

# Ziekenhuiskeuze van patiënten draagt weinig bij aan doelmatiger zorg

Zorgverzekeraars maken met ziekenhuizen afspraken over prijs en kwaliteit. Dat bevordert de doelmatigheid van de zorg als verzekerden vervolgens ook kiezen voor het door de verzekeraar aanbevolen ziekenhuis. Maar in hoeverre houden patiënten bij hun ziekenhuiskeuze in de praktijk rekening met kwaliteit?

## IN HET KORT

- Bij de keuze voor een ziekenhuis is de nabijheid van zorg voor patiënten de belangrijkste factor.
- Kwaliteit is van ondergeschikt belang. Hiervoor reizen patiënten niet meer dan een paar minuten extra.
- De overheid kan verzekeraars mogelijkheden geven om te sturen op ziekenhuiskeuze met een financiële stimulans voor patiënten.

## WOUTER VERMEULEN

Clusterhoofd Zorg en Sociale Zekerheid bij SEO Economisch Onderzoek

## WILLIAM LUITEN

Onderzoeker bij SEO Economisch Onderzoek

## FRANCINE BUREMA

Onderzoeker bij Atlas Research

## MAARTEN LINDEBOOM

Hoogleraar Economie aan de Vrije Universiteit

De zorg legt een steeds groter beslag op ons inkomen en op onze beroepsbevolking. Het is de vraag of deze groei op de lange termijn houdbaar is (WRR, 2021). De coalitiepartners hebben afgesproken om structureel vijf miljard euro op de zorg te bezuinigen. Tegelijkertijd doet niemand graag concessies aan kwaliteit en toegankelijkheid. Doelmatigheid is daarom belangrijker dan ooit.

Zorgverzekeraars hebben in ons stelsel een belangrijke rol bij het bevorderen van de doelmatigheid. Zij sluiten contracten met aanbieders, en maken daarbij afspraken over prijs en kwaliteit – in het bijzonder geldt dit voor ziekenhuizen. Als er meer patiënten komen naar ziekenhuizen waarmee verzekeraars goede afspraken hebben kunnen maken over prijs en kwaliteit, dan is de bijdrage van deze afspraken aan doelmatige zorg groter.

De sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars bij ziekenhuiskeuze door patiënten is beperkt. Ze kunnen hun verzekerden financieel stimuleren om voor een gecontracteerd ziekenhuis te kiezen door de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg te beperken. Het verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg mag echter niet zo groot worden dat er daardoor feitelijk een 'hinder-

paal' ontstaat voor patiënten om naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis te gaan. Daarnaast mogen verzekeraars bepalen dat verzekerden geen eigen risico hoeven te betalen over de zorg in ziekenhuizen met wie ze speciale afspraken hebben gemaakt. In de huidige praktijk is dit financiële voordeel echter te gering, of te onduidelijk en onzeker, om veel effect te hebben, mede omdat een aanzienlijk deel van de patiënten hun eigen risico toch al volmaakt (Van der Geest en Varkevisser, 2018).

In dit artikel (gebaseerd op Vermeulen et al. (2022)) onderzoeken we op basis van welke factoren patiënten hun ziekenhuiskeuze bepalen, en in hoeverre ze daarbij rekening houden met kwaliteit. Als meer patiënten bij de keuze voor een ziekenhuis rekening houden met kwaliteit, dan dragen de afspraken die ziekenhuizen en verzekeraars hierover maken meer bij aan de doelmatigheid van zorg.

## Belang van nabijheid en kwaliteit

Uit bestaand onderzoek blijkt nabijheid een belangrijke determinant van de ziekenhuiskeuze. Lippi Bruni et al. (2021) vinden dat patiënten in Italië gemiddeld minder dan twintig kilometer reizen naar het ziekenhuis waar ze een dotterbehandeling ondergaan. In onderzoek naar kraamzorg in Duitsland vinden Avdic et al. (2019) een gemiddelde afstand van elf kilometer, ofwel veertien minuten reistijd. In een onderzoek naar heupvervanging in Engeland vinden Gutacker et al. (2016) een gemiddelde afstand van vijftien kilometer. Varkevisser et al. (2012) vinden dat mensen in Nederland gemiddeld 22 minuten reizen voor een dotterbehandeling.

Naast nabijheid speelt kwaliteit ook een rol, al gebruikt elk onderzoek hiervoor zijn eigen indicatoren. Lippi Bruni et al. (2021) vinden bijvoorbeeld dat patiënten gemiddeld bereid zijn om ongeveer 1,4 kilometer extra te reizen voor een week kortere wachttijd. Avdic et al. (2019) laten zien dat patiënten bij een verbetering in klinische en patiënt-gerapporteerde uitkomsten met één standaarddeviatie bereid zijn om 0,1 tot 2,7 kilometer extra te reizen. Gutacker et al. (2016) vinden dat een toename van de gezondheidswinst met één standaarddeviatie kan leiden tot tien procent aan extra patiënten. Varkevisser et al. (2012) laten zien dat patiënten vaker kiezen voor ziekenhuizen met een goede reputatie en lage heropnamecijfers.

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt met een subsidie van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars.

Uit onderzoek op basis van enquêtes komen andere factoren sterker naar voren, zoals het advies van de huisarts (De Cruppé en Geraedts, 2017; Victoor et al., 2012). Het belang van de rol van de huisarts blijkt ook uit een keuze-experiment van Van Velzen et al. (2021). Dit laat zien dat een financiële stimulans de kans vergroot dat mensen kiezen voor het voorkeursziekenhuis van de verzekeraar, maar dat een ander advies van de huisarts dit effect verzwakt. Hetzelfde geldt voor positieve patiëntervaringen bij een ander ziekenhuis.

## Empirische analyse

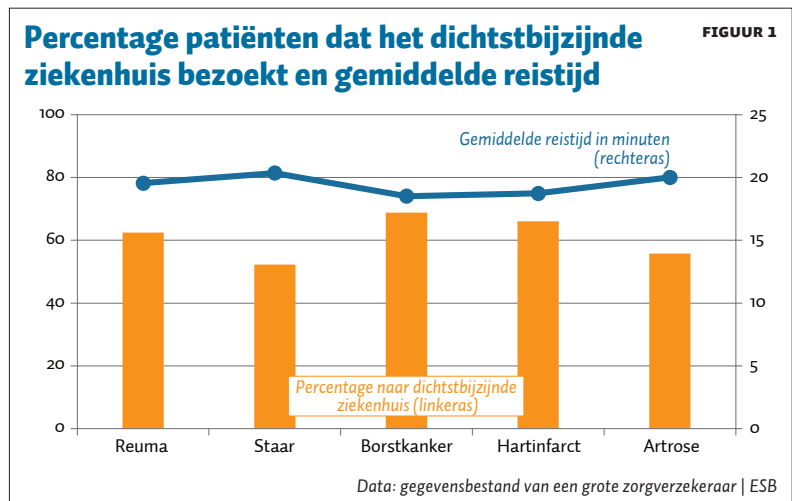
Ons onderzoek brengt de determinanten van de ziekenhuiskeuze in kaart voor een aantal aandoeningen, die verschillen in kenmerken, zoals het chronische karakter en de mate waarin de behandeling van tevoren in te plannen is. We maken gebruik van een gegevensbestand van een grote zorgverzekeraar, dat informatie bevat over gedeclareerde zorg op patiëntniveau. Het gaat per aandoening om enkele duizenden (reuma) tot bijna 50.000 observaties (staar). De verzekeraar heeft voor behandelingen van de onderzochte aandoeningen contracten afgesloten met alle ziekenhuizen. Het onderzoek koppelt de declaratiegegevens aan informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen, reisafstanden en persoonskenmerken. De kwaliteitsinformatie is afkomstig van Mediquest en de persoonskenmerken van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De reistijdenmatrix op het niveau van viercijferige postcodegebieden is ontwikkeld voor het programma 'Nederland van Boven' met software van Geodms.

Onze resultaten zijn gebaseerd op een *mixed logit*-model, dat naast de reisafstand in minuten en kwaliteitskenmerken ook rekening houdt met de gemiddelde kosten van een behandeling, en met een indicator die aangeeft of het gaat om een academisch ziekenhuis. Het model verklaart de keuze van een patiënt uit de kenmerken van het ziekenhuis waar hij of zij voor kiest, en uit de kenmerken van de relevante alternatieven. Hoe meer alternatieven in de buurt en hoe aantrekkelijker deze ziekenhuizen zijn, hoe kleiner de kans is dat de patiënt voor dat ene ziekenhuis kiest. In overeenstemming met eerder onderzoek blijven patiënten die verder dan drie kwartier reizen in dit onderzoek buiten beschouwing.

## Kwaliteit heeft een beperkte invloed

Nabijheid blijkt als de belangrijkste determinant van ziekenhuiskeuze naar voren te komen. Meer dan de helft van alle patiënten gaat naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis en gemiddeld zijn mensen zo'n twintig minuten onderweg, in lijn met eerder onderzoek.

Figuur 1 laat zien dat het belang van nabijheid wel verschilt wat betreft diverse aandoeningen. Voor staar en heup- en knieartrose zijn mensen bereid om verder te reizen. Deze ingrepen zijn goed in te plannen, en mensen hoeven er doorgaans niet voor terug te komen. Behandelingen van borstkanker en reuma vergen wel regelmatige bezoeken, en mensen kiezen hiervoor dan ook vaker het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Ook in geval van een hartinfarct is nabijheid belangrijk, al zal het hierbij vaak niet gaan om een keuze van de patiënt zelf. Het ambulancepersoneel bepaalt



**Regressieresultaten: Extra reistijd (in minuten) die mensen overhebben voor betere kwaliteit van zorg** TABEL 1

	Reuma	Staar	Borstkanker	Artrose
Wachttijd (1 sd langer)	0,1	-2,3***	-0,1	-0,4***
Sterfte (1 sd hoger)	-0,2		0	
Medische uitkomsten (1 sd beter)		-0,5***	0,7***	1,1***
Indruk huisarts (1 sd beter)	0,7***	1,5***	0,7***	0,7***

sd is standaarddeviatie, \*\*\* Significant op eenprocentniveau.  
Data: gegevensbestand van een grote zorgverzekeraar en Mediquest | ESB

dan waar iemand heen gaat, indien mogelijk in overleg met de huisarts. Uit het onderzoek blijkt verder de bereidheid om voor zorg te reizen niet voor iedereen hetzelfde te zijn. Jongeren en hoogopgeleiden kiezen vaker voor een ziekenhuis verder weg. In figuur 1 is dit niet zichtbaar.

We onderscheiden vier dimensies van kwaliteit, namelijk wachttijd, sterfte, een indicator die is samengesteld op basis van medische uitkomsten, en een indicator gebaseerd op de indruk van huisartsen. Deze indicatoren sluiten goed aan bij eerder onderzoek. De samengestelde indicator voor medische uitkomsten maakt gebruik van bestaande indicatoren, afkomstig van kwaliteitsregistraties van het Zorginstituut en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, waarbij de weging gebaseerd is op *expert opinion*. De indruk van huisartsen is gebaseerd op een uitvraag, waarbij huisartsen een vragenlijst invullen over ziekenhuizen waar ze het vaakst naar verwijzen.

Voor betere kwaliteit reizen patiënten hoogstens een paar minuten extra. Tabel 1 laat zien hoeveel minuten ze extra willen reizen voor een toename in kwaliteit van één standaarddeviatie. Deze toename is ruwweg het verschil tussen een ziekenhuis met een gemiddelde score en een ziekenhuis dat hoger scoort dan 85 procent van alle andere ziekenhuizen. Medische uitkomsten en de indruk van huisartsen blijken het belangrijkste. Medische uitkomsten spelen een rol bij borstkanker en heup- en knieartrose. De indruk van de huisarts speelt ook een rol bij reuma en staar. Vooral bij staar lijken mensen verder te willen reizen voor een kortere wachttijd, en in mindere mate geldt dit ook voor heup- en knieartrose. Uit het onderzoek blijkt niet dat de dimensie sterfte een belangrijke rol speelt.

Omdat mensen niet veel verder willen reizen voor betere kwaliteit, is het aantal patiënten dat een ziekenhuis bezoekt hier ook niet erg gevoelig voor. Een ziekenhuis dat de kwaliteit op een bepaalde indicator vanaf een gemiddelde waarde verhoogt met één standaarddeviatie, ziet het aantal patiënten met hooguit tien à twintig procent toenemen. Deze gevoeligheid verschilt voor de diverse medische aandoeningen, kwaliteitsindicatoren en ziekenhuizen.

### Betekenis voor beleid

De ziekenhuiskeuze van patiënten op basis van kwaliteit blijkt in het huidige stelsel dus weinig bij te dragen aan doelmatiger zorg. Zorgverzekeraars kunnen namelijk wel goede afspraken met een ziekenhuis maken over de kwaliteit van de zorg, maar naar verwachting leidt dat niet tot veel extra patiënten. Een kwaliteitsverbetering van een gemiddelde kwaliteit naar de beste vijftien procent van presterende ziekenhuizen is fors, en zelfs deze stap levert naar schatting hoogstens tien tot twintig procent extra patiënten op. Uit een evaluatie van twee grootschalige veranderprogramma's die het Beatrixziekenhuis en Bernhoven met verzekeraars CZ en VGZ hebben ingevoerd, bleek er überhaupt geen duidelijke toename in kwaliteit (CPB, IQ Healthcare en NZa, 2020). Een ziekenhuis waar de zorg achteruit gaat, zal daar wat betreft het aantal patiënten dus ook niet veel van merken.

De manier waarop aan patiënten informatie over ziekenhuizen wordt aangeboden, biedt handvatten om de rol van kwaliteit in het keuzeproces te vergroten. Medische uitkomsten zijn voor een leek moeilijk te interpreteren, en bovendien is er voor de meeste aandoeningen een groot aantal verschillende maatstaven beschikbaar. Lang niet iedereen maakt gebruik van dit soort informatie (Damman et al., 2009; Faber et al., 2009). Er is daarom al veel geïnvesteerd in toegankelijke keuzehulpen op internet, zoals de Zorgkaart Nederland van Patiëntenfederatie Nederland. Een ander initiatief is ZorgRank, een algoritme dat een persoonlijk advies geeft waarmee een patiënt samen met de huisarts een keuze kan maken voor een ziekenhuis. De huisarts kan medische informatie immers beter duiden en is voor patiënten een vertrouwde partij.

Daarnaast kan de overheid verzekeraars meer mogelijkheden geven om met een financiële stimulans voor patiënten te sturen op ziekenhuiskeuze, zoals bijvoorbeeld de vaste eigen betaling uit het keuze-experiment van Van Velzen et al. (2022). Een andere beleids optie is het verlagen van de verplichte vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Zo kunnen verzekeraars het bezoek aan een ziekenhuis waar de kwaliteit minder goed is alsnog ontmoedigen, ook al houdt de patiënt daar zelf weinig rekening mee. De keerzijde is wel dat patiënten dan verder moeten reizen, en de grote invloed van nabijheid op de ziekenhuiskeuze onderstreept dat ze dit belangrijk vinden.

### Literatuur

- Avdic, D., G. Moscelli, A. Pilny en I. Sriubaite (2019) Subjective and objective quality and choice of hospital: evidence from maternal care services in Germany. *Journal of Health Economics*, 68, artikelnr 102229.
- Damman, O.C., M. Hendriks, J. Rademakers et al. (2009) How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews. *BMC Public Health*, 9, artikelnr 423.
- CPB, IQ Healthcare en NZa (2020) *Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven*. CPB Policy Brief, juni.
- De Cruppé, W. en M. Geraedts (2017) Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 17, artikelnr 720.
- Faber, M., M. Bosch, H. Wollersheim et al. (2009) Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Medical Care*, 47(1), 1–8.
- Geest, S.A. van der, en M. Varkevisser (2018) Patient responsiveness to a differential deductible: empirical results from The Netherlands. *The European Journal of Health Economics*, 20(4), 513–524.
- Gutacker, N., L. Siciliani, G. Moscelli en H. Gravelle (2016) Choice of hospital: which type of quality matters? *Journal of Health Economics*, 50, 230–246.
- Lippi Bruni, M., C. Ugolini en R. Verzulli (2021) Should I wait or should I go? Travelling versus waiting for better healthcare. *Regional Science and Urban Economics*, 89, artikelnr 103697.
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest en F.T. Schut, F.T. (2012) Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. *Journal of Health Economics*, 31(2), 371–378.
- Velzen, N. van, S. van der Geest en M. Varkevisser (2021) Ziekenhuiskeuze kan niet volledig worden gestuurd via financiële prikkel. *ESB*, 107(4806), 86–88.
- Vermeulen, W., W. Luiten, F. Burema et al. (2022) *Voor welk ziekenhuis kiezen patiënten? De rol van nabijheid, kwaliteit en de huisarts*. SEO Economisch Onderzoek en Atlas Research.
- Victoor, A., D.M.J. Delnoij, R.D. Friele en J.J.D.J.M. Rademakers (2012) Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 12, artikelnr 272.
- WRR (2021) *Kiezen voor houdbare zorg: mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. WRR Rapport, 104.