

Managementsamenvatting

Inleiding

Per 2009 is het B-segment uitgebreid naar circa 34% van de ziekenhuiszorg. In navolging van de monitor in 2008 heeft de NZa bekeken welke effecten de beleidswijzigingen van de afgelopen jaren hebben op publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De NZa gaat zo snel mogelijk structureel monitoren.

De markt

De laatste jaren zijn er veel systeemwijzigingen in de ziekenhuiszorgmarkt doorgevoerd. Deze wijzigingen zijn bedoeld om meer vraagsturing te creëren, zodat de consument kwalitatief goede zorg voor een redelijke prijs kan ontvangen. Zo zijn de DBC-systematiek en het B-segment ingevoerd in 2005 en is in 2008 en 2009 het B-segment uitgebreid. Ook is prestatiebekostiging voor medisch specialisten ingevoerd en is het bouwregime afgeschaft, waarna in 2009 een overgangsregeling voor de kapitaallasten tot stand is gekomen.

De NZa heeft op verzoek van de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (hierna VWS) een aantal – technische – varianten gepresenteerd voor de invoering van het prijsbeheersinginstrument. Deze varianten zijn, conform het verzoek van de Minister, alle gebaseerd op een systeem van maximering van tarieven. Dit instrument moet verzekeraars en ziekenhuizen de mogelijkheid geven om te blijven onderhandelen over prijs en kwaliteit, maar consumenten beschermen tegen al te hoge prijsstijgingen. De Minister besluit in mei of juni 2009 over de inzet van het prijsbeheersinginstrument.

De afgelopen decennia is schaalvergroting een trend in de Nederlandse zorg. Zo is het aantal ziekenhuizen in de periode 1985-2005 gedaald van 160 tot minder dan 100. De Nederlandse markt voor ziekenhuiszorg is hierdoor op dit moment matig tot sterk geconcentreerd. Toezicht op fusies tussen zorginstellingen is daarom toenemend belangrijk. De NZa zal de ontwikkelingen in de marktmachtsverhoudingen blijven monitoren.

Onderhandelingen 2009

Begin maart 2009 waren de onderhandelingen over het B-segment nog nauwelijks op gang gekomen en was geen enkel contract tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar over 2009 afgerond. Ziekenhuizen verwachten wel met bijna alle zorgverzekeraars een contract af te sluiten en zorgverzekeraars bevestigen dit beeld. Het is onduidelijk voor wie het niet tijdig afsluiten van een contract de meeste gevolgen heeft; het grootste deel van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven aan voor het tijdig afronden geen prikkels te ondervinden.

Twee oorzaken worden aangevoerd als verklaring voor de vertraagde onderhandelingen:

- het onderhandelen over de lokale schoningsprijzen maakt het onderhandelen over de contractprijzen moeilijker;
- onduidelijkheid over de toepassing van de beleidsregel 'Overgangsregime kapitaallastenvergoeding'.

De NZa constateert dat zorgaanbieders en verzekeraars nog verder moeten leren om met elkaar over prijzen te onderhandelen. In 2009 gaat het voor het eerst om een substantieel deel (34%) van de markt voor ziekenhuiszorg. De onderhandelingen worden bemoeilijkt doordat het niet goed mogelijk is om adequate voorspellingen te doen over de te

behalen omzet. Dit wordt veroorzaakt door de jaarlijkse wijzigingen in de DBC-systematiek, maar ook door de complexe systematiek en de beleidswijzigingen in het afgelopen jaar. De NZa constateert daarbij dat de complexiteit van de systematiek het moeilijk maakt om te onderhandelen.

Het niet tot stand komen van contracten heeft vooral gevolgen voor de consument in zijn keuze voor een zorgverzekering. Vooralsnog constateert de NZa dat er geen directe effecten zijn voor de consument, maar dat het ontbreken van contracten tussen ziekenhuizen en verzekeraars de keuze voor een zorgverzekering bemoeilijkt. Hierdoor weet een consument bij het overstappen niet waarvoor hij kiest.

Kwaliteit

In 2007 en 2008 constateerde de NZa een stijgende aandacht voor kwaliteit tijdens de onderhandelingen. Hetzelfde beeld is in 2009 waarneembaar. Dit komt met name tot uiting in het opvragen en gebruiken van kwaliteitsindicatoren en zorgprofielen door zorgverzekeraars en de betrokkenheid van medisch adviseurs bij de onderhandelingen.

Kwaliteit van zorg en transparantie van kwaliteit gaan in de toekomst een nog belangrijkere rol spelen bij de zorginkoop, maar op dit moment is de prijs nog altijd doorslaggevend. Ondanks het feit dat kwaliteit vergeleken met 2008 nadrukkelijker naar voren is gekomen bij de onderhandelingen, zo blijkt uit de vragenlijsten. De diversiteit aan meetinstrumenten leidt bovendien tot extra administratieve lasten, zonder meer duidelijkheid op te leveren. Concurrentie op basis van kwaliteit tussen zorgaanbieders speelt (vooralsnog) geen grote rol, maar zorgverzekeraars proberen de concurrentie aan te wakkeren door verzekerden naar 'preferred providers' te sturen en instellingen met elkaar te vergelijken tijdens onderhandelingen.

De NZa acht het wenselijk dat het transparant maken van de kwaliteit van zorg aansluit bij de uitbreiding van het B-segment, want inzicht in de kwaliteit van zorg is noodzakelijk voor het vaststellen van de gewenste prijs-kwaliteitverhouding door middel van prestatie-indicatoren. Er zijn veel ontwikkelingen en initiatieven zichtbaar, maar deze lijken niet aan te sluiten bij de snelheid van de ontwikkelingen in het B-segment. Aan de andere kant hebben de verbeterlagen en ontwikkelingen in de markt tijd nodig. Er is nog geen sprake van transparante kwaliteit in de ziekenhuiszorg, maar er wordt door de veldpartijen en de IGZ aan gewerkt. De IGZ heeft met Zichtbare Zorg een traject ingezet dat over een aantal jaren moet leiden tot een uniforme set aan kwaliteitsinformatie die de kwaliteit voor haar toezichtdoeleinden, maar ook voor consumenten transparant moet maken. Vooral bij de keuze-informatie voor consumenten moet meer onderzoek gedaan worden naar de mate waarin de informatie ook daadwerkelijk aanluit bij de wensen en behoeften van de consument. De NZa zal in de komende Consumentenmonitor ingaan op de wensen en behoeften van de consument.

Toegankelijkheid

Per 1 september 2008 moeten ziekenhuizen volgens de nieuwe wachttijdregistratie de wachttijden registreren. De wachttijdregistratie is aangepast om de wachttijdgegevens van planbare zorg betrouwbaarder, actueler en onderling vergelijkbaar te maken voor de consument. Er worden drie soorten wachttijden gehanteerd: 'wachttijd polikliniek'; 'wachttijd behandeling' en 'wachttijd diagnostiek'.

Het is dit jaar niet goed mogelijk om conclusies te verbinden aan de ontwikkelingen van de wachttijden. Dit is het gevolg van de nieuwe wachttijdregistratie per 1 september 2008, waardoor er over de jaren een trendbreuk is ontstaan. Dit geldt vooral voor de 'wachttijd behandeling'. Ook speelt de aanlevering en het niet volgens de nieuwe wachttijdregistratie publiceren van de wachttijden een rol bij de kwaliteit van de wachttijdgegevens. Het is wel waarschijnlijk dat de wachttijden in 2008 zijn gestabiliseerd, omdat de NZa, desgevraagd geen signalen heeft ontvangen over de problemen rondom de wachttijden. Daarentegen voeren de ziekenhuizen een deel van de behandelingen nog niet onder Treknorm uit. De NZa gaat onderzoek doen naar de oorzaken hiervan.

De NZa constateert dat verschillende instellingen nieuwe buitenpoliklinieken zijn gestart. Ook zijn er weer ZBC's bijgekomen. Tegelijkertijd zijn er geen ziekenhuizen die niet rendabele vormen van zorg of polikliniek hebben afgestoten.

Betaalbaarheid

De betaalbaarheid van de zorg hangt af van hoeveel een consument bereid is om voor deze zorg – collectief – te betalen, hoeveel zorg kost en hoeveel de zorg oplevert in termen van gezondheidswinst. In deze monitor is de NZa voornamelijk ingegaan op de ontwikkeling van de kosten van zorg.

De gegevens over 2008 zijn nog onvolledig. Daarom moeten vooral de omzetgegevens op basis van DIS-data met de nodige zorgvuldigheid worden geïnterpreteerd.

Vanaf 2004 is de kostengroei stabiel en afgezwakt tot ongeveer 4% per jaar. Deze stabiele trend van matige groei komt met name door een toename van de vraag. Deze toename wordt verklaard door diverse factoren: vergrijzing, leefstijl, toegenomen mondigheid van de burger en innovatie in de zorg waardoor er meer behandelmethoden beschikbaar zijn en meer mensen geholpen kunnen worden.

De budgettaire ontwikkeling van 2005 is vergeleken met die in 2007. In deze jaren is geen zorg overgeheveld van het A-segment naar het B-segment. De groei van het A-segment is in deze jaren gemiddeld 2,3% per jaar (exclusief opleidingskosten). De gemiddelde groei per jaar van de onderliggende variabele budgetparameters is 3,4%, maar dit is gecompenseerd met een budgetkorting van 1-1,5%.

De omzetontwikkeling van het B-segment is specifiek bekeken voor de 'B-tranche 2005'. Het aandeel in DIS van de omzet in deze tranche is in de jaren 2005-2007 vrijwel gelijk gebleven (10%). Het blijkt dat het aandeel in de omzet van deze tranche in 2008 afneemt.

De prijsontwikkeling is gematigd. De nominale prijzen in de 'B-tranche 2005' in 2005-2006 en in 2007-2008 zijn minder hard gegroeid dan in het A-segment. In 2007 was de prijsontwikkeling in het B-segment hoger dan de, door budgetkorting neerwaarts bijgestelde, prijsontwikkeling in het A-segment. Over de totale periode 2005-2008 is de prijsstijging van 'B-tranche 2005' lager dan in het A-segment. Bij de 'B-tranche 2008' is sprake van een opslag op de schoningsprijzen van 2,0%.

De NZa heeft de kostenstijging 2007-2008 van medisch specialisten, die onder de lumpsum vielen, onderzocht. De NZa schat de omzetgroei op ongeveer 8%. Dit getal is nog erg onzeker vanwege beperkt beschikbare informatie over 2008, maar zal waarschijnlijk tussen de 2% en 15% liggen.

