

**Marktscan**

# **Medisch specialistische zorg**

Weergave van de markt 2006-2010



## Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Marktstructuur</b>	<b>9</b>
1.1 Aantal zorgaanbieders	9
1.2 Concernindeling zorgverzekeraars 2010	10
1.3 Contracteergraad	11
1.4 Marktconcentratie	12
1.5 Rentabiliteit en solvabiliteit	13
<b>2. Betaalbaarheid</b>	<b>15</b>
2.1 Omzetontwikkeling	15
2.2 Omzetontwikkeling per type zorgaanbieder	17
2.3 Volume ontwikkeling A-segment	19
2.4 Volume ontwikkeling A-segment per type zorgaanbieder	21
2.5 Nominale prijsontwikkeling A- en B-segment	23
2.6 Reële prijsontwikkeling B-segment	23
2.7 Reëel prijsniveau contractprijzen tranche 2005	24
2.8 Reëel prijsniveau contractprijzen tranche 2008	25
2.9 Reëel prijsniveau contractprijzen tranche 2009	26
2.10 Prijsniveaus ZBC's in het A-segment	27
2.11 Honorarium medisch specialisten	28
2.12 Honorarium medisch specialisten, per specialisme	30
<b>3. Toegankelijkheid</b>	<b>31</b>
3.1 Wachtijdontwikkeling polikliniek	31
3.2 Wachtijdontwikkeling behandeling	33
3.3 Wachtijdontwikkeling diagnostiek	34
<b>4. Kwaliteit</b>	<b>35</b>
4.1 Transparantie kwaliteitsindicatoren	35
4.2 Kwaliteitsbeleid zorgverzekeraars	36
<b>5. Bronnen en methoden</b>	<b>39</b>
5.1 Marktstructuur	39
5.2 Betaalbaarheid	40
5.3 Toegankelijkheid	41
<b>6. Bijlage 1. Beleidsbrief</b>	<b>45</b>



## Samenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een nieuwe update van de marktscan medisch specialistische zorg gemaakt. In deze marktscan heeft de NZa gebruik gemaakt van nieuwe gegevens uit de jaarrekeningen, nieuwe informatie uit de rekenstaten (budgetgegevens) en nieuwe wachttijdinformatie. Ook heeft de NZa gebruik gemaakt van de door verzekeraars aangeleverde contracten. Tot slot heeft de NZa ook gebruik gemaakt van CVZ honoraria gegevens en de honoraria gegevens die door de NZa gebruikt worden in het differentiatie-model voor de toerekening van de kortingen van medisch specialisten.

Aan de hand van deze gegevens heeft de NZa analyses uitgevoerd, die een beeld geven van de ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg in de periode tot en met 2009, voor een deel van de ontwikkelingen is ook 2010 gepresenteerd. In de marktscan heeft de NZa analyses gedaan naar de marktstructuur, de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van medisch specialistische zorg.

### *Marktstructuur*

De NZa heeft geconstateerd dat het aantal gebudgetteerde aanbieders op een enkele fusie na stabiel blijft. Wel vindt er een grote uitbreiding plaats van het aantal ZBC's. De totale omvang van de ZBC's in termen van omzet is echter vooralsnog beperkt. Bovendien zijn veel ZBC's gelieerd aan een ziekenhuis.

Zorgaanbieders en verzekeraars maken met elkaar afspraken over prijzen en volumes in het B-segment en over volumes in het A-segment. Het blijkt dat de prijsafspraken in het B-segment steeds later worden afgerond. Eind december was ca 90% van de zorg gecontracteerd. In de afgelopen jaren was dit steeds iets meer, waarbij aan het eind van het jaar bijna alle zorg door verzekeraars gecontracteerd was. De lagere contracteergaad wordt mede veroorzaakt door de complexiteit van de systematiek. In de afgelopen periode hebben verschillende uitbreidingen van het B-segment plaatsgevonden. Bij uitbreiding van het B-segment moet het A-segment worden geschoond. Ook de jaarlijkse wijzigingen in de productstructuur leiden er toe dat de complexiteit van de onderhandelingen is toegenomen.

Daarnaast heeft de NZa onderzoek gedaan naar marktconcentratie. Hiervoor gebruikt de NZa een nieuwe methode. Aan de hand van deze methode kijkt de NZa naar de mate waarin patiënten uit de regio naar andere (concurrerende) ziekenhuizen gaan. Uit de cijfers blijkt dat er een aantal ziekenhuizen zijn, waar relatief weinig patiënten naar andere ziekenhuizen gaan. Dit betreft ziekenhuizen waar relatief weinig ziekenhuizen in de omgeving zijn en patiënten dus relatief ver moeten reizen naar het eerste alternatief.

De financiële situatie van de ziekenhuizen is iets verbeterd ten opzichte van 2008. Zowel de gemiddelde rentabiliteit als de gemiddelde solvabiliteit is in 2009 toegenomen. Opvallend is dat de spreiding in de rentabiliteit afneemt en in de solvabiliteit toeneemt. De afname van de spreiding in de rentabiliteit betekent dat er minder uitschieters naar beneden en naar boven zijn. De toename in de spreiding van de solvabiliteit zit met name aan een toename van de maximum solvabiliteit.

### *Betaalbaarheid*

In de afgelopen jaren was de totale omzetgroei voor de medisch specialistische zorg (exclusief honoraria vrijgevestigde medisch specialisten) stabiel op ongeveer 7%. Het is niet mogelijk om deze omzetgroei exact uit te splitsen in een volume-effect en een prijseffect. Dit wordt veroorzaakt door de uitbreidingen van het B-segment, de schoning als gevolg van de uitbreiding van het B-segment en de wijzigingen die hebben plaatsgevonden in de productstructuur.

De NZa heeft wel onderzoek gedaan naar de volume-effecten. Opvallend daarin is dat de daling van het A-segment in 2008-2009 slechts gedeeltelijk verklaard kan worden door de overheveling van productie naar het B-segment. Op grond van de uitbreiding van het B-segment van ca 20% naar 31% zou een grotere daling in het A-segment verwacht worden. Tegelijkertijd met de overheveling van zorg naar het B-segment moet er dus sprake zijn van een sterke volume groei in het A-segment en/of een beperkte schoning.

In de universitaire centra is de omvang van het B-segment kleiner dan in de algemene ziekenhuizen. Hierdoor valt ook de schoning voor de UMC's lager uit. Opvallend is wel dat de omzettoename in de UMC's in de periode 2006-2007 en 2007-2008 aanmerkelijk hoger was dan in de algemene ziekenhuizen. In 2008-2009 is deze echter aanmerkelijk lager. Dit is een trendbreuk met het verleden.

In 2010 heeft de NZa nog geen B-segment prijsontwikkelingen gepubliceerd om te voorkomen dat lopende onderhandelingen hierdoor beïnvloed zouden kunnen worden. De NZa gaat er van uit dat er in 2011 niet meer onderhandeld wordt over de contracten 2010. Om die reden is de prijsontwikkeling 2010 in deze marktscan opgenomen. Alle drie B-segment tranches laten landelijk gezien een reële prijsdaling zien van ongeveer 3%. In het algemeen geldt dat de ZBC's de laagste en de UMC's gemiddeld genomen de hoogste prijsniveaus hebben.

In het A-segment gelden de landelijke DBC-tarieven als maximumtarieven voor ZBC's. Dit betekent dat zij een lager tarief kunnen hanteren dan de ziekenhuizen. Over het algemeen geldt dat de ZBC's ongeveer 15% lagere prijzen in rekening brengen dan het geldende maximumtarief. Klinische DBC's hadden in 2005 en 2006 een nog lager prijsniveau. Deze DBC's hadden een klein aandeel in de totale DBC-productie van de ZBC's. Vanaf 2007 neemt het aandeel van klinische DBC's wel toe en stijgt ook het prijsniveau naar ongeveer 85% van de landelijke DBC tarieven.

Het totaal aan honorarium van medisch specialisten is de afgelopen jaren sterk gegroeid. Door een aantal systeemwijzigingen is het lastig om jaar op jaar vergelijkingen te maken. De NZa heeft in een uitgebreid onderzoek de honorarium data voor de jaren 2007-2008 gecorrigeerd voor de wijzigingen van de afgelopen jaren. Hieruit blijkt dat meer dan de helft van de groei tussen 2007-2008 verklaard wordt door groei bij de ondersteunende specialismen, terwijl deze in 2007 maar een derde van het totale honorarium ontvingen.

### *Toegankelijkheid*

Door een wijziging in de definities heeft er in de afgelopen jaren een trendbreuk opgetreden. Deze trendbreuk maakt het onderzoeken van de oorzaken van wijzigingen erg lastig. Opvallend is dat de wachttijden in de afgelopen jaren over de hele linie is afgenomen. De gemiddelde wachttijd in 2010 (volgens nieuwe definitie) is aanmerkelijk lager dan in 2006 (volgens de oude definitie). Tegelijkertijd valt op dat de gemiddelde wachttijd in 2010 voor polikliniek en behandeling juist is

toegenomen ten opzichte van 2009. De NZa heeft niet onderzocht waardoor dit veroorzaakt wordt.

Daarnaast valt op dat voor een specifieke groep van specialismen en behandelingen de door veldpartijen zelf vastgestelde (treek) norm in alle jaren niet gehaald wordt. Ook voor deze groep is sprake van een daling in de gemiddelde wachttijd, maar nog onvoldoende om onder de treeknorm te komen.

#### *Kwaliteit*

In 2010 is door ZiZo een tweede tranche met kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. In vergelijking met 2009 zijn er 52 structuurindicatoren, 19 procesindicatoren en 10 uitkomstindicatoren bij gekomen. Ook hebben meer ziekenhuizen en ZBC's in 2010 de indicatoren uit de eerste tranche aangeleverd.

Daarnaast vinden er in 2010 een aantal initiatieven plaats op het gebied van kwaliteitsbeleid van zorgverzekeraars. De omvang hiervan is voornamelijk beperkt.





## 1. Marktstructuur

### 1.1 Aantal zorgaanbieders

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

**Tabel 1. Aantal zorgaanbieders 2005-2010**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Algemene ziekenhuizen	89	88	87	87	85	84
Categorale ziekenhuizen	2	2	2	2	2	2
UMCs	8	8	8	8	8	8
Totaal aantal ziekenhuizen	99	98	97	97	95	94
ZBCs actief in B-segment	37	57	68	89	129	184

Bron: NZa

Vanaf 29 mei 2010 zijn alle privéklinieken, (particuliere verpleeghuizen en particuliere verzorgingshuizen) verplicht zich in te schrijven in het zorgregister. Het zorgregister wordt beheerd door het CIBG in opdracht van het ministerie van VWS. Het gaat om instellingen en klinieken die geen toelating hebben volgens de Wet toelating zorginstellingen. De privéklinieken en particuliere zorginstellingen die bij het ministerie van VWS bekend zijn hebben inmiddels een brief ontvangen over de nieuwe registratie. Alle gegevens in het zorgregister zijn openbaar. Vanaf september 2010 is het voor iedereen mogelijk gegevens uit het register op te vragen. Deze verplichte registratie ondersteunt de toezichtstaak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), geeft de NZa in de toekomst een verbeterd inzicht in de onverzekerde zorg die wordt geleverd en is het voor de zorgconsument beter mogelijk te zoeken naar een privékliniek;

Op basis van de contractprijzen, die zorgverzekeraars bij de NZa moeten aanleveren, heeft de NZa het aantal actieve ZBC's in het B-segment bepaald. Het aantal ZBC's in 2010 is gebaseerd op de contractprijzen die tot en met oktober zijn aangeleverd.

In 2010 is, door fusie van Ziekenhuis Walcheren en de Oosterscheldeziekenhuizen, het aantal ziekenhuizen, dat als eigen entiteit functioneert, afgenomen.

## 1.2 Concernindeling zorgverzekeraars 2010

De afgelopen jaren zijn zorgverzekeraars meer gezamenlijk zorg in het B-segment gaan inkopen. In totaal zijn er vijf partijen die zorg inkopen voor medisch specialistische zorg. In 2010 is hier geen verandering in opgetreden.

**Tabel 2. Concernindeling zorgverzekeraars 2010**

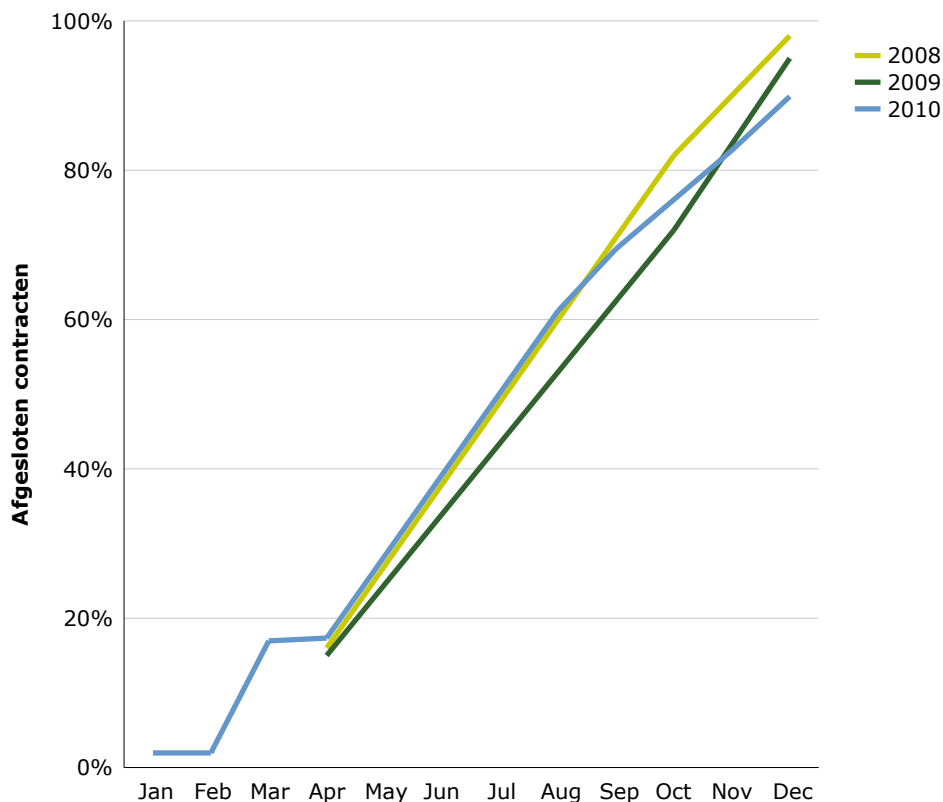
2010	
Multizorg VRZ (inkoopcombinatie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Friesland</li> <li>- DSW Zorgverzekeraar</li> <li>- ASR Verzekeringen</li> <li>- Salland verzekeringen</li> <li>- Zorg &amp; Zekerheid</li> <li>- ONVZ Zorgverzekeraar</li> </ul>
UVIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cares Gouda</li> <li>- IZZ</li> <li>- IZA</li> <li>- Trias</li> <li>- UMC</li> <li>- Univé Zorg</li> <li>- VGZ</li> </ul>
Menzis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AnderZorg</li> <li>- Menzis</li> <li>- Azivo</li> </ul>
Achmea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avéro</li> <li>- Interpolis</li> <li>- OZF</li> <li>- Zilveren Kruis</li> <li>- Agis</li> <li>- FBTO</li> </ul>
CZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delta Lloyd</li> <li>- OHRA Ziektekostenverzekeringen</li> <li>- OHRA Zorgverzekeringen</li> <li>- OWM CZ</li> </ul>

Bron: NZa, aanlevering contractprijzen

### 1.3 Contracteergraad

Om inzicht te krijgen in de snelheid van het maken van contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn de B-segment contractprijzen opgevraagd. Tot 2009 gebeurde dit door een eenmalige aanlevering van de gemaakte contractafspraken op het moment dat alle contractafspraken gemaakt werden. Vanaf 2010 wordt deze informatie maandelijks aangeleverd met de contractafspraken die op dat moment zijn gemaakt. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn niet verplicht om contractafspraken te maken. Het alternatief is om rechtstreeks bij de patiënt passantentarieven in rekening te brengen.

**Figuur 1. Ontwikkeling percentage afgesloten contracten**



Bron: NZa op basis van DIS data en jaarrekeningen algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 1 laat het percentage afgesloten contracten van ziekenhuizen (gewogen naar de omzet van het ziekenhuis) zien. Zo valt te zien dat bijvoorbeeld per juli de percentages afgesloten contracten ongeveer 50%, 45% en 50% was in respectievelijk 2008, 2009 en 2010.

Een van de dingen die opvalt is dat in 2008 en 2009 vrijwel de gehele markt uiteindelijk toch gecontracteerd is. Eind december 2010 was ongeveer 90% van de markt gecontracteerd. Dit percentage blijft achter bij de stand in 2008 en 2009. Er zijn drie mogelijke verklaringen voor het achterblijven in vergelijking met vorige jaren. Er kunnen nog onderhandelingen lopen over 2010, contracten zijn wel afgesloten maar nog niet verwerkt door verzekeraars (en dus nog niet aangeleverd aan de NZa) of een groter deel van de zorg wordt niet meer gecontracteerd.

Vooraf was de verwachting dat in 2010 de onderhandelingen sneller afgerond zouden zijn omdat er, in tegenstelling tot voorgaande jaren, geen uitbreiding van het B-segment of andere grote beleidswijzigingen waren.

Een mogelijke oorzaak van de vertraging in de onderhandelingen 2010 is de discussie over de korting van de honoraria. In april 2010 werd duidelijk dat de overschrijding in 2008 hoger uitviel dan verwacht. Begin mei werd ook de manier van korten bekend (gedifferentieerd in plaats van generiek).

In de tweede helft van 2010 zijn de onderhandelingen verder achter geraakt bij het verloop van 2008 en 2009.

Eind november waren er zeven ziekenhuizen die nog geen enkel contract over het B-segment hebben afgesloten. Ook tussen verzekeraars verschilt de mate van contracteren sterk. Eind december zijn er nog twee ziekenhuizen zonder contract en drie ziekenhuizen met maar één contract. De mate van contracteren blijft verschillen tussen verzekeraars.

## 1.4 Marktconcentratie

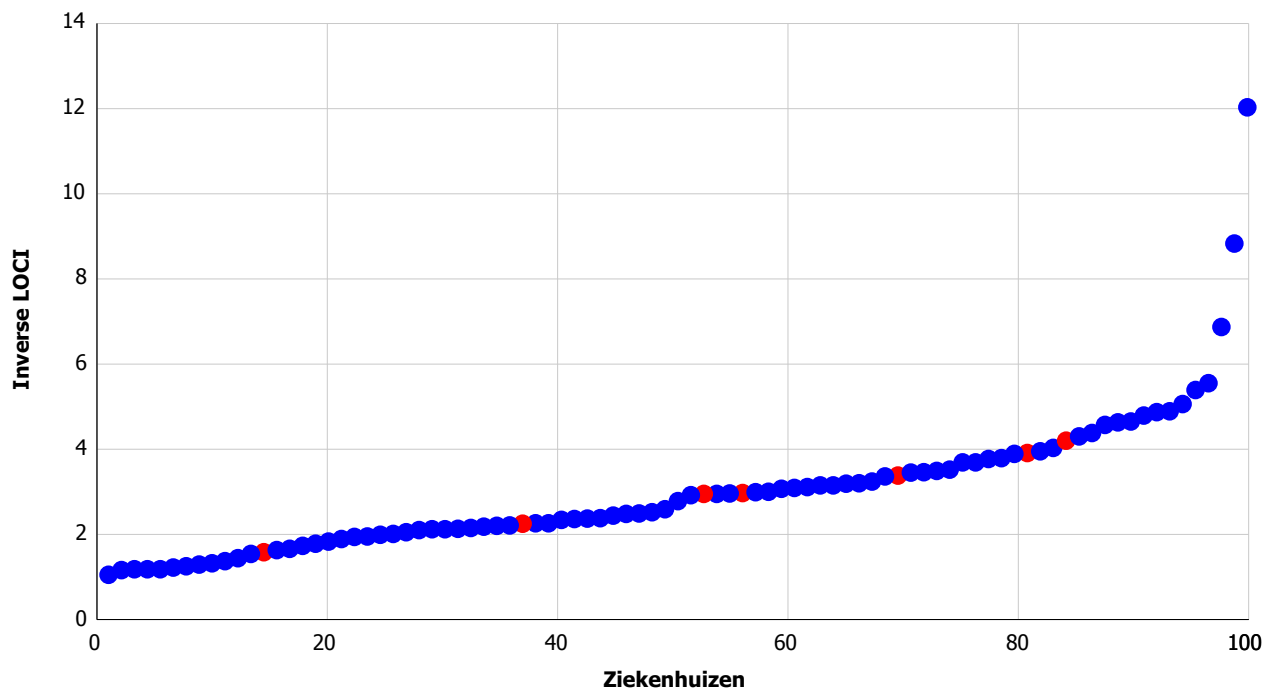
In eerdere marktscans heeft de NZa de Herfindahl-Hirschman Index (HHI) als concentratie index gebruikt. De HHI was gebaseerd op geografische markten die aan de hand van de Elzinga-Hogarty (EH)-methode waren gedefinieerd. Uit de economische literatuur is bekend dat er enige kantekeningen zijn te plaatsen bij de robuustheid van de EH-methode voor de medisch-specialistische zorg. Daarom gebruikt de NZa in deze marktscan een alternatieve –en eenvoudiger te berekenen– concentratie index die recent is ontwikkeld: de LOgit Competition Index (hierna: LOCI). Zie onder meer “Halbersma, Kerstholt en Mikkers “Marktabakening en marktmacht in de zorgsector” (Markt & Mededinging, april 2009)” voor een vergelijking van beide methodes.

In deze marktscan gebruiken we niet de LOCI zelf maar de inverse LOCI (invLOCI). Kort gezegd komt de invLOCI overeen met het gewogen gemiddelde percentage van de patiënten uit de regio waarin het ziekenhuis actief is dat naar een ander ziekenhuis is gegaan.

Gegeven een gelijkmatige verdeling van patiënten binnen het werkgebied van een ziekenhuis, betekent een invLOCI van 10 dat 1 op de 10 patiënten uit het werkgebied naar een ander ziekenhuis gaat. Bij een invLOCI van 2 is dit 1 op de 2 patiënten. In de grafiek zijn de resultaten gekoppeld aan de contracteergraad. De rode stippen geven de ziekenhuizen weer die nog geen enkel contract hadden afgesloten over het B-segment in 2010 op 1 november 2010.

Zowel de HHI uit de vorige monitors als de LOCI uit de huidige monitor zijn gebaseerd op de concentratiegraad van de feitelijke keuzes van patiënten. Net zoals de HHI op basis van de EH-methode, kan de LOCI eveneens voor mededingingstoezicht worden gebruikt. Omdat bij mededingingszaken ook de potentiële concurrentie moet worden meegegewogen, kunnen de analyses van de LOCI (en die in het verleden over de HHI) niet zonder meer als indicaties van marktmacht worden geïnterpreteerd. Wel geven ze een eerste indruk van de hoeveelheid alternatieven die patiënten hebben in hun regio.

**Figuur 2. Marktconcentratie**



Bron: NZa op basis van DIS data

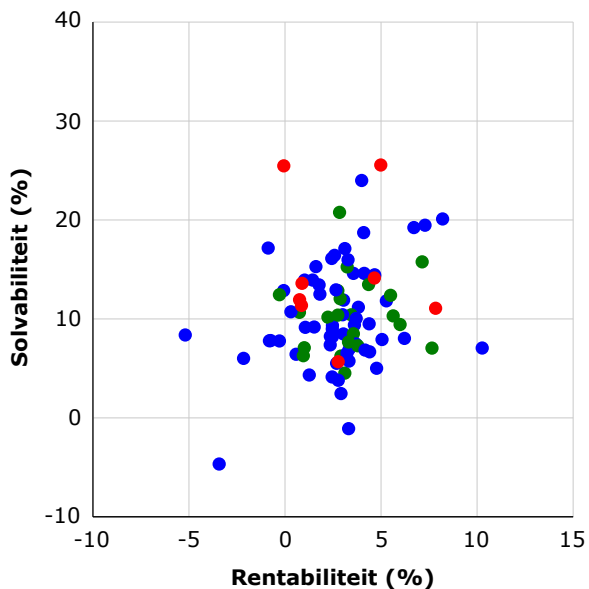
Figuur 2 laat per ziekenhuis de LOCI-score zien, oplopend gesorteerd. 90% van de ziekenhuizen heeft een LOCI-score van 5 of lager. Verder is te zien dat er een aantal uitschieters zijn. Deze ziekenhuizen bevinden zich in gebieden met relatief weinig ziekenhuizen, waardoor een groot deel van de patiënten uit de omgeving van het ziekenhuis ook daadwerkelijk naar dit ziekenhuis gaan en niet naar een ander ziekenhuis.

Tot slot lijkt er geen relatie te zijn tussen de mate van contracteren en de LOCI-score.

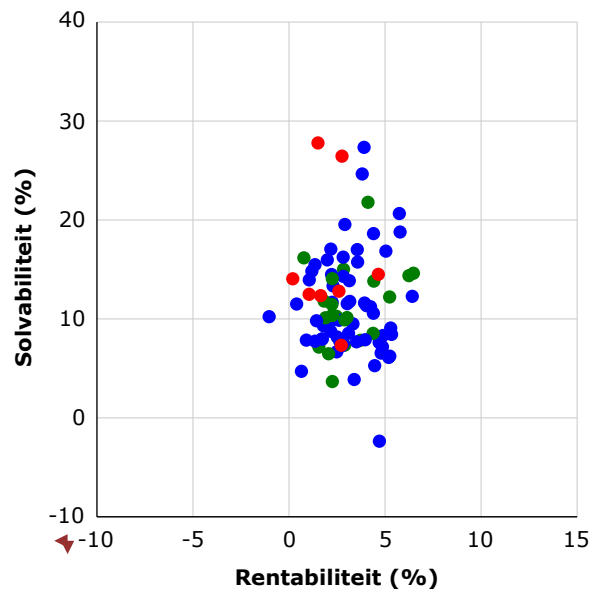
## 1.5 Rentabiliteit en solvabiliteit

De rentabiliteit en solvabiliteit van een ziekenhuis geven tezamen een beeld van de financiële gezondheid van een ziekenhuis. De rentabiliteit geeft een beeld van de winstgevendheid van een ziekenhuis. De solvabiliteit zegt iets over de mate waarin ziekenhuizen in de toekomst aan hun schulden kunnen voldoen. Een goede financiële gezondheid is essentieel indien garanties voor ziekenhuizen verder worden afgebouwd. Een derde indicator die van belang is voor de financiële gezondheid is de liquiditeit. Deze indicator is vooralsnog niet onderzocht. De liquiditeit is echter wel een belangrijk criterium voor de beoordeling van de financiële positie.

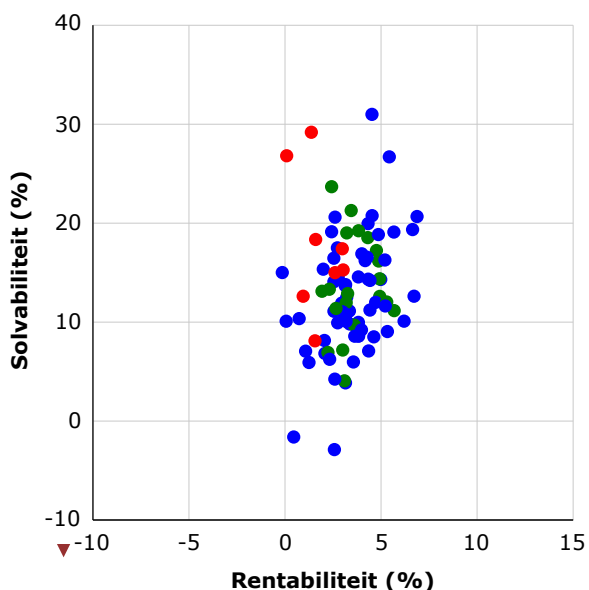
**Figuur 3. Rentabiliteit en solvabiliteit 2007**



**2008**



**2009**



Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In figuur 3 zijn de rentabiliteit en solvabiliteit van de algemene ziekenhuizen (blauw), de STZ-ziekenhuizen (groen) en UMC's (rood) tegen elkaar uitgezet voor de jaren 2007 tot en met 2009. Rentabiliteit is gedefinieerd als het bedrijfsresultaat gedeeld door het balanstotaal. Solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal.

De spreiding van de rentabiliteit is afgenomen tussen 2007 en 2008. De spreiding in de solvabiliteit neemt juist toe in 2009.

**Tabel 3. Gemiddelde rentabiliteit en solvabiliteit, per type zorgaanbieder (%)**

	Rentabiliteit			Solvabiliteit		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Algemene ziekenhuizen (excl STZ)	3,0	2,8	3,5	9,9	10,3	11,4
STZ	3,4	3,2	3,6	10,0	11,0	12,8
UMC	2,7	2,2	1,7	15,3	16,5	17,8
Totaal	3,0	2,7	3,1	11,5	12,3	13,6

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 3 laat de gemiddelde rentabiliteit en solvabiliteit zien voor de verschillende ziekenhuizen en voor het totaal. Voor alle ziekenhuizen als geheel is de rentabiliteit licht gedaald tussen 2007 en 2008. In 2009 is de rentabiliteit weer gestegen naar het niveau van 2007. De solvabiliteit is, net als in 2008, ook in 2009 gemiddeld licht gestegen.

De UMC's hebben structureel een lagere rentabiliteit in vergelijking met de algemene en STZ-ziekenhuizen. Daar komt bij dat, in tegenstelling tot de algemene en STZ-ziekenhuizen, de UMC's de gemiddelde rentabiliteit in 2009 verder zien dalen.

Voor alle type ziekenhuizen neemt de solvabiliteit jaarlijks toe. De UMC's hebben gemiddeld genomen de hoogste solvabiliteit.

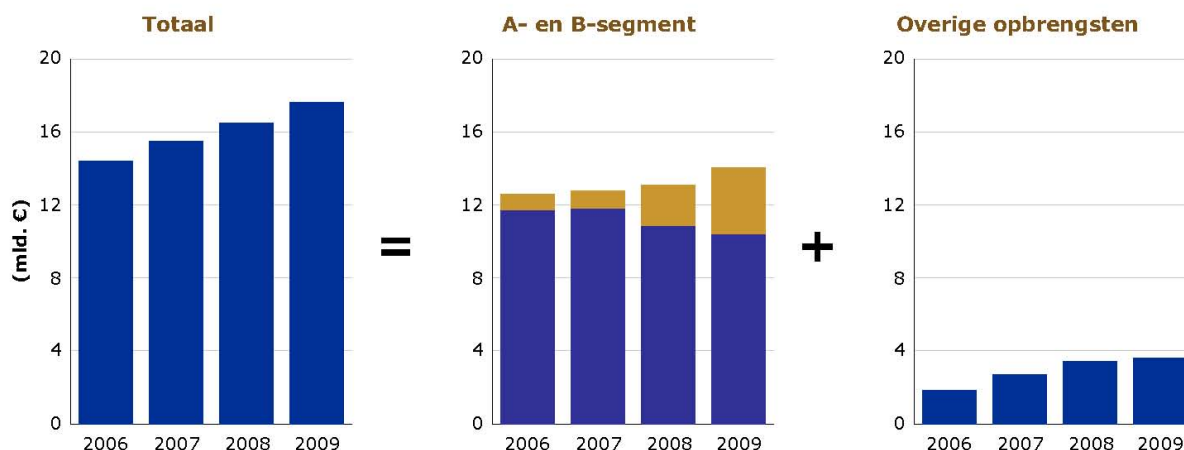
## 2. Betaalbaarheid

### 2.1 Omzetontwikkeling

De omzetontwikkeling is van belang voor het vaststellen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ), vooral omdat uiteindelijk de consument van zorg hiervoor de rekening krijgt. Voor deze analyses zijn gegevens gebruikt uit de jaarrekeningen van de ziekenhuizen. De omzet in de ziekenhuizen valt uit te splitsen in een A-segment (gereguleerd door middel van budgetten), een B-segment (met vast omschreven prestaties en vrij onderhandelbare tarieven) en overige opbrengsten (deze vallen formeel niet onder de zorgkosten). De honoraria van medisch specialisten worden buiten beschouwing gelaten. Hiervoor is een aparte analyse opgenomen. De loonkosten van medisch specialisten in loondienst zijn wel opgenomen. De overige opbrengsten zijn meegenomen, omdat in de onderzochte periode de academische component en het opleidingsfonds zijn overgeheveld naar het segment overige opbrengsten. In de analyses is aangegeven waar en voor welke jaren de academische component en het opleidingsfonds meegenomen zijn bij de overige opbrengsten.

In de periode 2006-2009 is het B-segment tweemaal uitgebreid: in 2008 met circa 9% en in 2009 met circa 10%. Dit betekent dat er een overheveling heeft plaatsgevonden van het A-segment naar het B-segment. Het A-segment is verkleind en het B-segment is vergroot. De methodiek voor het schonen van het A-segment is verschillend tussen de twee jaren. In 2008 heeft de NZa de schoningsprijzen en schoningsvolumes vastgesteld. In 2009 was er sprake van onderhandelingsvrijheid voor de aanbieders en verzekeraars. De afzonderlijke uitbreidingen zijn vanuit de beschikbare gegevens niet goed uit elkaar te trekken, waardoor met name een vergelijking van de totale kosten van het A- en B-segment wordt gemaakt. Het ministerie van VWS heeft een budgetkorting opgelegd aan de zorgaanbieders in verband met een overschrijding op het BKZ in 2009. Deze is niet meegenomen in de berekeningen.

**Figuur 4. Omzetontwikkeling**



Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 4 toont de omzetontwikkeling van de algemene ziekenhuizen en de UMCs samen. De omzet is onderverdeeld in A-segment (budget), B-segment en overige opbrengsten. Deze figuur is exclusief de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten. Het betreft dus uitsluitend het ziekenhuis deel van de opbrengsten. De honoraria van de medisch specialisten komen later in deze marktscan nog aan bod.

**Tabel 4. Omzetontwikkeling (mld. €)**

	A-segment	B-segment	A-segment + B-segment	Overige opbrengsten	Totaal
2006	11,71	0,88	12,59	1,84	14,43
2007	11,85	0,94	12,78	2,72	15,50
2008	10,86	2,25	13,11	3,41	16,52
2009	10,42	3,61	14,03	3,60	17,63

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

**Tabel 5. Omzetontwikkeling (gecorrigeerd, mld. €)**

	A-segment	B-segment	A-segment + B-segment	Overige opbrengsten	Totaal
2006	10,54	0,88	11,42	3,01	14,43
2007	11,29	0,94	12,23	3,28	15,50
2008	10,86	2,25	13,11	3,41	16,52
2009	10,42	3,61	14,03	3,60	17,63

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

**Tabel 6. Omzetontwikkeling (%)**

	A-segment	B-segment	A+B - segment	Overige opbrengsten	Totaal
2006-2007	7,1	6,8	7,1	8,9	7,5
2007-2008	-3,8	140,1	7,2	4,0	6,5
2008-2009	-4,1	60,6	7,0	5,6	6,7

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 4 toont opnieuw de omzetontwikkeling. In tabel 5 zijn het opleidingsfonds en de academische component in 2006 in de overige opbrengsten opgenomen. Door deze correctie kan groei over de loop van de jaren beter vergeleken worden. Deze groeicijfers zijn in de tabel 6 opgenomen.

In 2008 en 2009 is een grote groei zichtbaar in het B-segment en een daling van het A-segment. De toename van het B-segment kan door drie factoren verklaard worden. Ten eerste is het B-segment in zowel 2008 als in 2009 uitgebreid, met respectievelijk ongeveer 10 en 11%. Daarnaast zijn ook de kapitaallasten die samenhangen met het B-segment in 2008 uit de budgetten geschoond en overgeheveld naar het B-segment. Tot slot is er sprake van autonome groei in het B-segment. Voor het A-segment is in 2008 en 2009 een daling zichtbaar, -3,8% en -4,1% respectievelijk. Voor de som van het A+B-segment ligt de groei de afgelopen jaren rond de 7%.

**Tabel 7. Indexen A-segment (%)**

	2006	2007	2008	2009
Loon	0,84	2,42	4,07	3,68
Materiaal	2,47	1,51	2,68	0,87
Kapitaal	3,26	5,56	5,05	2,57

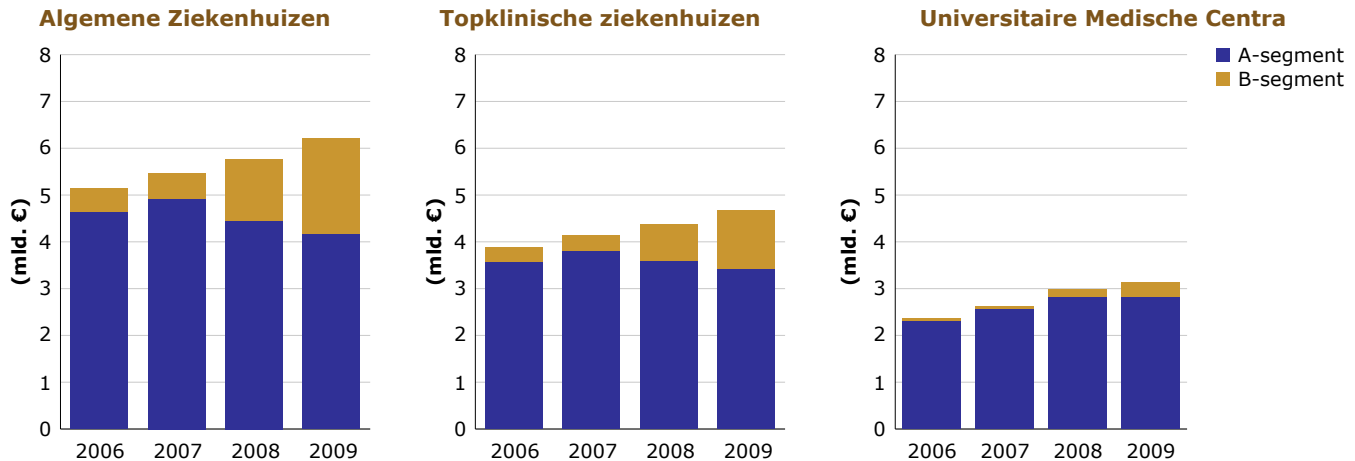
Bron: NZa

De omzetontwikkeling voor het A-segment is inclusief de jaarlijkse indexering voor loon, materiaal en kapitaal. Tabel 7 bevat deze indexen voor de periode 2006-2009. De omzetontwikkeling in het A-segment bevat in de laatste jaren een prijseffect van ongeveer 3%. In de vorige marktscan zijn de prijsontwikkelingen van het B-segment voor de jaren 2006-2009 reeds gepubliceerd. Uit die marktscan blijkt dat de (nominale) prijsontwikkeling van het B-segment de laatste jaren ongeveer 2% is.

De overige opbrengsten bestaan uit de som van niet gebudgetteerde zorgprestaties en overige bedrijfsopbrengsten. In de periode 2006-2007 is de groei van de overige opbrengsten groter dan in de periode 2007-2008 en 2008-2009. Ook is de groei van de overige opbrengsten in 2006-2007 groter dan de groei van A+B-segment samen. Door deze hogere groei is de toename van de totale opbrengsten voor de periode 2006-2007 een procentpunt hoger dan in de latere jaren.

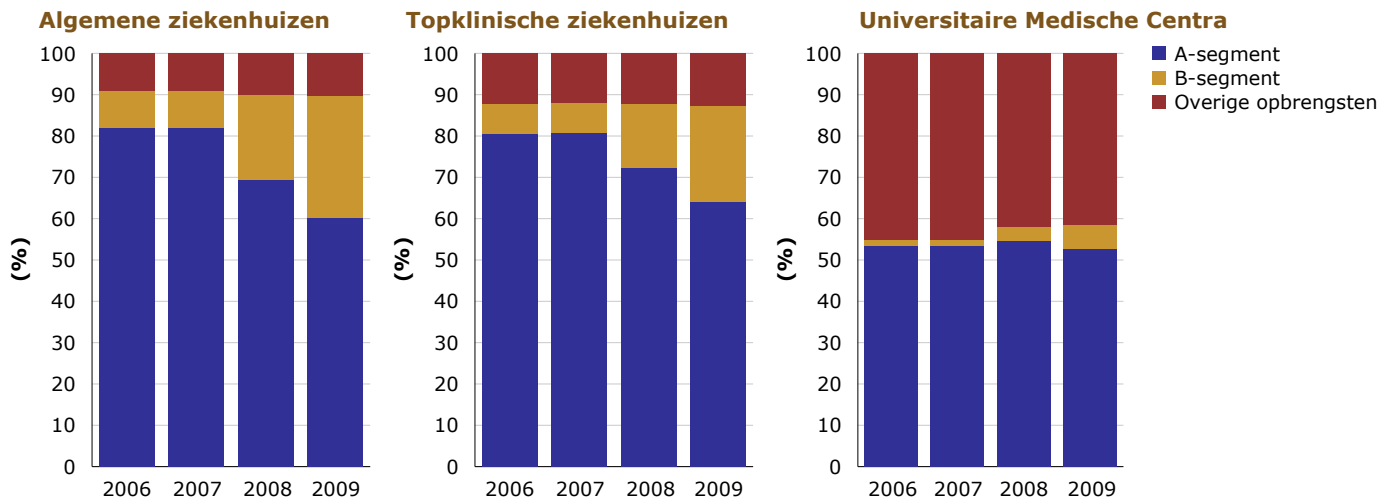


**Figuur 5. Omzetontwikkeling A+B-segment**



Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

**Figuur 6. Segmentatie omzet**



Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In figuren 5 en 6 is een onderscheid gemaakt tussen algemene ziekenhuizen (excl. topklinische ziekenhuizen), topklinische ziekenhuizen en UMC's. In figuur 4 is per soort ziekenhuis de omzetontwikkeling van het A-segment (budget) en het B-segment samen te zien. In figuur 5 zijn het opleidingsfonds en de academische component vanuit het A-segment overgeheveld naar de overige opbrengsten. In figuur 6 is de verhouding van A-segment, B-segment en overige opbrengsten inzichtelijk gemaakt.

Bij de algemene ziekenhuizen is het B-segment relatief het grootst, bij de UMC's speelt het B-segment maar een beperkte rol in de totale omzet.

Een ander verschil is het aandeel van de overige opbrengsten, met name het grote aandeel voor de UMC's. Verklaring hiervoor is dat in 2006 en 2007 respectievelijk het opleidingsfonds en de academische component uit het A-segment zijn verwijderd en bij de overige opbrengsten zijn ondergebracht. De academische component en het opleidingsfonds zijn samen goed voor ongeveer 40% van de overige opbrengsten bij de UMC's. Voor de vergelijkbaarheid over de jaren heen is in figuur 6 al meteen gecorrigeerd voor de overheveling van het opleidingsfonds en de academische component. In deze figuur zitten beide vanaf 2006 in de overige opbrengsten.

Een andere verklaring voor de verschillen in de relatieve omvang van de overige opbrengsten zit in het feit dat bij de UMC's ook de gelden voor 'Rijksbijdrage' en de 'Werkplaatsfunctie' in de overige opbrengsten zijn opgenomen. De andere typen ziekenhuizen hebben deze posten niet.

Tot slot valt op dat de ontwikkeling van het belang van de overige opbrengsten verschilt tussen de verschillende typen ziekenhuizen. Voor de algemene en STZ-ziekenhuizen neemt het aandeel van de overige opbrengsten licht toe, terwijl voor de UMC's het aandeel van de overige opbrengsten in de totale omzet afneemt.

**Tabel 8. Omzetontwikkeling A+B segment (mld. €)**

	Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	Topklinische ziekenhuizen	Universitair Medische Centra
2006	5,15	3,89	2,38
2007	5,46	4,13	2,64
2008	5,75	4,38	2,98
2009	6,22	4,68	3,13

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

**Tabel 9. Omzetontwikkeling A+B segment (%)**

	Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	Topklinische ziekenhuizen	Universitair Medische Centra
2006-2007	6,0	6,2	11,0
2007-2008	5,4	5,9	13,1
2008-2009	8,2	7,0	5,0

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 8 laat de omzetontwikkeling zien zoals deze ook in figuur 5 te zien is. In tabel 8 zijn het opleidingsfonds en de academische component al meteen uit met A-segment verwijderd. Door deze correctie kan de groei over de loop van de jaren beter vergeleken worden. De groei cijfers zijn in tabel 9 opgenomen.

In de jaren 2006-2007 en 2007-2008 is de groei voor A+B-segment van de UMC's een stuk hoger dan de groei van de algemene ziekenhuizen en de STZ-ziekenhuizen. In 2008-2009 ligt de groei van de UMC's onder de groei van de andere ziekenhuizen en ook onder de totale gemiddelde groei van 7,0%. Voor de algemene en STZ-ziekenhuizen ligt de groei voor A+B-segment in 2008-2009 ook hoger dan in de jaren ervoor.

## 2.3 Volume ontwikkeling A-segment

De omzetontwikkeling in de ziekenhuizen is uit te splitsen in een prijsontwikkeling en een volumeontwikkeling. De volumeontwikkeling is voor het A-segment bepaald op basis van de productieparameters in het budget (verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken, dagverpleging en opnamen). De volumeontwikkeling in het A-segment wordt mede bepaald door de overheveling van het A-segment naar het B-segment in 2008 en 2009. Voor het B-segment moet de volumeontwikkeling in kaart worden gebracht door de volumeontwikkeling in DBC's. De volumeontwikkeling voor het A-segment is ook in één parameter uitgedrukt. Deze parameter geeft de financiële waarde van de productieparameters weer tegen de door de NZa vastgestelde parameterwaardes van de productieparameters in 2006. Voor het B-segment is het voorsnog niet mogelijk om tot een goede inschatting te komen van de volumeontwikkelingen. Hiervoor zijn een aantal redenen:

- de DBC-systematiek jaarlijks wordt aangepast;
- het B-segment in 2008 en 2009 is uitgebreid;
- de DBC-informatie voorsnog niet volledig is, doordat aanlevering niet volledig is, maar ook doordat een DBC maximaal een jaar open kan staan en zodoende nog geen volledig beeld is verkregen over 2009.

**Tabel 10. Volume ontwikkeling A-segment (parameteraantallen, financiële waarde (mln. €))**

	Eerste Polikliniekbezoek	Opnamen	Dagverpleging	Verpleegdagen	Financiële waarde
2006	8.784.156	1.802.817	1.223.830	10.169.578	3.793
2007	9.120.821	1.859.183	1.328.558	10.019.764	3.923
2008	8.815.820	1.685.955	1.199.182	8.958.952	3.615
2009	8.176.387	1.509.551	1.094.513	7.832.146	3.272

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

**Tabel 11. Volume ontwikkeling A-segment (%)**

	Eerste Polikliniekbezoek	Opnamen	Dagverpleging	Verpleegdagen	Financiële waarde
2006-2007	3,8	3,1	8,6	-1,5	3,4
2007-2008	-3,3	-9,3	-9,7	-10,6	-7,9
2008-2009	-7,3	-10,5	-8,7	-12,6	-9,5

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

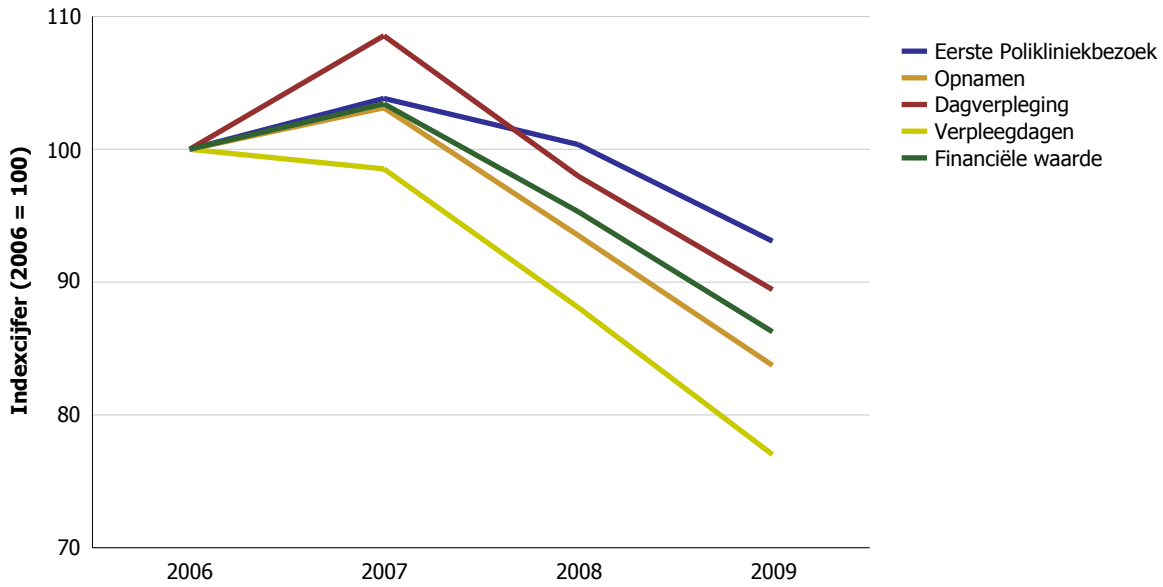
In tabel 10 zijn de aantallen eerste polikliniek bezoeken (EPB's), opnamen, dagverpleging en verpleegdagen te zien. Deze vier parameters vormen de primaire productieparameters voor ziekenhuizen. Daarnaast laat deze tabel ook de totale financiële waarde die deze parameters vertegenwoordigen zien. De financiële waarde heeft als prijspeil het jaar 2006. Op deze manier laten we de financiële waarde exclusief de jaarlijkse indexering zien.

Tabel 11 laat de ontwikkeling van de parameters en de financiële waarde zien. De verpleegdagen nemen in de periode 2006-2007 al af, terwijl de andere parameters, vooral dagverpleging, en de financiële waarde nog toenemen.

In 2008 en 2009 is het B-segment uitgebreid. Dit zien we in de tabel door een daling in alle parameters en de financiële waarde van de parameters. De daling wordt deels teniet gedaan door de groei van het resterende A-segment.

In vergelijking met de andere parameters is de daling van het aantal EPB's in 2007-2008 laag. Daarnaast zien we dat in de jaren van uitbreiding van het B-segment dat verpleegdagen sneller afnemen dan de andere parameters. Dit zou verklaard kunnen worden door een afname van de gemiddelde ligduur en substitutie van klinische behandelingen door poliklinische en dagopname behandelingen.

**Figuur 7. Volume ontwikkeling A-segment (2006 = 100)**



Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 7 laat de ontwikkeling van de parameters en de financiële waarde daarvan zien, met 2006 als basisjaar (2006 = 100). Hierin wordt nogmaals duidelijk dat vanaf 2007 de ontwikkeling voor opnamen, dagverpleging en verpleegdagen vrijwel hetzelfde is. Alleen de EPB's laten een duidelijk andere ontwikkeling zien.

## 2.4 Volume ontwikkeling A-segment per type zorgaanbieder

**Tabel 12. Volume ontwikkeling A-segment per type zorgaanbieder (parameteraantallen, financiële waarde (mln. €))**

		Eerste Polikliniekbezoek	Opnamen	Dagverpleging	Verpleegdagen	Financiële waarde
Algemene ziekenhuizen (excl STZ)	2006	4.701.902	942.074	627.483	4.974.830	1.943
	2007	4.898.677	972.098	685.942	4.896.062	2.014
	2008	4.736.921	871.942	606.888	4.341.353	1.841
	2009	4.386.474	761.666	547.154	3.691.355	1.641
Topklinische ziekenhuizen	2006	3.118.584	634.033	430.540	3.515.840	1.360
	2007	3.229.018	651.668	462.444	3.455.465	1.401
	2008	3.099.751	590.591	418.028	3.081.474	1.288
	2009	2.834.120	530.136	376.836	2.672.193	1.159
Universitaire Medische Centra	2006	963.670	226.710	165.807	1.678.908	491
	2007	993.126	235.417	180.172	1.668.237	508
	2008	979.148	223.422	174.266	1.536.125	485
	2009	955.793	217.749	170.523	1.468.598	472

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

**Tabel 13. Volume ontwikkeling A-segment per type zorgaanbieder (%)**

		Eerste Polikliniekbezoek	Opnamen	Dagverpleging	Verpleegdagen	Financiële waarde
Algemene ziekenhuizen (excl STZ)	2006-2007	4,2	3,2	9,3	-1,6	3,7
	2007-2008	-3,3	-10,3	-11,5	-11,3	-8,6
	2008-2009	-7,4	-12,6	-9,8	-15,0	-10,9
Topklinische ziekenhuizen	2006-2007	3,5	2,8	7,4	-1,7	3,0
	2007-2008	-4,0	-9,4	-9,6	-10,8	-8,0
	2008-2009	-8,6	-10,2	-9,9	-13,3	-10,0
Universitaire Medische Centra	2006-2007	3,1	3,8	8,7	-0,6	3,5
	2007-2008	-1,4	-5,1	-3,3	-7,9	-4,4
	2008-2009	-2,4	-2,5	-2,1	-4,4	-2,7

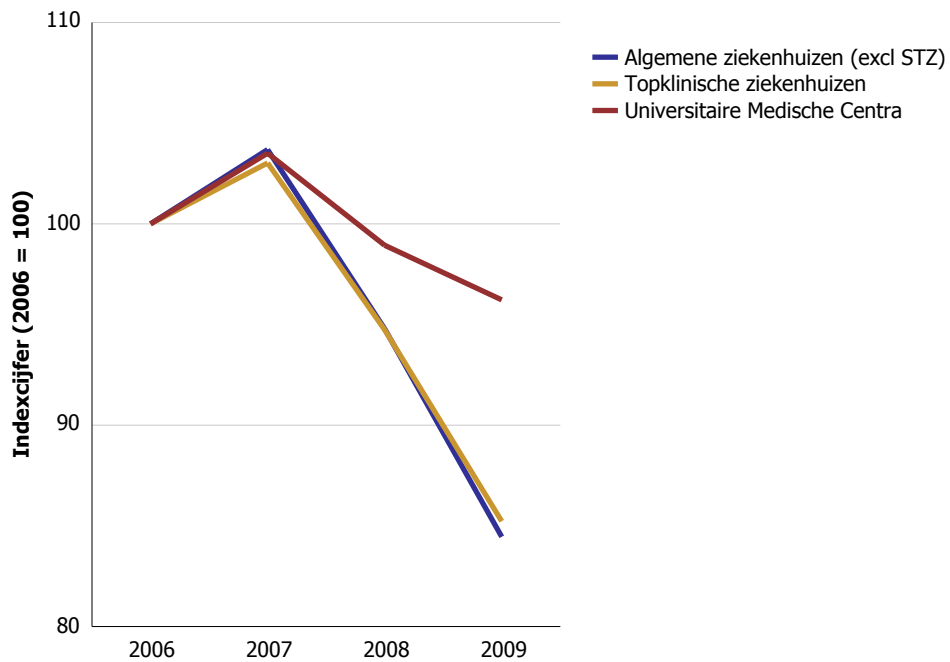
Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In tabel 12 en 13 zijn de volumes en de ontwikkelingen van de productieparameters en de financiële waarde daarvan weergegeven per zorgaanbieder type. De ontwikkeling 2006-2007 is voor alle typen zorgaanbieders redelijk vergelijkbaar. De verschillen tussen de algemene ziekenhuizen en de STZ-ziekenhuizen zijn voor alle jaren relatief klein.

Vanaf 2008, na de uitbreidingen van het B-segment in 2008 en 2009, zijn er grotere verschillen waarneembaar tussen de algemene ziekenhuizen en STZ-ziekenhuizen aan de ene kant en de UMC's aan de andere kant. Dit kan deels verklaard worden door het relatief kleine belang van het B-segment voor de UMC's.

Een ander verschil is dat voor de algemene en STZ-ziekenhuizen de daling van alle parameters, en dus de financiële waarde, in de periode 2008-2009 groter is dan in de periode 2007-2008. Terwijl bij de UMC's de daling van de parameters in 2008-2009 kleiner is dan in 2007-2008.

**Figuur 8. Ontwikkeling financiële waarde (2006 = 100)**



Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

In figuur 8 is de ontwikkeling van de financiële waarde van de productie parameters weergegeven voor de verschillende typen zorgaanbieders met als basisjaar 2006 (2006 = 100).

Trends voor de algemene ziekenhuizen en de STZ-ziekenhuizen zijn zeer vergelijkbaar. De UMCs laten een veel kleinere daling van de financiële waarde zien. Een verklaring hiervoor is wederom het relatief kleine belang van het B-segment voor de UMC's in vergelijking met de algemene en STZ-ziekenhuizen.

## 2.5 Nominale prijsontwikkeling A- en B-segment

In 2005 is het B-segment geïntroduceerd. In 2008 en 2009 is het B-segment uitgebreid. In het B-segment onderhandelen verzekeraars en zorgaanbieders over de volumes en prijzen van DBC's. Met de introductie van prestatiebekostiging en marktwerking door middel van het B-segment moet de betaalbaarheid van de zorg geborgd worden. In voorgaande marktscans is al data gepresenteerd over de jaren 2005-2009. In 2010 is, in verband met nog niet afgeronde contractonderhandelingen (zie eerder in deze marktscan), nog niets gepubliceerd over de prijsontwikkeling 2010.

**Tabel 14. Nominale prijsontwikkeling A- en B-segment (%)**

	2006	2007	2008	2009	2010
A-segment ( ongecorrigeerd voor budgetkortingen)	1,5	2,5	3,8	2,9	1,1
A-segment (gecorrigeerd voor budgetkortingen)	0,4	1,3	2,3	2,6	0,3
B-tranche 2005	0,0	2,1	1,1	1,5	-1,8
B-tranche 2008	-	-	-	1,4	-2,1
B-tranche 2009	-	-	-	-	-2,0

Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Het A-segment wordt jaarlijks (op onderdelen) geïndexeerd (zie tabel 7 Indexen A-segment voor deze indexen). Sinds 2005 zijn jaarlijks kortingen doorgevoerd in het A-segment. Deze kunnen gezien worden als een prijsverlaging in het A-segment. De eerste twee regels van tabel 14 laat de gewogen nominale prijsontwikkeling en de voor budgetkortingen gecorrigeerde prijsontwikkeling in het A-segment zien. De drie onderste regels laten de nominale prijsontwikkeling van de verschillende tranches van het B-segment zien.

Uit tabel 14 volgt dat de nominale prijzen in het B-segment voor de 2005 tranche van het B-segment in alle jaren behalve 2007 minder hard zijn gegroeid dan in het A-segment, ook indien het A-segment gecorrigeerd wordt voor de budgetkortingen. Tranche 2008 van het B-segment laat in 2009 een lagere nominale groei zien dan het voor budgetkortingen gecorrigeerde A-segment.

## 2.6 Reële prijsontwikkeling B-segment

**Tabel 15. Reële prijsontwikkeling B-segment per tranche (%)**

Prijsontwikkeling	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tranche 2005	5,5*	-1,2	0,5	-1,3	0,3	-3,1
Tranche 2008	-	-	-	1,3*	0,2	-3,4
Tranche 2009	-	-	-	-	1,0*	-3,3
Inflatie	1,7	1,2	1,6	2,5	1,2	1,3

\*In het jaar van introductie is de opslag op de schoningsprijzen weergegeven

Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

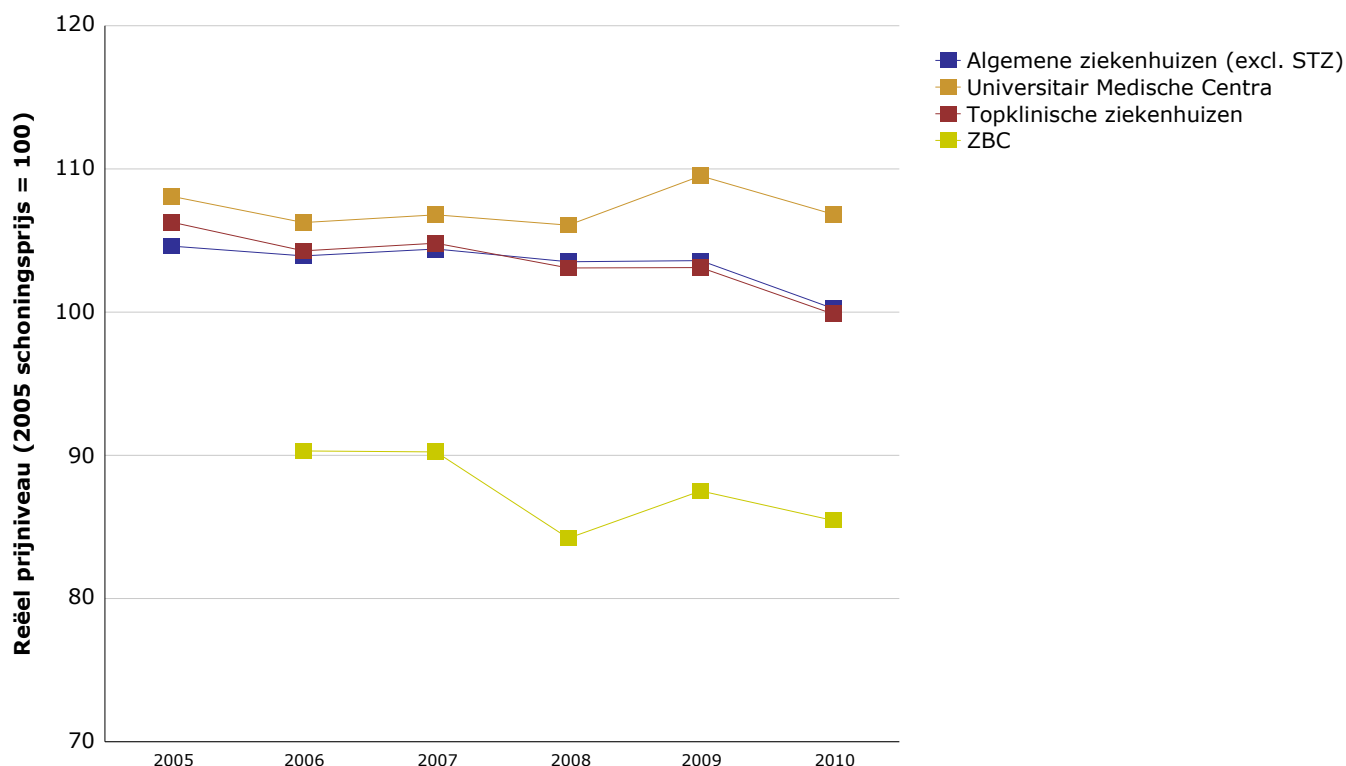
Tabel 15 laat de reële prijsontwikkeling per B-segment tranche zien. Ook zijn in deze tabel de inflatiecijfers te zien waarmee de nominale groeicijfers uit tabel 14 verlaagd zijn om tot de reële groeicijfers te komen. De reële, dus voor inflatie gecorrigeerde, prijsontwikkelingen kunnen jaar op jaar vergeleken worden. Tot slot zijn in het jaar van introductie van een tranche van het B-segment (dus 2005, 2008 en 2009) de opslagen op de schoningsprijzen te zien. In het jaar van introductie van een tranche kan niet gesproken worden van een nominale of reële ontwikkeling omdat geen vergelijking met werkelijke prijzen van het voorgaande jaar gemaakt kan worden.

De opslag op de schoningsprijzen was bij de 2005 tranche een stuk hoger dan bij de 2008 en 2009 tranche. In jaren dat er een reële ontwikkeling is voor alle tranches, dus 2009 voor tranche 2005 en 2008, en 2010 voor alle tranches, zijn de verschillen tussen de tranches klein.

In 2010 laten alle tranches van het B-segment een reële prijsdaling van ongeveer 3% zien.

## 2.7 Reëel prijsniveau contractprijzen tranche 2005

**Figuur 9. Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder tranche 2005**



Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Figuur 9 laat de reële prijsniveaus per type zorgaanbieder zien voor de periode 2005-2010 voor de 2005 tranche van het B-segment. Over het algemeen zijn de trends redelijk vergelijkbaar, met uitzondering van 2009. Daarnaast laten de ZBC's in 2008 een sterkere prijsdaling zien dan de overige zorgaanbieders. In 2009 laten zowel de UMC's and de ZBC's een prijsstijging zien, terwijl de algemene ziekenhuizen en de STZ-ziekenhuizen stabiel reëel prijsniveau laten zien tussen 2008 en 2009. In 2010 laten alle zorgaanbieders een reële prijsdaling zien van ongeveer 3%.

**Tabel 16. Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder (2005 schoningsprijs = 100)**

	2005 Tranche					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ)	104,6	103,9	104,4	103,5	103,6	100,3
Topklinische ziekenhuizen	106,3	104,3	104,8	103,1	103,1	99,9
Universitair Medische Centra	108,1	106,3	106,8	106,1	109,5	106,8
ZBC	-	90,3	90,2	84,2	87,5	85,5
Landelijk	105,3	104,0	104,3	102,9	102,8	99,4

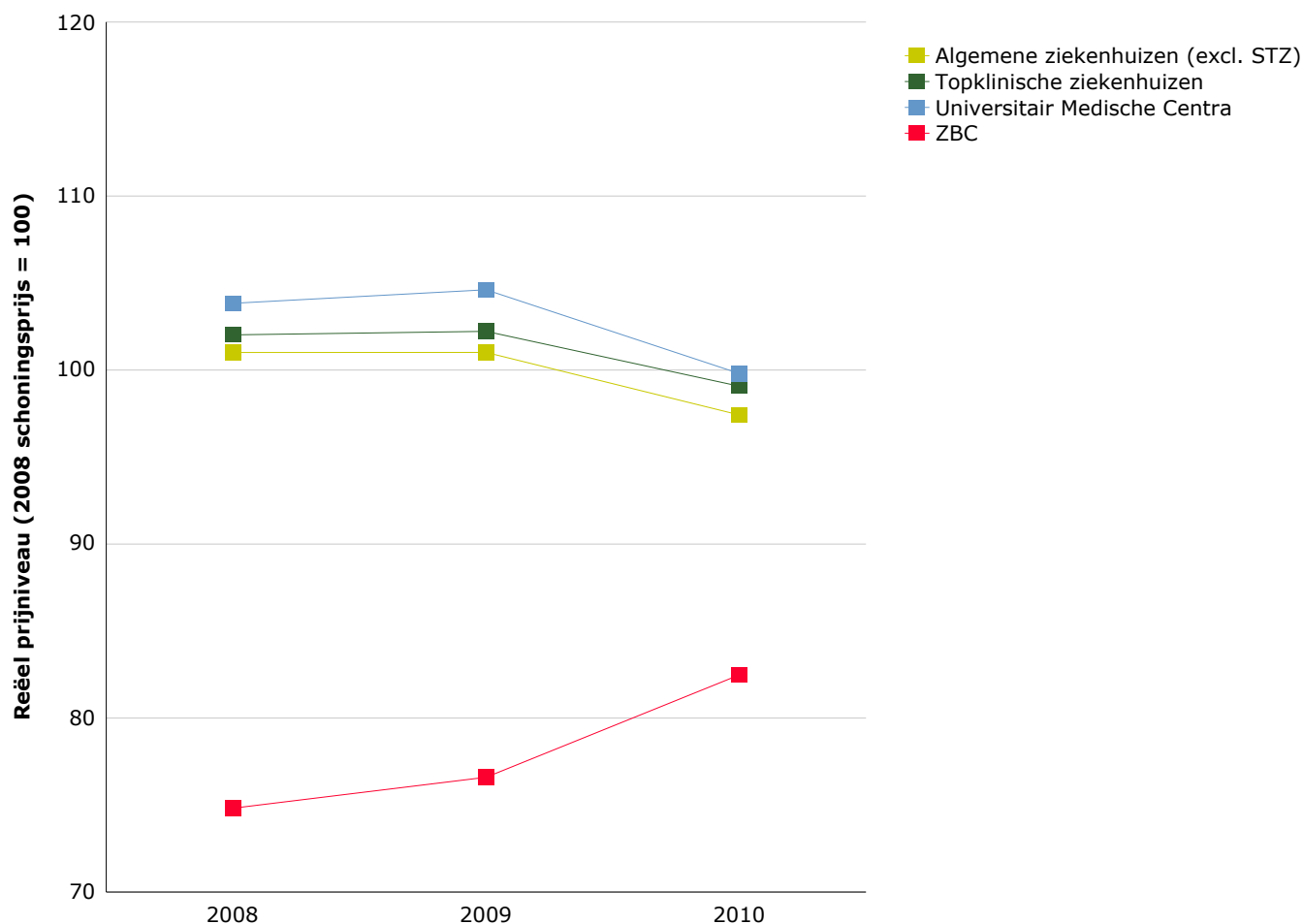
Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Tabel 16 geeft naast de prijsniveaus van de verschillende zorgaanbieders ook het landelijke prijsniveau weer. Het landelijke prijsniveau is een gewogen gemiddelde van de verschillende type zorgaanbieders. De ZBC's laten over de gehele periode een significant lager prijsniveau zien dan de overige zorgaanbieders. De UMC's zitten in de periode 2005-2008 ongeveer twee procentpunten boven het landelijke gemiddelde, vanaf 2009 is het verschil ongeveer 7 procentpunten.



## 2.8 Reëel prijsniveau contractprijzen tranche 2008

**Figuur 10. Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder tranche 2008**



Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

In figuur 10 zijn de reële prijsniveaus per type zorgaanbieder te zien voor de periode 2008-2010 voor de 2008 tranche van het B-segment. Trends van de verschillende soorten ziekenhuizen vertonen een grote mate van overeenkomst. Net als bij de 2005 tranche laten de ZBC's een lager prijsniveau zien en zitten UMC's gemiddeld genomen hoger qua prijs dan de andere ziekenhuizen. ZBC's laten, in tegenstelling tot de ziekenhuizen, een stijgend prijsniveau zien.

**Tabel 17. Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder (2008 schoningsprijs = 100)**

	2008 Tranche		
	2008	2009	2010
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ)	101,0	101,0	97,4
Universitair Medische Centra	103,8	104,6	99,8
Topklinische ziekenhuizen	102,0	102,2	99,1
ZBC	74,8	76,6	82,5
Landelijk	101,0	101,0	98,0

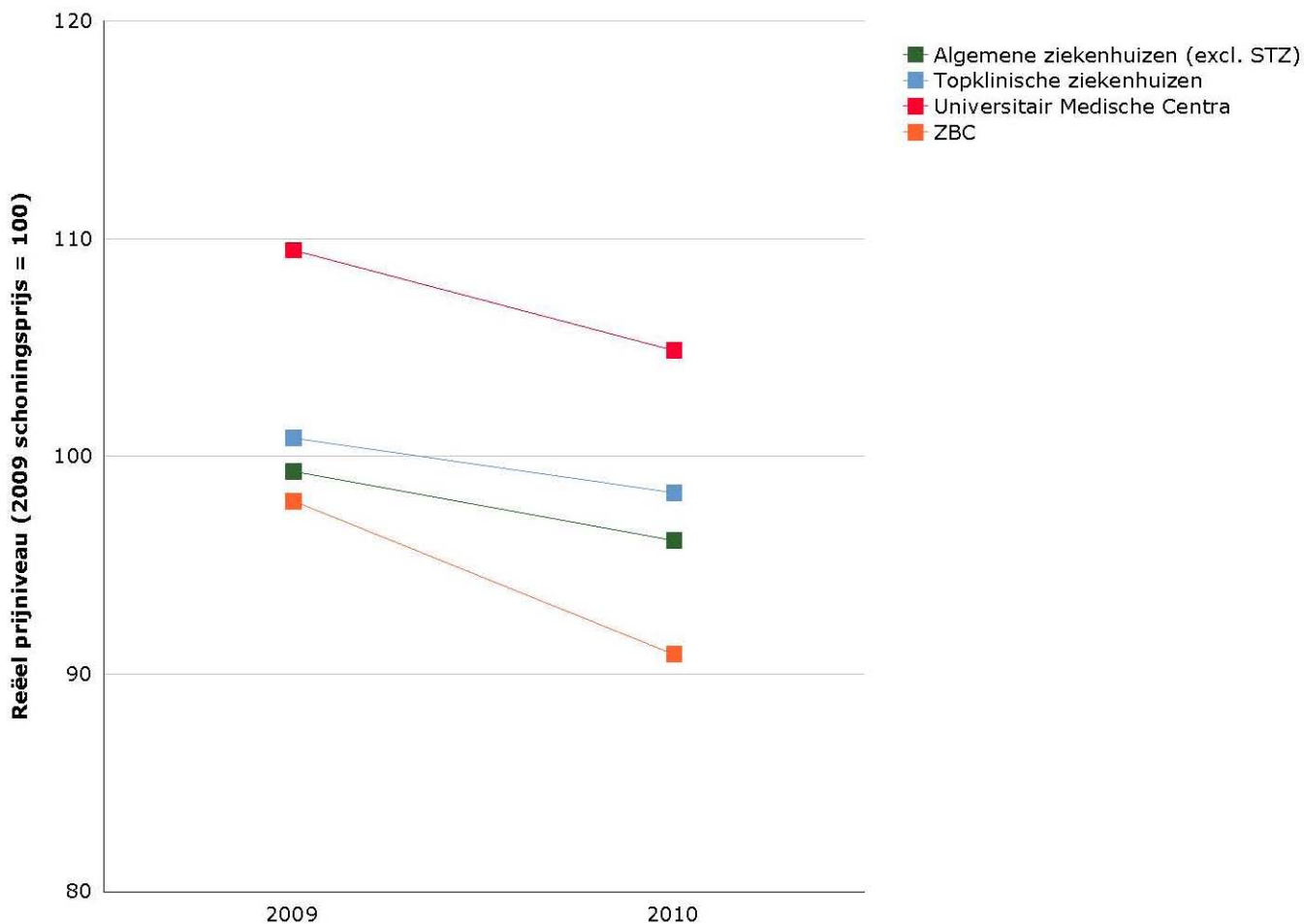
Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

In tabel 17 zijn voor de 2008 tranche de prijsniveaus van de verschillende zorgaanbieders en het landelijke

prijzniveau te zien. Het landelijke prijsniveau daalt in 2010 met ongeveer drie procentpunt. Alle typen ziekenhuizen laten een reële prijsdaling zien, waarbij de daling bij de UMC's iets groter is dan de daling van de algemene en STZ-ziekenhuizen. Prijzen van ZBC's stijgen ook in 2010, maar liggen nog ruim onder het landelijk prijsniveau.

## 2.9 Reëel prijsniveau contractprijzen tranche 2009

**Figuur 11. Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder tranche 2009**



In figuur 11 zijn voor de jaren 2009 en 2010 de reële prijsniveaus per type zorgaanbieder te zien voor de B-segment 2009 tranche. UMC's laten in de 2009 tranche van het B-segment een significant hoger gemiddeld prijsniveau zien. In tegenstelling tot de andere tranches hebben ZBC's in 2009 een prijsniveau vergelijkbaar aan het prijsniveau van de algemene en STZ-ziekenhuizen.

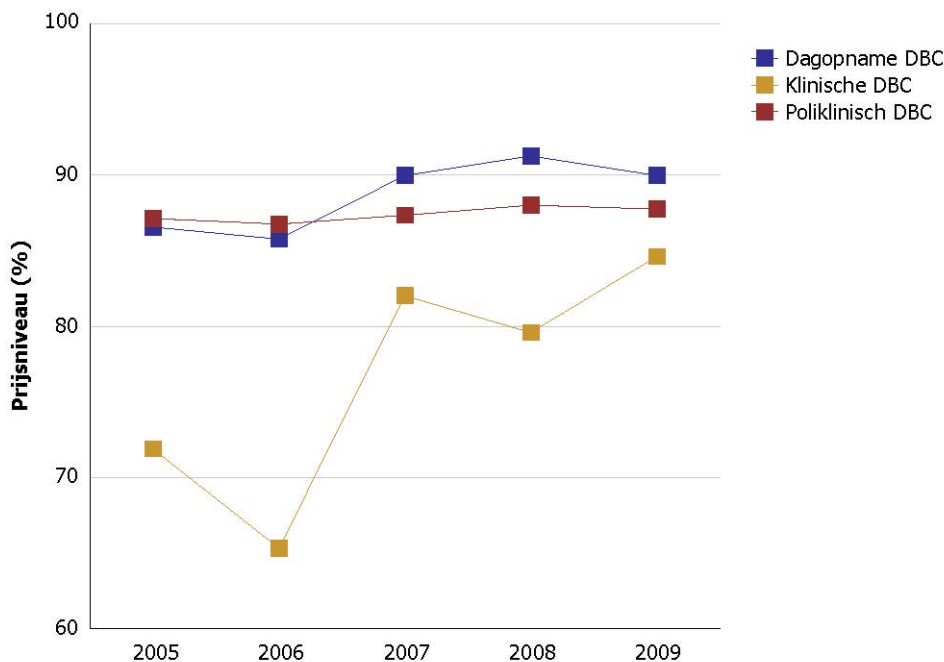
**Tabel 18. Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder (2009 schoningsprijs = 100)**

	2009 Tranche	
	2009	2010
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ)	99,3	96,1
Topklinische ziekenhuizen	100,8	98,3
Universitair Medische Centra	109,5	104,9
ZBC	98,0	90,9
Landelijk	100,6	97,6

Tabel 18 laat voor de 2009 tranche de prijsniveaus van de verschillende zorgaanbieders en het landelijkeprijsniveau zien. ZBC's en UMC's laten in 2010 een prijsdaling zien van ongeveer zeven en vier procentpunt respectievelijk. Ondanks deze grotere prijsdaling in vergelijking met de algemene ziekenhuizen en de STZ-ziekenhuizen is het prijsniveau van de UMC's nog steeds een hoger dan het landelijk gemiddelde. Het prijsniveau van de ZBC's ligt in 2010 significant lager dan het landelijk gemiddelde.

## 2.10 Prijsniveaus ZBC's in het A-segment

Voor ziekenhuizen is het A-segment gereguleerd (en gebudgetteerd). Voor ZBC's is er in het A-segment al sprake van prestatiebekostiging, met de landelijke A-segment tarieven als maximumtarief. ZBC's onderhandelen met verzekeraars over de te declareren prijs.

**Figuur 12. Prijsniveaus ZBC's in het A-segment**

Bron: NZa op basis van DIS data

In figuur 12 zijn de A-segment prijsniveaus van ZBC's weergegeven voor drie verschillende soorten DBC's, te weten poliklinisch, dagopname en klinische DBC's.

Net als in het B-segment spreken ZBC's in het A-segment prijzen van ongeveer 10-15% minder dan het A-segment tarief. Uitzondering hierop vormen de klinische DBC's. Deze laten in 2005 en 2006 een zeer laag prijsniveau zien. In 2005 waren er zeven ZBC's die klinische DBC's produceerde. Het prijsniveau van deze ZBC's is na 2006 gestegen tot ongeveer 85% van de landelijke A-tarieven.

Het prijsniveau van de klinische DBC's blijft ook in de jaren na 2006 lager dan dat van de poliklinische of dagopname DBC's. Dit wordt deels verklaard doordat er vanaf 2006 een aan een ziekenhuis gelieerde ZBC is die structureel op ongeveer 50% van de A-segment tarieven zit en welke behoorlijke volumes produceert.

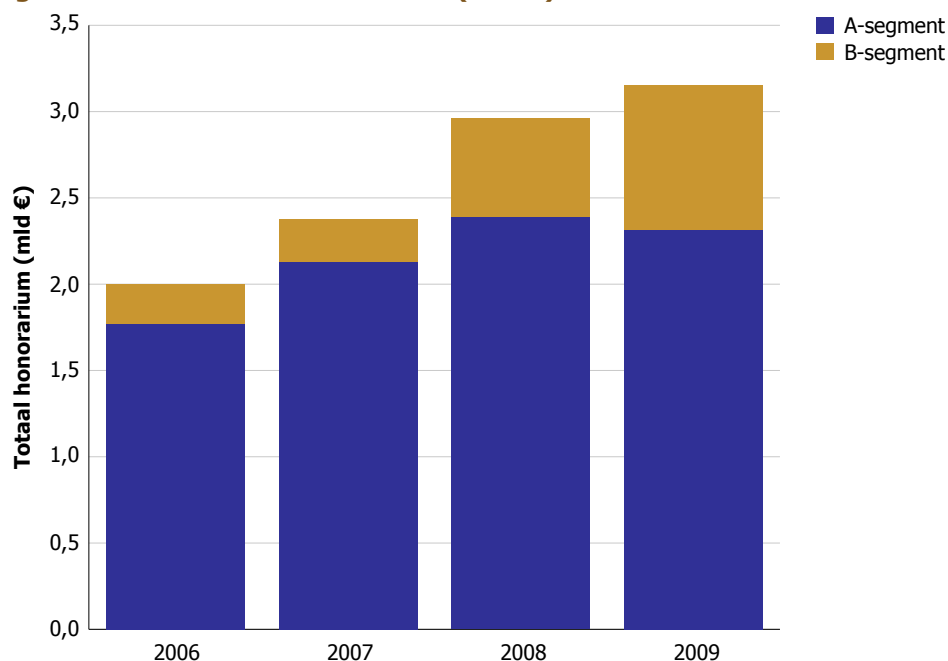
## 2.11 Honorarium medisch specialisten

De honoraria van medisch specialisten vormen een belangrijk onderdeel van de totale ziekenhuiskosten. Bij de medisch specialisten speelt een aantal relevante ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld de afschaffing van de lumpsum en de invoering van het uurtarief per 1 januari 2008 en de in 2010 opgelegde gedifferentieerde tariefkortingen naar aanleiding van overschrijdingen op het macrokader in 2008 en 2009.

Ontwikkelingen bij de medisch specialisten kunnen een rol spelen bij de bredere introductie van prestatiebekostiging in de ziekenhuissector.

Allereerst laten we de totale honorarium ontwikkeling zien, op basis van College voor zorgverzekeringen (CVZ) schadelast cijfers. Daarna ligt de nadruk in deze marktscan op de uitkomsten uit het differentiatie onderzoek zoals dat in 2010 door de NZa is uitgevoerd ('Differentiatie tarieven medisch specialistische zorg 2010'). Resultaten uit het differentieeronderzoek zullen op totaal niveau en daarna per ontvangend specialisme weergegeven worden.

**Figuur 13. Totaal honorarium CVZ (mld €)**



Bron: CVZ schadelast cijfers

Figuur 13 schetst de totale honorariumontwikkeling over de jaren 2006–2009 op basis van schadelast cijfers van juni 2010 van het CVZ. Er is hierbij onderscheid gemaakt in A- en B-segment. De figuur laat duidelijk de 2008 en 2009 uitbreidingen van het B-segment (van ongeveer 10% naar 34%) alsmede een totale groei van de schadelast honoraria over de jaren 2006–2009 zien.

**Tabel 19. Totaal honorarium CVZ (mln €)**

	2006	2007	2008	2009
A-segment	1.774	2.130	2.393	2.316
B-segment	226	246	570	839
Totaal	2.000	2.376	2.962	3.154

Bron: CVZ schadelast cijfers

In tabel 19 zijn de honoraria op basis van de CVZ schadelast cijfers te zien. De totaal gefactureerde honoraria, A-segment plus B-segment, zijn de afgelopen jaren sterk gegroeid. Van 2 miljard in 2006 naar 3,1 miljard in 2009.

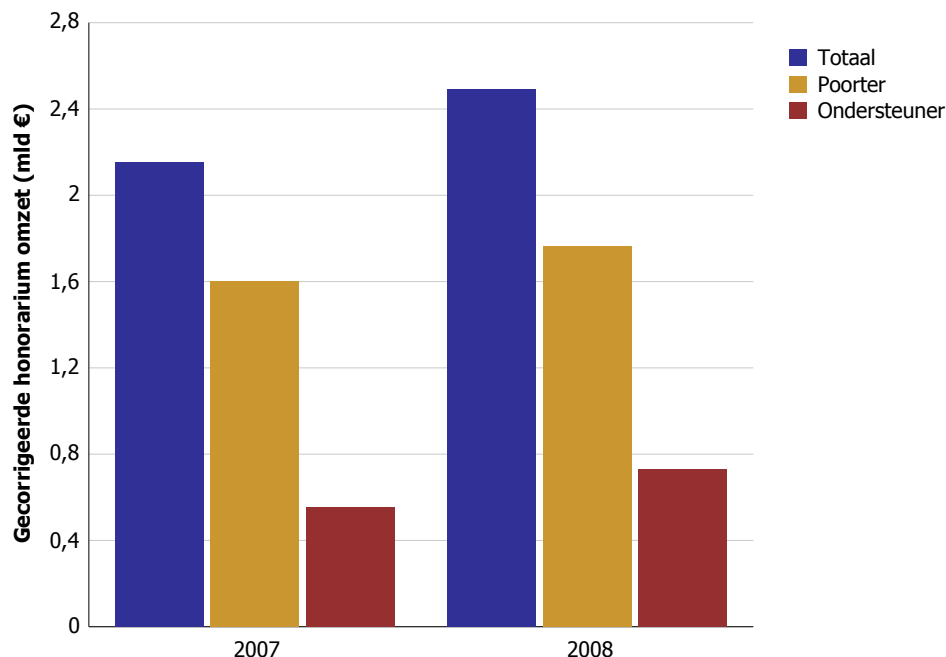
Een deel van deze groei kan verklaard worden door systeemwijzigingen, zoals bijvoorbeeld de afschaffing van de lumpsum, de introductie van het uurtarief, en de te hoog vastgestelde ondersteunerscompensatie factor. Door deze groei van de honoraria is in 2007, 2008 en 2009 het toegekende macrokader medisch specialisten

overschreden. Op basis daarvan zijn in 2010 generieke en vervolgens ook gedifferentieerde tariefkortingen vastgesteld.

Het differentiatieonderzoek dat hiertoe door de NZa is uitgevoerd, baseert zich op de eerder genoemde CVZ schadelast cijfers. Er is een aantal berekeningen en correcties op deze cijfers toegepast. Deze berekeningen van de NZa waren erop gericht om de honorariumomzet 2007 en 2008 vergelijkbaar te maken en daarop een differentiatie te baseren. De NZa heeft ten behoeve van het differentiatieonderzoek geneutraliseerd op uurtarief, normtijdwijzigingen, incidentele compensatie enkelvoudig consult en ondersteunerscompensatiefactor.

In de rest van paragraaf 2.11 en in paragraaf 2.12 worden deze aangepaste honorarium data, gebaseerd op 'Differentiatie tarieven medisch specialistische zorg 2010' en 'Tarieven medisch specialisten 2011', weergegeven.

**Figuur 14. Berekende omzet tbv differentiatieonderzoek (mld €)**



Bron: Differentiatie tarieven medisch specialistische zorg 2010, NZa; Tarieven medisch specialisten 2011, NZa

Figuur 14 schetst de totale berekende omzetontwikkeling over de jaren 2007 en 2008 ten behoeve van het differentiatieonderzoek. Er is hierbij onderscheid gemaakt in poorters en ondersteuners. Hiermee zijn de weergegeven honoraria niet de werkelijk gedeclareerde honoraria, maar geven ze een zo goed mogelijke indicatie van de volumegroei van de honoraria.

**Tabel 20. Berekende omzet tbv differentiatieonderzoek (mln €)**

	2007	2008
Poorter	1.601	1.762
Ondersteuner	553	731
Totaal	2.155	2.493

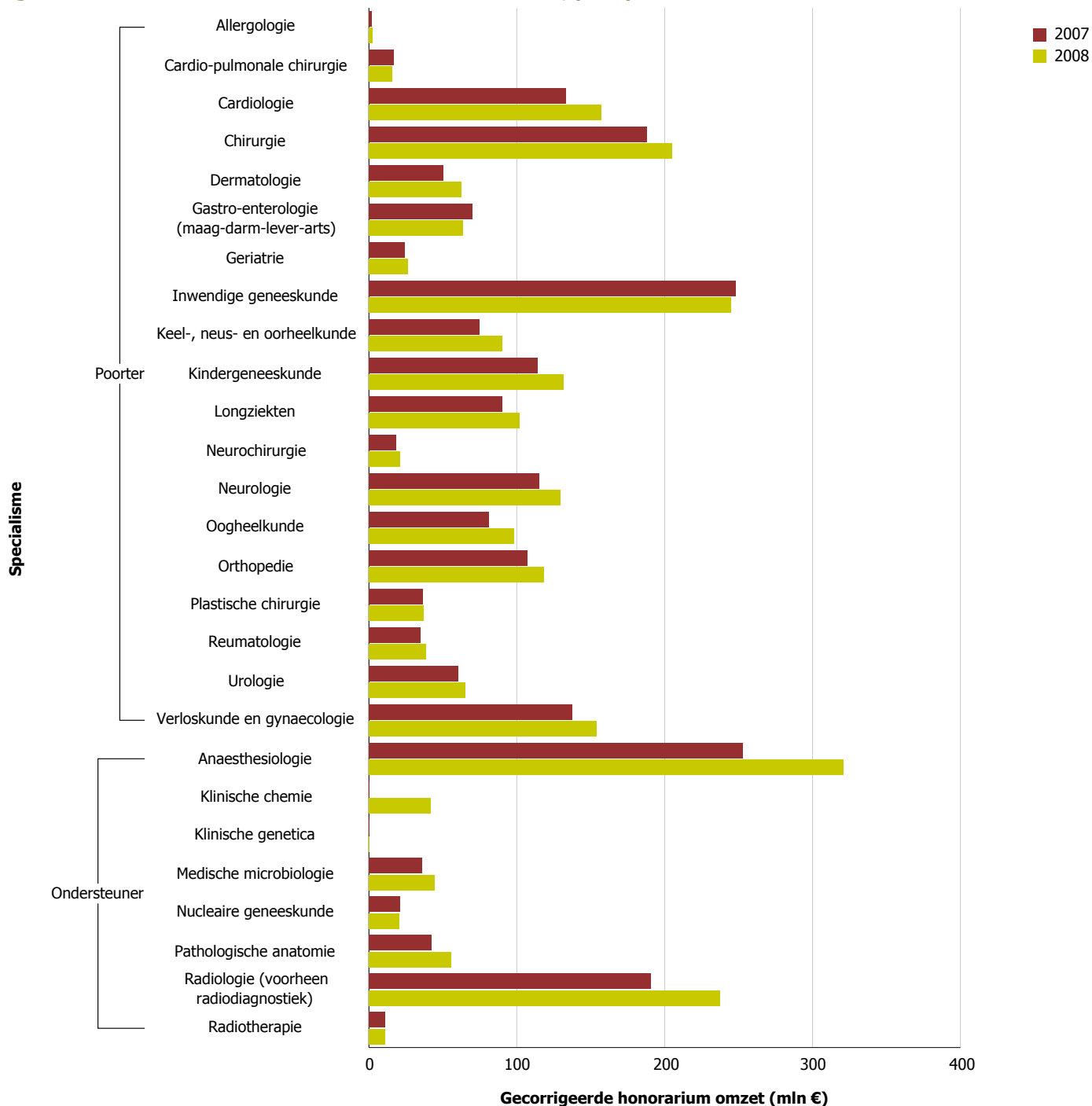
Bron: Differentiatie tarieven medisch specialistische zorg 2010, NZa; Tarieven medisch specialisten 2011, NZa

Uit tabel 20 blijkt dat de groei van de berekende honorarium omzet tussen 2007 en 2008 ongeveer 340 miljoen euro is. In 2008 zijn de omzetten van de ondersteuners ongeveer 30% van de totale berekende omzet. De groei van de berekende omzet ligt voor iets meer dan 52% bij de ondersteuners.

Om de differentiatie op de korting te kunnen berekenen, is een aantal correcties op de data doorgevoerd om de jaren 2007 en 2008 zo goed mogelijk vergelijkbaar te maken. Mede hierdoor wijkt de groei van de berekende omzet af van de geconstateerde overschrijding in 2008.

## 2.12 Honorarium medisch specialisten, per specialisme

**Figuur 15. Berekende omzet tbv differentiatieonderzoek, per specialisme**



Bron: Differentiatie tarieven medisch specialistische zorg 2010, NZa; Tarieven medisch specialisten 2011, NZa

In figuur 15 staat de berekende honorarium omzet 2007 en 2008 per specialisme weergegeven. Wederom is het onderscheid aangegeven tussen poortspecialismen en ondersteunende specialismen.

Bij de poortspecialismen zijn vooral oogheelkunde, cardiologie en dermatologie sterk gegroeid, bij de ondersteuners zijn vooral anaesthesiologie en radiologie sterk gegroeid.

De berekende omzet voor de specialismen interne geneeskunde, gastro-enterologie, cardio-pulmonale chirurgie en nucleaire geneeskunde zijn licht gedaald. Voor klinische chemie waren er in 2007 nog geen honoraria vastgesteld. Om die reden staat klinische chemie in 2007 op nul.

2009 data is in deze marktscan nog niet opgenomen, omdat betrouwbare schadelast data per specialisme pas in juni van jaar t+2 (dus juni 2011 voor 2009 data) beschikbaar is.

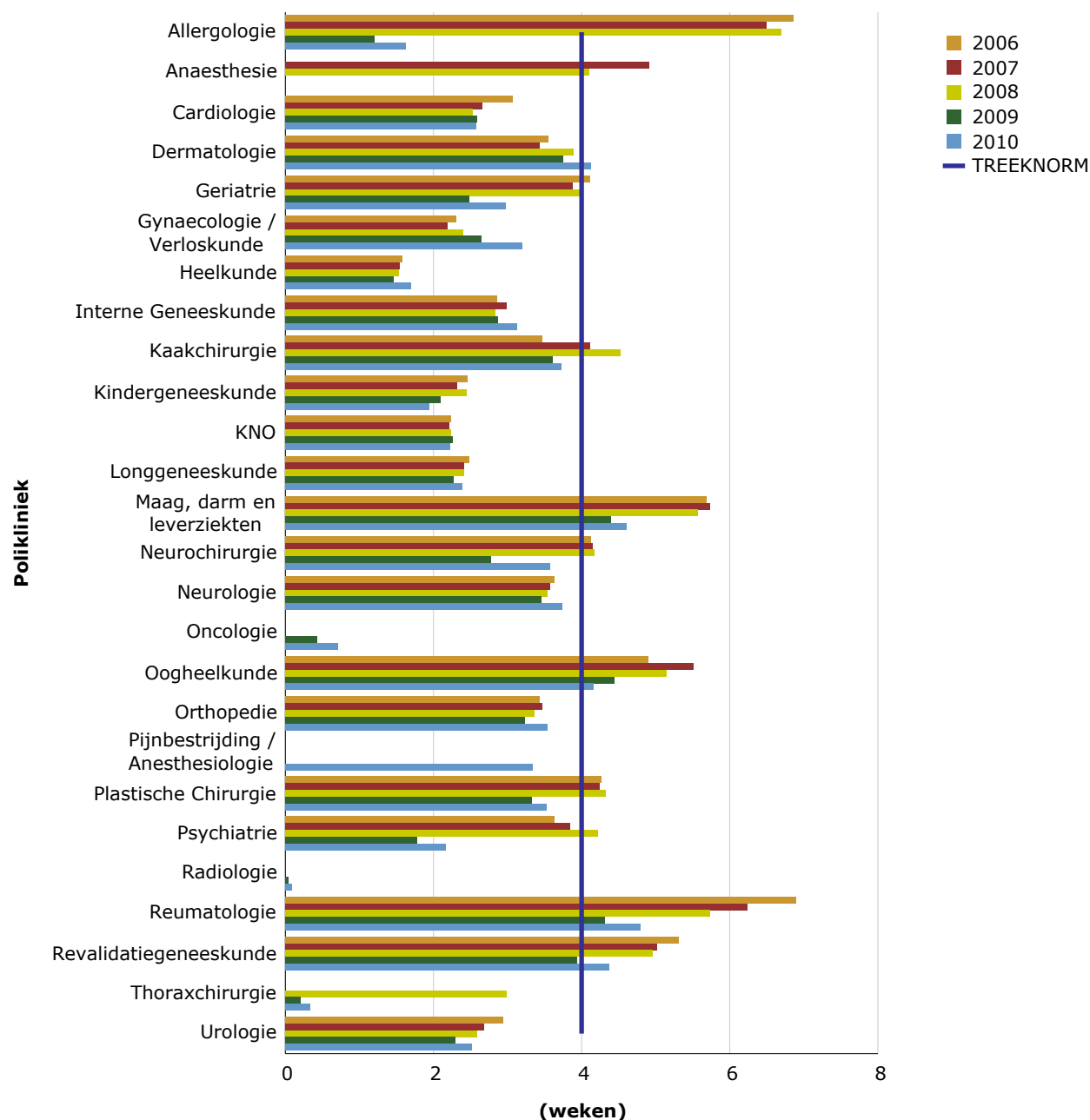
### 3. Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van zorg is een van de drie consumentenbelangen die de NZa centraal stelt in haar beleid. Wachtijd informatie is een van de manieren om de toegankelijkheid van de zorg te monitoren. Er worden drie vormen van wachttijden geregistreerd:

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

#### 3.1 Wachtijdontwikkeling polikliniek

**Figuur 16. Wachtijdontwikkeling polikliniek**



Bron: DIS; MediQuest vanaf 2008

Figuur 16 bevat de wachttijden polikliniek per poortspecialisme. De wachttijden over 2010 zijn nog niet helemaal compleet. Hierdoor moeten de wachttijden 2010 met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

In de afgelopen jaren namen voor de meeste specialismen de wachttijden af. In 2010 wordt deze trend echter doorbroken, het grootste deel van de specialismen laat een stijging van de wachttijden zien.

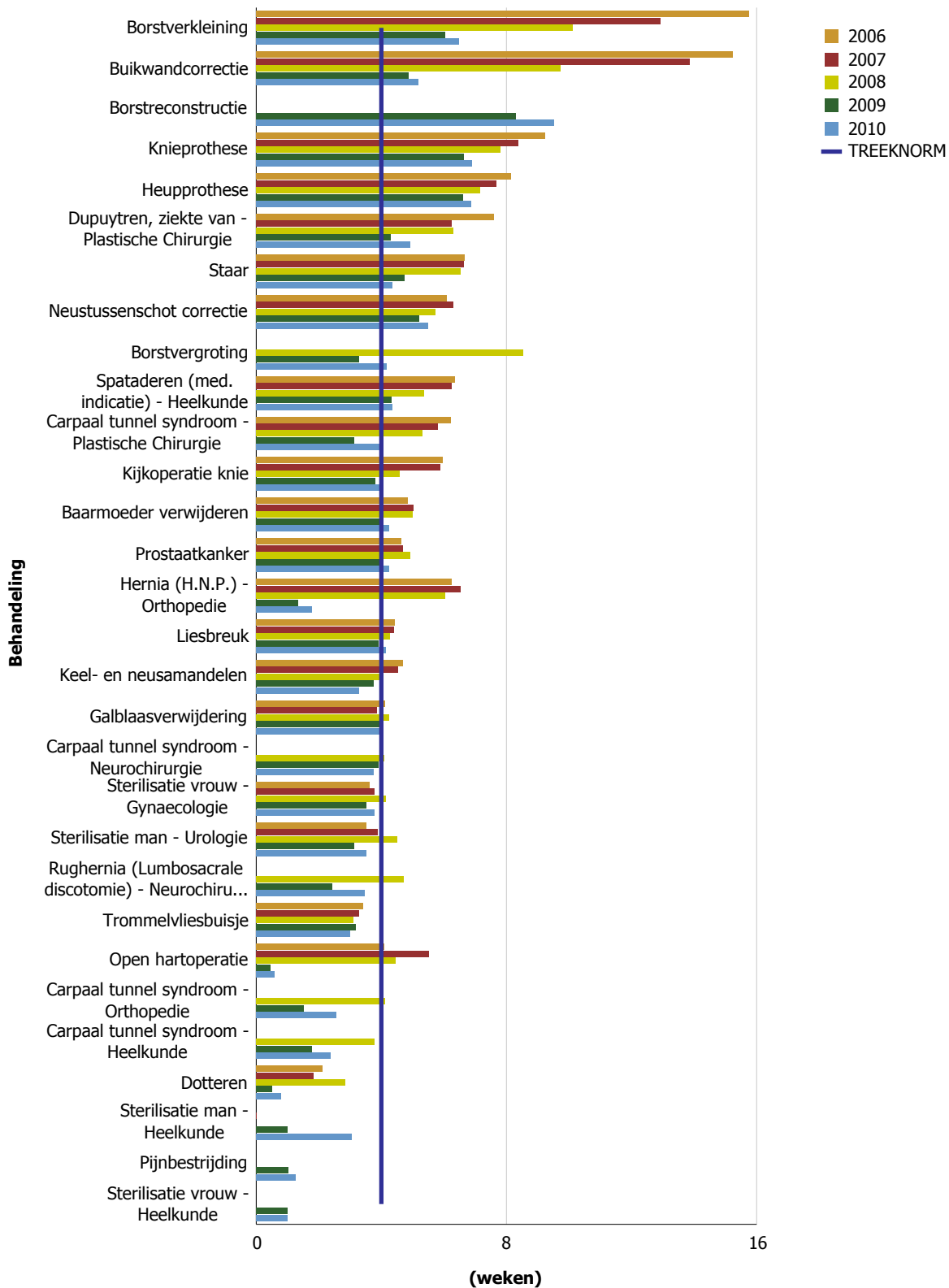
De wachttijd van het specialisme maag, darm- en leverziekten bevond zich in 2009 al boven de Treeknorm van 4 weken, en laat ook in 2010 een stijging zien. Het specialisme revalidatiegeneeskunde stijgt in 2010 van onder naar boven de Treeknorm.

Oogheelkunde laat in 2010 nog wel wachttijden boven de Treeknorm zien, maar een daling is waarneembaar.



### 3.2 Wachtijdontwikkeling behandeling

**Figuur 17. Wachtijdontwikkeling behandeling**



Bron: DIS; MediQuest vanaf 2008

Figuur 17 bevat de wachttijden behandeling per specialisme. De wachttijden over 2010 zijn nog niet helemaal compleet. Hierdoor moeten de wachttijden 2010 met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

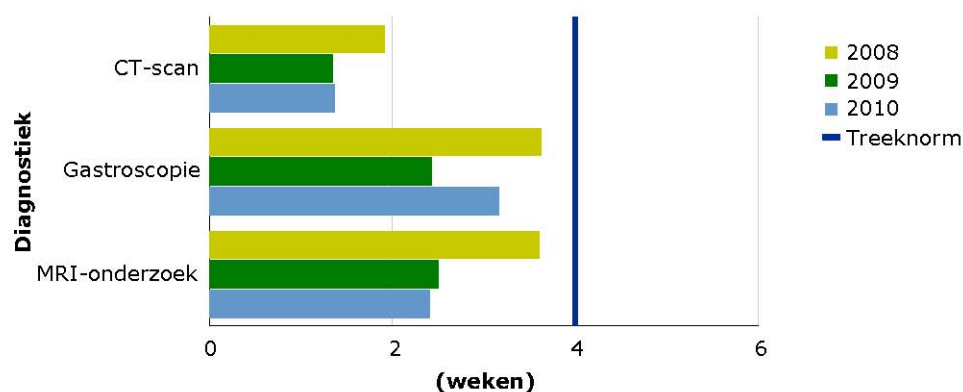
Op een aantal uitzonderingen na zijn de wachttijden van de behandelingen waar wachttijden voor geregistreerd worden gestegen.

Ook dit jaar ligt de wachttijd voor borstreconstructie, knieprothese en heupprothese boven de Treeknorm. De wachttijden van deze behandelingen zijn in 2010 ook gestegen.

De wachttijd van staar bevindt zich nog boven de Treeknorm, maar laat wel een daling zien. Bij de behandeling van keel- en neusamandelen zet de daling in de wachttijden ook in 2010 door.

### 3.3 Wachttijdontwikkeling diagnostiek

**Figuur 18. Wachttijdontwikkeling diagnostiek**



Bron: DIS; MediQuest vanaf 2008

Figuur 18 bevat de wachttijden diagnostiek. De wachttijden over 2010 zijn nog niet helemaal compleet. Hierdoor moeten de wachttijden 2010 met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

De wachttijd voor de CT-scan en MRI is ongeveer gelijk gebleven aan de wachttijd in 2009. De wachttijd voor gastroscopie is in 2010 gestegen.

Voor al deze vormen van diagnostiek bevindt de wachttijd zich gemiddeld genomen onder de Treeknorm.

## 4. Kwaliteit

### 4.1 Transparantie kwaliteitsindicatoren

In de marktscan medisch specialistische zorg van februari 2010 heeft de NZa de indicatorontwikkelingen binnen Zichtbare Zorg (ZiZo) laten zien. In 2009 heeft de uitvraag van de eerste tranche plaatsgevonden, deze is in 2010 voor de tweede keer uitgevoerd. Daarnaast is in 2010 voor het eerst de tweede tranche van indicatoren uitgevraagd.

**Tabel 21. Per aandoening het aantal structuur-, en proces- en uitkomstindicatoren**

Aandoening	Structuur	Proces**	Uitkomst
<b>1<sup>e</sup> tranche</b>			
Blaascarcinoom	7*	2	-
Cataract	8*	3	-
Diabetes	7*	8	-
Heup- en knie vervanging***	25*	8	2
Incontinentie bij de vrouw	5*	3	1
Liesbreukoperaties	4*	1	-
Lumbosacraal Radiculair Syndroom	6*	1	1
Mammacarcinoom	12*	13	2
Varices	2*	2	-
Ziekte van adenoïd en tonsillen	2	3	2
<b>2<sup>e</sup> tranche</b>			
Beroerte	3*	2	-
Chronische rhinosinusitis	1	1	-
Coeliakie	4*	3	-
Colorectaal carcinoom	1	3	-
Constitutioneel eczeem	8*	1	-
Cystic fibrosis	1	1	4
Licht traumatisch hersenletsel	6*	-	-
OSAS	4	1	-
Perioperatief voedingsbeleid	6	-	-
Pijn bij de bevalling	2	-	3
Pijn bij kanker bij volwassenen	3	1	1
Pulmonaal belaste patiënt	4	1	1
Reumatoïde artritis	9*	5	1

Bron: Zichtbare Zorg, 2009

\* alle klantpreferentie indicatoren zijn aangemerkt als structuurindicatoren

\*\* de meeste procesindicatoren zijn uitgevraagd als teller en noemer

\*\*\* de indicatoren voor heup en knie zijn als aparte indicatoren geteld

Uit de tabel blijkt dat zowel voor de eerste als ook voor de tweede tranche het aantal uitkomstindicatoren laag is in vergelijking met structuur- en procesindicatoren.

Voor tranche 1 zijn er over het verslagjaar 2009, aangeleverd in 2010 gegevens van 92 ziekenhuizen en 45 ZBC's, beschikbaar. Voor tranche 2 zijn de gegevens van 74 ziekenhuizen en 6 ZBC's beschikbaar.

De kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren zijn door ZiZo beoordeeld op vier dimensies:

- validiteit;
- betrouwbaarheid van het registratieproces;
- statistische betrouwbaarheid van het vergelijken van de indicatorwaarden;
- populatievergelijkbaarheid: invloed van versturende factoren.

Zichtbare zorg concludeert dat de indicatorensets valide zijn en dat de populatievergelijkbaarheid over het algemeen goed is. De statistische betrouwbaarheid verschilt per indicator, dit is voornamelijk afhankelijk van het aantal keer dat de aandoening voorkomt. De betrouwbaarheid van het registratieproces is voor verbetering vatbaar.

In vergelijking met vorig jaar zijn er 52 structuurindicatoren, 19 procesindicatoren en 10 uitkomstindicatoren bij gekomen. Meer ziekenhuizen en ZBC's dan vorig jaar hebben de indicatoren uit de eerste tranche aangeleverd.

## 4.2 Kwaliteitsbeleid zorgverzekeraars

In deze paragraaf beschrijven we een aantal initiatieven op het gebied van kwaliteitsbeleid van zorgverzekeraars. Deze paragraaf bevat slechts een aantal voorbeelden van kwaliteitsbeleid en geeft geen totaal overzicht. In deze paragraaf maakt de NZa onderscheid in collectief kwaliteitsbeleid (in het A-segment) en individuele initiatieven van zorgverzekeraars (in het B-segment). Genoemde initiatieven zijn voorbeelden waarbij zorgverzekeraars aan selectieve inkoop op basis van kwaliteit zijn gaan doen.

### *Gezamenlijk kwaliteitsbeleid zorgverzekeraars (ZN)*

In 2011 willen zorgverzekeraars voor een drietal aandoeningen in het A-segment, waar de gemaakte productieafspraken de hele branche binden, in gezamenlijkheid kwaliteitsafspraken maken. Vooral nog richt dit kwaliteitsbeleid zich op de inkoop van colorectaal carcinoom, dialyse en bariatrische chirurgie. Deze onderwerpen zijn door de betrokken beroepsgroepen zelf geïnitieerd. De inkoopcriteria zijn voornamelijk gericht op het proces en de structuur van de zorg. Zo zijn certificering, indicatiestelling en de wijze van behandelen belangrijke kwaliteitselementen waarover afspraken gemaakt gaan worden. Voor de huidige contractperiode zullen de resultaten op de indicatoren onderwerp zijn voor gesprek met de zorgaanbieder inzake kwaliteitsverbetering of -verankering van de behandeling op de betreffende aandoeningen. Dit is een eerste aanzet die in de loop van de tijd verder uitgebouwd worden.

### *Individuele initiatieven zorgverzekeraars*

Naast het gezamenlijk kwaliteitsbeleid zijn er ook individuele initiatieven op het gebied van selectieve zorginkoop. Dit jaar zijn er voor het eerst initiatieven, waarbij een verzekeraar op basis van kwaliteitsparameters ziekenhuizen uitsluit voor het leveren van zorg voor een specifieke aandoening voor haar verzekerden. Volgens de IGZ voldoen deze ziekenhuizen wel aan de minimumnorm voor verantwoorde zorg. De verzekeraar heeft echter vastgesteld dat de zorg die door deze ziekenhuizen geleverd kan worden onvoldoende is. Verzekeraars hebben de vrijheid om naar boven toe af te wijken van de normen van de IGZ.

Ook andere zorgverzekeraars zijn in beweging. Verschillende verzekeraars hanteren criteria voor minimaal aantal behandelingen. Vooral nog heeft dit niet geleid tot uitsluitingen, maar wordt deze grens wel gebruikt in de onderhandelingen.

*Toekomstig beleid*

Een aantal zorgverzekeraars heeft aangekondigd de selectieve zorginkoop uit te willen breiden naar andere vormen van zorg. Het betreft dan andere vormen van kankerbehandeling en knieën en heupen. Daarnaast zijn verzekeraars bezig om betere koppelingen te leggen tussen volume en kwaliteit en tussen prijs en kwaliteit (uitkomstindicatoren, zorgprofielen en CQ index). Ook is concentratie van zorg een aandachtspunt van enkele verzekeraars.



## 5. Bronnen en methoden

### 5.1 Marktstructuur

#### *Ontwikkeling percentage afgesloten contracten ziekenhuizen, B-segment 2008-2010*

- Bronnen: DIS, contractprijzen en jaarrekeningen 2007-2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's.
- Gebruikte data: Uit het DIS worden marktaandelen gebruikt (op basis van de omzet) van verzekeraars (inkoopcombinaties) per ziekenhuis, van de verzekeraars worden de contractprijzen in het B-segment gebruikt en uit de jaarrekeningen wordt de omzet in het B-segment per ziekenhuis gebruikt.
- Methode: Uit de contractprijzen van verzekeraars blijkt of een bepaald ziekenhuis gecontracteerd is op een bepaald moment van het jaar. Indien het ziekenhuis gecontracteerd is, dan wordt het marktaandeel van de verzekeraar vermenigvuldigd met de omzet B-segment van dat ziekenhuis uit de jaarrekeningen. Sommatie van al deze 'gecontracteerde' omzetten gedeeld door de totale omzet B-segment (voor de ziekenhuizen) levert het percentage afgesloten contracten op.
- Opmerking: Vanaf 2010 leveren verzekeraars maandelijks contractprijzen aan de NZa aan, in de jaren ervoor was dit 3 keer per jaar (eind april, eind oktober en eind december), in 2008 en 2009 is het percentage afgesloten contracten geïnterpoleerd tussen deze leveringen.

#### *Marktconcentratie (De LOgit Competition Index (LOCI))*

- Bronnen: DIS-data voor algemene ziekenhuizen en UMC's.
- Gebruikte data: postcode-data van patiënten van alle in 2009 geopende klinische DBC's.
- Methode: Aan de hand van de DBC's in het DIS bereken we voor alle ziekenhuizen het marktaandeel van dat ziekenhuis in iedere postcode. Aan de hand van deze marktaandelen wordt de LOCI van een ziekenhuis als volgt berekend:
  - Het marktaandeel van een ziekenhuis in een postcode wordt gewogen met het belang van deze postcode voor het betreffende ziekenhuis. Het belang wordt gedefinieerd als het relatieve aandeel van patiënten die uit deze postcode naar het ziekenhuis gaat op het totale aantal patiënten van het ziekenhuis.
  - De LOCI van een ziekenhuis is gelijk 1 minus de sommatie over gewogen marktaandelen van het ziekenhuis.
  - Om de interpretatie van de LOCI te vergemakkelijken, nemen we het inverse van de LOCI die we als invLOCI definiëren.
- Opmerking:
  - Twee ziekenhuizen leverden deels onbruikbare postcode gegevens, deze ziekenhuizen zijn niet in de LOCI grafiek meegenomen.
  - In het artikel "*Halbersma, Kerstholt en Mikkers (2009) 'Marktafbakening en marktmacht in de zorgsector' (M&M april 2009)*" is een uitgebreide uitleg van de LOCI-methode te vinden.

## 5.2 Betaalbaarheid

### *Totale omzetontwikkeling ziekenhuizen, A- en B-segment en overige opbrengsten 2006-2009*

- Bronnen: Jaarrekeningen 2007-2009 en rekenstaten 2006-2007 van algemene ziekenhuizen en UMC's.
- Gebruikte data: Uit de resultatenrekening van de jaarverslagen de aanvaardbare kosten (voor A-segment), opbrengsten B-segment en het totaal van de overige opbrengsten (som van niet gebudgetteerde zorgprestaties en overige bedrijfsopbrengsten). In de jaarrekeningen zijn de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten niet opgenomen. Uit de rekenstaten zijn de totalen voor het opleidingsfonds en de academische component gebruikt.
- Methode: sommatie van bovengenoemde jaarrekening data. In tabellen met 'correcties' zijn het opleidingsfonds en de academische component voor de jaren 2006 en 2007 verplaatst van het A-segment naar de overige opbrengsten. De correctie is gebaseerd op de data uit de rekenstaten 2006-2007 betreffende het opleidingsfonds en de academische component.
- Opmerking:
  - Ziekenhuizen zijn vaak onderdeel van een stichting waarin ook andere activiteiten (zoals AWBZ-gefinancierde activiteiten) worden uitgevoerd. Om een zo zuiver mogelijk inzicht in de kosten van de ziekenhuizen te krijgen is waar mogelijk gebruik gemaakt van enkelvoudige of gesegmenteerde jaarrekeningen. Voor de 2007-2008 data waren voor een drietal algemene ziekenhuizen geen enkelvoudige of gesegmenteerde jaarrekeningen beschikbaar, voor de 2006 data waren voor een vijftal ziekenhuizen geen enkelvoudige of gesegmenteerde jaarrekeningen beschikbaar. In deze gevallen is de data op stichtingsniveau gebruikt. Nadere bestudering van de data leert dat het curatieve deel van deze jaarrekeningen het grootste deel van de activiteiten bevat.
  - Voor de UMC's is indien mogelijk gebruik gemaakt van de enkelvoudige jaarrekening, en dan het collectief-gefinancierde onderdeel. Voor twee UMC's is 'collectief-gefinancierd' geschat door de 2<sup>de</sup>, 3<sup>de</sup> en 4<sup>de</sup> geldstromen uit te sluiten.
  - Alle monetaire data is in nominale termen.
  - In de jaren 2005-2007 werden alle kapitaalslasten van ziekenhuizen gedekt in het A-segment, de opbrengsten in het B-segment waren daarom exclusief kapitaalslasten. Vanaf 2008 is er sprake van integrale tarieven in het B-segment. Ziekenhuizen dienen vanaf 2008 dus ook de kapitaalslasten in het B-segment terug te verdienen (in 2008 is het A-segment daarom ook geschoond voor kapitaalslasten die samenhangen met het B-segment).

### *Volume ontwikkeling A-segment 2006-2009*

- Bronnen: rekenstaten 2006-2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's.
- Gebruikte data: aantallen eerste polikliniek bezoeken, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen en de financiële waarde van deze vier parameters.
- Methode: Financiële waarde van de jaren 2007-2009 is berekend door de 2006 parameterwaarden te vermenigvuldigen met de aantallen parameters 2007-2009. Op deze manier zijn de financiële waarden allen naar 2006 prijspeil gebracht. Daarna is de financiële waarde gesommeerd over de verschillende parameters.
- Opmerking:
  - Financiële waarde is naar 2006 prijspeil gebracht om de jaarlijkse indexering van de parameters buiten beschouwing te laten en daarmee daadwerkelijk een volume-effect in te schatten.



*Ontwikkeling financiële positie ziekenhuizen 2007-2009*

- Bronnen: Jaarrekeningen 2008-2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's.
- Gebruikte data: Balanstotaal en eigen vermogen van de balans, bedrijfsresultaat uit de resultatenrekening van de jaarrekeningen.
- Methode: Rentabiliteit is gedefinieerd als het bedrijfsresultaat gedeeld door het balanstotaal. Solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal.
- Opmerking:
  - Zie opmerkingen bij 'Totale omzetontwikkeling ziekenhuizen'.
  - Het bedrijfsresultaat is het bedrijfsresultaat voor financiële baten en lasten.
  - Alle monetaire data is in nominale termen.

*Prijsniveaus ZBC's in het A-segment*

- Bronnen: DIS-data voor ZBC's.
- Gebruikte data: ziekenhuiskosten-deel uit DBC's van ZBC's, voor zowel poliklinische, dagopname en klinische DBC's.
- Methode: Prijsniveau van een DBC (ziekenhuiskosten deel uit de DBC van de ZBC gedeeld door landelijk A-tarief) wordt gewogen met de omzet van deze DBC en ZBC en dan gesommeerd over alle DBC's en ZBC's.
- Opmerking:
  - Bij een aantal DBC's bleek het ziekenhuiskostendeel hoger te zijn dan het landelijke A-segment tarief. Deze DBC's zijn uit de dataset verwijderd aangezien de landelijke A-segment tarieven als maximum tarief gelden. Voor een aantal DBC's zijn de prijzen handmatig gecorrigeerd omdat de prijzen een factor 100 van het landelijk tarief waren.

*Honorarium ontwikkeling 2007-2008*

- Bronnen: 'Differentiatie tarieven medisch specialistische zorg 2010', NZa, zie: [http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/149587/Differentiatie tarieven medisch specialistische zorg 2010.pdf](http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/149587/Differentiatie%20tarieven%20medisch%20specialistische%20zorg%202010.pdf) en 'Tarieven medisch specialisten 2011', NZa, zie [http://www.nza.nl/104107/138040/Tarieven medisch specialisten 2011.pdf](http://www.nza.nl/104107/138040/Tarieven%20medisch%20specialisten%202011.pdf)
- Gebruikte data: omzetten vrijgevestigde medisch specialisten 2007 en 2008 per specialisme uit 'Tarieven medisch specialisten 2011' (figuur 7) en percentage vrijgevestigde medisch specialisten 2007 en 2008 uit 'Differentiatie tarieven medisch specialistische zorg 2010'
- Methode: De methode om tot de ontvangen honoraria voor de vrijgevestigde medisch specialisten te komen zijn gedetailleerd beschreven in 'Tarieven medisch specialisten 2011', methode om tot percentages vrijgevestigde medisch specialisten te komen zijn beschreven in 'Differentiatie tarieven medisch specialistische zorg 2010'. Ontvangen honoraria gedeeld door (1-percentages vrijgevestigd medisch specialisten) levert totale honoraria.

**5.3 Toegankelijkheid***Wachttijdontwikkeling 2006-2010*

- Bronnen en gebruikte data: Voor de wachttijdanalyses is gebruik gemaakt van gegevens afkomstig van MediQuest en de NZa. Van MediQuest zijn de volgende gegevens gebruikt:
  - wachttijd polikliniek: 2006 tot en met oktober 2010;
  - wachttijd behandeling: juni 2008 tot en met oktober 2010;
  - wachttijd diagnostiek: tot en met oktober 2010;

De volgende gegevens zijn afkomstig uit DIS:

- wachttijd behandeling: 2006, 2007 en januari 2008 tot en met mei 2008.
- Wachttijd polikliniek: Het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan.
- Wachttijd behandeling: Het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelend arts tot het moment van opname of operatie.
- Wachttijd diagnostiek: Het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt van buiten de instelling een afspraak maakt voor het gebruik van een diagnostische techniek tot het moment van toepassing van de diagnostiek.
- Methode: Gewijzigde definities
  - Met ingang van 1 september 2008 zijn de wachttijddefinities gewijzigd, waardoor de wachttijdgegevens over de periode vóór 1 september 2008 niet één op één vergelijkbaar zijn met de wachttijdgegevens zoals deze per september 2008 zijn verzameld. Hiervoor zijn de wachttijdgegevens 'dagbehandeling' en 'opname' (wachttijdgegevens van voor september 2008) omgezet naar één overkoepelende wachttijd voor behandeling. Ondanks het feit dat de gewijzigde wachttijddefinities sinds september van kracht zijn, is er een aantal ziekenhuizen dat de wachttijd nog volgens de oude definities aanlevert en publiceert. Voor het omzetten van de oude wachttijdgegevens behandeling naar de nieuwe definities is het gemiddelde van wachttijd dagbehandeling en wachttijd opname berekend, waarbij het aldus berekende gemiddelde naar boven is afgerond op hele weken. Ook zijn de wachttijden van nul weken omgezet naar een week. De reden hiervoor is dat het in de oude registratie voor een ziekenhuis mogelijk was om een wachttijd van nul weken op te geven, terwijl dat in de nieuwe registratie niet meer mogelijk is; nul tot zeven dagen dient te worden afgerond naar een week. Behalve de omzetting van opname en dagbehandeling naar één algemene wachttijd voor behandeling, is ook de definitie voor de registratie in weken aangepast. In de nieuwe wachttijddefinities wordt voor de wachttijd de derde mogelijkheid in het afsprakenregister geregistreerd, In de oude wachttijddefinities wordt een gemiddelde wachttijd berekend over de gegevens van de afgelopen drie maanden waarbij de bovenste en onderste 10% van de wachttijden worden verwijderd. Er is hiervoor niet gecorrigeerd, omdat beide methodieken hetzelfde beogen in beeld te brengen namelijk dat de gepubliceerde wachttijd zoveel mogelijk overeenkomt met de wachttijd die de gemiddelde patiënt bij het maken van een afspraak te horen krijgt.
  - Ranges van wachttijden in plaats van absolute waarden. Bij de oude registratie hanteerde ziekenhuizen voor de wachttijd vaak een range, bijvoorbeeld twee tot vier weken in plaats van een absoluut aantal weken. Deze ranges zijn omgezet naar een absoluut aantal weken door het gemiddelde te hanteren. Een wachttijd van twee tot vier weken wordt omgezet naar drie weken. Dit is toegepast op de wachttijdgegevens voor de wachttijd polikliniek en behandeling in de periode 2006-september 2008.
  - Toevoeging aanvullende variabele. Om de benodigde wachttijdanalyses uit te voeren zijn er een aantal variabelen toegevoegd aan de wachttijden. De variabelen die zijn toegevoegd zijn het type instelling (UMC, topklinische ziekenhuis of algemeen ziekenhuis), de mate van stedelijkheid van de instellingen en de Treeknormen voor desbetreffende wachttijddefinities.
- Opmerking:
  - MediQuest verzamelt en registreert de wachttijdgegevens op het niveau van de individuele ziekenhuislocaties, terwijl de gegevens

uit de DIS-bestanden meestal op ziekenhuisgroepniveau beschikbaar zijn. Met andere woorden: In de DIS-bestanden is er per ziekenhuis, ook al heeft het ziekenhuis meerdere locaties, één wachttijd per behandeling aangeleverd, terwijl MediQuest de wachttijdgegevens per behandeling van alle ziekenhuislocaties verzamelt. Hierdoor is het aantal wachttijdgegevens (N) uit de DIS-bestanden meestal lager dan die van de wachttijdgegevens van MediQuest, wat zou kunnen leiden tot een trendbreuk. Hiermee dient alleen rekening gehouden te worden bij de interpretatie van de resultaten uit de analyses over de wachttijd behandeling, omdat zowel gebruik is gemaakt van wachttijdgegevens uit DIS als van MediQuest.

- Wachttijdgegevens van behandelingen in de DIS-bestanden maken onderscheid tussen de verwachte wachttijd, de gemiddelde wachttijd wachtende patiënten en de gemiddelde wachttijd behandelde patiënten. Er is voor gekozen de verwachte wachttijd te gebruiken voor de analyses, omdat deze wachttijd het meest in lijn is met de definities van de nieuwe wachttijdregistratie.
- In de wachttijdanalyses zijn de categorale instellingen en ZBC's niet meegenomen.



Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
drs. E.I. Schippers  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
ESTD/mpan/TSZ

**Telefoonnummer**  
030 296 81 11

**E-mailadres**  
cure@nza.nl

**Kenmerk**  
11D0002602

**Onderwerp**  
Beleidsbrief Marktscan medisch specialistische zorg

**Datum**  
27 januari 2011

Mevrouw de Minister,

De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) brengt jaarlijks marktscans uit over de medisch specialistische zorg. Voor de NZa is dit een van de middelen om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen binnen deze zorgmarkt. Bijgaand treft u ter informatie de marktscan medisch specialistische zorg van januari 2011 aan. Daarin valt een aantal zaken op.

*Voortgang van de onderhandelingen (contracteergraad)*

Eind december 2010 is voor ongeveer 90% van de omzet in het B-segment een contract tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afgesloten. Vanwege de onderhandelingservaringen uit eerdere jaren en de omstandigheid dat er geen uitbreiding van het B-segment heeft plaatsgevonden in 2010 was de verwachting van de NZa dat de onderhandelingen sneller afgerond zouden worden. Ziekenhuizen houden declaraties op totdat de contractonderhandelingen zijn afgerond. Uit gesprekken die de NZa heeft gevoerd, is gebleken dat de onderhandelingen moeizaam verlopen doordat de complexiteit van de huidige regulering groot is. Dit heeft onder andere te maken met de verschillende opeenvolgende uitbreidingen van het B-segment, de bijbehorende schoningsdiscussies alsmede de discussies over profielen van de ondersteuners.

De NZa heeft geen signalen ontvangen dat patiënten minder of niet geholpen worden door deze late contractonderhandelingen. Voor de (aspirant)verzekerde die een keuze wil maken om al dan niet over te stappen naar een andere zorgverzekeraar is het echter wel van belang meer inzicht te hebben in de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Dit belang neemt toe naar mate er meer selectief gecontracteerd wordt door zorgverzekeraars (zie verderop). In dit licht vindt de NZa het van belang dat de contractonderhandelingen eerder worden afgerond. De prikkel om sneller de onderhandelingen af te ronden wordt de komende jaren voor ziekenhuizen sterker. Bij de invoering van prestatiebekostiging kan het ziekenhuis niet meer terugvallen op substantiële vaste budgetvergoedingen of op een eventuele financiële overdekking van het budget. Indien tegelijkertijd de complexiteit van de bekostiging wordt teruggebracht (zie ook verderop),

zal het voor partijen ook makkelijker zijn om de onderhandelingen eerder af te ronden.

**Kenmerk**  
11D0002602

#### *Selectief contracteren door zorgverzekeraars*

De NZa heeft van zorgverzekeraars informatie gekregen over initiatieven om selectiever te contracteren. Selectief contracteren past bij een reguleringsituatie gebaseerd op vrije volumes (prestatiebekostiging) en vrije prijzen (liberalisering). Vooralsnog staat het selectief contracteren nog in de kinderschoenen. Voor de goede werking van het zorgstelsel is van belang dat zorgverzekeraars meer werk gaan maken van selectieve inkoop. De NZa moedigt de initiatieven dan ook aan, maar wijst er tegelijkertijd op dat zorgvuldigheid daarbij geboden is.

**Pagina**  
2 van 4

#### *Wachttijden*

De wachttijden zijn in 2010 toegenomen en dit is een trendbreuk ten opzichte van eerdere jaren waarin de wachttijden afnamen. Bij een aantal specialismen komt de wachttijd boven de treeknorm uit. De NZa zal zorgverzekeraars via een brief er op wijzen dat zij de oorzaken van deze toenemende wachttijden moeten achterhalen en daarop, samen met zorgaanbieders, actie moeten ondernemen. De resultaten hiervan zal de NZa monitoren in volgende marktscans.

#### *Omzetontwikkelingen binnen de medisch specialistische zorg*

Uit de jaarrekeningen van de ziekenhuizen komt naar voren dat de jaarlijkse omzetontwikkeling van het A- en het B-segment gezamenlijk is gestegen met circa 7% per jaar in de periode 2007-2008 en 2008-2009. Over de periode 2009-2010 is de omzetontwikkeling nog niet bekend, omdat de jaarrekeningen over 2010 nog niet beschikbaar zijn. De eerdergenoemde omzetstijging wordt voor een deel veroorzaakt door een volume-effect en voor een deel door een prijseffect.

Uit de marktscan komt naar voren dat de nominale prijsontwikkelingen in het B-segment 2008-2009 voor de verschillende tranches gematigd zijn. De tranche 2005 heeft een nominale prijsstijging van 1,5%, de tranche 2008 van 1,4% en voor tranche 2009 is een opslag op de schoningsprijzen 1,0% zichtbaar in de periode 2008-2009. In het A-segment zijn de budgetten (gecorrigeerd voor budgetkortingen) geïndexeerd met een percentage van 2,6%. Hieruit komt naar voren dat het prijseffect slechts een klein gedeelte van de omzetstijging verklaard.

Door de uitbreiding van het B-segment in 2009 was de verwachting dat de omzet in het A-segment zou dalen met circa 12%. De omzet A-segment in 2009 is echter met 4,1% gedaald. Deze relatief lage daling kan worden veroorzaakt doordat er meer zorg is geleverd in het A-segment (meer volumes) of dat de ex ante schoning in 2009 relatief laag is geweest. Vanwege de eerdere, slechte ervaringen met het centraal voorschrijven van de wijze van schoning, heeft de NZa er in 2009 bewust voor gekozen partijen meer ruimte te bieden hierover op lokaal niveau afspraken te maken die meer aansluiten op de lokale omstandigheden.

Gelet op de bovenstaande ontwikkelingen kan geconstateerd worden dat de omzetsijging in 2008 en 2009 voor het merendeel wordt veroorzaakt door een stijging in de volumes.

**Kenmerk**  
11D0002602

**Pagina**  
3 van 4

Zoals eerder aangegeven, is over het jaar 2010 alleen de prijsontwikkeling 2009-2010 bekend. In 2010 hebben de prijzen in het B-segment zich gematigd ontwikkeld. Gecorrigeerd voor inflatie is ervoor alle tranches sprake van een prijsdaling van ongeveer 3%. Er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om de volumeontwikkeling in 2010 adequaat te kunnen meten. Belangrijkste reden hiervoor is dat een DBC maximaal 365 dagen geopend kan zijn.

Door de complexiteit van de opeenvolgende uitbreidingen van het B-segment, de bijbehorende schoning en de jaarlijkse wijzigingen in de DBC-systematiek is het voor de NZa niet mogelijk om de precieze prijs- en volume-effecten uit elkaar te halen. Om de oorzaken van de volume- en prijseffecten te achterhalen werkt de NZa aan een doelgroepenanalyse. Deze wordt in de eerste helft van dit jaar gepubliceerd. In de doelgroepenanalyse doet de NZa een verdiepend onderzoek naar een aantal specifieke aandoeningen in het B-segment. Voor deze aandoeningen maakt de NZa een onderscheid naar volume-effecten, prijseffecten en omzeteffecten.

#### *Tot slot*

Op dit moment is nog sprake van een duale situatie in de bekostiging van de medisch specialistische zorg. Ziekenhuizen worden nog voor circa 66% bekostigd via de budgetsystematiek en voor circa 34% via prestatiebekostiging op basis van DBC's (B-segment). De hierboven beschreven ontwikkelingen illustreren dat de complexe bekostiging niet bijdraagt aan een transparante werking van de markt voor ziekenhuiszorg. Door de invoering van prestatiebekostiging zal de complexiteit van de regulering afnemen en worden de prikkels eenduidiger.<sup>1</sup> Voor vrijwel de gehele ziekenhuiszorg vindt de bekostiging dan plaats op basis van DBC's op basis van de nieuwe DOT-zorgproducten. Het enige verschil tussen het A- en B-segment is dan nog dat er in het A-segment maximumtarieven gelden en dat de tarieven in het B-segment volledig vrij onderhandelbaar zijn. Hierdoor worden zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter in staat gesteld om tot een eenduidige onderhandelingstaal te komen. Als gevolg hiervan ontstaan meer mogelijkheden voor zorgverzekeraars om tot een goede inkoop te komen en om instrumenten te ontwikkelen die volumeontwikkelingen kunnen adresseren, zoals het hanteren van degressieve tarieven.

Cruciaal is dat zorgverzekeraars hun rol oppakken om tot een beheersing van de zorgvolumes te komen.

Voor de NZa is het van belang om in deze situatie de volume- en prijseffecten goed en tijdig te blijven monitoren. Deze informatie is ook van belang in het kader van de discussie over gepast gebruik en het

---

<sup>1</sup> NZa, Van Budget naar Prestatie, oktober 2009

tegengaan van praktijkvariatie. In het komende jaar zal de NZa daarom onderzoeken op welke wijze zij in een vroegtijdig stadium informatie over volumina van geleverde zorg kan verkrijgen. Immers, op basis van de huidige informatieverplichting in combinatie met de DBC-systematiek is pas na een periode van 1 jaar na afsluiting van een jaar volledige zekerheid te geven over de volumeontwikkeling.

**Kenmerk**  
11D0002602

**Pagina**  
4 van 4

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

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