**Bacheloropleiding Orthopedische Technologie**

**DBC gedroomde werkelijkheid…?**

DBC wat kan het orthopedische bedrijf ermee?!



Technologie

Voltijd

Orthopedische



P.F. de Kleijn

LIVIT Arnhem

Arnhem, 11 april 2011

**Academiejaar 2010-2011**

# Voorwoord

Mijn dank gaat uit naar mijn stagebedrijf, LIVIT Orthopedie, voor het beschikbaar stellen van hun faciliteiten en medewerkers. Ook bedank ik alle collega’s bij LIVIT Arnhem voor de leuke sfeer tijdens het werken. In het bijzonder wil ik nog een paar mensen bedanken. Ten eerste de heer E. Simons voor het begeleiden van mijn project en de input die hij geleverd heeft. Ook bedank ik de heer M. van Willigen voor het beschikbaar stellen van zijn tijd voor mijn vragen over de visie van LIVIT Orthopedie op de DBC-systematiek. Dan bedank ik de heer H. Wijnen en de heer G. Gerritsen voor hun visie op de DBC-systematiek vanuit het ziekenhuis. Ook bedank ik mevrouw M. Breedijk voor haar visie op de DBC-systematiek vanuit Menzis. Als laatste wil ik ook de heer S. Claassen bedanken voor het beschikbaar stellen van zijn verslag over de DBC's.

Ook gaat mijn dank uit naar de Fontys Paramedische Hogeschool voor het begeleiden van mijn afstudeerstage vanuit school. In het bijzonder mevrouw L. van Dijk voor het begeleiden van mijn afstudeerproject vanuit school.

Paul de Kleijn, Arnhem, 11 april 2011

Inhoudsopgave

[Voorwoord 2](#_Toc294041688)

[Samenvatting 5](#_Toc294041689)

[Summery 6](#_Toc294041690)

[1 Inleiding 7](#_Toc294041691)

[2 Uitwerking probleemstelling 8](#_Toc294041692)

[3 Methode 9](#_Toc294041693)

[4 De Zorgverzekeringswet 11](#_Toc294041694)

[4.1 Artikel 10 11](#_Toc294041695)

[4.2 Artikel 14 12](#_Toc294041696)

[4.3 De zorgverzekeraar 13](#_Toc294041697)

[4.3.1 De AWBZ. 14](#_Toc294041698)

[4.4 Tendens 15](#_Toc294041699)

[5 Diagnose Behandel Combinatie 16](#_Toc294041700)

[5.1 De geschiedenis 16](#_Toc294041701)

[5.2 De DBC 16](#_Toc294041702)

[5.3 De twee segmenten 19](#_Toc294041703)

[5.3.1 Segment A 19](#_Toc294041704)

[5.3.2 Segment B 21](#_Toc294041705)

[5.4 DBC op weg naar transparantie 24](#_Toc294041706)

[5.4.1 De reden voor de veranderingen 24](#_Toc294041707)

[5.4.2 De veranderingen 25](#_Toc294041708)

[6 Consequenties voor de orthopedische bedrijven 26](#_Toc294041709)

[6.1 Consequenties 26](#_Toc294041710)

[6.2 DBC's bij de orthopedische bedrijven 27](#_Toc294041711)

[6.3 Beslissing orthopedisch chirurg 29](#_Toc294041712)

[6.4 Kapers op de kust 29](#_Toc294041713)

[6.4.1 Mogelijke kapers 29](#_Toc294041714)

[6.4.2 "Unique selling points" LIVIT Orthopedie 30](#_Toc294041715)

[7 Cliëntencasussen 31](#_Toc294041716)

[7.1 Cliëntencasus 1 uit het A-segment: klompvoet. 31](#_Toc294041717)

[7.1.1 Terugbetaling via de Zorgverzekeringswet 32](#_Toc294041718)

[7.1.2 Terugbetaling via de DBC 32](#_Toc294041719)

[7.1.3 Terugbetaling via de DOT 33](#_Toc294041720)

[7.2 Cliëntencasus 2 uit het B-segment: heupbrace na heupprothese. 33](#_Toc294041721)

[7.2.1 Terugbetaling via de Zorgverzekeringswet 34](#_Toc294041722)

[7.2.2 Terugbetaling via de DBC 34](#_Toc294041723)

[7.2.3 Terugbetaling via de DOT 35](#_Toc294041724)

[8 Discussie 36](#_Toc294041725)

[9 Conclusie 37](#_Toc294041726)

[10 Aanbevelingen 38](#_Toc294041727)

[10.1 Maatschappelijk niveau 38](#_Toc294041728)

[10.2 Bedrijfsniveau 39](#_Toc294041729)

[Literatuurlijst 40](#_Toc294041730)

[Bijlage I: Interview met de heer E. Simons 43](#_Toc294041731)

[Bijlage II: Interview met de heer M. van Willigen 44](#_Toc294041732)

[Bijlage III: Interview met de heer H. Wijnen 49](#_Toc294041733)

[Bijlage IV: Interview met mevrouw M. Breedijk 53](#_Toc294041734)

[Bijlage V: Interview met de heer G. Gerritsen 57](#_Toc294041735)

[Bijlage VI: BeLIVIT, 20 januari 2011, DBC's, ZBC's, DOT's; Wat zijn dat nou eigenlijk...? 62](#_Toc294041736)

# Samenvatting

Er is een afstudeeronderzoek gedaan in het kader van het afstuderen aan de Fontys Paramedische Hogeschool(FPH), opleiding orthopedische technologie. Dit afstudeeronderzoek gaat over de wetgeving rond de Diagnose Behandel Combinatie(DBC) en de wetgeving DBC op weg naar transparantie (DOT). LIVIT orthopedie heeft gevraagd om een onderzoek naar dit onderwerp, omdat ze haar kennis hierover wil uitbreiden. Volgens de DBC-wetgeving zijn de zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2005 niet meer verplicht orthopedische voorzieningen via de Zorgverzekeringswet te vergoeden, als deze onderdeel zijn van de behandeling van een cliënt. De Orthobanda, de brancheorganisatie van de orthopedische bedrijven, heeft aan de zorgverzekeraars geadviseerd de DBC-wetgeving niet door te voeren en orthopedische voorzieningen te blijven vergoeden via de Zorgverzekeringswet. Dit systeem zal met de invoering van de nieuwe wetgeving rond de DBC, de DOT, gaan veranderen. De gebruikte onderzoeksmethodes voor het beantwoorden van de hoofdvraag zijn: een literatuuronderzoek en interviews. Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat de grondslag van de huidige contracten tussen de orthopedische bedrijven en de zorgverzekeraars ligt in artikel 10 en 14 van hoofdstuk drie van de Zorgverzekeringswet. Een andere uitkomst is dat met de invoering van de DBC-wetgeving de zorgverzekeraars sommige orthopedische voorzieningen niet meer via de Zorgverzekeringswet hoeven te vergoeden. De vergoeding van de orthopedische voorziening, die onderdeel is van de behandeling, zou eigenlijk moeten plaatsvinden via de DBC. De DBC is een zorgroute die de behandelend arts bij de start van de behandeling kiest. Voor deze zorgroute betalen de zorgverzekeraars de ziekenhuizen een vast bedrag. Dit bedrag is onafhankelijk van de gekozen behandeling. De behandelingen zijn onderverdeeld in twee segmenten: segment A en segment B. In segment A zitten de acute en niet vaak voorkomende behandelingen. De overheid bepaalt de hoogte van het te vergoeden bedrag. In segment B is de hoogte van het bedrag vastgesteld door de ziekenhuizen en de zorgverzekeraar samen. De criteria waar de orthopedische voorziening aan moet voldoen om tot een DBC te behoren staan in de flowchart van het College voor Zorgverzekeringen(CvZ). Op 1 januari 2012 wordt de DOT-wetgeving ingevoerd. Deze verandering van de wetgeving maakt de DBC-systematiek duidelijker, waardoor de zorgverzekeraars zich hieraan houden. Dit betekent voor de orthopedische bedrijven dat zij de voorzieningen die tot een DBC behoren niet meer vergoed krijgen via de zorgverzekeraar, maar via het ziekenhuis. Het verschil tussen de DBC-wetgeving en de DOT-wetgeving is, dat bij de DOT-wetgeving de zorgverzekering de juiste DBC bepaalt in plaats van de behandelend arts. De arts bepaalt nog wel welke zorgroute er gekozen wordt. Uit het vergelijkend literatuuronderzoek zijn verschillende ziekenhuizen en Zelfstandige Behandel Centra(ZBC’s) vergeleken op prijs van een behandeling uit het B-segment. Hier is uitgekomen dat er tussen de duurste en de goedkoopste vergoeding ruim € 1.700,- verschil zit. De duurste en de goedkoopste zijn allebei behandelingen in ziekenhuizen. Er zijn interviews gehouden met een arts, de directeur marketing en sales van LIVIT, een manager van een ziekenhuis en een medewerker van een zorgverzekeraar. Hieruit blijkt dat iedereen vindt dat de administratieve last is toegenomen, maar er wel kansen zijn ontstaan voor de orthopedische bedrijven. De conclusie uit dit onderzoek is dat de DBC-systematiek onduidelijk is door de vele DBC’s/zorgroutes die beschikbaar zijn voor één diagnose. De verwachting is dat dit duidelijker wordt nadat de DOT-wetgeving ingevoerd wordt.

# Summery

There has been a research project for the graduation from the Fontys Paramedische Hogeschool(FPH), degree bachelor of orthopedics. The research is about the legislation for the Diagnose Behandel Combinatie(DBC) and the legislation for the DBC- op weg naar transpirantie(DOT). LIVIT Orthopedie asked for an investigation into this subject, because she wants to expand her knowledge on this subject. Due to the legislation, the Health insurance company is not required to compensate the orthopedic products if they are part of treatment of the client since the 1st of January 2005. The Orthobanda, the branch organization for the orthopedics, has given the advice not to proceed with the legislation of the DBC law for the orthopedic companies and still compensate the orthopedic devises under the old law, the “Health insurance law”. This will change with the introduction of the new law, the DOT law. The used methods to find an answer for the main question are: a literature review and interviews. The literature review has shown that the basis for the current contracts between the orthopedic companies and the health insurance companies is in article 10 and 14 of chapter three of the Health insurance law. Another outcome of the literature review is that with the introduction of the DBC law, the Health insurance companies don’t have to compensate some orthopedic devices under the Health insurance law. The compensation of the orthopedic devices, when they are part of the treatment of the client, should be under the DBC law. The DBC is a medical path that is chosen by the treating specialist at the start of the treatment. For this treatment the Health insurance companies pay the hospital a fixed amount of money. This amount is independent of the chosen treatment. The treatments are divided into two segments: segment A and segment B. In segment A are acute and infrequent treatments. The government regulates the level of the compensation. In segment B the compensation is determined between the hospitals and the Health insurance companies. The criterions which the orthopedics devices have to meet in order to belong to the treatment are described in the flowchart of the “College voor Zorgverzekeringen” (CvZ), the Health care insurance board. On the 1st of January 2012 the DOT legislation will be introduced. This legislation will make the law more clear thus allowing the Health insurance companies to follow the law. This means for the orthopedic companies that the orthopedic devices, which belongs to a treatment, are no longer reimbursed by the Health insurance companies, but by the hospital. The difference between the DBC law and the DOT law is that with the DOT law the Health insurance companies instead of the treating specialist decides about the correct DBC. The treating specialist still chooses the treating path. Part of the comparative literature review was to compare the price of a treatment from segment B between several hospitals, Zelfstandige Behandel Centra(ZBC’s) and Independent treatment centers. The outcome is that between the cheapest and the most expensive there is a difference of more than € 1.700,-. Both treatment are in hospitals.

The interviews are with a medical specialist, a director marketing and sales of LIVIT Orthopedie, a manager of a hospital and an employee of an insurance company. Al the interviewees agreed that the DBC law has increased the administrative burden for hospitals. Still the DBC law gives some opportunities for the orthopedic companies. The conclusion of this study is that the DBC system is unclear due to the many DBCs/treatments that are available for one diagnosis. The expectation is that this becomes clearer when the DOT legislation is introduced.

# Inleiding

In het kader van het afstuderen aan de Fontys Paramedische Hogeschool(FPH) is er een afstudeeronderzoek gedaan. In het laatste jaar van de opleiding orthopedische technologie moet er stage gelopen worden met hieraan gekoppeld een afstudeeronderzoek. Dit afstudeeronderzoek gaat over de wetgeving rond de terugbetaling van orthopedische voorzieningen. De huidige situatie wordt geschetst aan de hand van de Zorgverzekeringswet. De nieuwe wetgeving heet Diagnose Behandel Combinatie(DBC) en daaraan gekoppeld zit DBC Op weg naar Transparantie(DOT). Het praktische gedeelte van het afstudeeronderzoek wordt uitgevoerd bij de firma LIVIT Orthopedie in Arnhem.

Dit verslag gaat over het onderzoek naar de DBC en DOT. Het onderwerp is gekozen, omdat hier vraag naar was vanuit LIVIT Orthopedie. LIVIT Arnhem heeft nog maar één persoon die zich in de DBC heeft verdiept. Ook is er in de gehele organisatie LIVIT Orthopedie maar één iemand die zich in de DBC verdiept heeft, maar het bedrijf hoopt deze kennis uit te bereiden door dit onderzoek. Ook vindt de onderzoeker het een belangrijk deel van zijn vakgebied, omdat in de paskamer de cliënten altijd willen weten hoe het zit met de terugbetaling. Na dit onderzoek heeft de onderzoeker een duidelijk beeld van de terugbetaling. De opdrachtgever is LIVIT Arnhem. Het onderzoek wordt uitgevoerd door een student van de FPH van de opleiding orthopedische technologie, Paul de Kleijn. Hij zit in het vierde en laatste jaar van de opleiding.

In dit verslag wordt het onderzoek met de methode en de resultaten uitgewerkt. Eerst wordt in hoofdstuk vier een beeld geschetst van de terugbetaling, zoals deze nu is voor alle voorzieningen. Dan wordt de DBC-wetgeving uitgelegd in hoofdstuk vijf. Hierin worden dan concrete voorbeelden gegeven van voorzieningen, waarvoor de terugbetaling verandert met de DBC-wetgeving. Dan wordt in paragraaf 5.4 de DOT-wetgeving uitgewerkt. Als vierde worden de veranderingen voor de orthopedische bedrijven opgesomd in hoofdstuk zes. In hoofdstuk zeven zijn twee cliëntencasussen uitgewerkt, om de informatie die gevonden is, toegepast te zien in de praktijk. Deze cliëntencasussen gaan over de situatie hoe die nu is en hoe deze gaat worden vanaf 1 januari 2012. De aanbevelingen worden besproken in hoofdstuk tien, hierin staat welke veranderingen in de bedrijfscultuur van LIVIT Orthopedie zouden moeten plaatsvinden om de DBC makkelijker in te voeren. Ook wordt er besproken welke maatschappelijke veranderingen er plaats zouden moeten vinden om de invoering, van de DBC-systematiek, meer succesvol te laten verlopen.

# Uitwerking probleemstelling

Vanuit LIVIT Arnhem is er vraag naar iemand die zich verder in de DBC verdiept, omdat LIVIT Orthopedie verwacht dat er veranderingen zijn met de verdere invoering van de DBC voor de orthopedische bedrijven. Deze wetgeving rond de verdere invoer heet DBC Op weg naar Transparantie(DOT) en wordt ingevoerd op 1 januari 2012. (Jansen, 2011)

LIVIT orthopedie maakt zich zorgen, omdat de zorgverzekeraars volgens de wet vanaf 1 januari 2005 niet meer verplicht zijn om de orthopedische voorzieningen apart te vergoeden, als deze onderdeel zijn van de behandeling van een cliënt. De zorgverzekeraars betalen een clusterprijs, een vast bedrag onafhankelijk van de uitgevoerde verrichtingen. Dit houdt in dat er een vast bedrag wordt uitgekeerd voor een medische diagnose en de behandeling die daarbij hoort, per behandeling aan het ziekenhuis. De zorgverzekeraar betaalt de voorziening nu nog via de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de voorziening dubbel betaalt, zowel aan het ziekenhuis als aan het orthopedisch bedrijf. Op dit moment wordt dit door de zorgverzekeraars getolereerd en uitbetaald, omdat de wetgeving nog onbekend is bij de meeste bedrijven en ziekenhuizen. De Orthobanda, een branchevereniging voor orthopedische bedrijven, heeft vanuit de commissie "Markt en Regels" aan de zorgverzekeraars geadviseerd om de DBC's nog niet door te voeren voor de orthopedische bedrijven. Omdat de invoer van de DBC in de orthopedische branche ongecoördineerd verloopt. (van Liebergen, 2010) is de verwachting, dat als de wetgeving rond de DBC duidelijker is dit advies komt te vervallen.

Een kritische kanttekening wordt gemaakt door patiëntenorganisaties. Deze organisaties vragen zich af of de orthopedisch chirurg wel een onafhankelijke beslissing kan nemen, als hij ook zijn budget in de gaten moet houden.([Bijlage I](#Ref290202394))

Bij deze probleemstellingen is een hoofdvraag te stellen:

* Wat verandert er voor een orthopedisch bedrijf als de DBC/DOT verder ingevoerd wordt met betrekking tot de terugbetaling van orthopedische voorzieningen, die onderdeel zijn van de behandeling van de cliënt?

Deze hoofdvraag kan dan weer in verschillende subvragen onderverdeeld worden.

* Hoe is de terugbetaling van orthopedische voorzieningen geregeld vóór 1 januari 2012, voor de verdere invoering DBC?
* Hoe wordt de terugbetaling van orthopedische voorzieningen geregeld ná 1 januari 2012, met de verdere invoering van de DBC?
* Wat zijn de consequenties van de verdere invoering van de DBC voor het orthopedisch bedrijf?
* Hoe zouden de gevonden problemen opgelost kunnen worden?

# Methode

Als methode om informatie te vinden is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en interviews. Om antwoord te vinden op de hoofdvraag en subvragen doormiddel van literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van een aantal zoektermen: diagnose behandel combinatie, DBC op weg naar transparantie, orthobanda DBC, diagnose behandel combinatie orthopedie, zorgwet, DBC, DOT, DBC orthopedie, DBC honorarium en diagnose behandel combinatie honorarium. Tabel 1 is een overzicht van de gebruikte zoektermen per internetsite.(Zie [Tabel 1: Zoektermen](#Ref289761480)).

Tabel 1: Zoektermen

|  |  |
| --- | --- |
| Internetsite | Zoekterm |
| Google(www.google.nl) | diagnose behandel combinatie, DBC op weg naar transparantie, orthobanda DBC, diagnose behandel combinatie orthopedie, DBC honorarium, diagnose behandel combinatie honorarium |
| de Nederlandse Zorgautoriteit(www.nza.nl) | zorgwet, DBC, DOT |
| Rijksoverheid(www.rijksoverheid.nl) | DBC, DBC orthopedie |
| Handy-wijzer(www.handywijzer.nl) | DBC |
| Fontys Felix(www.fontysmediatheek.nl) | Diagnose Behandel Combinatie, Diagnose Behandel Combinatie orthopedie, DBC honorarium |

De interviews hebben plaatsgevonden met de vestigingsmanager van LIVIT Arnhem de heer E. Simons en directeur Marketing & Sales bij LIVIT Orthopedie de heer M. van Willigen. Er is gekozen om een interview te houden met de heer E. Simons, omdat hij de aanleiding gaf voor de keuze van het onderwerp. Voor het eerste gesprek waren geen vragen opgesteld omdat dit een oriënterend gesprek was. Daarna is er een interview gehouden met de heer E. Simons. Het eerste gesprek bleek de aanleiding tot de keuze van het onderwerp te zijn. Daarom is er nog een tweede gesprek geweest waarvan een samenvatting opgenomen is in de bijlage.([Bijlage I](#Ref290202394))

De heer M. van Willigen is gekozen door de onderzoeker door het artikel over de DBC-systematiek in het interne blad van LIVIT Orthopedie de "BeLIVIT".(Zie [Bijlage VI](#Ref289846784)) Dit artikel geeft aan dat de heer van Willigen zich in de DBC-systematiek verdiept heeft en door zijn functie kan hij een visie geven op de DBC-systematiek vanuit LIVIT Orthopedie. Voor het interview met de heer van Willigen zijn van te voren vragen opgesteld. Dit waren allemaal open vragen met veel mogelijkheden om uit te wijden over het onderwerp. Het interview met de heer van Willigen is gebruikt om de gevonden informatie te verifiëren. Ook zijn de vragen gebruikt om een beeld te krijgen van de visie van LIVIT Orthopedie op de DBC-systematiek. En dan vooral gericht op de onderzoeksvragen.([Bijlage II](#Ref289846909) )Andere interviews zijn geweest met de heer H. Wijnen en de heer G. Gerritsen. Zij zijn allebei werkzaam bij Rijnstate en er is hun gevraagd naar hun mening over de DBC-systematiek vanuit hun functie([Bijlage III](#Ref293926734), [Bijlage V](#Ref293926759)). Om een compleet beeld te krijgen van het veld dat met de DBC-systematiek werkt, is er ook een interview geweest met mevrouw M. Breedijk. Ook aan haar is gevraagd naar haar mening over de DBC-systematiek vanuit haar functie bij Menzis, een zorgverzekeraar([Bijlage IV](#Ref293926697)).

In het praktische gedeelte is een vergelijkend onderzoek gedaan tussen de financiële vergoedingen die verschillende ziekenhuizen ontvangen. Hierbij is gebruik gemaakt van de sites van de volgende ziekenhuizen en Zelfstandige Behandel Centra(ZBC’s):

* Canisius-Wilhelmina: www.cwz.nl
* UMCN(Radboud): www.umcn.nl
* Rijnstate(Alysis): www.rijnstate.nl
* St. Maartens Kliniek www.maartenskliniek.nl
* Kliniek Klein Rozendaal www.medinova.nl

Op deze sites is gebruik gemaakt van de interne zoekfunctie met de term DBC.

# De Zorgverzekeringswet

In dit hoofdstuk wordt de terugbetaling besproken zoals deze nu geregeld is voor alle orthopedische voorzieningen, want de Zorgverzekeringswet is vanaf 1 januari 2006 ingevoerd. De terugbetaling wordt nu geregeld tussen het orthopedisch bedrijf en de zorgverzekeraars. Tussen deze twee bedrijven bestaat een contract waarin de leveringsvoorwaarden worden besproken. Een leveringsvoorwaarde om tot vergoeding over te gaan is bijvoorbeeld de verwijzing van een huisarts of van een orthopedisch adviseur. In de leveringsvoorwaarden staat hoeveel de zorgverzekeraars betalen per voorziening aan het orthopedisch bedrijf. Voor 2006 was er een ander systeem met particulier verzekerd en via het ziekenfonds verzekerd. Dit is niet relevant voor het huidige onderzoek en wordt daarom ook niet verder uitgelegd.

De grondslag van deze leveringsvoorwaarden is in de wet vastgelegd, namelijk de Zorgverzekeringswet. Het orthopedisch bedrijf voert zelf de contractonderhandelingen met de verschillende zorgverzekeraars. De belangrijkste artikelen van de Zorgverzekeringswet zullen in dit hoofdstuk uitgewerkt worden. De belangrijkste artikelen zijn: artikel 10 & 14 uit hoofdstuk drie van de Zorgverzekeringswet. (Nza, z.d.)

## Artikel 10

Artikel 10 gaat over de dekking van het basispakket. Dit houdt in dat alle verzekeraars die een standaardverzekering aanbieden minimaal de beschreven zorgitems in artikel 10 in hun basispakket moeten hebben en ook deze zorgitems moeten vergoeden. Onder dit artikel maken de orthopedische bedrijven afspraken met de zorgverzekeraars over de vergoeding van hun voorzieningen. In artikel 10 uit de Zorgverzekeringswet geldend op 31-12-2010 staat namelijk:

*"Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:*

1. *geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;*
2. *mondzorg;*
3. *farmaceutische zorg;*
4. ***hulpmiddelenzorg;***
5. *verpleging;*
6. *verzorging, waaronder de kraamzorg;*
7. *verblijf in verband met geneeskundige zorg;*
8. *vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten."*

(Wetten.overheid.nl, 2005)

Onder kopje “D: hulpmiddelenzorg” vallen de orthopedische producten. Deze zitten in het basispakket. Dit houdt in dat iedereen met een basispakket de orthopedische producten vergoed krijgt. Hierbij moet dan nog wel rekening gehouden worden met extra voorwaarden die de zorgverzekeraar opgelegd heeft. Bijvoorbeeld het eigen risico of een partiële vergoeding. Dit is per zorgverzekeraar verschillend en er wordt in dit verslag niet verder op ingegaan. Kopje A tot en met H spreken voor zich en zijn niet van toepassing binnen dit onderzoek.

## Artikel 14

In artikel 14 staan de minimale leveringsvoorwaarden en de route die daarvoor moet worden doorlopen om recht op terugbetaling te krijgen.

*"*

1. ***De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.***
2. ***De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.***
3. *De vraag of een jeugdige als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg wegens een psychiatrische aandoening behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst, wordt met overeenkomstige toepassing van de bij en krachtens artikel 9b, vierde en vijfde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten gestelde regels, beantwoord door een stichting als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg respectievelijk een arts of andere behandelaar van de jeugdige.*
4. *In de regels, bedoeld in het derde lid, kunnen voor de in dat lid bedoelde indicatie afzonderlijke regels worden gesteld en kunnen vormen van zorg of andere diensten worden aangewezen waarvoor het derde lid niet geldt.*
5. *Op een stichting als bedoeld in het derde lid, is, met uitzondering van de bewaartermijn als omschreven in artikel 86, eerste lid, het bepaalde bij of krachtens de artikelen 4, tweede tot en met vijfde lid, en 86 van overeenkomstige toepassing met betrekking tot de indicatie, bedoeld in het derde lid.*
6. *Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe zorgverzekeraar niet nogmaals dat toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd."*

(Wetten.overheid.nl, 2005)

Ad. 1. Zegt dat er aangetoond moet worden dat de verzekerde de geneeskundige zorg nodig heeft omwille van een medische aandoening. Dit betekent dat er aangetoonde medische gronden moeten zijn om recht te verkrijgen op terugbetaling van de geleverde zorg.

In Ad. 2. staat dat het recht op terugbetaling pas in werking wordt gezet als de verzekerde doorverwezen is door een eerstelijnszorgverlener. Dit is bijvoorbeeld de huisarts, bedrijfsarts, wijkverpleger of fysiotherapeut. (Kiesbeter.nl, z.d.) De eerstelijnszorgverlener verwijst naar een medisch specialist. Een medisch specialist is bijvoorbeeld: de orthopedisch chirurg, de reumatoloog of de neuroloog. Samengevat wil dit zeggen dat de eerstelijnszorgverlener een medische aandoening vaststelt en de cliënt doorverwijst naar een medisch specialist. Nu worden de kosten van de medisch specialist vergoed, maar is er nog meer zorg nodig, bijvoorbeeld een orthopedische voorziening, dan moet de medisch specialist dit voorschrijven. De medisch specialist bepaalt de zorginhoudelijke criteria, voordat dit vergoed wordt door de zorgverzekeraar. Deze medische specialisten kunnen cliënten naar het orthopedisch bedrijf doorverwijzen. Dan wordt de aanvraag ingediend door het orthopedisch bedrijf bij de zorgverzekeraar met de verwijzing van de medisch specialist. Meestal wordt dit dan goedgekeurd door de zorgverzekeraar en uitbetaald. Kort samengevat; de weg voor een eerste voorziening moet zijn: eerstelijnszorgverlener, medisch specialist en dan orthopedisch bedrijf.

## De zorgverzekeraar

Er zijn in Nederland negen zorgverzekeraarsgroepen te weten: UVIT, Achmea, CZ, Menzis, DSW, ONVZ, Zorg en Zekerheid, ASR en Salland. De vijf kleinste zorgverzekeringen worden vertegenwoordigd door Multizorg. Multizorg vertegenwoordigt: DWS, ONVZ, Zorg en Zekerheid, ASR en Salland. Deze zorgverzekeringsgroepen zijn ontstaan na een aantal fusies en samenwerkingen van verschillende zorgverzekeraars. Deze vijf zorgverzekeraarsgroepen sluiten contracten af met de orthopedische bedrijven via hun zorginkopers voor de bij hun aangesloten zorgverzekeringen. Zorginkopers zijn in dienst van de verschillende zorgverzekeringsgroepen. (Beers, 2010)

Nadat de route die in artikel 14 Ad. 2. genoemd is, goed is doorlopen, gaan de zorgverzekeraars zelf bepalen, met inachtneming van hun eigen algemene voorwaarden (zoals partiële terugbetaling of eigen bijdrages), of zij een geldbedrag terugvragen aan de verzekerde nadat het orthopedische bedrijf is uitbetaald.

Een variant op de route, die in de vorige paragraaf genoemd is, maken de zorgverzekeraars: UVIT, DWS en Salland. Deze varianten zijn mogelijk, omdat elk bedrijf eigen contractonderhandelingen voert met de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars UVIT, DWS en Salland hebben geen aanvraag van de medisch specialist nodig, maar de aanvraag van de huisarts is voldoende. In dit geval zien de zorgverzekeringen het orthopedisch bedrijf als medisch specialistische zorg. De huisarts mag de cliënten dan direct doorverwijzen naar de orthopedische bedrijven. Voor welke voorzieningen dit geldt staat in de algemene voorwaarden van deze zorgverzekeraars en/of in het contract dat deze zorgverzekeraars met de orthopedische bedrijven hebben.

Voor een herhaling van de orthopedische voorziening gelden weer andere regels. Deze zijn vastgelegd in de contracten tussen de zorgverzekeraars en de orthopedische bedrijven. De meeste zorgverzekeraars hebben een aanvraag van de huisarts/medisch specialist of een motivatie van de orthopedisch adviseur nodig om over te gaan tot vergoeding van de orthopedisch voorziening. Alleen de zorgverzekeraars DWS en Salland hebben een aanvraag van de huisarts/medisch specialist en een motivatie van de orthopedisch adviseur nodig om over te gaan tot vergoeding van de herhaling van orthopedische voorziening. (Verzekeringshandboek Livit (bijgewerkt t/m 31-mrt '11), 2011)

### De AWBZ.

De Algemene Wet Bijzondere Zorg (AWBZ) is een wet die ervoor zorgt dat medische kosten die niet onder de zorgverzekering vallen, vergoed worden. Deze kosten zijn vaak erg hoog en kunnen vaak niet door de mensen zelf opgebracht worden. Op deze wet kan aanspraak gedaan worden met een indicatie. Deze wordt vastgesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg(CIZ) of het Bureau Jeugdzorg(BJZ). Het BJZ mag uitsluitend indicaties opstellen voor de Geestelijke Gezondheidszorg(GGZ).

De zorg die door de AWBZ vergoed wordt kan thuis worden gegeven of in een AWBZ-gefinancierde instelling. Bijvoorbeeld verzorgings- of verpleeghuizen, instellingen voor gehandicapten of ziekenhuizen en instellingen voor revalidatie.

De zorgkantoren passen de bovenstaande regels toe. Per 1 januari 2013 nemen de zorgverzekeraars deze taken over.(Rijksoverheid, z.d.)

De AWBZ verandert niet door de DBC-systematiek of bij de invoering van de DOT. Er wordt ook niet verder ingegaan op dit onderwerp in dit onderzoek.

## Tendens

Een kanttekening bij de vorige besproken wetgeving is dat artikel 10 kop D alleen nog officieel geldt voor orthopedische voorzieningen die niet tot een DBC behoren, bijvoorbeeld een bovenbeenprothese of een polsspalk voor permanent gebruik. De voorzieningen die wel tot de DBC behoren(Zie paragraaf 6.2) zouden betaald moeten worden door het ziekenhuis, zoals beschreven wordt in hoofdstuk 5. De terugbetaling van deze voorzieningen zou eigenlijk via de DBC-wetgeving moeten plaatsvinden. Er bestaat onduidelijkheid over welke producten bij een DBC horen en welke niet. Dit is onduidelijk voor de ziekenhuizen en de bedrijven waarmee de ziekenhuizen zaken doen, zoals LIVIT Orthopedie, daarom heeft de Orthobanda namens de orthopedische bedrijven geadviseerd aan de zorgverzekeraars om de terugbetaling voor alle orthopedisch voorzieningen nog uit te voeren via de Zorgverzekeringswet. De Orthobanda heeft dit geadviseerd, omdat zij van mening is, dat de ongecoördineerde invoer van de DBC’s een negatieve invloed heeft op de orthopedische bedrijven en hun cliënten. (van Liebergen, 2010) De zorgverzekeraars zijn hier grotendeels mee akkoord gegaan. Het gevolg is dat de zorgverzekeraars dubbel betalen, aan het ziekenhuis en aan het orthopedische bedrijf. De zorgverzekeraars accepteren dit, omdat hun cliënten dan niet bij een financieel conflict tussen de ziekenhuizen en de orthopedische bedrijven betrokken raken.

In het artikel "Samen het beste voor de verzekerden" staat aangegeven: Dat er heel veel “knowhow” is binnen de orthopedische bedrijven. Om van deze “knowhow” meer gebruik te kunnen maken is er langzamerhand een verschuiving gaande om de orthopedische bedrijven op de eerstelijnszorg te krijgen. Hierdoor zou de cliënt directe toegang hebben tot het orthopedische bedrijf. Dit heeft als voordeel dat potentiële cliënten niet bij een medisch specialist in behandeling hoeven te zijn om recht te hebben op vergoeding van orthopedische voorzieningen. (Beers, 2010) In het interview met de heer M. van Willigen geeft hij aan dat er wel een omzetstijging zal zijn als de orthopedische zorg naar de eerstelijnszorg zou gaan, maar geen grote winststijging voor het orthopedisch bedrijf tot gevolg zal hebben. Wel is er winst te behalen voor de zorgverzekeringen, omdat zij de medische specialisten niet meer hoeven te vergoeden. Een ander winstpunt is die voor de cliënten, namelijk de route die zij moeten afleggen wordt korter. Hiermee is tijdswinst te behalen.(Zie [Bijlage II](#Ref289846909))

Een belangrijk aandachtspunt is dat de verplaatsing van de orthopedische zorg naar de eerstelijnszorg meer verantwoordelijkheid met zich meebrengt voor de orthopedisch adviseur. De orthopedisch adviseur moet hiervoor meer medische kennis hebben en dan vooral met betrekking tot ziektebeelden. Hij moet kunnen inschatten of de pathologie door hem behandeld kan worden met een orthopedische voorziening of dat hij de cliënt moet doorverwijzen naar een medisch specialist om een meer complexe behandeling te verkrijgen. Als deze verschuiving verwezenlijkt moet worden is er meer overleg nodig tussen branche en zorgverzekeraars. (Beers, 2010)

# Diagnose Behandel Combinatie

In het vorige hoofdstuk werd behandeld waar de wetgeving over gaat betreffende het recht van cliënten, de route voor recht op vergoeding en is er een visie geschetst op het toekomstbeeld voor de orthopedische bedrijven en de consequenties hiervan.

In dit hoofdstuk komt aan bod hoe de DBC ontstaan is en waarom deze nodig was. Dan wordt uitgelegd wat de Diagnose Behandel Combinatie(DBC) is en wat deze betekent voor de toekomst voor de orthopedische bedrijven.

## De geschiedenis

De historie van de DBC-systematiek begint bij het jaar 1995. De DBC-systematiek is ontstaan in 1995. Toen adviseerde de Commissie Biesheuvel het kabinet dat zowel de ziekenhuis- als de specialistenhonorering op basis van geleverde producten zou moeten plaatsvinden in plaats van het budgetsysteem. (Stevens, 2009) Na het vaststellen van de productdefinities en de combinaties van zorgvraag en behandelingen werd op 1 januari 2003 een proef gestart. Met deze proef heeft de overheid de werkzaamheid en de uitvoerbaarheid van de DBC-systematiek getest. De proef werd uitgevoerd met 17 ingrepen. Deze proef was succesvol, waarna op 1 januari 2005 de DBC ingevoerd werd. (DBC-onderhoud, z.d.) Sinds die datum bestaat er ook een organisatie genaamd DBC-onderhoud. Deze houdt zich bezig met de verbetering van de DBC-systematiek.

## De DBC

De afkorting DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie. Dit betekent dat er een koppeling wordt gemaakt tussen de diagnose en de daarbij behorende behandeling. Voor de vergoeding wordt alleen gekeken naar de diagnose en niet naar de uitgevoerde behandeling. Wel zijn er verschillende behandelingen mogelijk naar aanleiding van een gestelde diagnose. Voor deze verschillende behandelingen wordt een gemiddelde prijs berekend. Deze gemiddelde prijs is de clusterprijs, die het ziekenhuis vergoed krijgt van de zorgverzekeraar per diagnose. Een clusterprijs is één contractueel afgesproken bedrag tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. In dit bedrag is rekening gehouden met de mogelijk uit te voeren behandelingen. De uitgevoerde behandeling valt soms hoger uit dan de afgesproken clusterprijs en soms lager. Bij het vaststellen van de gemiddelde prijs wordt ook gekeken hoe vaak een bepaalde behandeling voorkomt. Als een bepaalde behandeling van een diagnose vaker voorkomt, dan heeft de prijs van deze behandeling een grotere invloed op de clusterprijs dan een minder vaak voorkomende behandeling.

De DBC kosten bestaan uit twee kostenposten(Zie [Tabel 2](#Ref292096527)), namelijk het specialistenhonorarium en de kosten van het ziekenhuis. De kosten van het ziekenhuis bestaan onder andere uit: verblijfskosten, materiaalkosten, ondersteunend personeel, verzekeringen en andere niet directe kosten. (Elkink, 2008) De tweede kostenpost is het honorarium, dit is een landelijk bepaald bedrag. Het honorarium is het “salaris” dat de specialisten krijgen per behandeling. Dit bedrag wordt bepaald met een verdeelsleutel, die uit de vergaarde informatie van het Centraal Plan Bureau(CPB) komt.

Tabel 2: Kostenposten DBC Bron: (Elkink, 2008)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Totaal kosten DBC | Specifiek | Voorbeelden |
| Kosten ziekenhuis | Verblijfskosten | Eten cliënt,  Telefoonkosten,  Televisie op de kamer,  Gas, Licht en Water |
| Materiaalkosten | Verband/Pleisters, Operatiemateriaal,  Afschrijving machines,  Orthesen |
| Ondersteunend personeel | Receptionisten,  Schoonmakers,  ICT'ers,  Technici |
| Verzekeringen | Brandverzekering, Aansprakelijkheidsverzekeringen |
| Diversen | Reiskosten vergoedingen,  Onderhoud van het gebouw,  Investeringen in opleidingen van personeel |
| Honorarium specialisten | Hoofdspecialist | Orthopedisch chirurg  en de anesthesist |
| Eventuele ondersteunde specialisten | Revalidatie arts,  Cardioloog |

Met de DBC-systematiek zijn de kosten van de ziekenhuizen overzichtelijker en inzichtelijker geworden. Hierdoor is het makkelijker om de overweging te maken tussen kosten en baten.

De bedoeling van de DBC-systematiek is om de zorgkosten inzichtelijker te maken, maar ook om de zorg goedkoper te maken. Met de aankomende vergrijzing is het nodig om de zorgkosten binnen de perken te houden, omdat anders de zorg onbetaalbaar wordt. Ook is het noodzakelijk het aantal mensen dat nodig is om de behandeling uit te voeren terug te dringen, omdat er binnen 20 jaar 450.000 mensen in de zorg tekort zijn. Er moet dus iets veranderen anders zullen straks de kosten en de wachttijd omhoog schieten. (Rijksoverheid, z.d.)

Aanvullende informatie over de DBC-systematiek is dat een DBC-traject maximaal 365 dagen open mag staan. Dit betekent dat na één jaar de DBC gesloten wordt en gefactureerd naar de zorgverzekering. Duurt de behandeling langer dan één jaar dan wordt er een nieuwe DBC geopend. Is de cliënt veranderd van zorgverzekering als de DBC gesloten wordt. Dan wordt de DBC gefactureerd bij de zorgverzekering waar de cliënt verzekerd was op het moment van het openen van de DBC. De momenten waarop een DBC kan worden gesloten en gedeclareerd zijn:

* Afsluiting van de behandeling
* Verandering van zorgtype/DBC
* Beëindiging van de behandeling door definitieve overdracht van de cliënt naar een andere instelling
* Één jaar na opening van de DBC
* Bij het overlijden van de cliënt

Een ander punt waarmee rekening gehouden moet worden is bij het stellen van een tweede diagnose bij dezelfde cliënt. Als er tijdens de behandeling een andere diagnose gesteld wordt, dan moet er een aanvullende DBC geopend worden. Deze DBC is een aanvullende DBC, omdat hier de verblijfskosten niet in meegenomen zijn. Zouden deze verblijfskosten wel meegenomen zijn, dan krijgt het ziekenhuis twee keer geld voor maar één keer geleverde goederen/diensten. (wetten.overheid.nl, z.d.)

De DBC-wetgeving is onduidelijk voor medisch specialisten door de hierboven genoemde aanvullende DBC’s. Deze zijn niet apart vermeld, maar er is alleen een woord verschil. Namelijk voor de beschrijving staat “vervolg”. Dit is niet duidelijk. Een ander punt dat de DBC-systematiek onduidelijk maakt, is dat er veel verschillende DBC’s/zorgroutes beschikbaar zijn en de verschillen tussen deze verschillende routes zijn minimaal.

De DBC is dus kort gezegd een zorgprofiel dat bestaat uit verschillende zorgactiviteiten en zorgproducten. Bij de zorgactiviteiten kan men denken aan het nemen van een röntgenfoto. De eigenlijke röntgenfoto is hierbij dan het zorgproduct. Een ander voorbeeld is gericht op de orthopedische. Bij het aanmeten van een stabiliserende kniebrace, is het aanmeten de zorgactiviteit en de kniebrace het zorgproduct. (van Belleghem & Redel, 2011)

## De twee segmenten

Om een geleidelijke invoering van de DBC-systematiek te verkrijgen is de DBC opgesplitst in twee segmenten, segment A en segment B. De verdeling tussen deze segmenten wordt bepaald door de overheid. Er is een totale omzet van 30.000 DBC’s. In het eerste jaar(2005) is de verdeling tussen de segmenten 90 % in het A-segment en 10 % in het B-segment. Daarna is het langzaam gewijzigd tot 80 % in het A-segment en 20% in het B-segment in 2008. (DBC services, z.d.) In 2009 is dit gewijzigd naar 66 % A-segment en 34 % B-segment (van Beek, 2009) Uiteindelijk is het de bedoeling om uit te komen op 15 % A-segment en 85 % B-segment. Dit staat gepland voor 1 januari 2012. (Nza, 2011) Waarom het de bedoeling is om het B-segment te vergroten wordt uitgelegd is paragraaf 5.3.2.

### Segment A

In segment A zitten de behandelingen die acuut, levensreddend of niet vaak voorkomend zijn. De prijzen van deze behandelingen zijn te vinden op de site van de Nederlandse zorgautoriteit (Tariefapplicatie van de Nza, z.d.). Deze prijzen zijn bijna voor alle ziekenhuizen hetzelfde. (Nza, z.d.) Het kan eventueel afwijken, omdat ieder ziekenhuis een eigen verrekenpercentage kan hebben. Een verrekenpercentage is een bedrag dat het ziekenhuis kan krijgen als de kosten veel hoger uit vallen dan het FB-budget(Functiegerichte budgettering). FB-budget is onderdeel van het functiegericht budgetteren. FB-budget dekt de kosten die niet aan een specialisme toe te kennen zijn bijvoorbeeld de kosten voor een trauma helikopter of speciale bedden voor brandwonden. Deze kosten hebben dus een aparte status in de DBC-systematiek. Een verrekenpercentage is extra geld boven op de DBC-uitkering als de DBC niet al deze bijzondere kosten dekt. (DBO-CB-U-2682919, 2006) Er is een vergelijking gemaakt van de behandeling van congenitale heupdysplasie van de regio Arnhem/Nijmegen(Zie [Tabel 3](#Ref292098063)). Hierin is te zien dat de prijs in alle ziekenhuizen hetzelfde is. Dit is omdat de prijs is vastgesteld door de overheid en het verrekenpercentage voor de vergeleken ziekenhuizen 0% is.

Tabel 3: Vergelijking congenitale heupdysplasie regio Arnhem/Nijmegen Bron: (Tariefapplicatie van de Nza, z.d.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ziekenhuis | Specialisme | Declaratie code | DBC-code | Diagnose | Honorarium medisch specialisten | Kosten Ziekenhuis | Totaal |
| Alysis zorggroep (Rijnstate, Velp) | Orthopaedie | 140146/ prestatiecode 05110017500113 | Congenitale dysplasie /luxatie/ Conservatief poliklinisch | Poliklinisch onderzoek of behandeling orthopedie | € 321.63 | € 5.823,83 | € 6.145,46 |
| Canisius (Nijmegen) | Orthopaedie | 140146/ prestatiecode  05110017500113 | Congenitale dysplasie /luxatie/ Conservatief poliklinisch | Poliklinisch onderzoek of behandeling orthopedie | € 321.63 | € 5.823,83 | € 6.145,46 |
| Radboud ziekenhuis (Nijmegen) | Orthopaedie | 140146/ prestatiecode  05110017500113 | Congenitale dysplasie /luxatie/ Conservatief poliklinisch | Poliklinisch onderzoek of behandeling orthopedie | € 321.63 | € 5.823,83 | € 6.145,46 |

In segment A zijn de prijzen van de behandelingen vastgesteld door de overheid. De overheid stelt de zorgkosten vast aan de hand van berekeningen die zij laat doen door het Centraal Plan Bureau(CPB). Het CPB ontvangt van verschillende ziekenhuizen informatie over de tijd en kosten van een behandeling. Deze informatie gebruikt het CPB als spiegelinformatie. Hiermee berekent het CPB de gemiddelde prijzen. Ook het specialistenhonorarium wordt zo berekend. De ziekenhuizen krijgen als beloning voor het leveren van deze bedragen inzicht in hun plaats op de markt. Dit wil zeggen dat zij inzicht krijgen in alle cijfers die bekend zijn en hiermee kan het ziekenhuis inschatten of het duurder of goedkoper is dan de gemiddelde landelijke prijs. Dit geeft een unieke concurrentiepositie, maar dit is nodig om de ziekenhuizen te stimuleren de juiste prijzen te leveren. Wat wel en niet acceptabel is als spiegelinformatie overlegt DBC-onderhoud met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen(NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra(NFU) en de Nederlandse Zorg Autoriteit(NZA). (DBC-onderhoud, z.d.) Het gevolg van deze werkwijze is, dat de cijfers achteraf geleverd worden en dus ook pas achteraf de prijs vastgesteld kan worden. Dit wordt opgelost door rond juli de berekeningen klaar te hebben en dan met terugwerkende kracht te betalen tot januari. (Nza, z.d.)

Elk ziekenhuis krijgt een vast bedrag per DBC die zij uitvoeren voor de verschillende zorgverzekeraars. Van dit bedrag moet het ziekenhuis de kosten dekken van de behandeling en het honorarium betalen aan de medisch specialist(en). Ook zitten in het bedrag de indirecte kosten, zoals het salaris van de ondersteunende medewerkers en de stookkosten van het ziekenhuis.(Zie Tabel 2)

### Segment B

Voor de behandelingen in segment B mogen de ziekenhuizen zelf de prijs van de DBC bepalen. Het ziekenhuis maakt hierover afspraken met de zorgverzekeraars. Het zijn namelijk de zorgverzekeraars die zorg afnemen bij een ziekenhuis voor hun cliënten. Het specialistenhonorarium voor de hoofdspecialist wordt ook in segment B voor de meeste behandelingen vastgesteld door de overheid.

In segment B zitten de niet acute of niet-levensreddende veel voorkomende behandelingen. Hieronder valt bijvoorbeeld een behandeling van spataderen met een operatie en dan preventieve therapeutische elastische kousen of een kruisbandreconstructie met kniebrace. Van dit laatste voorbeeld is een vergelijking gemaakt van drie ziekenhuizen, één kliniek en één ZBC's uit de omgeving Arnhem/Nijmegen (Zie Tabel 4: Vergelijking Kruisbandoperatie regio Arnhem/Nijmegen):

Tabel 4: Vergelijking Kruisbandoperatie regio Arnhem/Nijmegen

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ziekenhuis | Specialisme | Declaratie code | DBC-code | Diagnose | Honorarium medisch specialisten | Kosten Ziekenhuis | Totaal |
| Alysis zorggroep (Rijnstate, Velp)  Bron: (Rijnstate, 2011) | Orthopaedie | 151783 | Beschadiging voorste kruisband in knie | Operatie met klinische opname | € 551,63 | € 4.219,35 | € 4.770,98 |
| Canisius (Nijmegen)  Bron: (CWZ, z.d.) | Orthopaedie | 151783/ prestatiecode 110018200213 | Beschadiging voorste kruisband in knie | Operatie met klinische opname | € 841,28 | € 5.479,89 | € 6.321,17 |
| Radboud ziekenhuis (Nijmegen)  Bron: (UMCN, 2010) | Orthopaedie | 151783/ prestatiecode  110018200213 | Beschadiging voorste kruisband in knie | Operatie met klinische opname | € 859,80 | € 5.687,89 | € 6.547,69 |
| St. Maartens Kliniek (Nijmegen)  Bron: (St. Maartenskliniek, 2010) | Orthopeadie | 05111820213 | Beschadiging voorste kruisband in knie | Operatie met klinische opname | € 375,59 | € 5.757,69 | € 6.133,28 |
| Medinova  (Klein Rozendaal)  Bron: (Medinova, z.d.) | Orthopeadie | 11‐0‐1820‐213/212 | Voorste kruisband | - | - | - | € 5.018,00 |

Het opvallende van de tabel zijn de totale kosten. Deze totale kosten(gemiddelde prijs/clusterprijs) declareert het ziekenhuis bij de zorgverzekering. Deze totaalprijs bestaat uit de kosten die het ziekenhuis maakt en het specialistenhonorarium. Voor de specialistenhonoraria is vanuit de DBC een bedrag vastgesteld, namelijk € 457,29. Dit bedrag geldt voor de hoofdspecialist en de anesthesist. Het bedrag in de bovenstaande vergelijking is dus hoger, omdat bij DBC's met declaratiecodes die beginnen met 15 of 17 de honoraria van de overige specialisten zelf vastgesteld mogen worden. Dit is in de contractonderhandeling met de zorgverzekeraars afgesproken. Bij de St. Maartenskliniek is het bedrag lager, omdat de anesthesist niet in het bedrag is opgenomen. Over het honorarium van de anesthesist is bij de St. Maartenskliniek geen informatie gevonden.

De ziekenhuizen moeten een prijslijst van de behandelingen die zij uitvoeren en in segment B vallen publiceren. Zij moeten deze prijslijst openbaar maken, zodat het inzichtelijk wordt voor toekomstige cliënten. Het is de bedoeling dat cliënten en zorgverzekeraars de verschillende ziekenhuizen gaan vergelijken op prijs en kwaliteit. Hierdoor zou de zorg goedkoper en efficiënter moeten worden. Om de marktwerking optimaal te stimuleren moet het B-segment zo groot mogelijk zijn. In het B-segment mogen de ziekenhuizen in overleg met de zorgverzekeringen zelf hun vergoeding bepalen. Voor de zorgverzekeringen is het zaak om de vergoeding die zij moeten betalen zo laag mogelijk te houden. Ook willen de zorgverzekeringen de geleverde kwaliteit van de ziekenhuizen zo hoog mogelijk hebben. De ziekenhuizen willen aan deze eisen voldoen en zullen steeds efficiënter en goedkoper gaan werken. Een ander voordeel van het vergroten van het B-segment is dat er veel behandelingen naar het B-segment gaan, wat een goede ontwikkeling is voor de orthopedische bedrijven. Dit is een gunstige ontwikkeling, omdat ziekenhuizen samen met de zorgverzekeraars de vergoedingen bepalen die het ziekenhuis krijgt. Hierdoor kan de orthopedische branche via het ziekenhuis afdingen dat er ruimte in het DBC-bedrag komt voor orthopedische voorzieningen. De zorgverzekeraar zal echter een zo klein mogelijk budget willen voor de orthopedische voorzieningen. Maar ook niet te klein, want dan gaat de kwaliteit naar beneden voor hun cliënten. Hierin kan in de onderhandeling een goed evenwicht tussen gevonden worden.

Omdat in de toekomst cliënten de ziekenhuizen gaan vergelijken, ontstaat marktwerking tussen de verschillende ziekenhuizen in een regio. Met de regio wordt het adherente gebied van ziekenhuizen bedoeld, hierin ontstaat concurrentie volgens de heer H. Wijnen.(Bijlage III)Een criterium waar toekomstige cliënten het ziekenhuis op kunnen selecteren is kwaliteit. Het gaat hier dan over wachttijden of geleverde service. Hier kunnen de cliënten achter komen door bij hun zorgverzekeraars te rade te gaan. Volgens de heer M. van Willigen hebben de zorgverzekeraars een lijst van topklinische centra op hun website staan. Dit zijn ziekenhuizen waar de zorgverzekeraar van vindt dat deze goede kwaliteit en service leveren.(Zie [Bijlage II](#Ref289846909))

Extra kwaliteit die een ziekenhuis of ZBC kan leveren is bijvoorbeeld een orthopedische voorziening. LIVIT Arnhem heeft lange tijd bij kliniek Klein Rozendaal standaard bij elke hernia operatie een orthopedisch korset geleverd. Dit is nu ten einde, omdat de huidige medisch specialist geen meerwaarde ziet in het standaard leveren van korsetten. De huidige specialist heeft kort gezegd bezuinigd op de kwaliteit.(Zie [Bijlage II](#Ref289846909))

Voor de omzet van de orthopedische bedrijven is het nadelig dat sommige medisch specialisten geen meerwaarde in de orthopedische producten zien. Een taak is hier weggelegd voor de orthopedische bedrijven om dit te veranderen.

Door de marktwerking zouden de prijzen van de gezondheidszorg moeten dalen. Dit is gelukt door de invoering van de DBC's. De prijs is gemiddeld met ongeveer 3 % gedaald. Dit komt vooral doordat zelfstandige behandelcentra(ZBC) zich specialiseren op bepaalde behandelingen vooral uit het B-segment. ZBC's doen maar een paar soorten behandelingen, maar wel veel van deze soort. Hierdoor zijn zij veelal goedkoper. Zij kunnen goedkoper zijn, omdat de lopende kosten kleiner zijn dan bij een groter ziekenhuis. ZBC’s hebben minder bedden nodig, omdat zij minder cliënten hebben. Ook werken er minder ondersteuners, waardoor de ziekenhuiskosten en het specialistenhonorarium lager zijn dan bij een algemeen ziekenhuis. Een ander verschijnsel zijn de hoge prijzen bij de UMC's. Dit komt door het aandeel van het A-segment bij UMC's. Voor ZBC’s gelden de tarieven uit het A-segment als maximum en zo kunnen zij lagere tarieven vragen. Hierdoor zijn over het algemeen genomen ZBC's 15 % goedkoper dan het standaard A-segment tarief. (Marktscan uitgevoerd door de Nza, 2011)

## DBC op weg naar transparantie

Zoals eerder aangegeven in het verslag gaat de wetgeving rond de DBC veranderen. De verandering heet DBC Op weg naar Transparantie of kortweg DOT. Met deze DOT-wetgeving komen er veranderingen aan de invulling van de DBC’s. Deze veranderingen gaan, zoals het er nu uitziet in op 1 januari 2012 (van Belleghem & Redel, 2011). In dit hoofdstuk komt aan bod waarom er veranderingen moeten plaatsvinden met de invoering van de DOT-wetgeving. Daarna welke veranderingen er plaatsvinden ten opzichte van de huidige DBC-systematiek.

### De reden voor de veranderingen

De veranderingen worden doorgevoerd om de DBC-systematiek duidelijker te maken. Dit wil het kabinet doen door de DBC’s/DOT’s pas achteraf vast te laten stellen. Dit heeft als voordeel dat de fouten die werden gemaakt met het kiezen van DBC’s geëlimineerd worden. Als namelijk een DBC wordt gekozen op inschatting van te voren en dit achteraf toch niet de juiste DBC blijkt te zijn. Dan moet er veel administratie aan te pas komen. Ook werden bij het invoeren van de basisprijzen fouten gemaakt. De basisprijzen zijn de prijzen waar het landelijk gemiddelde op wordt bepaald. Deze fouten hebben vooral invloed op het A-segment. Dit wordt nu opgelost door veel behandelingen in het B-segment te plaatsen, maar ook door de invoer van deze prijzen niet meer te laten geschieden door de individuele ziekenhuizen. In het B-segment worden de prijzen niet meer gebaseerd op basisprijzen, maar op contactonderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De invoer wordt bij de DOT-wetgeving gedaan door de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben meer ervaring en kunnen de landelijke trend in de gaten houden. (van Belleghem & Redel, 2011)

Voor de orthopedische bedrijven is het erg belangrijk om de invoer van de DOT-wetgeving in de gaten te houden, omdat hierdoor de zorgverzekering bepaalt wat tot de DBC hoort. Dit kunnen natuurlijk ook orthopedische voorzieningen zijn. Als de zorgverzekeraars bepalen dat een orthopedische voorziening tot de DBC behoort, dan moeten de orthopedische bedrijven de vergoeding van het ziekenhuis krijgen. Dit gebeurt nu vaak via de zorgverzekering. De consequenties van de verandering van het betalingsverkeer voor de orthopedische bedrijven worden in het volgende hoofdstuk verder uitgewerkt.

### De veranderingen

De grootste verandering ten opzichte van de DBC-wetgeving is, dat de zorgverzekeraar zelf de DBC bij de gekozen behandelroute kiest. Bij de DBC-wetgeving koos de behandelend arts van te voren welke zorgroute hij ging volgen met daaraan de DBC. Bij de DOT-wetgeving beschrijft de arts de zorgactiviteiten en achteraf bepaalt de zorgverzekeraar welk DOT-product dit is. Ook verandert de structuur van de DBC’s. Als namelijk de DOT ingevoerd wordt, dan worden de 30.000 DBC's vervangen door 3.600 DOT's. (Rijksoverheid, 2011) Een andere verandering komt van het advies van de Nederlandse zorgautoriteit(Nza). De Nza heeft het kabinet geadviseerd om de verdeling 50 % B-segment en 50 % A-segment te maken en later nog te verhogen. Deze verhoging kan doorgaan tot 85% B-segment en 15% A-segment. Door veel behandelingen naar het B-segment te verplaatsen zal de invoer van de DOT-wetgeving vergemakkelijkt worden. De 30.000 bestaande DBC’s kunnen namelijk niet één-op-één vertaald worden naar DOT-producten. (Langejan, 2010) Minister E. Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft besloten dat de verdeling 70 % B-segment en 30 % A-segment wordt, tegelijk met de invoering van de DOT-wetgeving op 1 januari 2012. (Rijksoverheid, 2011) Dit is voordelig voor de gezondheidszorg vindt de heer G. Gerritsen. Hij zegt dat dan de ziekenhuizen zelf hun prijs en kwaliteit kunnen bepalen. Ook kunnen zij een andere vergoeding krijgen dan ZBC’s. Dit is nodig, omdat de ziekenhuizen de moeilijke cliënten krijgen van de ZBC’s. Als dit niet gebeurt dan zal het ziekenhuis verlies draaien en de cliënten van ZBC gaan weigeren. Als er bijvoorbeeld veel cliënten voor een röntgenfoto komen, maar de behandeling bij een ZBC laten doen, krijgt het ziekenhuis alleen geld voor de röntgenfoto van de ZBC. Een gevolg hiervan is dat de ZBC zelf een röntgenfotoapparaat moet aanschaffen of dat er minder cliënten bij die ZBC komen.

# Consequenties voor de orthopedische bedrijven

Om het onderzoek concreet te houden voor het bedrijf, LIVIT Arnhem, en de branche, is dit hoofdstuk opgenomen. In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op de consequenties voor het orthopedische bedrijf en dit wordt waar mogelijk toegepast op LIVIT Arnhem. Eerst worden de mogelijke consequenties en gevaren besproken. Dan welke DBC's er bestaan binnen de orthopedische bedrijven met verschillende voorbeelden. Daarna wordt de beslissing van de orthopedisch chirurg besproken en welke afwegingen hij moet maken. Vervolgens worden in dit hoofdstuk de mogelijke alternatieven besproken die het ziekenhuis kan kiezen in plaats van een orthopedisch bedrijf. En als laatste hoe LIVIT Orthopedie in de markt kan blijven bij de ziekenhuizen.

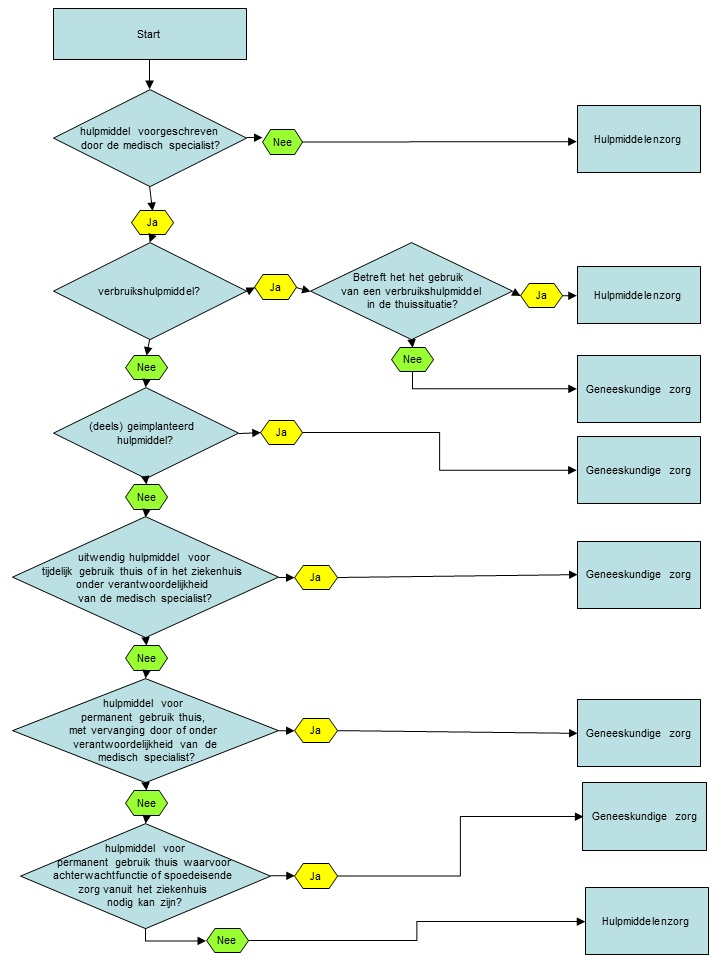
## Consequenties

Mogelijke consequenties voor het orthopedische bedrijf zijn: problemen met de terugbetaling doordat de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen niet meer vergoeden aan het orthopedisch bedrijf. Dit is mogelijk volgens de heer G. Gerritsen(Bijlage V)als de orthopedische bedrijven geen goede afspraken maken met het ziekenhuis. Ook kan dit gebeuren als het ziekenhuis onduidelijke afspraken heeft gemaakt met de zorgverzekering. Een mogelijke situatie is dat de ziekenhuizen vinden dat het orthopedisch bedrijf vanuit de zorgverzekering vergoed moet worden en dat de zorgverzekeraars vinden dat het orthopedische bedrijf vanuit de ziekenhuizen vergoed moet worden. Als er niet betaald wordt terwijl de voorziening al wel geleverd is, is dat geen goede situatie. Hierdoor daalt de waarde van het bedrijf. Er worden producten gemaakt, maar er komt geen geld binnen. Deze verloren goederen kunnen dan nog gedeclareerd worden bij de cliënten, maar hier zullen de cliënten van het orthopedisch bedrijf het niet mee eens zijn. Helemaal niet, als er eerst verteld is dat het wel vergoed zou worden door de verzekering. Ook zullen de cliënten het idee hebben dat zij wel de verzekering betalen maar er niks voor terug krijgen. Dit is niet goed voor de relatie tussen de cliënt en de orthopedisch adviseur. Een ander gevaar komt van de ziekenhuizen volgens de heer M. van Willigen. Zij kunnen ervoor kiezen om de confectieorthesen niet meer via het orthopedisch bedrijf te bestellen, maar via de gipsverbandmeester te leveren aan hun cliënten. Dit is niet mogelijk voor de grote orthopedische producten, zoals prothesen, maatwerk korsetten en lange-been-beugels. Deze blijven waarschijnlijk wel bij het orthopedisch bedrijf.(Zie [Bijlage II](#Ref289846909)) Het gevaar om confectieorthesen te verliezen is volgens de heer G. Gerritsen niet waarschijnlijk, omdat dit geen core business is van het ziekenhuis.(Bijlage V)

Een hypothetisch gevaar zit bijvoorbeeld bij de verpleeghuizen. Nu krijgen de verpleeginstellingen een vast budget waar de vaste kosten van worden betaald, zoals het salaris van het verplegend personeel of het eten voor de cliënten. Voor de hulpmiddelen is er een aparte terugbetaling. Hulpmiddelen worden per cliënt betaald uit de AWBZ. Met deze AWBZ kunnen de instellingen via een zorgkantoor alle hulpmiddelen per cliënt vergoed krijgen. Als dit systeem verandert door de DOT dan krijgt het verpleeghuis maar een beperkt budget per cliënt en zal de zorginstelling dus voorzichtiger met het geld omgaan. Waar de instelling op kan besparen is, in plaats van een hele gang vol met rollators, nog maar vijf rollators per gang. Of met orthopedisch schoeisel het onderscheid maken tussen cliënten en de mate van gebruik. Als bijvoorbeeld iemand de schoenen alleen gebruikt om van het bed naar het toilet te gaan, dan krijgt deze cliënt nu, zoals iedereen, elke zes maanden vernieuwing. Maar omdat dit niet nodig is door het geringe gebruik, zal de cliënt bijvoorbeeld drie jaar met de schoenen moeten doen. Dit is niet goed voor de omzet van het orthopedisch bedrijf volgens de heer M. van Willigen.(Zie Bijlage II)

## DBC's bij de orthopedische bedrijven

Om te bepalen of een orthopedisch product onder de zorgverzekeringwet(hulpmiddelenzorg) valt of tot een DBC(geneeskundige zorg) behoort, heeft het College voor Zorgverzekeringen(CvZ) een flowchart opgesteld ([Figuur 1](#Ref287601070)).



Figuur 1: Flowchart CvZ Bron: (www.handy-wijzer.nl, z.d.)

Samengevat betekent dit dat een hulpmiddel tot een DBC behoort als:

1. Het een verbruikshulpmiddel is voor gebruik in een niet thuis situatie(ziekenhuis of verzorgingstehuis).
2. Het een hulpmiddel is dat (deels)geïmplanteerd is.
3. Het een uitwendig hulpmiddel is voor tijdelijk gebruik(dit hoeft geen vooraf vastgestelde periode te zijn, als het maar niet permanent/levenslang is) thuis of in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.
4. Het een hulpmiddel is voor permanent gebruik thuis, met vervanging door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.
5. Het een hulpmiddel is voor permanent gebruik thuis, waarvoor supervisie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig kan zijn.

(www.handy-wijzer.nl, z.d.)

Om een aantal voorbeelden te geven voor de orthopedische bedrijven zijn er een aantal DBC's in een schema gezet met de reden. (Zie Tabel 5: Overzicht DBC's bij de orthopedische)

Tabel 5: Overzicht DBC's bij de orthopedische bedrijven Bron: Figuur 1: Flowchart CvZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wel tot een DBC | Reden | Niet tot een DBC | Reden |
| Congenitale heupdysplasie  (Spreidbroekje) | Punt 3, uitwendig hulpmiddel voor niet permanent gebruik onder verantwoording van een medisch specialist. | Amputatie (prothese) | Permanent gebruik niet onder supervisie van een specialist. |
| Beschadiging kruisband voor (Kniebrace) | Punt 3, uitwendig hulpmiddel voor niet permanent gebruik onder verantwoording van een medisch specialist. | Cerabro Vasculair Accident (Ankle Foot Orthosis, polsspalk) | Permanent gebruik niet onder supervisie van een specialist. |
| Amputatie (stompkousen, anti-contractuurspalk) | Punt 3, uitwendig hulpmiddel voor niet permanent gebruik onder verantwoording van een medisch specialist. | Polio (Ankle Foot Orthosis, Knee Ankle Foot Orthosis) | Permanent gebruik niet onder supervisie van een specialist. |
| Carpaal Tunnel syndroom(CTS) (Polsrustspalk) | Punt 4, omdat de specialist in de gaten houd of de polsspalk nog genoeg verlichting geeft of er overgegaan moet worden tot operatie. |  |  |

## Beslissing orthopedisch chirurg

De vraag of de specialisten nog wel de juiste beslissing kunnen nemen komt van de patiëntenverenigingen. Deze maken zich zorgen om de beslissing van de specialisten. Ook de heer H. Wijnen en de heer E. Simons maken zich hierover zorgen. (Bijlage I, Bijlage III) De specialisten krijgen namelijk twee belangen om rekening mee te houden. Zij moeten de beste behandeling voor de cliënt kiezen, maar ook het budget van het ziekenhuis in de gaten houden. Zij kunnen dus kiezen voor een goedkopere behandeling die niet per se de beste behandeling is. Ook kan het ziekenhuis hun verbieden om behandelingen uit te voeren die niet in het budget passen. Dit laatste is niet wenselijk, maar wel de realiteit. Bijvoorbeeld scoliose behandelingen worden gelimiteerd tot maar een paar per maand. Door deze limitering groeit de wachtlijst. (Klink, 2010)

## Kapers op de kust

In deze paragraaf zullen de mogelijke bedrijven besproken worden die een "gevaar" opleveren voor de orthopedische bedrijven. Daarna zal worden besproken hoe LIVIT Arnhem om kan gaan met deze nieuwe concurrenten en waarop LIVIT Orthopedie een voorsprong heeft op deze nieuwe concurrenten.

### Mogelijke kapers

Zoals al eerder vernoemd denkt de heer M. van Willigen dat de ziekenhuizen in de toekomst niet meer gaan kiezen voor een orthopedisch bedrijf voor de confectie orthopedie.(Zie [Bijlage II](#Ref289846909)). Dit zijn bijvoorbeeld Ankle Foot Orthosis, polsspalken of halskragen. De bedrijven van deze hulpmiddelen zijn de leveranciers van de producten aan LIVIT Orthopedie. Deze leveranciers zijn dus nieuwe concurrenten als de ziekenhuizen ervoor kiezen om direct via deze leveranciers aan hun cliënten te leveren. De uitgifte zal dan gebeuren via een gipsverbandmeester. De gipsverbandmeester is een medewerker van het ziekenhuis en is al in dienst van het ziekenhuis en daarom goedkoper dan het inkopen van producten via LIVIT Orthopedie. Een oplossing die de heer van Willigen had was het "uitlenen" van een gipsverbandmeester door LIVIT Orthopedie. Dit betekent dat LIVIT Orthopedie een gipsverbandmeester in dienst neemt en dat de ziekenhuizen deze medewerker niet meer in dienst heeft. De ziekenhuizen schatten in voor hoeveel uur zij een gipsverbandmeester nodig hebben en huren deze in via LIVIT Orthopedie. Door deze medewerker in het ziekenhuis te laten werken krijgt LIVIT Orthopedie ook omzet in het ziekenhuis.

### "Unique selling points" LIVIT Orthopedie

Om het verslag interessant te houden voor LIVIT Orthopedie zijn een aantal unieke punten opgesteld. Dit zijn unique selling points en dit zijn facetten waarop LIVIT orthopedie uitblinkt. Het inhuren door ziekenhuizen van een gipsverbandmeester van LIVIT Orthopedie kan een unique selling point worden van LIVIT Orthopedie volgens de heer M. van Willigen. Hiervoor is echter wel een verandering nodig, zowel in de ziekenhuizen als in LIVIT Orthopedie zelf. Dit is een proces van een aantal jaren en dit moet worden gedaan in samenspraak met een aantal ziekenhuizen. Als namelijk maar één of twee ziekenhuizen met LIVIT Orthopedie willen samenwerken, dan is het inhuren van een gipsverbandmeester door LIVIT Orthopedie waarschijnlijk niet rendabel. De unique selling points waar minder tijd en samenspraak voor nodig zijn, zijn veranderingen die binnen LIVIT Orthopedie plaatsvinden of unique selling points die LIVIT Orthopedie al in huis heeft. Één daarvan is de “knowhow” die LIVIT Orthopedie heeft opgebouwd door haar jarenlange ervaring in de orthopedische branche. De medewerkers van LIVIT Orthopedie zijn een unique selling point. Als namelijk het ziekenhuis opnieuw moet beginnen met deze ervaring op te bouwen dan kost dit veel tijd. Ook is binnen het ziekenhuis de link tussen LIVIT Orthopedie en de orthopedische producten. Dit geldt zowel voor de kleine orthopedie als de grote orthopedie. Deze link zal blijven bestaan en als deze goed onderhouden wordt door LIVIT Orthopedie, dan blijft LIVIT Orthopedie voor alle orthopedische voorzieningen de leverancier van de ziekenhuizen.

# Cliëntencasussen

Om de informatie uit het verslag te bundelen worden in dit hoofdstuk twee cliëntencasussen uitgewerkt. In dit hoofdstuk wordt er alleen gekeken naar de betaling van de orthopedische producten en hoe deze betaald worden. Eerst via de Zorgverzekeringswet, de huidige wetgeving voor deze artikelen. Dan via de DBC’s, hypothetische huidige terugbetaling. En als laatste via de DOT-wetgeving. De eerste cliëntencasus gaat over klompvoeten. Deze zitten in het A-segment en hebben dus een vastgestelde prijs. De tweede cliëntencasus gaat over een heupbrace. Deze zit in het B-segment met vrije prijzen.

## Cliëntencasus 1 uit het A-segment: klompvoet.

De cliënt is een pasgeboren baby met klompvoetjes aan beide zijden en nu 2 maanden oud. Hij is verzekerd bij CZ met een basispakket en de aanvullende verzekering CZ basis(modelnummer: 8000103) De orthopedische chirurg twijfelt of de klompvoet is ontstaan door de stand in de baarmoeder of dat het een structurele klompvoet is. De chirurg start met de behandeling, want pas na drie maanden kan bepaald worden om welk soort klompvoeten dit gaat. Bijkomend probleem is, dat baby’s met klompvoetjes een hogere kans op heupdysplasie hebben. Uit de controle echo na drie maanden is gebleken dat deze baby heupdysplasie heeft.

Bij de behandeling van klompvoeten kunnen verschillende behandelingen gevolgd worden. De behandeling die hier gekozen is:

* Eerste consult,
* Beginnen met gipsredressie regelmatig wisselen om “mee te groeien”,
* Op de leeftijd van 3 maanden een speciale röntgenfoto(Er is sprake van een structurele klompvoet),
* Ook op de leeftijd van 3 maanden een echo van de heupen(Er is ook sprake van heupdysplasie),
* Aanmeten spreidbroekje,
* Spalken tot de operatie,
* Opereren tussen de leeftijd van 4 en 9 maanden,
* Postoperatief maatwerk arthrodese-koker,
* Aantal keer herhalingsconsult,
* Steunzolen vanwege achterblijvende resultaten van de operatie.

Bron: (Kinderorthopedie, z.d.)

De orthopedische voorzieningen in deze behandeling zijn:

* Een spreidbroekje type “Camp spreider”( € 149,69 per voorziening)
* Een maatwerk arthrodese-koker ( € 1.031,21 per voorziening)
* Kindersteunzolen( € 136,- per paar)
* Voor de rest van het leven steunzolen( € 155,- per paar)

### Terugbetaling via de Zorgverzekeringswet

Bij de vergoeding onder de Zorgverzekeringswet worden alle geleverde zorgactiviteiten apart gedeclareerd. Dit betekent dat Livit voor de orthopedische behandelingen gebeld wordt om aan te meten. Er is een aanvraag van de medisch specialist aanwezig. Het aanmeten wordt afgehandeld en het spreidbroekje en de loopkoker worden gedeclareerd door Livit bij de zorgverzekering. De steunzolen hebben een andere terugbetaling, omdat deze niet in het basispakket zitten van de zorgverzekering. De steunzolen worden bij Livit afgerekend( € 165,-) en de cliënt(of zijn ouders in dit geval) kunnen de factuur indienen bij CZ. In hun polisvoorwaarden staat dat steunzolen voor een deel vergoed worden namelijk € 55,- per jaar. Dit krijgt de cliënt terug van CZ. (CZ, 2010)

### Terugbetaling via de DBC

Voor terugbetaling via de DBC-systematiek moet gekeken worden welke voorzieningen onderdeel zijn van de behandeling. In dit geval zijn de voorzieningen die bij de behandeling horen het spreidbroekje en de loopkoker. Deze voorzieningen zijn onderdeel van de behandeling, omdat als de flowchart doorlopen wordt (Zie [Figuur 1](#Ref287601070)) bij stap 4( Een hulpmiddel dat uitwendig gebruikt wordt voor tijdelijk gebruik thuis of in het ziekenhuis onder verantwoording van een medisch specialist.) ja wordt geantwoord voor beide voorzieningen. Deze twee voorzieningen worden dus vergoed vanuit het ziekenhuis. Alleen zijn er twee verschillende DBC’s bij betrokken. Één voor de klompvoeten (de overkoepelende) en één voor de heupdysplasie (aanvullend). De steunzolen zijn voor permanent gebruik niet onder verantwoording van het ziekenhuis en moeten dus op dezelfde manier als in het vorige paragraaf gedeclareerd worden bij de zorgverzekering. Het ziekenhuis ontvangt van CZ € 3.364,99, zoals blijk uit tabel 6. Hiervan moeten de zorgactiviteiten betaald worden waaronder het orthopedisch bedrijf. Het orthopedisch bedrijf krijgt dan € 1.180,90 van het ziekenhuis voor het spreidbroekje en de arthrodese-koker.

Tabel 6: Prijs DBC bij Rijnstate

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ziekenhuis | Specialisme | Declaratie code | DBC-code | Diagnose | Honorarium medisch specialisten | Kosten Ziekenhuis | Totaal |
| Bron: Alysis zorggroep (Rijnstate, Velp) | Orthopaedie | 140144 / prestatiecode 05110020400113 | Reguliere zorg / / Klompvoet / Conservatief met klinische episode(n) | Klinisch onderzoek of behandeling door orthopedie | € 126,10 | € 2.825,38 | € 2.951,48 |
|  | Orthopaedie | 140142/ prestatiecode 05210017500111 | Vervolg / Congenitale dysplasie / luxatie / Conservatief poliklinisch | Poliklinisch onderzoek of behandeling orthopedie | € 135,58 | € 277.93 | € 413.51 |

### Terugbetaling via de DOT

Stel dat de DOT-wetgeving al van kracht is, dan omschrijft de behandelend arts zijn zorgactiviteiten:

* Eerste consult,
* Beginnen met gipsredressie regelmatig wisselen om “mee te groeien”,
* Op de leeftijd van 3 maanden een speciale röntgenfoto(Er is sprake van een structurele klompvoet),
* Ook op de leeftijd van 3 maanden een echo van de heupen(Er is ook sprake van heupdysplasie),
* Aanmeten spreidbroekje,
* Spalken tot de operatie,
* Opereren tussen de leeftijd van 4 en 9 maanden,
* Postoperatief maatwerk arthrodese-koker,
* Aantal keer herhalingsconsult,
* Steunzolen vanwege achterblijvende resultaten van de operatie.

De arts stuurt dit, als de behandeling afgesloten wordt, aan de verzekeraar en de verzekeraar bepaalt welk DOT-product dit is. De DOT-producten zijn nog niet bekend en de onderzoeker kan deze daarom niet verder uitwerken in dit onderzoek. Het ziekenhuis krijgt het geld van de verzekeraar. Nu moet het ziekenhuis zijn leveranciers nog betalen, bijvoorbeeld de orthopedische bedrijven.

## Cliëntencasus 2 uit het B-segment: heupbrace na heupprothese.

De cliënt is een oudere vrouw van 78 jaar en verzekerd bij Menzis. Mevrouw heeft primaire artrose in het heupgewricht. De behandelend arts stelt vast dat mevrouw een kunstheup nodig heeft. Na deze operatie krijgt mevrouw een heupbrace, de Hiptric, aangemeten. De Hiptric is een heupbrace van Össur. De Hiptric voorkomt dat de heup luxeert door abductiekracht op de heup te plaatsen. De abductiekracht vergroot naarmate de adductie groter wordt. De brace stelt de cliënt in staat om een paar stappen te zetten met een verlaagde kans op heupluxatie. (Össur, z.d.).

De behandeling is als volgt:

* Eerste consult,
* Röntgenfoto,
* Operatie met prothese,
* Controle röntgenfoto,
* Hiptric aanmeten,
* Controle afspraken,
* Heroperatie vanwege infectie,
* Controle röntgenfoto,
* Eventueel Hiptric aanmeten,
* Controle afspraken

Bron: (Rijnlandorthopedie, z.d.)

De orthopedische voorziening in deze behandeling is:

* De Hiptric van Össur( € 870,05 per voorziening)

### Terugbetaling via de Zorgverzekeringswet

Als de terugbetaling zou lopen via de Zorgverzekeringswet, schrijft de medisch specialist een verwijzing voor de Hiptric en vraagt aan Livit of zij de voorziening wil aanmeten. Livit meet de voorziening aan en declareert deze bij Menzis.

Na de heroperatie wordt de Hiptric nog een keer gebruikt. Waarschijnlijk is de Hiptric die mevrouw al heeft nog van voldoende kwaliteit. Als dit niet het geval is, kan de Hiptric gerepareerd worden door bijvoorbeeld de bandage te vervangen. Voor deze reparatie is een aanvraag van de medisch specialist of een motivatie van de orthopedisch adviseur nodig. Als de eerste Hiptric echt niet meer gebruikt kan worden na de tweede operatie, moet er een nieuwe aanvraag worden geschreven door de medisch specialist of een motivatie van de orthopedisch adviseur. Dit wordt gedeclareerd door Livit bij Menzis. Wordt deze aanvraag goedgekeurd dan krijgt LIVIT Orthopedie € 870,05 van Menzis.

### Terugbetaling via de DBC

Voor terugbetaling via de DBC-systematiek moet gekeken worden of de voorziening onderdeel is van de behandeling. In dit geval is de voorziening onderdeel van de behandeling. Deze voorziening is onderdeel van de behandeling, omdat als de flowchart doorlopen wordt (Zie [Figuur 1: Flowchart CvZ](#Ref287601070)) bij stap 4 (Een hulpmiddel dat uitwendig gebruikt wordt voor tijdelijk gebruik thuis of in het ziekenhuis onder verantwoording van een medisch specialist.) ja geantwoord wordt. Livit wordt betaald door het ziekenhuis. Als de behandeling uitgevoerd zou worden bij het ziekenhuis Rijnstate (Alysis) dan krijgt deze € 27 919,55 voor de zorgactiviteiten die zij uitgevoerd hebben van Menzis.(Zie [Tabel](#Ref292791027) 7) Het wettelijk vastgestelde honorarium voor de hoofdspecialist en de anesthesist zijn:

* 150189/eerste operatie: € 350,12
* 152642/tweede operatie: € 620,93

Dit honorarium krijgt de hoofdspecialist van de zorgverzekering en de hoofdspecialist betaalt dit aan zijn maatschap, maar als de specialist in loondienst is dan krijgt het ziekenhuis dit honorarium.

LIVIT Orthopedie krijgt € 870,05 van Menzis voor de geleverde Hiptric. Als er nog een tweede Hiptric geleverd wordt, krijgt LIVIT Orthopedie nog een keer € 870,05.

Een kleine notitie die gemaakt wordt is, dat als de eerste operatie niet geslaagd is door toedoen van de specialisten, Menzis de tweede operatie niet vergoedt volgens mevrouw M. Breedijk. (Bijlage IV)

Tabel 7: Heupoperatie bij Rijnstate

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ziekenhuis | Specialisme | Declaratie code | DBC-code | Diagnose | Honorarium medisch specialisten | Kosten Ziekenhuis | Totaal |
| Alysis zorggroep (Rijnstate, Velp) Bron: (Rijnstate, 2011) | Orthopaedie | 150189 | Gewrichtsslijtage bekken/heup/ bovenbeen | Operatie met klinische opname met gewrichts-prothese | € 559,66 | € 10.481,25 | € 11.040,91 |
| Orthopaedie | 152642 | Loslating/infectie/verkeerde positie prothese bekken/heup/ bovenbeen | Operatie met klinische opname met gewrichts-prothese | € 935,74 | € 15.942,90 | € 16.878,64 |

### Terugbetaling via de DOT

Stel dat de DOT-wetgeving al van kracht is dan omschrijft de behandelend arts zijn zorgactiviteiten:

* Eerste consult,
* Röntgenfoto,
* Operatie met prothese,
* Controle röntgenfoto,
* Hiptric aanmeten,
* Controle afspraken,
* Heroperatie vanwege infectie,
* Controle röntgenfoto,
* Eventueel Hiptric aanmeten,
* Controle afspraken

De arts stuurt dit, als de behandeling afgesloten wordt, aan de verzekering en Menzis bepaalt welk DOT-product dit is. De DOT-producten zijn nog niet bekend en de onderzoeker kan deze daarom niet verder uitwerken in dit onderzoek. Het ziekenhuis krijgt het geld van Menzis. Nu moet het ziekenhuis zijn leveranciers nog betalen, bijvoorbeeld de orthopedische bedrijven.

# Discussie

Er bestaat een discussie om een maximum tarief in te voeren in het B-segment. Nu is het in theorie mogelijk om te hoge prijzen te onderhandelen bij de zorgverzekeraars. Dit is natuurlijk niet wat men voor ogen had bij het invoeren van de DBC. Het doel is juist om ziekenhuizen te stimuleren goedkoper en efficiënter te werken. Het maximum tarief is daarmee in tegenspraak.

Een andere discussie is of de prothese bij een osteoïntegratie tot de DBC behoort of niet. Volgens de tabel van de CvZ ([Figuur 1: Flowchart CvZ](#Ref287601070)) horen alle inwendige of deels inwendige hulpmiddelen tot de behandeling en daarom tot de desbetreffende DBC. Dit is echter niet haalbaar, omdat de prothese-onderdelen bij intensief gebruik maar 2 á 3 jaar meegaan. En als er om de 2 á 3 jaar een nieuwe prothese moet komen dan lopen de kosten snel op en zal dit dus een dure DBC moeten worden. Ook is de maximale looptijd van een DBC één jaar. De prothese wordt dus levenslang gebruikt en dit betekent dat hij weer niet tot de desbetreffende DBC behoort. Een ander feit is dat bij een "gewone" amputatie de koker en de prothese ook niet tot de desbetreffende DBC behoren. Een mogelijke oplossing is om de implantaatpen wel tot de DBC te laten behoren, maar de protheseonderdelen niet.

Er is een ander probleem met de DBC's bij zorgverzekeraar Menzis. Menzis heeft als voorwaarde gesteld dat bij het voorschrijven van polsbraces aangetoond moet worden dat het gebruik voor het leven is. Als dit niet aangetoond kan worden, dan moet de polsbrace betaald worden uit de desbetreffende DBC. Het is echter moeilijk om van te voren aan te tonen dat het gebruik levenslang is.

# Conclusie

De conclusie uit dit onderzoek is, dat met de invoering van de DOT-wetgeving de zorgverzekeraars minder orthopedische voorzieningen via de Zorgverzekeringswet vergoeden. De vergoedingen van de orthopedische voorzieningen zullen plaatsvinden via de DOT-wetgeving. De zorgverzekeraars betalen de ziekenhuizen een bedrag. Dit bedrag wordt bepaald aan de hand van een aantal factoren: in welk segment valt de behandeling, de gemaakte kosten, het aantal betrokken medewerkers. De criteria waar de voorziening aan moet voldoen om tot de behandeling te behoren staan in de flowchart van de CvZ([Figuur 1)](#Ref293584552).

De invoering van de DOT-wetgeving staat gepland voor 1 januari 2012. Dan zullen ook veel behandelingen naar het B-segment gaan, wat een goede ontwikkeling is voor de orthopedische bedrijven. Dit is een gunstige ontwikkeling, omdat ziekenhuizen samen met de zorgverzekeraars de vergoedingen bepalen die het ziekenhuis krijgt. Hierdoor kan het ziekenhuis afdingen dat er ruimte in het bedrag komt voor orthopedische voorzieningen.

Een andere conclusie die getrokken wordt uit dit onderzoek is dat de DBC-systematiek onduidelijk is door de vele DBC’s/zorgroutes die beschikbaar zijn voor één diagnose. De verschillen tussen deze routes zijn minimaal. Ook is het verschil niet duidelijk tussen een aanvullende DBC en een overkoepelende DBC. Beide DBC’s hebben een gelijke nummerstructuur. Het verschil zit alleen in het woord “vervolg” in de omschrijving van de behandeling. De verwachting is dat dit duidelijker wordt nadat de DOT-wetgeving ingevoerd wordt. Bij de DOT-wetgeving bepaalt de zorgverzekering welke DBC er gekozen wordt en niet de behandelend arts. De behandelend arts hoeft alleen nog zijn gevolgde zorgactiviteiten aan te leveren bij de zorgverzekering.

Als de wetgeving duidelijker wordt, zal het advies van de Orthobanda om de DBC-systematiek nog niet door te voeren komen te vervallen. Een gevolg hiervan is dat de zorgverzekeringen strikter de wetgeving gaan naleven. De orthopedische voorzieningen die tot een DBC behoren zullen dan bekostigd worden door het ziekenhuis.

De conclusie uit de interviews is dat iedereen vindt dat de DBC-systematiek een grotere administratieve last veroorzaakt heeft. De verwachting van de geïnterviewde personen is dat dit duidelijker wordt met de invoering van de DOT-systematiek. Ook vinden alle personen dat de orthopedische bedrijven goede afspraken moeten maken met de ziekenhuizen. Één persoon vindt dat deze afspraken via de specialisten moet lopen. Een ander vindt dat de orthopedische bedrijven bij de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen aan tafel moeten zitten. De andere hebben dit niet gespecificeerd.

Ook zijn de gevolgen van de DOT-systematiek nog niet duidelijk volgens één geïnterviewd persoon. Het zou beter zijn om eerst één jaar schaduw te draaien. Tijdens dit schaduw draaien komen dan eventuele knelpunten, bijvoorbeeld tussen de ziekenhuizen en de orthopedische bedrijven, aan het licht.

Het is in ieder geval duidelijk dat er kansen liggen voor de orthopedische bedrijven met de invoering van de DOT-systematiek. Dit zal dan vooral in overleg met de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars onderzocht moeten worden volgens de geïnterviewde personen.

# Aanbevelingen

De aanbevelingen die uit dit onderzoek komen zijn op te delen in twee niveaus. Het maatschappelijk niveau en het bedrijfsniveau. In dit hoofdstuk komen allebei de niveaus in verschillende paragrafen aan bod.

## Maatschappelijk niveau

Het is gunstig om zoveel mogelijk behandelingen in het B-segment te plaatsen, omdat hiermee de marktwerking binnen de zorg maximaal gestimuleerd wordt. Als veel behandelingen vrij onderhandelbaar worden, dan regelt de markt zelf de prijs-kwaliteitverhouding. Echter om de marktwerking binnen de zorg te laten slagen, moet er ook een maatschappelijke verandering plaatsvinden. Mensen moeten zich meer bewust worden van hun zorgverzekeraar en wat de zorgverzekeraar doet voor hen. Cliënten moet zich bezig gaan houden met de geleverde kwaliteit van de zorgverzekeraar. Het is dan de taak van de zorgverzekeraars om zo goed mogelijke zorg te contracteren bij ziekenhuizen en andere bedrijven. Onder “andere bedrijven” wordt bijvoorbeeld het orthopedisch bedrijf verstaan. Als zorgverzekeraars gaan differentiëren, moet de maatschappij zich daar bewust van worden. Met differentiëren wordt bedoeld dat verzekeraars niet meer bij alle ziekenhuizen of ZBC’s contracten heeft, maar dat alleen bij bepaalde ziekenhuizen/ZBC’s hun cliënten terecht kunnen. Bij deze bepaalde ziekenhuizen/ZBC’s krijgen cliënten volgens de zorgverzekeraar goede zorg. De zorgverzekeraar is er namelijk bij gebaat cliënten zo goed mogelijk te laten helpen, omdat als het in één keer goed gaat de medische kosten beperkt blijven. Ook is voor de zorgverzekeraars de kwaliteit erg belangrijk, omdat als zij een goede kwaliteit kunnen afdwingen bij een bedrijf voor hun cliënten, zij hiermee kunnen adverteren.

Ook moeten de mensen in Nederland af van het idee dat zorgcentra onhandig en ver van huis zijn. Natuurlijk is het vervelend als iemand voor zijn behandeling 50 km moet reizen. Ook moet het bezoek van deze persoon dan ver reizen. Het voordeel is echter dat de gezondheidszorg veel beter wordt doordat de specialisten meer routine krijgen volgens mevrouw M. Breedijk(Bijlage IV). De prijs gaat naar beneden. Dit is goed voor de maatschappij, omdat de premie ook omlaag gaat. De kwantiteit neemt toe in bepaalde ziekenhuizen/ZBC’s. Hierdoor krijgt de behandelend arts meer ervaring met die operatie en maakt minder fouten. Hierdoor gaat de kwaliteit ook omhoog.

Ook zal een ander vergoedingssysteem voor bepaalde behandelingen goed zijn. Bij dit vergoedingssysteem zou de keuzevrijheid van de cliënt gestimuleerd moeten worden. Dit kan worden verwezenlijkt doordat de zorgverzekeraar het bedrag bepaalt dat de cliënt krijgt voor zijn behandeling. Wil de cliënt meer, dan moet deze extra betalen. Dan zal de marktwerking in de zorg een vogelvlucht nemen. Mensen bepalen dan zelf de prijskwaliteitverhouding. Nu is het namelijk zo dat mensen niet naar de prijzen kijken zoals die in dit verslag zijn uiteen gezet in de tabellen. Het maakt namelijk niet uit hoe duur de behandeling is, mensen betalen hun eigenrisico en de rest betaalt de zorgverzekering. Het is zo dat in de huidige systematiek de mensen wel beter kijken naar de kwaliteit. Bijvoorbeeld als in de ziekenhuizen een lange wachttijd is en in een ZBC is geen wachtlijst en kan de cliënt morgen al geholpen worden. Dan zal de cliënt eerder voor de ZBC kiezen.

## Bedrijfsniveau

Op bedrijfsniveau beperkt het onderzoek zich tot de veranderingen binnen LIVIT Orthopedie. LIVIT Orthopedie moet, zoals in het verslag aangegeven, in het ziekenhuis haar naam verbonden houden aan de orthopedische producten. Zowel voor kleine als grote orthopedie. Een mogelijkheid is een gipsverbandmeester aan te nemen of de huidige werknemers om te scholen naar een gipsverbandmeester en deze gipsverbandmeester uit te lenen aan ziekenhuizen.

Ook kan Livit zich specialiseren op bepaalde producten. Bijvoorbeeld een post- operatieve kniebrace kost Livit € 60,- inkoopprijs. Deze verkoopt Livit voor ongeveer € 250,- aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis is hiermee geholpen, omdat het postoperatief gipsen van een knie ongeveer € 200,- kost. Dan neemt door atrofie de omvang van het been af en moet opnieuw gegipst worden. Dit kost € 300,-. Bij elkaar is dit € 500,-. De kniebrace is verstelbaar en hoeft dus niet vervangen te worden. Als het been zover geatrofieerd is dat de brace toch te groot is, dan moet er een nieuwe aangemeten worden. Dit kan, omdat de prijs van de brace naar het ziekenhuis hoog genoeg is voor een ruime marge.

Andere ontwikkelingen die Livit in de gaten moet houden zijn de verplaatsing van de orthopedische branche naar de eerstelijnszorg. Als deze ontwikkeling zich doorzet, moet de kennis binnen het orthopedisch bedrijf van ziektebeelden en behandelingen omhoog. Dit is bijvoorbeeld te doen door Hbo’ers in te zetten als paskamermedewerkers. Hbo’ers van de opleidingen orthopedische technologie of bewegingstechnologie hebben een andere denkwijzen en meer achtergrond informatie dan paskamermedewerkers die uit de praktijk geleerd hebben.

# Literatuurlijst

Beers, C. (2010). Samen het beste voor de verzekerden. *Vakblad Orthopedische Techniek, 2010*(3), 6-7.

*CWZ.* (z.d.). Opgeroepen op december 29, 2011, van http://www.cwz.nl/patient/patientenzorg/prijzen/prijslijst.html

CZ. (2010, januari 1). vergoedingen overzicht per 01-01-2011. p. 2.

*DBC-onderhoud*. (z.d.). Opgeroepen op april 1, 2011, van http://www.dbconderhoud.nl/Ontwikkelen-van-de-DBC-systematiek/Cure/Kostprijsmodel

*DBC-onderhoud*. (z.d.). Opgeroepen op december 28, 2010, van http://www.dbconderhoud.nl/Over-de-DBC-systematiek/Voorgeschiedenis-van-de-DBC-systematiek

*DBC services*. (z.d.). Opgeroepen op maart 28, 2011, van http://www.dbcservices.nl/OverDBCServices/tabid/59/Default.aspx

DBO-CB-4-2682919,K.(2006). Stand van zaken invoering DBC’s. *kamerstuk 12-06-2006, VWS.*

Elkink, E. (2008). Eindwerk: Activiteit is geld. Nijmegen: Saxion Hogescholen

Jansen, M. (2011). *DBC-onderhoud.* Opgeroepen op maart 28, 2011, van http://www.dbconderhoud.nl/divers/Interview

*Kiesbeter.nl.* (z.d.) Opgeroepen op mei 10, 2011, van http://www.kiesbeter.nl/patienteninformatie/over-zorg-en-verzekeringen/over-zorgverleners/trombosedienst/wat-is-eerstelijnszorg/

*Kinderorthopedie*. (z.d.). Opgeroepen op april 6, 2011, van http://www.kinderorthopedie.nl/content/kinderorthopedie/klompvoet.asp

Klink, A. (2010). Verzoek van Vereniging van scoliosepatiënten voor de problematiek omtrent de behandeling van scoliose in Nederland. *Kamerstuk 21-05-2010, VWS*.

Langejan, T. J. (2010). Advies uitbreiding B-segment 2011. *Kamerstuk 23-02-2010, VWS*.

*Marktscan uitgevoerd door de Nza*. (2011). Opgeroepen op maart 25, 2011, van http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/02/02/medisch-specialistische-zorg-weergave-van-de-markt-2006-2010.html

*Medinova*. (z.d.). Opgeroepen op maart 23, 2011, van http://www.medinova.com/verzekerde-zorg

*Nza*. (z.d.). Opgeroepen op december 31, 2010, van http://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet/

*Nza*. (z.d.). Opgeroepen op maart 28, 2011, van http://www.nza.nl/regelgeving/prijsindexcijfers/

*Nza*. (2011). Opgeroepen op maart 28, 2011, van http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/actueel/B-segment-kan-verder-worden-uitgebreid/

*Össur*. (z.d.). Opgeroepen op april 10, 2011, van http://www.ossur.nl/Orthesen/Heup/Hiptric

*Rijksoverheid*. (z.d.). Opgeroepen op maart 25, 2011, van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prestaties-belonen-in-ziekenhuizen

*Rijksoverheid*. (z.d.). Opgeroepen op mei 23, 2011, van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz

*Rijksoverheid*. (2011). Opgeroepen op maart 25, 2011, van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prestaties-belonen-in-ziekenhuizen/nieuws/2011/03/14/belonen-naar-prestatie-voor-ziekenhuizen%5B2%5D.html

*Rijksoverheid*. (z.d.). Opgeroepen op maart 28, 2011, van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prestaties-belonen-in-ziekenhuizen/prestatiebekostiging

*Rijnlandorthopedie*. (z.d.). Opgeroepen op april 11, 2011, van http://www.rijnlandorthopedie.nl/content.asp?id=132

*Rijnstate.* (2011). Opgeroepen op december 29, 2010, van http://www.rijnstate.nl/web/Rijnstate-3/Vergoedingen-verzekeringen.htm

Stevens, S. C. (2009). De diagnose gesteld Een onderzoek naar de betekenisgeving aan de Diagnose Behandel Combinatie bij Tergooiziekenhuizen. *Faculty of Law, Economics and Governance Theses*, 5. Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisatiewetenschap, Utrecht, Nederland.

*St. Maartenskliniek*. (2010). Opgeroepen op maart 25, 2011, van http://www.maartenskliniek.nl/praktische-info/tarieven-en-vergoedingen/opdbccodezoeken/?query=05111820213&fieldfullname-Omschrijving=&url=http%3A%2F%2Fwww.maartenskliniek.nl%2Fdbc%2F&mediasurface\_target=%2Fpraktische-info%2Ftarieven-en-vergoedingen%2Fopdb

*Tariefapplicatie van de Nza*. (z.d.). Opgeroepen op februari 11, 2011, van http://ctg.bit-ic.nl/Nzatarieven/top.do

*UMCN*. (2010). Opgeroepen op december 29, 2010, van http://www.umcn.nl/Zorg/Documents/Standaardprijslijst%20B-segment%202010%20020-0700.xls

van Beek, C. C. (2009). Advies uitbreiding B-segment. *Kamerstuk van 27-10-2009, VWS*.

van Belleghem, H., & Redel, M. (2011). De voordelen van DOT. *Medisch contact*, pp. 327-329.

van Liebergen, B. (2010). De commissie "Markt & Regels" wat doet deze nu eigenlijk? *Vakblad Orthopedische Techniek, 2010*(3), 15.

*Verzekeringshandboek Livit (bijgewerkt t/m 31-mrt '11).* (2011). Arnhem: Livit.

*Wetten.overheid.nl*. (2005). Opgeroepen op december 31, 2010, van http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/geldigheidsdatum\_31-12-2010#Hoofdstuk3

*wetten.overheid.nl*. (z.d.). Opgeroepen op april 6, 2011, van http://wetten.overheid.nl/BWBR0027627/geldigheidsdatum\_27-04-2010#Artikel5

*www.handy-wijzer.nl*. (z.d.). Opgeroepen op maart 18, 2011, van http://www.handy-wijzer.nl/searchall.asp?ac=view&scriptname=searchall&idname=OID&idvalue=124021&OID=124021&recnum=1&paging=1&@filter=dbc&@include\_products=on&@include\_brands=on&@include\_class=on&@include\_organisations=on&@include\_pages=on&@extended=&@user

# Bijlage I: Interview met de heer E. Simons

1. **Wat is uw taak binnen LIVIT Orthopedie?**

Ik ben vestigingsmanager van LIVIT Arnhem. (tijdens dit onderzoek een verandering van functie)

1. **Wat is een nuttig onderzoek voor het bedrijf?**

Een onderzoek naar de DBC-systematiek zou goed zijn voor LIVIT Arnhem. Er gaan dingen veranderen rond de terugbetaling van orthopedisch voorzieningen. De heer E. Simons vindt de DBC-systematiek een interessant onderwerp en een onderzoek hierna kan voordelig zijn voor Livit.

1. **Waarin verandert er dan iets?**

Er worden clusterprijzen bepaald voor de vergoeding van bepaalde orthopedische voorzieningen. Kort gezegd komt het geld niet meer van de zorgverzekeringen, maar van het ziekenhuis. De heer E. Simons is benieuwd naar de aankomende veranderingen.

Bijvoorbeeld: Het ziekenhuis krijgt € 400,- om een heupdysplasie te behandelen. Een spreidbroekje kost € 200,-. Een arts kan dus ook zeggen dat de baby breed geluierd moet worden. Dit brengt geen extra kosten met zich mee.

Of bij een gescheurde knieband krijgt het ziekenhuis € 900,- en een kniebrace kost ± € 1000,-.

Ook de patiëntenorganisaties hebben een zorg. Deze vragen zich af of de arts nog een goede beslissing kan maken als hij ook zijn budget in de gaten moet houden.

1. **Is daar enige informatie over te vinden?**

Er is een werknemer binnen LIVIT Arnhem die zich al eerder verdiept heeft in de DBC-systematiek, S. Claassen. S. Claassen zit ook de Fontys en doet daar de duale HBO opleiding tot orthopedisch adviseur.

1. **Welke cliëntencasussen zijn interessant? Liefst één uit het A-segment en een uit het B-segment.**

De Hiploc brace wordt gegeven na een heupoperatie met prothese. Deze moet er- voor zorgen dat de heup niet uit de kom schiet. De brace doet dit door de heup in abductie te houden.

De klompvoet is ook interessant, omdat hier een mix is van voorzieningen die wel bij de DBC horen en die er niet bij horen. Welke in welk segment zitten weet de heer E. Simons niet.

# Bijlage II: Interview met de heer M. van Willigen

1. **Wat is Uw taak binnen LIVIT Orthopedie?**

Ik ben directeur Marketing & Sales binnen LIVIT. (tijdens dit onderzoek een verandering van functie)

1. **Afspraken van de Orthobanda?**

De Orthobanda zit om tafel met de zorgverzekeraars/CvZ(College voor Zorgverzekeraars) om de toekomst te bespreken en niet om contract onderhandelingen te maken met de zorgverzekeraars. Dit geschiedt tussen de individuele bedrijven en de verschillende zorgverzekeraars.

Tijdens de contractonderhandelingen worden de algemene voorwaarden van de verschillende verzekeringen rondgestuurd, dit is rond november. De individuele bedrijven kunnen hierop reageren en aangeven wat zij willen veranderen. De bedrijven voeren dus ongeveer 8 verschillende onderhandelingen, maar de verzekeraars onderhandelen met elk bedrijf apart. Het kan zijn dat de contractonderhandelingen verschillend verlopen voor verschillende bedrijven, maar het kan dan als nog dat iedereen hetzelfde contract krijgt. Het kan zijn dat de verzekering hetzelfde contract opstelt dat voldoet aan de eisen van verschillende bedrijven.

1. **Algemeen contract?**

Er is in het begin een algemeen contract en de bedrijven stellen hier dan weer voorwaarden aan. Dan wordt waarschijnlijk van al deze voorwaarden één contract gemaakt waar iedereen tevreden mee is.

UVIT differentieert wel tussen de verschillende bedrijven. Hierbij let zij dan op kwaliteit. Onder kwaliteit verstaan zij de levertermijn of de bijgeleverde service, zoals schoenpoets of extra klittenband. Voor deze geleverde kwaliteit wordt dan een hoger bedrag betaald.

Marc zijn verwachtingen zijn dat op termijn meerdere zorgverzekeraars gaan differentiëren of misschien helemaal geen contracten meer aangaan met bedrijven zonder extra kwaliteit.

Dit doen de zorgverzekeraars nu ook al een beetje, zoals Achmea. Achmea heeft op haar website een lijst van ZBC's (zelfstandige Behandel Centra)/ Ziekenhuizen, waar hun klanten goede ervaringen hebben. Ook hebben andere verzekeraars een lijst van topklinische centra. In deze topklinische centra vindt de zorgverzekeraar dat de zorg goed is voor zijn klanten.

1. **Wat vindt U van de ZBC ontwikkeling?(met betrekking op de orthopedie contracten)**

De contractonderhandelingen vinden gedeeltelijk plaats vanuit het hoofdkantoor, maar met de kleinere ZBC's wordt vanuit de vestigingen onderhandeld. Voorbeelden van grote bedrijven zijn:

* Bergmankliniek: Naarden en Bilthoven
* Medinova: Rozendaal, Breda, Rotterdam, Haarlem

De afspraken worden niet centraal met het bestuur van de kliniek gemaakt, maar de afspraken moeten gemaakt worden met de artsen. Het is namelijk aan de artsen of zij hun cliënten doorverwijzen naar een orthopedisch bedrijf. Het wordt dus wel gestimuleerd om als vestiging afspraken te maken met artsen van ZBC's, maar sommige artsen zien de orthopedie niet als meerwaarde. Bijvoorbeeld bij kliniek Klein Rozendaal werden in het verleden altijd korsetten geleverd bij elke hernia operatie, omdat de behandelend arts dit zag als servies/meerwaarde. Nu zit er een behandelend arts die het nut van de korsetten niet inziet en het niet meer standaard voorschrijft.

1. **Een voorstel? Om korsetten te leveren bij die cliënten die het wel nodig hebben, bijvoorbeeld van de 100 operaties hebben 20 mensen een korset nodig en hier dan met budgetafspraken over maken.**

Waarschijnlijk niet haalbaar, omdat deze 20 cliënten niet standaard zijn. De discussie bestaat of deze uitzonderingen onder de DBC's vallen. Ook is in alle DBC's een stukje opgenomen voor deze calamiteiten. Voorbeeld: 2 á 3 % van alle heupoperaties gaat fout en moet er gebruik gemaakt worden van een heupabductiespalk. In alle 100 % van de DBC's is een extra prijs berekend voor die 2 á 3 %. Heeft het ziekenhuis of het ZBC maar 2 % die fout gaan dan hebben zij meer winst. Dit is eerlijk, want dit betekent dat de kwaliteit hoger is.

De 2 á 3 % die fout gaan, worden apart gedeclareerd bij de zorgverzekeraars, omdat deze dus eigenlijk geen onderdeel zijn van de DBC, omdat de complicatie waarschijnlijk levenslang/chronisch is.

Het gevaar is dan wel om alle moeilijke cliënten door te sturen naar UMC's of perifere ziekenhuizen. Als gevolg hiervan zijn de budgetten van UMC's hoger dan die van perifere ziekenhuizen. ZBC's mogen zelf hun prijs bepalen.

ZBC's zijn over het algemeen wel goedkoper, omdat ziekenhuizen hoge facilitaire kosten hebben. ZBC's hebben deze kosten niet, omdat zij maar een paar behandelingen doen. En daarom niet op alles hoeven voorbereid te zijn.

**Is het niet, zoals eerder vernoemd, gevaarlijk omdat ZBC's moeilijke cliënten doorsturen naar de ziekenhuizen dat de ziekenhuizen niet meer kunnen concurreren met de ZBC's?**

Ja, in principe wel, omdat bijvoorbeeld bij een redressiehelm: het ZBC of het perifere ziekenhuis doet twee consulten die € 75,- kosten. Maar is er nu een redressiehelm nodig, die kost € 1000,-, dan verwijst het ZBC of het perifere ziekenhuis de cliënt door naar een UMC of een topklinisch centrum. Het gevolg hiervan is dat het UMC of het topklinisch centrum hoge kosten heeft. Dit is op te lossen door iedereen door te sturen naar een UMC of topklinisch centrum of ervoor te zorgen dat het budget van deze twee omhoog gaat. Dit is te verwezenlijken door de behandeling in het B-segment te plaatsen, zodat de UMC's en topklinische centra zelf met de zorgverzekeringen kunnen overleggen over de vergoeding en ook rekening kunnen houden met het vorige feit.

ZBC's doen de grote bulk van operaties en dit ontlast de ziekenhuizen. Hierdoor zullen er misschien wel minder ziekenhuizen komen, maar de kosten zullen wel lager blijven. Dit is nodig door de vergrijzing van Nederland. Over 40 jaar is het aandeel werkende op een oudere 2:1. De zorg moet dus efficiënter en goedkoper. De enige oplossing die Marc ziet is het gebruik van ZBC's. Deze gaan dan wel steeds meer op zorgfabrieken lijken. Een doel is dan bijvoorbeeld om 10 heupoperaties op één dag te doen. Met als gevolg dat de behandelend arts een goede routine krijgt en er weinig complicaties optreden.

Bij eventuele complicaties wordt het orthopedisch bedrijf gebeld en gaat langs bij het ziekenhuis/ZBC en meet een voorziening aan. De vergoeding gaat in eerste instantie via hulpmiddelen zorg, maar wijst de zorgverzekeraar dit af dan gaat de declaratie naar het ziekenhuis. Het nadeel als de DBC-systematiek doorgevoerd wordt is, dat het aantal bedrijven waar Livit declareert stijgt van acht zorgverzekeraars naar 200 á 300 zorginstellingen. Ook gebeuren de declaraties nu, bijvoorbeeld bij Achmea, automatisch. Het gevolg hiervan is dat het aantal administratieve medewerkers explosief stijgt.

Een voordeel van deze ontwikkeling is dat bij de ZBC's de wachttijden minder lang zijn dan in de ziekenhuizen. Ook de kwaliteit is, door het grotere aantal en de ervaring van de arts, hoger. Alleen moet de mentaliteit veranderen. De ziekenhuizen moeten meer bedrijfsgericht denken en ze moeten kijken naar hoe kunnen zij klanten aan zich binden. Ook de ZBC's moeten veranderen, bijvoorbeeld door reclame te maken voor hun kliniek, met alle voordelen die zij hebben ten opzichte van de reguliere ziekenhuizen.

Ook de mensen zelf moeten anders naar de zorg kijken. Zij moeten de verschillende klinieken en ziekenhuizen vergelijken met elkaar op kwaliteit en wachttijden. En ook zouden zij de verschillende zorgverzekeraars met elkaar vergelijken. Bijvoorbeeld op service of levertijden wat zij bij de verschillende bedrijven hebben bedongen.

Hierin is ook een taak weggelegd voor het orthopedisch bedrijf namelijk het bewaken van de kwaliteit, omdat het orthopedisch bedrijf verantwoordelijk is voor het product dat zij aflevert. Er moet een juiste balans gevonden worden tussen kwaliteit en levertijden. Dit moet allemaal ter sprake komen in de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars. Of de DBC-systematiek hiervoor het juiste middel is weet de heer M. van Willigen niet, omdat de DBC-systematiek of soortgelijke systemen gefaald hebben in andere landen, bijvoorbeeld in Canada en Groot-Brittannië.

1. **DOT?**

Het DOT-systeem heeft zeer veel positieve punten, bijvoorbeeld het factureren achteraf. Veel fouten werden gemaakt bij de DBC-systematiek bij het inschatten van de behandeling. Als de cliënt bij de arts binnenkomt is het vaak nog niet duidelijk welke behandeling gestart moet worden en werd dus een DBC gekozen. In deze DBC kan dan beter iets budget overblijven dan dat het te krap blijkt te zijn aan het eind van de behandeling. De DOT factureert achteraf, dit wil zeggen dat de arts de gedane behandeling bijhoudt en omschrijft en dit doorstuurt naar de zorgverzekering. De zorgverzekering zal vervolgens de juiste DOT erbij kiezen.

1. **Orthopedie eerstelijnszorg?**

Dit idee bestaat al langer en het moet los gezien worden van de invoer van de DOT-systematiek. Als dit doorgevoerd wordt dan zullen de kleine orthopedische voorzieningen meer verkocht worden, maar meer in het Retail idee. De omzet zal wel iets stijgen, maar de winst zal door deze verandering niet veel stijgen. De maatschappij moet echter veranderen namelijk de orthopedie moet gelinkt worden met problemen aan het bewegingsapparaat. Zoals de problemen met de ogen gelinkt worden aan de opticien of als er problemen zijn met het gehoor dan denken we aan de audicien. Om dit te verwezenlijken moet de orthopedie ook veranderen. Bijvoorbeeld er moet reclame gemaakt worden en er moet geïnvesteerd worden in andere dingen, zoals bereikbaarheid.

De visie van Livit hierop is dat de klein- & groot orthopedie samen moet blijven in een bedrijf, omdat als je goede ervaringen hebt met klein orthopedie, dan ga je sneller naar Livit toe voor groot orthopedie en andersom.

Een ander voordeel is dat de preventie vergroot. Bijvoorbeeld met schoenen voor diabetici. Als deze schoenen vrij verkrijgbaar zijn dan zullen mensen deze meer en eerder gaan dragen met als gevolg dat er minder amputaties nodig zijn ten gevolge van diabetes mellitus. Ook zal als gevolg van de vrije verkrijgbaarheid de prijs dalen en de kwantiteit stijgen.

Ook moet de kennis binnen het bedrijf omhoog en dan moet de branche die kennis ook naar buiten uitdragen, zodat huisartsen ook hun cliënten doorverwijzen naar de orthopedische bedrijven.

De ontwikkeling om de orthopedie naar de eerstelijnszorg te verplaatsen heeft als effect, als alle hierboven genoemde veranderingen doorgevoerd zijn, dat er geld wordt bespaard voor de zorgverzekeringen en de maatschappij. Dit kan alleen doorgevoerd worden door over leg tussen de branche en de zorgverzekeraars en dan met de verzekeraars als regisseur van deze veranderingen.

**Orthopedie in het B-segment?**

Om de orthopedie in het B-segment te plaatsten is een goede ontwikkeling, alleen zijn er zorgen met bijvoorbeeld de verpleeghuizen. Nu krijgen de verpleeginstellingen een vast budget waar de vaste kosten van worden bepaald, zoals het verplegend personeel of het eten. De hulpmiddelen worden per cliënt betaald uit de AWBZ via een zorgkantoor. Met deze AWBZ kunnen de instellingen via een zorgkantoor alle hulpmiddelen per cliënt vergoedt krijgen. Als dit systeem verandert door de DBC/DOT dan krijgt het verpleeghuis maar een beperkt budget per cliënt en zal de zorginstelling dus voorzichtiger met het geld omgaan.

Waar de instelling op kan besparen is in plaats van een hele gang vol met rollators nog maar vijf rollators per gang of met speciale schoenen het onderscheid maken met cliënten en de mate van gebruik. Als bijvoorbeeld iemand de schoenen alleen gebruikt om van het bed naar het toilet te gaan. Dan krijgt deze cliënt, zoals iedereen, elke 6 maanden vernieuwing. Maar omdat dit niet nodig door het geringe gebruik, dan zal de cliënt bijvoorbeeld 3 jaar met de schoenen doen. Dit is natuurlijk funest voor de omzet van het orthopedisch bedrijf.

Een ander gevaar komt van de ziekenhuizen. Zij kunnen ervoor kiezen om de doosjes orthopedie niet meer via het orthopedisch bedrijf te bestellen, maar via gipsverbandmeester te leveren. De groot orthopedie blijft waarschijnlijk wel bij het orthopedisch bedrijf.

Om dit probleem op te lossen kan Livit een gipsverbandmeester leveren aan verschillende ziekenhuizen voor een bepaald aantal uren.

1. **Andere verandering die staat te gebeuren?**

Marc denkt dat we niet ver verwijderd zijn van cliënt gestuurde zorg. Dit wil zeggen dat de cliënt een budget toegewezen krijgt en daar zelf zijn zorg van mag betalen. Wat er over heen gaat dat moet hij dan zelf bij leggen. Want het in nu zo dat als de cliënt bijvoorbeeld een C-leg wil, en hij komt hier niet voor in aanmerking, dat hij alles zelf moet betalen. Terwijl als hij een "gewone" prothese koopt dan krijgt hij alles (€ 5000,-) vergoed. Eerlijker zou zijn als de cliënt € 5000,- zou krijgen en de rest zelf bij moet leggen. De zorgverzekeraars geeft als argument dat een duurdere voorziening ook hogere onderhoudskosten met zich meebrengt. Dit zou opgelost kunnen worden door een soort onderhoudscontract af te sluiten met het orthopedisch bedrijf.

1. **Aanbevelingen?**

Hoe wordt het honorarium berekend? en welke invloed heeft de status van de zorginstelling ermee te maken?

* Alysis: Maatschap Topklinisch centrum
* Canisius: Maatschap Perifeer ziekenhuis
* Radboud: Maatschap UMC
* St. Maartens kliniek: Loondienst Academisch
* Kliniek Klein Rozendaal ? ZBC

Waarom kiest Nederland toch voor het DBC-systeem terwijl het in andere landen fout is gegaan?

# Bijlage III: Interview met de heer H. Wijnen

1. **Bij welk bedrijf bent U werkzaam?**

Bij Rijnstate als klinisch geriater.

1. **Wat zijn Uw werkzaamheden ten opzichte van de DBC?**

Dagelijks werk ik met oudere mensen, bijvoorbeeld medebehandelaar voor heupbreuk.

1. **In hoeverre bent U betrokken bij het A-segment en het B-segment DBC-systematiek(voorbeeld)?**

Ik ben medebehandelaar bij een heupoperatie, met klinische opnamen, daarvoor open ik een DBC “medebehandelaar heupfactuur”. Dit zit in het B-segment, maar kan ook in het A-segment vallen als de heupoperatie een niet electieve operatie is. Het is een nieuwe constructie wat hier gebeurt. Het is een proef met 7 bedden. Deze bedden worden gedeeld met orthopeden. Voor de rest heb ik niet veel met DBC te maken.

1. **Gebruikt U de DBC? Zo ja, Hoe vaak gebruikt U de DBC-systematiek?**

Niet zo vaak, omdat de geriatrie nog een beetje buiten de DBC vallen. Dit is omdat oudere mensen vaak een gecompliceerde diagnose hebben.

1. **Wat is Uw mening ten opzichte van de DBC? Zijn er minder regels gekomen met de DBC?**

Ik denk dat het doel van de DBC’s is om een financiële prikkel te geven aan de ziekenhuizen om goedkopere zorg te gaan leveren. Helaas geven de DBC’s dus geen kwalitatieve prikkel en blijft dat een beetje achter.

Ik vind eigenlijk dat de DBC gefaald hebben door de mindere invloed uit te oefenen op kwaliteit, maar meer een financiële prikkel is geworden voor specialisten. Ook is de administratieve last van het ziekenhuis groter geworden. De DBC’s die gekozen worden door de specialisten moet eerst gevalideerd worden en dan gefactureerd aan de zorgverzekering. Ondanks de validatie krijgt het ziekenhuis nog veel terug van de zorgverzekering, Er klopt dan iets niet met de combinatie van de uitgevoerde verrichtingen en de gekozen DBC.

Om dit te voorkomen heeft Rijnstate een systeem genaamd “value care”. Dit systeem controleert automatisch bij de invoer van de DBC in de computer of deze overeenkomt met de gedane verrichtingen.

Ik denk wel dat de zorg inzichtelijker is geworden door de invoer van de DBC-systematiek. Want de kosten van het ziekenhuis komen nu niet meer vanuit een grote pot, maar worden gespecificeerd naar behandelingen.

**Is er veel concurrentie tussen ziekenhuizen?**

De concurrentie in de zorg is minimaal tussen de ziekenhuizen in een regio. De concurrentie die er is gaat over het adherentiegebied van ziekenhuizen. Bijvoorbeeld voor Rijnstate: Renkum(tussen Arnhem en Ede/Geldersevallei), Elst(tussen Arnhem en Nijmegen/Canisius). Ook in de nieuwbouw wijken van Arnhem is er concurrentie voor ziekenhuizen. Dit gaat dan vooral over de electieve zorg. Er is wel veel concurrentie tussen ziekenhuizen en ZBC. Het gevolg hiervan is dat het ziekenhuis zelf ZBC opzet voor de ze behandelingen een voorbeeld is de rug poli.

Echter ZBC’s hebben geen IC(intensive care) dus zijn nemen geen risico’s. Patiënten die een groot risico hebben worden doorgestuurd naar de ziekenhuizen.

**Dus ZBC halen makkelijke patiënten binnen waarvoor ze veel geld krijgen?**

Ja, hierdoor halen zij veel geld op, maar het ziekenhuis heeft een zorgplicht voor deze moeilijke patiënten. Hiervoor krijgen de ziekenhuizen ook extra geld.

**U zei eerder dat het nu meer om prijs gaat en minder over de kwaliteit. Zijn de zorgverzekeraars niet de organisatie die de kwaliteit moet garanderen voor kun klanten?**

Ik denk dat de zorg niet inzichtelijk genoeg is om kwaliteit te koppelen aan de prijs. In de zorg zijn er wel projecten om de kwaliteit te verhogen, maar dit staat los van de DBC-systematiek.

Bijvoorbeeld kan de kwaliteit verhoogd worden door gespecialiseerde centra. Een centrum voor amputaties moet van de zorgverzekeraars minimaal 200 amputaties per jaar uitvoeren, zodat de specialisten die daar werken genoeg oefening krijgen.

1. **Wat is het grootste voordeel van de DBC-systematiek?**

De DBC heeft niet veel voordeel voor artsen in dienstverband (loondienst, aantal uur per maand vast bedrag per maand). Maar voor artsen met een maatschap is het honorarium belangrijk. De hoogte van het honorarium bepaald namelijk de hoogte van zijn salaris.

Een voordeel dat de DBC gebracht heeft is in het B-segment. Voor deze behandelingen is men nog eens goed gaan kijken of verrichtingen nodig zijn die gedaan worden in een behandeling. Deze verandering is alleen in het B-segment. In het B-segment is de zorg dus efficiënter geworden. Een nadeel is dan wel dat meer handen aan het bed meer geld kosten en dit is dus minder geworden.

**Is het dan voordelig om het B-segment uit te bereiden?**

Voor de electieve/geplande zorg wel, omdat er dan meer druk komt om efficiënter te werken. Voor acute zorg is het niet mogelijk. Ook is het nu zo dat het B-segment voor de specialist vaak gunstig is, maar dat het ziekenhuis op deze behandelingen moet inleveren. Deze winst wordt dan weer gehaald uit het A-segment wat weer gunstiger is voor het ziekenhuis.

**Maar in het B-segment zijn de prijzen vrij onderhandelbaar?**

Ja, maar het ziekenhuis wil de behandelingen zo scherp mogelijk prijzen voor de zorgverzekeringen. En bij de zorgverzekeringen staat de kwaliteit nog niet boven aan het lijstje. De zorgverzekeringen beconcurreren elkaar vooral op prijzen.

1. **Wat is het grootste nadeel van de DBC-systematiek?**

Door de financiële prikkel, die de DBC opwekt, kiezen specialisten wat gunstig is voor hun eigen portemonnee en niet voor het budget van het ziekenhuis. Bijvoorbeeld als het honorarium van een dag opname hoger is dan dat van een klinische behandeling. Dan zou een specialist eerder kiezen voor een dag opname.

De DBC sturen dus ook de zorg. Wat het gunstigste is voor de specialist wordt vaker gekozen dan een minder gunstige DBC.

En zoals ik al eerder zei is de administratieve last is erg toegenomen. Waardoor veel mensen van het bed worden gehaald en achter een bureau zijn komen te zitten om lijstjes invullen.

1. **Maakt U nu gebruik van een orthopedisch bedrijf? Wordt er in de toekomst, als de DOT doorgevoerd wordt, nog gebruik gemaakt van het orthopedische bedrijf in zijn huidige vorm?**

De brace of orthopedisch product valt in het ziekenhuis deel. En de specialist hoeft hiermee geen rekening te houden bij zijn keuze. Wel een beetje, omdat het ziekenhuis de behandeling moet goedkeuren, maar in regel bepaald de specialist de behandeling. Ook speelt de afdeling inkoop rol in het inkopen van orthopedische voorzieningen, maar specialist adviseert de afdeling inkoop. Hierdoor heeft het ziekenhuis nog een slag om de arm.

**Denkt U dat er meer of minder hulpmiddel voorgeschreven worden als vee behandelingen naar het B-segment gaan?**

Er zullen nog steeds hulpmiddelen voor geschreven worden, maar de concurrentie in de toeleveranciers van de ziekenhuizen zal toenemen. De prijs zal dan ook belangrijker zijn dan kwaliteit.

1. **Bent U bekend met DBC Op weg naar Transparantie(DOT)?**

Ja

1. **Vindt U dat de wetgeving met de invoer van de DOT duidelijker wordt?**

Er komen misschien wel minder regels door dat er een gemiddelde prijs ingevoerd wordt. Maar de zorg wordt er niet inzichtelijker door. Omdat er een DOT-product is voor een aantal behandelingen. De DOT is vergelijkbaar met bankencrisis. Bij de bankencrisis zijn er zijn een aantal hypotheken die worden allemaal op een hoop gegooid. Dit gebeurt nu ook met de DBC’s deze worden gemengd met elkaar. Het wordt dus minder overzichtelijk wat er allemaal in een DBC zit. Een ander nadeel is dat bijvoorbeeld hartfalen een standaard DBC wordt voor verschillende specialismen. Een cardioloog en een geriater krijgen dus allebei even veel tijd voor de behandeling. Alleen is een cardioloog die met voor de rest gezonden mensen werkt minder tijd kwijt dan een geriater, omdat een geriater met oudere mensen werkt die misschien hulp nodig hebben bij aan- en uitkleden of die niet alles in een keer snappen.

Ook wordt er door de specialisten alleen gekeken naar de tijd die er nodig is om een patiënt te behandelen en niet naar de kwaliteit. Het is dus zaak voor de specialist om zoveel mogelijk patiënten te zien in een zo kort mogelijke tijd. Dit geld vooral voor specialisten die in een maatschap zitten. De specialist heeft een ander doel dan het ziekenhuis. Alleen bepaald de specialist de DBC. Dit kan bij de DOT ook nog ondanks dat de zorgverzekeraar de juiste DBC kiezen bij de verrichtingen, want de specialist kan de behandelstappen nog steeds sturen naar de voor hem gunstigste DBC.

De administratieve last zal wel afnemen voor de specialist en het ziekenhuis.

# Bijlage IV: Interview met mevrouw M. Breedijk

**1.       Wat is Uw functie bij de Menzis?**

Inhoudelijk adviseur hulpmiddelen van onder andere  pro-orthese, Menzis

**2.       In hoeverre bent U betrokken bij de DBC-systematiek?**

Ik werk samen vanuit de prothese en de orthese met de afdeling inkoop ziekenhuizen. Deze regelt de contractering van de DBC’s. De inhoud van de DBC wordt landelijk vastgesteld, maar hoe dat tot stand komt  weet ik niet precies. Ik heb niet direct te maken met de samenstelling. De afdeling inkoop ziekenhuizen weet meer van de DBC-systematiek.

**3.       Wat is Uw mening over de DBC-systematiek?**

De DBC-systematiek is gecompliceerd. Er zijn namelijk 30.000 DBC’s. Dit verandert met de DOT-wetgeving, dan verandert dit naar 4000 DOT-producten. De hulpmiddelen zitten in een klein deel van deze producten.

Mijn mening van de DBC-systematiek is dat er veel kansen zijn voor de eigen invulling van de behandelend arts. Hiermee kunnen de behandelend artsen hun eigen prioriteiten stellen of hun eigen behandeling kiezen.

Ook is door de DBC de hoeveelheid ligdagen nog eens nader bekeken. Hierdoor is de hoeveelheid ligdagen afgenomen. Op de vraag of de zorgverzekeraar aan stuurt op het behandelen met minder ligdagen moet je bij de afdeling ziekenhuizen inkoop zijn.

Wat Menzis ziet als kans binnen de DBC-systematiek is het vormen van specialistisch centra. Bijvoorbeeld voor prothesevoorziening van de arm. Dit is vrij specifieke zorg, omdat er maar ongeveer 200 prothesevoorzieningen voor de arm per jaar zijn, en hier vallen ook herhalingsvoorzieningen onder. Het aantal amputaties is dus nihil. Het is dus van belang de kennis te bundelen in enkele centra. Het is dan voor de centra zinvol te investeren in voorlichtingsmateriaal en kennis van orthopedisch instrumentenmakers en behandelaars. Als hiervoor een centrum komt, dan krijgt dit centrum veel ervaring in het maken van armprotheses. Een probleem is echter het dunbevolkte deel van Nederland. Deze mensen moet dan ver reizen voor specialistische zorg. Hier kan bijvoorbeeld de keuze gemaakt worden om in het ziekenhuis van bijvoorbeeld Delftzijl alleen nog ondersteunde zorg te leveren. Dan kunnen UMC’s gebruikt worden voor specifieke zorg. Ook kan dan moeilijk zorg behandeld worden in de UMC’s. De perifere ziekenhuizen worden dan gebruikt voor algemeen zorg.

Mensen hebben echter wel tijd nodig om te wennen aan het idee van specialistische centra.

**4.       Wat is het grootste voordeel van de DBC-systematiek?**

De DBC zijn in een map omschreven. Hierin staat ook of er bij de DCB een hulpmiddel is opgenomen of hoe vaak dit voorkomt. Er is namelijk niet bij elk herniaoperatie een korset nodig. Deze mappen zijn landelijk opgesteld.

Er wordt soms gekozen om een confectie spalk aan te meten in plaats van een gipsspalk. Deze gipsspalken zijn in de DBC opgenomen, maar die worden niet geleverd door het ziekenhuis. De confectie worden vervolgens via de wet hulpmiddelenzorg gedeclareerd bij de zorgverzekering terwijl de zorgverzekering al voor deze zorg in de DBC heeft betaald.

Nu vergoedt de Menzis dit nog, maar er is langzamer hand een verschuiving gaande. Dit betekent dat de Menzis dit in de toekomst gaat veranderen, maar voorlopig geldt dit nog als een uitzondering. Menzis wijst het niet af, maar ze gaan de ziekenhuizen op hun verantwoordelijkheid wijzen.

**5.       Wat is het grootste nadeel van de DBC-systematiek?**

Een nadeel van de DBC is dat het niet zwart-wit is, maar er een grijs gebied is. Dit betekent dat er discussie kan ontstaan tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen. De geleverde verrichtingen zijn namelijk niet altijd controleerbaar.

Een ander nadeel is dat de afweging, van de behandeling, gemaakt wordt door de specialist. Terwijl het budget door het ziekenhuis, de specialist wel onderdeel is van dat ziekenhuis, in de gaten moet worden gehouden. Of er dure medicijnen gebruikt worden in de behandeling wordt afgewogen door de specialisten.

**6.       Worden alle orthopedische voorzieningen nu nog vergoed door Menzis?**

Ja, alle voorzieningen die vallen onder de regeling hulpmiddelenzorg.

**7.       Worden alle orthopedische voorzieningen in de toekomst nog vergoed vanuit Menzis?**

De orthopedisch hulpmiddelen vallen grotendeels nog steeds in het basispakket en worden vergoed door Menzis. Dit gebeurt alleen voor sommige voorzieningen via het ziekenhuis.

**8.       Gaan de cliënten van de zorgverzekeraars merken dat er een verandering komt in de financiële terugbetaling van orthopedische voorzieningen?**

In principe niet, dit ligt vooral aan het ziekenhuis. Mocht er wel onduidelijkheid bestaan waarvan de cliënten de dupe worden, dan moet er een gerechtelijke uitspraak volgen om duidelijkheid te scheppen.

Het is niet de bedoeling om extra geld naar de ziekenhuizen te sturen om de hulpmiddelen te vergoeden via het ziekenhuis. Maar dit moet onderhandeld worden in de contractonderhandelingen tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars.

Een goed voorbeeld is het gebruik van botstimulatoren. Deze werden steeds apart vergoed door de zorgverzekeraar. Na een uitspraak werd dit niet meer apart vergoed door de zorgverzekeraar, maar moesten de ziekenhuizen dit van hun eigen budget halen. Het gevolg was dat het gebruik van botstimulatoren afnam. Een gevolg van de financiële prikkel die gegeven was is dat de doelmatigheid het hulpmiddel onder de loep genomen is.

**Hoe zit het met prothese die gebruik maken van osteoïntegratie?**

Een prothese is voor permanent gebruik en het moet kwalitatief goed zijn. De inzet is een goed product voor de cliënt. Een voorbeeld van deels geïmplanteerde voorzieningen is: Bone Anchored Hearing Aid (BAHA) een soort gehoorapparaat. Hierbij is de vergoeding als volgt geregeld, het eerste gehoorapparaat is onderdeel van behandeling en de implantaat. Bij vernieuwing van het gehoorapparaat blijft het implantaat zitten en het kastje wordt vervangen. Dit kastje wordt dan vergoed onder de hulpmiddelenzorg. Dit is ook een mogelijkheid voor deels geïmplanteerde protheses.

Deze vrij nieuwe materie bestaat nu uit een pilot die alleen gebruik maakt van cliënten die veel stompproblemen hebben. Aan het einde van deze pilot werken de onderzoekers en het College voor Zorgverzekeringen(CvZ) een advies uit. Dit sturen zij ter goedkeuring aan het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport(VWS)

**9.       Kan het orthopedisch bedrijf blijven bestaan in zijn huidige vorm? Zo nee wat moet er veranderd worden?**

De Maartenskliniek is een orthopedische kliniek en heeft daardoor relatief dure hulpmiddelen als onderdeel van de behandeling(dit is dus vooral een ziekenhuis behandeling waarbij postoperatieve hulpmiddelen noodzakelijk zijn). Voor de revalidatie afdeling worden echter weer hulpmiddelen voor langdurig gebruik gemaakt. De Sint Maartens kliniek werkt nauw samen met het orthopedische bedrijf.

Het voordeel voor orthopedische bedrijven is dat bij een revalidatie kliniek zoals de Sint Maartens kliniek de geleverde voorziening voor permanent gebruik is. Dit betekent dan de orthopedische die voor permanent gebruik zijn nog steeds vergoed wordt via de hulpmiddelen zorg. Echter zijn goede afspraken noodzakelijk voor voortbestaan van de orthopedische bedrijven en dan vooral voor de orthopedische bedrijven die veel samenwerken met ziekenhuizen.

**10.   Hoe denkt U dat het orthopedisch bedrijf het beste om kan gaan met de DBC-systematiek?**

Orthopedie bedrijven die veel samenwerken met ziekenhuizen moeten oppassen, omdat de ziekenhuizen misschien gaan bezuinigen op orthopedische voorzieningen. Goede afspraken met de ziekenhuizen zijn dan belangrijk. Bedrijven die aan revalidatie klinieken verbonden zijn hebben minder problemen, omdat zij vaak hulpmiddelen voor permanent gebruik maken. Deze moeten dan onder de hulpmiddelenzorg vallen.

Ik heb aangegeven dat het voor ziekenhuizen die veel heupoperaties doen, het zinvol kan zijn om bij een luxerende heup de heupbrace achteraf weer te laten inleveren bij het ziekenhuis, deze kan namelijk makkelijk worden hergebruikt. Dit geldt ook voor braces na een knie operatie)

**11.   Bent U bekend met de DBC Op wet naar Transparantie(DOT)?**

Ja

**12.   Wordt de wetgeving duidelijker met de invoering van de DOT?**

De DOT-wetgeving is naar mijn idee wel duidelijker, omdat er minder verschillende producten zijn.

**Andere aanbevelingen voor het orthopedisch bedrijf?**

De orthopedische sector is een klein deel van de omzet van de DBC’s. Hierdoor zijn er weinig mensen die zich specifiek met de DBC en de orthopedie bezig houden. Ook is het voor de ziekenhuizen geen nieuwe materie, maar voor de orthopedische sector wel. Het is soms wel  frustrerend dat er weinig wetgeving bestaat of dat er maar weinig over gepraat wordt.

# Bijlage V: Interview met de heer G. Gerritsen

1. **Bij welk bedrijf bent U werkzaam?**

Rijnstate, manager bij het kwaliteitsbureau

1. **Wat zijn Uw werkzaamheden ten opzichte van de DBC?**

Ik ben lid van het managementteam van Rijstate, ik heb een rol in de raad van bestuur en ga over de monitor van de begroting. De DBC komt aanbod bij de productie van het ziekenhuis. Dit is in het A en B segment.

**Is het B-segment financieel slecht voor het ziekenhuis?**

Het B-segment is niet per definitie slecht voor het ziekenhuis.

Bijvoorbeeld: Voor Reuma wordt een DBC geopend en stel deze DBC voor reuma zit in het B-segment. Hierover maakt het ziekenhuis dan prijsafspraken met de zorgverzekeraar. De verschillende behandelingsstappen voor reuma worden gemiddeld zoveel keer doorlopen. Ook wordt het gemiddelde gebruik van medicatie en een spalk meegenomen in de gemiddelde kosten. Hierbij is het kosten oogpunt duidelijk aanwezig.

Het is echter wel moeilijk om een goede inschatting te maken. Dit wordt daarom ook gedaan samen met een arts, deze adviseert, en een econoom voert de contractonderhandelingen. Als er onderhandeld wordt met spalk dan gaat de rekening van het orthopedisch bedrijf naar het ziekenhuis. Is dit niet onderhandeld dan gaat de rekening van het orthopedische bedrijf naar de zorgverzekeraar.

In het A-segment kan dit niet. Hierbij moet er gekeken worden bij welke DBC een orthopedisch voorziening nodig is. Hierover moeten dan goede afspraken gemaakt worden met het ziekenhuis en de zorgverzekeraar.

De klinische patiënten, segment A, zitten in het budget van het ziekenhuis verwerkt en worden niet expliciet genoemd. Het ziekenhuis heeft geen overzicht van de afname van de orthopedische bedrijven. Het geld dat binnen komt is afhankelijk van aantal bedden en ligdagen van een ziekenhuis.

**In hoeverre zijn artsen betrokken bij de vergoeding die zij krijgen voor een behandeling?**

Artsen zijn niet echt betrokken bij de DBC. De artsen zijn wel kostenbewust over de vergoeding die het ziekenhuis krijgt voor een DBC. Het ziekenhuis stuurt wel aan op kostenbeheersing door de specialisten, maar omdat de specialist voorschrijft ontstaat daar een spanningsveld. Specialisten zijn in dat opzicht vrij, als het gemiddeld genomen per kwartaal positief is per specialist.

1. **In hoeverre bent U betrokken bij de DBC-systematiek?**

Bij het maken van de begroting van het ziekenhuis moet ik rekening houden met de vergoedingen per DBC en hun voorkomen.

1. **Gebruikt U de DBC? Zo ja, Hoe vaak gebruikt U de DBC-systematiek?**

Elke dag. Bij het maken van de begroting en het hele financiële plaatje zijn we afhankelijk van de vergoeding per DBC’s.

1. **Wat is Uw mening te opzichte van de DBC?**

De DBC-systematiek heeft voor- en nadelen, maar het is er en daar kan niks aan veranderd worden. We kunnen maar beter de kansen zien die deze systematiek met zich meebrengt.

1. **Wat is het grootste voordeel van de DBC-systematiek?**

Voor dat de DBC-systematiek ingevoerd werd was de FB-budgettering. Bij de FB-budgettering was er geen zicht op de gedane verrichtingen. Wel op de parameters: Bijvoorbeeld zoveel poliklinisch patiënten en zoveel patiënten in totaal. Het is dus wel inzichtelijker geworden.

1. **Wat is het grootste nadeel van de DBC-systematiek?**

De registratie van de verschillende DBC’s geeft een administratieve last. Ook wordt de DBC-systematiek alleen effectief voor het B segment gebruikt. Terwijl het A-segment duurdere behandelingen bevat, maar geen aparte DBC voor bestaat. Hier kan ook niet over onderhandeld worden.

Ook bestaan er 30.000 DBC’s dit is veel en onoverzichtelijk. Er bestaan namelijk andere DBC’s voor de zelfde aandoening, maar met een specialiteit van de behandelaar.

**Is het bestaan van ZBC’s nadelig voor het ziekenhuis?**

In het huidige systeem halen de ZBC’s de krenten uit de pap. Zij behandelen de eenvoudige patiënten. Bijvoorbeeld Een heupfactuur waarbij de patiënt onder 70 jaar oud is en geen diabetes heeft. Ook richten ZBC zich op de behandelingen die buiten de vergoedingen van het ziekenhuis valt. Bijvoorbeeld plastische chirurgie

1. **Verwacht U extra kosten? Hoe verwacht U de extra kosten die het ziekenhuis maak te gaan dekken?**

Ik verwacht extra kosten voor de ziekenhuizen door de ZBC’s. Doordat de moeilijke patiënten naar het ziekenhuis worden gestuurd. Dit is wel te verkopen aan zorgverzekeraars, doordat de ziekenhuizen aan sturen op de kwaliteit voor iedereen. De zorgverzekeraars zijn dan bereid om extra te betalen.

Andere extra kosten die gemaakt worden door het ziekenhuis zijn het appeal. Bijvoorbeeld wordt de polikliniek mooi aankleden voor appeal en dit heeft ook een helende werking. Andere kosten gaan zitten in de marketing voor het ziekenhuis, dit is belangrijker geworden. Een voorbeeld is het zorgen voor positieve aandacht in de media, zoals Twitter. Op tweets die negatief zijn wordt meteen gereageerd om de beeldvorming om te draaien.

1. **Maakt U nu gebruik van een orthopedisch bedrijf? Wordt er in de toekomst, als de DOT doorgevoerd wordt, nog gebruik gemaakt van het orthopedische bedrijf in zijn huidige vorm?**

Orthopedische voorzieningen worden gezien als extra kwaliteit, omdat het ziekenhuis nu een totaalpakket kan aanbieden. Bijvoorbeeld bij het “moeilijke voeten”-spreekuur is er een Orthopedisch Adviseur of schoenmaker aanwezig.

1. **Bent U bekent met DBC Op weg naar Transparantie(DOT)?**

Ja

1. **Vindt U dat de wetgeving met de invoer van de DOT duidelijker wordt?**

Met de DOT zijn er minder zorgroutes beschikbaar, dus minder administratieve last voor het ziekenhuis. Een nadeel is wel dat de DOT uitgaat van grotere groepen en hier de zelfde prijs voor rekent. De deviatie is dan groter, dit hoeft geen probleem te zijn maar de verandering zijn groot.

De DOT-systematiek is nog niet klaar om een begroting mee te maken, maar het ziekenhuis denkt in al wel in DOT-producten.

1. **Heeft U nog adviezen voor een orthopedisch bedrijf om aantrekkelijker te worden voor Uw ziekenhuis?**

Ja, het maken van goede contracten is essentieel met ziekenhuizen. Meng U dus in de contractonderhandeling tussen een ziekenhuis en de zorgverzekeraars. Dit contact gaat dan vooral via de specialisten. Hiermee werken de orthopedische bedrijven ook al samen.

Zorg dat het orthopedische bedrijf onderdeel wordt van het totaalpakket. Er kan bijvoorbeeld afgesproken worden om op jaar basis te betalen. Kosten boven deze prijs worden dan niet betaald.

De ziekenhuizen proberen minimaal met twee partijen zaken te doen, zodat één orthopedisch bedrijf niet een monopolie krijgt. Ook blijft er dan concurrentie op prijs en kwaliteit. Het is dan waarschijnlijk dat het grootste aandeel aan het bedrijf dat de beste offerte, Kwaliteit, snelheid vriendelijkheid, aansluiting bij spreekuren, heeft. Door met twee bedrijven te werken wordt het ziekenhuis niet afhankelijk van één bedrijf.

Voor de onderhandelaar is het belangrijk dat hij de marges kent van de producten. Over de vergoedingen wordt dan onderhandeld.

Ook is het zaak voor de orthopedische bedrijven om in de picture blijven van ziekenhuizen. Het is namelijk niet waarschijnlijk dat de ziekenhuizen zelf dingen gaan doen, omdat dit geen “core business” is van het ziekenhuis. Ook is het niet waarschijnlijk dat ziekenhuizen zelf OA gaan inhuren, omdat dit ook geen “core business” is. Ziekenhuizen kopen liever deskundigheid in.

Een andere mogelijkheid is dat ziekenhuizen een bandbreedte kiezen van stukken ziekenhuiszorg. Nu moeten patiënten zelf opzoek gaan naar een orthopedisch bedrijf. Het ziekenhuis bemoeit zich dan niet met de orthopedische bedrijven.

**Andere zaken:**

De zorgverzekeraar zegt dat er al afspraken zijn gemaakt over de vergoeding van de hulpmiddelen. En nu dus dubbel betalen. Het ziekenhuis zegt van niet, want dit zou in de prijsafspraken moeten staan en dit is vaak niet het geval. Het is natuurlijk een spelletje tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars om zoveel mogelijk de kosten naar het budget van de andere te schuiven.

Een voorbeeld hiervan is: de medicatie die in de ambulance wordt gegeven werd door de zorgverzekeraar vergoed, maar nu valt dit binnen de DBC’s. Een ander twistpunt is de medicatie die gegeven wordt aan patiënten. Bij klinische patiënten valt dit wel binnen de DBC en bij poliklinisch patiënten niet.

**Osteoïntegratie?**

Het implantaat valt binnen het ziekenhuis, zoals bij een nieuw heupgewricht, de prothese wordt gefinancierd vanuit de AWBZ. De Zorgverzekeraars proberen dingen in het budget van het ziekenhuis te plaatsen, terwijl dit niet is onderhandeld. Dit hoort bij de contractonderhandelingen over de behandelingen in het B-segment.

Als 85% van de behandelingen in het B-segment vallen, dan geeft dit duidelijkheid en kansen om te onderhandelen. Nu kan een ziekenhuis ook ervoor kiezen om een totaalpakket aan te bieden.

**Specialistische centra?**

Dit is misschien wel mogelijk voor complexe ingrepen, maar misschien niet mogelijk voor grote ingrepen. Een voorbeeld hiervan zijn heupfacturen, deze komen vaak voor en de norm wordt in alle ziekenhuizen ruim gehaald. Een scoliose behandeling is wel een specialistische handeling of een armamputatie is ook een specialistische handeling.

Er is een minimaal aantal verrichtingen dat een ziekenhuis of een ZBC moet doen per jaar om die behandeling te blijven doen. Daar zitten de meesten ZBC’s wel boven, maar de ZBC’s hebben geen IC en dit komt er waarschijnlijk ook niet in de toekomst, omdat dit erg dur is.

De ZBC’s zorgen wel dat de wachtlijsten afnemen.

**Is het de taak van de zorgverzekeraars om een goede kwaliteit af te dwingen voor hun cliënten?**

De zorgverzekeraar moet een correcte prijs geven voor de behandeling, zodat hun cliënt en een goede behandeling krijgt.

**Bij de DOT kiest de zorgverzekeraar de DBC in plaats van de arts, is dit een goede ontwikkeling?**

Bij de DOT kiest de zorgverzekeraar de juiste DBC aan de hand van een software aan de hand van de verrichtingen. Nu kiest de arts een DBC met veel vergoeding/honorarium, zodat het later na beneden kan afstellen mits nodig. Dit is makkelijker dan het afstellen naar boven.

**Is het niet een te snelle invoering van de DOT-systematiek?**

Het is inderdaad nog onbekend terrein en het was misschien beter om eerste een jaar schaduw te draaien met de DOT en dan pas invoeren. Dit is misschien ook beter voor de orthopedische bedrijven, omdat deze dan verschillende mogelijkheden kan uit proberen.

# Bijlage VI: BeLIVIT, 20 januari 2011, DBC's, ZBC's, DOT's; Wat zijn dat nou eigenlijk...?