

Monitor

Ziekenhuiszorg 2007

*Analyse van de marktontwikkelingen in het
B-segment in 2007*

Juni 2007

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doelstelling monitor	11
1.3 Focus monitor	11
1.4 Informatiebronnen voor deze monitor	12
1.5 Leeswijzer	12
2. De markt	13
2.1 Inleiding	13
2.2 B-segment	13
2.3 Aanbodzijde: ziekenhuizen en ZBC's	16
2.4 Vraagzijde: zorgverzekeraars	17
2.5 Stimulansen voor scherp onderhandelen	19
2.6 Verdeling van de macht in de onderhandelingen	19
2.7 Koppeling tussen A- en B-segment	21
2.8 Conclusies	22
3. Kwaliteit	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Waarom transparantie van kwaliteit	25
3.3 Transparantie van medische kwaliteit	27
3.4 Informatie over ervaringen van patiënten	29
3.5 Kwaliteitsafspraken	30
3.6 Verbeteren kwaliteit in de zorg	32
3.7 Innovatie	32
3.8 Conclusies	33
4. Toegankelijkheid	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Hoeveelheid gecontracteerde zorg	35
4.3 Keuzeondersteuning	36
4.4 Wachttijden	37
4.5 Conclusies	40
5. Betaalbaarheid	43
5.1 Inleiding	43
5.2 Prijs en volume in de onderhandelingen	43
5.3 Ontwikkeling van de totale kosten	45
5.4 Prijsontwikkelingen 2005-2007	46
5.5 Conclusies	55
Bijlage 1: Gebruikte informatiebronnen voor de monitor	57
Bijlage 2: Berekeningsmethodiek voor de monitor	59

Vooraf

Voor u ligt de jaarlijkse monitor B-segment ziekenhuiszorg. De monitor is een van de middelen die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gebruikt om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen op het gebied van marktwerking in de ziekenhuiszorg.

Sinds 2005 geldt voor het B-segment van de ziekenhuiszorg dat ziekenhuizen en ZBC's jaarlijks met de zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's. In navolging van de monitor in 2006 heeft de NZa bekeken of in 2007 is voldaan aan de condities voor marktwerking in de ziekenhuiszorg en de invloed van marktwerking op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat verzekeraars en aanbieders meer vrijheid krijgen om met elkaar te onderhandelen. Deze monitor geeft aan dat er positieve ontwikkelingen zichtbaar zijn in het vrije segment van de ziekenhuiszorg. Ook staat in de monitor op welke punten de NZa in actie zal komen en welke aanbevelingen zij daarvoor doet.

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

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

Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

drs. A.L.M. Barendregt
portefeuillehouder aanbieders Cure

Managementsamenvatting

Voor het B-segment van de ziekenhuiszorg kunnen ziekenhuizen en ZBC's sinds 2005 jaarlijks met de zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's. Conclusie van de monitor ziekenhuiszorg 2006 was dat er in 2006 diverse positieve ontwikkelingen gaande waren op de markt, maar dat er desondanks nog niet was voldaan aan de condities voor marktwerking in de ziekenhuiszorg. De voornaamste redenen waren:

- (1) De kwaliteit is nog onvoldoende transparant.
- (2) Keuzeondersteuning door verzekeraars speelt nog een beperkte rol.
- (3) De wisselwerking tussen het A-segment en het B-segment tijdens de onderhandelingen.

Hoe staat het in 2007? In het licht van het kabinetsvoornemen om het B-segment per 1 januari 2008 uit te breiden naar 20% is dit onderwerp zeer actueel.

Algemeen beeld

In het B-segment zijn positieve ontwikkelingen zichtbaar. De prijzen zijn na een daling in 2006 gestabiliseerd in 2007. De aanwijzingen worden steeds sterker dat ZBC's zorgen voor lagere prijzen in het B-segment. De wachtlijsten in het B-segment zijn over de periode 2005 en 2006 afgenomen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelen professioneler en er bestaat meer aandacht voor kwaliteit tijdens de onderhandelingen. Ook lopen er goede initiatieven om tot transparantie van kwaliteit te komen. Toch komt de marktwerking in het B-segment nog onvoldoende op gang. Er zijn nog steeds remmende factoren die marktwerking in de weg staan. Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat verzekeraars en aanbieders meer vrijheid krijgen om met elkaar te onderhandelen. De huidige omvang van het B-segment is te klein. De verwachte introductie van vrije prijsvorming en maatstafconcurrentie, zoals de NZa heeft geadviseerd in de uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen", zorgt voor een aanzienlijke vergroting van de omvang van het segment met vrije prijzen. De NZa verwacht dat hiermee de marktwerking in de ziekenhuiszorg een sterke impuls zal krijgen en dat dit een positief effect heeft op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit

Kwaliteit onvoldoende transparant

Het transparant maken van kwaliteit heeft tijd nodig. De ontwikkelingen op het gebied van transparantie gaan de goede kant op. Toch is de beschikbare en vergelijkbare informatie over de medische kwaliteit en patiëntervaringen nog steeds beperkt. De ontwikkeling van indicatoren voor de medische kwaliteit loopt nog door tot 2011. Met de Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR) kan eventueel een snelle slag gemaakt worden naar meer transparantie op het gebied van medische kwaliteit. Dit is echter een algemene indicator en niet specifiek gericht op het B-segment. Naar verwachting is in 2008 landelijk informatie beschikbaar over ervaringen van patiënten.

Mismatch in informatie

Consumenten- en patiëntenorganisaties geven aan dat er vaak een 'mismatch' is tussen de informatie die consumenten willen zien en de informatie die beschikbaar komt. Van belang is dat zorgaanbieders hun informatie beter toespitsen op de behoefte van de consument.

Weinig concrete kwaliteitsafspraken

Tijdens de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars is er meer aandacht voor kwaliteit dan vorig jaar. Toch maken ze nog weinig concrete kwaliteitsafspraken. Over verschillen in patiëntenpopulatie gebeurt dat wel als dat aan de orde is.

Toegankelijkheid

Toegankelijkheid B-segment niet noemenswaardig veranderd

De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- (1) Bijna alle verzekeraars hebben net als vorig jaar met vrijwel alle ziekenhuizen waar hun verzekerden naar toe gaan contracten afgesloten.
- (2) Keuzeondersteuning door verzekeraars aan verzekerden speelt nog een beperkte rol.
- (3) Er zijn nog steeds wachttijden.

Wachttijden afgenomen, maar nog steeds aanzienlijk

De wachttijden zijn gemiddeld over de periode 2005 en 2006 afgenomen. Over 2007 zijn nog geen cijfers bekend. Voor de meerdaagse opname heeft een groot aantal ziekenhuizen in 2005 en 2006 een wachttijd die hoger is dan de Treeknorm. Voor de meeste diagnoses bestaat een grote spreiding in wachttijden tussen de ziekenhuizen.

Betaalbaarheid

Prijsstijging B-segment gelijk aan A-segment

De prijzen van het B-segment zijn in de periode 2006-2007 niet meer gestegen dan de overige prijzen in de ziekenhuiszorg. De prijzen van de zorg als geheel zijn sterker gestegen dan de prijzen van andere producten en diensten. Over de totale periode 2005-2007 zijn de prijzen in het B-segment ten opzichte van de overige prijzen in de ziekenhuiszorg gedaald met 2,8%.

Specialismen met veel ZBC's hebben lagere prijsstijging

De prijzen van de specialismen, waarbinnen de omzet van ZBC's het grootst is, laten de laagste prijsstijging zien in de periode 2005-2006 en in 2006-2007.

Nivellerende trend zet zich niet voort

In de monitor van vorig jaar leek er sprake te zijn van een nivellerende trend: ziekenhuizen met een relatief hoog prijsniveau in 2005 hadden een relatief lagere prijsstijging in 2006 en andersom. Deze trend zet zich niet voort in de periode 2006-2007.

Werking van de zorgmarkt

Marktwerking komt mondjesmaat op gang

Er zijn ook dit jaar diverse positieve ontwikkelingen zichtbaar op de markt. De prijzen in het B-segment zijn na een daling in 2006 gestabiliseerd in 2007. De wachtlijsten in het B-segment zijn over de periode 2005 en 2006 afgenomen. ZBC's lijken te zorgen voor lagere

prijzen in het B-segment. Ook lopen er goede initiatieven om tot transparantie van kwaliteit te komen.

Desondanks komt ook dit jaar de marktwerking in de ziekenhuiszorg nog onvoldoende op gang. De voornaamste redenen zijn:

- (1) Kwaliteit is nog steeds onvoldoende transparant.
- (2) Beperkte omvang B-segment in totale ziekenhuiszorg.
- (3) Keuzeondersteuning door verzekeraars aan verzekerden speelt nog een beperkte rol. De NZa heeft in mei een visiedocument uitgebracht over dit onderwerp.

De in de monitor van vorig jaar genoemde wisselwerking tussen het A-segment en het B-segment speelt slechts een beperkte rol.

Ziekenhuizen nog steeds sterkere onderhandelingspositie

In 2007 geldt nog steeds dat ziekenhuizen over het algemeen een sterkere onderhandelingspositie hebben dan verzekeraars. Ziekenhuizen en verzekeraars zijn wel sterk van elkaar afhankelijk. Bij de onderhandelingen tussen ZBC's en verzekeraars is de macht van de verzekeraars het grootst. De NZa verwacht dat de onderhandelingsmacht van verzekeraars zal toenemen, wanneer de kwaliteit van zorg transparanter wordt en keuzeondersteuning een grotere rol krijgt. Zonder goede informatie over de kwaliteit is het voor verzekeraars lastig om verzekerden te stimuleren om naar een voorkeursaanbieder te gaan.

Weinig stimulansen scherp onderhandelen

De stimulansen tot scherp onderhandelen zijn ook in 2007 voor zowel verzekeraars als ziekenhuizen tamelijk klein. Dit komt vooral door het geringe aandeel van het B-segment in de totale ziekenhuiszorgmarkt en de beperkte inkoopvoordelen die te behalen zijn voor de zorgverzekeraars.

Gegevenslevering

De in deze monitor gepresenteerde prijsontwikkelingen en prijsniveaus zijn betrouwbaarder dan die in de monitor van vorig jaar. De NZa heeft dit jaar voor het eerst gebruik kunnen maken van volume- en wachttijdinformatie uit de Minimale Data Set (MDS). Om er voor te zorgen dat de gegevens aangeleverd werden, heeft de NZa onder andere gebruik moeten maken van diverse handhavingprocedures. De nu beschikbare volumegegevens zorgen voor een betere weging van de prijzen. In de monitor 2006 vond de weging van de prijzen plaats op basis van de schoningsvolumes.

De wachttijdanalyses heeft de NZa dit jaar voor het eerst uitgevoerd. De beschikbare wachttijdinformatie uit de MDS bleek echter niet volledig. Instellingen geven aan dat de gebruikte definities voor meerdere interpretaties vatbaar zijn. Daarom wacht de NZa met de handhaving van de wachttijdinformatie totdat er een duidelijke en eenduidige definitie beschikbaar is. VWS is verantwoordelijk voor de totstandkoming van deze definitie. Op initiatief van VWS loopt momenteel een project om te komen tot eenduidige definities. Bij de interpretatie van de analyse van de wachttijdinformatie heeft de NZa uiteraard rekening gehouden met die onvolledigheid.

Acties en aanbevelingen

Door de eerder geconstateerde marktimperfecties (gebrekkige kwaliteitsinformatie, beperkte rol keuzeondersteuning en beperkte omvang B-segment) komt de marktwerking in het B-segment nog onvoldoende op gang. Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat verzekeraars en aanbieders meer vrijheid krijgen om met

elkaar te onderhandelen. Met de verwachte introductie van vrije prijsvorming en maatstafconcurrentie, zoals de NZa heeft geadviseerd in de uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen", krijgen marktpartijen veel vrijheid. Deze vrijheid moet zich vertalen in een betere kwaliteit en lagere prijs van de zorg en het geeft ook een stimulans om nieuwe zorgproducten op de markt te zetten. In de monitor ziekenhuiszorg 2008 gaat de NZa analyseren wat het effect van de verwachte maatregelen is op de werking van de markt en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Vervolgstappen NZa

- De NZa doet, zodra kostengegevens per aanbieder beschikbaar zijn, uitspraken over de mate van concurrentie in de markt. De NZa heeft hiervoor een statistische methodiek ontwikkeld die gebaseerd is op de mate waarin een relatief kostenvoordeel tot uitdrukking komt in het exploitatieresultaat.
- De NZa stelt nog in 2007 beleid vast ter bevordering van transparantie van kwaliteit.
- Zoals al aangegeven in haar onlangs gepubliceerd consultatiedocument "(In) het belang van de consument", zal de NZa een normenkader opstellen over wanneer de consument over voldoende informatie beschikt om een goede keuze te kunnen maken op de verschillende zorgmarkten. Wanneer de transparantie in een specifieke zorgmarkt/sector onvoldoende blijkt, spreekt de NZa marktpartijen hierop aan. Als de transparantie ook dan onvoldoende blijft, neemt de NZa dwingende maatregelen.
- De NZa gaat, op basis van de beschikbare data, onderzoek doen naar verschillen in zorgprofielen tussen zorgaanbieders. De NZa zal SDO bij dit onderzoek betrekken.
- De NZa heeft in het visiedocument "Richting geven aan keuzes" acties en aanbevelingen gedaan om de randvoorwaarden voor keuzeondersteuning door verzekeraars te verbeteren.
- De NZa doet in de monitor van volgend jaar uitgebreider onderzoek naar de volumeontwikkeling in het B-segment.
- De NZa doet in de monitor van volgend jaar onderzoek naar prijsverschillen tussen landelijke en stedelijke gebieden.

Aanbevelingen aan VWS

- Zoals aangegeven in de uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen" adviseert de NZa de Minister van VWS de vereveningsmechanismen in het risicovereveningsmodel verder af te bouwen. Verzekeraars gaan zo meer risico lopen en krijgen meer stimulansen om goede zorg in te kopen.
- De NZa adviseert de Minister van VWS om er voor te zorgen dat er snel eenduidige definities voor wachttijden en wachtlijsten beschikbaar komen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Voor het B-segment van de ziekenhuiszorg kunnen ziekenhuizen en ZBC's sinds 2005 met de zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's. Conclusie van de monitor 2006 is dat er diverse positieve ontwikkelingen gaande zijn op de markt, maar dat er desondanks nog niet is voldaan aan de condities voor marktwerking in de ziekenhuiszorg. De voornaamste redenen waren:

- (1) De kwaliteit is nog onvoldoende transparant.
- (2) Keuzeondersteuning door verzekeraars speelt nog een beperkte rol
- (3) De wisselwerking tussen het A-segment en het B-segment.

Hoe staat het nu in 2007? In het licht van het kabinetsvoornemen om het B-segment per 1 januari 2008 uit te breiden naar 20% is dit onderwerp zeer actueel.

1.2 Doelstelling monitor

De NZa richt zich bij alle monitoronderzoeken op twee onderwerpen:

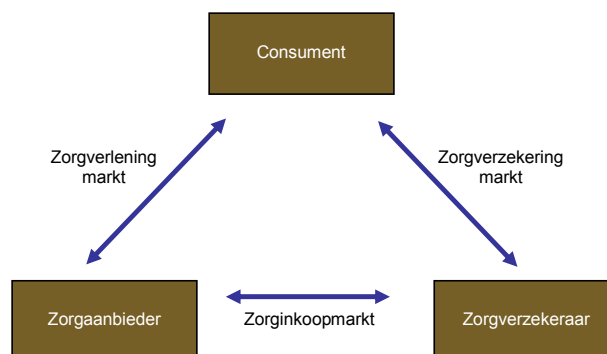
1. De werking van recent geliberaliseerde zorgmarkten en de ontwikkelingen daarin.
2. De invloed van marktwerking op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.¹

De nadruk in deze monitor ligt op het tweede onderwerp. De NZa stelt op basis van de conclusies concrete acties voor en geeft adviezen aan de Minister van VWS.

1.3 Focus monitor

De gezondheidszorg kent drie samenhangende markten: de zorgverleningmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringmarkt (figuur 1.1).

Figuur 1.1: Markten in de gezondheidszorg



¹ De monitor bouwt voort op de eerder opgedane inzichten zoals beschreven in eerdere rapporten over (het B-segment van) de ziekenhuiszorg.

De focus van de monitor ligt op de zorginkoopmarkt. De NZa neemt ontwikkelingen in de zorgverleningmarkt en zorgverzekeringmarkt alleen mee, voor zover deze invloed hebben op de zorginkoopmarkt. De NZa heeft in juni 2007 een monitor over de zorgverzekeringsmarkt uitgebracht.

1.4 Informatiebronnen voor deze monitor

De in deze monitor gepresenteerde prijsontwikkelingen en prijsniveaus zijn betrouwbaarder dan die in de monitor van vorig jaar. De NZa heeft dit jaar voor het eerst gebruik kunnen maken van volume- en wachttijdinformatie uit de Minimale Data Set (MDS). Om er voor te zorgen dat de gegevens aangeleverd werden, heeft de NZa onder andere gebruik moeten maken van diverse handhavingprocedures. De nu beschikbare volumegegevens zorgen voor een betere weging van de prijzen. In de monitor 2006 vond de weging plaats op basis van de schoningsvolumes. De wachttijdanalyses heeft de NZa dit jaar voor het eerst uitgevoerd.

De gebruikte gegevensbronnen zijn niet in alle gevallen compleet en up-to-date. Bij de interpretatie van sommige resultaten is enige voorzichtigheid geboden. Sommige analyses kon de NZa hierdoor nog niet uitvoeren. Door de zeer beperkte volume-informatie over de ZBC's zijn de kwantitatieve delen uit deze monitor vooral gericht op interactie tussen verzekeraars en ziekenhuizen. In januari 2007 is al een monitorspecial uitgebracht over de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg.²

Behalve kwantitatieve analyses komen ook de ervaringen van marktpartijen aan bod. Voor deze monitor zijn ziekenhuizen, ZBC's, zorgverzekeraars, consumenten- en patiëntenorganisaties en overige deskundigen individueel geïnterviewd.

Een overzicht van de gebruikte bronnen is opgenomen in bijlage 1.

1.5 Leeswijzer

De indeling van de monitor is als volgt: Hoofdstuk 2 schetst een beeld van de markt van het B-segment van de ziekenhuiszorg. In de hoofdstukken 3 tot en met 5 komen respectievelijk de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid aan de orde.

De monitor bouwt voort op bevindingen uit de Monitor Ziekenhuiszorg 2006 en de monitorspecial ZBC's. Om de leesbaarheid te vergroten zullen we bij verwijzing daarnaar vaak volstaan met teksten als: in de monitor 2006, in de monitor van vorig jaar of in de monitorspecial ZBC's.

² In deze monitorspecial heeft wegens gebrek aan volumegegevens geen weging van de prijzen van de ZBC's plaatsgevonden.

2. De markt

2.1 Inleiding

De NZa onderzoekt de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op het gebied van de zorg. Concurrentie is pas mogelijk als er voldoende spelers op de markt zijn en toetreding tot die markt mogelijk is. Een conclusie uit de vorige monitor was dat het aantal ZBC's behoorlijk is toegenomen en het aantal verzekeraars door fusies afgenomen. Paragraaf 2.3 en 2.4 gaan in op de aanbodzijde en de vraagzijde van de markt.

Vorig jaar concludeerde de NZa dat ziekenhuizen over het algemeen een sterkere onderhandelingspositie hebben dan verzekeraars. Paragraaf 2.5 analyseert of dit in 2007 nog steeds zo is. De stimulansen tot scherp onderhandelen waren in 2006 voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars tamelijk klein. In paragraaf 2.6 komt aan bod of de stimulansen in 2007 zijn toegenomen. In 2006 werd in de onderhandelingen soms een koppeling gemaakt tussen het A-segment en het B-segment. Deze koppeling kan ongewenste effecten tot gevolg hebben. In 2006 bestonden geen concrete signalen dat zorgaanbieders via koppeling tussen het A-segment en het B-segment zodanig lage prijzen in rekening brachten dat andere zorgaanbieders van de markt werden gedrukt of werden ontmoedigd om toe te treden. Bestaan deze in 2007 wel? Paragraaf 2.7 gaat hier dieper op in.

Ten slotte kwam in 2006 een nieuwe trend ter sprake: het opzetten van ZBC's door ziekenhuizen. In de monitorspecial ZBC's is uitgebreid op deze trend ingegaan met als conclusie dat vooral het verschil in bekostigingssystematiek tussen ziekenhuizen en ZBC's daar de oorzaak van is. Deze ontwikkeling kan ongewenste effecten tot gevolg hebben, zoals het ontmoedigen van toetreding van nieuwe instellingen of het uit de markt drukken van concurrerende instellingen door te lage prijzen. Met de verwachte invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek per 1 januari 2008 voor de ZBC's en ziekenhuizen komt het verschil in regelgeving te vervallen. Hiermee verdwijnt ook een belangrijke reden voor ziekenhuizen om een ZBC op te zetten. Het onderwerp komt daarom in deze monitor verder niet aan de orde.

Ook het onderwerp verticale integratie komt in deze monitor niet aan de orde. Uit de interviews ontstaat niet het beeld dat verticale integratie de marktwerking sterk beïnvloedt. Evenmin bestaat de indruk bij de geïnterviewden dat verticale integratie een grotere rol heeft gekregen ten opzichte van vorig jaar.

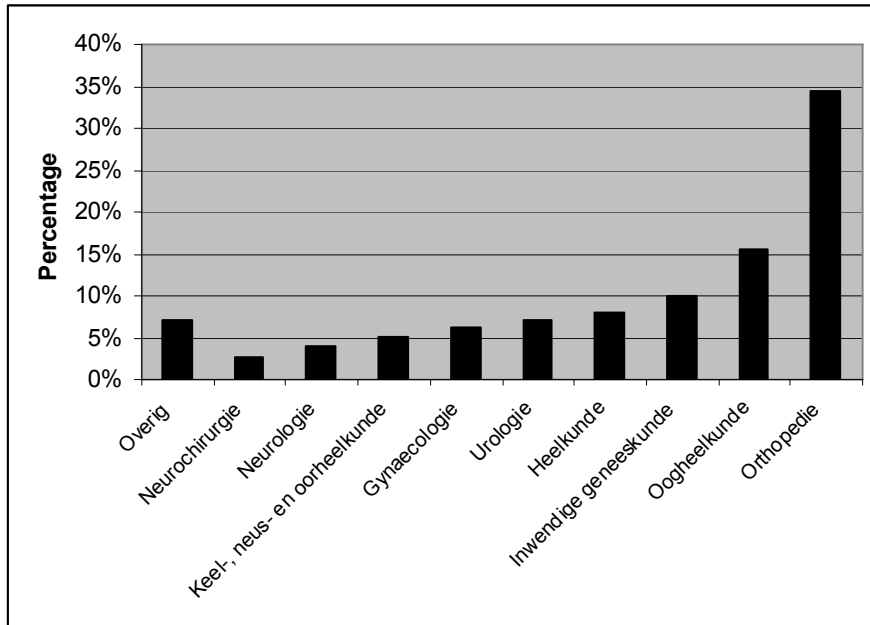
Allereerst kijken we naar het B-segment van de ziekenhuiszorg. Hoe groot is deze nou eigenlijk en wat zit er in het B-segment?

2.2 B-segment

Het B-segment is dat deel van de ziekenhuiszorg waarvoor sinds 1 februari 2005 vrije prijsvorming geldt. Het B-segment bestaat op dit moment uit 1246 DBC's. De DBC's uit het B-segment zijn verdeeld over 15 specialismen en horen bij 28 diagnoses. Het aandeel van de verschillende specialismen in de omzet B-segment verschilt sterk (figuur

2.1). Het specialisme orthopedie heeft met bijna 35% het grootste aandeel in de omzet B-segment.

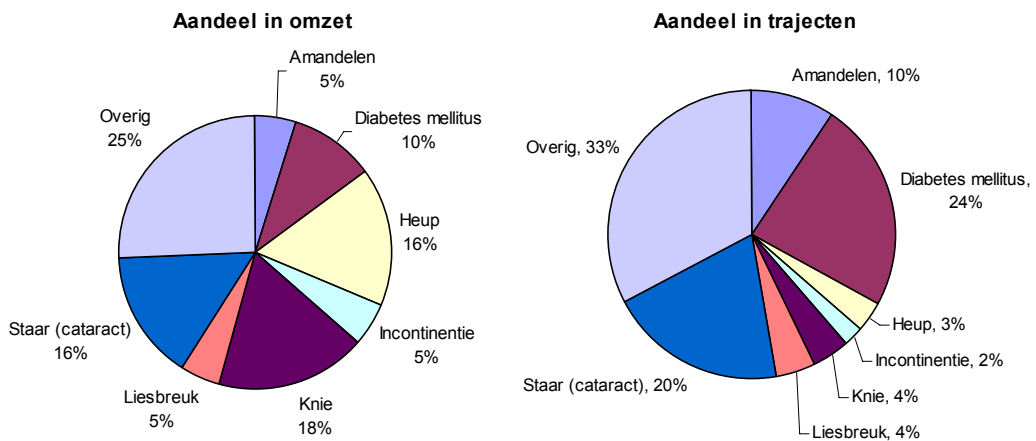
Figuur 2.1: Aandeel per specialisme in omzet B-segment, 2006³



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Ook het aandeel van de verschillende diagnoses in het B-segment verschilt nogal (figuur 2.2). Staar, heup en knie zijn naar omzet geordend de belangrijkste diagnoses in de omzet van het B-segment.⁴ Op grond van het aantal DBC-trajecten zijn staar en diabetes mellitus de meest voorkomende diagnoses.

Figuur 2.2: Belangrijkste diagnoses B-segment in omzet en in aantallen trajecten, 2006



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

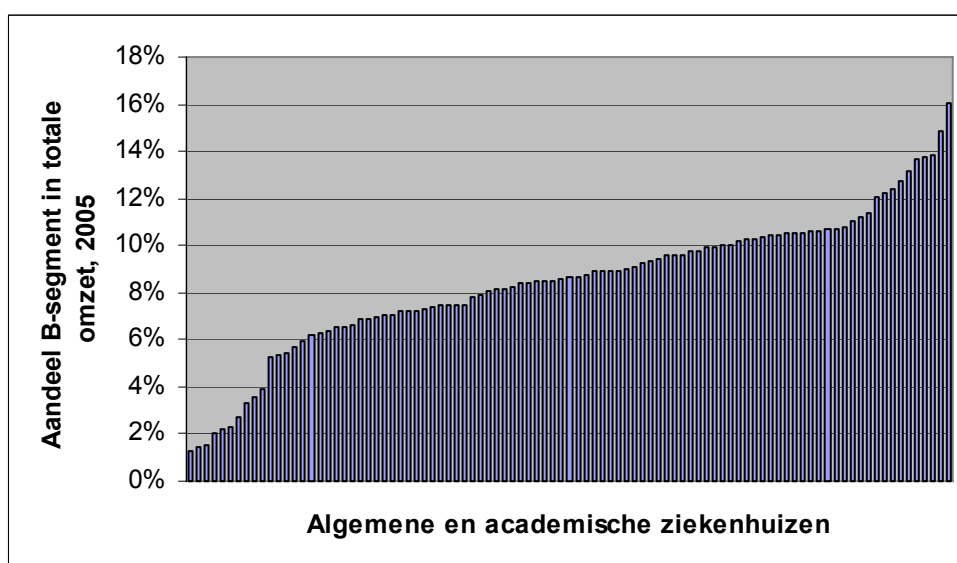
³ De figuur is gemaakt op basis van het aantal afgesloten DBC's in 2006, vermenigvuldigt met de prijzen 2007.

⁴ De diagnoses heupslijtage en knieslijtage worden in deze monitor afgekort tot heup en knie.

Het B-segment werd bij invoering per 1 februari 2005 geschat op ongeveer 10% van de totale omzet in de ziekenhuiszorg. De omvang van het B-segment is in werkelijkheid duidelijk kleiner dan het vooraf ingeschatte percentage. Vorig jaar werd dit percentage geschat op 8%. De NZa heeft op basis van de jaarrekeningen over 2005 berekend dat landelijk het aandeel van het B-segment in de totale omzet in 2005 op jaarbasis gemiddeld 7,3% bedroeg (exclusief ZBC's).⁵ Voor de algemene ziekenhuizen was dit percentage 8,6%, voor de academische ziekenhuizen 2,2%. Aangezien de jaarrekeningen over 2006 nog niet zijn gepubliceerd, beschikt de NZa niet over recentere cijfers.

Figuur 2.3 laat zien dat het aandeel van het B-segment in de totale omzet per ziekenhuis in 2005 sterk varieert, namelijk van 1% tot 16%.⁶

Figuur 2.3: Aandeel B-segment in de totale omzet verschilt sterk per ziekenhuis



Bron: NZa

Het kostendeel van de totale omzet in het B-segment bedroeg in 2005 € 653 miljoen.⁷ De omzet van ZBC's is hierin buiten beschouwing gebleven wegens gebrek aan gegevens. Dit omzetcijfer is gebaseerd op elf maanden omzet, omdat het B-segment is gestart per 1 februari 2005. De omzetten in het A-segment in 2005 voor deze instellingen bedroegen € 9,1 miljard (exclusief lumpsum).⁸

In het totale B-segment dragen de algemene ziekenhuizen voor 92,4% bij aan de totale omzet; voor de academische ziekenhuizen is dit aandeel

⁵ Gebaseerd op opbrengstgegevens NZa en jaarrekeningen 2005 en gecorrigeerd voor de verlate ingang van het B-segment per 1 februari 2005. ZBC's zijn door gebrek aan gegevens buiten beschouwing gelaten. Het effect hiervan is gering: ZBC's maken in totaal minder dan 1% van de totale omzet van de ziekenhuiszorg uit (A+B segment), zie monitorspecial De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg, NZa januari 2007.

⁶ Een vergelijking over de jaren is nog niet mogelijk, doordat de NZa nog niet beschikt over de omzetcijfers 2006.

⁷ Exclusief honorariumdeel; inclusief kapitaallasten; inclusief onderhanden werk.

⁸ Gebaseerd op opbrengstgegevens NZa, exclusief de opbrengsten uit het verrekenpercentage. Het cijfer is inclusief de maand januari 2005 waarin de totale omzet tot het A-segment werd gerekend en inclusief de Sint Maartenskliniek, waarvoor geldt dat per 1 februari 2005 met vrije prijzen wordt gewerkt voor alle DBC's (A- en B-DBC's).

3,7%, voor de ZBC's 1,9% en overige instellingen 2,0%.⁹ In het A-segment liggen deze verhoudingen als volgt: algemene ziekenhuizen 86,7%, academische ziekenhuizen 12,2%, ZBC's 0,3% en overige instellingen 0,8%. Academische ziekenhuizen leveren dus naar verhouding weinig en ZBC's relatief veel zorg in het B-segment.

2.3 Aanbodzijde: ziekenhuizen en ZBC's

Deze paragraaf brengt de aanbodzijde van de markt in kaart op basis van de ontwikkeling van het aantal zorgaanbieders, de concentratie aan de zorgaanbiederzijde en de verkoopcombinaties.

Ontwikkeling aantal zorgaanbieders

De volgende tabel geeft de ontwikkeling van het aantal zorgaanbieders actief in het B-segment weer.

Tabel 2.1 Aantal zorgaanbieders actief in het B-segment

	2004	2005	2006	2007
Algemene ziekenhuizen	90	89	88	87
Categorale ziekenhuizen	2	2	2	2
Academische ziekenhuizen	8	8	8	8
Totaal ziekenhuizen	100	99	98	97
ZBC's actief in B-segment	n.v.t.	37	57	68

Bron: NZa

Het aantal ziekenhuizen is de laatste jaren vrijwel gelijk gebleven. In de periode 2004 tot 2007 heeft zich ieder jaar één fusie tussen ziekenhuizen voorgedaan. Naast fusies zijn er op lokaal en landelijk niveau initiatieven tot samenwerking. Het belangrijkste motief is vaak het delen van investeringen, gezamenlijke inkoop en samenwerking bij bepaalde specialistische medische behandelingen. Ook het feit dat een bepaalde operatie vanuit kwaliteitsoptiek een minimaal aantal keren per jaar moet worden uitgevoerd, leidt er soms toe dat het nodig is patiënten door te verwijzen.¹⁰

Het aantal ZBC's dat actief is in het B-segment is tussen 2005 en 2007 toegenomen.¹¹ Dit hoeft overigens niet te betekenen dat er evenzoveel 'nieuwe' aanbieders zijn bijgekomen. Ziekenhuizen brengen vaak een deel van hun productie onder in een eigen ZBC. In die gevallen verandert de juridische organisatievorm, maar niet het aanbod.¹² Daarnaast bestaat door een verbeterde registratie een beter inzicht in het aantal ZBC's dat werkelijk actief is in het B-segment. Aangenomen kan worden dat het aantal ZBC's vermeld in de tabel waarschijnlijk lager is dan het werkelijke aantal ZBC's. De NZa weet van zes gevallen van faillissement van ZBC's die actief waren in het B-segment in het afgelopen jaar. De NZa heeft daarnaast diverse signalen ontvangen dat ZBC's soms moeite hebben om de exploitatie rendabel te krijgen. Conclusie in de

⁹ Bron: monitorspecial De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg, NZa, januari 2007

¹⁰ Ziekenhuisallianties in hogere versnelling, Financieel Dagblad, 20 december 2006

¹¹ Het aantal afgegeven toelatingen ligt aanzienlijk hoger. Het is echter mogelijk dat deze ZBC's nog niet zijn opgestart of niet meer actief zijn. Ook is het mogelijk dat deze ZBC's uitsluitend actief zijn in het A-segment.

¹² In de monitorspecial ZBC's van de NZa is uitgebreid ingegaan op de ontwikkeling van het aantal ZBC's (januari 2007).

monitorspecial ZBC's was dat er geen substantiële toetredingsbelemmeringen bestaan voor nieuwe ZBC's.

Wat vinden ziekenhuizen en zorgverzekeraars van de opkomst van ZBC's?

- Ziekenhuizen zijn van mening dat ze mee moeten doen in de ontwikkeling van het oprichten van ZBC's om de concurrentie aan te kunnen. Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat ze aan het analyseren is of het oprichten van een ZBC hen iets op kan leveren.
- Vrijwel alle geïnterviewde zorgverzekeraars staan positief tegenover de opkomst van ZBC's. Ze vinden dat ZBC's de marktwerking in de ziekenhuismarkt stimuleren, doordat het aanbod wordt vergroot.

Toch beschouwen ziekenhuizen andere ziekenhuizen nog als belangrijkste concurrenten in het B-segment. In sommige gevallen zien ziekenhuizen ook ZBC's als geduchte concurrenten. Dit kan voor een bepaald specialisme zijn of een bepaalde behandeling. De mate van concurrentie verschilt per regio. In regio's met meer ZBC's, zoals in de Randstad, wordt logischerwijs meer concurrentie van ZBC's ondervonden. De ZBC's geven aan dat zij de ziekenhuizen als belangrijkste concurrenten zien.

De meeste ziekenhuizen en ZBC's willen zich bij consumenten en verzekeraars onderscheiden op medische kwaliteit, service aan de patiënt en innovatie. Vrijwel niemand wil zich onderscheiden op prijs. Dat is opmerkelijk, omdat bij de onderhandelingen de prijs het dominante thema is. En voor de ZBC's bestaat juist op het aspect van de prijs een aantoonbaar onderscheid (zie paragraaf 5.4).

Concentratie zorgaanbieders

In de vorige monitor bleek dat er op veel zorginkoopmarkten een aantal partijen met een groot marktaandeel actief is. De concentratie van zorgaanbieders is niet wezenlijk veranderd ten opzichte van de laatst gepubliceerde gegevens. Hoewel het aantal ZBC's is toegenomen, is het effect hiervan op de concentratie van zorgaanbieders gering, omdat ZBC's nog relatief kleine marktaandelen hebben.

Verkoopcombinaties

Verkoopcombinaties komen niet meer voor. Wel werken kleinere ZBC's vaak met een zorgmakelaar.

2.4 Vraagzijde: zorgverzekeraars

Deze paragraaf brengt de vraagzijde van de markt in kaart op basis van de ontwikkeling van het aantal zorgverzekeraars, de concentratie aan zorgverzekeraarzijde en de inkoopcombinaties.

Ontwikkeling aantal zorgverzekeraars

Het aantal zorgverzekeraars is tussen 2006 en 2007 vrijwel gelijk gebleven. Er vond één fusie plaats, tussen VGZ/IZA/Trias en Univé. Het aantal zorgverzekeraars daalde daardoor van 33 naar 32.

De in juni 2006 aangekondigde fusie tussen Menzis, Agis en Delta Lloyd is uiteindelijk niet doorgegaan, maar de fusieplannen geven wel aan dat zorgverzekeraars op zoek zijn naar samenwerking.

Concentratie zorgverzekeraars

In de monitor Zorgverzekeringmarkt 2007 concludeert de NZa dat op landelijk en provinciaal niveau de concentratie in 2007 ten opzichte van

2006 nauwelijks is veranderd.¹³ Er blijven aanzienlijke verschillen bestaan in de concentratie per regio.

Ook blijkt het marktaandeel van de grotere verzekeraars in 2007 nagenoeg gelijk gebleven te zijn door de lage verzekerdensmobiliteit. De beperkte verschuivingen tussen de grootste spelers hielden elkaar in evenwicht.

Inkoopcombinaties

Net als vorig jaar hebben veel zorgverzekeraars inkoopcombinaties gevormd. Alle geïnterviewde zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben te maken gehad met inkoopcombinaties. De samenstelling van deze inkoopcombinaties wisselt soms per zorgaanbieder. Het werken met inkoopcombinaties heeft voor- en nadelen.

Tabel 2.2: Voor- en nadelen van het werken met inkoopcombinaties van zorgverzekeraars

Zorgaanbieders	Zorgverzekeraars
Voordelen	
(1) 'Grote stappen snel thuis': de onderhandelingen gaan minder diep (er wordt alleen onderaan de streep gerekend) en verlopen sneller. (2) Met beperkte inspanning en kosten kunnen veel verzekeraars worden gecontracteerd	(1) Beperking van kosten (beheers- en onderhandelingskosten en administratieve lasten) en workload (vermindering van lasten van onderhandelingen met instellingen waarbinnen een klein deel van de verzekerden zorg consumeert). (2) Leidt tot meer marktmacht (groter marktaandeel, regiospecifieke kennis) en daarmee tot een betere prijsafpraak.
Nadelen	
(1) De onderhandelingen verlopen minder diepgaand, waardoor minder aandacht is voor kwaliteit. (2) Iedere combinatie betreft meteen een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis. Daardoor is het minder gemakkelijk om aanbiedingen van deze clusters van verzekeraars af te wijzen. (3) De samenstelling van inkoopcombinaties wisselt regelmatig. De verzekeraars krijgen daardoor inzicht in concurrentiegevoelige informatie. Bovendien geeft dit problemen in de uniformiteit in het declaratieverkeer.	(1) Er moet afstemming plaatsvinden over het beleid en de overeenkomst; conformeren aan groepscompromis. (2) Beperkte eigen mogelijkheden verzekeraar om verzekerden te stimuleren naar die aanbieder te gaan, doordat de verzekeraar geen extraatjes voor zijn eigen verzekerden kan afspreken.

Bron: NZa op basis van interviews

Op basis van de interviews lijkt het aantal inkoopcombinaties in 2007 te zijn toegenomen. Eén ziekenhuis geeft aan een inkoopcombinatie te hebben geweigerd. Deze inkoopcombinatie zou voor het ziekenhuis tot onvoordelige uitkomsten leiden. In plaats daarvan maakte het ziekenhuis afspraken met de afzonderlijke partijen. In dit geval lag de marktmacht duidelijk bij het ziekenhuis.

¹³ NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt, juni 2007

2.5 Stimulansen voor scherp onderhandelen

In de monitor 2006 concludeerde de NZa dat de stimulansen tot scherp onderhandelen voor zowel verzekeraars als ziekenhuizen tamelijk klein zijn. Dit kwam vooral door het geringe aandeel van het B-segment in de totale ziekenhuiszorgmarkt. Het aandeel van het B-segment in de totale ziekenhuiszorg 2005 omvat slechts 7,3%.¹⁴

De stimulansen voor verzekeraars om doelmatig zorg in te kopen zijn in 2007 door twee ontwikkelingen iets toegenomen. Allereerst zet de premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars in 2007 zich voort. Verzekeraars zijn genoodzaakt om via een lage nominale premie een gunstige concurrentiepositie te verkrijgen of te behouden. Verzekeraars kunnen kosten besparen door scherp ziekenhuiszorg in te kopen bij zorgaanbieders. Ten tweede lopen verzekeraars door het afbouwen van de ex-post compensatiemechanismen in het risicovereveningssysteem in 2007 meer risico over hun zorguitgaven. Hierdoor ondervinden zij iets meer stimulansen voor doelmatige zorginkoop in het B-segment. De afbouw gaat in 2008 en 2009 verder.

De stimulansen tot scherp inkopen blijven echter beperkt door de beperkte omvang van het B-segment en door de beperkte inkoopvoordelen die te behalen zijn voor de zorgverzekeraars. Polissen met beperkt gecontracteerde zorg leveren nog onvoldoende premie- en kwaliteitsvoordelen op voor de consument. Voor verzekeraars is het daardoor niet aantrekkelijk dergelijke polissen aan te bieden. Het huidige kabinet is van plan om in 2008 het B-segment uit te breiden naar 20% van de ziekenhuiszorg. Daarnaast heeft de NZa geadviseerd om een segment met vrije prijzen onder een maatstaf te vormen van ongeveer 50%.¹⁵ Deze wijzigingen zullen ervoor zorgen dat zowel verzekeraars als ziekenhuizen meer stimulansen ondervinden om scherp te onderhandelen. Ook het transparanter worden van kwaliteit zorgt voor meer inkoopvoordelen en daarmee meer stimulansen tot scherp onderhandelen in de toekomst.

2.6 Verdeling van de macht in de onderhandelingen

In de monitor 2006 concludeerde de NZa op basis van een kwalitatieve analyse dat ziekenhuizen over het algemeen een sterkere onderhandelingspositie hebben dan verzekeraars. De gevolgen voor een verzekeraar van het niet afsluiten van een contract waren groter dan de gevolgen voor een ziekenhuis. Als het om ZBC's ging was het aannemelijk dat de verzekeraar de sterkste onderhandelingspositie heeft. Deze paragraaf analyseert of deze conclusies in 2007 nog overeind staan.

De geïnterviewde zorgverzekeraars en ziekenhuizen geven aan dat de onderhandelingen dit jaar over het algemeen steviger en zakelijker waren dan het voorgaande jaar. Dit komt doordat ziekenhuizen en zorgverzekeraars over meer informatie beschikken. Ziekenhuizen hebben betere kostprijsinformatie en zorgverzekeraars vergelijken de prijzen van de verschillende ziekenhuizen. Ook is er meer ervaring met het voeren van onderhandelingen.

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars geven aan dat ziekenhuizen en verzekeraars van elkaar afhankelijk zijn. Dat blijkt ook uit het gegeven dat selectieve contractering vrijwel niet gebeurt. In de praktijk

¹⁴ Zie ook paragraaf 2.1. Exclusief ZBC's.

¹⁵ NZa, uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen", april 2007

blijkt dat vrijwel alle verzekeraars contracten sluiten met alle ziekenhuizen. Voor de ZBC's gaat dit in mindere mate op.

Ziekenhuizen ervaren eigen onderhandelingsmacht als groter

De ziekenhuizen ervaren over het algemeen dat hun onderhandelingsmacht iets groter is dan of gelijk aan die van de verzekeraars. Als reden hiervoor voeren de ziekenhuizen aan dat de 'trouwe' patiënten hoe dan ook wel naar hun ziekenhuis komen. Daartegenover staat wel dat verzekeraars die ziekenhuizen onder druk zetten wat betreft de prijzen. Ziekenhuizen ervaren dat hun onderhandelingsmacht minder wordt. Naarmate de mogelijkheden van verzekeraars om verzekerden naar een bepaalde voorkeursaanbieder te geleiden toeneemt, zal ook hun macht toenemen. Er zal dan minder sprake zijn van wederzijdse afhankelijkheid.

Enkele geïnterviewde ziekenhuizen geven aan dat de onderhandelingsmacht te veel bij de zorgverzekeraars komt te liggen, omdat die steeds meer beschikken over benchmarkinformatie (prijzen) van verschillende ziekenhuizen in de buurt. Een ziekenhuis merkt hierbij op dat het enige machtsmiddel waarover het ziekenhuis beschikt het niet afsluiten van een contract is. Dat heeft wellicht niet zoveel consequenties voor het verloop van de patiëntenstromen, maar wel op de administratieve lasten bij het factureren. Daardoor is het volgens het ziekenhuis geen adequaat middel.

ZBC's ervaren onderhandelingsmacht verzekeraar als groter

Volgens de geïnterviewde ZBC's is de onderhandelingsmacht van de verzekeraars ten opzichte van ZBC's groter. Ook vinden de ZBC's dat de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars is toegenomen ten opzichte van 2006, als gevolg van inkoopcombinaties tussen verzekeraars.

Verzekeraars ervaren onderhandelingsmacht ziekenhuis als groter/gelijk

Alle geïnterviewde verzekeraars geven aan dat het marktaandeel en de omvang van afname bij de betreffende zorgaanbieder, van invloed zijn op hoe de onderhandelingen verlopen. Verzekeraars met een groot marktaandeel binnen een ziekenhuis kunnen het zich niet veroorloven om geen contract af te sluiten met het betreffende ziekenhuis. Een ziekenhuis heeft op zijn beurt veel belang bij het contracteren van verzekeraars met een groot marktaandeel. De wederzijdse afhankelijkheid is groot.

Vrijwel alle verzekeraars geven aan dat de onderhandelingsmacht van de verzekeraar gelijk is aan of kleiner is dan die van het ziekenhuis. Zij illustreren dit aan de hand van de volgende waarnemingen en overwegingen:

- Als er geen contract met het ziekenhuis wordt afgesloten loopt de verzekeraar het risico dat zijn verzekerden zullen switchen naar een andere verzekeraar.
- Het levert te weinig premieresultaat op als verzekeraars verzekerden naar voorkeursaanbieder geleiden. Dat komt door de beperkte omvang van het B-segment en onduidelijkheid over de minimale hoogte van de restitutievergoeding die verzekeraars moeten geven wanneer verzekerden naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Daardoor is de onderhandelingspositie van de verzekeraar minder goed.
- Regionaal werkende zorgverzekeraars kunnen het zich niet permitteren om geen contract af te sluiten met de ziekenhuizen in de regio.

Verzekeraars beleven hun onderhandelingsmacht ten opzichte van die van ZBC's over het algemeen als gelijk of iets groter:

- Sturing van verzekerden op de markt van ZBC's is makkelijker.
- Verzekeraars hebben met de ZBC's een minder nauwe relatie door het bestaan van minder vaste contactmomenten in een jaar.
- Contractering is minder vanzelfsprekend, ook naar de verzekerden.

De meeste verzekeraars geven aan dat de onderhandelingsmacht van ziekenhuizen gelijk is gebleven aan die in 2006. Eén verzekeraar is van mening dat de onderhandelingsmacht van ziekenhuizen toegenomen is, doordat er beter inzicht is in de kostprijzen van de DBC's.

Conclusie

Het beeld uit de interviews bevestigt de conclusie in de monitor van vorig jaar. Ook is er ten opzichte van de vorig jaar uitgevoerde kwalitatieve analyse weinig veranderd. De gevolgen van het niet afsluiten van een contract zijn voor een verzekeraar nog steeds groter dan voor het ziekenhuis. De onderhandelingsmacht van verzekeraars kan groeien als de kwaliteit transparanter wordt en ze beter uit kunnen leggen aan de consument waarom ze de voorkeur geven aan een bepaalde zorginstelling. Doordat verzekeraars vaker samenwerken bij de inkoop, is het aannemelijk dat de onderhandelingsmacht van de verzekeraars iets is toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Ziekenhuizen en verzekeraars zijn nog steeds wel van elkaar afhankelijk. In 2007 geldt dus wederom dat ziekenhuizen over het algemeen een sterkere onderhandelingspositie hebben dan verzekeraars. Bij de onderhandelingen tussen ZBC's en verzekeraars is de macht van de verzekeraars het grootst. De NZa blijft volgen hoe deze trend zich voortzet, mede in relatie tot de verwachte uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2008.

2.7 Koppeling tussen A- en B-segment

In 2006 werd in de onderhandelingen soms een koppeling gemaakt tussen het A-segment en het B-segment. Lagere prijzen in het B-segment werden gecompenseerd met het budget of een hoger budget in het A-segment. Ook kwam het voor dat lagere prijzen in het B-segment werden gecompenseerd met hogere bevoorschotting in het A-segment. Deze koppeling kan ongewenste effecten tot gevolg hebben. Zorgaanbieders kunnen door deze koppeling zodanig lage prijzen in rekening brachten dat andere zorgaanbieders van de markt worden gedrukt of worden ontmoedigd om toe te treden. In 2006 bestonden geen concrete signalen dat hier sprake van was.

Uit de interviews blijkt dat de relatie tussen A- en B-segment in de meeste gevallen slechts beperkt en op de achtergrond een rol speelt. De volgende voorbeelden van een koppeling tussen A- en B-segment zijn genoemd:

- Ziekenhuizen of verzekeraars willen geen contract in het B-segment afsluiten als zij in het A-segment niet de gewenste afspraken kunnen maken.
- Verzekeraars kunnen in ruil voor bevoorschotting in het A-segment (in verband met liquiditeitsproblemen) een korting op de prijzen in het B-segment krijgen.
- Pas als de afspraken in het A-segment afgerond zijn, is bekend wat er overblijft voor het B-segment.
- Een verzekeraar eist bij een ZBC 20% korting op de tarieven in het A-segment, omdat er anders geen contract voor het B-segment komt.

In de vorige monitor bleek uit de interviews dat lagere prijsafspraken in

het B-segment soms gecompenseerd worden met de lokale productiegebonden toeslag (LPT) in het A-segment.¹⁶ Daarom is dit jaar een kwantitatieve analyse gemaakt van de genoemde koppeling tussen A- en B-segment. De NZa heeft uit de analyse van de omvang van de LPT ten opzichte van de variabele budgetcomponent over de periode 2004-2006 niet kunnen opmaken dat een dergelijke compensatie zich op grote schaal voordoet. De cijfers laten geen significante schommeling van de LPT zien.

Ook in 2007 heeft de NZa geen concrete signalen dat zorgaanbieders via koppeling tussen het A-segment en het B-segment zodanig lage prijzen in rekening brengen dat ze andere zorgaanbieders uit de markt drukken of ontmoedigen om toe te treden. Er is vooralsnog geen aanleiding om tot onderzoek of actie over te gaan.

2.8 Conclusies

Het aandeel van de verschillende specialismen en diagnoses in de omzet B-segment verschilt sterk. Het specialisme orthopedie heeft met bijna 35% het grootste aandeel in de omzet B-segment. Staar, heup en knie zijn naar omzet geordend de belangrijkste diagnoses in de omzet. Op grond van het aantal DBC-trajecten zijn staar en diabetes mellitus de meest voorkomende diagnoses.

De omzet van het B-segment maakt, op basis van gepubliceerde jaarrekeningen van ziekenhuizen over het jaar 2005, 7,3% van de totale omzet van de ziekenhuiszorg uit. Dit is minder dan de voor de invoering ingeschatte 10%. Het aandeel van het B-segment in de totale omzet van het ziekenhuis varieert sterk tussen de ziekenhuizen, van 1% tot 16%. Voor academische ziekenhuizen geldt dat het aandeel van de omzet in het B-segment in hun totale omzet naar verhouding klein is. Voor ZBC's is dit aandeel relatief groot.

De aanbodzijde en de vraagzijde van de markt voor het B-segment is ten opzichte van 2006 nauwelijks gewijzigd. Dit geldt voor het aantal en de concentratie van zowel ziekenhuizen als verzekeraars. Het aantal ZBC's is per saldo weliswaar toegenomen, maar het effect daarvan is gering.

De stimulansen tot scherp onderhandelen zijn ook in 2007 voor zowel verzekeraars als ziekenhuizen tamelijk klein. Dit komt vooral door het geringe aandeel van het B-segment in de totale ziekenhuiszorgmarkt en de beperkte inkoopvoordelen die te behalen zijn voor de zorgverzekeraars.

In 2007 geldt wederom dat ziekenhuizen over het algemeen een sterkere onderhandelingspositie hebben dan verzekeraars. Ziekenhuizen en verzekeraars zijn wel sterk van elkaar afhankelijk. Door de tendens van samenwerking bij de inkoop door verzekeraars, is het aannemelijk dat de onderhandelingsmacht van de verzekeraars is toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Bij de onderhandelingen tussen ZBC's en verzekeraars is de macht van de verzekeraars het grootst. De NZa verwacht dat de onderhandelingsmacht van verzekeraars zal toenemen, wanneer de

¹⁶ Lokale productiegebonden component: In aanvulling op het budget dat op basis van de geldende beleidsregels wordt berekend kunnen de instelling en de lokale zorgverzekeraars als onderdeel van de aanvaardbare kosten een toeslag op het budget overeenkomen. Deze lokale productiegebonden toeslag kan worden aangewend voor de financiering van activiteiten en projecten waarvoor geen dekking wordt verkregen via de parameters van het FB-budget. Zie beleidsregel 'Lokale productiegebonden Toeslag'.

kwaliteit van zorg transparanter wordt en keuzeondersteuning een grotere rol krijgt. Zonder goede informatie over de kwaliteit is het voor verzekeraars lastig om verzekerden te stimuleren om naar een voorkeursaanbieder te gaan.

Ook in 2007 heeft de NZa geen concrete signalen ontvangen dat zorgaanbieders via koppeling tussen het A-segment en het B-segment zodanig lage prijzen in rekening brengen dat ze andere zorgaanbieders van de markt drukken of ontmoedigen om toe te treden.

Aanbeveling aan VWS

- Zoals aangegeven in de uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen" adviseert de NZa de Minister van VWS de vereveningsmechanismen in het risicovereveningsmodel verder af te bouwen, zodat verzekeraars meer risico gaan lopen en zo meer stimulansen ondervinden om goede zorg in te kopen.

Vervolgstep NZa

- De NZa zal, zodra kostengegevens per aanbieder beschikbaar zijn, uitspraken doen over de mate van concurrentie in de markt. De NZa heeft hiervoor een statistische methodiek ontwikkeld die gebaseerd is op de mate waarin een relatief kostenvoordeel tot uitdrukking komt in de winst.¹⁷

¹⁷ Zie ook Boone, J. (2006), How to phase out regulation: a report for the NZa.

3. Kwaliteit

3.1 Inleiding

Bij de keuze van de consument voor zorg en bij de keuze van de zorgverzekeraar bij inkoop van zorg zijn prijs en kwaliteit belangrijke keuzecriteria. Zonder transparante kwaliteit bestaat het risico dat concurrentie de kwaliteit van de zorg schaadt door een te sterke focus op de prijs. Daarom heeft de NZa als doelstelling om het inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren om zo de vergelijkbaarheid van en de concurrentie tussen zorgaanbieders te vergroten. Uitgangspunt hierbij is dat marktpartijen zelf voor transparantie zorgen. Wel kan de NZa marktpartijen zonodig verplichten om informatie te verstrekken over kwaliteit als transparantie op dit vlak ontbreekt. In september 2007 publiceert de NZa haar visie op de kwaliteit in zorgmarkten.

In de monitor van vorig jaar is geconcludeerd dat er nog veel moet gebeuren op het gebied van kwaliteit, maar dat de eerste slagen waren gemaakt. Zo zijn vorig jaar nieuwe kwaliteitsindicatoren voor een aantal aandoeningen in het B-segment ontwikkeld. Ook waren veldpartijen in overleg over de implementatie van de ontwikkelde indicatoren en vragenlijsten. In dit hoofdstuk zullen we vaststellen of deze ontwikkeling dit jaar is voortgezet, zodat kwaliteit voldoende transparant wordt en dat kwaliteit een grotere rol gaat spelen in de onderhandelingen en contractering van zorgaanbieders.

Dit hoofdstuk gaat daarom allereerst in op de transparantie van kwaliteit en de gemaakte kwaliteitsafspraken. Vervolgens komt het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en innovatie aan bod. Het hoofdstuk is voor een groot deel gebaseerd op informatie uit de interviews. Veel informatie heeft betrekking op zowel het A-segment als het B-segment.

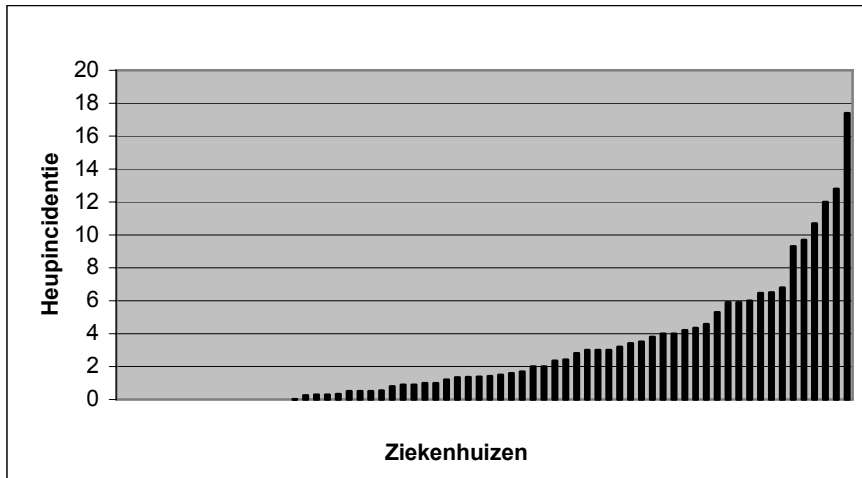
3.2 Waarom transparantie van kwaliteit

Uit onderzoek blijkt dat er grote kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen bestaan.¹⁸ Zie ter illustratie figuur 3.1 en 3.2 op de volgende pagina. Deze figuren geven voor twee prestatie-indicatoren uit het B-segment de spreiding weer. Maar ook binnen ziekenhuizen bestaan grote verschillen: ziekenhuizen die gemiddeld over alle indicatoren het hoogst scoorden, scoorden onder het gemiddelde op specifieke indicatoren. Transparantie van kwaliteit is dus van groot belang. Consumenten en zorgverzekeraars kunnen zonder transparantie van de kwaliteit geen goede keuze maken. Dit kan leiden tot een te sterke focus op de prijs door de zorgverzekeraars. Transparantie van kwaliteit kan ziekenhuizen prikkelen om zich op kwaliteit te onderscheiden van andere ziekenhuizen. Uit onderzoek van de NZa onder consumenten blijkt bovendien dat, na eigen betalingen, vooral de kwaliteit van een zorgaanbieder een rol speelt in de keuze van de consument voor bepaalde zorgaanbieders.¹⁹

¹⁸ Tijo Collot d'Escury, Robin Alma, et al., *Steering the Right Course, Dutch hospitals 2006 – Key developments and trends*, september 2006

¹⁹ NZa, *Visiedocument "Richting geven aan keuzes"*, mei 2007

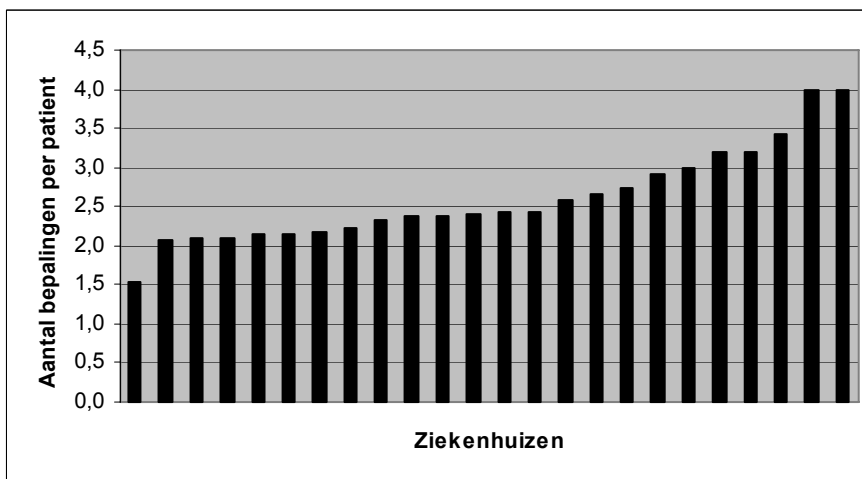
Figuur 3.1 Grote spreiding incidentie van decubitus bij totale heupvervangning (n=68, jaar=2005)



Bron: NZa op basis van data IGZ

Diverse onderzoeken concluderen dat er betere, onafhankelijke informatie moet komen over de kwaliteit van de zorgaanbieders.²⁰ Het gebrek aan informatie komt enerzijds doordat er nog onvoldoende registratie plaatsvindt door zorgaanbieders en anderzijds doordat deze informatie nog niet op een gemakkelijke en toegankelijke manier aan de consument beschikbaar wordt gesteld. Hierdoor kan de consument niet (altijd) de beste afweging maken en bestaat het risico dat de consument niet de zorg krijgt die het beste aansluit bij zijn wensen. Ook is het nog niet goed mogelijk om kwaliteit in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een rol te laten spelen.

Figuur 3.2 Spreiding aantal metingen bloedglucosespiegel per patiënt per jaar bij diabetes type II (n=24, jaar=2005)



Bron: NZa op basis van data IGZ

Het inzichtelijk maken van kwaliteit kost tijd. Volgens consumenten- en

²⁰ Zie bijvoorbeeld:

- Centraal Planbureau, Centraal Economisch Plan 2007, april 2007
- NZa, Consultatiedocument (In) het belang van de consument, april 2007
- NZa, Uitvoeringstoets Op weg naar vrije prijzen, april 2007
- Michael Porter in een interview met Rick Nieman, www.rtl.nl, februari 2007
- RVZ, De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010, januari 2007

patiëntenorganisaties zou de ontwikkeling van transparantie sneller moeten gaan. Er wordt vaak gekozen voor zorgvuldigheid. Voor de NZa is het van belang om te bepalen of de ontwikkelingen de goede kant op gaan en of deze snel genoeg gaan. Als dit niet het geval is kan ingrijpen van de NZa immers noodzakelijk zijn. In de volgende twee paragrafen kijkt de NZa hoe het gesteld is met de ontwikkeling van transparantie van kwaliteit in het B-segment. Hierbij maakt de NZa een onderscheid in transparantie van de medische kwaliteit en informatie over ervaringen van patiënten.

3.3 Transparantie van medische kwaliteit

In de monitor van 2006 stelden we vast dat er een begin is gemaakt met het transparant maken van kwaliteit. Maar er moest nog veel gebeuren. In deze paragraaf kijkt de NZa naar hoe het nu staat met de ontwikkeling van transparantie van medische kwaliteit in het B-segment. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de indicatoren en beschrijft of deze beschikbaar, betrouwbaar, bruikbaar en vergelijkbaar zijn.²¹

Tabel 3.1 Indicatoren medische kwaliteit

	Beschikbaar	Betrouwbaar	Bruikbaar	Vergelijkbaar
Basisset prestatie-indicatoren (IGZ)	ja	ja	deels	redelijk
ZN zorginkoopindicatoren	ja	ja	ja	ja
Project zorgbrede transparantie (IGZ)	nee	nvt	nvt	nvt
Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR)	ja, maar niet openbaar	onbekend	nee	ja

Bron: NZa

Basisset prestatie-indicatoren

De Basisset prestatie-indicatoren van de IGZ bevat zowel informatie op aandoeningspecifiek niveau als op instellingsniveau. Deze indicatoren geven echter nog te weinig informatie over de kwaliteit van de behandelingen bij specifieke aandoeningen in het B-segment. Ziekenhuizen zijn verplicht de Basisset prestatie-indicatoren aan IGZ te leveren. De gegevens tot en met 2005 zijn beschikbaar en ook openbaar gemaakt op de vergelijkingsite www.kiesbeter.nl.²²

In de monitorspecial ZBC's is geconstateerd dat ZBC's een andere vragenlijst krijgen toegestuurd dan de ziekenhuizen. Voor de vergelijkbaarheid van de kwaliteit tussen ziekenhuizen en ZBC's is het van groot belang dat de kwaliteitsindicatoren van de IGZ ook van toepassing zijn op ZBC's. De IGZ is inmiddels bezig met een pilot bij twintig ZBC's. De officiële set wordt in 2008 ook aan ZBC's gezonden. Dit leidt tot betere kwaliteitsvergelijkingen tussen ziekenhuizen en ZBC's.

²¹ Beschikbaarheid geeft de aanwezigheid van indicatoren in het B-segment weer. Vervolgens wordt gekeken of deze betrouwbaar, bruikbaar en vergelijkbaar zijn.

²² IGZ, Het resultaat telt 2005, december 2006. De gegevens over 2006 dienen de ziekenhuizen uiterlijk 1 juni 2007 bij de IGZ in te dienen.

ZN zorginkoopindicatoren

Voor de zorginkoop 2007 is door verzekeraars daarnaast nog steeds gebruik gemaakt van de ZN zorginkoopindicatoren. ZN heeft in deze indicatoren ten opzichte van vorig jaar een aantal aanpassingen aangebracht.²³ Het is uiteindelijk de bedoeling dat voor de zorginkoop de indicatoren van het project 'Zorgbrede transparantie' gebruikt worden.

Project 'Zorgbrede transparantie'

De IGZ is, in het kader van het project 'Zorgbrede transparantie', bezig met het ontwikkelen van ongeveer vierhonderd aandoenings specifieke indicatoren voor alle sectoren van de zorg. De indicatoren worden ontwikkeld voor tachtig aandoeningen.²⁴ De indicatoren dekken ongeveer 80% van de zorg in het ziekenhuis. Voor de eerste tien aandoeningen zijn per 1 april 2007 reeds indicatoren opgeleverd.²⁵ De meeste van deze aandoeningen bevinden zich in het B-segment. Daarnaast staan er voor dit jaar nog achttien op het schema en in 2008 en 2009 allebei vijftientig. De bedoeling is dat in 2011 80% van de ziekenhuiszorg transparant is. De door ZonMW reeds ontwikkelde aandoenings specifieke indicatoren zijn ingebracht in de stuurgroep ziekenhuistransparantie. Aangezien het om aandoenings specifieke indicatoren gaat, zijn deze ook toepasbaar op ZBC's. De Basisset prestatie-indicatoren wordt waarschijnlijk opgenomen in de nieuwe set. De NZa vindt het niet logisch om twee sets naast elkaar te laten bestaan.

Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR)

Zoals beschreven in de uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen" beschouwt de NZa de Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR) op dit moment als de meest betrouwbare schatter voor kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen.²⁶ Dit is een algemene indicator per ziekenhuis en dus niet specifiek gericht op het B-segment. Ziekenhuizen registreren al lang de ziekenhuissterfte, maar tot nu toe wordt van de informatie nauwelijks gebruik gemaakt. De informatie is niet openbaar en daardoor nog niet bruikbaar. De NZa pleit in het rapport voor vrijgave van deze data vanaf begin 2008 en doet tot en met augustus 2007 onderzoek naar het landelijke invoeren van de HSMR in 2008. De betrouwbaarheid van de data speelt bij dit onderzoek een belangrijke rol.

Overige initiatieven

Andere partijen dragen eveneens bij aan de transparantie van kwaliteit. Zo zijn er enkele zorgverzekeraars die hun verzekerden helpen met het kiezen van een goed ziekenhuis door het publiceren van de voorkeursziekenhuizen van de betreffende verzekeraar op de website. Ook vergelijkende websites zorgen voor de noodzakelijke transparantie. Zo geeft www.independ.nl per zorgaanbieder informatie over het oordeel op basis van kwaliteitsindicatoren, het oordeel van de huisarts en van de patiënt. Ook op www.kiesbeter.nl is veel informatie te vinden

²³ De indicatoren die zijn voortgekomen uit de eerste zes door het CBO ondersteunde "Kwaliteit van zorg in de etalage"-projecten zijn integraal overgenomen. Bron: Zorgverzekeraars Nederland / Kenniscentrum DBC, Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2007, september 2006

²⁴ Het is de bedoeling dat maximaal vijf indicatoren per aandoening worden ontwikkeld.

²⁵ Het gaat hier om de cataract, incontinentie, mamma carcinoom, knie/heup, diabetes, liesbreuk, rughernia, blaascarcinoom, adenotonsilectomie en varices.

²⁶ De indicator corrigeert de kans op sterven per patiënt voor leeftijd, geslacht, hoofddiagnose, co-morbiditeit, urgentie bij binnenkomst, de ernst van de verrichting en de verpleegduur. Op basis daarvan wordt per ziekenhuis de verwachte sterfte voor een bepaalde periode berekend. Gecorrigeerd aan de gecorrigeerde landelijke sterfte geeft de indicator inzicht in de vermijdbare sterfte van een individuele instelling ten opzichte van het landelijke gemiddelde. Bron: NZa, Uitvoeringstoets Op weg naar vrije prijzen, april 2007

voor de consument.

Conclusie

Uit bovenstaande blijkt dat de beschikbare (en bruikbare) informatie over de medische kwaliteit nog steeds beperkt is. Wel is er verbetering ten opzichte van 2006. De ontwikkeling van indicatoren loopt echter nog door tot 2011. Met de HSMR kan eventueel een snelle slag gemaakt worden tot meer transparantie. Dit is echter een algemene indicator en niet specifiek gericht op het B-segment. Zoals reeds aangegeven in haar onlangs gepubliceerde consultatiedocument "(In) het belang van de consument", zal de NZa een normenkader opstellen over wanneer de consument over voldoende informatie beschikt om een goede keuze te kunnen maken op de verschillende zorgmarkten. Wanneer de transparantie onvoldoende blijkt, zal de NZa marktpartijen hierop aanspreken. Als de transparantie ook dan onvoldoende blijft, zal de NZa dwingende maatregelen nemen.

3.4 Informatie over ervaringen van patiënten

Naast informatie over medische kwaliteit is het van belang dat voldoende informatie beschikbaar is over de ervaringen van patiënten.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de indicatoren en kijkt of deze beschikbaar, betrouwbaar, bruikbaar en vergelijkbaar zijn.

Tabel 3.2 Indicatoren patiëntervaringen B-segment

	Beschikbaar	Betrouwbaar	Bruikbaar	Vergelijkbaar
Indicatoren Centrum Klantervaring Zorg	nee	nvt	nvt	nvt
PatiëntTevredenheids Onderzoek NVZ	ja, informatie over 9 ziekenhuizen	onbekend	deels, niet specifiek voor B-segment	onbekend
Consumentenbond	ja	ja	ja	ja

Bron: NZa

Centrum Klantervaring Zorg

Het in december 2006 opgerichte Centrum Klantervaring Zorg zorgt ervoor dat de komende jaren systematisch de ervaringen van de klanten met de gezondheidszorg op een betrouwbare wijze worden gemeten en openbaar worden gemaakt. Hiervoor wordt een landelijke meetstandaard, de CQ-index (Consumer Quality Index), gebruikt. De CQ-index is een gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg. De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat patiënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg. De volgende CQ-index vragenlijsten zijn gereed voor het B-segment: staaroperaties en heup/knieoperaties. De CQ-index ziekenhuiszorg wordt dit jaar gevalideerd. Metingen met de CQ-index leveren in de toekomst onder meer input voor de website www.kiesbeter.nl.²⁷ Op dit moment zijn nog geen meetresultaten voor het B-segment ziekenhuiszorg beschikbaar. Naar verwachting is in 2008 landelijk informatie beschikbaar over ervaringen van patiënten.

De NPCF geeft aan de beoogde CQ-index een goed instrument te achten om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen en openbaar te maken.²⁸ De

²⁷ Bron: ZonMw

²⁸ Brief NPCF aan leden Vaste Tweede Kamercommissie VWS, 6 april 2007

NPCF maakt zich echter grote zorgen over de voortgang van dit proces en de positionering van patiënten en consumentenorganisaties hierin.

PatiëntTevredenheidsOnderzoek (NVZ)

De NVZ is in april 2006 gestart met het PTO-project (PatiëntTevredenheidsOnderzoek). Instellingen kunnen online klantonderzoek uitvoeren aan de hand van standaard vragenlijsten. Uit de eerste metingen blijkt dat patiënten hun ziekenhuis gemiddeld een 7,8 als rapportcijfer geven.²⁹ Deze eerste metingen zijn een nulmeting die voortaan worden gevolgd door een jaarlijkse peiling waardoor vergelijking over de jaren mogelijk wordt. Inmiddels is het aantal instellingen dat PTO als meetinstrument inzet toegenomen van negen naar eenentwintig. Het project geeft echter geen inzicht in specifieke patiëntervaringen in het B-segment.

Consumentenbond

De Consumentenbond heeft voor een aantal veel voorkomende aandoeningen in het B-segment de kwaliteit van de zorg in de Nederlandse ziekenhuizen beoordeeld op patiëntgerichtheid. Uit deze onderzoeken blijkt dat er vaak een mismatch is tussen de wens van de cliënt en wat de specialisten goede zorg vinden.³⁰ Consumenten- en patiëntenorganisaties geven daarnaast aan dat patiënten graag informatie willen over het aantal behandelingen dat jaarlijks in een bepaald ziekenhuis wordt uitgevoerd. Deze informatie is echter vooralsnog niet beschikbaar. Ook komen bij consumenten- en patiëntenorganisaties vaak klachten binnen over de inzichtelijkheid van de rekening. Het is bijvoorbeeld bij reuma voor een patiënt niet inzichtelijk hoeveel controles de behandeling bevat. Ziekenhuizen en ZBC's dienen zelf voor deze transparantie te zorgen.

Overige initiatieven

Daarnaast publiceren veel zorginstellingen eigen patiënttevredenheidsonderzoeken op hun website. Ook een aantal verzekeraars publiceren sinds kort ervaringen van patiënten op hun website.

Conclusie

Ook met de transparantie op het gebied van ervaringen van patiënten gaan de ontwikkelingen de goede kant op. Ook hier is echter nog maar beperkt betrouwbare informatie beschikbaar. Ook is er een mismatch tussen de informatie die patiënten willen zien en de aanwezige informatie. Van belang is dat bij het voorzien in informatiebehoefte van consumenten, die informatiebehoefte als uitgangspunt wordt genomen.

3.5 Kwaliteitsafspraken

Als de transparantie van de zorg toeneemt kan kwaliteit een grotere rol gaan spelen in de onderhandelingen en in de contractering. Deze paragraaf gaat in op de gemaakte kwaliteitsafspraken over het B-segment in 2007.

Ongeveer de helft van de geïnterviewde ziekenhuizen en verzekeraars geeft aan dat er dit jaar meer aandacht voor kwaliteit is in de onderhandelingen over het B-segment ten opzichte van vorig jaar. De

²⁹ Bron: www.nvz.nl. Op basis van een eerste peiling van NVZ onder 3.000 patiënten van negen ziekenhuizen.

³⁰ Cliënten willen bijvoorbeeld graag een endoscopische behandeling bij een liesbreuk en sommige dokters niet.

andere helft geeft aan dat de aandacht voor kwaliteit gelijk is gebleven. De prijs blijft het dominante thema in de onderhandelingen. Het is belangrijk dat er niet alleen over kwaliteit wordt gesproken, maar dat er concrete afspraken worden opgenomen in de contracten. Bijna alle zorgaanbieders en verzekeraars hebben afspraken gemaakt over het implementeren van en rapporteren over kwaliteitsindicatoren zoals die van IGZ en ZN. Echter in slechts een aantal gevallen is hierbij ook een doel afgesproken en vindt achteraf toetsing plaats.

Een aantal verzekeraars heeft afspraken gemaakt over verbeteringen in de kwaliteit ten opzichte van vorig jaar. Bijvoorbeeld over een laserbehandeling bij spataderen. Meestal zijn er geen financiële consequenties verbonden aan de gemaakte kwaliteitsafspraken. Ook komt het voor dat over het meten van patiënttevredenheid en service aan de patiënt afspraken worden gemaakt.

Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat ze moeite ondervinden een eventuele meer kwaliteit aan de verzekeraars duidelijk te maken en hier hogere prijzen voor te kunnen vragen. Andere zorgaanbieders vinden het alleen maar lastig dat zorgverzekeraars inzicht willen in de geleverde kwaliteit. Volgens een verzekeraar bestaan er dan ook verschillen tussen zorgaanbieders in hoe ver ze zijn met het vullen van de kwaliteitsindicatoren. Andere verzekeraars geven wel aan dat zorgaanbieders meer gewend zijn geraakt aan het thema kwaliteit en het vullen/bespreken van kwaliteitsindicatoren, waardoor ze meer openstaan voor het bespreken van kwaliteit met de zorgverzekeraar. Dit geeft dus een wisselend beeld.

Zorgprofielen

Het zorgprofiel geeft de onderdelen van een behandeling weer, waardoor het zorgprofiel een van de elementen is die de kwaliteit van de geleverde zorg bepaalt. Uit de interviews blijkt dat de zorgverzekeraars de inhoud van de geboden zorg overlaten aan de ziekenhuizen en ZBC's. De reden hiervoor is dat de zorgprofielen vaak te complex zijn om over te onderhandelen. Tijdens de onderhandelingen bestond, net als vorig jaar, weinig aandacht voor zorgprofielen. Bij slechts één geïnterviewd ziekenhuis staat er een afspraak in het contract over het zorgprofiel. Bijna alle zorgaanbieders geven aan dat ze het zorgprofiel zelf bepalen en dat er geen verschillen tussen zorgverzekeraars mogelijk zijn.

Bij sommige ziekenhuizen die meer complexe patiënten behandelen en bij ZBC's, die vaak minder complexe patiënten behandelen, worden afspraken gemaakt naar aanleiding van verschillen in patiëntenpopulatie.

In de monitor van volgend jaar zal de NZa, indien mogelijk op basis van de beschikbare data, onderzoek doen naar verschillen in zorgprofielen tussen zorgaanbieders.

Conclusie

Kwaliteit moet een belangrijkere rol gaan spelen in de onderhandelingen en contractering van zorgaanbieders. Als er meer informatie beschikbaar komt over de kwaliteit van de zorg die zorgaanbieders leveren, moeten zorgaanbieders en verzekeraars beter in staat zijn om over kwaliteit te onderhandelen.

3.6 Verbeteren kwaliteit in de zorg

Meer beschikbare informatie over de kwaliteit van de zorg is ook een stimulans voor zorgaanbieders om kwaliteitsverbeteringen door te voeren. De IGZ heeft geen signalen over verslechterde kwaliteit in het B-segment als gevolg van de invoering van vrije prijzen. In een interview geeft de IGZ aan dat vanuit de ziekenhuizen steeds meer aandacht bestaat voor kwaliteit, met name door lijstjes zoals die in het Algemeen Dagblad en Elsevier. Ook de uitkomsten van de indicatoren zijn steeds beter, wat kan duiden op kwaliteitsverbetering bij de ziekenhuizen. Het is echter ook mogelijk dat door de ziekenhuizen vooral wordt gestuurd op een goede score op deze indicatoren, maar daar zijn vooralsnog geen aanwijzingen voor.

Uit de interviews blijkt dat veel ziekenhuizen bezig zijn met het accreditatie traject van het Nederlandse Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). Het NIAZ toetst, op verzoek van zorginstellingen, of deze hun organisatie zó hebben ingericht dat ze op een reproduceerbare wijze een acceptabel niveau van kwaliteit van zorg voortbrengen. Is dat het geval, dan wordt de instelling voor vier jaar geaccrediteerd. Een geaccrediteerde instelling is adequaat en veilig georganiseerd. Een NIAZ-accreditatie is voor instellingen dus een belangrijk hulpmiddel om zich extern te verantwoorden. Het NIAZ ondersteunt ook de instellingen in de kwaliteitsverbetering en –borging van de zorgorganisatie.³¹ Het instrument zegt echter niets over mogelijke kwaliteitsverschillen tussen geaccrediteerde ziekenhuizen onderling.

3.7 Innovatie

Het begrip innovatie kan op veel manieren worden uitgelegd. Innovatie houdt vernieuwing in. Het kan vernieuwing van producten, diensten of processen inhouden. Innovatie kan tot goedkoper werken leiden, tot een betere kwaliteit of tot de introductie van een nieuw product.

Sommige zorgaanbieders geven aan dat er tijdens de onderhandelingen over het B-segment weinig aandacht voor innovatie bestaat. De zorgverzekeraars zijn positiever over de hoeveelheid aandacht voor innovatie tijdens de onderhandelingen. De hoeveelheid aandacht voor innovatie tijdens de onderhandelingen over het B-segment lijkt op basis van de interviews iets toegenomen ten opzichte van 2006.

Er zijn wel afspraken over innovatie in het B-segment gemaakt.

Voorbeelden van innovatieafspraken in de zorgcontracten zijn:

- laserbehandeling voor spataderen;
- nieuwste lens bij cataract;
- taakherschikking (bijvoorbeeld controle door optometrist).

Uit de interviews blijkt dat in het B-segment, in tegenstelling tot het A-segment, weinig belemmeringen worden ervaren met betrekking tot innovatie.³² Een enkele zorgaanbieder geeft aan dat zorgverzekeraars geen afspraken over innovatie willen maken. Een reden die hiervoor wordt gegeven is dat de baten van innovaties vaak pas op langere termijn zichtbaar zijn. De verzekeraar wil dan niet meebetalen voor een duurdere behandeling, omdat de mogelijke baten van deze behandeling

³¹ Bron: www.niaz.nl

³² In het A-segment worden deze door de tariefstelling wel ervaren.

wellicht niet terugkomen bij dezelfde verzekeraar. De patiënt kan immers al overstapt zijn naar een andere verzekeraar. Een andere zorgaanbieder geeft aan dat verzekeraars niet of nauwelijks willen betalen voor medisch 'betere' ingrepen, wanneer deze tot meerkosten leiden. Zelfs als de patiënt dan weer eerder op de been is, wil de verzekeraar daar volgens deze aanbieder blijkbaar niet voor betalen.

3.8 Conclusies

Transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg is van groot belang. Gebrek aan transparantie leidt tot een sterke focus op de prijs. Uit onderzoek blijkt dat er grote kwaliteitsverschillen tussen en binnen ziekenhuizen bestaan. De ontwikkelingen op het gebied van het transparant maken van kwaliteit gaan de goede kant op. Toch is de beschikbare en vergelijkbare informatie over de medische kwaliteit en patiëntervaringen nog steeds beperkt. De ontwikkeling van indicatoren voor de medische kwaliteit loopt nog door tot 2011. Met de HSMR kan eventueel een snelle slag gemaakt worden naar meer transparantie op het gebied van medische kwaliteit. Dit is echter een algemene indicator en niet specifiek gericht op het B-segment. Naar verwachting is in 2008 landelijk informatie beschikbaar over ervaringen van patiënten. Consumenten- en patiëntenorganisaties geven aan dat er vaak een mismatch is tussen de informatie die consumenten willen zien en de informatie die beschikbaar komt. Van belang is dat bij het voorzien in informatiebehoeften van consumenten, die informatiebehoefte als uitgangspunt worden genomen.

Tijdens de onderhandelingen is er meer aandacht voor kwaliteit dan vorig jaar. Toch worden nog weinig concrete kwaliteitsafspraken gemaakt. De meeste afspraken hebben betrekking op het implementeren van en rapporteren over kwaliteitsindicatoren. Aan de gemaakte kwaliteitsafspraken zijn meestal geen (financiële) consequenties verbonden. De meeste zorgverzekeraars laten de inhoud van de geboden zorg over aan de ziekenhuizen en ZBC's. Over verschillen in patiëntenpopulatie worden, indien van toepassing, wel afspraken gemaakt. De NZa vindt het belangrijk dat kwaliteit een belangrijke rol gaat spelen in de onderhandelingen en contractering van zorgaanbieders. Als er meer informatie beschikbaar komt over de kwaliteit van de zorg die zorgaanbieders leveren, moeten zorgaanbieders en verzekeraars beter in staat zijn om over kwaliteit te onderhandelen.

Meer beschikbare informatie over de kwaliteit van de zorg is ook een stimulans voor zorgaanbieders om kwaliteitsverbeteringen door te voeren. De IGZ heeft geen signalen over verslechterde kwaliteit in het B-segment als gevolg van de invoering van vrije prijzen. Veel ziekenhuizen zijn bezig met het accreditatie traject van het Nederlandse Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ).

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervaren in het B-segment, in tegenstelling tot het A-segment, weinig belemmeringen met betrekking tot innovatie.

Vervolgstappen NZa

- De NZa gaat in 2007 beleid vaststellen ter bevordering van transparantie van kwaliteit.
- Zoals al aangegeven in haar onlangs gepubliceerd consultatiedocument "(In) het belang van de consument", zal de NZa een normenkader opstellen over wanneer de consument over voldoende informatie beschikt om een goede keuze te kunnen maken

- op de verschillende zorgmarkten. Wanneer de transparantie in een specifieke zorgmarkt/sector onvoldoende blijkt, zal de NZa marktpartijen hierop aanspreken. Als de transparantie ook dan onvoldoende blijft, zal de NZa dwingende maatregelen nemen.
- De NZa zal, op basis van de beschikbare data, onderzoek doen naar verschillen in zorgprofielen tussen zorgaanbieders. De NZa zal SDO bij dit onderzoek betrekken.
 -

4. Toegankelijkheid

4.1 Inleiding

In de monitor van vorig jaar was de conclusie dat de toegankelijkheid van het B-segment ten opzichte van het jaar daarvoor niet noemenswaardig is veranderd. De volgende redenen werden hiervoor genoemd:

- Zowel in 2005 als 2006 hadden bijna alle verzekeraars met vrijwel alle ziekenhuizen waar hun verzekerden komen contracten afgesloten.
- Keuzeondersteuning speelde in beide jaren een beperkte rol.
- In beide jaren bestonden wachttijden bij bepaalde zorgaanbieders voor bepaalde DBC's.

Uit een vorig jaar door de NZa uitgevoerde theoretische reistijdenanalyse bleek dat reistijd geen belemmering hoeft te zijn voor het bieden van keuzeondersteuning aan verzekerden.

Paragraaf 4.2 en 4.3 beschrijven de hoeveelheid gecontracteerde zorg in 2007 en respectievelijk de mate van keuzeondersteuning. Paragraaf 4.4 gaat in op de wachttijden in het B-segment. Op de bereikbaarheid van de zorg gaat deze monitor verder niet in omdat die ten opzichte van vorig jaar niet noemenswaardig is veranderd. De betaalbaarheid van de zorg, die vaak wordt aangeduid als de financiële toegankelijkheid, komt in hoofdstuk 5 aan de orde.

4.2 Hoeveelheid gecontracteerde zorg

De hoeveelheid gecontracteerde zorg bepaalt mede de beschikbaarheid van zorg voor de consument en daarmee de toegankelijkheid.³³ Net als voorgaande jaren blijkt uit de interviews dat bijna alle verzekeraars met vrijwel alle ziekenhuizen waar hun verzekerden naar toe gaan, contracten hebben afgesloten. Onderzoek van de NZa laat dit eveneens zien: ongeveer 3% van de betalingen loopt via de passantentarieven. Verzekeraars leggen vrijwel geen volumebeperkingen op. Ook bij de ZBC's is de verwachting dat net als vorig jaar veel zorgverzekeraars en ZBC's een contract gaan sluiten of hebben afgesloten voor 2007.

Verzekeraars contracteren bij ziekenhuizen eigenlijk altijd alle DBC's, zonder selectie. Bij ZBC's maken verzekeraars soms wel selecties van DBC's. Verzekeraars zijn bijvoorbeeld in een aantal gevallen niet bereid om klinische DBC's bij ZBC's te contracteren.

Aangezien bijna alle zorg in het B-segment gecontracteerd is, is het effect van een korting op het tarief bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder op de toegankelijkheid zeer gering. In de toekomst kan selectieve contractering echter een grotere rol gaan spelen. Uit onderzoek van de NZa onder consumenten blijkt dat eigen betalingen een sterke invloed hebben op de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder.³⁴ De NZa hecht er belang aan dat voor consumenten bij het kiezen van de polis inzichtelijk is welke zorgaanbieders wel en niet gecontracteerd zijn en wat ze wel en niet vergoed krijgen. Hiervoor is het

³³ Ook bij niet gecontracteerde zorg kan de zorg wel toegankelijk zijn. Dit is mede afhankelijk van de bepalingen in de modelovereenkomst over kortingen bij niet-gecontracteerde zorg.

³⁴ NZa, Visiedocument "Richting geven aan keuzes", mei 2007

noodzakelijk dat de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt zo veel mogelijk afgerond zijn voor de start van de jaarlijkse switchperiode op de zorgverzekeringsmarkt. Dat was ook een constatering in de vorige monitor, maar dat is nog niet het geval. Daarom zal de NZa onderzoeken of de cycli van overstappen op de zorgverzekeringsmarkt en zorginkoop op de inkoopmarkt beter op elkaar kunnen worden aangesloten. Dit onderzoek zal voor de contractonderhandelingen die plaatsvinden in 2008 afgerond zijn.

4.3 Keuzeondersteuning

Om tijdens de onderhandelingen voordelen te kunnen bedingen bij zorgaanbieders, is het voor verzekeraars belangrijk dat zij consumenten kunnen stimuleren naar bepaalde gecontracteerde (voorkeurs) aanbieders te gaan. Dit definieert de NZa als keuzeondersteuning. De NZa vindt keuzeondersteuning essentieel om de kwaliteits- en efficiëntieverbeteringen te kunnen behalen die het nieuwe zorgstelsel beoogt. Als zorgverzekeraars alleen die zorgaanbieders contracteren die een hoge kwaliteit leveren is dat een stimulans voor alle aanbieders om te investeren in hun kwaliteit. De fysieke toegankelijkheid van specifieke (niet gecontracteerde) aanbieders kan door keuzeondersteuning weliswaar afnemen, maar zorgaanbieders worden wel gestimuleerd om hun wachtlijsten weg te werken om in aanmerking te komen voor een voorkeurscontract. Hierdoor zal de toegankelijkheid van de zorg toenemen. Daarnaast geldt als randvoorwaarde voor selectieve contractering dat de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht blijft voldoen. Deze verplicht de zorgverzekeraar om, in geval van gecontracteerde zorg, zijn verzekerden tijdig kwalitatief goede zorg te leveren. Keuzeondersteuning kan daarnaast bijdragen aan de betaalbaarheid. Door selectief te contracteren ervaren aanbieders prikkels om efficiënt te werken. Wanneer verzekeraars hun verzekerden beter kunnen begeleiden naar bepaalde voorkeursaanbieders beschikken zij ook over meer onderhandelingsmacht en kunnen zij betere prijzen bedingen.

Vorig jaar was de conclusie dat keuzeondersteuning door verzekeraars nog een beperkte rol speelt. Dit was de aanleiding om te onderzoeken welke knelpunten keuzeondersteuning momenteel in de weg staan. De NZa heeft in mei 2007 het visiedocument "Richting geven aan keuzes" uitgebracht. Het rapport noemt de volgende knelpunten:

(1) Onduidelijkheid over hoogte restitutievergoeding:

De Zorgverzekeringswet is onhelder over de minimale hoogte van de restitutievergoeding die verzekeraars moeten geven als een verzekerde een niet gecontracteerde aanbieder bezoekt. Verzekeraars weten daardoor niet in welke mate zij de restitutievergoeding kunnen inzetten om consumenten te stimuleren naar gecontracteerde aanbieders te gaan. De NZa hanteert bij de beoordeling van de modelpolissen de stelregel dat elke restitutievergoeding acceptabel is, zolang dit voor de verzekerde duidelijk omschreven is in de polisvoorwaarden. Op deze transparantie zal de NZa streng toezien. In het "Richtsnoer zorgverzekeringen" beschrijft de NZa wat zij wel en niet transparant acht. Zorgverzekeraars zijn daarnaast gehouden aan hun zorgplicht. De NZa ziet hierop toe.

(2) Onvoldoende zorgaanbod:

Essentiële voorwaarde voor keuzeondersteuning is voldoende zorgaanbod. De NZa zal daarom onderzoeken of er sprake is van niet noodzakelijke toetredingsbelemmeringen op de opleidingsmarkt en of het mogelijk en/of wenselijk is (delen van) deze markt verder te

liberaliseren.

(3) Onvoldoende transparantie:

De informatie over de kwaliteit en de wachttijden is momenteel nog onvoldoende, zie ook hoofdstuk 3 en paragraaf 4.4. Ook is er onvoldoende helderheid over de gecontracteerde zorgaanbieders op het moment van poliskeuze, zoals beschreven in paragraaf 4.2.

(4) Gebrek aan inkoopvoordelen:

De inkoopvoordelen in het B-segment zijn beperkt. Dat komt door de beperkte omvang van het B-segment en onvoldoende transparantie van kwaliteit. Daarnaast zijn de stimulansen voor scherp onderhandelen met het huidige risicovereveningsmodel beperkt, zie ook paragraaf 2.5.

(5) Huisarts houdt geen rekening met inkoopbeleid van de zorgverzekeraar:

De huisarts heeft veel invloed op de keuze van de consument voor een zorgaanbieder. De huisarts verwijst vooral door binnen zijn lokale netwerk en houdt vaak geen rekening met het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. De NZa gaat onderzoeken of er een experiment kan komen onder huisartsen om patiënten beter te kunnen begeleiden bij hun keuze voor een aanbieder.

Uit de interviews blijkt dat keuzeondersteuning tijdens de onderhandelingen 2007 wederom een beperkte rol speelt. Dit blijkt ook uit de waarneming dat bijna alle zorgverzekeraars met bijna alle zorgaanbieders een contract hebben gesloten. Toch is er volgens de geïnterviewden wel meer aandacht voor keuzeondersteuning dan in 2006. Twee van de geïnterviewde verzekeraars maken dit jaar meer gebruik van voorkeursaanbieders dan vorig jaar. Ongeveer de helft van de geïnterviewde zorgaanbieders is aangewezen als voorkeursaanbieder. De meeste ziekenhuizen staan hier ook voor open. Slechts één ziekenhuis geeft aan geen voorkeursaanbieder te willen zijn, omdat het niet te veel afhankelijk wil zijn van één zorgverzekeraar. Een aantal zorgverzekeraars is bezig met het opzetten van projecten voor keuzeondersteuning.

Conclusie

Keuzeondersteuning speelt in 2007 opnieuw een beperkte rol. Door het opheffen van een aantal knelpunten, zoals het gebrek aan transparantie, en de uitbreiding van het B-segment, verwacht de NZa dat keuzeondersteuning in de toekomst een grotere rol gaat spelen.

4.4 Wachttijden

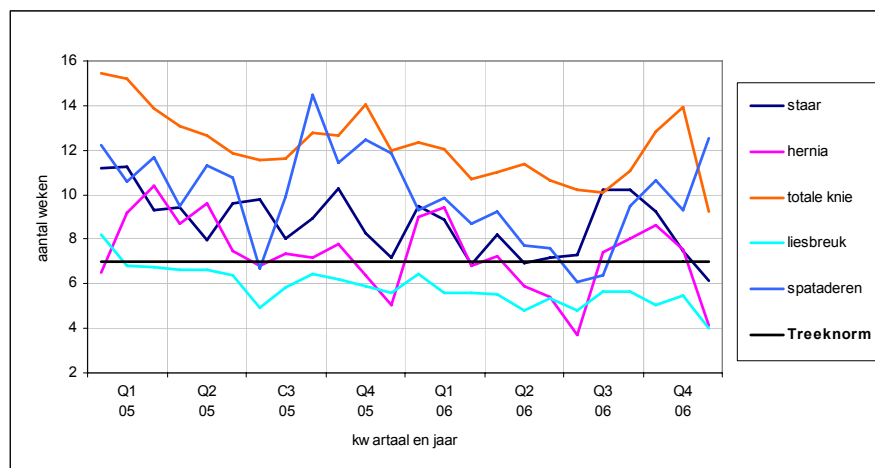
Wachttijden hebben invloed op de toegankelijkheid van de zorg. Vorig jaar stelde de NZa al vast dat er duidelijke verschillen in wachttijden bestaan tussen instellingen. Wel lagen de wachttijden voor bijna alle specialismen en het grootste deel van de ziekenhuizen onder of op de Treeknormen.³⁵ Dit jaar kan de NZa voor het eerst de wachttijden analyseren op basis van gegevens uit de MDS. Op het moment van schrijven van deze monitor zijn uitsluitend de wachttijden over 2005 en 2006 beschikbaar.

De informatie over de wachttijden verschijnt sinds kort op de website www.kiesbeter.nl. Het consultatiedocument "(In) het belang van de consument" concludeert dat de wachttijdinformatie nog onvoldoende

³⁵ In de analyse is geen onderscheid gemaakt tussen het A-segment en het B-segment.

beschikbaar is voor de consument. Nog niet van alle ziekenhuizen en alle specialismen zijn de gegevens beschikbaar.³⁶ Bovendien gebruikt niet iedereen dezelfde definities.³⁷ De onderstaande figuren zijn daarom met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd. Op initiatief van VWS loopt momenteel een project om te komen tot eenduidige definities. In de (nabije) toekomst komt zo meer eenduidige informatie over wachttijden beschikbaar. Deze informatie is van belang, met name omdat nu nog een grote spreiding in wachttijden bestaat (zie figuur 4.3).

Figuur 4.1 Ontwikkeling gemiddelde wachttijden meerdaagse opname algemene ziekenhuizen 2005 – 2006 (B-segment)



Bron: NZa op basis van gegevens DIS

De wachttijden lijken te zijn afgenomen over de periode 2005 en 2006. In 2005 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor bijvoorbeeld spataderen (meerdaagse opname) 11 weken, terwijl deze in 2006 is afgenomen naar iets meer dan 9 weken. De gemiddelde wachttijd voor meerdaagse opname liesbreuk is gedaald van 6,3 weken in 2005 naar 5,4 weken in 2006.

Op basis van bovenstaande figuur lijkt de gemiddelde wachttijd vaak boven de Treeknorm te liggen.³⁸ Dit is opvallend gezien de conclusie in de monitor van vorig jaar dat de wachttijden voor bijna alle specialismen en het grootste deel van de ziekenhuizen onder of op de Treeknormen lagen. Het verschil valt te verklaren doordat de analyses van vorig jaar gebaseerd waren op zowel A- als B-segment. Mogelijk liggen de wachttijden in het A-segment lager, hoewel men dit niet zou verwachten. Op basis van de data uit de MDS is dit niet te onderzoeken, omdat deze data in het algemeen op specialismeniveau zijn. Alleen voor een aantal aandoeningen in het B-segment zijn de data op diagnosesniveau.

Een gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm kan meerdere oorzaken hebben. Uit onderzoek van Prismant blijkt dat in een derde van de gevallen persoonlijke omstandigheden of medische redenen de oorzaak

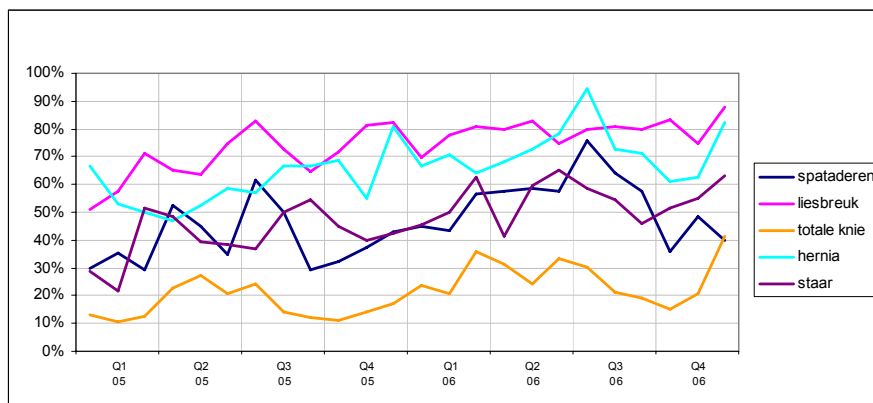
³⁶ NZa, Consultatiedocument (In) het belang van de consument, april 2007

³⁷ Bij sommige ziekenhuizen wordt de tijd vermeld dat een patient tenminste moet wachten. Andere ziekenhuizen nemen de wachttijd mee dat patienten moeten wachten op de specialist van hun keuze. Ook bestaan er verschillen in de wijze van interpretatie. Sommige ziekenhuizen nemen bijvoorbeeld wel de 'vrijwillige' wachttijd (vakantie) mee in de aangeleverde wachttijden en andere niet.

³⁸ Per sector zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden vastgesteld, de zogeheten Treeknormen.

van de langere wachttijd zijn.³⁹ Bij persoonlijke redenen gaat het vooral om patiënten die vanwege vakantie, werk of het niet kunnen regelen van oppas zelf langer willen wachten op een behandeling. Medische redenen zijn bijvoorbeeld dat een patiënt eerst nog meer onderzoeken moet ondergaan, eerst een therapie moet volgen of dat een patiënt zwanger is en voor behandeling eerst moet bevallen. De wachttijden met een medische of persoonlijke reden zijn niet problematisch voor de patiënt. De (eventueel) resterende wachttijden buiten de Treeknormen kunnen wel problematisch zijn. Op basis van de huidige cijfers is niet te achterhalen waarom de wachttijden voor deze diagnoses bestaan. De gebruikte definities geven te veel ruimte voor interpretatie. Ook op basis van onderstaande figuur lijkt een groot aantal ziekenhuizen een wachttijd te hebben die hoger is dan de Treeknorm. Met name voor de totale knieoperatie lijken weinig ziekenhuizen gemiddeld onder de Treeknormen te behandelen.

Figuur 4.2 Percentage ziekenhuizen dat voor de meerdaagse opname binnen de Treeknorm behandelt



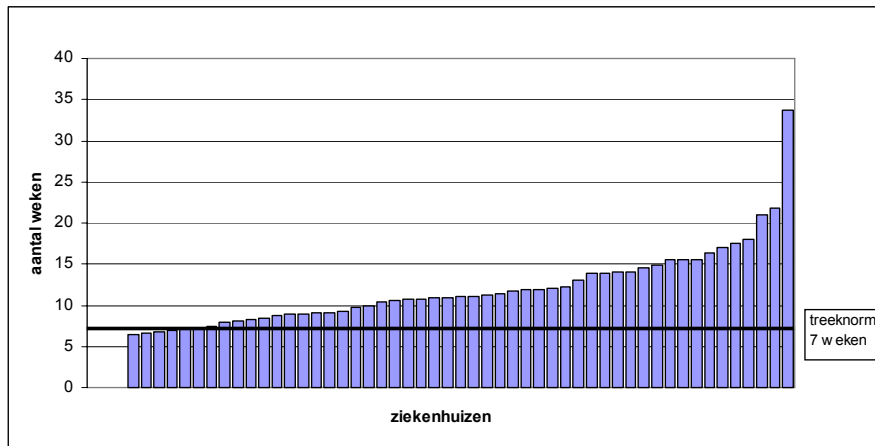
Bron: NZa op basis van gegevens DIS

Dat sommige ziekenhuizen een hogere wachttijd hebben is niet erg, als er andere ziekenhuizen of ZBC's zijn die een lage wachttijd hebben.⁴⁰ Onderstaande figuur geeft de spreiding in wachttijden weer, voor de diagnose met de grootste wachttijden. Drie van de vierenvijftig ziekenhuizen waarover informatie beschikbaar is, hebben geen wachttijd voor een knieoperatie. Consumenten kunnen voor knieoperaties dus altijd bij een ziekenhuis met een lagere wachttijd terecht. Deze ziekenhuizen zullen echter niet altijd in de buurt van de consument zijn. Ook voor de andere vier aandoeningen geldt een grote spreiding in wachttijden. Voor deze aandoeningen zijn dus wel ziekenhuizen beschikbaar met een wachttijd lager dan de Treeknorm.

³⁹ Prismant, Wachten in Nederland, het hoe en waarom, 2004

⁴⁰ De NZa beschikt niet over wachttijdinformatie van de ZBC's.

Figuur 4.3 Totale knie, gemiddelde wachttijd behandelde patiënten 2006, meerdaagse opname, n=54



Bron: NZa op basis van gegevens DIS

De meeste geïnterviewde zorgaanbieders en verzekeraars geven aan dat de wachttijden geen grote rol spelen in de onderhandelingen. Dit komt volgens de geïnterviewden omdat de wachttijden in het B-segment beperkt zijn. Toch blijkt uit bovenstaande analyse dat nog veel wachttijden boven de Treeknormen liggen. Slechts één ziekenhuis heeft specifieke afspraken gemaakt over de wachttijden. In een aantal contracten staan daarnaast afspraken over het behalen van de Treeknormen. Eén verzekeraar geeft aan specifieke afspraken te hebben gemaakt over de wachttijd voor het eerste consult en de wachttijd voor de eerste behandeling. Als zorgaanbieders zich niet kunnen houden aan de afgesproken wachttijden, krijgen ze een strafkorting. Ook is er een aantal verzekeraars met afspraken over een 'operatiegarantie'. Deze garantie houdt in dat een patiënt op de dag van de opname wordt geopereerd. Als dit niet het geval is, moet de zorgaanbieder € 250 betalen aan de patiënt. Daarnaast contracteren zorgverzekeraars ZBC's voor B-DBC's waarvoor langere wachtlijsten zijn.

4.5 Conclusies

De toegankelijkheid van het B-segment is ten opzichte van 2006 niet noemenswaardig veranderd.

Net als in voorgaande jaren blijkt uit de interviews dat bijna alle verzekeraars met vrijwel alle ziekenhuizen waar hun verzekerden naar toe gaan, contracten hebben afgesloten.

Keuzeondersteuning speelt in 2007 opnieuw een beperkte rol. Toch is er volgens de geïnterviewden wel meer aandacht voor keuzeondersteuning dan in 2006. Door het opheffen van een aantal knelpunten, zoals de onduidelijkheid over de hoogte van de restitutievergoeding en het gebrek aan transparantie, verwacht de NZa dat keuzeondersteuning in de toekomst een grotere rol gaat spelen.

Daarnaast bestaan er nog steeds wachttijden bij zorgaanbieders voor bepaalde DBC's in het B-segment. De wachttijden zijn gemiddeld over de periode 2005 en 2006 afgenomen. Over 2007 zijn nog geen cijfers bekend. Voor de meerdaagse opname heeft een groot aantal

ziekenhuizen in 2005 en 2006 een wachttijd die hoger is dan de Treeknorm. Voor de meeste diagnoses bestaat een grote spreiding in wachttijden tussen de ziekenhuizen. Consumenten kunnen dus over het algemeen altijd bij een ziekenhuis met een lagere wachttijd terecht. Wachttijdbemiddeling door zorgverzekeraars kan voor consumenten dus zeker lonend zijn.

Vervolgstappen NZa

- De NZa heeft in het visiedocument "Richting geven aan keuzes" acties en aanbevelingen gedaan om de randvoorwaarden voor keuzeondersteuning door verzekeraars te verbeteren.

Aanbeveling aan VWS

- De NZa adviseert de Minister van VWS om er voor te zorgen dat er snel eenduidige definities voor wachttijden en wachtlijsten beschikbaar komen.

5. Betaalbaarheid

5.1 Inleiding

De monitor 2006 constateerde een reële prijsdaling in de periode 2005-2006. Bovendien was de spreiding in de prijsontwikkeling 2005-2006 en in het prijsniveau 2006 groot. Ook leek er in 2006 sprake te zijn van een nivellerende ontwikkeling: ziekenhuizen met een relatief hoog prijsniveau in 2005 lieten een lagere prijsstijging zien tussen 2005 en 2006. Blijven deze conclusies overeind met de betere meetmethode die er nu is? En hoe hebben de prijzen zich ontwikkeld in de periode 2006-2007?

De meetmethode om prijsontwikkelingen te berekenen is sterk verbeterd ten opzichte van de gebruikte meetmethode in de monitor 2006. In de monitor van dit jaar is bij de berekeningen van de prijsontwikkelingen gebruik gemaakt van nieuwe volumegegevens, namelijk de gerealiseerde DBC-productie 2005 en 2006 van de ziekenhuizen.⁴¹ Bij het berekenen van de prijsontwikkelingen zijn de contractprijzen en de passantenprijzen gewogen naar de gerealiseerde productie in het voorafgaande jaar. Bijlage 2 geeft uitleg over de berekeningen van de prijsontwikkelingen en prijsniveaus. In de monitor 2006 zijn de prijzen gewogen met de schoningsvolumes en slechts 75% van de contractprijzen 2006 was bekend.⁴² Naar schatting beschikt de NZa over ongeveer 95% van de contractprijzen 2007.⁴³

Dit hoofdstuk gaat in op de ontwikkeling van de betaalbaarheid van het B-segment. Het beschrijft achtereenvolgens de prijs en volumeonderhandelingen, de verwachte ontwikkeling van de totale kosten in 2007 en de prijsontwikkelingen 2005-2007 uitgesplitst naar aandeel van een verzekeraar in een ziekenhuis, specialisme, diagnose, regio en (type) zorgaanbieder. De resultaten in dit rapport hebben een aantal beperkingen. De productiegegevens die afkomstig zijn van de Minimale Data Set (MDS), zijn onvolledig. De prijzen per DBC zijn gewogen met de verhouding van de gesloten DBC-trajecten in de aangeleverde maanden binnen een ziekenhuis. Daarnaast doet de NZa de aanname dat de door de verzekeraars en de zorgaanbieders verstrekte gegevens correct zijn.

5.2 Prijs en volume in de onderhandelingen

De prijs was in 2006 het dominante thema in de onderhandelingen. Deze paragraaf beschrijft op welke manier de prijsonderhandelingen voor 2007 zijn verlopen en op welke manier de prijs- en volumeafspraken tot stand zijn gekomen. Deze informatie komt uit de interviews.

Prijsafspraken

In 2007 is de prijs, net als in 2005 en 2006, het belangrijkste thema bij de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders over het B-segment. Volgens alle geïnterviewde verzekeraars is de aandacht voor de prijs hetzelfde gebleven. Opvallend is dat het merendeel van de

⁴¹ Deze productiegegevens zijn afkomstig van de Minimale Data Set (MDS) die ziekenhuizen aan het DBC-Informatiesysteem (DIS) aanleveren.

⁴² Schoningsvolumes: eind 2004 geschatte productie voor verschillende B-DBC's per instelling.

⁴³ De binnengekomen contractprijzen 2007 van ZBC's beslaan ongeveer 75%.

geïnterviewde zorgaanbieders aangeeft dat de aandacht voor de prijs in 2007 is toegenomen. Blijkbaar zijn de belevingen van de zorgaanbieders en verzekeraars verschillend als het gaat om de aandacht voor prijs.

Het merendeel van de geïnterviewden hanteert de prijzen van vorig jaar als uitgangspunt bij de onderhandelingen. Zorgaanbieders krijgen echter ook meer inzicht in hun kostprijzen en gebruiken deze kostprijsinformatie om prijzen omhoog of omlaag bij te stellen. Deze kostprijsinformatie lijkt een steeds grotere rol te spelen in de onderhandelingen. Verzekeraars maken gebruik van informatie uit eigen benchmarkonderzoeken waarin ze de prijzen van ziekenhuizen met elkaar vergelijken. De schoningsprijzen worden bij de prijsonderhandelingen steeds minder gebruikt.⁴⁴

Tijdens de prijsonderhandelingen werd net als in 2006, voornamelijk onderhandeld over de indexering van de prijzen 2007 en over de hoogte van het indexeringspercentage over het totale pakket van DBC's. Bij meer dan helft van de geïnterviewden vonden de onderhandelingen plaats over de speerpunt DBC's die de grootste kosten veroorzaken. Ziekenhuizen en ZBC's geven daarbij aan dat verzekeraars vooral "onderaan de streep rekenen" en zich dus vooral richten op de indexatie van de prijzen op totaalniveau.

Volumeafspraken

Naast prijsafspraken kunnen verzekeraars en zorgaanbieders ook volumeafspraken maken. In 2007 waren dat er niet meer dan in 2006. Een aantal verzekeraars maakt zelfs helemaal geen volumeafspraken met zorgaanbieders.

De meest voorkomende volumeafpraak is dat verzekeraars een "productiegrens" overeenkomen met een ziekenhuis, gebaseerd op de gerealiseerde productie in 2006. Bij een overschrijding van die grens informeert het ziekenhuis de verzekeraar hierover. De overschrijding heeft meestal geen consequenties, maar verzekeraars kijken wel met de ziekenhuizen naar mogelijke oorzaken van de overschrijding.

Daarnaast kunnen verzekeraars en zorgaanbieders staffelkortingen overeenkomen. Staffelkortingen zijn een combinatie van prijs- en volumeafspraken: een verzekeraar kan rekenen op een lagere prijs als hij meer volume afneemt bij de zorgaanbieder. Slechts een klein aantal verzekeraars en zorgaanbieders is in 2007 staffelkortingen overeen gekomen. Een aantal verzekeraars en zorgaanbieders geeft aan dat het niet aantrekkelijk is om staffelkortingen af te sluiten. Het aantal patiënten van een verzekeraar bij een zorgaanbieder is vaak wisselend en bovendien geleiden verzekeraars nog weinig verzekerden richting bepaalde voorkeursaanbieders. Daarnaast veroorzaken staffelkortingen administratieve lasten voor zorgaanbieders bij het declareren van de correcte prijs aan de verzekeraar. Ook verzekeraars hebben te maken met problemen bij het invoeren van staffelkortingen.

⁴⁴ Schoningsprijzen zijn de prijzen per DBC, die gebruikt zijn om het budget van een instelling te schonen. De schoningsprijzen zijn berekend op basis van DBC-kostprijsinformatie van twaalf koploperziekenhuizen die eerder zijn begonnen met het registreren van DBC's.

5.3 Ontwikkeling van de totale kosten

De ontwikkeling van de totale kosten in het B-segment bepaalt de betaalbaarheid van het B-segment op landelijk niveau. Deze is uitgesplitst naar de gemiddelde prijsontwikkeling en de gemiddelde macrokostenontwikkeling als gevolg van de gemiddelde prijsontwikkeling in het B-segment.

Gemiddelde prijsontwikkeling

Tabel 5.1 geeft de gemiddelde prijsontwikkeling weer voor de periode 2005-2007.

Tabel 5.1: Gemiddelde prijsontwikkeling 2005-2007

Prijsontwikkeling	2005-2006	2006-2007	2005-2007
Nominale prijsontwikkeling	0,0%	1,9%	1,9%
Reële prijsontwikkeling (zorginflatie)	-2,7%	0,0%	-2,7%
Reële prijsontwikkeling (CPI)	-1,4%	0,7%	-0,5%

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De totale gemiddelde nominale prijsstijging 2006-2007 in het B-segment bedraagt 1,9%, exclusief ZBC's.⁴⁵ Als de nominale prijsstijging wordt gecorrigeerd voor het verwachte inflatiecijfer voor de zorg in 2007 van 1,9% komt naar voren dat de prijzen van het B-segment gelijk zijn gebleven.⁴⁶ Dit is in overeenstemming met het beeld dat uit interviews naar voren kwam. Tijdens de onderhandelingen is vooral gesproken over de indexering van de prijzen. De contractprijzen hebben het grootste aandeel (97%) in de totale gemiddelde prijsontwikkeling. Wanneer de nominale prijsstijging 2006-2007 wordt gecorrigeerd voor de voorlopige Consumentenprijsindex 2007 van 1,25% leidt dit tot een reële prijsstijging van 0,7%.⁴⁷ De prijzen van het B-segment zijn dus niet meer gestegen dan de overige prijzen in de ziekenhuiszorg. De prijzen van de ziekenhuiszorg als geheel zijn sterker gestegen dan de prijzen van andere producten en diensten.

Voor de periode 2005-2006 komt naar voren dat de nominale prijzen gelijk zijn gebleven. Gecorrigeerd voor het zorginflatiecijfer 2006 van 2,8% leidt dit tot een reële prijsdaling van 2,7%.⁴⁸ Als de prijsontwikkeling 2005-2006 wordt gecorrigeerd voor de Consumentenprijsindex 2006 van 1,1%, leidt dit tot een reële prijsdaling van 1,4%. Over de totale periode 2005-2007 zijn de reële prijzen gedaald met 1,7% (gecorrigeerd voor het zorginflatiecijfer). Deze reële daling vindt dus alleen plaats in de periode 2005-2006 en zet zich niet

⁴⁵ De contractprijzen omvatten ongeveer 97% en de passantenprijzen 3% van de gerealiseerde DBC trajecten. De ZBC's zijn niet meegenomen bij de berekening van de landelijke prijsontwikkeling. De ongewogen prijzen van ZBC's zouden voor een vertekend beeld kunnen zorgen bij de berekening van het gemiddelde prijsniveau van ziekenhuizen en ZBC's. De verwachting is echter dat de prijzen van ZBC's weinig invloed hebben op het gemiddelde prijsniveau van ziekenhuizen, omdat ZBC's relatief weinig produceren vergeleken met ziekenhuizen.

⁴⁶ Het zorginflatiecijfer 2006 (2,8%) en 2007 (1,9%) is berekend met de percentages waarmee de DBC's in het A-segment zijn geïndexeerd voor het kostendeel en het honorariumdeel. Daarbij is de aanname gedaan dat de aandelen kosten en honorarium respectievelijk 80% en 20% zijn.

⁴⁷ De Consumentenprijsindex 2007 zoals vermeld in het Centraal Economisch Plan 2007 van het Centraal Planbureau (april 2007)

⁴⁸ Door afrondingsverschillen bedraagt de reële daling -2,7% en niet -2,8%. Daarnaast wijkt het percentage af ten opzichte van vorig jaar door andere volumegegevens en completere prijsgegevens.

voort in de periode 2006-2007.

Hoewel de reële prijzen op landelijk niveau gelijk blijven in de periode 2006-2007, kan de prijsontwikkeling fluctueren per zorgaanbieder, regio, specialisme, diagnose of naar aandeel van de verzekeraar. Paragraaf 5.4 bekijkt de prijsontwikkeling 2006-2007 nader.

Kostenontwikkeling als gevolg van de prijsontwikkeling

De ontwikkeling van de totale kosten in het B-segment laat zien hoeveel geld verzekeraars in 2007 meer of minder kwijt zijn bij het inkopen van zorg. Zowel de gemiddelde prijsontwikkeling als veranderingen in het totale volume en volumeverschuivingen hebben effect op de macrokosten. Bij gebrek aan recentere gegevens is voor de berekening van de totale kostenontwikkeling uitgegaan van een gelijkblijvend volume gebaseerd op de omzetgegevens uit de jaarrekeningen 2005 (zie ook hoofdstuk 2).⁴⁹ Hieruit volgt een nominale kostenontwikkeling als gevolg van de prijsontwikkeling 2006-2007 van € 15 miljoen. Gecorrigeerd voor het zorginflatiecijfer 2007 komt dit neer op een reële kostenstijging van € 0,4 miljoen.

De NZa zal onderzoek doen naar de volumeontwikkeling in het B-segment, zodra voldoende volumegegevens beschikbaar zijn.

5.4 Prijsontwikkelingen 2005-2007

De monitor 2006 liet een spreiding zien in de prijsontwikkelingen per ziekenhuis, specialisme en diagnose. Het kan dus lonen voor verzekeraars en consumenten om rond te kijken bij welk ziekenhuis ze zorg afnemen. Verzekeraars en ziekenhuizen noemen in de interviews verschillende oorzaken die prijsverschillen en -veranderingen kunnen verklaren. Allereerst zijn de prijzen 2007 aangepast voor de jaarlijkse stijgende personele en materiele kosten. Ten tweede krijgen ziekenhuizen beter inzicht in hun kostprijzen en zorgprofielen wat leidt tot prijsaanpassingen van verschillende individuele DBC's. Ten derde krijgen verzekeraars door het benchmarken van ziekenhuisprijzen beter inzicht in de prijsverschillen tussen ziekenhuizen. Ook dat kan leiden tot prijsaanpassingen. Tot slot kan de aanwezigheid van alternatieve zorgaanbieders, zoals een ZBC, ziekenhuizen stimuleren lagere prijzen te hanteren. In de interviews geeft een aantal ziekenhuizen aan lagere prijzen te hanteren door de komst van een ZBC in hun directe omgeving.

Deze paragraaf gaat nader in op de prijsontwikkeling 2005-2007, uitgesplitst naar het aandeel van zorgverzekeraars in een ziekenhuis, specialisme, regio, diagnose en zorgaanbieder. De ZBC's zijn, tenzij expliciet vermeld, niet meegenomen bij de berekeningen van de prijsontwikkelingen en prijsniveaus vanwege het ontbreken van volumegegevens.⁵⁰ De beschreven prijsontwikkelingen hebben alleen betrekking op de contractprijzen omdat bij 97% van de productie in het B-segment de afrekening plaatsvindt aan de hand van de gecontracteerde prijzen. De beschreven prijsontwikkelingen zijn *nominaal*, dus zonder correctie inflatie. Verder zijn de gepresenteerde

⁴⁹ De gegevens van de jaarrekeningen 2005 zijn exclusief honorariumdeel. Voor het vaststellen van de totale kostenontwikkeling zijn de honorariumkosten opgeteld bij de gegevens van de jaarrekeningen 2005. Daarbij is de aanname gedaan dat deze optelling leidt tot een stijging van 20% van de totale kosten.

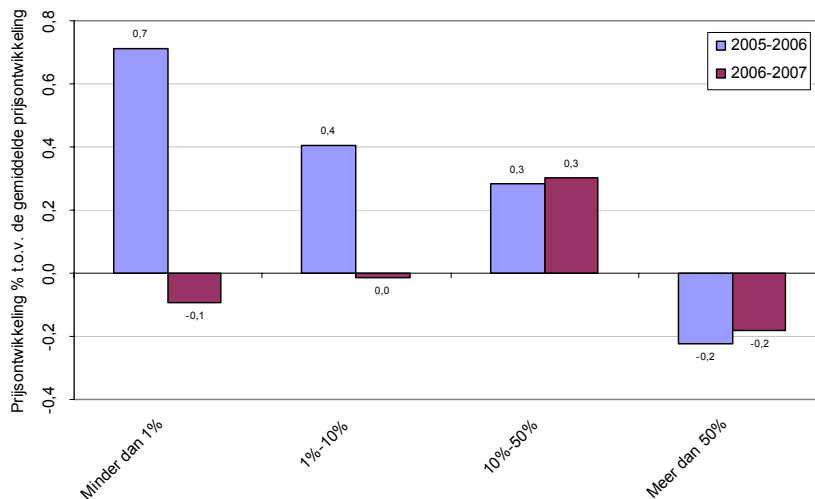
⁵⁰ De gemiddelde prijzen van ZBC's zijn ongewogen berekend vanwege het ontbreken van MDS gegevens van ZBC's. De prijzen van ZBC's zijn daarom alleen meegenomen bij de prijsontwikkeling en prijsniveau 2007 per categorie zorgaanbieder.

prijsontwikkelingen afgezet tegen de jaarlijkse gemiddelde prijsontwikkeling. Een prijsontwikkeling van 0 houdt dus in dat de prijsontwikkeling gelijk is aan de gemiddelde jaarlijkse prijsontwikkeling.

Prijsontwikkeling naar aandeel zorgverzekeraar in ziekenhuis

Uit de interviews met verzekeraars en zorgaanbieders komt naar voren dat een verzekeraar met een groot marktaandeel in een ziekenhuis meestal een lagere prijs bedingt dan een verzekeraar met een klein marktaandeel. Het omgekeerde kan echter ook voorkomen. Een verzekeraar met een groot marktaandeel kan zodanig afhankelijk zijn van het aanbod van een ziekenhuis dat de betreffende verzekeraar hogere prijzen moet accepteren. Figuur 5.1 laat zien welk effect domineert. Hierbij is niet gecorrigeerd voor mogelijke andere verklarende factoren. De prijsontwikkeling 2006-2007 is afgezet ten opzichte van de jaarlijkse gemiddelde prijsontwikkeling.

Figuur 5.1: Nominale prijsontwikkeling 2006-2007 naar aandeel verzekeraar in ziekenhuis

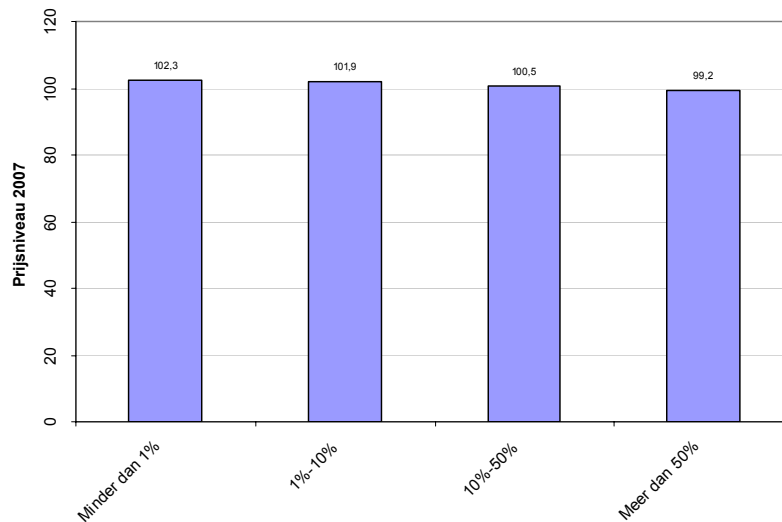


Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

In de periode 2005-2006 blijkt dat verzekeraars met een klein marktaandeel in een ziekenhuis duidelijk de grootste prijsstijging moeten accepteren. In de periode 2006-2007 komt dit verband minder sterk naar voren. Het vergelijken van de twee periodes is lastig. Door fusies van verzekeraars is de samenstelling van verzekeraars verschillend in de twee periodes. Verzekeraars met een marktaandeel van 1% of kleiner laten zelfs een nominale prijsdaling zien ten opzichte van de landelijke gemiddelde prijsontwikkeling. Bij verzekeraars met een marktaandeel van meer dan 50% is in beide periodes een daling te zien van de prijzen. Verder is het opvallend dat verzekeraars met een marktaandeel van 10% tot 50% de grootste prijsontwikkeling moeten accepteren in de periode 2006-2007.

Figuur 5.2 laat het prijsniveau 2007 naar marktaandeel van een verzekeraar in een ziekenhuis zien. Een prijsniveau van 100 weerspiegelt daarbij het gemiddelde prijsniveau van Nederland.

Figuur 5.2: Prijsniveau 2007 in relatie tot aandeel verzekeraar in ziekenhuis



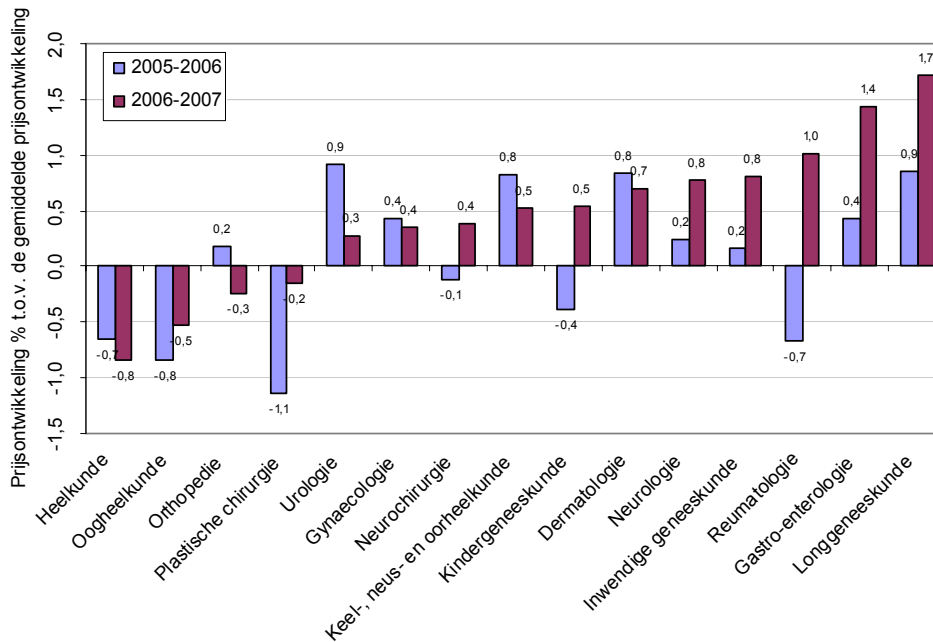
Bron: NZa op basis van data zorgverzekeraars en MDS

De bovenstaande figuur laat zien dat een verzekeraar met een hoog marktaandeel in een ziekenhuis een lagere prijs weet te bedingen dan een verzekeraar met een laag marktaandeel. Hetzelfde beeld komt naar voren bij het prijsniveau 2006.

Prijsontwikkeling per specialisme

In de monitor 2006 kwam naar voren dat de prijsontwikkeling 2005-2006 verschilde per specialisme. Daarnaast leek er geen sterke relatie te bestaan tussen het aantal ZBC's dat op een specialisme actief is en de prijsontwikkeling. Figuur 5.3. laat de verschillen in de prijsontwikkelingen 2005-2007 per specialisme zien ten opzichte van de jaarlijkse gemiddelde prijsontwikkeling. Hierbij is niet gecorrigeerd voor de mogelijke invloed van andere verklarende factoren.

Figuur 5.3: Nominale prijsontwikkeling 2005-2007 per specialisme



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

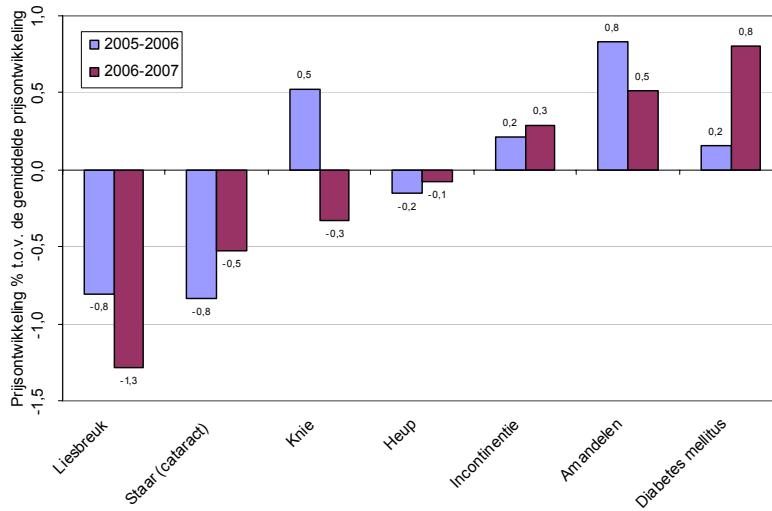
De specialismen longgeneeskunde, gastro-enterologie en reumatologie laten de grootste prijsstijging zien in de periode 2006-2007. De aanwijzingen worden steeds sterker dat er een relatie bestaat tussen het aantal actieve ZBC's binnen een specialisme en de prijsontwikkeling. Uit de monitorspecial ZBC's blijkt dat de omzet van ZBC's het grootst is voor de specialismen oogheelkunde, dermatologie, orthopedie, heelkunde en plastische chirurgie. De prijzen van deze specialismen laten ook de laagste prijsstijging zien in 2006-2007. Ook in de periode 2005-2006 is een sterke prijsdaling te zien, behalve voor het specialisme orthopedie.⁵¹ Door de aanwezigheid van meer ZBC's lijkt er sprake te zijn van meer concurrentiedruk, waardoor ziekenhuizen lagere prijzen hanteren.

Prijsontwikkeling per diagnose

In figuur 5.4 is de prijsontwikkeling 2005-2007 te zien van zeven diagnoses die het grootste aandeel hebben in het B-segment (zie hoofdstuk 2, figuur 2.3) ten opzichte van de jaarlijkse gemiddelde prijsontwikkeling.

⁵¹ Bij de berekende prijsontwikkelingen zijn de prijzen van de Sint Maartenskliniek niet meegenomen. Dit najaar zal de NZa een evaluatie over 2007 uitbrengen over het experiment Sint Maartenskliniek. Hierin zal ook de ontwikkeling van de prijzen van de Sint Maartenskliniek aan bod komen.

Figuur 5.4: Nominale prijsontwikkeling 2005-2007 per diagnose

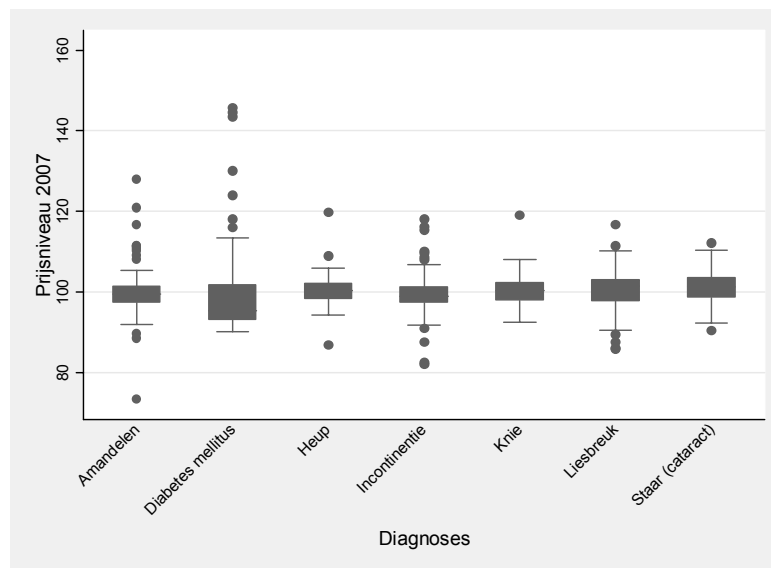


Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De prijsontwikkeling in de periode 2006-2007 verschilt per diagnose, maar er is een duidelijk verband te zien met de gepresenteerde prijsontwikkelingen per specialismen. De prijzen voor liesbreuk, staar(cataract) en knie zijn nominaal het minst gestegen in de periode 2006-2007. De specialismen heelkunde, oogheelkunde en orthopedie waaronder deze diagnoses vallen laten eveneens de grootste prijsdaling zien. De prijzen van diabetes mellitus en amandelen zijn het meest gestegen in de periode 2006-2007 en de bijbehorende specialismen inwendige geneeskunde en keel-, neus- en oorheelkunde laten eveneens een hoge prijsstijging zien. Bij alle diagnoses, behalve bij de knie, is de prijsontwikkeling 2005-2006 in dezelfde richting als de prijsontwikkeling 2006-2007.

Als er grote verschillen bestaan tussen ziekenhuizen in de gehanteerde prijsniveaus per diagnose is het voor verzekeraars en consumenten lonend als ze rondkijken waar ze zorg afnemen. Figuur 5.5 laat de door ziekenhuizen gehanteerde prijsniveaus zien voor de verschillende diagnoses. De boxplotten weergegeven in figuur 5.5 geven de spreiding van prijsniveaus tussen ziekenhuizen per diagnose weer. De rechthoek geeft de range weer waarbinnen 50% van de ziekenhuizen met het prijsniveau zit. Een kwart van de ziekenhuizen heeft een prijsniveau onder deze range en een kwart ligt erboven. De uiteinden van de verticale lijnen boven en onder het vierkant geven de hoogste respectievelijk de laagste waarden aan voor zover zij binnen een bepaalde afstand van de mediaan liggen (die afstand wordt gedefinieerd als 1,5 maal de hoogte van de rechthoek). De mediaan is de waarde waar de helft van de waarnemingen boven ligt en de helft onder. Punten die daarbuiten liggen worden als afzonderlijke punten weergegeven.

Figuur 5.5: De door ziekenhuizen gehanteerde prijsniveaus 2007 per diagnose



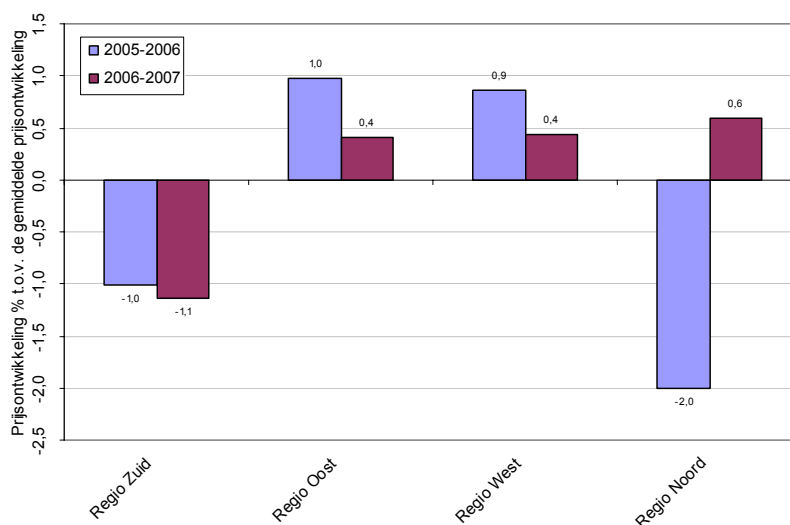
Bron: NZa op basis van data zorgverzekeraars en MDS

De bovenstaande figuur laat de variatie zien in de door ziekenhuizen gehanteerde prijsniveaus per diagnose. Prijsverschillen tussen ziekenhuizen kunnen komen door verschillen in concurrentie-intensiteit. In 2007 zijn de verschillen tussen de prijsniveaus iets kleiner dan in 2006. Andere oorzaken van prijsverschillen tussen ziekenhuizen kunnen zijn:

- (1) verschillen in doelmatigheid;
- (2) verschillen in zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie;
- (3) verschillen in de verhouding van de onderliggende DBC's binnen een diagnose;
- (4) verschillen in marktmacht;
- (5) verschillen in service als verzekeraars specifieke afspraken maken over de service.

Prijsontwikkeling per regio

In figuur 5.6 is de nominale prijsontwikkeling per regio te zien ten opzichte van de jaarlijkse gemiddelde prijsontwikkeling.

Figuur 5.6: Nominale prijsontwikkeling 2005-2007 per regio⁵²

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De prijzen zijn nominaal het minst gestegen in regio Zuid in de periode 2005-2006 en 2006-2007. Ziekenhuizen in deze regio ondervinden mogelijk concurrentiedruk van ziekenhuizen in België. Opvallend is dat de prijzen in regio Noord zijn gestegen in de periode 2006-2007 na een sterke prijsdaling in de periode 2005-2006.

De verbeterde meetmethode voor prijsontwikkelingen en prijsniveaus heeft het sterkste effect op de resultaten beschreven per regio. Het prijsniveau 2007 geeft kleine verschillen weer per regio net als voor het prijsniveau 2006. In regio Zuid ligt het prijsniveau 2007 het laagst, namelijk 1% lager dan gemiddeld en in regio Oost ligt het prijsniveau 1,1% hoger dan gemiddeld. Uit de monitor 2006 bleek dat regio's die in 2005 een relatief hoger prijsniveau hadden een lagere prijsstijging hebben. In 2007 lijkt er geen nivellerende trend te bestaan tussen de regio's.

De NZa zal in de monitor van volgend jaar onderzoek doen naar prijsverschillen tussen landelijke en stedelijke gebieden.

Prijsontwikkeling per (type) zorgaanbieder

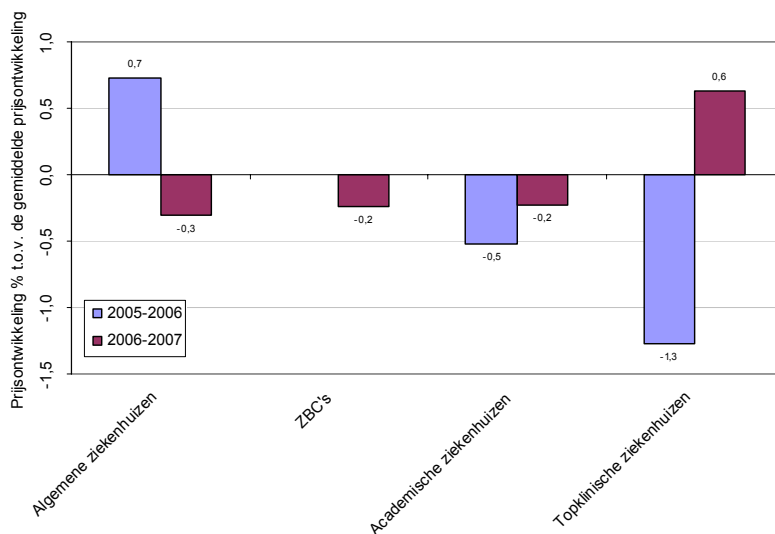
Figuur 5.7 geeft de prijsontwikkeling 2005-2007 per type zorgaanbieder weer ten opzichte van de jaarlijkse gemiddelde prijsontwikkeling.⁵³ De prijsontwikkeling 2006-2007 van ZBC's is berekend met ongewogen prijzen wegens gebrek aan volumegegevens.⁵⁴

⁵² De gepresenteerde regio-indeling is conform de indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Deze indeling wijkt enigszins af van de regio-indeling gebruikt in de Ziekenhuiszorg Monitor 2006. Provincie Zeeland hoort bij deze indeling bij regio West en provincie Flevoland hoort bij regio Oost.

⁵³ De categorale ziekenhuizen zijn bij deze analyses niet meegenomen wegens gebrek aan gegevens. De ZBC's zijn niet meegenomen bij de berekening van het landelijke gemiddelde en worden dus afgezet ten opzichte van de jaarlijkse gemiddelde prijsontwikkeling van de ziekenhuizen. De ongewogen prijzen van ZBC's zouden voor een vertekend beeld kunnen zorgen bij de berekening van de gemiddelde prijsontwikkeling. De verwachting is echter dat de prijzen van ZBC's weinig invloed hebben op de gemiddelde prijsontwikkeling van ziekenhuizen. ZBC's produceren relatief weinig vergeleken met ziekenhuizen.

⁵⁴ De NZa beschikt niet over de contractprijzen 2005 van ZBC's, waardoor de prijsontwikkeling 2005-2006 niet berekend kan worden.

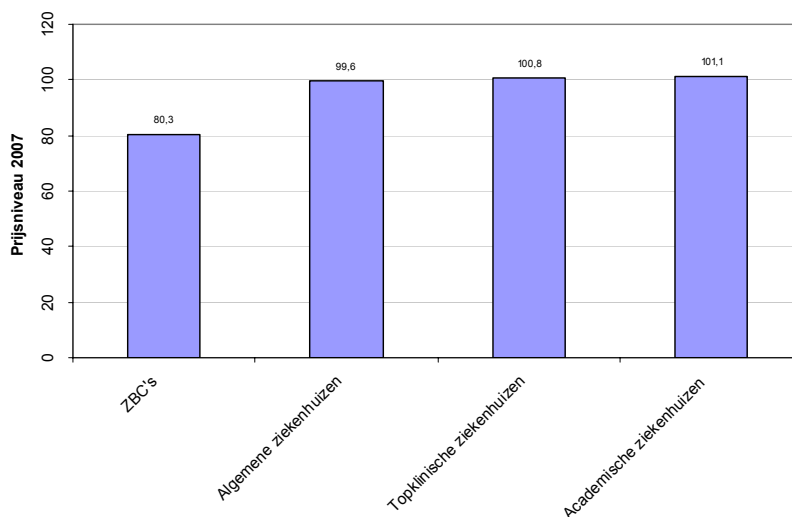
Figuur 5.7: Nominale prijsontwikkeling 2005-2007 per type zorgaanbieder



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De prijzen van de topklinische ziekenhuizen zijn met 1,3% nominaal het meest gestegen in de periode 2006-2007. Deze prijsstijging compenseert mogelijk de sterke prijsdaling in de periode 2005-2006. Het verschil in prijsdaling tussen de algemene ziekenhuizen, de academische ziekenhuizen en de ZBC's in de periode 2006-2007 is zeer klein.

Figuur 5.8: Prijsniveau 2007 per type zorgaanbieder



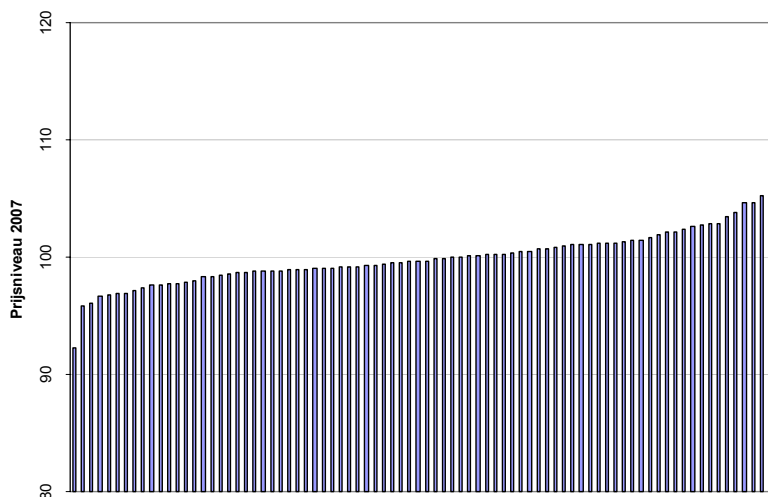
Bron: NZa op basis van data zorgverzekeraars en MDS

Academische ziekenhuizen hanteren het hoogste prijsniveau van 1,1% hoger dan gemiddeld (zie figuur 5.8). ZBC's hanteren het laagste prijsniveau, namelijk 20% lager dan het gemiddelde prijsniveau van ziekenhuizen. Dezelfde resultaten kwamen naar voren voor het prijsniveau 2006. Er zijn mogelijk verschillende oorzaken voor de verschillen in prijsniveaus tussen de verschillende ziekenhuizen: (1) verschillen in de zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie;

- (2) verschillen in marktmacht;
- (3) verschillen in doelmatigheid;
- (4) verschillen in de productmix, zoals meer klinische DBC's ten opzichte van niet-klinische DBC's.

De monitorspecial ZBC's constateerde dat ZBC's waarschijnlijk minder complexe patiënten behandelen. De verschillen in zorgzwaarte tussen patiënten kunnen gevolgen hebben voor de verrichtingen die worden gedaan per DBC. Verschillen in doelmatigheid en de bijbehorende efficiencywinsten kan ertoe leiden dat ZBC's lagere prijzen hanteren.

Figuur 5.9: Prijsniveau 2007 per ziekenhuis



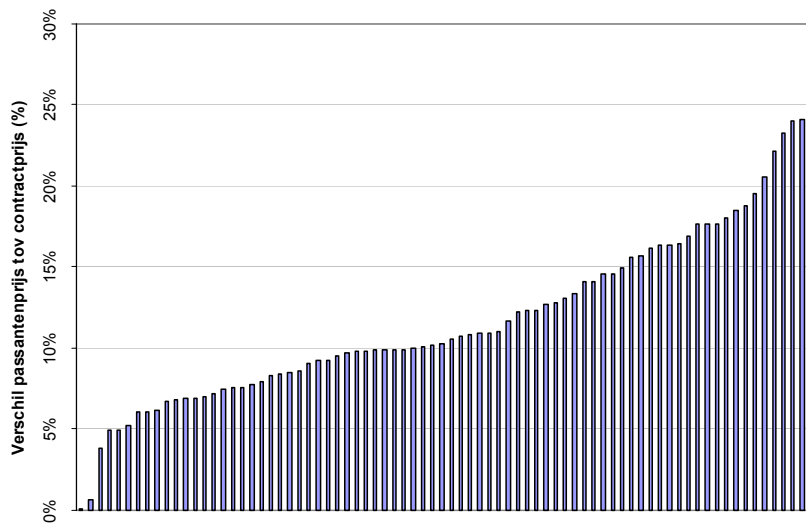
Bron: NZa op basis van data zorgverzekeraars en MDS

Figuur 5.9 laat het prijsniveau 2007 per ziekenhuis zien. De spreiding van de prijsniveaus is in 2007 kleiner dan de spreiding van het prijsniveau 2006. Het prijsniveau 2007 per ziekenhuis varieert van 16% hoger dan gemiddeld tot 8% lager dan gemiddeld.⁵⁵ In de monitor van vorig jaar leek er sprake te zijn van een nivellerende trend: ziekenhuizen met een relatief hoog prijsniveau in 2005 hadden een relatief lagere prijsstijging in 2006 en andersom. Deze relatie was statistisch significant. In de periode 2006-2007 is geen significante relatie aanwezig tussen het prijsniveau 2006 en de prijsontwikkeling 2006-2007.

Als een verzekeraar geen overeenkomst heeft afgesloten met een ziekenhuis of een ZBC brengt het ziekenhuis of de ZBC een passantenprijs in rekening aan de patiënt. Figuur 5.10 presenteert het procentuele verschil tussen de contractprijzen versus de passantenprijzen per zorgaanbieder.

⁵⁵ De NZa gaat onderzoek doen naar de prijsuitbijter die in de figuur te zien is.

Figuur 5.10: Passantenprijzen versus contractprijzen in 2007 per ziekenhuis



Bron: NZa op basis van data zorgverzekeraars en MDS

Het percentage dat de passantenprijzen hoger liggen dan de contractprijzen verschilt in 2007 sterk per ziekenhuis. In 2006 komt hetzelfde beeld naar voren. Deze grote verschillen laten zien dat het voor verzekeraars loont om een contractprijs af te spreken met een ziekenhuis. Op landelijke niveau liggen de passantenprijzen in zowel 2007 als in 2006 gemiddeld 11% hoger dan de contractprijzen.

5.5 Conclusies

In 2007 is de prijs, net als in 2005 en 2006, het belangrijkste thema bij de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders over het B-segment. Tijdens de prijsonderhandelingen werd, net als in 2006, voornamelijk onderhandeld over de indexering van de prijzen 2007. Volumeafspraken spelen geen grote rol in de onderhandelingen.

In de periode 2006-2007 zijn de reële prijzen gelijk gebleven op landelijk niveau na correctie met het zorginflatiecijfer. De prijzen van het B-segment zijn dus niet meer gestegen dan de overige prijzen in de ziekenhuiszorg. De prijzen van de ziekenhuiszorg als geheel zijn wel sterker gestegen dan de prijzen van andere producten en diensten. Over de totale periode 2005-2007 zijn de reële prijzen gedaald met 2,7%, na correctie met het zorginflatiecijfer. Deze reële daling vindt alleen plaats in de periode 2005-2006 en zet zich niet voort in de periode 2006-2007. De ontwikkeling van de totale kosten als gevolg van de prijsontwikkeling in het B-segment in 2007 bedraagt € 0,4 miljoen.

De prijsontwikkelingen en prijsniveaus verschillen per regio, type zorgaanbieder, specialisme, diagnose en naar aandeel van een verzekeraar in een ziekenhuis. In de periode 2005-2006 blijkt dat verzekeraars met een klein marktaandeel in een ziekenhuis duidelijk de grootste prijsstijging moeten accepteren. In de periode 2006-2007 komt dit verband minder sterk naar voren. De prijzen van de specialismen, waarbinnen de omzet ZBC's het grootst is, laten de laagste prijsstijging zien in de periode 2005-2006 en in 2006-2007. Door de aanwezigheid van meer ZBC's lijkt er sprake te zijn van meer concurrentiedruk,

waardoor ziekenhuizen lagere prijzen hanteren. De prijsontwikkeling in de periode 2006-2007 verschilt ook per diagnose, maar er is een duidelijk verband te zien met de gepresenteerde prijsontwikkelingen per specialismen.

De prijsontwikkeling 2006-2007 is het laagst in regio Zuid. Ziekenhuizen in deze regio ondervinden mogelijk concurrentiedruk van buitenlandse ziekenhuizen. De prijzen van de topklinische ziekenhuizen zijn nominaal het meest gestegen in de periode 2006-2007 met 1,3%. Academische ziekenhuizen hanteren, net als in de monitor van vorig, het hoogste prijsniveau 2007 van 1,1% hoger dan gemiddeld. In de monitor van vorig jaar leek er sprake te zijn van een nivellerende trend: ziekenhuizen met een relatief hoog prijsniveau in 2005 hadden een relatief lagere prijsstijging in 2006 en andersom. Deze trend zet zich niet voort in de periode 2006-2007.

Vervolgstappen NZa

- De NZa zal in de monitor van volgend jaar uitgebreider onderzoek doen naar de volumeontwikkeling in het B-segment.
- De NZa zal in de monitor van volgend jaar onderzoek doen naar prijsverschillen tussen landelijke en stedelijke gebieden.

Bijlage 1: Gebruikte informatiebronnen voor de monitor

Informatie	Leverancier	Opmerkingen
Contractprijzen per zorgverzekeraar per Instelling	Zorgverzekeraars	Door de NZa opgevraagd bij zorgverzekeraars over het jaar 2005, 2006 en 2007. ⁵⁶ De informatie van de ziekenhuizen beslaat 95% van de markt en van de ZBC's ruim 70% van de markt. ⁵⁷
Passantenprijzen	Ziekenhuizen en ZBC's	Door de NZa op basis van de WMG opgevraagde passantenprijzlijsten over het jaar 2005, 2006 en 2007. De informatie beslaat voor ziekenhuizen ongeveer 98% van de markt en voor ZBC's ongeveer 90% van de markt.
Schoningsprijzen en -volume	NZa	Gebaseerd op CGAO-9 data van twaalf koploperziekenhuizen. Deze data omvatten ruwweg de periode van april 2002 tot en met juni 2004.
Volumegegevens	DIS	De volumegegevens over het jaar 2005 en 2006, zoals deze door de instellingen aan het DIS zijn aangeleverd. Deze gegevens zijn gebruikt voor de weging van de prijzen.
Wachlijst en wachttijdgegevens	DIS	De wachlijst en wachttijdgegevens over het jaar 2005 en 2006, zoals deze door de instellingen aan het DIS zijn aangeleverd.
Omzetgegevens B-segment	Jaarrekeningen 2005	Via www.jaarverslagenzorg.nl
Opbrengstgegevens 2005 A-segment ziekenhuizen	NZa	Bij de NZa aanwezige opbrengstgegevens A-segment per ziekenhuis over 2005.
Marktafbakening en marktaandelen Ziekenhuizen	Prismant	Gebaseerd op Landelijke Medische registratie (LMR) en Landelijke Ambulante Zorgregistratie (LAZR) van het jaar 2002. Gebruikte methode is de Elzinga-Hogarty test. ⁵⁸
Omzetgegevens ziekenhuizen en ZBC's	CVZ	Door de NZa opgevraagde omzetgegevens over de jaren 2005 en 2006 bij het CVZ. De informatie komt uit Kwartaalstaten van de zorgverzekeraars.
Kwalitatieve gegevens	Zorgverzekeraars, ziekenhuizen, patiëntenorganisaties en deskundigen	Achtergrondinterviews met 5 zorgverzekeraars, 8 ziekenhuizen, 3 ZBC's, 2 patiëntenorganisaties en 2 deskundigen.

⁵⁶ De hoeveelheid prijsgegevens dat bruikbaar was voor de analyses is kleiner en beslaat ongeveer 75% van de ziekenhuizen en 50% van de ZBC's.

⁵⁷ De percentages van de ZBC's zijn bepaald op basis van bij de NZa aanwezige informatie.

⁵⁸ Prismant, 'Prestatie-indicator aanbodconcentraties ziekenhuisdiensten', publicatienummer 204.15, november 2004, Utrecht.

Bijlage 2: Berekeningsmethodiek voor de monitor

A. Berekening van de prijsontwikkelingen

Deze monitor maakt voor de berekening van de prijsontwikkelingen gebruik van de Laspeyres-index. Deze index is als volgt:

$$\frac{\sum_{\text{instelling,dbc,verz}} (P_{\text{instelling,dbc,verz,t}} \times Q_{\text{instelling,dbc,verz,t-1}})}{\sum_{\text{instelling,dbc,verz}} (P_{\text{instelling,dbc,verz,t-1}} \times Q_{\text{instelling,dbc,verz,t-1}})}$$

De weging van de prijzen vindt plaats op basis van de gerealiseerde DBC-trajecten 2005 en 2006 die door de instellingen aan het DIS zijn aangeleverd. De prijsindexen zijn gebaseerd op de gegevens die in beide jaren beschikbaar zijn.

B. Berekening van de prijsniveaus

Bij de berekening van de prijsniveaus wordt er eerst een prijsindex berekend. Deze index is als volgt:

$$\frac{\sum_{\text{instelling,dbc,verz}} (P_{\text{instelling,dbc,verz,t}} \times Q_{\text{instelling,dbc,verz,t-1}})}{\sum_{\text{instelling,dbc,verz}} (P_{\text{dbc,schoning}} \times Q_{\text{instelling,dbc,verz,t-1}})}$$

Door de prijzen af te zetten ten opzichte van de schoningsprijzen worden de prijsverschillen tussen ziekenhuizen, die veroorzaakt worden door casemix verschillen, weggenomen. Het prijsniveau wordt uitgedrukt als de prijsindex ten opzichte van de gemiddelde prijsindex voor dat jaar:

$$(100 \times \text{prijsindex}) / (\text{gemiddelde prijsindex})$$

Een prijsniveau van 100 betekent dat de prijsindex gelijk is aan de gemiddelde prijsindex.

Het gebrek aan volume-informatie van ZBC's heeft ertoe geleid dat de prijsontwikkeling en het prijsniveau van ZBC's ongewogen zijn berekend, dat wil zeggen: door middel van het aantal observaties (N).

C. Berekening van de wachttijden

De berekening van de wachttijden is gebaseerd op de gerealiseerde gemiddelde wachttijd per ziekenhuis. Deze wachttijden zijn door de ziekenhuizen aan het DIS aangeleverd. Alle ziekenhuizen wegen hierbij even zwaar mee. Met andere woorden: er is geen rekening gehouden met de omvang van het ziekenhuis.