

Financiële prikkels en behandelkeuzes in het nieuwe zorgstelsel

Ziekenhuizen en/of medisch specialisten hebben in het DBC-systeem een prikkel de meest lucratieve variant van een DBC te kiezen. Aan de hand van gegevens van twee zorgverzekeraars onderzoeken we de mate waarin upcoding voorkomt in Nederlandse ziekenhuizen.

De introductie van een nieuw bekostigings-systeem vormt, samen met de invoering van de Zorgverzekeringswet, de meest ingrijpende operatie in de Nederlandse gezondheidszorg sinds de Tweede Wereldoorlog. Sinds 1 februari 2005 vindt de bekostiging van ziekenhuizen voor een deel (ongeveer tien procent) en de administratie geheel, plaats op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Dit zijn productomschrijvingen, opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen van de verschillende medische specialismen. Het 'product' behelst het hele traject van zorgvraag, diagnostische proces tot en met de behandeling.

Voor de bekostiging van de ziekenhuisproductie is het van belang een onderscheid te maken tussen een A- en een B-segment. Voor het A-segment is er nog sprake van de oude bekostigingssystematiek, het zogenoemde FB-model (FB staat voor functiegerichte bekostiging). In het FB-systeem is het ziekenhuisbudget gebaseerd op een beperkt aantal globale parameters zoals eerste polikliniekbezoeken en opnames. Er bestaat slechts een beperkte relatie tussen de aard van de productie van het ziekenhuis en de inkomsten van het ziekenhuis. Voor het B-segment vindt de bekostiging plaats op basis van vrij onderhandelbare DBC-prijzen. Op dit moment omvat het A-segment ongeveer negentig procent van de ziekenhuisomzet; het B-segment is goed voor slechts tien procent. Het beleidsvoornemen van het kabinet is op termijn de ziekenhuizen grotendeels te bekostigen op basis van DBC's.

Een DBC is opgebouwd uit een kostencomponent van het ziekenhuis (voor het A-segment vastgesteld door CTG-ZAio, voor het B-segment de met zorgverzekeraars afgesproken prijs) en een honorariumcomponent voor de medische specialist(en) op basis van genormeerd tijdsbeslag. Alleen de kostencomponent van een DBC uit het B-segment kan verschillen tussen ziekenhuizen. De honorariumcomponent wordt voor elke DBC op nationaal niveau vastgesteld door het CTG-ZAio en geldt voor zowel het A- als het B-segment. Een mogelijke bijwerking van het nieuwe bekostigings-systeem is *upcoding*. Dit houdt in dat ziekenhuizen een duurdere DBC declareren dan wel uitvoeren dan medisch gezien nodig is. Dafny laat zien dat upcoding zich heeft voorgedaan in het Amerikaanse Medicare programma, de collectieve zorgverzekering voor ouderen. Medicare vergoedt zorgaanbieders op basis van centraal vastgestelde DRG prijzen. Veranderingen in relatieve prijzen van verschillende DRG's hebben geleid tot een verschuiving van de productie in de richting van relatief dure DRG's (Dafny, 2005). In dit artikel presenteren we een eerste verkenning van upcoding in Nederlandse ziekenhuizen.

Data

De empirische analyse is gebaseerd op zes diagnoses waarvoor steeds twee mogelijke behandelsettings en bijbehorende DBC's zijn vergeleken: een eenvoudige behandelsetting en een meer complexe behandelsetting. Het is aannemelijk dat de kosten van de minder complexe DBC lager zijn dan de kosten van de meer complexe DBC. De onderzochte DBC's behoren tot het B-segment, waar prijzen tot stand komen via lokale onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar, en waarvoor ziekenhuizen ook daadwerkelijk gefinancierd worden op basis van gedeclareerde DBC's. De gekozen diagnoses zijn relatief eenvoudig van aard en het betreft diagnoses met verschillende behandelopties die variëren in behandelsetting en in operatieduur.

FLEUR HASAART,
MARC POMP, RICHARD
JANSSEN EN DOROTHÉE
WIJNTJENS

Hasaart en Wientjens zijn werkzaam bij OZ zorgverzekeringen, Pomp bij het Centraal Planbureau en Janssen bij de Universiteit van Tilburg. Met dank aan Rudy Douven, Esther Mot, Machiel Mulder, Joel Gijzen, Arend Meeuwissen en Han Tanis voor hun nuttige commentaar.

tabel 1

Aantal waarnemingen

Diagnose	Minder complexe DBC	Meer complexe DBC
Staar	13337	434
Liesbreuk	1980	2020
Spataderen (heelkunde)	1692	495
Adenoïd en tonsillen	5179	1780
Spataderen (dermatologie)	683	488
Baarmoederhalsafwijkingen	300	390

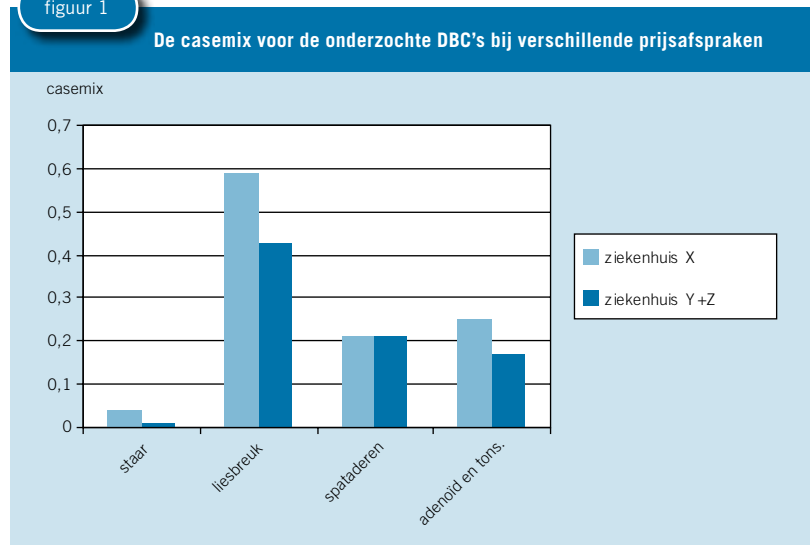
We beschikken over de DBC-declaraties voor de periode 1 februari 2005 tot 1 december 2005 van twee zorgverzekeraars. De declaraties hebben betrekking op 52 ziekenhuizen en de totale dataset bestaat uit ongeveer 2,6 miljoen verzekerden. Tabel 1 bevat het totale aantal waarnemingen dat beschikbaar was voor de analyse.

Gecontracteerde DBC-prijzen verschillen tussen de twee verzekeraars en tussen ziekenhuizen. Deze variatie in prijzen stelt ons in staat te verkennen of er sprake is geweest van upcoding. Immers, hoe hoger de relatieve prijs van een complexe DBC in vergelijking met het eenvoudige alternatief, des te lucratiever het is om te kiezen voor het meer complexe alternatief. Hierbij is het van belang dat in het DBC-systeem de medisch specialist de DBC codeert. Omdat het CTG-ZAio een landelijk uniforme honorariumcomponent per DBC vaststelt heeft de arts geen directe prikkel zijn inkomen te maximaliseren door voor complexere DBC's te kiezen. De variatie in DBC-prijzen komt voort uit verschillen in het ziekenhuisdeel van het DBC-tarief. Zolang deze prijsverschillen groter zijn dan verschillen in kosten is er op ziekenhuisniveau een prikkel om de duurder DBC te kiezen. De prikkel tot upcoding wordt in deze analyse gekoppeld aan verschillen in de totale DBC-prijs.

Beschrijvende Analyse

De ziekenhuizen in onze dataset blijken globaal twee soorten prijsafspraken te hebben gemaakt. De meeste ziekenhuizen spreken een hogere prijs af voor een meer complexe behandeling en een lagere prijs voor een minder complexe behandeling. Deze vorm van prijsafspraken is in lijn met het kosten-niveau van de DBC's. Er is echter ook een grote groep ziekenhuizen die zogenoemde clusterprijzen afspreekt voor een bepaalde diagnose. Dit houdt in dat voor een bepaalde diagnose een prijs voor het ziekenhuis is afgesproken, *onafhankelijk van de gekozen behandelvorm*. Een derde vorm van prijsafspraken is het harmoniseren van de totaalprijs van de DBC c.q. de ziekenhuiscomponent en het honorariumdeel voor de medisch specialist.

figuur 1



Omdat de laatste vorm van prijsafspraken weinig voorkomt in onze data, is ervoor gekozen de types prijsafspraken Y en Z samen te voegen, aangezien de prikkel vrijwel gelijk is. Figuur 1 laat voor elk van de twee groepen ziekenhuizen en per diagnose de gemiddelde casemix zien. De casemix is gedefinieerd als het aantal DBC's in meer complexe behandeling, gedeeld door het totale aantal DBC's uitgevoerd door het betreffende ziekenhuis. Ziekenhuizen in groep X hebben verschillende prijzen afgesproken voor de twee DBC's, ziekenhuizen uit groep Y hebben clusterprijzen afgesproken. Op de Y-as staat de casemix afgebeeld. De grafiek toont slechts vier diagnoses en niet de eerdere zes diagnoses omdat voor spataderen (dermatologie) en baarmoederhalsafwijkingen geen prijsafspraken zijn gemaakt met identieke prijzen voor de eenvoudige en complexe behandeling (type Y en Z).

De grafiek laat duidelijk zien dat ziekenhuizen in groep X (hogere prijs voor meer complexe behandeling) ook vaker de complexere DBC's declareren. Een andere interpretatie van deze figuur is dat ziekenhuizen in groep Y en Z minder vaak kiezen voor de complexe DBC's aangezien voor deze groep ziekenhuizen het kiezen van de minder complexe behandeling een lucratieve optie is, gezien de gelijke vergoeding. In de beschrijvende analyse is echter nog geen rekening gehouden met patiënt- en ziekenhuiskenmerken.

Econometrisch model en schattingsresultaten

Relatieve prijzen én behandelkeuzes kunnen systematisch verschillen tussen ziekenhuizen, leeftijdsgroepen en wellicht zorgverzekeraars, ook zonder dat sprake is

tabel 2

Schattingsresultaten

	rel prijs	dummie 1	dummie 2	leeftijd	dummie OZ/CZ	percent concordant
Staar	3,0106**	1,6883***	0,1877***	0,0243***	0,716***	61,3
Liesbreuk	1,0412***	1,2065***	0,4474***	0,0373***	0,82***	75,3
Spataderen	1,6608***	0,7722	0,2955**	0,0446***	-0,4474	68,8
Adenoïd en tonsillen	0,3578**	-0,506	0,0762	0,2123***	-0,134	91,5
Spataderen (dermatologie)	-0,4772	-0,5772 **	0,1905**	-0,00728	0,7144***	57,8
Baarmoederhalsafwijkingen	1,6588		-2,6008	-0,0354 **	0,4445	80,5

1 relprijs=relatieve prijs: prijs meer complexe DBC/prijs minder complexe DBC
dummie 1 = academisch ziekenhuis
dummie 2 = topklinisch ziekenhuis
leeftijd = leeftijd van de patiënt
dummie OZ/CZ = dummie is 1 als patiënt verzekerd is bij OZ zorgverzekeringen
2 voor de diagnose baarmoederhalsafwijkingen zijn geen observaties vanuit academische ziekenhuizen

** coëfficiënten zijn significant op niveau $\alpha = 0,05$

*** coëfficiënten zijn significant op niveau $\alpha = 0,01$

van een causaal verband tussen relatieve prijs en behandelkeuze. Een analyse die hier geen rekening mee houdt zou dan een verkeerd beeld opleveren (bias door weggelaten variabelen). Daarom hebben we het volgende logit model geschat:

$$\text{Prob (complexe DBC)} = \beta_0 + \alpha_1 * (\text{prijs_complexe DBC} / \text{prijs_eenvoudig DBC}) + \alpha_2 * \text{dummies_ziekenhuistype} + \alpha_3 * \text{leeftijd patiënt} + \alpha_4 * \text{dummy verzekeraar_2} \quad (1)$$

Onder de nul-hypothese (geen upcoding) geldt $\alpha_1=0$. De andere variabelen dienen als controlevariabelen. De schattingsresultaten staan weergegeven in tabel 2. In vier van de zes gevallen wordt de nulhypothese duidelijk verworpen. Een hogere relatieve prijs voor de meer complexe DBC gaat in deze gevallen gepaard met een grotere kans dat in het betreffende ziekenhuis wordt gekozen voor de meer complexe behandeling. De twee uitzonderingen betreffen spataderen (dermatologie) en baarmoederhalsafwijkingen. Voor baarmoederhalsafwijkingen is dit fenomeen te verklaren doordat er een duidelijke associatie is tussen leeftijd van optreden en de behandeling. Voor de diagnose spataderen (dermatologie) hebben we geen verklaring.

Statistische significantie impliceert nog niet dat de gevonden effecten ook qua omvang van belang zijn. Om dit na te gaan hebben we op basis van de geschatte coëfficiënten berekend wat het effect is van een stijging van de relatieve prijs van complexe behandelingen 1 tot 1,5 op de kans op een complexe behandeling (zie figuur 2). Dit relatieve prijsverschil komt ruwweg overeen met de standaardafwijking in onze ruwe data.

Bij staaroperaties en in mindere mate bij liesbreuken en spataderen blijkt het te gaan om een substantieel effect.

Discussie

Deze eerste analyse heeft een aantal beperkingen. In de eerste plaats is gebruik gemaakt van gegevens voor de eerste tien maanden na invoering van DBC's, waarbij verschillen tussen ziekenhuizen niet alleen kunnen wijzen op upcoding maar ook op coderingsfouten; daarnaast is er ook een mogelijke administratieachterstand bij ziekenhuizen geweest, waardoor de data mogelijk niet compleet zijn.

De geanalyseerde DBC's zijn, zoals eerder aangegeven, eenvoudig van aard en de bevindingen van upcoding kunnen dan ook niet zomaar worden geëxtrapoleerd naar meer complexe DBC's uit het B-segment zoals diabetes, of naar het A-segment. Daarnaast is het niet geheel duidelijk hoe de exacte prikkel tot upcoding ligt; bij de medisch specialist die door de vaste honorariumcomponent een gering financieel belang heeft bij upcoding of bij het ziekenhuis voor wie, met name in het B-segment, de financiële belangen bij upcoding groter zijn. Een laatste kanttekening is het ontbreken van een goede correctie voor verschillen in patiëntzwaarte als indicatie voor medisch noodzakelijke opname. In de econometrische analyse is hier vooralsnog alleen voor gecorrigeerd op leeftijd.

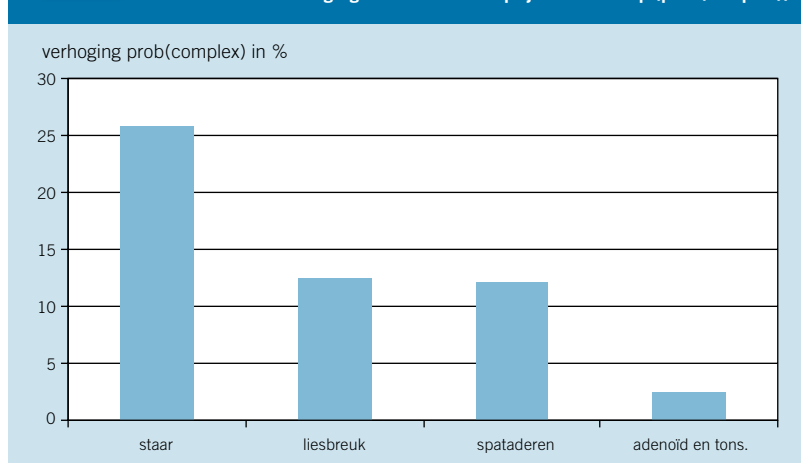
Conclusie

Deze eerste verkenning van DBC-gegevens wijst mogelijk in de richting van upcoding: medisch specialisten dan wel ziekenhuizen kiezen voor die behandeloptie die financieel aantrekkelijker is. Het valt te verwachten dat deze gedragseffecten in toekomstige onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zullen worden verdisconteerd. Zoals eerder beschreven wordt er al toe overgegaan dezelfde prijs te betalen voor eenvoudige en complexe DBC's. Hierdoor verschuift het fijnmazige DBC-systeem in de richting van het minder gedetailleerde DRG-systeem, waarbij de prijs van een behandeling niet langer afhangt van de door de behandelaar gekozen behandeloptie.

Dit lost echter niet alle problemen op. Immers, als complexere DBC's niet meer opleveren dan eenvoudige DBC's, terwijl de kosten hoger zijn, kan er een prikkel ontstaan tot onderbehandeling of behandelaversie. We stuiten hier op het klassieke Tinbergjaanse probleem van één instrument (DBC-prijzen) en twee doelstellingen (doelmatigheid en kwaliteit). De oplossing van dit probleem vergt de inzet van een extra instrument, zoals grotere kwaliteitstransparantie. Dit maakt het voor verzekeraars en patiënten mogelijk met de voeten te stemmen en geeft ziekenhuizen en artsen een belang bij behoud van een reputatie voor een goede kwaliteit, dus geen onder- of overbehandeling.

figuur 2

Effect van een verhoging van de relatieve prijs met 50% op (prob(complex))



LITERATUUR

Dafny, L.S. (2005) How do hospitals respond to price changes? *American Economic Review*, 95, 1525-1548.