% van de ZBC's.

- Wat is uw indruk van de stand van zaken op dit moment?

Van de 100 ziekenhuizen in Nederland doen wij de onderhandelingen zelf met ongeveer 65 ziekenhuizen. (De helft hiervan ligt in het primaire werkgebied). De overige 35 ziekenhuizen doet de VRZ

- Wat schat u, met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) zijn de onderhandelingen al helemaal afgerond?

0%

- Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) moeten de onderhandelingen nog plaatsvinden?

Als het gaat om de zorgprofielen (kwaliteit en inhoud) met 55%

Als het gaat over de prijs met 20%

- Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) bent u in onderhandeling, maar zijn deze nog niet afgerond?

Als het gaat om de zorgprofielen (kwaliteit en inhoud) met 45%

Als het gaat over de prijs met 80%

- Waarom zijn deze onderhandelingen nog niet afgerond?

- Het ene ziekenhuis is sneller in het leveren van informatie dan het andere. Het ene ziekenhuis durft ook meer risico te lopen dan het andere.
- De NZa is laat met informatie gekomen over schoningspercentages.
- Veel ziekenhuizen hebben gewacht met het geven van opschoningsprijzen. Deze opschoningsprijzen zijn pas in december gekomen.
- Over de schoningsprijzen die de NZa heeft gegeven blijken veel vragen te bestaan en er blijken ook veel fouten in te zitten.

- Wanneer verwacht men dat de onderhandelingen afgerond zijn?

Het streven was 1 februari 2008, maar dit gaat men niet halen.

Men streeft nu naar 1 maart 2008.

- Wat is uw indruk van de (lopende) onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen op dit moment?

- Wat verloopt goed?

- De gesprekken over de profielen (de zorginhoud) verlopen soepel. We zijn er met zijn allen nu aan gewend.
- Ziekenhuizen vinden het nu vanzelfsprekend dat zorgverzekeraars vragen naar kwaliteit. Dat was voorheen niet het geval.
- Wat verloopt minder goed?
 - Het blijft lastig om de profielen voor het nieuwe B-segment te vertalen naar prijs.
 - We hebben weinig referentie.
 - De vertraging in de start van de onderhandelingen is lastig. Het betekent dat iedere dag de planning bijgesteld moet worden.
 - De onderhandelingen gaan hoofdzakelijk over de prijs. Over de inhoud / de echte onderhandelingen daar is men nog nauwelijks mee bezig.

- Wat zijn bottlenecks?

Het verhaal van de kapitaalslasten. Nu vormen ze een onderdeel van de DBC prijs. Daarvoor werd dit verrekend in het A-segment. Er blijken wat kapitaalslasten betreft grote verschillen tussen ziekenhuizen te bestaan (net nieuwbouw gepleegd e.d.). Dit heeft tot gevolg dat er grote verschillen in prijs bestaan tussen ziekenhuizen. We komen hier met zijn allen wel uit. Alleen de vraag is hoe. Moeten er compensatie maatregelen komen?

3. UITBREIDING ZIEKENHUISZORG IN B SEGMENT (VAN 10% NAAR 20%) PER 1-1-2008

Beleving uitbreiding B-segment

- Wat vindt u van deze verandering? Hoe kijkt u hier als zorginkoper tegenaan?
Ik vind het veel te weinig. De uitbreiding had meteen van 10 naar 60% moeten gaan. Het allerliefste had ik gehad dat het meteen naar 60% was gegaan.
Ik ben negatief over de kleine stapjes die genomen worden ter uitbreiding van het B-segment.

Motivatie: We zitten nu met een hybride systeem. Er wordt nu nog steeds naar het oude systeem gekeken, terwijl iedereen daar vanaf wil en het in feite failliet is. Ook nu zitten we weer op opschoningsprijzen te wachten. We zitten nu nog veel te lang in de oude situatie en we houden daardoor de nadelen van het oude systeem. Ik zou liever een keer een hele grote stap hebben en daarna een paar jaar een stabiel situatie.

- Ziet u deze uitbreiding van het B-segment als een voordeel of nadeel?
Een voordeel indien het B-segment nu in 1 keer van 20 naar 60% gaat (zie vraag hiervoor).
Ik zie het als een nadeel als het steeds weer in kleine stapjes wordt opgehoogd. We blijven dan veel te lang in het hybride systeem. Met alle last en nadelen van het oude systeem.
- Wat zitten er voor u als verzekeraar / zorginkoper voor voordelen en nadelen aan deze uitbreiding van het B-segment?

Voordelen van het nieuwe B-segment: We hebben nu een iets groter deel waar wij kosten gerelateerd kunnen inkopen. Waar wij prijs en prestatie op elkaar kunnen afstemmen en keuzes kunnen maken.

Nadelen: Met het beperkte percentage blijft het steeds terug kijken op het oude systeem.

Gevolgen uitbreiding B-segment voor onderhandelingen

- Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de ziekenhuizen over het B-segment?

Voor de nieuwe producten / de nieuwe DBC's in het B-segment moet kennis opgedaan worden qua prijs en qua inhoud van de producten.

Maar wat de manier van onderhandelen betreft / de procedure is er niets veranderd.

De procedure is hetzelfde als bij de eerste 10% van het B-segment

- Wat is er precies veranderd in de onderhandelingen?

Behalve het verzamelen van nieuwe informatie over de nieuwe DBC's in het B-segment is er qua procedure niets veranderd.

Maar het risico voor beide partijen wordt groter omdat de belangen groter zijn. Men zal veel minder snel concessies doen.

Maar het is moeilijk om nu al aan te geven wat er veranderd is in de onderhandelingen, omdat deze nog maar net gestart zijn. Pas in een later stadium kunnen we echt zeggen of dit gevolgen heeft gehad op de onderhandelingen.

- Op welke punten / aspecten zijn de onderhandelingen veranderd?

Er zijn in de huidige onderhandelingen een aantal factoren / een aantal onzekerheden erbij gekomen. De volgende extra dimensies zijn erbij gekomen:

- Kapitaalslasten.
- De honoraria van ondersteunende medisch specialisten zijn onderhandelbaar.
- Het uurtarief van specialisten is veranderd.
- De opschoning door de NZa.

→ al deze onzekerheden vergroten de druk op de onderhandelingen.

- Wat zijn de gevolgen van deze (veranderde) onderhandelingen voor de zorgverzekeraars?

Wij hebben als zorgverzekeraars pas heel laat offertes van de ziekenhuizen gekregen over prijzen. Wij hebben dus een taxatie moeten maken voor 2008 zonder goed inzicht te hebben in de kosten. Deze taxatie is gebaseerd op veel veronderstellingen en onzekerheden.

4. VOLUME ONTWIKKELINGEN

- Heeft u voor 2008 volume afspraken gemaakt?

Nee, die zijn nog niet gemaakt, maar dit willen we wel doen.

- Hoe zien deze volume afspraken eruit?

Die volume afspraken kunnen er verschillend uit zien. Het zal waarschijnlijk een mix van de volgende drie mogelijkheden worden:

- Staffel: Men spreekt een absoluut volume niveau af. Indien het volume hierboven stijgt, dan doet men dit tegen een lagere prijs. De vaste kosten hebben de ziekenhuizen dan immers al terugverdiend.
 - Volume bewust beperken: De verzekeraar streeft er naar om bewust een laag volume in te kopen. Dit omdat ofwel de prijs te hoog is ofwel de kwaliteit slecht is.
 - Afspraken op verwachting van het aantal behandelingen. Uitgangspunt hierbij is slechts 2007.
- In hoeverre maakt u volume afspraken met alle ziekenhuizen?

Niet met alle ziekenhuizen, maar wel met heel veel. We maken vooral afspraken met de 30 ziekenhuizen in ons eigen werkgebied. Dit omdat hier 80% van onze kosten zit. Het volume is hier relevant om er goede afspraken over te maken. We kunnen ons niet permitteren hier risico's te lopen.

Met andere ziekenhuizen kan het volume zo laag zijn dat het niet relevant is om daar afspraken over te maken. Omdat het om een laag volume gaat kunnen we daar wat risico lopen.

- In hoeverre is er sprake van een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) in het B-segment van 2007 ten opzichte van 2006?

Een **stijging** van circa 3%

- Waar schrijft men deze stijging aan toe?

- Autonome stijging (vergrijzing bevolking en bevolkingsgroei)
 - Het is aantrekkelijk voor ziekenhuizen en specialisten om in het B-segment te produceren. (In het B-segment zijn de opbrengsten kosten gerelateerd. Specialist verdienen extra op productie in het B-segment. Specialist bepalen wie ze van een wachtlijst afhalen.) Dit heeft tot gevolg dat wachtlijsten worden weggewerkt. Er zal een opwaartse druk op het volume komen.
- Verwacht men een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van 2008 ten opzichte van 2007?

Een **stijging** van circa 3,5%

In het oude B-segment zal een stabilisering optreden, maar er is wel de 2% autonome stijging.

In het nieuwe B-segment zal een stijging plaatsvinden:

- Sowieso de 2% autonome stijging.

- Daarnaast een stijging in volume door de opwaartse druk van de wachtlijsten wegwerken en specialisten die meer willen produceren.
- Waar schrijft men deze stijging aan toe?
Dit schrijft men toe aan de volgende factoren:
 - Het wegwerken van wachtlijsten.
 - Het is financieel aantrekkelijk.
 - Latente vraag.
 - Indicatie verruiming.
 - Autonome groei.
- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B-segment gevolgen voor het volume (aantal uitgevoerde behandelingen)?
Door de nieuwe uitbreiding van het B-segment zal er een extra groei in volume optreden. Wij schatten dat die extra groei 1,5% is. Daarnaast is er nog sprake van 2% autonome groei. Zie de vraag hiervoor.
 - Hoe verwacht men dat deze volume afspraken zich in de toekomst verder gaan ontwikkelen?

Dit is afhankelijk van wanneer het oude FB-budget weg is en het B-segment volledig is uitgebreid. Dan krijg je kostprijs gerelateerde afspraken.

Als alles vrij is in het B-segment: Dan zal de productie wel groeien, maar gelijkmatiger.

(Nu is de situatie zo dat als een specialist een patiënt in het A en B-segment heeft, de specialist altijd zal kiezen voor de patiënt uit het B-segment, omdat hij dit direct in zijn beurs voelt.)

- Ziet men verschuivingen in het volume tussen zorgaanbieders? Bijvoorbeeld gaan sommige zorgaanbieders meer produceren dan anderen?

Ja zeker. Maar dat hopen wij als zorgverzekeraars ook en dat proberen wij ook te stimuleren. De prijs kwaliteitsverhouding van de zorgaanbieders verschilt. Ziekenhuizen zullen speerpunten gaan ontwikkelen. Hier proberen wij als zorgverzekeraars op in te springen.

5. PRIJS ONTWIKKELINGEN

- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B segment gevolgen voor de contract prijzen?

Wij vinden het te vroeg en heel moeilijk om daar nu al iets over te zeggen.

Na enig aandringen komt men toch met het volgende antwoord:

- In eerste instantie verwachten we een stijging van een paar % boven de opschoningsprijzen. Deze prijsstijging is het gevolg van het feit dat de ziekenhuizen allerlei risico's lopen en deze willen afdekken. Zij hebben met veel onzekerheden te maken.
 - In de komende jaren zouden de prijzen omlaag kunnen gaan. Dit om de volgende redenen:
 - De verzekeraars hebben dan een beter beeld van de markt.
 - De onzekerheden van de ziekenhuizen zijn weggenomen.
 - Men kan tegen kostprijs produceren.
- De prijzen kunnen omlaag. Men ziet dan dat de markt werkt.

- Verwacht men een stijging / daling van contract prijzen in 2008 ten opzichte van 2007?

Het oude B-segment: de prijzen stabiliseren op hetzelfde niveau (maar de prijs index van ca. 3% is hierin niet meegenomen).

Het nieuwe B-segment: de prijzen zullen stijgen. Een paar procent hoger.

- Waar schrijft men deze stijging aan toe?

Aan de volgende factoren:

- Het afdekken van risico's van ziekenhuizen.
- De onbekendheid met kostprijzen. Het duurt een jaar voordat men deze informatie heeft.

6. SLOT OPMERKINGEN

- Men wil af van het hybride systeem.
- Men is voor een snelle voortgang van de liberalisering van de medisch specialistische zorg.
- Men wil geen maatstafconstructies.

Bijlage 6 Samenvatting Interview 5 Zorgverzekeraars

1. REFERENTIEKADER

Respondent:

○ Leeftijd?

39 jaar / vrouw

○ Functie?

Accountmanager / medisch specialistische zorg / buitengebied

○ Hoe lang bent u werkzaam in deze functie?

2-3 jaar

○ Wat zijn globaal uw taken en verantwoordelijkheden?

Onderhandelen met ziekenhuizen

Er zijn 19 ziekenhuizen in eigen regio, waarvan met 8 in de eigen regio onderhandeld wordt:

- Eerst een brief naar de ziekenhuizen waarin om informatie wordt gevraagd op basis van zorgprofielen en op basis van informatie die aangeleverd is door de eigen medisch adviseur
- De informatie is zorgspecifiek en gebaseerd op indicatoren
- Vervolgens wordt op basis van de aangeleverde informatie een gesprek aangegaan met de ziekenhuizen
- Voorbereiding is gebaseerd op:
 - ZN inkoopgids
 - Zorgprofiel is gebaseerd op het landelijke zorgprofiel op de CGAO indeling.
 - Met de zorgprofiel naar het ziekenhuis
 - Daarover wordt onderhandeld en bespreekbaar gemaakt
 - Dit leidt tot een vertaalslag van de prijs

Verzekeraar:

○ Verzekeraar behoort tot de:

Middelgrote maatschappijen.

○ De zorgverzekeraar een:

Regionale verzekeraar met landelijke dekking.

○ Wat is de regio waar de meeste klanten zitten en waar men het meest actief is qua inkoop van zorg?

Noorden van het land: Friesland, Groningen, Drenthe

○ In hoeverre is men aangesloten bij inkoopcombinaties als het gaat om inkoop van ziekenhuiszorg:

Ja, VZR vereniging van Nederlandse kwaliteitszorgverzekeraars (Azivo, Zorg en Zekerheid, Salland)

Verder sluiten ze aan bij de tarieven van CZ, Delta Lloyd in de gebieden waar ze zelf niet inkopen

2. STAND VAN ZAKEN VAN DE LOPENDE ONDERHANDELINGEN TUSSEN ZORGVERZEKERAARS EN ZIEKENHUIZEN

- Wanneer, in welke periode van het jaar beginnen deze onderhandelingen?
 - We hebben helaas moeten wachten op de schoningstarieven van de NZA
 - Het liefst beginnen we in september / oktober; nu zijn we pas in december begonnen en de onderhandelingen zijn nog niet gestart
 - We hebben dus nu informatie aangevraagd bij de ziekenhuizen en 4 op 5 hebben gereageerd; daarover gaan we onderhandelen
 - Daarbij worden ongeveer 300 DBC's gebruikt van de 2500

- In hoeverre zijn deze onderhandelingen voor 2008 al helemaal afgerond?
Geen enkele

- Wat is uw indruk van de stand van zaken op dit moment?
 - Ziekenhuizen willen graag onderhandelen over een percentage op de schoningstarieven; wij als zorgverzekeraars willen dieper
 - Op het ogenblik is er veel onzekerheid over de volgende punten:
 - Welke inflatie moeten we hanteren?
 - Van CBS, van NZA (heeft er zelfs 2), van ZN
 - De afschrijvingspercentages (kapitaalcomponenten) blijken erg per ziekenhuis te verschillen (van 8% tot 16%)?

- Wat schat u, met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) zijn de onderhandelingen al helemaal afgerond?
Geen enkele.

- Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) moeten de onderhandelingen nog plaatsvinden.
Geen enkele.

- Met welk deel van de ziekenhuizen (globaal hoeveel %) bent u in onderhandeling, maar zijn deze nog niet afgerond.
Alle 19

- Waarom zijn deze onderhandelingen nog niet afgerond?
 - NZA leverde te laat de schoningstarieven aan → laat van start
 - Onduidelijkheid over de inflatiepercentages
 - Onduidelijkheid over de kapitaalcomponent

- Wanneer verwacht men dat de onderhandelingen afgerond zijn?
Maart/april

Wat is uw indruk van de (lopende) onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen op dit moment?

- Wat verloopt goed?

Ziekenhuizen leveren de informatie goed aan

Men is constructief

Gesprek gaat vaak met Directie lid en hoofd administratie of de kwaliteitscoördinator

- Wat verloopt minder goed?

Gebrek aan eenduidige informatie; welke informatie moet je gebruiken (belangen tussen ziekenhuizen en verzekeraars zijn daardoor verschillend)

- Onduidelijkheid over inflatiepercentages / elk ziekenhuis heeft zijn eigen %
- Verschillen in kapitaalcomponent

- Wat zijn bottlenecks.

Die zijn er nog niet.

3. UITBREIDING ZIEKENHUISZORG IN B SEGMENT (VAN 10% NAAR 20%) PER 1-1-2008

Beleving uitbreiding B-segment

- Wat vindt u van deze verandering? Hoe kijkt u hier als zorginkoper tegenaan?
 - Goed dat de uitbreiding er is
 - We kunnen nu meer over prijs hebben in tegenstelling tot A-dbc's waarin de prijzen minder transparant zijn
 - Alles wordt transparanter, je weet waar je aan toe bent
 - Je kan nu ook veel meer geldvolume-afspraken maken, waarin het ziekenhuis maar moet schuiven met de behandelingen
- Ziet u deze uitbreiding van het B-segment als een voordeel of nadeel?

Voordeel, zie boven.

- Wat zitten er voor u als verzekeraar / zorginkoper voor voordelen en nadelen aan deze uitbreiding van het B-segment.?

Voordeel zie boven.

Ander voordeel is dat je nu meer kan sturen op het aantal behandelingen c.q. de kosten.

Gevolgen uitbreiding B-segment voor onderhandelingen

- Op welke manier heeft de uitbreiding van het B-segment invloed gehad op de onderhandelingen met de ziekenhuizen over het B-segment?
 - Iedereen wordt scherper, want het gaat om meer geld
 - De onderhandelingen worden professioneler; men zit er meer boven op
 - De belangen worden groter; ook is iedereen gebaat om de informatie goed te hebben
 - We maken nu afspraak over een volume van geld dat een ziekenhuis krijgt
 - Volume afspraken worden meer nu meer geborgd

- Wat is er precies veranderd in de onderhandelingen?

Zie boven.

- Op welke punten / aspecten zijn de onderhandelingen veranderd?

Zie boven.

- Wat zijn de gevolgen van deze (veranderde) onderhandelingen voor de zorgverzekeraars?

We kunnen afspraken maken met de ziekenhuizen over een volume aan geld, waarvoor het ziekenhuis een aantal diensten moet leveren.

4. VOLUME ONTWIKKELINGEN

- Heeft u voor 2008 volume afspraken gemaakt?

Nee, alleen over een lumpsum (bepaald bedrag gebaseerd op volume * tarief) waar binnen het ziekenhuis moet blijven; gaat het ziekenhuis er wellicht over heen, dan moet men dit tijdig gaan melden en kan er weer onderhandeld worden

- Hoe zien deze volume afspraken eruit?

nvt

- In hoeverre maakt u volume afspraken met alle ziekenhuizen?

nvt

- In hoeverre is er sprake van een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) in het B-segment van 2007 ten opzichte van 2006?

Stijging van het volume verwacht van 2%, volgens de reguliere stijging

Zelfde als A-segment

Waar schrijft men deze stijging of daling aan toe. Toelichting.

- Vergrijzing / normale reguliere groei

- Verwacht men een stijging of daling van het volume (aantal uitgevoerde behandelingen) van 2008 ten opzichte van 2007?

Stijging van het volume verwacht van meer dan 2%

- Wellicht is de kans groot dat door de systeemwijziging (verhoging van het B-segment) waardoor een aantal specialistische handelingen nu ook betaald moeten worden, dat specialisten handelingen over het jaar heen hebben getild
- Het loont nu meer dan wachttijden worden ingelopen

- Waar schrijft men deze stijging of daling aan toe?

Zie boven

- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B-segment gevolgen voor het volume (aantal uitgevoerde behandelingen)?

Zie boven

- Hoe verwacht men dat deze volume afspraken zich in de toekomst verder gaan ontwikkelen?

Nee, dit is eenmalig want systeemwijzigingen doen zich maar éénmaal voor; tenzij volgend jaar weer een systeemwijziging optreedt

- Ziet men verschuivingen in het volume tussen zorgaanbieder. Bijvoorbeeld gaan sommige zorgaanbieders meer produceren dan anderen.

Noch niet; ook nu al hebben bepaalde ziekenhuizen een bepaalde naam en faam; en zijn zij al gespecialiseerd in bepaalde technieken, maar hebben tegelijkertijd ook wachttijden.

5. PRIJS ONTWIKKELINGEN

- In hoeverre heeft deze uitbreiding in het B segment gevolgen voor de contract prijzen?

Nee, niet

- Verwacht men een stijging / daling van contract prijzen in 2008 ten opzichte van 2007?

Stijging van de prijzen; alleen we weten nog niet met welk percentage; immers afschrijving varieert van 8% tot 16%; inflatiepercentages variëren; winststopslag varieert.

6. SLOT OPMERKINGEN

- Graag eerder van NZA de schoningstarieven nl. in september.
- Graag 1 inflatiepercentage.
- Graag eerder beleidsregels uitgeven → dan kan je eerder en beter voorbereiden op de onderhandelingen.