

Prijs en kwaliteit van onderhandelbare ziekenhuiszorg

In 2006 is in de Nederlandse gezondheidszorg gereguleerde concurrentie geïntroduceerd met als doel het verbeteren van de doelmatigheid van de zorg. Analyse van de prijs en kwaliteit van vrij onderhandelbare ziekenhuiszorg na 2006 toont geen convergentie in contractprijzen en wijst in ieder geval voor staaroperaties nog niet op een betere prijs-kwaliteit-verhouding. Sinds 2012 is het grootste deel van de ziekenhuiszorg vrij onderhandelbaar, toch is nog altijd meer empirisch bewijs nodig of dit model de gewenste verbetering oplevert.

RICHARD HEIJINK
Onderzoeker aan het
Rijksinstituut voor
Volksgezondheid en
Milieu

ILARIA MOSCA
Universitair docent
aan de Erasmus
Universiteit Rot-
terdam en senior
beleidsmedewerker
bij de Nederlandse
Zorgautoriteit

De invoering van de Zorgverzekeringswet, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Wet toelating zorginstellingen vormde in 2006 de wettelijke basis voor de hervormingen in het Nederlandse zorgsysteem. Een belangrijk doel is het verbeteren van de prijs-kwaliteit-verhouding, ofwel doelmatigheid, van de zorg. Verzekerden kunnen jaarlijks van zorgverzekeraar veranderen, wat een prikkel geeft aan zorgverzekeraars om te concurreren en de meest aantrekkelijke zorgpolis aan te bieden. Zorgverzekeraars kunnen met zorgaanbieders onderhandelen en kunnen contracten sluiten met voorkeursaanbieders die het beste aansluiten bij de wensen van verzekerden (selectief contracteren). In het B-segment van de ziekenhuiszorg, bestaande uit niet-acute en planbare behandelingen, onderhandelen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de prijs, de kwaliteit en de hoeveelheid zorg. In het A-segment, bestaande uit alle overige ziekenhuiszorg, zijn de prijzen gereguleerd. Zorgverzekeraars kunnen zich dus gunstig onderscheiden door prijzen, en vervolgens premies, te drukken, en door kwaliteitseisen te

verhogen. Op deze manier moet een betere prijs-kwaliteitverhouding worden bewerkstelligd.

ACHTERGROND EN ANALYSE

Het effect van de introductie van prijsconcurrentie in Nederland op de kwaliteit en prijzen van de ziekenhuiszorg is nagenoeg niet onderzocht. Adang en Van der Wilt (2009) deden een cross-sectionele analyse naar de relatie tussen de prijs en de kwaliteit van staaroperaties in Nederland na de hervormingen en vonden geen relatie tussen prijs en kwaliteit. Bijlsma *et al.* (2010) onderzochten de relatie tussen de mate van concurrentie en kwaliteit in Nederland en vonden alleen een positief effect voor procesmatige kwaliteitsaspecten. Een beperking van de studie van Adang en Van der Wilt (2009) is het gebruik van passantentarieven en niet van contractprijzen, terwijl vrijwel alle ziekenhuizen en patiënten onder een contractprijs vallen. Een beperking van de studie van Bijlsma *et al.* (2010) is dat de meeste kwaliteitsindicatoren niet specifiek over de zorg in het B-segment gingen. Met behulp van contractprijzen kan een meer valide vergelijking tussen prijs en kwaliteit worden gemaakt. Daarnaast is de variatie in prijzen, en de trend daarin, niet eerder beschreven, terwijl prijsconcurrentie juist hierop effect zou kunnen hebben vanwege het benchmarken van prijzen door verzekeraars. Tot slot zijn er gevalideerde metingen over patiëntervaringen in het B-segment beschikbaar, ook voor zorgverzekeraars, die in eerder onderzoek nog niet zijn betrokken.

Belangrijk is dat een helder afgebakende patiëntenpopulatie wordt gekozen waarbij een goede vergelijking tussen ziekenhuizen mogelijk is. Een behandeling die zich hiervoor goed leent is de staarbehandeling. Staar is een vertroebeling van de ooglenzen, vooral voorkomend bij ouderen. Middels een staaroperatie kan het zichtvermogen worden hersteld. De staarbehandeling is een gestandaardiseerde hoog-volume-behandeling die vrijwel altijd in dagbehandeling wordt uitgevoerd. Dit vermindert de heterogeniteit tussen ziekenhuizen. Daarnaast zijn voor de staarbehandeling verschillende typen kwaliteitsinformatie

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

beschikbaar. Tussen 2005 en 2008 nam het aantal staaroperaties met 35 procent toe tot ongeveer 155.000 (NZa, 2010). Ruim 80 procent van deze operaties wordt uitgevoerd door algemene ziekenhuizen. Daarnaast voeren ook academische ziekenhuizen en Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) staaroperaties uit.

PRIJS VAN DE STAARBEHANDELING

De database van diagnose-behandelcombinaties (DBC's) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft inzicht in contractprijzen. Per ziekenhuis zijn meerdere contractprijzen bekend, variërend naar verzekeraar. Gegevens zijn beschikbaar voor de jaren 2006 tot en met 2009. In de dataset zit tevens een beperkt aantal ZBC's die een contract hebben gesloten met een zorgverzekeraar voor het uitvoeren van staaroperaties. Figuur 1 toont de ontwikkeling in contractprijzen tussen 2006 en 2009. Iedere observatie is een contract tussen een ziekenhuis of ZBC en een zorgverzekeraar. De box geeft weer in welk bereik 25 tot 75 procent van de observaties liggen. De horizontale lijnen aan de uiteinden tonen de uitersten zonder uitschieters (stippen boven en beneden). De figuur laat zien dat zowel de mediane prijs als de spreiding in prijs tussen zorgaanbieders constant is over de tijd. Voor het jaar 2009 ontbreken nog een aantal ziekenhuizen, vandaar dat de verdeling in dat jaar iets wijder is. In alle jaren ligt de gemiddelde nominale prijs rond de 1350 euro, met uitersten van ongeveer 1000 en 1600 euro. De gemiddelde nominale prijs in het gehele B-segment stijgt tussen de 0 en 2 procent per jaar tussen 2006 en 2009, wat in twee tussenliggende jaren overeenkomt met een lichte daling van ruim 1 procent in de gemiddelde reële prijs (NZa, 2011). Een eerdere studie toonde voor andere B-segment behandelingen een vergelijkbare of grotere relatieve variatie, en daarnaast ook geen of zeer beperkte convergentie in prijzen over de tijd (RIVM, 2010). ZBC's hanteren significant lagere prijzen dan de ziekenhuizen. De prijzen bij ZBC's variëren tussen 1050 en 1200 euro. Ook dit verschijnsel is niet uniek voor staaroperaties en wordt in het hele B-segment waargenomen (NZa, 2011). De prijs in academische ziekenhuizen is gemiddeld licht hoger dan in algemene ziekenhuizen. Het is mogelijk dat de nieuw opgerichte ZBC's scherpere prijzen zetten om zo marktaandeel te winnen of dat zorgverzekeraars bij ZBC's beter in staat zijn prijsreductie af te dwingen (NZa, 2009). Ook

kan het zijn dat ZBC's de zwaardere patiënten doorsturen naar ziekenhuizen (NZa, 2007). Van de prijzen in figuur 1 wordt ook een intraclass-correlatiecoëfficiënt berekend. Deze geeft de correlatie tussen de observaties per zorgaanbieder weer, waardoor duidelijk wordt welk deel van de totale variatie in prijzen voortkomt uit verschillen tussen zorgaanbieders. In de dataset is dit zeventig procent dus bijna driekwart van de totale prijsvariatie. Er is in veel beperktere mate sprake van verandering in de contractprijs per ziekenhuis over de jaren heen en in variatie in contractprijzen binnen het ziekenhuis tussen verzekeraars. Ziekenhuizen met een hoge prijs in 2006 hanteren over het algemeen dus ook een hoge prijs in 2009.

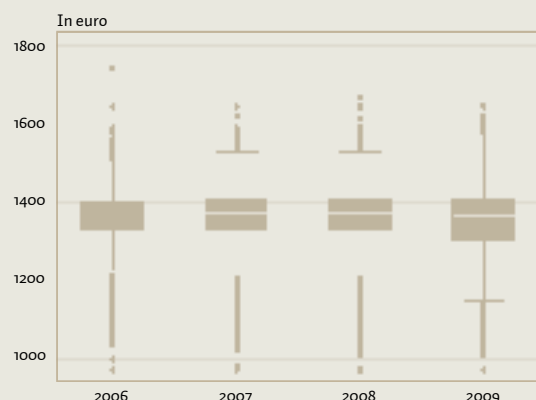
DE KWALITEIT VAN STAARBEHANDELING

De kwaliteit wordt beoordeeld op basis van twee soorten openbare kwaliteitsinformatie. Ten eerste zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren die zijn verzameld binnen het programma Zichtbare Zorg dat werd opgericht door het Ministerie van VWS en per 2013 zal opgaan in het Kwaliteitsinstituut. Ten tweede patiëntervaringen gemeten met de Consumer Quality Index (CQI). Deze data zijn beschikbaar gesteld door het samenwerkingsverband van verzekeraars Stichting Miletus. De kwaliteitsindicatoren van Zichtbare Zorg zijn geregistreerd door ziekenhuizen. De CQI is een enquête onder patiënten over hun ervaringen in ziekenhuizen, waarvan op drie dimensies de gemiddelde score per ziekenhuis publiek beschikbaar is: communicatie met de arts, communicatie met de verpleegkundige en informatie over medicatie.

Tabel 1 vat de belangrijkste resultaten samen met als eerste de kwaliteitsindicatoren van Zichtbare Zorg die beschikbaar waren voor 2008 en 2009. In de tabel zijn alleen de instellingen meegenomen die in beide jaren rapporteerden, dat is ongeveer zeventig procent van alle instellingen. Voor iedere kwaliteitsindicator is de gemiddelde score per ziekenhuis bekend. Tabel 1 toont dat het percentage operaties waarbij een complicatie optreedt per ziekenhuis tussen 2008 en 2009 is gedaald van gemiddeld 0,45 procent naar 0,32 procent; onbekend is of dit een statistisch significante daling is. De variatie tussen instelling is beperkt, in beide jaren tussen de nul en twee procent. De verschillen tussen ziekenhuizen zijn vrijwel

Verdeling van de prijs voor een staaroperatie in dagbehandeling

FIGUUR 1



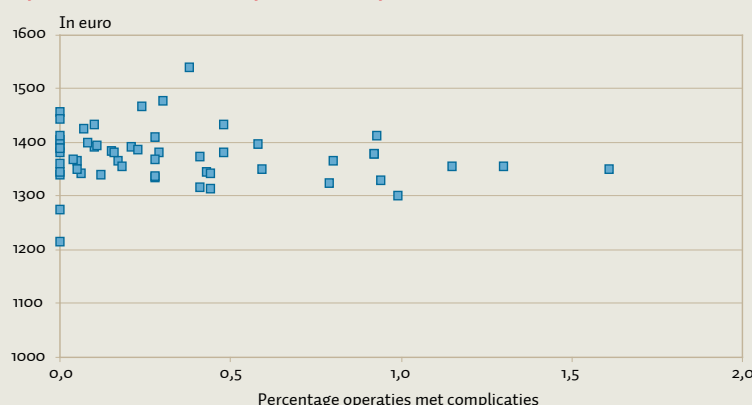
Gemiddelde score van alle ziekenhuizen volgens de kwaliteitsindicatoren 2007–2009

TABEL 1

	2007	2008	2009
Zichtbare Zorg			
Het percentage operaties met complicaties	-	0,45	0,32
Percentage patiënten voor wie de tijd tussen operatie 1 en operatie 2 meer dan 28 dagen is	-	92,27	95,07
Percentage patiënten voor wie de tijd tussen operatie en controle meer dan 21 dagen is	-	80,27	84,82
Vorbereidende analyses in 1 dag? (ja = 1; nee = 0)	-	0,74	0,79
Anesthesist aanwezig tijdens operatie met algehele anesthesie? (ja = 1; nee = 0)	-	0,97	0,76
CQ Index			
Communicatie met arts (cijfer tussen 1 en 4)	3,72	3,70	-
Communicatie met verpleegkundige (cijfer tussen 1 en 4)	3,78	3,78	-
Informatie over medicijnen (cijfer tussen 1 en 4)	2,61	2,74	-

Relatie tussen gemiddelde prijs en percentage operaties met complicaties, per ziekenhuis in 2008

FIGUUR 2



nooit significant (Zichtbare Zorg, 2009). De overige indicatoren van Zichtbare Zorg zijn meer gericht op het zorgproces. In beide jaren neemt een groot deel van de ziekenhuizen de dagennorm tussen twee operaties en tussen operatie en controle in acht; onbekend is of het verschil tussen 2008 en 2009 statistisch significant is. Het percentage ziekenhuizen dat, indien gewenst, de diagnosestelling en voorbereidende onderzoeken op één dag uitvoert steeg naar 79 procent, wat de patiëntentevredenheid kan doen toenemen. De afname in de aanwezigheid van een anesthesist tijdens operaties onder volledige anesthesie kan als een verslechtering van de kwaliteit geïnterpreteerd worden.

In 2007 en 2008 zijn de ervaringen van patiënten rondom cataractbehandeling gemeten met de CQI. In beide jaren namen ongeveer 20.000 patiënten deel aan de enquête. Tabel 1 toont voor beide jaren vergelijkbare gemiddelde scores op alle drie de dimensies. Op twee van de drie scores wordt een beperkte variatie tussen ziekenhuizen gevonden. De scores voor communicatie met de arts en communicatie met de verpleegkundige bevinden zich in een range van respectievelijk

3,55–3,90 en 3,65–3,9, gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en gezondheid. Op een schaal van 1 tot 4, ofwel slecht tot goed, kunnen deze resultaten worden geïnterpreteerd als positieve patiëntervaringen in de meeste instellingen. Eerdere publicaties toonden, met ICC's van maximaal 0,03, reeds zeer weinig significante verschillen tussen ziekenhuizen in de CQI voor cataractbehandeling (NIVEL, 2007).

PRIJS VERSUS KWALITEIT

Prijsvariatie is niet per definitie ongewenst wanneer voor een hogere prijs betere kwaliteit geleverd wordt. De prijsvariatie tussen instellingen valt echter niet samen met verschillen in kwaliteit. De gemiddelde prijs per ziekenhuis voor een staaroperatie blijkt niet gerelateerd aan de kwaliteitsindicatoren uit tabel 1. Een voorbeeld hiervan wordt weergegeven in figuur 2, waarin de gemiddelde prijs per ziekenhuis is afgezet tegen een van de kwaliteitsindicatoren van Zichtbare Zorg, namelijk het percentage operaties met complicaties per ziekenhuis in 2008. Een goede kwaliteit gaat samen met hoge én lage prijzen. Dit geldt ook voor de overige indicatoren van Zichtbare Zorg en voor de gemeten patiëntervaringen. Er is aanzienlijk meer variatie in prijzen dan in kwaliteit.

Uiteraard kunnen prijsverschillen ook andere oorzaken hebben. Zo beïnvloeden marktomstandigheden de onderhandelingspositie van ziekenhuis en verzekeraar. De internationale literatuur toont bijvoorbeeld dat in de Amerikaanse gezondheidszorg in de jaren negentig, waarin zorgverzekeraars contracten sloten met voorkeursziekenhuizen, verzekeraars vooral in gebieden met een lage concentratie van ziekenhuizen aanzienlijke prijskortingen afdwongen (Bamezai *et al.*, 1999). Voor staaroperaties in Nederland wordt echter geen relatie tussen de mate van concentratie van ziekenhuizen en prijzen gevonden. De mate van concentratie is gemeten met een Herfindahl-Hirschman Index op basis van geschatte patiëntstromen waarbij markten zijn afgebakend met behulp van de *combine-rank*-methode van de Elzinga-Hogarty-test (Frech III *et al.*, 2004). Zowel in gebieden met een hoge concentratie als in gebieden met een lage concentratie zijn dure ziekenhuizen te vinden. Ook worden geen verzekeraars geconstateerd die systematisch hogere of lagere prijzen voor staaroperaties hanteren.

CONCLUSIE

Sinds de introductie van prijsconcurrentie in 2006 is er weinig beweging in contractprijzen van staarbehandelingen geweest. De substantiële prijsverschillen tussen ziekenhuizen zijn gelijk gebleven en zelfstandige behandelcentra hanteren lagere prijzen dan ziekenhuizen. Deze prijsvariatie is ook bij andere behandelingen uit het B-segment zichtbaar. Er is aanmerkelijk minder variatie in kwaliteit. De kwaliteitsverschillen tonen gemiddeld genomen een positief beeld. Zo zijn de patiëntervaringen positief en is het percentage complicaties laag. Er ontbreekt een samenhang tussen prijs en kwaliteit van staarbehandelingen. Dit laat zien dat het nog altijd onzeker is in hoeverre de gewenste prijs-kwaliteit-afweging momenteel wordt gemaakt door zorginkopers en of een belangrijk doel van de hervormingen – een betere prijs-kwaliteitverhouding – wordt bereikt. Sinds 2012 is het aandeel van het B-segment verhoogd naar zeventig procent van de totale ziekenhuiszorg. Empirisch bewijs dat met prijsconcurrentie de gewenste verbeteringen in doelmatigheid worden behaald, ontbreekt echter.

LITERATUUR

- Adang, E. en G.J. van der Wilt (2009) Onvoldoende marktwerking in de zorg. *ESB*, 94(4557), 216–217.
- Bamezai, A., J. Zwanziger, G.A. Melnick en J.M. Mann (1999) Price competition and hospital cost growth in the United States (1989–1994). *Health Economics*, 8(3), 233–243.
- Bijlsma, M.J., P.W.C. Koning en V. Shestalova (2010) Concurrentie en kwaliteit in de ziekenhuiszorg. *ESB*, 95(4597), 697–699.
- Frech III, H.E., J. Langenfeld en R. Forrest McCluer (2004) Elzinga-Hogarty tests and alternative approaches for market share calculations in hospital markets. *Antitrust Law Journal*, 71(3), 921–947.
- NIVEL (2007) *Het discriminerend vermogen van de CQ-index Staaroperatie*. Utrecht: NIVEL.
- NZa (2009) *Ziekenhuiszorg 2009. Tijd voor reguleringszekerheid*. Utrecht: NZa.
- NZa (2007) *Monitor Ziekenhuiszorg 2007*. Utrecht: NZa.
- NZa (2010) *Monitor Medisch Specialistische zorg 2010*. Utrecht: NZa.
- NZa (2011) *Marktscan Medisch Specialistische zorg. Weergave van de markt 2006–2011*. Utrecht: NZa.
- RIVM (2010) *Zorgbalans 2010: de prestaties van de Nederlandse zorg*. Bilthoven: RIVM.
- Zichtbare Zorg (2009) *Cataract: kwantitatieve analyse indicatoren Zichtbare Zorg Ziekenhuizen*. Den Haag: Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.