

CTG/ZAio

Oriënterende monitor Ziekenhuiszorg

Analyse van de onderhandelingen over het B-segment in 2005

12 september 2005

Inhoud

Inhoudsopgave	3
Vooraf	5
Managementsamenvatting monitor B-segment	7
Hoofdstuk 1 Monitoren van het B-segment van de ziekenhuiszorg	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Oriënterende monitor	12
1.3 Doelstelling monitor	13
1.3.1 Algemeen	13
1.3.2 Rapportage en advies aan VWS	14
1.3.3 Informatieverwerking voor de eigen taken van CTG/ZAio	14
1.4 Informatiebronnen voor deze oriënterende monitor	15
1.5 Toelichting begrippen	16
1.6 Opbouw van deze oriënterende monitor	17
Hoofdstuk 2 Marktstructuur	19
2.1 Inleiding	19
2.2 DBC's in het B-segment	19
2.3 Aanbieders	20
2.3.1 Algemeen	20
2.3.2 Concentratietendens op de ziekenhuismarkt	21
2.3.3. Sterke toename aantal zelfstandige behandelcentra (ZBC's)	23
2.4 Concentratie op de zorgverzekeraarsmarkt	26
2.5 De verdeling van de macht in de onderhandelingen	28
2.5.1 Dominante zorgverzekeraars	28
2.5.2 Kwalitatief beeld uit interviews	28
2.6 Verhouding A- en B-segment	30
2.6.1 Koppeling van A- en B-segment in onderhandelingen	30
2.6.2 Beperkt belang B-segment	30
2.7. Conclusie	31
Hoofdstuk 3 Kwaliteit	33
3.1 Inleiding	33
3.2 Zorgprofielen	33
3.3 Kwaliteit van de geleverde zorg	35

3.4 Conclusie	37
Hoofdstuk 4 Toegankelijkheid	39
4.1 Inleiding	39
4.2 Hoeveelheid gecontracteerde zorg	39
4.3 Sturing	40
4.4. Conclusie	41
Hoofdstuk 5 Betaalbaarheid	43
5.1 Inleiding	43
5.2 Onderhandelingen	44
5.2.1 Prijzen	44
5.2.2 Volume	46
5.3 Macro betaalbaarheid	46
5.3.1 Gemiddeld prijsniveau	46
5.3.2 Macro kostenstijging	48
5.4 Spreiding in de prijzen	49
5.4.1 Verschillen per diagnose	49
5.4.2 Verschillen per specialisme	50
5.4.3 Verschillen per provincie	51
5.4.4 Verschillen per zorgaanbieder	52
5.4.5 Verschillen per type ziekenhuis	54
5.4.6 Verschillen per categorie zorgverzekeraar	56
5.5. Conclusie	57
Begrippenlijst	59
Bijlage 1 - Overzicht zorgverzekeraars	61

Vooraf

Voorliggend monitordocument geeft de eerste ontwikkelingen in het B-segment van de ziekenhuiszorg weer: het deel waarvoor vanaf 1 februari 2005 de prijzen zijn vrijgegeven. Dit monitordocument is waarschijnlijk het eerste in een reeks van monitordocumenten die CTG/ZAio en later de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de komende jaren zal publiceren. De volgende monitor over het B-segment verschijnt volgens planning in april 2006.

Al een aantal jaren wordt in de Nederlandse gezondheidszorg hard gewerkt aan de voorbereiding en implementatie van een ingrijpende stelselherziening. In het nieuwe stelsel moet de consument centraal komen te staan; meer keuzevrijheid en grotere invloed zijn daarbij kernwaarden. Om dit te bereiken, wordt overgegaan van aanbodsturing naar vraagsturing. Daartoe wordt onder meer de basisverzekering geïntroduceerd, wordt de contracteerverplichting van de zorgverzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieder grotendeels losgelaten en worden op beheerste wijze, en vooralsnog op beperkte schaal, prijzen van aanbieders vrijgegeven.

Dit soort ingrijpende veranderingen dient in elke sector in transitie goed begeleid te worden. Dit geldt vooral in de gezondheidszorg waar elke verandering grote gevolgen kan hebben voor iedereen die met de gezondheidszorg te maken heeft of krijgt. Zoals bekend beoogt de regering de NZa vanaf 2006 de taak te geven om – naast de uitvoering van de deels klassieke bekostigingstaken – als sectorspecifieke toezichthouder de mededinging op de vrijgegeven terreinen van de gezondheidszorg te bewaken en te bevorderen. Dit doet de NZa in nauwe samenwerking met de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Daarnaast is het de bedoeling dat de NZa de taak krijgt om het Ministerie van VWS gevraagd en ongevraagd te adviseren over de resultaten van het beleid. Het gaat hier dan vooral over de vraag of de verruiming van de keuzemogelijkheden en de contracteervrijheid daadwerkelijk bijdragen aan de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorgverlening in Nederland.

Om deze taken goed te kunnen uitvoeren, worden de ontwikkelingen op de verschillende zorgmarkten waar vormen van vrijheid worden geïntroduceerd, nauwlettend gemonitord en geanalyseerd. Daarbij gaan we selectief te werk. Het monitoren van de sector betekent niet alleen veel werk voor CTG/ZAio, respectievelijk de NZa, maar brengt onvermijdelijk administratieve lasten voor de sector mee. Er moet immers informatie van de sector worden opgevraagd. Derhalve is het beleid erop gericht onze taken zo uit te voeren dat de daarmee samenhangende administratieve belasting van de sector minimaal is. Om dat mogelijk te maken wordt in de toekomst via de inmiddels bekende consultatie- en visiedocumenten een zogenoemde risico-analyse uitgevoerd. Uit die analyse blijkt waar en in welke mate problemen te verwachten zijn en wat daar de gevolgen van kunnen zijn. Daarnaast wordt voor de empirische toetsing en voor de monitor zo veel mogelijk gebruik gemaakt van informatie die al voor andere doeleinden is opgevraagd.

In deze eerste monitorrapportage over het B-segment konden gegevens uit de minimale dataset nog niet worden gebruikt. Over deze gegevens zijn tussen VWS en de vertegenwoordigende organisaties afspraken gemaakt met betrekking tot centrale aanlevering en meervoudig gebruik. De oplevering van deze gegevens is in 2005 ernstig vertraagd. Het valt zelfs te betwijfelen of er dit jaar nog cijfers van betekenis over de productie van 2005 te verwachten zijn. Daarom is voor dit document volstaan met gegevens die verkregen zijn via interviews met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en medisch specialisten en met een eerste analyse van prijzen. Onze analyse is daardoor beperkt tot de contractprijzen, die door verzekeraars vrijwillig zijn aangeleverd, en tot de passantenprijzlijsten. Niettemin vinden wij dat deze eerste monitor interessante eerste inzichten heeft opgeleverd.

Voor een samenvatting van de belangrijkste resultaten verwijs ik u naar de uitgebreide managementsamenvatting. Rest nog 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 monitor B-segment

De komende jaren wordt stap voor stap gereguleerde marktwerking in de ziekenhuiszorg ingevoerd. Een van de eerste stappen is de invoering van vrije prijsvorming op 1 februari 2005 in een deel van de ziekenhuiszorg, het zogenoemde B-segment. Voor het B-segment bestaat geen contracteerplicht en krijgen de ziekenhuizen geen budget meer. 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.

Oriënterende monitor

Besloten is dit jaar een oriënterende monitor uit te brengen. Voor de (volledige) monitor zijn gegevens nodig over prijzen, volume, zorgprofiel en kostenopbouw. Deze gegevens moeten beschikbaar komen via de minimale dataset (MDS). Door verschillende problemen is de MDS echter nog nauwelijks gevuld. Daarom zijn voor deze oriënterende monitor alternatieve gegevensbronnen gebruikt die echter niet altijd volledig zijn. De kwantitatieve analyses moeten dus als schattingen en eerste indicaties worden beschouwd; vaak was een aantal aannames nodig om de analyse te kunnen voltooien. Doordat gegevens ontbreken, kunnen diverse analyses nog niet uitgevoerd worden.

Doelstelling monitor

Met deze monitor beoogt CTG/ZAio inzicht te geven in twee onderwerpen: ten eerste de werking van de gezondheidszorgmarkt en de ontwikkelingen daarin, en ten tweede de mate waarin marktwerking de publieke belangen – kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid – borgt. Bij het monitoren ligt de nadruk op het tweede onderwerp. Marktwerking is immers geen doel op zich, maar een instrument om de publieke doelen te bereiken.

Belangrijkste bevindingen

- Ziekenhuizen lijken vooralsnog een iets betere onderhandelingspositie dan zorgverzekeraars te hebben.
- Bijna het volledige B-segment lijkt te zijn gecontracteerd.
- Aan afspraken over zorgprofiel en kwaliteit zijn meestal geen financiële consequenties verbonden.
- Prijs was het dominante thema in de onderhandelingen.
- Op grond van een eerste ruwe schatting liggen de prijzen nominaal gemiddeld ruim 5% hoger dan voorheen was begroot. Bij een gelijkblijvend volume betekent dit een geschatte macrokostenstijging van ongeveer € 60 miljoen.

Hieronder volgt een toelichting op deze bevindingen.

Onderhandelingspositie

Voor de gecontracteerde zorg is het algemene beeld uit de interviews dat ziekenhuizen vooralsnog een iets betere onderhandelingspositie hebben dan zorgverzekeraars. Dit komt onder meer door schaarste bij ziekenhuizen (wachtlijsten) en doordat zorgverzekeraars terughoudend zijn met het sturen van patiënten naar andere ziekenhuizen. In de meeste regio's bestaat er overigens een nauwe relatie tussen het ziekenhuis en de dominante zorgverzekeraar: ruim 85% van de ziekenhuizen onderhandelt met een zorgverzekeraar die meer dan 50% van de productie afneemt. Door fusies van ziekenhuizen en fusies van zorgverzekeraars zijn dit soort nauwe relaties de afgelopen jaren sterker geworden.

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van het B-segment lijkt, afgaande op de interviews, niet noemenswaardig veranderd te zijn ten opzichte van de situatie van vóór de vrije prijzen. Zo'n 95% van het B-segment is gecontracteerd. Voor de resterende 5% krijgt de verzekerde in het algemeen de passantenprijs gerestitueerd. Sturing door zorgverzekeraars is nog geen belangrijke factor in het B-segment.

Kwaliteit

Kwaliteit is vaker een gespreksonderwerp dan in het oude systeem. Volgens de meeste geïnterviewden brengen DBC's een belangrijke positieve verandering in de sector teweeg: zij bieden medisch specialisten, management en zorgverzekeraars een platform om over zorginhoudelijke aspecten te spreken. Aan afspraken over zorgprofiel en kwaliteit zijn meestal geen financiële consequenties verbonden. Beide partijen verwachten meer afspraken over kwaliteit in de volgende jaren. De eerste voortekenen daarvan – het opnemen van informatieverplichtingen in de contracten – zijn er al. Kwaliteit is tot op heden onvoldoende transparant.

Betaalbaarheid

Een ruwe schatting laat zien dat de prijzen nominaal gemiddeld ruim 5% hoger liggen dan voorheen werd begroot. De drie belangrijkste redenen waarom dit een ruwe schatting is, zijn (1) onvolledige dataset, (2) onnauwkeurige weging en (3) waarde van leveringsvoorwaarden (zoals staffelkortingen) is niet meegenomen. Bij een gelijkblijvend volume betekent een ruim 5% hoger prijsniveau dan voorheen begroot in het B-segment een macrokostenstijging van naar schatting ongeveer € 60 miljoen.

De spreiding in DBC-prijzen is groot:

- De gemiddelde opslag op de voorheen begrote prijzen is relatief laag voor specialismen en diagnoses met de grootste omzet, zoals heelkunde (liesbreuk), orthopedie (heup, knie) en oogheelkunde (staar).
- Bij de ene zorginstelling liggen de contractprijzen wel 36% hoger dan begroot terwijl de contractprijzen bij een andere zorginstelling ruim 1% lager dan begroot liggen.

- Het prijsniveau bij academische en topklinische ziekenhuizen is hoger dan bij algemene en categorale ziekenhuizen.
- Zorgverzekeraars met een groot marktaandeel zijn in staat lagere prijzen af te spreken dan overige zorgverzekeraars.
- Het gemiddelde prijsniveau verschilt per provincie.

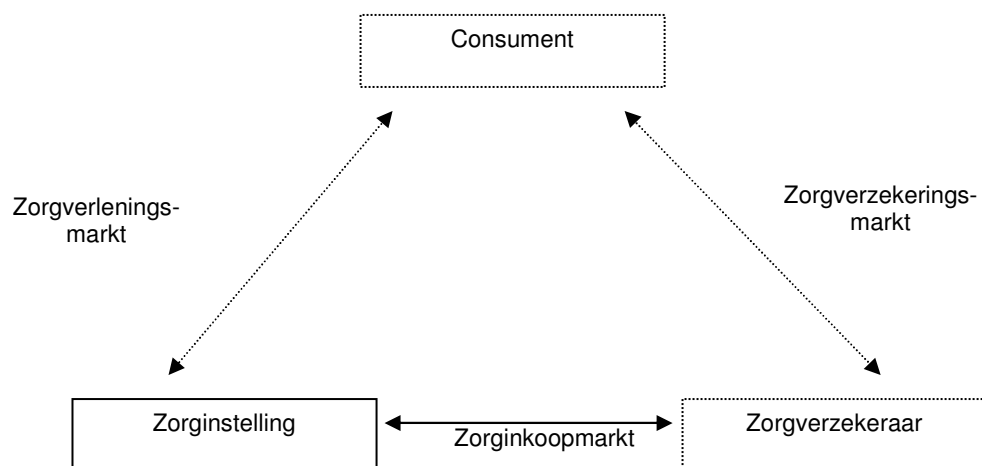
1. Monitoren van het B-segment van de ziekenhuiszorg

1.1 Inleiding

De komende jaren wordt stap voor stap gereguleerde marktwerking in de ziekenhuiszorg ingevoerd. Een van de eerste stappen is de invoering van vrije prijsvorming op 1 februari 2005 in een deel van de ziekenhuiszorg, het zogenoemde B-segment. Voor het B-segment is er geen contracteerplicht en krijgen de ziekenhuizen geen budget meer. In 2004 was de geschatte omzet voor dit deel van de zorg € 1,1 miljard¹. Dit is zo'n 8% van de totale ziekenhuiszorg. Voor dit deel hebben ziekenhuizen en ZBC's² in 2005 met de zorgverzekeraars onderhandeld over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's.

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 monitoren³. Vooral in de transitieperiode is dat van groot belang. Het is immers moeilijk te voorspellen hoe concurrentie zich zal ontwikkelen. Met deze monitor beoogt CTG/ZAio inzicht te geven in de mate waarin de markt uit zichzelf goed werkt en de publieke belangen, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, voldoende borgt.

Figuur 1.1: Markten in de gezondheidszorg



¹ Dit is inclusief honoraria en kapitaalslasten. De geschatte omzet van het B-segment exclusief honoraria en kapitaalslasten is € 917 miljoen.

² 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 punttarieven zijn.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29324, nrs.1 en 3.

De gezondheidszorg kent drie samenhangende markten: de zorgverleningsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt (figuur 1.1). Aangezien de introductie van vrije prijsvorming 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 zorgverzekeringsmarkt en zorgverleningsmarkt voorzover die relevant zijn voor het functioneren van de zorginkoopmarkt. Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en CTG/ZAIo zullen samen een monitor voor de zorgverzekeringsmarkt uitbrengen.

Wegens beperkte contractinformatie en (het ontbreken van) volumegegevens van ZBC's is dit document op de contractonderhandelingen tussen verzekeraars en (algemene) ziekenhuizen gericht.

1.2 Oriënterende monitor

Besloten is nu een 'oriënterende' monitor uit te brengen omdat CTG/ZAIo nog niet over voldoende informatie beschikt voor een (volledige) monitor. De term 'oriënterende' monitor benadrukt dat het om een eerste, onvolledige monitorrapportage gaat. De minimale dataset (MDS) waarin de gegevens over prijs, volume, zorgprofiel en kostenopbouw per geleverde DBC worden opgeslagen, wordt namelijk nog nauwelijks gevuld. De redenen hiervoor zijn in het bijzonder:

- Privacy-probleem: Het aanleveren van persoonsgegevens door instellingen aan het DBC-informatiesysteem (DIS) lijkt in strijd met de Wet bescherming persoonsgegevens. Het Ministerie van VWS is momenteel druk doende met het College bescherming persoonsgegevens (CBP) afspraken af te ronden. Als die afspraken rond zijn, is er uit oogpunt van privacybescherming geen reden meer om de aanlevering aan het DIS of de uitlevering aan CTG/ZAIo op te schorten.
- Administratieve problemen: Verschillende instellingen kampen nog met administratieve problemen waardoor zij niet in staat zijn gegevens aan het DIS aan te leveren.

Voor deze oriënterende monitor zijn daarom alternatieve databronnen gebruikt. Deze alternatieve databronnen zijn niet altijd volledig. De kwantitatieve analyses moeten dus als schattingen en eerste indicaties worden beschouwd; vaak was een aantal aannames nodig om de analyse te voltooien. Sommige analyses kunnen door het ontbreken van gegevens nog niet uitgevoerd worden. Het is zaak om de levering van gegevens aan het DBC-informatiesysteem⁴ (DIS) en de levering van de MDS aan CTG/ZAIo zo snel mogelijk te starten. Alleen met juiste en volledige gegevens kan CTG/ZAIo, ook in de loop van de tijd, monitoren of de markt uit zichzelf goed werkt en de publieke belangen voldoende borgt.

⁴ Via de DIS worden de gegevens vergaard en verspreid.

Om administratieve lasten te beperken, zal CTG/ZAIo zorgvuldig omgaan met het opvragen van informatie bij marktpartijen. Bovendien wil CTG/ZAIo eigen mensen en middelen zorgvuldig inzetten. De monitor richt zich daarom alleen op de onderwerpen die belangrijk zijn in de ogen van het Ministerie van VWS, marktpartijen en CTG/ZAIo⁵.

1.3 Doelstelling monitor

1.3.1 Algemeen

Het monitoren door CTG/ZAIo is gericht op onderzoek naar twee onderwerpen: ten eerste de werking van de gezondheidszorgmarkt en de ontwikkelingen daarin, en ten tweede de mate waarin marktwerking de publiek belangen – kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid – borgt. Bij het monitoren ligt de nadruk op het tweede onderwerp. Marktwerking is immers geen doel op zich, maar een instrument om de publieke doelen te bereiken.

In het visiedocument Ziekenhuiszorg kwamen voor het monitoren van de zorginkoopmarkt de volgende aandachtspunten naar voren:

- te hoge/lage prijzen;
- inkoopmacht;
- fusies;
- verticale integratie;
- toelaten winststreven zorginstellingen;
- specialisatieovereenkomsten;
- horizontale samenwerking voor kennisverspreiding en wetenschappelijk onderzoek;
- verticale samenwerking voor zorgvernieuwing en innovatie;
- wenselijkheid bundeling DBC's.

Deze onderwerpen komen in onderliggende monitor niet expliciet aan de orde. Vanwege de korte periode waarin ervaring met vrije prijzen is opgedaan, is het te vroeg om onderzoek te doen naar een aantal onderwerpen (bijvoorbeeld de gevolgen van marktwerking op horizontale en verticale samenwerking). Naar andere onderwerpen is onderzoek nog niet goed mogelijk vanwege het ontbreken van gegevens (zoals inkoopmacht, te hoge/lage prijzen en verticale integratie). Met behulp van alternatieve databronnen en via interviews zal CTG/ZAIo trachten om na deze oriënterende monitor deze onderwerpen toch te analyseren.

In dit licht geeft deze oriënterende monitor geen volledig beeld, maar toch al essentiële input voor:

- rapportage en advies aan VWS;
- informatieverwerving voor de eigen taken van CTG/ZAIo.

⁵ CTG/ZAIo heeft deze onderwerpen op basis van een risicoanalyse (het visiedocument Ziekenhuiszorg) bepaald. Het visiedocument Ziekenhuiszorg is te vinden op www.ctg-zaio.nl.

1.3.2 Rapportage en advies aan VWS

Door te monitoren worden de effecten van de invoering van marktwerking zichtbaar. Zodoende kan worden gekeken of het doel van marktwerking door het middel – de markt – ook werkelijk wordt bereikt. De publieke belangen zijn door VWS geformuleerd: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De publieke belangen zijn nauwelijks gekwantificeerd, maar wellicht kon dit ook niet worden verwacht. Gevolg is wel dat in de monitor niet kan worden beoordeeld of de publieke doelen al dan niet worden gehaald. Het is wel mogelijk te rapporteren over de ontwikkeling van deze prestaties tegen het licht van deze doelen. Wat betreft kwaliteit en eventuele uitspraken over de prijs-kwaliteitverhouding baseert CTG/ZAio zich mede op het oordeel van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ).

Een belangrijke kanttekening is dat een adequate 'nulmeting' over de borging van de publieke doelen door de markt moeilijk kan worden verricht. Tegelijk met de invoering van marktwerking is namelijk ook de productstructuur wezenlijk gewijzigd. Dat betekent dat prijzen en producten uit het verleden lastig kunnen worden vergeleken met toekomstige prijzen en producten. Slechts op geaggregeerd niveau, zoals over de omzet en de macro-uitgaven kan de situatie van vóór met die van ná de invoering van marktwerking goed worden vergeleken. CTG/ZAio rapporteert hierover aan het Ministerie van VWS.

Door te monitoren krijgt CTG/ZAio meer zicht op bepaalde kenmerken en ontwikkelingen in de zorgmarkt die een risico vormen voor de mededinging. Hierdoor is CTG/ZAio beter in staat advies 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.

1.3.3 Informatieverwerving voor de eigen taken van CTG/ZAio

De inzet van CTG/ZAio voor de monitor is gebaseerd op een risico-analyse⁶. De monitor zelf kan ook weer input leveren voor een aanscherping van de risicoanalyse. Daarnaast kan de informatie uit de monitor gebruikt worden om bijvoorbeeld het eigen handhavingsbeleid te evalueren en waar nodig bij te stellen.

CTG/ZAio kan beleidsregels vaststellen, wijzigen of intrekken⁷. Op basis van deze beleidsregels kan CTG/ZAio ingrijpen op het niveau van individuele instellingen. Eventueel ingrijpen door CTG/ZAio in 2005 concentreert zich op te hoge en te lage tarieven in het B-segment van de ziekenhuiszorg. Hiervoor heeft CTG/ZAio een toezichtskader vastgesteld.⁸ De monitor kan de handhaving van de beleidsregels voor te hoge en te lage tarieven ondersteunen door eventuele problemen te signaleren en door bij te dragen aan het bewijsmateriaal.

⁶ CTG/ZAio, visiedocument Ziekenhuiszorg, februari 2005, www.ctg-zaio.nl.

⁷ Beleidsregels moeten in 2005 (tot de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg) worden goedgekeurd door VWS.

⁸ Het 'Toezichtskader te hoge en te lage tarieven' is te vinden op www.ctg-zaio.nl.

CTG/ZAio heeft met de NMa een samenwerkingsprotocol afgesloten⁹. 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. Zo kunnen inzichten die zijn verkregen via de monitor zo nodig bijdragen aan bewijsmateriaal in zaken van de NMa. Daarnaast zal het monitoren ook het fusietoezicht door de NMa ondersteunen; het draagt bij aan een goed onderbouwde zienswijze van CTG/ZAio bij een voorgenomen fusie.

1.4 Informatiebronnen voor deze oriënterende monitor

Aangezien de MDS nu nog niet beschikbaar is, heeft CTG/ZAio zo veel mogelijk gebruik gemaakt van alternatieve databronnen (tabel 1.1). CTG/ZAio heeft hierbij geprobeerd de sector zo weinig mogelijk te belasten vanwege vertragingen in de administratieve verwerking bij ziekenhuizen.

Tabel 1.1: Gebruikte informatiebronnen voor de oriënterende 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.
Marktaandeelen zorgverzekeraars per ziekenhuis	CTZ	Gebaseerd op het aantal ligdagen dat door het ziekenfonds is ingekocht in 2004.
Marktaandeelen zorgverzekeraars	Vektis	Zoals vermeld in NRC Handelsblad Special over gezondheidszorg van 20 november 2004.
Marktafbakening ziekenhuizen	Prismant	Gebaseerd op LMR en LAZR van het jaar 2002. Gebruikte methode is de Elsinga-Hogarty test ¹⁰ .
Passantenprijzen	Ziekenhuizen en ZBC's	Door CTG/ZAio op basis van de WTG opgevraagde passantenprijzlijsten.
Contractprijzen per zorgverzekeraar per ziekenhuis	Zorgverzekeraars	Op verzoek van CTG/ZAio hebben de meeste zorgverzekeraars deze gegevens vrijwillig geleverd. De dataset is niet geheel volledig (de informatie beslaat circa 95% van de markt).

⁹ Het samenwerkingsprotocol is te vinden op www.ctg-zaio.nl.

¹⁰ Prismant, "Prestatie-indicator aanbodconcentraties ziekenhuisdiensten", publicatienummer 204.15, november 2004, Utrecht.

Kwalitatieve gegevens	Zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten	Persoonlijke interviews met acht ziekenhuizen en drie zorgverzekeraars. Telefonische interviews met negen zorgverzekeraars en twee medisch specialisten.
-----------------------	--	--

De gebruikte informatie is niet altijd volledig. Bovendien ontbreekt belangrijke informatie, zoals over volumes en kosten van aanbieders. Dit betekent dat sommige analyses die van belang zijn voor een volledig beeld van de marktontwikkelingen, gebaseerd zijn op verschillende aannames, of dat analyses niet uitgevoerd konden worden. Zo is het bijvoorbeeld nog niet mogelijk om de markten zorgvuldig af te bakenen. Conclusies gerelateerd aan marktaandeel vormen dus slechts een eerste indicatie.

Naast kwantitatieve analyses komen ook de ervaringen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen aan bod. Voor de oriënterende monitor zijn hiervoor acht ziekenhuizen en drie zorgverzekeraars individueel geïnterviewd. Steeds is gesproken met mensen die deel uitmaakten van de onderhandelingsdelegatie. Naast deze interviews, is met negen zorgverzekeraars telefonisch gesproken en zijn hun vragen gesteld over de door hen geleverde informatie en over het verloop van de onderhandelingen. Tevens zijn twee medisch specialisten telefonisch geïnterviewd op voordracht van de Orde van Medisch Specialisten. De focus van de monitor is gericht op (algemene) ziekenhuizen. Er hebben dan ook geen interviews met ZBC's plaatsgevonden in het kader van dit document. CTG/ZAio brengt naar verwachting in 2006 een apart monitordocument uit over de rol van ZBC's.

Bij veel informatie gaat het om momentopnames. De contractinformatie is binnengekomen tussen april en augustus 2005. In principe heeft de contractinformatie betrekking op de periode 1 februari 2005 tot en met 31 december 2005. De passantenprijsinformatie is binnengekomen in de periode van 1 februari 2005 tot en met 30 juni 2005¹¹. De interviews zijn in juni, juli en augustus gevoerd.

Zowel voor de kwalitatieve als voor de kwantitatieve aspecten is dit rapport een oriënterende monitor. Voor volgende monitorrapportages, zullen meer interviews worden afgenomen. Tevens zet CTG/ZAio in op betere datakwaliteit.

1.5 Toelichting begrippen

In dit monitordocument worden regelmatig afkortingen en begrippen gebruikt. Deze afkortingen en begrippen worden toegelicht in een begrippenlijst die achterin dit document is opgenomen.

¹¹ 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 passantenprijzlijst aan CTG/ZAio aanleveren.

1.6 Opbouw van deze oriënterende monitor

Deze monitorrapportage is ingedeeld in hoofdstukken over de verschillende publieke belangen, voorafgegaan door een hoofdstuk met een algemene beschrijving van de markt en de spelers op de markt. Hoofdstuk 3 behandelt de kwaliteit. Ook het zorgprofiel wordt in dit hoofdstuk behandeld. In hoofdstuk 4 komt de toegankelijkheid aan de orde, in het bijzonder de mate van sturing door zorgverzekeraars en de hoeveelheid gecontracteerde zorg. Hoofdstuk 5 gaat in op de betaalbaarheid van de zorg. Hier worden de onderhandelde contractprijzen en de passantenprijzen, voorzover de gegevens bij CTG/ZAio aanwezig zijn, geanalyseerd.

2. Marktstructuur

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Concurrentie is pas mogelijk als er voldoende spelers zijn op de markt en toetreding tot die markt mogelijk is. In dit licht geeft CTG/ZAio sinds medio 2005 zienswijzen af bij fusies van ziekenhuizen en fusies van verzekeraars die door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) worden getoetst.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. Eerst worden de DBC's in het B-segment kort beschreven en de mogelijkheden voor toetreding. Vervolgens wordt ingegaan op de zorgaanbieders – ziekenhuizen en ZBC's – en de zorgverzekeraars. Hierbij komen enkele aspecten van de marktstructuur, de mate van concentratie en de tendens tot fuseren aan de orde. Daarna komt de onderlinge verhouding tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ter sprake. Er is ten slotte aandacht voor de relatie tussen het A- en het B-segment in de onderhandelingen en beleidsvoering.

2.2 DBC's in het B-segment

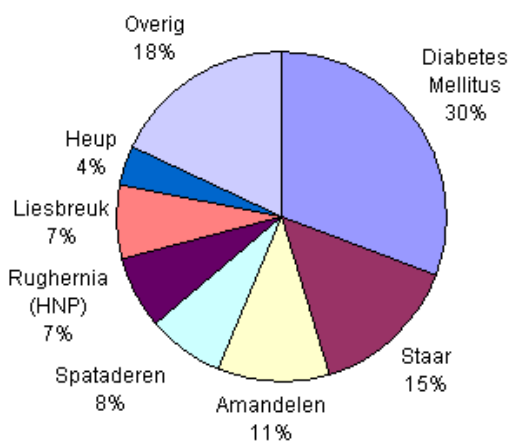
Het Ministerie van VWS heeft DBC's waarvoor naar verwachting de markt goed kan werken, opgenomen in het B-segment. Selectiecriteria waren onder andere dat het planbare zorg betreft en dat nieuwe aanbieders kunnen toetreden. Het B-segment bestaat nu uit 1.376 DBC's. Een DBC is een productbeschrijving van het zorgtype (regulier, vervolg, exacerbatie), de zorgvraag, de diagnose en de behandeling. De 1.376 DBC's zijn samen te voegen in een lijst van 242 DBC's als geen onderscheid wordt gemaakt naar verschillende zorgvragen. Bij de meeste specialismen is geen onderscheid gemaakt naar zorgvraag, met uitzondering van de specialismen plastische chirurgie, urologie en gastro-enterologie. Voor deze specialismen zijn de DBC's namelijk weer onderverdeeld in respectievelijk 7, 19 en 19 verschillende zorgvragen (bijvoorbeeld 'pijn in de onderbuik', 'pijn bij het plassen').

De B-segment-DBC's zijn verdeeld over 15 specialismen en horen bij 28 diagnoses¹². Het aandeel van het B-segment in zowel de omzet als eerste polikliniekbezoeken (EPB's) verschilt sterk per specialisme. Orthopedie (knie, heup) is met 33% het specialisme met het grootste aandeel B-segment in de omzet. Inwendige geneeskunde (diabetes) heeft met 32% het hoogste aandeel EPB's in het B-segment, terwijl bijvoorbeeld voor longgeneeskunde, kindergeneeskunde en gastro-enterologie het aandeel van het B-segment in zowel de omzet als de EPB's 1% of minder is.

¹² Twee diagnoses komen twee keer voor bij verschillende specialismen: spataderen bij dermatologie en heelkunde en de rughernia bij orthopedie en neurochirurgie. Voor sommige analyses zijn deze diagnoses samengevoegd evenals de vier diagnoses 'diabetes' bij interne geneeskunde.

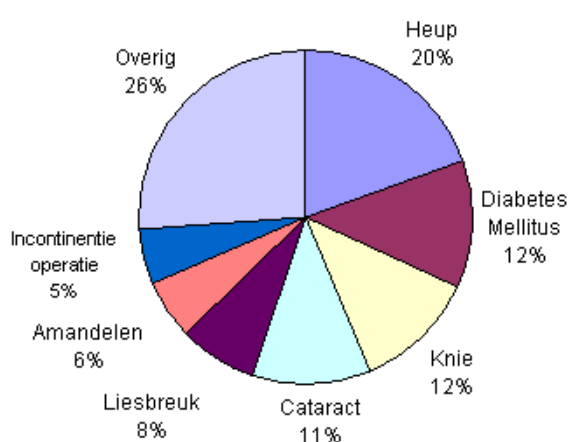
Ook het aandeel van de verschillende diagnoses in het B-segment verschilt nogal (figuur 2.1 en 2.2). Diabetes, staar, amandelen en spataderen zijn de meest voorkomende diagnoses (op grond van het aantal eerste polikliniekbezoeken). Naar omzet geordend hebben heup, diabetes, knie en staar de grootste aandelen. Uit de interviews blijkt dat tijdens de onderhandelingen de meeste aandacht uitging naar de staar, heup, knie, liesbreuk en amandelen. Minder vaak genoemd werden spataderen en diabetes. Dit komt sterk overeen met de diagnoses met de grootste omzet in het B-segment (figuur 2.1), met uitzondering van diabetes die minder vaak werd genoemd bij de specifiek onderhandelde DBC's.

Figuur 2.1: Belangrijkste diagnoses B-segment In EPB's



Bron: CTG/ZAio

Figuur 2.2: Belangrijkste diagnoses B-segment in omzet



Bron: CTG/ZAio

In 2004 was de geschatte omzet voor het B-segment – exclusief honoraria en kapitaallasten – € 917 miljoen. Met honoraria en kapitaallasten is de geschatte omzet van het B-segment in 2004 € 1,1 miljard¹³. Dit is zo'n 8% van de totale ziekenhuiszorg.

Toetreding in het B-segment komt vanuit ZBC's. Omdat ZBC's alleen dag- en poliklinische behandelingen mogen uitvoeren, kunnen zij nog niet op alle DBC's concurreren (Zie paragraaf 2.3.3). Toetreding op alle DBC's in het B-segment wordt wel mogelijk met het voornemen om ZBC's op grond van de WTZi toe te staan om klinische zorg aan te bieden.

2.3 Aanbieders

2.3.1 Algemeen

Voor concurrentie is het van belang dat er voldoende aanbieders zijn. Een aanbieder met veel marktmacht ondervindt namelijk onvoldoende prikkels om zich te onderscheiden met lage prijzen en/of hoge kwaliteit. In het B-segment leveren 99 ziekenhuizen en 37 ZBC's zorg. Dit

¹³ Zie beleidsregel I-752 Opschoning FB-Budget en beleidsregel I-690 Opschoning lumpsum, www.ctg-zaio.nl.

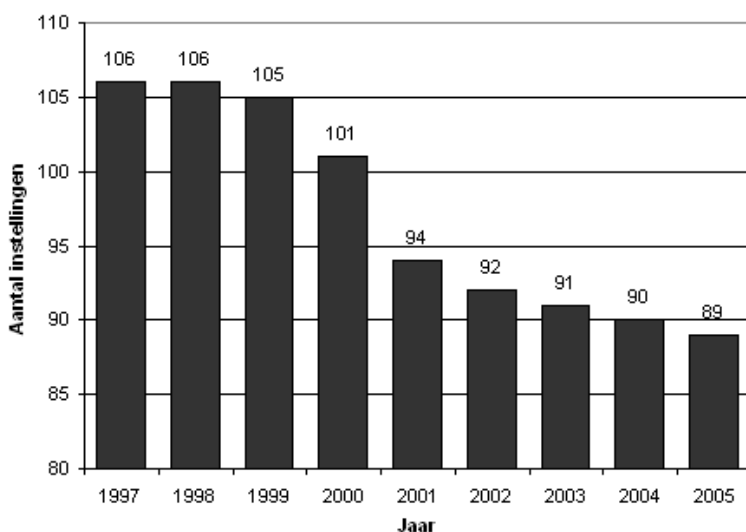
zijn alle algemene en academische ziekenhuizen, naast twee van de acht categorale ziekenhuizen¹⁴ en bijna de helft van alle ZBC's.

Bij de aanbieders van het B-segment vinden twee tegengestelde ontwikkelingen plaats. Enerzijds is er een concentratietendens op de ziekenhuismarkt: het aantal ziekenhuizen is de afgelopen jaren teruggelopen. Anderzijds neemt het aantal ZBC's sterk toe. In totaal neemt het aantal aanbieders toe, maar de nieuwe aanbieders (ZBC's) hebben een heel beperkte omzet. Later in deze paragraaf zal blijken dat diverse ziekenhuizen marktmacht kunnen hebben doordat de relevante markt voor zorg in het B-segment grotendeels regionaal is.

2.3.2 Concentratietendens op de ziekenhuismarkt

Het aantal algemene ziekenhuizen is de afgelopen acht jaar gedaald van 106 naar 89 (zie figuur 2.3). Dit is met name gekomen door fusies van dicht bij elkaar gelegen instellingen. Daarnaast is het aantal categorale instellingen teruggelopen van elf naar acht en zijn twee academische centra gefuseerd. De sterkste afname in het aantal instellingen was in 2000 en 2001. Daarna is het VWS-beleid gewijzigd en werd expliciete goedkeuring door direct belanghebbenden wettelijk verplicht gesteld om te mogen fuseren. Deze expliciete toestemming is nu niet meer vereist; er vinden thans weer meer fusies plaats.

Figuur 2.3: Ontwikkeling aantal algemene ziekenhuizen in de periode 1997-2005



Bron: CTG/ZAio

Fusies tussen ondernemingen moeten boven bepaalde omzeldrempels worden gemeld bij de NMa. De NMa kan een fusie verbieden wanneer daardoor een economische machtspositie zou ontstaan of de machtspositie wordt versterkt. In het kader van het samenwerkingsprotocol

¹⁴ Dit zijn de Sint Maartenskliniek (orthopedie) en het Oogziekenhuis Rotterdam. De overige zes leveren mogelijk wel zorg in het B-segment, maar werken pas vanaf 1 januari 2006 op basis van DBC's.

tussen de NMa en CTG/ZAio is geregeld dat CTG/ZAio zienswijzen kan afgeven bij fusiebeoordelingen door de NMa.

In 2005 zijn twee fusieaanvragen behandeld door de NMa. Beide zijn goedgekeurd.

- Fusie Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord
De NMa acht het aannemelijk dat er voldoende concurrentiedruk uitgaat van de overige ziekenhuizen en dat er voor patiënten uit en rondom het Gooi voldoende keuzemogelijkheden overblijven. Zij concludeert dat er geen reden is om aan te nemen dat door de fusie een economische machtspositie ontstaat.
- Overname Havenziekenhuis door Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam
De concentratie vindt plaats op de markt van algemene ziekenhuiszorg. Op deze markt zijn in de regio volgens de NMa voldoende concurrenten aanwezig.

Bij een fusie worden gebruikelijk de 24-uurszorg en bepaalde afdelingen en specialismen geconcentreerd in één vestiging. De redenen voor concentratie zijn normaliter terug te voeren op een streven naar efficiëntie (schaalvoordelen in kosten of kwaliteit) en/of vergroting van de marktmacht. Het is niet duidelijk hoe groot de schaalvoordelen op ziekenhuisniveau zijn. De ziekenhuizen in Nederland, zijn echter al dermate groot dat kosten-schaalvoordelen waarschijnlijk al behaald zijn¹⁵.

Om een indruk te geven van de concentratie van de Nederlandse ziekenhuismarkt geeft figuur 2.4 een overzicht van de Herfindahl Hirschmann Index (HHI) per regio dat gebaseerd is op een onderzoek van Prismant¹⁶. De HHI wordt berekend door de marktaandelen van de ziekenhuizen in een bepaalde regio te kwadrateren en daarna op te tellen. Door het kwadraat te nemen van de marktaandelen krijgt een groter ziekenhuis meer gewicht in de index. Vaak wordt er bij de beoordeling van de HHI een grens van 1800 gehanteerd om te beoordelen of een markt geconcentreerd is¹⁷. Uit figuur 2.4 kan afgeleid worden dat veel ziekenhuismarkten een aanmerkelijke concentratie kennen.

Figuur 2.4 moet uitermate voorzichtig worden geïnterpreteerd, omdat Prismant uitgaat van een andere relevante productmarkt dan dat de NMa doet. Figuur 2.4 is gebaseerd op de markt voor 'reguliere zorg'. Daarnaast gebruikt Prismant (om pragmatische redenen) de omstreden Elzinga-Hogarty test om de geografische markt per ziekenhuis af te bakenen. In deze test wordt

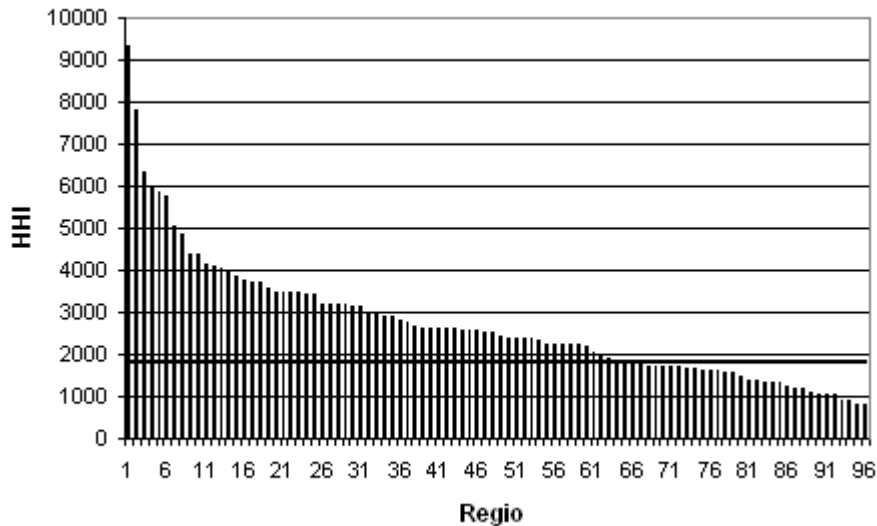
¹⁵ Visiedocument ziekenhuiszorg, CTG/ZAio, februari 2005 en referenties daarin

¹⁶ Prismant, "Prestatie-indicator aanbodconcentraties ziekenhuisdiensten", publicatienummer 204.15, november 2004, Utrecht.

¹⁷ De NMa en de Europese commissie hanteren geen absolute waarden bij het beoordelen van de HHI in het kader van een fusie. Bij de beoordeling van een fusie wordt zowel het absolute niveau van de HHI als de verandering in de HHI als gevolg van de fusie meegewogen in de besluitvorming. In het algemeen kan gesteld worden dat een fusie die leidt tot een HHI boven de 2000 punten strenger wordt beoordeeld dan een fusie die leidt tot een HHI tussen de 1000 en de 2000. Zie voor een meer uitgebreide behandeling bijvoorbeeld Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies op grond van de Verordening van de Raad inzake de controle op concentraties van ondernemingen 2004/C31/03, http://europa.eu.int/eur-lex/pri/nl/oj/dat/2004/c_031/c_03120040205nl00050018.pdf

de relevante geografische markt bepaald door het reisgedrag van patiënten uit voorgaande jaren te analyseren.

Figuur 2.4: Concentratie op de ziekenhuismarkt



Bron: Prismant, bewerking CTG/ZAio

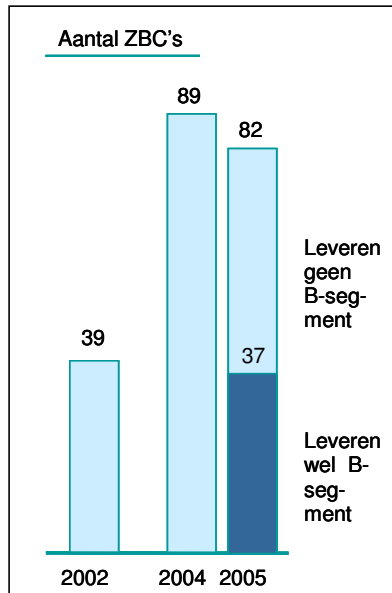
2.3.3 Sterke toename aantal zelfstandige behandelcentra (ZBC's)

In figuur 2.5 is te zien dat het aantal ZBC's tussen 2002 en 2004 ruim is verdubbeld en sindsdien tamelijk stabiel is gebleven. Volgens de Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken (NRPK) is het marktaandeel van de ZBC's klein. De NRPK heeft hier geen cijfers over, maar schat dat de totale omzet van de ZBC's niet hoger is dan € 100 miljoen¹⁸.

Van de 82 nu geregistreerde ZBC's leveren 37 ook B-segment-DBC's. ZBC's mogen niet op alle DBC's concurreren, zij mogen alleen dag- en poliklinische behandelingen doen. Meerdaagse behandelingen vinden alleen plaats in ziekenhuizen. De meeste ZBC's zijn zeer gespecialiseerd en voeren slechts één of enkele specialismen.

¹⁸ Dit is inclusief de omzet van extramuraal werkende specialisten (solisten).

Figuur 2.5: Ontwikkeling aantal ZBC's

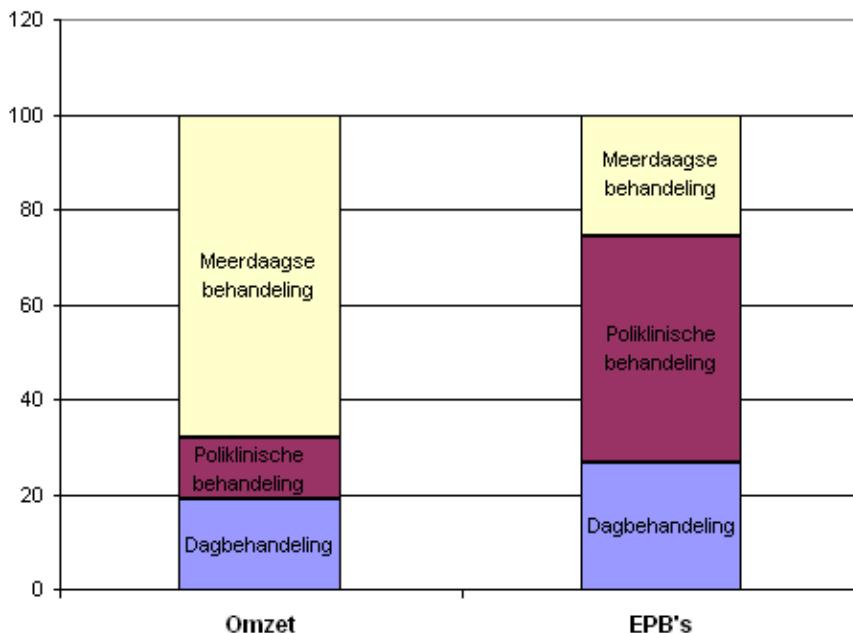


Bron: CTG/ZAio

De meest voorkomende specialismen vertegenwoordigd in ZBC's zijn oogheekunde, heekunde, dermatologie en plastische chirurgie. Deze specialismen leveren ook een deel van het B-segment.

Omdat CTG/ZAio nog niet beschikt over de MDS, is het niet mogelijk te analyseren hoe groot het volume is dat de ZBC's werkelijk leveren. Dit is wel cruciale informatie om de concurrentiedruk van de ZBC's in te kunnen schatten.

Figuur 2.6: Aandeel verschillende behandelingen in het B-segment in termen van omzet en aantal eerste polikliniekbezoeken¹⁹



Bron: CTG/ZAio

Zoals gezegd mogen ZBC's alleen dag- en poliklinische behandelingen uitvoeren, waardoor zij ook alleen op die gebieden kunnen concurreren met ziekenhuizen. In figuur 2.6 is te zien dat het aandeel van dag- en poliklinische behandelingen in het B-segment respectievelijk 13% en 19% in termen van omzet is. Op dit moment kan dus op 32% van de totale omzet in het B-segment concurrentie door ZBC's plaats kan vinden. Deze concurrentie heeft betrekking op 75% van het totaal aantal EPB's. Deze percentages worden groter als de verschuiving van klinische behandeling naar dag- en poliklinische behandeling doorzet.

Zorgverzekeraars geven aan dat ZBC's qua grootte nog niet belangrijk zijn, maar dat hun aandeel wel toeneemt. Volgens sommige schattingen van zorgverzekeraars is dat aandeel momenteel enkele procenten van het B-segment. Volgens zorgverzekeraars tonen ZBC's aan dat bepaalde DBC's goedkoper kunnen worden geleverd. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat ZBC's vaak pas worden gecontracteerd nadat de zorgverzekeraars contracten met de ziekenhuizen hebben gesloten. Dit is waarschijnlijk ook de reden waarom contractinformatie van ZBC's veelal nog ontbreekt.

Het toekomstbeeld dat geïnterviewden hebben over ZBC's varieert nogal. Zorgverzekeraars verwachten dat ZBC's met gerenommeerde specialisten flink aan marktaandeel kunnen winnen.

¹⁹ Het gaat hierbij om behandelingen in het B-segment van de ziekenhuiszorg die plaatsvinden bij ziekenhuizen.

Overige ZBC's, die nu met name gecontracteerd worden vanwege de lagere prijs en om wachtlijsten weg te werken, zullen meer concurrentie van ziekenhuizen ondervinden naarmate daar de prijs daalt en de productiviteit toeneemt.

"ZBC's zijn voor ons nuttig, we kunnen de lagere prijzen bij ZBC's gebruiken om lagere prijzen bij ziekenhuizen af te dwingen." (zorgverzekeraar)

"Zorgverzekeraars lopen echt niet om tien euro voordeel naar een net geopende ZBC." (ziekenhuis)

2.4 Concentratie op de zorgverzekeraarsmarkt

Het aantal zorgverzekeraars en de mate van concentratie zijn zowel relevant voor concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt als voor de zorginkoopmarkt. Deze monitor doet verslag van de ontwikkelingen op de inkoopmarkt voor het B-segment van de ziekenhuiszorg en heeft dus geen betrekking op de zorgverzekeringsmarkt²⁰. In deze paragraaf wordt vooral ingegaan op de positie van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt, zonder onderscheid te maken tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars, omdat dit onderscheid met de invoering van de Zorgverzekeringswet (beoogd in 2006) komt te vervallen.

Bijlage 1 geeft een overzicht van de zorgverzekeraars per 1 februari 2005.

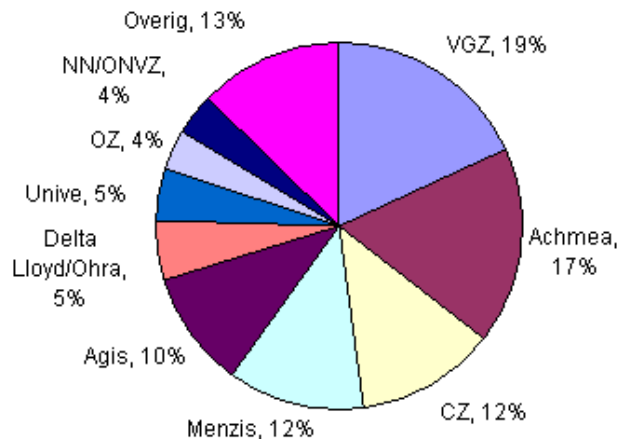
De laatste jaren hebben er verschillende fusies tussen zorgverzekeraars plaatsgevonden. Deze tendens zet zich nog steeds voort. Inmiddels zijn ook CZ en OZ; en VGZ-IZA en Trias van plan te fuseren. De NMa heeft ten aanzien van de voorgenomen fusie tussen CZ en OZ geoordeeld dat er een vergunning is vereist. De NMa heeft nog geen besluit genomen over de voorgenomen fusie tussen VGZ-IZA en Trias.

Figuur 2.7 geeft een indruk van de relatieve grootte van de verschillende zorgverzekeraars. Aan deze eerste indruk kunnen geen conclusies worden verbonden over de positie van zorgverzekeraars in de onderhandelingen met ziekenhuizen: er zijn twee factoren die in ogenschouw moeten worden genomen:

- regionale spreiding
- soort polis

²⁰ Het CTZ en CTG/ZAio brengen in augustus 2005 een consultatiedocument monitor zorgverzekeringsmarkt uit.

Figuur 2.7: Relatieve grootte zorgverzekeraars



Bron: NRC zorgbijlage 20 november 2004

Als er zorg wordt gecontracteerd, dan gebeurt dat ten behoeve van een groep verzekerden in een bepaald gebied. Gezien de voorkeur van verzekerden moet de gecontracteerde zorg zich in de nabijheid van de werklocatie of woonplaats van de verzekerden bevinden. De regionale spreiding van zorgverzekeraars wordt daarmee belangrijk. Uit paragraaf 5.4.6 blijkt dat een zorgverzekeraar met een groot marktaandeel in een bepaalde regio (dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar namens een grote groep verzekerden in de regio onderhandelt) lagere prijzen weet te bedingen dan een zorgverzekeraar met een laag marktaandeel in de regio.

Zorgverzekeraars hoeven niet noodzakelijkerwijs zorg namens hun verzekerden te contracteren voor het B-segment. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden ook zogenoemde restitutiepolissen aanbieden. In dat geval vergoedt de zorgverzekeraar (een deel van) de prijs die het ziekenhuis de verzekerde in rekening brengt. Met een dergelijke polis heeft de zorgverzekeraar nauwelijks onderhandelingsmacht op de inkoopmarkt.

Verzekeraars zijn sterk regionaal vertegenwoordigd. De regio's komen overeen met de voormalige ziekenfondsregio's. Momenteel is er nog een onderscheid te maken tussen particuliere polissen en ziekenfondspolissen. Vrijwel alle verzekeraars bieden beide polissen aan. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 komt er een basisverzekering en vervalt dit onderscheid.

Veel zorgverzekeraars hebben inkoopcombinaties gevormd met als doel voor de leden te zorgen voor schadelastbeheersing, automatisering en inkoop van zorg. Hiervan maakt het inkopen van DBC's bij ziekenhuizen ook deel uit. Veel zorgverzekeraars maken deel uit van een inkoopcombinatie voor ziekenhuizen waar zij relatief weinig afnemen. MultiZorg is de bekendste inkoopcombinatie met de meeste leden. MultiZorg is in 1992 opgericht en de organisatie bestaat nu uit ONVZ, Fortis, DSW, Goudse, PNO/VVAA en drie volmachten. Andere bekende inkoopcombinaties zijn Agis, Menzis en VGZ/IZA; Achmea en Multizorg/DSW; OZ en CZ.

Volgend jaar gaat De Friesland samenwerken met VSR, Salland, Zorg & Zekerheid en Azivo in alle regio's buiten Friesland, Overijssel en Zuid-Holland.

Inkoopcombinaties kopen niet altijd in dezelfde samenstelling samen zorg in. Dergelijke vormen van samenwerking zijn op grond van de Mededingingswet in beginsel slechts toegestaan voor ondernemingen die op zowel de zorgverzekeringsmarkt als de zorginkoopmarkt gezamenlijk een marktaandeel kleiner dan 15% hebben²¹.

2.5 De verdeling van de macht in de onderhandelingen

2.5.1 'Dominante zorgverzekeraars'

Ruim 85% van de ziekenhuizen onderhandelt met een dominante zorgverzekeraar. Hieronder wordt in dit monitordocument een zorgverzekeraar verstaan die meer dan 50% van de productie van het ziekenhuis afneemt. Alle ziekenhuizen onderhandelen met ten minste één zorgverzekeraar die meer dan 25% van de productie afneemt.

De dominante zorgverzekeraars lijken op het eerste gezicht over een goede onderhandelingspositie te beschikken, omdat zij een groot deel van de productie van het ziekenhuis afnemen. Uit figuur 2.4 blijkt echter dat in veel regio's ook de markt voor ziekenhuiszorg geconcentreerd is. Het is daarom de vraag waar in die gevallen de onderhandelingsmacht ligt: bij de dominante zorgverzekeraar of bij het ziekenhuis. Het antwoord is vooral afhankelijk van de alternatieven die zorgverzekeraars hebben om de zorg elders onder te brengen. Als deze alternatieven beperkt zijn, heeft het ziekenhuis een goede onderhandelingspositie. Deze alternatieven zijn bijvoorbeeld beperkt als er weinig of geen andere ziekenhuizen in de omgeving zijn en verzekerden niet willen reizen of omdat de verzekerden graag willen dat dat specifieke ziekenhuis niet ontbreekt in het pakket van hun zorgverzekeraar. Zoals gezegd is het aanbod van ZBC's beperkt en hun marktaandeel gering waardoor hun onderhandelingspositie waarschijnlijk minder sterk is. Dit blijkt ook uit het feit dat ZBC's vaak pas worden gecontracteerd als de zorgverzekeraars al contracten met de ziekenhuizen hebben gesloten.

2.5.2 Kwalitatief beeld uit interviews

Deze oriënterende monitor bevat geen kwantitatief onderzoek naar de onderhandelingsposities. Op basis van de interviews kan wel een kwalitatief beeld worden geschetst.

Uit de meeste interviews komt naar voren dat ziekenhuizen een iets betere onderhandelingspositie hebben dan zorgverzekeraars. Uiteraard is dat, zoals hierboven genoemd, ook afhankelijk van de alternatieven die zorgverzekeraars hebben om de productie elders onder te brengen. Ziekenhuizen maken naar eigen zeggen geen gebruik van hun onderhandelingspositie; in de sector is er duidelijk een besef dat men tot elkaar is veroordeeld. Dit lijkt niet opmerkelijk gegeven de huidige marktstructuur en de transitiefase waarin de sector

²¹ Zie de Richtsnoeren voor de zorgsector, 2002, NMa

zich bevindt. Voor de iets betere onderhandelingspositie van ziekenhuizen zien we de volgende, deels tijdelijke redenen:

- De markt vertoont nog enige schaarste. Zo zijn er bij sommige zorginstellingen nog steeds wachtlijsten, al zijn die veel korter dan een paar jaar geleden. De schaarste zou kunnen verdwijnen als de efficiëntie van ziekenhuizen toeneemt, als zorgverzekeraars bereid zijn een hogere prijs te betalen, of als verzekeraars patiënten naar een instelling zonder wachtlijst kunnen sturen. Om de wachtlijsten weg te werken, spreken zorgverzekeraars daarnaast hogere volumes af met ziekenhuizen en contracteren zij ook ZBC's. Zorgverzekeraars proberen hierop met name te sturen door afspraken te maken over een snellere behandeling van hun verzekerden. Een voorbeeld hiervan is de 3x5 regel: eerste polibezoek binnen vijf dagen, diagnose binnen vijf dagen daarna en behandeling binnen vijf dagen dáárna²².
- De ziekenhuizen hebben een informatievoorsprong. Zij hebben meer inzicht in de kostenopbouw en kwaliteit van de producten. Er worden nu clausules in de contracten opgenomen om af te dwingen dat de ziekenhuizen de zorgverzekeraars van informatie voorzien.
- Medewerkers van zorgverzekeraars moeten nog wennen aan hun nieuwe inkooprol, net als medewerkers van ziekenhuizen nog moeten wennen aan hun nieuwe verkooprol. Verzekeraars geven aan dat de manier waarop ziekenhuizen zich (commercieel) opstellen, sterk verschilt per ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen hebben kosten- en zorgprofielen om hoge prijzen te onderbouwen, terwijl andere zich afwachtend opstellen. Ziekenhuizen die met verschillende zorgverzekeraars praten, geven aan dat de inkoopvaardigheid per zorgverzekeraar sterk verschilt. Dit geldt zowel voor zorginhoudelijke aspecten als voor prijsonderhandelingen. Alle geïnterviewden merken duidelijk dat men dit in 2005 voor het eerst doet. Er is nog een gebrek aan vaardigheid en resultaatgerichtheid. Om de onderhandelingsvaardigheden te vergroten, stellen ziekenhuizen een verkoopstrategie op voor volgend jaar en trainen zorgverzekeraars momenteel hun medewerkers in hun nieuwe inkooprol.
- In de huidige transitiefase zijn zorgverzekeraars nog terughoudend met het sturen van patiënten vanwege mogelijke negatieve effecten op hun reputatie. Zij willen zo veel mogelijk zorg contracteren en vergoeden de zorg slechts in uitzonderlijke gevallen niet.

"Ze kunnen niet om ons heen, wij zijn centraal in hun gebied. Overigens moet je dit niet uitbuiten, de verhouding is over een paar jaar waarschijnlijk andersom." (ziekenhuis)

"Ja, dat hadden we niet gedacht, maar als je het achteraf bekijkt hebben wij meer te zeggen." (ziekenhuis)

"De focus van zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen was deze ronde op continuïteit; meer op relatie in plaats van op hard inkopen." (zorgverzekeraar)

²² Dit kan eventueel wel leiden tot verdringingseffecten voor patiënten van andere verzekeraars.

2.6 Samenhang tussen A- en B-segment

2.6.1 Koppeling van A- en B-segment tijdens onderhandelingen

In het A-segment gelden nog vaste prijzen en de contracteerplicht. Voor het A-segment onderhandelen zorgverzekeraars collectief met de ziekenhuizen (lokaal overleg). Het A-segment lijkt de onderhandelingen in het B-segment op verschillende manieren te beïnvloeden.

Zo blijkt uit sommige interviews dat er sprake is van koppeling tussen het A- en B-segment, bijvoorbeeld door de prijs in het B-segment te koppelen aan bevoorschotting in het A-segment.

Ook sommige ziekenhuizen willen een koppeling maken tussen het A- en B-segment. Eén zorgverzekeraar legde uit dat de onderhandelingen over het B-segment bij de ziekenhuizen waar zij de dominante zorgverzekeraar zijn, lang duren omdat het lastig is om de onderhandelingen over het B-segment te scheiden van het A-segment. Volgens deze zorgverzekeraar komt dit omdat ziekenhuizen nog steeds vanuit de budgetten denken en van hun dominante zorgverzekeraar budgetzekerheid verwachten.

"Je hebt het A-segment ook nog waar je nog steeds met elkaar door één deur moet kunnen." (medisch specialist)

2.6.2 Beperkt belang B-segment

Het aandeel van de omzet in het B-segment verschilt sterk per type ziekenhuis: van gemiddeld 3% bij academische ziekenhuizen tot 8% bij topklinische ziekenhuizen en 10% bij algemene ziekenhuizen. Voor ZBC's is het aandeel van het B-segment in de totale productie niet bekend.

Het belang van het B-segment verschilt per specialisme. Doordat een relatief groot aandeel van de omzet in orthopedie en oogheelkunde naar het B-segment is gegaan, is het belang voor deze specialismen relatief groot.

Het belang dat het management hecht aan het B-segment voor het ziekenhuis, varieert nogal. De organisatie van de onderhandelingen is sterk verschillend per ziekenhuis. Wel wordt steeds duidelijk gemaakt dat voor de ziekenhuizen het A-segment nog verreweg het belangrijkste is, en dat het B-segment eigenlijk nog niet groot genoeg is om significante impact te hebben op de beleidsvoering. In de interviews geven de meeste ziekenhuizen aan dat het belang van het B-segment toeneemt, als dit segment wordt uitgebreid. Vrijwel alle geïnterviewden zouden een uitbreiding van het B-segment als een positieve ontwikkeling zien.

"Het is per instelling heel wisselend wie aan de onderhandelingen deelneemt en uiteindelijk beslist. Bij de ene instelling zijn het HEAD's, bij de andere mensen uit de Raad van Bestuur. Sommige ziekenhuizen hebben een onderhandelingsdelegatie gemaakt. Om een besluit te kunnen nemen moeten alle deelnemers van die delegatie aanwezig zijn. Deze procedure is erg onhandig." (zorgverzekeraar)

"Voor onze Raad van Bestuur staat dit niet hoog op de agenda." (ziekenhuis)

"Onze voorzitter informeert geregeld naar de ontwikkelingen." (ziekenhuis)

"Dit is 'Spielerei', het B-segment dient te worden uitgebreid als we marktwerking serieus nemen." (ziekenhuis)

Zorgverzekeraars geven aan dat het belang van het B-segment voor hun beleidsvoering weliswaar nog niet heel erg groot is, maar dat dit naar verwachting in de toekomst toeneemt. In 2005 hadden zorgverzekeraars ook met andere grote veranderingen te maken zoals de schadelastverschuiving vanwege de financiering op basis van DBC-tarieven in plaats van verrichtingen, de administratieve problemen rond de invoering van DBC's en de voorbereiding op de beoogde invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006.

Zorgverzekeraars moeten duidelijk wennen aan hun nieuwe inkooprol. Zorgverzekeraars geven aan dat de ondersteuning in de vorm van de ZN-DBC-inkoopgids erg belangrijk is geweest voor alle inkoopaspecten. In deze gids staat informatie over zorgprofiel, kwaliteit, volumes, prijzen en kostprijberekeningen. De NMa verbiedt brancheorganisaties in beginsel om informatie als kostprijzen en kwaliteit op te nemen in inkoopgidsen en vergelijkbaar materiaal. Hiermee kan de mededinging namelijk verstoord worden omdat het gebruikt kan worden als richtlijn. VWS en de NMa, in overleg met CTG/ZAio, hebben echter voor 2004 en 2005 een uitzondering gemaakt. In principe mag de gids daarna niet meer worden uitgegeven. Uitgangspunt is dat de zorgverzekeraars in 2004 en 2005 zelf voldoende informatie hebben kunnen opbouwen om op basis van die eigen informatie te gaan onderhandelen. Met ZN is afgesproken begin 2006 een evaluatiegesprek te houden.

2.7 Conclusie

Bij de zorgaanbieders in het B-segment vinden twee tegengestelde ontwikkelingen plaats. Enerzijds fuseren veel ziekenhuizen. Anderzijds neemt het aantal ZBC's sterk toe. In totaal neemt het aantal aanbieders toe, maar de nieuwe aanbieders (ZBC's) hebben een heel beperkte omzet. Ook tussen zorgverzekeraars vinden veel fusies plaats. Uit de analyse blijkt dat in de meeste regio's sprake is van een nauwe relatie tussen het ziekenhuis en de dominante zorgverzekeraar.

Voor concurrentie zijn voldoende aanbieders en zorgverzekeraars nodig. Veel ziekenhuizen hebben echter weinig concurrenten in hun regio. Bovendien onderhandelt ruim 85% van de ziekenhuizen met een zorgverzekeraar die meer dan 50% van hun productie afneemt. Voor de gecontracteerde zorg is het algemene beeld uit de interviews dat ziekenhuizen vooralsnog een iets betere onderhandelingspositie hebben dan zorgverzekeraars.

Het belang dat ziekenhuizen hechten aan het B-segment varieert nogal. Ziekenhuizen denken dat het belang van het B-segment toeneemt als het wordt uitgebreid. Zorgverzekeraars geven aan dat het belang van het B-segment voor hun beleidsvoering weliswaar nog niet heel erg groot is, maar dat dit naar verwachting in de toekomst toeneemt. Voor beide partijen geldt dat het A-segment nog verreweg het belangrijkste is. Het A-segment lijkt bovendien de onderhandelingen in het B-segment te beïnvloeden.

3. Kwaliteit

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de kwaliteit van de zorg. CTG/ZAio (en straks de NZa) heeft als doelstelling het inzicht in de geleverde kwaliteit van zorg te vergroten om daarmee de vergelijkbaarheid van en de concurrentie tussen zorgaanbieders te vergroten. Zonder transparante kwaliteit bestaat het risico dat concurrentie de kwaliteit van de zorg schaadt. Op grond van de WMG kan de NZa marktpartijen verplichten om informatie te verstrekken over kwaliteit. Indien marktpartijen de transparantie van de kwaliteit zelf verbeteren door kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en deze indicatoren te gebruiken bij de contractering van zorg, zal de NZa op deze punten geen initiatieven ontplooien. In dit licht gaat dit hoofdstuk in op de transparantie van kwaliteit en de rol van kwaliteit in de recente onderhandelingen. CTG/ZAio monitort niet de medische kwaliteit op zich, hiervoor is IGZ de primaire toezichthouder.

De beschrijving van de kwaliteit van de zorg is niet in één definitie te vatten. De kwaliteit van de zorg kent namelijk verschillende dimensies: patiëntgerichtheid, veiligheid en effectiviteit van de verleende zorg. Andere dimensie-indelingen zijn echter ook mogelijk. In de onderhandelingen worden de zorgprofielen vaak tegelijkertijd met kwaliteit behandeld omdat die beide een medisch-inhoudelijke component bevatten. Er is echter wel een verschil: zorgprofielen gaan over input, en gemeten kwaliteit gaat over output. De zorgprofielen kunnen wel invloed hebben op de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarom wordt in dit hoofdstuk zowel ingegaan op de zorgprofielen als op de kwaliteit van de geleverde zorg.

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de interviews omdat CTG/ZAio geen beschikking heeft over kwantitatieve gegevens over de kwaliteit van de geleverde zorg.

3.2 Zorgprofielen

Niet iedereen is positief over de invoering van DBC's, maar men geeft wel aan dat het goed is een uitgangspunt te hebben om over zorgprofielen te kunnen spreken, zowel binnen het ziekenhuis – tussen management en specialisten – als tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars.

"We zitten nu meer, veel meer, met elkaar om tafel over de inhoud." (ziekenhuis)

"Een positief aspect van het gebruik van DBC's is dat de betrokkenheid van specialisten met het ziekenhuis hierdoor toeneemt. Je bereidt samen de onderhandelingen voor. Management en specialisten moeten nu samen om tafel gaan zitten om over de zorgprofielen te praten." (ziekenhuis)

"Overigens zijn onze zorgprofielen nog niet echt betrouwbaar vanwege administratieve problemen." (ziekenhuis)

ZN heeft in de DBC-inkoopgids onder andere zorgprofielen opgesteld en tevens enkele kwaliteitsindicatoren per DBC meegenomen die volgens ZN relevant zijn. De meeste zorgverzekeraars en ziekenhuizen maken gebruik van die inkoopgids. In een aantal gevallen was deze gids het uitgangspunt voor de besprekingen. Soms was het gebruik van de gids zelfs noodzakelijk omdat de ziekenhuizen hun eigen zorgprofielen niet kenden. Bij het opstellen van de zorgprofielen raadplegen ziekenhuizen hun medisch specialisten.

Het zorgprofiel wordt nog niet altijd, en zeker niet altijd in detail, besproken, maar er wordt wel meer over zorginhoudelijke aspecten gesproken dan voorheen. Bij ziekenhuizen wordt het spel rond openheid over zorgprofielen heel verschillend gespeeld. Eén ziekenhuis geeft aan alle informatie met de zorgverzekeraar te delen om de langetermijnrelatie te benadrukken. Een ander ziekenhuis geeft juist aan 'het geheim van de smid natuurlijk niet prijs te geven'. Er worden nu clausules in de contracten opgenomen om informatievoorziening door de ziekenhuizen aan de zorgverzekeraars af te dwingen.

Als het zorgprofiel ter sprake kwam, werd het samen met kwaliteit besproken en wel aan het begin van de onderhandelingen met zorgverzekeraars met een groot aandeel in de ziekenhuisproductie. Hiertoe zaten dan vaak, zowel bij de zorgverzekeraar als bij het ziekenhuis, ook medici aan tafel. Bij de kleinere zorgverzekeraars was niet altijd een medisch specialist aanwezig. Deze zorgverzekeraars hielden wel vaak ruggespraak met hun medisch specialist/adviseur.

Een van de geïnterviewden gaf aan dat in het algemeen de medische kennis bij de zorgverzekeraars goed was, maar wel behoorlijk theoretisch. De zorgverzekeraars redeneerden vaak op basis van literatuurgegevens en niet vanuit de praktijk.

Er zijn enkele voorbeelden van ziekenhuizen die in hun contracten voor bepaalde productgroepen afspraken over het zorgprofiel hebben opgenomen. Een voorbeeld is het aantal fysiotherapeutische nabehandelingen na heup- of knie-operaties.

In een interview werd aangegeven dat de zorgverzekeraar invloed heeft gehad op het zorgprofiel. Zo eiste de zorgverzekeraar dat maar in een bepaald percentage van alle operaties een bepaald soort doorligmatrassen werd gebruikt, terwijl het ziekenhuis deze doorligmatrassen bij alle operaties gebruikte. Het ziekenhuis heeft uiteindelijk de eis van de zorgverzekeraar ingestemd.

Zorgverzekeraars met een klein marktaandeel liften mee met de afspraken over zorgprofielen van de dominante zorgverzekeraar en andere grote zorgverzekeraars.

"Je ziet grote verschillen tussen aanbieders. Voor één DBC had het ene ziekenhuis een verhouding dagbehandeling : klinisch van 20 : 80 terwijl andere ziekenhuizen een 80 : 20-verhouding kennen. We hebben afgesproken dat het dit jaar betaald wordt op basis van 50 : 50. Een betere score komt ten goede van het ziekenhuis." (zorgverzekeraar)

"We begonnen veelbelovend met de marktleider, met de inkoopgids onder de arm. Uiteindelijk verwaterde dat en ging het over de euro's." (ziekenhuis)

Ziekenhuizen geven aan dat er eigenlijk geen onderscheid tussen patiënten van verschillende zorgverzekeraars is te maken waar het gaat om de zorginhoudelijke aspecten zoals het zorgprofiel. Deze worden veelal geborgd met standaardprotocollen. Het kost te veel administratieve lasten en/of wordt gezien als ethisch onwenselijk om de protocollen per zorgverzekeraar op te stellen. Daarbij kan het stellen van eisen aan een zorgprofiel en onderscheid maken tussen zorgverzekeraars betekenen dat een ziekenhuis ondoelmatiger moet gaan werken. Sommige ziekenhuizen zouden bijvoorbeeld een productiestraat moeten opbreken als het zorgprofiel verschilt voor patiënten van verschillende zorgverzekeraars.

3.3 Kwaliteit van de geleverde zorg

Het algemene beeld is dat de eerste gesprekken over zorgprofiel en kwaliteit in latere fases van de onderhandeling nauwelijks een rol hebben gespeeld. In de laatste fase ging het met name om de prijs. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat kwaliteit nog onvoldoende transparant is. Er is nog geen inzicht in hoe de kwaliteit van DBC 1 in instelling A zich verhoudt tot de kwaliteit van DBC 1 in instelling B.

Er zijn al wel diverse kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. In de ZN-DBC-inkoopgids zijn enkele kwaliteitsindicatoren per DBC opgenomen, bijvoorbeeld verwachte wondinfecties bij operatieve ingrepen, prediagnostiek (bloedonderzoek en foto's), en visusverbetering bij staaroperaties. Voor de algemene kwaliteitsindicatoren die voor het gehele ziekenhuis gelden, wordt meestal aangesloten bij de indicatoren van de IGZ. Dit gaat bijvoorbeeld om hygiëne- en registratie-eisen. Sommige zorgverzekeraars willen echter hun eigen indicatoren gebruiken hetgeen de ziekenhuizen inefficiënt vinden. Ziekenhuizen zijn tegen een wildgroei aan kwaliteitsindicatoren. In een artikel van Zorg Consult komt naar voren dat partijen pleiten voor het ontwikkelen van een basis-indicatorenset die tegemoet komt aan de wensen van de verschillende partijen²³. Uit de interviews ontstaat de indruk dat ziekenhuizen op basis van de zorgprofielen uit de ZN-DBC-inkoopgids intern met hun medische staf instellingseigen zorgprofielen en kwaliteitsindicatoren ontwikkelen. Hieraan willen zij kostprijzen koppelen en die gebruiken voor de onderhandelingen over het B-segment voor 2006. Een van de geïnterviewde zorgverzekeraars geeft aan dat hier duidelijk behoefte is aan een systeem van standaardisering van kwaliteitsindicatoren zodat de

²³ Zorg Consult Nederland, Invoering DBC-systematiek in ziekenhuizen Stilstaan of doorpakken?, Bart Durlinger, 26 april 2005.

administratieve lasten beperkt blijven²⁴. Echter, hierbij zou het dan volgens deze zorgverzekeraar wel mogelijk moeten zijn om zich nog te kunnen onderscheiden van andere zorgverzekeraars.

Uit een aantal interviews komt naar voren dat er nu meer gesprekken over kwaliteit worden gevoerd dan in het oude systeem. Zorgverzekeraars gebruiken deze ronde om informatievoorziening af te dwingen, zowel om een beter beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg als om achteraf te bepalen of aan eventuele kwaliteitsafspraken is voldaan.

Voorbeelden van kwaliteitsafspraken die zorgverzekeraars in de contracten opnemen zijn:

- De zorg wordt in beginsel verleend binnen de Treeknormen. Voorzover deze normen nog niet zijn bereikt, zal de instelling zich serieus inspannen wél aan de normen te voldoen.
- De instelling hanteert en registreert de 'Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen' en informeert de zorgverzekeraar over de gemeten resultaten, voorzien van een toelichting.
- Voor elke operatieve ingreep, waarbij algehele anesthesie nodig is, vindt preoperatieve screening op risicofactoren plaats en is ASA-classificatie noodzakelijk.

Bovendien maken sommige zorgverzekeraars ook kwaliteitsafspraken per DBC of groep DBC's. Voorbeelden hiervan zijn:

- een patiënt moet minimaal drie infecties (bijvoorbeeld keelpijn, oorpijn) binnen een jaar hebben gehad voordat de amandelen mogen worden verwijderd;
- het type heup dat voor bepaalde leeftijdscategorieën mag worden gebruikt;
- de verhouding tussen poliklinisch, dagbehandeling en opname.

Net als bij het zorgprofiel zijn aan het al dan niet behalen van afspraken over kwaliteit meestal geen financiële consequenties verbonden.

Daarnaast proberen sommige zorgverzekeraars op het laatste moment, dus na de prijsafspraken, alsnog clausules over kwaliteitsparameters en zorgprofielen in de contracten op te nemen. Volgens ziekenhuizen zijn daar in de onderhandelingen geen afspraken over gemaakt.

"Onze grootste zorgverzekeraar was helemaal niet voorbereid. We hebben het niet over kwaliteit gehad. Met de tweede zorgverzekeraar ging dat veel beter. Die man wist waar hij het over had." (ziekenhuis)

"Slechts bij één zorgverzekeraar was er een specialist meegekomen." (ziekenhuis)

"Met name bij nieuwe ZBC's kijken we kritisch naar de kwaliteit." (zorgverzekeraar)

²⁴ Om een wildgroei aan indicatoren te voorkomen, werkt ZonMW momenteel aan de ontwikkeling en implementatie van aandoeningsspecifieke prestatieindicatoren over patiëntveiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid. ZonMW wordt gefinancierd op basis van onderzoeksgeld van VWS.

"Ik heb het gevoel dat zorgverzekeraars echt bezig zijn om goede zorg dicht bij de verzekerde te brengen." (ziekenhuis)

"Sommige zorgverzekeraars wilden dat hun patiënten voorrang zouden krijgen bij wachtlijsten, maar dit hebben wij geweigerd."(medisch specialist)

3.4 Conclusie

Wat betreft onderhandelen over kwaliteit en zorgprofiel is 2005 een oefenjaar. Volgens een aantal geïnterviewden brengen DBC's een belangrijke positieve verandering in de sector teweeg; het werken met DBC's biedt specialisten, management en zorgverzekeraars een platform om over zorginhoudelijke aspecten te spreken. Beide partijen verwachten dat in de volgende jaren meer afspraken over kwaliteit worden gemaakt. De eerste voortekenen – het opnemen van informatieverplichtingen in de contracten – zijn daar ook naar. Aan afspraken over zorgprofiel en kwaliteit zijn meestal geen financiële consequenties verbonden. Kwaliteit is tot op heden onvoldoende transparant, terwijl dit een belangrijke voorwaarde is om kwaliteit te borgen in een situatie met concurrentie.

4 Toegankelijkheid

4.1 Inleiding

In deze oriënterende monitor wordt nog beperkt aandacht geschonken aan de toegankelijkheid van de zorg. Dit is wel een belangrijk thema voor toekomstige monitors op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG). Op grond van deze wet ziet de NZa toe op de wijze waarop verzekeraars hun zorgplicht vervullen. Kopen zorgverzekeraars voldoende zorg in voor hun verzekerden? Dit toezicht is vergelijkbaar met het huidige toezicht door het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) dat, evenals CTG/ZAio, opgaat in de NZa. In aanvulling hierop kan de NZa de toegankelijkheid bevorderen door (als ultimum remedium) individuele zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders met aanmerkelijke marktmacht contracteerplicht op te leggen. Ten slotte kan CTG/ZAio het Ministerie van VWS adviseren over beleidsmaatregelen die de toegankelijkheid van zorg kunnen verbeteren.

In dit hoofdstuk wordt de toegankelijkheid van de zorg vanuit de relatie met zorginkoop vanuit twee gezichtspunten bekeken:

- ten eerste, de hoeveelheid gecontracteerde zorg. De hoeveelheid gecontracteerde zorg kan de beschikbaarheid van betaalbare zorg voor consumenten borgen. Voor de toegankelijkheid is het echter niet noodzakelijk om zorg te contracteren indien zorgverzekeraars (een groot deel van) de passantenprijzen aan hun verzekerden restitueren;
- ten tweede, de mate van sturing door zorgverzekeraars. Sturing kan op twee manieren invloed hebben op de toegankelijkheid van de zorg. Enerzijds kan sturing voor een verzekerde betekenen dat toegang tot een bepaald ziekenhuis wordt beperkt. Anderzijds kan sturing juist bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg en zorgen voor kortere wachtlijsten.

In de toekomst zal CTG/ZAio ook kijken naar de beschikbaarheid van zorg. Dit onderzoek zal zich toespitsen op het bestaan van wachtlijsten en reisafstand.

4.2 Hoeveelheid gecontracteerde zorg

Ten aanzien van de relatie tussen zorginkoop en toegankelijkheid bestaat het risico dat zorgverzekeraars te weinig zorg inkopen en de niet-gecontracteerde zorg te duur is voor verzekerden vanwege te lage restitutie.

Op basis van interviews kan worden geconcludeerd dat bijna alle relevante combinaties van zorgverzekeraar en ziekenhuis, contracten hebben gesloten. Daarnaast zijn er ZBC's gecontracteerd.

Hoewel uit de interviews blijkt dat ongeveer 5% van de zorg niet gecontracteerd is, heeft dat nauwelijks invloed op de toegankelijkheid. Bijna alle zorgverzekeraars vergoeden namelijk de passantenprijzen aan hun verzekerden²⁵. De zorgverzekeraar betaalt ook in die gevallen soms de rekening direct aan het ziekenhuis. Voorzover bekend bij CTG/ZAio heeft slechts één zorgverzekeraar zijn verzekerden laten weten dat voor enkele niet-gecontracteerde ziekenhuizen, de zorg niet of slechts gedeeltelijk wordt vergoed. Het lijkt erop dat zorgverzekeraars hun reputatie geen schade willen berokkenen.

CTG/ZAio heeft geen informatie over de omvang van de ingekochte zorg en de beschikbare capaciteit bij zorgaanbieders. Zorgverzekeraars geven aan extra volume in te zullen kopen om wachtlijsten verder te laten afnemen. Zij geven aan dat toegankelijkheid een belangrijk aspect is van hun marktpositionering. Als CTG/ZAio de beschikking krijgt over alle MDS-gegevens, kan dit publieke belang beter worden gemonitord.

4.3 Sturing

De verwachtingen over de mogelijkheid om patiënten te sturen, wisselen nogal. Sommige zorgverzekeraars denken dat zij niet in staat zijn patiënten te sturen, andere wel. Eén zorgverzekeraar gaat een beperkte eigen bijdrage vragen aan patiënten die zich willen laten behandelen in ziekenhuizen waarmee geen afspraken zijn gemaakt. Sommige zorgverzekeraars verwachten dat de patiënt wel te sturen is bij een wachtlijst voor een bepaalde behandeling. Door bij een aanbieder met een slechte prijs-kwaliteitverhouding een lager volume te contracteren, kan dit worden bereikt; de verzekerde kan dan via wachtlijstbemiddeling naar een voorkeursziekenhuis of ZBC worden gestuurd. In hoeverre dit daadwerkelijk tot volumeverhuivingen leidt is nog niet duidelijk.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij onderzoeken of patiënten zich willen laten adviseren door hun zorgverzekeraar. Dit zou kunnen door patiënten informatie te geven over de kwaliteit van de instelling. Omdat deze informatie nog slechts sporadisch voorhanden is, wordt dit eerste jaar onder meer gebruikt om deze informatie te verzamelen.

*"De patiënt is alleen te sturen met een contactmoment, niet met een financiële prikkel."
(zorgverzekeraar)*

"Wij merken nog niets van patiëntensturing." (ziekenhuis)

*"Wij hebben met één zorgverzekeraar geen contract afgesloten. Deze zorgverzekeraar heeft al zijn verzekerden een brief gestuurd dat ze bij ons hun behandelingen niet vergoed krijgen."
(ziekenhuis)*

²⁵ Indien een verzekeraar geen contract met een ziekenhuis heeft gesloten, moeten zijn verzekerden de passantenprijzen betalen. Het is mogelijk dat de verzekeraar hier maar een deel van vergoedt. De verzekerde (patiënt) moet dan het overige deel zelf betalen.

"Als ik al zie hoeveel moeite wij moeten doen om de patiënt 10 km verderop in onze andere locatie te krijgen waar hij sneller behandeld kan worden door dezelfde medisch specialist..." (medisch specialist)

Alle geïnterviewden, zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen, stellen dat de huisarts een cruciale rol speelt in het sturen van patiënten. Sommige ziekenhuizen zetten al in op het faciliteren van de huisartsenpraktijk. Voorbeelden hiervan zijn:

- directe toegang tot het boekingsstelsel van specialisten voor huisartsen in de omgeving;
- ruimte op het ziekenhuisterrein voor een huisartsenpost.

Met name ziekenhuizen anticiperen op de rol van huisartsen als zorgverwijzer en concurreren om de gunst van de huisarts.

"De loyaliteit van de patiënt naar de behandelaar en naar de huisarts is veel groter dan naar de zorgverzekeraar." (zorgverzekeraar)

"Uiteindelijk, zeg over vijf jaar, maken wij productieafspraken met de huisarts." (ziekenhuis)

De mate van sturing lijkt dus nog beperkt. Hiervoor lijken drie redenen te zijn:

- De zorgverzekeraars hebben nog geen beleid ontwikkeld voor sturing. Dit past bij de observatie dat deze inkoopronde duidelijk een leerervaring is geweest. Veel aandacht van de zorgverzekeraars gaat nu nog uit naar het oplossen van de praktische problemen rond de invoering van DBC's.
- De zorgverzekeraars lijken zich in deze fase met name zorgen te maken over hun imago. Het doorvoeren van een premieverhoging voor ziekenfondsverzekerden, alsmede hogere en ingewikkelde rekeningen door de invoering van de DBC-structuur, maakt het moeilijk om tegelijkertijd het aanbod te versralen.
- Er is nog niet veel informatie beschikbaar om te kunnen sturen. Zorgverzekeraars proberen hier verandering in te brengen door informatie over de kwaliteit en het zorgprofiel van de ziekenhuizen te vergelijken.

Ook vanuit ziekenhuizen wordt eventuele sturing nog weinig beïnvloed. Dit zouden ziekenhuizen kunnen doen door zich toe te leggen op bepaalde behandelingen. De meeste ziekenhuizen hebben echter nog geen uitgesproken strategie om bepaalde producten al dan niet te willen leveren. Verschuivingen in aanbod en productdifferentiatie kunnen nu niet gemeten worden, de gegevens voor 2005 zijn eerder een nulmeting. CTG/ZAio kan hierover later rapporteren als de MDS-oplevering op gang is gekomen.

4.4 Conclusie

De toegankelijkheid van het B-segment lijkt, afgaande op de interviews, niet noemenswaardig veranderd te zijn ten opzichte van de situatie van vóór de vrije prijzen. Uit interviews komt naar voren dat zo'n 95% van het B-segment is gecontracteerd en verzekerd voor de resterende

5% in het algemeen de passantenprijzen krijgen vergoed. Sturing door zorgverzekeraars is nog geen belangrijke factor in het B-segment. De verwachtingen over de rol van sturing in de toekomst wisselen nogal.

5 Betaalbaarheid

5.1 Inleiding

CTG/ZAio (en straks de NZa) heeft voor het B-segment een rol ten aanzien van de betaalbaarheid van zorg op microniveau. Indien een instelling met aanmerkelijke marktmacht te hoge prijzen hanteert, kan de NZa als ultimum remedium voorwaarden opleggen ten aanzien van de prijsberekening. Een vergelijkbaar instrument heeft CTG/ZAio momenteel op grond van de WTG: het zogenoemde 'Toezichtskader te hoge en te lage tarieven'. Op deze wijze kan CTG/ZAio indirect de betaalbaarheid op macroniveau bevorderen. In aanvulling hierop kan CTG/ZAio het Ministerie van VWS adviseren over beleidsmaatregelen die de betaalbaarheid van zorg kunnen verbeteren.

Om een oordeel te kunnen geven over de betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg in het B-segment, moet gekeken worden naar de ontwikkeling van de prijzen, de ontwikkeling van de vraag (volumes) en de ontwikkeling van de kostprijzen (efficiëntie). Inzicht in de ontwikkeling van de prijzen is nodig om de betaalbaarheid op microniveau te kunnen beoordelen. Om de betaalbaarheid ook op macroniveau te kunnen beoordelen, is ook inzicht in de ontwikkeling van de vraag noodzakelijk. Met kostprijzen (efficiëntie) kan daarnaast enig inzicht worden verschaft in de betaalbaarheid op de lange termijn. Gegevens over volumes en kosten zijn echter nog niet beschikbaar, daarom is deze oriënterende monitor gericht op de ontwikkeling van de prijzen. CTG/ZAio heeft verschillende prijsanalyses gedaan. Deze analyses zijn gebaseerd op de prijsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen en op de passantenprijslijsten die zorginstellingen hebben opgesteld voor de niet-gecontracteerde zorg. Wegens de beperkte beschikbaarheid van contractprijzen en volumegegevens van de ZBC's, zijn de ZBC's niet meegenomen in de prijsanalyses.

Opgemerkt moet worden dat veel aannames zijn gemaakt om de prijsanalyses uit te kunnen voeren.

In dit hoofdstuk worden eerst de prijsonderhandelingen besproken. Daarna komt het gemiddelde prijsniveau en de gevolgen voor de macrobetaalbaarheid aan de orde²⁶. Vervolgens is er aandacht voor de spreiding in de prijzen per diagnose, per specialisme, per provincie, per zorgaanbieder, per type ziekenhuis en per categorie zorgverzekeraar. Hiermee wordt het mogelijk om gericht vervolgonderzoek te verrichten naar eventuele hoge prijzen.

²⁶ Hierbij wordt uitgegaan van geschatte volumegegevens van 2004.

Prijsstijging en schoningsprijzen en -volumes

In dit monitordocument spreken we over prijsniveau en opslag op de schoningsprijzen en niet over prijsstijging. Ziekenhuizen doen nu immers voor het eerst ervaring op met het beprijsen van hun producten. Daarnaast is met de invoering van de vrije prijsvorming de structuur van de productmarkt sterk gewijzigd door de invoering van DBC's. Voorheen waren er dus überhaupt nog geen prijzen per DBC, en zeker geen marktprijzen per DBC. Om het budget van de ziekenhuizen te schonen is wel gebruik gemaakt van zogenoemde schoningsprijzen.

De schoningsprijzen zijn echter niet representatief voor alle ziekenhuizen. De schoningsprijzen zijn namelijk berekend op basis van DBC-kostprijsinformatie van twaalf koploperziekenhuizen die eerder zijn begonnen met het registreren van DBC's. Deze groep koploperziekenhuizen hoeft niet representatief te zijn voor alle ziekenhuizen. Het is dus mogelijk dat bij een ziekenhuis de kostprijs van een DBC veel hoger of lager is dan de schoningsprijs.

De schoningsprijzen zijn dan ook niet te vergelijken met marktprijzen. Ze zijn immers niet gerelateerd aan individuele kosten van het ziekenhuis, schaarste (lees wachtlijsten) en kwaliteit. Indien de marktprijzen in de praktijk hoger of lager blijken te zijn dan de schoningsprijzen zegt dit niet perse iets over de kostenontwikkeling van ziekenhuizen in het B-segment.

Daarom is het ook beter om te spreken over prijsniveau en opslag op de schoningsprijzen dan over prijsstijging. Het prijsniveau wordt overigens ook vaak gepresenteerd als een percentage opslag of korting op de schoningsprijzen.

De schoningsvolumes zijn eveneens berekend op basis van de DBC-registratie van de twaalf koploperziekenhuizen. Vanuit deze gegevens is er een vertaalslag gemaakt van de verrichtingenregistratie en eerste polikliniek bezoeken (EPB's) van individuele ziekenhuizen naar de volumes per DBC voor ieder ziekenhuis.

5.2 Onderhandelingen

5.2.1 Prijzen

Dit was het eerste jaar waarin ziekenhuizen en zorgverzekeraars konden onderhandelen over de prijzen van de DBC's in het B-segment. De onderhandelingen begonnen vaak over kwaliteit en zorgprofielen, maar eindigden over prijzen. In veel gevallen is er dan bij de uiteindelijke prijsafspraken geen koppeling gemaakt tussen de prijs en het zorgprofiel en/of de kwaliteit. Dat is wel de insteek voor de volgende ronde; zorgverzekeraars eisen informatie hierover op bij de aanbieders. De ziekenhuizen gebruiken, indien bekend, hun eigen kostprijzen als uitgangspunt bij de onderhandelingen. Ziekenhuizen die geen inzicht hebben in hun kostprijzen, nemen de schoningsprijzen en het bedrag waarmee het budget is verminderd bij de opschoning als uitgangspunt bij de onderhandelingen. De zorgverzekeraars gaan vooral uit van de schoningsprijzen.

Soms wordt er voor het totale pakket een opslagpercentage afgesproken waarmee de schoningsprijzen worden verhoogd. Een aantal zorgverzekeraars hecht namelijk meer waarde aan het totaal te betalen bedrag dan aan de prijs per DBC. Binnen het pakket worden dan de prijzen van enkele DBC's aangepast op basis van de kostprijzen van de desbetreffende DBC's. Volgens geïnterviewden wordt voor een DBC met een lage kostprijs een lagere opslag gehanteerd dan voor een DBC met een hoge kostprijs. Op deze manier lukt het volgens de geïnterviewden die beweren inzicht te hebben in de kostprijzen, om de meeste DBC's boven de kostprijs aan te bieden. Daarnaast laat het ziekenhuis hierdoor zien welke DBC's duurder zijn en welke goedkoper. Dit vinden de ziekenhuizen belangrijk in verband met de toetreding van ZBC's. De prijzen binnen het pakket worden wel zodanig aangepast dat de som van prijzen maal volumes uitkomt op de eerdergenoemde afspraak voor het totale pakket. CTG/ZAio is voornemens deze afspraken nader te analyseren.

In andere gevallen wordt er geen totale pakketafpraak gemaakt, maar wordt per DBC of groep DBC's een prijs afgesproken. Sommige ziekenhuizen geven daarnaast ook extra kortingen op de prijzen afhankelijk van de wijze van betalen.

Volgens ziekenhuizen en zorgverzekeraars rondt het ziekenhuis eerst de onderhandelingen met de dominante zorgverzekeraar af, alvorens met kleinere zorgverzekeraars te onderhandelen en de passantenprijslijst vast te stellen. De prijs die het ziekenhuis met de dominante zorgverzekeraar afsprekt, is vaak lager dan de prijs die met de andere zorgverzekeraars wordt afgesproken (zie paragraaf 5.4.6.). Met vertegenwoordigers van de dominante zorgverzekeraar en andere grote zorgverzekeraars wordt persoonlijk onderhandeld, terwijl de onderhandelingen met de kleine zorgverzekeraars vaak telefonisch, per post of e-mail worden gevoerd. Enkele zorgverzekeraars hebben zich voor markten waarin zij een klein aandeel hebben, verenigd in inkoopcombinaties. Hierdoor kunnen zij met meer ziekenhuizen (persoonlijk) onderhandelen.

De passantenprijzen zijn vastgesteld door de ziekenhuizen. Indien het ziekenhuis beschikt over kostprijzen, zijn de passantenprijzen gebaseerd op deze kostprijzen plus een opslag. Ziekenhuizen die geen inzicht hebben in hun kostprijzen hebben hun passantenprijzen meestal gebaseerd op de schoningsprijzen plus een opslag.

De opslagen op de schoningsprijzen of kostprijzen om de gecontracteerde prijzen en de passantenprijzen te bepalen, bestaan vaak uit verschillende componenten, bijvoorbeeld compensatie voor inflatie en een component om te compenseren voor het risico dat op volume gelopen wordt. Ook hanteren sommige ziekenhuizen een component om de extra liquiditeitsbehoefte te compenseren. Er is behoefte aan extra liquiditeit omdat het in het nieuwe systeem langer duurt voordat zorgaanbieders kosten kunnen declareren. De doorlooptijd van een DBC is langer dan de doorlooptijd van een verrichting. Daarnaast kunnen of konden veel ziekenhuizen door administratieve of registratieproblemen niet goed of (helemaal) niet declareren. Deze administratieve en registratieproblemen hebben ook als gevolg dat er waarschijnlijk een lager volume wordt gedeclareerd dan verwacht.

Overigens hebben sommige ziekenhuizen de passantentarieven veel hoger vastgesteld dan de gecontracteerde tarieven om de zorgverzekeraars onder druk te zetten een contract af te sluiten. Dit komt ook naar voren uit de prijsanalyses, waar te zien is dat de passantentarieven veel meer zijn gestegen dan de gecontracteerde prijzen.

"Wij hebben ons gebaseerd op de schoningsprijzen." (zorgverzekeraar)

"Voor sommige specialismen zitten er grote verschillen tussen kostprijzen en schoningsprijzen. Dit wordt met name een probleem bij verdere uitbreiding van het B-segment." (ziekenhuis)

"Wij kunnen eigenlijk zelf de kostprijs nog niet vaststellen." (ziekenhuis)

"De onderhandelingen gaan over het percentage bovenop de schoningsprijs. Het zou juist over kostprijzen – wij hebben die beschikbaar - moeten gaan, hierdoor is dit niet eens een leerjaar, maar is er een heel ander spel gespeeld." (ziekenhuis)

5.2.2 Volume

Zorginstellingen hebben niet met alle zorgverzekeraars volumeafspraken voor het B-segment gemaakt. Vaak wordt alleen met de grote zorgverzekeraars een volume afgesproken. Deze volumeafspraken zijn over het algemeen gebaseerd op de productie van het vorige jaar. Bij wachtlijst-DBC's zijn soms wel hogere volumeafspraken gemaakt. In een aantal gevallen zijn ook staffelkortingen afgesproken. Meestal zijn er geen harde afspraken over wat er gebeurt als het gecontracteerde volume wordt overschreden. Bovendien stellen deze afspraken niet altijd evenveel voor vanwege de administratieve problemen in veel ziekenhuizen.

"Tja, ... als we over het volume heen gaan, gaan we weer praten." (ziekenhuis)

"We hebben toch geen overzicht van de werkvoorraad bij ziekenhuizen." (zorgverzekeraar)

"We gaan veel produceren dat niet betaald wordt. Er wordt nu nog maar 10% van het volume van vorig jaar gedeclareerd." (ziekenhuis)

5.3 Macro betaalbaarheid

5.3.1 Gemiddeld prijsniveau

Op basis van een ruwe schatting zijn de contractprijzen gemiddeld een kleine 5% hoger dan de schoningsprijzen. De passantentarieven liggen gemiddeld een kleine 17% boven de schoningsprijzen. Zoals uit de interviews is gebleken, kan dit grote verschil deels verklaard worden doordat ziekenhuizen de passantentarieven extra hoog hebben vastgesteld om de zorgverzekeraars onder druk te zetten om een contract af te sluiten. De passantentarieven spelen echter slechts een kleine rol in de markt, aangezien volgens geïnterviewden ongeveer

95% van het verwachte volume gecontracteerd is (zie hoofdstuk 4). Gewogen naar dit volume is de totale gemiddelde opslag op de schoningsprijzen naar schatting ruim 5%.

De drie belangrijkste redenen waarom het gemiddelde prijsniveau van de contractprijzen een ruwe schatting is, zijn:

1 *De dataset is niet volledig.*

De informatie die CTG/ZAIo heeft over de prijsafspraken tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars in het B-segment van de ziekenhuiszorg beslaat ongeveer 95% van de markt.

2 *De weging van de prijzen per DBC is niet nauwkeurig genoeg.*

Om op basis van de prijzen per DBC het gemiddelde prijsniveau te berekenen, moeten de prijzen gewogen worden. CTG/ZAIo beschikt nu niet over voldoende informatie om die weging zorgvuldig te berekenen. Er zijn veel aannames gemaakt. Indien CTG/ZAIo zou beschikken over de MDS-gegevens, zouden minder aannames nodig zijn²⁷. Om het gemiddelde prijsniveau te bepalen, zijn de contractprijzen gewogen met:

- het geschatte aandeel van de desbetreffende DBC in het totale aantal DBC's
Het aantal DBC's is geschat door de eerste polikliniekbezoeken (EPB's) uit 2003 per ziekenhuis toe te rekenen naar DBC's op basis van de CGAO-data;
- het aandeel van de zorgverzekeraar in de omzet van het ziekenhuis.
Dit is berekend door de ingekochte ligdagen voor ziekenfondsverzekerden per zorgverzekeraar per ziekenhuis (A- en B-segment samen) te delen door het totaal aantal ligdagen van het desbetreffende ziekenhuis (beide geschaald op basis van de verhouding ziekenfonds:particulier per zorgverzekeraar).

3 *De waarde van leveringsvoorwaarden is niet meegenomen.*

In de gegevens over prijzen die de zorgverzekeraars hebben aangeleverd, is niet te zien welke leveringsvoorwaarden zijn afgesproken. Verschillen in afspraken over leveringsvoorwaarden zijn een normaal aspect van marktwerking. Voorbeelden hiervan die uit de interviews naar voren zijn gekomen, zijn:

- het verschuiven van patiëntenstromen horend bij de status van voorkeursaanbieder
- Het opleggen van behandeltermijnen zoals de 3x5 regel (binnen vijf dagen een polibezzoek, binnen vijf dagen de diagnose en binnen vijf dagen een behandeling);
- het geven van staffelkortingen boven bepaalde volumedrempels;
- het geven van voorschotten, ook voor het A-segment.

²⁷ Eén verzekeraar heeft onze schattingen gecontroleerd voor zijn eigen portefeuille en kwam 0,2 procentpunt prijsstijging lager uit dan onze gewogen schatting voor deze verzekeraar.

Punt 2 geldt deels ook voor het gemiddelde prijsniveau van de passantentarieven. De passantentarieven zijn namelijk gewogen naar het geschatte aandeel van de desbetreffende DBC in het totaal aantal DBC's.

Voor het feit dat de contractprijzen en de passantenprijzen gemiddeld hoger zijn dan de schoningsprijzen zijn verschillende verklaringen te bedenken. Ten eerste kunnen de schoningsprijzen lager zijn dan de werkelijke kostprijzen van de DBC's. Wanneer ziekenhuizen de prijzen gaan vaststellen op basis van hun kosten als gevolg van de introductie van marktwerking, zou dat betekenen dat hun vastgestelde prijzen hoger zijn dan de schoningsprijzen. Ten tweede hebben de schoningsprijzen in deze transitiefase nog een grote rol gespeeld in de onderhandelingen. Ziekenhuizen willen niet graag prijzen onder de schoningsprijzen afspreken omdat die dan totaal minder opbrengen dan het bedrag dat uit hun budget is gehaald. Daarbij hebben ziekenhuizen (zie paragraaf 5.2.1) verschillende opslagen gehanteerd om bijvoorbeeld de extra liquiditeitsbehoefte in het nieuwe systeem te compenseren. Ten derde kunnen de hogere prijzen een gevolg zijn van schaarste in het aanbod. Ten slotte werkt het marktmechanisme mogelijk nog niet voldoende. Door de korte periode van ervaring met vrije prijzen en gebrek aan (kosten)data is het niet mogelijk om de stijging van de prijzen ten opzichte van de schoningsprijzen nader te verklaren.

5.3.2 Macro kostenstijging

In principe kan met prijzen en volumes de verandering in het macrobudget berekend worden. Een nominaal gemiddeld prijsniveau van naar schatting ruim 5% boven de schoningsprijzen heeft een macrokostenstijging van ongeveer € 60 miljoen tot gevolg. Dit betreft slechts een eerste schatting omdat de volumes waarmee gerekend wordt, ruw zijn geschat en de prijsgegevens onvolledig zijn. Gecorrigeerd voor de verwachte inflatie van 1,6%²⁸ ligt het reële gemiddelde prijsniveau naar schatting een kleine 4% boven de schoningsprijzen. Dit heeft een reële macrokostenstijging van naar schatting ruim € 40 miljoen (prijsniveau 2004) tot gevolg.

Dit is slechts een ruwe schatting vanwege problemen met het bepalen van de volumes, zowel over 2004 als over 2005. Deze problemen zijn met name dat:

²⁸ Dit is een voorlopig cijfer van juni 2005. CBS, Kern indicatoren, www.cbs.nl.

- de productie van B-segment-DBC's in 2004 (schoningsvolume) die gebruikt wordt om het budget te schonen, nog niet is vastgesteld. Er is hierover nog lokaal overleg tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen gaande;
- de contractafspraken over volumes in 2005 niet bekend zijn. In de loop van 2006 worden de gerealiseerde volumes in 2005 bekend;
- er nog veel administratieve problemen zijn. Hierdoor wordt waarschijnlijk een lager volume aan B-DBC's gefactureerd dan gerealiseerd. In juni had eenderde van de ziekenhuizen de administratieve organisatie nog niet op orde²⁹. Ongeveer de helft van de ziekenhuizen is pas in juni begonnen met declareren.

De macrokostenstijging is geschat op basis van de prijzen die in contracten zijn vastgelegd en niet op basis van de gedeclareerde prijzen. De macrokostenstijging in 2005 op basis van gedeclareerde prijzen kan lager uitvallen, omdat waarschijnlijk relatief veel dure DBC's vanwege hun lange looptijd pas in 2006 zullen worden gedeclareerd.

De berekening van prijzen maal volume geeft aan hoeveel geld zorgverzekeraars extra kwijt zijn aan de inkoop van de zorg. Voor de macrobetaalbaarheid van de zorg in het B-segment zijn naast de inkoopuitgaven van zorgverzekeraars nog twee vragen relevant, namelijk:

- Hoeveel van de kostenstijging wordt doorberekend in de polisprijs?
- Wat kost het zorgverzekeraars om in het nieuwe stelsel te werken?

5.4 Spreiding in de prijzen

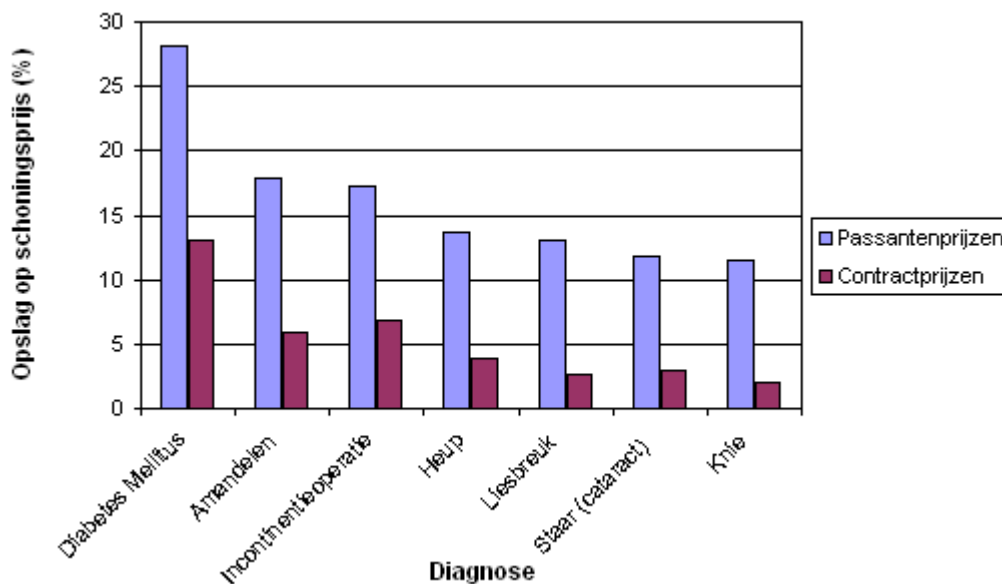
5.4.1 Verschillen per diagnose

Volgens geïnterviewden gaat tijdens de onderhandelingen de meeste aandacht uit naar de diagnoses³⁰ heup, knie, staar (cataract), amandelen (toncillen) en liesbreuk. Daarnaast komen spataderen (varices), diabetes en hernia soms aan de orde. De diagnoses waar de meeste aandacht naar uitging tijdens de onderhandelingen, behoren tot de zes diagnoses die het grootste aandeel hebben in de omzet in het B-segment (zie Hoofdstuk 2, figuur 2.2). Figuur 5.1 hieronder laat de gemiddelde opslag op de schoningsprijzen zien voor deze diagnoses, uitgaande van de gecontracteerde prijzen en de passantenprijzen. Met uitzondering van diabetes, amandelen en incontinentieoperatie liggen de opslagen op de schoningsprijzen voor deze grote DBC's lager dan de gemiddelde opslag op de schoningsprijzen van zowel de gecontracteerde prijzen als de passantenprijzen. Een mogelijke reden hiervoor is dat over deze DBC's ook het meest is onderhandeld. Een andere reden kan zijn dat de concurrentiedruk voor deze diagnoses hoger is of dat de kosten voor deze diagnoses relatief lager zijn dan de schoningsprijzen. Zonder MDS-data kan dit moeilijk nader worden onderzocht. Ten slotte kan ook hebben meegespeeld dat er al ervaring was opgedaan met het onderhandelen over deze diagnoses, omdat deze diagnoses ook al deel uitmaakten van de zogenoemde "Bomhoff-DBC's", waarover sinds 2003 mag worden onderhandeld.

²⁹ Zie kaderregeling AO/IC, www.ctg-zaio.nl.

³⁰ Tot een diagnose behoren verschillende DBC's.

Figuur 5.1: Opslag op schoningsprijzen per diagnose³¹



Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars en ziekenhuizen

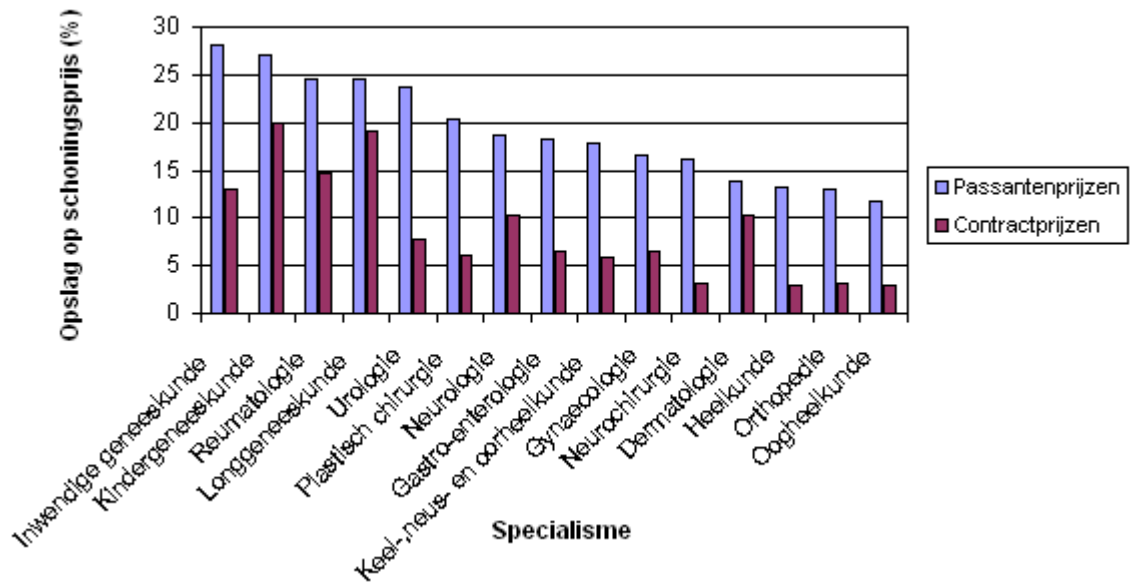
5.4.2 Verschillen per specialisme

De spreiding in de gemiddelde opslagen op de schoningsprijzen tussen de verschillende specialismen is erg groot (figuur 5.2). Uitgaande van de passantenprijzen zijn de op de schoningsprijzen gehanteerde opslagen voor inwendige geneeskunde en kindergeneeskunde het grootst. Als de contractprijzen echter uitgangspunt vormen, zijn de op de schoningsprijzen gehanteerde opslagen voor kindergeneeskunde en longgeneeskunde het hoogst. Oogheelkunde, orthopedie en heelkunde scoren zowel uitgaande van de gecontracteerde prijzen als uitgaande van de passantenprijzen het laagst. Er kunnen diverse verklaringen zijn voor de verschillen in gemiddelde opslag op de schoningsprijzen tussen de verschillende specialismen. Een mogelijke verklaring is het verschil in concurrentiedruk dat de specialismen ondervinden. Op het specialisme oogheelkunde lijkt de meeste concurrentie plaats te vinden. Oogheelkunde wordt ook samen met dermatologie, heelkunde en orthopedie het vaakst door ZBC's aangeboden. Een andere verklaring kan zijn dat de specialisten van sommige specialismen meer onderhandelingsmacht hebben in het ziekenhuis dan de specialisten van andere specialismen. Dit kan zich uiten in hogere prijzen voor de DBC's behorende tot dat specialisme. De verschillen kunnen mogelijk ook verklaard worden doordat de verhouding tussen werkelijke kostprijs en schoningsprijs verschilt bij de diverse specialismen. De schoningsprijzen zijn immers gebaseerd op mediane kostprijzen. Het is dus mogelijk dat de werkelijke kostprijzen van de DBC's behorende tot een specialisme relatief hoog zijn ten opzichte van de schoningsprijzen. Indien een ziekenhuis zijn prijzen bepaalt op basis van zijn

³¹ Twee diagnoses komen twee keer voor bij verschillende specialismen: de varices diagnoses bij dermatologie en heelkunde en de rughernia bij orthopedie en neurologie. Bij het berekenen van de prijsstijging per diagnose zijn deze diagnoses samengevoegd evenals de vier diagnoses 'diabetes' bij interne geneeskunde.

kosten, zal de opslag op de schoningsprijzen bij dit specialisme hoger zijn. Wederom kunnen mogelijke verklaringen voor verschillen in opslagen op de schoningsprijzen zonder MDS-data moeilijk nader worden onderzocht.

Figuur 5.2: Opslag op schoningsprijzen per specialisme

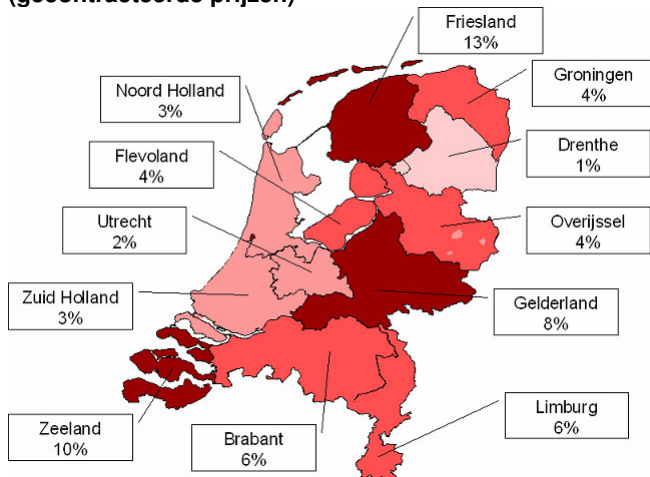


Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars en ziekenhuizen

5.4.3 Verschillen per provincie

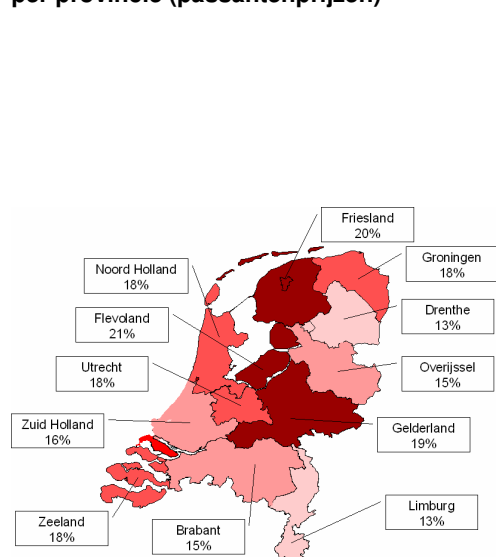
In figuur 5.3 en figuur 5.4 staan de gemiddelde prijsniveaus voor respectievelijk de gecontracteerde prijzen en de passantenprijzen per provincie. Voor zowel de passantenprijzen als de gemiddelde gecontracteerde prijzen, zijn de gemiddelde prijsniveaus per provincie erg verschillend. Het antwoord op de vraag waar het prijsniveau het hoogst en waar dat het laagst ligt, hangt ervan af of wordt uitgegaan van de gecontracteerde prijzen of van de passantenprijzen. Het is nu niet duidelijk waardoor de verschillen tussen provincies worden veroorzaakt. CTG/ZAio zal dit verder onderzoeken. Volgens CTG/ZAio zijn mogelijke verklaringen: de marktstructuur of specifieke karakteristieken van de provincies.

Figuur 5.3: Opslag op schoningsprijzen per provincie (gecontracteerde prijzen)



Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars

Figuur 5.4: Opslag op schoningsprijzen per provincie (passantenprijzen)

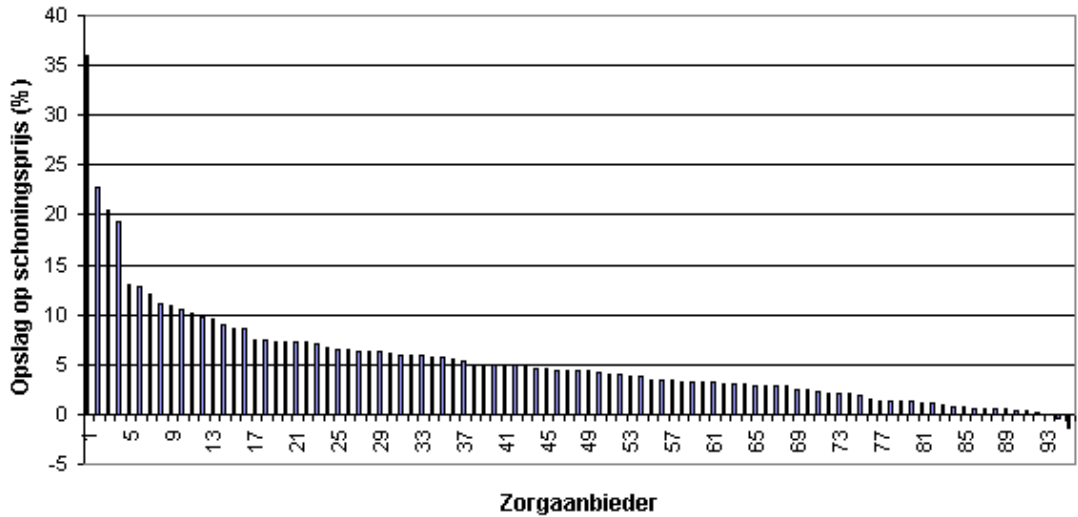


Bron: CTG/ZAio op basis van data ziekenhuizen

5.4.4 Verschillen per zorgaanbieder

Er is een grote variatie in de gemiddelde prijsniveaus per zorgaanbieder uitgaande van de gecontracteerde prijzen (figuur 5.5). Het gemiddelde prijsniveau varieert van 36% opslag op de schoningsprijzen tot ruim 1% korting op de schoningsprijzen.

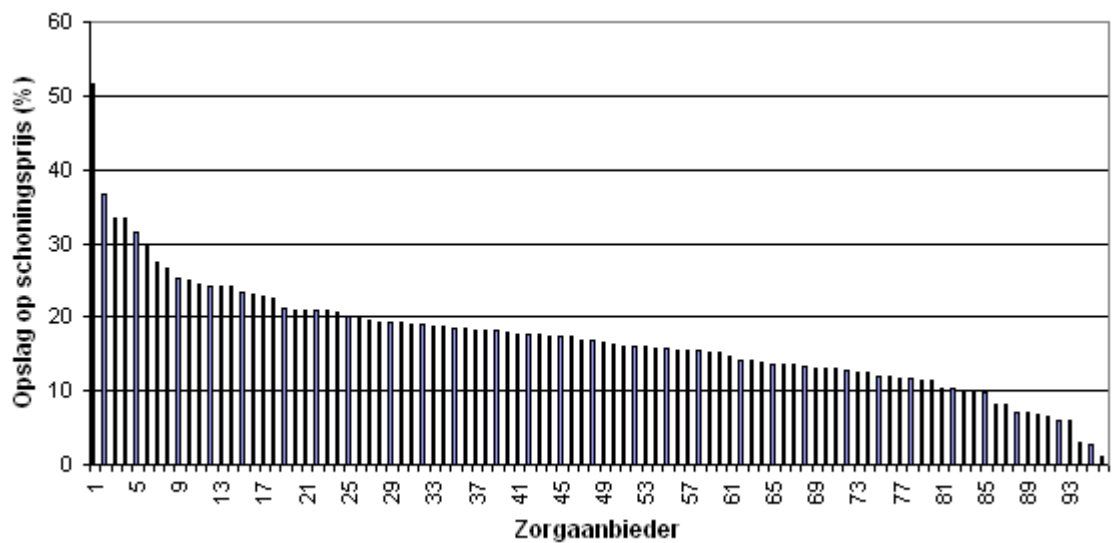
Figuur 5.5: Opslag op schoningsprijzen per zorgaanbieder (contractprijzen)



Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars

Ook bij de passantenprijzen is er sprake van een grote variatie in de gemiddelde prijsniveaus per zorgaanbieder (figuur 5.6). In tegenstelling tot de gecontracteerde prijzen ligt het gemiddelde prijsniveau van de passantenprijzen bij elke zorgaanbieder boven de schoningsprijzen. Het gemiddelde prijsniveau varieert van 1% opslag op de schoningsprijzen tot 52% opslag op de schoningsprijzen.

Figuur 5.6: Opslag op schoningsprijzen per zorgaanbieder (passantenprijzen)



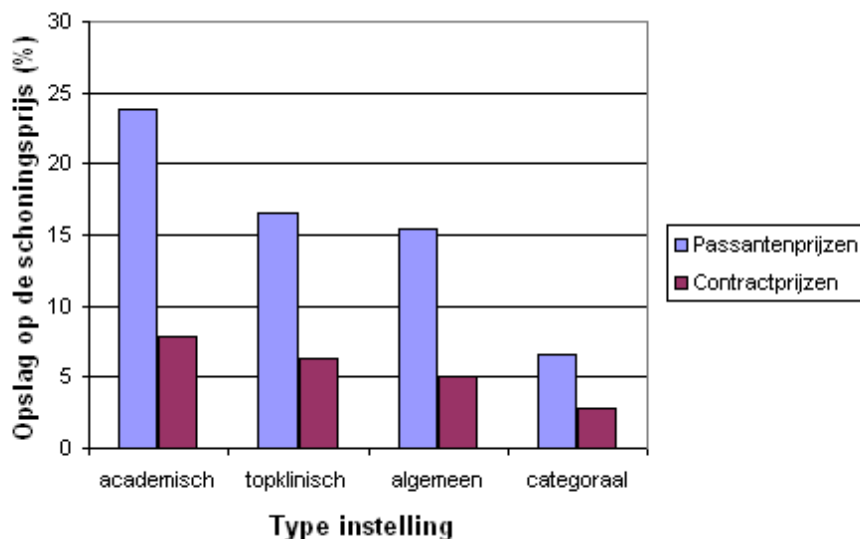
Bron: CTG/ZAio op basis van data ziekenhuizen

Er zijn verschillende oorzaken te bedenken voor de verschillen in gecontracteerde prijzen en passantenprijzen tussen de zorgaanbieders. Zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld hogere kosten hebben, door een zwaardere patiëntenpopulatie of omdat zij een hogere kwaliteit aanbieden. Het kan echter ook zo zijn dat sommige zorgaanbieders een grotere onderhandelingsmacht hebben dan andere, omdat zij minder concurrentie ondervinden. Een andere mogelijke oorzaak kan zijn dat sommige instellingen bij het bepalen van hun prijs uitgaan van hun kostprijzen die hoger liggen dan de schoningsprijzen, terwijl andere instellingen hier nog geen inzicht in hebben en hun prijzen baseren op de schoningsprijzen. CTG/ZAIo zal dit nader analyseren, zover als dit mogelijk is zonder MDS-data (inclusief kostendata).

5.4.5 Verschillen per type ziekenhuis

Academische ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen hebben respectievelijk gemiddeld bijna 8% en ruim 6% boven de schoningsprijs weten af te spreken (Figuur 5.7). Ook bij de passantenprijzen hanteren de academische ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen de hoogste gemiddelde prijzen. Bij de algemene ziekenhuizen zijn de gehanteerde opslagen op de schoningsprijzen lager (circa 5% gecontracteerde prijzen en ruim 15% passantenprijzen). Categoriele ziekenhuizen hanteren de laagste opslag op de schoningsprijzen (een kleine 3% gecontracteerde prijzen en ruim 6% passantenprijzen).

Figuur 5.7: Opslag op schoningsprijzen per type instelling



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

De hoge opslagen op de schoningsprijzen bij academische en topklinische ziekenhuizen zijn niet te verklaren door het academisch en topklinisch karakter van de DBC's. Het gaat hier namelijk om de DBC's in het B-segment. Deze DBC's zijn juist geselecteerd op mogelijke concurrentie en hebben geen van alle een academisch of topklinisch karakter. Het is volgens geïnterviewden wel mogelijk dat de academische ziekenhuizen een zwaardere

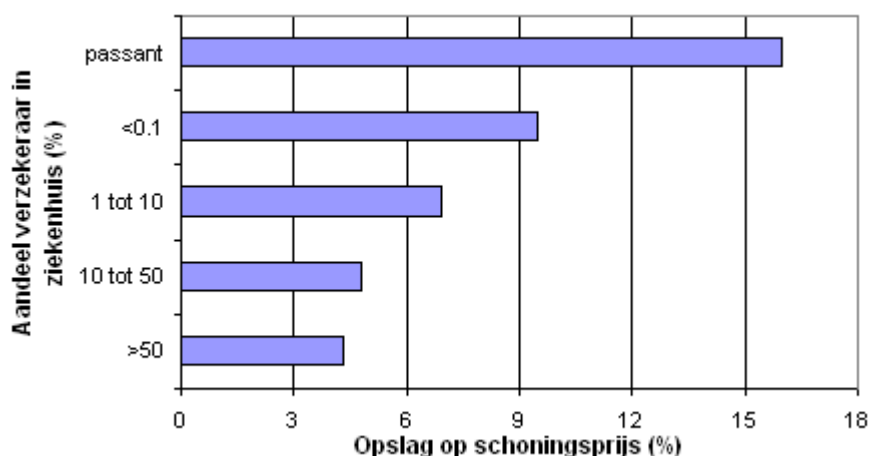
patiëntenpopulatie hebben. In samenhang hiermee is het mogelijk dat de academische ziekenhuizen een uitgebreider zorgprofiel hebben, waardoor hun kosten hoger zijn. Een andere mogelijke reden voor de hogere prijzen is dat de academische ziekenhuizen meer marktmacht hebben en hogere prijzen kunnen afdwingen. Zo werd in een van de interviews aangegeven dat zorgverzekeraars graag academische ziekenhuizen contracteren vanwege de publicitaire meerwaarde. Het is nu niet duidelijk of de hogere gecontracteerde prijzen ook leiden tot een daling in het volume van het B-segment voor academische en topklinische ziekenhuizen.

De verschillen tussen ziekenhuizen behoeven nader onderzoek. Hiervoor zijn MDS-data nodig (inclusief kostendata).

5.4.6 Verschillen per categorie zorgverzekeraar

In een situatie met concurrentie mag verwacht worden dat een zorgverzekeraar met een groot marktaandeel in een bepaalde regio lagere prijzen weet te bedingen dan een zorgverzekeraar met een laag marktaandeel. Deze verwachting is uitgekomen. Zie figuur 5.8.

Figuur 5.8: Prijsniveau in relatie met aandeel verzekeraar in ziekenhuis



Bron: CTG/ZAio op basis van data zorgverzekeraars en CTZ

Zorgverzekeraars met een marktaandeel groter dan 50%, zogenoemde dominante zorgverzekeraars, hebben gemiddeld de laagste prijzen afgesproken. De gemiddelde prijs voor deze dominante zorgverzekeraars is circa 4% boven de schoningsprijs. Dit bevestigt de informatie uit de interviews: zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars geven vaak aan dat de zorgverzekeraar met het grootste aandeel binnen een ziekenhuis de laagste prijs krijgt. Zorgverzekeraars met een marktaandeel tussen de 10% en 50% weten prijzen af te spreken die nauwelijks afwijken van de prijzen met de dominante zorgverzekeraars (circa 5%), terwijl zorgverzekeraars met een marktaandeel tussen de 1% en 10% prijzen afspreken van gemiddeld ongeveer 7% boven de schoningsprijzen. Het meest betalen de zorgverzekeraars met een marktaandeel kleiner dan 1% met prijzen van gemiddeld bijna 10% boven de schoningsprijzen.

Het verschil in gemiddelde opslag op de schoningsprijs is deels een gevolg van de wijze waarop het onderhandelingsproces heeft plaatsgevonden. Uit de interviews kwam naar voren dat zowel met de dominante zorgverzekeraar als met de andere grote zorgverzekeraars het intensiefst is onderhandeld, terwijl de onderhandelingen met de kleinere zorgverzekeraars vaak telefonisch of schriftelijk zijn gevoerd. Zorgverzekeraars met een marktaandeel kleiner dan 1% hebben vaak maar een paar patiënten per jaar bij een ziekenhuis. Vaak is het contact tussen deze zorgverzekeraar en een ziekenhuis zeer summier. Zij krijgen meestal een korting op de passantenprijslijst. Op grond van beschikbare data is deze korting gemiddeld ongeveer 6%.

Ook in interviews wordt bevestigd dat voor deze groep zorgverzekeraars de prijs is gekoppeld aan de passantenprijs.

Daarnaast kan het feit dat verzekeraars met een marktaandeel tussen de 1% en 10% niet substantieel hogere prijzen betalen dan verzekeraars met een groter marktaandeel, mogelijk te verklaren zijn doordat kleinere verzekeraars zich verenigen in inkoopcombinaties. Er is echter met de huidige gegevens nog geen vergelijking van de afgesproken prijzen tussen inkoopcombinaties en overige zorgverzekeraars te maken. Hiervoor is MDS-data nodig.

"Sommige ziekenhuizen zeggen gewoon dat de marktleider het niveau bepaalt en dat de andere zorgverzekeraars in ieder geval meer moeten betalen." (zorgverzekeraar)

"Onze strategie was om eerst met de grootste zorgverzekeraar te praten." (ziekenhuis)

"We hebben met de grootste zorgverzekeraar lang gesproken over zorgprofielen, maar die speelden bij de uiteindelijke prijsonderhandeling geen rol meer." (ziekenhuis)

"De marktleider heeft bij ons de laagste prijzen bedongen, terwijl onze tactiek juist was om de tweede grote zorgverzekeraar een groter marktaandeel te geven waardoor wij minder afhankelijk van de marktleider zouden worden." (medisch specialist)

5.5 Conclusie

Een ruwe schatting laat zien dat de prijzen ten opzichte van de schoningsprijzen nominaal gemiddeld ruim 5% zijn gestegen. Dit heeft een macrokostenstijging van naar schatting ongeveer € 60 miljoen tot gevolg, exclusief de waarde van eventuele leveringsvoorwaarden. De spreiding in opslag op de schoningsprijzen is groot. Zo zijn de opslagen relatief laag voor specialismen en diagnoses met de grootste omzet, zoals heekunde (liesbreuk), orthopedie (heup, knie) en oogheekunde (staar). Het gemiddelde prijsniveau verschilt ook per provincie. Bovendien is er een grote variatie per zorgaanbieder: bij sommige aanbieders liggen de prijzen gemiddeld wel 36% bóven de schoningsprijzen terwijl de contractprijzen bij een andere zorginstelling ruim 1% ónder de schoningsprijzen liggen. Academische en topklinische ziekenhuizen weten hogere opslagen op de schoningsprijzen af te spreken dan algemene en categorale ziekenhuizen. Ten slotte kunnen zorgverzekeraars met een groot marktaandeel lagere prijzen afspreken dan overige zorgverzekeraars. Met het oog op betaalbaarheid is onderzoek naar de oorzaken van de verschillen in prijsniveau wenselijk, zodat CTG/ZAio zonodig kan interveniëren of beleidsadviezen kan formuleren. Zonder MDS-data (inclusief kostendata) is nader onderzoek echter nauwelijks mogelijk.

Begrippenlijst

Woord	Uitleg
Anesthesie	De term 'anesthesie' betekent letterlijk 'niet voelen'. Het is een alomvattend begrip dat gehanteerd wordt voor zowel lokale, regionale als algemene verdoving ³² .
ASA-Classificatie	Een classificatie die wereldwijd wordt gehanteerd om de ernst van ziek-zijn en het anesthesierisico te kunnen inschatten (ASA = American Society of Anesthesiologists) ³³ .
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.
Cataract	Staar
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.
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.
CTG/ZAio	College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CZ	Zorgverzekeraar (zie ook Bijlage 1)
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
Doorlooptijd DBC	De tijd tussen het openen en sluiten van een DBC. Waarbij ook de dag dat de DBC wordt gesloten wordt meegeteld.
Dominante zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar met een aandeel van meer dan 50% het ziekenhuis. Dit aandeel is gebaseerd op het aantal ligdagen dat door het ziekenfonds is ingekocht in 2004.
EH-test	Elzinga-Hogerty test. Dit is een op patientenstromen gebaseerde methode om de relevante geografische markt af te bakenen.
EPB	Eerste polikliniekbezoek
HHI	Herfindahl Hirschmann-index
HNP	Nekhernia of Hernia Nuclei Pulposi
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Klinische behandeling	Behandeling in het ziekenhuis waarbij de patiënt langer dan 24 uur onderzocht, behandeld, verpleegd en verzorgd wordt ³⁴ .
LAZR	Landelijke Ambulante Zorgregistratie
Ligdag	Een dag waarop een patiënt is opgenomen

³² <http://www.vzwgo.be/dokters/specialisme/anesthesie/start.htm#c1>

³³ <http://www.vzwgo.be/dokters/specialisme/anesthesie/start.htm#c1>

³⁴ <http://www.dbconderhoud.nl/informatie/begrippenlijst>

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.
MDS	Minimale dataset
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 ³⁵ .
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NN/ONVZ	Zorgverzekeraar (zie ook Bijlage 1)
NRPK	Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OZ	Zorgverzekeraar (zie ook Bijlage 1)
Passantenprijs	De prijs die een ziekenhuis in rekening brengt aan patiënten wiens verzekeraar geen contract met het ziekenhuis heeft afgesloten.
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) ³⁶ .
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.
Staffelkorting	Korting die gegeven wordt omdat meer dan een bepaald afgesproken volume wordt afgenomen.
Toncillen	Amandelen
Treeknormen	Normen die zijn opgesteld door zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor aanvaardbare wachttijden.
Varices	Spataderen
VGZ-IZA	Zorgverzekeraar (zie ook bijlage 1)
VWS	Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZi	Wetsvoorstel toelating zorginstellingen
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
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 ³⁷ .

³⁵ http://www.nederzorg.nl/alg/faq_11.php

³⁶ http://www.nederzorg.nl/alg/faq_11.php

³⁷ <http://www.dbconderhoud.nl/informatie/begrippenlijst>

BIJLAGE 1 - Overzicht zorgverzekeraars per 1 februari 2005

Groep	Ziekenfondsen	Particuliere verzekeringen	
		Privaatrechtelijk	Publiekrechtelijk
Achmea	<ul style="list-style-type: none"> Zilveren Kruis Achmea OWM Groene Land PWZ Zorgverzekeraar UA OWM Onafhankelijk Ziekenfonds Bedrijven UA 	<ul style="list-style-type: none"> Zilveren Kruis Achmea Groene Land Achmea FBTO Zorgverzekeringen NV AXA Zorg NV Avero Achmea NV Ongevallen- en Ziektekosten verzekeringsmaatschappij OZF 	
AGIS	<ul style="list-style-type: none"> Owm Agis Zorgverzekeringen UA 	<ul style="list-style-type: none"> AGIS Ziektekostenverzekeringen NV 	
ASR-Fortis	<ul style="list-style-type: none"> OWM 'SR/Zorgverzekeraar' UA 	<ul style="list-style-type: none"> Amersfoortse Zorgverzekering Maatschappij Assurantieconcern Stad Rotterdam anno 1720 NV NV Verzekering Maatschappij Woudsend anno 1816 	
CZ	<ul style="list-style-type: none"> CZ Groep Zorgverzekeringen 	<ul style="list-style-type: none"> CZ Groep Zorgverzekeringen 	
De Friesland	<ul style="list-style-type: none"> De Friesland Zorgverzekeraar 	<ul style="list-style-type: none"> OWM De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen UA 	
Delta Lloyd Ohra	<ul style="list-style-type: none"> OWM Delta Lloyd en OHRA Ziekenfonds UA 	<ul style="list-style-type: none"> Delta Lloyd Zorgverzekering OHRA Ziektekostenverzekeringen NV 	
Menzis	<ul style="list-style-type: none"> Onderlinge Ziekenfonds Maatschappij AnderZorg UA OWM Ziekenfonds Nederzorg UA OWM Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds UA Geové Zorgverzekeraar 	<ul style="list-style-type: none"> Amicon Zorgverzekeraar OWM Geové zorgverzekeraar UA Ziektekostenverzekering Maatschappij Anderzorg NV N.V.S. Rijnmond Zorgverzekeraar NV 	
ONVZ	<ul style="list-style-type: none"> Onderlinge ONVZ Ziekenfonds UA 	<ul style="list-style-type: none"> ONVZ Ziektekostenverzekeraar 	
OZ	<ul style="list-style-type: none"> OZ Zorgverzekeringen 	<ul style="list-style-type: none"> OZ Zorgverzekeringen 	
Trias	<ul style="list-style-type: none"> Zorgverzekeraar Trias 	<ul style="list-style-type: none"> Trias Aanvullende verzekering 	
Unive	<ul style="list-style-type: none"> OWM Univé Zorgverzekeraar UA 	<ul style="list-style-type: none"> OWM Univé Zorgverzekeraar UA Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht 	
VGZ-IZA	<ul style="list-style-type: none"> OWM Zorgverzekeraar VGZ UA 	<ul style="list-style-type: none"> OWM Zorgverzekeraar VGZ UA 	<ul style="list-style-type: none"> IZR Nederland Instituut Zorgverzekering Ambtenaren Ned. Ziektekostenregeling Acad. Ziekenhuizen
Zorg en Zekerheid	<ul style="list-style-type: none"> OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA 	<ul style="list-style-type: none"> OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA 	
DSW	<ul style="list-style-type: none"> Zorgverzekeraar DSW UA 	<ul style="list-style-type: none"> DSW Ziektekostenverzekeringen NV 	
Niet behorende tot een groep	<ul style="list-style-type: none"> Stichting Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden OWM Salland Zorgverzekeringen UA OWM AZIVO Algemeen Ziekenfonds de Voharding UA 	<ul style="list-style-type: none"> OOM Global Care NV PNO Onderlinge Ziektekostenverzekering-maatschappij UA VVAA Schadeverzekeringen NV Generali Maatschappij voor Zorgverzekering Gouda NV Onderling Medisch Steunfonds OWM Steun bij Ziekte UA 	<ul style="list-style-type: none"> Dienst Geneeskundige Voorziening Politie

Bron: Vektis

