

**Marktscan**

# **Medisch specialistische zorg**

Weergave van de markt 2008-2012

november 2012



# Inhoud

## Vooraf

## Managementsamenvatting

### 1. Inleiding

Aanleiding  
Totstandkoming marktscans  
Bronnen  
Leeswijzer

### 2. Omschrijving van de markt

Inhoud en omvang medisch specialistische zorg  
Spelers  
Wijze van tarifiering  
Ontwikkelingen

### 3. Marktstructuur

Aantal zorgaanbieders  
Indeling zorgverzekeraars  
Marktconcentratie  
Aanbod en specialisatie van ziekenhuizen  
Aanbod en spreiding van specialismen  
Financiële positie aanbieders  
Productiviteit en kostendoelmatigheid  
Marktaandelen zorgverzekeraars  
Marktaandelen zorgverzekeraars per regio

### 4. Marktgedrag

Contracteergraad ziekenhuizen  
Aantal gecontracteerde ZBC's  
Contractering 2012  
Overstapgedrag consumenten  
Signalen

### 5. Kwaliteit

Kwaliteit van zorg  
Transparantie van zorg

### 6. Toegankelijkheid

Wachttijden polikliniek  
Wachttijden behandeling  
Wachttijden diagnostiek  
Wachttijden vanuit de consument

## **7. Betaalbaarheid**

Omzetontwikkeling

Totaal

Per type zorgaanbieder

Honorarium medisch specialisten

Totaal

Beheersmodel medisch specialisten

Volume ontwikkeling

A+B-segment

A-segment

Totaal

Per type zorgaanbieder

Patiëntgroepen

**Bijlage 1: Bronnen en methode**

**Bijlage 2: Patiëntgroepen (details)**

**Bijlage 3: Beleidsbrief**

## 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.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd over marktstructuur en marktgedrag. Zoveel mogelijk is weergegeven in figuren en tabellen, met daarbij een feitelijke toelichting.

Tot slot bedankt de NZa allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan

voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringsstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De NZa heeft een nieuwe update van de marktscan Medisch specialistische zorg gemaakt. Voor deze marktscan heeft de NZa gebruikgemaakt van nieuwe gegevens uit de jaarrekeningen, nieuwe informatie uit de rekenstaten (budgetgegevens) en nieuwe wachttijdinformatie. Ook heeft de NZa gebruikgemaakt van door verzekeraars aangeleverde contracten, van honorariagegevens van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en heeft de NZa een enquête uit laten voeren onder het consumentenpanel van Motivaction.

### *Marktstructuur*

Het aantal zorgaanbieders, met uitzondering van de ZBC's, is de afgelopen jaren licht afgenomen als gevolg van fusies. Het aantal gecontracteerde ZBC's neemt nog ieder jaar toe; in oktober 2012 zijn er 282 verschillende ZBC's gecontracteerd door minimaal één verzekeraar.

De NZa heeft dit jaar voor het eerst gekeken naar de specialisatiegraad van ziekenhuizen en van de spreiding van specialismen over ziekenhuizen. Het blijkt dat een gemiddeld ziekenhuis 19 van de 23 poortspecialismen aanbiedt. Verder wordt ruim 80 procent van de ziekenhuisomzet uitgevoerd in een ziekenhuis met tussen de 17 en 21 poortspecialismen. Ruim 90 procent van de landelijke ziekenhuisomzet is verspreid over specialismen die door meer dan 80 ziekenhuizen worden aangeboden. De Nederlandse ziekenhuizen zijn tamelijk homogeen wat betreft de verdeling van hun omzet over de verschillende specialismen.

Qua ontwikkeling van de financiële positie is de gemiddelde rentabiliteit in 2011 vrijwel gelijk aan de rentabiliteit in 2010. De solvabiliteit laat, in lijn met voorgaande jaren, een lichte stijging zien. De toenemende spreiding van de rentabiliteit en solvabiliteit brengt met zich mee dat de kans op financiële problemen bij instellingen toeneemt. De liquiditeitspositie van ziekenhuizen is, net als in voorgaande jaren, met gemiddeld 0,9 laag te noemen.

Voor het eerst bevat de marktscan een analyse van de productiviteit en de kostendoelmatigheid. Uit de analyse blijkt dat er verschillen in productiviteit bestaan, die niet verklaard kunnen worden vanuit verschillen in schaalgrootte van ziekenhuizen of het onderscheid tussen ziekenhuizen met veel specialisten in loondienst respectievelijk vrije vestiging.

De marktaandeelen van (inkoopcombinaties van) zorgverzekeraars over het A- en B-segment zijn relatief constant over de jaren heen; dit geldt ook voor het A- en B-segment samen.

### *Marktgedrag*

In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord hebben partijen de ambitie uitgesproken om de contractering 2012 voor 1 april 2012 gereed te hebben. In de zomer heeft de NZa twee informatieverzoeken uitgestuurd

naar zorgverzekeraars om het verloop van de contractering te kunnen monitoren. Uit de analyse van de NZa blijkt dat medio 2012 circa 40% van het aantal potentiële contracten (met ziekenhuizen) was getekend. Eind oktober blijkt dat, gewogen naar omzet, eind oktober ongeveer 80% ziekenhuis-verzekeraars combinaties gecontracteerd is.

Tot juni waren er dit jaar nauwelijks ZBC's gecontracteerd. In juni stijgt het aantal gecontracteerde ZBC's tot boven het niveau van voorgaande jaren. In de maanden hierna neemt het aantal gecontracteerde ZBC's nog licht toe.

De NZa heeft onderzoek laten doen naar het overstapgedrag naar een andere zorgaanbieder bij zorgconsumenten. 17% van de respondenten heeft overwogen om over te stappen naar een andere zorgaanbieder; 6% is daadwerkelijk overgestapt. De voornaamste redenen om over te stappen zijn ontevredenheid over de zorgverlening, lange wachttijden, en ontevredenheid over de service. Redenen waarom toch niet wordt overgestapt zijn dat overstappen als 'teveel gedoe' wordt ervaren, dat het huidige ziekenhuis of behandelcentrum de voorgeschiedenis van de respondent kent, en dat de respondent niet van tevoren weet of hij of zij beter af is bij een ander ziekenhuis of behandelcentrum.

### *Kwaliteit*

Er zijn verschillende keurmerken en certificaten die zorgaanbieders kunnen behalen als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. ISO 9001, NIAZ, GMP-z en HKZ zijn veel voorkomende keurmerken. Daarnaast blijkt dat 66 van de 89 instellingen die het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) over 2010 hebben ingevuld, één of meerdere kwaliteitscertificaten hebben.

Door het programma Zichtbare Zorg zijn er over 2011 40 indicatorensets openbaar beschikbaar gesteld: 26 wettelijk verplichte indicatoren en 14 niet wettelijk verplicht. Over verslagjaar 2011 zijn 14 nieuwe indicatorensets (over andere aandoeningen) voor de eerste keer uitgevraagd. 17 van de 40 indicatorensets bevatten geen uitkomstindicatoren. Patiëntkenmerken zijn vaak van invloed op uitkomstindicatoren, wat een casemix correctie noodzakelijk maakt. Binnen de indicatorensets van de sector ziekenhuizen is het nu niet mogelijk om een casemix uit te voeren. Het aantal ziekenhuizen en ZBC's dat de verplichte set heeft aangeleverd is constant gebleven ten opzichte van 2010.

De NZa heeft ook gekeken naar informatie die de consument in zijn of haar keuze voor een zorgaanbieder raadpleegt, en de transparantie van die keuze informatie.

Over het algemeen komt de consument bij de zorgaanbieder terecht op basis van eigen keuze of op basis van het advies van de huisarts (of specialist). Informatie die daarnaast wordt gebruikt in de keuze zijn eigen ervaringen of ervaringen van anderen, locatie en ligging van de zorgaanbieder, en informatie op het internet.

Ruim 67% van de respondenten is van mening dat ze voldoende informatie ter beschikking hebben om een goede keuze voor een bepaalde zorgaanbieder te kunnen maken. De groep respondenten die actief zorgaanbieders vergeleken heeft, geeft in nog grotere mate aan (bijna 80%) over voldoende tot ruim voldoende informatie te beschikken om tot een goede keuze te komen.



### *Toegankelijkheid*

In 2012 zijn er drie specialismen die een stijging van de gemiddelde wachttijd voor de polikliniek laten zien ten opzichte van 2011. Twee van deze specialismen zaten in 2011 al boven de Treeknorm, te weten pijnbestrijding/anesthesiologie en oogheelkunde. In 2012 zijn er zes specialismen waarbij de wachttijd nog boven de Treeknorm ligt. In 2011 waren dit er acht.

Naast de wachttijden voor de specialismen zijn er ook wachttijden behandelingen. Voor een aantal behandelingen is de registratie van wachttijden verplicht. Tussen 2011 en 2012 zijn er meer behandelingen met een daling in de wachttijd dan met een stijging (23 respectievelijk 14). Het aantal behandelingen met een wachttijd boven de Treeknorm neemt in de periode 2011-2012 toe van twee naar vier.

De wachttijden voor diagnostiek bevonden zich de afgelopen jaren al onder de Treeknorm en zijn ook in 2012 weer afgenomen.

### *Betaalbaarheid*

Uit de jaarrekeningen van de ziekenhuizen komt naar voren dat de groei 2010-2011 voor het A- en het B- segment samen 3,4% bedraagt. Dit groeipercentage is gecorrigeerd voor het eenmalige effect van de versnelde afschrijving van de immateriële vaste activa. Dit is aanzienlijk lager dan in de periode 2006-2010. De omzetgroei bij algemene en topklinische ziekenhuizen neemt in 2010-2011 af, bij UMC's neemt deze juist toe.

De omzetontwikkeling valt uiteen in een prijs- en volume-effect.

Voor de volumeontwikkeling van het A+B-segment samen en het A-segment afzonderlijk is gekeken naar de ontwikkeling van de belangrijkste budgetparameters (EPB, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen).

De trend in het toenemen van de dagverpleging en het afnemen van het aantal verpleegdagen in de kliniek, die de afgelopen jaren zichtbaar was, zet ook in 2011 voort. Tussen 2010 en 2011 vlakt de toename in dagopnamen echter af. De afname van het aantal verpleegdagen is in deze periode juist sterker dan in de voorgaande jaren.

Wanneer naar de financiële waarde (parameterwaarde A-segment) van de vier parameters wordt gekeken, valt op dat de groei in de jaren 2008-2010 rond de 3,4% per jaar lag, maar tussen 2010 en 2011 daalt naar 1,8%.

In tegenstelling tot voorgaande jaren bevat de marktscan geen prijsontwikkeling. In 2012 is de DBC-productstructuur vervangen door de DOT-structuur. De eerstgenoemde structuur had ongeveer 30.000 producten, de laatste bevat ongeveer 4.000 producten. Gekoppeld aan het feit dat er geen 1-op-1 relatie is tussen DBC- en DOT-producten, kunnen er geen prijsvergelijkingen tussen 2011 en 2012 gemaakt worden. De prijsontwikkelingen tot en met 2011 zijn in eerdere marktscans al gerapporteerd.

De honorariumomzet van de vrijgevestigd medisch specialisten neemt als gevolg van de honorariumkortingen tussen 2009 en 2010 af met bijna 19%. De honorariumomzet 2010 en 2011 wordt voor beide jaren op basis van de nu beschikbare cijfers berekend op € 1,77 miljard. Dit getal valt lager uit dan het totale honorarium bedrag 2012 van de

vrijgevestigd medisch specialisten (€ 2,021 miljard). Dit verschil komt vooral doordat de € 1,77 miljard exclusief honorarium voor zogenaamde 'overige zorgproducten' is. Gecorrigeerd voor dit verschil en voor de ontwikkeling van het BKZ tussen verschillende jaren, zit er weinig verschil tussen 2011 en 2012.

### *Patiëntengroepen*

Om de omzet- en volumeontwikkeling verder te analyseren heeft de NZa alle DBC's toegewezen aan 64 patiëntgroepen. Deze patiëntgroepen bestaan uit patiënten die met vergelijkbare klachten bij dezelfde specialismen komen. Deze patiëntgroepen beschouwt de NZa als deelmarkten waarvoor de zorg wordt aangeboden. Een patiënt ontving medisch specialistische zorg op gemiddeld twee of drie deelmarkten.

De meeste patiënten kwamen voor hart- en vaatziekten (1,6 miljoen) en voor aandoeningen aan zintuigen (voornamelijk 'oog') en zenuwstelsel (1,5 miljoen) naar de medisch specialist. In totaal werd het meest uitgegeven aan hart- en vaatziekten (3,5 miljard) en nieuwvormingen (tumoren)(2,4 miljard). In 2010 werd gemiddeld per patiënt bijna zes duizend euro aan DBC's gedeclareerd. De hoogste omzet werd gedeclareerd voor hart en vaatziekten en tumoren.

De gemiddelde groei van de DBC-omzet tussen 2006 en 2010 is 6,2% per jaar. De groei van gemiddeld 6,2% wordt voor een kwart (1,5% punt) verklaard door een toename van het aantal patiënten per patiëntgroep, een kwart (1,6% punt) door de prijs en de helft (3,0% punt) door de behandelpraktijk.

De belangrijkste verklaring voor de omzetstijging is de keuze voor eerder behandelen of voor een duurdere (intensievere) behandeling (2,3 % punt). Voorbeelden hiervan zijn de HIPEC<sup>1</sup>-behandeling bij darmkanker, maar ook de veel ruimer toegepaste endoscopische operatietechnieken bij o.a. liesbreuk, die initieel een hogere vergoeding kregen dan traditionele behandelmethoden. Daarnaast wordt er bij bijvoorbeeld nierstenen eerder overgegaan tot een actieve interventie.

Een vijfde deel van de veranderde behandelpraktijk is het gevolg van een toename van het aantal behandeltrajecten per patiënt (0,6% punt). Dat houdt in dat meerdere DBC's zijn gedeclareerd per patiënt per jaar voor dezelfde aandoening.

De groei van het aantal patiënten per patiëntgroep is in zijn geheel toe te schrijven aan een toename van het aantal verschillende aandoeningen waarmee een patiënt naar de tweede lijn gaat. Ongeveer 1% punt van de jaarlijkse toename van het aantal patiënten per patiëntgroep is het gevolg van epidemiologische ontwikkelingen. Het gemiddeld aantal patiënten per instelling is in 2010 niet hoger dan in 2006.

---

<sup>1</sup> Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie, een combinatiebehandeling van chirurgie en chemotherapie

## 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.<sup>2</sup>

### 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.

#### *Focus*

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat als een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek nodig is om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

Deze marktscan omvat de jaren 2008 tot en met 2012. De meeste analyses zijn op het niveau van zorgaanbieders<sup>3</sup>. Wachtlijden en doelgroepen zijn op specialisme, behandeling of aandoeningsniveau. De curatieve GGZ wordt in deze marktscan buiten beschouwing gelaten.

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.

---

<sup>2</sup> Het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' licht de wijze waarop de NZa markten monitort nader toe. Dit document staat op de website van de NZa.

<sup>3</sup> In deze marktscan ligt de nadruk op algemene ziekenhuizen, UMC's en voor een deel van de analyses ook op ZBC's.

### 1.3 Bronnen

Voor haar marktscan gebruikt de NZa meerdere bronnen; zie hiervoor het overzicht in Bijlage 1. Speciaal voor deze marktscan heeft de NZa ook een enquête onder consumenten uit laten voeren.

#### *Financiële positie zorgaanbieders, omzet, volume en kwaliteit*

Voor de analyses over de financiële positie van zorgaanbieders, omzet en volume (en ontwikkelingen hiervan) maakt de NZa gebruik van de jaarrekeningen van de zorgaanbieders. Ook voor het hoofdstuk over Kwaliteit zijn de jaarrekeningen (DigiMV) gebruikt.

#### *Contracten en contractprijzen*

Om de voortgang van de onderhandelingen in 2012 te volgen, heeft de NZa in juli en augustus bij de inkoopcombinaties informatie opgevraagd over de contracten 2012. Daarnaast leveren de inkoopcombinaties maandelijks de afgesproken contractprijzen aan de NZa aan.

#### *Wachttijden*

Zorgaanbieders zijn verplicht de wachttijden te publiceren op de eigen website. Deze worden door Mediquest verzameld en aan de NZa aangeleverd.

#### *Kwaliteit*

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

#### *Doelgroepen*

Analyses voor de doelgroepenanalyse zijn gebaseerd op de DBC-volumes uit het DBC-informatiesysteem (DIS).

#### *Consumentenpanel marktscan medisch specialistische zorg*

Voor haar marktscan heeft de NZa informatie nodig over het gedrag van consumenten met betrekking tot de medisch specialistische zorg. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd dit te onderzoeken via haar consumentenpanel. Dit onderzoek is uitgevoerd in juni 2012.

### 1.4 Leeswijzer

Zoals hiervoor aangegeven geeft dit document een globaal beeld van de markt voor medisch specialistische zorg. Hoofdstuk 2 en 3 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 document sluit af met twee bijlagen. In de eerste worden de bronnen en methoden van de analyses uit de marktscan toegelicht. De tweede bijlage gaat dieper in op de doelgroepenanalyses.

## 2. Omschrijving van de markt

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

### 2.1 Inhoud en omvang medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg (MSZ) omvat medisch specialistische hulp en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten<sup>4</sup>. Onder medische zorg worden diagnostiek, behandeling en therapie verstaan. De zorg wordt gegeven in instellingen voor medisch specialistische zorg, veelal ziekenhuizen. MSZ valt onder het curatieve domein, ofwel het primair op genezing gerichte deel van de gezondheidszorg.

MSZ kan acuut of electief zijn.

Acute zorg betreft alle spoedeisende hulp (SEH).

Electieve 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. Als een patiënt al onder behandeling is bij een medisch specialist, dan is een vervolgv verwijzing niet meer nodig.

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.

De MSZ maakt onderscheid tussen algemene zorg die alle ziekenhuizen leveren en topklinische, topreferente en traumazorg, waarvoor een aparte vergunning is vereist.

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 Universitair Medische Centra (UMC's) en sommige grote algemene ziekenhuizen. Deze zorg heeft doorgaans een bovenregionale functie.

Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort', eindstation). 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

<sup>4</sup> De curatieve GGZ valt ook onder MSZ, maar in deze marktscan wordt met MSZ het somatische deel van de MSZ bedoeld.

onderzoek. Dit betekent dat vrijwel alleen UMC's dit kunnen doen. Patiënten die deze zorg ondergaan maken gebruik van het allernieuwste medisch kennis en kunnen. Het aantal toppreferente functies in Nederland is (nog) niet volledig geteld. Per UMC zijn vooralsnog ongeveer 100 functies geïdentificeerd. Sommige gelden voor tien à twintig patiënten per jaar, andere voor enige honderden. Deze 'last resort-functie' garandeert dat alle toppreferente patiënten bij ten minste één UMC terecht kunnen.<sup>5</sup>

Het gaat hier bijvoorbeeld om vormen van complexe oncologische chirurgie, cardiochirurgie, orthopedisch/neuro-chirurgische rugchirurgie, brandwondenfunctie en interventietechnieken in de radiologie en neurochirurgie.

Traumazorg 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 veelal 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.

De patiënt is verplicht verzekerd voor het overgrote deel van medisch specialistische zorg.

### *De zorgaanbieder (instellingen voor medisch specialistische zorg)*

In 2012 zijn er 82 algemene ziekenhuizen, waarvan 28 STZ-ziekenhuizen (deze ziekenhuizen worden ook wel aangeduid als topklinische ziekenhuizen). Daarnaast zijn er 8 UMC's. Er zijn 65 organisaties 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 centra<sup>6</sup> (8)

Daarnaast zijn er enkele honderden kleine klinieken (privéklinieken en zelfstandige behandelcentra) die een beperkt aantal soorten zorgproducten aanbieden. ZBC's leveren zowel verzekerde als niet-verzekerde zorg en bij een ZBC zijn minimaal 2 medisch specialisten werkzaam. Privéklinieken leveren alleen niet-verzekerde zorg. In de rest van deze marktscan zullen de privéklinieken buiten beschouwing gelaten worden.

Binnen de zorgaanbieders wordt de zorg verleend door medisch specialisten en ondersteunend personeel.

---

<sup>5</sup> Zie 'Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving', Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<sup>6</sup> Klinisch genetische centra zijn in vrijwel alle gevallen bestuurlijk gefuseerd met een UMC, maar voor de NZa zijn dit nog zelfstandige zorgaanbieders.

### *De zorgverzekeraar*

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

Er zijn verschillende soorten zorgverzekeringen: natura-, restitutie- en combinatiepolissen. 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) budgetafspraken voor het gereguleerde deel van de MSZ, het zogenaamde A-segment.

Voor de onderhandelingen met zorgaanbieders hebben zorgverzekeraars zich georganiseerd in inkoopcombinaties. Er zijn vijf inkoopcombinaties die de contractonderhandelingen met de instellingen voeren. De inkoopcombinaties 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 vallen.

Zorgverzekeraar en zorgaanbieder hebben geen contracteerplicht. 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**

### *Tot en met 2011:*

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

In 2005 werd een overgang ingezet naar prestatiebekostiging, waarbij integrale tarieven zijn vastgesteld voor zorgtrajecten, zogenaamde diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). Voor de verschillende DBC-producten 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 zijn stap voor stap voor een aantal groepen DBC's vrije tarieven vastgesteld. In dit 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 honorariadeel 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).

Over het honorariumdeel voor de ondersteuners wordt onderhandeld (bedrag per verrichting door NZa vastgesteld, zorgprofiel onderhandelbaar), over dat van het poortspecialisme niet (dit is een punttarief, vastgesteld door de NZa).

*Vanaf 2012:*

Vanaf 2012 is er voor het grootste deel van de MSZ<sup>7</sup> sprake van prestatiebekostiging. Voor het gereguleerde deel (A-segment) gelden voortaan voor alle partijen maximumtarieven; de punttarieven 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.

Zorgaanbieders die overgegaan zijn op prestatiebekostiging hebben te maken met een transitie-model van twee jaar<sup>8</sup>.

De representerende verzekeraars (qua marktaandeel de grootste verzekeraars waarmee een ziekenhuis te maken heeft) maken in 2012 nog afspraken over het transitiebudget. Daarnaast maken individuele verzekeraars (verenigd in inkoopcombinaties) afspraken over zowel de gereguleerde prestaties (A-segment, met maximumtarieven) als de vrije tarieven (B-segment).

*Medisch specialisten:*

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

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 er voor de vrijgevestigd medisch specialisten het zogenaamde beheersmodel. De NZa stelt per instelling een honorarium plafond vast dat de vrijgevestigde medisch specialisten maximaal mogen verdienen.

---

<sup>7</sup> Uitzonderingen zijn onder andere longrevalidatie zorg en epilepsie.

<sup>8</sup> Voor audiologie en revalidatie geldt een langer transitie-model van 3 jaar.



## 2.4 Ontwikkelingen

### **DOT**

In 2012 is DOT ingevoerd. DOT (DBC's Op weg naar Transparantie), heeft het aantal DBC's teruggebracht van ongeveer 30.000 naar ongeveer 4.000 producten. De DOT-structuur wordt nog steeds doorontwikkeld. Een van de doelen van DOT is het vergroten van een eenduidige onderhandelingstaal voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

### **Uitbreiding B-segment**

In 2012 is het B-segment uitgebreid van ongeveer 34% naar zo'n 70% van de MSZ.

### **Invoering prestatiebekostiging**

Zoals in de vorige paragraaf al genoemd, is in 2012 prestatiebekostiging ingevoerd voor het grootste deel van de MSZ. Zorgaanbieders die overgegaan zijn op prestatiebekostiging, hebben (in meerderheid) te maken met een transitie-model van twee jaar. Het transitie-model heeft tot doel de (mogelijk) grote effecten van de overgang van budgettering naar prestatiebekostiging te dempen.

### **Invoering vaste vergoedingen**

Vanaf 2012 zijn er voor een aantal vormen van zorg vaste vergoedingen vastgesteld. Het gaat om zorg die niet goed in de tarieven te vatten is, of waarvan de beschikbaarheid zo belangrijk is dat het niet aan de markt overgelaten kan worden. De vaste vergoedingen hebben de vorm van een beschikbaarheidssubsidie.

### **Invoering MBI**

Gelijktijdig met de invoering van prestatiebekostiging voor de MSZ 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 ziekenhuizen<sup>9</sup>.

### **Invoering beheersmodel MS**

In 2012 is het beheersmodel medisch specialisten ingevoerd. Dit model geldt alleen voor de vrijgevestigd medisch specialist. De NZa stelt per instelling een honorarium plafond vast dat de vrijgevestigde medisch specialisten maximaal mogen verdienen. Een uitgebreidere beschrijving van dit beheersmodel is te vinden in paragraaf 7.3.2.

### **Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord**

Op 4 juli 2011 is het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord (hierna: BHA) voor 2012-2015 gesloten tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit akkoord is onder andere gesloten om de komende jaren de kostenontwikkeling in de ziekenhuiszorg te beheersen.

---

<sup>9</sup> Voor de vrijgevestigd medisch specialisten geldt een apart BKZ.



### 3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Aan de orde komen het aantal zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de concentratiegraad, de specialisatiegraad, de financiële positie en de productiviteit en kostendoelmatigheid van zorgaanbieders.

### 3.1 Aantal zorgaanbieders

Het aantal zorgaanbieders is uitgesplitst naar algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, UMC's 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 2008-2012**

Type zorgaanbieder	2008	2009	2010	2011	2012
Algemene ziekenhuizen	87	85	84	84	82
Categorale ziekenhuizen	2	2	2	2	2
UMC's	8	8	8	8	8
<i>Totaal aantal ziekenhuizen</i>	<i>97</i>	<i>95</i>	<i>94</i>	<i>94</i>	<i>92</i>
Categorale instellingen	67	68	68	65	65
ZBC's actief in A- en/of B-segment	189	220	241	258*	282**

\*Het aantal ZBC's voor 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 2012

Bron: NZa

In 2012 is het aantal ziekenhuizen dat als eigen entiteit functioneert, afgenomen tot 82. Dit als gevolg van de fusie van het Scheper Ziekenhuis en het Bethesda Ziekenhuis tot het Scheper-Bethesda Ziekenhuis, en door het samengaan van de rekenstaten van 'Rijnstate Zevenaar' en 'Rijnstate Velp' tot Rijnstate<sup>10</sup>.

Tot en met 2011 heeft de NZa op basis van DBC-data die ZBC's hebben aangeleverd en op basis van de contractprijzen die zorgverzekeraars bij de NZa moeten aanleveren, het aantal actieve ZBC's in het A- en/of B-segment bepaald. In 2012 is het aantal actieve ZBC's gebaseerd op de ZBC's waarvoor contractprijzen zijn.

<sup>10</sup> De ziekenhuizen 'Rijnstate, Zevenaar' en 'Rijnstate, Velp' zijn al eerder bestuurlijk en financieel gefuseerd maar hadden tot 2012 nog twee aparte rekenstaten

### 3.2 Indeling zorgverzekeraars

De afgelopen jaren zijn zorgverzekeraars meer gezamenlijk zorg gaan inkopen. In totaal zijn er vijf partijen (=inkoopcombinaties) die zorg inkopen voor medisch specialistische zorg. In 2012 is hier geen verandering in opgetreden. Wel wordt de zorginkoop voor De Friesland, na de fusie van Achmea en De Friesland, niet meer door Multizorg gedaan, maar verloopt die via Achmea.

**Tabel 3.2 Concernindeling zorgverzekeraars 2012**

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

Bron: NZa, aanlevering contractprijzen

Per 2012 is UVIT gesplitst in VGZ en Univé Zorg. VGZ is nog wel verantwoordelijk voor de zorginkoop van Univé Zorg.

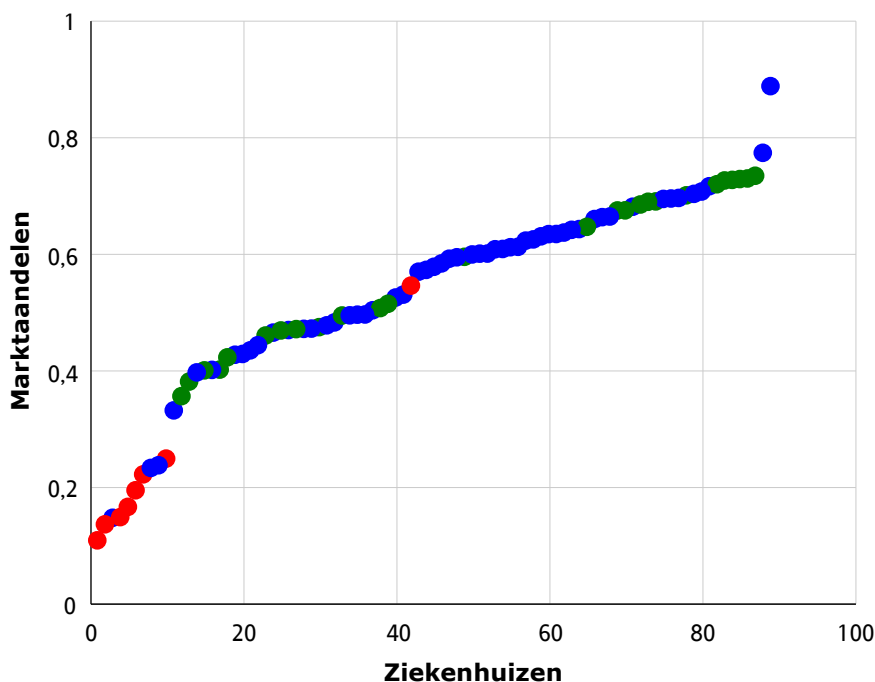
### 3.3 Marktconcentratie

Veel gebruikte indicatoren voor marktconcentratie, zoals de Herfindahl-Hirschman Index (HHI) of de C4, zijn gebaseerd op marktaandelen van aanbieders in een afgebakende markt. De NZa hanteert een alternatieve methode om marktconcentratie van ziekenhuizen te meten. Deze methode werkt met marktaandelen in 'micromarkten', en kan in toenemende mate van verfijning worden toegepast.

Voor de marktscan worden micromarkten gehanteerd die bestaan uit klinische patiënten per viercijferig postcodegebied. De informatie is afkomstig uit het DIS (alle klinische DBC's). Hieruit wordt een gewogen marktaandeel per ziekenhuis berekend.

Deze gewogen marktaandelen zijn weergegeven in figuur 3.1, oplopend gesorteerd. Algemene ziekenhuizen zijn blauw, de STZ-ziekenhuizen zijn groen, en de UMC's zijn rood.

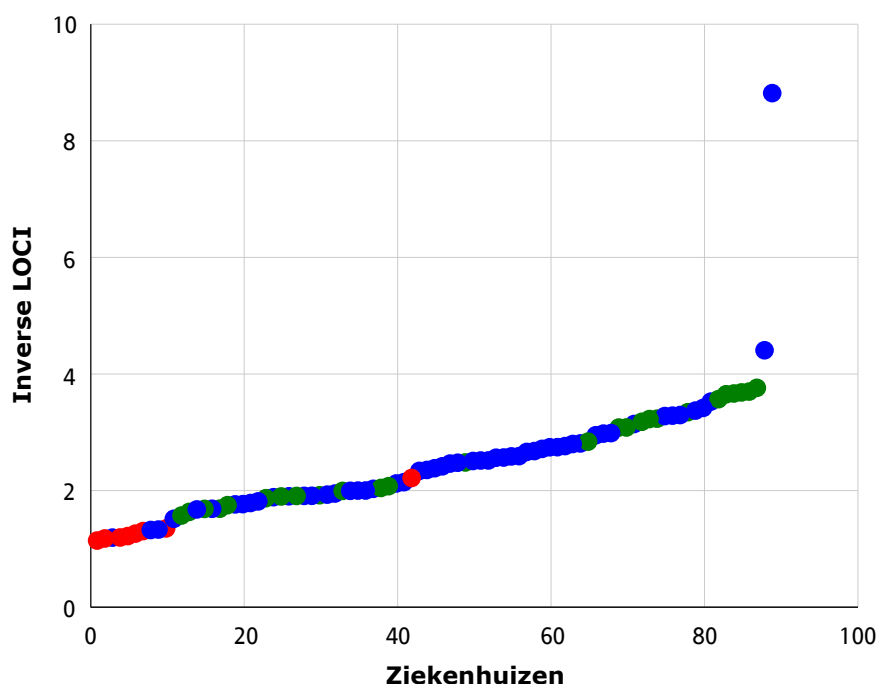
**Figuur 3.1 Gewogen marktaandelen (2010)**



Het gemiddeld gewogen marktaandeel sectorbreed, inclusief UMC's, is 53%.

De analyse kan verfijnd worden door meer keuzefactoren mee te nemen. Omdat ZBC's heel beperkt klinische DBC's produceren, zijn die voor deze analyse buiten beschouwing gelaten.

Door gebruik te maken van een economisch model kan het gewogen gemiddelde marktaandeel per ziekenhuis vertaald worden naar een marktmacht indicator, de zogeheten Logit competition index (LOCI). De LOCI score is gelijk aan één minus het gewogen marktaandeel. Het hebben van marktmacht stelt een aanbieder in staat om een prijs te hanteren die hoger ligt dan de kosten. Uit het (economisch) model volgt dat de prijsopslag evenredig is met de inverse van de LOCI score. Een nadere toelichting staat in het document 'Fusiesimulatiemodellen', te vinden op de website van de NZa.

**Figuur 3.2 Marktconcentratie (2010)**

Bron: NZa op basis van MDS data

Figuur 3.2 laat per ziekenhuis de inverse LOCI-score zien, oplopend gesorteerd. Algemene ziekenhuizen zijn blauw, de STZ-ziekenhuizen zijn groen, en de UMC's zijn rood. De gemiddelde gewogen inverse LOCI score, inclusief UMC's, is 2,5.

De LOCI scores vormen één van de instrumenten die de NZa gebruikt in zienswijzen bij voorgenomen fusies en onderzoek naar aanmerkelijke marktmacht (AMM). Het is niet mogelijk om enkel op basis van de hoogte van een LOCI 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. Maar daarnaast is doorgaans ook aanvullend onderzoek nodig, waar onder meer de prijsgevoeligheid, de precieze afbakening van de productmarkt, als ook compenserende factoren zoals toetreding een rol spelen.

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. UMC's liggen vrijwel altijd in de nabijheid van een algemeen ziekenhuis en hebben een derdelijns functie. Een vergelijking met de inverse LOCI scores van vorige marktscan leert dat de scores relatief stabiel zijn.

### 3.4 Aanbod en specialisatie van ziekenhuizen

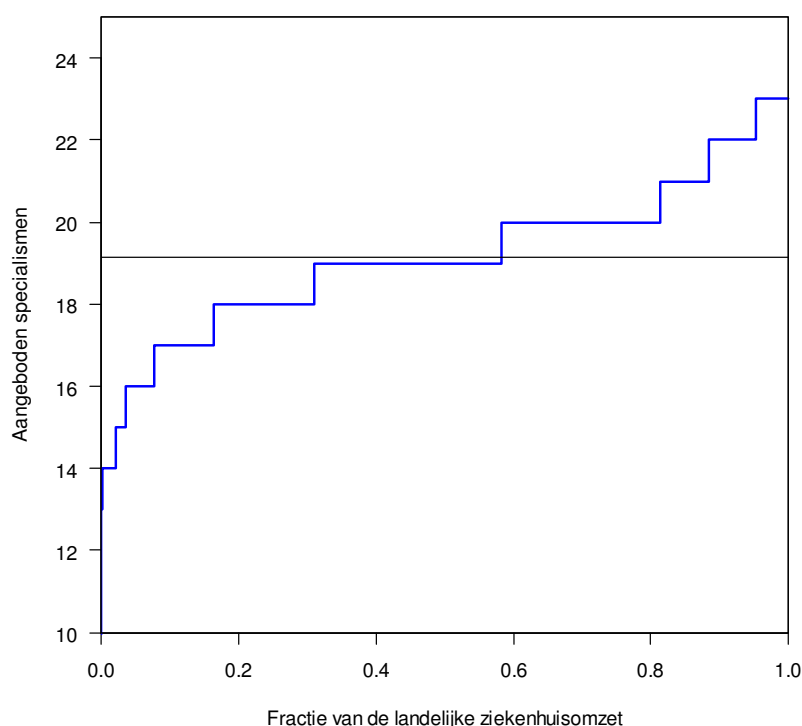
De mate van specialisatie van ziekenhuizen is momenteel een belangrijk onderwerp. Het is ook benoemd in het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De komende jaren zal de spreiding en concentratie van zorg verder vorm moeten krijgen. Deze marktscan geeft een eerste blik op de mate van specialisatie.

We bekijken de specialisatiegraad in eerste instantie vanuit de opdeling van zorg in specialismen. In een toekomstige marktscan kan aan de hand van bijvoorbeeld de verschillende patiëntendoelgroepen een verfijnder beeld verkregen worden. We maken verder onderscheid tussen het begrip aanbod en specialisatie van ziekenhuizen.

#### 3.4.1 Aantal aangeboden specialismen

In onderstaande figuur staat voor alle ziekenhuizen het aantal aangeboden poortspecialismen weergegeven waarvoor tenminste één euro aan omzet is gedeclareerd. De figuur laat ook het aandeel in de landelijke ziekenhuisomzet zien.

**Figuur 3.3 Aantal aangeboden specialismen per ziekenhuis**



Bron: NZa op basis van MDS data

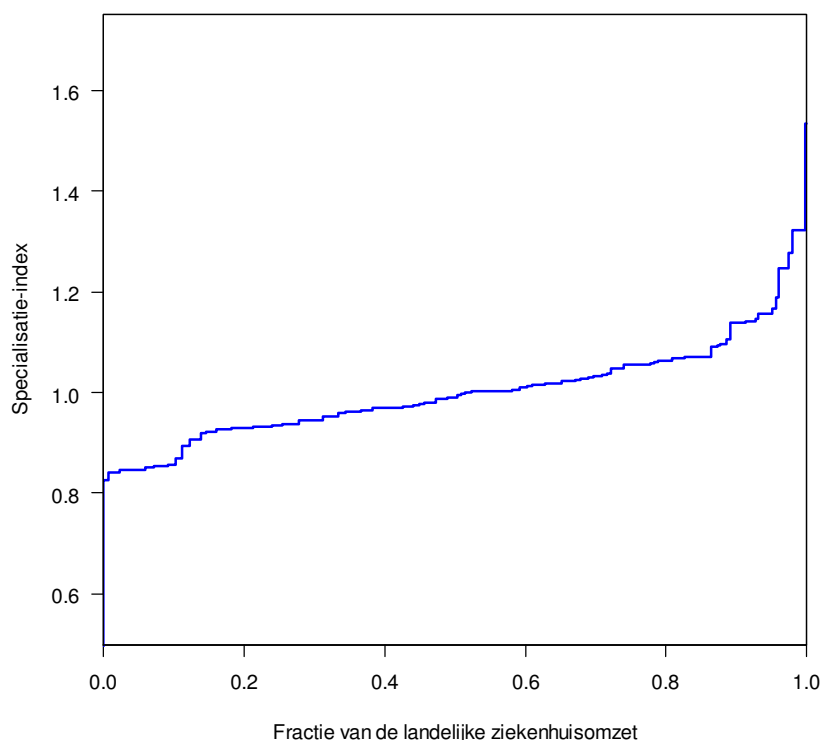
De figuur laat zien dat een gemiddeld ziekenhuis 19 van de 23 poortspecialismen aanbiedt. Verder wordt ruim 80 procent van de ziekenhuisomzet uitgevoerd in een ziekenhuis met tussen de 17 en 21 poortspecialismen. Er zijn hierbij verschillen tussen de categorieën ziekenhuizen: een gemiddeld algemeen ziekenhuis biedt bijna 18 specialismen aan, een gemiddeld STZ-ziekenhuis ruim 19, en een UMC biedt gemiddeld 22 specialismen aan.



### 3.4.2 Specialisatie-index van ziekenhuizen

Niet elk specialisme genereert evenveel omzet in een ziekenhuis. Hierdoor is het aantal aangeboden specialismen niet een 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. Voor elk ziekenhuis berekenen we de totale omzet per specialisme. Hieruit volgt per specialisme ook het omzetaandeel binnen elk ziekenhuis. We gebruiken vervolgens de som van de gekwadrateerde omzetaandelen binnen een ziekenhuis als indicator voor de mate waarin de omzet binnen een ziekenhuis geconcentreerd is over de specialismen. We delen tot slot deze score per ziekenhuis door de landelijke gemiddelde score. Dit levert een zogeheten specialisatie-index op die de relatieve concentratie van de ziekenhuis-specifieke specialisme-omzetaandelen weergeeft. Deze index staat weergegeven in onderstaande figuur.

**Figuur 3.4 Specialisatie-index per ziekenhuis**



Bron: NZa op basis van MDS data

In bovenstaande figuur staan voor alle 89 algemene, topklinische en academische ziekenhuizen de hierboven gedefinieerde specialisatie-index uitgezet voor 2010. De ziekenhuizen zijn hierbij 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 0,8 voor het minst gespecialiseerde ziekenhuis tot ruim 1,5 voor het meest gespecialiseerde ziekenhuis. Ruim driekwart van de ziekenhuizen heeft een specialisatie-index die minder dan 10% van het landelijke gemiddelde afwijkt. De Nederlandse ziekenhuizen zijn dus tamelijk homogeen wat betreft de verdeling van hun omzet over de verschillende specialismen. Er zijn hierbij geen significante verschillen tussen de drie instellingscategorieën (algemeen, STZ, UMC), in tegenstelling tot de in de vorige paragraaf genoemde aantal aangeboden specialismen. De specialismen die STZ instellingen en UMC's extra aanbieden ten opzichte van algemene ziekenhuizen, hebben daarvoor te weinig omzet.

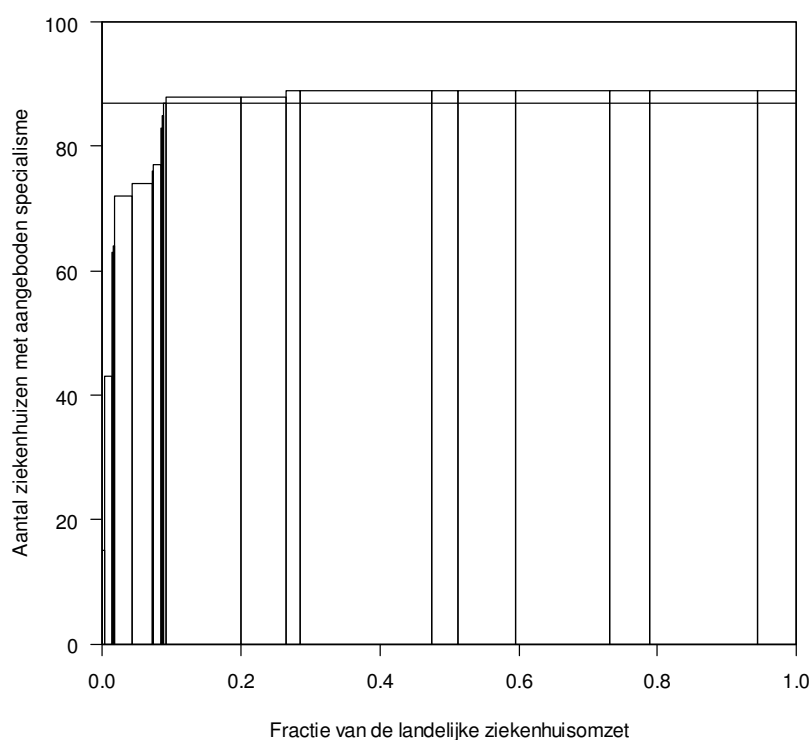
### 3.5 Aanbod en spreiding van specialismen

De voorgaande analyse kan ook worden uitgevoerd vanuit het perspectief van de individuele specialismen. We maken hier onderscheid tussen het begrip aanbod en spreiding van specialismen.

#### 3.5.1 Aantal ziekenhuizen dat een specialisme aanbiedt

In onderstaande figuur staat voor alle poortspecialismen het aantal ziekenhuizen weergegeven die tenminste één euro aan omzet hebben gedeclareerd. De figuur laat ook per specialisme het aandeel in de landelijke ziekenhuisomzet zien.

**Figuur 3.5 Aantal ziekenhuizen dat een specialisme aanbiedt**

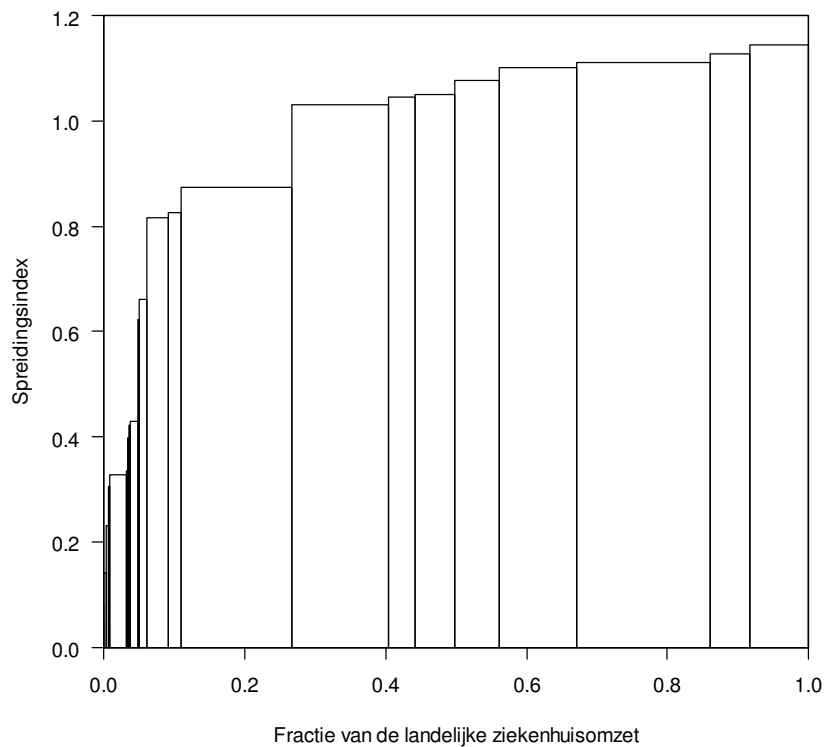


Bron: NZa op basis van MDS data

Figuur 3.5 laat zien dat een gemiddeld specialisme in bijna 87 van de 89 ziekenhuizen wordt aangeboden. Verder is ruim 90 procent van de landelijke ziekenhuisomzet verspreid over specialismen die door meer dan 80 ziekenhuizen worden aangeboden.

#### 3.5.2 Spreidingsindex van specialismen

Het omzet aandeel van een individueel specialisme binnen een ziekenhuis varieert per ziekenhuis. Hierdoor is het aantal ziekenhuizen dat een specialisme aanbiedt niet een goede maat voor de mate van spreiding. Om de scheefheid van de omzetverdeling van specialismen over ziekenhuizen in kaart te brengen, geven we hieronder een zogeheten spreidingsindex weer. Daarvoor berekenen we per specialisme het omzetaandeel van alle Nederlandse ziekenhuizen. De som van de gekwadeerde omzetaandelen per specialisme geeft vervolgens een maat voor de spreiding van de omzet van dit specialisme over de Nederlandse ziekenhuizen. We delen tot slot deze scores per specialisme door de landelijk gemiddelde score. Deze index staat weergegeven in onderstaande figuur.

**Figuur 3.6 Spreidingsindex van specialismen in ziekenhuizen**

Bron: NZa op basis van MDS data

In figuur 3.6 staan voor alle 23 poortspecialismen de hierboven gedefinieerde spreidingsindex uitgezet. De specialismen zijn hierbij van links naar rechts oplopend geordend, en de horizontale as geeft de bijdrage aan de landelijke ziekenhuisomzet weer. De landelijk gemiddelde spreidingsindex is daarbij op 1 gezet. De scores lopen uiteen van 0,05 voor het zeer geconcentreerde allergologie (dat in slechts 6 ziekenhuizen wordt aangeboden) tot 1,14 voor het meest verspreide verloskunde en gynaecologie dat in alle ziekenhuizen wordt aangeboden. Bijna 90% van de totale omzet wordt gerealiseerd in specialismen waarvoor de spreidingsindex minder dan 15% van de landelijke gemiddelde spreiding afwijkt.

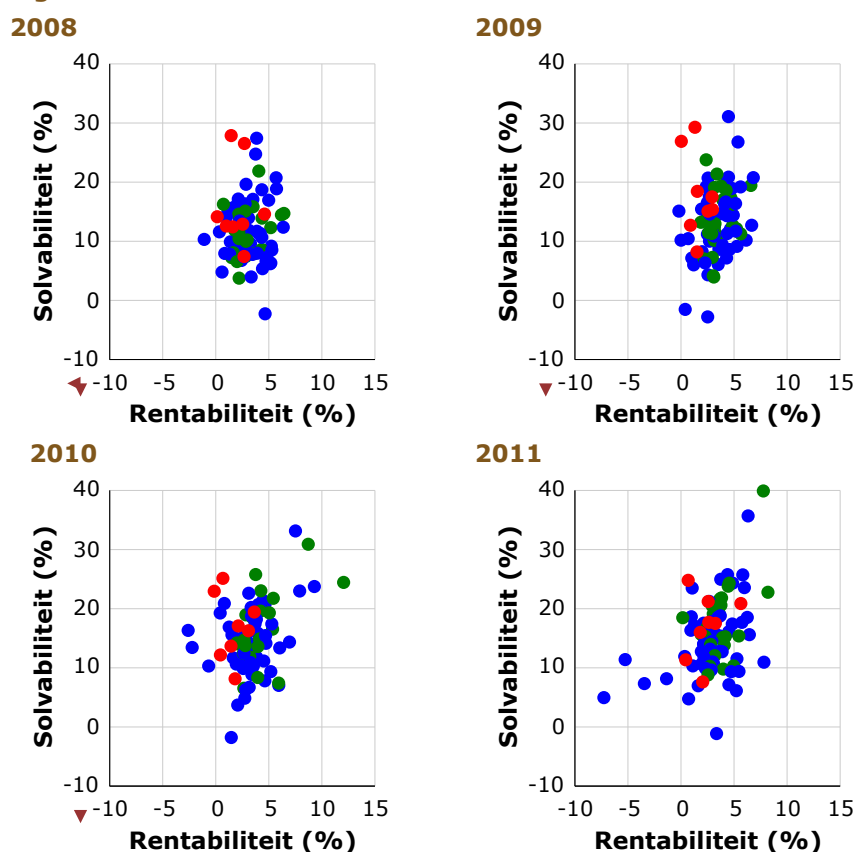
### 3.6 Financiële positie zorgaanbieders

Voor ziekenhuizen is een gezonde financiële positie essentieel als garanties verder worden afgebouwd. De financiële gezondheid van een ziekenhuis kan bekeken worden aan de hand van drie indicatoren: rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit.

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

#### 3.6.1 Rentabiliteit en solvabiliteit

**Figuur 3.7 Rentabiliteit en solvabiliteit**



Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In figuur 3.7 zijn de rentabiliteit en solvabiliteit van de algemene ziekenhuizen (blauw), de STZ-ziekenhuizen (groen) en UMC's (rood) tegen elkaar uitgezet voor de jaren 2008 tot en met 2011. Rentabiliteit is gedefinieerd als het bedrijfsresultaat gedeeld door het balanstotaal. Solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal.

De spreiding in zowel de rentabiliteit als de solvabiliteit neemt in de afgelopen jaren vooral toe bij de algemene ziekenhuizen. Ook neemt het aantal ziekenhuizen met een negatieve rentabiliteit de laatste twee jaar toe.

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

	Rentabiliteit				Solvabiliteit			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	2,8	3,5	3,5	3,2	10,3	11,4	12,4	13,2
Topklinische ziekenhuizen	3,2	3,6	4,3	3,8	11,0	12,8	15,5	16,5
Universitair Medische Centra	2,2	3,6	1,5	2,3	16,5	35,4	16,8	16,7
Totaal	2,7	4,9	3,2	3,1	12,3	31,2	14,8	15,4

Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's

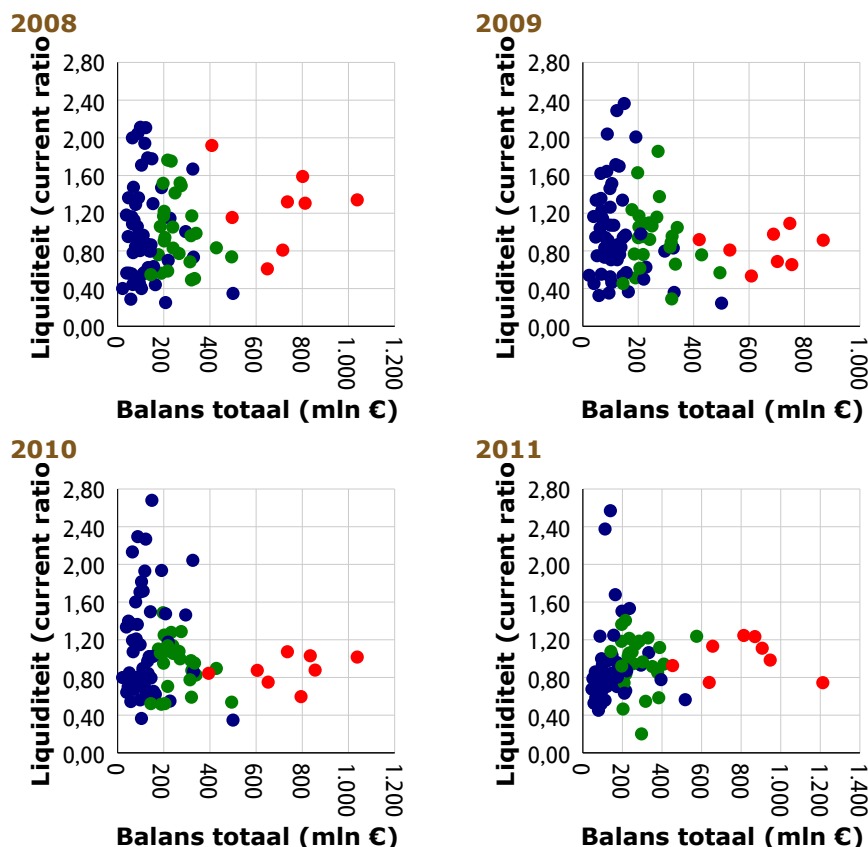
Tabel 3.3 laat de gemiddelde rentabiliteit en solvabiliteit zien voor de verschillende typen ziekenhuizen en voor het totaal. Voor zowel de algemene als de STZ-ziekenhuizen daalt de rentabiliteit licht tussen 2010 en 2011. Bij de UMC's stijgt de rentabiliteit in die periode juist. Bij de solvabiliteit is deze ontwikkeling precies omgekeerd. Net als in de voorgaande jaren neemt de gemiddelde solvabiliteit voor alle ziekenhuizen samen wel toe.

De UMC's hebben structureel een lagere rentabiliteit in vergelijking met de algemene en STZ-ziekenhuizen. Qua solvabiliteit scoorden de UMC's altijd hoger dan de algemene ziekenhuizen. In 2011 nadert de gemiddelde solvabiliteit van de STZ-ziekenhuizen die van de UMC's.

Ookal nemen de gemiddelde rentabiliteit en solvabiliteit toe, door de toegenomen spreiding in beide indicatoren neemt het risico op financiële problemen bij instellingen toe.

### 3.6.2 Liquiditeit

Figuur 3.8 Liquiditeit



Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In figuur 3.8 is voor de jaren 2008-2011 de liquiditeit (current ratio) van de algemene ziekenhuizen (blauw), de STZ-ziekenhuizen (groen) en UMC's (rood) uitgezet tegen het balanstotaal van het ziekenhuis. Liquiditeit is gedefinieerd als de vlottende activa gedeeld door de vlottende passiva. Een current ratio kleiner dan 1 betekent dat een ziekenhuis op korte termijn niet aan zijn schulden kan voldoen. Een groot aantal algemene en STZ-ziekenhuizen heeft een current ratio kleiner dan 1.

In de figuur blijkt duidelijk dat de spreiding van liquiditeit van de algemene ziekenhuizen afneemt tussen 2010 en 2011. Bij de STZ-ziekenhuizen en de UMC's is de spreiding in 2011 ongeveer gelijk aan 2010. Er is goed te zien dat de UMC's gemiddeld genomen het grootste en de algemene ziekenhuizen het kleinste balanstotaal hebben.

**Tabel 3.4 Gemiddelde liquiditeit, per type zorgaanbieder (%)**

	2008	2009	2010	2011
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	0,76	0,77	0,91	0,87
Topklinische ziekenhuizen	0,92	0,87	0,87	0,81
Universitair Medische Centra	1,20	0,81	0,87	1,00
Totaal	0,92	0,82	0,88	0,88

Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In tabel 3.4 is de gemiddelde liquiditeit per type zorgaanbieder en het gemiddelde van alle ziekenhuizen samen te zien. Voor de algemene en de STZ-ziekenhuizen neemt de liquiditeit tussen 2010 en 2011 af. Voor de UMC's neemt de gemiddelde liquiditeit juist toe. Voor alle ziekenhuizen samen ligt de gemiddelde liquiditeit in alle jaren op ongeveer 0,9.

### 3.7 Productiviteit en kostendoelmatigheid

De NZa heeft via een benchmark voor algemene ziekenhuizen de relatie tussen productie (prestaties) en kosten onderzocht. Hierbij zijn uniform gewogen DBC-productievolumes afgezet tegen werkelijke kosten uit de jaarrekeningen. De benchmark is gehouden onder algemene ziekenhuizen, gaat over de jaren 2008-2009 en kan beschouwd worden als nulmeting.

Het doel van de analyse is het monitoren van de productiviteit en kostendoelmatigheid van de sector. In de toekomst kan op deze manier ook de ontwikkeling in de productiviteit gemeten worden. Er is een apart rapport beschikbaar dat het ontwikkelproces, inclusief verkennende analyses, documenteert (te downloaden via de NZa-website, "Benchmark Ziekenhuizen: Documentatie en verkennende analyses" (2012)).

#### *Productiviteit*

Onder productiviteit verstaan we de hoeveelheid zorg die geproduceerd is per euro aan kosten.

#### *Kostendoelmatigheid*

Onder kostendoelmatigheid verstaan we de werkelijke productiviteit, afgezet tegen de hoogst haalbare productiviteit. De kostendoelmatigheid ligt altijd tussen 0 en 100%.

Wanneer een aanbieder een kostendoelmatigheid van 90% heeft, betekent dit dat zijn productiviteit 10% lager ligt dan die van de aanbieder met de hoogste productiviteit.

Bij het interpreteren van de resultaten moet rekening worden gehouden met de volgende punten:

- De benchmark kijkt een aantal jaren terug in de tijd. Pas twee jaar na een peiljaar kan men definitieve uitspraken doen over de DBC-productie van het peiljaar.
- Er zijn geen gegevens over kwaliteit van de geleverde zorg gebruikt.
- De kosten zijn werkelijke kosten (of gebaseerd op werkelijke kosten, zoals de kapitaalslasten).
- De productie is gewogen met vaste tarieven en prijzen, het zijn daarom gewogen productievolumes (en dus geen behaalde omzetcijfers).
- Wanneer geen volumes beschikbaar waren (PAAZ, opleiden van specialisten et cetera) zijn budgetten en vergoedingen als benadering voor volume gebruikt.
- De kosten van vrijgevestigd specialisten zijn benaderd door de honorariumopbrengsten van maatschappen als kosten voor het ziekenhuis te beschouwen.
- De DBC-productievolumes zijn met een nauwkeurigheid van circa 5% bepaald.

Uit de gegevens kunnen de procentuele kosten en gewogen volumes van een gemiddeld ziekenhuis worden berekend:

**Tabel 3.5 Kosten van de input (algemene ziekenhuizen, 2008-2009)**

Kostensoort	Aandeel
Personeelskosten	61%
Overige bedrijfskosten	27%
Kapitaalslasten	12%

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2008-2009 en DIS

**Tabel 3.6 Gewogen output volumes (algemene ziekenhuizen, 2008-2009)**

Output volume	Aandeel
DBC-productie: A-segment	60%
DBC-productie: B-segment	22%
OVP (los declarabele verrichtingen)	7,0%
Restpost 'overig'	4,5%
Dure geneesmiddelen	2,4%
Opleiding	2,4%
PAAZ budget	0,9%
Zorgprestaties tussen instellingen	0,9%
Vaste segment	0,2%
DBC-productie: Niet verzekerde zorg	0,2%

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2008-2009 en DIS

**Tabel 3.7 Kostendoelmatigheid algemene ziekenhuizen 2008-2009**

Methode	Kostendoelmatigheid
Ratio-benchmark	90% +/- 3%
DEA-CRS benchmark	91% +/- 3%

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2008-2009 en DIS

Tabel 3.7 toont de gemiddelde kostendoelmatigheid van 62 algemene ziekenhuizen in de jaren 2008-2009. Een kostendoelmatigheid van 91% wil zeggen dat het kostenniveau van de gemiddeld presterende aanbieder 9% hoger ligt dan het kostenniveau van de best presterende aanbieder.

Er is gekozen om de resultaten van twee verschillende methodes te tonen:



Bij de ratio-benchmark is per ziekenhuis alle productie (output) opgeteld en gedeeld door de totale kosten (input). Vervolgens is de ratio van het best-presterende ziekenhuis als norm gebruikt.

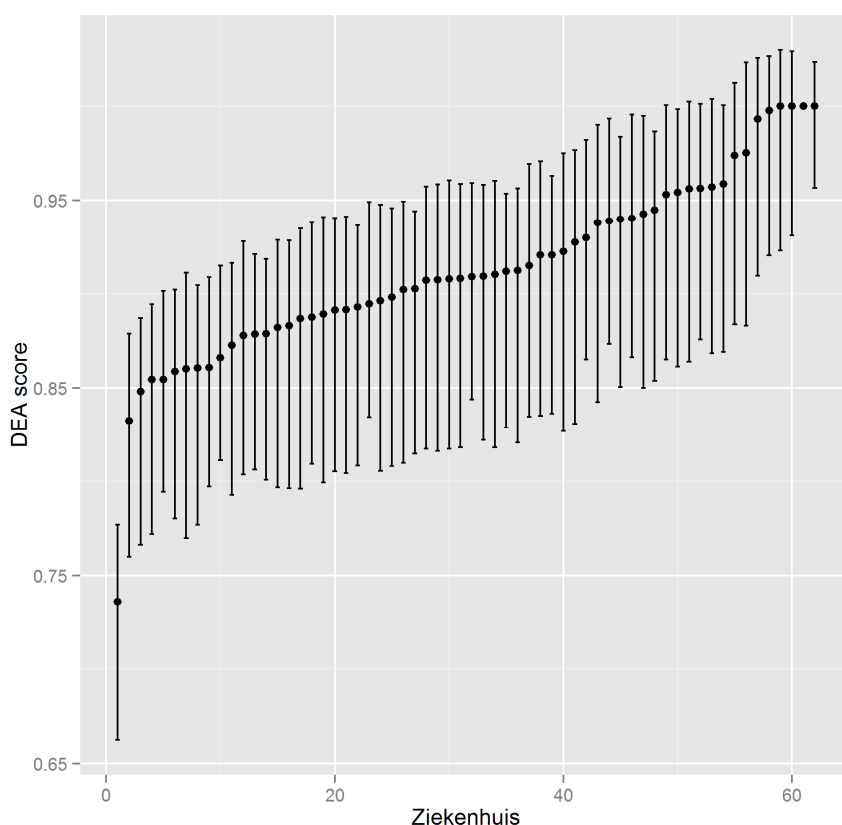
De tweede methode betreft een zogeheten dataomhullingsanalyse (Data Envelopment Analysis ofwel DEA-methode). Hierbij wordt uit de gegevensset afgeleid welke kosten minimaal gemaakt moeten worden om een bepaalde productie te realiseren. Hierbij wordt een minimum aan aannamen gemaakt. Zo is de opleidingsoutput niet opgeteld bij de DBC-productie, omdat uit verkennende analyses bleek dat deze niet in dezelfde verhouding tot de kosten staan (zie onder). De methode zelf kiest per ziekenhuis dan relatieve gewichten voor beide outputs (DBC-productie en opleidingsoutput) die voor dat ziekenhuis de beste 'score' oplevert wanneer deze met andere ziekenhuizen wordt vergeleken.

Voor beide methoden wordt de aanname gemaakt van 'constante schaalopbrengsten' (CRS). Dit heeft als gevolg dat de prestaties van kleinschalige ziekenhuizen in de benchmark als beste praktijk voor grootschalige ziekenhuizen kunnen worden gebruikt. Uit Tabel 3.7 volgt dat beide methoden op sectorniveau vrijwel hetzelfde beeld geven, 91% versus 90% kostendoelmatigheid.

#### Individuele productiviteitsscores

De (Pearson) correlatie-score tussen de individuele productiviteitsscores van beide methoden is 0,9. Dit betekent dat uitkomsten van beide methoden ook op ziekenhuisniveau sterk overeen komen. De DEA-CRS scores zijn weergegeven in onderstaande figuur.

**Figuur 3.9 DEA doelmatigheidsscores met 95% betrouwbaarheidsinterval (algemene ziekenhuizen)**



Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2008-2009 en DIS

In figuur 3.9 zijn de doelmatigheidsscores weergegeven, inclusief het 95% betrouwbaarheidsinterval (verticale lijnen). Deze geeft het effect van de meetfout in gebruikte gegevens weer op de uiteindelijk berekende score. Dit kan worden opgevat als het gebied waarbinnen de werkelijke score zich hoogstwaarschijnlijk bevindt.

Omdat de gebieden van de laagste scores die van de hoogste scores niet overlappen, wordt geconcludeerd dat er verschillen in productiviteit tussen ziekenhuizen bestaan.

#### *Verklaren van verschillen in productiviteitsscore*

Er is onderzocht of de gevonden verschillen in productiviteit structureel samenhangen met factoren zoals schaalgrootte, dienstverband van de specialisten et cetera. Dit is gedaan voor beide benchmarkmethoden.

Er is geen verband gevonden tussen schaal (omvang) van het ziekenhuis en productiviteit. Met andere woorden, de kostenstructuur is schaalneutraal, tenminste voor ziekenhuizen met een omvang vanaf die van de kleinste ziekenhuizen in de gegevensset (~200 bedden).

Uit de impact analyse DOT honorariumtarieven 2012 is gebleken dat vrijgevestigde specialisten gemiddeld genomen een hogere productiviteit hebben per FTE, in vergelijking met specialisten in loondienst. Er is echter geen verband gevonden tussen de vorm van het dienstverband van de specialisten (loondienst/vrijgevestigd) en de productiviteit op ziekenhuisniveau. Het blijkt dat de hogere productiviteit gemiddeld genomen ook hogere kosten voor het ziekenhuis met zich mee brengt. In de benchmark bestaan deze kosten uit de honorariumomzet die het ziekenhuis via de kassiersfunctie aan de maatschappen doorgeeft

Tenslotte is gekeken naar de relatie tussen score en het aandeel van het opleiden van specialisten. Het blijkt dat voor de ratio-benchmark het opleiden van specialisten negatief uitpakt voor de productiviteitsscore. Bij de DEA-benchmark is de output 'opleiden van specialisten' niet opgeteld bij de DBC-productie maar apart gehouden, wat tot hogere productiviteitsscores leidt van ziekenhuizen die veel specialisten opleiden. Dit verklaart ook een deel van het verschil tussen de scores van de ratio benchmark en DEA benchmark.

Het verband tussen een lage ratio-score en het opleiden van specialisten is nader onderzocht. Het blijkt uit verkennende analyses dat één euro extra subsidie uit het opleidingsfonds gemiddeld samenhangt met twee á drie euro extra kosten. Hieruit kan echter niet worden geconcludeerd dat de extra kosten worden veroorzaakt door het opleiden van specialisten, er is alleen een verband (correlatie) gevonden.

Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor dit verband:

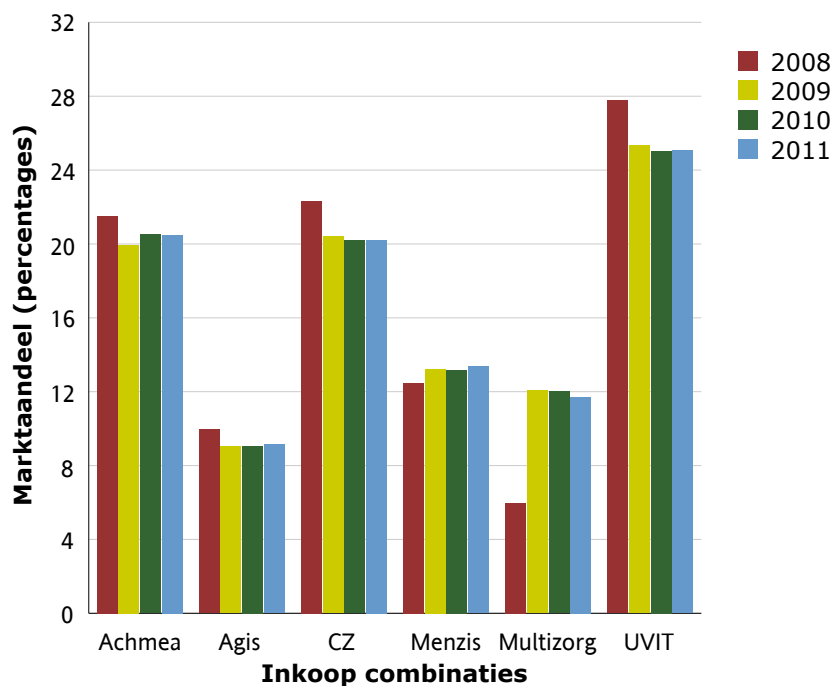
- Het opleiden van specialisten hangt samen met een niet-geobserveerde variabele die invloed heeft op de productiviteitsscore (bijvoorbeeld het doen van onderzoek, zorgzwaarte verschillen binnen DBC's, of het produceren van zorg die in 2008-2009 nog onvoldoende in de DBC-systematiek was verwerkt)
- De opleidingsfondssubsidie is gemiddeld genomen niet kostendekkend

Voor informatie over welke gegevens zijn gebruikt en welke bewerkingen hierop zijn uitgevoerd, zie het rapport 'Benchmark Ziekenhuizen Documentatie & verkennende analyses' (te vinden op de NZa website).

### 3.8 Marktaandelen inkoop combinaties

Het Nederlandse zorgstelsel bestaat in hoofdlijnen uit drie partijen: de patiënt/consument, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol gekregen in het zorgstelsel. Zij moeten voor een goede prijs zorg van een goede kwaliteit inkopen. Het aantal zorgverzekeraars en de omvang van de verschillende zorgverzekeraars zegt iets over de dynamiek van de markt. In de onderstaande analyses zijn de verzekeraars ingedeeld naar de inkoopcombinaties waar zij onderdeel van zijn. In 2011 zijn er nog zes inkoopcombinaties. Dit aantal wijkt af van het aantal concerns in paragraaf 3.2 ('Indeling zorgverzekeraars') omdat voor Achmea en Agis nog twee aparte aanleveringen plaatsvinden voor wat betreft de contractprijzen.

**Figuur 3.10 Marktaandelen inkoop combinaties A+B-segment (%)**



Bron: MDS

**Tabel 3.8 Marktaandelen inkoop combinaties A+B-segment (%)**

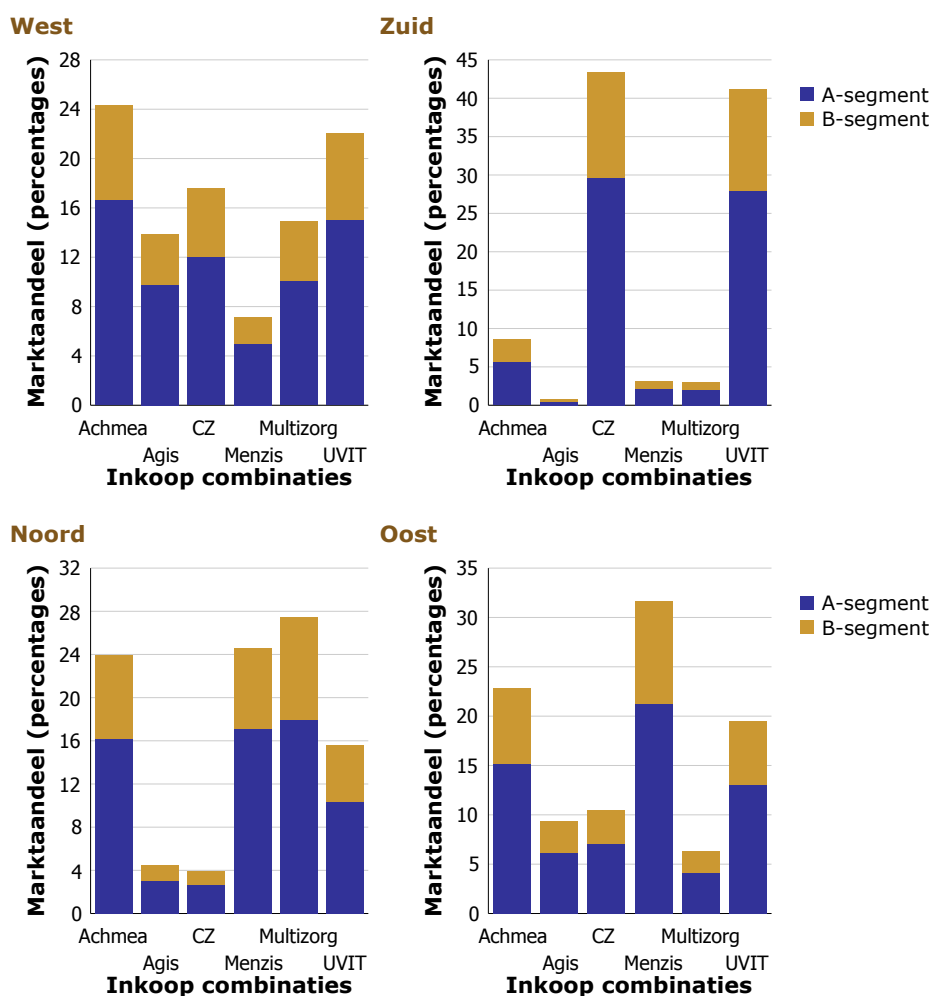
	2008	2009	2010	2011
Achmea	21,5	20,0	20,5	20,5
Agis	9,9	9,0	9,1	9,1
CZ	22,3	20,4	20,2	20,2
Menzis	12,5	13,2	13,2	13,4
Multizorg	6,0	12,1	12,0	11,7
UVIT	27,8	25,3	25,0	25,1

Bron: MDS

In figuur 3.10 en tabel 3.8 is te zien dat de marktaandelen van de inkoopcombinaties (gebaseerd op gedeclareerde omzetten) voor het A- en het B-segment samen, relatief constant zijn over de jaren heen. Door afronding kan het totaal optellen tot net iets meer of net iets minder dan 100%. De marktaandelen van het A-segment en het B-segment afzonderlijk laten weinig verschillen zien met de marktaandelen van A- en B-segment samen. Daarom worden de uitsplitsingen hier niet getoond.

### 3.9 Marktaandeel inkoop combinaties per regio

**Figuur 3.11 2010 Marktaandeel inkoop combinaties, A+B-segment (per regio, %)**



Bron: MDS

Figuur 3.11 en tabel 3.9 geven de marktaandelen (A+B-segment, gebaseerd op gedeclareerde omzet) van de inkoopcombinaties weer over het jaar 2010. Ook hiervoor geldt: door afronding kan het totaal optellen tot net iets meer of net iets minder dan 100%. De regio indeling is gebaseerd op de indeling van het CBS. Er zijn opvallende verschillen tussen de regio's. Zo kent de regio Zuid (Noord Brabant en Limburg) twee hele grote inkoopcombinaties die samen ongeveer 85% van de zorg inkopen. Regio West (Utrecht, Noord en Zuid Holland en Zeeland) heeft de meest gelijkmatige verdeling tussen de inkoopcombinaties. De andere twee regio's (regio Noord bestaat uit Friesland, Groningen en Drenthe; regio Oost bestaat uit Gelderland, Flevoland en Overijssel) zitten tussen deze verdeling in.

De verschillen in marktaandelen over de jaren heen zijn relatief klein. Daarom zijn alleen de marktaandelen 2010 in de marktscan opgenomen.

**Tabel 3.9 2010 Marktaandelen inkoop combinaties, A+B-segment (per regio, %)**

		Noord	Oost	West	Zuid
Achmea	A-segment	16,2	15,2	16,7	5,7
	B-segment	7,8	7,6	7,7	2,9
Agis	A-segment	3,0	6,1	9,8	0,5
	B-segment	1,4	3,2	4,1	0,3
CZ	A-segment	2,7	7,0	12,0	29,6
	B-segment	1,2	3,4	5,6	13,8
Menzis	A-segment	17,1	21,2	5,0	2,1
	B-segment	7,5	10,3	2,2	1,0
Multizorg	A-segment	18,0	4,1	10,1	2,0
	B-segment	9,5	2,2	4,8	0,9
UVIT	A-segment	10,4	13,1	15,1	27,9
	B-segment	5,2	6,4	7,0	13,2

Bron: MDS



## 4. Marktgedrag

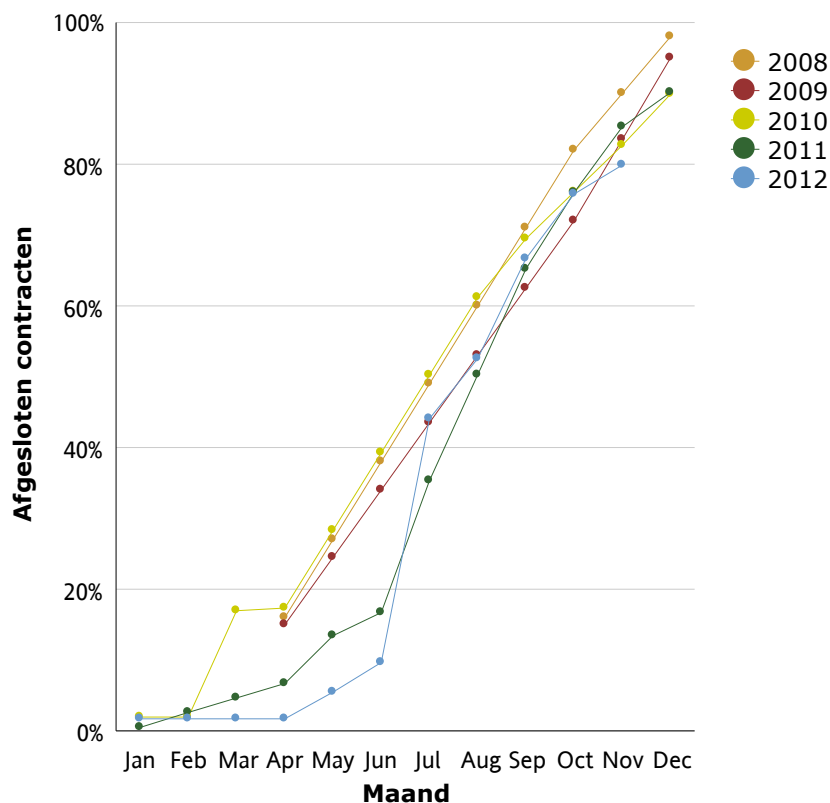
De marktstructuur én het marktgedrag zijn bepalend voor de publieke belangen. Waar in het vorige hoofdstuk de structuur van de markt centraal stond, gaat dit hoofdstuk nader in op het marktgedrag.

## 4.1 Contracteergraad ziekenhuizen

Om inzicht te krijgen in het tempo waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars contractafspraken maken, zijn de contractprijzen opgevraagd. 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. Tot 2010 gebeurde dit op drie vaste momenten in het jaar. Vanaf 2010 wordt de informatie over de op dat moment geldende afspraken maandelijks aangeleverd.

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 passantentarief in rekening brengen.

**Figuur 4.1 Ontwikkeling percentage afgesloten contracten**



Bron: NZa op basis van MDS data en jaarrekeningen algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 4.1 toont het percentage afgesloten contracten van ziekenhuizen (gewogen naar de omzet van het ziekenhuis). Zo is bijvoorbeeld te zien dat per juli de percentages afgesloten contracten ongeveer 50% (2008), 45% (2009) en 50% (2010) waren. In 2008 en 2009 is uiteindelijk vrijwel de gehele markt gecontracteerd.

Vergeleken met eerdere jaren blijven in de eerste helft van 2012 de onderhandelingen achter. Tussen juli en augustus vindt er een inhaalslag plaats. Hierdoor komt de contracteergraad op gelijke hoogte met 2011.

Kanttekening bij een vergelijking met voorgaande jaren is dat de mate van contracteren alleen gebaseerd is op de aangeleverde contractprijzen. Zoals in paragraaf 4.3 besproken zal worden, worden in 2012 veelal eerst de lumpsum/plafondafspraken uitonderhandeld, en volgt daarna pas de aanlevering van de contractprijzen.



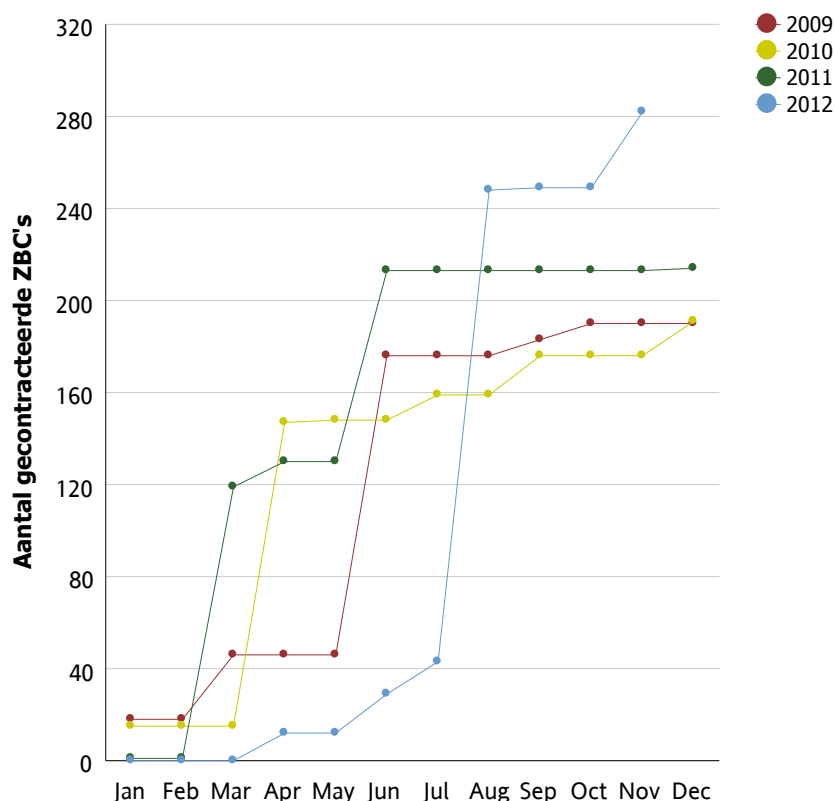
## 4.2 Ontwikkeling aantal gecontracteerde ZBC's

Zoals in paragraaf 4.1 ('Contracteergraad ziekenhuizen') 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.

**Figuur 4.2 Totaal aantal gecontracteerde ZBC's per maand**



Bron: NZa op basis van contractprijzendata van zorgverzekeraars

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. In de afgelopen jaren liep het aantal gecontracteerde ZBC's gestaag op. In 2012 zijn er tot mei nauwelijks ZBC's gecontracteerd. Vanaf juli stijgt dat aantal juist sterk tot boven het niveau van voorgaande jaren.

### 4.3 Contractering 2012

Voor de medisch specialistische zorg is 2012 een jaar vol veranderingen. De nieuwe productstructuur DOT is ingevoerd en de meeste aanbieders van medisch specialistische zorg vallen onder prestatiebekostiging (met een transitie-model). Daarnaast is het B-segment uitgebreid van ongeveer 34% naar 70%. Verder is in juli 2011 het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012 – 2015 (BHA) afgesloten.

Het BHA beoogt onder andere om de uitgavengroei de komende jaren te beperken. Een andere doelstelling is om de contracteercyclus in te korten, die voorgaande jaren vaak doorliep tot in de tweede helft van het lopende jaar. Ook hebben partijen het volgende afgesproken:

- selectiever inkopen, te beginnen in 2012;
- meer aandacht voor spreiding en concentratie;
- overbodige (ziekenhuis)capaciteit afbouwen;
- verplaatsing van zorg (substitutie) op basis van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie.

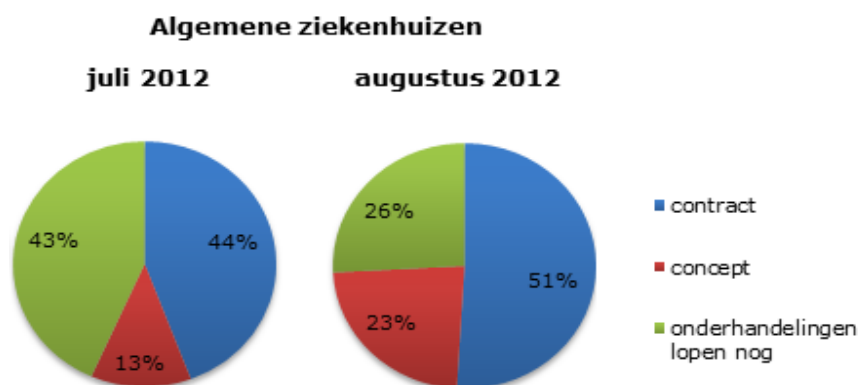
Hieronder gaan we in op de volgende onderwerpen: verloop contractering 2012, knelpunten in de onderhandeling, overeenkomsten in de contracten, opbouw plafond/lumpsumafspraken, selectieve inkoop en kwaliteit.

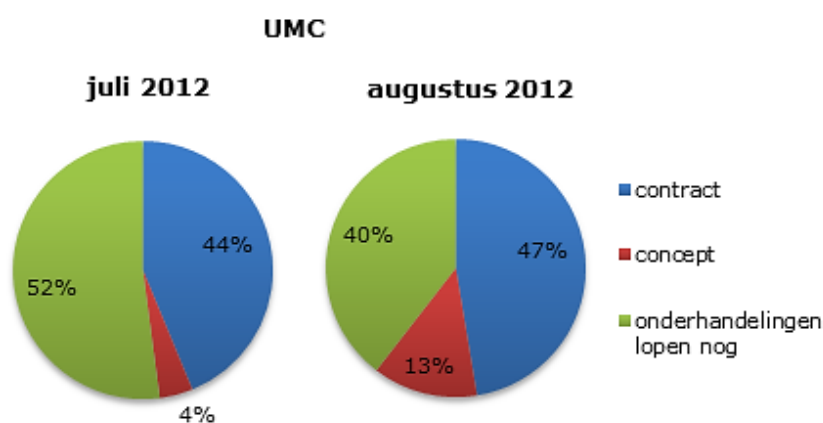
#### Verloop contractering 2012

Eind juni 2012 heeft de NZa een informatieverzoek verzonden aan de inkoopcombinaties die de onderhandelingen voeren met de zorgaanbieders. De inkoopcombinaties hebben half juli de afgesloten en conceptovereenkomsten (van contractbesprekingen die al redelijk gevorderd waren) met ziekenhuizen aangeleverd. Half augustus hebben de inkoopcombinaties nogmaals aangeleverd wat er sinds half juli bijgekomen was. Deze aantallen zijn procentueel weergegeven in onderstaande tabellen. In totaal zijn er 177 contracten aangeleverd van de 450 mogelijk te sluiten contracten met ziekenhuizen.

Aan de inkoopcombinaties is ook gevraagd om in een tabel het aantal gesloten (concept)overeenkomsten in te vullen voor juli en augustus, inclusief die met ZBC's en categorale instellingen. Hieruit bleek dat deze categorieën van medisch specialistische zorg niet achterbleven in het contracteerproces.

**Figuur 4.3 Status contractering ziekenhuizen**





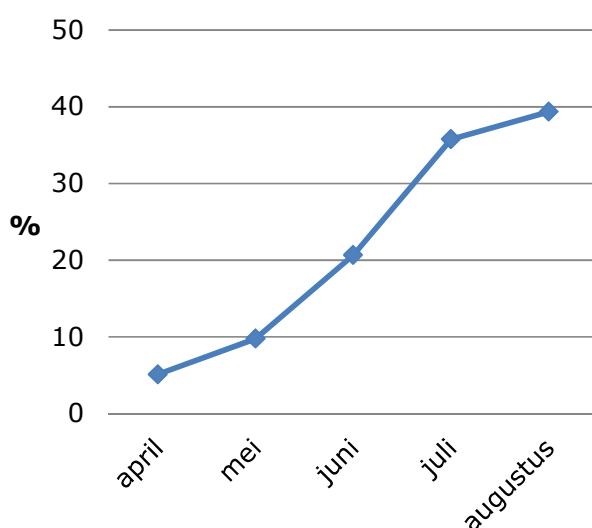
Bron: NZa contract uitvraag

In juli 2012 gaven partijen aan dat de onderhandelingen in volle gang waren, vandaar dat de NZa medio augustus opnieuw een uitvraag heeft gedaan.

In figuur 4.3 is te zien dat ongeveer de helft van de contracten met de ziekenhuizen halverwege 2012 zijn ondertekend. Daarnaast is tussen juli en augustus ook een groot aantal conceptovereenkomsten ondertekend. Een groot deel van de overeenkomsten betreft nog conceptovereenkomsten, of overeenkomsten op hoofdlijnen.

Omdat de onderhandelingen pas deels rond waren ten tijde van deze contractuitvraag, kan er geen inschatting gemaakt worden van de schadelast per verzekeraar die in 2012 is gecontracteerd.

**Figuur 4.4 verloop contractering 2012**



Bron: NZa contractuitvraag

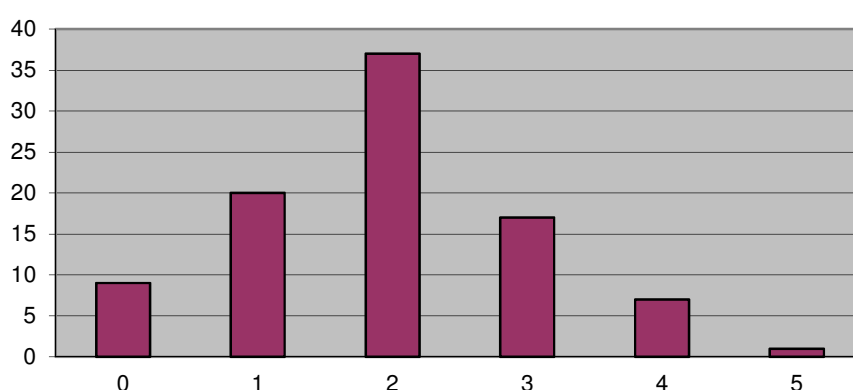
In figuur 4.4 is het aantal, door beide partijen, ondertekende contracten ten op zichte van dan maximaal 450 af te sluiten contracten weergegeven. In april is nog maar 10% van de mogelijke contracten afgesloten (en ondertekend door beide partijen), in augustus is dit percentage opgelopen

tot 40%. Veel onderhandelingen nog lopen (zie ook contracteergraad, paragraaf 4.1) of nog niet alle (concept)contracten zijn ondertekend.

Hiermee is één van de doelstellingen van het BHA niet gehaald, namelijk het afronden van de contractering voor 1 april 2012. Uit de analyse blijkt dat de eerste contracten rond 1 april zijn ondertekend.

Er blijken veel verschillen te zijn tussen het aantal afgesloten contracten per ziekenhuis. Zo zijn er nog negen ziekenhuizen zonder getekend contract (stand augustus 2012) en er is maar één ziekenhuis dat met alle inkoopcombinaties getekende contracten heeft (figuur 4.5.).

**Figuur 4.5 Aantal ziekenhuizen met aantal contracten**



Bron: NZa contractuitvraag

Inmiddels worden er afspraken gemaakt om de contractering voor 2013 eerder af te ronden of om zelfs voor meerdere jaren overeenkomsten te sluiten. Eén verzekeraar heeft in de contracten voor 2012 opgenomen dat de aanbieder in het najaar de verwachte productieaantallen voor 2013 aan moet leveren voor de meest voorkomende DBC-zorgproducten.

#### *Knelpunten in onderhandelingen*

Op 3 juli 2012 heeft de NZa een brief gestuurd naar de Minister van VWS over knelpunten in de contractering en mogelijke oplossingsrichtingen. In de brief staan verschillende oorzaken voor het langdurige contracteerproces genoemd. Ook in het rapport 'Euro's voor zorg', opgesteld door AKD<sup>1</sup>, wordt hier aandacht aan besteed. Daarnaast komen knelpunten aan bod in gesprekken met zowel ziekenhuizen als verzekeraars. Hieronder de meest voorkomende oorzaken.

- Het bepalen van het marktaandeel van een verzekeraar binnen een ziekenhuis is een onderhandelpunt omdat alleen het marktaandeel van de voorafgaande periode bekend is. Wanneer ziekenhuizen alle marktaandelen optellen, komen ze vaak niet op 100% uit.
- De onbekendheid met de nieuwe DBC-zorgproducten, de invoering van het transitieproces en het macrobeheersinstrument (MBI) maakt het voor zowel zorgaanbieders als verzekeraars lastig om afspraken op productniveau te maken. Hierdoor kiezen zij eerder voor een lumpsum-

<sup>1</sup> Zie <http://www.akd.nl/nl/kennis/publicaties/download-euros-voor-de-zorg#form>

of plafondaafspraak. Achteraf worden daar volumes en prijzen aan gekoppeld die aansluiten op de gemaakte prijsafspraken.

- Uit de contracten komt naar voren dat verzekeraars inzicht wensen in de visitatierapporten die de beroepsgroep opstelt. In contracten is opgenomen dat de Raad van Bestuur van de instelling de verzekeraar op de hoogte stelt van substantiële verbeterpunten, mits die zijn aangedragen in het visitatierapport. Daarnaast wensen zorgverzekeraars dat de instelling ze op de hoogte brengt van wijzigingen in de organisatiestructuur of de betrekkingvorm van medisch specialisten. Zorgverzekeraars hebben volgens de contracten niet direct inzage in de intercollegiale visitatierapporten in ziekenhuizen. Ze hebben ook geen inspraak in de samenstelling van de Raad van Bestuur.
- Vanuit zowel de zorgaanbieder als de verzekeraar is in gesprekken en ook in de brief van 3 juli 2012 aangegeven dat de communicatie tussen partijen niet soepel verloopt. Er worden verschillende oorzaken genoemd waardoor partijen pas laat in het jaar daadwerkelijk met elkaar om tafel zitten, zoals het niet of laat reageren op offertes en het eerst om tafel zitten met grote partijen.
- Hoewel de invoering van de garantieregeling voor de kapitaallasten een punt van onderhandeling leken te zijn, staat dit in slechts enkele contracten expliciet genoemd.

#### *Overeenkomsten in contracten*

Uit de analyse van de opgevraagde contracten blijkt dat een aantal elementen in vrijwel alle contracten terugkomt. Hierbij moet vermeld worden dat alle verzekeraars gebruikmaken van standaardcontracten (per inkoopcombinatie) met bijlagen waarin ziekenhuisspecifieke afspraken worden gemaakt.

- *Lumpsum- en plafondaafspraken.* In het rapport 'Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg, contractvormen onder DOT' (te vinden op de NZa website) worden acht innovatieve contractvormen omschreven. Praktisch alle aangeleverde overeenkomsten bevatten lumpsum- of plafondaafspraken. Ook met ZBC's worden dergelijke afspraken gemaakt. Een enkele keer is er een prijslijst zonder volumeafspraken overeengekomen, waarbij de prijzen van de marktleider gevolgd worden. Er lijkt nadrukkelijk voor lumpsum/plafondaafspraken gekozen te zijn om de kostenbeheersing van het BHA te halen.
- *Doorleververplichting als het plafond/de lumpsum bereikt is.* De verzekeraar keert in geval van overschrijding niet meer uit aan de aanbieder. Vaak wordt het risico van overschrijding ondervangen door de tarieven aan te passen als het volume zich sneller ontwikkelt dan is afgesproken. De productie wordt periodiek gemonitord of er wordt met de aanbieder afgesproken dat de verzekeraar op de hoogte wordt gesteld als 70% dan wel 90% van het overeengekomen bedrag is bereikt. Er is ook een doorleververplichting wanneer het contract vroegtijdig wordt verbroken.
- *Wachttijden.* Zorg moet binnen de Treeknorm<sup>2</sup> geleverd worden en wachttijden mogen niet oplopen ten opzichte van 2011. Daarnaast geldt

<sup>2</sup>Treknormen volgens treeknorm.nl:

- Wachttijd poliklinische behandeling: 80 % < 3 weken, maximaal 4 weken
- Wachttijd klinische behandeling: 80 % < 5 weken, maximaal 7 weken

dat verzekeraars die instellingen als voorkeursaanbieder voor een bepaalde aandoening hebben gecontracteerd, vaak ook aangepaste, kortere wachttijden voor die aandoeningen afspreken. Verder wordt er op aandoeningenniveau soms gekeken naar ZiZo indicatoren<sup>3</sup>, zoals een verbetering van het percentage patiënten met een beroerte met een *door-to-needle time* < 1 uur.

- *Contractprijzen*. Prijzen per product worden vaak pas afgesproken nadat eerst de rest van het contract uitonderhandeld is. Hierdoor wordt er nog nauwelijks in DOT termen gedeclareerd. Veel verzekeraars gebruiken DBC-services in de onderhandelingen om tot concrete prijs- (en soms volume-) afspraken te komen.
- *Bevoorschotting*. Indien bevoorschottingsafspraken worden gemaakt, dan gebeurt dat op basis van het onderhanden werk of op basis van historische omzet 2010. Dit geldt met name voor verzekeraars met een groot marktaandeel in de instelling.
- *Aanpassing tarieven*. Het merendeel van de verzekeraars geeft aan dat de tarieven met terugwerkende kracht worden aangepast met een gelijk percentage voor alle prestaties als het plafond/de lumpsum bereikt is. Het is ook mogelijk dat er opnieuw wordt onderhandeld over volumes en de bijbehorende prijsafpraak, bijvoorbeeld bij veranderende patiëntenstromen met een duidelijke oorzaak.
- *Marktaandelen*. Plafond/lumpsumafspraken zijn gebaseerd op marktaandelen van verzekeraars bij een zorgaanbieder. De verzekeraar bepaalt de manier waarop de marktaandelen worden berekend; de zorgaanbieder stelt de marktaandelen vast. Als de verzekeraar een sterk afwijkend marktaandeel heeft berekend, wordt hierover overlegd. Zoals eerder genoemd is dit een punt van onderhandeling, omdat bij de start van de onderhandelingen de marktaandelen alleen bekend zijn over de voorgaande periode. Veelal wordt als basis een historisch (bijvoorbeeld 2010) marktaandeel genomen. Na afloop van 2012 wordt het gerealiseerde marktaandeel vastgesteld.
- *TNF-alfaremmers*. De naar het ziekenhuis overgeheveld geneesmiddelengroep TNF-alfaremmers worden apart benoemd en hier wordt door de meeste verzekeraars op nagecalculeerd.

#### *Opbouw plafond/lumpsumafspraken*

Plafond/lumpsumafspraken gelden voor het jaar (2012) waarin de DBC-zorgproducten zijn geopend; het schadelastjaar. De afgesproken lumpsummen/plafonds zijn meestal opgebouwd uit de volgende losse componenten:

- Oud A- en oud B-segment; afzonderlijke bedragen voor de segmenten. Met oud A en oud B wordt bedoeld: wat in 2011 A- en B-segment was. Soms zit het honorarium voor specialisten in loondienst in deze segmenten inbegrepen, anders wordt het los benoemd. Wanneer substitutie tussen het oude A- en het oude B-segment toegestaan is, is dit 5-10% van het oud B.
- Honorariumplafond; de NZa geeft per instelling een honorariumplafond af; de verzekeraars betalen het percentage van het plafond dat hun marktaandeel vertegenwoordigt.

---

• Wachttijd diagnostiek/indicatiestelling: 80 % binnen 3 weken, maximaal 4 weken

<sup>3</sup> ZiZo staat voor Zichtbare Zorg, meer informatie over de door ZiZo opgestelde kwaliteitsindicatoren staat op [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)

- Schaduwbudget; in overleg met de twee of drie representerende verzekeraars wordt op basis van het A-segment 2011 het schaduwbudget bepaald en aangevraagd bij de NZa. Het budget dat hieruit volgt wordt onderverdeeld op basis van marktaandeel.
- TNF-alfaremmers; in sommige contracten is het bedrag voor TNF-alfaremmers vastgesteld, in andere contracten wordt het nog bepaald aan de hand van de productie in het eerste kwartaal. Sommige verzekeraars nemen Dure- en Weesgeneesmiddelen (voor zeldzame ziekten) ook nog als losse component op.

Daarnaast worden specifieke vormen van zorg soms los benoemd en vergoed, zoals kaakchirurgie, brandwondenzorg, intensivisten (intensive care zorg) of bariatric (zorg rondom obesitas).

De grotere verzekeraars hebben ook de aanvraag voor groeirimte (mutatiekader) opgenomen in hun contract en meegenomen in de prijsafpraak.

#### *Selectieve inkoop*

Met de verdere afbouw van de ex-post risicoverevening, en dus de toenemende risicodragendheid van verzekeraars, was de verwachting dat in 2012 selectieve contractering zou toenemen. Daarnaast staat in het BHA dat de selectieve inkoop in 2012 sterk uitgebreid moet worden.

Bepaalde vormen van zorg worden extra gecontracteerd bij 'voorkeursaanbieders' en sommige vormen van zorg worden expliciet uitgesloten in de contractering. Ziekenhuizen kunnen voorkeursaanbieder zijn voor hernia's, amandelen, heup- en knie vervangingen, CVA's (beroerte) en colorectaal carcinoma (dikke darmkanker). De kwaliteitsindicatoren hiervoor zijn gebaseerd op ZiZo richtlijnen.

Als een ziekenhuis geen voorkeursaanbieder is, betekent dit niet dat dit ziekenhuis bepaalde vormen van zorg niet mag aanbieden. Het uitsluiten van vormen van zorg gebeurt vooral aan de hand van de volumennormen die een aantal wetenschappelijke verenigingen vorig jaar heeft opgesteld. Bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Urologen en de Nederlandse Vereniging van Heelkunde. Hierbij valt te denken aan de volgende aandoeningen; slokdarm-, alvleesklier-, lever-, long- en blaaskanker en abdominale (buik) aorta-aneurysma.

Eén inkoopcombinatie contracteert slechts enkele ziekenhuizen voor specifieke vormen van zorg, zoals Real Time Continue Glucosemonitoring (RT-CGM), transcatheter aortaklepvervanging (TAVI), CVA ketenzorg en monitoring bij chronisch hartfalen.

#### *Kwaliteit*

Voor wat betreft de kwaliteitsafspraken gelden voornamelijk de algemene kwaliteitseisen, zoals het hebben van een veiligheidsmanagement systeem, een NIAZ-accreditatie en een BIG-registratie van de werkzame specialisten.

De zorginhoudelijke kwaliteitseisen hebben vaak een relatie met de bestaande ZiZo indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Een enkele keer wordt er op ziekenhuisspecifieke kenmerken ingegaan, zoals patiëntloyaliteit of het opstellen van verbeterplannen aan de hand van risicoanalyses bij bepaalde aandoeningen.

Sommige verzekeraars eisen van ZBC's meer veiligheids- en kwaliteitseisen, zoals een samenwerkingsafpraak met een nabijgelegen ziekenhuis, het ZKN-keurmerk en 7x24 uur telefonische bereikbaarheid.

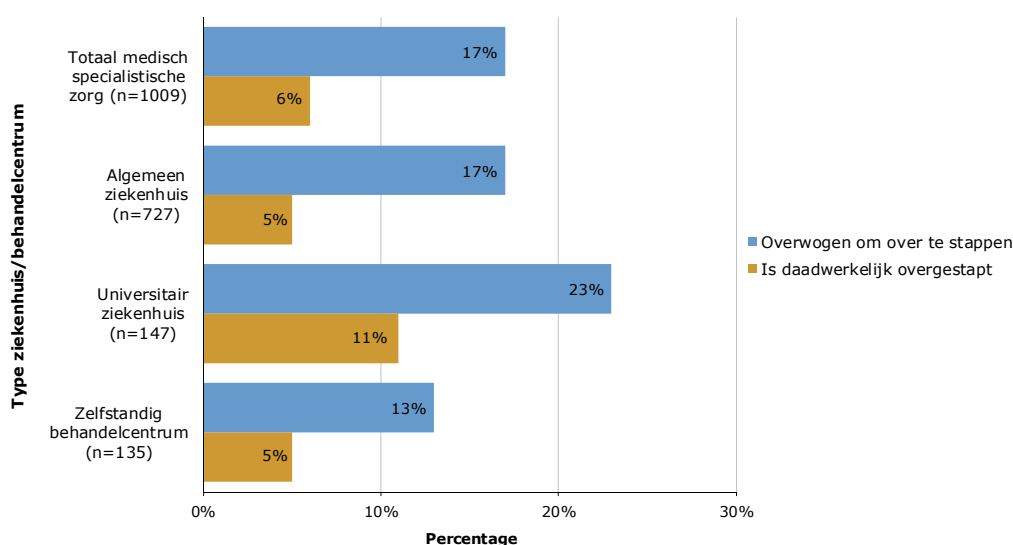


## 4.4 Overstappedrag zorgconsument

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. Overstapdrempels beperken de keuzevrijheid van de zorgconsument, het toetreden van nieuwe zorgaanbieders en de dynamiek tussen concurrerende aanbieders.

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

**Figuur 4.6: Overstappen per type zorgaanbieder**



Bron: Motivaction

Uit figuur 4.6 blijkt dat 17% van de respondenten heeft overwogen om over te stappen (n=1009). Dit percentage ligt iets hoger bij de universitaire ziekenhuizen (UMC's), namelijk 23% en iets lager bij de Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's), namelijk 13%. Van alle respondenten is 6% daadwerkelijk overgestapt. Het aantal overstappers bij de UMC's ligt met 11% een stuk hoger.

Respondenten konden aangeven waarom zij behoefte hadden om over te stappen en welke van deze overwegingen het zwaarst wogen. Tabel 4.1 toont de top 3 van overwegingen om over te stappen.

**Tabel 4.1. Top 3 overwegingen om over te stappen (n=168)**

	Medisch specialistische zorg
Nummer 1	Ontevredenheid zorgverlening
Nummer 2	Lange wachttijden
Nummer 3	Ontevredenheid service

Bron: Motivaction

Dat mensen toch niet overstappen, komt met name omdat ze het als 'teveel gedoe' ervaren, omdat het huidige ziekenhuis of ZBC de voorgeschiedenis van de respondent kent of omdat de respondent niet van tevoren weet of hij/zij beter af is bij een ander ziekenhuis of ZBC. Dit blijkt uit tabel 4.2.

**Tabel 4.2. Redenen waarom consumenten toch niet zijn overgestapt**

	<b>Totaal medisch specialistische zorg (n=108)</b>
Teveel gedoe	21%
Ziekenhuis/behandelcentrum kent mijn voorgeschiedenis	20%
Weet niet of ik beter af ben in ander ziekenhuis/ behandelcentrum	17%

Bron: Motivaction

## 4.5 Signalen

Het aantal signalen over (misstanden in) de zorginkoop is beperkt. In 2011 en 2012 zijn er in twee formele klachten binnengekomen over (mogelijke) misbruik van inkoopmacht van een zorgverzekeraar. Beide signalen waren afkomstig van een ZBC. Een van de signalen heeft geleid tot een uitspraak door de NZa (te vinden op de NZa website). Het andere signaal is na een overleg met de betrokken ZBC ingetrokken.



## 5. Kwaliteit

Dit hoofdstuk gaat in op de eerste van de drie genoemde publieke belangen: de kwaliteit van de zorg. Hierbij zijn de volgende aspecten te onderscheiden:

- de daadwerkelijke kwaliteit van zorg, waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt;
- de 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

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening. De IGZ is verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van zorg. Zij oefent toezicht uit 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 de IGZ samen met het veld indicatoren ontwikkeld, die de ziekenhuizen jaarlijks invullen. Ook faciliteert zij de verschillende spelers in de zorg om de kwaliteit van zorg transparanter te maken. 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".

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.<sup>1</sup>

In 2011 hebben er vier ziekenhuizen onder verscherpt toezicht gestaan bij de IGZ. Momenteel staan er twee ziekenhuis onder verscherpt toezicht bij de IGZ.

### 5.2.2 Kwaliteitskeurmerken

Een indicator die iets zegt over een waarborg voor het leveren van kwalitatief goede zorg betreft keurmerken. Er zijn verschillende kwaliteitskeurmerken en certificaten die zorgaanbieders kunnen behalen als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Tabel 5.1 geeft een overzicht van keurmerken en certificaten<sup>2</sup>, met daarachter het aantal zorgaanbieders dat over het betreffende keurmerk beschikt. Allereerst noemen we een aantal ziekenhuisbrede keurmerken, daarna afdelingsspecifieke HKZ-keurmerken. 89 ziekenhuizen hebben in 2011 het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) voor de medisch specialistische zorg ingevuld. In bijlage 1 is een toelichting op de keurmerken opgenomen.

---

<sup>1</sup> IGZ, IGZ-handhavingkader, *Richtlijn voor transparante handhaving*, Den Haag, 12 december 2008, p. 16

<sup>2</sup> De hier opgenomen keurmerken en certificaten zijn de meest voorkomende keurmerken en certificaten. Het betreft geen limitatieve lijst.

**Tabel 5.1 Soort keurmerken/certificaten**

Soort keurmerk/certificaat	2011
ISO 9001	3
NIAZ geaccrediteerd	63
NIAZ accreditatie loopt nog	17
GMP-z	21
HKZ	69
Afdeling dialyse	55
Afdeling radiotherapie	6
Afdeling revalidatie	8

Bron: DigiMV, [www.HKZ.nl](http://www.HKZ.nl)

**Tabel 5.2 Aantal keurmerken/certificaten**

Aantal keurmerken/certificaten	2011
1 certificaat	22
2 certificaat	7
3 certificaat	2
4 certificaat	4
5 certificaat	5
6 of meer certificaten	26
niks ingevuld	23
Totaal	89

Bron: DigiMV

Tabel 5.2 geeft het aantal keurmerken/certificaten per ziekenhuis weer. De tabel is gebaseerd op het DigiMV. Een groot aantal keurmerken/certificaten is afdelingsspecifiek en het gaat te ver om ze allemaal te benoemen.

## 5.2 Transparantie van zorg

### 5.2.1 Zichtbare zorg (ZiZo) indicatoren

Het programma Zichtbare Zorg (onderdeel van IGZ) heeft over verslagjaar 2011 voor 41 aandoeningen kwaliteitsinformatie uitgevraagd. Voor 29<sup>3</sup> van deze aandoeningen moeten de indicatorensets verplicht worden aangeleverd voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Over verslagjaar 2011 zijn 14 nieuwe indicatorensets (over andere aandoeningen) voor de eerste keer uitgevraagd. Tijdens het eerste uitvraagjaar is aanleveren nog niet verplicht; deze indicatorensets worden na de aanlevering eerst geëvalueerd. Wanneer deze indicatorensets zijn goedgekeurd door de betreffende werkgroepen, worden ze openbaar beschikbaar gesteld via het Openbaar Databestand van Zichtbare Zorg. Voor 3 aandoeningen is door ZiZo besloten dat de gegevens niet openbaar beschikbaar worden gesteld. In dit overzicht wordt dan ook gesproken over 40 indicatorensets: 26 verplicht en 14 niet wettelijk verplicht.

Voor elke aandoening is een aantal indicatoren (structuur-, proces- en uitkomstindicatoren) geformuleerd die gezamenlijk een beeld moeten geven van de kwaliteit van zorg voor deze aandoening. Een indicator is een meetbaar aspect en geeft een aanwijzing over de kwaliteit van de zorg (Campbell, 2002)<sup>4</sup>. 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 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.

---

<sup>3</sup> Hierbinnen is voor 3 aandoeningen geen zorginhoudelijke informatie uitgevraagd, uitsluitend klantpreferentiegegevens. Deze aandoeningen zijn niet opgenomen in het overzicht.

<sup>4</sup> 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.



**Tabel 5.3 Per aandoening het aantal structuur-, en proces- en uitkomstindicatoren**

Aandoening	Structuur	Proces	Uitkomst
<b>Wettelijk verplichte indicatoren 2012</b>			
Baarmoederhalsafwijkingen	0	3	1
Benigne Prostaat Hyperplasie	0	4	2
Blaascarcinoom	2	1	0
Carpaletunnelsyndroom	0	3	1
Cataract	2	6	0
Ch. beh. van lage rug hernia en stenose	1	2	1
Chronische belemmering bloedstroom been	1	1	0
Constitutioneel eczeem	4	2	0
Cystic Fibrosis	2	2	2
Dementie	2	0	0
HIV/AIDS	0	3	1
In opzet curatieve behandeling prostaatcarcinoom	1	2	1
Liesbreukoperaties	1	4	0
Longcarcinoom	2	4	0
Maagcarcinoom	2	3	2
Maligne Lymfoom: Diffuus grootcellig B-cel lymfoom (DLBCL)	4	1	0
Mammacarcinoom	1	3	2
Meniscus en Voorste Kruisband	2	3	1
Migraine	1	1	0
Nierstenen	0	3	3
Operatieve ingrepen bij stressincontinentie bij de vrouw	1	3	0
Osteoporose	0	1	0
Psoriasis	1	5	0
Reumatoïde Artritis	2	1	0
Varices	1	3	0
Ziekten van Adenoid en Tonsillen	1	3	2
Subtotaal	34	67	19
% t.o.v. totaal verplichte indicatoren	28%	56%	16%

**Tabel 5.4 Per aandoening het aantal structuur-, en proces- en uitkomstindicatoren**

Aandoening	Structuur	Proces	Uitkomst
<b>Niet wettelijk verplichte indicatoren 2012</b>			
Bariatrische chirurgie	2	2	4
Beroerte	2	5	0
Colorectaal carcinoom	1	8	1
Diabetes	3	5	2
Dialyse bij nierziekten	2	5	0
Galblaasverwijdering	1	4	1
Heupvervanging	8	6	0
Knievervanging	8	6	0
Lage rug spondylodese	1	0	0
Maculadegeneratie	1	2	0
Melanoom van de huid	2	0	0
Obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) bij volwassenen	1	1	0
Ruggenmergstimulatie bij Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)	3	2	0
Zwangerschap & Bevalling	2	1	1
Subtotaal	37	47	9
% t.o.v. totaal niet-verplichte indicatoren	40%	41%	10%
Totaal	71	114	28
% t.o.v. totaal	33%	54%	13%

Bron: Zichtbare Zorg, 2012

Van de wettelijk verplichte indicatorensets bevatten 12 sets uitkomstindicatoren, de overige 17 sets bevatten geen uitkomstindicatoren. Van de niet-wettelijk verplichte indicatorensets bevatten 5 sets uitkomstindicatoren, de overige 9 sets bevatten geen uitkomstindicatoren. In totaal bevatten 14 van de 43 indicatorensets geen uitkomstindicatoren.

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.

Verder zijn patiëntkenmerken vaak van invloed op uitkomstindicatoren, wat een casemix (mix van 'lichtere' en 'zwaardere' patiënten) noodzakelijk maakt. Binnen de indicatorensets van de sector ziekenhuizen is het nu niet mogelijk om een casemix uit te voeren, omdat een indicator opgebouwd is uit een 'teller' en een 'noemer' en deze door elkaar worden gedeeld, waarmee een percentage wordt verkregen. De teller wordt gevuld door bijvoorbeeld 'het aantal patiënten, dat...!', en de noemer door 'het totaal aantal patiënten, dat...!'. Hierdoor kan niet voor patiëntkenmerken gecorrigeerd worden. De ontwikkelwerkgroepen zijn daarom terughoudend met

uitkomstindicatoren. Wel heeft de sector Ziekenhuizen de sets in het afgelopen jaar doorontwikkeld.

Voor de verplichte aandoeningen hebben alle 93 ziekenhuizen en 65 ZBC's gegevens aangeleverd over verslagjaar 2011. Van de niet-verplichte aandoeningen hebben 89 ziekenhuizen en 26 ZBC's gegevens aangeleverd over verslagjaar 2011. Uiteraard leveren alleen die ziekenhuizen en ZBC's aan die de betreffende aandoeningen behandelen.

ZiZo heeft de kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren op vier dimensies beoordeeld:

- validiteit;
- betrouwbaarheid van het registratieproces;
- statistische betrouwbaarheid van het vergelijken van de indicatorwaarden;
- populatievergelijkbaarheid: invloed van versturende factoren.

De beoordeling<sup>5</sup> op bovenstaande dimensies voor de indicatoren binnen de 40 aandoeningen laat zien dat de indicatoren over het algemeen valide zijn. Voor bijna alle indicatoren geldt dat de populatievergelijkbaarheid goed is. Dit ligt voor de hand omdat voornamelijk voor uitkomstindicatoren de populatievergelijkbaarheid een rol speelt in de vergelijking tussen instellingen; voor structuur- en procesindicatoren ligt dit niet voor de hand.

De statistische betrouwbaarheid is slechts voor een aantal indicatoren groen. Dit is voornamelijk afhankelijk van het voorkomen van de aandoening. Als het aantal patiënten laag is, is het niet mogelijk om betrouwbaar instellingen te vergelijken met het landelijk gemiddelde. De betrouwbaarheid van het registratieproces is voor de 'noemers' veelal goed. Voor de 'tellers' geldt dat in een aantal gevallen niet aan alle belangrijke voorwaarden voor het inrichten van het registratieproces is voldaan; die tellers krijgen een 'oranje' score.

De NZa bevordert met concrete acties de transparantie in de zorg. Waar nodig zet de NZa actief haar bevoegdheden in. Hierbij is het werk van de NZa aanvullend en versterkend op het werk dat de IGZ (middels ZiZo) 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 en het richtsnoer informatieverstrekking zorgaanbieders gepubliceerd. Dit concretiseert de benodigde informatieverstrekking en geeft aan wat misleiding is.

---

<sup>5</sup> [Leeswijzer signaalvlaggen – verslagjaar 2010](#), [Toelichting signaalvlaggen Zichtbare Zorg ziekenhuizen](#), [Leeswijzer signaalvlag statistisch betrouwbaar onderscheiden](#)

## 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.

**Tabel 5.5 Hoe bij ziekenhuis/ZBC terechtgekomen<sup>6</sup>**

	Totaal medisch specialistische zorg (n=1009)	Algemeen ziekenhuis (n=727)	Universitair ziekenhuis (n=147)	Zelfstandig behandelcentrum (n=135)
Zelf gekozen	35%	31%	41%	50%
Op advies van huisarts/specialist, geen bewuste keuze gemaakt	34%	32%	38%	40%
Kom er al vanaf jongs af aan	14%	17%	9%	2%

Bron: Motivaction

Uit tabel 5.5 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.

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 5.6 staan de vijf belangrijkste informatiebronnen. Ook al kan de locatie/licging niet direct als informatiebron gezien worden – het is meer een overwegingsfactor – toch gaf een groot gedeelte van de respondenten aan dat dit aspect een rol heeft gespeeld. Dit is ook terug te vinden in tabel 5.7, waarin de top drie van overwegingen weergegeven wordt.

**Tabel 5.6 Informatie die een rol heeft gespeeld bij keuze voor een ziekenhuis/ZBC**

	Totaal medisch specialistische zorg (n=1009)	Algemeen ziekenhuis (n=727)	Universitair ziekenhuis (n=147)	Zelfstandig behandelcentrum (n=135)
Op advies van huisarts/specialist	43%	43%	45%	43%
Eigen ervaring met instelling	29%	32%	22%	15%
Advies/ervaring uit omgeving	15%	10%	23%	36%
Locatie/licging	11%	14%	4%	2%
Informatie op het internet	6%	3%	9%	22%

Bron: Motivaction

Uit tabel 5.6 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 internet een belangrijke bron van informatie te zijn.

<sup>6</sup> 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. De uitkomsten staan in tabel 5.7.

De locatie/licging en de aanwezigheid van bepaalde specialisten of een bepaald type behandeling blijken belangrijke punten van overweging te zijn. Bij de keuze voor een ZBC is de locatie/licging minder bepalend; er wordt meer gekeken naar de specialisten en het type behandeling, maar ook naar de wachttijd en de vergoeding van de kosten door de zorgverzekeraar. De prijs en de terugbetaling van het eigen risico door de zorgverzekeraar spelen, behalve bij de ZBC's, een zeer kleine rol bij de keuze voor een zorgaanbieder.

**Tabel 5.7 overwegingen bij keuze voor ziekenhuis/ZBC**

	Totaal medisch specialistische zorg	Algemeen ziekenhuis	Universitair ziekenhuis	Zelfstandig behandelcentrum
Locatie/licging	56%	66%	35%	26%
Aanwezigheid specialisten/type behandeling	33%	25%	52%	52%
Kwaliteit van de zorg	32%	28%	39%	44%
Beperkte wachttijd	22%	22%	15%	34%
Vriendelijkheid behandelaar/personeel	18%	18%	17%	18%
Uitstraling	12%	12%	13%	10%
Vergoeding kosten door zorgverzekeraar	9%	7%	8%	18%
Nieuwe apparatuur/technieken	7%	6%	6%	14%
Partner zat er al	3%	3%	2%	4%
Prijs	2%	1%	3%	8%
Terugbetalen eigen risico door zorgverzekeraar	1%	1%	2%	3%
Op advies van huisarts/specialist	1%	1%	1%	-
Eigen ervaring met instelling	1%	-	2%	-
Advies/ervaring uit omgeving	0%	-	1%	1%
Ken iemand die er werkt/werk er zelf	0%	-	1%	-
Overig	1%	1%	5%	2%
Geen van deze	7%	8%	4%	5%
<b>Aantal respondenten</b>	<b>903</b>	<b>647</b>	<b>133</b>	<b>124</b>

\*Antwoorden van respondenten die aangeven zelf te kunnen kiezen voor een ziekenhuis/ZBC (meer antwoorden mogelijk)

Bron: Motivation

Tabel 5.8 toont de top 3 van overwegingen bij de keuze voor een ziekenhuis of ZBC. De locatie/licging en de aanwezigheid van bepaalde specialisten of een bepaald type behandeling blijken belangrijke punten van overweging te zijn. Bij de keuze voor een ZBC is de locatie/licging minder bepalend en wordt er meer gekeken naar de specialisten en het type behandeling, maar ook naar de wachttijd en de vergoeding van de kosten door de zorgverzekeraar.

**Tabel 5.8 Top 3 overwegingen bij keuze voor ziekenhuis/ZBC\***

	Totaal medisch specialistische zorg (n=841)	Algemeen ziekenhuis (n=597)	Universitair ziekenhuis (n=128)	Zelfstandig behandelcentrum (n=118)
Nummer 1	Locatie/licging	Locatie/licging	Aanwezigheid specialisten/ type behandeling	Aanwezigheid specialisten/ type behandeling
Nummer 2	Aanwezigheid specialisten/ type behandeling	Aanwezigheid specialisten/ type behandeling	Kwaliteit zorg	Kwaliteit zorg
Nummer 3	Kwaliteit zorg	Kwaliteit zorg	Locatie/licging	Wachttijd en vergoeding kosten zorgverzekeraar

Bron: Motivaction

\*De top 3 is gebaseerd op de respondenten die één of meer overwegingen hebben genoemd bij de keuze voor een ziekenhuis/ZBC. Een overweging kan door veel respondenten genoemd worden, maar als respondenten wordt gevraagd om een ranking aan te brengen dan is de volgorde van belangrijkheid pas te zien.

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 5.9 Beschikbaarheid keuze-informatie (n=913)**

	Totaal medisch specialistische zorg (n=841)
(Ruim) voldoende	67%
Niet voldoende, niet onvoldoende	11%
(Ruim) onvoldoende	9%
Niet van toepassing	13%

Bron: Motivaction

Tabel 5.9 laat zien dat 67% van de respondenten aangeeft over voldoende informatie te beschikken om een goede keuze te maken.

Aan respondenten is ook gevraagd of zij bij hun keuze meerdere ziekenhuizen en ZBC's met elkaar hebben vergeleken.

**Tabel 5.10 Vergelijking van ziekenhuis/ZBC**

	Totaal medisch specialistische zorg (n=903)	Algemeen ziekenhuis (n=647)	Universitair ziekenhuis (n=133)	ZBC (n=124)
Organisaties niet vergeleken	75%	80%	63%	60%
Organisaties wel vergeleken	21%	16%	31%	39%
Weet niet	4%	4%	5%	1%

Bron: Motivaction

In totaal heeft 21% 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 hebben, geven in nog grotere mate (bijna 80%) 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 5.11 Redenen zorgaanbieders niet vergeleken**

	Totaal medisch specialistische zorg (n=903)
Geen behoefte aan/geen reden toe	51%
Werd doorverwezen	27%
Kom er al van jongs af aan	18%
Als huisarts of specialist het regelt kan ik sneller terecht	16%

Bron: Motivaction

Zoals tabel 5.11 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 95% terecht bij het ziekenhuis of het ZBC van de eerste keuze. Verder gaf 41% van de respondenten die niet buiten kantoortijden terecht kon aan, dat zij dit wel graag zouden willen.





## 6. Toegankelijkheid

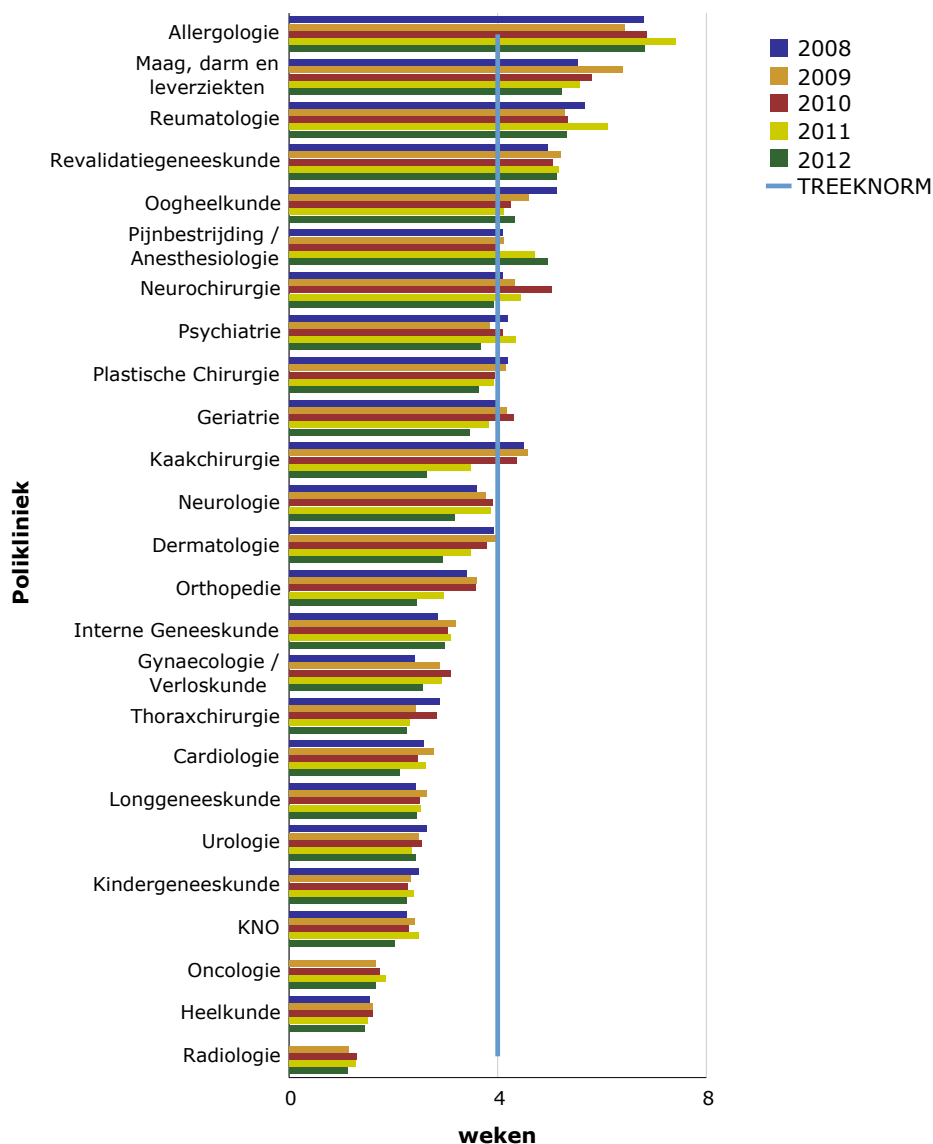
Toegankelijkheid van zorg is een van de drie consumentenbelangen die de NZa centraal stelt in haar beleid. Wachtijdinformatie is een van de manieren om de toegankelijkheid van de zorg te monitoren. Er worden drie vormen van wachttijden geregistreerd:

- Wachtijd polikliniek: het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek, tot het moment dat de patiënt terecht kan.
- Wachtijd 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.
- Wachtijd 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.

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.

## 6.1 Wachtijdontwikkeling polikliniek

**Figuur 6.1** wachtijdontwikkeling polikliniek



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

Figuur 6.1 bevat de landelijk gemiddelde wachttijden polikliniek per poortspecialisme. De cijfers van 2012 zijn gebaseerd op data tot en met oktober en moeten daarom enigszins voorzichtig geïnterpreteerd worden.

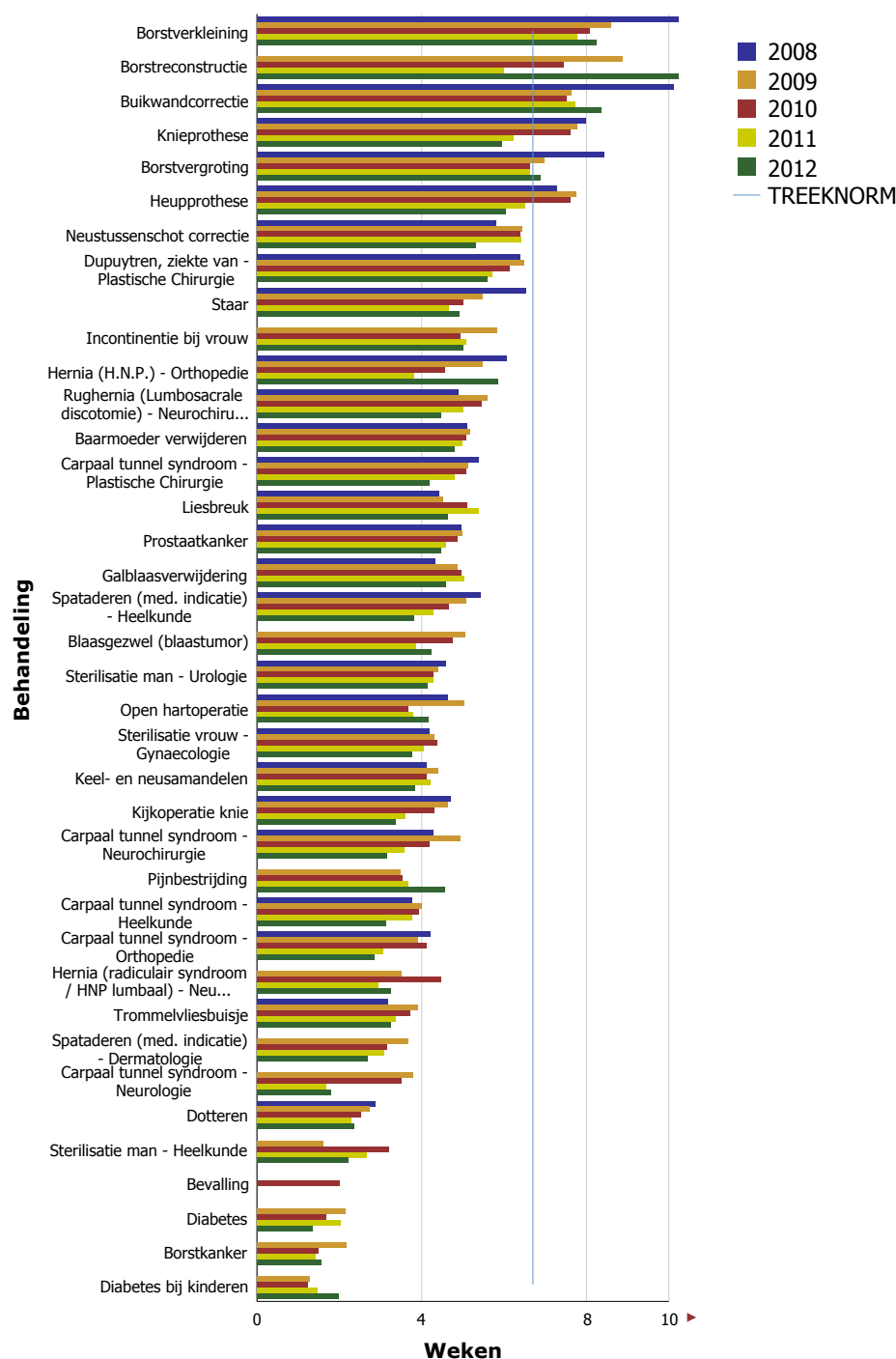
In 2012 zijn er drie specialismen die een stijging van de gemiddelde wachttijd laten zien ten opzichte van 2011. Van dit drietal zaten er in 2011 al twee boven de Treeknorm, te weten pijnbestrijding/anesthesiologie en oogheelkunde.

In 2012 scoren zes specialismen een gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm. Dit is een verbetering in vergelijking met 2011, toen acht specialismen boven deze norm zaten.

Van de negentien specialismen die in 2012 onder de Treeknorm scoren, laat er één een stijging van de wachttijd zien, maar niet zodanig dat deze in de buurt van de Treeknorm komt. De overige specialismen hebben een vergelijkbare wachttijd aan 2011 of laten een daling zien.

## 6.2 Wachtijdontwikkeling behandeling

Figuur 6.2 wachttijdontwikkeling behandeling



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

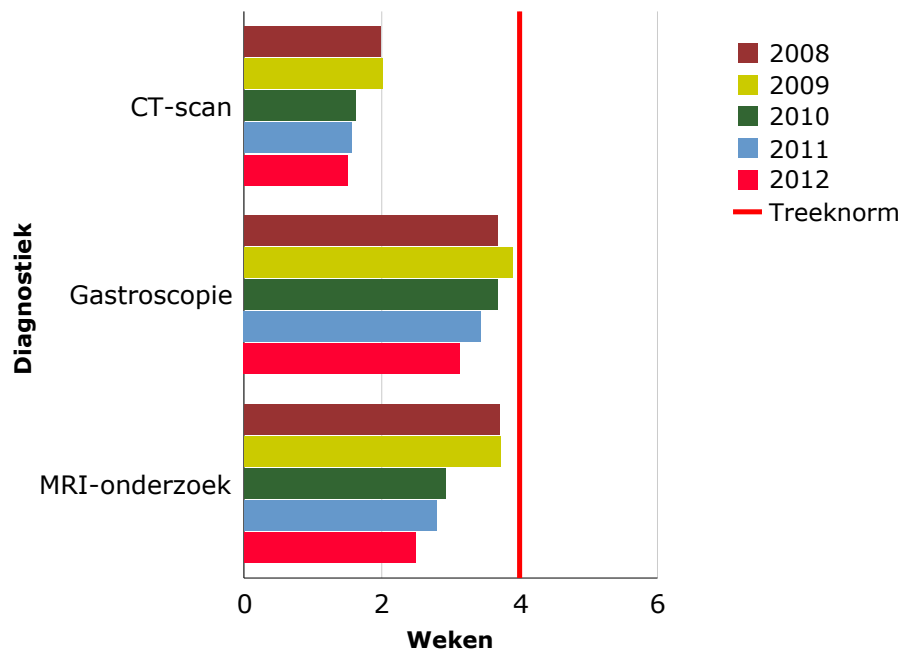
Figuur 6.2 laat de landelijk gemiddelde wachttijd zien voor die behandelingen waarvan de registratie van wachttijden verplicht is. De 2012 cijfers zijn gebaseerd op data tot en met oktober en moeten daarom enigszins voorzichtig geïnterpreteerd worden.

In 2011 komt de wachttijd bij twee behandelingen boven de Treeknorm uit. In 2012 neemt dit aantal toe tot vier. Naast borstverkleining en buikwandcorrectie - in 2011 al boven de Treeknorm - scoren ook borstreconstructie en borstvergroting in 2012 boven deze norm.

Tussen 2011 en 2012 zijn er meer behandelingen waarbij de wachttijd daalt dan stijgt (23 versus 14). Bij hernia (orthopedie) en pijnbestrijding stijgt de wachttijd fors, al scoren beide nog wel onder de Treeknorm.

## 6.3 Wachtijdontwikkeling diagnostiek

**Figuur 6.3** wachtijdontwikkeling diagnostiek



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

Figuur 6.3 toont de landelijk gemiddelde wachttijden voor verschillende vormen van diagnostiek. De 2012 cijfers zijn gebaseerd op data tot en met oktober en moeten daarom enigszins voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Alle vormen van diagnostiek laten sinds 2009 een daling van de wachttijden zien. Vooral tussen 2009 en 2010 is de daling significant. Voor geen van de vormen van diagnostiek geldt dat de Treeknorm overschreden wordt.

## 6.4 Wachttijden vanuit de zorgconsument

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd om via zijn consumentenpanel onderzoek te doen naar de wachttijden voor patiënten. Er is gevraagd naar de daadwerkelijk wachttijden en naar de acceptabel geachte wachttijden voor een afspraak in een ziekenhuis/ZBC.

**Tabel 6.1: Acceptabele wachttijd voor een afspraak in een ziekenhuis/ZBC (n=953)**

	Max. acceptabele wachttijd (cumulatief)	Max. acceptabele wachttijd (cumulatief %)
< 2 weken	953	100%
< 4 weken	536	56%
< 6 weken	77	8%
< 8 weken	17	2%
> 8 weken	4	0%

Bron: Motivaction

Uit tabel 6.1 blijkt dat ongeveer de helft van de respondenten een wachttijd van korter dan vier weken acceptabel vindt.

**Tabel 6.2: Werkelijke wachttijd voor een afspraak in een ziekenhuis/ZBC (n=907)**

	Werkelijke wachttijd (cumulatief)	Werkelijke wachttijd (cumulatief %)
< 1 week	141	16%
< 2 weken	559	62%
< 4 weken	757	83%
< 6 weken	836	92%
< 8 weken	864	95%
Totaal	907	100%

Bron: Motivaction

Tabel 6.2 geeft aan dat meer dan 80% van de respondenten ook daadwerkelijk binnen vier weken terecht kon voor een afspraak.

Bovenstaande uitkomsten gelden voor de algemene ziekenhuizen, de UMC's en de ZBC's.

**Tabel 6.3: Gebruikmaking van wachttijdbemiddeling**

	Totaal medisch specialistische zorg (n=964)
Ja	3%
Nee	84%
Wist niet dat dit kon	13%

Bron: Motivaction

Om zo snel mogelijk zorg te ontvangen, kan de zorgconsument gebruikmaken van wachttijdbemiddeling door de zorgverzekeraar. Tabel 6.3 laat zien dat 3% van de respondenten dit daadwerkelijk heeft gedaan.



## 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. Het hoofdstuk sluit af met de patiëntgroepen analyse.

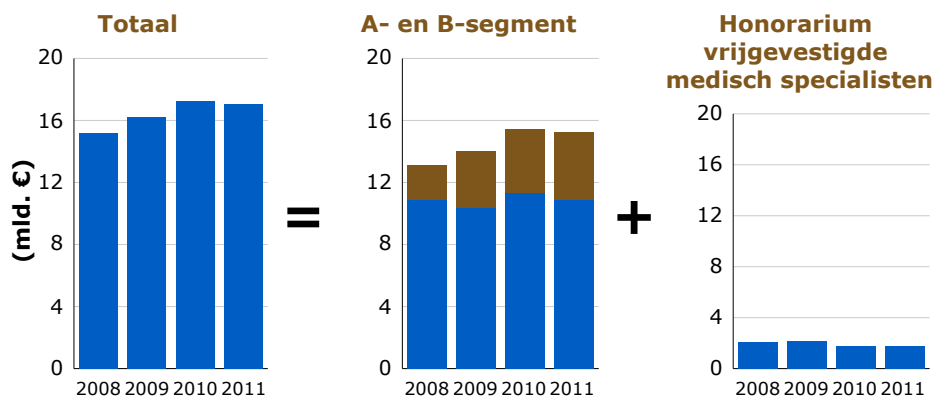
In tegenstelling tot eerdere jaren bevat dit hoofdstuk geen gegevens over de prijsontwikkeling in het B-segment. In 2012 is de DBC-productstructuur vervangen door de DOT-structuur. De eerstgenoemde structuur had ongeveer 30.000 producten, de laatste bevat ongeveer 4.000 producten. Gekoppeld aan het feit dat er geen 1-op-1 relatie is tussen DBC- en DOT-producten, kunnen er geen prijsvergelijkingen tussen 2011 en 2012 gemaakt worden.

## 7.1 Omzetontwikkeling

Voor de analyses in 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 2011 uit te splitsen in een A-segment (gereguleerd via budgetten) en een B-segment (vrij onderhandelbare tarieven). Voor het eerst is in deze marktscan ook een schatting opgenomen van de honoraria voor vrijgevestigd medisch specialisten.

In de periode 2008-2011 is het B-segment tweemaal uitgebreid: in 2008 met circa 10% en in 2009 met circa 11%. Dit betekent dat er een overheveling heeft plaatsgevonden. De methodiek voor het schonen van het A-segment verschilt tussen de twee jaren. In 2008 heeft de NZa de schoningsprijzen en schoningsvolumes vastgesteld. In 2009 was er sprake van onderhandelingsvrijheid voor de aanbieders en verzekeraars. De afzonderlijke uitbreidingen zijn vanuit de beschikbare gegevens niet goed uit elkaar te trekken. Daarom wordt met name een vergelijking van de totale kosten van het A- en B-segment gemaakt.

**Figuur 7.1 Omzetontwikkeling**



Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's en NZa gegevensvraag 2010 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten

Figuur 7.1 toont de omzetontwikkeling van de algemene ziekenhuizen en de UMC's samen. De omzet is onderverdeeld in A-segment, B-segment en het honorarium voor vrijgevestigd medisch specialisten. De budgetkortingen die de afgelopen 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.

**Tabel 7.1 Omzetontwikkeling (mld. €)**

	2008	2009	2010	2011
A-segment	10,86	10,42	11,35	10,93
B-segment	2,25	3,61	4,11	4,33
A+B-segment	13,11	14,03	15,45	15,26
Honorarium vrijgevestigde specialisten	2,05	2,18	1,77	1,77
Totaal	15,16	16,21	17,22	17,03

Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's en NZa gegevensvraag 2010 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten



**Tabel 7.2 Omzetontwikkeling (gecorrigeerd, mld. €)**

	2008	2009	2010	2011
A-segment	10,86	10,42	10,64	10,93
B-segment	2,25	3,61	4,11	4,33
A+B-segment	13,11	14,03	14,75	15,26
Honorarium vrijgevestigde specialisten	2,05	2,18	1,77	1,77
Totaal	15,16	16,21	16,52	17,03

Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's en NZa gegevensvraag 2010 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten

**Tabel 7.3 Omzetontwikkeling (%)**

	2008 - 2009	2009 - 2010	2010 - 2011
A-segment	-4,1	2,2	2,7
B-segment	60,6	13,7	5,4
A+B-segment	7,0	5,1	3,4
Honorarium vrijgevestigde specialisten	6,3	-18,7	0,1
Totaal	6,9	1,9	3,1

Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's en NZa gegevensvraag 2010 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten

Tabel 7.1 toont opnieuw de omzetontwikkeling. In 2010 ontvingen de ziekenhuizen een eenmalige vergoeding voor de immateriële vaste activa (hierna: IVA). De ziekenhuizen hebben voor ongeveer 700 miljoen euro aan IVA aangevraagd. In tabel 7.2 is de vergoeding voor IVA uit de A-segment omzet gehaald. Door deze correctie kan groei over de loop van de jaren beter vergeleken worden. De structurele groeicijfers (gebaseerd op tabel 7.2) zijn in tabel 7.3 opgenomen.

De (gecorrigeerde) omzet groei voor 2010-2011 is voor zowel het A- als het B-segment beperkt. De groei van A+B-segment samen is 3,4%. Dit is lager dan de groei in voorgaande jaren.

Om tot een inschatting van de totale kosten 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 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten' is het aandeel 'vrijgevestigd honorarium' in de totale honoraria 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. In tabel 7.3 is het effect van de kortingen op de honoraria in 2010 duidelijk 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 2011 komt het honorarium voor de vrijgevestigd medisch specialisten uit op ongeveer € 1,77 miljard. Het totaal honorarium bedrag 2012 uit het convenant van de honoraria van de vrijgevestigd is € 2,021 miljard. Het grootste deel van het verschil tussen de € 1,77 miljard en de € 2,021 miljard wordt verklaard door de honoraria van de 'overige zorgproducten'. Meer informatie over de totale honoraria is te vinden in paragraaf 7.3.1.

De totale omzetontwikkeling is in 2010-2011 een stuk hoger dan in 2009-2010. Voor het grootste deel komt dit door de dalende honoraria voor de vrijgevestigd medisch specialist in 2009-2010.

**Tabel 7.4 Indexen A-segment (%)**

	2008	2009	2010	2011
Loon	4,07	3,68	1,75	3,11
Materiaal	2,68	0,87	-0,31	1,98
Kapitaal	5,05	2,57	0,59	1,86

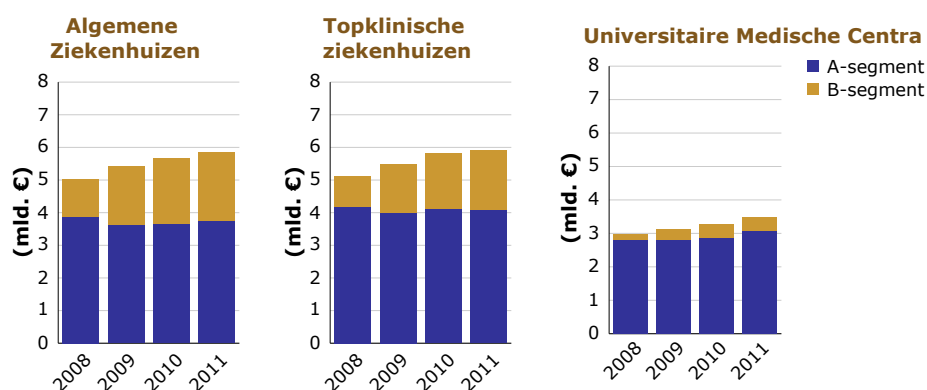
Bron: NZa

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 2008-2011. Door de verschillende indexen te wegen met het aandeel van loon, materiaal en kapitaal in de budgetten (ongeveer 60%, 30% en 10% respectievelijk) kan voor het A-segment een prijseffect geschat worden. Voor de jaren 2008-2011 was dit prijseffect ongeveer 3%, met uitzondering van 2010. In 2010 is de prijsstijging iets lager, ongeveer 1%.

In de vorige marktscan zijn de prijsontwikkelingen van het B-segment voor de jaren 2008-2011 al gepubliceerd. Daaruit bleek dat de (nominale) prijsontwikkeling van het B-segment voor de jaren 2008-2009 ongeveer 2% was. Voor 2010 was zelfs sprake van een prijsdaling van ongeveer 2%. In 2011 zijn de prijzen ongeveer gelijk gebleven aan 2010.

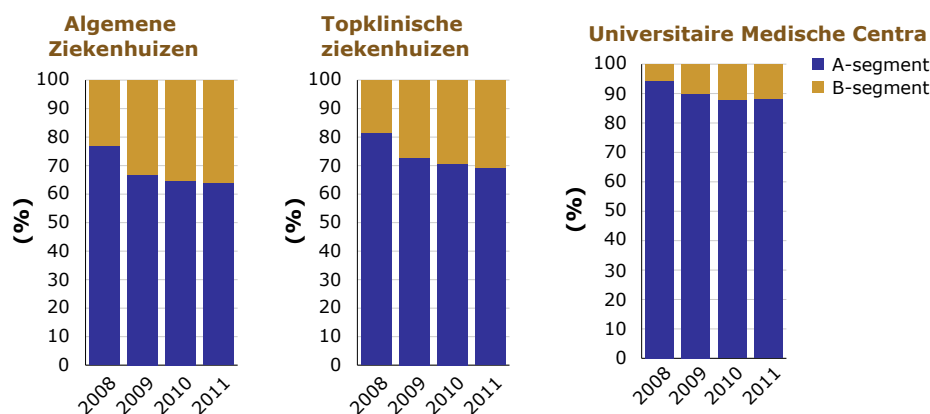
## 7.2 Omzetontwikkeling per type zorgaanbieder

Figuur 7.2 Omzetontwikkeling A+B-segment



Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 7.3 Segmentatie omzet



Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In de figuren 7.2 en 7.3 is een onderscheid gemaakt tussen algemene ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen (STZ) en UMC's. In figuur 7.2 is per soort ziekenhuis de omzetontwikkeling van het A-segment (budget) en het B-segment samen te zien. Hiervoor zijn de gecorrigeerde A-segment data gebruikt, dus exclusief de IVA uit het jaar 2010. In figuur 7.3 is de verhouding tussen A-segment en B-segment inzichtelijk gemaakt.

Bij de algemene en de STZ-ziekenhuizen speelt het B-segment relatief een grotere rol in de omzet dan bij de UMC's. Vooral bij de algemene en de STZ-ziekenhuizen hebben de uitbreidingen van het B-segment geleid tot een verschuiving van A- naar B-segment. Bij de UMC's blijft het financiële belang van het B-segment nog beperkt.

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

	2008	2009	2010	2011
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	5,01	5,41	5,68	5,87
Topklinische ziekenhuizen	5,12	5,49	5,81	5,92
Universitair Medische Centra	2,98	3,13	3,27	3,47

Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's

**Tabel 7.6 Omzetontwikkeling (gecorrigeerd) A+B segment (%)**

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	8,0	4,8	3,4
Topklinische ziekenhuizen	7,3	5,9	1,9
Universitair Medische Centra	5,0	4,4	6,2

Bron: Jaarrekeningen 2008 t/m 2011 van algemene ziekenhuizen en UMC's

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 groeit de omzet bij de UMC's in 2010-2011 harder dan bij de algemene en STZ-ziekenhuizen.

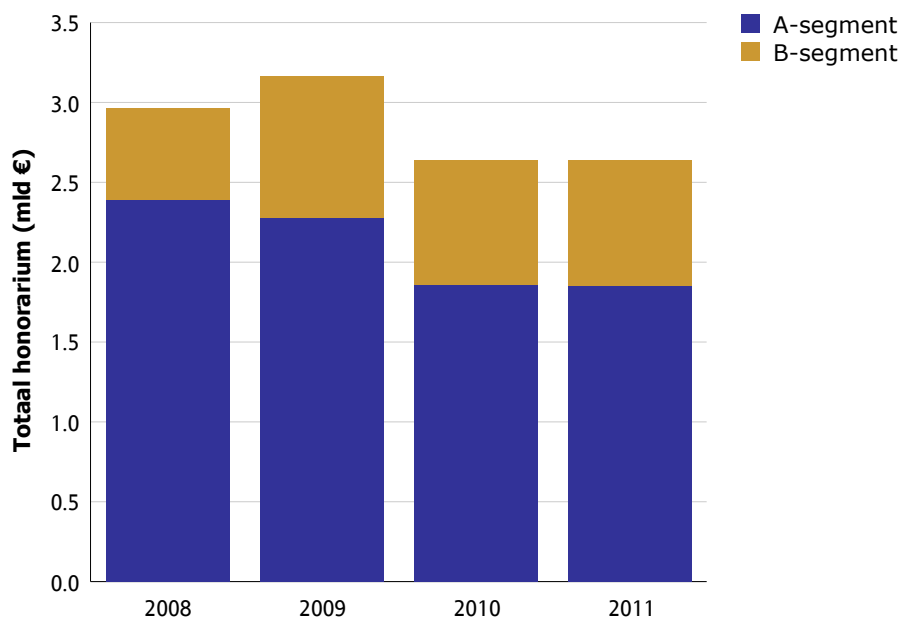
## 7.3 Honorarium medisch specialisten

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

- de afschaffing van de lumpsum
- de invoering van het uurtarief per 1 januari 2008
- de in 2010 opgelegde tariefkortingen naar aanleiding van overschrijdingen in 2008 en 2009
- Invoering beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten.

### 7.3.1 Totaal honorarium

**Figuur 7.4 Totaal honorarium (mld €)**



Bron: CVZ schadelast cijfers

Figuur 7.4 schetst de totale honorariumontwikkeling, gedeclareerd door medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigd samen, over de jaren 2008–2011. Deze ontwikkeling is gebaseerd op de schadelastcijfers van augustus 2012 van het CVZ. Er is hierbij onderscheid gemaakt in A- en B-segment.

De figuur laat duidelijk de uitbreiding van het B-segment in 2009 zien (van ongeveer 20% naar 34%). Het totaal gedeclareerde honorarium in 2010 ligt een stuk lager dan in 2009. Dit wordt grotendeels verklaard door de korting op de honorariumtarieven die per 1 januari 2010 en per 1 september 2010 zijn doorgevoerd.

**Tabel 7.7 Totaal honorarium (mln €)**

	2008	2009	2010	2011
A-segment	2.393	2.281	1.861	1.857
B-segment	570	884	777	783
Totaal	2.962	3.165	2.638	2.639

Bron: CVZ schadelast cijfers

In tabel 7.7 zijn de honoraria op basis van de CVZ schadelastcijfers te zien. De totaal gefactureerde honoraria (A+B-segment) zijn in de jaren 2006-2009 sterk gegroeid. In 2010 dalen de gedeclareerde honoraria naar 2,6 miljard. De 2011 cijfers zijn vrijwel gelijk aan die van 2010. De 2011 cijfers moeten wel met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden omdat de honoraria in dat jaar nog een grote 'balanspost' bevatten en dus nog niet zeker zijn.

Een deel van deze groei tot en met 2009 kan verklaard worden door systeemwijzigingen, zoals de afschaffing van de lumpsum, de introductie van het uurtarief en de te hoog vastgestelde ondersteunerscompensatiefactor. Het gevolg

van de groei was dat het toegekende macrokader vrijgevestigd medisch specialisten werd overschreden. Daarom zijn in 2010 en 2011 tariefkortingen vastgesteld.

### 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 vrij gevestigd 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 specialist een honorariumplafond opgelegd krijgen door de NZa. Medisch specialisten declareren DBC-zorgproducten. De vrijgevestigd medisch specialist ontvang honorarium tot aan de grens van het plafond. Het teveel gedeclareerde honorarium wordt door afgedragen aan het zorgverzekeringsfonds. Het ziekenhuis fungeert bij het 'VIA' declareren als doorgeefluik van de honoraria richting de vrijgevestigd medisch specialist.

Vrijgevestigd medisch specialisten hebben de keuze om via een collectief van medisch specialisten te werken, deze medisch specialist 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.

**Tabel 7.8: Beschikbaar BKZ (€ miljoen)**

Onderdelen BKZ	2012
Vrijgevestigd specialisten werkzaam in ziekenhuizen/categorale instellingen	1.876,52
Vrijgevestigd specialisten werkzaam in ZBC's	88,18
Mutatiekader	65,00
<b>Totaal BKZ</b>	<b>2.029,70</b>

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

Het beschikbare BKZ is opgesplitst in drie delen: 'ziekenhuizen/categorale instellingen', 'ZBC's' en het 'Mutatiekader'. Instellingen kunnen met een of meerdere zorgverzekeraars afspraken maken over het aanvragen van extra omzetplafond uit de mutatieruimte. Indien de som van de aanvragen de hoogte van de mutatieruimte overtreft, stelt de NZa de aanvullende omzetplafonds vast naar rato van de aanvragen. Voor de beschikbare mutatieruimte van € 65 miljoen wordt geen onderscheid gemaakt tussen ZBC's en niet-ZBC's.

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.

Voor het mutatiekader is in totaal voor bijna 100 miljoen euro aan verzoeken ingediend. Ruim 21 miljoen euro is door ZBC's aangevraagd, bijna 78 miljoen euro is door ziekenhuizen/categorale instellingen. Dit is een verhouding van bijna 25%-75%, terwijl de ZBC's een veel lager deel (ongeveer 5%) van de medisch specialistische zorg levert.

**Tabel 7.9: Beschikbaar BKZ, 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 beheersplafonds, NZa

Uit tabel 7.9 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.



## 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 2010/2011 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 7.8 Volume ontwikkeling A+B-segment (%)**

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Eerste Polikliniekbezoek	2,0	2,7	2,3
Opnamen	3,8	3,6	3,6
Dagverpleging	7,5	7,1	2,9
Verpleegdagen	-1,1	-0,6	-7,6
Groei Financiële waarde	3,3	3,4	1,8

Bron: DigiMV

Tabel 7.10 geeft de jaarlijkse ontwikkeling van de aantallen EPB, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen tussen 2008 en 2011. Tot en met 2010 zijn er weinig significante veranderingen in de ontwikkeling van deze parameters. Tussen 2010 en 2011 daalt het aantal dagverplegingen en verpleegdagen sterk. Hierdoor vermindert ook de groei van de financiële waarde van de vier productieparameters.

Het aantal verpleegdagen neemt in de gehele periode af en tussen 2010 en 2011 zelfs sterk, terwijl het aantal opnamen en dagverplegingen groeit. De groei van de financiële waarde van deze parameters ligt in de periode 2008-2010 rond de drie procent, tussen 2010 en 2011 daalt de groei naar 1,8%.

## 7.5 Volume ontwikkeling A-segment

De volumeontwikkeling is voor het A-segment bepaald op basis van de productieparameters in het budget (verpleegdagen, EPB, dagverpleging en opnamen).

De volumeontwikkeling in het A-segment wordt mede bepaald door de overheveling van het A-segment naar het B-segment in 2008 en 2009. 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.

**Tabel 7.9 Volume ontwikkeling A-segment (parameteraantallen, financiële waarde (mln. €))**

	2008	2009	2010	2011
Eerste Polikliniekbezoek	8.815.820	8.176.387	8.190.827	8.421.252
Opnamen	1.685.955	1.509.551	1.534.592	1.576.466
Dagverpleging	1.199.182	1.094.513	1.134.972	1.234.820
Verpleegdagen	8.958.952	7.832.146	7.667.219	7.493.492
Financiële waarde	3.801	3.439	3.474	3.578

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

**Tabel 7.10 Volume ontwikkeling A-segment (%)**

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Eerste Polikliniekbezoek	-7,3	0,2	2,8
Opnamen	-10,5	1,7	2,7
Dagverpleging	-8,7	3,7	8,8
Verpleegdagen	-12,6	-2,1	-2,3
Groei Financiële waarde	-9,5	1,0	3,0

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

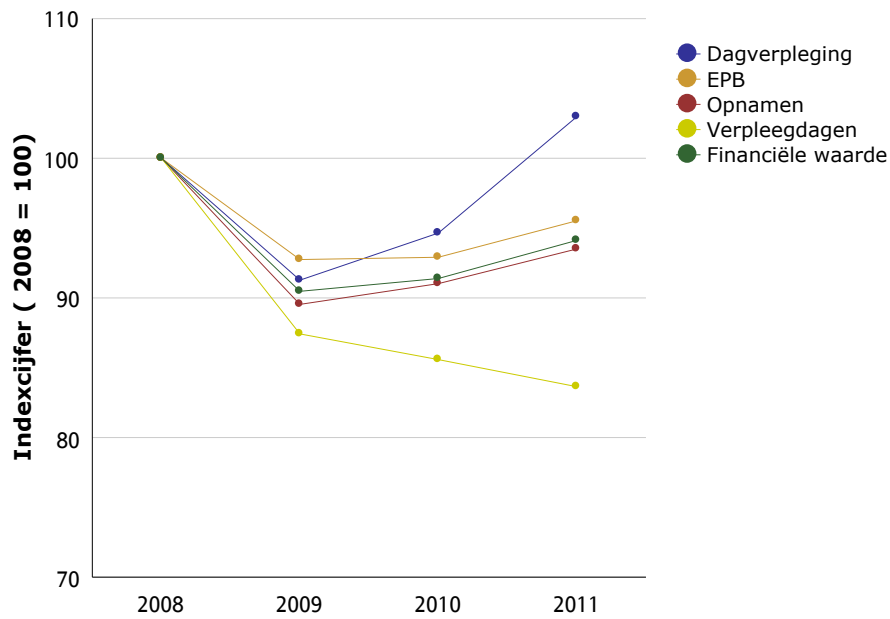
In tabel 7.11 zijn de aantallen EPB, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen te zien. Deze vier parameters vormen de primaire productieparameters voor ziekenhuizen. Daarnaast laat deze tabel de totale financiële waarde zien die deze parameters vertegenwoordigen. De financiële waarde heeft als prijspeil het jaar 2008. Op deze manier laten we de financiële waarde exclusief de jaarlijkse indexering zien.

Tabel 7.12 toont de ontwikkeling van de parameters en de financiële waarde. In 2008 en 2009 is het B-segment uitgebreid. Dit zien we in de tabel door een daling in alle parameters en in de financiële waarde van deze parameters. De daling wordt deels gecompenseerd door de groei van het resterende A-segment.

Allereerst zien we dat in de jaren van uitbreiding van het B-segment het aantal verpleegdagen sneller afneemt dan de andere parameters. Een mogelijke verklaring is een afname van de gemiddelde ligduur en het vervangen van klinische behandelingen door poliklinische en dagopname-behandelingen.

Voor 2010-2011 is de relatief hoge groei van de dagverpleging en de daling van het aantal verpleegdagen opvallend. De groei van de financiële waarde van de parameters in deze periode is 3%.

Figuur 7.5 Volume ontwikkeling A-segment (2008 = 100)



Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 7.5 laat de ontwikkeling van de parameters en de financiële waarde daarvan zien, met 2008 als basisjaar (2008 = 100). Hierin wordt nogmaals duidelijk dat voor 2008-2010 de ontwikkeling voor EPB's, opnamen en dagverpleging de ontwikkeling vrij vergelijkbaar is. Alleen de verpleegdagen laten een andere ontwikkeling zien. In 2011 loopt de ontwikkeling van de dagverpleging en de verpleegdagen verder uit elkaar.

## 7.6 Volume ontwikkeling A-segment per type zorgaanbieder

**Tabel 7.11 Volume ontwikkeling A-segment per type zorgaanbieder (parameteraantallen, financiële waarde (mln. €))**

		2008	2009	2010	2011
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	Eerste Polikliniekbezoek	4.229.465	3.852.259	3.877.011	3.986.676
	Opnamen	776.154	664.828	681.985	697.182
	Dagverpleging	540.822	480.194	495.892	541.322
	Verpleegdagen	3.915.320	3.259.563	3.191.505	3.080.794
	Financiële waarde	1.752	1.532	1.555	1.598
Topklinische ziekenhuizen	Eerste Polikliniekbezoek	3.607.207	3.368.335	3.368.412	3.450.783
	Opnamen	686.379	626.974	634.747	652.587
	Dagverpleging	484.094	443.796	453.057	498.367
	Verpleegdagen	3.507.507	3.103.985	3.055.379	3.002.090
	Financiële waarde	1.537	1.409	1.418	1.462
Universitair Medische Centra	Eerste Polikliniekbezoek	979.148	955.793	945.404	983.793
	Opnamen	223.422	217.749	217.860	226.697
	Dagverpleging	174.266	170.523	186.023	195.131
	Verpleegdagen	1.536.125	1.468.598	1.420.335	1.410.608
	Financiële waarde	512	498	500	518

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

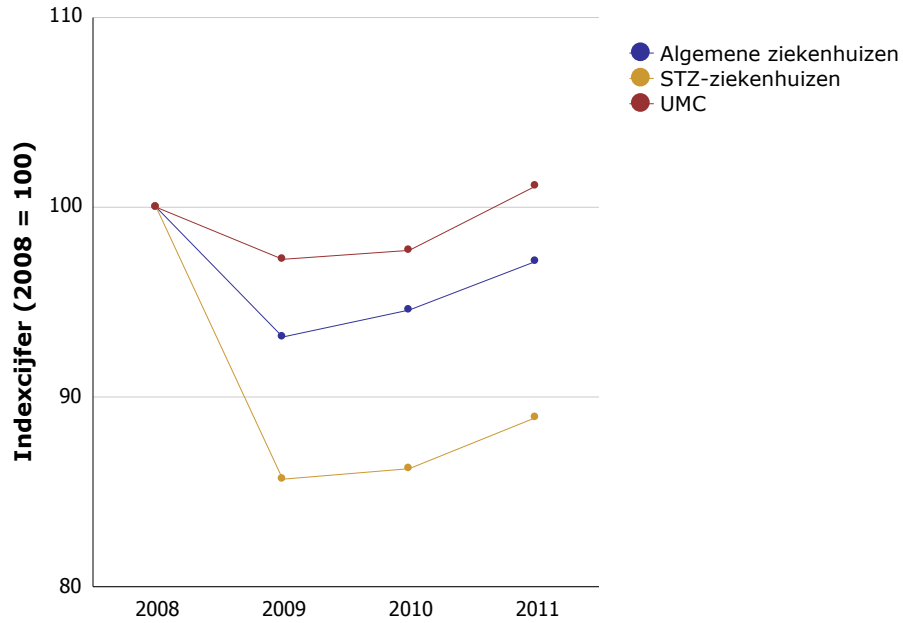
**Tabel 7.12 Volume ontwikkeling A-segment per type zorgaanbieder (%)**

		2008-2009	2009-2010	2010-2011
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	Eerste Polikliniekbezoek	-8,9	0,6	2,8
	Opnamen	-14,3	2,6	2,2
	Dagverpleging	-11,2	3,3	9,2
	Verpleegdagen	-16,7	-2,1	-3,5
	Groei Financiële waarde	-12,6	1,5	2,7
Topklinische ziekenhuizen	Eerste Polikliniekbezoek	-6,6	0,0	2,4
	Opnamen	-8,7	1,2	2,8
	Dagverpleging	-8,3	2,1	10,0
	Verpleegdagen	-11,5	-1,6	-1,7
	Groei Financiële waarde	-8,3	0,6	3,1
Universitair Medische Centra	Eerste Polikliniekbezoek	-2,4	-1,1	4,1
	Opnamen	-2,5	0,1	4,1
	Dagverpleging	-2,1	9,1	4,9
	Verpleegdagen	-4,4	-3,3	-0,7
	Groei Financiële waarde	-2,7	0,5	3,5

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

In tabel 7.13 en 7.14 zijn de volumes en de ontwikkelingen van de productieparameters en de financiële waarde daarvan weergegeven per type zorgaanbieder. De groeicijfers 2008-2009 verschillen sterk tussen de verschillende typen aanbieders. De procentuele daling van het aantal parameters is het sterkst bij de algemene ziekenhuizen en het minst sterk bij de UMC's. Dit kan deels verklaard worden door het verschil in het belang van het B-segment voor de verschillende aanbieders.

In de periode 2010-2011 valt vooral de afwijkingen van de UMC's ten opzichte van de algemene ziekenhuizen (inclusief STZ) op. De groei bij de UMC's zit vooral in de eerste polikliniek bezoeken en de opnamen. De groei bij de algemene ziekenhuizen (inclusief STZ) zit vooral in dagverpleging. Net als in eerdere jaren neemt het aantal verpleegdagen het sterkst af bij de algemene ziekenhuizen (exclusief STZ).

**Figuur 7.6 Ontwikkeling financiële waarde (2008 = 100)**

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 7.6 toont de ontwikkeling van de financiële waarde van de productieparameters voor de verschillende typen zorgaanbieders, met als basisjaar 2008 (2008 = 100).

Vooraf de ontwikkeling in 2008-2009 bepaalt het niveau van de financiële waarde. Bij de algemene ziekenhuizen is de daling het grootst. In de latere jaren zijn de verschillen tussen verschillende typen zorgaanbieders relatief klein; het verschil uit 2008-2009 blijft grotendeels bestaan.

## 7.7 Patiëntgroepen

De omzet van medisch specialistische zorg bedroeg in 2011 ruim 17 miljard euro (tabel 7.2). In paragraaf 7.2 is een onderverdeling van deze omzet gepresenteerd naar segment en naar type aanbieder.

In deze paragraaf presenteren we een onderverdeling naar typen patiënten. De NZa wil daarmee inzichtelijk maken 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 ziekenhuisomzet steeg tussen 2006 en 2010 gemiddeld 6 à 7% per jaar. Veranderingen in de samenstelling van de patiënten populatie (omvang en vergrijzing) verklaren slechts een (beperkt) deel van deze toename. De berekende stijging van de totale zorgkosten door demografische ontwikkelingen bedraagt namelijk ongeveer 1% per jaar (Zorgbalans, RIVM, 2010).<sup>1</sup>

Uit de analyses in paragraaf 7.1 blijkt dat ook de gemiddelde prijsstijging en tariefbijstellingen slechts een beperkte bijdrage (ongeveer 2%) levert aan de groei van de ziekenhuisomzet. De resterende groei moet dus voortkomen uit (een combinatie van) de volgende factoren:

- een toegenomen zorgvraag
- een ander verwijsgedrag
- een andere behandelpraktijk

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg gaan snel. Nieuwe technologie, nieuwe medicijnen en betere diagnostiek dragen bij aan de stijgende zorgkosten, maar ook aan gezondheidswinst en een betere toegankelijkheid van zorg voor grotere groepen patiënten (zie bijvoorbeeld Statline 2012, CBS of "Gezondheid en Determinanten", RIVM, 2010).

Met de analyses in dit hoofdstuk probeert de NZa per patiëntgroep meer zicht te geven op deze ontwikkelingen. De NZa spreekt geen waardeoordeel uit en verbindt hieraan ook geen beleidsconclusies. 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.

De NZa zou het wenselijk vinden 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.

---

<sup>1</sup> Determinanten groei zorguitgaven. In: Zorgbalans. Bilthoven: RIVM, <<http://www.gezondheidszorgbalans.nl>> Zorgbalans\Kosten\Zorguitgaven, 22 mei 2010.

### 7.7.1 Een indeling op patiëntniveau

In deze paragraaf presenteert de NZa de eerste volledige uitsplitsing van de gerealiseerde DBC-omzet naar patiëntgroepen. Met patiëntgroepen bedoelt de NZa groepen patiënten met een vergelijkbare zorgvraag of vergelijkbaar klachtenpatroon die op een vergelijkbare manier bij een medisch specialist komt. Deze patiëntgroepen zijn geclusterd in hoofdgroepen.

Patiënten gaan naar het ziekenhuis met een bepaalde klacht of aandoening. Van tevoren is meestal niet bekend wat de oorzaak van de klacht is, welke zorg de patiënt zal krijgen en welk zorgproduct (DBC) hiervoor uiteindelijk gedeclareerd wordt. De NZa kijkt daarom in de productstructuur naar herkenbare groepen van diagnoses die horen bij het type klacht van deze patiëntgroepen. Dit zijn de deelmarkten waar de zorg aan wordt geleverd.<sup>2</sup> Deze vormen het uitgangspunt om te kijken naar spreiding en ontwikkelingen in het aanbod.

Deze vraaggerichte benadering maakt het mogelijk om veranderingen in (de organisatie van) het aanbod, c.q. in de behandelwijze, te kunnen volgen. Iets dat niet lukt als slechts de verschuiving in productie per specialisme wordt gemonitord. Door de verdergaande specialisatie splitsen specialismen zich en wordt de zorg anders georganiseerd. Een patiënt kan vaak door meerdere specialismen worden gezien en de taakverdeling tussen specialismen kan weer per ziekenhuis verschillen. De aard van de klachten of het type patiënt hoeft dan niet veranderd te zijn, het zorgaanbod is alleen veranderd. Door bij haar monitoring de patiënt in plaats van de behandeling of de behandelaar als uitgangspunt te kiezen, kan de NZa de omzetontwikkeling beter volgen. De NZa hoopt met deze benadering in de toekomst ook inzicht te geven in (regionale) spreiding in kosten en behandelpraktijk. Enkele voorbeelden van dit type analyse illustreren de inzichten die dat geeft.

Voor de vorige marktscan (2011) waren acht patiëntgroepen gedefinieerd, die samen 15% van de DBC-omzet vertegenwoordigen. Uit de analyses van deze patiëntgroepen bleek dat een aantal factoren van invloed is op de omzetstijging:

- Patiënten worden vaker doorverwezen naar de tweede lijn: het aantal patiënten neemt meer toe dan verwacht op basis van demografische ontwikkelingen.
- Patiënten worden kostenintensiever behandeld; voor deze omzetstijging per patiënt zagen we een drietal oorzaken:
  - patiënten worden vaker doorverwezen binnen het ziekenhuis;
  - patiënten hebben een hogere kans dat zij een interventie (zoals een operatie) ondergaan;
  - het aantal interventies is uitgebreid en deze nieuwe behandelmethoden zijn vaak duurder.

In deze marktscan maakt de NZa een uitsplitsing van de gehele DBC-omzet naar patiëntgroepen. Diagnoses zijn ingedeeld in 16 hoofdgroepen van diagnoses. Deze hoofdgroepen zijn verder uitgesplitst naar in totaal 64 patiëntgroepen, waaronder de acht in 2011 gedefinieerde patiëntgroepen. Voor deze analyse bekijkt de NZa de omzetstijging in de periode 2006 tot en met 2010. De ontwikkelingen in de jaren 2011 en 2012 kunnen nog niet worden meegenomen, omdat de

---

<sup>2</sup> Met deelmarkt wordt niet een productmarkt in mededingingsrechtelijke zin bedoeld.

declaratiegegevens waarop de analyses zijn gebaseerd nog niet volledig zijn voor deze jaren.

De volgende paragraaf laat per hoofdgroep de omzetgroei zien en deelt die onder in vraag en aanbodfactoren die deze groei (of afname) veroorzaken.

Dit hoofdstuk besluit met de belangrijkste conclusies over de onderverdeling van de omzet naar vraag en aanbodfactoren op hoofdgroep en patiëntgroepniveau.

In bijlage 2 is een meer gedetailleerde beschrijving van de methode en analyses te vinden. Hierin zijn ook de resultaten over de hoofdgroepen verder uitgewerkt en zijn de patiëntgroepen met de meest in het oog springende veranderingen benoemd. Voor enkele patiëntgroepen is nader onderzocht waarom de omzet per patiënt stijgt en welke ontwikkelingen hieraan ten grondslag zouden kunnen liggen.

### 7.7.2 Hoofdgroepen

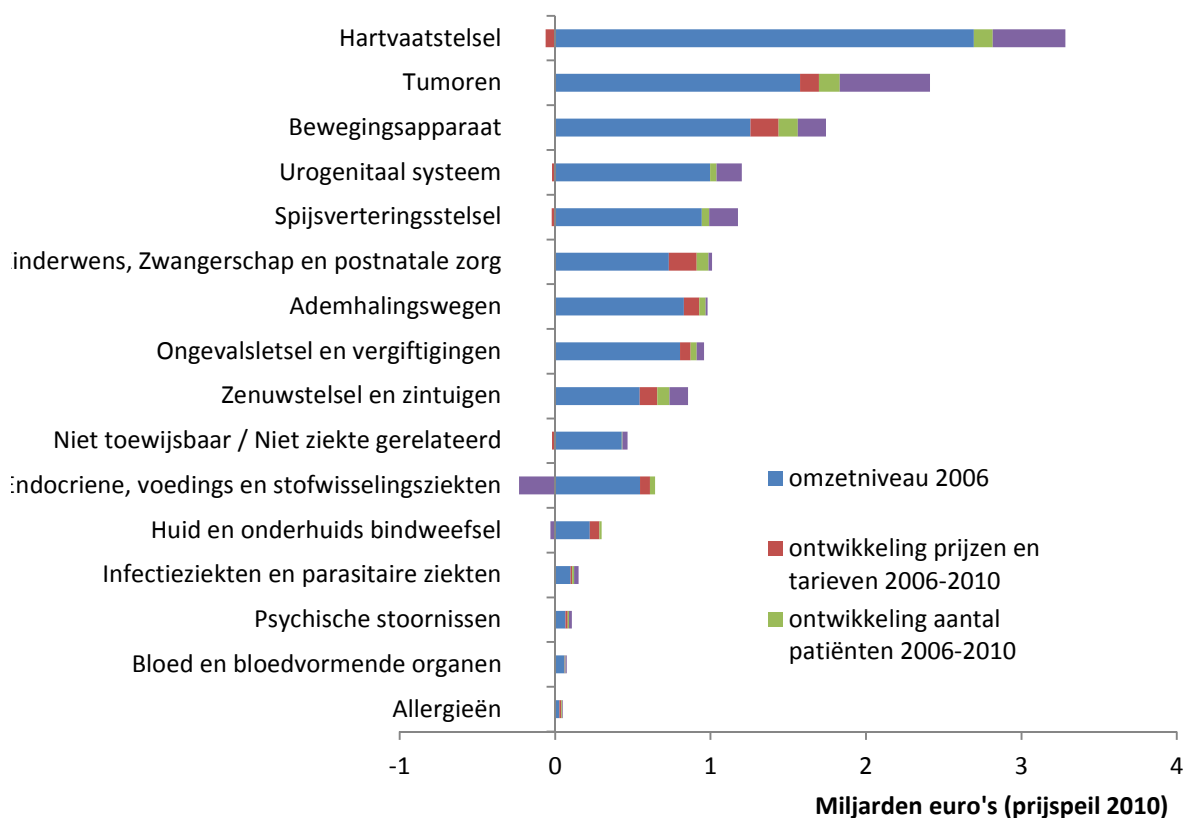
Figuur 7.7 toont voor elk van de 16 hoofdgroepen de totale DBC-omzet in 2010 (totale balk). Het aandeel van het specialisme revalidatiegeneeskunde in de verschillende hoofdgroepen is in deze grafiek niet meegenomen, omdat data van vóór 2010 ontbreken.

De omzet is opgebouwd uit de omzet in 2006 (de blauwe balk) en de groei (rechts van de nullijn) of afname (links van de nullijn) ten opzichte van 2006. Met de kleuren groen, rood en paars is aangegeven welke factor in welke mate bijdraagt aan die groei.

Het rode deel representeert de bijdrage aan de omzetgroei door de nominale prijsontwikkeling tussen 2006 en 2010, op basis van de productie in 2006. Het groene deel representeert de bijdrage aan de groei in omzet door een toename of afname van het aantal patiënten. 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 kwantitatief overzicht van de totale productie in 2010 en de ontwikkeling in omzet en productie tussen 2006 en 2010 in tabelvorm is opgenomen in bijlage 2.



**Figuur 7.7 Uitsplitsing omzet 2010 op hoofdgroep niveau**

De figuur geeft inzicht in

- de relatieve omvang van de hoofdgroepen; voor welke hoofdgroepen betalen we het meest in het ziekenhuis (in DBC-omzet).
- waar hebben de grootste veranderingen in omzet tussen 2006 en 2010 plaatsgevonden; en
- welke factoren dragen in welke mate bij aan de ontwikkelingen binnen elk van de hoofdgroepen.

De grootste DBC-omzet wordt gemaakt in de hoofdgroep 'ziekten van het hartvaatstelsel'. Die neemt met 3,5 miljard euro 23% van de totale DBC-omzet voor zijn rekening. Dit is ook de groep met het hoogste aantal patiënten per jaar (1,6 miljoen; 14%).

Patiënten komen daarnaast vooral bij de specialist voor aandoeningen van zintuigen en zenuwstelsel (1,5 miljoen; 13%); met name voor ziekten of afwijkingen aan de ogen.

Andere belangrijke hoofdgroepen zijn 'tumoren (goedaardig en kwaadaardig samen)' (2,4 miljard; 16%) en 'aandoeningen van het bewegingsapparaat', waaronder artrose, hernia en reuma (1,8 miljard; 12%). Deze hoofdgroepen zijn ook qua aantallen patiënten groot met respectievelijk 1,2 miljoen (11%) en 1,1 miljoen (10%) patiënten per jaar. Bijna 1 miljoen patiënten per jaar komen naar het ziekenhuis met ongevalsletsel en vergiftigingen. Hiermee is 1 miljard euro gemoeid.

Groepen met een grote omzet laten ook een grotere absolute omzetsijging zien, maar de figuur geeft geen inzicht in waar de percentuele groei het hoogste is. De omzetgroei in de groep hart- en vaatziekten is met 4,8% lager dan gemiddeld. In de bijlage staan

overzichten van de ontwikkelingen in omzet en productie per hoofdgroep. De totale omzet neemt gemiddeld toe met 6,2% per jaar.<sup>3</sup>

De grootste relatieve groei zit in de relatief kleine hoofdgroepen 'allergieën' en 'psychische stoornissen' en in 'zenuwstelsel en zintuigen'.

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen per hoofdgroep weergegeven. Dynamiek van de verschillende patiëntgroepen wordt daarbij gemiddeld. Om ook deze ontwikkelingen zichtbaar te maken zijn ontwikkelingen per afzonderlijke patiëntgroep opgenomen in bijlage 2.

## 7.7.2 Samenvatting resultaten en conclusies

De NZa heeft het grootste deel van de zorguitgaven aan medisch specialistische zorg op patiëntniveau geanalyseerd. Hiertoe heeft zij alle DBC's toegewezen aan 63 patiëntgroepen en 1 restgroep. Deze patiëntgroepen bestaan uit patiënten die met vergelijkbare klachten bij dezelfde specialismen komen.

De DBC-omzet vertegenwoordigt 87% van de omzet van medisch specialistische zorg. Door beperkingen van de gegevensstructuur zijn dure geneesmiddelen, IC-trajecten en overige producten (nog) niet meegenomen.

De analyse beschrijft de uitgavenontwikkeling per patiëntgroep. Uit de data kan niet worden afgeleid of een toename goed is of slecht. De opbrengsten in termen van gezondheidswinst zijn niet geanalyseerd (en ook niet beschikbaar voor de NZa).

### *Patiënt perspectief*

In 2010 ontvingen 6 miljoen mensen medisch specialistische zorg voor 2 tot 3 aandoeningen (patiënten worden gemiddeld in 2,1 patiëntgroepen ingedeeld). Gemiddeld bezochten 4 van de 10 patiënten twee verschillende instellingen.

De meeste patiënten kwamen voor hart- en vaatziekten (1,6 miljoen) en voor aandoeningen aan zintuigen (voornamelijk oog) en zenuwstelsel (1,5 miljoen) naar de medisch specialist. In 2010 werd bijna 6 duizend euro aan DBC's gedeclareerd per patiënt<sup>4</sup>. De hoogste omzet werd gedeclareerd voor hart en vaatziekten en tumoren.

Ten opzichte van 2006 zijn er per instelling gemiddeld niet meer patiënten bij gekomen. Patiënten worden wel vaker verwezen naar de tweedelijns. Het aantal aandoeningen waarmee een patiënt naar een medisch specialist is gegaan is toegenomen met 1,5% per jaar.

### *Onderverdeling groei 2006 tot 2010*

De gemiddelde groei van de DBC-omzet tussen 2006 tot 2010 is 6,2% per jaar. Het meeste extra geld is tussen 2006 en 2010 naar tumoren

---

<sup>3</sup> Dat is meer dan de gerapporteerde 5,7% groei in ziekenhuiskosten over het A en B segment + honoraria. Dit is te wijten aan de korting in 2010 op honoraria van medisch specialisten. De groei over het A en B segment was gemiddeld 6,5% per jaar tussen 2006 en 2010 (marktscan 2011, tabel 7.1).

<sup>4</sup> De DBC omzet is niet gelijk aan de totale kosten per patiënt. Veel zorguitgaven worden in de eerste lijn gemaakt en in de langdurige zorg. In het Kosten van Ziekten programma worden wel de totale kosten per diagnosegroep in kaart gebracht.

gegaan. Allergieën, psychische stoornissen, oogaandoeningen en andere aandoeningen van zintuigen en zenuwstelsel laten de grootste relatieve groei zien.

De groei van gemiddeld 6,2% wordt voor een kwart (1,5 % punt) verklaard door een toename van het aantal patiënten per patiëntgroep, een kwart (1,6% punt) door de prijs en de helft (3,0% punt) door de behandelpraktijk.

Een vijfde deel van die veranderde behandelpraktijk is het gevolg van een toename van het aantal behandeltrajecten per patiënt (0,6% punt). Dat houdt in dat meerdere DBCs zijn gedeclareerd per patiënt per jaar voor dezelfde aandoening. De belangrijkste verklaring voor de omzetting is echter de keuze voor een duurder (intensievere) behandeling (2,3 % punt).

De groei van het aantal patiënten per patiëntgroep is in zijn geheel toe te schrijven aan een toename van het aantal verschillende aandoeningen waarmee een patiënt naar de tweede lijn gaat.

#### *Toename aantal patiënten per patiëntgroep*

De jaarlijkse toename van het aantal patiënten per patiëntgroep is voor een deel verklaarbaar uit epidemiologische ontwikkelingen. Hier wordt ongeveer 1% aan toegeschreven<sup>5</sup>. Het gaat dan veelal om een toename van klachten die op latere leeftijd ontstaan, zoals artrose (4,6%) of staar (2,3%) en een afname van het aantal geboorten ( 'kinderwens, bevalling en postnatale zorg' -1%).

Veel van de patiëntgroepen met een stijging van meer dan 4% betreft ouderdomsziekten, zoals gehoorstoornissen/middenoor (+7,0%), nierziekten (+5,9%), dementie (+4,7%), artrose (+4,6%) en aandoeningen van de retina en achterste oogkamer (+4,4%). Andere opvallende stijgers zijn patiënten met voedingsstoornissen (met name obesitas) +9,5%, varices (spataderen) +7,2%, weke delen reuma (+5,7%) en ziekten van mond, maag en duodenum +5,8%. Ook het aantal patiënten dat voor (screening op) tumoren van de huid (+5,1%), darm (+6,4%) of baarmoederhals (+4,5%) in de tweedelijns komt, neemt meer dan gemiddeld toe.

Soms daalt het aantal patiënten in de tweedelijns zorg juist, omdat (chronische) patiënten langer in de eerstelijns blijven of eerder naar de eerstelijns teruggaan. Het aantal patiënten met diabetes dat naar het ziekenhuis komt, is afgenomen met 6% per jaar. Dit is onlangs ook gerapporteerd door het RIVM (2012). Sinds de invoering van de integrale bekostiging maken minder mensen met diabetes gebruik van het ziekenhuis, hoewel het aantal patiënten nog steeds toeneemt<sup>6</sup>. Ook komen er minder patiënten met letsels (-2%) en chronische huidzweren/decubitus (-1%).

Tenslotte valt op dat het aantal patiënten dat behandeld wordt voor hypertensie (hoge bloeddruk) toeneemt, maar het aantal patiënten met pijn op de borst en beroerte – ziekten die vaak gerelateerd zijn aan een hoge bloeddruk - gelijk blijft of afneemt.

<sup>5</sup> Determinanten groei zorguitgaven. In: Zorgbalans. Bilthoven: RIVM, <<http://www.gezondheidszorgbalans.nl>> Zorgbalans\Kosten\Zorguitgaven, 22 mei 2010.

<sup>6</sup> RIVM 2012: Effect van integrale bekostiging op curatieve zorgkosten : Een analyse voor diabeteszorg en vasculair risicomanagement op basis van registratiebestanden Vektis, 2007-2010.

### Veranderingen in behandelpraktijk

De behandelpraktijk is de belangrijkste component van de groei in DBC-omzet. Dit kan twee redenen hebben die niet altijd te onderscheiden zijn:

- De patiëntenpopulatie die naar de tweedelijjn gaat, is veranderd. Bijvoorbeeld omdat lichtere patiënten in de eerstelijjn worden behandeld (zoals bij diabetes het geval zou kunnen zijn) of door een toename van het aantal patiënten met meerdere (chronische) ziekten (Gezondheidsraad, 2008)<sup>7</sup>. Dit is verder niet getoetst op de data<sup>8</sup>.
- De behandeling van patiënten is veranderd:
  - Er zijn duurdere behandelingen geïntroduceerd (bijvoorbeeld HIPEC<sup>9</sup> bij darmkanker, maar ook de veel ruimer toegepaste endoscopische operatietechnieken bij o.a. liesbreuk, die initieel een hogere vergoeding kregen dan traditionele behandelmethoden).
  - Er wordt eerder overgegaan tot een actieve interventie (bijvoorbeeld bij nierstenen).
  - Het behandeltraject wordt uitgebreid met meerdere DBCs (bijvoorbeeld bij varices).

### Verdere analyses

De NZa wil dit analysekader in de toekomst ook gebruiken om praktijkvariatie inzichtelijk te maken. Dit heeft de NZa nog niet systematisch onderzocht.

Grote praktijkvariatie wordt geassocieerd met over-en/of onderbehandeling en hierdoor ondoelmatige besteding van middelen en sub-optimale kwaliteit van zorg.<sup>10</sup>

Voor een aantal patiëntgroepen blijkt uit eerder onderzoek dat de kans dat een patiënt een ingreep krijgt (bijvoorbeeld een operatie) per ziekenhuis verschilt en dat patiënten in de ene regio vaker worden behandeld met een actieve interventie dan in andere.<sup>11</sup> De analyse van darmkanker laat zien dat zelfs in een patiënten- groep die op vergelijkbare wijze is behandeld en waarvoor vaste tarieven gelden, er toch nog flinke verschillen in gemiddelde DBC-omzet per patiënt bestaan tussen instellingen.

Ook kan de NZa dit analysekader gebruiken om spreiding in het zorgaanbod per doelgroep inzichtelijk te maken. Hiermee kan zij de specialisatiegraad van de medisch specialistische zorg in kaart brengen.

---

<sup>7</sup> Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/01.

<sup>8</sup> Het aantal aandoeningen waarmee patiënten naar de tweedelijjn gaan neemt toe met 1,5% per jaar. Dit zegt echter nog weinig over de zorgzwaarte.

<sup>9</sup> Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie, een combinatiebehandeling van chirurgie en chemotherapie

<sup>10</sup> Zie bijvoorbeeld Wennberg JE. "Understanding Geographic Variations in Health Care Delivery." *New England Journal of Medicine*. 1999;340:52–3.

<sup>11</sup> NZa marktscan medisch specialistische zorg, 2011; Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie), Vektis, 2011  
[www.vektis.nl/downloads/onderzoeksrapport%20praktijkvariatie.pdf](http://www.vektis.nl/downloads/onderzoeksrapport%20praktijkvariatie.pdf); NZa Research Paper, 2012 – 01: The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatment Rudy Douven, Remco Mocking, Ilaria Mosca

## Bijlage 1: Bronnen en methoden

## Marktstructuur

### Marktconcentratie (Gewogen marktaandelen 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 2010 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 marktaandelen wordt de LOCI van een ziekenhuis als volgt berekend:
  - o 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 marktaandelen van het ziekenhuis.
  - o De LOCI van een ziekenhuis is gelijk 1 minus de sommatie over gewogen marktaandelen van het ziekenhuis.
  - o Om de interpretatie van de LOCI te vergemakkelijken, nemen we het inverse van de LOCI die we als invLOCI definiëren.
- Opmerking:
  - o Omdat ZBC's heel beperkt klinische DBC's produceren, zijn die voor deze analyse buiten beschouwing gelaten.
  - o 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 UMCs.
- Gebruikte data: Gebruikte data: postcode-data van patiënten van alle 2010 klinische DBC's.
- Methode:
  - o Aanbod: Tellingen van ziekenhuizen dat een bepaald aantal specialismen aanbiedt en van het aantal ziekenhuizen dat een bepaald specialisme heeft.
  - o Specialisatie/spreiding: per ziekenhuis of specialisme wordt het aandeel binnen het ziekenhuis of landelijk binnen het specialisme berekend. Deze marktaandelen worden gekwadraterd. Sommeren over ziekenhuizen of specialisme en delen door het landelijke gemiddelde geeft de specialisatie/spreidingsindex.
- Opmerking:
  - o Drie ziekenhuizen leverden deels onbruikbare postcode gegevens, deze ziekenhuizen zijn niet in de LOCI grafiek meegenomen.
  - o Omdat ZBC's heel beperkt klinische DBC's produceren, zijn die voor deze analyse buiten beschouwing gelaten.

### Ontwikkeling financiële positie ziekenhuizen 2008-2011

- Bronnen: Jaarrekeningen 2008-2011 van algemene ziekenhuizen en UMCs.
- 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 (2010)

- 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 2010 data.

## Marktgedrag

### Ontwikkeling percentage afgesloten contracten ziekenhuizen, B-segment 2008-2011, vanaf 2012 A+B-segment

- Bronnen: MDS, contractprijzen en jaarrekeningen 2008-2012 van algemene ziekenhuizen en UMCs.
- Gebruikte data:
  - 2008-2011: 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 3 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 3 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**

Keurmerken en certificaten uit het DigiMV

### **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](http://www.niaz.nl).

### **ISO 9001**

Een veel gebruikte richtlijn voor het leveren van kwaliteit is de internationale norm ISO 9001 (ook wel: ISO 9000). Organisaties die een ISO 9001 certificaat hebben verworven schermen hiermee soms richting consument. Deze kan hier echter weinig mee, omdat ISO 9001 certificering meer zegt over constante kwaliteit dan over hoge kwaliteit. Ook een bedrijf dat doelbewust producten van minimale kwaliteit maakt,



kan een ISO certificaat verwerven. Het certificaat wordt namelijk niet verleend voor de geleverde producten of diensten, maar voor de interne bedrijfsprocessen. ISO 9001 is nuttig voor afnemers die in de aankoopfase helder kunnen beschrijven aan welke eisen het gewenste product of de dienst moet voldoen. Het ISO-certificaat geeft hen de zekerheid dat de producent levert volgens de overeengekomen eisen. Consumenten hebben meer aan onafhankelijke kwaliteitsinformatie, zoals vergelijkende tests en keurmerken, want die gaan concreet over het product / de dienst. Meer informatie over ISO 9000 is te vinden bij het Nederlands Normalisatie-instituut NEN ([www.nen.nl](http://www.nen.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](http://www.hkz.nl).

## GMP-z

In de GMP-richtsnoeren zijn de principes van kwaliteitszorg bij de productie van geneesmiddelen voor mensen en dieren vastgelegd. Met de komst van de GMP is er meer aandacht gekomen voor procesbeheersing in aanvulling op analyse van het product: kwaliteit kan alleen gegarandeerd worden als deze in alle stappen van het bereidingsproces wordt ingebouwd. In de farmaceutische industrie is het voldoen aan de GMP een voorwaarde voor het verkrijgen van een fabrikantenvergunning.

De GMP-Z is de standaard voor de bereiding in de Nederlandse ziekenhuisapothek. De GMP-Z geeft waar nodig een interpretatie van of aanvulling op de Europese GMP. Voor meer informatie, zie [www.nvaz.nl](http://www.nvaz.nl).

## Toegankelijkheid

### Wachttijdontwikkeling 2008-2012

- 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: 2008 tot en met oktober 2012;
  - wachttijd behandeling: juni 2008 tot en met oktober 2012;
  - wachttijd diagnostiek: tot en met oktober 2012;
- De volgende gegevens zijn afkomstig uit MDS:
  - wachttijd behandeling: januari 2008 tot en met mei 2008.
- 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 de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelend arts 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.

- 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.
- 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.

- Wachtijdgegevens 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.
- In de wachttijdanalyses zijn de categorale instellingen en ZBC's niet meegenomen.

## Betaalbaarheid

### **Totale omzetontwikkeling ziekenhuizen, A- en B-segment en overige opbrengsten 2008-2011**

- Bronnen: Jaarrekeningen 2008-2011 en rekenstaten 2010 van algemene ziekenhuizen en UMCs
- Gebruikte data: Uit de resultatenrekening van de jaarverslagen de aanvaardbare kosten (voor A-segment), opbrengsten B-segment 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 2008 is voor elk ziekenhuis ene 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<sup>de</sup>, 3<sup>de</sup> en 4<sup>de</sup> geldstromen uit te sluiten.
  - Alle monetaire data is in nominale termen.

### **Honorarium vrijgevestigd medisch specialisten 2008-2011**

- Bronnen: 'NZa gegevensuitvraag 2010 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten' en 2008-2011 CVZ schadelast cijfers
- Gebruikte data: Totaal gedeclareerde honoraria, uitgesplitst naar vrijgevestigd en overig (eerste bron). Totaal gedeclareerde honoraria (tweede bron)
- Methode: Aandeel van vrijgevestigd medisch specialisten in totale honoraria (op basis van eerste bron) vermenigvuldigd met totaal gedeclareerde honoraria (tweede bron).
- Opmerking: De eerste bron bevat alleen 2008-2010 data. De 2010 verhouding van vrijgevestigd honorarium t.o.v. totaal honorarium is ook voor 2011 gebruikt.

### **Honorarium ontwikkeling 2008-2011**

- Bronnen: 2008-2011 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.
  - De 2011 data bevat nog een aanzienlijke balanspost.

### **Volume ontwikkeling A+B-segment 2008-2011**

- Bronnen: DigiMV 2008-2011
- 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

## Bijlage 2: Patiëntgroepen

## 1. Methode

De NZa gebruikt voor de analyse van de patiëntgroepen de declaratiegegevens, zoals die door ziekenhuizen zijn aangeleverd aan het DIS. Voor deze analyse zijn alleen de diagnose-behandel-combinaties (DBC's) gebruikt. Het grootste deel van de DBC's komt ten laste van de zorgverzekeringwet. Een klein deel (0,3%) bestaat uit "niet verzekerde zorg", die direct in rekening wordt gebracht bij de patiënt. De DBC's vertegenwoordigen 15 miljard oftewel 87 % van de totale omzet medisch-specialistische zorg in 2010.

Naast DBC's bestaan ook andere producten medisch specialistische zorg. Deze zorg is niet in deze patiëntgroepenanalyse opgenomen. Dit betreft o.a. dure geneesmiddelen (voor zover die niet zijn verdisconteerd in de DBC prijs), IC-producten en kaakchirurgie. De inrichting van de informatiebronnen laat het nog niet toe dat deze worden meegenomen in de analyses op patiëntniveau. Deze overige 13 % van de medisch-specialistische zorg is niet evenredig verdeeld over de patiëntgroepen. De DBC-omzet van bijvoorbeeld perinatale geneeskunde is slechts een tiende van de totale omzet. Voor de hoofdgroep ziekten van het bloed en bloedvormende organen wordt naast de DBC-omzet nog ruim 100 miljoen euro per jaar gedeclareerd (dat is tweederde van de totale omzet binnen deze groep).

De DBC-omzetten geven desondanks een goede indruk van de ontwikkeling in aantallen patiënten en behandelingen.

De DBC's geven een beschrijving van de diagnose en de behandeling. In totaal zijn er zo'n 24 honderd diagnoses, verdeeld over 26 specialismen. Iedere diagnose kan voorkomen in combinatie met verschillende behandelingen. In de praktijk zijn duizenden zorgproducten gebruikt. Om dit inzichtelijk te maken is het noodzakelijk om deze DBC's te clusteren. De NZa heeft ervoor gekozen dit te doen op grond van een kenmerk van de patiënt: de diagnoses. Het aantal diagnoses binnen de productstructuur is echter te groot voor dit doel. Bovendien zit er overlap in diagnoses die worden gesteld bij verschillende specialisten. De diagnoses zijn daarom geordend naar het type klacht waarmee patiënten zich presenteren.

### 1.1 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 diagnosegroepen 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 en de uitkomsten zijn globaal vergeleken met openbare bronnen met gegevens over omzet per diagnosegroep ([www.kostenvanziekten.nl](http://www.kostenvanziekten.nl)) en aantallen opnamen uit de Landelijke Medische Registratie (LMR) ([www.kiwaprismant.nl](http://www.kiwaprismant.nl)). Het aantal opnamen is niet direct vergelijkbaar met het aantal DBC's, omdat binnen één DBC meerdere (dag)opnamen geregistreerd kunnen worden, maar geeft wel een indicatie.

De indeling geldt nog als voorlopig. Mogelijk zullen er nog (kleine) verschuivingen tussen patiëntgroepen, verdere opdelingen of samenvoegingen van patiëntgroepen volgen, wanneer er een betere empirische koppeling tussen ICD en DBC's op landelijk niveau beschikbaar is. De toedeling van diagnoses aan patiëntgroepen wordt op aanvraag verstrekt ([info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)).

## 1.2 Schoning

*niet aangeleverde zorgtrajecten:* alle data vanaf 2006 zijn gebruikt voor volumeanalyses. Onvolledigheid van DIS is buiten beschouwing gelaten. De resultaten zijn getoetst op een subset van ziekenhuizen waarvan de totale omzet en aantallen DBC's voor de jaren 2008, 2009 en 2010 overeenkwamen met de Vektis data (+/-5%).

*ontbrekende patiëntcodes:* Minder dan 0,1% van de patiëntcodes ontbreken of zijn voor meerdere patiënten gebruikt. Deze zijn verwijderd. Het aantal patiënten is indien van toepassing geschat op basis van het aantal DBC's/patiënt van de resterende data: patiënt = dbc's / (dbc/patiënt). Voor 2010 zijn daarnaast versleutelde BSN nummers gebruikt. Ook hier is het aantal ontbrekende BSN nummers bijgeschat. Van de BSN nummers ontbreekt 4,8%; dit zijn voornamelijk patiënten met nierziekten die in ZBC's worden behandeld.

## 1.3 Rapportage

Per hoofdgroep en per patiëntgroep rapporteert de NZa over het aantal patiënten dat per ziekenhuis wordt geteld, het aantal behandelingen en de omzet. Door deze getallen over verschillende jaren te vergelijken ontstaat een beeld over de groei of afname in aantallen patiënten binnen deze groepen en de DBC-omzet per patiënt.

Het aantal patiënten in 2010 is geteld op basis van het aantal unieke (versleutelde) BSN nummers. Omdat de BSN nummers in de jaren vóór 2010 niet of onvolledig zijn geregistreerd in DIS, is voor de berekening van de verandering in aantal patiënten voor alle jaren het aantal unieke patiëntnummers per ziekenhuis geteld. Een deel van deze patiënten zullen dubbel geteld zijn, wanneer zij meerdere ziekenhuizen in één jaar hebben bezocht. Een deel van de groei in patiënten aantallen zou daarom ook verklaard kunnen worden door een groeiende groep patiënten die naar meer dan één ziekenhuis gaat. En wanneer ziekenhuizen zich meer gaan specialiseren en zorg niet meer overal wordt ingekocht door verzekeraars, zullen patiënten mogelijk ook vaker naar verschillende ziekenhuizen gaan. De NZa kon deze verschuiving tot

nu nog niet monitoren, maar met het beschikbaar komen van het (versleutelde) BSN nummer in de toekomst wel.

Een verandering in de DBC-omzet per patiënt kan het gevolg zijn van andere tarieven of prijzen. Als het dat niet is, dan is de productiemix veranderd, bijvoorbeeld omdat relatief meer patiënten worden geopereerd. In deze rapportage wordt dit een verandering in *behandelpraktijk* genoemd.

De verandering in prijzen en tarieven wordt berekend op basis van de productie in het voorgaande jaar. Hierbij is het goed te bedenken dat een tariefstijging in werkelijkheid niet automatisch leidt tot een omzetsstijging, het geld komt alleen anders gelabeld binnen. De productie in het A-segment wordt niet bekostigd op basis van DBC's, maar op basis van budgetparameters. De DBC-omzet per patiëntgroep in het A-segment is daarom niet direct te vertalen naar gerealiseerde omzet. De afgelopen jaren konden de tarieven van DBC's dus veranderen, zonder dat dit leidde tot extra omzet voor het ziekenhuis of voor het specialisme. In de laatste kolommen is daarom ook de tariefstijging van alleen het A-segment opgenomen en het aandeel van het B-segment in de betreffende groep.

Overigens komt de gemiddelde tariefstijging wel overeen met de reële prijsstijging in het A-segment.

#### **Rekenvoorbeeld**

De omzet en productiegegevens van een fictieve groep is 100 miljoen in 2006 en 120 miljoen in 2010.

Het aantal patiënten is 250 duizend in 2006 en 260 duizend in 2010. De gemiddelde DBC-omzet per patiënt is in 2006 EUR400,- en in 2010 EUR 462,-

De gemiddelde verandering in prijzen en tarieven tussen 2006 en 2010 is als volgt berekend:

$$\text{DBC-omzet} = (120/100)^{(1/4)} = 4,7\%$$

$$\text{Aantal patiënten} = (260/250)^{(1/4)} = +1\%$$

$$\text{Omzet per patiënt} = (462/400)^{(1/4)} = +3,6\%$$

De stijging in DBC-omzet is het product van een groei in het aantal patiënten en de omzet per patiënt (  $1,01 * 1,036 = 1,047$  )

De tarieven en prijzen worden jaarlijks aangepast. Omdat ook de productstructuur jaarlijks wijzigt is per jaar voor de producten die in beide jaren voorkomen (Vjaar) gekeken wat de verandering in prijs of tarief is (Pjaar).

$V_{2006} * P_{2007} / V_{2006} * P_{2006}$  is de op productie gewogen gemiddelde prijsverandering van 2006 naar 2007. De vier coëfficiënten van de jaarlijkse verandering tussen 2006 en 2010 zijn gebruikt om de gemiddelde verandering in die vijf jaar te berekenen:  $(1,02 * 1,08 * 1,02 * 0,95)^{(1/4)} = 1,016$ , oftewel 1,6% stijging per jaar.

## **Resultaten hoofdgroepen**

Tabel 1 geeft een overzicht van de totale productie in 2010 per hoofdgroep geordend naar aandeel in de omzet 2010.

De hoofdgroep ziekten van het hartvaatstelsel is met een omzet van 3,5 miljard en ruim 1,5 miljoen patiënten de grootste groep. Deze groep vertegenwoordigt 23% van de totale DBC-omzet en 14% van het aantal patiënten. Andere belangrijke hoofdgroepen zijn tumoren (kwaadaardig en goedaardig) met 16% van de omzet en 11 % van de patiënten; en



“aandoeningen van het bewegingsapparaat”, (waaronder artrose en reuma) met 12% van de omzet en 10% van de patiënten.

Na hartziekten komen de meeste patiënten, 1,5 miljoen (13%) bij de specialist voor aandoeningen van zintuigen en zenuwstelsel en dan met name voor ziekten of afwijkingen aan de ogen. Bijna één miljoen patiënten per jaar komen naar het ziekenhuis met ongevalsletsel en vergiftigingen. Hiermee is 1 miljard euro gemoeid.

**Tabel 1: Overzicht omzet en productie per hoofdgroep in 2010 op basis van DBC's\*.**

patiëntgroep	DBC-omzet (miljoen euro)	Aantal Patiënten (* 1000)	Aantal DBC's (*1000)	Gemiddelde omzet per patiënt	Gemiddeld aantal DBC's per patiënt	Aandeel B-segment (omzet)
Hartvaatstelsel	3518	1585	2597	2219	1,6	41%
Tumoren	2419	1213	1794	1994	1,5	24%
bewegingsapparaat	1810	1158	1589	1562	1,4	53%
Urogenitaal systeem	1181	874	1130	1351	1,3	13%
Spijsverteringsstelsel	1155	628	800	1840	1,3	26%
Ongevalsletsel en vergiftigingen	1040	984	1193	1057	1,2	8%
Kinderwens, Zwangerschap en post-natale zorg	1019	550	902	1851	1,6	58%
Ademhalingswegen	989	805	1045	1229	1,3	19%
Zintuigen en zenuwstelsel	875	1495	1951	586	1,3	34%
Niet toewijsbaar / Niet ziekte gerelateerd	456	714	919	639	1,3	5%
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	410	497	623	826	1,3	24%
Huid en onderhuids bindweefsel	274	462	546	593	1,2	15%
Infectieziekten en parasitaire ziekten	169	154	171	1098	1,1	0%
Psychische stoornissen	144	141	165	1019	1,2	0%
Bloed en bloedvormende organen	75	50	57	1494	1,1	0%
Allergieën**	49	83	91	593	1,1	0%
<b>totaal</b>	<b>15584</b>	<b>5989</b>	<b>15573</b>	<b>2602</b>	<b>2,6</b>	<b>31%</b>

\* In de omzet zijn niet de overige producten (IC en kaakchirurgie) en dure geneesmiddelen en stollingsfactoren meegerekend.

\*\*Asterma is door beperkingen van de productstructuur niet opgenomen in allergieën, maar in ademhalingswegen.

In tabel 2 staan de hoofdgroepen nogmaals met daarbij de gemiddelde jaarlijkse groei in omzet, de ontwikkeling in aantallen patiënten en productie.

**Tabel 2: Ontwikkelingen in omzet en productie (% per jaar tussen 2006\* en 2010)**

Patiëntgroep	Omzet	Aantal patiënten**	Omzet/patiënt	Behandel praktijk	Aantal DBC's/patiënt*	Prijzen / tarieven	Tarieven A - segment
Hart vaatstelsel	4,6%	1,0%	3,5%	4,1%	2,2%	-0,6%	-2,8%
Tumoren	7,8%	2,8%	4,8%	2,9%	0,8%	1,9%	1,3%
bewegingsapparaat	8,5%	3,4%	4,9%	1,4%	0,3%	3,4%	5,8%
Urogenitaal systeem	4,3%	3,5%	0,8%	1,4%	0,3%	-0,5%	-0,8%
Spijsverteringsstelsel	5,2%	2,5%	2,6%	3,2%	0,5%	-0,6%	-1,5%
Ongevalsletsel en vergiftigingen	4,5%	-1,8%	6,4%	4,3%	0,0%	2,0%	1,5%
Kinderwens, Zwangerschap en post natale zorg	8,4%	-1,0%	9,4%	3,6%	0,1%	5,6%	4,3%
Ademhalingswegen	4,3%	-0,3%	4,6%	1,7%	0,3%	2,9%	2,4%
Zenuwstelsel en zintuigen	11,9%	2,8%	8,9%	4,2%	1,2%	4,5%	6,9%
Niet toewijsbaar / Niet ziekte gerelateerd	0,9%	-2,2%	3,2%	4,4%	-0,5%	-1,2%	-1,3%
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	5,2%	-3,6%	9,1%	6,0%	0,6%	2,9%	3,0%
Huid en onderhuids bindweefsel	4,8%	1,3%	3,5%	-2,6%	0,6%	6,3%	5,6%
Infectieziekten en parasitaire ziekten	11,4%	3,5%	7,7%	4,7%	0,6%	2,7%	2,7%
Psychische stoornissen	12,7%	5,3%	7,0%	2,1%	0,4%	4,7%	4,7%
Bloed en bloedvormende organen	5,6%	4,5%	1,1%	0,2%	1,5%	0,9%	0,9%
Allergieën	16,2%	2,6%	13,2%	3,1%	0,3%	9,8%	9,8%
<b>Gemiddeld</b>	<b>6,2%</b>	<b>1,2%</b>	<b>5,0%</b>	<b>3,3%</b>	<b>0,8%</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,0%</b>

\*De gemiddelde verandering in het aantal DBC's per patiënt per ziekenhuis berekend voor de jaren 2008-2010, omdat voor die tijd aparte DBC's voor spoedeisende hulp (SEH) werden gedeclareerd

\*\* Deze berekening is gebaseerd op de veranderingen van het aantal patiënten per ziekenhuis, op basis van unieke patiëntnummers per ziekenhuis, omdat pas vanaf 2010 landelijk unieke patiëntcoderingen (o.b.v. BSN) beschikbaar zijn. Patiënten die meerdere ziekenhuizen bezoeken worden dubbel geteld. Een eventuele verandering in het percentage patiënten dat meerdere ziekenhuizen bezoekt wordt daarmee ten onrechte meegerekend als een verandering in het aantal patiënten.

Tabel 2 beschrijft de ontwikkelingen in DBC-omzet en productie van de medisch specialistische zorg. De totale omzet neemt gemiddeld toe met 6,2% per jaar. De gemiddelde toename van het aantal patiënten per hoofdgroep is 1,2%.

De gemiddelde DBC-omzet per patiënt neemt toe met 5%. Prijzen en tarieven zijn gemiddeld met 1,6% gestegen. Dit betreft de totale prijsontwikkeling, dus zowel tariefaanpassingen als prijsaanpassingen bij de overgang van het A naar het B segment en de prijsveranderingen van onderhandelde prijzen. De laatste kolom beschrijft alleen de tariefontwikkeling van het deel in het A-segment. Tarieven zijn gemiddeld 1% gestegen. De verandering per hoofdgroep varieert van -2,8 tot +9.8%.

De DBC-omzet per patiënt neemt vooral toe door een veranderende behandelpraktijk. Dit verklaart ruim de helft van de gemiddelde omzetsijging. Voor een deel is dit het gevolg van meer behandelingen: het aantal DBC's per patiënt neemt 0,8% toe per jaar. De belangrijkste verklaring is echter dat patiënten een gemiddeld duurder type behandeling krijgen: de verschuiving in behandelpraktijk levert 3,3% meer omzet per jaar.

De ontwikkelingen verschillen per hoofdgroep. In alle hoofdgroepen neemt de omzet toe. Het relatieve belang van prijzen, aantallen patiënten en behandelpraktijk verschilt echter. Het aantal patiënten neemt het snelst toe in relatief kleine hoofdgroepen van diagnoses: psychische stoornissen, infectieziekten en ziekten van bloed en bloedvormende organen. In deze laatste groep verklaart dit ook het grootste deel van de omzetsijging. Patiënten aantallen nemen juist af bij letsels, ademhalingswegen en endocriene, voedings- en stofwisselingsstoornissen.

Om de omzetgroei en omzet per patiënt goed te kunnen interpreteren moet eigenlijk worden gecorrigeerd voor tariefaanpassingen in het A-segment. Voor de hoofdgroepen allergieën, zintuigen en zenuwstelsel, bewegingsapparaat, huid en onderhuids bindweefsel, psychische stoornissen en "kinderwens, zwangerschap en postnatale zorg" verklaren tariefaanpassingen een aanzienlijk deel van de berekende omzetsijging per patiënt. Alleen bij de groepen "kinderwens, zwangerschap en postnatale zorg" en "huid en onderhuids bindweefsel" is daarnaast nog een extra stijging van de onderhandelde tarieven in het B-segment.

De verandering in omzet per patiënt die niet wordt verklaard door een verandering in prijzen en tarieven wordt toegeschreven aan een gewijzigde behandelpraktijk. Veranderingen in de behandelpraktijk leiden in het algemeen tot een hogere omzet. In de hoofdgroepen "endocriene, voedings- en stofwisselingsstoornissen", infectieziekten, letsels, "zintuigen en zenuwstelsel" en "hart en vaatziekten" is dit gemiddeld meer dan 4% per jaar. Bij hart en vaatziekten en "zintuigen en zenuwstelsel" is dit mede een gevolg van een toename van het aantal DBC's per patiënt met 2,2 respectievelijk 1,5%. Alleen in de hoofdgroep "huid en onderhuids bindweefsel" heeft de verandering in behandelpraktijk een dempend effect op de groei van de omzet.

## 1.4 Patiëntgroepen

De hoofdgroepen zijn verder onderverdeeld naar patiëntgroepen met een vergelijkbare zorgvraag. Hierbij worden bijvoorbeeld vrouwen met een knobbeltje in de borst als één groep gezien: in het latere traject valt deze patiëntgroep uiteen in goedaardige en kwaadaardige diagnoses. Wanneer een patiëntgroep nader wordt onderzocht kunnen die diagnoses ook weer apart worden onderzocht. Dit is nu nog niet systematisch opgezet. De voorbeelden hieronder zijn illustratief bedoeld.

Gemiddeld genomen is het aantal patiënten per patiëntgroep met 1,5% gestegen. Dat is iets meer dan het aantal patiënten per hoofdgroep,

omdat patiënten vaker voor meerdere aandoeningen binnen één hoofdgroep naar het ziekenhuis gaan. Het gemiddelde aantal behandeltrajecten per patiënt per patiëntgroep is met 0,6% gestegen, iets minder dan de 0,8% in de hoofdgroepen. De totale omzetstijging van 6,2% is opgebouwd uit 1,5% stijging van het aantal patiënten, 1,6% prijsstijging en 3,0% behandelpraktijk.

Onderstaande tabellen presenteren een selectie van deze patiëntgroepen. Iedere paragraaf representeert een hoofdgroep.

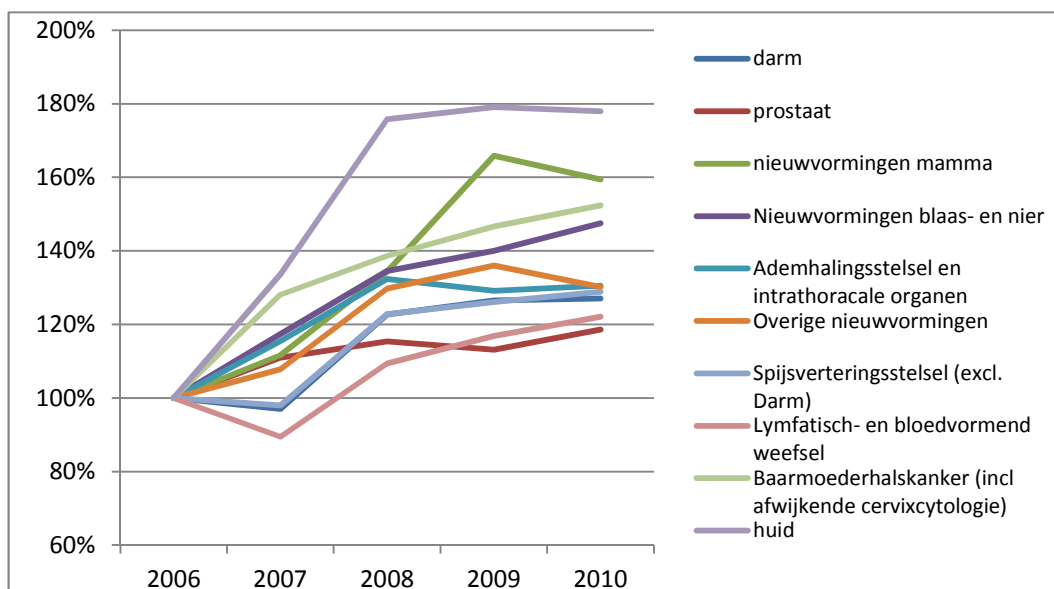
### 1.4.1 Tumoren

De grootste groepen patiënten binnen deze categorie komen voor tumoren van huid, borst of prostaat. In figuur 2 en tabel 3 is het aspect goedaardig of kwaadaardig nog buiten beschouwing gelaten. Het aantal patiënten dat wordt gescreend op darmkanker en baarmoederhalskanker neemt toe. Omdat de screening op darmkanker vanaf 2013 landelijk wordt, zal de NZa dit blijven volgen. De grootste omzetstijging zit in tumoren van de huid-, baarmoederhals en borst.

**Tabel 3: Hoofdgroep tumoren uitgesplitst naar patiëntgroepen**

Tumoren van (de):	DBC Cijfers 2010			Ontwikkeling 2006-2010			
	Aantal patiënten * 1000	Omzet in milj. euro	Omzet per patiënt	Aantal patiënten	Omzet	Behandel praktijk	Prijzen/tarieven
Borst	224	397	1772	1,5%	12,4%	4,3%	6,2%
darm	106	344	3246	6,4%	6,2%	1,3%	-1,5%
overige locaties	116	266	2298	1,0%	6,0%	2,1%	2,9%
huid	524	254	485	5,1%	15,6%	5,9%	3,9%
longen en intrathoracale organen	59	244	4143	2,2%	7,1%	2,6%	2,2%
Lymfatisch- en bloedvormend weefsel	59	243	4127	3,9%	5,1%	2,1%	-0,9%
prostaat	161	223	1390	1,0%	4,4%	-0,8%	4,1%
blaas en nier	49	145	2950	1,9%	10,2%	4,2%	3,8%
Spijsverterings organen (excl. darm)	26	140	5299	3,9%	6,6%	3,4%	-0,9%
overig geslachts organen vrouw	38	100	2635	-1,0%	1,4%	3,7%	-1,1%
baarmoederhals	59	41	703	4,5%	11,1%	1,2%	5,1%
overig geslachts organen man	6	13	2156	0,8%	2,3%	3,0%	-1,4%

**Figuur 1: genormeerde omzet per jaar per patiëntgroep vanaf 2006 tot 2010**



#### 1.4.1.1 patiëntgroep darmtumoren

Uit de overzichten per patiëntgroep ontstaat een globaal beeld van patiëntenstromen en omzet. Om groei te duiden kan een patiëntgroep verder worden onderverdeeld in diagnoses en behandeltypen. Zo wordt een verschuiving in de behandelpraktijk in beeld gebracht.

De patiëntgroep darmtumoren is uitgelicht, vanwege het grote aantal patiënten, het substantiële aandeel in de omzet en om de effecten van het bevolkingsonderzoek voor de reguliere zorg te belichten.

**Tabel 4: darmtumoren uitgesplitst naar goedaardig en kwaadaardig**

typering	DBC cijfers 2010		Ontwikkeling 2006-2010		
	Aantal patiënten * 1000	Omzet milj euro	Aantal patiënten	omzet	Omzet per patient
benigne	48	49	12%	20%	7%
maligne	60	294	3%	4%	1%

Bij 44% van de patiënten met tumoren van de darm blijkt het te gaan om poliepen, de benigne (goedaardige) vorm.

De groei van het aantal patiënten zit vooral in het screenen op (erfelijke syndromen van) darmpoliepen, die ook een voorstadium van darmkanker kunnen zijn.

De hoogste omzet wordt gegenereerd bij de behandeling van de maligne vorm. De behandeling van deze patiënten met darmkanker is met 1% nauwelijks duurder geworden. De stijging is bovendien geheel toe te schrijven aan één nieuwe behandelvorm, HIPEC<sup>1</sup> met een tarief van bijna 50 duizend euro.

<sup>1</sup> Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie, een combinatiebehandeling van chirurgie en chemotherapie

Om ook verschillen tussen instellingen in kaart te brengen wordt de groep patiënten nog preciezer afgebakend. In onderstaande casus wordt ingegaan op het controletraject ná de operatie. Omdat de HIPEC behandeling niet in ieder ziekenhuis wordt gedaan zal de omzet van het operatieve deel ook regionaal uiteen lopen. Dit is echter niet onderzocht.

### Uitgelicht: Praktijkvariatie in subgroep operabele darmtumor

#### Beschrijving subgroep

De subgroep bestaat uit patiënten met een tumor van de dikke darm (onafhankelijk welke locatie) die in aanmerking komen voor een, op curatie gerichte, operatieve ingreep.

De radiotherapeutische behandeling wordt hier buiten beschouwing gelaten.

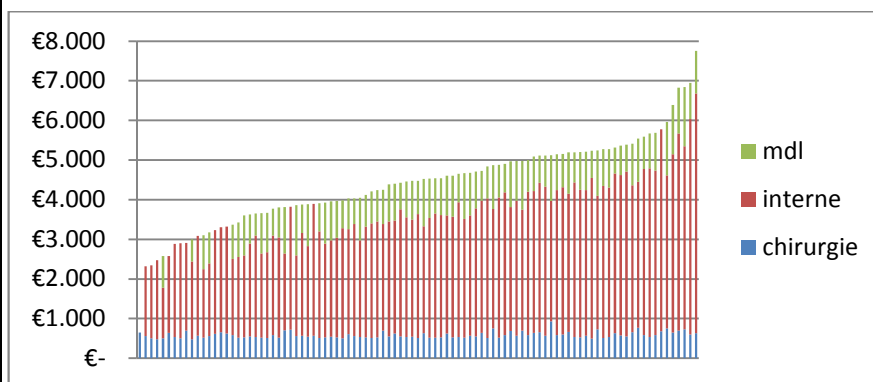
#### Behandeling

Bij de behandeling kunnen vier specialismen betrokken zijn: maag-darm-lever-artsen (mdl-artsen), internist(-oncologen), radiotherapeuten en (gastro-intestinaal) chirurgen. De betrokkenheid en de omvang daarvan voor elk van deze specialismen hangt af van de behandeling die voor een individuele patiënt geïndiceerd is en van de lokale taakverdeling tussen de specialismen.

Bij deze subgroep kijkt de NZa naar het gehele traject van diagnosestelling tot nacontroles. De diagnose wordt doorgaans gesteld door een maag-darm-lever (MDL) arts of internist. De operatie wordt uitgevoerd door de chirurg en vervolgens start een follow-up traject, dat kan worden gedaan door de internist, de MDL-arts of de chirurg. De meeste patiënten zien meerdere typen artsen in deze follow-up fase. Soms wordt voor bepaalde onderzoeken (endoscopie) intern doorverwezen en (in 10% van de gevallen) een nieuwe initiële DBC geopend.

De omzet per patiënt voor het eerste jaar na de operatie varieert van ruim 2000 euro tot bijna 8000 euro. In het follow-up traject worden meerdere DBC's per jaar geopend, en in een deel van de instellingen door verschillende artsen.

**Figuur 2: coloncarcinoom: gemiddelde omzet per patiënt (in euro) eerste jaar zorgtraject per ziekenhuis tussen 2007 en 2010**



Bron: MDS openingsdatum vanaf 2007. follow-up traject is gedefinieerd als alle DBC's geopend na openingsdatum chirurgische DBC tot 1 jaar na openen chirurgische DBC. Ieder balkje representeert een ziekenhuis.

### 1.4.2 Endocriene en stofwisselingsziekten

Twee patiëntgroepen uit de hoofdgroep endocriene- en stofwisselingsziekten worden uitgelicht. Deze groepen vertegenwoordigen 65% van de omzet endocriene- en stofwisselingsziekten (DBC's 2010).

**Tabel 5: patiëntgroepen endocriene en stofwisselingsziekten**

Patiëntgroep	DBC Cijfers 2010			Ontwikkeling 2006-2010			
	Aantal patiënten * 1000	Omzet milj euro	Omzet/patiënt	Aantal patiënten	Omzet	Behandel praktijk	Prijzen/tarieven
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	303	190	626	-6,2%	1,0%	5,5%	2,1%
Afwijkingen voedingstoestand	41	77	1876	9,5%	25,8%	13,2%	1,5%

De omzet in de groep die zich laat behandelen voor een afwijkende voedingstoestand (m.n. obesitas) neemt toe met ruim 25% per jaar, zowel door een toename van het aantal patiënten als door een hogere omzet per patiënt. Mogelijk wordt de groei iets overschat, omdat de bariatrische chirurgie in de eerste jaren wel werd uitgevoerd, maar niet kon worden gecodeerd en daarom niet als zodanig herkenbaar is. Inmiddels gaat hier 34 miljoen in om (DIS 2010).

Het aantal patiënten met diabetes mellitus in de tweede lijn neemt af. De DBC-omzet per patiënt neemt wel toe. Dit zou kunnen komen doordat de lichtere patiënten (zonder complicaties) nu meer in de eerste lijn worden behandeld en de behandelpraktijk overeenkomt met een zwaardere case-mix.

### 1.4.3 Zintuigen en zenuwstelsel

**Tabel 6: Patiëntgroepen zintuigen en zenuwstelsel**

Patiëntgroep	DBC Cijfers 2010			Ontwikkeling 2006-2010			
	Aantal patiënt en * 1000	Omzet milj euro	Omzet/patiënt	Aantal patiënten	Omzet	Behandel praktijk	Prijzen/tarieven
Staar	232	224	964	2,3%	3,2%	1,6%	-0,7%
refractie en scheelzien	189	36	188	-5,1%	6,4%	1,9%	9,9%
ooglid en rood oog	282	95	337	2,5%	11,2%	0,2%	8,3%
achterste oogkamer/retina	381	194	509	4,4%	33,7%	14,8%	11,6%
overig oog	232	38	164	9,1%	18,2%	-2,8%	11,4%
Gehoorstoornissen/binnenoor	251	126	504	7,0%	18,1%	2,6%	7,7%
Ziekte van Parkinson	41	32	779	3,1%	8,6%	-0,8%	6,1%
Multiple sclerose	19	26	1411	2,4%	10,2%	1,2%	6,3%

Per jaar komen ruim een miljoen patiënten met oogaandoeningen naar het ziekenhuis. Dit vormt de grootste categorie binnen de hoofdgroep zintuigen en zenuwstelsel. De omzet in het totaal van deze patiëntgroepen is 587 miljoen euro. Oogaandoeningen worden hieronder per patiëntgroep beschreven.

Het aantal patiënten stijgt het hardst bij gehoorstoornissen. De omzetsijging bij aandoeningen van het zenuwstelsel, waarvan twee patiëntgroepen zijn opgenomen in de tabel zijn grotendeels het effect van tariefaanpassingen.

#### 1.4.3.1 Staar

Van de patiëntgroepen oogaandoeningen heeft de patiëntgroep staar (cataract) de grootste omzet. De omzet groeit gemiddeld tussen 2006 tot 2010 met 3% per jaar, voornamelijk door een toename van het aantal patiënten in de eerste twee jaar van de geanalyseerde periode. Het aantal patiënten dat wordt behandeld voor staar is de laatste twee jaren niet meer toegenomen. De DBC-omzet per patiënt is niet toegenomen. De behandeling vindt nu vrijwel altijd in dagbehandeling plaats. Het aantal klinische opnamen is tussen 2006 en 2010 gedaald van 2,4 naar 1,1%. Desondanks is er wel sprake van een lichte verschuiving naar duurdere behandelingen. De prijzen zijn licht gedaald.

#### 1.4.3.2 Ziekten retina en achterste oogkamer

De groep patiënten met een verminderde visus als gevolg van macula degeneratie of een andere ziekte van de retina nemen toe met gemiddeld 8% per jaar. De DBC-omzet per patiënt is hier bovendien met ruim 30% per jaar gestegen. Dit is voor een deel te wijten aan tarief- en prijsaanpassingen. Het aantal patiënten dat niet-conservatief wordt behandeld is tussen 2006 en 2010 verdubbeld van 25 duizend naar 50 duizend. De behandeling bestaat in 2010 voor de helft uit injecties met het middel Lucentis. Deze behandeling is pas in 2010 opgenomen in de productstructuur en als zodanig herkenbaar.<sup>2</sup>

### 1.4.4 Hart- en vaatziekten

**Tabel 7: Patiëntgroepen Hart- en vaatziekten**

Patiëntgroep	DBC Cijfers 2010			Ontwikkeling 2006-2010			
	Aantal patiënten * 1000	Omzet milj euro	Omzet/ patiënt	Aantal patiënten	Omzet	Behandel praktijk	Prijzen/ tarieven
"Pijn op de borst"	955	2041	2138	0,1%	4,1%	5,3%	-1,3%
Spataderen	121	118	976	7,2%	11,1%	3,1%	0,4%
Hoge bloeddruk	111	64	577	5,4%	9,1%	1,7%	1,7%
Beroerte	98	281	2872	-3,1%	-0,8%	4,3%	-1,8%

Hart en vaatziekten vormt één van de grootste groepen patiënten binnen de medisch specialistische zorg en vertegenwoordigt het grootste deel van de omzet. De groep omvat een aantal specifieke diagnoses.

<sup>2</sup> Een aantal ziekenhuizen injecteren met het goedkopere Avastin en declareren dit onder de al langer bestaande code "topklinische verrichting". Ook hier is een toename van gemiddeld 25% per jaar te zien.



Vanwege hun nauwe patho-fysiologische samenhang en de overlap in manifestatie heeft de NZa een aantal diagnoses geclusterd in de patiëntgroep "pijn op de borst: "pijn op de borst", coronaire hartziekten, ritmestoornissen en "hartfalen en kortademigheid". Dit is een grote patiëntgroep met bijna een miljard omzet.

Het aantal patiënten neemt nauwelijks toe in deze patiëntgroep. De behandelpraktijk is wel wezenlijk veranderd. Dit heeft met name te maken met een verschuiving tussen diagnoses. Er komen relatief meer patiënten met de diagnose "ritmestoornissen": De diagnose (omzet half miljard in 2010) neemt toe met 11% per jaar en is daarmee de belangrijkste veroorzaker van de omzetgroei. Steeds meer mensen krijgen een inwendige defibrillator (ICD) geïmplanteerd en gaan vervolgens een follow-up traject in.

Het aantal patiënten met een hoge bloeddruk (hypertensie) neemt toe met ruim 5% per jaar. De omzet neemt toe van 45 naar 64 miljoen. Het aantal patiënten met een beroerte en met "pijn op de borst" neemt daarentegen nauwelijks toe of zelfs af.

Het aantal patiënten dat zich liet behandelen voor spataderen (varices) is toegenomen met 7,5% per jaar. De omzet steeg met 11% per jaar, hoewel de prijzen zijn gedaald.

#### 1.4.4.1 Beroerte

De groep beroerte omvat de onbloedige (herseninfarcten) en bloedige (hersenvloedingen)

Er zijn twee fases te onderscheiden: De acute opname en het revalidatie traject erna. De omzet bij revalidatie omvat ongeveer 35% van de DBC omzet (2010 data). Dit deel van de omzet is in onderstaande tabel niet meegenomen, omdat de gegevens voor revalidatie ontbreken of onvolledig zijn voor de jaren 2006-2009.

**Tabel 8: uitsplitsing naar type beroerte: ontwikkelingen 2006-2010 (in % per jaar)**

beroerte	Omzet	Aantal DBC's	Gemiddelde prijs per dbc
onbloedig	-1,9%	-7,6%	6,2%
bloedig	3,0%	-4,5%	7,9%
Totaal	-0,8%	-7,0%	6,7%

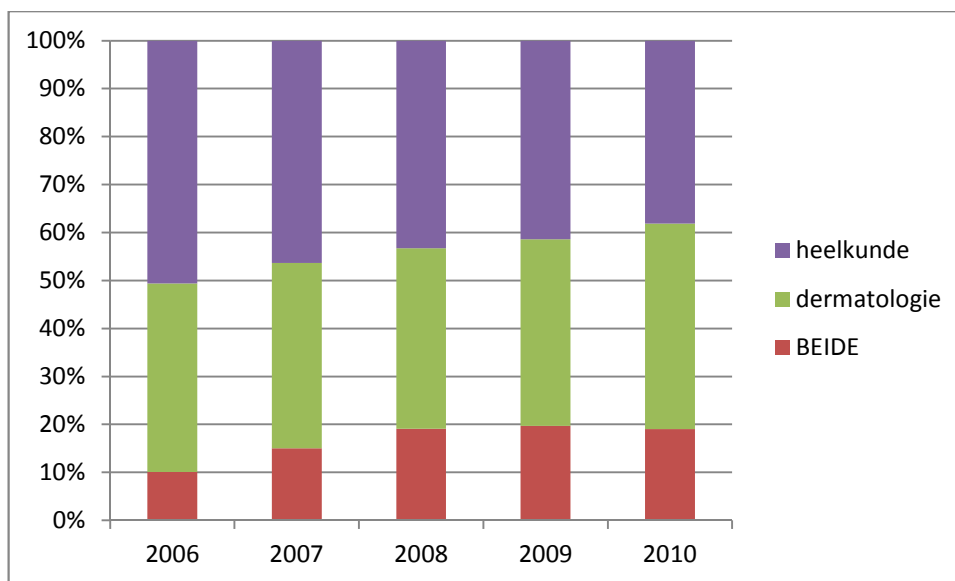
Patiënten krijgen minder verschillende zorgtrajecten tegelijkertijd of na elkaar. De gemiddelde omzet per patiënt stijgt.

#### 1.4.4.2 Spataderen

De omzet neemt gemiddeld toe met 11% per jaar. Het aantal patiënten stijgt met gemiddeld 9% per jaar. De toename in het aantal DBC's per patiënt verklaart dat de omzet sneller stijgt dan het aantal patiënten. Deze trend lijkt in 2010 af te buigen.

De zorg verschuift van heelkunde naar dermatologie, waarbij het aandeel patiënten dat twee behandelaars bezoekt de eerste jaren toenam en in 2010 weer afnam.

**Figuur 3: Relatieve aantal DBC's spataderen bij heelkunde en dermatologie**



Daarnaast is het aantal niet conservatieve zorgtrajecten relatief sneller toegenomen, hetgeen zou kunnen wijzen op een verruiming van de indicatie, parallel aan de ontwikkeling van de minder invasieve behandeltechnieken.

hetgeen wijst op een hogere bereidheid om spataderen te behandelen. Het aandeel niet conservatieve zorgtrajecten was in 2006 49% van het totaal en in 2010 58%. De verschuiving in behandelpraktijk is dus een combinatie van een verschuiving naar goedkopere behandeltechnieken voor meer patiënten.

### 1.4.5 Ademhalingsstelsel

De NZa maakt hier alleen onderscheid naar aandoeningen van de bovenste luchtwegen en middenoor, en aandoeningen van de lagere luchtwegen. De groep "lagere luchtwegen" omvat veelal patiënten met chronische aandoeningen zoals COPD en astma. Deze patiënten hebben tevens een groter risico op een longontsteking.

**Tabel 9: Patiëntgroepen ademhalingsstelsel**

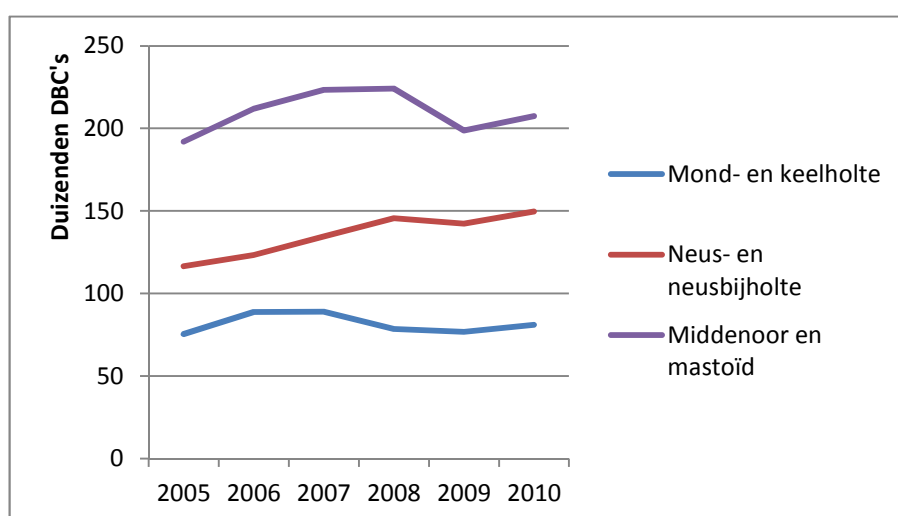
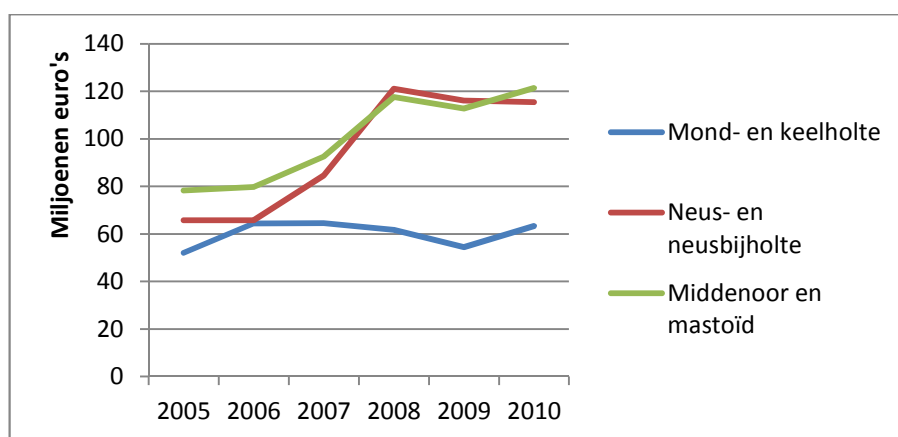
patiëntgroep	DBC Cijfers 2010			Ontwikkeling 2006-2010			
	Aantal patiënten * 1000	Omzet (milj. euro)	Omzet/patiënt	Aantal patiënten	Omzet	Behandelpraktijk	Tarieven en prijzen
Bovenste luchtweginfecties en middenoor	465	348	749	1,2%	9,2%	0,7%	7,2%
Onderste luchtwegen	385	633	1645	-1,5%	2,1%	2,9%	0,7%

In de vorige marktscan is aandacht geweest voor regionale spreiding in behandeling van met name kinderen met terugkerende infecties van de bovenste luchtwegen. Twee veel voorkomende behandelingen binnen

deze groep zijn het verwijderen van de tonsillen (amandelen knippen) en het plaatsen van trommelvliesbuisjes (evt. in combinatie met het verwijderen van de neusamandel (adenoïd)). De effectiviteit van beide ingrepen staat al langere tijd ter discussie. De regionale variatie is groot (zie ook Vektis 2011, Douven et al., 2012<sup>3</sup>).

Onderstaande figuren laten de ontwikkelingen in omzet en aantallen DBC's tussen 2006 en 2010. Het aantal ingrepen lijkt de laatste jaren te stabiliseren. De omzet in "middenoor en mastoïd" is wel gestegen. De diagnoses van de neus en neusbijholte (m.n. sinusitis) laat de grootste groei zien.

**Figuur 4: Aandoeningen bovenste luchtwegen en middenoor**  
(boven omzet; onder aantal DBC's)



<sup>3</sup> Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie), Vektis, 2011  
[www.vektis.nl/downloads/onderzoeksrapport%20praktijkvariatie.pdf](http://www.vektis.nl/downloads/onderzoeksrapport%20praktijkvariatie.pdf);  
 NZa Research Paper, 2012 – 01: The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatment ♦ Rudy Douven, Remco Mocking, Ilaria Mosca

### 1.4.6 Spijsverteringsstelsel

**Tabel 10: Patiëntgroepen spijsverteringsstelsel**

patiëntgroep	DBC Cijfers 2010			Ontwikkeling 2006-2010			
	Aantal patiënten * 1000	Omzet (milj. euro)	omzet/patiënt	Aantal patiënten	omzet	Behandel praktijk	Tarieven en prijzen
mond, slokdarm, maag en duodenum ( incl. zweren)	119	123	1034	5,8%	8,8%	0,6%	2,3%
buikwandbreuken	65	112	1718	3,3%	3,2%	-1,8%	1,8%
inflammatoire darmziekten	53	95	1773	3,8%	12,5%	6,1%	2,1%

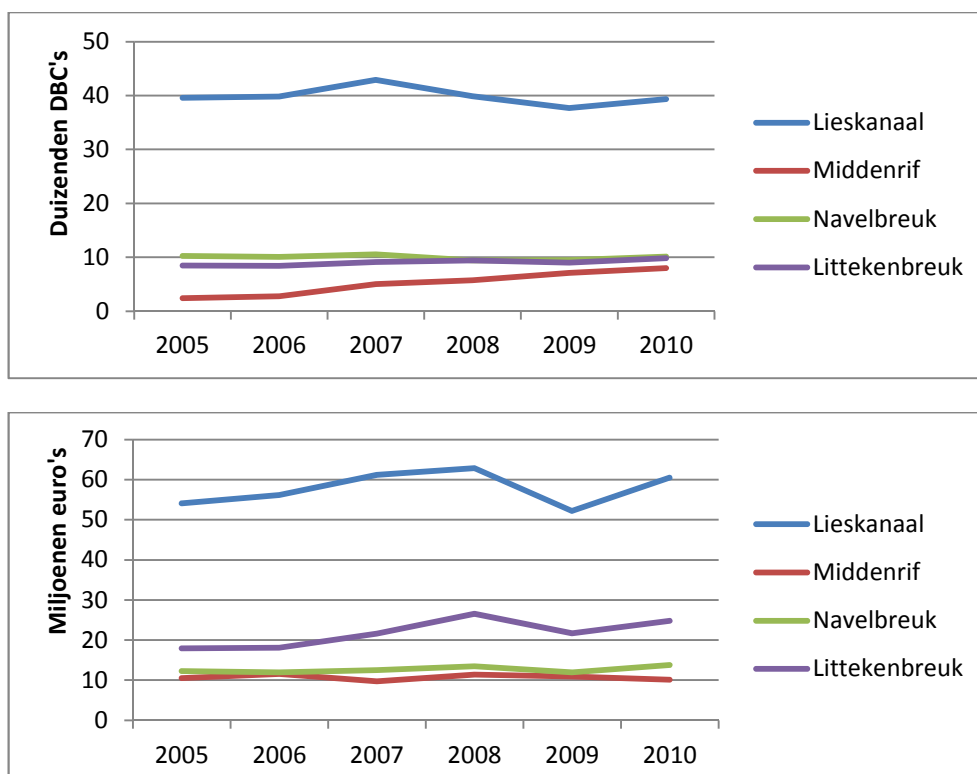
Drie patiëntgroepen zijn hier uitgelicht: De patiëntgroep mond, slokdarm, maag en duodenum (meest brandend maagzuur en maagklachten zonder aanwijsbare oorzaak) stijgt vooral vanwege een toename van het aantal patiënten dat voor diagnostiek wordt verwezen naar de maag-darm-leverarts of eventueel de kinderarts.

Inflammatoire darmziekten omvatten de chronische aandoeningen (ontstekingen) van de darmen, met als belangrijkste de ziekte van Crohn en Colitus ulcerosa. Dit is een ziektegroep waar de behandeling overall kostenintensiever is geworden. Patiënten worden relatief vaker in dagbehandeling (+15%) en minder vaak klinisch (+1%) of poliklinisch (+2%) behandeld, mogelijk in verband met een toename van medicatie die onderhuids of via een infuus wordt toegediend.

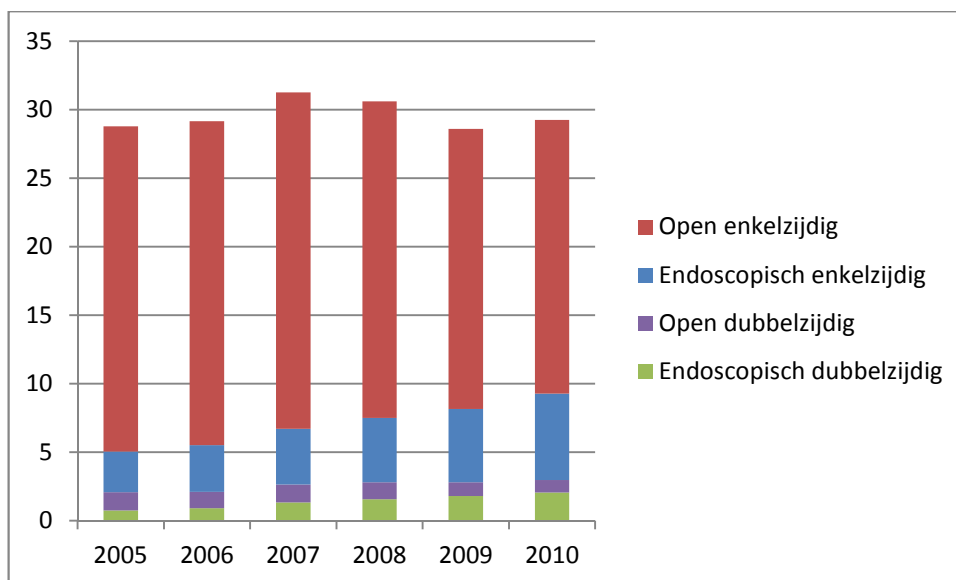
#### 1.4.6.1 Buikwandbreuken

Een breuk (hernia) van de buikwand kan op verschillende plaatsen optreden. Deze zijn samen gegroepeerd in de patiëntgroep "buikwandbreuken". De meest voorkomende buikwandbreuk is de liesbreuk. De toename van het aantal patiënten komt echter nagenoeg volledig voor rekening van de middenribsbreuk. Het betreft hier een toename van conservatieve behandelingen.

**Figuur 5: Ontwikkeling aantal behandelingen (boven) en omzet (onder)**



**Figuur 6: Aantal liesbreukoperaties (\*1000)**



De omzet per patiënt is gestegen door een verschuiving in de behandelpraktijk. Het percentage endoscopische behandelingen is gestegen van 11% in 2005 naar 27% in 2011 voor de enkelzijdige operatie en van 36% in 2005 naar 75% in 2011 voor de dubbelzijdige liesbreuk.

In de jaren van introductie lag de prijs van een endoscopische operatie veel hoger dan die van een open operatie. Inmiddels liggen de onderhandelde prijzen veel dichterbij elkaar.

### 1.4.7 Urogenitaal systeem

Het urogenitaal systeem bestaat uit ziekten van de nieren en urinewegen en ziekten van de geslachtsorganen. Alleen de patiëntgroepen Ziekten van de nieren en urinewegen zijn hier getoond (tabel 11).

**Tabel 11: Patiëntgroepen Ziekten van de nieren en urinewegen**

patiëntgroep	DBC Cijfers 2010			Ontwikkeling 2006-2010			
	Aantal patiënten * 1000	Omzet (milj. euro)	omzet/patiënt	Aantal patiënten	omzet	Behandel praktijk	Tarieven en prijzen
nierziekten (incl dialyse)	328	624	1904	8,4%	3,2%	-1,8%	-3,1%
urinewegen	173	168	969	1,0%	4,8%	3,0%	0,7%
nierstenen	37	73	1961	0,9%	6,5%	4,4%	1,2%

#### 1.4.7.1 Nierziekten

Door een nierziekte kunnen de nieren blijvend aangetast worden. De nieren gaan dan minder goed werken. Als de nieren voor 60 tot 70% zijn uitgevallen, is er sprake van chronische nierinsufficiëntie. De nieren zijn dan niet meer in staat om alle afvalstoffen uit het bloed te verwijderen. Ruim de helft van de patiënten met nierziekten betreft patiënten met (veelal chronische) nierinsufficiëntie.

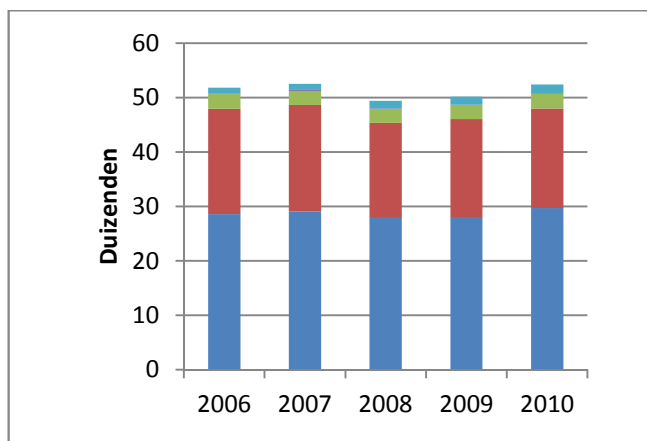
Bij een verdere achteruitgang van de nieren kan de functie van de nieren gedeeltelijk worden overgenomen door het bloed kunstmatig te zuiveren (dialyse of kan worden overgegaan tot een niertransplantatie).

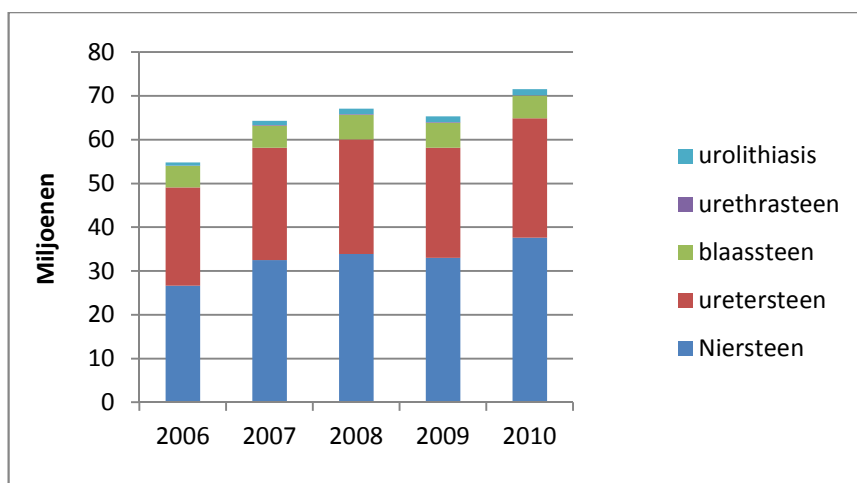
Het aantal patiënten met nierziekten neemt toe met ruim 8% per jaar (zie tabel 11). De grootste en snelst stijgende groep betreft patiënten met chronische nierinsufficiëntie zonder dialyse (14% toename per jaar). Dit betreft veelal ouderen (gemiddelde leeftijd is 72). Het aantal transplantaties (in 2010 ruim 4 duizend) is toegenomen met 13% per jaar. Het aantal dialyses (ruim 11 duizend) is daarentegen afgenomen met 6% per jaar.

De gemiddelde omzet per patiënt is lager geworden.

#### 1.4.7.2 Urinewegstenen

**Figuur 7: Urinewegstenen: aantal DBC's (boven) en omzet (onder) naar locatie\* urinewegstenen**





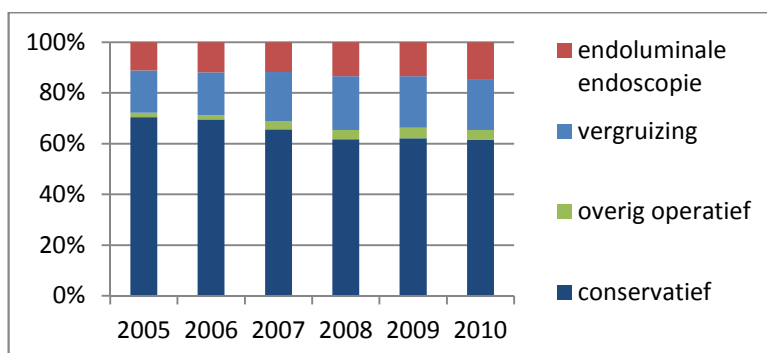
\* Urolithiasis is een verzamelnaam voor urinewegstenen die door andere specialisten dan de uroloog worden gezien. Alleen bij urologie is de locatie opgenomen in de DBC structuur.

Urinewegstenen bestaan uit mineralen die normaal gesproken met de urine via de urinewegen worden uitgescheiden, maar onder bepaalde omstandigheden kristalliseren. Deze kunnen de urineweg deels blokkeren hetgeen de patiënt ervaart als koliekpijn. Stenen kunnen ook een bron vormen voor infecties. Bij een deel van de patiënten moeten de stenen worden verwijderd, bij anderen volstaat pijnbestrijding.

Bovenstaande figuren laten het aantal behandelingen en de omzet zien van urinewegstenen.

Het aantal patiënten met urinewegstenen in de tweede lijn stijgt licht, hoewel het aantal behandeltrajecten nauwelijks verandert (figuur links). De omzet neemt toe met gemiddeld 6,5% per jaar (figuur rechts). De behandelmethoden zijn de laatste jaren wel veranderd. Er wordt meer gebruik gemaakt van behandeltechnieken, waarbij de stenen worden verwijderd zonder de patiënt te opereren, bijvoorbeeld door vergruizing of door een endoscopische benadering via de natuurlijke opening. Het aandeel conservatieve behandelingen neemt af. Dit is zichtbaar in figuur 8.

**Figuur 8: relatieve aantallen behandelingen urinewegstenen naar type behandeling**



Het aandeel behandelingen waarbij de stenen worden verwijderd is de eerste jaren toegenomen (mogelijk door het meer gangbaar worden van niet- of minimaal invasieve methoden, zoals "vergruizing", waarbij de patiënt dezelfde dag weer naar huis kan). Dit aandeel lijkt de laatste drie onderzochte jaren te stabiliseren (zie figuur 8).

### 1.4.1 Huid en onderhuids bindweefsel

**Tabel 12: Patiëntgroepen Huid en onderhuids bindweefsel**

patiëntgroep	DBC Cijfers 2010			Ontwikkeling 2006-2010			
	Aantal patiënten * 1000	Omzet (milj. euro)	omzet/patiënt	Aantal patiënten	omzet	Behandel praktijk	Tarieven en prijzen
eczeem	146	48	329	1,5%	13,4%	0,8%	10,9%
chronische huidzweren en decubitus	16	21	1307	-0,6%	8,4%	1,0%	7,9%

Twee typen huidaandoeningen zijn uitgelicht in tabel 12. Samen vertegenwoordigen zij ruim de helft van de omzet. De omzetstijging in deze patiëntgroepen is vrijwel geheel toe te wijzen aan veranderde tarieven en hogere prijzen in het B segment. Het aantal patiënten met decubitus (doorligwonden) neemt af.

### 1.4.2 Bewegingsapparaat

**Tabel 13: Patiëntgroepen Bewegingsapparaat**

patiëntgroep	DBC Cijfers 2010			Ontwikkeling 2006-2010			
	Aantal patiënten * 1000	Omzet (milj. euro)	omzet/patiënt	Aantal patiënten	omzet	Behandel praktijk	Tarieven en prijzen
Artrose	263	573	2181	4,6%	5,4%	-0,6%	1,4%
degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (hernia)	249	377	1513	3,5%	12,4%	3,2%	5,2%
Weke delen reuma	234	206	878	5,7%	10,9%	-0,3%	5,2%
Inflammatoire polyarthropathieën (reuma)	127	128	1009	3,5%	4,9%	1,4%	0,0%
Osteoporose	40	22	550	13,9%	10,5%	-3,0%	0,0%

De hoofdgroep "bewegingsapparaat" vertegenwoordigt 12% van de totale DBC-omzet. De grootste patiëntgroepen zijn hernia en artrose. Deze groepen worden hieronder uitgelicht. In alle patiëntgroepen valt de toename van het aantal patiënten op (tabel 13). De tarief en prijsstijgingen hebben met name betrekking op het A-segment. De omzetstijging is dus vrijwel geheel toe te wijzen aan meer patiënten. Alleen bij degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom draagt de veranderde behandelpraktijk ook ongeveer evenveel bij aan de omzetstijging.

#### 1.4.2.1 Degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom

Deze patiëntgroep omvat patiënten met slijtage van de tussenwervelschijven en -gewrichtjes die tot rug- en nekklachten leiden. Wanneer de tussenwervelschijf gaat uitstulpen en op de zenuw drukt (hernia) kan dit leiden tot pijn en uitvalsverschijnselen. Niet elke hernia met klachten hoeft geopereerd te worden. Met rust en fysiotherapie



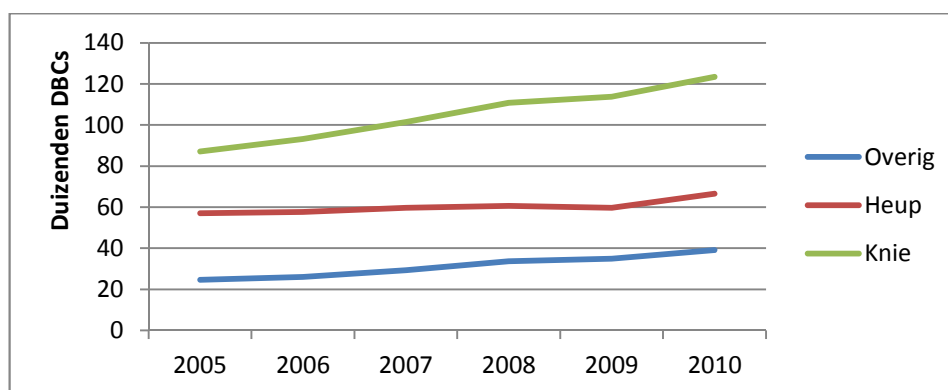
verdwijnen bij 70 tot 80% van alle hernia's de symptomen vanzelf.<sup>4</sup> Of een patiënt wordt geopereerd hangt dan af van de ernst van de klachten die de patiënt ervaart en de beoordeling door de behandelaar. Uit de Vektis studie uit 2011 en NZa studie, 2012<sup>5</sup> is bekend dat de praktijkvariatie groot is.

De omzet in deze patiëntgroep neemt toe door een gemiddelde verschuiving in de behandelpraktijk. Zowel het aantal DBC per patiënt neemt toe als de kans dat een patiënt wordt geopereerd. De extra behandelingen bestaan uit postoperatieve begeleiding door de neuroloog en anesthesie. Het aantal operaties is toegenomen met gemiddeld 3% per jaar tussen 2006 en 2010 (analyses DIS data).

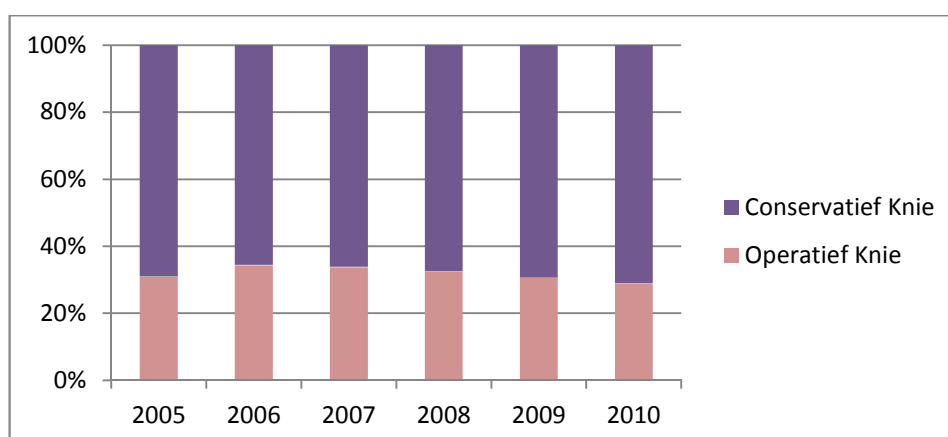
#### 1.4.2.2 Artrose

Het aantal patiënten dat wordt verwezen naar de tweede lijn neemt voor alle gewrichten toe, het meest voor de knie (figuur 9). Het aantal operaties blijft echter ongeveer gelijk en daarmee neemt het aandeel patiënten dat een gewricht vervangende prothese krijgt af (figuur 10).

**Figuur 9: Aantallen patiënten met artrose per jaar naar locatie**



**Figuur 10: Relatieve aandelen zorgtrajecten knie per jaar naar behandeltype**



<sup>4</sup> <http://www.nvvn.org/patienteninfo/rug-pijn.php>

<sup>5</sup> Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie), Vektis, 2011 [www.vektis.nl/downloads/onderzoeksrapport%20praktijkvariatie.pdf](http://www.vektis.nl/downloads/onderzoeksrapport%20praktijkvariatie.pdf); NZa Research Paper, 2012 – 01: The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatment. Rudy Douven, Remco Mocking, Iliaria Mosca

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mevrouw drs. E. I. Schippers  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
Directie Zorgmarkten Cure

**E-mailadres**  
vragencure@nza.nl

**Kenmerk**  
23652/30154

**Onderwerp**  
Beleidsbrief Marktscan medisch specialistische zorg 2012

**Datum**  
10 december 2012

Mevrouw de Minister,

De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) brengt jaarlijks marktscans uit over de medisch specialistische zorg. Voor de NZa is dit een van de middelen om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen binnen deze zorgmarkt. Bijgaand treft u de marktscan medisch specialistische zorg 2012 aan. In deze marktscan presenteert de NZa een weergave van de markt over de periode 2008-2012.

De afgelopen jaren is de totale omzet in de medisch specialistische zorg sterk gegroeid. In de periode 2006-2010 was deze groei 6 à 7%. Dit heeft geleid tot overschrijdingen van het BKZ. In tijden waar het economisch minder gaat is het beheersen en daarnaast verklaren van de omzetgroei zeer belangrijk.

De 2010-2011 omzetontwikkeling van 3,4% voor algemene ziekenhuizen en UMC's samen lijkt een breuk met voorgaande jaren te zijn. In het vervolg van de brief zal verder ingegaan worden op maatregelen die veldpartijen hebben genomen voor de verdere beheersing van de omzetontwikkeling. Daarnaast heeft de NZa een instrument ontwikkeld waarmee de omzetontwikkeling 2006-2010 verklaard kan worden.

#### *Patiënten groeianalyse*

In deze marktscan presenteert de NZa in de patiënten groeianalyse de eerste volledige toewijzing van de DBC-omzet aan patiëntengroepen. Het gaat hierbij om groepen patiënten met een vergelijkbare zorgvraag of klachtenpatroon die op een vergelijkbare manier bij een medisch specialist komen. Deze analyse is een uitbreiding van de acht patiëntengroepen die in eerdere marktscans zijn gepresenteerd.

Per patiëntengroep heeft de NZa gekeken naar de uitgaven en uitgavenontwikkeling. Van de uitgavenontwikkeling is vervolgens een uiteenrafeling in prijsontwikkeling, ontwikkeling van het aantal patiënten en ontwikkeling in behandelpraktijk gemaakt.

Kenmerk  
23652/30154

Pagina  
2 van 12

De meeste patiënten kwamen in 2010 voor hart- en vaatziekten (1,6 miljoen patiënten) en voor aandoeningen aan zintuigen (voornamelijk 'oog') en zenuwstelsel (1,5 miljoen patiënten) naar de medisch specialist. In totaal werd het meest uitgegeven aan hart- en vaatziekten (€ 3,5 miljard) en tumoren (nieuwvormingen)(€ 2,4 miljard). In 2010 werd gemiddeld per patiënt bijna zes duizend euro aan DBC's gedeclareerd.

De gemiddelde groei van de DBC-omzet tussen 2006 tot 2010 is 6,2% per jaar. De groei van gemiddeld 6,2% wordt voor ongeveer een kwart (1,5% punt) verklaard door een toename van het aantal patiënten per patiëntgroep, een kwart (1,6% punt) door de prijs en de helft (3,0% punt) door de behandelpraktijk. Dit betekent dat de helft van de groei van de zorguitgaven wordt verklaard door het behandelbeleid dat de specialist en het ziekenhuis kiezen.

De belangrijkste verklaring voor de omzetsijging voor wat betreft de behandelpraktijk is de keuze voor eerder behandelen of het kiezen voor een duurder (intensievere) behandeling (2,3 % punt). Dit is te verklaren door de inzet van duurder technologieën en ongepast gebruik.

Een vijfde deel van de veranderde behandelpraktijk is het gevolg van een toename van het aantal behandeltrajecten per patiënt (0,6% punt). Dat houdt in dat meerdere DBC's zijn gedeclareerd per patiënt per jaar voor dezelfde aandoening.

De groei van het aantal patiënten per patiëntgroep (1,5%) is in zijn geheel toe te schrijven aan een toename van het aantal verschillende aandoeningen waarmee een patiënt naar de tweede lijn gaat. Ongeveer 1% punt van de jaarlijkse toename van het aantal patiënten per patiëntengroep is het gevolg van epidemiologische ontwikkelingen. Het gemiddeld aantal patiënten per instelling is in 2010 niet hoger dan in 2006.

Aangezien de stijging van de kosten voor medisch specialistische zorg zoals gezegd voor een belangrijk deel is toe te schrijven aan eerder behandelen, duurder (intensievere) behandelingen of meer behandelingen per patiënt, wil de NZa meer inzicht krijgen in de mate waarin de behandelingen ook noodzakelijk zijn. De NZa wil het analysekader voor de patiëntengroepenanalyse daarom ook gebruiken om praktijkvariatie inzichtelijk te maken. Dat kan het gepast gebruik van medisch specialistische zorg bevorderen. Zorgverzekeraars zullen hier door middel van benchmarking en kritische zorginkoop op moeten sturen. Door de (verdere) afbouw van de ex-post risicovereeniging zal de verzekeraar meer prikkels ondervinden om praktijkvariatie en ongepast gebruik terug te dringen.

### *Wijzigingen in de bekostiging in 2012*

Kenmerk  
23652/30154

Pagina  
3 van 12

In het jaar 2012 zijn ingrijpende beleidswijzigingen doorgevoerd in de bekostiging van de medisch specialistische zorg:

- de invoering van de nieuwe productstructuur DOT;
- de invoering van prestatiebekostiging via een transitie-model;
- de uitbreiding van het vrije B-segment naar 70%;
- de introductie van een vast segment met beschikbaarheidsbijdragen voor bepaalde zorgfuncties;
- de invoering van een tijdelijk beheersmodel voor de honorariumomzet van vrijgevestigd medisch specialisten (2012 t/m 2014).

In het kader van de transitie hebben de betrokken partijen afspraken gemaakt over beheersing van de zorguitgaven en een gezamenlijke inhoudelijke agenda in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord<sup>1</sup>, en in het Convenant Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten<sup>2</sup>.

De inhoudelijke agenda en de inspanningen van partijen zoals overeengekomen in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord hebben betrekking op selectieve inkoop, afbouw van overbodige capaciteit, substitutie en spreiding én specialisatie van zorg, doelmatig geneesmiddelengebruik en het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem.

Voor zover dat mogelijk was heeft de NZa de ontwikkelingen in het lopende jaar 2012 meegenomen in de marktscan. Hierbij gaat de aandacht vooral uit naar de fase van de contractering. Het is op dit moment nog te vroeg om te kunnen rapporteren over de uitkomsten van de transitiebekostiging en de vulling van de honorariumplafonds.

### *Verloop van de contractering 2012 en contracteergraad*

In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord hebben partijen de ambitie uitgesproken om de contractering 2012 voor 1 april 2012 gereed te hebben. De NZa heeft eind juni 2012 een informatie-uitvraag aan de vijf actieve inkoopcombinaties van verzekeraars gestuurd, waarin gevraagd werd om de reeds gesloten contracten, of gevorderde conceptovereenkomsten aan de NZa aan te leveren. Medio augustus heeft de NZa een tweede informatieverzoek uitgestuurd om het verloop van de contractering te kunnen monitoren. Uit de analyse van de NZa blijkt dat medio 2012 circa 40% van het aantal potentiële contracten was getekend. Uit de maandelijkse aanlevering van contractprijzen (door verzekeraars aan de NZa) blijkt dat, gewogen naar omzet, eind oktober ongeveer 80% ziekenhuis-verzekeraars combinaties gecontracteerd is.

De NZa geeft jaarlijks in haar marktscan een weergave van de contracteergraad aan de hand van aangeleverde contractprijzen. In de aanlevering van contractprijzen is te zien dat het verloop van de contractering in de eerste helft van 2012 achterblijft bij het verloop in eerdere jaren. Dit wordt verklaard door het feit dat in 2012 op grote schaal is gekozen voor aanneemsommen en plafondafspraken.

<sup>1</sup> Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012 -2015 tussen NVZ, NFU, ZKN, ZN en VWS, 4 juli 2011

<sup>2</sup> Convenant Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014 tussen OMS, NVZ en VWS, 31 mei 2011.

Pas nadat overeenstemming is bereikt over de aanneemsom of het plafond worden prijzen per product afgesproken. Mogelijk speelt ook de overgang naar DOT een rol bij het feit dat contractprijzen later beschikbaar komen. De contractering van ZBC's heeft de NZa gevolgd op basis van aangeleverde contractprijzen. Duidelijk zichtbaar is dat er pas in een laat stadium contracten worden gesloten met ZBC's: Tot juni 2012 waren er nog nauwelijks ZBC's gecontracteerd; daarna stijgt het aantal gecontracteerde ZBC's tot boven het niveau van voorgaande jaren.

Kenmerk  
23652/30154

Pagina  
4 van 12

Het jaar 2012 was in veel opzichten een bijzonder jaar met verschillende systeemwijzigingen die de contractering bemoeilijkten. Voor het jaar 2013 is de verwachting dat de contractering sneller afgerond zal zijn. Signalen dat de eerste contracten voor 2013 reeds gesloten zijn lijken dit te bevestigen.

Uit de marktscan blijkt dat er slechts mondjesmaat selectieve inkoop plaatsvindt. Het komt in 2012 niet voor dat een verzekeraar een heel ziekenhuis niet contracteert. Bepaalde vormen van zorg worden extra gecontracteerd bij 'voorkeursaanbieders', en enkele vormen van zorg worden expliciet uitgesloten in sommige contracten. Het uitsluiten van vormen van zorg gebeurt vooral aan de hand van volumennormen die door wetenschappelijke verenigingen zijn opgesteld.

Selectieve inkoop is één van de inspanningen die partijen hebben afgesproken in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord, maar lijkt in 2012 nog een onderbelicht aspect in de contractering te zijn. Partijen focussen zich, onder meer vanwege de onzekerheid over de effecten van de systeemwijzigingen, vooral op een financiële afspraak.

#### *Inhoud en vorm van de contracten*

De NZa heeft de aangeleverde contracten ook inhoudelijk geanalyseerd. Duidelijk is dat partijen in een overgangperiode zitten en moeten wennen aan hun nieuwe rol. Dat zij vanuit die positie zoeken naar innovatieve contractvormen juicht de NZa toe. Qua inhoud en vorm van contracten is er een grote diversiteit te zien, maar op onderdelen zijn er ook overeenkomsten: bijna alle aangeleverde contracten bevatten lumpsum- of plafondafspraken. Veelal is er een doorleververplichting afgesproken wanneer het plafond of de lumpsum bereikt is.

De NZa heeft in beginsel geen oordeel over de inhoud van de contracten; het zijn immers private overeenkomsten. Wel zal de NZa de gevolgen van de contractafspraken, voor zover deze de publieke belangen raken, monitoren, en waar nodig interveniëren. In het kader van de vele lumpsum- of plafondafspraken bestaat er bijvoorbeeld een risico op oplopende wachttijden zodra plafonds bereikt zijn. Dit kan invloed hebben op de invulling van de zorgplicht omdat het publieke belang 'toegankelijkheid van zorg' geraakt wordt.

Ten aanzien van de vorm van de contracten, veelal aanneemsommen of plafondafspraken, kan het volgende worden opgemerkt: de keuze voor deze contractvormen hangt samen met de onzekerheid die partijen in de transitiefase ervaren door de onbekendheid met DOT, maar is ook een gevolg van het afschaffen van de ex post verevening (met name de macro nacalculatie) bij verzekeraars.

Waar in het verleden vooral mutatiepercentages werden berekend die toegepast konden worden op uitgaven in het verleden, worden nu absolute kaders gesteld, in harde euro's. Feitelijk wordt het BKZ, via de convenant afspraken, vertaald in private macrokaders, die op hun beurt weer worden doorvertaald in private microkaders per combinatie van zorgaanbieder en verzekeraar.

Kenmerk  
23652/30154

Pagina  
5 van 12

Verderop in deze brief gaan we in op de gevolgen van deze contractvormen voor het monitoren van prijsontwikkelingen.

In relatie tot de contractvormen merkt de NZa bovendien op dat de innovatieve contractvormen effecten kunnen hebben op de keten van verantwoording: zorgverzekeraars moeten immers de schadelast ten laste van de zorgverzekeringswet verantwoorden op het niveau van de individuele verzekerde, en deze informatie dient vervolgens als input voor het risicovereveningsmodel. Daar waar contractafspraken de vorm hebben van een financiële afspraak voor het totaal van de productie en niet per geleverd zorgproduct, ontstaan verrekeningsvraagstukken als de gedeclareerde DBC-omzet (op basis van de veelal 'voorlopige', of 'willekeurige' afgesproken prijzen) niet aansluit bij de overeengekomen aanneemsom. Dit betekent dat achteraf de prijzen zouden moeten worden herrekend voor de verantwoording en de risicoverevening.

Overigens hoeft dat niet in te houden dat de declaraties herzien moeten worden. Verschillen tussen de aanneemsom of het plafond en de gedeclareerde DBC-omzet kunnen met verrekenbedragen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars verrekend worden en vertaald naar de schadelast per individuele verzekerde. Het betreft feitelijk een rekenkundige exercitie waar de patiënt niets van merkt. Hoewel deze herrekeningen in theorie ook een gevolg zouden kunnen hebben voor de vulling van het eigen risico van de patiënt, merkt de NZa op dat de kosten die een patiënt in een jaar binnen de medisch specialistische zorg maakt vrijwel altijd hoger liggen dan het wettelijk eigen risico.

De NZa beziet in overleg met veldpartijen hoe deze verrekeningen het beste vormgegeven kunnen worden. De NZa zal, naar verwachting, in december 2012 een addendum op het controleprotocol vereveningsonderzoek 2012 uitbrengen. In dit addendum wordt met name aandacht besteed aan de wijze waarop lumpsumafspraken ten laste van het vereveningsfonds mogen worden gebracht.

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat de keuze voor de wijze waarop zorgverzekeraars de kostenbeheersing willen bereiken, op gespannen voet staat met het verzekeringssysteem dat uitgaat van individuele verzekerden.

#### *Contractering in relatie tot de transitiebekostiging*

De diversiteit in contractvormen en inhoudelijke afspraken is beoogd binnen het zorgstelsel: hiermee kunnen concurrerende partijen zich van elkaar onderscheiden. Tijdens de transitiefase kent de diversiteit echter wel een keerzijde. Het aantal verschillende contractvormen bemoeilijkt de omzetbepaling van zorgaanbieders, zeker in combinatie met de toepassing van de reguleringsmodellen (transitiemodel, beheersmodel medisch specialisten, garantieregeling kapitaallasten en macrobeheersinstrument).

Lumpsum- en plafondafspraken, gebaseerd op het schadelastbegrip van de zorgverzekeraar, zijn niet congruent met de reguleringsmodellen, gebaseerd op omzetbegrip, die voor de zorgaanbieders gelden. De NZa heeft in haar brief Evaluatie transitie model medisch specialistische zorg<sup>3</sup> reeds aangegeven dat de onvoorziene omstandigheid dat partijen er op grote schaal voor kiezen om lumpsumafspraken te maken, en de complexiteit in de toerekening van omzetcomponenten aan de reguleringsmodellen die daar een gevolg van is, redenen zijn om de transitieperiode niet te verlengen.

Kenmerk  
23652/30154

Pagina  
6 van 12

De NZa ontvangt van verschillende partijen (ziekenhuizen, medisch specialisten, maar ook van accountants) signalen dat zij moeite hebben met de omzetverantwoording en -controle, als gevolg van de complexiteit in de samenloop tussen de contractafspraken en de reguleringsmodellen. Gewaarschuwd wordt voor de maatschappelijke gevolgen van het ontbreken van een goedkeurende verklaring door de accountant bij de jaarrekening, zoals de terughoudendheid bij banken bij de financiering van de ziekenhuizen, maar ook voor dreigende macro budgettaire overschrijdingen als gevolg van vrijheidsgraden in de toerekening van contractuele afspraken naar de boekjaren en bekostigingssegmenten binnen de reguleringsmodellen.

In haar brief Evaluatie transitie model medisch specialistische zorg heeft de NZa reeds gewezen op de mogelijkheden tot oneigenlijk gebruik van het transitie model, die zich zowel in de contracteerfase als in de afwikkelingsfase, bij de omzetbepaling, kunnen voordoen, waardoor een risico op macro budgettaire overschrijdingen, en daarmee de inzet van het macrobeheersinstrument ontstaat. Zoals reeds vermeld in de brief van 25 juli 2012, ziet de NZa geen mogelijkheid om in dit stadium, lopende het jaar, nog aanpassingen in de regelgeving door te voeren.

De NZa heeft geadviseerd om bestuurlijke afspraken te maken met de partijen betrokken bij het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord, om de toerekening van contractafspraken naar deelsegmenten en boekjaren in redelijke, realistische verhoudingen te laten verlopen.

Op dit moment laat ZN door een onafhankelijke commissie onderzoek doen naar mogelijk oneigenlijk gebruik van het transitie model. Daarnaast zijn veldpartijen, vanuit een gevoelde maatschappelijke verantwoordelijkheid, een initiatief gestart om te komen tot richtlijnen voor de omzetbepaling. De NZa juicht het toe dat partijen hun verantwoordelijkheid nemen en oneigenlijk gebruik van de transitie modellen willen tegengaan.

Wel verdient het aanbeveling om, gezamenlijk met de partijen betrokken bij het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord en het Convenant Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten, en accountants, te komen tot een handreiking voor de omzetverantwoording, waarmee richting kan worden gegeven aan het verantwoorden van de omzet 'in de geest van' het transitie model. In het kader van het overleg tussen convenantpartijen is hierover reeds gesproken en worden stappen gezet.

<sup>3</sup> Brief NZa aan VWS Evaluatie transitie model medisch specialistische zorg, 25 juli 2012

Naast de afwikkelingsfase van het transitie-model bij de omzetbepaling bij de zorgaanbieders, is er ook een afwikkelingsfase bij de zorgverzekeraars in het kader van het verantwoorden van de schadelast voor de risicoverevening. Dit is in de vorige paragraaf toegelicht.

Kenmerk  
23652/30154

Pagina  
7 van 12

### *Omzetontwikkeling*

Zoals aangegeven heeft de NZa op dit moment nog geen cijfers over de omzetontwikkeling 2012. De NZa heeft op basis van de jaarrekeningen van algemene ziekenhuizen en UMC's 2008-2011, en de NZa gegevens uitvraag 2010 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten een analyse gemaakt van de omzetontwikkeling in de periode 2008-2011.

### **Omzetontwikkeling A+B-segment in %, ziekenhuiskosten en honorarium vrijgevestigd medisch specialisten, 2008-2011**

	Ziekenhuiskosten	Honorarium Specialisten*	Totaal
2008-2009	7,0%	6,3%	6,9%
2009-2010	5,1%	-18,7%	1,9%
2010-2011	3,4%	0,1%	3,1%

\* Uitsluitend vrijgevestigd medisch specialisten. Honorariumomzet medisch specialisten in loondienst zijn inbegrepen in de ziekenhuiskosten.

Cijfers ziekenhuiskosten zijn gecorrigeerd voor de incidentele vergoeding voor de immateriële activa in 2010.

In de tabel is duidelijk te zien dat groei in de uitgaven voor de ziekenhuiskosten (A- en B-segment samen, inclusief honorarium medisch specialisten in loondienst), afvlakt van 7,0% tussen 2008 en 2009 naar 3,4% tussen 2010 en 2011. Een ambitie om deze groei vanaf 2012 te beperken tot 2,5% past in dit patroon.

Uit de marktscan blijkt dat de omzetgroei bij algemene en topklinische ziekenhuizen afneemt; echter bij UMC's neemt deze juist verder toe.

De honorariumomzet van de vrijgevestigd medisch specialisten neemt als gevolg van de honorariumkortingen tussen 2009 en 2010 af met bijna 19%. De honorariumomzet 2010 en 2011 sluit hiermee goed aan bij de beschikbare budgettaire kaders voor deze jaren.

### *Volumeontwikkeling en prijsontwikkeling*

De omzetontwikkeling valt uiteen in een volume- en een prijseffect. De NZa rapporteert in deze marktscan over de volumeontwikkeling van het A- en het B-segment samen, in termen van de belangrijkste productieparameters: eerste polikliniek bezoek, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen.

De trend in het toenemen van de dagverpleging en het afnemen van het aantal verpleegdagen in de kliniek, die de afgelopen jaren zichtbaar was, zet ook in 2011 voort. Tussen 2010 en 2011 vlakt de toename in dagopnamen echter af, de afname van het aantal verpleegdagen is in deze periode juist sterker dan in de voorgaande jaren.



Wanneer naar de financiële waarde (parameterwaarde A-segment) van de vier parameters wordt gekeken, valt op dat de groei in de jaren 2008-2010 rond de 3,4% per jaar lag, maar tussen 2010 en 2011 daalt naar 1,8%.

Kenmerk  
23652/30154  
Pagina  
8 van 12

Voor de jaren 2008-2011 was de prijsontwikkeling in het A-segment ongeveer 3%, met uitzondering van 2010. In 2010 is de prijsstijging iets lager, ongeveer 1%. In de marktscan medisch specialistische zorg 2011 zijn de prijsontwikkelingen van het B-segment voor de jaren 2008-2011 reeds gepubliceerd. Uit die marktscan blijkt dat de (nominale) prijsontwikkeling van het B-segment voor de jaren 2008-2009 ongeveer 2% is, voor 2010 was zelfs sprake van een prijsdaling van ongeveer 2%. In 2011 zijn de prijzen ongeveer gelijk gebleven aan 2010.

Met ingang van 2012 is een belangrijke trendbreuk te verwachten als het gaat om het monitoren van prijs- en volumeontwikkelingen. Niet alleen de overgang naar de nieuwe productstructuur en de uitbreiding van het B-segment maken dat prijs- en volumeontwikkelingen niet goed vergelijkbaar zijn met die van eerdere jaren; ook de keuze van veldpartijen om op grote schaal lumpsum- of plafondafspraken te maken heeft gevolgen voor het monitoren van prijs- en volumeontwikkelingen.

In de situatie waarin zorgaanbieder en zorgverzekeraar ervoor kiezen om afspraken te maken in de vorm van een budget of een plafond en er feitelijk geen sprake is van prijsvorming per individueel zorgproduct verliest de prijsinformatie van specifieke DBC-zorgproducten aan betekenis. Waar in het verleden de DBC-prijzen in het A-segment weinig betekenis hadden vanwege de budgetsystematiek die bepalend was voor de uitgaven, en er in het vrije B-segment daarnaast wel prijsafspraken voor specifieke (groepen van) DBC's werden gemaakt en concurrentie op gang kwam, zien we nu dat over de totale productie (A- en B-segment) integrale aanneemsommen of plafonds worden overeengekomen.

De NZa zal zich dan ook moeten beraden op de manier waarop zij haar taak op het gebied van monitoring zal vormgeven in het geval de partijen de lumpsum- en plafondafspraken niet slechts tijdelijk gedurende de transitiefase hanteren, maar dit structureel blijven doen. Gedacht kan worden aan een nieuw te construeren prijsbegrip, dat bijvoorbeeld zou kunnen bestaan uit de omzet ten opzichte van het (gewogen) aantal patiënten of geleverde zorgprestaties.

#### *Mogelijke upcoding*

De NZa is bezig met een onderzoek naar het declareren van duurdere behandelingen dan zijn uitgevoerd. Dit fenomeen, dat ook wel bekend staat als upcoding, kan immers mede verantwoordelijk zijn voor de stijging van de kosten van medisch specialistische zorg. Dit onderzoek is gestart naar aanleiding van signalen die NZa hierover heeft ontvangen. De NZa onderzoekt momenteel in hoeverre dergelijke praktijken zich nog meer voordoen alsmede de rol van zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarbij.

### *Productiviteit en kostendoelmatigheid*

Kenmerk  
23652/30154

Pagina  
9 van 12

De NZa presenteert in deze marktscan voor het eerst een analyse van de productiviteit en kostendoelmatigheid van ziekenhuizen. Onder productiviteit wordt verstaan: de hoeveelheid zorg die is geproduceerd per euro kosten. Onder kostendoelmatigheid verstaan we de werkelijke productiviteit afgezet tegen de hoogst haalbare productiviteit. Geconcludeerd wordt dat er significante verschillen in productiviteit tussen ziekenhuizen bestaan, die niet verklaard kunnen worden vanuit verschillen in schaalgrootte van ziekenhuizen of het onderscheid tussen ziekenhuizen met veel specialisten in loondienst respectievelijk vrije vestiging.

Productiviteits- en kostendoelmatigheidsverschillen kunnen een belangrijk gegeven zijn voor zorgverzekeraars. Zij kunnen door de gegevens met elkaar te vergelijken scherper inkopen. Deze tonen immers aan dat er nog een besparingspotentieel te behalen is. Het is binnen het zorgstelsel de taak van de zorgverzekeraar om besparingen te realiseren door middel van doelmatige zorginkoop.

De NZa beschouwt de productiviteits- en kostendoelmatigheidsanalyse uit deze marktscan als een nulmeting. In de toekomst wil de NZa deze analyse herhalen op basis van actuelere gegevens.

### *Beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten*

Per 2012 is het beheersmodel voor de vrijgevestigd medisch specialisten van toepassing. Collectieven van vrijgevestigd medisch specialisten hebben een omzetplafond opgelegd gekregen. In dit geval declareert de specialist 'via' het ziekenhuis. Daar waar specialisten niet deelnemen aan een collectief geldt het omzetplafond voor het ziekenhuis waaraan de specialist verbonden is. De specialist declareert dan 'aan' het ziekenhuis. Op macroniveau bedraagt het omzetplafond € 2.029,70 miljoen; daarvan is € 88,18 miljoen gereserveerd voor specialisten werkzaam in ZBC's en € 65 miljoen mutatie ruimte.

De NZa rapporteert in de marktscan over de verhouding van 'aan' en 'via' plafonds: 95% van de plafondruimte is toebedeeld aan collectieven ('via' variant), en 5% aan ziekenhuizen en ZBC's waarbij de specialist 'aan' het ziekenhuis of de ZBC declareert.

In de marktscan vermeldt de NZa daarnaast de verdeling van de mutatie ruimte. De mutatie ruimte is bedoeld om vrijheidsgraden te creëren met betrekking tot het maken van volumeafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor sturen naar instellingen die beter presteren.

De mutatie ruimte voor 2012 is vastgesteld op € 65 miljoen. Er is voor bijna € 100 miljoen aan aanvragen ingediend. Ruim € 21 miljoen is door ZBC's aangevraagd; bijna € 78 miljoen door ziekenhuizen en categorale instellingen. De beschikbare mutatie ruimte is verdeeld naar rato van de aanvragen. Naar verhouding is er dus een groot deel van de mutatie ruimte toegekend aan de ZBC's.

Het feit dat er meer mutatie ruimte is aangevraagd dan beschikbaar, en volgens andere verhoudingen dan de oorspronkelijke plafondverdeling, duidt erop dat verdere verruiming van het mutatiekader wenselijk is, en meer dynamiek in de markt kan bewerkstelligen. In 2013 wordt de mutatie ruimte slechts beperkt uitgebreid: de 7,7% mutatie ruimte wordt voor een groot deel (3,2%) bevroren volgens de verdeling uit 2012 als ware het een 'verworven recht'; slechts de resterende 4,5% wordt als nieuwe mutatie ruimte beschikbaar gesteld. De mutatie ruimte 2014 zal in zijn geheel als nieuwe mutatie ruimte beschikbaar komen.

Kenmerk  
23652/30154

Pagina  
10 van 12

#### *Financiële positie zorgaanbieders*

De overstap naar een meer prestatiegerichte bekostiging van zorgaanbieders biedt kansen voor goed presterende zorgaanbieders, maar brengt tegelijkertijd ook toename van onzekerheden met zich. De financiële positie van zorgaanbieders zegt iets over het vermogen van zorgaanbieders om met financiële onzekerheden en eventuele tegenvallers om te gaan. In de marktscan beschrijft de NZa de financiële positie aan de hand van drie indicatoren: rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit.

De gemiddelde rentabiliteit (winstgevendheid) daalt bij zowel de algemene als de STZ ziekenhuizen licht tussen 2010 en 2011. Bij de UMC's stijgt de rentabiliteit juist tussen 2010 en 2011. De gemiddelde rentabiliteit bij alle ziekenhuizen was in 2011 3,1%. Bij de solvabiliteit (mate waarin schulden kunnen worden terugbetaald) is deze ontwikkeling juist omgekeerd. Net als in voorgaande jaren neemt de gemiddelde solvabiliteit voor alle ziekenhuizen samen wel toe, tot 15,4% in 2011. Daarmee ligt deze net boven de 15% die het Waarborgfonds als ondergrens voor de solvabiliteit stelt.

De gemiddelde liquiditeit (de mate waarin een ziekenhuis op korte termijn aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen) voor algemene en STZ ziekenhuizen neemt af tussen 2010 en 2011. Voor de UMC's neemt de gemiddelde liquiditeit juist toe. Voor alle ziekenhuizen samen ligt de gemiddelde liquiditeit (current ratio: vlottende activa ten opzichte van de vlottende passiva) in de periode 2008-2011 rond de 0,9. Een current ratio van kleiner dan 1 betekent dat een ziekenhuis op korte termijn niet aan zijn verplichtingen kan voldoen. Onder de budgettering was dit niet problematisch omdat verzekeraars, mede vanwege het deels vaste karakter van het ziekenhuisbudget, bereid waren te bevoorschotten.

Onder prestatiebekostiging zal liquiditeit meer een issue worden omdat bevoorschotting door verzekeraars minder vanzelfsprekend is en meer gekoppeld zal zijn aan de feitelijke contractering. In de brief over de evaluatie van de contractering van 3 juli 2012 heeft de NZa aangegeven dat het uitblijven van contracten in het eerste half jaar van 2012 ertoe heeft geleid dat er nog niet gedeclareerd werd. De mogelijkheid tot het declareren van passantentarieven rechtstreeks aan de patiënt staat wel open, maar hier wordt bijna geen gebruik van gemaakt. Als gevolg hiervan ontstaan liquiditeitstekorten. Ook geven zorgaanbieders aan dat het, zo lang onduidelijk is of er contracten worden gesloten, voor hen onmogelijk is om omzettingen te maken en een beeld te vormen van hoe de bedrijfsvoering ervoor staat, met andere woorden: welke continuïteitsrisico's er op de instelling afkomen.

De NZa merkt op dat wanneer op een dieper niveau dan gemiddelden wordt gekeken, de spreiding in rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit blijkt toe te nemen. Dit kan inhouden dat er meer ziekenhuizen te maken krijgen met financiële problemen. Het is aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in de contracten afspraken te maken over bevoorschotting en continuïteit van zorg.

Kenmerk  
23652/30154

Pagina  
11 van 12

### *Wachttijden*

In 2012 zijn er zes specialismen waarbij de wachttijd nog boven de Treeknorm ligt; ten opzichte van 2011, toen het om acht specialismen ging, is dit een verbetering. In 2012 zijn er drie specialismen die een stijging van de gemiddelde wachttijd voor de polikliniek laten zien ten opzichte van 2011. Twee van deze specialismen zaten in 2011 al boven de Treeknorm, te weten pijnbestrijding/anesthesiologie en oogheelkunde.

Voor een aantal behandelingen is de registratie van wachttijden verplicht. Tussen 2011 en 2012 zijn er meer behandelingen met een daling in de wachttijd dan met een stijging (23 respectievelijk 14). Het aantal behandelingen met een wachttijd boven de Treeknorm toe neemt in de periode 2011-2012 toe van twee naar vier.

De cijfers over 2012 zijn gebaseerd op de periode tot en met oktober. Het feit dat er veelal plafond- en lumpsumafspraken worden gemaakt, maakt dat de wachttijden een belangrijk punt van aandacht vormen, ook daar waar er een doorleverplicht is overeengekomen. Wanneer de lumpsum of het plafond vol gedeclareerd is, ontstaat immers het risico op oplopende wachttijden, tenzij dit ondervangen wordt door contractuele afspraken over het beperken van wachttijden tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Ook met een doorleverplicht kunnen ziekenhuizen terughoudend(er) worden in het aannemen van nieuwe patiënten, patiënten op een later moment laten terugkomen voor een vervolgbehandeling, of patiënten doorverwijzen naar derdelijns zorgaanbieders. De tijdige toegang tot zorg maakt onderdeel uit van de zorgplicht die op de zorgverzekeraars rust. Oplopende wachttijden bij een individuele aanbieder brengen het publieke belang niet direct in gevaar zolang een zorgverzekeraar zijn verzekerden naar andere aanbieders kan sturen. Verzekeraars hebben een zorgplicht die onder meer inhoudt dat de patiënt tijdig toegang tot zorg moet hebben. Verzekeraars moeten dan ook voldoende zorg inkopen om aan deze zorgplicht te voldoen. Bij consumenten is het soms niet bekend dat verzekeraars bij lange wachttijden kunnen bemiddelen. Verzekeraars kunnen zich hiermee onderscheiden.

### *Consumentengedrag en transparantie van keuze informatie*

In de marktscan besteedt de NZa aandacht aan het consumentengedrag op de markt voor medisch specialistische zorg. Allereerst heeft de NZa onderzoek laten doen naar het overstapgedrag naar een andere zorgaanbieder bij zorgconsumenten. 17% van de respondenten heeft overwogen om over te stappen naar een andere zorgaanbieder; 6% is daadwerkelijk overgestapt.

De voornaamste redenen om over te stappen zijn ontevredenheid over de zorgverlening, lange wachttijden, en ontevredenheid over de service. Redenen waarom toch niet wordt overstapt zijn dat overstappen als 'teveel gedoe' wordt ervaren, dat het huidige ziekenhuis of behandelcentrum de voorgeschiedenis van de respondent kent, en dat de respondent niet van tevoren weet of hij of zij beter af is bij een ander ziekenhuis of behandelcentrum.

Kenmerk  
23652/30154

Pagina  
12 van 12

Ten aanzien van dit laatste heeft de NZa ook gekeken naar informatie die de consument in zijn of haar keuze voor een zorgaanbieder raadpleegt, en de transparantie van die keuze informatie.

Over het algemeen komt de consument bij de zorgaanbieder terecht op basis van eigen keuze of op basis van het advies van de huisarts (of specialist). Informatie die daarnaast wordt gebruikt in de keuze zijn eigen ervaringen of ervaringen van anderen, locatie en ligging van de zorgaanbieder, en informatie op het internet.

Ruim 67% van de respondenten is van mening dat ze voldoende informatie ter beschikking hebben om een goede keuze voor een bepaalde zorgaanbieder te kunnen maken. Van de groep respondenten die actief zorgaanbieders hebben vergeleken, geeft bijna 80% aan over voldoende tot ruim voldoende informatie te beschikken om tot een goede keuze te komen.

Opvallend is dat de zorgverzekeraar vrijwel niet wordt genoemd bij de factoren die bepalend zijn in de keuze voor een zorgaanbieder, terwijl deze toch een sturende rol is toebedeeld in de vormgeving van het zorgstelsel. Waarschijnlijk is dit het gevolg van het feit dat er nog vrijwel geen selectieve inkoop plaatsvindt. Alleen bij de keuze voor een zelfstandig behandelcentrum zien we dat het vergoedingenbeleid van de zorgverzekeraar een rol speelt. De NZa herhaalt dit onderzoek in 2013 om na te gaan of de positie van de zorgverzekeraar hierin verandert.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

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