

CTG/ZAio

# Monitor Ziekenhuiszorg

Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2006

juni 2006



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>7</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>9</b>
<b>1 Monitoren van het B-segment van de ziekenhuiszorg</b>	<b>13</b>
1.1 Aanleiding	13
1.2 Doelstelling monitor	13
1.3 Focus monitor	14
1.4 Gebruik monitor	15
1.4.1 Rapportage en advies aan VWS	15
1.4.2 Informatieverwerving voor de eigen taken van CTG/ZAio	15
1.5 Informatiebronnen voor deze monitor	16
1.6 Oprichting NZa	18
1.7 Toelichting afkortingen en begrippen	18
1.8 Leeswijzer	18
<b>2 Het B-segment van de ziekenhuiszorg</b>	<b>19</b>
2.1 Inleiding	19
2.2 Belang van het B-segment	19
2.3 Samenstelling van het B-segment	20
2.4 Samenhang tussen het A- en B-segment	21
2.4.1 Koppeling van A- en B-segment tijdens de onderhandelingen	21
2.4.2 Koppelen van het A- en B-segment in de prijsstelling	22
2.4.3 Effecten van het koppelen van het A- en B-segment	22
2.5 Uitbreiding van het B-segment	23
2.6 Samenvatting	24
<b>3 Marktstructuur</b>	<b>25</b>
3.1 Inleiding	25
3.2 Aanbodzijde van de markt	25
3.2.1 Aantal zorgaanbieders	25
3.2.2 Ontwikkeling aantal zorgaanbieders	26
3.2.3 Concentratie zorgaanbiederszijde	29
3.2.4 Verkoopcombinaties	30
3.3 Vraagzijde van de markt	31
3.3.1 Aantal zorgverzekeraars	31

3.3.2	Ontwikkeling aantal zorgverzekeraars	31
3.3.3	Concentratie zorgverzekeraarszijde	32
3.3.4	Inkoopcombinaties	33
3.4	De verdeling van de macht in de onderhandelingen	34
3.4.1	Kwalitatieve analyse	34
3.4.2	Kwalitatief beeld uit interviews	36
3.5	Samenvatting	37
<b>4</b>	<b>Kwaliteit</b>	<b>39</b>
4.1	Inleiding	39
4.2	Transparantie van kwaliteit	39
4.2.1	Belang transparantie van kwaliteit	40
4.2.2	Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren	41
4.2.3	Gebruik kwaliteitsindicatoren	43
4.2.4	Initiatieven van partijen	44
4.3	Rol van kwaliteit in de onderhandelingen	45
4.3.1	In het algemeen	45
4.3.2	Zorgprofielen	46
4.3.3	Kwaliteit van de geleverde zorg	47
4.4	Verbeteren kwaliteit van de zorg	48
4.5	Samenvatting	49
<b>5</b>	<b>Toegankelijkheid</b>	<b>51</b>
5.1	Inleiding	51
5.2	Beschikbaarheid	51
5.2.1	Hoeveelheid gecontracteerde zorg	51
5.2.2	Keuzeondersteuning	53
5.2.3	Wachttijden	56
5.3	Bereikbaarheid	57
5.3.1	Huidige situatie	58
5.3.2	Mogelijke toekomstige situatie	59
5.4	Samenvatting	61
<b>6</b>	<b>Betaalbaarheid</b>	<b>63</b>
6.1	Inleiding	63
6.2	Onderhandelingen	63
6.2.1	Prijsafspraken	63
6.2.2	Volumeafspraken	66
6.2.3	Prikkels voor scherp onderhandelen	66

6.3 Macrobetaalbaarheid	67
6.3.1 Gemiddelde prijsontwikkeling	69
6.3.2 Macrokostenontwikkeling	69
6.4 Prijsniveau 2006 en prijsontwikkeling 2005 – 2006 nader bekeken	70
6.4.1 Prijsontwikkeling per regio	70
6.4.2 Prijsontwikkeling per zorgaanbieder	72
6.4.3 Prijsontwikkeling per specialisme	78
6.4.5 Prijsontwikkeling naar aandeel zorgverzekeraar in ziekenhuis	85
6.5 Samenvatting	86
<b>7 Conclusies, aanbevelingen en actiepunten CTG/ZAio</b>	<b>87</b>
7.1 Inleiding	87
7.2 Gegevenslevering	87
7.3 Marktstructuur	87
7.4 Kwaliteit	89
7.5 Toegankelijkheid	89
7.6 Betaalbaarheid	90
7.7 Advies verdere deregulering met randvoorwaarden	91
A. Berekening van de prijsontwikkelingen	97
B. Berekening van de prijsniveaus	97



## Vooraf

De zorgmarkt is volop in ontwikkeling, van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing. CTG/ZAio kreeg van het Ministerie van VWS de taak om de ontwikkelingen in de recent geliberaliseerde ziekenhuiszorgmarkt te monitoren. Met de uitkomst kan beoordeeld worden of de marktwerking in dit B-segment tot de gestelde publieke doelen leidt op terrein van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. De minister beoogt immers in de nabije toekomst een groter deel van de ziekenhuiszorg te liberaliseren.

Deze monitor bouwt voort op de Oriënterende Monitor B-segment 2005 en de daaraan ten grondslag liggende risicoanalyse. De analyses in het voorliggende rapport zijn met name gericht op de zorginkoopmarkt, omdat de introductie van vrije prijsvorming in het B-segment voornamelijk betrekking heeft op de relatie tussen de zorginstellingen en de zorgverzekeraars. Daarbij is aandacht voor zowel de kant van de verzekeringen als die van de zorgverlening.

Het doel van de monitor 2006 is tweeledig. Het eerste doel van de monitor is het inzichtelijk maken van de effecten van de vrije markt. Marktwerking is namelijk geen doel op zich, maar een instrument dat bijdraagt aan de belangen van de consument. Met de monitor maken wij inzichtelijk waar verbeteringen nodig zijn en waar eventueel actie door CTG/ZAio of andere partijen noodzakelijk is. Het tweede doel van deze monitor is het leveren van input ten behoeve van aanscherping van de risicoanalyse van CTG/ZAio. De informatie uit de monitor kan bijvoorbeeld gebruikt worden om ons eigen beleid te evalueren en waar nodig bij te stellen.

Deze monitor is tot stand gekomen met behulp van diverse gegevensbronnen. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere instanties zijn hierbij behulpzaam geweest. In de managementsamenvatting vindt u een overzicht van de belangrijkste resultaten. Rest ons tot slot een woord van dank aan allen die medewerking aan de totstandkoming van deze monitor hebben gegeven.



mr. F.H.G. de Grave,  
voorzitter CTG/ZAio



drs. A.L.M. Barendregt,  
algemeen directeur CTG/ZAio





## Managementsamenvatting

De komende jaren beoogt het Ministerie van VWS middels gereguleerde marktwerking grote delen van de zorg te liberaliseren en dereguleren. VWS heeft CTG/ZAio de taak gegeven om de ontwikkelingen in de zorgmarkt, en in het bijzonder in het B-segment van de ziekenhuiszorg, te monitoren.<sup>1</sup> In 2005 heeft CTG/ZAio reeds een Oriënterende Monitor Ziekenhuiszorg uitgebracht. De voorliggende Monitor Ziekenhuiszorg 2006 sluit hierop aan en bouwt hierop voort.

Omdat er, evenals bij de Oriënterende Monitor, problemen waren met de gegevensaanlevering, konden in deze monitor bepaalde analyses niet gedaan worden en zijn enkele aannames gemaakt. CTG/ZAio heeft begrip getoond voor de administratieve lasten en opstartproblemen van marktpartijen om te voldoen aan hun wettelijke leveringsplicht. Komend jaar gaat CTG/ZAio ervan uit dat marktpartijen in staat zijn om aan hun wettelijke leveringsplicht te voldoen.

Hieronder komen per monitordoelstelling de belangrijkste bevindingen naar voren, waarna kort wordt ingegaan op advies uitbreiding B-segment, acties NZa en aanbevelingen aan VWS.

### 1. Inzicht geven in de werking van de gezondheidsmarkt en de ontwikkelingen daarin

- **Er zijn diverse positieve ontwikkelingen gaande op de markt. Desondanks is er nog niet voldaan aan de condities voor marktwerking in de ziekenhuiszorg.**  
De voornaamste redenen hiervoor zijn: (1) kwaliteit is nog onvoldoende transparant, (2) keuzeondersteuning<sup>2</sup> door verzekeraars aan verzekerden speelt nog een beperkte rol en (3) de wisselwerking tussen het A-segment en het B-segment.
- **De laatste jaren is het aantal ZBC's sterk gestegen, waarbij er sprake lijkt te zijn van een nieuwe trend 'het oprichten van ZBC's door ziekenhuizen'**  
Dit heeft mogelijk ongewenste effecten tot gevolg zoals te lage prijzen<sup>3</sup>, die op de lange termijn kunnen resulteren in een slechtere betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor de consument
- **Ziekenhuizen hebben in het algemeen vooralsnog een sterkere onderhandelingspositie dan verzekeraars.**
- **In sommige interviews komt naar voren dat er in de onderhandelingen een koppeling gemaakt wordt tussen het A-segment en het B-segment.**

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29324, nrs.1 en 3.

<sup>2</sup> Onder keuzeondersteuning wordt verstaan het stimuleren van de keuze van de patiënt uit een groep reële alternatieven.

<sup>3</sup> Er is sprake van een te lage prijs wanneer een onderneming met aanmerkelijke marktmacht een tarief hanteert dat lager is dan de gemiddelde variabele kosten. Een te laag tarief kan concurrerende instellingen uit de markt drukken en/of de toetreding van nieuwe instellingen ontmoedigen. Bron: CTG/ZAio, Toezichtskader te hoge en te lage tarieven.

Dit heeft mogelijk ongewenste effecten tot gevolg zoals te lage prijzen, die op de lange termijn kunnen resulteren in een slechtere betaalbaarheid, kwaliteit en/of toegankelijkheid van de zorg.

## **2. De invloed van marktwerking op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid**

Marktwerking in de ziekenhuiszorg heeft als doel de belangen van de consument te behartigen. Hieronder wordt ingegaan op de effecten op de 3 publieke belangen.

### *Kwaliteit*

- **De ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit gaan de goede kant op.**  
Er moet nog veel gebeuren op het gebied van kwaliteit, maar de eerste slagen zijn zeker gemaakt. Zo zijn dit jaar nieuwe kwaliteitsindicatoren voor een aantal aandoeningen in het B-segment ontwikkeld. Ook zijn veldpartijen in overleg over de implementatie van de ontwikkelde indicatoren en vragenlijsten. Belangrijk is nu wel dat dit wordt voortgezet zodat kwaliteit voldoende transparant wordt en dat kwaliteit ook een grotere rol gaat spelen in de onderhandelingen en contractering van zorgaanbieders.

### *Toegankelijkheid*

- **De toegankelijkheid van het B-segment is ten opzichte van de situatie vorig jaar niet noemenswaardig veranderd.**  
De voornaamste redenen hiervoor zijn: (1) bijna alle verzekeraars hebben net als vorig jaar met vrijwel alle ziekenhuizen waar hun verzekerden heen gaan contracten afgesloten, (2) keuzeondersteuning door verzekeraars aan verzekerden speelt nog een beperkte rol en (3) er zijn nog steeds wachttijden bij bepaalde zorgaanbieders voor bepaalde DBC's.
- **Wachttijdbemiddeling door zorgverzekeraars kan voor consumenten zeker lonend zijn, gezien de bestaande spreiding in wachttijden tussen zorgaanbieders.**
- **Keuzeondersteuning door verzekeraars speelt nog een beperkte rol.**
- **Uit een theoretische reistijdanalyse blijkt dat reistijd geen belemmering hoeft te zijn voor het bieden van keuzeondersteuning aan verzekerden.**  
De extra reistijd van het dichtstbijzijnde naar het op een na dichtstbijzijnde ziekenhuis ligt immers voor 82% van de Nederlandse bevolking binnen de 15 minuten. Dit geldt ook voor 62% van de Nederlandse bevolking als ze naar het op twee na dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan.

#### *Betaalbaarheid*

- **De prijzen zijn nominaal gemiddeld met 0,5% gestegen, wat leidt tot een reële daling van 0,8%.**  
Opgemerkt dient te worden dat eventuele aanpassingen in de prijzen door de verhoging van het uurtarief van medisch specialisten met 5,5% met ingang van 1 april 2006 niet zijn meegenomen.
- **Er lijkt dit jaar sprake te zijn van een nivellerende tendens in prijsniveaus.**
- **Het kan verzekeraars en consumenten financieel voordeel opleveren om rond te kijken waar ze de zorg inkopen respectievelijk afnemen.**  
De spreiding in door zorgaanbieders gehanteerde prijsniveaus per diagnose is groot.

#### **Acties NZa**

##### *Gegevenslevering*

- Daar waar partijen in gebreke blijven met betrekking tot de wettelijk verplichte gegevensaanlevering, zal de NZa gaan handhaven.

##### *Marktstructuur*

- De NZa zal in het najaar van 2006 een monitor special over de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg publiceren. In deze monitorspecial gaat de NZa dieper in op de effecten van ZBC's, zowel zelfstandig als gelinkt aan een ziekenhuis, op de publieke belangen en de mogelijke belemmeringen en knelpunten in de markt.

##### *Kwaliteit*

- De NZa gaat haar visie op het gebied van kwaliteit nader ontwikkelen.
- De NZa gaat indien nodig stimuleren dat kwaliteit een grotere rol gaat spelen in de onderhandelingen en contractering van zorgaanbieders.
- De NZa zal erop toezien dat de ontwikkelde kwaliteitsinformatie inzichtelijk is voor de consument.

##### *Toegankelijkheid*

- De NZa gaat onderzoeken hoe keuzeondersteuning door verzekeraars kan worden bevorderd.
- De NZa is voornemens om bestaande en toekomstige initiatieven (zoals vergelijkende websites) die de inzichtelijkheid van toegankelijkheid tot zorgaanbieders voor de consument verhelderen te stimuleren.
- De NZa zal waar nodig de transparantie van afspraken over wachtlijstdifferentiatie bevorderen.

- De NZa komt met een visie hoe de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt zo veel mogelijk afgerond kunnen zijn voor de start van de jaarlijkse switchperiode op de zorgverzekeringsmarkt. Deze periode loopt van 1 november tot 1 januari.

#### *Betaalbaarheid*

- Zodra voldoende DBC-gegevens beschikbaar zijn, is de NZa voornemens onderzoek te doen naar verklaringen van de prijsontwikkelingen en verschillen in prijsniveau.

In de NZa-agenda voor 2007 wordt nader ingegaan op de interpretatie en implementatietermijnen van de genoemde actiepunten.

#### **Advies aan VWS**

CTG/ZAiO adviseert om het B-segment in de huidige vorm, met ongeclausuleerde vrije prijzen, op dit moment nog niet uit te breiden. Door de hierboven geconstateerde marktperfectionen (zoals gebrekkige kwaliteitsinformatie en keuzeondersteuning) bestaat bij uitbreiding van het B-segment vooralsnog een reëel risico op nadelige gevolgen voor de publieke belangen. Bovendien zou uitbreiding van het B-segment in de huidige vorm een eenzijdige nadruk leggen op verdere prijsliberalisering, terwijl ook een verdere deregulering van toetreding, contractering en winstuitkering nodig is voor een goed werkende markt.

Daarom adviseert CTG/ZAiO het Ministerie van VWS om verdere liberalisering van de ziekenhuiszorg vorm te geven met een samenhangend pakket van op doelmatigheid gerichte maatregelen voor zowel deregulering van het A-segment als voor uitbreiding van het B-segment. Hiervoor doet CTG/ZAiO aanbevelingen in de Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging. Naast de introductie van doelmatigheidsprikkels, staat ook vermindering van de administratieve lasten centraal in de verdere liberalisering.

- In de eerder genoemde Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging doet CTG/ZAiO onder meer een concreet voorstel in deze richting door voor het leeuwendeel van de electieve reguliere ziekenhuiszorg vrije prijsonderhandelingen mogelijk te maken;
- Zolang de momenteel aanwezige structurele marktperfectionen echter nog niet verholpen zijn, moeten waarborgen voor doelmatigheid worden ingebouwd. Dat kan op een efficiënte en proportionele wijze gebeuren door een prijsplafond op basis van gemiddelde kosten.

In de Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging heeft CTG/ZAiO tevens een toetsingskader uitgewerkt met randvoorwaarden waaraan bepaalde delen van de ziekenhuiszorg ten minste zouden moeten voldoen alvorens een overgang naar het B-segment zonder onverantwoorde risico's mogelijk wordt.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> De in de Uitvoeringstoets geformuleerde randvoorwaarden zijn sterk geënt op een eerdere brief "Liberalisering electieve zorg" van het ministerie van VWS aan het parlement. Tweede-Kamerstukken 29800 XVI, nr. 25 .

# 1 Monitoren van het B-segment van de ziekenhuiszorg

## 1.1 Aanleiding

De komende jaren beoogt het Ministerie van VWS middels gereguleerde marktwerking grote delen van de zorg te liberaliseren en dereguleren. Voor de ziekenhuiszorg zijn in 2005 en 2006 met de invoering van het DBC-systeem, het vervallen van de contracteerplicht en de introductie van het B-segment de eerste stappen in deze richting gezet. Het DBC-systeem biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars een eenduidige onderhandelings- en declaratietaal, terwijl vrije prijsvorming ruimte laat voor particulier initiatief van lokale partijen. Voor het B-segment kunnen ziekenhuizen en ZBC's vanaf 2005 jaarlijks met de zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's.<sup>5</sup>

VWS heeft CTG/ZAio de taak gegeven om de ontwikkelingen in de zorgmarkt, en in het bijzonder in het B-segment van de ziekenhuiszorg, te monitoren.<sup>6</sup> Vooral in de transitieperiode van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing is dat van groot belang. Het is immers moeilijk te voorspellen hoe concurrentie zich zal ontwikkelen. In 2005 heeft CTG/ZAio reeds een Oriënterende Monitor Ziekenhuiszorg uitgebracht, met daarin een analyse van de ontwikkelingen in het B-segment in 2005. De voorliggende Monitor Ziekenhuiszorg 2006 sluit hierop aan en bouwt hierop voort.

## 1.2 Doelstelling monitor

Monitorpublicaties door CTG/ZAio zijn gericht op onderzoek naar twee onderwerpen: ten eerste de werking van recent geliberaliseerde zorgmarkten en de ontwikkelingen daarin, en ten tweede de invloed van marktwerking op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Op basis daarvan kan CTG/ZAio signaleren waar eventueel actie door CTG/ZAio of andere partijen nodig is. De nadruk van het monitoren ligt op het tweede onderwerp, het effect van marktwerking op de publieke doelen. Marktwerking is immers geen doel op zich, maar een instrument om met doelmatigheidsverbeteringen bij te dragen aan de borging van de publieke doelen. Met het monitoren van deze publieke doelen in relatie tot marktwerking maakt CTG/ZAio duidelijk hoe het met de behartiging van de belangen van de consument gesteld is en waar eventueel actie (door CTG/ZAio of andere partijen) noodzakelijk is.

In het in februari 2005 gepubliceerde Visiedocument Ziekenhuiszorg<sup>7</sup> zijn daarnaast enkele specifieke economische gedragingen en verschijnselen geïventariseerd die van invloed kunnen zijn op de marktwerking en zodoende op de publieke belangen. Aan bod kwamen onder meer aspecten als te hoge/lage prijzen, inkoopmacht, fusies en concentraties, verticale

<sup>5</sup> Overigens onderhandelen ZBC's ook over het A-segment, namelijk over een kortingspercentage op de CTG-maximumtarieven. Dit in tegenstelling tot de ziekenhuizen waarvoor de tarieven in het A-segment geen maximumtarieven, maar vaste tarieven zijn.

<sup>6</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29324, nrs. 1 en 3.

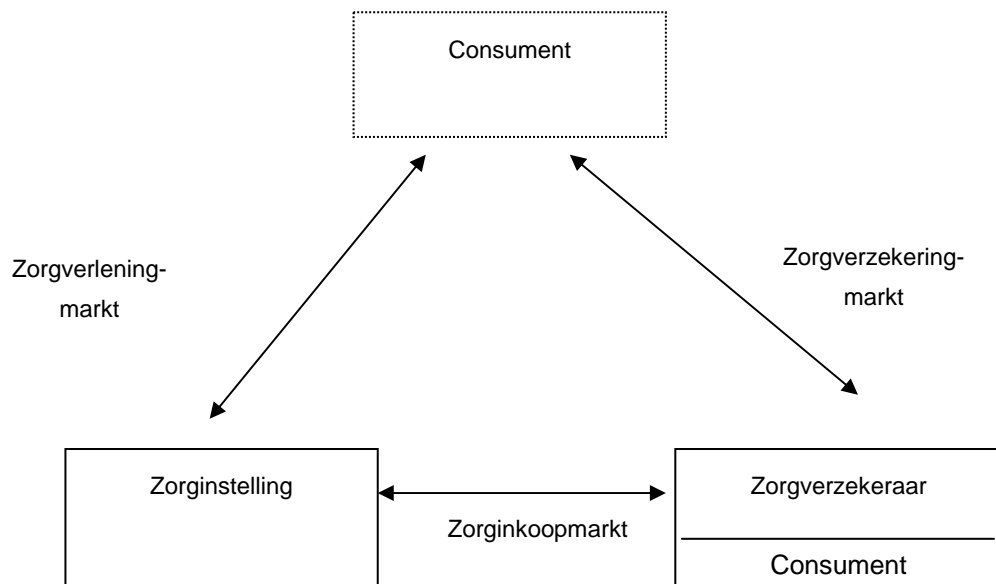
<sup>7</sup> CTG/ZAio, Visiedocument ziekenhuiszorg, februari 2005.

integratie, toelaten winststreven zorginstellingen, specialisatieovereenkomsten, horizontale en verticale samenwerking en bundeling van DBC's. In toekomstige deelrapporten en economische policy papers zal op basis van diepgaandere analyses nader worden ingegaan op deze onderwerpen. De keuze en timing van dergelijke publicaties zal plaatsvinden op basis van een risicoanalysemodel, waarbij rekening wordt gehouden met de kans van optreden en verwachte impact van de verschillende gedragingen op de publieke belangen.

### 1.3 Focus monitor

De gezondheidszorg kent drie samenhangende markten: de zorgverleningmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringmarkt (figuur 1.1).

**Figuur 1.1: Markten in de gezondheidszorg**



Aangezien de introductie van vrije prijsvorming in het B-segment voornamelijk betrekking heeft op de relatie tussen de zorginstellingen en de zorgverzekeraars, zijn de analyses in dit rapport vooral gericht op de zorginkoopmarkt. Er is aandacht voor (ontwikkelingen op) de zorgverzekeringmarkt en zorgverleningmarkt voorzover die relevant zijn voor het functioneren van de zorginkoopmarkt. Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en CTG/ZAio brengen in juni 2006 een monitor van de zorgverzekeringmarkt uit.

Wegens beperkte informatie over de ZBC's zijn de kwantitatieve delen uit dit document met name gericht op interactie tussen verzekeraars en ziekenhuizen. De rol van ZBC's komt later dit jaar aan de orde in een monitorspecial over de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg.

## **1.4 Gebruik monitor**

Het doel van de voorliggende monitor is tweeledig. Allereerst dient het document ter rapportage en advisering aan het ministerie van VWS. Ten tweede kunnen de verworven inzichten CTG/ZAio handvatten bieden voor het inrichten van haar (toekomstige) werkzaamheden.

### **1.4.1 Rapportage en advies aan VWS**

De monitor beoogt de effecten van de invoering van marktwerking op genoemde aspecten zichtbaar te maken. Zodoende kan worden gekeken of het doel –het stimuleren van de borging van de publieke belangen – door het middel –de markt– ook werkelijk wordt bereikt. Hierbij dient te worden opgemerkt dat CTG/ZAio zich wat betreft kwaliteit baseert op het oordeel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). CTG/ZAio spreekt zich alleen uit over kwaliteit voorzover dit van invloed is op de werking van de markt, bijvoorbeeld hoe het gesteld is met de transparantie van de kwaliteit van de zorg en hoe kwaliteit wordt meegenomen in het onderhandelingsproces.

Daarnaast krijgt CTG/ZAio door te monitoren onder andere meer zicht op bepaalde kenmerken en ontwikkelingen in de zorgmarkt die een risico vormen voor de mededinging. Hierdoor is CTG/ZAio beter in staat adviezen te geven aan het Ministerie van VWS en andere instellingen over het invoeren, aanpassen of intrekken van regels en beleid om de mededinging in de zorgsector te bevorderen.

### **1.4.2 Informatieverwerving voor de eigen taken van CTG/ZAio**

De voorliggende monitor bouwt voort op de inzichten uit de Oriënterende Monitor 2005 en de daaraan ten grondslag liggende risicoanalyse.<sup>8</sup> De monitor zelf levert ook weer input voor een aanscherping van de risicoanalyse. Daarnaast kan de informatie uit de monitor gebruikt worden om bijvoorbeeld het eigen beleid te evalueren en waar nodig bij te stellen.

Allereerst kan CTG/ZAio op grond van de WTG (en na inwerkingtreding van de Wmg, de NZa) beleidsregels vaststellen, wijzigen of intrekken.<sup>9</sup> Op basis van deze beleidsregels kan CTG/ZAio ingrijpen op het niveau van individuele instellingen. De monitor kan de naleving van de beleidsregels ondersteunen door eventuele problemen te signaleren. Op basis daarvan kan CTG/ZAio besluiten om nader onderzoek te doen.

Daarnaast heeft CTG/ZAio met de NMa een samenwerkingsprotocol afgesloten.<sup>10</sup> Als onderdeel hiervan consulteren CTG/ZAio en de NMa elkaar bij vraagstukken over marktafbakening en het bepalen van een machtspositie. De monitor kan bijdragen aan de kwaliteit van deze consultaties. Daarnaast zal het monitoren ook het concentratietoezicht door

<sup>8</sup> CTG/ZAio, Visiedocument Ziekenhuiszorg, februari 2005.

<sup>9</sup> Beleidsregels moeten in 2005 (tot de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg) worden goedgekeurd door het Ministerie van VWS.

<sup>10</sup> Het samenwerkingsprotocol tussen CTG/ZAio en de NMa voor 2005-2006 is te vinden op [www.ctg-zaio.nl](http://www.ctg-zaio.nl).

de NMa ondersteunen; het draagt bij aan een goed onderbouwde zienswijze van CTG/ZAio bij een voorgenomen fusie.

## 1.5 Informatiebronnen voor deze monitor

Deze monitor is tot stand gekomen met diverse gegevensbronnen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere instanties. Bij het verzamelen van de data door CTG/ZAio is de sector met zo weinig mogelijk administratieve lasten geconfronteerd. Zo heeft CTG/ZAio gegevens niet bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars opgevraagd indien deze al bij andere instanties in het bezit waren. Een overzicht van de gebruikte bronnen is opgenomen in tabel 1.1.

**Tabel 1.1: Gebruikte informatiebronnen voor de monitor**

Informatie	Leverancier	Opmerkingen
Schoningsprijzen en –volume	CTG/ ZAio	Gebaseerd op CGAO-9 data van twaalf koploperziekenhuizen. Deze data omvatten ruwweg de periode van april 2002 tot en met juni 2004.
Marktaandelen zorgverzekeraars per ziekenhuis	CTZ	Gebaseerd op het aantal ligdagen dat door het ziekenfonds is ingekocht in 2004.
Marktafbakening en marktaandelen ziekenhuizen	Prismant	Gebaseerd op LMR en LAZR van het jaar 2002. Gebruikte methode is de Elzinga-Hogarty test. <sup>11</sup>
Passantenprijzen	Ziekenhuizen en ZBC's	Door CTG/ZAio op basis van de WTG opgevraagde passantenprijslijsten over het jaar 2005 en 2006. De informatie beslaat ruim 90% van de markt.
Contractprijzen per zorgverzekeraar per ziekenhuis	Zorgverzekeraars	Door CTG/ZAio opgevraagd bij zorgverzekeraars over het jaar 2005 en 2006. De dataset is niet geheel volledig. De informatie beslaat ruim 75% van de markt.
Kwalitatieve gegevens	Zorgverzekeraars, ziekenhuizen, medisch specialisten en deskundigen	Achtergrondinterviews met 7 zorgverzekeraars, 10 ziekenhuizen, 12 ZBC's, 3 medisch specialisten en 3 deskundigen.

De gebruikte gegevensbronnen zijn niet in alle gevallen compleet of up-to-date. Bovendien ontbreekt belangrijke informatie door aanhoudende problemen met het aanleveren van de

<sup>11</sup> Prismant, "Prestatie-indicator aanbodconcentraties ziekenhuisdiensten", publicatienummer 204.15, november 2004, Utrecht.



Minimale Data Set (MDS) aan het DBC-Informatiesysteem (DIS). Het gaat hierbij bijvoorbeeld om gegevens over de in 2005 gerealiseerde volumes, waardoor noodgedwongen met de ex-ante schoningsvolumes 2005 gewerkt moest worden.

Evenals bij het totstandkomen van de Oriënterende Monitor Ziekenhuiszorg, heeft CTG/ZAio begrip getoond voor de administratieve lasten en opstartproblemen van marktpartijen om te voldoen aan hun wettelijke leveringsplicht. Komend jaar gaat CTG/ZAio er echter van uit dat marktpartijen in staat moeten zijn om aan hun wettelijke leveringsplicht te voldoen. Aanlevering van deze data wordt door CTG/ZAio als prioriteit gezien. Indien blijkt dat de aanlevering niet naar wens van CTG/ZAio geschiedt, gaat CTG/ZAio over tot handhaving van de data. Daarnaast heeft CTG/ZAio al met de NVZ vereniging van ziekenhuizen afspraken gemaakt over het aanleveren van kostprijsgegevens aan het DIS<sup>12</sup>.

Het gevolg van het gebrek aan gegevens is dat sommige analyses die van belang zijn voor een volledig beeld van de marktontwikkelingen, gebaseerd zijn op verschillende aannames, of dat analyses nog niet uitgevoerd konden worden. De robuustheid van de mededingingsrechtelijke geografische marktafbakening voor ziekenhuismarkten op basis van kwantitatieve analyses zal zich kunnen verbeteren indien meer gegevens beschikbaar komen.<sup>13</sup> Conclusies gerelateerd aan marktaandelen vormen dus slechts een eerste indicatie van de concentratie aan de aanbod- of vraagzijde.

Bij veel gegevens gaat het om momentopnames. De contractinformatie is binnengekomen tussen 6 februari 2006 en 26 april 2006. In beginsel heeft de contractinformatie betrekking op de periode 1 januari 2006 tot en met 31 december 2006. De passantenprijsinformatie is binnengekomen in de periode van 1 februari 2006 tot en met 31 maart 2006, en is geldig van 1 februari 2006 tot en met 31 december 2006.<sup>14</sup>

Onderdeel van de passantenprijzen en contractprijzen is de honorariumcomponent voor medisch specialisten. Naar aanleiding van een besluit van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB), heeft CTG/ZAio dit uurtarief met ingang van 1 april 2006 trendmatig aangepast met 5,5%. Hierdoor komt het macroneutrale uurtarief voor 2006 structureel uit op € 147,50. De verhoging van het uurtarief betekent voor het B-segment dat instellingen mogelijk vanaf 1 april hun prijzen hierop aanpassen. Afhankelijk van de contracten die zijn gesloten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan hiervoor nieuw overleg met de betreffende verzekeraars nodig zijn. De eventuele aanpassingen na sluiting van de gegevensverzameling van de contractprijzen en passantenprijzen op respectievelijk 26 april 2006 en 31 maart 2006 zijn niet verwerkt in deze monitor.

<sup>12</sup> Dit akkoord is gebaseerd op een extern advies van adviesbureau PricewaterhouseCoopers (2005).

<sup>13</sup> CTG/ZAio en de NMa hebben een onderzoeksproject opgezet naar methodieken en gegevensbronnen die van toegevoegde waarde zijn voor de afbakening van zorgmarkten.

<sup>14</sup> In principe kunnen instellingen hun passantenprijzen dagelijks aanpassen. In de praktijk stellen de meeste instellingen echter de passantenprijzen voor een jaar vast. Indien een instelling zijn passantenprijzen wijzigt, moet deze de nieuwe passantenprijslijst aan CTG/ZAio aanleveren.

Naast kwantitatieve analyses komen ook de ervaringen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen aan bod. Voor deze monitor zijn ziekenhuizen, zorgverzekeraars, ZBC's, medisch specialisten en overige deskundigen individueel geïnterviewd. De interviews, met mensen die deel uitmaakten van (of advies gaven aan) de onderhandelingsdelegatie, zijn in de periode november 2005 tot en met maart 2006 gehouden.

## **1.6 Oprichting NZa**

In de monitor wordt gesproken over CTG/ZAio en het CTZ. Bij de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) gaan zij op in de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De in de monitor geformuleerde acties zullen – voor zover nog niet afgerond bij inwerkingtreding van de Wmg - door de NZa worden opgepakt.

## **1.7 Toelichting afkortingen en begrippen**

In dit monitordocument worden regelmatig afkortingen en begrippen gebruikt. Deze afkortingen en begrippen worden toegelicht in de lijst met afkortingen en begrippen, achterin dit document.

## **1.8 Leeswijzer**

De indeling van de monitor is als volgt. Hoofdstuk 2 schetst een beeld van het B-segment van de ziekenhuiszorg. Hoofdstuk 3 gaat vervolgens in op de marktstructuur van de zorginkoopmarkt van het B-segment van de ziekenhuiszorg. Het publieke belang kwaliteit komt aan de orde in hoofdstuk 4. Het publieke belang toegankelijkheid wordt in hoofdstuk 5 beschreven. Hoofdstuk 6 gaat in op de betaalbaarheid van de zorg. Als laatste volgen in hoofdstuk 7 de conclusies, aanbevelingen en actiepunten van CTG/ZAio.

## 2 Het B-segment van de ziekenhuiszorg

### 2.1 Inleiding

In 2005 heeft het Ministerie van VWS de DBC's waarvoor naar verwachting de markt goed kan werken opgenomen in het zogenoemde B-segment van de ziekenhuiszorg. Voor zorg in dit segment zijn de prijzen vrijgegeven. Om een beeld te krijgen van dit B-segment wordt in dit hoofdstuk eerst ingegaan op het belang ervan. Daarna komt de samenstelling van het B-segment aan bod, waarna kort wordt ingegaan op de samenhang tussen het A- en het B-segment. Tot slot gaat dit hoofdstuk in op meningen van partijen over de wenselijkheid van uitbreiding van het B-segment.

### 2.2 Belang van het B-segment

Om een idee te krijgen van het belang van het B-segment wordt hieronder gekeken naar het aandeel van het B-segment in de totale omzet van de ziekenhuiszorg en in de totale omzet per ziekenhuis.

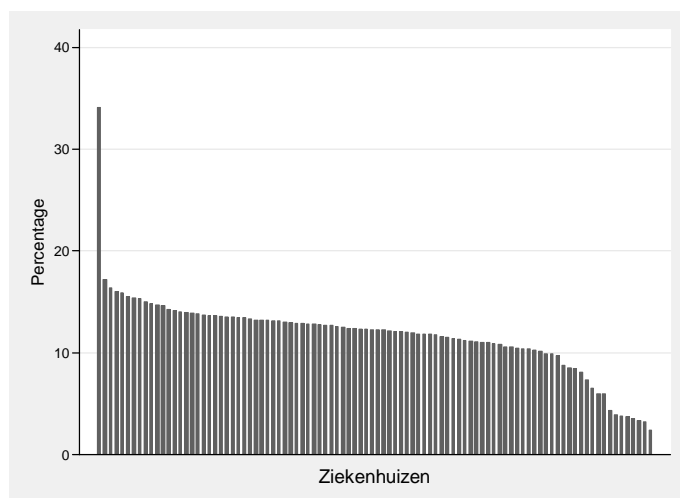
#### *Aandeel B-segment in totale omzet ziekenhuiszorg*

In 2004 was de geschatte omzet van het B-segment van de ziekenhuiszorg, inclusief honoraria en kapitaallasten, € 1,1 miljard. Dit is ongeveer 8% van de totale ziekenhuiszorg.

#### *Aandeel B-segment in totale omzet per ziekenhuis*

Figuur 2.1 laat het aandeel van het B-segment in de totale omzet per ziekenhuis zien. Dit is berekend op basis van de ex-ante schoningsvolumes 2005 en de totale omzetgegevens van 2004. Het betreft hier dus schattingen.

**Figuur 2.1: Aandeel B-segment in totale omzet per ziekenhuis**



Bron: CTG/ZAio

Zoals figuur 2.1 laat zien, verschilt het aandeel van de omzet in het B-segment sterk per ziekenhuis. Het B-segment maakt bij sommige ziekenhuizen minder dan 5% uit van de omzet, terwijl het bij een ander ziekenhuis meer dan 30% uitmaakt. In de Oriënterende Monitor ziekenhuiszorg 2005 kwam al naar voren dat het aandeel van de omzet in het B-segment ook sterk verschilt per type ziekenhuis: van gemiddeld 3% bij academische ziekenhuizen tot 10% bij algemene ziekenhuizen. Het belang van het B-segment verschilt dus sterk per ziekenhuis en per type ziekenhuis.

ZBC's zijn bij deze analyse niet meegenomen, omdat er bij ZBC's geen schoningsvolumes zijn vastgesteld. Hierdoor beschikt CTG/ZAio niet over gegevens om het gemiddelde aandeel van het B-segment in de totale omzet te berekenen. Daarnaast is ook de Sint Maartenskliniek buiten beschouwing gelaten, omdat deze deelneemt aan een experiment waarbij de prijzen zijn vrijgegeven voor hun gehele productie en daartoe geen schoningsvolumes zijn vastgesteld.

### 2.3 Samenstelling van het B-segment

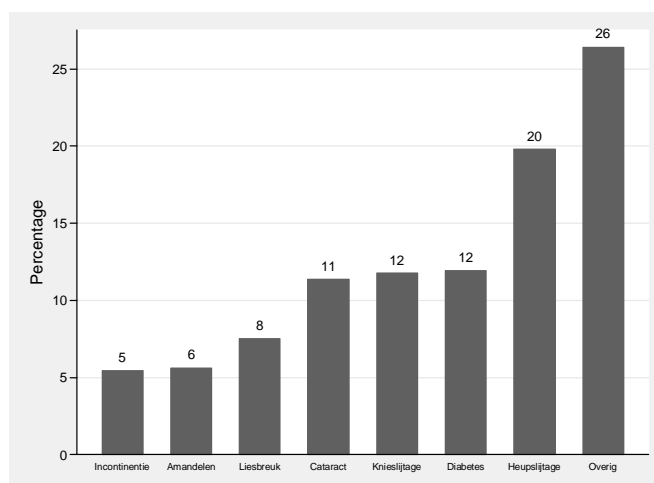
#### *DBC's*

Het B-segment van de ziekenhuiszorg bevat momenteel 1387 DBC's. Dit zijn er elf meer dan in 2005. Deze toename is veroorzaakt door het toevoegen van vervolg-DBC's bij een aantal diagnoses. Deze vervolg-DBC's worden gedeclareerd als een patiënt voor de tweede keer terug komt met dezelfde aandoening. Er is hier dus geen sprake van uitbreiding van het B-segment in de zin dat er nieuwe producten zijn toegevoegd.

#### *DBC's onderverdeeld naar diagnoses*

De DBC's in het B-segment horen bij 27 diagnoses. Figuur 2.2 laat het aandeel van de verschillende diagnoses in de omzet van het B-segment zien. Ook dit is berekend op basis van de ex-ante schoningsvolumes 2005.

**Figuur 2.2: Aandeel van de verschillende diagnoses in de omzet van het B-segment**



Bron: CTG/ZAio

Het aandeel van de verschillende diagnoses in de omzet van het B-segment verschilt sterk. Heupslijtage, diabetes en knieslijtage hebben met respectievelijk 20%, 12% en 12% het grootste aandeel in de omzet van het B-segment. Het kleinste aandeel in de omzet van het B-segment wordt gevormd door jicht en de ziekte van Bechterew. Het aandeel van deze diagnoses is respectievelijk slechts 0,3% en 0,4%.

## 2.4 Samenhang tussen het A- en B-segment

### 2.4.1 Koppeling van A- en B-segment tijdens de onderhandelingen

Ziekenhuiszorg die niet tot het B-segment behoort, behoort tot het A-segment<sup>15</sup>. In tegenstelling tot het B-segment gelden voor het A-segment geen vrije prijzen. CTG/ZAio stelt de prijzen voor de DBC's behorende tot het A-segment vast.<sup>16</sup> De onderhandelingen die plaatsvinden voor het A-segment tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars gaan met name over het volume. In tegenstelling tot het B-segment vinden deze onderhandelingen niet één op één plaats, maar tussen een zorgaanbieder enerzijds en een collectief van zorgverzekeraars anderzijds.<sup>17</sup> Uit sommige interviews komt naar voren dat het A-segment de onderhandelingen in het B-segment op verschillende manieren beïnvloedt.

Zo worden lagere prijsafspraken in het B-segment soms gecompenseerd met de lokale productiegebonden toeslag in het A-segment<sup>18</sup>. Ook worden de onderhandelingen in het B-segment soms gekoppeld aan de bevoorschottingsafspraken voor het A-segment.<sup>19</sup>

Dit kan gezien worden als een vorm van kruissubsidiëring tussen het A-segment en het B-segment. De reden voor het koppelen van het A-segment en B-segment in de onderhandelingen kan voortkomen uit verschillende belangen van de verzekeraar en de zorgaanbieder. Zo geven een aantal zorgaanbieders aan dat ze liever een goede afspraak hebben in het A-segment en een slechte afspraak in het B-segment dan andersom. Ook geeft een zorgaanbieder aan dat hij meer waarde hecht aan de bevoorschotting en liquiditeit dan kleine prijsverschillen in het B-segment. De reden hiervoor zou kunnen zijn dat het B-segment voor de meeste zorgaanbieders relatief klein is ten opzichte van het A-segment. Voor verzekeraars zou het juist een strategie kunnen zijn om meer weg te geven in het A-segment en een lagere prijs te bedingen in het B-segment. De winsten of verliezen die verzekeraars halen in het B-segment slaan namelijk terug op de verzekeraar zelf, terwijl een hoger of lager budget

---

<sup>15</sup> Hiertoe behoort ook vrijwel alle zorg die onder het 3e compartiment valt.

<sup>16</sup> Voor de ziekenhuizen gelden in dit segment vaste tarieven en voor de ZBC's maximumtarieven

<sup>17</sup> De zorgverzekeraars onderhandelen voor dit segment wel één op één met de ZBC's over onder andere het kortingspercentage op de CTG/ZAio-maximumtarieven

<sup>18</sup> CTG/ZAio heeft momenteel nog onvoldoende data tot haar beschikking om te bepalen in hoeverre deze koppeling tussen het A- en B-segment daadwerkelijk voorkomt. Zij is voornemens hier in de volgende monitortrapportage wel een uitspraak over te doen. De data die noodzakelijk is om te bepalen hoe de lokale productiegebonden toeslag zich als percentage van de variabele budgetcomponent heeft ontwikkeld in 2004-2005 is dan immers aangeleverd.

<sup>19</sup> De onderhandelingen over de bevoorschottingsafspraken voor het A-segment vinden overigens niet collectief, maar individueel tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar plaats.

in het A-segment terugslaat op alle verzekeraars. Een verzekeraar gaf dit ook aan in de interviews, alhoewel hij deze strategie zelf niet heeft toegepast.

#### **2.4.2 Koppelen van het A- en B-segment in de prijsstelling**

Naast het expliciet koppelen van het A- en B-segment in de onderhandelingen kan het ook voorkomen dat zorgaanbieders impliciet kruissubsidiëring toepassen tussen het A- en B-segment zonder dat er een hoger budget in het A-segment of hogere bevoorschotting tegenover staat. In dit geval gebruiken zorgaanbieders een deel van het budget voor het A-segment als dekking van de kosten van DBC's in het B-segment, zonder dat er in de onderhandelingen expliciet een koppeling wordt gemaakt tussen beide segmenten. Hierdoor kunnen de zorgaanbieders voor de DBC's in het B-segment lagere prijzen vragen.

#### **2.4.3 Effecten van het koppelen van het A- en B-segment**

Het koppelen van het A-segment en het B-segment zowel expliciet in de onderhandelingen als impliciet in de prijsstelling kan ongewenste effecten tot gevolg hebben. Niet alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben dezelfde mogelijkheden om deze koppeling toe te passen. Zo merkt een zorgaanbieder op dat zijn mogelijkheden om bijvoorbeeld lagere prijzen in het B-segment te compenseren met de lokale productiegebonden toeslag in het A-segment lager zijn, omdat de omvang van zijn A-segment relatief kleiner is dan bij andere zorgaanbieders. Hierdoor kan deze koppeling gebruikt worden om toetreding te belemmeren of concurrenten van de markt te drukken. Zo kan een zorgaanbieder met financiële ruimte in het A-segment bijvoorbeeld te lage prijzen in het B-segment vaststellen, waardoor hij andere zorgaanbieders die geen financiële ruimte in het A-segment hebben van de markt drukt. De tijdelijke verliezen die deze zorgaanbieder maakt, financiert hij vanuit zijn A-segment. Op de lange termijn zal dit schadelijk zijn voor de consument, omdat de zorgaanbieder bijvoorbeeld een monopoliepositie kan creëren waardoor hij (te) hoge prijzen in rekening kan brengen. Uit de interviews komt naar voren dat met name ZBC's hiervoor vrezen.

Om te voorkomen dat zorgaanbieders onder andere via koppeling tussen het A- en B-segment, zowel expliciet in de onderhandelingen als impliciet in de prijsstelling, zodanig lage prijzen in rekening brengen dat andere zorgaanbieders van de markt worden gedrukt of worden ontmoedigd om toe te treden heeft CTG/ZAio het toezichtskader te hoge en te lage tarieven in juni 2005 opgesteld.<sup>20</sup> Met betrekking tot te lage tarieven is de hoofdregel in dit toezichtskader dat een zorgaanbieder geen prijs lager dan zijn gemiddeld variabele kosten in rekening mag brengen. Hierdoor worden op de langere termijn (te) hogere prijzen voor de consument voorkomen. Vooralsnog heeft CTG/ZAio geen concrete signalen ontvangen dat zorgaanbieders via koppeling tussen het A- en B-segment zodanig lage prijzen in rekening brengen dat andere zorgaanbieders van de markt worden gedrukt of worden ontmoedigd om toe te treden. Er is dus

---

<sup>20</sup> CTG/ZAio, Toezichtskader te hoge en te lage tarieven, juni 2005.

nog geen sprake van een acuut probleem. Daarom ziet CTG/ZAio nog geen aanleiding om tot onderzoek of actie over te gaan. Dit betekent echter niet dat het in de toekomst geen probleem kan worden. CTG/ZAio is van mening dat alleen een grondige herziening van de bekostigingssystematiek in het A-segment tot een structurele oplossing van deze ongewenste wisselwerking kan leiden.

## 2.5 Uitbreiding van het B-segment

De minister heeft de Eerste Kamer toegezegd dat er tot 2007 geen wijzigingen worden doorgevoerd in de omvang van het B-segment.<sup>21</sup> Besluitvorming over mogelijke uitbreiding van het B-segment vanaf 2007 vindt pas plaats na de evaluatie van de huidige ervaringen met het B-segment.<sup>22</sup> Het Ministerie van VWS komt naar verwachting medio 2006 met deze evaluatie.

Uit de interviews blijkt dat het veld in het algemeen vóór uitbreiding van het B-segment is. Wel verschillen de meningen over hoe snel het B-segment uitgebreid moet worden.

Een deel van de geïnterviewden vindt dat het B-segment rustig moet worden uitgebreid. Redenen die hiervoor worden gegeven zijn: (1) Er moet tijd zijn voor een evaluatie, (2) Alles wat beleidsmatig besloten wordt, moet ook administratief worden ondersteund, (3) Keuzeondersteuningsinformatie is nu nog beperkt (bijvoorbeeld informatie over kwaliteit) en (4) Eerst moeten problemen met betrekking tot liquiditeit en registratie worden opgelost.

Een ander deel van de geïnterviewden vindt juist dat het B-segment zo snel mogelijk moet worden uitgebreid. Redenen die hiervoor gegeven worden zijn: (1) De onduidelijkheid die heerst rondom het bestaan van twee structuren is ongewenst, (2) Sommige zorgaanbieders hebben nu meer mogelijkheden om lagere prijzen in het B-segment te compenseren met een hoger budget in het A-segment dan andere zorgaanbieders en (3) Er zijn ongewenste effecten in de vorm van langere wachttijden in het A-segment doordat met name gefocust wordt op de wachttijden in het B-segment.

Deze monitor dient als input in de evaluatie van het Ministerie van VWS van de huidige ervaringen met het B-segment. Op basis van de resultaten in deze monitor adviseert CTG/ZAio het Ministerie van VWS om verdere liberalisering van de ziekenhuiszorg vorm te geven met een samenhangend pakket aan maatregelen voor zowel deregulering van het A-segment als voor uitbreiding van het B-segment. Hiervoor doet CTG/ZAio aanbevelingen in de Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging (zie hoofdstuk 7).

<sup>21</sup> [http://www.werkenmetdbc.nl/fileadmin/dbc/documenten/DBC\\_in\\_bedrijf\\_-\\_Jaargang\\_1\\_-\\_Nr\\_1\\_-\\_maart\\_2005.pdf](http://www.werkenmetdbc.nl/fileadmin/dbc/documenten/DBC_in_bedrijf_-_Jaargang_1_-_Nr_1_-_maart_2005.pdf)

<sup>22</sup> Dit is naar aanleiding van de motie Schouw (brief van de minister van VWS d.d. 1 juni 2005 inzake periodieke voortgangsrapportage DBC' s (29248, nr. 16)). Bron: <http://www.zorgvoorbeter.nl/fileadmin/zorgvoorbeter/Beleid/Arbeidsproductiviteit/MEVA-2628427Abrief.doc>

## 2.6 Samenvatting

Het aandeel van het B-segment in de totale omzet in de ziekenhuiszorg in 2004 is ongeveer 8%. Het aandeel van het B-segment in de totale omzet per zorgaanbieder verschilt echter sterk. Het B-segment maakt bij sommige ziekenhuizen minder dan 5% uit van de omzet, terwijl het bij andere ziekenhuizen meer dan 10% uitmaakt.

In sommige interviews komt naar voren dat er in de onderhandelingen een koppeling gemaakt wordt tussen het A- en B-segment. Lagere prijzen in het B-segment worden gecompenseerd met het budget of een hoger budget in het A-segment. Ook komt het voor dat lagere prijzen in het B-segment worden gecompenseerd met een hogere bevoorschotting in het A-segment. Deze koppeling kan ongewenste effecten tot gevolg hebben. Hij kan gebruikt worden om toetreding te belemmeren of concurrenten van de markt te drukken, met als gevolg hogere prijzen van de zorg op de langere termijn. Om dit te voorkomen heeft CTG/ZAio in juni 2005 het toezichtskader te hoge en te lage tarieven opgesteld. Vooralsnog heeft CTG/ZAio geen concrete signalen ontvangen dat zorgaanbieders via koppeling tussen het A- en B-segment zodanig lage prijzen in rekening brengen dat andere zorgaanbieders van de markt worden gedrukt of worden ontmoedigd om toe te treden. Er is dus nog geen sprake van een acuut probleem en CTG/ZAio ziet daarom nog geen aanleiding tot onderzoek of actie over te gaan. Dit betekent echter niet dat het in de toekomst geen probleem kan worden. CTG/ZAio is van mening dat alleen een grondige herziening van de bekostigingssystematiek in het A-segment tot een structurele oplossing van deze ongewenste wisselwerking kan leiden.

Besluitvorming over mogelijke uitbreiding van het B-segment vanaf 2007 vindt pas plaats na de evaluatie van de huidige ervaringen met het B-segment.<sup>23</sup> Het Ministerie van VWS komt naar verwachting medio 2006 met deze evaluatie. Deze monitor dient hierbij als input. Partijen in het veld zijn in het algemeen voor een uitbreiding van het B-segment, maar meningen verschillen over hoe snel dit moet gebeuren. CTG/ZAio adviseert het Ministerie van VWS om verdere liberalisering van de ziekenhuiszorg vorm te geven met een samenhangend pakket aan maatregelen voor zowel deregulering van het A-segment als voor uitbreiding van het B-segment. Hiervoor doet CTG/ZAio aanbevelingen in de Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging (zie hoofdstuk 7).

---

<sup>23</sup> Dit is naar aanleiding van de motie Schouw (brief van de minister van VWS d.d. 1 juni 2005 inzake periodieke voortgangsrapportage DBC' s (29248, nr. 16)).  
Bron: <http://www.zorgvoorbeter.nl/fileadmin/zorgvoorbeter/Beleid/Arbeidsproductiviteit/MEVA-2628427Abrief.doc>



## 3 Marktstructuur

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de marktstructuur van de zorginkoopmarkt. Dit is de markt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Kennis van de marktstructuur op de zorginkoopmarkt is van belang om bepaalde uitkomsten of gedragingen in de markt te kunnen verklaren. Daarnaast heeft de marktstructuur ook invloed op de mogelijkheden voor concurrentie in de markt. Een van de voorwaarden voor concurrentie is immers het aanwezig zijn van voldoende spelers op de markt<sup>24</sup>.

CTG/ZAio is op verschillende manieren direct of indirect betrokken bij de marktstructuur op de zorginkoopmarkt. CTG/ZAio kan het Ministerie van VWS of andere organen adviseren om regulering die invloed heeft op de marktstructuur op te leggen of af te schaffen (bijvoorbeeld het afschaffen van bepaalde toetredingsdrempels). Ook kan CTG/ZAio zienswijzen afgeven bij fusies van zorgaanbieders en fusies van verzekeraars die door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) worden getoetst.

De indeling van dit hoofdstuk is als volgt. Paragraaf 3.2 gaat in op de aanbodzijde van de markt. Dit wordt gevolgd door paragraaf 3.3, waar wordt ingegaan op de vraagzijde van de markt. En als laatste gaat paragraaf 3.4 in op de verdeling van de macht in de onderhandelingen.

### 3.2 Aanbodzijde van de markt

Op de aanbodzijde van de markt kunnen twee soorten zorgaanbieders onderscheiden worden: (1) ziekenhuizen en (2) ZBC's. Om de aanbodzijde van de markt goed in kaart te brengen wordt gekeken naar (1) het aantal zorgaanbieders, (2) de ontwikkeling van het aantal zorgaanbieders en (3) de concentratie op de aanbiedersmarkt.

#### 3.2.1 Aantal zorgaanbieders

In het B-segment leveren in totaal 159 zorgaanbieders zorg. Het betreft hier 98 ziekenhuizen en 61 ZBC's<sup>25</sup>, waarbij de ziekenhuizen zijn onder te verdelen in acht academische ziekenhuizen, 88 algemene ziekenhuizen en twee categorale ziekenhuizen.<sup>26</sup> Van de algemene ziekenhuizen zijn er negentien topklinisch.<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> Dit hoeft overigens geen heel groot aantal zijn.

<sup>25</sup> Het aantal ZBC's is bepaald op basis van gegevens van CTG/ZAio.

<sup>26</sup> In principe zijn alle ziekenhuizen zowel actief in het A-segment als in het B-segment. Uitzondering hierop zijn de categorale ziekenhuizen. Van de categorale ziekenhuizen zijn momenteel 2 van de 7 categorale ziekenhuizen actief in het B-segment. Dit zijn voornamelijk ook de enige twee categorale ziekenhuizen die op basis van DBC's werken. Het betreft hier de Sint Maartenskliniek (orthopedie) en het Oogziekenhuis Rotterdam (oogheelkunde).

<sup>27</sup> Topklinische ziekenhuizen zijn grote opleidende ziekenhuizen die hooggespecialiseerde medische zorg kunnen verlenen. Deze werken samen in de vereniging 'Samenwerkende Topklinische OpleidingsZiekenhuizen (STZ)'. Het

De academische en algemene ziekenhuizen leveren in het algemeen vrijwel alle DBC's die behoren tot het B-segment. Dit geldt niet voor de categorale ziekenhuizen en de ZBC's. Deze richten zich meestal op een of enkele specialismen en bieden alleen DBC's uit het B-segment aan die tot dit specialisme/deze specialismen behoren.

De ZBC's mochten zelfs tot 1 januari 2006 alleen dag- en poliklinische behandelingen uit het B-segment aanbieden. Deze beperking is echter met de invoering van de WTZi vervallen. ZBC's kunnen nu dus op het totale spectrum van het B-segment met ziekenhuizen concurreren.

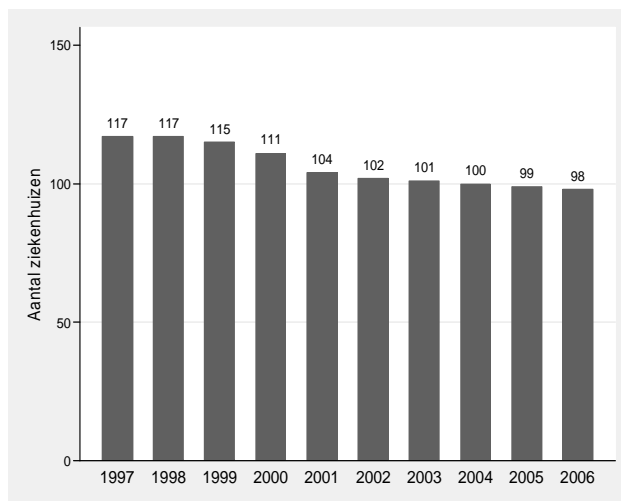
### 3.2.2 Ontwikkeling aantal zorgaanbieders

Bij de ontwikkeling van het aantal aanbieders wordt een onderscheid gemaakt in (1) ziekenhuizen en (2) ZBC's.

#### Ziekenhuizen

Figuur 3.1 laat de ontwikkeling van het aantal ziekenhuizen in de periode 1997-2006 zien.

**Figuur 3.1: Ontwikkeling van het aantal ziekenhuizen in het B-segment in de periode 1997-2006**



Bron: CTG/ZAio

Noot: De CTG/ZAio-gegevens m.b.t. het aantal instellingen lopen niet geheel gelijk met de fusies in de markt. In de CTG/ZAio-gegevens wordt een instelling als afzonderlijk aangemerkt als deze een eigen budget heeft. Het kan voorkomen dat twee instellingen in jaar x fuseren, maar pas in jaar x + t gezamenlijk een budget hebben en dus als 1 instelling aangemerkt worden.

---

voorzieningenniveau van deze ziekenhuizen ligt tussen dat van de academische ziekenhuizen en de andere algemene ziekenhuizen.

Zoals te zien is in figuur 3.1 is het aantal ziekenhuizen de afgelopen jaren gedaald. Dit is veroorzaakt door fusies van dicht bij elkaar gelegen instellingen.

Redenen voor instellingen om te fuseren kunnen zijn: streven naar efficiency (schaalvoordelen op het gebied van kosten en/of kwaliteit), streven naar een betere kwaliteit, vergroting van marktmacht, meer aanzien voor het management en overleving van een instelling die er financieel slecht voorstaat. Daarnaast kan het gunstiger uitwerken van de budgetteringssystematiek een reden zijn om te fuseren. Instellingen krijgen een relatief hoger budget als ze groter zijn. Deze toeslag is in het verleden in de budgetteringssystematiek opgenomen vanwege de veronderstelling dat ziekenhuizen die groter zijn ook gemiddeld andere en zwaardere functies uitvoeren, zoals hartoperaties, en daardoor gemiddeld zwaardere patiënten aantrekken<sup>28</sup>. Het is dus geen groottoeslag, maar een functietoeslag. Als de ziekenhuizen zouden uitbreiden zouden ze deze toeslag ook krijgen.<sup>29</sup>

Fusies tussen instellingen moeten worden gemeld bij de NMa als de instellingen jaarlijks tezamen in totaal meer dan € 113.450.000 wereldwijd omzetten en minstens twee van hen binnen Nederland ieder een jaaromzet van minimaal € 30 miljoen behalen.<sup>30</sup> Ziekenhuizen overschrijden normaliter deze omzetsdrempels en moeten een fusie dan ook melden bij de NMa. De NMa toetst of fusies leiden tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie. In het kader van het samenwerkingsprotocol tussen de NMa en CTG/ZAio kan CTG/ZAio zienswijzen afgeven bij fusies die door de NMa worden getoetst.

In 2006 heeft de NMa een melding van een fusie tussen twee ziekenhuizen ontvangen. Het betreft hier het ziekenhuis Walcheren en de Oosterschelde ziekenhuizen. De NMa heeft in de eerste fase van deze zaak geconcludeerd dat voor de fusie een vergunning moet worden aangevraagd. Dit was in lijn met de eerste-fase-zienswijze van CTG/ZAio. Naar aanleiding van het besluit van de NMa hebben de genoemde ziekenhuizen een vergunning aangevraagd. Deze aanvraag is momenteel nog bij de NMa in behandeling, in een zogenoemde tweede fase. CTG/ZAio heeft inmiddels een op dit moment nog vertrouwelijke tweede-fase-zienswijze afgegeven.

### ZBC's

Figuur 3.2 laat de ontwikkeling van het aantal afgegeven vergunningen aan ZBC's door het College Bouw in de periode 2000-2006 zien.

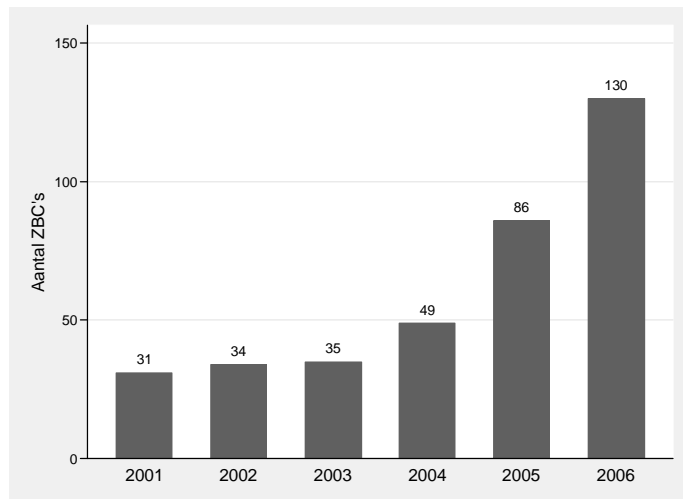
---

<sup>28</sup> Hiermee wordt bedoeld patiënten die behandelingen nodig hebben die onder de zwaardere functies vallen.

<sup>29</sup> Hiervoor hebben ze uiteraard wel toestemming nodig van VWS en hierover moeten ze afspraken maken met de verzekeraars (uitbreiding specialistencapaciteit).

<sup>30</sup> Mededingingswet, Artikel 29, lid 1.

**Figuur 3.2: Ontwikkeling van het aantal afgegeven vergunningen aan ZBC's in de periode 2000-2006<sup>31</sup>**



Bron: CTG/ZAio

Zoals te zien is in figuur 3.2 is het totaal aantal afgegeven vergunningen aan ZBC's de afgelopen jaren sterk gestegen. Dit aantal komt niet per definitie overeen met het aantal ZBC's dat actief is aan het begin van het betreffende jaar. Het is immers mogelijk dat sommige ZBC's inmiddels niet meer actief zijn of nog niet zijn opgestart. Voor zover bekend bij CTG/ZAio zijn aan het begin van 2006 in totaal 94 ZBC's actief, waarvan er 61 zorg leveren in het B-segment.<sup>32</sup> Halverwege 2005 waren er 37 ZBC's actief in het B-segment.<sup>33</sup> Het aantal ZBC's dat actief is in het B-segment is dus sterk toegenomen. Het betreft hier niet alleen zelfstandige ZBC's, maar ook ZBC's gelieerd aan een ziekenhuis. Het oprichten van een ZBC door een ziekenhuis lijkt een nieuwe trend te worden. CTG/ZAio zal in haar monitorspecial over de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg, die in het najaar wordt gepubliceerd, nader ingaan op deze trend. Redenen voor een ziekenhuis om een ZBC op te richten kunnen zijn: (1) beter kunnen concurreren met zelfstandige ZBC's en/of (2) voorkomen dat de specialisten van het ziekenhuis in een zelfstandige ZBC gaan werken. Hier zou sprake kunnen zijn van ongewenste effecten zoals te lage prijzen<sup>34</sup>, die op de lange termijn resulteren in een slechtere betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor de consument. CTG/ZAio is dan ook van mening dat deze effecten nader geanalyseerd dienen te worden. Dit geldt ook voor het opzetten van zelfstandige ZBC's door specialisten die daarnaast in een ziekenhuis werken en bekend zijn met de bedrijfsgeheimen van het ziekenhuis zoals bijvoorbeeld het geval was bij de

<sup>31</sup> Indien een ZBC meerdere locaties heeft zijn deze afzonderlijk geteld.

<sup>32</sup> Deze aantallen zijn bepaald op basis van bij CTG/ZAio aanwezige informatie.

<sup>33</sup> CTG/ZAio, Oriënterende Monitor Ziekenhuiszorg, september 2005.

<sup>34</sup> Er is sprake van een te lage prijs wanneer een onderneming met aanmerkelijke marktmacht een tarief hanteert dat lager is dan de gemiddelde variabele kosten. Een te laag tarief kan concurrerende instellingen uit de markt drukken en/of de toetreding van nieuwe instellingen ontmoedigen. Bron: CTG/ZAio, Toezichtskader te hoge en te lage tarieven.

Tjongerschans.<sup>35</sup> Ook dit kan op den duur leiden tot hogere prijzen, een lagere kwaliteit en/of slechtere toegankelijkheid van de zorg.

In de eerder genoemde monitorspecial over de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg wordt dieper ingegaan op het oprichten van ZBC's en de verhouding tussen ziekenhuizen en ZBC's.

#### *Totale ontwikkeling*

Het aantal aanbieders in de ziekenhuiszorg is de afgelopen jaren toegenomen. De toename van het aantal ZBC's is immers sterker dan de afname van het aantal ziekenhuizen. Dit wil echter niet per definitie zeggen dat de concurrentiedruk ook is toegenomen. Zoals gezegd concurreren ZBC's niet op het gehele B-segment met de ziekenhuizen, maar richten zij zich meestal op een of enkele specialismen. Daarbij is hun omzet heel beperkt (naar verwachting in totaal minder dan 100 miljoen)<sup>36</sup>. Ook zijn sommige ZBC's niet zelfstandig, maar gelieerd aan een ziekenhuis. In de genoemde monitorspecial 'Rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg' zal ook dieper worden ingegaan op de vraag in hoeverre ZBC's concurrentiedruk uitoefenen op de ziekenhuizen.

### **3.2.3 Concentratie zorgaanbiederszijde**

Om een indruk te geven van de concentratie van zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt, geeft figuur 3.3 hieronder een overzicht van de Herfindahl Hirschmann Index (HHI) per regio dat gebaseerd is op een onderzoek van Prismant.<sup>37 38</sup> Op basis van deze figuur is in de Oriënterende Monitor van het B-segment van de ziekenhuiszorg 2005 geconcludeerd dat op veel zorginkoopmarkten een aantal partijen met een hoog marktaandeel actief is. De HHI op de zorgaanbiederszijde van de zorginkoopmarkten is in veel gevallen namelijk hoger dan 1800.<sup>39</sup> Dit kan duiden op een gebrek aan concurrentie, wat nadelige gevolgen kan hebben voor de consument in de zin van hogere prijzen, lagere kwaliteit en een slechtere toegankelijkheid.

Alhoewel er geen nieuwe data beschikbaar zijn, neemt CTG/ZAio als uitgangspunt aan dat ook dit jaar op veel zorginkoopmarkten een aantal partijen met een hoog marktaandeel actief is. De redenen hiervoor zijn dat (1) er geen signalen zijn dat er grote volumeverschuivingen tussen instellingen hebben plaatsgevonden, (2) er geen nieuwe ziekenhuizen zijn opgericht, (3) ZBC's nog te klein zijn om een aanmerkelijk effect te hebben op de concentratie in de ziekenhuismarkt en (4) er nog geen reden is om aan te nemen dat het reisgedrag van patiënten is veranderd.

---

<sup>35</sup> Financiële Dagblad, Specialist rivaal van eigen ziekenhuis, Eric Bassant, [http://www.monitor.nl/ziek.html?http://www.monitor.nl/s\\_2425\\_all\\_.htm](http://www.monitor.nl/ziek.html?http://www.monitor.nl/s_2425_all_.htm)

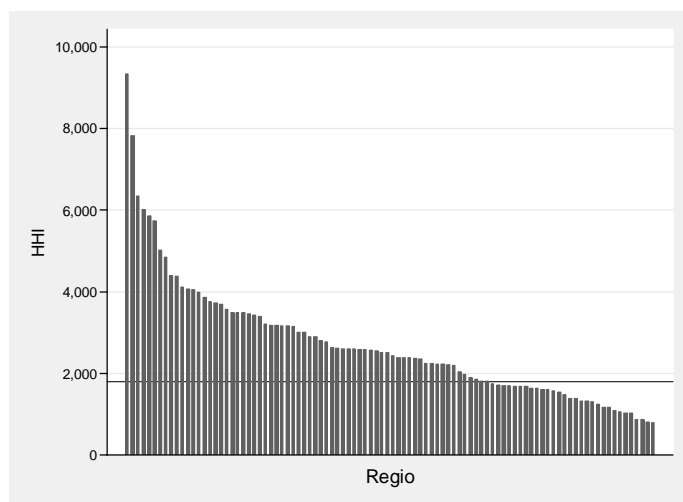
<sup>36</sup> Dit is inclusief de omzet van extramuraal werkende medisch specialisten. Bron: schatting Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN).

<sup>37</sup> Prismant, Prestatie-indicator aanbodconcentraties ziekenhuisdiensten, publicatienummer 204.15, november 2004, Utrecht. In dit onderzoek gebruikt Prismant gegevens uit de LMR en LAZR van het jaar 2002.

<sup>38</sup> In principe betreft de Prismant-afbakening de afbakening van de zorgverleningsmarkt, maar voor het B-segment van de ziekenhuiszorg is het aannemelijk dat de afbakening van de zorgverleningsmarkt vrijwel overeenkomt met de afbakening van de zorginkoopmarkt.

<sup>39</sup> De HHI is de som van de gekwadrateerde marktaandelen (in %) van alle aanbieders in de markt. De HHI varieert tussen 0 en 10.000, waarbij geldt dat de markt geconcentreerder is wanneer de HHI dichterbij 10.000 ligt (bij een HHI van 10.000 is er sprake van een monopolie ( $100^2 = 10.000$ )). Als grens voor een geconcentreerde markt wordt vaak een HHI van 1800 gehanteerd.

**Figuur 3.3: Concentratie zorgaanbieders op de zorginkoopmarkten**



Bron: Prismant, bewerking CTG/ZAio.

Noot: In deze figuur zijn geen ZBC's meegenomen. De verwachting is echter dat deze geen grote invloed uitoefenen op de concentratie in de markt wegens hun beperkte omzet en aanbod.

Zoals al is opgemerkt in de Oriënterende monitor ziekenhuiszorg 2005 moet deze figuur uitermate voorzichtig worden geïnterpreteerd. Ten eerste gaat Prismant bij het afbakenen van de relevante geografische markt uit van een andere relevante productmarkt dan de NMa<sup>40</sup>. Ten tweede gebruikt Prismant de omstreden Elzinga-Hogerty test voor het afbakenen van de geografische markt per ziekenhuis. In deze test wordt de relevante geografische markt bepaald door het reisgedrag van patiënten uit voorgaande jaren, zonder rekening te houden met verschillen tussen typen zorg en patiënten te vertalen naar toekomstig reisgedrag. CTG/ZAio en de NMa werken nog aan het verder verfijnen van de methodologie van marktafbakening van de ziekenhuismarkt. Zij hebben gezamenlijk een onderzoeksproject opgezet naar methodes en gegevensbronnen die van toegevoegde waarde zijn voor de afbakening van zorgmarkten.

### 3.2.4 Verkoopcombinaties

Uit de interviews komt naar voren dat er twee verkoopcombinaties met elk twee ziekenhuizen zijn gevormd. Een geïnterviewd ziekenhuis gaf aan dat ze aan het overwegen zijn om in de toekomst een verkoopcombinatie te vormen.

Verkoopcombinaties kunnen in het belang zijn van de consument, omdat ze de administratieve lasten van zorgaanbieders kunnen verlagen en mogelijk de concurrentie kunnen bevorderen. Dit laatste is het geval wanneer kleinere zorgaanbieders een verkoopcombinatie vormen en

<sup>40</sup> Figuur 3.3. is gebaseerd op de markt voor ' reguliere zorg', terwijl de NMa een onderscheid maakt in een markt voor klinische zorg en niet-klinische zorg. De NMa laat nog in het midden of hierbij ook nog aparte markten voor specialismen te onderscheiden zijn. Bron: NMa, zaak 3897\Ziekenhuis Hilversum-Ziekenhuis Gooi-Noord, 8 juni 2005.

daarmee beter in staat zijn te concurreren met grotere zorgaanbieders. De lagere onderhandelingskosten en mogelijk concurrentiebevorderende effecten kunnen leiden tot een betere kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

Het vormen van verkoopcombinaties kan echter ook concurrentiebeperkende effecten hebben, met negatieve gevolgen voor de consument. Indien de concurrentie wordt beperkt ervaren zorgaanbieders minder prikkels voor het verbeteren van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Daarbij zijn ze in staat hogere prijzen af te dwingen.

De NMa houdt op basis van artikel 6 Mw toezicht op het vormen van verkoopcombinaties om ervoor te zorgen dat deze afspraken de concurrentie niet verhinderen, beperken of vervalsen<sup>41</sup>. Dit is immers te nadele van de consument.

### **3.3 Vraagzijde van de markt**

In principe zijn de consumenten de vragers van zorg. Over het algemeen is het echter zo dat zorgverzekeraars de zorg voor deze consumenten inkopen en dus met de zorgaanbieders onderhandelen. Zij vormen daardoor de vragers op de markt. Met betrekking tot de vraagzijde van de markt wordt hieronder dan ook gefocust op de zorgverzekeraars.

Om de vraagzijde van de markt goed in kaart te brengen wordt gekeken naar (1) het aantal zorgverzekeraars, (2) de ontwikkeling van het aantal zorgverzekeraars, (3) de concentratie op de zorgverzekeraarsmarkt en (4) inkoopcombinaties.

#### **3.3.1 Aantal zorgverzekeraars**

Er zijn momenteel 31 zorgverzekeraars<sup>42</sup> actief op de zorgverzekeringmarkt. Hierbij wordt geen onderscheid meer gemaakt in particuliere en ziekenfondsverzekeraars. Dit onderscheid bestaat niet meer na de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006.

#### **3.3.2 Ontwikkeling aantal zorgverzekeraars**

Door fusieontwikkelingen en overnames is het aantal zorgverzekeraars het afgelopen jaar gedaald. Denk aan de fusie tussen CZ en OZ en de fusie tussen VGZ en Trias. Naar verwachting zet deze fusietendens zich voort. Een aantal verzekeraars heeft immers

---

<sup>41</sup> Verkoopcombinaties waarbij niet meer dan acht instellingen betrokken zijn en waarvan de gezamenlijke omzet niet hoger is dan € 4.450.000 indien het ondernemingen betreft waarvan de activiteiten zich in hoofdzaak richten op het leveren van goederen, en niet hoger dan € 908.000 in alle andere gevallen, bijvoorbeeld het leveren van diensten vallen niet onder artikel 6 Mw en zijn dus toegestaan. Alle andere gevallen dienen individueel onderzocht te worden. Bron: Richtsnoeren voor de zorgsector, 2002, NMa.

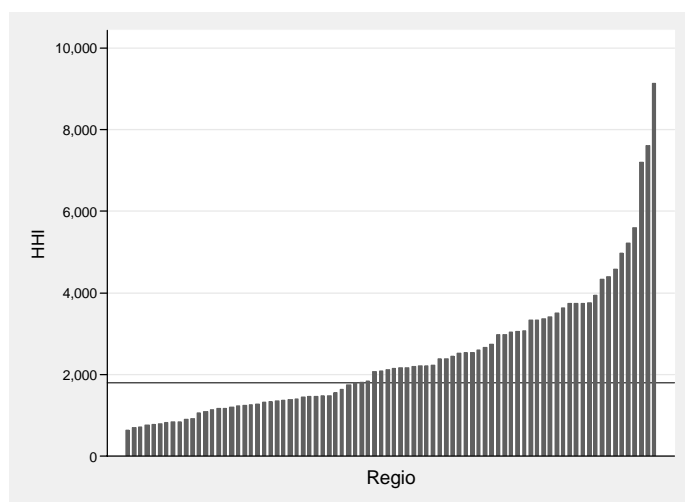
<sup>42</sup> Dit aantal is bepaald op basis van (aanvraag) vergunning bij De Nederlandsche Bank en in bezit van goedgekeurde modelpolissen CTZ. Zorgverzekeraars die ten aanzien van aanvullende verzekeringen of ziektekostenverzekeringen ook een rechtspersoon voeren zijn gezamenlijk als een zorgverzekeraar in de telling meegenomen.

aangegeven van plan te zijn om met elkaar te fuseren of heeft dit reeds gedaan.<sup>43</sup> Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan VGZ en Univé.<sup>44</sup>

### 3.3.3 Concentratie zorgverzekeraarszijde

Figuur 3.6 geeft een indruk van de concentratie van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkten. Hierbij wordt uitgegaan van dezelfde markten als in figuur 3.3, die de concentratie van de zorgaanbieders op de zorginkoopmarkten liet zien. Deze figuur moet dus net als figuur 3.3 voorzichtig worden geïnterpreteerd.<sup>45</sup>

**Figuur 3.6: Concentratie zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkten<sup>46</sup>**



Bron: Prismant en CTZ, bewerking CTG/ZAio

Zoals te zien is in figuur 3.6 is de concentratie van zorgverzekeraars (in termen van de HHI-index) op veel zorginkoopmarkten hoog. De HHI varieert van 652 tot 9139.<sup>47</sup> Dit betekent dat op veel zorginkoopmarkten een aantal partijen met een hoog marktaandeel actief is. Dit kan leiden tot een gebrek aan concurrentie tussen zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt. Uitgaande van een goed werkende zorgverzekeringsmarkt<sup>48</sup>, kan dit in principe alleen nadelig zijn voor de consument indien het leidt tot misbruik van inkoopmacht. Inkoopmacht is marktmacht aan de inkoopzijde van de markt. Hiervan is sprake als de inkoper zich min of meer onafhankelijk van

<sup>43</sup> In de monitor over de zorgverzekeringsmarkt wordt nader ingegaan op de gevolgen van deze ontwikkelingen op de concurrentie in de markt en de consumenten. Deze monitor komt naar verwachting in juni 2006 uit.

<sup>44</sup> Bron: <http://www.nrc.nl/binnenland/article311534.ece>

<sup>45</sup> Zie de toelichting bij figuur 3.3.

<sup>46</sup> De data van het CTZ waarop deze figuur onder andere is gebaseerd betreft het aantal ligdagen dat door het ziekenfonds is ingekocht in 2004.

<sup>47</sup> De HHI is de som van de gekwadrateerde marktaandelen (in %) van alle aanbieders in de markt. De HHI varieert tussen 0 en 10.000, waarbij geldt dat de markt geconcentreerder is wanneer de HHI dichterbij 10.000 ligt (bij een HHI van 10.000 is er sprake van een monopolie ( $100^2 = 10.000$ )). Als grens voor een geconcentreerde markt wordt vaak een HHI van 1800 gehanteerd.

<sup>48</sup> Dit betekent dat er voldoende concurrentie tussen de partijen op de markt plaatsvindt. Inkoopvoordelen worden in dit geval doorgegeven aan de verzekerden, bijvoorbeeld in de vorm van een lagere verzekeringspremie.



zijn leveranciers kan opstellen. Dit kan erin resulteren dat de inkoper onredelijke inkoopvoorwaarden kan afdwingen zonder dat de leverancier daar iets tegen kan doen. De consument kan hier uiteindelijk schade van ondervinden doordat dit kan leiden tot een slechtere kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Overigens hoeft het hebben van marktmacht niet te betekenen dat daarvan misbruik wordt gemaakt. Ook een partij met een machtige positie mag scherp inkopen en stevig onderhandelen.<sup>49</sup> Hierdoor zijn de inkoopkosten van zorgverzekeraars immers lager. Dit kan worden doorberekend in lagere verzekeringspremies voor de consument. Misbruik van inkoopmacht kan zich voordoen als er sprake is van stijgende marginale kosten. De inkoper heeft dan immers een prikkel om minder in te kopen, omdat hij niet alleen over de extra eenheid een hogere prijs moet betalen, maar ook over alle voorgaande eenheden die hij gekocht heeft. Daarnaast moet de inkoper de vraag effectief kunnen beperken. Als een inkoper misbruik maakt van zijn inkoopmacht zijn de hoeveelheid en de prijs van het aangeboden product op de inkoopmarkt lager dan hun competitieve niveaus. Een verzekeraar die misbruik wil maken van zijn inkoopmacht zal dus in staat moeten zijn de hoeveelheid zorg die hij afneemt van een bepaald ziekenhuis te verminderen. Gezien de conclusie in hoofdstuk 5 dat keuzeondersteuning<sup>50</sup> door zorgverzekeraars wegens verschillende redenen vooralsnog beperkt is, is dit in de meeste gevallen niet mogelijk. CTG/ZAio is dan ook van mening dat de kans op misbruik van inkoopmacht klein is.

De NZa heeft op basis van artikel 48 Wmg bevoegdheden om misbruik van inkoopmacht te voorkomen. Daarnaast kan de NMa misbruik van inkoopmacht op basis van de mededingingswet bestrijden.

Overigens dient wel opgemerkt te worden dat de gegevens die gebruikt zijn voor het berekenen van de marktaandeelen een HHI-indexes in figuur 3.6 van voor de invoering van de Zorgverzekeringswet zijn. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet zijn in tegenstelling tot andere jaren veel mensen van zorgverzekeraar gewijcht. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de concentratie van de zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt. De onderhandelingen in het B-segment hebben echter grotendeels plaatsgevonden voordat de switchperiode was afgesloten en bekend was welke gevolgen dit had voor het aantal klanten van een zorgverzekeraar. In hoeverre men gewijcht is tussen zorgverzekeraars komt aan de orde in de monitor zorgverzekeringsmarkt die CTZ en CTG/ZAio in juni 2006 uitbrengen.

### **3.3.4 Inkoopcombinaties**

Net als vorig jaar hebben veel zorgverzekeraars inkoopcombinaties gevormd zoals de Vereniging Regionale Zorgverzekeraars en Multizorg. De samenstelling van deze inkoopcombinaties is wisselend. Veel zorgverzekeraars maken deel uit van een inkoopcombinatie voor ziekenhuizen waar zij relatief weinig afnemen. Op grond van de

---

<sup>49</sup> NMa, Visiedocument inkoopmacht, december 2004.

<sup>50</sup> Hiermee wordt bedoeld het stimuleren van de keuze van de patiënt uit een groep reële alternatieven.

Mededingingswet mogen zorgverzekeraars in beginsel een inkoopcombinatie vormen als hun gezamenlijk marktaandeel op zowel de zorgverzekeringsmarkt als de zorginkoopmarkt kleiner is dan 15%. Indien hun marktaandeel groter is, dient de NMa te onderzoeken of de inkoopcombinatie is toegestaan.<sup>51</sup>

Het vormen van inkoopcombinaties kan in het belang zijn van de consument. Inkoopcombinaties kunnen de kosten van zorgverzekeraars immers verlagen, waardoor ze een lagere premie op de zorgverzekeringsmarkt in rekening zouden kunnen brengen aan de consument. Deze lagere kosten komen voort uit mogelijk lagere inkooprijzen en lagere administratieve lasten. Eerstgenoemde zou een zorgverzekeraar door het vormen van een inkoopcombinatie kunnen bewerkstelligen, omdat zijn onderhandelingsmacht wordt vergroot. Gegeven een goed werkende zorgverzekeringsmarkt, kunnen inkoopcombinaties alleen nadelig zijn voor de consument indien ze de onderhandelingsmacht van de zorgverzekeraars in een dergelijke mate vergroten dat ze hun inkoopmacht kunnen en gaan misbruiken. Zoals echter is aangegeven in paragraaf 3.3.3 acht CTG/ZAio het risico op misbruik van inkoopmacht zeer beperkt. Daarbij is het risico op misbruik van inkoopmacht door inkoopcombinaties nog beperkter, gezien de grenzen die de Mededingingswet stelt aan het vormen van inkoopcombinaties.

### **3.4 De verdeling van de macht in de onderhandelingen**

#### **3.4.1 Kwalitatieve analyse**

Om te bepalen wie de sterkste onderhandelingspositie heeft tijdens de onderhandelingen, is het van belang om na te gaan of de gevolgen van het niet sluiten van een contract groter zijn voor de verzekeraar of voor de zorgaanbieder. Hieronder wordt eerst ingegaan op de gevolgen voor de verzekeraar en daarna op de gevolgen voor de zorgaanbieder.

Indien een verzekeraar geen contract sluit met een zorgaanbieder heeft hij de volgende twee opties om toch te zorgen dat zijn verzekerden de zorg krijgen die ze nodig hebben: (1) zijn patiënten stimuleren voor een andere zorgaanbieder te kiezen of (2) de passantenprijs betalen.<sup>52</sup>

Indien de verzekeraar zijn patiënten wil stimuleren voor een andere zorgaanbieder te kiezen is het noodzakelijk dat er ook andere zorgaanbieders in de omgeving actief zijn. Uit de toegankelijkheidsanalyse in hoofdstuk 5 blijkt dat reistijd geen belemmering hoeft te zijn voor het bieden van keuzeondersteuning aan verzekerden. Voor een groot deel van de Nederlandse bevolking is de extra reistijd van het dichtstbijzijnde naar het tweede dichtstbijzijnde ziekenhuis minder dan vijftien minuten. Dit geldt ook voor iets meer dan de helft van de Nederlandse

---

<sup>51</sup> Zie de Richtsnoeren voor de zorgsector, 2002, NMa.

<sup>52</sup> Afhankelijk van de voorwaarden in de verzekeringspolis is het uiteraard mogelijk dat de verzekerde in dit geval een deel zelf betaalt. Dit wordt echter in de rest van deze analyse buiten beschouwing gelaten.

bevolking als ze naar het derde dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan. Wel zijn er voor bepaalde DBC's nog steeds wachttijden.

Naast het aanwezig zijn van andere zorgaanbieders in de omgeving, is het voor verzekeraars echter ook van belang hoe hun verzekerden op keuzeondersteuning reageren. Indien verzekerden graag willen dat een bepaald ziekenhuis niet ontbreekt in het pakket van hun zorgverzekeraar of als ze niet willen reizen, zal het voor de verzekeraar moeilijk zijn om het ziekenhuis niet te contracteren en verzekerden te gaan stimuleren voor een andere zorgaanbieder te kiezen. In de keuze van een verzekerde naar welke zorgaanbieder te gaan speelt reistijd vooralsnog een grote rol. Door de verzekeraar gestimuleerd worden in de keuze voor een bepaald ziekenhuis, dat misschien ook nog verder weg is, is iets nieuws. Verzekerden zijn dit niet gewend en het is dan ook waarschijnlijk dat verzekerden de beslissingen van zorgverzekeraars op dit gebied met argwaan zullen bekijken.<sup>53</sup> Zeker nu kwaliteit van zorgaanbieders nog onvoldoende transparant is. Hierdoor zijn verzekeraars nu niet goed in staat aan hun verzekerden uit te leggen waarom ze de voorkeur hebben voor een bepaalde zorginstelling. Daarbij is ook te verwachten dat als kwaliteit transparanter wordt, de reisbereidheid van verzekerden toeneemt. Uit een onderzoek van SEO Economisch Onderzoek komt immers naar voren dat consumenten een hogere waarde hechten aan kwaliteit dan aan reistijd.<sup>54</sup>

Gezien bovenstaande is het niet onlogisch dat, zoals uit hoofdstuk 5 blijkt, verzekeraars nog terughoudend zijn met het bieden van keuzeondersteuning aan patiënten. Zeker met de invoering van de Zorgverzekeringswet en het bijkomende overstappen vrezende verzekeraars dat ze verzekerden verliezen. Het aantal verzekerden dat begin 2006 van zorgverzekeraar is veranderd, is immers veel hoger dan in eerdere jaren.

Een verzekeraar kan er ook voor kiezen om zijn verzekerden geen keuzeondersteuning te bieden, maar de passantenprijs aan het ziekenhuis te betalen.<sup>55</sup> De passantenprijzen liggen echter in het algemeen hoger dan de contractprijzen. Aangezien de hoogte van de prijs een van de belangrijkste factoren in de onderhandelingen is, lost dit voor de verzekeraars niets op. Hij moet dan immers een nog hogere (passanten)prijs betalen. Indien het ziekenhuis en de verzekeraar niet tot overeenkomst komen vanwege andere factoren, zoals bevoorschottingsafspraken, kan het betalen van de passantenprijs wel een optie zijn voor de verzekeraar. De interviewuitkomsten geven echter geen signalen dat dit vaak voorkomt.

Voor de zorgaanbieder zijn er ook twee opties indien hij geen contract met een verzekeraar sluit: (1) hopen dat de verzekerden naar de zorgaanbieder blijven komen onder betaling van de passantenprijs en (2) meer patiënten van een andere verzekeraar proberen te krijgen.

---

<sup>53</sup> Varkevisser et al., Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen, Economische Statistische Berichten, 27 januari 2006, blz 38-40.

<sup>54</sup> Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de NMa. Bron: NMa, Besluit inzake de voorgenomen fusie tussen Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord, 2005, Den Haag.

<sup>55</sup> Afhankelijk van de voorwaarden in de verzekeringspolis is het uiteraard mogelijk dat de verzekerde in dit geval een deel zelf moet betalen. Dit wordt echter in de rest van deze analyse buiten beschouwing gelaten.

Hopen dat de verzekerden naar de zorgaanbieder blijven komen is voor de zorgaanbieder een reële optie als hij verwacht dat verzekeraars hun verzekerden niet kunnen stimuleren voor een andere zorgaanbieder te kiezen. In de huidige overgangsfase zou dit een reële verwachting kunnen zijn, aangezien uit de praktijk blijkt dat keuzeondersteuning door verzekeraars nog heel beperkt is. Als een zorgaanbieder echter verwacht dat een verzekeraar in de toekomst wel verzekerden kan stimuleren voor een andere zorgaanbieder te kiezen, dan zal hij voor het behouden van de langetermijnrelatie voorzichtig zijn met het uitoefenen van zijn onderhandelingsmacht.

Daarnaast kan de zorgaanbieder proberen om meer patiënten van een andere verzekeraar te krijgen. Hierbij gaat hij er dan van uit dat deze andere verzekeraar in staat is zijn verzekerden te stimuleren om voor hem te kiezen. Zoals gezegd blijkt uit de praktijk echter dat keuzeondersteuning door verzekeraars nog heel beperkt is. Daarbij moet deze andere verzekeraar de zorgaanbieder compenseren voor het verlies van de patiënten van de verzekeraar waarmee niet gecontracteerd is. Gegeven de hoge concentratie in termen van de HHI-index op de zorgverzekeraarzijde van de zorginkoopmarkten zal een andere verzekeraar hier niet altijd toe in staat zijn.

Uit bovenstaande kwalitatieve analyse kan geconcludeerd worden dat het ziekenhuis en de verzekeraar van elkaar afhankelijk zijn. De gevolgen voor een verzekeraar van het niet afsluiten van een contract zijn echter vooralsnog groter dan de gevolgen voor een ziekenhuis. Dit heeft tot gevolg dat het aannemelijk is dat het ziekenhuis momenteel in het algemeen een sterkere onderhandelingspositie heeft dan de verzekeraar. Dit is deels inherent aan de overgangsfase waarin de markt zich momenteel bevindt. Indien kwaliteit transparanter wordt en daardoor reistijd een kleinere rol gaat spelen in de keuze van de consument welke zorgaanbieder bezocht wordt, zal de onderhandelingsmacht van verzekeraars toenemen. Het is voor hen dan immers ook makkelijker om uit te leggen aan de consument waarom ze de voorkeur geven aan een bepaalde zorginstelling.

Deze conclusie geldt niet zozeer voor ZBC's. Hun aanbod en marktaandeel is immers gering, waardoor de gevolgen van het niet contracteren van een ZBC voor een verzekeraar vaak niet zo groot zijn. Verzekeraars zijn in het algemeen niet afhankelijk van ZBC's, hun patiënten kunnen immers ook in de ziekenhuizen terecht. Met betrekking tot ZBC's is het aannemelijk dat de verzekeraar in het algemeen de sterkste onderhandelingspositie heeft.

Als laatste dient opgemerkt te worden dat dit een algemeen beeld is, dat uiteraard niet altijd opgaat. In specifieke zaken zal apart beoordeeld moeten worden wie de sterkste onderhandelingspositie heeft.

### **3.4.2 Kwalitatief beeld uit interviews**

Het beeld dat ziekenhuizen en verzekeraars van elkaar afhankelijk zijn, maar dat ziekenhuizen vooralsnog een sterkere onderhandelingspositie hebben, wordt in het algemeen bevestigd door de informatie uit de interviews.

Zie hieronder een aantal quotes van geïnterviewden:

- 'Wij kunnen ons niet veroorloven om geen overeenkomst te sluiten met een groot regionaal ziekenhuis' (verzekeraar)
- 'Het is onmogelijk om geen contract met een ziekenhuis af te sluiten, in verband met het móeten **binnenhalen van verzekerden' (verzekeraar)**
- 'De machtspositie van ziekenhuizen is beter geworden als gevolg van de introductie van het nieuwe zorgstelsel' (ziekenhuis)
- 'Wij krijgen telefoontjes van patiënten die vragen of wij een contract hebben met het ABC-ziekenhuis, omdat ze anders misschien gaan switchen' (verzekeraar)
- 'Er is sprake van wederzijdse afhankelijkheid. In de praktijk blijkt echter dat verzekeraars een prijsdaling t.o.v. 2005 wilden afspreken, maar wij hebben onze zin gekregen met oude prijs plus inflatie' (ziekenhuis)
- 'Als ZBC **hebben we weinig in te brengen, de verzekeraars kunnen ook zonder ons' (ZBC)**

Sommige geïnterviewden, zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, merken op dat ziekenhuizen hun positie niet uitbuiten. Zij hechten veel waarde aan het behouden van een goede relatie.

### 3.5 Samenvatting

Door de opkomst van ZBC's is het aantal aanbieders in de ziekenhuiszorg de laatste jaren toegenomen. Het effect hiervan op de concentratie in de markt is echter beperkt. De concentratie van zorgaanbieders op de zorginkoopmarkten is nog steeds in veel gevallen hoog. Dit kan duiden op een gebrek aan concurrentie, wat nadelige gevolgen kan hebben voor de consument in de zin van hogere prijzen, lagere kwaliteit en een slechtere toegankelijkheid.

Met betrekking tot het oprichten van ZBC's lijkt er sprake te zijn van een nieuwe trend, het oprichten van ZBC's door ziekenhuizen. Dit heeft mogelijk ongewenste effecten tot gevolg zoals te lage prijzen, die op de lange termijn kunnen resulteren in een slechtere betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor de consument. CTG/ZAIo is dan ook van mening dat dit nader onderzocht dient te worden. Dit geldt ook voor het opzetten van zelfstandige ZBC's door specialisten die daarnaast in een ziekenhuis werken en bekend zijn met de bedrijfsgeheimen van het ziekenhuis. In de monitorspecial 'Rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg', die in het najaar wordt gepubliceerd, zal dieper op het oprichten van ZBC's, zowel zelfstandig als door ziekenhuizen, en de verhouding tussen ziekenhuizen en ZBC's worden ingegaan.

Aan de vraagzijde van de markt hebben verschillende fusies plaatsgevonden. Naar verwachting zet deze trend zich voort. Een aantal verzekeraars heeft namelijk ook al aangegeven te willen fuseren. Indien zij op dezelfde relevante zorginkoopmarkt actief zijn betekent dit dat de concentratie op de markt(en) toeneemt. Dit terwijl de concentratie van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkten al hoog is. Uitgaande van een goed werkende zorgverzekeringsmarkt is een hoge concentratie op de zorginkoopmarkt in principe alleen schadelijk indien het leidt tot

misbruik van inkoopmacht. Gezien de conclusie in hoofdstuk 5 dat keuzeondersteuning door zorgverzekeraars wegens verschillende redenen vooralsnog beperkt is, acht CTG/ZAio het risico hierop echter beperkt. Indien zorgverzekeraars hun marktmacht gebruiken om scherper in te kopen en steviger te onderhandelen kan dit juist voordelen hebben voor de consument. Lagere inkoopkosten van zorgverzekeraars kunnen immers leiden tot lagere verzekeringspremies voor de consument. Ziekenhuizen en verzekeraars zijn sterk van elkaar afhankelijk. Op basis van de interviews en een theoretische analyse is het echter aannemelijk dat in het algemeen het ziekenhuis momenteel een sterkere onderhandelingspositie heeft dan de verzekeraar. Dit is deels inherent aan de overgangsfase waarin de markt zich momenteel bevindt. Indien de dreiging van keuzeondersteuning door verzekeraars reëler wordt, zal hun onderhandelingspositie sterker worden. Deze conclusie geldt niet voor ZBC's. Met betrekking tot ZBC's is het aannemelijk dat verzekeraars in het algemeen de sterkste onderhandelingspositie hebben.

## 4 Kwaliteit

### 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit van de zorg bestaat uit verschillende dimensies. Een veelgebruikte dimensie indeling is: veiligheid, klantgerichtheid en doelmatigheid van de verleende zorg.<sup>56</sup>

CTG/ZAIo ziet niet toe op de medische kwaliteit van de zorg. Hiervoor is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de primaire toezichthouder.

De doelstelling van CTG/ZAIo met betrekking tot de kwaliteit van de zorg is het inzicht in de geleverde kwaliteit van de zorg te vergroten om daarmee de vergelijkbaarheid van en de concurrentie tussen zorgaanbieders te vergroten. Zonder transparantie van kwaliteit is er een groot risico dat concurrentie de kwaliteit van de zorg schaadt.

Op grond van de WMG kan de NZa marktpartijen verplichten om informatie te verstrekken over de kwaliteit van de zorg. Indien marktpartijen de transparantie van de kwaliteit zelf verbeteren door uniforme kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en te registreren die geschikt zijn voor consumenten en verzekeraars om hun keuze voor bepaalde zorgaanbieders op te baseren, zal de NZa op deze punten echter geen initiatieven ontplooien.

In het licht van de taak van CTG/ZAIo met betrekking tot de kwaliteit gaat dit hoofdstuk ten eerste in paragraaf 4.2 in op de transparantie van kwaliteit. Daarna komt in paragraaf 4.3 de rol van kwaliteit in de onderhandelingen aan bod. Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg staat centraal in paragraaf 4.4.

Dit hoofdstuk is onder andere gebaseerd op interviews en informatie van websites.

### 4.2 Transparantie van kwaliteit

Vorig jaar is geconcludeerd dat de kwaliteit van de zorg nog onvoldoende transparant is. Het was niet te verwachten dat de kwaliteit van de zorg dit jaar opeens wel voldoende transparant is. Kwaliteit inzichtelijk maken kost immers veel tijd. Desalniettemin is het toch belangrijk om te bepalen of de ontwikkelingen de goede kant opgaan. Indien dit niet het geval is kan ingrijpen van de NZa immers noodzakelijk zijn. In deze paragraaf wordt ingegaan op het belang van

---

<sup>56</sup> Deze definitie wordt gehanteerd in de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer met kenmerk MC-2653714. Waarbij (1) veiligheid staat voor de mate waarin de zorg onnodige schade aan patiënten voorkomt, (2) klantgerichtheid staat voor de mate waarin de zorg naar inhoud, service en bejegening aansluit bij de reële noden en preferenties van de klant en (3) doelmatigheid staat voor de mate waarin de zorg aan zorginhoudelijke standaarden voldoet, goed georganiseerd en kosteneffectief wordt aangeboden en optimale gezondheidswinst/kwaliteit van leven realiseert.

transparantie van kwaliteit en initiatieven op het gebied van het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de zorg.

#### **4.2.1 Belang transparantie van kwaliteit**

Met de introductie van gereguleerde marktwerking is het belang van transparantie van kwaliteit nog groter geworden. Indien kwaliteit niet transparant is bestaat namelijk een risico dat concurrentie de kwaliteit van de zorg schaadt. De concurrentie zal zich dan immers alleen afspelen op het terrein van de prijs van de zorg, met als gevolg dat de kwaliteit van de zorg ondergeschikt wordt.

Dit komt tot uiting in het gedrag van zowel zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars. Zorgaanbieders zijn bij onvoldoende transparantie van kwaliteit niet bereid om in de kwaliteit van de zorg te investeren voor zover dit niet leidt tot lagere kosten. Patiënten zijn minder bereid om verder dan naar de dichtstbijzijnde zorginstelling te reizen als ze geen inzicht hebben in de aangeboden kwaliteit. En als laatste nemen zorgverzekeraars kwaliteit niet mee in de onderhandelingen en zijn zij niet bereid meer te betalen voor een hogere kwaliteit. Nobelprijswinnaar Akerlof (1970) heeft dan ook aangetoond dat de competitieve markt er in dergelijke gevallen toe leidt dat de kwaliteit van de aangeboden producten verslechtert.<sup>57</sup>

Een ander positief effect van het vergroten van de transparantie van kwaliteit is dat de concurrentie tussen zorgaanbieders wordt vergroot. Indien kwaliteit beter inzichtelijk is zullen patiënten immers bereid zijn meer te reizen. Hierdoor wordt de disciplinerende werking, die uitgaat van andere aanbieders, vergroot. Een en ander kan leiden tot een betere kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

Als laatste stelt een transparante kwaliteit zorgverzekeraars beter in staat kwaliteit mee te nemen in de onderhandelingen. Dit kan stimulerend werken voor zorgaanbieders om hun kwaliteit te verbeteren. Zo zouden verzekeraars bijvoorbeeld tariefdifferentiatie kunnen toepassen, waarbij ze een hogere kwaliteit koppelen aan een hogere prijs.

Een mogelijk ongewenst effect van het transparant maken van de kwaliteit is wel dat zorgaanbieders een grotere prikkel hebben om risico-selectie te gaan toepassen. Ze zullen proberen om patiënten met bijvoorbeeld een groot risico op complicaties te vermijden om hun score op het gebied van kwaliteit zo hoog mogelijk te houden. Om dit te voorkomen is het belangrijk dat bij het beoordelen van de kwaliteit van een zorgaanbieder rekening wordt gehouden met de zwaarte van zijn patiëntenpopulatie.

---

<sup>57</sup> Akerlof G.A., The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism, Quarterly Journal of Economics, Vol. 84, No. 3, Augustus, 1970, pp. 488-500.



Gezien het belang van (transparantie van de) kwaliteit van de zorg voor de consument is CTG/Zaio voornemens in de nabije toekomst haar visie op kwaliteitsgebied nader te ontwikkelen.

#### 4.2.2 Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren

De afgelopen jaren zijn er verschillende projecten opgestart en soms ook al afgerond met betrekking tot het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren in de ziekenhuiszorg. Het gaat dus de goede kant op. Hieronder wordt ingegaan op de volgende vier bekende initiatieven die elkaar goed aanvullen: (1) basisset prestatieindicatoren ziekenhuizen, (2) aandoeningsspecifieke indicatoren patiëntveiligheid en effectiviteit, (3) instituut voor klantervaringsonderzoek in de zorg en (4) ZN zorginkoopindicatoren.

##### *(1) Basisset prestatieindicatoren ziekenhuizen*

Een van de bekendste sets van prestatieindicatoren is de 'Basisset prestatieindicatoren ziekenhuizen' van de IGZ. Deze set heeft de IGZ in 2003 opgesteld in samenwerking met het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmusuniversiteit en het Rijksinstituut Voor Volksgezondheid en Milieu. Ook de brancheorganisaties zijn hierbij nauw betrokken geweest.<sup>58,59</sup> Voorbeelden van indicatoren die in deze basisset zijn opgenomen zijn: complicatieregistratie, percentage patiënten met een pijnscore lager dan 4 in de eerste 72 uur na een operatie en gemiddelde HbA1C-waarde bij diabetes type I en II. Alhoewel deze indicatoren per ziekenhuis informatie geven over het algemene functioneren van zorginstellingen, geven ze nog te weinig informatie over de kwaliteit van de behandelingen bij specifieke aandoeningen in het B-segment.<sup>60</sup>

##### *(2) Aandoeningsspecifieke indicatoren patiëntveiligheid en effectiviteit*

Om te compenseren voor het tekort aan informatie over de kwaliteit van de behandelingen bij specifieke aandoeningen in de ziekenhuiszorg wordt het ZonMw project 'aandoeningsspecifieke indicatoren patiëntveiligheid en effectiviteit' uitgevoerd.<sup>61</sup> CTG/Zaio is lid van de begeleidingscommissie van dit project. In dit project worden voor een aantal aandoeningen, met name uit het B-segment, prestatieindicatoren ontwikkeld op het gebied van patiëntveiligheid en effectiviteit. De bedoeling is om te komen tot een uniforme set van externe prestatieindicatoren waarmee zowel consumenten, zorgverzekeraars en toezichthouders kunnen worden bediend. Inmiddels zijn er indicatoren voor zes aandoeningen in het B-segment ontwikkeld<sup>62</sup>. Deze

<sup>58</sup> Het jaar 2003 was een proefjaar. Elk jaar wordt opnieuw bekeken hoe de prestatieindicatoren verbeterd kunnen worden.

<sup>59</sup> Bron: IGZ, Het resultaat telt, Den Haag, mei 2005.

<sup>60</sup> Daarbij wordt bij deze set (vooralsnog) niet voor verschillen in samenstelling van de patiëntenpopulatie gecorrigeerd, wat de vergelijkbaarheid niet bepaald ten goede komt en ziekenhuizen zelfs prikkels tot risicoselectie kan verschaffen.

<sup>61</sup> Dit voorhoedeproject maakt deel uit van het ZonMw programma 'Consumenteninformatie en transparantie van zorg'. Het doel van dit programma is om keuze-informatie te genereren over de zorg in Nederland. Het project wordt uitgevoerd door het CBO in samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten en de betreffende Wetenschappelijke Verenigingen. Bron: Consumentenbond, Ziekenhuisinformatie Mammacare, september 2005 en [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl).

<sup>62</sup> Het betreft hier indicatoren voor cataract, incontinentie bij de vrouw, heup-operaties, knie-operaties, neus- en keelamandelen en liesbreuk.

indicatoren liggen momenteel bij de wetenschappelijke verenigingen ter goedkeuring. Daarnaast zijn er nog vier indicatoren in ontwikkeling<sup>63</sup>. Deze zijn volgens planning in september/oktober gereed, zodat zorgverzekeraars ze kunnen gebruiken voor de zorginkoop in 2007. Daarbij zullen de meest relevante veldpartijen<sup>64</sup> op korte termijn vaststellen voor welke aandoeningen er nog indicatoren ontwikkeld moeten worden, zodat daar op termijn structureel gegevens over beschikbaar zijn en prestaties van ziekenhuizen landelijk met elkaar vergeleken kunnen worden.

### **(3) Instituut voor klantervaringsonderzoek in de zorg**

Naast effectiviteit en patiëntveiligheid is klanttevredenheid een belangrijk aspect van de kwaliteit van de zorg. Momenteel is er pluriformiteit in de metingen van patiëntenervaringen. Daarom wordt, op initiatief van de stichting Fonds patiënten-, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden (Fonds PGO), een instituut opgericht dat een aantal verschillende initiatieven uniformeert en de patiëntenervaringen in de zorg op een gestandaardiseerde manier gaat meten. Hieronder wordt verstaan het meten van patiëntenervaringen op zowel zorgaanbiedersniveau als op aandoeningsspecifiek niveau. Het instituut beperkt zich niet alleen tot het leveren van keuze-informatie voor consumenten en zorgverzekeraars, maar wil ook de basis leggen voor het stimuleren van verbetertrajecten binnen instellingen. Daarnaast is de informatie ook bestemd voor de IGZ. Als standaard voor het meten van patiëntenervaringen zal worden aangesloten bij de CAHPS-QUOTE methodiek. Er zijn inmiddels in opdracht van ZonMw en Miletus een aantal vragenlijsten op basis van deze methodiek ontwikkeld.<sup>65</sup> Deze neemt het instituut over. Het betreft hier onder andere de door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en de afdeling Sociale Geneeskunde van het Amsterdam Medisch Centrum in samenwerking met Melitus<sup>66</sup> en ZonMw ontwikkelde vragenlijsten op het gebied van cataract-, heup- en knieoperaties. Daarnaast is er in opdracht van ZonMw ook een ziekenhuisbrede lijst in ontwikkeling.<sup>67</sup>

### **(4) ZN zorginkoopindicatoren**

Aangezien het ZonMw-project de eerste indicatoren in 2006 heeft opgeleverd en een deel nog moet opleveren konden deze nog niet gebruikt worden voor de zorginkoop 2006. Daarom heeft het kenniscentrum DBC van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ter facilitering van zorgverzekeraars en instellingen/medische staven om te komen tot kwaliteitsafspraken in 2006 een set van aandoeningsspecifieke indicatoren vastgesteld.<sup>68</sup> Dit initiatief van ZN werd

---

<sup>63</sup> Het betreft hier indicatoren voor blaaskanker, borstkanker, hernia en spataderen. Bron: ZonMw.

<sup>64</sup> Het betreft hier de NVZ, Orde van Medisch Specialisten, ZN, NPCF en de Consumentenbond.

<sup>65</sup> Bron: ZonMw.

<sup>66</sup> Deze stichting is door een viertal zorgverzekeraars (Menzis, Agis, VGZ en Delta Lloyd) opgericht.

<sup>67</sup> Bron: ZonMw.

<sup>68</sup> Deze zijn ook uiteindelijk besproken met aangewezen experts van de betrokken wetenschappelijke verenigingen en het CBO.

gesteund door externe deskundigen en patiëntenverenigingen. Het merendeel van de indicatoren is gericht op aandoeningen uit het B-segment.<sup>69</sup> Voorbeelden zijn:

- Liesbreuk: aantal dagbehandelingen bij volwassenen;
- Cataract: aantal heroperaties binnen 30 dagen na cataractoperaties (na te gaan door de verzekeraar);
- Diabetes kinderen: toegankelijkheid van het diabetesteam.

De indicatoren bouwen voort op de indicatoren die al in de DBC Inkoopgids 2005 vermeld waren. Ze overlappen deels de indicatoren van de IGZ. Ook komen ze deels overeen met de indicatoren van het ZonMw-project, maar ze zijn wetenschappelijk minder goed gevalideerd. Volgens ZN zijn ze echter voldoende onderbouwd om voor de korte termijn waardevol te zijn.<sup>70</sup> Uiteindelijk is het de bedoeling, naar verwachting al voor de zorginkoop van 2007, dat de zorgverzekeraars de prestatieindicatoren die in het kader van het ZonMw project 'aandoeningsspecifieke indicatoren patiëntveiligheid en effectiviteit' zijn/ worden ontwikkeld overnemen. Dit is afgesproken tussen ZN en de Orde van Medisch specialisten. In ruil hiervoor heeft de Orde van Medisch specialisten meegekeken met ZN bij het ontwikkelen van de inkoopindicatoren 2006.<sup>71</sup>

#### *Effecten bovengenoemde projecten*

Met bovengenoemde projecten wordt een eerste stap gezet in het vergelijkbaar maken van kwaliteitsinformatie tussen zorginstellingen. Dit leidt tot meer prikkels voor zorginstellingen om hun kwaliteit te verbeteren, zeker indien zorgverzekeraars kwaliteit ook nadrukkelijker gaan meenemen in de onderhandelingen door bijvoorbeeld financiële prikkels aan kwaliteitsafspraken te verbinden. Daarbij verminderen deze projecten de administratieve lasten bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders worden dan immers niet meer door verschillende partijen benaderd met verschillende indicatoren.<sup>72</sup> Zoals al bleek uit de 'Oriënterende Monitor ziekenhuiszorg' hechten instellingen hier zelf veel waarde aan. CTG/ZAio is dan ook verheugd met bovenstaande projecten en blijft de ontwikkelingen volgen.

#### **4.2.3 Gebruik kwaliteitsindicatoren**

Naast het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren is het uiteraard net zo belangrijk dat zorginstellingen deze goed gaan implementeren/registreren. De basisset prestatieindicatoren ziekenhuizen wordt vrijwel door alle ziekenhuizen geregistreerd. Dit gebeurt nog niet bij alle ziekenhuizen even goed, maar er zit wel vooruitgang in. De IGZ concludeert immers in het rapport 'Het resultaat telt 2004' dat ziekenhuizen over 2004 meer en betere gegevens

<sup>69</sup> Het betreft hier de aandoeningen: liesbreuk, incontinentie vrouw, blaastumor, diabetes (internistisch en pediatrisch), staaroperaties, spataderen (chirurgisch en dermatologisch), heup- en kniearthrose, rughernia (neurochirurgisch, orthopedisch en neurologisch) en borstkanker.

<sup>70</sup> ZN/Kenniscentrum DBC, Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop 2006, september 2005.

<sup>71</sup> Bron: ZonMw.

<sup>72</sup> Bron: [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl).

aanleverden dan over 2003.<sup>73</sup> Het is echter ook belangrijk dat de aandoeningsspecifieke prestatieindicatoren patiëntveiligheid en effectiviteit en de vragenlijsten die worden ontwikkeld voor het meten van patiëntervaringen, goed geregistreerd worden. De meest relevante veldpartijen<sup>74</sup> zijn gezamenlijk in overleg over de implementatie van de ontwikkelde aandoeningsspecifieke prestatieindicatoren en vragenlijsten. Gezien het belang van een goede implementatie van kwaliteitsindicatoren blijft CTG/ZAio de ontwikkelingen op dit gebied volgen. Daarnaast zal CTG/ZAio erop toezien dat de ontwikkelde kwaliteitsinformatie inzichtelijk is voor de consument.

#### 4.2.4 Initiatieven van partijen

Naast de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en de registratie daarvan, dragen ook andere initiatieven bij aan de transparantie van de kwaliteit van de zorg.

Eén hiervan is het door de Consumentenbond, in opdracht van ZonMw, uitgevoerde project 'consumenteninformatie ziekenhuiszorg'.<sup>75 76</sup> Dit is een korte termijnproject dat gericht is op het snel beschikbaar krijgen van informatie over ziekenhuizen voor de consument. Dit project onderzoekt onder andere op welke aspecten van het behandel-/zorgproces patiënten met bepaalde aandoeningen vergelijkende informatie nodig hebben om een keuze te kunnen maken. Het betreft hier dan met name aandoeningen uit het B-segment. Een deel van deze gewenste informatie die al beschikbaar is in ziekenhuizen wordt al in de loop van 2005 en 2006 opgevraagd bij ziekenhuizen en in een rapport verwerkt.<sup>77</sup> De eerste vier rapporten (borstkanker, hartfalen, diabetes mellitus en heup-/knieoperaties) zijn inmiddels gepubliceerd.<sup>78 79</sup> Daarnaast komt in dit project ook aan de orde hoe bestaande gegevens (o.a. IGZ-indicatoren) voor de consument het beste gepresenteerd kunnen worden.

Ook individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars ontplooiën initiatieven om bij te dragen aan het verbeteren van de transparantie van kwaliteit in de ziekenhuiszorg. Zo zijn er zorgaanbieders die resultaten van klanttevredenheidsonderzoeken en prestatieindicatoren op hun websites publiceren. Ook zijn er enkele zorgverzekeraars die hun verzekerden helpen met het kiezen van een goed ziekenhuis door het publiceren van de voorkeursziekenhuis(zen) van de betreffende verzekeraar op de website.

---

<sup>73</sup> IGZ, Het resultaat telt 2004, Den Haag, april 2006.

<sup>74</sup> Het betreft hier de NVZ, Orde van Medisch Specialisten, ZN, NPCF en de Consumentenbond.

<sup>75</sup> De consumentenbond voert het project uit in nauwe samenwerking met de NPCF en relevante regionale/categoriale patiëntenorganisaties.

<sup>76</sup> Bron: Consumentenbond, Ziekenhuisinformatie Mammacare, september 2005.

<sup>77</sup> Daarnaast wordt de informatiebehoefte van patiënten ingebracht in de projecten aandoeningsspecifieke indicatoren patiëntveiligheid en effectiviteit (CBO/Orde van Medisch Specialisten) en patiëntgerichtheid (NIVEL).

<sup>78</sup> De drie rapporten die nog moeten worden uitgebracht betreffen incontinentieproblemen bij vrouwen, spataderen, operatie neus/keelamandelen en liesbreukoperatie. Bron: [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl).

<sup>79</sup> Dit project focust verder met name op de vraag welke vergelijkende informatie de consument nodig heeft om een keuze te maken en hoe bestaande gegevens (o.a. IGZ indicatoren) voor de consument het beste gepresenteerd kunnen worden. Ook is er een handleiding ontwikkeld voor consumenten om de prestatieindicatoren van de IGZ te begrijpen en de scores te interpreteren.

Daarnaast dragen ook andere partijen bij aan de transparantie van de kwaliteit van de zorg. Er zijn nog nooit zoveel ranglijsten van ziekenhuizen gepubliceerd als dit jaar.<sup>80</sup> Hierbij kan gedacht worden aan het Algemeen Dagblad, Elsevier, Medisch Contact en de Consumentenbond. Al deze partijen gebruiken echter sterk uiteenlopende methoden om tot een ranglijst te komen. Zo heeft het AD de zorginstellingen vergeleken door per zorginstelling een score toe te kennen aan 30 kwaliteitscriteria van de IGZ, terwijl de Elsevier zijn top 10 ziekenhuizen samenstelt op basis van een jaarlijkse enquête onder huisartsen, specialisten, verpleegkundigen en ziekenhuisbestuurders. Het risico hiervan is dat er een wildgroei aan verschillende vergelijkingsmethoden ontstaat, waardoor het voor de consument niet meer duidelijk is welke het beste is. Dit risico is beperkt als in ieder geval duidelijk is waarop deze methoden de zorgaanbieders vergelijken, zodat de consument voor zichzelf kan beslissen wat voor hem belangrijk is. CTG/ZAio heeft dan ook geen bezwaar tegen het vergelijken van zorgaanbieders door verschillende partijen, mits zij duidelijk aangeven welke vergelijkingsmethode wordt gebruikt.

### **4.3 Rol van kwaliteit in de onderhandelingen**

Net als vorig jaar komt uit de interviews naar voren dat de prijs dominant is in de onderhandelingen. Dit betekent niet dat er niet over kwaliteit gesproken is. Kwaliteit komt bij de meeste verzekeraars wel aan bod tijdens de onderhandelingen. Verzekeraars hechten immers veel waarde aan een goede kwaliteit van de zorg voor hun verzekerden. Het is ook belangrijk dat kwaliteit in de onderhandelingen nadrukkelijk aan bod komt, omdat dit stimulerend voor zorgaanbieders kan werken om hun kwaliteit te verbeteren. Met betrekking tot de rol van kwaliteit in de onderhandelingen wordt hieronder een onderscheid gemaakt in (1) kwaliteit in het algemeen, (2) de zorgprofielen en (3) de kwaliteit van de geleverde zorg.

#### **4.3.1 In het algemeen**

Uit de interviews komt een wisselend beeld naar voren met betrekking tot de rol van kwaliteit in de onderhandelingen dit jaar ten opzichte van vorig jaar. Sommige geïnterviewden geven aan dat zorgaanbieders dit jaar meer openstaan om over kwaliteit te praten, terwijl anderen juist vinden dat kwaliteit een minder grote rol heeft gekregen. De reden hiervoor is dat men al beter weet wat men van elkaar kan verwachten en dat men kwaliteit vorig jaar nog echt op de kaart wilde zetten. Ook zijn er geïnterviewden die beweren dat er geen verschil is ten opzichte van vorig jaar.

Overigens merkt een verzekeraar op dat ziekenhuizen graag willen weten op welke punten ze kwaliteit kunnen verbeteren. Zeker op bestuursniveau is men hierin geïnteresseerd. Het goed scoren op kwaliteitsindicatoren is immers een kans om zich te profileren. Volgens deze verzekeraar staan specialisten echter minder positief tegenover het moeten meten en registreren om kwaliteit aan de buitenwereld te laten zien.

---

<sup>80</sup> Bron: [www.ziekenhuisrating.nl](http://www.ziekenhuisrating.nl).

Bij een aantal geïnterviewden bestaat (nog) de angst dat, doordat verzekeraars focussen op de prijs in de onderhandelingen, de kwaliteit van de zorg negatief beïnvloed wordt. Als voorbeeld geeft een geïnterviewde dat verzekeraars niet willen dat een cataract in opname wordt gedaan, terwijl dit soms wel noodzakelijk is. Een andere geïnterviewde geeft aan dat verzekeraars niet bereid zijn om te investeren in nieuwe zaken, waardoor verschraving zal optreden.

CTG/ZAIo vindt het begrijpelijk dat verzekeraars nu vooral nog op prijs letten. Kwaliteit wordt pas van belang zodra kwaliteit inzichtelijk is en zodoende voor de consument een (grotere) rol gaat spelen. Ondanks de focus op prijs door verzekeraars ziet CTG/ZAIo vooralsnog geen probleem. Er zijn nog geen aanwijzingen dat met de introductie van vrije prijsvorming de kwaliteit gedaald is. Uit gesprekken komt naar voren dat zowel ziekenhuizen als verzekeraars veel belang hechten aan een goede kwaliteit van de zorg, mede in verband met het risico reputatieschade op te lopen. Daarnaast ziet de IGZ er op toe dat zorgaanbieders in ieder geval een bepaald minimum kwaliteitsniveau leveren. Alhoewel de IGZ ook in de toekomst de minimale kwaliteit van de zorg blijft bewaken, wil men uiteraard niet dat zorgaanbieders geprikkeld worden om geen hogere kwaliteit dan het minimum te gaan leveren. Daarom is het belangrijk dat kwaliteit een grotere rol gaat spelen in de onderhandelingen en in de afweging van de consument naar welke zorgaanbieder te gaan. Hiervoor is het belangrijk dat kwaliteit inzichtelijk wordt.

CTG/ZAIo blijft de ontwikkelingen op het gebied van het transparant maken van de kwaliteit van de zorg nauwlettend volgen en erop toezien dat de ontwikkelde kwaliteitsinformatie inzichtelijk is voor de consument. Daarnaast zal CTG/ZAIo indien nodig stimuleren dat hierover meer onderhandeld en gecontracteerd gaat worden.

#### **4.3.2 Zorgprofielen**

Aan iedere behandeling (DBC) is een zorgprofiel gekoppeld. Dit geeft in principe de onderdelen van een behandeling weer, waardoor het zorgprofiel invloed kan uitoefenen op de kwaliteit van de geleverde zorg. Het zorgprofiel van de diagnose staat kan bijvoorbeeld onder andere een eerste polikliniek bezoek, een echografie van het oog, laboratoriumonderzoek, een cataractoperatie en drie herhaalbezoeken bevatten.

Het zorgprofiel wordt, net als vorig jaar, niet altijd besproken. Ten opzichte van vorig jaar lijkt het zorgprofiel zelfs minder besproken te worden. Dit jaar concentreert men zich op de belangrijkste profielen en de profielen waarin veranderingen zijn opgetreden. Veel zorgprofielen zijn dit jaar niet veranderd. Daarbij geven sommige ziekenhuizen aan dat er inhoudelijk niet veel verschillen zijn tussen het zorgprofiel dat verzekeraars willen hebben en het zorgprofiel dat het ziekenhuis hanteert. Hierdoor komt discussie over zorgprofielen slechts sporadisch voor. Redenen voor verzekeraars om een zorgprofiel wel te bespreken kunnen zijn een te hoge prijs voor een DBC, een afwijking van het ZN-zorgprofiel<sup>81</sup> of een naar hun mening niet goed profiel.

---

<sup>81</sup> Hiermee worden de zorgprofielen in de door ZN ontwikkelde DBC-inkoopgids bedoeld.

Een verzekeraar geeft aan dat indien het zorgprofiel afwijkt van het ZN-profiel een adviserend geneeskundige wordt ingeschakeld voor advies. Op basis van het advies van deze geneeskundige wordt dan besloten om het profiel te accepteren, aan te laten passen of de prijs voor de desbetreffende DBC te veranderen.

Uit de interviews kwamen ook voorbeelden naar voren waarbij naar aanleiding van de onderhandelingen het zorgprofiel van een of meerdere DBC's is aangepast. Zo is een verzekeraar een uitgebreider zorgprofiel voor diabetes (meer uren voor de diabetesverpleegkundige) met de desbetreffende zorgaanbieder overeengekomen. Een andere zorgaanbieder heeft op verzoek van de verzekeraar aan het zorgprofiel van heup- en knieoperatie DBC's meer fysiotherapeutische nabehandelingen toegevoegd.

Zorgaanbieders maken geen onderscheid in zorgprofielen naar verzekeraar. Voor kleinere zorgverzekeraars gelden de afspraken over het zorgprofiel van de dominante verzekeraar en andere grote verzekeraars. Hierdoor hebben kleinere zorgverzekeraars geen mogelijkheid om andere afspraken te maken.

#### **4.3.3 Kwaliteit van de geleverde zorg**

Net als vorig jaar hebben verzekeraars ook dit jaar kwaliteitsafspraken met zorgaanbieders gemaakt. Het betreft hier zowel kwaliteitsafspraken op algemeen niveau als op het niveau van individuele DBC's of groepen DBC's. Voorbeelden zijn:

- Kwaliteitsindicatoren, zoals de ZN-indicatoren en de IGZ-indicatoren, moeten worden geregistreerd en voor zover mogelijk aan de verzekeraar worden gerapporteerd;
- De Cahps-indicatoren moeten aan de verzekeraar worden gerapporteerd. Deze hebben betrekking op de ervaring van de consument;
- Het type lensimplantaten dat gebruikt dient te worden;
- Bij behandeling van liesbreuken moeten de matjes-technieken gebruikt worden;
- Het maximale/minimale recidief percentage bij liesbreuk.

Een aantal verzekeraars geeft wel aan dat de kwaliteitsafspraken nog niet heel concreet zijn. Het gaat voornamelijk vaak om afspraken over het implementeren en rapporteren van indicatoren om inzicht te krijgen in de kwaliteit. Niet alle zorgaanbieders hebben immers al een goed systeem om kwaliteitsindicatoren te registreren. Enkele ziekenhuizen geven ook aan te wachten met het implementeren van de prestatieindicatoren totdat ze de landelijke registratie kunnen gaan gebruiken.

Indien er normen worden gesteld aan prestatieindicatoren zijn deze nog vooral open in de zin van 'er wordt gestreefd naar' en niet 'het moet kleiner of groter zijn dan'. Het is dan wel mogelijk dat men hier later in het jaar op terugkomt om concrete(re) afspraken te maken.

Indien er meer concrete afspraken gemaakt worden zijn er geen financiële prikkels verbonden aan het niet nakomen van deze afspraken. Soms vindt er zelfs geen controle plaats of een afspraak überhaupt is nagekomen. Dit draagt niet bij aan een betere kwaliteit van de zorg, zoals

een geïnterviewde terecht opmerkt. Sommige verzekeraars geven wel aan dat het niet of wel nakomen van de afspraken uiteraard zal worden meegenomen in de onderhandelingen voor 2007.

Overigens komt het soms wel eens voor dat een verzekeraar om kwaliteitsredenen een bepaalde DBC niet contracteert bij een zorgaanbieder. Zo gaf een geïnterviewde zorgaanbieder aan dat de blaastumoren door een verzekeraar bij de desbetreffende zorgaanbieder niet gecontracteerd waren, omdat de verzekeraar vindt dat er onvoldoende operaties per jaar worden gedaan om voldoende kwaliteit te leveren.

CTG/ZAio vindt het belangrijk dat kwaliteit een grotere rol gaat spelen in de onderhandelingen en contractering van zorgaanbieders. Indien nodig gaat CTG/ZAio dit stimuleren.

#### **4.4 Verbeteren kwaliteit van de zorg**

Naast transparantie van de kwaliteit van de zorg is het uiteraard ook belangrijk dat er wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.<sup>82</sup>

Uit de interviews komen verschillende initiatieven van partijen naar voren om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Het gaat hierbij om initiatieven die deels ontstaan zijn doordat een zorgaanbieder op bepaalde indicatoren slecht scoorde, en deels omdat men de behoefte had om de kwaliteit te verbeteren. Voorbeelden zijn:

- Een verzekeraar is met een aantal ziekenhuizen bezig met een traject om de efficiency te verbeteren, bijvoorbeeld door het opzetten van een cataractstraat;
- In ZN-verband wordt er gewerkt aan een registratiesysteem voor knie- en heupimplantaten. Doel hiervan is onderzoeken welke implantaten de langste levensduur hebben;
- Sommige ziekenhuizen zijn bezig met accreditatie trajecten zoals het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ);
- Een aantal zorgaanbieders doet mee aan een pilot onderzoek van het NIVEL in verband met benchmarking cataracten;
- Er wordt op verschillende manieren gewerkt aan het verbeteren van de klanttevredenheid o.a. door het instellen van een Beter-box waarin patiënten hun mening over de zorg en dienstverlening kunnen doen.

Daarnaast wordt ook in het kader van grote projecten zoals het programma Sneller Beter gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Een geïnterviewde merkt op dat deze grote projecten zelfs meer invloed hebben op kwaliteit in een ziekenhuis dan de gevraagde indicatoren.

---

<sup>82</sup> Dit kan uiteraard ook met elkaar samengaan, meer transparantie verhoogt immers de prikkels om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.



## 4.5 Samenvatting

Er moet nog veel gebeuren op het gebied van kwaliteit, maar de eerste slagen zijn zeker gemaakt.

Zo lopen er verschillende projecten voor het verbeteren van de nog onvoldoende transparante kwaliteit van de zorg. De eerste resultaten van deze projecten zijn al zichtbaar in de vorm van kwaliteitsindicatoren voor het B-segment, maar dit is nog lang niet genoeg om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg en met marktwerking te komen tot een betere kwaliteit. Er zijn nog indicatoren in ontwikkeling en de meest relevante veldpartijen<sup>83</sup> zullen op korte termijn vaststellen voor welke aandoeeningen er nog indicatoren ontwikkeld moeten worden. Belangrijk is nu wel dat zorgaanbieders de ontwikkelde en nog te ontwikkelen indicatoren daadwerkelijk gaan implementeren/registreren. Dit gebeurt al voor de basisset prestatieindicatoren van de IGZ, maar het is ook van belang voor de indicatoren en vragenlijsten die ontwikkeld worden in de overige projecten. De meest relevante veldpartijen<sup>84</sup> zijn gezamenlijk in overleg over de implementatie van de ontwikkelde aandoeeningsspecifieke prestatieindicatoren en vragenlijsten.

Ook dit jaar zijn weer kwaliteitsafspraken gemaakt. Er zijn echter nog steeds geen financiële consequenties verbonden aan het niet nakomen van deze afspraken. Volgens sommige verzekeraars wordt het wel of niet nakomen aan de afspraken wel meegenomen in de onderhandelingen van volgend jaar. Partijen zijn net als vorig jaar met name bezig met het krijgen van inzicht in de kwaliteit van de zorg.

Ook lopen er verschillende initiatieven voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Belangrijk is nu wel dat deze ontwikkelingen worden voortgezet, zodat kwaliteit voldoende transparant wordt en kwaliteit een grotere rol gaat spelen in de onderhandelingen en contractering van zorgaanbieders. Zonder inzicht in de kwaliteit van de zorg en een rol daarvan in de (prijs)onderhandelingen zal marktwerking geen stimulans voor kwaliteit zijn. Dan bestaat zelfs de kans dat de kwaliteit achteruit zal gaan.

Gezien het belang van (transparante) kwaliteit van de zorg voor de consument is CTG/ZAio voornemens in de nabije toekomst haar visie op kwaliteitsgebied nader te ontwikkelen. Daarnaast blijft zij uiteraard de ontwikkelingen nauwlettend volgen, waarbij CTG/ZAio erop toeziet dat de ontwikkelde kwaliteitsinformatie inzichtelijk is voor de consument. Ook gaat CTG/ZAio indien nodig stimuleren dat kwaliteit een grotere rol gaat spelen in de onderhandelingen en contractering van zorgaanbieders.

---

<sup>83</sup> Het betreft hier de NVZ, Orde van Medisch Specialisten, ZN, NPCF en de Consumentenbond.

<sup>84</sup> Het betreft hier de NVZ, Orde van Medisch Specialisten, ZN, NPCF en de Consumentenbond.



## 5 Toegankelijkheid

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg aan de orde. De toegankelijkheid van de zorg bestaat uit de volgende dimensies die nauw met elkaar verbonden zijn: (1) bereikbaarheid, (2) beschikbaarheid en (3) betaalbaarheid van de zorg. Naast reistijd naar een ziekenhuis is het voor een patiënt immers ook belangrijk dat de zorg voor hem beschikbaar is en dat hij de zorg kan betalen of vergoed krijgt.

De NZa kan de toegankelijkheid bevorderen als deze in gevaar komt. Dit kan zowel via de Zorgverzekeringswet als de WMG. In de Zorgverzekeringswet staan de mogelijkheden opgesomd die de wetgever heeft om de zorgplicht bij verzekeraars af te dwingen. De WMG biedt nog enkele andere instrumenten. Zo kan de NZa individuele marktpartijen met aanmerkelijke marktmacht een contracteerplicht opleggen. Dit betreft wel een ultimatum remedium. Ook kan de NZa het Ministerie van VWS adviseren over beleidsmaatregelen die de toegankelijkheid van de zorg kunnen verbeteren.

Met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg focust dit hoofdstuk op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg. De betaalbaarheid van de zorg komt in het hoofdstuk betaalbaarheid aan de orde.

### 5.2 Beschikbaarheid

Met betrekking tot de beschikbaarheid van de zorg maakt deze monitor een onderscheid in (1) de hoeveelheid gecontracteerde zorg, (2) keuzeondersteuning door verzekeraars en (3) wachttijden.

#### 5.2.1 Hoeveelheid gecontracteerde zorg

De hoeveelheid zorg die verzekeraars contracteren kan invloed uitoefenen op de toegankelijkheid. Er bestaat immers het risico dat zorgverzekeraars te weinig inkopen bij de voorkeursinstelling van de patiënt en dat de niet-gecontracteerde zorg te duur is voor verzekerden vanwege te lage restitutie.<sup>85</sup>

Net als vorig jaar blijkt uit de interviews dat bijna alle verzekeraars met vrijwel alle ziekenhuizen waar hun verzekerden naartoe gaan contracten hebben afgesloten. Ook zijn vrijwel geen volumebeperkingen opgelegd. Over de contracten tussen zorgverzekeraars en ZBC's is nog weinig te zeggen, omdat de onderhandelingen met de ZBC's ten tijde van de interviews vaak nog niet rond waren. Op basis van de interviews is de verwachting wel dat een groot deel van

---

<sup>85</sup> Indien een zorgverzekeraar in totaal te weinig zorg inkoopt en vervolgens een laag restitutietarief hanteert bestaat de kans dat hij niet aan zijn zorgplicht voldoet. In dit geval kan de NZa op basis van de Zorgverzekeringswet ingrijpen.

de verzekeraars ook vrijwel met alle ZBC's waar de meeste van hun verzekerden naartoe gaan contracten afsluiten en dat er nauwelijks volumebeperkingen worden opgelegd.

Volgens een verzekeraar is de bereidheid om een of meerdere ziekenhuizen niet te contracteren dit jaar minder dan vorig jaar wegens de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Verzekeraars vrezen er op vergelijkingswebsites zoals [www.independer.nl](http://www.independer.nl) en [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) slecht uit te komen.

In het algemeen hebben verzekeraars het gehele zorgaanbod bij ziekenhuizen gecontracteerd. Veel verzekeraars vinden het niet praktisch om selecties te maken. Daarbij gaf een verzekeraar aan dat indien niet het gehele zorgaanbod wordt afgenomen het ziekenhuis gewoon de prijs voor het aanbod dat wél wordt afgenomen verhoogt. Het komt slechts een enkele keer voor dat een verzekeraar een of meerdere DBC's bij een ziekenhuis niet contracteert. Zo gaf een geïnterviewde zorgaanbieder aan dat de blaastumoren door een verzekeraar niet gecontracteerd waren, omdat de verzekeraar vindt dat er onvoldoende operaties per jaar worden gedaan om voldoende kwaliteit te leveren. Ook kan een heel hoge prijs voor een DBC een reden zijn om deze niet te contracteren.

Bij ZBC's komt het vaker voor dan bij ziekenhuizen dat niet alle DBC's die ze aanbieden gecontracteerd worden. Redenen die verzekeraars noemen om bij een ZBC niet alles te contracteren zijn bijvoorbeeld (1) de medisch adviseur van de verzekeraar vindt dat de betreffende DBC niet in dagbehandeling kan worden uitgevoerd<sup>86</sup> (2) bij de betreffende dbc is er een groter risico op infecties, zoals bijvoorbeeld bij borstverkleiningen. Verzekeraars vinden dit bij ZBC's een probleem, omdat ZBC's indien infecties optreden vaak niet uitgerust zijn om de patiënt te behandelen, waardoor de patiënt uiteindelijk toch weer in het ziekenhuis terecht komt.

Indien een zorgverzekeraar een ziekenhuis of een of enkele DBC's bij een ziekenhuis niet heeft gecontracteerd en de patiënt hier toch naartoe gaat dan brengt het ziekenhuis de passantenprijzen in rekening. Het is dan mogelijk dat de verzekeraar deze niet geheel restitueert aan de patiënt met als gevolg dat deze een deel zelf moet betalen. Vorig jaar was dit niet vaak het geval. Zorgverzekeraars vergoedden vaak nog uit coulance de volledige prijs. Dit jaar lijkt dit wat minder vanzelfsprekend te zijn. Zo geeft een geïnterviewde aan dat in de polisvoorwaarden is opgenomen dat indien een verzekerde naar een zorgaanbieder gaat waar hij geen contract mee heeft afgesloten 95% van de laagst gecontracteerde prijs wordt vergoed. Het effect hiervan op de toegankelijkheid van de zorg is gering, aangezien het grootste deel van de zorg gecontracteerd is.

CTG/ZAIo hecht er belang aan dat voor consumenten bij het kiezen van de polis inzichtelijk is welke zorgaanbieders wel en niet gecontracteerd zijn en wat ze wel en niet vergoed krijgen. Dit

---

<sup>86</sup> Tot 1 januari 2006 mochten ZBC's alleen dag- en poliklinische behandelingen uit het B-segment aanbieden. Deze beperking is echter met de invoering van de WTZi vervallen.

is belangrijk, aangezien het niet uitgesloten is dat selectieve contractering in de toekomst een grote(re) rol gaat spelen. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt zo veel mogelijk afgerond zijn voor de start van de jaarlijkse switchperiode op de zorgverzekeringsmarkt. Dit was de afgelopen jaren echter niet het geval. CTG/ZAIo vindt dat dit in de toekomst wel het geval moet zijn. Daarom zal CTG/ZAIo met een visie komen hoe dit te realiseren is. Daarnaast is CTG/ZAIo voornemens om bestaande en toekomstige initiatieven, zoals vergelijkingswebsites, te stimuleren. Dit soort initiatieven maken (de toegankelijkheid tot) zorgaanbieders transparant(er) voor de consument.

### **5.2.2 Keuzeondersteuning**

Onder keuzeondersteuning door verzekeraars wordt verstaan het stimuleren van de keuze van de consument uit een groep reële alternatieven. Keuzeondersteuning door verzekeraars kan zowel een positieve als negatieve invloed uitoefenen op de toegankelijkheid van de zorg<sup>87</sup>. Aan de ene kant kan keuzeondersteuning een positieve invloed uitoefenen op de toegankelijkheid van de zorg door te zorgen voor kortere wachttijden en/of het omzeilen van wachttijden en daardoor bijdragen aan de toegankelijkheid. Verzekeraars kunnen hun verzekerden immers stimuleren om te kiezen voor ziekenhuizen met kortere wachttijden, waardoor patiënten sneller geholpen worden. Ook kunnen zorgaanbieders door keuzeondersteuning juist geprikkeld worden om hun wachttijden te verkorten zodat ze geen patiënten verliezen. Aan de andere kant kan keuzeondersteuning een negatieve invloed uitoefenen op de toegankelijkheid van de zorg door ervoor te zorgen dat de toegang tot een bepaald ziekenhuis voor een verzekerde wordt beperkt. Een verzekeraar kan er immers voor kiezen om verzekerden, indien ze naar bepaalde ziekenhuizen gaan, een deel zelf te laten betalen.

Met betrekking tot keuzeondersteuning door verzekeraars bestaat er onderscheid tussen passieve en actieve keuzeondersteuning. Onder passieve keuzeondersteuning wordt verstaan dat de verzekeraar zijn verzekerde pas stimuleert om voor een bepaalde zorgaanbieder te kiezen op het moment dat de verzekerde zelf vrijwillig contact opneemt met de verzekeraar. Onder actieve keuzeondersteuning wordt verstaan dat de verzekeraar zijn verzekerde uit zichzelf probeert te stimuleren om naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan. Dit kan door middel van het geven van een prijsprikkel of het kunstmatig opbouwen van wachttijden. Een verzekeraar kan besluiten om dit te doen uit het oogpunt van prijs en/of kwaliteit.

#### *Actieve keuzeondersteuning*

Uit de interviews blijkt dat actieve keuzeondersteuning door verzekeraars in de praktijk nog steeds beperkt is. Een geïnterviewde stimuleert verzekerden actief om voor bepaalde DBC's, zogenoemde stuur-DBC's, gecontracteerde zorgaanbieders te kiezen. In de polisvoorwaarden van deze verzekeraar staat dat een verzekerde die een dergelijke stuur-DBC nodig heeft eerst contact moet opnemen met de verzekeraar voordat hij naar een zorgaanbieder gaat. Een

---

<sup>87</sup> Sturing kan ook indirect bijdragen aan de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.

verzekerde die naar een andere zorgaanbieder wil dan de zorgaanbieders die door de verzekeraar zijn gecontracteerd, krijgt 95% van de laagst gecontracteerde prijs vergoed. Een andere manier om patiënten actieve keuzeondersteuning te bieden is het creëren van kunstmatige wachttijden bij ziekenhuizen. Dit kan door bij een ziekenhuis met bijvoorbeeld (te) hoge DBC-prijzen een klein aantal DBC's of contracten voor een korte periode af te sluiten. Hierdoor zullen in de praktijk wachttijden ontstaan waardoor verzekerden contact opnemen met de afdeling wachtlijstbemiddeling van de zorgverzekeraar. Deze afdeling stimuleert de verzekerden dan naar goedkopere alternatieven in de regio te gaan. Uit het artikel 'Met het mes op tafel?'<sup>88</sup> blijkt dat een zorgverzekeraar dit in de praktijk heeft toegepast. Uit de interviews die zijn gehouden in het kader van deze monitor komt dit echter niet naar voren.

#### *Passieve keuzeondersteuning*

Keuzeondersteuning gebeurt bij een aantal van de andere geïnterviewde verzekeraars wel passief via de afdeling zorgbemiddeling. Factoren die dan een rol spelen zijn de wachttijden en/of de prijs.

#### *Redenen voor beperkte keuzeondersteuning*

De redenen voor verzekeraars om hun verzekerden nog niet op grote schaal actief te stimuleren om naar bepaalde zorgaanbieders te gaan zijn waarschijnlijk, net als vorig jaar, de volgende:

- (1) Zorgverzekeraars hebben nog geen beleid ontwikkeld voor keuzeondersteuning;
- (2) Zorgverzekeraars vrezen verzekerden te verliezen;
- (3) Er is nog niet veel (kwaliteits)informatie beschikbaar om keuzeondersteuning aan te bieden;
- (4) Sommige zorgverzekeraars vinden dat de mogelijkheden voor keuzeondersteuning beperkt zijn of helemaal niet aanwezig zijn, onder meer wegens wachttijden in de markt en de grote rol van de huisarts in het kiezen van patiënten naar welke zorgaanbieder te gaan.

Met name de tweede reden lijkt dit jaar nog een groter effect te hebben wegens de invoering van de Zorgverzekeringswet. Door de invoering van deze wet zijn meer mensen zich bewust geworden dat ze kunnen switchen en oriënteert men zich op deze mogelijkheid. Hierdoor neemt de vrees van zorgverzekeraars toe om verzekerden te verliezen, waardoor ze nog meer waarde hechten aan een goed imago.

CTG/ZAio vindt het belangrijk dat de condities in de markt zodanig zijn dat het voor verzekeraars goed mogelijk is om verzekerden keuzeondersteuning aan te bieden. Hierdoor zal er meer balans komen in de onderhandelingspositie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waardoor de zorgverzekeraars beter voor hun verzekerden kunnen onderhandelen. CTG/ZAio gaat onderzoeken hoe deze keuzeondersteuning kan worden bevorderd.

---

<sup>88</sup> Zorgvisie 2, 'Met het mes op tafel', jaargang 36, februari 2006.

Door verzekeraars worden al de eerste stappen in de goede richting gezet. Zo zijn verzekeraars bezig met het verkrijgen van inzicht in de mogelijkheden voor keuzeondersteuning en het verkrijgen van inzicht in de kwaliteit van instellingen (keuzeondersteuningsinformatie). Een verzekeraar geeft aan dat het belangrijk is dat verzekerden vertrouwen krijgen in de betrouwbaarheid van de kwaliteitsindicatoren en de gegevens die verzekeraars verschaffen over kwaliteit bij zorgaanbieders, voordat verzekeraars hierop keuzeondersteuning gaan aanbieden. Zij proberen dan ook al in dit stadium inzicht te verschaffen aan verzekerden bijvoorbeeld door middel van het geven van informatie over zorgaanbieders op hun website.

Ook geeft een geïnterviewde aan dat geprobeerd wordt om invloed uit te oefenen op de keuzeondersteuning door de huisarts door het invoeren van een indirecte verwijzing via de verzekeraar. Dat betekent dat een huisarts aangeeft wat voor zorg een patiënt nodig heeft en dat de verzekeraar vervolgens beslist naar welke instelling de patiënt wordt doorverwezen. Daarnaast wil men in de toekomst meer gebruik gaan maken van het 'zorgdomein', dat is ontwikkeld door Plexus. Dit is een doorverwijssysteem waarvan huisartsen gebruikmaken en waarmee ze rechtstreeks in de agenda van poliklinieken kunnen kijken. In dit systeem zou men in de toekomst een knop kunnen inbouwen waarmee huisartsen kunnen zien welke verzekeraars welke instellingen gecontracteerd hebben. Ook zorgaanbieders erkennen dat de huisarts een grote rol speelt in de keuze van een patiënt naar welke zorgaanbieder ze gaan en proberen hier op verschillende manieren op in te spelen. Zo worden bijvoorbeeld speciale avonden voor huisartsen georganiseerd of wordt er extra energie gestoken in de communicatie met huisartsen.

Daarnaast moet de kwaliteit van de zorg ook een grotere rol gaan spelen in de keuze van een consument voor een zorgaanbieder. In deze keuze speelt reistijd en het advies van de huisarts vooralsnog een grote rol<sup>89</sup>. De consument is niet gewend aan de keuzeondersteuningsrol van verzekeraars. Het is dan ook waarschijnlijk dat verzekerden de beslissingen van zorgverzekeraars op dit gebied met argwaan zullen bekijken.<sup>90</sup> Zeker nu kwaliteit van zorgaanbieders nog onvoldoende transparant is. Indien de kwaliteit van zorgaanbieders inzichtelijk wordt kan dat echter veranderen. Patiënten kunnen dan zelf beter beoordelen of de voorkeursinstelling van de verzekeraar ook hun voorkeursinstelling is. Ook zijn verzekeraars beter in staat aan de consument uit te leggen waarom een bepaalde instelling hun voorkeur heeft. Daarbij is het aannemelijk dat reistijd dan een minder grote rol speelt in hun keuze naar welke zorgaanbieder te gaan. Uit een onderzoek van SEO Economisch Onderzoek komt immers naar voren dat consumenten een hogere waarde hechten aan kwaliteit dan aan reistijd.<sup>91</sup>

---

<sup>89</sup> Uit een onderzoek van Ecorys-Nei blijkt dat bij ongeveer 25% en 30% van de patienten de huisarts of arts respectievelijk alleen en samen met de patient besluit naar welk ziekenhuis te gaan. Bron: Ecorys-Nei, Vraagfactoren ziekenhuizen, Rotterdam, 2003.

<sup>90</sup> Varkevisser et al., Zorgverzekeraars moeten patienten kunnen sturen, Economische Statistische Berichten, 27 januari 2006, blz 38-40,

<sup>91</sup> Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de NMa. Bron: NMa, Besluit inzake de voorgenoemen fusie tussen Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord, 2005, Den Haag.

Alhoewel keuzeondersteuning dus vooralsnog heel beperkt is verwacht CTG/ZAio dat keuzeondersteuning in de toekomst een grotere rol gaat spelen. Zoals hierboven al is opgemerkt vindt CTG/ZAio het wel belangrijk dat voor consumenten bij het kiezen van de polis inzichtelijk is welke zorgaanbieders wel en niet gecontracteerd zijn en wat consumenten wel en niet vergoed krijgen.

### 5.2.3 Wachttijden

Voor bepaalde DBC's in zowel het B-segment als in het A-segment bestaan nog steeds wachttijden. Deze wachttijden liggen wel voor bijna alle specialismen en het grootste deel van de ziekenhuizen onder of op de treeknormen.<sup>92</sup> Wel bestaan er duidelijke verschillen in wachttijden tussen ziekenhuizen. Zo varieert de tijd die een patiënt moet wachten voor een staaroperatie (dagbehandeling) tussen de een en negentien weken, afhankelijk van naar welk ziekenhuis de patiënt gaat.<sup>93</sup> Ook tussen de verschillende specialismen zijn duidelijke verschillen waarneembaar. Zo zijn de wachttijden voor orthopedie, plastisch chirurgie en oogheelkunde, als wordt gekeken naar zowel de polikliniek, dagbehandeling als opname, relatief hoog ten opzichte van de andere specialismen. Uit de interviews komt naar voren dat de wachttijden de laatste jaren wel sterk zijn gedaald. Of dit komt door de introductie van marktwerking is onduidelijk. Het lijkt waarschijnlijk dat de invoering van het boter-bij-de-vis-principe hier ook een grote invloed op heeft gehad.

Verzekeraars hebben een zorgplicht en vinden het belangrijk dat hun verzekerden snel geholpen worden. Om er ondanks wachttijden bij bepaalde ziekenhuizen voor bepaalde DBC's toch voor te zorgen dat verzekerden zo snel mogelijk zorg krijgen, doen verzekeraars net als vorig jaar aan wachtlijstbemiddeling. Dit kan voor consumenten zeker lonend zijn, gezien de spreiding die er in wachttijden tussen zorgaanbieders bestaat. Daarnaast maakt een groot aantal verzekeraars met zorgaanbieders afspraken over wachttijden. Bij sommige verzekeraars moet een korting op de prijzen worden gegeven of een boete worden betaald als door het ziekenhuis niet aan deze afspraken is voldaan.<sup>94</sup> Ook is een verzekeraar een zorgaanbieder financieel tegemoet gekomen in het opzetten van een cataractstraat met als doel de wachttijden te verkorten.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is bezorgd dat wachtlijstpatiënten die verzekerd zijn bij de voorkeursverzekeraar van ziekenhuizen voorgetrokken worden<sup>95</sup>. Uit de interviews komt echter naar voren dat de meeste ziekenhuizen wachttijdafspraken niet per verzekeraar differentiëren. Een reden hiervoor is dat ze vrezen dat dit een negatief effect heeft

---

92 Dit is gebaseerd op het 'Onderzoek NVZ vereniging van ziekenhuizen, wachttijden ziekenhuizen, maart 2006. Dit onderzoek is gebaseerd op de wachttijdgegevens van 55% van de algemene ziekenhuizen. In dit onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen het A-segment en het B-segment. Bron: NVZ vereniging van ziekenhuizen, Uitkomsten NVZ-onderzoek actuele wachttijden electieve zorg in ziekenhuizen, 4 april 2006.

93 Deze informatie is gebaseerd op wachttijdgegevens van 67 ziekenhuizen die in februari 2006 op de websites vermeld stonden.

94 Via de afdeling wachtlijstbemiddeling kan een verzekeraar controleren of aan een wachtlijstafpraak is voldaan.

95 Zorgvisie, NPCF vreesst voorrang 'voorkeursverzekerde', nummer 12, 17 maart 2006, jaargang 36.



op het imago van de zorginstelling. Ze willen hun patiënten gelijk behandelen. Het proberen voorrang te regelen door verzekeraars voor hun eigen verzekerden is een logisch gevolg van marktwerking. Wachttijden zijn immers een factor waarop verzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden. Dit is enerzijds in het belang van de consument, omdat verzekeraars zo een prikkel ondervinden om ziekenhuizen te stimuleren sneller beschikbare zorg voor hun verzekerden te leveren. Hierbij wordt er dan wel van uit gegaan dat de consument vooraf weet waar hij aan toe is. Bij het kiezen van de polis moet transparant zijn met welke zorgaanbieders voorrangsafspraken zijn gemaakt. Anderzijds is het niet in het belang van de consument indien dit leidt tot het voorrang geven van patiënten van bepaalde verzekeraars, terwijl uit medische urgentie juist patiënten van andere verzekeraars eerder behandeld hadden moeten worden. Aangezien het B-segment vooralsnog alleen electieve zorg bevat, verwacht CTG/ZAio dat medische urgentie binnen het B-segment geen rol speelt. CTG/ZAio zal indien nodig de transparantie van afspraken over wachtlijstdifferentiatie bevorderen, zodat consumenten weten waar zij aan toe zijn bij het kiezen van hun polis.

Een verzekeraar geeft aan dat ziekenhuizen erg hun best doen om hun wachttijden te verkorten, omdat ze vrezen patiënten te verliezen. Hier hebben ze zeker belang bij als ze vrezen patiënten aan ZBC's te verliezen. Uit de interviews komt immers naar voren dat ZBC's in het algemeen kortere wachttijden hebben dan ziekenhuizen.

Een geïnterviewde merkt op dat er onevenredig veel aandacht uitgaat vanuit verzekeraars voor de wachttijden in het B-segment. Hierdoor wordt er hard gewerkt om de wachttijden in het B-segment te laten dalen. Het kan echter een ongewenst effect hebben in de vorm van langere wachttijden voor bepaalde zorg in het A-segment.

Wegens het nog niet beschikbaar zijn van de wachttijdgegevens over de tijd en geheel gedifferentieerd naar A-segment en B-segment kan CTG/ZAio nog geen uitspraak doen over of dit ongewenste effect werkelijk plaatsvindt en hoe groot dit is. CTG/ZAio zet zich sterk in om jaarlijks wachttijdgegevens te krijgen. Hiermee kan ze in de toekomst betere uitspraken doen over wachttijdontwikkelingen en mogelijke ongewenste neveneffecten van focussen op de wachttijden in het B-segment.

### **5.3 Bereikbaarheid**

Naast beschikbaarheid van zorg is het voor patiënten van belang dat ze voor de zorg niet al te lang hoeven te reizen. Reistijd speelt immers een belangrijke rol in de keuze voor een zorgaanbieder.<sup>96</sup> Om te toetsen hoe het momenteel met de bereikbaarheid van de zorg gesteld

---

<sup>96</sup> Uit een onderzoek van ECORY-NEI (2003), waarbij consumenten is gevraagd waarom ze naar een bepaald ziekenhuis gaan, blijkt zelfs dat reistijd de belangrijkste rol speelt in de keuze van een patiënt voor een zorgaanbieder. Uit een onderzoek van Van der Schee (et al.) , waarbij consumenten gevraagd is verschillende factoren te wegen, blijkt echter dat consumenten de reputatie van het ziekenhuis belangrijker vinden dan de reistijd. Het gaat hierbij dan om patiënten die geen spoedeisende zorg nodig hebben. Bron: ECORYS-NEI, Vraagfactoren ziekenhuizen, Rotterdam,

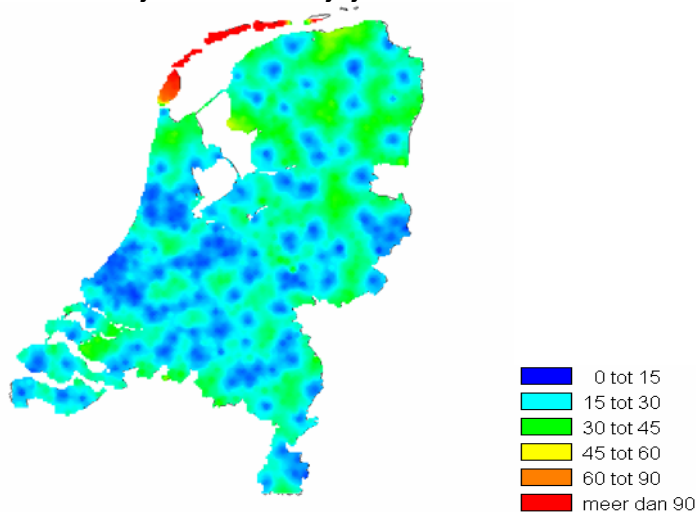
is en wat de invloed van keuzeondersteuning op de bereikbaarheid van de zorg kan zijn, heeft CTG/ZAio op basis van een postcodebestand van alle inwoners van Nederland en de gevestigde ziekenhuizen in Nederland een aantal analyses uitgevoerd. ZBC's en categorale ziekenhuizen zijn hierbij buiten beschouwing gelaten, omdat zij in het algemeen een beperkt deel van het zorgaanbod aanbieden en de resultaten van de analyses daardoor vertekend zouden worden.<sup>97</sup> De resultaten van de analyses zijn hieronder beschreven. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in (1) de huidige situatie, waarin keuzeondersteuning nog nauwelijks een rol speelt en (2) de mogelijke toekomstige situatie, waarin keuzeondersteuning een belangrijker rol heeft gekregen.

### 5.3.1 Huidige situatie

In de huidige situatie speelt keuzeondersteuning nog slechts een beperkte rol. Om de bereikbaarheid van de zorg te toetsen kan daarom worden volstaan met een analyse van de reistijd van patiënten naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Figuur 5.1 laat per postcodegebied zien hoe ver mensen gemiddeld naar een ziekenhuis moeten reizen.

**Figuur 5.1 Reistijd naar dichtstbijzijnde ziekenhuis in minuten**



Bron: CTG/ZAio met behulp van Geodan Drive Time Matrix

Zoals figuur 5.1 laat zien, ligt het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor een groot deel van de Nederlandse bevolking binnen vijftien minuten reistijd. Voor vrijwel de gehele Nederlandse bevolking ligt het dichtstbijzijnde ziekenhuis binnen 30 minuten. Om precies te zijn, betreft het

---

2003 en Van der Schee et al. , Keuze van ziekenhuizen: welke overwegingen zijn belangrijk voor consumenten?, Tijdschrift voor Geneeskunde, 83(2):113-115.

<sup>97</sup> Het heeft wel de voorkeur van CTG/ZAio om een soortgelijke analyse in de toekomst op specialismeniveau uit te voeren, waarbij dan ook ZBC's en categorale ziekenhuizen worden meegenomen.

hier respectievelijk 71% en 99% van de Nederlandse bevolking. Uit een onderzoek van Van der Schee et al. (2005) blijkt dat het 'eigen' ziekenhuis volgens consumenten in ieder geval binnen 30 minuten moet liggen, maar het liefst binnen vijftien minuten bereikbaar moet zijn.<sup>98</sup> Voor vrijwel de gehele Nederlandse bevolking wordt hier dus aan voldaan. Alleen patiënten die op de Waddeneilanden wonen moeten langer dan 30 minuten reizen.

### 5.3.2 Mogelijke toekomstige situatie

Verzekeraars zijn momenteel bezig met het onderzoeken van mogelijkheden tot het bieden van keuzeondersteuning aan hun verzekerden. Het is dan ook niet uitgesloten en zelfs te verwachten dat keuzeondersteuning in de toekomst een grotere rol gaat spelen. Hieronder wordt gekeken wat de effecten van keuzeondersteuning op de bereikbaarheid van de zorg zijn en in hoeverre er mogelijkheden zijn voor keuzeondersteuning. Voor patiënten speelt reistijd voor zorg in het B-segment immers vooralsnog een belangrijke rol in de keuze voor een zorgaanbieder.<sup>99</sup> Voor zover bekend bij CTG/ZAio zijn er geen onderzoeken beschikbaar waarin wordt gekeken hoeveel mensen gemiddeld bereid zijn langer te reizen naar een ander ziekenhuis dan het dichtstbijzijnde. Uit het bovengenoemde onderzoek van Van der Schee et al. (2005) blijkt wel dat het 'eigen' ziekenhuis volgens consumenten in ieder geval binnen 30 minuten moet liggen, maar het liefst binnen vijftien minuten te bereiken moet zijn.<sup>100</sup> Daarnaast bleek al dat het grootste deel van de Nederlandse bevolking (71%) binnen een kwartier van het dichtstbijzijnde ziekenhuis woont. Deze twee resultaten combinerend is het aannemelijk om in onderstaande analyse aan te nemen dat mensen bereid zijn minder dan vijftien minuten langer te reizen naar een ander ziekenhuis dan het dichtstbijzijnde. Het is overigens wel te verwachten dat de reisbereidheid van patiënten in de toekomst toeneemt als er meer (kwaliteits)informatie over zorgaanbieders beschikbaar komt. Uit een onderzoek van SEO Economisch Onderzoek naar de reisbereidheid van patiënten blijkt immers dat een verhoging van de kwaliteit van een ziekenhuis de reisbereidheid van patiënten verhoogt en andersom.<sup>101</sup>

Om te bepalen wat de invloed van keuzeondersteuning op de bereikbaarheid van de zorg is, wordt hieronder gekeken naar de extra reistijd van patiënten indien ze naar het op een na en het op twee na dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan in plaats van naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Het gaat hierbij om ziekenhuizen die onafhankelijk zijn van het eerste ziekenhuis. Indien een ziekenhuis uit meerdere locaties bestaat dan worden deze in de analyse als één meegenomen, waarbij de reistijd van de dichtstbijzijnde locatie telt.

---

<sup>98</sup> Dit is gebaseerd op antwoorden van 832 respondenten van een consumentenpanel. Van der Schee et al. , Keuze van ziekenhuizen: welke overwegingen zijn belangrijk voor consumenten?, Tijdschrift voor Geneeskunde, 83(2):113-115.

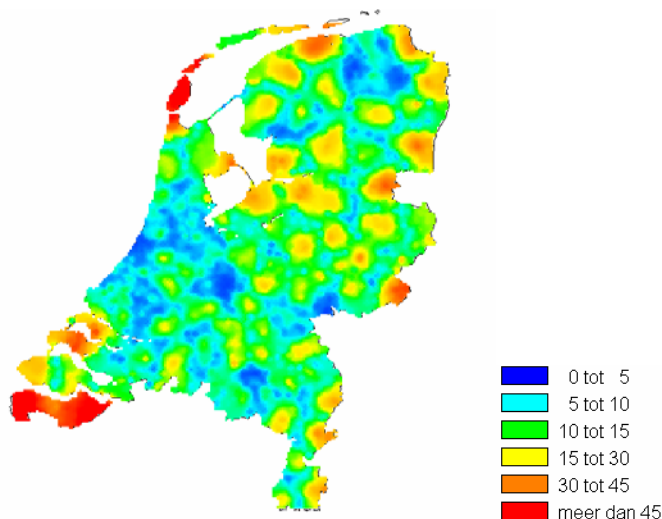
<sup>99</sup> Zie voetnoot 68.

<sup>100</sup> Dit is gebaseerd op antwoorden van 832 respondenten van een consumentenpanel. Van der Schee et al. , Keuze van ziekenhuizen: welke overwegingen zijn belangrijk voor consumenten?, Tijdschrift voor Geneeskunde, 83(2):113-115.

<sup>101</sup> Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de NMa. Bron: NMa, Besluit inzake de voorgenomen fusie tussen Ziekenhuis Hilversum en Ziekenhuis Gooi-Noord, 2005, Den Haag.

Figuur 5.2 laat per postcodegebied zien hoeveel minuten mensen extra moeten reizen als ze naar het op een na dichtstbijzijnde ziekenhuis in plaats van naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan.

**Figuur 5.2 Extra reistijd naar het op een na dichtstbijzijnde ziekenhuis in minuten**



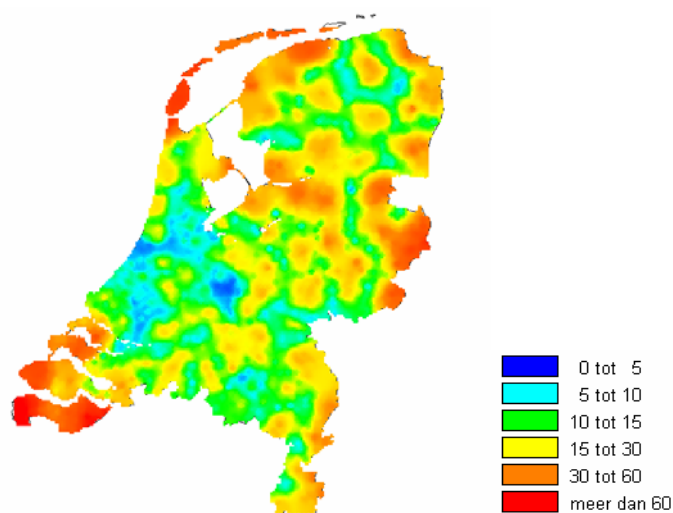
*Bron: CTG/ZAio met behulp van Geodan Drive Time Matrix*

Zoals te zien is in figuur 5.2 hoeft een groot deel van de Nederlandse bevolking minder dan 15 minuten extra te reizen als ze naar het op een na dichtstbijzijnde in plaats van het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan. Om precies te zijn betreft het hier 82% van de Nederlandse bevolking. Specifieker kijkend moet 65% minder dan tien minuten extra reizen en 42% minder dan vijf minuten. Voor al deze mensen heeft keuzeondersteuning door verzekeraars naar het op een na in plaats van het dichtstbijzijnde ziekenhuis geen grote gevolgen voor de bereikbaarheid van de zorg in termen van reistijd. Dit betekent dus ook dat verzekeraars makkelijker keuzeondersteuning kunnen toepassen in de gebieden waar deze mensen wonen.

Op een aantal plekken in Nederland, meer specifiek de geel, oranje en roodgekleurde gebieden in figuur 5.2, hebben verzekeraars minder goede mogelijkheden om patiënten keuzeondersteuning te bieden. De mensen die hier wonen moeten immers minimaal vijftien minuten extra reizen als ze naar het op een na in plaats van het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan. Opgemerkt dient echter te worden dat bij deze analyse alleen de ziekenhuizen in Nederland zijn meegenomen. Dit betekent dat in de grensgebieden, waaronder het zuiden van Zeeland, de extra reistijd naar het op een na dichtstbijzijnde ziekenhuis in werkelijkheid wellicht lager is. Verzekeraars kunnen hun verzekerden immers ook stimuleren om naar ziekenhuizen in het buitenland te gaan.

Figuur 5.3 laat per postcodegebied zien hoeveel minuten mensen extra moeten reizen als ze naar het op twee na dichtstbijzijnde ziekenhuis in plaats van naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan.

**Figuur 5.3 Extra reistijd naar het op twee na dichtstbijzijnde ziekenhuis in minuten**



Bron: CTG/ZAio met behulp van Geodan Drive Time Matrix

Zoals te zien is in figuur 5.3 hoeft iets meer dan de helft van de Nederlandse bevolking minder dan vijftien minuten extra te reizen als ze naar het op twee na dichtstbijzijnde in plaats van naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan. Om precies te zijn betreft het hier 62% van de Nederlandse bevolking. Specifieker kijkend is 43% minder dan tien minuten extra onderweg en 20% minder dan vijf minuten. Dit betekent dat zelfs indien verzekeraars hun verzekerden stimuleren naar het op twee na dichtstbijzijnde ziekenhuis te gaan, dit voor meer dan de helft van de Nederlandse bevolking geen grote gevolgen heeft voor de bereikbaarheid van de zorg in termen van reistijd.

## 5.4 Samenvatting

De toegankelijkheid van het B-segment is ten opzichte van de situatie vorig jaar niet noemenswaardig veranderd. De redenen hiervoor zijn de volgende:

Uit de de interviews blijkt allereerst dat bijna alle verzekeraars net als vorig jaar met vrijwel alle ziekenhuizen waar hun verzekerden komen, contracten hebben afgesloten.

Ten tweede speelt keuzeondersteuning van verzekeraars aan hun verzekerden ook dit jaar nog een beperkte rol.

Ten derde bestaan er net als vorig jaar nog steeds wachttijden bij bepaalde zorgaanbieders voor bepaalde DBC's. Deze wachttijden liggen voor bijna alle specialismen voor het grootste deel van de ziekenhuizen onder of op de treeknormen.<sup>102</sup> Uit de interviews komt naar voren dat

<sup>102</sup> Dit is gebaseerd op het 'Onderzoek NVZ vereniging van ziekenhuizen, wachttijden ziekenhuizen, maart 2006. Dit onderzoek is gebaseerd op de wachttijdgegevens van 55% van de algemene ziekenhuizen. In dit onderzoek is geen

deze de laatste jaren sterk zijn gedaald. Daarbij maken veel verzekeraars ook dit jaar wachtlijstafspraken met zorgaanbieders en bemiddelen ze om verzekerden zo snel mogelijk de zorg te laten krijgen die ze nodig hebben. Voor consumenten kan dit zeker lonend zijn, gezien de spreiding die er in wachttijden tussen zorgaanbieders bestaat.

Wachttijstdifferentiatie per verzekeraar komt in de praktijk nog nauwelijks voor. De NPCF is hier wel bang voor<sup>103</sup>. CTG/ZAio is van mening dat wachttijstdifferentiatie in het belang is van de consument mits het niet leidt tot het voorrang geven van patiënten van bepaalde verzekeraars, terwijl uit medische urgentie juist patiënten van andere verzekeraars eerder behandeld hadden moeten worden. Aangezien het B-segment vooralsnog alleen electieve zorg bevat, verwacht CTG/ZAio dat medische urgentie binnen het B-segment geen rol speelt. CTG/ZAio zal indien nodig de transparantie van afspraken over wachttijstdifferentiatie bevorderen, zodat consumenten weten waar zij aan toe zijn bij het kiezen van hun polis.

Keuzeondersteuning door verzekeraars aan verzekerden komt vooralsnog onvoldoende van de grond. CTG/ZAio vindt het echter wel belangrijk dat de condities in de markt zodanig zijn dat het voor verzekeraars goed mogelijk is om verzekerden keuzeondersteuning aan te bieden. Hierdoor zal er meer balans komen in de onderhandelingspositie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waardoor de zorgverzekeraars beter voor hun verzekerden kunnen onderhandelen. CTG/ZAio gaat onderzoek doen hoe deze keuzeondersteuning kan worden bevorderd.

Overigens blijkt uit een reistijdanalyse dat reistijd geen belemmering hoeft te zijn voor het bieden van keuzeondersteuning aan verzekerden. De extra reistijd van het dichtstbijzijnde naar het op een na dichtstbijzijnde ziekenhuis ligt immers voor 82% van de Nederlandse bevolking binnen de vijftien minuten. Dit geldt ook voor 62% van de Nederlandse bevolking als ze naar het op twee na dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan.

CTG/ZAio vindt het belangrijk dat de toegankelijkheid van de zorg voor consumenten inzichtelijk is. Consumenten moeten bij het kiezen van de polis kunnen zien welke zorgaanbieders wel en niet gecontracteerd zijn en wat ze wel en niet vergoed krijgen. Daarom vindt CTG/ZAio dat in de toekomst de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt zoveel mogelijk afgerond moeten zijn voor de start van de jaarlijkse switchperiode op de zorgverzekeringsmarkt. CTG/ZAio zal met een visie komen hoe dit realiseerbaar is. Daarnaast is CTG/ZAio voornemens om bestaande en toekomstige initiatieven te stimuleren, zoals vergelijkingswebsites die toegankelijkheid tot zorgaanbieders inzichtelijk maken voor de consument.

---

onderscheid gemaakt tussen het A-segment en het B-segment. Bron: NVZ, Uitkomsten NVZ-onderzoek actuele wachttijden electieve zorg in ziekenhuizen, 4 april 2006.

<sup>103</sup> Zorgvisie, NPCF vreest voorrang 'voorkeursverzekerde', nummer 12, 17 maart 2006, jaargang 36.

## **6 Betaalbaarheid**

### **6.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk komt de betaalbaarheid van het B-segment van de ziekenhuiszorg aan bod. CTG/ZAio (en na inwerkingtreding van de Wmg, de NZa) heeft voor het B-segment een rol bij het stimuleren van de betaalbaarheid op microniveau. Op deze wijze kan CTG/ZAio tevens indirect de betaalbaarheid op macroniveau bevorderen. In aanvulling hierop adviseert CTG/ZAio het Ministerie van VWS over te nemen beleidsmaatregelen die de betaalbaarheid van de zorg (kunnen) verbeteren.

Om een oordeel te kunnen geven over die betaalbaarheid, beslaat dit hoofdstuk de ontwikkeling van de gecontracteerde prijzen en de passantenprijzen in 2006 ten opzichte van 2005 en het prijsniveau in 2006. Dit geeft inzicht in de ontwikkeling van de betaalbaarheid op microniveau. Om de betaalbaarheid ook op macroniveau te kunnen beoordelen, is inzicht in de definitieve realisatie van de DBC-volumina van 2005 noodzakelijk. De hiervoor benodigde gegevens zijn echter nog niet in voldoende detail beschikbaar door aanleverproblemen aan het DIS.

Ook heeft CTG/ZAio door de vertraging bij de aanlevering van DBC-gegevens over 2005 geen zicht op de kostprijzen van individuele zorginstellingen. Hierdoor kan CTG/ZAio geen uitspraken doen over de microdoelmatigheid en de daarmee samenhangende betaalbaarheid op de lange termijn.

Daarnaast is wegens de beperkte beschikbaarheid van gegevens over ZBC's, deze categorie instellingen niet in de prijsanalyses meegenomen. De rol van ZBC's komt nader voor het voetlicht in een nog te verschijnen monitorspecial.

De indeling van dit hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 6.2 wordt een globaal beeld geschetst van de prijsonderhandelingen over het B-segment die van eind 2005 tot begin 2006 plaatsvonden tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars. Paragraaf 6.3 gaat in op de macrobetaalbaarheid, waarna in paragraaf 6.4 het prijsniveau in 2006 en de prijsontwikkelingen in 2006 ten opzichte van 2005 in nader detail worden geanalyseerd. Tot slot bevat paragraaf 6.5 de samenvatting van dit hoofdstuk.

### **6.2 Onderhandelingen**

#### **6.2.1 Prijsafspraken**

Net als in 2005, geeft het merendeel van de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders aan dat de prijzen het belangrijkste thema zijn bij de onderhandelingen over het B-segment voor 2006. Een veel gebruikt uitgangspunt van zowel zorgaanbieders als verzekeraars bij deze onderhandelingen zijn de contractprijzen 2005. Uiteindelijk komen partijen dan in het algemeen uit op een indexatie (min of meer gerelateerd aan de inflatie) van de contractprijzen 2005. Er

zijn echter ook uitzonderingen. Zo vormen de schoningsprijzen voor instellingen die in 2005 niet gecontracteerd waren een natuurlijk startpunt van de onderhandelingen. Bij instellingen die vorig jaar nog geen inzicht in kostprijzen hadden maar dit jaar wel spelen kostprijzen een grotere rol in de onderhandelingen.

Net als vorig jaar kennen veel zorgaanbieders hun eigen integrale kostprijzen nog niet. Voor een goede werking van de markt is het uiteindelijk wel belangrijk dat instellingen hier inzicht in krijgen. Hierdoor zijn ze immers beter in staat om hun organisatie te sturen. Voor het uitvoeren van onder andere haar toezichtstaken heeft CTG/ZAio ook inzage in op vergelijkbare wijze berekende kostprijsgegevens nodig. Met de NVZ zijn daarom concrete afspraken gemaakt over uniforme principes van kostentoe rekening.<sup>104</sup> De implementatie van deze principes zal in de loop van dit jaar plaatsvinden. Met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) moeten nog afspraken worden gemaakt. CTG/ZAio is voornemens dit in de loop van dit jaar en volgend jaar te doen.

Bij ZBC's komt het ook voor dat verzekeraars een nieuwe prijs onderhandelen, in plaats van een voorgaande prijs te indexeren. Verdere uitzonderingen vormen zorgaanbieders en zorgverzekeraars waarvoor de gecontracteerde prijzen in 2005 sterk afweken van het landelijke of regionale gemiddelde. Deze marktpartijen trachten een meer marktconforme prijs te bewerkstelligen. De mogelijke invloed van de publicatie van de Oriënterende Monitor 2005 in dit opzicht is uitgewerkt in het onderstaande kader.

#### **Box 6.1: Oriënterende Monitor 2005 als *focal point* bij onderhandelingen 2006**

CTG/ZAio heeft vanuit de markt signalen ontvangen dat de informatie over de prijsontwikkelingen in de 'Oriënterende Monitor Ziekenhuiszorg 2005' marktverstoring kan werken. Zo zouden marktpartijen de gegevens gebruiken om hun eigen onderhandelingspositie te versterken.

Vanuit de publieke taak van CTG/ZAio is het van groot belang dat zij de prijsontwikkelingen rapporteert, anders wordt immers geen inzicht verschaft in de werking van het nieuwe systeem. Daarbij is informatie over de prijsontwikkeling in het B-segment op zichzelf maatschappelijk relevant.

Uit signalen van marktpartijen is echter af te leiden dat het lijkt alsof de monitor als een richtpunt in de onderhandelingen heeft gefungeerd. Dit is naar de mening van CTG/ZAio een teken dat de markt nog niet goed werkt. In een goed werkende markt zouden prijzen immers tot stand komen op basis van de wederzijdse onderhandelingsposities. Bovendien zou het publiceren van globale informatie weinig tot geen rol moeten spelen. Overigens zijn er naast de monitor ook nog andere richtpunten denkbaar in de markt, zoals de ZN-inkooggids en websites die prijzen vergelijken.

Volgens CTG/ZAio heeft de gekozen manier van rapportage in de monitor per saldo dan ook geen

---

<sup>104</sup> Dit akkoord is gebaseerd op een extern advies van adviesbureau PricewaterhouseCoopers (2005).



negatieve effecten op de werking van de markt. Dit zou wel het geval zijn als de informatie individueel herleidbaar is. Om nog meer te waarborgen dat dit niet het geval is, is besloten om dit jaar de prijsontwikkelingen per provincie op een meer geaggregeerd niveau weer te geven. De concentratie van verzekeraars en soms ook zorgaanbieders op provincieniveau is immers hoog. CTG/ZAio ziet voor het overige geen redenen om de manier van rapportage over prijsontwikkelingen in de monitor te wijzigen.

Om een betere prijs te kunnen bedingen, verenigen sommige verzekeraars zich voor de gebieden waar ze een klein marktaandeel hebben in inkoopcombinaties. Ook geeft een verzekeraar aan dat ze proberen eerst met de ZBC's in hun werkgebied te onderhandelen voordat ze met de grotere instellingen onderhandelen. Op deze manier kunnen ze de grotere zorginstellingen met een scherp onderhandelde prijs confronteren, waardoor deze eerder geneigd zijn hun prijs te verlagen.

De indexatie van de contractprijzen 2005 die ziekenhuizen en zorgverzekeraars in de onderhandelingen overeen komen, geldt over het algemeen voor het totale pakket aan aangeboden DBC's. In tegenstelling tot de ziekenhuizen wordt bij ZBC's wel vaak over individuele DBC's onderhandeld in plaats van over het hele zorgaanbod.

Op dit algemene beeld worden door een aantal verzekeraars uitzonderingen gemaakt. Zo zijn er verzekeraars die voor een aantal zogeheten stuur-DBC's wel aparte opslagpercentages op de schoningsprijzen zijn overeengekomen. Het kan hierbij gaan om DBC's die voor de betreffende verzekeraar een groot aandeel uitmaken in de omzet van het B-segment of DBC's waarop in de regio voldoende concurrentie van ZBC's aanwezig is. Ook heeft een aantal verzekeraars met zorgaanbieders zodanige opslagpercentages afgesproken dat de prijs voor een cluster van DBC's met dezelfde diagnose voor alle DBC's hetzelfde is. Bijvoorbeeld voor DBC's waarin een en dezelfde diagnose zowel poliklinisch als in dagbehandeling kan worden verricht.<sup>105</sup> Dit geeft zorgaanbieders een prikkel om gegeven de diagnose, een patiënt zo doelmatig mogelijk te behandelen.

Het omgekeerde fenomeen van prijsclustering is prijsdifferentiatie, bijvoorbeeld naar complexiteit en zorgzwaarte van patiënten. Met name gespecialiseerde (academische of categorale) ziekenhuizen geven aan gecompenseerd te willen worden voor hun afwijkende patiëntenmix. Verzekeraars staan hier niet per definitie afwijzend tegenover. Aangezien de zorgzwaarte per patiënt door verzekeraars lastig te verifiëren is, gebeurt compensatie van casemixverschillen in de meeste onderhandelingen op het niveau van de zorgprofielen (die door de gemiddelde zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie worden beïnvloed). Van de geïnterviewde partijen gaf slechts één zorgaanbieder aan dat er over prijsdifferentiatie op patiëntniveau is onderhandeld.

---

<sup>105</sup> F. Hasaart, *Upcoding, A first empirical analysis of the DBC-system*, Master thesis UvT, 2006.

In sommige gevallen komen een verzekeraar en een zorgaanbieder niet tot een overeenkomst. Dan gelden voor verzekerden van de betreffende verzekeraar de passantenprijzen van de zorgaanbieder. Deze prijzen worden gepubliceerd in zogenaamde standaardprijzlijsten. Sommige aanbieders hanteren daarbij gemiddelde prijzen van omringende ziekenhuizen. De meeste aanbieders baseren hun passantenprijzen in 2006 op die van 2005 (plus een prijsindex ter compensatie van de inflatie). Daarnaast hanteren sommige zorgaanbieders net als vorig jaar een extra opslag om verzekeraars onder druk te zetten te contracteren.

### **6.2.2 Volumeafspraken**

Naast de gecontracteerde prijzen spelen ook volumeafspraken een rol bij de onderhandelingen in het B-segment. Veel verzekeraars maken volumeafspraken met een aantal ziekenhuizen. Het betreft hier vaak de ziekenhuizen waar het merendeel van de verzekerden van de verzekeraar naartoe gaan. Met ZBC's worden door de meeste verzekeraars geen afspraken over DBC-volumina gemaakt.

Aan de volumeafspraken die verzekeraars met zorgaanbieders maken hangen soms gevolgen. Zo vindt bij een aantal verzekeraars na overschrijding van de volumeafspraken een heronderhandeling plaats. Daarbij wordt dan bijvoorbeeld voor het extra volume een lagere prijs afgesproken. Een verzekeraar kan er echter ook voor kiezen om zijn verzekerden te stimuleren naar een ander ziekenhuis te gaan.

Ziekenhuizen hechten vooral sterk aan een garantievolume met aan de bovenkant een openeinderegeling. Verzekeraars willen dit echter vaak niet geven. Slechts een geïnterviewde geeft aan een lagere prijs voor bepaalde DBC's (het betreft hier voornamelijk verrichtingen aan heupen en knieën, als ook cataracten) te hebben afgesproken in ruil voor een volumegarantie.

In een aantal gevallen komen verzekeraars en ziekenhuizen ook staffelkortingen overeen. Staffelkortingen zijn een combinatie van prijs- en volumeafspraken: naarmate er meer volume bij een zorgaanbieder wordt afgenomen, kan een verzekeraar rekenen op een lagere prijs van de extra afgenomen DBC's.

### **6.2.3 Prikkel voor scherp onderhandelen**

De prikkels tot scherp onderhandelen zijn in 2006 voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars tamelijk klein. De samenstelling van het B-segment is in 2006 ten opzichte van 2005 niet gewijzigd. Over de omzet van het B-segment in 2006 vallen geen precieze uitspraken te doen, maar naar schatting is dit minder dan 10% van het totale aanbod van de ziekenhuiszorg. Een korting van bijvoorbeeld 10% in het B-segment van de zorginkoopmarkt vertaalt zich derhalve hoogstens tot een overall kostenbesparing van één procent op de schadelast van verzekeraars. Doordat deze schadelast voor 50% inkomensafhankelijk is, ontstaat hierdoor de ruimte tot een premiekorting van twee procent in de nominale premie op de zorgverzekeringmarkt.

De prikkels voor verzekeraars om scherp te onderhandelen zijn in 2006 op het eerste gezicht aanzienlijk toegenomen door de in vergelijking met voorgaande jaren veel scherpere premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars. Die premieconcurrentie dwingt zorgverzekeraars tot kostenbesparing en dus tot scherpere onderhandelingen. Langs een andere weg zijn voor zorgverzekeraars de prikkels tot scherp onderhandelen in 2006 echter enigszins afgezwakt. Dit houdt verband met de vangnetten in het systeem van risicoverevening die zijn ingesteld ter compensatie van de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Deze samenvoeging van ziekenfonds en particulier verzekerden (waarvan de zorgkosten door de eigen risico's van verzekerden gedeeltelijk onbekend waren) maakte het lastig de zorgkosten voor de verschillende verzekerdenkenmerken (leeftijd, geslacht, inkomensgrond, regio, chronisch medicijngebruik en eerdere ziekenhuisopnamen) nauwkeurig te voorspellen. Daarom worden eventuele extreme schadelastverschuivingen (meer dan gemiddeld € 35 per verzekerde) over 2006 grotendeels achteraf door het ministerie van VWS gecompenseerd. Vanaf 2007 zal deze vangnetconstructie naar verwachting worden afgebouwd.

Met de ziekenhuizen en verzekeraars heeft het ministerie van VWS in 2004 een prestatiecontract voor de jaren 2005-2007 gesloten. Hierin komen partijen overeen om een doelmatigheidsbesparing te realiseren van jaarlijks 1,15% in 2005 en 2,3% in 2006 en 2007. De totale doelmatigheidsbesparing voor 2005 bedraagt € 120 miljoen en in 2006 € 240 miljoen. In het prestatiecontract is overeengekomen dat de doelmatigheidskortingen per ziekenhuis gedifferentieerd worden. En wel naar rato van de gemiddelde gerealiseerde verpleegduur van het ziekenhuis ten opzichte van de landelijke verpleegduur. Onduidelijk is vooralsnog hoe de doelmatigheidsbesparing over het A-segment en het B-segment verdeeld gaat worden. Omdat ZBC's niet onder het prestatiecontract vallen, bestaat er tevens een onbedoelde prikkel voor ziekenhuizen en verzekeraars om een deel van de productie te verleggen naar (door ziekenhuizen op te richten) ZBC's. CTG/ZAio vraagt voor dit punt nadrukkelijk de aandacht van het Ministerie van VWS.

ZBC's kennen nog de sterkste prijsprikkels. ZBC's hebben, in tegenstelling tot de ziekenhuizen, maximumtarieven in het A-segment, waardoor zij ook in dit segment met de zorgverzekeraars kunnen onderhandelen. De concurrentiepositie van ZBC's in de ziekenhuiszorg komt nader aan de orde in een binnenkort te verschijnen monitorspecial.

### **6.3 Macrobetaalbaarheid**

In paragraaf 6.3 en 6.4 worden de prijsontwikkelingen in het B-segment in 2006 besproken. In box 6.2 staat waarom deze ontwikkelingen voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

De prijsontwikkelingen die worden beschreven in deze monitor moeten wegens verschillende redenen voorzichtig worden geïnterpreteerd:

- *De dataset is niet volledig*

De dataset waarop de analyses zijn gebaseerd is niet compleet omdat niet alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders al hun prijsgegevens op tijd konden aanleveren (zowel in 2006 als in 2005). Hierdoor heeft CTG/ZAio van sommige verzekeraars/zorgaanbieders geen (complete set van) gegevens. De contractprijzen dataset beslaat naar schatting in 2005 en 2006 wel ruim driekwart van de markt. De passantenprijzen dataset beslaat naar schatting in 2005 en 2006 zelfs ruim 90 procent van de markt. De niet volledige dekking zou in theorie tot enige vertekening in de prijsontwikkeling kunnen leiden, maar gelet op de representativiteit van het gebruikte analysebestand is CTG/ZAio van mening dat dit effect beperkt is.

- *De weging van de prijzen per DBC is een schatting*

Om op basis van de prijzen per DBC een schatting te maken van de gemiddelde prijsstijging, moeten de prijzen gewogen worden naar de (omgezette) volumes per DBC per verzekeraar. Deze weging moet ervoor zorgen dat (1) DBC-prijzen voor DBC's die minder (meer) voorkomen minder (meer) meewegen in het berekenen van de prijsstijgingen en (2) contractprijzen van verzekeraars die minder (meer) afnemen minder (meer) meewegen in het berekenen van de prijsstijgingen.

CTG/ZAio beschikt wegens problemen met de aanlevering van gegevens aan de MDS niet over voldoende informatie om deze weging zorgvuldig te berekenen. Daarom heeft zij haar weging gebaseerd op (1) het geschatte aandeel van de desbetreffende DBC in het totale aantal DBC's (ex ante schoningsvolumes 2005) en (2) het geschatte aandeel van de zorgverzekeraar in de totale omzet van het ziekenhuis. Dit is berekend door de ingekochte ligdagen voor ziekenfondsverzekerden per zorgverzekeraar per ziekenhuis (A- en B-segment) te delen door het totaal aantal ligdagen van het desbetreffende ziekenhuis (beide geschaald op basis van de verhouding ziekenfonds:particulier per zorgverzekeraar).

- *Aanpassing uurtarief medisch specialisten*

Onderdeel van de passantenprijzen en contractprijzen is de honorariumcomponent voor medisch specialisten. Naar aanleiding van een besluit van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB), heeft CTG/ZAio dit uurtarief met ingang van 1 april 2006 trendmatig verhoogt met 5,5%. Hierdoor komt het macroneutrale uurtarief voor 2006 structureel uit op € 147,50. De verhoging van het uurtarief betekent voor het B-segment dat instellingen mogelijk vanaf 1 april hun tarieven hierop aanpassen. Afhankelijk van de contracten die zijn gesloten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan hiervoor nieuw overleg met de betreffende verzekeraar nodig zijn. Het is niet uit te sluiten dat dit een effect heeft op de totale prijsstijging. Het honorarium voor medisch specialisten kan in totaal meer dan 10% van de totale omzet in het B-segment uitmaken\*\*. Bij individuele DBC's kan het honorariumdeel van het DBC-tarief zelfs oplopen tot meer dan 50%. De eventuele aanpassingen na sluiting van de gegevensverzameling van de contractprijzen en passantenprijzen op respectievelijk 26 april 2006 en 31 maart 2006 zijn niet meegenomen in de berekening van de prijsontwikkelingen.

\*\* : Dit is een ruwe schatting gebaseerd op het aandeel van de medisch specialisten honoraria in de totale omzet in het A-segment.

### 6.3.1 Gemiddelde prijsontwikkeling

De totale gemiddelde nominale prijsstijging in het B-segment is berekend op 0,5%. Dit is berekend door de totale gemiddelde prijsstijging van de contractprijzen en de passantenprijzen te wegen met respectievelijk de verwachte volumes gecontracteerd (95%) en niet-gecontracteerd (5%). Gecorrigeerd voor het verwachte inflatiecijfer van 1,25% komt dit neer op een reële gemiddelde prijsdaling van 0,8%.<sup>106</sup>

De totale gemiddelde nominale prijsstijging is vrijwel volledig toe te wijzen aan de stijging van de contractprijzen. De contractprijzen zijn namelijk in 2006 ten opzichte van 2005 gemiddeld gestegen met 0,5%, terwijl de passantprijzen gemiddeld zijn gedaald met 0,1%. De passantprijzen liggen gemiddeld 12,4% hoger dan de contractprijzen.

Er zijn diverse mogelijke verklaringen te bedenken voor de reële prijsdaling. Hierbij kan gedacht worden aan de scherpe premieconcurrentie tussen verzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt, kruissubsidiëring tussen het A-segment en het B-segment of een kostendaling. Om deze hypothesen te toetsen zijn echter aanvullende analyses nodig. CTG/ZAIo is voornemens, zodra voldoende DBC-gegevens beschikbaar zijn, onderzoek te doen naar verklaringen van de prijsontwikkelingen en de verschillen in prijsniveau.

### 6.3.2 Macrokostenontwikkeling

De gemiddelde prijsontwikkeling kan niet rechtstreeks worden doorvertaald naar een ontwikkeling van de macrokosten. Ook veranderingen in het totale volume en verschuivingen tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en DBC's in het volume hebben effect op de macrokosten. Zoals eerder opgemerkt heeft CTG/ZAIo onvoldoende gegevens ontvangen om dit volume-effect te berekenen.

Uitgaande van een gelijkblijvend volume leidt de stijging in de contractprijzen en passantprijzen tot een nominale toename in de macrokosten van naar schatting €6 miljoen. De reële daling na correctie voor inflatie bedraagt naar schatting €8 miljoen. Deze schattingen zijn verkregen door de prijsstijging te vermenigvuldigen met de totale omzet in het B-segment in 2004. Deze laatste wordt geraamd op 1,1 miljard euro.

De genoemde macrokostentoeename geeft aan hoeveel geld zorgverzekeraars extra kwijt zijn aan de inkoop van de zorg. Voor de macrobetaalbaarheid van de zorg in het B-segment is echter ook van belang hoeveel van de kostenstijging wordt doorberekend aan consumenten in de vorm van een hogere verzekeringspremie. Dit valt echter buiten de scope van deze monitor.

---

<sup>106</sup> Het genomen inflatiecijfers is de Consumentenprijsindex van 2006 zoals vermeld in het Centraal Economisch Plan 2006 van het Centraal Planbureau.

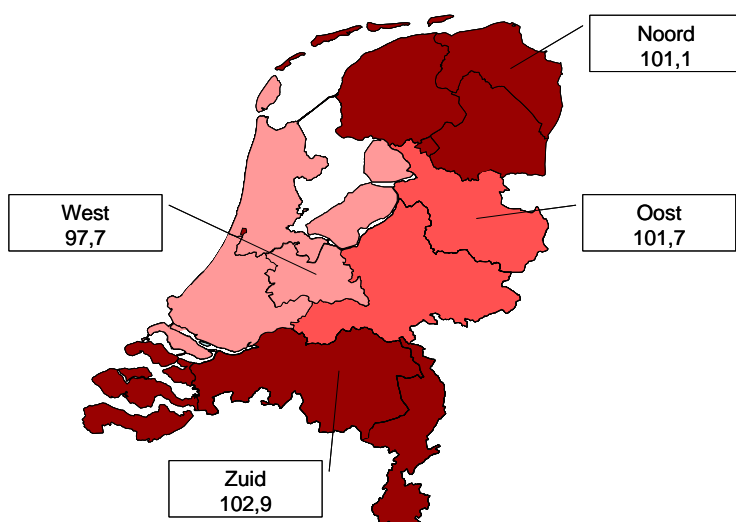
## 6.4 Prijsniveau 2006 en prijsontwikkeling 2005 – 2006 nader bekeken

Hieronder worden het prijsniveau in 2006 en de prijsontwikkeling 2005 versus 2006 per regio, zorgaanbieder, specialisme, diagnose en categorie zorgverzekeraar nader bekeken. Bij de weergave van het prijsniveau in de verschillende figuren wordt gewerkt met een index, waarbij een index van 100 het gemiddeld prijsniveau weerspiegelt. Elk punt dat de index lager of hoger is dan 100 betekent dat de prijzen gemiddeld respectievelijk 1% lager of hoger liggen dan het gemiddelde. Voor een uitleg over de berekening van deze index zie bijlage 1.

### 6.4.1 Prijsontwikkeling per regio

Figuur 6.1 laat het prijsniveau 2006 voor de contractprijzen per regio zien, waarbij een index van 100 het gemiddeld prijsniveau van Nederland weerspiegelt.

**Figuur 6.1: Prijsniveau 2006 per regio (contractprijzen)**



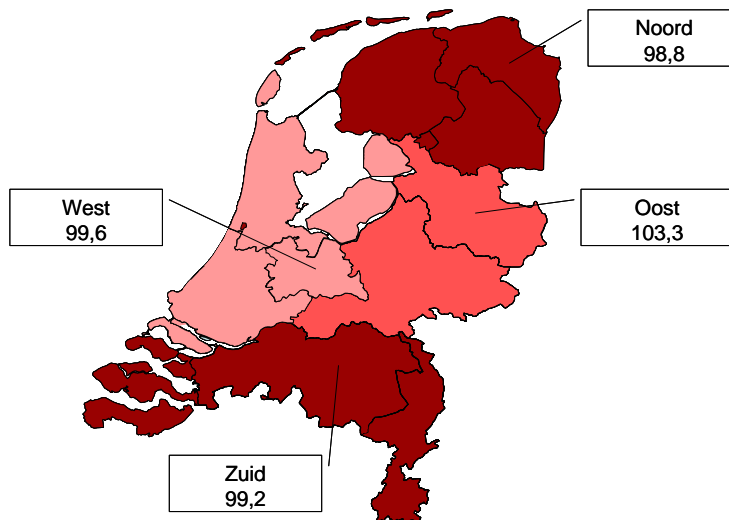
Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars.

Zoals te zien is in figuur 6.1 verschilt het prijsniveau sterk per regio. Zo is het niveau in de regio West het laagst met ruim 2% lager dan gemiddeld, terwijl het niveau in de regio Zuid het hoogst is met bijna 3% hoger dan gemiddeld.

Er zijn verschillende verklaringen te bedenken voor de verschillen in prijsniveau per regio. Zo is het mogelijk dat de marktstructuur een rol speelt. In de regio West zijn er veel meer ziekenhuizen en ZBC's gevestigd dan in andere regio's. Hierdoor zou er sprake kunnen zijn van meer concurrentiedruk, waardoor de ziekenhuizen lagere prijzen hanteren. Een andere mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat ziekenhuizen in sommige regio's meer kosten maken dan in andere regio's, bijvoorbeeld door een zwaardere patiëntenpopulatie.

Figuur 6.2 laat het prijsniveau 2006 voor de passantenprijzen per regio zien, waarbij een index van 100 het gemiddeld prijsniveau van Nederland weerspiegelt.

**Figuur 6.2: Prijsniveau 2006 per regio (passantenprijzen)**

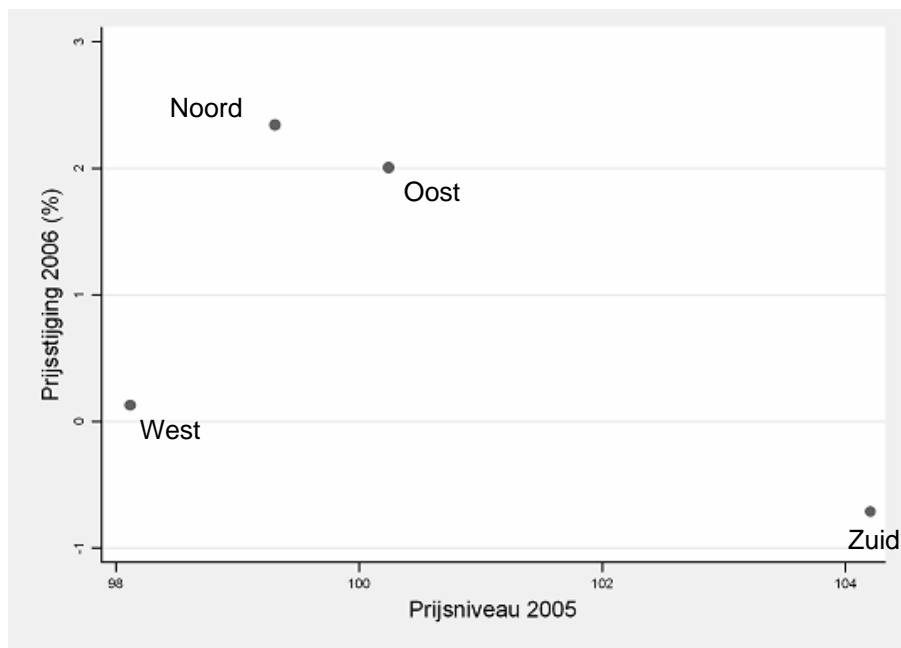


*Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgaanbieders*

Figuur 6.2 laat een ander beeld zien dan figuur 6.1. Zo is het prijsniveau het hoogst in de regio Oost (met ruim 3% hoger dan gemiddeld). Het laagst scoort de regio Noord (ruim 1% lager dan gemiddeld). Ook is het verschil tussen het hoogste en laagste prijsniveau kleiner dan bij de contractprijzen.

Naast het prijsniveau in 2006 per regio is het ook interessant om te kijken hoe de prijzen zich in 2006 hebben ontwikkeld en of hierbij een verband is te zien met het prijsniveau in 2005. Figuur 6.3 laat de prijsstijging in 2006 in relatie tot het prijsniveau 2005 per regio zien voor de contractprijzen.

**Figuur 6.3: Prijsstijging 2006 in relatie tot prijsniveau 2005 (contractprijzen)**



Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars

Zoals te zien is in figuur 6.3 verschilt de prijsstijging sterk per regio. Zo zijn de prijzen in de regio Zuid met bijna 1% gedaald, terwijl de prijzen in de regio Noord met ruim 2% zijn gestegen. Indien we ook kijken naar het prijsniveau in 2005 is te zien dat de regio's die vorig jaar een relatief hoger prijsniveau hadden, dit jaar een relatief lagere prijsstijging hanteren en andersom. Zo had de regio Zuid in 2005 het hoogste prijsniveau en zijn de prijzen in deze regio dit jaar het sterkst gedaald. Uitzondering hierop is de regio West. In deze regio lagen in 2005 de gemiddelde prijzen het laagst, maar deze zijn in 2006 niet het sterkst gestegen.

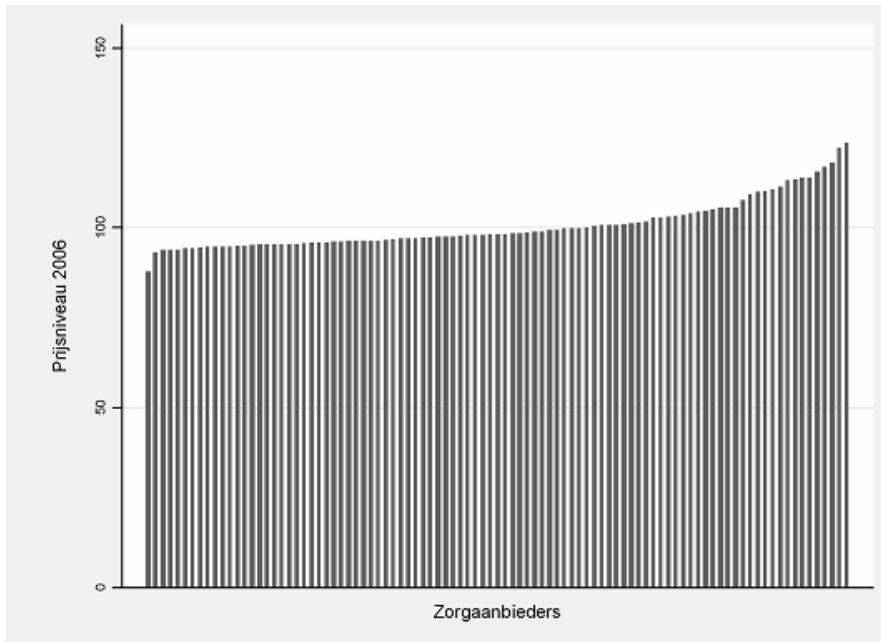
Indien dezelfde analyse wordt gedaan voor de passantenprijzen komt hetzelfde beeld naar voren. Regio's die vorig jaar een relatief hoger prijsniveau hadden, hanteren dit jaar een relatief lagere prijsstijging/hogere prijsdaling en andersom. De uitzondering hierop is de regio Zuid. Deze had in 2005 het laagste prijsniveau, maar de prijzen in deze regio zijn dit jaar niet het sterkst gestegen/minst sterk gedaald.

#### **6.4.2 Prijsontwikkeling per zorgaanbieder**

Figuur 6.4 laat het prijsniveau in 2006 van de contractprijzen per zorgaanbieder zien, waarbij een index van 100 het gemiddeld prijsniveau van Nederland weerspiegelt.



**Figuur 6.4: Prijsniveau 2006 per zorgaanbieder (contractprijzen)**



*Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars*

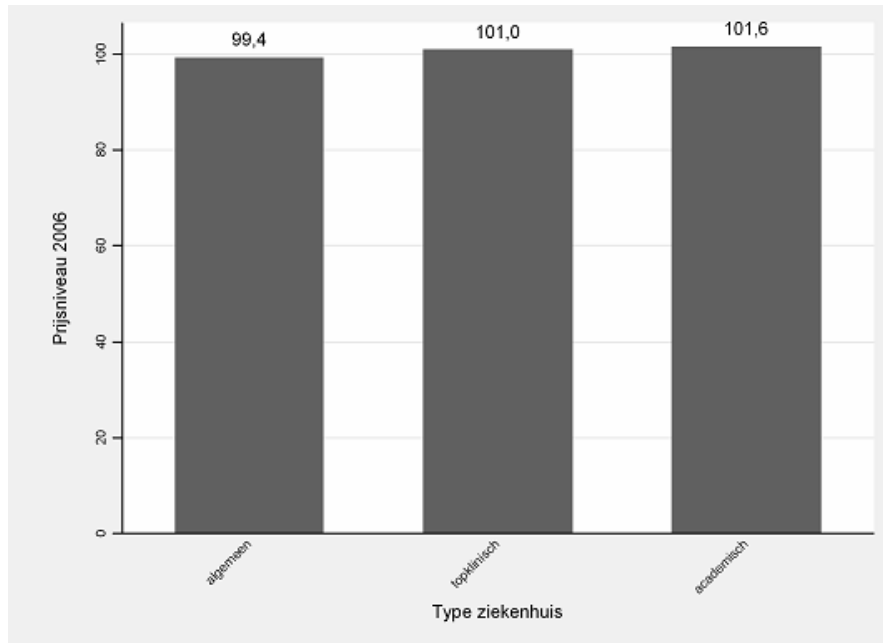
Zoals te zien is in figuur 6.4 verschilt het prijsniveau van de contractprijzen sterk per zorgaanbieder. Het prijsniveau per zorgaanbieder varieert van 23% hoger dan gemiddeld tot 12% lager dan gemiddeld.

Indien dezelfde analyse wordt gedaan voor de passantenprijzen komt hetzelfde beeld naar voren. Het prijsniveau per zorgaanbieder varieert van 37% hoger dan gemiddeld tot 16% lager dan gemiddeld.

Er zijn verschillende factoren denkbaar die de verschillen in prijsniveau tussen zorgaanbieders (deels) kunnen verklaren. Hierbij kan gedacht worden aan verschillen in doelmatigheid en daarmee samenhangende kostenverschillen tot verschillen in de productmix en in de onderhandelingspositie van de zorgaanbieder ten opzichte van de verzekeraars. Veelal zijn dit echter factoren waarvoor nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om het effect daarvan te kunnen toetsen.

Figuur 6.5 hieronder laat het prijsniveau 2006 van de contractprijzen per type zorgaanbieder zien.

**Figuur 6.5: Prijsniveau 2006 per type zorgaanbieder (contractprijzen)**



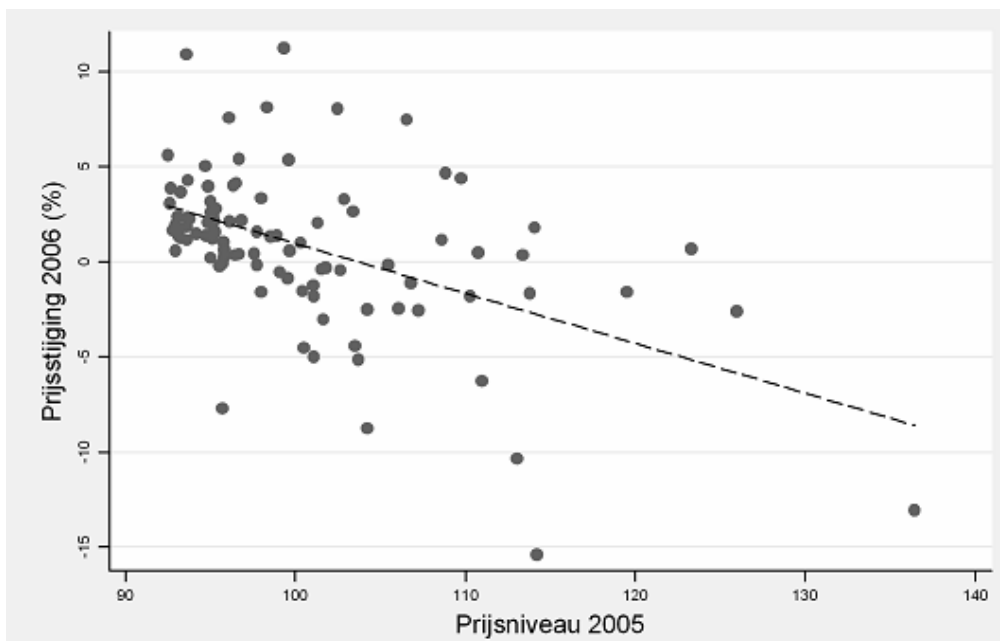
Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars

Zoals te zien in figuur 6.5 verschilt het prijsniveau per type ziekenhuis. Van de drie type ziekenhuizen hanteren academische ziekenhuizen gemiddeld het hoogste prijsniveau met 1,6% hoger dan gemiddeld en algemene ziekenhuizen het laagste met 0,6% lager dan gemiddeld.<sup>107</sup> Topklinische ziekenhuizen zitten er tussenin met 1% hoger dan gemiddeld. Dit beeld komt overeen met het beeld dat vorig jaar in de 'Oriënterende Monitor ziekenhuiszorg 2005' naar voren is gekomen. Mogelijke verklaringen die destijds genoemd zijn voor deze verschillen in prijsniveau zijn: (1) verschillen in zorgprofiel en (2) verschillen in marktmacht.

Naast het prijsniveau in 2006 per zorgaanbieder en per type zorgaanbieder is het ook interessant om te kijken hoe de prijzen zich in 2006 hebben ontwikkeld en of hierbij een verband is te zien met het prijsniveau in 2005. Figuur 6.6 laat de prijsstijging in 2006 in relatie tot het prijsniveau 2005 per zorgaanbieder zien voor de contractprijzen.

<sup>107</sup> De categorale ziekenhuizen zijn bij deze analyse niet meegenomen wegens gebrek aan gegevens.

**Figuur 6.6: Prijsstijging 2006 in relatie tot prijsniveau 2005 per zorgaanbieder (contractprijzen)**

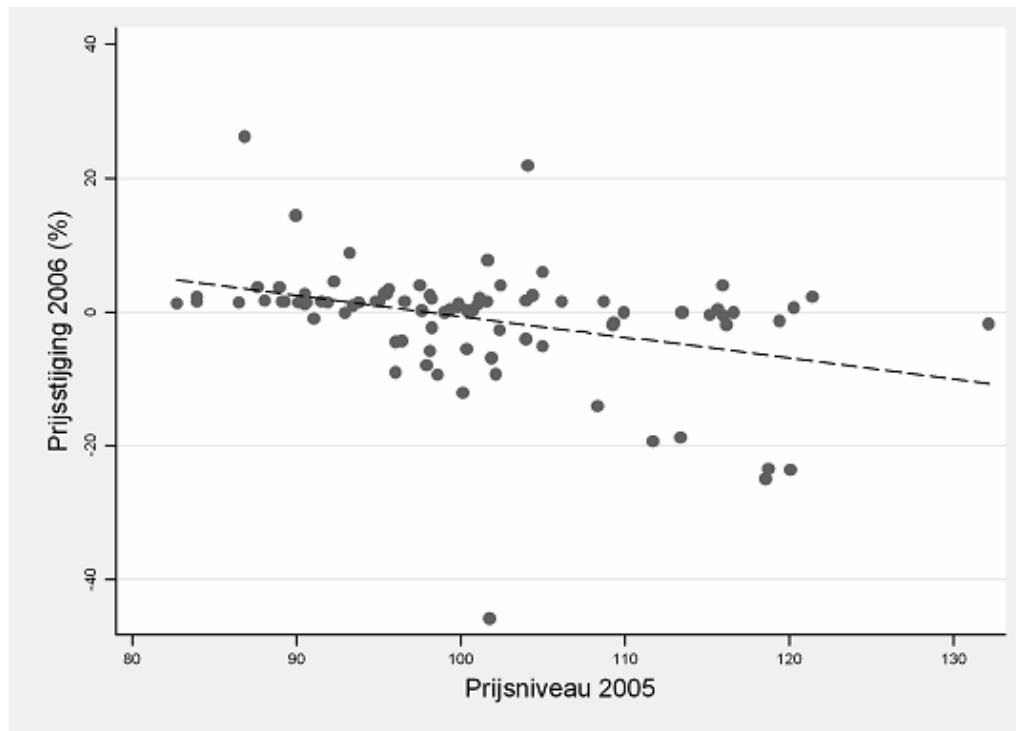


Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars

Zoals te zien is in figuur 6.6 verschilt de prijsstijging sterk per zorgaanbieder. Zo zijn de prijzen bij sommige zorgaanbieders meer dan 10% gestegen, terwijl ze bij anderen met meer dan 10% zijn gedaald. Kijkend naar het prijsniveau in 2005 is te zien dat, in lijn met de regio-uitkomsten, zorgaanbieders die vorig jaar een relatief hoger prijsniveau hadden, dit jaar een relatief lagere prijsstijging hanteren en andersom. Deze relatie is statistisch significant. Het kan zijn dat de zorgaanbieders die in 2005 relatief hoge prijzen hadden afgesproken, in 2006 meer bereid waren om de zorgverzekeraars tegemoet te komen terwijl de zorgaanbieders met relatief lagere prijzen in 2005 meer druk hebben gezet op de prijsstijging in 2006. Het is niet uit te sluiten dat de publicatie van de Oriënterende Monitor 2005 hierin ook een rol heeft gespeeld (zie box 6.1).

Figuur 6.7 laat de prijsstijging in 2006 in relatie tot het prijsniveau 2005 per zorgaanbieder zien voor de passantenprijzen.

**Figuur 6.7: Prijsstijging 2006 in relatie tot prijsniveau 2005 per zorgaanbieder (passantenprijzen)**

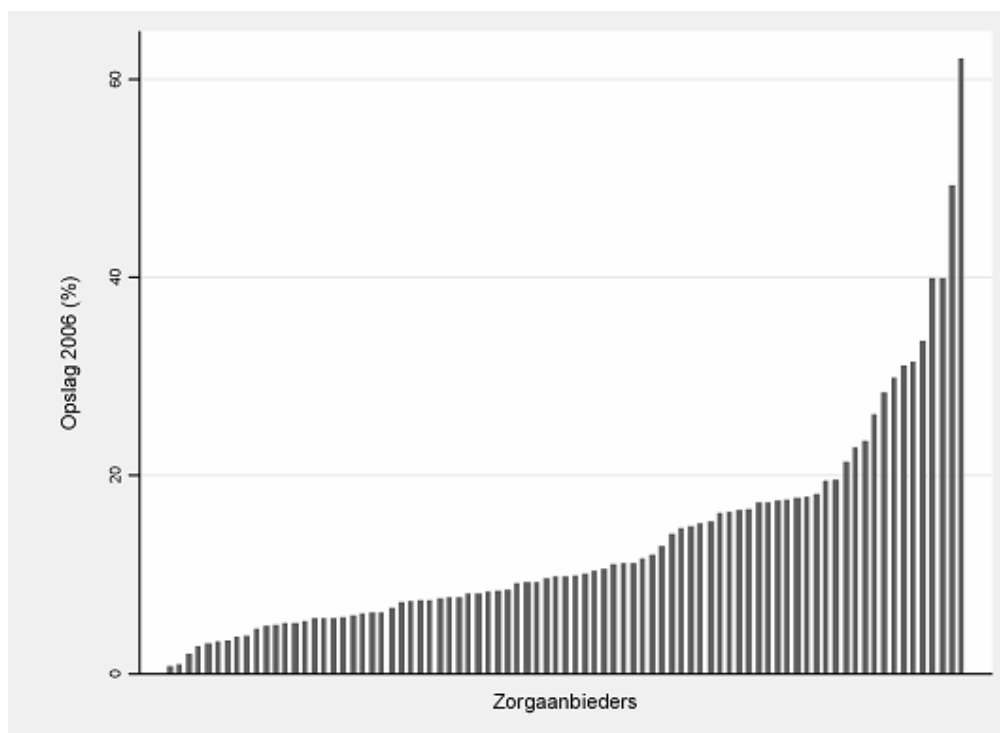


*Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgaanbieders*

Zoals te zien is in figuur 6.7 komt bij de passantenprijzen hetzelfde beeld naar voren als bij de contractprijzen. Zo zijn de prijzen bij sommige zorgaanbieders met meer dan 10% en in een enkel geval zelfs meer dan 20% gestegen, terwijl ze bij anderen met meer dan 10% en soms zelfs meer dan 20% zijn gedaald. Ook lijken zorgaanbieders met een relatief hoog prijsniveau in 2005, een relatief lagere prijsstijging te hanteren in 2006 en andersom. Deze relatie is ook statistisch significant, maar minder dan bij de contractprijzen.

Figuur 6.8 laat het percentage dat de passantenprijzen gemiddeld hoger liggen dan de contractprijzen per ziekenhuis in 2006 zien.

**Figuur 6.8: Passantenprijzen t.o.v. de contractprijzen in 2006 per ziekenhuis**



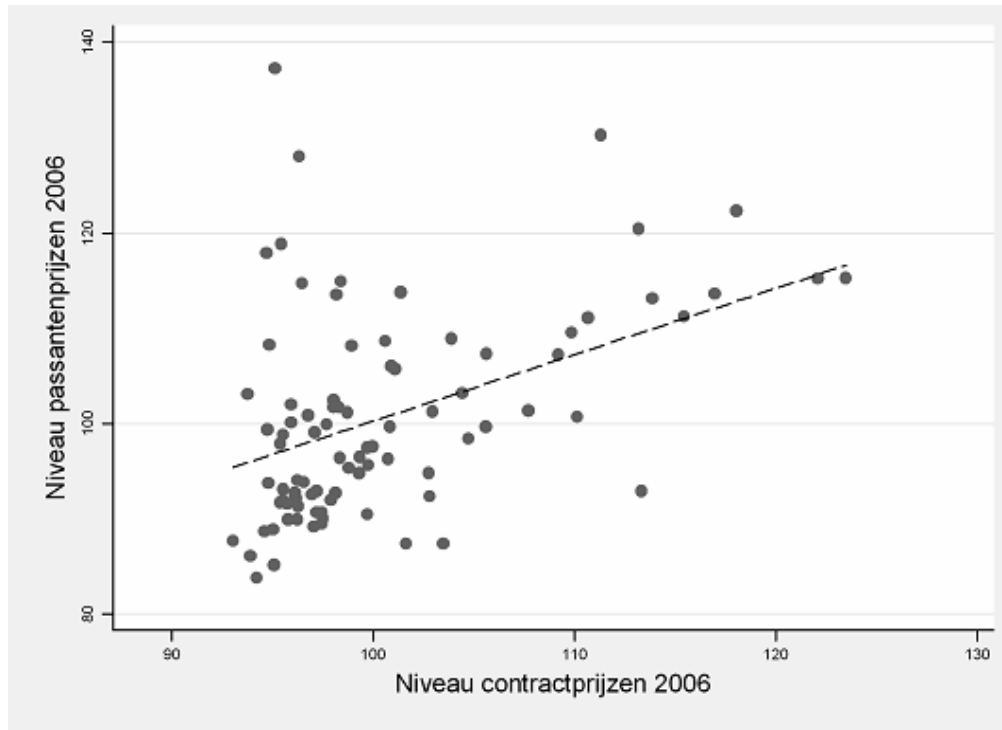
Bron: CTG/ZAIo op basis van data zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Zoals te zien is in figuur 6.8, verschilt het percentage dat de passantenprijzen hoger liggen dan de contractprijzen sterk per ziekenhuis. Voor sommige zorgaanbieders liggen de passantenprijzen wel meer dan 40% hoger dan de contractprijzen, terwijl de passantenprijzen bij anderen slechts enkele percentages hoger dan de contractprijzen liggen. Een mogelijke verklaring voor deze verschillen is dat zorgaanbieders verschillende strategieën hanteren met betrekking tot de passantenprijzen. Sommige zorgaanbieders hanteren hoge passantenprijzen om op die manier verzekeraars onder druk te zetten om een contract af te sluiten. Andere aanbieders stellen juist realere passantenprijzen vast om ook patiënten op de niet-gecontracteerde markt binnen te halen.

Indien deze strategie werkt is het te verwachten dat zorgaanbieders die hoge passantenprijzen hanteren ook hogere contractprijzen hebben.

Figuur 6.9 laat het prijsniveau van de passantenprijzen in 2006 zien ten opzichte van het prijsniveau van de contractprijzen in 2006.

**Figuur 6.9: Prijsniveau passantenprijzen 2006 ten opzichte van het prijsniveau van de contractprijzen 2006**



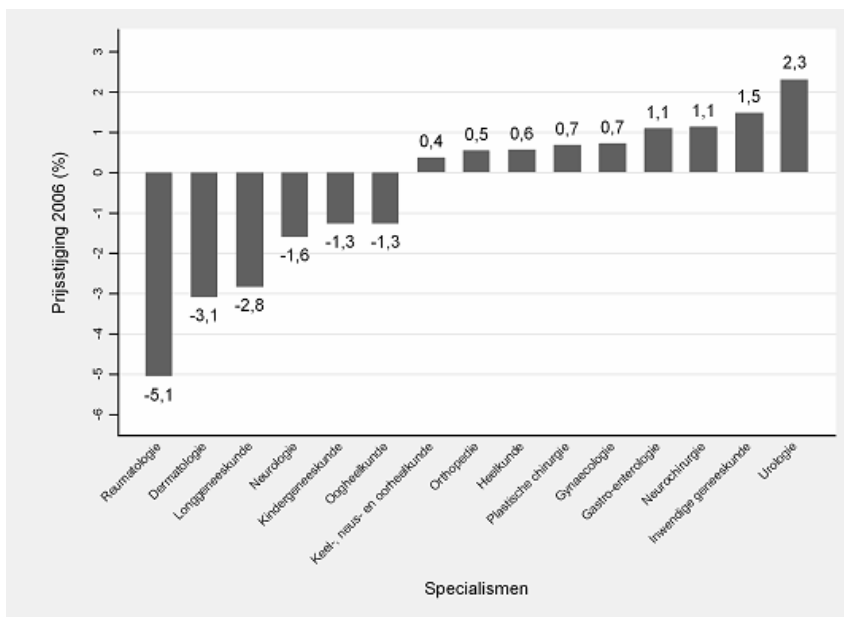
*Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars en zorgaanbieders*

In de figuur lijkt er inderdaad een enigszins positieve relatie te bestaan tussen het niveau van de contractprijzen en het niveau van de passantenprijzen. Deze relatie is significant. Zorgaanbieders met hoge passantenprijzen lijken in staat hogere contractprijzen af te dwingen dan zorgaanbieders met lagere passantenprijzen. Dit is consistent met de stelling dat sommige zorgaanbieders de passantenprijzen opzettelijk hoog zetten om verzekeraars tot een contract te dwingen.

#### **6.4.3 Prijsontwikkeling per specialisme**

Figuur 6.10 laat de ontwikkeling in de contractprijzen 2006 versus 2005 per specialisme zien.

**Figuur 6.10: Prijsstijging 2006 versus 2005 per specialisme (contractprijzen)**

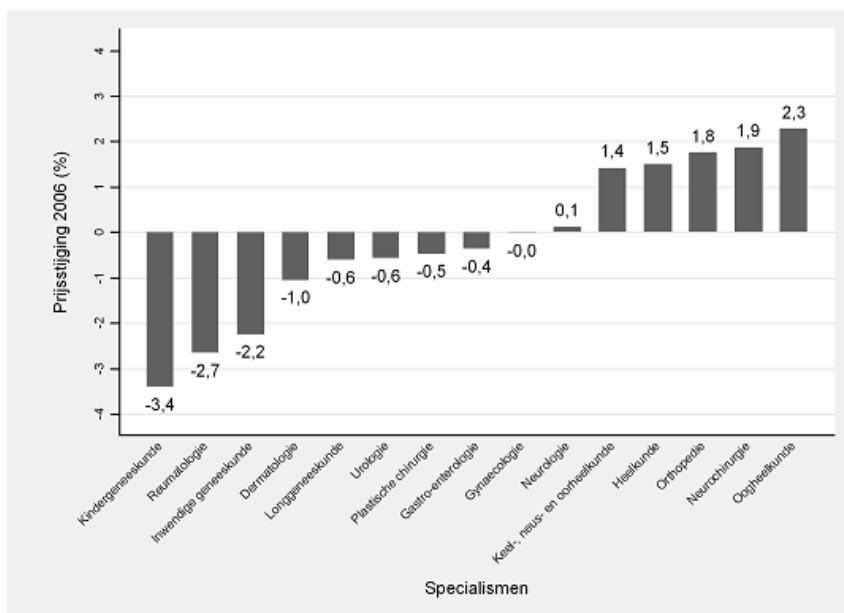


Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars

Zoals te zien is in figuur 6.10 is de spreiding in de contractprijsontwikkelingen per specialisme groot. De contractprijzen voor reumatologie zijn dit jaar met ruim 5% gedaald terwijl de contractprijzen voor urologie met ruim 2% zijn gestegen.

Figuur 6.11 laat de ontwikkeling in de passantenprijzen 2005 versus 2006 per specialisme zien.

**Figuur 6.11: Prijsstijging 2006 versus 2005 per specialisme (passantenprijzen)**



Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgaanbieders

Zoals te zien is in figuur 6.11 is ook de spreiding in de passantenprijsontwikkelingen per specialisme groot. De passantenprijzen voor kindergeneeskunde zijn met ruim 3% gedaald, terwijl ze voor oogheelkunde met ruim 2% zijn gestegen. De drie specialismen waarvoor de prijzen het sterkst respectievelijk minst sterk zijn gestegen bij de contractprijzen, komen echter niet overeen met de drie specialismen waarvoor de prijzen het sterkst respectievelijk minst sterk zijn gestegen bij de passantenprijzen. Uitzonderingen hierop zijn reumatologie en neurochirurgie. Die horen zowel bij de contract- als bij de passantenprijzen bij de drie specialismen die respectievelijk het meest in prijs zijn gedaald en gestegen.

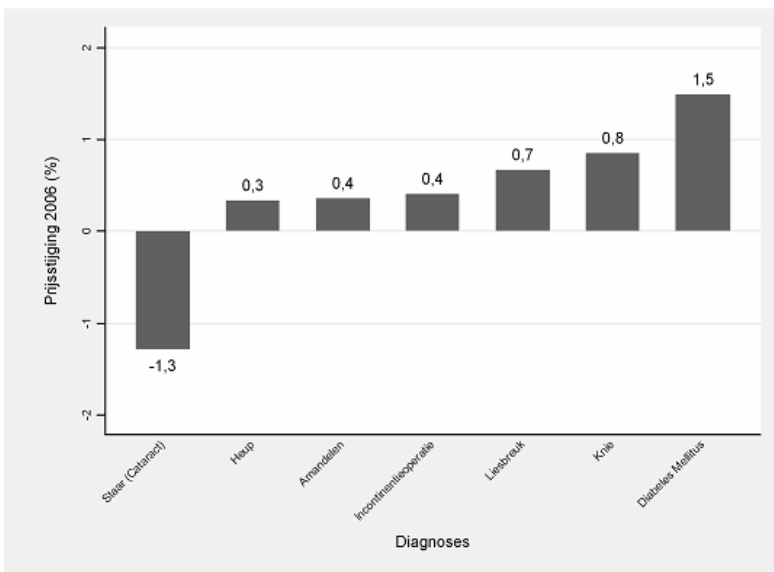
Een mogelijke verklaring voor de verschillen in prijsontwikkeling per specialisme kan zijn verschil in kostenontwikkeling/efficiëntieontwikkeling. Een andere mogelijke verklaring is het verschil in concurrentiedruk dat de verschillende specialismen ondervinden. De specialismen heekunde, dermatologie, plastisch chirurgie en oogheelkunde worden relatief vaker door ZBC's aangeboden. Deze specialismen, met uitzondering van dermatologie, behoren echter niet tot de vier sterkste dalers in prijs. Ze behoren echter ook niet tot de vier sterkste stijgers in prijs, met uitzondering van oogheelkunde en heekunde bij de passantenprijzen. De sterkste daler bij de contractprijzen is reumatologie en bij de passantenprijzen kindergeneeskunde, terwijl hier relatief weinig ZBC's op actief zijn. Er lijkt dus op het eerste oog geen hele sterke relatie te bestaan tussen het aantal ZBC's dat op een specialisme actief is en de prijsontwikkeling. Dit wil overigens niet zeggen dat vanuit ZBC's helemaal geen prijsdrukkend effect naar voren komt. Daarvoor is verder onderzoek nodig. CTG/ZAio komt hierop terug in de monitorspecial over de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg die dit najaar wordt gepubliceerd.

#### **6.4.4 Prijsontwikkeling per diagnose**

Figuur 6.12 laat de ontwikkeling in de contractprijzen 2005 versus 2006 zien voor de zeven diagnoses die het grootste aandeel hebben in de omzet van het B-segment.



**Figuur 6.12: Prijsstijging 2006 vs 2005 per diagnose (contractprijzen)**

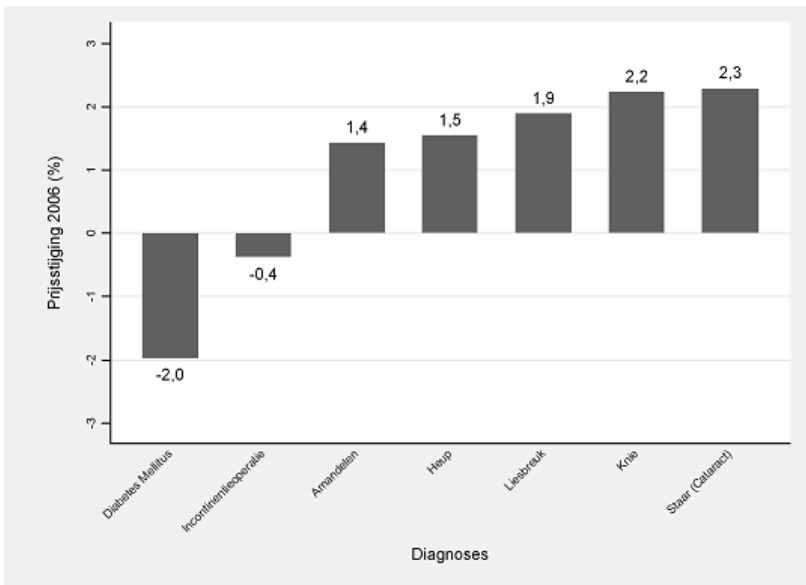


Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars

Zoals te zien is in figuur 6.12 varieert de prijsstijging van deze hoge omzetdiagnoses sterk, van -1,3% tot 1,5%. De prijsstijging voor iets minder dan de helft van deze 'hoge omzet'-diagnoses ligt hoger dan de gemiddelde prijsstijging voor het B-segment als geheel (0,5%).

Figuur 6.13 laat de ontwikkeling in de passantenprijzen 2005 versus 2006 voor de zeven diagnoses die het grootste aandeel hebben in de omzet van het B-segment zien.

**Figuur 6.13: Prijsstijging 2005 vs 2006 per diagnose (passantenprijzen)**



Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgaanbieders

Zoals te zien is in figuur 6.13 varieert ook de passantenprijsstijging van deze hoge omzetsdiagnoses sterk, namelijk van -2,0% tot 2,3%. De prijsstijging voor deze 'hoge omzet'-diagnoses is hoger dan de gemiddelde prijsstijging voor het B-segment als geheel. Uitzondering hierop zijn de diagnoses diabetes mellitus en incontinentieoperatie.

Dit beeld lijkt tegenovergesteld ten opzichte van het beeld vorig jaar, waaruit juist bleek dat voor deze diagnoses een gemiddeld lagere opslag op de schoningsprijzen werd gehanteerd, met uitzondering van diabetes mellitus, amandelen en incontinentieoperatie.

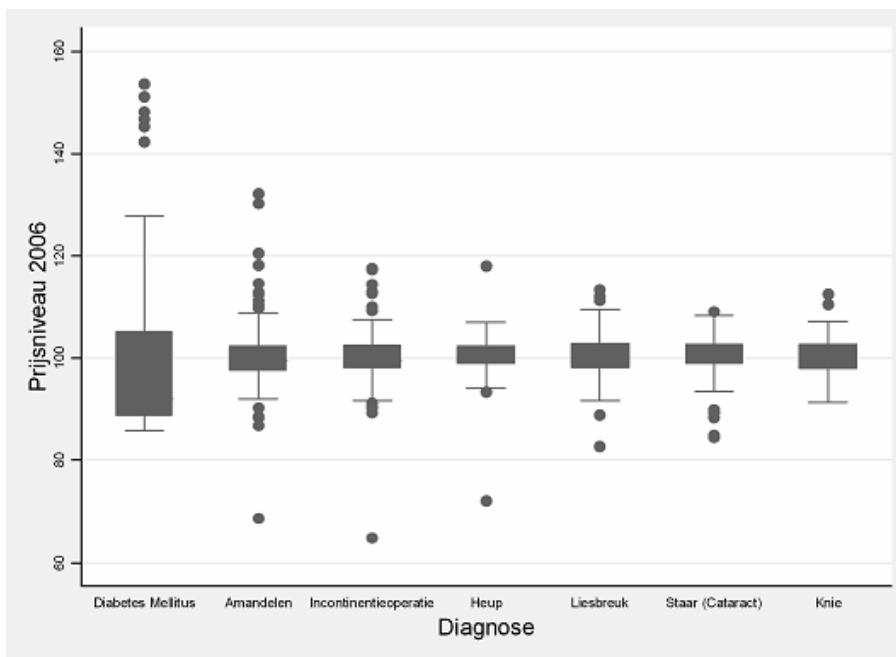
Wat echter interessanter is om te weten is of het prijsniveau voor de verschillende diagnoses sterk verschilt per zorgaanbieder. Hieruit is namelijk af te leiden of het voor verzekeraars en consumenten financieel voordeel oplevert als ze rondkijken waar ze de zorg gaan inkopen respectievelijk afnemen.<sup>108</sup>

Figuur 6.14 laat de door zorgaanbieders gehanteerde prijsniveaus van de contractprijzen voor de verschillende diagnoses zien.

---

<sup>108</sup> Bij een consument is dit uiteraard ook afhankelijk van het gedeelte wat door de verzekeraar wordt gerestitueerd.

**Figuur 6.14: Door zorgaanbieders gehanteerde prijsniveaus per diagnose (contractprijzen)**



Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars

De door de zorgaanbieders gehanteerde prijsniveaus per diagnose zijn in figuur 6.14 weergegeven in de vorm van een boxplot per diagnose. In box 6.3 hieronder staat beschreven hoe een boxplot geïnterpreteerd moet worden.

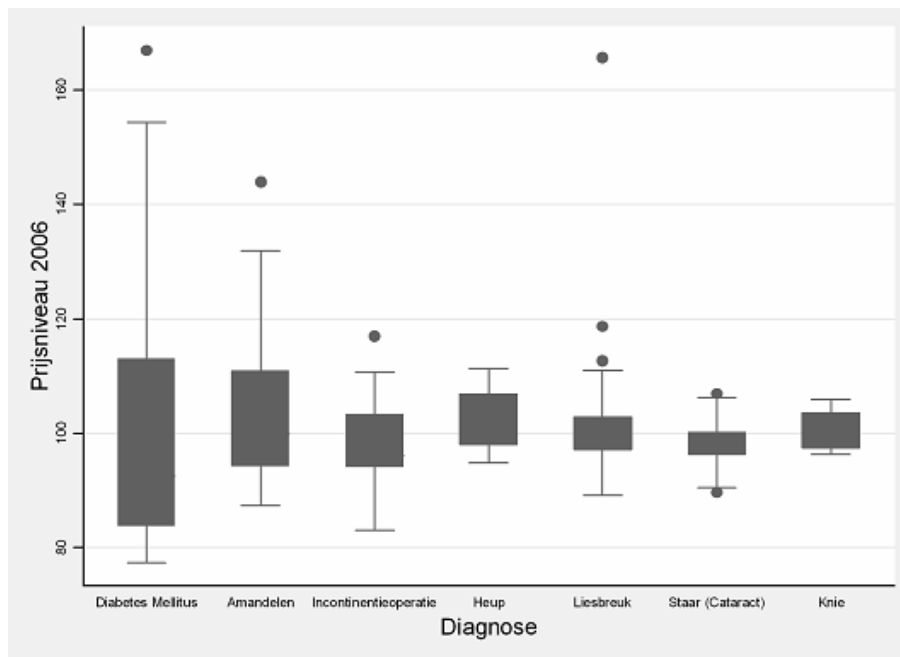
**Box 6.3 Toelichting op boxplot**

De boxplot geeft de spreiding tussen zorgaanbieders in gemiddeld prijsniveau weer. Het vierkant geeft de prijsniveaurange aan waarbinnen 50% van de zorgaanbieders zit. Een kwart van de zorgaanbieders heeft een prijsniveau onder deze range, een kwart ligt erboven. Een voorbeeld: Bij Diabetes Mellitus zit 25% van de zorgaanbieders met zijn prijsniveau in het gebied onder het vierkant en boven de onderste horizontale streep. De uiteinden van de verticale lijnen boven en onder het vierkant geven de hoogste respectievelijk laagste waarden voor zover zij binnen een bepaalde afstand van de mediaan zitten (die afstand wordt gedefinieerd als 1,5 maal de hoogte van het vierkant). Punten die daarbuiten liggen worden als afzonderlijke punten weergegeven.

Zoals is te zien in figuur 6.14 is er een grote variatie in de door zorgaanbieders gehanteerde prijsniveaus per diagnose. Het kan voor verzekeraars dus interessant zijn om rond te kijken waar ze de zorg inkopen.

Figuur 6.15 laat de door zorgaanbieders gehanteerde prijsniveaus van de passantenprijzen voor de verschillende diagnoses zien.

**Figuur 6.15: Door zorgaanbieders gehanteerde prijsniveaus per diagnose (passantenprijzen)**



Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgaanbieders

Zoals is te zien in figuur 6.15 zijn is, ook als gekeken wordt naar de passantenprijzen, de variatie in de door zorgaanbieders gehanteerde prijsniveaus per diagnose groot. Het kan voor consumenten die een deel zelf moeten betalen omdat ze naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan, wel degelijk interessant zijn om rond te kijken.

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor deze prijsverschillen tussen zorgaanbieders. Hierbij kan gedacht worden aan verschillen in kosten, verschillen in zwaarte van de patiëntenpopulatie en verschillen in het aanbod van de aan de diagnoses onderliggende DBC's.

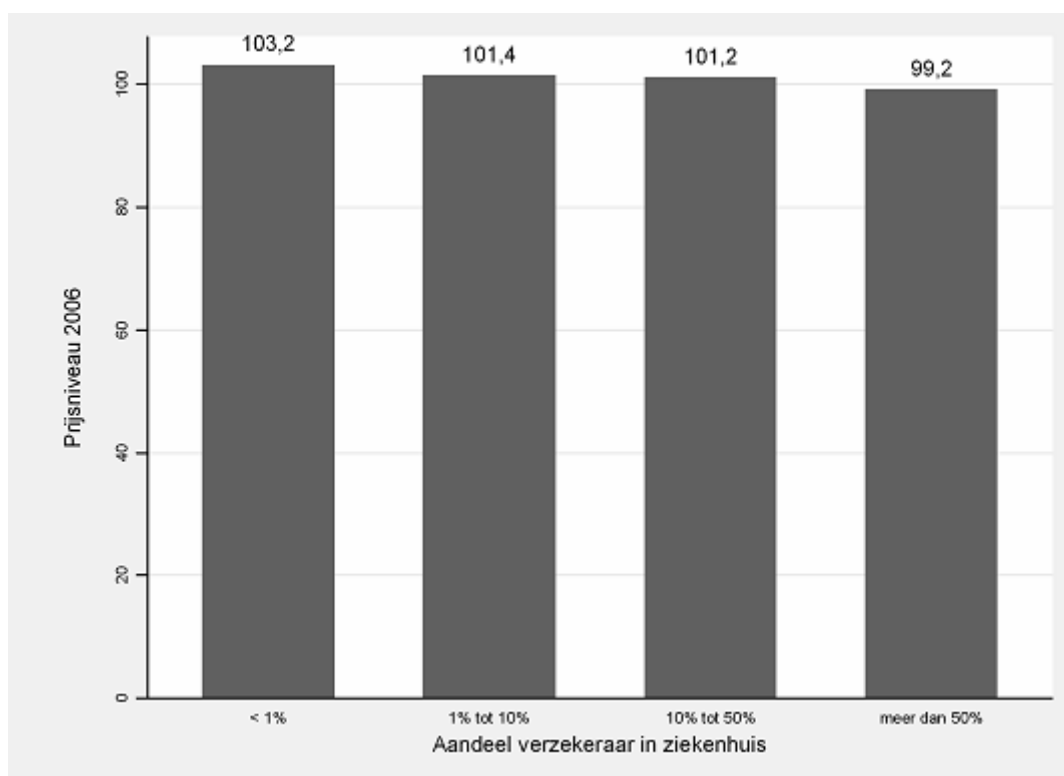
Zonder de beschikking van de MDS-data kan CTG/ZAio echter de oorzaken achter de verschillen in prijsniveau en prijsontwikkelingen moeilijk nader onderzoeken.

#### 6.4.5 Prijsontwikkeling naar aandeel zorgverzekeraar in ziekenhuis

In een situatie met concurrentie mag worden verwacht dat een zorgverzekeraar met een groot marktaandeel een lagere prijs weet te bedingen dan een zorgverzekeraar met een laag marktaandeel.

In figuur 6.16 wordt het gemiddelde prijsniveau weergegeven naar het geschatte aandeel van de verzekeraar in de totale omzet van het ziekenhuis.<sup>109</sup>

**Figuur 6.16: Prijsniveau 2006 in relatie tot aandeel verzekeraar in ziekenhuis**



Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars

Zoals is te zien in figuur 6.16 verschilt het prijsniveau naar het aandeel van een verzekeraar in een ziekenhuis. Deze figuur bevestigt de verwachting dat een zorgverzekeraar met een hoog marktaandeel een lagere prijs weet te bedingen dan een zorgverzekeraar met een laag marktaandeel. Zo hebben zorgverzekeraars met een marktaandeel van meer dan 50% in het ziekenhuis gemiddeld 4% lagere prijzen afgesproken dan zorgverzekeraars met een marktaandeel kleiner dan 1% in het ziekenhuis.

<sup>109</sup> Dit is berekend door de ingekochte ligdagen voor ziekenfondsverzekerden per zorgverzekeraar per ziekenhuis (A- en B-segment) te delen door het totaal aantal ligdagen van het desbetreffende ziekenhuis (beide geschaald op basis van de verhouding ziekenfonds:particulier per zorgverzekeraar).

## 6.5 Samenvatting

Prijs is nog steeds het dominante thema in de contractonderhandelingen. De prikkels tot scherp onderhandelen zijn echter in 2006 voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars tamelijk klein. De belangrijkste redenen hiervoor zijn (1) het beperkte aandeel van de omzet van een zorgaanbieder en zorgverzekeraar in het B-segment, (2) de prikkels die uitgaan van de vangnetten die zijn ingesteld ter compensatie van de invoering van de Zorgverzekeringswet in het systeem van risicoverevening in 2006 en (3) het prestatiecontract.

De prijzen zijn nominaal gemiddeld met 0,5% gestegen, wat leidt tot een reële daling van 0,8%. Opgemerkt dient te worden dat de eventuele aanpassingen in de prijzen door de verhoging van het uurtarief van medisch specialisten met 5,5% met ingang van 1 april 2006 niet zijn meegenomen. Uitgaande van een gelijkblijvend volume leidt de stijging in de contractprijzen en passantprijzen tot een nominale toename in de macrokosten van naar schatting €6 miljoen. De reële daling na inflatiecorrectie bedraagt naar schatting €8 miljoen.

Er zijn diverse mogelijke verklaringen te bedenken voor de reële prijsdaling. Hierbij kan gedacht worden aan de scherpe premieconcurrentie tussen verzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt, kruissubsidiëring tussen het A-segment en het B-segment of een kostendaling.

De spreiding in de prijsstijgingen en prijsniveaus 2006 per regio, zorgaanbieder, specialisme en diagnose zijn groot. Verzekeraars en consumenten kunnen financieel voordeel behalen als ze rondkijken waar ze de zorg inkopen respectievelijk afnemen. Wel lijkt er sprake te zijn van een nivellerende tendens. Zorgaanbieders met een relatief hoog prijsniveau in 2005 hanteren een relatief lage prijsstijging in 2006 en andersom. Deze ontwikkeling doet zich ook voor bij de prijsstijging per regio.

Met het oog op betaalbaarheid is onderzoek naar verklaringen van de verschillen in prijsniveau en de prijsontwikkelingen wenselijk. CTG/ZAio is dan ook voornemens hier nader onderzoek naar te doen.

## **7 Conclusies, aanbevelingen en actiepunten CTG/ZAio**

### **7.1 Inleiding**

In de voorafgaande hoofdstukken zijn de marktstructuur en het onderhandelingsproces in het B-segment en de invloed van marktwerking op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid de revue gepasseerd. Het algemene beeld hierbij is dat de markt volop in transitie is van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing. Hierna worden de belangrijkste conclusies, de aanbevelingen voor het Ministerie van VWS en de voornemens van CTG/ZAio op een rij gezet. Op basis van deze deelconclusies wordt tot slot een advies geformuleerd over een eventuele uitbreiding van het B-segment en verdere liberalisering en deregulering van de ziekenhuiszorg. In de NZa-agenda voor 2007 gaat CTG/ZAio nader in op de interpretatie en implementatietermijnen van de aangekondigde actiepunten.

### **7.2 Gegevenslevering**

Deze monitor constateert (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 1 en 6) dat de levering van DBC-gegevens door marktpartijen aan CTG/ZAio onvoldoende is. Zowel voor het functioneren van de markt als voor het uitvoeren van de toezichtstaken door CTG/ZAio is het van groot belang dat de aanlevering van DBC-gegevens van zorgaanbieders aan verzekeraars en aan het DIS zo snel mogelijk op orde komt. Nu belemmert dit niet alleen het declaratiegedrag van de betreffende instellingen (bijvoorbeeld doordat de liquiditeit alleen via bevoorschotting geborgd is), maar wordt ook de toezichthouder beperkt in haar mogelijkheden tot het monitoren van marktontwikkelingen.

CTG/ZAio is van mening dat private partijen in de eerste plaats zelf een snelle en adequate oplossing moeten zoeken voor de administratieve problemen die de wettelijke gegevenslevering in de weg staan. Daar waar partijen in gebreke blijven, zal CTG/ZAio de wettelijk verplichte gegevenslevering gaan handhaven.

#### Aanbevelingen en actiepunten

- Daar waar partijen in gebreke blijven met betrekking tot de wettelijk verplichte gegevensaanlevering, zal CTG/ZAio gaan handhaven.

### **7.3 Marktstructuur**

In hoofdstuk 3 is de marktstructuur van het B-segment geanalyseerd. De aanbodstructuur van het B-segment kenmerkt zich door twee divergente bewegingen. Ten eerste neemt de marktconcentratie van ziekenhuizen de laatste jaren gestaag toe. Dit kan leiden tot een minder concurrerende markt, wat op termijn negatieve gevolgen voor de publieke belangen kan hebben. Ten tweede is het aantal ZBC's de laatste jaren sterk gestegen waardoor er meer keuzevrijheid en mogelijkheden tot concurrentie in het B-segment zijn ontstaan.

Een belangrijke bron van fricties in de markt voor ziekenhuiszorg is de nog sterk beperkte mate van contracteervrijheid tussen zorginstellingen en medisch specialisten. Zo vertragen of belemmeren de knellende kaders van de model toelatingsovereenkomst en de lumpsumovereenkomsten tussen ziekenhuizen en specialisten in sommige gevallen de oprichting van een ZBC. In de recent verschenen Uitvoeringstoets Ziekenhuisbesteding heeft CTG/ZAio aanbevelingen geformuleerd voor onder andere meer contracteervrijheid tussen specialisten en zorgaanbieders en voor een gelijk speelveld tussen aanbieders op de ziekenhuiszorgmarkt.

Aan de vraagzijde is een verdergaande concentratie van het aantal verzekeraars waarneembaar. Dit biedt verzekeraars enerzijds de mogelijkheid om meer tegenwicht te bieden aan zorgaanbieders en zo doelmatiger zorg in te kopen. Anderzijds bestaat het gevaar dat de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt wordt beperkt en de inkoopvoordelen niet via de premies worden doorgegeven. De Monitor Zorgverzekeringsmarkt die in juni 2006 wordt gepubliceerd gaat hierop nader in.

Er zijn signalen dat er soms een wisselwerking plaatsvindt tussen de onderhandelingen over het A-segment en het B-segment. Zo worden lagere prijzen in het B-segment gecompenseerd met het budget of een hoger budget in het A-segment. Dit kan concurrentiebelemmerend werken. Niet alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben immers dezelfde mogelijkheden om deze koppeling toe te passen.

Om te voorkomen dat zorgaanbieders bijvoorbeeld via koppeling tussen het A-segment en het B-segment zodanig lage prijzen in rekening brengen dat andere zorgaanbieders van de markt worden gedrukt of worden ontmoedigd om toe te treden, heeft CTG/ZAio in juni 2005 het toezichtskader 'Te hoge en te lage tarieven' opgesteld.<sup>110</sup> Vooralsnog heeft CTG/ZAio geen concrete signalen ontvangen dat zorgaanbieders via koppeling tussen het A-segment en het B-segment zodanig lage prijzen in rekening brengen dat andere zorgaanbieders van de markt worden gedrukt of worden ontmoedigd om toe te treden. Er is dus nog geen sprake van een acuut probleem en CTG/ZAio ziet daarom nog geen aanleiding voor onderzoek of actie. Dit betekent echter niet dat het in de toekomst geen probleem kan worden. CTG/ZAio is van mening dat alleen een grondige herziening van de bekostigingssystematiek in het A-segment tot een structurele oplossing van deze ongewenste wisselwerking leidt.

#### Aanbevelingen en actiepunten

- CTG/ZAio zal in het najaar van 2006 een monitorspecial over de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg publiceren. In deze special gaat CTG/ZAio dieper in op het samenspel van prikkels voor specialisten en ziekenhuizen bij het oprichten van ZBC's en komt ook de wisselwerking tussen ziekenhuizen en ZBC's nader aan bod.

---

<sup>110</sup> CTG/ZAio, Toezichtskader te hoge en te lage tarieven, juni 2005.



- CTG/ZAio adviseert het Ministerie van VWS om verdere liberalisering van de ziekenhuiszorg vorm te geven met een samenhangend pakket aan maatregelen voor zowel deregulering van het A-segment als uitbreiding van het B-segment. Hiervoor doet CTG/ZAio aanbevelingen in de Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging.

## 7.4 Kwaliteit

In hoofdstuk 4 van de voorliggende Monitor is enerzijds geconstateerd dat er door de markt een aantal veelbelovende initiatieven op het gebied van kwaliteitsindicatoren van de grond aan het komen is. Anderzijds is de transparantie van kwaliteit voor consumenten nog laag en zijn marktpartijen nog volop bezig om hun eigen kwaliteitsniveau in kaart te brengen. Hierdoor heeft de prijs-kwaliteitverhouding van zorg nog een betrekkelijk kleine rol bij de onderhandelingen en contractering.

### Aanbevelingen en actiepunten

- CTG/ZAio is van mening dat kwaliteit een integraal onderdeel vormt van marktwerking, en zij zal in de nabije toekomst haar visie op dit belangrijke gebied nader gaan ontwikkelen.
- CTG/ZAio is voornemens om de bestaande ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsindicatoren nauwlettend te blijven volgen. Waar nodig zal CTG/ZAio stimuleren dat kwaliteit een grotere rol gaat spelen in de onderhandelingen en contractering van zorgaanbieders. Hierdoor ontstaat voor consumenten een diverser keuzeaanbod met verschillende prijs-kwaliteitverhoudingen.
- Tot slot zal in de toekomst de NZa erop toezien dat de ontwikkelde kwaliteitsinformatie inzichtelijk is voor de consument. In de Wmg krijgt de NZa hier ook wettelijke mogelijkheden voor.

## 7.5 Toegankelijkheid

In hoofdstuk 5 van deze monitor is beargumenteerd dat voor de doorsnee consument al bij betrekkelijk weinig extra reistijd het keuzeaanbod aanmerkelijk groter wordt. Extra reistijd hoeft dus geen belemmering te zijn voor het bieden van keuzeondersteuning aan patiënten. Niettemin zijn verzekeraars nog nauwelijks actief met gerichte keuzeondersteuning van patiënten naar selectief gecontracteerde zorgaanbieders. Mogelijke remmende factoren hiervoor zijn de gepercipieerde imago-effecten voor verzekeraars met een selectief contracteerbeleid en de onvoldoende beschikbaarheid van vergelijkende kwaliteitsinformatie. Het is van belang dat verzekeraars aan de vraagzijde voldoende selectief contracteren en dat patiënten kiezen voor deze gecontracteerde voorkeursaanbieders. Hierdoor krijgt de consument uiteindelijk waar voor zijn geld in de vorm van toegankelijke zorg met een goede prijs-kwaliteitverhouding.

Wanneer verzekeraars hun zorgplicht in acht nemen en de poliswaarden voldoende duidelijk aangeven tegen welke premie hoeveel zorg is gecontracteerd en waar en wat de restitutie bij

niet-gecontracteerde zorg is, beschikken patiënten over voldoende ruimte voor vrije artskeuze. Onder dergelijke voorwaarden komt de toegankelijkheid van zorg niet in gevaar, meent CTG/ZAio.

Naar verzekeraar gedifferentieerde wachtlijsten voor electieve zorg kunnen in het belang zijn van de consument, omdat verzekeraars zo een prikkel ondervinden om ziekenhuizen te stimuleren sneller beschikbare zorg voor hun verzekerden te leveren. Hierbij is het wel van belang dat de consument vooraf weet waar hij aan toe is, en dat er geen verdringing plaatsvindt ten koste van patiënten met een medische urgentie. Aangezien het B-segment vooralsnog alleen electieve zorg bevat, verwacht CTG/ZAio dat medische urgentie binnen het B-segment geen rol speelt.

Voor het bieden van inzicht in de toegankelijkheid van de zorg voor de consument is het noodzakelijk dat de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt zoveel mogelijk afgerond zijn voor de start van de jaarlijkse switchperiode op de zorgverzekeringsmarkt. Dit was de afgelopen jaren echter nog niet het geval.

#### Aanbevelingen en actiepunten

- CTG/ZAio gaat onderzoeken hoe keuzeondersteuning door verzekeraars kan worden bevorderd.
- CTG/ZAio is voornemens om bestaande en toekomstige initiatieven (zoals vergelijkende websites) te stimuleren, die de toegankelijkheid tot zorgaanbieders inzichtelijk maken voor de consument. .
- In de toekomst zal de NZa waar nodig de transparantie van afspraken over wachtlijstdifferentiatie bevorderen. In de Wmg krijgt de NZa hier ook de wettelijke mogelijkheden voor.
- CTG/ZAio zal met een visie komen hoe de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt zoveel mogelijk afgerond kunnen zijn voor de start van de jaarlijkse switchperiode op de zorgverzekeringsmarkt.

## **7.6 Betaalbaarheid**

In hoofdstuk 6 is de betaalbaarheid van de zorg in het B-segment aan de orde gekomen. Uit analyses van de prijsonderhandelingen bleek dat het gemiddelde reële prijsniveau in 2006 met 0,8% is gedaald ten opzicht van 2005.

De grootste prijsverschillen uit 2005 zijn enigszins genivelleerd doordat bij zorgaanbieders met een relatief hoog (laag) prijsniveau in 2005 de prijzen in 2006 relatief meer zijn gedaald (gestegen). Mogelijke verklaringen voor deze waarnemingen zijn: scherpe premieconcurrentie tussen verzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt, kruissubsidiëring tussen het A-segment en het B-segment of een kostendaling.

### Aanbevelingen en actiepunten

CTG/ZAio is voornemens zodra voldoende DBC-gegevens beschikbaar zijn onderzoek te doen naar verklaringen van de prijsontwikkelingen en de verschillen in prijsniveau.

## **7.7 Advies verdere deregulering met randvoorwaarden**

De afgelopen twee jaar van marktwerking in het B-segment hebben nog niet in voldoende mate de gewenste positieve effecten op de publieke belangen opgeleverd. Door de eerder geconstateerde marktimperfecties (zoals gebrekkige kwaliteitsinformatie en keuzeondersteuning) komt de marktwerking in het B-segment nog onvoldoende op gang. Tevens is nog onduidelijk wat het precieze effect van de bestaande marktprikkels is op de positieve elementen die wel worden waargenomen. Gelet op de nog zeer gebrekkige beschikbaarheid van DBC-gegevens, zijn de financiële gevolgen van verdere uitbreiding van het B-segment voor individuele instellingen op voorhand slecht in te schatten. Om deze redenen bestaat vooralsnog bij verdere uitbreiding van het B-segment een reëel risico op nadelige gevolgen voor de publieke belangen.

Uitbreiding van het B-segment in de huidige vorm, met ongeclausuleerde prijzen, zou bovendien een eenzijdige nadruk leggen op verdere prijsliberalisering. Prijsvorming is een belangrijke schakel in de keten van marktwerking, maar voor doelmatige marktkomsten is het ook van belang dat de overige schakels worden geliberaliseerd zoals toetreding, contractering en winstuitkering (deze laatste schakel lokt toetreding uit). Daarom vindt CTG/ZAio het vooralsnog niet raadzaam om verdere deregulering van de ziekenhuiszorg eenzijdig te richten op uitbreiding van het B-segment in de huidige vorm.

In plaats daarvan adviseert CTG/ZAio in de Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging het Ministerie van VWS om verdere liberalisering van de ziekenhuiszorg vorm te geven met een samenhangend pakket van op doelmatigheid gerichte maatregelen voor zowel deregulering van het A-segment als uitbreiding van het B-segment. Naast de introductie van doelmatigheidsprikkels, staat ook vermindering van de administratieve lasten centraal in de verdere liberalisering.

- In de eerder genoemde Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging doet CTG/ZAio onder meer een concreet voorstel in deze richting door voor het leeuwendeel van de electieve reguliere ziekenhuiszorg vrije prijsonderhandelingen mogelijk te maken;
- Zolang de momenteel aanwezige structurele marktimperfecties echter nog niet verholpen zijn, moeten waarborgen voor doelmatigheid worden ingebouwd. Dat kan op een efficiënte en proportionele wijze gebeuren door een prijsplafond op basis van gemiddelde kosten.

In de Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging heeft CTG/ZAio tevens een toetsingskader uitgewerkt met randvoorwaarden waaraan bepaalde delen van de ziekenhuiszorg ten minste

zouden moeten voldoen alvorens een overgang naar het B-segment zonder onverantwoorde risico's mogelijk wordt.<sup>111</sup>

Samenvattend komt CTG/ZAio tot de aanbeveling om met een integraal pakket van maatregelen, gericht op doelmatigheid en vermindering van administratieve lasten, de markt zo snel mogelijk de gewenste bestendige doelmatigheid te laten bereiken. Hierdoor kunnen de publieke belangen ook op lange termijn optimaal geborgd blijven.

---

<sup>111</sup> De in de Uitvoeringstoets geformuleerde randvoorwaarden zijn sterk geënt op een eerdere brief "Liberalisering electieve zorg" van het Ministerie van VWS aan het parlement. Tweede-Kamerstukken 29800 XVI, nr. 25 .

## Lijst met afkortingen en begrippen

Woord	Uitleg
Artikel 6 Mededingingswet	Op grond van artikel 6 Mw (kartelverbod) zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde gedragingen van ondernemingen verboden, als zij ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst. <sup>112</sup>
Artikel 48 Wmg	In dit artikel is de verplichting neergelegd die de NZa kan opleggen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht. De verplichtingen kunnen worden opgelegd op de zorginkoopmarkt, de zorgverleningsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt. Daarnaast is de toepassing niet gebonden aan vrije tarieven, maar is het instrument ook toepasbaar in tariefgeruleerde markten. Het gaat bijvoorbeeld om het opleggen van een uniforme kostentorekeningsmethode, de verplichting tot medegebruik en/of non-discriminatie.
A-segment	Het deel van de ziekenhuiszorg waarvoor de tarieven worden vastgesteld door CTG/ZAio.
B-segment	Het deel van de ziekenhuiszorg waarvoor de prijzen zijn vrijgegeven.
CAHPS – QUOTE Methodiek	Dit is een op de Nederlandse situatie toegepaste methodiek van twee methoden, te weten Consumer Assessment of Health Plan Survey (CAHPS) en Quality Of Care Through patient's Eyes (QUOTE). QUOTE-meetinstrumenten zijn ontwikkeld door Nivel. CAHPS is een uit de Verenigde Staten afkomstige, wetenschappelijk gevalideerde en in de praktijk op bruikbaarheid getoetste methode voor het op grote schaal meten van klantervaringen in de zorg.
Cataract	Staar
CBB	College van Beroep voor het Bedrijfsleven
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
CBP	College bescherming persoonsgegevens
CGAO-data	Data van twaalf koploperziekenhuizen die eerder zijn begonnen met het registreren van DBC's. Deze data omvatten ruwweg de periode van april 2002 tot en met juni 2004.
3e Compartiment	Zorg die buiten de verzekerde aanspraken valt
Contracteerplicht	De plicht van een verzekeraar om met elk ziekenhuis een contract af te sluiten.
Contractprijs	Prijzen per DBC die de verzekeraar met het ziekenhuis overeen is gekomen.

<sup>112</sup> NMa, Richtsnoeren voor de zorgsector, januari 2003.

CTG/ZAio	College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CZ	Zorgverzekeraar
Dagbehandeling	Een behandeling die op één dag (of een deel hiervan) plaatsvindt. Opname is niet nodig.
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie. Een DBC omschrijft met vier codes (zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling) het geheel van een geleverd zorgproduct.
Diagnose	De naam van de ziekte of aandoening waaraan iemand lijdt.
DIS	DBC-Informatiesysteem
EH-test	Elzinga-Hogerty test. Dit is een op patiëntenstromen gebaseerde methode om de relevante geografische markt af te bakenen.
EPB	Eerste polikliniekbezoek
Ex-ante schoningsvolumes	Geschatte volumes per DBC per ziekenhuis, die gebruikt zijn om het budget van de instelling te schonen.
Fonds PGO	Fonds voor Patiënten-, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden (vroegere patiëntenfonds).
HHI	Herfindahl Hirschmann-index
HNP	Nekhernia of Hernia Nuclei Pulposi
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Keuzeondersteuning	Het stimuleren van de keuze van de patiënt uit een groep reële alternatieven.
Klinische behandeling	Behandeling in het ziekenhuis waarbij de patiënt langer dan 24 uur onderzocht, behandeld, verpleegd en verzorgd wordt <sup>113</sup> .
LAZR	Landelijke Ambulante Zorgregistratie
Ligdag	Een dag waarop een patiënt is opgenomen
LMR	Landelijke Medische Registratie
Lokaal Overleg	Overleg tussen ziekenhuis, dominante verzekeraar en een vertegenwoordiger van alle andere verzekeraars over onder andere de variabele budgetparameters voor het A-segment.
Lokale productiegebonden toeslag	De toeslag op het budget die de instelling en de lokale zorgverzekeraars als onderdeel van de aanvaardbare kosten in aanvulling op het budget dat op basis van de geldende beleidsregels wordt berekend kunnen overeenkomen. Deze lokale productiegebonden toeslag kan worden aangewend voor de financiering van activiteiten en projecten, zoals zorgvernieuwing, waarvoor geen dekking wordt verkregen via de parameters van het FB-budget.
MDS	Minimale dataset

<sup>113</sup> <http://www.dbconderhoud.nl/informatie/begrippenlijst>

Miletus	Door viertal zorgverzekeraars (Menzis, Agis, VGZ en Delta Lloyd) en het NIVEL opgerichte stichting, die zich bezighoudt met kwaliteit van zorg.
Natura-polis	Deze verzekering is vergelijkbaar met het huidige ziekenfonds. Een patiënt met deze polis kan direct naar een zorgaanbieder gaan, waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten. De verzekeraar betaalt de rekening. Onder voorwaarden kan de patiënt overigens ook naar zorgaanbieders gaan waarmee de verzekeraar geen contract heeft afgesloten <sup>114</sup> .
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
Nivel	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NN/ONVZ	Eigenaam zorgverzekeraar
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NRPK	Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OZ	Eigenaam zorgverzekeraar
Passantenprijs	De prijs die een ziekenhuis in rekening brengt aan patiënten wiens verzekeraar geen contract met het ziekenhuis heeft afgesloten.
Plexus	Organisatie- en adviesbureau gespecialiseerd in de zorgsector.
Poliklinische behandeling	Een behandeling of ingreep waarna de patiënt direct naar huis mag.
Restitutiepolis	Een polis waarbij een patiënt zelf zijn zorgaanbieder kan kiezen, maar waarbij hij eerst zelf de rekening van de zorgaanbieder moet betalen voordat hij de kosten door de zorgverzekeraar vergoed krijgt (kunnen ook uitzonderingen op worden gemaakt) <sup>115</sup> .
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Schoningsprijs	Prijzen per DBC, die gebruikt zijn om het budget van de instelling te schonen. Ze zijn berekend op basis van DBC-kostprijsinformatie van twaalf koploperziekenhuizen die eerder zijn begonnen met het registreren van DBC's.
SEO –Economisch onderzoek	Stichting voor Economisch onderzoek
Staffelkorting	Korting die gegeven wordt omdat meer dan een bepaald afgesproken volume wordt afgenomen.
Toncillen	Amandelen
Treknormen	Normen die zijn opgesteld door zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor aanvaardbare wachttijden.
Varices	Spataderen
VGZ-IZA	Zorgverzekeraar
VWS	Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<sup>114</sup> [http://www.nederzorg.nl/alg/faq\\_11.php](http://www.nederzorg.nl/alg/faq_11.php)

<sup>115</sup> [http://www.nederzorg.nl/alg/faq\\_11.php](http://www.nederzorg.nl/alg/faq_11.php)

Wachlijstdifferentiatie	Het maken van verschillende wachlijstafspraken met verschillende zorgverzekeraars.
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTzi	Wetsvoorstel toelating zorginstellingen
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
Zorgprofiel	De specificaties van de behandeling
Zorgtype	Deel van de definitie van een DBC: initieel, chronisch of verergering.
Zorgvraag	De zorgvraag/klacht van de patiënt zoals deze door de specialist is beoordeeld <sup>116</sup> .
ZONMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

---

<sup>116</sup> <http://www.dbconderhoud.nl/informatie/begrippenlijst>



## **Bijlage 1: De methodiek voor de berekening van de prijsontwikkelingen en prijsniveaus**

### **A. Berekening van de prijsontwikkelingen**

Voor de berekeningen van de prijsontwikkelingen worden voor zowel het jaar 2005 als het jaar 2006 de contract- en passantenprijzen eerst uitgedrukt als een prijsindex. Deze prijsindex is gedefinieerd als:

$$(100 \times \text{prijs}) / \text{schoningsprijs}$$

Een prijsindex van 100 betekent dat de prijs gelijk is aan de schoningsprijs voor de betreffende DBC.

Daarna worden de prijsstijgingen/dalingen van 2006 t.o.v. 2005 berekend door gebruik te maken van de gewogen gemiddelde prijsindexen van 2005 en 2006. De weging heeft plaatsgevonden op basis van het geschatte volume voor de betreffende combinatie van DBC, zorgaanbieder en in het geval van de contractprijzen ook de zorgverzekeraar. Dit geschatte volume is verkregen door het ex-ante schoningsvolume 2005 per DBC en ziekenhuis te vermenigvuldigen met het aandeel van de verzekeraar in het ziekenhuis.<sup>117</sup>

De gemiddelde prijsindexen van 2006 t.o.v. 2005 zijn gebaseerd op alle ziekenhuizen en zorgverzekeraars waarvoor in het betreffende jaar gegevens zijn aangeleverd en niet alleen die organisaties waarvoor in beide jaren gegevens beschikbaar zijn. Aangenomen wordt dat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars met gegevens representatief zijn voor de hele populatie in het betreffende jaar. ZBC's zijn niet meegenomen in de analyses door gebrek aan gegevens.

### **B. Berekening van de prijsniveaus**

Het prijsniveau wordt uitgedrukt als de prijsindex ten opzichte van de gemiddelde prijsindex voor dat jaar:

$$(100 \times \text{prijsindex}) / (\text{gemiddelde prijsindex})$$

Een prijsniveau van 100 betekent dat de prijsindex gelijk is aan de gemiddelde prijsindex. Net als bij de prijsstijging wordt bij het prijsniveau steeds gewerkt met de gemiddelde prijsindex en gewogen naar volume.

---

<sup>117</sup> Het aandeel van de verzekeraar in het ziekenhuis is gebaseerd op het aantal ligdagen dat door het ziekenfonds is ingekocht in 2004, gecorrigeerd voor verschillen in het aandeel van de ziekenfondsverzekerden in het totale verzekerdenbestand van de verzekeraar.