

BEKOSTIGING

03 AUG 2018

Blog: Prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen bestaat niet

Ziekenhuizen onderhandelen momenteel over de zorginkoop binnen het hoofdlijnenakkoord waarin nulgroei voor de totale omzet is afgesproken. Dbc-tarieven als instrument voor kostenbeheersing komen daarbij niet meer aan de orde. Dat blijkt uit eerder onderzoek.

[Bewaren](#)

Guus Schrijvers

Zorgverzekeraar CZ onderhandelde voor 2016 met 59 ziekenhuizen en 178 zelfstandige behandelcentra. CZ publiceerde de tarieven van 1400 dbc's die zij voor dat jaar had afgesproken met deze zorgaanbieders. De variatie in tarieven voor dezelfde dbc bij de verschillende aanbieders is groot en willekeurig. Dat blijkt uit een artikel van Rudy Douven, Erik Schut en Monique Burger over de bevindingen van een onderzoeksteam van de Erasmus Universiteit en het Centraal Planbureau (Grote prijsverschillen ziekenhuiscare, ondanks concurrentie, *Economisch Statistische Berichten*, 2016, 103, (4762), p 276-279).

Grote prijsvariatie

De gemiddelde prijs in 2016 voor een specifieke dbc (betaald door CZ) stelden de onderzoekers op 100 procent. Ziekenhuizen hanteerden in dat jaar voor dezelfde dbc een behandel prijs die tot twee keer zo hoog (200 procent) of tot drie maal zo laag (30 procent) was. Voor ongeveer de helft van de dbc's is de minimumprijs drie tot zes maal zo laag als de maximumprijs die zorgverzekeraar CZ in 2016 betaalde. Nadere analyse leert dat er geen goedkope of dure ziekenhuizen bestaan, aldus de onderzoekers. Een ziekenhuis kan een hoge behandel prijs hebben voor de ene dbc en een lage voor een andere. Tussen behandelcentra en ziekenhuizen bestaan geen verschillen: de eerste zijn over de hele linie niet goedkoper dan de tweede. Wel zijn umc's/academische ziekenhuizen gemiddeld tien procent duurder dan deze twee andere zorgaanbieders.

Verschillende oorzaken prijsvariatie

Het is onwaarschijnlijk dat de geobserveerde prijsvariatie samenhangt met verschillen in kwaliteit. Daarvoor is deze te groot en te willekeurig. De onderzoekers noemen drie oorzaken voor de verschillen. Ten eerste hanteren ziekenhuizen onderling verschillende methoden om kostprijzen te berekenen. Ten tweede hebben ziekenhuizen en zorgverzekeraars geen inzicht in de kostprijzen. Er is immers de laatste jaren veel veranderd in de bekostigingssystematiek. In 2012 ging het aantal dbc's terug van 30.000 naar 4400, in 2015 ging de maximale duur van een dbc terug van twaalf naar zes maanden. In datzelfde jaar integreerde de regering de specialistentarieven in de dbc's van de ziekenhuizen. Al die veranderingen beperkten het inzicht in de onderbouwing van de tarieven.

Een derde verklaring voor de grote prijsverschillen noemen de auteurs het 'rondrekenen van de dbc's'. Hierbij maken zorgverzekeraars eerst een afspraak over de totale omzet van een ziekenhuis. Zij spreken bijvoorbeeld een nulgroei af. Daarna worden de bestaande dbc's zo herberekend met behulp van specifieke software dat ze passen bij de afgesproken omzet. Dit is thans de gangbare methode van onderhandelen tussen zorgverzekeraar, medisch specialistisch bedrijf en ziekenhuis.

Weg kostenbeheersingsinstrument

Deze derde verklaring is hoogst actueel aangezien ziekenhuizen nu onderhandelen binnen het hoofdlijnenakkoord 2019- 2022. Daarin is een nulgroei afgesproken voor de totale omzet van de ziekenhuizen. Dbc-tarieven als instrument van kostenbeheersing via concurrentie raken dan helemaal buiten beeld. Hoe moet het dan verder met die kostenbeheersing? In een volgende blog ga ik daarop dieper in. Ik pleit dan voor een moderne manier van kostprijsberekening, de Activity Based Costing, en voor kostenbeheersing zonder dbc-concurrentie.