

Onvoldoende marktwerking in de zorg

Sinds de nota Vraag aan bod heeft de overheid de weg ingeslagen van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg om met behoud van toegankelijkheid meer doelmatigheid en kwaliteit te realiseren. Voorwaarde hierbij is transparantie. Informatie over de zorg moet toegankelijk, betrouwbaar, zinvol en op een marktconforme manier worden ingezet, want juist hier is nog winst te behalen.

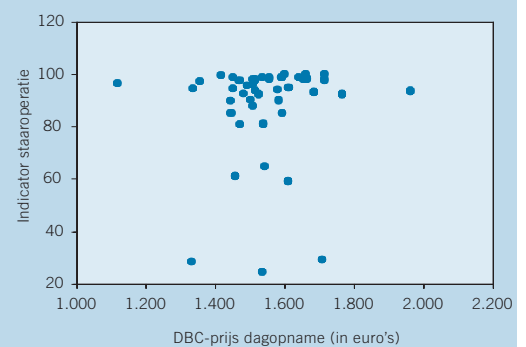
De belangrijkste beleidswijzigingen sinds de nota Vraag aan bod zijn de invoering van Diagnose behandelingcombinaties (DBC's) in 2005 en de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006. Hiermee werd de weg van gereguleerde concurrentie ingeslagen met vrije prijsvorming voor een deel van de zorg (het zogenaamde B-segment). DBC's definiëren het zorgaanbod, zodat de mogelijkheid voor prestatiebekostiging wordt geschapen. Vanaf 2005 zijn ziekenhuizen verplicht te declareren op basis van DBC's. De zorgverzekeraars betalen per ziektegeval een prijs voor de totale zorg die wordt verleend aan een patiënt. Het gebruik van DBC's moet leiden tot meer efficiëntie en kwaliteit. De vraag is: gebeurt dat ook? Hiervoor zou moeten worden gekeken in hoeverre zorgverzekeraars hun inkoopbeleid bepalen op basis van dergelijke informatie en hoe de informatie wordt aangeboden. Het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar hangt samen met de gewenste profilering. Profileert een zorgverzekeraar zich door de scherpste premie aan te bieden, in ruil voor een zekere inperking van keuzevrijheid en concessies aan kwaliteit, of profileert een verzekeraar zich juist door keuzevrijheid te garanderen en te gaan voor de beste kwaliteit, waar natuurlijk wel een prijskaartje aan hangt? Als beschouwd wordt hoe de informatie over kwaliteit en prijs wordt aangeboden dan moet geconstateerd worden dat de combinatie van prijs en kwaliteit niet expliciet gemaakt wordt. Dat hoeft niet nadelig te zijn mits er een relatie bestaat tussen DBC-prijs en kwaliteit. Bij een goede kwaliteit hoort een andere prijs dan bij een slechtere kwaliteit. Echter, als DBC-prijs en kwaliteit niet aan elkaar gerelateerd zijn, zouden verzekeraars zich meer moeten richten op de combinatie. De combinatie geeft informatie over welke zorgaanbieder de beste kwaliteit voor het geld levert. Dit zal aan de hand van staaroperaties geïllustreerd worden.

Prijs en kwaliteit van de staaroperatie
Het B-segment bevat inmiddels meer dan dertig procent van het zorgaanbod. De staaroperatie maakt

hier deel van uit. Staar is niet te genezen. De aan- doening is echter vrijwel altijd goed behandelbaar: de ondoorzichtig geworden lens wordt verwijderd en daarvoor in de plaats wordt een kunstlens geplaatst. De ingreep vindt meestal onder plaatselijke verdo- ving plaats en heeft een lage kans op complicaties. In 2006 vonden in Nederland ongeveer 130.000 cataractoperaties plaats. Deze worden uitgevoerd in dagopname, poliklinisch of meerdaags. De prijzen van alle DBC's in het B-segment staan vermeld op de Kiesbeter-site (www.kiesbeter.nl). Ten aanzien van de kwaliteit van de staaroperatie zijn vier indica- toren bepaald: ten eerste, dataregistratie van pre-, per-, post-operatieve data, ten tweede complicatie achterste kapselruptuur met glasvocht in voorste kamer (peroperatief), ten derde, de tijdsperiode tussen operatie van het eerste en het tweede oog, en ten vierde preoperatieve screening anesthesioloog (Henry *et al.*, 2006). De registratie van de tweede en vierde indicator laat te wensen over, de eerste en derde indicator worden goed geregistreerd op bij- voorbeeld de Ziekenhuizen transparant-site.

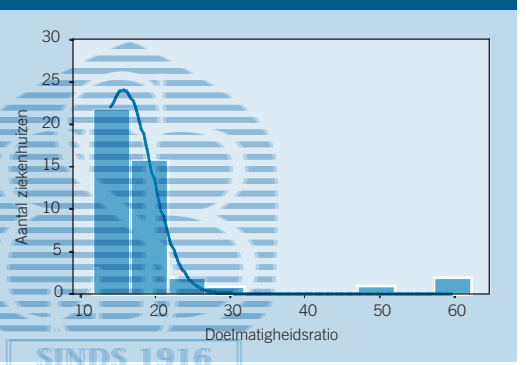
Figuur 1

Associatie DBC-prijs en kwaliteit van de staaroperatie.



Figuur 2

Doelmatigheid staaroperatie.



**EDDY ADANG EN GERT
JAN VAN DER WILT**
Universitair hoofddocent
en hoogleraar aan het
Universitair Medisch
Centrum St. Radboud

De derde indicator behoeft enige uitleg. Bij een staaroperatie worden vaak beide ogen geopereerd. Het opereren van het tweede oog biedt extra voordelen voor het visueel functioneren bij de dagelijkse activiteiten en voor de kwaliteit van leven. Bij een operatie aan het tweede oog is het van belang dat er voldoende tijd zit tussen deze operatie en die van het eerste oog. Dit om een goede indicatie te stellen voor het tweede oog en om het resultaat te kunnen beoordelen van het eerste oog. De kwaliteitsscore voor een staaroperatie is mede hierop gebaseerd, waarbij honderd procent de beste score is en staat voor het percentage patiënten waarbij de wachttijd tussen de eerste en tweede cataractoperatie groter of gelijk aan 28 dagen was. Daarnaast spelen bij kwaliteit ook de perceptie van de patiënt over de bejegening en andere factoren, vaak meer exogeen van het concrete zorgaanbod, een belangrijke rol. Dit wordt gemeten middels enquêtes over patiëntentevredenheid. Patiëntentevredenheid wordt deels kwantitatief gescoord, per zorgaanbieder bijgehouden en per jaar gepresenteerd op een website (www.ziekenhuizen transparant.nl). Hiervoor rapporteren instellingen de uitkomsten op twee vragen: Wat is het gemiddelde rapportcijfer voor patiëntentevredenheid onder klinische patiënten bij uw instelling? En wat is het gemiddelde rapportcijfer voor patiëntentevredenheid onder poliklinische patiënten bij uw instelling? De hier gebruikte patiëntentevredenheidsinformatie is door de zorgaanbieder digitaal ondertekend in 2008 (jaargang 2007). Indien er voor 2007 geen gegevens beschikbaar waren, is teruggekeken tot uiterlijk 2005. Voor DBC-prijzen zijn actuele prijzen gehanteerd. In het onderzoek zijn 44 willekeurige ziekenhuizen betrokken waar de staaroperatie wordt uitgevoerd. Dit onderzoek verdient enige nuancering. Kwaliteit is een breed begrip en zodoende zijn er vele kwaliteitsindicatoren denkbaar. In het onderzoek komt maar een beperkte set aan bod. Dit is overigens wel de set die algemeen, ook door de beroepsgroep, onderschreven wordt en breed beschikbaar is. Ten slotte is onbekend in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn voor het hele segment-B.

De resultaten

Uit de resultaten blijkt dat er tussen de ziekenhuizen een grote spreiding is voor wat betreft de DBC-prijs (tabel 1). Ook qua objectieve kwaliteitsscore (derde indicator) is er een behoorlijke variatie, gemiddeld 87 procent met een minimum van 24 procent en een maximum van honderd procent (standaarddeviatie negentien procent). De eerste indicator, aanwezigheid registratiesysteem, laat nauwelijks variatie zien. Bijna alle ziekenhuizen beschikken over een vorm van registratie. Wel is er variatie in de uniformiteit van het systeem. Dit bleek ook al eerder uit het rapport Het resultaat telt (IGZ, 2005). Met name het beschikken over een betrouwbare complicatieregistratie is van belang. Hier ligt ruimte voor verbetering. Ten aanzien van de patiëntente-

Tabel 1

DBC staaroperatie (in euro).			
	Gemiddelde	Minimum	Maximum
Poli	1.348	895	2.550
Dagopname	1.544	1.118	1.964
Meerdaags klinisch	2.088	1.086	3.713

vredenheid is de spreiding relatief klein, gemiddelde 7,8 (kliniek) en 7,7 (poli) met een standaarddeviatie van 1. Verder bleek dat ziekenhuizen met een lage objectieve kwaliteitsscore beduidend minder vaak de patiëntentevredenheid rapporteerden dan ziekenhuizen met een hoge objectieve kwaliteitsscore (Fisher exact; $p < 0,02$). Om de relatie tussen prijs en kwaliteit van zorg te schatten is een multivariabele-regressiemodel (onafhankelijke variabelen: eerste, derde indicator en patiëntentevredenheid) ontwikkeld dat via zogenaamde *backward selection* werd geanalyseerd. Alle onafhankelijke variabelen die niets bijdragen aan de verklaarde variatie in het model worden in stappen eruit gelaten zodat uiteindelijk een model met variabelen overblijft die significant bijdragen aan de verklaring van de variatie. Uit de analyse kwam naar voren dat geen enkele kwaliteitsindicator enige voorspellende waarde had voor de DBC-prijs. Figuur 1 laat zien (univariabel) dat er geen associatie is tussen de DBC-prijs en de derde kwaliteitsindicator.

Blijkbaar wordt de prijsprikkel voor kwaliteit door verzekeraars in onderhandelingen niet of nauwelijks gehanteerd. Wellicht biedt een expliciete koppeling tussen prijs en kwaliteit hier uitkomst. Iedere aanbieder heeft een unieke combinatie van prijs en kwaliteit en in vergelijking met andere aanbieders zegt zo'n combinatie iets over de doelmatigheid van het zorgaanbod.

De doelmatigheid van de staaroperatie per ziekenhuis is bepaald middels de ratio DBC-prijs staaroperatie in dagopname en de objectieve kwaliteitsindicator. Figuur 2 laat dit zien. Figuur 2 laat een scheve verdeling zien, waarbij hoe hoger de ratio des te minder doelmatig de aangeboden zorg. Uit de figuur blijkt dat in een aantal ziekenhuizen staaroperaties worden uitgevoerd tegen een hoge kostprijs in vergelijking tot de geboden kwaliteit. Het is mogelijk om meerdere kwaliteitsindicatoren te relateren aan de prijs, en zodoende de doelmatigheid van zorgaanbieders te spiegelen aan elkaar. Dit kan bijvoorbeeld middels de *data envelopment analysis* (Adang, 2005).

Conclusies

Dit onderzoek laat zien dat er feitelijk sprake is van differentiatie in aanbod, hetgeen afgeleid kan worden uit algemeen toegankelijke informatie. De bevinding dat er geen relatie is tussen prijs en kwaliteit betekent dat de markt niet optimaal functioneert. Dit roept de vraag op: is er in Nederland eigenlijk wel een markt voor relatief goedkope zorg, die concessies doet aan kwaliteit? Het antwoord op de vraag lijkt nee te zijn. Afgaande op de resultaten hebben verzekeraars zich vooral gericht op kwaliteit en kwaliteitsverbetering, maar hier niet of nauwelijks een prijsprikkel voor ingezet.

LITERATUUR

- Adang, E. (2005) *Doelmatigheid van ziekenhuizen*. ESB, 90(4451), 40-41.
- Henry, Y., H. van de Steeg en J. Boogaert (2006) *Kwaliteit van oogheelkundige zorg rond staaroperatie (cataract) in de etalage*. Utrecht: CBO.
- IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) (2005) *Het resultaat telt. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg*. Den Haag: IGZ.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001) *Vraag aan bod. Hooflijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag: Ministerie van VWS.