Monitor

Medisch Specialistische zorg 2010

Tussenrapportage deel 1

februari 2010

Inhoud

Vooraf **5**

Samenvatting **7**

1. Marktstructuur **9**

2. Uitkomsten **11**
2.1 Betaalbaarheid 11
2.2 Toegankelijkheid 29
2.3 Kwaliteit 31

Bijlage A: Bronnen en methoden **37**

Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt jaarlijks een monitor uit over de medisch specialistische zorg in Nederland. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit is dit één van de middelen om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen op het gebied van marktwerking binnen deze zorgmarkt.

Op basis van monitoring kan de NZa nader bepalen of en waar zij haar bevoegdheden op het gebied van regulering, markttoezicht en advies het beste kan inzetten en kan zij signalen die extern binnenkomen op waarde schatten. Monitoring kan mogelijk ook informatie opleveren die handhavend optreden van de NZa vereist.

Voorheen werd deze monitor eenmaal per jaar uitgebracht in een papieren versie.[1] Door beleidsmakers van verschillende organisaties en interne afdelingen van de NZa werd, gedurende het jaar, regelmatig de vraag gesteld wat de laatste stand van zaken is op gebied van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Daarom heeft de NZa ervoor gekozen om vier maal per jaar een digitale tussenrapportage uit te brengen over deze zorgmarkt. Deze markt is wat betreft analyses het meest uitontwikkeld waardoor deze manier van rapporteren mogelijk is. Op den duur wil de NZa ook andere markten op deze manier gaan rapporteren.

Deze monitorrapportages bestaan uit figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. Aan het eind van een lopend jaar worden in de laatste rapportage conclusies en aanbevelingen weergegeven.

Tot slot een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

[1] Voorheen Monitor Ziekenhuiszorg.

Samenvatting

Marktstructuur
- Terugkerend vraagstuk is vaststellen van het aantal declarerende ZBC's waardoor de aantallen ZBC's geen goede indicatie geven voor toe- of uittreding;
- Het aantal algemene ziekenhuizen neemt af door fusies;
- 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.

Betaalbaarheid
- Omzet:
  - Op basis van de 'Jaarrekeningen' neemt de omzet toe voor zowel 2006-2007 en 2007-2008. De omzetstijging van het A- en B-segment totaal is 2,4% in de periode 2007-2008;
  - De stijging van de omzet neemt toe in deze periode.
  - Op basis van de beschikbare (80%) 'Verantwoordingsdocumenten gefactureerde DBC's 2009' is de omzet van A-segment en B-segment samen met 1,2% gestegen tussen 2008 en 2009.
- Prijs:
  - Alle tranches laten een lichte prijsstijging zien ten opzichte van het jaar daarvoor. Voor tranche 2009 geldt dat dit een opslag is op de schoningsprijzen. Ten opzichte van de prijsupdate november 2009 is deze prijsstijging iets lager uitgevallen;
  - Voor elke tranche is in het jaar van uitbreiding een prijsopslag waarneembaar;
  - Er bestaan verschillen tussen regio's. In enkele regio's is de prijs van tranche 2005 inmiddels gedaald onder de schoningsprijzen;
  - Algemene ziekenhuizen kennen over het algemeen een lichte contractprijsdaling (excl. topklinische ziekenhuizen). UMC's en topklinische ziekenhuizen laten een prijsstijging zien.
  - Productieaantallen:
    - Het aantal poliklinische DBC's neemt sterk af, mede door afschaffing van de SEH-DBC's;
    - Het aantal verpleegdagen neemt af;
    - Op basis van de LMR is een substitutie te zien van klinische opnamen naar dagopnamen.
- Financiële positie:
  - 25 instellingen voldoen aan een rentabiliteit van 5%;
  - 33 instellingen voldoen aan een solvabiliteit van 15%;
  - Aan de combinatie van 5% rentabiliteit en 15% solvabiliteit voldoen 12 instellingen.
  - De gemiddelde rentabiliteit is tussen 2007-2008 iets gedaald, de gemiddelde solvabiliteit is iets gestegen.

Toegankelijkheid
- Er is met name daling te zien van de wachttijd van poliklinische zorg boven de Treeknorm. Bij een tweetal specialismen is de wachttijd echter toegenomen tot boven de Treeknorm. Daarnaast is er een afname te zien van de wachttijden diagnostiek;
- Vooral UMC's hebben in 2009 een grote afname in de wachttijden gerealiseerd.

Kwaliteit
- De kwaliteitsafspraken tussen zorgverzekeraars zijn in afgelopen jaren aangescherpt. Er worden vooral proces- en structuurafspraken gemaakt. Enkele zorgverzekeraars maken een onderscheid naar

voorkeursaanbieders. Met deze groep worden naast structuur- en procesafspraken, ook uitkomstafspraken gemaakt.
- Zichtbare Zorg heeft vooral proces- en structuurindicatoren ontwikkelt. Het aantal uitkomstindicatoren is nog laag. De NZa zet in 2010 het 'programma Transparantie' op omdat zij de indruk heeft dat het noodzakelijk wordt om regelgevend instrumentarium in te zetten om de gewenste transparantie te bereiken;
- Ook vanuit marktpartijen worden uitkomstindicatoren ontwikkeld. Een goed voorbeeld hiervan is de doorontwikkeling van de zorgregistratie van darmkankerchirurgen waarbij de geregistreerde gegevens direct uit het zorgproces afkomstig zijn en gebruikt kunnen worden ten behoeve van de verbetering van het zorgproces.

1. Marktstructuur

Binnen dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de verschillende spelers binnen de markt voor medisch-specialistische zorg. 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. Vooralsnog is er geen goede registratie van het aantal actieve ZBC's in A- en B-segment. Op basis van de standaardprijslijsten, die zorgaanbieders bij de NZa moeten aanleveren, heeft de NZa het aantal actieve ZBC's in het B-segment bepaald. Het aantal algemene ziekenhuizen neemt af door fusies.

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.

Tabel A. Aantal zorgaanbieders 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene ziekenhuizen	89	88	87	87	85
Categorale ziekenhuizen	2	2	2	2	2
UMC's	8	8	8	8	8
Totaal aantal ziekenhuizen	99	98	97	95	93
ZBC's actief in B-segment	37	57	68	89	129

Bron: NZa

Tabel B. Concernindeling zorgverzekeraars 2009

2009		
Multizorg (inkoopcombinatie)	– De Friesland – DSW – ASR Verzekeringen – ONVZ	– PNO Ziektekosten – Salland verzekeringen – Zorg & Zekerheid
UVIT	– De Goudse – IZZ – IZA – Trias	– UMC – Univé – Univé Zorg – VGZ
Menzis	– AnderZorg – Menzis – Confior – Azivo	
Achmea	– Avéro – Groene Land PWZ – Interpolis – OZF	– OZB – Zilveren Kruis – Agis – FBTO
CZ	– Delta Lloyd – OHRA – CZ OZ	

Bron: NZa, aanlevering contractprijzen

2. Uitkomsten

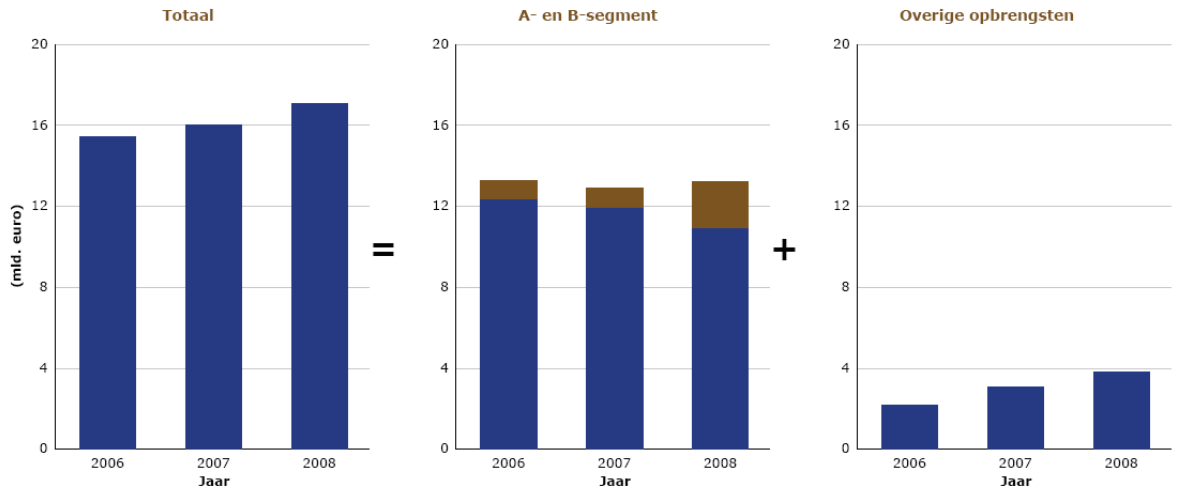
Aan de hand van de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit monitort de NZa welke effecten beleidswijzigingen en andere ontwikkelingen in de markt voor medisch-specialistische zorg hebben gehad.

2.1 Betaalbaarheid

Deze paragraaf gaat in op de omzet, prijs en volumeontwikkelingen van deze zorgmarkt. De drie indicatoren bepalen mede de betaalbaarheid van de zorg. Er zijn meerdere bronnen beschikbaar om deze ontwikkelingen te laten zien en worden hierna verder uitgesplitst.

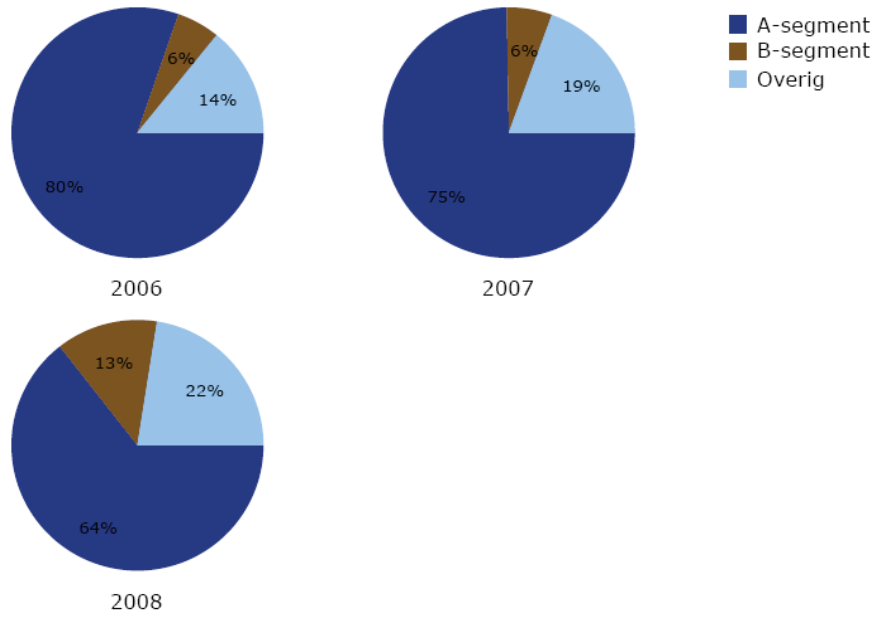
2.1.1 Totale omzetontwikkeling ziekenhuizen, A- en B-segment en overige opbrengsten 2006-2008

Figuur 1.1 Omzetontwikkeling



Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 1.2 Segmentatie



Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 1.1 Omzetontwikkeling (€)

Jaar	A-segment	B-segment	A-segment + B-segment	Overige opbrengsten	Totaal
2006	12,39	0,88	13,27	2,17	15,43
2007	11,98	0,94	12,92	3,09	16,01
2008	10,97	2,25	13,22	3,83	17,06

Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 1.2 Omzetontwikkeling (%)

Jaar	A-segment	B-segment	A-segment + B-segment	Overige opbrengsten	Totaal
06-07	-3,3%	6,5%	-2,6%	42,7%	3,7%
07-08	-8,4%	139,8%	2,4%	24,0%	6,5%

Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Toelichting

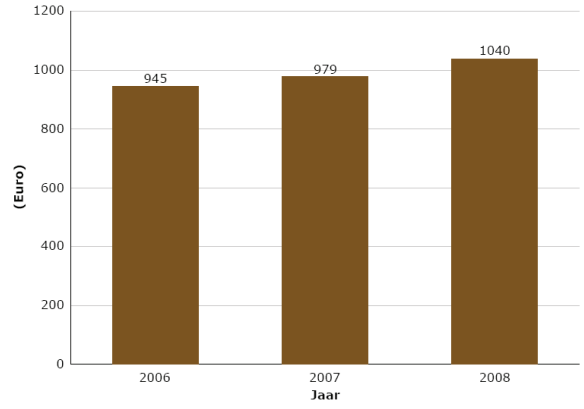
Uitgangspunt voor deze analyses zijn de jaarrekeningen. De ziekenhuisopbrengsten zijn opgesplitst in het A-segment, B-segment en overige opbrengsten. In de jaarrekeningen zijn de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten niet opgenomen.

- De totale omzet is tussen 2007-2008 sterker gestegen dan tussen 2006-2007 (6,5% t.o.v. 3,7%).
- De omzetontwikkeling van A- en B-segment samen is 2,4%. Zie paragraaf 3.1.7, waar nader ingegaan wordt op de prijsontwikkeling.
- De overige opbrengsten bestaan uit de som van niet gebudgetteerde zorgprestaties en overige bedrijfsopbrengsten. Deze overige opbrengsten groeien sneller binnen de totale omzetgroei dan de opbrengsten van het A-en B-segment samen (24,0% t.o.v. 2,4%). Deze resultaten worden beïnvloed door effecten van beleid en door

budgetwijzingen na vaststelling van de jaarrekeningen (zie bronnen en methoden).
- Het A-segment is gebudgetteerd en heeft vaste tarieven. Dit segment laat binnen een omzetdaling zien van 8,4% tussen 2007-2008. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de uitbreiding van het B-segment.
- Binnen het B-segment komen ziekenhuizen en ZBC's met zorgverzekeraars een prijs overeen. Het B-segment laat een omzetgroei zien van 139,8% tussen 2007-2008. Deze omzetgroei kan grotendeels verklaard worden door de uitbreiding van het B-segment in 2008 en de overheveling van de kapitaallasten naar het B-segment (zie figuur 4.1).
- In 2008 wordt 64% van de totale omzet bepaald door het A-segment, 13% door het B-segment en 22% door overige opbrengsten.

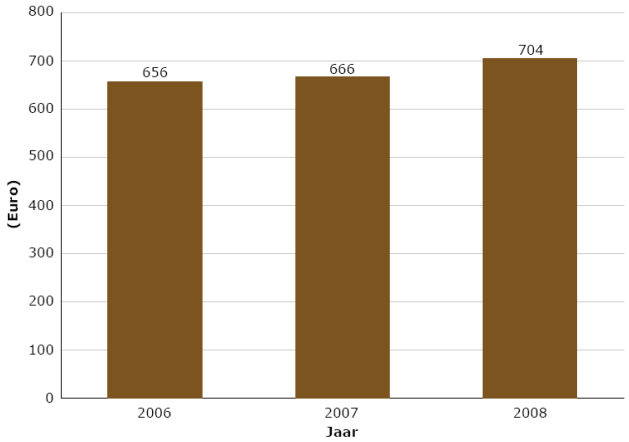
2.1.2 Ontwikkeling uitgaven per hoofd van de bevolking ziekenhuiszorg 2006-2008

Figuur 2.1 Uitgaven per hoofd van de bevolking totaal



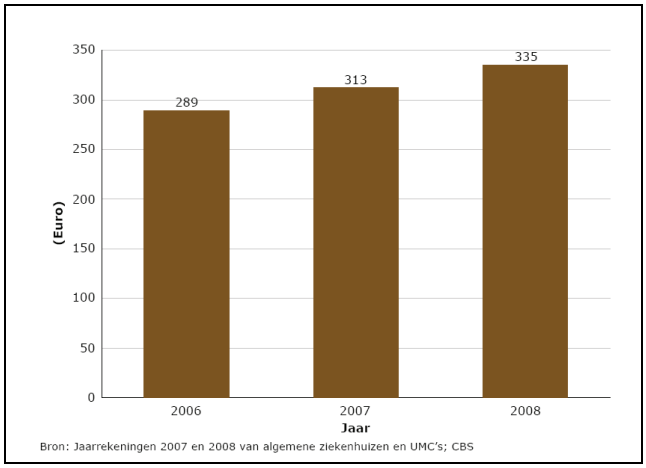
Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's; CBS

Figuur 2.2 Uitgaven per hoofd van de bevolking algemene ziekenhuizen



Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's; CBS

Figuur 2.3 Uitgaven per hoofd van de bevolking UMC's



Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's; CBS

Tabel 2.1 Uitgavenontwikkeling per hoofd van de bevolking

Jaar	Algemene ziekenhuizen	UMC's	Totaal
06-07	1,5%	8,2%	3,6%
07-08	5,8%	7,2%	6,2%

Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's; CBS

Toelichting
- Jaarlijks nemen de uitgaven aan ziekenhuiszorg per hoofd van de bevolking toe. De uitgaven per hoofd van de bevolking bij UMC's stijgen harder dan de uitgaven per hoofd van de bevolking bij de algemene ziekenhuizen.
- De stijging in uitgaven per hoofd van de bevolking voor UMC's neemt af, terwijl deze bij algemene ziekenhuizen toeneemt.

2.1.3 Omzetontwikkeling ziekenhuizen A- en B-segment 2006-2008

Tabel 3.1a Gefactureerde DBC-omzet 2008-2009

	A-segment	B-segment	Totaal (A+B)
2008	10,24	2,03	12,27
2009	9,15	3,27	12,42

Bron: Verantwoordingsdocumenten gefactureerde DBC´s 2008 & 2009

Tabel 3.1b Gefactureerde DBC-omzetontwikkeling 2008-2009

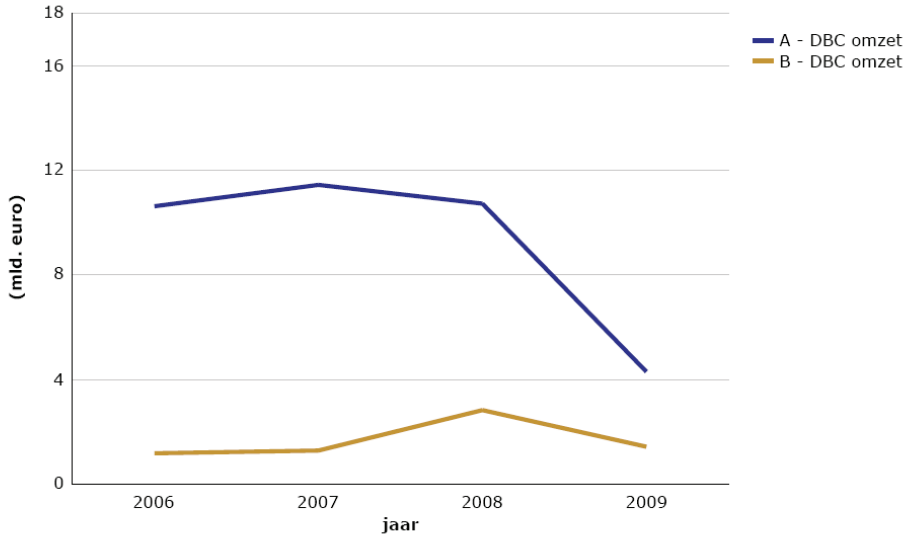
	A-segment	B-segment	Totaal (A+B)
2008-2009	-10,7%	60,8%	1,2%

Bron: Verantwoordingsdocumenten gefactureerde DBC´s 2008 & 2009

Toelichting:
Om uitspraken over 2009 te kunnen doen maken we gebruik van de 'Verantwoordingsdocumenten gefactureerde DBC's 2009'. Op dit moment is 80% van de formulieren van de algemene ziekenhuizen en UMC's binnen. De binnen gekomen formulieren vergelijken we met de formulieren van vorig jaar.
- De omzet van A-segment en B-segment samen is met 1,2% gestegen tussen 2008 en 2009.

- Het A-segment laat een daling zien van bijna 11%. Deze daling wordt grotendeels verklaard door de schoning van het A-segment in verband met de uitbreiding van het B-segment in 2009. Het B-segment is in 2009 uitgebreid van ongeveer 20% naar 34%.
- Het B-segment laat een stijging zien van ruim 60%. Deze stijging wordt voor het grootste deel verklaard door de hierboven genoemde uitbreiding van het B-segment.

Figuur 3.2 Aanlevering aan DIS 2006-2009



Bron: DIS

Tabel 3.2 Aanlevering aan DIS 2006-2009

	2006	2007	2008	2009
A	10.6	11.4	10.7	4.3
B	1.2	1.3	2.8	1.4

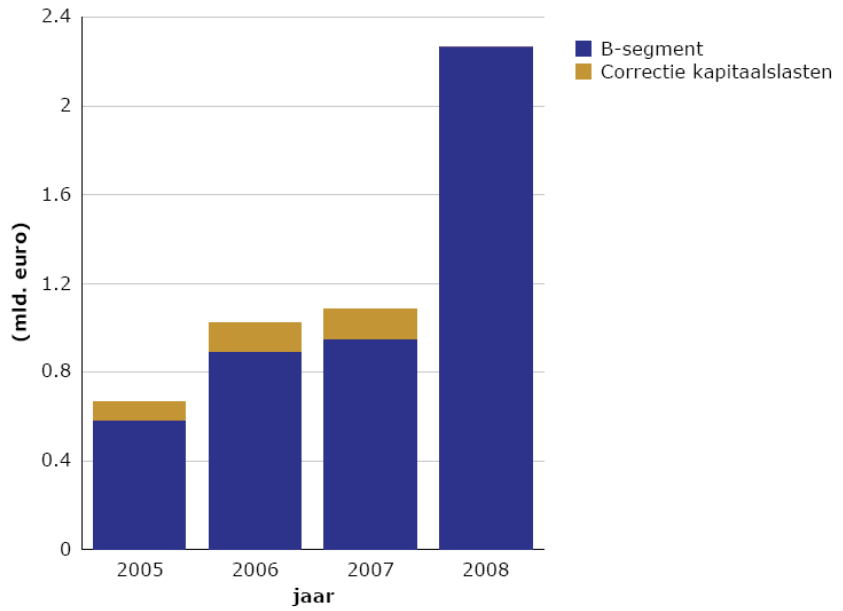
Bron: DIS

Toelichting

- De DIS-gegevens over 2009 zijn nog niet compleet en zal in de loop van 2010 volledig(er) worden. Over 2009 kunnen op basis van de aanlevering aan DIS geen definitieve cijfers gepresenteerd worden. Dit verklaart de daling van omzetlijn in figuur 3.5 van 2009. Het weergegeven resultaat over 2009 geeft dus alleen de aanlevering van gegevens op dit moment weer.
- De omzet binnen het A-segment is in 2008 gedaald ten opzichte van 2007. Deze afname werd ook gezien in de omzetontwikkeling op basis van de jaarrekeningen 2007-2008.
- De omzet binnen het B-segment is daarentegen gestegen tussen 2007-2008. Deze toename kan grotendeels worden verklaard door de uitbreiding van het B-segment in 2008.

2.1.4 Omzetontwikkeling ziekenhuizen B-segment 2005-2008

Figuur 4.1 Omzetontwikkeling inclusief correctie op kapitaallasten



Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 4.1 Omzetten

	2005	2006	2007	2008
B-segment	0,58	0,89	0,95	2,27
Correctie kapitaalslasten	0,08	0,13	0,14	0,00
Totaal	**0,67**	**1,02**	**1,09**	**2,27**

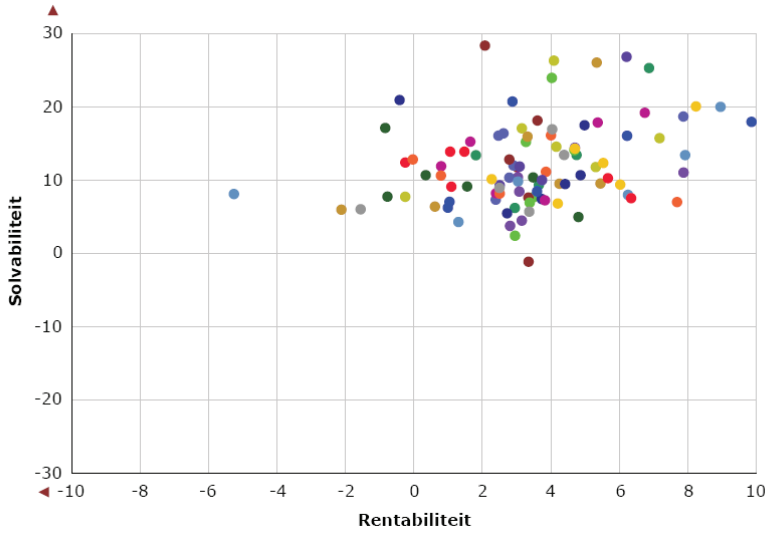
Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Toelichting

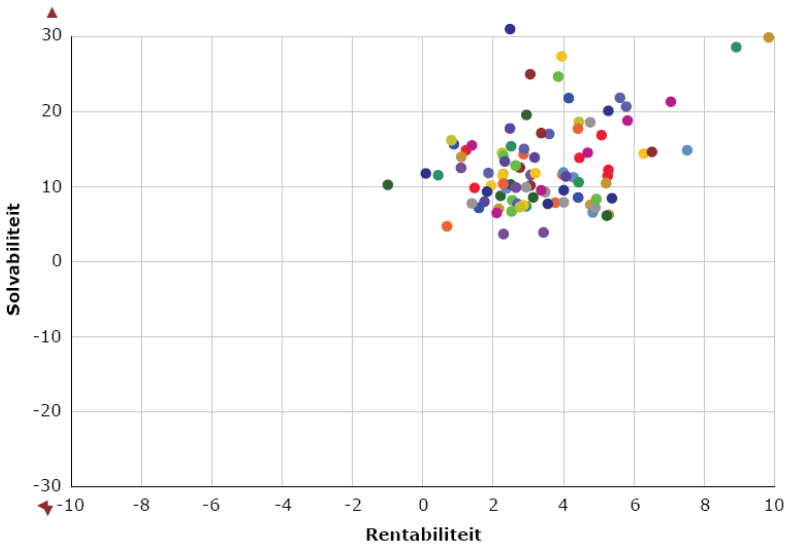
- Vanaf 2008 is er sprake van integrale tarieven in het B-segment. In de jaren voor 2008 werden de kapitaalslasten voor het B-segment nog via het A-segment gefinancierd. Om een goede vergelijking van het B-segment te kunnen maken is er dus een correctie nodig voor deze kapitaalslasten. Daarnaast heeft er in 2008 een uitbreiding van het B-segment plaatsgevonden.

2.1.5 Ontwikkeling financiële positie ziekenhuizen 2007-2008

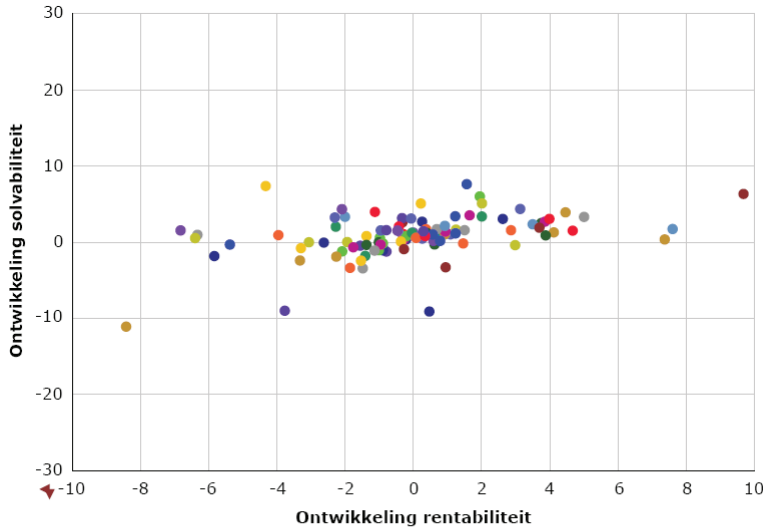
Figuur 5.1 Rentabiliteit en solvabiliteit 2007 (%)



Figuur 5.2 Rentabiliteit en solvabiliteit 2008 (%)



Figuur 5.3 Ontwikkeling van rentabiliteit en solvabiliteit 2007-2008 (groei %)



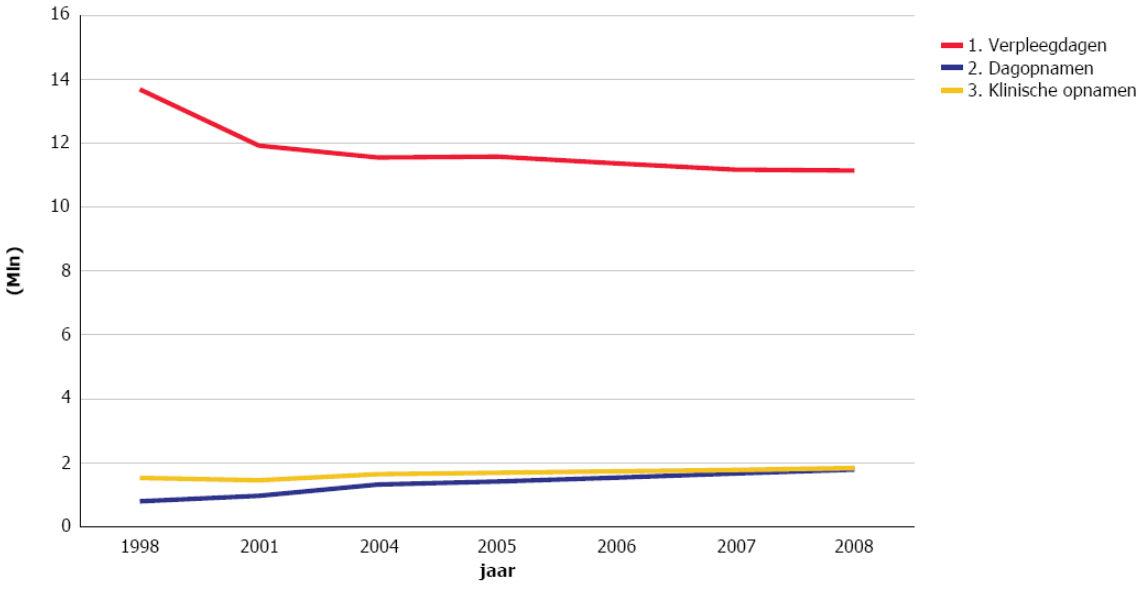
Bron: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Toelichting

- In figuren 5.1 en 5.2 zijn de rentabiliteit en solvabiliteit van de algemene ziekenhuizen en UMC's (%) tegen elkaar uitgezet. In marktconforme situaties wordt veelal uitgegaan van een minimale rentabiliteit van 5%. Hieraan voldoen 25 instellingen.
- Daarnaast wordt uitgegaan van een solvabiliteit van hoger dan 15%. Hieraan voldoen 33 instellingen. Een solvabiliteit van 15% is ook één van de criteria die het Waarborgfonds hanteert bij de beoordeling of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor deelname aan het fonds.
- Aan de combinatie van minimaal 5% rentabiliteit en minimaal 15% solvabiliteit voldoen 12 instellingen.
- Uit figuren 5.1 en 5.2 blijkt dat een aanzienlijk deel van de ziekenhuizen niet voldoet aan deze beide grenzen. Wel valt op dat de spreiding van beide indicatoren afgenomen is tussen 2007 en 2008. Zo zijn er in 2008 een stuk minder ziekenhuizen met een negatieve rentabiliteit, maar ook minder ziekenhuizen met een rentabiliteit hoger dan 6%.
- In figuur 5.3 zijn de percentages rentabiliteits- en solvabiliteitsontwikkeling 2007-2008 tegen elkaar uit gezet. Hieruit valt op te maken dat de gemiddelde rentabiliteit in 2007-2008 licht gedaald is, maar dat de gemiddelde solvabiliteit iets gestegen is.

2.1.6 Ontwikkeling productieaantallen 1998-2008

Figuur 6.1a Ontwikkeling van productieaantallen 1998-2008



Tabel 6.1 Productieaantallen LMR

	1998	2001	2004	2005	2006	2007	2008
1. Verpleegdagen	13,7	11,9	11,6	11,6	11,4	11,2	11,1
2. Dagopnamen	0,8	1,0	1,3	1,4	1,5	1,7	1,8
3. Klinische opnamen	1,5	1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8

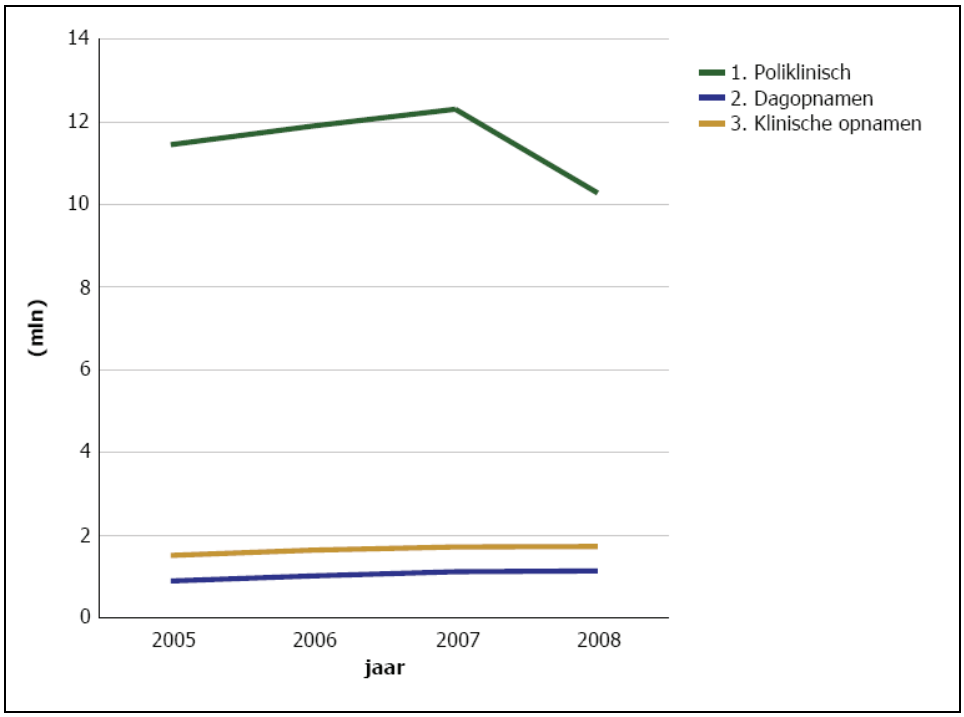
Bron: LMR

Tabel 6.2 Ontwikkeling van productieaantallen LMR

	98-01	98-07	01-04	04-07	07-08
1. Verpleegdagen	-4,5%	-2,2%	-1,0%	-1,1%	-0,3%
2. Dagopnamen	6,8%	8,6%	11,0%	7,9%	7,3%
3. Klinische opnamen	-1,6%	1,7%	4,2%	2,8%	3,4%

Bron: LMR

Figuur 6.1b Ontwikkeling van productieaantallen DIS 2005-2008



Tabel 6.3 Productieaantallen (DIS)

	2005	2006	2007	2008
1. Poliklinisch	11,45	11,90	12,31	10,28
2. Dagopnamen	0,89	1,02	1,12	1,13
3. Klinische opnamen	1,51	1,64	1,71	1,73

Bron: MDS

Tabel 6.4 Ontwikkeling productieaantallen (DIS)

	2006	2007	2008
1. Poliklinisch	3,9%	3,4%	-16,5%
2. Dagopnamen	13,9%	9,9%	1,8%
3. Klinische opnamen	8,4%	4,7%	0,7%

Bron: MDS

Toelichting

Om een beeld te krijgen van de algemene trend over de periode 1998-2008 van aantallen dagopnamen, klinische opnamen en verpleegdagen worden deze met elkaar vergeleken op basis van de LMR. Daarnaast worden de aantallen poliklinische behandelingen, dagopnamen en klinische opnamen gezet op basis van DIS. Vanuit DIS worden de aantallen DBC's vergeleken; de LMR laat aantallen dagopnamen en klinische opnamen zien.

- Het aantal poliklinische DBC's nemen tot 2007 toe, waarna een sterke daling optreedt. Deze kan deels verklaard worden door de afschaffing van de SEH-DBC's per 2008.
- Het aantal dagopnamen neemt sinds 1991 jaarlijks toe.
- Het aantal klinische opnamen neemt tussen 1991-2001 af. Vanaf 2002 neemt deze jaarlijks licht toe.
- Het aantal verpleegdagen neemt daarentegen sinds 1991 jaarlijks af, al lijkt de afname vanaf 2008 gestagneerd.
- De verhouding tussen dagopnamen en klinische opnamen verschuift. De aantallen komen op basis van de LMR steeds dichter bij elkaar te liggen,wat mogelijk op substitutie wijst. Op basis van DIS is deze conclusie niet te trekken.

2.1.7 Prijsontwikkeling 2005-2009

Tabel 7.1 Nominale prijsontwikkeling A- en B-segment

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
A-segment (ongecorrigeerd voor budgetkortingen)	1.5%	2.5%	3.8%	2.9%
A-segment (gecorrigeerd voor budgetkortingen)	0.4%	1.3%	2.3%	2.6%
B-tranche 2005	0.0%	2.1%	1.1%	1.5%
B-tranche 2008	-	-	-	1.4%

Tabel 7.2 Gemiddelde ontwikkeling B-segment per tranche

Prijsontwikkeling	tranche 2005					tranche 2008		tranche 2009
	2005	2006	2007	2008	2009	2008	2009	2009
Nominaal	-	0.0%	2.1%	1.1%	1.5%	-	1.4%	-
Reeel	-	-1.2%	0.5%	-1.3%	0.3%	-	0.2%	-
Opslag op schoningsprijzen	5.5%	-	-	-	-	1.3%	-	1.0%

Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Toelichting

- Tabel 7.1 laat zien dat de nominale prijzen in het B-segment voor de 2005 tranche van het B-segment in alle jaren behalve 2006-2007 minder hard zijn gegroeid dan in het A-segment, ook indien het A-segment gecorrigeerd word voor de budgetkortingen. Vergelijkingen tussen A-en B-segment zijn niet goed te maken (zie bronnen en methoden).
- Tranche 2008 van het B-segment laat in 2008-2009 een lagere nominale groei zien dan het voor budgetkortingen gecorrigeerde A-segment.
- Tranche 2005 heeft een reële prijsstijging van 0,3% voor 2008-2009. In de prijsupdate november 2009 was deze stijging nog op 0,5%.
- Tranche 2008 laat een reële prijsstijging zien van 0,2%. In de prijsupdate november 2009 was dit 0,3%.
- Voor tranche 2009 is de opslag van op de schoningsprijzen 1,0%. Ook hier is een lagere prijsstijging te zien dan in de prijsupdate van november 2009 van 1,2%.
- In paragraaf 3.1.1 wordt de omzetontwikkeling van het A- en B-segment weergegeven. De prijsstijging in het B-segment verklaard niet volledig deze omzetstijging. Door wijzingen in de productstructuur en uitbreiding van het B-segment is een uitsplitsing van het omzeteffect naar prijs en volume niet specifiek te maken.

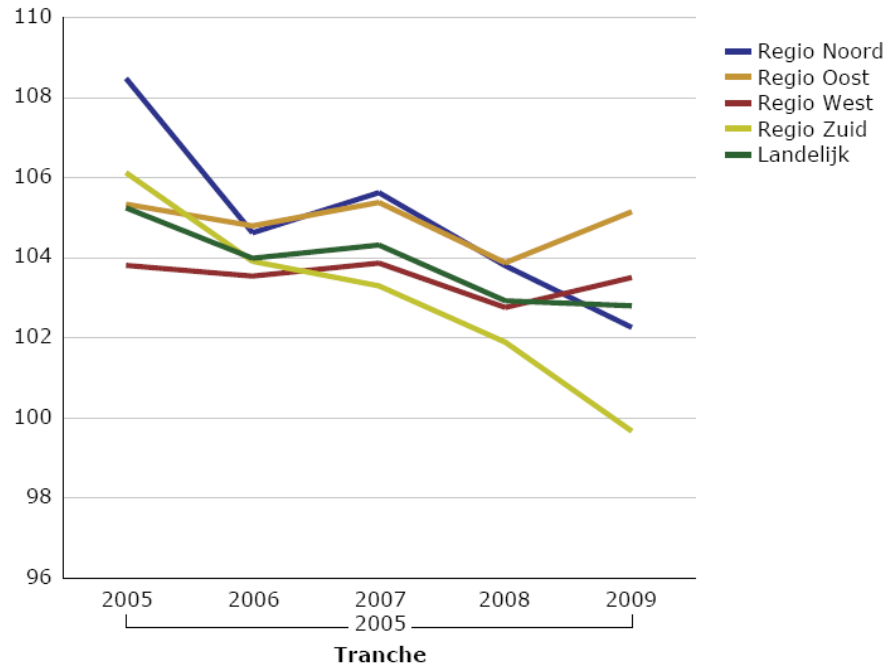
Let op: Onderstaande tabellen en figuren geven de prijsniveaus en prijsontwikkelingen specifiek weer op basis van contractprijzen.

Tabel 7.3 Reële prijsontwikkeling contractprijzen per regio

	2005					2008		2009
	2005	2006	2007	2008	2009	2008	2009	2009
Regio Noord	8,5%	-3,6%	0,8%	-2,0%	-1,2%	1,0%	-1,8%	-0,7%
Regio Oost	5,3%	-0,5%	0,9%	-1,2%	1,4%	0,4%	1,9%	0,5%
Regio West	3,8%	-0,3%	0,5%	-1,2%	1,0%	1,0%	1,0%	0,7%
Regio Zuid	6,1%	-2,1%	-0,3%	-1,6%	-1,9%	1,7%	-1,7%	1,1%
Landelijk	5,3%	-1,2%	0,5%	-1,4%	0,2%	1,1%	0,1%	0,7%

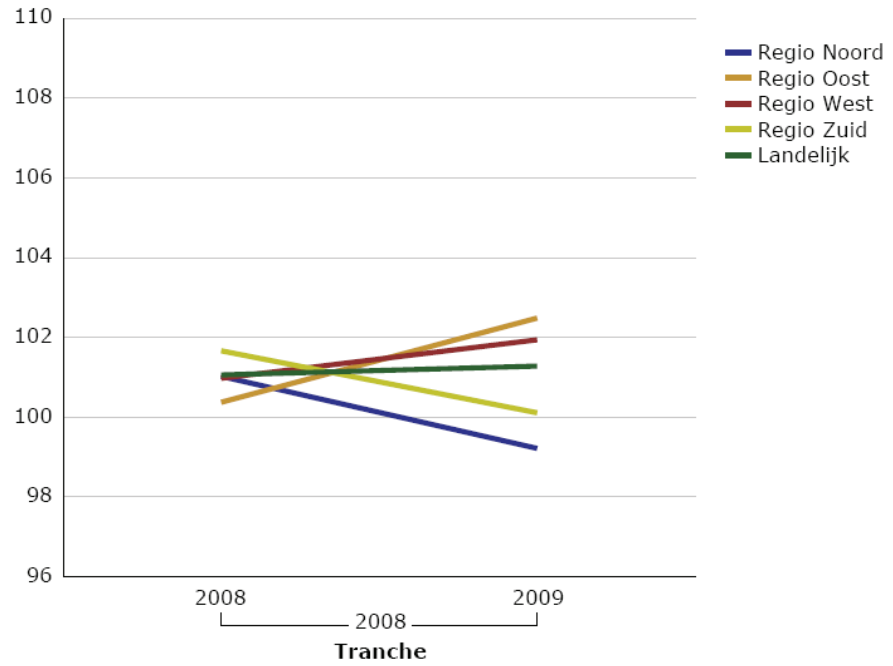
Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Figuur 7.1a Reëel prijsniveau contractprijzen per regio tranche 2005



Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Figuur 7.1b Reëel prijsniveau contractprijzen per regio tranche 2008



Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Tabel 7.4 Reëel prijsniveau contractprijzen per regio

	2005					2008		2009
	2005	2006	2007	2008	2009	2008	2009	2009
Regio Noord	108,5	104,6	105,6	103,8	102,3	101,0	99,2	99,3
Regio Oost	105,3	104,8	105,4	103,9	105,2	100,4	102,5	100,5
Regio West	103,8	103,5	103,9	102,8	103,5	101,0	101,9	100,7
Regio Zuid	106,1	103,9	103,3	101,9	99,7	101,7	100,1	101,1
Landelijk	105,3	104,0	104,3	102,9	102,8	101,1	101,3	100,7

Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Toelichting

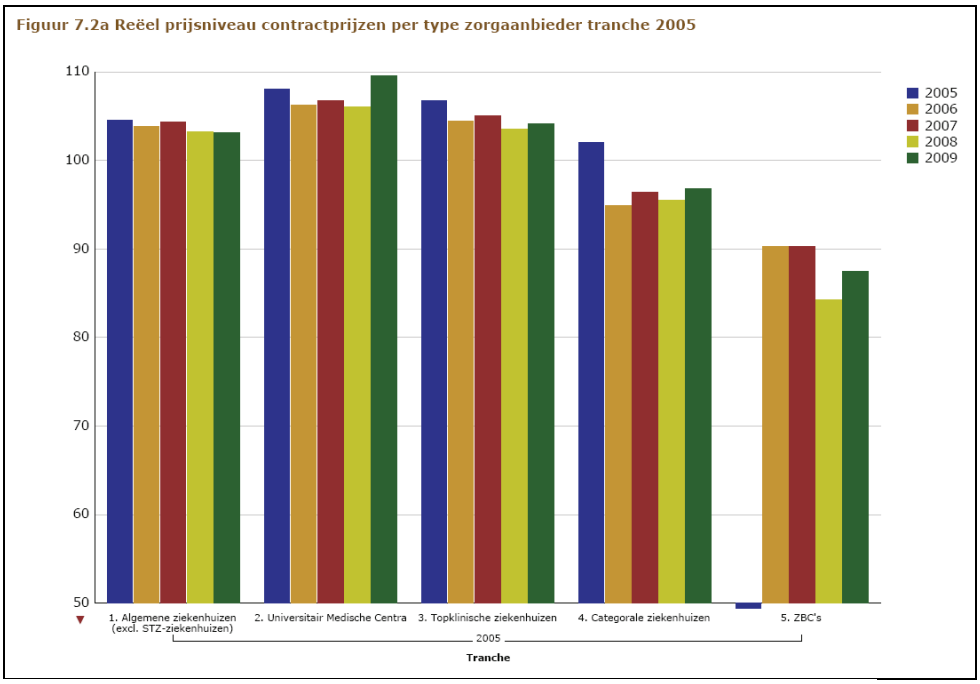
- De contractprijzen van regio Zuid liggen voor beide tranches onder het landelijk prijsniveau. Voor tranche 2005 geldt tevens dat de contractprijzen zich onder de schoningsprijzen, ten tijde van de uitbreiding van het B-segment in 2005, bevinden.
- Regio Noord en regio Zuid zetten hun daling in contractprijzen ook in 2009 voort. Regio West en regio Oost laten daarentegen een stijging zien in 2009.
- Regio Noord laat voor tranche 2008 een daling zien waardoor de contractprijzen zich onder de schoningsprijzen bevinden.
- De contractprijzen van regio West lagen voor tranche 2005 tot en met 2008 onder het landelijk prijsniveau maar zijn in 2009 boven dit niveau gekomen.

Tabel 7.5 Reële prijsontwikkeling contractprijzen per zorgaanbiedertype

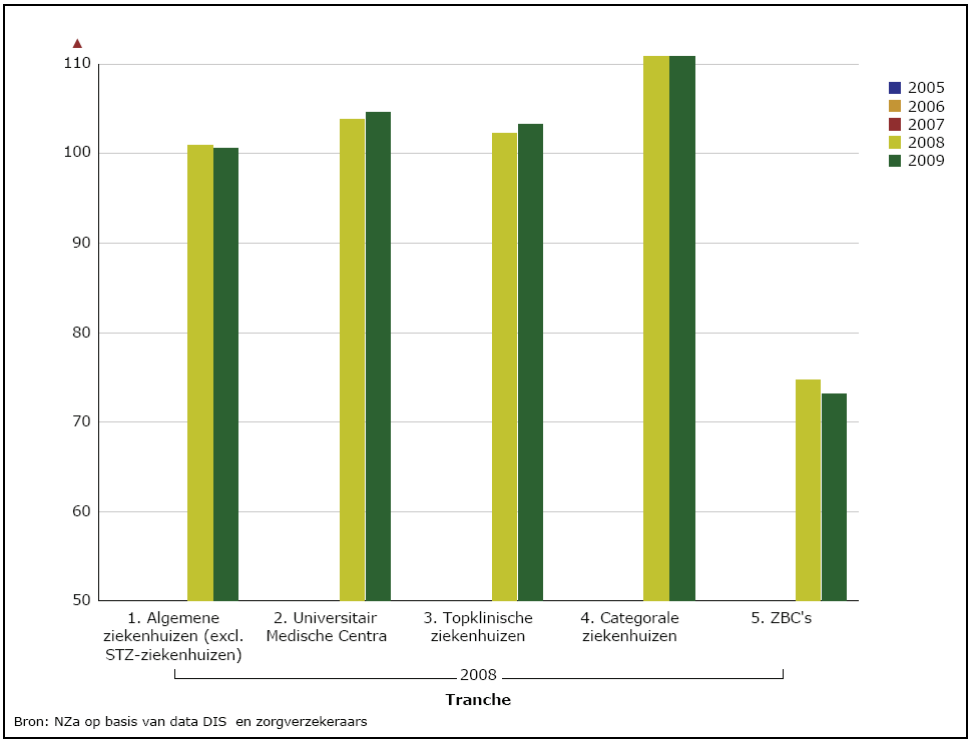
	2005					2008		2009
	2005	2006	2007	2008	2009	2008	2009	2009
1. Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	4,5%	-0,6%	0,4%	-1,2%	-0,2%	0,9%	-0,2%	-0,6%
2. Universitair Medische Centra	8,1%	-1,7%	0,2%	-1,1%	3,0%	3,8%	1,0%	9,5%
3. Topklinische ziekenhuizen	6,7%	-2,1%	0,7%	-1,7%	0,5%	2,3%	0,6%	1,0%
4. Categorale ziekenhuizen	2,1%	-7,1%	-2,1%	-2,5%	1,5%	18,2%	3,3%	5,6%
5. ZBC's	-	-	1,3%	-1,0%	1,0%	-25,3%	-2,1%	-3,9%
Landelijk	5,3%	-1,2%	0,5%	-1,4%	0,2%	1,1%	0,1%	0,7%

Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Figuur 7.2a Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder tranche 2005



Figuur 7.2a Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder tranche 2008



Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Tabel 7.6 Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder

	2005					2008		2009
	2005	2006	2007	2008	2009	2008	2009	2009
1. Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	104,5	103,9	104,3	103,3	103,1	100,9	100,6	99,4
2. Universitair Medische Centra	108,1	106,3	106,8	106,1	109,5	103,8	104,6	109,5
3. Topklinische ziekenhuizen	106,7	104,5	105,1	103,5	104,1	102,3	103,3	101,0
4. Categorale ziekenhuizen	102,1	94,9	96,4	95,5	96,8	118,2	122,7	105,6
5. ZBC's	/0	90,3	90,2	84,2	87,5	74,7	73,1	96,1
Landelijk	105,3	104,0	104,3	102,9	102,8	101,1	101,3	100,7

Bron: NZa op basis van data DIS en zorgverzekeraars

Toelichting
- Voor alle tranches geldt dat algemene ziekenhuizen een lichte contractprijsdaling doormaken.
- UMC's en topklinische ziekenhuizen laten voor elke tranche een prijsstijging zien.
- ZBC's laten voor tranche 2008 en tranche 2009 een prijsdaling zien. Dit betreft voornamelijk contractprijzen. Het is aannemelijk dat passantenprijzen hier een rol kunnen spelen.

2.1.8 Diagnosegroepen

In 2009 is de NZa gestart met het opzetten van een analysekader om de volumeontwikkelingen en veranderingen in casemix te kunnen analyseren.

Om volumeontwikkelingen in een bepaalde deelmarkt meer in detail te onderzoeken is het zinvol om naast de productiecijfers voor de deelmarkt als geheel ook te kijken naar de ontwikkeling van afzonderlijke modaliteiten binnen zo'n deelmarkt, zoals behandelaar of behandeling. Zo is het mogelijk om de (volume)ontwikkeling van bepaalde behandelmodaliteiten te beoordelen in relatie tot de ontwikkeling van de totale omvang van die zorgvraag. Ook worden verschuivingen zichtbaar in het medisch handelen, zoals substitutie van aanbieders, substitutie van verschillende behandelvormen en verschuivingen in behandelindicatie, om zodoende een beter beeld te krijgen van het effect van vrije prijsvorming.

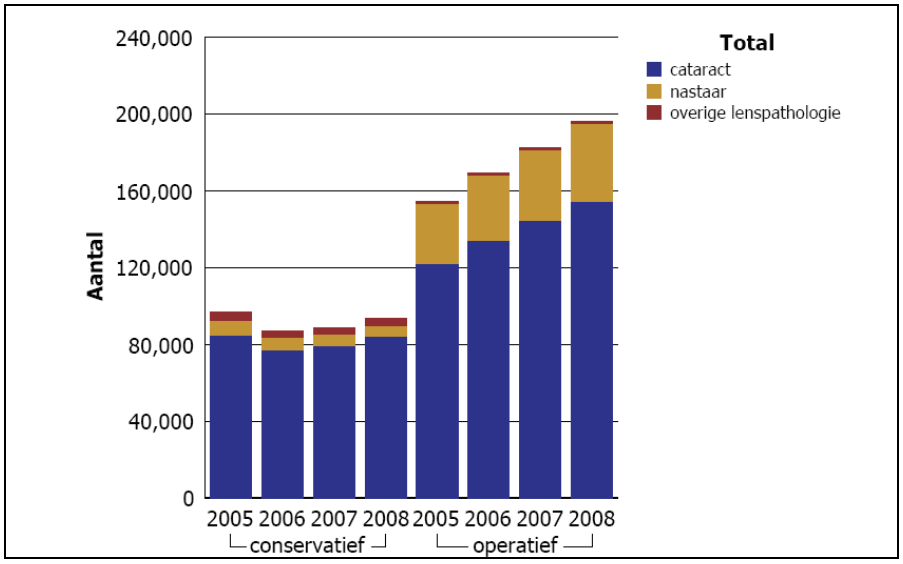
De NZa heeft drie diagnosegroepen nader bekeken:
- aandoeningen van de ooglens;
- breuken van de buikwand (verworven);
- ontstekingen van de bovenste luchtwegen en middenoor.

2.1.8.1 Aandoeningen van de ooglens

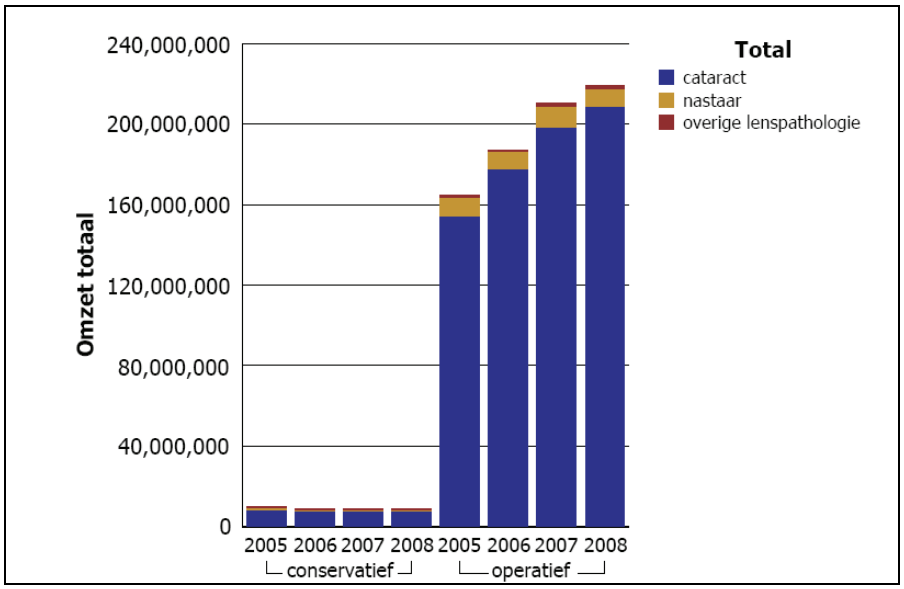
De groep afwijkingen van de ooglens is gedefinieerd als de diagnoses: 'cataract' (staar), 'nastaar' en 'overige lenspathologie'. Zoals verwacht neemt staar het grootste deel van deze groep voor zijn rekening (83%), gevold door nastaar (16%).

Van deze deelmarkt is alleen de operatieve behandeling van het cataract in het B-segment geplaatst en daarvan dan ook nog alleen de initiële behandeling. De operatieve vervolgbehandeling is pas later aan het B-segment toegevoegd, met uitzondering van de behandeling die uitsluitend in een poliklinische setting heeft plaatsgevonden, welke wel al in 2005 in het B-segment is geplaatst. Alle conservatieve behandelingen en de operatieve behandeling van nastaar en overige lenspathologie worden bekostigd in het A-segment.

Figuur 8.1. Aantal operatieve/conservatieve behandelingen aandoeningen aan de ooglens



Figuur 8.2. Omzet operatieve/conservatieve behandelingen aandoeningen aan de ooglens



Toelichting

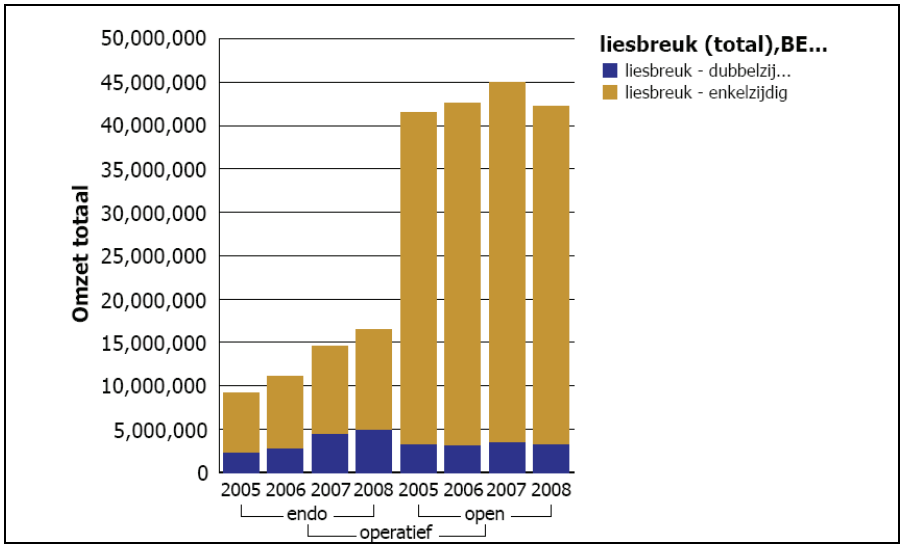
- Het aantal en de omzet van conservatieve behandelingen is over de afgelopen jaren constant gebleven;
- Operatieve behandelingen bevinden zich in het B-segment. Het aantal en de omzet van operatieve behandelingen is gestegen.
- Opvallend is dat de operatieve behandeling van cataract voor het grootste deel plaatsvindt in dagbehandeling; ingrepen in verband met nastaar vinden daarentegen voornamelijk poliklinisch plaats.

2.1.8.2 Breuken van de buikwand

Binnen deze deelmarkt worden de volgende diagnoses onderscheiden: liesbreuk, middenrifbreuk, navelbreuk, littekenbreuk. De operatieve (initiële) behandeling van liesbreuk is al sinds 2005 in het B-segment. Onderstaande figuren richten zich hierop. De operatieve vervolg en conservatieve behandeling zijn daar pas per 2009 aan toegevoegd en

niet meegenomen in deze analyse. De behandeling in verband met deze pathologie door de kinderarts valt nog steeds binnen het A-segment.

Figuur 8.3. Omzet endoscopische/open operatieve behandeling liesbreuk



Toelichting

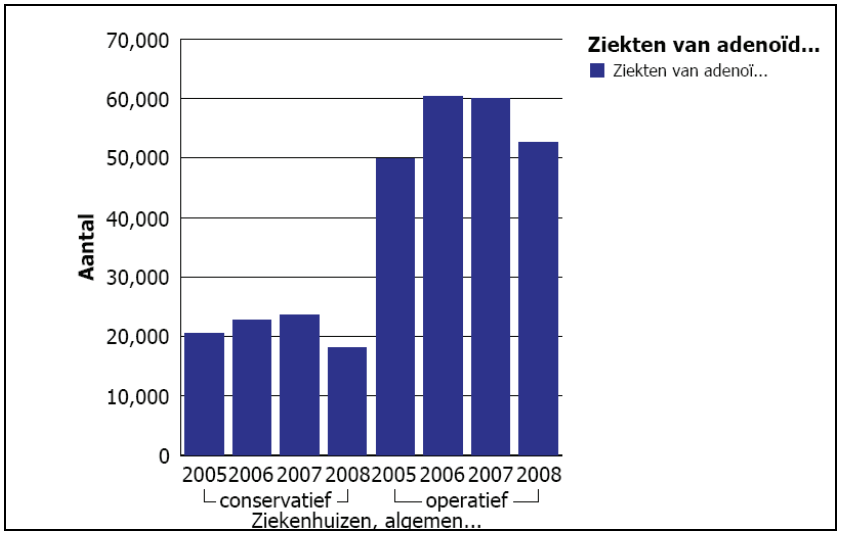
- Het aantal operatieve liesbreuk behandelingen is met gemiddeld ruim 29 duizend declaraties min of meer constant;
- De operatieve behandeling van de liesbreuk vindt in meerderheid van de gevallen open plaats;
- De endoscopische variant van de operatieve behandeling wordt wel steeds vaker toegepast; het aandeel groeit van 13 tot 20%[2];
- Hierdoor stijgt de omzet die met deze behandeling gemoeid is: de groei van bijna 8 miljoen euro komt voor meer dan 90% voort uit de toename van het aandeel endoscopische behandelingen;
- Dit effect wordt versterkt doordat de prijs voor een endoscopische behandeling hoger ligt dan voor de open operatieve behandeling en deze meer is toegenomen dan die van de open operatieve behandeling (11 vs. 9%).

2.1.8.3 Ontstekingen van de bovenste luchtwegen en het middenoor

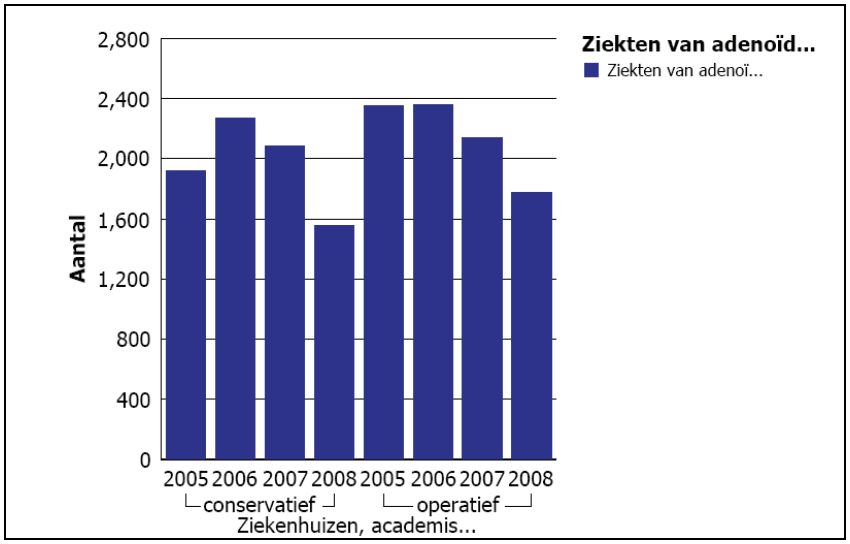
Voor deze deelmarkt hebben wij ons beperkt tot het specialisme Keel, Neus en Oorheelkunde (KNO) en hebben deze gedefinieerd als aandoeningen van de bovenste luchtwegen (keelholte, neus(bij)holten en/of het middenoor) welke zich kenmerken door acute of chronische ontstekingen in dit gebied. Deze deelmarkt omvat het indicatiegebied voor een aantal kenmerkende operatieve behandelingen binnen de KNO: het plaatsen van trommelvliesbuisjes, correctie van standafwijkingen van het neustussenschot en het verwijderen van de keel- en/of neusamandelen.
Van deze deelmarkt is alleen de DBC-diagnose 'ziekten van adenoïd en tonsillen' al in 2005 in het B-segment geplaatst en van deze alleen de (initiële) operatieve behandeling. Per 2007 is de operatieve vervolg behandeling daaraan toegevoegd. Per 2008 zijn de diagnoses 'OMA, OME, tubadysfunctie' en 'septumafwijkingen' (alle behandelmodaliteiten) daaraan toegevoegd.

[2] Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Richtlijn Behandeling van de liesbreuk, 2003.

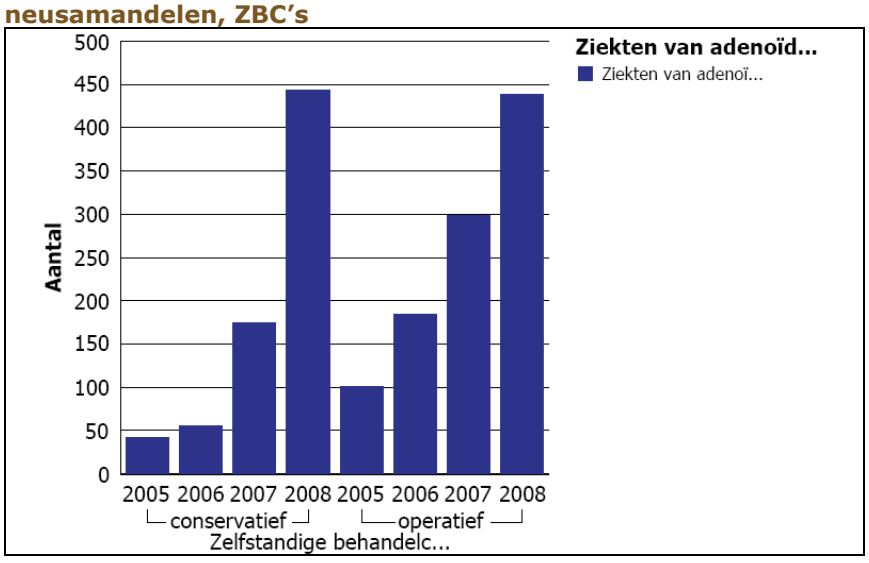
Figuur 8.4. Aantal behandelingen in kader van de keel- en/of neusamandelen, Algemene ziekenhuizen



Figuur 8.5. Aantal behandelingen in kader van de keel- en/of neusamandelen, UMC's

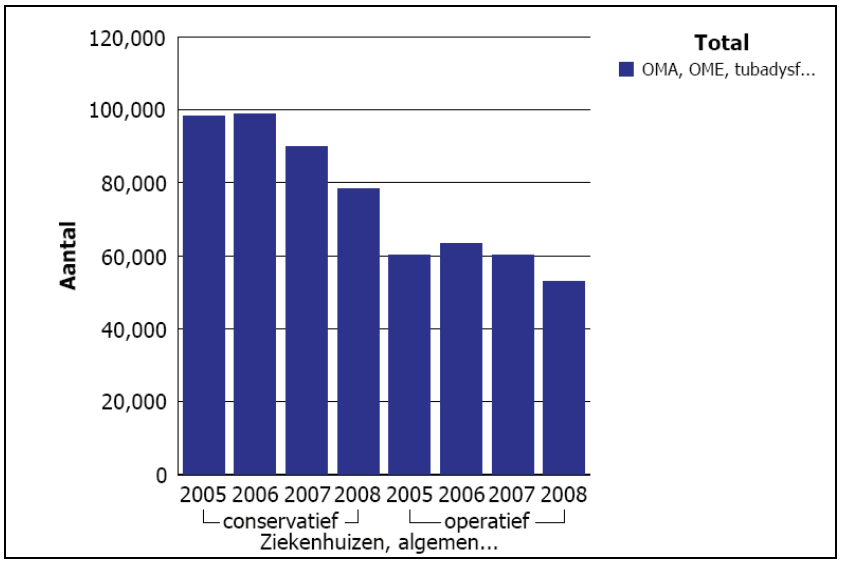


Figuur 8.6. Aantal behandelingen in kader van de keel- en/of neusamandelen, ZBC's

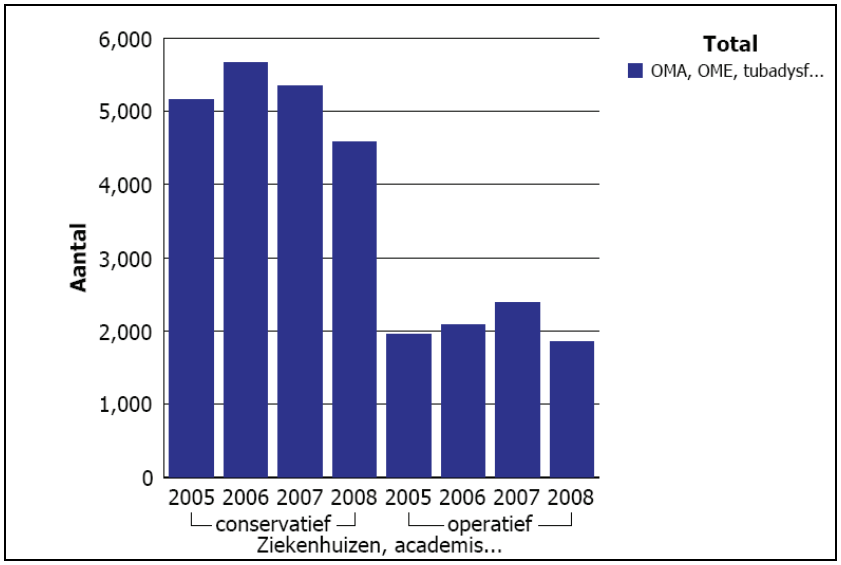


Toelichting
- Het aantal operatieve en conservatieve behandelingen van keel- en/of neusamandelen neemt af bij algemene ziekenhuizen binnen dezelfde verhouding. Dezelfde afname zien we bij UMC's;
- Bij ZBC's daarentegen nemen de operatieve en conservatieve behandelingen toe. Dit kan deels te maken hebben met de toename aan ZBC's de afgelopen jaren. De toename in behandelingen is minder groot dan de afname bij algemene ziekenhuizen en UMC's.

Figuur 8.7. Aantal behandelingen in kader van het plaatsen van trommelvliesbuisjes, algemene ziekenhuizen



Figuur 8.8. Aantal behandelingen in kader van het plaatsen van trommelvliesbuisjes, UMC's



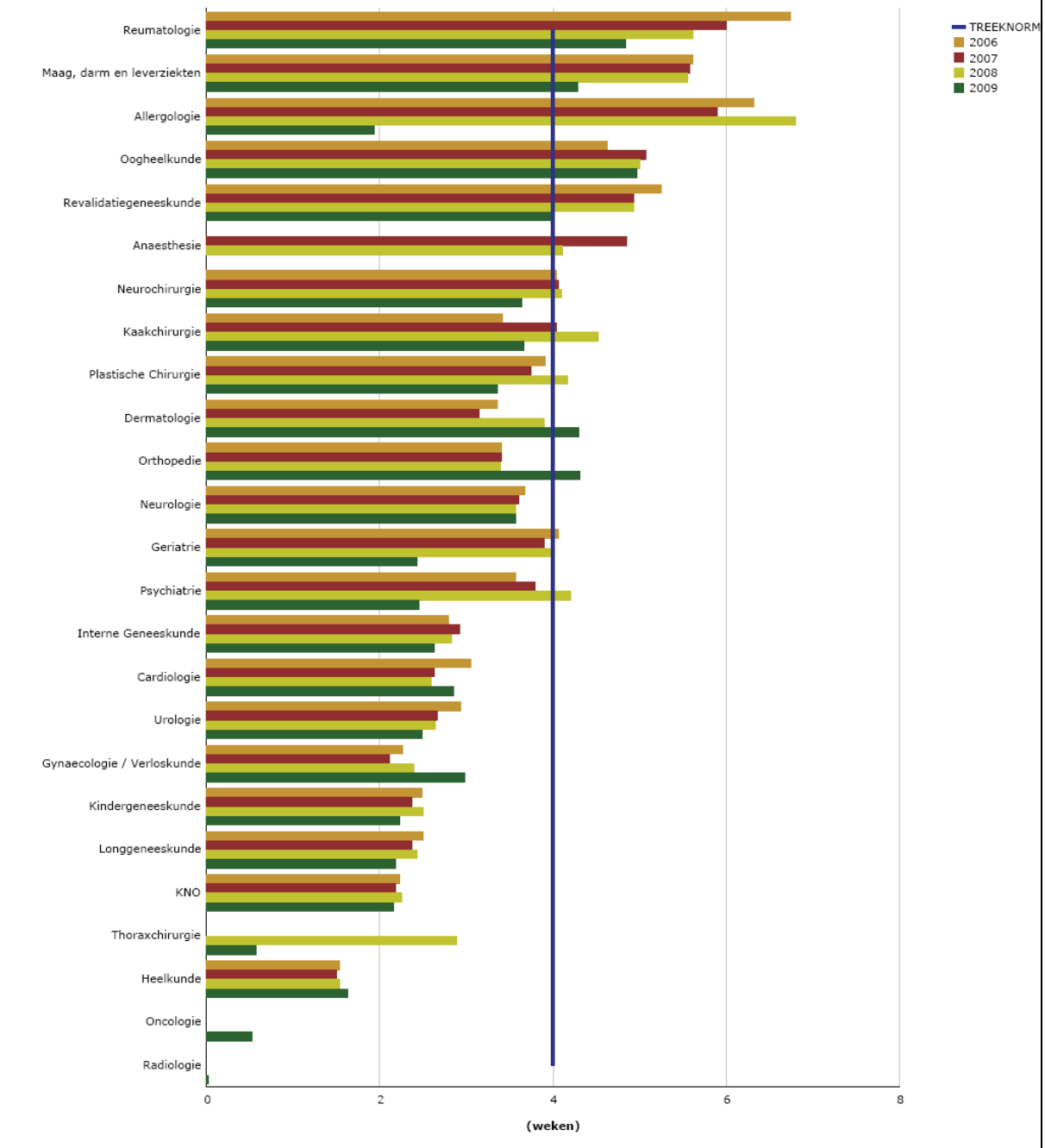
Toelichting
- De behandeling van middenoorpathologie wordt in algemene ziekenhuizen en UMC's grotendeels conservatief uitgevoerd. ZBC's dragen in beperkte mate bij aan het totaal aantal behandelingen voor deze pathologie;
- De conservatieve en operatieve behandelingen nemen de laatste jaren af.

2.2 Toegankelijkheid

Deze paragraaf gaat in op de toegankelijkheid, uitgesplitst in drie doorsneden van wachttijdinformatie.

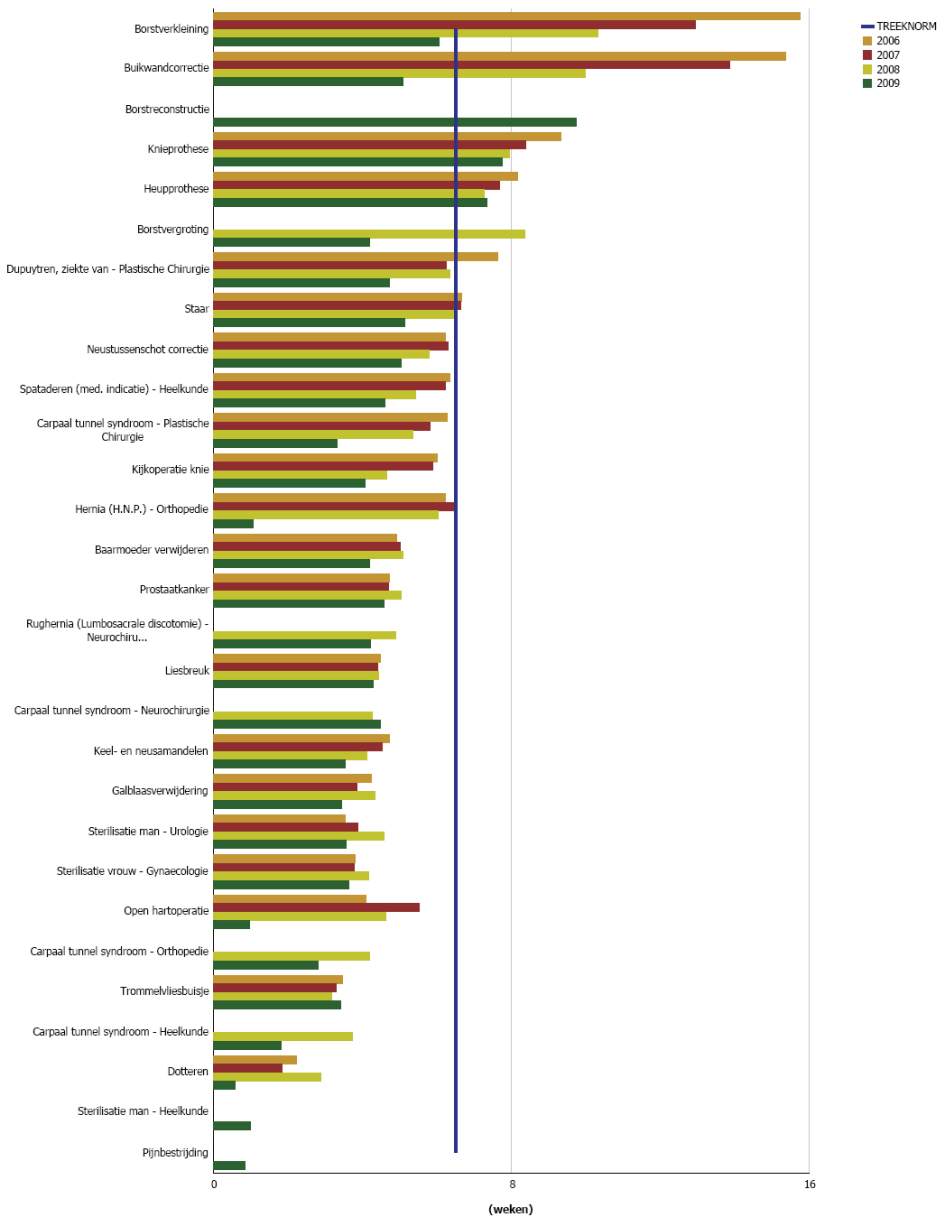
2.2.1 Wachttijdontwikkeling 2006-2009

Figuur 8.1 Wachttijdontwikkeling polikliniek



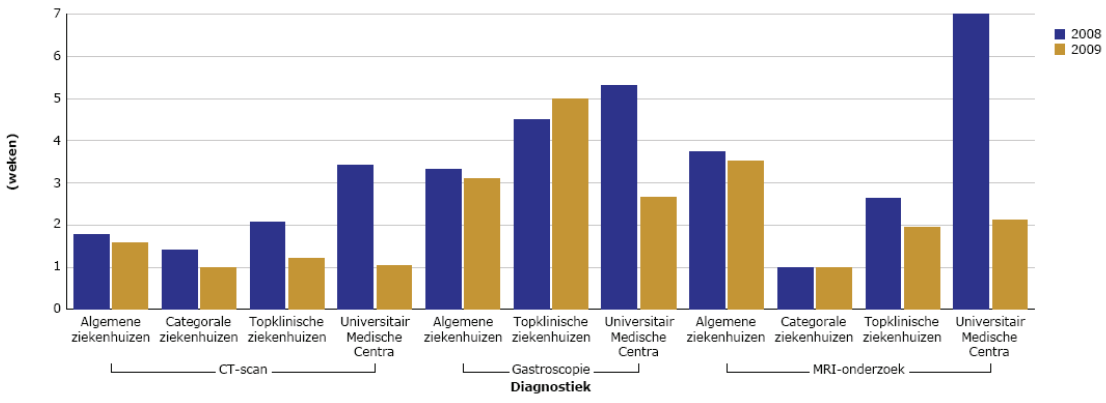
Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

Figuur 8.2 Wachttijdontwikkeling behandeling



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

Figuur 8.3 Wachttijdontwikkeling diagnostiek



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

Toelichting
De wachttijden over 2009 zijn definitief. Er worden drie soorten wachttijden gehanteerd:
- Wachttijd polikliniek:
  - De meeste specialismen laten een daling van de wachttijd zien in 2009;
  - Opvallend zijn de wachttijden voor dermatologie en orthopedie. Deze komen in 2009 uit boven de Treeknorm;
  - Reumatologie, Maag, darm en leverziekten en Oogheelkunde laten een daling zien van wachttijden, maar bevinden zich nog steeds boven de Treeknorm.
- Wachttijd behandeling:
  - voor bijna alle behandelingen zijn de wachttijden afgenomen;
  - voor borstreconstructie, knieprothese en heupprothese ligt de wachttijd nog ruim boven de Treeknorm van 6 weken.
- Wachttijd diagnostiek:
  - Alle typen instellingen laten een afname zien in de wachttijden van diagnostiek. Alleen gastroscopie is hierop een uitzondering; algemene ziekenhuizen laten een stijging in de wachttijd zien;
  - Vooral UMC's hebben in 2009 een grote afname in de wachttijden gerealiseerd.

2.3 Kwaliteit

Zoals in de inleiding van deze tussenrapportage is vermeld wil de NZa het monitoren van de zorgmarkten zoveel mogelijk op feiten baseren. Hier past een kwalitatieve uitvraag niet goed bij. Daarom richt de NZa zich, met betrekking tot kwaliteit, op de volgende drie onderdelen:
1) resultaten van contractafspraken;
2) transparantie kwaliteitsindicatoren;
3) uitkomstindicatoren.

2.3.1 Resultaten van contractafspraken

In de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 is de NZa uitgebreid ingegaan op de ontwikkelingen die plaatsvinden op gebied van meetinstrumenten en keuze-informatie op kwaliteit te inzichtelijk te maken. Daarnaast is de NZa op basis van kwalitatief onderzoek nagegaan hoe kwaliteit betrokken wordt in de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars gaven aan dat er een stijgende aandacht is voor kwaliteit tijdens de onderhandelingen en medisch adviseurs en medisch specialisten vaker actief worden betrokken bij de onderhandelingen.

Uit de vragenlijsten, die ten tijde van de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 zijn uitgezet, bleek dat ongeveer tweederde van de zorgaanbieders afspraken maakt over kwaliteit. Dit verschilt per type kwaliteitsafspraak. Verder bleek dat 88% van de zorgaanbieders in 2009 afspraken maakt over het rapporteren van kwaliteitsindicatoren. Dit toont aan dat de indicatoren een belangrijke rol spelen bij de onderhandelingen. Afspraken over normen voor kwaliteitsindicatoren, kwaliteitsverbeteringen, het meten van patiënttevredenheid en de service aan de patiënt laten een ander beeld zien. Eenderde van de zorgbieders gaf aan geen afspraken over deze kwaliteitsaspecten te maken. Het belang van de kwaliteitsindicatoren neemt dus toe; vooral om aan de zorgverzekeraars te kunnen rapporteren.

Begin 2010 heeft de NZa van zorgverzekeraars inzicht gekregen in de contracten die zij met zorgaanbieders hebben afgesloten. Op deze manier kan er worden getoetst hoe de kwaliteitsafspraken geëffectueerd

worden. Uit deze contracten komen een aantal opvallende voorbeelden van kwaliteitsafspraken naar voren uitgesplitst naar proces-, structuur- en uitkomstafspraken:

Structuurafspraken

- Zorgverzekeraars stellen in hun contracten organisatorische voorwaarden aan de zorgaanbieder. Zoals:
  - De zorg wordt verleend door bevoegde en bekwame BIG geregistreerde zorgverleners;
  - De instelling draagt er zorg voor dat de zorgverleners binnen zijn instelling(en) handelen volgens de professionele standaard op hun vakgebied, zoals die kunnen worden herleid op basis van wetenschappelijk of clinical evidence, best practices, protocollen, en richtlijnen en/of gepubliceerde consensus;
- Zorgverzekeraars vragen zorgaanbieders de indicatorenset Zichtbare Zorg van de 1e tranche indicatoren aan te leveren en gedurende het jaar te informeren over afwijkingen daarbinnen
- De instelling heeft een klachtenregeling.
- De instelling registreert Meldingen Incidenten Patiëntenzorg.
- De instelling registreert complicaties.

Procesafspraken
- De instelling heeft bij operatieve ingrepen en bij verblijf in de instelling een achterwachtregeling, die binnen 30 minuten de behandeling kan overnemen;
- De instelling garandeert in geval van complicaties met de noodzaak tot onderzoek en of behandelen na telefonische triage een oproepbaarheid van de medisch specialist van 24 uur per dag, 7 dagen per week en een aanwezigheid binnen 30 minuten;

Uitkomstafspraken
Daarnaast zijn er enkele zorgverzekeraars die aan specifieke instellingen aanvullende eisen stellen aan de medische kwaliteit van de behandeling (op aandoeningniveau), de snelheid van de toegang en de kwaliteit van de patiënteninformatie.
Voorbeelden:
- Er is sprake van maximaal 10% irradicaliteit na een eerste tumorexicisie bij borstsparende behandeling.
- Bovenooglidcorrectie: patiënttevredenheid en post operatief geen huid meer op de wimpers (foto achteraf).
- Oogstandcorrectie: postoperatief goede stand en symmetrisch resultaat (foto achteraf) en patiënttevredenheid.
- Circumcisie: routine van de operateur minimaal 25 ingrepen per jaar of andere chirurgische ervaring, er blijft geen rest van de voorhuid zitten en < 1 % complicaties als nabloedingen of wondinfecties.

Ontwikkelingen tussen 2007-2009
Opvallende verschuivingen in de kwaliteitsafspraken tussen 2007-2009 zijn, dat in voor zover zorgverzekeraars hier nog geen eisen aan stelden, een toename van het bijhouden en aanleveren van een aantal gegevens. Denk hierbij aan:
- informatie omtrent toegangs- en wachttijden
- informatie omtrent geopende en openstaande DBC's.
- het kwaliteitsjaarverslag
- geregistreerde klachten per kwartaal

Daarnaast stelde een zorgverzekeraar in 2007 de eis dat het ziekenhuis zich nog tot het uiterste moest inspannen om de indicatoren van de IGZ te registreren en op verzoek ter beschikking aan de zorgverzekeraar te stellen. In 2008 is het ziekenhuis verplicht om deze indicatoren te registreren en voor 1 april ter beschikking te stellen aan de zorgverzekeraar. In 2009 is bij het grootste deel van de zorgverzekeraars de aanlevering van de indicatorenset van Zichtbare Zorg toegevoegd als één van de afspraken.

Samenvatting
Het grootste deel van de zorgverzekeraars hanteert een standaardcontract voor alle zorgaanbieders waar zij een overeenkomst mee sluiten. Deze contracten bevatten vooral afspraken over structuur van de organisatie en zorginhoudelijke processen.
Daarnaast hebben enkele verzekeraars een specifiek contract voor een aantal (voorkeurs)aanbieders. Hierin staan enkele afspraken die meer op uitkomsten van het zorgproces gericht zijn.

De kwaliteitsafspraken zijn in de afgelopen jaar aangescherpt als het gaat om registreren en aanleveren van verschillende indicatoren. Enkele zorgverzekeraars maken een onderscheid naar voorkeursaanbieders. Met deze groep worden ook naast structuur- en proecesafspraken, uitkomstafspraken gemaakt.

2.3.2 Transparantie kwaliteitsindicatoren

Dankzij de ontwikkeling van de 'Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen' door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ) is de aandacht voor prestatie-indicatoren (PI), als instrument voor het meten van de kwaliteit van de zorgverlening in Nederlandse ziekenhuizen in de afgelopen jaren, fors toegenomen.[3][4][5]
Na de publiekelijke bekendmaking van de resultaten van individuele ziekenhuizen kwamen er verschillende, niet-consistente top 100-lijsten. In deze lijsten wordt de uitkomst van een indicator gelijkgesteld aan de kwaliteit van de zorgverlening in het onderhavige ziekenhuis, zonder dat men aandacht besteedt aan de invloeden van toeval en verscheidenheid in ziekten ('case-mix').[6]

De IGZ beoogt met de basisset PI een indicatie te krijgen van ziekenhuizen waar de zorg mogelijk onder de maat is en waar nader onderzoek wenselijk is. Jaarlijks publiceert de IGZ het rapport 'Het resultaat telt'.[7]

Het bureau Zichtbare Zorg van de IGZ is sinds september 2008 de opvolger van Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit. Het programma heeft tot doel informatie beschikbaar te krijgen die nodig is voor gereguleerde marktwerking zoals beoogd bij de invoering van de zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg. Om de ontwikkeling van de indicatoren te realiseren, zijn de project- en stuurgroep ZZZ (Zichtbare Zorg Ziekenhuizen) operationeel.[8]

Zichtbare Zorg Ziekenhuizen heeft als doelstelling om in 2011 voor tachtig aandoeningen van de planbare zorg over betrouwbare, vergelijkbare en valide kwaliteitsinformatie te beschikken. Daarom is in 2008 gestart met de implementatie van indicatorensets voor tien aandoeningen in 33 pilot-ziekenhuizen. Zie tabel 9.1.

Voor elke aandoening is een aantal indicatoren (structuur-, proces- en uitkomstindicatoren) geformuleerd die gezamenlijk een beeld moeten geven van de kwaliteit van zorg voor deze aandoening. Een indicator is een meetbaar aspect en geeft een aanwijzing over de kwaliteit van de zorg (Campbell, 2002). Daarom geeft een indicator of een set indicatoren nooit een totaalbeeld van de geleverde zorg.

[3] Berg M, Gras M, Meijerink Y, Eland A, Kallewaard, M, Haeck J, et al. Leren van cijfers; ziekenhuizen gaan prestaties openbaar maken. Med Contact. 2003;58:1535-8.
[4] Berg M, Meijerink Y, Gras M, Goossensen A, Schellekens W, Haeck J, et al. Feasibility First: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. Health Policy. 2005;75:59-73.
[5] Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2005. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2005.
[6] Dishoeck van A, Looman C, Wilden-van Lier E, Mackenbach J, Steyerberg E. Prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:B161.
[7] Het resultaat telt 2008. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidzorg;2009.
[8] Zie www.zichtbarezorg.nl

Tabel 9.1 Per aandoening het aantal structuur-, en proces- en uitkomstindicatoren

Aandoening	Structuur	Proces**	Uitkomst
Blaascarcinoom	3	2	-
Cataract	8*	3	-
Diabetes	12*	5	-
Heup- en knievervanging	18*	4	1
Incontinentie bij de vrouw	6*	2	1
Liesbreukoperaties	2	2	1
Lumbosacraal Radiculair Syndroom	2	1	1
Mammacarcinoom	14*	4	2
Varices	5*	2	-
Ziekte van adenoïd en tonsillen	1	4	2

Bron: Zichtbare Zorg, 2009

* alle klantpreferentie indicatoren zijn aangemerkt als structuurindicatoren

** de meeste procesindicatoren zijn uitgevraagd als teller en noemer

Zoals uit tabel X.X blijkt is het aantal uitkomstindicatoren laag in vergelijking met structuur- en procesindicatoren. De NZa gaat het komend jaar actief haar bevoegdheden inzetten op het gebied van transparantie, waar nodig via handhavend optreden. Hierbij is het werk van de NZa altijd aanvullend en versterkend op het werk dat de IGZ (middels Zichtbare zorg) al met betrekking tot transparantie uitvoert. Er komt een 'programma Transparantie' omdat de NZa de indruk heeft dat het noodzakelijk wordt om regelgevend instrumentarium in te zetten om de gewenste transparantie te bereiken.

Over 2008 hebben in 2009 uiteindelijk 87 ziekenhuizen gegevens aangeleverd. De kwantitatieve zorginhoudelijke indicatoren zijn hierna door Zichtbare Zorg beoordeeld op vier dimensies:
- validiteit;
- betrouwbaarheid van het registratieproces;
- statistische betrouwbaarheid van het vergelijken van de indicatorwaarden;
- populatievergelijkbaarheid: invloed van verstorende factoren.

Gekeken naar de gebruikerswaarde van de Zichtbare Zorg data is de volgorde van de dimensies is niet arbitrair: wil een indicator bruikbaar zijn voor het meten van een aspect van de kwaliteit van de geboden zorg, dan moet deze indicator valide zijn. Dit is een eerste vereiste. Wanneer een indicator valide is, dan moet deze betrouwbaar worden geregistreerd, dat wil zeggen volledig en juist. Als een indicator betrouwbaar is geregistreerd, dan moet deze zo nauwkeurig mogelijk gemeten worden, wil een indicatorwaarde statistisch betrouwbaar worden vergeleken (met bijvoorbeeld de overall gemiddelde score). Verschillen tussen ziekenhuizen kunnen ontstaan onder invloed van verstorende factoren; voor een nette vergelijking tussen de ziekenhuizen zou er voor deze mogelijke verstorende factoren moeten worden gecorrigeerd.[9] Voor de tien aandoeningen die in 2009 zijn aangeleverd zijn de indicatoren over het algemeen valide. De betrouwbaarheid van het registratieproces en het statistisch betrouwbaar vergelijken scoren vaak oranje.

[9] Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Leeswijzer indicatoren Zichtbare Zorg, oktober 2009.

2.3.3 Uitkomstindicatoren

Een uitkomstindicator of resultaatsindicator meet het gewenste of ongewenste resultaat van de zorgverlening. Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg. Uit de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijkt, dat er alleen met specifieke aanbieders afspraken worden gemaakt over uitkomsten van zorg en dat in beperkte mate. Ook de indicatoren van Zichtbare Zorg zijn vooral gericht op structuur en proces. Een voorwaarde om resultaten van behandelingen te vergelijken en zo kwaliteit inzichtelijk te maken is een brede registratie van zowel patiëntkenmerken, behandelpraktijk als uitkomsten.

Ook vanuit marktpartijen worden uitkomstindicatoren ontwikkeld. De NZa stelt in dit hoofdstuk een goed voorbeeld centraal die het mogelijk maakt om zorguitkomsten te vergelijken: de doorontwikkeling van de zorgregistratie van darmkankerchirurgen.

Op dit moment hebben de darmkankerchirurgen in Nederland een registratie opgezet waarmee resultaten onderling kunnen worden vergeleken. De geregistreerde kwaliteitsgegevens zijn direct uit het zorgproces afkomstig en kunnen direct worden gebruikt ten behoeve van de verbetering van het zorgproces. Darmkankerchirurgen delen de uitkomsten binnen de beroepsgroep en gebruiken deze voor initiatieven tot het verbeteren van de zorgkwaliteit. Dergelijke registraties opgezet vanuit de markt zelf, zijn dus van cruciaal belang om tot evidence based zorgstandaarden te komen en transparantie over kwaliteit. In Noorwegen en de Verenigde Staten hebben dergelijke registraties van darmkankerchirurgen (en de daaraan gekoppelde terugkoppeling) geleid tot een substantiële verlaging van de mortaliteit, maar ook een verkorting van de verpleegduur en een verbetering van de kwaliteit.

De registratie is met behulp van middelen van het Ministerie van VWS ontwikkeld. Bij de ontwikkeling is ook Zichtbare Zorg betrokken. Het meedoen aan de registratie van de DSCA is een kwaliteitsindicator die door de IGZ wordt gebruikt. De NZa vindt dat deze initiatieven een goede aanvulling zijn op de bestaande indicatorontwikkeling.

Bijlage A. Bronnen en methoden

1. Totale omzetontwikkeling ziekenhuizen, A- en B-segment en overige opbrengsten 2006-2008

- Bronnen: Jaarrekeningen 2007 en 2008 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.
- Methode: sommatie van bovengenoemde data.
- 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 jaarrekeningen of van jaarrekeningen die niet op stichtingsniveau zijn. Voor een negental (algemene) ziekenhuizen waren geen enkelvoudige 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.
  - In 2007 is het grootste deel van het opleidingsfonds uit de budgetten (dus aanvaardbare kosten) verwijderd. In 2008 is de academische component uit de budgetten van de UMC's verwijderd. Beide onderdelen zijn in de 'Overige Opbrengsten' opgenomen.
  - Daarnaast zijn net name in 2008 onder invloed van nalopende budgetontwikkelingen wijzingen opgetreden die niet in de jaarrekeningen zijn meegenomen.
  - Alle monetaire data is in nominale termen.

2. Ontwikkeling uitgaven per hoofd van de bevolking ziekenhuiszorg 2006-2008

- Bronnen: Jaarrekeningen 2007 en 2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's. Bevolkingsaantallen afkomstig van Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).
- 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). Totale bevolkingsaantal
- Methode: sommatie van bovengenoemde kosten data gedeeld door het bevolkingsaantal.
- Opmerking: zie bron 1.

3a. Gefactureerde omzetontwikkeling DBC's ziekenhuizen, A- en B-segment 2008-2008

- Bronnen: Verantwoordingsdocumenten gefactureerde DBC's 2008 & 2009 van algemene ziekenhuizen, Sint MaartensKliniek, Oogziekenhuis en UMC's.
- Gebruikte data: Gefactureerde DBC's A-segment in 2009 (inclusief honorarium) en Gefactureerde DBC's B-segment in 2009 (inclusief honorarium).
- Methode: sommatie van bovengenoemde data.

- Opmerking:
  - Van 80% van de algemene ziekenhuizen en 75% van de UMC's waren de verantwoordingsdocumenten gefactureerde DBC's binnen op 17 februari 2010. Alleen de 2009 documenten die op deze datum binnen waren zijn gebruikt en vergeleken met de 2008 data.
  - Een vergelijking van de 2008 omzet B-segment zoals deze uiteindelijk in de jaarrekening van de instellingen werd gepubliceerd met de B-segment omzet zoals we deze uit de Verantwoordingsdocumenten halen zegt iets over de betrouwbaarheid van de data uit de Verantwoordingsdocumenten. Op individueel instellingsniveau zijn er wel verschillen, maar op macro niveau sluiten de totalen van de B-segment omzetten uit de beide bronnen voor 98% op elkaar aan.
  - Een vergelijking met de data in 3.1.1 is moeilijk te maken omdat er voor deze berekening maar voor een gedeelte van alle instellingen data beschikbaar is. Daarnaast geldt voor het A-segment een andere grondslag (budget versus gefactureerde DBC-omzet). Tot slot zijn de DBC-omzetten (voor zowel A- als B-segment) uit de Verantwoordingsdocumenten inclusief honoraria, terwijl de budget data voor het A-segment volledig zonder honorarium component is en de B-segment omzet (zoals vermeld in de jaarrekeningen) alleen inclusief de honoraria van medisch specialisten in loondienst is.
  - Alle monetaire data is in nominale termen.

3b. Aanlevering aan DIS

De bezorgdheid over een mogelijke toenemende groei en beperkte beheersbaarheid van zorguitgaven leiden elk jaar tot speculaties over afwijkingen van de trend. Op basis van enkel de DIS-data is dit niet mogelijk. De vergelijkbaarheid over de jaren is niet voldoende is geborgd. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat:

  - de productstructuur van het DBC-systeem van jaar tot jaar wijzigt en vertaaltabellen nog niet beschikbaar zijn;
  - de productstructuur nog niet volledig en eenduidig is;de productstructuur voor het grootste deel nog niet wordt gebruikt voor bekostiging (de motivatie om goed te registreren is minder);
  - de resultaten nog niet goed kunnen worden vergeleken met andere registraties, waardoor ruis niet goed kan worden onderscheiden van werkelijke groei.
- Bronnen: Minimale Data Set (MDS)-data uit het DBC-informatiesysteem (DIS), landelijke tarieven voor de A-segment DBC's en contract- en passantenprijzen voor B-segment DBC's.
- Gebruikte data: Aantallen DBC's uit MDS, landelijke tarieven voor de A-segment DBC's en contract- en passantenprijzen voor B-segment DBC's.
- Methode: Voor de DIS aantallen zijn pure tellingen van afgesloten DBC's gebruikt. Voor de omzet zijn voor het A-segment de DIS aantallen A-segment DBC's gecombineerd met de landelijke tarieven voor het A-segment. Voor het B-segment zijn de DIS aantallen DBC's gecombineerd met contractprijzen (indien betreffende verzekeraar een contract met betreffend ziekenhuis had afgesloten) of passantentarieven (als er geen contract was tussen verzekeraar en ziekenhuis).
- Opmerking:
  - Tot gebruik van alternatieve bronnen voor de prijzen van DBC's (landelijke tarieven voor A-segment en contractprijzen of passantentarieven voor B-segment) heeft de NZa besloten omdat het prijsveld in DIS niet 100% volledig of juist is ingevuld.
  - Alle monetaire data is in nominale termen.

4. Omzetontwikkeling ziekenhuizen B-segment 2005-2008

- Bronnen: Jaarrekeningen 2006-2008 van algemene ziekenhuizen en UMC's.
- Gebruikte data: Opbrengsten B-segment
- Methode: 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). Om de omvang van het B-segment over de periode 2005-2008 goed te kunnen vergelijken moeten de cijfers voor 2005-2007 gecorrigeerd worden voor kapitaalslasten. Omdat niet bekend is wat de precieze kapitaalslasten per ziekenhuis of per DBC zijn, is gerekend met een toeslag 12,5% (de oorspronkelijke opbrengsten B-segment zijn vermenigvuldigd met de factor 100/87,5).
- Opmerking: Alle monetaire data is in nominale termen.

5. Ontwikkeling vermogenspositie ziekenhuizen 2007-2008

- Bronnen: Jaarrekeningen 2008 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. Rentabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal.
- Opmerking:
  - Zie bron 1.
  - Het bedrijfsresultaat is het bedrijfsresultaat voor financiële baten en lasten.
  - Alle monetaire data is in nominale termen.

6. Ontwikkeling productieaantallen 1998-2008

- Bronnen: Landelijke Medische Registratie (LMR) van Prismant en Minimale Data Set (MDS)-data uit het DBC-informatiesysteem (DIS).
- Gebruikte data: Verpleegdagen, dagopnamen en klinische opnamen uit de LMR en DIS.
- Methode: De LMR data was beschikbaar voor de jaren 1998, 2001, 2004-2008. Tussen 1998 en 2001 en tussen 2001 en 2004 is geïnterpoleerd. Voor DIS zijn 2006-2009 data gebruikt.
- Opmerking: Data voor beide bronnen is voor zowel A- als B-segment.

7. Prijsontwikkeling 2005-2009

- Bronnen: Minimale Data Set (MDS)-data uit het DBC-informatiesysteem (DIS), contract- en passantenprijzen voor B-segment DBC's, DBC schoningsprijzen en volumes afkomstig van DBC-Onderhoud, inflatiecijfers afkomstig van het CBS, loonindex (OVA) van VWS en materiaal- en bouwkostenindex van CPB
- Gebruikte data: Aantallen afgesloten DBC's zoals aangeleverd aan DIS. Contract- en passantenprijzen voor B-segment DBC's, allen op instellingsniveau, per specialisme, per diagnose en per verzekeraar. DBC schoningsprijzen en volumes (2006 DBCs geconverteerd naar de 2008 productstructuur). CPI-cijfers van het CBS. Loon (OVA)-, materiele en bouwkosten index voor indexatie A-segment.
- Methode:
  - De NZa vergelijkt de ontwikkeling van inputprijzen (zoals lonen per

  - medewerker) voor het A-segment met outputprijzen (prijs per DBC) voor het B-segment. Op dit moment is dit de best haalbare vergelijking.
  - De contract- en passantenprijzen voor het B-segment worden per ziekenhuis, specialisme, diagnose, verzekeraar en DBC-combinatie gewogen met volumes van jaar t-1. Door de gemiddelde prijs tussen jaren te vergelijken word de prijsontwikkeling bepaald. Prijsniveaus worden bepaald door de gemiddelde prijs per jaar af te zetten tegen de schoningsprijzen. DBCs worden alleen in de berekening meegenomen als er voor beide jaren volume en prijzen aanwezig zijn. De contract- en passantenprijzen zijn nominale cijfers. Door van de prijsindexen en niveaus de inflatiecijfers af te trekken worden de reële cijfers berekend. Bij de berekening van de gemiddelde prijsontwikkelingen word de verhouding 97-3 gebruikt voor de verhouding tussen DBCs afgerekend via contractprijzen en passantentarieven.
  - Tot de introductie van de DBC-systematiek in 2005 werd alle medisch specialistische zorg met dezelfde percentages geïndexeerd. Het A-segment wordt ook na 2005 geïndexeerd. De nominale prijsstijging van het A-segment is berekend door de verschillende indexen – loon, materiaal en bouwkosten – te wegen met hun aandeel in het budget. De aandelen zijn: 0,65 loonkosten, 0,25 materiele kosten, 0,10 bouwkosten. Vanaf 2005 zijn voorts in het A-segment jaarlijks budgetkortingen opgelegd om overschrijdingen te compenseren. Deze budgetkortingen kunnen gezien worden als een neerwaartse prijsaanpassing van de nominale prijzen in het A-segment.
- Opmerking:
  - In verband met de grote wijziging in de 2008 DBC-productstructuur (oa. de SEH-wijziging) kon voor 2008 niet gewerkt worden met 2007 volumes. Voor de weging van de 2008 contract- en passantentarieven is daarom gebruikt gemaakt van de 2006 DBC volumes die door DBC-Onderhoud zijn geconverteerd naar de 2008 productstructuur. Voor de weging van de 2009 contract- en passantentarieven is besloten om ook voor dit jaar gebruik te maken van 2006 schoningsvolumes (net als bij de weging van 2008). De reden hiervoor is de lange doorlooptijd van DBCs. Door in 2009 de DBC volumes van 2008 te gebruiken bestaat de kans dat de lang lopende DBCs ondervertegenwoordigd worden in de berekeningen. Over het algemeen hebben lang lopende DBCs een hogere gemiddelde prijs, en dus zou deze ondervertegenwoordiging tot een onderschatting van de prijsontwikkeling kunnen leiden.
  - Bij de invoering van een nieuw deel B-segment (2008 en 2009, maar ook bij de introductie van het B-segment in 2005) kan in het eerste jaar geen prijsontwikkeling berekend worden. In dit eerste jaar spreken we van een opslag op de schoningsprijzen. Een jaar later kan wel de reële en nominale prijsontwikkeling van de betreffende tranche berekend worden.
  - Tot de introductie van de DBC-systematiek in 2005 werd alle medisch specialistische zorg met dezelfde percentages geïndexeerd. Het A-segment wordt ook na 2005 geïndexeerd. De nominale prijsstijging van het A-segment is berekend door de verschillende indexen – loon, materiaal en bouwkosten – te wegen met hun aandeel in het budget. De aandelen zijn: 0,65 loonkostenindex, 0,25 materiele kosten index, 0,10 bouwkostenindex. Vanaf 2005 zijn in het A-segment jaarlijks budgetkortingen opgelegd om overschrijdingen te compenseren. Deze budgetkortingen kunnen gezien worden als een neerwaartse prijsaanpassing van de nominale prijzen in het A-segment. In tabel 7.1 is deze aanpassing te zien.

  - Om tot een goede vergelijking over de jaren heen te komen, moeten nominale prijzen gecorrigeerd worden voor de inflatie van de betreffende jaren. Om nominale prijzen om te zetten in reële prijzen is een inflatiecijfer nodig. De NZa ziet geen reden om nominale prijzen van het A- en het B-segment te corrigeren met verschillende inflatiecijfers. Zonder uitgebreid onderzoek naar de vraag of zorg in het A-segment bijvoorbeeld kapitaalsintensiever of minder arbeidsintensief is, is er geen onderbouwing voor verschillende correcties voor A- en B-segment om van nominale tot reële prijzen te komen. Hierdoor leidt een vergelijking van de nominale prijsstijging tot dezelfde resultaten als de reële prijsstijging.

8. Wachttijdontwikkeling 2006-2009

- 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 2009;
  - wachttijd behandeling: juni 2008 tot en met december 2009;
  - wachttijd diagnostiek: tot en met 2009;
  - 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 dart 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 berekent, 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 nier 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.
  - Toevoeging aanvullende variabele
  - Om de benodigde wachttijdanalyses uit te voeren zijn er een aantal onafhankelijke variabele toegevoegd aan de wachttijden. De onafhankelijke variabele 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. 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.