

Marktscan en beleidsbrief

Medisch specialistische zorg

Weergave van de markt 2009-2013

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Totstandkoming marktscans	11
1.3 Leeswijzer	12
2. Omschrijving van de markt	13
2.1 Inhoud medisch specialistische zorg	13
2.2 Spelers	14
2.3 Wijze van tarifiering	15
2.4 Ontwikkelingen	17
3. Marktstructuur	19
3.1 Aantal zorgaanbieders	19
3.2 Indeling zorgverzekeraars	20
3.3 Marktconcentratie	20
3.4 Aanbod en specialisatie van ziekenhuizen	22
3.4.1 Aantal aangeboden specialismen	23
3.4.2 Specialisatie-index van ziekenhuizen	23
3.5 Aanbod en spreiding van specialismen	24
3.5.1 Aantal ziekenhuizen dat een specialisme aanbiedt	24
3.6 Financiële positie zorgaanbieders	25
3.6.1 Rentabiliteit en solvabiliteit	25
3.6.2 Liquiditeit	27
4. Marktgedrag	29
4.1 Contracteergraad ziekenhuizen	29
4.2 Ontwikkeling aantal gecontracteerde ZBC's	30
4.3 Contractering 2013	31
4.3.1 Verloop contractering 2013	31
4.3.2 Speerpunten inkoopbeleid verzekeraars	32
4.3.3 Knelpunten in onderhandelingen	32
4.3.4 Contractovereenkomsten	33
4.3.5 Selectieve inkoop	34
4.3.6 Kwaliteit	35
4.4 Overstapgedrag zorgconsument	35
4.5 Signalen	37
5. Kwaliteit	39
5.1 Kwaliteit van zorg	39
5.1.1 Toezicht IGZ	39
5.1.2 Kwaliteitskeurmerken	40
5.2 Transparantie van zorg	40
5.2.1 Kwaliteitsindicatoren	40
5.2.2 Transparantie van keuze-informatie	42
6. Toegankelijkheid	45
6.1 Wachtijdontwikkeling polikliniek	46
6.2 Wachtijdontwikkeling behandeling	47
6.3 Reistijd toename	48
6.4 Wachttijden vanuit de zorgconsument	51
7. Betaalbaarheid	53
7.1 Omzetontwikkeling	53

7.2	Omzetontwikkeling per type zorgaanbieder	56
7.2.1	Verrekenbedrag 2012	57
7.3	Honorarium medisch specialisten	58
7.3.1	Totaal honorarium	58
7.3.2	Beheersmodel medisch specialisten	59
7.4	Volume ontwikkeling A+B-segment	61
8.	Patiëntgroepenanalyse	63
8.1	Patiënt perspectief	63
8.2	DBC-omzet en aantallen patiënten	64
8.3	omzetgroei	67
8.4	Verklarende factoren omzetgroei	68
8.4.1	Veranderingen in patiënten aantallen	68
8.4.2	Veranderingen in behandelpraktijk	69
8.4.3	Prijzontwikkeling en kosten per patiënt	69
8.5	Doorverwijzingen en specialisatie	70
8.6	Voorbeelden trendanalyses	72
8.6.1	Nieuwvormingen darm	72
8.6.2	Diabetes	73
8.6.3	Ziekten van de retina en achterste oogkamer	74
8.6.4	Artrose	74
8.6.4.1	Ruimtelijke variatie	76
8.7	Conclusie	77
	Bijlage 1. Bronnen en methoden	78
	Bijlage 2. Reistijd per specialisme	88
	Bijlage 3. Beleidsbrief	96

Vooraf

Voor u ligt de marktscan 'Medisch specialistische zorg', die de huidige stand van zaken op deze markt weergeeft. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en bewaken (toezicht). Door de ontwikkeling van een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, geeft de NZa op een gestructureerde manier invulling aan haar regulerings- en toezichttaken.

De analyses zijn zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Een marktscan bevat geen interpretaties van de uitkomsten. Daarvoor is de beleidsbrief bij de marktscan medisch specialistische zorg opgesteld. In de beleidsbrief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien.

Nieuw in deze marktscan is het inzicht in de (extra) reistijd van patiënten om binnen de treeknorm (4 weken) bij een specialisme terecht te kunnen.

De NZa bedankt iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

De NZa heeft een update van de marktscan Medisch specialistische zorg gemaakt. Het doel van de marktscan is om een globaal beeld van de medisch specialistische zorgmarkt te schetsen over de jaren 2009 tot 2013.

Financiële positie ziekenhuizen

Voor alle type ziekenhuizen daalt de rentabiliteit tussen 2011 en 2012. Rentabiliteit zegt iets over de winstgevendheid van een instelling. Zowel de liquiditeit en de solvabiliteit zijn juist toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit biedt inzicht in welke mate de ziekenhuizen aan hun verplichtingen, op respectievelijk korte en lange termijn, kunnen voldoen.

De hoogte van de rentabiliteit en de toename van de solvabiliteit wordt mede veroorzaakt door het in de jaarrekening opgenomen voorlopige verrekenbedrag 2012 (zie hieronder bij omzetontwikkeling). Wanneer het voorlopige verrekenbedrag niet in de berekening wordt meegenomen daalt de rentabiliteit van de ziekenhuizen naar 0,2% en blijft de solvabiliteit gelijk aan 2011.

Omzetontwikkeling ziekenhuizen

Wanneer dieper wordt ingegaan op de jaarrekeningen van de ziekenhuizen, is zichtbaar dat de omzetontwikkeling 2011-2012 (excl. het honorarium vrijgevestigde specialisten) neutraal is ten opzichte van 2011.

In 2012 zijn de TNF-alfaremmers van het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) overgeheveld naar de ziekenhuisbekostiging. Wanneer de overheveling buiten beschouwing wordt gelaten, daalt de omzet (excl. het honorarium vrijgevestigde specialisten) met 3,0%.

Hiernaast is in 2012 en 2013 sprake van een transitie-model met een zogenaamd verrekenbedrag. Het verschil tussen de omzet op basis van prestatiebekostiging en de oude budgetsystematiek wordt het transitiebedrag genoemd. Door het transitiebedrag te vermenigvuldigen met de verrekenfactoren van 0,95 voor 2012 en 0,70 voor 2013 wordt het verrekenbedrag voor beide jaren berekend. Dit is het bedrag dat een zorgaanbieder met het Zorgverzekeringsfonds moet verrekenen. De in de jaarrekening 2012 opgenomen verrekenbedragen zijn nog niet door de NZa beoordeeld.

Net als in de voorgaande marktscan is de prijsontwikkeling in het B-segment niet opgenomen. Op het moment van publiceren is de vulling van DIS met DOT declaraties onvoldoende om de prijsontwikkeling 2012-2013 op een betrouwbare wijze te kunnen weergeven. Om de aanlevering te verbeteren heeft de NZa in oktober het handhavingsinstrument ingezet.

Beheersmodel medisch specialisten

Alle instellingen met medisch specialisten in vrije vestiging hebben een honorariumomzetplafond gekregen. Dit houdt in dat voor de jaren 2012 t/m 2014 een grens wordt vastgesteld per instelling tot waar medisch specialisten honorariumomzet mogen declareren. Voor 2012 is de grens op landelijk niveau vastgesteld op 2.045 miljoen. Uit de realisatie 2012 blijkt dat totaal 2,2% minder honorariumomzet is gedeclareerd. Dit komt grotendeels door contractafspraken die verzekeraars met de instellingen hebben gemaakt over de honorariumomzet.

Wachttijden

De afgelopen jaren nemen de wachttijden over het algemeen steeds verder af. Vanuit het veld is een norm voor wachttijd bepaald; de Treeknorm. De Treeknorm voor een eerste polikliniekbezoek bedraagt vier weken. In 2013 zitten net als in 2012 zes specialismen boven de Treeknorm. Nieuw in deze marktscan is de analyse van de reistijd die patiënten hebben naar de dichtstbijzijnde instelling die binnen de Treeknorm valt. Daarnaast zijn er kaarten opgenomen die laten zien hoeveel reistijd een patiënt extra heeft, wanneer de dichtstbijzijnde instelling niet aan de Treeknorm voldoet. Uit deze reistijdanalyse blijkt dat met name in de dunbevolkte gebieden en grensgebieden de reistijd naar een specialisme in een ziekenhuis dat binnen de Treeknorm valt snel oploopt. Dit is ook afhankelijk van het aantal ziekenhuizen waar een bepaald specialisme wordt aangeboden. Allergologie wordt bijvoorbeeld relatief weinig aangeboden in ziekenhuizen. Met betrekking tot de reistijd binnen grensgebieden moet worden opgemerkt dat in de analyse buitenlandse ziekenhuizen niet zijn meegenomen. De extra reistijd kan, wanneer voor een buitenlandse aanbieder wordt gekozen, dan ook lager uitvallen.

Uit onderzoek onder het consumentenpanel blijkt dat 88% van de respondenten binnen vier weken bij de specialist terecht kan. Slechts 3% van de respondenten heeft gebruik gemaakt van de wachttijdbemiddeling door de verzekeraar, 11% was niet op de hoogte van deze mogelijkheid.

Overstapgedrag en transparantie keuze-informatie

Onder de consumenten die in 2012-2013 een ziekenhuis of ZBC hebben bezocht, heeft 15% overwogen om over te stappen. Van deze groep is 6,5% daadwerkelijk overgestapt. Als de klanttevredenheid gering is, maar het aantal respondenten dat naar een andere zorgaanbieder overstapt relatief beperkt blijft, zijn er mogelijk overstapdrempels. Deze overstapdrempels zijn bijvoorbeeld wachttijden of te weinig keuze-informatie en beperken de keuzevrijheid van de zorgconsument. 73% van de respondenten geeft aan over (ruim) voldoende informatie te beschikken om een goede keuze te maken. De groep respondenten die ziekenhuizen of Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) met elkaar vergeleken hebben, geven in nog grotere mate (bijna 84%) aan dat ze over voldoende tot ruim voldoende informatie beschikken om tot een goede keuze te komen.

Contractering 2013

In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 (BHA) hebben partijen de ambitie uitgesproken om de contractering 2013 vóór 1 april 2013 gereed te hebben. In de zomer heeft de NZa twee informatieverzoeken inclusief enquêtes uitgestuurd naar zorgverzekeraars om het verloop van de contractering te kunnen monitoren. In 2012 en 2013 zijn de afspraken over de vervroegde contractering duidelijk zichtbaar. Daarnaast zijn in 2012 en 2013 meer ZBC's gecontracteerd door verzekeraars dan in voorgaande jaren.

Verzekeraars geven aan dat wanneer selectief wordt ingekocht dit het meest wordt toegepast bij algemene ziekenhuizen en ZBC's. De verzekeraars kopen selectief in op bepaalde aandoeningen, vakgroepen of de hele zorgorganisatie.

Marktconcentratie en specialisatie

De marktconcentratie en marktmacht van ziekenhuizen is niet toegenomen tussen 2010 en 2011. Het hebben van marktmacht stelt een aanbieder in staat om een prijs te hanteren die hoger ligt dan de kosten.

Bij algemene, topklinische en academische ziekenhuizen wordt meer dan de helft van de omzet gegenereerd door aanbieders van respectievelijk

maximaal 18, 20 en 22 specialismen. Tussen 2010 en 2011 zijn geen significante wijzigingen in het aantal aangeboden specialismen zichtbaar. Niet elk specialisme genereert evenveel omzet in een ziekenhuis. De Nederlandse ziekenhuizen zijn tamelijk homogeen wat betreft de verdeling van hun omzet over de verschillende specialismen. Er zijn hierbij geen significante verschillen tussen de drie instellingscategorieën.

Patiëntgroepen

In de onderzochte periode 2008-2011 neemt het aantal patiënten waarvoor DBC's gedeclareerd zijn toe met 1,6% per jaar. De DBC-omzet is gestegen met 3,7%. In deze periode zijn de prijzen en tarieven 2008 en 2011 gemiddeld genomen gedaald met 1,6%. De omzetgroei komt doordat patiënten vaker voor meerdere aandoeningen naar het ziekenhuis gaan en intensiever worden behandeld. Hierdoor neemt het aantal behandelingen en de gemiddelde kosten per patiënt toe.

Nieuwe technologie, nieuwe medicijnen en betere diagnostiek dragen bij aan stijgende zorgkosten, maar ook aan gezondheidswinst en een betere toegankelijkheid van zorg voor grotere groepen patiënten. Om te kunnen beoordelen of een omzet- of kostenstijging 'gepast' is, moeten er naast omzetgegevens ook gegevens zijn over de opbrengsten, zoals een hogere levensverwachting en/of een betere kwaliteit van leven.

Een kwart van de patiënten in 2011 (1,9 miljoen) kwam voor aandoeningen aan zintuigen en zenuwstelsel (meestal voor het oog) naar de medisch specialist. 0,9 miljoen patiënten kwamen met pijn op de borst naar het ziekenhuis (dat is het merendeel van de 1,3 miljoen patiënten met hart- en vaatziekten). 1,3 miljoen kwam met (vermoedens van) kanker, waarvan de helft voor nieuwvormingen van de huid. Nog eens 1,3 miljoen kwam met klachten aan het bewegingsapparaat en bindweefsel. Eén miljoen mensen kwam met letsel.

Hoewel de groei in het aantal patiënten verschilt per patiëntgroep blijft de relatieve omvang van de groepen ongeveer gelijk. Het type aandoening waarvoor patiënten naar het ziekenhuis gaan blijft dus nagenoeg gelijk. Opvallend is de groei van 23% per jaar bij 'achterste oogkamer' (omzet 2011: 213 miljoen) en beroerte 20% per jaar (omzet in 2011: 432 miljoen). Het aantal patiënten dat wordt verwezen naar de tweedelijns neemt bij vrijwel alle patiëntgroepen toe. Alleen voor diabetes mellitus zien we een afname (waarschijnlijk ten gevolge van substitutie naar de eerstelijns).

Signalen

Voor het jaar 2013 zijn tot 1 oktober 2013 totaal 1.697 signalen binnengekomen. Van deze signalen gaan er 743 (44%) over de medisch specialistische zorg. En hiervan gaan er 609 (82%) over het in rekening brengen van duurdere zorg dan daadwerkelijk geleverd (upcoding).

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht om goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van die markt. Naast een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag, geeft de scan aan hoe het staat met de publieke belangen 'kwaliteit', 'toegankelijkheid' en 'betaalbaarheid van de zorg'.

Vanaf 2010 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de markt voor medisch specialistische zorg.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, maakt de NZa van alle onderscheiden zorgmarkten marktscans. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet.¹

1.2 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa keuzen over:

- het samennemen van productgroepen;
- welke geografische gebieden bekeken worden;
- welke informatie over de betreffende markt nodig is;
- waar en hoe die informatie verzameld wordt.

Op basis van deze keuzen is het mogelijk om het beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van (in)transparantie. Omdat het om een momentopname gaat, moet met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld worden gecreëerd.

Indien een markt niet naar wens werkt is nader onderzoek nodig om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

Focus

Deze marktscan omvat de jaren 2009 tot en met 2013. De meeste analyses zijn op het niveau van zorgaanbieders². Wachttijden en doelgroepen zijn weergegeven op het niveau van specialisme, behandeling of aandoeningsniveau.

Een marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten. In de beleidsbrief bij deze scan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

¹ Het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' licht de wijze waarop de NZa markten monitort nader toe. Dit document staat op de website van de NZa.

² In deze marktscan ligt de nadruk op algemene, STZ en academische ziekenhuizen en voor een deel van de analyses ook op ZBC's.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt een algemeen beeld van medisch specialistische zorg gegeven. Hoofdstuk 3 en 4 gaan over de marktstructuur en het marktgedrag van de relevante spelers. De daaropvolgende hoofdstukken behandelen de publieke belangen 'kwaliteit', 'toegankelijkheid' en 'betaalbaarheid van zorg'.

Het laatste hoofdstuk bevat de doelgroepenanalyses, waar verschillende patiëntgroepen nader worden bekeken.

Het document sluit af met een aantal bijlagen. In de eerste worden de bronnen en methoden van de analyses uit de marktscan toegelicht. In bijlage twee en drie zijn de reistijd analyses voor alle specialismen en de beleidsbrief opgenomen.

2. Omschrijving van de markt

Voordat we ingaan op de structuur van de markt, schetst dit hoofdstuk een algemeen beeld van de medisch specialistische zorg: wat houdt die in en op welke deel is deze marktscan gericht. Vervolgens beschrijven we de spelers op de markt en geven we weer hoe de tarifiering in elkaar zit. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van de beleidsontwikkelingen.

2.1 Inhoud medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg omvat medisch specialistische hulp en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten. De medisch specialistische zorg valt onder het curatieve domein, ofwel het primair op genezing gerichte deel van de gezondheidszorg. Onder medische specialistische hulp worden diagnostiek, behandeling en therapie verstaan. De zorg kan electief of acuut zijn en wordt gegeven in instellingen voor medisch specialistische zorg, veelal ziekenhuizen.

Electieve zorg

Deze zorg omvat alle niet-acute zorg. Deze zorg is alleen toegankelijk op verwijzing van een eerstelijns zorgaanbieder, meestal de huisarts. Ook kan een patiënt door een andere medisch specialist verwezen worden.

Binnen de electieve zorg valt ook chronische zorg: de medisch specialistische zorg aan chronisch zieke patiënten, bijvoorbeeld dialyse. Het gaat hier meestal om zorg voor een onomkeerbare aandoening, zonder uitzicht op (volledig) herstel en met vaak een lange duur van de ziekte. De medisch specialistische zorg aan chronisch zieken wordt deels in ziekenhuizen geleverd en deels door gespecialiseerde (categorale) zorgaanbieders.

Acute zorg

Dit betreft alle spoedeisende hulp (SEH).

Naast deze tweedeling wordt ook onderscheid gemaakt tussen algemene zorg die alle ziekenhuizen leveren en topklinische, topreferente en trauma zorg, waarvoor een aparte vergunning is vereist.

Topklinische zorg

Topklinische zorg is hooggespecialiseerde zorg (zoals hartchirurgie, neurochirurgie, IVF, et cetera.) waarvoor relatief dure en gespecialiseerde voorzieningen nodig zijn. De overheid bepaalt door middel van vergunningen (Wet op bijzondere medische verrichtingen, kortweg WBMV) welke vorm van topklinische zorg in welk ziekenhuis wordt verricht. Topklinische zorg wordt geleverd door academische ziekenhuizen (UMC's) en de Samenwerkende Topklinische opleidings Ziekenhuizen (STZ-ziekenhuizen). Deze zorg heeft doorgaans een bovenregionale functie.

Topreferente zorg

Zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Dit betekent dat vrijwel alleen UMC's dit kunnen doen. Patiënten die deze zorg ondergaan maken gebruik van het allernieuwste medisch kennen en kunnen.

Het aantal topreferente functies in Nederland is (nog) niet volledig geteld. Per UMC zijn voornamelijk ongeveer 100 functies geïdentificeerd. Sommige gelden voor tien à twintig patiënten per jaar, andere voor enige honderden. Deze functie garandeert dat alle topreferente patiënten bij ten minste één UMC terecht kunnen.³ Het gaat hier bijvoorbeeld om vormen van complexe oncologische chirurgie, cardiochirurgie, orthopedisch/neuro-chirurgische rugchirurgie en interventietechnieken in de radiologie en neurochirurgie.

Traumazorg

Dit is integrale acute zorg voor zeer ernstige ongeval patiënten.

2.2 Spelers

De spelers op de markt zijn de patiënt, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

De patiënt

Patiënten komen meestal via een verwijzing van de huisarts bij de medisch specialistische zorg terecht. De patiënt kan voor het grootste deel van de zorgvragen kiezen uit verschillende zorgaanbieders. Het overgrote deel van medisch specialistische zorg valt binnen de verplichte basisverzekering.

De zorgaanbieder (instellingen voor medisch specialistische zorg)

In 2013 zijn er 82⁴ algemene ziekenhuizen, waarvan 28 Samenwerkende STZ-ziekenhuizen. Daarnaast zijn er 8 academische ziekenhuizen en 2 categorale ziekenhuizen. Er zijn 65 zorgaanbieders die zich richten op specifieke groepen van patiënten/ziekten (categorale instellingen). De categorale instellingen zijn onderverdeeld in de volgende categorieën:

- Revalidatiecentra (23)
- Astmacentra/longrevalidatiecentrum (5)
- Epilepsiecentra (2)
- Dialysecentra (3)
- Audiologische centra (18)
- Radiotherapeutische centra (6)
- Klinisch genetische centra⁵ (8)
-

Naast de bovenstaande aanbieders zijn er enkele honderden kleine klinieken (privéklinieken en zelfstandige behandelcentra (ZBC's)) die een beperkt aantal soorten zorgproducten aanbieden. ZBC's leveren zowel verzekerde als niet-verzekerde zorg en er zijn minimaal twee medisch specialisten werkzaam. Privéklinieken leveren alleen niet-verzekerde zorg. In deze marktscan worden de privéklinieken verder buiten beschouwing gelaten worden.

Binnen de zorgaanbieders verlenen de medisch specialisten en het ondersteunend personeel de zorg.

De zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars kopen zorg in voor de consumenten die bij deze verzekeraar een polis hebben afgesloten.

³ Zie 'Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving', Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

⁴ Aantal ziekenhuizen dat door de NZa wordt gezien als losstaande entiteiten. Instellingen zijn in praktijk bezig met een fusie of hebben een samenwerkingsverband maar worden door de NZa als losstaande entiteit gezien met een eigen verantwoording.

⁵ Klinisch genetische centra zijn in vrijwel alle gevallen bestuurlijk gefuseerd met een UMC, maar worden door de NZa als zelfstandige zorgaanbieders gezien.

Er zijn verschillende soorten zorgverzekeringen: natura-, restitutie- en combinatiepolis. Bij een naturapolis heeft de verzekerde recht op zorg, bij een restitutiepolis heeft de verzekerde recht op vergoeding van zorgdeclaraties. Een combinatiepolis is een mix, met bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in natura en fysiotherapie op basis van restitutie. Bij een naturapolis zijn verzekerden alleen verzekerd voor de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder (tenzij er onvoldoende gecontracteerde zorg beschikbaar is). Bij restitutie- en combinatiepolissen heeft de zorgverzekeraar de keuze om in de polis uit te gaan van wel, niet of deels gecontracteerde zorg.

Tot en met 2011 maakten de zorgverzekeraars via het representatiemodel afspraken voor het gereguleerde deel van de medisch specialistische zorg, het zogenaamde A-segment. Met ingang van 2012 onderhandelen verzekeraars individueel met zorgaanbieders.

Voor de onderhandelingen met zorgaanbieders hebben zorgverzekeraars zich georganiseerd in inkoopcombinaties/concerns. Er zijn vijf inkoopcombinaties/concerns die de contractonderhandelingen met de instellingen voeren. Deze partijen onderhandelen met zorgverleners over prijs en kwaliteit van DBC-zorgproducten. Deze afspraken gelden dan voor alle zorgverzekeraars (en labels van zorgverzekeraars) die onder de inkoopcombinatie/concern vallen.

Zorgverzekeraar en zorgaanbieder hebben geen contracteerplicht. Dit betekent dat partijen niet verplicht zijn een contract af te sluiten. De zorgverzekeraar heeft wel een zorgplicht, dat wil zeggen dat hij ervoor moet zorgen dat zijn verzekerden toegang hebben tot de zorg die zij nodig hebben.

2.3 Wijze van tarifiering

De tarifiering medisch specialistische zorg kan worden verdeeld in twee perioden: voor 2012 en vanaf 2012. Daarnaast is een aparte wijze van tarifiering van de medisch specialisten van toepassing.

Tot en met 2011:

De vergoeding voor de ziekenhuizen was tot en met 2011 voor het grootste deel gebaseerd op een budgetmodel voor het gereguleerde A-segment. Deze functiegerichte budgettering, ('FB-model') werd aan het eind van de jaren tachtig ingevoerd. Het FB-model omvat een combinatie van productieparameters en vaste parameters die capaciteit, materieel en bijzondere functies vertegenwoordigen.

In 2005 werd een overgang ingezet naar prestatiebekostiging, waarbij integrale tarieven zijn vastgesteld voor zorgtrajecten, zogenaamde diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). Voor de verschillende DBC's in het A-segment stelde de NZa jaarlijks zogenaamde punttarieven vast. Een ziekenhuis kon hierover niet onderhandelen. De inkomsten uit de DBC's moesten het budget dekken.

Voor ZBC's die DBC's in het A-segment aanboden, waren de landelijke tarieven maximumtarieven. Over de uiteindelijke prijs konden zij met de zorgverzekeraar onderhandelen. ZBC's hadden geen budget.

Vanaf 2005 is stap voor stap de overgang gemaakt naar vrije tarieven voor een steeds grotere groep DBC's. In dit zogenaamde B-segment wordt de prijs bepaald via onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Tot en met 2011 bedroeg het B-segment ongeveer 34% van de omzet.

Een DBC-tarief is opgebouwd uit een ziekenhuiskostendeel en een apart deel voor de honoraria van medisch specialisten. Dat honorariumdeel bestaat uit twee componenten:

- Het poortspecialisme, daar waar de patiënt op de poli komt; honorarium niet onderhandelbaar, vastgesteld door de NZa.
- Ondersteunende specialismen; honorarium onderhandelbaar (bedrag per verrichting door NZa vastgesteld, zorgprofiel onderhandelbaar).

Vanaf 2012:

Vanaf 2012 is voor het grootste deel van de medisch specialistische zorg⁶ sprake van prestatiebekostiging en zijn voor het gereguleerde deel (A-segment) voor alle partijen maximumtarieven gaan gelden; de punttarieven (vaste tarieven) zijn afgeschaft. Voor het ziekenhuiskostendeel in het vrije segment (B-segment; nu circa 70% van de omzet) gelden vrije tarieven. Honoraria zijn voor zowel het A- als het B-segment nog steeds gereguleerd in de vorm van maximumtarieven.

Zorgaanbieders die overgegaan zijn op prestatiebekostiging hebben te maken met een transitie­model van twee jaar⁷. 2013 is het tweede jaar van het transitie­model.

De representerende verzekeraars (qua marktaandeel de grootste verzekeraars waarmee een zorgaanbieder te maken heeft) maken over 2012 afspraken over een budget. Het budget is gebaseerd op de systematiek van de aanvaardbare kosten in 2011 (in het transitie­model wordt het aldus vastgestelde budget het 'schaduwbudget' genoemd). Daarnaast maken individuele verzekeraars (verenigd in inkoopcombinaties/concerns) afspraken over zowel de gereguleerde prestaties (A-segment, met maximumtarieven) als de vrije tarieven (B-segment).

Het verschil tussen de omzet op basis van prestatiebekostiging en de oude budgetsysteematiek ('schaduwbudget') wordt het transitie­bedrag genoemd. Door het transitie­bedrag 2012 te vermenigvuldigen met de verrekenfactoren van 0,95 voor 2012 en 0,70 voor 2013 wordt het zogenaamde verrekenbedrag voor beide jaren berekend.

Het verrekenbedrag is het bedrag dat een instelling moet afdragen (bij een negatief transitie­bedrag, dat wil zeggen in het geval de omzet op basis van prestatiebekostiging hoger is dan de omzet op basis van de bestaande budgetsysteematiek) of ontvangt (bij een positief transitie­bedrag, dus als de omzet op basis van het schaduwbudget hoger is dan de omzet uit prestatiebekostiging). Het bedrijfsresultaat van de ziekenhuizen wordt in 2012 en 2013 mede bepaald door de hoogte van het verrekenbedrag.

Gelijktijdig met de invoering van prestatiebekostiging voor de medisch specialistische zorg is het Macro­beheersinstrument (MBI) vastgesteld. Het MBI wordt gezien als het uiterste middel (ultimum remedium) bij een kostenoverschrijding op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) van de ziekenhuizen⁸.

Medisch specialisten:

Medisch specialisten kunnen vrijgevestigd of in loondienst zijn. Bij de UMC's zijn alle medisch specialisten in loondienst.

⁶ Voor Longrevalidatie zorg en epilepsie vanaf 2013.

⁷ Voor audiologie en revalidatie geldt een langer transitie­model van 3 jaar. Voor long-astma centra is het transitie­model in 2013 in gegaan met een looptijd van 2 jaar.

⁸ Voor de vrijgevestigd medisch specialisten geldt een apart BKZ.

Voor de vrijgevestigd medisch specialisten geldt sinds 2008 volledige prestatiebekostiging met vastgestelde maximumtarieven. Zij worden niet meer betaald vanuit een budget, maar ontvangen rechtstreeks het honorariumdeel van de in rekening gebrachte DBC's. Is de medisch specialist in loondienst, dan wordt hij voor het A-segment betaald uit de vergoedingen die een ziekenhuis voor deze zorgvormen ontvangt. Voor het B-segment wordt hij betaald uit de honorariumopbrengsten uit de DBC's, die als vrije inkomsten naar het ziekenhuis gaan.

Vanaf 2012 geldt voor de vrijgevestigd medisch specialisten het zogenaamde beheersmodel. De NZa stelt per zorgaanbieder een bovengrens, het honorariumomzetplafond, vast tot waar de vrijgevestigde medisch specialisten maximaal mogen verdienen. Het totale honorariumomzetplafond is gelijk aan het BKZ voor de medisch specialisten⁹.

2.4 Ontwikkelingen

Voor de medisch specialistische zorg zijn de volgende ontwikkelingen gaande of zullen op termijn plaatsvinden:

- DOT

In 2013 is een grote stap gezet in de doorontwikkeling van de prestaties en tarieven van de medisch specialistische zorg. De in 2012 ingevoerde DOT structuur (DBC's Op weg naar Transparantie), heeft het aantal DBC's teruggebracht van ongeveer 30.000 naar ongeveer 4.500 DBC-zorgproducten. Een van de doelen van DOT is het zorgen voor een eenduidige onderhandelingsstaal voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De DOT-structuur wordt in 2013 nog steeds doorontwikkeld.
- Overheveling dure geneesmiddelen

In 2013 zijn enkele geneesmiddelen overgeheveld uit het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) naar het ziekenhuiskader. Het betreft (een selectie van) de middelen die vallen in de groepen groeihormonen en oncolytica.
- Overheveling geriatrische revalidatie zorg

In 2013 is de geriatrische revalidatie zorg (GRZ) overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Gelijkijdig is een DBC-productstructuur voor de GRZ ingevoerd. Voor bestaande zorgaanbieders is een transitieperiode van één jaar (2013) van toepassing om de met de overgang samenhangende risico's zoveel mogelijk te verkleinen.
- Invoering prestatiebekostiging

In navolging op de ziekenhuizen en enkele categorale instellingen is in 2013 ook prestatiebekostiging ingevoerd voor de epilepsiecentra en longrevalidatie-instellingen. Voor deze categorieën is een transitieperiode van twee jaar van toepassing. Het transitieperiode heeft tot doel de (mogelijk) grote effecten van de overgang van budgettering naar prestatiebekostiging te dempen. Voor de instellingen die in 2012 al zijn overgegaan naar prestatiebekostiging worden in 2013 de voorlopige resultaten van het transitieperiode vastgesteld.

⁹ Naar aanleiding van gehonoreerde bezwaarzaken wijkt het totale honorariumomzetplafond 2012 af van het BKZ voor medisch specialisten 2012.

- Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017
Op 16 juli 2013 is aanvullend op het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 (BHA) een akkoord voor 2014-2017 gesloten tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Zelfstandige Klinieken Nederland, Orde Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De afspraken uit het BHA zijn met dit akkoord aangevuld dan wel geïntensiveerd. Deze akkoorden moeten bijdragen aan de beheersbaarheid en inhoudelijke verbetering van het zorgstelsel. Zo is onder andere afgesproken de structurele, landelijke volumegroei te verlagen naar maximaal 1,5% in 2014 en 1,0% in 2015 t/m 2017.

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Aan de orde komen ontwikkelingen in het aantal zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de concentratiegraad, het aanbod, de specialisatie en de financiële positie van ziekenhuizen. In tegenstelling tot voorgaande jaren wordt, door het ontbreken van data¹⁰, niet ingegaan op de landelijke en regionale marktaandeelen van de inkoopcombinaties van de verzekeraars.

3.1 Aantal zorgaanbieders

Het aantal zorgaanbieders is uitgesplitst naar algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en de aantallen ZBC's die bij de NZa bekend zijn als actief in het A- en/of het B-segment.

Tabel 3.1 Aantal zorgaanbieders 2009-2013¹¹

Type zorgaanbieder	2009	2010	2011	2012	2013
Algemene ziekenhuizen	85	84	84	82	82
Categorale ziekenhuizen	2	2	2	2	2
Academische ziekenhuizen	8	8	8	8	8
<i>Totaal aantal ziekenhuizen</i>	95	94	94	92	92
Categorale instellingen	68	68	65	65	65
ZBC's actief in A- en/of B-segment	220	241	258*	288	268**

*Het aantal ZBC's vóór 2011 wijkt af van het aantal in paragraaf 4.2 doordat paragraaf 4.2 alleen gebaseerd is op de contractprijzen die in 2011 zijn aangeleverd door verzekeraars.

**stand oktober 2013

Bron: NZa

In 2013 is het aantal zorgaanbieders dat als eigen entiteit¹² functioneert gelijk gebleven ten opzichte van 2012. In 2013 is één ziekenhuis failliet gegaan. Drie andere zorgaanbieders hebben een doorstart van deze instelling mogelijk gemaakt waardoor het aantal instellingen in 2013 gelijk is gebleven.

Tot en met 2011 heeft de NZa het aantal actieve ZBC's in het A- en/of B-segment bepaald op basis van de aangeleverde DBC-data (door ZBC's) en contractprijzen (door zorgverzekeraars). Vanaf 2012 is het aantal actieve ZBC's gebaseerd op de aangeleverde contractprijzen.

¹⁰ De MDS-dataset 2012 is onvoldoende gevuld.

¹¹ Het aantal instellingen is gebaseerd op de bij de NZa bekende apart functionerende entiteiten.

¹² Hierbij wordt geen rekening gehouden met bestuurlijke fusies, alle entiteiten publiceren een eigen jaarrekening.

3.2 Indeling zorgverzekeraars

De afgelopen jaren zijn zorgverzekeraars meer gezamenlijk zorg gaan inkopen. In totaal zijn er vijf partijen (=inkoopcombinaties/concerns) die medisch specialistische zorg inkopen, zie tabel 3.2. Voor de inkoop 2013 is hier ten opzichte van 2012 geen verandering in opgetreden. In 2013 heeft DSW Zorgverzekeraar besloten om zich voor de zorginkoop 2014 niet meer door Multizorg VRZ te laten vertegenwoordigen.

Tabel 3.2 Inkoopcombinaties/concernindeling zorgverzekeraars zorginkoop 2013

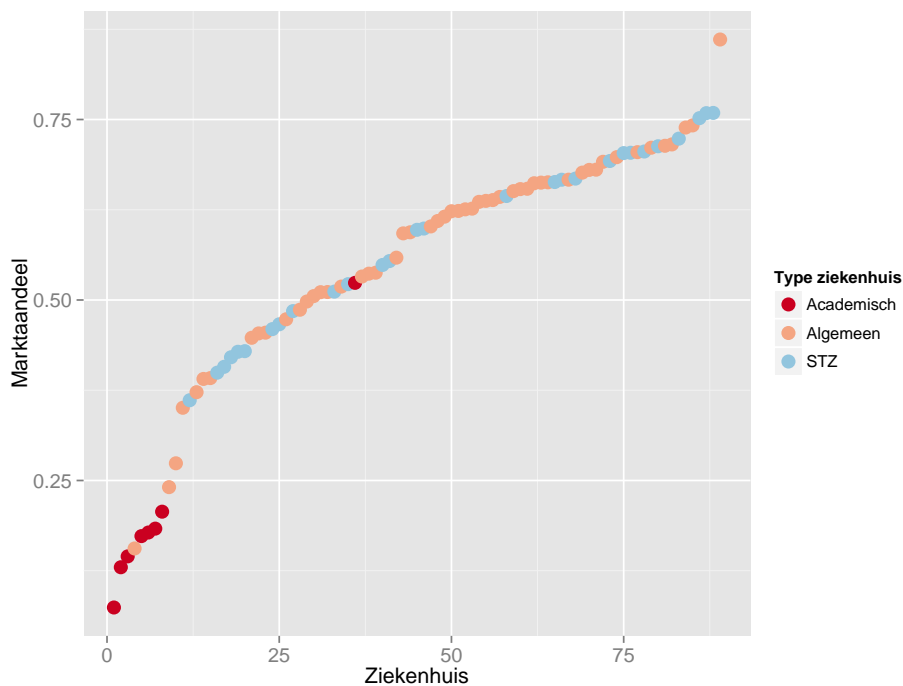
Inkoopcombinaties/ concernindeling	Zorgverzekeraars
Multizorg VRZ	<ul style="list-style-type: none"> - DSW Zorgverzekeraar - ASR Verzekeringen - ONVZ Zorgverzekeraar - Eno zorgverzekeraar - Zorg & Zekerheid
VGZ	<ul style="list-style-type: none"> - Cares Gouda - IZZ - IZA - Trias - UMC - Univé Zorg - VGZ
Menzis	<ul style="list-style-type: none"> - AnderZorg - Menzis - Azivo
Achmea	<ul style="list-style-type: none"> - Avéro - Interpolis - OZF - De Friesland - Zilveren Kruis - Agis - FBTO
CZ	<ul style="list-style-type: none"> - Delta Lloyd - OHRA Ziektekostenverzekeringen - OWM CZ - OHRA Zorgverzekeringen

Bron: NZa, aanlevering contractprijzen

3.3 Marktconcentratie

Veel gebruikte indicatoren voor marktconcentratie, zoals de Herfindahl-Hirschman Index (HHI) of de C4, zijn gebaseerd op marktaandelen van aanbieders in een afgebakende markt. Om een beeld te geven van de marktconcentratie van de ziekenhuizen hanteert de NZa een alternatieve methode. Deze methode werkt met marktaandelen in 'micromarkten'. Voor deze marktscan worden micromarkten gehanteerd die bestaan uit klinische patiënten per viercijferig postcodegebied. Hieruit wordt een gewogen marktaandeel per ziekenhuis berekend, zie figuur 3.1. Omdat ZBC's heel beperkt klinische DBC's produceren, zijn deze buiten beschouwing gelaten.

Figuur 3.1 Gewogen marktaandeel per ziekenhuis, oplopend gesorteerd (2011)



Bron: MDS data 2011

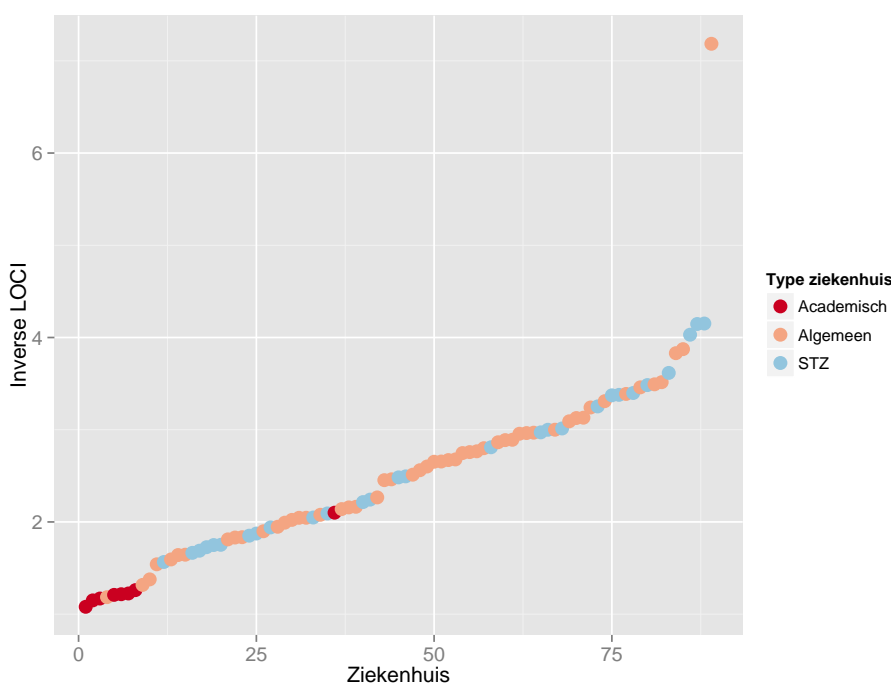
Het gemiddeld gewogen marktaandeel sectorbreed, is 54,4%. Dit betekent dat een gemiddeld ziekenhuis, in de voor haar relevante postcodegebieden, een marktaandeel (in termen van omzet) van 54,4% heeft¹³. Deze score is licht gestegen ten opzichte van het gemiddeld gewogen marktaandeel 2010 uit de voorgaande marktscan (53%). De analyse kan worden verfijnd door meer keuzefactoren mee te nemen.

Het gemiddeld gewogen marktaandeel per ziekenhuis kan vertaald worden naar een marktmacht indicator, de zogeheten Logit competition index (LOCI). Het hebben van marktmacht stelt een aanbieder in staat om een prijs te hanteren die hoger ligt dan de kosten. De inverse van de LOCI score is evenredig met de prijsopslag¹⁴. Figuur 3.2 laat per ziekenhuis de inverse LOCI-score zien.

¹³ Een postcodegebied wordt als relevant beschouwd wanneer een ziekenhuis er tenminste een euro aan omzet heeft gedeclareerd.

¹⁴ Website NZa: Document 'Fusiesimulatiemodellen'.

Figuur 3.2 Marktconcentratie per ziekenhuis, oplopend gesorteerd (2011)



Bron: MDS data 2011

De gemiddelde gewogen inverse LOCI score is 2,5 en gelijk aan de uitkomst van de voorgaande marktscan. Hieruit kan worden afgeleid dat de marktconcentratie gemiddeld genomen niet is toegenomen tussen 2010 en 2011. Ziekenhuizen met hoge inverse LOCI scores bevinden zich in gebieden met relatief weinig ziekenhuizen. Van deze ziekenhuizen is een groot gedeelte STZ-ziekenhuis. Van de tien ziekenhuizen met de laagste inverse LOCI score zijn er zeven een UMC. Doordat UMC's vrijwel altijd in de nabijheid van een algemeen ziekenhuis liggen en een derdelijns functie hebben wordt de marktmacht beperkt. Een vergelijking met de inverse LOCI scores van de vorige marktscan leert dat de scores per instelling relatief stabiel zijn.

De NZa gebruikt de LOCI scores als één van de instrumenten in zienswijzen bij voorgenomen fusies en onderzoek naar aanmerkelijke marktmacht (AMM). Het is niet mogelijk om enkel op basis van de hoogte van deze score uitspraken te doen over het al dan niet hebben van AMM. Wel is het zo dat, bij overig gelijkblijvende omstandigheden, een relatief hoge inverse LOCI eerder een indicatie van AMM vormt dan een relatief lage inverse LOCI. Daarnaast is doorgaans ook aanvullend onderzoek nodig, waar onder meer de prijsgevoeligheid, precieze afbakening van de productmarkt en compenserende factoren zoals toetreding een rol spelen.

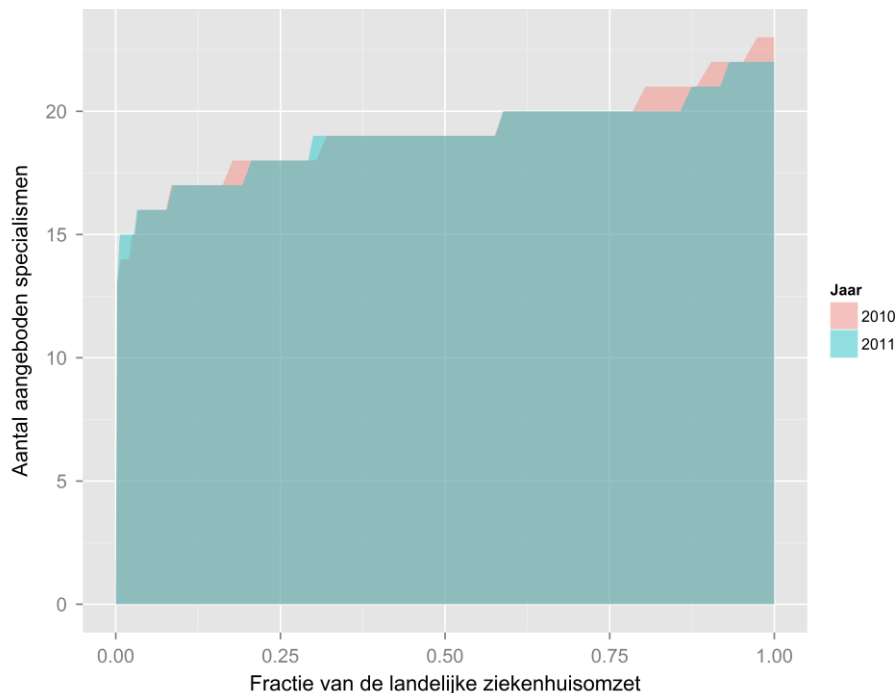
3.4 Aanbod en specialisatie van ziekenhuizen

Een van de onderdelen van het BHA is de mate van specialisatie van ziekenhuizen. De komende jaren zal de spreiding en concentratie van zorg verder vorm moeten krijgen. In deze marktscan bekijken we de mate van specialisatie vanuit twee perspectieven, de opdeling van zorg in specialismen en de individuele specialismen. In deze paragraaf wordt de specialisatie bekeken vanuit de opdeling van zorg in specialismen. Hierbij maken we onderscheid tussen aanbod en specialisatie van ziekenhuizen. Totaal worden 23 verschillende poortspecialismen aangeboden.

3.4.1 Aantal aangeboden specialismen

Figuur 3.3 geeft voor alle ziekenhuizen het aantal aangeboden poortspecialismen waar tenminste één euro aan omzet is gedeclareerd en het aandeel in de landelijke ziekenhuisomzet weer.

Figuur 3.3 Aandeel en aantal aangeboden specialismen per ziekenhuis



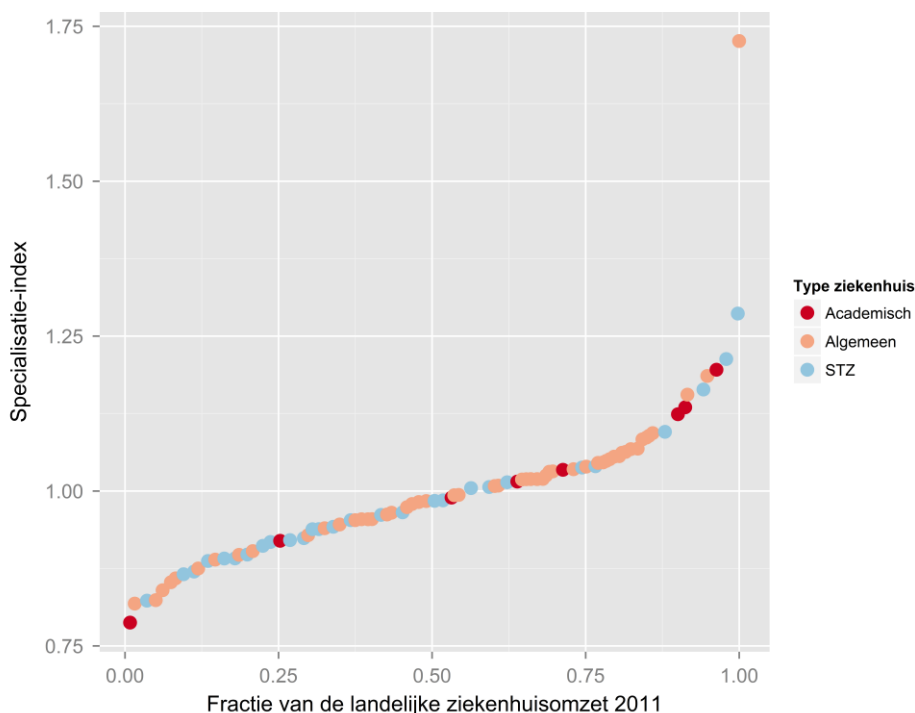
Bron: MDS data 2010 en 2011

De figuur laat zien dat meer dan de helft van de ziekenhuisomzet wordt gegenereerd door ziekenhuizen waar 19 of minder van de 23 poortspecialismen worden aangeboden. Verder wordt ruim 80% van de ziekenhuisomzet uitgevoerd in een ziekenhuis met tussen de 17 en 21 poortspecialismen. Er zijn hierbij verschillen tussen de type ziekenhuizen: bij algemene, STZ en academische ziekenhuizen wordt meer dan de helft van de omzet gegenereerd door aanbieders van respectievelijk maximaal 18, 20 en 22 specialismen. Tussen 2010 en 2011 zijn geen significante wijzigingen in het aantal aangeboden specialismen zichtbaar.

3.4.2 Specialisatie-index van ziekenhuizen

Niet elk specialisme genereert evenveel omzet in een ziekenhuis. Hierdoor is het aantal aangeboden specialismen geen goede maat voor de specialisatiegraad. Om de scheefheid van de omzetverdeling over specialismen in kaart te brengen, geven we hieronder een zogeheten specialisatie-index weer. De specialisatie-index geeft de relatieve concentratie van de ziekenhuisspecifieke specialisme-omzetaandelen weer. In figuur 3.4 staat de specialisatie-index 2011 voor alle algemene, topklinische en academische ziekenhuizen.

Figuur 3.4 Specialisatie-index per ziekenhuis (2011)



Bron: MDS data 2011

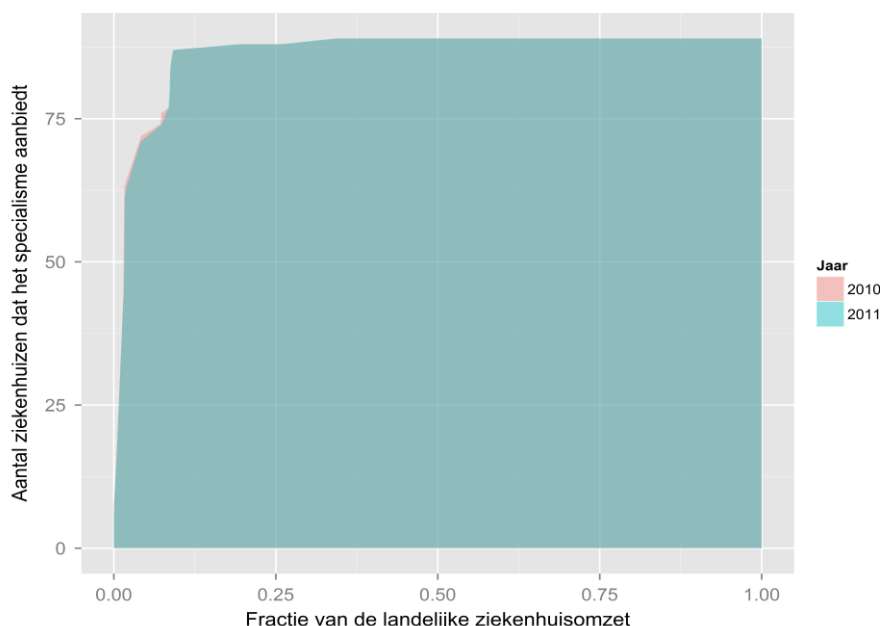
De ziekenhuizen zijn van links naar rechts oplopend geordend, en de horizontale as geeft de bijdrage aan de landelijke ziekenhuisomzet weer. De landelijk gemiddelde specialisatie-index is daarbij op 1 gezet. De scores lopen uiteen van 0.79 voor het minst gespecialiseerde ziekenhuis tot ruim 1.73 voor het meest gespecialiseerde ziekenhuis. Ruim 80% van de ziekenhuizen heeft een specialisatie-index tussen de 0.87 en 1.12. De Nederlandse ziekenhuizen zijn tamelijk homogeen wat betreft de verdeling van hun omzet over de verschillende specialismen. Er zijn hierbij geen significante verschillen tussen de drie instellingscategorieën (algemene, STZ en academische ziekenhuizen), in tegenstelling tot de in de vorige paragraaf genoemde aantal aangeboden specialismen. De specialismen die STZ instellingen en academische ziekenhuizen extra aanbieden ten opzichte van algemene ziekenhuizen, hebben daarvoor te weinig omzet.

3.5 Aanbod en spreiding van specialismen

De voorgaande analyse kan ook worden uitgevoerd vanuit het perspectief van de individuele specialismen. Op deze wijze verkrijgen we inzicht in het aantal ziekenhuizen die de verschillende specialismen aanbieden.

3.5.1 Aantal ziekenhuizen dat een specialisme aanbiedt

In figuur 3.5 zijn voor alle poortspecialismen het aantal ziekenhuizen weergegeven die tenminste één euro aan omzet hebben gedeclareerd. De horizontale as is weergegeven als de fractie van de landelijke omzet.

Figuur 3.5 Aantal ziekenhuizen dat een specialisme aanbiedt

Bron: MDS data 2010 en 2011

De figuur laat zien dat 74% van de landelijke ziekenhuisomzet wordt gegenereerd binnen specialismen die in alle ziekenhuizen worden aangeboden. Hierbij zijn geen significante verschillen waar te nemen tussen 2010 en 2011.

3.6 Financiële positie zorgaanbieders

Met de invoering van prestatiebekostiging is een gezonde financiële positie voor essentieel. De financiële gezondheid van een zorgaanbieder kan bekeken worden aan de hand van drie indicatoren: rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit.

De rentabiliteit geeft een beeld van de winstgevendheid van een zorgaanbieder (bedrijfsresultaat gedeeld door balanstotaal). De solvabiliteit (eigen vermogen gedeeld door balanstotaal) zegt iets over de mate waarin zorgaanbieders in de toekomst hun schulden kunnen voldoen. Tot slot zegt de liquiditeit (vlottende activa gedeeld door vlottende passiva) iets over in hoeverre een zorgaanbieder op korte termijn aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen.

3.6.1 Rentabiliteit en solvabiliteit

Tabel 3.3 laat de gemiddelde rentabiliteit en solvabiliteit zien voor de verschillende typen ziekenhuizen en het totaal.

Tabel 3.3 Gemiddelde rentabiliteit en solvabiliteit, per type ziekenhuis (%)

	Rentabiliteit				Solvabiliteit			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Algemene ziekenhuizen	3,5	3,5	3,2	1,5	11,4	12,4	13,2	15,0
STZ-ziekenhuizen	3,6	4,3	3,8	2,0	12,8	15,5	16,5	16,9
Academische ziekenhuizen	3,6	1,5	2,3	1,5	35,4	16,8	16,7	18,9
Totaal	4,9	3,2	3,1	1,7	31,2	14,8	15,4	16,8

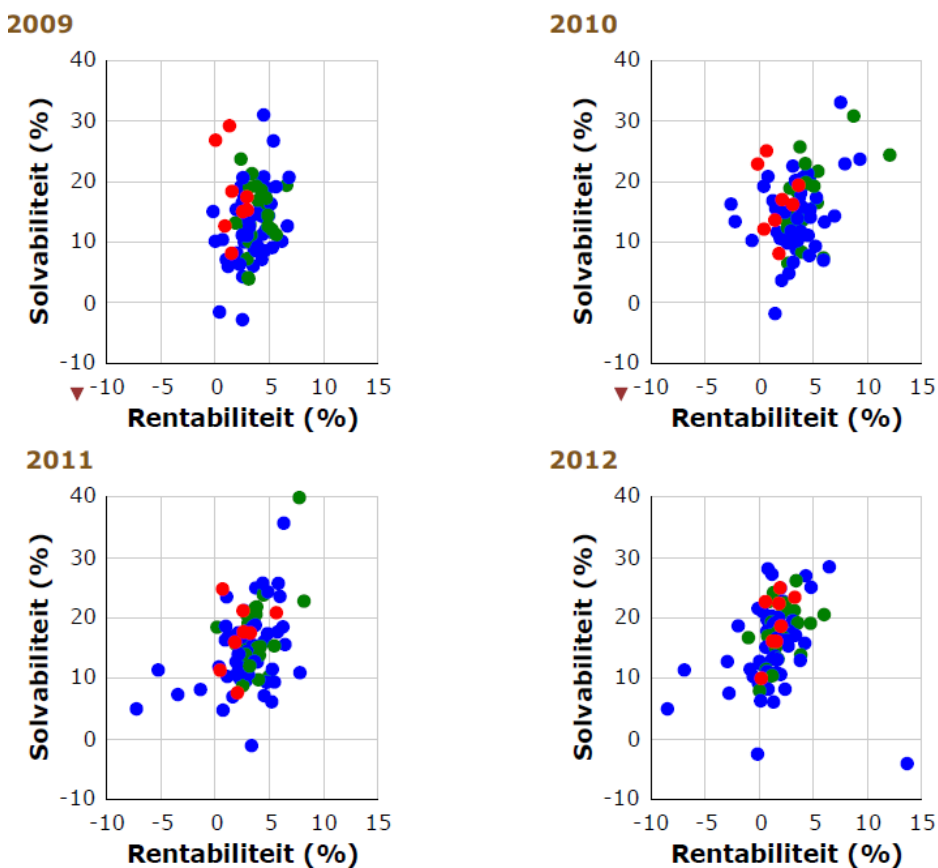
Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene, STZ-ziekenhuizen en academische ziekenhuizen.

Voor alle type ziekenhuizen daalt de rentabiliteit tussen 2011 en 2012. Bij de solvabiliteit is deze ontwikkeling precies omgekeerd. De academische ziekenhuizen hebben in tegenstelling tot voorgaande jaren een vergelijkbare rentabiliteit met de algemene en STZ-ziekenhuizen. Qua solvabiliteit scoorden de academische ziekenhuizen altijd hoger dan de algemene ziekenhuizen. In 2012 neemt de gemiddelde solvabiliteit van de algemene ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen meer toe dan de STZ-ziekenhuizen.

De hoogte van de rentabiliteit en de toename van de solvabiliteit wordt mede veroorzaakt door het in de jaarrekening opgenomen voorlopige verrekenbedrag 2012. In hoofdstuk 7 wordt het verrekenbedrag verder uitgewerkt. Wanneer het voorlopige verrekenbedrag niet in de berekening wordt meegenomen daalt de rentabiliteit van de ziekenhuizen naar 0,2% en blijft de solvabiliteit gelijk aan 2011.

In figuur 3.7 zijn de rentabiliteit en solvabiliteit van de algemene ziekenhuizen (blauw), de STZ-ziekenhuizen (groen) en academische ziekenhuizen (rood) tegen elkaar uitgezet. De spreiding in zowel de rentabiliteit als de solvabiliteit neemt in 2012 voor alle type ziekenhuizen af ten opzichten van 2011.

Figuur 3.6 Rentabiliteit en solvabiliteit



Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en academische ziekenhuizen

3.6.2 Liquiditeit

In tabel 3.4 is de gemiddelde liquiditeit (current ratio) per type zorgaanbieder en het totaal opgenomen. Een current ratio kleiner dan 1 betekent dat een ziekenhuis op korte termijn niet aan zijn verplichtingen kan voldoen. Een groot aantal ziekenhuizen heeft een current ratio kleiner dan 1.

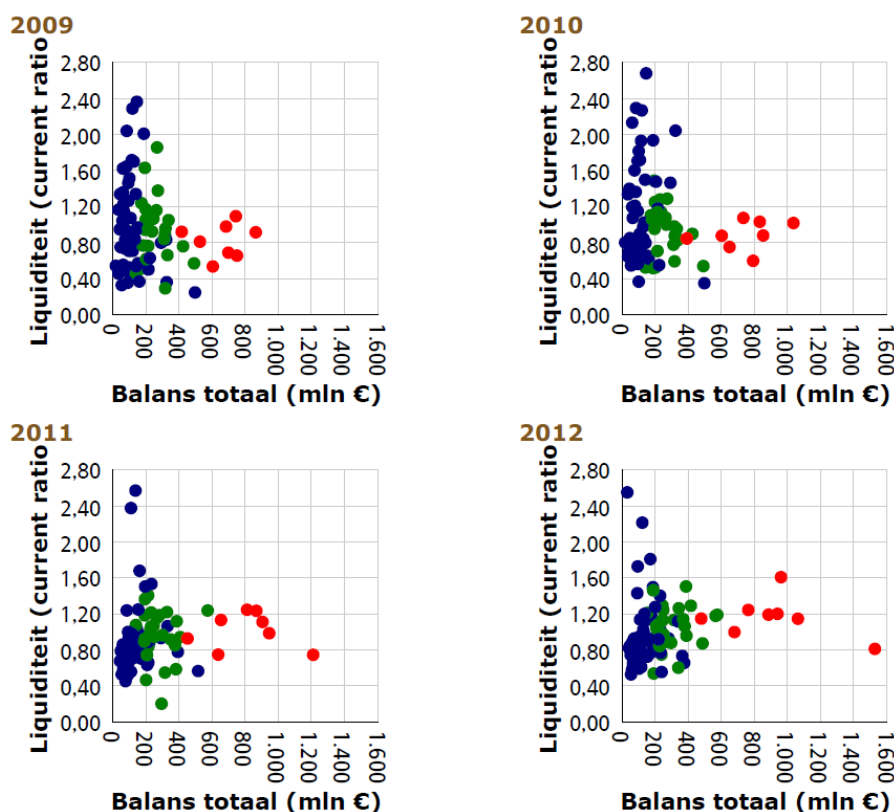
Tabel 3.4 Gemiddelde liquiditeit, per type ziekenhuis (ratio)

	2009	2010	2011	2012
Algemene ziekenhuizen	0,77	0,91	0,87	0,90
Topklinische ziekenhuizen	0,87	0,87	0,81	1,03
Universitair Medische Centra	0,81	0,87	1,00	1,10
Totaal	0,82	0,88	0,88	1,00

Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en academische ziekenhuizen

Voor alle type ziekenhuizen neemt de gemiddelde liquiditeit tussen 2011 en 2012 toe. Voor alle ziekenhuizen samen stijgt de gemiddelde liquiditeit naar 1,00. In figuur 3.8 is voor de jaren 2009-2012 de liquiditeit van de algemene ziekenhuizen (blauw), de STZ-ziekenhuizen (groen) en academische ziekenhuizen (rood) uitgezet tegen het balanstotaal van het ziekenhuis.

Figuur 3.7 Liquiditeit



Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en academische ziekenhuizen

In de figuur blijkt dat de spreiding van liquiditeit van de algemene en STZ ziekenhuizen tussen 2011 en 2012 nagenoeg gelijk blijft. Bij de academische ziekenhuizen neemt de spreiding toe in 2012. Er is goed te zien dat de academische ziekenhuizen gemiddeld genomen het grootste en de algemene ziekenhuizen het kleinste balanstotaal hebben.

4. Marktgedrag

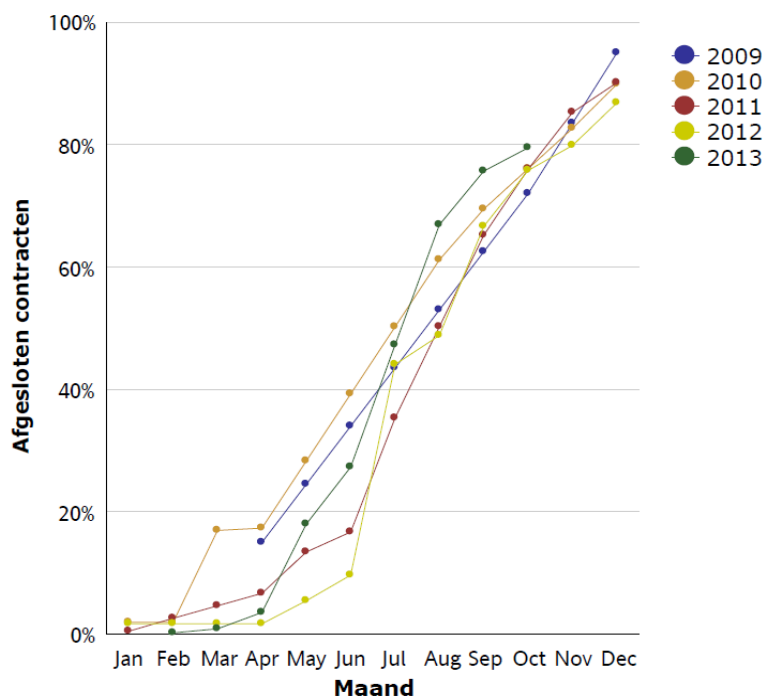
De marktstructuur én het marktgedrag zijn bepalend voor de publieke belangen. Waar in het vorige hoofdstuk de structuur van de markt centraal stond, gaat dit hoofdstuk nader in op het gedrag. Hierbij wordt ingegaan op de contracteergraad van ziekenhuizen en ZBC's, de contractering door verzekeraars, het overstapgedrag van de zorgconsument en signalen over de medisch specialistische zorg.

4.1 Contracteergraad ziekenhuizen

Om inzicht te krijgen in het tempo waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars contractafspraken maken, is de aanlevering van de contractprijzen in kaart gebracht¹⁵. Tot en met 2011 betrof dit alleen de B-segment prijzen. Vanaf 2012 worden zowel de A- als de B-segment prijzen aangeleverd, vanwege de invoering van prestatiebekostiging. De contracteergraad van ziekenhuizen in een bepaald jaar wordt gewogen met omzetgegevens uit de jaarrekeningen van een jaar eerder.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn niet verplicht om contractafspraken te maken. Zorgaanbieders kunnen, bij het ontbreken van een contract, ook rechtstreeks bij de patiënt een zogenoemd passantentariaf in rekening brengen. Figuur 4.1 toont het percentage afgesloten contracten van ziekenhuizen (gewogen naar de omzet van het ziekenhuis). Voor 2013 zijn de gegevens tot en met de maand oktober meegenomen in de grafiek.

Figuur 4.1 Ontwikkeling percentage afgesloten contracten



Bron: MDS data en jaarrekeningen ziekenhuizen

¹⁵ De contractprijzen worden vanaf 2010 maandelijks aangeleverd. Tot 2010 gebeurde dit op drie vaste momenten in het jaar, de lijn voor 2009 geeft hierdoor een minder nauwkeurig beeld.

Net als in 2011 en 2012 blijft het aantal afgesloten contracten tot april 2013 achter, maar stijgt het aantal afgesloten contracten direct daarna sneller dan in 2011 en 2012. Daarnaast is in oktober 2013 al bijna 80% van de contracten afgesloten. In eerdere jaren was dit later in het jaar.

Kanttekening bij een vergelijking met voorgaande jaren is dat de mate van contracteren alleen gebaseerd is op de aangeleverde contractprijzen. Veelal worden eerst de lumpsum/plafondafspraken uit onderhandeld, en volgt daarna pas de aanlevering van de contractprijzen.

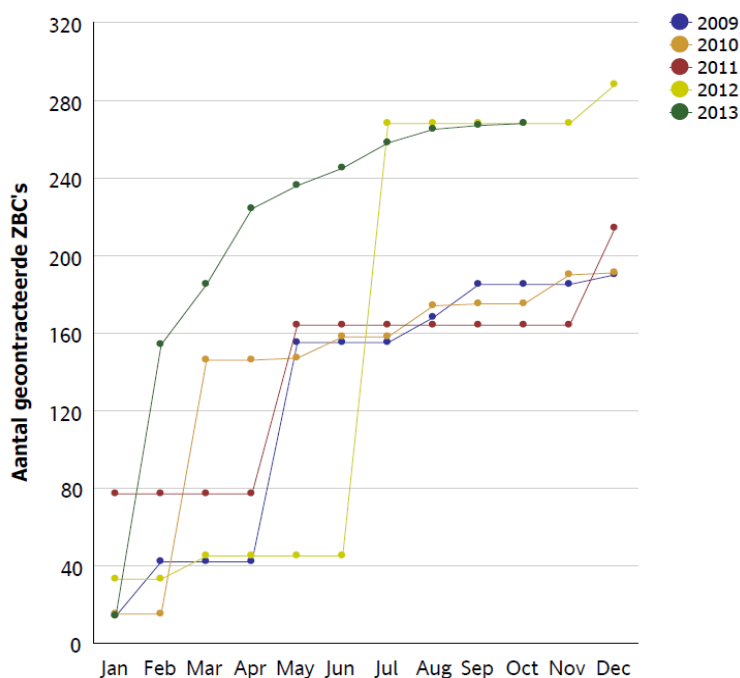
4.2 Ontwikkeling aantal gecontracteerde ZBC's

Zoals in paragraaf 4.1 al beschreven is, vraagt de NZa contractprijzen op om, onder andere, inzicht te krijgen in het tempo waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars contractafspraken maken.

De contracteergraad van ziekenhuizen in een bepaald jaar wordt gewogen met omzetgegevens uit de jaarrekeningen van een jaar eerder. Het gebruik van oudere omzetgegevens is bij ziekenhuizen geen probleem omdat daar weinig toe- of uittreding van aanbieders is. Bij ZBC's vindt er wel toe- en uittreding plaats. Weging met oudere omzetgegevens kan daardoor een verkeerd beeld geven. Nieuwe toetreders of een sterke groei van ZBC's zouden op deze manier niet meegewogen worden. Hieronder worden daarom alleen aantallen gecontracteerde ZBC's weergegeven. Een ZBC wordt meegenomen als met minimaal één verzekeraar een contract is afgesloten.

In figuur 4.2 is het aantal gecontracteerde ZBC's (tot en met 2011 alleen in het B-segment, vanaf 2012 zowel A- als B-segment) per maand te zien. Voor 2013 zijn de gegevens tot en met de maand oktober meegenomen in de grafiek. In de afgelopen jaren liep het aantal gecontracteerde ZBC's gestaag op. In tegenstelling tot eerdere jaren stijgt in 2013 het aantal gecontracteerde ZBC's vanaf januari sterk. In april 2013 is 84% van de in oktober gecontracteerde ZBC's al gecontracteerd.

Figuur 4.2 Ontwikkeling percentage afgesloten contracten



Bron: NZa op basis van contractprijzendata van zorgverzekeraars

4.3 Contractering 2013

Het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012 – 2015 beoogt onder andere om de uitgavengroei de komende jaren te beperken. Een andere doelstelling is om de contracteercyclus in te korten. Ook hebben partijen het volgende afgesproken:

- selectiever inkopen;
- meer aandacht voor spreiding en concentratie;
- overbodige (ziekenhuis)capaciteit afbouwen;
- verplaatsing van zorg (substitutie) op basis van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie.

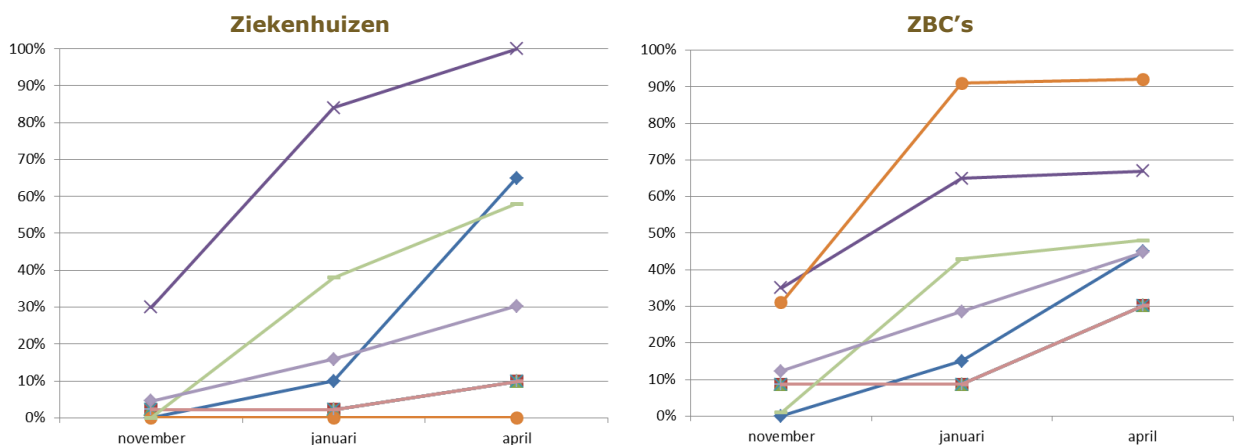
Eind juni 2013 is een vragenlijst bij de zorgverzekeraars uitgezet. Het doel van deze uitvraag is om een beeld te krijgen van de inkoop medisch specialistische zorg 2013. Verder is gesproken met directeuren zorg en zijn de resultaten van de ZN uitvraag contractinformatie medisch specialistische zorg 2012 en 2013 gebruikt. De vragenlijst is bij tien verzekeraars¹⁶ uitgezet, alle verzekeraars hebben de vragenlijst ingevuld en ingediend. De ervaringen van zorgaanbieders in het contracteerproces zijn niet uitgevraagd en meegenomen in de analyses.

Naar aanleiding van de verkregen informatie gaan we hieronder in op de volgende onderwerpen: verloop contractering 2013, speerpunten zorginkoop, knelpunten in de onderhandeling, contractovereenkomsten, selectieve inkoop en kwaliteit.

4.3.1 Verloop contractering 2013

Verzekeraars zijn uiterlijk in november 2012 begonnen met het zorginkoopproces 2013 voornamelijk door het aanschrijven van aanbieders. Figuur 4.3 laat zien welk percentage van de contracten met ziekenhuizen en ZBC's op drie peildata waren afgesloten. Het betreft hier de daadwerkelijk ondertekende contracten.

Figuur 4.3 Verloop contractering per verzekeraar 2013, ziekenhuizen en ZBC's¹⁷



Bron: NZa Vragenlijst zorginkoop medisch specialistische zorg 2013

¹⁶ A.S.R., Achmea, Coöperatie VGZ NV, CZ, De Friesland Zorgverzekeraar, DSW Zorgverzekeraar en Stad Holland Zorgverzekeraar, Eno, Menzis, ONVZ Zorgverzekeraar en Zorg en Zekerheid. De tien verzekeraars vallen onder vijf inkoopcombinaties en hanteren een individuele zorginkoop of voeren de inkoop uit ten behoeve van de andere verzekeraars in een inkoopcombinatie.

¹⁷ De opgaven van De Friesland Zorgverzekeraar en Achmea was gelijk, deze zijn dan ook als een lijn in de grafieken weergegeven.

Eén van de doelstellingen van het BHA is het afronden van de contractering vóór 1 april 2013. Op basis van de vragenlijst is deze doelstelling door twee verzekeraars voor de ziekenhuizen gehaald (het betreft hier wel twee verzekeraars die onder één concern vallen), op 1 april 2013 was hier 100% van de instellingen gecontracteerd. Uit de ZN contractinformatie uitvraag medisch specialistische zorg 2012 en 2013 blijkt verder dat op 1 juni 2013 ruim 80% van de verwachte schadelast 2013 is gecontracteerd. Hiermee begint één van de doelstellingen uit het BHA, het verkorten en tijdig afronden van de contracteercyclus, vorm te krijgen.

Uit de gesprekken met verzekeraars komt naar voren dat medio 2013 gestart is met de contractering 2014. In het Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017¹⁸ is afgesproken dat het streven is om de onderhandelingen voor 2014 vóór 19 november 2013 af te ronden.

4.3.2 Speerpunten inkoopbeleid verzekeraars

Alle verzekeraars geven aan in het inkoopbeleid 2013 de volgende speerpunten te hanteren:

- kwaliteit;
- doelmatigheid;
- toegankelijkheid;
- betaalbaarheid/schadelastbeheersing.

Daarbij geven alle verzekeraars aan dat gedifferentieerde groei is toegestaan maar dat de maximale groei van 2,5% op concernniveau bewaakt wordt.

Naast de bovenstaande punten zijn andere voorkomende speerpunten:

- bevorderen gepast gebruik;
- financiering van het Onderhanden werk door de verzekeraar;
- keuzemogelijkheden voor de patiënt;
- ontwikkeling richtprijzen DBC-zorgproducten;
- overheveling dure geneesmiddelen: nacalculatie;
- patiëntveiligheid;
- partnerships;
- selectieve zorginkoop (conform beroepsnormen);
- spreiding en concentratie;
- verbetermaatregelen via contractuele afspraken en materiele controle;
- verdeling/verschuiven van zorg tussen 1e, 2e en 3e lijn.

Naast de Nederlandse aanbieders wordt ook zorg ingekocht in België, Duitsland, Spanje, Oostenrijk, Zwitserland, Turkije en Suriname.

Geen van de verzekeraars sluit rechtstreeks contracten met (regio)maatschappen van vrijgevestigd specialisten.

4.3.3 Knelpunten in onderhandelingen

Door verzekeraars genoemde knelpunten in de onderhandeling zijn onder andere:

- *Marktaandeel*. Het bepalen van het marktaandeel van een verzekeraar binnen een ziekenhuis. Alleen het marktaandeel van de voorafgaande periode is bekend tijdens de onderhandeling en er kan geen rekening worden gehouden met mutaties in aantallen verzekerden.

¹⁸ Aanvullend akkoord tussen branchepartijen (NVZ, NFU, NPCF, ZKN, OMS en ZN) en VWS 16 juli 2013.

- *Vraag en aanbod.* Veel instellingen werken nog met een begroting die ze gefinancierd willen krijgen. Instellingen willen soms meer kapitaallasten meefinancieren dan de verzekeraar en vragen meer groeiruimte dan landelijk beschikbaar is.
- *Productstructuur.* Onduidelijkheid over productstructuur en het missen van historische gegevens over de in te kopen producten.
- *Tussentijdse wijzigingen.* Het tussentijds wijzigen van het VWS- kader, de productstructuur en de vaststelling van het inflatiecijfer.
- *Dure geneesmiddelen.* Het vaststellen van een bedrag voor de overheveling dure geneesmiddelen.
- *Onzekerheid.* Er is onzekerheid over de prijs- en volume informatie. Het onvoldoende kunnen inschatten van een juiste prijsstelling als gevolg van de invoering van DOT en het ontbreken van stabiele lange termijn prijs- en volume informatie. Verder is er onvoldoende zicht op OHW-posities. Het laat ter beschikking stellen van benodigde gegevens en wet- en regelgeving door de NZa (transitiemodel en honorariumplafonds) en het uitgeven van tarieftabellen door DBC-Onderhoud.
- *Timing.* Zorgaanbieders beginnen de gevolgen van het niet contracteren pas te merken in loop van het jaar waarover afspraken worden gemaakt, terwijl verzekeraars in november in het voorgaande jaar hun verzekerden al moeten informeren. De tijdsdruk loopt niet synchroon en er wordt weinig besef van urgentie aan de kant van de zorgaanbieders gevoeld.

4.3.4 Contractovereenkomsten

Partijen maken gebruik van een combinatie van maatwerk- en standaardcontracten. In de contracten worden verschillende type afspraken opgenomen. De volgende afspraken worden gehanteerd:

- *Lumpsum/aanneemsom:* de instelling en verzekeraar komen een totaalbedrag overeen. Dit bedrag wordt uitgekeerd, ongeacht de productie.
- *Plafond:* de instelling en verzekeraar komen een totaalbedrag overeen. Dit bedrag wordt uitgekeerd tot aan het plafond. Wanneer de gedeclareerde productie achterblijft bij het plafond wordt er niets verrekend, wanneer de gedeclareerde productie het plafond overschrijdt wordt het teveel verrekend.
- *Meerjaren:* er wordt een meerjarenafpraak gemaakt tussen verzekeraar en instelling. Bijvoorbeeld voor twee jaar, met daarin een taakstelling.
- *Prijs:* er wordt een prijslijst overeengekomen tussen instelling en verzekeraar. Dit gebeurt bijvoorbeeld als het marktaandeel van een verzekeraar in een instelling erg klein is.
- *P*Q:* er worden gerichte afspraken gemaakt op DBC-zorgproductniveau tussen instelling en verzekeraar. Dit zien we met name terug bij DBC-zorgproducten met een hoog volume en lage complexiteit.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de afspraken die in de contracten zijn opgenomen. In sommige gevallen wordt een combinatie van afspraken opgenomen.

Tabel 4.1 Soort afspraken in de contracten 2013

Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen	Categorale instellingen	ZBC's
Lumpsum	Lumpsum	Lumpsum	Lumpsum
Plafond	Plafond	Plafond	Plafond
Meerjaren	Meerjaren	Prijs	Meerjaren
	Prijs	Meerjaren	Prijs
	P*Q		P*Q

Bron: NZa vragenlijst contractering

Naast de bovenstaande afspraken maken de verzekeraars ook afspraken over:

- *Doorleververplichting*. Alle verzekeraars geven aan dat bijna altijd een doorleververplichting wordt opgenomen. Daarbij is bij sommige contracten nacalculatie of bijstelling van de afspraak mogelijk. Wanneer een aanbieder uiteindelijk meer zorg levert dan afgesproken vorderen verzekeraars het teveel betaalde bedrag terug, stoppen met de betaling van declaraties zodra het maximaal overeengekomen bedrag is bereikt of de tarieven worden met terugwerkende kracht met een gelijk percentage aangepast tot 1 januari jaar-t. Hiernaast heeft één verzekeraar aangegeven dat de definitieve wijze van verrekening in onderling overleg in ZN-verband wordt afgestemd.
- *Wachttijsten*. Verzekeraars geven aan open te staan voor een gesprek wanneer wachttijsten dreigen te ontstaan maar zijn in beginsel niet bereid om hiervoor aanvullende afspraken te maken. De Treeknormen zijn leidend bij het maken van afspraken over wachttijden.
- *Aanpassing van het contract*. Het aantal gecontracteerde aanbieders dat gedurende het contractjaar verzoekt om nieuwe onderhandelingen/aanpassing van het contract varieert tussen de verzekeraars tussen de 0% en 100%. De aangevoerde redenen voor een verzoek tot wijziging van een contract zijn aanpassingen in NZa tarieven, marktaandeelenmutatie, honorariummutatie of een hogere zorgvraag dan verondersteld.
- *Substitutie*. In de contracten worden afspraken gemaakt over het bevorderen van substitutie van tweedelijns zorg naar eerstelijns zorg en klinische zorg naar poliklinische zorg. Wanneer dit geen onderdeel is van de contracten komen dergelijke afspraken voort uit benchmarks in het kader van gepast gebruik van zorg en/of materiële controles. De afspraken die gemaakt worden gaan over praktijkvariatie, aanzet tot het voorkomen van dubbele bekostiging, verdisconteren doelmatige verhouding eerste en tweede lijn in de bekostiging, eerst huisartsenpost in plaats van spoedeisende hulp, niet-complexe zorg terug naar de eerste lijn, verbeterafspraken, verlagen van inkoopvolume tweede lijn en het stimuleren van poliklinische behandelingen door het gebruik van aanneemsommen.

4.3.5 Selectieve inkoop

Met de verdere afbouw van de ex-post risicovereeniging¹⁹, en dus de toenemende risicodragendheid van verzekeraars, is de verwachting dat het selectief inkopen verder gaat toenemen. Daarnaast is in het BHA afgesproken dat de selectieve inkoop sterk moet worden uitgebreid.

Vijf van de tien individuele verzekeraars geeft aan dat medisch specialistische zorg selectief wordt ingekocht. In de onderstaande tabel is zichtbaar hoeveel verzekeraars bij welk type aanbieder selectief inkoop.

Tabel 4.2 Aantal verzekeraars dat selectief inkoop, per type aanbieder

	Algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen	Categorale instellingen	ZBC's
Aantal verzekeraars	5	3	2	5

Bron: NZa vragenlijst contractering

¹⁹ Ex-post risicovereeniging wordt tijdelijk nog toegepast op de kosten van ziekenhuiszorg om door zorgverzekeraars niet beïnvloedbare kosteneffecten te beperken.

Verzekeraars geven aan dat wanneer selectief wordt ingekocht dit het meest wordt toegepast bij algemene ziekenhuizen en ZBC's. De selectiecriteria die gehanteerd worden bij de selectieve zorginkoop zijn kwaliteit, volumennormen, patiëntveiligheid, prijs, dienstverlening en samenwerking met andere zorgaanbieders.

De vijf verzekeraars kopen selectief in op bepaalde aandoeningen, vakgroepen of de hele zorgorganisatie. De aandoeningen die selectief worden gecontracteerd zijn onder andere heupvervangingen, blaasverwijderingen, hernia's, bariatric, kanker, geboortezorg, cardiologie, neurostimulatoren en aandoeningen waarvoor volumennormen gelden.

4.3.6 Kwaliteit

In de contracten worden diverse kwaliteitseisen opgenomen. Het gaat hier om keurmerken, zorginhoudelijke aspecten, het aanleveren van data en de wijze waarop de aanbieder de inkoper dient te informeren. In een aantal gevallen worden specifieke aanvullende afspraken gemaakt of wordt voorafgaand aan het afsluiten van een overeenkomst vastgesteld of een zorgaanbieder aan de kwaliteitseisen voldoet.

Alle verzekeraars geven aan dat de realisatie van afgesproken kwaliteitseisen worden gecontroleerd. Eén verzekeraar neemt geen bepalingen over het voldoen aan de afgesproken kwaliteitseisen in het contract op. De andere verzekeraars nemen één of meer van de onderstaande bepalingen op:

- zonder het voldoen aan kwaliteitseisen krijgen aanbieders geen contract;
- een afslag op het tarief/aanneemsom/plafond indien niet aan de kwaliteitseisen wordt voldaan;
- in die gevallen waar afspraken zijn gemaakt vormen deze onderdeel van het addendum;
- maken van verbeterafspraken.

Alle verzekeraars maken afspraken over het aanleveren van kwaliteitsgegevens. Het gebruik van kwaliteitsindicatoren wordt door alle verzekeraars gestimuleerd. Eén verzekeraar geeft aan dat dit niet nodig is aangezien dit automatisch al gebeurt.

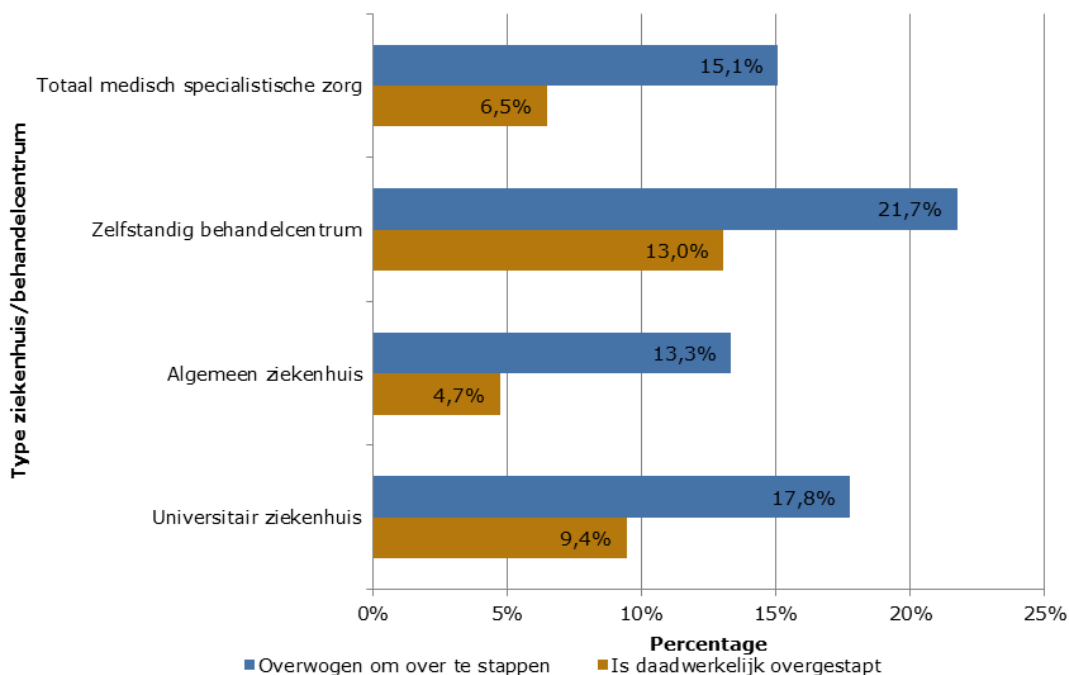
4.4 Overstapgedrag zorgconsument

De NZa heeft Motivaction gevraagd om via zijn consumentenpanel onderzoek te doen naar de overwegingen om over te stappen naar een andere zorgaanbieder.

Als de klanttevredenheid gering is, maar het aantal respondenten dat naar een andere zorgaanbieder overstapt relatief beperkt blijft, zijn er mogelijk overstapdrempels. Deze overstapdrempels zijn bijvoorbeeld wachttijden of te weinig keuze-informatie en beperken de keuzevrijheid van de zorgconsument. De drempels kunnen worden weggenomen door het toetreden van nieuwe zorgaanbieders of de dynamiek tussen concurrerende aanbieders.

Uit figuur 4.4 blijkt dat alle respondenten die in 2012-2013 een ziekenhuis of ZBC hebben bezocht 15% heeft overwogen om over te stappen. Van deze groep is 6,5% daadwerkelijk overgestapt.

Figuur 4.4 Overstappen per type zorgaanbieder



Bron: Motivaction

In vergelijking tot 2011 en 2012 is het percentage respondenten dat overwoog over te stappen gedaald van 17% naar 15%. In 2012 waren de respondenten die een academisch ziekenhuis hadden bezocht nog het meest geneigd tot overstappen. In 2013 zijn dat de respondenten die een ZBC hebben bezocht. Deze respondenten zijn relatief het meest ook daadwerkelijk overgestapt.

Respondenten konden aangeven waarom zij behoefte hadden om over te stappen en welke van deze overwegingen het zwaarst wogen. Tabel 4.3 toont de top 3 van overwegingen om over te stappen. Redenen waarom consumenten toch niet zijn overgestapt, zijn weergegeven in tabel 4.4.

Tabel 4.3. Top 3 overwegingen om over te stappen

Overwegingen om over te stappen
Ontevredenheid zorgverlening
Lange wachttijden
Beter/passender alternatief

Bron: Motivaction

Tabel 4.4. Redenen waarom consumenten toch niet zijn overgestapt (zijn meerdere antwoorden gegeven)

Redenen om niet over te stappen	%
Weet niet of ik beter af ben in een ander ziekenhuis/behandelcentrum	19%
Te veel gedoe	15%
Het ziekenhuis/behandelcentrum kent mijn voorgeschiedenis	12%

Bron: Motivaction

4.5 Signalen

Het rapport *Jaarrapportage Signaaltoezicht, Ondernomen acties en cijfers 2012*²⁰ van de NZa geeft een overzicht van de belangrijkste signalen en ondernomen acties uit 2012. In tabel 4.5 is het aantal signalen opgenomen dat de NZa heeft ontvangen in de periode 2011 tot 1 oktober 2013.

Tabel 4.5 Aantal signalen Totaal, Cure en medisch specialistische zorg²¹

	2011	2012	2013*
Totaal aantal signalen	417	1.058	1.697
Aantal signalen zorgaanbieders Cure	181	461	1.370
Aantal signalen zorgaanbieders medisch specialistische zorg	78	124	743

*Aantal signalen peildatum 1 oktober 2013

Bron: Jaarrapportage Signaaltoezicht, Ondernomen acties en cijfers 2012 en database signalen T&H peildatum 1 oktober 2013.

Voor het jaar 2013 zijn tot 1 oktober 2013 totaal 1.697 signalen binnengekomen. Van deze signalen gaan er 743 (44%) over de medisch specialistische zorg. En hiervan gaan er 609 (82%) over het in rekening brengen van duurdere zorg dan daadwerkelijk geleverd (upcoding). De definitieve cijfers 2013 worden in de eerste helft van 2014 gepubliceerd in het rapport jaarrapportage signaaltoezicht 2013.

²⁰ Jaarrapportage Signaaltoezicht 2012, www.nza.nl.

²¹ In 2012 heeft de NZa de opzet van het signaaltoezicht ingrijpend gewijzigd om beter prioriteiten te kunnen bepalen. Daardoor zijn de cijfers 2012 niet goed vergelijkbaar met de cijfers van de voorafgaande jaren.

5. Kwaliteit

In de vorige twee hoofdstukken is de marktstructuur en het marktgedrag beschreven. Marktstructuur en marktgedrag zijn van invloed op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Dit hoofdstuk gaat in op de eerste van de drie genoemde publieke belangen. Hierbij zijn de volgende aspecten te onderscheiden:

- Kwaliteit van de geleverde zorg; waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt.
- Transparantie van zorg; de (kwaliteits)informatie op basis waarvan consumenten en zorgverzekeraars een keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder (waarop de NZa toezicht houdt).

5.1 Kwaliteit van zorg

De NZa is als marktmeester verantwoordelijk voor de transparantie en keuzevrijheid. De verhouding tussen de IGZ en de NZa kan als volgt worden verwoord: "De IGZ gaat over de transparantie van de kwaliteit en de NZa over de kwaliteit van de transparantie".

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening.

De IGZ is verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van zorg. In samenwerking met het veld zijn normen voor kwaliteit van zorg en veiligheid ontwikkeld. Deze staan op de websites van de verschillende wetenschappelijke verenigingen en koepels. De IGZ gebruikt deze normen in haar toezicht. Daarnaast heeft ze samen met het veld indicatoren ontwikkeld, die de ziekenhuizen jaarlijks aanleveren. Ook faciliteert de IGZ de verschillende spelers in de zorg om de kwaliteit van zorg transparanter te maken.

De NZa ziet niet toe op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg; de NZa 'meet' de kwaliteit niet. Er zijn wel indicatoren die de NZa kan volgen om een beeld te krijgen hoe het met de kwaliteit in een sector is gesteld, te weten:

- het (verscherpte) toezicht door IGZ;
- het aantal behaalde kwaliteitskeurmerken.

Deze twee indicatoren komen achtereenvolgens aan bod.

5.1.1 Toezicht IGZ

De IGZ houdt toezicht op de individuele kwaliteit van zorgaanbieders. De IGZ legt corrigerende maatregelen op als risico's op niet-verantwoorde zorg (te) hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan.²²

In 2012 hebben twee ziekenhuizen bij de IGZ onder verscherpt toezicht gestaan. Momenteel staat één ziekenhuis onder verscherpt toezicht.

²² IGZ, IGZ-handboek, *Richtlijn voor transparante handhaving*, Den Haag, 12 december 2008, herzien januari 2013, p. 17

5.1.2 Kwaliteitskeurmerken

Een kwaliteitskeurmerk is een indicator die iets zegt over een waarborg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Er zijn verschillende kwaliteitskeurmerken en certificaten die zorgaanbieders kunnen behalen als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Er is echter geen limitatief aantal keurmerken maar veelvoorkomend zijn:

- NIAZ-keurmerk (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg)
- HKZ-keurmerken (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector)
- ISO 9001 certificaat
- GMP-z certificaat (Good Manufacturing Practice Ziekenhuisfarmacie)

In bijlage 1 is een toelichting op de keurmerken/certificaten opgenomen.

Vanaf 2012 is de aanlevering van kwaliteitscertificaten, labels of accreditaties in de jaarverantwoording komen te vervallen. Het totaal aantal keurmerken/certificaten (waaronder: ISO 9001 en de GMP-z) per zorgaanbieder is dan ook niet bekend. Tabel 5.1 geeft een overzicht van het aantal zorgaanbieders met een keurmerk NIAZ en HKZ in 2011 en 2012. Ten opzichte van 2011 is het aantal instellingen met deze keurmerken gestegen.

Tabel 5.1 Aantal keurmerken 2011 en 2012

Soort keurmerk/certificaat	2011	2012
NIAZ geaccrediteerd	63	67
NIAZ accreditatie loopt nog/uitgesteld besluit	17	9
HKZ	69	80
Afdeling dialyse	55	58
Afdeling radiotherapie	6	6
Afdeling revalidatie	8	16

–

Bron: www.HKZ.nl, www.NIAZ.nl

–

5.2 Transparantie van zorg

5.2.1 Kwaliteitsindicatoren

Het Kwaliteitsinstituut (voorheen programma Zichtbare Zorg, onderdeel van IGZ) heeft over verslagjaar 2012 voor 42 aandoeningen kwaliteitsinformatie uitgevraagd. Voor 36²³ van deze aandoeningen moeten de indicatorensets verplicht worden aangeleverd voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Een indicatorset bestaat uit een aantal indicatoren die gezamenlijk een beeld moeten geven van de kwaliteit van zorg voor een aandoening. Een indicator is een meetbaar aspect en geeft een aanwijzing over de kwaliteit van de zorg (Campbell, 2002)²⁴. Daarom geeft een indicator of een set indicatoren nooit een totaalbeeld van de geleverde zorg.

Er zijn drie typen indicatoren:

- Structuurindicatoren; beschrijven of de zorgaanbieder bepaalde voorzieningen heeft getroffen in de organisatie. Bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van een patiëntenfolder of het beschikken over een

²³ Voor 6 indicatoren is de aanlevering niet verplicht omdat bekend is dat de overgang naar DOT mogelijk problemen oplevert bij het verzamelen van de gegevens.

²⁴ Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. 2002. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care 11, 358-364.

systeem voor complicatieregistratie. Het betreft vaak het eenmalig beantwoorden van een ja/nee vraag.

- Procesindicatoren; volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Bijvoorbeeld het percentage operaties dat in dagbehandeling is uitgevoerd of het percentage diabetespatiënten dat in het afgelopen jaar een oogcontrole heeft gehad.
- Uitkomstindicatoren; richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg.

Uitkomstindicatoren hebben uiteindelijk de grootste informatieve waarde. Ze geven immers een indicatie van de daadwerkelijke resultaten van de geleverde zorg. Tegelijkertijd is er voor elke vorm van zorg slechts een beperkt aantal uitkomstindicatoren vast te stellen, met als ultieme uitkomstindicator binnen de curatieve zorg de vraag of de patiënt genezen is. Dit betekent dat er naast uitkomstindicatoren ook altijd proces- en/of structuurindicatoren zullen zijn. In tabel 5.2 zijn het aantal type indicatoren in de wettelijke en niet wettelijk verplichte indicatorsets opgenomen. In bijlage 1 is een specificatie van alle aandoeningen opgenomen.

Tabel 5.2 Aantal wettelijk verplichte en niet wettelijk verplichte structuur-, en proces- en uitkomstindicatoren in de indicatorsets

Aandoening	Structuur	Proces	Uitkomst
Wettelijk verplichte indicatoren 2012	27	73	40
Niet wettelijk verplichte indicatoren 2012	0	6	1
Totaal	27	79	41

Bron: Zichtbare Zorg, 2012 en Kwaliteitsinstituut

Van de wettelijk verplichte indicatorensets bevatten 26 sets één of meer uitkomstindicatoren, de overige 10 sets bevatten geen uitkomstindicatoren. Van de niet-wettelijk verplichte indicatorensets bevat 1 set uitkomstindicatoren, de overige 5 sets bevatten geen uitkomstindicatoren. In totaal bevatten 15 van de 42 indicatorensets geen uitkomstindicatoren.

Voor de indicatorensets hebben totaal 187 zorgaanbieders de gegevens aangeleverd over verslagjaar 2012. Uiteraard leveren alleen die zorgaanbieders aan die de betreffende aandoeningen behandelen.

De NZa bevordert met concrete acties de transparantie in de zorg en waar nodig zet zij actief haar bevoegdheden in. Dit werk is aanvullend en versterkend op het werk dat de IGZ met betrekking tot transparantie uitvoert. Een aantal initiatieven zijn (ook) relevant voor de medisch specialistische zorg:

- De NZa stimuleert de realisatie van kwaliteitsinformatie ten behoeve van de zorginkoop door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor het tot stand brengen van deze informatie (indicatoren). Hier lopen verschillende initiatieven. De NZa kan uiteindelijk zorgaanbieders verplichten om kwaliteitsinformatie aan te leveren aan de zorgverzekeraars (op basis van artikel 88 Zvw jo artikel 89 Wmg). Hierbij moet een zorgvuldige afweging gemaakt worden tussen de noodzaak van de informatie voor de zorginkoop en mogelijke bezwaren.
- De NZa stimuleert dat zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders de consument goed informeren. Hiertoe heeft de NZa het richtsnoer 'informatieverstrekking zorgverzekeraars' gepubliceerd en zijn informatieverplichtingen in de nadere regel 'medisch specialistische zorg'

opgenomen. Dit concretiseert de benodigde informatieverstrekking en geeft aan wat misleiding is.

- De NZa onderzoekt de verplichte aanlevering van de sterftcijfers SMR (Standardised Mortality Ratio) en HSMR (Hospital Standardised Mortality Ratio).

5.2.2 Transparantie van keuze-informatie

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd om via zijn consumentenpanel het keuzegedrag van zorgconsumenten te onderzoeken: hoe komt de keuze voor een zorgaanbieder tot stand? De manier waarop dit keuzeproces verloopt, is mede afhankelijk van de wijze waarop de zorgconsument bij de zorgaanbieder terecht is gekomen.

Uit tabel 5.3 blijkt dat de respondent over het algemeen bij de zorgaanbieder terechtkomt op basis van eigen keuze of op basis van het advies van de huisarts of specialist.

Tabel 5.3 Hoe bij ziekenhuis/ZBC terechtgekomen²⁵

	Algemeen ziekenhuis	Academische ziekenhuizen	ZBC's	Totaal
Zelf gekozen	38%	34%	43%	38%
Op advies van huisarts/specialist, geen bewuste keuze gemaakt	30%	38%	46%	33%
Kom er al vanaf jongs af aan	15%	8%	5%	13%

Bron: Motivaction

Ook is onderzocht welke informatie de zorgconsument gebruikt als hij/zij zelf een keuze heeft gemaakt, en welke overwegingen hierbij een rol hebben gespeeld. In tabel 5.4 staan de belangrijkste informatiebronnen. Uit deze tabel blijkt dat advies van de huisarts of specialist belangrijk is bij het kiezen van een zorgaanbieder. Ook de eigen ervaring met de zorgaanbieder speelt een rol van belang. Bij de keuze voor een ZBC blijkt het internet een belangrijke bron van informatie te zijn.

Tabel 5.4 Informatie die een rol heeft gespeeld bij keuze voor een ziekenhuis/ZBC

	Algemeen ziekenhuis	Academische ziekenhuizen	ZBC's	Totaal
Eerdere ervaring	57%	54%	10%	49%
Advies van de huisarts/specialist	30%	48%	17%	28%
Advies/ervaring van mensen in de omgeving	15%	18%	47%	21%
Informatie op het internet	7%	10%	42%	13%
Ken/ben iemand die er werkt	8%	8%	2%	8%
Brochures bij de huisarts/specialist	3%	7%	8%	4%
Informatie van de zorgverzekeraar	2%	3%	8%	3%
Informatie in de media	1%	2%	2%	1%

Bron: Motivaction

²⁵ In de tabel is een top drie opgenomen van de meest voorkomende wijzen waarop respondenten bij een ziekenhuis of behandelcentrum terecht zijn gekomen.

Het consumentenpanel is ook gevraagd welke overwegingen een rol speelden bij de eigen keuze voor een ziekenhuis of ZBC. Tabel 5.6 toont de top 3 van overwegingen bij de keuze voor een zorgaanbieder.

Tabel 5.5 Overwegingen bij keuze voor ziekenhuis/ZBC*

Algemeen ziekenhuis	Academische ziekenhuizen	ZBC's	Totaal
Locatie/licging	Aanwezigheid specialisten/type behandeling	Aanwezigheid specialisten/type behandeling	Locatie/licging
Eerdere ervaring met ziekenhuis	Kwaliteit zorg	Kwaliteit zorg	Aanwezigheid specialisten/type behandeling
Aanwezigheid specialisten/type behandeling	Locatie/licging	Beperkte wachttijd	Kwaliteit zorg

Bron: Motivaction

De locatie/licging en de aanwezigheid van bepaalde specialisten of een bepaald type behandeling blijken belangrijke punten van overweging te zijn voor respondenten die een algemeen ziekenhuis bezochten. Bij de keuze voor een ZBC en een academisch ziekenhuis wordt gekeken naar de specialisten en het type behandeling maar ook naar de kwaliteit van zorg en de wachttijd.

Naast de informatie en de overwegingen die een rol hebben gespeeld bij de keuze voor een zorgaanbieder, is ook gekeken of respondenten vinden dat zij voldoende informatie hadden om een goede keuze voor een bepaalde zorgaanbieder te kunnen maken.

Tabel 5.6 Beschikbaarheid keuze-informatie

	Totaal
(Ruim) voldoende	73%
Niet voldoende, niet onvoldoende	8%
(Ruim) onvoldoende	10%
Niet van toepassing	9%

Bron: Motivaction

Tabel 5.6 laat zien dat 73% van de respondenten aangeeft over (ruim) voldoende informatie te beschikken om een goede keuze te maken. Aan alle de respondenten is ook gevraagd of zij bij hun keuze meerdere ziekenhuizen en ZBC's met elkaar hebben vergeleken.

Tabel 5.7 Vergelijking van ziekenhuis/ZBC

	Algemeen ziekenhuis	Academische ziekenhuizen	ZBC's	Totaal
Organisaties niet vergeleken	79%	73%	63%	75%
Organisaties wel vergeleken	19%	26%	34%	23%
Weet niet	3%	1%	3%	2%

Bron: Motivaction

In totaal heeft 23% van de respondenten ziekenhuizen of ZBC's met elkaar vergeleken om tot een keuze te komen. Mensen die een UMC of ZBC bezoeken, vergelijken eerder dan mensen die een algemeen ziekenhuis bezoeken.

De groep respondenten die ziekenhuizen of ZBC's met elkaar vergeleken, geven in grotere mate (bijna 84%) aan dat ze over voldoende tot ruim voldoende informatie beschikken om tot een goede keuze te komen. Tot slot is onderzocht waarom driekwart van de respondenten geen zorgaanbieders heeft vergeleken.

Tabel 5.8 Redenen zorgaanbieders niet vergeleken

Reden niet vergeleken	%
Geen behoefte aan/geen reden toe	54%
Werd doorverwezen	22%
Kom er al van jongs af aan	20%
Als huisarts of specialist het regelt kan ik sneller terecht	18%

Bron: Motivaction

Zoals tabel 5.8 laat zien, vergelijkt meer dan de helft van alle respondenten geen ziekenhuizen of ZBC's met elkaar omdat zij daar geen behoefte aan hebben, men doorwezen is of zelf geen (bewuste) keuze heeft gemaakt.

Van de respondenten die aangaven de mogelijkheid te hebben om te kiezen, kon 86% terecht bij het ziekenhuis of het ZBC van de eerste keuze. 10% gaf aan geen keuze te hebben. Verder gaf 24% van de respondenten aan dat ze niet buiten kantoor tijden terecht konden voor niet spoedeisende hulp. Van deze 24% gaf ruim de helft, namelijk 54%, aan dat zij dit wel graag zouden willen.

6. Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van zorg is een van de drie consumentenbelangen die de NZa centraal stelt in haar beleid. Wachtijdinformatie is een van de manieren om de toegankelijkheid van de zorg te monitoren. De NZa heeft hiervoor de regeling *Verplichte publicatie wachttijden somatische zorg*²⁶ opgesteld.

Uit het onderzoek van Bureau HHM²⁷ blijkt dat op diverse punten wordt afgeweken van de eisen in de regeling. De afwijkingen verschillen tussen en binnen zorginstellingen. Op grond van het onderzoek kon niet worden vastgesteld of deze variaties toevalsfouten zijn, die in de verwerking tot de landelijke gemiddelden tegen elkaar wegvallen, of dat deze variaties er toe leiden dat de wachttijd systematisch te hoog of te laag wordt geschat. Daarnaast is geconcludeerd dat de wachttijdinformatie voldoende bruikbaar is om te kunnen rapporteren over toegankelijkheid van de zorg in Nederland zoals deze is opgenomen in deze marktscan.

De NZa is in overleg met betrokken veldpartijen aan het onderzoeken hoe de regeling wachttijden aangepast kan worden zodat deze beter aansluit bij de dagelijkse praktijk van de zorgaanbieders.

Er worden drie vormen van wachttijden geregistreerd:

- Wachttijd polikliniek: het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek, tot het moment dat de patiënt terecht kan.
- Wachttijd behandeling: het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt van de behandelaar de indicatie voor een operatie krijgt, tot het moment van opname of operatie.
- Wachttijd diagnostiek: het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt (van buiten de instelling) een afspraak maakt voor het gebruik van een diagnostische techniek, tot het moment van toepassing van de diagnostiek.

Deze laatste vorm van wachttijd wordt opgenomen in de marktscan Eerstelijnsdiagnostiek (deze verschijnt eind dit jaar).

In 2000 zijn in het zogeheten Treek-overleg door ziekenhuizen, huisartsen en medisch specialisten streefnormen voor niet-spoedeisende hulp overeengekomen. Deze Treeknormen worden door de NZa gebruikt in de marktscan aangezien deze door veldpartijen aangedragen zijn als de te gebruiken norm voor wachttijden. De Treeknorm voor een eerste polikliniekbezoek en klinische behandeling bedragen respectievelijk maximaal 4 en 7 weken.

Om een nog beter beeld te krijgen van toegankelijkheid wordt voor een aantal specialismen ook nog gekeken naar de toename in reistijd als het dichtstbijzijnde ziekenhuis niet aan de Treeknorm voldoet en de wachttijdbeleving vanuit de consument.

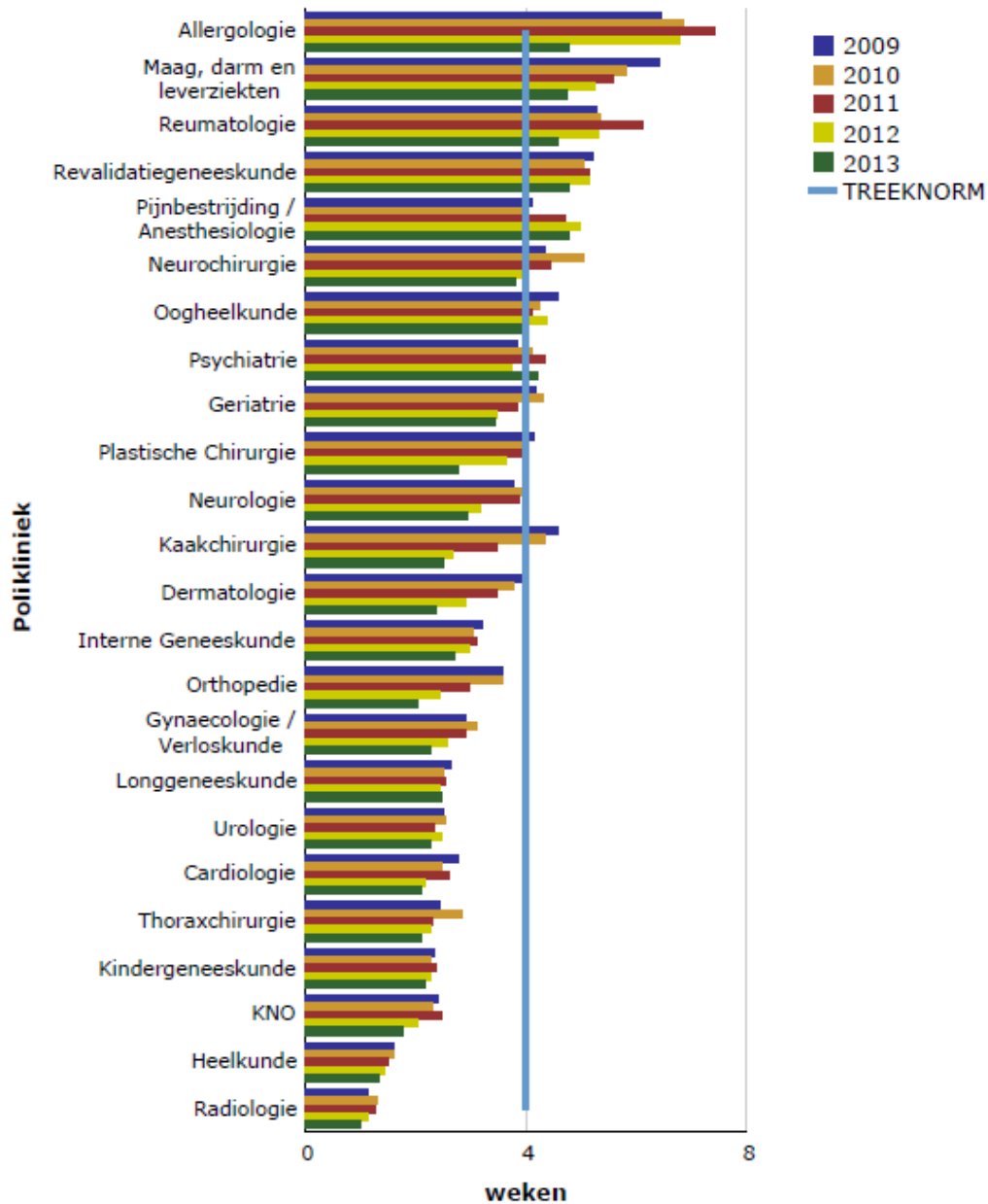
²⁶ CI/NR-100.110, Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg, NZa.

²⁷ SV/13/0911/wazz, Betrouwbaarheid van wachttijdregistratie in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, HHM-rapport, 14 juni 2013.

6.1 Wachtijdontwikkeling polikliniek

Figuur 6.1 bevat de landelijk gemiddelde wachttijden polikliniek per poortspecialisme. De cijfers 2013 moeten enigszins voorzichtig geïnterpreteerd worden omdat deze niet op een heel jaar gebaseerd zijn maar op data tot en met oktober 2013.

Figuur 6.1 Landelijk gemiddelde wachttijd polikliniek



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2009

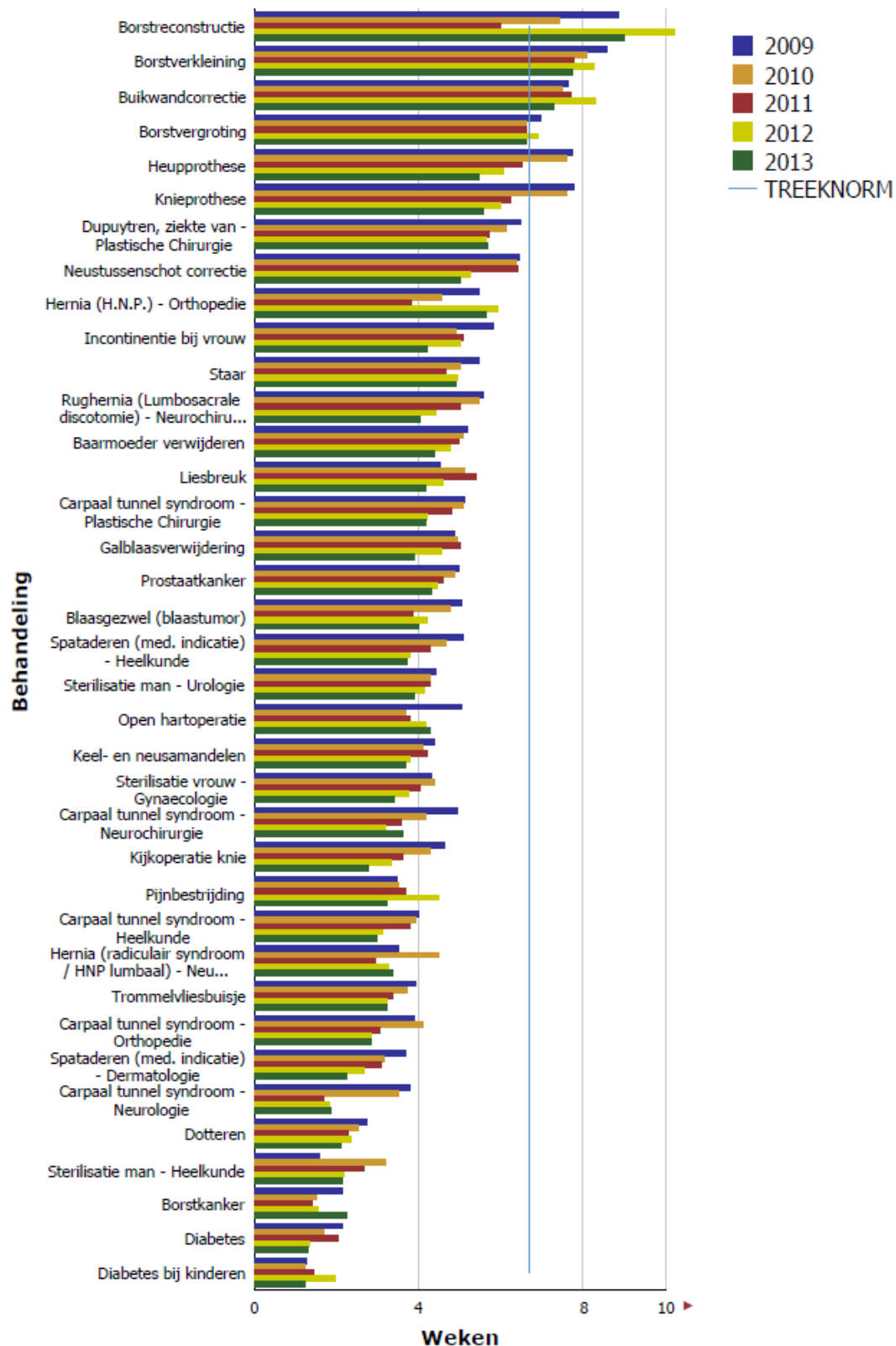
In 2013 zijn er twee specialisten die een stijging van de gemiddelde wachttijd laten zien ten opzichte van 2012, namelijk psychiatrie en longgeneeskunde. Daarbij is de wachttijd polikliniek voor psychiatrie door een lichte stijging net boven de Treenorm gekomen.

In 2013 zitten net als in 2012 zes specialisten boven de Treenorm, de wachttijd voor oogheelkunde is in 2013 teruggebracht tot de Treenorm.

6.2 Wachtijdontwikkeling behandeling

Figuur 6.2 laat de landelijk gemiddelde wachttijd zien voor die behandelingen waarvan de registratie van wachttijden verplicht is. De cijfers 2013 moeten enigszins voorzichtig geïnterpreteerd worden omdat deze niet op een heel jaar gebaseerd zijn maar op data tot en met oktober 2013.

Figuur 6.2 Landelijk gemiddelde wachttijd behandeling



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2009

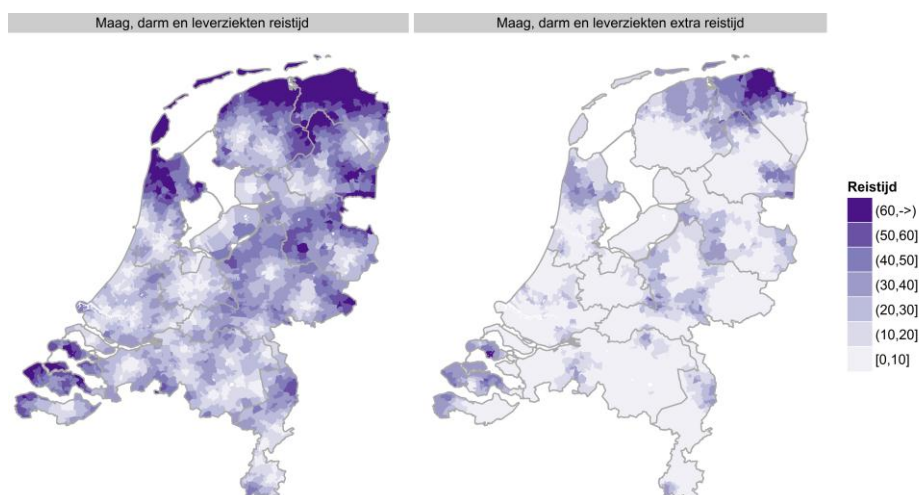
In 2013 komt de wachttijd bij drie behandelingen boven de Treeknorm uit, namelijk borstverkleining (ook al in 2011 en 2012), borstreconstructie (ook al in 2012) en buikwandcorrectie (ook al in 2011 en 2012). Bij alle drie behandelingen is de wachttijd wel (fors) gedaald. De wachttijd bij de behandeling van borstvergroting is in 2013 teruggebracht tot de Treeknorm.

Tussen 2012 en 2013 zijn er meer behandelingen waarbij de wachttijd daalt dan stijgt (29 versus 8). Bij carpaal tunnel syndroom (neurochirurgie) en borstkanker stijgt de wachttijd fors, al scoren beide nog wel onder de Treeknorm.

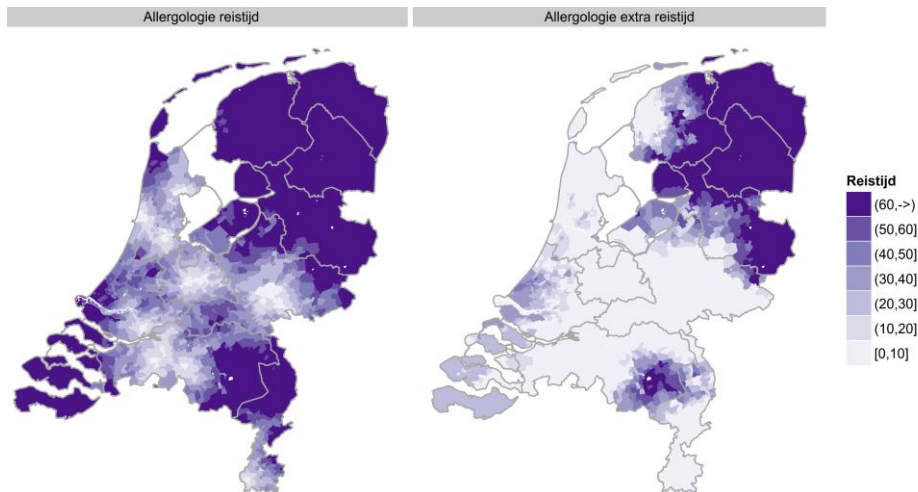
6.3 Reistijd toename

Er zijn zes specialismen met een overschrijding van de Treeknorm voor de wachttijd polikliniek. Om een beeld te geven van de toename in reistijd naar de dichtstbijzijnde instelling die aan de treeknorm voldoet is voor deze specialismen in de onderstaande figuur de reistijd naar de dichtstbijzijnde instelling waar het specialisme wordt aangeboden weergegeven. Daarnaast is rechts naast iedere kaart een tweede kaart opgenomen. Hier is de extra reistijd die een patiënt heeft als in het dichtstbijzijnde ziekenhuis de Treeknorm van vier weken wordt overschreden. De overige specialismen zijn opgenomen in bijlage 3.

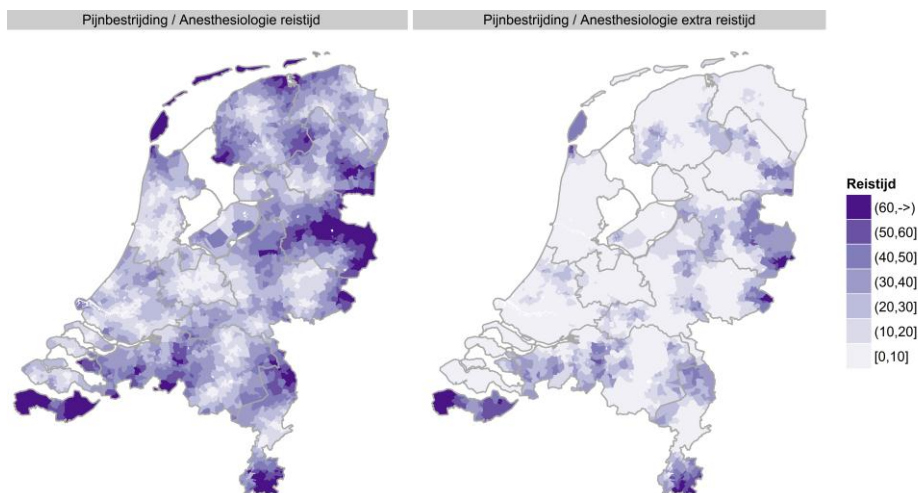
Figuur 6.3 Reistijd Maag-, darm- en leverziekten



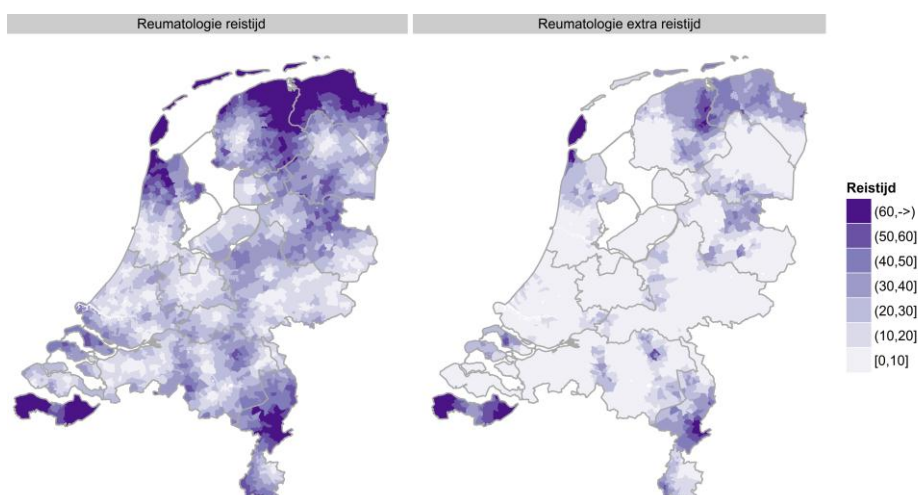
Figuur 6.4 Reistijd allergologie



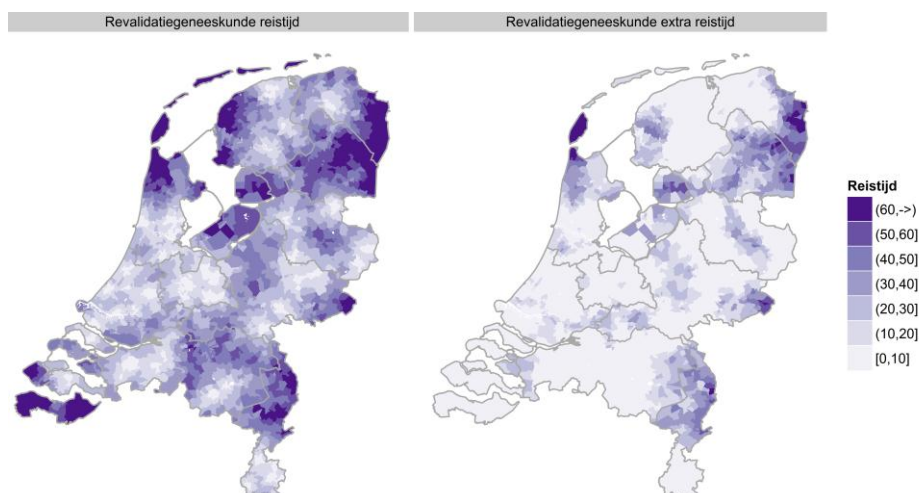
Figuur 6.5 Reistijd pijnbestrijding/anesthesiologie



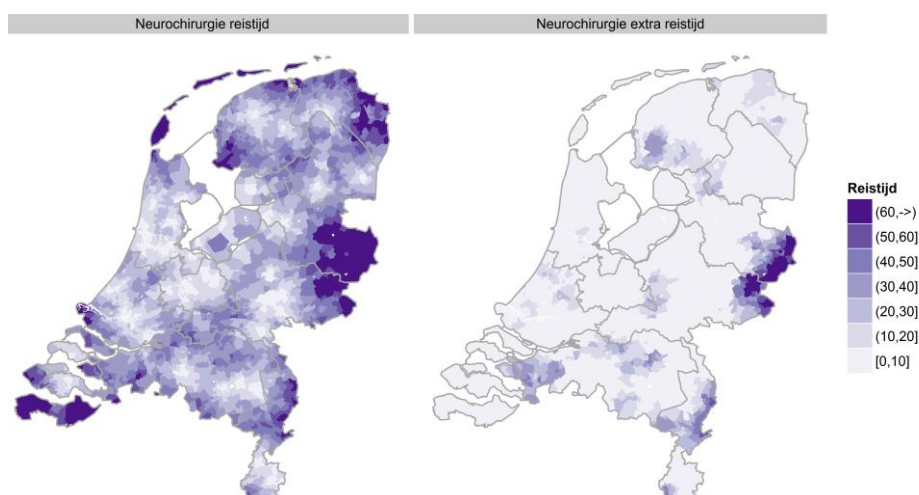
Figuur 6.6 Reistijd reumatologie



Figuur 6.7 Reistijd revalidatiegeneeskunde



Figuur 6.8 Reistijd neurochirurgie



Bron Figuur 6.4 t/m 6.7 Mediquest en Geodan Drivetime Matrix 2012

De bovenstaande kaarten geven een duidelijk beeld van de regio's waar mensen extra moeten reizen om toch binnen vier weken geholpen te worden. De extra reistijd wordt in die gevallen veroorzaakt doordat de dichtstbijzijnde instelling die dat specialisme aanbiedt niet aan de Treeknorm voldoet.

Uit de kaarten blijkt dat patiënten die in dunbevolkte gebieden en/of grensgebieden wonen vaker meer reistijd hebben om bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis te komen met een wachttijd van minder dan vier weken. Omdat er alleen gekeken is naar instellingen in Nederland, hebben patiënten in grensgebieden een kleinere radius waarbinnen ze kunnen uitwijken naar een andere instellingen. Hierdoor zal voor hen de reistijd eerder oplopen dan voor patiënten die in de hele omgeving kunnen uitwijken naar een andere instelling.

Daarnaast hebben deze patiënten ook meer extra reistijd op het moment dat ze niet binnen vier weken bij de dichtstbijzijnde instelling terecht kunnen. Omdat in deze gebieden niet meerdere (grote) instellingen in de regio gevestigd zijn, zoals in de stedelijke gebieden. Wanneer deze patiënten voor een buitenlandse aanbieder kiezen kan de reistijd lager uitvallen.

Voor allergologie en revalidatiegeneeskunde kan worden opgemerkt dat dit een specialisme is dat relatief weinig wordt aangeboden in ziekenhuizen. Wanneer er veel vraag is naar behandelingen door deze specialismen, kan het dus zijn dat de wachttijd eerder oploopt.

6.4 Wachttijden vanuit de zorgconsument

Uit het onderzoeksrapport van Bureau HHM blijkt dat de wachttijdinformatie gebaseerd op de door de NZa gestelde eisen op het niveau van de individuele patiënt minder goed bruikbaar is. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd om via zijn consumentenpanel onderzoek te doen naar de wachttijden voor patiënten bij ziekenhuizen en ZBC's. Er is gevraagd naar de daadwerkelijk wachttijden en de acceptabele wachttijden voor een afspraak in een ziekenhuis/ZBC en het gebruik van wachttijdbemiddeling. De resultaten zijn opgenomen in de onderstaande tabellen.

Tabel 6.1 Werkelijke wachttijd voor een afspraak in een ziekenhuis/ZBC

	Max. werkelijke wachttijd (cumulatief %)
< 1 week	16%
< 2 weken	63%
< 4 weken	88%
< 6 weken	94%
< 8 weken	97%
> 8 weken	100%
Totaal	100%

Bron: Motivaction

Tabel 6.2 Acceptabele wachttijd voor een afspraak in een ziekenhuis/ZBC

	Max. acceptabele wachttijd (cumulatief %)
< 1 week	100%
< 2 weken	99%
< 4 weken	51%
< 6 weken	8%
< 8 weken	2%
> 8 weken	0%

Bron: Motivaction

Van de respondenten geeft 88% aan daadwerkelijk binnen vier weken voor een afspraak terecht te kunnen. Uit tabel 6.2 blijkt dat ongeveer de helft van de respondenten een wachttijd van korter dan vier weken acceptabel vindt. Slechts 8% vindt een wachttijd korter dan zes weken acceptabel.

Om zo snel mogelijk zorg te ontvangen, kan de zorgconsument gebruikmaken van wachttijdbemiddeling door de zorgverzekeraar. Hierbij kijkt de zorgverzekeraar waar de patiënt zo snel mogelijk geholpen kan worden. Tabel 6.3 laat zien dat 3% van de respondenten dit daadwerkelijk hier gebruik van heeft gemaakt. Voor patiënten is de wachttijd echter slechts één van de redenen om voor een bepaalde zorginstelling te kiezen.

Tabel 6.3 Gebruikmaking van wachttijdbemiddeling

	Totaal medisch specialistische zorg
Ja	3%
Nee	86%
Wist niet dat dit kon	11%

Bron: Motivaction

7. Betaalbaarheid

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de kosten van de medisch specialistische zorg. Daarmee behandelen we het derde en laatstgenoemde publieke belang: betaalbaarheid van de zorg. In dit hoofdstuk staan diverse indicatoren die de betaalbaarheid in beeld brengen.

Als eerste wordt de omzet en de ontwikkeling daarvan bekeken. Daarna wordt ingegaan op de honoraria, gevolgd door een beschrijving van de volumeontwikkeling in het A- en B-segment.

De volumeontwikkeling in het A-segment is in tegenstelling tot voorgaande marktscans niet uitgewerkt. De volumeontwikkeling voor het A-segment wordt bepaald op basis van de productieparameters in het budget (verpleegdagen, EPB, dagverpleging en opnamen). Voor het jaar 2012 zijn deze gegevens niet tijdig²⁸ beschikbaar door het verlengen van de indieningstermijn aanvraag vaststelling transitiebedrag 2012.

De prijsontwikkeling in het B-segment is, net als in de voorgaande marktscan, ook niet opgenomen. In 2012 is de DBC-productstructuur vervangen door de DOT-structuur. Op het moment van publiceren is de vulling van het DIS met DOT declaraties onvoldoende om de prijsontwikkeling op een betrouwbare wijze te kunnen weergeven. Om de aanlevering te verbeteren heeft de NZa in oktober 2013 het handhavingsinstrument ingezet.

7.1 Omzetontwikkeling

Voor de analyses in figuur 7.1 en 7.2 zijn gegevens gebruikt uit de jaarrekeningen van de ziekenhuizen. Zoals eerder toegelicht, is de omzet in de ziekenhuizen tot en met 2012 uit te splitsen in een A-segment (gereguleerd) en een B-segment (vrij onderhandelbare tarieven). Verder is ook een schatting (t/m 2011) en realisatie (2012) van de honoraria voor vrijgevestigd medisch specialisten opgenomen.

In de periode 2005-2013 is het B-segment geleidelijk uitgebreid: in 2005 werd 10% van de zorg vrijgegeven, dit is richting 2009 uitgebreid naar 34% en in 2012 naar circa 70%. Dit betekent dat er een overheveling heeft plaatsgevonden van het A-segment naar het B-segment.

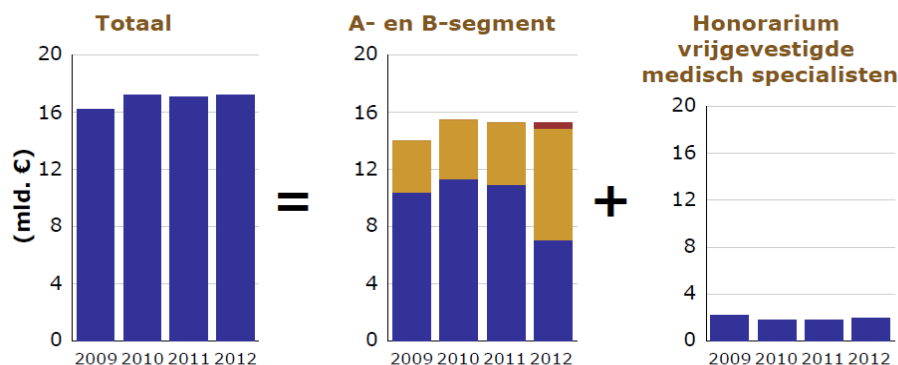
De methodiek voor het schonen van het A-segment verschilt tussen jaren. In 2008 heeft de NZa de schoningsprijzen en schoningsvolumes vastgesteld. Tussen 2009 en 2012 was er sprake van onderhandelingsvrijheid voor de aanbieders en verzekeraars. De drie afzonderlijke overhevelingen van het A- naar het B-segment zijn vanuit de beschikbare gegevens niet goed van elkaar te onderscheiden. Daarom wordt met name een vergelijking van de totale kosten van het A- en B-segment gemaakt.

Figuur 7.1 en tabel 7.1 toont de omzetontwikkeling van de algemene ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen samen. De omzet is onderverdeeld in A-segment, B-segment (bruin) en het honorarium voor vrijgevestigd medisch specialisten. Voor het jaar 2012 is tevens het verrekenbedrag (rood) opgenomen. In paragraaf 7.2.1 wordt het verrekenbedrag verder toegelicht. De budgetkortingen die de afgelopen

²⁸ Verwachting is dat deze gegevens begin 2014 volledig beschikbaar zijn.

jaren in het A-segment zijn doorgevoerd, zijn meegenomen in onderstaande analyses. De kortingen op de honoraria van medisch specialisten zijn ook meegenomen. De B-segment omzet is inclusief de B-segment honoraria die medisch specialisten in loondienst gedeclareerd hebben.

Figuur 7.1 Omzetontwikkeling



Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen en NZa gegevensvraag 2010 en 2012 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten.

In 2010 ontvingen de ziekenhuizen een eenmalige vergoeding voor de immateriële vaste activa (IVA). De ziekenhuizen hebben voor ongeveer € 700 miljoen aan IVA aangevraagd. Verder zijn in 2012 de TNF-alfaremmers van het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) overgeheveld naar de ziekenhuisbekostiging²⁹. Het budgettair kader voor de ziekenhuiskosten is hiervoor met € 451 miljoen uitgebreid. Omdat de overheveling financieel neutraal moet verlopen is deze omzet onderdeel van het A-segment.

Tabel 7.1 Omzetontwikkeling (mld. €)

	2009	2010	2011	2012
A-segment	10,42	11,35	10,93	7,05
B-segment	3,61	4,11	4,33	7,87
Verrekenbedrag	0,00	0,00	0,00	0,34
A+B-segment incl. Verrekenbedrag	14,03	15,45	15,26	15,26
Honorarium vrijgevestigde specialisten*	2,18	1,75	1,82*	2,00
Totaal	16,21	17,21	17,14	17,26

*Betreft zowel ziekenhuizen als ZBC's, 2011 is bepaald o.b.v. aandeel vrijgevestigd gemiddelde 2010 en 2012, van 2011 was geen data beschikbaar. In de voorgaande marktscan was dit aandeel gelijkgesteld aan 2010. 2012 betreft de realisatie inclusief nuancerings, zie paragraaf 7.3.1.

Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen en NZa gegevensvraag 2010 en 2012 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten

In tabel 7.2 is de vergoeding voor IVA uit de A-segment omzet gehaald. Door deze correctie kan de groei over de loop van de jaren beter vergeleken worden. De gecorrigeerde cijfers zullen voor verdere analyses in de marktscan dus als leidend beschouwd worden. De structurele groeicijfers (gebaseerd op tabel 7.2) zijn in tabel 7.3 opgenomen.

²⁹ Zie de voorhangbrief over bekostiging dure geneesmiddelen (TNF-alfaremmers) naar de Tweede Kamer met kenmerk GMT/VDG 3063577 d.d. 11 mei 2011.

Tabel 7.2 Omzetontwikkeling (gecorrigeerd, mld. €)

	2009	2010	2011	2012
A-segment	10,42	10,64	10,93	7,05
B-segment	3,61	4,11	4,33	7,87
Verrekenbedrag	0,00	0,00	0,00	0,34
A+B-segment incl. Verrekenbedrag	14,03	14,75	15,26	15,26
Honorarium vrijgevestigde specialisten*	2,18	1,75	1,82	2,00
Totaal	16,21	16,50	17,14	17,26

*Betreft zowel ziekenhuizen als ZBC's, 2011 is bepaald o.b.v. aandeel vrijgevestigd gemiddelde 2010 en 2012, van 2011 was geen data beschikbaar. In de voorgaande marktscan was dit aandeel gelijkgesteld aan 2010. 2012 betreft de realisatie inclusief nuanceringen, zie paragraaf 7.3.1.

Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen en NZa gegevensvraag 2010 en 2012 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten.

Tabel 7.3 Omzetontwikkeling (gecorrigeerd, %)

	2009 - 2010	2010 - 2011	2011 - 2012
A-segment	2,2	2,7	-35,5
B-segment	13,7	5,4	81,1
A+B-segment incl. Verrekenbedrag	5,1	3,4	0,0
Honorarium vrijgevestigde specialisten	-19,7	4,0	9,9
Totaal	1,8	3,9	0,7

Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen en NZa gegevensvraag 2010 en 2012 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten.

De totale omzetontwikkeling voor 2011-2012 is positief. Daarbij is de uitbreiding van het B-segment duidelijk zichtbaar. Er is geen groei zichtbaar in het totale A+B segment. Dit is inclusief het verrekenbedrag en de overheveling TNF-alfaremmers. Wanneer de overheveling buiten beschouwing worden gelaten, daalt de omzet met 3,0%.

Om tot een inschatting van de totale omzet van de ziekenhuizen te komen, is het van belang om ook iets te zeggen over de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten. De honoraria van de medisch specialisten in loondienst zitten namelijk al in de A- en B-segment cijfers van het ziekenhuis verwerkt. Op basis van de NZa gegevensvraag 2010 en 2012 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten is het aandeel 'vrijgevestigd honorarium' in de totale honoraria t/m 2011 bepaald. Dit aandeel is toegepast op de totaal gedeclareerde honoraria (CVZ data), om daarmee een schatting te maken van de honoraria van de vrijgevestigd medisch specialisten.

Voor het jaar 2012 is de daadwerkelijk gerealiseerde omzet 2012 gehanteerd. In tabel 7.3 is duidelijk het effect van de kortingen op de honoraria in 2010 te zien. De CVZ data betreft alleen de honoraria van A- en B-segment DBC's, de honoraria voor de zogenaamde 'overige zorgproducten' zitten hier niet in. Voor 2012 komt het gerealiseerde honorarium voor de vrijgevestigd medisch specialisten uit op ongeveer 2,00 miljard. Meer informatie over de totale honoraria is te vinden in paragraaf 7.3.1.

De omzetontwikkeling voor het A-segment is inclusief de jaarlijkse indexering voor loon, materiaal en kapitaal. Tabel 7.4 bevat deze indexen voor de periode 2009-2013.

Tabel 7.4 Indexen A-segment (%)

	2009	2010	2011	2012	2013
Loon	3,68	1,75	3,11	2,95	2,64
Materiaal	0,87	-0,31	1,98	2,41	2,88
Kapitaal	2,57	0,59	1,86	1,66	2,55

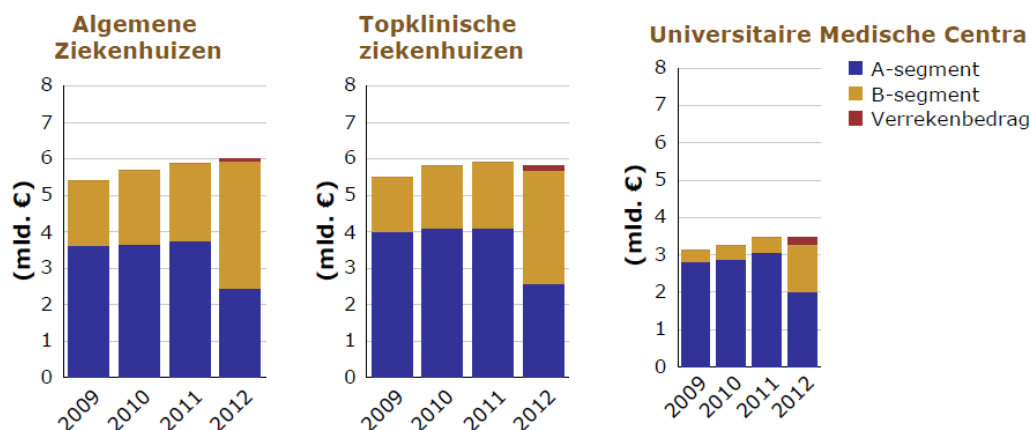
Bron: NZa

Door de verschillende indexen te wegen met het aandeel van loon, materiaal en kapitaal in de budgetten (respectievelijk ongeveer 60%, 30% en 10%) kan voor het A-segment een prijseffect geschat worden. Voor de jaren 2009-2013 was dit prijseffect ongeveer 3%, met uitzondering van 2010. In 2010 is de prijsstijging iets lager, ongeveer 1%. Voor het B-segment is geen prijsontwikkeling beschikbaar.

7.2 Omzetontwikkeling per type zorgaanbieder

In de figuren 7.2 is een onderscheid gemaakt tussen algemene ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen (STZ) en academische ziekenhuizen. In figuur 7.2 is per soort ziekenhuis de omzetontwikkeling van het A-segment en het B-segment samen te zien. Hiervoor zijn de gecorrigeerde A-segment data gebruikt, dus exclusief de IVA uit het jaar 2010. Verder is het verrekenbedrag apart zichtbaar.

Figuur 7.2 Omzetontwikkeling A+B-segment



Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en academische ziekenhuizen

Bij de algemene en de STZ-ziekenhuizen speelt het B-segment relatief een grotere rol in de omzet dan bij de academische ziekenhuizen. Echter de uitbreiding van het B-segment in 2012 heeft voor alle type ziekenhuizen geleid tot een grote verschuiving van A- naar B-segment. Tabel 7.5 toont de (voor IVA gecorrigeerde) omzetontwikkeling zoals deze ook in figuur 7.2 te zien is. De groeicijfers zijn in tabel 7.6 opgenomen. In tegenstelling tot voorgaande jaren daalt de omzet bij STZ en academische ziekenhuizen in 2011-2012. Voor de algemene ziekenhuizen is een stijging zichtbaar.

Tabel 7.5 Omzetontwikkeling (gecorrigeerd) A+B segment incl. verrekenbedrag (mld. €)

	2009	2010	2011	2012
Algemene ziekenhuizen	5,41	5,68	5,87	6,00
STZ-ziekenhuizen	5,49	5,81	5,92	5,80
UMC's	3,13	3,27	3,47	3,46

Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene, STZ en academische ziekenhuizen.

Tabel 7.6 Omzetontwikkeling (gecorrigeerd) A+B segment incl. verrekenbedrag (%)

	2009 - 2010	2010 - 2011	2011 - 2012
Algemene ziekenhuizen	4,8	3,4	2,3
STZ-ziekenhuizen	5,9	1,9	-2,0
UMC's	4,4	6,2	-0,3

Bron: Jaarrekeningen 2009 t/m 2012 van algemene, STZ en academische ziekenhuizen.

7.2.1 Verrekenbedrag 2012

Het bedrijfsresultaat van de ziekenhuizen wordt in 2012 mede bepaald door de hoogte van het verrekenbedrag. Het verrekenbedrag zal via het Zorgverzekeringsfonds worden verrekend, dat houdt in dat instellingen het bedrag ofwel declareren aan het fonds (bij een positief verrekenbedrag), ofwel verplicht worden het bedrag af te dragen aan het fonds (bij een negatief verrekenbedrag).

Het voorlopige verrekenbedrag 2012 op basis van de jaarrekeningen van de ziekenhuizen is opgenomen in tabel 7.7. Deze bedragen zijn nog niet door de NZa definitief vastgesteld. In tabel 7.8 is de voorlopige verdeling van het aantal instellingen dat een positief (ontvangen) of negatief (afdragen) verrekenbedrag 2012 heeft opgenomen. Voor een zestal instellingen is het voorlopige verrekenbedrag 2012 'nul', deze ontbreken in de onderstaande tabellen.

Tabel 7.7 Verdeling voorlopig verrekenbedrag 2012, per type instelling (miljoen €)

	Ontvangen	Afdragen	Totaal
Algemene ziekenhuizen	93,7	38,8	54,9
STZ-ziekenhuis	135,3	15,5	119,7
Academische ziekenhuizen	213,9	45,3	168,6
Totaal	442,9	99,6	343,3

Bron: Jaarrekeningen 2012 van algemene, STZ en academische ziekenhuizen.

Tabel 7.8 Verdeling aantal instellingen met een positief/negatief voorlopig verrekenbedrag per type instelling

	Ontvangen	Afdragen	Totaal
Algemene ziekenhuizen	33	18	51
STZ-ziekenhuis	21	4	25
Academische ziekenhuizen	6	2	8
Totaal	60	24	84

Bron: Jaarrekeningen 2012 van algemene, STZ en academische ziekenhuizen.

7.3 Honorarium medisch specialisten

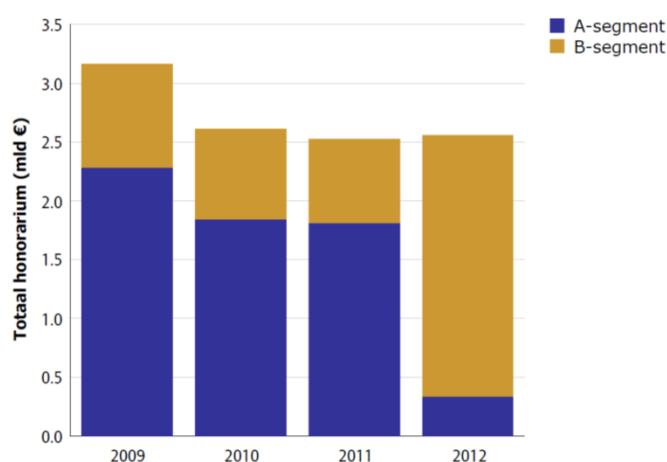
De honoraria van medisch specialisten vormen een belangrijk onderdeel van de totale ziekenhuiskosten. Bij de medisch specialisten speelt een aantal ontwikkelingen:

- de in 2010 en 2011 opgelegde gedifferentieerde en generieke tariefkortingen naar aanleiding van overschrijdingen in 2008 en 2009;
- invoering van het beheersmodel voor vrijgevestigd medisch specialisten in 2012;
- de nieuwe wijze van honorariumtariefberekening per 1 januari 2012.

7.3.1 Totaal honorarium

Figuur 7.3 schetst de totale honorariumontwikkeling over de jaren 2009–2012 op basis van schadelast cijfers van september 2013 van het CVZ en inclusief ZBC's. Het gaat hier dus om de totaal gedeclareerde omzet door medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigd medisch specialisten samen. Er is hierbij onderscheid gemaakt in A- en B-segment.

Figuur 7.3 Totaal honorarium (mld €)



Bron: CVZ schadelast cijfers

De figuur laat duidelijk het uitbreiden van het B-segment (naar ongeveer 34% en 70%) in 2009 en 2012 zien. Het totaal gedeclareerde honorarium in 2010 ligt een stuk lager dan 2009. Dit wordt grotendeels verklaard door de korting op de honorariumtarieven die per 1 januari 2010 en per 1 september 2010 zijn doorgevoerd. Deze tariefkortingen werden doorgevoerd naar aanleiding van het overschrijden van het budgettair kader in de jaren 2008 en 2009.

In tabel 7.10 zijn de honoraria op basis van de CVZ schadelast cijfers te zien. De totaal gefactureerde honoraria (A+B-segment) waren in het jaar 2009 hoger dan in de daarop volgende jaren. In 2010 en 2011 dalen de gedeclareerde honoraria naar respectievelijk 2,6 en 2,5 miljard, veroorzaakt door de tariefkortingen. De 2012 cijfers zijn vrijwel gelijk aan 2011. De cijfers 2011 en 2012 bevatten een grote 'balanspost' van respectievelijk 51% en 60% en zijn dus nog niet zeker.

Tabel 7.9 Totaal honorarium (mln €)

	2009	2010	2011	2012
A-segment	2.284	1.846	1.815	336
B-segment	883	765	709	2.222
Totaal	3.167	2.610	2.524	2.557

Bron: CVZ schadelast cijfers

7.3.2 Beheersmodel medisch specialisten

In 2011 hebben het ministerie van VWS, de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen het convenant 'Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014' afgesloten. De NZa heeft hier, in overleg met veldpartijen, invulling aan gegeven middels het beheersmodel medisch specialisten. Het beheersmodel is in werking getreden per 2012 en zal tot en met 2014 blijven bestaan.

Kern van het beheersmodel is dat ziekenhuizen, categorale instellingen en ZBC's voor vrijgevestigde medisch specialisten een honorariumplafond opgelegd krijgen door de NZa. Medisch specialisten declareren DBC-zorgproducten, wanneer het plafond wordt overschreden dient het teveel gedeclareerde honorarium door de instellingen te worden afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Vrijgevestigd medisch specialisten hebben de keuze om via een collectief van medisch specialisten te werken, deze medisch specialisten declareren 'VIA' de instelling. Medisch specialist die niet deelnemen aan een collectief declareren 'AAN' de instelling. Het is aan de instellingen en vrijgevestigd medisch specialisten zelf om eventueel een collectief te vormen, de Toelatingsovereenkomsten aan te passen en afspraken te maken over de verdeling van het omzetplafond binnen een instelling conform hetgeen is neergelegd in het Convenant.

In 2013 is het beschikbare BKZ opgesplitst in twee delen: 'ziekenhuizen, categorale instellingen en ZBC's' en het 'Mutatiekader'. Instellingen kunnen met één of meerdere zorgverzekeraars afspraken maken over het aanvragen van extra honorariumomzetplafond uit het mutatiekader, ofwel de mutatieruimte.

De mutatieruimte is bedoeld voor het creëren van vrijheidsgraden met betrekking tot het maken van volumeafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Dit biedt instellingen die goed presteren de ruimte en mogelijkheid om een grotere volumegroei af te spreken ten opzichte van andere instellingen. Daarnaast biedt het de mogelijkheid voor nieuwe toetreders om honorariumplafond aan te vragen.

Tabel 7.10 Beschikbaar Budgettair Kader Zorg (€ miljoen)

Onderdelen BKZ	2012	2013	2014
Vrijgevestigd specialisten werkzaam in ziekenhuizen/categorale instellingen	1.876,5	2008,4	2118,8
Vrijgevestigd specialisten werkzaam in ZBC's	88,2		
Mutatiekader	65,0	94,6	95,2
Totaal BKZ	2.029,7	2.103,0	2214,0
Totaal verdeeld plafond*	2.045,5		
Realisatie	2.000,8		

*Naar aanleiding van bezwaarzaken is in 2012 meer plafond verdeeld dan het beschikbare BKZ.

Bron: Beleidsregel 'Beheersmodel honoraria vrijgevestigd medisch specialisten', NZa

Voor het mutatiekader in 2013 is door 129 instellingen voor 94,5 miljoen euro aan verzoeken ingediend. Ruim 6,8 miljoen euro is door ZBC's aangevraagd en ruim 87,6 miljoen euro door ziekenhuizen/categorale instellingen. Dit is een verhouding van 7%-93%. Voor ZBC's was dit in 2012 nog 25%. De 7% in 2013 ligt meer in de lijn met het aandeel van ZBC's (ongeveer 5%) in de medisch specialistische zorg dan de 25% van 2012. Er was een ton aan mutatieruimte over, dit is verdeeld over alle instellingen met een initieel plafond in 2013.

Tabel 7.11 Beschikbaar BKZ 2013, onderverdeeld naar soort aanbieder en soort plafond (aantal en %)

Soort zorgaanbieder	Soort plafond	Aantal instellingen	Aandeel in totale omzet plafonds
Ziekenhuizen/ categorale instellingen	AAN	90	2%
	VIA	86	93%
ZBC	AAN	174	3%
	VIA	53	2%

Bron: Tariefbeschikkingen honorariumplafonds, NZa

Uit tabel 7.5 blijkt dat het grootste deel (95%) van het totale omzet plafond bij de ziekenhuizen/categorale instellingen terecht komt. Van dat deel wordt het overgrote deel via een collectief gedeclareerd. Bij de ZBC's is de verdeling tussen 'AAN' en 'VIA' declareren bijna aan elkaar gelijk.

Afrekening 2012

Voor 2012 is in totaal € 2.000,8 miljoen honorariumomzet ten laste van de macroplafondruimte verantwoord. Tezamen hadden deze instellingen een plafond van € 2.045,5 miljoen. Dit betekent een onderschrijding van € 44,7 miljoen op macroniveau. Dit houdt in dat geen één instelling hoeft terug te betalen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Tabel 7.12 Verantwoord honorariumomzet 2012, onderverdeeld naar soort aanbieder en soort plafond (omzet mln. € en %)

Soort zorgaanbieder	Soort plafond	Totaal omzet*	Aandeel in totaal omzet 2012
Ziekenhuizen/categorale instellingen	AAN	22,3	1%
	VIA	1.892,3	95%
ZBC	AAN	45,6	2%
	VIA	40,2	2%

Bron: Tariefbeschikkingen honorariumomzetplafonds, NZa

In de verantwoording over de realisatiecijfers van 2012 is ook gevraagd naar nuancerings in verband met uitval of in verband met eventuele terugbetalingen aan verzekeraars vanwege contractafspraken. Op het moment dat deze nuancerings niet worden meegenomen is er sprake van een overschrijding van het BKZ van zo'n € 43,8 miljoen. In totaal is 80% van de nuancerings toe te schrijven aan contractafspraken. Deze afspraken hebben er met name voor gezorgd er geen overschrijding van het BKZ heeft plaatsgevonden in 2012.

7.4 Volume ontwikkeling A+B-segment

De omzetontwikkeling in de ziekenhuizen is uit te splitsen in een prijsontwikkeling en een volumeontwikkeling. De volumeontwikkeling in het A-segment kan op basis van de belangrijkste productieparameters bepaald worden (verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken (EPB), dagverpleging en opnamen).

Voor het B-segment zou de volumeontwikkeling op basis van aantallen DBC's bepaald kunnen worden. Het is echter nog niet mogelijk om hiervan een goede inschatting te maken. Redenen hiervoor zijn:

- de DBC-systematiek wordt jaarlijks aangepast;
- het B-segment is in 2008 en 2009 uitgebreid;
- de DBC-informatie is nog niet volledig omdat een DBC maximaal een jaar kan openstaan en na afsluiting nog niet direct gedeclareerd en aan het DIS aangeleverd is. Hierdoor kan over 2011/2012 nog geen volledig beeld gegeven worden.

Daarnaast zegt een telling van het aantal DBC's in het B-segment niets over een eventuele verschuiving in termen van 'lichtere' of 'zwaardere' patiënten (de zogenaamde casemix).

Op basis van het maatschappelijk jaarverantwoordingsdocument (DigiMV) kan voor het A- en B-segment samen de volumeontwikkeling van de productieparameters bepaald worden. De volumeontwikkeling voor het A- en B-segment is ook in één parameter uitgedrukt. Deze parameter geeft de financiële waarde van de productieparameters weer. Deze financiële waarde is berekend door de parameter aantallen te vermenigvuldigen met de door de NZa vastgestelde parameterwaardes (voor alle jaren zijn 2008 parameterwaarden gebruikt, zodat de financiële waarde geen index effect bevat). Tabel 7.7 geeft de jaarlijkse ontwikkeling van de aantallen EPB, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen tussen 2009 en 2012.

Tabel 7.13 Volume ontwikkeling A+B-segment (%)

	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Eerste Polikliniekbezoek	2,7	2,3	-1,9
Opnamen	3,6	3,6	-3,0
Dagverpleging	7,1	2,9	2,6
Verpleegdagen	-0,6	-7,6	-0,6
Groei Financiële waarde	3,4	1,8	-1,5

Bron: DigiMV

Er is een daling van de aantallen EPB en opnamen tussen 2011 en 2012. Het aantal verpleegdagen neemt minder af dan tussen 2010 en 2011 en is terug op het niveau tot en met 2010. De financiële waarde van de vier productieparameters krimpt met 1,5% in 2012.

8. Patiëntgroepenanalyse

In dit hoofdstuk presenteren we een onderverdeling naar typen patiënten. Hiermee wordt inzichtelijk hoe de uitgaven aan medisch specialistische zorg vallen uit te splitsen naar patiëntgroepen, en hoe dit verandert in de tijd:

- Met welke klachten en aandoeningen komen patiënten naar het ziekenhuis?
- Wat kost de daarmee samenhangende zorg?
- Bij welke patiëntgroepen neemt de omzet het snelst toe; en hoe komt dat?

De meeste analyses zijn gebaseerd op Vektis data voor de periode 2008-2011, tenzij anders vermeld. De DBC omzet in 2011 in dit databestand bedroeg 16,6 miljard euro. Dit is iets lager dan wat uit de jaarverslagen blijkt (zie tabel 7.1). De cijfers kunnen afwijken omdat de jaarverslagen ook over andere zorg dan DBC's rapporteert (overige productie) en omdat de rapportage-periode afwijkt: jaarverslagen rapporteren over alle zorg die is geleverd in een jaar – een deel hiervan is nog niet gedeclareerd en geschat als 'mutatie onder handen werk'. Een deel van de DBC's waren al geopend in het jaar ervoor. De Vektis-cijfers, bewerkt door NZa, zijn gebaseerd op alle DBC's die zijn geopend in een jaar (en vaak pas later gedeclareerd).

8.1 Patiënt perspectief

Volgens de Vektis cijfers ontvingen verzekeraars DBC-declaraties van 7 miljoen mensen, die gemiddeld 2.356 euro per patiënt kostten. De DBC-omzet is jaarlijks gemiddeld toegenomen met 4% tussen 2008 en 2011. Het aantal patiënten dat wordt verwezen naar de tweede lijn is toegenomen met 1,5 - 2% per jaar. Ruim de helft van de patiënten heeft meerdere zorgtrajecten in een jaar (declareert meer dan één DBC in een jaar). De patiëntgroepenanalyse laat zien hoe de groei in uitgaven samenhangt met de toename van het aantal patiënten, de prijsontwikkeling en de verandering in de gemiddelde zorgzwaarte van de behandeling. De analyse is uitgevoerd voor 65 patiëntgroepen. Deze 65 patiëntgroepen zijn geclusterd in 16 hoofdgroepen.

Bij het vormen van de patiëntgroepen is de zorgvraag zoveel als mogelijk leidend geweest. Per diagnose is gekeken met welke klacht, symptoom of vraag een patiënt het ziekenhuis bezoekt en prestatie zijn op basis hiervan gegroepeerd: een rood of pijnlijk oog, een afwijking in of aan de borst, pijnlijk of bewegingsbeperking in een gewricht. Patiënten binnen één patiëntengroep zullen initieel doorgaans hetzelfde 'zorgloket' bezoeken. Op dat moment is immers meestal nog niet bekend wat de oorzaak van de klacht is, welke zorg de patiënt zal krijgen en welk zorgproduct (DBC) hiervoor uiteindelijk gedeclareerd zal worden. We kijken daarom in de productstructuur naar herkenbare groepen van diagnoses die horen bij het type klacht van deze patiëntgroepen en beschouwen dit als de deelmarkten waar binnen de zorg wordt geleverd.

Veranderingen in zowel het declaratiesysteem als het zorgaanbod zelf maken het vaak moeilijk om omzetontwikkelingen goed te duiden. De verwachting is dat patiënten en hun klachten minder snel veranderen dan het zorgaanbod en het declaratiesysteem. Door nu de patiënt in plaats van de behandeling of de behandelaar als uitgangspunt te kiezen is de omzetontwikkeling beter te vergelijken. De vraaggerichte benadering maakt het bovendien mogelijk om veranderingen in (de organisatie van) het aanbod, c.q. in de behandelwijze, te kunnen volgen.

8.2 DBC-omzet en aantallen patiënten

De tabel 8.1 geeft in de eerste 2 kolommen voor alle hoofd- en patiëntgroepen de DBC-omzet en het aantal patiënten per groep in 2011.

Tabel 8.1 DBC-omzet hoofd en patiëntgroepen, 2011

nr hoofd groep	hoofdgroep/patiëntgroep	omzet 2011 in miljoen €	aantal patiënten *1000	verandering in % per jaar 2008-2011 patiënten	prijs	behandelpraktijk	omzet
1	infectieziekten	179	165	6,7%	1,6%	4,8%	13,7%
2	nieuwvormingen	2670	1289	3,4%	0,7%	1,3%	4,5%
	- overig spijsverteringsstelsel	158	25	4,2%	0,7%	0,2%	5,1%
	- darm	389	109	7,7%	0,7%	-2,2%	4,6%
	- long en intrathoracaal	269	53	3,7%	0,8%	-0,7%	2,1%
	- borst	429	204	2,5%	1,6%	3,2%	7,5%
	- baarmoederhals	43	63	5,2%	0,6%	-0,9%	3,7%
	- prostaat	249	156	3,0%	0,7%	0,1%	3,8%
	- overig geslachtsorganen man	14	6	2,5%	4,3%	1,8%	8,8%
	- overig geslachtsorganen vrouw	112	41	-1,1%	1,9%	2,8%	-0,3%
	- blaas en nier	155	50	3,4%	0,7%	0,3%	4,4%
	- lymfatisch- en bloedvormend weefsel	279	60	4,5%	2,1%	1,3%	8,0%
	- huid	277	560	3,5%	3,4%	3,0%	2,9%
	- overig	296	108	3,5%	1,4%	0,8%	2,8%
3	Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	446	489	-4,0%	1,2%	6,6%	3,5%
	Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	188	268	-8,3%	1,6%	4,2%	-2,9%
	afwijkingen voedingstoestand	104	46	11,4%	0,6%	10,3%	22,1%
	Overige endocriene stoornissen	94	120	-1,2%	1,4%	1,0%	1,2%
	Overige stofwisselingsstoornissen en immunodeficienties	60	65	4,3%	1,7%	0,9%	7,1%
4	ziekten van bloed en bloedvormende organen	85	56	5,3%	0,7%	0,7%	6,7%
5	Psychische stoornissen	154	154	9,2%	1,1%	9,6%	18,4%
	dementie	47	53	9,6%	0,8%	1,7%	10,6%
	psychische ziekten	107	102	8,9%	1,3%	13,9%	22,5%
6	Zenuwstelsel en zintuigen	1461	1918	3,3%	1,1%	8,0%	10,3%

	Ziekte van Parkinson	32	42	4,3%	0,3%	-2,3%	1,6%
	Multiple sclerose	52	26	16,0%	0,2%	11,2%	29,3%
	Epilepsie	103	88	-0,3%	0,4%	-2,0%	-2,6%
	Cataract	230	248	0,6%	2,0%	0,1%	-1,4%
	refractie en scheelzien	32	182	-6,6%	0,8%	6,0%	-1,7%
	ooglid en rood oog	90	287	2,9%	0,6%	1,7%	5,3%
	achterste oogkamer/retina	213	395	4,8%	1,2%	18,9%	23,1%
	overig oog	41	272	11,2%	4,4%	-1,2%	14,6%
	Gehoorstornissen/binnenoor	126	251	0,4%	3,6%	5,8%	2,5%
	Overige aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen	541	423	9,9%	0,9%	10,3%	20,2%
7	Hartvaatstelsel	3155	1291	3,3%	4,9%	3,6%	1,8%
	Hypertensie	81	118	4,6%	0,4%	7,7%	12,2%
	pijn op de borst	2093	919	3,3%	6,3%	1,8%	-1,4%
	beroerte	437	99	4,0%	0,3%	14,6%	19,6%
	perifeer arterieel vaatlijden	370	122	3,5%	2,8%	1,0%	1,6%
	varices	130	124	5,9%	2,1%	3,6%	7,4%
	Overige aandoeningen vaatstelsel	45	66	4,7%	0,9%	-0,5%	5,1%
8	Ademhalingswegen	1024	832	2,1%	1,5%	0,1%	0,7%
	Bovenste luchtwegen en middenoor	339	476	3,0%	2,4%	-0,9%	-0,4%
	Onderste luchtwegen	686	389	1,3%	1,0%	1,0%	1,3%
9	Spijsverteringsstelsel	1256	665	3,6%	0,2%	0,2%	4,0%
	mond, slokdarm, maag en duodenum (maagzweren)	134	126	5,6%	1,2%	-0,9%	5,8%
	acute buik (blinde darm ontsteking)	96	22	-0,5%	1,1%	3,9%	2,3%
	buikwandbreuken	116	67	2,9%	0,6%	-2,2%	0,0%
	inflammatoire darmziekten	106	56	5,0%	1,6%	2,3%	9,2%
	overige darmziekten	522	375	3,6%	0,2%	0,7%	4,1%
	leverziekten	73	20	1,9%	2,2%	0,1%	4,3%

	galwegen,galblaas en pancreas	209	48	2,6%	0,3%	0,3%	3,2%
10	Urogenitaal systeem nierziekten (incl dialyse)	1208 641	658 112	3,7% 7,3%	0,5% 0,9%	-1,1% -4,9%	2,0% 2,9%
	urinewegen	175	179	3,7%	1,1%	0,9%	3,6%
	nierstenen	76	36	2,6%	0,4%	1,2%	3,4%
	geslachtsorganen man	51	73	1,2%	1,2%	-0,9%	-0,8%
	geslachtsorganen vrouw	264	305	3,6%	3,3%	-1,0%	-0,8%

Vervolg tabel 8.1 DBC-omzet hoofd en patiëntgroepen, 2011

nr hoofd groep	hoofdgroep/patiëntgroep	omzet 2011 in miljoen €	aantal patiënten *1000	verandering in % per jaar 2008-2011 patiënten	prijs	behandelpraktijk	omzet
11	Kinderwens, Zwangerschap en post natale zorg kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg	1037 695	541 354	1,8% 1,2%	-2,1% 0,2%	1,2% 1,5%	0,9% 2,9%
	perinataal en congenitaal	342	189	3,1%	6,2%	0,8%	-2,6%
12	Huid en subcutis eczeem chronische huidzweren en decubitus	287 48 26	501 152 18	4,0% 2,1% 4,3%	0,2% 3,0% 0,5%	0,6% 0,8% 3,2%	4,8% 6,0% 8,2%
	overige huidaandoeningen	213	348	5,1%	0,5%	-0,4%	4,2%
13	Bewegingsstelsel en bindweefsel	1978	1251	5,3%	-0,9%	0,6%	4,9%
	Inflammatoire polyartropathieën (reuma)	159	150	5,9%	0,3%	-1,7%	3,7%
	Artrose	627	285	4,4%	0,4%	-1,2%	2,8%
	degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (hernia)	448	272	5,0%	1,7%	2,3%	5,5%
	Osteoporose	24	47	13,3%	1,1%	-4,7%	9,2%
	Dérangement interne van de knie	200	149	7,1%	0,9%	-2,3%	3,6%
	Weke delen reuma	232	261	7,2%	1,2%	-0,7%	5,2%
	Overige aandoeningen bewegingsapparaat	287	287	7,0%	1,7%	4,9%	10,3%
14	allergieën	64	111	2,1%	-0,1%	2,5%	4,1%

					6 %		
					- 1 / 8 %		
15	letsel (totaal)	1069	967	-0,8%		5,4%	2,7%
					- 2 / 2 %		
16	overig, niet toewijsbaar	469	728	1,3%		3,7%	2,7%
					- 1 / 6 %		
	totaal patiëntgroepen	16543	12575	3,1%		2,3%	3,7%
					- 1 / 6 %		
	totaal hoofdgroepen	16543	11615	2,7%		2,7%	3,7%
					- 1 / 6 %		
	totaal	16543	7032	1,6%		3,8%	3,7%

Bron: Vektis data

Onderaan staan de totalen over alle doelgroepen, hoofdgroepen en totale DBC-omzet. De grootste DBC-omzet wordt gemaakt in de hoofdgroep 'ziekten van het hartvaatstelsel'. Die neemt met 3,2 miljard euro 19% van de totale DBC-omzet voor zijn rekening. Gevolgd door nieuwvormingen met 2,7 miljard (16%). De totale omzet bedraagt 16,5 miljard euro.

Een kwart van de patiënten in 2011 (1,9 miljoen) kwam voor aandoeningen aan zintuigen en zenuwstelsel (meestal voor het oog) naar de medisch specialist. 0,9 miljoen patiënten kwamen met pijn op de borst naar het ziekenhuis (dat is het merendeel van de 1,3 miljoen patiënten met hart- en vaatziekten). 1,3 miljoen kwam met (vermoedens van) kanker, waarvan de helft voor nieuwvormingen van de huid. Nog eens 1,3 miljoen kwam met klachten aan het bewegingsapparaat en bindweefsel. Eén miljoen mensen kwam met letsel.

Het totaal aantal patiënten is kleiner dan het aantal patiënten per patiëntgroep, omdat per patiëntgroep patiënten dubbel worden geteld wanneer zij voor meerdere aandoeningen het ziekenhuis bezoeken. Ruim 40%³⁰ van de patiënten gaat naar het ziekenhuis met meer dan één aandoening (is ingedeeld in meer dan 1 patiëntgroep).

8.3 omzetgroei

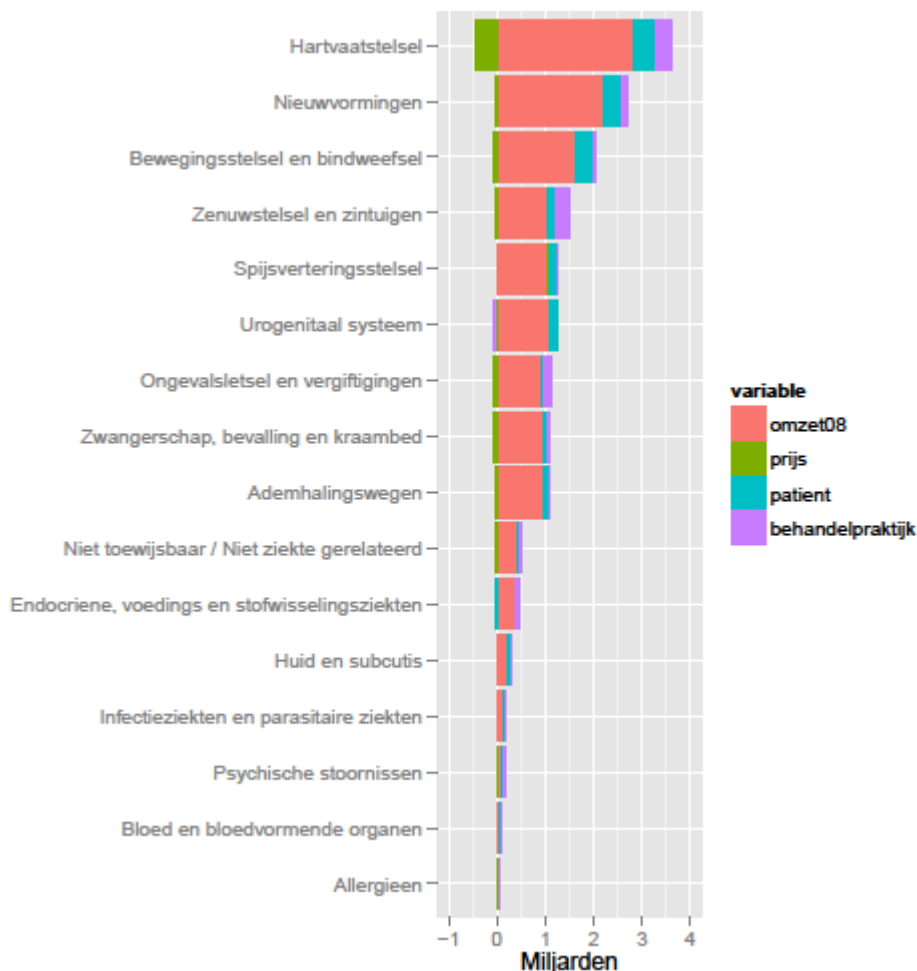
In de laatste kolom in de tabel 8.1 staat de gemiddelde verandering in omzet per patiëntgroep en per hoofdgroep per jaar. De DBC-omzet neemt tussen 2008 en 2011 toe met gemiddeld 3,7% per jaar. Dit varieert per hoofdgroep van minder dan 1% per jaar bij ademhalingswegen tot 18% per jaar bij psychische stoornissen. Bij een aantal patiëntgroepen daalt de omzet licht met 0-3 %. Opvallend is de groei van 23% per jaar bij 'achterste oogkamer' (omzet 2011: 213 miljoen) en beroerte 20% per jaar (omzet in 2011: 432 miljoen).

³⁰ Analyse NZa op basis van Vektis data

8.4 Verklarende factoren omzetgroei

De tabel 8.1 beschrijft in de derde tot de vijfde kolom waardoor en in welke mate de omzet tussen 2008 en 2011 veranderd is. Figuur 8.1 geeft dit grafisch weer voor alle 16 hoofdgroepen. De totale balk representeert de DBC-omzet in 2011. Het rode deel is de omzet in 2008 (omzet08). Rechts van de rode balk betekent groei en links van de rode balk afname ten opzichte van 2008. Met de kleuren groen, blauw en paars is aangegeven welke factor in welke mate bijdraagt aan die groei. Het blauwe deel laat zien hoeveel de zorguitgaven in 3 jaar tijd zijn veranderd door de toe- of afname van patiënten; de groene kolom – vaak negatief – staat voor het deel van de omzet dat is toe- of afgenomen door de nominale prijsontwikkeling tussen 2008 en 2011 op basis van de productie in 2008. Het paarse is het deel van de omzetgroei dat niet kan worden verklaard door ontwikkelingen in aantallen patiënten of prijs en is dus toe te schrijven aan veranderingen in de behandelpraktijk en veranderingen in de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Een groei in paars betekent dat er relatief meer en/of duurdere DBC's zijn gedeclareerd per patiënt in deze hoofdgroep.

Figuur 8.1 DBC-omzet 16 hoofdgroepen, 2011



Bron: Vektis data

8.4.1 Veranderingen in patiënten aantallen

Gemiddeld is het aantal patiënten per aandoening toegenomen met 3,1% per jaar. De groei van het aantal patiënten per aandoening is groter dan de groei van het totale aantal patiënten (1,6% per jaar). Patiënten gaan dus vaker voor meerdere aandoeningen naar het ziekenhuis.

Alleen bij endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten is het aantal patiënten afgenomen. Dit zijn met name de diabetes patiënten (-8%) die nu vaker in de eerste lijn worden geholpen. Ook het aantal patiënten dat bij de oogarts komt voor refractie (brilsterkte) en scheelzien neemt af. De grootste toename ($\geq 5\%$) is te zien bij afwijkingen in de voedingstoestand (vetzucht), dementie, nieuwvorming van de darm, reuma, psychische ziekten, nierziekten (incl. dialyse), maagzweren, achterste oogkamer/retina, hernia en weke delen reuma. (zie tabel 8.1; kolom 3)

8.4.2 Veranderingen in behandelpraktijk

Door een veranderende behandelpraktijk neemt de DBC-omzet gemiddeld toe met 2,3 % per jaar. Dit kan twee redenen hebben die niet altijd te onderscheiden zijn:

- De patiëntenpopulatie die naar de tweede lijn gaat, is veranderd. Bijvoorbeeld omdat lichtere patiënten in de eerste lijn worden behandeld (zoals bij diabetes het geval zou kunnen zijn) of door een toename van het aantal patiënten met meerdere (chronische) ziekten (Gezondheidsraad, 2008)³¹.
- De behandeling van patiënten is veranderd:
 - Er zijn duurdere behandelingen geïntroduceerd.
 - Er wordt eerder overgegaan tot een actieve interventie.
 - Het behandeltraject wordt uitgebreid met meerdere behandelingen en/of behandelaars.

Er zijn relatief goedkopere DBC's uitgevoerd in een aantal patiëntgroepen met een bovengemiddelde groei in het aantal patiënten, waaronder nierziekten (inclusief dialyse), nieuwvormingen darm en artrose. Hier worden patiënten sneller verwezen voor bijvoorbeeld diagnostiek, maar volgt relatief minder vaak een dure behandeling.

Relatief duurdere DBC's zijn uitgevoerd bij afwijkingen in de voedingstoestand (vetzucht), psychische ziekten, beroerte, achterste oogkamer (Aandoeningen van glasvocht, retina en macula: met name macula degeneratie). Een diepgaandere analyse volgt in een aparte publicatie over de patiëntgroepen. Genoemde voorbeelden zijn ook eerder beschreven in de marktscan van 2012.

De veranderingen in behandelpraktijk per hoofdgroep is 2,7% en over alle hoofdgroepen 3,8%. Ze zijn hoger, omdat het aantal aandoeningen (per hoofdgroep) per patiënt is toegenomen. Hier gaat het niet alleen om een andere of aanvullende behandeling van een aandoening, maar om het totaal aan DBC's per patiënt dat is toegenomen. Hoewel de groei in het aantal patiënten verschilt per patiëntgroep blijft de relatieve omvang van de groepen ongeveer gelijk. De verschuiving tussen patiëntgroepen verklaart minder dan 0,1% van de groei in de kosten.

8.4.3 Prijsontwikkeling en kosten per patiënt

De prijzen zijn gemiddeld gedaald met 1,6% per jaar. De gemiddelde DBC-kosten per patiënt zijn wel toegenomen met 2,1% per jaar van € 2.214 in 2008 naar € 2.356 in 2011. Voor een aantal (grote) groepen, waaronder hart- en vaatziekten en bewegingsstelsel zijn de kosten per patiënt tussen 2008 en 2011 afgenomen. De kosten per patiënt nemen toe omdat patiënten gemiddeld genomen intensiever worden behandeld (zie 8.4.2

³¹ Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/01.

behandelpraktijk) en vaker voor meerdere behandelingen naar het ziekenhuis gaan (zie 8.4.1 aantallen patiënten).

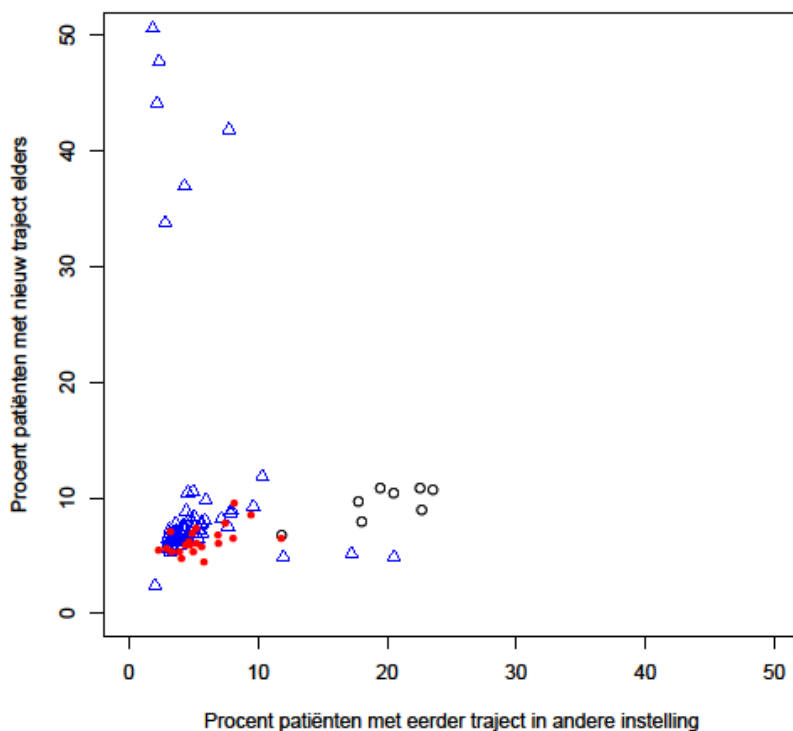
8.5 Doorverwijzingen en specialisatie

De meeste algemene en academische ziekenhuizen (89 van de 92 in 2011) krijgen patiënten voor alle aandoeningen. De meeste ZBC's behandelen maar enkele patiëntgroepen (In 2011 zijn 97 van de 258 ZBC's gespecialiseerd in 1 patiëntengroep). Niet alle behandelingen worden ook overal uitgevoerd. Voor een aantal aandoeningen worden patiënten doorverwezen naar een meer gespecialiseerde zorgaanbieder. Sommige patiëntgroepen zijn daarom meer vertegenwoordigd in een beperkt aantal ziekenhuizen. Het gaat dan vooral om patiënten met nieuwvormingen.

Voor 5% van de patiënten werd in 2011 bij verschillende instellingen een zorgtraject gedeclareerd voor dezelfde aandoening.

Vanuit zes algemene ziekenhuizen gaat een derde tot de helft van de patiënten naar een andere instelling voor dezelfde aandoening. Een vijfde van de patiënten in academische centra hebben al eerder een zorgtraject in een andere instelling doorlopen. Figuur 8.2 illustreert deze verschillen in patiëntenstromen. Iedere cirkel representeert een ziekenhuis. De blauwe cirkels zijn academische centra, de zwarte algemene en de rode STZ-ziekenhuizen. In deze figuur zijn niet de doorverwijzingen opgenomen die in één zorgtraject vallen.

Figuur 8.2 Percentage patiënten met zorgtrajecten bij verschillende ziekenhuizen

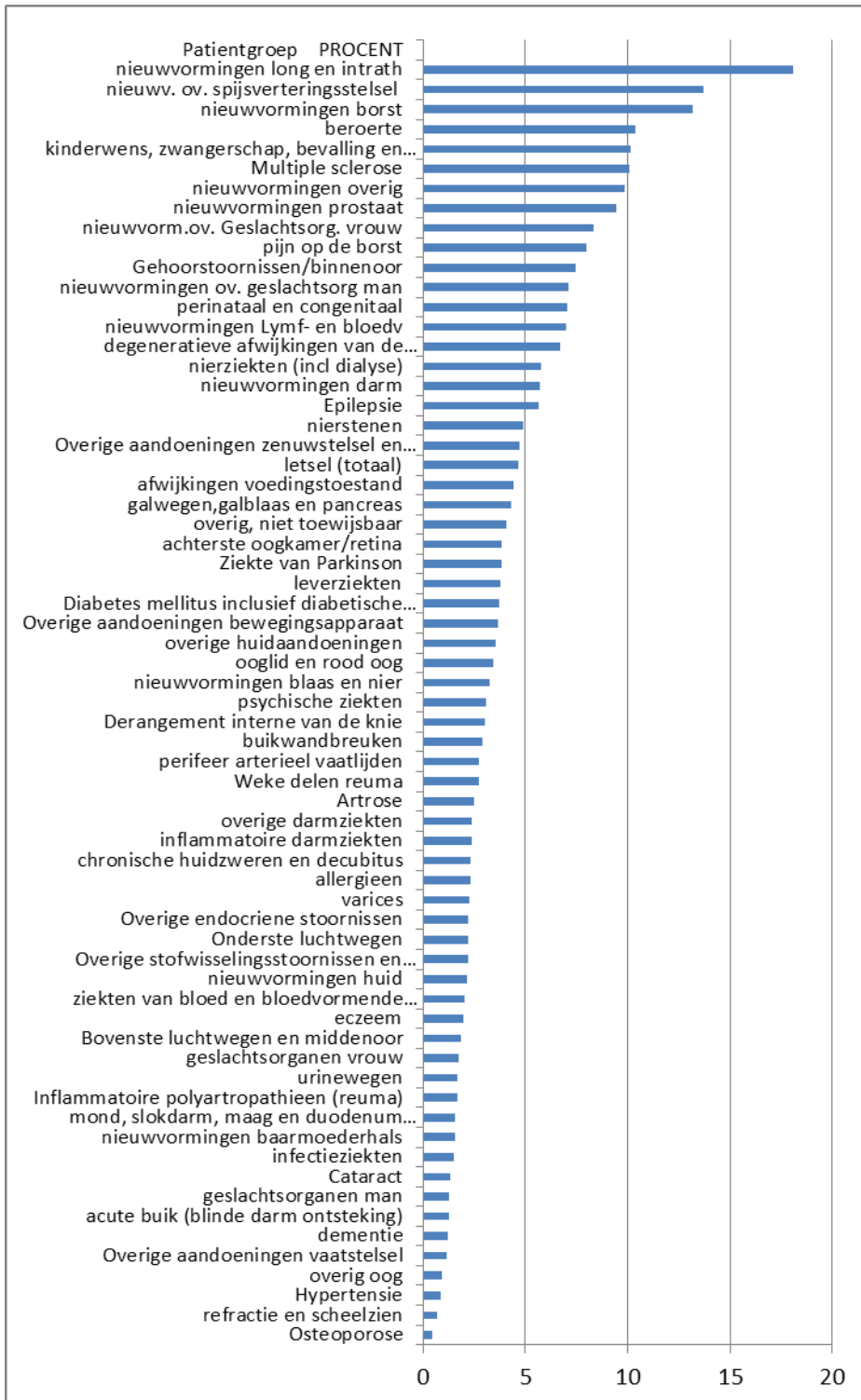


o = UMC Δ = algemeen ziekenhuis \bullet = STZ ziekenhuis

Bron: Vektis data

Figuur 8.3 laat zien dat het aandeel patiënten dat in 2011 meerdere ziekenhuizen bezoekt varieert tussen de 0,5% en 18% over de patiëntgroepen. Met name patiënten met nieuwvormingen gaan vaak naar meerdere instellingen. Het aandeel patiënten binnen een patiëntgroep dat meerdere ziekenhuizen bezoekt voor dezelfde aandoening geeft ook een beeld van de mate van taakdifferentiatie en specialisatie.

Figuur 8.3 Percentage patiënten dat in 2011 meer dan 1 DBC traject in verschillende ziekenhuizen doorliep per aandoening



Bron: Vektis data

8.6 Voorbeelden trendanalyses

Voor vier patiëntgroepen vergelijken we de ontwikkelingen in aantal patiënten (tabel 8.1) en DBC-aantallen met aantallen (dag-)opnamen in de Landelijke Medische Registratie (LMR) (CBS-maatwerk, bewerkt door het RIVM), zodat we de trend in de ontwikkeling van het aantal (klinische) behandelingen voor een langere periode – vanaf 1995 – kunnen bekijken.

De patiëntgroepen die worden uitgelicht zijn:

- nieuwvormingen darm;
- diabetes;
- ziekten van de retina en achterste oogkamer;
- en artrose.

De daling in DBC-trajecten in 2011 komt doordat een deel van de cijfers in DIS voor 2011 nog ontbreekt. In de Vektis data zet de stijging wel door. De gestippelde lijnen zijn de waarden gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht en corrigeren dus voor een veranderende leeftijdsopbouw (vergrijzing).

8.6.1 Nieuwvormingen darm

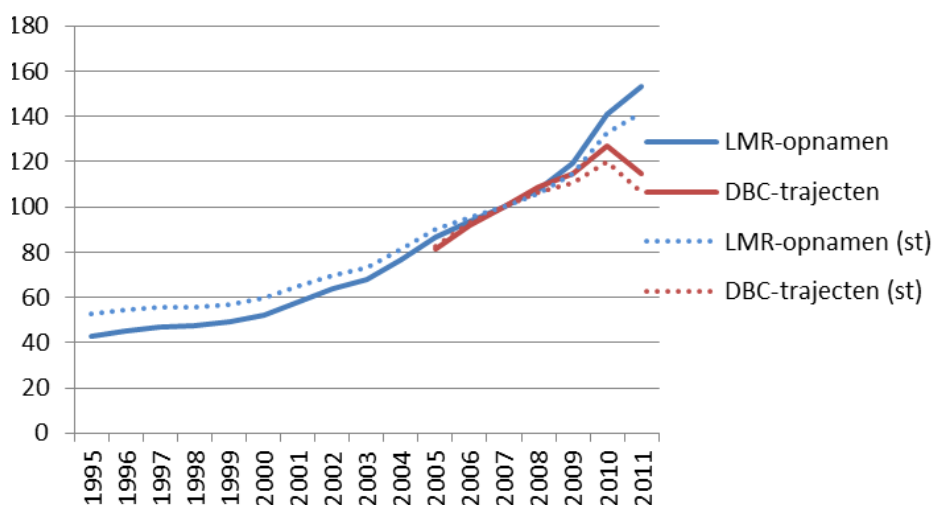
In 2011 ontvingen 109 duizend patiënten zorg vanwege (een vermoeden van) darmkanker of mogelijk voorstadium. Tussen 2008 en 2011 is het aantal patiënten met bijna 8% per jaar toegenomen. Met deze patiëntgroep is 389 miljoen euro gemoeid. Dit bedrag is in deze periode met 4,6% per jaar gestegen.

De ontwikkeling van de aantallen opnamen voor nieuwvormingen darm (goedaardig, kwaadaardig en met onzeker gedrag) in de LMR en de DBC-registraties van Vektis en DIS liggen de eerste jaren in elkaars verlengde (zie figuur 8.4). Het aantal opnamen neemt vanaf 2000 snel toe, met name in de laatste vijf jaar. Vanaf 2008 stijgt het aantal opnamen sneller dan het aantal DBC's. Dit komt omdat een DBC meerdere (dag)opnamen kan omvatten.

De incidentie van darmkanker (invasief) is niet extra toegenomen³². De extra groei in het aantal opnamen weerspiegelt waarschijnlijk de groei van het aantal patiënten dat voor screening naar het ziekenhuis komt, maar (nog) geen kanker hebben. Doordat deze groep is toegenomen is ook het gemiddelde behandelprofiel lichter geworden en nemen de kosten per patiënt af.

³² iKNL: <http://www.cijfersoverkanker.nl>

Figuur 8.4 Trenddata LMR/DBC van Nieuwvormingen darm (2007=100)

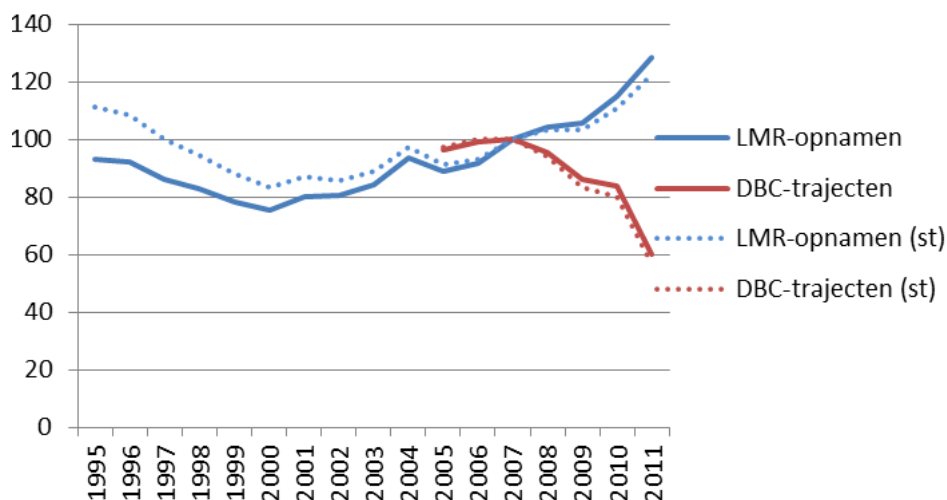


Bron: Vektis en DIS data

8.6.2 Diabetes

Diabetes mellitus is een snel toenemende ziekte. Het aantal patiënten in de tweede lijn neemt echter af met ruim 8% per jaar tussen 2008 en 2011. In 2011 bezoeken 268 duizend patiënten de tweede lijn (zie tabel 8.1). De omzet is met bijna 3% afgenomen tot 188 miljoen euro. De prijzen zijn met 1,6% gestegen en er zijn relatief duurder DBC's gedeclareerd (+4,2%).

Figuur 8.5 Trenddata LMR/DBC van diabetes mellitus incl. complicaties (2007=100)



Bron: Vektis en DIS data

De ontwikkeling in de LMR en DBC-registratie lopen uiteen. De LMR toont alleen de klinische zorg. Het aantal klinisch behandelde patiënten (LMR) stijgt met ruim 6% per jaar. Dit weerspiegelt tenminste voor een deel de toename van het aantal patiënten met diabetes³³.

³³ Zie bijvoorbeeld: Gezondheid in cijfers, CBS, 2013

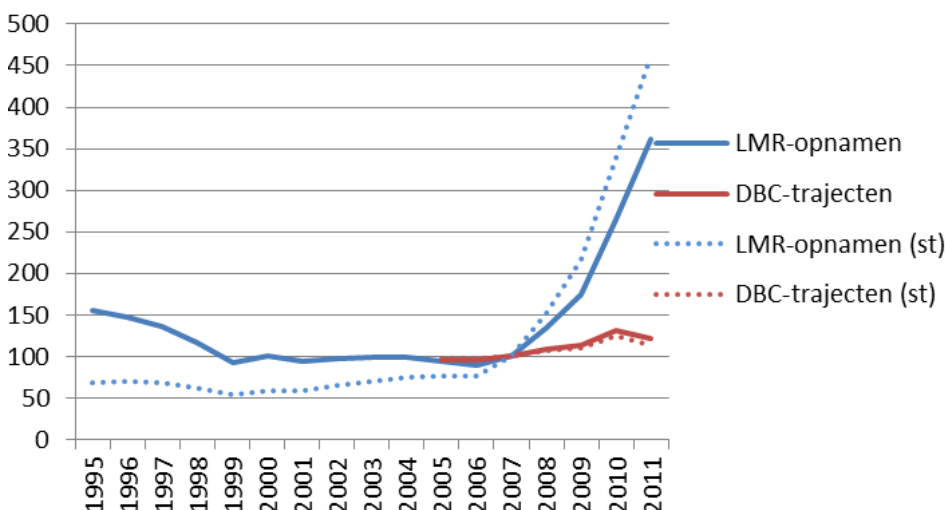
Door de introductie van diabetes ketenzorg is een substitutie van de tweede naar de eerste lijn tot stand gekomen³⁴. De poliklinische diabetes zorg verdwijnt daarmee deels uit het ziekenhuis. Dit verklaart de afname in het aantal DBC trajecten. Het aandeel van de diabetes patiënten dat alleen in de eerste lijn blijft is dus aanzienlijk groter dan de 8% afname per jaar ten opzichte van 2008. De complexere patiënten blijven wel naar de tweede lijn komen en die maken gemiddeld hogere kosten per persoon.

8.6.3 Ziekten van de retina en achterste oogkamer

De grootste patiëntengroep bij de oogarts komt vanwege aandoeningen aan de retina en achterste oogkamer. In 2011 waren dit er 395 duizend. Dat is ruim anderhalf keer zoveel als voor afwijkingen van de lens (staar). Het aantal patiënten in deze groep is de laatste jaren met bijna 5% per jaar gestegen. De kosten in deze groep zijn toegenomen met 23% per jaar, voornamelijk vanwege een intensievere behandeling (+19%).

Het aantal (dag)opnamen is tussen 1999 en 2006 stabiel rond de 40 duizend, maar neemt daarna sterk toe. Dit markeert de introductie van de ooginjecties die in dagbehandeling worden uitgevoerd. Het aantal DBC's en het aantal patiënten met ten minste 1 DBC voor een ziekte van de retina of achterste oogkamer neemt veel minder snel toe. Dit verschil komt omdat voorheen de zorg grotendeels poliklinisch was en daarom niet zichtbaar was in de LMR. De behandeling bestaat in 2010 voor de helft uit ooginjecties die in dagbehandeling wordt uitgevoerd. Deze behandeling is pas in 2010 opgenomen in de productstructuur en als zodanig herkenbaar (zie ook de marktscan 2012).

Figuur 8.6 Trenddata LMR/DBC van ziekten achterste oogkamer en retina (2007=100, DIS DBC's 2011 incompleet)



Bron: Vektis en DIS data

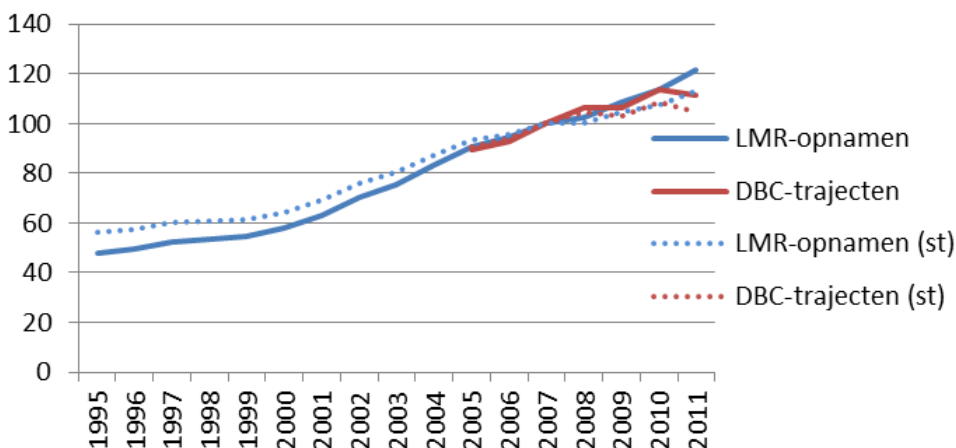
8.6.4 Artrose

In 2011 kwamen 285 duizend patiënten met artrose klachten in het ziekenhuis of ZBC. Dat is bijna een kwart van de patiënten met klachten aan het bewegingsstelsel die naar de tweede lijn kwamen. Het aantal patiënten is tussen 2008 en 2011 met ruim 4% per jaar toegenomen.

³⁴ Zie marktscan medisch spec. zorg, 2012 en referenties daarin.

In 2011 bedroegen de DBC-kosten 627 miljoen euro. De DBC-kosten zijn jaarlijks met 2,8% gestegen. Hoewel de prijzen nog wel licht zijn gestegen (met 0,4% per jaar) zijn de kosten per patiënt gedaald. Patiënten worden gemiddeld minder intensief behandeld, omdat het aantal operatieve trajecten minder snel toeneemt dan het aantal patiënten.

Figuur 8.7 Trenddata LMR/DBC van artrose (2007=100, DIS DBC's 2011 incompleet)



Bron: Vektis en DIS data

De ontwikkeling van de aantallen opnamen in de LMR en de DBC-registraties van Vektis en DIS liggen in elkaars verlengde. Het aantal klinische (operatieve) trajecten is tussen 2000 en 2010 verdubbeld. Na correctie voor vergrijzing (gestippelde lijnen) is de volumestijging iets lager, zoals verwacht bij deze diagnose. Tabel 8.2 laat zien dat het aantal DBC-trajecten en het aantal patiënten iets sneller stijgt dan het aantal opnamen (van 2005-2010). Een toenemend deel van de patiënten blijft poliklinisch. De gemiddelde kosten per patiënt loopt in deze groep ook iets terug.

Tabel 8.2 Kengetallen artrose 2005-2011

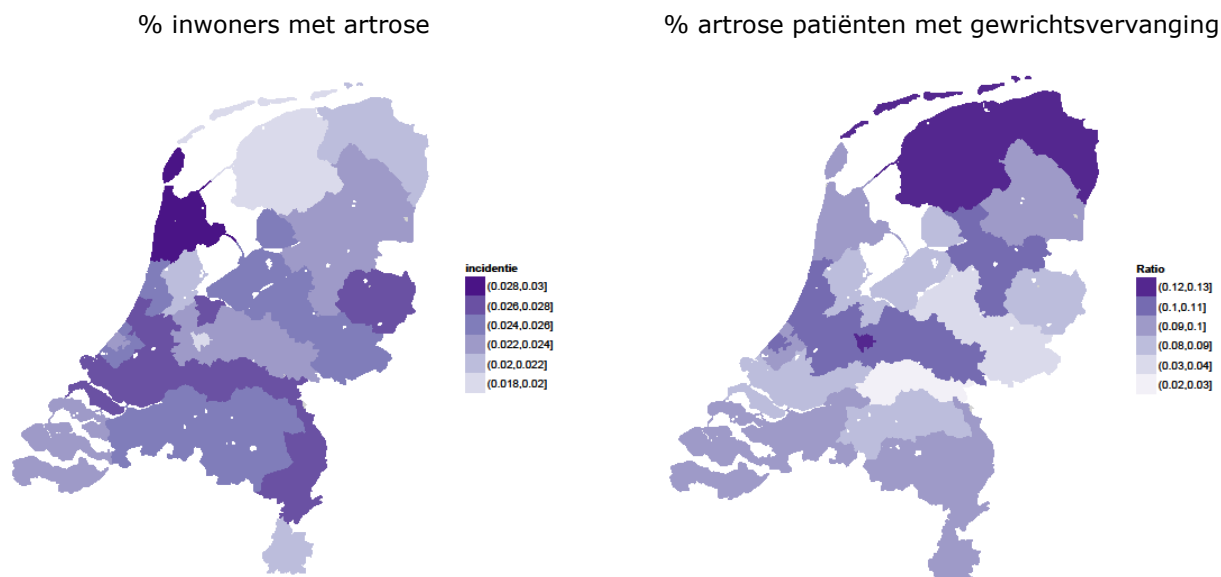
Artrose	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
LMR-informatie CBS-maatwerk (aantallen*1000)							
Opnamen LMR (dag + klinisch)	50	52	55	57	60	63	67
Gestandaardiseerde opnamen LMR (dag + klinisch)	56	57	59	60	62	64	67
verblijfsdagen LMR (dag + klinisch)	343	344	340	333	333	334	334
DBC-informatie DIS (aantallen DBCs*1000)							
DBC-trajecten	237	246	265	282	281	302	296
Gestandaardiseerde DBC-trajecten	256	265	282	295	291	307	296
DBC-kosten in miljoen euro	428	468	518	556	554	613	556
Gestandaardiseerde DBC-kosten in miljoen euro	462	506	555	585	574	625	556
Gemiddelde prijs (euro)	1.798	1.901	1.953	1.973	1.969	2.032	1.879
Geschatte zhs-prevalentie (CBS-statline: aantallen * 1000)							
11.2 Artrose	43	46	49	50	54	56	
idem, gestandaardiseerd	48	50	52	53	56	57	

Bron: CBS en DIS Data

8.6.4.1 Ruimtelijke variatie

Het aantal patiënten met artrose dat wordt verwezen naar de tweede lijn varieert per regio. Figuur 8.8 laat zien hoeveel artrosepatiënten in 2011 naar een tweedelijns instelling zijn gegaan per GGD regio gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw tussen regio's (zie bijlage 1 voor uitleg).

Figuur 8.8 Percentage inwoners met een DBC-traject artrose (links) en percentage artrose patiënten met knie- of heupvervangning (rechts) per GGD regio, 2011



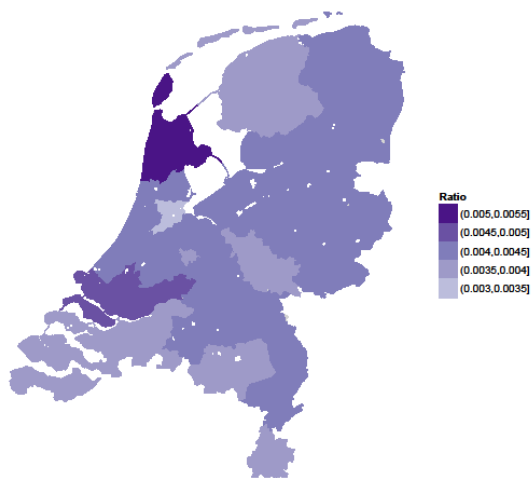
Bron: DIS data

Het percentage inwoners met artrose varieert van 1,8% tot 2,8% van de standaard bevolking. De verschillen tussen de regio's zijn significant (zie bijlage 1). Dit kan er op wijzen dat de kans om artrose te krijgen per regio verschilt. Het kan ook betekenen dat in bepaalde regio's sneller of minder snel wordt verwezen naar de tweede lijn.

De kans op een operatie als je artrose patiënt bent verschilt ook per regio. Figuur 8.8 (ratio) geeft per GGD regio het aantal artrose-operaties (voor knie en heup) in 2011 gedeeld door het aantal patiënten met artrose in 2011. Dit varieert van 2% tot 13%. In de regio's waar het aantal artrose patiënten in de tweede lijn relatief laag is, zoals in Friesland en Utrecht is de kans op een operatie hoog.

Figuur 8.9 tenslotte geeft het percentage heup of knie vervangingen per regio. Dit varieert van 0,3% tot 0,55% van de standaard bevolking. Het aantal nieuwe heupen en knieën is het hoogst in Noord Holland. Dit ligt vooral aan het grote aantal patiënten met artrose in het ziekenhuis.

Figuur 8.9 Percentage inwoners met knie- of heupvervanging per GGD regio, 2011



Bron: DIS data

Ook zijn de verschillen tussen ziekenhuizen in het aantal heup en knie vervangingen bij artrose patiënten significant (hier niet getoond). Het vergt nader onderzoek om vast te stellen of ziekenhuizen alleen verschillen in patiëntenpopulatie of dat er ook verschillen in behandelpraktijk zijn.

8.7 Conclusie

In de onderzochte periode 2008-2011 neemt het aantal patiënten waarvoor DBCs gedeclareerd zijn toe met 1,6% per jaar. De DBC-omzet is gestegen met 3,7%. In deze periode zijn de prijzen en tarieven 2008 en 2011 gemiddeld genomen juist gedaald met 1,6%. De omzetgroei komt doordat patiënten vaker voor meerdere aandoeningen naar het ziekenhuis gaan en intensiever worden behandeld. Hierdoor neemt het aantal behandelingen en de gemiddelde kosten per patiënt toe.

Nieuwe technologie, nieuwe medicijnen en betere diagnostiek dragen bij aan stijgende zorgkosten, maar ook aan gezondheidswinst en een betere toegankelijkheid van zorg voor grotere groepen patiënten (zie bijvoorbeeld Gezondheidszorg in cijfers 2013, CBS of het Nationaal Kompas³⁵, RIVM, 2013). Om te kunnen beoordelen of een omzet- of kostenstijging 'gepast' is, moeten er naast omzetgegevens ook gegevens zijn over de opbrengsten, zoals een hogere levensverwachting en/of een betere kwaliteit van leven.

Het zou wenselijk zijn als dergelijke gegevens per patiëntgroep beschikbaar komen, met name voor de patiëntgroepen waarvoor de omzet hoog is of snel stijgt. Pas dan kunnen de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in hun onderlinge samenhang worden beoordeeld en dienen als een feitelijke onderbouwing voor de maatschappelijke discussie over gepast gebruik van zorg.

³⁵ <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/gezonde-levensverwachting/trend/>.

Bijlage 1. Bronnen en methoden

Marktstructuur

Marktconcentratie (Gewogen marktaandeelen en De LOgit Competition Index (LOCI))

- Bronnen: MDS-data voor algemene ziekenhuizen en UMCs en landelijke A-segment tarieven en contractprijzen B-segment.
- Gebruikte data: Gebruikte data: postcode-data van patiënten van alle 2011 klinische DBC's en landelijke A-segment tarieven en contractprijzen B-segment.
- Methode:
 - Aan de hand van de DBC's in het MDS en de landelijke A-segment tarieven en contractprijzen B-segment bereken we voor alle ziekenhuizen het gewogen omzet marktaandeel van dat ziekenhuis in iedere postcode. Aan de hand van deze marktaandeelen wordt de LOCI van een ziekenhuis als volgt berekend:
 - Het marktaandeel van een ziekenhuis in een postcode wordt gewogen met het belang van deze postcode voor het betreffende ziekenhuis. Het belang wordt gedefinieerd als het relatieve aandeel van de omzet die uit deze postcode naar het ziekenhuis gaat op de totale omzet van het ziekenhuis. De sommatie over alle postcodes geeft de gewogen omzet marktaandeelen van het ziekenhuis.
 - De LOCI van een ziekenhuis is gelijk 1 minus de sommatie over gewogen marktaandeelen van het ziekenhuis.
 - Om de interpretatie van de LOCI te vergemakkelijken, nemen we het inverse van de LOCI die we als invLOCI definiëren.
- Opmerking:
 - Omdat ZBC's heel beperkt klinische DBC's produceren, zijn die voor deze analyse buiten beschouwing gelaten.
 - In het artikel 'Halbersma, Kerstholt en Mikkers (2009) -Marktafbakening en marktmacht in de zorgsector- (M&M april 2009)' en in het NZa rapport 'Fussiemodellen' (te vinden op de NZa website) is een uitgebreide uitleg van de LOCI-methode te vinden.

Aanbod en specialisatie van ziekenhuizen en specialismen

- Bronnen: MDS-data voor algemene ziekenhuizen en UMC's.
- Gebruikte data: Gebruikte data: postcode-data van patiënten van alle 2011 klinische DBC's.
- Methode:
 - Aanbod: Tellingen van ziekenhuizen dat een bepaald aantal specialismen aanbiedt en van het aantal ziekenhuizen dat een bepaald specialisme heeft.
 - Specialisatie/spreiding: per ziekenhuis of specialisme wordt het aandeel binnen het ziekenhuis of landelijk binnen het specialisme berekend. Deze marktaandeelen worden gekwadrateerd. Sommeren over ziekenhuizen of specialisme en delen door het landelijke gemiddelde geeft de specialisatie/spreidingsindex.
- Opmerking: Omdat ZBC's heel beperkt klinische DBC's produceren, zijn die voor deze analyse buiten beschouwing gelaten.

Ontwikkeling financiële positie ziekenhuizen 2009-2012

- Bronnen: Jaarrekeningen 2009-2012 van algemene ziekenhuizen en UMC's.
- Gebruikte data: Balanstotaal, vlottende activa, vlottende passiva en eigen vermogen van de balans, bedrijfsresultaat uit de resultatenrekening van de jaarrekeningen.

- Methode: Rentabiliteit is gedefinieerd als het bedrijfsresultaat gedeeld door het balanstotaal. Solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal. Liquiditeit is gedefinieerd als vlottende activa gedeeld door vlottende passiva (de zogenaamde current ratio).
- Opmerking:
 - Zie opmerkingen bij 'Totale omzetontwikkeling ziekenhuizen'.
 - Het bedrijfsresultaat is het bedrijfsresultaat voor financiële baten en lasten.
 - Alle monetaire data is in nominale termen.

Marktaandeelen zorgverzekeraars per segment (2008-2011) en per regio (2011)

- Bronnen: gedeclareerde DBC's uit MDS.
- Gebruikte data: Uit het MDS worden marktaandeelen gebruikt (op basis van de omzet) van verzekeraars (inkoopcombinaties). DBC-data van ziekenhuizen en ZBC's is gebruikt.
- Methode: Sommatie van alle gedeclareerde DBC-omzetten per inkoopcombinatie gedeeld door de totaal gedeclareerde DBC-omzet.
- Opmerking: Voor de uitsplitsingen naar segment is de 2008-2011 data gebruikt, voor de uitsplitsing naar regio is gebruik gemaakt van de 2011 data.

Marktgedrag

Ontwikkeling percentage afgesloten contracten ziekenhuizen, B-segment 2009-2011, vanaf 2012 A+B-segment

- Bronnen: MDS, contractprijzen en jaarrekeningen 2009-2012 van algemene ziekenhuizen en UMCs.
- Gebruikte data:
 - 2009-2011: Uit het MDS worden marktaandeelen gebruikt (op basis van de omzet) van verzekeraars (inkoopcombinaties) per ziekenhuis, van de verzekeraars worden de contractprijzen in het B-segment gebruikt en uit de jaarrekeningen word de omzet in het B-segment per ziekenhuis gebruikt.
 - 2012: Uit het MDS worden marktaandeelen gebruikt (op basis van de omzet) van verzekeraars (inkoopcombinaties) per ziekenhuis, van de verzekeraars worden de contractprijzen in het A- en B-segment gebruikt en uit de jaarrekeningen word de omzet in het A- en B-segment per ziekenhuis gebruikt.
- Methode: Uit de contractprijzen van verzekeraars blijkt of een bepaald ziekenhuis gecontracteerd is op een bepaald moment van het jaar. Indien het ziekenhuis gecontracteerd is, dan wordt het marktaandeel van de verzekeraar vermenigvuldigd met de omzet van dat ziekenhuis uit de jaarrekeningen. Sommatie van al deze 'gecontracteerde' omzetten gedeeld door de totale omzet (voor de ziekenhuizen) levert het percentage afgesloten contracten op.
- Opmerking:
 - Vanaf 2010 leveren verzekeraars maandelijks contractprijzen aan de NZa aan, in de jaren ervoor was dit drie keer per jaar (eind april, eind oktober en eind december), in 2008 en 2009 is het percentage afgesloten contracten geïnterpoleerd tussen deze leveringen.
 - In 2012 is voor de medisch specialistische zorg prestatiebekostiging ingevoerd. De tarieven het A-segment zijn nu voor de ziekenhuizen ook maximum tarieven. Om die reden leveren verzekeraars vanaf 2012 ook de A-segment contractprijzen aan de NZa aan.

Ontwikkeling aantal gecontracteerde ZBC's, B-segment 2009-2011, 2012 A+B-segment

- Bronnen: contractprijzen 2009-2012 van ZBC's.
- Gebruikte data:
 - 2009-2011: Uit de contractprijzen van het B-segment worden unieke ZBC's met 1 of meer contracten geteld.
 - 2012: Uit de contractprijzen van zowel A- als B-segment worden unieke ZBC's met 1 of meer contracten geteld.
 - Methode: Uit de contractprijzen van verzekeraars blijkt of een bepaald ZBC gecontracteerd is op een bepaald moment van het jaar.
- Opmerking:
 - Vanaf 2010 leveren verzekeraars maandelijks contractprijzen aan de NZa aan, in de jaren ervoor was dit drie keer per jaar (eind april, eind oktober en eind december), in 2009 is het percentage afgesloten contracten geïnterpoleerd tussen deze leveringen.
 - In 2012 is voor de medisch specialistische zorg prestatiebekostiging ingevoerd. De tarieven het A-segment zijn nu voor de ziekenhuizen ook maximum tarieven. Om die reden leveren verzekeraars vanaf 2012 ook de A-segment contractprijzen aan de NZa aan.

Kwaliteit

Een belangrijk deel van het hoofdstuk Kwaliteit wordt gevuld met informatie over de indicatoren van het Kwaliteitsinstituut (voorheen Zichtbare Zorg (ZiZo) van de IGZ).

NIAZ

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop. Beoordeeld wordt of deze hun organisatie zo hebben ingericht dat zij op een reproduceerbare wijze een acceptabel kwaliteitsniveau van zorg voortbrengen. Als dat het geval is krijgt de instelling een accreditatie voor vier jaren, waarna een volledige hertoetsing plaatsvindt. Tussentijds gaat het NIAZ de voortgang van de afgesproken verbeterpunten na. De accreditatiestatus beoogt derden – zoals patiënten, verzekeraars, overheden – het vertrouwen in een goed en veilig georganiseerde instelling te geven. Meer informatie over NIAZ is te vinden op www.niaz.nl.

HKZ-certificaat

De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling (HKZ) stelt kwaliteitseisen op voor diverse deelgebieden van de sectoren zorg en welzijn. Deze worden in de vorm van certificatieschema's beschikbaar gesteld aan het werkveld. De certificatieschema's van HKZ zijn afgeleid van ISO 9001, de internationale norm voor kwaliteitsmanagementsystemen. Een organisatie met het HKZ-keurmerk is daardoor ook gecertificeerd volgens ISO 9001. De meerwaarde van HKZ ten opzichte van ISO 9001 is dat HKZ ook inhoudelijke eisen stelt. Zie voor meer informatie, www.hkz.nl.

Wettelijk verplichte kwaliteitsindicatoren 2012

Aandoening	Structuur	Proces	Uitkomst
Baarmoederhalsafwijkingen	1	2	0
Bariatrische chirurgie	3	1	2
Benigne Prostaat Hyperplasie	2	0	0
Beroerte	0	3	1
Blaascarcinoom	0	1	1
Carpaletunnelsyndroom	1	2	0
Cataract	0	2	1
Ch. beh. van lage rug hernia en stenose	1	1	1
Chronische belemmering bloedstroom been	0	0	0
Coeliakie	0	0	0
Colorectaal carcinoom	1	8	1
Constitutioneel eczeem	0	0	2
Cystic Fibrosis	2	2	2
Dementie	0	0	2
Diabetes	2	5	2
Dialyse bij nierziekten	0	5	2
Galblaasverwijdering	1	3	1
Heupvervanging	0	2	3
HIV/AIDS	1	1	1
IBD	0	0	0
In opzet curatieve behandeling prostaatacarcinoom	1	0	0
Knievervanging	0	2	3
Lage rug spondylodese	0	0	0
Liesbreukoperaties	0	3	0
Longcarcinoom	0	4	2
Maagcarcinoom	2	3	2
Maculadegeneratie	0	1	0
Maligne Lymfoom: Diffuus grootcellig B-cel lymfoom (DLBCL)	0	1	1
Mammacarcinoom	2	3	1
Melanoom van de huid	0	0	2
Meniscus en Voorste Kruisband	1	3	1
Migraine	0	0	0
Nierstenen	3	3	0
Obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) bij volwassenen	0	0	1
Operatieve ingrepen bij stressincontinentie bij de vrouw	0	2	0
Osteoporose	0	0	0
Parkinson	0	0	0
Psoriasis	0	3	1
Reumatoïde Artritis	0	1	2
Ruggenmergstimulatie bij Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)	0	1	0
Varices	0	2	1
Ziekten van Adenoïd en Tonsillen	2	2	0
Zwangerschap & Bevallings	1	1	1

Niet wettelijk verplichte kwaliteitsindicatoren 2012

Aandoening	Structuur	Proces	Uitkomst
Beroerte	0	1	0
Chirurgische behandeling van lage rug hernia en stenose	0	1	0
Constitutioneel Eczeem	0	1	1
Migraine	0	1	0
Osteoporose	0	1	0
Psoriasis	0	1	0

Toegankelijkheid

Wachttijdontwikkeling 2009-2013

- Bronnen en gebruikte data: Voor de wachttijdanalyses is gebruik gemaakt van gegevens afkomstig van MediQuest en de NZa. Van MediQuest zijn de volgende gegevens gebruikt:
 - wachttijd polikliniek: 2009 tot en met oktober 2013; Het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan.
 - wachttijd behandeling: juni 2009 tot en met oktober 2013; Het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelend arts tot het moment van opname of operatie.
- Methode: Gewijzigde definities

- Met ingang van 1 september 2008 zijn de wachttijddefinities gewijzigd, waardoor de wachttijdgegevens over de periode vóór 1 september 2008 niet één op één vergelijkbaar zijn met de wachttijdgegevens zoals deze per september 2008 zijn verzameld. Hiervoor zijn de wachttijdgegevens 'dagbehandeling' en 'opname' (wachttijdgegevens van voor september 2008) omgezet naar één overkoepelende wachttijd voor behandeling. Ondanks het feit dat de gewijzigde wachttijddefinities sinds september van kracht zijn, is er een aantal ziekenhuizen dat de wachttijd nog volgens de oude definities aanlevert en publiceert. Voor het omzetten van de oude wachttijdgegevens behandeling naar de nieuwe definities is het gemiddelde van wachttijd dagbehandeling en wachttijd opname berekend, waarbij het aldus berekende gemiddelde naar boven is afgerond op hele weken. Ook zijn de wachttijden van nul weken omgezet naar een week.
- De reden hiervoor is dat het in de oude registratie voor een ziekenhuis mogelijk was om een wachttijd van nul weken op te geven, terwijl dat in de nieuwe registratie niet meer mogelijk is; nul tot zeven dagen dient te worden afgerond naar een week. Behalve de omzetting van opname en dagbehandeling naar één algemene wachttijd voor behandeling, is ook de definitie voor de registratie in weken aangepast. In de nieuwe wachttijddefinities wordt voor de wachttijd de derde mogelijkheid in het afsprakenregister geregistreerd, in de oude wachttijddefinities wordt een gemiddelde wachttijd berekend over de gegevens van de afgelopen drie maanden waarbij de bovenste en onderste 10% van de wachttijden worden verwijderd. Er is hiervoor niet gecorrigeerd, omdat beide methodieken hetzelfde beogen in beeld te brengen namelijk dat de gepubliceerde wachttijd zoveel mogelijk overeenkomt met de wachttijd die de gemiddelde patiënt bij het maken van een afspraak te horen krijgt.
- Ranges van wachttijden in plaats van absolute waarden. Bij de oude registratie hanteerde ziekenhuizen voor de wachttijd vaak een range, bijvoorbeeld twee tot vier weken in plaats van een absoluut aantal weken. Deze ranges zijn omgezet naar een absoluut aantal weken door het gemiddelde te hanteren. Een wachttijd van twee tot vier weken wordt omgezet naar drie weken. Dit is toegepast op de wachttijdgegevens voor de wachttijd polikliniek en behandeling in de periode januari-september 2008.
- Toevoeging aanvullende variabele. Om de benodigde wachttijdanalyses uit te voeren zijn er een aantal variabelen toegevoegd aan de wachttijden. De variabelen die zijn toegevoegd zijn het type instelling (UMC, topklinische ziekenhuis of algemeen ziekenhuis), de mate van stedelijkheid van de instellingen en de Treeknormen voor desbetreffende wachttijddefinities.
- De wachttijd voor Oncologie is niet meegenomen in de wachttijdenanalyse. Wachttijden voor oncologie zijn niet verplicht om aan te leveren, daarnaast wordt de wachttijd voor oncologie al onder andere specialismen meegenomen. De dataset voor oncologie was onvoldoende gevuld en daarmee onbetrouwbaar en niet valide. Daarom is besloten deze niet mee te nemen in de analyse.
- Opmerking:
 - MediQuest verzamelt en registreert de wachttijdgegevens op het niveau van de individuele ziekenhuislocaties, terwijl de gegevens uit de MDS-bestanden meestal op ziekenhuisgroepniveau beschikbaar zijn. Met andere woorden: In de MDS-bestanden is er per ziekenhuis, ook al heeft het ziekenhuis meerdere locaties, één wachttijd per behandeling aangeleverd, terwijl MediQuest de wachttijdgegevens per behandeling van alle ziekenhuislocaties verzamelt. Hierdoor is het aantal wachttijdgegevens (N) uit de MDS-bestanden meestal lager dan die van de wachttijdgegevens van MediQuest, wat zou kunnen leiden

tot een trendbreuk. Hiermee dient alleen rekening gehouden te worden bij de interpretatie van de resultaten uit de analyses over de wachttijd behandeling, omdat zowel gebruik is gemaakt van wachttijdgegevens uit MDS als van MediQuest.

- Wachttijdgegevens van behandelingen in de MDS-bestanden maken onderscheid tussen de verwachte wachttijd, de gemiddelde wachttijd wachtende patiënten en de gemiddelde wachttijd behandelde patiënten. Er is voor gekozen de verwachte wachttijd te gebruiken voor de analyses, omdat deze wachttijd het meest in lijn is met de definities van de nieuwe wachttijdregistratie.

Kaarten wachttijden per specialisme 2009-2013

- Bronnen en gebruikte data: Voor de kaarten is wachttijden data van MediQuest van januari tot oktober 2013 gebruikt. Voor het berekenen van reisafstanden binnen Nederland is de Geodan Drivetime Matrix 2012 gebruikt.
- Methode: Voor het maken van de kaarten zijn de volgende analyses uitgevoerd:
 - Per (4-positie) postcode gebied is de reistijd bepaald tot de dichtstbijzijnde instelling die het specialisme aanbiedt.
 - Per (4-positie) postcode gebied is de reistijd bepaald tot de dichtstbijzijnde instelling die voor het gegeven specialisme een wachttijd heeft die aan de Treeknorm voldoet (deze is per definitie gelijk of groter aan de reistijd uit de eerste stap)
 - Per (4-positie) postcode gebied is de 'delta reistijd' bepaald door de reistijd berekend in de eerste analyse-stap af te trekken van de reistijd berekend in de tweede analyse-stap.
 - Kaarten zijn ingekleurd met de berekende reistijden uit analyse-stap 2 en analyse-stap 3.

Betaalbaarheid

Totale omzetontwikkeling ziekenhuizen, A- en B-segment en overige opbrengsten 2009-2012

- Bronnen: Jaarrekeningen 2009-2012 en rekenstaten 2010 van algemene ziekenhuizen en UMCs.
- Gebruikte data: Uit de resultatenrekening van de jaarverslagen de opbrengsten A en B-segment (inclusief add-ons, overige producten en beschikbaarheidsbijdrage), het verrekenbedrag en het totaal van de overige opbrengsten (som van niet gebudgetteerde zorgprestaties en overige bedrijfsopbrengsten). In de jaarrekeningen zijn de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten niet opgenomen. Uit de 2010 rekenstaten zijn vergoedingen voor Immateriële Vaste Activa (IVA) gebruikt.
- Methode: sommatie van bovengenoemde jaarrekening data. In tabellen met 'correcties' zijn de IVA vergoedingen verwijderd uit het A-segment. De correctie is gebaseerd op de data uit de rekenstaten, aanname is dat wat ziekenhuizen aan IVA aangevraagd is, ook opgenomen is in de jaarrekening.
- Opmerking:
 - Ziekenhuizen zijn vaak onderdeel van een stichting waarin ook andere activiteiten (zoals AWBZ-gefinancierde activiteiten) worden uitgevoerd. Om een zo zuiver mogelijk inzicht in de kosten van de ziekenhuizen te krijgen is waar mogelijk gebruik gemaakt van enkelvoudige of gesegmenteerde jaarrekeningen. Vanaf 2009 is voor elk ziekenhuis een enkelvoudige danwel gesegmenteerde jaarrekening beschikbaar.
 - Voor de UMCs is indien mogelijk gebruik gemaakt van de enkelvoudige jaarrekening, en dan het collectief-gefinancierde onderdeel. Voor twee UMCs is 'collectief-gefinancierd' geschat door de 2^{de}, 3^{de} en 4^{de} geldstromen uit te sluiten.

- Voor instellingen waar geen jaarrekening 2012 beschikbaar is, is de stand 2011 gehanteerd om een vergelijking tussen de jaren te kunnen maken.
- Voor instellingen waar het verrekenbedrag 2012 niet was opgenomen in de jaarrekening is deze bepaald op basis van het opgenomen verrekenbedrag en de opgegeven opbrengsten ter dekking van het schaduwbudget.
- Alle monetaire data is in nominale termen.

Honorarium vrijgevestigd medisch specialisten 2008-2012

- Bronnen: 'NZA gegevensvraag 2010 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten', 'Verantwoordingsdocument Honorariumomzet medisch specialisten 2012' en 2008-2011 CVZ schadelast cijfers.
- Gebruikte data: Totaal gedeclareerde honoraria, uitgesplitst naar vrijgevestigd en overig (eerste bron). Totaal gedeclareerd omzet vrijgevestigd en dienstverband (tweede bron). Totaal gedeclareerde honoraria (derde bron).
- Methode: Aandeel van vrijgevestigd medisch specialisten in totale honoraria (op basis van eerste en tweede bron) vermenigvuldigd met totaal gedeclareerde honoraria (derde bron).
- Opmerking: De eerste en tweede bron bevat alleen 2008-2010 en 2012 data. Voor 2011 is het gemiddelde van de verhouding vrijgevestigd honorarium t.o.v. totaal honorarium 2010 en 2012 gebruikt.

Honorarium ontwikkeling 2009-2012

- Bronnen: 2008-2012 CVZ schadelast cijfers.
- Gebruikte data: Totaal gedeclareerde honoraria, uitgesplitst naar A- en B-segment.
- Methode: Feitelijke weergave van de CVZ schadelast cijfers, voor A- en B-segment.
- Opmerking: De CVZ schadelast cijfers zijn de gedeclareerde honoraria van alle medisch specialisten, zowel de loondienst als vrijgevestigd medisch specialisten.

Volume ontwikkeling A+B-segment 2009-2011

- Bronnen: DigiMV 2009-2012.
- Gebruikte data: aantallen eerste polikliniek bezoeken, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen en de financiële waarde van deze vier parameters.
- Methode: Financiële waarde van de jaren 2008-2011 is berekend door de 2008 parameterwaarden te vermenigvuldigen met de aantallen parameters 2008-2011. Op deze manier zijn de financiële waarden allen naar 2008 prijspeil gebracht. Daarna is de financiële waarde gesommeerd over de verschillende parameters.
- Opmerking: Financiële waarde is naar 2008 prijspeil gebracht om de jaarlijkse indexering van de parameters buiten beschouwing te laten en daarmee daadwerkelijk een volume-effect in te schatten. Niet alle ziekenhuizen hebben het DigiMV ingevuld, daardoor zijn de absolute aantallen niet opgenomen in de marktscan, maar alleen de groei over de jaren heen. Om deze reden is een vergelijking met de volume ontwikkeling in het A-segment ook niet gemaakt.

Volume ontwikkeling A-segment 2008-2011

- Bronnen: rekenstaten 2008-2011 van algemene ziekenhuizen en UMCs.
- Gebruikte data: aantallen eerste polikliniek bezoeken, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen en de financiële waarde van deze vier parameters
- Methode: Financiële waarde van de jaren 2008-2011 is berekend door de 2008 parameterwaarden te vermenigvuldigen met de aantallen

parameters 2008-2011. Op deze manier zijn de financiële waarden allen naar 2008 prijspeil gebracht. Daarna is de financiële waarde gesommeerd over de verschillende parameters.

- Opmerking: Financiële waarde is naar 2008 prijspeil gebracht om de jaarlijkse indexering van de parameters buiten beschouwing te laten en daarmee daadwerkelijk een volume-effect in te schatten

Motivaction onderzoek

- Bronnen en gebruikte data: Het veldwerk voor de marktscan medisch specialistische zorg is uitgevoerd in de periode 6 juni tot en met 12 juni 2013. De respondenten zijn afkomstig uit het StemPunt-panel van Motivaction. Steekproef getrokken van mensen in de leeftijd van 18-70 jaar representatief voor Nederland. Na een aantal selectievragen is de vragenlijst voorgelegd aan respondenten die in 2012 of 2013 niet-spoedeisende zorg hebben ontvangen in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. In de veldwerkperiode is aan 10.637 personen een uitnodigingsmail verstuurd. Op de slotdatum van het veldwerk was het gewenste aantal vragenlijsten ingevuld en is de toegang tot de vragenlijst op internet afgesloten.
- In totaal hebben 1.010 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Aantal respondenten per type ziekenhuis/behandelcentrum:
 - Algemeen ziekenhuis: 713 respondenten
 - Universitair ziekenhuis: 151 respondenten
 - Zelfstandig behandelcentrum: 124 respondenten
 - Buitenlands ziekenhuis: 23 respondenten
- Methode: Gemaakte selecties:
 - De mensen die zorg ontvangen hebben in 2012 en 2013 zijn geïnccludeerd.
 - De mensen die niet geantwoord hebben op een vraag zijn niet meegenomen voor die vraag, maar als ze andere vragen wel hebben beantwoord zijn ze wel meegenomen (ze zijn dus niet geschoond uit het bestand).
 - Anders, namelijk; -antwoorden zijn alleen meegenomen als ze vaak voorkomend waren, of herverdeeld onder andere antwoordcategorieën.
 - Wanneer vervolgvragen gesteld zijn zoals: Waarom heeft u geen instellingen met elkaar vergeleken? Is er een voorselectie gemaakt op de vraag: Heeft u instellingen met elkaar vergeleken?
 - De top 3 overwegingen is samengesteld door Motivaction op basis van de data.
 - Na afsluiting van het veldwerk zijn de open antwoorden gecodeerd en de onderzoeksdata gecheckt, opgeschoond en gewogen. Bij de weging fungeerde het Mentality-ijkbestand als herwegingskader. Dit ijkbestand is wat betreft de sociodemografische gegevens gewogen naar de Gouden Standaard van het CBS.

Patiëntgroepenanalyse

- Bronnen: Declaratiegegevens uit het IZIZ bestand, levering door Vektis; LMR data (maatwerk CBS, bewerkt door RIVM); declaratiegegevens uit DIS; jaarrekeningcijfers gepubliceerd in marktscan 2012 en 2013; CBS Statline.
- Gebruikte data: declaratiegegevens met openingsdatum in 2008 t/m 2011 (Vektis) en openingsdatum in 2005 t/m 2011 (DIS); Opnamen en dagopnamen per patiëntgroep gemodelleerd in ICD9; geschatte ziekenhuisprevalentiecijfers CBS-Statiline.
- Methode: Schatten totalen: Vektis en DIS data zijn vergeleken met randtotalen jaarverslagcijfers. Op basis hiervan is gekozen voor de selectie Vektis data 2008-2011. 2008 data zijn opgehoogd met 5% patiënten en omzet. Hierbij is verondersteld dat het ontbrekende deel in IZIZ alle declaraties van een kleine (maar representatieve) groep patiënten betreft. Het bijschatten heeft dus alleen betrekking op de

aantallen patiënten en niet op de kosten per patiënt. DIS data 2011 zijn opgehoogd aan de hand van groeicijfers Vektis.

- Afbakening patiëntgroepen:
 - De indeling in patiëntgroepen sluit aan bij internationale coderingen en kan worden geconverteerd naar de Kosten van Ziekten indeling van het RIVM. De uitgangspunten bij de indeling in patiëntgroepen verschillen echter enigszins van die van de Kosten van Ziekten (KvZ) indeling, waardoor sommige groepen zijn uitgebreid en sommige samengevoegd of juist gesplitst. Bij de clustering heeft de NZa de volgende criteria gehanteerd:
 - Is de patiëntgroep herkenbaar als groep zonder medisch specialistische diagnostiek? (zoals rood oog, pijn op de borst, knobbeltje) Dit in tegenstelling tot de diagnose-groepen in de KvZ indeling, die zijn gebaseerd op de diagnose zoals gerapporteerd bij ontslag.
 - Omvat de patiëntgroep zoveel mogelijk alle manifestaties van een bepaalde aandoening?
 - heeft de patiëntgroep voldoende omvang om betrouwbaar als aparte groep (deelmarkt) gevolgd te kunnen worden?
 - Is de patiëntgroep herkenbaar in de productstructuur? Niet alle ICD10 codes zijn herkenbaar in de DBC(DOT) diagnoses en een groot aantal DBC-diagnoses is niet eenduidig toe te wijzen aan een ICD-code. Er is gezocht naar een groep die duidelijk is af te bakenen in zowel ICD-diagnose als in DBC-diagnose termen.
 - Alle DBC-diagnoses zijn aan een patiëntgroep toegedeeld, in enkele gevallen aan een restgroep. De indeling is getoetst op een dataset van één ziekenhuis met gekoppelde ICD en DBC diagnose coderingen.
 - Ten opzichte van de marktscan 2012 zijn er kleine wijzigingen doorgevoerd in de toewijzing van diagnoses aan groepen. Jaarlijks zullen nieuwe diagnoses worden toegevoegd aan de lijst. De toedeling van diagnoses aan patiëntgroepen wordt op aanvraag verstrekt (info@nza.nl).
 - Berekening percentages: De gemiddelde groei in aantallen patiënten en omzet is berekend op het aantal versleutelde BSN nummers en gedeclareerde bedragen in het IZIZ bestand, de prijsstijging is berekend op basis van de declaraties in 2008 met prijzen 2011. De behandelpraktijk is berekend op basis van de productie in 2011 tov 2008 gecorrigeerd voor veranderingen in aantallen patiënten en prijzen. Ruimtelijke analyses (methodiek RIVM):
 - De verschillen tussen regio's zijn geschat met voor leeftijd gestandaardiseerde
 - DBC-aantallen op basis van de direct gestandaardiseerde rate (DSR). Deze is
 - berekend met:

$$DSR = \frac{1}{\sum_i w_i} \times \sum_i \frac{w_i O_i}{n_i}$$

- met betrouwbaarheidsintervallen (aanname Poisson verdeeld):

$$DSR_{lower,upper} = DSR + \sqrt{\frac{VAR(DSR)}{VAR(O)}} \times (O_{lower,upper} - O)$$

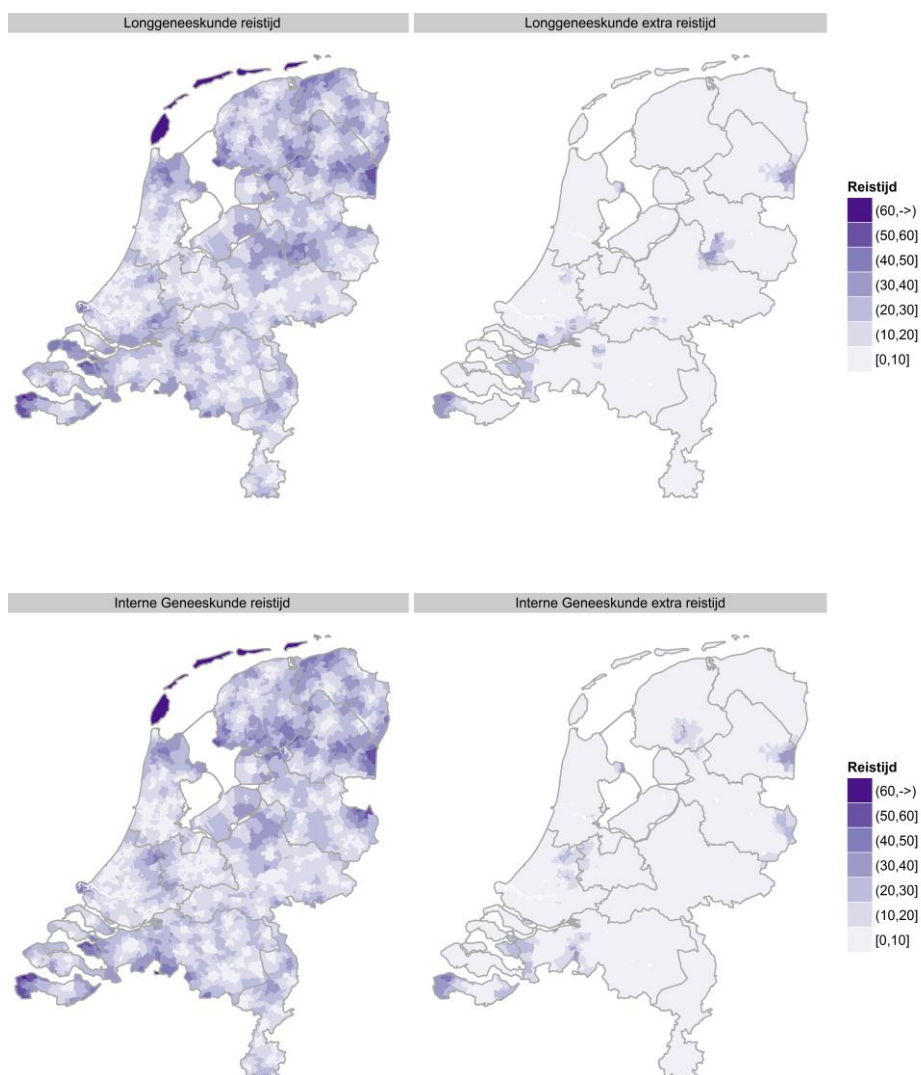
waarbij 0 het totaal aantal trajecten in de populatie is en:

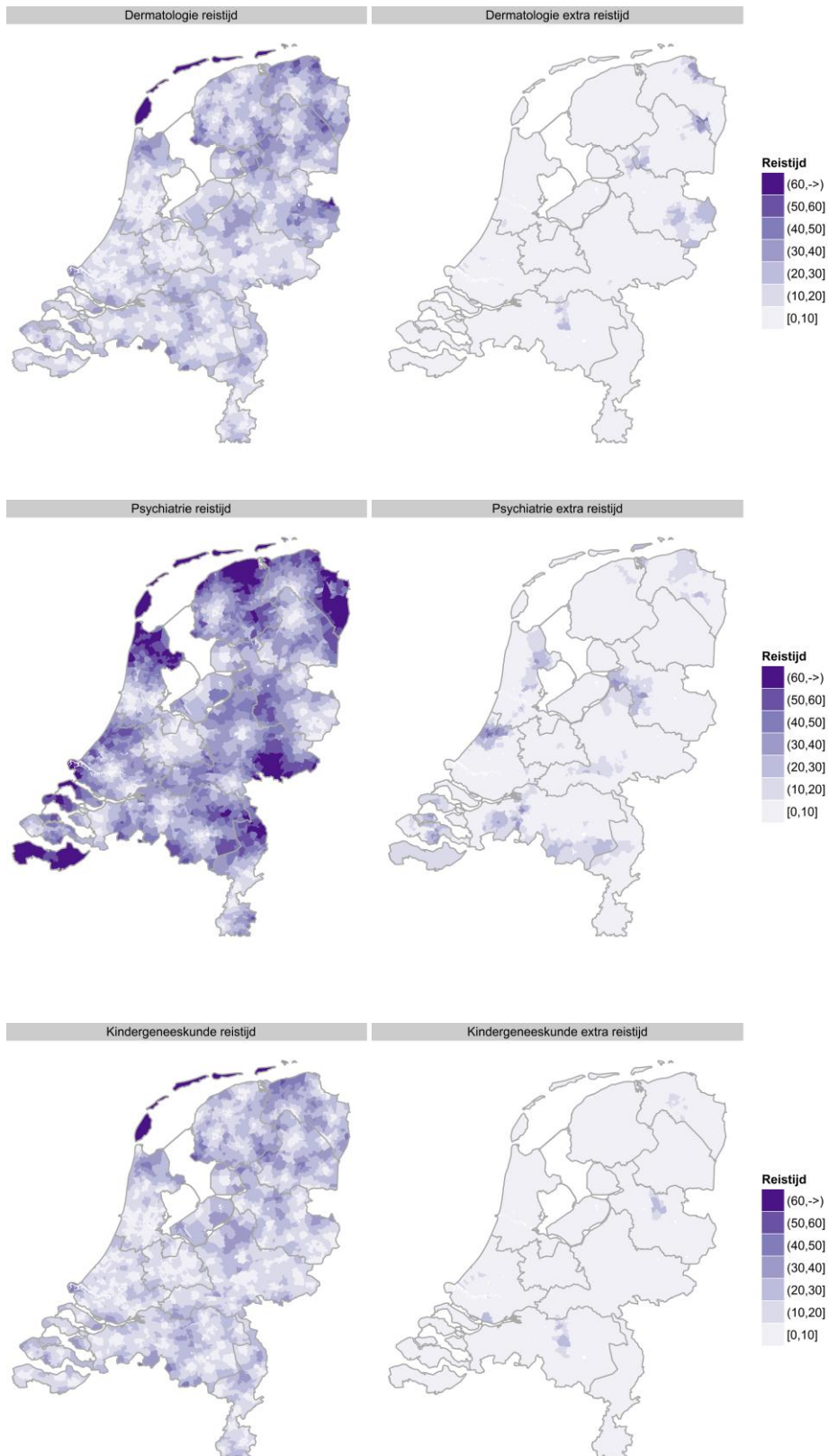
$$VAR(DSR) = \frac{1}{(\sum_i w_i)^2} \times \sum_i \frac{w_i^2 O_i}{n_i^2}; VAR(O) = \sum_i O_i; O_{lower(upper)} = \frac{\chi^2_{lower(upper)}}{2}$$

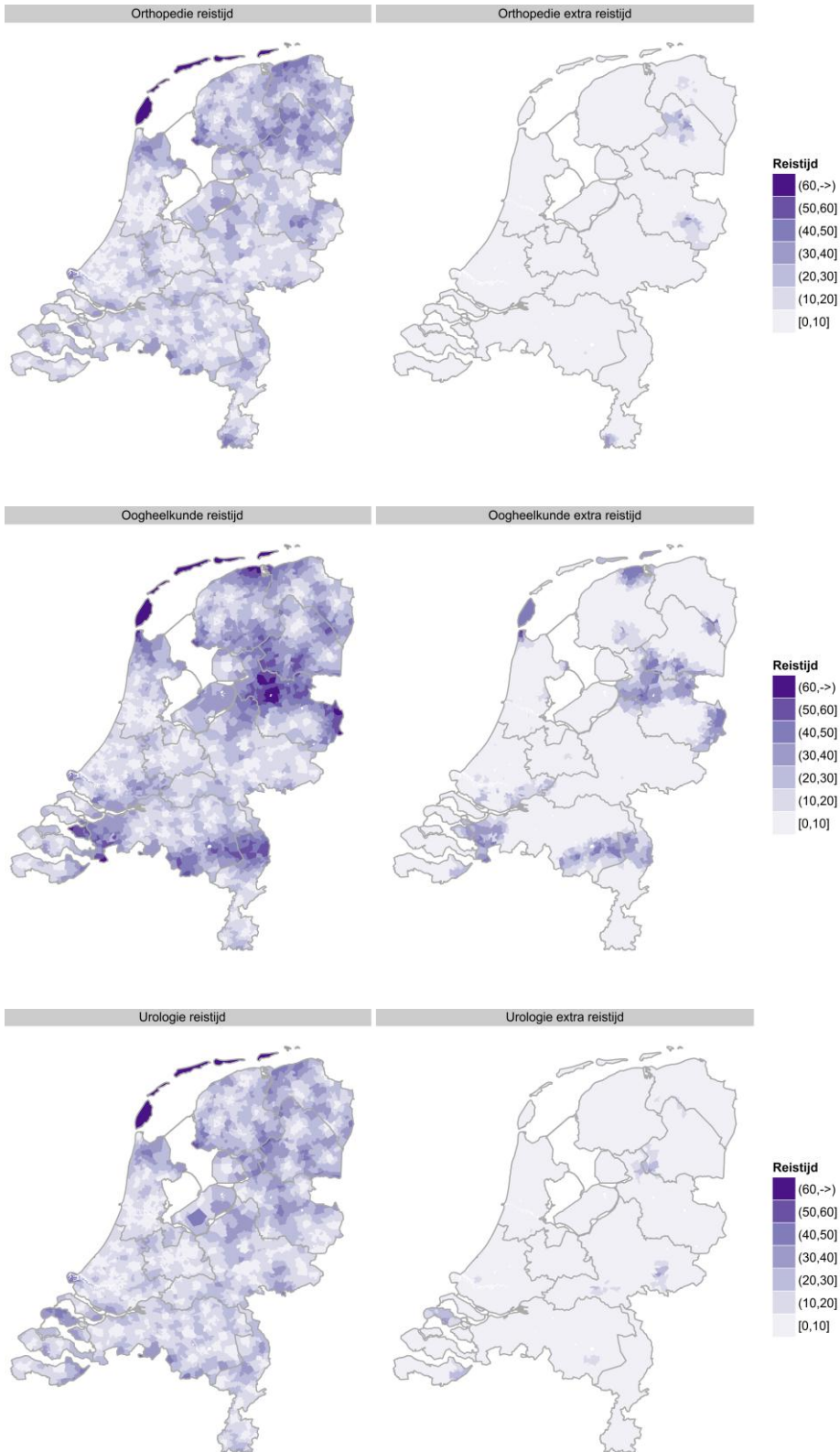
- Opmerking: In Vektis IZIZ bestand zijn BSN nummers vanaf 2008 volledig ingevuld, in tegenstelling tot de vorige rapportage volgen de aantallen patiënten rechtstreeks uit de IZIZ cijfers.

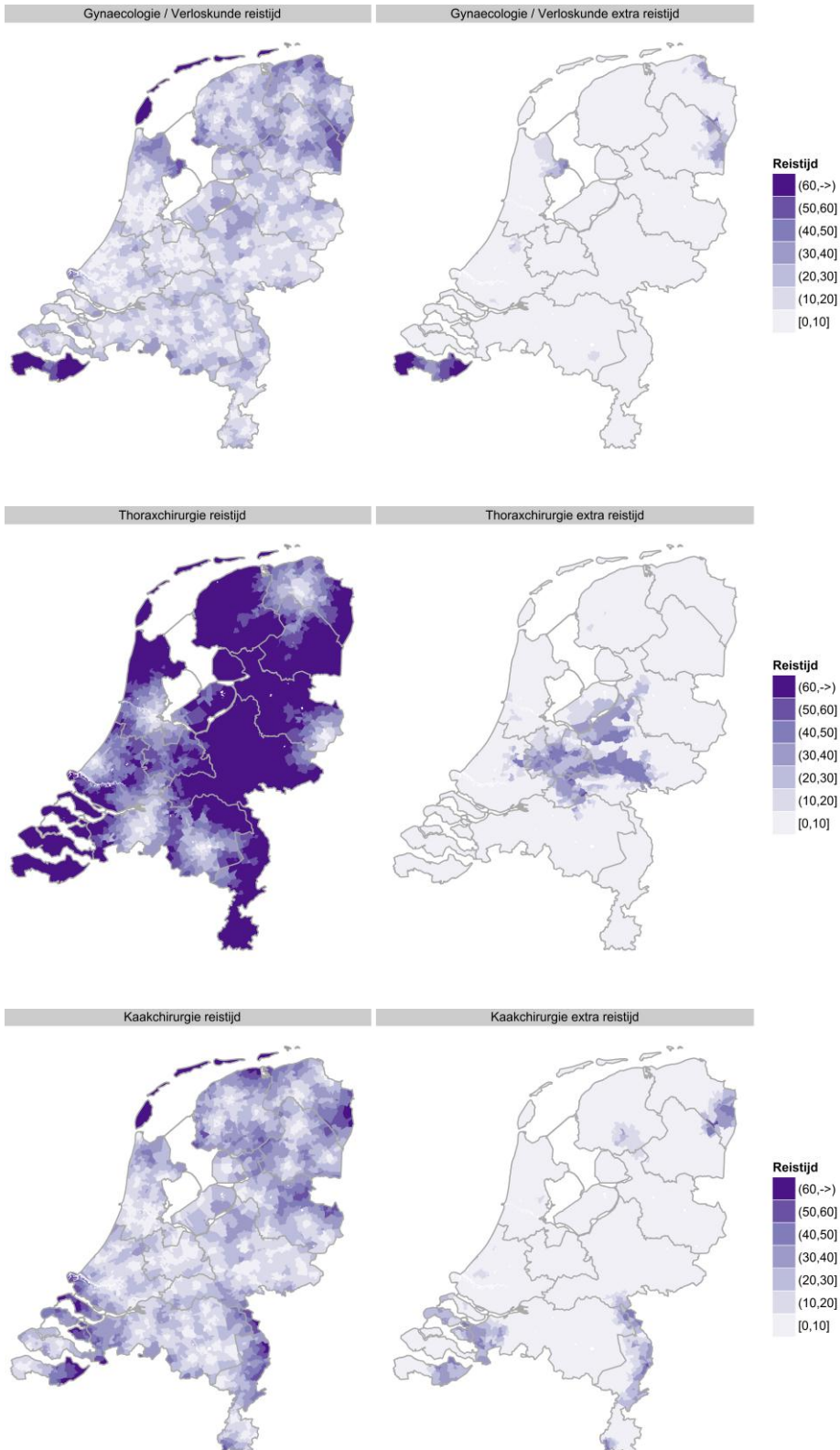
Bijlage 2. Reistijd per specialisme

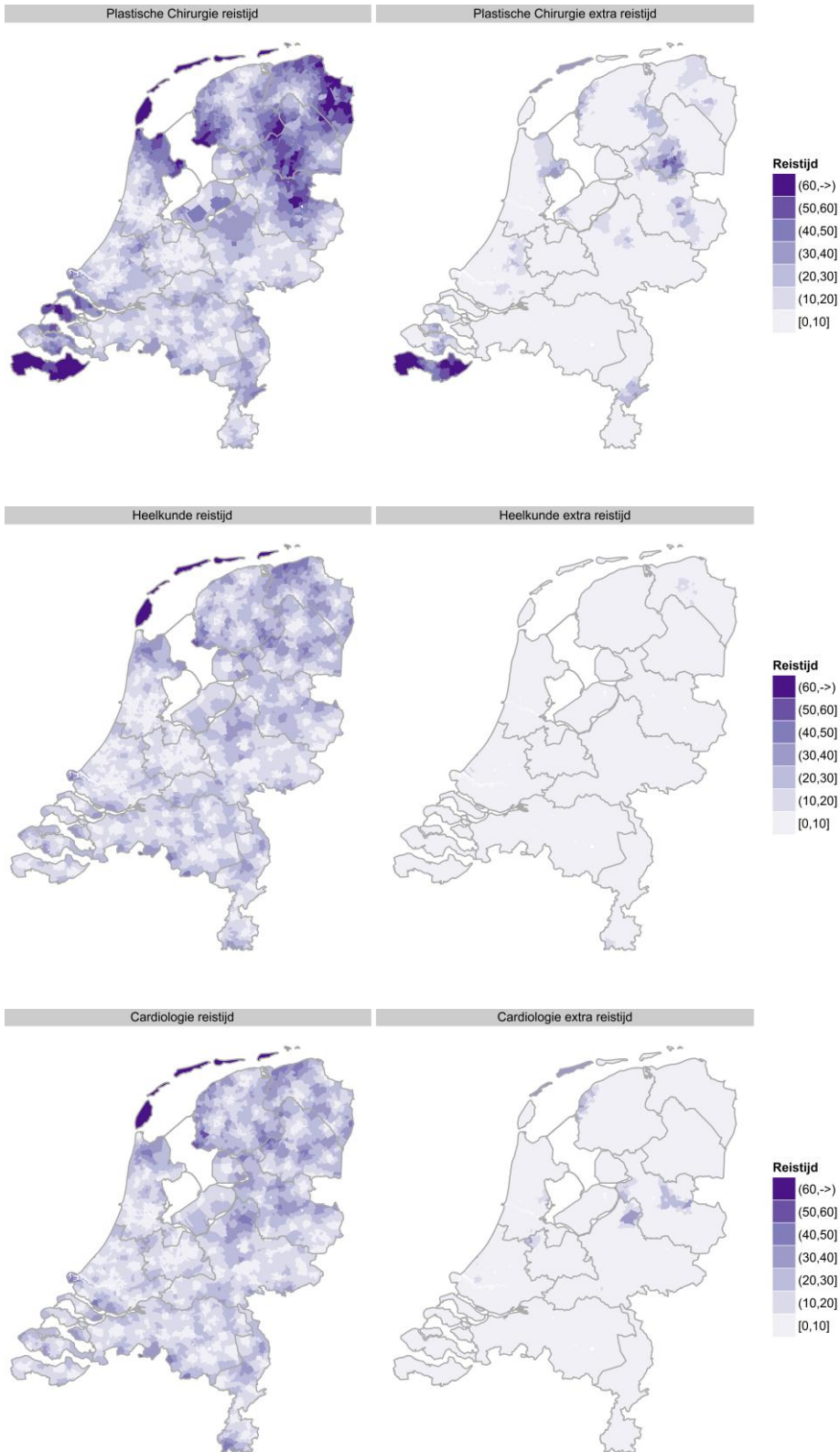
Onderstaande figuren geven per (4-cijferig) postcode gebied weer hoe lang een patiënt moet reizen om binnen de treeknorm (vier weken) geholpen te kunnen worden (linker figuren). Ook wordt afgebeeld hoeveel extra reistijd de patiënt heeft omdat de instelling die het dichtstbij is voor het betreffende specialisme niet aan de treeknorm voldoet (rechter figuren). De figuren zijn gebaseerd op wachttijd-data van januari tot en met oktober 2013. Voor allergologie, maag, darm en leverziekten, reumatologie, revalidatiegeneeskunde, pijnbestrijding/anesthesiologie en neurochirurgie zijn de figuren afgebeeld in de hoofdtekst (zie paragraaf 6.3).

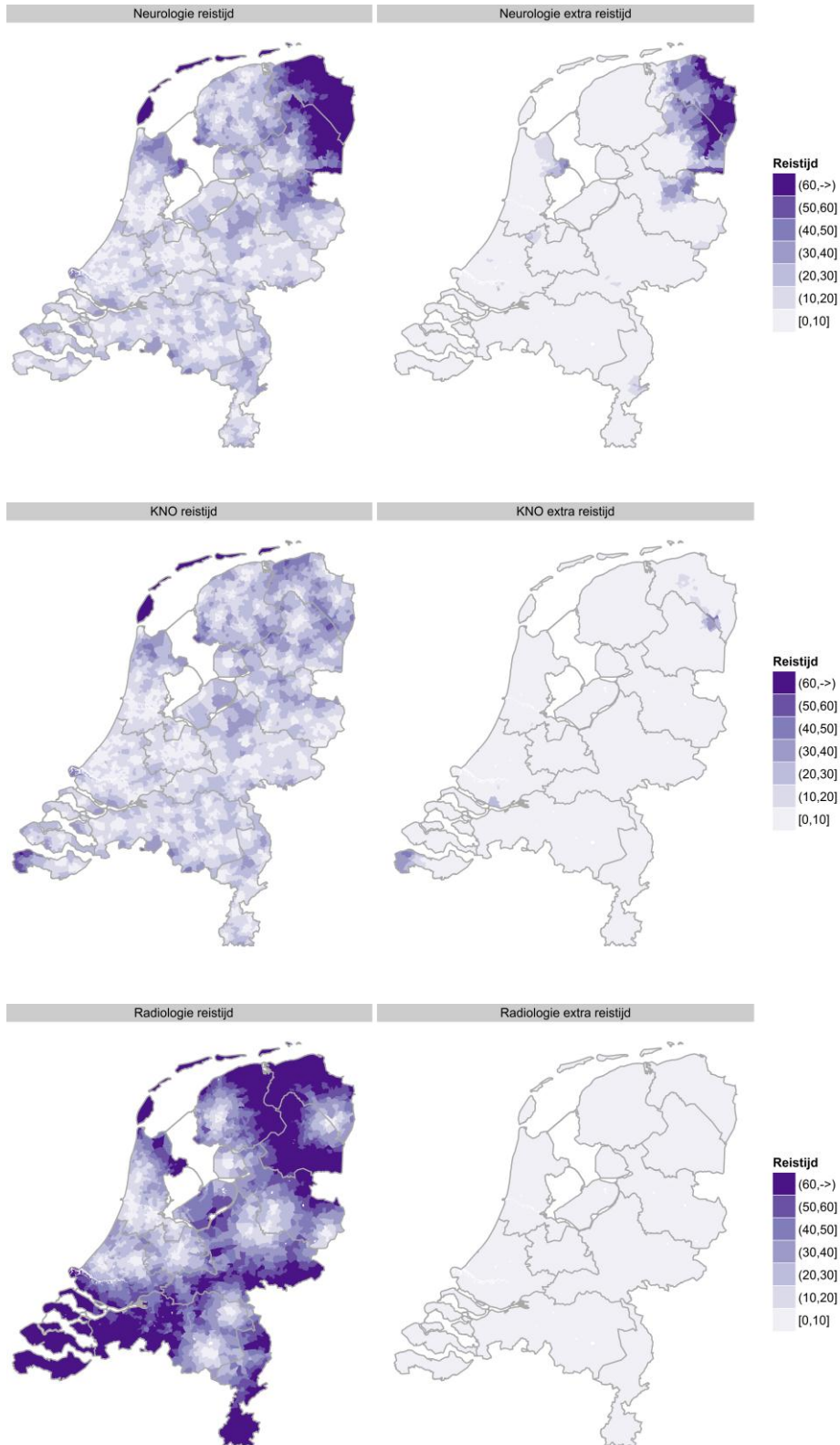


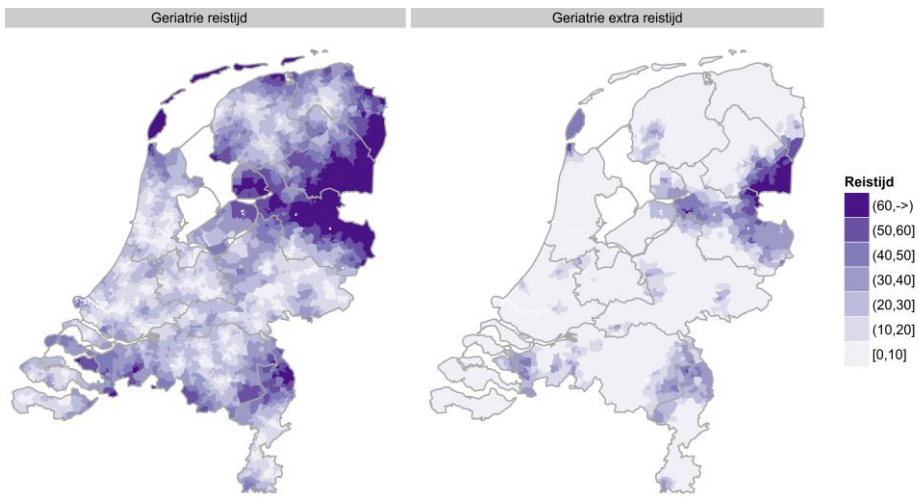












Bijlage 3. Beleidsbrief