



# Ziekenhuiszorg 2009

Tijd voor reguleringszekerheid



**Monitor**

# **Ziekenhuiszorg 2009**

Tijd voor reguleringszekerheid



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>13</b>
1.1 Aanleiding	13
1.2 Doelstelling	13
1.3 Informatiebronnen	14
1.4 Leeswijzer	14
<b>2. De Markt</b>	<b>17</b>
2.1 Inleiding	17
2.2 Achtergrond bekostiging 2005 – 2008	17
2.3 Veranderingen in 2009	20
2.4 Aanbodzijde: ziekenhuizen en ZBC's	21
2.5 Vraagzijde: zorgverzekeraars	25
2.6 Conclusies	26
<b>3. Onderhandelingen 2009</b>	<b>29</b>
3.1 Inleiding	29
3.2 Nog nauwelijks contracten B-segment	29
3.3 Prikkel voor tijdig afsluiten contract	31
3.4 Invloed van marktaandeel op (tijdigheid) onderhandelingen	32
3.5 Conclusies	32
<b>4. Kwaliteit</b>	<b>35</b>
4.1 Inleiding	35
4.2 Kwaliteit van de ziekenhuiszorg	36
4.3 Transparantie van kwaliteit van de ziekenhuiszorg	37
4.4 Transparantie van kwaliteit en zorginkoop	43
4.5 Transparantie van kwaliteit en concurrentie tussen zorgaanbieders	45
4.6 Conclusies	46
<b>5. Toegankelijkheid</b>	<b>47</b>
5.1 Inleiding	47
5.2 Wachttijden	47
5.3 Keuzeondersteuning	53
5.4 Veranderingen in het zorgaanbod	54
5.5 Conclusies	55
<b>6. Betaalbaarheid</b>	<b>57</b>
6.1 Inleiding	57
6.2 Kostenontwikkeling	59
6.3 Prijsontwikkeling	68
6.4 Volumeontwikkelingen (DBC's)	71
6.5 Conclusie	79
<b>7. Conclusies</b>	<b>81</b>
<b>Bijlage 1. Keuze-informatie uitgebreid</b>	<b>83</b>
<b>Bijlage 2. Bewerkingsslagen en aannames wachttijdgegevens</b>	<b>85</b>
<b>Bijlage 3. Overzicht aanlevering wachttijdgegevens</b>	<b>87</b>
<b>Bijlage 4. DIS</b>	<b>91</b>

<b>Bijlage 5. Ontwikkeling opnamen</b>	<b>93</b>
<b>Bijlage 6. Diagnosegroepen</b>	<b>95</b>

## Vooraf

De jaarlijkse Monitor Ziekenhuiszorg is één van de middelen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen op het gebied van marktwerking in de ziekenhuiszorg. Hiervoor richt de NZa zich dit jaar op het A- en B-segment.

Sinds 2005 geldt voor het B-segment van de ziekenhuiszorg dat ziekenhuizen en Zelfstandige Behandel Centra (hierna: ZBC's) jaarlijks met de zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's. Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrijheid krijgen om met elkaar te onderhandelen. Per 2009 is het B-segment uitgebreid naar circa 34% van de ziekenhuiszorg. In navolging van de monitor in 2008 heeft de NZa bekeken welke effecten de beleidswijzigingen van de afgelopen jaren hebben op publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Ook staat in de monitor op welke punten de NZa in actie zal komen en welke aanbevelingen zij daarvoor doet.

Deze monitor is tot stand gekomen met diverse gegevensbronnen. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere instanties zijn hierbij behulpzaam geweest. Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan  
lid Raad van Bestuur

mw. drs. C.C. van Beek MCM  
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure/  
voorzitter a.i.





## Managementsamenvatting

### *Inleiding*

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

### *De markt*

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

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

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

### *Onderhandelingen 2009*

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

Twee oorzaken worden aangevoerd als verklaring voor de vertraagde onderhandelingen:

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

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

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

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

#### *Kwaliteit*

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

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

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

#### *Toegankelijkheid*

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

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

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

#### *Betaalbaarheid*

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

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

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

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

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

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

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

De analyse van volumeontwikkelingen in het A- en B-segment is uitgevoerd op basis van verschillende gegevens. Voor het bepalen van de klinische productie wordt voornamelijk gebruik gemaakt van de LMR. In de LMR zijn geen poliklinische behandelingen opgenomen. Het grootste deel van de omzet is echter wel vertegenwoordigd in de LMR. Daarom is de LMR waardevol om de huidige productie mee te vergelijken. De LMR leent zich het beste om de historische volumeontwikkeling van de ziekenhuizen in kaart te brengen. In de DBC-registratie worden jaarlijks definitiewijzigingen doorgevoerd, waardoor de jaren onderling moeilijk vergelijkbaar zijn. De beide registraties laten een vergelijkbaar beeld zien, maar wijken af voor een paar specialismen. De NZa gaat hier onderzoek naar doen.

De volumeontwikkeling van het B-segment (4,2%) blijft in de periode 2004–2007 iets achter bij de totale volumeontwikkeling (5,2%). Opvallend is de relatief sterke stijging in het B-segment in 2005. Het lijkt er op dat ziekenhuizen B-segment productie in 2004 hebben uitgesteld tot 2005.

Om te onderzoeken waar de groei van patiënten en behandelingen nu plaatsvindt, is gekeken naar de productie per specialisme en per diagnosegroep. Voor deze groei zijn verschillende verklaringen. Geconstateerd is dat voor sommige specialismen een aanzienlijke groei in productie wordt behaald. In sommige gevallen komt dit door toename van de vraag, bijvoorbeeld thoraxchirurgie en longgeneeskunde. In andere gevallen is er sprake van een verschuiving tussen specialismen, bijvoorbeeld gastro-enterologie en interne geneeskunde. Een derde verklaring is dat mogelijk sprake is van een registratie-effect. Bijvoorbeeld bij plastische chirurgie is een sterke stijging te zien in de periode 2001-2004, die later afzwakt.

De behandelduur neemt nog steeds af en de trend in de substitutie van klinische behandelingen naar dagbehandelingen zet nog steeds door.

De NZa wil meer inzicht krijgen in de werkelijke volumeontwikkelingen en zet daarom een nieuw analysekader op, waarin zij voor specifieke diagnosegroepen zowel DBC-registratie als ICD-registratie bekijkt. Het doel hiervan is om inzicht te krijgen in werkelijke volumeontwikkelingen en of eventuele groei voorspeld kan worden. De NZa heeft hiervoor al een eerste aanzet gemaakt voor drie diagnosegroepen te weten: afwijkingen van de ooglenzen, degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom en ontstekingen van de bovenste luchtwegen en middenoor. De eerste resultaten duiden op een gematigde groei. Er zijn geen aanwijzingen voor substitutie van het A-segment naar het B-segment of een hogere groei in het B-segment. In volgende monitors komt dit analysekader uitgebreid aan bod.

#### *Conclusies en aanbevelingen*

De laatste jaren zijn er veel systeemwijzigingen in de ziekenhuiszorgmarkt doorgevoerd. In deze monitor zijn deze wijzigingen geanalyseerd aan de hand van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Terugkijkend over 2008 zijn overwegend positieve ontwikkelingen zichtbaar:

- kwaliteit speelt een steeds grotere rol bij de zorginkoop;
- wachttijden lijken te zijn gestabiliseerd;
- de prijsstijging in het 'B-tranche 2005' zijn lager dan in het A-segment;
- de zorgvraag en daarmee het productievolume blijft gestaag toenemen, maar lijkt vergelijkbaar met de bestaande trend;

- er is substitutie van klinische opnamen naar dagbehandeling;
- de DIS registratie is verbeterd, maar verdient nog steeds veel aandacht.

Daarentegen zijn de onderhandelingen in 2009 nauwelijks op gang gekomen:

- de huidige productstructuur vormt een onzekere factor voor de bekostiging. Wat opvalt is dat de tarieven van DBC's in het A-segment in 2008 sterk zijn gestegen. Vanwege de budgettering leidt dit niet tot andere omzetten, maar wel tot onzekerheid bij een verdere overgang naar prestatiebekostiging;
- de problematiek rondom de kapitaallasten en onderhandelingen over de schoning zorgt ervoor dat partijen veel tijd nodig hebben.

Dit kan voor onzekerheid bij verzekerden zorgen, omdat vóór de overstapcyclus niet duidelijk is welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. De NZa heeft wel geconstateerd dat dit voorlopig niet heeft geleid tot problemen voor verzekerden in de verlening of de betaling van zorg. Doordat het B-segment inmiddels een substantiële omvang heeft bereikt, kunnen de onderhandelingen een aanzienlijk effect hebben op de resultaten van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Vooral het ontbreken van inzicht in omzeteffecten en het ontbreken van reguleringszekerheid bemoeilijken de onderhandelingen.

Omdat prijsstijgingen over 2008 en de omzetstijging over 2008 beperkt zijn, vindt de NZa op basis van deze informatie invoering van een prijsbeheersinginstrument niet gerechtvaardigd. Daarbij verwacht de NZa dat de invoering van een prijsbeheersinginstrument averechts werkt bij de tijdige totstandkoming van de onderhandelingen, omdat wederom een wijziging in de regulering wordt doorgevoerd die het voorspellen van de omzet bemoeilijkt.

Met het invoeren van maximum tarieven in het B-segment worden de goede effecten op gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid die uitgaan van een segment van vrije prijzen worden teniet gedaan. Ook heeft de invoering van een prijsbeheersinginstrument onduidelijke gevolgen voor het Budgettair Kader Zorg (BKZ) omdat volume-effecten prijseffecten mogelijk compenseren.

Tegelijkertijd is een verdere uitbreiding van het B-segment op dit moment niet wenselijk. Ook dit bemoeilijkt de onderhandelingen en leidt tot reguleringsonzekerheid. De reguleringsonzekerheid komt vooral voort uit de omvang van het A-segment en de schoningsproblemen die daarmee gepaard gaan. Deze problematiek vervalt, als eenmaal overgegaan is op prestatiebekostiging. Dan kan voor elke DBC bepaald worden of over de prijs onderhandeld mag worden of niet.

Om de noodzakelijke reguleringszekerheid te creëren, stelt de NZa voor om het jaar 2010 te gebruiken om ruimte te geven aan de implementatie. Dit betekent dat in 2010 geen wijzigingen doorgevoerd worden en partijen een jaar extra hebben om te wennen aan de doorgevoerde beleidswijzigingen. Op die manier kunnen marktpartijen zich in 2010 ook beter voorbereiden op de beoogde wijzigingen per 1 januari 2011. Ze hoeven immers geen energie te steken in de wijzigingen in 2010. Ook kunnen de randvoorwaarden voor invoering van prestatiebekostiging (invoering DOT en proefdraaien met DOT) worden ingevuld. Omgekeerd geldt dat als per 1 januari 2010 een prijsbeheersinginstrument ingezet zou worden voor het B-segment, dit een negatieve invloed zal hebben op de haalbaarheid, uitvoerbaarheid en toegevoegde waarde van de invoering van prestatiebekostiging per 2011.



## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Sinds 2005 kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar onderhandelen over de prijs, kwaliteit en het volume van de te leveren zorg van een deel van de ziekenhuiszorg; het B-segment.

In 2008 is een aantal belangrijke systeemwijzigingen in de medisch specialistische zorg doorgevoerd, waaronder:

- de uitbreiding van het B-segment naar circa 20% van de ziekenhuiszorg, waardoor het financiële belang van het B-segment toenam;
- de afschaffing van de lumpsum en de introductie van het onderbouwde uurtarief voor medisch specialisten met een bandbreedte;
- de afschaffing van het bouwregime en het onderbrengen van kapitaallasten in het B-segment.

In de Monitor Ziekenhuiszorg 2008 is beschreven wat de eerste effecten van deze wijzigingen zijn geweest. Daarin wordt opgemerkt dat over de periode 2005-2007 gematigd positieve ontwikkelingen zichtbaar zijn:

- de volumestijgingen lijken vooralsnog beperkt;
- de wachttijden nemen licht af in 2007;
- kwaliteit speelt een grotere rol in de onderhandelingen, maar bindende kwaliteitsafspraken ontbreken nagenoeg;
- reële prijzen van het 'oude B-segment' zijn in 2005-2006 licht gedaald; in 2006-2007 zijn deze licht gestegen.

Ten tijde van het uitbrengen van de Monitor Ziekenhuiszorg 2008 waren de contractonderhandelingen grotendeels nog niet afgerond, waardoor slechts beperkt zicht op de prijsontwikkelingen over de periode 2007-2008 was. Deze prijsontwikkelingen zijn daarom in de Najaarsrapportage Prijsontwikkelingen Ziekenhuiszorg 2008 nader geanalyseerd. Kort samengevat laten de reële prijzen in het 'oude B-segment' een daling zien van -1,3%; het nieuwe B-segment laat een opslag zien van 1,9% ten opzichte van de schoningsprijzen.

Per 2009 is het B-segment uitgebreid naar circa 34% van de ziekenhuiszorg. In navolging van de monitor in 2008 bekijkt de NZa welke effecten de beleidswijzigingen van de afgelopen jaren hebben op publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

### 1.2 Doelstelling

Deze monitor richt zich op twee onderwerpen, daarbij wordt niet alleen naar het vrijgegeven deel gekeken maar ook naar het gereguleerde deel:

- De werking van recent gedeeltelijk geliberaliseerde zorgmarkten en de ontwikkelingen daarin.
- De invloed van marktwerking op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid waarbij de focus ligt op de zorginkoopmarkt.

### 1.3 Informatiebronnen

Om een goed beeld van de markt voor medisch specialistische zorg te kunnen geven, is gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve analyses. De kwantitatieve analyses zijn te verdelen in wachttijdanalyses en betaalbaarheidanalyses, ofwel prijs en volume.

Voor de wachttijdanalyses is deels gebruik gemaakt van de wachttijdinformatie uit de Minimale Data Set (hierna: MDS). Sinds september 2008 worden nieuwe wachttijddefinities gehanteerd en is de publicatie van wachttijden aangepast. De wachttijden worden niet meer aangeleverd aan DIS, maar worden door MediQuest iedere maand rechtstreeks van de website van de ziekenhuizen gehaald. Hierdoor zijn de gegevens van voor en na 1 september moeilijk vergelijkbaar.

De prijsanalyses worden gebaseerd op de onderhandelde contractprijzen die een uitkomst zijn van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In 2009 zijn de onderhandelingen net als vorig jaar laat op gang gekomen en zijn de onderhandelde contractprijzen 2009 zeer beperkt beschikbaar. Daarom heeft de NZa ervoor gekozen om in deze monitor een update te geven van de prijsontwikkelingen 2007-2008 op basis van de contractprijzen 2008 die eind december 2008 door zorgverzekeraars zijn aangeleverd bij de NZa.

De volumeontwikkelingen worden op verschillende manieren bepaald. Hierbij is gebruik gemaakt van budgetgegevens, gedeclareerde omzet DIS, AO/IC data, jaarverslagen, LMR, etc. Ook is dit jaar bij de ziekenhuizen het Onder Handen Werk (hierna: OHW) 2008 opgevraagd. Bij deze analyses moet de kanttekening worden geplaatst dat voor 2008 nog geen volledige gegevensset beschikbaar is.<sup>1</sup> Om toch iets te kunnen zeggen over de meest recente ontwikkelingen, is gebruik gemaakt van verschillende bronnen die niet exact op elkaar aansluiten en zijn extrapolaties uitgevoerd op eerdere gegevens. De uitkomsten moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. In bijlage 4 worden enkele datasets nader bekeken.

Behalve kwantitatieve analyses komen ook de ervaringen van marktpartijen aan bod. Voor deze monitor zijn ziekenhuizen, Zelfstandige Behandel Centra (hierna: ZBC's), zorgverzekeraars, consumenten- en patiëntenorganisaties en overige relevante individuele deskundigen geïnterviewd. Aanvullend op de interviews heeft TNS NIPO in opdracht van de NZa in februari vragenlijsten uitgezet onder zorgaanbieders, te weten 95 ziekenhuizen en 95 ZBC's, en 10 zorgverzekeraars/concerns. De vragenlijst is ingevuld door 65 zorgaanbieders, waarvan 45 ziekenhuizen en 20 ZBC's, en 6 zorgverzekeraars/concerns.

Het afgelopen jaar hebben verschillende organisaties onderzoeken uitgebracht over de ontwikkelingen in het A- en B-segment. Daarin was veel aandacht voor de ontwikkelingen van het volume in het B-segment. De resultaten van de verschillende studies zijn betrokken bij de totstandkoming van deze monitor.

### 1.4 Leeswijzer

De indeling van de monitor is als volgt: Hoofdstuk 2 schetst een beeld van de ziekenhuiszorgmarkt en de veranderingen hierin. Hoofdstuk 3 staat stil bij de onderhandelingen in 2009. In de hoofdstukken 4 tot en

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 4.



met 6 komen respectievelijk de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid aan de orde.

De monitor bouwt voort op bevindingen uit de Monitor Ziekenhuiszorg 2008 en de Najaarsrapportage Prijsontwikkelingen Ziekenhuiszorg 2008. Om de leesbaarheid te vergroten, verwijst deze monitor daarnaar in de vorm van: in de monitor 2008, in de monitor van vorig jaar en de NJR 2008.

Het B-segment, zoals dat al bestond tijdens de periode februari 2005 tot en met december 2007, wordt aangeduid als 'B-tranche 2005'. Het tweede deel B-segment, dat wil zeggen de extra 10% waarmee het B-segment per 1 januari 2008 is uitgebreid wordt aangeduid als 'B-tranche 2008'. Het deel dat per 1 januari 2009 is toegevoegd aan het B-segment en zorgt voor een uitbreiding naar 34% wordt aangeduid met 'B-tranche 2009'.



## 2. De Markt

### 2.1 Inleiding

Per 1 januari 2009 is het B-segment uitgebreid naar circa 34% van de totale ziekenhuiszorg. Daarmee is  $\pm$  50% van de electieve zorg die zich in potentie leent voor vrije prijsvorming ook daadwerkelijk vrij. Tussen 2005-2008 zijn al verschillende stappen gezet om de wijzigingen in de bekostiging van medisch specialistische zorg mogelijk te maken. Paragraaf 2.2 geeft hiervan een overzicht. Paragraaf 2.3 gaat in op de omvang van het uitgebreide B-segment en de andere veranderingen die zich hebben voorgedaan in de bekostiging van de ziekenhuiszorg in 2009. Paragraaf 2.4 en 2.5 gaan in op de verschillende spelers binnen de ziekenhuiszorgmarkt.

### 2.2 Achtergrond bekostiging 2005–2008

De laatste jaren zijn er veel systeemwijzigingen in de markt voor medisch specialistische zorg doorgevoerd. Deze wijzigingen zijn bedoeld om meer vraagsturing te creëren. Hierdoor kan de consument kwalitatief goede zorg voor een redelijke prijs ontvangen. Deze paragraaf laat de belangrijkste stappen zien die al zijn genomen tussen 2005-2008. Hoofdstukken 4 tot en met 6 gaan in op de gevolgen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van deze wijzigingen in de bekostiging.

#### 2.2.1 Invoering DBC-systematiek

In 2005 is de Diagnose Behandel Combinatie (hierna: DBC) systematiek geïntroduceerd. Het DBC-systeem beoogt meer inzicht te geven in de geleverde zorgprestaties en de bijbehorende kosten van medisch specialistische zorg. Hierdoor zijn de prestaties tussen zorgaanbieders beter vergelijkbaar voor zorgverzekeraars en consumenten. Daarnaast worden zorgaanbieders door het DBC-systeem op twee manieren gestimuleerd efficiënt zorg te leveren. Ten eerste vormen DBC's integrale zorgprestaties, waarin de ziekenhuiskosten, de medisch specialistenhonoraria en de kapitaallasten zijn samengevoegd.<sup>2</sup> Dit geeft zorgaanbieders substitutiemogelijkheden, waardoor zij efficiencywinsten kunnen behalen. Ten tweede is een DBC een weergave van activiteiten die gemiddeld worden uitgevoerd bij een bepaalde zorgvraag. Doordat ook het tarief is gebaseerd op een gemiddelde, worden zorgaanbieders geprikkeld om efficiënt te werken en zodoende voordelen te behalen.<sup>3</sup> Door jaarlijkse aanpassingen binnen de systematiek is waarbij producten worden geknipt of samengevoegd is het aantal producten over de jaren moeilijk te vergelijken. Door wijzigingen in behandelmethoden, wijzigingen in zorgprofielen van producten en toevallige fluctuaties zijn mutaties in aantallen uitgevoerde trajecten per type DBC niet goed te interpreteren.

#### 2.2.2 Invoering B-segment 2005

De invoering van het vrije B-segment in februari 2005 omvatte twee stappen. Allereerst is het systeem van Functiegerichte Budgettering

<sup>2</sup> De honoraria van medisch specialisten blijven apart zichtbaar in het DBC-tarief.

<sup>3</sup> Dat geldt in het A-segment vooral voor de door ZBC's geleverde DBC's; ziekenhuizen worden in het A-segment nog bekostigd via budgetten.

(hierna: FB) voor een deel vervangen door bekostiging met DBC's. Tegelijkertijd zijn vrije prijzen ingevoerd voor de in het B-segment opgenomen zorgprestaties. Dit geldt voor 10% van de medisch specialistische zorg. De invoering van het vrije B-segment betekent dat zorgaanbieders, ziekenhuizen en ZBC's, jaarlijks met de zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's. Het hanteren van uniforme definities van zorgprestaties, dankzij de invoering van het DBC-systeem, ondersteunt de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over het vrije B-segment. Tegelijkertijd met de invoering van vrije prijzen zijn de budgetten van ziekenhuizen en lokale initiatieven met een evenredig deel verlaagd ('geschoond'). Kapitaallasten en medische inventaris van het vrije B-segment bleven wel volledig gebudgetteerd.<sup>4</sup> Ziekenhuizen droegen 12,5% van hun opbrengsten in het B-segment af ter dekking van de kapitaallasten en medische inventaris in hun budget.

Het overige gedeelte van de productie bleef gebudgetteerd.<sup>5</sup> Dit is het A-segment. Voor gebudgetteerde zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, gelden vaste tarieven in het A-segment en voor niet gebudgetteerde zorgaanbieders, zoals ZBC's, gelden maximumtarieven.<sup>6</sup> Zie tabel 2.2 voor een overzicht van het aantal zorgaanbieders in de ziekenhuiszorgmarkt.

### 2.2.3 Uitbreiding B-segment 2008

In 2008 is de omvang van het vrije B-segment vergroot naar circa 20% van de totale medisch specialistische zorg. Een vergroting van de omvang van het B-segment geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer vrijheid om te onderhandelen en zou moeten bijdragen aan een goede werking van de markt. Tegelijkertijd met de uitbreiding van het B-segment per 2008 zijn de ziekenhuisbudgetten verder verlaagd voor de zorg die overgeheveld is naar het vrije B-segment. Nieuw was dat de budgetten van ziekenhuizen ook zijn verlaagd voor de kapitaallasten en medische inventaris van het totale B-segment (voor zowel de 2005 als de 2008 tranche van het B-segment). Ziekenhuizen hoeven dus vanaf 1 januari 2008 niet meer 12,5% van hun opbrengsten in het B-segment af te dragen ter dekking van de kapitaallasten en medische inventaris in hun budget. Hierdoor zijn ziekenhuizen volledig risicodragend geworden voor het B-segment. ZBC's hebben geen budget waardoor deze al sinds 1998 met integrale prijzen werken.<sup>7</sup>

### 2.2.4 Invoering prestatiebekostiging medisch specialisten 2008

Tot 2008 maakten zorgverzekeraars en vrijgevestigde medisch specialisten op lokaal niveau afspraken over de lumpsum. Per 2008 zijn alle medisch specialisten, exclusief medisch specialisten in loondienst,

<sup>4</sup> Onder kapitaallasten vallen de rentelasten en de afschrijvingen.

<sup>5</sup> In de jaren 2005-2007 diende circa 90% van de totale omzet van de medisch specialistische zorg ter dekking van het budget (ziekenhuizen) en het lokale initiatief (vrijgevestigde medische specialisten).

<sup>6</sup> Het 'harde' onderscheid tussen ziekenhuizen en ZBC's is vervallen, ZBC's kunnen nu in principe dezelfde vormen van zorg aanbieden als ziekenhuizen. Alle zorgaanbieders gelden als instellingen voor medisch-specialistische zorg (IMSZ). De gelijkstelling van zorgaanbieders moet ervoor zorgen dat de concurrentie op de zorgmarkt verbetert.

<sup>7</sup> In 1998 is de Regeling zelfstandige behandelcentra tot stand gekomen. De zelfstandige behandelcentra werden aangewezen als ziekenhuisvoorziening op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De regeling was primair gericht op beperking van het aanbod tot de destijds bestaande (zelfstandige) behandelcentra door legalisering van een aantal privéklinieken.

overgegaan op volledige prestatiebekostiging op basis van DBC's. Bovendien wordt er met ingang van 2008 zowel in het A- als het B-segment gewerkt met een onderbouwd uurtarief.<sup>8</sup> De honorariumbedragen van medisch specialisten fungeren sinds 2008 in de declaratierelatie tussen zorgaanbieders en medisch specialisten als bandbreedtetarieven.<sup>9</sup> Dit betekent dat bestuurders van zorgaanbieders met medisch specialisten kunnen onderhandelen over de hoogte van het uurtarief binnen een beperkte bandbreedte.

In de monitor Ziekenhuiszorg 2008 constateerde de NZa dat door de afschaffing van de lumpsum de financiële prikkels in het A-segment voor de vrijgevestigde medisch specialisten afwijken van die van het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet immers binnen het met de zorgverzekeraars overeengekomen budget blijven. Voor medische specialisten levert extra productie juist meer geld op. Het wordt dus voor medisch specialisten aantrekkelijker om meer te produceren. Een aantal ziekenhuizen, dat is geïnterviewd voor de monitor 2009, ervoer deze tegenstrijdige belangen in het A-segment ook. Hoofdstuk 6 bevat een analyse van de kosten- en volumeontwikkelingen per specialisme.

### 2.2.5 Afschaffing bouwregime

Per 1 januari 2008 is het bouwregime van de Wet Toelating Zorginstellingen (hierna: WTZi) voor de ziekenhuizen buiten werking gesteld. Zorgaanbieders die klinische zorg met verblijf aanbieden in het A-segment, vielen onder het bouwregime en dienden voor onder meer nieuwbouw en vervangende bouw een vergunning aan te vragen bij het College Bouw Zorginstellingen (hierna: CBZ).<sup>10</sup> Er wordt vanaf 1 januari 2008 geen onderscheid meer gemaakt tussen instellingen voor medisch specialistische zorg die beschikken over een toelating met bouw (ziekenhuizen) en instellingen voor medisch specialistische zorg die beschikken over een toelating zonder bouw (ZBC's). Als gevolg hiervan is in algemene zin de beperking komen te vervallen voor ZBC's om ook klinische A-DBC's aan te bieden. Een ZBC kan nu dus ook dergelijke zorg aanbieden, mits de bestaande toelating daartoe ruimte biedt en voldaan is aan de kwaliteitseisen. De vergunningplicht is daarmee per 1 januari 2008 vervallen.<sup>11</sup> Hierdoor krijgen ziekenhuizen de vrijheid om voor eigen rekening en risico die investeringen in zorgvoorzieningen te doen, die nodig zijn om in te spelen op de zorgvraag van consumenten. Dit betekent dat zorgaanbieders geen toestemming vooraf meer nodig hebben van het CBZ voor de financiering van investeringen in gebouwen, installaties en grond. Daarbij moeten ziekenhuizen de kosten van bouw per 1 januari 2009 gedeeltelijk terugverdienen uit de DBC-opbrengsten, nu alleen nog in het B-segment. Hiervoor is een overgangsregeling kapitaallasten ingevoerd per 1 januari 2009. Zie daarover verder paragraaf 2.3.2. Omdat zowel in 2008 als in 2009 sprake blijft van gedeeltelijke budgettering, loopt nacalculatie in het A segment door.<sup>12</sup> Bij overgang op volledige prestatiebekostiging vervalt in beginsel de nacalculatie.

<sup>8</sup> Dit uurtarief is door de Minister van VWS bepaald en op grond van een aanwijzing door de NZa in de DBC tarieven verwerkt.

<sup>9</sup> De bandbreedte is geëffectueerd als plus of minus € 6,00 op het onderbouwde uurtarief.

<sup>10</sup> zie artikel 5.2 van het Uitvoeringsbesluit WTZi

<sup>11</sup> Het bouwregime verplichtte zorginstellingen een vergunning aan te vragen wanneer zij wilden bouwen (nieuw, uitbreiding, vervanging), huren of een zorggebouw in gebruik wilden nemen. Deze vergunning leidde tot vergoeding van afschrijvingen en rentekosten van de bouw (de kapitaallasten).

<sup>12</sup> Nieuwe investeringen die niet uit de trekkingsgelden of oude vergunning kunnen worden betaald, kunnen niet worden nagecalculeerd.

## 2.3 Veranderingen in 2009

### 2.3.1 Uitbreiding B-segment naar circa 34%

In 2009 is het B-segment verder uitgebreid tot circa 34%. In tabel 2.1 zijn de aantallen DBC's in het B-segment weergegeven.

**Tabel 2.1. Aantal DBC's in het B-segment**

2005	2008	2009
1.246	4.921	7.025

Bron: NZa

Samen met de uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2009 dienen de ziekenhuisbudgetten wederom verlaagd te worden, evenredig aan de uitbreiding van het B-segment. Alle branchepartijen wensten meer vrijheden bij de vaststelling van de hoogte van de budgetschoning, ten opzichte van de budgetschoning in 2008, zodat kan worden afgeweken van landelijke zorgprofielen en DBC-prijzen, waardoor recht wordt gedaan aan lokale omstandigheden. In september 2008 heeft de NZa de schoningsprijzen 2009 uitgeleverd en in oktober 2008 de schoningsformulieren 2009. Hierin zijn per instelling individuele waarden opgenomen over de hoogte van de budgetschoning (de zogenaamde defaultwaarden). Deze waarden hebben betrekking op een verlaging van de loonkosten medisch specialisten in loondienst, de kapitaallasten en een restcorrectie FB in loon- en materiële kosten. Bij afwezigheid van overeenstemming tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar per 1 februari 2009 zijn de al berekende bedragen aan budgetschoning van de NZa (de defaultwaarden) leidend. Dit geldt voor ongeveer de helft van de ziekenhuizen.

De toegepaste methodiek van budgetschoningen die de NZa tot nu toe heeft gebruikt zorgt ervoor dat de bestaande budgetten top-down verlaagd worden met het evenredige deel dat het vrije B-segment in een ziekenhuis toeneemt. Omdat de beschikbare cijfers voor deze berekeningen niet volledig betrouwbaar zijn gebleken en er in lokaal overleg andere bedragen aan budgetschoning afgesproken kunnen worden, bestaat de mogelijkheid dat er negatieve of juist positieve bedragen in de budgetten over blijven bij verdere schoning.

Omdat de DBC-systematiek niet aansluit bij de FB-systematiek is bij uitbreiding van het B-segment een kunstgreep noodzakelijk om wel aansluiting te verkrijgen. Deze aansluiting is niet exact, waardoor bij een groter B-segment het achterblijvende deel in het A-segment mogelijk niet meer aansluit bij de kosten voor het A-segment. Hierdoor ontstaan oneigenlijke prikkels en wordt het A-segment instabiel. Verdere uitbreidingen van het B-segment en het daarmee verder schonen van de budgetten kunnen daarom tot gevolg hebben dat ziekenhuizen in financiële problemen raken en is daarom in de optiek van de NZa ongewenst.

### 2.3.2 Overgangsregeling kapitaallasten

Door de afschaffing van het bouwregime zullen ziekenhuizen die onlangs nieuwbouw hebben gepleegd onder het bouwregime mogelijk een voordeliger positie hebben vergeleken met ziekenhuizen die nieuwbouw

gaan plegen na 1 januari 2008.<sup>13</sup> Eind 2008 heeft de NZa daarom een overgangsregeling voor de vergoeding van kapitaallasten vastgesteld.<sup>14</sup> Deze regeling vloeide voort uit het advies van de commissie nadeelcompensatie, de commissie Havermans, die in februari 2008 door de Minister van VWS was ingesteld. De regeling voorziet in een gefaseerde afschaffing van de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten (afschrijvingen en rente).

Onderdeel van de regeling is dat voor de kapitaallasten die aan het B segment worden toegerekend, nog gedurende drie jaar in afnemende mate nacalculatie op kosten plaatsvindt, volgens het schema 75%-50%-25%. Daarmee wordt bereikt dat zorgaanbieders in het vierde jaar voor de kapitaallasten in het B-segment volledig risicodragend zijn.

Hoofdstuk 3 gaat dieper in op de invloed van deze veranderingen op de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

### 2.3.3 Mogelijke toekomstige beleidswijzigingen

In de brief Waardering II heeft de Minister van VWS aangegeven in nauw overleg met de NZa een prijsbeheersinginstrument (hierna: PBI) te ontwikkelen, dat verzekeraars en ziekenhuizen de mogelijkheid moet geven om te blijven onderhandelen over prijs en kwaliteit, maar bescherming moet bieden tegen al te hoge prijsstijgingen.<sup>15,16</sup> In oktober 2008 heeft de NZa hiervoor een aantal technische varianten gepresenteerd. Deze varianten zijn, volgens het verzoek van de Minister alle gebaseerd op een systeem van maximering van tarieven. In de brief Waardering III geeft de Minister toelichting op deze varianten.<sup>17</sup> De Minister besluit in mei of juni 2009 over de inzet van het prijsbeheersinginstrument.

Al enige tijd loopt de discussie over uitbreiding van het B-segment per 2010. De NZa heeft aangegeven dat verdere uitbreiding van het B-segment kan leiden financiële problemen bij ziekenhuizen, zoals besproken in 2.3.1. Ook heeft de sector de afgelopen jaren bijna elk jaar grote wijzigingen moeten ondergaan. Een jaar van beleidsrust kan instellingen helpen zich het systeem meer eigen te maken zonder dat alle aandacht weer naar de nieuwe wijzigingen uit moet gaan.

## 2.4 Aanbodzijde: ziekenhuizen en ZBC's

### 2.4.1 Ontwikkeling aantal zorgaanbieders

In 2008 heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) één fusie goedgekeurd van ziekenhuizen, te weten: de fusie tussen de st. Lucas Ziekenhuis (Winschoten) en het Delfzicht Ziekenhuis (Delfzijl) tot Stichting de Ommelander Ziekenhuis Groep. Daarnaast is de fusie van het Mesos (Utrecht) en het Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) tot St. Antonius Ziekenhuis doorgevoerd in een gezamenlijk budget. Tabel 2.1 geeft de ontwikkeling van het aantal zorgaanbieders weer.

<sup>13</sup> VWS, Brief Tweede Kamer, Opdracht en tijdsplan commissie nadeelcompensatie, CZ-TSZ 2854608, 11 juni 2008.

<sup>14</sup> Overgangsregime kapitaallastenvergoeding (CI-1085).

<sup>15</sup> <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2008/waardering-ii.asp>.

<sup>16</sup> [http://www.nza.nl/21047/34166/45620/080908\\_Brief\\_min\\_VWS\\_crite1.pdf](http://www.nza.nl/21047/34166/45620/080908_Brief_min_VWS_crite1.pdf).

<sup>17</sup> <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2008/waardering-iii.asp>.

**Tabel 2.2. Aantal zorgaanbieders**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene ziekenhuizen	90	89	88	87	87	85
Categorale ziekenhuizen	2	2	2	2	2	2
UMC's	8	8	8	8	8	8
Totaal aantal ziekenhuizen	100	99	98	97	95	93
ZBC's actief in B-segment	n.v.t.	37	57	68	89	125

Bron: NZa

In de totale omzet van het 'oude' B-segment hebben de algemene ziekenhuizen het grootste aandeel met 90%. Voor UMC's is het aandeel 3,5%. ZBC's hebben een aandeel van 4% en overige zorgaanbieders hebben een aandeel van 2,5%, zo blijkt uit de CVZ jaarstaten over 2007.<sup>18</sup> Het aandeel van ZBC's was in 2005 nog 1,9% in het B-segment. Hoewel steeds meer ZBC's actief zijn in het B-segment, leveren zij dus slechts een klein gedeelte van de zorg in het B-segment. Helaas is een volledige lijst van ZBC's bij geen enkele organisatie beschikbaar.

#### *Belangrijkste concurrent*

Ook dit jaar komt uit de antwoorden in de vragenlijsten naar voren dat een grote meerderheid van de ziekenhuizen, andere ziekenhuizen als belangrijkste concurrenten ervaart. Ook een meerderheid van ZBC's ervaart andere ziekenhuizen als belangrijkste concurrenten. Vergeleken met 2008 geeft dit jaar een hoger percentage ziekenhuizen aan dat andere ziekenhuizen als belangrijkste concurrenten worden beschouwd. Ook een hoger percentage ZBC's geeft dit jaar aan dat ziekenhuizen de belangrijkste concurrentie vormen. De interviews leveren wisselende antwoorden op. Afhankelijk van de regio waarin een ziekenhuis zich bevindt, is concurrentie merkbaar van omliggende ziekenhuizen en ZBC's. In het algemeen is dat dan alleen van toepassing op een selectie van behandelingen. Uit onderzoek dat MediQuest voor de NZa heeft uitgevoerd, blijkt dat een substantieel deel van de ZBC's een samenwerkingsafpraak heeft met een omliggend ziekenhuis bij calamiteiten in de nazorg. Een klein deel daarvan is intramuraal in een ziekenhuis gevestigd.

#### *Verkoopcombinaties*

Op de vraag of er sprake is van verkoopcombinaties bij ziekenhuizen wordt door de ziekenhuizen ontkennend geantwoord. Zorgverzekeraars hebben dit niet specifiek aangegeven. Tijdens interviews kwam wel naar voren dat er ziekenhuizen zijn die onderling hun prijzen vergelijken. Of dit vóór of na de onderhandelingen gebeurt, is niet bekend. Het aangaan van verkoopcombinaties is in strijd met de Mededingingswet, art. 6.

### **2.4.2 Schaalvergroting, concentratievorming en marktmacht**

Een grotere omvang van een zorginstelling kan leiden tot een machtspositie voor die instelling. Een zorginstelling wordt geacht een machtspositie te hebben wanneer zij (alleen of samen met andere zorginstellingen) in staat is zich op een markt onafhankelijk te gedragen van haar (potentiële) concurrenten, klanten (de zorgverzekeraars) en de uiteindelijke consumenten (de patiënten).

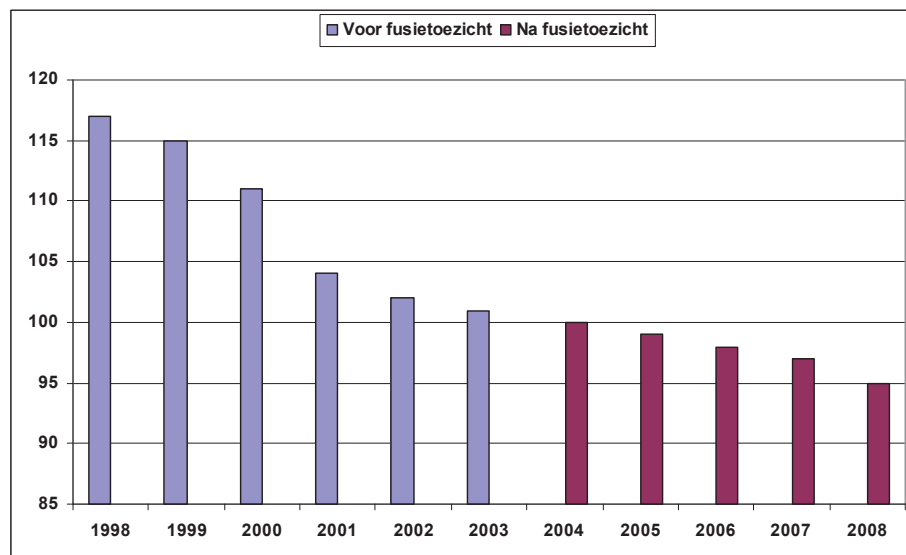
<sup>18</sup> Het aandeel van de verschillende typen zorgaanbieders is berekend op de CVZ jaarstaten 2007.



*Trend tot schaalvergroting*

De afgelopen decennia is schaalvergroting een trend in de Nederlandse zorg. Zo is het aantal ziekenhuizen in de periode 1985-2005 gedaald van 160 tot minder dan 100. Tegelijkertijd verdubbelde de gemiddelde schaal van ziekenhuizen.<sup>19</sup> In figuur 2.1 is de ontwikkeling van het aantal Nederlandse ziekenhuizen over de afgelopen elf jaar weergegeven.

**Figuur 2.1. Aantal algemene ziekenhuizen in Nederland**



Bron: NZa

Sinds 2004 is de NMa gaan toezien op concentraties van zorginstellingen en vanaf 2006 ook op zorgverzekeraars.<sup>20</sup>

Het mag duidelijk zijn dat naar mate er minder potentiële spelers op een markt actief zijn, de mogelijkheden voor een zorgaanbieder om zich onafhankelijk te gedragen toenemen. Als zorgverzekeraars en patiënten weinig te kiezen hebben, kan een zorgaanbieder ongestraft zijn prijzen verhogen en/of de kwaliteit verlagen. Schaalvergroting kan leiden tot marktmacht en daarmee tot prijsstijgingen en/of verslechtering van de kwaliteit bij zorgaanbieders. Om die reden wordt regelmatig gepleit voor een strengere fusietoets door de NMa op fusies van zorgaanbieders.<sup>21</sup> Fusies hoeven echter niet altijd negatief uit te pakken voor de consument en kunnen in sommige gevallen ook voordelen opleveren. Bij het beoordelen van fusies moeten de kansen, bijvoorbeeld in de vorm van kwalitatief beter zorg, dan ook steeds worden afgewogen tegen de bedreigingen, zoals toename in marktmacht.<sup>22</sup>

<sup>19</sup> Blank, J., C. Haelermans, et al. (2008). Schaal en Zorg: een internationale vergelijking. Schaal en Zorg Achtergrondstudies, RVZ.

<sup>20</sup> Als gevolg van het Krankenkassen-arrest van het Europese Hof van Justitie heeft de NMa in april 2005 de conclusie getrokken, ziekenfondsen niet langer als ondernemingen in de zin van de Mededingingswet (Mw) te beschouwen zijn. Dat betekende dat de Mw niet langer op hen van toepassing was. In 2006 is de Zvw ingegaan en is het toezicht op fusies tussen zorgverzekeraars hersteld. Vanaf 2004 is concurrentie tussen zorgaanbieders in de ziekenhuiszorg mogelijk en kunnen voorgenomen fusies materieel getoetst worden.

<sup>21</sup> Varkevisser, M. and Schut, F. T. (2008). "NMa moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies." ESB: 196-199.

<sup>22</sup> Bogetoft, P. and Mikkers, M. C. (2009). De voordelen en nadelen van fusies tussen ziekenhuizen. Schaal op maat: Essays over Schaalvergroting in Zorg en Onderwijs. J. L. T. Blank. Maastricht, The Netherlands, Shaking Publishing B.V.

### *Concentratie van Nederlandse ziekenhuismarkten*

Methoden afbakenen en vaststellen van marktmacht zijn in ontwikkeling en zijn door de NZa toegepast op de voor haar beschikbare Nederlandse ziekenhuisgegevens. De resultaten van deze analyses staan beschreven in Halbersma, Kerstholt en Mikkers (2009).<sup>23</sup> De globale resultaten zijn als volgt: bij implementatie van deze methoden blijkt dat veel Nederlandse ziekenhuismarkten sterk geconcentreerd zijn, en bijna alle markten zijn minstens matig geconcentreerd. Een kwart van de klinische ziekenhuiszorg wordt geleverd in sterk geconcentreerde markten.

### **2.4.3 Vermogenspositie**

De vermogenspositie van een instelling voor medisch specialistische zorg is één van de factoren die bepaalt of die instelling geld kan lenen voor noodzakelijke investeringen zoals uitbreidingen of het plaatsen van een gespecialiseerde 'straat'. Met het afschaffen van het bouwregime per 1 januari 2008 lopen ziekenhuizen die willen investeren in uitbreiding zelf het gehele risico over de investering. Dit is nodig in het kader van de nieuwe context van prestatiebekostiging en vrije prijzen.

Veel vermogensverschaffers stellen eisen aan onder andere de solvabiliteit van een instelling. Banken stellen, zeker nu er sprake is van een kredietcrisis, strengere eisen aan het verstrekken van leningen. Een dalend eigen vermogen kan ziekenhuizen dus voor problemen stellen als zij geld aan willen trekken voor investeringen.

Eind 2008 heeft de NZa de Monitor Vermogen Zorgaanbieders (hierna: MVZ) gepubliceerd. Resultaten in de MVZ waren voornamelijk gebaseerd op 2006 en 2007 data uit de jaarrekeningen van ziekenhuizen. De MVZ heeft niet gekeken naar ZBC's dus een vergelijking voor deze instellingen met de vragenlijst is niet mogelijk. Wel kunnen resultaten van ZBC's uit de vragenlijst vergeleken worden met de resultaten van ziekenhuizen.<sup>24</sup>

Om te kunnen zien of de resultaten uit de MVZ afwijken van de ontwikkelingen in 2008, zal de NZa deze vergelijken met de uitkomsten van de vragenlijsten die uitgezet zijn voor de monitor ziekenhuiszorg 2009. Het afschaffen van het bouwregime en/of de uitbreiding van het B-segment kunnen voor eventuele afwijkingen zorgen. Zie paragrafen 2.2.3 en 2.2.5.

#### *Exploitatieresultaat*

Uit de MVZ blijkt dat ongeveer 20% van de ziekenhuizen een negatief exploitatieresultaat heeft behaald in 2007. Voor 2008 verwacht 10-15% van de ziekenhuizen een negatief exploitatie resultaat. Vergeleken met de resultaten uit de MVZ ligt dit percentage duidelijk lager. Drie kwart van de topklinische ziekenhuizen en de helft van de algemene ziekenhuizen geeft aan dat het exploitatie resultaat in 2008 gedaald is ten opzichte van 2007. Zie figuur 2.2.

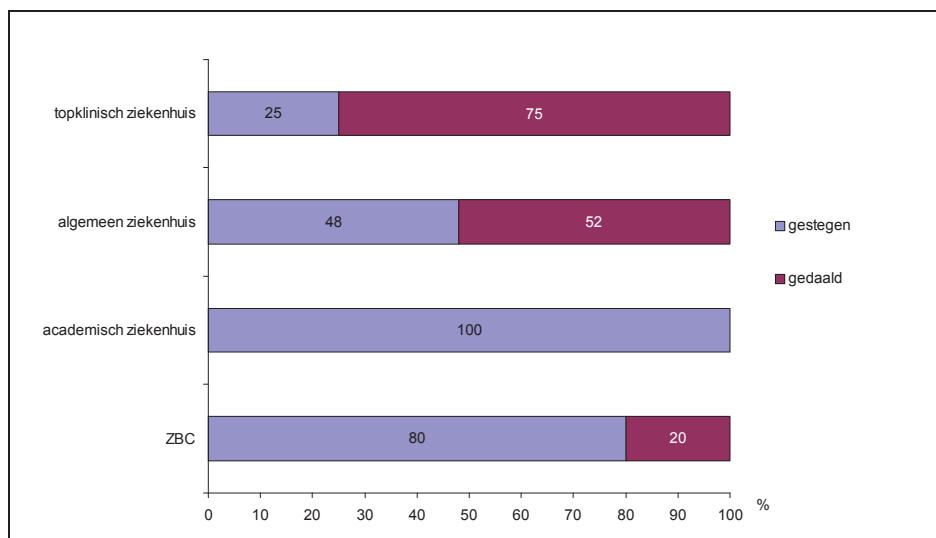
Voor de ZBC's ligt dit percentage veel hoger omdat 50% een negatief exploitatie resultaat verwacht over 2008. Bij de vergelijking van het exploitatieresultaat van 2008 en 2007 is duidelijk een andere trend zichtbaar bij de ZBC's: 80% van de ZBC's geeft aan dat het exploitatie resultaat in 2008 gestegen is ten opzichte van 2007. De afwijkende trend van de ZBC's kan een gevolg zijn van het korte bestaan van de meeste

<sup>23</sup> Halbersma, R., Kerstholt, W., en Mikkers, M., Marktafbakening en Marktmacht in de Zorgsector, Markt & Mededinging, 2009, *te verschijnen*.

<sup>24</sup> De resultaten van de vergelijking tussen de MVZ en de vragenlijst moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden, omdat de respons op de vragenlijst ongeveer 50% van de ziekenhuizen was, terwijl de MVZ over alle ziekenhuizen rapporteert.

ZBC's. De meeste nieuwe bedrijven zullen in de eerste jaren na oprichting een negatief exploitatie resultaat laten zien voordat er winst gemaakt wordt. Dit kan ook voor de ZBC's het geval zijn, gezien het feit dat veel ZBC's pas bij de introductie van het B-segment in 2005 zijn opgericht.

**Figuur 2.2. Ontwikkeling exploitatieresultaat 2008 t.o.v. 2007**



Bron: NZa

### *Eigen vermogen*

Uit de MVZ kwam naar voren dat in 2007 2% van de ziekenhuizen een negatief eigen vermogen had. In 2008 verwacht 3% van de algemene ziekenhuizen een negatief eigen vermogen te hebben. Dit komt ongeveer overeen met de resultaten uit de MVZ. Alhoewel maar weinig ziekenhuizen aangeven een negatief eigen vermogen te verwachten over 2008, geeft maar liefst 20%, aan dat men een daling van het eigen vermogen verwacht ten opzichte van 2007. Ook dit wijkt niet sterk af van de resultaten uit de MVZ.

## 2.5 Vraagzijde: zorgverzekeraars

Behalve de aanbodzijde van de markt brengt dit hoofdstuk de vraagzijde van de markt in kaart, namelijk de zorgverzekeraars die namens hun verzekerden zorg inkopen. In 2008 is geen fusie aangevraagd door verzekeraars.

### *Concerns zorgverzekeraars*

Een groot deel van de zorgverzekeraars koopt gezamenlijk zorg in voor het B-segment. Zie tabel 2.3. Deze concerns zijn ontstaan uit fusies van verschillende zorgverzekeraars in de afgelopen jaren. Dit jaar is in de vragenlijsten niet gevraagd of de zorgaanbieders te maken hebben gehad met inkoopcombinaties. In de monitor 2008 worden voor- en nadelen van inkoopcombinaties genoemd. Vooral zorgverzekeraars die in een aantal regio's een laag marktaandeel hebben, werken samen in de inkoopcombinatie Multizorg.<sup>25</sup>

<sup>25</sup> De grootte van de inkoopcombinaties van zorgverzekeraars is gebonden aan de regelgeving van de Mededingingswet.

**Tabel 2.3. Concernindeling**

2009	
Multizorg (inkoopcombinatie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Friesland</li> <li>- DSW</li> <li>- Fortis ASR</li> <li>- ONVZ</li> <li>- PNO Ziektekosten</li> <li>- Salland verzekeringen</li> <li>- SR</li> <li>- Zorg &amp; Zekerheid</li> <li>- AZvZ</li> <li>- FBTO</li> </ul>
UVIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Goudse</li> <li>- IZZ</li> <li>- IZA</li> <li>- Trias</li> <li>- UMC</li> <li>- Univé</li> <li>- Univé Zorg</li> <li>- VGZ</li> </ul>
Menzis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AnderZorg</li> <li>- Menzis</li> <li>- Confior</li> <li>- Azivo</li> </ul>
Achmea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avéro</li> <li>- Groene Land PWZ</li> <li>- Interpolis</li> <li>- OZF</li> <li>- OZB</li> <li>- Zilveren Kruis</li> <li>- Agis</li> </ul>
Delta Lloyd	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delta Lloyd</li> <li>- OHRA Ziektekostenverzekeringen</li> <li>- OHRA Zorgverzekeringen</li> <li>- CZ OZ Zorgverzekeraar</li> </ul>

Bron: NZa, aanlevering contractprijzen

In 2007 werd geconcludeerd dat de stimulansen tot het scherp inkopen van zorg gering waren door de beperkte omvang van het B-segment. Door de uitbreiding van het B-segment tot circa 20% van de ziekenhuiszorg zouden zorgverzekeraars meer gestimuleerd worden om scherp zorg in te kopen. Bovendien gaat de afbouw van de ex-post compensatiemechanismen in 2008 en 2009 voort, waardoor zorgverzekeraars in 2008 meer risico lopen over hun uitgaven in de ziekenhuiszorg ten opzichte van 2007. De financiële stimulansen voor zorgverzekeraars om scherp in te kopen zijn daardoor in 2008 iets toegenomen ten opzichte van 2007. Doordat het B-segment dit jaar 34% van de ziekenhuiszorg beslaat, is het financieel belang verder toegenomen en lopen zorgverzekeraars en ziekenhuizen meer risico.

## 2.6 Conclusies

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

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

Het aantal ZBC's maakt dit jaar een groei door. Helaas is een volledige lijst van ZBC's bij geen enkele organisatie beschikbaar. De NZa vindt het noodzakelijk dat dit overzicht beschikbaar komt en adviseert de Minister van VWS hier actie op te ondernemen.

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



## 3. Onderhandelingen 2009

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de onderhandelingen van 2009 tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In 2008 verliepen de onderhandelingen moeizaam. Doordat de overgangsregeling kapitaallasten in 2009 in werking trad, was de algemene verwachting dat de onderhandelingen in 2009 vlotter zouden verlopen dan in 2008. Deze verwachting is niet uitgekomen. Paragraaf 3.2 richt zich op de oorzaken achter deze vertraging. Paragraaf 3.3 gaat in op de prikkels voor het tijdig afsluiten van de contracten. In paragraaf 3.4 wordt de invloed van het marktaandeel van de zorgverzekeraar op de tijdigheid van de onderhandelingen besproken.

### 3.2 Nog nauwelijks contracten B-segment

De late totstandkoming van contracten is ongunstig voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt. Voor consumenten is het namelijk van belang dat op het moment dat zij een zorgverzekering afsluiten, weten welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Op deze manier kunnen zij een weloverwogen keuze voor een zorgverzekering maken.<sup>26</sup> Bovendien kan het voor de verzekerde financiële gevolgen hebben als hij ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Deze informatie wordt nog belangrijker naarmate zorgverzekeraars selectiever zorgaanbieders gaan contracteren. Voor 2009 geeft 17% van de zorgverzekeraars aan minder zorgaanbieders te willen contracteren.

#### 3.2.1 Oorzaken van late totstandkoming contractprijzen

Op nadrukkelijk verzoek van de Minister lieten zorgaanbieders en zorgverzekeraars medio 2008 nog weten dat zij alles in het werk zouden stellen om vóór 1 januari 2009 de onderhandelingen af te ronden. De onderhandelingen over de schoningsprijzen en -volumes zijn wel op tijd gestart, maar de onderhandelingen over het B-segment zijn gestagneerd. Op 2 maart jl. was er nog geen enkel contract afgerond tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Dit terwijl ziekenhuizen in de beantwoording van de vragenlijsten aangeven dat zij met 95-98% van de zorgverzekeraars een contract verwachten. Zorgverzekeraars geven visa versa hetzelfde aan.<sup>27</sup> De verwachte afrondingsdatum van alle contractonderhandelingen ligt volgens de partijen tussen 1 april en 1 oktober 2009.

Twee oorzaken worden door zorgverzekeraars en zorgaanbieders aangevoerd als verklaring voor de vertraagde onderhandelingen:

- het onderhandelen over de lokale schoningsprijzen maakt het onderhandelen over het B-segment moeilijker. Doordat de default schoningswaarden eerder bekend waren dan vorig jaar konden de onderhandelingen wel eerder starten;
- onduidelijkheid over de toepassing van de beleidsregel 'Overgangsregime kapitaallastenvergoeding'.

<sup>26</sup> Overstapperperiode voor consumenten is elk jaar tussen november – januari.

<sup>27</sup> De vragenlijsten zijn tussen 2-18 februari 2009 uitgezet onder zorgverzekeraars, ziekenhuizen en ZBC's. De vragenlijst is ingevuld door 65 zorgaanbieders (45 ziekenhuizen en 20 ZBC's) en 6 zorgverzekeraars/concerns.

### 3.2.2 Late start onderhandelingen B-segment door onderhandelingen over schoning budget

Zoals beschreven in paragraaf 2.3.1 wilden zorgverzekeraars en ziekenhuizen dit jaar meer vrijheid in het vaststellen van de hoogte van de budgetschoning. In lokaal overleg konden zij afwijken van de defaultwaarden in de uitgeleverde schoningsformulieren 2009.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars geven in de interviews en vragenlijsten aan dat het op tijd beschikbaar komen van de schoningsprijzen een voorwaarde is voor het starten van de onderhandelingen over het uitgebreide B-segment. Omdat de onderhandelingen over de schoning langer duurden dan verwacht, lopen de onderhandelingen over het B-segment ook vertraging op. Echter, dit jaar zijn de schoningsprijzen door de NZa op tijd aan de partijen verstrekt en moeten partijen met beleidswijzigingen om leren gaan. Dit kost tijd. Dit kan het langer duren van de onderhandelingen verklaren. Dit onderstreept de noodzaak van reguleringszekerheid in 2010.

### 3.2.3 Discussies over het aandeel van de kapitaallasten in de prijzen

Het verschil in opstelling van zorgverzekeraars en ziekenhuizen over de toepassing van de beleidsregel 'Overgangsregime kapitaallastenvergoeding' in de onderhandelingen heeft geleid tot verschillende uitkomsten.<sup>28</sup> Dit heeft weer geleid tot vertraging in het tot stand komen van afspraken.<sup>29</sup> De volgende situaties doen zich voor:

- de zorgverzekeraars zijn van mening dat de kapitaallasten die in het A-segment blijven, op de prijzen van het B-segment in mindering moeten worden gebracht. Voorbeeld: de kapitaallasten zijn 100, het B-segment is 30%, daarvan worden dan 22,5 in het A-segment nagecalculeerd. De zorgverzekeraar wil prijsafspraken waarin maximaal 7,5 aan kapitaallasten is opgenomen. Er zijn ziekenhuizen die hiermee instemmen, maar er zijn ook ziekenhuizen die de prijs op het in 2008 afgesproken niveau willen houden en die voor de 'B-tranche 2009' ook geen 'korting' toepassen;
- ziekenhuis en zorgverzekeraar komen overeen om de overgangsregeling materieel niet toe te passen. Dat kan bijvoorbeeld door gezamenlijk een aanvraag in te dienen voor een budgetverlaging in het A-segment of door overeen te komen om een deel van de opbrengst aan het B-segment toe te rekenen als dekking van het budget. Dit kan voor een ziekenhuis voordelig zijn als hij een aanzienlijke volumegroei in het B-segment verwacht. De nacalculatie in het A-segment is immers volumeonafhankelijk en roomt volumegroei (A-DBC's) juist af;
- ziekenhuis en zorgverzekeraar komen overeen om in de afspraken 2009 een correctie op de opschoning 2008 te verwerken. Resultaat is dan dat de totale restaf trek in het budget kleiner wordt. Op die manier kunnen zij een lage prijs in het B-segment overeenkomen, waarvoor zij in het budget een compensatie afspreken. Op korte termijn kan dit voor zowel het ziekenhuis als de verzekeraar voordelig zijn.

Het is de NZa niet bekend in hoeveel gevallen dit soort afspraken is gemaakt. De NZa merkt op dat de beschreven situaties niet in strijd met de beleidsregel zijn; deze biedt ruimte om lokaal dergelijke

<sup>28</sup> Overgangsregime kapitaallastenvergoeding (CI-1085).

<sup>29</sup> Opgemerkt zij, dat geen informatie beschikbaar is over aantallen ziekenhuizen waarbij sprake is van discussie over de regeling. De hier genoemde situaties zijn gebaseerd op mondelinge mededelingen en interviews en op mededelingen van NVZ en ZN in overleg tussen VWS, NZa, NFU, ZN en NVZ.



overeenkomsten af te sluiten. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen merken op dat de verschillende afspraken die zij nu maken, kunnen leiden tot oneigenlijke concurrentie en problemen bij de vergelijkbaarheid.

Het is inherent aan vrije prijsvorming en marktwerking dat niet alle partijen uiteindelijk overeenkomstige resultaten behalen. Overigens wordt dat niet alleen door de overgangsregeling veroorzaakt, maar door de beleidsmatige keuze voor het naast elkaar laten bestaan van een budgetmodel en bekostiging met vrije prijzen enerzijds en door de vermenging van collectieve budgetafspraken en bilaterale onderhandelingen anderzijds. Eens te meer blijkt dat dit ambivalente model in toenemende mate voor uitvoeringsproblemen zorgt.

### 3.3 Prikkel voor tijdig afsluiten contract

Bij zorgaanbieders gaat het bij het tijdig afsluiten van contracten vooral om een financiële prikkel. Voor het begrotingsproces is het van belang dat zij op tijd zicht krijgen op de tarieven en op de verwachte omzet en kosten. Met tijdig wordt hier dan ook niet vóór de overstapcyclus van consumenten bedoeld. Ook geeft het contract zorgaanbieders zekerheid dat zij de zorgkosten bij de zorgverzekeraar kunnen declareren. Hierdoor verbetert de liquiditeit bij de zorgaanbieder. Uit de interviews blijkt dat ziekenhuizen vorig jaar weinig last hebben ondervonden van de late afronding van de onderhandelingen. De zorgverzekeraars bevoorschotten de meeste ziekenhuizen. Echter, naarmate de onderhandelingen langer duurden, liepen de nog niet gedeclareerde DBC's op. Dit zorgde voor meer onzekerheid bij de ziekenhuizen. Voor ZBC's ligt dit anders; zij worden in het algemeen niet bevoorschot, hoewel daarvoor geen wettelijke beperkingen voor zijn. Recentelijk signaleerde de brancheorganisatie Zelfstandige Klinieken Nederland (hierna: ZKN) richting de NZa problemen bij ZBC's doordat de contracten ook dit jaar laat tot stand komen en de declaraties pas maanden nadat ze zijn ingediend, betaald zullen worden.

Zorgaanbieders geven in de interviews aan in het algemeen in 2008 geen passantenprijzen te hebben gehanteerd, omdat zij verwachtten dat contracten uiteindelijk rond zouden komen. Bovendien zeiden zij vaak dat de rekening dan meestal rechtstreeks naar de patiënt wordt verzonden en dat dit veel administratieve lasten met zich mee brengt. Ook kan dit patiënten afschrikken, omdat zij kunnen worden geconfronteerd met een eigen bijbetaling. De restitutievergoeding die een zorgverzekeraar betaalt bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is niet altijd gelijk aan de gehanteerde passantenprijs. Het is onduidelijk voor wie dit het meeste schade oplevert: de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars kunnen zich profileren door tijdig aan te geven of een zorgaanbieder wel of niet voor het nieuwe polisjaar gecontracteerd is. Een andere prikkel om vóór de overstapcyclus te contracteren, is dat zij de informatie over gecontracteerde prijzen kunnen betrekken bij hun premiecalculatie voor de zorgpolis(sen). Ook geeft het duidelijkheid over de verwachte ontwikkeling van de schadelast. Omdat de onderhandelingen niet op tijd zijn afgerond, is het voor zorgverzekeraars lastig om niet alle zorgaanbieders te contracteren. Dit geeft zorgaanbieders meer onderhandelingsmacht. Zie paragraaf 3.4.

Uit de vragenlijsten blijkt dat 60% van de zorgaanbieders geen prikkels ondervindt om de onderhandelingen vóór de overstapcyclus af te ronden. Ook geeft twee derde van de zorgverzekeraars aan hier geen prikkels voor te ondervinden. Wel noemen zij een aantal belemmeringen om de

onderhandelingen vóór de contractcyclus af te ronden. Deze sluiten aan bij de redenen die in paragraaf 3.2 staan.

### 3.4 Invloed van marktaandeel op (tijdigheid) onderhandelingen

Het marktaandeel van de zorgverzekeraars heeft invloed op de onderhandelingen en de snelheid hiervan. Een grote meerderheid van zowel zorgaanbieders (86%) en alle zorgverzekeraars bevestigt dit in de vragenlijsten; hoe groter het marktaandeel, des te groter het wederzijdse belang. Vaak worden eerst de onderhandelingen met de grotere zorgverzekeraars afgerond, voordat er wordt onderhandeld met de kleinere. Grotere zorgverzekeraars krijgen vaak gunstiger prijzen doorberekend, maar dit is niet altijd zo. Redenen die ziekenhuizen hiervoor geven, lopen uiteen. Enkele voorbeelden zijn:

- het is van belang een goede relatie te behouden;
- voor het ziekenhuis is het van belang om snel een contract af te sluiten met een grote zorgverzekeraar omdat het financiële belang groter is;
- schaalvoordelen voor prijsafspraken met zorgverzekeraar met de grootste patiëntenpopulatie;
- grotere zorgverzekeraars zijn meer geïnteresseerd in de inhoud/kwaliteit van de zorginstelling.

De zorgverzekeraar met het grootste aandeel binnen het ziekenhuis voert de onderhandelingen over het A-segment, mede namens de kleinere verzekeraars. Dit zorgt bij deze zorgverzekeraar voor (positieve) beïnvloeding van de onderhandelingen over het B-segment.

Transparantie van kwaliteit kan de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars ten opzichte van ziekenhuizen vergroten. Meer transparantie vergemakkelijkt het voor zorgverzekeraars om hun inkoopbeleid uit te leggen richting hun verzekerden en kan hun onderhandelingsmacht vergroten.<sup>30</sup> Ook het samenwerken bij het inkopen van zorg door zorgverzekeraars onderling kan bijdragen aan een vergroting van de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars.<sup>31</sup> De NZa komt in 2009 met een visie op collectief onderhandelen.

### 3.5 Conclusies

Begin maart 2009 waren de onderhandelingen over het B-segment nog nauwelijks op gang gekomen en is geen enkel contract tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar afgerond. Ziekenhuizen verwachten uiteindelijk wel met bijna alle zorgverzekeraars een contract af te sluiten en zorgverzekeraars bevestigen dit beeld. Het is onduidelijk voor wie het niet tijdig afsluiten van een contract de meeste gevolgen heeft; het grootste deel van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven aan hiervoor geen prikkels te ondervinden. Wie de meeste onderhandelingsmacht heeft, ziekenhuizen of zorgverzekeraars, is moeilijk te zeggen. Wel is duidelijk dat grote zorgverzekeraars een voorsprong hebben op kleinere verzekeraars. ZBC's hebben de minste onderhandelingsmacht op de zorginkoopmarkt. Omdat de verwachte

<sup>30</sup> Dit blijkt ook uit ervaringen in de Verenigde Staten, zie het onderzoek van Sorensen, A.T. (2003) 'Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in postderegulation Connecticut', *Journal of Industrial Economics*, 51(4), 469-490.

<sup>31</sup> Het samenwerken van zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg moet wel binnen de kaders van de Mededingingswet passen.

data van afronding ver uiteen liggen is het onduidelijk wanneer de onderhandelingen 2009 daadwerkelijk zullen zijn afgerond.

Twee oorzaken voeren de boventoon als verklaring voor de vertraagde onderhandelingen:

- het onderhandelen over de lokale schoningsprijzen maakt het onderhandelen moeilijker. Omdat de onderhandelingen over de schoning langer duurden dan van te voren werd verwacht, lopen de onderhandelingen over het B-segment ook vertraging op;
- onduidelijkheid over de toepassing van de beleidsregel 'Overgangsregime kapitaallastenvergoeding'. De houding van zorgverzekeraars en de opstelling van ziekenhuizen heeft geleid tot verschillende uitkomsten van de toepassing van de beleidsregel in de onderhandelingen die voor discussie zorgt.

De lange doorlooptijden hebben gevolgen voor de keuze van consument voor een zorgverzekering, al constateert de NZa op dit moment geen directe effecten voor de consument. De NZa ziet geen vooruitgang in het sneller afronden van de onderhandelingen en constateert dat de markt op dit punt nog niet goed werkt. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders moeten beter rekening houden met het consumentenbelang en zich meer inspannen om de contracteercyclus te vervroegen.



## 4. Kwaliteit

### 4.1 Inleiding

Voor consumenten is het belangrijk om inzicht te hebben in de kwaliteit van zorg bij het kiezen van een zorgaanbieder.<sup>32</sup> Zorgverzekeraars moeten inzicht hebben in de kwaliteit van zorg om over de gewenste kwaliteit en bijbehorende prijs te kunnen onderhandelen en zorgaanbieders kunnen zich onderscheiden door betere kwaliteit van zorg te leveren dan hun concurrenten.

Om het keuzegedrag van consumenten en de onderhandelingen over kwaliteit te bevorderen zijn indicatoren om medisch inhoudelijke kwaliteit en ervaringen van patiënten te meten ontwikkeld.<sup>33</sup> Het uniform gebruik van deze meetinstrumenten moet leiden tot meer transparantie van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Meer transparantie moet er vervolgens toe leiden dat consumenten op basis van prijs én kwaliteit voor een zorgaanbieder kunnen kiezen. Hoe sterker de rol van kwaliteit in het keuzegedrag van consumenten, des te sterker de prikkel voor ziekenhuizen om zich te onderscheiden met een kwalitatief betere zorgverlening, en voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden met een betere zorginkoop.

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ) is verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van zorg. Zij oefent toezicht uit op de kwaliteit van zorg, aan de hand van minimumnormen, zodat de patiëntveiligheid wordt geborgd. Daarnaast 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".<sup>34</sup>

Door de verdere uitbreiding van het B-segment is de noodzaak voor transparantie van kwaliteit toegenomen. De NZa acht het wenselijk dat ontwikkelingen in transparantie van kwaliteit aansluiten bij de ontwikkelingen in het B-segment. De NZa verwacht van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zij actief bijdragen aan het transparanter maken van kwaliteit. Ook wil de NZa een verbetering van de transparantie van kwaliteit ten opzichte van 2008 zien.

Paragraaf 4.2. licht kort toe wat kwaliteit van zorg betekent en hoe de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg omschreven wordt. In paragraaf 4.3. wordt aan de hand van de literatuur beschreven wat transparantie van kwaliteit inhoudt, wat de meerwaarde is en welke

<sup>32</sup> Lugtenberg, M. & Westert, G.P. 2007. Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor burgers: Een internationale verkenning van initiatieven, Tranzo.

<sup>33</sup> Voor het begrip 'indicator' hanteert de Raad voor Gezondheids Onderzoek (RGO) een definitie die al enkele jaren toonaangevend is: 'een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg'. Het is vaak een kwantitatieve maat die een aanwijzing geeft over een achterliggend fenomeen. Wanneer dit fenomeen de kwaliteit van zorg betreft, gaat het in de Nederlandse gezondheidszorg om getallen die een indicatie geven over domeinen, zoals veiligheid, doelmatigheid, toegankelijkheid of patiëntgerichtheid van de zorg. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Bron: RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o5446n30046.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5446n30046.html).

<sup>34</sup> NZa, Monitor Ziekenhuiszorg 2008, juli 2008.

ontwikkelingen rond het transparanter maken van de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg in 2009 gaande zijn. De ontwikkelingen worden beschreven uit het perspectief van de consument. In de paragrafen 4.4. en 4.5. wordt uiteengezet welke rol kwaliteit van zorg speelt in de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en zorgaanbieders onderling.

## 4.2 Kwaliteit van de ziekenhuiszorg

Zoals gezegd richt de NZa zich op de kwaliteit van de transparantie en niet op de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Niettemin is het relevant om kwaliteit van zorg te definiëren en inzicht te geven in het kwaliteitsniveau de Nederlandse ziekenhuiszorg. Dit bakent het begrip kwaliteit van zorg af en geeft inzage in de Nederlandse context.

Kwaliteit van zorg is een essentieel begrip voor de prestaties van een zorgsysteem. De Kwaliteitswet zorginstellingen (hierna: KWZ) beschouwt kwaliteit van zorg als verantwoorde zorg. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan: *zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.*<sup>35</sup> De IGZ definieert kwaliteit door drie deelaspecten: veiligheid, effectiviteit en klantgerichtheid. Kwaliteit van zorg is niet direct meetbaar, maar de deelaspecten kunnen wel gemeten worden met indicatoren.<sup>36</sup>

Het is niet goed mogelijk om de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg met een cijfer weer te geven, maar op basis van sterftecijfers en indicatoren is het wel mogelijk om enkele graadmeters voor kwaliteit tussen landen of over de afgelopen jaren te vergelijken. De RIVM stelt dat de Nederlandse ziekenhuiszorg gemiddeld presteert ten opzichte van het OECD-gemiddelde.<sup>37</sup> De ziekenhuiszorg presteert met betrekking tot 30-dagen ziekenhuissterfte<sup>38</sup> beter dan landen als Spanje, Portugal en Polen, maar minder goed dan landen als Australië, Frankrijk, Oostenrijk en de Scandinavische landen.<sup>39</sup> Het is overigens niet duidelijk of effectiviteits- of veiligheidsverschillen de prestatieverschillen veroorzaken, of andere aspecten van kwaliteit. Er zijn positieve ontwikkelingen zichtbaar, want verschillende landelijke sterftecijfers en uitkomstindicatoren laten een verbetering zien of zijn stabiel.<sup>40</sup>

Een analyse van Roland Berger Consultancy Strategists toont ook aan dat de kwaliteit van zorg verbeterd is in de afgelopen jaren.<sup>41</sup> Zij concluderen op grond van acht indicatoren, representatief voor de ontwikkeling van het gros van de kwaliteitsindicatoren, dat er sprake is van een trendmatige verbetering tussen 2004 en 2007 van de kwaliteit

<sup>35</sup> Kwaliteitswet zorginstellingen, art. 2.

<sup>36</sup> Westert, G.P., Berg, van den, M.J., Koolman, X. & Verkleij, H. 2008. Zorgbalans 2008: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, RIVM.

<sup>37</sup> Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling

<sup>38</sup> Samengestelde, relatieve maat dat de overlevingskans tijdens de eerste 30 dagen na een opname weergeeft. De maat is zo samengesteld dat het land met de hoogste 30-dagensterfte een score van 1 krijgt en het land met de laagste 30-dagensterfte een score van 0.

<sup>39</sup> Finland, Noorwegen en Zweden.

<sup>40</sup> Westert, G.P., Berg, van den, M.J., Koolman, X. & Verkleij, H. 2008. Zorgbalans 2008: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, RIVM.

<sup>41</sup> Collot d'Escury, T. & Alma, R. et al. 2008. Op weg naar echte marktwerking, Roland Berger Strategists.

van zorg.<sup>42</sup> Ondanks de trendmatige verbetering constateert het RIVM dat met name het kwaliteitsverschil met de Scandinavische landen laat zien dat er ruimte voor verbetering is. Het transparanter maken van de kwaliteit kan hieraan een bijdrage leveren.<sup>43</sup>

### 4.3 Transparantie van kwaliteit van de ziekenhuiszorg

#### 4.3.1 Literatuur

Transparantie van kwaliteit wordt ook wel omschreven als het openbaar maken van kwaliteitsinformatie. Het gaat om medisch inhoudelijke informatie en informatie die inzicht geeft in de ervaringen van consumenten. Zoals beschreven in de inleiding, krijgt dergelijke informatie een steeds grotere rol binnen de gezondheidszorg, vanuit de aanname dat kritische zorgconsumenten zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars stimuleren tot het leveren van kwalitatief goede zorg tegen een scherpe prijs.<sup>44</sup> Hierna wordt kort ingegaan op een aantal onderzoeken waarin deze aanname onder de loep is genomen.

Uit literatuuronderzoek van Halbersma<sup>45</sup> is gebleken dat het openbaar maken van kwaliteitsinformatie leidt tot een verschuiving van patiënten naar zorgaanbieders met een betere kwaliteit. Bovendien blijken relatief minder goede aanbieders zich in de praktijk ook sterk te verbeteren na openbaarmaking van kwaliteitsinformatie. Beide effecten leiden tot een verbetering van het gemiddelde kwaliteitsniveau.<sup>46</sup> De bevindingen van Halbersma worden deels onderschreven door een onderzoek van Fung, dat stelde dat het openbaar maken van kwaliteitsinformatie ziekenhuizen stimuleert om de kwaliteit van zorg te verbeteren.<sup>47</sup>

Desondanks is er nog weinig bekend over het effect van kwaliteit op effectiviteit, veiligheid en vraaggerichtheid. Bijlsma & Pomp en Doornbos et al. stelden dat consumenten behalve gepubliceerde kwaliteitsinformatie ook andere informatie, zoals ervaringen van vrienden of familie gebruiken om hun keuze voor een zorgaanbieder te bepalen.<sup>48</sup> Daar lijkt de afgelopen jaren nauwelijks verandering in gekomen te zijn. Gepubliceerde kwaliteitsinformatie lijkt de keuze van slechts een kleine groep consumenten te beïnvloeden. Dit geldt vooral voor patiënten met een eenmalige of electieve zorgbehoefte. Bij chronische aandoeningen werken reputatiemechanismen beter: er is immers gedurende een lange periode herhaald contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt. Groenewoud toonde aan dat vergelijkende kwaliteitsinformatie over structuur-, proces- en uitkomstkenmerken van de zorg, gemeten en gerapporteerd door prestatie-indicatoren, een

<sup>42</sup> Het gaat hier om het percentage doorligwonden (decubitus), klachten, mortaliteitscijfers, behandel tijden, afgezegde operaties en ziekteverzuim. Er was overigens sprake van een verslechtering van het ziekteverzuim. Het betrof echter slechts een minimale verzuimstijging.

<sup>43</sup> Westert, G.P., Berg, van den, M.J., Koolman, X. & Verkleij, H. 2008. Zorgbalans 2008: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, RIVM.

<sup>44</sup> Damman, O.C., Hendriks, M., Triemstra, A.H.M., & Delnoij, D.M.J. 2007. Kwaliteitsinformatie over de zorg: hoe te presenteren aan de consument?. TSG, 85(3), 136-138.

<sup>45</sup> NZa, Research paper: Kwaliteit van zorg & marktwerking: een overzicht van de economische literatuur, mei 2008.

<sup>46</sup> Idem.

<sup>47</sup> Fung, H., Lim, Y.W., Mattke, S., Damberg, C. & Shekelle, P.G. 2008. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*, 148, 111-123.

<sup>48</sup> Bijlsma, M. & Pomp, M. 2008. Via transparantie naar kwaliteit in de ziekenhuiszorg. *ESB*, 93(4541), 486-489, Doornbos, R., Leeuwen, van, J., Lambertz, B. & Verheggen, P.P. 2008. Trendwatch Zorgconsument 2008, Casemanagement Groep.

belangrijke rol kan spelen in de overwegingen van de patiënt. Deze informatie kan patiënten helpen hun rol als kritische consumenten in een concurrerende zorgmarkt te vervullen. Dit effect treedt alleen op als consumenteninformatie wordt toegesneden op de specifieke situatie van de patiënt. Daarbij moet minimaal rekening gehouden worden met de aard en de fase of ernst van de aandoening, de keuzehouding of het klantprofiel en belangrijke achtergrondkenmerken van de patiënt, zoals het opleidingsniveau.<sup>49</sup>

Kwaliteitsinformatie lijkt volgens Bijlsma & Pomp<sup>50</sup> en Doornbos et al. minder effect te hebben op het gedrag van gezonde verzekerden. Bijlsma & Pomp pleiten er om die reden voor dat kwaliteitstransparantie zich vooral moet richten op patiënten, huisartsen en werkgevers die in staat zijn te bepalen welke informatie relevant is. Te denken valt aan patiëntenverenigingen en werkgevers die collectieve contracten met zorgverzekeraars afsluiten. Aan de andere kant stelde Grit dat het onvermogen of de onwil om met kwaliteitsinformatie om te gaan bij een groep consumenten zou de gebruiksmogelijkheid niet mogen ontnemen aan individuele consumenten die daar wel gebruik van willen maken.<sup>51</sup>

### 4.3.2 Ontwikkelingen

Uit het voorgaande blijkt dat de literatuur nog geen eenduidig antwoord geeft op de vraag hoe kwaliteitstransparantie daadwerkelijk bijdraagt aan de keuzevrijheid van consumenten, maar bevestigt wel de veronderstelling dat het kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Dit is afhankelijk van hoe de kwaliteitsinformatie openbaar gemaakt wordt, voor welke doelgroep de informatie bedoeld is en hoe dit vervolgens gepresenteerd wordt. In Nederland is een aantal belangrijke ontwikkelingen over de transparantie van kwaliteit gaande. In deze paragraaf wordt een aantal meetinstrumenten en initiatieven voor keuze-informatie beschreven.

Het beschrijven en analyseren van deze instrumenten, aangevuld met andere initiatieven, wordt gedaan met het Toetsingskader Transparantie van de NZa.<sup>52</sup> Het toetsingskader hanteert drie criteria voor transparantie:

- Het moet duidelijk zijn welke informatie minimaal moet worden verstrekt als basis voor vergelijkende keuze-informatie;
- De informatie moet doeltreffend, juist, inzichtelijk en vergelijkbaar zijn voor de doelgroep van die informatie;
- Op een zorgmarkt moet voor alle groepen consumenten of hun ondersteuners keuze-informatie beschikbaar zijn.

### 4.3.3 Meetinstrumenten en keuze-informatie

De instrumenten en initiatieven in deze paragraaf hebben als doel de kwaliteit van zorg transparant te maken. De beschreven instrumenten

---

<sup>49</sup> Groenewoud, S. 2008. It's your Choice! A Study of Search and Selection Processes, and the Use of Performance Indicators in Different Patient Groups: De keuze is aan u! Een studie naar zoek- en keuzeprocessen en het gebruik van prestatie-indicatoren in verschillende patiëntengroepen. Erasmus Universiteit Rotterdam.

<sup>50</sup> Bijlsma, M. & Pomp, M. 2008. Via transparantie naar kwaliteit in de ziekenhuiszorg. *ESB*, 93(4541), 486-489, Doornbos, R., Leeuwen, van, J., Lambertz, B. & Verheggen, P.P. 2008. *Trendwatch Zorgconsument 2008*, Casemanagement Groep.

<sup>51</sup> Grit, K., Bovenkamp, van de, H. & Bal, R. 2008. De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel: Een quick scan van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten. Erasmus MC/Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

<sup>52</sup> NZa, Visiedocument Transparantie, mei 2009. Met het toetsingskader wil de NZa een set beoordelingscriteria in handen hebben waarmee zij de mate van transparantie op een (deel)markt kan beoordelen.



zijn meetinstrumenten die kwaliteit transparant moeten maken voor consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bovendien gebruikt de IGZ ze deels voor haar toezichtstaak. De transparantie-initiatieven bestaan uit websites met keuze-informatie voor de consument en tijdschriften die ranglijsten publiceren.

In navolging van de Monitor Ziekenhuiszorg 2008 worden de instrumenten en initiatieven getoetst met criterium 2 van het toetsingskader, gericht op de doelgroep consumenten. Om de meetinstrumenten en initiatieven te kunnen beoordelen worden de volgende vragen gesteld. Zie tabel 4.1:

*Doeltreffend*

- Sluit de informatie aan bij de behoefte van consumenten aan keuze-informatie?
- Is de informatie beschikbaar op relevante keuzemomenten?
- Hebben de consumenten toegang tot de gegevens?

*Juist*

- Is de informatie valide en betrouwbaar en voldoende actueel?

*Inzichtelijk*

- Kunnen consumenten de beschikbare informatie begrijpen?

*Vergelijkbaar*

- Kunnen consumenten op basis van de gepresenteerde informatie een vergelijking maken op voor hen relevante aspecten?

De vragen zijn beantwoord met informatie uit de literatuur en met interviews. Niet alle vragen konden worden beantwoord, deels omdat het niet alle informatie bekend is en deels omdat de informatie niet eenduidig was. Dit geldt bijvoorbeeld voor de vraag of de informatie aansluit bij de behoeften van de consument. Deze vraag zal uitvoeriger aan bod komen bij de komende Consumentenmonitor van de NZa. Bij de instrumenten die in de Monitor Ziekenhuiszorg 2008 aan bod kwamen, worden alleen de veranderingen ten opzichte van 2008 beschreven.

## Meetinstrumenten

**Tabel 4.1. Meetinstrumenten**

Instrument	Doeltreffend	Juist	Inzichtig	Vergelijkbaar
Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen	Ja, beschikbaar via websites als kiesbeter.nl en in jaarverslagen zorgaanbieders.	Deels, want er staan veel procesindicatoren in die minder relevant zijn voor de consument. De set wordt gebruikt voor het toezicht van de IGZ.	Onbekend	Ja
Basisset kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken	Ja, beschikbaar via websites als kiesbeter.nl en jaarverslagen zorgaanbieders	Ja, maar in ontwikkeling. Ook deze set is minder relevant voor de consument en wordt gebruikt voor het toezicht van de IGZ.	Onbekend	Nee
Zichtbare Zorg	Nee, nog in ontwikkeling.	Onbekend	Niet van toepassing. Consumenten participeren wel in de stuurgroep ZZZ.	Nog in ontwikkeling
ZN zorginkoop indicatoren	Nee, alleen beschikbaar voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.	Onbekend	Niet van toepassing, want ze zijn niet toegankelijk voor de consument.	Nee
Consumer Quality (CQ) Index	Nee, voor ziekenhuizen zijn de vragenlijsten nog niet gereed. Medio 2009 wordt de CQ Staar en CQ Heup & Knie op de website van de NPCF gepubliceerd.	Ja, maar in ontwikkeling	Niet van toepassing, want ze zijn nog niet toegankelijk voor de consument	Nee
Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR)	Nee, de gegevens zijn niet in het bezit van de IGZ en worden ook niet vrijgegeven.	Ja, maar in ontwikkeling	Niet van toepassing, want ze zijn niet toegankelijk voor de consument.	Nee

Bronnen: NZa, Visiedocument Transparantie, mei 2009, IGZ, 2009, Damman, O.C. & Rademakers, J. 2008, Keuze-informatie in de zorg: Een internationale vergelijking van presentatiewijzen op internet, NIVEL, CKZ, 2009.

### *Basisset kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken*

In 2008 is de eerste basisset voor ZBC's gepresenteerd en in 2009 moeten de klinieken voor het eerst hun gegevens aanleveren bij de IGZ. Voor de IGZ maken de indicatoren deel uit van het preventieve

onderzoeksinstrumentarium waarmee het toezicht op ZBC's kan plaatsvinden.<sup>53</sup>

#### *Zichtbare Zorg*

Het bureau Zichtbare Zorg van de IGZ is sinds september 2008 de opvolger van Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit. Het programma heeft tot doel informatie beschikbaar te krijgen die nodig is voor geregleerde marktwerking zoals beoogd bij de invoering van de zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg. Om de ontwikkeling van de indicatoren te realiseren, zijn de project- en stuurgroep ZZZ (Zichtbare Zorg Ziekenhuizen) operationeel.<sup>54</sup> De verwachting is dat de basisset van de ziekenhuizen in 2009 logistiek geïntegreerd wordt met de indicatoren van Zichtbare Zorg en deze worden overgenomen in de ZN-zorginkoopgids.<sup>55</sup>

In 2008 is gestart met de implementatie van indicatorensets voor tien aandoeningen in 33 pilot-ziekenhuizen. Vanaf 1 januari 2009 wordt van alle ziekenhuizen verwacht dat zij starten met de implementatie van indicatorensets voor de tien aandoeningen.<sup>56</sup> Concreet betekent dit dat de indicatoren uitgevraagd worden in 93 ziekenhuizen. In 2009 ligt de nadruk op groei van de gegevens die worden aangeleverd. Vanaf 2010 worden naast de tien aandoeningen voor achttien aandoeningen nieuwe indicatorensets geïmplementeerd.<sup>57</sup> De omvang van de informatie die uiteindelijk beschikbaar moet komen, zal uit indicatoren voor 80 aandoeningen bestaan.

#### *Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR)*

De HSMR is een sterftemaat die enkele jaren geleden zijn intrede heeft gedaan in de Nederlandse gezondheidszorg en geeft de ratio weer van de werkelijke sterfte in een ziekenhuis ten opzichte van de verwachte sterfte. Een hoge HSMR kan wijzen op niet optimale zorgprocessen en mogelijk vermijdbare sterfte. Daarom wil de IGZ de maat en de daarvan afgeleide sterftecijfers per diagnosegroep (SMR) op afzienbare termijn gaan gebruiken als indicatoren voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Prismant heeft de bruikbaarheid van de HSMR voor het toezicht van de IGZ onderzocht en geconcludeerd dat de sterftemaat bruikbaar is voor de Inspectie.<sup>58</sup> Desondanks is er veel discussie over het gebruik van de HSMR. In de interviews en literatuur komt naar voren dat er nog veel kinderziektes zijn rond de aanlevering van de gegevens en de methodologie.<sup>59</sup> De meeste ziekenhuizen maken de HSMR dan ook niet openbaar. Aan de andere kant zijn er ook ziekenhuizen die hun HSMR wel publiceren en elf ziekenhuizen gebruiken de HSMR en SMR nu al voor interne kwaliteitsverbetering.

<sup>53</sup> Zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

<sup>54</sup> Voor de stuurgroep ZZZ zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de Consumentenbond, IGZ, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), NFU, NVZ, Orde van Medisch Specialisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De stuurgroep wordt ondersteund door het programmabureau Zichtbare Zorg.

<sup>55</sup> Zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

<sup>56</sup> Blaascarcinoom, Cataract, Diabetes, Incontinentie bij de vrouw, Heup- en knie vervanging, Liesbreukoperaties, Lumbosacraal Radiculair Syndroom, Mammacarcinoom, Varices en Ziekte van adenoïd en tonsillen. Zie: [www.zichtbarezorg.com](http://www.zichtbarezorg.com).

<sup>57</sup> Zie: [www.zichtbarezorg.com](http://www.zichtbarezorg.com).

<sup>58</sup> Prismant, De toepasbaarheid van de HSMR in het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2008. Zie: [http://www.prismant.nl/Kwaliteit\\_en\\_Veiligheid/Publicaties/2008 - De toepasbaarheid van de Gezondheidszorg](http://www.prismant.nl/Kwaliteit_en_Veiligheid/Publicaties/2008_-_De_toepasbaarheid_van_de_Gezondheidszorg).

<sup>59</sup> De HSMR wordt momenteel gebaseerd op de Landelijke Medische Registratie (LMR). Ziekenhuizen blijken in toenemende mate te stoppen met het aanleveren van gegevens voor de LMR. Dit heeft een negatieve invloed op de beschikbaarheid en kwaliteit van de HSMR.

De bovenstaande ontwikkelingen laten zien dat begin 2009 vergeleken met begin 2008 weinig veranderd is. Het Bureau Zorgbrede Transparantie is overgegaan in Zichtbare Zorg en partijen zijn bezig om een uniforme set aan kwaliteitsinformatie samen te stellen, maar omdat de eerste resultaten eind 2009 zichtbaar worden kan nu nog geen uitspraak worden gedaan over de kwaliteit van de transparantie.

Er zijn diverse initiatieven die keuze-informatie bieden en bijdragen aan het vergroten van de transparantie van de kwaliteit van zorg. Op basis van een onderzoeksrapportage van het NIVEL zijn zeven initiatieven getoetst. De beantwoording van de vragen van het Toetsingskader en de toelichtingen zijn grotendeels gebaseerd op deze onderzoeksrapportage.<sup>60</sup>

#### Keuze-informatie

**Tabel 4.2. Keuze-informatie**

Initiatief	Doeltreffend	Juist	Inzichtig	Vergelijkbaar
KiesBeter	Ja, beschikbaar via <a href="http://www.kiesbeter.nl">www.kiesbeter.nl</a>	Ja	Ja	Ja
Independer	Ja, beschikbaar via <a href="http://www.independer.nl">www.independer.nl</a>	Ja	Ja	Ja
Ziekenhuizen transparant	Ja, beschikbaar via <a href="http://www.ziekenhuizentransparant.nl">www.ziekenhuizentransparant.nl</a>	Ja	Onbekend	Nee
Zorgkiezer	Ja, beschikbaar via <a href="http://www.zorgkiezer.nl">www.zorgkiezer.nl</a>	Ja	Onbekend	Ja
AD Ziekenhuis top 100	Ja, beschikbaar via <a href="http://www.ad.nl">www.ad.nl</a>	Onbekend	Ja	Ja
Elsevier	Ja, beschikbaar via <a href="http://www.elsevier.nl">www.elsevier.nl</a>	Onbekend	Ja	Ja
Vaatpatiënten	Ja, beschikbaar via <a href="http://www.vaatpatient.nl">www.vaatpatient.nl</a>	Ja	Ja	Ja

Bronnen: NZA, Visiedocument Transparantie, mei 2009, Damman & Rademakers, 2008, IZG, 2009, RIVM, 2009, CKZ, 2009.

De initiatieven worden toegelicht in bijlage 1.

#### 4.3.3 Stand van zaken in 2009

Uit de bovenstaande meetinstrumenten en initiatieven blijkt dat er veel ontwikkelingen gaande zijn op het gebied van transparantie van kwaliteit. Desondanks komen uit de interviews, vragenlijsten en literatuur een aantal belangrijke kanttekeningen naar voren:

- het is moeilijk om te duiden wat het uiteindelijke effect is van alle initiatieven en instrumenten op de kwaliteit van zorg en de keuzes die consumenten uiteindelijk maken. Onderzoekresultaten geven geen eenduidig beeld;
- er moet meer onderzoek gedaan worden naar de wijze waarop kwaliteit het beste transparant gemaakt kan worden voor de consument. De informatie moet inzichtelijk en helder zijn en aansluiten op de wensen van de consument. Daarbij moet ook rekening gehouden worden met het feit dat er verschillende doelgroepen zijn die andere wensen hebben ten aanzien van kwaliteitsinformatie;<sup>61</sup>

<sup>60</sup> Damman, O.C. & Rademakers, J. 2008, Keuze-informatie in de zorg: Een internationale vergelijking van presentatiewijzen op internet, NIVEL.

<sup>61</sup> Damman, O.C., Hendriks, M., Triemstra, A.H.M., & Delnoij, D.M.J. 2007.

Kwaliteitsinformatie over de zorg: hoe te presenteren aan de consument?. TSG, 85(3),

- de diversiteit aan meetinstrumenten en initiatieven kan leiden tot verwarring en weerstand bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast kost het registreren en aanleveren van kwaliteitsinformatie veel tijd en geld.<sup>62</sup> Uit de interviews en vragenlijsten kwam nadrukkelijk naar voren dat zorgaanbieders hier grote problemen mee hebben. Zij stellen dat dit voor onnodig veel werk zorgt en het draagvlak binnen de organisatie voor het meten van kwaliteit eerder afneemt dan toeneemt. Dit pleit voor een breed gedragen en uniforme set aan kwaliteitsinformatie die door alle belanghebbende partijen gebruikt kan worden. Uit de literatuur blijkt dat zo'n uniforme set cruciaal is voor het succes van bruikbare kwaliteitsinformatie.<sup>63</sup>

Aan de andere kant zijn alle veldpartijen het er ook over eens dat de ontwikkeling van alle initiatieven en instrumenten veel tijd kost en dat het transparant maken van kwaliteit ook de tijd moeten worden geboden. Er wordt toegewerkt naar een situatie waar de benodigde kwaliteitsinformatie op een zo efficiënt mogelijke manier opgevraagd kan worden. De Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen heeft het initiatief genomen om toe te werken naar een uniforme set aan kwaliteitsinformatie.

#### 4.4 Transparantie van kwaliteit en zorginkoop

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) onderschrijft in haar advies over zorginkoop dat een toename van transparantie van kwaliteit kan zorgen voor een grotere rol van kwaliteit in de onderhandelingen.<sup>64</sup> Zij stelt dat er een relatie is tussen doelmatigheid en kwaliteit. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars hebben daarom belang bij het transparant maken van de kwaliteit van zorg.

##### *Kwaliteit van zorg wordt belangrijker tijdens de onderhandelingen*

In 2007 en 2008 constateerde de NZa een stijgende aandacht voor kwaliteit tijdens de onderhandelingen. Hetzelfde beeld is in 2009 waarneembaar. Van de zorgaanbieders vindt 48% dat er door de zorgverzekeraars in 2008 meer aandacht aan kwaliteit besteed wordt ten opzichte van 2007 en 37% vindt dat de aandacht gelijk is gebleven. De ZBC's zijn net als vorig jaar het minst positief over de aandacht voor kwaliteit. Zij geven aan dat kwaliteit nog nauwelijks een rol speelt tijdens de onderhandelingen. Zij stellen dat de prijs bepalend is tijdens de onderhandelingen. Figuur 4.1. laat zien dat maar 25% van de ZBC's aangeven dat er sprake is van een toename. Aan de andere kant is er sprake van een aanzienlijke verbetering omdat in 2008 een derde van de ZBC's aangaf dat er minder aandacht voor kwaliteit was ten opzichte van 2007. Uit figuur 4.1. blijkt ook dat de ziekenhuizen aanmerkelijk positiever zijn over de aandacht voor kwaliteit van zorg.

136-138, Damman, O.C. & Rademakers, J. 2008, Keuze-informatie in de zorg: Een internationale vergelijking van presentatiewijzen op internet, NIVEL.

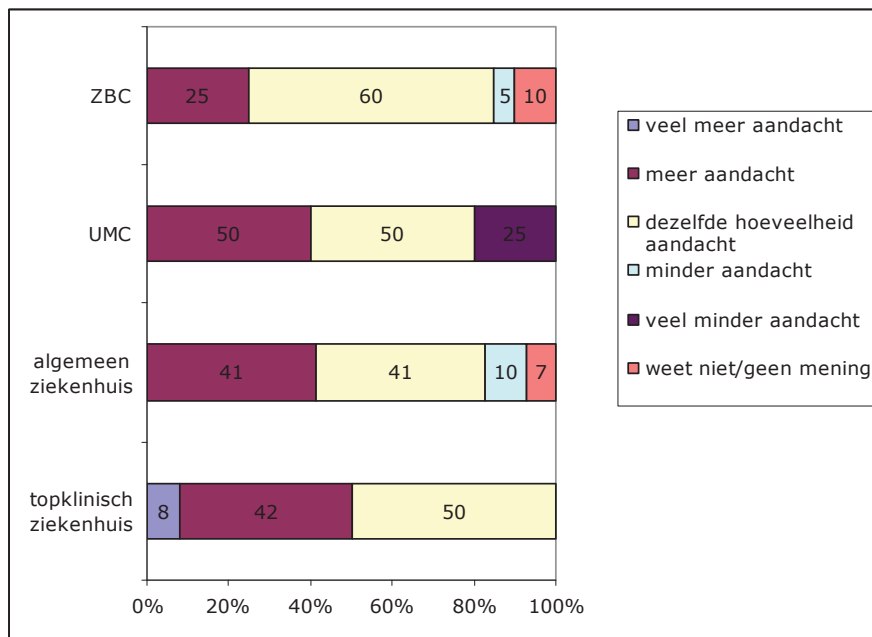
<sup>62</sup> Grol, R. 2006, Quality Development in Health Care in the Netherlands, Centre for Quality of Care Research Radboud University Nijmegen Medical Centre.

<sup>63</sup> Idem.

<sup>64</sup> RVZ, Advies zorginkoop, 2008. Zie:

[http://www.rvz.net/data/download/Advies\\_Zorginkoop\\_website.pdf](http://www.rvz.net/data/download/Advies_Zorginkoop_website.pdf)

**Figuur 4.1. Verandering in aandacht voor kwaliteit van zorg tijdens de onderhandeling per type zorgaanbieder**



Bron: NZa, 2009

De antwoorden van de zorgverzekeraars bevestigen dit beeld. Vijf van de zes zorgverzekeraars geven aan meer aandacht aan kwaliteit van zorg te besteden. Eén verzekeraar geeft aan dezelfde hoeveelheid aandacht aan kwaliteit te besteden ten opzichte van 2008.

*Kwaliteitsafspraken*

Uit de vragenlijsten blijkt dat ongeveer tweederde van de zorgaanbieders afspraken maakt over kwaliteit. Dit verschilt per type kwaliteitsafpraak. Verder blijkt dat 88% van de zorgaanbieders afspraken maakt voor het rapporteren over kwaliteitsindicatoren. Dit toont aan dat de indicatoren een belangrijke rol spelen bij de onderhandelingen. Afspraken over normen voor kwaliteitsindicatoren, kwaliteitsverbeteringen, het meten van patiënttevredenheid en de service aan de patiënt laten een ander beeld zien. Een derde van de zorgbieders geeft aan geen afspraken over deze kwaliteitsaspecten te maken. Het belang van de kwaliteitsindicatoren neemt dus toe, maar vooral om aan de zorgverzekeraars te kunnen rapporteren.

*Zorgprofielen worden gebruikt, maar beschouwd als het domein van de medisch specialist*

Een zorgprofiel geeft alle geregistreerde verrichtingen weer zoals deze binnen een DBC plaatsvinden. Met andere woorden; alle stappen in de totale behandeling van een patiënt. De profielen geven de zorgverzekeraars medisch inhoudelijk inzicht in de zorgverlening. Voor de verzekeraars is de koppeling tussen prijs en zorgprofiel belangrijk, want het laat zien welke producten de zorgaanbieders voor welke prijs leveren. Zij kunnen naast de prijsonderhandeling ook onderhandelen over de inhoud van de behandeling en aan zorgaanbieders vragen om het zorgprofiel aan te passen. Uit de vragenlijsten komt naar voren dat vooral topklinische ziekenhuizen en ZBC's onderhandelen over de zorgprofielen en algemene ziekenhuizen en UMC's dit in mindere mate doen. De onderhandelingen over zorgprofielen hebben met name betrekking op het verschuiven van klinische behandelingen naar poliklinische behandelingen.

Desondanks geven veel zorgaanbieders aan dat zij de invulling van de zorgprofielen beschouwen als hun eigen verantwoordelijkheid en een onderdeel van de professionele autonomie van de medisch specialisten. Dit sluit aan bij de klacht van een aantal zorgverzekeraars dat ze niet bij alle ziekenhuizen inzicht krijgen in de zorgprofielen.

*Medisch adviseurs van zorgverzekeraars en medisch specialisten van zorgaanbieders worden actief betrokken bij de onderhandelingen*

De zorgverzekeraars geven aan hun medisch adviseurs te betrekken bij de onderhandelingen. Vier zorgverzekeraars doen dit altijd en twee regelmatig. Zij worden vooral ingezet voor het analyseren van de aangeleverde kwaliteitsinformatie en zorgprofielen. Bij de zorgaanbieders komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Bijna alle aanbieders geven aan medische specialisten te betrekken bij de onderhandelingen, waarvan ruim de helft stelt dat dit altijd gebeurt. Een opvallende bevinding is dat 92% van de topklinische ziekenhuizen aangeven altijd gebruik te maken van medisch specialisten; alle UMC's geven aan dat dit soms voorkomt. Dit is te verklaren uit het relatief kleine aandeel DBC's uit het B-segment dat door de UMC's uitgevoerd wordt. Hierdoor vinden ook relatief minder onderhandelingen over prijs en zorginhoud plaats.

Bij de onderhandelingen speelt kwaliteit van zorg dus een grotere rol in vergelijking met 2008. Dit komt met name tot uiting door het opvragen van kwaliteitsindicatoren en zorgprofielen door zorgverzekeraars. Zorgaanbieders geven in de antwoorden op de vragenlijsten en interviewvragen wel aan dat het belang van de kwaliteitsinformatie en zorgprofielen ondergeschikt is aan de prijs.

## 4.5 Transparantie van kwaliteit en concurrentie tussen zorgaanbieders

Consumenten kunnen op basis van kwaliteitsinformatie besluiten naar welk ziekenhuis ze gaan. Zorgverzekeraars kunnen besluiten om een zorginstelling meer te betalen voor een behandeling, omdat ze betere kwaliteit leveren. Deze prikkels moet de concurrentie tussen zorgaanbieders bevorderen. Uit de interviews komt naar voren dat concurrentie op basis van kwaliteit tussen zorgaanbieders nog geen grote rol speelt. Zorgverzekeraars proberen de concurrentie wel aan te wakkeren door verzekerden naar 'preferred providers' te sturen en instellingen met elkaar te vergelijken tijdens onderhandelingen, maar in de praktijk contracteren ze (bijna) alle ziekenhuizen. Dit lijkt niet veranderd te zijn ten opzichte van 2008. Van de Ven & Schut wijten dit aan de beperkte hoeveelheid bruikbare kwaliteitsinformatie die beschikbaar is. Zorgverzekeraars krijgen niet de benodigde informatie om zorgaanbieders op kwaliteit met elkaar te vergelijken.<sup>65</sup> De zorgverzekeraars lijken het daarnaast nog niet aan te durven om ziekenhuizen niet of deels te contracteren. De verwachting is desondanks dat selectieve zorginkoop op basis van kwaliteit in de komende jaren zal toenemen.<sup>66</sup> Dit wordt onderschreven door de Trendwatch Zorgconsument 2008 van de Casemanagement Groep.<sup>67</sup> Ten opzichte van 2007 lijken de zorgverzekeraars een steeds grotere rol te spelen in het keuzeproses van consumenten voor een behandeling in een ziekenhuis. Niet alleen verzamelen consumenten informatie bij de zorgaanbieder zelf, maar ook bij hun zorgverzekeraar.<sup>68</sup>

<sup>65</sup> Ven, van de, W.P.M.M. & Schut, F.T. 2009. Managed Competition in the Netherlands: Still Work-in-progress. Health Economics, 18, 253-255.

<sup>66</sup> Idem, RVZ, Advies zorginkoop, 2008.

<sup>67</sup> Doornbos, R., Leeuwen, van, J., Lambertz, B. & Verheggen, P.P. 2008. Trendwatch Zorgconsument 2008, Casemanagement Groep.

<sup>68</sup> Hoofdstuk 5 'Toegankelijkheid' zal dieper ingaan op de rol van de zorgverzekeraars.

Tussen ZBC's en zorgverzekeraars liggen de verhoudingen anders. Zorgverzekeraars contracteren heel selectief als het om ZBC's gaat, maar uit de interviews komt wel naar voren dat dit vooral gebaseerd is op prijs en niet zozeer op kwaliteit.

## 4.6 Conclusies

Kwaliteit van zorg en transparantie van kwaliteit gaan in de toekomst een nog belangrijkere rol spelen bij de zorginkoop, maar op dit moment is de prijs nog altijd doorslaggevend. Ondanks het feit dat kwaliteit ten opzichte van 2008 nadrukkelijker naar voren is gekomen bij de onderhandelingen dan in 2007, zo blijkt uit de vragenlijsten. Medisch specialisten en medisch adviseurs van zorgverzekeraars worden betrokken bij de onderhandelingen waardoor meer nadruk gelegd kan worden op kwaliteit. De toename van onderhandelingen over kwaliteit lijken overigens niet te leiden tot concurrentie op basis van kwaliteit tussen zorgaanbieders onderling. Selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars kan de concurrentie in de toekomst op gang brengen.

In de afgelopen jaren zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld en initiatieven voor keuze-informatie opgestart, maar het is nog onvoldoende duidelijk op welke wijze deze instrumenten en initiatieven een bijdrage leveren aan het transparanter maken van de ziekenhuiszorg. Vooral bij de keuze-informatie voor consumenten moet meer onderzoek gedaan worden naar de mate waarin de informatie ook daadwerkelijk aansluit bij de wensen en behoeften van de consument. De NZa zal in de komende Consumentenmonitor ingaan op de wensen en behoeften van de consument.

De zorgverzekeraars en zorgaanbieders leveren een bijdrage aan het transparanter maken van de kwaliteit. Desondanks verloopt dit proces langzaam. Zorgverzekeraars geven aan dat ze niet voldoende inzicht hebben in de kwaliteit, omdat niet alle zorgaanbieders transparant zijn over de kwaliteit van hun zorgverlening. Zorgaanbieders geven aan dat de diversiteit aan meetinstrumenten voor veel administratieve lasten zorgen en ze het nauwelijks op kunnen brengen om alle informatie aan te leveren. Incomplete kwaliteitsinformatie en een te grote diversiteit aan meetinstrumenten moeten opgelost worden.

De NZa acht het wenselijk dat het transparant maken van de kwaliteit van zorg aansluit bij de uitbreiding van het B-segment, want inzicht in de kwaliteit van zorg is noodzakelijk voor het vaststellen van de gewenste prijs-kwaliteitverhouding door prestatie-indicatoren. Er zijn veel ontwikkelingen en initiatieven zichtbaar, maar deze lijken niet aan te sluiten bij de snelheid van de ontwikkelingen in het B-segment. Aan de andere kant hebben de verbeterlagen en ontwikkelingen in de markt tijd nodig. Er is nog geen sprake van transparante kwaliteit in de ziekenhuiszorg, maar de veldpartijen en de IGZ werken er aan. De IGZ heeft met Zichtbare Zorg een traject ingezet dat over een aantal jaren moet leiden tot een uniforme set aan kwaliteitsinformatie die de kwaliteit voor haar toezichtdoeleinden, maar ook voor consumenten transparant moet maken.



## 5. Toegankelijkheid

### 5.1 Inleiding

De zorg moet voor alle consumenten toegankelijk zijn, zowel financieel als fysiek. Fysieke toegankelijkheid wil zeggen dat mensen toegang hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand (bereikbaarheid) en binnen een redelijke periode (beschikbaarheid). De beschikbaarheid kan nog verder worden onderverdeeld in wachttijden, keuzeondersteuning en de hoeveelheid gecontracteerde zorg door zorgverzekeraars. Voor de beschikbaarheid wordt in dit hoofdstuk alleen gekeken naar de wachttijden en keuzeondersteuning. Voor de hoeveelheid gecontracteerde zorg zie hoofdstuk 3.

Dit hoofdstuk gaat in op de beschikbaarheid van de ziekenhuiszorg. Paragraaf 5.2 staat stil bij de nieuwe wachttijdregistratie, de rol van de wachttijden bij de onderhandelingen en de wachttijden over de periode 2006-2008. Paragraaf 5.3 gaat in op keuzeondersteuning door zorgverzekeraars. De veranderingen in het aanbod van zorg staan in paragraaf 5.4. Bereikbaarheid in de vorm van reisafstand wordt in deze monitor niet uitgediept. Vergeleken met de monitor 2006, waarin de reistijden zijn weergegeven hebben geen grote veranderingen plaatsgevonden in het aantal ziekenhuizen, waardoor de genoemde reistijden ook in 2008 geldig zijn.

### 5.2 Wachttijden

Wachttijden hebben invloed op de toegankelijkheid van zorg. Op basis van wachttijdinformatie kunnen consumenten verschillende zorgaanbieders onderling vergelijken en zodoende voor een kortere wachttijd kiezen. Voor de onderlinge vergelijkbaarheid is het essentieel dat alle zorgaanbieders eenzelfde definitie van het begrip wachttijd hanteren.

#### 5.2.1 Nieuwe wachttijdregistratie

Per 1 september 2008 moeten ziekenhuizen volgens de nieuwe wachttijdregistratie de wachttijden registreren. De wachttijdregistratie is aangepast om de wachttijdgegevens van planbare zorg betrouwbaarder, actueler en onderling vergelijkbaar te maken voor de consument. Hieronder volgt een korte toelichting op de belangrijkste veranderingen in de wachttijdregistratie ten opzichte van voorgaande jaren:

- Er worden drie soorten wachttijden gehanteerd, die als volgt worden gedefinieerd:
  - *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. Hierbij wordt gekozen voor de derde mogelijkheid in het afsprakenregister.
  - *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. Hierbij wordt gekozen voor de derde mogelijkheid in het afsprakenregister.
  - *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. Hierbij wordt gekozen voor de derde mogelijkheid in het afsprakenregister.

- Er wordt geen onderscheid meer gemaakt in wachttijden voor meerdaagse opname en dagbehandeling; een enkele wachttijd per behandeling volstaat.
- De lijst met te registreren behandelingen is aangepast en uitgebreid en de lijst met diagnostische technieken is nieuw toegevoegd.
- De wachttijden moeten minimaal maandelijks worden geactualiseerd volgens de Nadere Regeling van de NZa.<sup>69</sup> Hierin zijn onder meer de verplichtingen opgenomen ten aanzien van de publicatie van de wachttijden. Deze regel geldt voor alle aanbieders van planbare medische specialistische zorg, dus ook voor ZBC's.
- De wachttijden worden door ziekenhuizen niet meer aangeleverd aan DIS, maar worden door MediQuest elke maand rechtstreeks van de website van de ziekenhuizen afgelezen. De ZBC's kunnen hun wachttijden aanleveren aan een database die MediQuest ter beschikking stelt. De wachttijdinformatie van de ziekenhuizen wordt omwille van keuzeondersteuning verstrekt aan KiesBeter en voor beleidsinformatie aan het Ministerie van VWS en de NZa.

De nieuwe wachttijdenregistratie wordt in de loop van 2009 door Dutch Hospital Data onder begeleiding van de werkgroep wachttijden geëvalueerd.<sup>70</sup> De evaluatie kijkt naar de nieuwe afspraken, wachttijddefinities en het informatiebeleid rond de wachttijden. De evaluatie zal plaatsvinden onder algemene ziekenhuizen en UMC's. Eventuele aanpassingen die hieruit voortvloeien, worden vooralsnog begin 2010 geïmplementeerd.

In de vragenlijst is aan zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders gevraagd naar de werkbaarheid van de nieuwe definities voor het maken van afspraken over wachttijden. De helft van de zorgverzekeraars geeft aan het makkelijker te vinden om afspraken te maken over de wachttijden. Zij geven aan dat de nieuwe definities helder zijn. De andere helft zegt geen verschil te bemerken tussen de oude en nieuwe definities. Bij de zorgaanbieders geeft de overgrote meerderheid (94%) aan dat het niet moeilijker of gemakkelijker is geworden om afspraken te maken over wachttijden. De overige 6% van de zorgaanbieders vindt dat het wel gemakkelijker is geworden.

### 5.2.2 Rol wachttijden in onderhandelingen 2009

Uit de vragenlijst blijkt dat er meer wachttijdafspraken worden gemaakt over het B-segment dan over het A-segment. De NZa heeft echter geen signalen ontvangen dat patiënten voor een behandeling in het B-segment eerder behandeld worden dan patiënten met een behandeling in het A-segment.

In het A-segment maakt 33% van de zorgverzekeraars afspraken over de wachttijden. Dit in tegenstelling tot het B-segment, waar 83% van de zorgverzekeraars aangeeft afspraken te maken met zorgaanbieders. Er worden dan vooral wachttijdafspraken gemaakt over een selectie van B-DBC's, zoals heup, knie en cataract.

14% van de zorgaanbieders maakt wachttijdafspraken over het A-segment. Hiervan zegt 5% afspraken te maken over het hanteren van de Treeknormen. De UMC's geven aan helemaal geen afspraken te

<sup>69</sup> Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg (CI/NR-100.084).

<sup>70</sup> In de werkgroep wachttijden hebben de volgende partijen zitting: NVZ, NFU, OMS, NPCF, ZN en VWS. Deze werkgroep heeft de vernieuwde wachttijdregistratie opgesteld en zal deze ook evalueren.

maken. Over het B-segment maakt 31% van de zorgaanbieders afspraken met de zorgverzekeraars, 3% hiervan zegt afspraken te maken over de Treeknormen. Ook uit de antwoorden van de zorgaanbieders blijkt dat er in het B-segment vooral voor een deel van DBC's afspraken worden gemaakt. Een aantal zorgaanbieders heeft aangegeven hier nog niets over te kunnen zeggen, omdat de onderhandelingen nog gaande zijn en dit nog niet ter sprake is geweest.

In de vragenlijst is door iets meer dan de helft (54%) van de zorgaanbieders aangegeven dat de wachttijden voor het A- en B-segment gelijk zijn gebleven ten opzichte van vorig jaar. Hiervan zegt de meerderheid van de ZBC's (75%) dat de wachttijden gelijk zijn gebleven tegen 44% van de ziekenhuizen. Daarentegen zegt ongeveer de helft van de ziekenhuizen (47%) dat de wachttijden juist zijn afgenomen tegen 10% van de ZBC's. Opvallend is dat geen van de UMC's en de topklinische ziekenhuizen hebben aangegeven dat de wachttijden zijn toegenomen ten opzichte van vorig jaar.

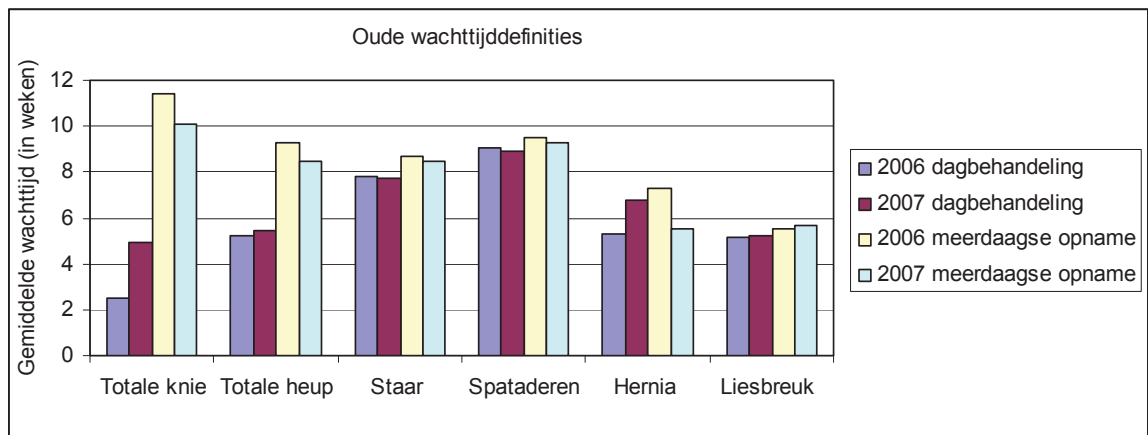
### 5.2.3 De wachttijden

Om inzicht te krijgen in de toegankelijkheid van de zorg voor de consument, analyseert de NZa jaarlijks de wachttijden. Echter, dit jaar is het niet goed mogelijk om iets te zeggen over de ontwikkelingen van de wachttijden op basis van de wachttijdgegevens. Dit is het gevolg van de invoering van de nieuwe wachttijdregistratie per 1 september 2008, waardoor een trendbreuk is ontstaan. De wachttijden van vóór en na 1 september zijn niet rechtstreeks vergelijkbaar. Dit geldt vooral voor de 'wachttijd behandeling'. Zoals in paragraaf 5.2.1 is aangegeven, is het onderscheid tussen meerdaags opname en dagbehandeling komen te vervallen. Om dit om te zetten naar een overkoepelde 'wachttijd behandeling' is de gemiddelde wachttijd meerdaagse opname en dagbehandeling berekend.<sup>71</sup> Hiervoor is gebruik gemaakt van de verwachte wachttijd, omdat deze wachttijd het meest in lijn is met de definities van de nieuwe wachttijdregistratie. In de voorgaande jaren heeft de NZa er voor gekozen om de gemiddelde wachttijd behandelde patiënt te gebruiken voor de analyses in plaats van de verwachte wachttijd. In het algemeen ligt de wachttijd behandelde patiënt hoger dan de verwachte wachttijd. Dit heeft ertoe geleid dat de 'wachttijd behandeling' in deze monitor in het algemeen lager ligt dan de 'wachttijd behandeling' in de monitors van 2007 en 2008. Dit is in onderstaande figuren weergegeven. Figuur 5.1 laat de wachttijd voor dagbehandeling en meerdaagse opname zien (oude definities) en figuur 5.2 laat de wachttijd voor behandeling zien (nieuwe definitie). De wachttijd voor bijvoorbeeld spataderen ligt bij de oude definitie rond negen weken. De wachttijd voor spataderen bedraagt in de nieuwe definitie ongeveer zes weken.

---

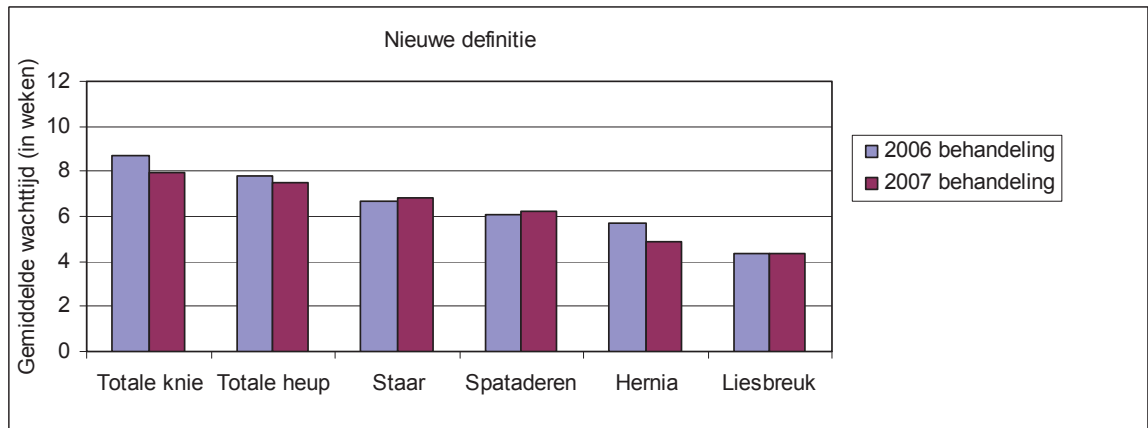
<sup>71</sup> Voor een uitgebreidere beschrijving van de bewerkingslagen en aannames als gevolg van de wijzigingen in de wachttijdregistratie wordt verwezen naar bijlage 2.

**Figuur 5.1. 'Wachttijd behandeling' algemene ziekenhuizen bij de oude definities**



Bron: NZa

**Figuur 5.2. 'Wachttijd behandeling' algemene ziekenhuizen bij de nieuwe definitie**



Bron: NZa

Ook speelt de aanlevering door zorgaanbieders en het niet registreren en publiceren volgens de drie nieuwe wachttijddefinities een rol bij de huidige kwaliteit van de wachttijdgegevens.<sup>72</sup> Een aantal ziekenhuizen actualiseert niet maandelijks de wachttijdgegevens en/of zijn niet volledig bij het publiceren van de wachttijden. Vanwege het belang van een goede wachttijdregistratie voor de consument zal de NZa actief toezien op de wachttijpublicatie door ziekenhuizen en ZBC's.

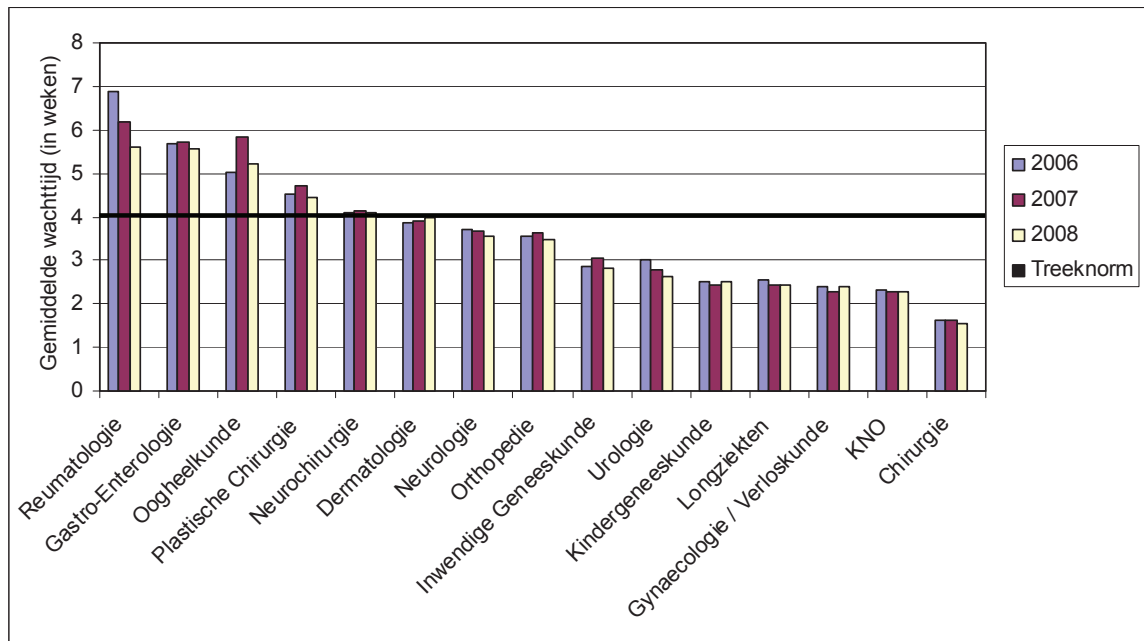
De gedane bewerkingslagen, aannames en de aanlevering hebben tot gevolg dat de analyse van de wachttijdgegevens met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Het is niet duidelijk of de veranderingen in wachttijden het gevolg zijn van de definitiewijziging, een registratie-effect, een daadwerkelijke wijziging van de wachttijd of een combinatie van deze effecten. In onderstaande alinea's wordt toch kort stilgestaan bij de analyses van de wachttijdgegevens polikliniek, behandeling en diagnostiek.

<sup>72</sup> In bijlage 3 wordt voor de analyses van de wachttijdgegevens per grafiek weergegeven hoeveel zorgaanbieders de wachttijden hebben aangeleverd, de min. - max. wachttijd per jaar, de gemiddelde wachttijd per jaar en de standaarddeviatie van de wachttijden.

*Wachttijd polikliniek*

In figuur 5.3 is de wachttijd van een aantal poliklinieken, oftewel specialismen, weergegeven ten opzichte van de Treeknorm. In totaal zijn er 23 poliklinieken waarvoor zorgaanbieders wachttijden moeten publiceren.<sup>73</sup> Te zien is dat de wachttijd voor de polikliniek reumatologie substantieel hoger is dan de wachttijd voor de polikliniek chirurgie. De wachttijden polikliniek zijn redelijk gelijk gebleven, met uitzondering van reumatologie. In 2006 bedroeg de wachttijd voor reumatologie 6,9 weken, in 2007 6,2 weken en in 2008 5,6 weken.<sup>74</sup>

**Figuur 5.3. Gemiddelde wachttijd voor de polikliniek t.o.v. de Treeknorm (ziekenhuizen excl. ZBC's)**



Bron: NZa

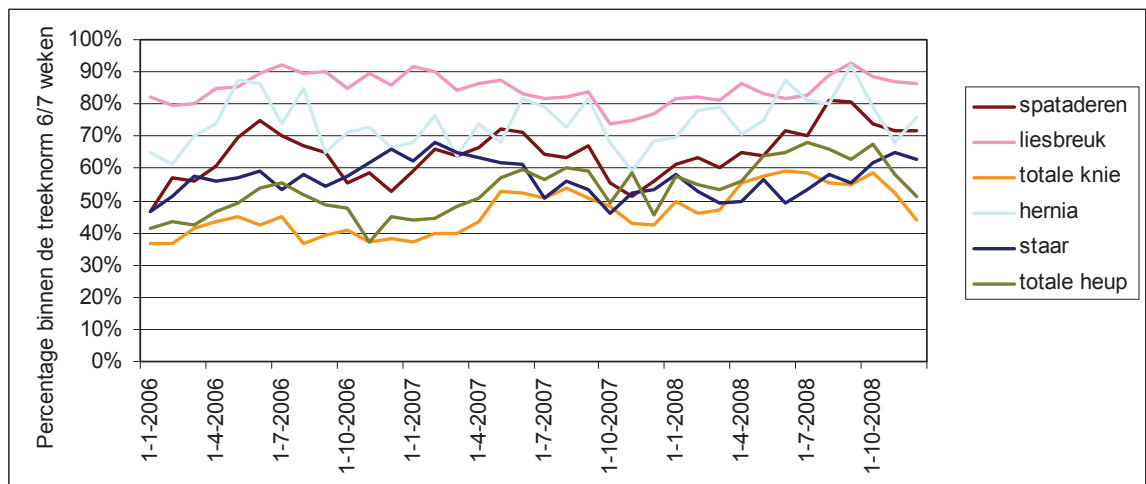
*Wachttijd behandeling*

Het is niet goed mogelijk om iets te zeggen over de ontwikkelingen van de 'wachttijd behandeling'. Opvallend is wel dat, ondanks dat de wachttijden dit jaar lager uitvallen dan de voorgaande jaren, de wachttijd voor verschillende behandelingen nog steeds niet onder de Treeknorm ligt. Figuur 5.4 laat het percentage ziekenhuizen zien dat voor totale knie, totale heup, spataderen, staar, hernia en liesbreuk patiënten binnen de Treeknorm behandelen.

<sup>73</sup> Er is voor de presentatie van deze poliklinieken gekozen, omdat deze in 2008 in het B-segment zaten.

<sup>74</sup> Polikliniek reumatologie: in 2006 zijn in totaal 1033 keer wachttijdgegevens aangeleverd door de ziekenhuizen waarop de 6,9 weken is gebaseerd (N=1033), 2007: N= 1175, 2008 N= 1351.

**Figuur 5.4. Percentage zorgaanbieders binnen de Treeknorm (ziekenhuizen excl. ZBC's)<sup>75</sup>**



Bron: NZa

Wanneer de wachttijden voor deze zes behandelingen worden uitgesplitst naar type ziekenhuis dan is de wachttijd in het algemeen langer in de UMC's dan die van de algemene en topklinische ziekenhuizen.<sup>76</sup> De wachttijden bij de algemene en topklinische ziekenhuizen voor deze zes behandelingen zijn ongeveer gelijk.

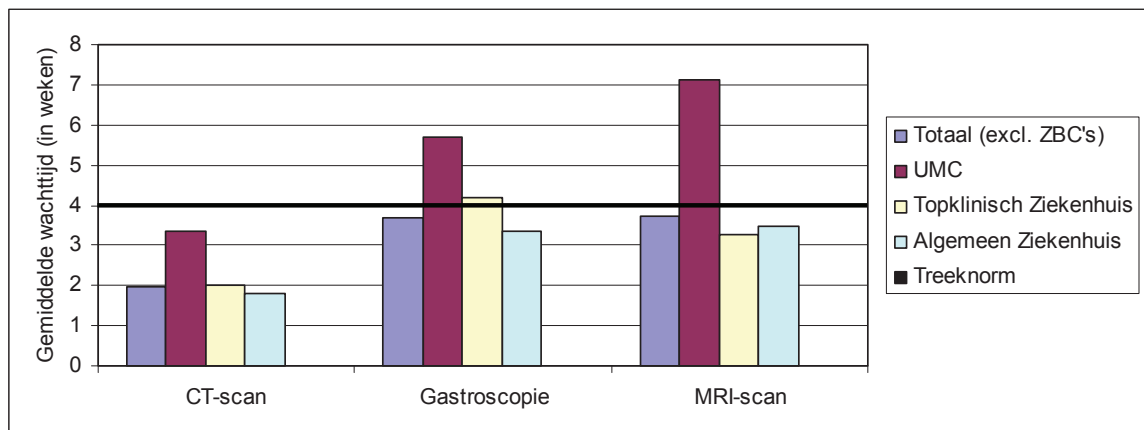
#### Wachttijd diagnostiek

De wachttijden voor de diagnostische techniek, CT-scan, MRI-onderzoek en gastroscopie worden sinds 1 mei 2008 geregistreerd. Figuur 5.5 geeft de eerste analyses van de wachttijden weer vergeleken met de Treeknorm. Bij de interpretatie van de resultaten dient rekening gehouden te worden met uitschieters die het gemiddelde doen toenemen. Dit is onder meer het geval bij de UMC's. De eerste wachttijdgegevens laten zien dat een patiënt binnen de gestelde Treeknorm van vier weken een CT-scan kan laten maken. In de monitor van volgend jaar kan met meer zekerheid een uitspraak gedaan worden over de wachttijden van deze diagnostische technieken, omdat de NZa dan de beschikking heeft over de wachttijdgegevens van een heel jaar.

<sup>75</sup> De Treeknorm voor behandeling is gebaseerd op de oude wachttijdregistratie. In de oude registratie werd er onderscheid gemaakt tussen meerdaagse opname en dagopname. De Treeknormen sloten hier goed op aan. Er is een Treeknorm voor meerdaagse opname (7 weken) en dagopname (6 weken). Met de vernieuwde wachttijdregistratie zijn beide wachttijden samengevoegd tot de wachttijd behandeling. De Treeknorm is niet aangepast.

<sup>76</sup> De UMC's hebben geen wachttijden aangeleverd van oktober 2006 tot en met mei 2008.

**Figuur 5.5. Gemiddelde wachttijd diagnostiek t.o.v. de Treeknorm (ziekenhuizen excl. ZBC's)**



Bron: NZa

### 5.3 Keuzeondersteuning

Keuzeondersteuning betekent dat zorgverzekeraars hun verzekerden stimuleren om een gecontracteerde (voorkeurs)aanbieder te kiezen. De NZa vindt dit belangrijk, omdat zorgverzekeraars hiermee kwaliteits- en efficiëntieverbeteringen bij de zorgaanbieders kunnen afdwingen.

Er bestaat onderscheid tussen passieve en actieve keuzeondersteuning:

- *Passieve keuzeondersteuning*: De zorgverzekeraar bemiddelt als de verzekerde zelf geen goede zorgaanbieder kan kiezen.
- *Actieve keuzeondersteuning via positieve impulsen*: De zorgverzekeraar contracteert alle zorgaanbieders, maar selecteert bepaalde zorgaanbieders als 'voorkeursaanbieder'. Wanneer de verzekerde naar deze voorkeursaanbieders gaat kan hij bepaalde extra's verwachten, zoals betere kwaliteit van de zorg of extra service.<sup>77</sup> In ruil voor de geleverde extra's krijgt de voorkeursaanbieder meer volume toegewezen dan andere zorgaanbieders. Met ingang van 2009 heeft de zorgverzekeraar ook de mogelijkheid om het verplichte eigen risico niet in rekening brengen wanneer de verzekerde gebruik maakt van een voorkeursaanbieder. In 2009 maakt de helft van de zorgverzekeraars gebruik van het verplichte eigen risico om verzekerden te sturen naar een voorkeursaanbieder.
- *Actieve keuzeondersteuning via selectieve/bepaalde contractering*: De zorgverzekeraar sluit alleen een contract af met bepaalde voorkeursaanbieders. Als de verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet hij vaak een bedrag bijbetalen.

De toegankelijkheid van de zorg voor de consument kan door keuzeondersteuning toenemen. De zorgplicht verplicht de zorgverzekeraar om voldoende kwalitatief goede en toegankelijke zorg in te kopen, en garandeert daarmee dat de patiënt altijd geholpen wordt. De toegankelijkheid voor een specifieke – niet gecontracteerde – zorgaanbieder kan door keuzeondersteuning wel afnemen, maar zorgaanbieders worden meer gestimuleerd om hun wachttijden te

<sup>77</sup> Overigens valt hierbij op te merken dat zorgaanbieders een aantal voordelen die zij met één bepaalde zorgverzekeraar afspreken, vaak ook aan verzekerden van andere zorgverzekeraars zullen geven. Zo leiden afspraken over een kortere wachttijd er vaak toe dat alle patiënten sneller geholpen worden en leiden kwaliteitsafspraken tot algehele kwaliteitsverbeteringen. Het werken met voorkeursaanbieders heeft daardoor vaak positieve effecten voor alle zorgconsumenten.

verkorten om zo in aanmerking te komen voor een (voorkeurs)contract. Bovendien raakt de consument door keuzeondersteuning beter geïnformeerd over bijvoorbeeld de wachttijden, waardoor de consument beter in staat is om zelf een effectieve keuze te maken.<sup>78</sup>

#### *Zorgaanbieders*

Vergeleken met vorig jaar is de aandacht voor keuzeondersteuning tijdens de onderhandelingen toegenomen. Uit de antwoorden op de vragenlijst blijkt dat meer dan de helft van de zorgaanbieders (52%) aangeeft dat er dit jaar 'veel meer' of 'meer' aandacht is voor keuzeondersteuning. Vorig jaar was dit percentage maar 17%. Alleen een aantal ZBC's (5%) geven aan dat er dit jaar veel minder aandacht is voor keuzeondersteuning dan vorig jaar.

Uit de vragenlijst blijkt dat een meerderheid van de zorgaanbieders (62%) vindt dat de zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden tot hun beschikking hebben om verzekerden in de richting van bepaalde voorkeursaanbieders te geleiden. De overige 38% noemt diverse redenen waarom zorgverzekeraars hun verzekerden niet of niet goed naar voorkeursaanbieders kunnen sturen:

- zorgverzekeraars beschikken zelf niet of niet voldoende over kennis om echt te gaan sturen;
- de vraag naar zorg is vaak regionaal;
- de patiënt geeft meestal zelf zijn voorkeur voor een ziekenhuis aan;
- de zorgaanbieders zelf kunnen patiënten sturen naar een andere zorgverzekeraar.

#### *Zorgverzekeraars*

Uit de vragenlijst blijkt dat 17% van de zorgverzekeraars aangeeft 'veel meer' aandacht te besteden aan keuzeondersteuning en 50% geeft aan 'meer' aandacht te besteden aan keuzeondersteuning tijdens de onderhandelingen ten opzichte van vorig jaar. Ook geven de zorgverzekeraars, in vergelijkbare percentages, aan dat ze (veel) meer gebruik maken van voorkeursaanbieders en dat ze meer mogelijkheden hebben in 2009 om verzekerden in de richting van een bepaalde voorkeursaanbieder te geleiden.<sup>79</sup> Eén zorgverzekeraar heeft echter aangegeven niet in sturing van verzekerden te geloven. Zij vindt dat verzekerden de zorgaanbieder van zijn keuze moet kunnen bezoeken zonder belemmering.

## **5.4 Veranderingen in het zorgaanbod**

De NZa heeft dit jaar voor het eerst aandacht besteed in vragenlijsten en interviews aan de vraag of er specialistische vormen van zorg worden afgestoten of juist worden toegevoegd. Bovendien is er gekeken of specialistische poliklinieken worden geopend of gesloten. In theorie is het mogelijk dat zorgaanbieders niet rendabele vormen van zorg of poliklinieken afstoten. Dit kan de toegankelijkheid van zorg voor de consument in gevaar brengen. De NZa zal dit de komende jaren blijven monitoren.

In antwoorden op de vragenlijst geeft 20% van de zorgaanbieders aan dat er geen specialistische poliklinieken zijn geopend of gesloten in het

<sup>78</sup> Voor meer informatie over keuzeondersteuning verwijst de NZa naar het visiedocument 'Richting geven aan keuzes' op de website ([http://www.nza.nl/7113/10118/Richting\\_geven\\_aan\\_keuzes.pdf](http://www.nza.nl/7113/10118/Richting_geven_aan_keuzes.pdf)).

<sup>79</sup> 17% van de zorgverzekeraars geeft aan 'veel meer' mogelijkheden te hebben om verzekerden te sturen naar een bepaalde voorkeur en 50% geeft aan 'meer' mogelijkheden te zien.



afgelopen jaar. Verschillende zorgaanbieders geven aan juist poliklinieken te openen of hierover in onderhandeling te zijn met de zorgverzekeraar. Genoemd worden onder meer ouderenpoli, pijnpoli en aandoeninggerichte poli's. Een zorgaanbieder geeft aan geen dermatologie meer in het ziekenhuis aan te bieden. Deze uitkomsten moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat 63% van de zorgaanbieders hier geen antwoord op hebben gegeven. Dit geldt ook voor de toevoeging of afstoting van specifieke vormen van zorg. Er zijn geen signalen dat er vormen van zorg worden afgestoten.

## 5.5 Conclusies

Het is dit jaar niet goed mogelijk om conclusies te verbinden aan de ontwikkelingen van de wachttijden. Dit is het gevolg van de nieuwe wachttijdregistratie per 1 september 2008, waardoor er een trendbreuk is ontstaan. Dit geldt vooral voor de 'wachttijd behandeling'. De nieuwe definities worden over het algemeen als helder ervaren. Ook speelt de aanlevering en het niet volgens de nieuwe wachttijdregistratie publiceren van de wachttijden een rol bij de kwaliteit van de wachttijdgegevens. Hierdoor zijn de analyses voorzichtig geïnterpreteerd. Voor betrouwbare wachttijdgegevens voor de monitor is het dan ook wenselijk om in de toekomst wijzigingen in de wachttijdregistratie de eerste dag van een nieuw kalenderjaar te implementeren en van te voren te onderzoeken wat de mogelijke effecten zijn van de veranderingen van de registratie op de wachttijden.

Het is echter niet waarschijnlijk dat de wachttijden in 2008 zijn verslechterd ten opzichte van de voorgaande jaren, omdat de NZa geen signalen heeft ontvangen over de problemen rond de wachttijden. Daarentegen voeren de ziekenhuizen een deel van de behandelingen nog niet onder Treeknorm uit. De NZa gaat onderzoek doen naar de oorzaken hiervan. Bovendien maken zorgaanbieders wachttijdafspraken voor het A- en B-segment. Zorgverzekeraars maken wel veel vaker wachttijdafspraken voor het B-segment dan voor het A-segment.

Zorgverzekeraars besteden dit jaar meer aandacht aan keuzeondersteuning vergeleken met vorig jaar. Er wordt ook meer gebruik gemaakt van voorkeursaanbieders. Daarnaast hebben ze meer mogelijkheden om de verzekerde te sturen naar een voorkeursaanbieder, zoals het niet of gedeeltelijk in rekening brengen van het verplichte eigen risico.

Het is mogelijk dat zorgaanbieders niet rendabele vormen van zorg en/of poliklinieken afstoten. Dit kan de toegankelijkheid van zorg voor de consument in gevaar brengen. Uit de vragenlijst en interviews komen geen signalen naar voren die wijzen op het sluiten van niet rendabele zorg of poliklinieken. De NZa zal dit blijven monitoren.



## 6. Betaalbaarheid

### 6.1 Inleiding

De betaalbaarheid van zorg hangt af van hoeveel de consument bereid is om voor deze zorg (collectief) te betalen, hoeveel de zorg kost en hoeveel de zorg oplevert in termen van gezondheidswinst.

De uitgaven aan ziekenhuiszorg, waar de NZa zich in deze monitor op focust, maken ongeveer een kwart tot een vijfde van de zorgkosten uit van het bruto binnenlands product. Deze kosten nemen sneller toe dan het bruto binnenlands product door een toename van het aantal behandelingen als gevolg van vergrijzing, leefstijl, een mondigere, veeleisende patiënt en nieuwe technologie. Tegenover deze (stijgende) kosten staat een toename van de baten in termen van gezondheidswinst. In de Zorgbalans van het RIVM wordt een overzicht gegeven van kengetallen en onderzoek naar de betaalbaarheid van zorg met onder andere internationale vergelijkingen en cliëntervaringen.<sup>80</sup> Bovendien geven de toekomstverkenningen van het RIVM en het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) inzicht in de ontwikkelingen van de kosten en baten van de totale zorgkosten.<sup>81</sup>

Om de zorg betaalbaar te houden is het van belang dat de zorg doelmatig wordt geleverd, de kwaliteit goed is en dit ook zo ervaren wordt. Het algemene beeld uit bovengenoemde publicaties is dat:

- de ziekenhuiszorg in Nederland een goede kwaliteit heeft, maar niet excellent vergeleken met andere landen;
- de arbeidsproductiviteit sinds 2001 ieder jaar is gestegen, maar dat er nog steeds ruimte is voor verbetering van efficiëntie.

Mensen vinden gezondheid belangrijk, zijn tevreden over de ziekenhuiszorg en de bereidheid om te betalen voor (ziekenhuis)zorg is hoog.<sup>82</sup> De baten van ziekenhuiszorg zijn hoog in termen van gezondheidswinst en de maatschappelijke baten die hieruit voortvloeien. Dit leidde voor de RVZ tot een advies om een hogere kostengroei toe te staan dan de historische trend, mits er ook wordt gewerkt aan een hogere doelmatigheid, dat wil zeggen meer (kwaliteit van) zorg per euro.

Marktwerking in de zorg moet bijdragen aan de beheersbaarheid van de kosten door een grotere doelmatigheid van het aanbod oftewel meer en betere zorg per euro. Door het invoeren van prestatiebekostiging bij medisch specialisten en het deels loslaten van de budgettering is er echter geen – budgettaire – rem meer op het aantal behandelingen. Dit komt de toegankelijkheid ten goede, maar zou in het uiterste geval ook tot overbehandeling kunnen leiden. Om de gevolgen van de invoering van marktwerking in de zorg te onderzoeken vergelijkt de NZa in deze monitor de prijs- en volumeontwikkelingen in het A –segment en het B-segment. In het A-segment worden meer behandelingen maar ten dele door middel van vaste vergoedingen vergoed. In het B-segment wordt elk behandeltraject apart bekostigd en zijn prijzen voor deze behandelingen vrij onderhandelbaar.

In dit hoofdstuk gaat de NZa vooral in op de ontwikkeling van de kosten van zorg. De kostenontwikkeling is een belangrijke indicator voor de

<sup>80</sup> RIVM, 2008: <http://www.gezondheidszorgbalans.nl>.

<sup>81</sup> RVZ, 2008: Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg.

<sup>82</sup> Zie bijvoorbeeld RVZ 2003, De wensen van zorgcliënten in Europa.

betaalbaarheid van de zorg. Met de beschrijving van de ontwikkeling in de kwaliteit (Hoofdstuk 5) en toegankelijkheid (Hoofdstuk 4) van de ziekenhuiszorg geeft dit ook een beeld van de doelmatigheid van de ziekenhuiszorg.

De NZa richt zich in deze monitor met name op de feitelijke ontwikkelingen in euro's en productieaantallen. De NZa ontwikkelt ook instrumenten om de efficiëntie van ziekenhuizen inzichtelijk te maken en zal hierover in volgende monitors rapporteren.

De NZa maakt voor de betaalbaarheidanalyses gebruik van verschillende bronnen. De belangrijkste zijn de budgetgegevens, de DIS data en de Landelijke Medische Registratie (LMR) op basis waarvan Prismant in opdracht van de NZa de volume ontwikkelingen heeft gemodelleerd en gerapporteerd. Deze gegevens worden aangevuld met jaarrekeningen van het CBS, verantwoordingsdocumenten (AO/IC) en een datauitvraag over de aantallen geopende DBC's in 2008.

Gegevens over 2008 zijn nog onvolledig. Vooral de omzetgegevens op basis van DIS-data moeten met de nodige zorgvuldigheid worden geïnterpreteerd. Door op verschillende manieren de productie te extrapoleren en patronen in aanlevering te onderscheiden wordt een inschatting gemaakt van de groei in 2008. Deze cijfers zijn voorlopig en kunnen in volgende monitors worden bijgesteld.

De bezorgdheid over een mogelijk toenemende groei en beperkte beheersbaarheid van zorguitgaven leiden ieder jaar tot speculaties over afwijkingen van de trend. Op basis van alleen DIS-data is dit eigenlijk niet mogelijk. Vanwege verbeterde en snellere registratie en productwijzigingen waarbij producten worden geknipt of samengevoegd is het aantal producten over de jaren moeilijk te vergelijken. Door wijzigingen in behandelmethoden, wijzigingen in zorgprofielen van producten en toevallige fluctuaties zijn mutaties in aantallen uitgevoerde trajecten per type DBC niet goed te interpreteren. De NZa ontwikkelt daarom methoden om de landelijke medische registratie (LMR) die al meer dan 40 jaar wordt gebruikt om productie te registreren, te koppelen aan de nieuwe DBC-registratie (DIS). Daarbij definieert zij patiëntgroepen die zowel in de LMR als in DIS herkenbaar zijn.<sup>83</sup> Door uit de zorgvraag het aanbod in kaart te brengen hoopt de NZa inzicht te geven in toe- of afname van zorg en verschuivingen in behandelmethoden. Een eerste aanzet hiertoe wordt in dit hoofdstuk gepresenteerd.

De mogelijke groei van de kosten tot 2008 was zeer beperkt. Minder dan 10% van de omzet werd tot 2008 op basis van een bedrag per behandeltraject bekostigd en dit segment bestond vooral uit relatief goed afgebakende producten, waarover al geruime tijd werd onderhandeld, zoals knie- en heupprotheses en staaroperaties. Het resterende deel van de zorgkosten was gebudgetteerd en kende een veel meer voorspelbare groei. Sinds 2008 is het B-segment echter uitgebreid tot 20% en in 2009 tot 34%. Ook is in 2008 prestatiebekostiging ingevoerd voor medisch specialisten die niet in loondienst zijn. Hiermee wordt nog eens 10% van de totale productie per behandeltraject afgerekend. Dit betekent dat de onzekerheid over de kosten is toegenomen en de effecten pas op langere termijn zichtbaar zijn. De onzekerheid is voor een groot deel te wijten aan een instabiele productstructuur, waardoor de productie en productie- en aanleverpatronen over de jaren niet goed te vergelijken zijn. De

---

<sup>83</sup> De NZa probeert hierbij ook rekening te houden met de nieuwe productstructuur (DOT) door aan te sluiten bij hetzelfde classificatiesysteem (ICD10).

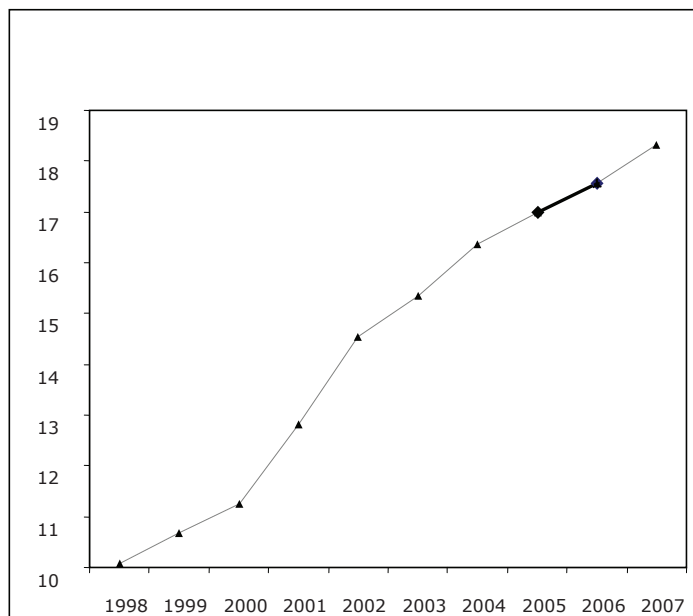
aantallen producten in een jaar, bij vergelijkbare zorg als in het voorgaande jaar, zijn niet goed in te schatten, waardoor er ook geen prijzen berekend kunnen worden die tot eenzelfde omzet zouden leiden. Deze onzekerheid is alleen op te lossen door een stabiele productstructuur en conversie van jaar tot jaar bij onderhoud. Monitoring kan wel bijdragen aan inzicht in de ontwikkeling van werkelijk geleverde zorg.

Paragraaf 6.2 gaat over de kosten en de ontwikkeling in de kosten. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar de ontwikkelingen in het B-segment en in het A-segment. In paragraaf 6.3 wordt ingegaan op de prijsontwikkeling. Ook daar een onderscheid naar het A-segment en het B-segment. Voor het A-segment is het lastig om een prijsontwikkeling vast te stellen, omdat declaratie door middel van DBC's verloopt, maar dat daarop een opslag of afslag plaatsvindt om aansluiting te krijgen met het budget. Tot slot gaat paragraaf 6.4 in op de volumeontwikkeling in zowel het A-segment als in het B-segment. In deze paragraaf wordt de volumeontwikkeling bekeken aan de hand van de productieparameters (opnamen, dagopnamen, verpleegdagen en polikliniekbezoeken) omdat daarin de jaren onderling vergelijkbaar zijn.

## 6.2 Kostenontwikkeling

Het CBS stelt jaarlijks de Zorgrekeningen op. Hierin wordt een beeld gegeven van de totale zorguitgaven uitgesplitst naar aanbieders van zorg, financieringsbronnen en functies. Deze gegevens worden onder andere gebruikt voor ramingen door het CPB en overzichtsrapporten en monitors van het RIVM.<sup>84</sup>

**Figuur 6.1. Nominale kostenontwikkeling ziekenhuizen (mld.)**



Bron: CBS, bewerking RIVM<sup>85</sup>, 2007 is raming

Het CBS laat in figuur 6.1 zien dat de vergoedingen die worden uitgekeerd voor medisch specialistische zorg nominaal gemiddeld per

<sup>84</sup> Kosten van Ziekten in Nederland 2005; Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006; Zorgbalans.

<sup>85</sup> Slobbe, L.C.J., Polder, J.J. (2008). De uitgavenstijging in de ziekenhuissector ontrafeld. VGE Bulletin, 25(3), 7-11.

jaar (1998-2007) met 6,9% stijgen.<sup>86</sup> De totale uitgaven aan medisch specialistische zorg als percentage van het bruto binnenlands product neemt hiermee toe. Opvallend is de tijdelijke toename van de groei in 2000 tot 2002. Dit kan in verband worden gebracht met de wijziging in het beleid. In de jaren ervoor werden afspraken gemaakt over het volume van de zorg. Overschrijdingen werden niet vergoed. In 2000 is dit strikte budgetmodel losgelaten en was er sprake van een combinatie van een vaste vergoeding met een variabele vergoeding per opname en verpleegdag, het zogenaamde 'boter bij de vis' beleid.

Sinds 2004 is de groei stabiel en afgezwakt tot ongeveer 4% per jaar. Deze stabiele trend van matige groei komt vooral door een toename van de vraag. Verschillende factoren verklaren deze toename: vergrijzing, leefstijl, toegenomen mondigheid van de burger en innovatie in de zorg waardoor er meer behandelmethoden beschikbaar zijn en meer mensen geholpen kunnen worden. Deze groei is relatief onafhankelijk van de ontwikkelingen in het beleid. Alleen in de periode van stringente budgettering is deze groei afgenomen. Deze leidde echter wel tot wachtlijsten en een hogere groei na het weer loslaten van dit beleid, waardoor deze tijdelijke afbuiging van de groei weer werd gecompenseerd.

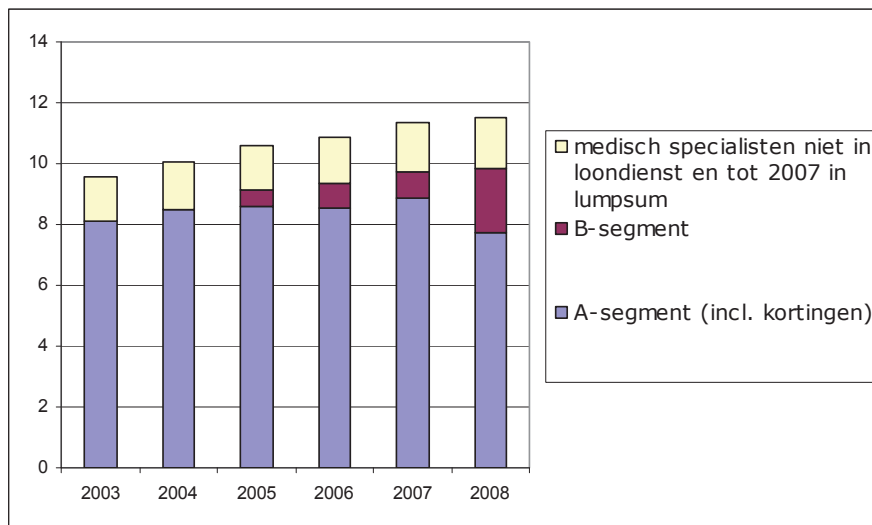
Er zijn geen effecten van de invoering van het B-segment in 2005 zichtbaar in de algemene trend tot 2007, zoals uit het dikgedrukte stuk in grafiek blijkt. Let wel, 2007 is nog slechts een raming en cijfers voor 2008 zijn nog niet beschikbaar. In het vervolg van deze paragraaf wordt op basis van de beschikbare data bij de NZa een inschatting gegeven voor de kostenontwikkeling 2007 en 2008. Hiervoor worden diverse bronnen gebruikt. Tezamen geven deze een waarschijnlijkheidsinterval voor 2008.

De figuren 6.2 en 6.3 geven de nominale kostenontwikkeling weer van de belangrijkste componenten van het A- en B-segment van de medisch specialistische zorg in algemene ziekenhuizen en UMC's. Deze kosten zijn opgebouwd uit de ziekenhuisbudgetten, de lumpsum en de omzet in het B-segment. Omwille van de vergelijkbaarheid tussen de jaren is geschoond voor opleidingskosten van Agio's en is de academische component van 2007 ook bij het budget van 2008 opgeteld.

---

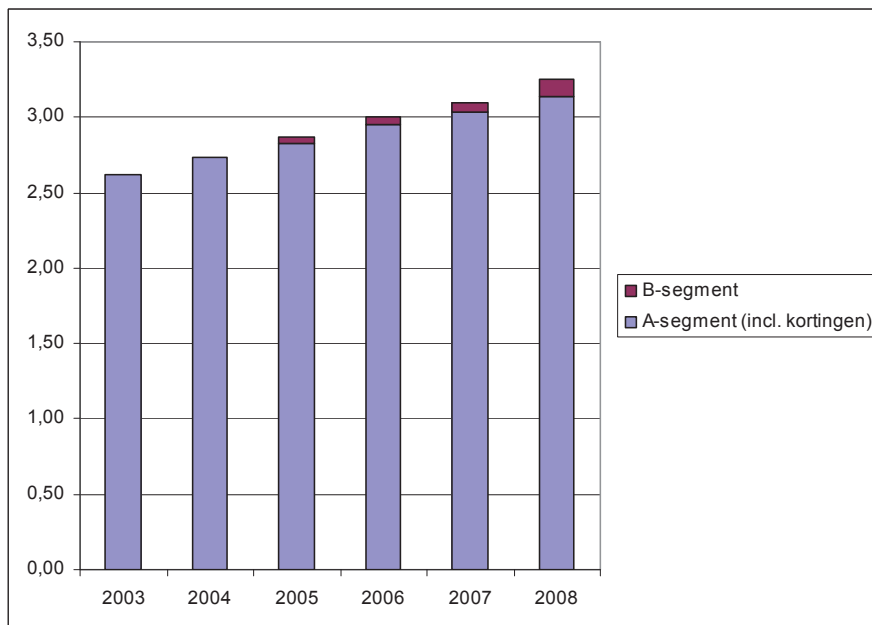
<sup>86</sup> CBS, jaarrekeningen

**Figuur 6.2. Nominale macrokostenontwikkeling algemene ziekenhuizen in miljarden euro's, 2003-2008<sup>87</sup>**



Bron: NZa: B-segment: omzet uit jaarrekeningen, omzet 2008 gebaseerd op AO/IC; A-segment: budgetstand en lumpsum op peildatum februari 2009; 2008 medisch specialisten geschat op basis van DIS-omzet.

**Figuur 6.3. Nominale macrokostenontwikkeling UMC's in miljarden euro's, 2003-2008<sup>88</sup>**



Bron: NZa: B-segment: omzet uit jaarrekeningen, omzet 2008 gebaseerd op AO/IC; A-segment: budgetstand en lumpsum op peildatum februari 2009; 2008 medisch specialisten geschat op basis van DIS-omzet.

Tot en met 2007 was er sprake van lumpsumbekostiging voor het grootste deel van de vrijgevestigde medisch specialisten in de algemene ziekenhuizen. Zie paragraaf 2.2.4. De lumpsum is per ziekenhuis een

<sup>87</sup> Gegevens A-segment zijn t/m 2007 nagecalculeerd. 2008, alleen op basis van productieafspraken. Bedragen zijn op prijspeil van het betreffende budgetjaar, inclusief kapitaallasten (vanaf 2008 gesplitst naar segment).

<sup>88</sup> B-segment: omzet uit jaarrekeningen, omzet 2008 gebaseerd op documenten AO/IC; A-segment: budgetstand op peildatum februari 2009. In 2008 is de academische component (in 2007 558 miljoen) vervangen door een subsidie van VWS. Deze is niet opgenomen in de grafiek.

bedrag voor de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten in dat ziekenhuis die aan de lumpsum meedoen. Dit bedrag werd de laatste jaren voor de volumeontwikkeling aangepast met de ontwikkeling van de budgetparameters.

Met de introductie van het B-segment in 2005 en uitbreiding in 2008 zijn de instellingsbudgetten verlaagd en is het B-segment vanzelfsprekend gegroeid. In 2005 is de omzet in het A-segment kleiner omdat het B-segment pas in februari werd ingevoerd en daarnaast is onderschat, zowel bij de schoning als in de opbrengsten. De opbrengsten zijn lager ingeschat door onderregistratie van de productie.

De vergoeding voor vrijgevestigde medisch specialisten is apart weergegeven voor de algemene ziekenhuizen. De vergoedingen voor medisch specialisten in loondienst zijn onderdeel van de ziekenhuisbudgetten. Ongeveer een derde van de omzet wordt door medisch specialisten in loondienst uitgevoerd. Dit zijn alle medisch specialisten in UMC's en een deel van de medisch specialisten in algemene ziekenhuizen. In 2008 is de lumpsum net als de ziekenhuisbudgetten geschoond voor de productie in het B-segment. De omzetstijging van 2007 naar 2008 van medisch specialisten die onder de lumpsum werden bekostigd, is geschat op basis van de omzetstijging in het DIS tussen 2007 en 2008 en het lumpsumgat. Voor een uitgebreide beschrijving van de volumeramingen, zie paragraaf 6.2.2.

Het lumpsumgat 2007 is bepaald aan de hand van de voorlopige eindafrekening van 38 ziekenhuizen. De NZa schat deze groei op ongeveer 8%. Dit getal is nog erg onzeker, maar zal waarschijnlijk tussen de 2% en 15% liggen. In 2007 dekte de gedeclareerde omzet, exclusief verrekening, in DBC's 99% van de instellingsbudgetten van algemene ziekenhuizen, 57% van de UMC's en 86% van de lumpsumbekostiging van medisch specialisten.

Sinds 2008 is er sprake van drie afzonderlijke bekostigingssystemen. Behalve het gebudgetteerde A-segment en het vrij onderhandelbare B-segment is prestatiebekostiging voor medisch specialisten ingevoerd. Dit betekent dat het ziekenhuis op budgetparameters wordt afgerekend, maar de medisch specialist op basis van gedeclareerde DBC's. De vergoeding voor medisch specialisten maakt de afgelopen jaren 20% uit van de totale kosten van DBC's. Voor die tijd was het DBC-systeem slechts een schaduw registratie, waarmee budgetten en lumpsum werden gevuld. Sinds 2008 wordt het A-segment voor 13% bekostigd op basis van DBC's.<sup>89</sup> De DBC-productstructuur is nog volop in ontwikkeling. Zowel prijzen per DBC als de samenstelling van producten zijn het afgelopen jaar gewijzigd. De som van de componenten in figuur 6.2 laat een stabiele groei zien van gemiddeld 4% per jaar sinds 2003.

De kostenontwikkeling binnen het A-segment kan op verschillende manieren benaderd worden. Enerzijds door de ontwikkeling van verschillende budgetkosten. Dit zijn de werkelijke kosten die gemaakt worden voor de zorg die de instelling in het A-segment levert. Anderzijds kan gekeken worden naar de omzet binnen DIS. Dit zijn de kosten als overgegaan wordt op prestatiebekostiging, zonder dat een herberekening van de tarieven plaatsvindt. Beide manieren worden hieronder uitgewerkt.

---

<sup>89</sup> De honorariumcomponent beslaat 20% van de DBC. 1/3 van de productie binnen het A-segment wordt uitgevoerd door medisch specialisten in loondienst.



### 6.2.1 Kostenontwikkeling A-segment

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

**Tabel 6.1. Nominale kostenontwikkeling budgetposten algemene ziekenhuizen en UMC's**

Budgetposten 2005-2007	Algemene ziekenhuizen	UMC's	Gewogen gemiddelde
Productieparameters	3,2%	4,3%	3,4%
Bijzondere functies	7,9%	17,9%	12,0%
Eerste lijn	7,2%	5,1%	7,2%
Capaciteit	-2,6%	-7,7%	-3,5%
Geneesmiddelen	40,3%	26,4%	33,0%
Kapitaallasten	4,1%	2,4%	3,8%

Bron: NZa

Tabel 6.1 laat zien dat de grootste groeiposten in het budget de bijzondere functies en dure geneesmiddelen zijn. Dure geneesmiddelen kennen een aparte aanvullende bekostiging. De afgelopen jaren zijn steeds meer geneesmiddelen aangemerkt als dure geneesmiddelen. Het aantal behandelingen in deze categorieën neemt sterker toe dan het aantal in de basiszorg. De dure geneesmiddelen vormen maar een gering deel van de totale budgetkosten. De groei van deze budgetposten hangt samen met de introductie van nieuwe geneesmiddelen en vervolgens de opname van deze middelen in het budget. In deze monitor gaat de NZa hier niet nader op in. De bijzondere functies vormen ruim een kwart van het budget van de UMC's en 10% van het budget van algemene ziekenhuizen.

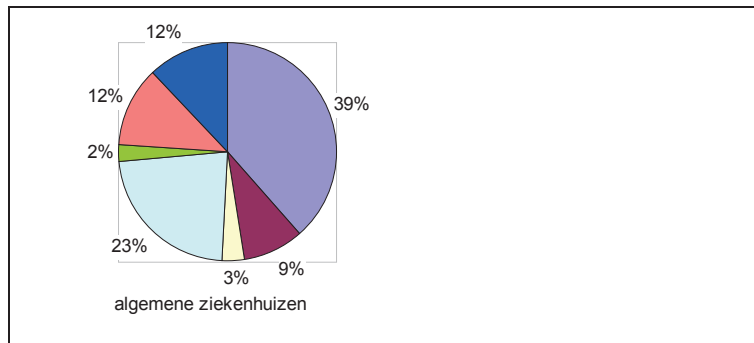
De eerstelijnsfunctie in de ziekenhuizen groeit niet heel hard en maakt ook geen substantieel onderdeel uit van de totale kosten van ziekenhuiszorg. Desondanks verdient de eerstelijnsfunctie in de ziekenhuizen aandacht, vanwege mogelijke substitutie-effecten naar specifieke eerstelijnszorgaanbieders. De NZa heeft een visiedocument uitgebracht waarin de vraag centraal staat of functionele bekostiging per 1 januari 2010 kan worden geïntroduceerd voor zorg voor vier chronische aandoeningen (diabetes, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en hartfalen, en onder welke voorwaarden.<sup>90</sup>

Figuren 6.4 en 6.5 laten een uitsplitsing zien voor de verschillende budgetposten tussen algemene ziekenhuizen en UMC's in 2007.

<sup>90</sup> NZa, visiedocument: Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen, april 2009.

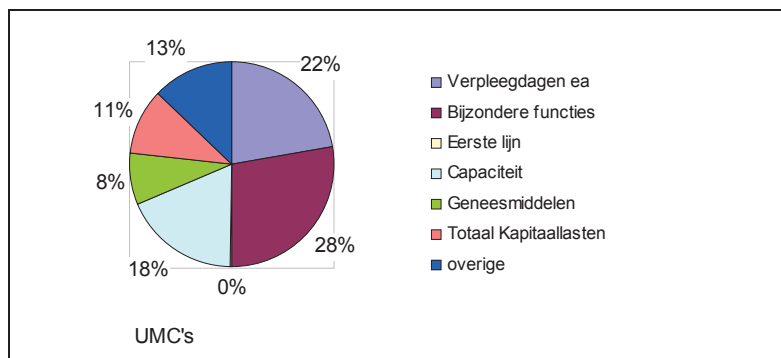
*Uitsplitsing budgetposten*

**Figuur 6.4. Verdeling budget algemene ziekenhuizen in 2007**



Bron: NZa

**Figuur 6.5. Verdeling budget UMC's in 2007**



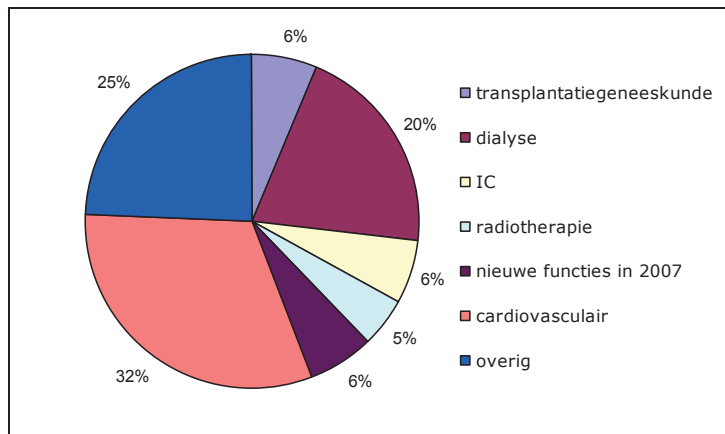
Bron: NZa

*Bijzondere functies*

Onder bijzondere functies valt onder meer de zorg die onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen valt (WBMV-zorg), traumageneeskunde en IC. Figuur 6.6 en figuur 6.7 laten de belangrijkste bijzondere functies zien.

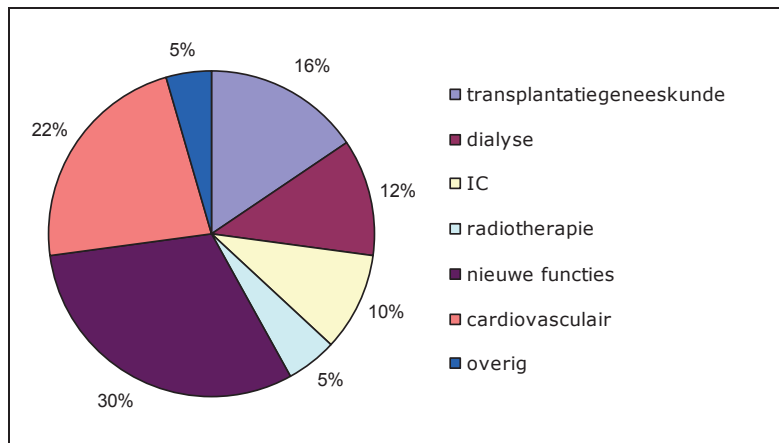
De sterkste groei zit in de categorieën cardiovasculair en transplantatiegeneeskunde. De categorie cardiovasculair maakt 31% van de omzet van bijzondere functies uit en verklaart bijna een kwart van de groei. Transplantatiegeneeskunde heeft ook een significant aandeel met ruim 6% van het budget en verklaart 16% van de groei. In 2007 zijn daarnaast een aantal nieuwe functies toegevoegd waaronder oncologische zorg en neurochirurgie. Nierdialyse en radiotherapie hebben door de hoge kosten per behandeling een relatief groot aandeel en verklaren ook een deel van de groei in 2007 vergeleken met 2005.

**Figuur 6.6. aandeel in budgetpost bijzondere functies in 2007 (algemene ziekenhuizen en UMC's)**



Bron: NZa

**Figuur 6.7. aandeel in groei bijzondere functies in 2007 t.o.v. 2005 (algemene ziekenhuizen en UMC's)**



Bron: NZa

### Productieparameters

Tabel 6.2 beschrijft de ontwikkeling van budgetparameters die zijn gerelateerd aan aantallen patiënten in de basiszorg. Aan deze variabele budgetparameters zijn in 2007 €4 miljard budget verbonden. Dit is bijna een kwart van het budget van de UMC's en ruim 40% van het budget van algemene ziekenhuizen. De groei van 2005 tot 2007 is 3,4% per jaar. De productieafspraken voor 2008 zijn lager, omdat in 2008 het B-segment verder is uitgebreid.

De tabel laat zien dat het aantal nieuwe patiënten nog steeds toeneemt. De budgetgroei door patiëntstromen in de basiszorg wordt voornamelijk veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten dat wordt behandeld in dagopname.

**Tabel 6.2. Ontwikkeling (gewogen) aantallen budgetparameters, 2004-2008 (algemene ziekenhuizen en UMC's)**

	budgetparameter	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Algemene ziekenhuizen</b>	1e polikliniekbezoeken	7.880.309	7.780.198	7.820.486	8.127.368	7.954.984
	dagverpleging	876.936	889.324	950.137	1.035.685	943.313
	dagverpleging zwaar	236.154	137.707	107.886	113.084	81.003
	opnamen	1.604.670	1.559.852	1.576.107	1.623.518	1.485.140
	verpleegdagen	9.407.394	8.846.394	8.490.670	8.352.194	7.791.179
<b>UMC's</b>	1e polikliniekbezoeken	967.623	961.964	963.670	993.126	963.379
	dagverpleging	125.984	140.756	155.963	169.900	154.438
	dagverpleging zwaar	15.131	10.671	9.844	10.272	10.353
	opnamen	224.261	223.243	226.710	235.417	224.299
	verpleegdagen	1.722.745	1.689.420	1.678.908	1.668.237	1.586.144

Bron: NZa

### 6.2.2 DBC-omzetontwikkeling A- en B-segment

De omzetontwikkeling wordt geanalyseerd door de omzet in het DBC Informatie Systeem (DIS), op basis van DBC's te vergelijken met omzet binnen de budgetten. De omzetontwikkelingen in DIS worden van jaar tot jaar op basis van de in dat jaar geopende DBC's geanalyseerd. Deze definitie wijkt af van de definitie voor de productie ter dekking van het budget, waarin de productie per jaar wordt berekend door DBC's die over de jaargrens uitgevoerd worden te splitsen. DBC's worden pas gesloten als het behandeltraject is afgesloten. Dit kan soms lange tijd duren, maximaal een jaar.

Met het proces van afsluiten tot declaratie is ook nog enige tijd gemeoid. Vervolgens moeten de gedeclareerde DBC's worden aangeleverd aan DIS en beschikbaar worden gemaakt aan de NZa. Dit maakt dat de complete set van gegevens over 2007 pas recent, op 1 april 2009, beschikbaar waren. In hoeverre deze registratie ook overeen komt met de gedeclareerde aantallen DBC's heeft de NZa nog niet kunnen controleren. De gegevens over 2008 zijn nog zeer incompleet. Hoe incompleet is echter moeilijk in te schatten, vanwege een aantal gelijktijdige wijzigingen die de vergelijkbaarheid over de jaren bemoeilijkt. In bijlage 4 staat de onderbouwing van de vergelijking van DIS over de jaren heen. Hierbij wordt de problematiek van het vergelijken onderbouwd.

Om toch een inschatting te kunnen maken van de meest recente ontwikkelingen heeft de NZa een aantal gegevens gecombineerd en de omzet, prijzen en aantallen op verschillende manieren geëxtrapoleerd en vergeleken met beschikbare gegevens over de gehele productie in 2008. De NZa beschikt over omzetten gedeclareerde productie in 2007 ter dekking van het budget en de lumpsum in 2007. Voor 2007 is de aanlevering aan DIS gesloten en in die zin compleet. De omzet in 2008 is alleen beschikbaar in DIS. Het aanleverpatroon in 2007 dient als referentie voor de aanlevering in DIS in 2008. Dit aanleverpatroon wordt ook geanalyseerd.

Ook heeft de NZa de totale aantallen geopende DBC's opgevraagd bij ziekenhuizen en het deel dat nog niet is gedeclareerd en/of aangeleverd in 2008. 70 Ziekenhuizen en 54 ZBC's hebben gehoor gegeven aan het verzoek mee te werken aan deze gegevenslevering. Deze gegevens heeft de

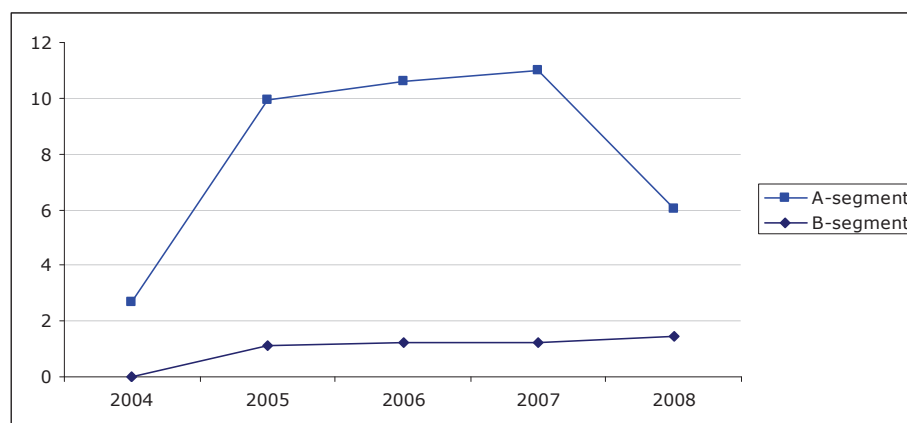
NZa vergeleken met aantallen DBC's in DIS per ziekenhuis. Bovendien zijn subsets vergeleken om tot een betere aansluiting van de gegevens te komen.

De aanlevering aan DIS van de productie in het A-segment in 2007 ten opzichte van het budget is niet compleet, maar op macro niveau vrijwel gelijk aan de opgegeven declaraties in jaarverslagen van deze instellingen. In 2007 was de helft van de productie in DIS aangeleverd binnen veertien maanden.

De omzet van het A-segment in 2008 is voor algemene ziekenhuizen in DIS € 6,0 miljard. Bij een vergelijkbare declaratiestroom als in 2007 zou deze omzet verdubbeld moeten worden om een jaarbeeld te geven. Dit zou betekenen dat een omzetstijging van 24% in 2008 zal plaatsvinden. Dit is een overdekking voor het ziekenhuis die zal worden verrekend in de budgetten<sup>91</sup>. Voor de medisch specialisten kan dit een stijging inhouden van ruim 10%. Er zijn echter ook aanwijzingen dat zowel de snelheid van declareren als de snelheid van aanleveren beter is in 2008 dan in 2007. Waarschijnlijker is dus dat al meer dan 50% van de DBC's gedeclareerd is. Hierdoor is het aannemelijk dat het percentage van 10% lager zal liggen.

De omzet van het B-segment is volgens de jaarrekeningen (zie figuur 6.2, en 6.3) in 2007 6% hoger dan in 2006. In DIS is de stijging van het B-segment ruim 2%. Over de jaren 2005 tot 2007 is de groei gemiddeld 6% per jaar voor het B-segment en 5% voor het A-segment. De omzet in het A-segment is minder gestegen van 2005 naar 2006, maar juist sneller van 2006 naar 2007. Dit kan zowel een registratie-effect als een productieverval zijn.

**Figuur 6.8. Omzetontwikkeling per segment (A- en B-segment) (mld.)**



Bron: DIS

Het aandeel in DIS geregistreerde omzet van de 'B-tranche 2005' blijkt in de jaren 2005-2007 vrijwel gelijk gebleven (10%). Het blijkt dat het aandeel in de omzet van deze tranche in 2008 afneemt. Echter doordat per 1 januari 2008 ook een deel van de zorg uit het A-segment is overgeheveld naar het B-segment, is de totale omzet in het B-segment in 2008 gestegen.

De omzet van de 'B-tranche 2008' is 11%. Welk deel van de omzet of het budget hier in 2007 mee was gemeoid is niet onderzocht. De budgetparameters zijn nog niet vastgesteld en de modellering in DIS wordt

<sup>91</sup> Tegelijkertijd is per 1 januari het verrekenpercentage afgeschaft, waardoor geen verrekening meer plaatsvindt. Op basis hiervan mag echter verwacht worden dat ook over 2008 een overdekking zal plaatsvinden.

bemoeilijkt doordat kostprijzen en productsamenstelling tussentijds zijn gewijzigd. De NZa zal in de volgende monitor hierop ingaan.

## 6.3 Prijsontwikkeling

In deze paragraaf wordt gekeken naar de prijsontwikkeling in het A- en B-segment. De prijsontwikkeling van het B-segment is relatief eenvoudig te bepalen omdat het hier gaat om een vergelijking over de jaren van de gemiddelde (contract)prijs per DBC. Voor het A-segment is een vergelijking over de jaren lastiger omdat de totale omzet gebaseerd is op de budgetgegevens en de prijs per DBC in het A-segment zegt daarmee niets over een prijsstijging of -daling omdat achteraf een verrekening plaatsvindt.

### 6.3.1 B-segment

De ontwikkeling van de prijzen in het B-segment wordt bekeken over de periode 2005-2008. Daarbij onderscheidt de NZa naar de prijsontwikkelingen van 'B-tranche 2005' en 'B-tranche 2008'. De prijsontwikkelingen 2005-2007 hebben alleen betrekking op 'B-tranche 2005', omdat het B-segment pas in 2008 is uitgebreid naar 20%.

De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders – vooral ziekenhuizen – zijn laat opgestart en de meeste onderhandelingen zijn nog niet afgerond. Op 2 maart 2009 was er nog geen enkel contract afgerond tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.<sup>92</sup>

Daarom is er voor gekozen om in deze monitor een update te geven van de prijsontwikkelingen 2007-2008 op basis van de contractprijzen 2008 die eind december door zorgverzekeraars zijn aangeleverd. In tegenstelling tot de monitor 2008 en de Najaarsrapportage 2008 (hierna: NJR) zijn de contractonderhandelingen over 2008 op dit moment afgerond en blijkt dat alle zorgverzekeraars met vrijwel alle ziekenhuizen een contract hebben afgesloten (98,9%). De definitieve cijfers 2008 worden gepresenteerd en vergeleken met die van de NJR 2008. Eind juni 2009 komt de NZa met een update van de prijsontwikkelingen op basis van de contractprijzen 2009.

De prijsontwikkeling voor 2008 wordt op twee manieren benaderd:

- prijsniveau: contractprijzen worden afgezet tegen de schoningsprijzen voor de 'B-tranche 2008';<sup>93</sup>
- prijsontwikkeling: contractprijzen voor de 'B-tranche 2005' van een jaar worden afgezet tegen de contractprijzen van het voorgaande jaar. De contractprijzen 2008 worden dus afgezet ten opzichte van 2007.

Medisch specialistische zorg wordt uiteindelijk betaald door de consument. Daarom is van belang hoe de kosten van de – medisch specialistische – zorg zich ontwikkelen in vergelijking met andere goederen en diensten die hij of zij consumeert.<sup>94</sup> Voor het hele pakket van goederen en diensten van de

<sup>92</sup> In de nadere regel 100.055 van de NZa is opgenomen dat zorgverzekeraars de, op dat moment beschikbare, contractprijzen aanleveren. De oorspronkelijke deadline van aanlevering van de contractprijzen 2009 lag op 1 april 2009, maar deze is vervroegd naar 2 maart 2009 om publicatie van de monitor 2009 al begin mei mogelijk te maken.

<sup>93</sup> De schoningsprijzen zijn berekend op basis van DBC-kostprijsinformatie van twaalf koploperziekenhuizen die eerder zijn begonnen met het registreren van DBC's. Deze groep koploperziekenhuizen hoeft niet representatief te zijn voor alle ziekenhuizen. Het is dus mogelijk dat bij een ziekenhuis de kostprijs van een DBC hoger of lager is dan de schoningsprijs.

<sup>94</sup> Als de nominale prijzen van ziekenhuiszorg sterker stijgen dan de CPI dan nemen de kosten van zorg harder toe dan gemiddeld voor de consument en blijft er per saldo minder geld over voor andere goederen en diensten.

gemiddelde consument berekent het Centraal Bureau van de Statistiek jaarlijks de Consumenten Prijs Index (CPI). De CPI is daarom ook het inflatiecijfer waarmee in deze monitor de nominale prijsontwikkelingen omgezet worden in reële prijsontwikkelingen.

In voorgaande monitoren werden prijsontwikkelingen gegeven exclusief data voor ZBC's. ZBC data werd los gepresenteerd. Reden hiervoor was dat er geen wegingvolumes waren om de prijzen van ZBC's te kunnen wegen. Op basis van de MDS (DIS data) zijn deze volumes nu wel aanwezig en dus worden de ontwikkelingen van ZBC's meegenomen in de algemene prijsontwikkelingen. Hierbij moet echt wel opgemerkt worden dat het aandeel van de ZBC's in de totale zorg dusdanig klein is dat er geen grote veranderingen hebben plaatsgevonden in de prijsontwikkelingen.

Tabel 6.3 laat voor het B-segment de nominale en reële prijsontwikkeling zien.

**Tabel 6.3. Gemiddelde prijsontwikkeling 2005-2008 B-segment**

Prijsontwikkeling	tranche 2005				tranche 2008	
	2005-2006	2006-2007	2007-2008 Najaarsrapportage	2007-2008 Monitor 2009	2008 Najaarsrapportage	2008 Monitor 2009
Nominaal <sup>95</sup>	0,0%	2,1%	1,3%	1,1%	-	-
Reëel <sup>96</sup>	-1,2%	0,5%	-1,3%	-1,5%	-	-
Opslag op schoningsprijzen	-	-	-	-	1,9%	2,0%

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De nominale prijsontwikkeling van 'tranche 2005' komt uiteindelijk uit op 1,1%; dit is iets lager dan gerapporteerd in de NJR. Dit komt doordat nu een groter deel van de contracten zijn meegenomen in de analyse dan in de najaarsrapportage. Als door de CPI gecorrigeerd wordt voor inflatie komt de reële prijsontwikkeling uit op -1,5%.

Schoningsprijzen zijn niet in een onderhandelingsmarkt tot stand gekomen maar gebaseerd op de kostprijzen van een referentie groep ziekenhuizen. Vóór 2008 zijn dus geen marktprijzen vastgesteld voor de DBC's van 'tranche 2008'. Het gaat hier dus eigenlijk om een procentuele opslag op de schoningsprijzen. De ex ante schoningsprijzen zijn al geïndexeerd voor de loonkosten en materiële kosten 2008. Hierdoor is het niet mogelijk om een nominale of reële prijsontwikkeling voor het nieuwe B-segment weer te geven en wordt alleen een procentuele opslag ten opzichte van de schoningsprijzen weergegeven.

'Tranche 2008' laat een opslag op de schoningsprijzen zien van 2,0%. Dit cijfer wijkt niet significant af van de data zoals gepresenteerd in de NJR<sup>97</sup>. Voor 'tranche 2008' zijn de passantenprijzen in 2008 veel hoger dan de contractprijzen. Een verklaring voor de grote stijging is ook in de NJR

<sup>95</sup> Nominale prijsontwikkeling is de ontwikkeling van de prijzen inclusief inflatie. Van de nominale prijsontwikkeling moet de inflatie afgetrokken worden om tot de reële prijsontwikkeling te komen. Het reële inkomen geeft de koopkracht weer.

<sup>96</sup> De reële prijsontwikkelingen zijn geïndexeerd op basis van de Consumenten Prijsindex (CPI). De percentages bedragen in de periodes 2005-2006, 2006-2007 en 2007-2008 respectievelijk 1,2%, 1,6% en 2,6%.

<sup>97</sup> Er lijkt een verschil van 0,1% te zitten tussen de NJR en de Monitor 2009, echter de werkelijke stijging is van 1,94% naar 1,97%

gegeven: instellingen hanteren hogere passantenprijzen om op die manier zorgverzekeraars onder druk te zetten om een contract af te sluiten.

### 6.3.2 Vergelijking A- en B-segment

Tabel 6.3 geeft de gemiddelde prijsontwikkeling in het A- en B-segment weer voor de periode 2005-2008. Bij de berekening van de landelijk gemiddelde prijsontwikkeling is de aanname gemaakt dat 97% van de DBC's wordt afgerekend met contractprijzen en dat 3% wordt afgerekend via de passantenprijzen.

Tot de introductie van de DBC-systematiek in 2005 werd alle medisch specialistische zorg met dezelfde percentages geïndexeerd. Het A-segment wordt ook na 2005 geïndexeerd. De nominale prijsstijging van het A-segment is berekend door de verschillende indexen – loon, materiaal en bouwkosten – te wegen met hun aandeel in het budget.<sup>98</sup> Vanaf 2005 zijn in het A-segment jaarlijks budgetkortingen opgelegd om overschrijdingen te compenseren. Deze budgetkortingen kunnen gezien worden als een neerwaartse prijsaanpassing van de nominale prijzen in het A-segment. In tabel 6.4 is deze aanpassing te zien.<sup>99</sup>

**Tabel 6.4. Nominale prijsontwikkeling 2005-2008 A- en B-segment**

	2005-2006	2006-2007	2007-2008
A-segment (ongecorrigeerd voor budgetkortingen)	1,5%	2,5%	3,8%
A-segment (gecorrigeerd voor budgetkortingen)	0,4%	1,3%	2,3%
B-tranche 2005	0%	2,1%	1,1%

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Tabel 6.4 laat zien dat de nominale prijzen in het B-segment in 2005-2006 en in 2007-2008 minder hard zijn gegroeid dan in het A-segment, gecorrigeerd voor de budgetkortingen. In 2007 was de prijsontwikkeling in het B-segment hoger dan de, door budgetkorting neerwaarts bijgestelde, prijsontwikkeling in het A-segment. Over de totale periode 2005-2008 is de prijsstijging in 'B-tranche 2005' lager dan in het A-segment.

Om tot een goede vergelijking over de jaren heen te komen, moeten nominale prijzen gecorrigeerd worden voor de inflatie van de betreffende jaren. Om nominale prijzen om te zetten in reële prijzen is een inflatiecijfer nodig. De NZa ziet geen reden om nominale prijzen van het A- en het B-segment te corrigeren met verschillende inflatiecijfers. Zonder uitgebreid onderzoek naar de vraag of zorg in het A-segment bijvoorbeeld kapitaalsintensiever of minder arbeidsintensief is, is er geen onderbouwing voor verschillende correcties voor A- en B-segment om van nominale tot reële prijzen te komen. Hierdoor leidt een vergelijking van de nominale prijsstijging tot dezelfde resultaten als de reële prijsstijging.

Behalve een vergelijking van de budgetindices kan ook gekeken worden naar de prijsontwikkeling van de DBC's in het A-segment. De prijzen van de

<sup>98</sup> De aandelen zijn: 0,65 loonkostenindex, 0,25 materiele kosten index, 0,10 bouwkostenindex.

<sup>99</sup> Het verschil tussen het 'A-segment (ongecorrigeerd voor budgetkortingen)' en 'A-segment (gecorrigeerd voor budgetkortingen)' is in vergelijking met de monitor 2008 0,1% kleiner geworden. Dit is een gevolg van de stijging van de 2008 budgetten van ziekenhuizen. Hierdoor is de korting als percentage van de budgetten iets kleiner geworden.



DBC's worden jaarlijks geïndexeerd met een gewogen gemiddelde van de indices die gebruikt worden voor het indexeren van de budgetten. Bovendien leiden wijzigingen in de productstructuur en de kostenonderbouwing tot een hogere prijs per product. In vergelijking met 2007, is in 2008 de gemiddelde prijs van een DBC met ongeveer 20% toegenomen. De hoogte van de prijzen van DBC's hebben geen directe invloed op de macrokosten. Het verschil tussen de werkelijke declaraties (in DBC's) en het budget wordt immers verrekend door de opbrengstverrekening. Bij hogere declaraties dan gebudgetteerd moet de zorgaanbieder het verschil aan de zorgverzekeraars terugbetalen en bij lagere declaraties dan het budget krijgt zij het verschil gecompenseerd door de zorgverzekeraars. In de afgelopen jaren is steeds sprake geweest van hogere declaraties dan budgetten. Dit heeft er toe geleid dat per 1 januari 2008 het verrekenpercentage – een zorgaanbiederspecifieke opslag op de DBC-tarieven – voor alle zorgaanbieders op 0 is vastgesteld. Welke effecten bovenstaande ontwikkeling heeft op de hoogte van de opbrengstverrekening, is niet onderzocht. De hoogte van de opbrengstverrekening hangt namelijk samen met de budgetontwikkeling, de verrekenpercentages die op 0 zijn vastgesteld, de DBC-volumeontwikkeling en de DBC-prijsontwikkeling. De hoogte van de opbrengstverrekening kan pas goed ingeschat worden eind 2009 als zowel de budget- als de volume-informatie en de prijsinformatie meer duidelijkheid bieden.

Dit is op basis van geopende en gesloten DBC's. Het DBC-tarief bestaat uit een ziekenhuiscomponent en verschillende honorariumcomponenten. De relatieve aandelen zijn vrijwel gelijk gebleven, namelijk 80% ziekenhuiscomponent. De gemiddelde honorariumcomponent is iets sterker gestegen voor de specialisten; 19% voor het ziekenhuis, 21% voor de poort specialist en 39% voor de ondersteunende specialisten.

## 6.4 Volumeontwikkelingen (DBC's)

Ook de analyse van volumeontwikkelingen in het A- en B-segment kan uitgevoerd worden op basis van verschillende gegevens. In de volgende subparagrafen worden deze methoden toegelicht.

### 6.4.1 Bruikbaarheid LMR

Voor het bepalen van de klinische productie wordt vooral gebruik gemaakt van de LMR. In de LMR zijn geen poliklinische behandelingen opgenomen. Het grootste deel van de omzet is echter wel vertegenwoordigd in de LMR. Daarom is de LMR waardevol om de huidige productie mee te vergelijken. De LMR leent zich het beste om de historische volumeontwikkeling van de ziekenhuizen in kaart te brengen.<sup>100</sup> In de DBC-registratie worden jaarlijks definitiewijzigingen doorgevoerd, waardoor de jaren onderling moeilijk vergelijkbaar zijn.

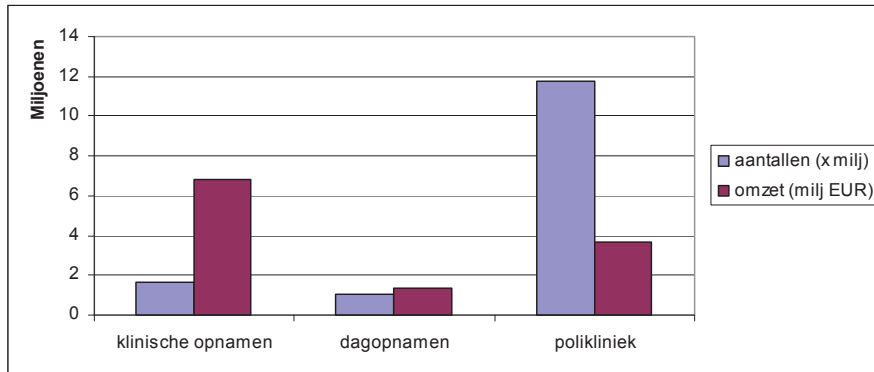
Ten eerste maakt de NZa daarvoor een analyse van de totale omvang van de zorg die in de LMR is opgenomen. Dit is noodzakelijk omdat de polikliniekbezoeken niet in de LMR worden geregistreerd. Ten tweede maakt zij een vergelijking tussen de LMR 2007 en DIS 2007. DIS geeft daarbij een betere aansluiting met de werkelijke declaraties, De geregistreeerde omzet in DIS groeit veel sneller dan de feitelijke omzet. Dit komt door een betere registratie in latere jaren. Ook is sprake van een verandering in productstructuur en prijzen per product. Omdat in het A-segment de zorg nog niet wordt bekostigd op basis van omzet, maar op basis van DBC's is

<sup>100</sup> <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-symposium-gezonde-tijdreeksen.htm>

deze registratie nog niet geschikt om werkelijke volumegroei in kaart te brengen. De relatieve verschuivingen binnen DIS kunnen wel een indicatie geven over trends in behandelpraktijken. Ook biedt DIS inzicht in de huidige verdeling tussen klinische opnamen en polikliniek.

Aangezien in de LMR slechts de klinische en dagbehandelingen zijn opgenomen gaan we eerst in op de omvang van deze markt.

**Figuur 6.9. Verdeling productieaantallen en omzet naar type behandeling**

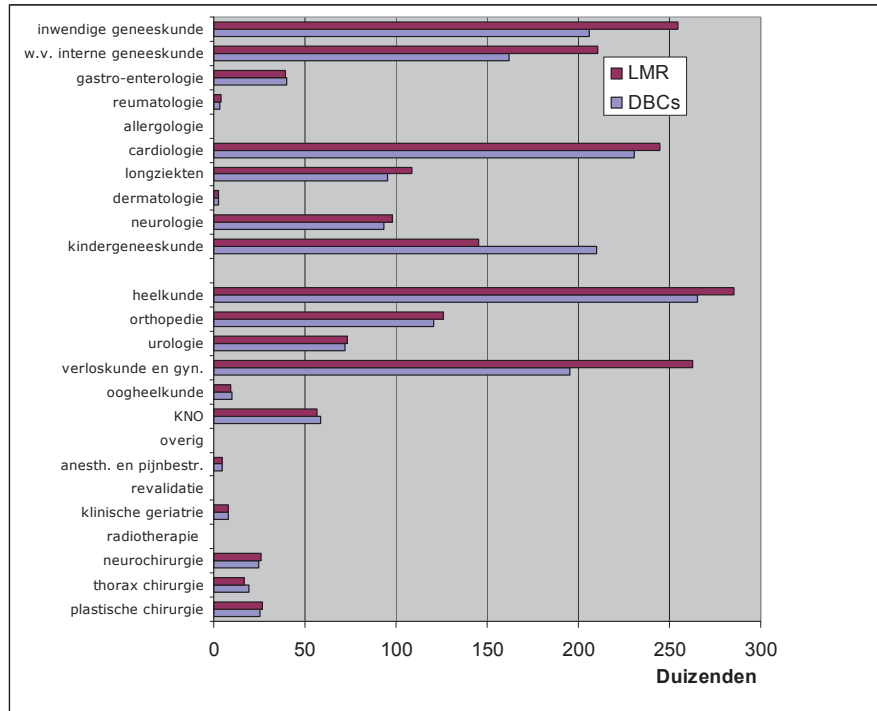


Bron: NZa

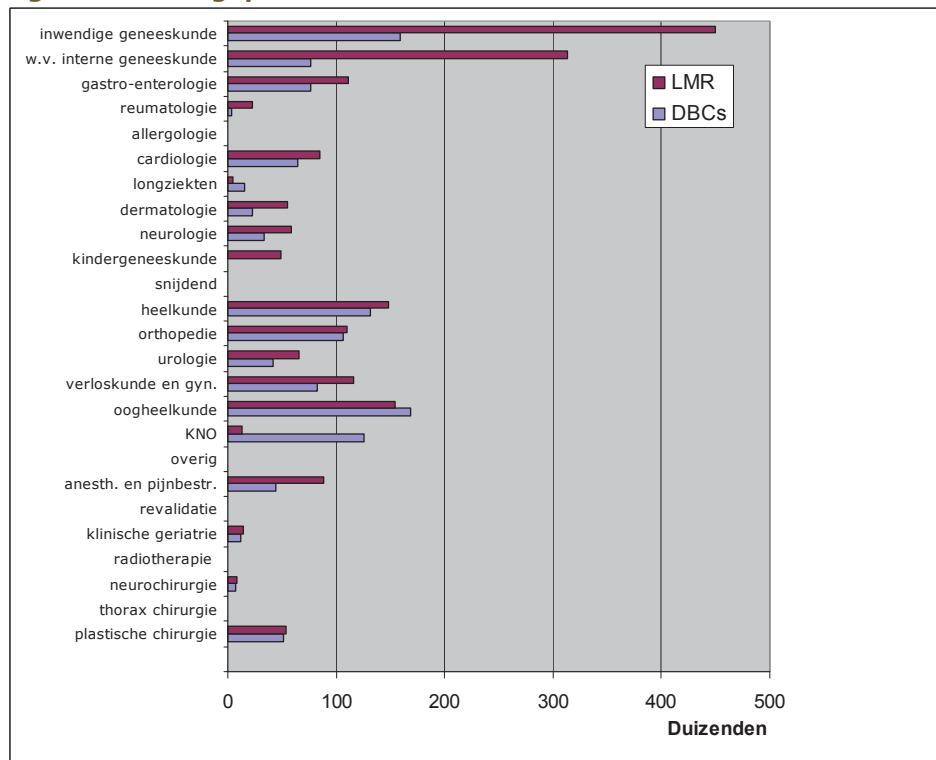
In figuur 6.9 is te zien dat hoewel het aantal eerste polikliniekbezoeken veel groter is dan de aantallen dagopnamen en opnamen de omvang van de totale omzet beperkt is. Uit de figuur blijkt dat de polikliniek ca 80% van de aantallen gedeclareerde behandelingen representeert. Echter gaat het daarbij om slechts 30% van de omzet. Analyses op basis van de LMR representeren daardoor ca 70% van de omzet.

Vervolgens vergelijken figuur 6.10 en 6.11 de omvang in DIS per specialisme met respectievelijk de klinische opnamen en de dagopnamen in de LMR

**Figuur 6.10. Klinische opnamen in LMR en klinische DBC's**



**Figuur 6.11. Dagopnamen in LMR en DBC's**



De beide registraties laten een vergelijkbaar beeld zien, maar wijken af voor een paar specialismen. De omzetgroei in de DIS registratie is aanmerkelijk lager dan de LMR laat zien voor neurologie, klinische geriatrie, neurochirurgie en thorax chirurgie. Dit wijst mogelijk op een registratie-effecten in DIS voor deze specialismen, maar kan ook te maken hebben met het aantal opnamen per DBC. De ontwikkelingen in klinische opnamen en dagopnamen zijn niet één op één terug te vinden in DIS. Vooral bij interne geneeskunde, maar ook bij bijvoorbeeld anesthesie, verloskunde,

cardiologie en dermatologie worden niet alle (dag)opnamen apart gedeclareerd. De NZa gaat hier onderzoek naar doen.

De LMR onderschat de ontwikkeling bij oogheelkunde en mogelijk ook bij KNO en dermatologie, waarschijnlijk door een verschuiving naar de polikliniek en ZBC's. De LMR mist een deel van de ontwikkelingen bij radiotherapie. Radiotherapie wordt alleen als poliklinische DBC gedeclareerd. De groei hangt mogelijk (deels) samen met een verbeterde aanlevering aan DIS.

Opmerkelijk is het verschil bij kindergeneeskunde en verloskunde & gynaecologie. In de LMR is bij kindergeneeskunde bij klinische opnamen een onderregistratie te zien die bij verloskunde & gynaecologie juist andersom is. Het is mogelijk dat door kinderartsen in DIS, DBC's worden geregistreerd die betrekking hebben op 'gezonde zuigelingen'.

#### 6.4.2 B-segment

Voor het B-segment is gekeken of het aantal behandelingen in de periode 2004-2007 is toegenomen. Deze analyses hebben plaatsgevonden op basis van de LMR, omdat uit de LMR voor de betreffende jaren vergelijkbare informatie kan worden verkregen.

Bij het onderzoek volumebepaling B-segment is voor de – groepen – van DBC's uit het B-segment ('B-tranche-2005') een exacte relatie gelegd met diagnose- en verrichtingen informatie uit de LMR.<sup>101</sup> De LMR bevat geen informatie over DBC's. Op basis van diagnoses en verrichtingen uit de LMR is het B-segment zo goed als mogelijk benaderd.

Tabel 6.5 geeft de in de LMR gemodelleerde volumeontwikkelingen voor het B-segment weer. Voor het bepalen van 'B-tranche-2005' DBC's uit de LMR is behalve een goede diagnoseregistratie een goede verrichtingenregistratie noodzakelijk. Een aantal ziekenhuizen levert sinds enkele jaren niet langer verrichtingen aan. De analyse betreft daarom slechts 62 ziekenhuizen. Het betreft tweederde van de ziekenhuizen en vormt een representatieve afspiegeling. Deze analyse gaat dus vooral in op de productiestijging en niet op de totale omvang van de productie. Voor het vaststellen van de totale productie moeten de resultaten grofweg met 1,5 worden vermenigvuldigd.

De volumeontwikkeling van het B-segment (4,2%) blijft in de periode 2004-2007 iets achter bij de totale volumeontwikkeling (5,2%). Opvallend is de relatief sterke stijging in het B-segment in 2005. Het lijkt er op dat ziekenhuizen B-segment productie in 2004 hebben uitgesteld tot 2005.

Een deel van de afname van de groei in klinische opnamen en dagopnamen kan komen door een verschuiving naar de polikliniek.

---

<sup>101</sup> Van Barneveld, E; e.a. Landelijke volumebepaling potentiële B-segment DBC's op basis van de LMR, Prismant, Utrecht, 2004.

**Tabel 6.5. Ontwikkeling B-segment klinische opnamen en dagopnamen (selectie 62 ziekenhuizen)**

B-tranche 2005	1998	2001	2004	2007	gem. groei '04-'07	Raming 2008
<b>Totaal klinische opnamen</b>	<b>79.021</b>	<b>71.348</b>	<b>76.974</b>	<b>79.269</b>	<b>1,0%</b>	<b>80.049</b>
(gemiddelde) jaarlijkse groei B-segment		-3,3%	2,6%	0,2%	1,0%	1,0%
(gemiddelde) jaarlijkse groei totaal (62 zkh.)		-1,4%	4,2%	3,0%	3,0%	3,0%
(gemiddelde) jaarlijkse groei alle ziekenhuizen		-1,3%	4,2%	2,5%	2,6%	2,6%
<b>Totaal dagopnamen</b>	<b>83.623</b>	<b>102.964</b>	<b>124.389</b>	<b>147.192</b>	<b>5,8%</b>	<b>155.687</b>
(gemiddelde) jaarlijkse groei B-segment		7,2%	6,5%	5,8%	5,8%	5,8%
(gemiddelde) jaarlijkse groei totaal (62 zkh.)		7,2%	11,4%	7,1%	8,0%	8,0%
(gemiddelde) jaarlijkse groei alle ziekenhuizen		7,5%	11,0%	7,7%	7,8%	7,8%
<b>Totaal B-segment</b>	<b>161.614</b>	<b>173.311</b>	<b>200.339</b>	<b>226.461</b>	<b>4,2%</b>	<b>235.904</b>
(gemiddelde) jaarlijkse groei		2,4%	4,9%	3,8%	4,2%	4,2%
(gemiddelde) jaarlijkse groei totaal (62 zkh.)		1,7%	7,2%	4,9%	5,2%	5,2%
(gemiddelde) jaarlijkse groei alle ziekenhuizen		1,8%	7,0%	4,9%	5,0%	5,0%

Bron: LMR

### 6.4.3 A- en B-segment

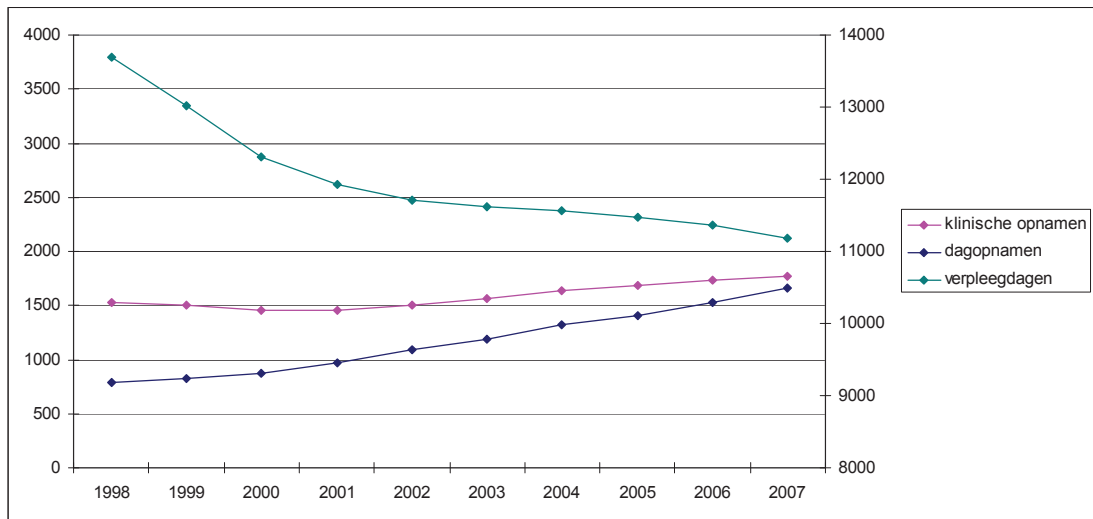
In deze paragraaf worden de volumeontwikkelingen in het A- en B-segment geanalyseerd door: vergelijking van het aantal opnamen, dagopnamen en verpleegdagen in de periode 1998-2007;

- vergelijkingen van het aantal opnamen en dagopnamen per specialisme in de periode 1998-2007;
- specifieke ontwikkelingen bij enkele doelgroepen op zowel DIS als LMR informatie.

#### 6.4.3.1 Vergelijking productieparameters 1998-2007

Om een beeld te krijgen van de algemene trend in de periode 1998-2007, vergelijkt de NZa de ontwikkeling van de verschillende productieparameters met elkaar. Figuur 6.6 laat de jaarlijkse groei van het aantal klinische opnamen en dagopnamen en verpleegdagen zien.

**Figuur 6.6. Jaarlijkse groei van het aantal opnamen en dagopnamen in ziekenhuizen**



Bron: LMR

In de periode 1999 tot 2001 neemt het aantal opnamen af. Vanaf 2001 stijgt het vervolgens tot ruim 5% in 2004. Na 2004 schommelt de jaarlijkse groei tussen 1,5% en 3,8%.

Het aantal dagopnamen stijgt gedurende gehele periode meer dan 4% per jaar. Vanaf 2001 ligt de groei van dagopnamen op meer dan 10% per jaar. Vanaf 2004 schommelt de volumeontwikkeling tussen 7 en 9,5% per jaar. De jaarlijkse groei van het aantal dagopnamen ligt gemiddeld circa 7% hoger dan die van het aantal klinische opnamen.

Dit duidt op substitutie van klinische opnamen naar dagopnamen. De verhouding dagopnamen/klinische opnamen is in de LMR veel lager dan in DIS. In de LMR wordt elke opname afzonderlijk geteld. In het declaratiesysteem op basis van DBC's kan één behandeltraject meer (dag)opnamen bevatten. De substitutie van opnamen naar dagopnamen hoeft dus niet direct zichtbaar te zijn in de declaraties. In het A-segment wordt overigens wel bekostigd op basis van aantallen klinische opnamen en dagopnamen. Het bedrag voor een dagopname is wel aanzienlijk lager dan voor een klinische opname.

Het aantal verpleegdagen neemt gestaag af. Het laatste jaar lijkt deze afname te versnellen. Ziekenhuizen richten zich steeds meer op de behandeling en minder op – langdurige – zorg. Een patiënt ligt bij een opname in 2007 gemiddeld 6,3 dagen in het ziekenhuis tegen 9 dagen in 1998.

Omdat in de LMR geen polikliniekbezoeken worden geregistreerd, kunnen deze niet zonder meer vergeleken worden met bovenstaande trends. Echter de aantallen eerste polikliniekbezoeken – op basis van DIS informatie – nemen voor de periode 2002-2006 toe met gemiddeld 2,6% per jaar. Het aantal herhaalbezoeken per eerste polikliniek bezoek is ongeveer gelijk gebleven. Voor UMC's en algemene ziekenhuizen is deze ratio 2 respectievelijk 1,5 (DHD Kengetallen 2008). Het aantal opnamen per EPB is voor algemeen ziekenhuizen ook iets lager dan voor UMC's 17% ten opzichte van 20%. Het aantal opnamen per EPB is vrijwel constant gebleven.

#### 6.4.3.2 Vergelijking productieparameters 1998-2007 per specialisme

Om te onderzoeken waar de groei van patiënten en behandelingen nu plaatsvindt kijkt de NZa in deze paragraaf naar de productie per specialisme en diagnosegroep. De indeling naar specialismen wordt geaggregeerd naar de categorieën beschouwende, snijdende en overige specialismen. Uiteindelijk hoopt de NZa de patronen in groei van vraag en aanbod te kunnen verklaren en te relateren aan protocollen. Dit zou inzicht moeten geven in de vraag of de groei gewenst is.

Tabel B5.1 en Tabel B5.2 in bijlage 5 geven respectievelijk de ontwikkeling van het aantal opnamen en het aantal dagopnamen per specialisme weer. De gemiddelde groei in aantal opnamen en dagopnamen per specialisme is weergegeven voor de gehele periode 1998-2007 en de deelperioden 1998-2001, 2001-2004 en 1994-2007. Op die manier zijn ook de fluctuaties in de volumeontwikkeling te volgen. Waar mogelijk worden deze resultaten vergeleken met de ontwikkeling in EPB's en de ontwikkeling in DIS in de laatste jaren om voor de groei in de polikliniek en de productie in ZBC's te corrigeren.

Daarbij is onderscheid gemaakt naar beschouwende specialismen, snijdende specialismen en overige specialismen. Voor de beschouwende specialismen is in het specialisme interne geneeskunde ook nog onderscheid gemaakt naar deelspecialismen.

Voor alle specialismen geldt dat het aantal patiënten toeneemt. De groei is het grootst bij relatief kleine en nieuwe specialismen, zoals thorax chirurgie en klinische geriatrie, ofwel de categorie overig. Het aantal patiënten neemt iets sneller toe bij de beschouwende specialismen (5%) dan bij de snijdende specialismen (4%).

Ruim de helft van de patiënten komt bij zijn bezoek aan het ziekenhuis als eerste bij een van de snijdende specialismen terecht. Oogheelkunde heeft de meeste eerste polikliniekbezoeken, na chirurgie en interne geneeskunde, maar in omzet een relatief klein aandeel. Ook dermatologie, KNO en mondheelkunde hebben relatief grote aantallen eerste polikliniek bezoeken ten opzichte van de gegenereerde omzet.

Het totaal aantal opnamen en dagopnamen heeft een gemiddelde groei van 4,5 % in de periode 1998-2007. Opvallend is de daling van het aantal opnamen in de periode 1998-2001, die direct gecompenseerd wordt in de periode hierna. In de periode 1998-2001 was de groei relatief beperkt. In de praktijk heeft dit geleid tot lange wachtlijsten voor diverse specialismen. Om deze wachtlijsten te verkorten, is het 'Boter bij de vis' principe ingevoerd. Als gevolg hiervan is sprake van een relatief sterke productiegroei (7,0%) in de periode 2001-2004. Sinds 2005 kent de ziekenhuissector een gematigde groei (5,1%).<sup>102</sup>

De groei bij de beschouwende vakken ligt gedurende gehele periode hoger dan bij de snijdende specialismen. Ook is de terugval in groei na 2004 lager bij de beschouwende vakken.

In de loop der jaren is het aantal dagopnamen met gemiddeld 9% toegenomen. Alle specialismen met uitzondering van radiotherapie groeien in de afgelopen jaren. De volumeontwikkeling is veel sterker bij dagopnamen dan bij klinische opnamen. Medisch technologische

<sup>102</sup> Merk op dat de LMR de gerealiseerde aantallen weergeeft en de ziekenhuisbudgetten de overeengekomen aantallen. Bij de nacalculatie is de werkelijke productie de bovengrens, zorgverzekeraars hoeven niet alle productie voor het budget te honoreren.

ontwikkelingen maken het mogelijk dat steeds meer behandelingen in dagopname kunnen plaatsvinden.

*Groei door toename van de vraag*

De groei bij thoraxchirurgie (ruim 30%) is gerelateerd aan nieuwe behandelmethoden en een toegenomen vraag. Patiënten met angina pectoris of hartritmestoornissen horen bij de snelst groeiende groepen patiënten. Deze groei is ook zichtbaar in de groei van de bijzondere functies. Zie paragraaf 6.2.

Ook longziekten kent een groeigemiddelde van 5,4% in de periode 1998-2007. De grootste toename vond plaats in 2001-2007 met een gemiddelde groei van 8%. Dit hangt samen met de groei van het aantal EPBs. Het totaal aantal opnamen en dagopnamen in de LMR is gelijk aan het aantal DBC's met klinische -of dagopname. Het aantal behandeltrajecten is dus toegenomen en niet zozeer het aantal opnamen per behandeling.

*Sterke groei verklaard door verschuivingen van productie*

Gastro-enterologie heeft bijvoorbeeld een snelle groei doorgemaakt zowel in het aantal EPB's als in het aantal behandelingen. Dit is niet terug te zien in de groei van het aantal behandelde patiënten. De stijging bij gastro-enterologie is dus een verschuiving van algemene interne geneeskunde naar het deelspecialisme gastro-enterologie en is geen weergave van de toename in het aantal behandelingen.

In de periode 1998-2001 is het aantal dagopnamen voor spataderen in dermatologie zeer gering. In de periode 2001-2004 is een opmerkelijk ontwikkeling zichtbaar, het aantal dagopnamen in dermatologie neemt toe van drie dagopnamen naar 461 dagopnamen. Waarschijnlijk vindt er een substitutie van dagopnamen van heelkunde naar dermatologie plaats. Deze substitutie heeft betrekking op de lichte spataderbehandelingen.

*Lagere groei hangt mogelijk samen met verminderde registratie*

Voor plastische chirurgie is er ook een tijdelijke sterke toename geweest, die later is afgezwakt. In 2001-2004 is het aantal opnamen (dagopnamen) plastische chirurgie gestegen met 12% (15%) en in 2004-2007 is de gemiddelde groei 2% (3%). Deze stijging neemt af in de periode 2004-2007 (2,7%). Dit is mogelijk het effect van een onderregistratie. ZBC's leveren geen gegevens aan de LMR. Hierdoor zal bij specialismen als plastische chirurgie (2% omzet ZBC's in DIS), dermatologie (12% omzet ZBC's in DIS) en oogheelkunde (6% omzet in DIS) de werkelijke productie in vooral de laatste periode zijn onderschat. De aanlevering van ZBC's aan DIS is in 2007 sterk verbeterd. In hoeverre deze nu volledig is, is onbekend. De omzetgroei van plastische chirurgie is echter in DIS ook maar 2% en de aantallen zijn lager dan in de LMR.

Er is een sterke afname in het aantal opnamen oogheelkunde met een gemiddelde afname van -13% (1998-2007). Dit hangt samen met de verschuiving van veel (cataract)-operaties die inmiddels voornamelijk in dagopname plaatsvinden (zie ook de doelgroepanalyse § 6.8). Het aantal opnamen bedraagt in 2007 nog maar een kwart van het aantal in 1998. Ook de dermatologische productie verschuift steeds meer naar dagopname. De klinische productie neemt in de periode 1998-2007 af met 4,7%.

Opvallend is dat specialisme KNO een minimale volume ontwikkeling vertoont met een gemiddelde groei van 0,6% in de periode 1998-2007. Dit heeft mede te maken met een verschuiving naar de polikliniek.



### 6.4.3.3 Ontwikkelingen per diagnosegroep

De NZa wil meer inzicht krijgen in de werkelijke volumeontwikkelingen en veranderingen in zorgzwaarte en is daarom bezig met het opzetten van een nieuw analysekader. Een dergelijk analysekader is nodig om te kunnen beoordelen of een eventuele groei voorspeld kan worden en of dit gunstig is of juist niet. In deze paragraaf wordt een eerste aanzet hiertoe gepresenteerd. De vraag die in deze paragraaf centraal staat is of het introduceren van het B-segment in 2005 tot een hogere of lagere productie heeft geleid en of een eventuele verschuiving tussen segmenten gewenst is uit doelmatigheid- en kwaliteitsoverwegingen.

Om volumeontwikkelingen meer in detail te onderzoeken is het zinvol om behalve de productiecijfers voor het subdomein als geheel ook te kijken naar de ontwikkeling van delen daarvan. Bij het selecteren van dergelijke delen is het interessant dit te doen op basis van de zorgvraag en niet op basis van het zorgaanbod. Hiermee is het mogelijk om de (volume)ontwikkeling van bepaalde behandelmodaliteiten te beoordelen in relatie tot de ontwikkeling van de omvang van die zorgvraag. Ook worden verschuivingen zichtbaar in het medisch handelen, zoals substitutie van verschillende behandelvormen, verschuivingen in behandelindicatie en het effect van vrije prijsvorming duidelijk.

De NZa heeft drie diagnosegroepen nader bekeken:

- afwijkingen van de ooglenz;
- degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom;
- ontstekingen van de bovenste luchtwegen en middenoor.

In bijlage 6 worden de resultaten nader beschreven.

De eerste resultaten duiden op een gematigde groei. Er zijn geen aanwijzingen voor substitutie van het A-segment naar het B-segment of een hogere groei in het B-segment.

## 6.5 Conclusie

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

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

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

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

De omzetontwikkeling van het B-segment is specifiek bekeken voor de

'B-tranche 2005'. Het aandeel in DIS van de omzet in deze tranche is in de jaren 2005-2007 vrijwel gelijk gebleven (10%). Het aandeel in de omzet van deze tranche blijkt in 2008 af te nemen.

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

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

De analyse van volumeontwikkelingen in het A- en B-segment is uitgevoerd op basis van verschillende gegevens. Voor het bepalen van de klinische productie wordt vooral gebruik gemaakt van de LMR. In de LMR zijn geen poliklinische behandelingen opgenomen. Het grootste deel van de omzet is echter wel vertegenwoordigd in de LMR. Daarom is de LMR waardevol om de huidige productie mee te vergelijken. De LMR leent zich het beste om de historische volumeontwikkeling van de ziekenhuizen in kaart te brengen. In de DBC-registratie worden jaarlijks definitiewijzigingen doorgevoerd, waardoor de jaren onderling moeilijk vergelijkbaar zijn. De beide registraties laten een vergelijkbaar beeld zien, maar wijken af voor een paar specialismen. De NZa gaat hier nader onderzoek naar doen.

De volumeontwikkeling van het B-segment (4,2%) blijft in de periode 2004 - 2007 iets achter bij de totale volumeontwikkeling (5,2%). Opvallend is de relatief sterke stijging in het B-segment in 2005. Het lijkt er op dat ziekenhuizen B-segment productie in 2004 hebben uitgesteld tot 2005.

Om te onderzoeken waar de groei van patiënten en behandelingen nu plaatsvindt, is gekeken naar de productie per specialisme en per diagnosegroep. Voor deze groei zijn verschillende verklaringen. Geconstateerd is dat voor sommige specialismen een aanzienlijke groei in productie wordt behaald. In sommige gevallen komt dit door toename van de vraag, bijvoorbeeld thoraxchirurgie en longgeneeskunde. In andere gevallen is er sprake van een verschuiving tussen specialismen, bijvoorbeeld gastro-enterologie en interne geneeskunde. Een derde verklaring is dat mogelijk sprake is van een registratie-effect; bijvoorbeeld bij plastisch chirurgie is een sterke stijging te zien in de periode 2001-2004 die afzwakt.

De behandelduur neemt nog steeds af en de trend in de substitutie van klinische behandelingen naar dagbehandelingen zet nog steeds door.

De NZa wil meer inzicht krijgen in de werkelijke volumeontwikkelingen en zet daarom een nieuw analysekader op, waarin voor specifieke diagnosegroepen zowel DBC-registratie als ICD-registratie wordt bekeken. Het doel hiervan is om inzicht te krijgen in werkelijke volumeontwikkelingen en of eventuele groei voorspeld kan worden. De NZa heeft hiervoor al een eerste aanzet gemaakt voor drie diagnosegroepen te weten: afwijkingen van de ooglenzen, degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom en ontstekingen van de bovenste luchtwegen en middenoor. De eerste resultaten duiden op een gematigde groei. Er zijn geen aanwijzingen voor substitutie van het A-segment naar het B-segment of een hogere groei in het B-segment. In volgende monitors komt dit analysekader uitgebreid aan bod.

## 7. Conclusies

De laatste jaren zijn er veel systeemwijzigingen in de ziekenhuiszorgmarkt doorgevoerd. Deze wijzigingen zijn bedoeld om meer vraagsturing te creëren, zodat de consument kwalitatief goede zorg voor een redelijke prijs kan ontvangen. In deze monitor zijn deze wijzigingen geanalyseerd aan de hand van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Terugkijkend over 2008 zijn overwegend positieve ontwikkelingen zichtbaar:

- kwaliteit speelt een steeds grotere rol bij de zorginkoop;
- wachttijden lijken te zijn gestabiliseerd;
- de prijsstijging in het 'B-tranche 2005' zijn lager dan in het A-segment;
- de zorgvraag en daarmee het productievolume blijft gestaag toenemen, maar lijkt vergelijkbaar met de bestaande trend;
- er is substitutie van klinische opnamen naar dagbehandeling;
- de DIS registratie is verbeterd, maar verdient nog steeds veel aandacht.

Tegelijkertijd zijn de onderhandelingen in 2009 nauwelijks op gang gekomen:

- de huidige productstructuur vormt een onzekere factor voor de bekostiging. Wat opvalt is dat de tarieven van DBC's in het A-segment in 2008 sterk zijn gestegen. Vanwege de budgettering leidt dit niet tot andere omzetten, maar wel tot onzekerheid bij een verdere overgang naar prestatiebekostiging;
- de problematiek rondom de kapitaallasten en onderhandelingen over de schoning zorgt ervoor dat partijen veel tijd nodig hebben.

Dit kan voor onzekerheid bij verzekerden zorgen, omdat vóór de overstapcyclus niet duidelijk is welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. De NZa heeft wel geconstateerd dat dit vooralsnog niet heeft geleid tot problemen voor verzekerden in de verlening of de betaling van zorg. Doordat het B-segment inmiddels een substantiële omvang heeft bereikt, kunnen de onderhandelingen een aanzienlijk effect hebben op de resultaten van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Vooral het ontbreken van inzicht in omzeteffecten en het ontbreken van reguleringszekerheid bemoeilijkt de onderhandelingen.

Omdat prijsstijgingen over 2008 beperkt zijn en ook de omzetsijging over 2008 beperkt is, vindt de NZa op basis van deze informatie invoering van een prijsbeheersinginstrument niet gerechtvaardigd. Daarbij verwacht de NZa dat de invoering van een prijsbeheersinginstrument averechts werkt bij de tijdige totstandkoming van de onderhandelingen, omdat wederom een wijziging in de regulering wordt doorgevoerd die het voorspellen van de omzet bemoeilijkt.

Met het invoeren van maximumtarieven in het B-segment worden de goede effecten op gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid die uitgaan van een segment van vrije prijzen worden teniet gedaan. Bovendien heeft de invoering van een prijsbeheersinginstrument onduidelijke gevolgen voor het Budgettair Kader Zorg (BKZ) omdat prijseffecten mogelijk door volume-effecten gecompenseerd worden.

Tegelijkertijd is ook een verdere uitbreiding van het B-segment op dit moment niet wenselijk. Ook dit bemoeilijkt de onderhandelingen en leidt tot reguleringsonzekerheid. De reguleringsonzekerheid komt vooral voort uit de omvang van het A-segment en de schoningsproblemen die daarmee gepaard gaan. Deze problematiek vervalt als eenmaal overgegaan is op

prestatiebekostiging. Op dat moment kan voor elke DBC bepaald worden of over de prijs onderhandeld mag worden of niet.

Om de noodzakelijke reguleringszekerheid te creëren, stelt de NZa voor om het jaar 2010 te gebruiken om ruimte te geven aan de implementatie. Dit betekent dat in 2010 geen wijzigingen doorgevoerd worden en partijen een jaar extra hebben om te wennen aan de doorgevoerde beleidswijzigingen. Zo kunnen marktpartijen zich in 2010 beter voorbereiden op de beoogde wijzigingen per 1 januari 2011. Ze hoeven immers geen energie te steken in de wijzigingen in 2010. Ook kunnen de randvoorwaarden voor invoering van prestatiebekostiging (invoering DOT en proefdraaien met DOT) worden ingevuld. Omgekeerd geldt dat als per 1 januari 2010 een prijsbeheersinginstrument ingezet zou worden voor het B-segment, dit een negatieve invloed zal hebben op de haalbaarheid, uitvoerbaarheid en toegevoegde waarde van de invoering van prestatiebekostiging per 2011.

## Bijlage 1. Keuze-informatie uitgebreid

### *KiesBeter*

De website KiesBeter.nl is een initiatief van het Ministerie van VWS en wordt beheerd door het RIVM. De website wil een antwoord bieden op alle vragen van burgers over gezondheid en zorg. Voor de meeste zorgsectoren is keuze-informatie beschikbaar, zowel in de vorm van etalage-informatie als van kwaliteitsinformatie op basis van indicatoren van de IGZ.<sup>103</sup>

Consumenten gaven in het onderzoek van NIVEL aan de opbouw en structuur van de website te waarderen, maar beoordeelden de presentatiewijze als minder goed dan die van Independer.nl.<sup>104</sup>

### *Independer*

De website is een initiatief van Independer.nl, een handelsnaam van Robin Hood N.V. De website wil met onafhankelijk advies en marktbrede productvergelijkingen over financiën en gezondheidszorg de consumenten helpen met kiezen. Van de ziekenhuizen is etalage-informatie en kwaliteitsinformatie beschikbaar. De kwaliteitsinformatie bestaat zowel uit informatie gebaseerd op bestaande registraties, zoals de indicatoren van de IGZ, als op informatie op basis van patiënten- en huisartsenervaringen. De informatie wordt aangeleverd door MediQuest, een particuliere partij die informatie over de zorg in Nederland verzamelt. Behalve de feitelijke kwaliteitsgegevens wordt ook de openheid van gegevens per instelling weergegeven. Consumenten beoordeelden de presentatiewijze van de website positief, maar enkele consumenten gaven wel aan de hoeveelheid reclame en advertenties als storend te ervaren.<sup>105</sup>

### *Ziekenhuizen transparant*

Deze website is een initiatief van de NVZ. De website leidt naar de Databank Kwaliteit. In de Databank Kwaliteit is onder meer te lezen wat er gebeurt voor de kwaliteit van zorg, de patiëntveiligheid, de patiëntvriendelijkheid, de personele organisatie, de financiële positie en de kwaliteitssystemen van de instellingen. De basisset prestatie-indicatoren van de IGZ wordt als meetinstrument gebruikt om een beeld te geven van de activiteiten en prestaties van de ziekenhuizen. Op de website kan per ziekenhuis kwaliteitsinformatie bekeken worden. Het is niet mogelijk om ziekenhuizen te vergelijken. De gegevens worden door de ziekenhuizen aangeleverd en jaarlijks ververs. De indicatoren worden met de IGZ, de Orde van Medisch Specialisten en NFU jaarlijks geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Het is niet bekend of consumenten betrokken worden bij de evaluatie van de presentatiewijze.<sup>106</sup>

### *Zorgkiezer*

De website is een initiatief van DGN Publishers B.V. en bestaat sinds 2005. Het doel van de website is om een vergelijking te bieden voor ziekenhuizen en zorgverzekeringen, om zowel consumenten als professionals te helpen met het kiezen van een zorgverzekering of ziekenhuis. Ook wil de website bijdragen aan meer transparantie van de zorg via het internet. Er is zowel etalage-informatie als kwaliteitsinformatie beschikbaar. De kwaliteitsinformatie is afkomstig van de Databank Kwaliteit van de NVZ,

<sup>103</sup> Etalage-informatie betreft feitelijke informatie over zorgaanbieders en hun zorgaanbod, zoals gegevens over naam, adres, plaats, entiteit van zorgverlener, specialismen, faciliteiten, kosten, en wachttijden. Deze informatie wordt vaak gegeven naast de medisch-inhoudelijke informatie en ervaringsinformatie.

<sup>104</sup> Damman, O.C., Hendriks, M., Spreeuwenberg, P. & Rademakers, J. 2008, Presentatiewijze van CQ-index informatie aan consumenten, NIVEL.

<sup>105</sup> Damman et al. 2008.

<sup>106</sup> Zie <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=2393>

informatie van instellingen zelf en uit scores op basis van bestaande ranglijsten (AD en Elsevier) en kan per ziekenhuis vergeleken worden op basis van behandeling en specialisme. Zorgkiezer is in samenwerking met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars ontwikkeld. Het is niet bekend of consumenten betrokken worden bij het evalueren van de presentatiewijze en hoe zij de inzichtelijkheid beoordelen.<sup>107</sup>

#### *AD Ziekenhuis top 100*

De ziekenhuis top 100 is een jaarlijks initiatief van het Algemeen Dagblad (AD). Behalve een publicatie in de krant is de lijst met ziekenhuizen online beschikbaar op de website van het AD. Het gaat niet om een website met keuze-informatie, maar om een ranglijst van ziekenhuizen gebaseerd op kwaliteitsinformatie op basis van de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ, patiëntervaringen en gegevens van de Vereniging Kind en Ziekenhuis over kindvriendelijkheid en (prettig) bevallen. Er wordt zowel vergelijkende informatie geboden als informatie per ziekenhuis. De top 100 is nu vijf keer jaarlijks uitgevoerd. Het is niet bekend of consumenten op een andere wijze betrokken worden bij het evalueren van de presentatiewijze en hoe zij de inzichtelijkheid beoordelen.

#### *Elsevier*

Het tijdschrift Elsevier stelt elk jaar lijsten samen van de beste ziekenhuizen en specialisten. Naast publicatie worden de prestaties van ziekenhuizen en specialisten ook online beschikbaar gesteld. Ook hier geldt dat het niet direct om een website met keuze informatie gaat, maar om een tijdschrift dat een ranglijst publiceert. De informatie betreft verschillende soorten informatie, zoals medisch functioneren, omgang met de patiënt, faciliteiten, onderzoek en opleiding. Dit is zowel etalage-informatie als kwaliteitsinformatie. De informatie wordt jaarlijks verzameld door 5000 deskundigen in de zorg, onder wie medisch specialisten, verpleegkundigen, managers en bestuurders, te ondervragen over de bovenstaande informatie. Consumenten nemen niet deel aan het onderzoek. In 2007 is voor het eerst op verschillende hoofdpunten beoordeeld, met elk hun eigen winnaar. Een ziekenhuis kan dus voor het functioneren van een specialisme slecht scoren, maar winnen als het gaat om de omgang met de patiënt. Het is niet bekend of consumenten betrokken worden bij het evalueren van de presentatiewijze en hoe zij de inzichtelijkheid beoordelen.

#### *Vaatpatiënten*

Deze website is een initiatief van de Vereniging van Vaatpatiënten, een patiëntenvereniging. Het gaat hier om een initiatief voor en door consumenten. De website heeft als belangrijk onderdeel keuze-informatie over ziekenhuizen. Het gaat om zowel etalage-informatie als kwaliteitsinformatie. De kwaliteitsinformatie is gebaseerd op gegevens die ziekenhuizen zelf aanleveren via vragenlijsten die door MediQuest zijn uitgezet. Ook wordt een keurmerk gegeven door de vereniging. Behalve de informatie over ziekenhuizen biedt de website ervaringsverhalen van patiënten, maar deze zijn meer gericht op de ervaringen met de ziekte en de zorg in het algemeen. Dit is een interessant initiatief, omdat het voor en door patiënten is opgezet. De website is voorbeeld dat aansluit op het pleidooi van Bijlsma & Pomp om de kwaliteitsinformatie aan te laten sluiten op consumenten die in staat zijn om te beoordelen welke informatie relevant is.

---

<sup>107</sup> Zie <http://www.zorgkiezer.nl/main.php?action=bronnen>.

## Bijlage 2. Bewerkingslagen en aannames wachttijdgegevens

Om te kunnen komen tot de bestanden die als basis hebben gediend voor de wachttijdanalyses, zijn er een aantal aannames gedaan en een aantal bewerkingslagen uitgevoerd op de beschikbare wachttijdgegevens. Bij de interpretatie van de resultaten van de uitgevoerde analyses dient hier rekening mee te worden gehouden. Hieronder een toelichting op de aannames en bewerkingslagen.

MediQuest beschikt niet over alle benodigde wachttijdgegevens, waardoor ze ook gebruik hebben gemaakt van de wachttijdgegevens die de NZa ter beschikking heeft gesteld.

Voor de wachttijdanalyses is gebruik gemaakt van gegevens afkomstig van MediQuest en de NZa. Van MediQuest zijn de volgende gegevens gebruikt:

- wachttijd polikliniek: 2006 tot en met 2008;
- wachttijd behandeling: juni 2008 tot en met december 2008;
- wachttijd diagnostiek: 2008.

Van de NZa zijn de volgende gegevens afkomstig uit het DIS:

- wachttijd behandeling: 2006, 2007 en januari 2008 tot en met mei 2008.

### *Bewerkingen*

- 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.

- Toevoeging aanvullende variabele  
Om de benodigde wachttijdanalyses uit te voeren zijn er een aantal onafhankelijke variabele toegevoegd aan de wachttijden. De onafhankelijke variabele 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.

#### *Uitgangspunten*

- MediQuest verzamelt en registreert de wachttijdgegevens op het niveau van de individuele ziekenhuislocaties, terwijl de gegevens uit de DIS-bestanden meestal op ziekenhuisgroepniveau beschikbaar zijn. Met andere woorden: In de DIS-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 DIS-bestanden meestal lager dan die van de wachttijdgegevens van MediQuest. 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 DIS als van MediQuest.
- Wachttijdgegevens van behandelingen in de DIS-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.



## Bijlage 3. Overzicht aanlevering wachtijdgegevens

De onderstaande tabellen geven per grafiek een aantal statische grootheden weer. In Tabel 1 en 2 worden alleen het totaal aantal keer dat door ziekenhuizen in het desbetreffende jaar de wachttijd is aangeleverd dan wel gepubliceerd weergegeven (N van wachttijd). In Tabel 1 is bijvoorbeeld aangegeven dat er in 2006 in totaal 35 keer 'wachttijd dagbehandeling' voor totale knie is aangeleverd of gepubliceerd door ziekenhuizen. In de tabellen 3 tot en met 5 worden behalve de N van wachttijd de gemiddelde wachttijd, de standaarddeviatie en de minimum en maximum wachttijd weergegeven.

**Tabel B3.1. Totaal aantal ziekenhuizen die wachttijdgegevens heeft aangeleverd (figuur 5.1)**

	N van wachttijd dagbehandeling	N van wachttijd dagbehandeling	N van wachttijd meerdaagse opname	N van wachttijd meerdaagse opname
	2006	2007	2006	2007
<b>Totale Knie</b>	35	36	422	392
<b>Totale Heup</b>	148	174	509	467
<b>Spataderen</b>	638	600	312	271
<b>Staar</b>	665	602	269	247
<b>Hernia</b>	63	68	179	177
<b>Liesbreuk</b>	655	601	480	444

Bron: NZa

**Tabel B3.2. Totaal aantal ziekenhuizen die wachttijdgegevens heeft aangeleverd (figuur 5.2)**

	N van wachttijd behandeling	N van wachttijd behandeling
	2006	2007
<b>Totale Knie</b>	504	468
<b>Totale Heup</b>	542	516
<b>Spataderen</b>	545	508
<b>Staar</b>	586	532
<b>Hernia</b>	136	129
<b>Liesbreuk</b>	566	521

Bron: NZa

**Tabel B3.3. Totaal aantal ziekenhuizen die wachttijdgegevens heeft aangeleverd (figuur 5.3)**

Poliklinieken	Periode	Gemiddelde wachttijd (in weken)	Standaard-deviatie wachttijd (in weken)	Minimum wachttijd (in weken)	Maximum wachttijd (in weken)	N van wachttijd
<b>Reumatologie</b>	2006	6,87	5,88	1	75	1033
	2007	6,19	5,03	1	52	1175
	2008	5,62	4,60	1	33	1351
<b>Gastro-enterologie</b>	2006	5,70	4,22	1	68	932
	2007	5,73	3,45	1	24	1007
	2008	5,55	2,94	1	17	1162
<b>Oogheelkunde</b>	2006	5,03	4,70	1	26	1322
	2007	5,82	5,38	1	52	1451
	2008	5,21	5,04	1	32	1505
<b>Plastisch chirurgie</b>	2006	4,52	3,85	1	25	1009
	2007	4,72	4,61	1	30	1103
	2008	4,44	3,84	1	31	1204
<b>Neurochirurgie</b>	2006	4,08	2,44	1	15	783
	2007	4,13	2,60	1	16	837
	2008	4,10	2,44	1	16	949
<b>Dermatologie</b>	2006	3,85	2,97	1	23	1358
	2007	3,90	3,15	1	20	1451
	2008	3,98	2,82	1	19	1549
<b>Neurologie</b>	2006	3,72	2,40	1	23	1364
	2007	3,68	2,64	1	40	1450
	2008	3,57	2,29	1	17	1530
<b>Orthopedie</b>	2006	3,54	2,98	1	44	1378
	2007	3,62	2,56	1	17	1501
	2008	3,46	2,45	1	15	1568
<b>Inwendige geneeskunde</b>	2006	2,86	2,29	1	33	1370
	2007	3,05	2,19	1	28	1473
	2008	2,83	1,86	1	23	1559
<b>Urologie</b>	2006	3,01	2,28	1	19	1387
	2007	2,78	2,02	1	15	1472
	2008	2,64	1,70	1	13	1539
<b>Kindergeneeskunde</b>	2006	2,52	1,68	1	15	1287
	2007	2,42	1,85	1	23	1369
	2008	2,50	1,64	1	15	1477
<b>Longziekten</b>	2006	2,54	1,81	1	68	1327
	2007	2,43	1,66	1	23	1390
	2008	2,43	1,73	1	11	1528
<b>Gynaecologie/Verloskunde</b>	2006	2,38	1,68	1	31	1339
	2007	2,28	1,43	1	10	1441
	2008	2,41	1,48	1	13	1546
<b>KNO</b>	2006	2,30	1,57	1	17	1365
	2007	2,29	1,77	1	19	1487
	2008	2,27	1,78	1	19	1548
<b>Chirurgie</b>	2006	1,63	1,72	1	32	1313
	2007	1,62	1,21	1	12	1449
	2008	1,55	1,04	1	21	1532

Bron: NZa

**Tabel B3.4. Totaal aantal ziekenhuizen die wachttijdgegevens heeft aangeleverd (figuur 5.4)**

Behandeling	Periode	Gemiddelde wachttijd (in weken)	Standaard-deviatie wachttijd (in weken)	Minimum wachttijd (in weken)	Maximum wachttijd (in weken)	N van wachttijd
<b>Spataderen</b>	2006	6,35	4,11	1	28	849
	2007	6,19	4,03	1	46	801
	2008	5,33	3,58	1	21	1012
<b>Liesbreuk</b>	2006	4,46	2,03	1	13	894
	2007	4,42	2,12	1	13	813
	2008	4,32	3,00	1	52	1048
<b>Totale knie</b>	2006	9,26	5,69	1	52	788
	2007	8,33	4,36	1	44	737
	2008	7,84	4,82	1	77	1016
<b>Hernia</b>	2006	6,10	5,13	1	27	250
	2007	6,60	4,89	1	24	263
	2008	6,12	4,79	1	26	356
<b>Staar</b>	2006	6,62	3,63	1	46	927
	2007	6,48	4,35	1	81	837
	2008	6,54	3,35	1	20	1053
<b>Totale heup</b>	2006	8,11	4,38	1	52	882
	2007	7,60	3,77	1	43	821
	2008	7,15	3,68	1	27	1059

Bron: NZa

**Tabel B3.5. Totaal aantal ziekenhuizen die wachttijdgegevens heeft aangeleverd (figuur 5.5)**

Diagnostiek	Periode	Gemiddelde wachttijd (in weken)	Standaard-deviatie wachttijd (in weken)	Minimum wachttijd (in weken)	Maximum wachttijd (in weken)	N van wachttijd
<b>CTS-scan</b>	Mei - december 2008	1,98	1,71	1	13	329
<b>Gastroscopie</b>	Mei - december 2008	3,68	2,80	1	21	301
<b>MRI-scan</b>	Mei - december 2008	3,71	3,18	1	18	339

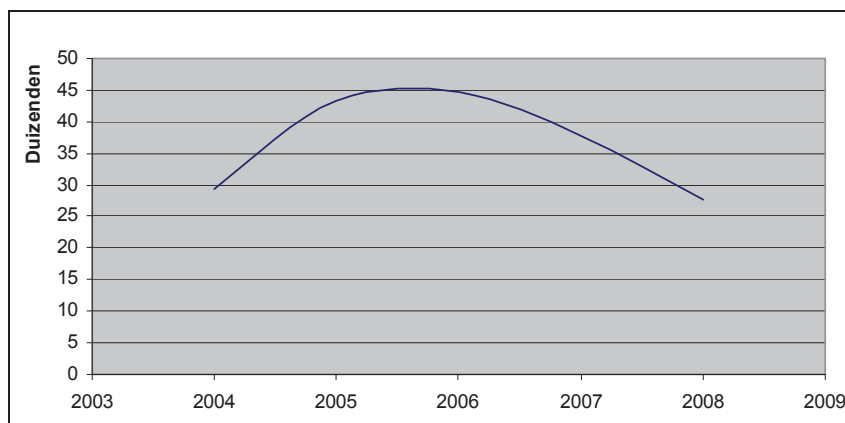
Bron: NZa



## Bijlage 4. DIS

### Beschrijving DIS

**Figuur B4.1. Unieke DBC-codes**



Bron: NZa

Rond 60% van de DBC-codes wordt over alle jaren van 2005 tot 2007 gebruikt. In 2008 neemt het aantal vergelijkbare DBC's nog sterker af, deels door onvolledige vulling van DIS, maar ook door het laten vervallen van de spoedeisende hulp DBC's en het samenvoegen van DBC's onder dezelfde codes. Door de fijnmazige productstructuur en de directe koppeling met behandelpraktijken is de productstructuur erg onderhoudsgevoelig. Om economische ontwikkelingen te beschrijven, moeten de producten op een betekenisvolle manier worden geaggregeerd en is een conversie van jaar tot jaar noodzakelijk. De NZa zoekt naar manieren om de producten te aggregeren en probeert daarbij zo goed mogelijk aan te sluiten bij bestaande methoden en classificaties.

### Beperkingen van DIS

De bezorgdheid over een mogelijke toenemende groei en beperkte beheersbaarheid van zorguitgaven leiden elk jaar tot speculaties over afwijkingen van de trend. Op basis van enkel de DIS-data is dit niet mogelijk. De vergelijkbaarheid over de jaren is niet voldoende is geborgd. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat:

- de productstructuur van het DBC-systeem van jaar tot jaar wijzigt en vertaaltabellen nog niet beschikbaar zijn;
- de productstructuur nog niet volledig en eenduidig is; de productstructuur voor het grootste deel nog niet wordt gebruikt voor bekostiging (de motivatie om goed te registreren is minder);
- de resultaten nog niet goed kunnen worden vergeleken met andere registraties, waardoor ruis niet goed kan worden onderscheiden van werkelijke groei.

De gegevens over 2008 zijn nog zeer incompleet. Hoe incompleet is echter moeilijk in te schatten, vanwege een aantal gelijktijdige wijzigingen die de vergelijkbaarheid over de jaren bemoeilijkt:

- De aanlevering verbetert nog elk jaar:
  - De gedeclareerde omzet en aantallen in DIS zijn tussen 2005 en 2007 meer toegenomen dan de ontwikkeling in budget en budgetparameters. Het eindpunt is nog niet bereikt. De totale omzet in DIS is in 2007 echter vrijwel gelijk aan de gedeclareerde omzet volgens jaarverslagen. Dit komt deels door een onderschatting van de

productie in de jaarverslagen. Voor de academische ziekenhuizen is de aansluiting van DIS, jaarverslagen en budgetten veel minder goed. In verdere analyses blijft deze groep buiten beschouwing. De aanlevering in 2008 is zowel voor academische centra als voor algemeen ziekenhuizen verder verbeterd. Het aantal instellingen dat niet of nauwelijks aanlevert is daarbij afgenomen. Ook de categorale productie en productie in ZBC's wordt nu beter aangeleverd. De geregistreerde productie in DIS is in 2008 is dus toegenomen.

- Het aantal instellingen dat tijdig aanlevert is toegenomen: het aantal instellingen dat niet of nauwelijks heeft aangeleverd in de eerste 14 maanden afgenomen. Ook bij de algemene ziekenhuizen is nog een verbeteringslag gemaakt. 3 instellingen leveren nog niet aan, acht instellingen hadden in 2007 nog geen 10% aangeleverd – in 2008 zijn dit er nog vijf.
- Het belang om te declareren is toegenomen, omdat de declaraties het inkomen van medisch specialisten bepalen. De verwachting is dat hierdoor het aantal declaraties kan toenemen.
- De productstructuur wijzigt elk jaar:
  - DBC's worden niet meer gebruikt of vervallen: Het aantal typen behandeltrajecten dat is geregistreerd in DIS in 2007 is ruim 23.000. In 2008 wordt hier nog driekwart van gebruikt. Dit is 60% van de DBC's die ook al in 2006 werden geregistreerd. Het totaal aantal typen DBC's is in dit jaar nog 20.000.
  - DBC's worden toegevoegd. Dit heeft waarschijnlijk tot gevolg dat meer productie in DBC's kan worden gevat en het declaratievolume meer omhoog gaat dan de werkelijke productie.
  - DBC's worden samengevoegd: Een belangrijke wijziging is dat er geen parallelle DBC's meer kunnen worden geopend als een patiënt met spoed wordt opgenomen. Deze SEH-DBC's zijn toegevoegd aan bestaande DBC's voor geplande zorg. De samengevoegde DBC's omvatten dus meer zorg. Dit heeft tot gevolg dat er minder DBC's worden geopend bij een gelijk blijvend aantal patiënten en dat de gemiddelde prijs van deze producten omhoog gaat.
- Conversietabellen om de productie in voorgaande jaren te herleiden tot de nieuwe productstructuur zijn niet beschikbaar
- Prijzen zijn normatief bepaald en niet rond gerekend op basis van de productie in het voorgaande jaar.

## Bijlage 5. Ontwikkeling opnamen

**Tabel B5.1. Ontwikkeling van aantal klinische opnamen per specialisme (alle ziekenhuizen)**

Specialisme	1998	2001	2004	2007	Gemiddelde groei			
					'98-'07	'98-'01	'01-'04	04-'07
<b>Beschouwend</b>	<b>666.482</b>	<b>639.985</b>	<b>748.887</b>	<b>852.701</b>	<b>2,8%</b>	<b>-1,3%</b>	<b>5,4%</b>	<b>4,4%</b>
inwendige geneeskunde	218.121	200.918	230.244	254.411	1,7%	-2,7%	4,6%	3,4%
w.v. interne	200.787	177.572	196.744	210.604	0,5%	-4,0%	3,5%	2,3%
gastro-enterologie	11.758	17.573	28.588	39.363	14,4%	14,3%	17,6%	11,3%
reumatologie	5.465	5.702	4.717	4.208	-2,9%	1,4%	-6,1%	-3,7%
allergologie	111	71	195	236	8,7%	-14%	40,0%	6,6%
cardiologie	175.935	175.687	214.255	244.411	3,7%	0,0%	6,8%	4,5%
longziekten	67.440	67.860	84.345	108.446	5,4%	0,2%	7,5%	8,7%
dermatologie	4.102	3.294	3.280	2.653	-4,7%	-7,1%	-0,1%	-6,8%
neurologie	81.260	69.237	86.973	97.687	2,1%	-5,2%	7,9%	3,9%
kindergeneeskunde	119.624	122.989	129.790	145.093	2,2%	0,9%	1,8%	3,8%
<b>Snijvend</b>	<b>759.478</b>	<b>721.480</b>	<b>789.430</b>	<b>812.876</b>	<b>0,8%</b>	<b>-1,7%</b>	<b>3,0%</b>	<b>1,0%</b>
heelkunde	266.817	252.442	282.666	285.038	0,7%	-1,8%	3,8%	0,3%
orthopedie	95.362	95.978	113.169	125.832	3,1%	0,2%	5,6%	3,6%
urologie	57.982	55.872	67.508	73.179	2,6%	-1,2%	6,5%	2,7%
verloskunde en gynaecologie	242.449	242.374	252.548	262.736	0,9%	0,0%	1,4%	1,3%
oogheelkunde	37.274	19.340	14.419	9.488	-14%	-20%	-9,3%	-13%
KNO	59.594	55.474	59.120	56.603	-0,6%	-2,4%	2,1%	-1,4%
<b>Overig</b>	<b>97.877</b>	<b>89.086</b>	<b>102.873</b>	<b>109.067</b>	<b>1,2%</b>	<b>-3,1%</b>	<b>4,9%</b>	<b>2,0%</b>
anesthesie en pijnbestrijding	5.004	3.163	4.065	4.703	-0,7%	-14%	8,7%	5,0%
revalidatie	13	14	17	7	-6,6%	2,5%	6,7%	-26%
klinische geriatrie	3.531	3.663	5.844	7.695	9,0%	1,2%	16,8%	9,6%
radiotherapie	4.090	3.649	3.452	3.010	-3,3%	-3,7%	-1,8%	-4,5%
neurochirurgie	20.236	19.282	23.061	25.822	2,7%	-1,6%	6,1%	3,8%
thorax chirurgie	12.565	11.707	14.269	16.858	3,3%	-2,3%	6,8%	5,7%
plastische chirurgie	24.271	22.387	26.581	26.443	1,0%	-2,7%	5,9%	-0,2%
Mond en kaakchirurgie	7.939	7.356	8.021	8.966	1,4%	-2,5%	2,9%	3,8%
psychiatrie	16.984	14.951	15.297	13.690	-2,4%	-4,2%	0,8%	-3,6%
overige /onbekend	3.244	2.914	2.266	1.873	-5,9%	-3,5%	-8,0%	-6,2%
<b>Totaal opnamen</b>	<b>1.523.837</b>	<b>1.450.551</b>	<b>1.641.190</b>	<b>1.774.644</b>	<b>1,7%</b>	<b>-1,6%</b>	<b>4,2%</b>	<b>2,6%</b>

Bron: LMR

**Tabel B5.2. Ontwikkeling van aantal dagopnamen per specialisme (alle ziekenhuizen)**

Specialisme	1998	2001	2004	2007	Gemiddelde groei			
					'98-'07	'98-'01	'01-'04	04-'07
<b>Beschouwend</b>	<b>244.119</b>	<b>351.907</b>	<b>522.859</b>	<b>739.892</b>	<b>13,1%</b>	<b>13,0%</b>	<b>14,1%</b>	<b>12,3%</b>
inwendige geneeskunde	156.217	225.549	325.666	449.737	12,5%	13,0%	13,0%	11,4%
w.v. interne	139.746	188.377	245.754	313.647	9,4%	10,5%	9,3%	8,5%
gastro-enterologie	12.340	26.528	60.266	111.688	27,7%	29,1%	31,5%	22,8%
reumatologie	3.263	10.101	18.843	22.659	24,0%	45,7%	23,1%	6,3%
allergologie	868	543	803	1.743	8,1%	-15%	13,9%	29,5%
cardiologie	27.003	40.934	58.109	85.355	13,6%	14,9%	12,4%	13,7%
longziekten	15.531	19.548	28.981	42.320	11,8%	8,0%	14,0%	13,5%
dermatologie	8.277	15.173	32.274	54.856	23,4%	22,4%	28,6%	19,3%
neurologie	18.378	26.108	39.135	58.657	13,8%	12,4%	14,4%	14,4%
kindergeneeskunde	18.713	24.595	38.694	48.967	11,3%	9,5%	16,3%	8,2%
<b>Snijvend</b>	<b>455.191</b>	<b>504.681</b>	<b>637.212</b>	<b>727.225</b>	<b>5,3%</b>	<b>3,5%</b>	<b>8,1%</b>	<b>4,5%</b>
heelkunde	90.004	104.025	129.459	148.809	5,7%	4,9%	7,6%	4,8%
orthopedie	72.340	77.680	98.865	110.012	4,8%	2,4%	8,4%	3,6%
urologie	35.402	43.074	58.145	65.253	7,0%	6,8%	10,5%	3,9%
verloskunde en gynaecologie	70.404	72.836	96.502	116.204	5,7%	1,1%	9,8%	6,4%
oogheelkunde	61.827	96.362	133.686	154.357	10,7%	15,9%	11,5%	4,9%
KNO	125.214	110.704	120.555	132.590	0,6%	-4,0%	2,9%	3,2%
<b>Overig</b>	<b>92.290</b>	<b>107.194</b>	<b>156.824</b>	<b>195.790</b>	<b>8,7%</b>	<b>5,1%</b>	<b>13,5%</b>	<b>7,7%</b>
anesthesie en pijnbestrijding	40.155	47.176	66.359	88.633	9,2%	5,5%	12,0%	10,1%
revalidatie	76	123	235	245	13,9%	17,4%	24,1%	1,4%
klinische geriatrie	1.917	3.817	9.570	14.861	25,6%	25,8%	35,9%	15,8%
radiotherapie	1.478	1.483	2.393	1.384	-0,7%	0,1%	17,3%	-17%
neurochirurgie	4.116	4.852	7.493	8.208	8,0%	5,6%	15,6%	3,1%
thorax chirurgie	81	113	509	950	31,5%	11,7%	65,2%	23,1%
plastische chirurgie	27.481	32.474	49.966	54.085	7,8%	5,7%	15,4%	2,7%
Mond en kaakchirurgie	7.665	9.327	13.359	16.573	8,9%	6,8%	12,7%	7,5%
psychiatrie	6.980	4.595	2.692	7.007	0,0%	-13%	-16%	37,6%
overige /onbekend	2.341	3.234	4.248	3.844	5,7%	11,4%	9,5%	-3,3%
<b>Totaal opnamen</b>	<b>791.600</b>	<b>963.782</b>	<b>1.316.895</b>	<b>1.662.907</b>	<b>8,6%</b>	<b>6,8%</b>	<b>11,0%</b>	<b>8,1%</b>

Bron: LMR



## Bijlage 6. Diagnosegroepen

### *Afwijkingen van de ooglens*

Afwijkingen van de ooglens is gedefinieerd als groep bestaande uit de diagnoses: cataract, nastaar en overige lenspathologie. Het merendeel van de patiënten wordt behandeld voor staar of nastaar. Overige lenspathologie maakt 2% van de totale populatie uit.

Alleen de operatieve behandeling van het cataract zit in het B-segment. Van de operatieve vervolgbehandeling zat eerst (2005) slechts de behandeling in een poliklinische setting in het B-segment. De conservatieve behandelingen en de behandeling van nastaar en overige lenspathologie wordt bekostigd in het A-segment.

Ongeveer 20% van de totale cataract operaties betreft nastaar. Dit aandeel verandert niet tussen 2005 en 2007.

De ontwikkelingen in de behandelingen laten een aantal opvallende patronen zien. Ten eerste lijkt er in de loop van de observatieperiode sneller tot een operatieve behandeling te worden overgegaan. Het aandeel operatieve behandelingen is toegenomen van 2005 naar 2007, zowel voor cataract (van 59% naar 65%), nastaar (van 80% naar 86%) als overige lenspathologie (van 21% naar 25%).

Het merendeel van de operaties vindt plaats in dagbehandeling (77%). Slechts 2% vindt klinisch plaats. Cataract operaties vinden voornamelijk en in toenemende mate in dagbehandeling plaats (97%). Behandeling van nastaar wordt in 99% van de gevallen op de polikliniek uitgevoerd.

De operatieve behandeling is vrijwel altijd kortdurend en eindig. Het aandeel vervolg behandelingen bij operatieve ingrepen is laag (ruim 1%), maar tussen 2005 en 2007 wel significant toegenomen bij staar en overige lenspathologie. Het aandeel vervolgbehandelingen bij de conservatieve behandeling (10%) is afgenomen voor staar en toegenomen bij nastaar in diezelfde periode.

Omdat in een toenemend deel van de gevallen wordt overgegaan tot een operatieve ingreep en minder voor de (poliklinische) conservatieve behandeling wordt gekozen neemt het totale aandeel dagbehandelingen toe (+9%) en het aandeel poliklinische behandelingen af (-3%), vooral in het B-segment.

### *Degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom*

De groep degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom betreft rug en/of nekklachten als gevolg van een breuk of uitstulpen van een tussenwervelschijf (hernia), artrose (slijtage) en ontstekingen van de wervelkolom. Afwijkingen in vorm en stand van de wervelkolom en disposities al dan niet als gevolg van een trauma blijven buiten beschouwing.

De laatste jaren zijn de inzichten over de behandeling gewijzigd. Gebleken is dat een operatieve behandeling in de meeste gevallen geen meerwaarde biedt boven een conservatieve. Slechts in een beperkt deel van de gevallen is operatief ingrijpen noodzakelijk, zoals bij verlamningsverschijnselen. Er wordt daarom een afname van het aandeel operatieve behandelingen verwacht.

De huisarts verwijst meestal naar de neuroloog. Jaarlijks ziet de neuroloog 115.000 rugpatiënten en 26.000 nekpatiënten. Dit is ruim de helft van het totaal aantal consulten voor degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom. Als een indicatie tot operatie is gesteld zal de neuroloog doorverwijzen naar de orthopeed of neurochirurg. Welke van deze specialismen wordt gekozen, hangt af van lokale verhoudingen en/of afspraken. Als ondanks behandeling door eerder genoemde specialismen pijn blijft bestaan of, soms als gevolg van die behandeling, nieuwe en persisterende pijnklachten ontstaan, kan ook de anesthesioloog een rol spelen bij de behandeling.

De gegevens zijn niet tot patiënten te herleiden. De bezoeken aan neurochirurg, orthopeed of anesthesist worden hieronder daarom vergeleken met het aantal consulten aan de neuroloog voor deze aandoeningen in de vooronderstelling dat dit doorverwijzingen zijn. Vooral bij anesthesie zal de aanname niet altijd opgaan en daarmee het aandeel dat vanuit neurologie wordt doorverwezen overschatten. Voor nekkklachten wordt 18% doorverwezen naar de orthopeed en 7% naar de neurochirurg. Voor rugklachten ligt dat op 45% resp. 15%. Het aantal patiënten bij anesthesie ten opzichte van het aantal patiënten bij neurologie is voor deze aandoeningen één op vier voor de nek en één op drie voor de rug.

Het aandeel conservatieve behandelingen is zoals verwacht hoog: 98% bij neurologie, 30% bij neurochirurgie en 92% bij orthopedie. Het aantal conservatieve behandelingen is 1% per jaar toegenomen tussen 2005 en 2007.

Voor het specialisme neurologie kan een uitsplitsing worden gemaakt naar type behandeling. Operaties en overname van de behandeling na een operatieve ingreep door neurochirurg en/of orthopeed, worden vooral in de kliniek uitgevoerd. 9000 Van de 139.000 conservatief behandelde patiënten zijn in de kliniek behandeld. Dat is 6% van het totaal in 2007, waarvan tweederde klinisch en een derde in dagopname. Het aandeel dagbehandeling is (vooral in het B-segment) tussen 2005 en 2007 gestegen van 1% naar 2% ten koste van de poliklinische behandelingen.

#### *Ontstekingen van de bovenste luchtwegen en middenoor*

Deze groep aandoeningen valt geheel onder het specialisme Keel, Neus en Oorheelkunde (KNO) en bestaat uit acute of chronische ontstekingen van de bovenste luchtwegen (mond-keelholte en neus(bij)holten en/of het middenoor. De kenmerkende operatieve behandelingen die hierbij horen zijn het plaatsen van trommelvliesbuisjes (37%), correctie van de stand van het neustussenschot (52%) en het verwijderen van de keel/neusamandelen (70%). De percentages verwijzen naar het aandeel operatieve behandelingen en zijn stabiel over de onderzochte periode 2005-2007. Van de DBC-diagnosen 'ziekten van adenoïd en tonsillen' zat eerst alleen de (initiële) operatieve behandeling in het B-segment.

Het aantal behandelingen groeit met 2% per jaar. De behandelingen van het middenoor nemen gemiddeld af met 4% per jaar, de behandelingen (verwijdering) van de amandelen nemen toe met 7% en van overige bovenste luchtwegontstekingen met 11%.

Ruim een derde van de ontstekingen van de bovenste luchtwegen wordt klinisch behandeld. Bij het verwijderen van de amandelen wordt 17% opgenomen. Vermoedelijk zijn dit de adolescenten en volwassenen. Kinderen worden meestal poliklinisch behandeld. De behandeling van acute of chronische middenoorontsteking (OMA, OME en tubadysfunctie) wordt vrijwel altijd poliklinisch uitgevoerd. 12% Van de behandeling van overige

aandoeningen aan het middenoor vindt op de kliniek plaats. Het aandeel opnamen is stabiel over de onderzochte periode.

Correctie van een scheef neustussenschot en verwijderen van amandelen zijn eenmalige operaties. Het aandeel operatieve vervolgbehandelingen van het totaal aantal operatieve behandelingen is 2-4%. Dit aandeel ligt bij de overige luchtweginfecties hoger (9%). Het plaatsen van trommelvliesbuisjes gebeurt meestal meerdere keren. Het aandeel vervolgoperaties is 13-15 %. Het aandeel vervolgoperaties neemt voor alle aandoeningen toe van gemiddeld 7% in 2005 naar 9% in 2007. Het aandeel vervolgbehandelingen neemt daarentegen af van 21 naar 18% van het totaal aantal behandelingen (conservatief van 30 naar 24%).



Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11  
E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)  
I [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel de zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel de curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa heeft een aantal wettelijke taken: het vaststellen van prijzen en budgetten, markttoezicht en waken over goede uitvoering van de Zorgverzekeringwet en de AWBZ. Daarbij staat het belang van de consument voorop: er moet voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg zijn.

De NZa is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn.

Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de NZa tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. Het toezicht op de zorgverzekeringswetten bestaat er bijvoorbeeld uit dat de NZa bewaakt dat verzekeraars aan hun zorgplicht en acceptatieplicht voldoen en dat ze zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie. De NZa zet ook in op flinke vermindering van de bureaucratie. Ze neemt haar eigen regels grondig onder de loep, maar spreekt ook beleidsmakers, andere toezichthouders én marktpartijen aan op hun verantwoordelijkheid als dat nodig is om het aantal regels en voorschriften te beperken.