

Marktscan

Medisch specialistische zorg

Weergave van de markt 2006-2011

Inhoud

Vooraf

Managementsamenvatting

1. Inleiding

Aanleiding
Totstandkoming marktscans
Leeswijzer

2. Omschrijving van de markt

Inhoud en omvang medisch specialistische zorg
Spelers
Wijze van tarifiering
Ontwikkelingen

3. Marktstructuur

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

4. Marktgedrag

Contracteergraad ziekenhuizen
Aantal gecontracteerde ZBC's

5. Kwaliteit

Kwaliteit van zorg
Transparantie van zorg

6. Toegankelijkheid

Wachttijden polikliniek
Wachttijden behandeling
Wachttijden diagnostiek

7. Betaalbaarheid

Omzetontwikkeling

Totaal

Per type zorgaanbieder

Honorariumontwikkeling

Volumeontwikkeling

A+B-segment

A -segment

Totaal

Per type zorgaanbieder

Prijzontwikkeling B-segment

Totaal per tranche (nominaal en reëel)

Per tranche en type zorgaanbieder

Prijsniveau ZBC's in het A-segment

Doelgroepen

Bijlage 1: Bronnen en methode

Bijlage 2: Doelgroepen (details)

Vooraf

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

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

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

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

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan

voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

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

De NZa heeft een nieuwe update van de marktscan medisch specialistische zorg gemaakt. In deze marktscan heeft de NZa gebruik gemaakt van nieuwe gegevens uit de jaarrekeningen, nieuwe informatie uit de rekenstaten (budgetgegevens) en nieuwe wachttijdinformatie. Ook heeft de NZa gebruik gemaakt van de door verzekeraars aangeleverde contracten. Tot slot heeft de NZa ook gebruik gemaakt van CVZ honoraria gegevens.

Marktstructuur

Het aantal zorgaanbieders is het afgelopen jaar constant gebleven. In 2011 is de fusie tussen De Friesland en Achmea goedgekeurd door de NMa. Deze twee zorgverzekeraars hebben het B-segment in 2011 nog wel apart gecontracteerd.

De concentratiegraad van een aantal ziekenhuizen is van 2009 op 2010 significant gestegen. Deze ziekenhuizen zijn in 2009 gefuseerd en leveren vanaf 2010 als één ziekenhuis gegevens aan.

Qua ontwikkeling van de financiële positie is de rentabiliteit en de solvabiliteit in lijn met voorgaande jaren en laten een lichte stijging zien. De liquiditeitspositie (current ratio) van ziekenhuizen is met gemiddeld 0,9 laag te noemen, aangezien een current ratio van lager dan 1 betekent dat een ziekenhuis op korte termijn niet aan zijn verplichtingen kan voldoen.

Marktgedrag

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

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

Kwaliteit

Er zijn verschillende keurmerken en certificaten die zorgaanbieders kunnen behalen als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. ISO 9001, NIAZ, GMP-z en HKZ zijn veel voorkomende keurmerken.

Daarnaast blijkt dat 61 van de 89 instellingen die het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) over 2010 hebben ingevuld, één of meerdere kwaliteitscertificaten hebben.

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

Toegankelijkheid

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

Betaalbaarheid

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

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

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

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

Omzet en prijsontwikkeling 2009-2010 (%)

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

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

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

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

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

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

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

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

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

1.2 Totstandkoming marktscans

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

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

Focus

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

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

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

1.3 Leeswijzer

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

2. Omschrijving van de markt

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

2.1 Inhoud en omvang medisch specialistische zorg

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

MSZ bestaat uit zorg geleverd door:

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

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

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

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

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

Traumazorg is integrale acute zorg voor zeer ernstige ongevalpatiënten.

2.2 Spelers

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

De patiënt

Patiënten worden veelal verwezen door de huisarts naar medisch specialistische zorg. De patiënt kan voor het grootste deel van de zorgvragen kiezen uit verschillende zorgaanbieders.

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

De zorgaanbieder

Instellingen voor medisch specialistische zorg

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

De belangrijkste zijn:

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

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

Medisch specialisten

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

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

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

Toeleveranciers zorginstellingen

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

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

De zorgverzekeraar

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

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

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

2.3 Wijze van tarifiering

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

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

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

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

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

2.4 Ontwikkelingen

DOT

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

Prestatiebekostiging

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

Beheersmodel MS

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

Herijking honorarium tarieven

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

3. Marktstructuur

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

3.1 Aantal zorgaanbieders

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

Tabel 3.1 Aantal zorgaanbieders 2007-2011

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

Bron: NZa

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

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

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

3.2 Concernindeling zorgverzekeraars 2011

De afgelopen jaren zijn zorgverzekeraars meer gezamenlijk zorg in het B-segment gaan inkopen. In totaal zijn er vijf partijen die zorg inkopen voor medisch specialistische zorg. In 2011 is hier geen verandering in opgetreden.

Tabel 3.2 Concernindeling zorgverzekeraars 2011

2011		
Multizorg VRZ (inkoopcombinatie)	<ul style="list-style-type: none"> - De Friesland - DSW - Zorgverzekeraar - ASR Verzekeringen 	<ul style="list-style-type: none"> - Eno - zorgverzekeraar - Zorg & Zekerheid - ONVZ - Zorgverzekeraar
UVIT	<ul style="list-style-type: none"> - Cares Gouda - IZZ - IZA - Trias 	<ul style="list-style-type: none"> - UMC - Univé Zorg - VGZ
Menzis	<ul style="list-style-type: none"> - AnderZorg - Menzis - Azivo 	
Achmea	<ul style="list-style-type: none"> - Avéro - Interpolis - OZF 	<ul style="list-style-type: none"> - Zilveren Kruis - Agis - FBTO
CZ	<ul style="list-style-type: none"> - Delta Lloyd - OHRA Ziektekosten-verzekeringen 	<ul style="list-style-type: none"> - OWM CZ - OHRA - Zorgverzekeringen

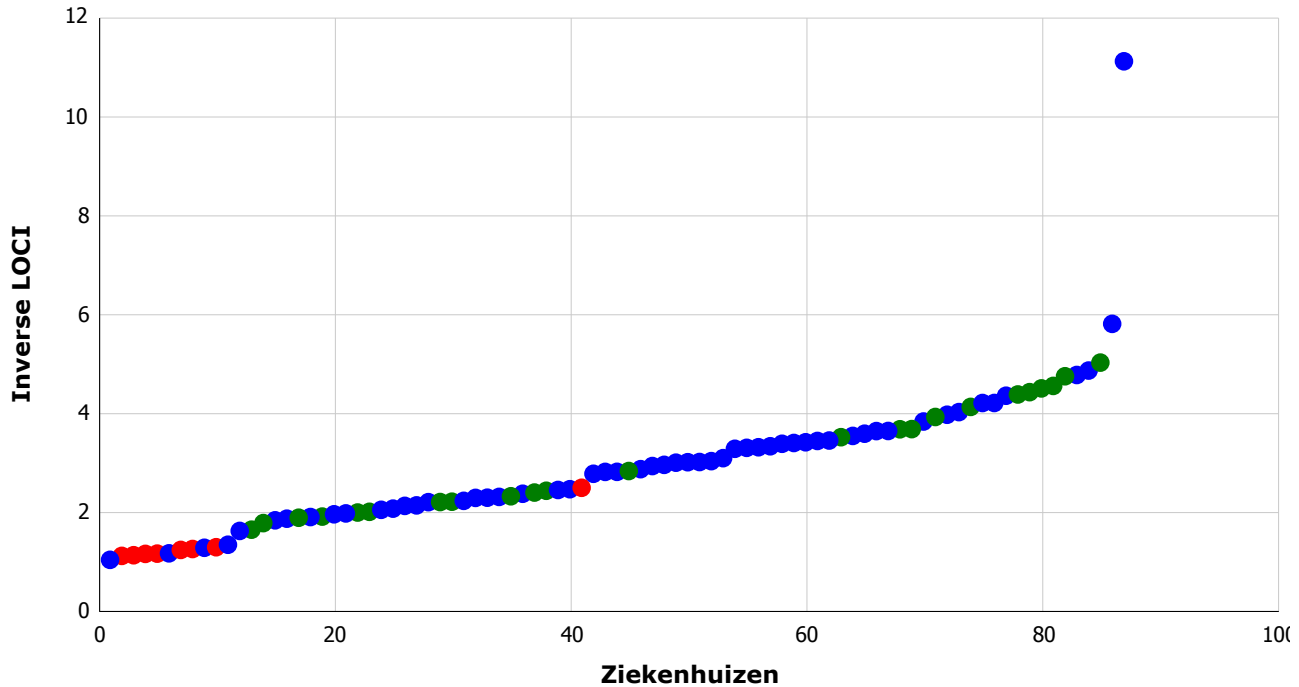
Bron: NZa, aanlevering contractprijzen

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

3.3 Marktconcentratie

In de marktscan wordt niet de LOCI gehanteerd maar de inverse LOCI (hierna: invLOCI). Kort gezegd komt de invLOCI overeen met het gewogen gemiddelde ratio van de patiënten uit de regio waarin het ziekenhuis actief is dat naar een ander ziekenhuis is gegaan. Gegeven een gelijkmatige verdeling van patiënten binnen het werkgebied van een ziekenhuis, betekent een invLOCI van 10 dat 1 op de 10 patiënten uit het werkgebied naar een ander ziekenhuis gaat. Bij een invLOCI van 2 is dit 1 op de 2 patiënten. De invLOCI loopt van 1 tot oneindig. De invLOCI gaat naar 1 wanneer het ratio van het aantal patiënten uit het werkgebied van dat ziekenhuis naar een ander ziekenhuis gaat groter wordt.

Figuur 3.1 Marktconcentratie (2010)



Bron: NZa op basis van MDS data

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

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

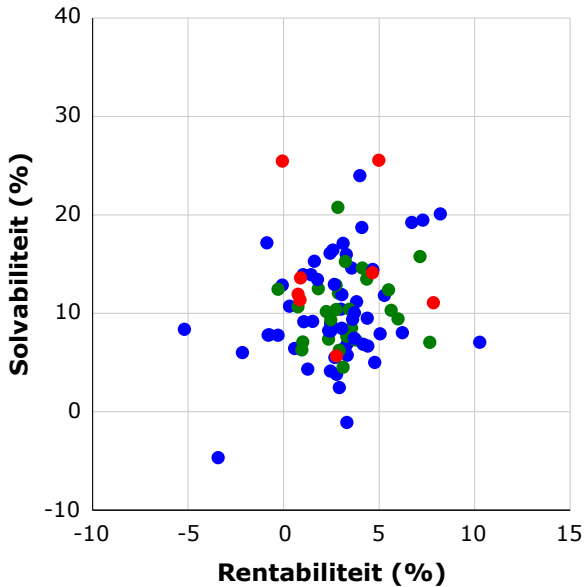
Als de 2010 invLOCI vergeleken wordt met de 2009 invLOCI, dan is er een aantal ziekenhuizen met een significante stijging in hun invLOCI. De ziekenhuizen met een stijging van de invLOCI score zijn in de loop van 2009 gefuseerd en leveren vanaf 2010 als één ziekenhuis gegevens aan de MDS. Verder zijn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

3.4 Financiële positie zorgaanbieders

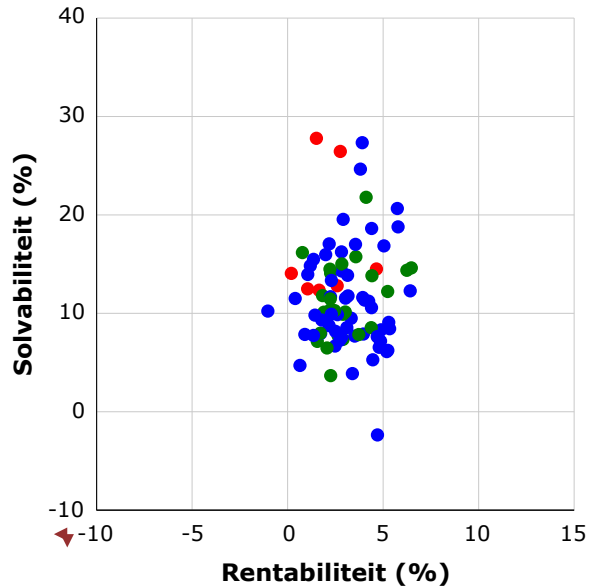
Een goede financiële gezondheid is essentieel indien garanties voor ziekenhuizen verder worden afgebouwd. De financiële gezondheid van een ziekenhuis kan bekeken worden aan de hand van een drietal indicatoren, te weten de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit van een ziekenhuis. De rentabiliteit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

Figuur 3.2 Rentabiliteit en solvabiliteit

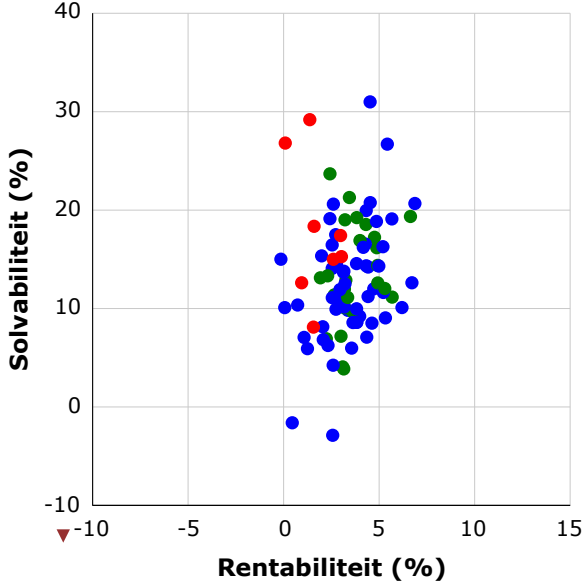
2007



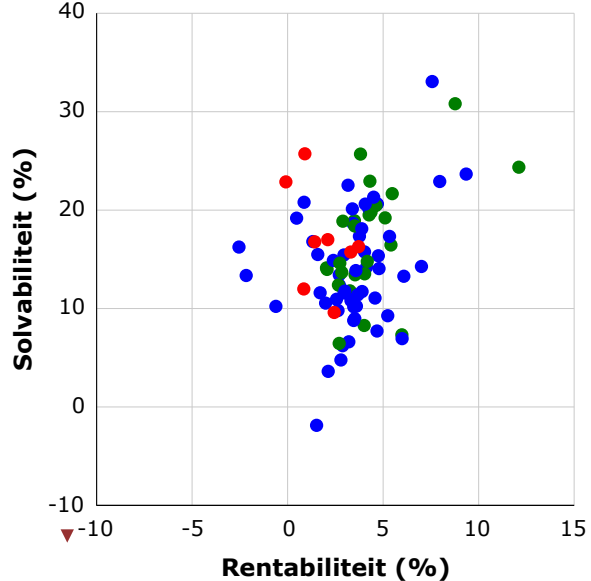
2008



2009



2010



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

In figuur 3.2 zijn de rentabiliteit en solvabiliteit van de algemene ziekenhuizen (blauw), de STZ-ziekenhuizen (groen) en UMC's (rood) tegen elkaar uitgezet voor de jaren 2007 tot en met 2010. Rentabiliteit is gedefinieerd als het bedrijfsresultaat gedeeld door het balanstotaal. Solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal.

De spreiding van de rentabiliteit is afgenomen tussen 2007 en 2008. In 2010 neemt de spreiding van de rentabiliteit weer iets toe in vergelijking met 2009. De spreiding in de solvabiliteit neemt juist toe in de loop der jaren.

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

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

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

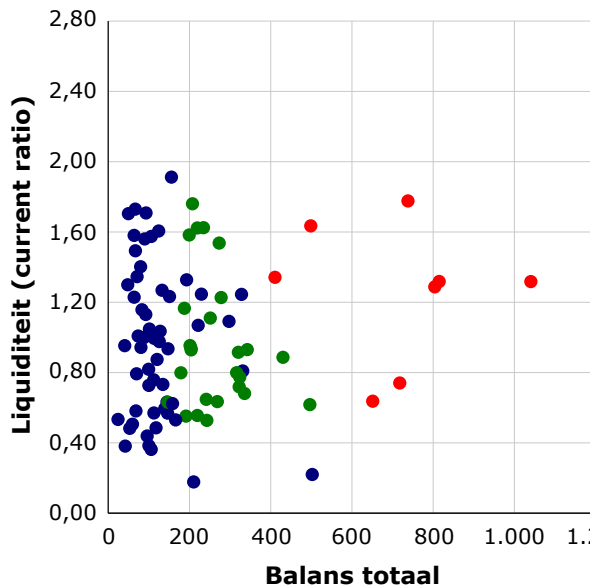
Tabel 3.3 laat de gemiddelde rentabiliteit en solvabiliteit zien voor de verschillende type ziekenhuizen en voor het totaal. Voor alle ziekenhuizen als geheel is de rentabiliteit licht gedaald tussen 2007 en 2008. In 2009 is de rentabiliteit weer gestegen naar het niveau van 2007. In 2010 laat alleen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

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

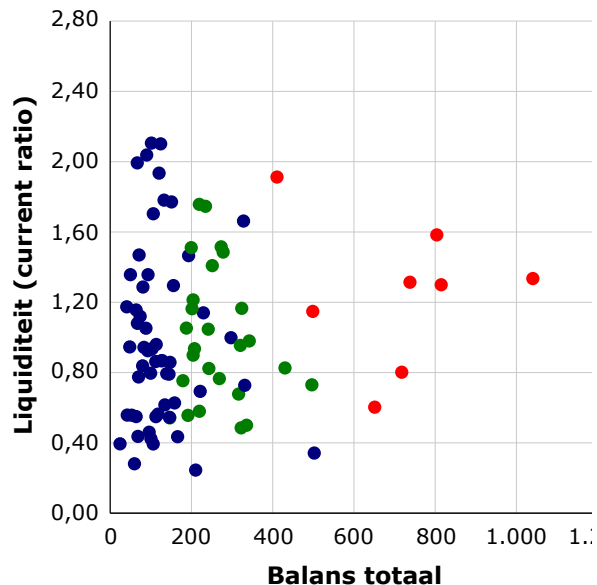
De UMC's hebben structureel een lagere rentabiliteit in vergelijking met de algemene en STZ-ziekenhuizen. Daar komt bij dat, in tegenstelling tot de algemene en STZ-ziekenhuizen, de UMC's de gemiddelde rentabiliteit in 2009 verder zien dalen. In 2010 blijft de rentabiliteit voor de UMC's gelijk aan het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

Figuur 3.3 Liquiditeit

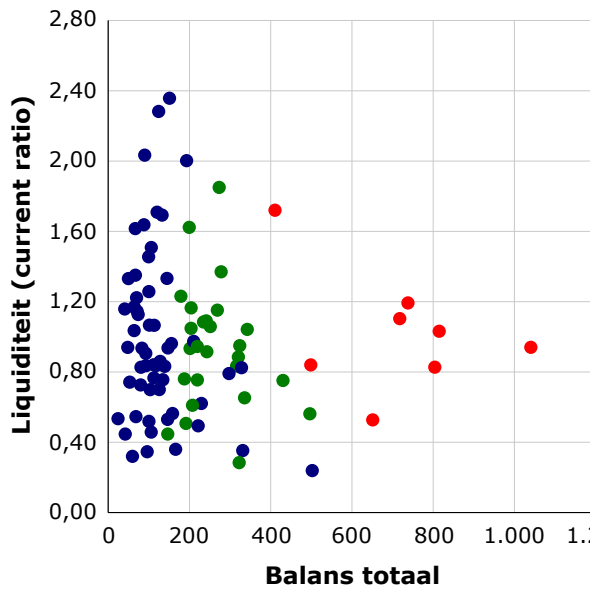
2007



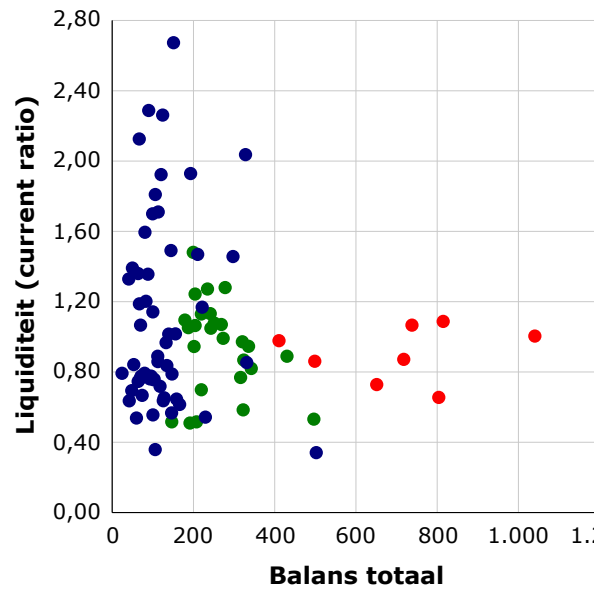
2008



2009



2010



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

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

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

Tabel 3.4 Gemiddelde liquiditeit, per type zorgaanbieder (%)

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

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

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

