

B-segment

Onderzoek naar de belangrijkste ontwikkelingen¹

Managementsamenvatting

In opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft Gupta Strategists onderzoek gedaan naar de belangrijkste ontwikkelingen in het B-segment. NVZ en Gupta Strategists hebben in dit onderzoek expliciet gekozen voor een kwantitatieve analyse om waar mogelijk tot een objectief oordeel te kunnen komen.

Gupta Strategists heeft in het onderzoek een aantal hypothesen over zowel voor- als nadelen van het B-segment opgesteld. Vervolgens zijn deze hypothesen getoetst op basis van meerdere databronnen over meerdere jaren. De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat de voordelen van het B-segment duidelijk zijn waar te nemen, terwijl er nauwelijks aanwijzingen zijn voor de nadelen. Volumes zijn niet explosief gestegen, de prijsontwikkeling is relatief gunstig en kwaliteit en toegankelijkheid krijgen meer aandacht en zijn verbeterd.

Introductie van en discussie over het B-segment sinds 2005

Het B-segment is in februari 2005 ingevoerd, een maand na de definitieve introductie van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). In het B-segment onderhandelen zorgverleners en zorgverzekeraars vrij over volumes, prijzen, kwaliteit en andere aspecten van zorg. Zorgverleners krijgen betaald voor geproduceerde DBC's. De functionele budgetteringssystematiek van het A-segment wordt voor de B-segmentbehandelingen dus volledig losgelaten.

Het was de verwachting dat de introductie van het B-segment zou leiden tot betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Deze verbeteringen zouden het gevolg moeten zijn van de onderhandelingen tussen individuele ziekenhuizen en individuele zorgverzekeraars. In deze onderhandelingen kunnen zij op basis van eigen inzichten in patiënten/verzekerden spreken over voorwaarden van individuele zorgproducten. Dit is een groot verschil met de onderhandelingen in het A-segment, waarin meestal verzekeraars collectief onderhandelen met ziekenhuizen over *beperking* van volumegroei op basis van door de overheid vastgestelde functionele budgetparameters.

Over het B-segment bestaat een voortdurende discussie tussen voor- en tegenstanders. Tegenstanders vrezen dat het B-segment o.a. zal leiden tot explosieve volumegroei, stijgende prijzen en selectie van aantrekkelijke patiënten door ziekenhuizen. Voorstanders verwachten de eerdergenoemde verbeteringen in kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Gupta Strategists onderzocht of er bewijs is voor zowel de voor- als nadelen van het B-segment (fig. 1).

¹ Deze managementsamenvatting is opgesteld als een leeswijzer voor de bijbehorende presentatie en dient in samenhang hiermee gelezen te worden. De resultaten, gedetailleerd weergegeven in de presentatie, zijn leidend voor alle conclusies in deze managementsamenvatting.

Conclusies

Er zijn geen aanwijzingen voor nadelen van het B-segment

Gupta Strategists onderzocht de volgende mogelijke nadelen van de introductie van het B-segment:

1. Volumegroei
2. Prijsstijgingen
3. Verminderde toegankelijkheid: Ziekenhuizen zouden krenten uit de pap halen door het weigeren en/of doorverwijzen van zwaardere/complexere patiënten

Voor deze nadelen werd geen bewijs gevonden.

1. Er is geen bewijs voor explosieve volumestijging in het B-segment

Analyse van de jaarverslagen van ziekenhuizen over 2005 en 2006 laat een forse groei (+41%) van de omzet in het B-segment zien (fig. 2). Ook de rapportage Vektis over declaraties in het B-segment laat een forse groei zien (fig. 3). De groei van het B-segment lijkt daardoor explosief.

Er spelen echter een aantal methodologische problemen (fig. 2 en 3). Zo was 2005 het eerste jaar met landelijke uitrol van DBC's. DBC's zijn een totaal nieuw registratiesysteem voor ziekenhuizen en het is buitengewoon complex. Dit kan een effect hebben gehad op de registratie van volume. Het volume kan bijvoorbeeld in 2005 te laag zijn vastgesteld.

Om de ogenschijnlijk explosieve stijging van het volume beter te kunnen beoordelen, moet ook worden gekeken in hoeverre de volumegroei in 2005-2006 zich verhoudt tot de volume-ontwikkeling over een langere periode. Om te zien of het B-segment de oorzaak is van de volumegroei, kan de groei in het B-segment worden vergeleken met volumegroei in het A-segment.

Gupta Strategists onderzocht de volume-ontwikkeling van de vier belangrijkste B-segment aandoeningen (samen 70% van het B-segment in 2006):

- Heupslijtage
- Knieslijtage
- Cataracten
- Diabetes mellitus.

De volumegroei is op basis van meerdere bronnen en met behulp van meerdere methoden beoordeeld (fig. 4):

- Historische groei 2001-2005 op basis van LMR en rekenstaten;
- Groei 2005-2006/2007 in DBC's,
 - o.b.v. declaraties, zoals opgenomen in het Vektis-rapport,
 - o.b.v. opgave van productie door een groep steekproefziekenhuizen,
 - o.b.v. registratie van productie in het DBC Informatie Systeem (DIS).
- Relatie tussen belang van een specialisme in het B-segment en ontwikkeling van de productie in FB-parameters, zowel op Eerste Polikliniek Bezoeken (EPBs) als op patiëteenheden.

De uitkomsten van deze analyses op diverse bronnen laten een consistent beeld zien:

- Het volume van de onderzochte aandoeningen steeg al voor de introductie van het B-segment. Voor bijvoorbeeld knieslijtage was deze stijging zelfs al zeer fors (fig. 5 en 6).

- Na introductie van het B-segment heeft de groei van heupslijtage en knieslijtage zich in lijn met de historische groei voortgezet (fig. 5 en 6). Staarbehandelingen groeiden op basis van Vektis-onderzoek en de steekproefziekenhuizen sterker, maar behandeling van diabetes in dagbehandeling kende zelfs een volumedaling. Deze volumedaling kan het gevolg zijn van het verplaatsen van zorg naar de eerstelijns.
De steekproefziekenhuizen, Vektisonderzoek en DIS geven een consistent beeld. Exacte bepaling van volumeontwikkeling op basis van DIS is op dit moment overigens nog niet goed mogelijk. Problematische registratie in het DIS overschaduwde de werkelijk onderliggende groei.
- Vakgroepen met een groot belang in het B-segment zijn niet harder gegroeid dan het gemiddelde op zowel EPB's als patiënteenheden (fig. 7 en 8). Enkele vakgroepen zonder enige productie in het B-segment zijn zelfs veel harder in FB-volume gestegen.

2. De belangrijkste B-segment DBC's (op diabetes na) zijn sinds 2005 relatief in prijs gedaald

Voor de prijsontwikkeling is ook gekeken naar heupslijtage, knieslijtage, diabetes en staar. Zowel de gegevens van steekproefziekenhuizen, als gegevens uit het DIS zijn gebruikt. Beide bronnen laten zien dat de prijzen voor heupen, knieën en staar sinds 2005 relatief zijn gedaald (fig. 9 en 10). De prijs van diabetesbehandeling in dagbehandeling is wel gestegen, maar dit kan te maken hebben met de verplaatsing van diabeteszorg naar de eerste lijn. Hierdoor blijft alleen relatief zware (en duurdere) zorg over in de ziekenhuizen.

3. Er zijn geen tekenen dat ziekenhuizen zich strategisch richten op het selecteren van aantrekkelijke patiënten

Op basis van de zorgprofielen uit het DIS is onderzocht of ziekenhuizen op voorhand van bepaalde groepen patiënten kunnen voorspellen dat deze relatief meer of minder winstgevend zullen zijn. Voor knieën en heupen blijkt er een sterk verband tussen leeftijd en kosten: oudere patiënten zijn relatief minder winstgevend (fig. 11 en 14). Ziekenhuizen blijken dit gegeven niet te gebruiken 'tegen' de patiënt; de leeftijdsverdeling van behandelde patiënten is vrijwel gelijk gebleven en bovendien is er geen groep ziekenhuizen die zich duidelijk en structureel naar een lichtere casemix beweegt. Ziekenhuizen halen dus niet alleen 'de krenten uit de pap' voor knieën en heupen (fig. 11-15).

Er zijn bewijzen voor voordelen van het B-segment

Gupta Strategists onderzocht verschillende mogelijke voordelen van het B-segment voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Er is gekeken naar (fig. 17) zowel:

1. input,
2. output, als
3. marktordening.

1. Input: Het B-segment is belangrijk in de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. In de onderhandelingen is veel aandacht voor kwaliteit, volledigheid van contractering en kosten.

In eerder onderzoek voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) stelde Gupta Strategists vast dat zorgverzekeraars relatief zeer veel tijd besteden aan het onderhandelen over het B-segment. Hoewel 6% van de zorg in het B-segment zit, neemt dit segment 27% van de totale onderhandelstijd over zorg in beslag (fig. 18), bijna zoveel als het gehele A-segment.

Binnen hun B-segmentonderhandelingen maken en beleven zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars aanmerkelijk meer afspraken over medisch-inhoudelijke kwaliteit van zorg (fig. 19). In het A-segment beleven ziekenhuizen daarentegen niet dat verzekeraars over medisch-inhoudelijke kwaliteit willen onderhandelen, terwijl verzekeraars zeggen het wel na te streven. De belangrijkste doelen van verzekeraars in de onderhandelingen zijn kwaliteit en kosten van het B-segment en optimale toegankelijkheid van zorg door volledigheid van contractering (fig. 20).

2. Output: Registratie en uitkomsten van kwaliteit van zorg zijn in het B-segment verbeterd. De betaalbaarheid verbeterde door gunstige ontwikkeling van productiviteit van specialisten en ontwikkeling van efficiëntere zorgprofielen.

Het B-segment heeft een positief effect op kwaliteit

In het B-segment is sprake van betere registratie en rapportage over kwaliteit van zorg, hebben ziekenhuizen hun processen verbeterd en zijn de medische uitkomsten beter (fig. 22)

Ziekenhuizen zijn sinds de introductie van het B-segment beter gaan rapporteren over zorg in het B-segment. Deze verbetering was sterker dan de verbetering van het rapporteren over zorg die nog in het A-segment valt. Voor alle indicatoren in het B-segment was de beschikbaarheid in 2006 hoog (fig. 23).

Verdere ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor het B-segment zet zich voort (fig. 24). Voor 20% van de zorg die sinds 2008 in het B-segment zit, zijn of worden ruim 40% van de meetinstrumenten over kwaliteit ontwikkeld. Het lijkt alsof vrije onderhandelingen een impuls hebben gegeven aan het gezamenlijk ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren binnen een samenwerking tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Orde van Medisch Specialisten, ziekenhuizen en IGZ.

Naast de betere registratie en rapportage van kwaliteit, hebben ziekenhuizen de kwaliteit in het B-segment verbeterd door processen beter uit te voeren. Specialismen met een groot belang in het B-segment, zoals orthopedie en oogheelkunde, realiseerden de grootste verbetering in het

terugbrengen van het aantal afgezegde operaties en komen daarmee tot een laag percentage afzeggingen (fig. 25). Daarnaast nam het aantal ziekenhuizen toe dat geïntegreerde diabeteszorg aanbiedt (fig. 26).

Ook de uitkomsten van zorg verbeterden in het B-segment. Ziekenhuizen realiseerden een sterke daling van het aantal heroperaties na een hernia inguinalis (liesbreuk) (fig. 27). Decubitus bij totale heupvervangings nam na de introductie van het B-segment met 35% af (fig. 28).

Sterkere productiviteitsverbetering van specialisten en ontwikkeling van efficiëntere zorgprofielen in het B-segment

Bij de analyse van mogelijke nadelen werd al geconcludeerd dat de prijsontwikkeling in het B-segment relatief gunstig is geweest. Ook de specialisten hebben zich ingespannen om efficiënter te werken. Specialist met een groot belang in het B-segment, oogartsen en orthopeden, hebben na de introductie van het B-segment hun arbeidsproductiviteit sterker verbeterd dan andere specialismen. Zij realiseerden een vergelijkbare productiegroei als andere specialisten, maar deden dit met geen of beperkte capaciteitsuitbreiding waar andere specialismen de capaciteit uitbreidden (fig. 30). De productiviteitsverbetering van deze specialismen was ook voor de introductie van het B-segment al groter dan die van andere specialismen, maar versnelde sterk na de introductie van het B-segment (fig. 31).

De gunstige ontwikkeling van B-segmentprijzen wordt mogelijk gemaakt doordat ziekenhuizen in staat bleken om zorg efficiënter te leveren. Voor zowel heupen als knieën daalden de kosten van zorgprofielen voor alle leeftijdsgroepen met 8-11% (fig. 32-33).

3. Marktordening: B-segment ontwikkelt zich gunstig; er zijn tekenen van kwaliteitsdifferentiatie (decubitus) en prijsdifferentiatie (staar) tussen hoog- en laagvolume- aanbieders en nieuwe aanbieders treden toe

Zowel op kwaliteit als op prijs zijn er tekenen dat de markt in het B-segment zich ontwikkelt richting specialisatie en differentiatie. Ziekenhuizen met een hoog volume heupvervangingen realiseren een lagere decubitusincidentie dan aanbieders met een relatief laag volume (fig. 35).

Bij staar bieden ziekenhuizen met een hoog volume op de behandeling van deze aandoening een lagere prijs dan ziekenhuizen met een laag volume. Bij heupen en knieën is deze differentiatie nog niet (figuur 36). Verzekeraars realiseren voor zowel heupslijtage, knieslijtage als staar wel prijsskortingen wanneer zij grote volumes bij een aanbieder afnemen (fig. 37).

De toetredingsbarrières in het B-segment blijken laag genoeg. Dat de markt aantrekkelijk is, blijkt uit de toename van het aantal Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) in het B-segment. Zowel in de competitieve Randstad als daarbuiten (fig. 39) groeide het aantal ZBC's fors sinds 2004 en geeft daarmee nieuwe dynamiek aan de markt.

De mobiliteit van patiënten in het B-segment heeft zich niet eenduidig ontwikkeld naar een langere of kortere reistijd. Het beeld verschilt per regio en aandoening. De mobiliteit lijkt dan ook zowel door vraag- als aanbodfactoren beïnvloed te worden (fig. 41).