Marktscan

Medisch specialistische zorg

Weergave van de markt 2006-2011

December 2011

Inhoud

Vooraf

Managementsamenvatting

1. Inleiding

Aanleiding
Totstandkoming marktscans
Leeswijzer

2. Omschrijving van de markt

Inhoud en omvang medisch specialistische zorg
Spelers
Wijze van tarifering
Ontwikkelingen

3. Marktstructuur

Aantal zorgaanbieders
Concernindeling zorgverzekeraars
Marktconcentratie
Financiële positie aanbieders
Marktaandelen zorgverzekeraars
Marktaandelen zorgverzekeraars (per regio)

4. Marktgedrag

Contracteergraad ziekenhuizen
Aantal gecontracteerde ZBC's

5. Kwaliteit

Kwaliteit van zorg
Transparantie van zorg

6. Toegankelijkheid

Wachttijden polikliniek
Wachttijden behandeling
Wachttijden diagnostiek

7. Betaalbaarheid
Omzetontwikkeling
Totaal
Per type zorgaanbieder

Honorariumontwikkeling

Volumeontwikkeling

A+B-segment
A -segment
Totaal
Per type zorgaanbieder

Prijsontwikkeling B-segment
Totaal per tranche (nominaal en reëel)
Per tranche en type zorgaanbieder

Prijsniveau ZBC's in het A-segment

Doelgroepen

Bijlage 1: Bronnen en methode

Bijlage 2: Doelgroepen (details)

Vooraf

Voor u ligt de marktscan Medisch specialistische zorg die het huidige beeld weergeeft van de stand van zaken op deze markt. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Immers door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan dit markttoezicht en haar reguleringstaken.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyse is zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag.

Deze marktscan bevat niet de interpretaties van de uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt. Daarvoor is de beleidsbrief Marktscan Medisch specialistische zorg opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien.

Tot slot bedankt de NZa allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan

voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De 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.

Marktstructuur
Het aantal zorgaanbieders is het afgelopen jaar constant gebleven. In 2011 is de fusie tussen De Friesland en Achmea goedgekeurd door de NMa. Deze twee zorgverzekeraars hebben het B-segment in 2011 nog wel apart gecontracteerd.
De concentratiegraad van een aantal ziekenhuizen is van 2009 op 2010 significant gestegen. Deze ziekenhuizen zijn in 2009 gefuseerd en leveren vanaf 2010 als één ziekenhuis gegevens aan.
Qua ontwikkeling van de financiële positie is de rentabiliteit en de solvabiliteit in lijn met voorgaande jaren en laten een lichte stijging zien. De liquiditeitspositie (current ratio) van ziekenhuizen is met gemiddeld 0,9 laag te noemen, aangezien een current ratio van lager dan 1 betekent dat een ziekenhuis op korte termijn niet aan zijn verplichtingen kan voldoen.

Marktgedrag
In de eerste helft van 2011 blijft de contractering van de zorg in het B-segment bij ziekenhuizen en UMC's achter ten opzichte van voorgaande jaren. In juni 2011 was voor 18% van de omzet in het B-segment contracten afgesloten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Ter vergelijking, in juni 2010 was voor circa 40% van de omzet in het B-segment een contract afgesloten. In de tweede helft van 2011 is het aantal contracten toegenomen en is de achterstand ten opzichte van het jaar 2010 verdwenen. In december 2011 is ongeveer 90% van de omzet in het B-segment gecontracteerd. De contractering bij de ZBC's in 2011 veel later op gang is gekomen dan in 2010. In november 2011 is het aantal gecontracteerde ZBC's echter weer in lijn met de situatie in voorgaande jaren.

De marktaandelen van inkoopcombinaties van zorgverzekeraars over het A- en B-segment zijn relatief constant over de jaren heen; dit geldt ook voor het A- en B-segment samen.

Kwaliteit
Er zijn verschillende keurmerken en certificaten die zorgaanbieders kunnen behalen als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. ISO 9001, NIAZ, GMP-z en HKZ zijn veel voorkomende keurmerken.
Daarnaast blijkt dat 61 van de 89 instellingen die het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) over 2010 hebben ingevuld, één of meerdere kwaliteitscertificaten hebben.

Door het programma Zichtbare Zorg zijn er over 2010 33 indicatorensets openbaar beschikbaar gesteld: 19 wettelijk verplichte indicatoren en 14 niet wettelijk verplicht. 18 van de 33 indicatorensets bevatten geen uitkomstindicatoren. Patiëntkenmerken zijn vaak van invloed op uitkomstindicatoren, wat een casemix noodzakelijk maakt. Binnen de indicatorensets van de sector ziekenhuizen is het nu niet mogelijk om een casemix uit te voeren. Het aantal ziekenhuizen en ZBC's dat de verplichte set heeft aangeleverd is constant gebleven ten opzichte van 2009. De Sector Ziekenhuizen heeft de sets in het afgelopen jaar doorontwikkeld en voor de volgende uitvraag zullen meer indicatorensets uitkomstindicatoren bevatten.

Toegankelijkheid
De wachttijden over 2011 dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden omdat nog niet alle wachttijden data 2011 bekend zijn. Er is gebruikt gemaakt van wachttijden data tot november. De wachttijden van polikliniek dalen bij de meeste specialismen weer, na een toename in 2010. Voor een negental specialismen komen de wachttijden nog boven de Treeknorm uit.
Bij de helft van de behandelingen is de wachttijd toegenomen, bij de andere helft is deze afgenomen. De wachttijden voor diagnostiek bevonden zich vorig jaar al onder de Treeknorm en zijn ook dit jaar weer afgenomen.

Betaalbaarheid
Uit de jaarrekeningen van de ziekenhuizen komt naar voren dat de groei 2009-2010 voor het A- en het B- segment samen circa 5% bedraagt. Dit groeipercentage is gecorrigeerd voor het eenmalige effect van de versnelde afschrijving van de immateriële vaste activa. De groei 2009-2010 voor specifiek het A-segment bedraagt circa 1,5% en de groei 2009-2010 voor specifiek het B-segment bedraagt bijna 14%. Indien wordt gecorrigeerd voor het incidentele effect van de immateriële vaste activa ligt in 2010 het groeipercentage voor het A- en B-segment tezamen (5%) onder de gemiddelde omzetontwikkeling van de voorgaande jaren (gemiddeld 7% van 2006-2009).

Inzoomend op het B-segment lijkt de groei in 2010 aanzienlijk, te meer omdat er in 2010 geen uitbreiding van het B-segment heeft plaatsgevonden. Een deel van de groei is echter te verklaren door een na-ijleffect van de uitbreiding van het B-segment in 2009. In 2010 is voor het eerst sprake van een volledige jaarlaag tranche 2009 van het B-segment. In 2009 was deze jaarlaag nog onvolledig in verband met de onderhandenwerk DBC's voortvloeiend uit 2008. Een correctie voor de onvolledige jaarlaag resulteert in een daadwerkelijke groei van het B-segment van 8,6%.

De omzetontwikkeling valt uiteen in een prijs- en volume-effect.

De prijzen in het A-segment zijn in 2010 met 0,4% gestegen, die in het B-segment zijn voor de verschillende tranches ongeveer met 2% gedaald. Gecorrigeerd voor inflatie (1,3%) is er in het A-segment sprake van een prijsdaling van ca. 1% en in het B-segment van een prijsdaling van ca. 3%. Op basis van de voorlopige cijfers van 2011 is in het A-segment sprake van een nominale prijsstijging van ca. 1% en van een vrijwel gelijkblijvende prijzen –althans voor alle tranches tezamen- in het B-segment. Gecorrigeerd voor inflatie zal in 2011 in het A-segment naar verwachting sprake zijn van een lichte prijsdaling (ca. 0,5%) en in het B-segment van 1,5%.

Omzet en prijsontwikkeling 2009-2010 (%)

	Omzet	Prijs (nominaal)	Prijs (reëel)
A-segment	1,5	0,4	-0,9
B-segment	8,6	-2,0	-3,3
A+B-segment	5,0	n.a.	n.a.

In bovenstaande tabel zijn de omzet- en prijsontwikkeling van het A- en het B-segment weergegeven. De A-segment omzet is gecorrigeerd voor het eenmalige effect van de immateriële vaste activa, het B-segment omzet is gecorrigeerd voor het eenmalige jaarlaag effect van de 2009 tranche van het B-segment. De prijsontwikkeling in het A-segment is gecorrigeerd voor budgetkortingen.

Net als in het B-segment spreken ZBC's in het A-segment prijzen van ongeveer 10-15% minder af dan het landelijk A-segment tarief.
Ook de honoraria van de medisch specialisten vormen een belangrijk onderdeel van de totale ziekenhuiskosten. Het totaal gedeclareerde honorarium in 2010 ligt een stuk lager dan 2009 en liggen op 2,8 miljard. Deze daling kan grotendeels verklaard worden door de korting op de honorariumtarieven in 2010.

Voor de volumeontwikkeling van het A+B-segment samen en het A-segment afzonderlijk is gekeken naar de ontwikkeling van de belangrijkste budgetparameters (EPB, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen). In 2010 bedraagt de gewogen gemiddelde volumeontwikkeling ca.3% en ca. 1% voor het A+B- en het A-segment respectievelijk.

Om de volumeontwikkelingen nader te onderzoeken heeft de NZa een doelgroepenanalyses uitgevoerd. Daarbij is voor een achttal veel voorkomende aandoeningen, voornamelijk in het B-segment, onderzocht hoe de productie zich ontwikkelt. De aantallen DBC's nemen het sterkst toe bij artrose (heup- en knievervangingen), spataderen en afwijkingen van de ooglens (staar). Bij urinewegstenen en ontstekingen van de bovenste luchtwegen neemt het aantal DBC's juist af. De omzet stijgt in alle doelgroepen. Samengevat levert een analyse van de doelgroepen de volgende feiten over deze ontwikkeling van de schadelast per patiënt binnen deze doelgroepen op:

- de bijdrage van de toegenomen vraag is beperkt;
- het aantal DBC's per patiënt neemt toe;
- een patiënt ziet vaak meerdere specialismen;
- de indicatie voor een (zwaardere) ingreep is verruimd;
- verschuiving naar (duurdere) minimaal of niet-invasieve technieken;
- de prijs is gestegen of er wordt een duurdere DBC geopend.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: hij geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Vanaf 2010 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de markt voor medisch specialistische zorg.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, zullen van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans worden gemaakt, waardoor de NZa de verschillende zorgmarkten kan vergelijken. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet.[1]

1.2 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om het beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitkomsten en de mate van (in)transparantie. De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

Focus
Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Globaal betekent dit dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.
De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2005 tot en met 2011.

Behalve het globale beeld van de situatie in een markt dat in een marktscan wordt geschetst, geeft de NZa in een zogenaamde begeleidende beleidsbrief de opvallendste zaken weer. Tevens wordt in deze brief aangegeven wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

[1] In het visiedocument ‘Zicht op Zorgmarkten’ staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.

1.3 Leeswijzer

Zoals hiervoor aangegeven geeft dit document een globaal beeld van de markt voor medisch specialistische zorg. In hoofdstuk twee en drie wordt ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van de relevant spelers. Vervolgens wordt in de daarop volgende hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Het document sluit af met een bijlage waarin de bronnen en methoden van de analyses uit de marktscan worden toegelicht en een bijlage waarin dieper wordt ingegaan op de doelgroepen analyses.

2. Omschrijving van de markt

Alvorens wordt ingegaan op het beeld van de markt, wordt in dit hoofdstuk een algemeen beeld van de medisch specialistische zorg geschetst. Om hieraan invulling te geven wordt eerst besproken wat de medisch specialistische zorg inhoudt en op welke deel van de medisch specialistische zorg deze marktscan is gericht. Vervolgens worden de spelers op de markt besproken en uitgelegd hoe de tarifering in elkaar zit. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van de beleidsontwikkelingen.

2.1 Inhoud en omvang medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg (MSZ) omvat medisch-specialistische hulp en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten. Onder medische zorg wordt diagnostiek en therapie verstaan. De zorg wordt gegeven in instellingen voor medisch specialistische zorg, veelal ziekenhuizen, en valt onder het curatieve domein: het primair op genezing gerichte deel van de gezondheidszorg.

MSZ bestaat uit zorg geleverd door:

– Algemene ziekenhuizen, onder te verdelen in:
    - Algemene ziekenhuizen
    - Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen (hierna STZ-ziekenhuizen)
– Universitair medische centra (hierna: UMC's)
– Categorale instellingen
– Zelfstandige behandelcentra (hierna: ZBC's)

MSZ kan acuut of electief zijn. Acute zorg betreft alle spoedeisende hulp (SEH). Electieve ziekenhuiszorg omvat alle niet-acute zorg. Deze zorg is alleen toegankelijk op verwijzing van een eerstelijns zorgaanbieder, meestal de huisarts. Als een patiënt al onder behandeling is bij een medisch specialist, dan is een vervolgverwijzing niet meer nodig. Binnen de electieve zorg valt ook chronische zorg: de medisch specialistische zorg aan chronisch zieke patiënten, bijvoorbeeld dialyse. Het betreft hier veelal zorg voor een onomkeerbare aandoening, zonder uitzicht op (volledig) herstel en met vaak een lange duur van de ziekte. Over het algemeen valt chronische zorg onder de electieve zorg. Deze zorg wordt deels in ziekenhuizen geleverd en deels door gespecialiseerde (categorale) zorgaanbieders.

In de MSZ wordt daarnaast onderscheid gemaakt tussen algemene zorg die door alle ziekenhuizen wordt geleverd en topklinische, topreferente en traumazorg, waarvoor een aparte vergunning is vereist.

Topklinische zorg is hooggespecialiseerde zorg (zoals hartchirurgie, neurochirurgie, IVF, etc.), waarvoor relatief dure en gespecialiseerde voorzieningen nodig zijn, veelal met een apart bekostigingskader binnen de huidige budget systematiek (WBMV). De overheid bepaalt door middel van vergunningen welke vorm van topklinische zorg in welk ziekenhuis wordt verricht. Topklinische zorg wordt geleverd door UMC's en sommige grote algemene ziekenhuizen. Deze zorg heeft doorgaans een bovenregionale functie.

Topreferente zorg is hooggespecialiseerde zorg waarvoor patiënten specifiek naar een UMC of STZ- ziekenhuis worden verwezen ('refereren'). Het gaat hier bijvoorbeeld om vormen van complexe oncologische chirurgie, cardiochirurgie, orthopedisch/neuro-chirurgische rugchirurgie, brandwondenfunctie en interventietechnieken in de radiologie en neurochirurgie. Topreferente zorg wordt verleend door universitaire medische centra, maar ten aanzien van sommige specialistische voorzieningen ook door enkele STZ- ziekenhuizen.

Traumazorg is integrale acute zorg voor zeer ernstige ongevalpatiënten.

2.2 Spelers

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

De patiënt

Patiënten worden veelal verwezen door de huisarts naar medisch specialistische zorg. De patiënt kan voor het grootste deel van de zorgvragen kiezen uit verschillende zorgaanbieders.
De patiënt is verplicht verzekerd voor het overgrote deel van medisch specialistische zorg. Er zijn verschillende soorten zorgverzekeringen; natura-, restitutie- en combinatiepolissen. Bij een naturapolis heeft de verzekerde recht op zorg, bij een restitutiepolis heeft de verzekerde recht op vergoeding van zorgdeclaraties. Een combinatiepolis is een mix daarvan met bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in natura en fysiotherapie op basis van restitutie. Bij een naturapolis zijn verzekerden alleen verzekerd voor de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder (tenzij er onvoldoende gecontracteerde zorg beschikbaar is). Bij restitutie- en combinatiepolissen heeft de zorgverzekeraar de keuze om de in de polis uit te gaan van wel, niet of deels gecontracteerde zorg.

De zorgaanbieder

Instellingen voor medisch specialistische zorg
In 2011 zijn er 84 algemene ziekenhuizen, waarvan 26 STZ-ziekenhuizen, en 8 UMC's. Er zijn in 59 organisaties die zich richten op specifieke groepen van patiënten/ziekten (categorale instellingen).
De belangrijkste zijn:

- Revalidatiecentra (23)
- Astmacentra/longrevalidatiecentrum (5)
- Epilepsiecentra (2)
- Dialysecentra (3)
- Audiologischecentra (20)
- Radiotherapeutische centra (6)

Daarnaast zijn er enkele honderden kleine klinieken (privéklinieken en zelfstandige behandelcentra) die een beperkt aantal zorgproducten aanbieden.

Medisch specialisten
Deze zorg wordt geleverd door medisch specialisten en ondersteunend personeel, vrijwel altijd werkzaam in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Medisch specialisten hebben zich meestal georganiseerd binnen een maatschap van het betreffende specialisme. Er worden 34 specialismen onderscheiden. Binnen één ziekenhuis zijn er dan maatschappen voor ieder specialisme waarmee het ziekenhuis werkafspraken maakt. De maatschap zorgt voor de planning, waarneming en het algemeen kwaliteitsbeleid. Niet alle specialismen zijn in ieder ziekenhuis vertegenwoordigd.

Medisch specialisten kunnen vrijgevestigd of in loondienst zijn. Indien een medisch specialist (hierna: MS) vrijgevestigd is wordt de MS betaald uit het honorarium deel van de DBC's. Indien de MS in loondienst is, komen de honorarium opbrengsten ter dekking van het ziekenhuisbudget. Bij de UMC's zijn alle MSen in loondienst.

Toeleveranciers zorginstellingen

De meeste zorg wordt daadwerkelijk binnen de instelling geleverd. Er zijn echter ook organisaties die diensten leveren aan het ziekenhuis,

zoals laboratoria, maar ook de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) en de integrale kankercentra (IKCs). Deze worden niet expliciet benoemd in de marktscan. De kosten van deze diensten zijn verdisconteerd in de kosten van de DBC-zorgproducten.

De zorgverzekeraar

De zorgverzekeraars maken (via het representatiemodel) budgetafspraken voor het gereguleerde deel van de MSZ, het zogenaamde A-segment.

Voor de onderhandelingen in het vrije segment (B-segment; vrije tarieven, prestatie worden door de NZa vastgesteld) hebben zorgverzekeraars zich georganiseerd in inkoopcombinaties. Er zijn vijf inkoopcombinaties die de contractonderhandelingen met de instellingen voeren. De inkoopcombinaties onderhandelen met zorgverleners over prijs en kwaliteit van DBC's met een vrij tarief.

Een zorgverzekeraar heeft geen contracteerplicht. Als er geen contract is met de betreffende zorginstelling betaalt de zorgverzekeraar het passantentarief. Passantentarieven worden door zorgaanbieders zelf bepaald en gelden voor ongecontracteerde zorg voor behandelingen uit het B segment.

2.3 Wijze van tarifering

De vergoeding voor de ziekenhuizen is voor het grootste deel nog gebaseerd op een budgetmodel (functiegerichte budgettering,'FB-model') dat aan het eind van de jaren tachtig is ingevoerd. Dit FB-model is gebaseerd op een combinatie van productieparameters en vaste parameters die capaciteit, materieel en bijzondere functies vertegenwoordigen. Sinds 2005 is een transitie ingezet naar prestatiebekostiging, waarbij integrale tarieven zijn vastgesteld voor zorgtrajecten, zogenaamde diagnose-behandel-combinaties (DBC's).

Vanaf 2005 gelden voor een aantal groepen DBC's vrije tarieven, waarbij de prijs wordt vastgesteld op basis van onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit B-segment is, in stappen, inmiddels uitgebreid tot 34% van de omzet.

Voor de overige producten in het A-segment stelt de NZa jaarlijks punttarieven (niet onderhandelbaar tarief) vast voor de verschillende DBC's. De inkomsten uit DBC's in het A-segment dienen ter dekking van het budget. Voor ZBC's die A-segment DBC's aanbieden zijn de landelijke tarieven maximumtarieven, de prijs wordt onderhandeld met de zorgverzekeraar. ZBC's hebben geen budget.

Het DBC-tarief is opgebouwd uit een ziekenhuiskosten deel en een apart deel voor de honoraria van medisch specialisten. Hierin worden componenten van het poortspecialisme – waar de patiënt op de poli komt – en ondersteunende specialismen onderscheiden. Over het honorariumdeel voor de ondersteuners wordt onderhandeld (bedrag per verrichting door NZa vastgesteld, zorgprofiel onderhandelbaar), over dat van het poortspecialisme niet (dit is een punttarief, vastgesteld door de NZa).

Voor medisch specialisten geldt sinds 2008 volledige prestatiebekostiging. Zij worden niet meer bekostigd vanuit een budget, maar ontvangen rechtstreeks het honorariumdeel van de in rekening gebrachte DBC's.

2.4 Ontwikkelingen

DOT
Een herzien DBC-systeem genaamd DOT (DBC's op weg naar transparantie), moet het aantal DBC's terugbrengen van ongeveer 30.00 naar ongeveer 4.400 producten. DOT wordt per 2012 ingevoerd.

Prestatiebekostiging
Vanaf 2012 zal voor een groot gedeelte van de MSZ sprake zijn van prestatiebekostiging, dat wil zeggen dat budgetten niet meer leidend zullen zijn, maar dat instellingen afgerekend worden per geleverd DOT-product. Tegelijkertijd met de invoering van prestatiebekostiging wordt het B-segment uitgebreid naar zo'n 70%. In 2012 en 2013 zal sprake zijn van een transitiefase waarin de risico's van de overgang naar prestatiebekostiging voor instellingen gedempt worden.

Beheersmodel MS
Vanaf 2012 zal voor de vrijgevestigde MS een budgetteringsmodel van toepassing zijn, het zogenaamde beheersmodel MS. Per ziekenhuis en ZBC zal een honorariumplafond voor de vrijgevestigde MSen vast gesteld worden. De door MS gedeclareerde honoraria dienen ter dekking van dit plafond.

Herijking honorarium tarieven
In verband met honorarium BKZ-overschrijdingen van de afgelopen jaren is in 2011 gezocht naar een manier om de honorarium tarieven zo vast te stellen dat de kans op overschrijdingen van het BKZ afneemt. Dit heeft er toe geleid dat het BKZ voor de vrijgevestigd MS als startpunt is genomen. Op basis van (in het verleden) geleverde productie en input van wetenschappelijke verenigingen van MS zijn nieuwe honorarium tarieven vast gesteld. Deze honorarium tarieven zullen vanaf 2012 gelden.

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Het geeft een weergave van het aantal zorgaanbieders en zorgverzekeraars (concerns en zorgverzekeraars), en daarnaast de concentratiegraad en de financiële positie van zorgaanbieders.

3.1 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 A en/of het B-segment.

Tabel 3.1 Aantal zorgaanbieders 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Algemene ziekenhuizen	87	87	85	84	84
Categorale ziekenhuizen	2	2	2	2	2
UMC's	8	8	8	8	8
Totaal aantal ziekenhuizen	97	97	95	94	94
ZBC's actief in A- en/of B-segment	149	189	220	241	221

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 aanlevering van DBC data door ZBC's aan de MDS en op basis van de contractprijzen, die zorgverzekeraars bij de NZa moeten aanleveren, heeft de NZa (vanaf 2007) het aantal actieve ZBC's in het A- en/of B-segment bepaald. Het aantal ZBC's in 2011 is gebaseerd op de data 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.

3.2 Concernindeling zorgverzekeraars 2011

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 2011 is hier geen verandering in opgetreden.

Tabel 3.2 Concernindeling zorgverzekeraars 2011

2011		
Multizorg VRZ (inkoopcombinatie)	– De Friesland – DSW Zorgverzekeraar – ASR Verzekeringen	– Eno zorgverzekeraar – Zorg & Zekerheid – ONVZ Zorgverzekeraar
UVIT	– Cares Gouda – IZZ – IZA – Trias	– UMC – Univé Zorg – VGZ
Menzis	– AnderZorg – Menzis – Azivo	
Achmea	– Avéro – Interpolis – OZF	– Zilveren Kruis – Agis – FBTO
CZ	– Delta Lloyd – OHRA Ziektekosten-verzekeringen	– OWM CZ – OHRA Zorgverzekeringen

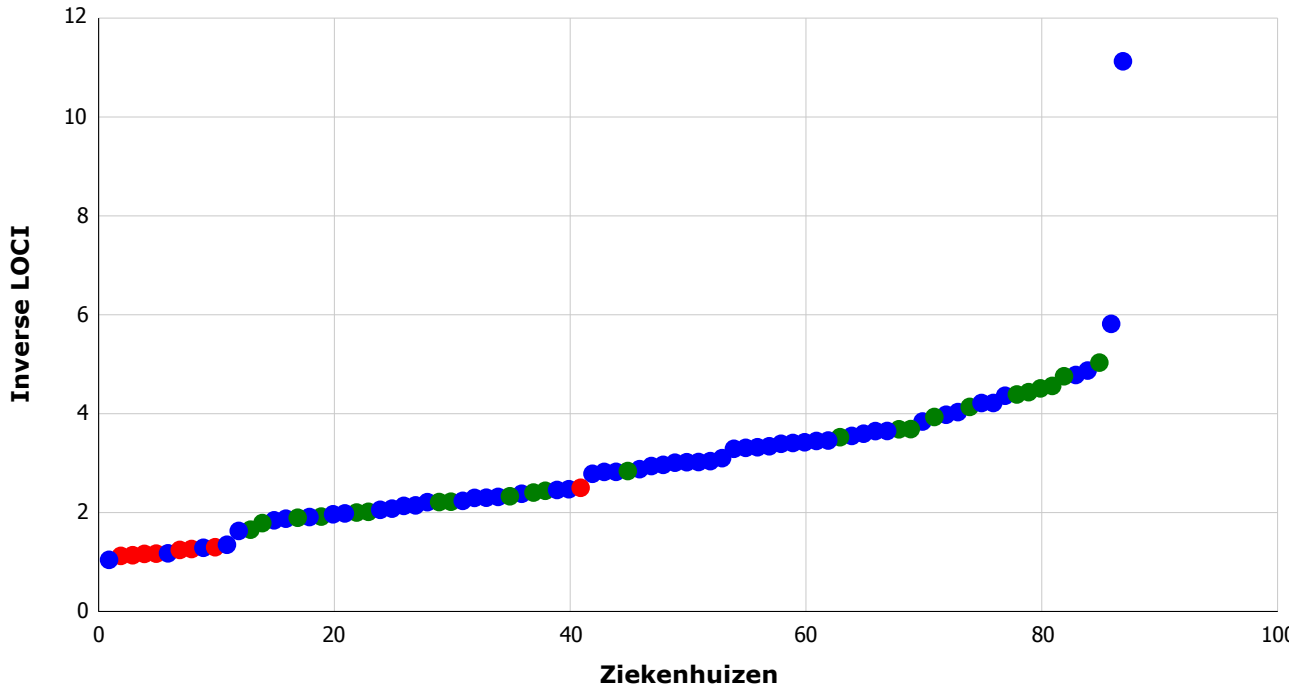
Bron: NZa, aanlevering contractprijzen

In 2011 is de fusie tussen De Friesland en Achmea goedgekeurd door de NMa. In 2011 wordt voor deze twee verzekeraars, met De Friesland als onderdeel van de inkoopcombinatie Multizorg, nog apart contractprijzen voor het B-segment aangeleverd.

3.3 Marktconcentratie

In de marktscan word niet de LOCI gehanteerd maar de inverse LOCI (hierna: invLOCI). Kort gezegd komt de invLOCI overeen met het gewogen gemiddelde ratio 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. De invLOCI loopt van 1 tot oneindig. De invLOCI gaat naar 1 wanneer het ratio van het aantal patienten uit het werkgebied van dat ziekenhuis naar een ander ziekenhuis gaat groter wordt.

Figuur 3.1 Marktconcentratie (2010)



Bron: NZa op basis van MDS data

Figuur 3.1 laat per ziekenhuis de invLOCI-score zien, oplopend gesorteerd. Algemene ziekenhuizen zijn blauw, de STZ-ziekenhuizen zijn groen en de UMC's zijn rood.

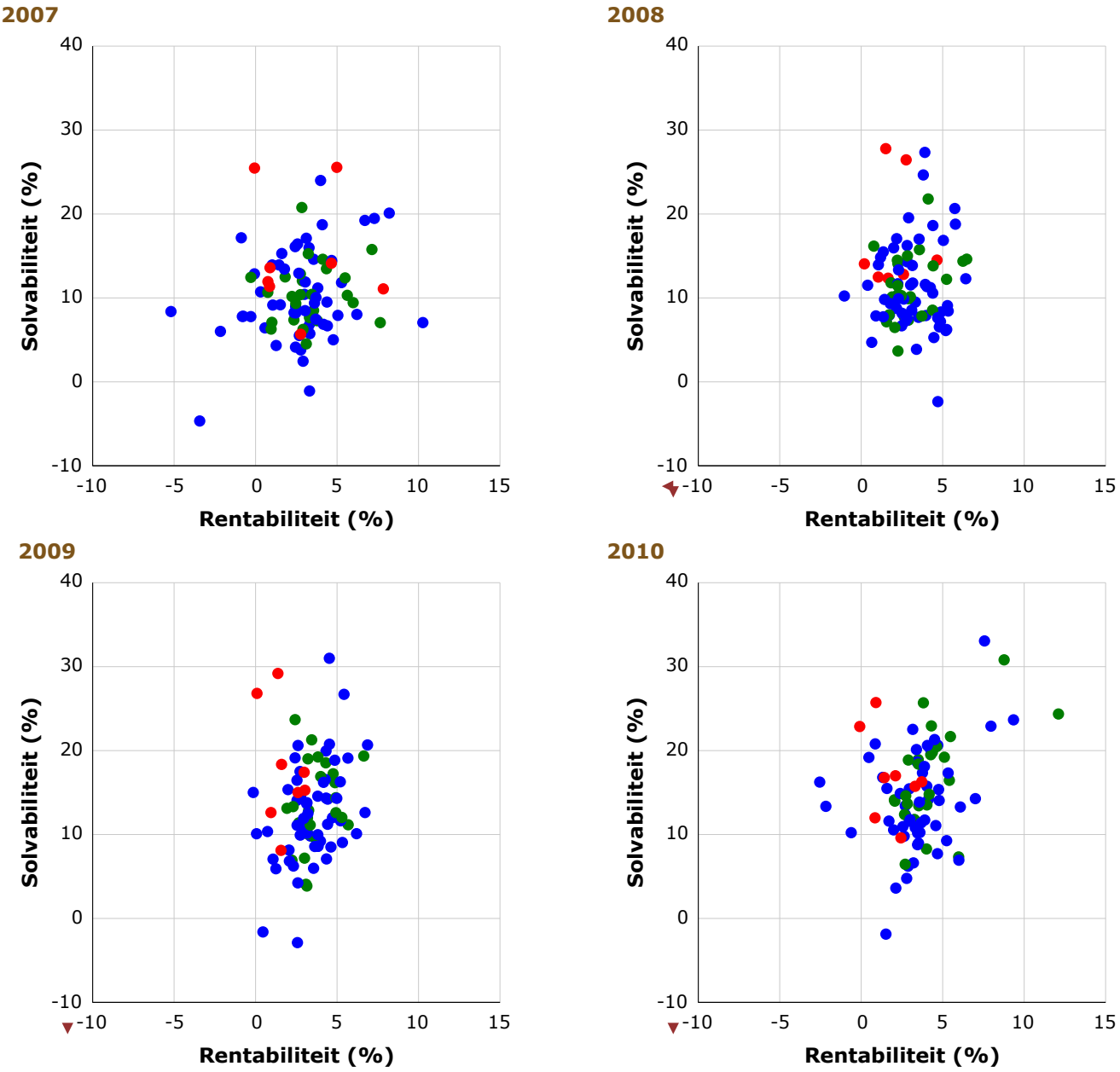
90% van de ziekenhuizen heeft een invLOCI-score van 5 of lager. Er zijn een aantal uitschieters. Deze ziekenhuizen bevinden zich in gebieden met relatief weinig ziekenhuizen, waardoor een groot deel van de patiënten uit de omgeving van het ziekenhuis ook daadwerkelijk naar dit ziekenhuis gaat en niet naar een ander ziekenhuis. Van deze ziekenhuizen met een invLOCI hoger dan vijf is een groot gedeelte STZ-ziekenhuis. Van de tien ziekenhuizen met de laagste invLOCI score zijn er zeven een UMC.

Als de 2010 invLOCI vergeleken wordt met de 2009 invLOCI, dan is er een aantal ziekenhuizen met een significante stijging in hun invLOCI. De ziekenhuizen met een stijging van de invLOCI score zijn in de loop van 2009 gefuseerd en leveren vanaf 2010 als één ziekenhuis gegevens aan de MDS. Verder zijn er weinig veranderingen: de mediaan in 2009 was 2,7 in 2010 2,8 en de correlatie tussen de 2009 LOCI en 2010 LOCI is 0,94.

3.4 Financiële positie zorgaanbieders

Een goede financiële gezondheid is essentieel indien garanties voor ziekenhuizen verder worden afgebouwd. De financiële gezondheid van een ziekenhuis kan bekeken worden aan de hand van een drietal indicatoren, te weten de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit 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. Tot slot zegt de liquiditeit iets over in hoeverre een ziekenhuis op korte termijn aan zijn verplichtingen kan voldoen.

Figuur 3.2 Rentabiliteit en solvabiliteit



Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In figuur 3.2 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 2010. 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. In 2010 neemt de spreiding van de rentabiliteit weer iets toe in vergelijking met 2009. De spreiding in de solvabiliteit neemt juist toe in de loop der jaren.

Tabel 3.3 Gemiddelde rentabiliteit en solvabiliteit, per type zorgaanbieder (%)

	Rentabiliteit				Solvabiliteit			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Algemene ziekenhuizen (excl STZ)	3,0	2,8	3,5	3,5	9,9	10,3	11,4	12,4
Topklinische ziekenhuizen	3,4	3,2	3,6	4,3	10,0	11,0	12,8	15,5
Universitair Medische Centra	2,7	2,2	1,7	1,7	15,3	16,5	17,8	17,3
Totaal	3,0	2,7	3,1	3,2	11,5	12,3	13,6	14,9

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

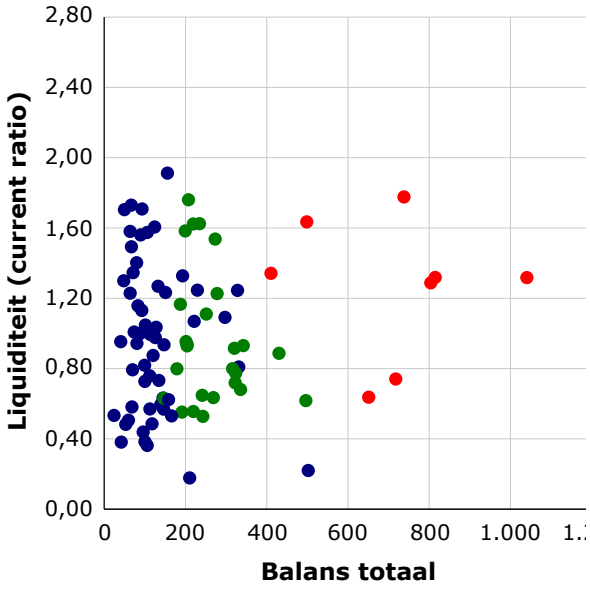
Tabel 3.3 laat de gemiddelde rentabiliteit en solvabiliteit zien voor de verschillende type ziekenhuizen en voor het totaal. Voor alle ziekenhuizen als geheel is de rentabiliteit licht gedaald tussen 2007 en 2008. In 2009 is de rentabiliteit weer gestegen naar het niveau van 2007. In 2010 laat alleen de rentabiliteit van de STZ-ziekenhuizen (gemiddeld) een significante stijging zien.

De solvabiliteit is, net als in 2008, ook in 2009 gemiddeld licht gestegen. In 2010 neemt de gemiddelde solvabiliteit van de algemene ziekenhuizen (inclusief STZ-ziekenhuizen) nog steeds toe. Voor de UMC's daalt de gemiddelde solvabiliteit in 2010 iets ten opzichte van 2009. De UMC's hebben gemiddeld genomen nog wel steeds de hoogste solvabiliteit.

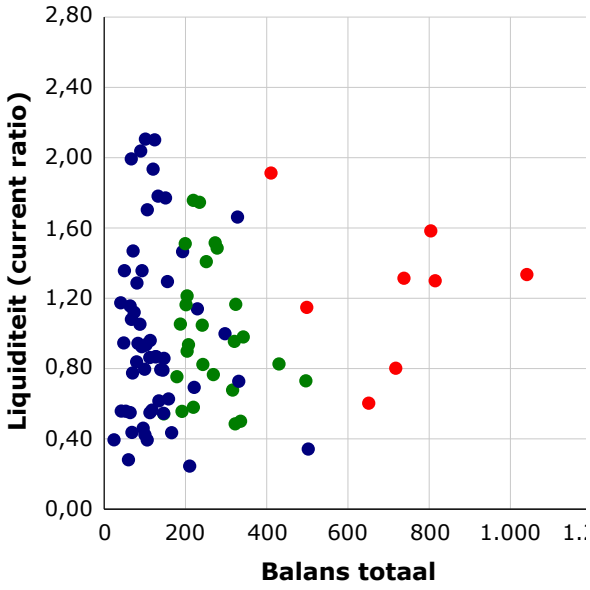
De UMC's hebben structureel een lagere rentabiliteit in vergelijking met de algemene en STZ-ziekenhuizen. Daar komt bij dat, in tegenstelling tot de algemene en STZ-ziekenhuizen, de UMC's de gemiddelde rentabiliteit in 2009 verder zien dalen. In 2010 blijft de rentabiliteit voor de UMC's gelijk aan het niveau van 2009.

Figuur 3.3 Liquiditeit

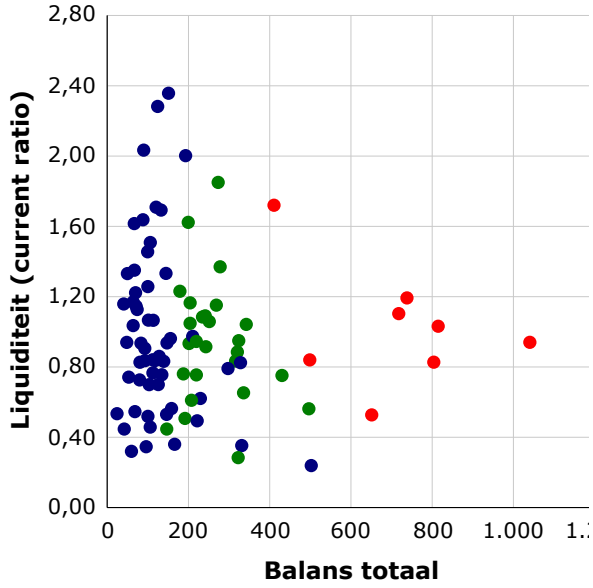
2007



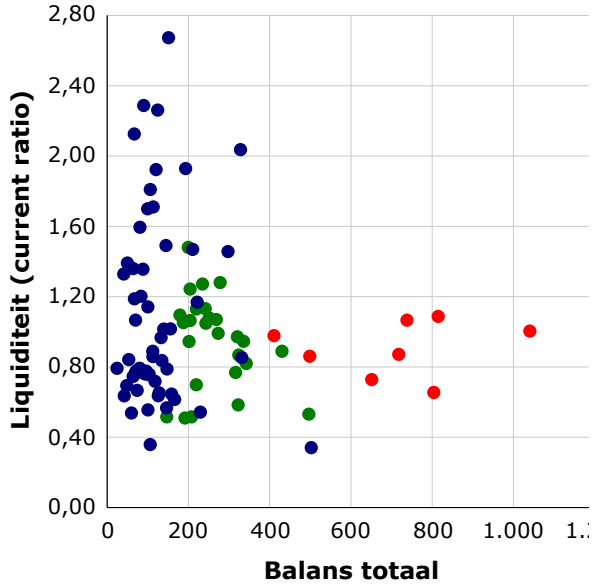
2008



2009



2010



Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In figuur 3.3 is voor de jaren 2007-2010 de liquiditeit (de current ratio) van de algemene ziekenhuizen (blauw), de STZ-ziekenhuizen (groen) en UMC's (rood) uitgezet tegen het balanstotaal van het ziekenhuis. Liquiditeit is gedefinieerd als de vlottende activa gedeeld door de vlottende passiva. Een current ratio van kleiner dan 1 betekent dat een ziekenhuis op korte termijn niet aan zijn schulden kan voldoen.

In de figuur blijkt duidelijk dat de spreiding van liquiditeit van de algemene ziekenhuizen toeneemt. De spreiding neemt bij de STZ-ziekenhuizen en de UMC's vooral in 2010 sterk af. Er is goed te zien dat de UMC's gemiddeld genomen het grootste en de algemene ziekenhuizen het kleinste balans totaal hebben.

Tabel 3.4 Gemiddelde liquiditeit, per type zorgaanbieder (%)

	2007	2008	2009	2010
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	0,75	0,76	0,77	0,91
Topklinische ziekenhuizen	0,91	0,92	0,87	0,87
Universitair Medische Centra	1,19	1,20	0,96	0,89
Totaal	0,91	0,92	0,85	0,89

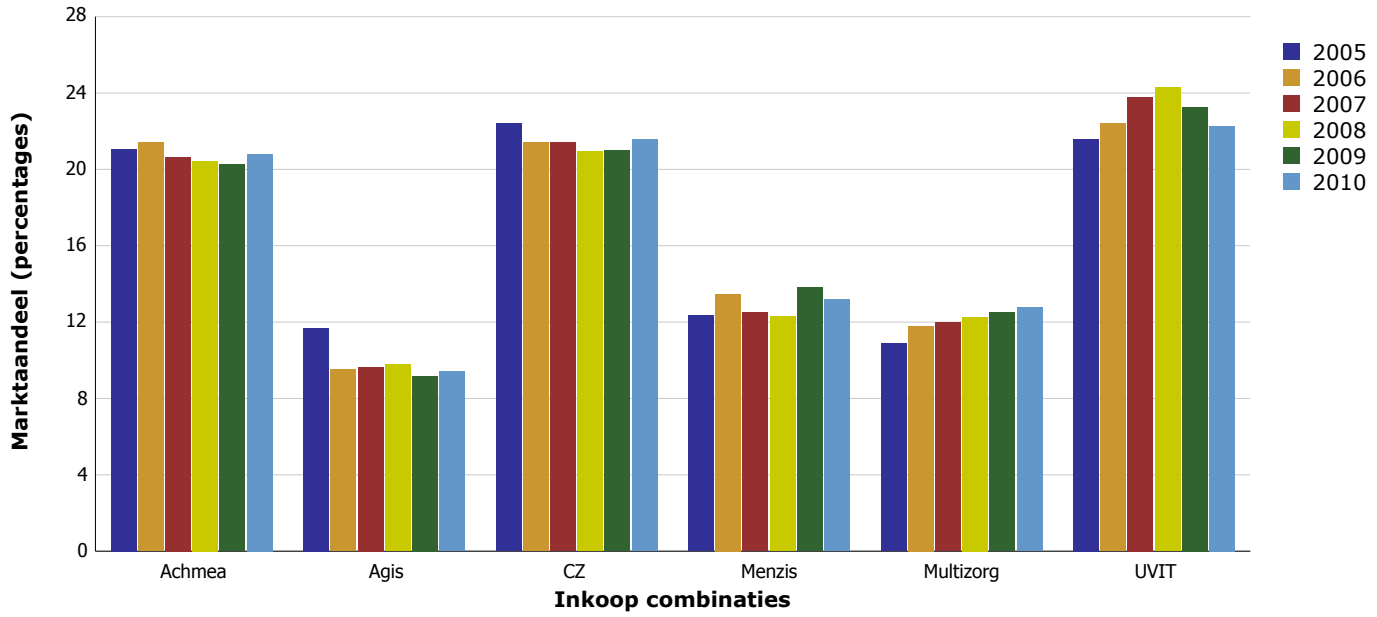
Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In tabel 3.4 is de gemiddelde liquiditeit per type zorgaanbieder en het gemiddelde van alle ziekenhuizen samen te zien. Voor de algemene ziekenhuizen valt op dat in de jaren 2007-2009 de liquiditeit gemiddeld genomen vrij constant is, in 2010 is sprake van een toename. De gemiddelde liquiditeit van de STZ-ziekenhuizen varieert weinig door de loop van de jaren. Bij de UMC's valt vooral de afname van de gemiddelde liquiditeit tussen 2008 en 2009 op. Voor alle ziekenhuizen samen ligt de gemiddelde liquiditeit in alle jaren op ongeveer 0,9.

3.5 Omzetten en marktaandelen inkoop combinaties

Het Nederlandse zorgstelsel bestaat (in hoofdlijnen) uit drie partijen: de patiënt/consument, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol toebedeeld gekregen in het zorgstelsel. Zij moeten zorg inkopen voor een goede prijs en van een goede kwaliteit. Het aantal zorgverzekeraars en de omvang van de verschillende zorgverzekeraars zegt iets over de dynamiek van de markt. In de onderstaande analyses zijn de verzekeraars ingedeeld naar de inkoopcombinaties waar zij onderdeel van zijn. In 2011 zijn dat er nog zes. Dit aantal wijkt af van het aantal concerns dat vermeld is in de paragraaf 'Concernindeling zorgverzekeraars 2011' omdat er voor Achmea en Agis nog twee aparte aanleveringen plaats vinden voor wat betreft de contractprijzen.

Figuur 3.4 Marktaandelen inkoop combinaties A+B-segment(%)



Bron: MDS

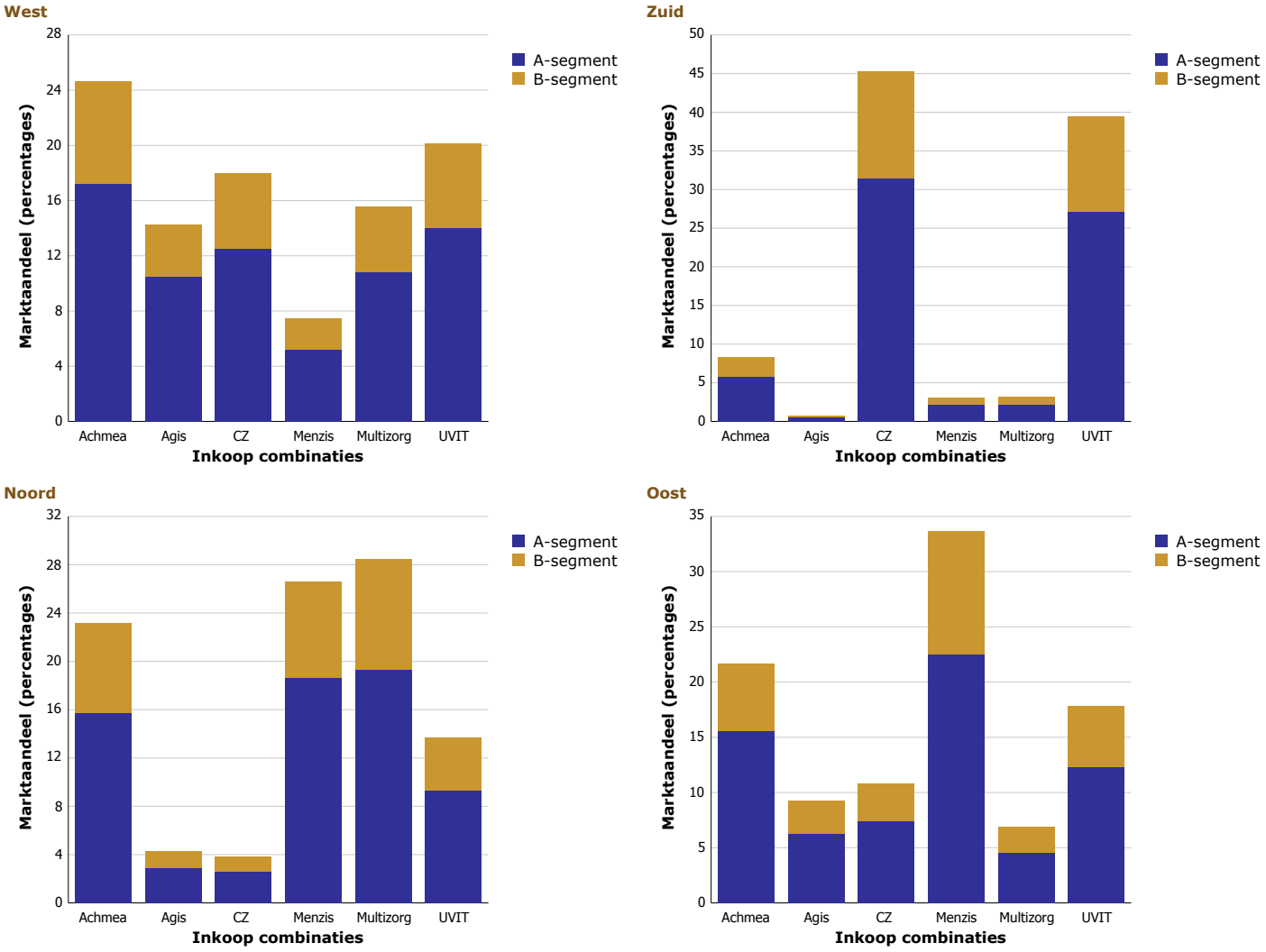
Tabel 3.5 Marktaandelen inkoop combinaties A+B-segment(%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Achmea	21,1	21,4	20,7	20,4	20,3	20,8
Agis	11,7	9,5	9,7	9,8	9,2	9,4
CZ	22,4	21,4	21,4	21,0	21,0	21,6
Menzis	12,4	13,5	12,5	12,3	13,8	13,2
Multizorg	10,9	11,8	12,0	12,3	12,5	12,8
UVIT	21,6	22,4	23,8	24,3	23,3	22,3

Bron: MDS

In figuur 3.4 en tabel 3.5 valt te zien dat de marktaandelen (gebaseerd op gedeclareerde omzetten) van de inkoopcombinaties voor het A- en het B-segment samen relatief constant zijn over de jaren heen. Door afronding kan het totaal optellen tot net iets meer of net iets minder dan 100%. De marktaandelen van het A-segment en het B-segment afzonderlijk laten weinig verschillen zien met de marktaandelen van A- en B-segment samen. Om deze reden worden de uitsplitsingen hier niet getoond.

Figuur 3.5 2009 Marktaandelen inkoop combinaties, A+B-segment(per regio , %)



Bron: MDS

Figuur 3.5 en tabel 3.6 geven de 2009 marktaandelen (A+B-segment, gebaseerd op gedeclareerde omzet) van de inkoopcombinaties weer. Door afronding kan het totaal optellen tot net iets meer of net iets minder dan 100%. De regio indeling is gebaseerd op de indeling zoals het CBS deze ook hanteert.

Er zijn opvallende verschillen tussen regio's en welke inkoopcombinaties de grootste marktaandelen hebben. Zo zijn er in regio Zuid twee hele grote inkoopcombinaties die samen ongeveer 85% van de zorg inkopen. Regio West heeft de meest gelijkmatige verdeling tussen de inkoopcombinaties. De andere twee regio's zitten tussen deze verdeling in.

De verschillen in marktaandelen zijn tussen de jaren relatief klein. Om deze reden zijn alleen de 2009 marktaandelen in de marktscan opgenomen.

Tabel 3.6 2009 Marktaandelen inkoop combinaties, A+B-segment(per regio , %)

		Noord	Oost	West	Zuid
Achmea	A-segment	15,7	15,6	17,2	5,8
	B-segment	7,4	6,1	7,4	2,6
Agis	A-segment	2,9	6,3	10,5	0,5
	B-segment	1,4	3,0	3,8	0,2
CZ	A-segment	2,6	7,4	12,6	31,4
	B-segment	1,2	3,4	5,4	13,8
Menzis	A-segment	18,6	22,5	5,2	2,1
	B-segment	8,0	11,1	2,2	0,9
Multizorg	A-segment	19,3	4,5	10,8	2,2
	B-segment	9,2	2,3	4,7	1,0
UVIT	A-segment	9,4	12,3	14,0	27,2
	B-segment	4,3	5,5	6,1	12,3

Bron: MDS

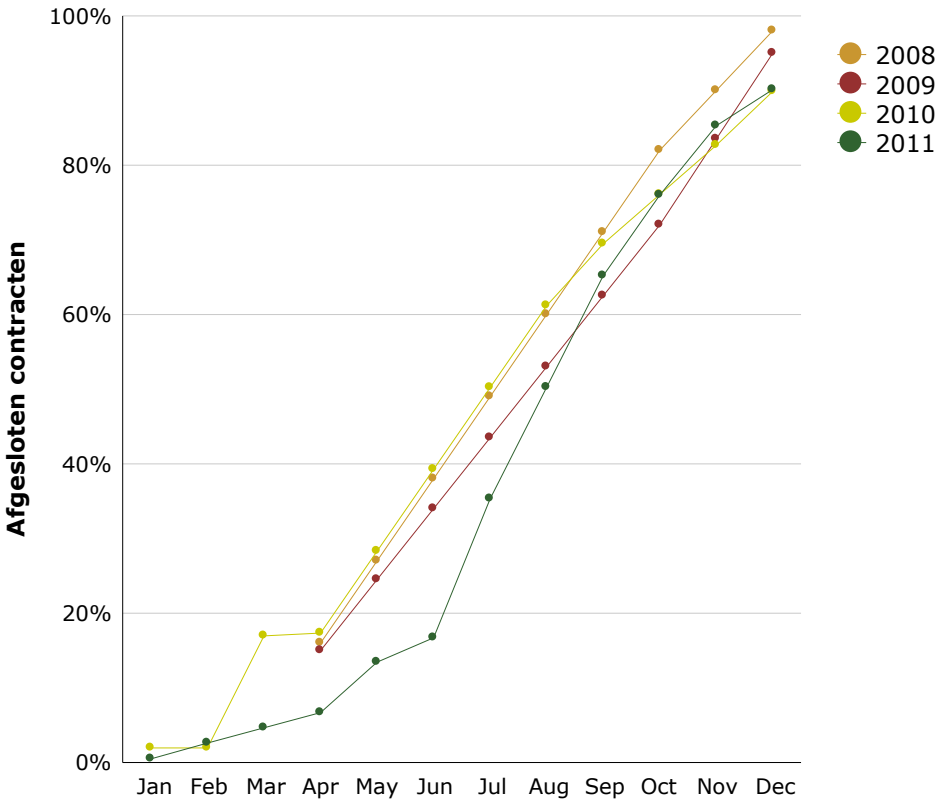
4. Marktgedrag

De marktstructuur én het marktgedrag zijn bepalend voor de publieke belangen. Waar in het vorige hoofdstuk de structuur van de markt centraal stond, gaat dit hoofdstuk nader in op het gedrag.

4.1 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 waren. 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 4.1 Ontwikkeling percentage afgesloten contracten



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

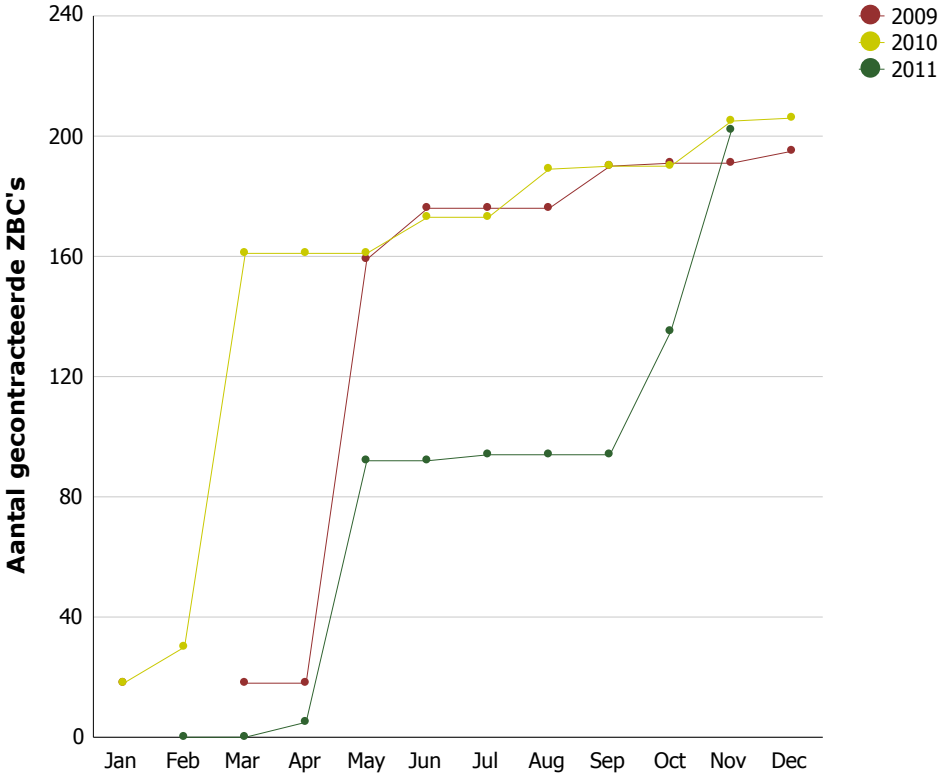
Figuur 4.1 laat het percentage afgesloten contracten van ziekenhuizen (gewogen naar de omzet van het ziekenhuis) zien. Zo valt te zien dat bijvoorbeeld per juli de percentages afgesloten contracten ongeveer 50%, 45% en 50% waren in respectievelijk 2008, 2009 en 2010. Opvalllend is dat in 2008 en 2009 vrijwel de gehele markt uiteindelijk gecontracteerd is. Eind december 2010 was ongeveer 90% van de markt gecontracteerd. Dit percentage blijft achter bij de stand in 2008 en 2009.

In de eerste helft van 2011 blijven de onderhandelingen achter bij eerdere jaren. In juli en augustus heeft er ten opzichte van eerdere jaren een inhaalslag plaats gevonden. Op 1 december is de contracteergraad met ongeveer 90% in 2011 vergelijkbaar met de jaren ervoor.

4.2 Ontwikkeling aantal gecontracteerde ZBC's

Aantal gecontracteerde ZBCs

Figuur 4.2 Totaal aantal gecontracteerde ZBC's per maand



Bron: NZa op basis van contractprijzendata van zorgverzekeraars

In figuur 4.2 zijn de aantal gecontracteerde ZBC's (in het B-segment) per maand te zien. In 2009 en 2010 waren er in april 160 ZBC's gecontracteerd. In de eerste helft van 2011 loopt de contractering van ZBC's achter bij 2009 en 2010 en ligt praktisch stil tussen mei en september. Na september vindt er een inhaalslag plaats. In november 2011 zijn er met 200 gecontracteerde ZBC's ongeveer evenveel ZBC's gecontracteerd als in 2009 en 2010.

5. Kwaliteit

Dit hoofdstuk gaat nader in op de eerste van de drie genoemde publieke belangen: de kwaliteit van de zorg.

Met betrekking tot die kwaliteit van zorg zijn de volgende aspecten te onderscheiden:
– de daadwerkelijke kwaliteit van zorg, waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt;
– de transparantie van zorg die patiënten en zorgverzekeraars nodig hebben om een keuze te maken c.q. zorg in te kopen.

5.1 Kwaliteit van zorg

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening. De IGZ is verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van zorg. Zij oefent toezicht uit op de kwaliteit van zorg, aan de hand van minimumnormen, zodat de patiëntveiligheid wordt geborgd. Daarnaast faciliteert zij de verschillende spelers in de zorg om de kwaliteit van zorg transparanter te maken. De NZa is als marktmeester verantwoordelijk voor de transparantie en keuzevrijheid. De verhouding tussen de IGZ en de NZa kan als volgt worden verwoord: “De IGZ gaat over de transparantie van de kwaliteit en de NZa over de kwaliteit van de transparantie”.

De NZa ziet niet toe op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg; de NZa ‘meet’ de kwaliteit niet. Er zijn wel een aantal indicatoren die de NZa kan volgen om een beeld te krijgen hoe het met de kwaliteit in een sector is gesteld, te weten:
– het (verscherpte) toezicht door IGZ;
– het aantal behaalde kwaliteitskeurmerken.
Deze twee indicatoren komen achtereenvolgens aan bod.

5.1.1 Toezicht IGZ

De IGZ houdt toezicht op de individuele kwaliteit van zorgaanbieders. De IGZ legt corrigerende maatregelen op als risico’s op niet-verantwoorde zorg (te) hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan.[1]

De IGZ heeft op dit moment geen ziekenhuis onder verscherpt toezicht gesteld.

5.2.2 Kwaliteitskeurmerken

Een indicator die iets zegt over een waarborg voor het leveren van kwalitatief goede zorg betreft keurmerken. Er zijn verschillende kwaliteitskeurmerken en certificaten die zorgaanbieders kunnen behalen als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Tabel 5.1 geeft een overzicht van keurmerken en certificaten, met daarachter het aantal zorgaanbieders dat over het betreffende keurmerk beschikt. Allereerst worden een aantal ziekenhuis brede keurmerken benoemd, daarna aantallen afdelingsspecifieke HKZ-keurmerken. 89 ziekenhuizen hebben het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) voor de medisch specialistische zorg ingevuld. In bijlage 1 is een toelichting op de keurmerken opgenomen.

Tabel 5.1 Soort keurmerken/certificaten

	2011
ISO 9001	5
NIAZ	69
GMP-z	7
HKZ t/m 11-11-2011	67
Afdeling dialyse	54
Afdeling radiotherapie	6
Afdeling revalidatie	7

Bron: DigiMV, www.HKZ.nl

[1] IGZ, IGZ-handhavingskader, *Richtlijn voor transparante handhaving,* Den Haag, 12 december 2008, p. 16

Tabel 5.2 Aantal keurmerken/certificaten

	2011
1 certificaat	27
2 certificaat	5
3 certificaat	3
4 certificaat	6
5 certificaat	3
6 of meer certificaten	17
geen (of niks ingevuld)	28
Totaal	89

Bron: DigiMV

Tabel 5.2 geeft het aantal keurmerken/certificaten per ziekenhuis weer. De tabel is gebaseerd op het DigiMV. Een groot aantal van de keurmerken/certificaten is afdelingsspecifiek en het gaat te ver om deze allen te benoemen.

5.2 Transparantie van zorg

Over verslagjaar 2010 is voor 41 aandoeningen kwaliteitsinformatie uitgevraagd.
Voor 19 van deze aandoeningen moeten de indicatorensets verplicht worden aangeleverd voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Over verslagjaar 2010 zijn 22 nieuwe indicatorensets (over andere aandoeningen) voor de eerste maal uitgevraagd.[2] Tijdens het eerste uitvraagjaar is aanleveren nog niet verplicht, deze indicatorensets worden na de aanlevering eerst geëvalueerd. Wanneer deze indicatorensets zijn goedgekeurd door de betreffende werkgroepen worden zij openbaar beschikbaar gesteld via het Openbaar Databestand van Zichtbare Zorg. Voor 3 aandoeningen is besloten dat de gegevens niet openbaar beschikbaar worden gesteld. In dit overzicht wordt dan ook gesproken over 33 indicatorensets: 19 verplicht en 14 niet wettelijk verplicht.

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)[3]. Daarom geeft een indicator of een set indicatoren nooit een totaalbeeld van de geleverde zorg.

Er worden drie typen indicatoren onderscheidden:

- Als eerste zijn er structuurindicatoren. Deze beschrijven of de zorgaanbieder bepaalde voorzieningen heeft getroffen in de organisatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het beschikbaar stellen van een patiëntenfolder of het beschikken over een systeem voor complicatieregistratie. Het betreft veelal het eenmalig beantwoorden van een ja/nee vraag.
- Daarnaast zijn er procesindicatoren. Procesindicatoren volgen een serie gebeurtenissen tijdens een onderzoek en/of behandeling van een patiënt. Denk bijvoorbeeld aan het percentage operaties dat in dagbehandeling is uitgevoerd of het percentage diabetespatiënten dat in het afgelopen jaar een oogcontrole heeft gehad.
- Tot slot zijn er uitkomstindicatoren. Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg.

[2] Hierbinnen is voor 5 aandoeningen geen zorginhoudelijke informatie uitgevraagd, uitsluitend klantpreferentiegegevens. Deze aandoeningen zijn niet opgenomen in het overzicht.
[3] Campbell SM, Braspenning J. Hutchinson A, Marshall M. 2002. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care 11, 358-364.

Tabel 5.3 Per aandoening het aantal structuur-, en proces- en uitkomstindicatoren

Aandoening	Structuur	Proces	Uitkomst
Wettelijk verplichte indicatoren 2011			
Beroerte	0	4	0
Blaascarcinoom	3	2	0
Cataract	1	3	0
Colorectaal carcinoom	0	4	0
Constitutioneel eczeem	4	1	0
Cystic fibrosis	1	1	5
Diabetes	1	8	0
Heupvervanging	10	4	1
Knievervanging	10	4	1
Licht traumatisch hersenletsel	2	0	0
Liesbreukoperaties	0	1	0
Lumbosacraal Radiculair Syndroom	0	1	1
Mammacarcinoom	0	1	3
OSAS bij volwassenen	4	0	0
Pijn bij de bevalling	2	0	0
Reumatoïde artritis	5	3	2
Stressincontinentie bij de vrouw	0	3	1
Varices	0	2	0
Ziekte van adenoïd en tonsillen	3	3	2
Subtotaal	46	45	16
% t.o.v. totaal verplichte indicatoren	43%	42%	15%

Tabel 5.4 Per aandoening het aantal structuur-, en proces- en uitkomstindicatoren

Aandoening	Structuur	Proces	Uitkomst
Niet wettelijk verplichte indicatoren 2011			
Baarmoederhalsafwijkingen	0	5	1
Benigne Prostaat Hyperplasie	0	3	1
Carpale Tunnel Syndroom	0	2	1
Chronische Belemmering Bloedstroom Been	3	0	0
HIV/Aids	0	6	2
Longcarcinoom	2	1	0
Maagcarcinoom	1	3	2
Maligne Lymfoom	3	5	0
Melanoom van de huid	1	0	0
Meniscus en voorste kruisband	1	3	1
Migraine	1	0	0
Nierstenen	0	2	3
Osteoporose	7	4	0
Psoriasis	0	5	0
Subtotaal	19	39	11
% t.o.v. totaal niet-verplichte indicatoren	28%	57%	16%
Totaal	65	84	27
% t.o.v. totaal	37%	48%	15%

Bron: Zichtbare Zorg, 2011

Van de wettelijk verplichte indicatorensets bevatten 8 sets uitkomstindicatoren, de overige 11 sets bevatten geen uitkomstindicatoren. Van de niet wettelijk verplichten indicatorensets bevatten 7 sets uitkomstindicatoren, de overige 7 sets bevatten geen uitkomstindicatoren. In totaal bevatten 18 van de 33 indicatorensets geen uitkomstindicatoren.

Uitkomstindicatoren hebben uiteindelijk de grootste informatieve waarde. Ze geven tenslotte een indicatie van de daadwerkelijke resultaten van de geleverde zorg. Tegelijkertijd is er voor elke vorm van zorg slechts een beperkt aantal uitkomstindicatoren vast te stellen, met als ultieme uitkomstindicator binnen de curatieve zorg de vraag of de patiënt genezen is. Dit betekent dat er naast uitkomstindicatoren ook altijd proces- en/of structuurindicatoren zullen zijn. Verder zijn patiëntkenmerken vaak van invloed op uitkomstindicatoren, wat een casemix noodzakelijk maakt. Binnen de indicatorensets van de sector ziekenhuizen is het nu niet mogelijk om een casemix uit te voeren, omdat een indicator opgebouwd is uit een 'teller' en een 'noemer' en deze door elkaar worden gedeeld, waarmee een percentage wordt verkregen. De teller wordt gevuld door bijvoorbeeld 'het aantal patiënten, dat….', en de noemer door 'het totaal aantal patiënten, dat…' waardoor niet voor patiëntkenmerken gecorrigeerd kan worden. Om deze reden zijn de ontwikkelwerkgroepen terughoudend met uitkomstindicatoren. Wel heeft de sector Ziekenhuizen de sets in het afgelopen jaar doorontwikkeld en voor de volgende uitvraag zullen meer indicatorensets uitkomstindicatoren bevatten.

Voor de verplichte aandoeningen hebben 93 ziekenhuizen en 41 ZBC's gegevens aangeleverd over verslagjaar 2010. Uiteraard leveren alleen die ziekenhuizen en ZBC's aan die de betreffende aandoeningen behandelen.

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 verstorende factoren.

De beoordeling[4] op bovenstaande dimensies voor de indicatoren binnen de 33 aandoeningen laat zien dat de indicatoren over het algemeen valide zijn. Voor bijna alle indicatoren geldt dat de populatievergelijkbaarheid goed is. Dit ligt voor de hand, omdat in algemene zin geldt dat voornamelijk voor uitkomstindicatoren de populatievergelijkbaarheid een rol speelt in de vergelijking tussen instellingen; voor structuur- en procesindicatoren ligt dit niet voor de hand. De statistische betrouwbaarheid is slechts voor een aantal indicatoren groen. Dit is voornamelijk afhankelijk van het voorkomen van de aandoening. Als het aantal patiënten laag is, is het niet mogelijk om betrouwbaar instellingen te vergelijken met het landelijk gemiddelde. De betrouwbaarheid van het registratieproces is voor de noemers veelal goed. Voor de tellers geldt dat in een aantal gevallen niet aan alle belangrijke voorwaarden voor het inrichten van het registratieproces is voldaan, dit resulteert voor die tellers in een 'oranje' score.

De NZa bevordert met concrete acties de transparantie in de zorg. Waar nodig zet de NZa actief haar bevoegdheden in. Hierbij is het werk van de NZa aanvullend en versterkend op het werk dat de IGZ (middels ZiZo) met betrekking tot transparantie uitvoert. Een aantal initiatieven zijn (ook) relevant voor de medisch specialistische zorg:

- De NZa stimuleert de realisatie van kwaliteitsinformatie ten behoeve van de zorginkoop door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor het tot stand brengen van deze informatie (indicatoren). Hier lopen verschillende initiatieven. De NZa kan uiteindelijk zorgaanbieders verplichten om kwaliteitsinformatie aan te leveren aan de zorgverzekeraars (op basis van artikel 88 Zvw jo artikel 89 Wmg). Hierbij moet een zorgvuldige afweging gemaakt moeten worden tussen de noodzaak van de informatie voor de zorginkoop en mogelijke bezwaren.
- De NZa stimuleert dat ziekenhuizen en ZBC's ten aanzien van het B-segment de consument juist en tijdig informeren over de gehanteerde prijzen.
- De NZa stimuleert dat zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders in zijn algemeenheid de consument goed informeren. Hiertoe heeft de NZa het richtsnoer informatieverstrekking zorgverzekeraars en het richtsnoer informatieverstrekking zorgaanbieders gepubliceerd. Dit concretiseert de benodigde informatieverstrekking en geeft aan wat misleiding is.

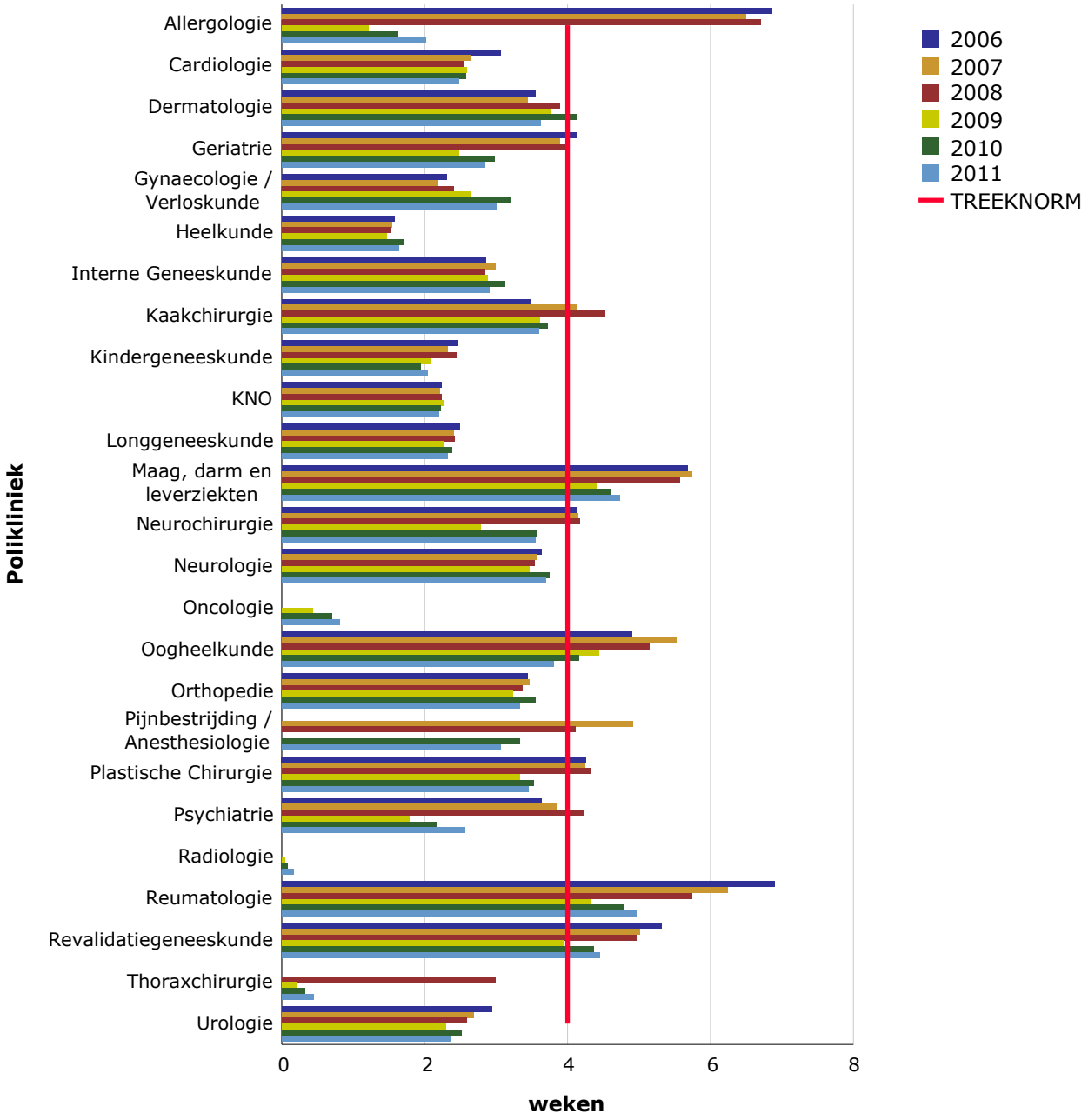
[4] Leeswijzer signaalvlaggen – verslagjaar 2010, Toelichting signaalvlaggen Zichtbare Zorg ziekenhuizen, Leeswijzer signaalvlag statistisch betrouwbaar onderscheiden

6. Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van zorg is een van de drie consumentenbelangen die de NZa centraal stelt in haar beleid. Wachttijd informatie is een van de manieren om de toegankelijkheid van de zorg te monitoren. Er worden drie vormen van wachttijden geregistreerd:
– Wachttijd polikliniek: het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan.
– Wachttijd behandeling: het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt 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.

6.1 Wachttijdontwikkeling polikliniek

Figuur 6.1 wachttijdontwikkeling polikliniek



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

Figuur 6.1 bevat de wachttijden polikliniek per poortspecialisme. Aangezien de data voor 2011 nog niet compleet zijn, dienen de wachttijden over 2011 met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

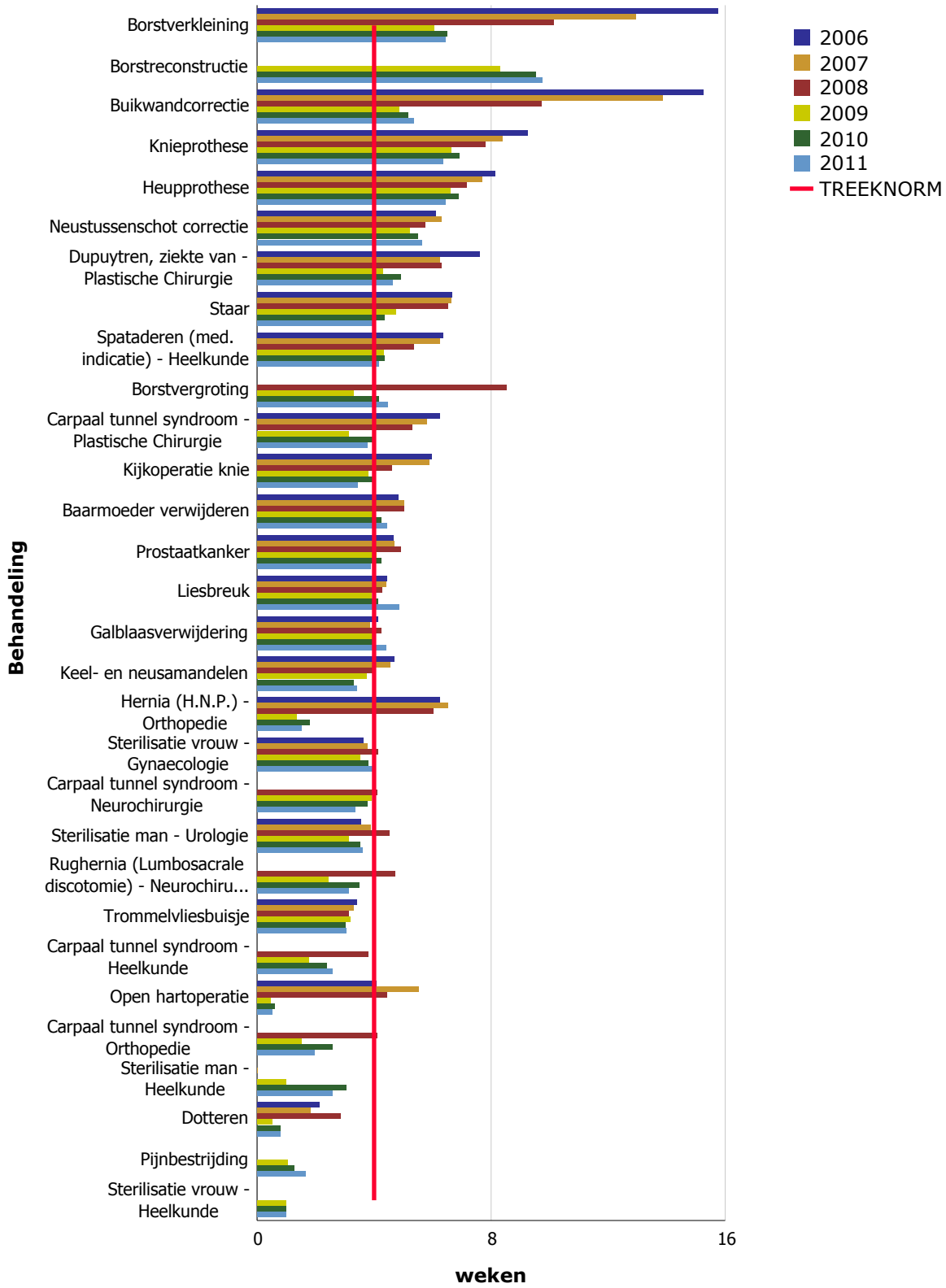
Waar in het jaar 2010 de trend van afnemende wachttijden omgeslagen is in een toename van de wachttijden, laat 2011 zien dat de wachttijden polikliniek bij een groot aantal specialismen weer dalen.

Een negental specialismen vormen hier een uitzondering op. Aandacht voor de specialismen maag-, darm- en leverziekten, reumatologie en revalidatiegeneeskunde zijn geboden aangezien zij boven de Treeknorm van vier weken uitkomen qua wachttijden. Overigens zijn de wachttijden nog niet dusdanig gestegen dat het niveau van 2006-2008 weer wordt bereikt. De andere specialismen waar zich een stijging voordoet, laten wachttijden zien van tussen de 0,5 en 2 weken.

De afname van wachttijden voor de veel van de specialismen beperkt zich tot een halve dag tot maximaal twee dagen. Dermatologie en oogheelkunde vormen hierop een uitzondering met een afname van rond de drie dagen. Beide voorgenoemde specialismen hadden in 2010 een wachttijd van boven de Treeknorm, in 2011 zitten beide onder de Treeknorm.

6.2 Wachttijdontwikkeling behandeling

Figuur 6.2 wachttijdontwikkeling behandeling



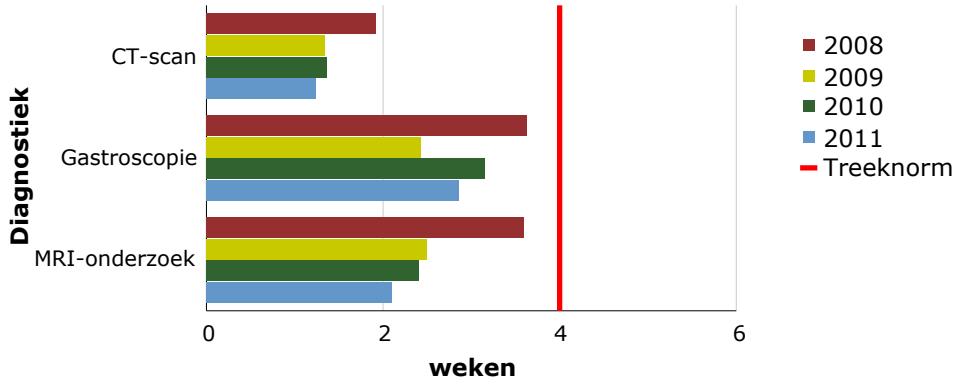
Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

Figuur 6.2 laat zien dat de wachttijden bij één op de drie behandelingen nog boven de Treeknorm uitkomt. Aangezien de data voor 2011 nog niet compleet zijn, dienen de wachttijden over 2011 met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Er valt op dat waar in 2010 nog sprake was van het algemene beeld dat wachttijden toegenomen waren, dit voor 2011 niet langer het geval is. Bij de helft van de behandelingen waar de wachttijden geregistreerd worden, zijn de wachttijden toegenomen, bij de andere helft is er sprake van een afname. Grote dalingen (tot 10%) zijn te zien bij de behandelingen knieprothese, kijkoperatie knie, heupprothese, carpaal tunnel syndroom bij zowel neurologie als orthopedie en sterilisatie man bij heelkunde. Met name bij de operaties knie en heup is dit een positieve ontwikkeling, al laten beide behandelingen nog steeds een overschrijding van de Treeknorm zien. Bij liesbreuk doet zich een relatief grote stijging van de wachttijd voor.

6.3 Wachttijdontwikkeling diagnostiek

Figuur 6.3 wachttijdontwikkeling diagnostiek



Bron: MDS; MediQuest vanaf 2008

De 2011 wachttijden diagnostiek zijn over de gehele linie afgenomen. Voor alle vormen van diagnostiek geldt dat de Treeknorm al gehaald wordt. Aangezien de data voor 2011 nog niet compleet zijn, dienen de wachttijden over 2011 met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Voor de CT- en MRI-scan geldt dat de wachttijden vanaf de gewijzigde registratie per 2008 een dalende trend vertonen. Voor gastroscopie blijkt dat de relatieve grote toename van de wachttijd in 2010 weer enigszins is ingelopen, echter nog niet tot het niveau van 2009.

7. Betaalbaarheid

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de kosten van de medisch specialistische zorg en het gaat daarmee in op het derde, laatste genoemde publieke belang: betaalbaarheid van de zorg. In dit hoofdstuk staan diverse indicatoren waarmee de betaalbaarheid in beeld worden gebracht.

7.1 Omzetontwikkeling

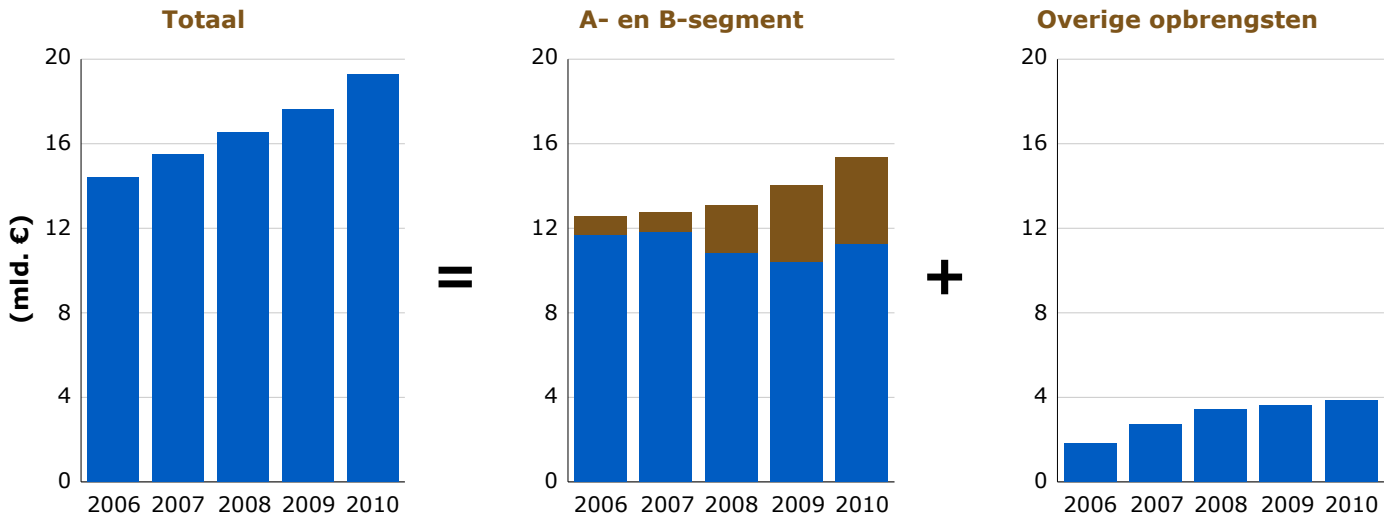
De omzetontwikkeling is van belang voor het vaststellen van het Budgettair Kader Zorg (hierna: BKZ), vooral omdat uiteindelijk de consument hiervoor de rekening krijgt. Voor deze analyses zijn gegevens gebruikt uit de jaarrekeningen van de ziekenhuizen.

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 de vrijgevestigd 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 twee maal uitgebreid: in 2008 met circa 10% en in 2009 met circa 11%. 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 onderstaande analyses omdat de korting in de 2011 budgetten is verwerkt en dus pas in de 2011 jaarrekening zichtbaar word.

Figuur 7.1 Omzetontwikkeling



Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 7.1 toont de omzetontwikkeling van de algemene ziekenhuizen en de UMC's samen. De omzet is onderverdeeld in A-segment (budget), B-segment en overige opbrengsten. In het A-segment zijn de afgelopen jaren budgetkortingen doorgevoerd, deze zijn meegenomen in onderstaande analyses. De B-segment omzet is inclusief de B-segment honoraria gedeclareert door medisch specialisten in loondienst. De figuur is exclusief de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten. Het betreft dus uitsluitend het ziekenhuis deel van de opbrengsten.

Tabel 7.1 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
2010	11,28	4,11	15,39	3,87	19,26

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 7.2 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
2010	11,28	4,11	15,39	3,87	19,26

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 7.3 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
2009-2010	8,3	13,7	9,7	7,6	9,2

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 7.1 toont opnieuw de omzetontwikkeling. In tabel 7.2 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 7.3 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 zowel het A- als het B-segment is een aanzienlijke groei te zien voor 2010. Voor het A-segment ligt de verklaring grotendeels bij de eenmalige vergoeding voor immateriële vaste activa (hierna: IVA) van ziekenhuizen. De door ziekenhuizen aangevraagde IVA vergoeding is verwerkt in de 2010 jaarrekening. Ziekenhuizen hebben gezamenlijk voor 700 miljoen aan IVA aangevraagd. Dit verklaart voor een groot deel de stijging (0,86 miljard) van het A-segment tussen 2009 en 2010.

Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de NZa maar 450 miljoen van de aangevraagde 700 miljoen IVA heeft toegekend. Indien voor deze niet toegekende IVA wordt gecorrigeerd, dan komt de groei voor 2009-2010 voor het A-segment uit op ongeveer 5,9%. Indien voor het hele eenmalig effect van de IVA gecorrigeerd wordt, komt de groei voor 2009-2010 voor het A-segment uit op ongeveer 1,5%.

De groei in het B-segment kan voor een deel verklaard worden door het feit dat in 2010 voor het eerst sprake was van een volledige jaarlaag van de 2009 tranche van het B-segment. In 2009 was deze jaarlaag nog onvolledig omdat in de loop van 2009 voor het eerst 2009 tranche B-segment DBC's worden geopend. In het begin van 2009 zijn er dus geen overloop DBC's vanuit 2008, omdat deze op moment van openen nog tot het A-segment behoorde. Hierdoor lijkt het dat, in vergelijking met 2009, meer DBC's (en dus meer omzet) zijn afgesloten en lijkt de groei groter dan de daadwerkelijke groei.

Om het effect van deze onvolledige jaarlaag te schatten wordt eerst de omvang van de drie tranches van het B-segment in 2009 bepaald. Deze schatting is gedaan door de aandelen van de verschillende tranches in het B-segment 2009 te berekenen. Deze aandelen zijn berekend aan de hand van de gedeclareerde omzet verantwoord in het DIS. De 2009 tranche blijkt in de 2009 DIS data een omzet aandeel van ongeveer 23% te hebben. Dit aandeel vermenigvuldigd met de omzet B-segment uit de jaarrekeningen (3,61 mld euro) levert de omzet van de 2009 tranche van het B-segment (0,844 mld euro).

Vervolgens is de gemiddelde doorlooptijd van een DBC nodig. Deze gemiddelde doorlooptijd is nodig om de omvang van het onderhandenwerk te schatten. De veronderstelling is dat het geschatte onderhandenwerk bij benadering gelijk is aan het deel van de jaarlaag 2009 dat ontbreekt. Bij een gemiddelde doorlooptijd van een DBC van vier maanden mist er dus twee maanden aan omzet in de 2009 tranche van het B-segment.

De volledige jaarlaag valt nu te bepalen door de geschatte 2009 omzet van de 2009 tranche te vermenigvuldigen met de factor 12/(12-0,5*gemiddelde doorlooptijd van een DBC). Indien de doorlooptijd 4 maanden is, dan is de factor gelijk aan 1,2 (=12/(12-0,5*4)). Het optellen van het verschil van de volledige jaarlaag tranche 2009 bij de oorspronkelijk omzet B-segment uit de jaarrekening levert een B-segment omvang op die vergeleken kan worden met de 2010 omzet van het B-segment .

De gecorrigeerde omzetstijging van het B-segment wordt sterk bepaald door de doorlooptijd van een DBC. Als we uitgaan van een gemiddelde doorlooptijd van 4 maanden dan stijgt de totale omzet in het B-segment van 3,61 miljard naar 3,78 miljard. De 2009-2010 groei is dan 8,6%. Deze schatting lijkt een voorzichtig aangezien de NZa bij uitbreidingen van het B-segment in 2008 en 2009 uit is gegaan van een gemiddelde doorlooptijd van DBC's van 5 maanden voor algemene ziekenhuizen en 7 maanden voor UMC's.

Van de 13,7% omzet groei in het B-segment is bij benadering dus 5,1% het gevolg van de onvolledige 2009 tranche jaarlaag.

Voor de som van het A+B-segment lag de groei in de jaren 2006-2009 rond de 7%. Indien gecorrigeerd wordt voor de aangevraagde IVA dan ligt de groei 2009-2010 voor het A+B-segment samen op ongeveer 5%.

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. In 2009-2010 ligt de groei van de overige opbrengsten weer iets hoger dan in de voorliggende periode.

Tabel 7.4 Indexen A-segment (%)

	2006	2007	2008	2009	2010
Loon	0,84	2,42	4,07	3,68	1,75
Materiaal	2,47	1,51	2,68	0,87	-0,31
Kapitaal	3,26	5,56	5,05	2,57	0,59

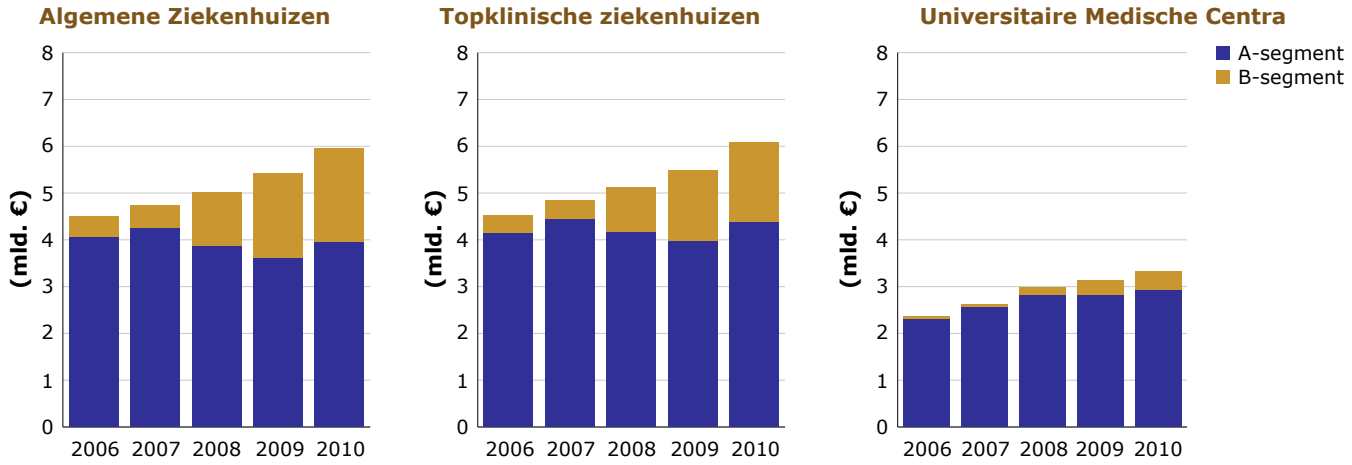
Bron: NZa

De omzetontwikkeling voor het A-segment is inclusief de jaarlijkse indexering voor loon, materiaal en kapitaal. Tabel 7.4 bevat deze indexen voor de periode 2006-2010. Door de verschillende indexen te wegen met het aandeel in de budgetten (ongeveer 60%, 30% en 10% respectievelijk) kan voor het A-segment een prijseffect berekend worden. Voor de jaren 2006-2009 was dit prijseffect van ongeveer 2-3%. In 2010 is de prijsstijging iets lager, ongeveer 1%.

In de vorige marktscan zijn de prijsontwikkelingen van het B-segment voor de jaren 2006-2010 reeds gepubliceerd. Uit die marktscan blijkt dat de (nominale) prijsontwikkeling van het B-segment voor de jaren 2006-2009 ongeveer 2% is, voor 2010 was zelfs sprake van een prijsdaling van ongeveer 2%.

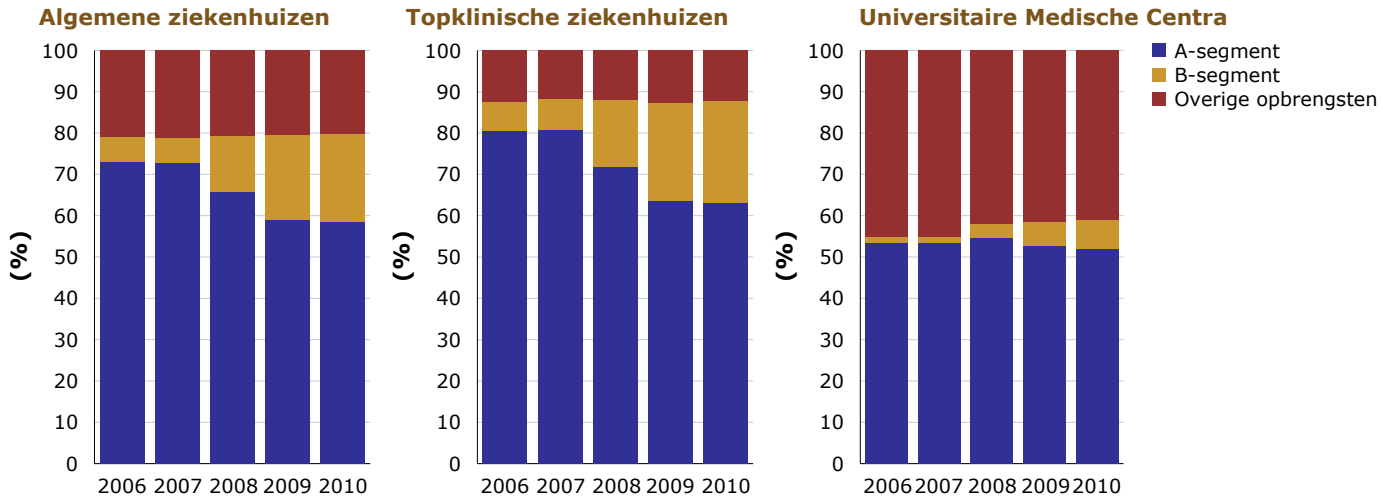
7.2 Omzetontwikkeling per type zorgaanbieder

Figuur 7.2 Omzetontwikkeling A+B-segment



Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 7.3 Segmentatie omzet



Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

In figuren 7.2 en 7.3 is een onderscheid gemaakt tussen algemene ziekenhuizen (excl. topklinische ziekenhuizen), topklinische ziekenhuizen en UMC's. In figuur 7.2 is per soort ziekenhuis de omzetontwikkeling van het A-segment (budget) en het B-segment samen te zien. In figuur 7.2 zijn het opleidingsfonds en de academische component vanuit het A-segment overgeheveld naar de overige opbrengsten. In figuur 7.3 is de verhouding van A-segment, B-segment en overige opbrengsten inzichtelijk gemaakt.

Bij de algemene en de STZ-ziekenhuizen speelt het B-segment relatief een grotere rol dan bij de UMC's. Vooral bij de algemene en de STZ-ziekenhuizen hebben de uitbreidingen van het B-segment geleid tot een verschuiving van A- naar B-segment. Bij de UMC's blijft het belang van het B-segment nog beperkt.

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.

Tabel 7.5 Omzetontwikkeling A+B segment (mld. €)

	Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	Topklinische ziekenhuizen	Universitair Medische Centra
2006	4,51	4,53	2,38
2007	4,74	4,85	2,64
2008	5,01	5,12	2,98
2009	5,41	5,49	3,13
2010	5,97	6,09	3,32

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 7.6 Omzetontwikkeling A+B segment (%)

	Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	Topklinische ziekenhuizen	Universitair Medische Centra
2006-2007	5,2	6,9	11,0
2007-2008	5,7	5,5	13,1
2008-2009	8,0	7,3	5,0
2009-2010	10,3	11,0	6,2

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2010 van algemene ziekenhuizen en UMC's

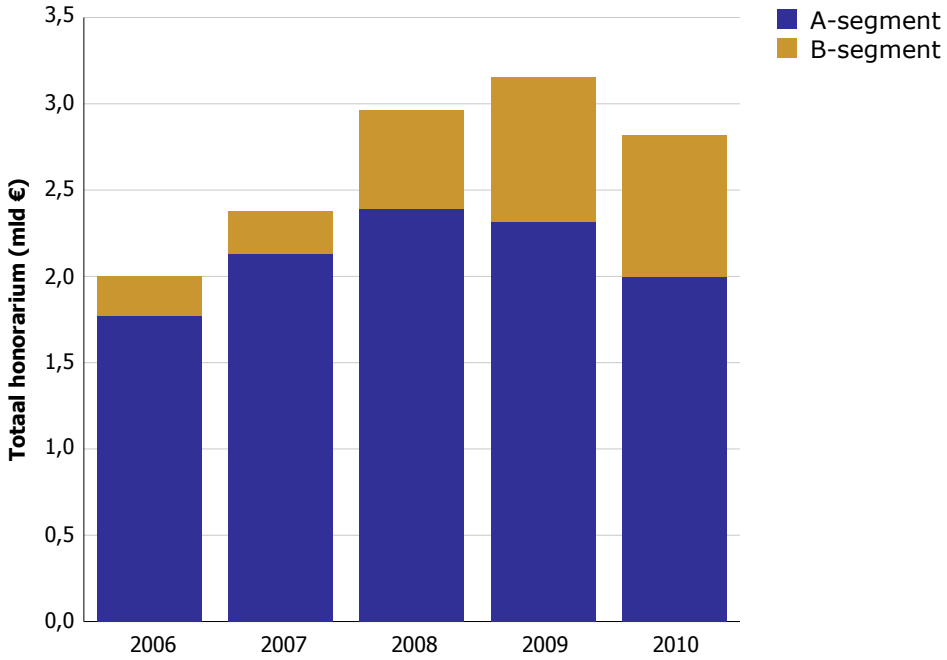
Tabel 7.5 laat de omzetontwikkeling zien zoals deze ook in figuur 7.2 te zien is. In tabel 7.5 zijn het opleidingsfonds en de academische component uit met A-segment verwijderd. Door deze correctie kan de groei over de loop van de jaren beter vergeleken worden. De groeicijfers zijn in tabel 7.6 opgenomen.

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. In 2009-2010 laten de STZ-ziekenhuizen de hoogste groei (ongeveer 11%) zien voor A+B-segment samen zien. Ook deze cijfers kunnen gecorrigeerd worden voor het eenmalige effect van de aangevraagde IVA. De gecorrigeerde groei komt op ongeveer 5,0%, 5,6% en 2,2% respectievelijk voor algemene ziekenhuizen (excl STZ), STZ-ziekenhuizen en UMC’s uit. Deze gecorrigeerde groei is lager dan de groei van de voorgaande jaren.

7.3 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.

Figuur 7.4 Totaal honorarium (mld €)



Bron: CVZ schadelast cijfers

Figuur 7.4 schetst de totale honorariumontwikkeling, gedeclareerd door medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigd medisch specialisten samen, over de jaren 2006–2010 op basis van schadelast cijfers van juni 2011 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. Het totaal gedeclareerde honorarium in 2010 ligt een stuk lager dan 2009. Dit wordt grotendeels verklaard door de korting op de honorariumtarieven die per 1 januari 2010 en per 1 september 2010 zijn doorgevoerd.

Tabel 7.7 Totaal honorarium (mln €)

	2006	2007	2008	2009	2010
A-segment	1.774	2.130	2.393	2.316	1.996
B-segment	226	246	570	839	820
Totaal	2.000	2.376	2.962	3.154	2.816

Bron: CVZ schadelast cijfers

In tabel 7.7 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. In 2010 dalen de gedeclareerde honoraria naar 2,8 miljard.

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 vrijgevestigd medisch specialisten overschreden. Op basis daarvan zijn in 2010 en 2011 tariefkortingen vastgesteld. Deze honorarium kortingen hebben er toe geleid dat de totaal gedeclareerde 2010 honoraria een stuk lager uitvallen dan de 2009 honoraria.

7.4 Volume ontwikkeling A+B-segment

De omzetontwikkeling in de ziekenhuizen is uit te splitsen in een prijsontwikkeling en een volumeontwikkeling. De volume ontwikkeling in het A-segment kan op basis van de belangrijkste productieparameters bepaald worden (verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken, dagverpleging en opnamen).

Voor het B-segment zou de volume ontwikkeling op basis van aantallen DBC's bepaald kunnen worden. Het is vooralsnog niet mogelijk om tot een goede inschatting te komen van de volumeontwikkelingen op basis van DBC's voor het B-segment. Hiervoor is een aantal redenen:
- de DBC-systematiek jaarlijks wordt aangepast;
- het B-segment in 2008 en 2009 is uitgebreid;
- de DBC-informatie is vooralsnog niet volledig, doordat een DBC maximaal een jaar open kan staan en na afsluiting nog niet direct gedeclareerd en aan het DIS aangeleverd is. Hierdoor kan over 2010 nog geen volledig beeld gegeven worden.

Op basis van het maatschappelijk jaarverantwoordingsdocument (DigiMV) kan voor het A- en B-segment gezamenlijk de volumeontwikkeling van de productieparameters bepaald worden. De volumeontwikkeling voor het A- en B-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.

Tabel 7.8 Volume ontwikkeling A+B-segment (%)

Jaar	Eerste Polikliniekbezoek	Opnamen	Dagverpleging	Verpleegdagen	Groei Financiële waarde
2007-2008	3,2	4,4	7,7	-0,5	3,9
2008-2009	2,0	3,8	7,5	-1,1	3,3
2009-2010	2,7	3,6	7,1	-0,6	3,4

Bron: DigiMV

Tabel 7.8 geeft de jaarlijkse ontwikkeling van de aantallen eerste polikliniek bezoeken (hierna: EPB's), opnamen, dagverpleging en verpleegdagen tussen 2007 en 2010. Over de jaren heen zijn er weinig significante veranderingen in de ontwikkeling van de parameters.

Het aantal verpleegdagen neemt in de gehele periode af, terwijl het aantal opnamen en dagverplegingsdagen groeit. De groei van de financiële waarde van deze parameters ligt in de periode 2007-2010 tussen de drie en vier procent.

7.5 Volume ontwikkeling A-segment

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. 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.

Tabel 7.9 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	3.271
2010	8.190.827	1.534.708	1.135.639	7.667.994	3.305

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 7.10 Volume ontwikkeling A-segment (%)

	Eerste Polikliniekbezoek	Opnamen	Dagverpleging	Verpleegdagen	Groei Financiële waarde
2006-2007	3,8	3,1	8,6	-1,5	3,4
2007-2008	-3,3	-9,3	-9,7	-10,6	-7,8
2008-2009	-7,3	-10,5	-8,7	-12,6	-9,5
2009-2010	0,2	1,7	3,8	-2,1	1,0

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

In tabel 7.9 zijn de aantallen eerste polikliniek bezoeken (hierna: 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.

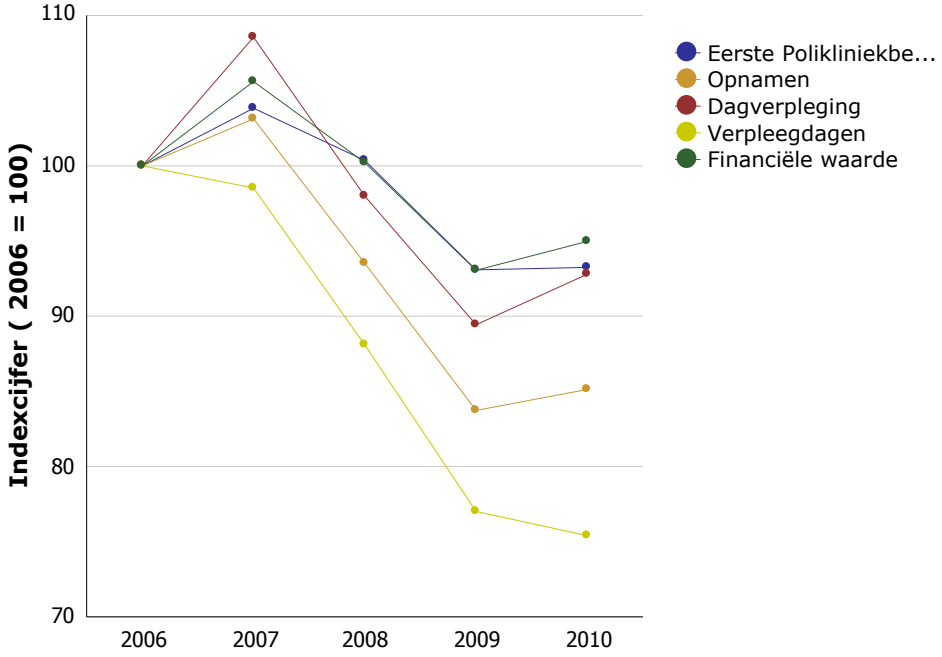
Tabel 7.10 laat de ontwikkeling van de parameters en de financiële waarde zien. De verpleegdagen nemen in de periode 2006-2007 al af, terwijl de andere parameters, vooral dagverpleging, en de financiële waarde nog toenemen.

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 word deels teniet gedaan door de groei van het resterende A-segment.

In vergelijking met de andere parameters is de daling van het aantal EPBs 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.

Voor 2009-2010 is de groei van de parameters beperkt. Opvallend is de relatief hoge groei van de dagverpleging en de daling van het aantal verpleegdagen. De groei van de financiële waarde van de parameters is in 2009-2010 1%.

Figuur 7.5 Volume ontwikkeling A-segment (2006 = 100)



Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

Figuur 7.5 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. De groei van de financiële waarde in 2010 wordt het sterkst beinvloed door de groei van de dagverpleging.

Tabel 7.11 Volume ontwikkeling A-segment per type zorgaanbieder (parameteraantallen, financiële waarde (mln. €))

		Eerste Polikliniekbezoek	Opnamen	Dagverpleging	Verpleegdagen	Financiële waarde
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	2006	4.630.548	926.512	617.376	4.911.705	1.940
	2007	4.820.661	954.414	675.294	4.837.014	2.009
	2008	4.662.085	855.150	598.197	4.294.350	1.837
	2009	4.252.428	736.574	530.290	3.589.311	1.611
	2010	4.270.876	755.289	544.828	3.521.764	1.634
Topklinische ziekenhuizen	2006	3.189.938	649.595	440.647	3.578.965	1.363
	2007	3.307.034	669.352	473.092	3.514.513	1.406
	2008	3.174.587	607.383	426.719	3.128.477	1.293
	2009	2.968.166	555.228	393.700	2.774.237	1.187
	2010	2.974.547	561.559	404.788	2.725.895	1.196
Universitair 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
	2010	945.404	217.860	186.023	1.420.335	475

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

Tabel 7.12 Volume ontwikkeling A-segment per type zorgaanbieder (%)

		Eerste Polikliniekbezoek	Opnamen	Dagverpleging	Verpleegdagen	Groei Financiële waarde
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ-ziekenhuizen)	2006-2007	4,1	3,0	9,4	-1,5	3,6
	2007-2008	-3,3	-10,4	-11,4	-11,2	-8,6
	2008-2009	-8,8	-13,9	-11,4	-16,4	-12,3
	2009-2010	0,4	2,5	2,7	-1,9	1,4
Topklinische ziekenhuizen	2006-2007	3,7	3,0	7,4	-1,8	3,2
	2007-2008	-4,0	-9,3	-9,8	-11,0	-8,1
	2008-2009	-6,5	-8,6	-7,7	-11,3	-8,2
	2009-2010	0,2	1,1	2,8	-1,7	0,8
Universitair 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
	2009-2010	-1,1	0,1	9,1	-3,3	0,5

Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

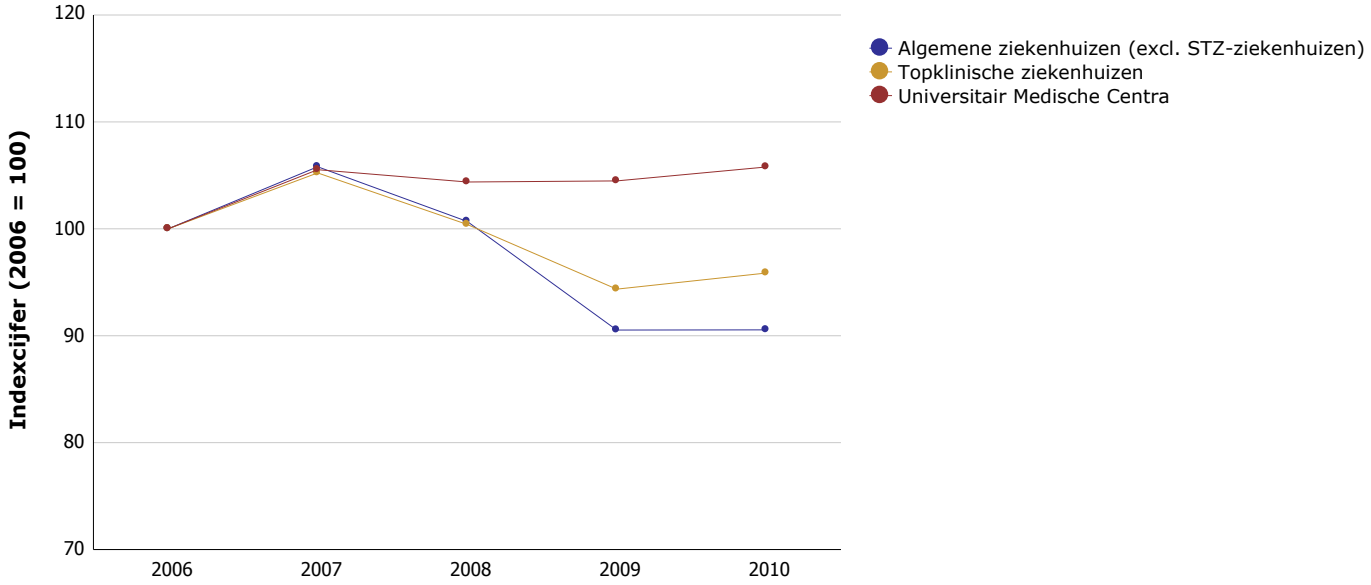
In tabel 7.11 en 7.12 zijn de volumes en de ontwikkelingen van de productieparameters en de financiële waarde daarvan weergegeven per zorgaanbieder type. De ontwikkeling 2006-2007 is voor alle typen zorgaanbieders redelijk vergelijkbaar.

Na 2007 zijn er ook grotere verschillen waarneembaar tussen de verschillende typen zorgaanbieders. Dit kan deels verklaard worden door het verschil in het belang van het B-segment voor de verschillende aanbieders.

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.

In de periode 2009-2010 vallen vooral de afwijkingen van de UMC's t.o.v. de totale ontwikkeling (zie eerder) op. Zo daalt het aantal EPB's van de UMC's met 1,1%, terwijl de EPB's voor de algemene ziekenhuizen nog toenemen. Ook de substitutie tussen dagverpleging en verpleegdagen is bij de UMC's het beste zichtbaar, met 9,1% en -3,3% respectievelijk.

Figuur 7.6 Ontwikkeling financiële waarde (2006 = 100)



Bron: Rekenstaten algemene ziekenhuizen en UMC's

In figuur 7.6 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 tot en met 2008 zeer vergelijkbaar. De UMC's 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. Vanaf 2008 nemen de verschillen in de ontwikkeling van de financiële waarden voor de algemene ziekenhuizen en de STZ-ziekenhuizen toe. Voor 2009-2010 neemt de financiële waarde relatief weinig toe bij de UMC's, terwijl bij de algemene ziekenhuizen de stijging hiervan boven gemiddeld is.

7.7 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. In voorgaande marktscans is al data gepresenteerd over de jaren 2005-2010.

Tabel 7.13 Nominale prijsontwikkeling A- en B-segment (%)

A-segment (gecorrigeerd voor budgetkortingen)	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A-segment (ongecorrigeerd voor budgetkortingen)	1,5	2,5	3,8	2,9	1,1	2,7
A-segment (gecorrigeerd voor budgetkortingen)	0,4	1,3	2,3	2,6	0,4	1,0
B-Tranche 2005	0,0	2,1	1,1	1,5	-1,9	0,2
B-Tranche 2008	-	-	-	1,4	-2,1	-0,5
B-Tranche 2009	-	-	-	-	-2,0	0,1

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Om een indruk te geven van de ontwikkeling van de gehanteerde prijzen wordt allereerst inzicht gegeven in de nominale prijsontwikkeling van zowel het A- als B-segment. Het A-segment wordt jaarlijks (op onderdelen) geïndexeerd volgens de indexen uit tabel 7.4. Daarnaast wordt er vanaf 2005 een jaarlijkse kortingen doorgevoerd in dit segment welke gezien kunnen worden als een prijsverlaging in het A-segment.

De eerste twee regels van tabel 7.13 laat de gewogen nominale prijsontwikkeling en de voor budgetkortingen gecorrigeerde prijsontwikkeling in het A-segment zien. De laatste drie regels geven de prijsontwikkeling per B-segment tranche, respectievelijk 2005, 2008 en 2009.

Uit tabel 7.13 volgt dat waar de prijzen in het A-segment in alle jaren stijgen, ook wanneer de budgetkorting wordt inbegrepen, dit niet het geval is bij het B-segment waar ook sprake is van prijsdalingen. Voor 2011 komt de prijsontwikkeling in het A-segment uit op 2,7% op basis van de indexatie en op 1,0% na correctie voor de budgetkortingen. Voor de tranches in het B-segment is de prijsontwikkeling respectievelijk 0,2%, -0,5% en 0,1% in 2011.

Indien gekeken wordt naar de integrale B-segment tarieven dan blijft het beeld ongewijzigd dat de prijsontwikkeling in het B-segment voor alle jaren, met uitzondering van 2007 voor tranche 2005, over de hele linie lager is dan in het A-segment, ook indien de budgetkortingen worden meegenomen. Dit is voor alle tranches het geval.

7.8 Reële prijsontwikkeling B-segment

Tabel 7.14 Reële prijsontwikkeling B-segment per tranche (%)

Prijsontwikkeling	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tranche 2005	5,5*	-1,2	0,5	-1,3	0,3	-3,1	-1,3
Tranche 2008	-	-	-	1,3*	0,2	-3,4	-2,0
Tranche 2009	-	-	-	-	1,0*	-3,3	-1,4
Inflatie	1,7	1,2	1,6	2,5	1,2	1,3	1,5

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

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars, inflatie (CPI) van CBS

Tabel 7.14 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. Dit word, zoals in de vorige paragraaf al toegelicht, deels verklaard door de kortingen van de honorariumtarieven. Ook in 2011 doet zich een daling van de prijzen voor al is deze minder sterk dan in 2010 en ook zijn de verschillen tussen de tranches groter. Voor tranche 2005, 2008 en 2009 is de prijsontwikkeling respectievelijk -1,3%, -2,0% en -1,4%.

Tabel 7.15 Reële prijsontwikkeling B-segment per tranche, uitsplitsing naar honorarium en ziekenhuiskostendeel (%)

Prijsontwikkeling		2008	2009	2010	2011
2005 tranche	Totaal	-1,3	0,3	-3,1	-1,3
	Ziekenhuiskostendeel	-0,6	-0,1	-0,2	0,6
	Honorarium	-5,2	1,7	-17,1	-12,2
2008 tranche	Totaal	-	0,2	-3,4	-2,0
	Ziekenhuiskostendeel	-	-0,2	0,2	0,4
	Honorarium	-	1,7	-18,6	-14,0
2009 tranche	Totaal	-	-	-3,3	-1,4
	Ziekenhuiskostendeel	-	-	-0,1	0,6
	Honorarium	-	-	-19,2	-12,8

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

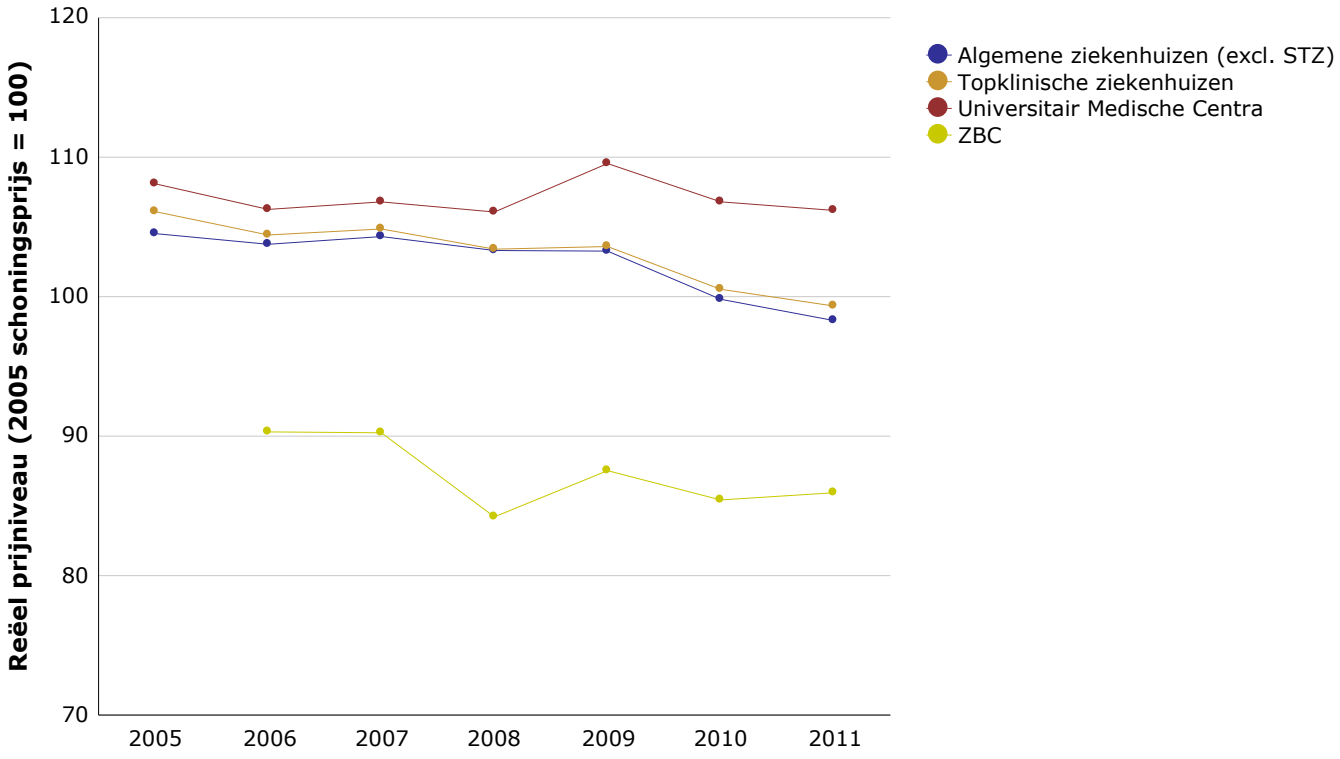
In het B-segment worden afspraken gemaakt over integrale tarieven voor de gecontracteerde prestaties. Deze tarieven zijn voor het grootste deel vrij onderhandelbaar. Het honorarium tarief van de poortspecialist is echter een door de NZa vastgesteld maximum tarief. Voor ondersteuners geldt dat het tarief voor de verrichtingen maximum tarieven zijn, maar dat de profielen onderhandelbaar zijn.

In 2011 heeft de NZa voor het eerst een aanvullende analyse op de tariefontwikkeling in het B-segment uitgevoerd waarbij een uitsplitsing is gemaakt in de tariefontwikkeling van het honorariumdeel en van het ziekenhuiskostendeel. De honorariumkortingen van 2010 en 2011 hebben via de (gereguleerde) maximum tarieven een effect op de prijsontwikkeling in het B-segment. In tabel 7.15 is de reële prijsontwikkeling van de verschillende tranches van het B-segment uitgesplitst naar de ontwikkeling van het ziekenhuiskostendeel en een honorarium deel.

Naast het duidelijk zichtbare effect van de honorariumkortingen in 2010 en 2011, is ook te zien dat het ziekenhuiskostendeel een zeer gematigde reële prijsontwikkeling laat zien.

7.9 Reëel prijsniveau contractprijzen tranche 2005

Figuur 7.7 Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder tranche 2005



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Figuur 7.7 laat de reële prijsniveau's per type zorgaanbieder zien voor de periode 2005-2011 voor de 2005 tranche van het B-segment. Voor de algemene en topklinische ziekenhuizen blijkt dat het prijsniveau tot 2010 redelijk constant blijft; in 2010 is sprake van een daling van de gemiddelde contractprijs binnen de 2005 tranche. Deze daling zet met een enkele procentpunt door in 2011.

In 2011 is, gemiddeld genomen, bij alle ziekenhuizen sprake van een kleine prijsdaling. Bij de ZBC's blijkt in 2011 sprake van een kleine prijsstijging van 0,5%.

Voor alle instellingen samen geldt dat het prijsniveau 2010 en 2011 lager uitkomt dan de schoningsprijs 2005. Zoals uit de figuur blijkt ligt het niveau van de UMC's een aantal procentpunten hoger dan de algemene ziekenhuizen. De ZBC's hebben daarentegen een prijsniveau dat een stuk lager ligt.

Tabel 7.16 Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder (2005 schoningsprijs = 100)

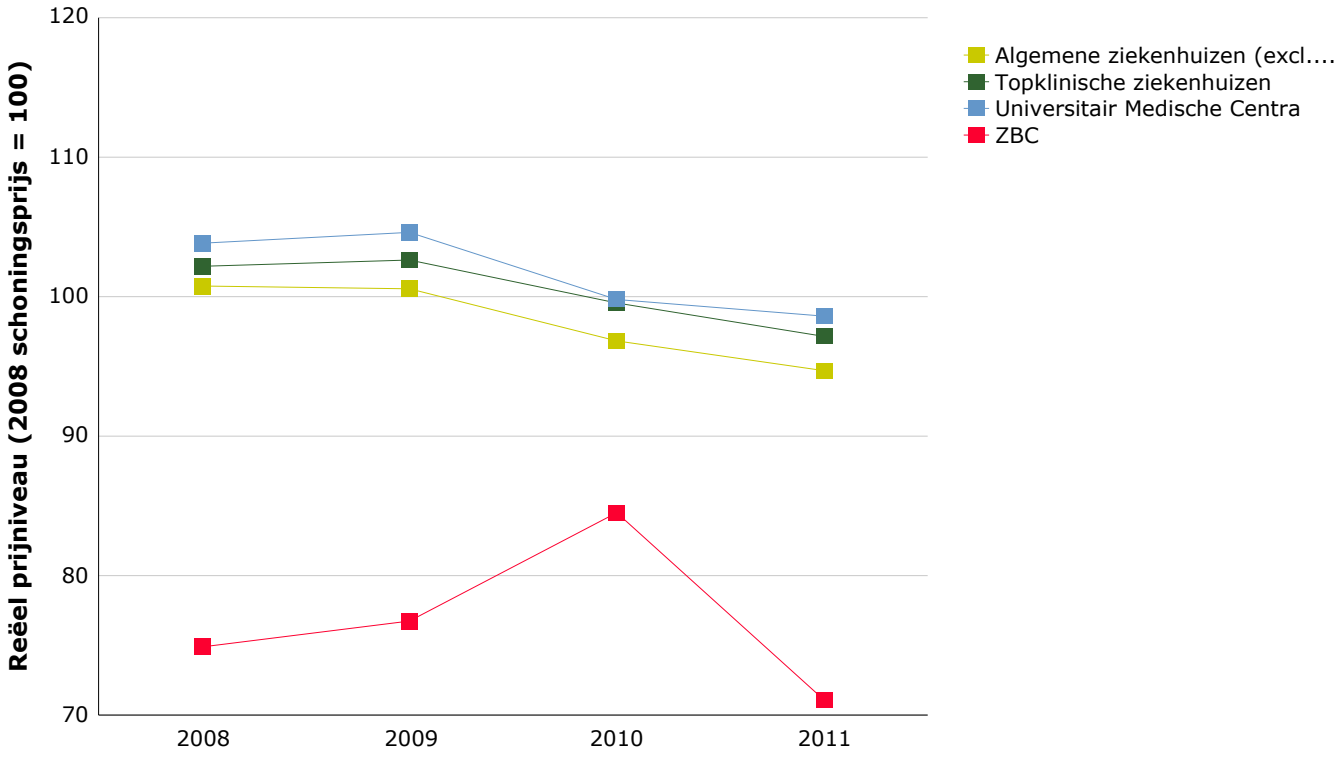
	2005 Tranche						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ)	104,5	103,8	104,3	103,3	103,3	99,8	98,3
Topklinische ziekenhuizen	106,1	104,4	104,9	103,4	103,6	100,5	99,3
Universitair Medische Centra	108,1	106,3	106,8	106,1	109,5	106,8	106,2
ZBC	-	90,3	90,2	84,2	87,5	85,4	85,9
Landelijk	105,3	104,0	104,3	102,9	102,8	99,5	98,0

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Tabel 7.16 geeft naast de prijsniveau's van de verschillende zorgaanbieders ook het landelijke prijsniveau weer. Het landelijke prijsniveau is een gewogen gemiddelde van de verschillende type zorgaanbieders. De algemene en STZ ziekenhuizen wijken hier niet veel vanaf. Het verschil met het landelijke prijsniveau is voor ZBC's kleiner geworden in 2011. De gemiddelde prijs ligt zo'n 12% lager in 2011 ten opzichte van -14% in 2010. Bij de UMC's wordt het verschil groter: in de periode 2006-2008 liggen de prijzen nog zo'n 2,5% boven het gemiddelde, vervolgens loopt dit op naar ruim 8% in 2011.

7.10 Reëel prijsniveau contractprijzen tranche 2008

Figuur 7.8 Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder tranche 2008



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

In figuur 7.8 zijn de reële prijsniveaus per type zorgaanbieder te zien voor de periode 2008-2011 voor de 2008 tranche van het B-segment. In tegenstelling tot het verschil in verloop tussen UMC's en de algemene ziekenhuizen bij tranche 2005, zijn de trends hier sterk vergelijkbaar. De UMC's hebben daarbij een hoger prijsniveau, maar de afwijking is geringer.

Opvallend is dat de neerwaartse trend die per 2010 is ingezet, zich in 2011 verder blijkt door te zetten. Bij de UMC's bedraagt deze -0,8%, bij de algemene ziekenhuizen ongeveer -2%. De prijzen bij ZBC's liggen wederom een stuk lager.

Tabel 7.17 Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder (2008 schoningsprijs = 100)

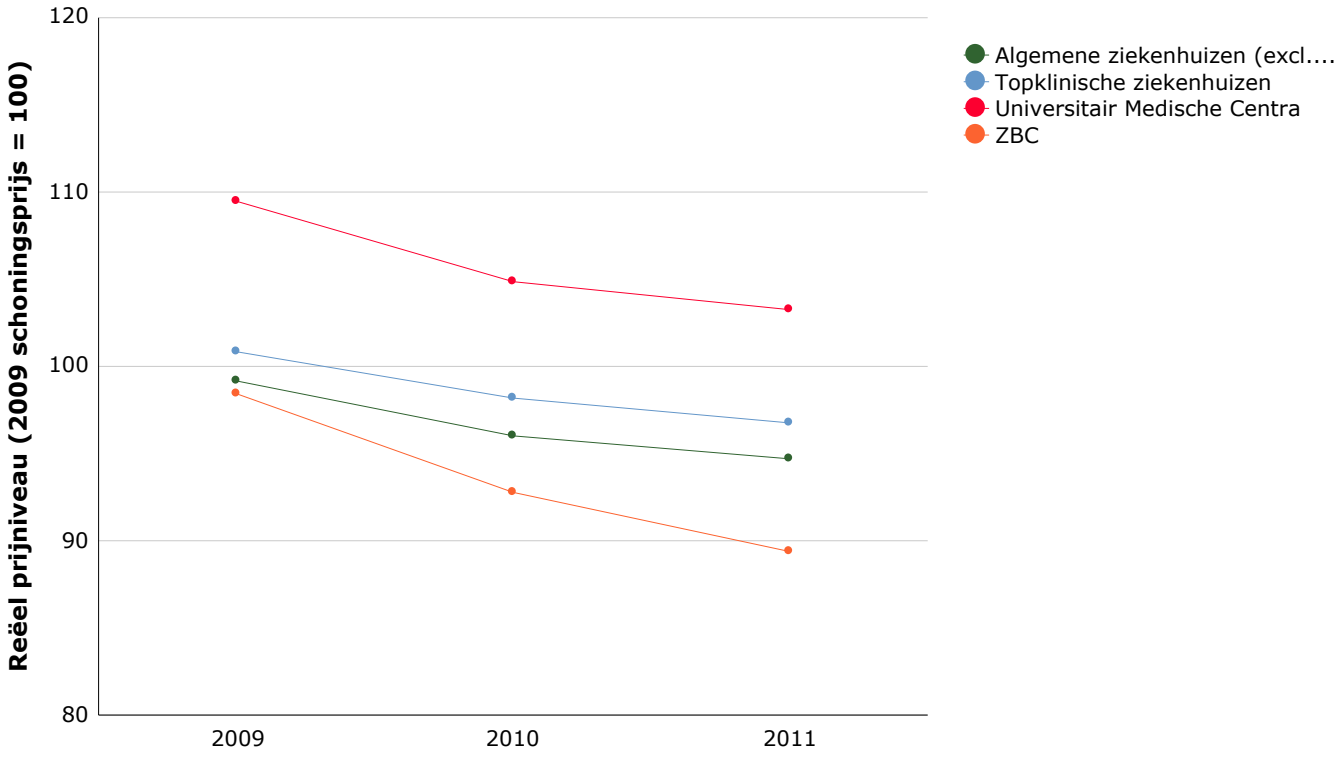
	2008 Tranche			
	2008	2009	2010	2011
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ)	100,8	100,6	96,8	94,7
Topklinische ziekenhuizen	102,2	102,6	99,5	97,2
Universitair Medische Centra	103,8	104,6	99,8	98,6
ZBC	74,9	76,7	84,5	71,1
Landelijk	101,0	101,0	97,8	95,7

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Wanneer de onderliggende en landelijke cijfers bekeken worden, zoals weergegeven in tabel 7.17, dan is zichtbaar dat voor alle ziekenhuizen, en dus ook voor het landelijke gemiddelde, het prijsniveau zich vanaf 2010 onder het niveau van de schoningsprijzen 2008 bevindt.

7.11 Reëel prijsniveau contractprijzen tranche 2009

Figuur 7.9 Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder tranche 2009



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De neerwaartse trend die zich bij alle instellingen voordeed in 2010 zet zich in beperkte mate voort in 2011. Voor de algemene ziekenhuizen (inclusief STZ) en de UMC's is de prijsontwikkeling 2011 zeer vergelijkbaar, alleen de ZBC's laten een significant grotere prijsdaling zien.

In tegenstelling tot de andere tranches hebben ZBC's in de 2009 tranche van het B-segment een prijsniveau dat redelijk vergelijkbaar is aan het prijsniveau van de algemene en STZ-ziekenhuizen. In 2011 dalen de prijzen ten opzichte van 2010 met ongeveer 3% en worden de verschillen met de ziekenhuizen wel iets groter.

Tabel 7.18 Reëel prijsniveau contractprijzen per type zorgaanbieder (2009 schoningsprijs = 100)

	2009 Tranche		
	2009	2010	2011
Algemene ziekenhuizen (excl. STZ)	99,2	96,0	94,7
Topklinische ziekenhuizen	100,8	98,2	96,8
Universitair Medische Centra	109,5	104,9	103,3
ZBC	98,4	92,8	89,4
Landelijk	100,6	97,5	96,0

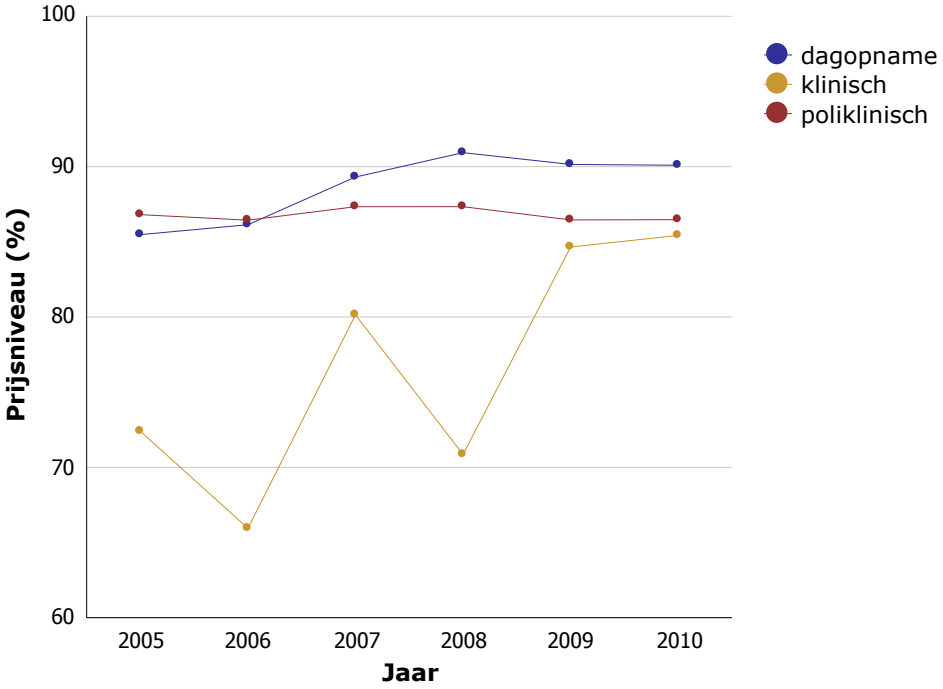
Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Uit tabel 7.18 blijkt dat gemiddeld genomen, na een korte stijging van het prijsniveau bij invoering van de tranche, sprake is van een prijsdaling op landelijk niveau. De UMC's hebben in 2009 een prijsniveau dat bijna 9% hoger is dan landelijk gemiddelde. In 2011 is dit ingelopen tot een verschil van ongeveer 7%. In 2009 zaten de ZBC's gemiddeld genomen 2% onder het landelijk prijsniveau. In 2010 nam dit verschil toe tot 5%, en met de prijsdaling in 2011 komen de ZBC's op een verschil met landelijk prijsniveau uit van zo'n 7%. Het prijsniveau van de algemene ziekenhuizen en de STZ-ziekenhuizen ligt in 2011 ongeveer 1-procent punt onder en boven het landelijk gemiddelde prijsniveau.

7.12 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 7.10 prijsniveaus ZBC's in het A-segment (als % van het landelijk tarief)



Bron: NZa op basis van MDS

In figuur 7.10 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 landelijke A-segment tarief. De poliklinisch en dagopname DBC’s laten een vrij constant verloop van het prijsniveau zien. De klinische DBC’s kennen een grilliger verloop. In 2005 en 2006 laten deze DBC’s een zeer laag prijsniveau zien. In 2007 stijgt het prijsniveau, waarna het in 2008 weer daalt. In 2009 stijgt het prijsniveau naar een niveau vergelijkbaar met dat van de andere DBC’s.

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 DBCs blijft ook in de jaren na 2006 lager dan dat van de poliklinische of dagopname DBCs.

Het lagere prijsniveau van de klinische DBC’s wordt daarnaast voor een deel 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. De prijsstijging van de klinische DBC’s in 2007 ligt deels in het feit dat voorgenoemde ZBC in 2007 een veel lagere productie van klinische DBC’s had in vergelijking met andere jaren, en daardoor het prijsniveau minder heeft gedrukt.

7.13 Doelgroepen

In dit hoofdstuk presenteert de NZa het analysekader dat zij heeft ontwikkeld om kosten van zorg te kunnen volgen in de tijd. Met dit instrument kan de NZa onderscheid maken tussen groei in aantallen patiënten, groei in aantallen producten en verschuivingen in zorgpraktijk.

Het analysekader biedt bovendien de mogelijkheid om ongeacht de verschillende productdefinities (DBCs en DOT producten) productie te vergelijken. De NZa is voornemens dit analysekader uit te breiden naar de gehele ziekenhuisproductie. In de volgende marktscans zal dan ook gerapporteerd kunnen worden over patiëntgroepen met de hoogste omzet of de snelst groeiende omzet. Het is voor het eerst dat de NZa de kostenstijging op deze wijze kan onderbouwen.

In de vorige hoofdstukken is de kostenontwikkeling beschreven in termen van omzet en productieontwikkeling per type aanbieder. Ook is gekeken naar de gemiddelde prijsontwikkeling van individuele producten. Hieruit blijkt dat de omzet van medisch specialistische zorg jaarlijks met 7 a 8 % stijgt. De omzet van medisch specialisten is zelfs nog twee keer zo hard gestegen. Er worden 3 tot 4% meer klachten behandeld per jaar hetgeen leidt tot 3 a 4% meer opnamen en ligduur. Tegelijkertijd zijn de zorg producten (DBC's) nauwelijks duurder geworden. Dit roept de vraag op wat dan maakt dat de zorg zoveel duurder is geworden.

Om dit te kunnen begrijpen analyseert de NZa de zorg vanuit patiëntgroepen. Patiënten met vergelijkbare aandoeningen zijn op die manier als groep te volgen in de tijd. Uitgangspunt is de zorgvraag: "welke patiënten vragen welke medisch specialistische zorg" en niet het aanbod: "welke specialisme heeft wat gedaan".
Als een patiëntengroep goed is af te bakenen kan vervolgens ook worden gekeken wat de uitkomsten van de zorg zijn: de kosten en zo mogelijk ook eventuele resterende zorgvragen en kwaliteit van zorg. De NZa kan zo trends volgen onafhankelijk van de productdefinities waarin de zorg wordt aangeboden.

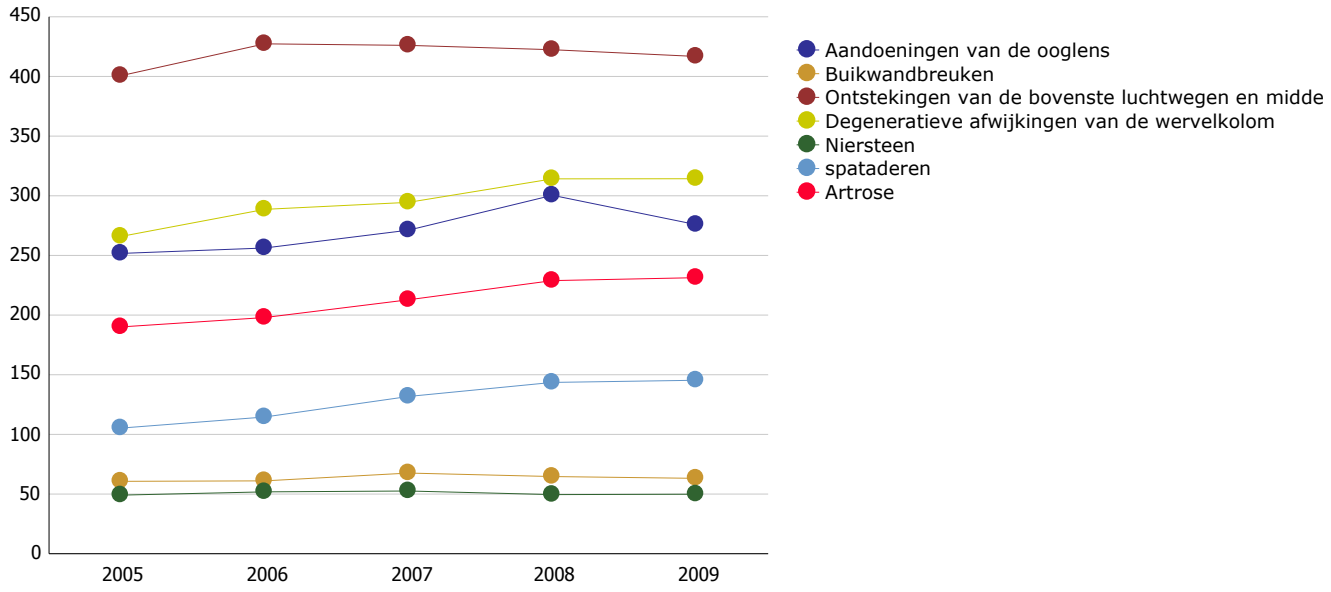
In deze marktscan wordt gerapporteerd over de acht patiëntgroepen die de NZa nu heeft gedefinieerd. Deze kunnen als pilot worden beschouwd. In termen van omzet omvat deze zorg 2,5 miljard euro (cijfers 2008). Dit is ongeveer 16% van de totale omzet in de medisch specialistische zorg.

De verklaringen die hier worden gegeven voor de omzetstijging zijn gebaseerd op analyses van individuele doelgroepen. Een omschrijving van de methode, de afbakening van de patiënt- groepen en de meest opvallende resultaten van de verschillende doorsneden van de patiëntgroepen zijn te vinden in de bijlage. De gepresenteerde resultaten zijn illustratief voor mechanismen die de kostenontwikkeling kunnen verklaren. De NZa doet hiermee geen uitspraken over hoe representatief deze mechanismen zijn voor de gehele medisch specialistische zorg.

Deze analyse is als volgt opgebouwd. Onderstaande figuren geven een overzicht van de omzet en productie ontwikkeling per doelgroep. Dit geeft een indruk van de omvang van de patiëntgroepen en hoe de ontwikkelingen relateren aan het algemene beeld van de medisch specialistische zorg.

De groei per patiëntgroep wordt vervolgens in tabelvorm uiteengerafeld in groei van het aantal patiënten en groei van de kosten per patiënt. De kosten per patiënt vallen vervolgens uiteen in aantal producten (DBC's) en prijs van een gemiddelde DBC. Op basis van de individuele analyses (bijlage 2) worden een aantal observaties gedaan die de groei van het volume verklaren.

Figuur 7.11 Aantal DBC's per jaar (keer 1000)



Bron: MDS

In figuur 7.11 zijn de aantallen DBC's per patiëntgroep weergegeven voor de jaren 2005 tot en met 2009. Voor het jaar 2010 zijn er nog onvoldoende gegevens aangeleverd om iets te kunnen aflezen over volumes en verschuivingen in zorgpraktijk. Deze

worden daarom niet gepresenteerd in de figuren.

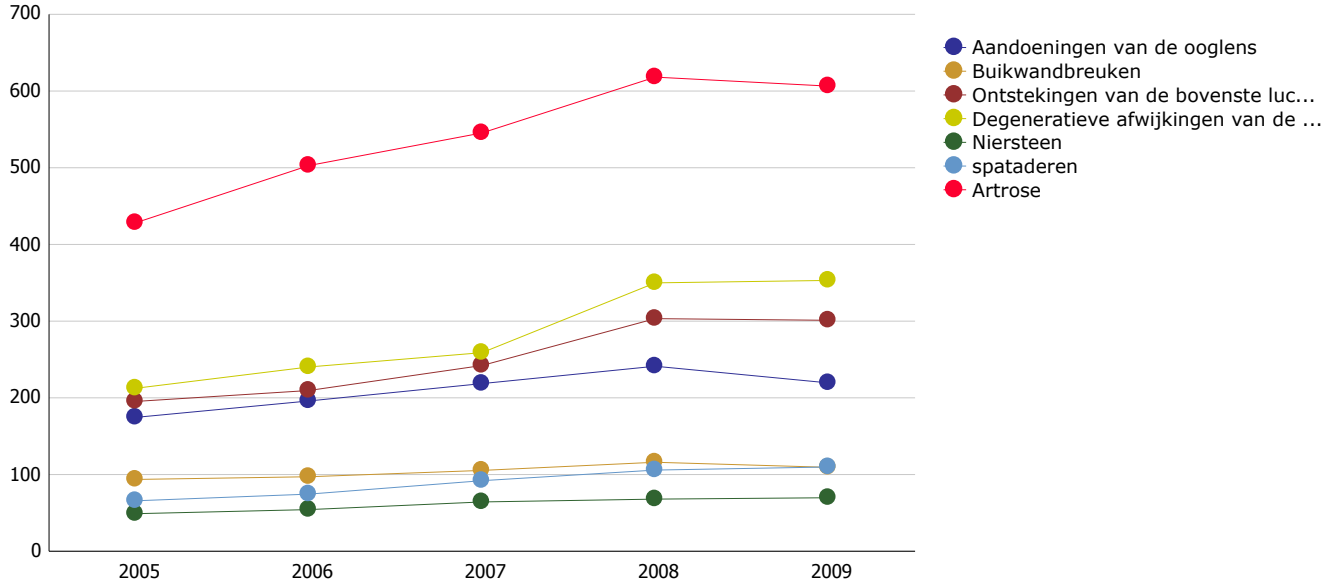
De MDS is niet compleet voor het jaar 2005. Bij het schrijven van deze marktscan is de MDS voor 2009 naar verwachting nog niet geheel compleet, maar zullen er geen grote verschuivingen optreden. De analyses richten zich daarom op de jaren 2006-2008 met de kanttekening dat de ontwikkeling van 2007 naar 2008 naar verwachting in 2009 afvlakt.

Behalve voor aandoeningen van de ooglens laten alle patiëntgroepen een stabiele trend zien in aantallenontwikkeling. Dit is een indicatie dat de patiëntgroepen goed zijn afgebakend en dat er tussen de jaren geen verschuivingen optreden tussen de groepen. De aantallen stijgen iets sneller in 2008, maar dit vlakt af in 2009.

In figuur 7.11 is te zien dat er jaarlijks ruim 400 duizend DBC's worden gedeclareerd die betrekking hebben op ontstekingen van de bovenste luchtwegen en het middenoor. (Dit zijn zo'n 350 duizend patiënten en patiëntjes die hiervoor naar het ziekenhuis gaan.) Ook het aantal DBC's bij degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (hernia) en afwijkingen van de ooglens (staar) is met 300 duizend relatief hoog. De patiëntgroep "operabele darmtumor" wordt niet getoond. De DBC's van het specialisme MDL(maag-darm-lever arts) zijn niet aangeleverd aan DIS voor de jaren 2005 en 2006. Het aantal neemt toe van ruim 48 duizend DBC's in 2007 naar 52 duizend DBC's in 2008 en 2009.

De aantallen DBC's nemen het sterkst toe bij artrose (heup en knie vervangingen), spataderen en afwijkingen van de ooglens (staar). Bij urinewegstenen en ontstekingen van de bovenste luchtwegen neemt het aantal DBC's juist af.

Figuur 7.12 Omzet doelgroepen per jaar (mlj. €)



Bron: MDS

Figuur 7.12 toont de omzet van de verschillende patiëntgroepen in 2005 tot 2009. Patiëntgroep met de hoogste omzet (600 miljoen in 2008) is artrose. De omzet van de operabele darmtumor (niet getoond) neemt toe van 169 miljoen in 2007 tot 212 miljoen in 2008 en 217 miljoen in 2009.

De omzet stijgt in alle patiëntgroepen. De stijging is het sterkst tussen 2007 en 2008, maar vlakt weer af in 2009. De hoogste omzetstijging is te zien bij luchtwegen, spataderen en wervelkolom.

Tabel 7.19 hieronder beschrijft de gemiddelde omzetgroei per jaar per patiëntgroep tussen de jaren 2006 en 2009 en rafelt die uiteen in een aantal componenten. De eerste kolom beschrijft de gemiddelde groei die ook is te zien in de figuur. De tweede kolom laat de toename van de vraag zien (het aantal patiënten). De derde kolom kwantificeert de gemiddelde ontwikkeling per jaar in het aantal DBC's zoals ook valt af te lezen in de bovenste figuur. De laatste kolom geeft de ontwikkeling van de schadelast per patiënt weer – de kosten voor de betaler van de zorg.

Voor een aantal patiëntgroepen neemt het aantal DBC's sneller toe dan het aantal patiënten, waardoor de kosten per patiënt toenemen. Voor de meeste patiëntgroepen geldt dat dit de toegenomen kosten per patiënt niet verklaart en neemt dus (ook) de gemiddelde prijs per product toe.

Table 7.19 Ontwikkeling tussen 2006 en 2008 (in percentage per jaar)

Patientgroepen	Omzetontwikkeling	Ontwikkeling aantal patienten	Ontwikkeling aantal DBCs	ontwikkeling schadelast per patient
Ontstekingen van de bovenste luchtwegen en middenoor	20	0	-1	20
Operabele darmtumor	14	3	6	10
Aandoeningen van de ooglens	11	7	8	4
Artrose	11	8	8	3
Buikwandbreuken	9	2	3	7
Urinewegstenen	14	4	-2	9
Varices	19	8	12	10
Degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom	21	0	4	21

Bron: MDS

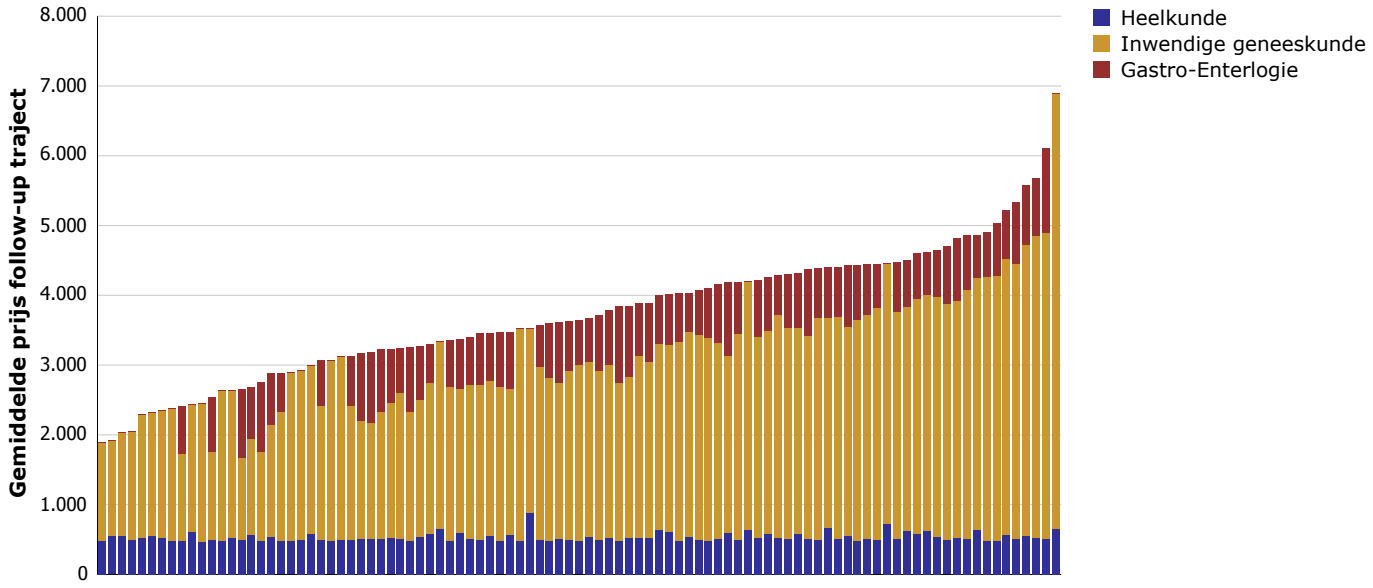
* Noot bij tabel: Omzetgegevens coloncarcinoom ontbreken in 2005 en 2006 voor specialisme MDL, berekening is daarom exclusief MDL.

Op basis van de tabel en de analyses van de individuele patiënt- groepen doet de NZa de volgende observaties:

1. De bijdrage van een toegenomen vraag is beperkt:
In twee patiëntgroepen, ooglens en artrose, stijgt de omzet met name door het toegenomen aantal patiënten. Bij spataderen neemt het aantal patiënten ook toe, maar dit verklaart maar een deel van de omzetstijging. De vaak forse stijging in de omzet is dus met name te wijten aan de toegenomen kosten per patiënt.

2. Het aantal DBC's per patiënt neemt toe.
Dit is het geval bij: ooglens, spataderen, buikwandbreuken, wervelkolom en darmtumor. Een zorgtraject bestaat vaak uit meerdere DBC's. Het gemiddeld aantal DBC's per patiënt varieert per ziekenhuis. Afhankelijk van hoe de zorg is georganiseerd, door wie de zorg wordt uitgevoerd en wanneer de zorg wordt verleend, kan een zorgtraject uit meer of minder delen bestaan. In sommige patiëntgroepen is dit het gevolg van meer doorverwijzingen binnen het ziekenhuis:

Figuur 7.13 Operabele darmtumor: gemiddelde prijs follow-up traject per ziekenhuis

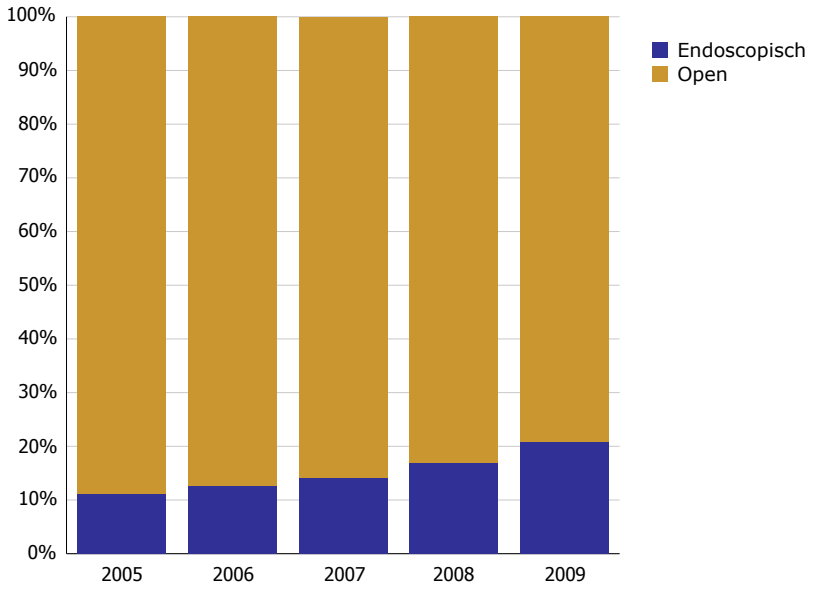


Bron: MDS

3. Een patiënt ziet vaker meerdere specialisten, zoals bij varices, wervelkolom en darmtumor.

4. De indicatie voor een (zwaardere) ingreep is verruimd:
het aantal operatieve of niet-invasieve ingrepen op het aantal patiënten neemt toe bij: ooglens, varices, artrose, urinewegstenen, wervelkolom. Er kan steeds meer, met minder risico's voor de patiënt. Daarbij is er wel sprake van grote praktijkvariatie (zie ook Vektis, 2011). Deze indicatieverruiming gaat vaak samen met de introductie van nieuwe behandelmethoden.

Figuur 7.14 Enkelzijdige liesbreuk (relatieve aantallen per jaar)



Bron: MDS

5. Verschuiving zorgpraktijk naar (duurdere) minimaal of niet-invasieve technieken:
te zien bij buikwandbreuken en urinewegstenen. Dit is een ontwikkeling in de zorg, die maakt dat de patiënt de ingreep als minder ingrijpend ervaart.

6. De prijs is gestegen of er wordt een duurdere dbc geopend:
meeste onderhoud in A-segment heeft tot forse prijsstijgingen geleid met name bij: artrose, wervelkolom, luchtwegen, darmtumor

Prijsstijgingen en verschuivingen in de casemix (het type behandeltrajecten) zijn op dit moment nog lastig te onderscheiden omdat de producten niet stabiel zijn. De prijs van de "gemiddelde DBC" in een patiëntgroep is gestegen. Dit is een combinatie van veranderingen in zorgpraktijk en in prijs. De NZa zal dit analysekader verder ontwikkelen.

De prijsstijgingen worden niet altijd opgemerkt in de analyse van de NZa op prijsontwikkelingen van DBCs, omdat een DBC vaak gesplitst wordt in dezelfde DBC en een duurdere DBC. Omdat de nieuwe, duurdere DBC niet vergeleken kan worden met de oude productstructuur blijft deze buiten beschouwing. Alleen de "lichte" DBC wordt in de analyse meegenomen.

Bijlage 1: Bronnen en methoden

Marktstructuur

Marktconcentratie (De LOgit Competition Index (LOCI))

- Bronnen: MDS-data voor algemene ziekenhuizen en UMCs.
- Gebruikte data: postcode data van patiënten van alle in 2010 geopende klinische DBC's.
- Methode: Aan de hand van de DBC's in het MDS bereken we voor alle ziekenhuizen het marktaandeel van dat ziekenhuis in iedere postcode. Aan de hand van deze markaandelen 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:
    - De LOCI uit de vorige marktscan werd bepaald aan de hand van de DBC’s die in 2009 zijn geopend. In de huidige markscan hebben we de LOCI geüpdatet aan de hand van de DBC’s die in het 2010 zijn geopend. Het kan zijn dat nog niet alle geopende DBC’s uit 2010 aan DIS zijn aangeleverd.
    - Drie 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.

Ontwikkeling financiële positie ziekenhuizen 2007-2010

- Bronnen: Jaarrekeningen 2008-2010 van algemene ziekenhuizen en UMCs.
- Gebruikte data: Balanstotaal, vlottende activa, vlottende passiva 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. Liquiditeit is gedefinieerd als vlottende activa gedeeld door vlottende passiva (de zogenaamde current ratio).
- Opmerking:
    - Zie opmerkingen bij “Totale omzetontwikkeling ziekenhuizen”.
    - Het bedrijfsresultaat is het bedrijfsresultaat voor financiële baten en lasten.
    - Alle monetaire data zijn in nominale termen.

Marktaandelen zorgverzekeraars per segment (2005-2010) en per regio (2008 en 2009)

- Bronnen: gedeclareerde DBC's uit MDS.
- Gebruikte data: Uit het MDS worden marktaandelen gebruikt (op basis van de omzet) van verzekeraars (inkoopcombinaties). DBC-data van ziekenhuizen en ZBC's is gebruikt.
- Methode: Sommatie van alle gedeclareerde DBC-omzetten per inkoopcombinatie gedeeld door de totaal gedeclareerde DBC-omzet.
- Opmerking:
  - Voor de uitsplitsingen naar segment zijn de 2005-2010 data gebruikt, voor de uitsplitsing naar regio is gebruik gemaakt van de 2008 en 2009 data.

Marktgedrag

Ontwikkeling percentage afgesloten contracten ziekenhuizen, B-segment 2008-2011

- Bronnen: MDS, contractprijzen en jaarrekeningen 2007-2010 van algemene ziekenhuizen en UMCs.
- Gebruikte data: Uit het MDS 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 word 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.

Ontwikkeling aantal gecontracteerde ZBC's, B-segment 2009-2011

- Bronnen: contractprijzen 2009-2011 van ZBC's.
- Gebruikte data: Uit de contractprijzen van het B-segment worden unieke ZBC's met 1 of meer contracten geteld.
- Methode: Uit de contractprijzen van verzekeraars blijkt of een bepaald ZBC gecontracteerd is op een bepaald moment van het jaar.
- Opmerking:
  - Vanaf 2010 leveren verzekeraars maandelijks contractprijzen aan de NZa aan, in de jaren ervoor was dit 3 keer per jaar (eind april, eind oktober en eind december), in 2009 is het percentage afgesloten contracten geïnterpoleerd tussen deze leveringen.

Kwaliteit

Keurmerken en certificaten uit het DigiMV

NIAZ

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop. Beoordeeld wordt of deze hun organisatie zo hebben ingericht dat zij op een reproduceerbare wijze een acceptabel kwaliteitsniveau van zorg voortbrengen. Als dat het geval is krijgt de instelling een accreditatie voor vier jaren, waarna een volledige hertoetsing plaatsvindt. Tussentijds gaat het NIAZ de voortgang van de afgesproken verbeterpunten na. De accreditatiestatus beoogt derden – zoals patiënten, verzekeraars, overheden – het vertrouwen in een goed en veilig georganiseerde instelling te geven. Meer informatie over NIAZ is te vinden op www.niaz.nl.

ISO 9001

Een veel gebruikte richtlijn voor het leveren van kwaliteit is de internationale norm ISO 9001 (ook wel: ISO 9000). Organisaties die een ISO 9001 certificaat hebben verworven schermen hiermee soms richting consument. Deze kan hier echter weinig mee, omdat ISO 9001 certificering meer zegt over constante kwaliteit dan over hoge kwaliteit. Ook een bedrijf dat doelbewust producten van minimale kwaliteit maakt, kan een ISO certificaat verwerven. Het certificaat wordt namelijk niet verleend voor de geleverde producten of diensten, maar voor de interne bedrijfsprocessen. ISO 9001 is nuttig voor afnemers die in de aankoopfase helder kunnen beschrijven aan welke eisen het gewenste product of de dienst moet voldoen. Het ISO-certificaat geeft hen de zekerheid dat de producent levert volgens de overeengekomen eisen. Consumenten hebben meer aan onafhankelijke kwaliteitsinformatie, zoals vergelijkende tests en keurmerken, want die gaan concreet over het product / de dienst. Meer informatie over ISO 9000 is te vinden bij het Nederlands Normalisatie-instituut NEN (www.nen.nl).

HKZ-certificaat

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

GMP-z

In de GMP-richtsnoeren zijn de principes van kwaliteitszorg bij de productie van geneesmiddelen voor mensen en dieren vastgelegd. Met de komst van de GMP is er meer aandacht gekomen voor procesbeheersing in aanvulling op analyse van het product: kwaliteit kan alleen gegarandeerd worden als deze in alle stappen van het bereidingsproces wordt ingebouwd. In de farmaceutische industrie is het voldoen aan de GMP een voorwaarde voor het verkrijgen van een fabrikantenvergunning.

De GMP-Z is de standaard voor de bereiding in de Nederlandse ziekenhuisapotheek. De GMP-Z geeft waar nodig een interpretatie van of aanvulling op de Europese GMP. Voor meer informatie, zie www.nvaz.nl.

Toegankelijkheid

Wachttijdontwikkeling 2006-2011

- 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 2011;
  - wachttijd behandeling: juni 2008 tot en met oktober 2011;
  - wachttijd diagnostiek: tot en met oktober 2011;

  De volgende gegevens zijn afkomstig uit MDS:
  - 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 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 MDS-bestanden meestal op ziekenhuisgroepniveau beschikbaar zijn. Met andere woorden: In de MDS-bestanden is er per ziekenhuis, ook al heeft het ziekenhuis meerdere locaties, één wachttijd per behandeling aangeleverd, terwijl MediQuest de wachttijdgegevens per behandeling van alle ziekenhuislocaties verzamelt. Hierdoor is het aantal wachttijdgegevens (N) uit de MDS-bestanden meestal lager dan die van de wachttijdgegevens van MediQuest, wat zou kunnen leiden tot een trendbreuk. Hiermee dient alleen rekening gehouden te worden bij de interpretatie van de resultaten uit de analyses over de wachttijd behandeling, omdat zowel gebruik is gemaakt van wachttijdgegevens uit MDS als van MediQuest.
    - Wachttijdgegevens van behandelingen in de MDS-bestanden maken onderscheid tussen de verwachte wachttijd, de gemiddelde wachttijd wachtende patiënten en de gemiddelde wachttijd behandelde patiënten. Er is voor gekozen de verwachte wachttijd te gebruiken voor de analyses, omdat deze wachttijd het meest in lijn is met de definities van de nieuwe wachttijdregistratie.
    - In de wachttijdanalyses zijn de categorale instellingen en ZBC's niet meegenomen.

Betaalbaarheid

Totale omzetontwikkeling ziekenhuizen, A- en B-segment en overige opbrengsten 2006-2010

- Bronnen: Jaarrekeningen 2007-2010 en rekenstaten 2006-2007 van algemene ziekenhuizen en UMCs
- 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 meMDSch 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 verplaats 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 UMCs is indien mogelijk gebruik gemaakt van de enkelvoudige jaarrekening, en dan het collectief-gefinancierde onderdeel. Voor twee UMCs is 'collectief-gefinancierd' geschat door de 2de, 3de en 4de geldstromen uit te sluiten.
- Alle monetaire data zijn 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).

Honorarium ontwikkeling 2006-2010

- Bronnen: 2006-2010 CVZ schadelast cijfers
- Gebruikte data: Totaal gedeclareerde honoraria, uitgesplitst naar A- en B-segment.
- Methode: Feitelijke weergave van de CVZ schadelast cijfers, voor A- en B-segment.
- Opmerking:
  - De CVZ schadelast cijfers zijn de gedeclareerde honoraria van alle medisch specialisten, zowel de loondienst als vrijgevestigd medisch specialisten.

Volume ontwikkeling A+B-segment 2007-2010

- Bronnen: DigiMV 2008-2010
- Gebruikte data: aantallen eerste polikliniek bezoeken, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen en de financiële waarde van deze vier parameters
- Methode: Financiële waarde van de jaren 2007-2010 is berekend door de 2006 parameterwaarden te vermenigvuldigen met de aantallen parameters 2007-2010. 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
  - Niet alle ziekenhuizen hebben het DigiMV ingevuld, daardoor zijn de absolute aantallen niet opgenomen in de marktscan, maar alleen de groei over de jaren heen. Om deze reden is een vergelijking met de volume ontwikkeling in het A-segment ook niet gemaakt.

Volume ontwikkeling A-segment 2006-2010

- Bronnen: rekenstaten 2006-2010 van algemene ziekenhuizen en UMCs.

- Gebruikte data: aantallen eerste polikliniek bezoeken, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen en de financiële waarde van deze vier parameters
- Methode: Financiële waarde van de jaren 2007-2010 is berekend door de 2006 parameterwaarden te vermenigvuldigen met de aantallen parameters 2007-2010. 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

Prijsontwikkeling 2005-2011

- 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 98,5-,5 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 14 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.

Prijsniveaus ZBC's in het A-segment

- Bronnen: 2005-2010 MDS-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.

Bijlage 2: Doelgroepen (details)

Beschrijving patientgroepen

Onderstaande tabel vat samen hoe de patiëntgroepen zijn ingedeeld. De codering van de patiëntgroepen is gebaseerd op de indeling van de ICD9 en ICD10 en DBC's/DOT. De patiëntgroepen gaan over de grenzen van specialismen en A/B segment heen. De NZa maakt nog wel een voorbehoud bij de indeling van de groepen. Er kunnen nog (kleine) verschuivingen optreden als alle DBC's worden toegewezen. Wanneer alle DBC's/DOT zijn toegewezen zal de NZa deze indeling consulteren.

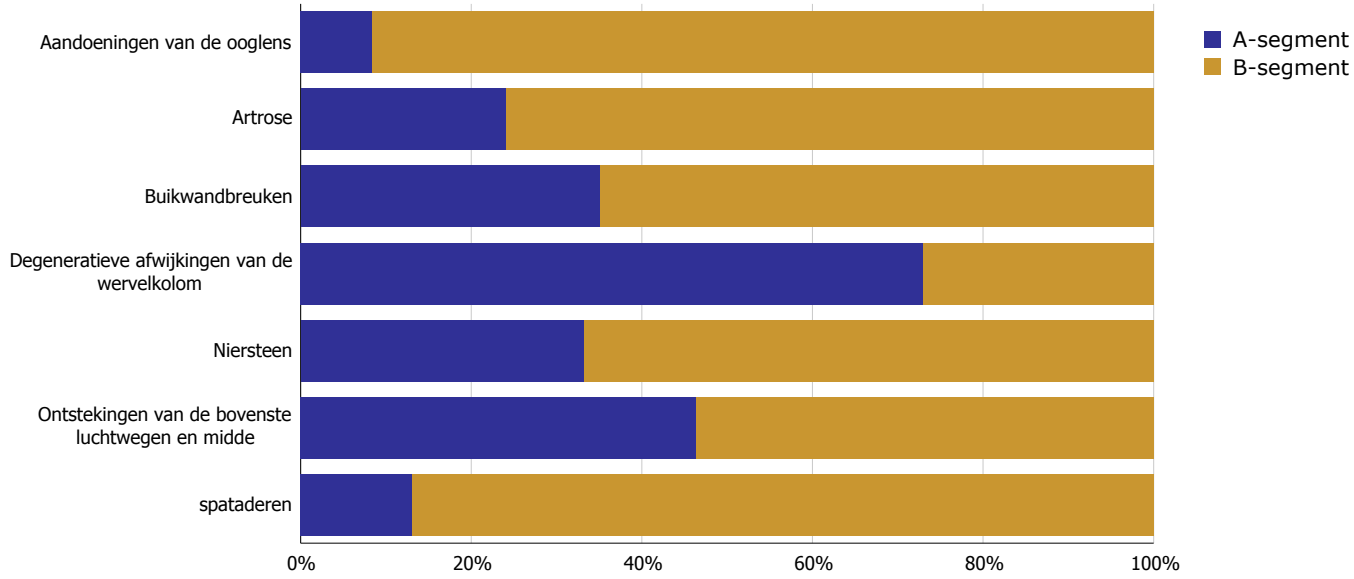
Tabel 1 Overzicht Patientgroepen

Patiëntgroep	Kenmerkende ingre(e)p(en)	specialisme	Typeringslijst (DBCs)	ICD_9CM	ICD10
Degeneratieve afwijkingen wervelkolom	Herniaoperatie	Neurologie;Neuro-chirurgie; Orthopedie; Anesthe-siologie	12(=12**)(Bewegingsstelsel);25 (= 25**)(Degeneratieve afwijkingen);1201, 1202, 1203, 1220, 1240, 1301, 1302, 1330, 1340, 1350, 1360, 1365; 4 (04*) (Cervicaal syndroom / cervicobrachialgie / cervicogene hoofdpijn);6 (06*) Thoracaal pijnsyndroom);7 (07*) Lumbago / (pseudo)radiculair syndroom	720-724(Rug Aandoeningen)	M45-M49 (Spondylopathiën) M50-M54 (Overige dorsopathiën)
Urinewegstenen	Verwijderen/ vergruizen nierstenen	Urologie;Inwendige geneesk.	11, 21, 31, 74,303	592 (Nier steen en ureter-steen)	N20-N23 (Urolithiasis)
Buikwandbreuken	Liesbreuk-operatie	Heelkunde; Urologie; Kindergeneeskunde	120, 121, 123, 124,47,4104	550-553 (Buikbreuken)	K40-K46(Hernia)
Operabele darmtumor	Operabele darmtumor	Heelkunde;interne; MDL	333,334,335,927,610,81	Primair maligne: 153.x, 154.0, 154.1; In situ: 230.3	Primair en maligne: C18.x - C20.x In situ: D01.0 t/m D01.2
Ontstekingen bovenste luchtwegen	Verwijderen amandelen; trommelvlies; buisjes; correctie neus; tussenschot	Keel- neus- en oorheelkunde	13, 14, 31, 32, 36, 37, 52, 83	460-465; 470-478.2 (acuut en overige)	J00-J06, J30-J39 (Acuut en chronisch)
Lensafwijkingen	Staaroperatie	Oogheelkunde	554,557,559	366(Cataract)	H25-H28 (Aandoeningen van de Lens)
Artrose	knie- en heup vervanging	Orthopedie; Heelkunde; Inwendige geneesk.; Reumatologie; klinische geriatrie	1401, 1501, 1601, 1701, 1801, 2001,254,514,402, 403, 404, 405,323,1394	715(Osteo-arthrose)	M15-M19 (Arthrosis)
Spataderen	Varices-Operatie	Heelkunde; dermatologie	423,24	454.x (varices onderste extremiteit)	183.x(varices onderste extremiteit)

In deze marktscan wordt gerapporteerd over de acht patiëntgroepen die de NZa nu heeft gedefinieerd. Deze kunnen als pilot worden beschouwd.

De eerste zeven groepen zijn afgebakend om ontwikkelingen in het B-segment in kaart te brengen. Dit is zichtbaar in figuur 1. Het gemiddelde aandeel B segment van de gehele zorg was in 2008 minder dan 20%. De groepen zijn dus niet representatief voor de totale productie, maar omvatten wel een aantal veel voorkomende aandoeningen. De achtste patiëntgroep "operabele darmtumor" (geheel A-segment in 2008) is de eerste groep die is afgebakend om ook ontwikkelingen in het A segment te kunnen beschrijven.

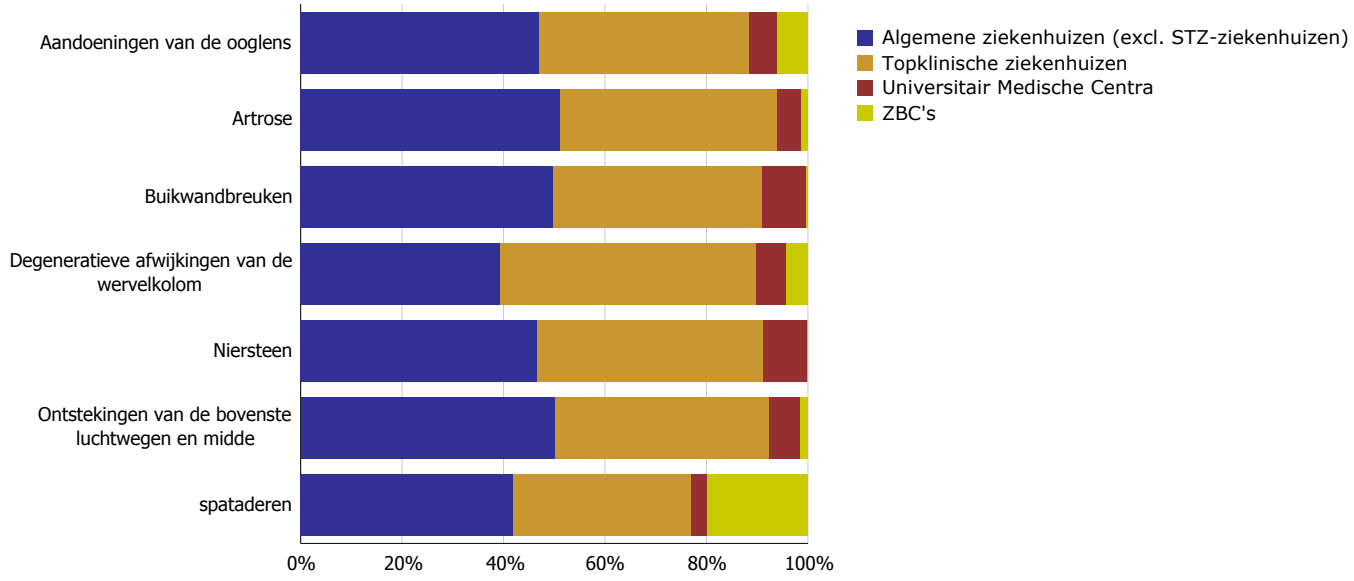
Figuur 1 Omzet aandelen A/B segment (2008, mlj. €)



Bron: MDS

Figuur 2 laat zien dat de zorg aan de omschreven patiëntgroepen relatief veel in ZBC's wordt aangeboden en minder in UMC's.

Figuur 2 Omzet aandelen doelgroepen type zorginstelling (2008)



Bron: MDS

Aandoeningen aan de ooglens

De patiëntgroep bestaat uit 3 diagnoses: cataract (staar) (94%), nastaar (5%) en overige lenspathologie (1%). In conservatieve DBC's wordt niet altijd onderscheid gemaakt tussen overige lensafwijkingen en staar.

Staar is een verouderingsverschijnsel dat relatief veel voorkomt. 22% van de ouderen heeft een al dan niet behandelde staar, in 2007 kwamen er ruim tachtig duizend nieuwe patiënten met staar bij (VTV, 2010).

Staar is een vertroebeling van de ooglens die ontstaat door verandering van de eiwitsamenstelling en het watergehalte in de ooglens. Er treedt een geleidelijke daling van de gezichtsscherpte op, die zonder behandeling uiteindelijk tot blindheid leidt. De eerste symptomen zijn wazig zien, dubbelzien met één oog, verminderde kleurperceptie en snelle verblinding bij tegenlicht.

Nastaar is een restafwijking na een initiële operatieve behandeling die relatief vaak voorkomt. 1 op de 5 cataract operaties wordt gevolgd door een nastaar behandeling.

Behandeling
Staar kan chirurgisch goed worden behandeld.
Er wordt dan een kunstlens geïmplanteerd. Meestal zijn beide ogen aangedaan, maar deze worden bij voorkeur niet tegelijkertijd geopereerd, vanwege het risico op blindheid. Aanbevolen is om minimaal 28 dagen te wachten tussen beide operaties. De behandeling vindt vrijwel altijd in dagbehandeling plaats. Nastaar wordt meestal poliklinisch behandeld.

Analyse
De omzet is de laatste jaren gestegen met 11% per jaar (zie tabel 2). Dit komt met name door de toegenomen vraag (7% per jaar) en het toegenomen aantal tweede cataractoperaties (aan het andere oog).

In 2005 werd de helft van de patiënten een tweede keer geopereerd in hetzelfde jaar en hetzelfde ziekenhuis. In 2008 was dat 61%. Ruim 9% van de patiënten die twee staaroperaties hebben ondergaan, hebben de eerste en tweede operatie op dezelfde dag. Meestal (in 70% van de gevallen) wordt er tussen een maand en een half jaar met de tweede operatie gewacht.
Dit is in lijn met de richtlijn die tenminste 28 dagen tussen de operaties aanbeveelt.

Het aantal klinische opnamen neemt tussen 2005 en 2008 af van 4% naar 2% van het totaal aantal operaties.

Het aantal patiënten stijgt met 7% sneller dan het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten (Dat is ongeveer 4%, VTV, 2011). Deze groei zal naar alle waarschijnlijkheid over enige tijd gelijk gaan lopen met de groei in het aantal patiënten dat gediagnosticeerde staar heeft. De resultaten suggereren een tendens naar vroeger (op jongere leeftijd) opereren. Vektis rapporteert een matige praktijkvariatie (Vektis,2011), die ook terug is te vinden in verschillen in verhoudingen tussen operatieve en conservatieve DBC's.

Afwijkingen van de wervelkolom

De patiëntgroep bestaat uit (niet traumatische) aandoeningen van de rug die gepaard gaan met rug- en/of nek klachten, zoals stijfheid en functiebeperking en/of pijn. Afwijkingen in vorm en stand van de wervelkolom (al dan niet als gevolg van een trauma) blijven buiten beschouwing. Grofweg zijn de oorzaken van deze klachten in te delen in een drietal groepen. De breuk (uitstulpen van) een tussenwervelschijf (hernia), artrose (en botwoekeringen) van delen van de wervellichamen (slijtage) en ontstekingsprocessen (al dan niet infectieus) van (de benige delen van) de wervelkolom. (De typeringslijst maakt geen onderscheid tussen wel en niet infectieuze ontstekingprocessen van de wervelkolom. Meestal is het niet-infectieus van aard).

De patiëntgroep bestaat uit 3 subgroepen afhankelijk van de locatie:
- Thoracaal en lumbo-sacraal (lage rughernia)
- Cervicaal (nekhernia)
- Niet nader gespecificeerd (Overig)

De operatieve ingrepen op cervicaal (nek), thoracaal (borst) en lumbo-sacraal niveau (onderrug) zijn wezenlijk verschillende ingrepen. Niet alle (DBC-diagnoses van de verschillende) typeringslijsten maken een dergelijke driedeling mogelijk. Omdat de betreffende pathologie op thoracaal niveau zeldzaam is, voldoet een tweedeling cervicaal versus thoracaal/lumbaal.

Tabel 2 Afwijking van de wervelkolom in 2008 (verdeling specialisme per aandoening)

	Thoracaal en lumbo-scaraal	Overig	Cervicaal
Orthopedie	52.861	4.222	4.531
Neurologie	102.915	29.127	29.751
Neurochirurgie	13.661	7.355	2.166
Anesthesiologie	55.592	0	11.305

Bron: MDS

Tabel 2 geeft een overzicht van de aantallen behandelingen per locatie en per behandelaar. Herniapatiënten komen vaak eerst bij de neuroloog alvorens te worden verwezen naar de orthopeed of neurochirurg voor een operatieve behandeling. Als ook na operatief ingrijpen pijnklachten blijven bestaan of nieuwe pijnklachten ontstaan kan pijnbehandeling door de anesthesist aangewezen zijn.

De laatste jaren zijn de inzichten ten aanzien van de behandeling gewijzigd. Gebleken is dat een operatieve behandeling doorgaans geen meerwaarde biedt boven een conservatieve. Alleen als er sprake is van verschijnselen die passen bij een (dreigende) dwarslaesie, of als er sprake is van uitgesproken neurologische uitval (verlammingsverschijnselen) of van echt ondraaglijke pijnen en bij zeer langdurig persisteren van de klachten vormt operatief ingrijpen de aangewezen behandeling. Operatieve behandeling vindt vrijwel altijd (97%) klinisch plaats.

De analyse van deze doelgroep richt zich met name op verschuivingen in de behandelpraktijk. Zijn deze in lijn met de richtlijn? En op het duiden van de grote kostenstijging.
De omzet in deze patiëntgroep is gestegen met 21% per jaar tussen 2006 en 2008, bij een nauwelijks toegenomen patiënten populatie (zie figuren en tabel in hoofdtekst).
Het aantal DBC's is wel gestegen met ruim vier procent. De sterkste stijging in aantallen DBC's is bij anesthesiologie. Een groeiend aantal patiënten krijgt (ook) pijnbestrijding. Daarnaast is er ook een groei in aantallen DBC's bij de overige specialismen.
De omzetstijging is toe te schrijven aan de toegenomen kosten per behandeling en veranderingen in productmix. Het percentage patiënten dat wordt geopereerd neemt iets toe (van 13 naar 14 %). Dit is niet te verwachten op basis van de huidige inzichten dat juist langer gewacht kan worden met ingrijpen. Er is in de praktijk nog geen concensus over wat de optimale behandelstrategie is.

Uit het Vektisonderzoek (2011) blijkt een grote praktijkvariatie bij de indicatiestelling voor wervelkolomchirurgie wegens HNP lumbaal.

De belangrijkste verklaring voor de kostenstijging ligt in prijsontwikkeling van een gemiddeld zorgtraject. In 2008 zijn grote tariefwijzigingen doorgevoerd en is het aantal (operatieve) DBC's uitgebreid, waardoor de gemiddelde kosten van zowel de conservatieve als de operatieve trajecten zijn gestegen.

Artrose

Slijtage van de gewrichten (artrose) van de ledematen is een verouderingsverschijnsel. De mate waarin als gevolg daarvan afwijkingen optreden hangt samen met de mate waarin een gewricht wordt belast. Artrose van heup en knie komen veelvuldig voor. Artrose in andere gewrichten kan samenhangen met overmatige belasting in bijvoorbeeld de uitoefening van een beroep.

De afwijking artrose gaat lang niet altijd gepaard met klachten die de patiënt er toe brengen een arts te consulteren en als dat al gebeurt is behandeling niet altijd noodzakelijk. Klachten die een reden kunnen zijn tot behandelen zijn pijn en functiebeperking.

Als behandeling in de eerstelijn (huisarts, fysiotherapeut), niet meer volstaat verwijst de huisarts naar meestal naar de orthopeed voor (de beoordeling van de indicatie tot) een operatieve behandeling of eventueel naar de reumatoloog voor nadere diagnostiek.
Een operatieve behandeling betekent in de meeste gevallen dat het aangedane gewricht wordt vervangen door een kunstgewricht (prothese).

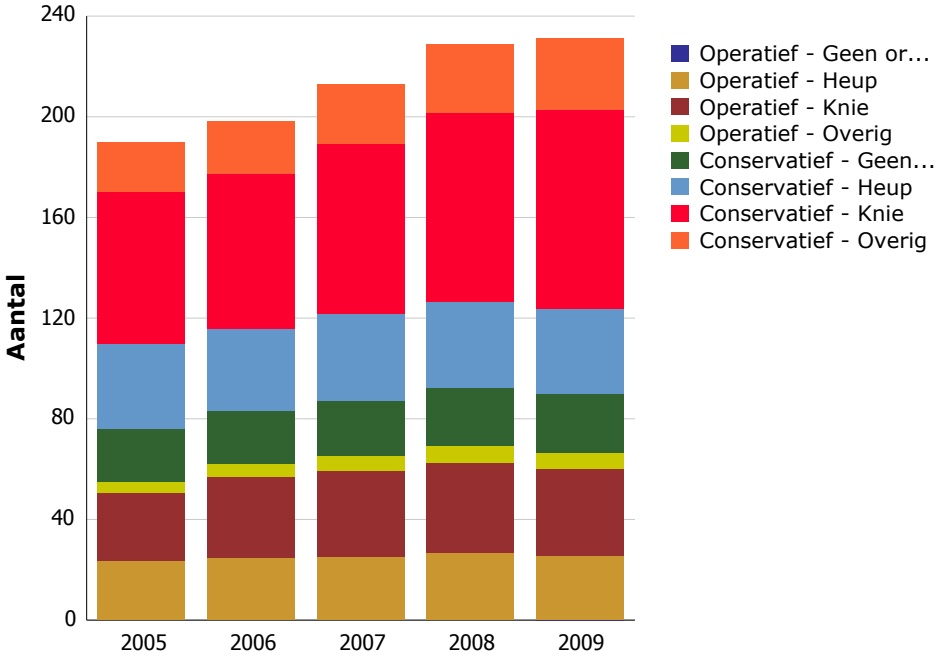
In de meeste gevallen gaat het om de heup of de knie. Dit zijn de gewrichten die doorgaans de meest uitgesproken afwijkingen vertonen en de meeste klachten geven. Anderzijds is een gewrichtsvervangende operatie in deze (grote) gewrichten technisch minder complex.

Een gewrichtvervangende operatie kent een kans op een aantal specifieke complicaties, die samenhangen met die prothese: een verhoogde kans op een diepe infectie, instabiliteit met als gevolg dat het gewricht frequent luxeert en een loslatende prothese. Soms treden deze 'complicaties' direct of korte tijd na de ingreep op, maar dat kan ook na meerdere jaren gebeuren.

De behandeling hangt sterk af van de aard van de complicatie. Een infectie zal doorgaans conservatief zijn (behandeling met antibiotica), bij een recidiverende luxatie zal het soms mogelijk zijn dit conservatief met spierversterkende oefentherapie te behandelen. Meestal zal echter een heroperatie nodig zijn. Bij een loslatende prothese vindt doorgaans een heroperatie met plaatsing van een nieuwe prothese plaats. In de productstructuur van orthopedie zijn deze heroperaties zichtbaar gemaakt.

De analyse gaat in op de aantallen en omzetontwikkeling van de behandelingen van de verschillende gewrichten, eventuele verschuivingen tussen specialismen en de ontwikkelingen in aantallen complicaties.

Figuur 3 Artrose: aantallen DBCs naar diagnose en behandeling (in duizenden)



Bron: MDS

Bovenstaande figuur geeft de aantallen DBC's bij orthopedie weer per gewricht per jaar. Jaarlijks worden daarnaast nog ruim 20 duizend behandeltrajecten geopend bij de overige specialismen, grotendeels bij

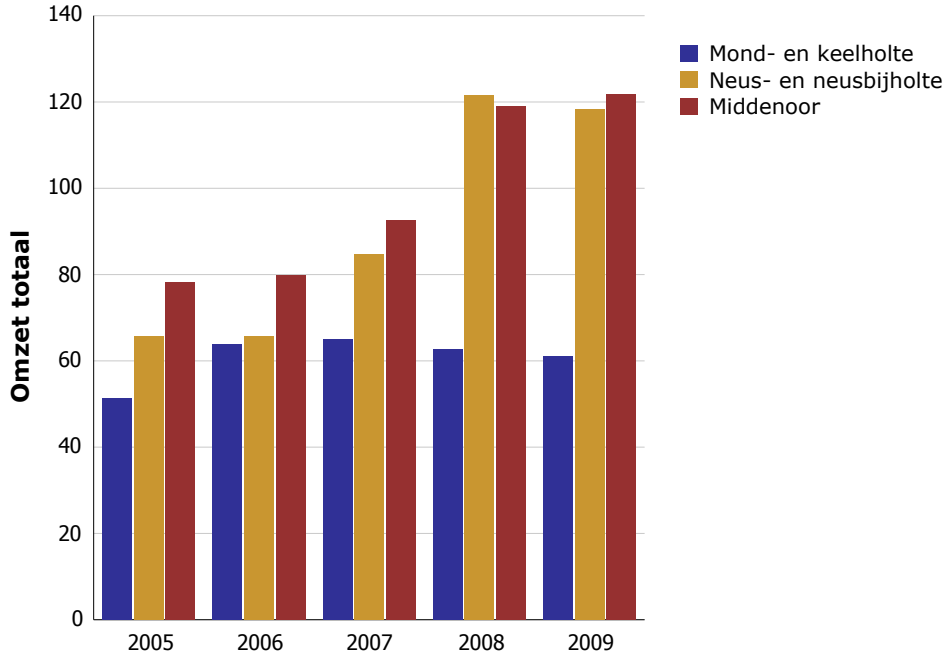
reumatologie.

De laatste jaren is het aantal patiënten met gewrichtsklachten toegenomen en is met name het aantal operaties van de overige gewrichten toegenomen. Tussen 2006 en 2008 zijn er 8% meer DBC's per jaar geopend: knie 9%, heup 4% en overige gewrichten 10%. Tussen 2006 en 2008 is 11% meer omgezet per jaar: knie 10%, heup 9% en overige gewrichten 30% per jaar. Aantallen DBC's nemen met gelijke trend toe als het aantal patiënten. Ongeveer eenderde van de behandeltrajecten van patiënten met artrose aan de knie en 45% met artrose aan de heup worden geopereerd. Dit percentage is vrij stabiel. De toegenomen kosten per patiënt worden met name verklaard door prijsstijgingen in het A-segment. Vektis heeft een matige praktijkvariatie geconstateerd voor zowel knie als heupoperaties (Vektis, 2011).
Bij 12% van de knieoperaties en 33% van de heupoperaties treedt een complicatie op die ook leidt tot een nieuw behandeltraject. In 40% van deze complicaties wordt een nieuwe operatie uitgevoerd. Deze percentages variëren nauwelijks over de jaren.

Bovenste luchtwegen

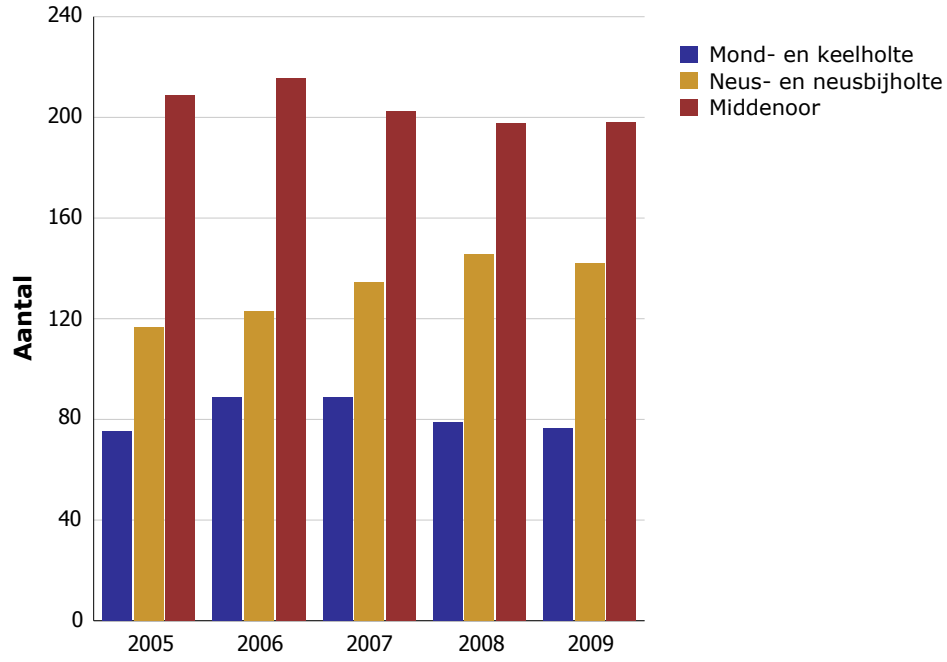
Binnen de patiëntgroep "Aandoeningen van de bovenste luchtwegen en middenoor" zijn drie subgroepen te onderscheiden, waarbij de operatieve behandelingen het bepalende element vormen. Voor mond- en keelholte is dit het verwijderen van keel/neusamandelen, voor neus- en neusbijholte het corrigeren van de stand van het neustussenschot en voor middenoor en mastoïd, het plaatsen van trommelvliesbuisjes. Met name in de conservatieve DBC's bestaat overlap tussen de subgroepen.

Figuur 4 Bovenste luchtwegen (omzet, mlj. €)



Bron: MDS

Figuur 5 Bovenste luchtwegen (aantallen keer 1000)



Bron: MDS

Bovenstaande figuren geven de ontwikkeling van omzet en productieaantallen over de tijd weer uitgesplitst naar deze drie subgroepen. De totale omzet tussen 2006 en 2008 is gestegen met 20% per jaar(zie tabel in hoofdtekst), terwijl het aantal patiënten vrijwel gelijk is gebleven.

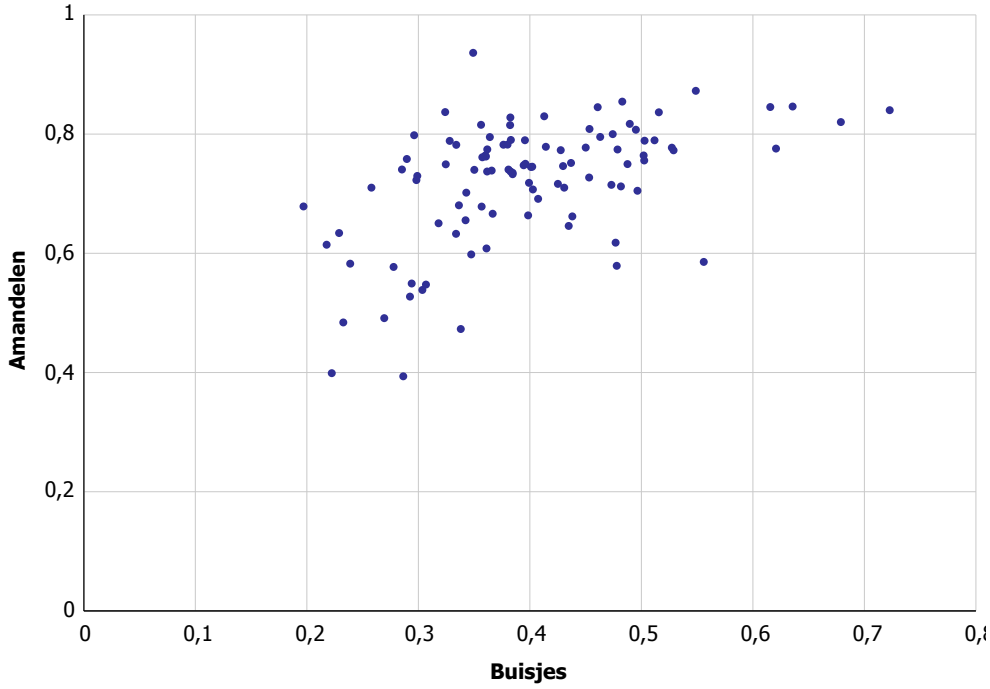
De omzetgroei is het sterkst (36%) in de subgroep neus- en neusbijholte. De omzetgroei in deze subgroep wordt verklaard door meer zorgtrajecten (9%; zie ook bovenstaande figuur) en hogere kosten per DBC. Het percentage operaties neemt echter een kleine 3% af per jaar. Het corrigeren van een scheef neustussenschot is slechts 1/5 van de totale omzet in de subgroep neus- en neusbijholte. Het aantal DBC's is 4% gestegen per jaar en de omzet scheef neustussenschot 16%. Hiermee is deze ingreep relatief weinig gestegen ten opzichte van de andere diagnoses: allergie en sinusitis. De toegenomen schadelast komt voort uit tariefonderhoud en een andere DBC-mix.

De omzet gerelateerd aan de diagnose keel en mondholte neemt sinds 2006 af met 1% per jaar, het aantal doorverwezen patiënten met 6%. Ook het aantal doorverwezen patiënten met middenoorklachten en daarmee het aantal DBC's neemt 1% af (zie figuur). De omzet gerelateerd aan de diagnose middenoor en mastoïd neemt wel toe met 4%.

De meeste patiënten "mond en keelholte" en "middenoor en mastoid" betreft kinderen jonger dan 10 jaar. Van deze kinderen wordt de helft geopereerd. Het verwijderen van de amandelen bij kinderen is een van de meest voorkomende ingrepen. Bij ruim een kwart van alle kinderen onder de 10 jaar zijn de amandelen verwijderd (NZa op basis van CBS bevolkingscijfers en DIS). Het aantal ingrepen neemt echter wel geleidelijk af.

Bij kinderen met middenoorklachten wordt in gemiddeld 30% van de zorgtrajecten buisjes geplaatst. Bij kinderen met oorklachten kan ook de (neus)amandel worden verwijderd. Hiervoor wordt niet een extra DBC geopend. De operaties worden in dat geval op dezelfde dag uitgevoerd. Er is geen substitutie effect gevonden tussen de ingrepen "amandelen verwijderen" en "trommelvliesbuisjes". In instellingen die relatief vaker amandelen knippen worden ook vaker buisjes geplaatst (zie onderstaande figuur).

Figuur 6 Correlatie Amandelen en Buisjes



Bron: MDS

Bovenstaande figuur geeft de fractie operatieve ingrepen van het totaal aantal behandelingen van keel en oorklachten bij kinderen weer per instelling, dus het relatieve aantal "geknipte" amandelen en trommelvliesbuisjes. Elke stip stelt een ziekenhuis of ZBC voor. De spreiding is voor het plaatsen van buisjes iets groter dan voor het amandelen knippen. Er is een licht positief verband tussen de bereidheid om amandelen te knippen en buisjes te plaatsen.

De spreiding in de praktijkvariatie score op ziekenhuisniveau voor het verwijderen van de amandelen is groot (een factor 2,64 gebaseerd op 5e en 95ste percentiel, Vektis, 2011). Het nut van het verwijderen van keel en/of

neusamandelen is omstreden. Het verwijderen van de amandelen kan volgens de informatie aan patiënten (keuzehulp Kies beter) de kans op keelklachten verkleinen, maar kan de klachten niet voorkomen. De frequentie en ernst van de klachten bepaalt of de ingreep zinvol is. Die afweging wordt voornamelijk door huisarts en (ouders van) patiënt gemaakt, omdat die het beste weten hoe vaak het kind verkouden is. Dit betekent dat de indicatiestelling primair in de eerste lijn plaatsvindt. Ook het nut van het plaatsen van trommelvliesbuisjes is omstreden, met name omdat de positieve effecten slechts kortdurend lijken te zijn (zie keuzehulp Kies Beter). Voor deze diagnoses is een NHG richtlijn voor wanneer er doorverwezen moet worden, maar nog geen richtlijn voor de tweedelijn, wanneer trommelvliesbuisjes overwogen zouden moet worden.

De spreiding in percentage operatieve behandeling ten opzichte van het totaal aantal behandelingen zoals geplot in bovenstaande figuur is niet direct te vergelijken, omdat er alleen is gecorrigeerd voor leeftijd. Voor "amandelen verwijderen" vallen uitschieters naar beneden op (relatief weinig operaties) maar bij het merendeel van de instellingen is driekwart van de behandelingen een operatie. De ingreep wordt vrijwel overal nog steeds op grote schaal uitgevoerd. De spreiding in het percentage operatieve ingrepen bij middenoorklachten (otitis media met effusie; otitis media acuta) varieert tussen de kwart en driekwart (zie bovenstaande figuur).

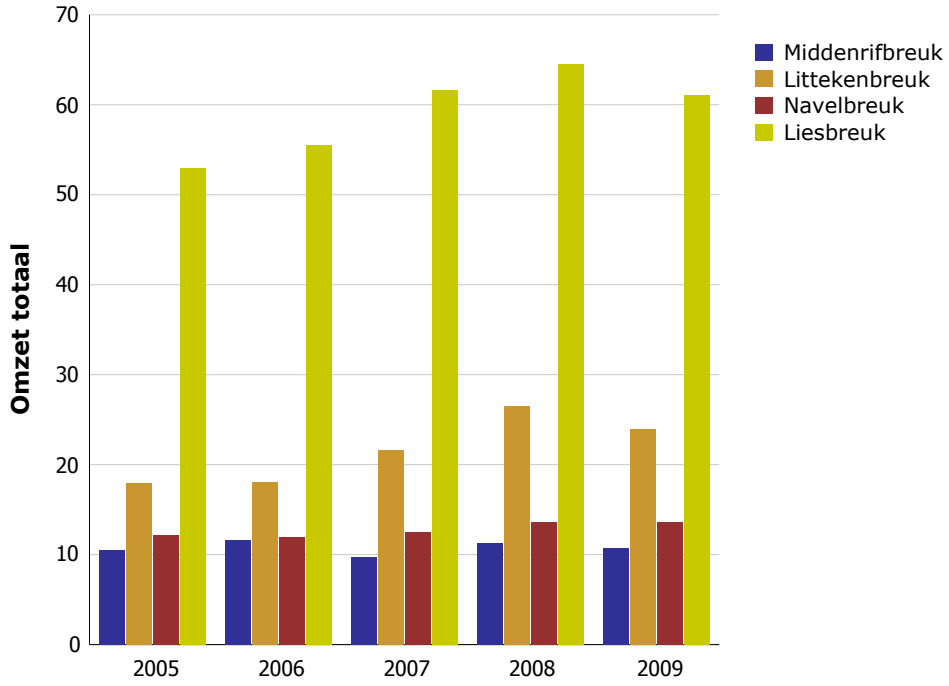
Buikwandbreuken

Een breuk (hernia) van de buikwand kan op verschillende plaatsen optreden. Deze zijn samen gegroepeerd in de patiëntgroep "Buikwandbreuken (verworven)". Een congenitale hernia diafragmatica berust vrijwel steeds op een niet goed aangelegd middenrif en wordt daarom tot de aangeboren afwijkingen gerekend.

Breuken treden op op plaatsen waar de buikwand van nature een zwakke plek heeft of daar waar de buikwand in het verleden tijdens een chirurgische ingreep werd geopend. Breuken die optreden op 'zwakke plekken' in de beukwand zullen in de meeste gevallen door de chirurg worden behandeld (geopereerd). Liesbreuken bij kinderen worden vaak eerst gezien door de kinderarts. Bij een litteken breuk is er altijd sprake van een buikoperatie in de voorgeschiedenis. Als na een operatie de buikwand niet goed gesloten wordt (slechte operatie techniek) of de sluiting in tweede instantie verloren gaat (bijv. door een bloeding en/of wondinfectie) kan een litteken breuk ontstaan. Een littekenbreuk wordt behandeld door de chirurg of het chirurgisch specialisme dat de initiële buikoperatie uitvoerde. Alleen de uroloog heeft hiervoor een aparte DBC-diagnose. Dit bemoeilijkt het monitoren van recidiven in deze groep.

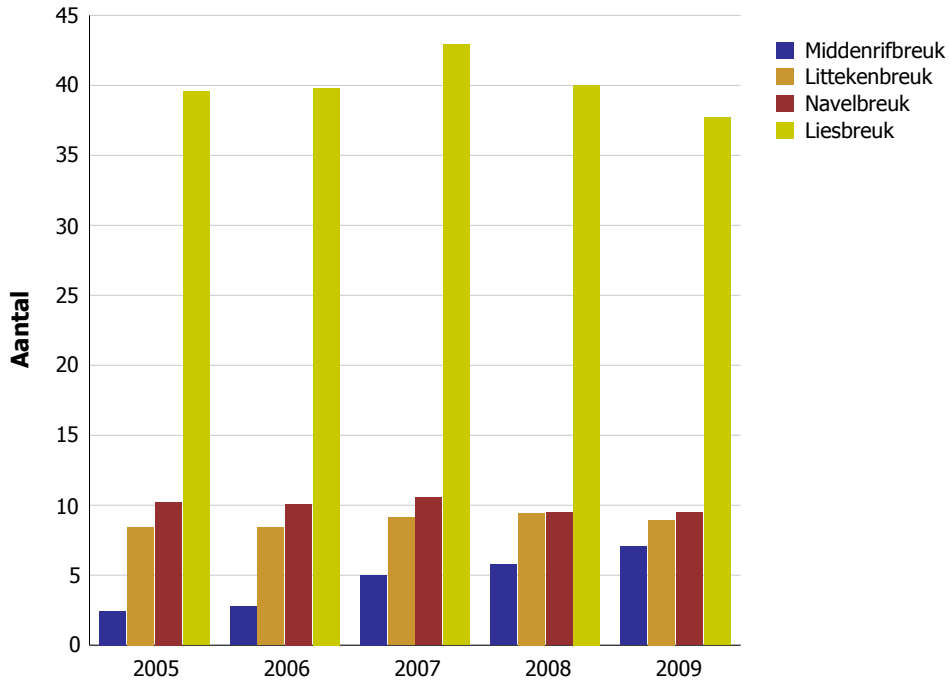
Een liesbreuk kan enkelzijdig en dubbelzijdig voorkomen. De operatieve ingreep kan zowel open als endoscopisch worden uitgevoerd. Dat laatste gebeurt vooral bij een dubbelzijdige liesbreuk of bij een recidief liesbreuk.

Figuur 7 Omzet buikwandbreuken (in miljoenen €)



Bron: MDS

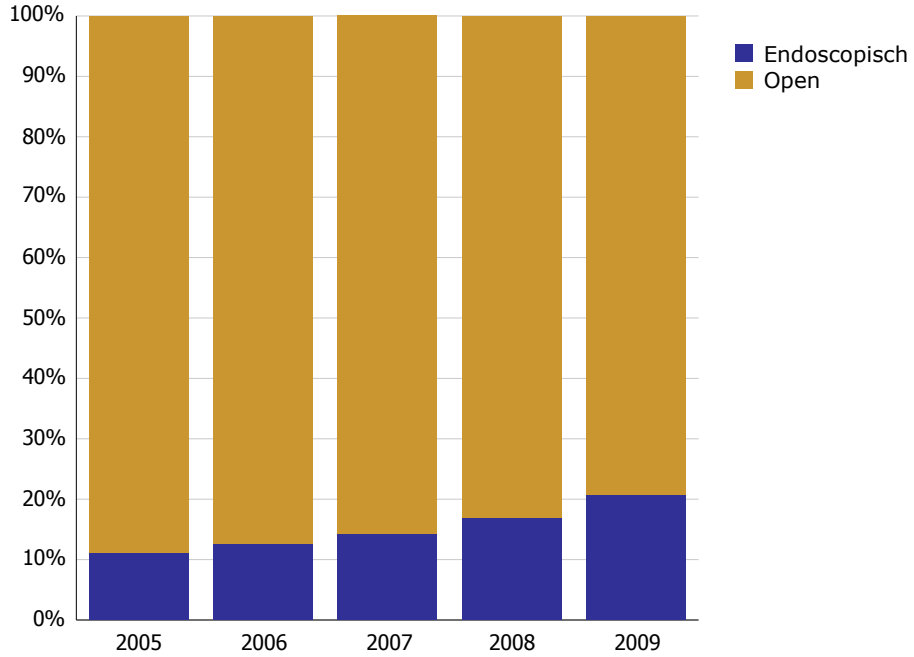
Figuur 8 Aantal buikwandbreuken (in duizenden)



Bron: MDS

Bovenstaande figuren geven een omschrijving van de patiëntgroep buikwandbreuken en de omzet die hiermee is gemoeid. De liesbreuk komt het meest frequent voor. Een (verworven) middenrifbreuk komt minder vaak voor, maar dit aantal stijgt wel opvallend. De omzet stijgt met name bij de liesbreuk en de littekenbreuk.

Figuur 9 Enkelzijdige liesbreuk (relatieve verdeling, per jaar)

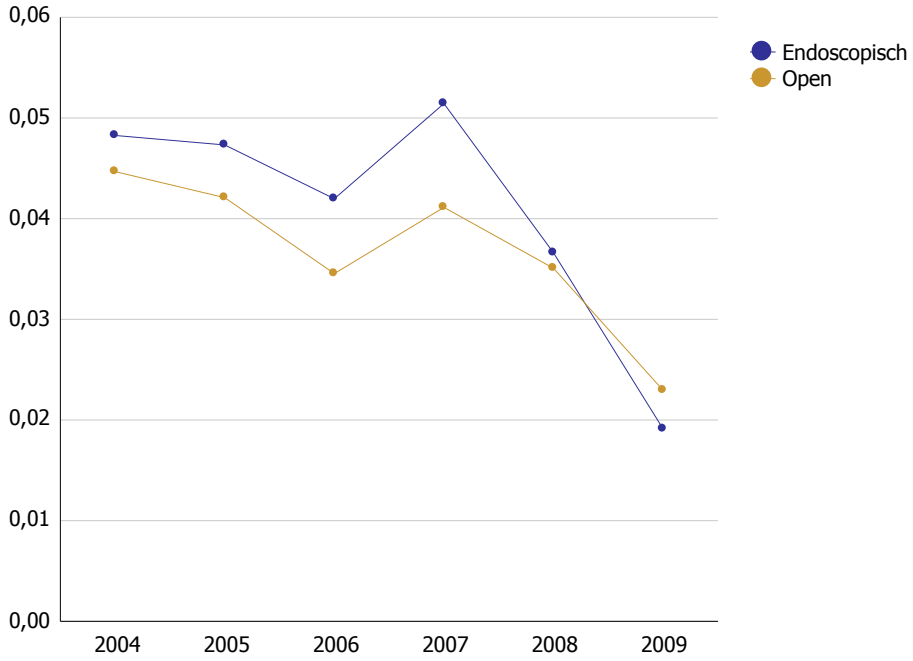


Bron: MDS

De omzetstijging in deze groep (9%) is te wijten aan de hogere kosten per patiënt. Dit volgt uit de toegenomen kosten in de operatieve groep. In de figuur is aangegeven hoe de relatieve verhouding tussen de open en de endoscopische benadering verschuift naar de endoscopische benadering. De laatste jaren kiezen chirurgen steeds vaker voor een endoscopische benadering bij operaties van de buikwand. De endoscopische benadering is nu nog een duurdere behandeling.

Er is geen tendens zichtbaar naar sneller opereren of meer terughoudendheid. Vektis heeft de praktijkvariatie onderzocht voor liesbreukoperatie. De verschillen in wel of niet opereren zijn "matig" volgens dit rapport (Vektis, 2011), vergeleken bij andere ingrepen.

Figuur 10 Liesbreuk: recidiven



Bron: MDS

In bovenstaande figuur is de fractie heroperaties na een liesbreukoperatie geplot voor een open en een endoscopische benadering. Voor de liesbreuk was de endoscopische benadering omstreden. Het aantal recidive en heroperaties leek groter te zijn bij deze benadering. De richtlijn (Nederlandse vereniging voor Heelkunde, 2004) beveelt de open benadering aan bij de enkelvoudige liesbreuk en de endoscopische alleen door ervaren teams en bij gecompliceerdere breuken.

Uit de figuur blijkt dat het aantal patiënten dat na een eerste liesbreuk-operatie weer bij hetzelfde ziekenhuis een operatie ondergaat, bij de endoscopische benadering inderdaad iets hoger is dan bij een open benadering, maar dit is inmiddels ongeveer gelijk. Of dit een bredere invoering van de (nu nog) duurdere endoscopische benadering rechtvaardigt zal moeten blijken uit nader (kosten-effectiviteits) onderzoek.

Operabele tumor van de dikke darm

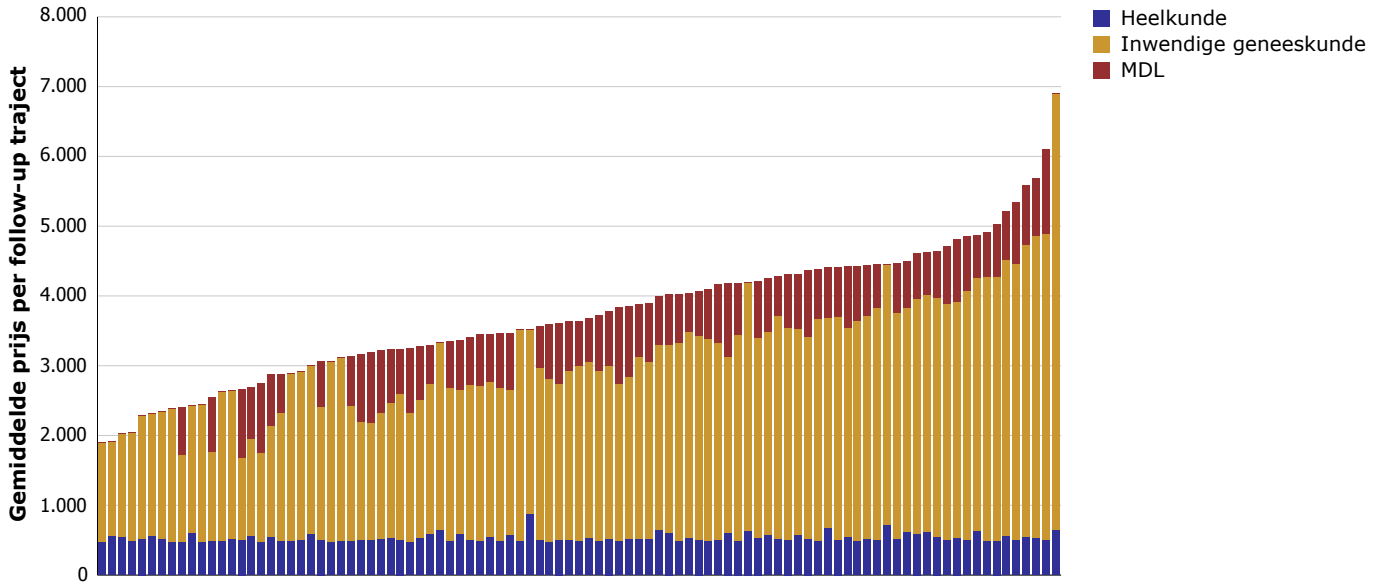
De patiëntgroep bestaat uit patiënten met een tumor van de dikke darm (onafhankelijk welke locatie) die in aanmerking komen voor een, op curatie gerichte, operatieve ingreep. Bij de behandeling kunnen vier specialismen betrokken zijn: maag-darm-lever-artsen (mdl-artsen), internist(-oncologen), radiotherapeuten en (gastro-intestinaal) chirurgen. De betrokkenheid en de omvang daarvan voor elk van deze specialismen hangt af van de behandeling die voor een individuele patiënt geïndiceerd is en van de lokale taakverdeling tussen de specialismen. De radiotherapeutische behandeling wordt hier buiten beschouwing gelaten.

Bij deze patiëntgroep kijkt de NZa naar het gehele traject van diagnosestelling tot nacontroles. De diagnose wordt doorgaans gesteld door een maag-darm-lever (MDL) arts of internist. De operatie wordt uitgevoerd door de chirurg en vervolgens start een follow-up traject, dat kan worden gedaan door de internist, de MDL-arts of de chirurg. De meeste patiënten zien meerdere typen artsen in deze follow-up fase. Soms wordt voor bepaalde onderzoeken (endoscopie) intern doorverwezen en (in 10% van de gevallen) een nieuwe initiële DBC geopend.

Het aantal patiënten, het aantal behandelingen en de kosten per behandeling nemen jaarlijks toe. De gerapporteerde cijfers zijn exclusief de behandelingen door MDL- artsen, omdat deze pas sinds 2007 worden aangeleverd aan DIS. In deze patiëntgroep is de kostenstijging van 25% tussen 2007 naar 2008 opvallend. In 2008 zijn 6% meer behandelingen in rekening gebracht dan in 2007. Dit hangt mogelijk samen met de invoering van prestatiebekostiging in het A-segment voor medisch specialisten. De prijsstijging hangt samen met onderhoud van DBC-tarieven en/of een gemiddeld zwaarder behandeltraject.

De kosten van een zorgtraject van diagnose tot één jaar na de initïele operatie variëren van zes tot tienduizend euro. De grootste kosten zitten in het chirurgische traject. Het aandeel van de chirurg in het operatietraject is in omzet 75% en in aantallen DBC's ongeveer 55%. In het follow-up traject zit echter de grootste variatie. De kosten voor het eerste jaar na de initïele operatie variëren van ruim 2000 euro tot bijna 6000 euro. In het follow-up traject worden meerdere DBC's per jaar geopend, en in een deel van de instellingen door verschillende artsen.

Figuur 8 Operabele tumor van de dikke darm: gemiddelde prijs follow-up traject per ziekenhuis



Bron: MDS

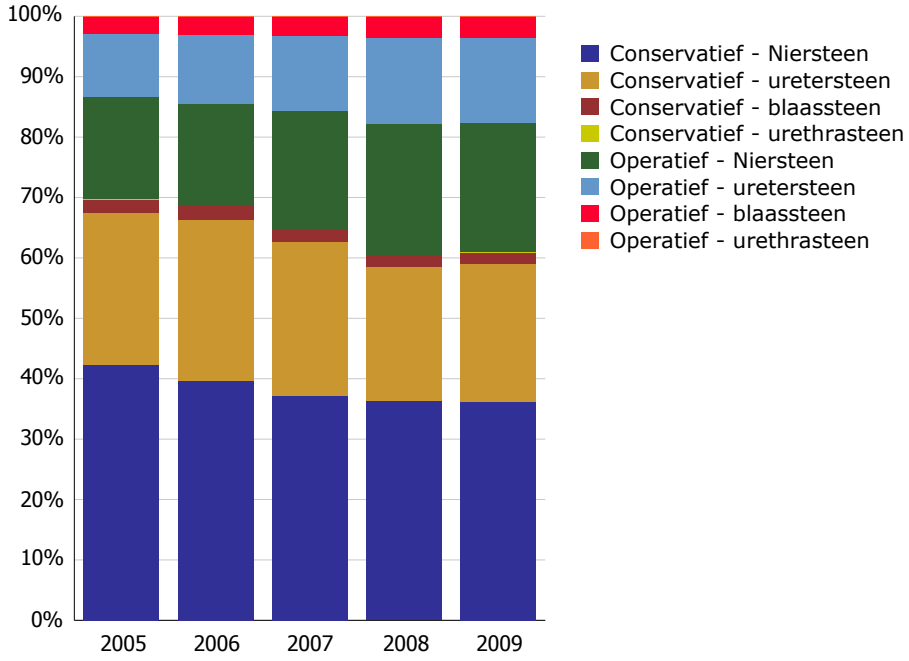
Bovenstaande figuur beschrijft de kosten per ziekenhuis van het eerste jaar van het follow-up traject, dus de zorg die wordt geleverd na een operatie. Instellingen (ziekenhuizen en ZBC's zijn geordend in oplopende gemiddelde kosten per patiënt. Iedere staaf stelt een instelling voor. Op de y-as staan de gemiddelde kosten per patiënt van het eerste jaar van het follow-up traject

Voor deze analyse zijn alle DBC's met een openingsdatum vanaf 2007 gebruikt. Het follow-up traject is gedefinieerd als alle DBC's geopend na de openingsdatum van de chirurgische DBC tot 1 jaar na het openen van de chirurgische DBC.

Urinewegstenen

Urinewegstenen bestaan uit mineralen die normaal gesproken met de urine via de urinewegen worden uitgescheiden, maar onder bepaalde omstandigheden kristalliseren. Deze kunnen de urineweg deels blokkeren hetgeen de patiënt ervaart als koliekpijn. Stenen kunnen ook een bron vormen voor infecties. Urinewegstenen komen voor in het gehele verloop van de urinewegen, in het nierbekken (niersteen), tussen nier en blaas (uretersteen), in de blaas (blaassteen) en tussen blaas en uittreedopening in vagina of penis (urethrasteen). Naast adequate pijnbestrijding behoeven stenen niet altijd behandeling. Pas als pijnbestrijding zonder resultaat blijft, een normale passage onmogelijk is of als er zich complicaties voordoen is 'verwijdering' van de steen (stenen) aangewezen.

Figuur 12 Urinewegstenen: relatieve aantal DBCs naar diagnose en behandeling



Bron: MDS

In 98% van de gevallen wordt direct verwezen naar de uroloog. Het aantal patiënten stijgt jaarlijks met ruim 4%, maar het aantal DBC's per patiënt neemt af (zie figuur en tabel in hoofdtekst). Bovenstaande figuur geeft de relatieve aantallen DBC's per diagnose en behandeling door de uroloog weer.

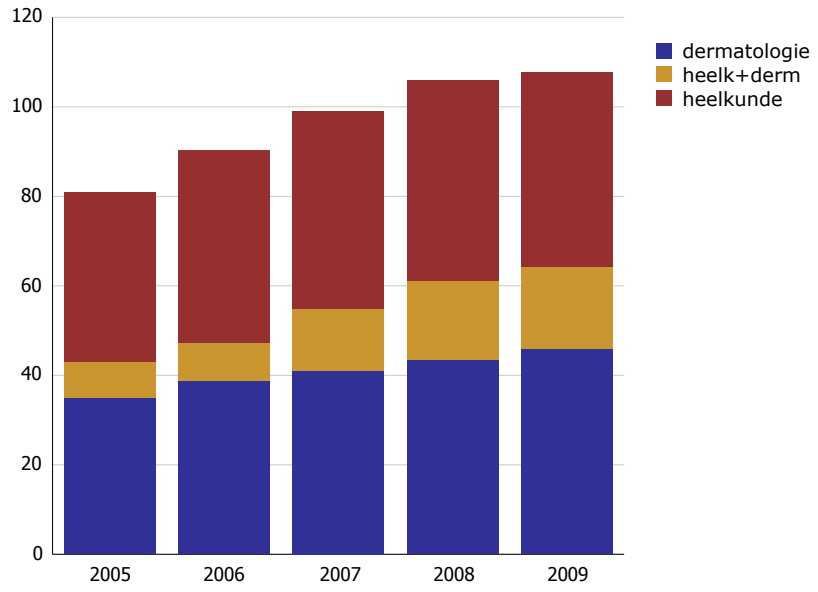
De behandeling door de uroloog is er opgericht om de steen uit de urinewegen te verwijderen. Dat kan niet-invasief door het vergruizen van stenen (ESWL), minimaal invasief (endoscopisch) of via een open operatie. De behandeling hangt onder meer af van de locatie van de steen Het aandeel niet-invasieve en minimaal-invasieve behandelingen neemt toe over de jaren 2005-2009.

Het aandeel niet-conservatieve behandelingen stijgt zowel absoluut als relatief voor alle diagnoses sinds 2005 van gemiddeld 30% tot 38%. Deze verschuiving in behandelpraktijk verklaart grotendeels de omzetstijging van 14% per jaar.

Spataderen

Een spatader is een ader die verwijd is en daardoor duidelijk zichtbaar is op de huid, of voelbaar is onder de huid. Ze komen heel vaak voor, ze behoren tot de top tien van klachten waarvoor mensen naar de huisarts gaan. Spataderen komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Ze ontstaan meestal doordat de klepjes in de aderen niet goed meer sluiten. Spataderen ontstaan vaker bij mensen met een staand beroep en bij mensen met overgewicht. Ze kunnen ook het gevolg zijn van een trombosebeen of een vaatbeschadiging na ongevallen of een operatie. Spataderen veroorzaken vaak helemaal geen klachten, maar worden vaak als storend of lelijk ervaren.

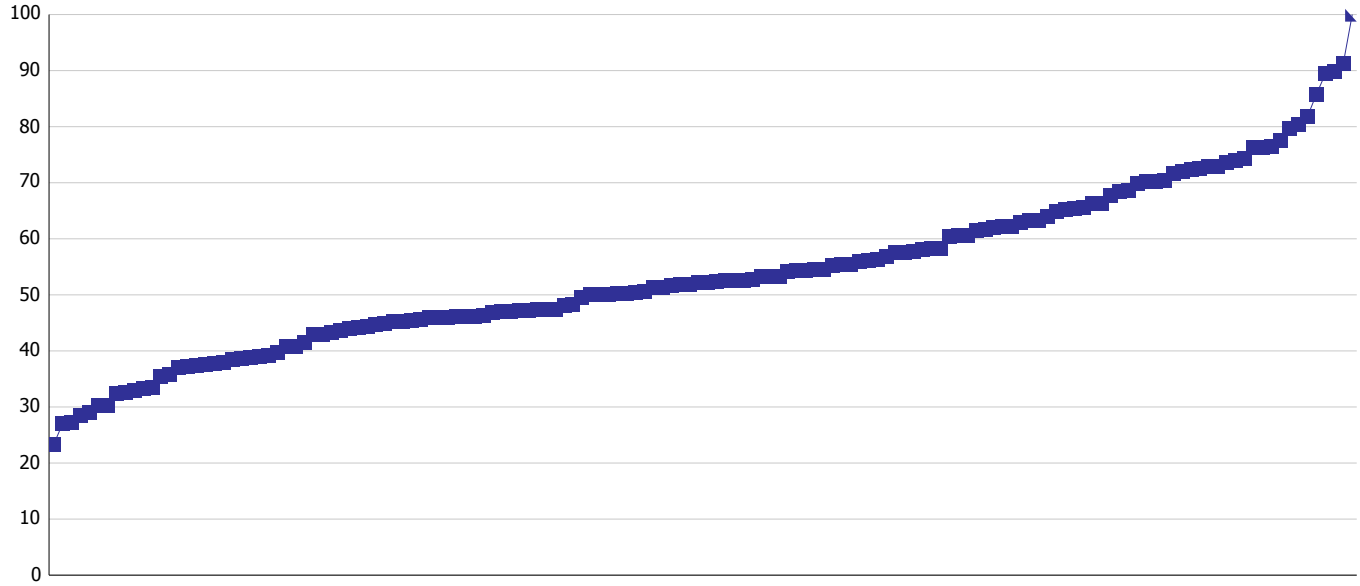
Figuur 13 Spataderen, Aantal Patienten keer 1000



Bron: MDS

De omzet van spataderen neemt snel toe. Een van de oorzaken is het toegenomen aantal patiënten. Daarnaast blijkt (zie tabel hoofdtekst) dat het aantal dbc's anderhalf keer sneller is toegenomen dan het aantal patiënten. Bovenstaande figuur laat zien dat patiënten vaker twee specialisten zien. De omzet is harder gestegen dan het aantal DBC's, omdat er 4% per jaar vaker is overgegaan tot een ingreep (en dus een duurdere dbc). De Vektis analyses tonen een grote landelijke spreiding in het aantal varices operaties per 100.000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd en SES-factoren. De spreiding in de praktijkvariatie score op ziekenhuisniveau is een factor 3,49 (gebaseerd op 5e en 95ste percentiel) (Vektis, 2011).

Figuur 14 Spataderen, Relatieve aantallen operatief (%)



Bron: MDS

De verschillen tussen ziekenhuizen in (niet voor omgevingsfactoren gecorrigeerde) percentage operatieve behandelingen bevestigen dit beeld (zie bovenstaande figuur). Op de x-as staan instellingen (ziekenhuizen en ZBC's) geordend naar het percentage patiënten die operatief wordt behandeld. Iedere stip stelt een instelling voor. De variatie tussen instellingen is veel groter dan de variatie tussen jaren en duidt dus op verschillen in behandelpraktijk. Het aandeel conservatieve behandeling en de spreiding in percentage operaties suggereert dat de indicatiestelling wordt gedaan door de specialist. Echter, correctie op verschillen in patiëntkenmerken die verschillen in zorgzwaarte zouden kunnen verklaren, lijkt de verschillen niet te verkleinen. (de uitkomsten van Vektis, 2011 tonen niet minder spreiding). Voor deze patiëntgroep valt (als enige) op dat ZBCs relatief een hogere operatiebereidheid tonen. Het gemiddelde percentage operatieve behandelingen is voor ZBCs, algemene ziekenhuizen en UMCs respectievelijk: 58, 52 en 44%. Dit kan echter ook te maken hebben met verschil in patiëntkenmerken. Hier heeft de NZa nog niet voor gecorrigeerd.