



Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg 2017



Voorwoord



Voor u ligt de zesde editie van het rapport over de kostenontwikkeling in de Nederlandse ziekenhuizen. Het rapport dat DHD jaarlijks opstelt in opdracht van de NVZ en NFU, geeft u inzicht in de omvang van de kostenontwikkeling en in de redenen van deze ontwikkeling. Een belangrijk thema binnen de medisch-specialistische zorg voor de komende jaren, is de transitie 'De juiste zorg op de juiste plek'. In deze editie besteden we daar al extra aandacht aan en we zullen dat de komende jaren ook blijven doen.

De belangrijkste bron voor het rapport is de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). Met 95% van de ziekenhuizen die frequent hun financiële data aanleveren, is de LBZ nagenoeg volledig. Enkele instellingen ontbreken nog vanwege de overgang naar een nieuw ZIS of EPD. Daarmee is de LBZ de afgelopen jaren ook in financieel opzicht uitgegroeid tot een volledige en betrouwbare bron van informatie.

De enquête die DHD jaarlijks onder de ziekenhuizen afneemt over de verwachtingen ten aanzien van omzet en contractafspraken, kent inmiddels een stabiele responsratio van ongeveer 75%. Op basis van de gegevens van bijna 60 instellingen zijn de effecten van de contracten met de zorgverzekeraars inzichtelijk gemaakt.

Wij bedanken alle ziekenhuizen voor de geleverde bijdrage.

Met vriendelijke groet,
mede namens de NVZ en NFU,

Gert-Jan van Boven
Directeur DHD

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Omzetontwikkeling	6
1.1 Bruto omzet	6
1.2 Effecten contractafspraken	7
1.3 Type contracten	9
2 Ontwikkeling patiënten, verleende zorg en DBC-kosten	11
2.1 Aantal patiënten	11
2.2 Verleende zorg	12
2.3 DBC-kosten	13
2.3.1 DBC-kosten per patiënt	13
2.3.2 Totale DBC-kosten	14
2.4 Ontwikkeling per type instelling	15
3 De juiste zorg op de juiste plek	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Diabetes mellitus	18
3.3 Hartfalen	20
3.4 COPD	22
3.5 Chronische nierinsufficiëntie	24
3.6 Conclusies	26
4 Dure geneesmiddelen	27
4.1 Totale kosten dure geneesmiddelen	27
4.2 Naar type geneesmiddel	29
Verantwoording	30
Lijst afbeeldingen	32
Bijlage 1: Deelnemende ziekenhuizen	33
Bijlage 2: Tabellen bij hoofdstuk 2	36

De netto omzet van de Nederlandse ziekenhuizen nam in 2017 toe met 0,9%. Dit betreft de nominale netto omzet, inclusief los declarabele productie en na toepassing van contractafspraken met zorgverzekeraars. De groei van de netto omzet was lager dan het landelijke loon- en prijsindexcijfer voor de ziekenhuizen (+2,05%).

De reële netto omzet (na correctie voor loon- en prijsstijgingen) steeg sinds 2014 met gemiddeld 1,0% per jaar. Het aantal patiënten nam in 2017 met 0,4% toe. Binnen de patiëntenpopulatie nam het aandeel patiënten van 65 jaar of ouder toe. Van alle patiënten was in 2017 30% 65 jaar of ouder.

De transformatie in de medisch-specialistische zorg, onder de noemer 'De juiste zorg op de juiste plek', is een speerpunt voor de komende jaren. Bij de uitwerking van de doelstellingen en maatregelen is het goed om rekening te houden met de veranderingen en verschuivingen van medisch-specialistische zorg die de afgelopen jaren al hebben plaatsgevonden. Analyse van vier chroni-

sche aandoeningen laat zien dat variatie in inzet van het aantal en type medische verrichtingen tussen ziekenhuizen groot is. Dat biedt aanknopingspunten voor het verder concretiseren van doelstellingen en maatregelen.

De kosten voor dure geneesmiddelen stegen in 2017 met 148 miljoen euro (+7,9%) naar 2,0 miljard euro. De bovengemiddelde kostengroei van dure geneesmiddelen kan leiden tot verdringing van zorg: de extra kosten voor dure geneesmiddelen gaan dan ten koste van andere zorg. De groei werd veroorzaakt doordat meer patiënten een duur geneesmiddel gebruikten. De gemiddelde kosten per patiënt namen af.

De contracten die ziekenhuizen afsluiten met de zorgverzekeraars komen steeds dichterbij de buurt te liggen van de kosten van de werkelijk geleverde zorg. Voor het vierde jaar op rij werd het gat tussen de waarde van de geleverde zorg en het bedrag dat kon worden gedeclareerd kleiner. In 2017 bedroeg het verschil 0,3 miljard euro.

1. Omzetontwikkeling

1.1 Bruto omzet

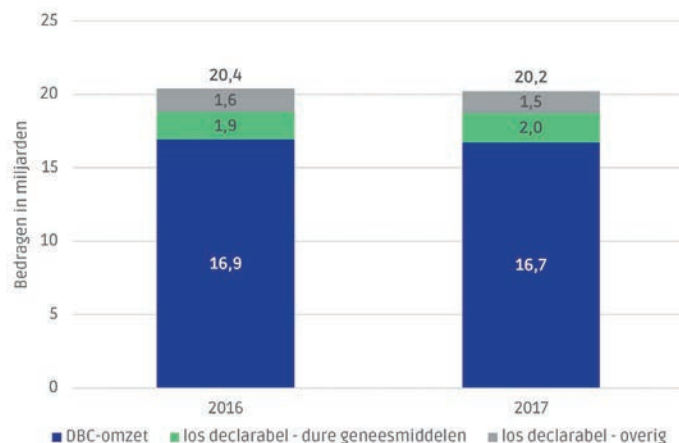
Op basis van productiegegevens uit de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) is de ontwikkeling van de bruto omzet¹ van de Nederlandse ziekenhuizen bepaald². Dit is de omzet volgens de schadelastmethode, inclusief los-declarabele productie en voor het toepassen van de contractafspraken met de zorgverzekeraars. De bruto omzet daalde van 20,4 miljard euro in 2016 naar 20,2 miljard euro in 2017 (zie figuur 1). Dit is een afname van 0,2 miljard euro (-0,9%).

Tegelijkertijd steeg het aantal patiënten in 2017 met 0,4%. Dat betekent dat de gemiddelde kosten per patiënt met 1,3% daalden.

De bruto omzet is opgebouwd uit omzet in DBC-zorgproducten en omzet in los declarabele zorgactiviteiten. De bruto omzet in DBC-zorgproducten daalde met 0,2 miljard euro (-1,2%). De omzet in

dure geneesmiddelen groeide in 2017 met 148 miljoen: van 1,87 miljard euro in 2016 naar 2,02 miljard euro in 2017. De omzet in overige los declarabele zorgactiviteiten daalde van 1,60 miljard euro in 2016 naar 1,48 miljard euro in 2017, een daling van 115 miljoen euro.

De daling van de omzet in DBC-zorgproducten en in los declarabele zorgactiviteiten is het gevolg van een combinatie van factoren. Het is het gevolg van verandering in de patiëntenpopulatie, verandering in de behandelmethodes en prijseffecten. In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op de ontwikkeling van de DBC-zorgproducten. De stijging van de omzet in dure geneesmiddelen wordt verklaard door de groei van het aantal patiënten dat een of meerdere dure geneesmiddelen ontving. In hoofdstuk 4 wordt de ontwikkeling van de omzet van dure geneesmiddelen nader toegelicht.



Figuur 1:
Bruto omzet 2016 en 2017
(bron: LBZ, bewerking DHD,
extrapolatie op basis van
n = 71 ziekenhuizen in
2017; enquête DHD,
n = 53 ziekenhuizen in
2017)

1) Bruto omzet is de bruto productiewaarde van alle DBC-zorgproducten met een openingsdatum in het betreffende jaar (schadelastmethode), plus de los declarabele verrichtingen van dat jaar. Het betreft de omzet voor het toepassen van de contractafspraken met de zorgverzekeraars. De productiegegevens uit de LBZ zijn bijgeschat op basis van de bruto omzet zoals opgegeven in een enquête onder ziekenhuizen.

2) Alle cijfers in dit rapport hebben betrekking op de medisch-specialistische zorg die wordt geleverd door ziekenhuizen. De zelfstandige behandelcentra (ZBC's) blijven buiten beschouwing.

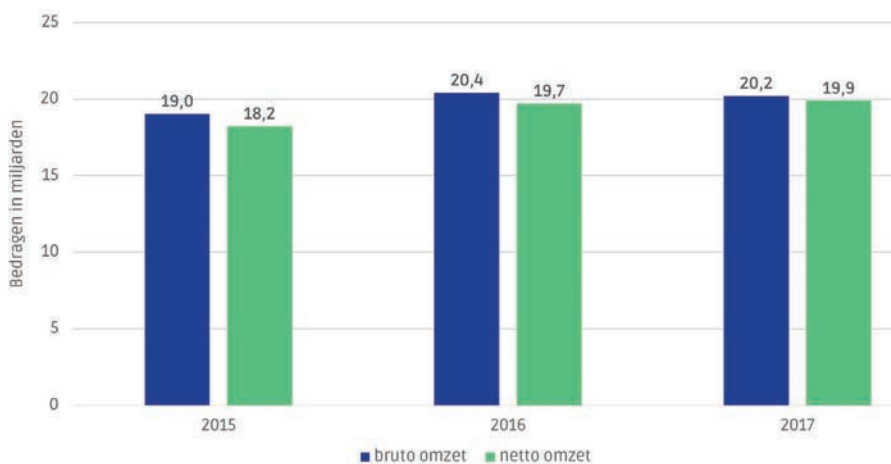
1.2 Effecten contractafspraken

De LBZ bevat informatie over de bruto waarde van de productie, vóór het toepassen van de contractafspraken met de zorgverzekeraars. Om ook inzicht te krijgen in het effect van de contractafspraken en de netto omzet is een enquête gehouden onder de ziekenhuizen. Daarin is gevraagd naar de vergoeding die ziekenhuizen (verwachten te) ontvangen na toepassing van de gemaakte contractafspraken met de zorgverzekeraars. Figuur 2 toont de omzetontwikkeling voor en na toepassing van de contractafspraken vanaf 2015.

De omzet volgens de schadelastmethode van 2015 werd beïnvloed door de verkorting van de doorlooptijd van DBC's per 1 januari 2015. Hierdoor kende het aantal DBC's in 2015 een eenmalige dip. De omzet die werd toegerekend aan 2015 is daardoor kleiner: de zogenaamde 'schadelastdip'.

In tegenstelling tot de bruto omzet groeide de netto omzet in 2017 met 0,2 miljard euro naar 19,9 miljard euro (+0,9%). Daarmee zette de stijgende trend van de afgelopen jaren zich in 2017 door. De groei van de netto omzet wordt gedeeltelijk verklaard door de groei van de omzet van de dure geneesmiddelen. De kosten worden over het algemeen op basis van nacalculatie vergoed en leiden daardoor direct tot een verhoging van de netto omzet.

De groei van de netto omzet in 2017 was lager dan het landelijke loon- en prijsindexcijfer voor de ziekenhuizen. Dat bedroeg 2,05%³ in 2017. De ziekenhuizen hebben dus niet de volledige kostenstijging door loon- en prijsstijgingen vergoed gekregen.



Figuur 2:
Bruto omzet en netto omzet 2015-2017
(bron: LBZ en enquête DHD, extrapolatie o.b.v. n = 53 ziekenhuizen in 2017)

Door de daling van de productiewaarde van de omzet (bruto omzet) en stijging van de vergoeding van de zorgverzekeraars (netto omzet), werd het verschil tussen beide in 2017 kleiner. Sinds 2015

is het verschil tussen de bruto en netto omzet afgenomen van circa 0,8 miljard euro in 2015 (4,3% van de bruto omzet), naar 0,3 miljard euro (1,6%) in 2017 (zie figuur 3).

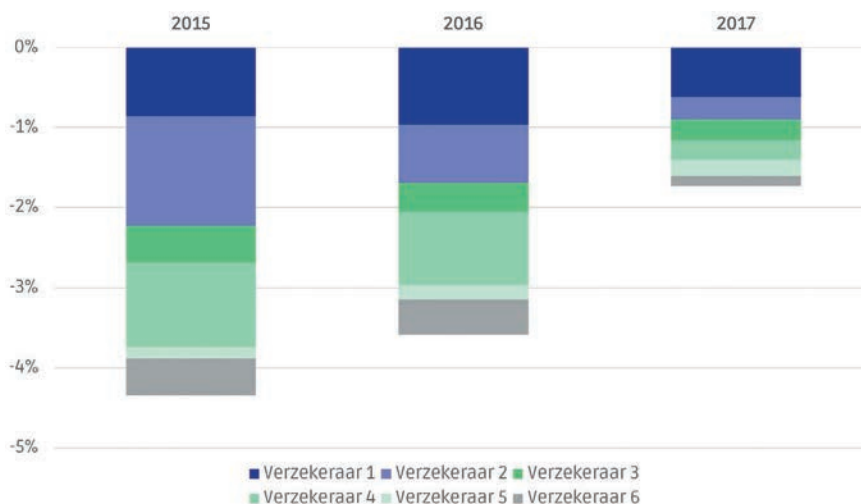
3) Zie www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/prijsindexcijfers



Figuur 3:
Bruto omzet 2016 en 2017
(bron: LBZ, bewerking DHD,
extrapolatie op basis van
n = 71 ziekenhuizen in
2017; en enquête DHD,
n = 53 ziekenhuizen in
2017)

In figuur 4 is het verschil tussen bruto en netto omzet uitgesplitst naar zorgverzekeraar. Bij vrijwel alle zorgverzekeraars is het verschil tussen bruto en netto omzet afgenomen in de periode 2015-2017.

De mate waarin verschilt. In 2015 was er een relatief groot verschil bij zorgverzekeraars 2 en 4, in 2017 was dit het geval bij verzekeraar 1.



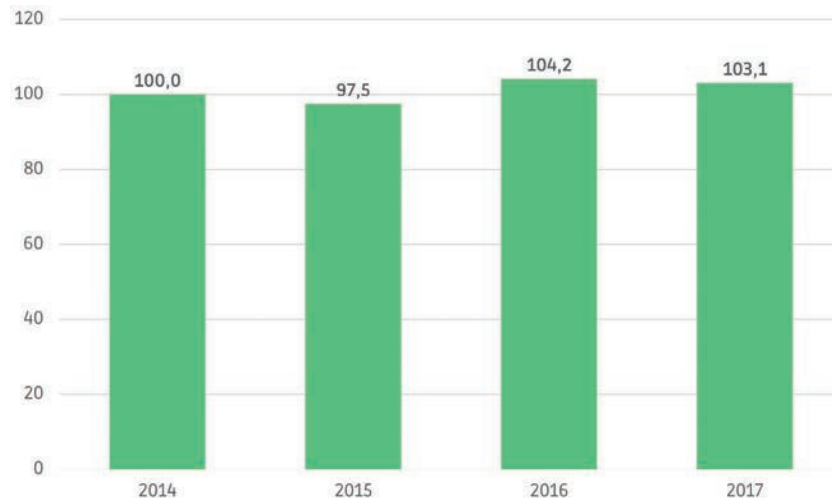
Figuur 4:
Verschil tussen de netto
en bruto omzet als
percentage van de bruto
omzet per zorgverzekeraar
(bron: enquête DHD,
n = 53 ziekenhuizen in
2017)

In figuur 5 is de reële ontwikkeling van de netto omzet weergegeven, na correctie voor loon- en prijsindexatie⁴. De daling in 2015 was het gevolg van de schadelastdip. Om een goed beeld van de

gehele periode te krijgen, kijken we daarom naar de gemiddelde jaarlijkse groei sinds 2014; deze bedroeg 1,0% per jaar⁵.

4) De reële ontwikkeling is bepaald door de netto schadelast te corrigeren voor de loon- en prijsbijstellingen zoals deze jaarlijks door de NVZ worden afgegeven (zie www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/prijsindexcijfers).

5) Een vergelijking met het macrokader medisch-specialistische zorg is niet direct mogelijk. Dit rapport heeft alleen betrekking op de kosten van de ziekenhuizen en niet op de kosten van overige medisch-specialistische zorg, waaronder die van de zelfstandige behandelcentra. Omdat binnen het totale kader niet is gespecificeerd welk deel ervan beschikbaar is voor de ziekenhuizen, is een scherpe vergelijking met het kader niet mogelijk.

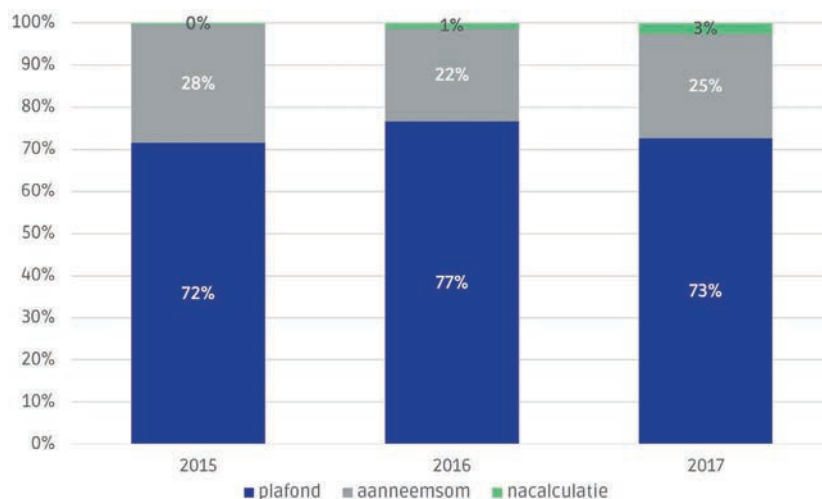


Figuur 5:
Reële ontwikkeling
netto omzet 2014-2017
(netto omzet 2014 = 100)
(bron: enquête DHD,
n = 53 ziekenhuizen in
2017)

1.3 Type contracten

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars maken bij het opstellen van een contract gebruik van drie typen afspraken: plafondaafspraken, aanneemsommen en afspraken op basis van nacalculatie ('PxQ'). In figuur 6 is weergegeven welke afspraaktypen het meest worden gehanteerd⁶. Plafondaafspraken werden het meest gemaakt: in 2017 was dit met bijna driekwart van de afspraken het meest

gebruikte afspraaktype. Binnen de plafondafspraken wordt steeds vaker gebruikgemaakt van staffels over het (gedeeltelijk) vergoeden van de omzet boven het afgesproken plafond. De toename van het aantal (deel)contracten op nacalculatiebasis in 2016 en 2017 hing samen met de groei van de dure geneesmiddelen, waarvoor veelal op nacalculatiebasis werd gecontracteerd.

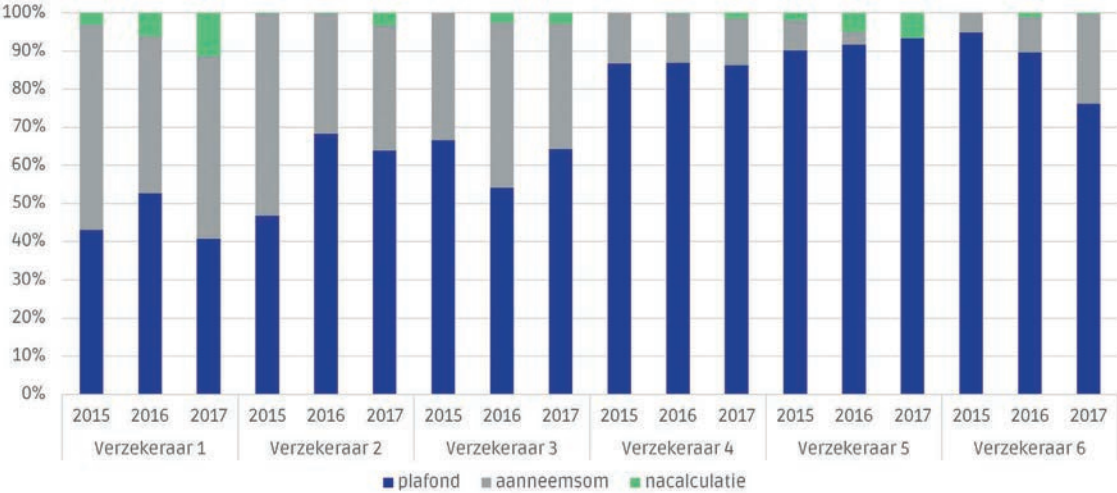


Figuur 6:
Verdeling gehanteerde
afsaaktypen 2015 - 2017
(bron: enquête DHD,
n = 53 ziekenhuizen in
2017)

6) Binnen één contract kunnen meerdere typen afspraken voorkomen. In deze uitsplitsing is gekeken naar het afspraaktype met de grootste omzet.

Figuur 7 laat zien dat er grote verschillen zijn in de mate waarin de zes grootste zorgverzekeraars gebruikmaken van de contracttypen. Een aantal heeft een duidelijke voorkeur voor plafondafspraken. Bij andere verzekeraars is de verhouding tussen

plafond en aanneemsom gelijkwaardig. Het aandeel contracten op basis van nacalculatie nam bij alle verzekeraars toe in de periode 2015 - 2017, wat mogelijk verklaard wordt door de groei van de dure geneesmiddelen.



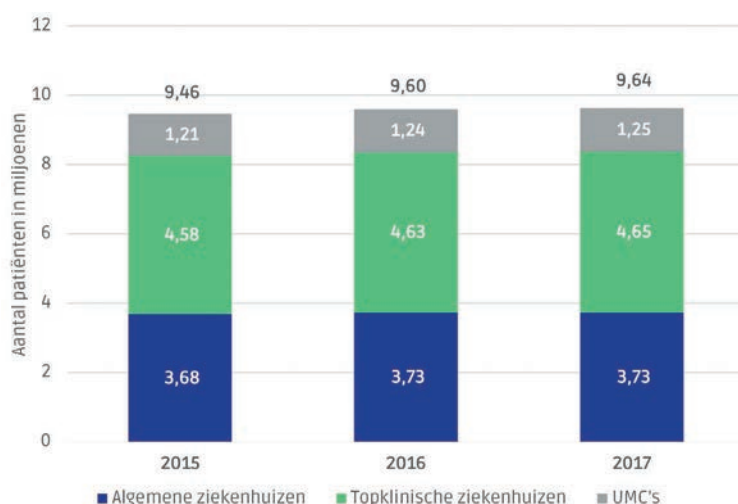
Figuur 7: Verdeling afspraaktypen per zorgverzekeraar 2015 - 2017 (bron: enquête DHD, n = 53 ziekenhuizen in 2017)

2. Ontwikkeling patiënten, verleende zorg en DBC-kosten

Dit hoofdstuk gaat dieper in op de ontwikkeling van het aantal patiënten, de verleende zorg per patiënt en de DBC-kosten.

2.1 Aantal patiënten

In 2017 groeide het aantal unieke patiënten per ziekenhuis met 0,4%⁷: van 9,60 miljoen in 2016 naar 9,64 miljoen in 2017.



Figuur 8:
Aantal patiënten 2015 - 2017
(bron: LBZ, n= 75 ziekenhuizen in 2017⁸)

Het aantal patiënten in de algemene ziekenhuizen bleef in 2017, na een lichte stijging in 2016, stabiel op 3,73 miljoen. In de UMC's en de topklinische ziekenhuizen groeide het aantal patiënten in 2017, zij het minder hard dan in 2016. In de UMC's nam het aantal patiënten toe met 0,8% tot 1,25

miljoen. In de topklinische ziekenhuizen werden 0,6% meer patiënten behandeld en kwam het totaal uit op 4,65 miljoen in 2017.

Het aantal patiënten groeide in 2017 minder hard dan de Nederlandse bevolking, die in dezelfde periode groeide met 0,6%⁹.

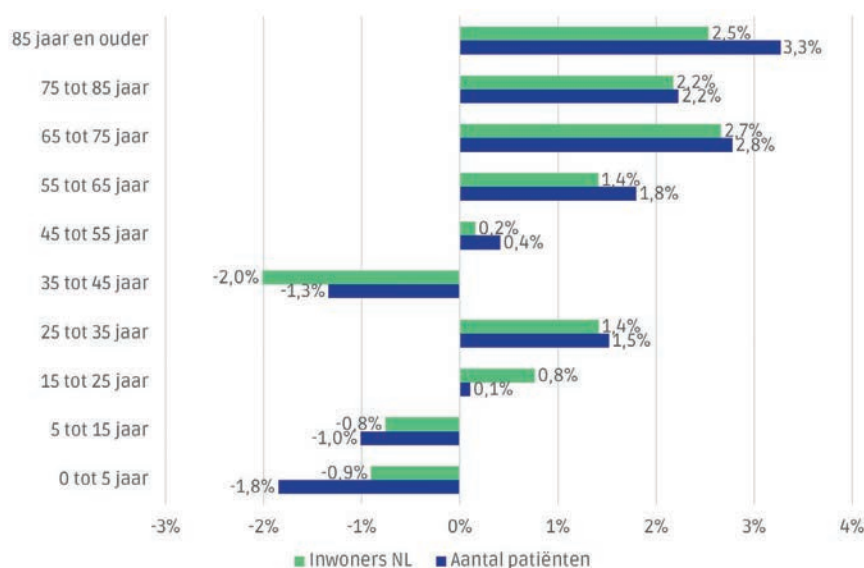
7) De definitie van 'unieke patiënt per ziekenhuis': Een patiënt die in een kalenderjaar tenminste één verrichting in het ziekenhuis heeft gehad in het kader van een polibezoek, dagopname, klinische opname en/of ambulant contact. Patiënten waarbij alleen sprake was van een laboratoriumonderzoek (inclusief pathologie) zijn buiten beschouwing gelaten, omdat dit veelal gebeurt op verzoek van eerstelijnsartsen en de patiënt het ziekenhuis niet daadwerkelijk bezoekt. Patiënten die gedurende het jaar hetzelfde ziekenhuis meermaals hebben bezocht, tellen één keer mee. Patiënten die meerdere ziekenhuizen hebben bezocht, tellen in elk ziekenhuis één keer mee.

8) Indeling naar ziekenhuistype is op basis van de indeling in 2017.

9) Bron: CBS.

De vergrijzing van de patiëntenpopulatie zette onverminderd door. In figuur 9 is per leeftijdscategorie de gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal patiënten en de Nederlandse bevolking tussen 2015 en 2017 tegen elkaar afgezet. In alle leeftijdscategorieën boven de 45 jaar groeide

het aantal patiënten harder dan de Nederlandse bevolking. De grootste groei deed zich voor bij patiënten van 65 jaar en ouder. Het aandeel patiënten van 65 jaar en ouder bedroeg in 2017 29,7% tegen 28,9% in 2016.



Figuur 9: Aantal behandelde patiënten per type aandoening 2016 en 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, extrapolatie op basis van n = 71 ziekenhuizen in 2017)

2.2 Verleende zorg

Om een indruk te krijgen van de zwaarte van de verleende zorg is gekeken naar het aantal patiënten per type aandoening (zie figuur 10 en figuur 11). Het betreft hierbij patiënten waarvoor een DBC-zorgtraject is gestart¹⁰. Er is een indeling gemaakt naar vier typen aandoeningen dan wel behandelingen: acuut, chronisch, electief en oncologisch¹¹.

Behandelingen voor chronische aandoeningen komen het vaakst voor. In 2017 werden 4,57 miljoen patiënten behandeld voor één of meerdere chronische aandoeningen; een kleine daling ten opzichte van 2016 (-0,7%). Het aantal patiënten

dat acuut behandeld werd nam met 1,1% af tot 2,02 miljoen. Het aantal patiënten met een electieve behandeling groeide met 1,1% tot 2,59 miljoen.

Een patiënt kan gedurende een jaar voor meer dan één type aandoening behandeld zijn, bijvoorbeeld voor een gebroken been (acute aandoening) en voor diabetes (chronische aandoening). In dat geval telt de patiënt twee keer mee. Patiënten die voor meerdere aandoeningen van hetzelfde type werden behandeld, zijn één keer meegeteld. Gemiddeld werd een patiënt voor 1,35 verschillende aandoeningen behandeld¹².

10) Voor ongeveer 80% van de patiënten wordt een DBC-zorgtraject gestart. Voor de overige 20% worden wel verrichtingen uitgevoerd, meer deze zijn (nog) niet gekoppeld aan een DBC-zorgtraject. Het betreft bijvoorbeeld patiënten kaakchirurgie en patiënten met enkel een verrichting radiologie waarvan de vergoeding los declarabel is. Deze 20% valt buiten de analyse.

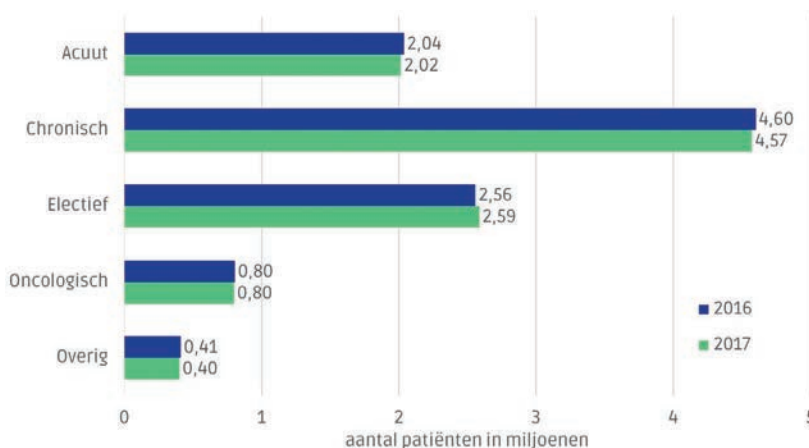
11) Daarvoor is gebruikgemaakt van de Clinical Classification Software (CCS)-groepen. Zie Verantwoording voor een toelichting op deze classificatie.

12) Samenloop van aandoeningen van hetzelfde type komt het vaakst voor bij patiënten met chronische ziekten. Zij hebben vaak meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd. Patiënten met een chronische ziekte werden in 2017 gemiddeld behandeld voor 1,4 verschillende chronische aandoeningen. Bij de andere aandoeningen is dat gemiddeld 1,1 aandoeningen per patiënt.



Aandoening	Aantal behandelde patiënten per type aandoening		
	2016	2017	Vershil
Acuut	2,04	2,02	-1,1%
Chronisch	4,60	4,57	-0,7%
Electief	2,56	2,59	1,1%
Oncologisch	0,80	0,80	-0,6%
Overig	0,41	0,40	-2,1%
Totaal aantal behandelde patiënten	10,41	10,38	-0,4%
Aantal unieke patiënten	7,68	7,71	
Aantal behandelde aandoeningen per patiënt	1,36	1,35	

Figuur 10:
Aantal behandelde patiënten per type aandoening
(bron: LBZ, bewerking DHD, n = 65 ziekenhuizen)



Figuur 11:
Aantal behandelde patiënten per type aandoening 2016 en 2017
(bron: LBZ, bewerking DHD, extrapolatie op basis van n = 71 ziekenhuizen in 2017)

2.3 DBC-kosten

2.3.1 DBC-kosten per patiënt

Figuur 12 geeft de gemiddelde DBC-kosten per behandelde patiënt per type aandoening weer. Het betreft alleen de kosten die kunnen worden gedeclareerd via een DBC-zorgtraject. Los declarabele kosten, zoals dure geneesmiddelen, vallen hier buiten.

De gemiddelde DBC-kosten per patiënt zijn met 1,6% afgenomen van 2.204 euro in 2016 naar 2.168 euro in 2017. Verandering van de DBC-kosten per patiënt kan meerdere oorzaken hebben:

- Verandering van de casemix van de behandelde patiënten (andere aandoeningen).
- Nieuwe of gewijzigde behandelmethoden.
- Prijseffecten: het duurder of goedkoper worden van dezelfde behandeling.

De DBC-kosten per behandelde patiënt waren het hoogst bij de oncologische aandoeningen: 3.430 euro. Deze gemiddelde kosten per patiënt zijn vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van 2016 (-0,1%). De DBC-kosten per behandelde patiënt van de

meest voorkomende aandoening, de chronische aandoening, daalden met 1,2%. De DBC-kosten van patiënten met acute aandoeningen daalden met 1,4%. De DBC-kosten per patiënt voor electieve behandelingen blijven ongeveer gelijk (+0,1%).

Aandoening	DBC-kosten per patiënt		
	2016	2017	Vershil
Acuut	1.703	1.680	-1,4%
Chronisch	1.474	1.456	-1,2%
Electief	1.345	1.347	0,1%
Oncologisch	3.433	3.430	-0,1%
Overig	1.141	1.129	-1,1%
Totaal per unieke patiënt	2.204	2.168	-1,6%

Figuur 12:
DBC-kosten per patiënt
2016 en 2017
(bron: LBZ, bewerking DHD,
n = 71 ziekenhuizen in
2017)

2.3.2 Totale DBC-kosten

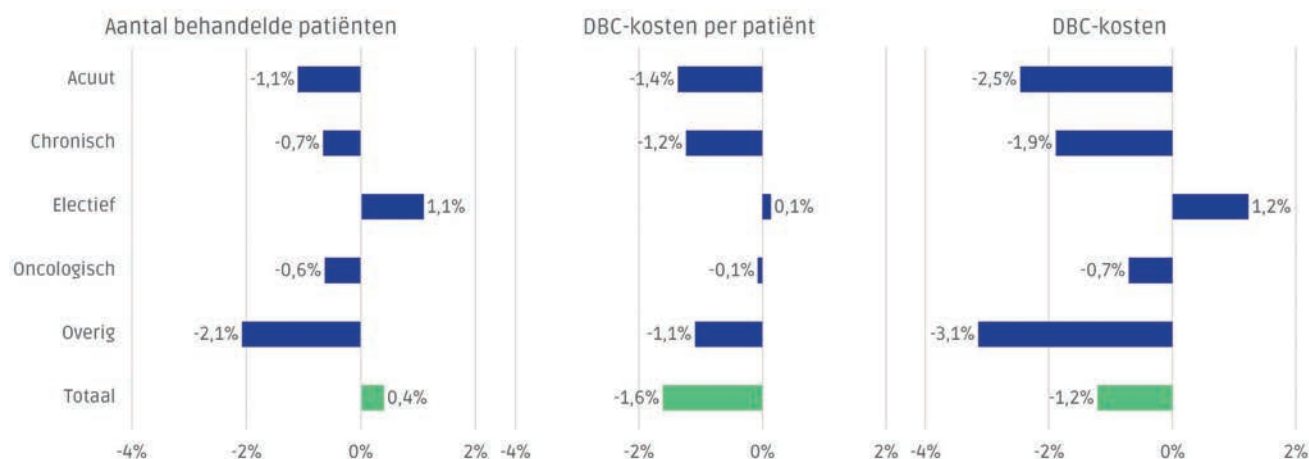
De totale DBC-kosten van de verleende zorg zijn als gevolg van de stijging van het aantal patiënten (+0,4%) en de gemiddeld lagere DBC-kosten per patiënt (-1,6%) met 1,2% gedaald; van 16,9 miljard euro in 2016 naar 16,7 miljard euro in 2017 (zie figuur 13 en tabel in bijlage 2). Het betreft de DBC-kosten voor effectuering van de contractafspraken met de zorgverzekeraars. Welk deel van de DBC-kosten gedeclareerd is bij de zorgverzekeraars hangt af van het type contract en de gemaakte afspraken.

De meeste DBC-kosten werden gemaakt voor patiënten met een chronische aandoening. De DBC-kosten van deze aandoeningen betroffen 6,7 miljard euro in 2017, wat neerkomt op 40% van de totale DBC-kosten. De kosten daalden door

de afname van het aantal behandelde patiënten (-0,7%) en de daling van de gemiddelde DBC-kosten per patiënt (-1,2%).

Het aantal acute, chronische en oncologische patiënten daalde (zie figuur 13). Bij acute en chronische behandelingen daalden tevens de DBC-kosten per patiënt, bij oncologische patiënten bleven de kosten per patiënt vrijwel gelijk (-0,1%). De DBC-kosten daalden voor al deze drie groepen patiënten.

Bij patiënten met een electieve behandeling stegen de DBC-kosten met 1,2%. De categorie overig bedroeg 2,7% van de totale DBC-kosten in 2017. Deze categorie omvat onder meer verschillende typen nazorg.



Figuur 13: Ontwikkeling per type aandoening 2016 - 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, n = 71 ziekenhuizen in 2017)

2.4 Ontwikkeling per type instelling

In figuur 14 tot en met figuur 16 (en in bijlage 2) zijn de ontwikkeling van het aantal patiënten en de ontwikkeling van de DBC-kosten per type instelling weergegeven. In alle typen instellingen daalden de totale DBC-kosten¹³.

In de algemene ziekenhuizen daalden de DBC-kosten met 2,9% door een daling van de DBC-kosten per patiënt met hetzelfde percentage. Het aantal patiënten bleef vrijwel gelijk. Uit figuur 14 blijkt dat de daling zich voordeed bij oncologische, chronische en acute patiënten. Voor die groepen daalden de gemiddelde kosten per patiënt en het aantal behandelde patiënten. Een groter aantal patiënten werd electief behandeld en de gemiddelde DBC-kosten per patiënt bleven hier gelijk.

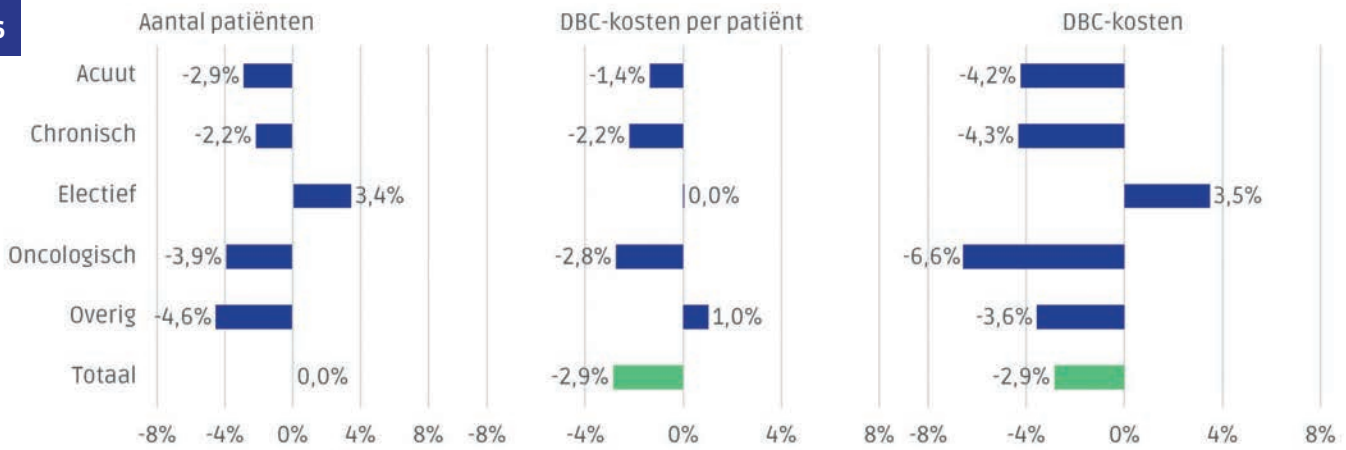
De topklinische ziekenhuizen behandelden ongeveer 3,7 miljoen patiënten. De gemiddelde DBC-kosten per patiënt waren hoger dan die van de algemene ziekenhuizen. De gemiddelde kosten namen af met 0,8%. De totale DBC-kosten daalden licht (-0,2%).

De DBC-kosten voor acute en oncologische patiënten daalden. De DBC-kosten stegen voor patiënten die electief werden behandeld. Voor chronische patiënten bleven het aantal patiënten, de gemiddelde kosten en de totale kosten vrijwel gelijk.

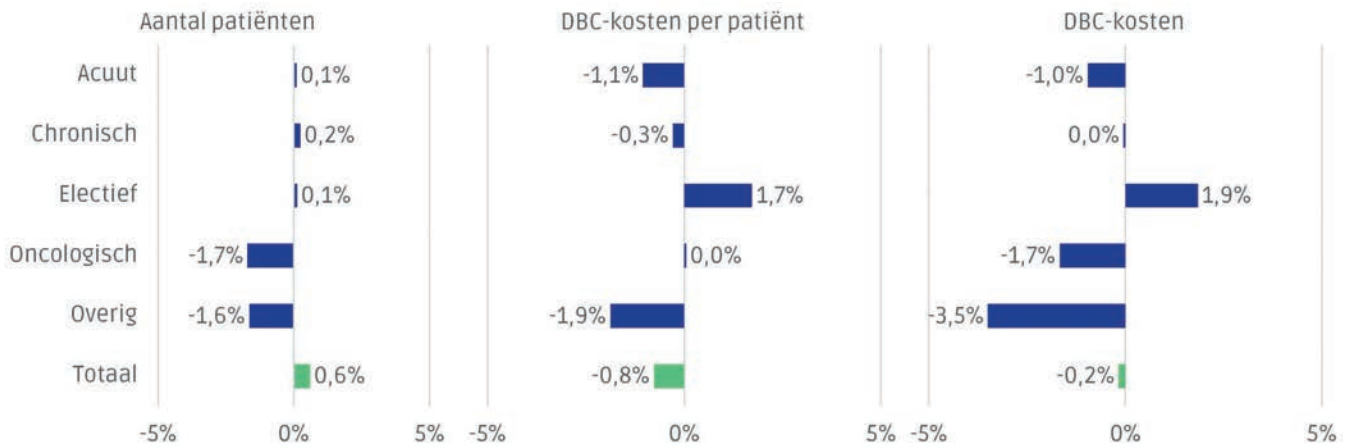
Het aantal patiënten in de UMC's steeg met 0,8%. Het verschil in de gemiddelde DBC-kosten per patiënt is een indicatie voor het verschil in zwaarte van de behandeling van de patiënten. De DBC-kosten per patiënt daalden met 1,7%. Het aantal oncologische patiënten steeg met 10,1%. Het aantal patiënten met een electieve behandeling daalde met 3,1%. De aantallen acute en chronische patiënten stegen licht, respectievelijk met 0,3% en 0,4% (zie figuur 16).

De categorie overig bedroeg 2,7% van de totale DBC-kosten voor alle ziekenhuizen in 2017. Deze categorie omvat onder meer verschillende typen nazorg.

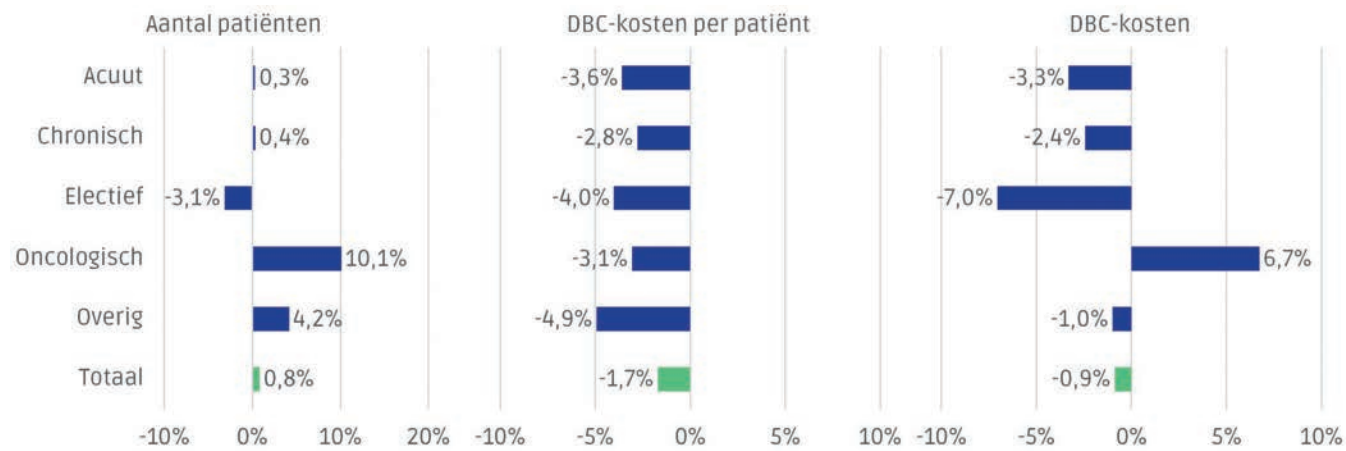
13) Exclusief los declarabele kosten waaronder dure geneesmiddelen.



Figuur 14: Ontwikkeling algemene ziekenhuizen 2016 - 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, n = 40 ziekenhuizen in 2017)



Figuur 15: Ontwikkeling topklinische ziekenhuizen 2016 - 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, n = 24 ziekenhuizen in 2017)



Figuur 16: Ontwikkeling UMC's 2016 - 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, n = 7 UMC's in 2017)

3. De juiste zorg op de juiste plek

3.1 Inleiding

De overheid en brancheverenigingen hebben in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2018 medisch-specialistische zorg afgesproken zich in te spannen om een transformatie in de zorg te realiseren. De beoogde transformatie moet ervoor zorgen dat patiënten de zorg krijgen die ze echt nodig hebben en dat ze deze ontvangen van een zorginstantie en in een omgeving die daar het meest geschikt voor is. Oftewel: 'de juiste zorg op de juiste plek'. Het moet leiden tot efficiënter gebruik van zorgmiddelen en tot het verhogen van patiënttevredenheid¹⁴

De transformatie omvat verschillende vormen van verplaatsing en andere inzet van zorg. Dit kan onder andere door verplaatsing van zorg van tweede naar eerste lijn, toename van zelfmanagement door patiënten (met introductie van technische hulpmiddelen) en meer inzet van geneesmiddelen in plaats van dure medische verrichtingen. De komende jaren zullen doelstellingen van de transformatie nader worden uitgewerkt en zullen op decentraal niveau maatregelen en acties worden ontplooid.

Voor de medisch-specialistische zorg zullen de maatregelen en effecten per ziekenhuis en per patiëntgroep verschillen. Over het algemeen wordt verwacht dat de grootste voordelen te behalen zijn bij de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus type 2, nierinsufficiëntie, COPD en chronisch hartfalen. De maatregelen moeten bijdragen aan een daling van het aantal patiënten die ziekenhuizen bezoeken,

een daling van het gemiddeld aantal ziekenhuisbezoeken per patiënt en een verandering in de samenstelling van de zorg¹⁵. Maar of dit, gezien de toenemende vergrijzing en complexiteit van patiënten in de tweede lijn, ook per saldo leidt tot een kostenbesparing, moet nog blijken.

De gedachte dat verplaatsing van zorg bij chronische aandoeningen mogelijk is, is niet nieuw. In de afgelopen jaren hebben ziekenhuizen al verschillende maatregelen genomen die tot verandering en verplaatsing van zorg van chronische patiënten hebben geleid. Het is goed om daar rekening mee te houden wanneer de doelstellingen en maatregelen van 'de juiste zorg op de juiste plek' verder worden geconcretiseerd.

De analyses in dit hoofdstuk laten zien dat de medisch-specialistische zorg bij vier chronische aandoeningen de nodige wijzigingen heeft ondergaan. Zowel in het aantal patiënten, in de omvang en samenstelling van de zorg als in de DBC-kosten. Door in te zoomen op de medische verrichtingen die per chronische aandoening worden uitgevoerd, wordt duidelijk welke zorg de ziekenhuizen leveren en waar de aanknopingspunten liggen voor maatregelen in het kader van 'de juiste zorg op de juiste plek'. De analyses zijn gebaseerd op de LBZ en beschrijven daarmee de zorg binnen ziekenhuizen. Zorg verleend door onder meer huisartsen en ZBC's wordt hier niet in beschreven.

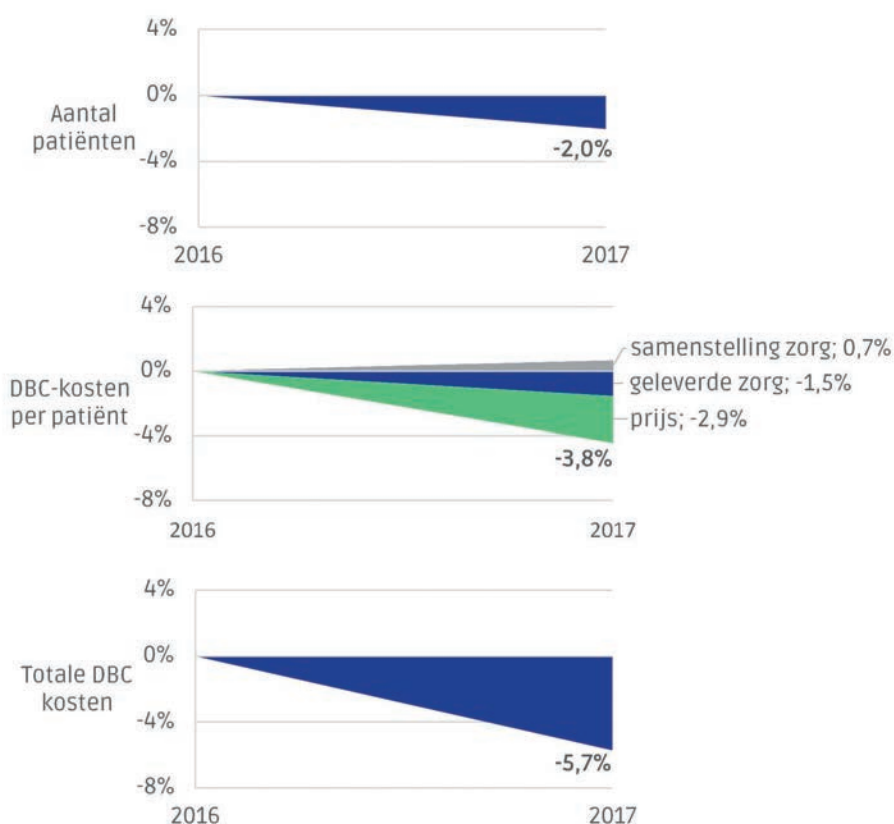
14) Zie 'Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022', d.d. 4 juni 2018.

15) Zie rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek – wie durft?', Taskforce Zorg op de Juiste Plek, d.d. april 2018 en 'Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan', SiRM, d.d. november 2016.

3.2 Diabetes mellitus

Het aantal patiënten met diabetes mellitus¹⁶ dat in 2017 in de ziekenhuizen is behandeld, daalde met 2,0% naar 141.800 (zie figuur 17). De gemiddelde DBC-kosten per patiënt namen ook af, met -3,8%. De daling van de DBC-kosten per patiënt is het resultaat van een combinatie van factoren: de zorg per patiënt, uitgedrukt in het aantal DBC's per patiënt, nam af (-1,5%). Naast de hoeveelheid geleverde zorg veranderde ook de samenstelling van de zorg. Er werden naar verhouding meer

duurdere DBC's geleverd, waardoor de kosten van zorg toenamen (+0,7%). Verder was de gemiddelde prijs, zoals afgesproken met de zorgverzekeraars, lager voor de DBC's van de diabetespatiënten (-2,9%). Door de daling van het aantal patiënten en de daling van de DBC-kosten per patiënt, namen de totale DBC-kosten voor diabetespatiënten met 5,7% af tot 114,7 miljoen euro. Dit betekent een daling van 6,9 miljoen euro.

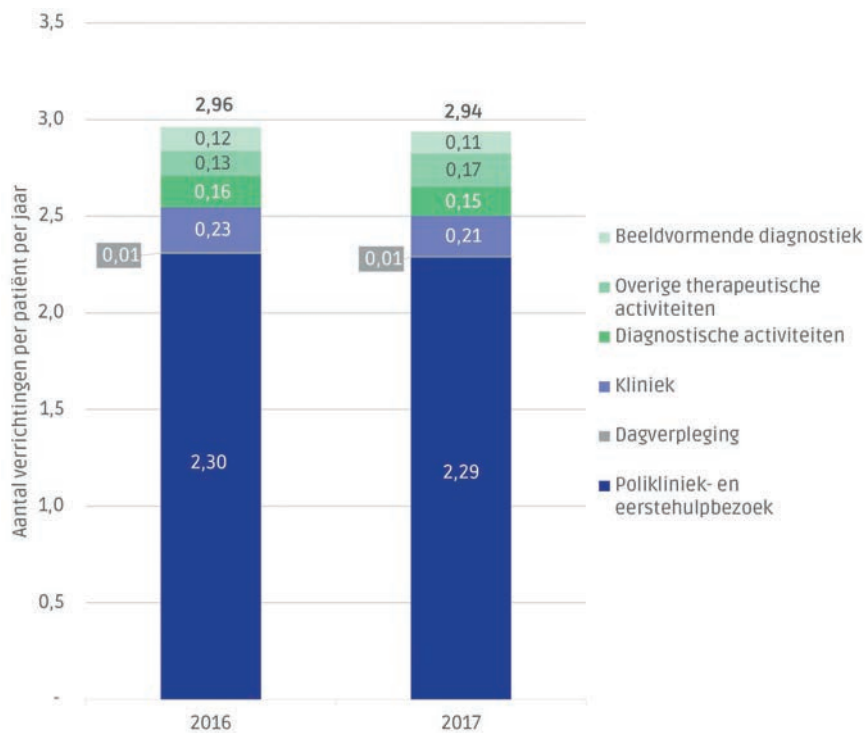


Figuur 17: Ontwikkeling aantal patiënten en DBC-kosten bij diabetes mellitus 2016 - 2017 (bron: LBZ, n = 41 ziekenhuizen in 2017)

De verandering in de geleverde zorg per patiënt is ook terug te zien in het aantal en type medische verrichtingen (zie figuur 18). Een gemiddelde diabetespatiënt ontving in 2017 gemiddeld 2,94 medische verrichtingen. Dat was 0,8% minder dan in 2016. Binnen de verrichtingen is ook een duidelijke ver-

schuiving waar te nemen. Het aantal patiënten dat gebruikmaakt van technische hulpmiddelen die de kwaliteit van zorg verbeteren, zoals de subcutane insulinepomp en sensoren voor continue glucosemeting (RT-CGM), nam toe. Daardoor groeide het aandeel 'overige therapeutische activiteiten' met 33%.

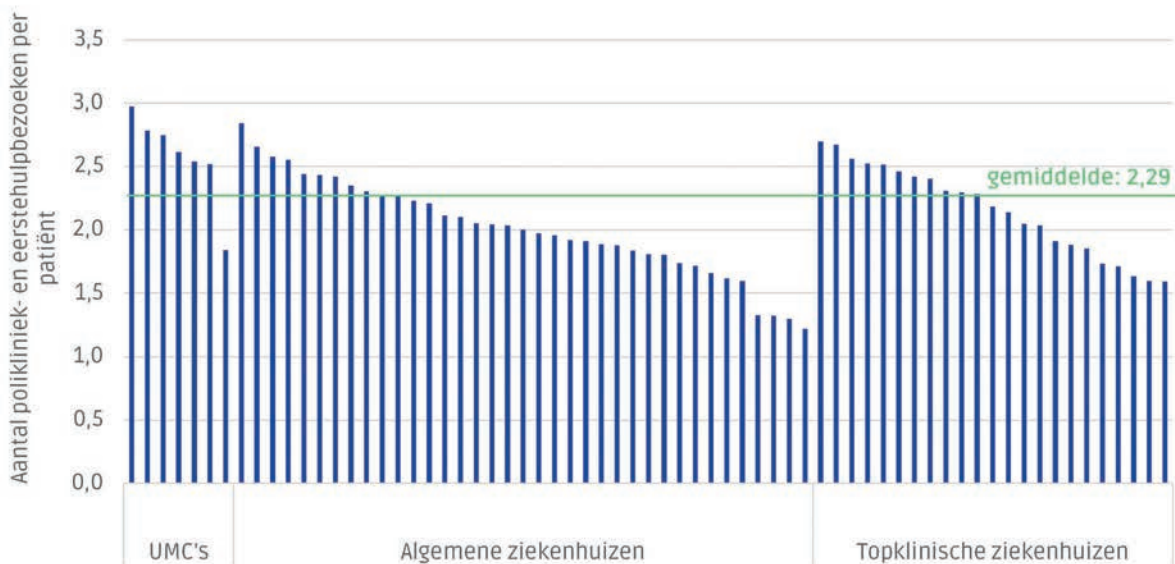
16) Als voorbeeld van de juiste zorg op de juiste plek wordt onder meer ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 genoemd (o.a. in factsheet en checklist FMS). In paragraaf 3.2 zijn de cijfers opgenomen van diabetes mellitus type 1 en type 2.



Figuur 18:
Ontwikkeling aantal verrichtingen per patiënt bij diabetes mellitus 2016 - 2017 (bron: LBZ, n = 41 ziekenhuizen in 2017)

Figuur 19 laat zien dat het gemiddeld aantal polikliniek- en eerstehulpbezoeken per patiënt uiteenloopt van 1,2 tot 3,0. Onder in eerste instantie de ziekenhuizen die een relatief laag

aantal bezoeken per patiënt hebben kan worden nagegaan of er 'best practices' zijn te vinden voor het nemen van maatregelen voor de juiste zorg op de juiste plek.

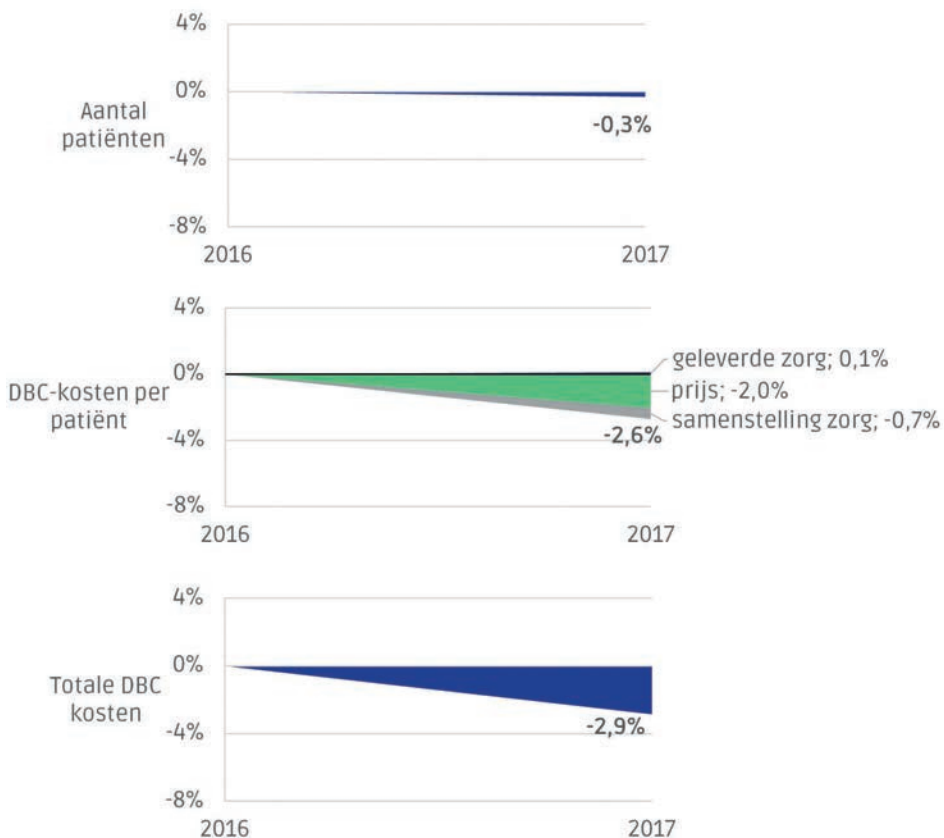


Figuur 19: Aantal polikliniek- en eerstehulpbezoeken per patiënt bij diabetes mellitus per ziekenhuis in 2017 (bron: LBZ, n = 67 ziekenhuizen in 2017)

3.3 Hartfalen

De medisch-specialistische zorg voor patiënten met chronisch hartfalen nam in omvang af, maar de zorg per patiënt veranderde weinig (zie figuur 20). Het aantal patiënten daalde in 2017 met 0,3% en kwam uit op 75.900. De DBC-kosten per patiënt daalden met 2,6%. Dat was hoofdzakelijk het gevolg van lagere

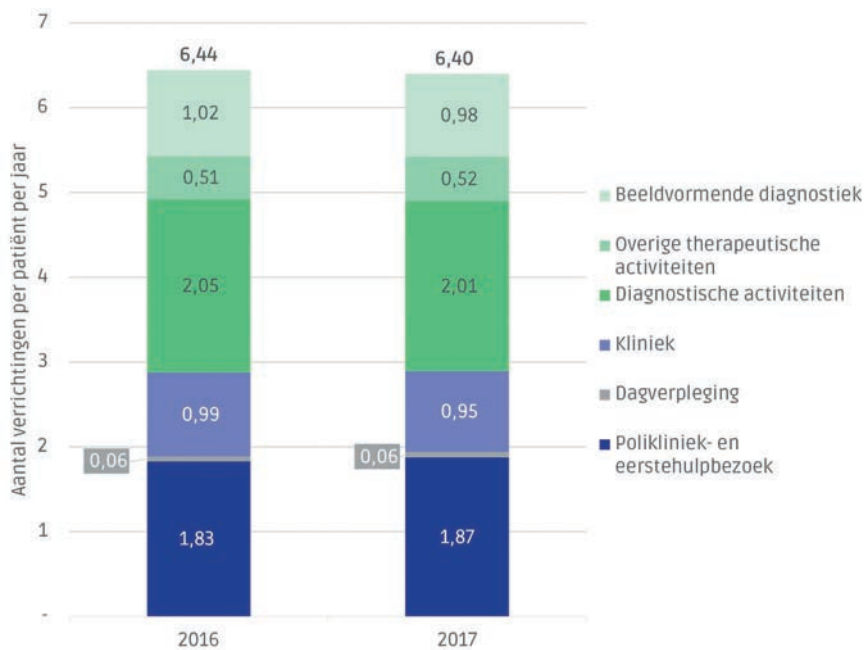
prijzen per DBC. De geleverde zorg, uitgedrukt in het aantal DBC's per patiënt, bleef nagenoeg gelijk (+0,1%) en de samenstelling van de zorg veranderde nauwelijks. Door de prijsdaling namen de totale DBC-kosten met 2,9% af (4,0 miljoen euro). Deze kwamen uit op 132,9 miljoen euro.



Figuur 20: Ontwikkeling aantal patiënten en DBC-kosten bij hartfalen 2016-2017 (bron: LBZ, n = 41 ziekenhuizen in 2017)

Het aantal verrichtingen per patiënt daalde licht naar gemiddeld 6,4 verrichtingen per patiënt per jaar (-0,7%, zie figuur 21). Diagnostische activiteiten (2,0 verrichtingen per patiënt per jaar) en polikliniek- en eerstehulpbezoeken (1,9) kwamen het meest voor

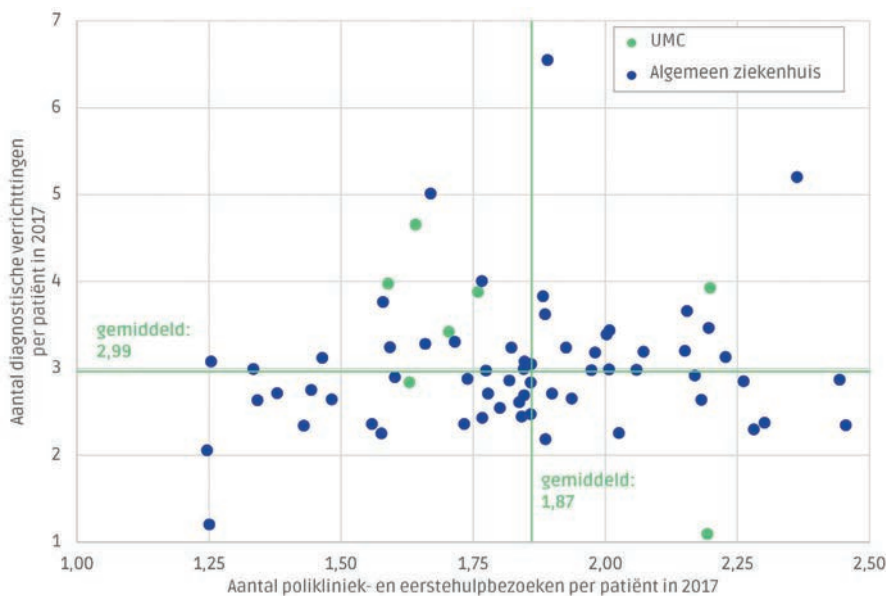
en bleven in omvang gelijk. Samen met de beeldvormende diagnostiek (1,0) vormde dat de kern van de medisch-specialistische zorg voor patiënten met hartfalen.



Figuur 21: Ontwikkeling aantal verrichtingen per patiënt bij hartfalen 2016 - 2017 (bron: LBZ, n = 41 ziekenhuizen in 2017)

Uit figuur 22 blijkt dat de zorg per ziekenhuis duidelijke verschillen kent. Het aantal polikliniek- en eerstehulpbezoeken per patiënt varieert van 1,25 tot 2,50 per jaar. Ook het aantal verrichtingen met betrekking tot de diagnostiek verschilt sterk¹⁷. Het aantal loopt uiteen van gemiddeld één verrichting per patiënt per jaar tot ruim zes. In het kader van

de juiste zorg op de juiste plek kan nader worden verkend of er interessante voorbeelden te vinden zijn onder - in eerste instantie - ziekenhuizen in het kwadrant linksonder, waarbij zowel het aantal polikliniekbezoeken als het aantal diagnostische verrichtingen relatief laag zijn.



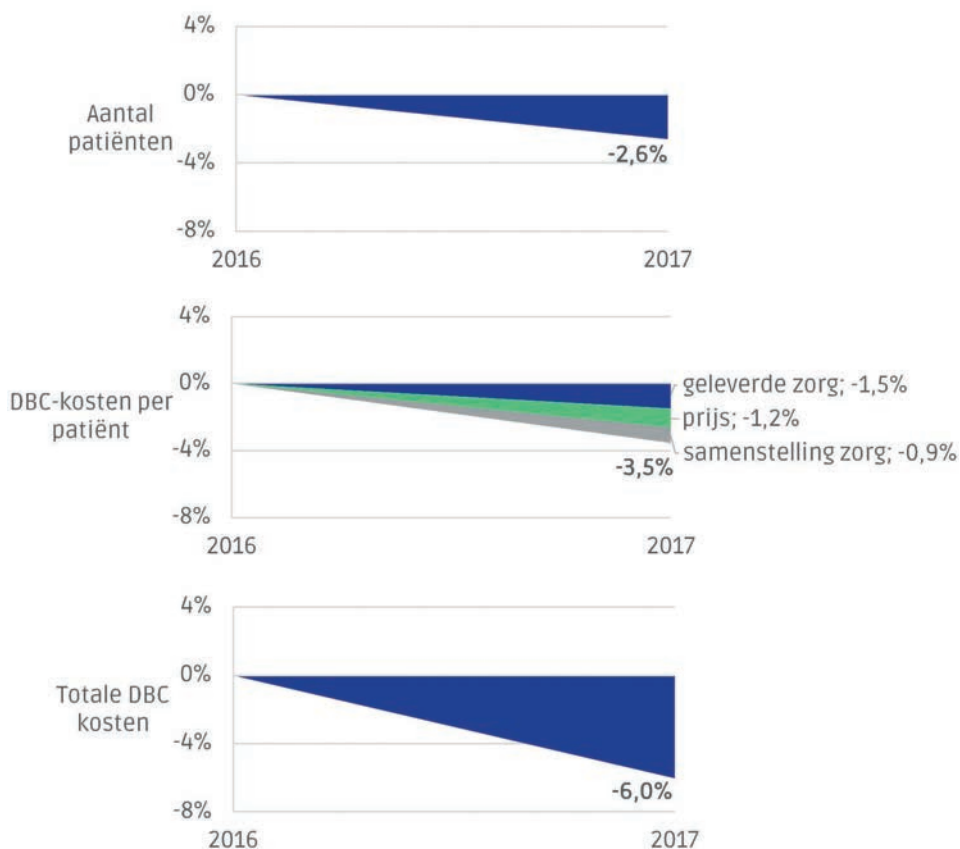
Figuur 22: Aantal diagnostische verrichtingen en aantal polikliniek- en eerstehulpbezoeken per patiënt bij hartfalen per ziekenhuis in 2017 (bron: LBZ, n = 69 ziekenhuizen in 2017)

17) De zorgprofielklassen 'Diagnostische activiteiten' en 'Beeldvormende diagnostiek' zijn hier samengenomen.

3.4 COPD

Van de hier besproken chronische ziekten nam het aantal patiënten met chronische bronchitis en longemfyseem (COPD) relatief het meest af in 2017: -2,6% (zie figuur 23). Dat betekent dat in 2017 85.300 patiënten in een ziekenhuis werden behandeld. De gemiddelde DBC-kosten per patiënt namen af met

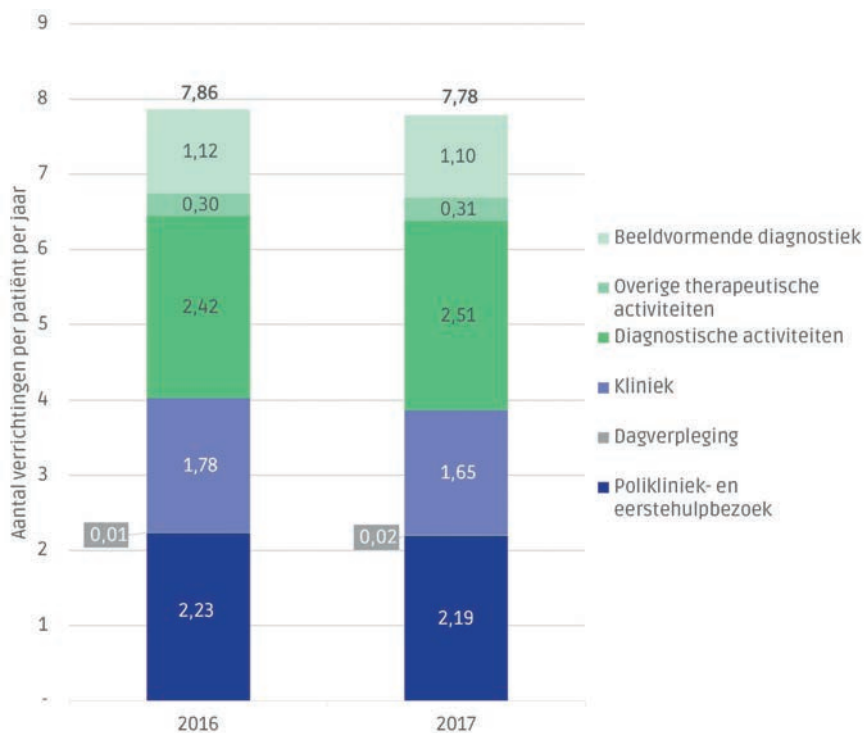
3,5% door een combinatie van minder geleverde zorg per patiënt (-1,5%), een verandering in de samenstelling van de geleverde zorg (-0,9%) en een prijseffect (-1,2%). De totale DBC-kosten bedroegen in 2017 127,0 miljoen euro: 6,0% (8,1 miljoen euro) lager dan in 2016.



Figuur 23: Ontwikkeling aantal patiënten en DBC-kosten bij COPD 2016 - 2017 (bron: LBZ, n = 41 ziekenhuizen in 2017)

Het totaal aantal medische verrichtingen per patiënt per jaar nam iets af en kwam uit op gemiddeld 7,8 (zie figuur 24). Wel deden zich veranderingen voor in het type verrichtingen. Het aantal klinische opnamen nam af met

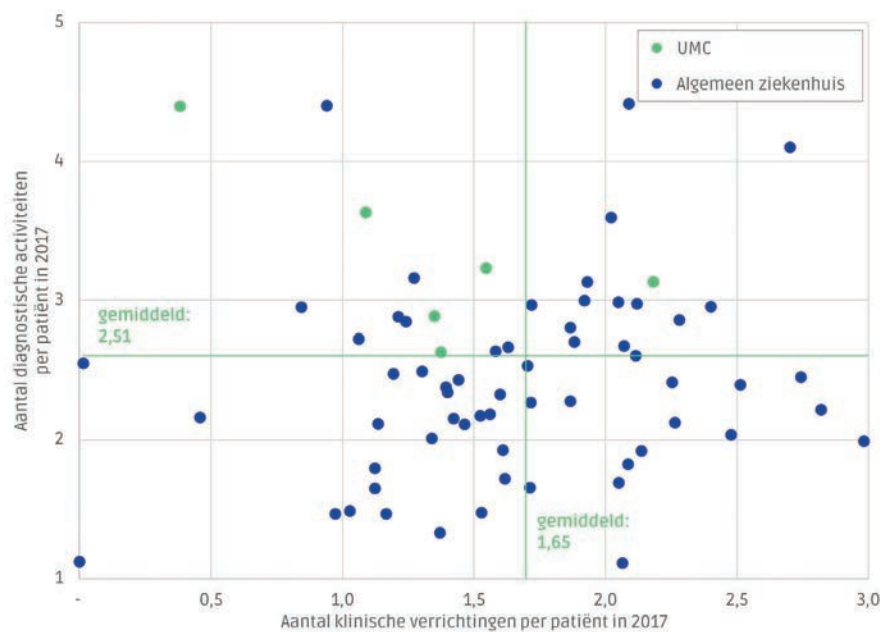
gemiddeld 7,3% en ook het aantal polikliniek-bezoeken daalde (-1,6%). Daar stond tegenover dat het aantal diagnostische activiteiten hoger uitkwam op gemiddeld 2,5 verrichtingen per patiënt per jaar.



Figuur 24: Ontwikkeling aantal verrichtingen per patiënt bij COPD 2016 - 2017 (bron: LBZ, n = 41 ziekenhuizen in 2017)

Bijna een derde van de medisch-specialistische verrichtingen bij patiënten met COPD bestaat uit diagnostische activiteiten. Ook het aantal klinische opnamen is hoog in vergelijking met de andere chronische aandoeningen die in dit hoofdstuk aan bod komen.

Figuur 25 laat zien dat het verschil in de mate waarin ziekenhuizen deze twee typen verrichtingen uitvoeren groot is. In een aantal ziekenhuizen vinden nauwelijks klinische opnamen plaats. Het maximum ligt op gemiddeld bijna 3 klinische opnamen per patiënt per jaar. Het aantal diagnostische activiteiten loopt per ziekenhuis sterk uiteen: van gemiddeld iets meer dan 1 tot bijna 4,5 per patiënt per jaar.

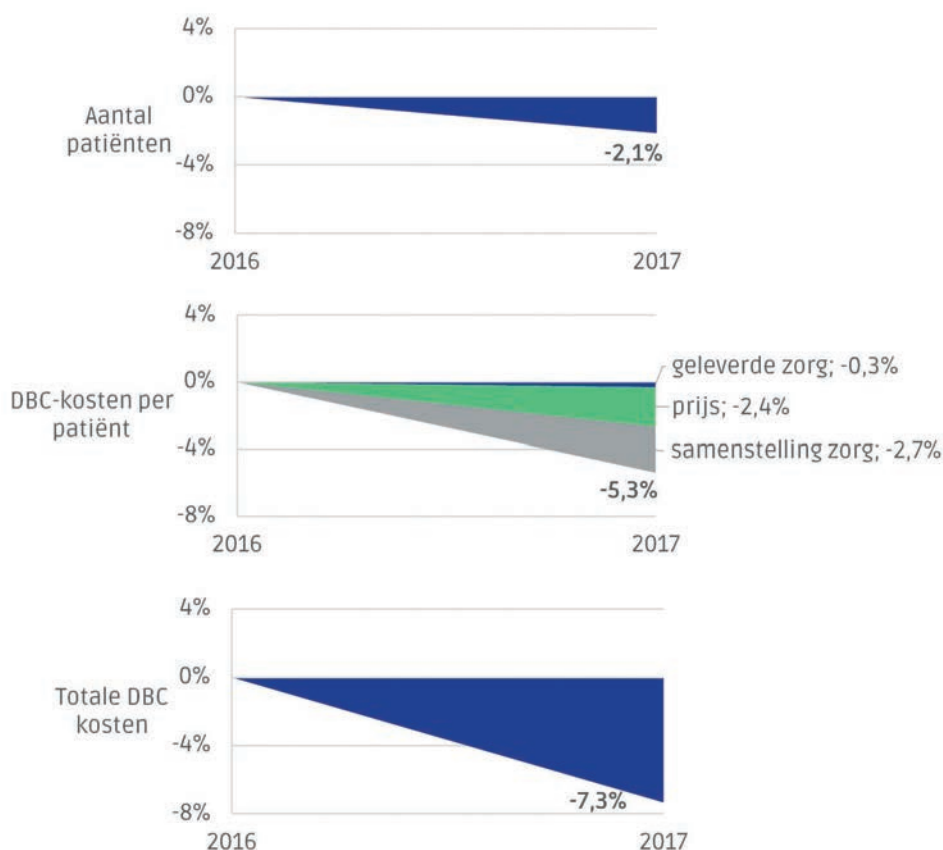


Figuur 25: Aantal diagnostische activiteiten en klinische opnamen per patiënt bij COPD per ziekenhuis in 2017 (bron: LBZ, n = 69 ziekenhuizen in 2017)

3.5 Chronische nierinsufficiëntie

In 2017 daalde het aantal patiënten dat in een ziekenhuis behandeld is voor chronische nierinsufficiëntie met 2,1% (zie figuur 26). Hiermee kwam het aantal patiënten in 2017 uit op 61.700. De DBC-kosten per patiënt kwamen 5,3% lager uit, hoofdzakelijk omdat de samenstelling van de zorg veranderde.

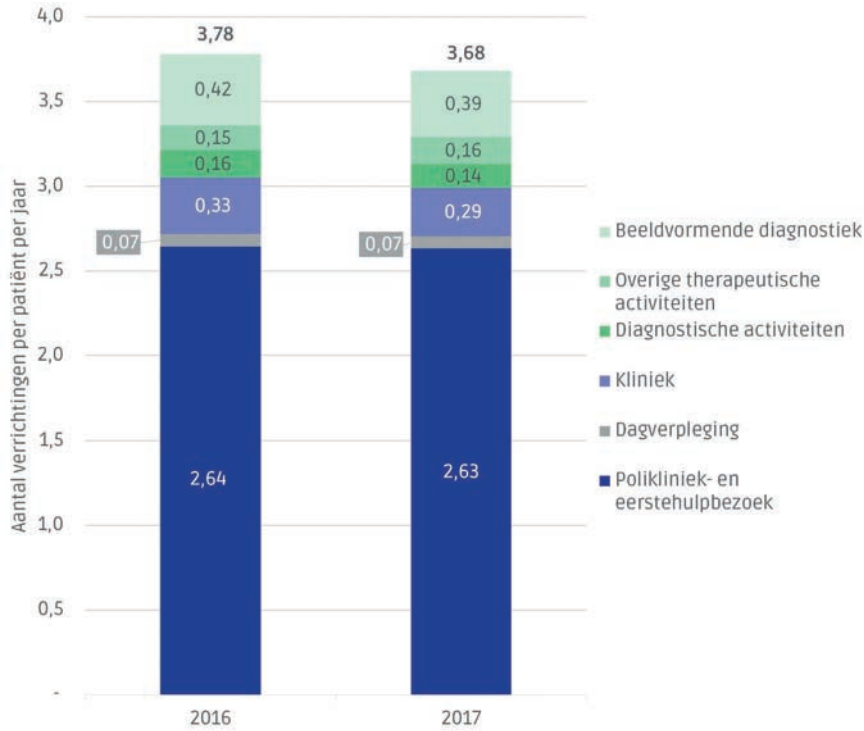
Er werden naar verhouding meer goedkopere DBC's geleverd. Ook de gemiddelde prijs van de geleverde zorg nam af (-2,4%). De omvang van de geleverde zorg veranderde nauwelijks (-0,3%). De totale DBC-kosten bedroegen in 2017 49,4 miljoen euro; een daling van 3,9 miljoen euro (7,3%).



Figuur 26: Ontwikkeling aantal patiënten en DBC-kosten bij chronische nierinsufficiëntie 2016-2017 (bron: LBZ, n = 41 ziekenhuizen in 2017)

De veranderende samenstelling van de zorg is ook terug te zien in de uitgevoerde medische verrichtingen (zie figuur 27). Het gemiddelde aantal verrichtingen per patiënt daalde met 2,6% naar 3,7. Ook het aantal klinische opnamen daalde, evenals

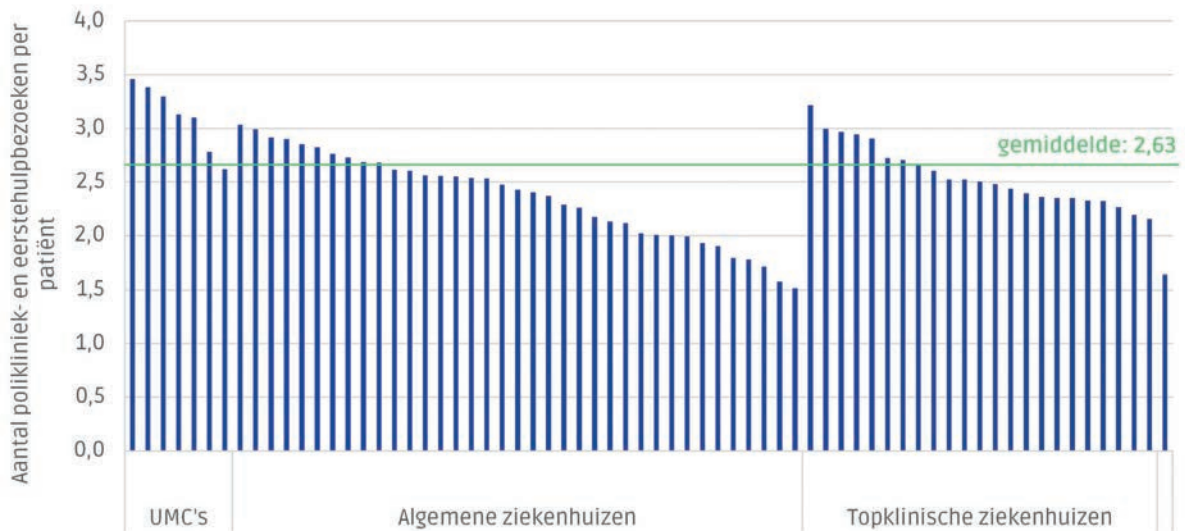
het aantal diagnostische en beeldvormende diagnostische activiteiten. Het aantal beeldvormende diagnostische activiteiten daalde door een sterke afname van het aantal uitgevoerde echografieën en radiologische onderzoeken.



Figuur 27:
Ontwikkeling aantal verrichtingen per patiënt bij chronische nierinsufficiëntie 2016 - 2017 (bron: LBZ, n = 41 ziekenhuizen in 2017)

Het aantal polikliniek- en eerstehulpbezoeken per patiënt per jaar verschilt sterk per ziekenhuis

(zie figuur 28). Voor ongeveer 10% van de ziekenhuizen is het aantal lager dan twee keer per jaar.



Figuur 28: Aantal polikliniek- en eerstehulpbezoeken per patiënt bij chronische nierinsufficiëntie per ziekenhuis in 2017 (bron: LBZ, n = 68 ziekenhuizen in 2017)

3.6 Conclusies

Voor elk van de vier hiervoor beschreven chronische aandoeningen - diabetes mellitus, hartfalen, COPD en chronische nierinsufficiëntie - blijkt dat het aantal patiënten dat een ziekenhuis bezocht in 2017 lager was dan in 2016. Ook de DBC-kosten per patiënt en de totale DBC-kosten waren in 2017 lager dan in 2016. Tevens was er een lichte daling van het aantal verrichtingen per patiënt bij deze diagnoses. Dit bevestigt het beeld dat al langere tijd wordt ingezet op verandering en verplaatsing van zorg voor chronische patiënten.

Variatie in het aantal polikliniek- en eerste hulp-bezoeken, het aantal diagnostische verrichtingen en het aantal klinische opnamen per patiënt kan enerzijds worden verklaard door verschil in patiënt-populatie per ziekenhuis. Anderzijds kunnen bij lagere aantallen 'best practice' voorbeelden worden gevonden van toepassing van de juiste zorg op de juiste plek. Dat biedt aanknopingspunten voor het nemen van maatregelen op dit vlak.

4. Dure geneesmiddelen

4.1 Totale kosten dure geneesmiddelen

De kosten van dure geneesmiddelen bedroegen 2,02 miljard euro in 2017. Dure geneesmiddelen zijn add-on geneesmiddelen en OZP-stollingsfactoren die vanwege de hoge kosten buiten de DBC-systematiek worden gedeclareerd. De kosten zijn gebaseerd op de contractprijzen per geneesmiddel die ziekenhuizen overeengekomen zijn met de zorgverzekeraars¹⁸.

In 2017 waren de kosten 148 miljoen euro hoger dan in 2016, wat overeenkomt met een toename van 7,9%. De kosten voor dure geneesmiddelen groeiden daarmee harder dan de maximaal af-

gesproken groei van de totale zorgkosten van 1,0% uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord. De bovengemiddelde kostengroei van de dure geneesmiddelen kan leiden tot verdringing van zorg; de extra kosten voor dure geneesmiddelen gaan dan ten koste van andere zorg.

De kostenstijging verschilde per type instelling. In UMC's stegen de kosten met 8,5% naar 764 miljoen euro. In de topklinische ziekenhuizen namen de kosten met 7,7% toe naar 769 miljoen euro. Algemene ziekenhuizen zagen de kosten met gemiddeld 7,5% toenemen naar 483 miljoen euro.

Bedragen x 1 mln euro	Kosten dure geneesmiddelen		Verskil	
	2016	2017	In euro's	In %
Algemene ziekenhuizen	450	483	34	7,5%
Topklinische ziekenhuizen	715	769	55	7,7%
UMC's	704	764	60	8,5%
Totaal	1.869	2.017	148	7,9%

Figuur 29: Kosten dure geneesmiddelen per type instelling 2016 en 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, n = 72 ziekenhuizen in 2017)

De belangrijkste oorzaak voor de toename van de kosten van dure geneesmiddelen is de groei van het aantal patiënten dat een duur geneesmiddel

gebruikte. Het aantal patiënten groeide met 8,3%: van 219.100 in 2016 naar 237.300 in 2017.¹⁹

18) Het betreft de contractprijzen zoals door de ziekenhuizen aangeleverd aan de LBZ.

19) Het betreft het aantal unieke patiënten per jaar dat ten minste één duur geneesmiddel verstrekt heeft gekregen. Een patiënt die gedurende het jaar meerdere dure geneesmiddelen heeft gebruikt, telt voor één.

	Aantal patiënten met dure geneesmiddelen		Verschil	
	2016	2017	In aantallen	In %
Algemene ziekenhuizen	68.100	72.000	3.900	5,8%
Topklinische ziekenhuizen	99.800	110.600	10.900	10,9%
UMC's	51.200	54.700	3.400	6,7%
Totaal	219.100	237.300	18.200	8,3%

Figuur 30: Aantal patiënten met dure geneesmiddelen per type instelling 2016 en 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, n = 72 ziekenhuizen in 2017)

Tegelijkertijd daalden de kosten per patiënt met

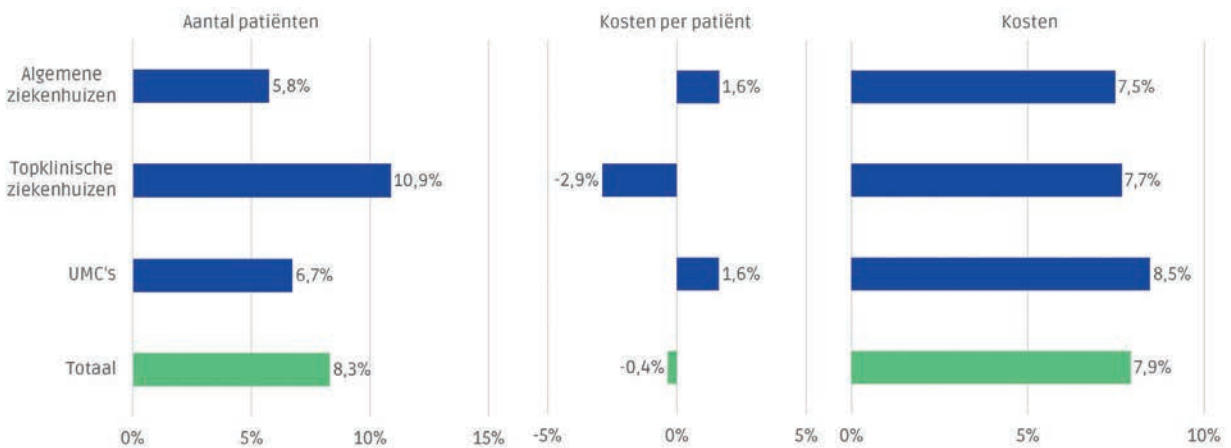
gemiddeld 0,4%. Van 8.530 euro in 2016 naar 8.500 euro in 2017.

	Kosten per patiënt (in euro's)		Verschil	
	2016	2017	In euro's	In %
Algemene ziekenhuizen	6.600	6.710	110	1,6%
Topklinische ziekenhuizen	7.160	6.960	-210	-2,9%
UMC's	13.750	13.970	220	1,6%
Gemiddeld	8.530	8.500	-30	-0,4%

Figuur 31: Kosten dure geneesmiddelen per patiënt per type instelling 2016 en 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, n = 72 ziekenhuizen in 2017)

De groei van het aantal patiënten werd gedempt door lagere gemiddelde kosten per patiënt.

De totale kosten kwamen daardoor 7,9% hoger uit (figuur 32).



Figuur 32: Ontwikkeling dure geneesmiddelen per type instelling 2016 - 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, n = 72 ziekenhuizen in 2017)

Veranderingen in de kosten per patiënt zijn het gevolg van een combinatie van factoren:

- Verandering van de contractprijzen per geneesmiddel tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Contractprijzen van geneesmiddelen kunnen van jaar op jaar en per zorgverzekeraar verschillen.
- Veranderingen in de samenstelling van de patiëntenpopulatie die een geneesmiddel ontvangt.
- Substitutie-effecten tussen geneesmiddelen. Er komen bijvoorbeeld goedkopere alternatieven op de markt door de introductie van nieuwe,

verbeterde geneesmiddelen en het toelaten van biosimilars.

- Wijzigingen in de gedefinieerde dagdosis per geneesmiddel.

De invloed van de factoren verschilt per type geneesmiddel. Zo zijn (nog) niet voor alle geneesmiddelen biosimilars beschikbaar. In de volgende paragraaf wordt de ontwikkeling per type duur geneesmiddel nader toegelicht. Dat geeft inzicht in de factoren die per type geneesmiddel een rol spelen en daarmee in de totale veranderingen van de kosten van dure geneesmiddelen.

4.2 Naar type geneesmiddel

Het grootste gedeelte van de kosten van dure geneesmiddelen werd in 2017 besteed aan oncologische geneesmiddelen. Het aandeel bedroeg 45%, wat overeenkomt met een bedrag van 918 miljoen euro. 23% van de kosten, 463 miljoen euro, ging naar de TNF-alfaremmers. Ongeveer 7% werd besteed aan stollingsfactoren (139 miljoen euro). Een kwart van de kosten voor dure geneesmiddelen werd besteed aan overige dure geneesmiddelen.

De kosten voor oncolytica stegen met 85 miljoen euro. Een sterke stijging deed zich voor bij middelen die eerst in de zogenaamde sluis zaten²⁰, deze werden als te duur beoordeeld door het Zorginstituut Nederland, en zijn na prijsonderhandelingen opgenomen voor vergoeding uit de basisverzekering. Dit betrof onder meer Nivolumab en Pembrolizumab (beide middelen met indicatie voor onder meer longkanker), en Pertuzumab en Palbociclib (beide middelen met indicatie borstkanker).

De kosten voor TNF-alfaremmers daalden met 23 miljoen euro (-4,7%). Dit kwam door een stijging van het aantal patiënten (+4,4%) en een daling van de kosten per patiënt per jaar (-8,7%).

De stollingsfactoren zijn een relatief kleine categorie dure geneesmiddelen, die door een selecte groep ziekenhuizen mogen worden voorgeschreven. De grootste wijziging in kosten voor stollingsfactoren deed zich voor bij Turoctocog alfa (+29,5 miljoen euro) en Octocog alfa (-19,7 miljoen euro). Beide zijn middelen voor indicatie hemofilie en betreffen hetzelfde type stollingsfactor.

Binnen de dure geneesmiddelen vormen de middelen tegen stofwisselingsziekten een bijzondere groep. In 2017 kregen ruim 250 personen deze middelen toegediend, waarbij de totale kosten uitkwamen op ruim 100 miljoen euro. Dit komt overeen met ruim een vijfde van de totale kosten van de categorie overige dure geneesmiddelen. De kosten per patiënt bedroegen gemiddeld bijna 400.000 euro per jaar.

20) In het geval van Pembrolizumab afhankelijk van de indicatie.

Verantwoording

Voor dit rapport is gebruikgemaakt van informatie uit twee bronnen: de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) en de uitkomsten van een

enquête onder de instellingen waarin gevraagd is naar de verwachting ten aanzien van omzet en contractafspraken.

Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg

Inhoud

LBZ is de registratie van medische, administratieve en financiële gegevens van patiënten die een klinische opname, dagopname of langdurige observatie achter de rug hebben of poliklinisch werden behandeld. In opdracht van de NVZ en NFU verzamelt en beheert DHD de informatie in de LBZ. De LBZ bestaat uit een medisch en een financieel deel. Het medische deel bevat per ziekenhuis en per patiënt medische informatie over opname(n) en uitgevoerde verrichtingen. Het financiële deel van de LBZ bevat financiële informatie over de DBC's en de los declarabele verrichtingen.

Dekking

Alle algemene ziekenhuizen en UMC's hebben gegevens over 2016 en 2017 aangeleverd aan het medische deel van de LBZ. De aanleveringen vonden gespreid plaats en zijn gevalideerd en afgesloten door middel van een jaarafsluiting in het voorjaar van 2017 (met betrekking tot data over 2016) en 2018 (met betrekking tot data over 2017).

Aan het financiële deel van de LBZ hebben 71 ziekenhuizen gegevens over 2017 aangeleverd. Dat betekent dat 95% van de instellingen in het financiële deel van de LBZ vertegenwoordigd zijn. De dekkingsgraden van respectievelijk 100% voor het medische en 95% voor het financiële deel maken het mogelijk om op alle onderdelen van het rapport een verantwoorde extrapolatie naar nationaal niveau te maken.

Per deelanalyse is beoordeeld van welke ziekenhuizen de gegevens kwalitatief voldoende waren om mee te nemen in de analyse. Dat heeft ertoe geleid dat het aantal ziekenhuizen per deelanalyse varieert.

Validatie van gegevens

De gegevens in de LBZ zijn technisch en inhoudelijk gevalideerd en er zijn referentiële controles uitgevoerd (naar niet-bestaande of ongeldige codes). De bevindingen zijn teruggekoppeld aan de ziekenhuizen, zodat eventuele problemen konden worden hersteld door correcties of heraanleveringen.

Bewerking en extrapolatie

Ten behoeve van dit rapport zijn diverse bewerkingen uitgevoerd op de data en zijn de gegevens geëxtrapolieerd naar nationaal niveau, met uitzondering van de gegevens in paragraaf 4.2.

- Het aantal unieke patiënten per ziekenhuis (zie o.a. hoofdstuk 1 en hoofdstuk 2) is bepaald op basis van het patiëntnummer. Patiënten (met hetzelfde patiëntnummer) die gedurende het jaar het ziekenhuis meermaals bezocht hebben, tellen één keer mee. Patiënten die gedurende het jaar mee dan één ziekenhuis hebben bezocht, tellen bij elk ziekenhuis één keer mee. Patiënten waarbij gedurende een kalenderjaar alleen sprake was van een laboratoriumonderzoek zijn daarbij buiten beschouwing gelaten.

- Om per type aandoening een onderscheid te kunnen maken naar het aantal patiënten, de verleende zorg en DBC-kosten (zie hoofdstuk 2), zijn de DBC-zorgtrajecten ingedeeld naar de CCS-classificatie. De CCS-classificatie is afkomstig uit het Healthcare Cost and Utilization Project van de Agency for Healthcare Research and Quality (Verenigde Staten). Het is een classificatie van ruim 250 klinisch herkenbare groepen, gebaseerd op de ICD-10 diagnoses. De groepen zijn geclusterd in vier hoofdcategorieën (acuut, chronisch, electief en oncologisch) en een restcategorie. De CCS-classificatie wordt door DHD onder andere toegepast bij de berekening van de HSMR. Ziekenhuizen gebruiken de indeling steeds vaker bij de onderhandelingen met zorgverzekeraars.
 - In (deel)analyses waarbij geen gebruik kon worden gemaakt van de gegevens van alle ziekenhuizen, is geëxtrapoléerd naar landelijk niveau (met uitzondering van de gegevens per geneesmiddel in paragraaf 4.2).
- Voor de analyse van de patiënten en de dure geneesmiddelen is bijgeschat op basis van het voorgaande of het erop volgende jaar voor zover nodig.
 - Voor de analyse van de omzet en DBC-kosten vond extrapolatie naar landelijk niveau plaats op basis van het aantal patiënten, met een weging naar type ziekenhuis (algemeen, topklinisch, UMC's). Tevens zijn de productiegegevens uit de LBZ bijgeschat op basis van de bruto omzet zoals opgegeven in een enquête onder ziekenhuizen.

Voor ongeveer 80% van de patiënten wordt een DBC-zorgtraject gestart. Voor de overige 20% worden wel verrichtingen uitgevoerd, maar deze zijn (nog) niet gekoppeld aan een DBC-zorgtraject. Het betreft bijvoorbeeld patiënten kaakchirurgie en patiënten met enkel een verrichting radiologie waarvan de vergoeding los declarabel is. De los declarabele omzet is onderdeel van de analyses in hoofdstuk 1, maar valt buiten de analyse van de DBC-kosten in hoofdstuk 2.

Enquête contractafspraken en omzetprognose

Door middel van een schriftelijke enquête zijn de ziekenhuizen gevraagd naar de (verwachte) hoogte van de gefactureerde omzet, voor en na toepassing van de contractafspraken met de zorgverzekeraars. Daarbij is gevraagd om onderscheid te maken tussen de omzet op DBC-zorgproducten en de omzet op los declarabele zorgproducten, alsmede de omzet en afspraken per zorgverzekeraar.

De aanlevering vond plaats in twee ronden. In april 2018 hebben ziekenhuizen hun eerste prognoses ingestuurd. In september 2018 konden ziekenhuizen hun eerdere opgave aanpassen en vervolledigen.

Respons

In totaal hebben 55 instellingen een enquête aangeleverd. Dit komt overeen met een responsratio van 73%. Dat is vergelijkbaar met voorgaande jaren en maakt het mogelijk om een verantwoorde extrapolatie naar nationaal niveau te maken.

Lijst afbeeldingen

- | | |
|---|-----------|
| Figuur 1: Bruto omzet 2016 en 2017 | 6 |
| Figuur 2: Bruto omzet en netto omzet 2015 - 2017 | 7 |
| Figuur 3: Verschil tussen de netto en bruto omzet, als percentage van de bruto omzet 2015 - 2017 | 8 |
| Figuur 4: Verschil tussen de netto en bruto omzet als percentage van de bruto omzet per zorgverzekeraar | 8 |
| Figuur 5: Reële ontwikkeling netto omzet 2014 - 2017 (netto omzet 2014 = 100) | 9 |
| Figuur 6: Verdeling gehanteerde afspraaktypen 2015 - 2017 | 9 |
| Figuur 7: Verdeling afspraaktypen per zorgverzekeraar 2015 - 2017 | 10 |
| Figuur 8: Aantal patiënten 2015 - 2017 | 11 |
| Figuur 9: Gemiddelde jaarlijkse groei aantal patiënten en inwoners per leeftijdscategorie over 2015-2017 | 12 |
| Figuur 10: Aantal behandelde patiënten per type aandoening 2016 en 2017 | 13 |
| Figuur 11: Aantal behandelde patiënten per type aandoening 2016 en 2017 | 13 |
| Figuur 12: DBC-kosten per patiënt 2016 en 2017 | 14 |
| Figuur 13: Ontwikkeling per type aandoening 2016 - 2017 | 15 |
| Figuur 14: Ontwikkeling algemene ziekenhuizen 2016 - 2017 | 16 |
| Figuur 15: Ontwikkeling topklinische ziekenhuizen 2016 - 2017 | 16 |
| Figuur 16: Ontwikkeling UMC's 2016 - 2017 | 16 |
| Figuur 17: Ontwikkeling aantal patiënten en DBC-kosten bij diabetes mellitus 2016 - 2017 | 18 |
| Figuur 18: Ontwikkeling aantal verrichtingen per patiënt bij diabetes mellitus 2016 - 2017 | 19 |
| Figuur 19: Aantal polikliniek- en eerstehulpbezoeken per patiënt bij diabetes mellitus per ziekenhuis in 2017 | 19 |
| Figuur 20: Ontwikkeling aantal patiënten en DBC-kosten bij hartfalen 2016 - 2017 | 20 |
| Figuur 21: Ontwikkeling aantal verrichtingen per patiënt bij hartfalen 2016 - 2017 | 21 |
| Figuur 22: Aantal diagnostische verrichtingen en aantal polikliniek- en eerstehulpbezoeken per patiënt bij hartfalen per ziekenhuis in 2017 | 21 |
| Figuur 23: Ontwikkeling aantal patiënten en DBC-kosten bij COPD 2016 - 2017 | 22 |
| Figuur 24: Ontwikkeling aantal verrichtingen per patiënt bij COPD 2016 - 2017 | 23 |
| Figuur 25: Aantal diagnostische activiteiten en klinische opnamen per patiënt bij COPD per ziekenhuis in 2017 | 23 |
| Figuur 26: Ontwikkeling aantal patiënten en DBC-kosten bij chronische nierinsufficiëntie 2016 - 2017 | 24 |
| Figuur 27: Ontwikkeling aantal verrichtingen per patiënt bij chronische nierinsufficiëntie 2016 - 2017 | 25 |
| Figuur 28: Aantal polikliniek- en eerstehulpbezoeken per patiënt bij chronische nierinsufficiëntie per ziekenhuis in 2017 | 25 |
| Figuur 29: Kosten dure geneesmiddelen per type instelling 2016 en 2017 | 27 |
| Figuur 30: Aantal patiënten met dure geneesmiddelen per type instelling 2016 en 2017 | 28 |
| Figuur 31: Kosten dure geneesmiddelen per patiënt per type instelling 2016 en 2017 | 28 |
| Figuur 32: Ontwikkeling dure geneesmiddelen per type instelling 2016 - 2017 | 28 |
| Figuur 33: Totale DBC-kosten per type aandoening 2016 en 2017 | 36 |
| Figuur 34: Ontwikkeling per type instelling 2016 en 2017 | 36 |

Bijlage 1

Deelnemende ziekenhuizen



AGB-code	Zorginstelling	Type instelling	Omzet- prognose/ contract- afspraken	LBZ Medisch 2016 en/of 2017	LBZ Financieel 2016 en/of 2017
06010107	Martini Ziekenhuis	Topklinisch		X	X
06010110	Ommelander Ziekenhuis Groningen	Algemeen		X	X
06010202	Ziekenhuis Nij Smellinghe	Algemeen	X	X	X
06010205	Tjongerschans	Algemeen	X	X	X
06010209	Antonius Ziekenhuis	Algemeen		X	X
06010210	Medisch Centrum Leeuwarden	Topklinisch	X	X	X
06010301	Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Algemeen	X	X	X
06010304	Treant Ziekenhuiszorg	Algemeen	X	X	X
06010417	Deventer Ziekenhuis	Topklinisch	X	X	X
06010418	Röpcke-Zweers Ziekenhuis	Algemeen		X	X
06010419	Medisch Spectrum Twente	Topklinisch		X	X
06010420	Isala	Topklinisch	X	X	X
06010421	Ziekenhuisgroep Twente	Algemeen		X	X
06010509	Slingeland Ziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06010518	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Topklinisch		X	X
06010520	Ziekenhuis Rivierenland	Algemeen	X	X	X
06010530	Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Algemeen	X	X	X
06010533	Ziekenhuis St Jansdal	Algemeen	X	X	X
06010534	Ziekenhuis Gelderse Vallei	Algemeen	X	X	X
06010535	Ziekenhuis Rijnstate	Topklinisch	X	X	X
06010536	Gelre Ziekenhuizen	Topklinisch	X	X	X
06010618	Diakonessenhuis	Algemeen	X	X	X
06010619	Meander Medisch Centrum	Topklinisch	X	X	X
06010620	St. Antonius Ziekenhuis	Topklinisch		X	
06010702	Noordwest Ziekenhuisgroep	Topklinisch	X	X	X
06010704	Ziekenhuis Amstelland	Algemeen		X	
06010713	OLVG	Topklinisch		X	X

AGB-code	Zorginstelling	Type instelling	Omzet- prognose/ contract- afspraken	LBZ Medisch 2016 en/of 2017	LBZ Financieel 2016 en/of 2017
06010742	Zaans Medisch Centrum	Algemeen	X	X	X
06010748	Slotervaartziekenhuis B.V.	Algemeen	X	X	
06010752	Ziekenhuizen West-Friesland en Waterland (vanaf 2019: Dijklander Ziekenhuis)	Algemeen	X	X	X
06010753	BovenIJ Ziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06010754	Spaarne Gasthuis	Topklinisch		X	X
06010755	Rode Kruis Ziekenhuis	Algemeen		X	X
06010758	Tergooi	Algemeen	X	X	X
06010805	Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Algemeen		X	X
06010830	Havenziekenhuis	Algemeen		X	
06010831	Ikazia Ziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06010848	Rivas Zorggroep	Algemeen	X	X	X
06010850	LangeLand Ziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06010852	IJsselland Ziekenhuis	Algemeen		X	X
06010855	Groene Hart Ziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06010857	Reinier de Graaf Groep	Topklinisch	X	X	X
06010859	Albert Schweitzer Ziekenhuis	Topklinisch		X	X
06010861	Maasstad Ziekenhuis	Topklinisch	X	X	X
06010862	HagaZiekenhuis	Topklinisch	X	X	X
06010863	Spijkensisse Medisch Centrum	Algemeen		X	X
06010865	Alrijne Zorggroep	Algemeen		X	X
06010866	Haaglanden Medisch Centrum	Topklinisch		X	X
06010867	Sint Franciscus Vlietland Groep	Topklinisch	X	X	X
06010901	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06010913	ZorgSaam Ziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06011002	Maasziekenhuis Pantein	Algemeen	X	X	X
06011009	Catharina Ziekenhuis	Topklinisch		X	X
06011011	St. Anna Ziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06011026	Elkerliek Ziekenhuis	Algemeen		X	X
06011032	Bernhoven	Algemeen		X	X
06011033	Amphia	Topklinisch	X	X	X

AGB-code	Zorginstelling	Type instelling	Omzet- prognose/ contract- afspraken	LBZ Medisch 2016 en/of 2017	LBZ Financieel 2016 en/of 2017
06011034	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Topklinisch	X	X	X
06011035	Máxima Medisch Centrum	Topklinisch	X	X	X
06011036	Bravis Ziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06011037	Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis	Topklinisch	X	X	
06011108	Laurentius Ziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06011113	SJG Weert	Algemeen	X	X	X
06011115	VieCuri Medisch Centrum	Topklinisch	X	X	X
06011118	Zuyderland Medisch Centrum	Topklinisch		X	X
06011201	MC IJsselmeerziekenhuizen	Algemeen	X	X	
06011202	Flevoziekenhuis	Algemeen	X	X	X
06020101	Universitair Medisch Centrum Groningen	UMC	X	X	
06020502	Radboudumc	UMC	X	X	X
06020602	UMC Utrecht	UMC	X	X	X
06020701	VUmc	UMC	X	X	X
06020702	Academisch Medisch Centrum	UMC	X	X	X
06020801	Leids Universitair Medisch Centrum	UMC	X	X	X
06020806	Erasmus MC	UMC	X	X	X
06021101	Maastricht UMC+	UMC	X	X	X
06080701	Nederlands Kanker Instituut - Antoni Van Leeuwenhoek ¹	Algemeen	X	X	X
06080801	Prinses Máxima Centrum	Algemeen	X	X	X
06130802	Het Oogziekenhuis Rotterdam	Algemeen	X	X	X
06170501	Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald	Algemeen		X	

Bijlage 2

Tabellen bij hoofdstuk 2

Totale DBC-kosten per type aandoening

Aandoening	Totale DBC-kosten per type aandoening		
	2016	2017	Vershil
Acuut	3,47	3,38	-2,5%
Chronisch	6,79	6,66	-1,9%
Electief	3,44	3,48	1,2%
Oncologisch	2,76	2,74	-0,7%
Overig	0,47	0,45	-3,1%
Totaal aantal behandelde patiënten	16,93	16,72	-1,2%

Figuur 33: Totale DBC-kosten per type aandoening 2016 en 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, n = 71 ziekenhuizen in 2017)

Ontwikkeling aantal patiënten en DBC-kosten per type instelling

	Behandelde patiënten (aantallen x 1 mln)			DBC-kosten per patiënt			DBC-kosten (bedragen x 1 mld)		
	2016	2017	Vershil	2016	2017	Vershil	2016	2017	Vershil
Algemene ziekenhuizen	2,99	2,99	0,0%	1.938	1.882	-2,9%	5,79	5,62	-2,9%
Topklinische ziekenhuizen	3,70	3,72	0,6%	2.174	2,158	-0,8%	8,05	8,03	-0,2%
UMC's	0,99	1,00	0,8%	3.115	3.062	-1,7%	3,10	3,07	-0,9%
Totaal	7,68	7,71	0,4%	2.204	2.168	-1,6%	16,93	16,72	-1,2%

Figuur 34: Ontwikkeling per type instelling 2016 en 2017 (bron: LBZ, bewerking DHD, n = 71 ziekenhuizen in 2017)



Colofon

Het Rapport Kostenontwikkeling Ziekenhuiszorg 2017 is door DHD opgesteld in opdracht van de NVZ en NFU. Aan dit rapport hebben meegewerkt: Keiko Driest, Evelyn van Lochem, Egbert Nieuwenhuis, Harm Nico Plomp, Emile Strijbos en Rudi Engel.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Harm Nico Plomp via 030 273 97 00 of via info@dhd.nl. Digitale exemplaren kunt u downloaden op www.dhd.nl.

Over DHD

DHD verzamelt, beheert en bewerkt data van ziekenhuizen en UMC's. Wij geven die data vervolgens terug in de vorm van informatie. Wij zijn van en voor de ziekenhuizen en UMC's in Nederland. DHD is opgericht door de NVZ en NFU.

©DHD, december 2018



VORMGEVING

Marker Ontwerp

DRUK

Proud Press

DHD

Oudlaan 4 - 3515 GA Utrecht
Postbus 9696 - 3506 GR Utrecht

SERVICEDESK

030 799 61 65

www.dhd.nl - info@dhd.nl