

**Marktscan en beleidsbrief**

# **Medisch specialistische zorg 2014**

Weergave van de markt 2010-2014  
Deel A



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding	9
1.2 Totstandkoming marktscans	9
1.3 Leeswijzer	10
<b>2. Omschrijving van de markt</b>	<b>11</b>
2.1 Inhoud medisch specialistische zorg	11
2.2 Spelers	12
2.3 Wijze van bekostiging	13
2.4 Ontwikkelingen	15
<b>3. Marktstructuur</b>	<b>17</b>
3.1 Aantal zorgaanbieders	17
3.2 Marktconcentratie	17
3.3 Aanbod en specialisatie van ziekenhuizen	19
3.3.1 Aantal aangeboden specialismen	20
3.3.2 Aantal ziekenhuizen dat een specialisme aanbiedt	20
3.4 Indeling zorgverzekeraars	21
3.5 Marktaandelen zorgverzekeraars	22
3.6 Marktaandelen zorgverzekeraars per regio	23
<b>4. Marktgedrag</b>	<b>25</b>
4.1 Contracteergraad ziekenhuizen	25
4.2 Ontwikkeling aantal gecontracteerde ZBC's	26
4.3 Contractering 2014	26
4.3.1 Verloop contractering 2014	27
4.3.2 Speerpunten inkoopbeleid verzekeraars	29
4.3.3 Knelpunten in onderhandelingen	29
4.3.4 Contractovereenkomsten	30
4.3.5 Selectieve inkoop	31
4.3.6 Kwaliteit	32
4.3.7 Zorginkoopproces vanuit de zorgaanbieder	33
4.4 Overstapgedrag zorgconsument bij aanbieders	36
4.5 Signalen	37
<b>5. Transparante informatie</b>	<b>39</b>
5.1 Kwaliteit van zorg	39
5.1.1 Verscherpt toezicht IGZ	39
5.1.2 Kwaliteitskeurmerken	40
5.2 Sterftecijfers	41
5.2.1 Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR)	42
5.2.2 Beperkingen van de HSMR	44
5.3 Transparantie van zorg	46
5.3.1 Kwaliteitsindicatoren	46
5.3.2 Transparantie van keuze-informatie	47
5.3.3 Transparante zorgnota	50
<b>6. Toegankelijkheid</b>	<b>51</b>
6.1 Wachtijdontwikkeling	52
6.1.1 Wachtijdontwikkeling polikliniek	52
6.1.2 Wachtijdontwikkeling behandeling	53
6.1.3 Wachtijdontwikkeling diagnostiek	54
6.1.4 Verandering in wachttijden	54

6.2	Reistijd toename	56
6.3	Wachttijden vanuit de zorgconsument	59
<b>Bijlage 1. Bronnen en methoden</b>		<b>61</b>
<b>Bijlage 2. Reistijd per specialisme</b>		<b>67</b>
<b>Bijlage 3. Beleidsbrief bij de marktscan</b>		<b>71</b>

## Vooraf

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

De analyses zijn zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op marktstructuur en marktgedrag, en het effect daarvan op de publieke belangen 'transparante informatie' en 'toegankelijkheid' van de zorg. De analyses over de 'betaalbaarheid' van zorg volgen in de eerste helft van 2015 in deel B van de marktscan.

Een marktscan bevat geen interpretaties van de uitkomsten. Daarvoor is de beleidsbrief bij de marktscan medisch specialistische zorg opgesteld. In deze beleidsbrief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien voor te maken beleid.

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

De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys  
voorzitter Raad van Bestuur a.i.



## Managementsamenvatting

De NZa heeft een update van de marktscan medisch specialistische zorg gemaakt. Het doel van de marktscan is het schetsen van een globaal beeld van de medisch specialistische zorgmarkt over de jaren 2010 tot en met 2014. Naast een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag, geeft de marktscan aan hoe het staat met de publieke belangen 'transparante informatie' en 'toegankelijkheid' van zorg.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in een brief aan de Tweede Kamer<sup>1</sup> laten weten dat instellingen voor medisch specialistische zorg tot 15 december 2014 uitstel krijgen voor het indienen van de jaarverslaggeving 2013. De analyses over de 'betaalbaarheid' van zorg worden daarom weergegeven in deel B van de marktscan. Deel B van de marktscan wordt in de eerste helft van 2015 gepubliceerd.

### *Marktconcentratie en specialisatie*

Voor de analyses met betrekking tot marktconcentratie en specialisatie is gebruik gemaakt van data over het jaar 2012, omdat dit momenteel de meest recente beschikbare data is. Ten opzichte van het jaar 2011 zijn de marktconcentratie en marktmacht van ziekenhuizen niet toegenomen in 2012. Het hebben van marktmacht stelt een aanbieder in staat om een prijs te hanteren die hoger ligt dan de kosten.

Bij algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en UMC's wordt in 2012 meer dan de helft van de omzet gegenereerd door aanbieders van respectievelijk maximaal 19, 21 en 25 specialismen. Ten opzichte van 2011 zijn geen significante wijzigingen in het aantal aangeboden specialismen zichtbaar. In 2012 wordt 83% van de ziekenhuisomzet gerealiseerd door specialismen die in alle ziekenhuizen worden aangeboden.

De marktaandeelen van (inkoopcombinaties van) zorgverzekeraars zijn relatief constant over de jaren 2009 tot en met 2012. In deze marktscan zijn de marktaandeelen voor het eerst per provincie weergegeven. Tussen de provincies zijn verschillen zichtbaar. Zo zijn in de meeste provincies één of twee (inkoopcombinaties van) verzekeraars groot.

### *Contractering 2014*

In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 (BHA) hebben partijen de ambitie uitgesproken om de contractering 2014 vóór 1 april 2014 gereed te hebben. Eind juli 2014 heeft de NZa een enquête bij zorgverzekeraars uitgezet. Uit deze enquête blijkt dat met 93% van alle te contracteren ziekenhuizen op 1 april 2014 een contract was afgesloten, ten opzichte van 37% in 2013. Voor ZBC's is dit aantal 92% in 2014 ten opzichte van 45% in 2013. Uit de aanlevering van contractprijzen blijkt dat de prijzen in 2014 sneller tot stand zijn gekomen dan in voorgaande jaren.

Vier van de tien verzekeraars geven aan selectief zorg in te kopen. Dat is één verzekeraar minder dan in 2013. In augustus 2014 heeft de NZa ook een enquête bij zorgaanbieders uitgezet. Uit deze enquête blijkt dat het meest selectief ingekocht wordt bij algemene ziekenhuizen en UMC's.

Vooraf ziekenhuizen geven aan dat er bij de contractering afspraken gemaakt worden over het bevorderen van substitutie van klinische naar poliklinische zorg. Weinig zorgaanbieders geven aan dat er afspraken gemaakt worden over het bevorderen van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg.

<sup>1</sup> Brief "Aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg" van de Minister van VWS d.d. 22 mei 2014, kenmerk 349886-CZ, aan de Tweede Kamer.

### *Overstapgedrag en transparantie keuze-informatie*

In opdracht van de NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction via haar consumentenpanel onderzoek gedaan naar het keuzegedrag van patiënten en de overwegingen om over te stappen naar een andere zorgaanbieder. Onder de respondenten die in 2013-2014 een ziekenhuis of ZBC hebben bezocht, heeft 13% overwogen om over te stappen. Van deze groep is 6% daadwerkelijk overstapt. Als de klanttevredenheid gering is, maar het aantal respondenten dat naar een andere zorgaanbieder overstapt relatief beperkt blijft, zijn er mogelijk overstapdrempels. Deze overstapdrempels zijn bijvoorbeeld wachttijden of te weinig keuze-informatie en beperken de keuzevrijheid van de zorgconsument.

In totaal geeft 75% van de respondenten aan over (ruim) voldoende keuze-informatie te beschikken. Slechts 23% heeft ziekenhuizen of ZBC's met elkaar vergeleken om tot een keuze te komen. Respondenten die een UMC of ZBC bezoeken, vergelijken zorgaanbieders eerder met elkaar dan de respondenten die een algemeen ziekenhuis hebben bezocht.

Nieuw in deze marktscan zijn de sterftecijfers (HSMR en SMR). De NZa beschouwt de publicatie van de sterftecijfers als een belangrijke stap in de ontwikkeling van transparantie van kwaliteit. Uit de analyses blijkt dat de HSMR van de meeste ziekenhuizen binnen de controle limieten ligt.

### *Wachttijden*

Vanuit het veld is een norm voor de maximale wachttijd bepaald: de Treeknorm. De Treeknorm voor een eerste polikliniekbezoek bedraagt vier weken. Ten opzichte van 2013 zijn de wachttijden in 2014 (tot en met september) gemiddeld licht gestegen. In 2014 komt de wachttijd van 7 specialismen boven de Treeknorm uit. Dat is één specialisme meer dan in 2013 (neurochirurgie).

Uit de reistijdanalyse blijkt dat met name in de dunbevolkte gebieden en grensgebieden de reistijd naar een specialisme in een ziekenhuis dat binnen de Treeknorm valt snel oploopt. Dit is ook afhankelijk van het aantal ziekenhuizen waar een bepaald specialisme wordt aangeboden. Allergologie wordt bijvoorbeeld relatief weinig aangeboden in ziekenhuizen. Met betrekking tot de reistijd binnen grensgebieden moet worden opgemerkt dat in de analyse buitenlandse ziekenhuizen niet zijn meegenomen. De extra reistijd kan, wanneer voor een buitenlandse aanbieder wordt gekozen, dan ook lager uitvallen.

Uit onderzoek onder het consumentenpanel blijkt dat 77% van de respondenten binnen vier weken bij de specialist terecht kan. Slechts 3% van de respondenten heeft gebruik gemaakt van de wachttijdbemiddeld door de verzekeraar, 13% was niet op de hoogte van deze mogelijkheid.

### *Signalen*

In 2014 zijn tot 1 oktober in totaal 1.350 signalen binnengekomen. Van alle signalen gaan er 392 (29%) over de medisch specialistische zorg. Net als in 2013 gaat ruim 80% van deze signalen (315) over het in rekening brengen van duurdere zorg dan daadwerkelijk geleverd is.



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

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

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in een brief aan de Tweede Kamer<sup>2</sup> laten weten dat instellingen voor medisch specialistische zorg tot 15 december 2014 uitstel krijgen voor het indienen van de jaarverslaggeving 2013. Wij hebben er daarom voor gekozen de analyses over de 'betaalbaarheid' van zorg weer te geven in deel B van de marktscan. Deel B van de marktscan wordt in 2015 gepubliceerd.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, maakt de NZa van alle onderscheiden zorgmarkten marktscans. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet.<sup>3</sup> Sinds 2010 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de markt voor medisch specialistische zorg.

## 1.2 Totstandkoming marktscans

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

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

Op basis van deze keuzen is het mogelijk om een bepaalde markt in kaart te brengen.

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

Wanneer uitkomsten naar voren komen die ongewenste effecten kunnen hebben op de marktwerking, is nader onderzoek nodig om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

---

<sup>2</sup> Brief "Aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg" van de Minister van VWS d.d. 22 mei 2014, kenmerk 349886-CZ, aan de Tweede Kamer.

<sup>3</sup> Het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' licht de wijze waarop de NZa markten monitort nader toe. Dit document staat op de website van de NZa.

### *Focus*

Deze marktscan omvat de jaren 2010 tot en met 2014. Hierbij moet worden opgemerkt dat voor sommige analyses de meest recente beschikbare data over 2012 gaat. De meeste analyses zijn op het niveau van zorgaanbieders.<sup>4</sup> Wachttijden zijn weergegeven op het niveau van het specialisme, de behandeling of de aandoening.

Nieuw in deze marktscan is het inzicht in door ziekenhuizen gepubliceerde sterftcijfers (HSMR). Daarnaast is het contracteerproces in tegenstelling tot vorig jaar niet alleen bekeken vanuit de zorgverzekeraars, maar ook vanuit de zorgaanbieders.

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

## **1.3 Leeswijzer**

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

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

---

<sup>4</sup> In deze marktscan ligt de nadruk op algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en UMC's. Voor een deel van de analyses ligt de nadruk ook op ZBC's en categorale instellingen.

## 2. Omschrijving van de markt

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

### 2.1 Inhoud medisch specialistische zorg

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

#### *Electieve zorg*

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

#### *Acute zorg*

Dit betreft alle spoedeisende hulp (SEH).

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

#### *Topklinische zorg*

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

#### *Topreferente zorg*

Dit betreft zeer specialistische patiëntenzorg waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Het gaat om patiënten met een zeldzame aandoening die complex wordt door combinaties van (chronische) ziekten of met een uitzonderlijk verloop van een veelvoorkomende aandoening. Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Dit betekent dat vrijwel alleen UMC's dit kunnen bieden. Patiënten die deze zorg ondergaan maken gebruik van het allernieuwste medisch kennis kunnen.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Brief "Positioneringsnota UMC's" van de Minister van VWS en de Minister van OCW, d.d. 11 juli 2014, kenmerk 383301-122132-CZ, aan de Tweede Kamer.

Het aantal topreferente functies in Nederland is (nog) niet volledig geteld. Per UMC zijn vooralsnog ongeveer 100 functies geïdentificeerd. Sommige gelden voor tien à twintig patiënten per jaar, andere voor enige honderden. Deze functie garandeert dat alle topreferente patiënten bij ten minste één UMC terecht kunnen.<sup>6</sup> Het gaat hier bijvoorbeeld om vormen van complexe oncologische chirurgie, cardiochirurgie, orthopedisch/neurochirurgische rug chirurgie en interventietechnieken in de radiologie en neurochirurgie.

#### *Traumazorg*

Dit is integrale acute zorg voor zeer ernstige ongeval patiënten.

## 2.2 Spelers

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

#### *De patiënt*

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

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

Met de invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) kennen we alleen nog 'instellingen voor medisch specialistische zorg' (IMSZ). Dit is de officiële aanduiding voor algemene ziekenhuizen, UMC's, categorale ziekenhuizen, categorale instellingen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's). ZBC's onderscheiden zich van de ziekenhuizen of andere instellingen voor medisch specialistische zorg doordat hun functie vooral ligt in de planbare (niet-acute) zorg en zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te verblijven. Om een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen de IMSZ mét en IMSZ zonder zorg met verblijf hanteren we in de marktscan nog de term ZBC.<sup>7</sup>

In 2014 zijn er 84 algemene ziekenhuizen<sup>8,9</sup>, waarvan 28 STZ-ziekenhuizen. Daarnaast zijn er acht UMC's. Er zijn 65 zorgaanbieders die zich richten op specifieke groepen van patiënten/ziekten (categorale instellingen). De categorale instellingen zijn onderverdeeld in de volgende categorieën:

- Revalidatiecentra (23)
- Astmacentra/longrevalidatiecentrum (5)
- Epilepsiecentra (2)
- Dialysecentra (3)
- Audiologische centra (18)
- Radiotherapeutische centra (6)
- Klinisch genetische centra<sup>10</sup> (8)

<sup>6</sup> Zie 'Publieke functies van de UMC's in een marktgeving', Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

<sup>7</sup> <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/particuliere-klinieken/locaties-zelfstandige-behandelcentra-2009/#breadcrumb>

<sup>8</sup> Aantal ziekenhuizen dat door de NZa wordt gezien als losstaande entiteit. Zorgaanbieders zijn in de praktijk bezig met een fusie of hebben een samenwerkingsverband, maar worden door de NZa als losstaande entiteit gezien met een eigen verantwoording.

<sup>9</sup> Hieronder vallen ook het Oogziekenhuis en de St. Maartenskliniek. In deze marktscan benaderen wij deze categorale ziekenhuizen als algemene ziekenhuizen.

<sup>10</sup> Klinisch genetische centra zijn in vrijwel alle gevallen bestuurlijk gefuseerd met een UMC, maar worden door de NZa als zelfstandige zorgaanbieders gezien.

Naast de bovenstaande aanbieders zijn er enkele honderden kleine klinieken (privéklinieken en ZBC's) die een beperkt aantal soorten zorgproducten aanbieden. Privéklinieken leveren alleen niet-verzekerde zorg. In deze marktscan worden de privéklinieken buiten beschouwing gelaten.

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

#### *De zorgverzekeraar*

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

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

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben geen contracteerplicht. Dit betekent dat partijen niet verplicht zijn om een contract met elkaar af te sluiten. De zorgverzekeraar heeft wel zorgplicht ten opzichte van zijn verzekerden, wat wil zeggen dat hij ervoor moet zorgen dat zij toegang hebben tot de zorg die zij nodig hebben of dat de geleverde zorg (gedeeltelijk) wordt vergoed.

## **2.3 Wijze van bekostiging**

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

#### *Tot en met 2011:*

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

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

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

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

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

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

*Vanaf 2012:*

Vanaf 2012 is voor het grootste deel van de medisch specialistische zorg<sup>11</sup> sprake van prestatiebekostiging en zijn voor het gereguleerde deel (A-segment) voor alle partijen maximumtarieven gaan gelden; de punttarieven (vaste tarieven) zijn afgeschaft. Voor het ziekenhuiskostendeel in het vrije segment (B-segment; nu circa 70% van de omzet) gelden vrije tarieven. Honoraria zijn voor zowel het A- als het B-segment nog steeds gereguleerd in de vorm van maximumtarieven.

Zorgaanbieders die overgegaan zijn op prestatiebekostiging hebben te maken met een transitieproces van twee jaar, dat afliep in 2014.<sup>12</sup>

Gelijktijdig met de invoering van prestatiebekostiging voor de medisch specialistische zorg is in 2012 het Macrobeheersinstrument (MBI) ingevoerd. Het MBI is een instrument waarmee ziekenhuizen een korting opgelegd kunnen krijgen als het Budgetair Kader Zorg (BKZ)<sup>13</sup> wordt overschreden.

*Medisch specialisten:*

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

Van 2012 tot 2015 geldt voor de vrijgevestigd medisch specialisten het zogenaamde beheersmodel. De NZa stelt per zorgaanbieder een bovengrens vast tot waar de vrijgevestigd medisch specialisten maximaal mogen declareren. Deze bovengrens is het individuele honorariumomzetplafond. Het totaal van alle individuele honorariumomzetplafonds is gelijk aan het BKZ voor de medisch specialisten.<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> Voor Longrevalidatie zorg en epilepsie vanaf 2013.

<sup>12</sup> Voor audiologie en revalidatie geldt een langer transitieproces van 3 jaar. Voor long-astma centra is het transitieproces in 2013 in gegaan met een looptijd van 2 jaar.

<sup>13</sup> Voor de vrijgevestigd medisch specialisten geldt een apart BKZ.

<sup>14</sup> Naar aanleiding van gehonoreerde bezwaarzaken wijkt het totale honorariumomzetplafond 2012 af van het BKZ voor medisch specialisten 2012.

## 2.4 Ontwikkelingen

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

### – DOT

In 2014 is een verdere stap gezet in de doorontwikkeling van de prestaties en tarieven van de medisch specialistische zorg. De DOT-structuur wordt in 2014 nog steeds doorontwikkeld. Per 1 januari 2015 worden onder andere wijzigingen in prestaties en tarieven medisch specialistische zorg doorgevoerd in verband met verkorten doorlooptijden, integrale tarieven, taakherschikking en aanpassingen in het add-on geneesmiddelenbeleid.<sup>15</sup>

- *Verkorten doorlooptijden:* De doorlooptijd van DBC-zorgproducten is per 2015 verkort van maximaal 365 dagen naar 120 dagen.
- *Invoering integrale tarieven:* Vanaf 1 januari 2015 is er geen onderscheid meer in een ziekenhuiskostendeel en een honorarium deel voor medisch specialisten. Het honorariumtarief wordt vrijgegeven en er zal één integraal tarief aan de zorgverzekeraar of patiënt gedeclareerd worden. Met de invoering van integrale tarieven wordt het beheersmodel medische specialisten ook beëindigd.
- *Taakherschikking:* Per 2015 zijn belemmeringen voor de taakherschikking bij zorgaanbieders in de tweede lijn weggenomen. Hierbij gaat het specifiek om het kunnen declareren van medisch specialistische zorg door verpleegkundig specialisten, physician assistants en/of SEH-artsen.
- *Aanpassingen in het add-on geneesmiddelenbeleid:* De belangrijkste wijziging voor 2015 betreft de aanvraagprocedure en het verdwijnen van de kostendrempel van gemiddeld €10.000,- per patiënt per jaar. Een verzekeraar en een zorgaanbieder kunnen gezamenlijk bij de NZa een aanvraag indienen om een combinatie van geneesmiddel (stofnaam en indicatie ) als add-on te declareren.

### – Overheveling dure geneesmiddelen

In 2014 zijn enkele geneesmiddelen overgeheveld uit het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) naar het ziekenhuiskader. Het betreft de overheveling van de fertiliteitshormonen. Met ingang van 1 januari 2015 worden een aantal oncolytica overgeheveld.

### – Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017

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

<sup>15</sup> Beoordelingsrapport: Beoordeling release DOT 2015 (RZ15a), Beoordeling wijzigingen prestaties en tarieven met ingangsdatum 1 januari 2015.





### 3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Aan de orde komen ontwikkelingen in het aantal zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de concentratiegraad, het aanbod en de specialisatie van ziekenhuizen. Tot slot wordt ingegaan op de landelijke en regionale marktaandelen van de (inkoopcombinaties) van de verzekeraars.

#### 3.1 Aantal zorgaanbieders

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

**Tabel 3.1 Aantal zorgaanbieders 2010-2014<sup>16</sup>**

Type zorgaanbieder	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen <sup>17</sup>	86	86	84	84	84
UMC's	8	8	8	8	8
<i>Totaal aantal ziekenhuizen</i>	<i>94</i>	<i>94</i>	<i>92</i>	<i>92</i>	<i>92</i>
Categorale instellingen	68	65	65	65	65
ZBC's actief in A- en/of B-segment	241	258*	288	274	258**
<i>Totaal aantal zorgaanbieders</i>	<i>403</i>	<i>417</i>	<i>445</i>	<i>433</i>	<i>415</i>

\* Het aantal ZBC's vóór 2012 wijkt af van het aantal in paragraaf 4.2 omdat paragraaf 4.2 alleen gebaseerd is op de contractprijzen die zijn aangeleverd door verzekeraars.

\*\* Stand oktober 2014

Bron: NZa

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

In 2014 is het totaal aantal zorgaanbieders dat als eigen entiteit<sup>18</sup> functioneert licht gedaald ten opzichte van de voorgaande jaren. Dit komt met name door een daling in het aantal gecontracteerde ZBC's. Daarbij moet worden opgemerkt dat het hierbij gaat om peildatum oktober 2014 en er dus nog contracten kunnen worden afgesloten. Vergeleken met dezelfde peildatum vorig jaar (268) is het aantal gecontracteerde ZBC's in 2014 licht gedaald.

#### 3.2 Marktconcentratie

Veel gebruikte indicatoren voor marktconcentratie, zoals de Herfindahl-Hirschman Index (HHI) of de C4, zijn gebaseerd op marktaandelen van aanbieders in een afgebakende markt. Om een beeld te geven van de marktconcentratie van de ziekenhuizen hanteert de NZa een alternatieve

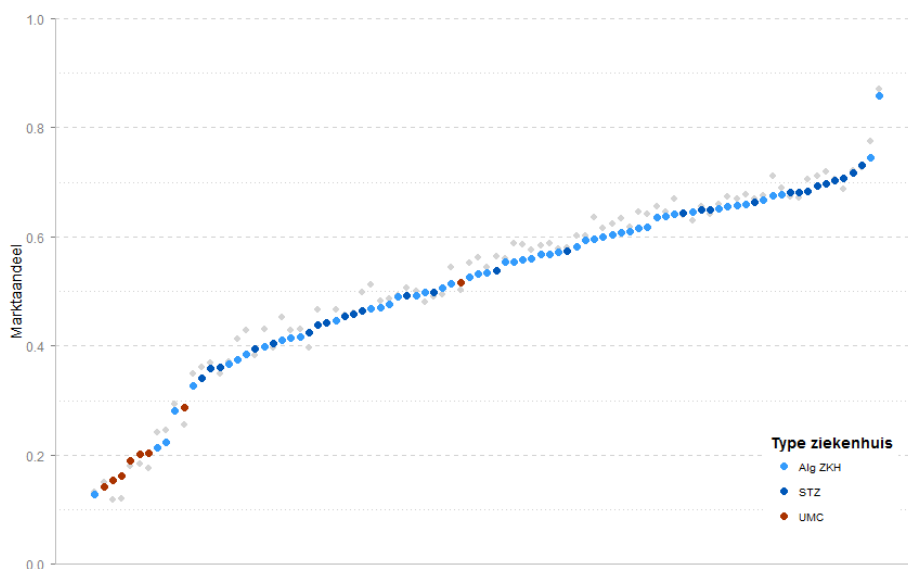
<sup>16</sup> Het aantal zorgaanbieders is gebaseerd op de bij de NZa bekende apart functionerende entiteiten.

<sup>17</sup> In deze marktscan benaderen wij de categorale ziekenhuizen als algemene ziekenhuizen.

<sup>18</sup> Hierbij wordt geen rekening gehouden met bestuurlijke fusies, alle entiteiten publiceren een eigen jaarrekening.

methode. Deze methode werkt met marktaandelen in 'micromarkten'. Voor deze marktscan worden micromarkten gehanteerd die bestaan uit patiënten per viercijferig postcodegebied. Hieruit wordt een gewogen marktaandeel per ziekenhuis berekend. In figuur 3.1 is per ziekenhuis het gewogen marktaandeel weergegeven voor het jaar 2012. ZBC's en categorale instellingen zijn bij deze analyse buiten beschouwing gelaten.

**Figuur 3.1 Gewogen marktaandelen per ziekenhuis, oplopend gesorteerd (2012)**



Bron: NZa, op basis van Vektis data 2012

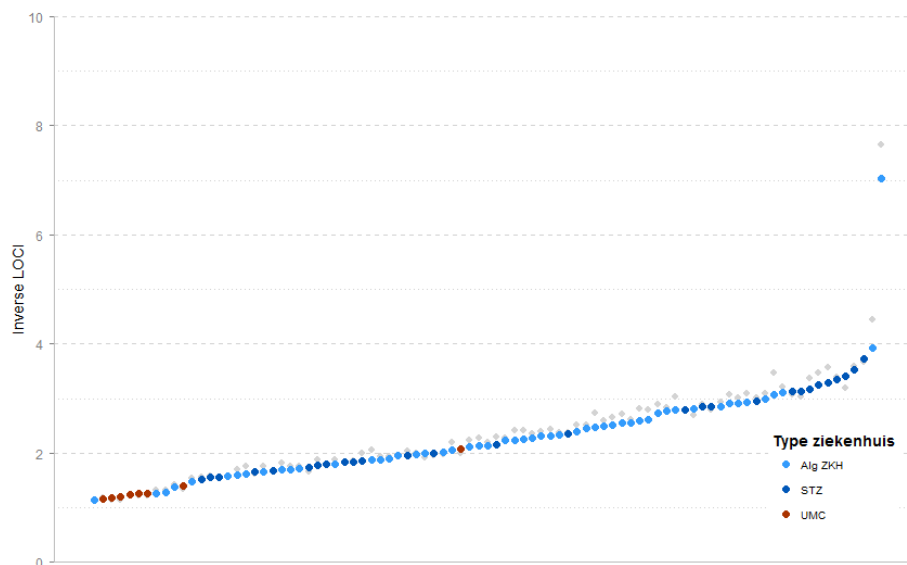
In het jaar 2012 is het gemiddeld gewogen marktaandeel sectorbreed 50,3%. Dit betekent dat een gemiddeld ziekenhuis, in de voor haar relevante postcodegebieden<sup>19</sup> een marktaandeel (in termen van omzet) van 50,3% heeft. Ten opzichte van het gemiddeld gewogen marktaandeel in 2011 (51,5%) is deze score nagenoeg gelijk gebleven.

De Logit Competition Index (LOCI) is een methode die de concurrentie positie van ziekenhuizen modelleert. Een LOCI ligt tussen de 0 (bij een monopolie) en 1 (bij perfecte concurrentie). De inverse LOCI is een marktmacht indicator en wordt gedefinieerd als 1 gedeeld door de LOCI. Het hebben van marktmacht stelt een aanbieder in staat om een prijs te hanteren die hoger ligt dan de kosten. Hoe hoger de inverse LOCI score, des te hoger de prijs is die de aanbieder kan hanteren.<sup>20</sup> Figuur 3.2 laat per ziekenhuis de inverse LOCI score zien voor het jaar 2012.

<sup>19</sup> Een postcodegebied wordt als relevant beschouwd wanneer een ziekenhuis er tenminste een euro aan omzet heeft gedeclareerd.

<sup>20</sup> Website NZa: Document 'Fusiesimulatiemodellen'.

**Figuur 3.2 Marktconcentratie (inverse LOCI score) per ziekenhuis, oplopend gesorteerd (2012)**



Bron: NZa, op basis van Vektis data 2012

De gemiddelde gewogen inverse LOCI score in 2012 is 2,3. Vergeleken met 2011 (2,4) is deze score nagenoeg gelijk gebleven. De marktconcentratie is gemiddeld gezien dus niet veranderd. Ziekenhuizen met een hoge inverse LOCI score bevinden zich in omgevingen met relatief weinig ziekenhuizen. De uitschieter in figuur 3.2 met een inverse LOCI score van 7,04 ligt dan ook in een dunbevolkt gebied. Daarnaast blijkt uit figuur 3.2 dat vooral STZ-ziekenhuizen gemiddeld een hogere inverse LOCI score hebben. Van de tien ziekenhuizen met de laagste inverse LOCI score zijn er zes een UMC. Doordat UMC's vrijwel altijd in de nabijheid van een algemeen ziekenhuis liggen wordt de marktmacht voor algemene zorg, die ook in algemene ziekenhuizen wordt aangeboden, beperkt. Een vergelijking met de inverse LOCI scores in 2011 leert dat de scores per zorgaanbieder relatief stabiel zijn.

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

### 3.3 Aanbod en specialisatie van ziekenhuizen

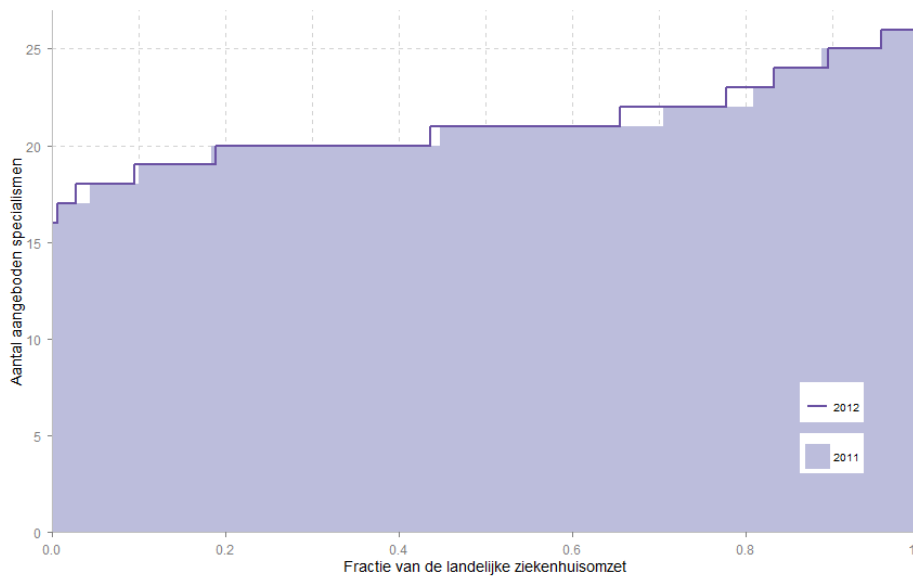
Eén van de onderdelen van het BHA is de mate van specialisatie van ziekenhuizen. De komende jaren zullen zowel de spreiding als concentratie van zorg wijzigen. Specialisatie kan op verschillende manieren benaderd worden. In deze marktscan bekijken we de mate van specialisatie vanuit twee perspectieven: 1) de opdeling van zorg in specialismen en 2) de individuele specialismen. In totaal worden 26 verschillende poortspecialismen aangeboden. Hierbij maken we onderscheid tussen het aantal specialismen in een ziekenhuis en de verdeling van de omzet over specialismen. ZBC's en categorale instellingen zijn in deze analyse niet

meegenomen. In deze instellingen zijn over het algemeen slechts een beperkt aantal specialismen vertegenwoordigd.

### 3.3.1 Aantal aangeboden specialismen

Figuur 3.3 geeft voor alle ziekenhuizen het aantal aangeboden poortspecialismen waar tenminste € 1,- aan omzet is gedeclareerd en het aandeel in de landelijke ziekenhuisomzet weer voor het jaar 2011 en 2012.

**Figuur 3.3 Aandeel en aantal aangeboden specialismen per ziekenhuis**



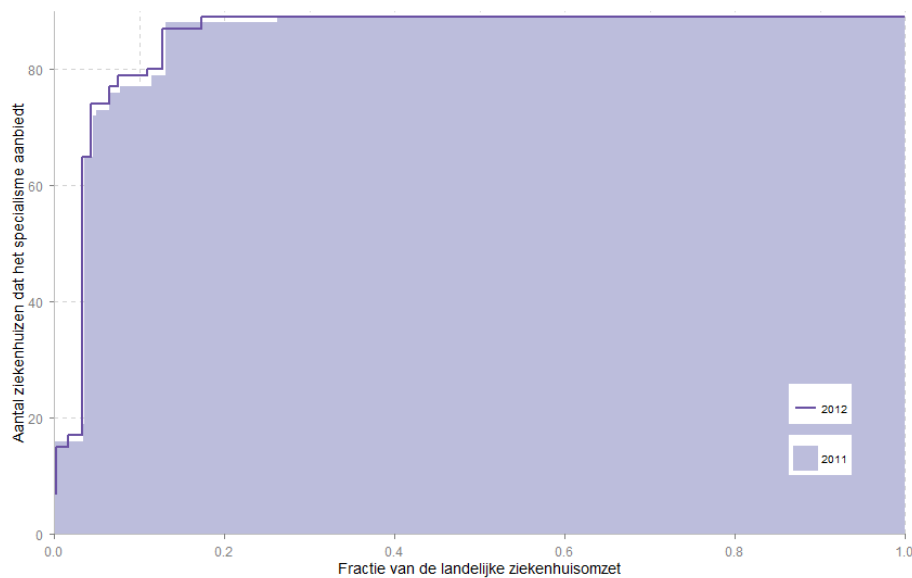
Bron: NZa, op basis van Vektis data 2011 en 2012

De figuur laat zien dat in 2012 meer dan de helft van de ziekenhuisomzet wordt gegenereerd door ziekenhuizen waar 21 of minder van de 26 poortspecialismen worden aangeboden. Verder wordt ruim 80% van de ziekenhuisomzet gerealiseerd in een ziekenhuis met tussen de 19 en 25 poortspecialismen. Er zijn hierbij verschillen tussen de type ziekenhuizen: bij algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en UMC's wordt meer dan de helft van de omzet gegenereerd door aanbieders van respectievelijk maximaal 19, 21 en 25 specialismen. Ten opzichte van het jaar 2011 zijn in 2012 geen significante wijzigingen in het aantal aangeboden specialismen zichtbaar.

### 3.3.2 Aantal ziekenhuizen dat een specialisme aanbiedt

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

In figuur 3.4 is voor alle poortspecialismen het aantal ziekenhuizen weergegeven dat in 2011 en in 2012 tenminste € 1,- aan omzet heeft gedeclareerd. De horizontale as is weergegeven als de fractie van de landelijke omzet.

**Figuur 3.4 Aantal ziekenhuizen dat een specialisme aanbiedt**

Bron: NZa, op basis van Vektis data 2011 en 2012

Figuur 3.4 laat zien dat 83% van de landelijke ziekenhuisomzet in 2012 wordt gegenereerd binnen specialismen die in alle ziekenhuizen worden aangeboden. Hierbij zijn ten opzichte van het jaar 2011 geen significante verschillen waar te nemen. Verder blijkt dat 17% van de omzet in 2012 gegenereerd wordt door specialismen die alleen worden aangeboden in UMC's en STZ-ziekenhuizen. In tabel 3.2 zijn de specialismen weergegeven die slechts door enkele ziekenhuizen aangeboden worden.

**Tabel 3.2 Specialismen die het minst worden aangeboden**

Specialisme	Aantal ziekenhuizen 2011	Aantal ziekenhuizen 2012
Audiologie	8	7
Klinische genetica	8	7
Radiotherapie	16	15
Allergologie	19	16
Cardio-pulmonale chirurgie	16	17

Bron: NZa, op basis van Vektis data 2011 en 2012

### 3.4 Indeling zorgverzekeraars

De afgelopen jaren zijn zorgverzekeraars meer gezamenlijk zorg gaan inkopen. In totaal zijn er zes partijen (=inkoopcombinaties/concerns) die medisch specialistische zorg inkopen, zie tabel 3.3. Vergeleken met 2013 heeft voor de inkoop 2014 één wijziging plaatsgevonden. In 2013 heeft DSW Zorgverzekeraar namelijk besloten om zich voor de zorginkoop 2014 niet meer door Multizorg VRZ te laten vertegenwoordigen.

**Tabel 3.3 Inkoopcombinaties/concernindeling zorgverzekeraars zorginkoop 2014**

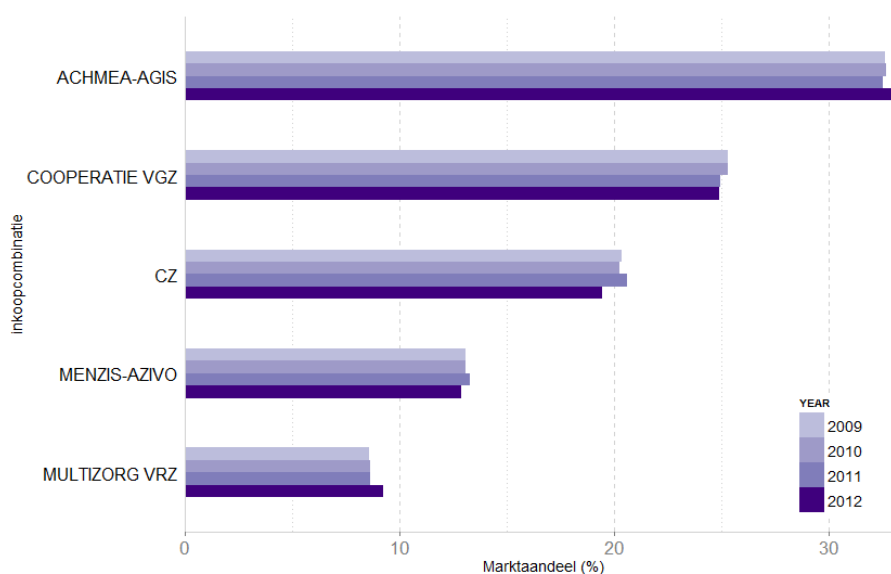
Inkoopcombinatie/ concern	Zorgverzekeraars
Coöperatie VGZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Univé Zorg</li> <li>- VGZ Cares</li> <li>- IZA</li> <li>- Trias</li> <li>- UMC</li> <li>- IZZ</li> <li>- VGZ</li> </ul>
CZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delta Lloyd</li> <li>- OHRA Ziektekostenverzekering</li> <li>- OHRA</li> <li>- Zorgverzekeringen</li> <li>- OWM CZ</li> </ul>
Achmea/Agis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FBTO</li> <li>- Zorgverzekeringen</li> <li>- Zilveren Kruis</li> <li>- Interpolis</li> <li>- OZF</li> <li>- Avéro</li> <li>- Agis</li> <li>- De Friesland</li> </ul>
Multizorg VRZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASR Ziektekostenverzekeringen</li> <li>- Eno</li> <li>- ONVZ ziektekostenverzekeraar Eno</li> <li>- OWM Zorg en Zekerheid</li> </ul>
Menzis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menzis</li> <li>- Anderzorg</li> <li>- Azivo</li> </ul>
DSW Zorgverzekeraar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DSW Zorgverzekeraar</li> </ul>

Bron: NZa, aanlevering contractprijzen

### 3.5 Marktaandeelen zorgverzekeraars

Het Nederlandse zorgstelsel bestaat in hoofdlijnen uit drie partijen: de patiënt/consument, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. In het zorgstelsel hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol. Zij moeten kwalitatief goede zorg inkopen tegen een betaalbare prijs. Het aantal zorgverzekeraars en de omvang van de verschillende zorgverzekeraars zeggen iets over de dynamiek van de markt. In onderstaande analyses zijn de verzekeraars ingedeeld naar de inkoopcombinaties waar zij onderdeel van zijn. In 2012 zijn er nog vijf inkoopcombinaties. Dit aantal wijkt af van het aantal concerns in paragraaf 3.4 omdat DSW Zorgverzekeraar zich pas sinds 2014 niet meer laat vertegenwoordigen door Multizorg VRZ.

**Figuur 3.5 Marktaandeelen inkoopcombinaties A+B-segment**



Bron: NZa, op basis van Vektis data

**Tabel 3.4 Marktaandeel inkoopcombinaties A+B-segment (%)**

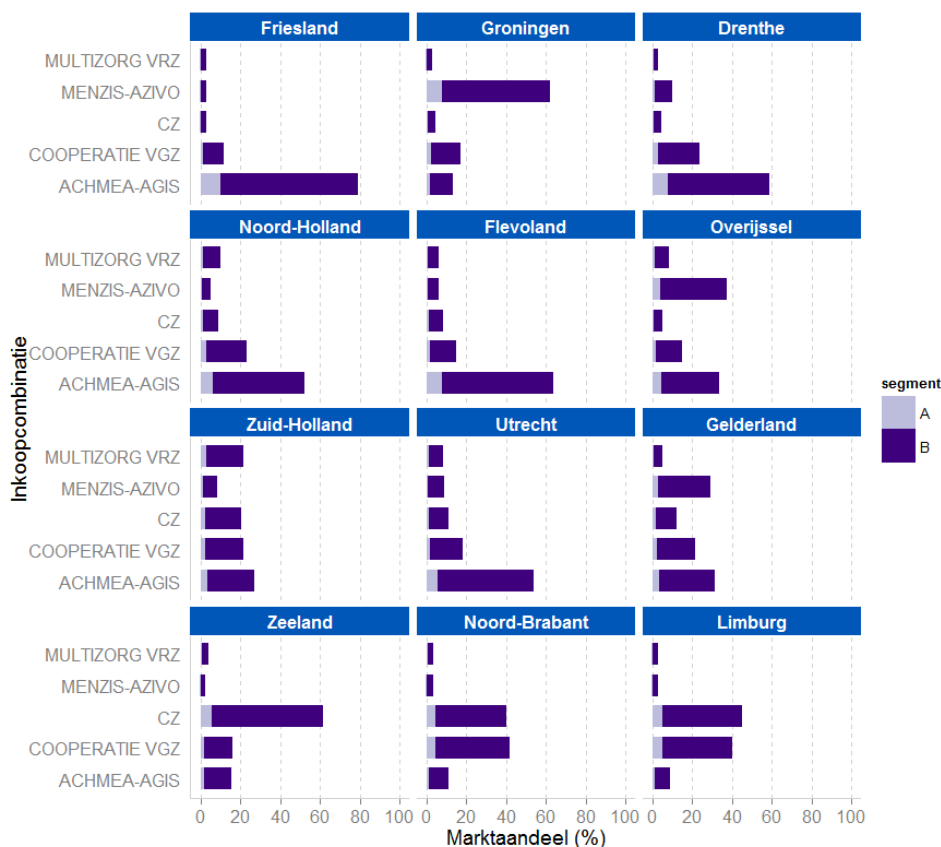
	2009	2010	2011	2012
Achmea/Agis	32,64	32,71	32,53	33,46
Coöperatie VGZ	25,32	25,32	24,95	24,92
CZ	20,35	20,28	20,61	19,46
Menzis	13,07	13,07	13,28	12,91
Multizorg VRZ	8,62	8,63	8,63	9,25

Bron: NZa, op basis van Vektis data

In figuur 3.5 en tabel 3.4 is te zien dat de marktaandelen van de inkoopcombinaties (gebaseerd op gedeclareerde omzetten) voor het A- en het B-segment bij elkaar opgeteld relatief constant zijn over de jaren heen. De marktaandelen van het A-segment en het B-segment afzonderlijk laten weinig verschillen zien met de marktaandelen van A- en B-segment samen. Daarom worden de uitsplitsingen hier niet getoond.

### 3.6 Marktaandelen zorgverzekeraars per regio

Figuur 3.6 geeft de marktaandelen (A+B-segment, gebaseerd op gedeclareerde omzet) van de inkoopcombinaties per provincie weer over het jaar 2012.

**Figuur 3.6 Marktaandelen inkoopcombinaties A+B-segment per provincie (%)**

Bron: NZa, op basis van Vektis data

Er zijn opvallende verschillen tussen de provincies. Zo kennen de provincies Noord Brabant en Limburg twee heel grote zorgverzekeraars (CZ en coöperatie VGZ) die samen meer dan 80% van de zorg inkopen. De provincie Overijssel kent ook twee grote concerns (Menzis en Achmea/Agis). Zuid-Holland en Gelderland hebben de meest gelijkmatige verdeling tussen de inkoopcombinaties. In de overige provincies is veelal één zorgverzekeraar dominant. Zo heeft Menzis het grootste marktaandeel in Groningen, terwijl dit voor CZ in Zeeland geldt. Achmea/Agis is dominant in Friesland, Drenthe, Noord-Holland, Flevoland en Utrecht.



## 4. Marktgedrag

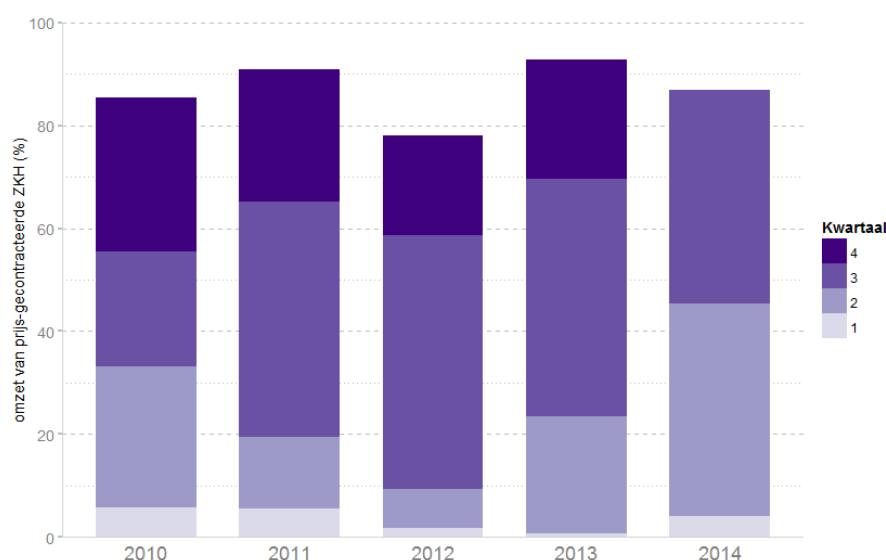
De marktstructuur én het marktgedrag zijn bepalend voor de publieke belangen. Waar in het vorige hoofdstuk de structuur van de markt centraal stond, gaat dit hoofdstuk nader in op het gedrag. Hierbij wordt ingegaan op de contracteergraad van ziekenhuizen en ZBC's, de contractering door verzekeraars,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

### 4.1 Contracteergraad ziekenhuizen

Om inzicht te krijgen in het tempo waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars contractafspraken maken, is de aanlevering van de contractprijzen in kaart gebracht. Tot en met 2011 betrof dit alleen de B-segment prijzen. Vanaf 2012 worden zowel de A- als de B-segment prijzen aangeleverd, vanwege de invoering van prestatiebekostiging. De contracteergraad van ziekenhuizen in een bepaald jaar wordt gewogen met omzetgegevens uit de meest recente jaarrekening. Omdat ziekenhuizen uitstel hebben gekregen voor de jaarverslaggeving 2013 is gebruik gemaakt van de omzetgegevens uit de jaarrekeningen van 2012.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn niet verplicht om contractafspraken te maken. Zorgaanbieders kunnen, bij het ontbreken van een contract, ook rechtstreeks bij de patiënt een zogenoemd passantentarief in rekening brengen. Figuur 4.1 toont het percentage afgesloten contracten van ziekenhuizen (gewogen naar de omzet van het ziekenhuis). Voor 2014 zijn de gegevens tot en met de maand september meegenomen in de grafiek.

**Figuur 4.1 Ontwikkeling percentage afgesloten contracten**



Bron: NZa, op basis van contractprijzen zorgverzekeraars.

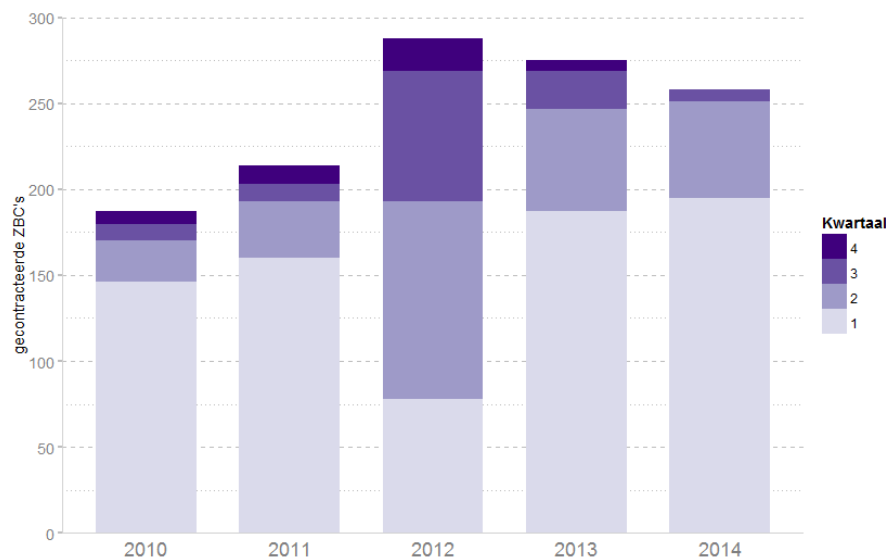
Een kanttekening bij figuur 4.1 is dat de mate van contracteren alleen gebaseerd is op de aangeleverde contractprijzen. Veelal wordt eerst over de lumpsum/plafondafspraken onderhandeld, en volgt daarna pas de een afspraak over de contractprijzen. Uit de figuur blijkt dat de contractprijzen in 2014 sneller tot stand zijn gekomen dan in de voorgaande jaren.

## 4.2 Ontwikkeling aantal gecontracteerde ZBC's

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

De contracteergraad van ziekenhuizen in een bepaald jaar wordt gewogen met omzetgegevens uit de meest recente jaarrekening. Het gebruik van oudere omzetgegevens is bij ziekenhuizen geen probleem omdat daar weinig toe- of uittrekking van aanbieders is. Bij ZBC's vindt er meer toe- en uittrekking plaats. Weging met oudere omzetgegevens kan daardoor een verkeerd beeld geven. Nieuwe toetreders of een sterke groei van ZBC's zouden op deze manier niet meegewogen worden. In figuur 4.2 worden daarom alleen aantallen gecontracteerde ZBC's weergegeven. Een ZBC wordt meegenomen als met minimaal één verzekeraar een contract is afgesloten. In figuur 4.2 is het aantal gecontracteerde ZBC's (tot en met 2011 alleen in het B-segment, vanaf 2012 zowel A- als B-segment) per maand te zien. Voor 2014 zijn de gegevens tot en met de maand september meegenomen in de grafiek.

**Figuur 4.2 Ontwikkeling percentage afgesloten contracten**



Bron: NZa, op basis van contractprijzen zorgverzekeraars.

Uit figuur 4.2 blijkt dat het aantal gecontracteerde ZBC's in kwartaal 1 en 2 van 2014 licht gestegen is ten opzichte vorig jaar. In het derde kwartaal blijft de contractering achter.

## 4.3 Contractering 2014

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

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

Eind juli 2014 is een vragenlijst bij tien zorgverzekeraars<sup>21</sup> uitgezet. Het doel van deze vragenlijst is om een beeld te krijgen van de inkoop medisch specialistische zorg 2014. Alle verzekeraars hebben de vragenlijst ingevuld en ingediend. Begin september 2014 is ook een vragenlijst uitgezet bij zorgaanbieders met als doel het verkrijgen van inzicht in hoe zorgaanbieders het proces van contracteren hebben ervaren. De vragenlijst is door in totaal 97 zorgaanbieders<sup>22</sup> ingevuld.

Naar aanleiding van de verkregen informatie gaan we in deze paragraaf in op de volgende onderwerpen: verloop contractering 2014, speerpunten zorginkoop, knelpunten in de onderhandeling, contractovereenkomsten, selectieve inkoop en kwaliteit. Tot slot wordt het zorginkoopproces vanuit de zorgaanbieder beschreven.

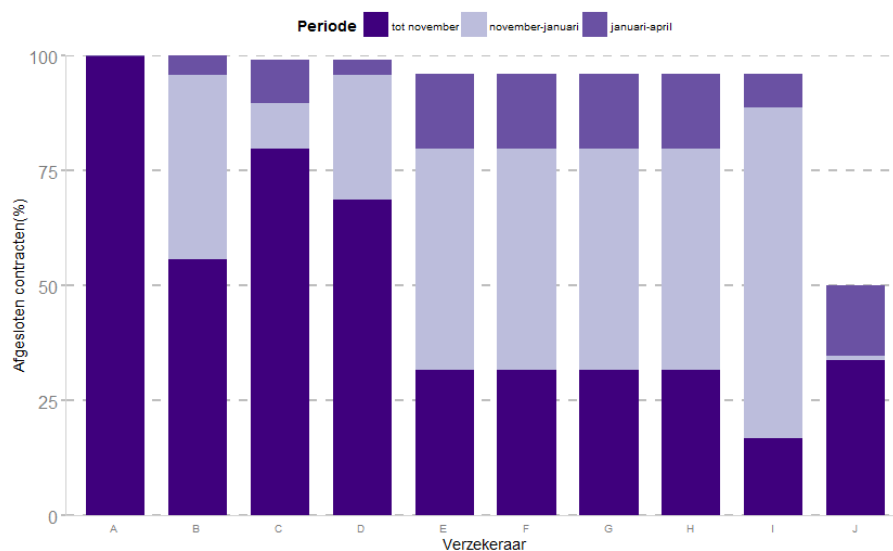
#### 4.3.1 Verloop contractering 2014

Verzekeraars zijn uiterlijk in juli 2013 begonnen met het zorginkoopproces 2014, voornamelijk door het aanschrijven van aanbieders. Figuur 4.3 laat zien welk percentage van de contracten met ziekenhuizen en ZBC's op drie peildata (november, januari en april) waren afgesloten. Het betreft hier de daadwerkelijk ondertekende contracten. In de praktijk wordt vaak zowel een contract over volume/omzet als een contract over prijzen afgesloten. Wij hebben in de vragenlijst niet specifiek naar deze twee onderdelen gevraagd.

Een percentage van 100% betekent niet dat de verzekeraar een contract heeft afgesloten met alle zorgaanbieders, maar dat alle af te sluiten contracten ondertekend zijn.

**Figuur 4.3 Verloop contractering per verzekeraar 2014, ziekenhuizen en ZBC's**

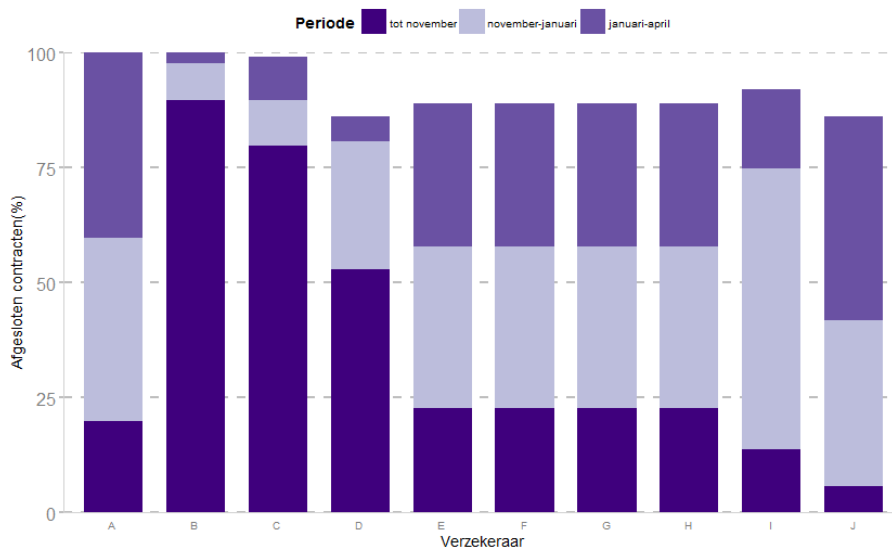
##### a. Ziekenhuizen



<sup>21</sup> De Friesland Zorgverzekeraar, Menzis, Coöperatie VGZ, A.S.R. Ziektekosten, ONVZ Zorgverzekeraar, Zorg en Zekerheid, DSW Zorgverzekeraar en Stad Holland Zorgverzekeraar, Achmea, CZ/Delta Lloyd/Ohra, Eno Zorgverzekeraar N.V. De tien verzekeraars vallen onder zes inkoopcombinaties en hanteren een individuele zorginkoop of voeren de inkoop uit ten behoeve van de andere verzekeraars in een inkoopcombinatie.

<sup>22</sup> In totaal hebben 29 algemene ziekenhuizen, 5 UMC's, 9 categorale instellingen en 54 ZBC's de vragenlijst ingevuld.

**b. ZBC's**



Bron: NZa Vragenlijst zorginkoop medisch specialistische zorg 2014

Eén van de doelstellingen van het BHA is het afronden van de contractering voor jaar t vóór 1 april jaar t+1. Op basis van de vragenlijst is deze doelstelling door twee verzekeraars, voor zowel de ziekenhuizen als de ZBC's, gehaald. Op 1 april 2014 hadden verzekeraar A en B 100% van de door hen te contracteren zorgaanbieders gecontracteerd. Ook in 2013 hadden twee verzekeraars de contractering voor 1 april afgerond. In tabel 4.1 zijn de gemiddelde percentages afgesloten contracten in november, januari en april voor zowel 2013 als 2014 weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat voor zowel ziekenhuizen als ZBC's op alle drie de peildata het gemiddeld percentage afgesloten contracten hoger is in 2014. Daarnaast blijkt dat verzekeraars in april 2014 gemiddeld 93% van alle te contracteren ziekenhuizen gecontracteerd hadden ten opzichte van 37% in 2013. Voor ZBC's is dit gemiddelde percentage 92% ten opzichte van 45% in 2013.

**Tabel 4.1 Gemiddeld percentage afgesloten contracten**

**a. Ziekenhuizen**

Maand	Contractering 2013	Contractering 2014
November jaar t-1	7%	48%
Januari jaar t	23%	83%
April jaar t	37%	93%

**b. ZBC's**

Maand	Contractering 2013	Contractering 2014
November jaar t-1	12%	36%
Januari jaar t	29%	68%
April jaar t	45%	92%

Bron: NZa Vragenlijst zorginkoop medisch specialistische zorg 2013 en 2014

Uit de ZN contractinformatie uitvraag medisch specialistische zorg 2014 blijkt verder dat op 1 december 2013 87% van de verwachte schadelast 2014 gecontracteerd is. Hiermee begint één van de doelstellingen uit het BHA, het verkorten en tijdig afronden van de contracteercyclus, vorm te krijgen.

In het Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 is afgesproken dat het streven is om de inkoopcyclus voor 2015 vóór 19 november 2014 af te ronden.<sup>23</sup>

#### 4.3.2 Speerpunten inkoopbeleid verzekeraars

Verzekeraars geven aan in het inkoopbeleid 2014 veelal de volgende speerpunten gehanteerd te hebben:

- (transparantie van) kwaliteit;
- doelmatigheid (gepast gebruik);
- toegankelijkheid;
- betaalbaarheid.

Naast de bovenstaande punten zijn andere voorkomende speerpunten:

- spreiding en concentratie;
- selectieve inkoop;
- praktijkvariatie;
- normering beroepsgroepen;
- klantgerichtheid/klantbeleving;
- verdeling/verschuiven van zorg tussen 1e, 2e en 3e lijn.

Alle verzekeraars geven aan dat gedifferentieerde groei is toegestaan en geven daarbij aan dat de maximale groei van 1,5% op concernniveau bewaakt wordt.

Naast het contracteren van Nederlandse aanbieders wordt door negen verzekeraars ook zorg ingekocht in België en Duitsland. Zeven verzekeraars geven aan zorg in te kopen in Spanje. Daarnaast geeft één verzekeraar aan zorg in te kopen in Oostenrijk en heeft één verzekeraar zorg ingekocht in Turkije en Marokko. Eén verzekeraar geeft aan geen zorg in het buitenland in te kopen.

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

#### 4.3.3 Knelpunten in onderhandelingen

Door verzekeraars genoemde knelpunten in de onderhandeling zijn onder andere:

- *Productstructuur*. Onduidelijkheid over de productstructuur en het missen van historische gegevens over de in te kopen producten.
- *Tussentijdse wijzigingen*. Het tussentijds wijzigen van het VWS-kader, de productstructuur en de maximum tarieven.
- *Onzekerheid*. Er is onzekerheid over de prijs- en volume informatie. Het onvoldoende kunnen inschatten van een juiste prijsstelling als gevolg van de invoering van DOT en het ontbreken van stabiele lange termijn prijs- en volume informatie. Het laat ter beschikking stellen van benodigde gegevens en regelgeving door de NZa, en het laat uitgeven van tarieftabellen door DBC-Onderhoud.
- *Informatie-asymmetrie*. Door gebrek aan transparantie ontstaan prijsdiscussies.
- *Marktaandeel*. Kleine verzekeraars zitten vaak als laatste inkooppartij aan tafel en ervaren dit als een knelpunt in de onderhandelingen.

Naast deze knelpunten worden ook de doorleververplichting, substitutie effect ziekenhuis-ZBC en de overheveling van de dure geneesmiddelen genoemd.

<sup>23</sup> Aanvullend akkoord tussen branchepartijen (NVZ, NFU, NPCF, ZKN, OMS en ZN) en VWS, 16 juli 2013.

#### 4.3.4 Contractovereenkomsten

De meeste verzekeraars maken net als in 2013 gebruik van een combinatie van maatwerk- en standaardcontracten. Een tweetal verzekeraars bekijkt per type zorgaanbieder wat voor soort contract wordt aangeboden. In de contracten worden verschillende type afspraken opgenomen. De volgende afspraken worden gehanteerd:

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

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de afspraken die in 2014 in de contracten zijn opgenomen. In sommige gevallen wordt een combinatie van afspraken opgenomen.

**Tabel 4.2 Soort afspraken in de contracten 2014**

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

Bron: NZa Vragenlijst zorginkoop medisch specialistische zorg 2014

Nieuw ten opzichte van 2013 is dat met UMC's en categorale instellingen voor 2014 ook P\*Q afspraken zijn gemaakt. Ook nieuw is dat in tegenstelling tot 2013 met UMC's prijsafspraken zijn gemaakt. Met UMC's worden in tegenstelling tot 2013 en de andere categorieën zorgaanbieders geen meerjarenafspraken meer gemaakt.

Naast de bovenstaande afspraken maken de verzekeraars ook afspraken met zorgaanbieders over:

- *Doorleververplichting*. Negen van de tien verzekeraars geven aan dat bij alle of sommige zorgaanbieders een onbeperkte of beperkte doorleververplichting wordt opgenomen in het contract. Daarbij is bij drie verzekeraars onder voorwaarden nacalculatie mogelijk. Eén verzekeraar neemt geen doorleververplichting op in zijn contracten. Wanneer de aanbieder uiteindelijk meer zorg declareert dan afgesproken wordt het teveel betaalde bedrag door de verzekeraars teruggevorderd. Daarbij geeft één verzekeraar aan dat gestopt wordt met betalen van declaraties wanneer het maximaal overeengekomen bedrag is bereikt.

- *Wachtlijsten.* Eén verzekeraar is bereid om aanvullende afspraken te maken wanneer wachtlijsten dreigen te ontstaan. De overige verzekeraars geven aan open te staan voor een gesprek maar zijn in beginsel niet bereid om hiervoor aanvullende afspraken te maken.
- *Aanpassing van het contract.* Het aantal gecontracteerde aanbieders dat gedurende het contractjaar verzoekt om nieuwe onderhandelingen of aanpassing van het contract varieert tussen de verzekeraars tussen de 0% en 100%. De aangevoerde redenen voor een verzoek tot wijziging van een contract zijn aanpassingen in NZa-tarieven, honorariumplafondmutatie, marktaandeelenmutatie, hogere zorgvraag dan verondersteld, exploitatieproblemen, kostenontwikkeling, foute prijsstelling/productmix en fusies of faillissement. De contracten worden in sommige gevallen ook aangepast, het gaat hier onder andere om uitzonderlijke gevallen zoals verzekerdenmutaties, aanpassing van NZa-tarieven of wijzigingen in de zorgvraag die niet waren voorzien.
- *Substitutie.* Alle verzekeraars maken afspraken over het bevorderen van substitutie van tweedelijns zorg naar eerstelijns zorg. Acht van de tien verzekeraars maken ook afspraken over substitutie van klinische zorg naar poliklinische zorg. De afspraken die onder andere gemaakt zijn gaan over praktijkvariatie, aanzet tot het voorkomen van dubbele bekostiging, beperking (volume/plafond) op producten welke ook voorkomen in de eerste lijn, gepast gebruik, doelmatigheid en het afbouwen van klinische zorg bij ZBC's. Bij de overige twee verzekeraars komt het onderwerp wel aan de orde en/of komt het indirect tot uiting in prijsafspraken. Daarbij wordt ook aangegeven dat de substitutie van de tweede naar de eerstelijns meer potentie heeft.

#### 4.3.5 Selectieve inkoop

Zorgverzekeraars kunnen, zolang zij voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden, ervoor kiezen om niet met alle zorgaanbieders een contract af te sluiten (voor bepaalde zorg). Met de verdere afbouw van de ex-post compensatie in de risicoverevening<sup>24</sup>, en dus de toenemende risicodragendheid van verzekeraars, is de verwachting dat het selectief inkopen verder gaat toenemen. Daarnaast is in het BHA afgesproken dat de selectieve inkoop sterk moet worden uitgebreid.

In Artikel 13 van de zorgverzekeringswet (Zvw) is vastgelegd dat zorgverzekeraars een vergoeding moeten geven voor niet-gecontracteerde zorg. Deze vergoeding hoeft niet even hoog te zijn als voor gecontracteerde zorg, maar moet wel hoog genoeg zijn om geen 'hinderpaal' te vormen voor verzekerden om naar niet-gecontracteerde aanbieders te gaan. De minister heeft een wetsvoorstel ingediend om dit artikel in de wet aan te passen. Deze wetswijziging maakt het mogelijk dat zorgverzekeraars in het geval van een naturaverzekering zelf kunnen bepalen of zij een vergoeding geven voor niet-gecontracteerde zorg en zo ja, hoeveel. Zo onder meer voor de medisch specialistische zorg. Hierop geldt een aantal uitzonderingen, onder meer wat betreft de vergoeding voor acute zorg. Het wetsvoorstel regelt voorts dat voor restitutieverzekeringen de mogelijkheid om een korting toe te passen op de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg vervalt. Voor een aantal in het wetsvoorstel genoemde zorgvormen blijft het hinderpaalcriterium van kracht. Ook bevat het wetsvoorstel bepalingen over het contracteerproces, met name op het gebied van transparantie.

<sup>24</sup> Ex-post compensatie in de risicoverevening wordt tijdelijk nog toegepast op een klein deel van de kosten van ziekenhuiszorg om door zorgverzekeraars niet-beïnvloedbare kosteneffecten te beperken.

Vier van de tien verzekeraars geven aan dat medisch specialistische zorg selectief wordt ingekocht. Dat is één verzekeraar minder dan in 2013. In tabel 4.3 is weergegeven hoeveel verzekeraars bij welk type aanbieder selectief inkopen.

**Tabel 4.3 Aantal verzekeraars dat selectief inkoopt, per type aanbieder**

	Algemene ziekenhuizen	UMC's	Categorale instellingen	ZBC's
Aantal verzekeraars 2013	5	3	2	5
Aantal verzekeraars 2014	3	3	1	3

Bron: NZa Vragenlijst zorginkoop medisch specialistische zorg 2013 en 2014

Verzekeraars kopen bij minder verschillende type aanbieders selectief in. Selectieve inkoop wordt het meest toegepast bij (algemene) ziekenhuizen en ZBC's. De selectiecriteria die gehanteerd worden zijn kwaliteit, volumenorment, prijs en dienstverlening. Ten opzichte van de marktscan 2009-2013 worden samenwerking met andere zorgaanbieders en patiëntveiligheid niet meer specifiek genoemd als criterium voor selectieve inkoop.

De vier verzekeraars kopen selectief in op bepaalde aandoeningen, of de hele zorgorganisatie. Inkoop bij bepaalde vakgroepen wordt niet meer genoemd. Aandoeningen en behandelingen waarop selectief wordt ingekocht zijn onder andere borstkanker, bariatrische chirurgie, schisis, infectieprothesiologie, primaire heupprothese, lage rughernia en ICD<sup>25</sup>.

#### 4.3.6 Kwaliteit

Alle verzekeraars geven aan kwaliteitseisen in de contracten op te nemen. Het gaat hier om keurmerken, zorginhoudelijke aspecten, het aanleveren van data en de wijze waarop de aanbieder de inkoper dient te informeren. In een aantal gevallen worden normen voor gepast gebruik opgenomen of specifieke aanvullende afspraken gemaakt.

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

- zonder het voldoen aan kwaliteitseisen krijgen aanbieders geen contract;
- een afslag op het tarief/aanneemsom/plafond indien niet aan de kwaliteitseisen wordt voldaan;
- maken van verbeterafspraken;
- het niet behalen van normen en/of afspraken kan gevolgen hebben voor de vergoeding bij de inkoop 2015.

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

<sup>25</sup> Implanteerbare Cardioverter Defibrillator



### 4.3.7 Zorginkoopproces vanuit de zorgaanbieder

Wij hebben ook een vragenlijst over het onderhandelingsproces uitgezet bij zorgaanbieders. De vragenlijst is door in totaal 97 zorgaanbieders<sup>26</sup> ingevuld.

Drie<sup>27</sup> van de 97 respondenten geven aan in 2014 geen contracten afgesloten te hebben met zorgverzekeraars. Alle drie geven zij aan dat de verzekeraar geen contract wilde afsluiten, ondanks (meerdere) verzoeken vanuit de zorgaanbieder. De reden daarvan is volgens twee zorgaanbieders dat de verzekeraar aangeeft voldoende zorg ingekocht te hebben en daarom geen nieuwe contracten sluit met aanbieders. Voor de andere zorgaanbieder is de reden niet duidelijk.

Zorgaanbieders geven aan dat bij iets meer dan de helft van de afgesloten contracten (52%) het initiatief voor de contractering vanuit henzelf komt. Dit geldt met name voor de contracten afgesloten met algemene ziekenhuizen (66%).

In tabel 4.4 zijn per type zorgaanbieder de contractsoorten weergegeven die in 2014 afgesloten zijn. Uit deze tabel komt naar voren dat verzekeraars in de meeste gevallen met zorgaanbieders een combinatie van standaard- en maatwerkcontracten afsluiten. Dit beeld komt overeen met de door zorgverzekeraars gegeven antwoorden. Voor ZBC's blijkt 52% van de afgesloten contracten een standaardcontract te zijn.

**Tabel 4.4 Soort afgesloten contracten**

	Algemene ziekenhuizen	UMC's	Categorale instellingen	ZBC's
Standaardcontract	21%	0%	25%	52%
Maatwerkcontract	7%	20%	13%	8%
Combinatie van standaard en maatwerk	55%	80%	50%	15%
Verschilt per verzekeraar	17%	0%	13%	19%
Weet ik niet	0%	0%	0%	6%

Bron: NZa Vragenlijst zorginkoop medisch specialistische zorg 2014 (aanbieders)

Zoals de verzekeraars ook aangeven, wordt in sommige gevallen in de loop van het jaar tussen zorgaanbieder en -verzekeraar opnieuw onderhandeld (bijvoorbeeld in het geval van productie boven het afgesproken volume). Dit kan leiden tot tussentijdse wijzigingen van het contract. In totaal geeft 44% van de zorgaanbieders aan gevraagd te hebben om tussentijdse wijzigingen. De meest genoemde reden daarvoor is dat er sprake was van een hogere zorgvraag dan verondersteld. Zorgaanbieders geven aan dat dergelijke verzoeken door verzekeraars bijna nooit gehonoreerd worden.

Wij hebben zorgaanbieders gevraagd of verzekeraars selectief zorg inkopen. In tabel 4.5 zijn de resultaten weergegeven. Uit deze tabel komt naar voren dat verzekeraars volgens zorgaanbieders het meest selectief inkopen bij UMC's en algemene ziekenhuizen.

<sup>26</sup> In totaal hebben 29 algemene ziekenhuizen, 5 UMC's, 9 categorale instellingen en 54 ZBC's de vragenlijst ingevuld.

<sup>27</sup> Het gaat daarbij om één categorale instelling en twee ZBC's.

**Tabel 4.5 Selectief inkopen van zorg door de zorgverzekeraar**

	Algemene ziekenhuizen	UMC's	Categorale instellingen	ZBC's
Ja	62%	80%	25%	38%
Nee	34%	20%	75%	54%
Weet ik niet	3%	0%	0%	8%

Bron: NZa Vragenlijst zorginkoop medisch specialistische zorg 2014 (aanbieders)

Het aantal verzekeraars dat selectief zorg inkoopt, varieert van één bij de ene zorgaanbieder tot tien (allemaal) bij de ander. Zorgaanbieders geven aan dat het daarbij gaat om zowel high-complex/low-volume zorg als low-complex/high-volume zorg, maar ook om low-complex/low-volume zorg. Daarnaast wordt ook specifieke zorg genoemd waarop selectief ingekocht wordt, zoals knievervangingen, infectieprothesiologie, cataracten, liesbreuken en wervelkolomchirurgie

Verzekeraars hebben aangegeven dat bij het inkopen van zorg ook voorwaarden worden gesteld aan de kwaliteit. Aan zorgaanbieders is gevraagd of met de voor hen dominante verzekeraar afspraken zijn vastgelegd in het contract over de kwaliteit van zorg. In tabel 4.6 zijn de resultaten weergegeven.

**Tabel 4.6 Afspraken over kwaliteit van zorg in het contract**

	Algemene ziekenhuizen	UMC's	Categorale instellingen	ZBC's
Ja	72%	80%	38%	85%
Nee	24%	20%	50%	15%
Deels	3%	0%	13%	0%

Bron: NZa Vragenlijst zorginkoop medisch specialistische zorg 2014 (aanbieders)

Uit tabel 4.6 blijkt dat in de meeste contracten met ziekenhuizen en ZBC's afspraken zijn vastgelegd over kwaliteit. In 50% van de contracten die afgesloten worden met categorale instellingen zijn dergelijke afspraken niet terug te vinden. Zorgaanbieders geven aan dat bij kwaliteitsafspraken vooral rekening gehouden wordt met geldende wet- en regelgeving en landelijke kwaliteitsnormen. Daarnaast hanteren sommige verzekeraars eigen criteria of indicatoren, zoals patiëntervaringen, patiëntveiligheid, transparantie, volume-eisen of het in het bezit zijn van bepaalde kwaliteitskeurmerken.

Naast het maken van afspraken over kwaliteit van zorg kunnen in de contracten ook afspraken gemaakt worden over de substitutie van zorg. In tabel 4.7 is weergegeven in hoeverre bij de zorginkoop afspraken worden gemaakt over het bevorderen van substitutie van tweedelijns zorg naar eerstelijns zorg en over het bevorderen van substitutie van klinische zorg naar poliklinische zorg.

**Tabel 4.7 Afspraken over bevorderen van substitutie van zorg**

**a. Van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg**

	Algemene ziekenhuizen	UMC's	Categorale instellingen	ZBC's
Ja	21%	20%	0%	8%
Nee	76%	80%	100%	87%
Weet ik niet	3%	0%	0%	6%

**b. Van klinische zorg naar poliklinische zorg**

	Algemene ziekenhuizen	UMC's	Categorale instellingen	ZBC's
Ja	72%	80%	25%	10%
Nee	28%	20%	75%	83%
Weet ik niet	0%	0%	0%	8%

Bron: NZa Vragenlijst zorginkoop medisch specialistische zorg 2014 (aanbieders)

Alle verzekeraars hebben aangegeven afspraken te maken over substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Uit tabel 4.7 blijkt dat dit niet bij alle zorgaanbieders wordt toegepast. Verder blijkt dat verzekeraars vrijwel geen afspraken over substitutie maken met categorale instellingen en ZBC's. Voor ziekenhuizen geldt dat vooral afspraken worden gemaakt over substitutie van klinische zorg naar poliklinische zorg.

Tot slot hebben wij zorgaanbieders gevraagd hoe tevreden zij zijn over het proces van contracteren en de uitkomsten daarvan. In tabel 4.8 zijn de resultaten weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat met name ZBC's ontevreden zijn over de contractering.

**Tabel 4.8 Tevredenheid over de contractering****a. Proces van contracteren**

	Algemene ziekenhuizen	UMC's	Categorale instellingen	ZBC's
Zeer tevreden	3%	0%	0%	0%
Tevreden	21%	0%	50%	23%
Neutraal	28%	60%	25%	23%
Ontevreden	38%	40%	0%	23%
Zeer ontevreden	10%	0%	25%	31%

**b. Uitkomsten van het contracteerproces**

	Algemene ziekenhuizen	UMC's	Categorale instellingen	ZBC's
Zeer tevreden	3%	0%	0%	0%
Tevreden	31%	40%	38%	25%
Neutraal	28%	60%	50%	27%
Ontevreden	34%	0%	0%	27%
Zeer ontevreden	3%	0%	13%	21%

Bron: NZa Vragenlijst zorginkoop medisch specialistische zorg 2014 (aanbieders)

Door zorgaanbieders genoemde knelpunten zijn onder andere:

- *Machtsverhoudingen.* Verzekeraars hebben teveel macht bij de inkoop van zorg. Contracten worden gedictieerd door de verzekeraar. Daarbij is geen ruimte voor dialoog.
- *Omvang contracten en tijdsdruk.* Contracten zijn erg uitgebreid en zouden juridisch getoetst moeten worden, alvorens de zorgaanbieder akkoord kan gaan. Voor een dergelijke toets is niet voldoende tijd.
- *Financiële focus.* Tijdens de onderhandelingen wordt teveel gefocust op kosten en het beperken van groei, in plaats van de kwaliteit van zorg en meer selectief inkopen.
- *Doorlooptijd.* De doorlooptijd van de onderhandelingen is erg lang. Soms zijn de onderhandelingen van het voorgaande jaar nog bezig als de nieuwe onderhandelingen alweer beginnen.
- *Productstructuur.* Onduidelijkheid over de productstructuur en het missen van historische gegevens over de in te kopen producten.
- *Tussentijdse wijzigingen.* Het tussentijds wijzigen van het VWS-kader, de productstructuur en de maximumtarieven.

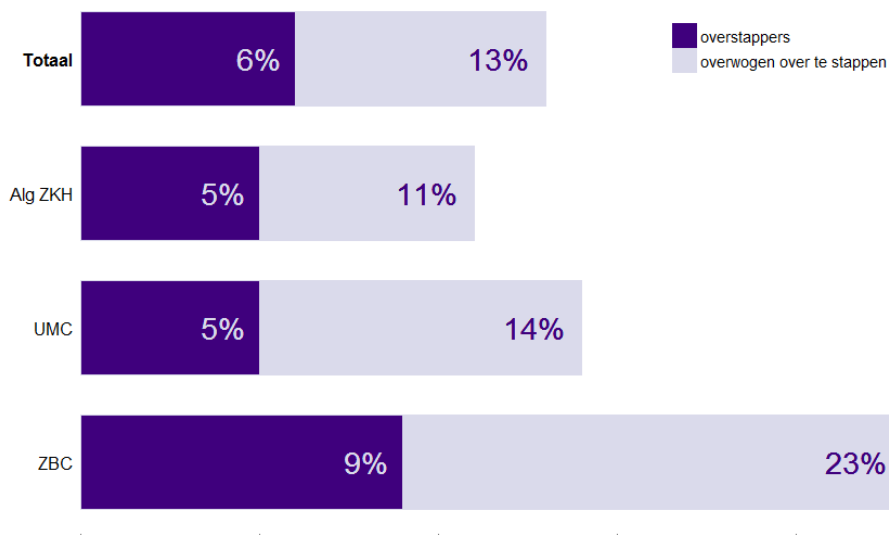
## 4.4 Overstappedrag zorgconsument bij aanbieders

In opdracht van de NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction via haar consumentenpanel onderzoek gedaan naar de overwegingen om over te stappen naar een andere zorgaanbieder.

Als de klanttevredenheid gering is, maar het aantal zorgconsumenten dat overstapt naar een andere zorgaanbieder ook relatief beperkt blijft, zijn er mogelijk overstapdrempels. Weinig keuze-informatie of lange wachttijden kunnen hier voorbeelden van zijn. Deze factoren kunnen de keuzevrijheid van de zorgconsument voor een zorgaanbieder beperken. De drempels om over te stappen kunnen deels worden weggenomen door een andere dynamiek tussen de concurrerende zorgaanbieders of het toetreden van nieuwe zorgaanbieders.

Uit figuur 4.4 blijkt dat 13% van de respondenten die tussen 2013 en 2014 een ziekenhuis of ZBC heeft bezocht, overwogen heeft om over te stappen. In totaal heeft 6% van de respondenten er daadwerkelijk voor gekozen om over te stappen naar een andere zorgaanbieder.

**Figuur 4.4 Overstappen per type zorgaanbieder (%)**



Bron: Motivaction

In vergelijking met 2012 en 2013 is het percentage respondenten dat overwoog over te stappen gedaald van 17% naar 13%. In 2012 waren de respondenten die een UMC hadden bezocht nog het meest geneigd tot overstappen. In 2013 en 2014 zijn dat de respondenten die een ZBC hebben bezocht. Deze respondenten zijn ook het meest daadwerkelijk overgestapt.

Respondenten konden aangeven waarom zij behoefte hadden om over te stappen naar een andere zorgaanbieder en welke overwegingen daarbij het zwaarst wegen. De belangrijkste overwegingen om over te stappen zijn in een top 3 weergegeven in tabel 4.9.

**Tabel 4.9 Top 3 overwegingen om over te stappen<sup>28</sup>**

	2012	2013	2014
1.	Ontevredenheid zorgverlening	Ontevredenheid zorgverlening	Ontevredenheid zorgverlening
2.	Lange wachttijden	Lange wachttijden	Te lange wachttijden voor het maken van een afspraak
3.	Ontevredenheid service	Beter/passender alternatief	Te lange wachttijden bij de behandeling

Bron: Motivaction

Ontevredenheid over de zorgverlening staat al sinds 2012 op de eerste plek. Daarnaast worden ook lange wachttijden ieder jaar genoemd. Waar in de voorgaande jaren een beter/passender alternatief en ontevredenheid over de service nog in de top 3 voorkwamen, wordt in 2014 bejegening als belangrijke overweging om over te stappen genoemd. Deze overweging valt net buiten de top 3, maar wordt door 18% van de respondenten genoemd.

Zoals blijkt uit figuur 4.4 is er een verschil tussen het percentage mensen dat overweegt om over te stappen en het percentage mensen dat ook daadwerkelijk overstapt. Aan de respondenten is gevraagd welke redenen zij hebben voor het toch niet overstappen naar een andere zorgaanbieder. De belangrijkste redenen zijn weergegeven in tabel 4.10.

**Tabel 4.10 Redenen waarom consumenten toch niet zijn overgestapt (zijn meerdere antwoorden gegeven)**

Redenen om niet over te stappen	%
Teveel gedoe	23%
Weet niet of ik beter af ben in ander ziekenhuis/behandelcentrum	21%
Was tevreden over ziekenhuis/behandelcentrum	13%

Bron: Motivaction

In 2012 en 2013 was een belangrijke reden om toch niet over te stappen dat het ziekenhuis of behandelcentrum de voorgeschiedenis van de consument kent. Ook in 2014 is dit een belangrijke reden (12%) maar uit tabel 4.10 blijkt dat tevredenheid over de zorgaanbieder dit jaar vaker genoemd wordt (13%).

## 4.5 Signalen

De NZa ontvangt vragen, meldingen en klachten van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars die mogelijk een signaal over een ongewenste situatie in de zorg bevatten. Deze signalen zijn een indicatie waar zich mogelijk problemen voordoen. Het rapport *Jaarrapportage Signaaltoezicht, Ondernomen acties en cijfers 2013*<sup>29</sup> van de NZa geeft een overzicht van de belangrijkste signalen en ondernomen acties uit 2013. In tabel 4.11 is het aantal signalen opgenomen dat de NZa heeft ontvangen in de periode 2010 tot 1 oktober 2014.

<sup>28</sup> De top 3 is gebaseerd op de respondenten die één of meer overwegingen hebben genoemd bij de keuze voor een ziekenhuis/behandelcentrum. Een overweging kan door veel respondenten genoemd worden, maar als respondenten wordt gevraagd om een ranking aan te brengen dan is de mate van belangrijkheid pas zichtbaar.

<sup>29</sup> Jaarrapportage Signaaltoezicht 2013, [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

**Tabel 4.11 Aantal signalen Totaal, Cure en medisch specialistische zorg<sup>30</sup>**

	2010	2011	2012	2013	2014*
Totaal aantal signalen	332	417	1.058	2.247	1.350
Aantal signalen zorgaanbieders Cure	103	181	461	1.527	723
Aantal signalen zorgaanbieders medisch specialistische zorg	onbekend	78	124	1.054	392

\*Aantal signalen peildatum 1 oktober 2014

Bron: Jaarrapportage Signaaltoezicht, Ondernomen acties en cijfers 2013 en database signalen T&H peildatum 1 oktober 2014.

Voor het jaar 2013 is een stijging zichtbaar in het aantal ontvangen signalen. In 2014 lijkt het totaal aantal signalen af te nemen. Tot 1 oktober 2014 zijn namelijk 1.350 signalen binnengekomen. Dit betreft een daling van 20% ten opzichte van dezelfde periode in 2013. Van alle signalen gaan er in 2014 392 (29%) over medisch specialistische zorg ten opzichte van 734 (44%) in dezelfde periode vorig jaar. Net als in 2013 gaat ruim 80% van deze signalen (315) over het in rekening brengen van duurdere zorg dan daadwerkelijk geleverd is. De definitieve cijfers over 2014 worden in de eerste helft van 2015 gepubliceerd in het rapport jaarrapportage signaaltoezicht 2014.

Naar aanleiding van signalen die binnenkomen onderzoeken wij ook het declaratiegedrag van zorgaanbieders in relatie tot bijvoorbeeld de afsluitregels. De uitkomsten van deze analyses zijn momenteel nog onvoldoende betrouwbaar om conclusies uit te trekken. Wij gaan hierover met veldpartijen in gesprek.

<sup>30</sup> In 2012 heeft de NZa de opzet van het signaaltoezicht ingrijpend gewijzigd om beter prioriteiten te kunnen bepalen. Daardoor zijn de cijfers 2012 niet goed vergelijkbaar met de cijfers van de voorafgaande jaren.

## 5. Transparante informatie

In de vorige twee hoofdstukken zijn de marktstructuur en het marktgedrag beschreven. Marktstructuur en marktgedrag zijn van invloed op de publieke belangen 'transparante informatie', 'toegankelijkheid' en 'betaalbaarheid' van zorg. Dit hoofdstuk gaat in op de eerste van deze drie publieke belangen, transparante informatie. Heldere informatie over de inhoud van het zorgaanbod, de kwaliteit van de zorg en de prijs van het aanbod is essentieel voor een goede zorginkoop door verzekeraars en voor het keuzeproces van verzekerden.

### 5.1 Kwaliteit van zorg

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De NZa ziet er als marktmeester op toe dat zorgaanbieders de kwaliteit van de geleverde zorg transparant maken. Door het veld zijn indicatoren ontwikkeld op basis waarvan de zorgaanbieders jaarlijks data aanleveren. Het Kwaliteitsinstituut stimuleert de verschillende spelers in de zorg om de kwaliteit van zorg transparanter te maken.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de geneeskundige zorg die zorgaanbieders leveren.<sup>31</sup> De kwaliteit waaraan deze zorg moet voldoen is vastgelegd in onder andere de Kwaliteitswet zorginstellingen. Daarnaast zijn door het veld, in overleg met de inspectie en patiëntenverenigingen, normen voor kwaliteit van zorg en veiligheid ontwikkeld. Deze staan op de websites van de verschillende wetenschappelijke verenigingen en koepels. De IGZ gebruikt deze normen in haar toezicht.

De NZa houdt dus geen toezicht op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg, maar op de transparantie van informatie over kwaliteit van zorg. Er zijn een aantal indicatoren die de NZa volgt om een beeld te krijgen van hoe het met de kwaliteit in een sector is gesteld, te weten:

- het (verscherpte) toezicht door de IGZ;
- het aantal behaalde kwaliteitskeurmerken;
- de sterftcijfers (HSMR) van ziekenhuizen.

Deze indicatoren komen achtereenvolgens aan bod.

#### 5.1.1 Verscherpt toezicht IGZ

De IGZ houdt toezicht op de individuele kwaliteit van zorgaanbieders. De IGZ legt corrigerende maatregelen op als risico's op niet-verantwoorde zorg (te) hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan.<sup>32</sup>

Eén van de mogelijke corrigerende maatregelen door de IGZ is het instellen van verscherpt toezicht. In tabel 5.1 is per jaar het aantal ziekenhuizen weergegeven dat bij de IGZ onder verscherpt toezicht heeft gestaan of nog steeds staat. Sommige ziekenhuizen hebben tijdens meerdere kalenderjaren onder verscherpt toezicht gestaan.

<sup>31</sup> IGZ, [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

<sup>32</sup> IGZ, IGZ-handboek kader, *Richtlijn voor transparante handhaving*, Den Haag, 12 december 2008, herzien januari 2013, p. 17

**Tabel 5.1 Aantal ziekenhuizen onder verscherpt toezicht IGZ\***

	2010	2011	2012	2013	2014*
Aantal ziekenhuizen onder verscherpt toezicht	2	4	3	4	2

\* Peildatum 8 september 2014.

Bron: IGZ

In 2014 staan twee ziekenhuizen onder verscherpt toezicht. Het is mogelijk dat later in 2014 nog ziekenhuizen onder verscherpt toezicht worden gesteld. Uit figuur 5.1 blijkt dat jaarlijks slechts enkele ziekenhuizen onder verscherpt toezicht van de IGZ staan.

### 5.1.2 Kwaliteitskeurmerken

Een kwaliteitskeurmerk is een indicator die iets zegt over een waarborg voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Als zorgaanbieders aan bepaalde voorwaarden voldoen, kunnen zij verschillende kwaliteitskeurmerken en certificaten behalen. Instellingsgerelateerde kwaliteitsverklaringen gericht op kwaliteit en veiligheid in het algemeen zijn:

- HKZ-keurmerk (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector);
- JCI-accreditatie (Joint Commission International);
- NIAZ-accreditatie (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg).<sup>33</sup>

Twee UMC's beschikken over de internationale JCI-accreditatie.<sup>34</sup> Tabel 5.2 geeft een overzicht van het aantal NIAZ-accreditaties en HKZ-keurmerken.

**Tabel 5.2 Aantal NIAZ-accreditaties en HKZ-keurmerken**

Soort keurmerk/certificaat	2011	2012	2013	2014*
NIAZ geaccrediteerd	63	67	67	72
NIAZ accreditatie loopt nog/uitgesteld besluit	17	9	0	2
HKZ <sup>35</sup>	69	80		84
Dialyse	55	58		60
Radiotherapie	6	6		4
Medisch specialistische revalidatiezorg	8	16		20

\* NIAZ-accreditaties peildatum 4 april; HKZ-certificaten peildatum 30 september 2014

Bron: HKZ en NIAZ

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) heeft, in samenwerking met het onafhankelijke certificeringsinstituut KIWA, een kwaliteitskeurmerk ontwikkeld voor ZBC's. Alle klinieken met het ZKN-keurmerk voldoen aan de strenge eisen van kwaliteit en professionaliteit die ook gelden voor de reguliere ziekenhuizen. In totaal beschikken 180 ZBC's over het ZKN-keurmerk.

Elk ziekenhuis is verplicht een goedgekeurd veiligheidsmanagementsysteem (VMS) te hebben. VMS-accreditatie maakt integraal onderdeel uit van onder andere de JCI- en NIAZ-accreditatie. Op 21 januari 2014 waren in totaal 89 ziekenhuizen<sup>36</sup> VMS geaccrediteerd of gecertificeerd.<sup>37</sup> VMS-accreditatie is ook onderdeel van het ZKN-keurmerk.

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

<sup>33</sup> Zorginstituut Nederland, [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)

<sup>34</sup> Joint Commission International (JCI), [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org)

<sup>35</sup> Het aantal HKZ certificeringen in 2013 is opgevraagd bij het HKZ. In verband met het opzetten van een nieuwe database zijn zij niet in staat om deze gegevens te leveren.

<sup>36</sup> Peildatum 21 januari 2014.

<sup>37</sup> VMS Veiligheidsprogramma, [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)



## 5.2 Sterftcijfers

Gecorrigeerde sterftcijfers (HSMR en SMR's) vormen een middel om de sterfte in een ziekenhuis te vergelijken met de landelijk gemiddelde sterfte in ziekenhuizen. De NZa beschouwt de publicatie van de HSMR en SMR's als een belangrijke stap in de ontwikkeling van transparantie van kwaliteit. De HSMR en SMR's zijn ziekenhuisbrede indicatoren van vermijdbare sterfte en daarmee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van geleverde zorg. De NZa heeft in haar regelgeving de publicatie van het gemiddelde sterftcijfer (HSMR) en de sterftcijfers per diagnosegroep (SMR) verplicht gesteld.<sup>38</sup> Zorgaanbieders zijn verplicht om jaarlijks, uiterlijk op 1 maart van jaar t, de sterftcijfers over jaar t-2 te publiceren op hun website. Dit eerste jaar hebben zeven ziekenhuizen uitstel gekregen tot 1 mei 2014 en vier tot 1 oktober 2014. Alle ziekenhuizen hebben aan de verplichting voldaan.

De HSMR en SMR's bieden een belangrijke signaalfunctie voor ziekenhuizen zelf, maar ook voor andere partijen die behoefte hebben aan informatie over kwaliteit, zoals de IGZ. Door de standaardisatie zeggen de cijfers veel meer dan ruwe sterfte en zijn de cijfers over verschillende jaren beter vergelijkbaar. Ziekenhuizen die deze indicatoren niet berekenen, missen deze belangrijke informatie. Door de publicatie te verplichten, garandeert de NZa dat sterftcijfers voor deze functie beschikbaar komen.

Daarnaast kan een ziekenhuis zich door het publiceren van de sterftcijfers verantwoorden en uitleggen waarom de cijfers eventueel afwijken van de verwachte sterfte. Deze informatie is van belang voor de inkoop door zorgverzekeraars, voor de inspectie en voor het beleid om te zien hoe de kwaliteit zich ontwikkelt.

Tot slot willen ook consumenten graag weten wat de kwaliteit is van een ziekenhuis. De kwaliteit van een ziekenhuis is af te leiden aan:

- de mate waarin ziekenhuizen zich conformeren aan kwaliteitsnormen;
- de mate waarin ziekenhuizen uitkomsten spiegelen aan anderen om zo gericht de kwaliteit te kunnen verbeteren;
- uitkomstmaten, zoals sterfte en complicaties.

Voor patiënten is het voorkomen van vermijdbare sterfte vanzelfsprekend relevant. Het feit dat sterftcijfers beschikbaar zijn voor ziekenhuizen en de inspectie om de kwaliteit te verbeteren en voor zorgverzekeraars om goede zorg in te kopen is daarom ook van belang voor consumenten.

De indicatoren HSMR en SMR's zijn zonder de juiste context en toelichting niet direct geschikt als keuze-informatie om verschil in kwaliteit tussen ziekenhuizen mee af te lezen. Hier zijn een aantal redenen voor die wij in paragraaf 5.2.2 beschrijven. De toelichting van het ziekenhuis bij de sterftcijfers is daarom belangrijk om uit te leggen hoe de cijfers geïnterpreteerd moeten worden en waar eventueel afwijkende cijfers vandaan komen. De komende jaren zal het rekenmodel achter de indicatoren verder doorontwikkeld worden.

In paragraaf 5.2.1 wordt beschreven hoe de HSMR wordt berekend en onderzoeken wij hoe groot de spreiding is in de uitkomsten, of er significante verschillen zijn tussen instellingen en of die verschillen verband houden met het type of de grootte van het ziekenhuis.

Door ook zorguitkomsten te monitoren over de jaren heen kan de NZa de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid beter inzichtelijk maken. Bijvoorbeeld door veranderingen in het aantal instellingen met

<sup>38</sup> Regeling verplichte publicatie sterftcijfers instellingen voor medisch specialistische zorg met kenmerk NR/CU-244, [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

significant hogere of lagere sterfte te relateren aan het niveau van specialisatie of andere typen bekostiging in de medisch specialistische zorg. Daarnaast wil de NZa ook een indicatie kunnen geven van de kwaliteit van de indicator en welke rol deze kan spelen in het publieke domein. Paragraaf 5.2.2 is gericht op de beperkingen van de HSMR zoals die zijn gesignaleerd in het HSMR rapport van het CBS. De analyse die wij uitgevoerd hebben, illustreert hoe de beperkingen de sterftcijfers kunnen vertekenen.

### 5.2.1 Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR)

De HSMR is een ziekenhuis-breed sterftcijfer, gebaseerd op de sterftcijfers van 50 onderliggende diagnosegroepen. De sterftcijfers per diagnosegroep worden Standard Mortality Ratio's (SMR's) genoemd.

De HSMR als indicator vergelijkt het aantal overleden patiënten in een ziekenhuis met de landelijk gemiddelde ziekenhuissterfte, rekening houdend met voor de sterfte relevante kenmerken van de patiënten en de opnamen. De landelijk gemiddelde ziekenhuissterfte van alle HSMR's wordt gelijk aan 100 gesteld. Als de HSMR van een ziekenhuis hoger is dan 100 betekent dit dat er meer klinische patiënten overleden zijn dan verwacht op basis van het landelijk gemiddelde. Omgekeerd geldt ook: als de HSMR van een ziekenhuis lager is dan 100 dan betekent dit dat er minder klinische patiënten dan verwacht overleden zijn. Het is belangrijk de natuurlijke spreiding<sup>39</sup> in de cijfers mee te nemen en alleen significante verschillen te onderzoeken. Als een ziekenhuis een statistisch significant hoge HSMR heeft, dan is dat een signaal dat er *mogelijk* wat schort aan de kwaliteit van de zorg, maar ook de registratie- en coderingspraktijk kunnen van invloed zijn en verklarende factoren kunnen ontbreken in de registraties, waardoor correctie voor deze factoren niet mogelijk is.

De afgelopen jaren heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in samenwerking met verschillende partijen het model dat ten grondslag ligt aan de HSMR en SMR-berekening verder ontwikkeld en de cijfers berekend voor individuele ziekenhuizen.<sup>40</sup> Relevante kenmerken waar het model voor corrigeert zijn onder andere leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status (SES), hoofd- en nevendiaagnosen, en urgentie van de opname. Bij de berekening van de HSMR en SMR is geprobeerd om zo goed mogelijk te corrigeren voor verschillen tussen patiënten die het ziekenhuis niet kan beïnvloeden. Dit is echter nooit helemaal mogelijk. Het CBS concludeert dan ook dat een significant hogere HSMR hooguit een indicatie kan zijn voor mogelijke tekortkomingen in de ziekenhuiszorg. In figuur 5.1 zijn de HSMR's met hun foutmarges<sup>41</sup> van de ziekenhuizen voor het jaar 2012 oplopend gerangschikt weergegeven. Iedere stip representeert een ziekenhuis, de kleur verwijst naar het type ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, STZ-ziekenhuis of UMC.

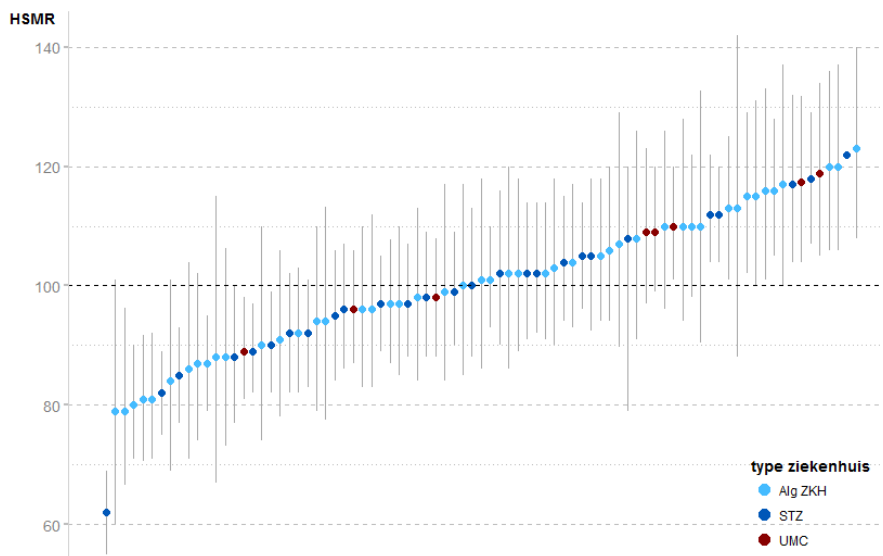
---

<sup>39</sup> Natuurlijke spreiding is gebaseerd op Poisson statistiek, waarbij de variatie alleen afhangt van de sample grootte. In dit geval is dat het verwachte aantal sterfgevallen (per aandoening en) per ziekenhuis. Omdat het verwachte aantal sterfgevallen vaak laag is, zit er ook een vrij grote bandbreedte op de uitkomstmaten, de HSMR en de onderliggende SMRs: De HSMR van een gemiddeld ziekenhuis (HSMR = 100) had ook 85 of 115 kunnen zijn als er toevallig net andere patiënten waren behandeld of bijvoorbeeld een half jaar eerder of later was gekeken.

<sup>40</sup> HSMR 2012: Methodological report, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

<sup>41</sup> Waargenomen sterfte is een hard getal, maar er moet ook rekening gehouden worden met statistische onzekerheid en toeval. Afwijkingen van het gemiddelde kunnen het gevolg zijn van natuurlijke spreiding. Bij de berekening van de HSMR zijn dan ook foutmarges berekend: in figuur 5.2 worden de 95%-betrouwbaarheidsintervallen getoond.

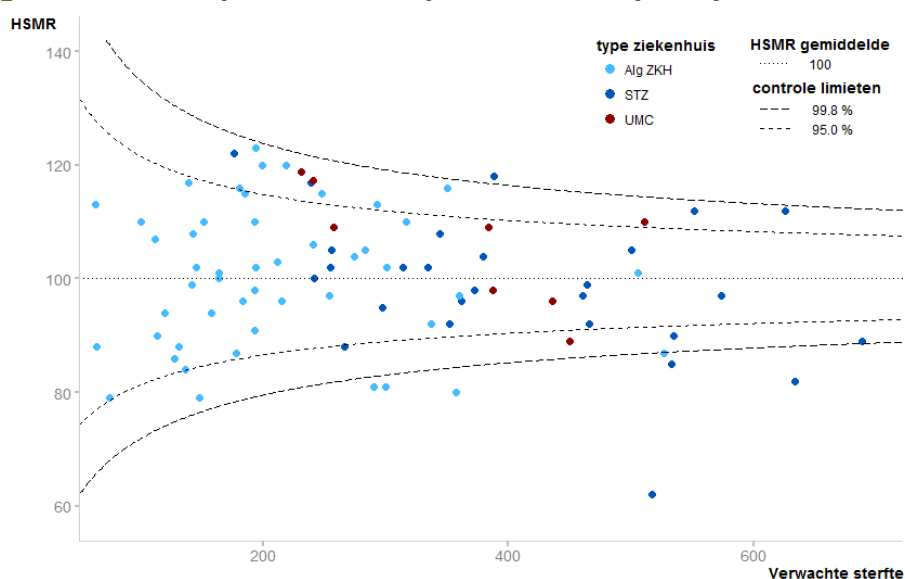
**Figuur 5.1 Sterftcijfers (HSMR) per ziekenhuis, oplopend gesorteerd (2012)**



Bron: NZa, op basis van data aangeleverd door ziekenhuizen

In figuur 5.2 zijn de HSMR's in een funnel plot weergegeven. De gestippelde lijnen (controle limieten) geven de verwachte spreiding van de HSMR weer bij de verwachte sterfte (zoals berekend met het model). De buitenste lijnen zijn de 99,8% betrouwbaarheidsintervallen. Binnen deze lijnen is sprake van natuurlijke spreiding rond het gemiddelde.

**Figuur 5.2 Funnel plot van HSMR per ziekenhuis (2012)**



Bron: NZa, op basis van data aangeleverd door ziekenhuizen.

In figuur 5.2 is te zien dat de HSMR van de meeste ziekenhuizen binnen de controle limieten ligt. De HSMR van een aantal ziekenhuizen ligt onder de onderste controle limiet met één duidelijke uitschieter. In deze ziekenhuizen is het aantal sterfgevallen beduidend lager dan verwacht op basis van de patiëntenpopulatie.

Op de x-as staat de verwachte sterfte, gegeven het aantal risicovolle patiënten die het betreffende ziekenhuis behandelt. Hier valt op dat STZ-ziekenhuizen en UMC's gemiddeld een hogere verwachte sterfte hebben dan algemene ziekenhuizen. Dit komt omdat STZ-ziekenhuizen en UMC's gemiddeld groter zijn, maar ook door de complexe zorg die in deze

ziekenhuizen wordt verleend, waardoor hier meer patiënten met een hoog risico op overlijden behandeld worden. Ook bij het aantal opnames dat meetelt in de bepaling van de HSMR zijn de negen grootste ziekenhuizen STZ-ziekenhuizen. Vijf van de acht UMC's bevinden zich tussen positie 10 en 18 in de rangschikking qua aantal opnames die meetellen voor de HSMR. Deze ziekenhuizen liggen binnen de controle limieten. De HSMR is niet gecorreleerd met de verwachte sterfte. De gestandaardiseerde sterfte is niet significant hoger of lager in algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen of UMC's.

### 5.2.2 Beperkingen van de HSMR

Er zijn veel discussies over het gebruik en de interpretatie van de HSMR als kwaliteitsindicator. Die discussies zijn nodig om de kwaliteit van de indicator te verbeteren en de indicator van de juiste context te voorzien. De kwaliteit van de HSMR is afhankelijk van het model en de juiste classificatie bij opname van patiënten.

Hieronder worden de beperkingen opgesomd. (Een uitgebreide toelichting kunt u vinden in het CBS rapport HSMR 2012):<sup>42</sup>

- Slechte classificatie van patiënten kan leiden tot verstoring in de HSMR en ook in de berekening van het totale model. De indeling van patiënten kan per ziekenhuis verschillen door codeervariatie en onvolledigheid van de registratie waarop de HSMR wordt berekend. De sterftetekans hangt niet alleen af van de aandoening van de patiënt waarvoor hij is opgenomen, maar ook van eventuele andere aandoeningen. Deze comorbiditeit kan nog niet bij alle ziekenhuizen goed gemodelleerd worden, vanwege onvolledige registratie van nevendiaagnoses.
- Ziekenhuizen kunnen verschillend beleid voeren bij het ontslaan van patiënten. Bijvoorbeeld omdat patiënten vaker naar een hospice gaan om te overlijden. De sterfte direct na ontslag wordt nog niet meegenomen in het model.
- De verdeling van hoog-risico patiënten over de ziekenhuizen is ongelijk en is mogelijk (nog) niet goed met het model te vereffenen. Ziekenhuizen met gemiddeld meer ernstig zieke patiënten hebben gemiddeld een hoger sterftecijfer.
- De HSMR is een indirect gestandaardiseerd cijfer. Dit houdt in dat de noemer van deze indicator wordt gewogen per subgroep. De verhouding tussen die subgroepen verschilt per ziekenhuis. Dit verschil in noemers van de HSMR bemoeilijkt de vergelijking van ziekenhuizen onderling en kan zelfs leiden tot een omgekeerde rangorde.

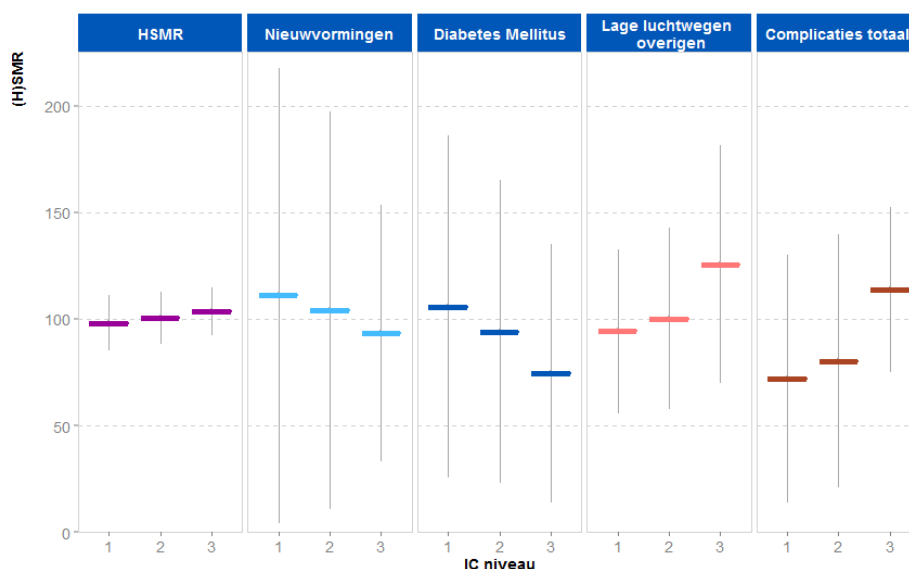
Uit de opsomming blijkt dat er meer informatie nodig is dan alleen de uitkomstmaten om de cijfers goed te kunnen interpreteren. Sommige tekortkomingen zijn oplosbaar. Zo zijn ziekenhuizen zelf verantwoordelijk voor een goede registratie en hebben dus invloed op de kwaliteit van de uitkomsten. Ook kan het model worden uitgebreid met de sterfte binnen 30 dagen na ontslag om variatie die voortkomt uit het doorverwijsgedrag van terminale patiënten te ondervangen. Verschillen in patiëntenpopulatie zijn waarschijnlijk nooit exact te modelleren. Daarom kan het wellicht zinvol zijn om subgroepen te maken van ziekenhuizen met een vergelijkbare patiëntenpopulatie.

Figuur 5.3 illustreert dit aan de hand van een gekozen indeling naar IC-niveau van het ziekenhuis. Patiënten van dezelfde diagnosegroep die met spoed worden opgenomen, kunnen verschillen in ernst van de klachten en daarmee in de kans op overlijden. Hier kan niet voor worden gecorrigeerd,

<sup>42</sup> HSMR 2012: Methodological report, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

omdat deze informatie ontbreekt in de registratie waarop de indicator is gebaseerd. Als ziekenhuizen nu verschillen in de verhouding tussen patiënten met een hoog en een laag risico op overlijden binnen eenzelfde diagnosegroep dan zou dat bij eenzelfde kwaliteit leiden tot verschillen in SMR's.

**Figuur 5.3 gemiddelde HSMR en SMR's van ziekenhuizen gegroepeerd naar IC-niveau**



Bron: NZa op basis van data aangeleverd door ziekenhuizen

Die risicovermenging kan per patiëntgroep verschillen, afhankelijk van de specialisatie van een ziekenhuis en afspraken binnen de regio. Wij verwachten dat ten minste voor een aantal patiëntgroepen het IC-niveau van het ziekenhuis medebepalend is voor de patiëntenpopulatie binnen het ziekenhuis: Omdat ziekenhuizen niet allemaal even goed geoutilleerd zijn om spoedeisende patiënten te behandelen worden patiënten al bij de triage gericht ingestuurd. Ziekenhuizen die complexere zorg kunnen leveren krijgen dus ook gemiddeld zekere patiënten. Het niveau van de IC-afdeling is hier gekozen als (grote) benadering voor zorgzwaarte en complexiteit van de gemiddelde patiëntenpopulatie in een aantal relevante patiëntgroepen.

De eerste kolom laat de verschillen zien in de HSMR-cijfers. In de overige kolommen wordt de gemiddelde SMR met de standaard deviatie voor elk IC niveau getoond. Eerst voor twee (samengestelde) diagnosegroepen waar we geen relatie verwachten met IC-niveau: alle nieuwvormingen en diabetes, en daarna voor twee groepen waar we dit wel verwachten: lage luchtwegen overig<sup>43</sup> en complicaties. Deze laatste groep is niet patiëntgroep-specifiek, waardoor per definitie verschillende patiëntenpopulaties worden vergeleken. De SMR's van 'Lage luchtwegen overig' en 'Complicaties totaal' laten een stijging zien met IC-niveau. Ook in de HSMR's is een lichte stijging zichtbaar, van 98,1 voor IC-niveau 1, tot 104,5 voor IC-niveau 3. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door ongelijke risico-vermenging voor ziekenhuizen met verschillende IC-niveaus. De SMR's voor de diagnosegroepen 'Nieuwvormingen' en 'Diabetes mellitus' hebben die relatie met IC-niveau niet.

<sup>43</sup> In *Simpson's paradox: how performance measurement can fail even with perfect risk adjustment*, P.J. Marang-van de Mheen en K.G. Shojania, wordt de diagnosegroep 'Overige aandoeningen lage luchtwegen' als voorbeeld genomen om de invloed van risico-vermenging op de HSMR aan te tonen.

## 5.3 Transparantie van zorg

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

- De NZa stimuleert de transparantie van kwaliteitsinformatie voor de zorginkoop door zorgverzekeraars, waar nodig in afstemming met het Zorginstituut Nederland en de IGZ. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn primair zelf verantwoordelijk voor het tot stand brengen van deze informatie (indicatoren). Hier lopen verschillende initiatieven. De NZa kan zo nodig zorgaanbieders verplichten kwaliteitsinformatie aan te leveren aan de zorgverzekeraars (op grond van artikel 88 Zvw en artikel 89 Wmg). Hierbij moet een zorgvuldige afweging gemaakt worden tussen de noodzaak van de informatie voor de zorginkoop en mogelijke bezwaren.
- De NZa stimuleert dat zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders de consument goed informeren. Hiertoe heeft de NZa de beleidsregel 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014' en de beleidsregel 'Transparantie zorgaanbieders' gepubliceerd, en zijn informatieverplichtingen in de nadere regel 'medisch specialistische zorg' opgenomen. Dit concretiseert de benodigde informatieverstrekking en geeft aan wat misleiding is.
- De NZa verplicht de aanlevering van de sterftcijfers SMR (Standardized Mortality Ratio) en HSMR (Hospital Standardized Mortality Ratio).

### 5.3.1 Kwaliteitsindicatoren

Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect en geeft een aanwijzing over de kwaliteit van de zorg (Campbell, 2002).<sup>44</sup> Een indicator of een set indicatoren geeft nooit een totaalbeeld van de geleverde zorg.

Er zijn drie typen indicatoren:

- *Structuurindicatoren*; beschrijven of de zorgaanbieder bepaalde voorzieningen heeft getroffen in de organisatie, zoals het beschikbaar stellen van een patiëntenfolder of het beschikken over een systeem voor complicatieregistratie. Het betreft vaak het eenmalig beantwoorden van een ja/nee vraag.
- *Procesindicatoren*; volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Voorbeelden hiervan zijn het percentage operaties dat in dagbehandeling is uitgevoerd of het percentage diabetespatiënten dat in het afgelopen jaar een oogcontrole heeft gehad.
- *Uitkomstindicatoren*; richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg.

Uitkomstindicatoren hebben uiteindelijk de grootste informatieve waarde. Ze geven immers een indicatie van de daadwerkelijke resultaten van de geleverde zorg. Tegelijkertijd is er voor elke vorm van zorg slechts een beperkt aantal uitkomstindicatoren vast te stellen, met als ultieme uitkomstindicator binnen de curatieve zorg het percentage patiënten dat genezen is.

---

<sup>44</sup> Campbell, S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A. & Marshall M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care* 11, 358-364.

Kwaliteitsindicatoren bieden voor zowel zorgaanbieders zelf als voor de IGZ een belangrijke signaalfunctie. Ook zorgverzekeraars kunnen gebruik maken van kwaliteitsindicatoren om op die manier (selectief) kwalitatief goede zorg in te kopen. Daarnaast kunnen kwaliteitsindicatoren een rol spelen bij de keuze van consumenten voor een bepaalde zorgaanbieder.

#### Transparantie van kwaliteitsindicatoren

Het Zorginstituut Nederland speelt sinds de inwerkingtreding van de 'Regeling aanleveren kwaliteitsinformatie' op 1 april 2014 een belangrijke rol in het transparant maken van informatie over de kwaliteit van verleende zorg. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht om informatie over de kwaliteit van zorg beschikbaar te maken. Het Zorginstituut heeft de taak gekregen deze informatie te verzamelen, samen te voegen en beschikbaar te maken. Sinds 1 januari 2014 heeft het Zorginstituut ook de website KiesBeter.nl overgenomen.

Momenteel loopt er een consultatie van het Zorginstituut en de NZa naar de ontwikkeling van heropnames en heroperaties als indicatoren voor kwaliteit. In januari 2015 vindt hierover een consultatiebijeenkomst plaats.

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft de website zorgkaartNederland.nl opgezet. Op deze website kunnen consumenten ziekenhuizen met elkaar vergelijken en ook zelf waarderen.

Ook ziekenhuizen willen steeds meer transparantie bieden over hun kwaliteit van zorg. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft een Kwaliteitsvenster ontwikkeld dat bestaat uit tien onderwerpen waarop ziekenhuizen scoren ten opzichte van eerdere jaren, een landelijk gemiddelde en/of de norm. Het Kwaliteitsvenster is specifiek bedoeld voor patiënten en andere geïnteresseerden.<sup>45</sup> Momenteel zijn 84 ziekenhuizen aangesloten bij dit initiatief.

Tot slot bieden ook individuele verzekeraars kwaliteitsinformatie voor hun verzekerden. In de volgende marktscan zullen wij onderzoeken hoe deze informatie gebruikt wordt door zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg en door consumenten bij de keuze voor een zorgaanbieder.

### 5.3.2 Transparantie van keuze-informatie

In opdracht van de NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction via haar consumentenpanel het keuzegedrag van zorgconsumenten onderzocht. Uit tabel 5.3 blijkt dat de respondenten net als voorgaande jaren over het algemeen terecht komen bij een zorgaanbieder op basis van eigen keuze of op basis van advies van de huisarts of medisch specialist.

**Tabel 5.3 Hoe bij ziekenhuis/ZBC terechtgekomen**

	Algemeen ziekenhuis	Universitair ziekenhuis	ZBC	Totaal
Zelf gekozen	34%	27%	40%	34%
Op advies van huisarts/ specialist, geen bewuste keuze gemaakt	27%	30%	35%	28%
Kom er al vanaf jongs af aan	15%	11%	1%	12%

Bron: Motivaction

<sup>45</sup> Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen; Kwaliteitsvenster ziekenhuizen, [www.nvz-ziekenhuizen.nl](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl)

Aan de respondenten is vervolgens gevraagd welke informatie zij gebruiken bij het maken van een keuze. In tabel 5.3 staan de belangrijkste informatiebronnen. Uit deze tabel blijkt dat, net als in 2012 en 2013, advies van de huisarts of medisch specialist en eigen ervaring met de instelling belangrijke factoren zijn bij de keuze voor een zorgaanbieder. Bij de keuze voor een ZBC blijkt het internet een belangrijke bron van informatie te zijn. Waar consumenten in 2013 bij de keuze voor een ZBC vooral nog uitgingen van advies en ervaringen uit de omgeving, speelt in 2014 advies van de huisarts of specialist een belangrijke rol.

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

	Algemeen ziekenhuis	Universitair ziekenhuis	ZBC	Totaal
Advies van de huisarts/ specialist	42%	44%	49%	42%
Eigen ervaring met de instelling	42%	29%	15%	36%
Advies/ervaring uit de omgeving	10%	13%	19%	12%
Locatie/licging	12%	4%	1%	9%
Informatie op het internet	4%	4%	28%	7%

Bron: Motivaction

Het consumentenpanel is ook gevraagd welke overwegingen een rol spelen bij de eigen keuze voor een zorgaanbieder. Tabel 5.5 toont de top 3 van overwegingen bij de keuze voor een zorgaanbieder.

**Tabel 5.5 Top 3 overwegingen bij de keuze voor een ziekenhuis/ZBC<sup>46</sup>**

Algemeen ziekenhuis	Universitair ziekenhuis	ZBC	Totaal
Locatie/licging	Aanwezigheid specialisten/ behandeling	Aanwezigheid specialisten/ behandeling	Locatie/licging
Eerdere ervaring	Kwaliteit zorg	Kwaliteit zorg	Aanwezigheid specialisten/ behandeling
Aanwezigheid specialisten/ behandeling	Eerdere ervaring	Beperkte wachttijd	Eerdere ervaring

Bron: Motivaction

Uit tabel 5.5 blijkt dat de locatie/licging en de aanwezigheid van bepaalde specialisten of een bepaald type behandeling belangrijke overwegingen zijn bij de keuze voor een zorgaanbieder. Vergeleken met 2012 en 2013 komt kwaliteit van zorg in 2014 niet meer voor in de totale top 3. Deze overweging wordt nog wel genoemd bij de keuze voor een UMC of ZBC. Net als in voorgaande jaren speelt wachttijd een rol bij de keuze voor een ZBC.

Relevant voor de keuzevrijheid is de mate waarin de zorgconsument het gevoel heeft over voldoende informatie te beschikken om een goede keuze te kunnen maken voor een zorgaanbieder. Uit tabel 5.6 blijkt dat 75% van

<sup>46</sup> De top 3 is gebaseerd op de respondenten die één of meer overwegingen hebben genoemd bij de keuze voor een ziekenhuis/behandelcentrum. Een overweging kan door veel respondenten genoemd worden, maar als respondenten wordt gevraagd om een ranking aan te brengen dan is de volgorde van belang pas te zien.



de respondenten aangeeft over (ruim) voldoende informatie te beschikken. Deze cijfers zijn vrijwel gelijk gebleven vergeleken met 2012 en 2013.

**Tabel 5.6 Beschikbaarheid van keuze-informatie**

	Totaal
(Ruim) voldoende	75%
Niet voldoende, niet onvoldoende	11%
(Ruim) onvoldoende	8%
Niet van toepassing	11%

Bron: Motivaction

Aan de respondenten is ook gevraagd of zij bij hun keuze meerdere ziekenhuizen en ZBC's met elkaar hebben vergeleken. Uit tabel 5.7 blijkt dat 23% van de respondenten ziekenhuizen of ZBC's met elkaar heeft vergeleken om tot een keuze te komen. Respondenten die een UMC of ZBC bezoeken, vergelijken zorgaanbieders eerder met elkaar dan de respondenten die een algemeen ziekenhuis hebben bezocht. Deze cijfers zijn vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van voorgaande jaren.

**Tabel 5.7 Vergelijking van ziekenhuizen en ZBC**

	Algemeen ziekenhuis	Universitair ziekenhuis	ZBC	Totaal
Organisaties niet vergeleken	80%	67%	64%	76%
Organisaties wel vergeleken	19%	28%	36%	23%
Weet niet	1%	5%	0%	2%

Bron: Motivaction

Tot slot is onderzocht waarom 76% van de respondenten de zorgaanbieders niet heeft vergeleken. Zoals tabel 5.8 laat zien, vergelijkt meer dan de helft van alle respondenten geen zorgaanbieders met elkaar omdat zij daar geen behoefte aan hebben. Een kwart van de respondenten geeft aan geen zorgaanbieders met elkaar vergeleken te hebben omdat zij doorverwezen zijn. Andere redenen die genoemd worden zijn het al van jongs af aan bezoeken van een bepaalde zorgaanbieder en de overtuiging dat men sneller terecht kan als de huisarts of specialist het regelt. Tot slot geeft 10% van de respondenten aan dat vergelijken teveel gedoe is.

**Tabel 5.8 Redenen voor het niet vergelijken van zorgaanbieders**

	Totaal
Geen behoefte aan/geen reden toe	53%
Werd doorverwezen	25%
Kom er al van jongs af aan	19%
Als huisarts of specialist het regelt kan ik sneller terecht	15%
Teveel gedoe	10%

Bron: Motivaction

In totaal geeft 9% van de respondenten aan geen vrije keuze te hebben gehad voor een zorgaanbieder. Van de respondenten die aangaven de

mogelijkheid te hebben gehad om te kiezen, kon 84% terecht bij de zorgaanbieder van de eerste keuze.

Verder geeft 25% van de respondenten aan dat ze niet buiten kantoortijden terecht konden voor niet-spoedeisende hulp. Ruim 40% van de respondenten geeft aan dat zij dit wel graag zouden willen.

### 5.3.3 Transparante zorgnota

De Minister van VWS heeft per brief aan de Tweede Kamer toegezegd om de informatie op de nota per 2014 uit te breiden.<sup>47</sup> Dit om enerzijds het kostenbewustzijn van de patiënt te vergroten en anderzijds effectievere controle van de nota door de patiënt en verzekeraar mogelijk te maken.

Per 1 juni 2014 is de informatieverplichting op de nota<sup>48</sup> van Medisch Specialistische zorg uitgebreid. Deze uitbreiding betreft het verplicht vermelden van een groot aantal uitgevoerde zorgactiviteiten.<sup>49</sup> Indien één van deze zorgactiviteiten deel uitmaakt van het profiel van een DBC-zorgproduct, geopend na 31 mei 2014, dient de code, omschrijving en de uitvoerdatum van deze zorgactiviteit te worden vermeld op de declaratie. De maatregel is dus alleen van toepassing op DBC-zorgproducten met een startdatum van 1 juni 2014 of later.

#### *Transparantie*

Eén van de doelen van de transparante zorgnota is het begrijpelijker maken van de nota voor de patiënt. Om deze reden zijn alle zorgactiviteiten door de NZa voorzien van een consumentenomschrijving.

Door het vermelden van zorgactiviteiten op de nota wil de NZa de transparantie van de geleverde (on)verzekerde zorg vergroten, verzekeraars faciliteren bij de controle op de rechtmatigheid van declaraties en zorgaanbieders in staat stellen om beter aan te tonen dat er sprake is van (on)verzekerde zorg.

---

<sup>47</sup> Brief "Kostenbewustzijn" van de Minister van VWS d.d. 14 mei 2013, kenmerk 102636, aan de Tweede Kamer.

<sup>48</sup> Met de nota wordt de factuur bedoeld die (al dan niet digitaal) door de zorgaanbieder wordt verstuurd aan de zorgverzekeraar of de patiënt.

<sup>49</sup> De zorgactiviteiten die vermeld moeten worden op de nota staan vermeld in bijlage 3 van de regeling medisch specialistische zorg.

## 6. Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van zorg is een van de drie publieke belangen die de NZa centraal stelt in haar beleid. Wachtijdinformatie is een van de manieren om de toegankelijkheid van de niet-acute zorg te monitoren. De NZa heeft hiervoor de regeling *Verplichte publicatie wachttijden somatische zorg*<sup>50</sup> opgesteld.

Uit het onderzoek van Bureau HHM<sup>51</sup> blijkt dat op diverse punten wordt afgeweken van de eisen in de regeling. De afwijkingen verschillen tussen en binnen zorginstellingen. Op grond van het onderzoek kon niet worden vastgesteld of deze variaties toevalsfouten zijn, die in de verwerking tot de landelijke gemiddelden tegen elkaar wegvallen, of dat deze variaties er toe leiden dat de wachttijd systematisch te hoog of te laag wordt geschat. Daarnaast is geconcludeerd dat de wachttijdinformatie voldoende bruikbaar is om te kunnen rapporteren over toegankelijkheid van de zorg in Nederland zoals deze is opgenomen in deze marktscan.

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

Er worden drie vormen van wachttijden geregistreerd:

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

In 2000 zijn in het zogeheten Treek-overleg door ziekenhuizen, huisartsen en medisch specialisten streefnormen voor niet-spoedeisende hulp overeengekomen. Omdat de Treeknormen voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars een praktisch ijkpunt vormen voor hun inspanningen om wachttijden te verminderen, heeft VWS deze normen geformaliseerd door ook als overheid de Treeknormen als ijkpunt te nemen.<sup>52</sup> De NZa gebruikt deze Treeknormen dan ook in het toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars.<sup>53</sup> De Treeknorm voor een eerste polikliniekbezoek en klinische behandeling bedragen respectievelijk maximaal 4 en 7 weken.

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

<sup>50</sup> CI/NR-100.110, Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg, NZa.

<sup>51</sup> SV/13/0911/wazz, Betrouwbaarheid van wachttijdregistratie in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, HHM-rapport, 14 juni 2013.

<sup>52</sup> VWS, 'Wachttijden in de curatieve zorg', brief aan de Tweede Kamer, 31 maart 2003 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 25 170 en 28 600 XVI, nr. 31).

<sup>53</sup> Beleidsregel 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw' met kenmerk TH/BR-009.

## 6.1 Wachtijdontwikkeling

### 6.1.1 Wachtijdontwikkeling polikliniek

Figuur 6.1 bevat de landelijk gemiddelde wachttijden op de polikliniek per poortspecialisme. De Treeknorm voor een eerste polikliniekbezoek is maximaal 4 weken. De cijfers van 2014 zijn gebaseerd op data tot en met september en moeten daarom enigszins voorzichtig geïnterpreteerd worden. Het is mogelijk dat de gemiddelde wachttijden nog veranderen, zeker wanneer de wachttijden seizoensgebonden zijn.

**Figuur 6.1 Landelijk gemiddelde wachttijd polikliniek**



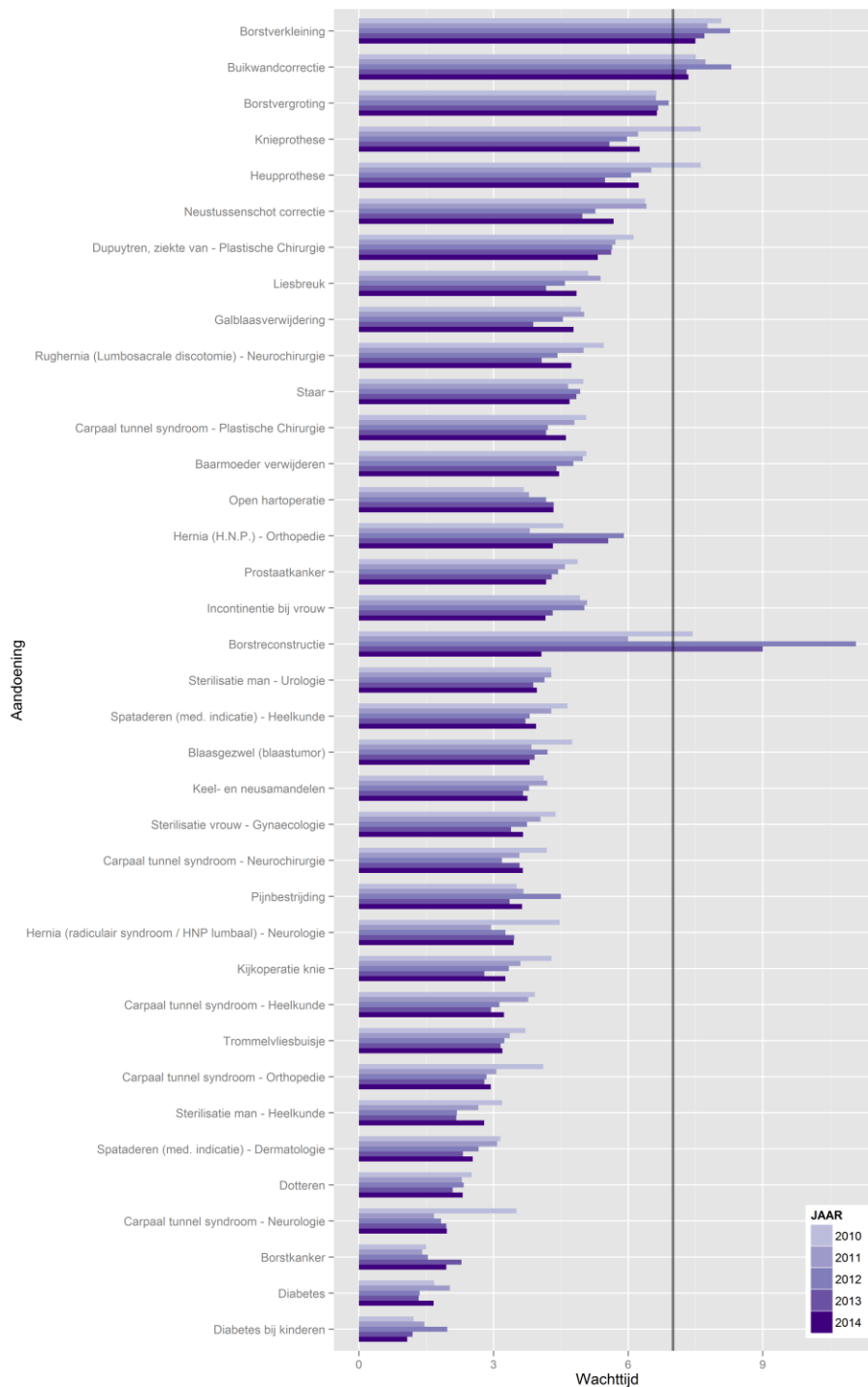
Bron: MediQuest

Ten opzicht van 2013 is in 2014 voor achttien specialismen een stijging van de gemiddelde wachttijd zichtbaar. Voor allergologie, maag- darm- en leverziekten en revalidatiegeneeskunde kwam de gemiddelde wachttijd in 2013 al boven de Treeknorm uit. In 2014 is de gemiddelde wachttijd van deze specialismen verder gestegen. Ook de gemiddelde wachttijden voor reumatologie, pijnbestrijding/anesthesiologie en psychiatrie overschrijden net als in 2013 de Treeknorm. De gemiddelde wachttijd voor deze specialismen is wel gedaald ten opzichte van vorig jaar. De gemiddelde wachttijd voor neurochirurgie is licht gestegen ten opzichte van vorig jaar en overschrijdt daardoor in 2014 de Treeknorm.

### 6.1.2 Wachtijdontwikkeling behandeling

Figuur 6.2 laat de landelijk gemiddelde wachttijd zien voor die behandelingen waarvan de registratie van wachttijden verplicht is. De Treeknorm voor een klinische behandeling is maximaal 7 weken. De cijfers van 2014 zijn gebaseerd op data tot en met september en moeten daarom enigszins voorzichtig geïnterpreteerd worden. Het is mogelijk dat de gemiddelde wachttijden nog veranderen, zeker wanneer de wachttijden seizoensgebonden zijn.

**Figuur 6.2 Landelijk gemiddelde wachttijd voor behandeling**



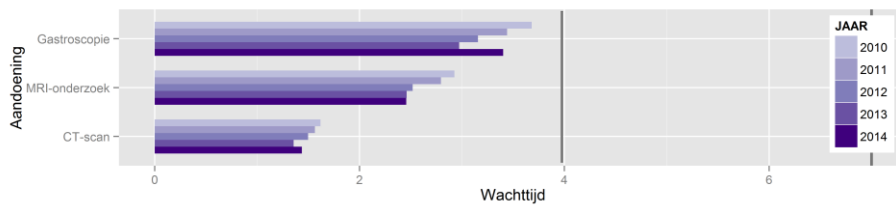
Bron: MediQuest

In 2014 overschrijden de gemiddelde wachttijden voor borstverkleining en buikwandcorrectie de Treeknorm. Dit was in eerdere jaren ook het geval. De gemiddelde wachttijden zijn voor deze behandelingen vrijwel gelijk aan vorig jaar. De gemiddelde wachttijd voor borstreconstructie kwam in 2013 nog ruim boven de Treeknorm uit. In 2014 is de gemiddelde wachttijd voor deze behandeling gehalveerd ten opzichte van vorig jaar en wordt de Treeknorm ook niet meer overschreden.

### 6.1.3 Wachttijdontwikkeling diagnostiek

Figuur 6.3 toont de landelijk gemiddelde wachttijden voor verschillende vormen van diagnostiek. De Treeknorm voor diagnostiek is maximaal 4 weken. De cijfers van 2014 zijn gebaseerd op data tot en met september en moeten daarom enigszins voorzichtig geïnterpreteerd worden. Het is mogelijk dat de gemiddelde wachttijden nog veranderen, zeker wanneer de wachttijden seizoensgebonden zijn.

**Figuur 6.3 Landelijk gemiddelde wachttijd voor diagnostiek**



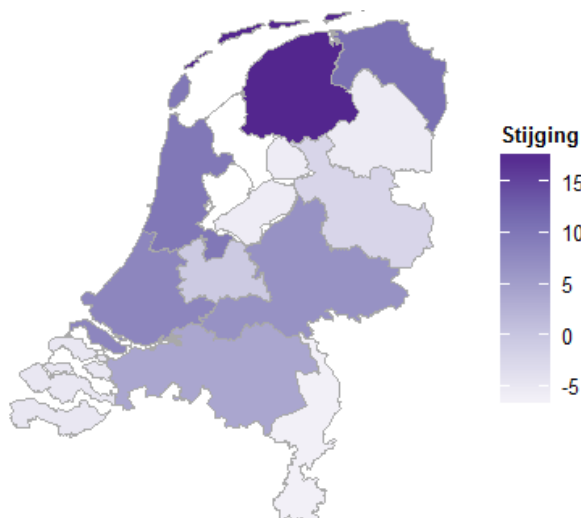
Bron: MediQuest

Alle vormen van diagnostiek laten tussen 2010 en 2013 een daling van de gemiddelde wachttijden zien. In 2014 nemen de gemiddelde wachttijden ten opzichte van 2013 toe. Voor geen van de vormen van diagnostiek geldt dat de Treeknorm overschreden wordt.

### 6.1.4 Verandering in wachttijden

De gemiddelde wachttijd in 2014 kunnen we vergelijken met die van 2013. Als we de verandering per provincie berekenen, kunnen we iets zeggen over regionale spreiding van de gemiddelde wachttijden. In figuur 6.4 tot en met 6.6 is de verandering van wachttijden per provincie weergegeven.

**Figuur 6.4 Verandering wachttijden polikliniek per provincie**

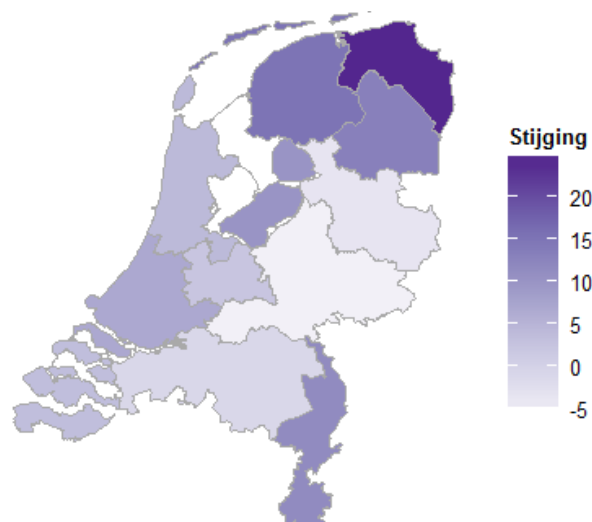


Bron: MediQuest

**Tabel 6.1 Gemiddelde wachttijden polikliniek (weken)**

Provincie	2013	2014	Stijging (%)
Drenthe	3,2	3,0	-5,3
Flevoland	2,3	2,1	-5,5
Friesland	2,8	3,3	17,5
Gelderland	2,7	2,8	6,7
Groningen	3,7	4,1	10,9
Limburg	2,9	2,7	-6,0
Noord-Brabant	2,9	3,0	4,1
Noord-Holland	2,6	2,8	9,9
Overijssel	3,4	3,4	-2,1
Utrecht	2,4	2,4	-0,3
Zeeland	3,2	3,0	-4,8
Zuid-Holland	3,0	3,3	8,2
<b>Totaal</b>	<b>2,9</b>	<b>3,0</b>	<b>4,8</b>

Bron: MediQuest

**Figuur 6.5 Verandering wachttijden behandeling per provincie**

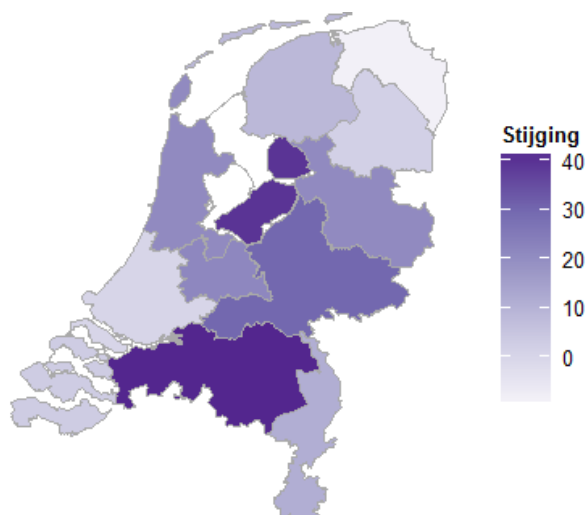
Bron: MediQuest

**Tabel 6.2 Gemiddelde wachttijden behandeling (weken)**

Provincie	2013	2014	Stijging (%)
Drenthe	4,0	4,6	13,4
Flevoland	3,4	3,7	10,2
Friesland	4,3	4,9	15,4
Gelderland	3,6	3,4	-5,7
Groningen	4,6	5,8	24,4
Limburg	4,6	5,1	11,7
Noord-Brabant	4,5	4,5	-1,0
Noord-Holland	4,0	4,2	4,2
Overijssel	5,1	4,9	-3,6
Utrecht	3,6	3,6	2,3
Zeeland	5,3	5,5	3,5
Zuid-Holland	5,0	5,3	7,0
<b>Totaal</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>

Bron: MediQuest

**Figuur 6.6 Verandering wachttijden diagnostiek per provincie**



Bron: MediQuest

**Tabel 6.3 Gemiddelde wachttijden diagnostiek (weken)**

Provincie	2013	2014	Stijging (%)
Drenthe	2,4	2,4	2,0
Flevoland	1,4	1,9	39,4
Friesland	1,9	2,1	8,8
Gelderland	2,2	2,8	29,8
Groningen	3,4	3,1	-8,0
Limburg	2,3	2,6	11,5
Noord-Brabant	1,8	2,6	41,8
Noord-Holland	1,8	2,2	20,9
Overijssel	2,3	2,8	20,9
Utrecht	1,6	1,8	21,7
Zeeland	1,5	1,6	3,4
Zuid-Holland	3,4	3,5	0,5
<b>Totaal</b>	<b>2,3</b>	<b>2,6</b>	<b>15,0</b>

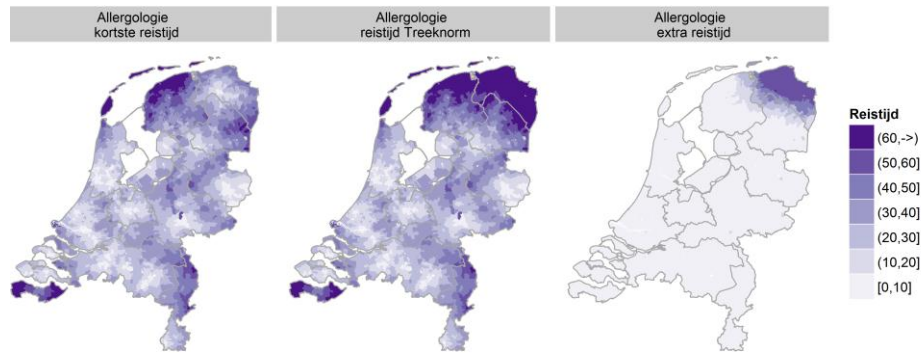
Bron: MediQuest

## 6.2 Reistijd toename

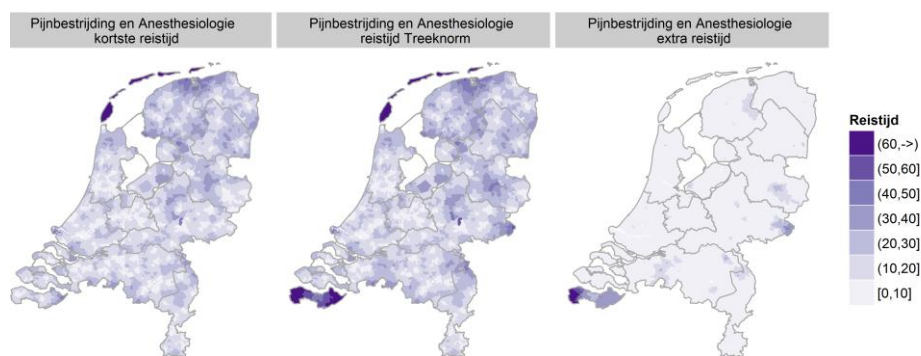
Er zijn zeven specialismen met een overschrijding van de Treeknorm voor de wachttijd polikliniek. Om een beeld te geven van de toename in reistijd naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder die wel aan de Treeknorm voldoet, zijn voor deze specialismen in de onderstaande figuren drie kaarten per specialisme weergegeven. In de linker kaart wordt de reistijd naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder waar het specialisme wordt aangeboden weergegeven. In het midden wordt de reistijd weergegeven naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder die wel aan de Treeknorm voldoet (dit kan dezelfde instelling zijn). Rechts is het verschil in reistijd tussen de linker- en de middelste kaart weergegeven. In deze kaart wordt zichtbaar wat de extra reistijd is die patiënten moeten afleggen als ze binnen de Treeknorm geholpen willen worden. De figuren zijn weergegeven op volgorde van afnemende gemiddelde landelijke wachttijd voor het betreffende specialisme. De overige specialismen zijn opgenomen in bijlage 2.



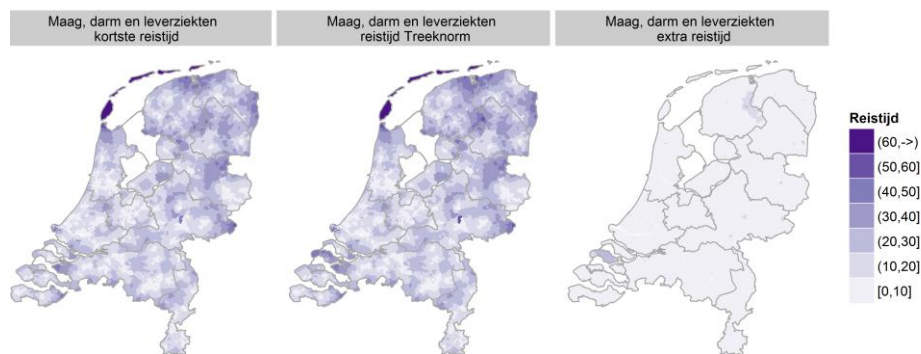
**Figuur 6.7 Reistijd allergologie**



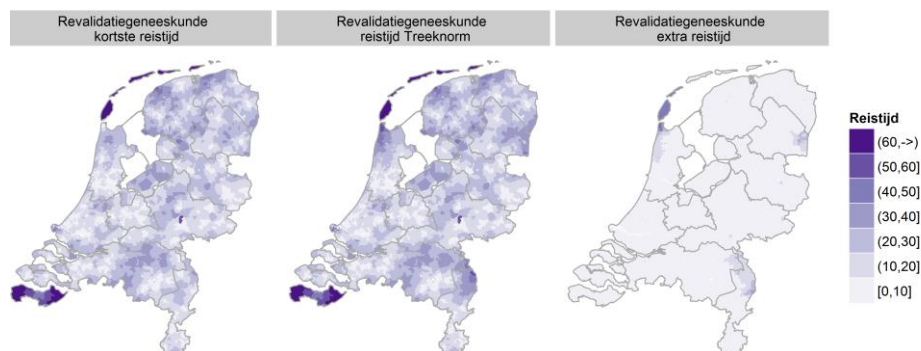
**Figuur 6.8 Reistijd pijnbestrijding/anesthesiologie**



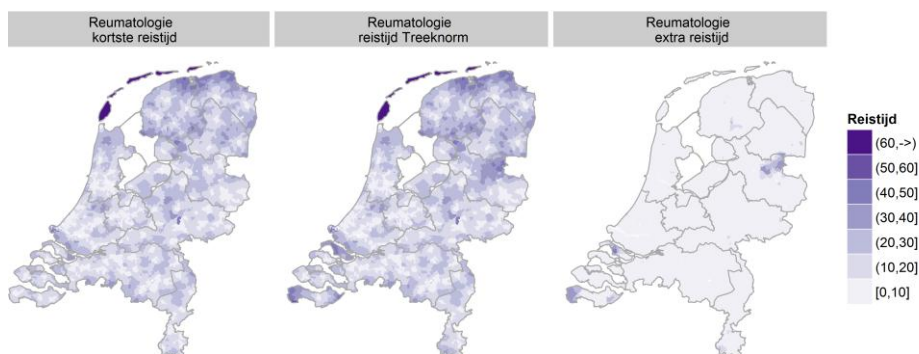
**Figuur 6.9 Reistijd maag, darm en leverziekten**



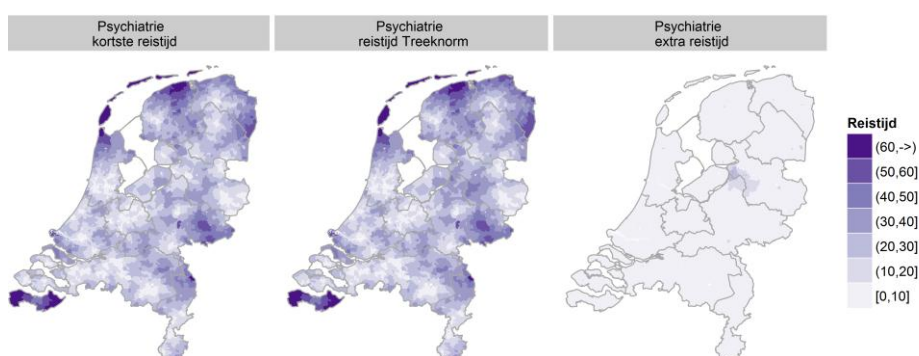
**Figuur 6.10 Reistijd revalidatiegeneeskunde**



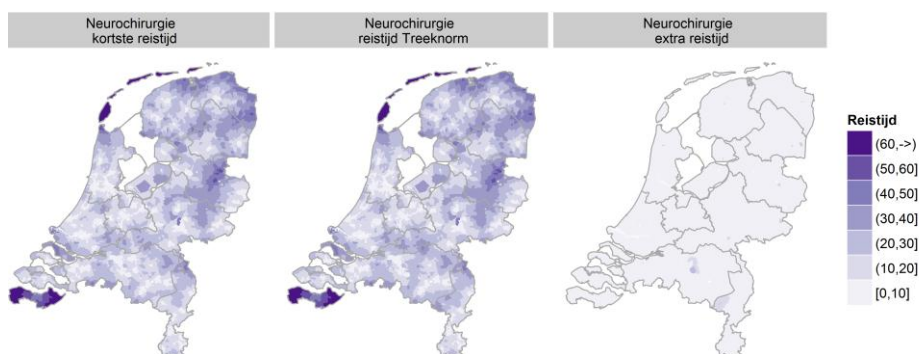
**Figuur 6.11 Reistijd reumatologie**



**Figuur 6.12 Reistijd psychiatrie**



**Figuur 6.13 Reistijd neurochirurgie**



Bron Figuur 6.7 t/m 6.13 MediQuest en Geodan Drivetime Matrix

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

Uit de kaarten blijkt dat patiënten die in dunbevolkte gebieden en/of grensgebieden wonen vaak meer reistijd hebben om bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis te komen met een wachttijd van minder dan vier weken. Omdat alleen gekeken is naar zorgaanbieders in Nederland, hebben patiënten in grensgebieden een kleinere radius waarbinnen ze kunnen uitwijken naar andere zorgaanbieders. Hierdoor zal voor hen de reistijd eerder oplopen dan voor patiënten die in de hele omgeving kunnen uitwijken naar een andere zorgaanbieder. Daarnaast hebben deze patiënten ook meer extra reistijd op het moment dat ze niet binnen vier weken bij de

dichtstbijzijnde zorgaanbieder terecht kunnen. Dit omdat in deze gebieden niet meerdere (grote) zorgaanbieders in de regio gevestigd zijn, zoals in de stedelijke gebieden. Wanneer deze patiënten voor een buitenlandse zorgaanbieder kiezen, kan de reistijd lager uitvallen.

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

### 6.3 Wachttijden vanuit de zorgconsument

Uit het onderzoeksrapport van Bureau HHM blijkt dat de wachttijdinformatie gebaseerd op de door de NZa gestelde eisen op het niveau van de individuele patiënt minder goed bruikbaar is. In opdracht van de NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction via haar consumentenpanel onderzoek gedaan naar de wachttijden voor patiënten bij ziekenhuizen en ZBC's. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen de daadwerkelijke wachttijd en de acceptabel geachte wachttijd voor het maken van een afspraak.

**Tabel 6.4 Wachttijd voor een afspraak in een ziekenhuis/ZBC**

#### a. Werkelijke wachttijd

	Algemeen ziekenhuis	Universitair ziekenhuis	ZBC	Totaal
Kan direct terecht	14%	15%	15%	14%
1-2 weken	43%	26%	52%	41%
3-4 weken	23%	23%	16%	22%
5-6 weken	6%	8%	3%	6%
> 6 weken	7%	9%	10%	8%
Periodieke controles	7%	19%	4%	8%

#### b. Acceptabele wachttijd

	Algemeen ziekenhuis	Universitair ziekenhuis	ZBC	Totaal
Kan direct terecht	0%	0%	1%	0%
1-2 weken	42%	36%	49%	42%
3-4 weken	48%	50%	37%	45%
5-6 weken	6%	10%	9%	8%
> 6 weken	1%	2%	2%	2%
Hangt af van klacht	3%	2%	2%	2%

Bron: Motivaction

In tabel 6.4 is te zien dat 77% van de respondenten daadwerkelijk binnen vier weken (conform Treeknorm) voor een afspraak terecht kan. Bij ZBC's kan meer dan de helft van de respondenten zelfs binnen 1-2 weken terecht. Zoals blijkt uit paragraaf 6.3 betekent dit niet dat de overige respondenten niet bij een andere zorgaanbieder (binnen de Treeknorm) terecht konden. Verder blijkt dat 87% van de respondenten een wachttijd van maximaal vier weken acceptabel vindt. In totaal geeft 8% aan een wachttijd tot maximaal zes weken acceptabel te vinden. Een nog langere wachttijd wordt acceptabel bevonden door slechts 2% van de respondenten.

Om zo snel mogelijk zorg te ontvangen, kan de zorgconsument gebruikmaken van wachttijdbemiddeling door de zorgverzekeraar. Hierbij kijkt de zorgverzekeraar waar de patiënt zo snel mogelijk geholpen kan

worden.<sup>54</sup> Tabel 6.5 laat zien dat 3% van de respondenten hier daadwerkelijk gebruik van heeft gemaakt. De cijfers ten aanzien van wachttijdbemiddeling zijn ten opzichte van 2012 en 2013 vrijwel gelijk gebleven. Voor patiënten is de wachttijd echter slechts één van de redenen om voor een bepaalde zorgaanbieder te kiezen.

**Tabel 6.5 Gebruikmaking van wachttijdbemiddeling**

	Algemeen ziekenhuis	Universitair ziekenhuis	ZBC	Totaal
Ja	2%	1%	4%	3%
Nee	86%	80%	82%	84%
Wist niet dat dit kon	12%	18%	14%	13%

Bron: Motivaction

---

<sup>54</sup> Voor restitutieverzekerden is dit recht om (desgevraagd) bemiddeld te worden opgenomen in de Zvw. Voor naturaverzekerden geldt dat de zorgverzekeraar actie moet ondernemen om er zorg voor te dragen dat de verzekerde de zorg tijdig geleverd krijgt. Dit volgt uit de resultaatsverplichting die op de naturazorgverzekeraar rust om de zorg die de verzekerde nodig heeft (tijdig) te leveren.

## Bijlage 1. Bronnen en methoden

### Marktstructuur

#### *Marktconcentratie (Gewogen marktaandelen en de LOgit Competition Index (LOCI))*

- Bronnen: Vektis-data voor algemene ziekenhuizen en UMCs en landelijke A-segment tarieven en contractprijzen B-segment.
- Gebruikte data: Vektis postcode-data van patiënten van alle 2012 DOT's en landelijke A-segment tarieven en contractprijzen B-segment.
- Methode:
  - Aan de hand van de DOT's in de Vektis data en de landelijke A-segment tarieven en contractprijzen B-segment berekenen we voor alle ziekenhuizen het gewogen omzet marktaandeel van dat ziekenhuis in iedere postcode. Aan de hand van deze marktaandelen wordt de LOCI van een ziekenhuis als volgt berekend:
    - Het marktaandeel van een ziekenhuis in een postcode wordt gewogen met het belang van deze postcode voor het betreffende ziekenhuis. Het belang wordt gedefinieerd als het relatieve aandeel van de omzet die uit deze postcode naar het ziekenhuis gaat op de totale omzet van het ziekenhuis. De sommatie over alle postcodes geeft de gewogen omzet marktaandelen van het ziekenhuis.
    - De LOCI van een ziekenhuis is gelijk 1 minus de sommatie over gewogen marktaandelen van het ziekenhuis.
  - Om de interpretatie van de LOCI te vergemakkelijken, nemen we het inverse van de LOCI die we als invLOCI definiëren.
  - Opmerking:
    - ZBC's zijn voor deze analyse buiten beschouwing gelaten.
    - In het artikel 'Halbersma, Kerstholt en Mikkers (2009) - Marktafbakening en marktmacht in de zorgsector- (M&M april 2009)' en in het NZa rapport 'Fusiemodellen' (te vinden op de NZa website) is een uitgebreide uitleg van de LOCI-methode te vinden.

#### *Aanbod en specialisatie van ziekenhuizen en specialismen*

- Bronnen: Vektis-data voor algemene ziekenhuizen en UMC's.
- Gebruikte data: Gebruikte data: postcode-data van patiënten van alle 2012 DOT's.
- Methode:
  - Aanbod: Tellingen van ziekenhuizen dat een bepaald aantal specialismen aanbiedt en van het aantal ziekenhuizen dat een bepaald specialisme heeft.
  - Specialisatie/spreiding: per ziekenhuis of specialisme wordt het aandeel binnen het ziekenhuis of landelijk binnen het specialisme berekend.
  - Opmerking: ZBC's zijn voor deze analyse buiten beschouwing gelaten.

#### *Marktaandelen zorgverzekeraars per segment (2010-2012) en per regio (2012)*

- Bronnen: gedeclareerde DOT's uit Vektis-data.
- Gebruikte data: Uit de Vektis-data worden marktaandelen gebruikt (op basis van de omzet) van verzekeraars (inkoopcombinaties). DOT-data van ziekenhuizen en ZBC's is gebruikt.
- Methode: Sommatie van alle gedeclareerde DOT-omzetten per inkoopcombinatie gedeeld door de totaal gedeclareerde DOT-omzet.

## Marktgedrag

### *Ontwikkeling percentage afgesloten contracten ziekenhuizen, B-segment 2010-2011, vanaf 2012 A+B-segment*

- Bronnen: Vektis-data, contractprijzen en jaarrekeningen 2010-2012 van algemene ziekenhuizen en UMC's.
- Gebruikte data:
  - 2009-2011: Uit de Vektis-data worden marktaandeelen gebruikt (op basis van de omzet) van verzekeraars (inkoopcombinaties) per ziekenhuis, van de verzekeraars worden de contractprijzen in het B-segment gebruikt en uit de jaarrekeningen word de omzet in het B-segment per ziekenhuis gebruikt.
  - 2012-2014: Uit de Vektis-data worden marktaandeelen gebruikt (op basis van de omzet) van verzekeraars (inkoopcombinaties) per ziekenhuis, van de verzekeraars worden de contractprijzen in het A- en B-segment gebruikt en uit de jaarrekeningen word de omzet in het A- en B-segment per ziekenhuis gebruikt.
- Methode: Uit de contractprijzen van verzekeraars blijkt of een bepaald ziekenhuis gecontracteerd is op een bepaald moment van het jaar. Indien het ziekenhuis gecontracteerd is, dan wordt het marktaandeel van de verzekeraar vermenigvuldigd met de omzet van dat ziekenhuis uit de jaarrekeningen. Sommatie van al deze 'gecontracteerde' omzetten gedeeld door de totale omzet (voor de ziekenhuizen) levert het percentage afgesloten contracten op.
- Opmerking:
  - Vanaf 2010 leveren verzekeraars maandelijks contractprijzen aan de NZa aan, in de jaren ervoor was dit drie keer per jaar (eind april, eind oktober en eind december).
  - In 2012 is voor de medisch specialistische zorg prestatiebekostiging ingevoerd. De tarieven in het A-segment zijn nu voor de ziekenhuizen ook maximum tarieven. Om die reden leveren verzekeraars vanaf 2012 ook de A-segment contractprijzen aan de NZa aan.

### *Ontwikkeling aantal gecontracteerde ZBC's, B-segment 2010-2011, 2012 A+B-segment*

- Bronnen: contractprijzen 2010-2012 van ZBC's.
- Gebruikte data:
  - 2010-2011: Uit de contractprijzen van het B-segment worden unieke ZBC's met 1 of meer contracten geteld.
  - 2012-2014: Uit de contractprijzen van zowel A- als B-segment worden unieke ZBC's met 1 of meer contracten geteld.
- Methode: Uit de contractprijzen van verzekeraars blijkt of een bepaald ZBC gecontracteerd is op een bepaald moment van het jaar.
- Opmerking:
  - Vanaf 2010 leveren verzekeraars maandelijks contractprijzen aan de NZa aan, in de jaren ervoor was dit drie keer per jaar (eind april, eind oktober en eind december).
  - In 2012 is voor de medisch specialistische zorg prestatiebekostiging ingevoerd. De tarieven het A-segment zijn nu voor de ziekenhuizen ook maximum tarieven. Om die reden leveren verzekeraars vanaf 2012 ook de A-segment contractprijzen aan de NZa aan.

## Kwaliteit

### *NIAZ-accreditatie*

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorgaanbieders hierop. Beoordeeld wordt of deze hun organisatie zo hebben ingericht dat zij op een reproduceerbare wijze

een acceptabel kwaliteitsniveau van zorg voortbrengen. Als dat het geval is krijgt de zorgaanbieder een accreditatie voor vier jaren, waarna een volledige hertoetsing plaatsvindt. Tussentijds gaat het NIAZ de voortgang van de afgesproken verbeterpunten na. De accreditatiestatus beoogt derden – zoals patiënten, verzekeraars, overheden – het vertrouwen in een goed en veilig georganiseerde instelling te geven. Meer informatie over NIAZ is te vinden op [www.niaz.nl](http://www.niaz.nl).

#### HKZ-certificaat

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

#### JCI-accreditatie

De Joint Commission International (JCI) is opgericht om de kwaliteit, veiligheid en efficiëntie in de gezondheidszorg te verbeteren. JCI-accreditaties worden niet alleen in Nederland toegekend. Het is een internationale accreditatie die erkend is door de World Health Organization (WHO). Voor het ontvangen van de JCI-accreditatie dienen ziekenhuizen te voldoen aan eisen voor patiëntgerichtheid en eisen met betrekking tot organisatie en management. Voor academische ziekenhuizen gelden twee aanvullende eisen: medisch professioneel onderwijs en onderzoeksprogramma's. De JCI-accreditatie is drie jaar geldig. Zie voor meer informatie, [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org).

#### ZKN keurmerk

Jaarlijks wordt iedere bij ZKN aangesloten kliniek opnieuw getoetst aan de normen van het ZKN-keurmerk. KIWA, een onafhankelijke organisatie voor hooggekwalificeerde certificering, toetst op de door ZKN opgestelde eisen op het gebied van kwaliteit, veiligheid en professionaliteit voor het gehele zorgproces. Het ZKN-keurmerk is drie jaar geldig, waarna een uitgebreide hercertificering plaatsvindt. Zie voor meer informatie, <http://www.zkn.nl/klinieken/keurmerk/>.

#### HSMR

- Bronnen: aanlevering van de cijfers door ziekenhuizen aan de NZa.
- Gebruikte data: HSMR's, SMR's, de verwachte sterfte van 2012, en de IC-niveaus van ziekenhuizen.
- Methode:
  - De HSMR is een indirect gestandaardiseerde sterftecijfer: de geobserveerde sterfte wordt gedeeld door het verwachte sterftecijfer.
  - Voor de berekening van de verwachte sterftecijfer, worden sterfgevallen ingedeeld in 50 diagnosegroepen, die 80% van de totale sterfte in ziekenhuizen omvat. Voor elke diagnosegroep wordt de verwachte sterfte berekend binnen deze groep. Een model berekent voor elke diagnosegroep de verwachte sterfte, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, co-morbiditeit, urgentie van opname en andere parameters. De SMR is het gestandaardiseerde sterftecijfer voor een diagnosegroep:

$$SMR_{id} = 100 \times \frac{O_{id}}{E_{id}},$$

Waarbij  $O_{id}$  is het aantal geobserveerde sterfgevallen en  $E_{id}$  is het aantal verwachte sterfgevallen voor ziekenhuis  $i$  en diagnosegroep  $d$ .

- De HSMR voor een bepaald ziekenhuis is verhouding tussen de geobserveerde en verwachte sterfte in alle diagnosegroepen in dat ziekenhuis keer 100:

$$HSMR_i = 100 \times \frac{O_i}{E_i} = 100 \times \frac{\sum_d O_{id}}{\sum_d E_{id}}$$

Waarbij  $O_i$  is het aantal geobserveerde sterfgevallen en  $E_i$  is het aantal verwachte sterfgevallen voor ziekenhuis  $i$ .

- Het model wordt gekalibreerd met behulp van de sterfgevallen in deze diagnosegroepen over alle ziekenhuizen in de periode 2010-2012. De gemiddelde HSMR voor alle ziekenhuizen wordt gezet op 100.
- Voor de controlelimieten van de HSMR wordt Poisson statistiek gebruikt. De Poisson verdeling is een model voor de willekeurige variatie rond een gemiddelde bij een bepaalde sample grootte. Voor de HSMR is het gemiddelde 100 en de sample grootte is de verwachte sterfte. De controlelimieten geven de grenzen aan waarbinnen 95% en 99,8% van de Poisson verdeling ligt bij een bepaalde verwachte sterfte.
- Opmerking: Het HSMR-model voor Nederlandse ziekenhuizen wordt uitgebreid beschreven in het CBS rapport "HSMR 2012: Methodological report" dat te vinden is op website van het CBS.

#### Toegankelijkheid

##### Wachttijdontwikkeling 2009-2014

- Bronnen en gebruikte data: Voor de wachttijdanalyses is gebruik gemaakt van gegevens afkomstig van MediQuest. Van MediQuest zijn de volgende gegevens gebruikt:
  - wachttijd polikliniek: 2009 tot en met oktober 2013; Het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan.
  - wachttijd behandeling: juni 2009 tot en met oktober 2013; Het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelend arts tot het moment van opname of operatie.
- Methode: Gewijzigde definities
  - Met ingang van 1 september 2008 zijn de wachttijddefinities gewijzigd, waardoor de wachttijdgegevens over de periode vóór 1 september 2008 niet één op één vergelijkbaar zijn met de wachttijdgegevens zoals deze per september 2008 zijn verzameld. Hiervoor zijn de wachttijdgegevens 'dagbehandeling' en 'opname' (wachttijdgegevens van voor september 2008) omgezet naar één overkoepelende wachttijd voor behandeling. Ondanks het feit dat de gewijzigde wachttijddefinities sinds september van kracht zijn, is er een aantal ziekenhuizen dat de wachttijd nog volgens de oude definities aanlevert en publiceert. Voor het omzetten van de oude wachttijdgegevens behandeling naar de nieuwe definities is het gemiddelde van wachttijd dagbehandeling en wachttijd opname berekend, waarbij het aldus berekende gemiddelde naar boven is afgerond op hele weken. Ook zijn de wachttijden van nul weken omgezet naar een week.
  - De reden hiervoor is dat het in de oude registratie voor een ziekenhuis mogelijk was om een wachttijd van nul weken op te geven, terwijl dat in de nieuwe registratie niet meer mogelijk is; nul tot zeven dagen dient te worden afgerond naar een week. Behalve de omzetting van opname en dagbehandeling naar één algemene wachttijd voor behandeling, is ook de definitie voor de registratie in weken aangepast. In de nieuwe wachttijddefinities



- wordt voor de wachttijd de derde mogelijkheid in het afsprakenregister geregistreerd. In de oude wachttijddefinities wordt een gemiddelde wachttijd berekend over de gegevens van de afgelopen drie maanden waarbij de bovenste en onderste 10% van de wachttijden worden verwijderd. Er is hiervoor niet gecorrigeerd, omdat beide methodieken hetzelfde beogen, namelijk in beeld brengen dat de gepubliceerde wachttijd zoveel mogelijk overeenkomt met de wachttijd die de gemiddelde patiënt bij het maken van een afspraak te horen krijgt.
- Ranges van wachttijden in plaats van absolute waarden. Bij de oude registratie hanteerde ziekenhuizen voor de wachttijd vaak een range, bijvoorbeeld twee tot vier weken in plaats van een absoluut aantal weken. Deze ranges zijn omgezet naar een absoluut aantal weken door het gemiddelde te hanteren. Een wachttijd van twee tot vier weken wordt omgezet naar drie weken. Dit is toegepast op de wachttijdgegevens voor de wachttijd polikliniek en behandeling in de periode januari-september 2008.
  - Toevoeging aanvullende variabele. Om de benodigde wachttijdanalyses uit te voeren zijn er een aantal variabelen toegevoegd aan de wachttijden. De variabelen die zijn toegevoegd zijn het type zorgaanbieder (UMC, STZ-ziekenhuis of algemeen ziekenhuis), de mate van stedelijkheid van de instellingen en de Treeknormen voor desbetreffende wachttijddefinities.
  - De wachttijd voor Oncologie is niet meegenomen in de wachttijdenanalyse. Wachttijden voor oncologie zijn niet verplicht om aan te leveren, daarnaast wordt de wachttijd voor oncologie al onder andere specialismen meegenomen. De dataset voor oncologie was onvoldoende gevuld en daarmee onbetrouwbaar en niet valide. Daarom is besloten deze niet mee te nemen in de analyse.
  - Opmerking:
    - MediQuest verzamelt en registreert de wachttijdgegevens op het niveau van de individuele ziekenhuislocaties, terwijl de gegevens uit de MDS-bestanden meestal op ziekenhuisgroepniveau beschikbaar zijn. Met andere woorden: in de MDS-bestanden is er per ziekenhuis, ook al heeft het ziekenhuis meerdere locaties, één wachttijd per behandeling aangeleverd, terwijl MediQuest de wachttijdgegevens per behandeling van alle ziekenhuislocaties verzamelt. Hierdoor is het aantal wachttijdgegevens (N) uit de MDS-bestanden meestal lager dan die van de wachttijdgegevens van MediQuest, wat zou kunnen leiden tot een trendbreuk. Hiermee dient alleen rekening gehouden te worden bij de interpretatie van de resultaten uit de analyses over de wachttijd behandeling, omdat zowel gebruik is gemaakt van wachttijdgegevens uit MDS als van MediQuest.
    - Wachttijdgegevens van behandelingen in de MDS-bestanden maken onderscheid tussen de verwachte wachttijd, de gemiddelde wachttijd wachtende patiënten en de gemiddelde wachttijd behandelde patiënten. Er is voor gekozen de verwachte wachttijd te gebruiken voor de analyses, omdat deze wachttijd het meest in lijn is met de definities van de nieuwe wachttijdregistratie.

#### *Kaarten wachttijden per specialisme 2009-2014*

- Bronnen en gebruikte data: Voor de kaarten is wachttijden data van MediQuest van januari tot augustus 2014 gebruikt. Voor het berekenen van reisafstanden binnen Nederland is de Geodan Drivetime Matrix 2012 gebruikt.

- Methode: Voor het maken van de kaarten zijn de volgende analyses uitgevoerd:
  - Per (4-positie) postcode gebied is de reistijd bepaald tot de dichtstbijzijnde zorgaanbieder die het specialisme aanbiedt.
  - Per (4-positie) postcode gebied is de reistijd bepaald tot de dichtstbijzijnde zorgaanbieder die voor het gegeven specialisme een wachttijd heeft die aan de Treeknorm voldoet (deze is per definitie gelijk of groter aan de reistijd uit de eerste stap)
  - Per (4-positie) postcode gebied is de 'delta reistijd' bepaald door de reistijd berekend in de eerste analyse-stap af te trekken van de reistijd berekend in de tweede analyse-stap.
  - Kaarten zijn ingekleurd met de berekende reistijden uit analyse-stap 2 en analyse-stap 3.

#### *Motivaction onderzoek*

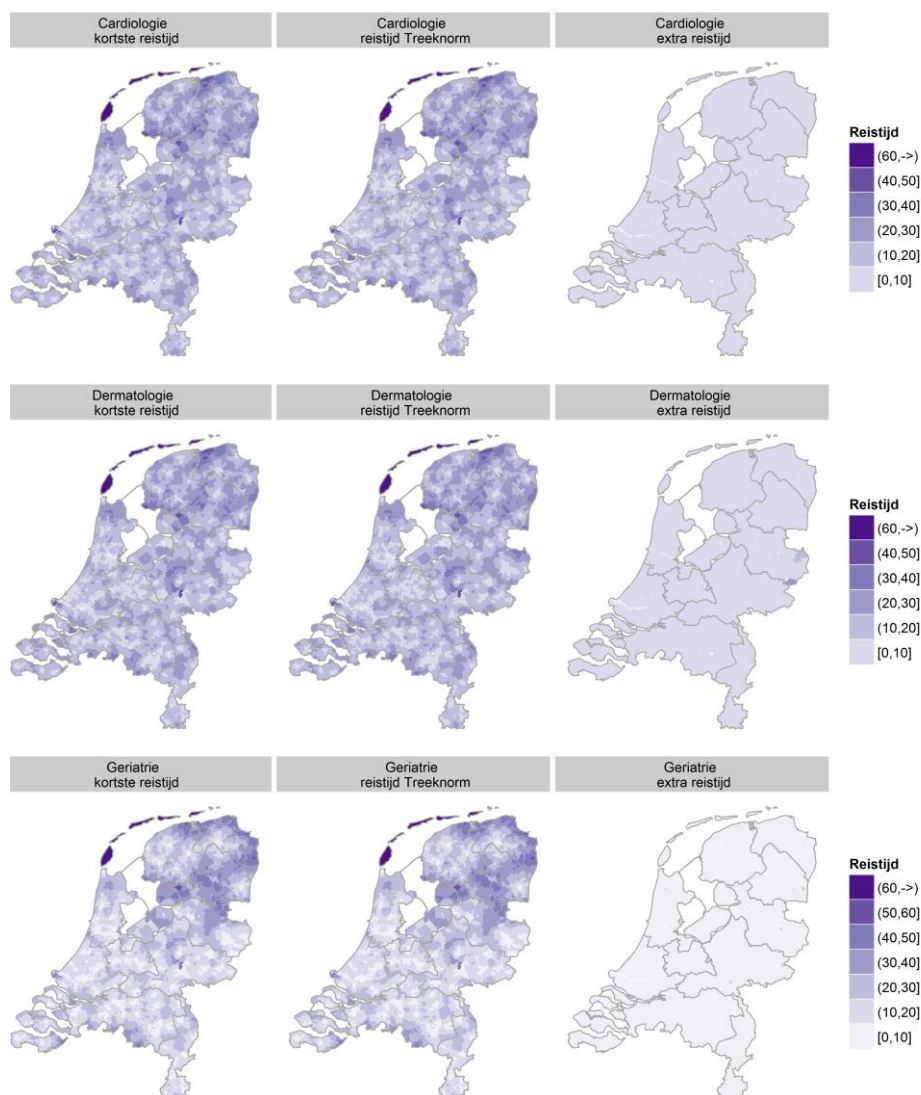
- Bronnen en gebruikte data: Het veldwerk voor de marktscan medisch specialistische zorg is uitgevoerd in de periode 27 juni tot en met 6 juli 2014. De respondenten zijn afkomstig uit het Stempunt-panel van Motivaction. Uit dit panel is een steekproef getrokken van mensen in de leeftijd van 18-70 jaar, representatief voor Nederland. Na een aantal selectievragen is de vragenlijst voorgelegd aan respondenten die in 2013 of 2014 niet-spoedeisende zorg hebben ontvangen in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. In de veldwerkperiode is aan 10.504 personen een uitnodigingsmail verstuurd. Op de slotdatum van het veldwerk was het gewenste aantal vragenlijsten ingevuld en is de toegang tot de vragenlijst op internet afgesloten.
- In totaal hebben 1.066 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Aantal respondenten per type ziekenhuis/behandelcentrum:
  - Algemeen ziekenhuis: 746 respondenten
  - Universitair ziekenhuis: 179 respondenten
  - Zelfstandig behandelcentrum: 112 respondenten
  - Buitenlands ziekenhuis: 29 respondenten
- Methode: Gemaakte selecties:
  - De mensen die zorg ontvangen hebben in 2013 en 2014 zijn geïncludeerd.
  - De mensen die niet geantwoord hebben op een vraag zijn niet meegenomen voor die vraag, maar als ze andere vragen wel hebben beantwoord zijn ze wel meegenomen (ze zijn dus niet geschoond uit het bestand).
  - Anders, namelijk; -antwoorden zijn alleen meegenomen als ze vaak voorkomend waren, of herverdeeld onder andere antwoordcategorieën.
  - Wanneer vervolgvragen gesteld zijn zoals: Waarom heeft u geen instellingen met elkaar vergeleken? Is er een voorselectie gemaakt op de vraag: Heeft u instellingen met elkaar vergeleken?
  - De top 3 overwegingen is samengesteld door Motivaction op basis van de data.
  - Na afsluiting van het veldwerk zijn de open antwoorden gecodeerd en de onderzoeksdata gecheckt, opgeschoond en gewogen. Bij de weging fungeerde het Mentality-ijkbestand als herwegingskader. Dit ijkbestand is wat betreft de sociodemografische gegevens gewogen naar de Gouden Standaard van het CBS.

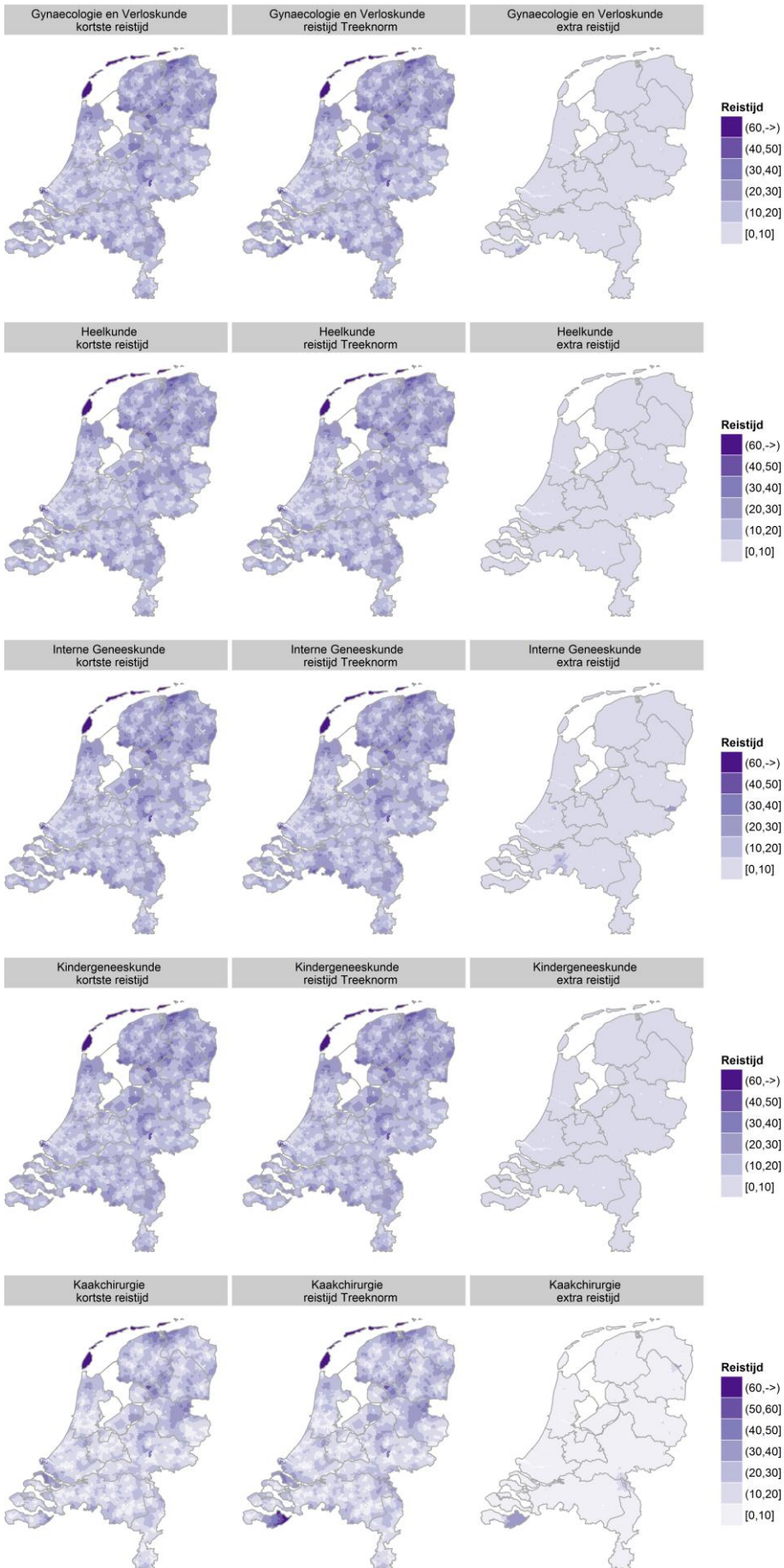
## Bijlage 2. Reistijd per specialisme

Onderstaande figuren geven per (4-cijferige) postcode de volgende informatie weer:

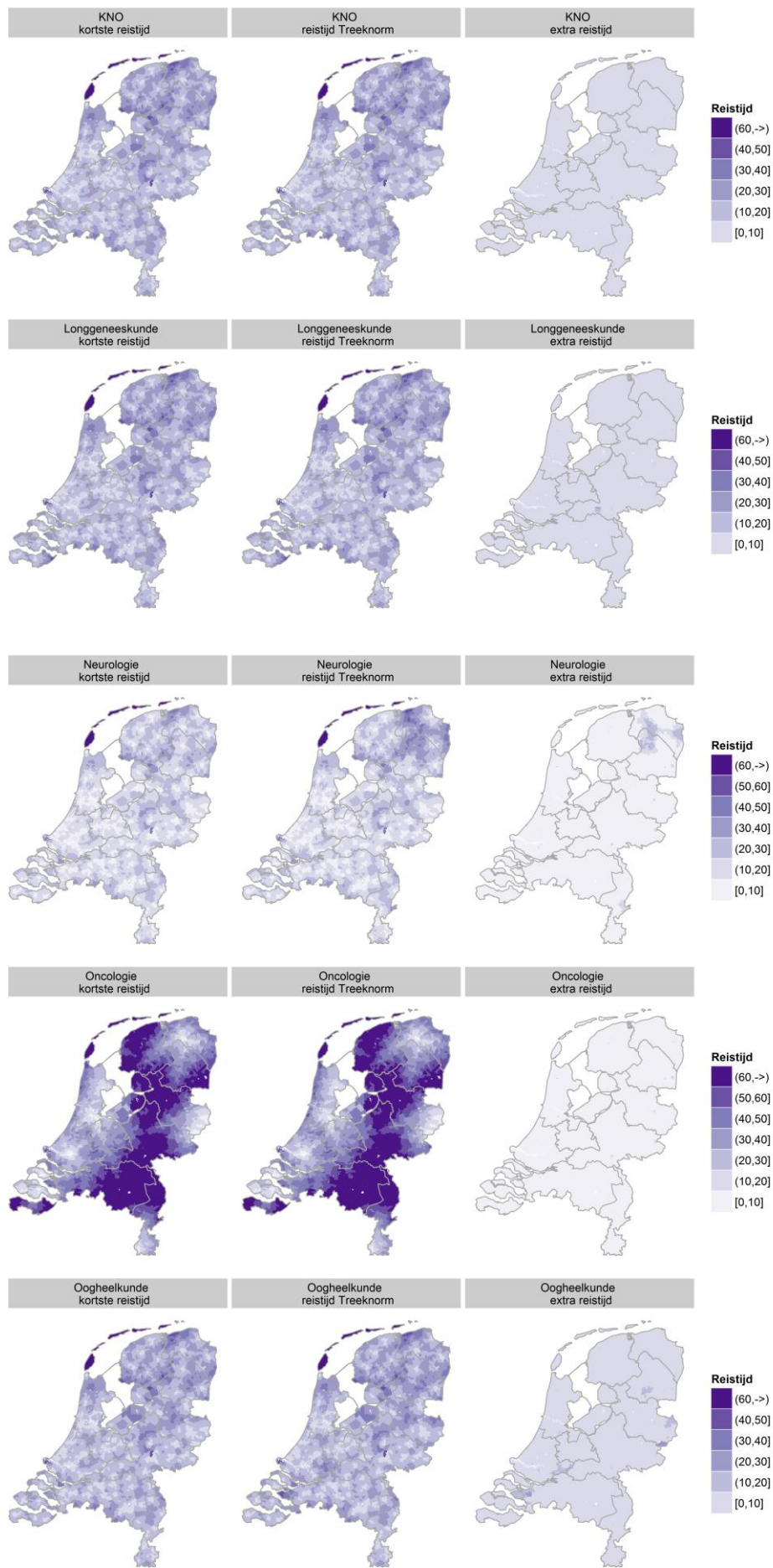
- De reistijd naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder die het betreffende specialisme aanbiedt (linker figuur);
- De reistijd naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder die het betreffende specialisme aanbiedt en waarbij de wachttijd voor dat specialisme aan de Treeknorm voldoet (dit kan dezelfde instelling zijn als bij het eerste punt);
- De extra reistijd die een patiënt heeft als hij niet binnen de Treeknorm geholpen kan worden bij de dichtstbijzijnde zorgaanbieder en verder moet reizen voor een zorgaanbieder die wel een wachttijd heeft die voldoet aan de Treeknorm.

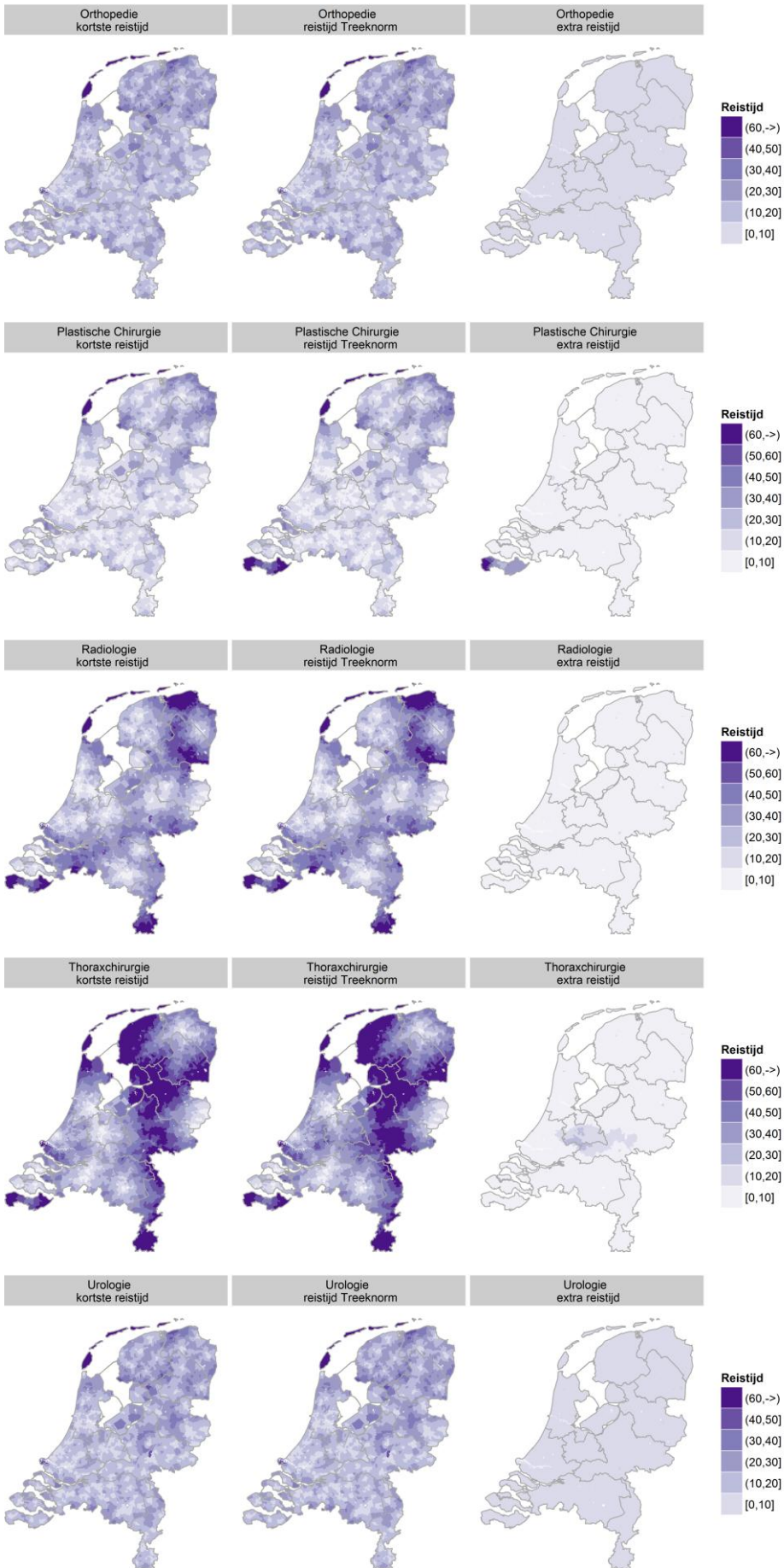
De figuren zijn gebaseerd op wachttijd-data van januari tot en met augustus 2014. Voor allergologie, pijnbestrijding/anesthesiologie, maag, darm en leverziekten, revalidatiegeneeskunde, reumatologie, neurochirurgie en psychiatrie zijn de figuren afgebeeld in de hoofdttekst (zie paragraaf 6.2).





Marktscan Medisch specialistische zorg 2014





## **Bijlage 3. Beleidsbrief bij de marktscan**

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

<b>Behandeld door</b> Directie Zorgmarkten Cure	<b>Telefoonnummer</b> 030 296 8938	<b>E-mailadres</b> vragecure@nza.nl	<b>Kenmerk</b> 0109215/0152635
<b>Onderwerp</b> Beleidsbrief Marktscan medisch specialistische zorg 2014			<b>Datum</b> 4 december 2014

Mevrouw de Minister,

Bijgaand ontvangt u de marktscan medisch specialistische zorg 2014. In deze marktscan (deel A) presenteren wij een weergave van de markt voor medisch specialistische zorg over de periode 2010 – 2014. U heeft de Tweede Kamer per brief<sup>1</sup> laten weten dat instellingen voor medisch specialistische zorg uitstel krijgen voor het indienen van de jaarrekening 2013 tot 15 december 2014. De uitkomsten van de aanvullende omzetonderzoeken over 2012 en 2013 en de vaststelling van de definitieve transitiebedragen over 2012 en 2013 vormen voor de accountant namelijk een voorwaarde voor de vaststelling van de jaarrekening over 2013. Om die reden hebben we ervoor gekozen de financiële analyses met betrekking tot de betaalbaarheid weer te geven in een deel B van de marktscan. In het voorjaar van 2015 wordt u over deel B van de marktscan geïnformeerd.

Verder hebben we u onlangs geïnformeerd<sup>2</sup> over de monitor over de invoering van de integrale tarieven in de medisch specialistische zorg. De stand van zaken rondom de integrale tarieven wordt separaat gemonitord en maakt derhalve geen onderdeel uit van deze marktscan. We zijn voornemens deze monitor voor 1 januari 2015 aan u toe te sturen.

### **Ontwikkelingen in wachttijden**

In voorgaande jaren zijn de landelijk gemiddelde wachttijden voor polikliniekbezoeken, behandelingen en diagnostiek in de medisch specialistische zorg gedaald.

<sup>1</sup> De brief 'Aanpak verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg' van de Minister van VWS d.d. 22 mei 2014, kenmerk 349886-CZ, aan de Tweede Kamer.

<sup>2</sup> De brief 'Monitor integrale tarieven medisch specialistische zorg', met kenmerk 0093710/0131264, van 13 augustus 2014 en de brief 'Eerste indrukken monitor integrale tarieven 2015', met kenmerk 0101943/0143083, van 27 oktober 2014.



In 2014 is de landelijke gemiddelde wachttijd echter toegenomen ten opzichte van 2013, op basis van cijfers van Mediquest. Zo zien we een lichte stijging van de gemiddelde wachttijd voor polikliniekbezoeken. Voor 7 medisch specialismen betekent dit dat in 2014 de Treeknorm<sup>3</sup> gemiddeld genomen wordt overschreden. In 2013 waren dit nog 6 specialismen.

**Kenmerk**  
0109215/0152635

Op grond van het Toezichtkader Zorgplicht van de NZa moeten zorgverzekeraars bij de borging van tijdige zorg, minimaal de huidige tijdigheidsnormen in acht nemen. Dit betekent dat verzekerden de zorg (waarop zij recht hebben) binnen de Treeknormen dienen te kunnen krijgen.

Om die reden heeft de NZa in de marktscan onderzocht in hoeverre patiënten, van ziekenhuizen waar de Treeknorm voor een of meer specialismen niet gehaald wordt, elders terecht kunnen. Uit deze analyse blijkt dat patiënten met name in dunbevolkte gebieden extra moeten reizen om de dichtstbijzijnde instelling te bezoeken die binnen de Treeknorm (voor wachttijd) valt. In onze analyses zijn buitenlandse ziekenhuizen niet meegenomen.

Aanvullend heeft de NZa voor de marktscan laten onderzoeken in hoeverre patiënten gebruik maken van die alternatieven. Uit dit onderzoek, uitgevoerd onder het consumentenpanel van Motivaction, blijkt dat 77% van de respondenten binnen vier weken (de Treeknorm) voor een afspraak terecht kan. Vorig jaar was dit nog 88%. De respondenten maken desondanks, net als in voorgaande jaren, nauwelijks gebruik van wachttijdbemiddeling. Slechts 3% van de respondenten heeft hier gebruik van gemaakt.

#### *Vervolgstappen wachttijden*

We maken ons zorgen over het feit dat de wachttijden voor medisch specialistische zorg toenemen, terwijl de verzekeraar nog steeds nauwelijks wordt ingeschakeld door patiënten om elders eerder terecht te kunnen. Het is belangrijk dat patiënten weten wat hun rechten zijn. Zowel aanbieders als verzekeraars moeten patiënten goed informeren over wachttijden, en de alternatieven. Bij een naturaverzekering moet de zorgverzekeraar de zorg tijdig (laten) leveren aan zijn verzekerden. Bij een restitutieverzekering moet de zorgverzekeraar zich desgevraagd inspannen om de verzekerde te bemiddelen naar een zorgaanbieder die de zorg tijdig kan verlenen.

Om deze kennis te vergroten, en een beter gebruik van alternatieven mogelijk te maken neemt de NZa de volgende stappen.

Ten eerste zijn we van plan zorgverzekeraars een verplichting op te leggen over het informeren van hun verzekerden over de Treeknormen en de hulp die de zorgverzekeraar kan bieden bij het uitzoeken van een alternatieve behandelaar.

<sup>3</sup> De Treeknorm, een door het veld bepaalde norm voor wachttijd, voor polikliniekbezoeken bedraagt 4 weken vanaf de afspraak tot het eerste polikliniekbezoek.

Daarnaast wil de NZa van de zorgverzekeraars weten wat de redenen zijn dat consumenten beperkt gebruik maken van wachttijdbemiddeling.

Ten tweede zijn we van plan om zorgaanbieders die een te lange wachttijd hebben te verplichten aan patiënten te melden dat zij bij hun zorgverzekeraars kunnen informeren naar alternatieve behandel mogelijkheden.

Ten derde zullen we in overleg met betrokken partijen de regeling '*Verplichte publicatie wachttijden somatische zorg*' aanpassen. Op grond van deze regeling zijn zorgaanbieders op dit moment al verplicht de wachttijden te publiceren op hun website. Uit onderzoek<sup>4</sup> blijkt echter dat de regeling niet helemaal aansluit bij de dagelijkse praktijk van de zorgaanbieders.

#### **Contractering 2014**

In 2014 zijn de contractonderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars sneller verlopen dan in 2013. Vaak maken de verzekeraars en ziekenhuizen eerst globale afspraken over het totaalbedrag, en volgen daarna prijsafspraken per DBC-zorgproduct.

#### *Contractonderhandelingen eerder van start en eerder klaar*

In het onderhandelingsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017<sup>5</sup> is opgenomen dat informatie over zorg die daadwerkelijk is ingekocht, vóór 19 november van het jaar t-1 beschikbaar moet zijn voor patiënten. De NZa constateerde op basis van een uitvraag dat per 1 december 2013 de zorgverzekeraars 87% van de verwachte schadelast voor de medisch specialistische zorg in 2014 gecontracteerd hadden.

In het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord (BHA) staat de doelstelling dat vóór 1 april 2014 alle contracten voor 2014 afgerond moeten zijn. Net als in 2013 is deze doelstelling door twee verzekeraars volledig gerealiseerd. Het gemiddelde percentage afgesloten contracten was wel hoger dan in 2013. Zorgverzekeraars hadden in april 2014 gemiddeld 93% van alle contracten met ziekenhuizen volledig afgerond. Dit was in 2013 nog 37%. Met zelfstandige behandelklinieken was 92% van de contracten afgerond voor 1 april 2014, ten opzichte van 45% in 2013. Hiermee krijgt de doelstelling op het gebied van het verkorten en tijdig afronden van de contracteercyclus in toenemende mate vorm.

Om het voor partijen mogelijk te maken om de geformuleerde doelstellingen voor de contracteercyclus voor 2015 te realiseren, heeft de NZa de prestaties en tarieven voor de medisch specialistische zorg voor 2015 eerder vastgesteld dan voorheen. De regels voor 2015 waren in juli 2014 bekend. Daarnaast gaf de NZa extra informatie aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de effecten van het verkorten van de doorlooptijd van DBC-zorgproducten per 2015<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> SV/13/0911/wazz, Betrouwbaarheid van wachttijdregistratie in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, HHM-rapport, 14 juni 2013.

<sup>5</sup> De brief 'Onderhandelaarsresultaten beperking uitgavengroei curatieve zorg' van de Minister van VWS d.d. 16 juli 2013, kenmerk 107307-CZ, aan de Tweede Kamer. In het onderhandelingsresultaat zijn afspraken gemaakt met de NVZ, de NFU, de NPCF, ZKN, de OMS en ZN.

<sup>6</sup> Met het verkorten van de doorlooptijden van DBC-zorgproducten wordt invulling gegeven aan de wens van het ministerie van VWS om op korte termijn de

Toch ontvangt de NZa signalen dat het verkorten van de doorlooptijd van DBC-zorgproducten het afsluiten van contracten bemoeilijkt. Dit komt omdat de financiële gevolgen van de doorlooptijdvermindering, bijvoorbeeld ten behoeve van de prijsstelling van DBC-zorgproducten, soms moeilijk in te schatten zijn. De NZa zal in de volgende marktscan medisch specialistische zorg het verloop van de contractering 2015 monitoren.

**Kenmerk**  
0109215/0152635

#### *Rust in de regels in 2015*

Nieuw in deze marktscan is de vragenlijst over het contracteer- en onderhandelingsproces die is uitgezet bij de zorgaanbieders. In totaal hebben 97 zorgaanbieders deze vragenlijst ingevuld. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars overwegend een combinatie van standaard- en maatwerkcontracten afsluiten met zorgaanbieders. Veel zorgaanbieders vragen lopende het jaar om wijzigingen op het contract, bijvoorbeeld omdat de zorgvraag hoger is dan verwacht. Deze verzoeken worden door zorgverzekeraars echter zelden gehonoreerd. Dit roept ook de vraag op wat de meerwaarde is van tussentijdse pakketreleases. Met een circulaire<sup>7</sup> hebben we aangekondigd dat er met ingang van 2015 geen tussentijdse pakketreleases gedurende het jaar plaatsvinden. Hiermee beogen we de komende jaren het declaratiesysteem (DOT) zo stabiel mogelijk te houden en partijen beter in staat te stellen in te kopen op basis van DBC-zorgproducten.

#### *Correcte ziekenhuisdeclaraties*

Het ten onrechte in rekening brengen van duurdere zorg dan in werkelijkheid is geleverd is niet toelaatbaar. Uit onderzoek dat in opdracht van de NZa is verricht, blijkt dat besturen van ziekenhuizen en ZBC's structureel meer aandacht moeten besteden aan de rechtmatigheid van de declaratiepraktijk. Nu is dat nog niet of onvoldoende het geval.<sup>8</sup> De toezichtsonderzoeken die de NZa in 2014 heeft uitgevoerd, bevestigen dit beeld. Door meer aandacht te besteden aan regelnaleving ('compliance') en de interne controle te verbeteren, kunnen ziekenhuizen en ZBC's incorrecte declaraties voorkomen.

#### **Sterftecijfers**

Sinds 2014 zijn zorgaanbieders verplicht de gecorrigeerde sterftecijfers te publiceren op de eigen website. Uit de marktscan blijkt dat de sterftecijfers van de meeste ziekenhuizen binnen de verwachte spreiding liggen en dat ziekenhuizen niet significant beter of slechter presteren dan het landelijk gemiddelde.

#### *Ziekenhuizen vergelijken is nog niet goed mogelijk*

Er is op dit moment nog een aantal beperkingen bij de totstandkoming van de sterftecijfers, die de onderlinge vergelijking tussen

---

informatievoorziening in de curatieve zorg te verbeteren. Onderdeel hiervan vormt de versnelling van de informatievoorziening gedurende het jaar over de definitieve schadelast. Zie ook de brief 'Verbetering informatievoorziening in de zorg' van de Minister van VWS d.d. 29 november 2012, kenmerk FEZ-U-3144944, aan de Tweede Kamer.

<sup>7</sup> De circulaire 'Besluit releasecycle medisch specialistische zorg 2015' van 20 oktober 2014, met kenmerk CI/14/52c, is gepubliceerd op de website van de NZa.

<sup>8</sup> Self-assessment Declareren Medisch Specialistische Zorg, KPMG (2014) Zie: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

zorgaanbieders bemoeilijkt. De kwaliteit is namelijk afhankelijk van het model en de juiste classificatie bij opname van patiënten. Het model dat toegepast wordt voor de bepaling van de sterftcijfers is de afgelopen periode verbeterd. Ook de verplichte publicatie draagt bij aan de kwaliteit van de berekening van de sterftcijfers. Daarnaast vergroot de door ons per 2015 ingevoerde registratieverplichting van ICD-10 diagnosecodes, als inputparameter van de HSMR, de kwaliteit van sterftcijfers. De NZa wil dat het model de komende periode verder doorontwikkeld wordt, zodat de zeggingskracht en vergelijkbaarheid van de sterftcijfers wordt vergroot. Een voorbeeld is het corrigeren voor sterfte na ontslag. Hiervoor loopt op dit moment een onderzoek door het CBS, waarin het effect gemeten wordt van de verschillen in ontslagbeleid door de totale sterfte binnen 45 dagen na opname te meten.

In de volgende marktscans medisch specialistische zorg zullen we analyseren hoe de informatie over de sterftcijfers gebruikt wordt door patiënten en zorgverzekeraars. Op dit moment is daar nog niet veel over te zeggen omdat pas in het najaar van 2014 alle cijfers beschikbaar waren. De NZa stemt met de consumentenorganisaties af over de wijze waarop de sterftcijfers meer bruikbaar gemaakt kunnen worden voor consumenten.

#### *Andere kwaliteitsindicatoren*

Met de publicatie van de sterftcijfers is een eerste belangrijke stap gezet op het gebied van inzicht in kwaliteit. Volgende stappen volgen nog, aangezien de sterftcijfers niet de enige indicator vormen voor kwaliteit. Het is ook van belang om (de samenhang met) andere kwaliteitsindicatoren, zoals de onverwacht lange ligduur of de ongeplande heropnames en heroperaties, te analyseren. Samen met Zorginstituut Nederland bespreekt de NZa met de sector hoe informatie over heropnames en heroperaties gebruikt kan worden als kwaliteitsinformatie voor verzekeraars en patiënten.

We geven u met deze beleidsbrief en de marktscan een beeld over de stand van zaken in de medisch specialistische zorg. Per 2015 treedt een aantal belangrijke wijzigingen in werking voor de medisch specialistische zorg, zoals de invoering van het integrale tarief en de kortere doorlooptijd van DBC-zorgproducten. In 2015 blijven we deze ontwikkelingen volgen.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.A. Ruys  
voorzitter Raad van Bestuur a.i