Nederlandse Zorgautoriteit

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
KNOG/ymem/CURE	030 296 82 48	knoorlag@nza.nl	11D0050234

Onderwerp
Beleidsbrief Marktscan medisch specialistische zorg

Datum
13 december 2011

Mevrouw de Minister,

De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) brengt jaarlijks marktscans uit over de medisch specialistische zorg. Voor de NZa is dit een van de middelen om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen binnen deze zorgmarkt. Bijgaand treft u ter informatie de marktscan medisch specialistische zorg van december 2011 aan.

Voortgang van de onderhandelingen in 2011 (contracteergraad)
In de eerste helft van 2011 blijft de contractering van de zorg in het B-segment bij ziekenhuizen en UMC's achter ten opzichte van voorgaande jaren. In juni 2011 was voor nog geen 20% van de omzet in het B-segment een contract afgesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Ter vergelijking, in juni 2010 was voor circa 40% van de omzet in het B-segment een contract afgesloten. In de tweede helft van 2011 is het aantal contracten toegenomen en is de achterstand ten opzichte van het jaar 2010 verdwenen. Begin december is ongeveer 90% van de omzet in het B-segment gecontracteerd.

Uit de marktscan blijkt ook dat de contractering bij de ZBC's in 2011 veel later op gang is gekomen dan in 2010. In november 2011 is het aantal gecontracteerde ZBC's echter weer in lijn met de situatie in voorgaande jaren.

Onduidelijk is wat de reden is voor de vertraging in de contractering. In het licht van de invoering van prestatiebekostiging wordt tijdige contractering steeds belangrijker. Immers, via de contractering kunnen zorgverzekeraars sturen op het selectief inkopen van kwalitatief goede zorg tegen de beste prijs-kwaliteitsverhouding. Dat is ook in het belang van de patiënt omdat dit de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg ten goede komt. Naarmate de contracten later worden gesloten, valt er door verzekeraars minder te selecteren en te sturen. Ook voor ziekenhuizen is tijdige contractering van belang omdat zij niet meer kunnen terugvallen

op de budgetvergoedingen waarop tot nu toe een groot deel van de bevoorschotting is gebaseerd.

Contractering in 2012
Onder prestatiebekostiging is het maken van goede afspraken over bevoorschotting een van de vele onderwerpen waarover partijen in het kader van de contractering (of zonodig via een separate bevoorschottingsovereenkomst) afspraken zullen moeten maken. De NZa heeft partijen er in het kader van de voorbereidingen op de invoering van prestatiebekostiging reeds verschillende malen op gewezen dat vraagstukken rondom bevoorschotting en liquiditeit een zaak van partijen zelf zijn. Ook als partijen hier onderling niet snel genoeg uitkomen is geen rol voor de overheid weggelegd. In het Hoofdlijnenakkoord hebben partijen deze rolverdeling ook gezamenlijk zo vastgesteld.

Het is niet aannemelijk dat banken met ruimere kredietfaciliteiten over de brug zullen komen als partijen hier onderling niet tijdig uitkomen. Voor de zorgaanbieders die dan mogelijk in liquiditeitsproblemen dreigen te komen, rest er dan weinig anders dan reeds geleverde zorg rechtstreeks op basis van de passantenprijs bij de patiënt in rekening te brengen. Afhankelijk van de polisvoorwaarden krijgt de patiënt wat hij betaalt wel weer (deels) vergoed.

Waar het jaar 2012 in verschilt van het jaar 2011 is dat –vanwege de invoering van prestatiebekostiging- de prikkels voor partijen om tot goede en tijdige afspraken te komen wezenlijk anders staan. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben dus niet alleen een gedeelde verantwoordelijkheid, maar ook een gezamenlijk belang om ervoor te zorgen dat de contractering in de eerste maanden van 2012 wordt afgerond. Dat komt ook tot uiting in het Hoofdlijnenakkoord waar zorgverzekeraars en aanbieders hebben afgesproken zich ervoor te zullen inspannen om zo snel mogelijk, bij voorkeur voorafgaand aan een jaar en in principe vóór 1 april, tot afronding van de contractering (inclusief afspraken over bevoorschotting) te komen.

De eerste vooruitzichten daarop zijn bemoedigend. Zo hebben zorgverzekeraars in het najaar –veel concreter dan voorgaande jaren- aan ziekenhuizen duidelijk gemaakt dat zij selectiever gaan inkopen en niet meer met alle ziekenhuizen contracten zullen sluiten. Ook zijn de onderhandelingen voor 2012 eerder op gang gekomen. Dat heeft in een aantal gevallen, reeds voor het einde van het jaar, geleid tot het afsluiten van contracten (bijv. Haga-Menzis).

Innovatieve zorginkoop
Ziekenhuizen, ZBC's en zorgverzekeraars hebben binnen bestaande wet- en regelgeving veel mogelijkheden om met innovatieve contractvormen deze doelstellingen te realiseren. Deze conclusie trekken ZorgmarktAdvies en Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn in een recent onderzoek dat zij in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit uitvoerden. In dit onderzoek is gekeken naar de praktische en juridische mogelijkheden en eventuele belemmeringen voor het maken van innovatieve contractafspraken, alsmede naar de mate waarin dergelijke afspraken reeds in de praktijk voorkomen. Met name plafondafspraken komen over contractjaar 2011 al veelvuldig voor. Bij een plafondafspraak

tussen een ziekenhuis en een verzekeraar is de omzet van het ziekenhuis van te voren begrensd. Er is sprake van een omzetplafond, maar niet van een omzetgarantie voor het ziekenhuis. Het financiële risico van onderproductie ligt dus bij het ziekenhuis. Daarnaast zijn in de praktijk ook voorbeelden bekend van staffelkortingen, lump sum afspraken, prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud en volumedifferentiatie op grond van zorginhoud. Naar verwachting zullen voor 2012 voor een belangrijk deel van de ziekenhuismarkt afspraken over de begrenzing van de omzet van ziekenhuizen worden gemaakt (plafondafspraken of lump sum afspraken). Daarbij is het eerste voorlopige beeld dat bij de totstandkoming van innovatieve contractafspraken de zorgverzekeraars in het algemeen het voortouw nemen. Ziekenhuizen lijken zich daarentegen wat afwachtend op te stellen, hetgeen niet wil zeggen dat zij geen mogelijkheden zien tot het toepassen van innovatieve contractvormen.

Voorbeeld van innovatieve zorginkoop: Lump sum afspraak
Bij een lump sum afspraak is de omzet die een ziekenhuis in rekening mag brengen bij een verzekeraar van te voren begrensd. Er is sprake van een omzetplafond, maar ook van een omzetgarantie voor het ziekenhuis. Het financiële risico van onderproductie ligt dus bij de verzekeraar. Het financiële risico voor overproductie ligt bij het ziekenhuis. De lump sum kan worden vormgegeven door gedeclareerde DBC-zorgproducten boven de contractueel overeengekomen lump sum niet te vergoeden als zorgverzekeraar. Een andere mogelijkheid is dat gedeclareerde DBC's wel worden vergoed en dat achteraf verrekening plaatsvindt. In het geval er sprake is van minder declaraties dan de lump sum afspraaak vindt achteraf een verrekening plaats van de zorgverzekeraar aan het ziekenhuis met een vast bedrag.

Verder besteedt de NZa in haar toezicht op de zorgverzekeraars aandacht aan de wijze waarop de zorgverzekeraars hun (selectieve) zorginkooprol invullen en de zorgplicht voor hun verzekerden naleven. Daarbij zal in het bijzonder aandacht worden besteed aan de wijze waarop het veld invulling geeft aan de oproep die in het toezichtskader zorgplicht is gedaan om nadere invulling te geven aan normen voor kwaliteit, tijdigheid, bereikbaarheid van de zorg.

Omzetontwikkeling
Uit de jaarrekeningen van de ziekenhuizen komt naar voren dat de groei 2009-2010 voor het A- en het B- segment samen ca. 9% bedraagt. Hierin is begrepen een eenmalige effect van de versnelde afschrijving van de immateriële vaste activa. Als voor dit eenmalige effect wordt gecorrigeerd bedraagt de groei in het A- en B-segment ca. 5%. De groei 2009-2010 voor specifiek het A-segment bedraagt ca. 1,5% en voor het B-segment ca. 13,7%.

Los van het incidentele effect van de versnelde afschrijving van de immateriële activa ligt het groeipercentage voor het A- en B-segment van 5% het onder de gemiddelde omzetontwikkeling van de voorgaande jaren (gemiddeld 7% van 2006-2009). Die 5% sluit aan bij het ambitieniveau in het Hoofdlijnenakkoord. De afgesproken structurele uitgavengroei van 2,5%, exclusief loon- en prijsbijstelling, komt inclusief loon- en prijsbijstelling indicatief uit op ca. 5,25%.

Als we inzoomen op het B-segment dan lijkt de groei in 2010 aanzienlijk, te meer omdat er in 2010 geen uitbreiding van het B-segment heeft plaatsgevonden. Een deel van de groei is echter te verklaren door een naijleffect van de uitbreiding van het B-segment in 2009. In 2010 is voor het eerst sprake van een volledige jaarlaag tranche 2009 van het B-segment. In 2009 was deze jaarlaag nog onvolledig in verband met de onderhandenwerk DBC's voortvloeiend uit 2008. Over de omvang van dit effect heeft de NZa een zo goed mogelijke inschatting gemaakt. Uitgaande van een gemiddelde looptijd van een DBC van 4 maanden, becijfert de NZa het jaarlaag-effect op ca. 5%. Als voor dat effect gecorrigeerd wordt, komt in 2010 de groei van de omzet in het B-segment uit op 8,6%.

Omzet en prijsontwikkeling 2009-2010 (%)

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

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

De omzetstijging valt uiteen in een prijs- en volume-effect. De prijzen in A zijn in 2010 met 0,4% gestegen, die in B zijn voor de verschillende tranches met ongeveer 2% gedaald. Gecorrigeerd voor inflatie (1,3%) is er in A sprake van een reële prijsdaling van 0,9% en in B van een reële prijsdaling van 3,3%. Op basis van de voorlopige cijfers van 2011 is in het A-segment sprake van een nominale prijsstijging van ca. 1% en van vrijwel gelijkblijvende prijzen -althans voor alle tranches tezamen- in het B-segment. Gecorrigeerd voor inflatie (1,5%) zal in 2011 in het A-segment naar verwachting sprake zijn van een lichte prijsdaling (ca. 0,5%) en in het B-segment van 1,5-2%.

Voor de volume-ontwikkeling in het A-segment is gekeken naar de ontwikkeling van de belangrijkste budgetparameters (EPB, opnamen, dagverpleging en verpleegdagen). In 2010 bedraagt de gewogen gemiddelde volumeontwikkeling ca. 1%. In het B-segment bedroeg de stijging van het volume naar schatting 10% (gecorrigeerd voor het jaarlaageffect). Over 2011 zijn in zowel het A-sement als het B-segment nog geen volumeontwikkelingen beschikbaar.

Doelgroepenanalyse
Om de volume-ontwikkeling nader te onderzoeken heeft de NZa een doelgroepenanalyse uitgevoerd. Daarbij is voor een 8-tal veel voorkomende aandoeningen die voornamelijk in het B-segment zitten onderzocht hoe de productie zich ontwikkelt. Daaruit komt naar voren dat de geleverde zorg voor patiënten met vergelijkbare aandoeningen nogal verschilt tussen ziekenhuizen.

Dat heeft met een aantal zaken te maken:

- De patiënt ondergaat in het ene ziekenhuis meer verrichtingen dan in het andere.
- De patiënt ondergaat een zwaardere (invasieve) behandeling in plaats van een lichtere (conservatieve) behandeling.
- De patiënt ziet medisch specialisten van meerdere specialismen in plaats van medisch specialisten van een enkel specialisme.
- Er wordt verschillend geregistreerd tussen ziekenhuizen.

Een dergelijke praktijkvariatie zou op basis van de diagnose en de patiëntkenmerken niet worden verwacht. Het beeld uit de doelgroepenanalyse sluit overigens wel aan bij de uitkomsten van het onderzoek dat Vektis eerder dit jaar naar praktijkvariatie heeft uitgevoerd. De door de NZa geconstateerde praktijkvariatie is deels terug te voeren op de kenmerken van het bestaande DBC-systeem en deels op het feit dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen hierop nog te weinig sturen. Met de invoering van DOT wordt een belangrijke verbetering gerealiseerd van de eenduidige registratie van de geleverde zorg, waardoor de vergelijkbaarheid toeneemt. Hiervan wordt een positieve invloed op het tegengaan van praktijkvariatie verwacht. Met deze doelgroepenanalyse kan de NZa de productie in de ziekenhuizen goed volgen, ook als er zoals volgend jaar grote wijzigingen in de productstructuur (DOT) worden doorgevoerd. Dit laat echter onverlet dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen nog meer inspanningen zullen moeten plegen om praktijkvariatie tegen te gaan.

De NZa heeft de intentie om de doelgroepenanalyse de komende jaren uit te breiden tot 100-120 doelgroepen die goed aansluiten bij de doelgroepen die het RIVM en het CPB in hun analyses gebruiken.

De NZa besteedt in haar toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en bij het vereveningsonderzoek aandacht aan de wijze waarop zorgverzekeraars gebruikmaken van praktijkvariatie-analyses voor de controle op de juistheid van de zorgkosten die ten laste van de collectieve middelen komen

Concentratiegraad ziekenhuizen
In 2010 zijn er ten opzichte van 2009 slechts beperkte verschuivingen waar te nemen in de marktconcentratie van ziekenhuizen. Zichtbaar zijn de fusies die in deze periode hebben plaatsgevonden van het Scheper- en Bethseda-ziekenhuis en van het Oosterschelde ziekenhuis en het ziekenhuis Walcheren. De NZa meet de marktconcentratie aan de hand van een indicator die aangeeft welk aandeel van de patiënten uit het werkgebied van een bepaald ziekenhuis ervoor kiest om naar een ander ziekenhuis te gaan. Het geeft daarmee een indicatie van waar er risico's zitten op mogelijk misbruik van een machtspositie. Hoewel de NZa op dit moment geen aanwijzingen heeft voor een dergelijk misbruik, neemt het risico op mogelijk misbruik van machtspositie toe vanwege de overgang van grotendeels gereguleerde prijzen naar een situatie in 2012 waarin het merendeel van de prijzen vrij onderhandelbaar is. De NZa zal hier in haar toezichtsplan 2012 extra aandacht aan besteden.

Wachttijden
Na een toename in 2010, nemen de wachttijden in 2011 weer wat af. Wat betreft de toegang tot de polikliniek springt de daling van de wachttijden bij oogheelkunde eruit die daardoor voor het eerst binnen de Treeknorm (van 4 weken) blijft. Opvallend is daarentegen de stijging van de wachttijden bij de poliklinieken voor MDL, reumatologie en revalidatiegeneeskunde die daardoor weer boven de Treeknorm scoren. Als het om wachttijden voor behandelingen gaat, komt toch nog 1 op de 3 behandelingen boven de Treeknorm uit. Blijvende aandacht van zorgverzekeraars is hiervoor nodig bij de zorginkoop.

Kwaliteit
In 2011 hebben de Wetenschappelijke Verenigingen er werk van gemaakt om de richtlijnen voor behandelingen verder aan te scherpen. Tegelijkertijd blijven de Zizo-indicatoren zich verder ontwikkelen waardoor er een beter beeld ontstaat over de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is van belang dat partijen hier blijvend aandacht aan besteden omdat transparantie van kwaliteit een belangrijke voorwaarde is om selectieve inkoop door zorgverzekeraars verder van de grond te laten komen.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

KW

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