



Nederlandse  
Zorgautoriteit



*Marktscan*

# Medisch-specialistische zorg 2016

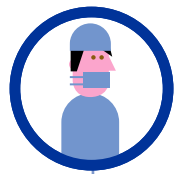
mei 2017

# Inhoud

-  **Samenvatting**
-  **Medisch-specialistische zorg**
-  **Fusies en samenwerkingen**
-  **Contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders**

-  **Zorggebruik en zorgkosten**
-  **Financiële positie zorgaanbieders**
-  **Kwaliteit van medisch-specialistische zorg**
-  **Wachttijden en reistijden**





# Samenvatting

1

Met deze marktscan medisch-specialistische zorg geeft de NZa inzicht in de recente ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg, met name in algemene ziekenhuizen en umc's. De marktscan gaat in op samenwerking, contracten, kostenontwikkeling, financiële huishouding, kwaliteit en wachttijden.

2

In deze marktscan constateert de NZa dat bij de contractering tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen de "klassieke" invulling met prijsafspraken en bijbehorende plafondafspraken nog steeds de boventoon voert. Maar daarnaast ziet de NZa ook een aantal contracten ontstaan, waarin afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld kwaliteit, substitutie of verbeterde prijstransparantie. Vaak betreft het contracten die voor meerdere jaren gelden. Dit biedt zekerheid voor alle partijen over de financiële middelen voor komende jaren en ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om meer focus te leggen over kwaliteitstrajecten die meerdere jaren beslaan.

4

De NZa is voorstander van een groter kwaliteitscomponent in de contracten. De huidige initiatieven zijn een goede eerste stap, maar zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden hier gezamenlijk nog beter invulling aan kunnen geven. De huidige bekostiging biedt op dit moment ruimte voor verschillende initiatieven. Hoe partijen dit vorm geven is aan hen. Gedacht kan worden aan zorg meer op regioniveau vorm geven of aan te sluiten bij initiatieven rondom kwaliteitstransparantie zoals value based health care. De NZa ziet voldoende verschillende initiatieven ontstaan binnen de sector die als inspiratie zouden kunnen dienen. Daar waar partijen met innovatieve ideeën met vragen lopen over de mogelijkheden die de huidige bekostiging biedt, zal de NZa met hen in gesprek gaan om de

5

6

7

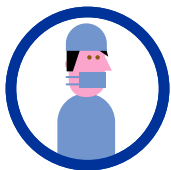
(huidige) mogelijkheden te verkennen. De NZa verwacht dat de sector kan blijven innoveren binnen de ruimte die het huidige systeem biedt. Dit pleit er voor om rust en stabiliteit in het systeem te bewaren en de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de tijd, zekerheid en ruimte te gunnen om de handschoen verder op te pakken. De NZa blijft initiatieven met betrekking tot kwaliteitscomponent in contracten nauwgezet volgen.

De NZa constateert verder dat de volumes dalen, terwijl de prijzen licht stijgen. De omzet groeit beperkt door, omdat zorgverzekeraars vanuit het hoofdlijnenakkoord omzetplafonds stellen.

Daarnaast heeft de NZa de financiële huishouding van ziekenhuizen onderzocht door middel van de jaarrekeningen. De NZa constateert in deze marktscan dat gemiddeld genomen de financiële huishouding van ziekenhuizen en umc's tussen 2012 en 2015 is verbeterd. Ondanks onzekerheden rondom overgang naar prestatiebekostiging en DOT-systematiek in 2012, de financiële crisis en de groeiafspraken uit het hoofdlijnenakkoord. De verbetering geldt voor veel ziekenhuizen, de spreiding tussen verschillende ziekenhuizen is vrij beperkt. Dit biedt een stabiele basis voor de toekomst. Wel geldt voor een aantal ziekenhuizen dat zij hun solvabiliteit moeten verhogen om boven de gangbare norm van 20% te komen.

De NZa ziet in deze marktscan ook een aantal aandachtspunten naar voren komen, namelijk rondom dure geneesmiddelen en wachttijden. Dure geneesmiddelen maken een steeds groter onderdeel uit van de totale kosten en hebben daardoor in toenemende mate effect op hoe het macrobudget door zorgverzekeraars verdeeld kan worden. De NZa adviseerde zorgaanbieders en zorgverzekeraars om meer specifieke





1

afspraken te maken over geneesmiddelen en het gepast gebruik ervan te stimuleren. Ook voor de komende periode blijft dat belangrijk. De NZa blijft de ontwikkelingen op dit gebied volgen.

2

In de medisch-specialistische zorg zijn er wachttijden die de treeknorm overschrijden. De wachttijden voor een eerste polikliniekbezoek zijn te hoog bij 8 van de 24 specialismen. De wachttijden zijn het hoogst bij de specialismen allergologie, maag- darm- en leverziekten, oogheelkunde (met name in regio Noordoost Nederland) en revalidatiegeneeskunde. Een verbetering ten opzichte van 2015 is ook niet te zien. De NZa geeft een hoge prioriteit aan het verbeteren van de wachttijden. De NZa vindt het onwenselijk dat patiënten onnodig en te lang moeten wachten op zorg. Om dit op te lossen heeft de NZa recent een aantal acties aangekondigd om de wachttijden in de medisch-specialistische zorg aan te pakken. Dit doet de NZa niet alleen, samenwerking met zorgaanbieders en zorgverzekeraars en andere betrokken partijen is daarvoor noodzakelijk.

3

4

5

6

7



# 1. Medisch-specialistische zorg

Medisch-specialistische zorg omvat diagnostiek en behandelingen die gericht zijn op het genezen van de patiënt. Het betreft zorg die overwegend in ziekenhuizen, umc's, zbc's of categorale instellingen wordt geleverd door medisch specialisten. Het omvat niet de geestelijke gezondheidszorg, waarvoor de NZa een aparte marktscan opstelt. De zorg is verzekerd met een verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts, maar ook indien sprake is van een spoedeisende situatie en er dus 'acute zorg' nodig is. In niet-spoedeisende situaties kunnen patiënten een bezoek aan een instelling voor medisch-specialistische zorg plannen en kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. De zorg is dan niet acuut maar 'electief'.

## Aanbieders van medisch-specialistische zorg

In Nederland bieden diverse instellingen medisch-specialistische zorg aan. Om te beginnen algemene ziekenhuizen en universitair medische centra (umc's). In deze marktscan staan zij gezamenlijk aangeduid als 'ziekenhuizen' (de NZa hanteert daarbij de agb-codes), tenzij een nadere uitsplitsing tussen beide relevant is voor de analyse. Daarnaast zijn er ook zelfstandige behandelcentra (zbc's) en categorale instellingen, zoals revalidatie-instellingen en audiologische centra die medisch-specialistische zorg aanbieden. In onderstaand overzicht staat per jaar het aantal ziekenhuizen, uitgesplitst in algemene ziekenhuizen en umc's. Ook geeft de tabel een overzicht van het aantal gecontracteerde zbc's en categorale instellingen in Nederland. De aantallen zijn gebaseerd op de bij de NZa bekende apart functionerende entiteiten.

## Aantal zorgaanbieders

Type zorgaanbieder	2014	2015	2016
Algemene ziekenhuizen	82	76	71
Umc's	8	8	8
<b>Totaal aantal ziekenhuizen</b>	<b>90</b>	<b>84</b>	<b>79</b>
Zbc's	260	248	229
Categorale instellingen	77	77	76
<b>Totaal aantal zorgaanbieders</b>	<b>427</b>	<b>409</b>	<b>384</b>

Bron: NZa

Het aantal algemene ziekenhuizen daalde in 2015 en 2016 door enkele fusies. Daar waar in deze marktscan gesproken wordt over fusies worden ook overnames en joint ventures bedoeld. Het aantal zbc's dat een contract heeft met een zorgverzekeraar neemt jaarlijks af. Het aantal umc's en categorale instellingen blijft (nagenoeg) gelijk.

## Inkopers van medisch-specialistische zorg

Medisch-specialistische zorg kan door zorgverzekeraars worden ingekocht bij de zorgaanbieder. Zij kunnen in de contracten afspraken maken over onder meer de prijs, hoeveelheid zorg en kwaliteit. In totaal zijn er negen zorgverzekeraars (concerns) actief in 2016. De verschillende zorgverzekeraars (concerns) hebben ieder meerdere labels (merken). Niet alle negen zorgverzekeraars kopen de zorg alleen in. De afgelopen jaren zijn zorgverzekeraars meer gezamenlijk zorg gaan inkopen. Er bestaan in 2016 zeven inkoopcombinaties. Een inkoopcombinatie regelt de landelijke zorginkoop en contractering voor meerdere (labels van) zorgverzekeraars. Voor De Friesland geldt dat deze met name

\*

1

in de provincie Friesland zelf zorg inkoop. Voor de rest van Nederland maakt De Friesland, net als Achmea-Agis, gebruik van de zorginkoop van Achmea. Daarom wordt voor deze marktscan Achmea-Agis en De Friesland analyses als één inkoopcombinatie gezien. In hoofdstuk 3 waar nader in wordt gegaan op de inkoopcombinaties, gaat deze marktscan daarom in op een analyse van zes inkoopcombinaties.

2

#### Aantal zorgverzekeraars

Inkoopcombinatie	Zorgverzekeraar (concern)
Achmea	Achmea
De Friesland	
Coöperatie VGZ	VGZ
CZ	CZ
Menzis	Menzis
DSW	DSW
Multizorg VRZ	ASR Eno ONVZ Zorg en Zekerheid

3

4

5

Bron: UZOVI-register

#### Zorgaanbod en specialisatie

Niet alle ziekenhuizen bieden behandelingen voor alle zorgvragen aan. Sommige ziekenhuizen hebben zich gespecialiseerd in specifieke vormen van zorg en bieden daarom niet alle specialismen of niet alle zorg binnen een bepaald specialisme aan. Zo is het mogelijk dat (kleine) ziekenhuizen de patiënt voor complexe zorg doorverwijzen naar een ander ziekenhuis, bijvoorbeeld een umc. Om de mate van specialisatie in kaart te brengen heeft de NZa patiënten die gebruik maken van medisch-specialistische

6

7

zorg op basis van hun zorgvraag ingedeeld in 64 verschillende patiëntgroepen. Van deze 64 patiëntengroepen is het aantal patiënten per ziekenhuis berekend. Vervolgens worden de percentages van alle ziekenhuizen vergeleken met het landelijk gemiddelde. Als een ziekenhuis meer patiënten van een bepaalde patiëntgroep behandelt dan het landelijke gemiddelde is dit een indicatie voor specialisatie. Deze meting wordt de specialisatie-index genoemd.

Overigens hoeft een ziekenhuis geen complexe zorg aan te bieden om een hogere specialisatie-index te hebben. Het kan ook zijn dat het algemene aanbod beperkt is. Ook zegt dit getal niets over het aantal patiënten in een patiëntengroep dat in een ziekenhuis behandeld is. De specialisatie index geeft wel aan dat de patiëntengroep in het ziekenhuis een bovengemiddeld percentage vormt ten opzichte van de gehele patiëntenpopulatie van het ziekenhuis. Dit kan bijvoorbeeld zijn, omdat het ziekenhuis zich specifiek op die patiëntengroep richt.



\*

1

2

3

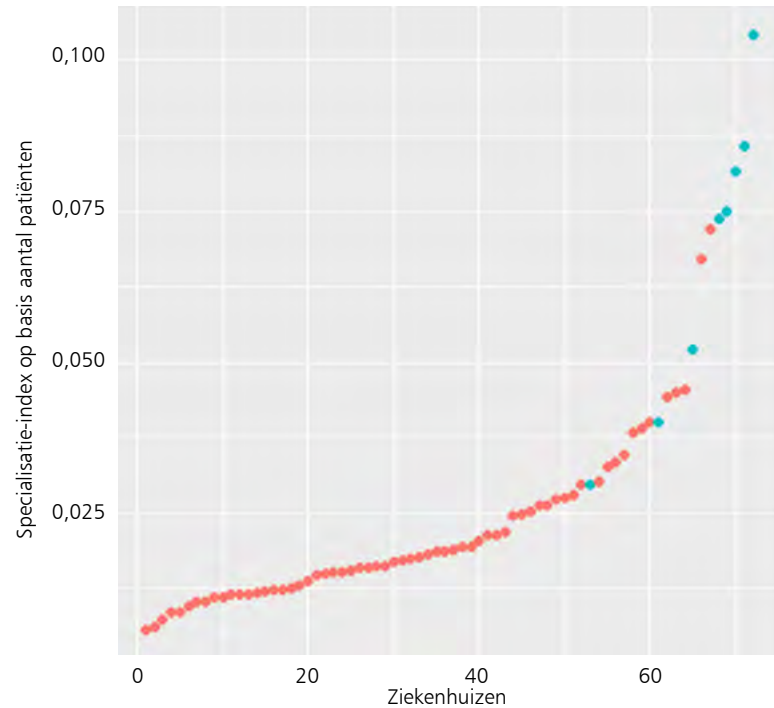
4

5

6

7

### Specialisatie-index van ziekenhuizen in 2014



Bron: NZa, op basis van Vektis

#### Leeswijzer

Elke punt op de grafiek staat voor één ziekenhuis. Naarmate een ziekenhuis hoger scoort op de y-as, betekent dat het ziekenhuis zich meer richt op specifieke patiëntengroepen ten opzichte van het landelijk gemiddelde en zal rechtsboven in de grafiek komen. Een ziekenhuis waarbij de percentages van de patiëntengroepen vergelijkbaar zijn met het landelijk gemiddelde, scoort juist lager op de y-as en zal linksonder in de grafiek komen.

Uit de figuur blijkt dat umc's over het algemeen een hogere specialisatie-index hebben dan algemene ziekenhuizen. Bij hen wijken de percentages van patiëntengroepen het meeste af van het landelijk gemiddelde. De umc's richten zich daarmee meer op specifieke patiëntengroepen dan de meeste algemene ziekenhuizen doen. Enkele algemene ziekenhuizen richten zich ook sterk op specifieke patiëntengroepen en scoren ook hoog op de specialisatie-index.



\*

1

2

3

4

5

6

7

## 2. Fusies en samenwerkingen

Samenwerking tussen zorgaanbieders kan de kwaliteit van de geleverde zorg voor hun patiënten verhogen, bijvoorbeeld doordat kennis en kunde gedeeld of juist geconcentreerd wordt. De marktscan zal in dit hoofdstuk ingaan op deze ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg.

### Samenwerking tussen ziekenhuizen

Veel ziekenhuizen beschrijven in de jaarverslagen of zij samenwerken met andere zorgaanbieders. Vaak gaat het om een samenwerking op het gebied van een bepaald specialisme. De meeste ziekenhuizen geven aan samen te werken binnen het specialisme oncologie (nieuwvormingen zoals kanker). Zo maakten medio 2016 zeven ziekenhuizen in Zuidwest Nederland en twee instellingen voor radiotherapie bekend dat zij gaan samenwerken in een oncologisch netwerk. In het najaar sloten tien zorginstellingen in Zuidoost-Nederland een contract met elkaar voor vergaande samenwerking op oncologisch gebied. Ook de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) zet zich in voor het opstarten en uitbreiden van een regionaal netwerk van professionals en instellingen op het gebied van oncologische zorg. Dit initiatief wordt gefinancierd vanuit het Citrienfonds waar het ministerie van VWS opdrachtgever van is. Eind 2016 hebben drie ziekenhuizen een verzoek ingediend bij de ACM om samen te werken voor een aantal behandelingen voor kanker. Deze vormen zijn dermate zeldzaam dat de drie ziekenhuizen graag de chirurgische ingrepen willen concentreren, waardoor specifieke teams zich hier in kunnen specialiseren. De ACM heeft aangegeven dat als ziekenhuizen of zorginstellingen willen samenwerken, ze

eerst zelf onderzoek moeten doen of de samenwerking past binnen de Mededingingswet. Op verzoek van de ziekenhuizen heeft ACM deze informatie langs de meetlat van de Mededingingswet en de Leidraad 'beoordeling fusies en samenwerkingen ziekenhuiszorg' gelegd. ACM vindt het aannemelijk dat deze samenwerking in het belang van de patiënt en verzekerde kan zijn.

### Santeon

In 2010 is het samenwerkingsverband 'Santeon' opgericht. Binnen Santeon werkt een aantal topklinische ziekenhuizen met elkaar samen. Deze ziekenhuizen meten de belangrijke uitkomsten van de geleverde zorg (Value Based Healthcare). Zij delen deze uitkomsten met elkaar. Op basis van inzicht in deze uitkomsten leren de ziekenhuizen van elkaar en nemen zij 'best practices' van elkaar over. In 2017 hebben de Santeon-ziekenhuizen met drie zorgverzekeraars contracten afgesloten waarbij de geleverde kwaliteit van zorg een belangrijk onderdeel is.

### Fusies tussen zorgaanbieders

Vanaf 1 januari 2014 zijn fusies en overnames (hierna: fusies) tussen zorginstellingen alleen toegestaan als er naast toestemming van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) ook toestemming is van de NZa. De NZa voert een zorgfusietoets uit als ten minste één van de betrokken zorgaanbieders minimaal 50 personen in dienst heeft die zorg verlenen. De NZa geeft toestemming als:

- zorgaanbieders de effecten van de concentratie voldoende inzichtelijk hebben gemaakt;
- cliënten, personeel en andere betrokkenen op een zorgvuldige wijze bij de concentratie zijn betrokken; en





\*

1

2

3

4

5

6

7

- de verlening van cruciale zorg niet in gevaar komt door de concentratie.

De NZa toetst niet wat de gevolgen zijn voor de mededinging. De toets óf een voorgenomen concentratie leidt tot significante beperking van de mededinging, ligt expliciet bij de ACM en is vastgelegd in de Mededingingswet. Partijen met een omzet boven de omzeldrempel moeten, nadat de NZa haar toestemming heeft gegeven, zich melden bij ACM. De NZa kan bij voorgenomen fusies een zienswijze afgeven aan ACM. Hierin beschrijft de NZa dan de mogelijke gevolgen van de voorgenomen fusie voor de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. ACM gebruikt de zienswijze van de NZa bij haar beoordeling van de voorgenomen fusie. De ACM toetst de fusie op grond van de mededingingswet. Dit is een andere toets dan die die NZa eerder heeft gedaan. De ACM kan dan ook tot een andere conclusie komen. De ACM toetst of de fusie gevolgen heeft voor de burger, doordat concurrentie op de markt wordt verminderd. De NZa kan tot de conclusie komen dat de voorbereiding van de concentratie voldoet aan de bovengenoemde punten. De NZa zal de concentratie dan goedkeuren, terwijl de ACM op basis van de mededingingswet de concentratie kan afkeuren. Een fusie of overname mag niet doorgaan als het samengaan van de zorgaanbieders te veel negatieve gevolgen heeft voor de concurrentie. En daarmee uiteindelijk ook voor de burger.

In de Tweede Kamer ligt op dit moment een wetsvoorstel om de fusietoets van de NZa over te hevelen naar de ACM. In de bijlage staat een overzicht van alle fusies en overnames van ziekenhuizen die sinds 2012 door ACM goedgekeurd en vervolgens ook doorgevoerd zijn.

In 2016 heeft de NZa de overname van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis door Erasmus MC goedgekeurd. De ACM heeft deze overname recent goedgekeurd. Ook heeft de NZa de aanvraag voor de voorgenomen fusie tussen het Amsterdam Medisch Centrum (AMC) en het VU medisch centrum (VUmc) goedgekeurd. De ACM heeft eind 2016 echter aangegeven dat door deze fusie mogelijk de concurrentie bij (hoog)complexe ziekenhuiscare beperkt wordt. (Hoog)complexe care bestaat onder andere uit ingewikkelde operaties, patiënten met meerdere gezondheidsproblemen of behandelingen waar zeer gespecialiseerde apparatuur voor nodig is. De ACM concludeerde dat meer onderzoek nodig is naar de gevolgen voor patiënten (keuzevrijheid) en zorgverzekeraars (onderhandelingspositie).

In 2015 heeft ACM voor het eerst geen toestemming verleend voor een fusie tussen ziekenhuizen. Dit ging om een voorgenomen fusie tussen het Albert Schweitzer ziekenhuis en Rivas Zorggroep. Volgens ACM zou deze fusie door het wegvallen van concurrentiedruk negatieve gevolgen kunnen hebben voor patiënten en verzekeren. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het stijgen van de prijzen, maar ook aan minder druk om te innoveren of zorg van betere kwaliteit te leveren. De machtspositie van de zorgaanbieders zou door de fusie te groot worden.

### Marktaandeel medisch-specialistische zorg

In een goed werkend zorgstelsel is er voldoende concurrentie tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars. Zo blijven er voldoende mogelijkheden voor de burger om te kiezen. Een concurrerende omgeving bevordert ook de innovatie, dynamiek en efficiëntie en dit kan leiden tot een betere prijs/kwaliteitverhouding van zorg. In de praktijk kan het voorkomen dat een zorgaanbieder



\*

1

2

3

4

5

6

7

of zorgverzekeraar weinig concurrentie ervaart. Er kan dan sprake zijn van een machtspositie.

De NZa onderzocht in dit kader de marktaandelen van ziekenhuizen of zorgverzekeraars op het gebied van medisch-specialistische zorg.

### Marktaandeel ziekenhuizen

De gewogen marktaandelen van ziekenhuizen worden berekend op basis van het gewogen aantal patiënten per viercijferig postcodegebied. De postcodes worden gewogen met het belang van deze postcodes voor het betreffende ziekenhuis. Als een ziekenhuis een marktaandeel van 100% heeft, betekent dat dus dat in gebieden waar het ziekenhuis patiënten heeft alle patiënten door dit ziekenhuis behandeld worden. Omdat zbc's en categorale instellingen zorgaanbieders zijn met een beperkt aantal specialismen zijn deze bij de analyse buiten beschouwing gelaten. De berekende gewogen marktaandelen zijn voor het hele aanbod van de umc's. Maar de gewogen marktaandelen voor specifieke complexe zorg kan hiervan afwijken.

Er is een variatie zichtbaar in de gewogen marktaandelen. Eén van de ziekenhuizen heeft een gemiddeld gewogen marktaandeel van 20,6% terwijl dit voor een ander ziekenhuis 81,7% is.

In de tabel wordt het gemiddeld gewogen marktaandeel van het algemene ziekenhuis of umc weergegeven. Het marktaandeel wordt bepaald op basis van het percentage patiënten in de regio, dat gebruik maakt van het algemene ziekenhuis of umc. Voor algemene ziekenhuizen en umc's worden verschillende regio's gebruikt, omdat umc's bepaalde zorg leveren voor een grotere regio. Om deze reden zijn de percentages niet bij elkaar op te tellen. Het

gewogen marktaandeel van 58,5% voor algemene ziekenhuizen betekent dat in de regio 41,5% niet gebruik maakt van een algemeen ziekenhuis, maar voor zijn medisch-specialistische zorg naar bijvoorbeeld een umc of een ander algemene ziekenhuis gaat.

### Gemiddeld gewogen marktaandeel per type zorgaanbieder (%)

Type zorgaanbieder	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	60,3	59,0	58,5
Umc's	26,7	26,0	26,3

Bron: NZa, op basis van Vektis

Het gemiddeld gewogen marktaandeel voor umc's blijft over de jaren ongeveer gelijk. Het gemiddeld gewogen marktaandeel voor algemene ziekenhuizen lijkt iets te dalen.



\*

1

2

3

4

5

6

7

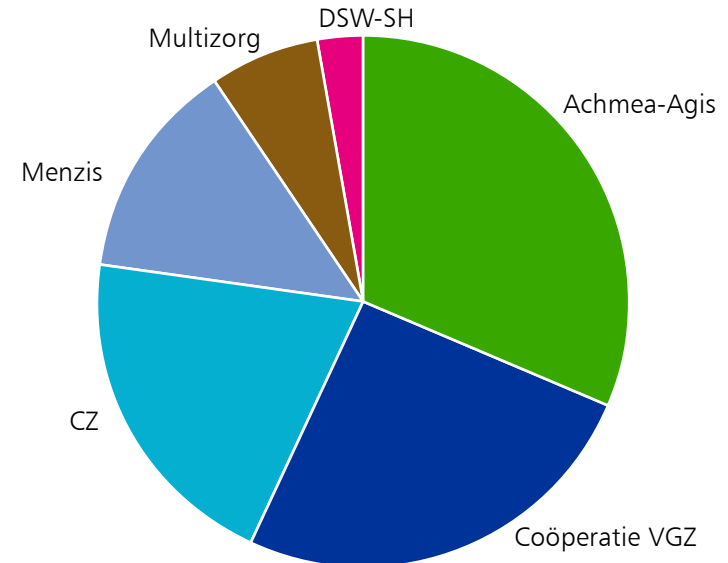
Marktaandeel zorgverzekeraars bij medisch-specialistische zorg  
Om te onderzoeken hoe groot de marktaandelen van zorgverzekeraars zijn bij de inkoop van de medisch-specialistische zorg, hebben we gekeken hoeveel procent van de door ziekenhuizen gedeclareerde zorg bij de betreffende zorgverzekeraar gedeclareerd is. Er zijn vier zorgverzekeraars met een groot marktaandeel zichtbaar: Achmea-Agis, VGZ, CZ en Menzis. Tussen de jaren 2012 en 2014 is een kleine daling zichtbaar in het marktaandeel van Achmea-Agis. De marktaandelen van CZ stijgen jaarlijks licht.

*Marktaandelen van inkoopcombinaties (%)*

Type zorgverzekeraar	2012	2013	2014
Achmea-Agis	32,8	32,8	31,5
Coöperatie VGZ	24,8	24,2	25,5
CZ	19,7	20,1	20,3
Menzis	13,6	13,4	13,4
Multizorg	6,5	6,8	6,7
DSW-SH	2,6	2,7	2,6

Bron: NZa, op basis van Vektis

De marktaandelen van zorgverzekeraars verschillen per provincie. Zo wordt meer dan 80% van de zorg in de provincies Noord-Brabant en Limburg gedeclareerd bij CZ en VGZ. In de provincie Overijssel geldt hetzelfde voor Menzis en Achmea-Agis. In de provincies Zuid-Holland en Gelderland is een meer gelijkmatige verdeling van het marktaandeel tussen de zorgverzekeraars zichtbaar. In andere provincies heeft juist één zorgverzekeraar een hoger marktaandeel. Zo heeft Menzis het grootste marktaandeel in Groningen, terwijl dit voor CZ in Zeeland geldt. Achmea-Agis heeft het hoogste marktaandeel in Friesland, Drenthe, Noord-Holland, Flevoland en Utrecht.



2014



\*

1

2

3

4

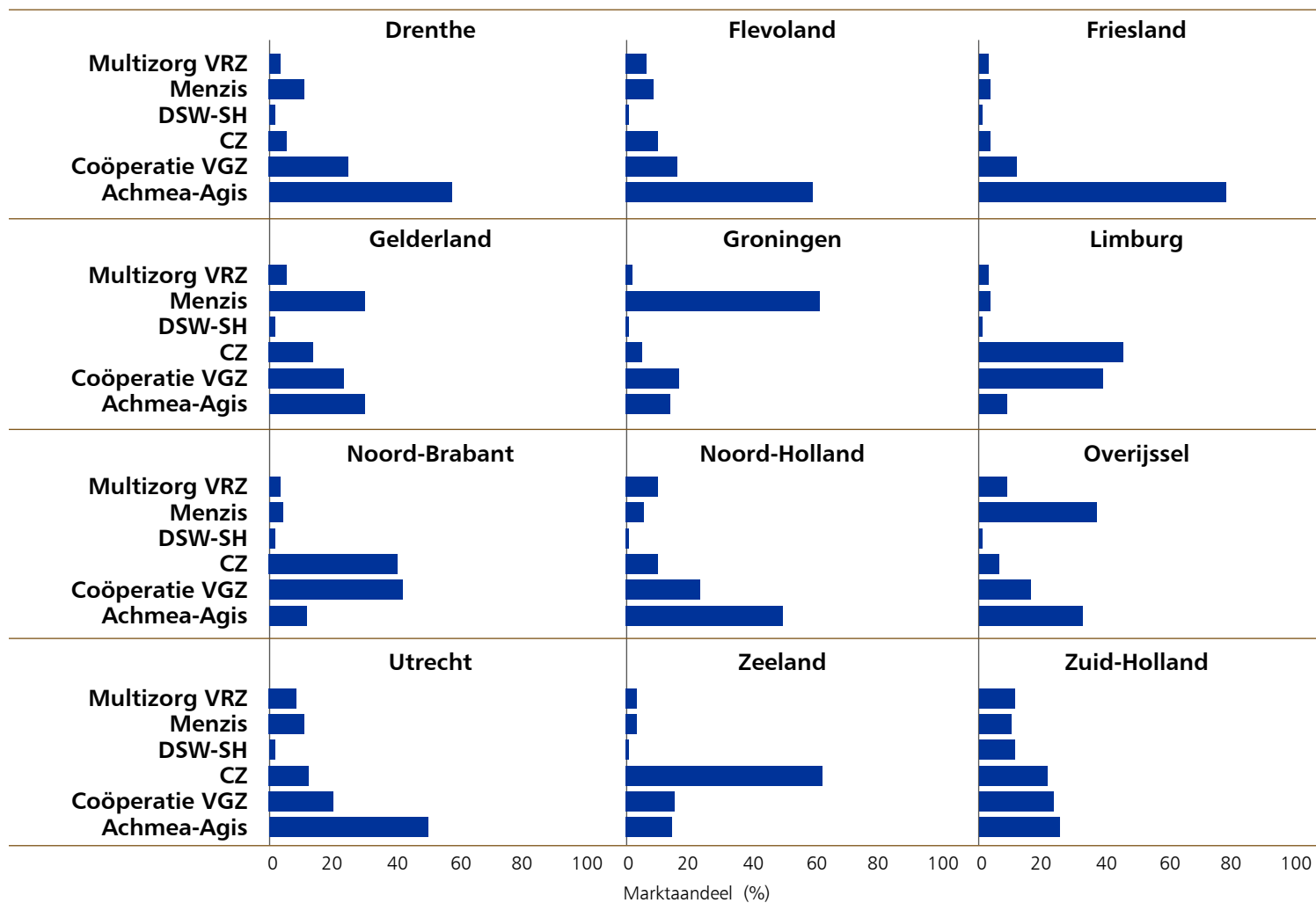
5

6

7



Marktaandelen inkoopcombinaties per provincie in procenten (2014)



Bron: NZa, op basis van Vektis data 2014



## Conclusies en aanbevelingen

### Samenwerking

- De NZa is voorstander van samenwerking als dit meerwaarde heeft voor de patiënt, bijvoorbeeld als de kwaliteit of doelmatigheid van de zorg verbetert.
- De NZa concludeert dat veel ziekenhuizen in hun jaarrekeningen ingaan op samenwerkingsverbanden die ze hebben met andere ziekenhuizen. Zo is bijvoorbeeld op hoog-complexe oncologische zorg een ontwikkeling gaande om regionaal samen te werken. De samenwerking zit vooral op het delen van kennis en kunde, met als doel dat bij alle samenwerkende ziekenhuizen de kwaliteit van de zorg verbetert.
- Initiatieven, zoals de Santeon ziekenhuizen, waarbij kwaliteit transparant wordt gemaakt en met elkaar worden gedeeld om de kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren, juicht de NZa toe.
- Aan de andere kant kunnen samenwerkingsverbanden en fusies voor meer concentratie van de ziekenhuiszorg zorgen. De schaalvergroting van de ziekenhuissector in Nederland komt met name voort uit fusies tussen ziekenhuizen die dicht bij elkaar liggen. Daardoor wordt zowel de schaal als het marktaandeel groter en de concurrentie minder, wat kan leiden tot te hoge prijzen of te lage kwaliteit. Daarnaast is een belangrijk risico van schaalvergroting dat de zorg voor veelvoorkomende aandoeningen op te weinig locaties beschikbaar is. Mensen met meerdere aandoeningen – door de vergrijzing een steeds groter wordende groep – moeten dan naar meerdere (locaties van) ziekenhuizen. Dit kan een behandeling die nauw is afgestemd tussen ziekenhuis, huisarts en mantelzorger in de weg staan en ten koste gaan van de kwaliteit van zorg.

- Wel is er voor bepaalde aandoeningen een verband gevonden tussen het aantal uitgevoerde behandelingen en de kwaliteit, maar boven een bepaalde grens neemt de kwaliteit niet per definitie meer toe. Dit is echter niet een gegeven en zou per keer bekeken moeten worden. Samenwerkingsverbanden of fusies die geen meerwaarde hebben of juist een negatief effect hebben voor de burger op het gebied van keuzevrijheid, kwaliteit en/of toegankelijkheid zouden zo veel mogelijk voorkomen moeten worden.

### Marktaandelen stabiel

- Ten opzichte van de jaren 2012 en 2013 ziet de NZa dat jaarlijks steeds minder ziekenhuizen met elkaar fuseren. De marktaandelen van ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren vrij stabiel gebleven en zelfs een beetje afgenomen. De NZa vindt dit een goede ontwikkeling, omdat dit betekent dat burgers de zorg ook bij andere zorgaanbieders zijn gaan afnemen. Dit komt de concurrentie ten goede, wat kan bijdragen aan innovatie en betere kwaliteit van zorg voor de burger.
- Wel ziet de NZa een grote spreiding tussen regio's. Deze spreiding is te zien bij zowel het marktaandeel van ziekenhuizen als het marktaandeel per zorgverzekeraar. Als een ziekenhuis of zorgverzekeraar een hoog marktaandeel heeft in de regio, is dat voor de NZa een reden om hen in de gaten te houden. Een hoog marktaandeel staat niet gelijk aan aanmerkelijke marktmacht, maar kan daar wel een indicator voor zijn. Voor de NZa is essentieel dat een dergelijk marktaandeel niet leidt tot negatieve gevolgen voor de burger. Denk bijvoorbeeld aan een stijging van de prijzen of vermindering van de kwaliteit. Wanneer dat het geval is, grijpt de NZa in.

\*

1

2

3

4

5

6

7

# 3. Contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen een contract met elkaar afsluiten. Zij kunnen in dat contract afspraken maken over onder meer de prijs, volume en kwaliteit van de zorg. In veruit de meeste gevallen hebben ziekenhuizen een contract met de verzekeraar van de patiënt.

De NZa onderzocht voor deze marktscan de contractafspraken via een vragenlijst aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In totaal hebben 8 zorgverzekeraars en 70 zorgaanbieders (waarvan 20 algemene ziekenhuizen, 5 umc's, 8 categorale instellingen en 37 zbc's) de vragenlijst ingevuld.

Daarnaast heeft de NZa, naar aanleiding van afspraken tussen brancheverenigingen in de zorg, het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en de NZa, in 2016 een aparte monitor uitgebracht. Hierin werd het verloop van de contractering van medisch-specialistische zorg voor het jaar 2017 gemonitord. De resultaten hiervan zijn hier te vinden.

## Prijsafspraken

Een zorgverzekeraar kan prijsafspraken maken met meerdere zorgaanbieders. In de praktijk hebben zorgverzekeraars vaak met (bijna) alle ziekenhuizen een contract afgesloten. In contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen verschillende soorten afspraken gemaakt worden over de kosten van zorg [zie

kader]. In één contract kunnen meerdere soorten afspraken en varianten hierop gemaakt worden.

### Prijzen per dbc

Zorgverzekeraar en de zorgaanbieder maken bij het contract afspraken over de prijs per dbc. De omzet die de zorgaanbieder bij de verzekeraar kan declareren, hangt af van hoeveel dbc's. De berekening is: prijs keer volume ( $p \cdot q$ ).

### Omzetplafond en aanneemsom

Hoe meer dbc's een aanbieder geleverd heeft, hoe meer hij kan declareren bij de zorgverzekeraar volgens de  $p \cdot q$ -afpraak. Omdat hier in principe geen maximum aan zit, maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders dikwijls vooraf afspraken over een maximum bedrag. Dit kan door middel van een omzetplafond of een aanneemsom. Voor een omzetplafond geldt dat een zorgaanbieder tot aan het maximumbedrag declareert conform de  $p \cdot q$ -methode. Voor de situatie waarin de geleverde zorg boven het omzetplafond uitkomt, kunnen aparte afspraken worden gemaakt. Zij kunnen patiënten naar andere aanbieders verwijzen of een doorleververplichting afspreken in het contract met de zorgaanbieder. Dit laatste betekent dat de aanbieder verplicht is om zorg te blijven leveren, ook als het afgesproken omzetplafond overschreden is. Verzekeraars moeten namelijk altijd voldoen aan hun zorgplicht, ook als het afgesproken omzetplafond overschreden is.



\*

1

2

3

4

5

6

7

Voor een aanneemsom afspraak geldt dat de zorgaanbieder een vast bedrag krijgt ongeacht de hoeveelheid zorg die hij levert. Bij zowel omzetplafond en aanneemsommen kan de prijs afhankelijk zijn van de hoeveelheid zorg die geleverd wordt. Wanneer de q hoger dan verwacht is, zal de p moeten dalen om uit te komen op het afgesproken maximum bedrag. Hierdoor kan de werkelijke vergoeding per dbc in een jaar uiteindelijk afwijken van de vooraf overeengekomen prijs.

Zorginstituut Nederland heeft inmiddels in overleg met de NZa (na consultatie van verzekeraars) vanaf 2016 [het Handboek zorgverzekeraars informatie zorgverzekeringswet zo aangepast dat structureel gegevens over plafonds, aanneemsommen, gedeclareerde omzet en werkelijke schadelast \(uitbetaalde omzet\) beschikbaar komen. Het Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet gaat over de specifieke informatie die zorgverzekeraars aan Zorginstituut Nederland moeten aanleveren in het kader van de Zorgverzekeringswet. Daarnaast heeft de NZa recent een uitvraag gedaan over eerdere jaren waarover via het Handboek nog niet de gewenste nadere informatie beschikbaar komt.](#)

De afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling maken over de prijzen zijn niet hetzelfde. Daardoor betaalt een zorgverzekeraar voor een dbc bij het ene ziekenhuis meer dan voor dezelfde dbc bij een ander ziekenhuis. En andersom geldt hetzelfde: ook zorgaanbieders kunnen met meerdere zorgverzekeraars een contract afsluiten. Het is dus ook mogelijk dat een dbc voor de ene patiënt duurder is dan dezelfde dbc voor een patiënt met een andere zorgverzekering. Wanneer deze kosten nog

onder het eigen risico vallen, kan het zijn dat de verzekerde (een deel van) deze kosten zelf draagt. Het kan voor deze verzekerde lonen om te kijken waar de prijs het laagst is, zodat hij minder hoeft te betalen. Daarvoor is vooraf transparantie nodig over de kosten die de verzekerde moet betalen.

### Transparantie van de afgesproken prijzen

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de afgelopen periode steeds meer openheid gegeven over de hoogte van de prijzen. Dit zou de verzekerde vooraf inzicht kunnen bieden in de kosten voor zijn zorg. Om deze reden richten alle initiatieven zich op prijzen tot aan € 885. Dat is het maximale bedrag (vrijwillig eigen risico en verplicht eigen risico) wat een verzekerde zelf zou kunnen betalen aan medisch-specialistische zorg.

De initiatieven die op dit terrein worden genomen, lopen uiteen. Zo heeft bijvoorbeeld zorgverzekeraar CZ in 2015, en recent ook andere zorgverzekeraars er voor gekozen om de prijzen van bepaalde behandelingen in bepaalde ziekenhuizen tot aan de grens van het vrijwillig eigen risico, openbaar te maken op hun [website](#). Het [Elkerliek ziekenhuis](#) heeft er voor 2017 voor gekozen om voor bepaalde zorg gebruik te maken van (slechts) drie tarieven. Om zo de transparantie voor de verzekerde te vergroten.



\*

1

2

3

4

5

6

7

Het Elkerliek ziekenhuis heeft een deel van haar tarieven van 2017 via haar website bekend gemaakt, het gaat om de polikliniekbezoek tarieven. Daarnaast heeft het ziekenhuis met een groot deel van haar verzekeraars afgesproken om de prijzen aanzienlijk te vereenvoudigen met als doel vooraf de prijzen duidelijker te maken voor de patiënt. Voor een groot aantal behandeling tot € 885, de grens van het verplichte eigen risico plus het vrijwillige eigen risico, is afgesproken om voortaan nog maar drie tarieven te hanteren van € 100, € 185 of € 300. Waar voorheen 900 verschillende tarieven golden, worden nu nog drie verschillende tarieven gebruikt. Met deze tarieven wordt bijna de helft van alle declaraties die het ziekenhuis jaarlijks aan deze zorgverzekeraars stuurt gedekt.

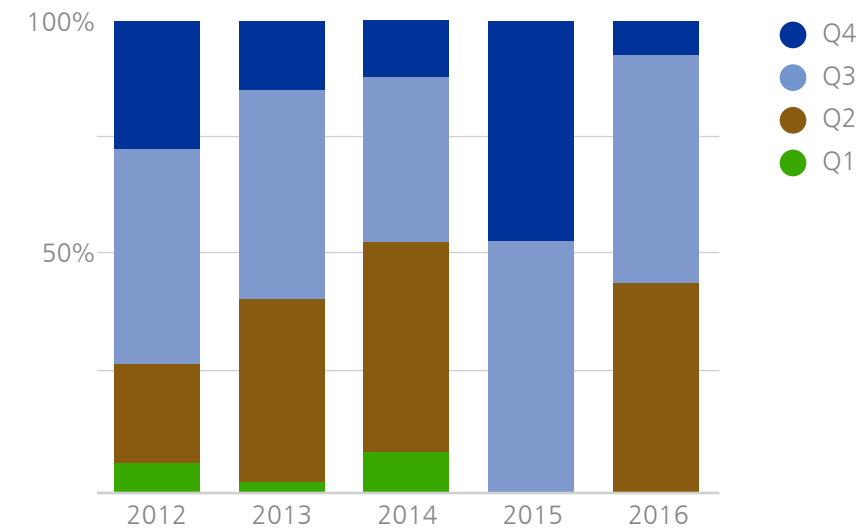
### Snelheid totstandkoming prijsafspraken

Op uiterlijk 19 november, vanaf 2018 is dat 12 november, dienen verzekeraars verzekerden te [informer](#)en over de polisvoorwaarden en het gecontracteerde aanbod. Voor de verzekerde betekent dat de polisvoorwaarden helder moeten zijn en voor hem transparant moet zijn met welke aanbieder een contract is gesloten en wat de vergoeding is door een bepaalde zorgverzekeraar. Dit traject heeft de NZa in 2016 [gemonitord](#).

Op 19 november hebben de zorgaanbieder en zorgverzekeraar in de praktijk nog geen prijsafspraken gemaakt. Het vaststellen van de exacte prijslijst is meestal de laatste stap in het contracteerproces. Over het algemeen worden deze prijzen in het lopende jaar openbaar gemaakt. De verzekeraar levert de NZa per zorgaanbieder, waarmee zij een contract heeft afgesloten, een contractprijs per dbc aan.

Om te volgen hoe snel de prijsafspraken tot stand komen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, brengen we per kwartaal in kaart voor hoeveel procent van de zorg (gewogen naar omzet van het voorgaande jaar) prijzen aangeleverd zijn. Uit deze gegevens blijkt dat in 2016 het eerste half jaar meer dan de helft van alle contractprijzen aangeleverd was. Na de vertraging in de aanlevering van de [prijsafspraken](#) die in 2015 optrad, komen de prijsafspraken dus weer sneller tot stand, maar nog steeds pas gedurende het lopende jaar. In de vragenlijsten geven de aanbieders en de verzekeraars aan dat het gemiddeld drie tot zes maanden duurt, nadat het contract op hoofdlijnen was gesloten, voordat de prijsafspraken tot stand kwamen. Uit de cijfers blijkt dus dat over een groot gedeelte van de omzet pas na het tweede kwartaal prijsafspraken worden gemaakt.

### Snelheid totstandkoming prijzen ziekenhuizen



Bron: NZa, op basis van aangeleverde contractprijzen.





\*

1

2

3

4

5

6

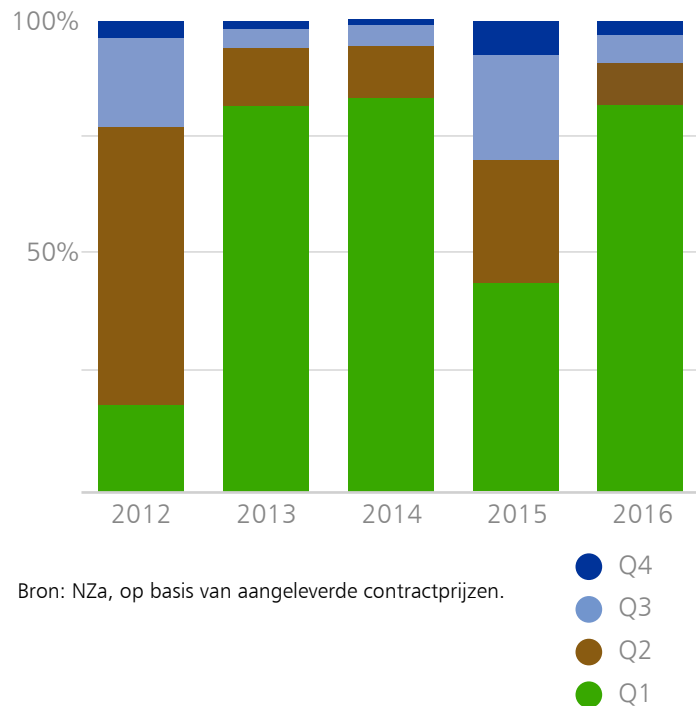
7

“Prijzafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen in het lopende jaar tot stand.”

### Prijzlijsten zelfstandige behandelcentra

De NZa brengt ook in kaart hoeveel zbc's een contract hebben afgesloten met zorgverzekeraars. Zoals eerder aangegeven hebben steeds minder zbc's een contract met een zorgverzekeraar. Voor niet-gecontracteerde zbc's worden uiteraard geen prijsafspraken gemaakt. Voor zbc's geldt dat de prijsafspraken over het algemeen sneller bekend zijn dan bij de ziekenhuizen.

### Snelheid totstandkoming prijzen zbc's



“Prijzafspraken van zbc's staan eerder vast dan die voor ziekenhuizen.”

### Doorlooptijdverkorting

Na de vertraging in het aanleveren van de prijsafspraken die in 2015 optrad komen de prijzafspraken in 2016 weer sneller tot stand. De vertraging kwam volgens de verzekeraars en aanbieders doordat de maximale doorlooptijd van een dbc per 1 januari 2015 verkort is van 365 dagen naar 120 dagen. Dit heeft het voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders in 2015 moeilijk gemaakt om de kosten van een dbc te voorspellen. Daardoor was het ook lastiger om samen een prijs af te spreken. Het lijkt erop dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier in 2016 minder problemen mee hebben.

Toch geven zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan dat de verkorting van doorlooptijden in 2016 nog voor problemen heeft gezorgd. De opgelopen vertraging in de contractering over 2015 zorgde ook voor vertragingen in de contractering over 2016. Dit komt onder andere doordat cijfers over het jaar 2015 pas laat beschikbaar waren. Omdat 2015 het eerste jaar was waarin gewerkt werd met de kortere doorlooptijden en de prijzen vertaald moesten worden, was ook enigszins onzeker in hoeverre deze prijzen gebruikt konden worden voor de nieuwe onderhandelingen.

### Integrale tarieven

De zorgverzekeraar maakt afspraken met de zorgaanbieders over de aard van het contract (plafondafpraak, lumpsum, p\*q) en de hoogte van het tarief. Dit betreft sinds 1 januari 2015 een integraal tarief waarin ook de kosten van de medisch specialist zijn meegenomen. Vervolgens maakt het instellingsbestuur



\*

1

2

3

4

5

6

7

afspraken met de medisch specialisten in vrije vestiging over de hoogte van de vergoeding van de medisch specialisten. Hierbij hanteren instellingsbesturen en het medisch-specialistisch bedrijf (MSB) verschillende samenwerkingsvormen, zoals is weergegeven in de monitor 'integrale bekostiging MSZ'. De NZa blijft deze ontwikkelingen ook de komende jaren monitoren. In de eerstvolgende monitor (in de zomer van 2018) zal de NZa ook de inkomensontwikkelingen van medisch specialisten als gevolg van de integrale bekostiging onderzoeken.

### Kwaliteitsafspraken

Naast afspraken over aanneemsommen, omzetplafonds of andere prijsafspraken, worden er in de contracten ook afspraken gemaakt over andere belangrijke zaken. Zo worden er vaak afspraken gemaakt over de te leveren kwaliteit of bijvoorbeeld afspraken over de zorg op de juiste plek, zoals substitutie van zorg uit de tweede lijn (het ziekenhuis), naar de eerste lijn (bijvoorbeeld de huisarts).

### Selectieve inkoop

Verzekeraars kunnen selectief zorg inkopen door met bepaalde zorgaanbieders geen contract af te sluiten of door bepaalde zorg niet bij zorgaanbieder X in te kopen, maar wel bij zorgaanbieder Y. Dat doen ze bijvoorbeeld omdat zij de kwaliteit van zorg bij de ene zorgaanbieder beter vinden. Voor de medisch-specialistische zorg geldt dat vrijwel alle ziekenhuizen een contract hebben met de zorgverzekeraars. Uit de enquête die door zorgverzekeringsconcerns is ingevuld blijkt dat vooral de grote zorgverzekeraars selectief zorg inkopen. Het gaat dan met name over complexe vormen van zorg. Voorbeelden zijn schisis zorg (hazenlip e.d.), dure geneesmiddelen en zorg bij borstkanker. Zorgverzekeraars geven aan dat zij hun verzekerden hierover via de website informeren.

Een specifiek voorbeeld van een polis waarvoor selectieve vergoeding geldt, is de polis met beperkende voorwaarden (ook wel budgetpolis genoemd). De NZa heeft onderzoek gedaan naar deze vorm van selectieve inkoop in relatie tot de zorgplicht van zorgverzekeraars. Ook heeft de NZa gekeken of kwaliteit een rol speelt bij deze selectieve inkoop. In haar onderzoek concludeert de NZa dat een polis met beperkende voorwaarden op de onderzochte onderdelen (o.a. kwaliteit, wachttijden) gelijkwaardig is aan een reguliere zorgpolis met gecontracteerde zorg. Bij polissen met beperkende voorwaarden worden er echter met minder zorgaanbieders contracten afgesloten, waardoor dergelijke polissen gevoeliger zijn voor eventuele knelpunten als het gaat om de bereikbaarheid of tijdigheid van de zorg.

### Meerjaren contracten

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken steeds vaker contract afspraken voor meerdere jaren. In 2016 hadden verzekeraars met gemiddeld 25% van de gecontracteerde zorgaanbieders een meerjarig contract, deze contracten hebben veelal een looptijd van twee tot vier jaar. Meerjarige contracten kunnen verschillende voordelen hebben t.o.v. eenjarige contracten, voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Zo kan het zorgen voor minder administratieve lasten, biedt het meer langdurige zekerheid ten behoeve van investeringen en herinrichting zorglandschap (bijvoorbeeld in verband met substitutie) en kan er meer aandacht zijn voor niet financiële afspraken (zoals kwaliteit, innovatie en efficiëntie van zorg).

Daarnaast zijn er echter ook verzekeraars die ondanks de voordelen van meerjaren contracten er soms bewust voor kiezen dit niet te doen, om flexibel te blijven in hun contractering.



\*

1

2

3

4

5

6

7

### Kwaliteit

Alle zorgverzekeraars geven in de enquête aan dat zij afspraken over de kwaliteit van zorg opnemen in de contracten. Deze afspraken gaan onder andere over keurmerken, zorginhoudelijke aspecten en het voldoen aan de richtlijnen van de beroepsgroep. Daarnaast worden er soms specifieke individuele afspraken gemaakt met zorgaanbieders. Zorgverzekeraars geven aan dat de afspraken worden gemonitord en besproken met de zorgaanbieder en het niet voldoen aan de kwaliteitseisen zou dan financiële gevolgen voor de zorgaanbieder hebben. Zorgverzekeraars geven aan dat de zorgaanbieder dan bijvoorbeeld geen recht heeft op vergoeding van de betreffende behandeling.

### Substitutie van zorg

Zes zorgverzekeraars geven aan afspraken te hebben gemaakt over het bevorderen van substitutie. Dit betekent dat zorgverzekeraars, waar mogelijk, de zorg goedkoper aan (laten) bieden (door de huisarts bijvoorbeeld, of op de polikliniek). Over het bevorderen van substitutie van klinische zorg naar poliklinische zorg wordt door drie zorgverzekeraars afspraken gemaakt.

Deze afspraken hebben in de meeste gevallen direct invloed op de hoogte van het omzetplafond dat afgesproken wordt. Bij het opstellen van de substitutieafpraak wordt vaak een bedrag vastgesteld waarmee het omzetplafond voor het jaar wordt verlaagd. Bij het niet realiseren van de substitutieafspraken, komt de aanbieder boven het omzetplafond uit en krijgt de aanbieder niet meer betaald voor de zorg die hij levert. Hierdoor heeft het niet realiseren van de substitutie doelstellingen direct financiële consequenties voor de zorginstelling. Zorgaanbieders geven aan dat er meer regionaal maatwerk nodig is om effectievere afspraken over

de substitutie van zorg te kunnen maken. Zij vinden dat er teveel met standaard contracten gewerkt wordt en te weinig rekening wordt gehouden met de lokale omstandigheden.

Bijvoorbeeld het [ziekenhuis Bernhoven](#) zet zich in voor verdere substitutie. Het ziekenhuis heeft hierover expliciet meerjarenafspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Zo wordt bepaalde zorg die voorheen in het ziekenhuis werd geleverd nu dichtbij huis door bijvoorbeeld de huisarts aangeboden. Eventueel kan de medisch specialist nog mee kijken bij de huisarts. Dit scheelt zowel tijd als kosten.

### Taakherschikking

Onder taakherschikking verstaat de NZa een aanpassing van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen in de medisch-specialistische zorg. Zorgtaken die in het verleden alleen door of onder eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist mochten worden uitgevoerd, worden in het geval van taakherschikking door een andere beroepsgroep uitgevoerd. De andere beroepsgroep krijgt daarbij ook het registratierecht en de declaratiebevoegdheden. Taakherschikking is dus wat anders dan taakdelegatie. Bij taakdelegatie voert een beroepsgroep namelijk zorgtaken uit onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, het registratierecht en declaratiebevoegdheid blijven bij de oorspronkelijke zorgaanbieder. Door middel van taakherschikking zouden bepaalde taken uitgevoerd kunnen worden door een andere beroepsgroep. Wanneer de beroepsgroep deze zorg goedkoper kan leveren, zouden kosten bespaard kunnen worden. Uit de vragenlijst blijkt dat slechts een aantal zorgverzekeraars hier afspraken over opneemt in de contracten. Zij geven aan dat



\*

1

2

3

4

5

6

7

het onderwerp wel wordt besproken om inzicht te krijgen in hoe taakherschikking door de zorgaanbieder wordt ingevuld. Twee zorgverzekeraars geven aan taakherschikking wel te bevorderen. De zorgaanbieders spelen daarbij een actieve rol en formuleren vaak zelf concrete doelstellingen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben aangegeven het echter nog te vroeg te vinden om doelmatigheidsvoordelen van taakherschikking in kaart te brengen en hier consequenties aan te verbinden.

Een voorbeeld van taakherschikking die heeft plaatsgevonden is die van physician assistant of de verpleegkundig specialist. Hier heeft het ministerie van VWS onderzoek naar laten doen. Bij deze taakherschikking volgt uit het onderzoek dat het aantal overlegmomenten tussen arts en physician assistant of verpleegkundig specialist gehalveerd kon worden. Hierdoor blijft er meer tijd over voor de patiënt. Ook waarden de patiënten de deskundigheid van de physician assistant en verpleegkundig specialist als zeer hoog.

### **Knelpunten tijdens de contractonderhandelingen**

Aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars is gevraagd wat zij aan knelpunten zien bij de contractonderhandeling. In deze paragraaf wordt ingegaan op de door hen aangegeven punten. Zij geven aan dat zij als belangrijkste knelpunten tijdens de contractonderhandelingen zien de wijzigingen van dbc's, het laat bekend worden van regelgeving en het feit dat er soms wijzigingen met terugwerkende kracht zijn.

Daarnaast zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk in

overleg om te kijken op welke wijze zij het contracteerproces zelf kunnen verbeteren. Hiervoor is begin 2017 een regiobijeenkomst geweest tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars met als doel tot verbeteringen te komen voor het contracteerproces voor 2018.

Voor wat betreft de wijzigingen van de dbc's, heeft de NZa aan het ministerie van VWS geadviseerd om tot 2020 rust te houden in de dbc-bekostiging. Daarnaast is met het ministerie van VWS afgesproken om de beleidscyclus te vervroegen van 1 juli naar 1 mei. De NZa heeft eind april (2017) de prestaties, tarieven en regelgeving voor de medisch-specialistische zorg in 2018 bekend gemaakt.

De kosten van dure geneesmiddelen worden in de enquête specifiek genoemd als een knelpunt in de onderhandelingen. Er dreigt verdringing van andere zorg door de groeiende kosten van dure geneesmiddelen binnen de beperkte groei ruimte van het hoofdlijnenakkoord met ziekenhuizen. Op het terrein van dure geneesmiddelen voert de NZa een monitor uit. Uit de eind 2016 uitgebrachte monitor blijkt dat de veldpartijen in de medisch specialistische zorg breed inzetten op het borgen van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Tegelijkertijd is duidelijk dat de druk op de betaalbaarheid en toegankelijkheid nog bestaat. Een reden voor de, door ziekenhuizen ervaren financiële knelpunten, is dat zorgverzekeraars in staat zijn lagere contractprijzen voor geneesmiddelen te bedingen bij ziekenhuizen dan voorheen. Tot slot kopen zorgverzekeraars een aantal dure geneesmiddelen niet bij alle, maar bij een aantal ziekenhuizen in. Een instelling die hiervoor niet gecontracteerd is en toch een patiënt wil behandelen bekostigt dit uit andere opbrengsten en kan hierdoor een financieel knelpunt ervaren.



\*

1

Zelfstandige behandelcentra geven aan dat zij ervaren achter in de rij te staan in de periode dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen over contracten en dat zij steeds vaker geen contract kunnen krijgen.

2

Zorgverzekeraars geven daarnaast aan dat de informatie over de productie van aanbieders niet actueel genoeg is. Een goed beeld van het lopende jaar (en soms ook het jaar nog daarvoor) ontbreekt vaak. Hierdoor is het moeilijk te voorspellen hoeveel zorg ingekocht moet worden. Ook legt de deadline om de zorgpremies en de huidige contracten bekend te maken per 19 november druk bij zorgverzekeraars.

3

Zorgaanbieders geven op hun beurt aan dat de verplichte onderhandelingsdeadlines voor verzekeraars niet altijd aansluiten op het eigen ritme van de betrokken partijen. Dat zorgt voor ongewenste druk op het onderhandelingsproces. Daarnaast geven zij aan dat er vanuit de zorgverzekeraar vaak geen begrip is voor de lokale situatie en dat de focus nog teveel op de prijs ligt en te weinig op kwaliteit. Met name zbc's vinden de marktmacht van zorgverzekeraars naar kleine zorgaanbieders te groot. Zorgverzekeraars geven echter ook aan dat zij soms ook afhankelijk zijn van (grote) ziekenhuizen, omdat zij vaak wel een contract moeten afsluiten.

4

5

6

7



## Conclusies en aanbevelingen

### Kwaliteitsafspraken

- De NZa ziet graag meer kwaliteits- en doelmatigheidsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa vindt het wenselijk dat werk gemaakt wordt van afspraken over goede uitkomsten (medisch inhoudelijke uitkomstmaten en patientuitkomstmaten). Bij goede afspraken kan dit leiden tot betere zorg tegen lagere kosten voor de burger.
- De NZa constateert dat prijsafspraken nog steeds een belangrijk onderdeel zijn bij de contracten tussen de medisch-specialistische zorg en zorgverzekeraars. Afspraken over onder meer kwaliteit en substitutie worden steeds vaker gemaakt, maar vormen nog maar een klein onderdeel van alle contracten. Meerjarencontracten kunnen hier ook aan bijdragen, omdat het zowel voor de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar voor een langere periode rust biedt en ruimte geeft om meerjarentrajecten op kwaliteit in te zetten.
- De NZa is voorstander van een grotere kwaliteitscomponent in de contracten. De huidige initiatieven zijn een goede eerste stap, maar zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden hier gezamenlijk nog beter invulling aan kunnen geven. De huidige bekostiging biedt op dit moment ruimte voor verschillende initiatieven. Hoe partijen dit vorm geven is aan hen. Gedacht kan worden aan zorg meer op regioniveau vorm geven of aan te sluiten bij initiatieven rondom kwaliteitstransparantie zoals Value Based Health Care. De NZa ziet voldoende verschillende initiatieven ontstaan binnen de sector die als inspiratie zouden kunnen dienen. Daar waar partijen met innovatieve ideeën met vragen lopen over de mogelijkheden die de huidige bekostiging biedt, zal de NZa met hen in gesprek gaan om de (huidige)

mogelijkheden te verkennen. De NZa verwacht dat de sector kan blijven innoveren binnen de ruimte die het huidige systeem biedt. Dit pleit er voor om rust en stabiliteit in het systeem te bewaren en de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de tijd, zekerheid en ruimte te gunnen om de handschoen verder op te pakken.

- De NZa blijft initiatieven met betrekking tot kwaliteitscomponent in contracten nauwgezet volgen. Ook verwacht de NZa, gezien recente initiatieven, dat de sector hier meer aandacht aan zal geven. Ook blijft de NZa voor het door ontwikkelen van de bekostiging op lange termijn deze verschillende initiatieven goed in de gaten houden.

### Transparantie van prijs en kwaliteit

- De NZa staat voor goede keuze-informatie voor de burger, dus voor transparantie van prijzen, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. De NZa constateert een ontwikkeling naar meer prijstransparantie. Prijzen voor de behandeling worden voor de burger transparant gemaakt; voor zover de kosten onder het maximale vrijwillige en verplichte eigen risico vallen (€ 885). Hierdoor kan de verzekerde van te voren inzien wat de zorg hem gaat kosten. Ook kan hij een keuze maken voor een goedkopere aanbieder, als dat zijn voorkeur heeft. De NZa zal de komende periode samen met de ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiënten kijken op welke wijze hier verdere stappen in genomen kunnen worden. Zodat de energie die er nu is in de sector om prijzen transparant te gaan maken niet verloren gaat.

\*

1

2

3

4

5

6

7

- Daarbij wordt ook gekeken naar de snelheid waarmee prijsafspraken tot stand komen. Deze worden nu gedurende het jaar gemaakt, waardoor eventuele prijzen pas gedurende het jaar transparant gemaakt kunnen worden voor de patiënt. De patiënt heeft er belang bij vooraf te kunnen weten wat een behandeling hem of haar gaat kosten. Dit wringt met het gedurende het jaar prijsafspraken afronden over het lopende jaar. Opvallend is dat zbc's sneller prijsafspraken weten af te ronden dan ziekenhuizen. Dit komt mogelijk, doordat zbc's doorgaans over minder behandelingen afspraken hoeven te maken.
- Naast een vergelijking op prijs zou de NZa graag willen zien dat een verzekerde ook een vergelijking kan maken op kwaliteit. In hoofdstuk zes van deze marktscan zal uitgebreid worden ingegaan op verbetering van kwaliteit en kwaliteitstransparantie in de medisch-specialistische zorg.
- De NZa concludeert verder dat veel partijen werken aan verbeteringen van het contracteerproces. Zo wordt bijgedragen aan het voorkomen van de knelpunten die het contracteerproces in het verleden verstoorden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars proberen afspraken te maken over de wijze van contracteren, door successen met elkaar te delen en daar waar mogelijk vooraf afspraken te maken over het te hanteren proces.

### Verbeteringen contracteerproces

- De NZa draagt bij aan verbetering van contracteerproces door te pleiten voor rust en helderheid rondom de dbc-systematiek door middel van een nieuw geïntroduceerd toetsingskader. Ook

is de beleidscyclus verder vervroegd van 1 juli naar 1 mei.

- Daarnaast heeft de NZa het contracteerproces in de tweede helft van 2016 gemonitord en geconcludeerd dat in minimaal 95% van de gevallen medisch-specialistische zorg in algemene en universitaire ziekenhuizen wordt vergoed als gecontracteerde zorg. Dit is goed nieuws voor verzekerden en kan helpen in de keus wel of niet over te stappen van zorgverzekeraar. Ook voor 2017 zal de NZa een dergelijke monitor uitvoeren.
- Op basis van bovenstaande ontwikkelingen constateert de NZa dat de betrokken partijen niet stil zitten. Er is veel gezamenlijk draagvlak en urgentie om gezamenlijk in te zetten op meer transparantie van prijs en kwaliteit, waar mogelijk daarin innovatieve afspraken te maken en het contracteerproces te verbeteren. De NZa is tevreden met deze ontwikkeling en zal ook hier de komende jaren aan blijven bijdragen.

### Dure geneesmiddelen

- De NZa ziet een aantal ontwikkelingen die meer aandacht vragen. Een belangrijke daarvan is de stijgende kosten voor dure geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen maken in toenemende mate een groter onderdeel uit van de totale kosten en hebben daardoor in toenemende mate effect op hoe het macrobudget door zorgverzekeraars verdeeld kan worden. De NZa adviseerde zorgaanbieders en zorgverzekeraars destijds om meer specifieke afspraken te maken over geneesmiddelen en het gepast gebruik ervan te stimuleren. Ook voor de komende periode blijft dat belangrijk. De NZa blijft de ontwikkelingen op dit gebied volgen.



\*

# 4. Zorggebruik en zorgkosten

1

Dit hoofdstuk geeft inzicht het zorggebruik en de zorgkosten in de medisch-specailistische zorg.

2

De analyses in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de kosten die zorgaanbieders in rekening hebben gebracht bij zorgverzekeraars. Deze gegevens komen van Vektis, het centrum voor informatie en standaardisatie voor zorgverzekeraars. Vektis geeft aan dat de declaratiebestanden tot en met 2014 nagenoeg compleet zijn.

3

In hoofdstuk 3 is uitgelegd dat als er een [omzetplafond of aanneemsom](#) is afgesproken dit achteraf verrekend wordt. Deze verrekening vindt achteraf plaats. Dikwijls op macroniveau en niet op het niveau van de dbc. Om deze reden is het niet mogelijk om deze verrekening op kostprijniveau van de dbc in dit hoofdstuk meenemen.

4

Zorginstituut Nederland heeft inmiddels in overleg met de NZa (na consultatie van verzekeraars) vanaf 2016 het [Handboek zorgverzekeraars informatie zorgverzekeringwet](#) zo aangepast dat structureel gegevens over plafonds, aanneemsommen, gedeclareerde omzet en werkelijke schadelast (uitbetaalde omzet) beschikbaar komen. Het Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringwet gaat over de specifieke informatie die zorgverzekeraars aan Zorginstituut Nederland moeten aanleveren in het kader van de Zorgverzekeringwet. Daarnaast heeft de NZa recent een uitvraag gedaan over eerdere jaren waarover via het Handboek nog niet de gewenste nadere informatie beschikbaar komt.

5

6

7

## Patiëntaantallen, omzet en kosten per patiënt

De NZa heeft patiënten die gebruikmaken van medisch-specialistische zorg op basis van hun zorgvraag ingedeeld in 64 verschillende patiëntgroepen. Deze patiëntgroepen zijn vervolgens geclusterd in vijftien hoofdgroepen en een restgroep (overig). Per hoofdgroep is de totale gedeclareerde omzet weergegeven van de diagnose-behandelcombinaties (dbc's). Overige zorgproducten, zoals dure geneesmiddelen, zijn niet meegenomen in de analyses. De omzet hangt af van het aantal patiënten en de totale kosten per patiënt.

## Aantal patiënten

De figuur is gebaseerd op de meest recente complete cijfers. Die betreffen 2014. In totaal gaat het dat jaar om ruim 6,8 miljoen patiënten voor wie een dbc is geopend, 1,1% minder dan in 2013 en 3,5% minder dan in 2012. Een patiënt kan meerdere ziektes hebben en daardoor in meerdere hoofdgroepen voorkomen.

## Grootste patiëntgroepen

De meeste patiënten bezoeken een instelling voor medisch-specialistische zorg met klachten aan het zenuwstelsel of de zintuigen. Binnen deze groep zijn patiënten met oogklachten in de meerderheid. Daarnaast krijgen veel patiënten medisch-specialistische zorg in verband met hart- en vaatziekten, klachten aan het bewegingsapparaat en (verdenkingen van) kanker ('nieuwvormingen').

## Kosten per patiënt

De kosten per patiënt zijn het hoogst voor hart- en vaatziekten





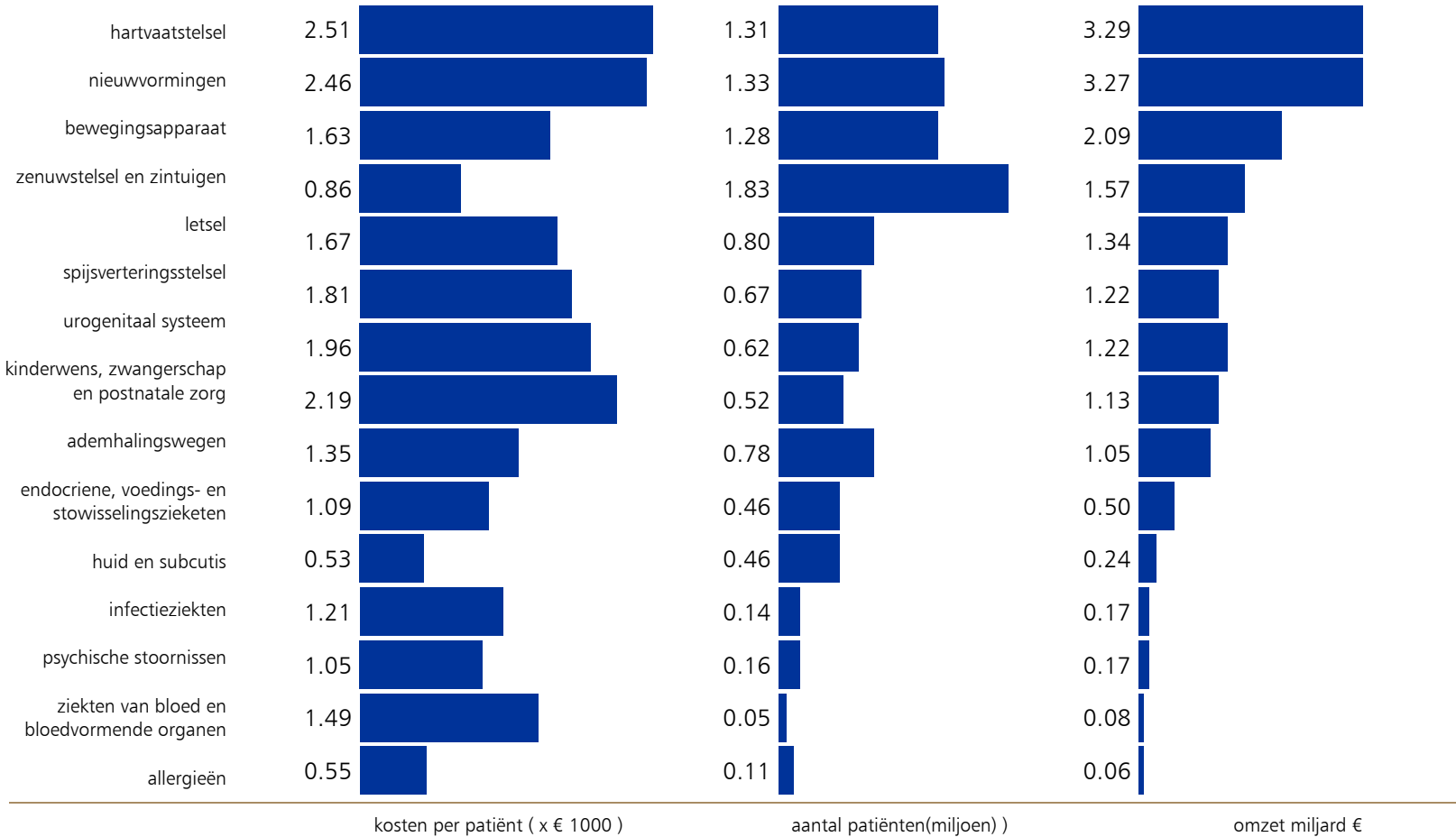
\*

1

en (verdenkingen van) kanker ('nieuwvormingen'). Omdat dit ook grote patiëntgroepen zijn, gaat hier ook het meeste omzet in om. Binnen de groep hart- en vaatziekten zien we vooral patiënten met pijn op de borst.

2

*Patiëntaantal, omzet en gemiddelde kosten per patiënt in 2014*



4

5

6

7

Bron: NZa, op basis van Vektis



\*

1

## Ontwikkelingen in patiëntaantal, omzet en kosten per patiënt

In onderstaande figuur is per hoofdgroep vanaf 2010 de ontwikkeling in het aantal patiënten, de omzet en de kosten per patiënt weergegeven. Voor vrijwel alle hoofdgroepen is over de afgelopen jaren een afname van het aantal patiënten zichtbaar. Vooral de dalende trend van patiënten met letsel valt op. Mogelijk heeft dit te maken met de gezamenlijke inspanning van partijen om

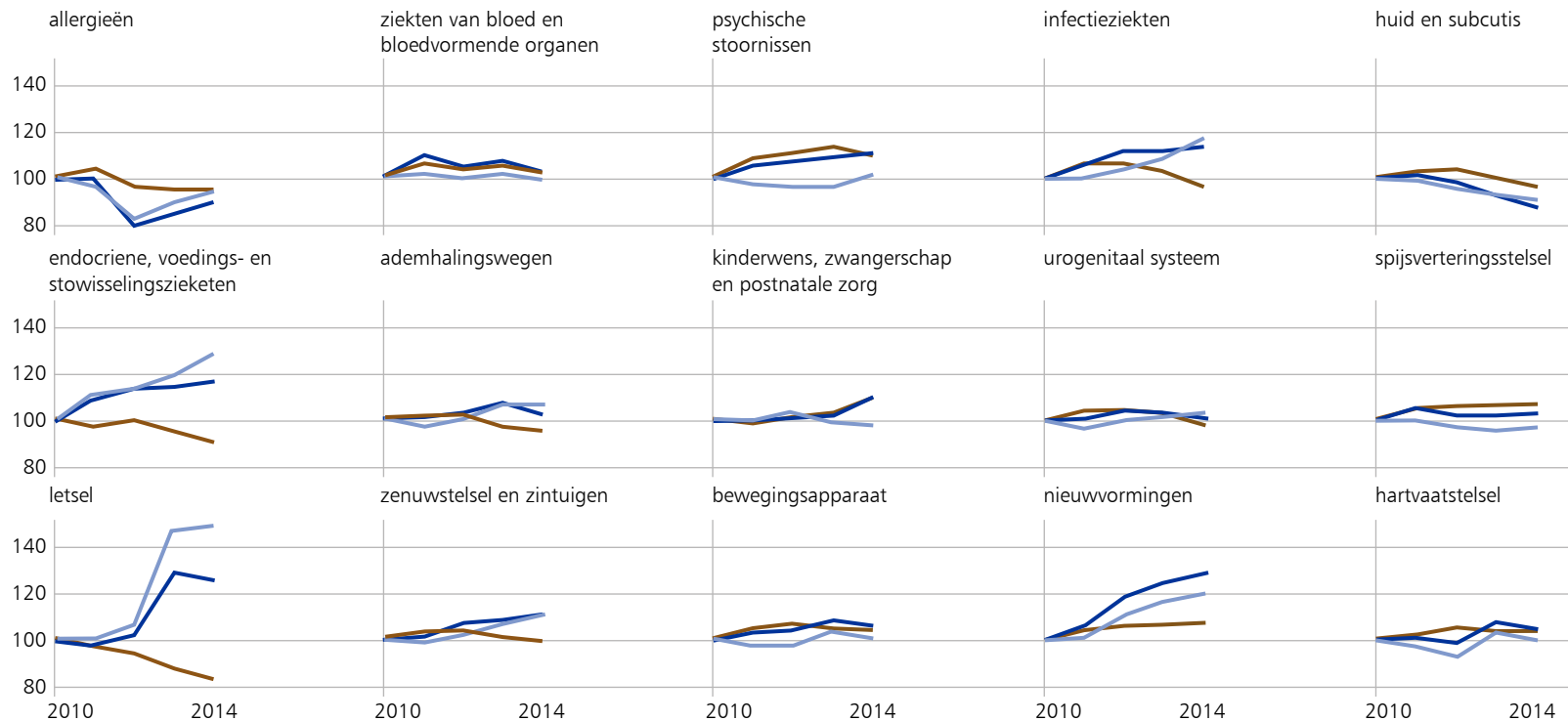
substitutie te bevorderen van zelfverwijzers tussen de spoedeisende hulp en huisartsenposten. Patiënten met een licht letsel die eerst bij de spoedeisende hulp terechtkwamen, worden nu behandeld door een huisarts bij de huisartsenpost. Voor hen wordt geen dbc meer geopend in de tweede lijn. Alleen voor de zwaardere en complexe letsels is medisch-specialistische zorg nodig. Dit verklaart ook waarom de gemiddelde kosten per patiënt voor deze groep patiënten juist stijgen.

2

3

### Ontwikkelingen in patiëntaantal, omzet en kosten per patiënt

— aantal patiënten — kosten per patiënt — omzet



4

5

6

7



\*

1

2

3

4

5

6

7

### Ontwikkeling van prijzen van dbc's

Voor het grootste deel van de medisch-specialistische diagnose-behandelcombinaties komen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen tot prijsafspraken. Dit zogenoemde 'vrije segment' bevat ongeveer 80% van de medisch-specialistische zorg. Een klein deel van de medisch-specialistische dbc's valt binnen het 'gereguleerde segment'. Voor deze dbc's gelden maximumtarieven, vastgesteld door de NZa. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders mogen voor een dergelijk dbc een lagere, maar geen hogere prijs afspreken dan het maximumtarief. Daarnaast heeft de NZa op 1 januari 2016 het 'max-maxtarief' ingevoerd. Waardoor de prijs kan stijgen tot maximaal 10% boven het maximumtarief, als zorgverzekeraars en zorgaanbieders dit overeenkomen. Ziekenhuizen die met de zorgverzekeraars hebben afgesproken dat zij bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg verbeteren of innovaties doorvoeren die de zorg beter of efficiënter maken, kunnen een hoger tarief voor de zorg ontvangen tot maximaal 10% boven het reguliere maximumtarief.

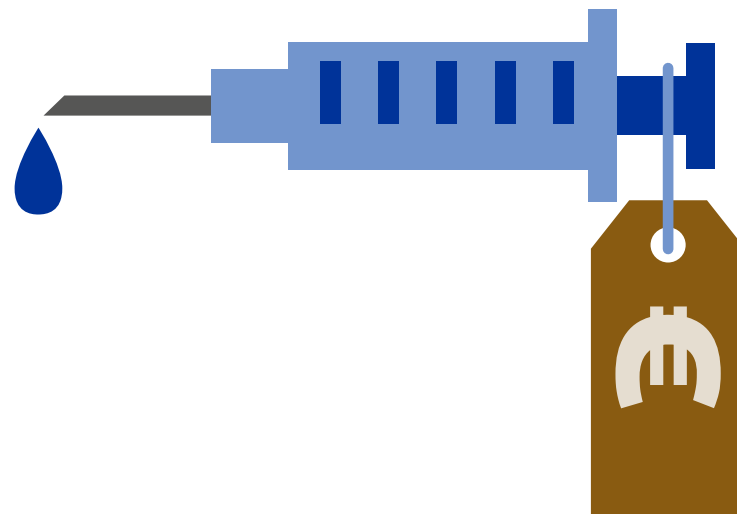
Om inzicht te krijgen in de prijsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het gereguleerde segment, is gekeken naar het verschil tussen enerzijds de som van alle daadwerkelijke declaraties in één jaar en anderzijds de omzet die dat jaar behaald zou zijn geweest als in alle gevallen het maximumtarief was aangehouden. De NZa zet dus de inkomsten die blijken uit de prijsgegevens van Vektis af tegen de hypothetische inkomsten wanneer altijd het maximale tarief betaald zou zijn geweest.

### Vershil tussen de som van alle werkelijke declaraties en de hypothetische omzet bij maximumtarieven (%)

Zorgaanbieders	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	-1,3	-3,0
Umc's	-1,5	-2,6
Overige zorgaanbieders	-2,9	-3,8
<b>Totaal</b>	<b>-2,1</b>	<b>-3,2</b>

Bron: NZa, op basis van Vektis

Het verschil tussen de hypothetische omzet en de werkelijke declaraties laat zien dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders over het algemeen prijsafspraken maken die vrijwel gelijk zijn aan de maximumtarieven. Het verschil tussen de afgesproken prijzen en de maximumtarieven is in 2014 wel gegroeid ten opzichte van 2013.



\*

1

2

3

4

5

6

7

## Conclusies en aanbevelingen

- Dit hoofdstuk gaat in op de kostenontwikkeling in de medisch-specialistische zorg. De NZa constateert dat de volumes dalen, terwijl de prijzen licht stijgen. De omzet groeit beperkt door, omdat zorgverzekeraars vanuit het hoofdlijnenakkoord omzetplafonds stellen.
- Opvallend is de daling van het aantal patiënten met letsel in de medisch specialistische zorg. Terwijl de gemiddelde kosten voor deze groep wel stijgt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat eenvoudiger (en vaak goedkoper) letsel in de eerstelijns wordt behandeld. Moeilijker (en vaak duurder) letsel nog steeds in de medisch specialistische zorg wordt behandeld.
- Wat verder opvalt, is de sterk stijgende kosten bij nieuwvormingen (oncologische zorg), waarschijnlijk als gevolg van nieuwe behandelingen. Dit sluit aan bij de ontwikkeling gesignaleerd in het vorige [hoofdstuk](#). De NZa blijft de ontwikkeling rondom dure geneesmiddelen monitoren.



# 5. Financiële positie zorgaanbieders

Voor dit hoofdstuk heeft de NZa de jaarrekeningen bekeken van de algemene ziekenhuizen, umc's en revalidatie instellingen. Op basis van de aangeleverde cijfers wordt een beeld gegeven van de financiële positie van de zorgaanbieders. De cijfers over het jaar 2014 kunnen lichtelijk afwijken van de vorige marktscan. Dit komt doordat ten tijde van de vorige marktscan niet alle instellingen hun jaarrekening 2014 al hadden gedeponerd.

## Omzetontwikkeling

### Omzet zorgaanbieders

Zorgaanbieders krijgen inkomsten uit vergoedingen die zij ontvangen voor de zorg die zij geleverd hebben. Zij dienen hun declaraties ofwel in bij de zorgverzekeraars van hun patiënten (óók bij de verzekeraars waarmee ze geen contract hebben) dan wel bij hun patiënten zelf. De meeste inkomsten komen uit vergoedingen van zorgverzekeraars. Andere inkomsten, zoals subsidies, exploitatie van een parkeergarage of beschikbaarheidsbijdragen zorg, zijn in deze cijfers niet meegenomen. In deze vergelijking wordt alleen gekeken naar de opbrengsten van de zorgaanbieder die behaald zijn met het leveren zorgprestaties in de Zorgverzekeringswet.

In de tabel hiernaast is de omzetontwikkeling van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen weergegeven, in miljarden euro's. Het gaat daarbij om de werkelijke realisatie cijfers, niet gecorrigeerd voor prijsinflatie.

### Algemene omzetontwikkeling in miljarden euro's

Omzet	2012	2013	2014	2015
Omzet				
Zorgverzekeringswet	15,71	16,95	17,96	20,24
Verrekenbedrag				
ziekenhuizen	0,42*	0,34*	0,03*	0,00
Subtotaal	16,13	17,29	17,98	20,24
Honorariumkosten				
vrijgevestigde medisch specialisten	2,00	2,01	2,08	0
<b>Totaal</b>	<b>18,13</b>	<b>19,30</b>	<b>20,07</b>	<b>20,24</b>

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2012 t/m 2015 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen, en NZa gegevens uitvraag over 2012, 2013 en 2014 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten.

\* De hoogte van de verrekenbedragen is gebaseerd op de NZa-rapportage van 6 april 2017. De verrekenbedragen zijn gebaseerd op de vaststelling van de NZa.

In de tabel is de invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 terug te zien doordat in dat jaar de honorariumomzet samengevoegd is met de omzet Zorgverzekeringswet. Verder bestonden er voor 2012 en 2013 een overgangsregeling voor ziekenhuizen, Voor revalidatie-instellingen gold een 3-jarig overgangstermijn, van 2012 tot 2014 om de financiële risico's te dempen van de 'prestatiebekostiging' die per 2012 inging.

De totale omzet van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen is in 2015 relatief stabiel gebleven. Totaal is een stijging te zien van ongeveer 0,9%.

“De Zvw-omzet van zorgaanbieders steeg in 2015 met ongeveer 0,9%”

### Omzetontwikkeling per soort zorgaanbieder

Hoe ontwikkelt de omzet van elk soort zorgaanbieder zich? In onderstaande tabel staat hun omzet over de jaren 2012 tot en met 2015. De bedragen zijn exclusief eenmalige verrekenbedragen om een eenduidiger beeld te kunnen geven over de algemene omzetontwikkeling.

Voor de ziekenhuizen groeit de omzet jaarlijks, maar steeds minder hard. In 2015 is de omzet van algemene ziekenhuizen gestegen met 0,5%. De omzet van umc's is gestegen met ruim 3%. In de jaren hiervoor steeg de omzet van umc's jaarlijks met meer dan 10%. Dus ook voor umc's daalt de omzetgroei. De reden hiervoor kan zijn dat met de sector voor deze periode afspraken zijn gemaakt in een Hoofdlijnakkoord over de kostenontwikkeling.

### Omzetontwikkeling per soort zorgaanbieder in miljarden euro's

	2012	2013	2014	2015
Algemene ziekenhuizen	13,97	14,75	15,32	15,39
Umc's	3,25	3,72	4,21	4,34
Revalidatie-instellingen	0,48	0,49	0,51	0,51
<b>Totaal</b>	<b>17,71</b>	<b>18,96</b>	<b>20,04</b>	<b>20,24</b>

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2012 t/m 2015 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen

### Financiële positie zorgaanbieders

Om de financiële positie van zorgaanbieders in kaart te brengen, kijkt de NZa de volgende indicatoren:

**Rentabiliteit** – Hoe winstgevend zijn zorgaanbieders? De rentabiliteit, ook wel de bruto omzet marge, wordt berekend door het bedrijfsresultaat van de zorgaanbieders te delen door de totale omzet. De totale omzet bevat ook de inkomsten die zijn ontvangen naast het leveren van zorg.

**Solvabiliteit** – In hoeverre kunnen zorgaanbieders in de toekomst hun schulden aflossen? De solvabiliteit is het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal.

**Liquiditeit** – In hoeverre kunnen zorgaanbieders op korte termijn voldoen aan hun financiële verplichtingen? De liquiditeit (of: 'current ratio') bestaat uit de vlottende activa gedeeld door de vlottende passiva. Het geeft de mate aan waarin een onderneming op korte termijn in staat is haar kort lopende schulden te kunnen voldoen.

### Rentabiliteit

Gemiddeld daalt de rentabiliteit, bruto omzet marge, van ziekenhuizen sinds 2013. Bij de umc's is wel een stijging van zichtbaar. Alle umc's laten een positieve rentabiliteit zien. Echter er zit veel variatie in, van minimaal 0,3% tot maximaal 6,5%. Bij drie umc's is de rentabiliteit met meer dan 1% gestegen, bij een umc is de rentabiliteit met 1% gedaald. Voor de revalidatie-instellingen is de rentabiliteit stabiel gebleven ten opzichte van 2014.

### Gemiddelde rentabiliteit van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (%)

Rentabiliteit	2012	2013	2014	2015
Algemene ziekenhuizen	3,7	4,3	3,6	3,3
Umc's	3,3	3,6	3,4	4,1
Revalidatie-instellingen	3,2	3,0	2,0	2,1
<b>Tot. gewogen gemiddelde</b>	<b>3,6</b>	<b>4,1</b>	<b>3,5</b>	<b>3,5</b>

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2012 t/m 2015 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen



### Solvabiliteit

De gangbare norm voor de solvabiliteit is minimaal 20%. In onderstaande tabel is het gemiddelde solvabiliteitspercentage voor de drie soorten zorgaanbieders weergegeven. De gemiddelde solvabiliteit van de ziekenhuizen stijgt jaarlijks. Het lijkt erop dat ziekenhuizen werken aan een betere verhouding tussen hun bezittingen en schulden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zorgaanbieders sinds de afschaffing van het bouwregime in 2008 meer risico zijn gaan lopen voor het financieren van nieuwbouw. In 2015 haalden 25 ziekenhuizen en 8 revalidatie-instellingen de gangbare norm van 20% niet. De solvabiliteit van revalidatie-instellingen neemt licht af en schommelt rond 21%.

#### Gemiddelde solvabiliteit van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (%)

Solvabiliteit	2012	2013	2014	2015
Algemene ziekenhuizen	16,3	18,7	20,5	21,8
Umc's	19,4	21,3	24,3	25,5
Revalidatie-instellingen	22,2	21,4	21,8	20,7
<b>Tot. gewogen gemiddelde</b>	<b>17,4</b>	<b>19,6</b>	<b>21,7</b>	<b>22,9</b>

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2012 t/m 2015 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen

### Liquiditeit

Een liquiditeit kleiner dan 1,0 betekent dat een zorgaanbieder mogelijk niet op korte termijn aan zijn verplichtingen kan voldoen. Hoger dan 1,0 betekent dat een zorgaanbieder waarschijnlijk wel op korte termijn aan zijn verplichtingen kan voldoen.

De gemiddelde liquiditeit van ziekenhuizen neemt jaarlijks toe. Deze stijging kan er op duiden dat instellingen meer aandacht zijn

gaan besteden aan werkkapitaalmanagement. Voor de revalidatie-instellingen lijkt de liquiditeit in 2015 te stabiliseren.

#### Gemiddelde liquiditeit van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (%)

Liquiditeit	2012	2013	2014	2015
Algemene ziekenhuizen	0,98	1,02	1,11	1,15
Umc's	1,10	1,24	1,31	1,34
Revalidatie-instellingen	1,21	1,28	1,38	1,34
<b>Tot.gewogen gemiddelde</b>	<b>1,01</b>	<b>1,09</b>	<b>1,17</b>	<b>1,21</b>

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2012 t/m 2015 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen

“De gemiddelde solvabiliteit en liquiditeit van ziekenhuizen stijgen jaarlijks.”

### Investeringsratio

**Investeringsratio** – In hoeverre zijn zorgaanbieders in staat om te investeren in bijvoorbeeld gebouwen of apparatuur? De investeringsratio wordt berekend door de investering in materiële vaste activa te delen door de omzet uit zorgprestaties in de zorgverzekeringswet.

Het investeringsniveau is sterk afhankelijk van grote uitgaven in de vaste activa door de zorgaanbieder. Daardoor kan het sterk fluctueren.

Voor de jaren 2012-2014 was een daling te zien, maar in 2015 was sprake van een stijging bij umc's. Zo heeft slechts één umc in 2015 geen stijgende investeringsratio ten opzichte van 2014.

#### Gemiddeld percentage investeringen in MVA (% van de omzet)

Investeringsratio	2012	2013	2014	2015
Algemene ziekenhuizen	12,1	10,2	9,0	9,0
Umc's	19,6	14,6	11,6	14,0
Revalidatie-instellingen	7,8	11,7	10,9	9,8
<b>Tot. gewogen gemiddelde</b>	<b>13,4</b>	<b>11,1</b>	<b>9,6</b>	<b>10,1</b>

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2012 t/m 2015 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen

### Afloscapaciteit

**Afloscapaciteit** – Welk bedrag hebben zorgaanbieders beschikbaar voor het aflossen van schulden? De EBITDA gedeeld door de jaarlijkse rente- en aflossingsverplichtingen leidt tot de afloscapaciteit.

Bij een afloscapaciteit van 1,0 kan een zorgaanbieder precies aan zijn financiële aflosverplichtingen voldoen op basis van zijn

inkomsten. Geld voor investeringen is er dan in principe niet. In de financiële wereld wordt een minimale ratio van 1,3 als gezond beschouwd.

De afloscapaciteit van de zorgaanbieders bleef in 2015, net als in de voorgaande jaren, gemiddeld ruim boven de aanbevolen minimumgrens van 1,3. De umc's beschikken over een hogere afloscapaciteit dan de overige zorgaanbieders. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat umc's minder hoeven te lenen omdat zij verhoudingsgewijs aanzienlijk meer subsidies (bijvoorbeeld de academische component) ontvangen. Een deel hiervan kan mogelijk ook verklaard worden doordat de umc's tot 1988 hun investering 100% á fonds perdu bekostigd kregen. Indien umc's nog gebruik maken van gebouwen die destijds zijn gebouwd is het dus mogelijk dat zij hier nog van profiteren omdat ze hiervoor geen lasten hebben betaald en leningen hebben hoeven afsluiten.

#### Gemiddelde afloscapaciteit van ziekenhuizen en revalidatieinstellingen (%)

Afloscapaciteit	2012	2013	2014	2015
Algemene ziekenhuizen	1,9	1,9	1,8	1,7
Umc's	2,7	3,5	3,0	2,7
Revalidatie-instellingen	1,9	1,8	1,8	1,9
<b>Tot. gewogen gemiddelde</b>	<b>2,0</b>	<b>2,2</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>

Bron: DigiMV, CIBG Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport





\*

1

2

3

4

5

6

7

## Conclusies en aanbevelingen

### Verbeterde financiële positie

- De NZa heeft gekeken naar de financiële positie van ziekenhuizen voor de periode 2012 tot en met 2015. Aan het begin van deze periode was er nog sprake van een financiële crisis. Ook was een hoofdlijnakkoord van kracht, waarmee een gematigde groei voor de medisch-specialistische zorg is afgesproken. Daarnaast werd per 1 januari 2012 de vernieuwde DOT-systematiek geïntroduceerd. Al deze factoren kunnen van invloed zijn op de financiële positie van de ziekenhuizen.
- Desondanks constateert de NZa dat de gemiddelde financiële positie van de zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg in deze periode is verbeterd. De rentabiliteit is nagenoeg gelijk gebleven, de solvabiliteit en de liquiditeit zijn gestegen. Het effect van bovenstaande ontwikkelingen zijn door ziekenhuizen in het algemeen goed opgevangen.
- Desondanks zijn er ziekenhuizen die financieel minder goed voor staan. Zo zijn er 25 ziekenhuizen die niet konden voldoen aan de gangbare norm voor solvabiliteit van 20%.

### Investeringen door ziekenhuizen en umc's

- De investeringen van de algemene ziekenhuizen in materiële vaste activa namen de afgelopen jaren af, ondanks verbeterde financiële positie. De NZa constateert dat de investeringen afnamen, terwijl de financiële positie van ziekenhuizen en umc's in die periode verder verbeterde. De NZa vindt het belangrijk dat zorgaanbieders voldoende blijven investeren in ICT en innovatie. Het is echter aan de instellingen om hier hun beleid in te bepalen. De verminderde investeringen in deze periode zouden een gevolg kunnen zijn geweest van de enigszins onzekere periode als gevolg van de introductie van het hoofdlijnakkoord, de financiële crisis en de introductie van DOT-systematiek in 2012. Dit pleit voor enige rust in de sector. In 2015 lijkt een ommekeer zichtbaar. In plaats van een dalende trend is de investeringsratio gelijk gebleven aan vorig jaar. Voor de umc's is zelfs een stijging zichtbaar.



\*

1

2

3

4

5

6

7

# 6. Kwaliteit van medisch-specialistische zorg

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de kwaliteit van zorg. Wat is de kwaliteit van medisch-specialistische zorg in Nederland en hoe verhoudt deze zich tot zorg in het buitenland? Hoe inzichtelijk is de kwaliteit? En in hoeverre is informatie over de kwaliteit van zorg voor burgers toegankelijk?

## Kwaliteit van zorg in Nederland

Nederland heeft een goede gezondheidszorg. In verschillende internationale lijstjes, van bijvoorbeeld [EHCI](#) of [CWF](#), scoort Nederland goed. Nederland scoort hoog als het gaat om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ook volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) scoort Nederland bovengemiddeld als het gaat om de kwaliteit van zorg. Nederland presteert op de meeste indicatoren van de [OESO](#) gemiddeld ten opzichte van andere landen of zelfs beter. Gemiddeld genomen worden Nederlanders minder vaak opgenomen en duren ziekenhuisopnames minder lang dan in andere landen. In Nederland zijn ook relatief weinig vermijdbare opnamen van chronisch zieken, zoals mensen met diabetes, COPD of hartfalen.

Ondanks deze gunstigere 'uitgangsituatie' scoort Nederland op een aantal indicatoren ook minder goed. Het aantal mensen dat sterft als gevolg van kanker ligt in Nederland bijvoorbeeld nog relatief hoog: in 2013 overleden 224 mensen per 100.000 inwoners, terwijl

het gemiddelde van alle OESO landen 205 mensen per 100.000 inwoners was.

Om de kwaliteit van zorg te verhogen, hebben wetenschappelijke beroepsverenigingen van medisch specialisten minimum volume- en kwaliteitsnormen opgesteld. Deze normen stimuleren zorgaanbieders om met elkaar samen te werken. Door samenwerking en concentratie van (complexe) zorg kunnen ziekenhuizen zich specialiseren en dat verhoogt de kwaliteit en doelmatigheid van de behandeling. In de behandeling van kanker zien we deze [samenwerking](#) nu al.

## Transparantie van kwaliteit

In deze paragraaf zal worden ingegaan op de verschillende initiatieven die door de overheid en de sector worden ondernomen om transparantie van kwaliteit te verbeteren.

## Versnippering van informatie

Voor de vergelijking van de OESO, levert ieder land indicatoren voor de zorg aan. In de OESO rapportage 'Health at a glance' (2015) komt Nederland in een aantal overzichten niet voor, zoals de overzichten 'Complicaties na of tijdens een operatie'. De OESO merkt ook op dat de informatie vanuit Nederland op dit punt niet volledig is. De OECD trekt in haar [rapport Health Data Governance](#) de conclusie dat Nederland internationaal samen met andere landen een beperkt informatiesysteem heeft voor informatie over de gezondheidszorg. De reden hiervoor is dat de data die nodig



\*

1

zijn om inzicht te kunnen geven in (de kwaliteit van) zorg en de bijbehorende uitkomsten zijn versnipperd over verschillende databanken (DIS, Vektis, Landelijke Basisregistratie Zorg) met elk een andere data governance structuur. Daarnaast bestaan ook vele kwaliteitsregistraties voor verschillende aandoeningen.

2

Binnen de verschillende databanken is sprake van een andere wijze van registratie, waardoor analyse en eventueel de koppeling van deze databanken eens bemoeilijkt wordt. Het RIVM concludeert in het rapport 'Zorgbalans 2014' dan ook dat de transparantie van kwaliteit nog onvoldoende is en dat het ontwikkelen van goede en betrouwbare kwaliteitsinformatie complexer is dan gedacht. Vooral de versnippering, onduidelijkheid, ontoegankelijkheid en onvolledigheid van registraties is een punt van aandacht.

3

Mede vanwege de versnippering van informatie is door partijen in de zorg, zowel publiek als privaat, het informatieberaad opgericht. Dit informatieberaad werken partijen samen om meer samenhang in de informatievoorziening in de zorg te bereiken.

4

### Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Nederland draagt bij aan begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van de zorg. Eén van de instrumenten die dit instituut tot zijn beschikking heeft om kwaliteitsindicatoren beschikbaar te maken voor een breed publiek, is de Transparantiekalender. Op de Transparantiekalender staat welke kwaliteitsinformatie instellingen moeten aanleveren, wanneer dat moet en welke meetinstrumenten zij daarvoor moeten gebruiken. De meetinstrumenten die op de Transparantiekalender staan worden gezamenlijk bepaald door patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Wanneer een indicator eenmaal op de Transparantiekalender geplaatst is, verplicht dit

5

6

7

zorgaanbieders tot het aanleveren van bijbehorende gegevens aan Zorginstituut Nederland. De NZa kan handhaven als hieraan niet voldaan wordt. Zorginstituut Nederland publiceert deze gegevens vervolgens waardoor deze publiek toegankelijk zijn. Veel van deze gegevens zijn terug te vinden op consumentenwebsites zoals KiesBeter en Zorgkaart Nederland.

### Jaar van de Transparantie

Het ministerie van VWS riep in de kamerbrief 'Jaar van de transparantie' de periode maart 2015 tot maart 2016 uit tot 'het jaar van de Transparantie' met de volgende doelstellingen:

1. Informatie voor patiënten over de kwaliteit van het zorgaanbod komt versneld beschikbaar.
2. Mensen die informatie zoeken en niet weten waar ze moeten beginnen, vinden op KiesBeter de weg naar betrouwbare informatie. Het is de ambitie dat patiënten via de overheid de weg kunnen vinden naar betrouwbare informatie op bijvoorbeeld websites als Thuisarts en Zorgkaart Nederland. KiesBeter is aanvullend en biedt alleen wat andere websites niet bieden.
3. Richtlijn- en indicatorontwikkeling en het begrijpelijk maken ervan krijgt een stevige impuls.
4. De patiënt krijgt vooraf meer inzage in de kosten van een behandeling.

In het plan stonden 53 acties centraal om burgers meer helderheid te geven over de kwaliteit en de kosten van de zorg. Een groot deel van deze acties is in het jaar van de transparantie afgerond.

In de brief geeft het ministerie van VWS de volgende punten aan die het jaar van de transparantie heeft opgeleverd:



\*

1

2

3

4

5

6

7

- Burgers kunnen nu eenvoudiger betrouwbare bronnen vinden en omdat websites als KiesBeter, Zorgkaart Nederland en Thuisarts nu naar elkaar verwijzen, vinden burgers makkelijker de weg.
- Er zijn nieuwe kwaliteitsregistraties opgeleverd waardoor voor zorgverleners duidelijker is hoe ze de uitkomsten van de zorg kunnen verbeteren voor alvleesklierkanker, chronisch nierfalen, cystic fibrosis en staar.
- De focus van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda is gelegd op de 30 meest voorkomende aandoeningen. Van deze 30 aandoeningen is voor burgers veel informatie beschikbaar gekomen. Daarnaast is voor 25 van de 30 aandoeningen een actieplan ontwikkeld. Het gaat hierbij om het ontwikkelen van richtlijnen, zorgstandaarden, het wegnemen van belemmeringen in de bekostiging, etc.
- In totaal zijn 200 van de 300 richtlijnen uit de richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut. Deze richtlijnen zijn nu door aanbieders, verzekeraars en patiënten erkend als de standaard voor de zorg.

### Samen beslissen

Het Jaar van de Transparantie was geen doel op zich. Het was ook een middel om 'Samen beslissen' in de praktijk te versnellen. 'Samen beslissen' betekent dat een burger samen met zijn/haar arts beslist over welke zorg het best passend is. In het VWS-programma Samen Beslissen werken de Federatie Medisch Specialisten en de NPCF gezamenlijk aan de Samen beslissen agenda. De NZa heeft per 1 januari 2018 de mogelijkheid gecreëerd om "samen beslissen" inzichtelijk te maken.

In dit kader zie je steeds meer initiatieven terug komen die bijdragen aan het samen beslissen. Zo zijn er tips te vinden voor patiënten ter voorbereiding van en voor het voeren van een goed gesprek. Ook ziet de NZa dat artsen in de afgelopen periode expliciet maken of de zorg die ze geven wel echt kwalitatief bijdraagt.

### Patiëntenwebsites

Versillende organisaties bieden op meerdere websites inzicht in de kwaliteit van zorg door indicatoren te publiceren. Deze informatie is echter lang niet altijd geschikt als keuze-informatie voor de burger. Vaak zijn de indicatoren lastig te interpreteren zonder medische kennis.

Binnen de medisch-specialistische zorg bieden zorgaanbieders en patiëntenorganisaties met patiëntbrochures en websites de patiënt veelal goede en bruikbare informatie. Hiermee heeft de patiënt echter nog geen vergelijking tussen meerdere zorgaanbieders.

### Keurmerk

Voor veel aandoeningen hebben patiëntenverenigingen een keurmerk ontwikkeld. Een keurmerk is een kwaliteitsoordeel over de geleverde zorg aan patiënten. Om voor een keurmerk in aanmerking te komen moet een zorginstelling voldoen aan een aantal criteria die de patiëntenvereniging stelt voor de zorg. Voorbeelden hiervan zijn het spataderkeurmerk van de Hart en Vaat-groep en het roze lintje van Borstkankervereniging Nederland (BVN).



\*

1

### Kwaliteitsnormen

Zorgverzekeraars bieden hun verzekerden vaak wel de mogelijkheid tot het vergelijken van zorgaanbieders, maar daarvoor moet de verzekerde dan wel contact opnemen met de zorgverzekeraar. De informatie staat niet of nog maar beperkt op de websites van de verzekeraars. Wel bieden de zorgverzekeraars op de algemene website [www.minimumkwaliteitsnormen.nl](http://www.minimumkwaliteitsnormen.nl) een overzicht van de ziekenhuizen die aan gestelde minimum kwaliteitsnormen voldoen. Dit gaat vooral over specifieke hoog-complexe ingrepen.

2

### Value-Based Health Care (VBHC)

In de vorige paragraaf is een schets gegeven van de initiatieven die de afgelopen periode zijn ingezet. Daarmee komt steeds meer kwaliteitsinformatie beschikbaar op basis waarvan mensen een keuze zouden kunnen maken. Het ministerie van VWS heeft aangekondigd dat het nu tijd is voor een volgende fase. Er zou, meer dan nu, informatie beschikbaar moeten komen over voor patiënten relevante uitkomsten.

4

Een belangrijke ontwikkeling op dit terrein is het denken volgens het Value-Based Health Care (VBHC)-methode bij instellingen en zorgverzekeraars. Deze methode wint snel terrein. Value-based Health Care (VBHC) is een manier om de gezondheidszorg te organiseren, waarbij wordt gestreefd naar maximalisatie van waarde voor de patiënt. Die waarde wordt uitgedrukt als gezondheidsuitkomsten/kosten.

5

6

In Nederland zijn bijvoorbeeld de Santeon ziekenhuizen hard aan de slag met het VBHC-concept. Santeon heeft een VBHC-model ontwikkeld waarin artsen en behandelteams van de zeven ziekenhuizen structureel samenwerken. Onder andere

7

voor borstkanker en prostaatkanker hebben de ziekenhuizen uitkomstindicatoren vastgesteld, best practices met elkaar gedeeld en met elkaar bepaald wat belangrijke kostenbepalers zijn.

Cruciaal voor het kunnen werken met de VBHC-methode is het ontwikkelen van bruikbare uitkomstindicatoren. Dat blijkt in de praktijk een van de grootste uitdagingen.

Indicatoren voor het meten van uitkomsten van zorg worden steeds vaker in internationaal verband ontwikkeld. Het Consortium for Health Outcomes Measurement ([ICHOM](http://www.ichom.org)), werkt vanuit de VBHC theorie aan een gestandaardiseerde set van voor patiënt relevante uitkomstindicatoren met de ambitie om deze wereldwijd te gebruiken en te rapporteren. Verschillende Nederlandse zorgaanbieders zijn lid van dit consortium.

### Sterftecijfers ziekenhuizen

Ziekenhuizen zijn sinds 2014 verplicht om hun sterftecijfers op hun website te publiceren en aan te leveren aan de NZa. Deze sterftecijfers vormen een instrument om de sterfte in een ziekenhuis te vergelijken met het landelijk gemiddelde. De [HSMR-score](#) (Hospital Standardized Mortality Ratio) van een ziekenhuis geeft aan of er meer of minder sterfgevallen zijn geweest dan je zou verwachten op basis van het type patiënten dat het ziekenhuis behandelt. Kenmerken zoals leeftijd en de ernst van de ziekte zijn belangrijke voorspellers voor ziekenhuissterfte. De SMR-score (Standardized Mortality Ratio) doet hetzelfde voor een groep patiënten met een bepaalde aandoening, bijvoorbeeld mensen met longkanker.



\*

1

De NZa vindt de transparantie van kwaliteit van zorg belangrijk, zodat burgers deze informatie mee kunnen nemen bij de keuze voor een zorgaanbieder. De sterftcijfers zijn echter niet direct geschikt als keuze-informatie. Ook al zijn de sterftcijfers van ziekenhuizen voor veel factoren gecorrigeerd, ze zijn niet zo gemakkelijk met elkaar te vergelijken. Er zijn immers ook factoren die niet zijn meegenomen in de berekening. Zo zijn in sommige regio's meer instellingen voor palliatieve zorg (hospices) waardoor patiënten die een grote kans hebben om te overlijden daar verblijven in plaats van in het ziekenhuis. Als de patiënt in een hospice overlijdt, telt dit niet mee voor het sterftcijfer van het ziekenhuis. Daardoor kunnen deze ziekenhuizen een lager sterftcijfer hebben. Andere ziekenhuizen nemen juist meer ernstig zieke patiënten op, waardoor hun sterftcijfer hoger kan worden. Het cijfer op zich zegt dus nog niet veel over de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Er zijn goede, niet op kwaliteit gebaseerde, redenen te bedenken waarom een ziekenhuis structureel hoger scoort. Aan de andere kant zou het ook wel een indicatie kunnen zijn dat de kwaliteit niet op orde is. Daarom is de toelichting van ziekenhuizen bij de sterftcijfers belangrijker dan het cijfer zelf. Dit geeft duiding aan het cijfer. Daar waar kwaliteit niet op orde lijkt te zijn, is de IGZ toezichthouder.

2

3

4

5

6

Overigens draagt het transparant maken van het sterftcijfer ook bij aan bewustwording bij ziekenhuizen. De toelichting maakt voor het ziekenhuis transparant wat de onderbouwing is achter het sterftcijfer. Ziekenhuizen kunnen verbeteringen dan beter richten op het verlagen van het sterftcijfer. Ook kunnen ze het gebruiken om met elkaar in gesprek te gaan en te kijken waarom de verschillen zijn zoals ze zijn.

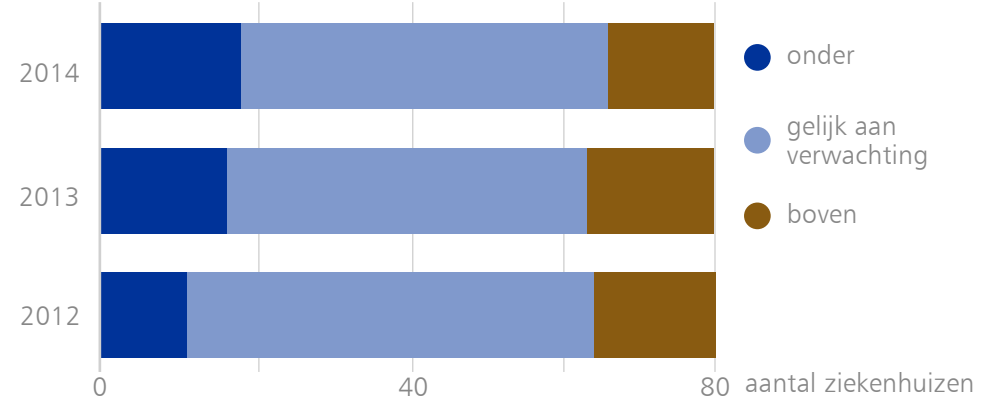
7



In de grafiek zijn de sterftcijfers op basis van de HSMR-score van de Nederlandse ziekenhuizen te zien. Uit deze grafiek blijkt hoeveel ziekenhuizen een significant hoger of lager sterftcijfer hebben dan het landelijk gemiddelde, over de periode 2012-2014.

De NZa zal de IGZ wijzen op ziekenhuizen die over een periode van drie jaar structureel een hoger dan verwacht sterftcijfers kennen.

#### Verwachting HSMR-model



#### Leeswijzer

De NZa heeft de openbare HSMR-scores van ziekenhuizen verzameld en daarop een 95%-interval toegepast. Ziekenhuizen die in het plaatje "onder" scoren, hebben een lagere HSMR-score dan verwacht. Ziekenhuizen die in het plaatje "boven" scoren hebben een hogere HSMR-score dan verwacht. Meer of minder instellingen in deze categoriën kan samenhangen met de kwaliteit van de zorg, maar ook aan verschillen in registratie (data kwaliteit) en aan factoren die niet in de berekening worden meegenomen (zoals opvang in hospices).

## Conclusies en aanbevelingen

### Transparantie kwaliteit

- In Nederland kennen we een kwalitatief goede gezondheidszorg.
- De belangrijkste ontwikkelingen op het vlak van kwaliteit liggen allereerst op transparant maken van kwaliteit voor de burger. Op basis daarvan zou de burger een afgewogen keuze kunnen maken voor een zorgverlener.
- De NZa vindt het belangrijk dat kwaliteitsinformatie zoveel mogelijk aansluit op de wensen en behoeften van burgers: welke informatie heeft de burger nodig om een keuze te kunnen maken in het zorgaanbod? Door alleen relevante kwaliteitsinformatie transparant te maken worden ook onnodige administratieve lasten voorkomen.
- De NZa constateert dat partijen veel energie hebben gestoken in het verbeteren van de transparantie en dat hierin veel positieve stappen zijn gezet. Wel zal het voor de burger met de huidige beschikbare informatie nog lastig zijn om een afgewogen keuze te kunnen maken. Hier dient nog veel werk verzet te worden, zodat de patiënt hier iets van gaat merken.
- Daartoe lijken initiatieven zoals value based health care een positieve bijdrage te kunnen leveren. De NZa constateert dat het huidige bekostigingssysteem niet in de weg staat aan dergelijke ontwikkelingen. De NZa juicht de ruimte, die zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen de huidige bekostiging pakken, toe.
- Ook de NZa draagt met de regulering bij aan verbetering van kwaliteit. Zo heeft de NZa de aanwezigheid van indicatieprotocollen als voorwaarde gesteld voor het declareren

- van een nieuwe bestralingstechniek tegen kanker, de protontherapie. In deze protocollen komt te staan wanneer een patiënt voor deze behandeling in aanmerking komt.
- De ontwikkelingen beschreven in deze marktscan, laten zien dat er veel energie is in de sector, zowel bij private als publieke partijen om de zorg verder te innoveren en vereenvoudigen. De huidige bekostiging lijkt ruimte te bieden voor verschillende initiatieven. De NZa blijft bij het door ontwikkelen van de bekostiging deze initiatieven goed in de gaten houden, zodat ook in de toekomst de bekostiging geen belemmeringen opwerpt voor het leveren van kwalitatief goede zorg.

### Eenheid van taal

- De NZa constateert dat stappen te nemen zijn in het creëren van een gemeenschappelijke taal voor (registratie van) kwaliteit. De OESO concludeert terecht dat informatie in Nederland versnipperd wordt opgeslagen. Vaak kiest iedereen ook zijn eigen taal. Samenwerking tussen de verschillende databases is daardoor niet eenvoudig.
- Het kiezen voor een eenheid van taal kan het eenvoudiger delen en vergelijken van informatie mogelijk maken. Ook zou eenheid van taal kunnen bijdragen aan de vermindering van administratieve lasten doordat geen vertalingsslag nodig is.
- De verschillende (uitkomst)indicatoren zijn talrijk en versnipperd. Aansluiten bij internationale ontwikkelingen (zoals ICHOM) kan helpen om te komen tot een beperkte set aan uniforme uitkomstindicatoren.

\*

1

2

3

4

5

6

7

- Op het gebied van registratie zou het gebruik van (internationale) standaarden kunnen bijdragen aan meer transparantie (of in elk geval aan meer mogelijkheden tot analyse). Binnen de verschillende registraties gelden andere afspraken voor bijvoorbeeld het vastleggen van diagnoses. Een van de mogelijkheden is om daar waar mogelijk gebruik te maken van een internationale standaard voor diagnoses, zoals de ICD-10.

### Sterftecijfers

- Er zijn al veel indicatoren die iets zeggen over een bepaald aspect van kwaliteit bij specifieke aandoeningen, maar nog weinig indicatoren die bruikbaar zijn om een algemeen beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg bij een zorgaanbieder. Zorginstituut Nederland en de NZa willen de ontwikkeling van ziekte-overstijgende kwaliteitsindicatoren aansporen. Beide organisaties hebben na uitvoerig onderzoek geconcludeerd dat indicatoren als ligduur en het aantal heropnamen en heroperaties veelbelovende indicatoren van kwaliteit van zorg zijn en ook in Nederland implementeerbaar zijn. Deze indicatoren zijn echter in de huidige vorm minder geschikt om aanbieders met elkaar te vergelijken en doorontwikkeling van de indicatoren is daarom ook nodig. Deze indicatoren zijn een waardevolle en noodzakelijke aanvulling op de sterftecijfers die al door zorgaanbieders gepubliceerd moeten worden. Beide organisaties werken nu samen om deze indicatoren een plaats te geven op de Transparantiekalender van Zorginstituut Nederland.





\*

1

2

3

4

5

6

7

# 7. Wachttijden en reistijden

Mensen die medisch-specialistische zorg nodig hebben, maar niet met spoed, moeten doorgaans enkele weken wachten voordat ze ergens terecht kunnen voor behandeling. Hoe korter deze wachttijd is, hoe toegankelijker de zorg. Informatie over wachttijden geeft dus inzicht in de toegankelijkheid van niet-acute medisch-specialistische zorg.

## Normen voor wachttijden

Zorgaanbieders zijn verplicht om te publiceren wat hun wachttijden zijn. Daarbij gaat het om een zo realistische mogelijke inschatting; de daadwerkelijke wachttijd kan door omstandigheden langer of korter uitvallen. Bijvoorbeeld als zich onverwacht meer patiënten melden. Of als de patiënt door een specifieke arts geholpen wilt worden. Of eerst op vakantie wil voor een langdurige of intensieve behandeling start. Dankzij de publicatie van wachttijden weten patiënten ongeveer wanneer ze aan de beurt zijn en kunnen ze wachttijden van verschillende zorgaanbieders met elkaar vergelijken. En zorgverzekeraars kunnen het gebruiken als indicatie in hoeverre zij voldoen aan hun zorgplicht om patiënten binnen een bepaalde tijd toegang te bieden tot adequate zorg.

Volgens de huidige regels van de NZa moeten zorgaanbieders de wachttijd publiceren voor drie fases van niet-acute zorg: het eerste polikliniekbezoek, diagnostiek en (poli)klinische behandeling. De volgende normen gelden daarbij (de zogenoemde 'Treeknormen'):

## Treeknormen voor polikliniekbezoek

Er mogen maximaal vier weken zitten tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor een bezoek aan de polikliniek, en het moment dat hij daar terecht kan. Aanbieders moeten de wachttijd per specialisme of sub-specialisme aangeven.

## Treeknormen voor diagnostiek

Er mogen maximaal vier weken zitten tussen het moment dat de patiënt (van buiten de instelling) een afspraak maakt voor diagnostiek en het moment dat hij deze diagnostiek ondergaat. Instellingen moeten de wachttijd voor drie veelvoorkomende vormen van diagnostiek aangeven: gastroscopie, MRI-onderzoek en CT-scan.

## Treeknorm voor behandeling

Er mogen maximaal zeven weken zitten tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een behandeling krijgt van de behandelend arts, en het moment dat zijn zorgaanbieder hem opneemt of opereert. Aanbieders moeten de wachttijd voor verschillende behandelingen aangeven. Vanaf 2016 is de berekenwijze van de wachttijd voor deze fase gewijzigd. Hierdoor kan informatie van zorgaanbieders straks beter vergeleken worden, maar is een vergelijking met voorgaande jaren in deze marktscan niet mogelijk.



## Ontwikkeling van wachttijden

In deze paragraaf wordt voor de drie geldende treeknormen binnen de medisch-specialistische zorg geanalyseerd of daaraan wordt voldaan.

### Wachttijden voor diagnostiek

De landelijk gemiddelde wachttijd voor alle vormen van diagnostiek viel in 2016 binnen de Treeknorm van vier weken.

### Wachttijden voor behandeling

De landelijk gemiddelde wachttijd voor behandelingen overschreed in 2016 bij drie soorten behandeling de Treeknorm van zeven weken. Dit geldt voor ruggenmergstimulatie (7,7 weken), buikwandcorrectie (7,3 weken) en borstreconstructie (7,0 weken). Voor deze behandelingen werd de Treeknorm door respectievelijk 68%, 43% en 38% van de zorgaanbieders overschreden. Dit betekent dat bij respectievelijk 32%, 57% en 62% van de

### Gemiddelde wachttijden in 2015 en 2016 (weken)

Specialisme	Gemiddelde wachttijd in 2015	Gemiddelde wachttijd in 2016	Percentage ziekenhuizen met wachttijd boven treeknorm in 2016	Totaal aantal patiënten in 2014
Allergologie	6,1	6,6	62	13.236
Oogheelkunde	5,1	6,5	66	887.492
Maag, darm en leverziekten	5,6	6,2	77	316.801
Reumatologie	4,3	5,0	45	114.425
Revalidatiegeneeskunde	4,5	4,9	48	73.781
Pijnbestrijding / Anesthesiologie	4,7	4,5	49	97.753
Neurologie	3,5	4,1	38	692.436
Neurochirurgie	4,1	4,1	34	67.044

Bron: NZa, op basis van aangeleverde data door MediQuest

zorgaanbieders de behandeling binnen de treeknorm uitgevoerd kon worden.

### Wachttijden voor polikliniekbezoek

Daar waar bij wachttijden voor diagnostiek en voor behandeling geen of een kleine overtreding van de treeknorm plaats vindt, constateert de NZa dat de wachttijden voor polikliniek bezoek meer aandacht behoeven. De landelijk gemiddelde wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek kwam in 2016 bij acht specialismen uit boven de Treeknorm van vier weken (zie tabel hieronder). Voor bijna al die specialismen geldt dat de landelijk gemiddelde wachttijd vorig jaar ook boven de Treeknorm uitkwam. De wachttijden zijn helaas niet verminderd.

De landelijk gemiddelde wachttijden van de overige specialismen (16) viel in 2016 binnen de Treeknorm. Bij de meeste van deze niet-genoemde specialismen was dat vorig jaar ook zo.

\*

1

De tabel geeft de gemiddelde wachttijd in weken aan voor 2015 en 2016. Daarnaast geeft de tabel aan het percentage van ziekenhuizen dat niet aan de gemiddelde wachttijd van vier weken kon voldoen. Als laatste geeft de tabel inzicht in het aantal patiënten dat in 2014 gebruik heeft gemaakt van dat specialisme.

2

### Ontwikkeling van reistijden

Wanneer de kans groot is dat een patiënt langer moet wachten dan de treeknorm toe staat, dan is de zorgverzekeraar verplicht om die patiënt desgevraagd een alternatief te bieden en te bemiddelen naar een zorgaanbieder bij wie de patiënt wel binnen de norm voor de wachttijd geholpen kan worden. Dit is niet bij iedereen bekend. De verzekerde kan zich melden bij zijn zorgverzekeraar en zijn zorgverzekeraar zal voor hem een passende oplossing moeten bieden. Wanneer de treeknorm wordt overschreden kan een verzekerde ook contact opnemen met de NZa.

3

### Stijging van de reistijd

Bij de meeste specialismen die in 2016 niet voldeden aan de Treeknorm voor polikliniekbezoek is de reistijd voor inwoners van dunbevolkte en/of grensgebieden het hoogst. Op de volgende pagina staan de specialismen die de Treeknorm overschrijden uitgelicht per regio.

4

5

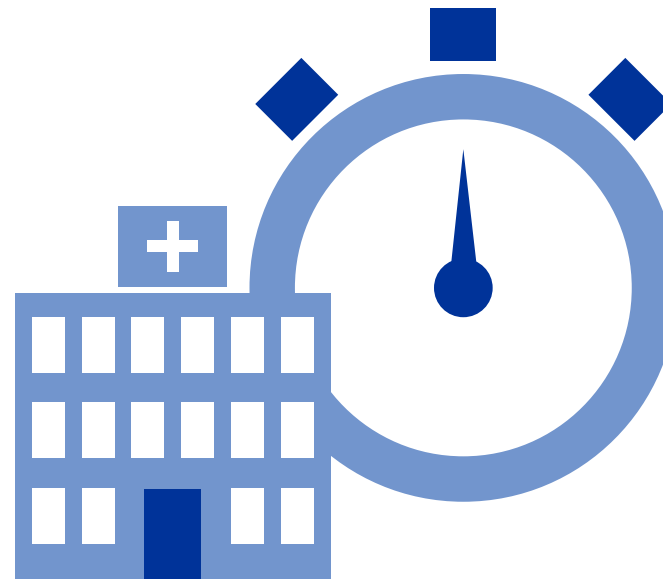
Voor de meeste specialismen die de Treeknorm overschrijden is geen of weinig extra reistijd voor patiënten zichtbaar voor de dichtstbijzijnde aanbieder die aan de treeknorm voldoet. Dat betekent dat voor deze patiënten ook een alternatieve aanbieder binnen een redelijke afstand de zorg binnen de treeknorm had kunnen leveren. Voor allergologie en oogheelkunde gaat dit niet op. Voor deze specialisme is er extra reistijd in Groningen.

6

7

### Leeswijzer

Op de volgende pagina staan bij elk specialisme drie kaartjes. De linker kaart toont de reistijd naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder. De middelste kaart geeft de reistijd weer naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder die aan de Treeknorm voldoet. De rechterkaart laat het verschil zien tussen die twee reistijden. Hoe donkerder de kleur, hoe meer verschil. Uiteraard valt er op de rechterkaart geen verschil te zien als de dichtstbijzijnde zorgaanbieder tegelijk ook de dichtstbijzijnde zorgaanbieder is die aan de Treeknorm voldoet.



\*

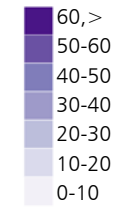
*Allergologie*  
kortste reistijd

reistijd Treeknorm

extra reistijd



Reistijd



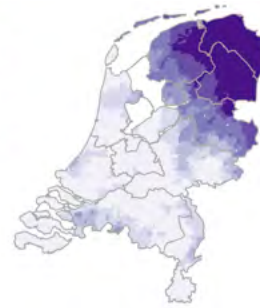
1

2

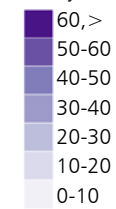
*Oogheelkunde*  
kortste reistijd

reistijd Treeknorm

extra reistijd



Reistijd



3

4

5

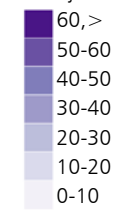
*Maag, darm en leverziekten*  
kortste reistijd

reistijd Treeknorm

extra reistijd



Reistijd



6

7



\*

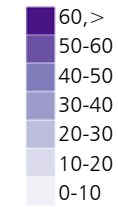
**Reumatologie**  
kortste reistijd

reistijd Treeknorm

extra reistijd



Reistijd



1

2

**Revalidatiegeneeskunde**

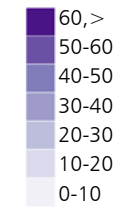
kortste reistijd

reistijd Treeknorm

extra reistijd



Reistijd



3

4

5

**Pijnbestrijding en Anesthesiologie**

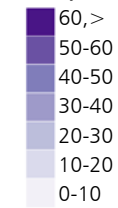
kortste reistijd

reistijd Treeknorm

extra reistijd



Reistijd



6

7

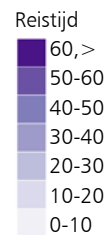


\*

**Neurochirurgie**  
kortste reistijd

reistijd Treeknorm

extra reistijd



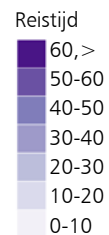
1

2

**Neurologie**  
kortste reistijd

reistijd Treeknorm

extra reistijd



3

4

5

6

7



\*

1

2

3

4

5

6

7

## Conclusies en aanbevelingen

### Wachlijsten medisch-specialistische zorg

- De landelijk gemiddelde wachttijd voor diagnostiek en behandeling lagen voor de meeste specialisme binnen de treeknormen. Alleen de behandeling voor ruggenmergstimulatie, buikwandcorrectie en borstreconstructie kwam gemiddeld net boven de treeknorm van zeven weken uit.
- De landelijk gemiddelde wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek kwam in 2016 bij acht specialismen uit boven de Treeknorm van vier weken. Bijna al deze specialismen hadden in 2015 ook te lange wachttijden.
- De NZa geeft een hoge prioriteit aan het verbeteren van de wachttijden. De NZa vindt het onwenselijk dat patiënten onnodig en te lang moeten wachten op zorg. Om dit op te lossen heeft de NZa recent een aantal acties aangekondigd om de wachttijden in de medisch specialistische zorg aan te pakken. Dit doet de NZa niet alleen, samenwerking met zorgaanbieders en zorgverzekeraars en andere betrokken partijen is daarvoor noodzakelijk.



\*

1

### Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postadres

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

2

Bezoekadres

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Telefoon: 030 - 296 81 11  
Website: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)  
Twitter: @zorgautoriteit

3

4

Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770  
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)  
E-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

5

Vormgeving

Taluut

6

7

