

# De startende marktwerking in de gezondheidszorg

De Nederlandse Zorgautoriteit adviseert marktwerking nu te stabiliseren. Uitbreiding echter borgt het onderhandelen op het niveau van zorgprocessen, noodzakelijk voor de relatering aan de kwaliteit van zorg.

In januari 2005 werd een belangrijke stap gezet richting de invoering van meer marktwerking in de gezondheidszorg. Ieder ziekenhuis kan voor ongeveer tien procent van het ziekenhuisbudget vrijelijk met iedere betrokken zorgverzekeraar individueel onderhandelen over volume en prijs van door de overheid aangewezen zorgproducten. De omschrijvingen van deze zorgproducten zijn als Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) wettelijk vastgelegd. Deze DBC's omvatten alle in het zorgtraject noodzakelijke diagnostiek en behandeling, zowel poliklinisch als klinisch. De activiteiten van de medisch specialist maken naast de integrale inzet van het ziekenhuis deel uit van de onderscheiden DBC's (Zuurbier, 2004). De overheid kan de budgetomvang van deze ziekenhuiszorg nog slechts beïnvloeden door de inhoud te veranderen. Dit deel van het ziekenhuisbudget, ook wel B-segment genoemd, bestaat in 2005 uit 1.376 DBC's, verdeeld over veertien medisch specialismen, die over het algemeen goed planbare, niet te complexe zorg bevatten en redelijk zijn gespreid over de verschillende medisch specialismen (CTG/ZAio, 2005).

Voor de resterende negentig procent van het ziekenhuisbudget (A-segment) gelden nog steeds de financiële grenzen zoals die zijn vastgesteld door de overheid in het Budgettaire Kader Zorg ofwel geldt er een gesloten budgettering. Binnen deze kaders onderhandelt het ziekenhuis met de marktlieder van de verzekeraars uit het zorggebied en een andere verzekeraar namens alle anderen met name over het volume van globale ziekenhuisbrede productieparameters die betrekking hebben op de binnenkomst en de verblijfsduur van cliënten. De waarde van deze parameters wordt landelijk uniform door de overheid vastgesteld (Van Montfort, 2001) Met de introductie van het B-segment en de toekomstige uitbreiding ervan, alsmede de herziening van het zorgverzekeringsstelsel in januari 2006, wil de overheid het zorgsysteem geleidelijk omvormen tot een decentraal sturingsmodel met – waar mogelijk en wenselijk – gereguleerde marktwerking. Nu de introductie van de DBC-bekostiging inmiddels enige tijd achter de rug is, vragen we ons in dit artikel af wat voor invloed de marktwerking heeft

gehad op de tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars afgesproken DBC prijzen. Een belangrijk argument om de marktwerking in de zorg tot stand te brengen, is dat daardoor de mogelijkheid ontstaat om te kunnen onderhandelen op het niveau waarop primaire zorgprocessen plaatsvinden. Hierdoor kan een directe relatie worden gelegd met medische effectiviteit, doelmatigheid en cliëntgerichtheid ofwel de kwaliteit van de zorg. Binnen het A-segment worden de productieafspraken op ziekenhuisbreed niveau gemaakt, waardoor de relatie met de kwaliteit van zorg niet direct zichtbaar is. Er kunnen zelfs tegengestelde prikkels optreden. Zo kan een kwaliteitsverbetering, bijvoorbeeld een daling van het aantal complicaties, leiden tot minder ligdagen, wat binnen het A-segment een daling van het budget betekent. Wordt het B-segment, zoals het resterende budget, ook ziekenhuisbreed, gebaseerd op het verleden en gecorrigeerd met een groeicomponent benaderd, dan is de relatie met de kwaliteit van zorg niet meer direct te leggen.

## Data en methoden

Vier zorgverzekeraars, te weten CZ, Agis, Achmea en Delta Lloyd/OHRA, zijn bereid gevonden alle afgesproken DBC prijzen uit het B-segment over 2005 voor analyse ter beschikking te stellen. CZ had in 2005 twee miljoen verzekerden, Agis 1,7 miljoen, Achmea 2,9 miljoen en Delta Lloyd/OHRA 750.000. De gegevens hebben betrekking op 94 onderscheiden zorginstellingen, inclusief academische ziekenhuizen. Bij de gerealiseerde DBC prijzen kunnen zich twee situaties voordoen. In de meeste gevallen wordt de DBC prijs overeengekomen op basis van onderhandelingen. De overeenkomst kan ook gebaseerd zijn op de (veelal hogere) passantenprijs van het ziekenhuis. Deze prijs houdt in dat het ziekenhuis voor dit bedrag bereid is iedere individuele cliënt die zich aandient te helpen. Deze passantenprijzen worden door het ziekenhuis officieel gepubliceerd. Ook kan het voorkomen dat geen overeenkomst is afgesloten, omdat betrokken partijen niet tot elkaar kwamen. Tevens is het mogelijk dat de verzekeraar geen cliënten in het verzorgingsgebied van het betrokken ziekenhuis heeft, of dat bij het ziekenhuis de desbetreffende behandeling ontbreekt. Naast de DBC prijzen zijn tevens de marktaandelen van de zorgverzekeraar per ziekenhuis beschikbaar gesteld. De marktaandelen zijn bepaald door de schadelast van de verzekeraar behorend bij het ziekenhuis te delen door de totale omzet van hetzelfde ziekenhuis. In de onderstaande tabellen zijn tevens

**MARTIN VAN INEVELD, PETER DOHMEN, KEN REDEKOP**

Van Ineveld is gezondheids-econoom en universitair docent aan instituut Beleid en Management Gezondheidszorg bij Erasmus MC Rotterdam. Dohmen is gezondheidswetenschapper en zorginkoper bij ACHMEA en Redekop is epidemioloog en universitair docent instituut Beleid en Management Gezondheidszorg bij Erasmus MC Rotterdam. De auteurs danken A.P.W.P. van Montfort voor de kritische reflectie op het manuscript.

tabel 1

## Samenstelling DBC steekproef

DBC	Toelichting DBC verrichting	Prestatiecode	Declaratiecode	Diagnose B-segment
Liesbreuk	Heelkunde / Liesbreuk / ingreep met meerdaagse opname	3110001210203	150002	8%
Diabetes	Interne geneeskunde / Diabetes(Suikerziekte) / behandeling op de polikliniek	13110002211101	150018	12%
Amandelen	Keel- neus- oorheelkunde/Amandelen/operatieve behandeling in dagopname	2110000520212	150038	6%
Cataract	Oogheelkunde / Cataract(grijze staar) / ingreep / behandeling in dagopname	1110005540032	150145	11%
Heup	Orthopedie / Heupslijtage / meerdaagse opname met plaatsing van nieuwe heup	5110017010223	150189	20%
Knie	Orthopedie / Knieslijtage / meerdaagse opname met plaatsing van nieuwe knie	5110018010223	150193	12%
Rughernia (HNP)	Neurologie / Uitstralende pijn in het verloop van de zenuw (radiculaire syndroom/HNP) / behandeling met meerdaagse opname waarbij meerdere specialisten betrokken zijn	30110012030123	151345	1%

Bron: CTG/Zaio oriënterende monitor ziekenhuiszorg 2005

de door de Nederlandse Zorgautoriteit in oprichting (ZAio voorheen CTG) landelijk vastgestelde DBC prijzen uit 2004 opgenomen, ook wel schoningsprijzen genoemd. Deze prijzen zijn door ZAio primair ontwikkeld om het totale budget van een ziekenhuis te kunnen splitsen in de beide segmenten, vlak voordat over het B-segment vrijelijk onderhandeld kon worden. Weliswaar zijn deze prijzen door ZAio niet bedoeld om door ziekenhuizen en zorgverzekeraars bij de onderhandelingen gebruikt te worden, niettemin kunnen de partijen er wel gebruik van maken (CTG/ZAio, 2005).

De statistische analyse heeft plaatsgevonden op een beschrijvend niveau voor alle DBC prijzen uit het B-segment. Voor univariate, multivariate en correlatieanalyses zijn zeven DBC's geselecteerd waarbij gekeken is naar een evenwichtige verdeling over de hoofdspecialismen, de zwaarte van de behandeling (één keer poliklinisch, twee keer dagbehandeling en vier keer opname), duur en goedkoop, complex en eenvoudig. Uit tabel 1 blijkt dat het aandeel van de geselecteerde medisch specialismen zeventig procent van het B-segment bedraagt. Het aandeel van rug hernia is met één procent klein. Deze DBC is in de analyse meegenomen vanwege het complexere karakter van zowel de behandeling als de bepaling van de kostprijs; meerdere medische specialismen zijn betrokken bij de behandeling.

Statistisch bezien is het marktaandeel van zorgverzekeraars als continue variabele opgevat. Bij de pre-

sentatie is het marktaandeel opgesplitst naar laag (tien procent), midden (10-45 procent) en hoog (45 procent). Volgens de regels van NMA mogen zorgverzekeraars als groep onderhandelen als hun gezamenlijk aandeel niet hoger is dan vijftien procent (NMA, 2002), hieruit is een individuele grens van tien procent afgeleid. Bij de bepaling van de grens van 45 procent is rekening gehouden met het aantal waarnemingen onder en boven deze grens. De concurrentiepositie van ziekenhuizen is in drie klassen ingedeeld: volledig, beperkt en geen concurrentie. Deze indeling is gebaseerd op omvang en karakter van het ziekenhuis (aantal bedden en soorten specialismen), aantal concurrenten en afstand tot de concurrenten.

## Resultaten

In tabel 2 is per onderscheiden DBC zowel het landelijke ZAio-tarief uit 2004 weergegeven als de gerealiseerde DBC prijs voor 2005. Beide prijzen verschillen door inflatie, additionele rente veroorzaakt door wijziging in het betalingsregime van verzekeraars, en onderhandelingen. Hierbij moet worden bedacht dat instelling en zorgverzekeraar bij het ingaan van de onderhandelingen niet noodzakelijk het landelijke ZAio-tarief als uitgangspunt behoeven te nemen, maar zich ook kunnen baseren op de feitelijke kosten dan wel de bijbehorende passantenprijs van het betrokken ziekenhuis of andere instellingen. Met uitzondering van diabetes (achttien procent) ligt de totale prijsstijging per DBC vergeleken met de ZAio prijs tussen vier en negen procent. De oorzaak van de afwijking bij diabetes kan worden gezocht in de wat complexere definitie van deze chronische DBC, waarbij meerdere behandelaars zijn betrokken. Ook rughernia is relatief een complexere behandeling. De relatieve prijsontwikkeling voor rug hernia is negen procent. De invloed op de prijsvorming van de concurrentie van ziekenhuizen en marktaandelen van verzekeraars is weergegeven in tabel 3. Uitgezonderd voor rug hernia is het marktaandeel van verzekeraars steeds significant ( $p < 0,05$ ). De significantie voor de mate van concurrentie bij ziekenhuizen is genuanceerder. Naast rug hernia is de DBC voor knie en cataract niet significant. De verklarings-

tabel 2

## Beschrijvende statistiek DBC steekproef

	N	Zaio tarief		relatieve			gemid. / std.	
		2004	gemiddelde	prijsstijging	minimum	maximum	std. deviatie	deviatie
Liesbreuk	407	2.163	2.254	4,2%	1.529	3.088	193,06	11,67
Diabetes	410	409	483	18,1%	385	1.027	97,14	4,97
Amandelen	409	740	800	8,1%	433	1.498	97,38	8,21
Cataract	407	1.317	1.381	4,8%	1.044	1.599	77,78	17,75
Heup	409	8.561	9.097	6,3%	7.603	11.370	445,22	20,43
Knie	404	10.228	10.746	5,1%	9.097	13.000	530,78	20,25
Rug hernia (HNP)	354	3.046	3.308	8,6%	2.413	5.778	391,27	8,45

Bron: CTG/Zaio Oriënterende monitor ziekenhuiszorg

tabel 3

Regressie en correlatie DBC steekproef

	Liesbreuk		Diabetes		Amandelen		Cataract		Heup		Knie		Rughernia	
	gemiddeld	N	gemiddeld	N	gemiddeld	N	gemiddeld	N	gemiddeld	N	gemiddeld	N	gemiddeld	N
<b>Mate van concurrentie</b>														
volledige	2.262	(108)	451	(110)	771	(110)	1.367	(108)	9.006	(108)	10.643	(108)	3.348	(88)
beperkte	2.197	(70)	522	(70)	798	(70)	1.390	(70)	9.147	(70)	10.836	(70)	3.249	(56)
geen	2.277	(192)	494	(192)	820	(192)	1.391	(192)	9.165	(192)	10.813	(188)	3.311	(177)
gecorr. R2	0,019		0,037		0,053		0,011		0,015		0,006		0,000	
p-waarde	0,016		0,001		0,000		0,066		0,035		0,142		0,346	
<b>Marktaandeel verzekeraar</b>														
<10%	2.298	(272)	494	(273)	810	(274)	1.404	(272)	9.200	(272)	10.864	(268)	3.339	(236)
10%-45%	2.171	(65)	476	(66)	787	(65)	1.339	(66)	8.888	(65)	10.531	(65)	3.223	(56)
>45%	2.090	(33)	451	(33)	760	(33)	1.301	(32)	8.866	(33)	10.443	(33)	3.245	(29)
gecorr. R2	0,151		0,009		0,016		0,160		0,066		0,070		0,004	
p-waarde	0,000		0,047		0,013		0,000		0,000		0,000		0,143	
<b>Mate van concurrentie en marktaandeel</b>														
gecorr. R2	0,167		0,042		0,064		0,166		0,074		0,072		0,004	
p-waarde	0,000		0,001		0,000		0,000		0,000		0,000		0,224	

waarde ( $R^2$ ) van beide factoren is zowel afzonderlijk als in combinatie laag. De beide  $R^2$  afzonderlijk tellen vrijwel op tot de combineerde waarde, wat betekent dat zij vrijwel onafhankelijk van elkaar zijn. Bij de significante relaties nemen de prijzen globaal af bij een toenemende mate van concurrentie bij ziekenhuizen; bij een paar DBC's is de relatie minder eenduidig. Als het marktaandeel van de verzekeraar toeneemt, zien we lagere prijzen.

In figuur 1 zijn de prijzen van liesbreuk en cataract tegen elkaar afgezet. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen topklinische (STZ), academische (NFU), kleine algemene (SAZ) en overige (middelgrote) ziekenhuizen. Uit de deelfiguren komen twee groepen van ziekenhuizen naar voren; één groep ligt in een puntenwolk verspreid, de andere groep ligt zowat op één lijn. De stippellijnen geven de schoningstarieven van liesbreuk en cataract weer. De kruising van beide lijnen vormt de basis van de lijn, waarop een aantal ziekenhuizen ligt. Dit betekent dat deze ziekenhuizen een zelfde prijsverhouding hebben afgesproken als de prijsverhouding tussen de twee schoningsprijzen. De groep die op een lijn ligt heeft zeer waarschijnlijk de schoningsprijzen voor liesbreuk en cataract gebruikt als basis voor de DBC prijzen. De lijn ontstaat doordat deze ziekenhuizen met de zorgverzekeraars verschillende opslagpercentages hebben afgesproken. Het blijkt tevens dat deze ziekenhuizen bij alle andere combinaties van DBC's hetzelfde beeld laten zien. Ofwel deze groep ziekenhuizen maakt gebruik van een globaal stijgingspercentage voor alle onderscheiden DBC's gezamenlijk, vergelijkbaar met de budgetontwikkeling in het traditionele A-segment!

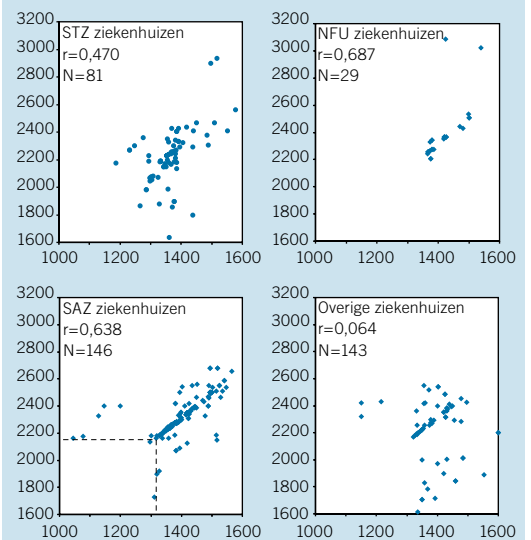
In figuur 2 is per onderscheiden DBC het uitonderhandelde niveau per verzekeraar weergegeven. Twee paren van verzekeraars zijn te onderscheiden, een groep met lagere prijsafspraken en een groep met hogere prijsafspraken. Dit effect is voor elke DBC afzonderlijk terug te zien. Wat tevens opvalt, is dat bij diabetes, een chronische ziekte, ook de scherpe onderhandelaars relatief hoger scoren vergeleken met de andere DBC's. Figuur 3 geeft de prijsstijging weer per verzekeraar voor het totaal van de DBC steekproef, gewogen voor hun aandeel in het B-segment. Tussen de verzekeraar met de laagste afgesproken DBC prijzen en de hoogste is het verschil in prijsstijging factor twee. De verschillen tussen verzekeraars onderling zijn groot. Zoals in figuur 2 is te zien is dit beeld voor alle onderscheiden DBC's hetzelfde. In figuur 4 is weergegeven dat sterk afwijkende prijsafspraken tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis bij slechts een klein deel van de ziekenhuizen plaats vinden. Diabetes vormt een uitzondering, waarbij meer dan de helft van de ziekenhuizen een DBC-prijs heeft die minstens tien procent boven de schoningsprijs ligt.

Conclusie

De invloed op de hoogte van DBC prijzen door de mate van concurrentie tussen ziekenhuizen en het marktaandeel van zorgverzekeraars is aanwezig maar wel beperkt. Bij zorgverzekeraars is deze invloed het meest homogeen. Voor ziekenhuizen is de relatie niet altijd significant en bij een paar DBC's is de relatie minder eenduidig. Andere factoren spelen blijkbaar een rol (Hasaart, 2006) die zelfs de invloed van de mate van concurrentie kunnen compenseren. Bij de meer complexe rughernia is de invloed van de beide marktpartijen niet significant. Bij diabetes is dit wel het geval, waarbij de invloed van ziekenhuizen veel groter is vergeleken met verzekeraars. Mogelijk is het bij deze chronische ziekte voor de verzekeraar lastiger tegenwicht te bieden. Het gaat

figuur 1

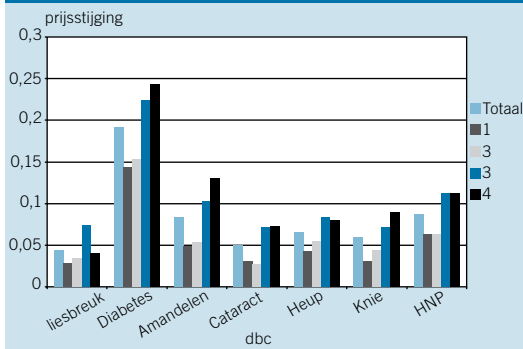
Correlatie tussen DBC liesbreuk en DBC cataract



Stippellijnen geven de ZAiO schoningstarieven weer

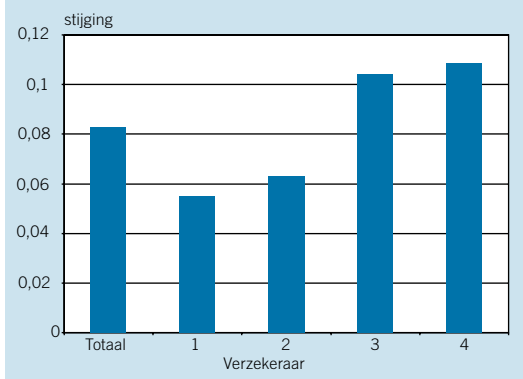
figuur 2

**DBC prijsstijging 2005/2004 per zorgverzekeraar gerelateerd aan ZAIo schoningstarieven 2004**



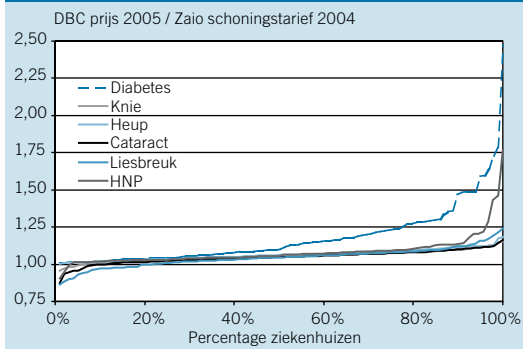
figuur 3

**Gewogen prijsstijging per zorgverzekeraar 2005/2004 op basis steekproef gerelateerd aan ZAIo schoningstarieven**



figuur 4

**Variatie in DBC-prijzen tussen ziekenhuizen (Cumulatieve verdeling van prijzen)**



hier om vaak reeds bestaande patiënten, minder mobiel en met een sterke band met de instelling. De patiënten zijn over het algemeen goed op de hoogte van de zorgmogelijkheden. De aanwezigheid van deze band tussen patiënt en ziekenhuis bij de onderhandelingen draagt bij aan de zwakkere positie van de zorgverzekeraar. Nader onderzoek bij chronische ziekten kan meer inzicht bieden.

Worden de correlaties tussen prijzen onderling met elkaar vergeleken dan komen twee groepen ziekenhuizen naar voren. De ene groep onderhandelt over het budget van het totale B-segment analoog aan de onderhandelingen over het traditionele A-segment.

De andere groep onderhandelt per DBC-prijs. Bij deze laatste groep is bij deze wijze van onderhandelen een min of meer directe relatie te leggen met medische effectiviteit, doelmatigheid en cliëntgerichtheid ofwel kwaliteit van zorg van het primaire medische proces. Voor 2005 zien we nog grote verschillen tussen scherp en minder scherp onderhandelende verzekeraars. Grote prijsafwijkingen komen slechts bij een klein deel van de ziekenhuizen voor. Diabetes vormt hierop een uitzondering.

Uit deze analyse ontstaat globaal het beeld van een nog wat onzeker startende marktwerking met belangrijke verschillen tussen groepen ziekenhuizen en groepen zorgverzekeraars. De dominantie van het oorspronkelijke bekostigingssysteem is nog groot, mede door het grote aandeel in de omzetten van de ziekenhuizen. De meer complexe en chronische DBC's lijken minder gevoelig voor de markt. In 2006 is de uitbreiding van het B-segment met elf DBC's zeer beperkt geweest. De onderhandelingen laten een sterke afvlakking zien in de tariefstijging. Per saldo ligt de stijging onder de algemene inflatie (CVZ/ZAIo, 2006). Onlangs heeft ZAIo geadviseerd voor 2007 het B-segment niet verder uit te breiden. Het gevaar bestaat dat meer en meer in het B-segment op ziekenhuisbreed niveau met de zorgverzekeraar afspraken worden gemaakt. Hierdoor vervalt een belangrijk aspect van de marktwerking, aangezien de directe relatie met de kwaliteit van zorg op het niveau van primaire zorgprocessen nauwelijks meer wordt gelegd. Omdat alleen bij onderhandelingen op DBC-niveau deze directe relatie te leggen valt, is het dominant maken van het B-segment binnen de omzet van het ziekenhuis noodzakelijk. Op korte termijn is een forse uitbreiding van het B-segment gewenst, zodat ziekenhuizen meer belang krijgen bij het leggen van de relatie tussen de opbrengsten enerzijds en de werkelijke kosten, de gerealiseerde effectiviteit en de gemeten tevredenheid van de cliënten anderzijds. Het aantal meer complexe en chronische DBC's zal dan relatief toenemen. Een scherpe monitoring van deze DBC's is daarbij van belang.

Marktwerking is geen doel op zich, uiteindelijk moet een meer flexibele, vraaggerichte zorg ontstaan met een hogere kwaliteit en een betere doelmatigheid. Inmiddels is een systeem van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen in ontwikkeling. Het relateren van de ontwikkeling van de bijbehorende uitkomsten met de analyse en het monitoren van de marktwerking behoort dan ook de komende tijd een centraal punt van aandacht te zijn.

**LITERATUUR**

CTG/ZAIo (2005) Oriënterende monitor ziekenhuis zorg. Analyse van de onderhandelingen over het B-segment in 2005. Utrecht: CTG/ZAIo.  
 CTG/ZAIo (2006) Monitor Ziekenhuiszorg. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2006. Utrecht: CTG/ZAIo.  
 Hasaart, F., M. Pomp, R. Janssen & D. Wientjens (2006) Financiële prikkels en behandelkeuzes in het nieuwe zorgstelsel. *Economisch Statistische Berichten*, nr. 4493, 424-426.  
 Montfort van G. (2001) Bekostigingsstructuur van de zorginstellingen. In: Lapré, R.M. & G. van Montfort (red.) *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.  
 NMA (2002) *Richtsnoeren voor de zorg*. Den Haag: Nederlandse Mededingingsautoriteit.  
 Zuurbier J. (2004) Prestatiegerichte bekostiging op basis van DBC's. In: Zuurbier J. & Y. Krabbe-Alkemade, *Onderhandelen over DBC's*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.