



**Nederlandse
Zorgautoriteit**

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

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

F 030 296 82 96

E info@nza.nl

I www.nza.nl

Behandeld door
ESTD/djon/TSZ

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk
23652/30154

Onderwerp
Beleidsbrief Marktscan medisch specialistische zorg 2012

Datum
10 december 2012

Mevrouw de Minister,

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

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

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

Patiëntengroepenanalyse

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

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

Kenmerk
23652/30154
Pagina
2 van 12

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

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

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

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

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

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

*Wijzigingen in de bekostiging in 2012*Kenmerk
23652/30154Pagina
3 van 12

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

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

In het kader van de transitie hebben de betrokken partijen afspraken gemaakt over beheersing van de zorguitgaven en een gezamenlijke inhoudelijke agenda in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord¹, en in het Convenant Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten².

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

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

Verloop van de contractering 2012 en contracteergraad

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

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

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

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

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

Kenmerk
23652/30154

Pagina
4 van 12

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

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

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

Inhoud en vorm van de contracten

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

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

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

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

Kenmerk
23652/30154

Pagina
5 van 12

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

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

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

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

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

Contractering in relatie tot de transitiebekostiging

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

Lumpsum- en plafondafspraken, gebaseerd op het schadelastbegrip van de zorgverzekeraar, zijn niet congruent met de reguleringsmodellen, gebaseerd op omzetbegrip, die voor de zorgaanbieders gelden. De NZa heeft in haar brief Evaluatie transitie model medisch specialistische zorg³ reeds aangegeven dat de onvoorziene omstandigheid dat partijen er op grote schaal voor kiezen om lumpsumafspraken te maken, en de complexiteit in de toerekening van omzetcomponenten aan de reguleringsmodellen die daar een gevolg van is, redenen zijn om de transitieperiode niet te verlengen.

Kenmerk
23652/30154

Pagina
6 van 12

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

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

De NZa heeft geadviseerd om bestuurlijke afspraken te maken met de partijen betrokken bij het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord, om de toerekening van contractafspraken naar deelsegmenten en boekjaren in redelijke, realistische verhoudingen te laten verlopen. Op dit moment laat ZN door een onafhankelijke commissie onderzoek doen naar mogelijk oneigenlijk gebruik van het transitie model. Daarnaast zijn veldpartijen, vanuit een gevoelde maatschappelijke verantwoordelijkheid, een initiatief gestart om te komen tot richtlijnen voor de omzetbepaling. De NZa juicht het toe dat partijen hun verantwoordelijkheid nemen en oneigenlijk gebruik van de transitie modellen willen tegengaan.

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

³ Brief NZa aan VWS Evaluatie transitie model medisch specialistische zorg, 25 juli 2012

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

Kenmerk
23652/30154
Pagina
7 van 12

Omzetontwikkeling

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

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

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

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

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

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

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

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

Volumeontwikkeling en prijsontwikkeling

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

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

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

Kenmerk
23652/30154
Pagina
8 van 12

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

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

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

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

Mogelijke upcoding

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

Productiviteit en kostendoelmatigheid

Kenmerk
23652/30154

Pagina
9 van 12

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

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

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

Beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten

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

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

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

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

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

Kenmerk
23652/30154

Pagina
10 van 12

Financiële positie zorgaanbieders

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

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

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

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

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

Kenmerk
23652/30154

Pagina
11 van 12

Wachttijden

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

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

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

Consumentengedrag en transparantie van keuze informatie

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

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

Kenmerk
23652/30154

Pagina
12 van 12

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

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

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

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

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

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