

Reisgedrag van patiënten

Patiënten zijn bereid om voor bepaalde ingrepen het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij te reizen als dat ziekenhuis relatief weinig van die ingrepen uitvoert, de verwachte kwaliteit minder goed is en lange wachtlijsten heeft. Dit bevordert concurrentie tussen ziekenhuizen die hun een prikkel geeft om kwalitatief goede en patiëntgerichte zorg aan te bieden.

Sinds de introductie van het nieuwe zorgstelsel in de gezondheidszorg in 2006 speelt de keuze van patiënten een grotere rol. Naast de keuze voor een zorgverzekeraar die zorgaanbieders contracteert, kunnen patiënten kiezen uit zorgaanbieders. Zowel voor zorgverzekeraars als voor zorgaanbieders is het belangrijk om te weten wat de aspecten zijn waarop patiënten hun keuze baseren. Zorgverzekeraars kunnen zo de zorgaanbieders contracteren die voldoen aan de wensen van hun verzekerden. Zorgaanbieders moeten aantrekkelijke zorg aanbieden aan hun patiënten om de productie en daarmee hun bestaansrecht te handhaven. Alleen als patiënten uit meerdere ziekenhuizen kiezen en dus bereid zijn verder te reizen dan het dichtstbijzijnde ziekenhuis, is er een ziekenhuismarkt die bestaat uit meerdere aanbieders. Alleen dan is er concurrentie en kan de marktwerking voor de ziekenhuiszorg slagen. Inzicht in de keuze van patiënten is dus van cruciaal belang voor de werking van het zorgstelsel in Nederland.

Patiëntenkeuze en nabijheid

Nabijheid is een belangrijk criterium voor patiënten om voor een ziekenhuis te kiezen, maar er is ook bereidheid om voor een ander ziekenhuis te kiezen. Uit onderzoek blijkt dat 25 procent van de patiënten niet voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis kiest (NVZ, 2011). Empirisch onderzoek in Nederland onder niet-acute orthopedische en neurochirurgische patiënten toont aan dat patiënten hun keuze, behalve op de ligging van het ziekenhuis, ook baseren op basis van wachttijden (Varkevisser en Van der Geest, 2007). Korte wachttijden zorgen ervoor dat minder patiënten naar een concurrent reizen. Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk op basis van een vignetaanalyse laat zien dat patiënten bereid zijn om een uur extra te reizen om daarmee twee maanden eerder zorg te krijgen (RAND, 2005). De onderzochte patiënten bleken gemiddeld bereid om iets minder dan twee tot drie uur te reizen naar een ziekenhuis met een betere reputatie, en zelfs drie uur als het dichtstbijzijnde ziekenhuis een slechte reputatie heeft. Empirisch onderzoek

uit Duitsland toont aan dat ziekenhuizen met een ondergemiddelde score op zorgkwaliteit significant minder vaak worden gekozen dan ziekenhuizen met een bovengemiddelde kwaliteit (Sauerland en Wübker, 2008). Ziekenhuizen met een bovengemiddelde kwaliteit behandelden relatief veel patiënten die verder van het ziekenhuis af wonen en wonnen gemiddeld drie procent marktaandeel in de ziekenhuismarkt binnen een straal van vijftig kilometer.

Kader 1

Databeschrijving

Er is gebruikgemaakt van de landelijke DBC-registratie van juni 2009 – juni 2010. DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie. Het is een code die het geheel van uitgevoerde activiteiten en verrichtingen bij een diagnose omschrijft. Hierin staan de leeftijd, het geslacht, de herkomst van de patiënt en het ziekenhuis dat de behandeling uitvoert, vermeld. Daarnaast is voor iedere DBC geregistreerd welke verrichtingen zijn uitgevoerd: het zorgprofiel van de DBC. Om inzicht te krijgen in de zorgzwaarte is per patiënt de som van de zorgkosten van het zorgprofiel bepaald. Er is geschoond voor ziekenhuizen met onmogelijke en onwaarschijnlijke waarden. Na schoning zijn in totaal 197.370 DBC's van 65 algemene ziekenhuizen in het onderzoek verwerkt. Naast de DBC-registratie is gebruikgemaakt van de wachtlijsten voor de zes behandelingen in iedere maand in dezelfde periode. Verder zijn de ranglijsten van de ziekenhuisonderzoeken van het Algemeen Dagblad en Elsevier betrokken in het onderzoek. Deze media publiceren jaarlijks een ranglijst van ziekenhuizen en proberen daarmee de kwaliteit van ziekenhuizen inzichtelijk te maken. De laatst bekende stand op de ranglijst voordat de patiënt zijn keuze maakt, is gebruikt als input voor het model. De variabelen *AD* en *Elsevier* zijn de enige variabelen in het model die correlatie vertonen. Exclusie van een van beide variabelen leidt niet tot een verandering van teken of significantie van de coëfficiënten. De sociaal-economische status wordt benaderd op basis van het werkloosheidspercentage van het viercijferige postcodegebied waar de patiënt woont. De informatie over werkloosheid is niet op patiëntniveau beschikbaar. Het gemiddelde en de standaarddeviatie voor alle variabelen is weergegeven in tabel 1.

SINDS 1916

JAN SONNEVELD
Adviseur bij Strategies in
Regulated Markets (SiRM)

JAN-PETER HEIDA
Partner bij SiRM

In vergelijking met het buitenland liggen in het dichtbevolkte Nederland de ziekenhuizen dichtbij de patiënt. Per auto kan 99,7 procent van de bevolking binnen dertig minuten een ziekenhuis bereiken (RIVM, 2011). 69 procent van de Nederlanders kan kiezen uit minimaal drie ziekenhuizen binnen dertig minuten reistijd, 25 procent van de bevolking zelfs uit minimaal tien ziekenhuizen. Concurrentie op basis van andere aspecten dan ligging kan dus bij uitstek in Nederland plaatsvinden.

Patiëntkeuzemodel

Welke aspecten een significante rol spelen is onderzocht op basis van de ziekenhuiskeuze van patiënten. Hiertoe zijn zes aandoeningen geselecteerd: spataderen (varices), heup- en knie vervanging, staar (cataract), liesbreuk en ziekten van amandelen (adenoid en tonsillen). Er is speciaal voor deze aandoeningen gekozen omdat hiervoor zowel wachttijdgegevens als kwaliteitsinformatie beschikbaar zijn. Voor iedere aandoening is op basis van een logit-regressiemodel onderzocht of de beslissing van de patiënt om het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij te reizen (afhankelijke variabele) afhangt van de eigenschappen van ziekenhuizen en patiënten (onafhankelijke variabelen). De waarde voor de afhankelijke variabele is 0 wanneer deze naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis reist en 1 wanneer de patiënt deze voorbij reist. Van de ziekenhuizen is de marktdichtheid, het aantal behandelingen en kwaliteitsinformatie bekend. Van patiënten zijn de volgende gegevens bekend: leeftijd en geslacht, en benaderingen voor zorgzwaarte en sociaal-economische klasse. Uit de data blijkt dat een kwart tot een derde van de patiënten van de geanalyseerde aandoeningen het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij reist (kader 1). De samenhang van een eigenschap met de kans om het dichtstbijzijnde ziekenhuis te passeren wordt als

Concurrentie op basis van andere aspecten dan ligging kan dus bij uitstek in Nederland plaatsvinden

volgt weergegeven: de afname van het aandeel patiënten dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis passeerde ofwel de passeerkans bij een standaardtoename van die eigenschap. De verandering van de passeerkans wordt gemeten in procentpunten. Een standaardtoename is een verhoging van de waarde van de eigenschap met één standaarddeviatie terwijl alle andere eigenschappen van ziekenhuis en patiënt gelijk blijven. De samenhang met leeftijd is gekoppeld aan de patiënt, jonger (standaardsituatie) of ouder (afwijking) dan 65 jaar.

Resultaten patiëntkeuzemodel

De analyse geeft vergelijkbare resultaten voor vijf aandoeningen, liesbreuken, heupen, knieën, amandelen en staar. De resultaten voor spataderen zijn afwijkend (tabel 2). Gemiddeld genomen blijken patiënten een ziekenhuis vaker voorbij te reizen als het eerste alternatieve ziekenhuis met weinig extra reistijd te bereiken is ten opzichte van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis ligt voor al deze behandelingen, die in vrijwel ieder ziekenhuis uitgevoerd worden, op een gemiddelde reistijd van dertien minuten. Het eerste alternatief ligt gemiddeld op acht minuten verder reizen. Als het eerste alternatief nog 7,5 minuten (standaarddeviatie) verder reizen ligt, is de gemiddelde kans op passeren van het dichtstbijzijnde ziekenhuis vijftien procent lager.

Een patiënt passeert vaker het dichtstbijzijnde ziekenhuis als het de ingreep relatief weinig uitvoert. De kans dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis overgeslagen wordt, neemt met zes procent toe als dat ziekenhuis jaarlijks grofweg de helft van het gemiddelde aantal ingrepen per ziekenhuis uitvoert; de standaarddeviatie van het aantal DBC's blijkt steeds op ongeveer de helft van het gemiddelde te liggen. Deze waarde verschilt sterk tussen de behandelingen en is het sterkst voor de behandeling van spataderen (16,9 procent) en het minst sterk voor staar (5,5 procent).

Verder reist een patiënt die jonger is dan 65 vaker het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij. De samenhang met leeftijd is voor orthopedische ingrepen het sterkst. Bij een knie- of heupoperatie passeren oudere patiënten het dichtstbijzijnde ziekenhuis veel minder dan voor behandeling van staar, spataderen en liesbreuk. Voor die laatste drie behandelingen verschilt de passeerkans voor 65-plussers niet veel van die van jongere patiënten. Het is aannemelijk dat de impact voor heupen en knieën te maken heeft met de geringe mobiliteit van de patiënten. Patiënten uit gebieden met relatief lage werkloosheid passeren vaker het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Patiënten uit postcodegebieden met een werkloosheidspercentage van 2,5 procentpunt boven het landelijk gemiddelde van 4,4 procent ontwijken het dichtstbijzijnde ziekenhuis 2,4 procent minder dan gemiddeld. Dit hoeft niet specifiek voor werklozen te gelden. Waarschijnlijk geldt het voor mensen uit een lagere sociaal-economische klasse. Zij wonen vaker in buurten met relatief hoge werkloosheid.

Tabel 1

Gemiddelde waarde per variabele en tussen haken de standaarddeviatie.

	Liesbreuk	Knie	Heup	Staar	Spataderen	Amandelen
Dichtstbijzijnde ziekenhuis (1 = ja)	0,29 (0,43)	0,34 (0,45)	0,32 (0,44)	0,26 (0,41)	0,27 (0,42)	0,27 (0,43)
Extra reistijd in minuten	8,2 (7,5)	8,5 (7,8)	8,4 (7,6)	8,6 (7,5)	8,4 (7,8)	8,4 (7,5)
Aantal DBC's	259 (121)	176 (77)	220 (100)	1626 (803)	1038 (834)	143 (74)
Leeftijd (65-plus = 1)	0,41 (1,0)	0,69 (1,0)	0,75 (1,0)	0,85 (1,0)	0,22 (1,0)	0,01 (1,0)
Werkloosheid in procenten	4,3 (2,4)	4,4 (2,4)	4,3 (2,3)	4,5 (2,3)	4,4 (2,3)	4,6 (2,5)
Score AD	67,7 (7,5)	67,7 (7,3)	67,9 (7,3)	68,3 (7,4)	67,7 (7,2)	67,8 (7,6)
Score Elsevier	68,7 (16,0)	68,6 (16,0)	69,3 (16,0)	70,0 (16,0)	68,7 (16,0)	69,1 (16,0)
Marktconcentratie (theoretische Herfindahl-Hirschman-index)	4138 (1503)	4209 (1511)	4206 (1473)	4244 (1491)	4.175 (1544)	4.148 (1495)
Wachttijden in weken	4,0 (2,4)	7,5 (4,1)	7,2 (3,9)	4,9 (3)	5,0 (3,5)	4,0 (2,4)
Geslacht (1 = man)	0,92 (0,27)	0,33 (0,47)	0,33 (0,47)	0,41 (0,49)	0,22 (0,41)	0,34 (0,47)
Zorgzwaarte in euro	1703 (1758)	10.498 (4838)	9162 (5137)	1135 (334)	711 (1446)	1870 (1102)
N	16.503	12.417	14.980	91.624	53.021	8825

Tabel 2

Afname van de passeerkans in procentpunten bij een standaardtoename van een variabele.

	Liesbreuk	Knie	Heup	Staar	Spataderen	Amandelen	Gemiddelde
Extra reistijd in minuten	16,4***	15,5***	15,0***	14,9***	13,7***	14,7***	15,3
Aantal DBC's	5,7***	7,0***	7,3***	5,4***	16,9***	5,9***	6,3
Leeftijd (65-plus = 1)	1,1***	6,9***	8,1***	2,8***	1,9***	-3,9	4,7
Werkloosheid in procenten	3,1***	3,0***	2,2***	2,3***	1,8***	1,4**	2,4
Score AD	1,3***	2,6***	3,3***	2,2***	2,6***	1,5***	2,2
Score Elsevier	1,5**	2,5***	1,9***	1,5**	1,9***	2,0***	1,9
Wachttijden in weken	-2,2***	-2,1***	-1,8**	-1,0**	1,4***	-3,7***	-2,2
Marktconcentratie (theoretische HHI)	1,8***	-0,9	0,9**	1,3***	1,8	1,8***	1,0
Geslacht (1 = man)	1,3	-0,8	-0,7	0,5	0,6	-0,5	0,0
Zorgzwaarte in euro	1,8	-1,5	-1,3	2,6***	1,7	-1,0	0,1
Correcte voorspelling ¹	70	67	69	69	70	70	69

** / *** Significant op respectievelijk vijf- en eenprocentniveau

¹ Er is sprake van correcte voorspellingen indien de verwachte passeerkans kleiner dan of gelijk is aan vijftig procent is en de patiënt in werkelijkheid voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis heeft gekozen of wanneer de verwachte passeerkans groter dan vijftig procent is en de patiënt in werkelijkheid het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij is gered.

Patiënten passeren het dichtstbijzijnde ziekenhuis vaker als het een lage score heeft op de ranglijsten van het Algemeen Dagblad of Elsevier. Ongeveer twee procentpunt meer patiënten passeren het dichtstbijzijnde ziekenhuis bij een standaarddaling van de score op de ranglijsten. Dit houdt in dat een ziekenhuis die op beide ranglijsten ruim bovengemiddeld scoort, tot vier procentpunt minder patiënten uit zijn verzorgingsgebied verliest. Deze ranglijsten bevatten waarschijnlijk de best verspreide oordelen over de kwaliteit van ziekenhuizen zodat veel mensen daarop kunnen reageren. Of de ranglijsten nu correct zijn of niet, ze blijken wel samen te hangen met keuzes voor een ziekenhuis. De patiënt gaat dus op zoek naar kwaliteit.

Hogere marktconcentratie – dus minder ziekenhuiskeuze in een gebied voor patiënten – leidt tot een lagere kans om het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij te reizen. Maar de samenhang met de passeerkans is kleiner dan voor kwaliteit en aantallen. Een deel van dit aspect wordt al meegenomen in de afstand tot het eerste alternatief. Voor knieën is de samenhang tussen marktconcentratie en passeerkans niet significant. Voor heupen wel, maar relatief laag.

Wachttijden blijken voor de geanalyseerde, niet spoedeisende en niet-levensbedreigende medische zorg minder samen te hangen met de passeerkans dan andere aspecten. Dat volgt ook uit nationaal en internationaal onderzoek (NPCF, 2010; The King's Fund, 2010). Langere wachttijden leiden tot een iets hogere passeerkans. Spataderen neemt een uitzonderingspositie in. Daar is de passeerkans lager bij langere wachttijden.

Alleen bij staar en spataderen bestaat er een significante samenhang tussen zorgzwaarte en de passeerkans. Waarschijnlijk is de zorgzwaarte in veel gevallen niet bekend voordat de keuze voor een ziekenhuis gemaakt wordt. Bij staar neemt de passeerkans toe bij hogere zorgzwaarte. Misschien kiezen patiënten met een complexere ingreep voor oogartsen met een specialisatie die niet in het dichtstbijzijnde ziekenhuis werkzaam zijn. Bij spataderen neemt de passeerkans juist af bij hogere zorgzwaarte.

Een verandering van zorgzwaarte hangt voor vier van de zes behandelingen niet significant samen met de passeerkans. Het geslacht van een patiënt heeft voor geen enkele aandoening een significante impact op de passeerkans.

Conclusie

Een kwart tot een derde van de patiënten in Nederland met een liesbreuk, heup- of knie vervanging, staar, spataderen en ziekte van amandelen reist het dichtstbijzijnde ziekenhuis voorbij. Deze patiënten maken een keuze voor een ziekenhuis op basis van andere eigenschappen dan nabijheid. Voor deze patiënten is de ziekenhuismarkt dus groter dan het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Hierdoor ontstaat concurrentie tussen ziekenhuizen. De concurrentiepositie van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is zwak als het niet goed presteert op de eigenschappen waarop patiënten hun keuze baseren. Patiënten passeren het dichtstbijzijnde

ziekenhuis vaker als deze weinig behandelingen doet, lagere kwaliteit levert en lange wachttijden heeft. Ziekenhuizen die deze eigenschappen hebben verliezen marktaandeel en productie, en zullen op de lange termijn in hun bestaansrecht worden bedreigd. Ziekenhuizen hebben dus een prikkel om kwalitatief goede en patiëntgerichte zorg aan te bieden. De keuze om het dichtstbijzijnde ziekenhuis te passeren hangt daarnaast af van de achtergrond van de patiënt. Patiënten jonger dan 65 jaar en met een hoge sociaal-economische status passeren het dichtstbijzijnde ziekenhuis vaker.

LITERATUUR

- NPCF (2010) *Meldactie keuze en keuzevergelijking*. Utrecht: Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.
- NVZ (2011) *Brancherapport 2011, zorg op doorreis*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.
- RAND (2005) *London patient choice project evaluation*. Londen: Research And Development.
- RIVM (2011) *Nationale atlas volkgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Sauerland, D. en A. Wübker (2008) *Wie Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl beeinflussen – eine empirische Untersuchung*. Jahrestagung des Vereins für Sozialpolitik. Graz: Verein für Sozialpolitik.
- The King's Fund (2010) *How patients choose and how providers respond*. Londen: The King's Fund.
- Varkevisser, M. en S. van der Geest (2007) *Why do patients bypass the nearest hospital? An empirical analysis for orthopaedic care and neurosurgery in the Netherlands*. *European Journal of Health Economics*, 8(3), 287–295.