

Rapportage

Simulatie van onderhandelingen onder DOT met zorgverzekeraars

DOT experiment Sint Maartenskliniek Nijmegen

Leerdoel 2

Nijmegen, juni 2011

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Inleiding | 2 |
| Uitgangspunten en werkwijze | 4 |
| 1. Bespreken financiële impactanalyse | 6 |
| 2. Offerte op basis van DOT zorgproducten | 8 |
| 3. Bespreken van de offerte | 11 |
| 4. Overige Financiële aspecten | 15 |
| 5. Administratieve aspecten | 17 |
| 6. Kwalitatieve aspecten | 21 |
| 7. Conclusie, aandachtspunten en aanbevelingen | 25 |
| Contactgegevens | 29 |

Inleiding

Sinds 2005 geldt voor de Sint Maartenskliniek Nijmegen een DBC experiment. Binnen dit experiment onderhandelt de Sint Maartenskliniek jaarlijks met alle zorgverzekeraars over alle DBC's voor de specialismen Orthopedie, Reumatologie, Anesthesiologie en Revalidatie. Hierbij wordt per DBC een integraal tarief afgesproken hetgeen betekent dat zowel voor de DBC's in het A- en het B-segment vrije tariefonderhandelingen bestaan. Bekostiging en financiering zijn hiermee gelijk aan elkaar. De Sint Maartenskliniek maakt geen budgetafspraken en kent geen afzonderlijke budgetcomponenten en budgetparameters.

In 2010 is het DBC experiment afgerond. In 2011 is een nieuw experiment gestart op basis van dezelfde condities als het DBC experiment maar met nieuwe leerdoelen die gericht zijn op de verkenning van DBC's op weg naar Transparantie (DOT). Deze nieuwe experimentstatus is vastgesteld door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in beleidsregels vervat. De leerdoelen van dit nieuwe experiment zijn:

1. Financiële impactanalyse DOT;
2. Simulatie van onderhandelingen onder DOT met zorgverzekeraars;
3. Verdere ontwikkeling van DOT.

In deze rapportage is een beschrijving van leerdoel 2 - simulatie onderhandelen onder DOT - opgenomen. Daarnaast zijn de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen die voortkomen uit leerdoel 2 beschreven.

Vanuit strategisch perspectief richt de jaarlijkse onderhandeling, tussen de Sint Maartenskliniek en de zorgverzekeraars, zich vooral op kwaliteit van de geleverde zorg en de mate waarin deze zorg voldoet aan de wensen van de patiënt. De prijs die voor deze zorg wordt betaald dient in verhouding te staan tot de kwaliteit en de inspanning die door het ziekenhuis geleverd wordt. Dit betekent dat het ziekenhuis voldoende efficiënt dient te werken. Daarnaast spelen kosteneffectiviteit en evidenced based handelen een belangrijke rol. De kosten van de zorg beperken zich immers niet tot de ene specifieke ingreep of behandeling. Een behandeling in één keer goed uitvoeren, het voorkomen van onnodige behandelingen en het uitvoeren van behandelingen binnen de daarvoor geldende normen vormen belangrijke bouwstenen voor de kostenbeheersing door de zorgverzekeraar.

Het hierboven beschreven perspectief is ook de basis geweest voor de simulatie van onderhandelingen onder DOT. De simulatie was voor de zorgverzekeraars en de Sint Maartenskliniek een eerste verkenning, waarbij een deel van de noodzakelijke informatie nog niet beschikbaar was en veel tijd nodig was om informatie uit te wisselen. Toch is het traject door alle betrokken partijen als zeer positief ervaren.

De rapportage wordt gestart met een toelichting op de uitgangspunten en de gehanteerde werkwijze. Vervolgens worden de verschillende aspecten van het onderhandelingsproces beschreven. De rapportage wordt afgesloten met een conclusie en de opsomming van een aantal aandachtspunten en aanbevelingen voor ziekenhuizen, zorgverzekeraars en beleidsmakers.

In de uitwerking van leerdoel 2 hebben de zorgverzekeraars Univé VGZ IZA Trias en CZ Groep actief geparticipeerd. In deze rapportage wordt gesproken over de zorgverzekeraar(s). Hiermee worden beide zorgverzekeraars bedoeld. De standpunten die zijn opgenomen in deze rapportage komen voort uit de simulatie en betreffen niet de formele standpunten van individuele zorgverzekeraars of van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Vanuit de Sint Maartenskliniek zijn wij Univé VGZ IZA Trias en CZ Groep zeer erkentelijk voor de wijze waarop zij in alle openheid en vertrouwelijkheid veel inbreng en tijd hebben geïnvesteerd om de doelstellingen van dit leerdoel te realiseren. Wij willen de beide zorgverzekeraars dan ook hartelijk danken voor de participatie in leerdoel 2. Deze rapportage is dan ook mede namens Univé VGZ IZA Trias en CZ Groep opgesteld.

Nijmegen, juni 2011

Uitgangspunten en werkwijze

Om zo veel mogelijk recht te doen aan de werkelijkheid en de simulatie zo volledig mogelijk uit te kunnen voeren is het noodzakelijk een aantal uitgangspunten te hanteren bij de simulatie. Het betreft hier onderstaande uitgangspunten.

Uitgangspunten

- In het kader van het experiment maakt de Sint Maartenskliniek integrale afspraken over DBC tarieven met 4 zorgverzekeraars en 1 inkoopcombinatie van zorgverzekeraars. Aan de simulatie hebben twee zorgverzekeraars deelgenomen te weten Univé, VGZ, IZA Trias (UVIT) en CZ Groep. Deze twee zorgverzekeraars hebben gezamenlijk een marktaandeel van meer dan 50% bij de Sint Maartenskliniek Nijmegen;
- Ook de andere drie zorgverzekeraars Agis/Achmea, Menzis en de inkoopcombinatie Multizorg zijn uitgenodigd om deel te nemen aan de simulatie. In onderling overleg is besloten de simulatie gezamenlijk met UVIT en CZ Groep uit te voeren;
- Alle zorgverzekeraars hebben de rapportage over leerdoel 1 - De financiële impactanalyse - ontvangen en zijn uitgenodigd de resultaten met de Sint Maartenskliniek te bespreken;
- De simulatie vormt geen onderdeel van de daadwerkelijke onderhandeling voor 2012;
- Met de beide zorgverzekeraars is afgesproken dat zowel de Sint Maartenskliniek als de zorgverzekeraars zich open en transparant naar elkaar opstellen;
- Met de beide zorgverzekeraars heeft de Sint Maartenskliniek dezelfde procedure doorlopen en zijn dezelfde aspecten besproken;
- In afstemming met zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit is tijdens de simulatie expliciet ingegaan op een drietal aspecten van de onderhandeling, te weten: financiële, administratieve en kwalitatieve aspecten;
- De dataset op basis waarvan de simulatie van de onderhandeling heeft plaatsgevonden, is gelijk aan de dataset welke is gebruikt voor de rapportage over leerdoel 1 “De financiële impactanalyse”, zoals die op 1 april 2011 aan de NZa is opgeleverd. Dat wil zeggen dat Revalidatiegeneeskunde buiten beschouwing is gelaten;
- De toegepaste registratieregels en afleidingsregels zijn gebaseerd op de DOT productstructuur versie RS08/RZ12a welke op 1 maart 2011 is uitgeleverd door DBC Onderhoud.

Univé VGZ IZA Trias

Vanuit Univé VGZ IZA Trias heeft een brede delegatie deelgenomen aan de simulatie. Het betreft de volgende functionarissen:

- Zorginkoper medisch specialistische zorg;
- Assistent zorginkoper medisch specialistische zorg;
- Projectleider DOT;
- Deelprojectleider DOT;
- Teammanager DBC controleteam;
- Medisch inhoudelijk adviseur;
- Medisch adviseurs.

CZ Groep

Vanuit CZ Groep heeft een kleinere groep geparticipeerd in de simulatie. Het betreft de volgende functionarissen:

- Zorginkoper ziekenhuizen;
- Manager projectbureau / projectleider DOT.

Sint Maartenskliniek

Tijdens de overleggen met zorgverzekeraars waren vanuit de Sint Maartenskliniek de volgende functionarissen aanwezig:

- Commercieel manager;
- Directeur financiën en control;
- Projectmanager DOT;
- Business controllers
- DBC coördinator.

Daarnaast wa een groot aantal andere functionarissen van de Sint Maartenskliniek betrokken bij de operationele uitwerking en uitvoering van de simulatie.

Werkwijze

De simulatie onderhandelingen onder DOT is in een zestal fasen uitgevoerd:

1. Een uitgebreide toelichting op en bespreking van de uitkomsten van de financiële impactanalyse DOT;
2. Het opstellen van een offerte op basis van DOT zorgproducten en de analyse van de offerte door de zorgverzekeraar;
3. Het bespreken van de offerte;
4. Het bespreken van financiële aspecten;
5. Het bespreken van administratieve aspecten;
6. Het bespreken van kwalitatieve aspecten.

De trajecten zijn met de beide zorgverzekeraars afzonderlijk doorlopen in de periode tussen 1 april en 15 juni 2011. Dat wil zeggen dat de zorgverzekeraars niet gezamenlijk bij een overleg aanwezig zijn geweest en ook niet op de hoogte waren van de uitkomsten van de simulatie die zij afzonderlijk van elkaar met de Sint Maartenskliniek hebben gedaan. Dit komt overeen met de wijze waarop de Sint Maartenskliniek binnen het experiment de jaarlijkse onderhandelingen met de zorgverzekeraars voert. De Sint Maartenskliniek kent immers integrale tarieven voor alle DBC's en onderhandelt met alle zorgverzekeraars individueel.

1. Bespreken financiële impactanalyse

Rapportage financiële impactanalyse

De rapportage over leerdoel 1, zoals die op 1 april 2011 is gerapporteerd aan de NZa, is ook aan alle zorgverzekeraars toegestuurd. De rapportage is de basis voor de start van leerdoel II simulatie van onderhandelingen onder DOT met zorgverzekeraars.

Bespreking financiële impactanalyse

De rapportage is in een overleg met iedere zorgverzekeraar apart toegelicht en besproken. Hierbij is door de Sint Maartenskliniek een toelichting gegeven op:

- De wijze waarop de financiële impactanalyse is uitgevoerd;
- De aannames die hierbij noodzakelijkerwijs zijn gemaakt;
- De belangrijkste en meest opvallendste resultaten van de analyse.

Een belangrijk leerpunt dat naar voren kwam tijdens de bespreking van de financiële impactanalyse is dat de zorgverzekeraars achterlopen op ziekenhuizen als het gaat om het inzicht in de gevolgen en consequenties van DOT voor ziekenhuizen. De zorgverzekeraars hebben maar beperkt zicht op de financiële impact van DOT bij ziekenhuizen en om dit inzicht te verkrijgen zijn zorgverzekeraars afhankelijk van ziekenhuizen. Belangrijke andere punten voor de zorgverzekeraars tijdens de bespreking waren:

- Het nog niet beschikbaar zijn van belangrijke gegevens zoals DOT A-segmenttarieven en honoraria medisch specialisten;
- De noodzakelijke keuze voor de gebruikte basisperiode om de financiële analyse uit te kunnen voeren;
- De verhouding tussen de aantallen DBC's en DOT zorgproducten;
- De mate waarin de herkenbaarheid van de huidige DBC systematiek al dan niet in de DOT systematiek terugkomt.

Daar staat tegenover dat de Sint Maartenskliniek zich maar beperkt bewust was van de samenloop van ontwikkelingen waarmee zorgverzekeraars met ingang van 2012 naast DOT te maken krijgen, te weten:

- Eisen en richtlijnen in het kader van Solvency II;
- De consequenties als gevolg van de beëindiging van de macronacalculatie en de afbouw van de ex post risicovereeniging;
- De verwachte aanscherping van eisen ten aanzien van controles welke door zorgverzekeraars uitgevoerd dienen te worden;
- Gevolgen voor de zorgverzekeraar die samenhangen met de invoering van prestatiebekostiging en de verwachte uitbreiding van het B-segment.

Om binnen de nieuwe productstructuur een basis te creëren om tot goede afspraken te komen is het van belang dat de partijen op de hoogte zijn van elkaars uitgangspunten, belangen en onzekerheden. Dit betekent dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars elkaar actief moeten informeren en een transparante basishouding aan zullen moeten nemen. Een sfeer van openheid en vertrouwen lijkt essentieel om tijdig tot afspraken te komen.

Tijdens de simulatie was deze openheid tussen de zorgverzekeraars en de Sint Maartenskliniek voldoende aanwezig. Dit betekent dat zowel op het gebied van kennis en informatie, maar ook in de

relationele sfeer een ontwikkeling zal plaatsvinden. De Sint Maartenskliniek is vanuit het experiment al een aantal jaren gewend om met alle zorgverzekeraars individueel en in openheid te onderhandelen. Veel ziekenhuizen onderhandelen hoofdzakelijk met de regionale marktleider(s) en voor hen is een integrale onderhandeling met alle zorgverzekeraars nieuw.

Zorgverzekeraars verwachten dat het creëren van de benodigde openheid niet bij alle ziekenhuizen eenvoudig zal zijn. Dit is dan ook een belangrijk aandachtspunt voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars wanneer binnen de prestatiebekostiging op basis van DOT zorgproducten wordt onderhandeld. De resultaten van financiële impactanalyse kunnen voor het ziekenhuis een goede basis vormen om de risico's met de zorgverzekeraar(s) te bespreken.

2. Offerte op basis van DOT zorgproducten

Nadat de financiële impactanalyse met de zorgverzekeraars is besproken heeft de Sint Maartenskliniek voor de beide zorgverzekeraars separaat een offerte opgesteld.

Aanlevering van de offerte

Met beide zorgverzekeraars is een uiterste datum (respectievelijk 21 april en 17 mei) afgesproken waarop de offerte bij de zorgverzekeraar aangeleverd diende te zijn. Door het afspreken van deze deadline is tijdsdruk aan de kant van de Sint Maartenskliniek ingebracht om de offerte aan te leveren. Op deze wijze ontstond een realistisch offertetraject doordat de tijdspanne waarbinnen de Sint Maartenskliniek de gegevens op diende te leveren beperkt was. In beide gevallen is het gelukt een offerte op de afgesproken datum aan te leveren. Op basis van de ervaringen van de eerste offerte ging het tot stand komen van de tweede offerte aanmerkelijk sneller.

De reeds opgedane ervaringen met het opstellen van integrale prijslijsten voor DBC's in de experimentfase van de Sint Maartenskliniek zijn erg waardevol gebleken bij het tijdig aanleveren van de offertes op basis van DOT zorgproducten. Het is voor ziekenhuizen dan ook aan te bevelen om tijdig te starten met het opstellen van een offerte, zodat de betrokkenen in het ziekenhuis bekend worden met de offertesystematiek en de offerte concreet gebruikt kan worden als basis voor de onderhandeling.

Basisperiode

Omdat een integrale offerte op basis van een jaarperiode dient te worden opgesteld (vergelijkbaar met een offerte voor het B-segment bij ziekenhuizen) en hiervoor ook volumes dienen te worden aangeleverd is gekozen voor een jaarperiode op basis van gesloten en gevalideerde DBC's tot en met 31 december 2010 met een openingsdatum in 2009. Dit is afwijkend van de periode die de Sint Maartenskliniek hanteert bij een integrale offerte op basis van DBC's. Bij DBC's wordt namelijk uitgegaan van alle gesloten en gevalideerde DBC's over een zo actueel mogelijke periode van een jaar. De openingsdatum van de DBC's is hierbij niet relevant.

Reden voor de afwijkende periode tussen DOT en DBC's ligt in het feit dat de nieuwe registratieregels voor DOT tot veel "restproducten" leiden wanneer wordt uitgegaan van gesloten en gevalideerde DBC's over een periode. Voor de Sint Maartenskliniek betekent dit dat het tijdens de simulatie (nog) niet mogelijk was een actuelere basisperiode te hanteren. Ziekenhuizen dienen hier bij het opstellen van de offerte op basis van DOT zorgproducten rekening mee te houden en het is aan te bevelen om vooraf met de zorgverzekeraar duidelijke afspraken te maken over de te hanteren basisperiode.

Opbouw en format van de offerte

De Sint Maartenskliniek heeft de offerte opgemaakt in MS Excel. Hierbij is gekozen om in de offerte eerst een nieuw aanbod te doen op basis van DBC's en deze vervolgens om te zetten naar een offerte op basis van DOT zorgproducten. In de offerte zijn drie tabbladen opgenomen:

1. Voorblad;
2. Offerte op basis van DBC's;
3. Offerte op basis van DOT zorgproducten.

Het voorblad is vrijwel identiek aan het voorblad zoals de Sint Maartenskliniek dit hanteert bij de offertes op basis van DBC's. Hierin zijn administratieve elementen opgenomen zoals AGB codes, UZOVI codes, offerteversie en contactgegevens. Daarnaast is in het voorblad de totale omzet op basis van het volume opgenomen op basis van de huidige prijzen en de offerteprijzen. Het verschil wordt hierbij uitgedrukt in een totaal gewogen prijsindexering.

Het tabblad op basis van DBC's komt overeen met de offerte die de Sint Maartenskliniek opstelt binnen het DBC experiment. Hierin zijn opgenomen:

- DBC code;
- Omschrijving van de DBC;
- Aantallen DBC's per jaar op basis de gekozen jaarperiode;
- Huidige prijs per DBC;
- Omzet per DBC op basis van huidige prijs;
- Omzet totaal (gecalculeerde schadelast) op basis van huidige prijs;
- Prijsvoorstel voor 2012 per DBC;
- Omzet per DBC op basis van het prijsvoorstel 2012;
- Omzet totaal (verwachte schadelast) op basis van prijsvoorstel 2012.

In het derde tabblad is de offerte op basis van DOT zorgproducten opgenomen. Hierin zijn opgenomen:

- DOT zorgproductcode;
- Omschrijving van het DOT zorgproduct;
- Aantallen DOT afgeleide zorgproducten op basis van een gekozen jaarperiode;
- Prijsvoorstel voor 2012 per DOT zorgproduct;
- Omzet per DOT zorgproduct op basis van het prijsvoorstel 2012;
- Aantallen add-on (per add-on);
- Prijs per eenheid add-on 2012;
- Omzet per add-on op basis van prijs 2012;
- Systeemuitval per specialisme (totaal omzet);
- DOT uitval per specialisme;
- Omzet totaal (verwachte schadelast) op basis van DOT zorgproducten 2012 (inclusief add-on's en uitval).

Figuur 2.1: van DBC naar DOT zorgproducten in de offerte



In de offerte zijn expliciet ook de add-on's voor dure geneesmiddelen, de systeemuitval (zorgtrajecten of diagnoses die niet passen in de afleidingsstructuur DOT) en de DOT uitval opgenomen en voor de zorgverzekeraar inzichtelijk gemaakt.

Toelichting bij de offerte

De Sint Maartenskliniek is gewend om bij de DBC offerte ook een toelichting voor de zorgverzekeraar aan te leveren. De basis van deze toelichting was goed bruikbaar voor de DOT offerte. In de toelichting worden de gehanteerde uitgangspunten, de indexering en meer specifiek de aanpassing van DBC tarieven toegelicht en onderbouwd. Voor de DOT offerte is een fictieve

indexering toegepast en zijn ook specifieke producten in prijs aangepast. Een zorgverzekeraar geeft aan dat, door het ontbreken van een historie op basis van DOT zorgproducten, de indexering moeilijker te beoordelen is.

Analyse van de offerte

De beide zorgverzekeraars hebben de offerte beoordeeld. Eén van de zorgverzekeraars heeft op basis van deze analyse een aanvullende specificatie opgevraagd. Het betrof de vraag om een aansluiting op diagnosesniveau in de offerte op te nemen. Hoewel de inrichting van de DOT structuur is gebaseerd op de hoofdstukindeling van de ICD 10 codering blijven de DBC diagnosecoderingen voorlopig gehandhaafd. Voor de betreffende zorgverzekeraar is de offerte aangepast en is ter informatie een overzicht toegevoegd met daarin voor de top 10 diagnoses de verschillende daarin voorkomende zorgproducten, de volumes van de zorgproducten, de voorgestelde prijs en het aantal unieke patiënten.

De invoering van de ICD 10 systematiek staat gepland voor 2013 / 2014. Dit is feitelijk een transitie van DBC diagnose naar ICD 10 codering binnen de overgangsfase van DBC naar DOT. Over de invoering van de ICD codering dienen heldere afspraken te worden gemaakt. Deze afspraken dienen ook met de zorgverzekeraars te worden afgestemd omdat dit voor hen naar verwachting ook weer een trendbreuk op zal leveren

3. Bespreken van de offerte

Tijdens een bijeenkomst met de zorgverzekeraar is de offerte door de Sint Maartenskliniek toegelicht en heeft de zorgverzekeraar doorgevraagd op de offerte en de daarin gehanteerde uitgangspunten. Een aantal punten is hierbij uitvoerig besproken. Het betreft:

- Gekozen basisperiode voor historische volumebepaling;
- Relatie tussen DBC en DOT zorgproducten op diagnosesniveau;
- Afspraken over uitval;
- Add-on's voor dure geneesmiddelen;
- Groeperen van DOT prijzen;
- DOT producten waarvoor geen waarde kan worden bepaald.

Gekozen basisperiode voor historische volumebepaling

Voor de zorgverzekeraars is het begrijpelijk waarom de Sint Maartenskliniek heeft gekozen voor een gewijzigd uitgangspunt bij de bepaling van de volumes DBC's en DOT zorgproducten (gesloten en gevalideerd tot en met 31 december 2010 met een openingsdatum in 2009). Dit sluit aan bij de wijze waarop zorgverzekeraars intern verplicht zijn de schadelast aan boekjaren toe te rekenen. Verzekeraars hechten er waarde aan om de volumebepaling te baseren op een periode dicht bij 2012. Daarnaast is het voor de onderhandelingen gewenst om een inschatting te maken van de verwachte volumes per zorgproduct.

Op basis van de gesprekken met de zorgverzekeraars is hiervoor ook een oplossingsrichting verkend. Hierbij vindt de simulatie nog steeds plaats op basis van een jaarproductie met geopende DBC's. De hieruit voortkomende verhoudingsgetallen DBC = DOT kunnen worden gebruikt om de verwachte productie van een recentere periode (afgesloten) DBC's te vertalen. Deze methodiek is, vanwege tijdgebrek, niet daadwerkelijk getest in de simulatie.

Relatie tussen DBC en DOT zorgproducten op diagnosesniveau

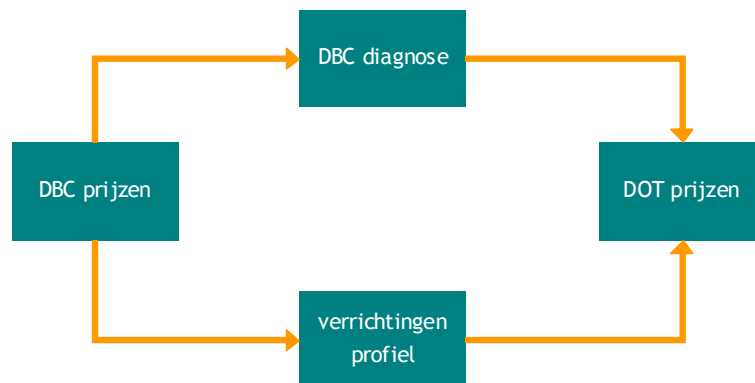
Naast de expliciete prijzen voor DOT zorgproducten is voor zorgverzekeraars vooral het inzicht in, en de beheersing van zorgkosten van belang. Dit heeft te maken met de toename van het financiële risico dat zorgverzekeraars met ingang van 2012 lopen en het feit dat de zorgverzekeraars met een trendbreuk (van DBC naar DOT) worden geconfronteerd waardoor de beheersing van de zorgkosten (tijdelijk) bemoeilijkt wordt.

Een zorgverzekeraar wenst daarom inzicht in de kosten op diagnosesniveau zodat een vergelijking mogelijk is met de ontwikkeling in de jaren dat DBC's werden gedeclareerd. De Sint Maartenskliniek is in de offerte vooral uitgegaan van het op basis van profielen, kostenprijzen en verkoopprijzen vaststellen van tarieven voor DOT zorgproducten. De zorgverzekeraar zoekt naar een herkenbare eenheid in zowel de DBC- als de DOT systematiek. Hierbij richt de zorgverzekeraar zich vooral op de mogelijkheden om zicht te houden op de totale zorgkosten en de kosten per verzekerde door aansluiting te zoeken op diagnosesniveau.

Helaas lijkt de DOT productstructuur niet altijd een oplossing voor dit vraagstuk te bieden. De gemiddelde prijs per DOT product is niet in alle gevallen te vergelijken met de gemiddelde prijs in de DBC structuur. Dit wordt veroorzaakt doordat DOT zorgproducten zijn opgebouwd uit zorgvragen waaraan verschillende diagnoses ten grondslag liggen. De zorgvraag uit één DBC kan leiden tot meerdere zorgproducten en een DOT zorgproduct kan worden afgeleid uit meerdere zorgvragen in DBC systematiek. Bij de relatie tussen DBC's en DOT zorgproducten is immers sprake van een

zogenaamde “n:n relatie”. De prijs van een DOT zorgproduct is in veel gevallen een gewogen prijs uit verschillende diagnosegroepen. Indien een DBC diagnose relatief zwaar is zal de omzet in DOT zorgproducten lager zijn. Omgekeerd zal een relatief lichte DBC diagnose in de DOT systematiek tot een hogere omzet leiden.

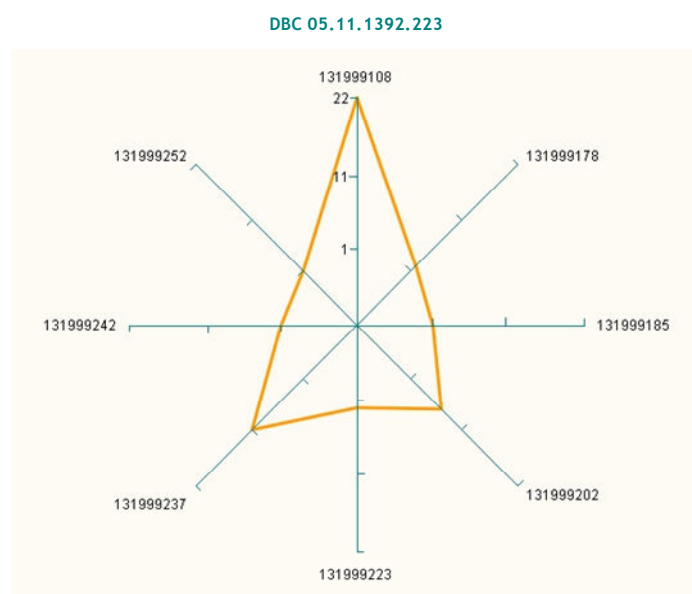
Figuur 3.1: de relatie tussen DBC en DOT zorgproducten



Dit probleem doet zich vooral voor bij gecombineerde diagnosegroepen waarbinnen ook complexe zorg geleverd wordt. Binnen de Sint Maartenskliniek is dit onder andere het geval bij wervelkolomchirurgie. Er zijn ook producten en diagnoses waarvoor een vergelijking wel te maken is. De afleiding van diagnoses ten aanzien van bijvoorbeeld een totale knieoperatie vertoont een veel homogener beeld.

Door de Sint Maartenskliniek is getracht dit inzichtelijk te maken door vanuit een DBC inzicht te verschaffen in de DOT zorgproducten die uit deze zorgvragen ontstaan en vervolgens weer de betreffende DOT zorgproducten te specificeren naar DBC's waaruit het betreffende DOT zorgproduct is opgebouwd. In de figuren 3.2 en 3.3 is dit schematisch weergegeven voor de DBC 05.11.1392.223 scoliose. Deze DBC heeft lage aantallen en een homogene groep patiënten.

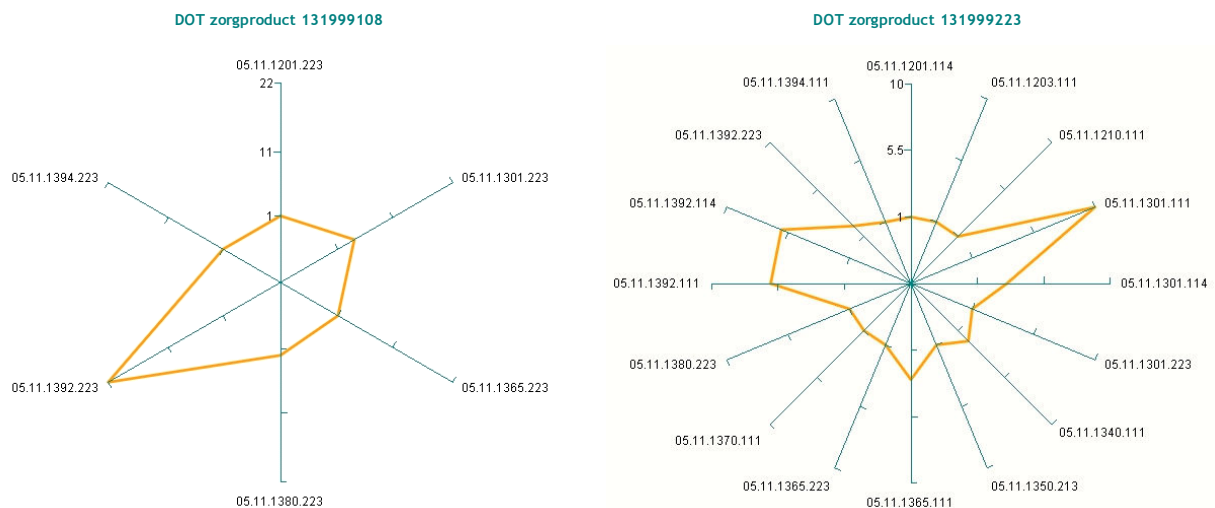
Figuur 3.2: relatie DBC 05.11.1392.223 en de belangrijkste DOT zorgproducten



Uit dit specifieke voorbeeld blijkt dat de zorgtrajecten die in de DBC systematiek leiden tot de DBC 05.11.1392.223 op basis van de registratieregels en de afleidingsstructuur binnen DOT leiden tot 8 verschillende DOT zorgproducten. Wanneer deze relatie omgekeerd wordt weergegeven blijken de DOT producten te bestaan uit meerdere en soms zelf een zeer groot aantal DBC zorgtrajecten. In figuur 3.3. is dit voor twee DOT zorgproducten, die ook in figuur 3.2 voorkomen, weergegeven.

Met een zorgverzekeraar is afgesproken dat voor 2012 gezocht zal worden naar de mogelijkheden om de zorgverzekeraar comfort te geven de zorgkosten te beheersen door minimaal de DBC diagnose mee te leveren bij de declaraties of te onderzoeken of deze anderszins voor de zorgverzekeraar inzichtelijk gemaakt kan worden. Het zal namelijk enige tijd duren voordat de zorgverzekeraar voldoende inzicht heeft in de samenstelling van de schadelast op basis van DOT zorgproducten. Het ziekenhuis heeft hierin meer inzicht omdat zij in de administratie de zorgactiviteiten kan herleiden.

Figuur 3.3: relatie tussen de DOT zorgproducten 131999185 en 131999178 en DBC's



Daarnaast is het voor ziekenhuizen van belang om transparantie te bieden ten aanzien van de wijze waarop het profiel van DOT zorgproducten is opgebouwd. Hetzelfde geldt ook voor de aantallen DOT zorgproducten in relatie tot de te verwachten zorgvraag. De zorgverzekeraars hechten hier veel waarde aan. Met name het volume-effect en in mindere mate het prijseffect, zal voor zorgverzekeraars een aandachtspunt zijn. Voor de ziekenhuizen is dit echter niet eenvoudig omdat zij zelf ook het inzicht nog moeten zien te verkrijgen.

Vanuit de zorgverzekeraar is aangegeven dat voor de omrekening van DBC's naar DOT zorgproducten, in het kader van de systeemwijziging, door hen een verklaring van een accountant zou kunnen worden gevraagd. De Sint Maartenskliniek en de beide zorgverzekeraars verwachten dat de relatie tussen de DOT producten, volumes en prijzen enerzijds en het inzicht in, en beheersing van de schadelast door zorgverzekeraars anderzijds tot de belangrijkste punten zullen behoren in de onderhandeling over DOT zorgproducten.

Afspraken over uitval

In de offerte is door de Sint Maartenskliniek ook een bedrag aan uitval gepresenteerd. Voor de zorgverzekeraars is het lastig in te schatten in hoeverre de uitval representatief is of dat de uitval wordt veroorzaakt door onvolkomenheden in de administratie van het ziekenhuis.

Met de zorgverzekeraars is de mogelijkheid besproken om de waarde van de uitval te verdelen over (een deel van) de DOT zorgproducten. Voor de zorgverzekeraars is het lastig deze afspraak te maken omdat zij verwachten dat in de loop van de tijd de uitval af zal nemen en dan door ziekenhuizen ten onrechte hogere tarieven voor DOT zorgproducten in rekening worden gebracht. Hierbij behoort voor de zorgverzekeraar ook dat het ziekenhuis aan dient te geven in welke zorgproducten uitval terecht zou komen wanneer de zorgactiviteiten correct worden vastgelegd. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij het niet specificeren van uitval en het op voorhand verdelen van uitval over andere zorgproducten niet zullen accepteren.

Het is dan ook van belang voor het ziekenhuis om de uitval in de offerte te presenteren, het percentage uitval te onderbouwen en transparant te zijn over de samenstelling van de gepresenteerde uitval.

Add-on's dure geneesmiddelen

Door de Sint Maartenskliniek zijn de kosten voor de dure geneesmiddelen op basis van de door de NZa vastgestelde tarieven uit de profielen van de DOT zorgproducten verwijderd en als add-on in de offerte opgenomen. Zorgverzekeraars wensen inzicht in de DOT zorgproducten die voor dure geneesmiddelen zijn aangepast. De Sint Maartenskliniek heeft hierin een bijzondere positie omdat binnen het experiment dure geneesmiddelen integraal zijn opgenomen in de DBC tarieven. De “regeling dure geneesmiddelen” is voor de Sint Maartenskliniek in het kader van het experiment niet van toepassing.

De zorgverzekeraars hebben aangegeven graag inzicht te krijgen in de relatie tussen de zorgproducten en diagnoses waar add-on's bij horen. Ook bij de declaratie van add-on's willen zorgverzekeraars graag inzicht hebben in de koppeling met de DOT zorgproducten. Dit betekent dat ziekenhuizen deze informatie bij de declaratie dienen te verstrekken. Het is niet duidelijk in hoeverre dit voor het ziekenhuis te realiseren is en of dit tot extra administratieve lasten zal leiden.

Groeperen van DOT prijzen

Een zorgverzekeraar vraagt zich af in hoeverre DOT tarieven op voorhand kunnen worden gegroepeerd. Dat wil zeggen dat DOT zorgproducten die op elkaar lijken eenzelfde tarief zouden kunnen hebben. Dit zou in het bijzonder kunnen gelden voor de zorgproducten die als “restproducten” bij diagnoses voorkomen en ontstaan ten gevolge van de specifieke registratieregels binnen de DOT systematiek.

DOT producten waarvoor geen waarde kan worden bepaald

Ook voor producten die binnen het ziekenhuis (nog) niet voorkomen kan het noodzakelijk zijn prijzen overeen te komen. Omdat ziekenhuizen de prijzen voor DOT zorgproducten vaststellen op basis van profielen, zal het wellicht lastig zijn om prijzen te bepalen voor deze producten. Indien het DOT producten uit het A-segment (gereguleerde segment) betreft kan een tarief op basis van het landelijke maximumtarief worden overeengekomen. In het B-segment zou een prijs vastgesteld kunnen worden op basis van tarieven die verzekeraars met andere ziekenhuizen overeenkomen of op basis van andere zorgproducten waarbij een vergelijkbaar profiel wordt verwacht. Ook de minimale set van zorgactiviteiten in de afleidingsstructuur kan behulpzaam zijn om tot een tarief te komen.

4. Overige financiële aspecten

Naast de tarieven van de DOT zorgproducten en de add-on's zijn tijdens de simulatie ook andere financiële aspecten, die samenhangen met de contractering, besproken. De belangrijkste financiële aspecten die zijn besproken betreffen:

- Onderhandenwerk;
- Liquiditeit en bevoorschotting;
- Zorgkostenbeheersing;
- Prijsstelling van DOT zorgproducten.

Onderhandenwerk

Door de trendbreuk in de systematiek wordt het voor de zorgverzekeraar meer dan nu van belang om de schadelastontwikkeling te kunnen blijven volgen. Immers de oorspronkelijke parameters komen te vervallen en zodoende kan niet of nauwelijks gevolgd worden wat de volumeontwikkeling, en dus ook de schadelastontwikkeling is. De zorgverzekeraar wil hierover concrete afspraken maken met het ziekenhuis. In de huidige situatie is de bepaling van het onderhandenwerk eenvoudiger voor het ziekenhuis, omdat bij de opening van de DBC ook de behandelas wordt aangegeven. Hierdoor is het mogelijk om op voorhand het uiteindelijk te declareren product (DBC) en het daarmee samenhangende bedrag te bepalen.

Binnen de DOT systematiek wordt alleen de diagnose vastgelegd en worden op basis van de zorgactiviteiten één of meerdere zorgproduct(en) afgeleid op basis van de tot dan toe geregistreerde verrichtingen en activiteiten. Dit heeft als risico dat het onderhandenwerk vooral gebaseerd zal worden op relatief veel “kleine” DOT zorgproducten en per saldo geen goed zicht geeft op de te verwachten opbrengsten (ziekenhuis) en schadelast (zorgverzekeraar).

Een belangrijk aspect betreft de grondslag voor de waardering. Ziekenhuizen zien onderhandenwerk vooral als een post in de jaarrekening en waarderen het onderhandenwerk conform de daarvoor geldende regels. Zorgverzekeraars hebben behoefte aan inzicht in de omvang van de toekomstige schadelast en willen het onderhandenwerk gebruiken om dit in kunnen schatten. De grondslag voor de beide benaderingen verschilt. De zorgverzekeraar verwacht dat gezocht zal moeten worden naar een eenduidige methodiek om de ontwikkeling van de schadelast gedurende het jaar te kunnen monitoren. Een zorgverzekeraar gaf aan de uitwisseling van het onderhandenwerk via DBC services te willen laten lopen. Er dient echter afstemming te zijn met het ziekenhuis over de meest geëigende manier om binnen de geldende regelgeving de relevante informatie uit te kunnen wisselen. Een landelijke afspraak heeft hierbij de voorkeur.

Liquiditeit en bevoorschotting

De zorgverzekeraars hebben afgelopen twee jaar bij veel ziekenhuizen de bevoorschotting afgebouwd en/of stopgezet in verband met de aangescherpte eisen in het kader van de Solvency II richtlijnen.

Op basis van landelijke verkenning wordt verwacht dat de DOT systematiek zal leiden tot verslechtering van de liquiditeitspositie van ziekenhuizen. Mocht dit het geval zijn dan zal de bevoorschotting door de zorgverzekeraars een expliciet onderdeel van de onderhandeling zijn. Een alternatief kan zijn dat in de tarieven van de DOT zorgproducten een opslag voor de extra rentekosten wordt opgenomen. Daarnaast zou de overgang naar de nieuwe DOT systematiek tijdelijk tot liquiditeitsproblemen kunnen leiden doordat ziekenhuizen begin 2012 nog niet in staat

zijn om DOT zorgproducten te declareren omdat de onderhandelingen pas in de loop van 2012 kunnen worden afgerond. De zorgverzekeraars en de Sint Maartenskliniek hebben op dit moment nog geen goed beeld van wijzigingen in liquiditeitsbehoeften ten gevolge van de DOT systematiek. Een van de zorgverzekeraars heeft aangegeven dat ze zullen toestaan dat ziekenhuizen vaker dezelfde producten mogen gaan declareren. Dit zou een positief effect op de liquiditeit kunnen hebben.

De zorgverzekeraars hebben tijdens de (simulatie)onderhandeling nog geen formeel kader aangegeven over het beleid dat ze zullen voeren ten aanzien van bevoorschotting wanneer de DOT systematiek wordt ingevoerd.

Zorgkostenbeheersing

Door de invoering van prestatiebekostiging, de afschaffing van de macronacalculatie en de afbouw van de ex post risicoverevening lopen zorgverzekeraars vanaf 2012 meer risico's ten aanzien van de zorgkosten. Daarnaast zijn de koepelorganisaties van de ziekenhuizen (NVZ / NFU / ZKN) en de zorgverzekeraars (ZN) voornemens samen met het ministerie van VWS een convenant op te stellen waarin zij de gezamenlijke verantwoordelijkheid uitspreken voor een beheerste zorgkostenontwikkeling over de periode 2012 - 2015.

De zorgverzekeraars en de Sint Maartenskliniek verwachten dat gezien de onzekerheden ten aanzien van de zorgkostenbeheersing meer expliciete afspraken zullen worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Prijsstelling van DOT zorgproducten

Zorgverzekeraars geven aan dat ze zich zorgen maken dat ziekenhuizen zich in de overgang naar de DOT systematiek nog sterk zullen richten op het (schaduw) budget op basis van de FB parameters en de DOT zorgproducten vooral zullen zien als declaratieproducten die noodzakelijk zijn om het budget binnen te halen. Zorgverzekeraars kennen geen schaduwbudget en hebben er belang bij dat de tarieven voor de DOT zorgproducten voldoende relatie hebben met de werkelijke kosten.

De Sint Maartenskliniek heeft in het DBC experiment altijd gestreefd naar goede relatie tussen de integrale kosten en de prijs van DBC's. Ook in de DOT systematiek is dat voor de Sint Maartenskliniek het uitgangspunt.

5. Administratieve aspecten

Onderdeel van de onderhandelingen vormen ook de administratieve aspecten waarover de zorgverzekeraars en het ziekenhuis afspraken dienen te maken. Ook in de simulatie van de onderhandelingen onder DOT zijn de belangrijkste administratieve aspecten besproken. Hierbij is beoordeeld in hoeverre hierin door de invoering van DOT wijzigingen te verwachten zijn en in hoeverre aanvullende afspraken noodzakelijk zijn. De belangrijkste administratieve aspecten zijn:

- Offerteformat;
- Inlezen van prijslijsten en declareren;
- Overloop DBC's 2011 naar 2012;
- Tussentijdse informatievoorziening aan de zorgverzekeraar;
- Controles door de zorgverzekeraar;
- Machtigingen;
- Overeenkomst 2012 op basis van DOT.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen ten aanzien van deze administratieve aspecten beschreven.

Offerteformat

Het door de Sint Maartenskliniek gebruikte format voor de offerte (zie ook hoofdstuk 2) op basis van DOT is werkbaar voor de betrokken zorgverzekeraars. Wel is het voor de beide zorgverzekeraars wenselijk dat het ziekenhuis ook de begrote productie op basis van DOT zorgproducten in het offerteformat opneemt.

Voor één de zorgverzekeraars is het van belang dat ook tijdens de onderhandeling DOT zorgproducten en de daaraan verbonden tarieven via DBC services kunnen worden uitgewisseld. Dit betekent dat bij de start van de onderhandelingsperiode een aangepast format van DBC services beschikbaar dient te zijn.

Inlezen van prijslijsten en declareren

Beide zorgverzekeraars hanteren bij het verwerken en inlezen van prijslijsten het format van DBC services. Het principe van prijslijsten waarbij een tarief is gekoppeld aan een specifieke code lijkt geen belemmering te vormen. Ook voor DOT zorgproducten waarvoor geen productie wordt verwacht dient een tarief te worden opgenomen. Een belangrijke voorwaarde is wel dat een aangepast format van DBC services op basis van DOT zorgproducten tijdig beschikbaar is en dat ook het ziekenhuis hiermee kan werken.

Overloop DBC's 2011 naar 2012

In 2012 maar theoretisch ook nog in de jaren daarna zullen ziekenhuizen conform de DBC systematiek moeten kunnen factureren en zullen zorgverzekeraars deze facturen ook nog af moeten kunnen handelen. Formeel staat hiervoor een termijn van 5 jaar. Veel zorgverzekeraars hebben nu reeds in hun overeenkomst opgenomen dat hiervoor een kortere termijn van toepassing is.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zullen hierover bij de invoering van de DOT systematiek afspraken moeten maken. Een dergelijke afspraak zou bij voorkeur op landelijk niveau plaats moeten vinden zodat voor alle ziekenhuizen en zorgverzekeraars dezelfde regels van toepassing

zijn. Eén van de zorgverzekeraars hanteert binnen de DBC systematiek een controleperiode van twee jaar en gaf aan dat een periode van twee of drie jaar ook voor de overloop realistisch zou zijn.

Tussentijdse informatievoorziening aan de zorgverzekeraar

Net zoals bij DBC's hebben zorgverzekeraars in de DOT systematiek de behoefte om tussentijds door ziekenhuizen geïnformeerd te worden over de realisatie van de afspraken. Met ingang van 2012 lopen de zorgverzekeraars meer risico en krijgen ze te maken met een trendbreuk in de historische data. Dit betekent dat zorgverzekeraars, meer dan in de DBC systematiek, geïnformeerd willen worden over de volumeontwikkeling en de daarmee samenhangende schadelast. Met name de informatievoorziening aangaande de onderhandenwerk positie van ziekenhuizen is voor zorgverzekeraars van belang. Ook in het (op handenzijnde) landelijke convenant wordt het belang van goede en tijdige informatievoorziening onderkend.

De zorgverzekeraars hebben er behoefte aan om de periodiciteit van de informatievoorziening te verhogen naar een maandelijkse rapportage. Dit is een intensivering ten aanzien van de rapportages die op basis van DBC's en FB parameters door ziekenhuizen worden opgeleverd en betekent een extra administratieve last voor het ziekenhuis. Overigens kent de Sint Maartenskliniek geen rapportages op basis van FB parameters maar wordt uitsluitend op basis van DBC's gerapporteerd.

Door één zorgverzekeraar is aangegeven dat zij bij de periodieke rapportage graag inzicht op diagnosesniveau willen krijgen. Het gaat hierbij dan om de diagnosecodes die ook binnen de DBC systematiek worden gehanteerd. Hiermee probeert de zorgverzekeraar een relatie aan te brengen tussen de schadelastontwikkeling over de jaren heen in zowel de DBC- als de DOT systematiek.

Door de andere zorgverzekeraar wordt gepleit voor een uniform format waarop ziekenhuizen maandelijks informatie aan zouden moeten leveren. Hierbij zou bijvoorbeeld een op de DOT systematiek gebaseerd format van DBC services gebruikt kunnen worden. Voor de Sint Maartenskliniek is van belang dat niet voor iedere zorgverzekeraar op basis van een ander format aangeleverd hoeft te worden.

Controles door de zorgverzekeraar

Los van de invoering van de DOT systematiek geven zorgverzekeraars aan dat zij verplicht zijn hun controles aan te scherpen op basis van voorschriften van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de NZa.

Zorgverzekeraars onderkennen zowel formele als ook materiële controles. Bij een formele controle gaat het om een onderzoek, waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door het ziekenhuis in rekening is gebracht correct is (verzekerde zorg, verzekerde van zorgverzekeraar, bevoegdheid van het ziekenhuis en juiste tarief). De materiële controle richt zich op rechtmatigheid en doelmatigheid van de door het ziekenhuis geleverde zorg. In de toekomst zullen zorgverzekeraars zich meer gaan richten op de controles ten aanzien van de doelmatigheid en het gepast gebruik van zorg.

Omdat in de DOT systematiek het aantal zorgproducten minder wordt, zullen zorgproducten een grotere verscheidenheid aan zorgvragen bevatten dan in de DBC systematiek het geval was. Meerdere DBC diagnoses kunnen immers tot hetzelfde zorgproduct leiden. Dit betekent dat zorgverzekeraars ten behoeve van controles inzicht willen hebben in de samenstelling van de zorgproducten (mandjes van diagnoses), de prijsvorming en de eventuele kruissubsidiëring tussen producten.

Zorgverzekeraars hebben formeel de mogelijkheid om formele en materiële controles tot maximaal 5 jaar terug uit te voeren, tenzij dit anders is overeengekomen. Dit betekent dat zorgverzekeraars

tot in 2016 in staat moeten zijn DBC's te controleren en ziekenhuizen tot die tijd in staat moeten zijn waar nodig declaraties tot en met 31 december 2010 te corrigeren. De zorgverzekeraars en de Sint Maartenskliniek hebben afgesproken dat zij concrete afspraken willen maken om deze termijn waar mogelijk te verkorten om de administratieve last van controles te beperken. In het kader van DOT zou hierbij aansluiting kunnen worden gezocht bij de termijn die (landelijk) wordt overeengekomen voor de declaratie en correctie van overloop DBC's.

Met een zorgverzekeraar is afgesproken dat in overleg wordt verkend welke aanpassingen in de administratieve organisatie en interne controles binnen het ziekenhuis mogelijk zijn, zodat deze aansluiten bij de speerpunten van het controlebeleid van de zorgverzekeraar binnen de DOT systematiek. Zorgverzekeraars hebben tevens aangegeven te willen controleren op de wijze waarop de systeemwijziging van de DBC- naar de DOT systematiek door ziekenhuizen is uitgevoerd.

Machtigingen

In de overeenkomst met het ziekenhuis is door de zorgverzekeraars een lijst met DBC's opgenomen waarvoor vooraf een machtiging noodzakelijk is. Het betreft hier een door Zorgverzekeraars Nederland opgestelde lijst die voor alle zorgverzekeraars gelijk is. De machtigingen worden op basis van DBC coderingen in de overeenkomst vastgelegd.

Met de invoering van DOT vervallen de specifieke DBC coderingen. In de DOT systematiek is hiermee rekening gehouden in de knooppunten binnen de boomstructuren door voor specifieke zorgactiviteiten een aanspraakbeperking op te nemen. Hierbij dienen machtigingen op basis van zorgactiviteitencodes te worden afgegeven. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij deze machtiging op het niveau van zorgactiviteiten niet op basis van een declaratie kunnen controleren.

De lijst met machtigingen zal dan ook door ZN moeten worden herzien en worden toegespitst op de DOT systematiek. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij ervan uitgaan dat er ook binnen de DOT systematiek gewerkt zal gaan worden met een uniforme lijst van coderingen (zorgactiviteiten) waarvoor vooraf een machtiging noodzakelijk is.

Overeenkomst 2012 op basis van DOT

De gemaakte afspraken tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis worden formeel vastgelegd in een overeenkomst. Voor de Sint Maartenskliniek geldt hierbij een afwijkend format omdat in het kader van de experimentstatus een aantal artikelen en paragrafen in de standaard ziekenhuisovereenkomst niet van toepassing is. De invoering van DOT, maar vooral ook de invoering van prestatiebekostiging, zal leiden tot aanpassingen in de standaard overeenkomst(en) tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Door de invoering van de DOT systematiek zullen in de overeenkomst aanvullende afspraken moeten worden opgenomen over onder andere:

- Informatievoorziening van het ziekenhuis aan de zorgverzekeraar;
- Onderhandenwerk;
- Bevoorschotting;
- Uitval;
- Add-on's;
- Controles;
- Specifieke afspraken.

Voor specifieke afspraken kan ook gebruikt gemaakt worden van bijlagen of een addendum. Tijdens het overleg tussen de zorgverzekeraars en de Sint Maartenskliniek kwam ook de behoefte naar voren

om te verkennen of de financiële vertaling van eventuele onzekerheden ten gevolge van de DOT systematiek in de overeenkomst opgenomen zou moeten worden.

In het landelijke convenant wordt de datum van 1 april 2012 genoemd als uiterste datum voor een overeenkomst. Dit is ambitieus, maar vanuit de situatie van de Sint Maartenskliniek zeker niet onmogelijk. De zorgverzekeraars en de Sint Maartenskliniek kunnen zich voorstellen dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen bij de start van de onderhandelingen bewust de intentie vastleggen om transparant naar elkaar te zijn en te streven naar tijdige afronding van de overeenkomst. Ook als dit leidt tot het niet kunnen vastleggen van alle details en de daarmee samenhangende onzekerheden over en weer.

6. Kwalitatieve aspecten

In de jaarlijkse onderhandeling tussen zorgverzekeraars en de Sint Maartenskliniek is ook altijd aandacht voor kwalitatieve aspecten. In de simulatie van de onderhandelingen onder DOT zijn ook kwalitatieve aspecten besproken. Net als bij de administratieve aspecten is hierbij beoordeeld in hoeverre hier door de invoering van DOT wijzigingen te verwachten zijn of waarover aanvullende afspraken noodzakelijk zijn. De besproken kwalitatieve aspecten zijn:

- Toegankelijkheid van het ziekenhuis;
- Prestatie-indicatoren van de Inspectie Gezondheidszorg;
- Prestatie-indicatoren Zichtbare Zorg;
- Prestatie-indicatoren Zorgverzekeraars Nederland;
- Consumer Quality index;
- Zorgverzekeraarspecifieke indicatoren;
- Ziekenhuisspecifieke indicatoren en -afspraken;
- Preferentiebeleid en aanbestedingen;
- Concentratie van zorg en ketenafspraken.

De kwalitatieve aspecten zijn door de Sint Maartenskliniek geïnventariseerd en vervolgens met de zorgverzekeraars besproken. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen ten aanzien van deze kwalitatieve aspecten beschreven.

Toegankelijkheid van het ziekenhuis

Zorgverzekeraars maken afspraken met ziekenhuizen over de toegankelijkheid van het ziekenhuis en meer specifiek over wachtlijsten en wachttijden voor bepaalde behandelingen. Deze afspraken worden in de overeenkomst opgenomen en door ziekenhuizen op de website gepubliceerd. Een deel van deze toegangstijden is gekoppeld aan DBC's. Dit betreft voor de Sint Maartenskliniek vooral DBC's in het B-segment voor knie, heup, hernia en patiënten met de diagnose Reumatoïde Artritis.

De Sint Maartenskliniek is in staat met zorgverzekeraars, binnen de DOT systematiek, meetbare afspraken te maken over toegangstijden. Het feit dat toegangstijden zijn gekoppeld aan DBC's vraagt landelijk wel om aandacht zodat tijdig en uniform definities worden aangepast en de herkenbaarheid binnen de DOT productstructuur behouden blijft. Afspraken hierover zullen waarschijnlijk meer op diagnosesniveau of op het niveau van specifieke zorgactiviteiten plaats gaan vinden.

De combinatie van de DOT systematiek en de invoering van prestatiebekostiging zal er, samen met de landelijk discussies over specialisatie en spreiding, toe leiden dat ziekenhuizen hun portfolio zullen beoordelen en mogelijk zullen overwegen met bepaalde behandelingen of zelfs met bepaalde specialismen te stoppen. Dit zal invloed hebben op de toeloop van patiënten bij andere ziekenhuizen en wellicht ook op de toegangstijden bij andere ziekenhuizen. De zorgverzekeraars gaven aan hierover af te willen stemmen en in ieder geval tijdig geïnformeerd te worden. Ook voor ziekenhuizen in de omgeving is dit van belang omdat zij tijdig moeten kunnen anticiperen op een extra toestroom van patiënten.

Prestatie-indicatoren van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)

Prestatie-indicatoren zijn de laatste jaren nadrukkelijk onderdeel geworden van de kwaliteitsafspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Hoewel nog niet altijd consensus

bestaat tussen verschillende partijen over het gebruik van indicatoren en de wijze waarop ze geformuleerd moeten worden bestaat over de indicatoren van de IGZ weinig discussie.

De indicatoren van de IGZ worden onderverdeeld in veiligheids- en kwaliteitsindicatoren. Door de IGZ wordt geen directe relatie gelegd tussen de indicatoren en DBC's. Deze indicatoren kunnen binnen de DOT systematiek dan ook gewoon worden toegepast. Wel worden door IGZ soms DBC termen gebruikt. Voor de duidelijkheid zouden deze aangepast kunnen worden.

Prestatie-indicatoren Zichtbare Zorg (ZIZO)

De set ZIZO indicatoren kent zowel zorginhoudelijke indicatoren als ook klantpreferentievragen. Een deel van de indicatoren dient verplicht aangeleverd te worden en ander deel (nog) niet. In de definitie van de ZIZO indicatoren worden DBC coderingen gehanteerd om de te meten populaties en behandelingen te definiëren en af te bakenen.

De verplichte indicatoren voor de Sint Maartenskliniek betreffen:

- Knievervanging: definitie op basis de DBC code 05.11/21.1801.223;
- Heupvervanging: definitie op basis van de DBC code 05.11/21.1701.223;
- Lumbosacraal radiculair syndroom: definitie op basis van een groot aantal DBC codes;
- Reumatoïde artritis: definitie op basis van een groot aantal DBC codes.

De niet verplichte indicatoren voor de Sint Maartenskliniek betreffen:

- Meniscus en voorste kruisband: definitie op basis van DBC codes en CTG codes;
- Carpale tunnelsyndroom: definitie op basis van DBC codes;
- Osteoporose: definitie op basis van DBC codes.

Om de ZIZO indicatoren ook binnen de DOT systematiek goed te kunnen hanteren is het noodzakelijk dat de definities worden aangescherpt. Het risico bestaat dat voor een aantal indicatoren een trendbreuk in de historische uitkomsten zal ontstaan.

Prestatie-indicatoren van Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Naast de ZIZO indicatoren worden aanvullende indicatoren uitgevraagd door de gezamenlijke zorgverzekeraars. Voor de Sint Maartenskliniek betreft het indicatoren ten aanzien van:

- Heup- en knieoperatie;
- Pijn bij rugklachten.

Deze indicatoren zijn volledig gebaseerd op DBC coderingen. Net als bij de ZIZO indicatoren zullen de definities van deze indicatoren moeten worden aangescherpt en worden trendanalyses bemoeilijkt.

Consumer Quality index (CQ index)

Op basis van de CQ index wordt de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief in kaart gebracht. De CQ index wordt niet door het ziekenhuis opgeleverd. De vragenlijst wordt door de stichting Miletus bij (voormalige) patiënten uitgezet en de uitkomsten worden via de zorgverzekeraar teruggekoppeld aan het ziekenhuis. Ook de Sint Maartenskliniek bespreekt de uitkomsten jaarlijks met de zorgverzekeraar(s) en de uitkomsten worden ook intern met de betreffende specialismen besproken.

Voor de Sint Maartenskliniek betreft het hierbij de CQ indexen voor:

- Rughernia;
- Reumatoïde Artritis;
- Heup- en knieoperatie;
- Revalidatiecentra.

De CQ index staat los van de DBC systematiek. Echter de populatie patiënten die voor een vragenlijst in aanmerking komt wordt door zorgverzekeraars op basis van DBC declaratiecodes geselecteerd en aangeleverd aan de Stichting Miletus. De bestaande selectie van DBC declaratiecoderingen zal met de invoering van de DOT systematiek komen te vervallen en de selectiecriteria dienen daarom te worden aangepast.

Zorgverzekeraarspecifieke indicatoren

Eén van de zorgverzekeraars maakt gebruik van een ziekenhuisbeoordelingsmethodiek voor een deel van het B-segment waarin zowel kwaliteit als prijs wordt meegenomen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de ZN- en de IGZ indicatoren. Daarnaast wordt het prijsniveau van B-segment DBC's meegewogen.

Wanneer deze zorgverzekeraar deze systematiek wil blijven toepassen zullen hiervoor de definities moeten worden aangepast. Bijzondere aandacht dient uit te gaan naar de wijze waarop de nieuwe DOT tarieven worden gewogen.

Ziekenhuisgerelateerde indicatoren en afspraken

De Sint Maartenskliniek werkt zelf ook mee aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. Zo was de Sint Maartenskliniek betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitscriteria door de Vereniging van Scoliosepatiënten. Deze indicatoren zijn niet gebonden aan de DBC systematiek en zullen naar verwachting ook niet gewijzigd behoeven te worden wanneer de DOT systematiek zal worden geïntroduceerd.

Met een aantal zorgverzekeraars heeft de Sint Maartenskliniek afspraken gemaakt over een garantie bij de plaatsing van heupprothesen. Deze afspraak is gerelateerd aan een specifieke DBC. In het kader van de simulatie is dit met één van de zorgverzekeraars besproken en zowel de Sint Maartenskliniek als de zorgverzekeraar zien mogelijkheden om ook binnen de DOT systematiek deze afspraak administratief te kunnen blijven volgen.

Preferentiebeleid en aanbestedingsvoorwaarden

Zorgverzekeraars zijn de afgelopen jaren gestart met preferentiebeleid bij inkoop van zorg in ziekenhuizen. Het gaat hierbij vooral om het onderscheid in tarieven (B-segment). Eén van de zorgverzekeraars is dit jaar gestart met selectieve contractering bij ziekenhuizen op basis van criteria voor een tweetal behandelingen (borstkanker en blaaskanker). Deze zorgverzekeraar sluit niet uit dat in de toekomst ook selectieve contractering ten aanzien van behandelingen op het gebied van houding en beweging zal gaan plaatsvinden. Op dit moment vormt dit beleid nog geen belemmering voor de contractering onder DOT binnen de Sint Maartenskliniek. De specifieke afspraken betreffende borst- en blaaskanker dienen waarschijnlijk wel te worden geherdefinieerd.

De Sint Maartenskliniek heeft ook te maken met een zorgverzekeraar die gebruik maakt van een tweejaarlijkse aanbestedingsprocedure voor meniscus, totale knie operatie, totale heupoperaties en herniaoperaties. Deze procedure is gebaseerd op DBC coderingen. Deze zorgverzekeraar was echter niet betrokken bij de simulatie.

Specialisatie van zorg en ketenzorg

De Sint Maartenskliniek is in Nederland het enige ziekenhuis dat volledig is gespecialiseerd in aandoeningen op het gebied van houding en beweging. Het ziekenhuis voert verkennende gesprekken met zorgverzekeraars over concentratie van zorg en werkt met andere zorgaanbieders aan de ontwikkeling van ketenzorg. De verkenning van concentratie is op dit moment sterk gebaseerd op de indeling zoals die binnen DBC's aan de orde is. Maar ook DBC's bieden in de huidige situatie niet altijd een oplossing om afspraken te maken, bijvoorbeeld bij de behandeling van patiënten die geopereerd moeten worden aan een infectie van een prothese.

De overgang naar de DOT systematiek zou een vertraging kunnen betekenen voor het maken afspraken over concentratie van complexe zorg en de ontwikkeling van ketenzorg. Het is dan ook van belang dat bij de invoering van de DOT systematiek deze ontwikkelingen worden gefaciliteerd.

7. Conclusie, aandachtspunten en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies uit de simulatie onderhandelingen onder DOT met zorgverzekeraars verwoord. Daarnaast worden aandachtspunten opgesomd die van belang zijn om een goede onderhandeling over DOT zorgproducten mogelijk te maken. Tot slot wordt een aantal concrete aanbevelingen gedaan voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen als zij in het najaar van 2011 starten met de onderhandeling op basis van de DOT systematiek.

Conclusie

Ondanks het feit dat niet alle tabellen, uitgangspunten en prijzen beschikbaar waren en de onderhandeling tijdsintensief was, is het proces om met twee zorgverzekeraars een simulatie van de onderhandeling onder DOT te doorlopen erg nuttig en leerzaam gebleken voor zowel de zorgverzekeraars als de Sint Maartenskliniek.

Wel moet worden vastgesteld dat vanuit het strategisch perspectief van de jaarlijkse onderhandeling de nadruk in de simulatie sterk is komen te liggen op de overgang van de DBC- naar DOT systematiek en de daarmee samenhangende financiële- en administratieve aspecten. Kwaliteitsaspecten, patiëntenbelangen en de effectiviteit van de te leveren zorg zijn helaas minder aan de orde gekomen.

Ziekenhuizen hebben ten aanzien van DOT inhoudelijk een voorsprong op de zorgverzekeraars. Tijdens de simulatie is er dan ook veel aandacht geweest voor informatieoverdracht van de Sint Maartenskliniek naar de zorgverzekeraars. In 2012 krijgen zorgverzekeraars te maken met een aantal wijzigingen en een toename van risico's. In tegenstelling tot de ziekenhuizen kennen de zorgverzekeraars voor de invoering van prestatiebekostiging en DOT geen overgangperiode met een vangnetconstructie. Tijdens de simulatie is bewust aandacht besteed aan de verschillen in de uitgangspunten en de belangen voor zorgverzekeraars enerzijds en de Sint Maartenskliniek anderzijds. Het kennen van elkaars uitgangspunten is een voorwaarde om onderhandelingen onder een nieuwe financieringssysteem succesvol te kunnen laten verlopen.

In tegenstelling tot andere ziekenhuizen heeft de Sint Maartenskliniek geen budget en dus ook geen, daarvan afgeleide, budgetparameters. De Sint Maartenskliniek onderhandelt sinds 2005 op basis van een integrale prijslijst over de tarieven van alle DBC's voor de specialismen orthopedie, anesthesiologie, reumatologie en revalidatie. De kennis die tijdens deze integrale onderhandelingen is opgedaan blijkt zeer waardevol voor de onderhandeling op basis van DOT zorgproducten. Wanneer op basis van DOT zorgproducten wordt onderhandeld binnen de invoering van prestatiebekostiging en daarbij voorgestelde uitbreiding van het B-segment ontstaat meer focus op de geleverde producten van het ziekenhuis. Het ligt dan ook in de verwachting dat de vraag vanuit de zorgverzekeraar om transparant te zijn over het product en de daaraan verbonden prijs zal toenemen. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat deze transparantie voor een aantal ziekenhuizen een cultuuromslag zal gaan betekenen.

De zorgverzekeraars hechten veel waarde aan de schadelastbeheersing (zorgkostenbeheersing). Omdat de DOT systematiek voor de zorgverzekeraars een trendbreuk in de beschikbare zorgkosteninformatie veroorzaakt, is het van belang dat het ziekenhuis zich coöperatief opstelt om verzekeraars te voorzien van de noodzakelijke informatie. Dit geldt zowel ten aanzien van de transitie van DBC's naar DOT zorgproducten als ook ten aanzien van de informatievoorziening over productie, kosten en onderhandenwerk met ingang van 2012. Voor ziekenhuizen betekent dit een toename van de administratieve lasten.

Door de overgang van DBC's naar DOT ontstaat op onderdelen informatieasymmetrie tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Deze informatieasymmetrie kan een belemmering vormen om tijdig tot afspraken te komen. Het ziekenhuis en de zorgverzekeraar dienen deze informatieasymmetrie bespreekbaar te maken en waar mogelijk weg te nemen.

De Sint Maartenskliniek en de beide zorgverzekeraars achten het realistisch om voor 2012 afspraken te maken over DOT zorgproducten. Voorwaarde is dat tijdig met de onderhandelingen kan worden gestart en dat voorafgaand een met aantal aandachtspunten rekening wordt gehouden. In de volgende paragraaf worden deze aandachtspunten genoemd.

Aandachtspunten

Tijdens de simulatie is een aantal aandachtspunten besproken dat van belang is om succesvol te kunnen onderhandelen op basis van DOT zorgproducten:

- De definitieve productstructuur voor DOT en de daarbij behorende tabellen en tarieven dienen conform de huidige planning door DBC Onderhoud te worden opgeleverd;
- De landelijke afspraken over de honoraria van medisch specialisten dienen voor de start van de onderhandelingen beschikbaar te zijn;
- Het format van DBC services is voor de zorgverzekeraars van belang bij de administratieve verwerking. Dit format dient tijdig te worden aangepast aan de DOT productstructuur, in ieder geval voor aanvang van de onderhandelingen;
- Er dient landelijk een afspraak te worden gemaakt ten aanzien van de overgang en de overgangperiode waarbinnen ziekenhuizen nog declaraties van DBC's met een openingsdatum tot en met 31 december 2010 mogen indienen. Dit geldt ook voor de periode waarbinnen zorgverzekeraars nog controles op basis van DBC's met een openingsdatum tot met 31 december 2010 mogen doen;
- Wanneer zorgverzekeraars tussentijds aanvullende informatie wensen te ontvangen heeft het de voorkeur dat hiervoor een uniform format wordt gehanteerd zodat ziekenhuizen niet voor iedere zorgverzekeraar op basis van een ander format informatie aan hoeven te leveren;
- Voor zorgverzekeraars is het van belang dat bij de declaratie van DOT zorgproducten ook de oorspronkelijke DBC diagnosecode wordt meegeleverd;
- De invoering van de ICD 10 systematiek staat gepland voor 2013 / 2014. Dit is feitelijk een transitie van DBC diagnose naar ICD 10 codering binnen de overgangsfase van DBC naar DOT. Over de invoering van de ICD codering dienen heldere afspraken te worden gemaakt. Deze afspraken dienen ook met de zorgverzekeraars te worden afgestemd omdat dit voor hen naar verwachting opnieuw een trendbreuk zal betekenen;
- Het is wenselijk dat ten aanzien van de systematiek voor de bepaling van het onderhandenwerk (landelijk) afspraken worden gemaakt over de meest geëigende manier om binnen de geldende regelgeving informatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars uit te wisselen;
- Zorgverzekeraars zijn operationeel nog onvoldoende betrokken bij de invoering van de DOT systematiek. De komende maanden dienen zorgverzekeraars nadrukkelijk op te schalen om te zorgen dat ook zorginkopers voorbereid zijn op de transitie van DBC's naar DOT en de onderhandelingen, die zij op basis van de DOT systematiek moeten kunnen voeren;

- De inzichten ten aanzien van liquiditeitseffecten ten gevolge van de invoering van de DOT systematiek worden onder andere door NVZ geanalyseerd. Het is belangrijk dat de uitkomsten van deze analyse worden gedeeld en dat het bevoorschottingsbeleid van zorgverzekeraars, binnen de mogelijkheden die zorgverzekeraars daartoe hebben, hierop wordt afgestemd;
- De prestatie-indicatoren die zijn gebaseerd op DBC definities dienen tijdig te worden beoordeeld en waar nodig te worden aangepast. Hierbij dient aandacht te zijn voor de meetbaarheid en mate waarin de uitkomsten van de prestatie-indicatoren binnen de DOT systematiek nog voldoende discriminerend zijn.
- De overgang naar de DOT systematiek zou een vertraging kunnen betekenen voor het maken van afspraken over concentratie van complexe zorg en de ontwikkeling van ketenzorg. Het is dan ook van belang dat bij de invoering van de DOT systematiek deze ontwikkelingen worden gefaciliteerd.

Aanbevelingen

De belangrijkste aanbevelingen voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen ten aanzien van de onderhandeling onder DOT zijn hieronder puntsgewijs samengevat:

- Start tijdig. Onderhandelen over DOT zogproducten is een tijdsintensief traject. Ook wanneer de meest actuele productstructuur en alle tabellen nog niet beschikbaar zijn, is het waardevol met een gezamenlijke uitwisseling van standpunten en kennis tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar te starten;
- Maak voorafgaand aan de onderhandeling expliciet afspraken ten aanzien van de te hanteren spelregels, de investering die de beide partijen hiervoor moeten doen, de tijdige afronding van het traject en de gewenste wederzijdse transparantie;
- Ziekenhuizen en zorgverzekeraars dienen nadrukkelijk op de hoogte te zijn van elkaars belangen in de onderhandeling. Vooral voor ziekenhuizen geldt dat zij in het kader van prestatiebekostiging kennis moeten nemen van de belangen van en ontwikkelingen aan de kant van de zorgverzekeraars;
- Ziekenhuizen zouden de financiële impactanalyse als basis voor de bespreking met de zorgverzekeraars moeten gebruiken en toe moeten lichten waaruit de belangrijkste risico's voor het ziekenhuis bestaan;
- Maak vooraf duidelijke afspraken over de basisperiode voor de omrekening naar DOT producten als voor de offerte. Kies hiervoor een periode die recht doet aan de registratieregels van DOT en zo dicht mogelijk bij 2012 ligt. Mogelijk biedt een combinatie van twee perioden een uitkomst;
- Start als ziekenhuis tijdig met het opstellen van een offerte zodat de betrokkenen in het ziekenhuis bekend worden met de offertesystematiek en de offerte concreet gebruikt kan worden als basis voor de onderhandeling;
- Zorg als ziekenhuis voor een gespecificeerde onderbouwing van uitval en neem de uitval expliciet op in de offerte. Het verdelen van de kosten die samenhangen met de uitval over de prijs van andere zorgproducten kan niet zonder afstemming met de zorgverzekeraar;

- Het profiel van de DOT zorgproducten per zorgverzekeraar verschilt binnen de DOT productstructuur sterker dan dit het geval is binnen de DBC systematiek. Dit wordt veroorzaakt door de specifieke kenmerken van de verzekerdenpopulatie en de samenvoeging van diagnoses. Hierop dienen vooral ziekenhuizen met een specifieke- of (boven)regionale patiëntenpopulatie alert te zijn bij de prijsstelling van DOT zorgproducten per zorgverzekeraar;
- Tijdens de simulatie van de onderhandelingen onder DOT is veel tijd besteed aan de financiële en administratieve aspecten. Kwaliteitsaspecten, patiëntenbelangen en effectiviteit van de te leveren zorg zijn minder aan de orde gekomen dan de Sint Maartenskliniek en zorgverzekeraars tijdens de reguliere onderhandelingen gewend zijn. Het is dan ook van belang deze punten vooraf expliciet te agenderen voor de onderhandelingen in de overgang naar de DOT systematiek.

Contactgegevens

Zorgverzekeraar Univé VGZ IZA Trias

De heer drs. R. Besselse
Zorginkoper medisch specialistische zorg
r.besselse@unive.nl
0592 348822

Zorgverzekeraar CZ Groep

De heer drs. N. Heyne
Zorginkoper ziekenhuizen
nico.heyne@cz.nl
06 13923387

Sint Maartenskliniek Nijmegen

De heer drs. L.G.F. Janssen
Commercieel manager
ro.janssen@maartenskliniek.nl
024 3272732