



NVZ vereniging van ziekenhuizen

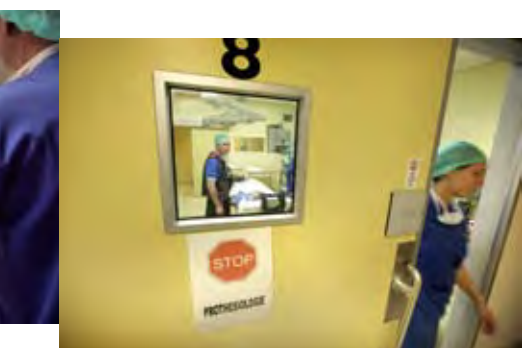
Zorg op doorreis

BRANCHERAPPORT ALGEMENE ZIEKENHUIZEN 2011



Met dank aan patiënt Patrick van de Camp die zijn medewerking verleende aan de fotoserie "Reisbereidheid". Patrick volgde zijn specialist die onlangs naar een ander ziekenhuis verhuisde. Hij vindt de kwaliteit van de specialist en de vertrouwensband die hij met hem heeft zo belangrijk dat hij bereid is een uur extra te reizen.





VOORWOORD

Voor u ligt al weer het derde brancherapport van de NVZ vereniging van ziekenhuizen: 'Zorg op doorreis'. U zult al lezende ontdekken dat deze titel zowel een letterlijke als een figuurlijke betekenis heeft. Met deze uitgave kiezen we ervoor om de ontwikkelingen van het B-segment te onderzoeken. Het B-segment is het deel van de ziekenhuiszorg waarbij de prijzen tot stand komen na onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

In het tweede themahoofdstuk gaan we in op de reisbereidheid van patiënten die op zoek zijn naar de best mogelijke ziekenhuiszorg.

We weten dat patiënten in Nederland in principe niet ver hoeven te reizen omdat ziekenhuizen goed bereikbaar zijn. Uit onderzoek blijkt echter dat ruim 25% van de patiënten niet voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis kiest maar minstens een half uur extra reistijd op de koop toe neemt als zij menen dat er elders betere zorg wordt aangeboden. En dat is opmerkelijk want wanneer de behandeling ingrijpender is, wordt afstand

minder belangrijk. Patiënten blijken hun reisbereidheid nauwelijks te laten beïnvloeden door wachttijden, wel door kwaliteit en dienstverlening.

Opvallend is ook de conclusie dat ziekenhuizen nog veel verder kunnen gaan met focussen en specialiseren voordat de keuzemogelijkheden van patiënten in gevaar komen. Omdat 'de' markt voor ziekenhuiszorg niet bestaat, - een ziekenhuis bestaat doorgaans uit twintig of meer verschillende medische specialismen en nog veel meer behandelingen - is dit echter geen proces met vooraf al bekende uitkomsten. Wel is het intussen zo dat de NMa en NZa bij de geografische afbakening van markten rekening zouden moeten houden met de aanzienlijke reisbereidheid van patiënten.

Gunstige ontwikkelingen binnen het B-segment geven ziekenhuizen meer mogelijkheden in handen om te kiezen voor speerpunten. We stellen daarbij vast dat de doelen betaalbaarheid, bereikbaarheid of kwaliteit voor de patiënt uitstekend bediend worden door het B-segment. De prijzen van het B-segment ontwikkelen zich beter dan van het gebudgetteerde A-segment, de kwaliteit van beide segmenten loopt niet uiteen en we zien nauwelijks verschil in wachttijden tussen het A- of B-segment.

Het Nederlandse ziekenhuislandschap blijft in beweging. Het einde daarvan is zeker nog lang niet in zicht. Want we verwachten dat de reisbereidheid van de patiënt verder zal toenemen. De ziekenhuizen zullen in reactie daarop ook op 'doorreis' blijven.

Wij gaan er vanuit dat u het rapport met interesse zult lezen.

Roelf H. de Boer
Voorzitter NVZ vereniging van ziekenhuizen

MANAGEMENTSAMENVATTING

'Zorg op doorreis' is het derde brancherapport van de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ). Het gaat in op de ontwikkelingen van de Nederlandse algemene ziekenhuizen in 2010. 'Zorg op doorreis' bestaat uit twee themahoofdstukken en een kerndeel. De thema's zijn de ontwikkelingen in het B-segment, en reisbereidheid van patiënten voor ziekenhuiszorg.

Beide thema's – B-segment en reisbereidheid - laten zien dat Nederland kan doorgaan op de ingeslagen weg van marktwerking voor ziekenhuizen. Patiënten zijn bereid te kiezen tussen ziekenhuizen en zij doen dat onder andere op basis van kwaliteit en dienstverlening. En zijn bereid om daarvoor te reizen. Op alle aspecten - betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit - ontwikkelt het B-segment zich positief.

B-segment

Ziekenhuizen en verzekeraars onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume voor Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in het B-segment. Voor de omzet uit DBC's in het A-segment zijn ziekenhuizen gebudgetteerd. In 2010 bestond ongeveer 30% van de omzet van ziekenhuiszorg uit het B-segment. Het ministerie van VWS is van plan om dat in 2012 uit te breiden tot 70%. Uit dit onderzoek naar de ontwikkelingen in het B-segment tussen 2007 en 2009 blijkt dat dat ook mogelijk is. Het B-segment ontwikkelt zich namelijk goed op het gebied van betaalbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit.

Er is in het B-segment meer concurrentiedruk van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) dan in het A-segment en de onderhandelingen met verzekeraars over het B-segment zijn intensiever. Dit heeft geleid tot een prijsdaling van ruim 3% in 2010. Bovendien zijn prijzen en kosten sterker aan elkaar gecorreleerd in het B-segment dan in het A-segment. Dat helpt om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen en geeft ziekenhuizen meer mogelijkheden hun speerpunten te bepalen. Het volume in het B-segment groeit sterker dan in het A-segment. Voor zowel het A- als B-segment is de technische efficiëntie tussen 2007 en 2009 met ongeveer 10% verbeterd.

Verzekerden hebben ruim toegang tot het B-segment; bijna alle verzekeraars hebben alle ziekenhuizen gecontracteerd en ziekenhuizen en ZBC's kunnen relatief snel tot de markt toetreden. De gemiddelde wachttijden in het A- en B-segment zijn beide ongeveer 5,5 week. In 2010 zijn de wachttijden met anderhalve dag gedaald.

De aandacht voor kwaliteit is in het B-segment zeker niet minder dan in het A-segment. Verzekeraars en ziekenhuizen steken relatief meer tijd in de onderhandelingen over zorg in het B-segment. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) typeert de inkoop in het B-segment

zelfs als de meest actieve inkoop met de sterkste prikkels in de hele Nederlandse zorgmarkt. De kwaliteitsindicatoren in het B-segment hebben zich goed ontwikkeld. De doorlooptijden tussen eerste consult, behandeling en laatste consult zijn nauwelijks veranderd.

Patiënten zijn bereid te reizen voor het ziekenhuis

Nederlandse ziekenhuizen zijn goed bereikbaar. Patiënten hoeven dus niet veel te reizen. Gemiddeld reizen ze 13,3 minuten. Ruim 25% van de patiënten kiest in de praktijk niet voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Dat aandeel verschilt per specialisme en per behandeling. 'De' markt van een ziekenhuis bestaat dus niet. Een ziekenhuis bestaat vaak uit meer dan 20 verschillende medisch specialismen met ieder hun eigen karakter. Dat ziekenhuizen over lange afstanden concurreren valt vooral op bij de concurrentie tussen categorale ziekenhuizen; 65 tot 90% van hun patiënten passeerde een dichterbij gelegen ziekenhuis.

Ongeveer de helft van de patiënten is bereid een half tot heel uur extra te reizen. Dat blijkt uit onderzoek uit binnen- en buitenland. Patiënten baseren hun keuze voor een ziekenhuis voornamelijk op basis van de aspecten ligging, kwaliteit, aanwezige voorzieningen en in mindere mate wachttijden. Hoe ingrijpender de behandeling is, hoe minder relevant de patiënt afstand vindt.

De kans dat een patiënt een ziekenhuis voorbij reist hangt samen met de afstand tot alternatieven, hoeveel behandelingen een ziekenhuis verricht, de score op kwaliteitsranglijsten en wachtlijsten. Een hogere score op de ranglijsten - denk aan die van het Algemeen Dagblad en Elsevier - kan al zorgen voor enkele procenten extra marktaandeel.

Het Nederlandse ziekenhuislandschap kan nog veel meer differentiëren voordat aanvaardbare normen voor bereikbaarheid worden overschreden. Dat blijkt uit een simulatie

van verschuiving van zorg uitgaande van het huidige profiel en de ligging van ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen leveren nu vijf soorten zorg; acuut, electief, complex/hoog volume, complex/laag volume en chronische zorg. Als – bij wijze van gedachte-experiment - alle ziekenhuizen focussen op één, twee of drie soorten zorg, neemt de gemiddelde reistijd slechts 5 tot 10 minuten toe.

Kortom, patiënten maken keuzes en ziekenhuizen concurreren op veel verschillende vlakken. Voor sommige behandelingen over korte afstand, voor andere behandelingen over veel grotere afstand. Ziekenhuizen kunnen nog veel meer focussen en specialiseren voordat de keuzemogelijkheden voor patiënten in het geding komen.

Beperkte structurele omzetgroei in 2010

De omzet van de 81 algemene ziekenhuizen bestaat uit het gebudgetteerde A-segment met door de NZa vastgestelde prijzen en het B-segment waar ziekenhuizen en verzekeraars onderhandelen over prijs en kwaliteit. Voor de algemene ziekenhuizen vormt het B-segment 30% van de gezamenlijke omzet van A- en B-segment in 2010, € 11,9 miljard. De totale omzet van algemene ziekenhuizen was, inclusief 'andere opbrengsten', € 13,3 miljard. De structurele groei over 2010, zonder eenmalige correctie voor immateriële vaste activa, was 5,3%. Dat is lager dan de gemiddelde jaarlijkse groei van 6,0% sinds 2005. Het A-segment groeide structureel met ongeveer 3,4% en het B-segment met 7,3%. De groei van A- en B-segment na correctie voor inflatie, bevolkingsgroei en vergrijzing is ongeveer € 180 miljoen, ofwel 1,6%. Kortom, de groei in 2010 was beperkt.

Verbetering van financiële positie

Eind 2010 lag de gemiddelde solvabiliteit met 17% voor het eerst boven het streefniveau van 15%. In 2010 leed ongeveer een op de veertien ziekenhuizen verlies. In 2007 was dat nog bijna een op vier. Het gemiddelde

resultaat van de algemene ziekenhuizen is iets verbeterd naar 1,8% van de omzet. Zowel de winstgevendheid als de solvabiliteit bedroegen voor twintig ziekenhuizen hoger dan het streefniveau van respectievelijk ongeveer 2,5% en 15%.

Iets lagere groei, meer dagbehandelingen en kortere ligduur

In 2010 is het aantal EPB's licht gestegen met 2,4%. Dat is iets minder dan de gemiddelde groei over de afgelopen vijf jaar van 2,7%. Het aantal EPB's per hoofd van de bevolking stijgt jaarlijks; in 2010 naar 0,59 terwijl dat in 2006 nog 0,53 was. Het aantal dagbehandelingen groeide met 6,6% en het aantal opnames met 3,6%. Evenals voorgaande jaren daalde het aantal verpleegdagen, dit keer met 0,2%. De ziekenhuiszorg kent al jarenlang twee trends: het aandeel dagbehandelingen neemt toe ten koste van het aandeel klinische operaties en de gemiddelde ligduur per klinische opnames neemt af. Die trends zijn ook over 2010 te zien. Het aandeel dagbehandelingen nam toe van 50% naar 51% en de gemiddelde ligduur daalde van 5,5 naar 5,3 dagen. Over de afgelopen vijf jaar is de verpleegduur met een dag verkort.

Verschuiving van marktaandelen

De marktaandelen van ziekenhuizen verschuiven. Negen ziekenhuizen wonnen de afgelopen vijf jaar ieder jaar marktaandeel en elf ziekenhuizen verloren juist ieder jaar marktaandeel. Sommige ziekenhuizen wisten het marktaandeel met 20% te verbeteren. De mate van beweging op de markt verschilt nauwelijks tussen grote en kleine ziekenhuizen. Wel tussen gebieden met veel en weinig ziekenhuizen: in de gebieden met een hoge marktdichtheid (veel ziekenhuizen bij elkaar) is de dynamiek groter. Voor de specialismen heelkunde, oogheelkunde, dermatologie en orthopedie verschoven de patiëntenstromen het meest.





INHOUD

VOORWOORD

MANAGEMENTSAMENVATTING

1.	INLEIDING	8
2.	THEMAHOOFDSTUK - B-SEGMENT	
	SAMENVATTING	11
2.1	Inleiding	13
2.2	DBC's, A- en B-segment	14
2.3	Gebruikte gegevens	15
2.4	Betaalbaarheid	16
2.4.1	Structuur	16
2.4.1.1	Regulering van het A-segment	16
2.4.1.2	Regulering van het B-segment	16
2.4.1.3	Aanbod van B-segment van ziekenhuizen	16
2.4.1.4	Aanbod van B-segment van ZBC's	18
2.4.2	Gedrag	18
2.4.2.1	Gemiddelde prijzen in het B-segment	18
2.4.2.2	Prijzen van ZBC's	20
2.4.2.3	Relatie tussen prijzen en volumes?	20
2.4.2.4	Correlatie tussen prijzen en aandeel van verzekeraar bij ziekenhuis	20
2.4.2.5	Correlatie tussen prijzen en profielkosten	21
2.4.3	Resultaten	21
2.4.3.1	Efficiëntie	21
2.4.3.2	Volume	24
2.5	Toegankelijkheid	26
2.5.1	Structuur	26
2.5.1.1	Regulering	26
2.5.1.2	Aanbod van ziekenhuizen en ZBC's	26
2.5.2	Gedrag	27
2.5.2.1	Specialisatie door ziekenhuizen	27
2.5.2.2	Contracteergraad	27
2.5.3	Resultaat	27
2.5.3.1	Wachttijden	27
2.6	Kwaliteit	28
2.6.1	Structuur	28
2.6.2	Gedrag	28
2.6.3	Resultaat	29
2.6.3.1	Kwaliteitsindicatoren	29
2.6.3.2	Doorlooptijd	30



3.	THEMAHOOFDSTUK - REISBEREIDHEID VOOR DE ZIEKENHUISZORG		4.	FINANCIËN	51
	SAMENVATTING	33	4.1	Totale omzet	52
3.1	Inleiding	34	4.1.1	Omzet in A- en B-segment	52
3.1.1	Bereikbaarheid van ziekenhuizen in Nederland	35	4.1.2	A-segment	52
3.1.2	Leeswijzer themahoofdstuk	36	4.1.3	B-segment	53
3.2	'De' markt van een ziekenhuis bestaat niet	36	4.1.4	Reële groei van het A- en B-segment	54
3.2.1	Verschil tussen specialismen	37	4.1.5	Andere opbrengsten	55
3.2.2	Verschil tussen behandelingen	38	4.1.6	Omzet van algemene ziekenhuizen en UMC's	56
3.2.3	Discussie	38	4.2	Kosten van ziekenhuiszorg	56
3.3	Voorbeelden van zorg met hoge reisbereidheid	39	4.2.1	Personeelskosten	57
3.3.1	Behandeling rughernia met lasertechnologie	39	4.2.2	Overige bedrijfskosten	58
3.3.2	Hersteloperatie na vasectomie	39	4.2.3	Afschrijvingen	59
3.3.3	Plastische chirurgie en impact van ranglijsten	39	4.3	Resultaat	59
3.3.4	Conclusie	40	4.4	Balans	60
3.4	Patiënten kiezen tussen ziekenhuizen	40	4.4.1	Rentabiliteit	60
3.4.1	Onderzoek in Nederland	40	4.4.2	Solvabiliteit	61
3.4.2	Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk	42	5	PRODUCTIE VAN ZIEKENHUIZEN	65
3.4.3	Onderzoek in de Verenigde Staten	42	5.1	Eerste polikliniekbezoeken	66
3.4.4	Onderzoek in Duitsland	43	5.1.1	Aantal eerste polikliniekbezoeken per specialisme	66
3.5	Het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij	43	5.1.2	Aantal eerste polikliniekbezoeken per categorie ziekenhuis	67
3.5.1	Nabijheid van het eerste alternatief	45	5.1.3	Eerste polikliniekbezoeken per hoofd van de bevolking	68
3.5.2	Aantal ingrepen door dichtstbijzijnde ziekenhuis	45	5.2	Dagbehandeling	68
3.5.3	Leeftijd van de patiënt	45	5.2.1	Aantal dagbehandelingen per categorie ziekenhuis	68
3.5.4	Kans dat een patiënt werkloos is	45	5.2.2	Dagbehandelingen per EPB	69
3.5.5	Score van het dichtstbijzijnde ziekenhuis bij het AD en Elsevier	45	5.2.3	Aantal dagbehandelingen per hoofd van de bevolking	69
3.5.6	Marktconcentratie	45	5.3	Opnames	69
3.5.7	Wachttijden	45	5.3.1	Aantal opnames per categorie ziekenhuis	69
3.5.8	Zorgzwaarte	46	5.3.2	Aantal opnames per EPB	70
3.5.9	Resultaten voor varices	46	5.3.3	Aantal opnames per hoofd van de bevolking	70
3.5.10	Discussie	46	5.4	Verpleegdagen	70
3.6	Ruimte voor verdere specialisatie	46	5.4.1	Gemiddelde ligduur	71
3.7	Discussie	48	5.4.2	Aantal verpleegdagen per hoofd van de bevolking	71
3.7.1	Klinisch en poliklinisch	48	5.5	Productie van algemene ziekenhuizen en UMC's	71
3.7.2	Specifieke behandelingen	48	6	ONTWIKKELING VAN MARKTWERKING	73
3.7.3	Invloed van gespecialiseerde ziekenhuizen	48	6.1	Marktscore	74
3.7.4	Concentratie van complexe behandelingen	48	6.1.1	Ontwikkeling van marktscore per ziekenhuis	74
3.7.5	Conclusie	49	6.1.2	Ontwikkeling van marktscore per specialisme	76
3.8	Bijlage	49	6.2	Marktdichtheid	77
			6.3	Bijlage	78





1. INLEIDING

DE AFGELOPEN JAREN IS DE
ONDERLINGE CONCURRENTIE
TUSSEN ZIEKENHUIZEN
TOEGENOMEN.

'Zorg op doorreis' is het derde brancherapport van de NVZ vereniging van ziekenhuizen.

De NVZ vereniging van ziekenhuizen is de branchevereniging van organisaties die een samenhangend pakket van medisch-specialistische zorg bieden. Tot de leden van de NVZ behoren algemene ziekenhuizen, alsmede categorale instellingen in Nederland, zoals astmacentra, audiologische centra, kankercentra, radiotherapeutische instituten, revalidatiecentra en dialysecentra. De revalidatiecentra brengen gezamenlijk jaarlijks een eigen brancherapport¹ uit.

Zoals gebruikelijk bestaat dit brancherapport uit een kerndeel en twee themahoofdstukken. De thema's zijn dit jaar het B-segment en reisbereidheid.

- Het kerndeel van het brancherapport bevat gegevens uit de jaarverslagen van de algemene ziekenhuizen in Nederland tussen 2006 en 2010 en behandelt deze vanuit een drietal perspectieven: de financiële ontwikkeling, de volumeontwikkeling en de marktontwikkeling. Ziekenhuizen moeten op al deze drie terreinen goed opereren om hun continuïteit te waarborgen om nu en in de toekomst hun patiënten goed te kunnen behandelen en verzorgen.
- In het themahoofdstuk B-segment wordt de ontwikkeling van het B-segment geanalyseerd. De analyse is gestructureerd aan de hand van de bekende landelijke zorgdoelen: betaalbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit. Voor alle drie doelen wordt de marktwerking beschreven op het gebied van de structuur, het gedrag van de spelers en de uitkomsten. Waar mogelijk worden vergelijkingen met het A-segment gemaakt. De analyses zijn grotendeels gebaseerd op het DIS.
- Het thema reisbereidheid gaat in op de mate waarin patiënten bereid zijn te reizen voor ziekenhuiszorg en onderzoekt de verklaringen hiervan. Het hoofdstuk is gebaseerd op een overzicht van onderzoeken in binnen- en buitenland en een inventarisatie van voorbeelden van zorg waarvoor mensen bereid zijn te reizen. Dit wordt aangevuld met eigen analyses van gerealiseerde reistijden aan de hand van eigenschappen van ziekenhuizen zoals de afstand tot alternatieven, wachttijden, de score op ranglijsten en eigenschappen van de patiënt. Daarnaast is een scenarioanalyse opgenomen over de gevolgen van verdere concentratie voor de bereikbaarheid van ziekenhuizen. In de discussie wordt ingegaan op de marktafbakening voor ziekenhuiszorg in het kader van de wet- en regelgeving van de mededinging.



'Zorg op doorreis' bespreekt de ontwikkelingen van de algemene ziekenhuizen. Nederland kende eind 2010 81 algemene ziekenhuizen (figuur 1) met 134 locaties en 83 buitenpoliklinieken. Naast de algemene ziekenhuizen kent Nederland acht universitaire medische centra (UMC's) en ten minste 180 zelfstandige behandelcentra. Ook telt Nederland 43 categorale ziekenhuizen, gespecialiseerd in bijvoorbeeld revalidatie, audiologie, kanker, oogaandoeningen, epilepsie, dialyse, radiotherapie en astma.

Voor sommige analyses in dit brancherapport is onderscheid gemaakt naar groepen ziekenhuizen. De indeling is gelijk gebleven aan die van het brancherapport van 2010 en is gebaseerd op twee dimensies: ziekenhuizen in gebieden met hoge of lage marktdichtheid, en grote of kleine ziekenhuizen. De afgelopen jaren is de onderlinge concurrentie tussen ziekenhuizen toegenomen. De effecten daarvan voor ziekenhuizen kunnen verschillend zijn tussen gebieden waar patiënten veel keuzemogelijkheden hebben en gebieden met minder keuzemogelijkheden.

- De ziekenhuizen in gebieden met hoge marktdichtheid liggen in de Randstad en in de regio Eindhoven. Het gaat om 29 ziekenhuizen die gezamenlijk 37% van de omzet van algemene ziekenhuizen voor hun rekening nemen.
- De grenswaarde tussen grote en kleine ziekenhuizen is vastgesteld op een omzet van € 125 miljoen in 2008. Die grenswaarde is ook dit jaar niet aangepast. Dat levert voor 2010 34 grote en 47 kleine ziekenhuizen op (2009: respectievelijk 34 en 49). Zij vormen respectievelijk 64% en 36% van de omzet van algemene ziekenhuizen.

Door verbeteringen in de database met jaarverslaggegevens en aanpassingen van de cijfers voor 2009 in jaarverslagen over 2010, kunnen kleine verschillen voorkomen in de cijfers van dit jaar en van vorig jaar.

Figuur 1 Algemene ziekenhuizen en buitenpoliklinieken in Nederland, 2010



¹ Het meest recente rapport van Revalidatie Nederland (RN) is 'Revalidatie brancherapport 2009': www.revalidatienederland.nl/actueel/publicaties





2. THEMAHOOFDSTUK - B-SEGMENT

SAMENVATTING

De prestaties van ziekenhuizen in het B-segment steken positief af tegen de prestaties in het A-segment. Zowel op het gebied van betaalbaarheid, toegankelijkheid als kwaliteit ontwikkelt het B-segment zich gunstig. De efficiëntie is in beide segmenten toegenomen. De prijzen in het B-segment zijn gedaald. Het volume van B-segment zorg is sneller gegroeid dan dat van het A-segment.

Ziekenhuizen en verzekeraars onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume voor Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in het B-segment. Voor de omzet uit DBC's in het A-segment zijn ziekenhuizen gebudgetteerd. In 2010 maakte ongeveer 30% van de omzet van ziekenhuiszorg deel uit van het B-segment. Het ministerie van VWS is van plan om dat in 2012 uit te breiden tot 70%. Uit dit onderzoek naar de ontwikkelingen in het B-segment tussen 2007 en 2009 blijkt dat dat ook mogelijk is. Ziekenhuizen presteren goed op het B-segment, zowel op het gebied van betaalbaarheid, toegankelijkheid als kwaliteit.

ZIEKENHUIZEN PRESTEREN
GOED OP HET GEBIED VAN HET
B-SEGMENT.

Betaalbaarheid

In het B-segment bestaat er meer concurrentiedruk van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) dan in het A-segment. De onderhandelingen met verzekeraars zijn voor het B-segment intensiever dan voor het A-segment. Dat heeft geleid tot een prijsdaling van ruim 3% in 2010. Bovendien zijn in het B-segment prijzen en kosten sterker met elkaar gecorreleerd dan in het A-segment. Dat helpt om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen en geeft ziekenhuizen meer mogelijkheden om hun speerpunten te bepalen. Het volume in het B-segment groeit sneller dan in het A-segment. Voor zowel het A- als B-segment is de technische efficiëntie tussen 2007 en 2009 met ongeveer 10% verbeterd. Die verbetering bestaat voor de helft uit een reductie van de ligduur en voor de helft uit minder verrichtingen per DBC.

Toegankelijkheid

Alle ziekenhuizen leveren vrijwel alle B-segment DBC's of kunnen snel hun entree op de markt maken, mocht de toegankelijkheid in het geding komen. Dat geldt ook voor ZBC's. Verzekerden hebben ruim toegang tot het B-segment: bijna alle zorgverzekeraars hebben alle ziekenhuizen gecontracteerd. De wachttijden in het A- en B-segment ontlopen elkaar nauwelijks, met een gemiddelde van 5,5 weken. In 2010 zijn de wachttijden met 1,5 dag gedaald.

Kwaliteit

Ongeveer de helft van de indicatoren van het Programma Zichtbare Zorg is van toepassing op behandelingen uit het B-segment, ongeveer een derde van de ziekenhuiszorg. De aandacht voor kwaliteit is in het B-segment zeker niet minder dan in het A-segment. Verzekeraars en ziekenhuizen steken relatief meer tijd in onderhandelingen over het B-segment. De kwaliteitsindicatoren hebben zich goed ontwikkeld, zowel in het A- als het B-segment. De doorlooptijden tussen eerste consult, behandeling en laatste consult zijn nauwelijks veranderd.

Voor beide segmenten dient overigens de kwaliteitsverbetering mee te worden genomen in de beoordeling van de ontwikkeling van prijzen en productiviteit.

Conclusie

Uitbreiding van het B-segment levert een belangrijke bijdrage aan de marktwerking van ziekenhuiszorg. Belangrijk aandachtspunt is de volumegroei. Ziekenhuizen, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS hebben in een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord² afgesproken dat in de komende jaren het volume met maximaal 2,5% per jaar mag groeien. Uit de analyse van dit rapport volgen geen belemmeringen voor uitbreiding van het B-segment naar 70%.

VERZEKERAARS EN ZIEKENHUIZEN
STEKEN RELATIEF MEER TIJD IN
ONDERHANDELINGEN OVER HET
B-SEGMENT.

² Bron: www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsresource?objectid=70531&type=org

³ Het Structure-Conduct-Performance model wordt veel door economen en consultants gebruikt om een markt beter te begrijpen. Voor een kort filmpje met uitleg, zie: https://www.mckinseyquarterly.com/Enduring-ideas_The_SCP_Framework_2169

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de ontwikkeling van het B-segment beschreven. Waar mogelijk wordt een vergelijking met het A-segment gemaakt. Het B-segment vormde in 2010 ongeveer 30% van de ziekenhuiszorg waarvoor ziekenhuizen en verzekeraars onderhandelen over de prijzen. Voor het overige deel, het A-segment, stelt de NZa de prijzen vast.

De minister van VWS is van plan om het B-segment in 2012 uit te breiden tot 70%. Dat is een belangrijke volgende stap in de modernisering van de markt voor ziekenhuiszorg. De uitbreiding is onderdeel van een groot pakket aan voorgenomen maatregelen met onder andere het invoeren van een nieuwe productstructuur (DOT), het opzetten van een collectief van maatschappen van medisch specialisten per ziekenhuis en een afspraak met de ziekenhuizen om het volume aan ziekenhuiszorg met niet meer dan 2,5% per jaar te laten groeien.

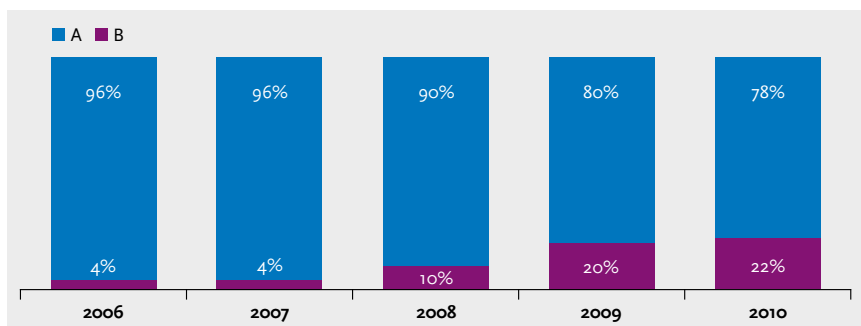
Dit brancherapport analyseert de ontwikkelingen in het B-segment tot en met 2009. Het bouwt voort op eerder onderzoek van Gupta Strategists in opdracht van de NVZ. Op grond van deze analyse wordt geconcludeerd dat uitbreiding mogelijk is. De analyse is gestructureerd aan de hand van de vaak gebruikte doelen van de zorg: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Per doel worden de structuur, het gedrag en de uitkomsten van de ziekenhuiszorgmarkt beschreven. Dit staat bekend als het SCP-model.³ Bij structuur gaat het om eigenschappen van de markt waarmee alle spelers te maken hebben, zoals regulering en mate van concurrentie. Bij gedrag van de spelers gaat het om de keuzes van spelers op de markt, zoals specialisatie en prijsstelling. Tenslotte gaat het bij resultaat om meetbare uitkomsten, zoals score op kwaliteitsindicatoren, wachttijden, efficiëntie en volumes.

Hierna volgt eerst een algemene introductie over DBC's, het A- en B-segment en over de gebruikte bronnen. Vervolgens worden ontwikkelingen in het B-segment beschreven voor alle negen combinaties van het SCP-model en de drie doelen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit (figuur 2). Betaalbaarheid wordt als eerste besproken omdat kennis van de marktstructuur en prikkels voor doelmatigheid helpen bij de bespreking van toegankelijkheid en kwaliteit.

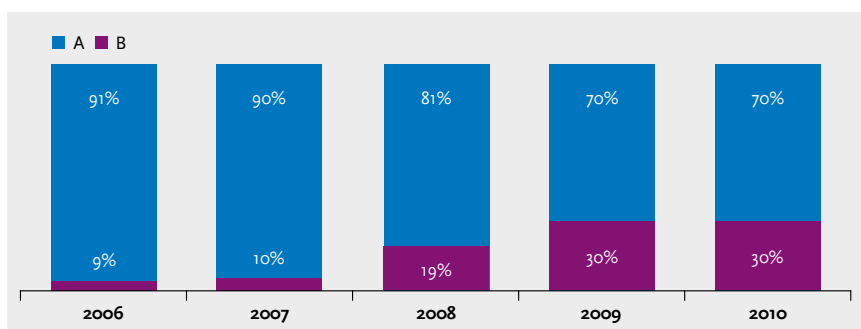
Figuur 2 Het A- en B-segment worden vergeleken op negen vlakken

<i>Kwaliteit</i>	Meer informatie over B- dan A-segment <ul style="list-style-type: none"> • Verhoudingsgewijs meer kwaliteitsindicatoren beschikbaar in B- dan A-segment 	Aandacht voor kwaliteit zeker niet minder dan in A-segment <ul style="list-style-type: none"> • Verzekeraars en ziekenhuizen steken relatief meer tijd in kwaliteit B-segment 	Positieve ontwikkeling van kwaliteit, ook in B-segment. Tussen 2008 en 2010 verbetering op verreweg de meeste kwaliteitsindicatoren. Doorlooptijden A- en B-segment nauwelijks veranderd
<i>Toegankelijkheid</i>	Zeer toegankelijk <ul style="list-style-type: none"> • Vrijwel alle ziekenhuizen kunnen alle B-segment DBC's leveren • ZBC's kunnen relatief snel instappen 	Veel aanbod in B-segment <ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuizen specialiseren nog nauwelijks – noch in de keuze voor bepaalde DBC's, noch in de keuze voor zorgzwaarte per DBC • Vrijwel alle verzekeraars contracteren alle ziekenhuizen 	Wachttijden in A- en B-segment vergelijkbaar <ul style="list-style-type: none"> • Gemiddelde wachttijd A- en B-segment ontkoort elkaar nauwelijks. A-segment nu 1 dag korter • Daling in zowel A- als B-segment over 2010 met anderhalve dag
<i>Betaalbaarheid</i>	Meer concurrentiedruk in B-segment dan in A-segment <ul style="list-style-type: none"> • Aanbod van UMC's, algemene ziekenhuizen en ZBC's • Meest intensieve onderhandelingen met verzekeraars 	Gunstige prijsontwikkeling B-segment <ul style="list-style-type: none"> • Prijsdalingen voor het B-segment • Tot 15% lagere prijzen bij ZBC's • Hogere correlatie prijzen en kosten in het B-segment 	Technische efficiëntie in A- en B-segment met bijna 10% gestegen <ul style="list-style-type: none"> • Voor helft door minder ligdagen • Voor helft door minder verrichtingen • Forse groei B-segment • Voor en na overheveling van A- naar B-segment sterke groei, meer na • Ook in FB-parameters sterkere groei B-segment
	<i>Structuur</i>	<i>Gedrag</i>	<i>Resultaat</i>

Figuur 3 Aantallen DBC's in A- en B-segment [aandeel in totale aantal]
Bron: DIS, alle algemene ziekenhuizen behalve Deventer Ziekenhuis en Slotervaartziekenhuis



Figuur 4 Omzet A- en B-segment voor algemene ziekenhuizen
[aandeel in totale omzet A- en B-segment]
Bron: DIS, alle algemene ziekenhuizen behalve Deventer Ziekenhuis en Slotervaartziekenhuis



Figuur 5 Top 10 DBC's in omzet in 2009 [EUR, miljoen]
Bron: DIS, alle algemene ziekenhuizen behalve Deventer Ziekenhuis en Slotervaartziekenhuis



2.2 DBC's, A- en B-segment

Sinds 2005 is de zorg die ziekenhuizen leveren vastgelegd in zogenoemde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de definitie van een DBC vast. Een DBC bestaat uit de diagnose, het zorgtype, het specialisme en de verrichtingen. De medisch specialisten en ziekenhuizen registreren de geleverde zorg die wordt gebundeld in een DBC.

Ziekenhuizen en medisch specialisten krijgen een vergoeding per DBC. De vergoeding is gebaseerd op het gemiddelde zorgprofiel voor een DBC. Het zorgprofiel bestaat uit verrichtingen, zoals laboratoriumonderzoek, MRI- of röntgenscan, ingreep op de operatiekamer, plaatsen van een kunstheup, pacemaker, etcetera. Voor een bepaalde DBC hangt de (verkoop)prijs van een DBC niet af van het zorgprofiel van een individuele patiënt. De prijs van die DBC is dus niet afhankelijk van bijvoorbeeld de ligduur of het aantal scans dat is gemaakt. Ziekenhuizen declareren de geleverde DBC's bij zorgverzekeraars.

Sinds februari 2005 zijn de DBC's verdeeld in een A- en een B-segment. Ziekenhuizen zijn gebudgetteerd voor het A-segment. Hiervoor stelt de NZa de tarieven vast. In het B-segment onderhandelen ziekenhuizen en verzekeraars over prijs, kwaliteit en volume. Het B-segment is gegroeid van ongeveer 4% van het totale aantal DBC's in 2006 tot 22% in 2010 (figuur 3). Er zijn drie tranches van DBC's overgeheveld van het A- naar het B-segment: in 2005, 2008 en 2009. In termen van de omzet is in 2012 een uitbreiding tot 70% gepland. Voor de algemene ziekenhuizen was dat in 2010 30% (figuur 4).

De NZa selecteert de over te hevelen DBC's op basis van criteria op het gebied van transparantie, markttoegang, marktgedrag, externe effecten en transitiekosten.⁴

Gemeten naar de omzet zijn de grootste DBC's in het B-segment orthopedische ingrepen (bekken-, heup- en knieslijtage), staar, geboorte, hartfalen en beroerte (figuur 5). Voor de specialismen verloskunde en gynaecologie was in 2009 het aandeel van het B-segment in aantallen en omzet het grootst. Ook voor oogheelkunde en orthopedie komt meer dan de helft van de omzet uit DBC's in het B-segment (figuur 6).

⁴ NZa, 'Beoordelingscriteria tussentijdse uitbreiding B-segment', september 2007 en 'Advies uitbreiding B-segment', 12 april 2011.

2.3 Gebruikte gegevens

Ziekenhuizen slaan alle gegevens over DBC's centraal op in het DBC Informatiesysteem (DIS). Hieronder volgt een korte beschrijving van de gebruikte gegevens uit het DIS.

De geanalyseerde DBC's hebben betrekking op DBC's die in 2007, 2008 en 2009 zijn gesloten. Het DIS is nog niet volledig gevuld voor 2010 en de kwaliteit van de gegevens vóór 2007 is niet voldoende, reden waarom deze twee jaren niet zijn meegenomen in de analyses. De meeste analyses zijn verricht met gegevens van 17 van de 82 algemene ziekenhuizen. Voor deze 17 ziekenhuizen zijn de gegevens in het DIS stabiel, stroken ze met de jaarverslagen en lijken de postcode en leeftijd van patiënten goed geregistreerd.

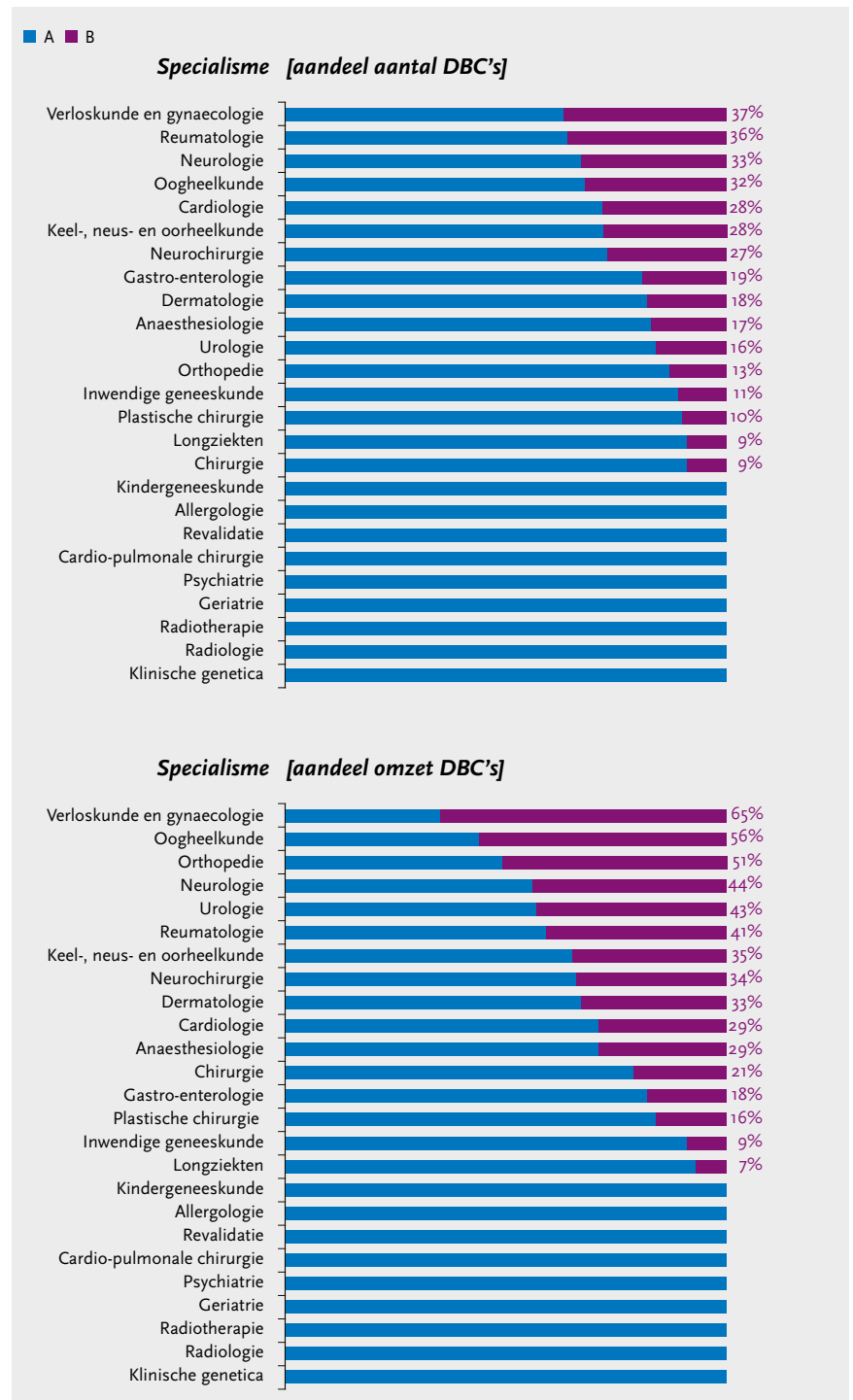
In de analyses wordt soms ingezoomd op de drie tranches van overgehevelde DBC's, te weten B1 (onderdeel van het B-segment sinds 2005), B2 (sinds 2008) en B3 (sinds 2009). In enkele analyses vergelijken we de tranches van het B-segment met DBC's uit het A-segment die zoveel mogelijk vergelijkbaar zijn op het gebied van aantallen, verrichtingen en kosten per DBC.

Voor zes DBC's zijn naast gegevens uit het DIS ook wachttijden en rapportages over (gepercipieerde) kwaliteit beschikbaar. Dat zijn knie vervanging, heupvervangning, liesbreuk, staar (cataract), spataderen (varices) en amandelen (adenoid en tonsillen).

We zoomen regelmatig in op deze analyse-DBC's. De waarde van het zorgprofiel van een DBC wordt berekend met tarieven per verrichting uit 2009. Enkele in de tabel van 2009 ontbrekende tarieven zijn geschat. De kosten per verrichting zijn niet gecorrigeerd voor inflatie.

Figuur 6 Aandeel B-segment per specialisme, 2009

Bron: DIS, alle algemene ziekenhuizen behalve Deventer Ziekenhuis en Slotervaartziekenhuis



2.4 Betaalbaarheid

In het B-segment is er meer concurrentiedruk van ZBC's dan in het A-segment. De onderhandelingen met verzekeraars voor het B-segment zijn intensiever dan voor het A-segment. Dit heeft geleid tot een prijsdaling van ruim 3% in 2010. Bovendien zijn prijzen en kosten sterker aan elkaar gecorreleerd in het B-dan in het A-segment. Dat helpt om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen en geeft ziekenhuizen meer mogelijkheden om hun speerpunten te bepalen. Het volume in het B-segment groeit sneller dan in het A-segment. Voor zowel het A- als het B-segment is de technische efficiëntie tussen 2007 en 2009 met ongeveer 10% verbeterd. Die verbetering bestaat voor de helft uit een reductie van de ligduur en voor de helft uit minder verrichtingen per DBC.

2.4.1 Structuur

Het A- en B-segment kennen een verschillende marktstructuur. Dat heeft gevolgen voor ziekenhuizen, medisch specialisten en verzekeraars. Voor het A-segment zijn ziekenhuizen gebudgetteerd, voor het B-segment niet. Beide segmenten maken deel uit van het Budgettair Kader Zorg (BKZ), het door de overheid vastgestelde uitgavenplafond voor de zorg.

Voor patiënten verschillen het A- en B-segment niet van elkaar. Beide segmenten zitten in het basispakket van de zorgverzekering en een eventueel eigen risico geldt voor beide segmenten. Alle ziekenhuizen zijn actief op het A- en het B-segment en concurreren dus met elkaar. Concurrentie van ZBC's doet zich vooral voor in het B-segment.

2.4.1.1 Regulering van het A-segment

De DBC-inkomsten bestaan uit ziekenhuiskosten en honoraria van de medisch specialisten.

Voor het A-segment zijn ziekenhuizen gebudgetteerd. Dat budget wordt gevuld met het ziekenhuisdeel van de gedeclareerde DBC's in het A-segment. De omzet van een extra DBC in het A-segment verhoogt niet automatisch de omzet van een ziekenhuis. Dat hangt af van de budgetafspraken met de zorgverzekeraars, die worden goedgekeurd door de NZa. Het budget wordt voor een deel bepaald op basis van (semi-)vaste parameters, zoals kosten voor het gebouw en aantal medisch specialisten, en voor een deel op basis van

variabele parameters, zoals eerste polikliniekbezoeken, opnames, verpleegdagen en dagbehandelingen. Het ziekenhuis maakt hierover afspraken met zijn grootste verzekeraar.

De regulering voor vrijgevestigde medisch specialisten is in 2008 veranderd. Tot 2008 waren de meesten van hen ook gebudgetteerd. Het honorariumdeel van de DBC-opbrengsten diende als vulling van de zogenoemde lumpsum. Een klein deel van de vrijgevestigde medisch specialisten viel niet onder de lumpsumsystematiek. Voor hen was het honorariumdeel van de DBC's direct inkomen. Vanaf 2008 geldt dat voor alle vrijgevestigde medisch specialisten. Specialist in loondienst ontvangen een salaris van het ziekenhuis, dat meestal niet direct gerelateerd is aan hun productie. De arbeidsvoorwaardenregeling van de medisch specialisten in loondienst (AMS) is onderdeel van de Cao ziekenhuizen.

Verzekeraars lopen beperkt risico op de omzet in het A-segment. Ongeveer 40% van eventueel extra kosten bovenop het afgesproken budget wordt gedeeld met de andere zorgverzekeraars. Als landelijk teveel wordt uitgegeven, worden verzekeraars daarvoor gecorrigeerd op grond van de zogenoemde macro-nacalculatie. Wanneer blijkt dat het BKZ wordt overschreden, kort het ministerie van VWS doorgaans het jaar daarop de ziekenhuizen, terwijl verzekeraars worden gecompenseerd. Het ministerie van VWS is van plan om het risico op overschrijding van het BKZ voor een groter deel bij de verzekeraars neer te leggen.

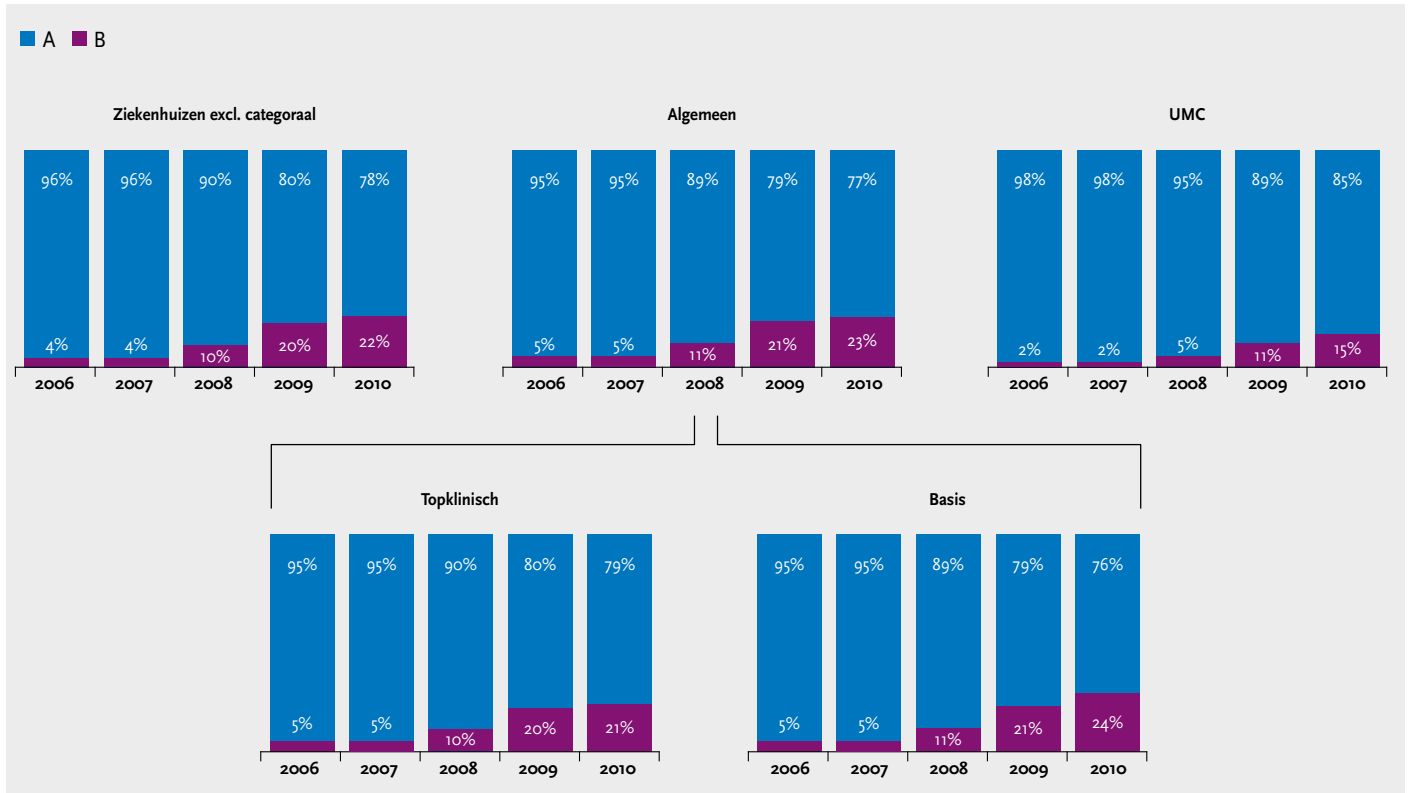
2.4.1.2 Regulering van het B-segment

Ziekenhuizen en verzekeraars onderhandelen over de prijs en kwaliteit van DBC's in het B-segment. Voor het B-segment gelden integrale prijzen per DBC. Net als in een normale markt levert een extra DBC ook extra omzet op. De vrijgevestigde medisch specialisten ontvangen de honorariumcomponent van de omzet van een extra DBC. Verzekeraars lopen vrijwel volledig risico op de omzet in het B-segment. Zij hebben in het B-segment dan ook een sterkere prikkel om goed te onderhandelen dan in het A-segment.

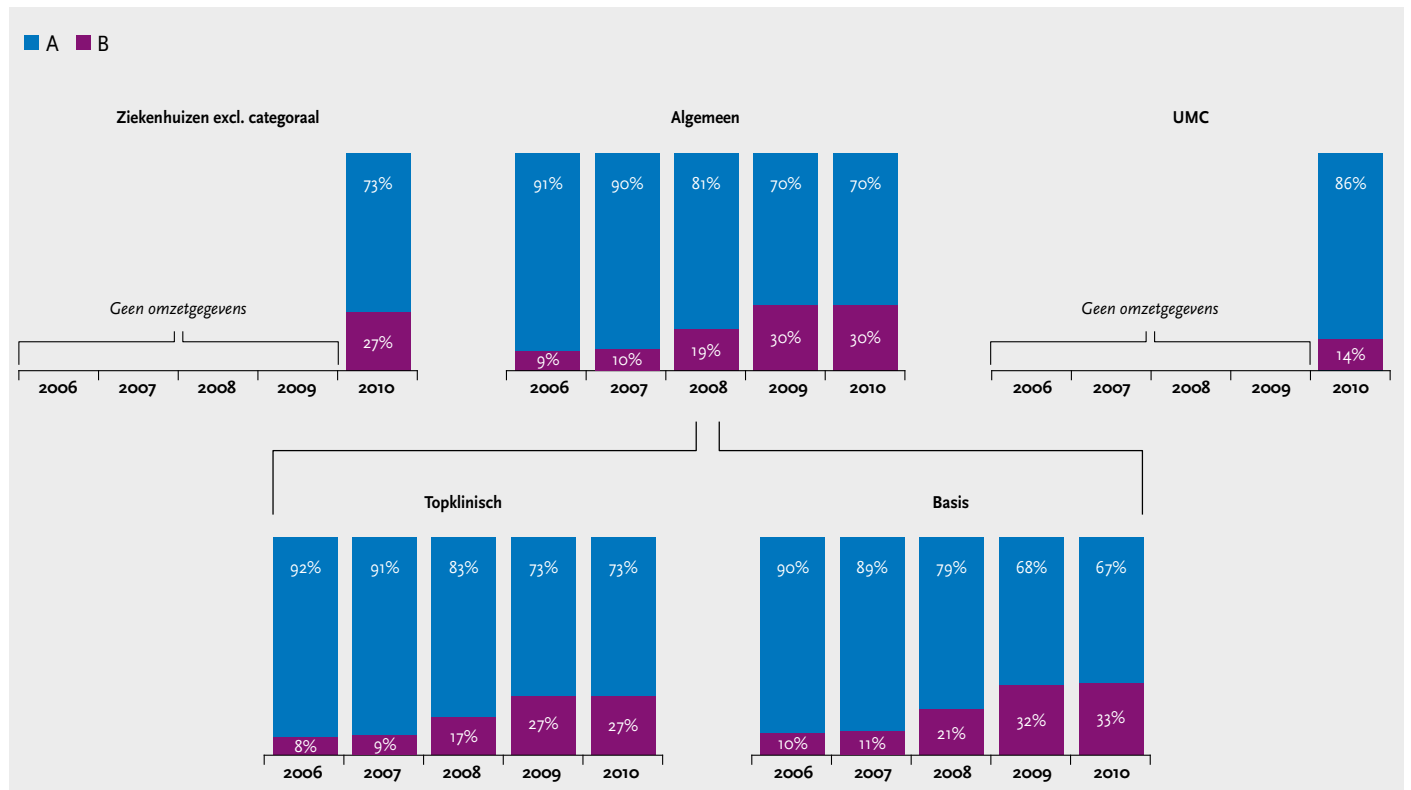
2.4.1.3 Aanbod van B-segment van ziekenhuizen

Vrijwel alle 81 Nederlandse ziekenhuizen en 8 UMC's leveren alle DBC's uit het B-segment. Voor aandoeningen met meer dan 5.000 patiënten per jaar kan men bij 96% van de ziekenhuizen terecht. Er bestaat dus voldoende mogelijkheid voor concurrentie tussen ziekenhuizen.

Figuur 7 Ontwikkeling aandeel B-segment in aantal DBC's
 Bron: DIS, alle algemene ziekenhuizen behalve Deventer Ziekenhuis en Slotervaartziekenhuis

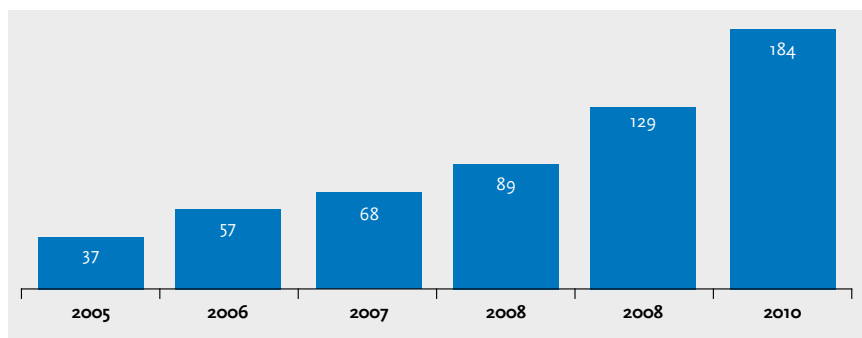


Figuur 8 Ontwikkeling A- en B-segment in omzetaandelen
 Bron: DIS, alle algemene ziekenhuizen behalve Deventer Ziekenhuis en Slotervaartziekenhuis



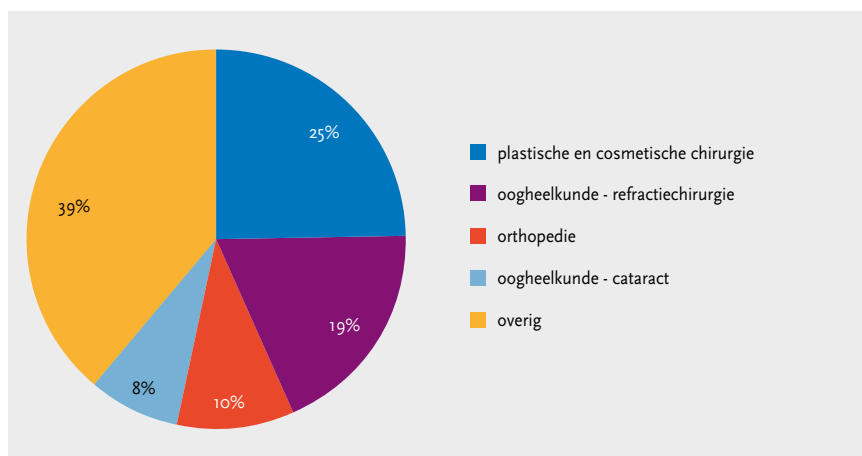
Figuur 9 Aantal Zelfstandige Behandelcentra actief in het B-segment

Bron: NZa, 'Monitor medisch specialistische zorg', januari 2011



Figuur 10 Aanbod van specialismen/behandelingen van ZBC's en privéklinieken

Bron: NZa, 'Monitor medisch specialistische zorg', januari 2011



Voor de UMC's maakt in 2010 ongeveer 15% van de DBC's deel uit van het B-segment. Voor algemene ziekenhuizen is dat 23%. De groep van algemene ziekenhuizen bestaat uit basis- en topklinische ziekenhuizen. Voor de 54 basisziekenhuizen is het B-segment relatief belangrijker dan voor de 27 topklinische ziekenhuizen (figuur 7).

Voor algemene ziekenhuizen vormt het B-segment in 2010 al 30% van de omzet. Voor UMC's is dit ongeveer 14%. Ook binnen de 81 algemene ziekenhuizen bestaat verschil. Voor basisziekenhuizen komt gemiddeld 33% van de omzet voor rekening van het B-segment, voor topklinische ziekenhuizen betreft dit 27% (figuur 8).

2.4.1.4 Aanbod van B-segment van ZBC's

Ziekenhuizen ondervinden zowel op het A- als B-segment concurrentie van een snel toenemend aantal ZBC's. In 2010 waren 184 ZBC's actief in het B-segment, in 2005 en 2009 waren dat er nog slechts 37, respectievelijk 129 (figuur 9). Vrijwel alle ZBC's zijn actief op het B-segment en sommige daarnaast ook op het A-segment.⁵ De concurrentiedruk in het B-segment is hoger dan in het A-segment. Dat blijkt ook uit de behandelingen die ZBC's leveren: het merendeel is B-segment zorg of onverzekerde zorg (figuur 10). Overigens is ruim een kwart (27%) van de ZBC's gelieerd aan een ziekenhuis en zijn vrijwel alle medisch specialisten, werkzaam in ZBC's, ook verbonden aan een ziekenhuis.

De ZBC's bevinden zich vooral in de Randstad (figuur 11).⁶ Naast ZBC's zijn er ook nog ruim 100 privéklinieken actief. In privéklinieken wordt geen zorg verleend die behoort tot het wettelijk vastgestelde basispakket. Het aantal patiënten dat in ZBC's en privéklinieken behandeld is, nam tussen 2008 en 2009 toe met bijna 17%: van 357 duizend tot 416 duizend.⁷

2.4.2 Gedrag

In deze paragraaf wordt ingegaan op de prijsstelling in het B-segment. Naast prijsstelling is ook de mate van specialisatie in behandelingen een belangrijke strategische keuze van het ziekenhuis als onderneming. Ziekenhuizen moeten beslissen welke portfolio aan producten ze aanbieden. Dit wordt onder toegankelijkheid besproken.

2.4.2.1 Gemiddelde prijzen in het B-segment

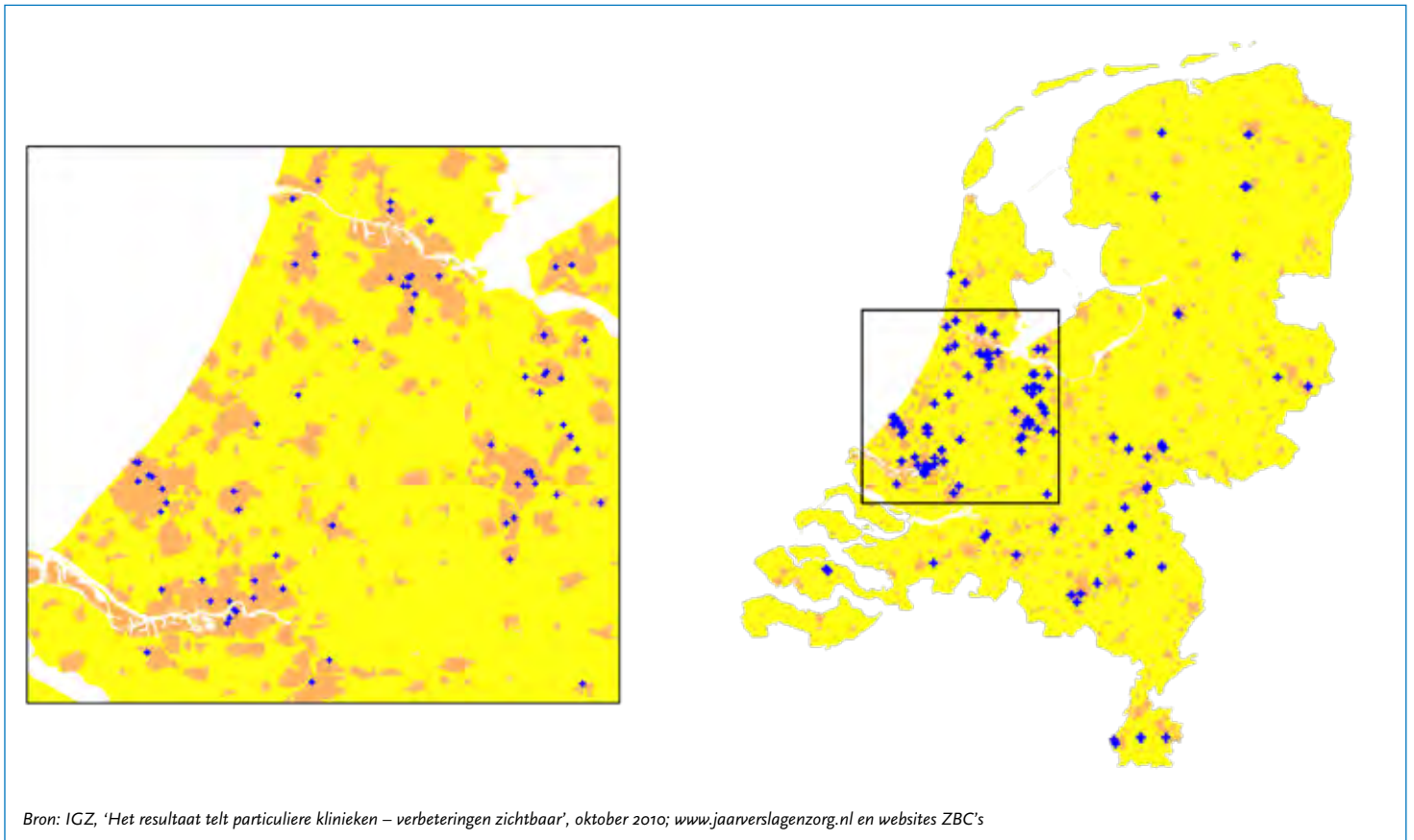
Uit verschillende berekeningen volgt dat de prijzen in het B-segment zich gunstiger ontwikkelen dan in het A-segment. De prijsstijging is steeds lager dan de indexatie voor de personele en materiële kosten van de NZa voor het A-segment (figuur 12).

⁵ In 2009 werden 229 klinieken voor de IGZ als zorginstelling aangemerkt waarvan 125 ZBC's en 104 privéklinieken. IGZ, 'Het resultaat telt particuliere klinieken – verbeteringen zichtbaar', oktober 2010.

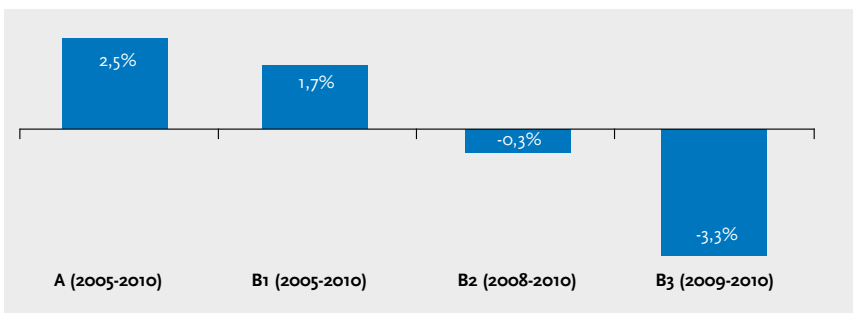
⁶ Op basis van locaties genoemd in jaarverslagen en websites van ZBC's genoemd door de IGZ

⁷ Het aantal behandelingen is ook toegenomen, maar uit de tekst van de IGZ is af te leiden dat dit te maken kan hebben met registratie. Het aantal patiënten is eenvoudiger vast te stellen.

Figuur 11 *Zelfstandige behandelcentra in Nederland (2009)*

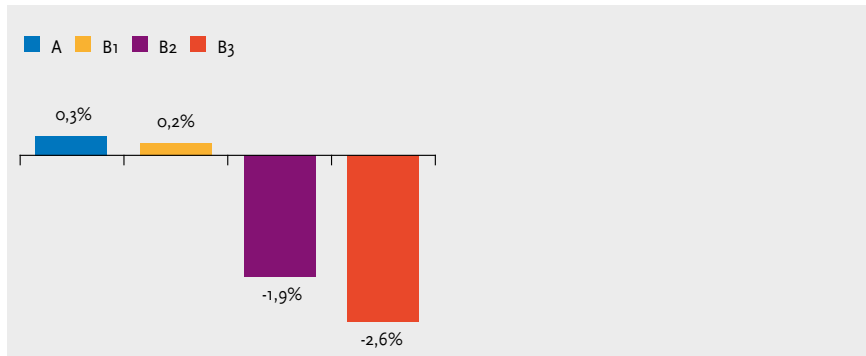


Figuur 12 *Gemiddelde jaarlijkse reële prijsgroei sinds 2005 of sinds introductie van de tranche*
Bron: Analyse Sirm

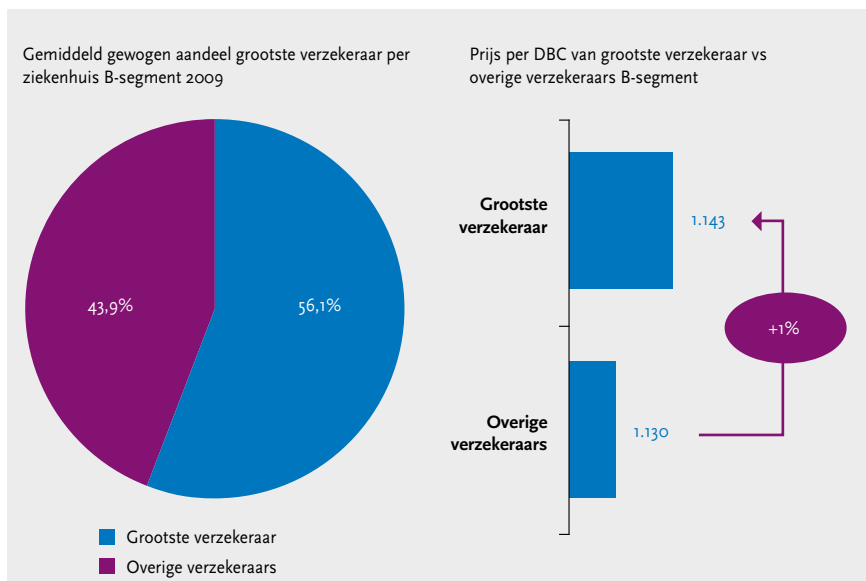


- De NZa analyseert jaarlijks prijsontwikkelingen in de drie B-tranches en het A-segment. Hieruit blijkt dat de reële prijzen in het A-segment, na correcties, tussen 2005 en 2010 met 2,5% per jaar zijn gestegen. De reële prijzen in de B1-tranche stegen in die periode met gemiddeld 1,7% per jaar. De reële prijzen van de tranches B2 en B3 daalden in de jaren na hun introductie met gemiddeld respectievelijk 0,3% en 3,3%. Overigens was voor alle tranches van het B-segment de daling het sterkst in 2010 (figuur 12).
- Op basis van de gegevens in het DIS volgt een vergelijkbare prijsdaling tussen 2008 en 2009 voor het B-segment (figuur 13). Dit is de verhouding tussen de productie in 2008 op basis van prijzen in 2008 en van dezelfde productie in 2008 op basis van prijzen in 2009.

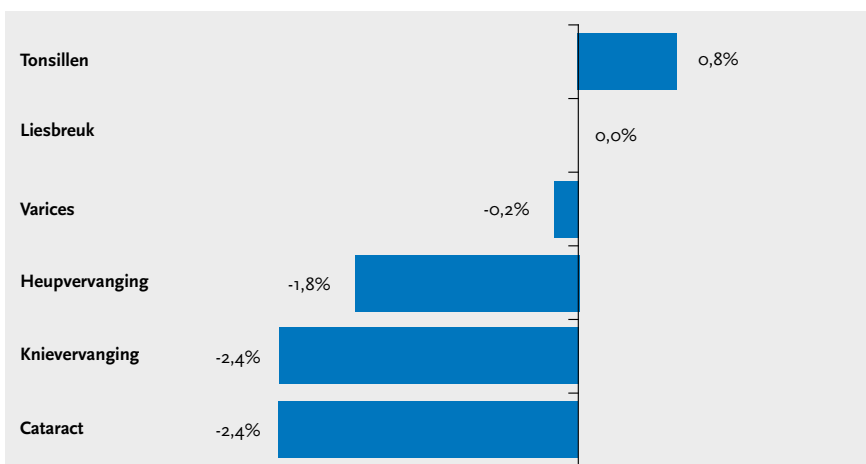
Figuur 13 **Gemiddeld gewogen nominale prijsstijging 2009**
Bron: DIS



Figuur 14 **Verzekeraars en prijsontwikkeling**
Bron: DIS, 27 algemene ziekenhuizen



Figuur 15 **Gemiddeld prijsverschil verzekeraar met grootste volume vs overige verzekeraars, 2007/2009**
Bron: DIS, 27 algemene ziekenhuizen, 464 DBC's in B-segment



2.4.2.2 Prijzen van ZBC's

De prijzen van ZBC's liggen in beide segmenten gemiddeld op 88% van de prijzen van algemene ziekenhuizen.⁹ Voor de tranches B1 en B2 liggen de prijzen ongeveer 15% lager dan in algemene ziekenhuizen. Waarschijnlijk is het kostenniveau van ZBC's ook lager, bijvoorbeeld omdat zij mogelijk patiënten met lagere zorgzwaarte behandelen en geen spoedzorg leveren.

2.4.2.3 Relatie tussen prijzen en volumes?

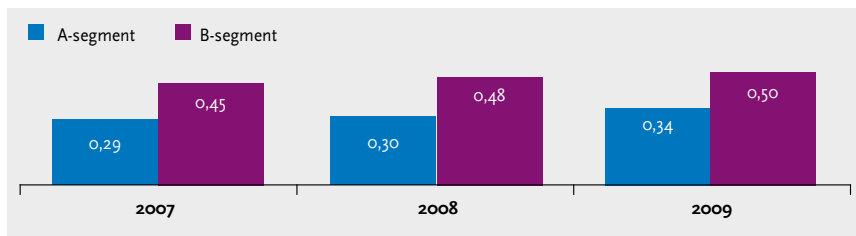
Voor de analyse-DBC's blijkt dat bij liesbreukoperaties ziekenhuizen die 100 patiënten meer behandelen tot 10% lagere prijzen in rekening brengen. Voor cataracten bedragen de prijsverschillen tussen laag en hoog volume maar enkele procenten.¹⁰ Voor de andere analyse-DBC's is er geen significant verband gevonden tussen prijs en volume.

Met staffelkortingen kan ook een relatie tussen prijzen en volume worden aangebracht. Daarover zijn geen gegevens bekend.

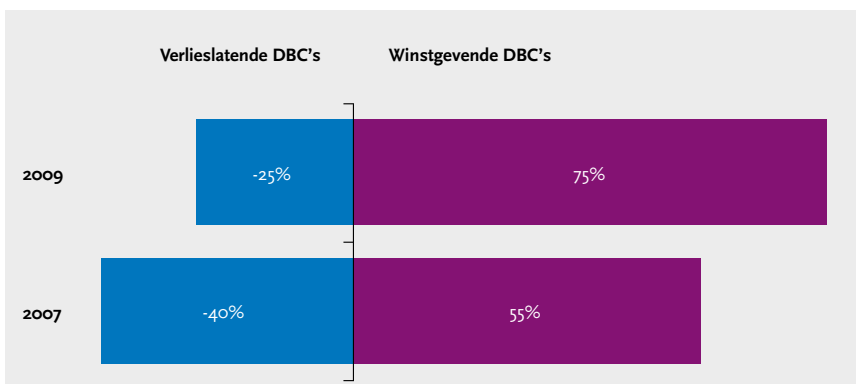
2.4.2.4 Correlatie tussen prijzen en aandeel van verzekeraar bij ziekenhuis

Gemiddeld is meer dan de helft van de patiënten (56%) van een ziekenhuis verzekerd bij de grootste verzekeraar die zorg voor de patiënten inkoop bij dat ziekenhuis. Die verzekeraar spreekt gemiddeld 1% hogere prijzen af dan de andere verzekeraars (figuur 14). Voor de meeste analyse-DBC's heeft de grootste verzekeraar juist een prijsvoordeel. Dat verschilt per aandoening maximaal 2,4% (figuur 15). De verschillen zijn het grootst voor aandoeningen die het langst in het B-segment zitten en een fors deel van de omzet in het B-segment uitmaken: heup- en knievervangning en cataract. Voor tonsillen is de prijs van de grootste verzekeraar juist hoger (0,8%).

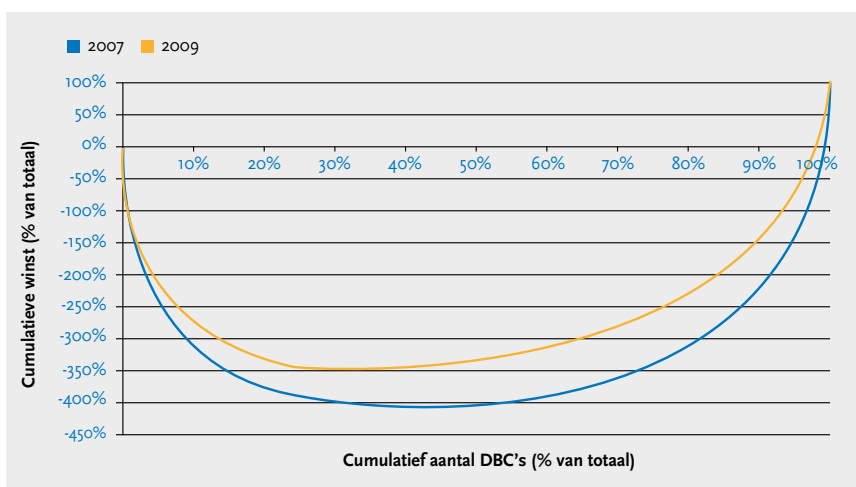
Figuur 16 Gemiddelde correlatie van prijzen met profielkosten per DBC
Bron: DIS, 23 algemene ziekenhuizen



Figuur 17 Aandeel verlieslatende en winstgevende B-segment DBC's 2009
Bron: DIS, 23 algemene ziekenhuizen



Figuur 18 Deel van winstgevende DBC's subsidieert verlieslatende DBC's
Bron: DIS, 23 algemene ziekenhuizen



2.4.2.5 Correlatie tussen prijzen en profielkosten

Goede prijsvorming is cruciaal voor de ontwikkeling van de markt. Tot nog toe moesten ziekenhuizen wel een breed palet van zorg aanbieden. Sommige zorg leidde tot winst, andere tot verlies. Alleen met kruissubsidies kon het ziekenhuis financieel het hoofd boven water houden. Bij realistische, kostendekkende prijzen kunnen ziekenhuizen zich op bepaalde zorg of een bepaald klantsegment richten. Het B-segment kan daarbij helpen omdat prijzen onderhandelbaar zijn en dus naar het juiste niveau kunnen bewegen.

De correlatie tussen prijs en profielkosten is tussen 2007 en 2009 in het B-segment toegenomen van 0,45 tot 0,50 (bij 0 geen enkele en bij 1 volledige correlatie). In het A-segment is deze ongeveer 0,34 (figuur 16).

In 2007 werd het verlies op 40% van de DBC's gecompenseerd door winst op de overige DBC's. In 2009 is die verhouding 25 : 75 (figuur 17). Er bestaat nog steeds kruissubsidie binnen het ziekenhuis (figuur 18).

2.4.3 Resultaten

De efficiëntie in zowel het A-segment als het B-segment is de afgelopen jaren verhoogd. De volumegroei in het B-segment was hoger dan in het A-segment.

2.4.3.1 Efficiëntie

Ziekenhuizen verbeteren jaar na jaar hun efficiëntie. Dat volgt uit meerdere studies met verschillende methodes. Volgens recent onderzoek van Blank en Eggink daalde de productiviteit tussen 1972 en 1983 met 0,6% per jaar.¹¹ Na 1983 werd in de ziekenhuizen een systeem van budgettering ingevoerd. Dat leidde tot een gemiddelde productiviteitsstijging van ongeveer 1% per jaar tot 2002. Daarna is de ziekenhuissector stap voor stap verder geliberaliseerd. Tussen 2002 en 2008 steeg de productiviteit met gemiddeld 2,3% per jaar.

De productiviteitsstijging is moeilijk uit te splitsen naar A- en B-segment omdat de in de jaarverslagen gerapporteerde kosten niet aan een segment worden toegerekend. De productiviteitsstijging bestaat gedeeltelijk uit het efficiënter produceren van verrichtingen, zoals een polikliniekbezoek, een MRI-scan, een ligdag en een bepaalde operatie, en gedeeltelijk uit het behandelen van de patiënt met minder verrichtingen. Dat laatste deel kan per DBC worden onderzocht met het DIS.

⁸ NZa, 'Monitor medisch specialistische zorg', januari 2011

⁹ Berekening op basis van: NZa, 'Marktscan medisch specialistische zorg', januari 2011.

¹⁰ Correlatie prijs en volume liesbreuk $R^2=0,13$, staar $R^2=0,15$ en overig $< 0,06$.

¹¹ J.L.T. Blank, E. Eggink, 'Productiviteitstrends in de ziekenhuiszorg', IPSE Studies Research Reeks 2011-2, maart 2011.

Voor iedere DBC is per patiënt geregistreerd welke verrichtingen zijn uitgevoerd: het zorgprofiel van de DBC. Met de kosten per verrichting uit 2009 is per patiënt berekend wat de zogenoemde profielkosten van een DBC zijn. In het B-segment ontvangen ziekenhuis en medisch specialist een vaste prijs, ongeacht het gerealiseerde zorgprofiel van de patiënt.

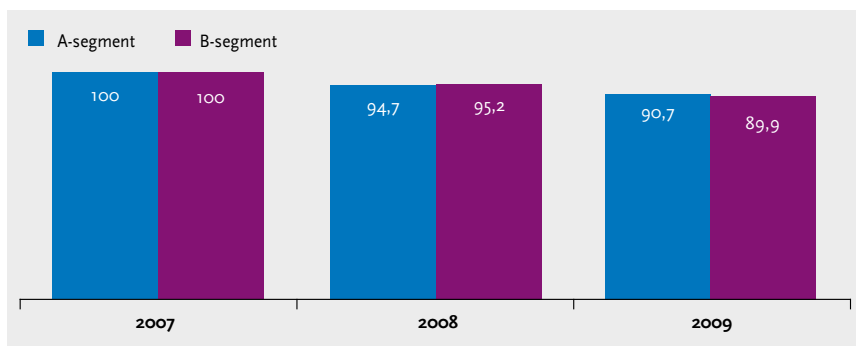
Er is dus een prikkel om onnodige verrichtingen te voorkomen. In het A-segment is die prikkel voor het ziekenhuis ook aanwezig, maar zwakker.

De ontwikkeling van de profielkosten is bestudeerd voor DBC's in het A- en B-segment die qua aantallen verrichtingen en kosten enigszins vergelijkbaar zijn en waarvan de ziekenhuizen er voldoende hebben geproduceerd. De profielkosten van die DBC's zijn tussen 2007 en 2009 gemiddeld 10% gedaald in het B-segment. In een vergelijkbaar deel van het A-segment¹² zijn de profielkosten met iets meer dan 9% gedaald (figuur 19).

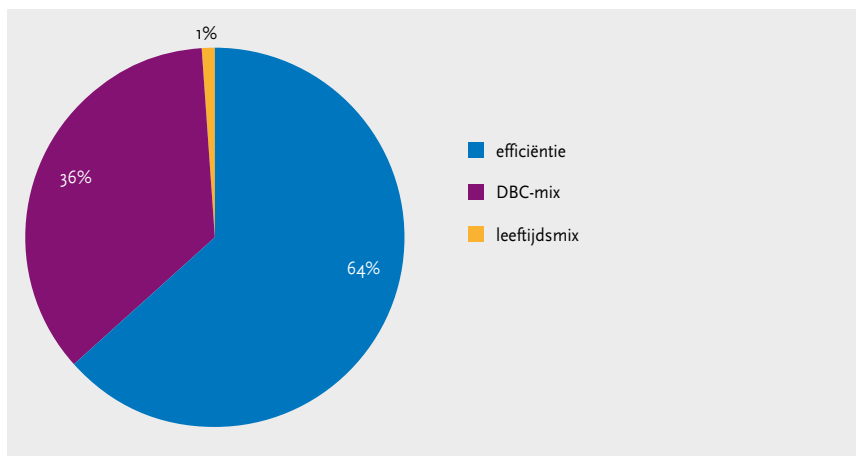
De afname van de profielkosten per DBC volgt voor bijna tweederde uit efficiëntieverbetering (figuur 20): voor dezelfde DBC worden minder ligdagen en verrichtingen ingezet. De rest van de afname komt vooral doordat ziekenhuizen een ander pakket DBC's zijn gaan leveren; hun DBC-mix is veranderd. De veranderde leeftijdsmix per DBC heeft nauwelijks impact en over de verandering van case-mix per leeftijdscategorie zijn geen gegevens beschikbaar. De verandering van het zorgprofiel tussen 2007 en 2009 is het sterkst voor tranche B3 (figuur 21).

- De DBC-mix is iets verschoven. Het aandeel DBC's met een lichter zorgprofiel was in 2009 iets hoger dan in 2007. Bij een index van 100 in 2007 was de index in 2009 gemiddeld 94,3 voor het B-segment, een afname van bijna 6%. Voor het A-segment was de impact van het DBC-mix effect in dezelfde periode iets minder dan 2%.

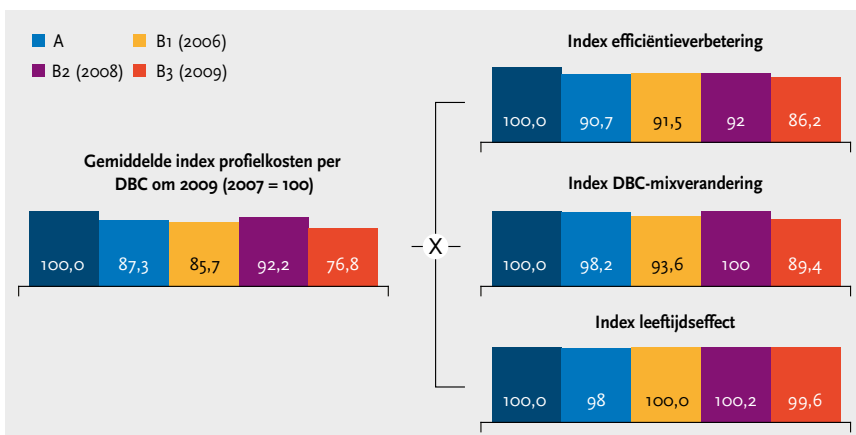
Figuur 19 **Prijsindex gemiddeld zorgprofiel**
Bron: DIS, 17 algemene ziekenhuizen



Figuur 20 **Bijdrage aan daling van zorgprofielkosten per DBC [aandeel in daling]**
Bron: DIS, 17 algemene ziekenhuizen



Figuur 21 **Profielkosten per tranche in 2009 [2007 = 100]**
Bron: DIS, 17 algemene ziekenhuizen

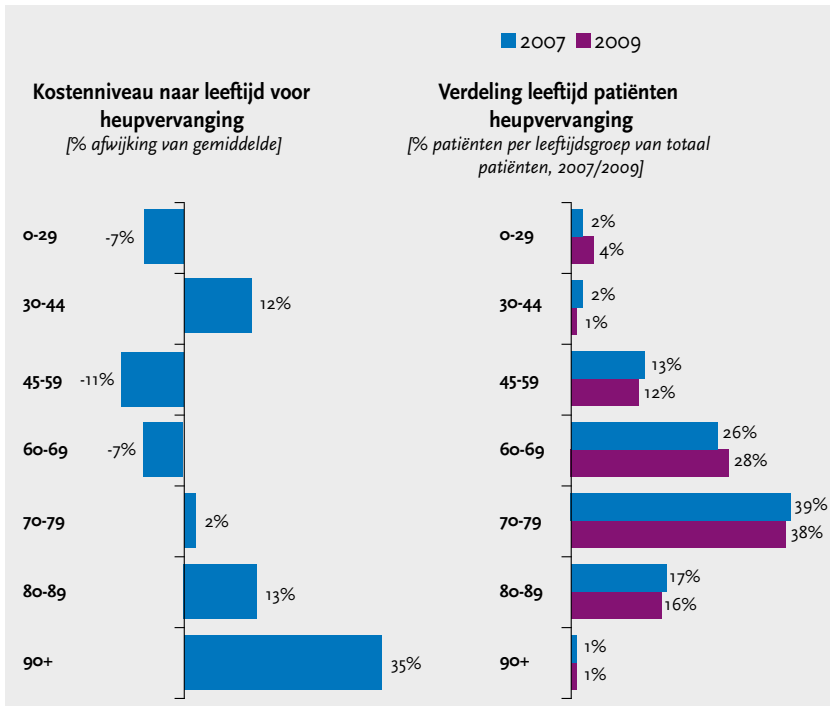


¹² DBC's met een vergelijkbaar aantal verrichtingen (maximaal 20) en vergelijkbare kosten (€ 100 tot € 2.000) als de B-segment DBC's. Zodoende zijn zeer specifieke en dure DBC's, zoals bijvoorbeeld een openhartoperatie, niet meegenomen.

¹³ Dit is na correcties voor het vervallen van SEH-DBC's per 1-1-2008 en van intercollegiale consulten in het B-segment.

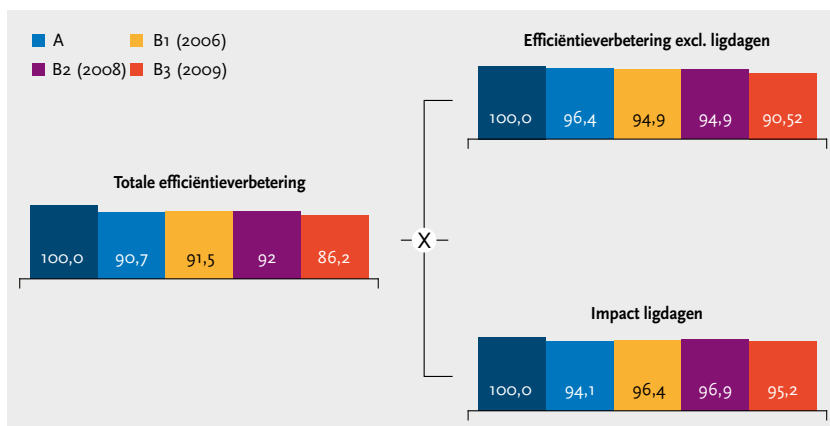
Figuur 22 Kostenniveau heupvervanging naar leeftijd

Bron: DIS, 17 algemene ziekenhuizen



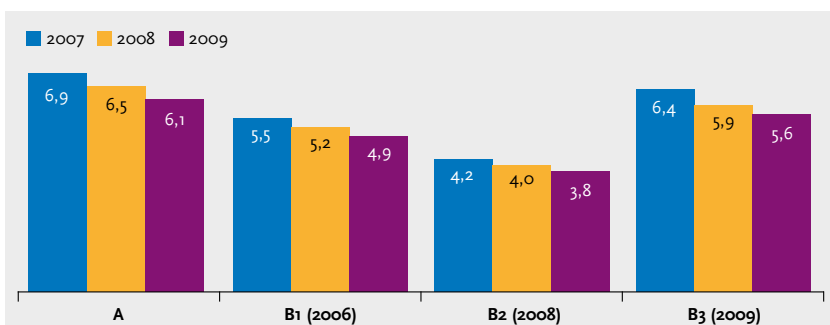
Figuur 23 Efficiëntieverbetering in 2009 ten opzichte van 2007 [index, 2007 = 100]

Bron: DIS, 17 algemene ziekenhuizen



Figuur 24 Gemiddelde ligduur per klinische opname [dagen]

Bron: DIS, 19 algemene ziekenhuizen

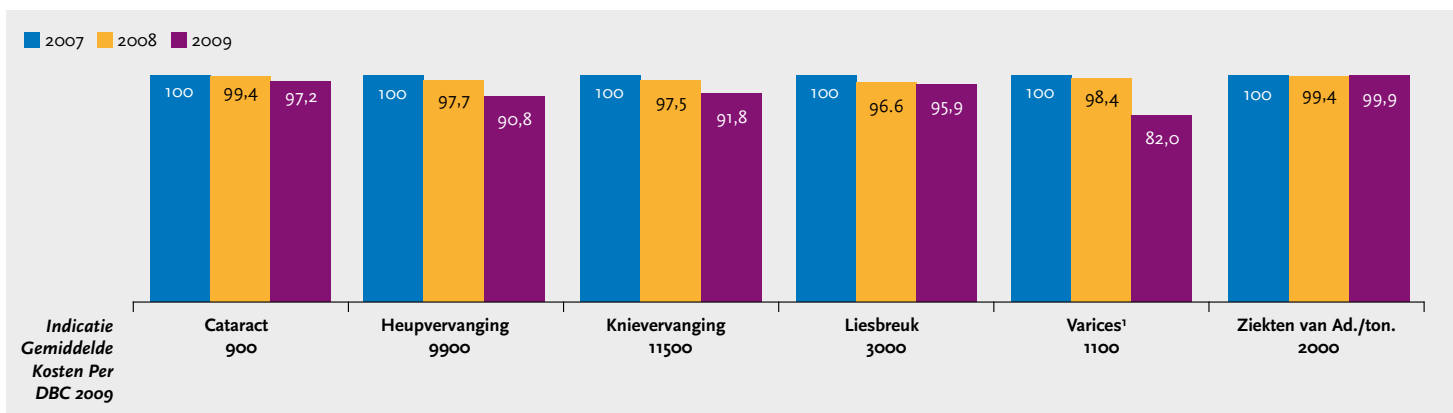


- De gemiddelde leeftijd van patiënten is tussen 2007 en 2009 licht gedaald waardoor iets minder kosten per DBC kunnen worden verwacht. Over het algemeen zijn voor jongere mensen bij dezelfde DBC minder verrichtingen nodig: zij kunnen bijvoorbeeld eerder naar huis. Dat leidt tot een goedkoper zorgprofiel voor jonge mensen (voorbeeld voor heuppatiënten: figuur 22). Voor het B-segment is de gemiddelde leeftijd in die periode met 0,5 jaar gedaald. In het A-segment daalde de gemiddelde leeftijd met 2 jaar. De zorgprofielen van de B-segment DBC's van 2009 zijn nauwelijks veranderd door het leeftijdsmixeffect. Dat volgt uit het product van de kosten per DBC per leeftijdscategorie uit 2009 en het aantal patiënten per DBC per leeftijdscategorie in 2007.
- Door vroegere indicering worden minder zieke patiënten behandeld en zullen ook de kosten per DBC binnen een leeftijdsgroep iets afnemen: het case-mix effect. Dat effect is met de beschikbare gegevens niet te scheiden van de efficiëntieverbetering. De efficiëntieverbetering is dus waarschijnlijk iets overschat.
- De technische efficiëntieverbetering tussen 2007 en 2009 is daarmee ongeveer 9% voor het A-segment en 11% voor het B-segment. Deze verbetering kwam tot stand ondanks de druk op behandelaars om meer diagnostiek uit te voeren. De werkelijke efficiëntieverbetering is hoger als ziekenhuizen de benodigde verrichtingen efficiënter uitvoeren. Binnen het B-segment zien we de grootste groei in B3, de meest recent overgehevelde tranche (13,8%).

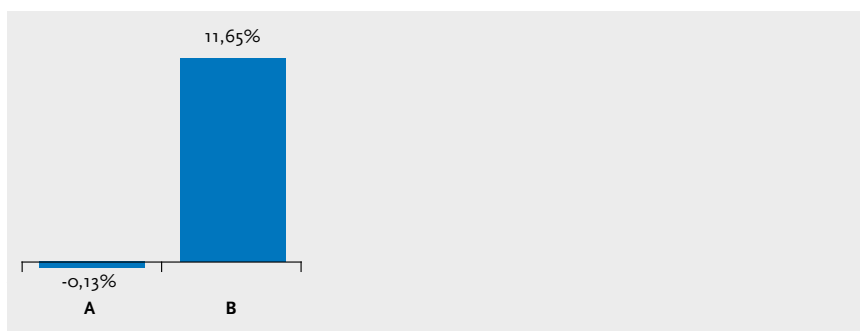
De efficiëntieverbetering volgt voor iets minder dan de helft uit reductie van het aantal ligdagen en voor iets meer dan de helft uit minder kosten voor verrichtingen per DBC (figuur 23). Er zijn geen signalen dat deze efficiëntiewinst van ongeveer 5% per jaar ten koste is gegaan van de kwaliteit van de zorg.

- Ziekenhuizen weten jaarlijks de gemiddelde ligduur voor patiënten te verlagen. De ligduur voor de tranches B1, B2 en B3 was in 2009 gemiddeld 4,8 dagen. Voor dezelfde DBC's was dat in 2007 nog 5,4 dagen. Ook in het A-segment is de ligduur verkort: van gemiddeld 6,9 dagen in 2007 naar 6,1 in 2009 (figuur 24).
- Naast minder ligdagen worden ook minder verrichtingen per DBC uitgevoerd.¹³ Bij indexering van de profielkosten zonder ligdagen op 100 in 2007, was die waarde in 2009 93,4 voor het B-segment en 96,4 voor het A-segment. Ziekenhuizen leveren de DBC's dus met gebruik van minder middelen. Zolang dit niet ten koste gaat van de kwaliteit is verhoging van de efficiëntie positief.

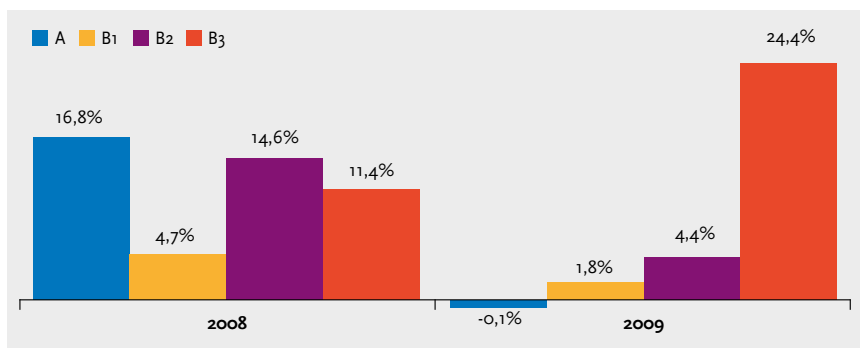
Figuur 25 Ziekenhuizen gaan efficiënter werken [Index % kosten geleverde profielen voor patiënten, 2006=100%]
Bron: DIS, 19 algemene ziekenhuizen



Figuur 26 Groei in aantal DBC's in A- en B-segment in 2009 [procent]
Bron: DIS, 28 algemene ziekenhuizen



Figuur 27 Jaar-op-jaar groei B-tranche [aantal]
Bron: DIS



De efficiëntieverbetering in het A-segment, voornamelijk gedreven door verkorting van de ligduur, kan mede veroorzaakt zijn door het B-segment. Om capaciteit voor volumegroei in het B-segment vrij te maken zijn wellicht de processen in het A-segment verbeterd. Efficiëntieverbetering doet zich ook voor bij de analyse-DBC's, met uitzondering van het knippen van de amandelen (figuur 25). Daarvan is het zorgprofiel vrijwel gelijk gebleven, wellicht omdat deze behandeling al geruime tijd geoptimaliseerd is.

2.4.3.2 Volume

Het volume van het B-segment groeit aanzienlijk meer dan het A-segment (figuur 26). Vanwege de uitbreidingen en administratieve effecten is dit lastig uit de jaarverslagen te destilleren. Eerder onderzoek voor de NVZ vereniging van ziekenhuizen (2008) liet zien dat de DBC's in het B-segment ook vóór hun overheveling al een relatief hoge autonome groei kennen.¹⁴ Overheveling van het A- naar het B-segment leidt dan tot een groter verschil in groei tussen het A- en het B-segment. Tranche B3 was tussen 2007 en 2008 met 11% de snelst groeiende tranche. In 2009 is tranche B3 gegroeid met 24%. De tranches B1 en B2 groeiden in 2008 juist meer dan in 2009: respectievelijk met 5% en 2% voor B1 en 15% en 4% voor B2 (figuur 27).

¹⁴ Gupta Strategists, 'Ontwikkelingen B-segment', april 2008

¹⁵ NVZ, 'Brancherapport Algemene ziekenhuizen 2010. Zorg voor baten', 2010 en verwijzingen daarin.

Het lijkt er op dat een tranche fors groeit in het jaar na overheveling. Behalve te wijzen op een productiestimulans, kan dit ook te maken hebben met andere prikkels. Ten eerste is registratie in het B-segment belangrijker dan in het A-segment. In het B-segment leidt het direct tot een factuur. In het A-segment wordt een DBC alleen gebruikt voor vulling van het budget. Ten tweede is in dezelfde periode de bekostiging van medisch specialisten veranderd. Het honorarium is sinds 2008 direct gekoppeld aan de DBC-productie, zowel in het A- als het B-segment.

Ook in 2010 is het B-segment fors gegroeid. Dit blijkt uit een inventarisatie van het aantal patiënteenheden, een gewogen som van de eerste polikliniekbezoeken, opnames, ligdagen en dagbehandelingen. Het aantal patiënteenheden in het B-segment steeg in 2010 met 8%. Dat is fors meer dan de stijging van iets minder dan 1% in het A-segment. Vooral het aantal eerste polikliniekbezoeken (EPB's) is met bijna 10% sterk gestegen ten opzichte van 0,3% in het A-segment (figuur 28).

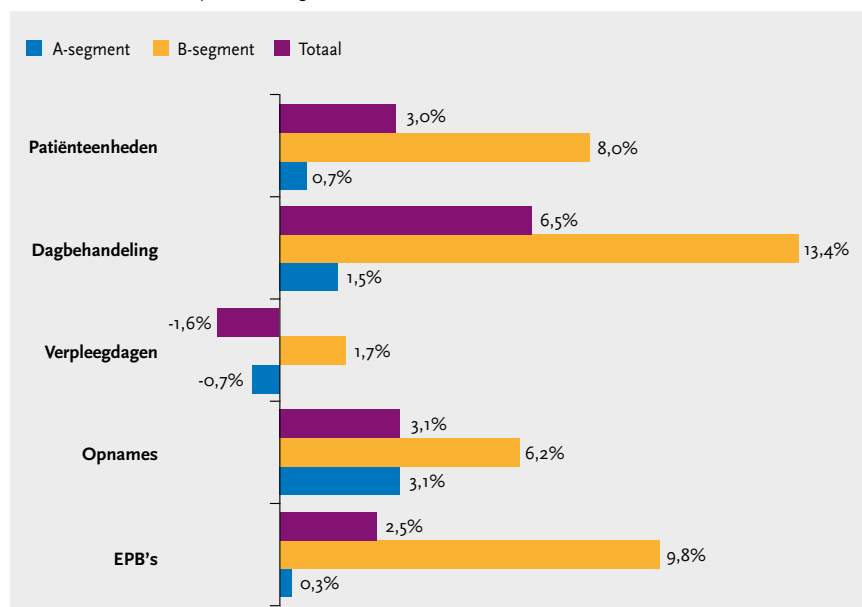
Het hoeft vanuit economisch oogpunt geen probleem te zijn dat het volume van de geleverde zorg stijgt. De waarde van de zorg, gemeten in langere levensduur en verbetering van kwaliteit van leven, overstijgt waarschijnlijk de kosten van de zorg. In het vorige brancherapport 'Zorg voor baten' is geconcludeerd dat de baten van acht behandelingen al hoger zijn dan de totale kosten van de ziekenhuiszorg.¹⁵ Bovendien gebruiken Nederlanders de minste ziekenhuiszorg van West-Europa en geven we als aandeel van het Bruto Nationaal Product het minste uit aan ziekenhuizen en specialisten.

De gemiddelde leeftijd voor patiënten daalde tussen 2007 en 2009. In het A-segment van 49,5 naar 47,5 jaar en in het B-segment gemiddeld van 54,6 naar 54,1 jaar (figuur 29). In dezelfde periode steeg de gemiddelde leeftijd van de Nederlanders met 0,4 jaar tot 39,9 jaar en het aandeel 65-plussers van 14,5% tot 15,0%.

Dat de groei vooral veroorzaakt wordt door de jongere patiëntengroep kan een goed teken zijn. Ten eerste is er geen sterk signaal voor onderdiagnosticering bij ouderen. Immers, dat segment vertoonde geen groei. Ten tweede worden mensen die een aandoening hebben nu eerder geholpen, zodat ze langer kunnen profiteren van een hogere kwaliteit van leven.

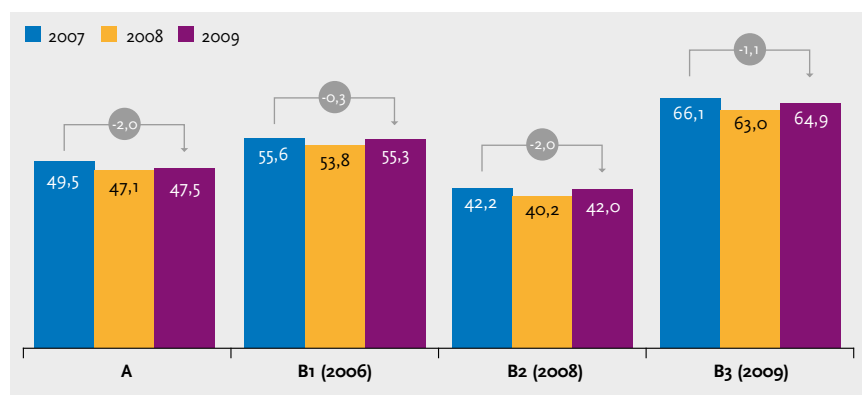
Figuur 28 **Groei FB-parameters in 2010**

Bron: Enquête NVZ algemene ziekenhuizen 2011



Figuur 29 **Gemiddelde leeftijd patiënten per tranche [jaren]**

Bron: DIS, 23 algemene ziekenhuizen



2.5 Toegankelijkheid

Alle ziekenhuizen leveren vrijwel alle B-segment DBC's of kunnen snel hun entree op de markt maken als de toegankelijkheid in het geding mocht komen. Dat geldt ook voor ZBC's. Verzekerden hebben ruime toegang tot het B-segment: bijna alle verzekeraars hebben alle ziekenhuizen gecontracteerd. De wachttijden in het A- en B-segment ontlopen elkaar met een gemiddelde van 5,5 week nauwelijks. In 2010 zijn de wachttijden met 1,5 dag gedaald.

2.5.1 Structuur

2.5.1.1 Regulering

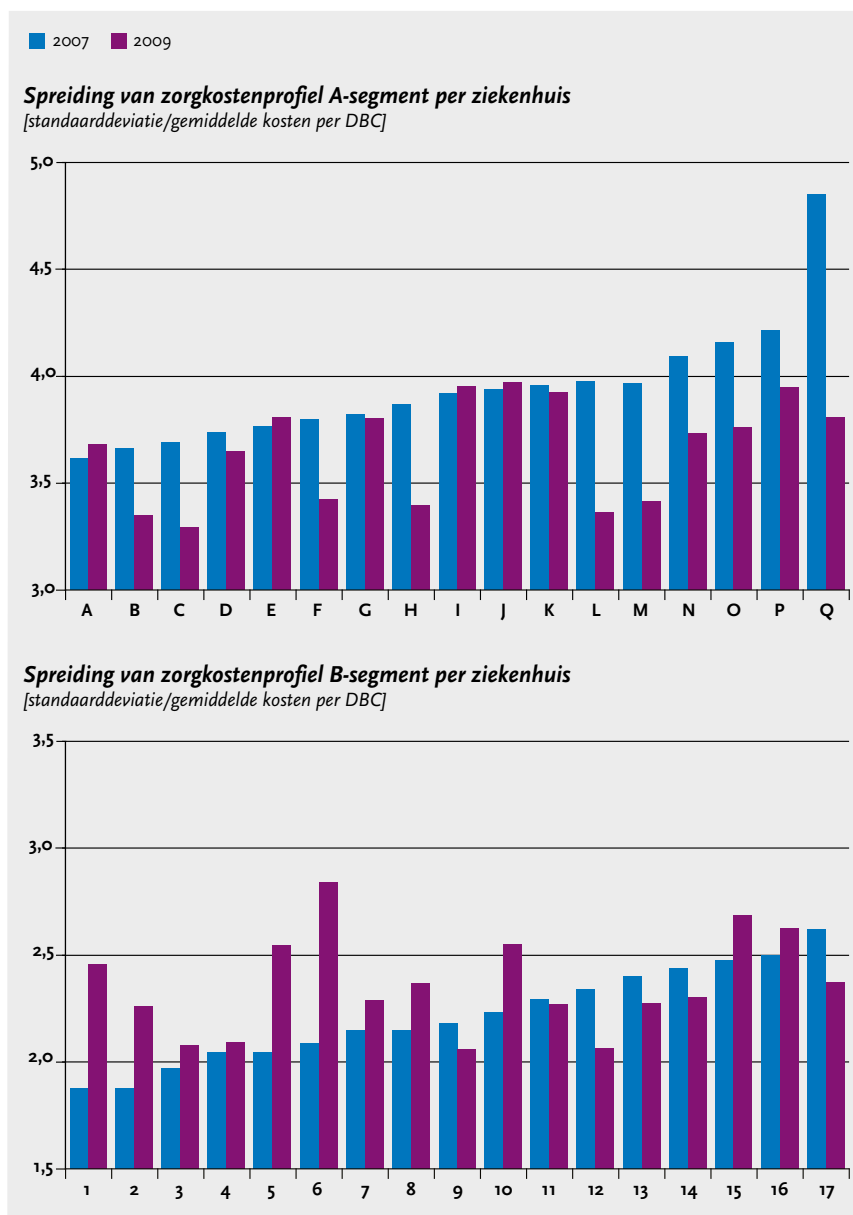
De verschillen in regulering van het A- en B-segment voor ziekenhuizen en verzekeraars zijn nauwelijks zichtbaar voor een patiënt. Het wettelijk eigen risico van € 155 in 2009 was van toepassing op alle zorg in het basispakket. Er zijn geen polissen bekend die voor het vrijwillig eigen risico een onderscheid maken tussen zorg in het A- en in het B-segment.

Verzekeraars hebben een zorgplicht voor hun verzekerden. Zij moeten dus voldoende zorg inkopen, maar mogen ziekenhuizen uitsluiten. Verzekerden krijgen de daar afgenomen zorg in de meeste gevallen geheel of grotendeels vergoed.

2.5.1.2 Aanbod van ziekenhuizen en ZBC's

Alle ziekenhuizen kunnen alle DBC's in het B-segment leveren. Juist het B-segment kent ook een aanbod van ZBC's, zoals hierboven beschreven. Er bestaan dus ruim voldoende keuzemogelijkheden voor patiënten. Mocht die keuzemogelijkheid lokaal wegvallen, dan kunnen bijvoorbeeld relatief snel ZBC's worden opgericht. De toetredingsdrempels lijken op het eerste gezicht niet erg hoog. Het balanstotaal van ZBC's is in vergelijking met de algemene ziekenhuizen niet hoog: van enkele tonnen tot miljoenen voor grote ZBC's met een omzet van meer dan een miljoen euro. Een ZBC heeft dus relatief weinig investeringen nodig om tot de markt toe te treden. De belangrijkste toetredingsdrempel is het aantrekken van medisch specialisten.

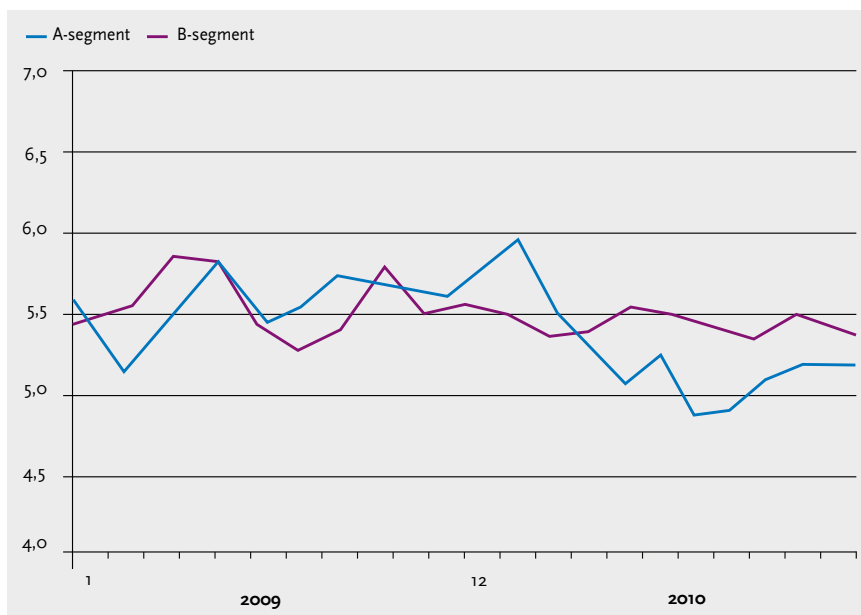
Figuur 30 **Spreiding van zorgkostenprofiel**
Bron: DIS, 17 algemene ziekenhuizen



Figuur 31 Gemiddeld aandeel ziekenhuizen gecontracteerd door zorgverzekeraars in 2009 [procent]
Bron: DIS



Figuur 32 Wachtijd voor behandeling [weken]
Bron: DIS



2.5.2 Gedrag

2.5.2.1 Specialisatie door ziekenhuizen

Ziekenhuizen lijken zich nog niet te specialiseren op bepaalde patiëntgroepen voor het B-segment.

Als het ene ziekenhuis de processen en technieken optimaliseert voor een lichte case-mix en daar veel patiënten voor weet aan te trekken, kan een ander ziekenhuis meer middelen en tijd vrijmaken voor het behandelen van patiënten met een zwaardere zorgvraag. Dat kan effecten hebben voor de toegankelijkheid omdat patiënten wellicht verder moeten reizen. Waarschijnlijk is dat nadeel echter kleiner dan de voordelen van betere kwaliteit en betaalbaarheid.

Gemiddeld genomen is de spreiding¹⁶ van de zorgzwaarte tussen 2007 en 2009 in het A-segment iets afgenomen en in het B-segment nauwelijks veranderd. Ook de analyse-DBC's laten nauwelijks verandering zien. Binnen ziekenhuizen is de spreiding in de B-segmenttranches kleiner dan in het A-segment. In het B-segment is de spreiding niet systematisch groter of kleiner geworden (figuur 30). Enerzijds houdt dit in dat ziekenhuizen in 2009 nog niet focusten op een homogener patiëntengroep. Er is dus nog ruimte voor verdere efficiëntieverbetering. Anderzijds betekent het dat de ziekenhuizen geen 'krenten uit de pap' halen en alleen de patiënten met een geringe zorgvraag behandelen.

2.5.2.2 Contracteergraad

Vrijwel alle verzekeraars sluiten contracten met nagenoeg alle ziekenhuizen, met uitzondering van enkele verzekeraars met een lokaal karakter (figuur 31). Bovendien verschilt dit patroon niet voor het A- en B-segment. Verzekerden hebben dus ruime toegang tot de DBC's in het B-segment.

Verzekeraars contracteren dus nog nauwelijks selectief. Hier lijkt in 2010 verandering in te komen. Voor complexe chirurgische ingrepen bij blaaskanker, borstkanker en darmkanker stellen sommige verzekeraars bijvoorbeeld eisen aan minimumaantallen.

2.5.3 Resultaat

2.5.3.1 Wachttijden

De wachttijd voor een bezoek aan de polikliniek wordt al jaren bijgehouden. Gemiddeld is er nauwelijks verschil tussen de wachttijden in het A- en B-segment (figuur 32). De wachttijd is ongeveer 5,3 weken. De afgelopen twee jaar is dat met enkele dagen gedaald.

¹⁶ Hier gedefinieerd als de standaarddeviatie gedeeld door het gemiddelde.

Er is geen directe correlatie gevonden tussen marktconcentratie en wachttijden. Daarvoor is gekeken naar de wachtduur tussen 2006 en 2009. De relatieve afwijking van een ziekenhuis ten opzichte van het gemiddelde per maand per specialisme correleerde niet met de marktdichtheid.

2.6 Kwaliteit

Ongeveer de helft van de indicatoren van Zichtbare Zorg geldt voor behandelingen die onder het B-segment vallen, terwijl dat een derde van de ziekenhuiscare is. De aandacht voor kwaliteit is in het B-segment zeker niet minder dan in het A-segment. Verzekeraars en ziekenhuizen steken relatief meer tijd in onderhandelingen over het B-segment. De kwaliteitsindicatoren hebben zich goed ontwikkeld, zowel in het A- als het B-segment. De doorlooptijden tussen eerste consult, behandeling en laatste consult zijn nauwelijks veranderd.

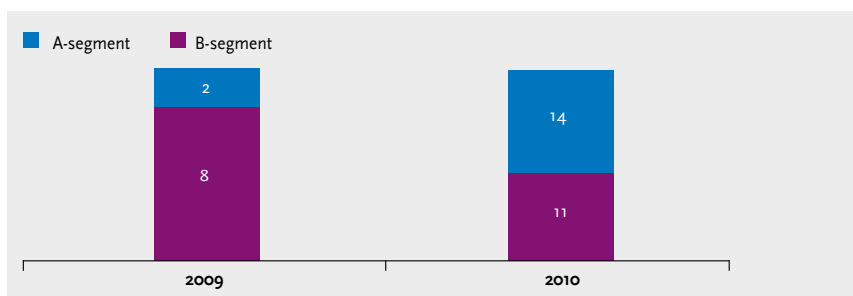
2.6.1 Structuur

Beschikbaarheid van kwaliteitsindicatoren was een van de criteria voor selectie van DBC's voor het B-segment. 11 van de 25 indicatorsets van Zichtbare Zorg geven een indicatie over de kwaliteit van zorg in het B-segment (figuur 33). Er is dus meer geïnvesteerd in kwaliteitsindicatoren in het B-segment dan in het A-segment.

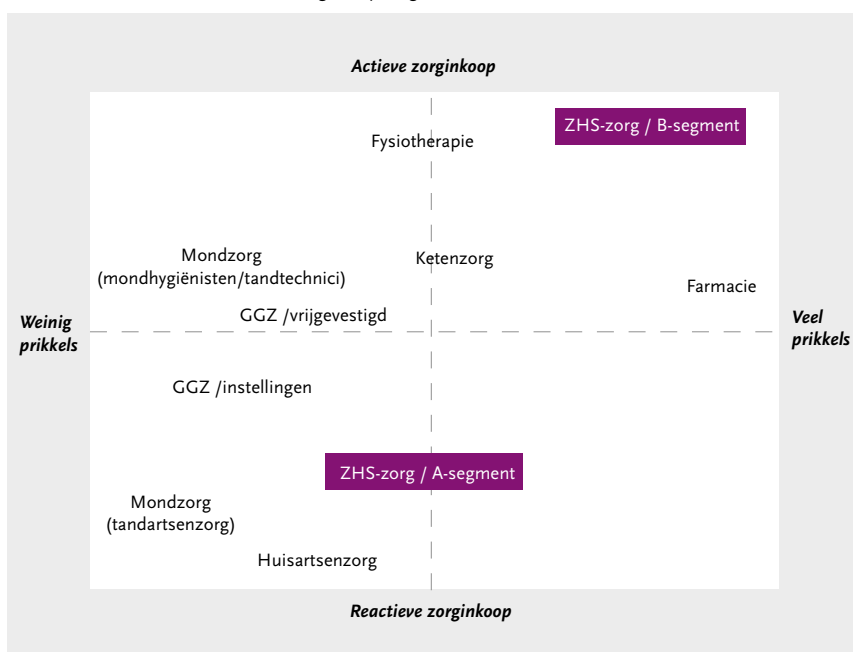
2.6.2 Gedrag

Verzekeraars en ziekenhuizen besteden meer tijd en aandacht aan het onderhandelen in het B-segment dan in het A-segment. Dit blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ).¹⁷ De NZa¹⁸ karakteriseerde recent de zorginkoop voor het A-segment "(...) als reactieve zorginkoop met prikkels gemiddeld. De zorginkoop van het B-segment wordt gekarakteriseerd als actieve zorginkoop met veel prikkels." De NZa typeert de inkoop in het B-segment zelfs als de meest actieve inkoop met de sterkste prikkels in de hele zorgmarkt (figuur 34). De NZa stelt ook dat er "(...) langzamerhand meer nadruk komt op kwaliteitsafspraken", al is dat volgens door de NZa geïnterviewde verzekeraars nog niet genoeg.

Figuur 33 **Indicatorsets in Zichtbare Zorg*** [aantal]
Bron: Zichtbare zorg



Figuur 34 **NZa-indeling van mate van marktwerking en actieve zorginkoop**
Bron: NZa, 'Monitor zorginkoop zorgverzekeraars', maart 2010



¹⁷ RVZ, 'Onderhandelen met zorg' 2008.

¹⁸ NZa, 'Monitor zorginkoop zorgverzekeraars', maart 2010.

¹⁹ Voluit: Is er een richtlijn of protocol beschikbaar voor tromboseprofylaxe in geval van een totale knieprothese?

2.6.3 Resultaat

De kwaliteit van de zorg is de afgelopen jaren verbeterd. Dit blijkt onder andere uit publicaties van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en uit het brancherapport van de NVZ 'Vizier op vertrouwen' (2009). Ook het B-segment laat een verbetering zien op het vlak van de kwaliteitsindicatoren. Daarnaast is de doorlooptijd van zorg verbeterd, zowel in het A- als het B-segment.

2.6.3.1 Kwaliteitsindicatoren

In het brancherapport 'Vizier op vertrouwen' heeft de NVZ laten zien dat de score voor veel kwaliteitsindicatoren de afgelopen jaren sterk is verbeterd. Ook de IGZ komt tot die conclusie. Voor dit themahoofdstuk zijn de Zichtbare Zorg-indicatoren gebruikt die de afgelopen drie jaar niet of nauwelijks van definitie zijn veranderd. Dat zijn in totaal 30 indicatoren voor de behandeling van amandelen, heup, knie, liesbreuk, spataderen en staar. De score over 2008, 2009 en 2010 is voor al deze indicatoren beschikbaar voor ten minste 42 ziekenhuizen, en meestal voor 79

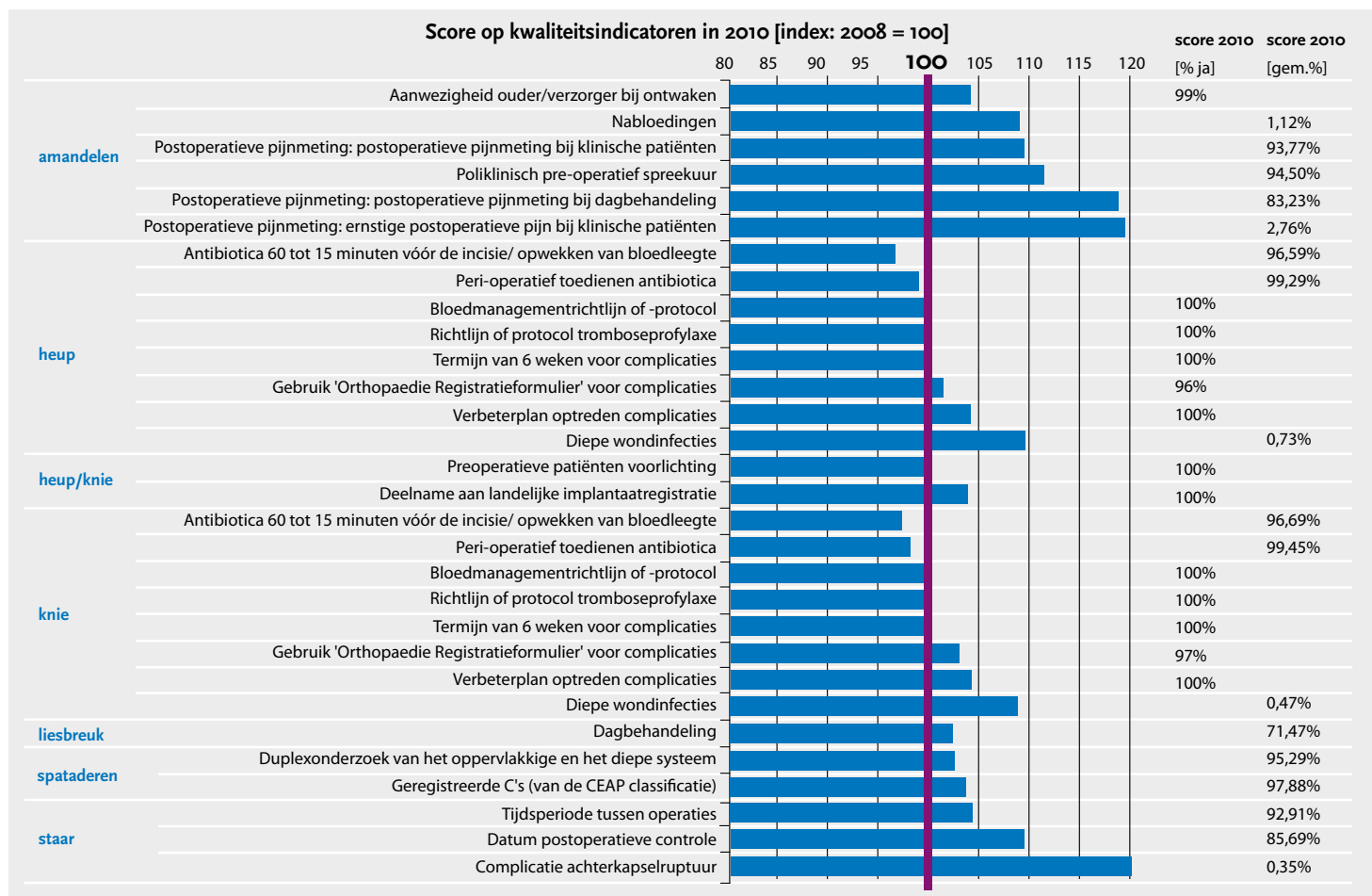
ziekenhuizen. In 2009 lieten vrijwel alle ziekenhuizen verbeteringen zien op de kwaliteitsindicatoren voor het B-segment ten opzichte van 2007 (figuur 35).

Om de ontwikkeling voor verschillende indicatoren vergelijkbaar te maken, zijn de scores geïndexeerd (2008=100). De score is voor 4 van de 30 indicatoren iets gedaald, voor 19 verbeterd en voor 7 indicatoren gelijk gebleven.

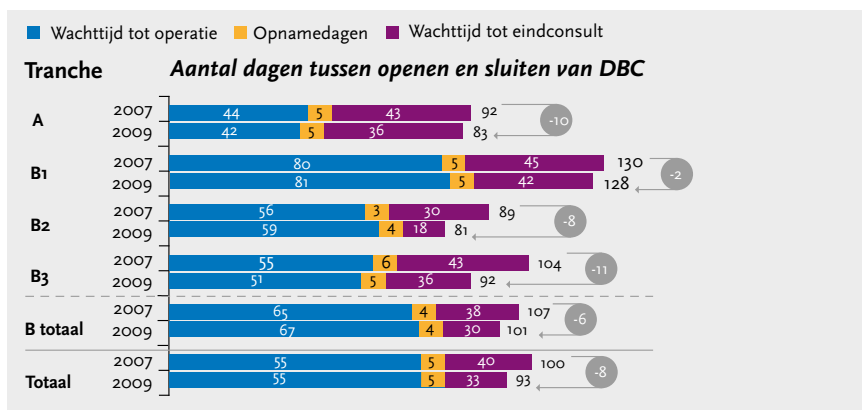
Voor zeven indicatoren is de score gelijk gebleven. Dat zijn allemaal structuurindicatoren. Zowel in 2008 als in 2010 beschikten alle ziekenhuizen over de faciliteit, richtlijn of protocol waarnaar gevraagd werd. In 2010 voldoen alle ziekenhuizen aan elf van de veertien structuurindicatoren zoals 'richtlijn of protocol tromboseprofylaxe'.¹⁹ Voor de overige drie is er maar één ziekenhuis dat 'nee' scoort op de vraag of een bepaalde voorziening aanwezig is.

Figuur 35 **Vrijwel alle kwaliteitsindicatoren voor de analyse behandelingen zijn tussen 2008 en 2010 verbeterd**

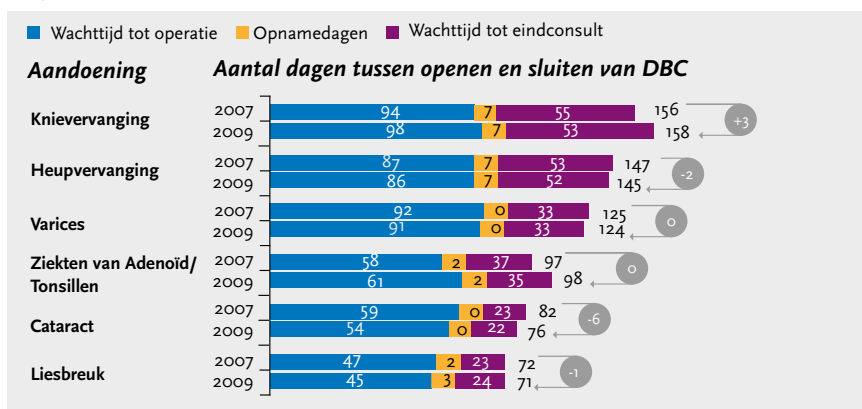
Bron: Zichtbare Zorg, 2009, 2010, 2011



Figuur 36 **Ontwikkeling doorlooptijden A- en B-segment**
Bron: DIS, 28 algemene ziekenhuizen



Figuur 37 **Ontwikkeling doorlooptijden analysebehandelingen**



De score voor de meeste proces- en uitkomstindicatoren is verbeterd. Dat zijn bijvoorbeeld: “postoperatieve pijnmeting bij dagbehandeling amandelen”²⁰ of “diepe wondinfecties bij knieoperatie”.²¹

2.6.3.2 Doorlooptijd

De doorlooptijd is een belangrijk onderdeel van de kwaliteit, zowel naar zorginhoud als naar klantgerichtheid.

De totale doorlooptijd - de tijd tussen het eerste polikliniekbezoek en de laatste nacontrole - is tussen 2007 en 2009 met 8 dagen afgenomen tot 93 dagen. In het B-segment liep de doorlooptijd terug van gemiddeld 107 tot 101 dagen en voor het A-segment van 92 tot 83 dagen. Een groter deel van de DBC's in het B-segment heeft een electief karakter, waardoor de doorlooptijd daar langer kan zijn dan in het A-segment.

De doorlooptijd is te verdelen in vier blokken:

1. de wachttijd voor toegang tot de polikliniek (zie paragraaf toegankelijkheid);
2. de tijd tussen het eerste polikliniekbezoek en de eerste operatieve ingreep;
3. de ligduur bij een opname (zie paragraaf betaalbaarheid);
4. de tijd tussen de operatieve ingreep en het laatste poliklinische consult: de nacontrole.

De doorlooptijd wordt met name verkort omdat het laatste consult sneller op de operatieve ingreep volgt. De tijd tussen het eerste polikliniekbezoek en de operatieve ingreep is nauwelijks korter geworden en is voor de tranches B1 en B2 zelfs iets langer geworden. Bovendien laten het A- en B-segment geen grote verschillen zien (figuur 36).

De afname voor het B-segment is het sterkst voor tranche B3.

Van de analyse-DBC's is de tijd tussen EPB en ingreep bij cataract met vijf dagen gedaald. Bij de andere DBC's is nauwelijks een verschuiving van doorlooptijden tussen 2007 en 2009 waarneembaar (figuur 37).

²⁰ Voluit: Het percentage patiënten in dagbehandeling, dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie-ingreep om navraag te doen naar pijnintensiteit.

²¹ Voluit: Percentage diepe wondinfecties in geval van een totale knieprothese.







3. REISBEREIDHEID VOOR ZIEKENHUISZORG

SAMENVATTING

Nederlandse ziekenhuizen zijn goed bereikbaar. Patiënten reizen gemiddeld 13,3 minuten. Ruim 25% van de patiënten kiest niet voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Dat aandeel verschilt per specialisme en per behandeling. Voor bijvoorbeeld geriatrie wordt nauwelijks extra gereisd en voor cardio-pulmonale chirurgie wel.

'De' markt voor een ziekenhuis bestaat dus niet. Een ziekenhuis bestaat vaak uit meer dan 20 verschillende medisch specialismen met ieder hun eigen karakter; van vooral poliklinisch voor bijvoorbeeld oogheelkunde en dermatologie tot vooral klinisch voor kindergeneeskunde. Het aandeel patiënten dat binnen een jaar geen beroep doet op een ander medisch specialisme, loopt uiteen van 50 tot 80%. Vooral de categorale ziekenhuizen concurreren over lange afstanden; 65 tot 90% van hun patiënten passeert een dichterbij gelegen ziekenhuis. De reisbereidheid verschilt ook per behandeling. De verhouding tussen gerealiseerde en minimale reistijd voor 72 clusters van bij elkaar horende behandelingen varieert van iets meer dan 1,0 tot meer dan 1,5.

HOE INGRIJPENDER DE
BEHANDELING IS, HOE
MINDER RELEVANT DE
PATIËNT AFSTAND VINDT.



Ziekenhuizen merken dat patiënten extra reizen vanwege reputatie, naamsbekendheid door advertenties, een duidelijk speerpunt van het ziekenhuis en aanbod van specifieke behandelingen. Drie voorbeelden daarvan zijn: hersteloperatie na sterilisatie bij de man, plastische chirurgie en rugherniabehandeling met de laser. Meer dan 50% van de patiënten voor deze rugbehandeling passeerde een dichterbij gelegen ziekenhuis.

Patiënten zijn bereid te reizen voor ziekenhuiszorg. Dat blijkt uit onderzoek in binnen- en buitenland. Patiënten kiezen vooral op basis van aspecten als ligging, kwaliteit, aanwezige voorzieningen en in mindere mate wachttijden. Hoe ingrijpender de behandeling is, hoe minder relevant de patiënt afstand vindt. Een derde tot de helft van de patiënten is bereid een uur verder te reizen voor een ziekenhuis met een betere kwaliteit en reputatie. In een onderzoek naar knieoperaties vond de NPCF een bereidheid van ruim 70% om meer dan een half uur extra te reizen.

Uit onderzoek naar zes behandelingen waarvoor de score op ranglijsten en wachttijden bekend is, volgt dat patiënten naast afstand meer aspecten meewegen: het aantal behandelingen dat een ziekenhuis uitvoert, de score op ranglijsten en de wachttijd. Ziekenhuizen met een goede score behaalden een paar procent hoger marktaandeel.

Vanzelfsprekend speelt het aspect reisbereidheid niet als enige factor een rol bij beslissingen voor spreiding en concentratie. Wel is duidelijk dat het Nederlandse ziekenhuislandschap nog veel meer kan differentiëren voordat aanvaardbare normen voor bereikbaarheid worden overschreden. Dat blijkt uit een simulatie van verschuiving van zorg gegeven het huidige profiel en de ligging van ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen leveren nu vijf soorten zorg: acuut, electief, complex/hoog volume, complex/laag volume en chronische zorg. Als - bij wijze van gedachte-experiment - alle ziekenhuizen focussen op één, twee of drie soorten zorg, neemt de gemiddelde reistijd slechts 5 tot 10 minuten toe.

Kortom, ziekenhuizen concurreren op verschillende vlakken. Voor sommige, vooral complexe behandelingen gaat het om relatief grote afstanden. Ziekenhuizen kunnen nog veel meer focussen en specialiseren voordat de keuzemogelijkheden voor patiënten in het geding komen. Deze bevindingen zouden meegenomen moeten worden bij de afbakening van markten voor ziekenhuiszorg door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de NZa.

3.1 Inleiding

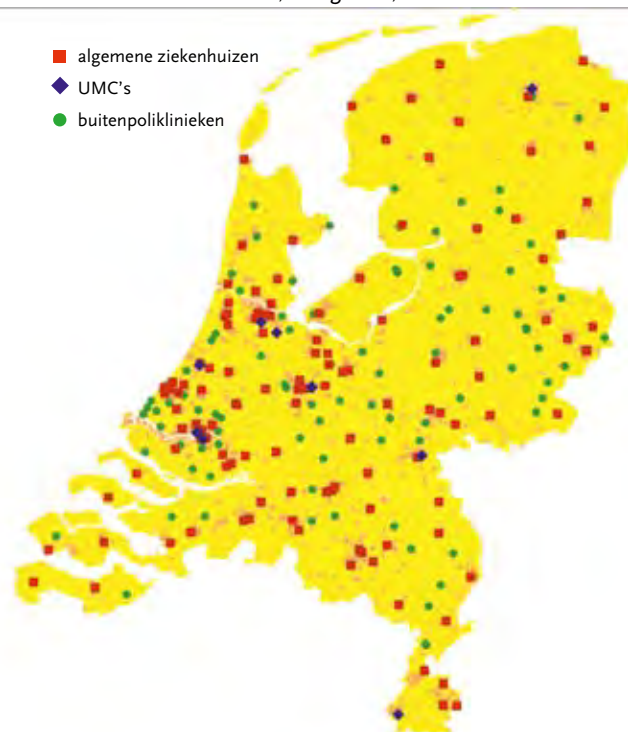
De reisbereidheid van patiënten is cruciaal voor het afbakenen van de markt van ziekenhuiszorg. Over het algemeen genomen hoeven Nederlanders weinig te reizen voor ziekenhuiszorg. Er zijn veel keuzemogelijkheden.

‘De’ markt voor ziekenhuiszorg bestaat niet. Er zijn veel verschillende markten voor ziekenhuiszorg. Iemand die zorg zoekt voor een bepaald soort kanker, weegt beschikbaarheid en reistijd anders dan de man of vrouw met een versleten heup of de patiënt die periodiek naar het ziekenhuis moet in verband met diabetes.

Dat heeft effect voor de concurrentie tussen ziekenhuizen. De geografische dimensie van concurrentie hangt af van de behandeling. Voor hoog complexe zorg met lage volumes, zoals het verwijderen van de blaas bij blaaskanker of een operatie aan de buikslagader, concurreert een gespecialiseerd ziekenhuis waarschijnlijk in een straal van meer dan een uur reistijd. Als het gaat om zorg voor chronische patiënten zal dat meestal minder zijn.

Figuur 38 Ziekenhuizen, UMC's en buitenpoliklinieken in 2010 in Nederland

Bron: RIVM, 'Zorgatlas', 2011



3.1.1 Bereikbaarheid van ziekenhuizen in Nederland

Over het algemeen zijn Nederlandse ziekenhuizen zeer goed bereikbaar. De bereikbaarheid heeft de afgelopen jaren niet erg geleden onder de fusies van ziekenhuizen. Vrijwel alle vestigingen van ziekenhuizen zijn nog open en er zijn bovendien veel buitenpoliklinieken bijgekomen (figuur 38). Daar wordt een deel van de poliklinische zorg aangeboden.

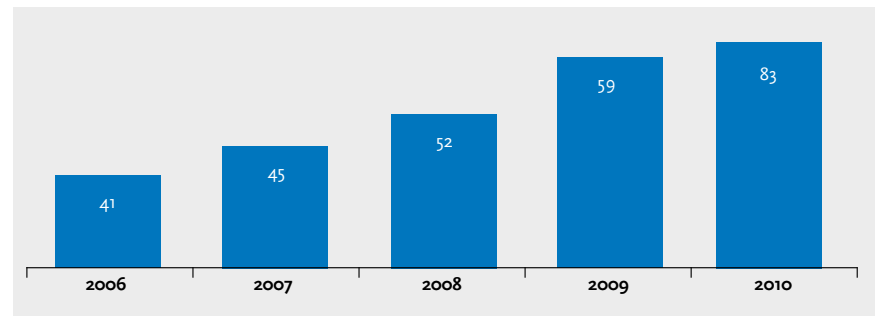
In 1978 waren er nog 178 ziekenhuizen met ongeveer een even groot aantal locaties. In 2009 telde Nederland 88 ziekenhuisorganisaties met 142 ziekenhuislocaties. Naast ziekenhuislocaties zijn er ook buitenpoliklinieken bijgekomen. Dat aantal is de afgelopen tijd fors gegroeid, van 41 in 2006 naar 83 eind 2010. Ziekenhuizen gaan onderling de concurrentie aan en daardoor verbetert veelal de bereikbaarheid van zorg (figuur 39). Bovendien zijn er zelfstandige behandelcentra (ZBC's) toegetreden tot de markt.²² Ook het RIVM concludeert dat de geografische bereikbaarheid van Nederlandse ziekenhuizen zeer goed is.²³

Voor de helft van alle in Nederland geleverde DBC's, wordt iets minder dan 15 minuten gereisd en voor een kwart van de DBC's meer dan 21 minuten. In Frankrijk is dat bijvoorbeeld 21 respectievelijk 37 minuten.²⁴ De Nederlandse cijfers zijn tussen 2007 en 2009 nauwelijks veranderd (figuur 40).

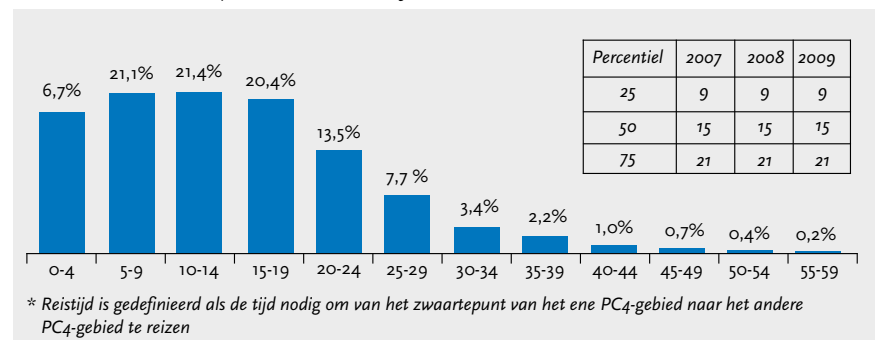
Het gerealiseerde reispatroon is een combinatie van de fysieke infrastructuur (adres van de patiënt en ziekenhuizen) en keuze voor een bepaald ziekenhuis. Een geaccepteerde maat daarvoor is het aandeel patiënten dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij reist.²⁵

74% van de DBC's wordt afgenomen bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis, bij het eerste alternatief 16% en bij het tweede alternatief 6%. Voor 4% van de DBC's passeerden patiënten in 2009 drie of meer ziekenhuizen (figuur 41).

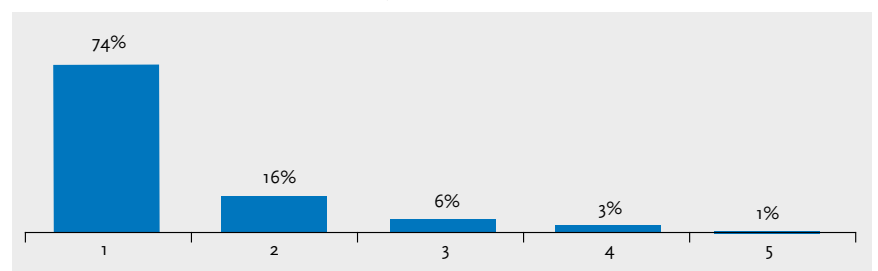
Figuur 39 **Buitenpoliklinieken in Nederland [aantal]**
Bron: RIVM, 'Zorgatlas', 2006 - 2011



Figuur 40 **Frequentieverdeling gehele zorgaanbod aantal DBC's per reistijd in 2009 [percentage]**
Bron: Analyse SIRM; Geodan reistijdentabel, DIS



Figuur 41 **Frequentieverdeling van aandeel patiënten naar dichtstbijzijnde ziekenhuis (1) en alternatieven (2-5) [procent]**
Bron: Analyse SIRM; Geodan reistijdentabel, DIS



²² Zie ook themahoofdstuk over het B-segment.

²³ RIVM, 'Zorgbalans 2010', 2010.

²⁴ F. Evain, 'À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser?', *Le panorama des établissements de santé*, 2010.

²⁵ M. Varkevisser, S.A. van der Geest, 'Why do patients bypass the nearest hospital? An empirical analysis for orthopaedic care and neurosurgery in the Netherlands', *Eur. J. Health Econ.*, 2007, 8:287-295.

3.1.2 Leeswijzer themahoofdstuk

In dit themahoofdstuk zijn analyses verzameld die aantonen dat ziekenhuizen verschillen, patiënten bereid zijn te reizen voor zorg en dat Nederlandse ziekenhuizen veel meer dan nu kunnen specialiseren.

- 'De' ziekenhuismarkt bestaat niet, het ziekenhuis bestaat uit verschillende specialismen met ieder een eigen karakter waarvoor de reisbereidheid verschilt (paragraaf 3.2). Uit gerealiseerde reistijden voor categorale ziekenhuizen blijkt dat ziekenhuizen over langere afstand kunnen concurreren.
- In Nederland wordt bijvoorbeeld gereisd voor categorale en algemene ziekenhuizen die specifieke zorg aanbieden. Ook voor sommige unieke behandelingen wordt ver gereisd. Drie voorbeelden daarvan worden hier besproken (paragraaf 3.3).
- Patiënten maken keuzes tussen ziekenhuizen in hun omgeving. Hun bereidheid te reizen hangt af van factoren zoals de specifieke behandeling en de kwaliteit van zorg. Dat volgt uit internationaal en Nederlands onderzoek naar gerealiseerde en voorgenomen keuzes van patiënten. (paragraaf 3.4).
- Voor zes behandelingen is geanalyseerd hoe de keuze om niet naar het meest dichtstbijzijnde ziekenhuis te gaan, samenhangt met kenmerken van de patiënt (leeftijd, geslacht, sociaal-economische klasse) en van het ziekenhuis (aantal behandelingen, wachttijden, score op kwaliteitsranglijsten, concurrentie van omgeving) (paragraaf 3.5).
- Ziekenhuizen in Nederland kunnen nog veel meer specialiseren voordat aanvaardbare normen voor fysieke bereikbaarheid in het geding komen (paragraaf 3.6).

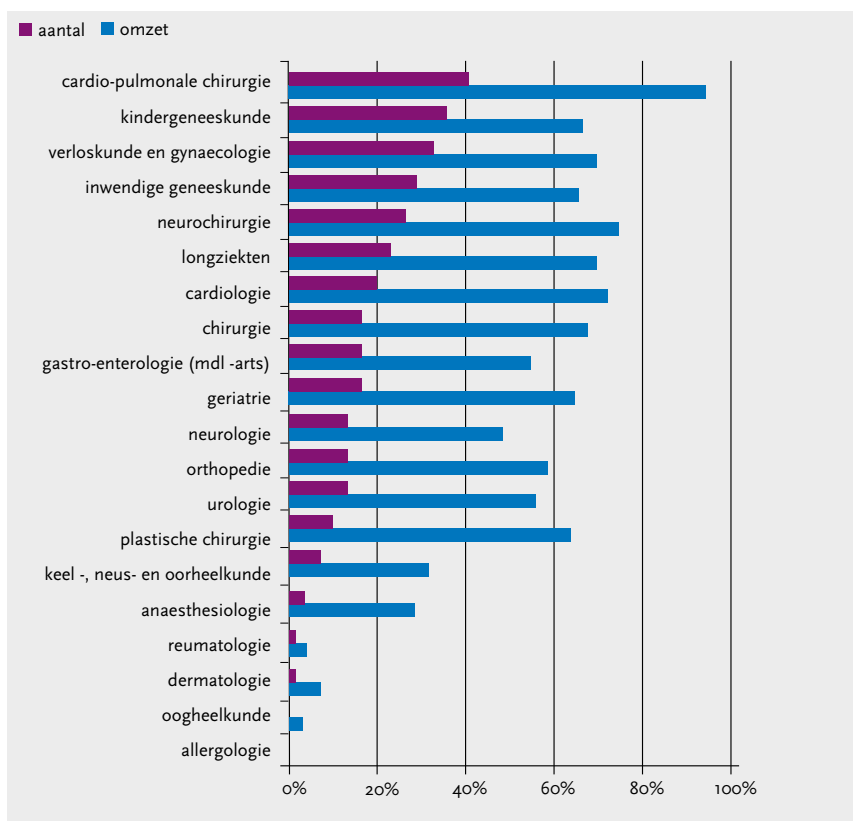
In paragraaf 3.7 wordt de mogelijke impact op de omvang van markten voor ziekenhuiszorg besproken.

3.2 'De' markt van een ziekenhuis bestaat niet

Ieder ziekenhuis concurreert op meerdere markten tegelijkertijd. Het karakter van specialismen verschilt. Zo verschilt bijvoorbeeld de verdeling over klinische en poliklinische activiteiten per specialisme evenals de mate waarin patiënten verder onderverdeeld worden. Uiteraard hangt de gemiddelde reistijd van patiënten ook af van het specialisme. Uit gerealiseerde reistijden voor categorale ziekenhuizen blijkt dat ziekenhuizen op grote afstand met elkaar concurreren. Ook binnen specialismen zijn er

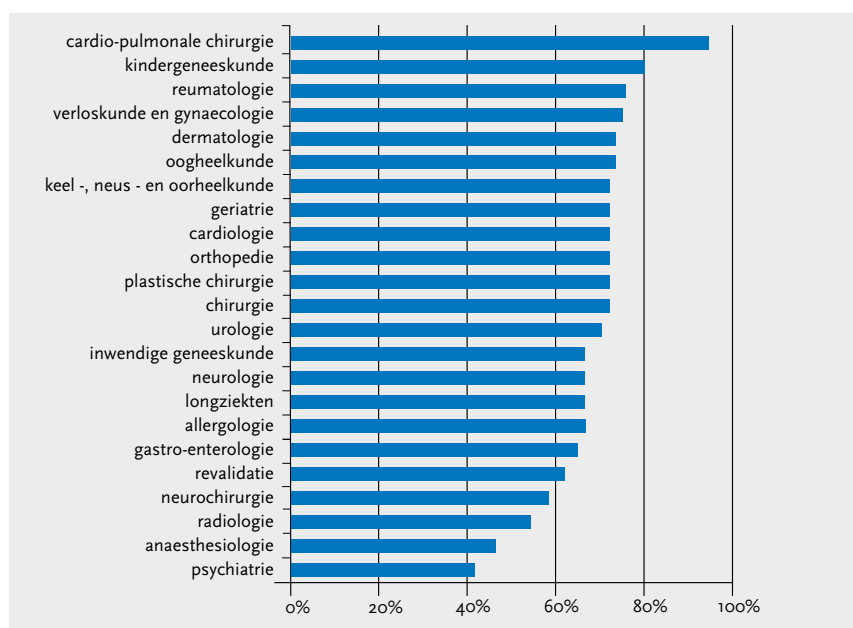
Figuur 42 Aandeel van aantal klinische DBC's en omzet uit klinische DBC's

[procent van totaal klinisch en poliklinisch]
Bron: Analyse SIRM; Geodan reistijdentabel, DIS

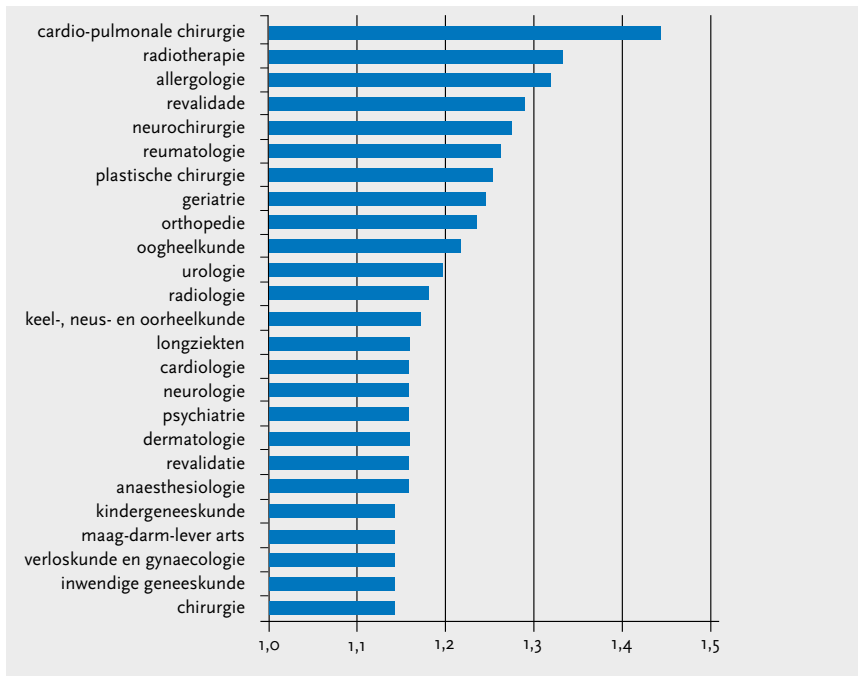


Figuur 43 Aandeel patiënten dat binnen een jaar alleen behandeld is door een bepaald specialisme in hetzelfde ziekenhuis, 2009

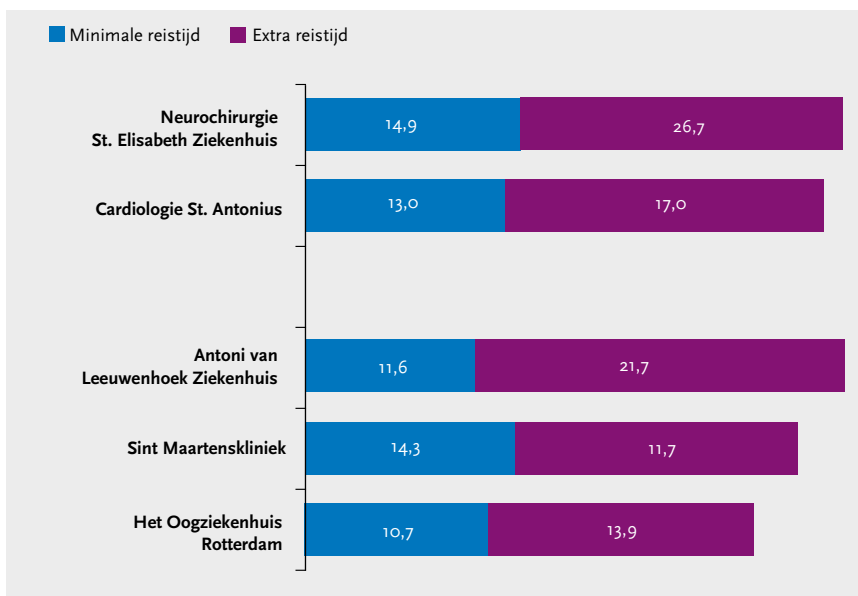
Bron: DIS



Figuur 44 Verhouding tussen gerealiseerde en minimale reistijd per specialisme [minuten]
Bron: DIS



Figuur 45 Voorbeelden van reistijd van patiënten naar categorale en algemene ziekenhuizen met specifiek zorgaanbod, 2009 [minuten]
Bron: DIS



verschillen en hangt de reistijd af van de behandeling. De huidige reistijden zijn relatief laag omdat nog bijna alle zorg vrijwel overal wordt aangeboden.

3.2.1 Verschil tussen specialismen

Het aandeel klinische DBC's per specialisme loopt uiteen, van meer dan 30% van de DBC's voor cardio-pulmonale chirurgie, kindergeneeskunde en interne geneeskunde tot 1% of minder voor reumatologie, dermatologie, oogheelkunde en allergologie (figuur 42). Voor die specialismen kan een groot deel van het werk verricht worden op de polikliniek.

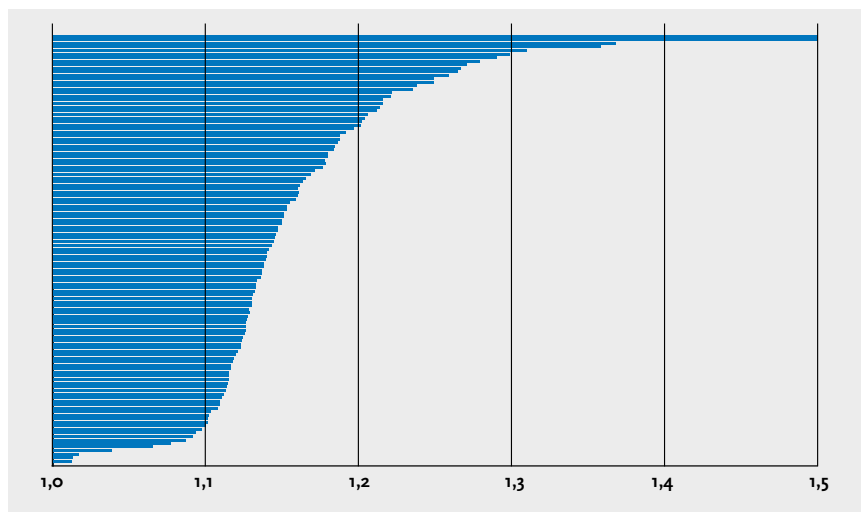
Gemiddeld genomen wordt ongeveer een kwart van de patiënten in een jaar door meerdere specialismen in hetzelfde ziekenhuis behandeld. Voor specialismen met een hoog aandeel zorg voor kinderen (KNO, verloskunde, kindergeneeskunde) is dit aandeel minder groot. Voor cardio-pulmonale chirurgie ook. Daarvoor wordt een patiënt vaak naar een ander ziekenhuis verwezen (figuur 43).

De gemiddelde afstand die patiënten reizen verschilt per specialisme. Van 32 minuten voor cardio-pulmonale chirurgie tot 15 minuten voor geriatrie. Niet alle specialismen worden in alle ziekenhuizen aangeboden, dus verschilt ook de gemiddelde reistijd als iedere patiënt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis zou gaan. Die is 25 minuten voor cardio-pulmonale chirurgie en 13,1 minuten voor specialismen die in ieder ziekenhuis worden aangeboden. De verhouding tussen de gerealiseerde en minimale reistijd is groter dan 1,3 voor allergologie, radiotherapie en cardio-pulmonale chirurgie. Voor specialismen zoals chirurgie, interne geneeskunde en verloskunde en gynaecologie wordt duidelijk minder extra gereisd (figuur 44).

De werkelijke reistijd waarover ziekenhuizen concurreren is voor sommige specialismen vele malen groter. Dat blijkt vooral bij categorale ziekenhuizen. Zo biedt de Sint Maartenskliniek vooral orthopedische, reumatologische zorg en revalidatiegeneeskunde aan, Het Oogziekenhuis Rotterdam alleen oogheelkunde en het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AVL) alleen oncologische zorg. Patiënten die bij deze aanbieders in behandeling zijn, hebben gemiddeld bijna een kwartier verder gereisd dan het voor hen dichtstbijzijnde ziekenhuis dat de zelfde specialismen aanbiedt (figuur 45). Bijna een derde (30%) van de patiënten van het AVL reisde meer dan een half uur, voor de Sint Maartenskliniek is dat 22% en voor Het Oogziekenhuis Rotterdam 17%. Algemene ziekenhuizen concurreren dus over lange afstand met

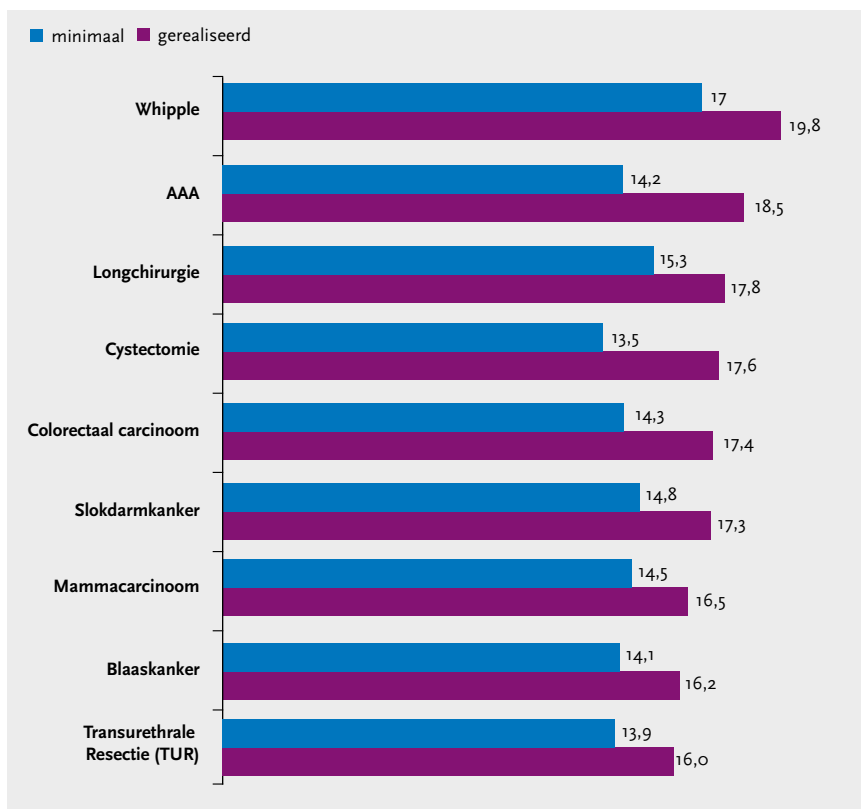
Figuur 46 **Verhouding van gerealiseerde en minimale reistijd per Dx groep**

Bron: DIS



Figuur 47 **Minimale en gerealiseerde gemiddelde reistijden [minuten]**

Bron: DIS



dergelijke aanbieders. Dat gebeurt dus in ieder geval voor orthopedie, oogheelkunde en oncologie. Ook voor andere specialismen is dat waarschijnlijk het geval. In de VS en Duitsland zijn er bijvoorbeeld ook hartziekenhuizen. Voor het St. Antonius in Nieuwegein dat focust op hartziekten, reizen patiënten met hartaandoeningen gemiddeld 17 minuten extra.

3.2.2 Verschil tussen behandelingen

De reisbereidheid verschilt ook per behandeling. Dat is in kaart gebracht voor zogenaamde Dx-groepen. Een Dx-groep bundelt nauw met elkaar samenhangende diagnoses zoals COPD, diabetes met chronische complicaties of aandoeningen van lever en galblaas.²⁶ Voor 73 Dx groepen kan een relatie met specifieke DBC's worden gelegd.

De verhouding tussen gerealiseerde en minimale reistijd voor een Dx-groep verschilt sterk. De verhouding is minder dan 1,05 voor ziekten zoals longcirculatie en hartdecompensatie, cerebrovasculaire aandoeningen, degeneratieve ziekten van het centrale zenuwstelsel, diabetes, COPD en chronische rheumatoïde artritis. Aan de andere kant bedraagt de verhouding meer dan 1,36 voor maligne neoplasmen incl. metastasen en ziekten van hart- en longcirculatie (figuur 46). Dit beeld is vergelijkbaar met de mate waarin patiënten het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat de behandelingen in de Dx groep aanbiedt, voorbijrijden. Dat loopt uiteen van 4% voor vasculair bepaalde darmaandoeningen tot 46% voor inwendig letsel van borst, buik en bekken en voor brandwonden.

Het aandeel patiënten dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij reist, was in 2009 hoger dan gemiddeld voor enkele hoog complexe laag volume aandoeningen. Sindsdien worden deze aandoeningen sterker geconcentreerd bij enkele ziekenhuizen. Voor de Whipple-operatie bij alvleesklierkanker is de passeerkans het hoogst (40%). Dat is de meest geconcentreerde ingreep. Als iedere patiënt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis zou gaan dat deze Whipple-ingreep uitvoert, was de gemiddelde reistijd 17 minuten geweest (figuur 47).

3.2.3 Discussie

Een ziekenhuis levert veel verschillende zorgproducten die ieder een eigen markt kennen. De geografische omvang van de markt hangt af van (combinaties van) specialismen en soms van specifieke behandelingen.

²⁶ Alle 172 Dx groepen zijn voor de Nederlandse situatie getest door een panel van medisch specialisten. Het risicovereveningsmodel voor zorgverzekeraars gebruikt de kosten uit 73 van de 172 Dx groepen. Dit zijn Dx groepen die veel schadelast voor verzekeraars met zich meebrengen. Zie voor uitleg en voor de koppeling van Dx groepen aan DBC's: L.M.Lamers, R.C.J.A van Vliet, 'Ontwikkeling DKG-classificatie ten behoeve van het ZFW-verdeelmodel', juni 2002 (WOVM 498) en 'tabel indeling DKG's ten behoeve van risicovereveningsmodel 2011'.

3.3 Voorbeelden van zorg met hoge reisbereidheid

Onder de Nederlandse ziekenhuizen zijn voorbeelden verzameld van zorg waarvoor mensen bereid zijn te reizen. Redenen waarom patiënten bereid zijn een grote afstand te overbruggen, zijn onder andere:

- Bekendheid, zoals het meest getwitterde ziekenhuis, een gynaecoloog met een column in de Privé, een orthopeed met een eigen website, de eerste plaats op een ranglijst of adverteren op Google, trams en billboards.
- Zorgstraat, waarbij meerdere specialismen met elkaar samenwerken zodat de patiënt minder vaak naar het ziekenhuis hoeft te komen. Bijvoorbeeld een redressiehelmspreekuur waarbij in één bezoek wordt beoordeeld of baby's met een scheef hoofdje met een redressiehelm behandeld kunnen worden. Zo ja, dan wordt direct een helm aangemeten. Hiervoor werken kinderartsen, radiologen en instrumentmakers samen.
- Uniek zorgaanbod landelijk of in de regio. Vaak reizen patiënten naar het ziekenhuis dat als eerste nieuwe technologie toegepast zoals robotchirurgie bij prostaatkanker ('Da Vinci'), transanale endoscopische microchirurgie (TEM) en de gecombineerde ingreep voor prolaps en hemorrhoiden (PPH).²⁷
- Focus van het ziekenhuis zoals Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (oncologie), het Oogziekenhuis Rotterdam, de Sint Maartenskliniek (orthopedie en reumatologie). Het aandeel patiënten dat voor behandeling in een dergelijk ziekenhuis het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar dezelfde behandeling ook wordt aangeboden voorbij reist, ligt tussen de 65 en 90%.
- Speciale behandelingen bij algemene ziekenhuizen zoals complexe neurochirurgie in het St. Elisabeth ziekenhuis in Tilburg en cardiologische operaties in het St. Antonius in Nieuwegein. Ook hiervoor reizen patiënten het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij. Overigens ook vaak omdat het dichtstbijzijnde ziekenhuis bijvoorbeeld wel neurochirurgie als specialisme kent, maar daarbinnen geen complexe behandelingen uitvoert.

Drie voorbeelden zijn verder uitgewerkt: de behandeling van rughernia, vasectomie en plastische chirurgie.

3.3.1 Behandeling rughernia met lasertechnologie

Het Kennemer Gasthuis in Haarlem biedt gespecialiseerde zorg aan bij rughernia's met behulp van lasertechniek. De interventie vermindert de druk in de tussenwervelschijf, waardoor de uitpuiling afneemt en daarmee de pijn door druk op de zenuwwortel. Deze ingreep werd in 2009 112 maal uitgevoerd. Het Kennemer Gasthuis is het enige ziekenhuis in Nederland dat deze ingreep aanbiedt. De laserbehandeling is een alternatief voor de reguliere therapie bij rughernia's. Daarbij wordt de uitstulping operatief verwijderd wat de druk op de zenuwwortel vermindert. Deze reguliere operatie wordt per jaar zo'n 11.000 keer uitgevoerd. Patiënten die de speciale behandeling in het Kennemer Gasthuis ondergaan, zijn bereid daar ver voor te reizen. Meer dan de helft (53%) van de patiënten voor de laserbehandeling zijn het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij gereisd. Ter vergelijking: voor de reguliere ingreep bij herniapatiënten reist in Nederland 28% het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij.

3.3.2 Hersteloperatie na vasectomie

Een grote reisbereidheid is er voor de afdeling urologie in het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem. Dit ziekenhuis heeft een van de grootste centra voor hersteloperatie na sterilisatie van de man. Deze reparatieoperatie na een sterilisatie trekt patiënten aan uit geheel Nederland. De 124 reparatieoperaties die in 2009 door het Slingeland werden uitgevoerd, hielpen patiënten afkomstig uit Groningen tot Zeeland. De reparatieoperaties die in het Slingeland Ziekenhuis worden uitgevoerd vormden in 2009 meer dan veertien procent van alle 'spijtoptanten' in Nederland. Er worden nergens meer spijtoptanten behandeld dan in dat ziekenhuis. De reistijd voor deze patiënten is 4,7 maal hoger dan die voor patiënten van het Slingeland Ziekenhuis gemiddeld. Deze grote reisbereidheid is ook terug te vinden in de samenstelling van de patiëntenpopulatie voor deze ingreep. Daarvan reist 91% voorbij het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Uit interviews met patiënten blijkt dat de reisbereidheid is versterkt doordat urologen veel informatie over de ingreep en de verwachte resultaten geven op hun website.

3.3.3 Plastische chirurgie en impact van ranglijsten

In 2006, 2007, 2008 en 2009 scoorde de plastische chirurgie van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk het

²⁷ Prolaps = verzakking, hemorrhoiden = aambeien

beste in de jaarlijkse enquête van het weekblad Elsevier. Destijds baseerde Elsevier de beoordeling op enquêtes onder zorgmanagers, huisartsen, verpleegkundigen, bestuurders en specialisten. Het ziekenhuis werd beoordeeld op medische deskundigheid, begrip voor de patiënt, innovatie in het vakgebied, samenwerken met de huisarts en het voorkómen van onnodig medisch handelen. Het is niet duidelijk of dit een goede methode voor kwaliteitsmeting is. Wel was het lange tijd een van de weinige beschikbare informatiebronnen voor patiënten en veel ziekenhuizen hielden nauwlettend bij hoe zij scoorden.

Het blijkt dat er voor de afdeling plastische chirurgie een hoge reisbereidheid is in vergelijking met de andere afdelingen van het Rode Kruis ziekenhuis. Bijna een derde (32%) van de patiënten van de afdeling plastische chirurgie van het Rode Kruis ziekenhuis passeert het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Landelijk ligt deze bereidheid voor de afdeling plastische chirurgie op 23%.

3.3.4 Conclusie

Ziekenhuizen kunnen zich onderscheiden. Patiënten zijn dan bereid om het voor hen dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij te reizen.

3.4 Patiënten kiezen tussen ziekenhuizen

Uiteraard is nabijheid een belangrijk criterium als patiënten een ziekenhuis kiezen. Maar er is zeker bereidheid om voor een ander ziekenhuis te kiezen. Dat blijkt uit onderzoek in binnen- en buitenland naar gerealiseerde en voorgenomen reisbereidheid. Bij voorgenomen reisbereidheid worden (potentiële) patiënten gevraagd naar hun reisbereidheid, soms met een directe vraag en soms met vignettenanalyse waarbij keuzes uit verschillende scenario's worden voorgelegd. Het gaat hier om veel verschillende onderzoeken met ieder een eigen opzet. Grosso modo blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten bereid is om ten minste een half tot een heel uur extra te reizen voor betere zorg. Hun reisbereidheid hangt onder andere af van kwaliteit, dienstverleningsniveau en in mindere mate van wachttijden. Figuur 48 presenteert een samenvattend overzicht van onderzoeken over reisbereidheid in Nederland en drie andere landen. Hieronder worden deze onderzoeken besproken.

3.4.1 Onderzoek in Nederland

Instituut voor Beleid en Management van Gezondheidszorg

Op basis van gegevens over 2003 vonden Varkevisser en van der Geest dat een deel van de patiënten het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij reist voor niet acute orthopedische zorg (38%) en neurochirurgie (54%). Extra reistijd naar het eerste alternatief beïnvloedt die aandelen negatief. Een ziekenhuis met korte wachttijden heeft een lagere kans om gepasseerd te worden ten gunste van een concurrent.

TNS NIPO voor de RVZ

Al in 2003 concludeerde TNS NIPO in een onderzoek in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ)²⁸ dat patiënten bereid zijn te reizen. Circa een derde van de patiënten is bereid om meer dan 50 km te reizen voor een behandeling in het ziekenhuis. Iets meer dan de helft (52%) gaf aan te willen kiezen uit ten minste drie aanbieders.

Onderzoek van de Consumentenbond

De Consumentenbond heeft patiënten een hypothetische vraag voorgelegd (figuur 49): “Stelt u zich voor: U bent ontevreden over het ziekenhuis waar u behandeld wordt. Bovendien blijkt uit verschillende kwaliteitstesten dat het ziekenhuis slechte kwaliteit levert. Voor een knieoperatie wilt u liever naar een ander ziekenhuis dat bekend staat om zijn goede service en goede kwaliteit.” 70 tot 83% van de ondervraagden kiest in dat geval voor een ander ziekenhuis, ook al is dat een half uur verder reizen. Bijna de helft tot driekwart zou daarvoor bovendien overstappen naar een andere verzekeraar. Iets minder dan de helft tot een derde van de ondervraagden zou ook het eigen risico van € 155 extra betalen, mocht de verzekeraar dit niet kwijtschelden.

Onderzoek NPCF

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft de keuze tussen behandeling door een huisarts of ziekenhuis in kaart gebracht. Hoe ingrijpender de behandeling is, hoe eerder er voor een ziekenhuis wordt gekozen en hoe minder belangrijk reistijd is in de afweging (figuur 49). Voor ingrijpende behandelingen zijn kwaliteit van zorg, kennis van de voorgeschiedenis, bejegening en reputatie steeds belangrijker dan reistijd. Patiënten geven aan wachttijden het minst belangrijk te vinden voor de bepaling van hun reisbereidheid.

Figuur 48 **Samenvattend overzicht onderzoeken reisbereidheid**

onderzoek	gebied	onderwerp	aandeel patiënten	extra reistijd (uren)
Consumentenbond	Nederland	Naar ander ziekenhuis ivm ontevredenheid en slechte kwaliteit knieoperatie	70-83%	1/2
TNS Nipo	Nederland	Conjunctmeting naar belang van verschillende attributen van ziekenhuiszorg	33%	1
Porter Novelli	Nederland	Kwalitatief betere zorg in ander ziekenhuis	>50%	1
RCN	Schotland	Reizen voor centra voor specialistische zorg	40%	1
King's Fund	Engeland	Dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij reizen	53%	?
Deloitte	VS	Beter of sneller toegankelijke noodzakelijke zorg	39%	>1
King's Fund	Engeland	Omreizen voor 'goed' in plaats van 'slecht' ziekenhuis	uit regressie	1 3/4
RAND	Londen	Twee maanden eerder zorg	uit regressie	1
RAND	Londen	Naar ziekenhuis met beter reputatie	uit regressie	2
McKinsey	VS	Belang van locatie in afweging is 18%	gemiddelde	
Trendwatch	Nederland	Belang van afstand in afweging is 28%	gemiddelde	
TNS NIPO	Nederland	Belang van locatie in afweging is 20%	gemiddelde	
NPCF	Nederland	Reistijd minder belangrijk bij meer ingrijpende behandeling	gemiddelde	

Trendwatch

Motivaction deed de afgelopen jaren onderzoek voor de NVZ onder ongeveer 1.000 mensen.²⁹ Daaruit blijkt dat respondenten de afstand tot het ziekenhuis steeds minder belangrijk vinden. Motivaction verdeelt de criteria voor de keuze van een ziekenhuis over dekking in de polis, afstand, beschikbaarheid, advies en reputatie (totaal 100%). Het belang van afstand in de keuze voor een ziekenhuis daalde van 37% in 2007 tot 28% in 2010. Er is nauwelijks verschil tussen respondenten uit de grote steden en de rest van Nederland. In dezelfde periode is het belang van advies en reputatie gestegen van ongeveer 9% tot 22% terwijl de rol van beschikbaarheid iets daalde van 17% naar 14% (figuur 50).

Porter Novelli

In 2008 concludeerde het onderzoeksbureau Porter Novelli³⁰ dat de kwaliteit van een ziekenhuis van doorslaggevend belang is bij de keuze voor ziekenhuizen. Bijna 80% van de 500 ondervraagden is bereid om langer te wachten als de kwaliteit van bijvoorbeeld een knieoperatie in het ene ziekenhuis hoger ligt dan in een ander ziekenhuis. Meer dan 50% is bereid om tot 50 kilometer te reizen als in een ander ziekenhuis kwalitatief betere zorg wordt geboden.

²⁸ TNS NIPO, 'Kiezen in de gezondheidszorg' 2003

²⁹ Motivaction, 'Trendwatch zorgconsumenten 2010', augustus 2010.

³⁰ Porter Novelli, 'Nederlanders willen transparantie om zelf ziekenhuis te kunnen kiezen', juni 2008.

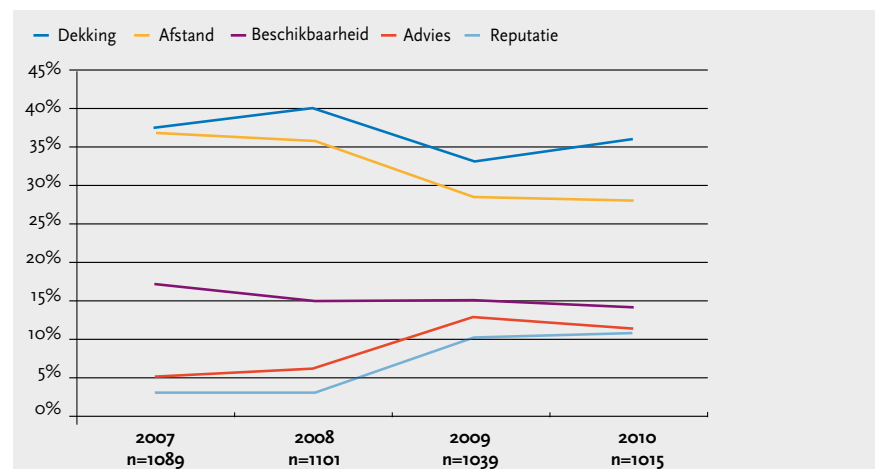
Figuur 49 **Omschrijving ingreep**

Bron: NPCF, 'Meldactie keuze en keuzevergelijking', NPCF 2010-272, augustus 2010

	licht medisch	middelmatige ernst	iets ingrijpend	ingrijpend
<i>belang aspect</i>				
1 kwaliteit	kwaliteit	kwaliteit	kwaliteit	kwaliteit
2 afstand	kennis voorgeschiedenis	kennis voorgeschiedenis	kennis voorgeschiedenis	kennis voorgeschiedenis
3 kennis voorgeschiedenis	bejegening	bejegening	bejegening	bejegening
4 bejegening	afstand	afstand	reputatie	reputatie
5 reputatie	reputatie	reputatie	afstand	afstand
6 wachttijd	wachttijd	wachttijd	wachttijd	wachttijd
<i>voorbeelden</i>	-verwijderen van hechtingen; - een 24 uren bloeddrukmeting; - het intapen van een verzwikking/verstuing van een enkel	-allergietest op de huid; - het verwijderen van ingegroeide teennagels of een vetbultje; - de behandeling van niet ernstige spataderklachten	-opsoren van vaatvernauwingen met behulp van een echo; - een injectie in een gewricht met corticosteroiden (ontstekingsremmend geneesmiddel) bij bijvoorbeeld een tennisarm	-opsoren van hartritme stoornissen m.b.v. draagbare hartfilm apparatuur (holterfoon); -sterilisatie van de man; - plaatsen van een spiraaltje; - besnijdenis, behandeling en nazorg van een diepveneus trombosebeen.

Figuur 50 **Reistijd voor electieve zorg bij verschillende mate van concentratie [minuten/EPB]**

Bron: Motivaction, 'Trendwatch zorgconsument 2010', augustus 2010



3.4.2 Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk

Royal College of Nursing - Schotland

De Royal College of Nursing (RCN) onderzocht de reacties naar het opzetten van centra voor specialistische ziekenhuiszorg in Schotland. Bijna 60% van de respondenten ondersteunt dat. Ruim 40% is bereid om daarvoor binnen de eigen regio te reizen en 33% binnen Schotland.

King's Fund - Verenigd Koninkrijk

Het King's Fund onderzocht het gerealiseerde keuzegedrag van patiënten in het Verenigd Koninkrijk.³¹ Daar worden huisartsen gestimuleerd om bij een doorverwijzing de patiënt te wijzen op zijn recht op keuze tussen alternatieve ziekenhuizen. Als dat besproken wordt met de patiënt, zegt 29% van de patiënten niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te gaan. Als de huisarts geen alternatieven met de patiënt bespreekt, is dat 8%-punten minder. Op basis van gerealiseerde reistijden concluderen de onderzoekers een nog grotere bereidheid om het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij te reizen. Na bespreking van alternatieven met de huisarts was dat 53%. Zonder bespreking was dat 14%-punten lager. Na correcties voor ligging van ZBC's, concluderen de onderzoekers dat door de patiënt te wijzen op zijn recht van keuze, er 5 tot 14% vaker wordt gekozen voor het niet-dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Patiënten in het Verenigd Koninkrijk vinden vooral de hygiëne, de kwaliteit van de zorg en de toestand van het gebouw belangrijk. Ligging nabij werk of huis komt pas op de negende plaats, na wachttijd en eerdere persoonlijke ervaringen.

In 2009 reisden patiënten in het Verenigd Koninkrijk gemiddeld 20 km extra voor een ziekenhuis dat is beoordeeld als 'uitstekend' of 'goed' ten opzichte van ziekenhuizen met een beoordeling 'voldoende' (alle andere verschillen gaven gelijke uitkomsten). Uit vignettenanalyse blijkt dat patiënten een uur en drie kwartier extra willen reizen voor een ziekenhuis dat 'goed' in plaats van 'slecht' scoort op verbetering van de gezondheid, gemeten met PROMS (patient reported outcome measures).

RAND - Londen

In 2005 heeft RAND onderzoek gedaan naar het keuzegedrag van patiënten in Londen.³² RAND rapporteert over het keuzeproces en de afwegingen die patiënten maken om eerder zorg te kunnen krijgen. Patiënten blijken bereid één uur extra te reizen om daarmee twee maanden eerder zorg te krijgen.

Concurrentie vindt vooral plaats op kwaliteit. Patiënten zijn bereid negen tot twaalf maanden te wachten op een behandeling als de reputatie van het dichtstbijzijnde ziekenhuis beter is dan van het alternatief. Men is bereid om iets minder dan twee tot drie uur te reizen naar een ziekenhuis met een betere reputatie en zelfs drie uur als het dichtstbijzijnde ziekenhuis een slechte reputatie heeft. De voorkeur voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis hangt af van het specialisme waarvoor de patiënt naar het ziekenhuis gaat. In vergelijking met oogheelkunde kozen patiënten in Londen vaker een alternatief ziekenhuis voor algemene chirurgie, orthopedie en KNO en juist minder vaak voor gynaecologie en urologie (figuur 51).

3.4.3 Onderzoek in de Verenigde Staten

Deloitte – Verenigde Staten

Uit het jaarlijkse onderzoek van Deloitte naar gezondheidszorg in de Verenigde Staten, blijkt dat meer dan de helft van de respondenten (54%) bereid is het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij te reizen voor noodzakelijke zorg als een ander ziekenhuis sneller beschikbaar is en/of betere kwaliteit levert. Voor electieve zorg is dat 44%. Als een ziekenhuis in een andere stad betere of sneller toegankelijke zorg levert, is 39% bereid naar een andere stad te gaan voor noodzakelijke zorg en 32% voor electieve zorg.

McKinsey – Verenigde Staten

McKinsey heeft onderzocht hoe patiënten die keuze uit meer dan één ziekenhuis hebben, hun afweging maken. Zij vroegen 2.000 patiënten om 100 punten te verdelen over aspecten waarop zij hun keuze voor een ziekenhuis baseren. Locatie komt dan op de vierde plaats met 18 punten. Het belangrijkste was de patiëntervaring (41) en de reputatie van het ziekenhuis (20).³³

National Bureau for Economic Research – Los Angeles

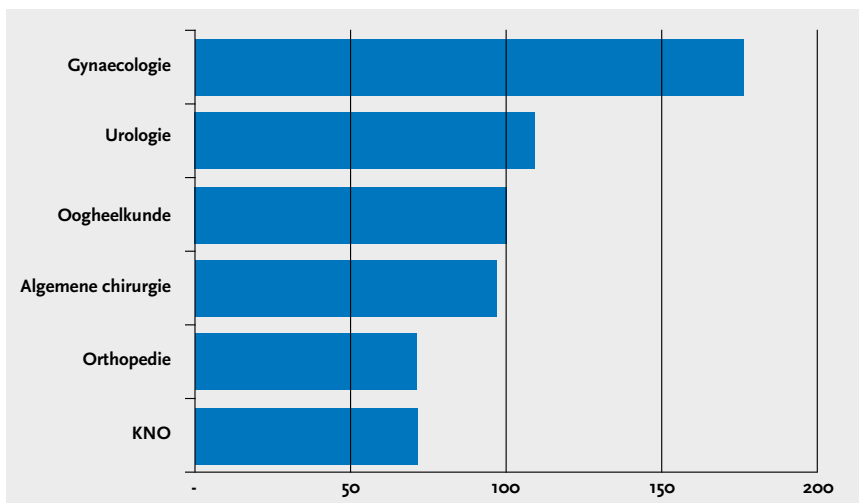
Het National Bureau for Economic Research in de Verenigde Staten heeft de invloed van serviceniveau op het keuzegedrag van patiënten in Los Angeles en omgeving onderzocht.³⁴ Aspecten van het serviceniveau zijn televisie en internet aan het bed, à la carte eten bereid door een goede chef-kok en een eigen kamer. Daaruit bleek dat patiënten hun keuze voor een ziekenhuis eerder laten afhangen van het serviceniveau dan van kwaliteit. Het serviceniveau weegt anderhalf maal zwaarder mee in het keuzeproces dan kwaliteit van de zorg.

³⁰ The King's Fund, 'Patient choice – How patients choose and how providers respond', 2010.

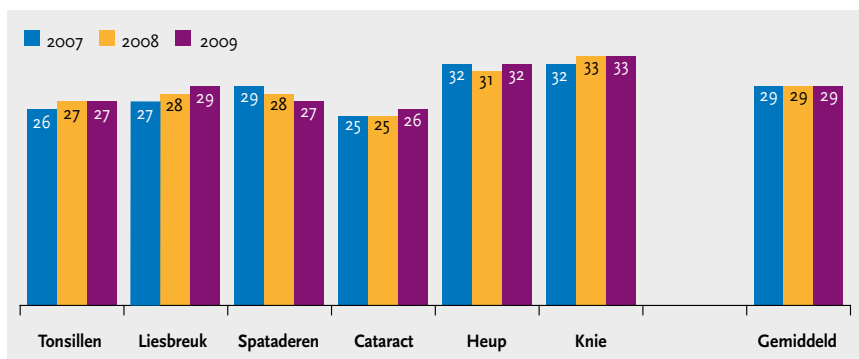
³¹ RAND, 'London patient choice project evaluation', 2005

³² McKinsey Quarterly, 'A better hospital experience', november 2007.

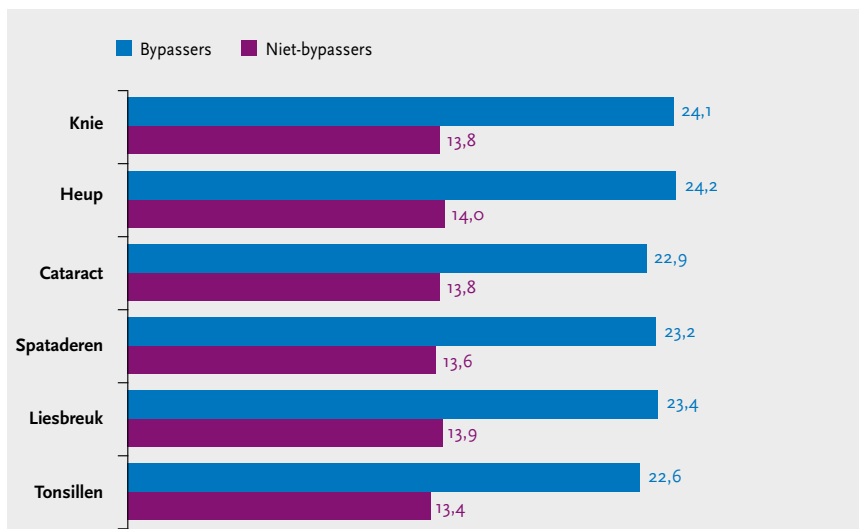
Figuur 51 Voorkeur voor dichtstbijzijnde ziekenhuis uit keuzemodel Londen
[index, oogheelkunde = 100]
Bron: RAND



Figuur 52 Bypassers per diagnose [percentage]
Bron: DIS



Figuur 53 Gemiddelde reistijd voor bypassers en niet-bypassers per diagnose [minuten]
Bron: DIS



3.4.4 Onderzoek in Duitsland

Universiteit van Lahr – Noordrijn-Westfalen

Onderzoek naar gerealiseerde patiëntenstromen in het Roergebied en rond Keulen en Bonn laat zien dat (ook) Duitse patiënten keuzes maken.³⁵ Ziekenhuizen met een ondergemiddelde score op de zorgkwaliteit werden significant minder vaak gekozen dan ziekenhuizen met een bovengemiddelde kwaliteit. De laatste konden een winst van 3% marktaandeel halen. Ziekenhuizen met een benedengemiddelde kwaliteit behandelen relatief weinig patiënten die verder van het ziekenhuis af wonen.

3.5 Het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij

Patiënten zijn meer bereid om voor een bepaalde ingreep het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij te reizen als dat ziekenhuis relatief weinig van die ingrepen uitvoert en lager scoort op ranglijsten van het AD en Elsevier.

Voor zes behandelingen zijn gegevens beschikbaar over wachttijden en is de informatie bekend die patiënten wellicht gebruiken als kwaliteitsinformatie uit publicaties van Elsevier en het Algemeen Dagblad. Dat zijn behandelingen voor varices (spataderen), heup- en knie vervanging, staar (cataract), liesbreuk en ziekten van amandelen (adenoid en tonsillen).

Ongeveer 28% van de patiënten voor deze aandoeningen reist het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij; van een kwart voor de behandeling van cataract tot een derde voor heupen en knieën. Gemiddeld is dat 17% als reistijdverschillen van minder dan vijf minuten niet meetellen (figuur 52). Het aandeel dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis passeert, is tussen 2007 en 2009 gegroeid voor liesbreuken, staar en knie vervangingen, gekrompen voor de behandeling van spataderen en nauwelijks veranderd voor amandelen en heup vervangingen. Gemiddeld reizen die patiënten 23 minuten. Voor de patiënten die naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan, is dat 13 tot 14 minuten (figuur 53).

³⁵ Zie ook D.P. Goldman, M. Vaiana, J.A. Romley, 'The Emerging Importance of Patient Amenities in Hospital Care', N. Engl.J.Med. 363;23, 2 december 2010.

³⁴ Sauerland, Wübker, 'Wie Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl beeinflussen – eine empirische Untersuchung', gepresenteerd op Jahrestagung des Vereins für Sozialpolitik (23-26 september 2008, Graz).

Van de ziekenhuizen die de zes analysebehandelingen uitvoeren, is bekend hoeveel van de behandelingen zij doen en wat de marktdichtheid voor ziekenhuizen³⁶ in de omgeving is. Van patiënten zijn de volgende gegevens bekend: leeftijd, geslacht, zorgzwaarte³⁷ en sociaal-economische klasse³⁸.

Er is onderzocht of deze eigenschappen van ziekenhuizen en patiënten samenhangen met de beslissing om het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij te reizen³⁹.

De samenhang van een eigenschap met de kans om het dichtstbijzijnde ziekenhuis te passeren wordt als volgt weergegeven: de afname van het aantal patiënten dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis passeerde (hierna aangeduid als passeerkans) bij een standaardtoename van die eigenschap. De verandering van de passeerkans wordt gemeten in procentpunten. Een standaardtoename is een verhoging van de waarde met één standaarddeviatie terwijl alle andere waardes gelijk blijven. De samenhang met leeftijd is gekoppeld aan de patiënt jonger (standaardsituatie) of ouder (afwijking) dan 65 jaar.

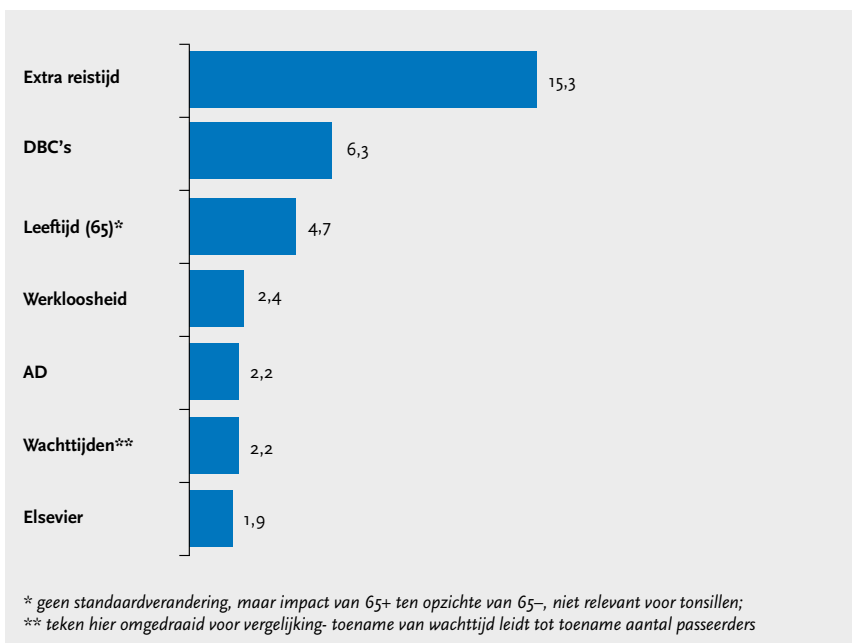
Deze analyse geeft vergelijkbare resultaten voor vijf aandoeningen. De resultaten voor spataderen zijn afwijkend (tabel 1 en de bijlage in paragraaf 3.8 voor de overige tabellen). Gemiddeld genomen blijken patiënten voor liesbreuken, heupen, knieën, amandelen en staar een ziekenhuis vaker voorbij te reizen als (figuur 54):

- Het eerste alternatieve ziekenhuis dichterbij gelegen is.
- Het ziekenhuis de ingreep relatief weinig uitvoert.
- De patiënt jonger is dan 65.
- De patiënt uit een buurt komt met een lage werkloosheid.
- Het ziekenhuis een lage score heeft bij het AD en/of Elsevier.
- Er veel ziekenhuizen in de buurt zijn gelegen.
- De wachttijden langer zijn (uitzondering hierop is de behandeling van varices).

Een verandering van zorgzwaarte hangt voor vier van de zes behandelingen niet significant samen met de passeerkans.

Het geslacht van een patiënt heeft voor geen enkele aandoening een significante impact op de passeerkans.

Figuur 54 **Afname van het aantal patiënten dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis in 2009 passeerde bij standaardtoename van een aspect** [procentpunten]
Bron: Analyse Sirm



Tabel 1 **Afname van het aantal patiënten dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis in 2009 passeerde bij standaardtoename van een aspect** [procentpunten]
Bron: Analyse Sirm

	Liesbreuk	Knie	Heup	Cataract	Tonsillen	Gemiddelde	Varices
Extra reistijd	16,4	15,5	15,0	14,9	14,7	15,3	13,7
Aantal DBC's	5,7	7,0	7,3	5,4	5,9	6,3	16,9
Leeftijd (65+)	1,1	6,9	8,1	2,8	–	4,7	1,9
Werkloosheid	3,1	3,0	2,2	2,3	1,4	2,4	1,8
AD	1,3	2,6	3,3	2,2	1,5	2,2	2,6
Elsevier	1,5	2,5	1,9	1,5	2,0	1,9	1,9
Wachttijden	-2,2	-2,1	-1,8	-1,0	-3,7	-2,2	1,4
Marktconcentratie	1,8	–	0,9	1,3	1,8	–	1,8
Geslacht	–	–	–	–	–	–	0,6
Zorgzwaarte	–	–	–	2,6	–	–	1,7

³⁶ Zie hoofdstuk 6 voor uitleg over de schatting van de marktdichtheid.

³⁷ Gebaseerd op de waarde van het zorgprofiel, zie themahoofdstuk over het B-segment voor uitleg.

³⁸ Benaderd op basis van de werkloosheid in het postcodegebied van de patiënt.

³⁹ Er is een vergelijkbare methode gebruikt als die van Varkevisser en Van der Geest.

⁴⁰ Het Elsevier onderzoek was in 2009 gebaseerd op een vragenlijst aan medici en medewerkers van ziekenhuizen. De patiëntenstroom kan deels hebben meegespeeld bij het oordeel.

3.5.1 Nabijheid van het eerste alternatief

Het dichtstbijzijnde ziekenhuis ligt voor al deze behandelingen, die in vrijwel ieder ziekenhuis uitgevoerd worden, op een reistijd van ongeveer 13 minuten. Het eerste alternatief ligt gemiddeld op 8 minuten verder reizen. Als het eerste alternatief op nog 7,5 minuten verder reizen ligt, is de kans op passeren van het dichtstbijzijnde ziekenhuis ongeveer 15% lager.

Voor liesbreuken is de samenhang met extra reistijd het grootst en voor varices (spataderen) juist het kleinst. De samenhang blijkt overigens niet veel te verschillen tussen deze behandelingen.

3.5.2 Aantal ingrepen door dichtstbijzijnde ziekenhuis

De kans dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis overgeslagen wordt, neemt met iets meer dan 6% toe als dat ziekenhuis jaarlijks grofweg de helft van het gemiddelde aantal ingrepen per ziekenhuis uitvoert. (De standaarddeviatie van het aantal DBC's blijkt steeds op ongeveer de helft te liggen).

Deze waarde verschilt sterk tussen de behandelingen en is het sterkst voor de behandeling van spataderen (16,9%) en het minst sterk voor cataract (5,5%). Wellicht reflecteert dat het verschil tussen een electieve ingreep met cosmetisch element (spataderen) en een ingreep waarvan ziekenhuizen er los van zulke overwegingen al veel uitvoeren (staar) .

3.5.3 Leeftijd van de patiënt

De samenhang met leeftijd is vooral voor orthopedische ingrepen groot. Bij een knie- of heupoperatie passeren oudere patiënten het dichtstbijzijnde ziekenhuis veel minder dan voor behandeling van staar, spataderen en liesbreuk. Voor die laatste drie behandelingen verschilt de passeerkans voor 65-plussers niet veel vergeleken met die van jongere patiënten. De impact voor heupen en knieën kan te maken hebben met de geringe mobiliteit van de patiënten en ook met de hogere leeftijd van patiënten.

3.5.4 Kans dat een patiënt werkloos is

Patiënten uit gebieden met veel werklozen gaan vaker naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Patiënten uit postcodegebieden met een werkloosheidspercentage van 2,5%-punt boven het landelijk gemiddelde van 4,4%

ontwijken het dichtstbijzijnde ziekenhuis 2,4% minder dan gemiddeld. Dit hoeft niet specifiek voor werklozen te gelden. Waarschijnlijk geldt het voor mensen uit een lagere sociaal-economische klasse. Zij wonen vaker in buurten met relatief hoge werkloosheid. De informatie over werkloosheid is niet op patiëntniveau beschikbaar.

3.5.5 Score van het dichtstbijzijnde ziekenhuis bij het AD en Elsevier

Ongeveer twee procentpunt meer patiënten passeren het dichtstbijzijnde ziekenhuis bij een standaarddaling van de score op de ranglijsten van het Algemeen Dagblad (AD) en Elsevier. Dit houdt in dat een ziekenhuis die op beide ranglijsten ruim bovengemiddeld scoort, tot vier procentpunt minder patiënten uit zijn adherentiegebied verliest. Deze ranglijsten bevatten waarschijnlijk de best verspreide oordelen over de kwaliteit van ziekenhuizen zodat veel mensen daarop kunnen reageren. Of ranglijsten nu correct zijn of niet, ze blijken wel samen te hangen met keuzes voor een ziekenhuis.⁴⁰

3.5.6 Marktconcentratie

Hogere marktconcentratie – dus minder keuze in een gebied – leidt tot een lagere kans om het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij te reizen. Maar de samenhang met de passeerkans is kleiner dan kwaliteit en aantallen. Een deel van dit aspect wordt al meegenomen in de afstand tot het eerste alternatief. Voor knieën is de samenhang tussen marktconcentratie en passeerkans niet significant. Voor heupen wel, maar relatief laag.

3.5.7 Wachttijden

Wachttijden blijken voor de hier geanalyseerde, niet-spoedeisende en niet-levensbedreigende medische zorg, minder samen te hangen met de passeerkans dan andere aspecten (waarbij score op ranglijsten is gecombineerd). Langere wachttijden leiden tot een iets hogere passeerkans. Dat volgt ook uit in dit hoofdstuk besproken onderzoek van de NPCF, Trendwatch en het King's Fund. Varices neemt een uitzonderingspositie in. Daar is de passeerkans lager bij langere wachttijden.

3.5.8 Zorgzwaarte

Alleen bij cataract en varices bestaat er een significante samenhang tussen zorgzwaarte en de passeerkans. Waarschijnlijk is de zorgzwaarte in veel gevallen niet bekend voordat de keuze voor een ziekenhuis gemaakt wordt.

Bij cataract neemt de passeerkans toe bij hogere zorgzwaarte. De passeerkans is gemiddeld genomen het laagst. Wellicht dat voor complexere ingrepen een gespecialiseerde oogarts nodig is die niet altijd in het dichtstbijzijnde ziekenhuis werkt. Bij varices neemt de passeerkans juist af bij hogere zorgzwaarte.

3.5.9 Resultaten voor varices

De resultaten voor varices wijken enigszins af. De afstand hangt minder samen met de passeerkans, het aantal ingrepen dat een ziekenhuis uitvoert juist meer en bovendien hangen langere wachtlijsten samen met een lagere passeerkans. Dit is consistent met een voorkeur voor gespecialiseerde centra voor de behandeling van spataderen. Dit kan mogelijk samenhangen met het meer cosmetische karakter van de ingreep. Als de zorgzwaarte hoger is, neemt de passeerkans af.

3.5.10 Discussie

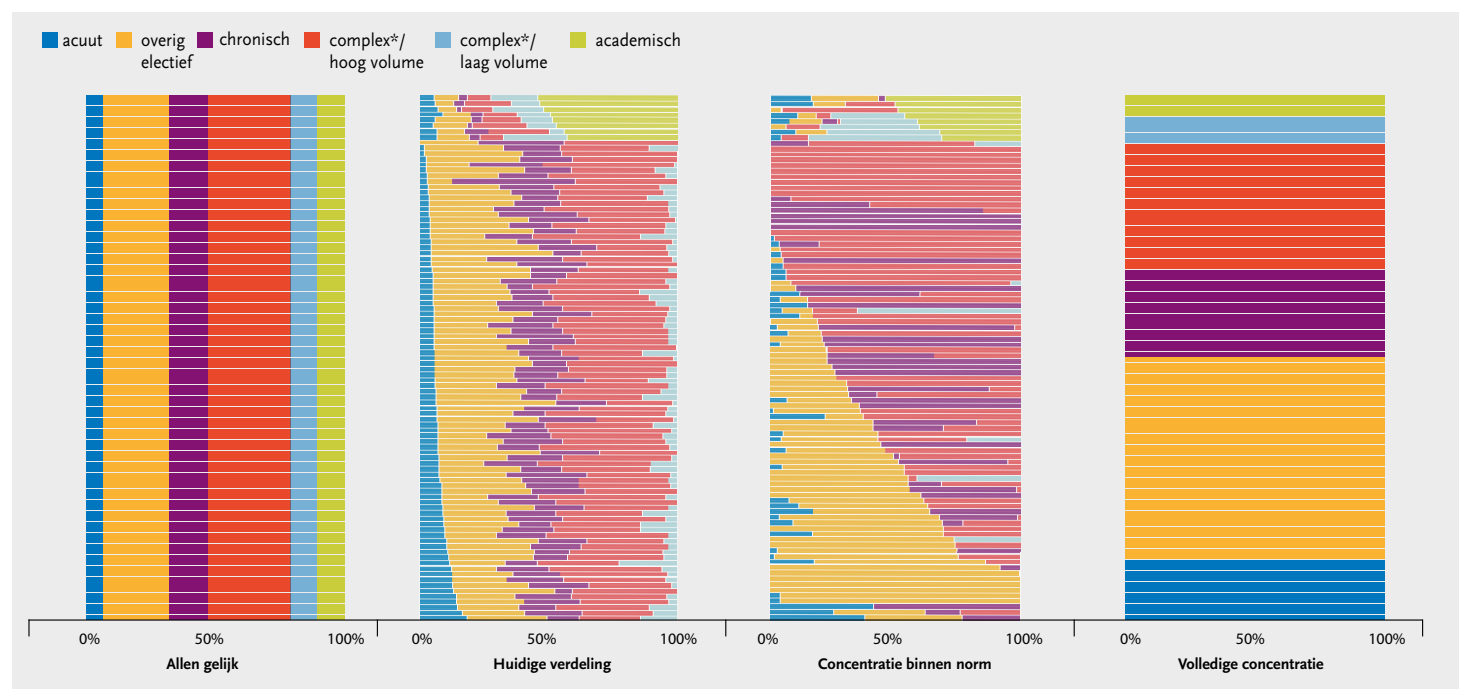
Een kwart tot een derde van de patiënten reist het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij. De passeerkans hangt deels samen met eigenschappen van de patiënt zoals leeftijd en sociaal-economische status. Een ziekenhuis kan de kans dat het gepasseerd wordt op drie manieren fors verminderen. Dat zijn, in volgorde van samenhang met passeerkans: meer behandelingen doen, betere kwaliteit leveren en kortere wachttijden realiseren. Een ziekenhuis kan hiermee de jaarlijkse groei van het aantal behandelde patiënten vergroten. Juist omdat het aandeel aan vaste en semi-vaste kosten (gebouw, inventaris, personeel) groot is in een ziekenhuis, kan dit een aanzienlijke impact hebben op de bedrijfsvoering. De keuzes van patiënten kunnen dus tot toenemende concurrentie leiden.

3.6 Ruimte voor verdere specialisatie

Vrijwel alle ziekenhuizen voeren nu bijna alle behandelingen uit. Ook als ziekenhuizen meer gaan specialiseren, is de bereikbaarheid nog zeer acceptabel. Voor eerder onderzoek voor de NVZ is een

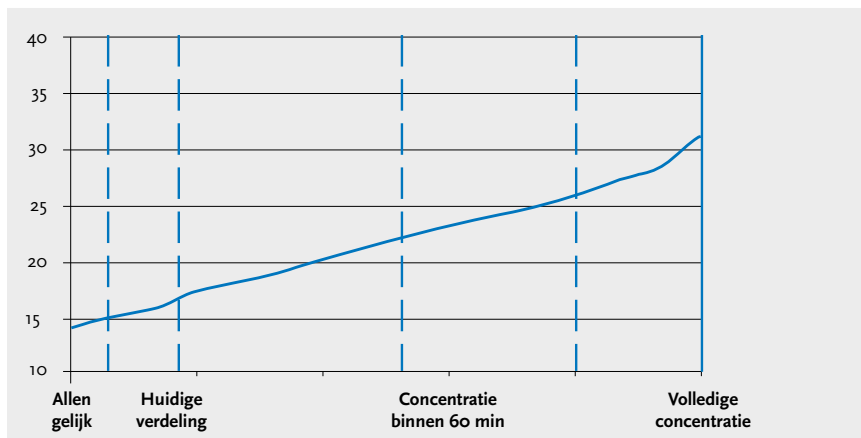
Figuur 55 *Mate waarin een ziekenhuizen (balken) zes soorten zorg leveren voor vier ijkpunten*

Bron: Sirm analyse obv jaarverslagen, Zichtbare Zorg tranche 1, Basisset IGZ

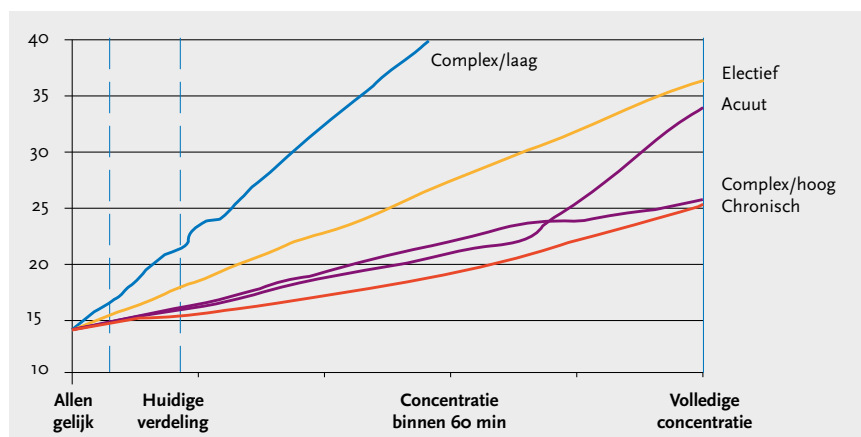


* WBMV zorg is niet meegenomen

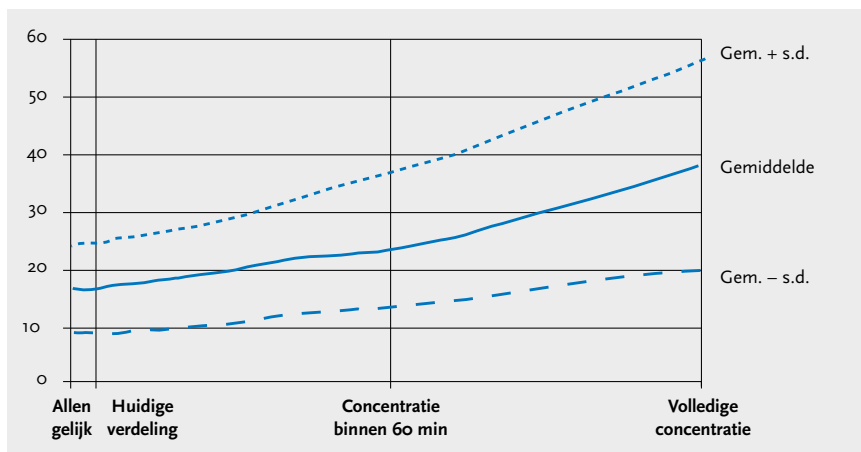
Figuur 56 **Reistijd bij verschillende mate van concentratie** [minuten/EPB]
 Aalyse Sirm o.b.v. jaarverslagen, zichtbare zorg branche 1. Basisset IGZ



Figuur 57 **Reistijd bij verschillende mate van concentratie** [minuten/EPB]
 Bron: Analyse Sirm



Figuur 58 **Reistijd voor electieve zorg bij verschillende mate van concentratie** [minuten/EPB]
 Bron: Analyse Sirm



scenarioanalyse gemaakt voor de impact van spreiding en concentratie op de bereikbaarheid van ziekenhuizen⁴¹.

Daarvoor zijn vier ijkpunten genomen (figuur 55):

- **Allen gelijk** – binnen ieder ziekenhuis is het aandeel van zes types zorg gelijk aan het huidige landelijke aandeel. De zes types zorg zijn acuut, electief, chronisch, complex/hog volume, complex/laag volume en academische zorg. Gebaseerd op publieke informatie. Dat wil zeggen: exclusief WBMV-Zorg
- **Volledige concentratie** – de types zorg zijn verdeeld zodat ieder ziekenhuis zich richt op één type zorg. Er is per saldo voor heel Nederland geen capaciteit afgebouwd en de verdeling is zo vorm gegeven dat de bereikbaarheid optimaal is.
- **Huidige verdeling** – de huidige verdeling van de zes types zorg over de Nederlandse ziekenhuizen afgeleid uit publiek beschikbare gegevens.
- **Concentratie binnen norm** – het resultaat van een computersimulatie van uitruil van de types zorg waarbij:
 - o ieder ziekenhuis zich zoveel mogelijk probeert te richten op dat type zorg waarvoor het betreffende ziekenhuis al een relatief groot aandeel heeft. Zodoende wordt er dus steeds meer gefocust op één bepaald type zorg.
 - o Voor ieder type zorg is uitgegaan van een maximale reistijd. Uitruil mag niet tot overschrijding van de maximum reistijd leiden:
 - Acuut: 45 minuten
 - Chronisch: 30 minuten
 - Electief: 60 minuten
 - Complex: 90 minuten
 - o Het computermodel doorloopt ruim twintig stappen voor uitruil binnen de huidige capaciteit.

De gemiddelde reistijd is berekend op basis van de zorgvraag per type zorg per postcodegebied en de ziekenhuizen die zorg van dat type aanbieden. We vinden dat de huidige gemiddelde reistijd van ongeveer 15 minuten vrijwel gelijk is aan het scenario 'allen gelijk'. De gemiddelde reistijd neemt maar 5 tot 10 minuten toe voor het scenario 'concentratie binnen normen'. Bij verdere concentratie loopt de gemiddelde reistijd op tot ruim een half uur (figuur 56).

De gemiddelde reistijd hangt af van het type zorg. Deze neemt vooral toe voor complexe zorg met laag volume. Die zorg wordt geconcentreerd in ongeveer 12 ziekenhuizen (figuur 57). Voor electieve zorg ligt de standaarddeviatie plus het gemiddelde op ongeveer 35 minuten. Dat houdt in dat 18% van de patiënten verder dan 35 (maar minder dan 60) minuten moet reizen. Aan de andere kant van de verdeling houdt dit in dat 18% van de patiënten minder dan 11 minuten reist voor electieve zorg (figuur 58).

⁴¹ Zie NVZ, 'Spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties', december 2010

3.7 Discussie

In 2004 hebben de Amerikaanse toezichthouders voor marktwerking (de Federal Trade Commission en het Department of Justice) uitgebreide hoorzittingen gehouden met experts op het gebied van concurrentie tussen ziekenhuizen.⁴² Voor de VS werd destijds geconcludeerd dat de ziekenhuismarkt gescheiden is voor klinische en poliklinische zorg, dat er geen verfijning op behandeling of specialismeniveau gehanteerd hoeft te worden bij de marktafbakening en dat de invloed van gespecialiseerde ziekenhuizen per situatie moet worden bezien.

3.7.1 Klinisch en poliklinisch

Over het onderscheid tussen klinisch en poliklinisch is nauwelijks discussie. De NMa maakt voor de marktafbakening ook onderscheid tussen poliklinische en klinische behandelingen. Het aandeel klinische en poliklinische patiënten verschilt enorm tussen specialismen. Voor poliklinische zorg zijn de toetredingsdrempels veel lager dan voor klinische zorg. Juist in sterk poliklinische vakken zoals oogheelkunde, treden ZBC's tot de markt toe.

3.7.2 Specifieke behandelingen

Ziekenhuizen zijn verzamelingen van verschillende specialismen met daarbinnen weer verschillende (groepen van) behandelingen. In de VS is gesuggereerd om de marktafbakening voor ziekenhuiszorg te verfijnen tot 48 verschillende diagnosegroepen. Die groepen werden gebaseerd op types ziektes en behandelingen die bij elkaar horen. Voor de VS werd in 2004 geconcludeerd dat verzekeraars niet op een dergelijke fijnmazige manier zorg inkopen. In Nederland kopen verzekeraars anno 2010 wel gedifferentieerd in. Zo begon bijvoorbeeld CZ met het stellen van normen voor borstkankerzorg en de blaasverwijdering en heeft Menzis bij een aantal ziekenhuizen aangegeven dat zij specifieke delen van zorg zoals orthopedie selectief wil gaan inkopen.

Ook vanuit de patiënt gezien zijn er aparte markten voor bepaalde aandoeningen en behandelingen. Er is geen vraagsubstitutie. Een hartpatiënt stapt niet over naar verloskundige zorg als de kwaliteit of bereikbaarheid van hartzorg hem niet bevalt. Voor deze twee voorbeelden is er ook geen aanbodsubstitutie mogelijk. De medische

specialisten zijn zo ver gespecialiseerd dat zij geen behandelingen uit andere specialismen kunnen aanbieden. Zij zijn daartoe meestal ook niet bevoegd.

Kortom, voor patiënten, verzekeraars en ziekenhuizen, bestaat de ziekenhuismarkt niet slechts uit een klinische en poliklinische markt. Daarbinnen bestaan er veel verschillende productmarkten. De afstand waarover ziekenhuizen concurreren verschilt per productmarkt.

3.7.3 Invloed van gespecialiseerde ziekenhuizen

Juist uit de gerealiseerde reisbereidheid van patiënten van gespecialiseerde ziekenhuizen, zowel voor complexe als minder complexe zorg, blijkt dat ziekenhuizen in ieder geval voor oncologie, oogheelkunde, orthopedie en reumatologie over relatief grote afstanden concurreren.

3.7.4 Concentratie van complexe behandelingen

Dat de ziekenhuismarkt bestaat uit verschillende delen komt pregnant naar voren bij de concentratie van complexe behandelingen. Veel ziekenhuizen voelen zich geremd om regionaal complexe zorg uit te wisselen vanwege het markttoezicht. Dit terwijl concentratie enorme economische voordelen biedt en de concurrentie niet per se hoeft te verminderen.

Afspraken over complexe zorg tussen nabijgelegen ziekenhuizen leveren waarschijnlijk geen problemen voor de concurrentie op. Sterker nog, waarschijnlijk neemt de concurrentie toe. Een groter deel van de patiënten gaat dan niet 'automatisch' naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. De patiënt moet dan bewust nadenken naar welk ziekenhuis hij of zij toe gaat. De patiënt neemt kwaliteit mee in die afweging. Juist voor complexe zorg zijn verschillen in kwaliteit het makkelijkst duidelijk te maken en kunnen die verschillen dus de keuze van patiënten het meest beïnvloeden. Het is lastig dit op voorhand aan te tonen. Vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen voeren nu vrijwel alle ingrepen uit. Dus patiënten reizen nu waarschijnlijk minder dan ze bereid zijn te doen. Maar die bereidheid is groot, zo blijkt uit onderzoek in binnen- en buitenland.

Vooraf voor complexe ingrepen wegen de baten van concentratie ruim op tegen de kosten. Ho et al.⁴³ concludeerden dat de waarde van concentratie van de Whipple-operatie kan opwegen tegen de extra reiskosten en tegen eventuele verhoging van de prijs

door vermindering van concurrentie. In Noord-Brabant is de operatie van de alvleesklier bij kanker sinds 2005 geconcentreerd van acht naar drie ziekenhuizen.⁴⁴ De kans om twee jaar na de operatie nog in leven te zijn, steeg van 38 naar 49%. Naar schatting worden hierdoor voor 200 operaties minstens 55 Qaly's⁴⁵ gewonnen ofwel 0,28 Qaly's per patiënt. Bij € 50.000 per Qaly vertegenwoordigt dat een extra waarde van € 14.000 per patiënt.⁴⁶ Hier staat een minieme toename in reiskosten tegenover, de behandeling wordt in grote steden steeds vaker in nog maar één ziekenhuis aangeboden. Hoogstwaarschijnlijk wordt de ingreep bovendien ook efficiënter uitgevoerd.

Voor een bepaald type hersenbloedingen (sub-arachnoïdale bloedingen) is berekend dat het loont een patiënt te transporteren van het dichtstbijzijnde ziekenhuis naar een ziekenhuis dat meer dan 20 behandelingen per jaar uitvoert.⁴⁷ Het resulteert in een winst van 1,6 Qaly per getransporteerde patiënt tegen ongeveer \$10.600/Qaly. Pas als de kans om tijdens transport te overlijden vijf maal de verwachting is, wegen de kosten van transport niet meer op tegen de baten.

3-7-5 Conclusie

'De' markt voor ziekenhuiszorg bestaat niet. Patiënten, verzekeraars, ziekenhuizen en specialisten bevinden zich op vele verschillende markten. Als toezichthouders zich daar rekenschap van geven, daarop hun beleid baseren en hierover duidelijk communiceren, kunnen de verschillende partijen in de zorg samen verder werken aan een optimaal landschap voor de Nederlandse ziekenhuiszorg.

⁴⁴ Federal Trade Commission, Department of Justice, 'Improving health care: a dose of competition', juli 2004.

⁴⁵ V. Ho et al., 'Regionalization versus competition in complex cancer surgery', *Health Economics Policy and Law*, 2, 01(2007)

⁴⁶ V.E.P.P Lemmens et al, 'Improving outcome for patients with pancreatic cancer through centralization', *British Journal of Surgery*, 29 juni 2011.

⁴⁷ Qaly = Quality Adjusted Life Year. Zie: NVZ, 'Brancherapport algemene ziekenhuizen, Zorg voor baten', 2010

⁴⁸ patiënten per jaar (200) x hogere 2-jaars overleving (0,49-0,38=0,11) x kwaliteit van leven (0,5) x jaren extra (aanname: 5) = 55.

⁴⁹ N. Bardach et al., 'Regionalization of Treatment for Subarachnoid Hemorrhage – a cost utility analysis', *Circulation* 2004, 109:2207-2212.

3.8 Bijlage

Tabel 2 Gemiddelde waarden van parameters bij de regressie-analyse voor passeerkans

	Liesbreuk	Knie	Heup	Cataract	Varices	Tonsillen
Extra reistijd (minuten)	8,2	8,5	8,4	8,6	8,4	8,4
DBC's (aantal)	259	176	220	1.626	1.038	143
Leeftijd (65+=1)	0,41	0,69	0,75	0,85	0,22	0,01
Werkloosheid	4,3%	4,4%	4,3%	4,5	4,4%	4,6%
AD (score)	67,7	67,7	67,9	68,3	67,7	67,8
Elsevier (score)	68,7	68,6	69,3	70,0	68,7	69,8
Marktconcentratie (theoretische)	4.138	4.209	4.206	4.244	4.175	4.148
Wachttijden (weken)	4,0	7,5	7,	4,9	5,0	4,0
Geslacht (1=man)	0,92	0,33	0,33	0,41	0,22	0,3
Zorgzwaarte (EUR)	1.703	10.498	9.162	1.135	711	1.870

Tabel 3 Standaarddeviaties van parameters bij de regressie-analyse voor passeerkans

	Liesbreuk	Knie	Heup	Cataract	Varices	Tonsillen
Extra reistijd (minuten)	7,5	7,8	7,6	7,5	7,8	7,5
DBC's (aantal)	12	77	100	803	834	74
Leeftijd (65+=1)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Werkloosheid	2,4%	2,4%	2,3%	2,3%	2,3%	2,5%
AD (score)	7,5	7,3	7,3	7,4	7,2	7,6
Elsevier (score)	16	15	15	15	16	17
Marktconcentratie (theoretische)	1.503	1.511	1.473	1.491	1.544	1.495
Wachttijden (weken)	2,4	4,1	3,9	3,0	3,5	2,4
Geslacht (1=man)	0,27	0,47	0,47	0,49	0,41	0,5
Zorgzwaarte (EUR)	1.758	4.838	5.137	334	1.446	1.102

8



PROTHESIOLOGIE



4 FINANCIËN

De omzet van de Nederlandse algemene ziekenhuizen in het gebudgetteerde deel (A-segment) en het geliberaliseerde deel (B-segment) bedroeg in 2010 € 11,9 miljard. Dat betekent een groei van 10,2% ten opzichte van 2009. De extra groei, bovenop de groei vanwege (prijs)inflatie en vergrijzing, was in 2010 ongeveer 1,6%. Een aanzienlijk deel van die groei is eenmalig, vanwege de immateriële vaste activa van ziekenhuizen.

De ziekenhuizen hebben hun financiële weerbaarheid versterkt. De gemiddelde solvabiliteit ligt voor het eerst boven het streefniveau van 15%. 33 ziekenhuizen halen die streefnorm nog niet.

DE GEMIDDELDE
SOLVABILITEIT LIGT VOOR
HET EERST BOVEN HET
STREEFNIVEAU VAN 15%.



4.1 Totale omzet

De totale omzet van algemene ziekenhuizen is met 9,7% gegroeid van € 12,2 miljard in 2009 naar € 13,3 miljard in 2010. Zonder eenmalige opbrengsten is dat € 12,8 miljard, ofwel 5,3% (figuur 59). Deze structurele groei is lager dan de gemiddelde groei van 6,0% over de afgelopen vijf jaar (2006-10).

In grote lijnen bestaat de omzet van de ziekenhuizen uit drie delen: het A-segment, het B-segment en de andere opbrengsten (figuur 60). De omzet in het A-segment is gebudgetteerd. Voor het B-segment onderhandelen ziekenhuizen en verzekeraars over de prijzen van de DBC's. De andere opbrengsten bestaan uit niet-gebudgetteerde zorgprestaties, subsidies uit het Opleidingsfonds zorg en overige opbrengsten. Het A-segment en B-segment vormen de omzet van de geleverde zorg door ziekenhuizen.

4.1.1 Omzet in A- en B-segment

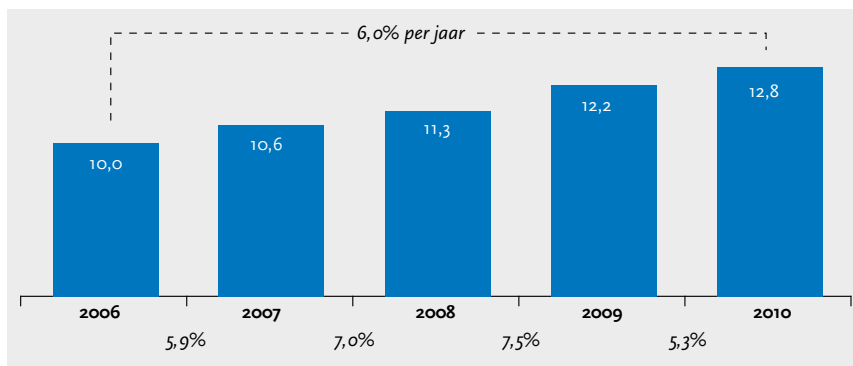
De omzet in het A- en B-segment is € 11,9 miljard in 2010 (figuur 61). Dit is een groei van 10,2% ten opzichte van 2009, toen de omzet nog € 10,8 miljard was. Gemiddeld is de omzet in het A- en B-segment de afgelopen vijf jaar met 5,9% per jaar gegroeid.

4.1.2 A-segment

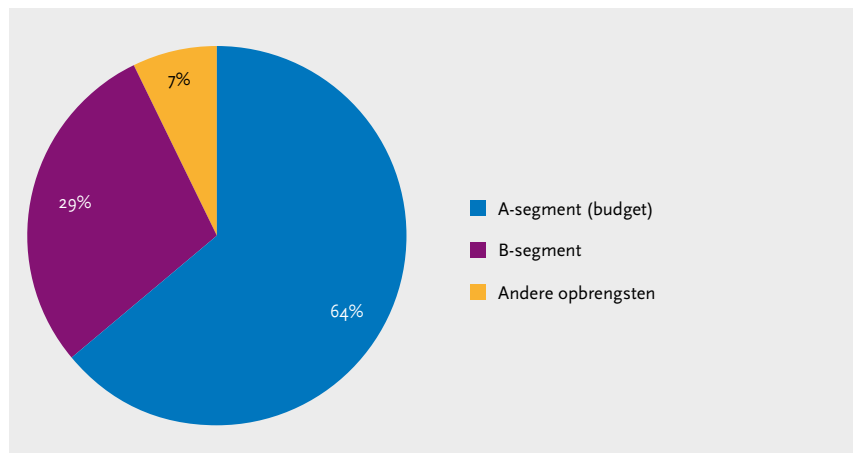
Het A-segment budget voor algemene ziekenhuizen bedroeg in 2010 in totaal € 8,2 miljard. Het A-segment is het deel van de ziekenhuisomzet dat wordt berekend op basis van NZa-tarieven vermenigvuldigd met het volume aan budgetparameters. De omzet voor het A-segment is het zogenoemde 'budget voor aanvaardbare kosten'. Dat budget is in 2010 gestegen van € 7,5 naar € 8,2 miljard, een groei van 9,3%. De structurele groei is 3,4%. Het verschil tussen deze twee percentages wordt verklaard door twee correcties:

- Algemene ziekenhuizen hebben in 2010 voor € 595 miljoen aan immateriële vaste activa versneld afgeschreven. Dit was nodig omdat de garantie op kapitaallasten vervalt. Zonder deze eenmalige post, zou het totaal van het wettelijk budget van toegestane kosten voor de algemene ziekenhuizen € 7,64 miljard zijn geweest.

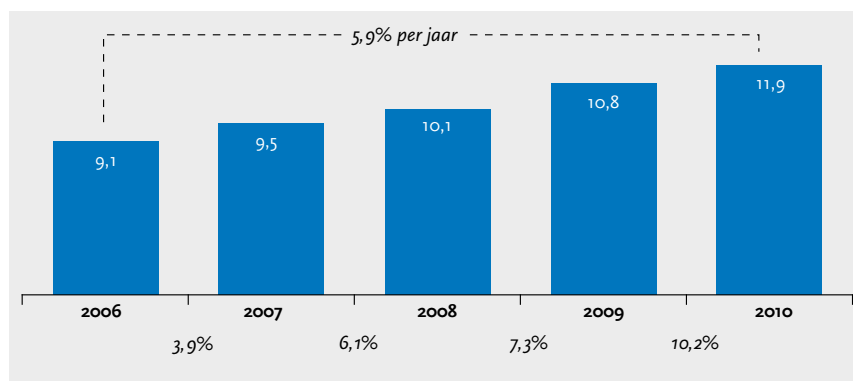
Figuur 59 Totale structurele omzet van algemene ziekenhuizen [EUR, miljard]



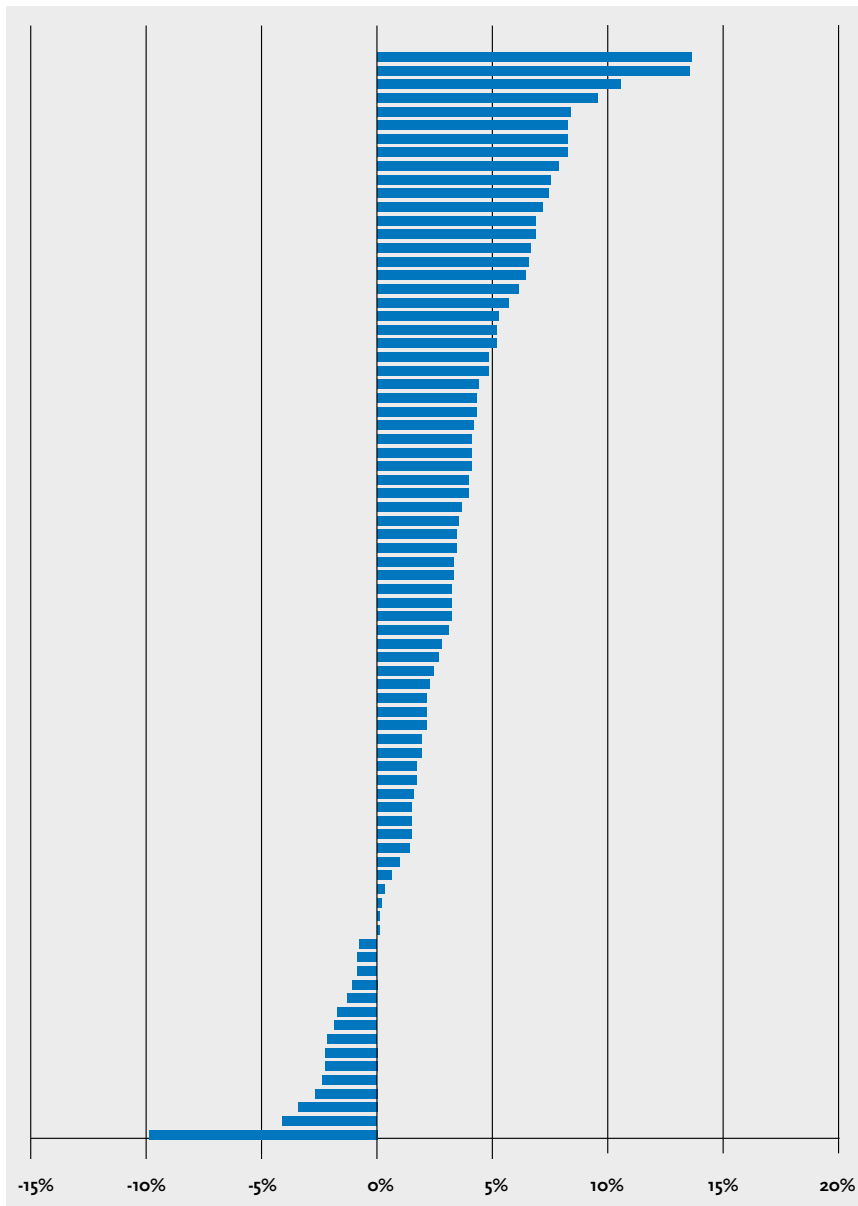
Figuur 60 Segmentatie van omzet algemene ziekenhuizen [aandeel in totaal]



Figuur 61 Totale omzet van algemene ziekenhuizen in het A- en B-segment [EUR, miljard]



Figuur 62 **Groei van omzet in het A-segment per ziekenhuis in 2010**



- In 2009 is het B-segment uitgebreid. DBC's die al in 2008 waren geopend, waren in 2009 nog onderdeel van het A-segment. Dat is bijna 40% van het aantal DBC's uit de tranche die in 2009 is overgeheveld⁴⁸. De waarde van dit inloopeffect wordt geschat op €150 miljoen⁴⁹. Om de omzet in het A-segment in 2009 te vergelijken met 2010, wordt dit bedrag van de omzet in 2009 afgetrokken. Dat is dan € 7,39 miljard.

Na deze correcties is het A-segment dus gegroeid met 3,4%, van € 7,39 naar € 7,64 miljard.

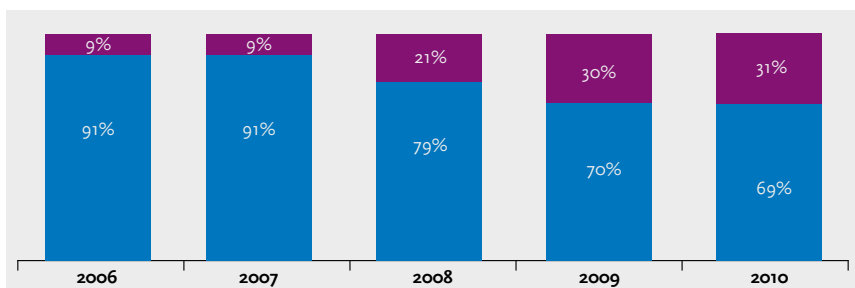
De ontwikkeling van het A-segment verschilt overigens fors tussen ziekenhuizen, van een krimp van iets meer dan 10% tot een groei van bijna 16%. Daarbij is gecorrigeerd voor de eenmalige afschrijvingen voor immateriële vaste activa en voor het inloopeffect (figuur 62).

De 'organische' groei in het A-segment is dus relatief laag. Naast inflatie en vergrijzing⁵⁰ komt een deel van de groei in het A-segment uit door de NZa toegestane extra afschrijvingen voor nieuwe gebouwen en groei in uitgaven voor dure geneesmiddelen van ongeveer 7,5% tot ongeveer € 350 miljoen in 2010.

4.1.3 B-segment

Sinds 2005 onderhandelen ziekenhuizen en verzekeraars over de prijzen en de kwaliteit van DBC's in het B-segment. Het B-segment is uitgebreid van 6% van de gezamenlijke omzet in het A- en B-segment in 2005 naar 31% in 2010 (figuur 63). In 2008 was dat nog 21%. Het B-segment wordt niet volledig aan de markt overgelaten. De vrijheid voor productinnovatie is beperkt en afwijken van de door de NZa vastgestelde definities van de 'zorgprestaties' is niet mogelijk. Ziekenhuizen zijn voor dit segment in principe niet gebudgetteerd: er wordt per DBC afgerekend.

Figuur 63 **Verdeling over A- en B-segment [aandeel in totaal A- en B-segment]**



⁴⁸ Schatting op basis van DIS gegevens voor 17 ziekenhuizen.

⁴⁹ De tranche 2009 is 1/3 van het totale B-segment. Als registratie, waardering en duur tussen openen en sluiten van een DBC gedurende 2009 niet significant zijn veranderd, is 1/3 van het onderhanden werk eind 2009 (€ 295 miljoen) een maat voor de inloop. De waardering van onderhanden werk is ongeveer 2/3 van de eindwaarde van een DBC. Het budget in het A-segment moet op de normale waarde worden gewaardeerd. Dit geeft: $1/3 * 3/2 * € 295 \text{ miljoen} \approx € 150 \text{ miljoen}$.

⁵⁰ Zie verder onder 4.1.4 Reële groei van het A- en B-segment.

Het B-segment valt, samen met het A-segment, onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ). De sector als geheel is hierdoor gebudgetteerd. De NVZ, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en het ministerie van VWS hebben in juli 2011 een Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord ondertekend om de toekomstige kostengroei in toom te houden.

De in de resultatenrekening gerapporteerde omzet in het B-segment bedraagt over 2010 bijna € 3,7 miljard. In 2009 was dat € 300 miljoen minder, een groei van bijna 12,2%. Daarvan is ongeveer € 150 miljoen een boekhoudkundig effect (zie boven bij A-segment). Na deze correctie is het B-segment gegroeid van € 3,43 naar € 3,68 miljard, een toename van 7,3%.

Na correcties voor het inloopeffect loopt de groei in het B-segment tussen ziekenhuizen uiteen van 7% krimp tot bijna 40% groei (figuur 64). Bij ziekenhuizen met een krimp in het B-segment is dat overigens veroorzaakt door het opzetten van een ZBC en van herwaardering van onderhanden werk. In hoofdstuk 2 van dit brancherapport wordt dieper ingegaan op de ontwikkelingen in het B-segment.

4.1.4 Reële groei van het A- en B-segment

De groei van het A- en B-segment in 2010 was € 506 miljoen (zonder eenmalige correcties voor immateriële vaste activa). Deze bestaat uit de volgende onderdelen⁵¹¹ (figuur 65):

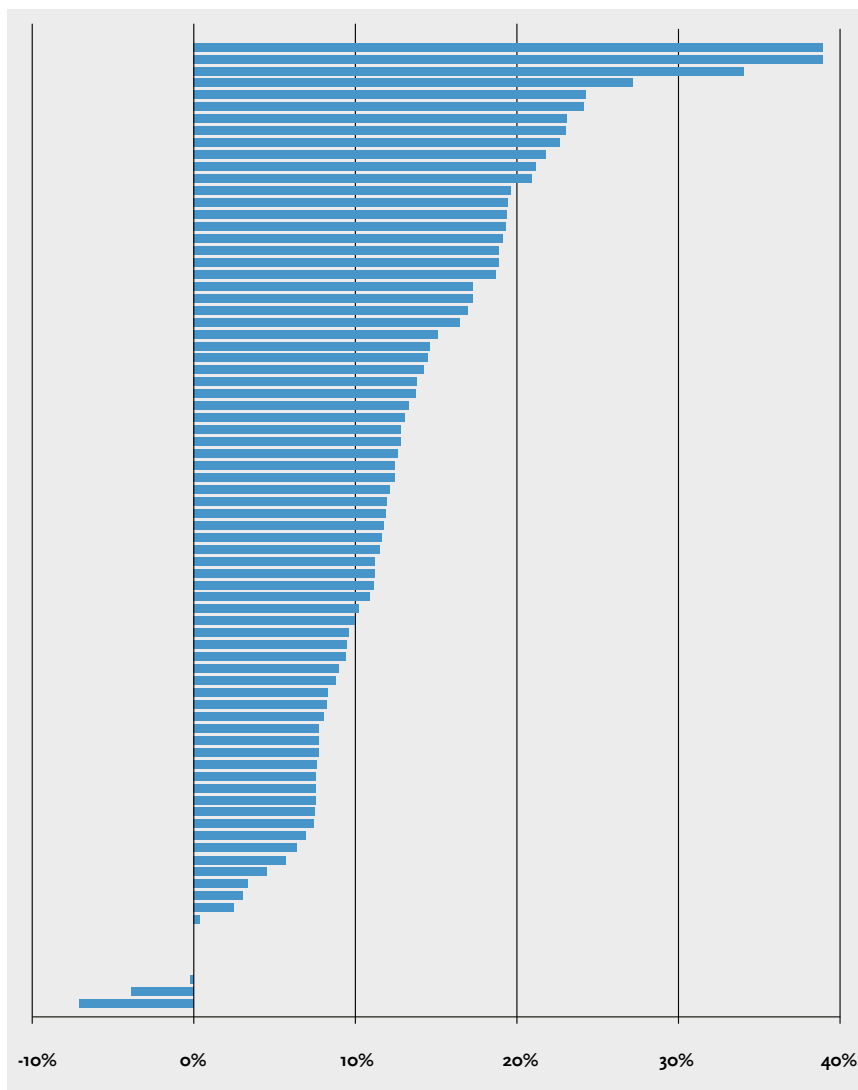
- Een deel van de groei werd veroorzaakt door gestegen loonkosten en prijzen. De inflatie voor de ziekenhuissector wordt geschat op 2,88% (zie verder bij loonkosten). In totaal is de inflatie voor personeelskosten € 165 miljoen.
- De materiële kosten: in 2010 verhoogd met 1,21% ofwel € 44 miljoen.

Hieruit volgt dat de reële omzetgroei in het A- en B-segment ongeveer € 297 miljoen was.

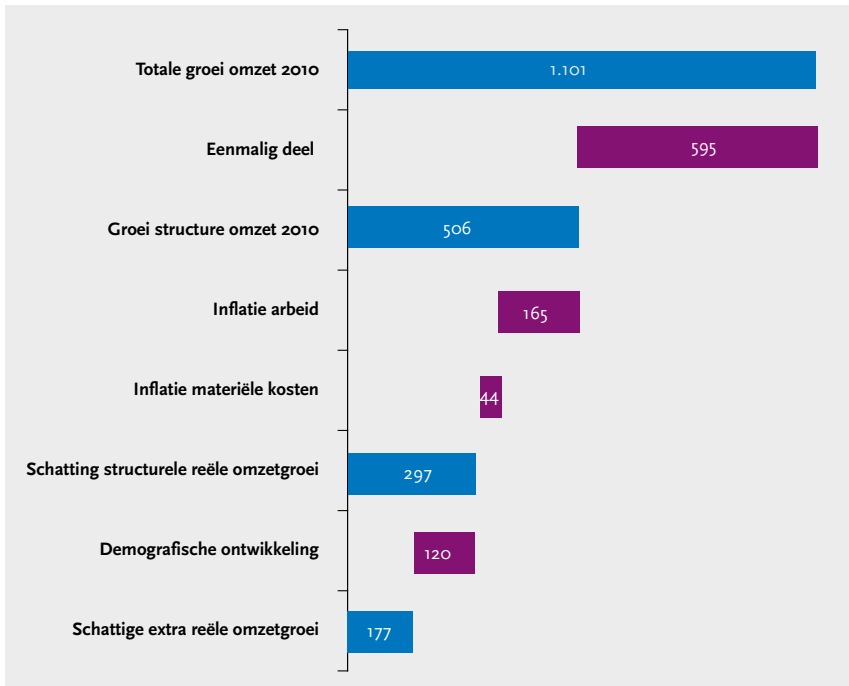
- Naast inflatie stijgt de zorgomzet ook door bevolkingsgroei en vergrijzing. Deze demografisch aangedreven omzetstijging bedraagt ongeveer 1,1% per jaar. Dat is ongeveer € 120 miljoen.

De ziekenhuiszorg in het A- en B-segment is dus met naar schatting € 177 miljoen gestegen na correctie voor inflatie en vergrijzing. Dat is ongeveer 1,6% van de € 10,8 miljard omzet in het A- en B-segment in 2009.

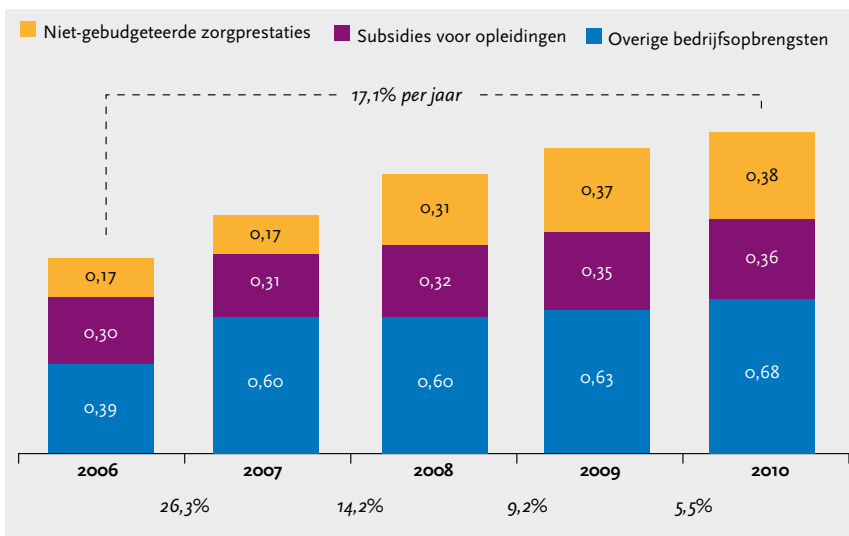
Figuur 64 *Groei van omzet in het B-segment per ziekenhuis in 2010*



Figuur 65 **Schatting van reële extra groei in A- en B-segment voor algemene ziekenhuizen in 2010** [EUR, miljoen]



Figuur 66 **Andere opbrengsten van het ziekenhuis** [EUR, miljard]



4.1.5 Andere opbrengsten

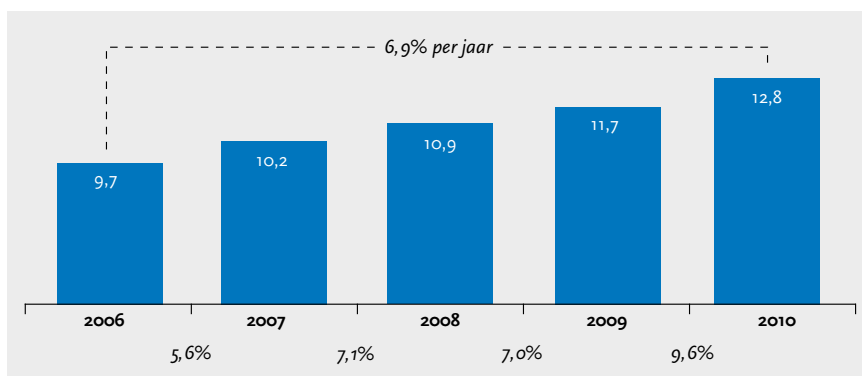
De andere opbrengsten bedroegen in 2010 € 1,4 miljard (figuur 66). Dit is een stijging van meer dan 5,5% ten opzichte van 2009. De andere opbrengsten bestaan uit niet-gebudgetteerde zorgprestaties, overige bedrijfsopbrengsten en subsidies uit het Opleidingsfonds:

- Ongeveer een kwart van de andere opbrengsten bestaat uit de 'niet-gebudgetteerde zorgprestaties'. Hieronder valt bijvoorbeeld:
 - Zorg geleverd aan andere instellingen en huisartsen. Bij andere zorgaanbieders kan dit wel behoren tot de collectief gefinancierde omzet. Daar is het dan wel opgenomen in het budget.
 - Fysiotherapie. Dit behoorde eerder tot het A-segment maar sinds 2009 worden de opbrengsten onder niet-gebudgetteerde zorgprestaties weergegeven.
 - Zorg die niet tot het basispakket behoort.
- De niet-gebudgetteerde zorgprestaties zijn voor de hele sector met 3,6% gegroeid.
- Ongeveer een kwart van de andere opbrengsten bestaat uit subsidies voor het opleiden van artsen. In 2010 is de in de jaarverslagen verantwoorde subsidie uit het Opleidingsfonds gestegen met € 8 miljoen naar € 357 miljoen. Dat is een groei van 2,4%. In 2009 was de groei nog bijna 9%. Deze subsidies zijn in 2007 toegevoegd aan de andere opbrengsten. In 2005 en 2006 waren deze subsidies in het A-segment budget opgenomen.
- Iets minder dan 50% van de andere opbrengsten bestaat uit 'overige bedrijfsopbrengsten'.⁵² Dit zijn bijvoorbeeld inkomsten uit parkeergelden, bereide maaltijden voor een nabijgelegen GGZ-instelling of verzorgingshuis, winkeltjes in het ziekenhuis, ICT-ondersteuning voor huisartsen, doorberekende personeelskosten aan maatschappen van specialisten en subsidies (anders dan die uit het Opleidingsfonds). Deze opbrengsten, zijn in 2010 gestegen met ruim 8%. De verandering van deze overige bedrijfsopbrengsten varieert sterk per ziekenhuis.

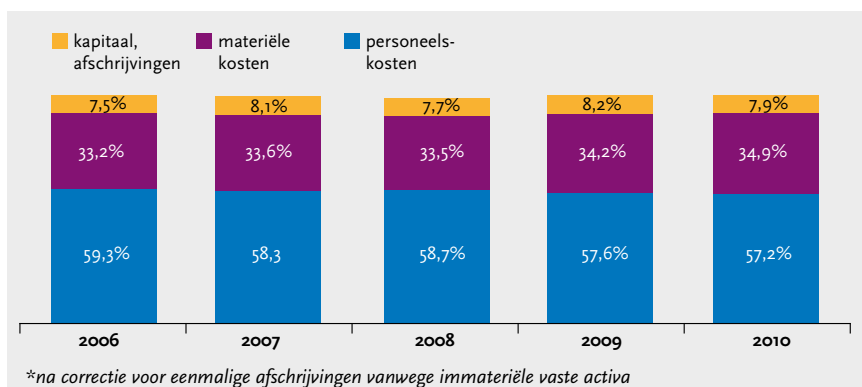
⁴⁹ Er is vanuit gegaan dat 90% van de kosten van de algemene ziekenhuizen voor het A- en B-segment worden gemaakt. De overige kosten zijn dan voor de andere opbrengsten. Bron voor data inflatie: NZa.

⁵⁰ Sommige ziekenhuizen nemen nog extra posten in de resultatenrekening op. Die zijn hier verwerkt als overige bedrijfsopbrengsten.

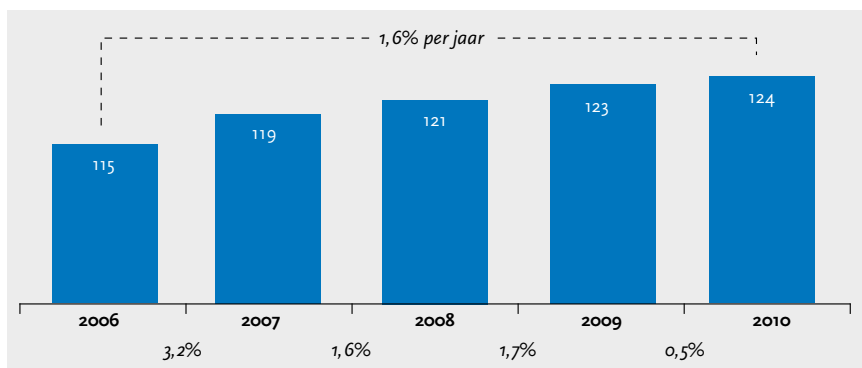
Figuur 67 **Totale kosten algemene ziekenhuizen** [EUR, miljard]



Figuur 68 **Kosten van algemene ziekenhuizen** [aandeel in totale kosten*]



Figuur 69 **Medewerkers in algemene ziekenhuizen**
[gemiddelde FTE's (1.000) excl. medisch specialisten]



4.1.6 Omzet van algemene ziekenhuizen en UMC's

Dit brancherapport gaat in op de ontwikkelingen in algemene ziekenhuizen. Ook andere aanbieders, waaronder UMC's, leveren ziekenhuiszorg. In 2010 ontvingen de acht UMC's 26,2% van het totale landelijke budget voor het A-segment van € 11,2 miljard. Dat aandeel was in 2009 met 26,8% iets hoger. UMC's hebben hun aandeel in het B-segment wel uitgebreid. Van 9,0% van de markt in 2009 naar 9,9% in 2010. In 2005 was dat nog 5,9%.⁵³

4.2 Kosten van ziekenhuiszorg

De totale kosten voor de algemene ziekenhuizen zijn in 2010 gestegen met 7% tot € 12,8 miljard (figuur 67). Deze stijging is vergelijkbaar met de kostenstijging in 2008 en 2009. In de jaren vóór 2008 lag de gemiddelde kostenstijging rond de 5%. Na correctie voor de eenmalige afschrijvingen vanwege immateriële vaste activa, bestaan de kosten in 2010 voor 57% uit personeelskosten, bijna 35% uit overige bedrijfskosten en 8% uit afschrijvingen (figuur 68).

De personeelskosten, in 2010 € 7,2 miljard, zijn sinds 2005 met gemiddeld 5,4% per jaar gegroeid. Dat is minder dan de totale gemiddelde kostengroei van 6,9% per jaar. Hierdoor daalt het aandeel van de personeelskosten de afgelopen jaren licht.

Ziekenhuizen hebben de laatste jaren werkzaamheden (zoals schoonmaak en keuken) uitbesteed, wat leidt tot een stijging van het aandeel overige bedrijfskosten en een daling van het aandeel arbeidskosten. Ook de gestegen arbeidsproductiviteit draagt aan de relatief gematigde groei van de personeelskosten bij.

Een andere verklaring voor de bescheiden toename van de personeelskosten is gelegen in de snelle(re) stijging van de andere ziekenhuiskosten. De toename van de kosten van genees- en hulpmiddelen die deel uitmaken van de overige bedrijfskosten, kan een verklaring zijn. Dit brancherapport heeft hiernaar geen nader onderzoek verricht.

⁵³ Sommige ziekenhuizen nemen nog extra posten in de resultatenrekening op. Die zijn hier verwerkt als overige bedrijfsopbrengsten.

De afschrijvingen zijn in elk geval fors gegroeid in de afgelopen jaren. Zonder de versnelde afschrijving voor immateriële vaste activa met 7,9% per jaar gemiddeld sinds 2005. In 2010 was de groei 5,7%.

De overige bedrijfskosten zijn toegenomen met gemiddeld 8,0% per jaar over de afgelopen vijf jaar. Die toename komt, naast het verschuiven van personeelskosten naar inkoopkosten, voort uit extra uitgaven aan dure medicijnen, implantaten en hulpmiddelen.

4.2.1 Personeelskosten

De ziekenhuiszorg in 2010 werd geleverd met ongeveer 124.000 fte's, exclusief medisch specialisten (figuur 69). Dit is een groei van maar 0,5% ten opzichte van 2009. De kortingen die ziekenhuizen opgelegd hebben gekregen, in combinatie met de noodzaak en ambitie de vermogenspositie (verder) te versterken, leidden waarschijnlijk tot de lagere groei van de werkgelegenheid in ziekenhuizen. Er zijn iets minder mensen werkzaam in het ziekenhuis dan in 2009. De inzet per medewerker is iets verhoogd van 0,65 naar 0,66 voltijdseenheden. De groei in het aantal fte's verschilt tussen ziekenhuizen. In 16 ziekenhuizen krimpt het aantal fte's, terwijl 65 ziekenhuizen groeien.

In 2010 zijn de kosten voor personeel met 6,1% gestegen tot € 7,2 miljard (figuur 70). De stijging in 2010 is iets hoger dan die in 2009. In 2010 zijn de personeelskosten per fte (inclusief medisch specialisten in loondienst) gestegen met ongeveer 5,5%, van € 48.500/fte naar € 51.150/fte (exclusief personeel niet in loondienst). In 2009 was die stijging slechts 2,4%.

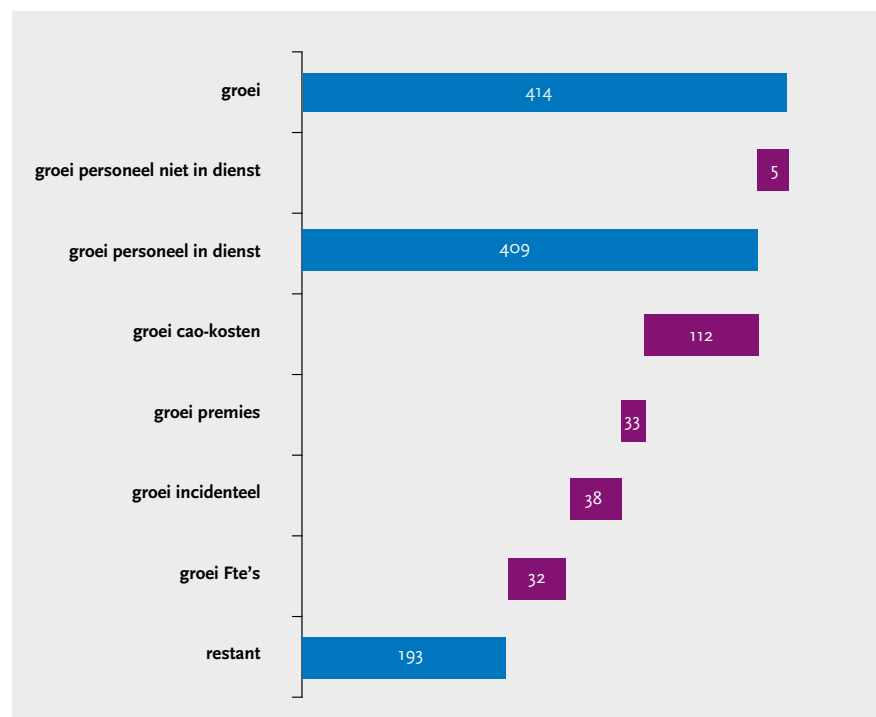
De groei in personeelskosten van € 414 miljoen bestaat uit twee delen (figuur 71):

- In 2010 is er een einde gekomen aan de jarenlange hoge groei van kosten personeel niet in loondienst. Die groei bedroeg slechts 1,5%. In de jaren 2007-09 was dit een snel groeiende post met gemiddeld een jaarlijkse groei van 20%. Het aandeel van kosten voor personeel niet in loondienst in de personeelskosten (€ 366 miljoen) is nu 5,1%. Waarschijnlijk is de externe inhuur van medewerkers anesthesie en OK gestabiliseerd.
- De groei van personeelskosten voor personeel in loondienst (€ 409 miljoen) bestaat uit hogere salarissen (inclusief toeslagen en premies voor sociale verzekeringen en pensioenen) en stijging van het aantal fte's van het ziekenhuis (inclusief de medisch

Figuur 70 **Personeelskosten** [EUR, miljard]



Figuur 71 **Uitsplitsing van de groei in personeelskosten** [EUR, miljoen]



specialisten). De uitgaven daarvoor stegen met ongeveer 6,4%, opgebouwd uit:

- stijging van cao-kosten: € 110 miljoen (1,76%);
- premies sociale verzekeringen en pensioenen: stijging van € 33 miljoen (0,52%);
- incidentele loongroei (hogere inschaling van medewerkers, toeslagen en gratificaties): € 38 miljoen (0,6%);
- groei fte's: € 32 miljoen (0,5%)

De groei van het aantal fte's bestaat uit een groei van medewerkers met 0,5% en van specialisten in loondienst met naar schatting 7%. In 2009 bedroeg deze groei volgens de jaarverslagen nog 9%.

Er blijft na toedeling van diverse posten een tamelijk groot restant over van € 193 miljoen. Een deel daarvan hangt samen met de opbouw van de schuldpositie van ziekenhuizen als gevolg van de introductie van het persoonlijk levensfasebudget (sparen vrije uren werknemers).

4.2.2 Overige bedrijfskosten

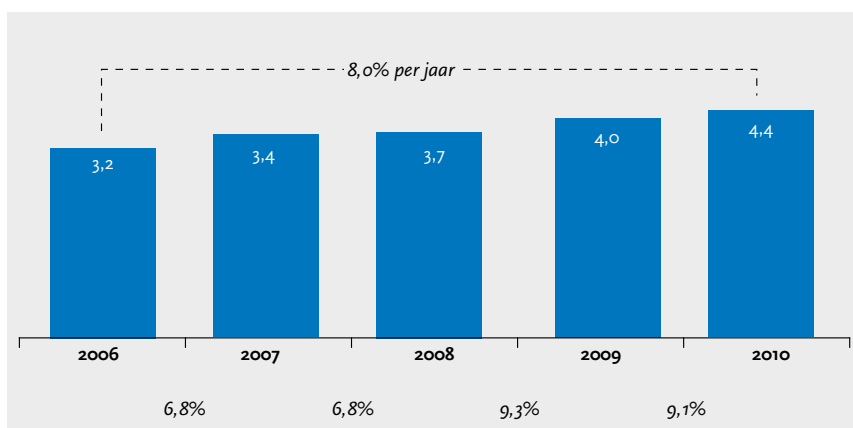
De overige bedrijfskosten vormen 35% van de totale kosten van algemene ziekenhuizen. Deze zijn in 2010 met 10,2% gegroeid tot € 4,4 miljard (figuur 72). Gemiddeld stegen de overige bedrijfskosten vanaf 2005 met 8,3% per jaar.

De overige bedrijfskosten bestaan voor 57% uit patiëntgebonden kosten (figuur 73). De patiëntgebonden kosten zijn de afgelopen jaren fors gestegen met gemiddeld 8,0% per jaar (figuur 74). Hieronder vallen onder andere de kosten voor dure geneesmiddelen waarvan het ziekenhuis 20% uit eigen middelen moet betalen. In 2010 zijn de uitgaven aan dure geneesmiddelen met 8% gegroeid (in 2008 met 20% en in 2009 met 10%) tot bijna € 400 miljoen. Andere patiëntgebonden kosten zijn implantaten (zoals heupen en knieën) en andere hulpmiddelen. De patiëntgebonden kosten per patiënt zijn de afgelopen vijf jaar met gemiddeld 4,5 tot 5,2% gestegen naar € 257/EPB of € 1.464/opname.

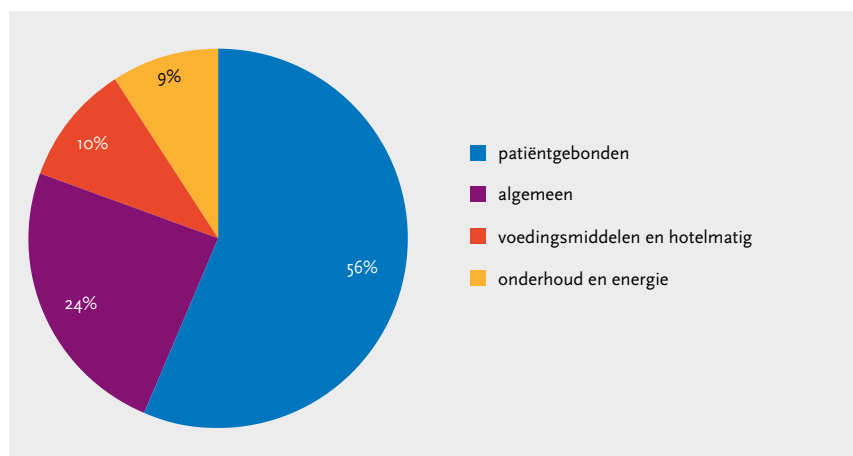
De kosten voor voedingsmiddelen en de zogeheten hotelfunctie zijn met 4,6% gegroeid in de periode 2005-2010.

Voor de kosten voor onderhoud en energie stegen sterk in 2010: 27%. De afgelopen vijf jaar stegen deze kosten meer dan de andere overige bedrijfskosten, gemiddeld met ruim 13% per jaar. Een belangrijk deel hiervan komt door hogere energieprijzen.

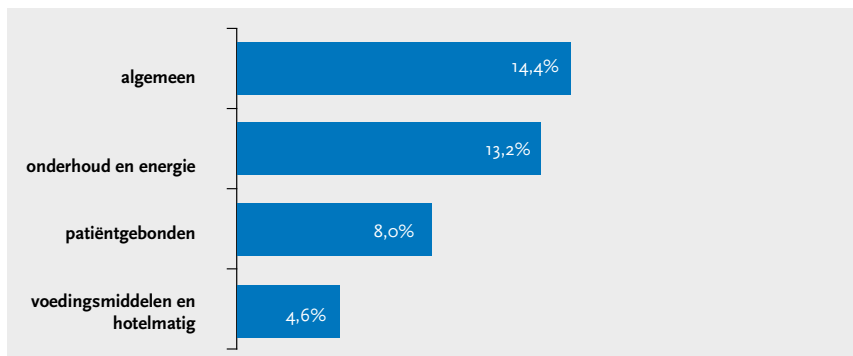
Figuur 72 **Overige bedrijfskosten** [EUR, miljard]



Figuur 73 **Uitsplitsing van de overige bedrijfskosten van algemene ziekenhuizen in 2010** [aandeel in overige kosten]



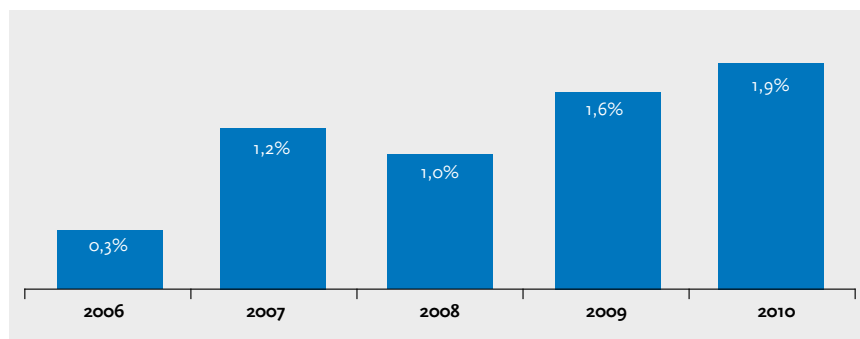
Figuur 74 **Groei overige kosten 2005 - 2010** [gemiddelde jaarlijkse groei]



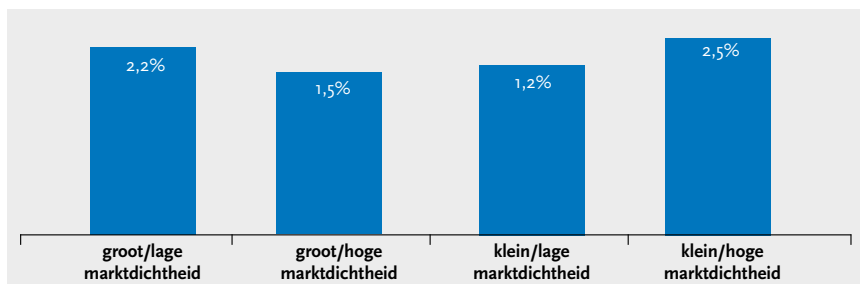
Figuur 75 Afschrijvingen op immateriële en materiele activa [EUR,miljard]



Figuur 76 Gemiddeld exploitatieresultaat uit gewone bedrijfsuitoefening [aandeel van omzet]



Figuur 77 Gemiddeld exploitatieresultaat van algemene ziekenhuizen in 2010 [percentage van omzet]



4.2.3 Afschrijvingen

Gemiddeld bedroegen de afschrijvingen in 2010 7,9% van de totale kosten van een algemeen ziekenhuis. In totaal bedroegen de afschrijvingen in 2010 iets minder dan € 1,0 miljard (figuur 75). De groei van de afschrijvingen was 3,8% zonder de eenmalige afschrijvingen vanwege het afboeken van immateriële vaste activa.⁵⁴ In 2009 was de groei nog 13%. Meer dan de helft van de groei van de afschrijvingen hangt samen met eenmalige afwaarderingen door twee ziekenhuizen. Als daarvoor ook wordt gecorrigeerd, resteert een groei de afschrijvingen van slechts € 15 miljoen op een totaal van € 0,99 miljard aan afschrijvingen over € 9,1 miljard aan vaste activa.

4.3 Resultaat

De ziekenhuizen behielden in 2010 gemiddeld een exploitatieresultaat van 1,8% van de omzet. Zonder de eenmalige correctie voor immateriële vaste activa is dat 1,9% (figuur 76).

De winstgevendheid is nog steeds laag gegeven de bedrijfsrisico's op de geliberaliseerde markt. Daarbij past een exploitatieresultaat van 2,5% tot 3,0%. De afgelopen jaren is het exploitatieresultaat ieder jaar iets toegenomen met uitzondering van 2008 toen twee ziekenhuizen een exorbitant groot verlies leden. Zonder die ziekenhuizen was het exploitatieresultaat in 2008 1,3%.

In 2010 was er geen duidelijk beeld in de verschillen in resultaat tussen grote en kleine ziekenhuizen en gebieden met lage en hoge markt dichtheid (figuur 77).

⁵⁴ Het AMC publiceert haar omzet in het B-segment niet in zijn jaarverslag. Aangenomen is dat voor het AMC dezelfde verhouding geldt tussen A- en B-segment als voor de andere UMC's.

In 2009 leed ongeveer een op de twaalf ziekenhuizen verlies, in 2010 is dat een op de veertien. Dat is een grote verbetering ten opzichte van 2006 toen nog een op de vier ziekenhuizen verlies leed (figuur 78).

Voor een gezonde bedrijfsvoering van een ziekenhuis is een winstmarge van ten minste 2,5% nodig. Als het ziekenhuis dan een solvabiliteit (zie paragraaf 4.4.2) van ten minste 15% heeft, kan het de financieel-economische schokken opvangen. Daarbij is al rekening gehouden met het relatief lage risico van de ziekenhuissector vergeleken met andere economische sectoren. In 2010 boekten 27 van de 81 ziekenhuizen een resultaat groter dan 2,5% van de omzet (2009: 16). Twintig daarvan hadden daarnaast ook nog een solvabiliteit van ten minste 15% (2009: 9). De financiële positie van veel ziekenhuizen moet dus nog steeds versterkt worden. Vier ziekenhuizen met een solvabiliteit van minder dan 15% boekten in 2010 rode cijfers.

4.4 Balans

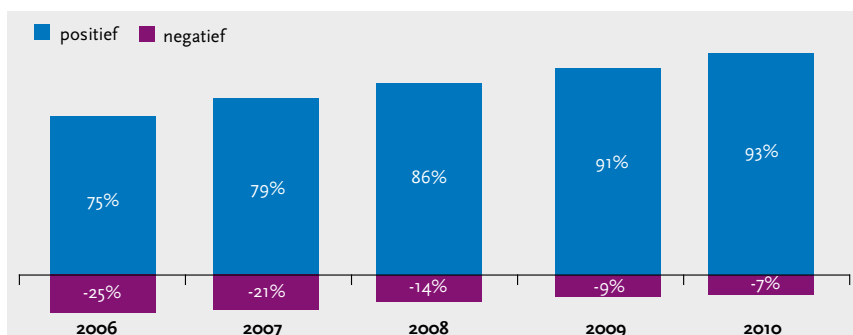
Evenals de afgelopen vier jaar hebben ziekenhuizen in 2010 hun vermogenspositie verder versterkt. Toename van het eigen vermogen leidt tot een betere solvabiliteit en daarmee grotere financiële zekerheid op lange termijn en een stabielere sector. De grotere ziekenhuizen hebben, ook verhoudingsgewijs, een stevigere vermogenspositie. Daarnaast geeft de gemiddeld verbeterde rentabiliteit aan dat het totale vermogen steeds beter wordt ingezet.

4.4.1 Rentabiliteit

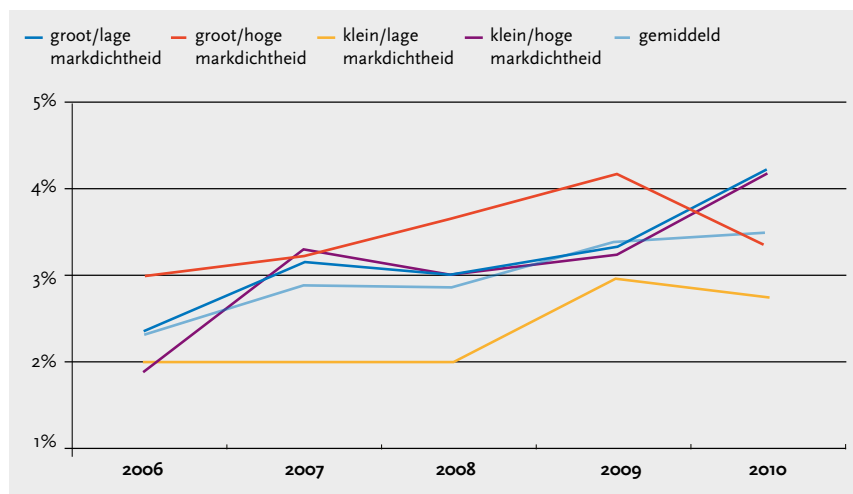
De rentabiliteit is het bedrijfsresultaat als percentage van het totale vermogen.⁵⁵ In andere woorden: hoe hoger de rentabiliteit, hoe beter het totale vermogen wordt gebruikt om resultaat te behalen. De rentabiliteit van ziekenhuizen was in 2010 gemiddeld 3,5%. Dit is slechts een lichte stijging ten opzichte van 2009 toen de rentabiliteit 3,4% was (figuur 79): weliswaar zijn de bedrijfsresultaten in 2010 opnieuw gestegen, maar ook de vermogens namen toe.

De afgelopen jaren behaalden grote ziekenhuizen in gebieden met hoge marktdichtheid steeds de hoogste rentabiliteit. Hun rentabiliteit is in 2010 gedaald. Dat wordt vooral verklaard door de ingebruikname van nieuwe gebouwen door enkele grote ziekenhuizen. Daardoor nam hun totale vermogen toe. De grotere

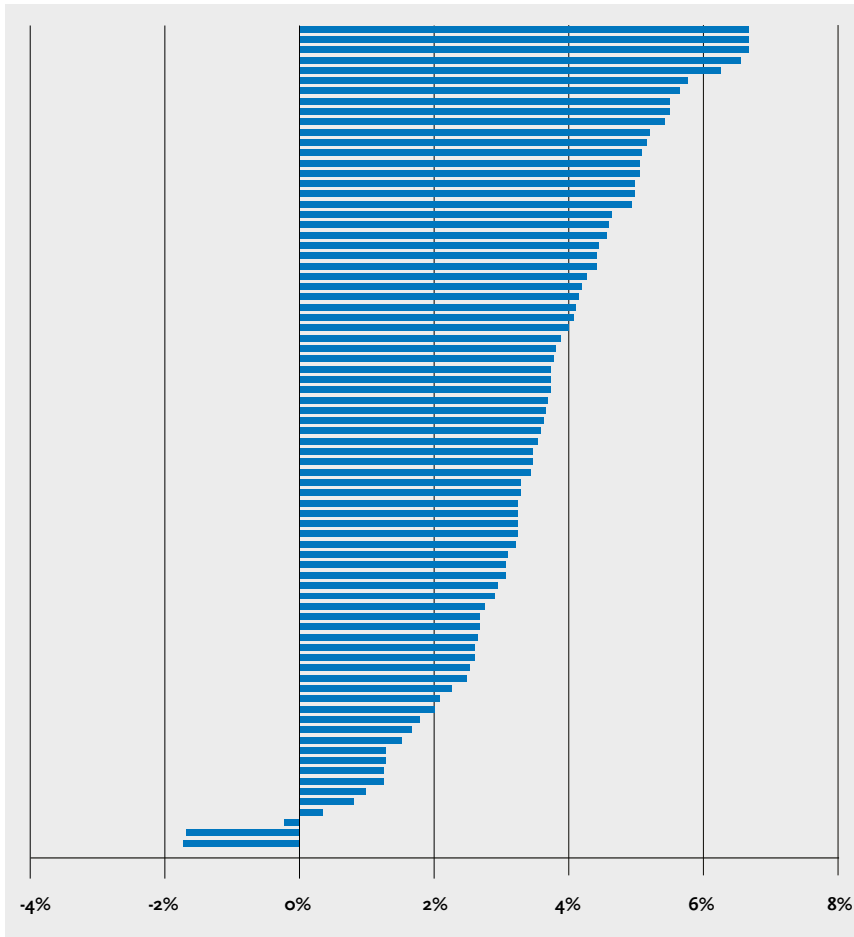
Figuur 78 Aantal ziekenhuizen met positief of negatief resultaat



Figuur 79 Ontwikkeling van de rentabiliteit tussen 2006 en 2010



Figuur 80 *Rentabiliteit van de ziekenhuizen om 2010*



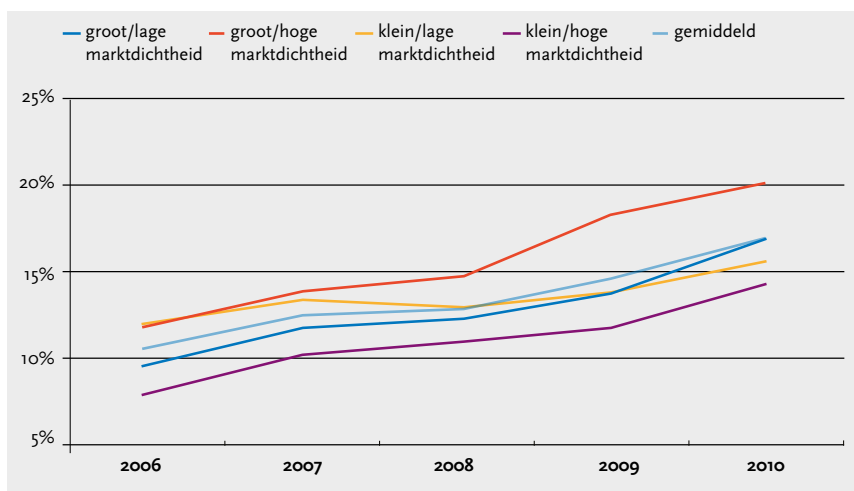
ziekenhuizen realiseerden gemiddeld een iets hogere rentabiliteit (3,8%) dan kleine ziekenhuizen (3,1%). Opmerkelijk is de hoge rentabiliteit van kleine ziekenhuizen in regio's met hoge marktdichtheid. Deze is meer dan 1% hoger dan die van kleine ziekenhuizen in regio's met een lage marktdichtheid.

De variatie tussen ziekenhuizen in behaalde rentabiliteit is overigens groot (figuur 80).

4.4.2 Solvabiliteit

De mate waarin ziekenhuizen op lange termijn aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen wordt aangeduid met solvabiliteit. Dit is het niet-vreemd vermogen als percentage van het totale vermogen. De commissie Havermans⁵⁶ heeft in 2008 een streefniveau van 15% voor de solvabiliteit van ziekenhuizen geadviseerd. De gemiddelde solvabiliteit van ziekenhuizen in 2010 is bijna 17%. Dat is voor het eerst hoger dan de streefnorm (figuur 81). De solvabiliteit is de laatste jaren sterk verbeterd. In 2005 en 2006 was deze nog slechts gemiddeld 9%.

Figuur 81 *Ontwikkeling van de solvabiliteit tussen 2006 en 2010*

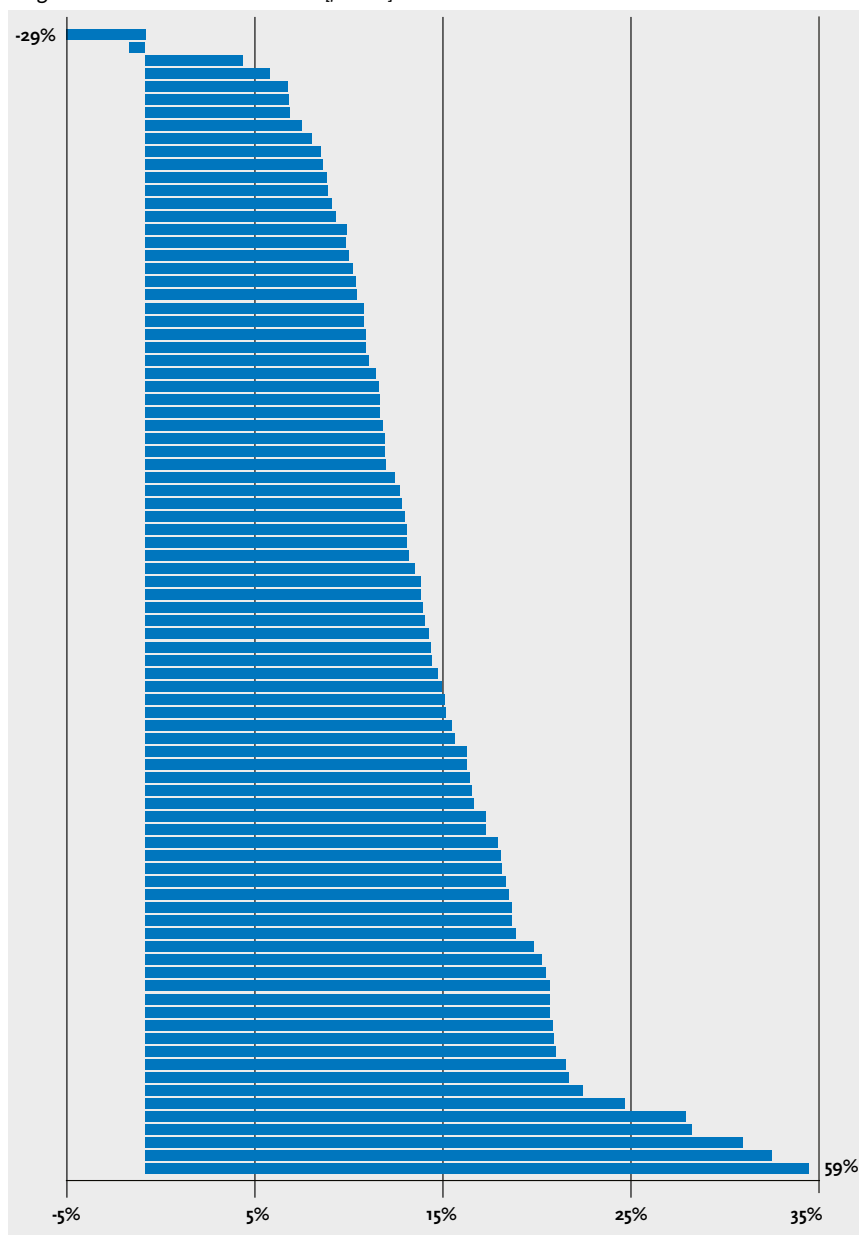


⁵⁵ Bij de berekening van de rentabiliteit is gebruik gemaakt van het resultaat zonder de financiële baten en lasten.

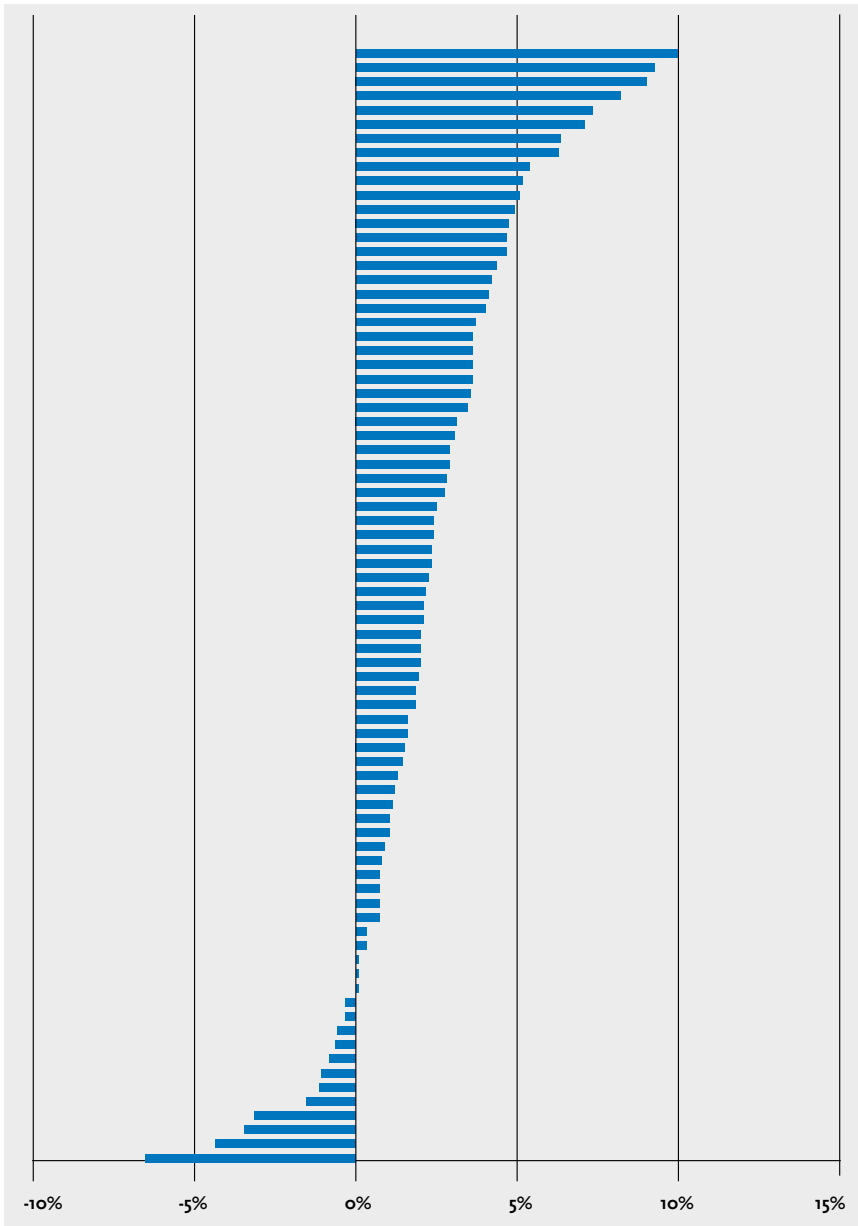
⁵⁶ Commissie Havermans, 'Advies Commissie nadeelcompensatie Ziekenhuizen', 30 september 2008

Grote ziekenhuizen hebben gemiddeld een hogere solvabiliteit (18%) dan kleine ziekenhuizen (15%). De solvabiliteit van grote ziekenhuizen in de gebieden met de hoogste marktdichtheid (de Randstad en de regio Eindhoven) is sneller gegroeid dan bij andere ziekenhuizen. Buiten die gebieden verschilt de solvabiliteit van grote en kleine ziekenhuizen nauwelijks. De variatie in solvabiliteit tussen ziekenhuizen is groot: van -29% tot +59% (figuur 82). Van de 81 ziekenhuizen in Nederland voldoen er 48 aan de streefnorm van 15%. De solvabiliteit van bijna alle ziekenhuizen is toegenomen tussen 2006 en 2010. In 2010 verbeterden 56 ziekenhuizen hun solvabiliteit met meer dan 1 procentpunt terwijl 12 ziekenhuizen in 2010 een lagere solvabiliteit hadden dan in 2009 (figuur 83).

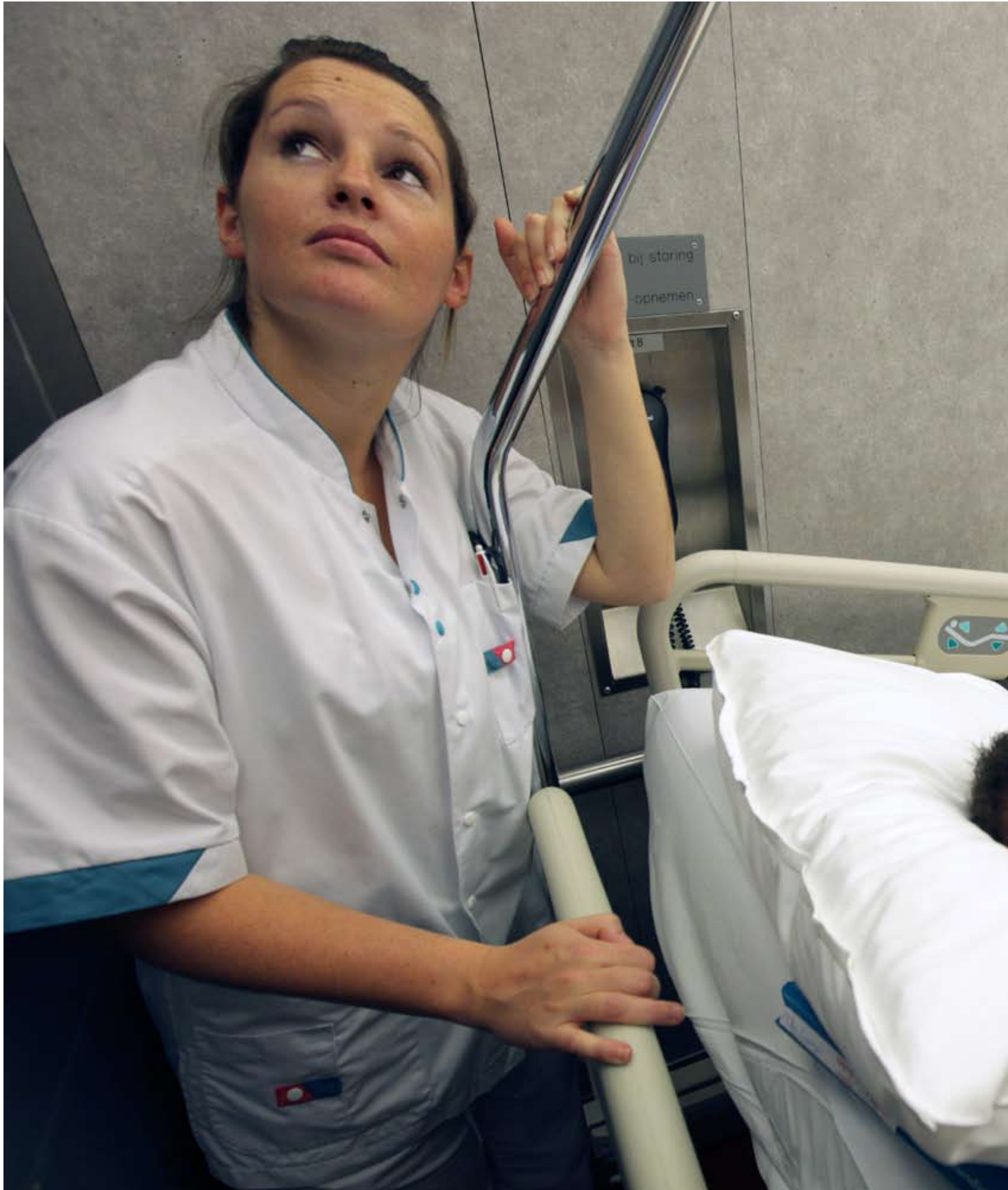
Figuur 82 Solvabiliteit in 2010 [procent]



Figuur 83 *Verandering van de solvabiliteit tussen 2009 en 2010 [procentpunten]*



DE VARIATIE IN
SOLVABILITEIT TUSSEN
ZIEKENHUIZEN
IS GROOT





5 PRODUCTIE VAN ZIEKENHUIZEN

Voor de productie wordt gekeken naar het aantal eerste polikliniekbezoeken (EPB's), dagbehandelingen, opnames en verpleegdagen. Een EPB is het eerste contactmoment van de patiënt met het ziekenhuis na doorverwijzing door de huisarts of bezoek aan de spoedeisende hulp. Vervolgens beslissen arts en patiënt of verdere zorg nodig is voor het probleem van de patiënt. Zo ja, dan gebeurt dat poliklinisch, in dagbehandeling of met een opname.



HET AANDEEL
DAGBEHANDELINGEN
NEEMT TOE EN DE
GEMIDDELDE LIGDUUR
PER KLINISCHE
OPNAME NEEMT AF

De ziekenhuiszorg kent al jarenlang twee trends: het aandeel dagbehandelingen als percentage van de som van dagbehandelingen en klinische opnames neemt toe en de gemiddelde ligduur per klinische opname neemt af. Die trends zijn ook voor 2010 zichtbaar. Het aandeel dagbehandelingen verschoof van 50,3 naar 51,0% en de gemiddelde ligduur daalde van 5,5 naar 5,3 dagen. In 2010 is het aantal EPB's licht gestegen met 2,4%. Dat is iets minder dan de gemiddelde groei over de afgelopen vijf jaar van 2,7% (figuur 84).

5.1 Eerste polikliniekbezoeken

Het totaal aantal EPB's stijgt al jaren. In 2010 waren er in totaal 9,8 miljoen EPB's, tegen 9,5 miljoen in 2008, een stijging van 2,4%. Deze toename is iets lager dan in 2009 en ook lager dan de gemiddelde jaarlijkse groei over de afgelopen vijf jaar. Die is 2,7% (figuur 85).

5.1.1 Aantal eerste polikliniekbezoeken per specialisme

De vijf grootste specialismen produceren bijna de helft van de EPB's (figuur 86). Deze specialismen zijn: heekunde, oogheekunde, interne geneeskunde, cardiologie en orthopedie.

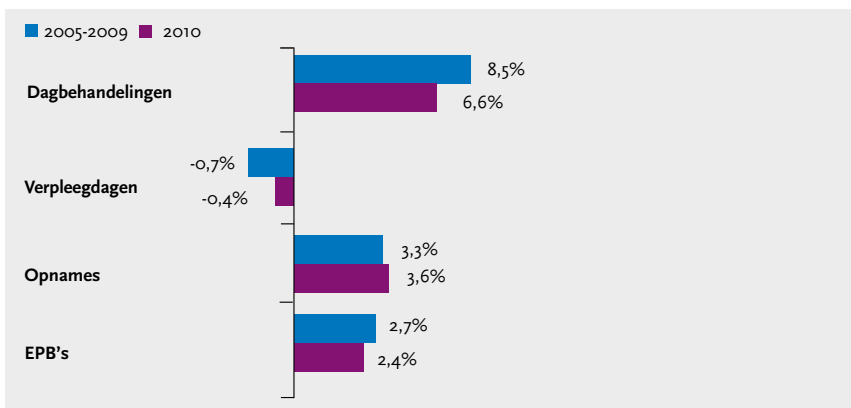
De stijging in het aantal EPB's verschilt per specialisme (figuur 87). Anesthesiologie (pijnbestrijding) en neurochirurgie zijn beiden met meer dan 10% gegroeid. Het aandeel in EPB's voor deze specialismen is overigens laag (0,9%, respectievelijk 0,7%).

Voor heekunde is in 2010 het aantal EPB's in algemene ziekenhuizen met 1,1% gedaald. De afgelopen vijf jaar steeg het aantal EPB's heekunde met iets minder 1% per jaar.

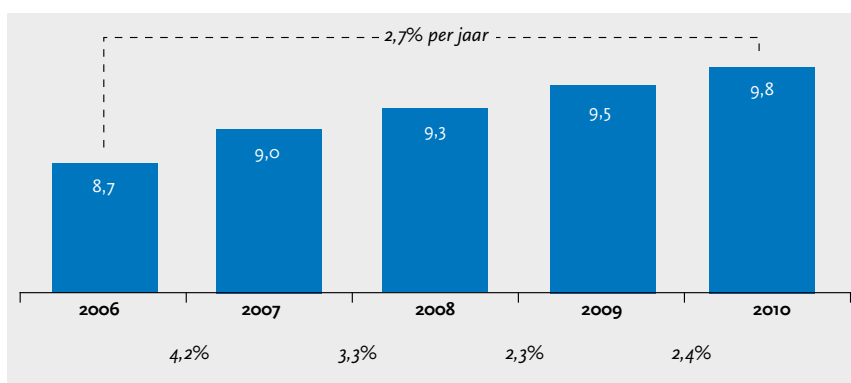
Evenals voorgaande jaren is de groei van EPB's van het specialisme maag-, darm-, en leverartsen (MDL-artsen) relatief hoog (7,2%). Dat wordt voor een deel verklaard doordat MDL-artsen eerder deel uitmaakten van interne geneeskunde, terwijl hun productie nu steeds vaker apart wordt geboekt. Interne geneeskunde laat daardoor gemiddeld de laagste groei zien.

Specialismen die zich vooral richten op kinderen zoals kindergeneeskunde, keel-, neus- en oorheekunde en verloskunde en gynaecologie groeiden over de afgelopen vijf jaar met minder dan 2% per jaar.

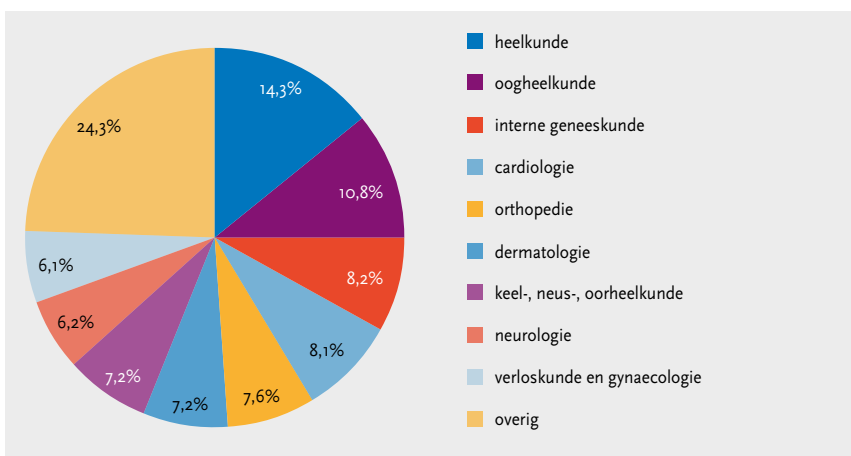
Figuur 84 **Groei van productieparameters** [% per jaar]



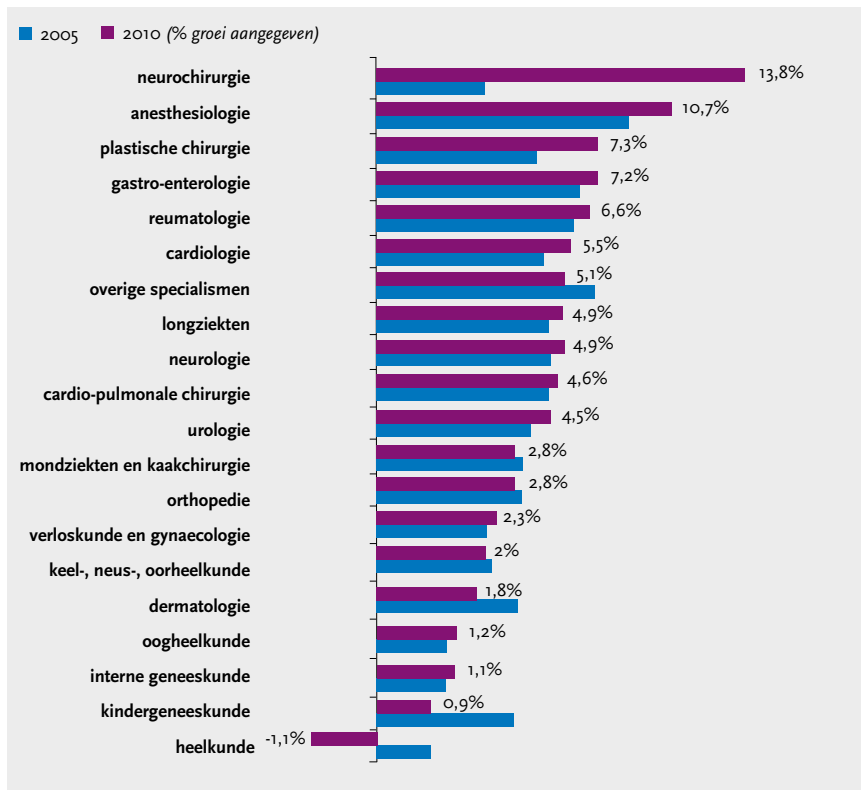
Figuur 85 **Eerste polikliniekbezoeken** [miljoen]



Figuur 86 **Aandeel van specialismen in aantal EPB's, 2010** [procent]



Figuur 87 Groei in EPB's per specialisme in 2010 en gemiddeld per jaar tussen 2005 en 2010
[procent/jaar]



De specialismen dermatologie en oogheelkunde groeien relatief weinig (1,8% respectievelijk 1,2%). Waarschijnlijk omdat er veel concurrentie is van zelfstandige behandelcentra.

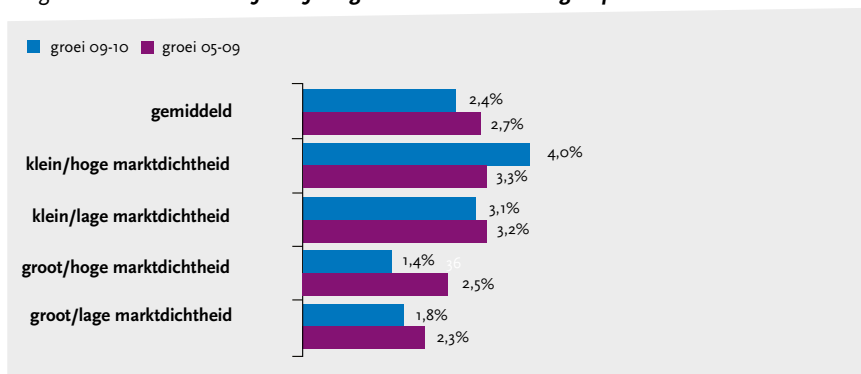
5.1.2 Aantal eerste polikliniekbezoeken per categorie ziekenhuis

Het aantal EPB's is in kleine ziekenhuizen gemiddeld met 3,5% gegroeid. Dat is een hogere groei dan in grote ziekenhuizen die slechts met 1,6% groeiden (figuur 88). Dat is een versterking van de trend van de afgelopen vijf jaar.

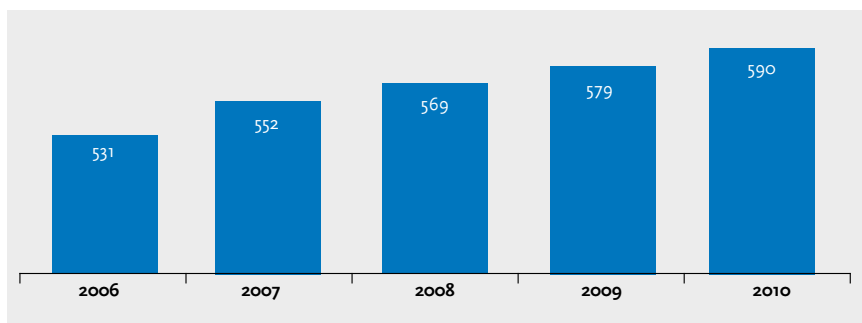
Deze snellere groei halen kleine ziekenhuizen zowel in gebieden met hoge als lage marktdichtheid (3,3 respectievelijk 3,3% per jaar). In 2010 zijn de kleine ziekenhuizen in gebieden met hoge marktdichtheid juist sneller gegroeid dan voorheen (4,0%). Dit is de enige categorie ziekenhuizen die in 2010 een grotere groei van de EPB's te zien gaf dan gemiddeld in de vijf jaar daarvoor (3,3%).

Voor grote ziekenhuizen is de gemiddelde jaarlijkse groei over 2005 tot 2009 2,3% tot 2,5%. Hun groei vertraagde juist in 2010 tot 1,4% in de gebieden met hoge marktdichtheid en tot 1,8% in gebieden met lage marktdichtheid.

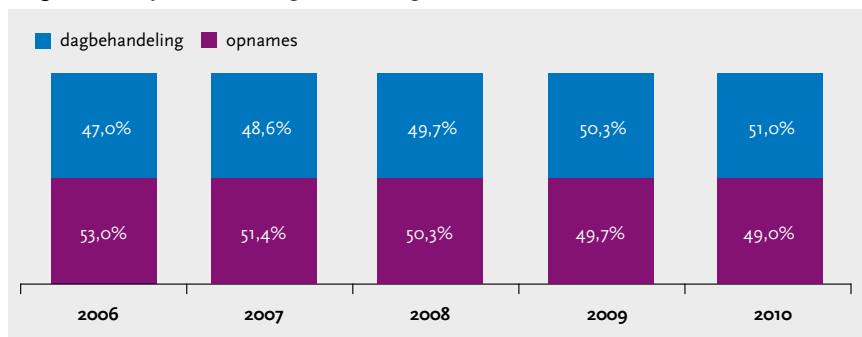
Figuur 88 Gemiddelde jaarlijkse groei van EPB's naar groep ziekenhuizen



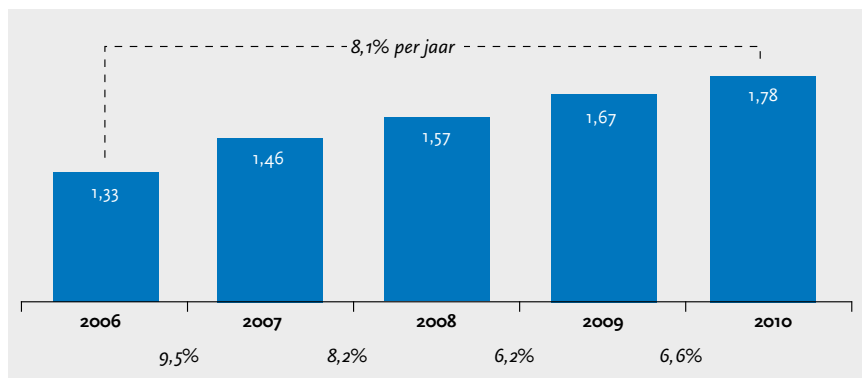
Figuur 89 EPB's per 1.000 inwoners



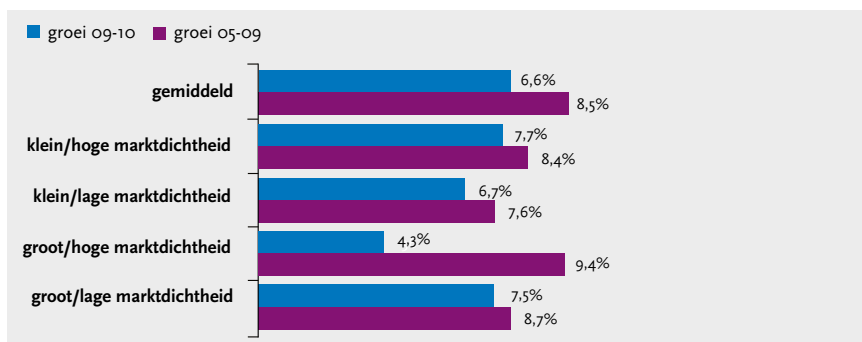
Figuur 90 Opnames en dagbehandelingen [aandeel in totaal]



Figuur 91 Dagbehandeling [miljoen]



Figuur 92 Gemiddelde jaarlijkse groei van dagbehandelingen naar groep ziekenhuizen



5.1.3 Eerste polikliniekbezoeken per hoofd van de bevolking

Nederlanders bezoeken steeds vaker een ziekenhuis. Dat verklaart de groei in EPB's. In 2005 lag dit op 0,53 EPB's per hoofd van de bevolking, tegen 0,59 in 2010 (figuur 89). Deze stijging wordt niet alleen verklaard door de vergrijzing. De vraag naar ziekenhuiszorg stijgt ook autonoom, bijvoorbeeld doordat nieuwe behandelingen beschikbaar komen door innovaties en men sneller naar het ziekenhuis gaat voor een bepaald probleem.

5.2 Dagbehandeling

Steeds meer ziekenhuiszorg wordt in dagbehandeling aangeboden. In 2009 overtrof het aantal dagbehandelingen voor het eerst het aantal opnames. Deze trend heeft zich ook in 2010 voortgezet (figuur 90). Er vonden 1,78 miljoen dagbehandelingen en 1,72 miljoen opnames plaats in algemene ziekenhuizen. Daarmee komt het aandeel dagbehandelingen op 51%.

Het aantal dagbehandelingen groeide vooral fors tussen 2005 en 2008 met 9% gemiddeld per jaar. Daarna daalde de groei van het aantal dagbehandelingen iets. Toch groeide het aantal dagbehandelingen ook in 2010 nog sterk met 6,6% (figuur 91).

5.2.1 Aantal dagbehandelingen per categorie ziekenhuis

Alle vier categorieën ziekenhuizen kennen een sterke groei van het aantal dagbehandelingen. Tussen 2005 en 2009 groeide het aantal dagbehandelingen in grote ziekenhuizen in iets sterkere mate dan in kleine ziekenhuizen (figuur 92). Dat patroon is in 2010 omgedraaid, vooral in gebieden met hoge marktdichtheid. Het aantal dagbehandelingen in kleine ziekenhuizen groeide daar met 7,7%. Voor grote ziekenhuizen in die gebieden was dat 'slechts' 4,3%.

5.2.2 Dagbehandelingen per EPB

Het aantal dagbehandelingen per EPB steeg gestaag van 0,15 in 2005 naar 0,18 in 2010 (figuur 93). In 2010 kregen 18 van de 100 patiënten met een EPB een dagbehandeling.

5.2.3 Aantal dagbehandelingen per hoofd van de bevolking

Ook het aantal dagbehandelingen per hoofd van de bevolking blijft groeien. In 2006 werden 81 van de 1.000 Nederlanders in dagbehandeling genomen, in 2010 lag dit op 108 van de 1.000 inwoners (figuur 94).

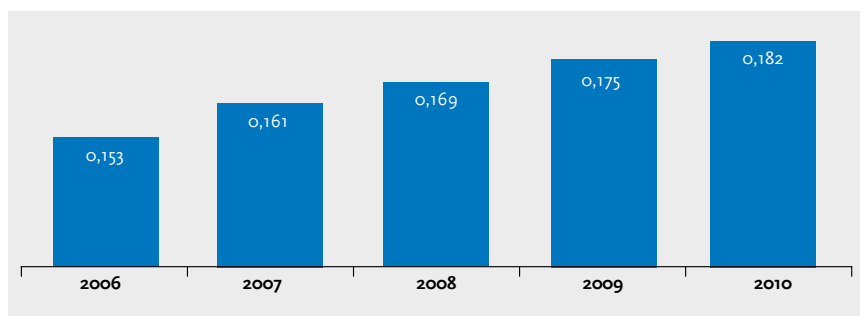
5.3 Opnames

Het aantal opnames is in 2010 gegroeid naar 1,72 miljoen in algemene ziekenhuizen (figuur 95). De groei van 3,6% in 2010 is vergelijkbaar met het gemiddelde over de afgelopen vijf jaar van 3,4% en lager dan in 2009 toen het aantal opnames nog met 4,0% groeide.

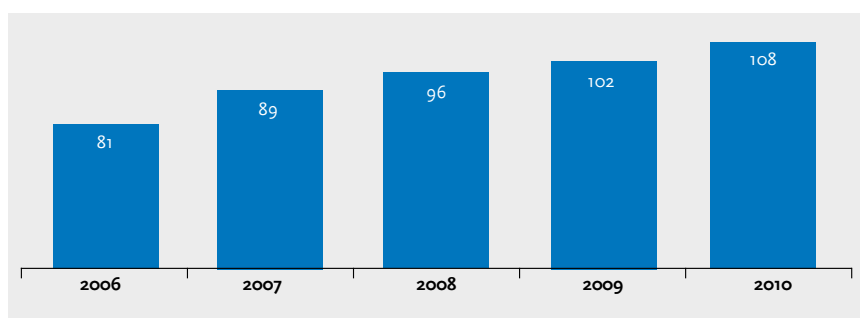
5.3.1 Aantal opnames per categorie ziekenhuis

Tussen 2005 en 2009 was de gemiddelde jaarlijkse groei het hoogst voor de gebieden met hoge marktdichtheid. Dat patroon is niet zichtbaar voor de groei in 2010 (figuur 96).

Figuur 93 **Dagbehandelingen per EPB**



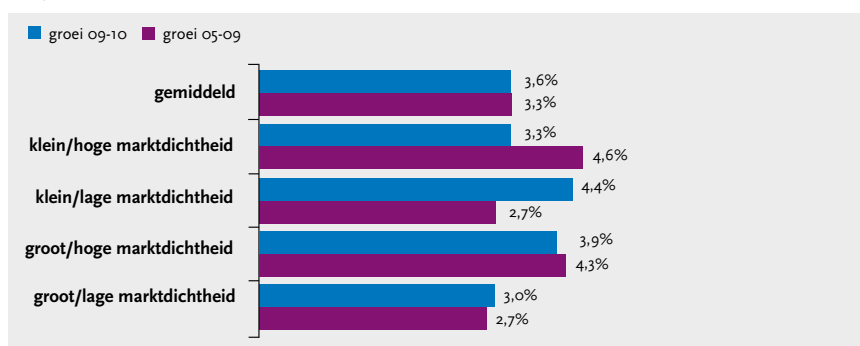
Figuur 94 **Dagbehandelingen per EPB [per 1.000 inwoners]**



Figuur 95 **Klinische opnames [miljoen]**



Figuur 96 **Gemiddelde jaarlijkse groei van opnames naar groep ziekenhuizen**



5.3.2 Aantal opnames per EPB

De groei van de opnames is grotendeels toe te rekenen aan de groei in de eerste polikliniekbezoeken van ziekenhuizen. Het aantal opnames per EPB bleef de laatste jaren vrijwel constant. Tussen 2006 en 2010 lag dat op ongeveer 17 per 100 EPB's (figuur 97).

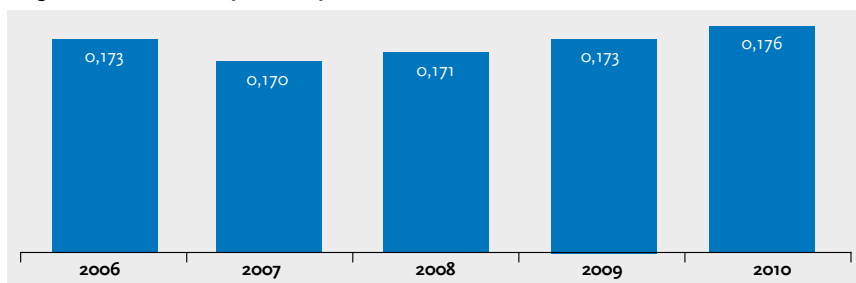
5.3.3 Aantal opnames per hoofd van de bevolking

Het aantal opnames per inwoner is licht gestegen. In 2010 lag dat voor het eerst iets boven 100 opnames per 1.000 inwoners. Dit betekent niet dat 10% van de inwoners in een ziekenhuis opgenomen is geweest: een deel hiervan betreft meer opnames per persoon (figuur 98).

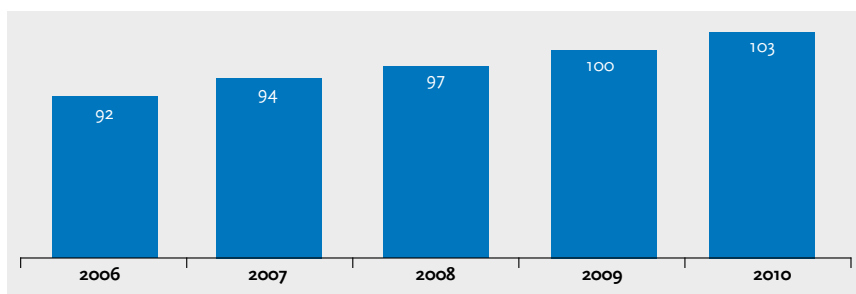
5.4 Verpleegdagen

Sinds 2006 daalt het aantal verpleegdagen. In 2010 ligt het totaal aantal verpleegdagen op 9,1 miljoen, tegen 9,4 miljoen in 2006 (figuur 99).

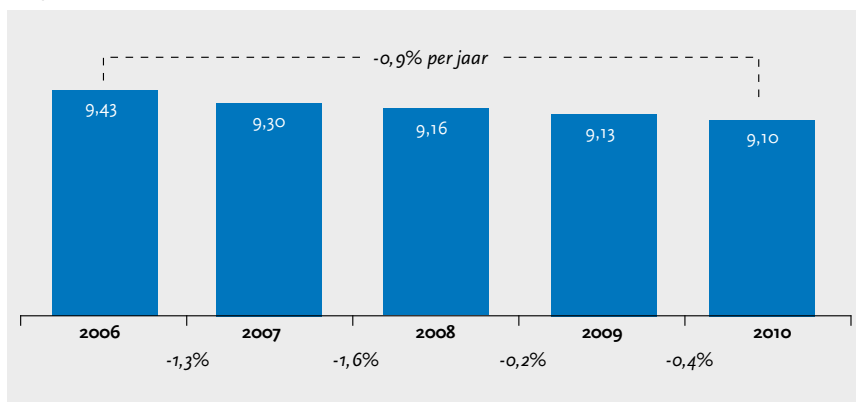
Figuur 97 *Klinische opnamen per EPB*



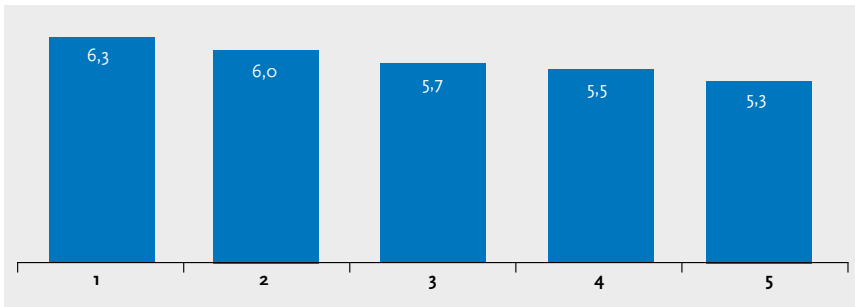
Figuur 98 *Opnames per 1.000 inwoners*



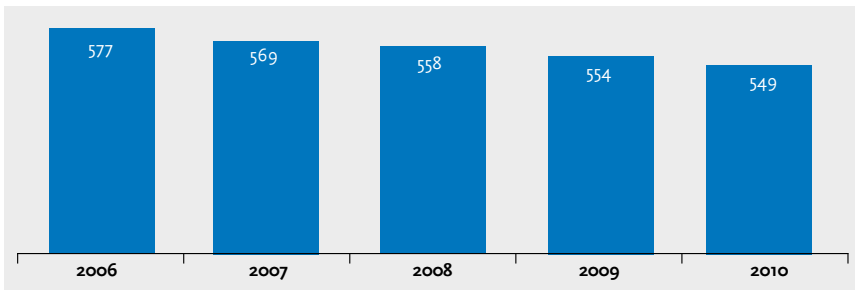
Figuur 99 *Klinische verpleegdagen [miljoen]*



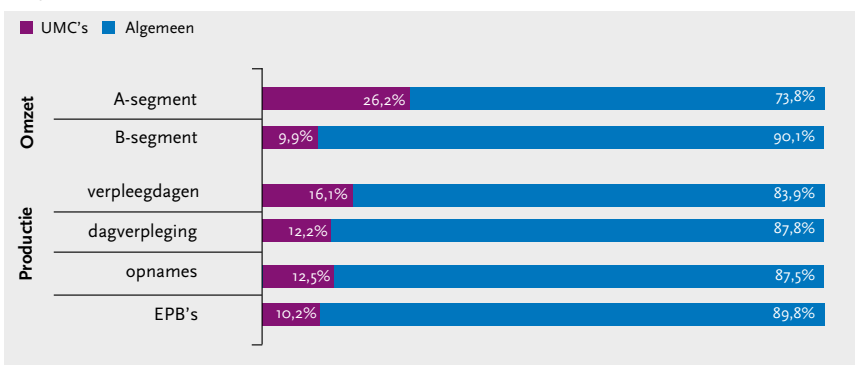
Figuur 100 Gemiddelde ligduur [dagen]



Figuur 101 Verpleegdagen per 1.000 inwoners



Figuur 102 Aandeel van UMC's en algemene ziekenhuizen, 2010



5.4.1 Gemiddelde ligduur

De gemiddelde ligduur van een ziekenhuisopname neemt al jarenlang af. Die trend zette in 2010 verder door. Dat is opmerkelijk: omdat steeds meer verrichtingen in dagbehandeling wordt gedaan, gedeeltelijk als substituuat voor een opname, zou verwacht mogen worden dat de behandelingen van de opgenomen patiënten juist complexer worden waardoor de ligduur langer zou worden. Dat is dus niet het geval. Ook in 2010 daalde de gemiddelde ligduur met ongeveer een kwart dag, net als in de vijf voorgaande jaren. Een patiënt die in 2005 werd opgenomen lag nog gemiddeld 6,3 dagen in het ziekenhuis. In 2010 was dat nog maar 5,3 dagen (figuur 100).

Als deze trend doorzet, komt de gemiddelde ligduur over ongeveer 6 jaar uit op 4,0 dagen.

Door deze kortere ligduur neemt de hoeveelheid activiteiten en werk per opname toe. Een groot deel van het werk dat de verpleegkundige verzet is namelijk onafhankelijk van de ligduur. Daaronder vallen bijvoorbeeld registratie rond opname en ontslag, voorlichting aan de patiënt, wondverzorging en pijnstilling na een operatie. Ziekenhuizen comprimeren de geleverde zorg in steeds kortere tijd.

5.4.2 Aantal verpleegdagen per hoofd van de bevolking

Per 1.000 inwoners lag het aantal verpleegdagen in 2010 op 549. De trend naar steeds minder ligdagen per hoofd van de bevolking zet door (figuur 101).

5.5 Productie van algemene ziekenhuizen en UMC's

Een op de tien EPB's vindt plaats in een UMC (figuur 102).

Dit aandeel is in de loop der jaren vrij stabiel. In verhouding vinden meer dagbehandelingen, opnames en verpleegdagen in UMC's plaats, namelijk 12,2%, 12,5% en 16,1%. De ligduur in UMC's is dan ook langer dan in algemene ziekenhuizen. In UMC's is deze gemiddeld 7,1 dagen en in algemene ziekenhuizen 5,3 dagen. De langere ligduur voor UMC's kan voor een groot deel worden toegeschreven aan de zwaardere case-mix van patiënten.





6. ONTWIKKELING VAN MARKTWERKING

Sinds de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet en de Wet Marktordening Gezondheidszorg verschuiven de marktscores tussen ziekenhuizen, vooral in gebieden met relatief hoge marktdichtheid. De afgelopen vijf jaar wisten negen ziekenhuizen hun marktaandeel ieder jaar te verbeteren. Verandering van marktaandelen is er vooral voor specialismen waarvoor relatief weinig infrastructuur vereist is zoals mondziekten en kaakchirurgie, reumatologie en plastische chirurgie. Er is meer beweging op de markt in gebieden met veel ziekenhuizen.

DE AFGELOPEN VIJF
JAAR WISTEN NEGEN
ZIEKENHUIZEN HUN
MARKTAANDEEL IEDER JAAR
TE VERBETEREN.

6.1 Marktscore

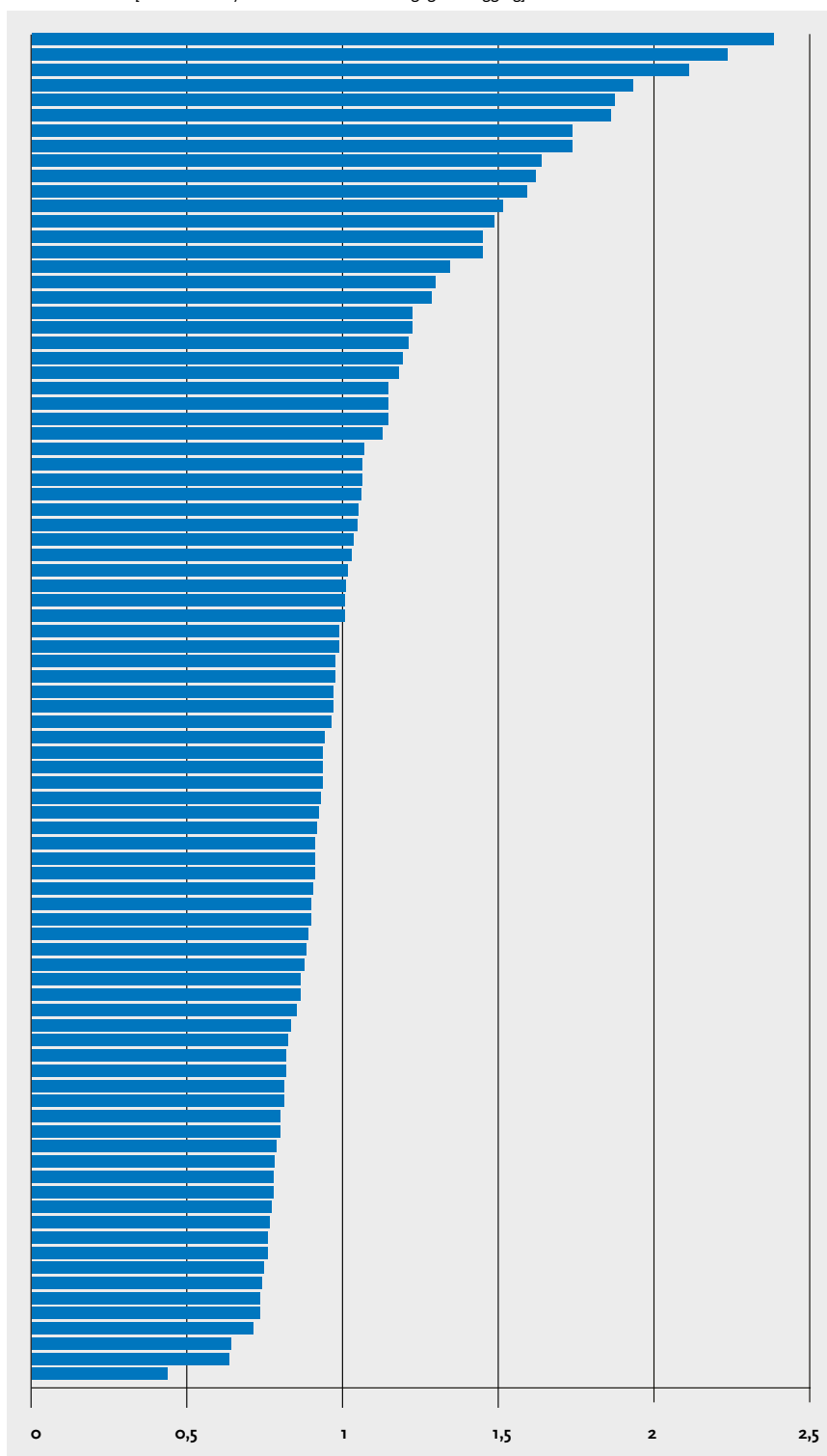
De marktscore van een ziekenhuis is het aantal EPB's gedeeld door het verwachte aantal EPB's in de markt van het ziekenhuis. Hier wordt de term 'marktscore' gebruikt en niet 'marktaandeel'. Onder 'marktaandeel' verstaan ziekenhuizen meestal het aandeel in een zelf bepaald aantal gemeenten. Bij marktscore is de markt van ieder ziekenhuis op dezelfde manier systematisch gedefinieerd, zodat ziekenhuizen met elkaar vergeleken kunnen worden. Van alle ziekenhuizen is de markt met behulp van reistijden gedefinieerd.⁵⁷ Met deze aanpak kunnen de verschuivingen van marktscores vanuit het perspectief van het ziekenhuis, het specialisme en de patiënt worden geanalyseerd.⁵⁸

De Nederlandse ziekenhuismarkt bevindt zich in een transitiefase. Juist dan wordt verschuiving van marktaandelen verwacht: de ene organisatie past zich sneller aan en kiest een succesvollere strategie dan de andere organisatie. Overigens hoeven er op een concurrerende markt niet per definitie verschuivingen op te treden. Ziekenhuizen kunnen elkaar in evenwicht houden, maar de kans daarop is juist in een transitiefase klein.

6.1.1 Ontwikkeling van marktscore per ziekenhuis

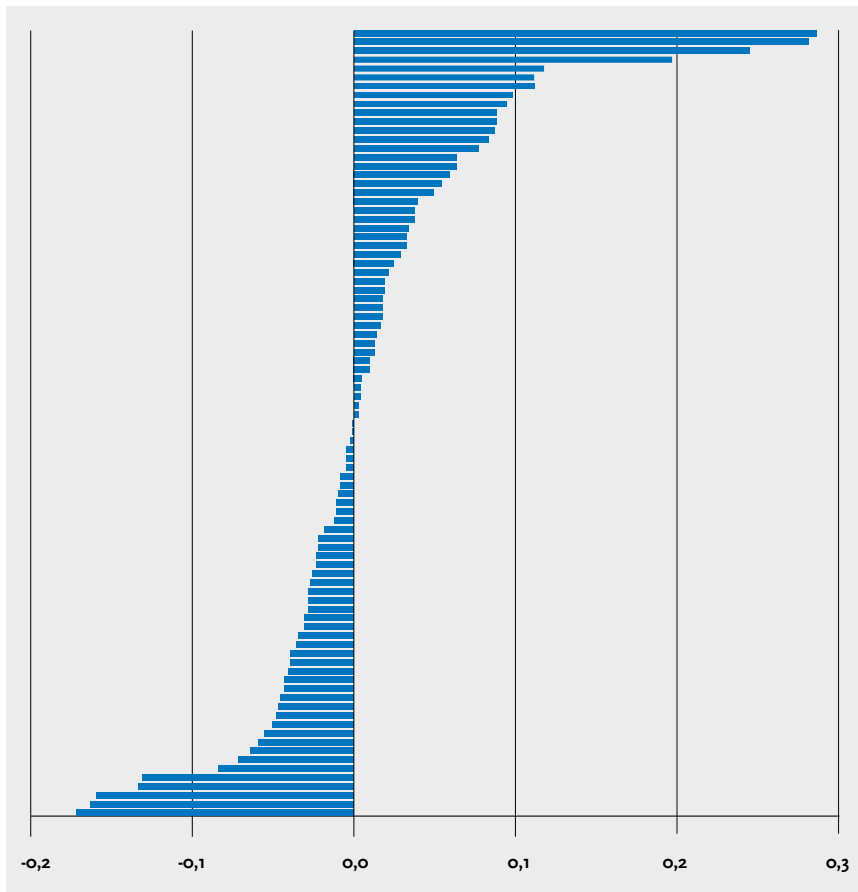
Omdat de markt van geheel Nederland over alle ziekenhuizen in Nederland is verdeeld, kan de marktscore van een individueel ziekenhuis hoger dan 1 zijn. Sommige ziekenhuizen trekken bijvoorbeeld patiënten van buiten hun 'thuismarkt' omdat zij zich op een bepaalde behandeling hebben toegelegd. Als de marktscore 1 is, dan is het aantal EPB's gelijk aan wat verwacht wordt op basis van de ligging. Als deze lager is dan 1 dan het is het aantal EPB's lager dan verwacht. UMC's hebben de hoogste marktscores. Zij leveren (hooggespecialiseerde) zorgproducten die niet alle ziekenhuizen leveren. Dat geldt ook voor veel STZ-ziekenhuizen.⁵⁹ Waardes lager dan 0,75 behoren steeds bij kleinere ziekenhuizen die geen volledig pakket van medisch-specialistische behandelingen leveren. Gegeven hun pakket, kunnen ze dus nog wel een zeer goede marktscore behalen (figuur 103).

Figuur 103 **Marktscore algemene ziekenhuizen wn UMC's 2010**
[aantal EPB's/verwacht aantal EPB's gegeven ligging]



Uit de ontwikkeling van de marktscore blijkt dat de markt in beweging is. De verschuivingen van marktscore tussen 2005 en 2010 zijn groot. Zeven ziekenhuizen

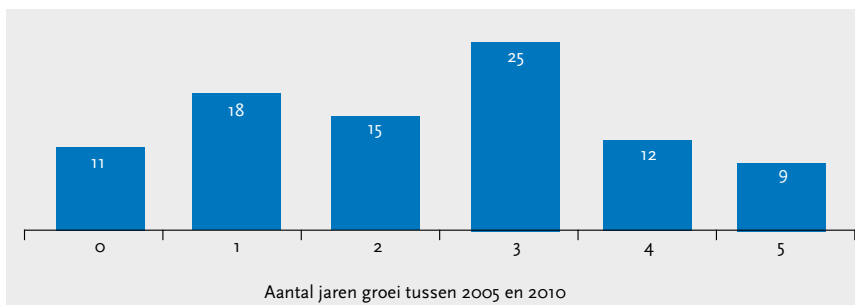
Figuur 104 Verandering van marktscore algemene ziekenhuizen 2005-2010
[aantal EPB's/verwacht aantal EPB's gegeven ligging]



verbeterden hun marktscore met meer dan 0,1 terwijl vijf ziekenhuizen een daling van meer dan 0,1 realiseerden (figuur 104). Zeker in ziekenhuizen met hun lage winstmarges en een relatief hoog aandeel vaste lasten geeft dat prikkels om de strategische bakens te verzetten.

Over de afgelopen vijf jaar wisten negen ziekenhuizen ieder jaar hun marktscore te verbeteren. Dit zijn vijf kleine en twee grote ziekenhuizen. Daar tegenover staan vijf grote ziekenhuizen, drie kleine ziekenhuizen en drie UMC's die hun marktscore ieder jaar zagen afnemen (figuur 105). De toe- en afname van marktscore tussen 2005 en 2010 is gemiddeld genomen redelijk verdeeld over de ziekenhuizen en UMC's. De helft van de ziekenhuizen zag een toename in marktscore, de andere helft een afname. In gebieden met lage marktdichtheid nam de marktscore van meer dan de helft van de kleine ziekenhuizen toe en die van meer dan de helft van grote ziekenhuizen af (figuur 106). In gebieden met hoge marktdichtheid was er nauwelijks verschil tussen grote en kleine ziekenhuizen.

Figuur 105 Frequentieverdeling van aantal jaren groei in marktscore over de afgelopen vijf jaar [aantal ziekenhuizen]

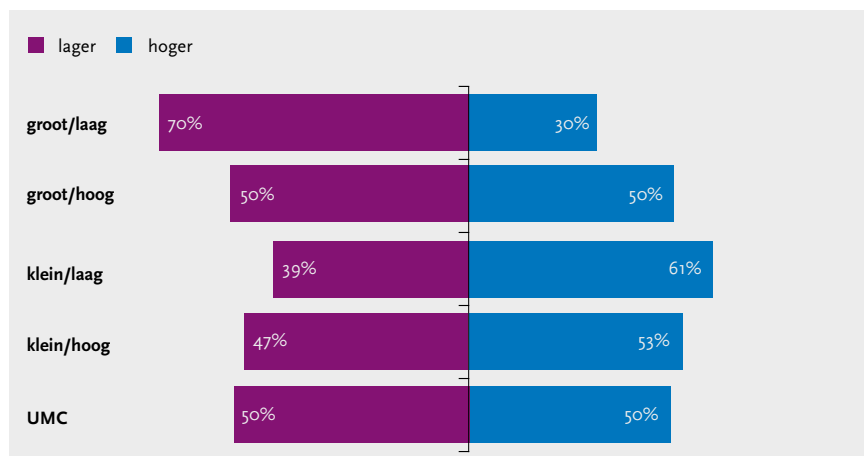


⁵⁷ De EPB's in een postcodegebied worden toegerekend aan het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Als twee ziekenhuizen op dezelfde reistijd vanaf een postcodegebied liggen, wordt aan beide ziekenhuizen de helft EPB's toegerekend. Bij drie ziekenhuizen een derde, etc. De marktscore van een ziekenhuis is de verhouding tussen geproduceerde en toegerekende EPB's

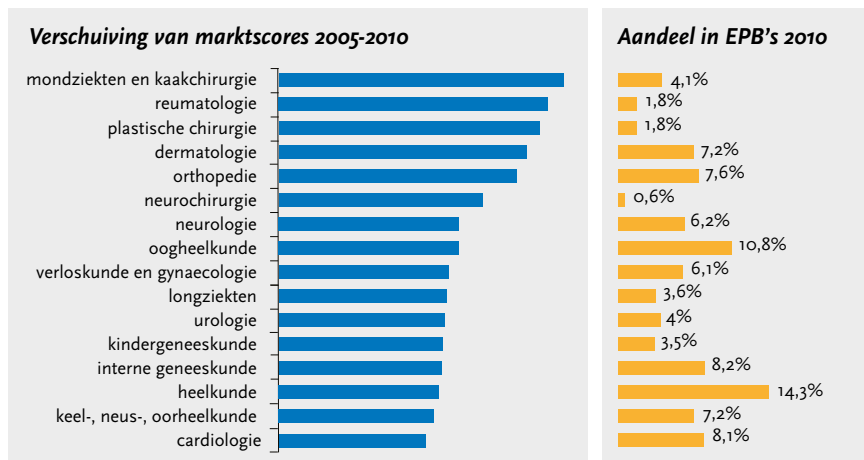
⁵⁸ 11 ziekenhuizen zijn niet opgenomen in de analyse vanwege zogenaamde grenseffecten. Als ziekenhuizen te dicht bij de Nederlandse grens liggen, dan werkt de reistijdenanalyse niet naar behoren.

⁵⁹ STZ: vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen

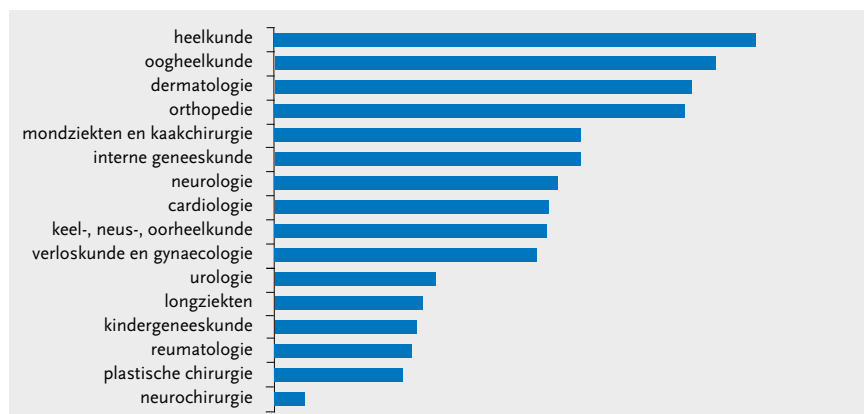
Figuur 106 Aandeel ziekenhuizen per categorie dat in 2005 een hogere marktscore dan in 2010 behaalde



Figuur 107



Figuur 108 Aantal EPB's dat is verschoven tussen 2005 en 2010



6.1.2 Ontwikkeling van marktscore per specialisme

Veranderende marktscores wijzen op een dynamische markt. De verandering in marktscores tussen 2005 en 2010 is per specialisme geanalyseerd (figuur 107). Daaruit blijkt dat de marktscores vooral zijn veranderd voor een aantal kleine specialismen met relatief weinig EPB's. Door het lage volume zijn deze gevoeliger voor kleine verschuivingen in aantallen EPB's. Specialismen met minder dan 1% van de totale EPB's zijn niet opgenomen in de figuur. Dit zijn anesthesiologie, cardio-pulmonale chirurgie, gastro-enterologie en overige specialismen.

De grootste verschuivingen zijn voor specialismen die grotendeels poliklinisch zijn en ook veel door ZBC's worden aangeboden: mondziekten- en kaakchirurgie, reumatologie en plastische chirurgie. Deze specialismen leveren samen minder dan acht procent van de EPB's. Bij de grotere specialismen is de verschuiving op de markt het sterkst voor dermatologie en orthopedie. Hierop is ook veel concurrentie van ZBC's of categorale ziekenhuizen.

Alhoewel de verschuiving in marktscores relatief laag is voor heelkunde, is het wel het specialisme waarvoor de meeste patiënten van ziekenhuis zijn veranderd. Daarna volgen oogheelkunde, dermatologie en orthopedie (figuur 108).

6.2 Marktdichtheid

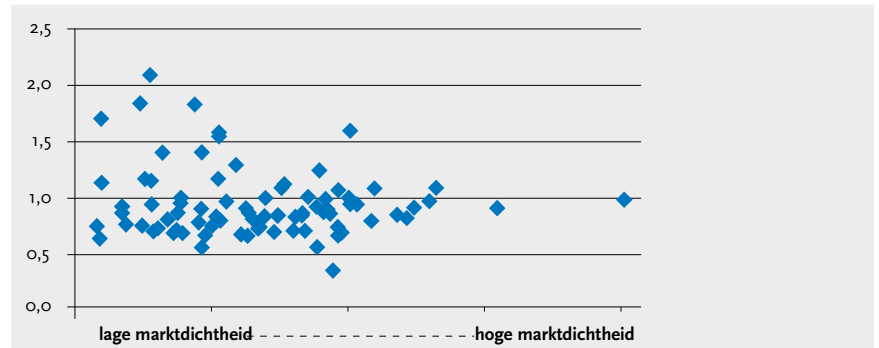
In gebieden met hoge marktdichtheid zoals Amsterdam en Rotterdam is de variatie in marktscores hoger dan in gebieden met een lage marktdichtheid zoals delen van Zeeland, Noord-Holland en Friesland (figuur 109).

De marktdichtheid beïnvloedt ook de beweging in marktscores in de periode 2006-2010.⁶⁰ In gebieden waar ziekenhuizen dicht bij elkaar liggen (hoge marktdichtheid), verschuiven de marktaandelen meer dan in gebieden waar ziekenhuizen verder uit elkaar liggen (lage marktdichtheid) (figuur 110). Het verschil tussen grote en kleine ziekenhuizen is minder groot.

De verandering in marktscore van een ziekenhuis is het saldo van patiënten die eerder bij een ander ziekenhuis zorg afnamen en die hun zorg juist niet meer bij dat ziekenhuis afnamen. De onderliggende beweging in de markt kan dus groter zijn. Bovendien is hier de impact van ZBC's niet meegenomen. Er zijn alleen gegevens van algemene ziekenhuizen verwerkt.

De concurrentie is het hevigst in de Randstad en in dunbevolkte gebieden in het noorden van het land die ongeveer even ver van vier of vijf ziekenhuizen af liggen. Vooral in Rotterdam, Den Haag en Amsterdam kiezen patiënten uit verschillende ziekenhuizen (figuur 111).

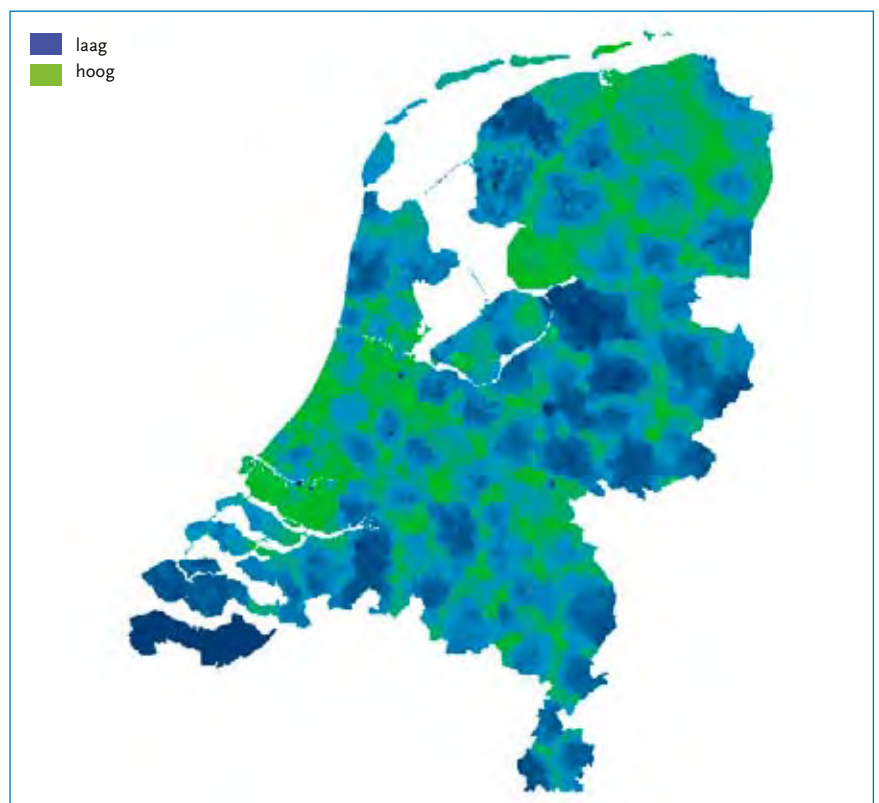
Figuur 109 Marktscore [y-as] versus marktdichtheid [x-as]



Figuur 110 Beweging in marktscore gedurende vijf jaar (2006 t/m 2010) [relatief per groep]



Figuur 111 Mate van concurrentie

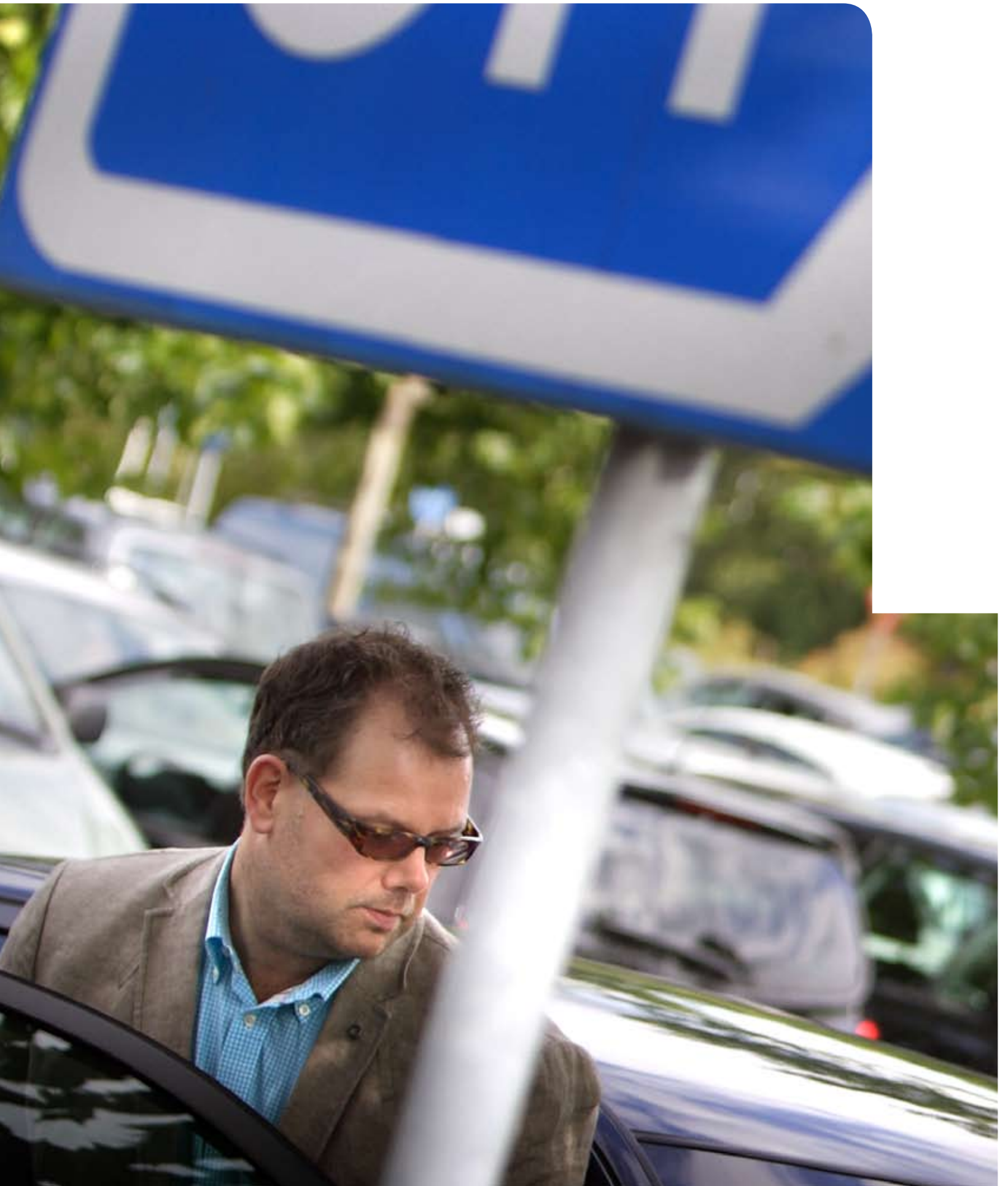


⁶⁰ Gemeten met de som van de absolute waarde van de jaarlijkse toe- of afname in marktscore.

6.3 Bijlage

Verdeling van algemene ziekenhuizen over vier categorieën





COLOFON

Dit brancherapport is tot stand gekomen onder regie en verantwoordelijkheid van de NVZ vereniging van ziekenhuizen in samenwerking met SiRM, Strategies in Regulated Markets.

NVZ vereniging van ziekenhuizen

Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
030 2739883
nvz@nvz-ziekenhuizen.nl

SiRM, Strategies in Regulated Markets

Postbus 24355
3007 DJ Rotterdam
010 7854225
info@sirm.nl

Fotografie

Rob Acket

Vormgeving en druk

Barnyard Creative Powerhouse, Bilthoven

Oplage

2250 exemplaren
1e druk



