

Monitor

Najaarsrapportage

Prijzontwikkelingen ziekenhuiszorg 2008

december 2008

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting & Conclusie	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doelstelling najaarsrapportage	11
1.3 Informatiebronnen voor deze najaarsrapportage	11
1.4 Leeswijzer	12
2. Prijsontwikkelingen 2005-2008	13
2.1 Prijsontwikkeling 2005-2008	13
2.2 Landelijke prijsontwikkeling 2005-2008	13
2.3 Prijsontwikkeling 2005-2008 oude B-segment	15
2.4 Prijsontwikkeling 2007-2008 nieuwe B-segment	22
3. Onderhandelingsmacht 2008	27
3.1 Marktaandeel zorgverzekeraar	28
3.2 Ervaren onderhandelingsmacht	30
Bijlage 1. Gebruikte informatiebronnen	33
Bijlage 2. Methode voor berekeningen	35

Vooraf

Voor u ligt de najaarsrapportage prijsontwikkeling ziekenhuiszorg 2008 in navolging van de Monitor Ziekenhuiszorg 2008.

In de Monitor Ziekenhuiszorg 2008 (juli 2008) waren de prijsanalyses gebaseerd op circa 16% van de omzet in het B-segment. Slechts 30% van de ziekenhuizen had toen een contract afgesloten met één of meer zorgverzekeraars.

Het doel van deze najaarsrapportage is om VWS en de veldpartijen te informeren over de ontwikkeling van de prijzen binnen het B-segment van de ziekenhuiszorg in de periode 2007- 2008 met aangevulde prijsinformatie en de conclusies die hieruit getrokken kunnen worden over de verdeling van de onderhandelingsmacht tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Deze najaarsrapportage is één van de middelen die de NZa gebruikt om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen op het gebied van marktwerking in de ziekenhuiszorg.

Deze najaarsrapportage is tot stand gekomen met gebruik van diverse gegevensbronnen. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere instanties zijn hierbij behulpzaam geweest.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting & Conclusie

In deze najaarsrapportage geeft de NZa een update van de prijsontwikkelingen in het B-segment in de periode 2007-2008. Ten tijde van het uitbrengen van de Monitor Ziekenhuiszorg 2008 waren de contractonderhandelingen grotendeels nog niet afgerond, waardoor er slechts een beperkt zicht op de prijsontwikkelingen in de periode 2007-2008 bestond. Inmiddels is 77% van de onderhandelingen afgerond en kan de NZa een meer representatief beeld van de prijsontwikkeling schetsen. Ook geeft het een beter beeld van de onderhandelingsmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Een analyse van volumeontwikkelingen over de periode 2005-2007 is in deze rapportage niet mogelijk. Op dit moment heeft de NZa alleen zicht op de omzetten 2005-2007. De gegevens over 2008 komen pas in de loop van 2009 binnen, daardoor ontbreekt het op dit moment aan voldoende betrouwbare informatie om verdiepend onderzoek naar volumeontwikkelingen toe te passen. In het voorjaar van 2009 verwacht de NZa hier meer zicht op te hebben, evenals informatie over wachttijden en kwaliteit.

Conclusie monitor 2008

De belangrijkste conclusie uit de monitor 2008 is dat er in het B-segment over de periode 2005-2007 gematigd positieve ontwikkelingen zichtbaar zijn:

- de volumestijgingen lijken vooralsnog beperkt;
- wachttijden nemen licht af in 2007;
- kwaliteit speelt grotere rol in onderhandelingen, bindende kwaliteitsafspraken ontbreken echter nog nagenoeg;
- nominale prijzen van het 'oude B-segment' zijn in 2005-2006 gelijk gebleven; in 2006-2007 gestegen met 2,1%.

Ten aanzien van 2008 zijn beperkte prijsgegevens beschikbaar; van slechts 16% van de omzet in het B-segment is de prijsinformatie beschikbaar. Deze beperkte prijsgegevens laten over 2008 een lichte reële prijsdaling zien van -1,6% voor het 'oude' B-segment (B-segment vanaf 2005) en +0,9% voor het 'nieuwe' B-segment (B-segment vanaf 2008).

Prijsontwikkeling

Op 1 oktober 2008 beschikte de NZa over contractprijzen die circa 77% van de omzet van het B-segment vertegenwoordigen. Op basis van de huidige beschikbare prijsgegevens is de conclusie dat de prijsontwikkeling in de periode 2007-2008 iets minder gunstig is dan de ontwikkeling die in de monitor 2008 is gesignaleerd. In de monitor 2008 was sprake van een reële prijsontwikkeling 2007-2008 voor het oude B-segment van -1,6% en een prijsontwikkeling van het nieuwe B-segment van +0,9%. In deze najaarsrapportage zijn deze reële prijsontwikkelingen respectievelijk -1,3% en +1,9%.

Tijdens de interviews ten behoeve van de monitor 2008, is door een meerderheid van de zorgverzekeraars en ziekenhuizen aangegeven dat zij een prijsstijging verwachtten ten opzichte van vorig jaar in een bandbreedte van 0-5%; mede omdat een aantal 'moeilijke' onderhandelingen nog moesten worden afgerond. Uit deze najaarsrapportage blijkt dat de prijsdaling van het oude en de prijsstijging van het nieuwe B-segment dus aan de onderkant van deze bandbreedte is komen te liggen. Ondanks een minder gunstige prijsontwikkeling is er geen sprake van een verontrustende ontwikkeling.

De prijsontwikkeling 2007-2008 van het oude B-segment wijkt qua percentage af van de prijsontwikkeling in het nieuwe B-segment. Hierbij moet worden opgemerkt dat de gepresenteerde prijsontwikkeling van het oude B-segment niet vergelijkbaar is met de prijsontwikkeling van het nieuwe B-segment. De prijsontwikkeling van het oude B-segment geeft de ontwikkeling weer ten opzichte van de onderhandelde prijzen in het jaar 2007. De prijsontwikkeling van het 'nieuwe B-segment' geeft een gemiddelde opslag weer die is gehanteerd ten opzichte van de schoningsprijzen en op de onderhandelingsmarkt tot stand is gekomen. De schoningsprijzen zijn echter niet voort gekomen door middel van de onderhandelingen.

In de monitor 2008 is tevens opgemerkt dat de passantenprijzen in 2008 sterker stijgen dan de contractprijzen. Deze ontwikkeling blijkt in de najaarsrapportage nog sterker. Ziekenhuizen kunnen hogere passantenprijzen hanteren om op die manier zorgverzekeraars onder druk te zetten om een contract af te sluiten.

Uit interviews met de branchevereniging ten behoeve van de najaarsrapportage bleek dat de kapitaallastenproblematiek een grote rol in de onderhandelingen speelde. Vaak is gekozen voor een constructie waarbij het voorbehoud is gemaakt dat een voldoende dekkende overgangsregeling tot stand komt.

De prijsontwikkelingen in het oude B-segment, uitgesplitst naar de verschillende regio's in Nederland, vertonen onderling hetzelfde beeld. In alle regio's is het prijsniveau ten opzichte van 2007 gedaald. Het verschil tussen het hoogste en laagste prijsniveau in 2008 verschilt maximaal 2,8%-punt tussen de regio's. Hierbij wordt opgemerkt dat de prijsniveaus in de regio's Oost en Noord boven het landelijk gemiddelde liggen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat in deze regio's minder ziekenhuizen en ZBC's aanwezig zijn. Het prijsniveau in regio West ligt 1,6%-punt lager dan het landelijk gemiddelde prijsniveau. In deze regio zijn relatief veel ziekenhuizen en ZBC's beschikbaar. Tussen de regio's onderling is dus een verschil in prijsniveau. De NZa doet in de monitor 2009 nader onderzoek naar de oorza(a)k(en) van deze verschillen.

De prijsontwikkeling in het oude B-segment laat zien dat voor alle typen zorgaanbieders in de periode 2007-2008 sprake is van een prijsdaling. De prijsdaling bij de ZBC's is het grootst. Het prijsniveau van ZBC's ligt ook aanzienlijk lager dan het prijsniveau van de algemene en topklinische ziekenhuizen en de universitair medische centra. Dit verschil in prijsniveau is niet op één variabele toe te spitsen maar ligt aan de verschillen in productmix, verschillen in zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie en verschillen in doelmatigheid.

Ten aanzien van het nieuwe B-segment kan op basis van de beschikbare gegevens worden opgemerkt dat er sprake is van een gemiddelde opslag op de schoningsprijzen van 1,9%. Hierbij wordt nadrukkelijk opgemerkt dat de onderlinge weging van de contractprijzen voor het nieuwe B-segment heeft plaatsgevonden met ex ante schoningsvolumes 2008. Deze kunnen aanzienlijk afwijken van de daadwerkelijk gerealiseerd volumes in 2008. Medio 2009 beschikt de NZa over een deel van het gerealiseerde volume 2008 die kan leiden tot een wijziging in de onderlinge weging en dus tot een wijziging van de prijsontwikkeling in het nieuwe B-segment.¹

¹ De totale volumina 2008 is medio 2009 nog niet bekend in verband met onderhanden werk.

De prijsniveaus voor het nieuwe B-segment liggen per regio dicht bij elkaar. Het verschil tussen de hoogste en de laagste prijs is slechts 1,5%-punt. Hierbij wordt weer opgemerkt dat het gaat om toeslagen op de schoningsprijzen.

Onderhandelingsmacht

In de monitor 2008 is opgenomen dat de onderhandelingen in 2008 moeizaam verlopen. De moeizame onderhandelingen zijn vooral te verklaren doordat de prijzen waarop ziekenhuizen en zorgverzekeraars de onderhandelingen hebben ingestoken ver uiteen liggen. Daarbij heeft ook een aantal ingevoerde veranderingen in de ziekenhuiszorgmarkt invloed op de onderhandelingen zoals de discussies over het aandeel van de kapitaallasten in de prijzen, de uitkomsten van de commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime, de uitbreiding van het B-segment en de onduidelijkheid rondom de budgetschoning.

Uit de monitorrapporten 2006 en 2007 kwam naar voren dat ziekenhuizen in het algemeen een sterkere onderhandelingspositie hebben dan zorgverzekeraars. De NZa concludeerde vervolgens in haar adviezen 'Uitbreiding B-segment' en 'Nader advies uitbreiding B-segment' dat er weliswaar positieve ontwikkelingen zichtbaar waren op de markt, maar had nog onvoldoende informatie om te kunnen concluderen dat de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars daadwerkelijk was toegenomen. In de monitor 2008 is aangegeven dat het te vroeg is om op basis van de eerste gegevens en de verwachtingen over de lopende onderhandelingen te concluderen dat een substantiële wijziging is opgetreden in de machtsbalans tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Ook in deze najaarsrapportage blijft het moeilijk om een betrouwbare uitspraak te doen over de machtsbalans tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Uit het feit dat de prijsontwikkeling in het oude B-segment zich aan de onderkant van de verwachte bandbreedte bevindt (reëel -1,3%) kan een voorzichtige conclusie worden getrokken dat de zorgverzekeraars in het oude B-segment in staat zijn geweest om tijdens de prijsonderhandelingen voldoende tegenwicht te bieden. Ziekenhuizen zijn kennelijk niet in staat geweest om de risico's en onzekerheden volledig af te wentelen op de zorgverzekeraars. Hierbij moet rekening gehouden worden met het feit dat op 1 oktober 2008 voor 77% van de omzet in het B-segment contractprijzen bekend waren. Van 23% van de omzet is nog onbekend tegen welke prijzen de B-DBC's afgerekend worden en in welke verhouding tussen contractprijzen en passantenprijzen dit uiteindelijk afgerekend gaat worden.

In de monitor 2008 is aangegeven dat het marktaandeel van de zorgverzekeraar van invloed is op de onderhandelingen. Naarmate het marktaandeel van een zorgverzekeraar groter is, heeft die te maken met een gunstiger prijsontwikkeling vergelijken met zorgverzekeraars die een kleiner marktaandeel hebben. Dit beeld blijkt zowel uit de vragenlijsten als de interviews bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Indien we de prijsniveaus uitsplitsen naar het marktaandeel van de zorgverzekeraar in het ziekenhuis, blijkt dat het prijsniveau bij een marktaandeel van meer dan 50% in 2008 circa 5,6%-punt lager ligt dan bij een marktaandeel tot 1%.

Per 2009 wordt het B-segment uitgebreid naar circa 34% van medisch specialistische zorg. In de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 bekijkt de NZa welke effecten deze uitbreiding heeft op de marktwerking in de medisch specialistische zorg en de invloed van marktwerking op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarbij wordt ingegaan op de onderhandelingen 2009, de contractprijzen 2009,

kwaliteit en toegankelijkheid, de definitieve contractprijzen 2008 en volumecijfers 2005-2007 en worden de onderliggende oorzaken van de volumeontwikkelingen onderzocht.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Voor het B-segment van de ziekenhuiszorg kunnen ziekenhuizen en ZBC's sinds februari 2005 met de zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs, de kwaliteit, en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's. Sinds de invoering van het B-segment is jaarlijks een monitor uitgebracht waarin de ontwikkelingen binnen het B-segment centraal staan. Hierbij wordt ook de invloed van marktwerking op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid beoordeeld.

Per 1 januari 2008 zijn een aantal belangrijke systeemwijzigingen doorgevoerd, waaronder:

- de uitbreiding van het B-segment naar circa 20% van de ziekenhuiszorg, waardoor het financiële belang van het B-segment toenam;
- de afschaffing van de lumpsum en de introductie van het onderbouwde uurtarief voor medisch specialisten met een bandbreedte;
- de afschaffing van het bouwregime en het onderbrengen van kapitaallasten in het B-segment.

In de monitor 2008 is beschreven wat de eerste effecten van deze wijzigingen zijn geweest. Daarin wordt opgemerkt dat over de periode 2005-2007 gematigd positieve ontwikkelingen zichtbaar zijn:

- de volumestijgingen lijken vooralsnog beperkt;
- de wachttijden nemen licht af in 2007;
- kwaliteit speelt een grotere rol in de onderhandelingen, bindende kwaliteitsafspraken ontbreken nagenoeg;
- nominale prijzen van het 'oude B-segment' zijn in 2005-2006 gelijk gebleven; in 2006-2007 gestegen met 2,1%.

Ten aanzien van 2008 wordt opgemerkt dat beperkte prijsgegevens beschikbaar zijn. Deze beperkte prijsgegevens laten over 2008 een lichte reële prijsdaling zien van -1,6% voor het oude B-segment en +0,9% voor het nieuwe B-segment.

Ten tijde van de monitor 2008 waren de contractonderhandelingen grotendeels nog niet afgerond, waardoor er slechts een beperkt zicht op de prijsontwikkelingen in de periode 2007-2008 was. De op 1 mei jl. beschikbare prijsinformatie vertegenwoordigde circa 16% van de omzet in het B-segment. Op 1 oktober 2008 beschikt de NZa over contractprijzen die circa 77% van de omzet in het B-segment vertegenwoordigen. Deze prijsgegevens vormen input voor deze najaarsrapportage.

1.2 Doelstelling najaarsrapportage

Deze rapportage richt zich op de invloed van vrije prijsvorming op het publieke belang betaalbaarheid. Doel van de najaarsrapportage is een update te geven van de ontwikkeling van de prijzen in het B-segment en van de onderhandelingsmacht van aanbieders en verzekeraars.

1.3 Informatiebronnen voor deze najaarsrapportage

Voor de kwantitatieve analyses is net als voorgaande keren gebruik gemaakt van volume-informatie uit de Minimale Data Set (MDS). De

afgesproken contractprijzen per 1 oktober 2008, aangeleverd door zorgverzekeraars, en de gehanteerde passantenprijzen van zorgaanbieders zijn geanalyseerd voor de ontwikkeling van de prijzen in het B-segment voor de periode 2007-2008.

Om een completer beeld te krijgen van de ontwikkelingen heeft de NZa in het najaar 2008 interviews gehouden met brancheverenigingen in het najaar van 2008.² Dit in aanvulling op de interviews en vragenlijsten die voor de monitor 2008 zijn gehouden. Indien relevant komen resultaten uit de vragenlijsten en interviews terug in de toelichting bij de figuren en tabellen.

1.4 Leeswijzer

De indeling van de najaarsrapportage is als volgt, hoofdstuk 2 geeft een beeld van de prijsniveaus 2008 en prijsontwikkelingen 2005-2008 van het B-segment van de ziekenhuiszorg. Hoofdstuk 3 staat stil bij de onderhandelingen in 2008 en de verdeling van de onderhandelingsmacht.

Bij de analyses in hoofdstuk 2 en 3 is onderscheid gemaakt tussen het oude B-segment en het nieuwe B-segment. Het B-segment, zoals dat al bestond tijdens de periode februari 2005 tot en met december 2007, wordt aangeduid als het oude B-segment. Het nieuwe deel B-segment, dat wil zeggen de extra circa 10% waarmee het B-segment per 1 januari 2008 is uitgebreid, wordt aangeduid als het nieuwe B-segment.

² NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Orde van Medisch Specialisten (OMS), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

2. Prijsontwikkelingen 2005-2008

2.1 Prijsontwikkeling 2005-2008

In de monitor 2008, waarbij de analyses gebaseerd zijn op contractprijsinformatie die per 1 mei 2008 is aangeleverd, had slechts 30% van de ziekenhuizen een contract afgesloten met één of meerdere zorgverzekeraars, wat neerkwam op een omzet van circa 16% van het totale B-segment. Redenen die hiervoor genoemd worden, zijn:

- het uiteen liggen van de prijzen waarop ziekenhuizen en zorgverzekeraars de onderhandelingen hadden ingestoken;
- tijdens de onderhandelingen ontstonden tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen discussies over het aandeel van de kapitaallasten in de prijzen en over de uitkomsten van de commissie 'nadeelcompensatie afschaffing bouwregime';
- door een aantal complicaties met de voorlopige schoning van de ziekenhuisbudgetten zijn de onderhandelingen verlaat gestart;
- door de wijzigingen van de normtijden van enkele medisch specialismen per 1 april 2008 werden reeds gesloten contracten soms weer opengebroken door zorgaanbieders³;
- de combinatie van diverse andere veranderingen in de ziekenhuiszorgmarkt, zoals de invoering van de bandbreedte uurtarief, de afschaffing van de lumpsum en de taakstelling, en de daarmee gepaard gaande onzekerheid, hebben tot veel discussie in de onderhandelingen geleid.

Uit de contractprijzen die per 1 oktober 2008 door de zorgverzekeraars zijn aangeleverd blijkt dat alle ziekenhuizen een contract hebben afgesloten met één of meerdere zorgverzekeraars. Uit nadere analyse van de contractgegevens en de beschikbare gegevens in het DIS blijkt dat in termen van omzet circa 77% van het totale B-segment is gecontracteerd. Doordat er meer contractprijzen bekend zijn ten opzichte van de monitor 2008, zijn de aangeleverde contractprijzen meer representatief voor de uit te voeren analyses. Hierdoor is het mogelijk om in deze najaarsrapportage de prijsontwikkeling van de contractprijzen 2005-2008 ook te presenteren uitgesplitst naar regio en type zorgaanbieder.

Bij de berekening van een landelijke prijsontwikkeling 2007-2008 van het B-segment moet rekening worden gehouden met de verhouding tussen de contractprijzen en de passantprijzen. In de monitor 2007 is naar aanleiding van het beeld uit de interviews en een analyse op de gegevens in het DIS de aanname gemaakt dat de contractprijzen ongeveer 97% en de passantprijzen ongeveer 3% van de gerealiseerde DBC trajecten omvatten. Uit interviews gehouden voor deze najaarsrapportage met brancheverenigingen volgt dat deze verhouding ook voor 2008 bruikbaar is.

2.2 Landelijke prijsontwikkeling 2005-2008

De prijzen worden in de komende paragrafen op twee manieren gepresenteerd:

- Prijsniveau: contractprijzen van 2008 worden afgezet tegen de schoningsprijzen 2005;⁴

- Prijsontwikkeling: contractprijzen van een jaar worden afgezet tegen de contractprijzen van het voorgaande jaar. De contractprijzen 2008 worden dus afgezet ten opzichte van 2007.

Tabel 2.1 geeft de gemiddelde prijsontwikkeling, in het B-segment weer voor de periode 2005-2008, exclusief zelfstandige behandel centra (ZBC's).⁵ Bij de berekening van de landelijk gemiddelde prijsontwikkeling is de aanname gemaakt dat 97% wordt afgerekend met contractprijzen en dat 3% wordt afgerekend met de passantenprijzen.

Uit de interviews ten behoeve van de najaarsrapportage bleek dat de kapitaallastenproblematiek een grote rol in de onderhandelingen speelde. Vaak is gekozen voor een constructie waarbij het voorbehoud is gemaakt dat een voldoende dekkende overgangsregeling overeen wordt gekomen.

De prijzen 2008 van het oude B-segment zijn afgezet tegen de prijzen 2007. De weging van de prijzen vindt plaats op basis van het aantal afgesloten DBC-trajecten in t-1 die door de zorgaanbieders aan het DIS zijn aangeleverd.

De prijzen 2008 van het nieuwe B-segment voor ziekenhuizen zijn gewogen met de ex ante schoningsvolumes en afgezet ten opzichte van de ex ante schoningsprijzen.⁶ Om het budget van de ziekenhuizen te schonen, voor de DBC's die naar het B-segment zijn gegaan in 2008, is gebruik gemaakt van schoningsprijzen. Schoningsprijzen zijn niet in een onderhandelingsmarkt tot stand gekomen maar gebaseerd op de kostprijzen van een referentie groep ziekenhuizen. Vóór 2008 zijn dus geen marktprijzen vastgesteld voor de DBC's van het nieuwe B-segment. Het gaat hier dus eigenlijk om een % opslag op de schoningsprijzen. Deze ex ante schoningsprijzen zijn al geïndexeerd voor de loonkosten en materiële kosten 2008. Hierdoor is het niet mogelijk om een nominale prijsontwikkeling voor het nieuwe B-segment weer te geven.

De prijsontwikkelingen van de periode 2005-2006 en 2006-2007 kunnen mogelijk afwijken van de gepresenteerde ontwikkelingen in de monitor 2007. Dit komt omdat:

- het aantal geregistreerde DBC-trajecten vollediger is;
- de contractprijzen 2007 vollediger zijn dan vorig jaar;⁷
- de inflatiecijfers definitief zijn vastgesteld.

Een uitgebreide toelichting van de berekeningen is terug te vinden in Bijlage 2.

³ Aanvullend hierop was de eerste versie van de normtijden 2008 pas 1 december 2007 beschikbaar.

⁴ De schoningsprijzen zijn 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 hoger of lager is dan de schoningsprijs.

⁵ ZBC's zijn niet meegenomen bij de berekening van de landelijke prijsontwikkeling. Voor het 'nieuwe' B-segment zijn geen schoningsvolumes beschikbaar voor ZBC's. ZBC's hebben geen budgetten en worden dus niet geschoond. De ongewogen prijzen van ZBC's zouden voor een vertekend beeld kunnen zorgen bij de berekening van de landelijke prijsontwikkeling. De verwachting is echter dat de prijzen van ZBC's weinig invloed hebben op het gemiddelde prijsniveau van ziekenhuizen, omdat ZBC's relatief weinig produceren vergeleken met ziekenhuizen.

⁶ De schoningsprijzen gepubliceerd op de website zijn exclusief de kapitaallasten en de medische inventaris. De schoningsprijzen zijn voor de berekeningen gecorrigeerd voor de kapitaallasten en de medische inventaris.

⁷ Een totaal overzicht van de prijsafspraken van het jaar (t) wordt uiterlijk op 31 december van jaar (t) toegestuurd aan de NZa (zie Regeling CU/NR 100.055).

Tabel 2.1 Gemiddelde prijsontwikkeling 2006-2008 B-segment (exclusief ZBC's)

Prijsontwikkeling	oude B-segment				nieuwe B-segment	
	2005-2006	2006-2007	2007-2008 Monitor 2008	2007-2008 Najaarsrapportage	2007-2008 Monitor 2008	2007-2008 Najaarsrapportage
Nominaal ⁸	0,0%	2,1%	0,9%	1,3%	-	-
Reëel ⁹	-1,2%	0,5%	-1,6%	-1,3%	0,9%	1,9%

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Ten opzichte van de monitor 2008 is het beeld van de prijsontwikkeling 2007-2008 iets minder gunstig geworden. De reële prijsontwikkeling van in 2008 voor het oude B-segment laat een daling zien van -1,3%. Deze daling was in de monitor 2008 nog -1,6%. Het nieuwe B-segment laat een prijsstijging zien ten opzichte van de schoningsprijzen van 1,9%. Deze prijsstijging was in de monitor 2008 nog berekend op 0,9%. Een nadere analyse van de prijsontwikkelingen volgt in de paragrafen 2.3 en 2.4.

2.3 Prijsontwikkeling 2005-2008 oude B-segment

Al sinds februari 2005 wordt onderhandeld over de prijs van een deel van de zorg. Tabel 2.2 presenteert de prijsontwikkelingen in het oude B-segment over de periode 2005-2008, uitgesplitst voor de ontwikkeling van contractprijzen en de passantenprijzen.

Tabel 2.2. Prijsontwikkeling 2005-2008 oude B-segment (exclusief ZBC's)

Prijsontwikkeling	2005-2006	2006-2007	2007-2008 Monitor 2008	2007-2008 Najaarsrapportage
	Nominale prijsontwikkeling	0,0%	2,1%	0,9%
- Ontwikkeling contractprijzen	0,0%	2,1%	0,8%	1,1%
- Ontwikkeling passantenprijzen	1,1%	1,9%	4,6%	6,2%
Reële prijsontwikkeling	-1,2%	0,5%	-1,6%	-1,3%
- Ontwikkeling contractprijzen	-1,2%	0,5%	-1,8%	-1,5%
- Ontwikkeling passantenprijzen	-0,1%	0,3%	2,0%	3,5%

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Tabel 2.2 laat zien dat de prijzen van het oude B-segment in 2008 nominaal stijgen met 1,3%. Dit leidt tot een reële prijsdaling van -1,3%. De passantenprijzen stijgen in 2008 veel sterker dan de contractprijzen en stijgen meer dan voorgaande jaren. Een verklaring voor de grotere stijging van passantenprijzen dit jaar, is dat ziekenhuizen hogere passantenprijzen hebben gehanteerd om op die manier zorgverzekeraars onder druk te zetten om een contract af te sluiten. De contractprijzen stijgen nominaal minder hard dan vorig jaar en nemen dit jaar reëel weer af.

⁸ Nominale prijsontwikkeling is de ontwikkeling van de prijzen inclusief inflatie. Van de nominale prijsontwikkeling moet de inflatie afgetrokken worden om tot de reële prijsontwikkeling te komen. Het reële inkomen geeft de koopkracht weer.

⁹ De reële prijsontwikkelingen zijn geïndexeerd op basis van de Consumenten Prijsindex (CPI). De percentages bedragen in de periodes 2005-2006, 2006-2007 en 2007-2008 respectievelijk 1,2%, 1,6% en 2,7%.

Zorgaanbieders kunnen het gehele jaar door de passantenprijzen wijzigen. Ook bestaat er de mogelijkheid om contracten in onderlinge afstemming open te breken en de contractprijzen door het jaar heen aan te passen. Hierdoor kunnen de verschillen tussen contractprijzen en de passantenprijzen eveneens veranderen. De vergelijking tussen contractprijzen en passantenprijzen is dus een momentopname.

In de monitor 2008 werd een iets lagere nominale en reële prijsontwikkeling gesignaleerd dan in de najaarsrapportage. Wellicht zijn in het begin van het jaar de relatief makkelijk overeen te komen contracten afgesloten waarbij een lagere prijs tot stand is gekomen. De relatief moeilijkere onderhandelingen liepen dit jaar langer door, waarbij hogere prijzen uitonderhandeld zijn. Dit kwam ook uit de interviews naar voren.

In de monitor die in juli 2008 is gepubliceerd, gaf een meerderheid van de zorgverzekeraars en ziekenhuizen aan dat zij in de ná 1 mei afgeronde onderhandelingen een prijsstijging verwachtten ten opzichte van 2007 in een bandbreedte van 0-5%. Hierbij kwam risico-opslag en het doorberekenen van de kapitaallasten als meeste genoemde oorzaak naar voren. In het najaar van 2008 is de nominale prijsstijging dus aan de onderkant van deze bandbreedte komen te liggen.

Tabel 2.3 laat voor het oude B-segment de prijsontwikkeling van ZBC's zien voor de periode 2006-2008. De prijzen van ZBC's zijn dit jaar voor het eerst gewogen met afgesloten DBC-trajecten. Hierdoor kan de gepresenteerde prijsontwikkeling van de periode 2006-2007 afwijken van de monitor 2007.¹⁰

Tabel 2.3. Prijsontwikkeling 2006-2008 oude B-segment ZBC's

Prijsontwikkeling	2006-2007	2007-2008	2007-2008
		Monitor 2008	Najaarsrapportage
Nominale prijsontwikkeling	1,5%	-1,0%	0,1%
- Ontwikkeling contractprijzen	1,6%	-1,1%	0,0%
- Ontwikkeling passantenprijzen	-2,8%	4,9%	1,9%
Reële prijsontwikkeling	-0,1%	-3,5%	-2,4%
- Ontwikkeling contractprijzen	0,0%	-3,7%	-2,5%
- Ontwikkeling passantenprijzen	-4,3%	2,2%	-0,6%

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De prijzen van ZBC's zijn in de monitor 2008 nominaal gedaald met -1,0%, wat leidt tot een reële prijsdaling van -3,5%. In deze najaarsrapportage is de nominale prijsontwikkeling 2007-2008 licht gestegen en is de reële prijsontwikkeling iets minder gedaald ten opzichte van de resultaten in de monitor 2008. Ten opzichte van prijsontwikkeling van 2006-2007 zijn de prijzen van ZBC's over 2007-2008 nominaal en reëel sterk gedaald. Ook is de prijsontwikkeling van ZBC's gunstiger dan de prijsontwikkeling bij ziekenhuizen. De passantenprijzen laten een andere ontwikkeling zien dan bij de ziekenhuizen.

De afwijking van de prijzen in de monitor 2008 voor ZBC's kan dezelfde redenen hebben als de redenen die voor de prijsontwikkeling van ziekenhuizen

¹⁰ Bij de berekening van de prijsontwikkelingen is eveneens de aanname gemaakt dat 97% wordt afgerekend met contractprijzen en 3% met passantenprijzen. De NZa beschikt niet over de contractprijzen 2005 van ZBC's, waardoor de prijsontwikkeling 2005-2006 niet berekend kan worden.

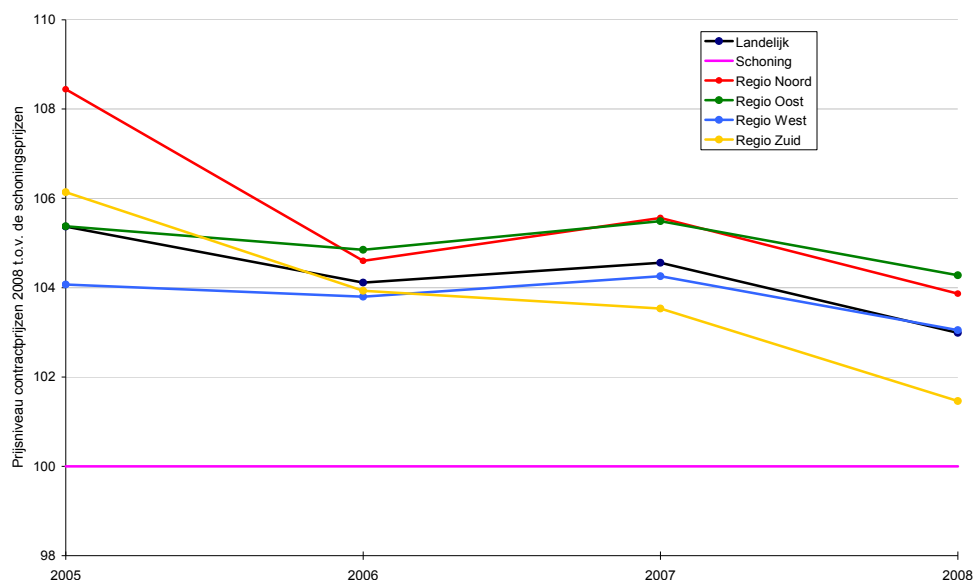
genoemd is: mogelijk zijn in het begin van het jaar de relatief makkelijk overeen te komen contracten afgesloten waarbij een lagere prijs tot stand is gekomen. De relatief moeilijkere onderhandelingen liepen dit jaar langer door, waarbij hogere prijzen uitonderhandeld zijn.

De prijsontwikkelingen van contractprijzen 2005-2008 worden hieronder per regio, per type zorgaanbieder, per specialisme en per diagnose gepresenteerd. De beschreven prijsontwikkelingen hebben alleen betrekking op de contractprijzen, omdat de meeste zorg (naar schatting ongeveer 97%) in het B-segment wordt afgerekend met de gecontracteerde prijzen.

Figuur 2.1 geeft de prijsniveaus 2005-2008 weer per regio afgezet tegen de schoningsprijzen 2005. De prijsniveaus per jaar zijn geïndexeerd naar prijspeil 2005 zodat een vergelijking met de schoningsprijzen kan worden gemaakt. In tabel 2.4 zijn de prijsniveaus van 2005-2008 weergegeven.

Om de vergelijking tussen regio's te kunnen maken wordt de aanname gemaakt dat de gerealiseerde DBC's binnen de regio's vergelijkbaar zijn.

Figuur 2.1. Prijsniveaus 2005-2008 per regio, exclusief ZBC's (contractprijzen)



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Tabel 2.4. Prijsniveaus 2005-2008 per regio, exclusief ZBC's (contractprijzen)

	2005	2006	2007	2008
Regio West	104,1	103,8	104,3	103,1
Regio Zuid	106,1	103,9	103,5	101,5
Regio Oost	105,4	104,8	105,5	104,3
Regio Noord	108,4	104,6	105,6	103,9
Landelijk	105,4	104,1	104,6	103,0

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De ontwikkeling van de prijzen ten opzicht van de schoningsprijzen van de verschillende regio's in Nederland vertonen onderling dezelfde prijsstijgingen en -dalingen over de jaren heen.

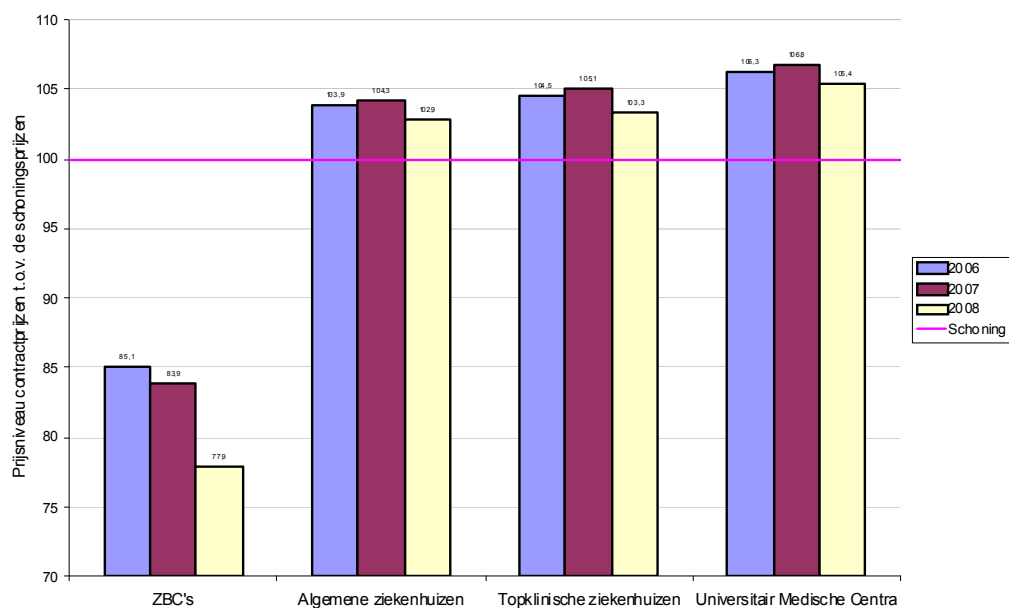
Voor de periode 2005-2006 is er in regio Noord een sterke prijsdaling te zien, nadat de prijzen in 2005 ten opzichte van de schoningsprijzen bovengemiddeld gestegen waren.

In regio Zuid lijkt na 2005 over de jaren heen constant sprake van een prijsdaling. Een verklaring voor de afname in Regio Zuid is mogelijk de concurrentiedruk van ziekenhuizen in België.

De prijzen van regio Noord en regio Oost liggen elk jaar boven het gemiddelde prijsniveau. Dit kan komen doordat in deze regio's minder ziekenhuizen zijn en dus minder concurrentie bestaat tussen ziekenhuizen, waardoor een hogere prijs is afgesproken. In regio West geldt dat er relatief veel ziekenhuizen en ZBC's zijn, waardoor een lagere prijs is afgesproken.

Voor de overige regio's is over 2006-2007 een lichte prijsstijging te signaleren en in 2007-2008 een sterkere prijsdaling. Deze regionale ontwikkeling komt overeen met de landelijke prijsontwikkeling (zie tabel 2.1). Ook in 2008 lijkt er geen nivellerende trend te bestaan tussen de regio's. Tussen de regio's onderling is dus een verschil in prijsniveau. De NZa verricht in de monitor 2009 nader onderzoek naar de oorzaak van deze verschillen.

Figuur 2.2. Prijsniveaus 2006-2008 type zorgaanbieder (contractprijzen)



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

In figuur 2.2 zijn de prijsniveaus 2006-2008 weergegeven. Duidelijk te zien is dat de algemene ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en UMC's dezelfde prijsontwikkeling doormaken als de landelijke ontwikkeling. In tegenstelling tot de ziekenhuizen maken de ZBC's geen prijsstijging door in 2006-2007 en laten zij een sterkere prijsdaling zien in 2007-2008. De sterkere prijsdaling bij ZBC's heeft geen prijsstijgingen bij de ziekenhuizen tot gevolg. Vaak wordt in dit kader het 'cherry picking' van een ZBC genoemd. ZBC's zouden de laagcomplexen, planbare zorg naar zich toe trekken en daardoor de dure, minder rendabele zorg overlaten voor de ziekenhuizen. Bovenstaand figuur laat dit niet zien.

Tabel 2.5. Reële prijsontwikkeling 2005-2008 type zorgaanbieder (contractprijzen)

	Algemene ziekenhuizen	Topklinische ziekenhuizen	Universitair Medische Centra	Landelijk (exclusief ZBC's)	ZBC's
2005-2006	-0,6%	-2,1%	-1,7%	-1,2%	- ¹¹
2006-2007	0,4%	0,7%	0,2%	0,5%	0,0%
2007-2008	-1,3%	-1,6%	-2,3%	-1,5%	-3,7%

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

In tabel 2.5 wordt de prijsontwikkeling per type zorgaanbieder weergegeven. Hierbij wordt opgemerkt dat de productmix per type zorgaanbieder zal verschillen. Deze verschillen in productmix vertalen zich wellicht ook in verschillen in prijsontwikkelingen. Naast de verschillen in productmix zijn er nog de volgende oorzaken voor de verschillen in prijsontwikkelingen:

- verschillen in de zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie;
- verschillen in marktmacht;
- verschillen in doelmatigheid;
- verschillen in de productmix, zoals meer klinische DBC's ten opzichte van niet-klinische DBC's;
- de mate waarin instellingen kapitaallasten in de prijzen van het B-segment doorberekenen.

De monitorspecial ZBC's constateerde dat ZBC's waarschijnlijk minder complexe patiënten behandelen en efficiënter kunnen werken doordat ze zich vaak op specifieke diagnoses richten. De verschillen in zorgzwaarte tussen patiënten kunnen gevolgen hebben voor de verrichtingen die worden gedaan per DBC. Verschillen in doelmatigheid en de bijbehorende efficiencywinsten kunnen ertoe leiden dat ZBC's lagere prijzen hanteren.

Bovenstaand figuur is dus specifiek bedoeld om de ontwikkeling binnen een (type) zorgaanbieder te bekijken. Opvallend is wel dat alle type zorgaanbieders een vergelijkbare ontwikkeling als met de landelijke ontwikkeling doormaken. De prijsstijging in de 2006-2007 wordt gevolgd door een grotere prijsdaling in de periode 2007-2008.

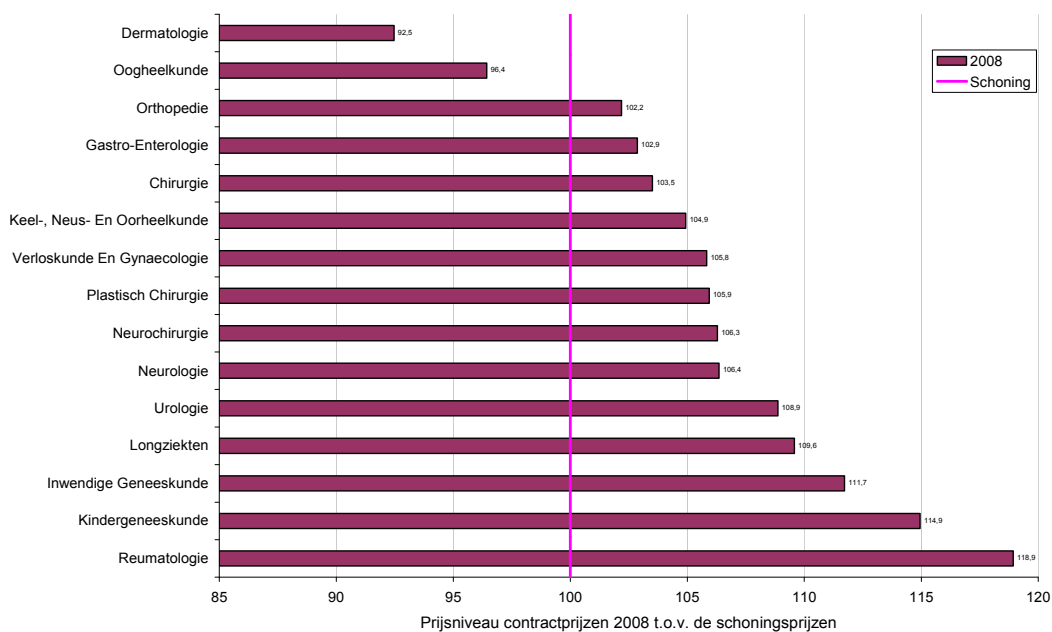
De prijzen van de UMC's zijn met 2,3% reëel het meest gedaald in de periode 2007-2008; algemene ziekenhuizen zijn met 1,3% het minst gedaald.

Figuur 2.3 geeft de prijsniveaus 2008 weer per specialisme ten opzichte van schoningsprijzen 2005, exclusief ZBC's.¹² Tabel 2.6 geeft de prijsniveaus weer per specialisme van 2006, 2007 en 2008.

¹¹ De NZa beschikt niet over de contractprijzen 2005 van ZBC's, waardoor de prijsontwikkeling 2005-2006 niet berekend kan worden.

¹² Van ZBC's zijn geen contractprijzen beschikbaar van het jaar 2005, hierdoor kan de NZa geen prijsontwikkeling berekenen van de periode 2005-2006. Omwille van de vergelijkbaarheid van de verschillende jaren zijn ZBC's niet opgenomen bij de gepresenteerde prijsontwikkelingen per specialisme, per diagnose en naar marktaandeel van een zorgverzekeraar binnen een ziekenhuis.

Figuur 2.3. Prijsniveaus 2008 per specialisme, exclusief ZBC's (contractprijzen)



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Tabel 2.6. Prijsniveaus 2006-2008 per specialisme, exclusief ZBC's (contractprijzen)

	2006	2007	2008
Dermatologie	101,6	101,0	92,5
Oogheelkunde	99,9	100,7	96,4
Orthopedie	104,2	104,6	102,2
Chirurgie	102,8	104,1	102,9
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	103,0	103,7	103,5
Gastro-Enterologie	104,3	105,3	104,9
Verloskunde en Gynaecologie	105,1	105,6	105,8
Neurochirurgie	106,1	106,5	105,9
Plastisch Chirurgie	105,3	105,4	106,3
Neurologie	105,2	104,3	106,4
Urologie	108,3	109,7	108,9
Longziekten	113,3	112,6	109,6
Inwendige Geneeskunde	111,3	111,6	111,7
Kindergeneeskunde	109,5	111,7	114,9
Reumatologie	105,3	106,6	118,9
Landelijk	104,1	104,6	103,0

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

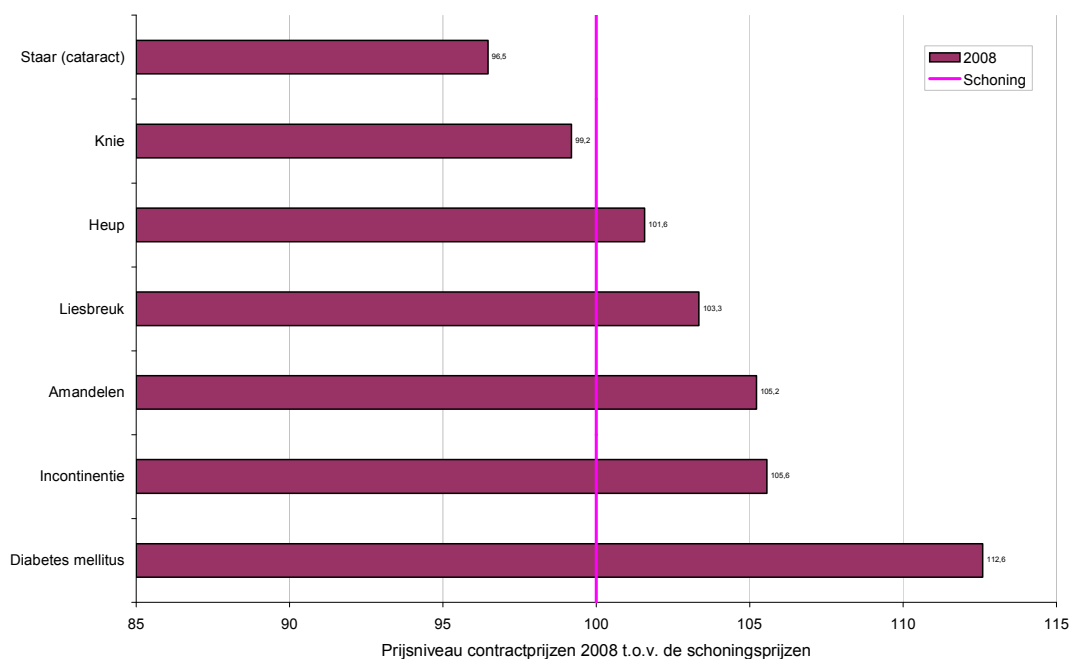
In 2007 lieten de specialismen kindergeneeskunde, gastro-enterologie en reumatologie de grootste prijsstijging in de periode 2006-2007. Voor de periode 2007-2008 geldt dat reumatologie ook tot de sterkste prijsstijgers behoort en deze nu op het hoogste prijsniveau ligt vergeleken met de overige specialismen die actief zijn in het B-segment. Hierbij moet aangetekend worden dat reumatologie een relatief klein omzet binnen het oude B-segment. Daarnaast laten de specialismen kindergeneeskunde en

neurologie een sterke prijsstijging zien, maar dit zijn ook relatief 'kleine' specialismen binnen het oude B-segment. Daarentegen geldt voor de overige specialismen dat een prijsdaling is ingezet, waarbij deze daling het sterkste voor dermatologie, oogheelkunde en longziekten is. Dermatologie en oogheelkunde komen hiermee onder het niveau van de schoningsprijzen 2005 terecht. De verklaring voor de daling van oogheelkunde kan de daling van kosten van de staaroperatie zijn; lenzen zijn goedkoper en praktischer toepasbaar geworden, waardoor de operatie in een korter tijdsbestek uitgevoerd kan worden. Oogheelkunde is een specialisme dat een groot deel van de omzet binnen het oude B-segment bepaald.

Al in de monitorspecial ZBC's blijkt dat de omzet van ZBC's groot is voor de specialismen dermatologie en oogheelkunde. Dit zou de sterke prijsdaling voor deze specialismen in de ziekenhuizen kunnen verklaren.

Figuur 2.4 geeft voor de diagnoses die het grootste aandeel vormen van het oude B-segment de prijsniveaus 2008 ten opzichte van schoningsprijzen 2005, exclusief ZBC's.¹³ In tabel 2.7 staan de prijsniveaus 2006-2008 voor deze diagnoses.

Figuur 2.4. Prijsniveaus 2008 per diagnose, exclusief ZBC's (contractprijzen)



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

¹³ Van ZBC's zijn geen contractprijzen beschikbaar van het jaar 2005, hierdoor kan de NZa geen prijsontwikkeling berekenen van de periode 2005-2006. Omwille van de vergelijkbaarheid van de verschillende jaren zijn ZBC's niet opgenomen bij de gepresenteerde prijsontwikkelingen per specialisme, per diagnose en naar marktaandeel van een zorgverzekeraar binnen een ziekenhuis.

Tabel 2.7. Prijsniveaus 2006-2008 per diagnose, exclusief ZBC's (contractprijzen)

	2006	2007	2008
Staar (cataract)	99,9	100,7	96,5
Knie	101,9	102,0	99,2
Heup	102,6	103,4	101,6
Liesbreuk	101,9	102,6	103,3
Amandelen	104,5	105,5	105,2
Incontinentie	105,1	105,6	105,6
Diabetes mellitus	111,6	112,2	112,6
Landelijk	104,1	104,6	103,0

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De prijsniveaus tussen de diagnoses verschilt onderling sterk voor 2007-2008. Maar per diagnose zijn redelijk stabiele prijsniveaus te zien. Er zijn enkele sterke dalers waarneembaar, zoals heup, staar en knie. De prijzen van de laatste twee diagnoses zijn dit jaar zelfs onder de schoningsprijzen 2005 uitgekomen. Deze drie diagnoses bepalen ook het grootste deel van de omzet in het B-segment.

Daarnaast laten liesbreuk en diabetes mellitus een stijging van minder dan 1 procent zien. Voor deze diagnoses liggen de prijzen over 2006-2008 relatief hoger dan voor andere diagnoses en ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Een verklaring voor het hoge prijsniveau van diabetes mellitus kan de toegenomen aandacht voor deze aandoening zijn. Zorgverzekeraars staan extra onder druk om behandelingen voor deze diagnose in te kopen.

2.4 Prijsontwikkeling 2007-2008 nieuwe B-segment

In 2008 is het B-segment uitgebreid tot circa 20%. Over het uitgebreide gedeelte werd dit jaar voor het eerst onderhandeld. Bij het nieuwe B-segment zijn de contractprijzen 2008 afgezet ten opzichte van de schoningsprijzen 2008 die zijn gebruikt bij de ex ante schoning van de ziekenhuisbudgetten. Tabel 2.8 presenteert de prijsontwikkeling van het nieuwe B-segment.

Tabel 2.8. Prijsontwikkeling 2007-2008 nieuwe B-segment (exclusief ZBC's)

Prijsontwikkeling	2007-2008	2007-2008
	Monitor 2008	Najaarsrapportage
% opslag op de schoningsprijzen	0,9%	1,9%
– Ontwikkeling contractprijzen	0,5%	1,6%
– Ontwikkeling passantenprijzen	14,4%	14,1%

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De prijzen in het nieuwe B-segment laten een opslag op de schoningsprijzen zien van 1,9%. Net als bij het oude B-segment kan de mogelijke verklaring voor het verschil tussen de opslag in de monitor 2008 en de najaarsrapportage gevonden worden in dat in het begin van het jaar de relatief makkelijk overeen te komen contracten afgesloten zijn

waarbij een lagere prijs tot stand is gekomen. De relatief moeilijkere onderhandelingen liepen dit jaar langer door, waarbij wellicht hogere prijzen uitonderhandeld zijn. Opgemerkt dient te worden dat de prijsontwikkeling een opslag op de schoningsprijzen weergeeft. De schoningsprijzen zijn niet tot stand gekomen in een onderhandelingsmarkt.

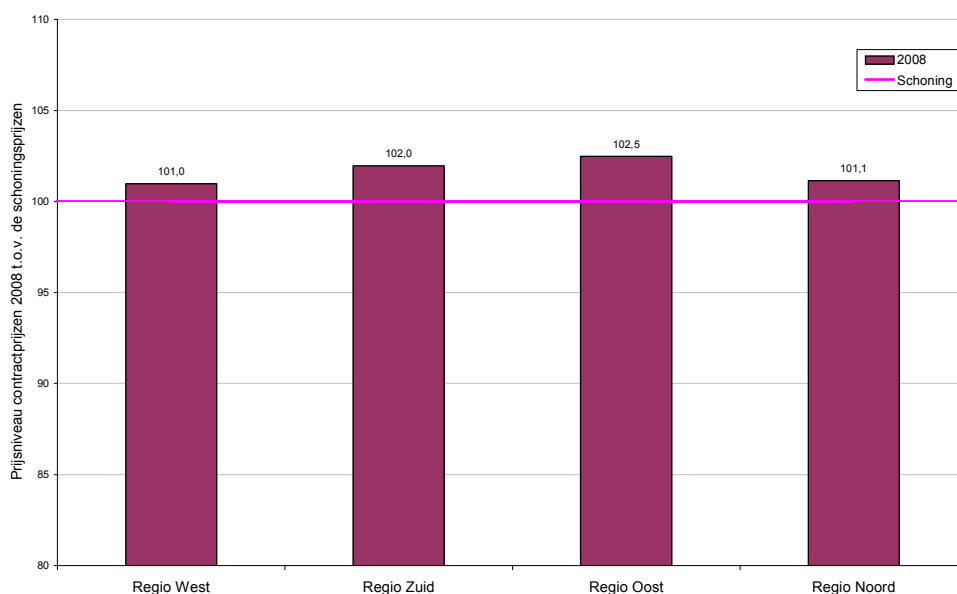
De contractprijzen zijn met 1,6% en de passantenprijzen zijn met 14,1% gestegen ten opzichte van de schoningsprijzen. Omdat de schoningsprijzen al geïndexeerd zijn voor de loon en materiële kosten in 2008 zijn dit reële stijgingen. Net als in het oude B-segment zijn de passantenprijzen in 2008 veel sterker gestegen dan de contractprijzen. Mogelijk hanteren ziekenhuizen ook in het nieuwe B-segment hogere passantenprijzen om zorgverzekeraars onder druk te zetten om een (gunstig) contract af te sluiten. Deze passantenprijzen liggen hoger dan in het oude B-segment omdat hierbij geen contractprijzen uit voorgaande jaren als uitgangspunt konden dienen. Bovendien lijken ziekenhuizen hogere passantenprijzen te hanteren om extra inkomsten te genereren voor dat deel van de zorg waar geen contracten voor zijn overeengekomen.

Tijdens de diverse interviews en vragenlijsten ten behoeve van de monitor 2008 werd aangegeven door zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars dat zij een stijging ten opzichte van de ex ante geïndexeerde schoningsprijzen verwachtte. De contractprijzen die per 1 oktober 2008 aan de NZa zijn aangeleverd, bevestigen deze voorspelling.

Wegens gebrek aan schoningsvolumes van ZBC's moet de prijsontwikkeling van ZBC's berekend worden met ongewogen prijzen. Het werken met ongewogen prijzen leidt tot enorme schommelingen en moet met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Daarnaast geeft dit, ten opzichte van de prijsontwikkeling van de ziekenhuiszorg, een vertekend beeld. Verder dient opgemerkt te worden dat de schoningsprijzen waarschijnlijk niet representatief zijn voor ZBC's, omdat deze prijzen gebaseerd zijn op twaalf koploperziekenhuizen. Daarom is er voor gekozen om de opslag op de schoningsprijzen voor ZBC's in het nieuwe B-segment niet weer te geven.

In figuur 2.5 worden de prijsniveaus per regio van het nieuwe B-segment afgezet tegen de schoningsprijzen van 2008.

Figuur 2.5. Prijsniveaus 2008 per regio, exclusief ZBC's (contractprijzen)

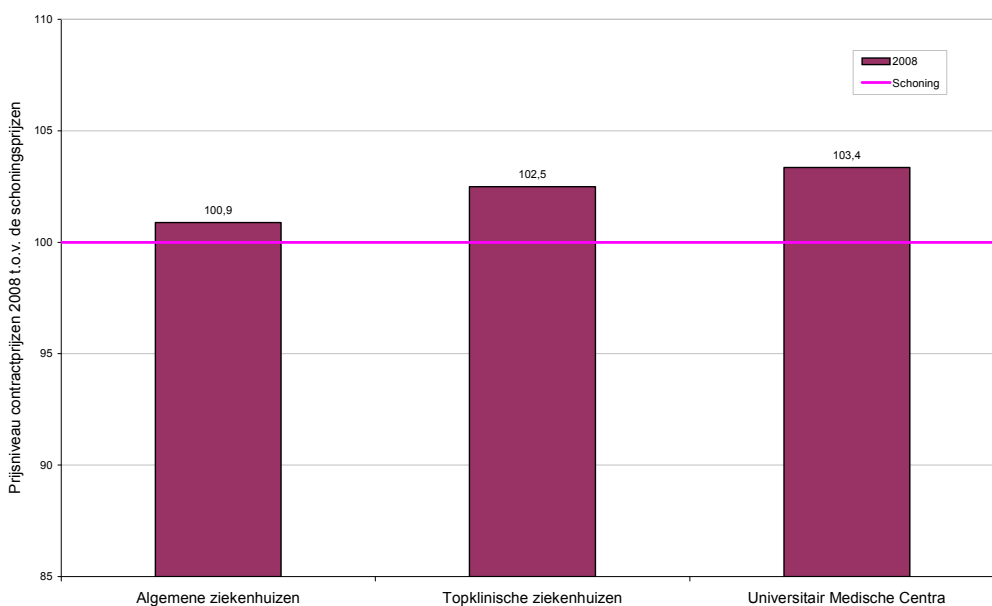


Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De regio's laten voor het nieuwe B-segment onderling weinig verschil zien in de afgesproken contractprijzen ten opzichte van de schoningsprijzen. Regio Oost heeft de grootste stijging. In 2005, toen het eerste deel van het B-segment werd vrijgegeven, was tevens een hoger prijsniveau waarneembaar dan de schoningsprijzen 2005. De toename van het prijsniveau van het nieuwe B-segment ten opzichte van de schoningsprijzen is beduidend minder dan in 2005.

In 2.6 worden de prijsniveaus per van het nieuwe B-segment type zorgaanbieder weergegeven ten opzichte van de schoningsprijzen 2008.

Figuur 2.6. Prijsniveaus 2008 per type zorgaanbieder, exclusief ZBC's (contractprijzen)

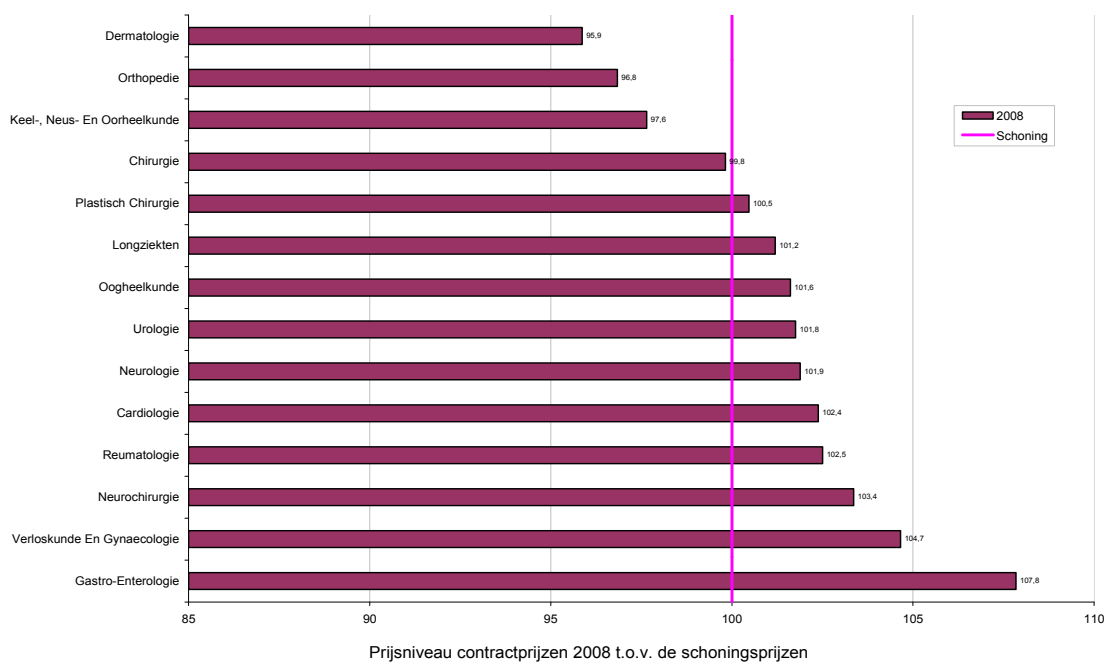


Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Het prijsniveau van de algemene ziekenhuizen is het minst gestegen; het prijsniveau van de UMC's laten de grootste opslag op de schoningsprijzen zien. De schoningsprijzen die gehanteerd worden zijn gebaseerd op kostprijnsinformatie van 12 algemene ziekenhuizen. De gehanteerde schoningsprijzen zijn minder representatief voor UMC's, omdat de zorgprofielen van UMC's over het algemeen afwijkend/zwaarder zijn. Het lijkt erop dat in de onderhandelingen met de UMC's rekening wordt gehouden met zorgzwaarte, wat heeft geleid tot hogere prijzen.

Figuur 2.7 presenteert het prijsniveau 2008 per specialisme.

Figuur 2.7. Prijsniveaus 2008 per specialisme, exclusief ZBC's (contractprijzen)



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De procentuele opslag ten opzichte van de schoningsprijzen verschilt sterk tussen de specialismen van 7,8% tot -4,1%.

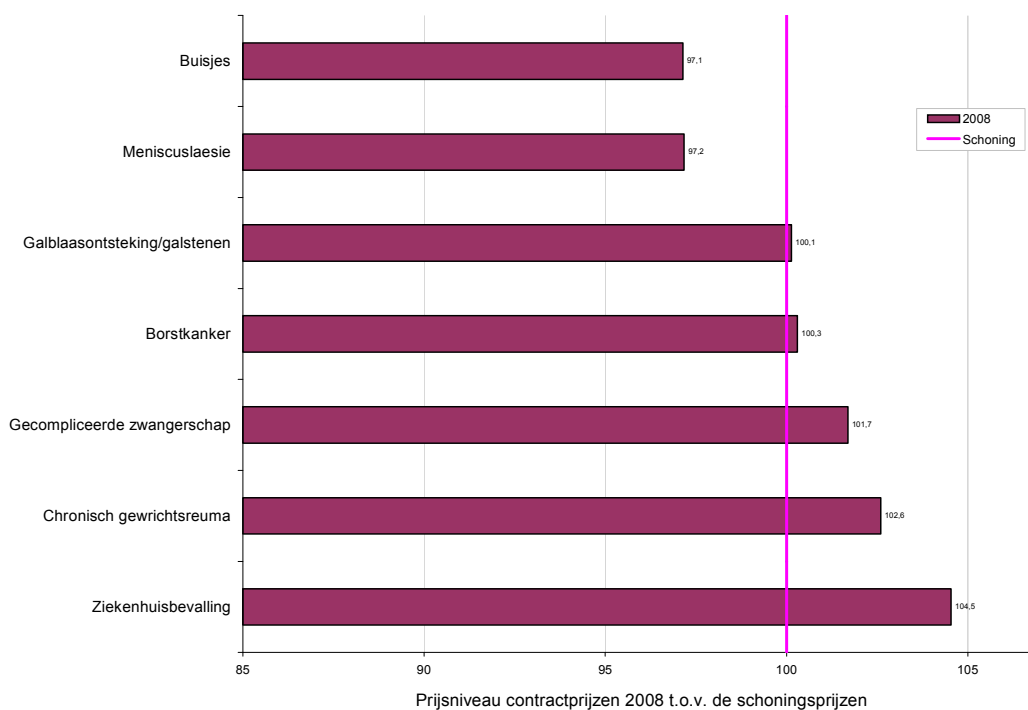
Het specialisme cardiologie is dit jaar voor het eerst actief in het B-segment.

Ondanks dat de DBC's voor specialismen in het oude en nieuwe B-segment niet vergelijkbaar zijn, laten dermatologie en orthopedie in het nieuwe B-segment wederom het laagste prijsniveau zien; dit komt overeen met de prijsniveaus 2008 voor het oude B-segment. Deze vergelijking is niet voor elk specialisme te maken.

Opvallend is dat in het nieuwe B-segment de grootste prijsstijging te zien is voor gastro-enterologie. Terwijl dit specialisme in het oude B-segment vergeleken met andere specialismen een laag prijsniveau heeft. Chirurgie en verloskunde hebben een groot aandeel in de omzet van het B-segment.

Figuur 2.8 gaat in op de zeven diagnoses van het nieuwe B-segment die naar voren zijn gekomen op basis van grootste in termen van kosten en aantallen DBC's.

Figuur 2.8. Prijsniveaus 2008 per diagnose, exclusief ZBC's (contractprijzen)



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De procentuele stijging ten opzicht van de schoningsprijzen per diagnose loopt hier uiteen: 4,5% tot -2,9%. Buisjes en meniscuslaesie hebben een prijsniveau dat onder de schoningsprijs ligt; de overige diagnoses liggen boven de schoningsprijzen.

Ziekenhuisbevalling heeft de grootste opslag op de schoningsprijzen. Dit diagnose bepaalt ook het grootste aandeel omzet in het nieuwe B-segment. Dit komt overeen met de opslag op de schoningsprijzen van verloskunde en gynaecologie.

3. Onderhandelingsmacht 2008

In de monitor 2008 heeft een uitgebreide analyse van de onderhandelingsmacht plaatsgevonden. Deze analyse is van toepassing op de onderhandelingen tot 1 mei 2008. Hierin is uitgebreid aan de orde gekomen wat de gevolgen kunnen zijn van het niet afsluiten van een contract en wat het belang is van het (tijdig) sluiten van een contract. Op basis van nieuwe informatie uit de analyses van de contractprijzen per 1 oktober 2008 kunnen betere conclusies worden getrokken over de onderhandelingsmacht.

De verdeling van de onderhandelingsmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars kan worden bepaald aan de hand van verschillende indicatoren:

- de uitkomsten van de onderhandelingen;
- de gevolgen voor iedere onderhandelingspartij bij het niet afsluiten van een contract en het belang van het (tijdig) afsluiten van een contract;
- het marktaandeel en;
- de ervaren onderhandelingsmacht van de andere onderhandelingspartij.

Uitkomsten van onderhandelingen

De uitkomsten van de onderhandelingen wordt grotendeels bepaald door onderhandelingsmacht. De uitkomsten van de onderhandelingen, zoals de afgesproken contractprijzen, geven inzicht in de verdeling van de onderhandelingsmacht van enerzijds zorgaanbieders en van zorgverzekeraars anderzijds.

Uit de extra enquête van TNS NIPO die in mei is uitgezet blijkt dat tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen substantiële verschillen bestaan tussen de aangeboden prijs door ziekenhuizen en de gevraagde prijs van zorgverzekeraars. De uitkomsten van deze 'lastige' onderhandelingen geven inzicht in de vraag hoe de machtsverhoudingen in de onderhandelingen liggen. Ook in deze najaarsrapportage blijft het moeilijk om een betrouwbare uitspraak te doen over de machtsbalans tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Uit het feit dat de prijsontwikkeling in het oude B-segment zich aan de onderkant van de verwachte bandbreedte bevindt (reëel sprake -1,3%) kan een voorzichtige conclusie worden getrokken dat de zorgverzekeraars in het oude B-segment in staat zijn geweest om tijdens de prijsonderhandelingen voldoende tegenwicht te bieden. Ziekenhuizen zijn niet in staat geweest om de risico's en onzekerheden automatisch af te wentelen op de zorgverzekeraars.

Gevolgen van het niet afsluiten van een contract

Indien een zorgaanbieder geen contract afsluit in het B-segment kan hij passantenprijzen in rekening brengen. Dit kan mogelijk patiënten afschrikken, omdat zij kunnen worden geconfronteerd met een eigen bijbetaling.¹⁴ Mogelijk heeft dit tot gevolg dat patiënten de betreffende zorgaanbieder gaan mijden. Belangrijke voorwaarde hierbij is dat er wel gecontracteerde zorgaanbieders in de regio aanwezig zijn. Dit is vooral het geval voor niet-acute zorg. Patiënten zullen bij acute zorg meestal direct naar het meest dichtgelegen ziekenhuis gaan. Het geleiden van patiënten

¹⁴ De NZa hanteert bij de beoordeling van modelpolissen de stelregel dat elke restitutievergoeding acceptabel is, mits voor de verzekerden transparant is welke restitutievergoeding de verzekeraar hanteert als de verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat. In haar 'Richtsnoren zorgverzekeringen' geeft de NZa aan wat zij wel en niet transparant vindt. Zie ook: NZa, Richting geven aan keuzes, mei 2007

naar bepaalde voorkeursaanbieders door zorgverzekeraars is in de regel dan ook niet haalbaar bij acute zorg. De eigen bijbetaling van verzekerden bij niet-acute zorg kan daarnaast mogelijk negatief terugslaan op de zorgverzekeraar. Wanneer de zorgverzekeraar bijvoorbeeld negatief in het nieuws komt omdat hij de behandeling van patiënten niet geheel vergoedt, kan hem dat verzekerden kosten. Het is dan ook onduidelijk wie er meer last heeft van het niet afsluiten van een contract voor niet acute zorg.

Belang van het (tijdig) sluiten van een contract

In de monitor 2008 gaf ongeveer de helft van de zorgaanbieders aan dat zij de volgende stimulansen ondervinden om hun onderhandelingen tijdig af te ronden:

- het tijdig kunnen factureren van de uitgevoerde behandelingen,
 - vanwege het interne begrotingsproces binnen een instelling,
 - duidelijkheid is gewenst over de afgesproken prijzen, en
 - het reduceren van de financiële onzekerheid voor het ziekenhuis.
- Deze resultaten worden gerelativeerd door 42% zorgaanbieders die aangeven geen prikkels te ervaren om de onderhandelingen tijdig af te ronden.

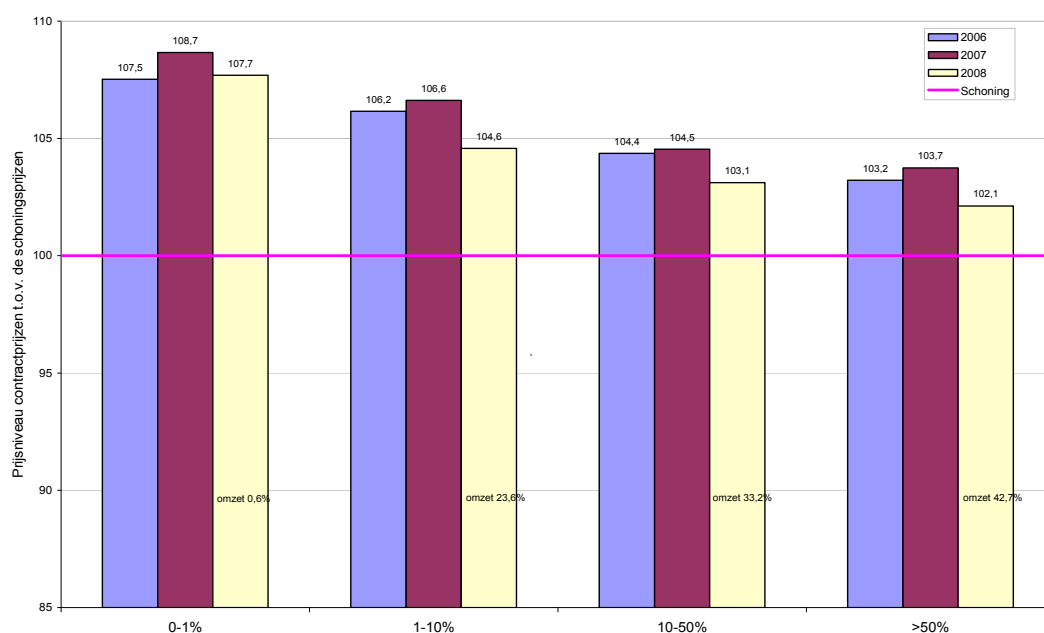
Een meerderheid van de zorgverzekeraars hecht er belang aan om de onderhandelingen af te ronden voor de overstapcyclus van verzekerden. Belangrijkste redenen hiervoor zijn: (1) het tijdig informeren van consumenten over de gecontracteerde zorgaanbieders en (2) duidelijkheid over de verwachte ontwikkeling van de schadelast. Een aantal ziekenhuizen (22%) en ZBC's (25%) geeft aan, in de vragenlijsten die in april 2008 zijn uitgezet, dat hun onderhandelingspositie ten opzichte van zorgverzekeraars wordt verbeterd als zorgverzekeraars eerder hun onderhandelingen moeten afronden. Daarentegen geeft 46% van de ziekenhuizen en 25% van de ZBC's aan dat hun onderhandelingspositie gelijk zou blijven wanneer de zorgverzekeraar druk ondervindt om de onderhandelingen snel af te ronden.

In deze najaarsrapportage is het mogelijk om de prijsniveaus voor het aandeel dat zorgverzekeraars in ziekenhuizen hebben te laten zien. In paragraaf 3.1 wordt hier nader op ingegaan. In paragraaf 3.2 komt de ervaren onderhandelingsmacht aan de orde.

3.1 Marktaandeel zorgverzekeraar

Figuur 3.1 laat de prijsniveaus voor de periode 2006-2008 zien voor het aandeel dat zorgverzekeraars in ziekenhuizen hebben in het oude B-segment. Daarnaast is de omzet weergegeven per aandeel; dit geeft inzicht in de omzetverhoudingen waarop figuur 3.1 is gebaseerd. In tabel 3.1 is de reële prijsontwikkeling per aandeel weergegeven voor deze jaren. Het vergelijken van de ontwikkeling van de prijzen van de periodes is lastig. Door fusies van zorgverzekeraars is de samenstelling van zorgverzekeraars verschillend in de twee periodes.

Figuur 3.1. Prijsniveaus 2006-2008 in relatie tot aandeel zorgverzekeraar in ziekenhuis, exclusief ZBC's (contractprijzen), oude B-segment



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Hoewel de omzet binnen het marktaandeel van 0-1% laag is, zijn de prijzen in deze categorie over de jaren heen hoger dan de prijzen in de overige categorieën. Dit kan verklaard worden door de onderhandelingsmacht die zorgverzekeraars hebben als hun marktaandeel binnen een ziekenhuis groot is.

Uit het patroon van de prijsniveaus 2006-2008 in figuur 3.1 komt ook naar voren dat elke categorie marktaandeel eenzelfde ontwikkeling doormaakt. Dit patroon is vergelijkbaar met het patroon in de figuren en tabellen van hoofdstuk 2.

Tabel 3.1. Reële prijsontwikkeling 2005-2008 in relatie tot aandeel zorgverzekeraar in ziekenhuis (contractprijzen)

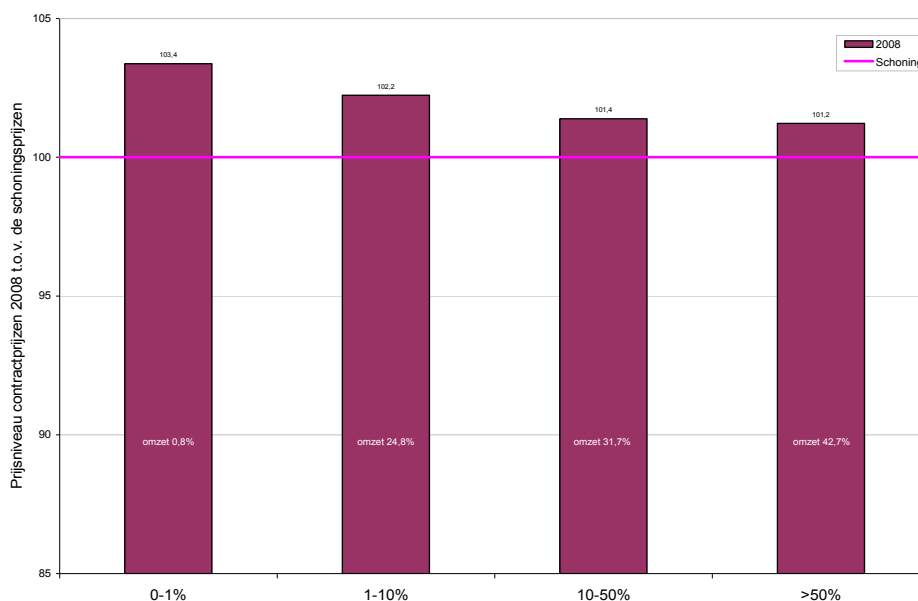
	0-1%	1-10%	10-50%	> 50%	Landelijk
2005-2006	13,3%	-0,7%	-1,0%	-1,5%	-1,2%
2006-2007	9,3%	0,5%	0,3%	0,5%	0,5%
2007-2008	-1,7%	-0,8%	-1,4%	-1,7%	-1,5%

Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

De onderhandelde prijzen waarbinnen een zorgverzekeraar een marktaandeel groter dan 50% heeft, zijn op een kleine prijsstijging in 2007 na, gedaald. Opvallend is dat bij een marktaandeel van 0-1% en groter dan 50% de prijsdaling over de periode 2007-2008 gelijk aan elkaar is.

Figuur 3.2 laat het prijsniveau 2008 zien voor het aandeel dat zorgverzekeraars in ziekenhuizen hebben.

Figuur 3.2. Prijsniveaus 2008 in relatie tot aandeel zorgverzekeraar in ziekenhuis, exclusief ZBC's (contractprijzen), nieuwe B-segment



Bron: NZa op basis van data MDS en zorgverzekeraars

Ook voor het nieuwe B-segment ligt het prijsniveau voor zorgverzekeraars met een klein marktaandeel hoger dan de zorgverzekeraars die een groot marktaandeel hebben. Voor de categorie 0-1% ligt het prijsniveau 3,4% hoger dan de schoningsprijzen; voor categorie >50% ligt het prijsniveau 1,2% hoger dan de schoningsprijzen.

In het oude B-segment ligt de verschillen in prijsniveaus tussen de categorieën marktaandeel verder uit elkaar dan in het nieuwe B-segment.

3.2 Ervaren onderhandelingsmacht

Ten behoeve van deze najaarsrapportage heeft de NZa in het najaar 2008 interviews gehouden met brancheverenigingen. De zorgverzekeraars geven aan dat de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel binnen het ziekenhuis over het algemeen als eerste aan de onderhandelingstafel aanschuift. Het ligt in de lijn der verwachting dat de onderhandelde contractprijzen vaak gunstig zijn door wederzijdse afhankelijkheid. Met de marktleiders wordt ook meer gesproken over zorgprofielen en kwaliteit. De zorgverzekeraars met een relatief klein marktaandeel moeten meestal wachten tot de contractonderhandelingen met de belangrijkste zorgverzekeraars zijn afgerond. De onderhandelingen met de zorgverzekeraars met een relatief klein marktaandeel gaan voornamelijk over de prijs. De beleving is dat deze contractprijzen vaak hoger ligt dan met de marktleiders is overeengekomen.

Uit interviews met zorgverzekeraars bleek dat zorgverzekeraars voor het oude B-segment de afgelopen jaren ervaring hebben opgedaan en meer inzicht hebben in de zorgprofielen en kostprijzen van zorgaanbieders. Dit kan van invloed zijn op de prijzen die worden afgesproken als het marktaandeel van de zorgverzekeraar groot is.

De ziekenhuizen herkennen bovenstaande bevindingen van de zorgverzekeraars, maar geven aan dat niet elk ziekenhuis onderscheid maakt in onderhandelingen tussen marktleiders en zorgverzekeraars met een relatief klein marktaandeel.

Tijdens de interviews met zorgaanbieders is de afhankelijkheid van het A-segment benoemd. In de onderhandelingsstrategie wordt er rekening mee gehouden dat als er te hard wordt ingezet op het B-segment, dit gevolgen heeft voor de afspraken over het A-segment.

Bijlage 1. Gebruikte informatiebronnen

Informatie	Leverancier	Opmerkingen
Contractprijzen per zorgverzekeraar per instelling	Zorgverzekeraars	Door de NZa opgevraagd bij zorgverzekeraars over het jaar 2005, 2006, 2007 en 2008.
Passantenprijzen	Ziekenhuizen en ZBC's	Door de NZa op basis van de Wmg opgevraagde passantenprijzlijsten over het jaar 2005, 2006, 2007 en 2008.
Schoningsprijzen en -volume van de schoning B-segment in 2005	NZa	Gebaseerd op CGAO-9 data van twaalf koploperziekenhuizen. Deze data omvatten ruwweg de periode van april 2002 tot en met juni 2004.
Schoningsprijzen en -volume van de schoning B-segment in 2008	NZa	Gebaseerd op van twaalf koploperziekenhuizen. Deze data zijn gebaseerd op het jaar 2006.
Volumegegevens	DIS, instellingsbudgetten en jaarrekeningen ziekenhuizen	De volumegegevens over het jaar 2005, 2006 en 2007 zoals deze door de instellingen aan het DIS zijn aangeleverd. De DIS gegevens zijn gebruikt voor de weging van de prijzen.
Kwalitatieve gegevens	NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Orde van Medisch Specialisten (OMS), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).	Achtergrondinterviews.

Bijlage 2. Methode voor berekeningen

A. Berekening van de prijsontwikkelingen oud B-segment

Deze monitor maakt voor de berekening van de prijsontwikkelingen gebruik van de Laspeyres-index voor het voorheen oude B-segment. Deze index is als volgt:

$$\frac{\sum \text{instelling,dbc,verz} (\text{Pinstelling,dbc,verz,t} \times \text{Qinstelling,dbc,verz,t-1})}{\sum \text{instelling,dbc,verz} (\text{Pinstelling,dbc,verz,t-1} \times \text{Qinstelling,dbc,verz,t-1})}$$

De weging van de prijzen vindt plaats op basis van de gerealiseerde DBC-trajecten 2005, 2006 en 2007 die door de zorginstellingen aan het DIS zijn aangeleverd. De prijsindexen zijn gebaseerd op de gegevens die in beide jaren beschikbaar zijn.

B. Berekening van de prijsontwikkelingen nieuw B-segment

De prijzen 2008 worden afgezet ten opzichte van de ex ante geïndexeerde schoningsprijzen. Het betreft hier dus eigenlijk een procentuele opslag op de schoningsprijzen. De, op de NZa gepresenteerde schoningsprijzen, zijn exclusief de kapitaallasten en de medische inventaris. Hiervoor zijn de gebruikte schoningsprijzen gecorrigeerd. Door veranderingen van de DBC-systematiek en de uitbreiding van het B-segment worden de prijzen 2008 van het nieuwe B-segment gewogen met de ex ante schoningsvolumes 2006 in termen van 2008 productstructuur die zijn gebruikt bij de ex ante schoning van het B-segment. De index is als volgt:

$$\frac{\sum \text{instelling,dbc,verz} (\text{Pinstelling,dbc,verz,2008} \times \text{Qinstelling,dbc,verz,schoningsvolumes})}{\sum \text{instelling,dbc,verz} (\text{Pinstelling,dbc,verz,pschoning} \times \text{Qinstelling,dbc,verz,schoningsvolumes})}$$

C. Berekening van de prijsniveaus

Bij de berekening van de prijsniveaus wordt er eerst een prijsindex berekend. Deze index is als volgt:

$$\frac{\sum \text{instelling,dbc,verz} (\text{Pinstelling,dbc,verz,t} \times \text{Qinstelling,dbc,verz,t-1})}{\sum \text{instelling,dbc,verz} (\text{Pdbc,schoning} \times \text{Qinstelling,dbc,verz,t-1})}$$

Door de prijzen af te zetten ten opzichte van de schoningsprijzen worden de prijsverschillen tussen ziekenhuizen, die veroorzaakt worden door casemix verschillen, weggenomen. Het prijsniveau wordt uitgedrukt als de prijsindex ten opzichte van de gemiddelde prijsindex voor dat jaar: