

**Monitor medisch-specialistische  
zorg 2021 : inzicht in contractering,  
gelijkgerichtheid en financiële prikkels  
in 2020 en 2021 en kostenontwikkeling  
in 2019 (incl. dure geneesmiddelen)**

Versie 1

# Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

## Originele versie:

Citeertitel: Monitor medisch-specialistische zorg 2021 : inzicht in contractering, gelijkgerichtheid en financiële prikkels in 2020 en 2021 en kostenontwikkeling in 2019 (incl. dure geneesmiddelen)

## Soort document:

Type: Onderzoek en analyse - Marktscan - monitor

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

## Versie en datums:

Versie: 1

Laatste wijziging: 28-05-2021

## Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Toegankelijkheid: Extern

Publicatiedatum: 28-05-2021

Taal: nl

# Inhoudsopgave

Waarom deze monitor?.....	4
Kernboodschap.....	5
Aanbevelingen.....	7
1: Contractering msz in 2020 en 2021.....	8
Financiële afspraken over juiste zorg op de juiste plek zijn een uitdaging.....	13
2: Financiële prikkels en gelijkgerichtheid in de medisch-specialistische zorg.....	16
3: Uitgaven medisch-specialistische zorg in 2019.....	18

## Waarom deze monitor?

De betaalbaarheid en toegankelijkheid van de medisch-specialistische zorg in Nederland staat onder druk door de groeiende zorgvraag en kosten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars comitteerden zich in het [Hoofdlijnakkorden](#) om de zorg ook naar de toekomst toe te borgen en de zorguitgaven te beheersen.

In het recente advies '[Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú](#)' roepen wij samen met het Zorginstituut Nederland op om te werken aan de randvoorwaarden voor passende zorg. Passende zorg is kortgezegd zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. Het gaat hierbij om gepast gebruik én passende organisatie van zorg.

Als Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) monitoren wij al enkele jaren de ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg (msz) door middel van monitors over de contracten en over de ontwikkelingen van dure geneesmiddelen. Sinds dit jaar maken wij één integrale monitor over de msz. Deze monitor geeft daarmee een samenhangend beeld van de ontwikkelingen binnen de msz op weg naar passende zorg.

De monitor geeft eerst een beeld van de contractering in 2020 en 2021. Gevolgd door een aanvullend onderzoek naar gelijkgerichtheid en financiële prikkels in de afspraken tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten. Tot slot geven we een overzicht van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg inclusief dure geneesmiddelen in 2019.

Vanuit de NZa zijn wij ook bezig met het monitoren en stimuleren van thema's die bijdragen aan de transformatie naar passende zorg. Zoals het monitoren van de mate waarin [taakherschikking](#) binnen de msz plaatsvindt, [patiëntstromen](#) en de [concentratie van zorg](#), en de ontwikkeling van [digitale zorg en preventie](#).

# Kernboodschap

De NZa constateerde in haar vorige monitor dat zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zbc's in het eerste jaar van het hoofdlijnenakkoord nog nauwelijks afspraken maakten over het verplaatsen, vervangen en voorkomen van zorg. In onze [monitor contracten msz 2019](#) adviseerden wij om de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) te versnellen. Deze boodschap is in 2020/2021 actueler geworden door de gevolgen van COVID-19.

Wij constateren dat ook in 2020 en 2021 het aantal afspraken over het verplaatsen, vervangen en voorkomen van zorg beperkt is. In de contracten zien we vooral afspraken op hoofdlijnen en met een financiële focus. Een belangrijke reden is dat vanwege COVID-19 de aandacht in de contractering is verschoven naar de (financiële) continuïteit van zorgaanbieders. Wel constateren wij dat er meer aandacht is voor (regionale) samenwerking, digitalisering van zorg en gepast gebruik (ZE&GG). COVID-19 heeft bijgedragen aan de noodzaak tot versnelling van transformatie van zorg.

De inzet van transformatiegelden nam toe in 2020. Ondanks deze positieve constatering wordt een aanzienlijk deel van de transformatiegelden nog niet benut. Ziekenhuizen ervaren het aanvraagproces en randvoorwaarden van zorgverzekeraars als belemmerend. Zorgverzekeraars beschouwen de inzet van transformatiegelden niet als doel op zich, zij zien tot op heden niet voldoende kansrijke (baanbrekende) ideeën die de transformatie van zorg faciliteren.

Partijen onderschrijven het belang van gelijkgerichtheid en integraliteit van afspraken. Dit geldt zowel voor de wijze waarop geneesmiddelen worden ingekocht en vergoed, de afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar maken over de inzet van transformatiegelden, als de interne afspraken tussen raden van bestuur en medische staven. Partijen zijn zich er meer van bewust dat verschillende afspraken niet los van elkaar kunnen worden gezien en dat gelijkgerichtheid van interne en externe afspraken van groot belang is voor het realiseren van passende zorg.

De contractering tussen zelfstandige behandelklinieken (zbc's) en zorgverzekeraars veranderde niet ten opzichte van voorgaande jaren. Zorgverzekeraars maken nauwelijks afspraken met zbc's over JZOJP. Het valt op dat er geen landelijke afspraken zijn gemaakt tussen ZKN en ZN over de financiering van inhaalzorg en het opvangen van capaciteitsproblemen bij ziekenhuizen. Terwijl zbc's aangegeven dat zij een belangrijke rol kunnen spelen bij het opschalen van de reguliere zorg. Zbc's ervaren dat er vanwege COVID-19 meer zorg naar hen wordt verwezen, zonder dat daar direct extra financiële middelen tegenover staan.

We constateren dat de betaalbaarheid van de msz verder onder druk staat vanwege de flinke stijging van uitgaven aan dure geneesmiddelen in 2019. Die stijging is wel minder hoog dan in 2018. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat voor een erg duur en veel gebruikt geneesmiddel (adalimumab, een TNF-alfaremmers) concurrentie op stofnaam is gestart. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen spannen zich in om gepast gebruik van geneesmiddelen te bevorderen, maar het is onduidelijk in welke mate dit de uitgavenstijging tempert. Gezien de afgesproken groeiruimte in het hoofdlijnenakkoord msz, leidt de uitgavenstijging van geneesmiddelen tot een verdere druk op de betaalbaarheid van overige zorg. Tenzij er sprake is van nog méér substitutie naar de eerste lijn of als er minder niet-effectieve zorg wordt gegeven. De corona-uitbraak vergroot de urgentie om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

Tot slot is gelijkgerichtheid tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en medisch specialisten een belangrijke voorwaarde om de medisch-specialistische zorg op de lange termijn toegankelijk en betaalbaar te houden. De meeste financiële afspraken tussen dominante zorgverzekeraar, ziekenhuis en medisch-specialistische bedrijven (msb's) voor het jaar 2020 (pre-COVID-19) zijn gelijkgericht. Maar uit de onderzochte data blijkt dat de interne verdeelsystematieken van msb's voornamelijk geënt zijn op productie en daarmee volledige gelijkgerichtheid in de weg staan.

Een groot deel van de msb's werkt inmiddels aan het stapsgewijs implementeren van een verdeelmodel op basis van een capaciteitsbegroting. Dit verdeelmodel moet bijdragen aan de gelijkgerichtheid tussen msb's en ziekenhuizen en zou ongewenste (productie)prikkels moeten wegnemen. De NZa ziet de ontwikkelingen

naar een verdeelmodel dat minder is geënt op productie en dat gelijkgerichtheid bevordert als een positieve ontwikkeling. In een vervolgonderzoek zullen we de voortgang hierop monitoren.

Van belang is dat msb's samen met ziekenhuizen en zorgverzekeraars vanuit hetzelfde doel werken aan passende zorg en dat zij ongewenste financiële prikkels wegnemen. Medisch specialisten in loondienst hebben geen productieprikkel die een directe relatie heeft met hun inkomen. Wel kunnen zij een productieprikkel ervaren vanuit de begrotingsafspraken die het ziekenhuis maakt met de organisatorische eenheden en medisch specialisten. Daarnaast blijkt dat de meeste medisch specialisten in loondienst geen directe financiële prikkels ervaren die investeringen in kwaliteit of passende zorg stimuleren.

In het algemeen zorgen de financiële afspraken tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten, die eerst en vooral zijn gericht op productie, voor een fixatie van de bestaande organisatie en inrichting van de zorg. Hierdoor zijn partijen onvoldoende in staat om te voldoen aan veranderende landelijke en regionale zorgbehoeften.

## Aanbevelingen

1. In 2019 riepen wij de partijen uit het hoofdlijnenakkoord op om het tempo waarmee de transformatieafspraken tot stand komen te versnellen. Dit advies handhaven wij voor de contractering 2022 en verder. Er moet gezamenlijk invulling worden gegeven aan de randvoorwaarden voor passende zorg. Vanwege COVID-19 is een versnelling op digitalisering van zorg en samenwerking in de regio ontstaan. Wij moedigen aan om deze versnelling ook na COVID-19 te behouden en om de huidige zorginrichting te herijken als gevolg van de digitalisering van zorg.
2. Het collectieve belang van passende zorg op de lange termijn moet prevaleren boven het financiële belang van een individuele instelling of een msb op de korte termijn. De beweging naar passende zorg vergt een gezamenlijke inspanning. Dit vraagt van alle partijen het tonen van lef, leiderschap en inzet van gelijkgerichtheid.
3. Wij moedigen zorgaanbieders aan om (meer) baanbrekende ideeën te initiëren die de transformatie van zorg faciliteren. Wij bevelen zorgverzekeraars aan om naast de kritische beoordeling van plannen hierin ook mee te denken. Vervolgens is het van belang om (transformatie)afspraken nog beter contractueel vast te leggen.
4. Het is van belang om te blijven inzetten op gepast gebruik van dure geneesmiddelen en het versterken van de inkoopkracht ten opzichte van fabrikanten en contractafspraken hierover verder te concretiseren. Om een kentering in de geneesmiddelenuitgaven en daarmee ook de msz-uitgaven te bewerkstelligen is echter meer nodig. In ons recente opiniestuk adviseren wij het ministerie van VWS een herbezinning van de inrichting van de geneesmiddelenketen.
5. Het is essentieel om in de gehele msz-keten gelijkgerichte afspraken te maken. De verandering naar passende zorg vraagt een proactieve houding van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, maar ook van de msb's of medisch specialisten die van binnenuit alternatieve afspraken kunnen initiëren. Daarbij is het nodig dat partijen onderling in gesprek gaan om afspraken gericht op passende zorg beter op elkaar te laten aansluiten.

# 1: Contractering msz in 2020 en 2021

Uit de gesprekken met zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zbc's komt naar voren dat partijen zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor de complexe opgave: de transformatie van zorg. Deze beweging rust onder andere op wederzijds vertrouwen, urgentiebesef en draagvlak bij zowel ziekenhuizen, zbc's als medisch specialisten. Zorgverzekeraars zien voor zichzelf een faciliterende, verbindende en aanjagende rol. Hierbij hoort het delen van 'good practices', zorgevaluatie en gepast gebruik, exploreren van verschuiving van zorg naar de eerste lijn en vernieuwing van zorg.

Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders zien voor zorgaanbieders een zorginhoudelijke rol weggelegd; zij gaan aan de slag met de inhoudelijke vraagstukken en initiatieven. Anders dan bij de ziekenhuizen is er geen eenduidig beeld van de rol van zbc's. Meerdere geïnterviewde ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn huiverig om zbc's een grotere rol toe te kennen in de beweging naar juiste zorg op de juiste plek, vanwege groeiambities van de zbc's. Wel geven ziekenhuizen en zorgverzekeraars aan dat zbc's hun zorgproces efficiënt ingericht hebben en dat ziekenhuizen hiervan kunnen leren. Ook zien ze een rol voor zbc's bij het opvangen van capaciteitsproblemen bij de ziekenhuizen (vanwege COVID-19). Zbc's geven zelf aan dat zij een grotere bijdrage aan transformatie van zorg willen en kunnen leveren.

## Bijzondere contractafspraken in 2020 en 2021 vanwege COVID-19

Door de corona-uitbraak is de contractering van ziekenhuizen in 2020 en 2021 anders dan de reguliere zorginkoop. De kaders en invulling zijn op landelijk niveau tussen ZN en de NVZ vastgesteld. In 2020 zijn als gevolg van de landelijke regeling vooral aanneemsommen overeengekomen. Ook zijn er afspraken gemaakt over de inhaalzorg en is er een vangnetconstructie. Voor 2021 zien we in het algemeen dat afspraken voor het jaar 2020 (pre-COVID-19) doorlopen in 2021. Dit verklaart deels waarom er inhoudelijk weinig verschillen zijn met de contracten uit 2019.

Met de zbc'en zijn de contractafspraken ondanks COVID-19 niet veranderd ten opzichte van voorgaande jaren. Er zijn geen landelijke afspraken gemaakt tussen ZKN en ZN over inhaalzorg. Terwijl zbc's vinden dat ze een belangrijke rol kunnen hebben bij het opschalen van de reguliere zorg, en ook ervaren dat er daadwerkelijk meer naar hen verwezen wordt vanwege COVID-19. Voor deze toename van zorg ontvangen zij nu geen extra budget.

### *Beperkte inzet van transformatiegelden en verschillende voorwaarden*

Er sprake is van een stijging van de inzet van transformatiegelden, ten opzichte van 2019 (figuur 1).

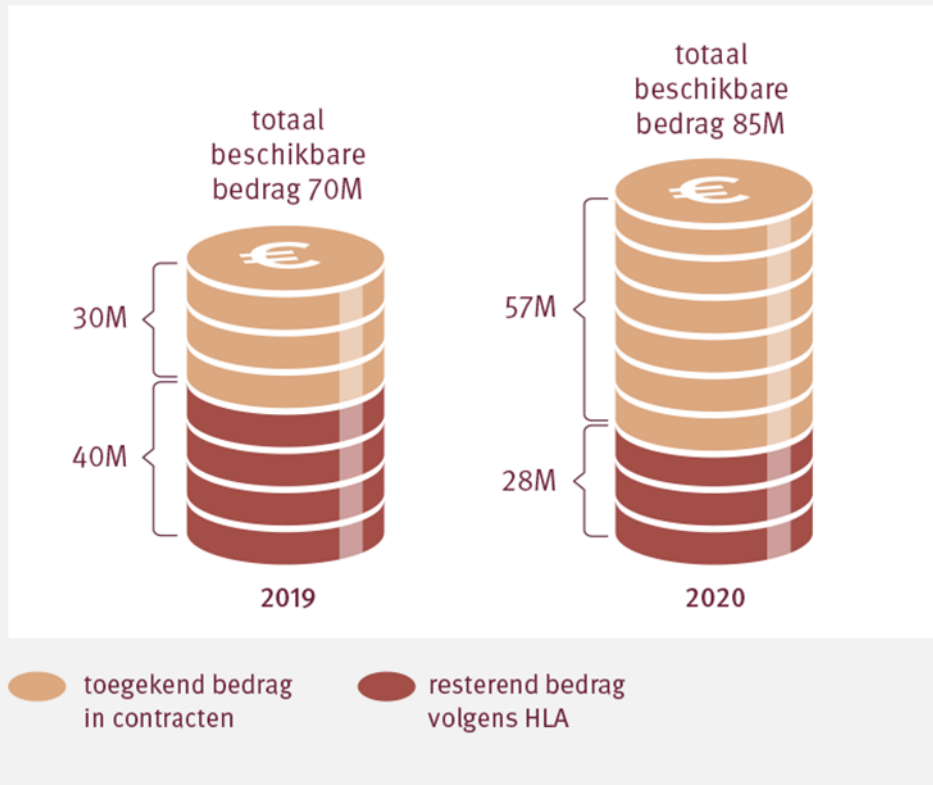
Ondanks deze positieve constatering is een aanzienlijk deel aan transformatiegelden nog niet benut, zie figuur 1.

Volgens de geïnterviewde ziekenhuizen kunnen transformatiegelden nog beter ingezet worden. Zij ervaren het aanvraagproces als complex, mede omdat zorgverzekeraars eigen voorwaarden hanteren. Daarbij is het voor ziekenhuizen frustrerend dat zorgverzekeraars een positieve business case als voorwaarden stellen. Zorgverzekeraars hebben de rol om kritisch naar de projectplannen van ziekenhuizen te kijken. Zij beschouwen het inzetten van transformatiegelden niet als doel op zich. Zorgverzekeraars ervaren dat het aantal aanvragen voor transformatiegelden beperkt is en dat er nog weinig kansrijke (baanbrekende) ideeën over transformatie van de zorg komen vanuit zorgaanbieders.

Uit onze analyse blijkt dat 61% van de afspraken over transformatiegelden zijn gemaakt tussen een ziekenhuis en marktleider zorgverzekeraar. Bij 27% van deze afspraken volgen de overige zorgverzekeraars. Er is niet altijd sprake van congruent gedrag van overige zorgverzekeraars, bijvoorbeeld als de projectplannen niet passen bij hun eigen uitgangspunten.



## INZET TRANSFORMATIEGELDEN 2019 EN 2020

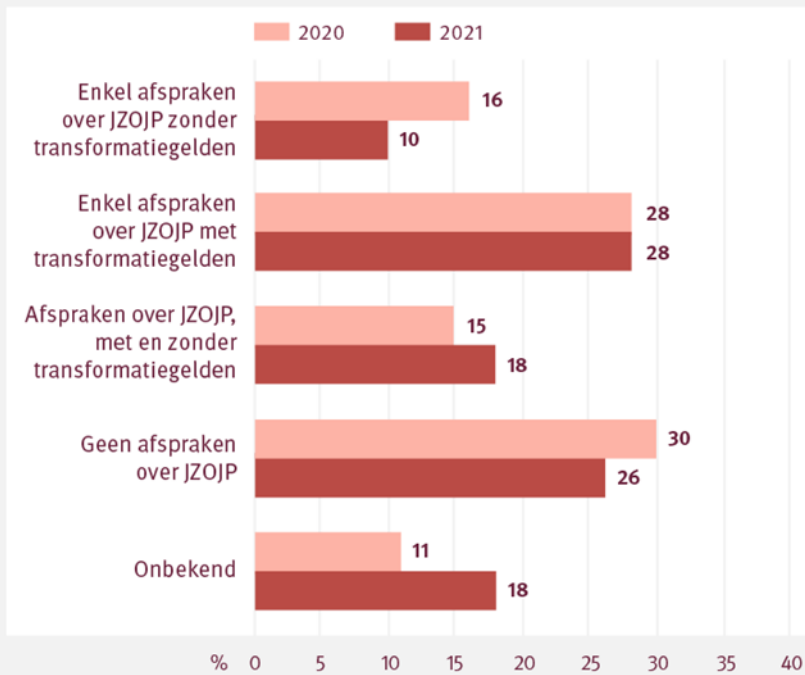


Figuur 1: Inzet van transformatiegelden

Bron: Opgave van transformatiegelden zorgverzekeraars

Uit de cijfers blijkt dat 43% van de in totaal 61 ziekenhuizen afspraken met zorgverzekeraars maakt over JZOJP in 2020. Dit percentage steeg in 2021 licht tot 45%. In 2020 en 2021 maakte respectievelijk 16% en 10% van de ziekenhuizen afspraken over JZOJP, maar zonder inzet van transformatiegelden. Uit de enquête onder zbc's bleek dat zorgverzekeraars en zbc's nagenoeg geen afspraken maken over transformatiegelden.

## ZIEKENHUIZEN MET AFSPRAKEN OVER DE JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK



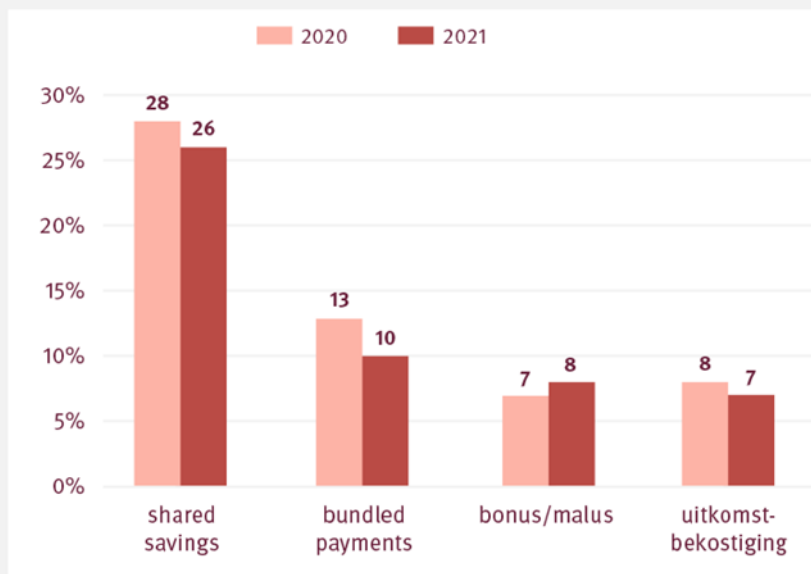
Bron: enquête onder ziekenhuizen

### Alternatieve financiële afspraken maken is complex en geen doel op zich

Het maken van alternatieve financiële afspraken is complex en tijdsintensief voor partijen. Het vergt bijvoorbeeld veel tijd om tot één bundled payment afspraak te komen. Daarbij heeft een enkele afspraak slechts een minimale impact op de totaalafpraak tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis. Om deze redenen focussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier niet per definitie op. Meerdere partijen benoemen wel de mogelijkheid om in de toekomst meer per type zorg (electieve, acute en chronische zorg) te differentiëren in bijpassende financieringsafspraken.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars benadrukken dat de kwaliteit van zorg voorop staat en dat het maken van innovatieve afspraken geen doel op zich is. Van belang is om per organisatie te komen tot passende financiële afspraken die de transformatie van zorg realiseren. We zien dat naast de totaalafspraken, beperkt andersoortige financiële afspraken worden gemaakt over 2020 en 2021. Ruim een kwart van de ziekenhuizen heeft in 2020 en 2021 afspraken gemaakt over shared savings. Afspraken over uitkomstbekostiging, bonus/malus afspraken en/of bundled payments komen bij minder dan 15% van de ziekenhuizen voor.

## ZIEKENHUIZEN MET ALTERNATIEVE FINANCIËLE AFSPRAKEN



Bron: enquête onder ziekenhuizen

De geïnterviewde zbc's staan in wisselende mate open voor het maken van andersoortige financiële afspraken met zorgverzekeraars. Dit komt bij hen mondjasmaat voor zo blijkt ook uit de enquêtes. Zbc's ervaren daarnaast dat ook zorgverzekeraars niet altijd open staan voor andersoortige financiële afspraken. Vaak spreken zorgverzekeraars en zbc's een omzetplafond af, eventueel aangevuld met een staffelafpraak.

*Dure geneesmiddelen: nacalculatie en shared-savingsafspraken*

Dure geneesmiddelen (add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren) worden vaak op basis van nacalculatie afgerekend. Dat betekent dat er geen volumebeperking is voor het ziekenhuis. Dit gebeurt in combinatie met shared savings-achtige afspraken: de contractprijs ligt net boven de netto inkoopprijs. Het ziekenhuis behoudt zo de prikkel om scherp in te kopen bij de fabrikant en de zorgverzekeraar betaalt minder dan het maximumtarief van de NZa.

In een beperkt aantal contracten wordt voor de minst dure, en qua volume voorspelbare, add-ongeneesmiddelen een budget gehanteerd dat wel overschreden mag worden, maar waarna nog 90% van de contractprijs vergoed. Een aantal zorgverzekeraars maakt geen onderscheid tussen verschillende add-ongeneesmiddelen in de manier van afrekening, omdat hen dit te ingewikkeld lijkt in de uitvoering en het onderhoud.

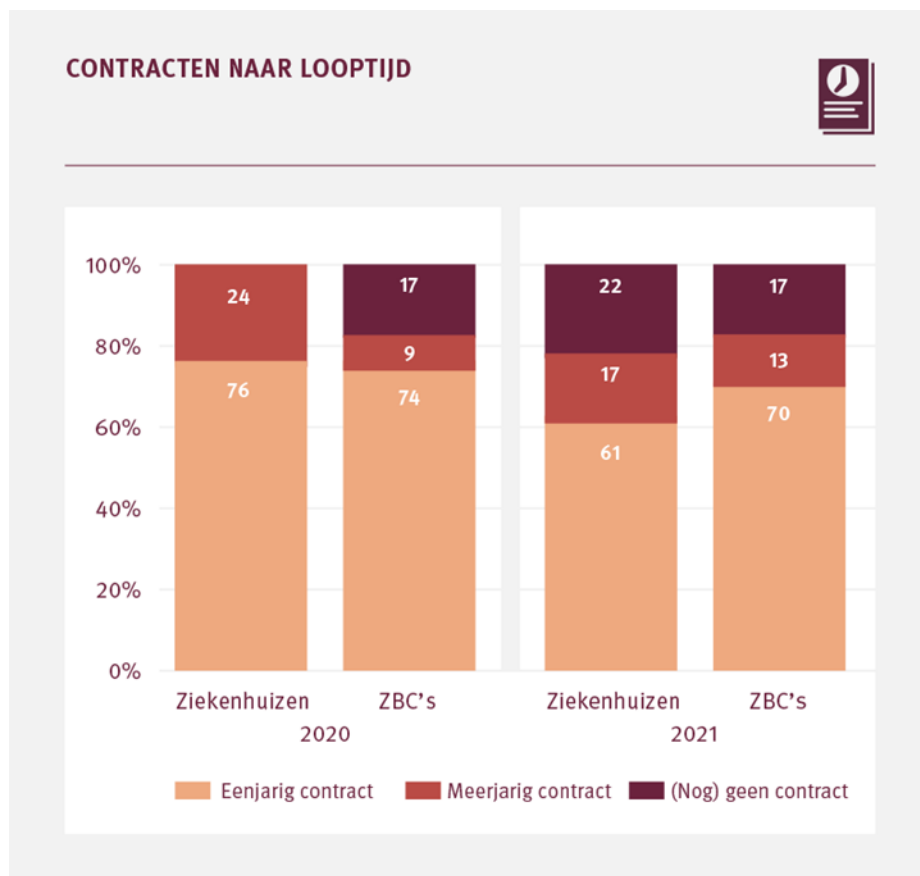
Twee zorgverzekeraars geven aan dat zij af willen van volledige nacalculatie, omdat het geen duurzaam model is. Zij geven aan dat dit moeilijk is zolang andere zorgverzekeraars ook volledig nacalculeren en omdat het een afspraak is binnen het hoofdlijnenakkoord msz. Daarbij geven een aantal zbc's aan dat bij hen de contractering wordt vertraagd vanwege meningsverschillen over contractprijzen voor add-ongeneesmiddelen.

### **Meerjarencontracten als middel voor transformatie van zorg**

Meerjarencontracten vormen volgens de geïnterviewde zorgverzekeraars en ziekenhuizen vaak de basis om gezamenlijk transformatie van zorg vorm te geven. Vooral ziekenhuizen en dominante zorgverzekeraars maken meerjarenafspraken. Hierbij is het essentieel om een gedeelde visie te bepalen en om gezamenlijk

KPI's vast te stellen die de verandering goed meten. Men heeft ervaren dat de schadelastmetingen geen goede indicatoren zijn voor het monitoren van transformatie.

Uit de enquêtes blijkt dat in 2020 24% van de contracten tussen ziekenhuizen met verzekeraars een meerjarencontract was. Bij zbc's is in 2020 slechts 9% van de contracten een meerjarencontract. We kunnen nog geen volledig beeld geven van het aandeel meerjarencontracten in 2021, omdat ten tijde van de uitvraag van de enquête nog niet alle contracten voor 2021 zijn afgesloten.



Bron: enquêtes ziekenhuizen en zbc's

# Financiële afspraken over juiste zorg op de juiste plek zijn een uitdaging

Alle geïnterviewde partijen voeren in hun netwerk gesprekken over juiste zorg op de juiste plek. Zij ervaren verplaatsen van zorg als een uitdaging. Dit gaat namelijk deels samen met een herverdeling van inkomsten en uitgaven, wat volgens alle partijen een lastig discussiepunt vormt. De geïnterviewde ziekenhuizen zien met name uitvoeringsuitdagingen vanwege ontbrekend inzicht in patiëntreizen en kostenstructuur van ketenpartners. Zbc's ervaren een ongelijk speelveld; zorgverzekeraars kennen een grotere rol toe aan ziekenhuizen dan aan zbc's bij de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek.

Om passende zorg te leveren zijn goede samenwerking en maatwerk nodig, waarin de zorgvraag van de regio centraal staat. Uit de interviews komt naar voren dat inhoudelijke afspraken in een regio mondjesmaat, maar steeds meer, worden gemaakt. Hierbij is het creëren van draagvlak bij alle partijen essentieel. Om ook financiële afspraken te koppelen aan deze inhoudelijke afspraken ervaart men als eer lastig.

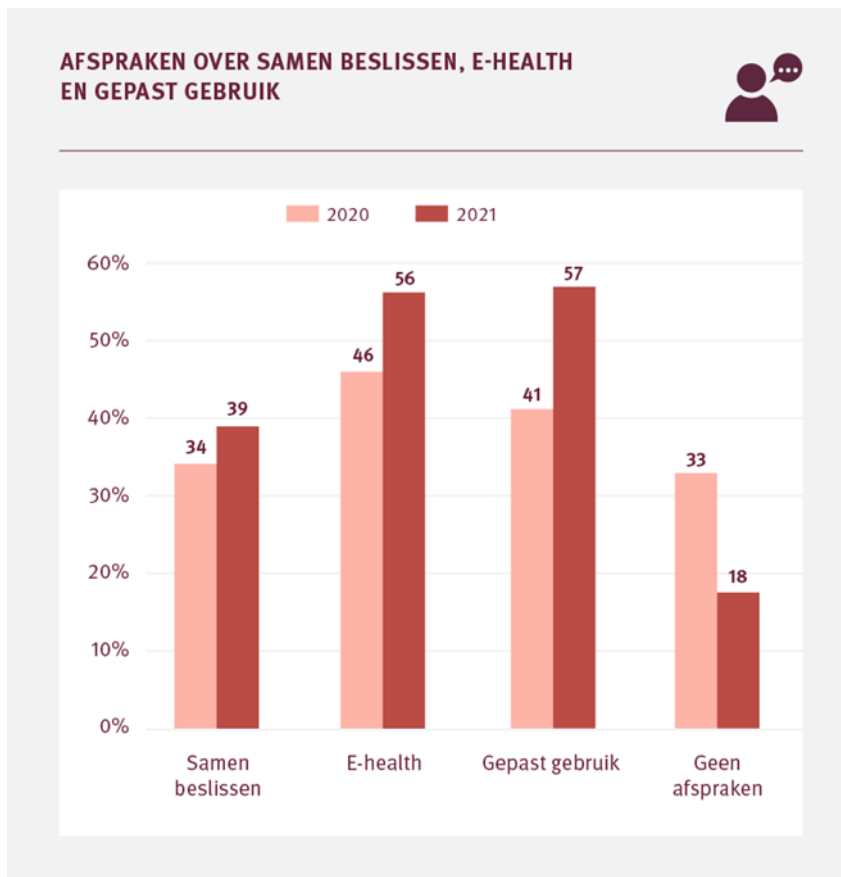
Ziekenhuizen geven aan dat er in toenemende mate afspraken worden gemaakt over juiste zorg op de juiste plek. In 2020 was bij 33% van de in totaal 61 ziekenhuizen 'verplaatsen van zorg' het belangrijkste thema in de contracten. In 2021 is het 'vernieuwen van zorg' bij 30% van de ziekenhuizen het belangrijkste thema van JZOJP.



Bron: enquête onder ziekenhuizen

Afspraken over samen belissen, digitale zorg en gepast gebruik van dure geneesmiddelen

Uit de enquête van ziekenhuizen komt naar voren dat er in 2021 meer afspraken zijn gemaakt over samen beslissen, e-health/ digitale zorg en gepast gebruik ten opzichte van 2020 (zie onderstaande figuur). Ruim de helft van de ziekenhuizen heeft in 2021 afspraken gemaakt over gepast gebruik en/of digitale zorg. Minstens een derde van de ziekenhuizen heeft een afspraak gemaakt over samen beslissen.



Bron: enquête onder ziekenhuizen

Ziekenhuizen committeren zich om gepast gebruik van geneesmiddelen te bevorderen, als tegenprestatie voor de nacalculatieafspraken voor dure geneesmiddelen. Dit bestaat onder andere uit het verminderen van spillage, dosisoptimalisatie, inzet van biosimilars en het hanteren van start- en stopcriteria. Bij gepast gebruik denken we niet alleen aan kostenbesparing, maar ook aan therapeutische meerwaarde, kwaliteit van leven, minder bijwerkingen, minder medicalisering en gebruiksgemak voor de patiënt. Deze afspraken zijn echter weinig concreet, waardoor onduidelijk is wanneer een ziekenhuis hier wel of niet aan voldoet.

Ziekenhuizen hebben al langer behoefte aan betrouwbare spiegel- en benchmarkinformatie. Dit is niet structureel georganiseerd. Een geïnterviewd ziekenhuis vindt dat doelmatige inzet wordt belemmerd, omdat dure geneesmiddelen een inkomstenbron zijn voor het ziekenhuis en er nog te weinig transparantie is. Recent kwamen het Erasmus MC en het Radboudmc in het nieuws met hun inspanningen om verspilling van medicijnen te verminderen door medicijnen anders toe te dienen, op maat te doseren en minder vaak weg te gooien.

Ook zorgverzekeraars willen meer actie ondernemen om gepast gebruik van geneesmiddelen te bevorderen. Het toepassen van stop- of verkortcriteria is daarbij een aandachtspunt. Mogelijk worden er nu te lang patiënten doorbehandeld, terwijl onduidelijk is of een bepaald geneesmiddel bij een bepaalde patiënt voldoende aanslaat en/of een goed behandelresultaat kan worden behaald met een kortere behandelduur. Omdat het geneesmiddel op nacalculatiebasis wordt vergoed is er, mogelijk in combinatie met de productieprikkel, in financieel opzicht geen prikkel voor het ziekenhuis om de behandeling te stoppen of verkorten. Het ministerie van VWS heeft in december 2020 een subsidie verleend aan het programma Gepast gebruik dure geneesmiddelen. Dit is een programma waarin alle partijen (ziekenhuizen, verzekeraars, medisch specialisten en patiënten) samenwerken.

Behalve voor een aantal geneesmiddelen via de beroepsgroep, vindt bij geen van de geïnterviewde ziekenhuizen op structurele basis monitoring plaats van het effect van elk duur add-ongeneesmiddel op het ziekteverloop van de patiënt (effectiviteit).

### **Contractafspraken vooral op hoofdlijnen**

Over het algemeen worden financiële afspraken op hoofdlijnen vastgelegd in de contracten. Inhoudelijke afspraken tussen de dominante zorgverzekeraar en ziekenhuizen worden niet tot in detail beschreven. De geïnterviewde ziekenhuizen zijn van mening dat de uitwerking op slechts hoofdlijnen geen invloed heeft op de naleving van afspraken. De financiële totaalafpraak is zodanig scherp dat het noodzakelijk is om onderliggende transformatieafspraken na te komen.

Voor het maken en naleven van afspraken is het cruciaal dat er vertrouwen en een onderlinge samenwerking is. Monitoren van de voortgang van doelstellingen is een blijvend gespreksonderwerp tussen partijen. Afspraken over transformatie(gelden) en/of specifieke projecten worden vaak nader uitgewerkt in onderliggende documenten. Het is daarbij ook mogelijk dat afspraken over transformatie(gelden) verwerkt zitten in de financiële afspraken, zonder dat dit expliciet in het contract is genoemd.

### **Zet positieve ontwikkelingen ook na COVID-19 door**

De uitbraak van COVID-19 leidde tot meer bewustzijn over de kwetsbaarheden van het zorgstelsel. Maar we zien hierdoor ook meer digitalisering in de zorg, meer samenwerking in de regio, meer transparantie over de verwijfsstromen en OK-bezetting en meer flexibiliteit van de zorg. Er zijn veel initiatieven met betrekking tot teleconsultatie en telemonitoring. Meerdere partijen geven aan dat de exacte meerwaarde hiervan nog onbekend is. Ook noemt een ziekenhuis dat het versneld invoeren van digitalisering onder tijdsdruk plaatsvond en organisatieprocessen hier nog niet optimaal op ingericht zijn. Op dit moment geven partijen vooral prioriteit aan het maken van afspraken over de inhaalzorg vanwege COVID-19. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders zien het belang om de goede ontwikkelingen naar de toekomst toe te bestendigen en niet terug te vallen in de 'oude manier van werken'.

## 2: Financiële prikkels en gelijkgerichtheid in de medisch-specialistische zorg

Naast de contractafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar maken, spelen ook de afspraken achter de voordeur van de zorgaanbieder een rol om passende zorg te realiseren. Om die reden heeft de NZa onderzocht welke financiële afspraken zijn gemaakt tussen dominante zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten, waarbij onderscheid is gemaakt tussen vrijgevestigd medisch specialisten en medisch specialisten in dienstverband. Een afspraak is gelijkgericht als deze - en de financiële prikkels die hieruit voortvloeien - gelijksoortig zijn. We hebben data over het jaar 2020 (vóórdat er sprake was van COVID-19) geanalyseerd van 51 msb's (van de ongeveer 70 msb's in Nederland) die werken met een verdeelsystematiek van de bedrijven Logex en Performance. Daarnaast zijn twaalf interviews gehouden met medisch specialisten in loondienst en andere betrokkenen. Uit ons onderzoek blijkt dat de meeste financiële afspraken (84%) tussen dominante zorgverzekeraars, ziekenhuizen en msb's gelijkgericht zijn. Maar óók blijkt, dat de inrichting van interne verdeelsystematieken binnen msb's volledige gelijkgerichtheid in de weg staat. Uit de onderzochte data blijkt namelijk dat 86% van de msb's bij de verdeling van financiële middelen (omzet c.q. opbrengsten) tussen de vakgroepen het hoogste gewicht in het prestatie-model toekent aan het leveren van zorg. De verdeling van financiële middelen binnen de msb's is hierdoor voornamelijk geënt op productie.

De financiële prikkel voor medisch specialisten om zorg te leveren, resulteert niet, althans niet per definitie, in meer inkomsten voor het msb. Deze prikkel speelt vooral een dominante rol in de concurrentie tussen onderlinge vakgroepen en tussen individuele medisch specialisten. Deze concurrentie resulteert in een prikkel om een zo groot mogelijk deel van de beschikbare financiële middelen te bemachtigen.

Slechts bij 14% van de msb's speelt productie géén, dan wel een minimale, rol bij de verdeling van financiële middelen. Vier procent van de msb's baseert de verdeling van financiële middelen op een capaciteitsbegroting. Bij een capaciteitsbegroting wordt de vooraf verwachte zorg (begroting) afgezet tegen een benchmark om de normcapaciteit per vakgroep te bepalen. Bij capaciteitsbegroting vindt de verdeling van financiële middelen dus plaats op basis van afspraken die vooraf worden gemaakt waardoor de productieprikkel lijkt af te nemen in vergelijking met het prestatie-model. Daarnaast kan deze manier van verdelen beter aansluiten op de bovenliggende afspraken met het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, waardoor de gelijkgerichtheid verbetert. Tien procent van de msb's maken in plaats van capaciteitsbegroting gebruik van een andersoortige verdeelsystematiek, waarin productie géén, dan wel een minimale, rol speelt.

In 2021 ontvangt 63% van de msb's al wel informatie over hoe zij scoren op de benchmark op basis van de capaciteitsbegroting. Deze msb's willen op korte termijn overstappen op een verdeelmodel op basis van de capaciteitsbegroting. De NZa ziet de ontwikkelingen naar een verdeelmodel dat minder is geënt op productie en dat gelijkgerichtheid bevordert als een positieve ontwikkeling. In een vervolgonderzoek zullen we de voortgang hiervan monitoren. Van belang is dat msb's samen met ziekenhuizen en zorgverzekeraars gelijkgericht werken aan passende zorg en dat zij ongewenste financiële prikkels wegnemen.

Uit de interviews blijkt dat er bij de meeste medisch specialisten in loondienst géén sprake is van een financiële prikkel om zorg te leveren. Zij ervaren wel een prikkel om zorg te leveren door de begrotingsafspraken die het ziekenhuis maakt met de organisatorische eenheden en medisch specialisten. Deze prikkel kent geen relatie met het inkomen en is in die zin dus niet financieel van aard. Bij loondiensters is daarnaast geen sprake van een financiële prikkel om te investeren in of bij te dragen aan kwaliteit of juiste zorg op de juiste plek. Het inkomen is namelijk afhankelijk van een vooraf vastgesteld bedrag (salaris), gerelateerd aan een CAO of Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten (AMS). Een uitzondering betreffen de loondiensters waarvan het inkomen bestaat uit een vast én een variabel deel. Dit komt in een onbekend, maar beperkt aantal ziekenhuizen met een AMS+ regeling voor.

De gewenste veranderingen om in de msz meer passende zorg te verlenen, komen tot nu toe moeizaam tot stand ondanks alle intenties zoals afgesproken in het hoofdlijnenakkoord. Dit is het beeld wat uit de interviews ontstaat en ook in lijn is met de bevindingen uit onze eerdere monitors medisch-specialistische zorg. Het inzetten op passende zorg door bijvoorbeeld zorg af te stoten of zorg op een andere wijze te leveren, kan namelijk nadelige financiële gevolgen hebben voor een ziekenhuis en de daaraan verbonden




medisch specialisten. De financiële afspraken gebaseerd op productie zorgen voor een lage bereidheid om de bestaande organisatie en inrichting van de zorg te veranderen. De betrokken partijen blijken onvoldoende in staat of bereid om aan de veranderende landelijke en regionale zorgbehoeften te voldoen. Verschuivingen van capaciteit binnen het ziekenhuis en met name tussen ziekenhuizen of van het ziekenhuis naar de eerste lijn komen hierdoor onvoldoende van de grond.

Het collectieve belang van passende zorg op de lange termijn en daarmee de toegankelijkheid en betaalbaarheid moet echter prevaleren boven het korte termijn financiële belang van een individuele instelling of een individueel msb. Het is aan zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten gezamenlijk om dit mogelijk te maken. De NZa reikt graag partijen een hand uit om gezamenlijk aan de slag te gaan en de beweging naar passende zorg daadwerkelijk te realiseren. Een volledige uitwerking van het onderzoek is te vinden in bijlage 2 [LINK].

### 3: Uitgaven medisch-specialistische zorg in 2019

In de afgelopen jaren zijn de uitgaven aan msz gestegen tot ruim ruim €25 miljard in 2019. De totale uitgaven zijn 4% hoger dan in 2018. Zonder dure geneesmiddelen was deze toename lager en lag deze in 2019 op 3,6%. Daarmee was de groei in 2019 gelijk aan het jaar ervoor. De verhoging van het lage btw-tarief per 2019 van 6 naar 9% heeft waarschijnlijk invloed op deze uitgavenontwikkeling, maar in welke mate is de NZa onbekend. Wel is bekend dat VWS in het HLA msz 2019-2022 heeft gerekend met een compensatie van € 60 miljoen voor deze btw verhoging.

**UITGAVEN MSZ EN DGM 2017-2019**



	2017	2018	2019
Totale uitgaven msz inclusief dgm, exclusief verrekening € mln	23.279	24.244	25.202
Totale uitgaven dgm, inclusief verrekening € mln	2.046	2.240	2.412
Aandeel uitgaven dure geneesmiddelen	8,8%	9,2%	9,6%
Toename uitgaven dure geneesmiddelen	8,6%	9,5%	7,7%
Toename totale uitgaven msz inclusief dgm	0,7%	4,1%	4,0%

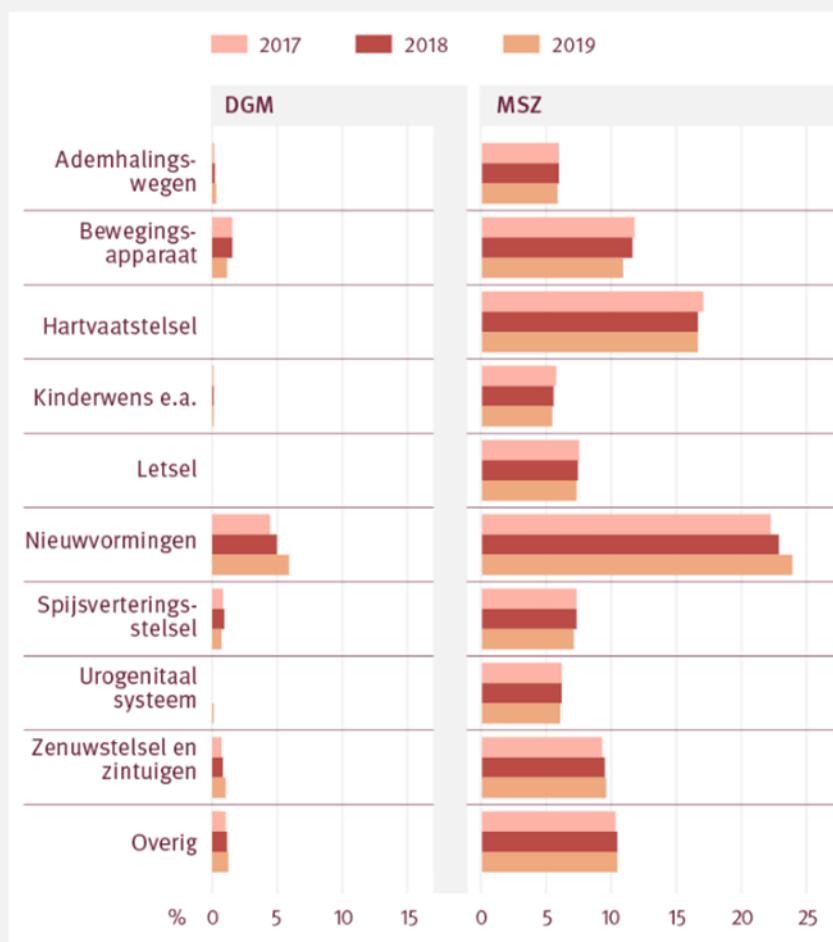
De totale uitgaven msz inclusief dgm zijn exclusief verrekeningen. Dit is daarmee niet één-op-één vergelijkbaar met de afgesproken groeicijfers in de HLA msz. Zie de bijlage Bronnen en methoden [LINK naar Bijlage 4].

Bronnen: Vektis, GIP-data.

Het grootste deel van de totale msz-uitgaven in 2019 wordt besteed aan de behandeling van nieuwvormingen (goed- of kwaadaardige gezwellen), aandoeningen aan het bewegingsapparaat en aandoeningen van het hartvaatstelsel. Deze drie groepen bevatten ongeveer 60% van de patiënten en zorgen voor 49% van de totale uitgaven aan msz.

Nieuwvormingen is de grootste diagnosegroep, met rond 23% van alle uitgaven en 22% van de patiënten. Binnen deze groep vallen veel oncolytische aandoeningen en wordt een relatief groot deel (circa 6%-punt van de genoemde 23%) van de uitgaven aan dure geneesmiddelen besteed. Over alle diagnosegroepen heen zien we een toename van 2018 naar 2019 van de uitgaven van 4%. Dit komt vooral door een toename van de uitgaven per patiënt van 2,9%, en in mindere mate door een groei van het aantal patiënten met 1,1%.

## VERDELING MSZ- EN DGM UITGAVEN NAAR PATIËNTGROEP ALS % VAN DE TOTALE MSZ UITGAVEN



Bronnen: Vektis

### Dure geneesmiddelen binnen de msz

Ten opzichte van 2018 stegen de uitgaven aan dure geneesmiddelen in 2019 met 7,7% naar € 2,4 miljard. Het aandeel van dure geneesmiddelen in de totale msz stijgt van 9,2% in 2018 naar 9,6% in 2019. Deze stijging aan uitgaven van dure geneesmiddelen en de medisch specialistische zorg vindt vooral plaats binnen de oncologie.

Omdat de uitgaven aan dure geneesmiddelen sneller stijgen dan de overige zorg, zal dit aandeel naar alle waarschijnlijkheid verder gaan toenemen in de komende jaren. De geïnterviewde ziekenhuizen geven aan dat deze uitgavenontwikkeling aan add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren ook in 2020 en 2021 doorzet. Ziekenhuizen geven aan dat het steeds vaker voorkomt dat een patiënt niet één maar meerdere dure geneesmiddelen tegelijk gebruikt, waardoor de geneesmiddelenkosten per patiënt per jaar zullen stijgen.

Uit de declaratiegegevens blijkt dat patiënten in 2012 gemiddeld 1,1 duur geneesmiddel kregen, dit is gestegen naar 1,3 geneesmiddelen in 2019. Ook neemt het aantal indicaties van dure geneesmiddelen toe, waardoor de budget impact voor het ziekenhuis en uiteindelijk de maatschappij groter wordt dan in eerste instantie was voorzien. Omdat in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat de uitgaven aan msz beperkt

mogen groeien (0,8% in 2019), resulteert de uitgavenstijging aan geneesmiddelen tot een krimp op de toegestane uitgaven medisch specialistische zorg.

Deze druk op de uitgaven vergroot de noodzaak tot efficiëntie, waaronder de beweging 'Juiste zorg op de juiste plek'. Maar de rek is er volgens de ziekenhuizen wel uit. Het vergt een maatschappelijke discussie om te bepalen in welke mate de ontwikkeling van zorguitgaven zorgelijk is. Geen van de geïnterviewde partijen heeft een concreet voorbeeld van gewenste, maar ongeleverde zorg. Een geïnterviewd ziekenhuis denkt dat verdringing eerder zit in personeelskosten.

Ongeveer 70% van de totale geneesmiddelenuitgaven bestaat uit de uitgaven aan geneesmiddelen waar, per werkzame stof, geen concurrentie bestaat. Bij deze groep zien we tussen 2018 en 2019 een toename van 28,2% in totale uitgaven, het aantal patiënten groeide met 14,8% en de uitgaven per patiënt namen met 11,7% toe. Daarentegen nemen de totale uitgaven van geneesmiddelen met concurrentie op stofnaam niveau af, terwijl de patiëntenaantallen juist zijn toegenomen.

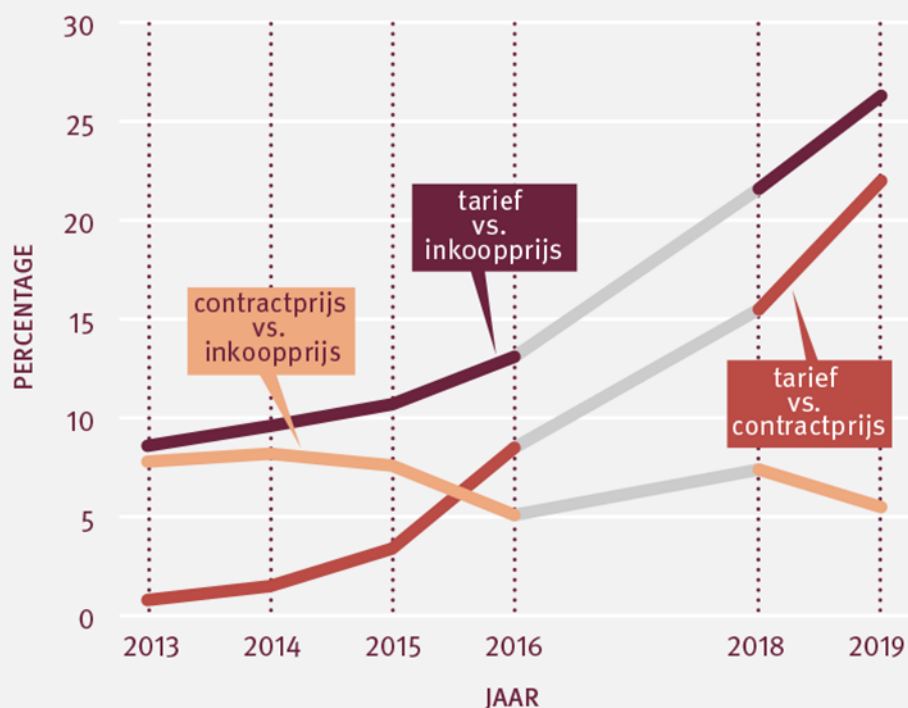
Het effect van concurrentie is goed zichtbaar bij drie geneesmiddelen waarvoor biosimilars (concurrentie binnen één werkzame stof) op de markt zijn gekomen: infliximab (2015), etanercept (2016) en adalimumab (eind 2018). Ondanks dat méér patiënten zijn behandeld met deze geneesmiddelen dan voorheen, zijn de totale uitgaven aan deze drie geneesmiddelen met 42% gedaald van 2018 naar 2019. Concurrentie op stofnaamniveau heeft dus in deze gevallen geleid tot een kentering in de geneesmiddelenuitgaven.

De uitgaven per patiënt zijn sinds 2012, gecorrigeerd voor grote beleidswijzigingen, met 5,5% gedaald. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten dat wordt behandeld met relatief goedkope add-ongeneesmiddelen door sterke onderliggende trends als vergrijzing. Of dit verband houdt met gepast gebruik van geneesmiddelen is ons onbekend. Ook zorgen de resultaten van de financiële arrangementen van het ministerie van VWS voor lagere uitgaven per patiënt per jaar, evenals de toegenomen concurrentie door de introductie van biosimilars.

Ook dit jaar keken wij naar de bruto-opbrengsten van ziekenhuizen op de inkoop (bij fabrikanten) en verkoop (aan zorgverzekeraars) van geneesmiddelen. De ziekenhuizen slaagden er in 2019 opnieuw in om hogere kortingen te onderhandelen met de farmaceut. Omdat het maximumtarief over de jaren heen over het algemeen niet sterk wijzigt, is dit effect vooral toe te schrijven aan een beter onderhandelresultaat van ziekenhuizen. Zo konden in 2019 de ziekenhuizen een netto-inkoopprijs onderhandelen die rond 26,3% onder de NZa maximumtarief lag, in 2018 was dit 21,6%.

Een steeds groter deel van dit onderhandelresultaat komt ten goede aan de zorgverzekeraar. Waar de zorgverzekeraars in 2018 met de ziekenhuizen een contractprijs konden afspreken, die gemiddeld 15,4% onder de NZa maximumtarieven lagen, is deze marge in 2019 gegroeid naar 22% (tarief vs. contractprijs). Tegelijkertijd is het gemiddelde onderhandelresultaat van de ziekenhuizen met verzekeraars (contractprijs vs. inkoopprijs) licht afgenomen t.o.v. het jaar ervoor. De prijs waarvoor een ziekenhuis een geneesmiddel inkoopt (netto inkoopprijs) ligt in 2019 bij 5,5% onder de contractprijs, in 2018 was dit 7,4%.

## ONDERHANDELRESULTATEN OP TOTAAL NIVEAU



Voor 2017 werden geen kostprijzen bij de ziekenhuizen uitgevraagd, waardoor de bovenstaande vergelijking voor 2017 niet berekend kan worden.

Bronnen: Vektis, NZa kostprijsmodel