

CTG/ZAio

Experiment Sint Maartenskliniek

Tussentijdse evaluatie

13 september 2006

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	6
1. Tussentijdse evaluatie experiment Sint Maartenskliniek	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Vormgeving experiment	12
1.3 Doelstelling evaluatie	13
1.4 Informatiebronnen voor deze evaluatie	14
1.5 Opbouw van het rapport.....	15
2. Marktomstandigheden	16
2.1 Inleiding	16
2.2 Structuur markt.....	16
2.3 Marktpositie	18
3. Leerdoelen experiment	22
3.1 Inleiding	22
3.2 Experimentervaring	22
3.3 DBC-systematiek revalidatie	24
3.4 Marktmacht.....	25
3.5 Productie- en capaciteitseffecten	29
3.6 Prijsstrategieën.....	36
3.7 Transactiekosten verzekeraars	42
3.8 Interne cultuurverandering SMK.....	43
4. Effecten experiment op publieke belangen	46
4.1 Inleiding	46
4.2 Kwaliteit	46
4.3 Toegankelijkheid.....	49
4.4. Betaalbaarheid	51

5. Conclusies/aanbevelingen.....	55
5.1 Evaluatie experiment.....	55
5.2 Verlenging experiment	58
Bijlage 1: Benodigde gegevens voor analyse.....	63
Bijlage 2 Beleidsregel experimenten	65

Vooraf

Per 1 februari 2005 zijn bij wijze van experiment onder de WVG de prijzen voor de integrale productie van de Sint Maartenskliniek (SMK) vrijgegeven. Het doel van het experiment is verwoord in de Beleidsregel experiment Sint Maartenskliniek. Het experiment loopt tot 1 januari 2007. In de experimentperiode mogen de SMK en de verzekeraars zelf onderhandelen over prijzen, kwaliteit en investeringen.

Dit evaluatierapport inventariseert de eerste resultaten van het experiment Sint Maartenskliniek (situatie medio 2006). Het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) heeft onderzocht in hoeverre de realisatie van de leerdoelen van het experiment is gevorderd. Daarnaast is beoordeeld welk effect het experiment heeft op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorgverlening door de SMK.

De managementsamenvatting bevat de belangrijkste bevindingen.

Managementsamenvatting

Voor de Sint Maartenskliniek is per 1 februari 2005 een experiment gestart met vrije prijzen. Het ministerie van VWS heeft CTG/ZAio de taak gegeven om de ontwikkelingen tijdens het experiment te monitoren. Het experiment duurt twee jaar.

Tussentijdse rapportage

Om de effecten van het experiment te beoordelen, brengt CTG/ZAio een tussentijdse rapportage uit. Medio 2007 publiceert CTG/ZAio een volledige evaluatie van het experiment.

Doelstelling rapportage

Met deze tussentijdse rapportage beoogt CTG/ZAio inzicht te geven in de mate waarin de leerdoelen zijn gerealiseerd die zijn benoemd bij de start van het experiment. Daarnaast kijkt CTG/ZAio naar de effecten van het experiment op de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Realisatie leerdoelen

1. Het opdoen van ervaring met experimenten.

De start van het experiment viel samen met de invoering van de DBC-systematiek in de ziekenhuiszorg. Daarnaast trad gedurende het experiment de Zorgverzekeringswet in werking. Hier hebben partijen veel energie in gestoken, hetgeen de resultaten van het experiment heeft beïnvloed. De SMK heeft tijd nodig gehad om zich te richten op de nieuwe situatie. De efficiëntie is, blijkens gegevens van de SMK, wel al toegenomen; in 2007 zullen volgens de SMK de resultaten van het experiment ook zichtbaar zijn in de prijs. Uit de interviews met de verzekeraars blijkt dat deze, nu de invoering van de Zorgverzekeringswet achter de rug is, in de nabije toekomst zaken als keuzeondersteuning en kwaliteitsafspraken willen oppakken. Bij het vaststellen van de duur van een experiment is het van belang met de invloed van dit soort stelselwijzigingen rekening te houden. Daarnaast dient vooraf goed uitgedacht te worden hoe praktische zaken, zoals in het geval van de SMK de codering, worden geregeld in een experiment. Dit voorkomt dat resultaten niet analyseerbaar zijn en dat onnodige administratieve lasten worden gecreëerd bij aanvang van een experiment.

2. Het ontwikkelen van een bruikbare DBC-systematiek voor revalidatie.

De ervaringen die de SMK heeft opgedaan met de revalidatie-DBC's zijn meegenomen in de ontwikkeling van een landelijke DBC-productstructuur voor revalidatie. Deze productstructuur wordt op dit moment op verzoek van VWS door CTG/ZAio en Stichting DBC Onderhoud beoordeeld. Op basis van voortschrijdend inzicht lijkt de landelijke productstructuur in belangrijke mate af te wijken van de conceptproductstructuur van de SMK.

3. Het verwerven van inzicht in de gevolgen van het volledig vervallen van de contracteerplicht op de marktmacht van partijen.

Ondanks het vervallen van de contracteerplicht is geen sprake van selectieve contractering. Alle verzekeraars hebben met de SMK contracten gesloten voor alle DBC's. Een verzekeraar

geeft aan dat de SMK marktmacht heeft richting de kleinere verzekeraars. De SMK geeft zelf aan dat het experiment de mogelijkheid heeft geboden de marktpositie te versterken.

De SMK lijkt zich om meerdere redenen onafhankelijk te kunnen gedragen in de experimentsituatie. Zowel de prijs als volumes zijn toegenomen en in sterkere mate dan bij de andere aanbieders. De SMK kan dus, zonder volumes te verliezen aan concurrenten, de prijs verhogen. Het is op dit moment niet mogelijk om kwantitatieve uitspraken te doen op basis van marktaandelen, omdat deze gegevens over 2005 nog niet beschikbaar zijn.

In het algemeen dient opgemerkt te worden dat het leerdoel lastig te onderzoeken is met dit experiment. Ten eerste is de SMK als categorale instelling met een bovenregionale functie niet representatief voor alle ziekenhuizen. Een dergelijk ziekenhuis met een uniek aanbod en een dienovereenkomstig groot adherentiegebied is minder makkelijk substitueerbaar dan een gemiddeld ziekenhuis. Dit kan voor de zorginkoper een belangrijke reden zijn om een dergelijk ziekenhuis te contracteren, hetgeen selectieve contractering in deze setting onwaarschijnlijk maakt en de marktmacht van de aanbieder vergroot. Als het experiment zou worden uitgebreid met vrije prijsvorming voor meerdere (algemene) ziekenhuizen, kan het vervallen van de contracteerplicht wel gevolgen hebben voor de marktmacht van andere aanbieders. Ten tweede vergroot de experimentele situatie de marktmacht van de SMK nog eens. Door het experiment heeft de SMK immers meer vrijheid in haar prijszetting dan haar concurrenten en kan zich daardoor onafhankelijker van haar concurrenten gedragen. Dit verstoort de realisatie van het leerdoel. De uitkomsten van eventuele verschuivingen in marktaandelen zeggen dan ook vooral iets over de experimentsituatie en weinig over hoe het gedrag van partijen zal zijn als gevolg van het vervallen van de contracteerplicht voor alle ziekenhuizen en verzekeraars.

4. Het verwerven van inzicht in productie- en capaciteitseffecten voor de Sint Maartenskliniek en/of andere aanbieders.

De gemiddelde stijging van de productie bij de SMK was in 2005 hoger dan landelijk. Het is echter mogelijk dat ook landelijk de stijging in productie van de door de SMK geleverde specialismen hoger lag. Het is moeilijk te zeggen of de productie- en capaciteitseffecten door het experiment veroorzaakt zijn (de SMK geeft zelf aan dat zonder het experiment deze inspanningen niet in deze mate gedaan zouden zijn). Ook in 2006 is een stijging van de productie van de SMK waarneembaar. Andere aanbieders hebben vrijwel geen volume-effecten als gevolg van het experiment waargenomen.

5. Het verwerven van inzicht in prijsstrategieën.

De SMK heeft bij de prijsonderhandelingen een opslag gevraagd voor R&D en versterking van het eigen vermogen. De prijzen van de SMK zijn tussen 2005 en 2006 gemiddeld meer toegenomen dan de prijzen in het B-segment. De contractprijzen van de SMK in het A-segment wijken sterk af van de tarieven in het A-segment, zowel naar boven als naar beneden. Volgens de SMK komt dit doordat zij tarieven hanteert die beter aansluiten bij de werkelijke kostprijzen.

De tarieven in het A-segment kunnen echter ook sterk variëren tussen andere instellingen omdat op deze tarieven een instellingsspecifiek verrekenpercentage wordt toegepast. Er heeft geen vergelijking van contractprijzen in het B-segment met andere ziekenhuizen plaatsgevonden, omdat dit niet goed mogelijk bleek op basis van de huidige codes. De contractprijzen per verzekeraar verschillen. De grootste verzekeraars weten de laagste prijzen te bedingen. Daarnaast is de variatie in prijzen in 2006 toegenomen ten opzichte van 2005.

6. Het verwerven van inzicht in transactiekosten voor verzekeraars.

De transactiekosten voor de zorgverzekeraars zijn door het experiment vrijwel niet toegenomen. Echter, indien de verzekeraars extra capaciteit hadden ingezet voor de inkoop van DBC's, was dit wel het geval geweest. De verzekeraars hebben aangegeven dat extra inkoopcapaciteit nodig is om de onderhandelingen goed te voeren. Aangezien het in de experimentsituatie om één kleine instelling gaat, is het effect van deze experimentsituatie beperkt.

7. Het verwerven van inzicht in de interne cultuurverandering bij SMK.

De SMK heeft het experiment aangegrepen om belangrijke verbeteringen door te voeren in de bedrijfsprocessen. Het experiment is een belangrijke katalysator hiervoor geweest. Ook het vervallen van de budgetteringsystematiek heeft vrijheid met zich meegebracht. Deze ruimte kan volgens de SMK in de toekomst kleiner worden als de prijsonderhandelingen strakker gevoerd worden. De verzekeraars menen dat de strategie van de SMK op dit moment meer gericht is op een versteviging van de financiële positie, terwijl de strategie bij de start van het experiment andere prioriteiten bevatte. Op dit moment zijn andere personen van de SMK bij het experiment betrokken dan bij de start van het experiment. Volgens de verzekeraars is het daarom lastig aan te geven waardoor de strategie van de SMK is veranderd (door de personeelwisselingen of door het experiment).

Bevindingen publieke belangen

Het experiment heeft nog geen aanwijsbare invloeden gehad op de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid. Met betrekking tot het publieke belang betaalbaarheid zijn wel resultaten zichtbaar.

Kwaliteit

Het experiment met vrije prijzen geeft mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering. Dat is nog niet vertaald in afspraken met zorgverzekeraars, met name als gevolg van de geleverde inspanningen bij de invoering van de Zorgverzekeringswet en de DBC's. Partijen streven er naar dit snel op te pakken.

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de zorg die SMK verleent, lijkt tot nu toe grotendeels onveranderd en daarmee geborgd te zijn. De SMK heeft met alle verzekeraars contracten afgesloten. Wel zijn de wachttijden voor orthopedie en reumatologie toegenomen. Verzekeraars maken op dit

moment nog weinig gebruik van keuzeondersteuning van de zorgvraag van hun verzekerden. Naar verwachting zal dit in de nabije toekomst meer gebeuren.

Betaalbaarheid

De prijzen van de SMK zijn in 2006 ten opzichte van 2005 gemiddeld meer toegenomen dan de prijzen in het B-segment. Door de codering van de SMK-DBC's kan niet geanalyseerd worden of de prijzen bij de SMK gemiddeld hoger of lager zijn dan landelijk. De stijging van het volume in FB-parameters lag in 2005 hoger dan de gemiddelde stijging van het volume van de algemene ziekenhuizen. In 2006 lijkt de productie wederom te stijgen.

Het exploitatieresultaat van de SMK is in 2005 meer dan verdubbeld ten opzichte van 2004. De SMK geeft zelf aan dat dit komt door een stijging van het volume en een daling van de kosten per eenheid product. De bedrijfsopbrengsten zijn procentueel sterker gestegen dan het volume. Dit duidt op een prijsstijging tussen 2004 en 2005. De exacte prijsstijging is niet te berekenen, aangezien in 2005 de DBC-systematiek is ingevoerd.

De prijsstijging in 2006, tezamen met de verwachte stijging van het volume en een door de SMK verwachte verdere daling van de kosten per eenheid product, leidt tot de voorlopige conclusie van CTG/ZAio dat het exploitatieresultaat in 2006 wederom zal stijgen.

Het is de vraag of het experiment de betaalbaarheid van de zorg borgt. Enerzijds is er sprake van een uitzonderingspositie voor de SMK die ruime mogelijkheden biedt om door prijsstelling de financiële positie te verbeteren. Anderzijds zal dit worden beperkt als zorgverzekeraars harder inzetten bij de onderhandelingen. De betaalbaarheid is voor de consument met dit experiment nog niet verbeterd, volgens de uitkomsten van de evaluatie. Het door SMK behaalde exploitatieresultaat in 2005 is immers gebruikt om het eigen vermogen te vergroten, en lijkt niet te zijn teruggegeven aan de consument in de vorm van lagere prijzen.

Opgemerkt dient te worden dat het in de experimentsituatie een kleine instelling betreft en dat het effect op de macrobetaalbaarheid van de ziekenhuiszorg daarmee beperkt is.

Advies voortzetting experiment

Het experiment is aangegaan voor de duur van twee jaar en eindigt op 1 januari 2007.

De SMK is erg enthousiast over de (efficiency)resultaten die behaald zijn met het experiment. Uit de interviews blijkt dat partijen in 2007 meer resultaten van het experiment verwachten op de aspecten prijs, kwaliteitsafspraken en keuzeondersteuning door verzekeraars. Deze aspecten hebben invloed op de publieke belangen. In dit opzicht is verlenging te overwegen. CTG/ZAio heeft echter een aantal bedenkingen bij voortzetting van het experiment. De eerste algemene bedenking is dat er betrekkelijk weinig leereffecten zijn voor landelijk beleid op het terrein van (gereguleerde) marktwerking, omdat de SMK een uitzonderingspositie heeft. Om een verlenging te rechtvaardigen dient er een leereffect in het experiment te zitten. Bij de start zijn de leerdoelen van het experiment benoemd. Aan het tweede leerdoel is reeds voldaan, in die zin dat de ervaringen van de SMK zijn meegenomen in het ontwikkelen van een landelijke productstructuur voor revalidatie. Met betrekking tot het eerste, zesde en zevende leerdoel valt weinig meer te leren indien het experiment in zijn huidige vorm met een jaar verlengd wordt. Een belangrijke kanttekening bij de uitkomsten van het derde, vierde en vijfde leerdoel is dat

deze uitkomsten alleen iets zeggen over de gevolgen van het ongelijke speelveld waarin de SMK opereert (namelijk de SMK met vrije prijzen en de concurrentie niet), maar niets over hoe de markt zal werken in een situatie met een gelijk speelveld voor alle partijen. Daarnaast valt over deze leerdoelen ook al veel te leren in het B-segment. Voordeel van het B-segment is dat alle instellingen 'vrije' prijzen hebben, waardoor ze op elkaar kunnen reageren. Door het experiment is een ongelijk speelveld gecreëerd.

Bij de start van het experiment had CTG/ZAio reeds aarzelingen over het leereffect van het experiment. Deze aarzelingen lijken na deze evaluatie terecht te zijn. Een eventuele verlenging draagt nauwelijks bij aan de leerdoelen die bij de start van het experiment zijn benoemd. Ten tweede past het experiment in de huidige vorm niet in het beleid van de Nederlandse Zorgautoriteit i.o. (NZa) voor de bekostiging van de ziekenhuiszorg: het ligt niet in de lijn der verwachting dat de prijzen van het gehele A-segment op korte termijn zullen worden vrijgegeven. Indien het experiment zou worden voortgezet zou dit in belangrijke mate moeten bijdragen aan nieuwe inzichten over marktwerking of moeten passen in de toekomstige reguleringsvorm. Dit staat opgenomen als eis in de algemene beleidsregel experimenten. Ten derde zijn resultaten uit het experiment moeilijk te analyseren, doordat het experiment tegelijk is gestart met de invoering van de DBC-systematiek in de ziekenhuiszorg. Bovendien krijgt de SMK door haar unieke positie en door het ongelijke speelveld ten aanzien van verandering van de organisatie wellicht een voorsprong op andere ziekenhuizen.

CTG/ZAio adviseert wegens vermelde bedenkingen het experiment in de huidige vorm niet voort te zetten na 1 januari 2007. Gezien het door de minister van VWS beschreven gewenste beleid op het gebied van ziekenhuisbekostiging, acht CTG/ZAio het echter ook niet raadzaam om de SMK voor een periode van een jaar terug te laten keren naar de FB-bekostiging. Daarom adviseert CTG/ZAio het experiment met een jaar te verlengen, waarbij het experiment en derhalve ook de beleidsregel experiment SMK ten opzichte van de huidige situatie moet worden herzien. CTG/ZAio stelt bij verlenging de eis dat het gemiddeld gewogen prijsniveau niet verder stijgt ten opzichte van 2006. CTG/ZAio wil nagaan in welke mate efficiencyverbeteringen bij de SMK worden doorgegeven aan de consument in de vorm van prijsverlagingen, dan wel kwaliteitsverhogingen. Daarbij zijn de onderhandelingsactiviteiten van zorgverzekeraars van belang.

Indien in enige vorm, vooruitlopend op de algemene invoering van de beoogde nieuwe vorm van ziekenhuisbekostiging per 1 januari 2008, een experiment van start gaat om ervaring op te doen met prijsplafonds, adviseert CTG/ZAio om het experiment SMK op dat moment te beëindigen en de SMK in dat nieuwe experiment te laten meegaan.

Het volgende evaluatiemoment voor dit experiment is begin 2007, zodat medio 2007 het tweede evaluatierapport gereed is.

1. Tussentijdse evaluatie experiment Sint Maartenskliniek

1.1 Inleiding

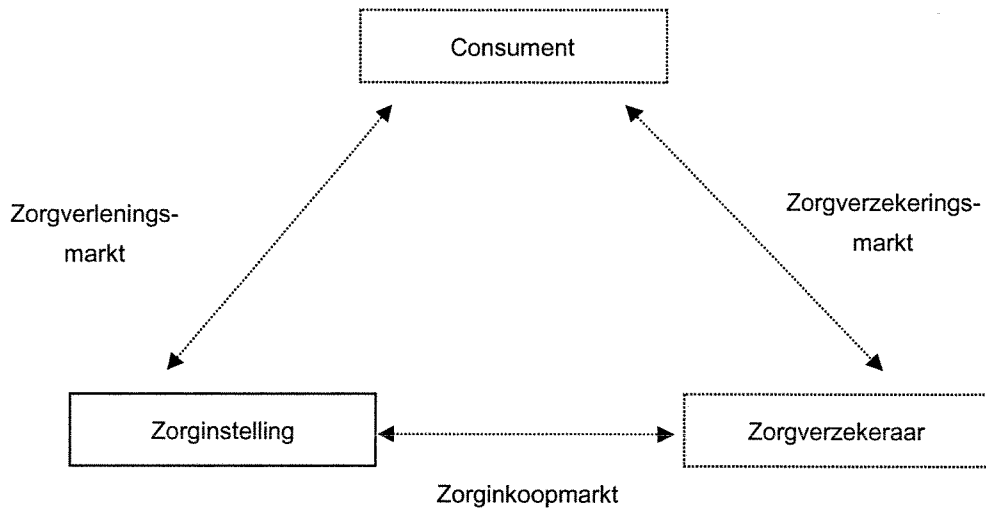
Per 1 februari 2005 zijn de prijzen voor de integrale productie van de Sint Maartenskliniek (SMK) vrijgegeven. De vaste tarieven die daarvóór golden voor de prestaties van de SMK, zijn hierbij losgelaten. De prijzen zijn vrijgegeven in het kader van een experiment binnen de WVG. Het experiment loopt tot 1 januari 2007. In de tussenliggende periode mogen de SMK en verzekeraars zelf onderhandelen over prijzen, volume, kwaliteit en investeringen. De start van het experiment valt samen met de invoering van vrije prijsvorming in een deel van de ziekenhuiszorg, het zogenoemde B-segment. Voor zowel de SMK als voor het B-segment is er per 1 februari 2005 geen contracteerplicht en geen budget meer. Voor de SMK is, in het kader van het experiment, het B-segment in feite opgerekt tot 100%.

VWS heeft CTG/ZAio de taak gegeven om de ontwikkelingen in de zorgmarkt te monitoren. Monitoren is nodig om inzicht te krijgen in de mate waarin de markt uit zichzelf goed werkt en om te kunnen beoordelen of de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) voldoende zijn geborgd.

Het experiment SMK is geen marktwerkingsexperiment. Immers, alleen voor het B-segment is sprake van meerdere aanbieders die vrije prijsonderhandelingen kunnen aangaan. Terwijl in het experiment de SMK de enige aanbieder is die ook het A-segment tegen vrije prijzen mag aanbieden. Voor de ziekenhuizen gelden in het A-segment vaste tarieven en voor de ZBC's maximumtarieven. Het experiment dient om inzicht te geven in de leerdoelen zoals deze zijn geformuleerd in de beleidsregel experiment Sint Maartenskliniek. Door middel van het experiment kan kennis opgedaan worden over de effecten van 100% vrije prijzen, inclusief het geheel vervallen van de contracteerplicht. De minister kan het advies van CTG/ZAio meenemen in zijn standpuntbepaling over het experiment SMK.

De gezondheidszorg kent drie samenhangende markten: de zorgverleningsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt (zie figuur 1.1). De introductie van vrije prijzen heeft voornamelijk betrekking op de relatie tussen de zorginstelling en de zorgverzekeraars. Er is daarnaast in het rapport ook aandacht voor de invloed die het experiment heeft op de consument.

Figuur 1.1 Markten in de gezondheidszorg



1.2 Vormgeving experiment

1.2.1 Aanleiding

In december 2003 heeft de SMK aan VWS verzocht om op experimentele basis over te gaan tot invoering van een DBC-bekostigingssysteem met vrije prijzen voor de integrale productie. VWS heeft het experiment gesteund, omdat andere ziekenhuizen kunnen profiteren van de ervaringen die de SMK opdoet met haar aanpak. Daarnaast wordt ten aanzien van het landelijk beleid zichtbaar gemaakt dat de DBC-systematiek reëel door ziekenhuizen is in te voeren. Vervolgens heeft de SMK samen met lokale verzekeraars een formeel verzoek bij CTG/ZAio ingediend om een experiment te mogen uitvoeren met vrije prijsonderhandelingen. Het experiment zou eigenlijk van start gaan per 1 januari 2005. Echter op die datum was de WTG ExPres, die de wettelijke basis vormt voor het experiment, nog niet goedgekeurd. Het experiment met vrije prijzen is daarom een maand later, op 1 februari 2005, van start gegaan.

1.2.2 Inhoud experiment

Het experiment houdt in dat het gehele zorgaanbod is vertaald in DBC's en dat hierover in bilaterale onderhandelingen met verzekeraars prijzen overeengekomen worden, die niet door CTG/ZAio worden vastgesteld, onder het gelijktijdig vervallen van de budgetsystematiek. Die 'vrije' prijzen gelden niet alleen voor de lokale zorgverzekeraars, maar ook voor de verzekeraars buiten de regio. Het zorgaanbod waarvoor vrije prijzen overeengekomen kunnen worden, betreft de specialismen orthopedie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde, anesthesiologie (pijnbestrijding) en daarnaast de eerstelijns fysiotherapiebehandeling. Voor revalidatiegeneeskunde zijn nog geen landelijke DBC's vastgesteld. Vooruitlopend op de voorgenomen overgang op DBC's voor dit specialisme is door de kliniek, in samenwerking met

de wetenschappelijke vereniging VRA (Nederlandse vereniging van revalidatieartsen), een concept DBC-productstructuur ontwikkeld.

Het reguliere B-segment is ook gedurende het experiment van toepassing op de SMK. Voor de DBC's die niet behoren tot het B-segment en voor eerstelijns fysiotherapie heeft CTG/ZAio een prestatiebeschrijving zonder tarief (voor de SMK) vastgesteld. De honorariumbedragen voor de medisch-specialisten maken geen deel uit van de vrije prijsonderhandelingen. Alle specialisten zijn in loondienst bij de SMK.

Om de individuele onderhandelingen over vrije prijzen tussen de kliniek en verzekeraars mogelijk te maken, zijn de contracteerplicht en omgekeerde contracteerplicht¹ voor de duur van het experiment in het geheel niet van toepassing op de SMK en de zorgverzekeraars.

1.2.3 Verstrekkingenbudgettering

CTG/ZAio levert ten behoeve van de verstrekkingenbudgettering een verdeling van de tarieven van ziekenhuizen aan VWS in vaste en variabele componenten. Over de vaste componenten lopen verzekeraars relatief weinig risico in het kader van de verstrekkingenbudgettering. De verdeling van de tarieven is normaliter gebaseerd op een verdeling van de onderliggende budgetcomponenten. Omdat de SMK geen budget meer heeft, is besloten om de verdeling tussen de vaste en variabele kosten in het FB-budget 2004 als basis te gebruiken. Toepassing hiervan betekent dat 60% van de kosten voor verzekeraars variabel is en 40% vast. Deze verdeling zou invloed moeten hebben op het inkoopgedrag van verzekeraars bij het onderhandelingsproces.

1.2.4 Rondrekening

Op 28 februari 2005 heeft het ministerie van VWS een rondrekening uitgevoerd bij de SMK². De rondrekening houdt in dat de opbrengsten en lasten uit de resultatenrekening op de juiste wijze zijn geschoond voor die posten die niet van belang zijn voor de DBC-kostprijsberekening en dat het daaruit voortvloeiende geschoonde bedrijfsresultaat op de juiste wijze is toegerekend aan de DBC's. De rondrekening biedt daarmee een betrouwbare basis voor de start van de prijsonderhandelingen.

1.3 Doelstelling evaluatie

Bij de start van het experiment Sint Maartenskliniek hebben betrokken partijen (SMK, lokale verzekeraars, ZN, VWS en CTG/ZAio) een aantal leerdoelen benoemd. Het doel van deze tussentijdse evaluatie is om inzicht te geven in welke mate invulling is gegeven aan deze leerdoelen³. De leerdoelen zijn:

- Het opdoen van ervaring met experimenten.

¹ Zorgverzekeraars hebben ten opzichte van ziekenhuizen een contracteerplicht. Omgekeerd heeft een ziekenhuis dat met een zorgverzekeraar een contract heeft, de plicht om met andere zorgverzekeraars eenzelfde contract te sluiten (omgekeerde contracteerplicht).

² Brief ministerie van VWS aan de Sint Maartenskliniek d.d. 3 juni 2005, kenmerk CZ-B 2587445

³ De leerdoelen staan tevens genoemd in de beleidsregel experiment Sint Maartenskliniek, I-795

- Het ontwikkelen van een bruikbare DBC-systematiek voor revalidatie.
- Het verwerven van inzicht in de gevolgen van het volledig vervallen van de contracteerplicht op de marktmacht van partijen.
- Het verwerven van inzicht in productie- en capaciteitseffecten voor de Sint Maartenskliniek en/of andere aanbieders.
- Het verwerven van inzicht in prijsstrategieën.
- Het verwerven van inzicht in transactiekosten voor verzekeraars.
- Het verwerven van inzicht in de interne cultuurverandering bij SMK.

Aan de hand van deze uitkomsten kan beschreven worden in hoeverre het experiment heeft bijgedragen aan de borging van de publieke belangen zoals door VWS geformuleerd:

- Kwaliteit;
- Toegankelijkheid;
- Betaalbaarheid.

Er zijn op dit moment nog geen landelijke criteria gedefinieerd voor het kwantificeren van de publieke belangen. Daarom kan slechts gerapporteerd worden over de ontwikkeling van prestaties van de SMK in het licht van deze doelen.

Uiteindelijk wordt aan het eind van dit rapport een advies geformuleerd over de wenselijkheid van verlenging van het experiment. De minister kan het advies van CTG/ZAio meenemen in zijn standpuntbepaling over het experiment SMK.

1.4 Informatiebronnen voor deze evaluatie

Voor de evaluatie is zowel gebruik gemaakt van kwantitatieve als kwalitatieve informatie.

1.4.1 Kwantitatief

Voor deze evaluatie is voornamelijk gebruik gemaakt van gegevens die door de SMK zelf aan CTG/ZAio zijn aangeleverd. De informatie die via het DIS is binnengekomen bij CTG/ZAio (MDS-gegevens) bleek onvoldoende betrouwbaar te zijn. Oorzaak hiervan is dat het DIS alleen codes accepteert van de SMK die in het landelijke B-segment vallen. Het DIS maakt voor de controle namelijk gebruik van de tabellen van Stichting DBC Onderhoud (SDO). De codes van de SMK zijn niet in de tabellen van SDO opgenomen. Bij een eventuele verlenging van het experiment zullen maatregelen moeten worden genomen, zodat de SMK wel bij het DIS kan aanleveren.

De SMK heeft rechtstreeks gegevens aangeleverd over contractprijzen, productieaantallen, marktaandelen, beschikbare capaciteit en kostprijzen. Tevens is gebruik gemaakt van de standaardprijzlijsten die bij CTG/ZAio zijn aangeleverd. De SMK heeft pas in een zeer laat stadium contractprijzen per verzekeraar aangeleverd voor het jaar 2006. De kwantitatieve informatie is verzameld gedurende de maanden maart tot en met mei 2006.

In bijlage 1 wordt beschreven welke datasets benodigd zijn voor het uitvoeren van de analyses. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen gegevens die via het DIS verstrekt worden en gegevens die zijn opgevraagd bij de SMK.

Bij het maken van prijsanalyses is CTG/ZAio geconfronteerd met de volgende belemmeringen:

- De DBC-codes van de SMK in het A-segment zijn niet eenvoudig te relateren aan de DBC-codes van het reguliere A-segment.
- Daarnaast is op basis van de huidige prijslijsten die de SMK heeft aangeleverd niet eenduidig vast te stellen welke DBC-codes (en dus prijzen) tot het reguliere B-segment behoren. Daardoor is in het B-segment geen prijsvergelijking mogelijk.
- Vergelijkingen tussen 2005 en 2006 worden bemoeilijkt door systeemtechnische wijzigingen in de DBC-systematiek per 1 februari 2006.

Bovenstaande punten leiden tot de conclusie dat het maken van sommige kwantitatieve analyses op dit moment niet mogelijk is. De analyses die met de beschikbare data mogelijk waren, komen voornamelijk naar voren in paragraaf 3.5 en 3.6.

1.4.2 Kwalitatief

Naast de gemaakte kwantitatieve analyses komen de ervaringen van zorgverzekeraars en instellingen aan bod. Voor de evaluatie hebben diverse interviews plaatsgevonden in de maanden maart en april. Binnen de SMK zijn het bestuur/management, de administratie en een medisch-specialist geïnterviewd. Daarnaast hebben interviews plaatsgevonden met de drie belangrijkste zorgverzekeraars en een ziekenhuis in de omgeving van SMK. Schriftelijk zijn vragen gesteld aan de cliëntenraad van de SMK, twee ziekenhuizen en een ZBC in de omgeving van de SMK. Op het moment dat bepaald moest worden welke van de omliggende instellingen te interviewen, was geen marktafbakening en nog geen analyse van de herkomst van de patiëntenpopulatie mogelijk. Daarom zijn de namen van de gekozen instellingen gebaseerd op de ervaringen van de zorgverzekeraars.

1.5 Opbouw van het rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft een algemene beschrijving van de markt en de marktpositie van de Sint Maartenskliniek. Hoofdstuk 3 gaat in op de leerdoelen van het experiment. De leerdoelen worden stuk voor stuk behandeld. Hoofdstuk 4 besteedt vervolgens aandacht aan de publieke belangen zoals deze voor VWS zijn geformuleerd, waarna in hoofdstuk 5 conclusies getrokken worden over het experiment en eventuele verlenging hiervan.

2. Marktomstandigheden

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beeld van de marktomstandigheden waarin het experiment begon. Het bespreekt de structuur van de markt en de marktpositie van de SMK bij de start van het experiment.

2.2 Structuur markt

2.2.1 Aanbieders

Voor het ontstaan van concurrentie is het van belang dat er voldoende aanbieders zijn. Een aanbieder met veel marktmacht ondervindt namelijk onvoldoende prikkels om zich te onderscheiden met prijs en/of kwaliteit. Concurrentie is pas mogelijk als er voldoende spelers op de markt zijn en toetreding tot die markt mogelijk is.

De SMK is een categoriaal ziekenhuis in Nijmegen dat de volgende poortspecialismen in huis heeft: orthopedie, reumatologie en revalidatie. Daarnaast zijn de niet-poortspecialismen anesthesiologie en radiologie aanwezig. Voor de genoemde poortspecialismen, met uitzondering van revalidatie, zijn in het B-segment DBC's vastgesteld waarvoor vrije prijsvorming mogelijk is. De overige zorg van deze twee poortspecialismen en de revalidatiezorg valt in het A-segment.

Een afbakening van de markt van de SMK is op dit moment nog niet mogelijk. CTG/ZAio gaat op korte termijn onderzoeken op welke manier de markten in de gezondheidszorg afgebakend kunnen worden.

Voor de meeste zorg die de SMK aanbiedt, zal zij voornamelijk concurrentie ondervinden van omliggende instellingen. In Nijmegen bevinden zich twee andere ziekenhuizen, te weten Canisius-Wilhelmina ziekenhuis en UMC Radboud. Dicht bij Nijmegen ligt het Maasziekenhuis (Boxmeer) en de ZBC Viasana (Mill), welke ook orthopedische zorg aanbiedt. De overige ZBC's in de omgeving verlenen andere zorg dan de SMK levert.

De SMK heeft bovendien voor bepaalde behandelingen een bovenregionale functie, waarvoor de markt meer landelijk is⁴. Het gevolg van de landelijke markt kan zijn dat op deze behandelingen minder concurrentie bestaat. De patiënt moet verder reizen om naar een ander ziekenhuis te gaan. Omdat deze behandelingen in het A-segment zitten, is er ook weinig dreiging van toetreding. Dreiging van toetreding komt voornamelijk van ZBC's en deze mogen vooralsnog geen klinische zorg in het A-segment aanbieden.

Omdat de SMK de enige speler is met vrije prijzen in het A-segment, ontstaat een ongelijk speelveld voor een deel van de zorg. Er is geen sprake van marktwerking omdat de andere

⁴ Dit blijkt uit eigen analyses van de SMK.

spelers niet kunnen reageren op de prijzen van de SMK en gebonden zijn aan volumeplafonds die volgen uit het prestatiecontract⁵. Of de SMK hierdoor meer volume naar zich toe kan trekken en/of prijzen sterk kan verhogen, hangt af van de zorgvraag. Als de vraag hoger is dan het aanbod dat de andere instellingen kunnen leveren plus het oorspronkelijk volume van de SMK kan de SMK in principe dit overschot naar zich toetrekken en tegelijkertijd haar prijzen verhogen.

Aangezien er wachtlijsten bestaan voor een groot deel van de geleverde zorg is het waarschijnlijk dat de zorgvraag het aanbod overstijgt. De ZBC geeft bovendien aan geen concurrentie van de SMK te ervaren en volledig haar eigen gang te gaan, omdat de zorgvraag alleen maar toeneemt. Dit geeft de SMK veel speelruimte in de onderhandelingen.

Voor het B-segment geldt dat de overige instellingen ook vrije prijzen hebben, waardoor binnen dit segment meer concurrentie plaatsvindt.

2.2.2 Verzekeraars

Het aantal zorgverzekeraars en de mate van concentratie van de verzekeraars op de markt zijn relevant voor de concurrentie. Contracteren van zorg gebeurt voornamelijk ten behoeve van groepen verzekerden in een bepaald gebied. Gezien de voorkeur van verzekerden wordt de zorg voornamelijk in de nabijheid van de werklocatie of woonplaats van de verzekerden gecontracteerd. De regionale spreiding van zorgverzekeraars is in dit verband belangrijk. Een zorgverzekeraar met een groot marktaandeel in een bepaalde regio (dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar namens een grote groep verzekerden in de regio onderhandelt) weet lagere prijzen te bedingen dan een zorgverzekeraar met een laag marktaandeel in de regio⁶.

De belangrijkste verzekeraars voor de SMK zijn VGZ, CZ en Menzis, waarvan Menzis door het afschaffen van de contracterplicht voor het eerst als individuele verzekeraar met de SMK rond de tafel zit. De overige verzekeraars zijn verenigd in twee inkoopcombinaties, te weten Multizorg en ZNi. Multizorg is een inkoopcombinatie van onder andere DSW, ONVZ, NN, AEGON, De Amersfoortse en AMEV. ZNi is een speciale inkoopcombinatie voor het experiment SMK, waarin de overige verzekeraars zijn vertegenwoordigd. De SMK onderhandelt dus met vijf contractpartijen.

Op grond van de Mededingingswet mogen zorgverzekeraars in beginsel alleen een inkoopcombinatie vormen als hun gezamenlijk marktaandeel op zowel de zorgverzekeringsmarkt als de zorginkoopmarkt kleiner is dan 15%.⁷ Toetsing hiervan is een zaak van de NMA. In het algemeen zal een inkoopcombinatie in het voordeel van de patiënt zijn, omdat lagere prijzen kunnen worden bedongen.

⁵ Groei door doelmatigheid, prestatiecontract 2004-2007, getekend 6 juli 2004 door VWS, NVZ en ZN

⁶ Zie de oriënterende monitor ziekenhuiszorg, 2005, CTG/ZAio

⁷ Richtsnoeren voor de zorgsector, NMa, 2002

2.3 Marktpositie

2.3.1 Inleiding

In een analyse van de zorgverleningsmarkt zijn de volgende vragen met betrekking tot het experiment met vrije prijzen relevant:

- Zijn er grote verschuivingen in patiëntenstromen zichtbaar in 2005 die toe te schrijven zijn aan het experiment?
- Is er onderscheid in patiëntenstromen tussen het A- en B-segment?
- Is er onderscheid in patiëntenstromen tussen verschillende (groepen van) DBC's?

Deze vragen zijn echter op dit moment nog niet te beantwoorden, omdat over het jaar 2005 nog geen markt cijfers beschikbaar zijn. CTG/ZAio kan deze vragen beantwoorden, zodra de aanleveringen aan DIS goed op gang zijn gekomen. Voorwaarde voor het bepalen van marktaandeelen is een complete aanlevering van markt cijfers (landelijke dekking van de registratie).

Het is wel al mogelijk om de marktpositie van de SMK in het jaar 2004 te analyseren op basis van LMR- en LAZR-gegevens⁸. Dit geeft de uitgangspositie voor het experiment weer. Hieronder wordt de marktpositie van de SMK in 2004 op de zorgverleningsmarkt beschreven op basis van deze bronnen.

De marktpositie van de SMK voor het jaar 2004 wordt beschreven in termen van eerste polikliniekbezoeken, klinisch behandelde patiënten en behandelde patiënten in kliniek plus dagverpleging, voor de vakgebieden orthopedie, reumatologie en revalidatie. De onderstaande tabellen geven het marktaandeel en het aantal adherente⁹ inwoners weer. Deze informatie kan als referentie dienen voor analyses voor het jaar 2005 zodra over dat jaar de benodigde gegevens beschikbaar zijn. Achtereenvolgens wordt de marktpositie (uitgangspositie experiment) voor orthopedie, reumatologie en revalidatie besproken.

2.3.2 Orthopedie

	Marktaandeel (2004)		
	Eerste polibezoeken	Kliniek	Kliniek + dagverpl.
Verzorgingsgebied ¹⁰	(20-30%)	(20-30%)	(20-30%)
Buitengebied	(0-10%)	(0-10%)	(0-10%)
Overig Nederland	(0-10%)	(0-10%)	(0-10%)

⁸ LMR: Landelijke Medische Registratie; LAZR: Landelijke Ambulante Zorgregistratie (Prismant)

⁹ Adherentie: de berekende omvang van de op een bepaald ziekenhuis georiënteerde bevolking: Voor elke gemeente wordt een aantal inwoners adherent aan het ziekenhuis toegewezen dat overeenstemt met het relatieve aantal patiënten dat dat ziekenhuis bezoekt. Vervolgens wordt over alle gemeenten gesommeerd. De berekening van de ziekenhuis-adherentie is gebaseerd op opnamen. De aandelen worden vermenigvuldigd met het aantal inwoners uit een bepaalde gemeente.

¹⁰ Het verzorgingsgebied is gedefinieerd als de voor het ziekenhuis belangrijkste gemeenten; dat wil zeggen de productie die het ziekenhuis levert voor een belangrijk deel wordt geleverd aan patiënten woonachtig in dit gebied.

Totaal	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
	Aantal adherente inwoners (2004)		
	Eerste polibezoeken	Kliniek	Kliniek + dagverpl.
Verzorgingsgebied	(20-30%)	(20-30%)	(20-30%)
Buitengebied	(30-40%)	(20-30%)	(30-40%)
Overig Nederland	(40-50%)	(40-50%)	(40-50%)
Totaal	100%	100%	100%

Bron: SMK, op basis van LMR- en LAZR-gegevens van Prismant (gegevens van algemene, academische en categorale ziekenhuizen, dus exclusief zelfstandige behandelcentra en revalidatie-instellingen).

Ruim een kwart van de eerste polikliniekbezoeken binnen het verzorgingsgebied vindt plaats in de SMK. Voor de klinisch behandelde patiënten ligt dit percentage iets lager; het marktaandeel kliniek plus dagverpleging ligt iets hoger. Om te beoordelen of de SMK een dominante marktpositie in het verzorgingsgebied heeft, zijn ook gegevens van andere ziekenhuizen nodig. CTG/ZAIo beschikt niet over deze gegevens.

In de belangrijkste gemeente voor de SMK, Nijmegen, heeft het specialisme orthopedie een marktaandeel van (20-30%) poliklinisch, (20-30%) klinisch en (30-40%) kliniek plus dagverpleging (niet in tabel opgenomen). Dit betekent dat de SMK in 2004 naar verhouding iets meer productie in dagverpleging levert dan de andere ziekenhuizen die het verzorgingsgebied bedienen.

2.3.3 Reumatologie

	Marktaandeel (2004)		
	eerste polibezoeken	kliniek	kliniek + dagverpl.
Verzorgingsgebied	(40-50%)	(40-50%)	(70-80%)
Buitengebied	(10-20%)	(30-40%)	(40-50%)
Overig Nederland	(0-10%)	(0-10%)	(0-10%)
Totaal	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
	Aantal adherente inwoners (2004)		
	eerste polibezoeken	kliniek	kliniek + dagverpl.
Verzorgingsgebied	(40-50%)	(10-20%)	(10-20%)
Buitengebied	(40-50%)	(40-50%)	(40-50%)
Overig Nederland	(10-20%)	(40-50%)	(30-40%)
Totaal	100%	100%	100%

Bron: SMK, op basis van LMR- en LAZR-gegevens van Prismant (gegevens van algemene, academische en categorale ziekenhuizen, dus exclusief zelfstandige behandelcentra en revalidatie-instellingen).

Voor het specialisme reumatologie is de marktpositie binnen en ook buiten het verzorgingsgebied sterker dan voor het specialisme orthopedie. Bijna de helft (40-50%) van het aantal eerste polikliniekbezoeken in het verzorgingsgebied vindt plaats in de SMK. Voor de

klinisch behandelde patiënten ligt dit percentage op (40-50%); het marktaandeel kliniek plus dagverpleging ligt aanmerkelijk hoger (70-80%).

In de belangrijkste gemeente voor de SMK, Nijmegen, heeft het specialisme reumatologie een marktaandeel van (70-80%) poliklinisch, (60-70%) klinisch en (80-90%) kliniek plus dagverpleging (niet in tabel opgenomen).

Dat betekent dat de SMK voor dit specialisme een sterke marktpositie inneemt voor zowel polikliniek als opnamen. Waarschijnlijk is de SMK dominant op de markt voor dagbehandelingen in het verzorgingsgebied.

2.3.4 Revalidatie

	Marktaandeel (2004)		
	eerste polibezoeken	kliniek	kliniek + dagverpl.
Verzorgingsgebied	(30-40%)	nb	nb
Buitengebied	(0-10%)	nb	nb
Overig Nederland	(0-10%)	nb	nb
Totaal	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
	Aantal adherente inwoners (2004)		
	eerste polibezoeken	kliniek	kliniek + dagverpl.
Verzorgingsgebied	(40-50%)	nb	nb
Buitengebied	(40-50%)	nb	nb
Overig Nederland	(10-20%)	nb	nb
Totaal	100%	nb	nb

Bron: SMK, op basis van LMR- en LAZR-gegevens van Prismant (gegevens van algemene, academische en categorale ziekenhuizen, dus exclusief zelfstandige behandelcentra en revalidatie-instellingen).

(nb= niet bekend)

Ruim (30-40%) van de eerste polikliniekbezoeken voor revalidatie binnen het verzorgingsgebied vindt plaats in de SMK. Voor de revalidatie kunnen verder nauwelijks conclusies worden getrokken uit de beschikbare cijfers. De productie wordt voor dit vakgebied vooral gedefinieerd in termen van revalidatiebehandeluren (RBU).

2.3.5 Conclusie

Voor zowel orthopedie als reumatologie geldt dat het grootste deel van de adherente inwoners wordt gehaald uit de gemeenten buiten het verzorgingsgebied. Hiermee wordt de bovenregionale functie van het ziekenhuis zichtbaar. Ook uit door de SMK aangeleverde gegevens over de herkomst van de patiëntenpopulatie blijkt dat meer dan een derde deel van de patiënten van de SMK woonachtig is buiten de regio's Nijmegen, Arnhem en Den Bosch voor de specialismen orthopedie en reumatologie. Voor het specialisme revalidatie is dit aantal een stuk lager.

Bij een analyse van de adherentie in de verschillende gebieden zou het zorgconsumptieniveau betrokken moeten worden. Immers, bij een laag zorgconsumptieniveau heeft een beperkte productiestijging al gauw een grote stijging van het marktaandeel tot gevolg.

Aandachtspunt is dat een bovenregionale functie veelal gepaard gaat met een patiëntenmix die afwijkt van het landelijk gemiddelde. Dat kan zijn weerslag hebben op het behandelbeleid (de keuze/noodzaak om patiënten in kliniek of dagopname te moeten behandelen) en dus op de marktaandelen voor de verschillende productie.

Zoals reeds gemeld in de inleiding kunnen nog geen conclusies getrokken worden over een verschuiving van patiëntenstromen in 2005 als gevolg van het experiment. De SMK geeft zelf aan dat nog geen verschuiving van patiëntenstromen waarneembaar is. Bovenstaande analyses geven echter wel een beeld van de marktpositie van de SMK bij de start van het experiment.

3. Leerdoelen experiment

3.1 Inleiding

Bij de start van het experiment Sint Maartenskliniek hebben betrokken partijen (SMK, lokale verzekeraars, ZN, VWS en CTG/ZAio) een aantal leerdoelen benoemd. Deze werden genoemd in paragraaf 1.2. Dit hoofdstuk behandelt de leerdoelen stuk voor stuk.

3.2 Experimentervaring

3.2.1 Inleiding

Het eerste leerdoel is het opdoen van ervaring met experimenten. Het experiment SMK is het eerste en voorsnog enige WTG-experiment binnen de ziekenhuiszorg. Het opdoen van ervaring met experimenten is met name belangrijk in het kader van het opstarten van eventuele nieuwe experimenten binnen de WTG/WMG.

3.2.2 Ervaring SMK

Bij de start van het experiment was er veel onduidelijkheid in de markt. Zo was de WTG ExPres, die de wettelijke basis vormt voor het experiment, nog niet goedgekeurd. Hierdoor startte het experiment een maand later. Uit de interviews is gebleken dat de start per 1 februari lastig was voor de SMK. Het heeft even geduurd om de registratie op orde te krijgen.

Daarnaast heeft relatief veel tijd gezeten in praktische zaken, die voornamelijk samenhangen met de invoering van de DBC-systematiek (bijvoorbeeld ICT). Andere ziekenhuizen hebben hier ook mee te maken gehad.

De SMK geeft aan dat ze inmiddels zelf wel meer transparantie hebben verkregen in kosten/opbrengsten, meer kennis en begrip in de organisatie, meer mogelijkheden tot effectievere zorgverlening en meer bedrijfsmatige benadering van zorgprocessen.

In de loop van 2006 en 2007 wordt verder ingegaan op bovenstaande punten. De SMK verwacht dat in 2007 de resultaten hiervan zichtbaar zijn in de prijzen.

3.2.3 Ervaring verzekeraars

Verzekeraars geven bij dit leerdoel aan dat er te weinig aandacht is geweest voor strategisch overleg, namelijk hoe zowel de SMK als verzekeraars voordeel kunnen behalen met het experiment. Dit zou mogelijk het gevolg kunnen zijn van personele wisselingen bij de SMK en de vertrouwensband tussen medewerkers van de SMK en de verzekeraars die daardoor opnieuw moest worden opgebouwd. De doelen van het experiment leken van de agenda verdwenen. Paragraaf 3,8 (Interne Cultuurverandering), gaat nader op dit punt in.

Daarnaast bleek het onderhandelen over iedere DBC afzonderlijk niet mogelijk door gebrek aan capaciteit bij de zorgverzekeraars. Daarom is op totaalniveau onderhandeld. Onderhandelen per DBC zou zeker één fte extra kosten. De verzekeraars bezien momenteel hoe ze hier in de toekomst mee om kunnen gaan. Indien er over meer DBC's onderhandeld moet worden dan in

dit experiment, is het naar de mening van betrokken verzekeraars onmogelijk dit allemaal face-to-face te blijven doen.

Verzekeraars geven bovendien aan dat ze in de nabije toekomst meer keuzeondersteuning willen toepassen en daarnaast meer afspraken willen maken over kwaliteit. Ze konden hierin onvoldoende tijd steken, als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006

3.2.4 Ervaring CTG/ZAio

CTG/ZAio heeft een prestatiebeschrijving zonder tarief voorgesteld voor de DBC's van de SMK die niet behoren tot het B-segment en voor eerstelijns fysiotherapie. Aan deze prestatiebeschrijving hangt een code. Nu blijkt dat er een aantal problemen is bij het hanteren van deze codes:

1. DIS accepteert van de SMK alleen de codes die in het landelijke B-segment vallen, omdat DIS voor hun controle de tabellen van SDO gebruikt. Het experiment is buiten SDO om geregeld. SDO is overigens wel op de hoogte van het bestaan en de inhoud van de codes, maar de codes zijn in geen enkele tabel van SDO opgenomen.
2. De codes die de SMK gebruikt, beginnen met "15". Dit is onhandig, omdat hiermee SDO beperkt wordt om eigen codes uit te geven voor het B-segment. Dit wordt een probleem als het B-segment sterk wordt uitgebreid.
3. Zorgverzekeraars hebben moeite om prestatiecodes te koppelen aan meer dan twee declaratiecodes. Door de SMK-codes komt er nog een derde bij.
4. De codes op de door de SMK aangeleverde prijslijsten zijn niet een-op-een te vergelijken met de reguliere codes in het A-segment, zodat een vergelijking van de prijzen van SMK met de prijzen van andere instellingen in het A-segment zeer bewerkelijk is.

CTG/ZAio is in overleg met de SMK over de problemen.

3.2.5 Conclusie

De start van het experiment viel samen met de invoering van de DBC-systematiek in de ziekenhuiszorg. Daarnaast trad gedurende het experiment de Zorgverzekeringswet in werking. Hierin hebben partijen veel energie gestoken, hetgeen de resultaten van het experiment beïnvloedde. De SMK had tijd nodig om zich te richten op de nieuwe situatie. De efficiëntie is, blijkens gegevens van de SMK, wel al toegenomen. Volgens de SMK zijn in 2007 de resultaten van het experiment ook zichtbaar in de prijs. Uit de interviews met de verzekeraars blijkt dat deze, nu de invoering van de Zorgverzekeringswet achter de rug is, in de nabije toekomst zaken als keuzeondersteuning en kwaliteitsafspraken willen oppakken.

Bij het vaststellen van de duur van een experiment is het van belang met de invloed van dit soort stelselwijzigingen rekening te houden. Daarnaast dient vooraf goed uitgedacht te worden hoe praktische zaken, zoals in het geval van de SMK de codering, worden geregeld in een experiment. Dit voorkomt dat resultaten niet analyseerbaar zijn en dat onnodige administratieve lasten worden gecreëerd bij aanvang van een experiment.

3.3 DBC-systematiek revalidatie

3.3.1 Inleiding

Voor revalidatiegeneeskunde zijn nog geen landelijke DBC's vastgesteld. Vooruitlopend op de voorgenomen overgang op DBC's voor dit specialisme, ontwikkelde de SMK, in samenwerking met de wetenschappelijke vereniging VRA, een concept DBC-productstructuur.

Landelijk wordt gewerkt aan een DBC-productstructuur voor de revalidatie. De ervaringen van de SMK worden in dit traject meegenomen. Op verzoek van VWS beoordeelt CTG/ZAio op dit moment, samen met de Stichting DBC Onderhoud, de landelijk voorgestelde productstructuur. Daarom is de beoordeling van de productstructuur niet in dit rapport meegenomen. Wel kan nu reeds, op basis van voortschrijdend inzicht, worden aangegeven dat de landelijke ontwikkeling in belangrijke mate lijkt af te wijken van de concept DBC-productstructuur die de SMK hanteert ten behoeve van het experiment. In deze paragraaf zijn uitsluitend de opvattingen van partijen meegenomen, zoals deze in de interviews naar voren kwamen.

3.3.2 Ervaring SMK

De SMK is zeer positief over de DBC-productstructuur voor revalidatie. Deze biedt volgens de SMK de mogelijkheid voor efficiencyverbeteringen. De prikkel om RBU's (revalidatiebehandeluren) te scoren is verdwenen. Voorheen was het ontslaan van een patiënt op vrijdag niet aanvaardbaar. Leegstand kostte geld. Daarnaast ontstaat efficiencyverbetering doordat de indirecte patiëntgebonden tijd¹¹ ook meetelt in de declaratie. Voorheen loonde het bijvoorbeeld om de rolstoel van de patiënt aan te passen, terwijl de patiënt er naast zit. Dit om directe patiëntentijd te scoren. Deze prikkel zit niet meer in het systeem: in de nieuwe systematiek is de indirecte tijd ook declarabel.

Het totale zorgtraject bij revalidatie is korter geworden door meer tijd te besteden aan de patiënt. Zo kan bijvoorbeeld de zorg voor patiënten met hersenletsel veel beter worden afgestemd op de wensen van de patiënt. In de oude bekostigingssystematiek was een intensivering van de behandeling financieel nadelig omdat de instelling dan de inkomsten van een aantal ligdagen misliep. Zorgverzekeraars stelden bovendien een maximum van anderhalf uur therapie per verpleegdag om controle te houden op het aantal klinische behandelingen. In de DBC-financiering krijgt het revalidatiecentrum betaald voor een totaal behandeltraject waardoor het mogelijk wordt de behandeling te intensiveren. Hierdoor revalideert de patiënt sneller en hoeft hij minder lang in het revalidatiecentrum opgenomen te blijven.

De SMK is bezig met een model voor het plannen van capaciteit, zodat in september de begroting voor het jaar erna bepaald kan worden op basis van de geschatte capaciteit.

¹¹ Directe patiëntgebonden tijd is tijd die besteed wordt aan een patiënt, terwijl de patiënt aanwezig is. Indirecte patiëntgebonden tijd is de tijd die besteed wordt aan een patiënt, zonder dat deze aanwezig is (bijvoorbeeld bij administratieve werkzaamheden).

3.3.3 Ervaringen overig

Volgens de verzekeraars is de revalidatie bij de SMK door haar eigen productstructuur moeilijk te vergelijken met andere instellingen. De registratie en declaratie van revalidatie-DBC's zou ook in andere ziekenhuizen of revalidatie-instellingen moeten plaatsvinden, om de productstructuur beter te kunnen toetsen. De verzekeraars vinden de nieuwe productstructuur een verbetering ten opzichte van de RBU's.

De omliggende instellingen geven aan niet bekend te zijn met de productstructuur revalidatie, zoals de SMK deze gebruikt. Zij kunnen dus geen oordeel geven.

3.3.4 Conclusie

De SMK is erg positief over de nieuwe productstructuur voor de revalidatie-DBC's. Ook de verzekeraars spreken over een verbetering maar vragen om vergelijkingsmateriaal om de resultaten van de SMK te kunnen toetsen. De SMK geeft aan dat de prikkel om RBU's te scoren is verdwenen. Dit hangt ook samen met het vervallen van de budgetsystematiek. De ervaringen van de SMK zijn meegenomen in de landelijke productstructuur voor revalidatie. Op verzoek van VWS wordt deze op dit moment gezamenlijk met de Stichting DBC Onderhoud beoordeeld. Op basis van voortschrijdend inzicht lijkt de landelijke productstructuur in belangrijke mate af te wijken van de concept-productstructuur van de SMK.

3.4 Marktmacht

3.4.1 Inleiding

In de WMG¹² wordt onder aanmerkelijke marktmacht verstaan: de positie van een of meer zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars om alleen, dan wel gezamenlijk, de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van:

- a. zijn concurrenten;
- b. ziektekostenverzekeraars, indien het een zorgaanbieder betreft;
- c. zorgaanbieders, indien het een ziektekostenverzekeraar betreft, of
- d. consumenten.

Om te onderzoeken of partijen zich onafhankelijk kunnen gedragen wordt in eerste instantie veelal gekeken naar marktaandelen. Indien een partij een groot marktaandeel heeft, is dit een indicatie dat deze partij invloed kan uitoefenen op de prijs en zich dus onafhankelijk van andere aanbieders kan gedragen. Voor een dergelijke analyse zijn de marktaandelen van zowel de SMK als verzekeraars voor 2004 en 2005 benodigd. In paragraaf 2.3 staan de marktaandelen 2004 vermeld. Hieruit blijkt dat de SMK voor het specialisme reumatologie in 2004 een groot marktaandeel heeft. Dit komt mede doordat ziekenhuis Canisius geen specialisme reumatologie heeft. De marktaandelen 2005 zijn op het moment van schrijven van dit rapport nog onbekend.

¹² De Wet marktordening gezondheidszorg treedt per 1 oktober 2006 in werking.

Eventuele marktmacht zal vooral bij de onderhandelingen naar voren komen. Daarom is het de vraag waar de onderhandelingsmacht ligt: bij de zorgverzekeraar of bij de SMK. Voor de zorg die de SMK als enige levert (bovenregionale functie) zal de kliniek een goede onderhandelingspositie hebben. De zorgverzekeraars hebben niet de mogelijkheid om deze zorg in te kopen bij een ander ziekenhuis in de buurt. Bovendien betreft het zorg die de zorgverzekeraar in het pakket moet hebben opgenomen.

Voor B-segment zorg waarop meer concurrentie plaatsvindt, zoals heup- of knieoperaties met prothese, is de prijs die de SMK vraagt van groter belang. Indien de prijs hoog ligt, zal de zorgverzekeraar proberen naar een ander ziekenhuis uit te wijken voor deze zorg. Voor de gecontracteerde zorg in het B-segment is het algemene beeld dat ziekenhuizen een iets betere onderhandelingspositie hebben dan zorgverzekeraars¹³. Het is dus belangrijk te onderzoeken of met name de SMK door de experimentstatus geen marktmacht krijgt. Aangezien nog geen marktaandelen geanalyseerd kunnen worden, start deze paragraaf met het onderhandelingsproces. Vervolgens worden de opvattingen van partijen over het onderwerp marktmacht besproken.

3.4.2 Onderhandelingen

Bij aanvang van het experiment was voor geen van de partijen goed te overzien wat het experiment zou gaan brengen. In 2005 hebben daarom nog geen harde onderhandelingen plaatsgevonden en is ingezet op de prijzen van 2004 met een inflatiecorrectie.

De onderhandelingen voor 2006 zijn een stuk steviger gevoerd dan de onderhandelingen voor 2005. De SMK geeft zelf aan dat zij bij de onderhandelingen stevig heeft ingezet. Ze had de indruk dat verzekeraars dat als minder prettig hebben ervaren. De verhoudingen met de zorgverzekeraars zijn echter niet verslechterd; gesprekken tussen de SMK en zorgverzekeraars hebben nu een meer inhoudelijk karakter. De SMK is naar tevredenheid uit de onderhandelingen gekomen en heeft ruimte om het zorgproces beter af te stemmen op nieuwe ontwikkelingen. De SMK heeft met alle zorgverzekeraars een contract afgesloten voor alle DBC's.

Uit de interviews met de zorgverzekeraars blijkt dat voor hen in de onderhandelingen meespeelt dat de omvang van de kosten van de SMK relatief beperkt is. De SMK is relatief een klein ziekenhuis. Volgens de verzekeraars ziet men het resultaat van de onderhandelingen niet of nauwelijks terug in de kosten van de polis.

Een verzekeraar gaf aan dat men voor de (prijs)onderhandelingen in grote mate afhankelijk was van de gegevens die het ziekenhuis zelf aanleverde. Waarschijnlijk geldt dit vooral voor verzekeraars die niet eerder met de SMK om tafel zaten, omdat zij geen vergelijkingsgegevens uit het verleden hebben.

¹³ Zie monitor ziekenhuiszorg 2006, juni 2006, CTG/ZAio

De verzekeraars geven aan dat ze hun ervaringen met het experiment bij de SMK nog niet gebruiken in de onderhandelingen met andere ziekenhuizen.

Het maken van afspraken over iedere afzonderlijke DBC is volgens de zorgverzekeraars niet mogelijk, omdat dit te veel tijd in beslag neemt. Daarom hebben de onderhandelingen in 2005 en 2006 op totaalniveau (onder de streep) plaatsgevonden. Het totaal wordt door de zorgverzekeraars vergeleken met het totaal van het jaar ervoor. Daarbij is de gedachtelijn uit het prestatiecontract¹⁴ in het achterhoofd gehouden. Vervolgens is gekeken waar mutaties zijn, maar dit is niet op het niveau van productgroepen gedaan. Ook is gekeken naar de DBC's die de grootste financiële impact hebben. Zorgverzekeraars keken apart naar de heup- en knie-operaties, omdat daarover al meer bekend is vanwege de vergelijkingsmogelijkheden met andere aanbieders in het B-segment en het Bomhoff-experiment. Omdat revalidatie nog een onbekend specialisme was en niet vergelijkbaar is met andere instellingen, is de aandacht volgens een verzekeraar voornamelijk uitgegaan naar orthopedie en reumatologie. Partijen streven ernaar om voor 2006 en 2007 meer te onderhandelen over groepen DBC's, zodat men beter kan spreken over de kwaliteit en inhoud van bepaalde DBC's.

3.4.3 Ervaring SMK

De SMK geeft zelf aan dat het experiment de mogelijkheid bood de marktpositie te versterken. Vooruitlopen op andere instellingen is van strategisch belang voor het voortbestaan van de organisatie, in het bijzonder omdat de SMK een relatief kleine instelling is. Terugdraaien van het experiment zou volgens de SMK dan ook een buitengewoon negatief effect op de bedrijfsvoering hebben.

3.4.4 Ervaring verzekeraars

Een verzekeraar geeft aan dat de SMK wel marktmacht heeft richting de kleinere verzekeraars. Deze zijn in de experimentsituatie verenigd in inkoopcombinaties. Uit de prijsanalyses in paragraaf 3.6 blijkt inderdaad dat de inkoopcombinaties een hogere prijs betalen. De SMK is een relatief klein ziekenhuis met een specifiek functieprofiel en wijkt als categoriaal ziekenhuis met een landelijke functie af van een gewoon ziekenhuis. De SMK heeft vrijheid in de prijsonderhandelingen en daarmee meer mogelijkheden om haar positie te versterken in vergelijking met de omliggende instellingen. Door het experiment heeft de SMK meer mogelijkheden met zorgproducten (bijvoorbeeld dure geneesmiddelen). Met betrekking tot de dure geneesmiddelen wordt opgemerkt dat de SMK hiervoor de markt naar zich toe kan halen doordat de SMK de volledige prijs van het geneesmiddel in rekening kan brengen. Andere ziekenhuizen krijgen een maximale vergoeding van 90%. Verzekeraars hebben geen signalen dat de SMK misbruik maakt van zijn uitzonderingspositie. Het gevoel leeft wel dat de SMK bezig is om haar financiële positie te verstevigen.

¹⁴ Groei door doelmatigheid, prestatiecontract 2004-2007, getekend 6 juli 2004 door VWS, NVZ, ZN

3.4.5 Ervaring omliggende instellingen

Uit interviews met ziekenhuizen en een ZBC in de omgeving is niet gebleken dat zij veel gemerkt hebben van het experiment. Het volume is niet gedaald ten opzichte van het jaar ervoor. Wel wordt aangegeven dat dit moeilijk te vergelijken is, omdat de ziekenhuizen in dezelfde periode overgingen op DBC's met daarnaast een vrij onderhandelbaar B-segment.

3.4.6 Conclusie

Ondanks het vervallen van de contracteerplicht is geen sprake van selectieve contractering. Alle verzekeraars hebben met de SMK contracten gesloten voor alle DBC's. Een verzekeraar geeft aan dat de SMK marktmacht heeft richting de kleinere verzekeraars. De SMK geeft zelf aan dat het experiment de mogelijkheid bood de marktpositie te versterken.

De SMK lijkt zich om meerdere redenen onafhankelijk te kunnen gedragen in de experimentsituatie. Zowel de prijs als volumes zijn toegenomen en in sterkere mate dan bij de andere aanbieders (zie paragraaf 3.5 en 3.6). De SMK kan dus de prijs verhogen, zonder volumes te verliezen aan concurrenten. Het is op dit moment niet mogelijk om kwantitatieve uitspraken te doen op basis van marktaandelen, omdat deze gegevens over 2005 nog niet beschikbaar zijn.

In het algemeen dient opgemerkt te worden dat het leerdoel lastig te onderzoeken is met dit experiment. Ten eerste is de SMK als categorale instelling met een bovenregionale functie niet representatief voor alle ziekenhuizen. Een dergelijk ziekenhuis met een uniek aanbod en een dienovereenkomstig groot adherentiegebied is minder makkelijk substitueerbaar dan een gemiddeld ziekenhuis. Dit kan een belangrijke reden zijn voor de zorginkoper om een dergelijk ziekenhuis te contracteren hetgeen selectieve contractering in deze setting onwaarschijnlijk maakt en de marktmacht van de aanbieder vergroot. Als het experiment zou worden uitgebreid met vrije prijsvorming voor meerdere (algemene) ziekenhuizen, kan het vervallen van de contracteerplicht wel gevolgen hebben voor de marktmacht van andere aanbieders. Ten tweede vergroot de experimentele situatie de marktmacht van de SMK nog eens. Door het experiment heeft de SMK immers meer vrijheid in haar prijszetting dan haar concurrenten en kan zich daarom onafhankelijker van haar concurrenten gedragen. Dit verstoort de realisatie van het leerdoel. De uitkomsten van eventuele verschuivingen in marktaandelen zeggen dan ook vooral iets over de experimentsituatie en weinig over hoe het gedrag van partijen zal zijn als gevolg van het vervallen van de contracteerplicht voor alle ziekenhuizen en verzekeraars.

3.5 Productie- en capaciteitseffecten

3.5.1 Inleiding

In de experimentaanvraag geeft de SMK aan er van overtuigd te zijn dat de efficiëntie door het experiment verder verbetert en dat dit zal leiden tot een productie- en capaciteitseffect. Daarnaast is het interessant om te kijken of er, als gevolg van het experiment, een verschuiving plaatsvindt in de DBC's die de instelling levert. Daarom is het vierde leerdoel het verkrijgen van inzicht in productie- en capaciteitseffecten voor SMK en/of andere aanbieders. De indeling van deze paragraaf is als volgt. Allereerst worden de volumeafspraken beschreven. Vervolgens beschrijven 3.5.3 en 3.5.4 de resultaten van de analyses die CTG/ZAio uitvoerde op zowel het volume in FB-parameters als in DBC-productie van de SMK. Daarna volgt de analyse van capaciteitseffecten. Paragraaf 3.5.6 gaat in op de volume-effecten voor omliggende instellingen, waarna in 3.5.7 een conclusie geformuleerd wordt.

3.5.2 Volumeafspraken

Uit de interviews blijkt dat de SMK en de zorgverzekeraars in 2005 en 2006 geen volumeafspraken maakten en geen productieplafonds afspraken (met uitzondering van de neuromodulatie). De SMK merkt dat doordat geen productieplafonds zijn afgesproken de groeimogelijkheden groter zijn geweest. Bovendien is de SMK buiten de convenantafspraken gehouden. De productie is volgens de SMK gegroeid zonder dat er meer werknemers zijn. De volumeontwikkeling wordt wel met verzekeraars gemonitord.

De SMK is voor 2006 met alle zorgverzekeraars eenzelfde basispakket aan producten overeengekomen. Voor de toekomst denkt men aan een onderscheid in producten per verzekeraar, bijvoorbeeld specifiek voor collectieve contracten.

3.5.3 Analyse productie FB-parameters

Deze paragraaf beschrijft de productie van de SMK in FB-parameters voor de specialismen orthopedie, reumatologie en revalidatie. De gegevens voor het jaar 2006 zijn berekend aan de hand van extrapolatie van de cijfers tot en met de maand april 2006¹⁵.

3.5.3.1 Orthopedie en reumatologie

Tabel 3.1 Productie orthopedie en reumatologie (aantallen FB-parameters)

Orthopedie	2004	2005	2006 (extrapolatie)	2004-2005	2004- 2006
Eerste polibezoeken	(20.000- 30.000)	(20.000- 30.000)	(20.000- 30.000)	(0-10%)	(20-30%)
Herhaalbezoeken	(10.000-	(20.000-	-	(0-10%)	-

¹⁵ Door de SMK uitgevoerd op basis van ervaring uit voorgaande jaren.

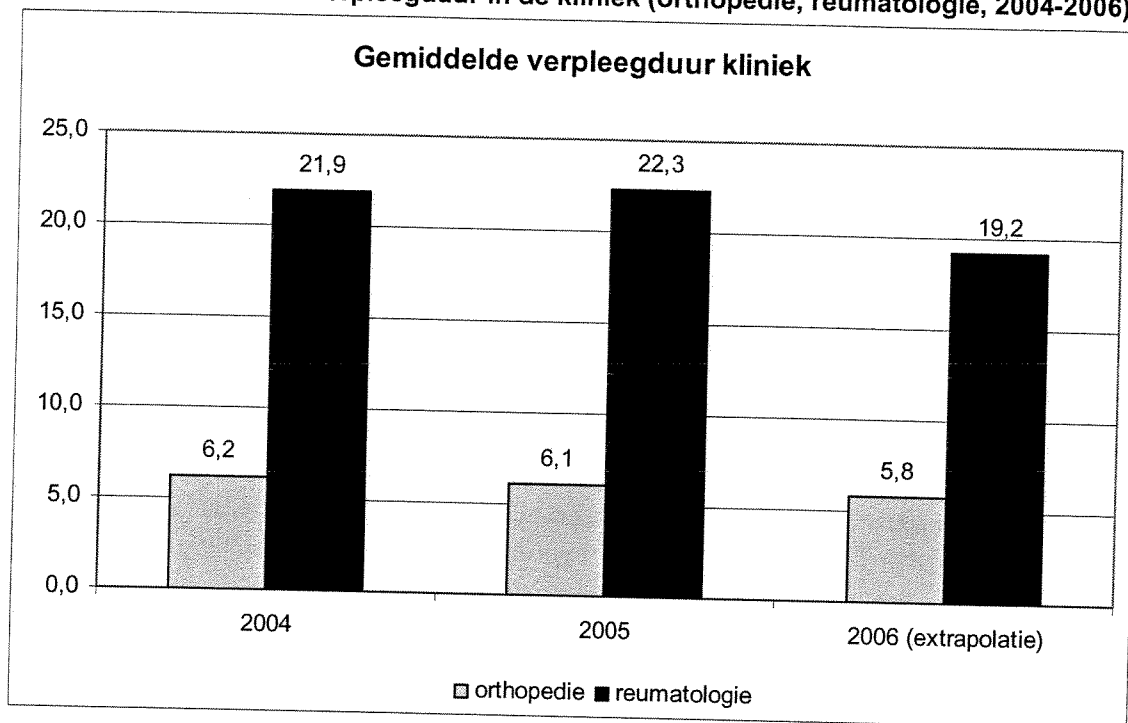
poli	20.000)	30.000)			
Opnamen kliniek	(3.000-4.000)	(4.000-5.000)	(4.000-5.000)	(0-10%)	(10-20%)
Dagopnamen	(5.000-6.000)	(5.000-6.000)	(7.000-8.000)	(10-20%)	(30-40%)
Verpleegdagen	(20.000-30.000)	(20.000-30.000)	(20.000-30.000)	(0-10%)	(0-10%)
Totale heup	(700-800)	(600-700)	(700-800)	-(0-10%)	(0-10%)
Totale knie	(300-400)	(400-500)	(500-600)	(0-10%)	(40-50%)
Spondylodesen	(500-600)	(400-500)	(400-500)	-(10-20%)	-(10-20%)
Reumatologie	2004	2005	2006	2004-2005	2004-2006
			(extrapolatie)		
Eerste polibezoeken	(6.000-7.000)	(6.000-7.000)	(6.000-7.000)	(0-10%)	(0-10%)
Herhaalbezoeken	(10.000-20.000)	(10.000-20.000)	-	(0-10%)	-
Opnamen kliniek	(300-400)	(300-400)	(300-400)	-(0-10%)	(0-10%)
Dagopnamen	(5.000-6.000)	(5.000-6.000)	(6.000-7.000)	(0-10%)	(10-20%)
Verpleegdagen	(7.000-8.000)	(7.000-8.000)	(6.000-7.000)	(0-10%)	-(10-20%)

Bron: CTG/ZAio op basis van data SMK

De productieanalyses van het specialisme orthopedie en reumatologie in termen van FB-parameters laten het volgende beeld zien:

- bij orthopedie een groei van het aantal eerste polikliniekbezoeken, herhaalbezoeken, dagopnamen, klinische opnamen en verpleegdagen. Met name in 2006 is de groei aanzienlijk voor het aantal eerste polikliniekbezoeken, dagopnamen en klinische opnamen;
- bij reumatologie een toename van het aantal eerste polikliniekbezoeken in 2005 en een afname in 2006, een toename van het aantal herhaalbezoeken, een aanzienlijke groei in het aantal dagopnamen en een behoorlijke afname van het aantal verpleegdagen. Het aantal klinische opnamen blijft stabiel.

Figuur 3.1 Gemiddelde verpleegduur in de kliniek (orthopedie, reumatologie, 2004-2006)



Bron: CTG/ZAio op basis van data SMK

Uit figuur 3.1 blijkt dat de gemiddelde verpleegduur in de kliniek voor orthopedie afneemt van 2004 naar 2005 en voor reumatologie toeneemt. In 2006 neemt voor beide specialismen de gemiddelde verpleegduur naar verwachting af.

3.5.3.2 Revalidatie

Tabel 3.2 Productie revalidatie (aantallen FB-parameters)

Revalidatie	2004	2005	2006 (extrapolatie)	2004-2005	2004-2006
Eerste polibezoeken	(1.000-2.000)	(1.000-2.000)	(1.000-2.000)	(0-10%)	-(0-10%)
Herhaalbezoeken poli	(2.000-3.000)	(1.000-2.000)		-(10-20%)	-
Opnamen kliniek	(300-400)	(400-500)	(400-500)	(0-10%)	(10-20%)
Dagopnamen	-	(0-100)	(0-100)	-	-
Verpleegdagen	(20.000-30.000)	(20.000-30.000)	(20.000-30.000)	-(0-10%)	-(0-10%)
RBU klinisch (gewogen)	(40.000-50.000)	(40.000-50.000)	(40.000-50.000)	(0-10%)	(0-10%)
RBU poliklinisch (gewogen)	(60.000-70.000)	(70.000-80.000)	(70.000-80.000)	(0-10%)	(0-10%)

Bron: CTG/ZAio op basis van data SMK

De productieanalyses van de revalidatie in termen van bovenstaande parameters laten het volgende beeld zien:

- een toename van het aantal eerste polikliniekbezoeken in 2005. In 2006 neemt dit aantal weer af;
- een sterke afname van het aantal herhaalbezoeken;
- een toename van het aantal opnamen in de kliniek; met ingang van 2005 wordt er ook in dagopname gewerkt;
- een duidelijke afname van het aantal verpleegdagen;
- een stijging in het aantal klinische RBU's; het aantal poliklinische RBU's is redelijk stabiel.

3.5.3.3 Totale productie in FB-parameters

Als we de totale productie 2005 op basis van FB-parameters vergelijken met die van 2004, zien we dat het aantal klinische opnames toeneemt met (0-10%) en het aantal verpleegdagen daalt met (0-10%). Het aantal dagopnames (orthopedie/reuma) neemt toe met (0-10%) en het aantal polikliniekbezoeken neemt toe met (0-10%).

Landelijk¹⁶ namen van 2004 naar 2005 de klinische opnames toe met 3.3%, terwijl het aantal verpleegdagen gemiddeld met 0,2% daalde. Het aantal dagopnames steeg met 7% en de eerste polikliniekbezoeken stegen met ruim 2,2%.

Dit betekent dat de stijging van de productie bij de SMK gemiddeld hoger ligt dan landelijk. De landelijke cijfers zijn echter niet uitgesplitst naar specialisme. Het kan zijn dat ook landelijk de specialismen orthopedie, reumatologie en revalidatie een grotere stijging hebben ondervonden.

3.5.4 Analyse DBC-productie

Deze paragraaf beschrijft de DBC-productie van de SMK voor de specialismen orthopedie, reumatologie en revalidatie. Een productievergelijking tussen 2005 en 2006 is niet gemaakt, omdat over het jaar 2006 nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn. Daarnaast zijn per 1 februari 2006 systeemwijzigingen in de DBC-systematiek doorgevoerd (onder andere invoering DBC-consult) die een vergelijking lastig maken. Ook een vergelijking met andere ziekenhuizen is op dit moment nog niet te maken doordat de benodigde volumegegevens via het DIS nog niet beschikbaar zijn. Overige trajecten en verrichtingen, en ondersteunende en overige producten (OVP) zijn in deze analyse buiten beschouwing gebleven.

Het onderscheid tussen de DBC's die landelijk in het A-segment, respectievelijk B-segment, vallen is op basis van de aangeleverde gegevens niet te maken, omdat de codering die de SMK hanteert, afwijkt van de landelijke. De SMK geeft zelf aan dat het B-segment in (de eerste twee maanden van) 2006 (10-20%) van de totale productie uitmaakte.

¹⁶ De cijfers zijn het resultaat van een analyse van de NVZ (Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen) op basis van de jaarrekeningen 2005 van 80 van de 86 algemene ziekenhuizen.

3.5.4.1 DBC-productie orthopedie

In totaal werden voor het jaar 2005 (20.000-30.000) afgesloten DBC's voor het specialisme orthopedie geregistreerd (A- en B-segment). Ter illustratie: in dat jaar werden (20.000-30.000) eerste polikliniekbezoeken, (20.000-30.000) herhaalbezoeken polikliniek, (5.000-6.000) dagopnamen en (4.000-5.000) klinische opnamen geproduceerd. In onderstaande tabel wordt het aantal *afgesloten* DBC's weergegeven.

Tabel 3.3 Productie orthopedie A- en B-segment, 2005

	Aantal	Productieaandeel
01 Poliklinisch conservatief	(10.000-20.000)	(60-70%)
02 Poliklinisch operatief	(0-1.000)	(0-10%)
03 Dagverpleging conservatief	(0-1.000)	(0-10%)
04 Dagverpleging operatief	(1.000-2.000)	(0-10%)
05 Klinisch zonder implantaat	(1.000-2.000)	(0-10%)
06 Klinisch met heup-implantaat	(0-1.000)	(0-10%)
07 Klinisch met knie-implantaat	(0-1.000)	(0-10%)
08 Klinisch met rug-implantaat	(0-1.000)	(0-10%)
09 Klinisch met overig implantaat	(0-1.000)	(0-10%)
10 Anesthesie	(1.000-2.000)	(0-10%)
99 onbekend	(0-1.000)	(0-10%)
Totaal	(20.000-30.000)	100%

Bron: CTG/Zaio op basis van door SMK aangeleverde productiegegevens.

3.5.4.2 DBC-productie reumatologie

In totaal werden in het jaar 2005 (8.000-9.000) afgesloten DBC's voor het specialisme reumatologie geregistreerd (A- en B-segment). Kenmerkend voor het specialisme reumatologie is dat het voornamelijk chronische patiënten betreft.

Ter illustratie: in 2005 werden (6.000-7.000) eerste polikliniekbezoeken, (10.000-20.000) herhaalbezoeken polikliniek, (5.000-6.000) dagopnamen en (300-400) klinische opnamen geproduceerd. In onderstaande tabel wordt het aantal *afgesloten* DBC's weergegeven.

Tabel 3.4 Productie reumatologie A- en B-segment, 2005

	Aantal	Productieaandeel
01 Initieel poliklinisch	(3.000-4.000)	(30-40%)
02 Vervolg poliklinisch	(3.000-4.000)	(40-50%)
03 Initieel dagverpleging	(0-1.000)	(0-10%)
04 Vervolg dagverpleging	(0-1.000)	(0-10%)
05 Initieel klinische episode(n)	(0-1.000)	(0-10%)
06 Vervolg klinische episode(n)	(0-1.000)	(0-10%)
07 Remicade poliklinisch	(0-1.000)	(0-10%)

08 Remicade met dagverpleging	(0-1.000)	(0-10%)
09 Remicade met klinische episode(n)	(0-1.000)	(0-10%)
10 MTX	(0-1.000)	(0-10%)
99 onbekend	(0-1.000)	(0-10%)
Totaal	(8.000-9.000)	100%

Bron: CTG/ZAio op basis van door SMK aangeleverde productiegegevens.

3.5.4.3 DBC-productie revalidatie

In totaal werden in het jaar 2005 (1.000-2.000) afgesloten DBC's voor het specialisme revalidatie geregistreerd.

Ter illustratie: in 2005 werden (1.000-2.000) eerste polikliniekbezoeken, (1.000-2.000) herhaalbezoeken polikliniek, (40-50) dagopnamen en (400-500) klinische opnamen geproduceerd.

Landelijk is het specialisme revalidatie nog niet op de DBC-systematiek overgegaan. Ook is de productie die door revalidatie wordt geleverd geen onderdeel van het B-segment. In onderstaande tabel wordt het aantal *afgesloten* DBC's weergegeven.

Tabel 3.5 Productie revalidatie (A-segment), 2005

	Aantal	Productieaandeel
01 Consultair	(0-1.000)	(30-40%)
02 Observatie	(0-1.000)	(0-10%)
03 Peuters	(0-1.000)	(0-10%)
04 Kinderen intensief niet klinisch	(0-1.000)	(0-10%)
05 Kinderen regulier niet klinisch	(0-1.000)	(0-10%)
06 Volwassenen intensief niet klinisch	(0-1.000)	(10-20%)
07 Volwassenen regulier niet klinisch	(0-1.000)	(10-20%)
08 Volwassenen intensief minimaal klinisch	(0-1.000)	(10-20%)
09 Volwassenen regulier minimaal klinisch	(0-1.000)	(0-10%)
10 Offertetraject	(0-1.000)	(0-10%)
99 Onbekend	(0-1.000)	(0-10%)
Totaal	(1.000-2.000)	100%

Bron: CTG/ZAio op basis van door SMK aangeleverde productiegegevens.

3.5.5 Capaciteitseffecten

Uit de hiervoor gepresenteerde gegevens en aanvullende informatie van de SMK kan geconcludeerd worden dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden in de benutting van de beschikbare capaciteiten. Voor het specialisme orthopedie geldt dat de productietoename zich

vertaalt in een groter beslag op het aantal spreekuren polikliniek en het aantal uren OK. Met betrekking tot de benutting van de beschikbare bedden capaciteit kan worden opgemerkt dat de gemiddelde bedbezetting is toegenomen. Daarnaast heeft de SMK het mogelijk gemaakt om met een daling van de gemiddelde verpleegduur een productietoename te realiseren bij een gelijkblijvende bedden capaciteit en personeelsbezetting.

De bedbezetting bij reumatologie is vrijwel constant gebleven.

Voor de revalidatie is een afname van de gemiddelde bedbezetting zichtbaar. Het totaal aantal verpleegdagen is bij dit specialisme afgenomen, terwijl de bedden capaciteit gelijk is gebleven. Hiermee is de SMK dus efficiënter gaan produceren.

Uit informatie die de SMK heeft aangeleverd, blijkt dat per 2005 het aantal specialistenplaatsen bij orthopedie is uitgebreid van (20-30) naar (20-30) fte (+0-10%) en bij reumatologie van (0-10) naar (0-10) fte (+10-20%). Over de revalidatie zijn geen specialistenplaatsen aangeleverd.

Uit de productietoename bij orthopedie, variërend van (0-10%) meer verpleegdagen tot (10-20%) meer dagopname, kan geconcludeerd worden dat de productiviteit per specialistenplaats is toegenomen. Bij de reumatologie is de productietoename vergelijkbaar met de groei in beschikbare fte specialistenplaatsen. Dit betekent een vrijwel gelijkblijvende productiviteit per specialistenplaats.

Voor de capaciteitsbenutting geldt dat bovenstaande ontwikkelingen ook in andere ziekenhuizen zichtbaar zijn als gevolg van zorgvernieuwingsprojecten.

3.5.6 Omliggende instellingen

Uit de interviews met omliggende ziekenhuizen blijkt dat deze weinig volume-effecten als gevolg van het experiment hebben waargenomen. De kanttekening die hierbij gemaakt moet worden is dat het voor de ziekenhuizen moeilijk te beoordelen is of er volume-effecten zijn opgetreden. Zij zijn in dezelfde periode overgegaan op DBC's en beschikken daardoor over minder vergelijkingsmateriaal.

De geïnterviewde ZBC geeft aan pas in januari 2005 te zijn gestart. Het gaat daarbij om het specialisme orthopedie. De ZBC ziet in het eigen centrum een groei; er is blijkbaar genoeg zorgvraag in het gebied. Bij de klankbordsessie, die onderdeel van de evaluatie uitmaakte, bleek dat de ZBC en de SMK andere patiëntengroepen bedienen. De SMK heeft dan ook geen nadeel van de ZBC ondervonden.

3.5.7 Conclusie

De gemiddelde stijging van de productie in FB-parameters bij de SMK was in 2005 hoger dan landelijk. Het is echter mogelijk dat ook landelijk de stijging in productie van de door de SMK geleverde specialismen hoger lag. Het is moeilijk te zeggen of bovenstaande productie- en capaciteitseffecten door het experiment veroorzaakt zijn (de SMK geeft zelf aan dat zonder het experiment deze inspanningen niet in deze mate gedaan zouden zijn). Voor de productiestijging zijn ook andere mogelijke oorzaken te benoemen:

- een stijging van het zorgconsumptieniveau (dat wil zeggen: alle omliggende ziekenhuizen hebben een groter patiëntenaanbod te verwerken gehad met als gevolg dat er geen verschuivingen in marktaandeelen plaatsvinden). Er is op dit moment geen informatie beschikbaar over het zorgconsumptieniveau;

- ander behandelbeleid: door een afname in de gemiddelde verpleegduur zijn meer bedden beschikbaar voor productie in kliniek en dagopname.

De SMK geeft aan dat de groei met name mogelijk is gemaakt door het ontbreken van productieplafonds. Ook andere ziekenhuizen hebben een groei van de productie meegemaakt, maar in mindere mate dan de SMK. Bekend is daarnaast dat de laatste jaren in vrijwel alle ziekenhuizen een verschuiving van de kliniek naar de dagverpleging zichtbaar is. Andere aanbieders hebben vrijwel geen volume-effecten als gevolg van het experiment waargenomen.

De prikkels die in het budgetmodel in zich had (zoals het 'in bed trekken' van poliklinische patiënten omdat voor klinische patiënten een hogere budgettaire vergoeding gold) zijn met het wegvallen van het budget voor de SMK ook weggenomen. De afname van de doorstroming van polikliniek naar kliniek en dagverpleging, en een verschuiving in de verhouding kliniek/dagverpleging naar meer dagverpleging in 2006, zou hiervan een gevolg kunnen zijn. Voor de capaciteitsbenutting geldt dat bovenstaande ontwikkelingen ook in andere ziekenhuizen zichtbaar zijn als gevolg van zorgvernieuwingsprojecten.

3.6 Prijsstrategieën

3.6.1 Inleiding

Het vijfde leerdoel is het verkrijgen van inzicht in prijsstrategieën. In deze paragraaf wordt geanalyseerd hoe de prijsstelling is in een situatie met 100% vrije prijzen voor zowel A- als B-segment. De analyse van de prijzen per product richt zich idealiter op de volgende vragen:

- Hoe verhoudt de gemiddelde kostprijs van een DBC zich tot de in rekening gebrachte prijs? (marge)
- Hoe ziet de spreiding van de in rekening gebrachte prijzen er uit voor een zelfde DBC?
- Hoe ziet de spreiding van de gemiddelde kostprijs er uit?
- Hoe verhouden de gecontracteerde prijzen zich tot de passantenprijzen?
- Hoe verhouden de gecontracteerde prijzen zich tot de tarieven in het A-segment?

Helaas zijn op basis van de beschikbare gegevens niet alle gewenste analyses mogelijk. Dit is reeds toegelicht in paragraaf 1.4.

De indeling van deze paragraaf is als volgt. Allereerst worden kort de prijsonderhandelingen beschreven. Vervolgens staan in 3.6.3 en 3.6.4 de resultaten van de analyses vermeld die CTG/ZAio heeft uitgevoerd op de prijzen in het A-segment en het B-segment. Paragraaf 3.6.5 gaat in op de prijseffecten voor omliggende instellingen, waarna in 3.6.6 een conclusie geformuleerd wordt.

3.6.2 Prijsonderhandelingen

In 2005 hebben nog geen harde prijsonderhandelingen plaatsgevonden, zoals beschreven paragraaf 3.4, en is ingezet op de prijzen van 2004 met een inflatiecorrectie. In 2006 heeft de SMK wel stevig ingezet op prijs. De SMK geeft aan dat ze een prijsstrategie heeft ontwikkeld die heel transparant aangeeft hoe de prijzen tot stand kwamen en welke opslagen gehanteerd zijn ter vergoeding van diverse benoemde risico's. Volgens de SMK wisten de zorgverzekeraars niet goed hoe ze op de gevraagde opslagen moesten reageren. SMK merkt dat de zorgverzekeraars een andere definitie van marktwerking hanteren. Ze gaan allemaal uit van het maximale groeipercentage uit het convenant.

Tijdens de onderhandelingen ontstond discussie over de vraag of research & development en het versterken van het eigen vermogen in de prijs van de DBC moeten worden opgenomen. De SMK heeft hiervoor op de prijzen voor 2006 een opslag gevraagd. De zorgverzekeraars geven aan dat het lastig is om te bedenken hoe hiermee omgegaan moet worden, het is een nieuwe situatie. De indruk bestaat bij de zorgverzekeraars dat de SMK, met het opnemen van allerlei opslagen, ieder financieel risico volledig bij de zorgverzekeraar legt. Het lijkt of de doelstelling van het experiment is geschoven in de richting van versterking van het financieel vermogen van de SMK. De SMK benadert dit anders. Zij stelt dat door het experiment met vrije prijzen meer bedrijfsrisico's zijn ontstaan. Men kan niet meer terugvallen op het budget.

Twee van de zorgverzekeraars geven aan dat de knie- en heupoperaties bij andere instellingen goedkoper zijn, terwijl de derde aangeeft dat de B-segmentprijzen van SMK competitief zijn. Een verzekeraar denkt dat andere instellingen de knie- en heupoperaties deels financieren middels kruissubsidiëring. Deze instellingen hebben door de wijze van bekostiging van het A-segment nog steeds een vangnet. Ook bij de totstandkoming van de monitor B-segment¹⁷ zijn signalen van kruissubsidiëring ontvangen.

Volgens de zorgverzekeraars is in het A-segment vergelijking met andere ziekenhuizen moeilijk zolang bij andere ziekenhuizen op basis van budgetparameters onderhandeld wordt. Het wordt bovendien als lastig ervaren dat de A-segmenttarieven en de budgetparameters niet overeenkomen met de werkelijke kostprijs. De neurostimulatoren bijvoorbeeld, zijn bij SMK veel duurder dan in andere ziekenhuizen. Het A-segmenttarief en de budgetparameter zijn lager dan de prijs die SMK vraagt (gebaseerd op interne kostprijs). Voor verzekeraars is het lastig om hier mee om te gaan. Ook de prijs van de topklinische rugchirurgie ligt bij SMK veel hoger dan het A-segmenttarief. De SMK kan hiervoor een prijs vragen die de kosten dekt, terwijl andere ziekenhuizen dit uit het budget moeten betalen. In het budget is hiervoor niet expliciet iets opgenomen, zodat andere ziekenhuizen verlies lijden op deze operaties. Op basis van de prijs worden de verzekeraars geprikkeld patiënten eerder naar andere ziekenhuizen te sturen. Dit voorbeeld geeft aan dat het experiment wel beter inzicht geeft in wat operaties werkelijk kosten.

¹⁷ Monitor ziekenhuiszorg 2006, juni 2006, CTG/ZAio

De zorgverzekeraars hebben aangegeven van mening te zijn dat, als door verbeteringen in efficiëntie en effectiviteit de kostprijzen van DBC's dalen, ook een verlaging van de in rekening te brengen prijzen bespreekbaar moet zijn. De SMK vindt dat legitiem. Op die manier kan de SMK immers ook op prijs concurreren met andere instellingen. De SMK verwacht dat in 2007 de verkoopprijzen omlaag gaan.

3.6.3 Prijsontwikkeling (2006 ten opzichte van 2005)

In deze paragraaf wordt op de prijsontwikkeling ingegaan. In onderstaande tabel worden de contractprijzen 2006 van de SMK vergeleken met de contractprijzen 2005 van de SMK. De contractprijzen zijn vermenigvuldigd met de aantallen DBC's 2005, waardoor de gewogen gemiddelde prijsstijging is te berekenen.

Tabel 3.6 Prijsstijgingen (berekend op basis van aantallen 2005)

	omzet 2005 (€)	omzet 2006 (€)	verschil	marktaandeel (financieel)
Verzekeraar 1	(20-30 mln)	(20-30 mln)	(100-110%)	(30-40%)
Verzekeraar 2	(10-20 mln)	(10-20 mln)	(100-110%)	(20-30%)
Verzekeraar 3	(10-20 mln)	(10-20 mln)	(100-110%)	(20-30%)
Verzekeraar 4	(10-20 mln)	(10-20 mln)	(100-110%)	(10-20%)
Verzekeraar 5	(0-10 mln)	(0-10 mln)	(100-110%)	(0-10%)
Totaal	(60-70 mln)	(70-80 mln)	(100-110%)	

Gewogen naar aantallen DBC's 2005, bedraagt de gemiddelde prijsstijging tussen 2005 en 2006 die tussen SMK en verzekeraars is overeengekomen, (0-10%) (A- en B-segment)¹⁸.

De totale gemiddelde prijsstijging in het B-segment¹⁹ tussen 2005 en 2006 is berekend op 0,5% (contractprijzen en passantenprijzen), wat leidt tot een reële daling van 0,8% (daarbij is uitgegaan van het verwachte inflatiecijfer van 1,25%). Ook hierin zijn niet de eventuele aanpassingen meegenomen in de prijzen door verhoging van het uurtarief van medisch-specialisten met 5,5% met ingang van 1 april 2006.

De kostentarieven in het A-segment zijn per 1 februari 2006 geïndexeerd met 1,84%. De honorariumtarieven zijn per 1 april 2006 geïndexeerd met 5,5%. Voor de specialisten reumatologie en orthopedie maakt het honorariumdeel van het tarief gemiddeld meer dan 80% van het tarief uit.

¹⁸ Eventuele aanpassingen in de prijzen door landelijke verhoging van het uurtarief van medisch-specialisten met 5,5% met ingang van 1 april 2006 zijn niet meegenomen. De SMK heeft met de verzekeraars vaste prijsafspraken gemaakt voor heel 2006.

¹⁹ CTG/ZAio, monitor ziekenhuiszorg 2006, juni 2006.

De prijsstijging bij de SMK is groter dan de stijging van de prijzen in het B-segment. Op basis van de cijfers is het niet mogelijk om een harde conclusie te trekken over hoe de prijsstijging bij de SMK zich verhoudt tot landelijke prijsstijgingen.

3.6.4 Prijzen 2006

In deze paragraaf worden de prijzen 2006 van de SMK geanalyseerd. Eerst worden de prijzen in het A-segment besproken en vervolgens de prijzen in het B-segment.

3.6.4.1 A-segment

Een overallvergelijking van de tarieven van de SMK producten met de tarieven die landelijk in het A-segment gelden, is niet goed te maken omdat de SMK niet de landelijke codes hanteert. Daardoor zijn deze niet eenduidig te relateren aan de landelijke codes. Dit geldt voor de prestatiecodes, productgroepcodes en de declaratiecodes.

Daarom is voor een aantal producten die een grote financiële impact (aantal * prijs) hebben een vergelijking gemaakt.

Tabel 3.7 Vergelijking contractprijzen 2006 met tarieven in het A-segment voor de DBC's met de grootste financiële impact (peildatum januari 2006)²⁰

DBC-code	Verzekeraar (andere volgorde dan tabel 3.6)					Tarief A-segment in € (excl. verrekenperc.)	Minimale afwijking	Maximale afwijking
	Bedragen zijn geïndexeerd							
	1	2	3	4	5			
24.21.0101.113	100	105	100	107	103	5.505	(70-80%)	(90-100%)
24.21.0101.412	100	105	100	107	103	16.659	-(10-20%)	-(20-30%)
05.11.1365.223	100	105	100	107	103	11.991	(10-20%)	(20-30%)
05.11.1703.223	100	105	100	107	103	11.991	-(0-10%)	-(0-10%)
05.11.1750.213	100	105	100	107	103	4.414	(30-40%)	(40-50%)
05.11.1392.223	100	105	100	107	103	11.991	(20-30%)	(30-40%)

Bron: prijslijsten door SMK aangeleverd aan CTG/ZAio. Tarieven A-segment: CTG/ZAio.

Uit tabel 3.7 valt af te leiden dat voor de DBC's met de grootste financiële impact voor de SMK tarieven worden afgesproken die sterk afwijken van de tarieven in het A-segment. Er wordt zowel sterk naar boven (90-100%) als naar beneden -(20-30%) afgeweken. Volgens de SMK komt dit doordat zij tarieven hanteert die beter aansluiten bij de werkelijke kostprijzen. De tarieven in het A-segment kunnen echter ook sterk variëren tussen instellingen omdat op deze

²⁰ DBC's voor het specialisme revalidatie zijn buiten beschouwing gebleven omdat de revalidatie landelijk nog niet op basis van DBC's declareert.

tarieven een instellingsspecifiek verrekenpercentage wordt toegepast. De gehanteerde verrekenpercentages zijn vrijwel allemaal positief.

Uit de tabel blijkt ook dat de contractprijzen per verzekeraar verschillen. Nadere analyse leert dat de verzekeraars met het grootste marktaandeel de laagste prijzen konden bedingen (dit blijkt niet uit de tabel). De verzekeraar met het laagste marktaandeel betaalt vaak exact de passantenprijs. Uit de analyses van de contractprijzen blijkt daarnaast dat de variatie in afgesproken prijzen in 2006 is toegenomen ten opzichte van 2005.

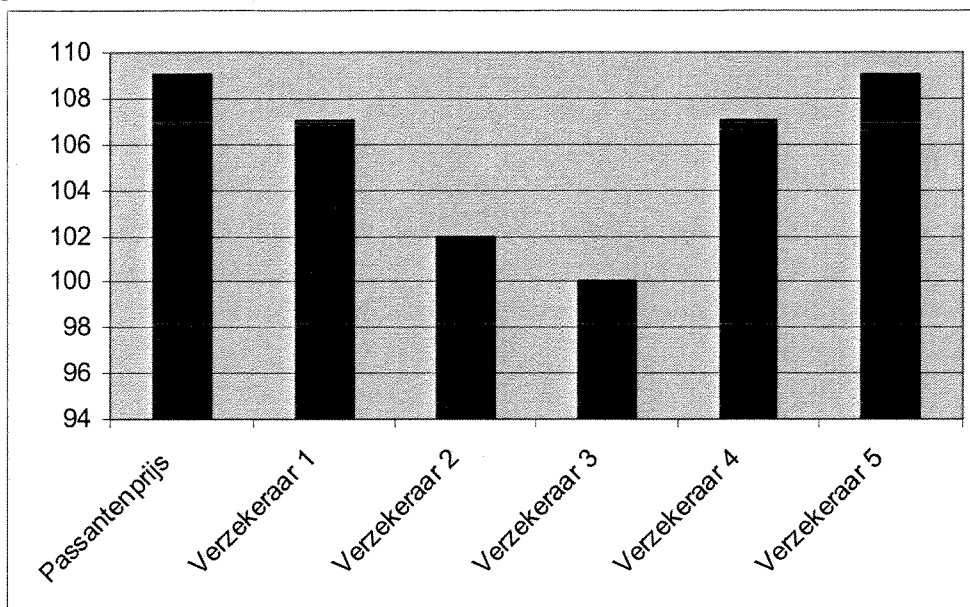
Met betrekking tot de kostprijzen moet worden opgemerkt dat uit de analyses blijkt dat de variatie in de tijd hierin erg groot is. Daarom zijn deze niet opgenomen in dit rapport. Uit de interviews is gebleken dat de kostprijzen in de tijd een grillig verloop kennen. De SMK geeft aan dat zij gedurende het experiment hetzelfde kostentoe rekeningsprincipe hanteerde. Het betreft integrale kostprijzen, dat wil zeggen inclusief kapitaallasten. Wel zijn door verbeterd inzicht de kostprijzen in 2006 aangepast en verbeterd de kwaliteit van de berekende kostprijzen naar eigen zeggen. De SMK geeft aan dat het beeld dat uit de sterk wisselende kostprijzen die uit de analyses volgen klopt met hun eigen waarneming. Dit betekent dat op dit moment nog geen conclusies over de marge (verschil verkoopprijs en kostprijs) getrokken kunnen worden.

3.6.4.2 B-segment

Met betrekking tot de prijzen voor DBC's in het B-segment geldt dat deze voor alle ziekenhuizen vrij onderhandelbaar zijn. Verwacht wordt dat de marktwerking een prijsverlagend effect heeft op deze DBC's. Op basis van de door de SMK aangeleverde lijst met contractprijzen is niet eenduidig vast te stellen welke DBC-codes (en dus prijzen) tot het reguliere B-segment behoren. Daardoor is in het B-segment geen prijsvergelijking met andere ziekenhuizen mogelijk.

De volgende figuur laat voor de SMK zien hoe de contractprijzen van de vijf verzekeraars zich verhouden tot de passantenprijs (standaardprijzlijst). De verhoudingen hebben betrekking op de DBC met de grootste financiële impact van orthopedie in het B-segment in 2006. Onbekend is in hoeveel gevallen de passantenprijs in rekening is gebracht. Aangezien de SMK met alle zorgverzekeraars contracten heeft afgesloten, beperkt dit aantal zich waarschijnlijk tot het aantal onverzekerde patiënten.

Figuur 3.2 Contractprijzen en passantenprijs (2006) van de B-segment-DBC orthopedie met de grootste financiële impact.



Bron: Contractprijsgegevens per verzekeraar en standaardprijslijst door SMK aan CTG/ZAio aangeleverd.

Uit de figuur blijkt dat ook in het B-segment de contractprijzen per verzekeraar verschillen. Ook hier geldt dat de verzekeraars met het grootste marktaandeel de laagste prijzen wisten te bedingen. De verzekeraar met het laagste marktaandeel betaalt vaak exact de passantenprijs.

3.6.5 Omliggende instellingen

Uit de interviews met omliggende ziekenhuizen blijkt dat deze geen prijseffecten hebben waargenomen als gevolg van het experiment. Belangrijke kanttekening hierbij is dat de ziekenhuizen in dezelfde periode overgingen op DBC's, waardoor vergelijkingen moeilijk te maken zijn.

3.6.6 Conclusie

De prijzen van de SMK zijn tussen 2005 en 2006 gemiddeld toegenomen met (0-10%). Op basis van deze cijfers is het niet mogelijk om een harde conclusie te trekken over hoe de prijsstijging bij de SMK zich verhoudt tot de landelijke prijsstijgingen. Duidelijk is wel dat de prijsstijging groter is dan de stijging van het prijzen in het B-segment.

De contractprijzen van de SMK in het A-segment wijken sterk af van de tarieven in het A-segment, zowel naar boven als naar beneden. Volgens de SMK komt dit doordat de SMK tarieven hanteert die beter aansluiten bij de werkelijke kostprijzen. De tarieven in het A-segment kunnen echter ook sterk variëren tussen instellingen omdat op deze tarieven een instellingsspecifiek verrekenpercentage wordt toegepast. Er heeft geen vergelijking van

contractprijzen in het B-segment met andere ziekenhuizen plaatsgevonden, omdat dit op basis van de huidige codes niet goed mogelijk bleek.

De contractprijzen per verzekeraar verschillen. De grootste verzekeraars weten de laagste prijzen te bedingen. Daarnaast is de variatie in prijzen in 2006 toegenomen ten opzichte van 2005.

De SMK geeft zelf aan niet de goedkoopste te zijn, dat ze qua prijzen rond het gemiddelde zit van andere ziekenhuizen, maar dat ze daarvoor een bovengemiddelde kwaliteit levert. De afwijkende patiëntenmix heeft zijn weerslag op de gemiddelde zorgprofielen en daarmee op de DBC-prijzen.

Uit de analyses blijkt nog een grote variatie in kostprijzen, waardoor hierop geen betrouwbare analyses uitgevoerd konden worden. Analyses op kostprijzen en dus op (winst)marges hebben daarom nog niet plaatsgevonden.

3.7 Transactiekosten verzekeraars

3.7.1 Inleiding

De transactiekosten van verzekeraars zijn van belang voor de macrobetaalbaarheid. Indien de situatie, zoals in het experiment, voor verzekeraars duurder wordt, zullen ze deze kosten doorberekenen in de polisprijs. Bij één instelling zal dit effect klein zijn, maar als het B-segment wordt vergroot is dit zeker van belang voor de kosten van de ziekenhuiszorg. Een leerdoel van het experiment is daarom het verwerven van inzicht in de transactiekosten voor verzekeraars in een situatie met 100% vrije prijzen en geen contracteerplicht. Deze paragraaf is gebaseerd op interviews met de zorgverzekeraars.

3.7.2 Onderhandelingen

Het zou veel tijd in beslag nemen, wanneer over alle DBC's die de SMK kan leveren (8.000) individuele onderhandelingen gevoerd moeten worden. De beschikbare capaciteit bij de verzekeraars was echter een beperkende factor. Veelal is daarom niet over iedere afzonderlijke DBC onderhandeld, maar zijn de DBC's met de grootste financiële impact gebruikt. Daarnaast is het totale onderhandelingsresultaat onder de streep vergeleken met het totaalniveau van het jaar ervoor. In vergelijking met andere ziekenhuizen kosten de onderhandelingen op deze manier niet meer tijd. De verzekeraars beraden zich hoe zij om moeten gaan met de grote hoeveelheid DBC's in de onderhandelingen. Dit is met name bij een uitbreiding van het B-segment in de toekomst van belang.

Door het wegvallen van de contracteerplicht zitten alle zorgverzekeraars nu met de SMK om tafel. Voor zorgverzekeraars die eerst niet bij de SMK aan de onderhandelingstafel zaten en nu wel, is het enige verschil dat er een ziekenhuis bijgekomen is. Het voordeel voor een verzekeraar om alleen met de SMK om tafel te zitten is dat er extra zaken met het ziekenhuis

geregeld kunnen worden. Een verzekeraar heeft bijvoorbeeld met de SMK kunnen regelen dat er vier internetcomputers met het logo van de verzekeraar in het ziekenhuis zijn geplaatst.

3.7.3 Administratieve lasten

Volgens de zorgverzekeraars namen de administratieve lasten niet toe door het experiment. Het was een eenmalige activiteit om de productstructuur in te lezen in de systemen. Verder zijn de vrije prijzen te vergelijken met de vrije prijzen in het B-segment, waardoor dezelfde administratie (organisatie/ICT) gebruikt kan worden.

De SMK geeft aan dat de verzekeraars tijd nodig hadden om hun systemen om te bouwen. In mei 2005 kon voor het eerst gedeclareerd worden. De uitval na de validatie is op dit moment bijna nihil bij SMK.

De zorgverzekeraars hebben niet uitzonderlijk veel vragen van patiënten ontvangen over het experiment van de SMK. Waarschijnlijk hebben de patiënten niet gemerkt dat er een experiment loopt.

3.7.4 Conclusie

De transactiekosten voor de zorgverzekeraars zijn door het experiment vrijwel niet toegenomen. Hierbij geldt wel een aantal beperkende factoren. Indien de verzekeraars goed hadden willen onderhandelen over alle DBC's waren de transactiekosten zeker toegenomen. Daarnaast is het effect waarschijnlijk beperkt doordat het gaat om één kleine instelling ten opzichte van grote verzekeraars.

3.8 Interne cultuurverandering SMK

3.8.1 Inleiding

Het laatste leerdoel van het experiment betreft de interne cultuurverandering. Wat veranderde er binnen de organisatie als gevolg van het experiment met 100% vrije prijzen? De paragraaf is gebaseerd op de interviews.

3.8.2 Opvatting SMK

Het bestuur geeft aan dat binnen de organisatie groot enthousiasme bestaat voor het experiment. Er zijn weinig weerstanden. Dit wordt deels verklaard doordat op dit moment het experiment ruimte biedt voor zorgvernieuwingsprojecten. Het experiment heeft veel vrijheid gebracht in de werkprocessen van professionals; ze worden niet meer belemmerd door de oude budgetteringssystematiek. Deze ruimte kan mogelijk in de toekomst minder worden als de prijsonderhandelingen strakker gevoerd worden. Op dit moment zijn de grenzen daarin volgens de SMK nog niet bereikt.

De raad van bestuur van de SMK legde grote nadruk op het experiment door aan te geven dat alles ervoor moet wijken. Via nieuwsbrieven en bijeenkomsten is het personeel geïnformeerd.

De administratie geeft aan dat de invoering van de DBC-systematiek en het experiment veel heeft los gemaakt bij de SMK. Er moet een omslag plaatsvinden binnen het primaire proces (hiermee worden ook de artsen bedoeld) en de interne cultuur. Er zijn geen extra mensen aangenomen; er is meer een verschuiving geweest in administratieve zaken. Nu wordt meer werk gedaan met dezelfde mensen. De ict-component is hier erg belangrijk. De pr-functie wordt belangrijker. Er komt een accountmanager voor de zorgverzekeraars.

Het afgelopen jaar is veel energie gestoken in het aanleveren van kwantitatieve gegevens en het op orde krijgen van de registratie. De interne informatievoorziening over de productie is goed. De SMK heeft meer inzicht in de zorgprocessen en de kosten ervan. De SMK is bijvoorbeeld het enige ziekenhuis dat al een goedkeurende bestuursverklaring 2005 heeft afgegeven (bovendien voor 15 januari 2006). Om dat voor elkaar te krijgen is volgens de SMK het experiment wel nodig geweest.

Nu de registratie op orde is kunnen de gegevens voor analyses gebruikt worden.

Retrospectieve analyses zijn al mogelijk. Daarbij zijn vergelijkingen tussen jaren lastig als gevolg van wijzigingen van DBC-typeringen. De SMK gaat nu aan de slag met het gebruiken van de gegevens voor het maken van prospectieve analyses. Revalidatie is hier al heel ver mee omdat zowel de DBC's als de verrichtingen in één systeem zitten. De informatie uit de prospectieve analyses kan pas in de tweede helft van 2007 gebruikt worden.

De administratie van de SMK geeft aan dat de banken vooralsnog geen extra eisen stellen. Waarschijnlijk vinden ze niet dat ze meer risico lopen (of ze beseffen het niet) en hebben ze vertrouwen in de strategie van de SMK. De SMK beschikt ook over een gezonde vermogenspositie.

3.8.3 Opvatting medisch-specialisten

Volgens de geïnterviewde specialist, hebben met name de administratie en het management belang bij het experiment, de specialisten minder. Wel blijft de specialist essentieel bij het bepalen van de juiste DBC.

Van het experiment met vrije prijzen heeft de specialist niet veel gemerkt. Wél is er volgens hem meer inzicht in de bedrijfsvoering ontstaan, bijvoorbeeld op het punt van de tijdsbesteding. Er wordt nu meer gekeken naar de vraag hoe de processen lopen en hoe de beschikbare capaciteit beter kan worden ingezet.

De specialisten zijn tevreden omdat het nieuwe systeem in ieder geval niet meer administratief werk oplevert. Het is bewust beleid van het bestuur geweest dat professionals zo min mogelijk last (administratieve rompslomp) ondervinden van de DBC-systematiek. Ze worden hierin zoveel mogelijk ondersteund door administratieve krachten (de 'verlengde armconstructie'²¹). Veel uitval wordt op deze manier voorkomen. De behandelas wordt volledig gecontroleerd door de verlengde arm. De specialisten hebben wel veel geklaagd over de registratie, met name de specialisten die niet zo handig zijn met het registreren en die niet betrokken waren bij het opstellen van hun productstructuur. De specialisten ervaren ook geen financiële prikkel omdat

21 Verlengde armconstructie: de specialist legt zich hoofdzakelijk toe op de registratie van de diagnose en behandeltype. Dit vergt per patiënt hooguit één minuut tijd van de specialist. De ondersteuning controleert de DBC-typering en voert de medische verrichtingen in. De medisch-specialist blijft verantwoordelijk voor een juiste registratie.

ze in loondienst zijn. Door het experiment is meer ruimte voor innovatie voor de specialisten (zorgvernieuwingstrajecten, neuromodulatie).

3.8.4 Opvattingen verzekeraars

Een grote verandering die bij SMK heeft plaatsgevonden is de wisseling in de personeelsbezetting. De personen die bij de start van het experiment betrokken waren zijn nu niet meer betrokken. Door de verzekeraars wordt dit als lastig ervaren; continuïteit in kennis kan gaan ontbreken op die manier. Daarnaast hebben zij het gevoel dat het hogere doel van het experiment van de agenda is. De strategie is nu meer gericht op de financiële kant, om klaar te zijn voor de markt. Dit is een strategische verandering. Door de vele personeelwisselingen is het daarom lastig om aan te geven waardoor de SMK verandert: komt dit door andere persoonlijkheden of heeft het te maken met de situatie van vrije prijzen?

3.8.5 Patiënten

De cliëntenraad denkt dat er door de invoering van de DBC's meer medisch verzorgend personeel zal zijn aangetrokken. Of dit echt zo is kunnen zij echter niet beoordelen. Ook geven ze aan niet te kunnen beoordelen of SMK zich anders gedraagt richting patiënten en verzekeraars. De cliëntenraad ziet dus eigenlijk geen verandering.

3.8.6 Conclusie

De SMK heeft het experiment aangegrepen om belangrijke verbeteringen door te voeren in de bedrijfsprocessen. Het experiment is een belangrijke katalysator hiervoor geweest. Ook het vervallen van de budgetteringsystematiek heeft vrijheid met zich meegebracht. Deze ruimte kan volgens de SMK in de toekomst minder worden als de prijsonderhandelingen strakker gevoerd worden.

De verzekeraars menen dat de strategie van de SMK op dit moment meer gericht is op een versteviging van de financiële positie, terwijl de strategie bij de start van het experiment anders was. Op dit moment zijn andere personen bij het experiment betrokken dan bij de start ervan. Volgens de verzekeraars is het daarom lastig aan te geven waardoor de strategie van de SMK is veranderd (door de personeelwisselingen of door het experiment).

4. Effecten experiment op publieke belangen

4.1 Inleiding

In hoofdstuk drie zijn de leerdoelen van het experiment stuk voor stuk beoordeeld. Aan de hand van deze uitkomsten kan beschreven worden in hoeverre het experiment heeft bijgedragen aan de borging van de publieke belangen, te weten: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

4.2 Kwaliteit

4.2.1 Inleiding

Deze paragraaf richt zich op de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit van de zorg bestaat uit verschillende dimensies. Een veelgebruikte dimensie-indeling is: veiligheid, klantgerichtheid en doelmatigheid van de verleende zorg²².

CTG/ZAio (en straks de NZa) heeft als doelstelling het inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren om daarmee de vergelijkbaarheid van, en de concurrentie, tussen zorgaanbieders te vergroten. Zonder inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg beschikken consumenten en zorgverzekeraars over onvoldoende keuzeinformatie, respectievelijk inkoopinformatie. Dan bestaat het risico dat concurrentie de kwaliteit van deze zorg schaadt. Op grond van de WMG kan de NZa (in de toekomst) marktpartijen verplichten om informatie te verstrekken over kwaliteit indien transparantie op dit vlak ontbreekt. Deze paragraaf gaat in op de transparantie van kwaliteit en de rol van kwaliteit in de onderhandelingen tussen de SMK en de zorgverzekeraars. Daarnaast wordt ingegaan op innovatie en variatie van het aanbod.

Het toezicht op de medische kwaliteit ligt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en wordt daarom niet behandeld. De onderwerpen kwaliteit en innovatie worden overigens niet in de leerdoelen van het experiment genoemd.

Deze paragraaf is gebaseerd op de interviews omdat CTG/ZAio geen beschikking heeft over kwantitatieve gegevens over de kwaliteit van de geleverde zorg.

4.2.2 Transparantie

DBC's moeten bijdragen aan het vergroten van de transparantie. Dat betekent een grotere beschikbaarheid van informatie binnen de instelling ten behoeve van de zorgverzekeraar, de patiënt en landelijke organisaties.

Twee verzekeraars geven in de interviews aan dat de transparantie door de DBC's (en door het experiment) is verhoogd: ook aan tafel wordt opener gesproken. Toch beschikken zij nog niet over voldoende informatie om goede beslissingen te kunnen nemen. De verzekeraars hebben

²² Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer met kenmerk MC-2653714.

bijvoorbeeld geen inzicht in het totale volume aan zorg dat in 2005 bij de SMK is afgenomen (situatie maart 2006) en dit brengt grote onzekerheid met zich mee.

Aan de andere kant geeft een andere verzekeraar aan dat de transparantie door het experiment is afgenomen. Bij de Bomhoff-DBC's waren duidelijke, transparante afspraken mogelijk over heupen, knieën en zorgprofielen. Later, met de invoering van het experiment, maakten deze plaats voor afnemende transparantie en een strategie die meer op de financiële kant gericht is.

Kwaliteitsindicatoren zijn een belangrijk instrument om de transparantie van de zorg te vergroten. De SMK wil aansluiten bij de landelijke indicatoren. Daarnaast hanteert de SMK eigen indicatoren. Een verzekeraar geeft aan dat afspraken zijn gemaakt over de indicatoren, maar dat de terugkoppeling hiervan door de SMK slecht is. Slechts de helft van de indicatoren was ingevuld.

Volgens een verzekeraar is door de toegenomen transparantie de keuze van het al dan niet vergoeden van bepaalde verrichtingen naar een hoger niveau getild. Het besluit ligt niet meer alleen bij de specialist, maar vraagt een expliciete beslissing van de zorgverzekeraar (bijvoorbeeld oranje DBC's).

De cliëntenraad van de SMK vindt het moeilijk te beoordelen of de kwaliteit is toegenomen door het experiment. De kwaliteit van zorg zou ook niet afhankelijk mogen zijn van het experiment. Wel denken zij dat er door het experiment meer mogelijk is om patiënten sneller te helpen. De zorgaanbieder kan hier goede afspraken over maken met de zorgverzekeraar.

4.2.3 Kwaliteitsafspraken

Het dominante thema in de onderhandelingen tussen de SMK en verzekeraars was de prijs. Over de kwaliteit zijn wel afspraken gemaakt, maar niet meer dan bij andere ziekenhuizen, zo blijkt uit de interviews met de verzekeraars. Er zijn aanzetten gedaan tot het maken van kwaliteitsafspraken, maar verder moet dit nog helemaal van de grond komen. Het is een streven om in de loop van 2006 en 2007 meer over de kwaliteit en inhoud van bepaalde DBC's te spreken.

De inkoopgids van ZN met de zorgprofielen kon alleen worden gebruikt voor de DBC's uit het B-segment. De kennis over B-segment-DBC's is wel een stimulans voor zorgverzekeraars om in de onderhandelingen het kwaliteitsaspect naar voren te brengen. Over de DBC's in het A-segment van de SMK is het moeilijker om informatie over kwaliteit op te leveren als de kwaliteitsgegevens niet in de systemen van de organisatie zijn geborgd.

De verzekeraars wilden volgens de SMK ook praten over zorggaranties. Hierbij valt te denken aan een afspraak dat een implantaat 15 jaar moet meegaan.

Daarnaast merkt de SMK op dat verzekeraars wel aandacht hebben voor effectiviteit en zorginhoud, maar minder open lijken te staan voor het meebetalen in de prijs van investeringen in dure apparatuur (bijvoorbeeld MRI) die pas op termijn geld opleveren.

4.2.4 Innovatie/variatie van het aanbod

Het experiment met vrije prijsvorming dient de SMK mogelijkheden te bieden op het gebied van innovatie, variatie van het aanbod en ondernemerschap. Dit wordt bevestigd door het bestuur van de SMK. Deze geeft aan dat de DBC-systematiek de mogelijkheid biedt om kwalitatieve groei door te maken: het evalueren en opzetten van zorgpaden wordt vergemakkelijkt en klinische bewijsvoering voor effectiviteit en efficiency van behandelingen wordt mogelijk gemaakt. De SMK wil de klinische bewijsvoering als sturingsinstrument inzetten en heeft daarvoor ook personeel aangetrokken. De SMK geeft aan een van de weinige ziekenhuizen te zijn die medische richtlijnen ter discussie kan stellen.

Bij de groei in de zorgketen die wordt nagestreefd, stuit de SMK op wet- en regelgeving met betrekking tot financiering. Als voorbeeld wordt de decubituszorg genoemd. Hiervoor is een AWBZ-erkenning nodig. Hierbij loopt de SMK tegen de isolatie van het experiment binnen de curatieve zorg aan.

Belangrijkste effectiviteitsverbetering is een nieuw soort MRI, waarin de patiënt kan staan. Het voordeel is het verkleinen van het aantal missers door een beter inzicht in de wervelkolom. Bovendien heeft de patiënt geen last van claustrofobie. Hier is echter nog geen DBC voor.

Het vervallen van de budgetsystematiek leidt volgens de SMK tot een kwaliteitsverbetering. Bij de revalidatie is het effect hiervan het sterkst zichtbaar. Volgens de SMK komen professionals zelf spontaan met voorstellen voor verbeteringen van het zorgproces. Ze worden niet meer tegengehouden door het scoren van parameters: bij de revalidatie loonde het binnen de oude budgetteringssystematiek niet om patiënten snel te ontslaan. Nu gaat het erom de behandeling zo snel en goedkoop mogelijk te leveren, met behoud van kwaliteit. De SMK geeft aan dat de gemiddelde ligduur bij de revalidatie door het experiment met 15% is gedaald. Hierdoor konden ook 15% meer patiënten worden behandeld. Er is nu veel meer fysiotherapie per dag mogelijk. Door vijf uur fysiotherapie per dag te geven in plaats van anderhalf uur, kan de patiënt veel sneller naar huis. Ook worden andere typen behandelingen uitgevoerd, bijvoorbeeld meer medicamenteus in plaats van paramedisch. Dit als gevolg van het loslaten van de bekostigingssystematiek voor dure geneesmiddelen. De liberale toegang tot de behandeling met botuline toxine heeft tot gevolg dat de SMK meer patiënten naar zich toetrekt die voor deze behandeling in aanmerking willen komen. Voorheen was de SMK terughoudend in de indicatiestelling.

Ook de administratie van de SMK geeft aan dat zij door het experiment meer ruimte heeft, omdat er minder regels zijn (geen nacalculatie, productieafspraken, nog in tarieven te verrekenen, et cetera). Dit geeft de vrijheid om de zorg te verbeteren. Vroeger werd afgerekend op bijvoorbeeld de verhouding rbu/verpleegdagen, het doel was dus parameters te scoren. Nu koerst men op een optimale inrichting van het zorgproces. Het oude externe budget was niet toe te rekenen aan behandelingen, nu is er een directe relatie tot wat het kost. Er worden interne afspraken gemaakt: geen productie → geen budget.

Het vervallen van de budgetsystematiek heeft tot gevolg dat er anders gestuurd wordt binnen de SMK. Het doel is niet meer het scoren van budgetparameters, maar een optimale inrichting van het zorgproces. Het oude externe budget was niet toe te rekenen aan behandelingen, nu is

er een directe relatie tussen productie en kosten. Er worden interne afspraken gemaakt: geen productie → geen budget.

4.2.5 Conclusie

Door het vervallen van de budgetsystematiek heeft de SMK meer mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering. De SMK maakt afspraken met de interne centra over de kwaliteit. Met de verzekeraars zijn echter nog niet meer kwaliteitsafspraken gemaakt dan bij andere ziekenhuizen, met name als gevolg van de geleverde inspanningen door de verzekeraars bij de invoering van de Zorgverzekeringswet en de DBC's. Partijen geven wel aan hier in de toekomst meer aandacht aan te gaan besteden.

Het lijkt erop dat in het experiment de kwaliteit van de zorg is geborgd, omdat de SMK door het vervallen van de budgetsystematiek meer vrijheid heeft om de zorg te organiseren. Wel is van belang dat zorgverzekeraars hun rol goed vervullen met betrekking tot het maken van kwaliteitsafspraken.

4.3 Toegankelijkheid

4.3.1 Inleiding

Als de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) van kracht wordt, gaat de NZa toezien op de wijze waarop zorgverzekeraars hun zorgplicht vervullen. De WMG biedt enkele instrumenten om de toegankelijkheid te bevorderen als deze in gevaar komt. Zo kan de NZa individuele marktpartijen met aanmerkelijke marktmacht (als ultimum remedium) een contracteerplicht opleggen. Ook kan de NZa het ministerie van VWS adviseren over beleidsmaatregelen die de toegankelijkheid van de zorg kunnen verbeteren.

Deze paragraaf bekijkt de toegankelijkheid van de zorg vanuit de relatie met zorginkoop vanuit twee gezichtspunten:

- ten eerste, de beschikbaarheid van zorg. De hoeveelheid gecontracteerde zorg kan de beschikbaarheid van betaalbare zorg voor consumenten borgen. Voor de toegankelijkheid is het echter niet noodzakelijk om zorg te contracteren indien zorgverzekeraars (een groot deel van) de passantenprijzen aan hun verzekerden restitueren. Daarnaast zijn de wachtlijsten een indicator voor de beschikbaarheid van de zorg. Ook de reisafstand is van belang, maar deze kan nog niet onderzocht worden door gebrek aan gegevens over de herkomst van de patiënten;
- ten tweede, de mate van keuzeondersteuning door zorgverzekeraars. Keuzeondersteuning kan op twee manieren invloed hebben op de toegankelijkheid van de zorg. Enerzijds kan keuzeondersteuning voor een verzekerde betekenen dat toegang tot een bepaald ziekenhuis wordt beperkt. Anderzijds kan keuzeondersteuning juist bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg en zorgen voor kortere wachtlijsten.

4.3.2 Beschikbaarheid van zorg

De SMK geeft aan dat de beschikbaarheid van zorg toeneemt door het experiment. Voor elke behandeling die zij uitvoert, krijgt zij de prijs die ze heeft afgesproken met zorgverzekeraars. Dat heeft voordelen want voorheen legde de kliniek geld toe op complexe, dure behandelingen waardoor het aantal dat kon worden aangeboden beperkt was. De DBC-financiering neemt deze beperkingen weg waardoor het mogelijk wordt beter in te spelen op de zorgvraag van patiënten die hier of elders op de wachtlijst staan. Een verzekeraar vindt dit een nadeel van het experiment. Deze geeft aan dat het duurder is voor verzekeraars als gevolg van herberekening van de tarieven en een vrijere volumeafpraak. De SMK heeft veel meer vrijheid in volume (bijvoorbeeld geneesmiddelen). Daar staat tegenover dat er geen discussie is over het al dan niet mogen voorschrijven van dure geneesmiddelen.

Ten aanzien van de relatie tussen zorginkoop en toegankelijkheid bestaat het risico dat zorgverzekeraars te weinig zorg inkopen en de niet-gecontracteerde zorg te duur is voor verzekerden vanwege te lage restitutie. Uit de interviews blijkt dat de SMK met nagenoeg alle zorgverzekeraars voor alle DBC's contracten heeft afgesloten (circa 99% van de verzekerden). Daarbij zijn alleen over de neuromodulatie (pijnbestrijding) met verzekeraars verschillende volumeafspraken gemaakt. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 stond voor de verzekeraars de toegankelijkheid van de zorg voorop. Men wilde de bestaande verzekerden behouden en geen beperkingen opleggen voor de patiënt. De invoering van de Zorgverzekeringswet heeft daarmee het experiment in enige mate beïnvloed.

Het bestaan van wachtlijsten is een belangrijke indicator voor de beschikbaarheid van de zorg. Hierbij is een onderscheid te maken in toegangstijd tot poliklinische zorg en wachttijd voor de patiënt. De SMK geeft aan dat de patiënten binnen een week terecht kunnen op de polikliniek. Uit de gegevens die de SMK bij CTG/ZAio heeft aangeleverd, blijkt dat er bij orthopedie en reumatologie toenemende wachttijden voor de polikliniek en dagopname zijn, in tegenstelling tot voorgaande jaren. De wachttijd voor klinische opname bij orthopedie is juist afgenomen. De gemiddelde omvang van de wachtlijst bij orthopedie is in de periode 2004-2006 meer dan verdrievoudigd (op de website staat een wachttijd voor een knie-operatie van 26 weken vermeld).

Volgens de SMK is het de vraag waardoor zo'n hoge wachttijd ontstaat. Ongeveer 80% van de patiënten heeft een relatie met een specifieke specialist en wil door hem of haar geholpen worden. Daarnaast zijn er patiënten die op een bepaalde datum behandeld willen worden, bijvoorbeeld in de vakantie. Deze patiënten staan wel op de wachtlijst vermeld, maar zouden al eerder geholpen kunnen worden, waardoor de wachtlijst korter is. De verzekeraars verwachtten dat mensen die in andere regio's op de wachtlijst stonden naar de SMK zouden gaan (soort bemiddelingsstrategie). Maar dat is niet gebeurd. De beperkte capaciteit van de SMK en het gegeven dat de SMK zelf de productiemix bepaalt en niet de verzekeraar, zijn hier debet aan. De cliëntenraad schrijft dat door de invoering van de DBC's er voor de zorgaanbieder *meer mogelijk* is om de patiënt sneller te kunnen helpen door goede afspraken met de

zorgverzekeraars hierover te maken (voorkomen van wachtlijsten). Van patiënten zijn geen directe signalen ontvangen dat de toegankelijkheid van de zorg in gevaar is gekomen.

4.3.3 Keuzeondersteuning

Deze paragraaf gaat nader in op de keuzeondersteuning van verzekeraars. Onder keuzeondersteuning door zorgverzekeraars wordt verstaan: het stimuleren van de keuze van de consument uit een groep reële alternatieven.

Uit de interviews blijkt dat op dit moment nog zeer weinig keuzeondersteuning door zorgverzekeraars plaatsvindt. Voor alle DBC's zijn contracten afgesloten. De verzekeraars geven aan dat richting de collectiviteiten en in het B-segment wel al wordt geprobeerd keuzeondersteuning toe te passen. Er is een patiëntenstroom richting een naburig ziekenhuis. De keuzeondersteuning is echter nog in ontwikkeling.

4.3.4 Conclusie

De toegankelijkheid van de zorg die SMK verleent, lijkt tot nu toe grotendeels onveranderd en daarmee geborgd te zijn. De SMK heeft met alle verzekeraars contracten afgesloten. Wel zijn de wachttijden voor orthopedie en reumatologie toegenomen. Verzekeraars maken op dit moment nog weinig gebruik van keuzeondersteuning. Naar verwachting zal dit in de toekomst wel meer gebeuren

4.4 Betaalbaarheid

4.4.1 Inleiding

CTG/ZAio (en straks de NZa) heeft voor de ziekenhuiszorg een rol ten aanzien van de betaalbaarheid van zorg op microniveau. Op deze wijze kan CTG/ZAio tevens indirect de betaalbaarheid op macroniveau bevorderen.

Om een oordeel te kunnen geven over de betaalbaarheid van de zorg bij de SMK, moet gekeken worden naar de ontwikkeling van de verkoopprijzen, de ontwikkeling van de vraag (volumes) en de ontwikkeling van de kostprijzen (efficiëntie). Inzicht in de ontwikkeling van de verkoopprijzen is nodig om de betaalbaarheid op microniveau te kunnen beoordelen. Om de betaalbaarheid op macroniveau te kunnen beoordelen, is ook inzicht in de ontwikkeling van de vraag noodzakelijk.

Door de grote variatie in kostprijzen van de SMK kan CTG/ZAio geen uitspraken doen over de microdoelmatigheid en de daarmee samenhangende betaalbaarheid op de lange termijn.

4.4.2 Beeld uit analyses

De prijzen van de SMK zijn tussen 2005 en 2006 gemiddeld toegenomen met (0-10%). De stijging van de prijzen bij de SMK lijkt daarmee iets hoger te zijn dan landelijk. Een vergelijking

van de prijzen tussen 2004 en 2005 is niet te maken, omdat in 2005 de DBC-systematiek is ingevoerd.

De contractprijzen van de SMK in het A-segment wijken sterk af van de tarieven in het A-segment, zowel naar boven als naar beneden. Volgens de SMK komt dit doordat de tarieven gebaseerd zijn op betere kostprijzen. De tarieven in het A-segment kunnen echter ook sterk variëren tussen instellingen omdat op deze tarieven een instellingsspecifiek verrekenpercentage wordt toegepast.

Uit de analyses op volume in FB-parameters blijkt een stijging van de productie ten opzichte van 2004. De stijging van de productie tussen 2004 en 2005 lijkt groter te zijn dan bij andere ziekenhuizen. De SMK geeft zelf aan dat de productiestijging met name komt doordat geen productieplafonds zijn afgesproken met de verzekeraars.

De stijging in productie in FB-parameters is relatief lager dan de stijging van de opbrengsten. Hieruit valt te concluderen dat de prijzen in 2005 zijn gestegen ten opzichte van 2004. Of deze stijging groter is dan de gemiddelde prijsstijging is niet te achterhalen, omdat per 1 januari 2005 de DBC-systematiek is ingevoerd, waardoor prijzen niet met elkaar vergeleken kunnen worden.

4.4.3 Macrobetaalbaarheid

Uit de jaarrekening 2005 van de SMK blijkt dat de geconsolideerde opbrengsten²³ 2005 € 89,2 miljoen bedragen, terwijl dit in 2004 € 83,6 miljoen was. De totale opbrengsten van de SMK zelf bedragen in 2005 € 80,5 miljoen, terwijl dit in 2004 € 73,9 miljoen was. Dit betekent een stijging van 8,9% ten opzichte van 2004. De SMK geeft in haar jaarrekening aan dat deze stijging wordt veroorzaakt door de productiegroei die de SMK nu kan realiseren als gevolg van het experiment.

Het geconsolideerde exploitatieresultaat 2005 bedraagt € 4,8 miljoen, terwijl dit in 2004 € 2,4 miljoen was. Het exploitatieresultaat van de SMK zelf is gestegen van € 1,9 miljoen in 2004 naar € 4,5 miljoen in 2005. Dit betekent een stijging van 135%.

Het exploitatieresultaat is dus meer dan verdubbeld. Het is onduidelijk hoe dit positieve resultaat is ontstaan. Ook bij de verzekeraars heerst onrust over dit resultaat. In haar jaarrekening 2005 geeft de SMK aan: "Het hogere resultaat ten opzichte van voorgaande jaren heeft een rechtstreekse relatie met de integrale toepassing van de DBC-systematiek die de SMK in 2005 op experimentele basis mocht invoeren. De kansen die dit, meer op de vraag van patiënten en zorgverzekeraars gerichte, systeem biedt, zijn voluit benut: een fors hogere omzet en een beperking van de kosten per eenheid product."

²³ Consolidatie heeft plaatsgevonden met Stichting POM (vervaardigt prothesen en orthesen), SMK Research BV en Stichting Beheer Specialistenpraktijken.

Landelijk is het resultaat van de ziekenhuizen gedaald van € 126 miljoen in 2004 naar € 111 miljoen in 2005. Deze ziekenhuizen hadden echter te maken met een korting van € 85 miljoen.²⁴ Zonder deze korting zou het resultaat een stuk hoger zijn geweest dan in 2004.

Het positieve resultaat van de SMK leidt tot een toename van het eigen vermogen dat nu 22% van de omzet bedraagt. In 2004 bedroeg dit 17,3%. Landelijk ligt dit percentage echter een stuk lager. De verhouding tussen het eigen vermogen en de bedrijfsopbrengsten is landelijk toegenomen van 7,7% in 2004 naar 8,6% in 2005²⁵. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector acht binnen de huidige wet- en regelgeving een minimum van 8% noodzakelijk om de continuïteit van zorginstellingen te waarborgen. Door toenemende dynamiek en dus grotere risico's lijkt, volgens het WfZ, in de komende periode een vermogensdoelstelling van 10 à 15% gepast.

Uit de analyses komt naar voren dat de contractprijzen 2006 bij de SMK zijn gestegen met (0-10%). Dit kan erop duiden dat de SMK de in 2005 behaalde efficiencyvoordelen nog niet doorgeeft naar de patiënt in 2006. De prijsstijging in 2006, tezamen met de verwachte stijging van het volume en een door de SMK verwachte verdere daling van de kosten per eenheid product, leidt tot de voorlopige conclusie van CTG/ZAIo dat het exploitatieresultaat in 2006 wederom zal stijgen.

4.4.4 Conclusie

De prijzen van de SMK zijn tussen 2005 en 2006 gemiddeld toegenomen met (0-10%). De stijging van de prijzen bij de SMK lijkt daarmee iets hoger te zijn dan landelijk. Het is onbekend of de absolute prijzen bij de SMK gemiddeld hoger of lager zijn dan landelijk. De stijging van het volume in FB-parameters lag in 2005 hoger dan de gemiddelde stijging van het volume van de algemene ziekenhuizen. In 2006 lijkt de productie wederom te stijgen.

Het exploitatieresultaat van de SMK is in 2005 meer dan verdubbeld ten opzichte van 2004. De SMK geeft zelf aan dat dit komt door een stijging van het volume en een daling van de kosten per eenheid product. De bedrijfsopbrengsten zijn procentueel sterker gestegen dan het volume. Dit betekent een prijsstijging tussen 2004 en 2005. Hoe groot deze stijging is, is niet te achterhalen.

De prijsstijging in 2006, tezamen met de verwachte stijging van het volume en een door de SMK verwachte verdere daling van de kosten per eenheid product, leidt tot de voorlopige conclusie van CTG/ZAIo dat het exploitatieresultaat in 2006 wederom zal stijgen.

Het is de vraag of het experiment de betaalbaarheid van de zorg borgt. Enerzijds is er sprake van een uitzonderingspositie voor de SMK die ruime mogelijkheden biedt om door prijsstelling de financiële positie te verbeteren. Anderzijds zal dit worden beperkt als zorgverzekeraars

²⁴ De cijfers zijn het resultaat van een analyse van de NVZ (Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen) op basis van de jaarrekeningen 2005 van 80 van de 86 algemene ziekenhuizen.

²⁵ De cijfers zijn het resultaat van een analyse van de NVZ (Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen) op basis van de jaarrekeningen 2005 van 80 van de 86 algemene ziekenhuizen.

harder inzetten bij de onderhandelingen. De betaalbaarheid voor de consument is, volgens de uitkomsten van de evaluatie, met dit experiment nog niet verbeterd. Het door SMK behaalde exploitatieresultaat in 2005 is immers gebruikt om het eigen vermogen te vergroten, en lijkt niet te zijn teruggegeven aan de consument in de vorm van lagere prijzen. Opgemerkt dient te worden dat het in de experimentsituatie een kleine instelling betreft en dat het effect op de macrobetaalbaarheid van de ziekenhuiszorg daarmee beperkt is.

5. Conclusies/aanbevelingen

5.1 Evaluatie experiment

Het experiment Sint Maartenskliniek duurt in principe tot 1 januari 2007. De SMK heeft diverse keren aangegeven een verlenging van het experiment na te streven. Een goede tussentijdse evaluatie is van belang om de minister te kunnen informeren over de gevolgen van het experiment en te adviseren over een eventuele verlenging van het experiment.

Voor een evaluatie van het experiment moeten twee vragen beantwoord worden:

- In welke mate is invulling gegeven aan de leerdoelen die zijn benoemd bij de start van het experiment?
- Welke gevolgen heeft het experiment voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg van de SMK?

5.1.1 Invulling leerdoelen experiment

1. Het opdoen van ervaring met experimenten.

De start van het experiment viel samen met de invoering van de DBC-systematiek in de ziekenhuiszorg. Daarnaast trad gedurende het experiment de Zorgverzekeringswet in werking. Hier hebben partijen veel energie ingestoken, hetgeen de resultaten van het experiment heeft beïnvloed. De SMK heeft tijd nodig gehad om zich te richten op de nieuwe situatie. De efficiëntie is blijkens gegevens van de SMK wel al toegenomen: in 2007 zullen volgens de SMK de resultaten van het experiment ook zichtbaar zijn in de prijs. Uit de interviews met de verzekeraars blijkt dat deze, nu de invoering van de Zorgverzekeringswet achter de rug is, in de nabije toekomst zaken als keuzeondersteuning en kwaliteitsafspraken willen oppakken. Bij het vaststellen van de duur van een experiment is het van belang met de invloed van dit soort stelselwijzigingen rekening te houden. Daarnaast dient vooraf goed uitgedacht te worden hoe praktische zaken, zoals in het geval van de SMK de codering, worden geregeld in een experiment. Dit voorkomt dat resultaten niet analyseerbaar zijn en dat onnodige administratieve lasten worden gecreëerd bij aanvang van een experiment.

2. Het ontwikkelen van een bruikbare DBC-systematiek voor revalidatie.

De ervaringen die de SMK heeft opgedaan met de revalidatie-DBC's zijn meegenomen in het traject om te komen tot een landelijke DBC-productstructuur voor revalidatie. Deze productstructuur wordt op dit moment op verzoek van VWS door CTG/ZAio en Stichting DBC Onderhoud beoordeeld. Op basis van voortschrijdend inzicht lijkt de landelijke productstructuur in belangrijke mate af te wijken van de conceptproductstructuur van de SMK.

3. Het verwerven van inzicht in de gevolgen van het volledig vervallen van de contracteerplicht op de marktmacht van partijen.

Ondanks het vervallen van de contracteerplicht is geen sprake van selectieve contractering. Alle verzekeraars hebben met de SMK contracten gesloten voor alle DBC's. Een verzekeraar

geeft aan dat de SMK marktmacht heeft richting de kleinere verzekeraars. De SMK geeft zelf aan dat het experiment de mogelijkheid heeft geboden de marktpositie te versterken.

De SMK lijkt zich om meerdere redenen onafhankelijk te kunnen gedragen in de experimentssituatie. Zowel de prijs als volumes zijn toegenomen en in sterkere mate dan bij de andere aanbieders. De SMK kan dus zonder volumes te verliezen aan concurrenten de prijs verhogen. Het is op dit moment niet mogelijk om kwantitatieve uitspraken te doen op basis van marktaandeelen, omdat deze gegevens over 2005 nog niet beschikbaar zijn.

In het algemeen dient opgemerkt te worden dat het leerdoel lastig te onderzoeken is met dit experiment. Ten eerste is de SMK als categorale instelling met een bovenregionale functie niet representatief voor alle ziekenhuizen. Een dergelijk ziekenhuis met een uniek aanbod en een dienovereenkomstig groot adherentiegebied is minder makkelijk substitueerbaar dan een gemiddeld ziekenhuis. Dit kan voor de zorginkoper een belangrijke reden zijn om een dergelijk ziekenhuis te contracteren hetgeen selectieve contractering in deze setting onwaarschijnlijk maakt en de marktmacht van de aanbieder vergroot. Als het experiment zou worden uitgebreid met vrije prijsvorming voor meerdere (algemene) ziekenhuizen, kan het vervallen van de contracteerplicht wel gevolgen hebben voor de marktmacht van andere aanbieders. Ten tweede vergroot de experimentele situatie de marktmacht van de SMK nog eens. Door het experiment heeft de SMK immers meer vrijheid in haar prijszetting dan haar concurrenten en kan zich daardoor onafhankelijker van haar concurrenten gedragen. Dit verstoort de realisatie van het leerdoel. De uitkomsten van eventuele verschuivingen in marktaandeelen zeggen dan ook vooral iets over de experimentssituatie en weinig over hoe het gedrag van partijen zal zijn als gevolg van het vervallen van de contracteerplicht voor alle ziekenhuizen en verzekeraars.

4. Het verwerven van inzicht in productie- en capaciteitseffecten voor de Sint Maartenskliniek en/of andere aanbieders.

De gemiddelde stijging van de productie bij de SMK was in 2005 hoger dan landelijk. Het is echter mogelijk dat ook landelijk de stijging in productie van de door de SMK geleverde specialismen hoger lag. Het is moeilijk te zeggen of de productie- en capaciteitseffecten door het experiment veroorzaakt zijn (de SMK geeft zelf aan dat zonder het experiment deze inspanningen niet in deze mate gedaan zouden zijn). Ook in 2006 is een stijging van de productie van de SMK waarneembaar. Andere aanbieders hebben vrijwel geen volume-effecten als gevolg van het experiment waargenomen.

5. Het verwerven van inzicht in prijsstrategieën.

De SMK heeft bij de prijsonderhandelingen een opslag gevraagd voor R&D en versterking van het eigen vermogen. De prijzen van de SMK zijn tussen 2005 en 2006 gemiddeld meer toegenomen dan de prijzen in het B-segment. De contractprijzen van de SMK in het A-segment wijken sterk af van de tarieven in het A-segment zowel naar boven als naar beneden. Volgens de SMK komt dit doordat zij tarieven hanteert die beter aansluiten bij de werkelijke kostprijzen.