

Aan de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
Directie Zorgmarkten Cure

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk
12D0022444

Onderwerp
Beleidsbrief Marktscan Ketenzorg

Datum
4 juli 2012

Mevrouw de Minister,

Per 1 januari 2010 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op uw verzoek een prestatiebeschrijving vastgesteld voor multidisciplinaire zorgverlening voor Diabetes Mellitus type 2 (DM2) en Vasculair Risicomanagement (VRM) (ketenzorg). Per 1 juli 2010 is de prestatiebeschrijving uitgebreid met multidisciplinaire zorgverlening voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Deze prestatie maakt een integrale bekostiging van de zorg (ketentarief) mogelijk. U heeft de NZa gevraagd om de feitelijke ontwikkelingen met betrekking tot de introductie en het gebruik van de prestatie te monitoren en hierover te rapporteren. Tegelijkertijd heeft u een Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (EIB) opgericht, met als doel het beleid voor chronisch zieken en de ontwikkelingen te evalueren. Het RIVM heeft in opdracht van de EIB uitvoering aan dit onderzoek gegeven. Recentelijk is de rapportage met de uitkomsten gepubliceerd.¹

Bijgaand treft u de marktscan ketenzorg aan. Een marktscan geeft op systematische wijze de stand van zaken op een (gedeelte van een) bepaalde markt weer. Dit omvat een beschrijving van de marktstructuur, het marktgedrag en de marktuitskomsten. Deze marktscan geeft een eerste beeld van de ontwikkelingen in de afgelopen jaren op het gebied van ketenzorg. Belangrijk om daarbij op te merken is dat de verkregen declaratiegegevens die voor kwantitatieve analyses zijn gebruikt zich beperken tot en met 2010, terwijl integrale bekostiging pas per 1 januari 2010 zijn intrede heeft gedaan. Ook zijn de declaratiegegevens over 2010 (nog) niet compleet.

¹ Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering, juni 2012

De NZa en het RIVM hebben in hun rapportages voor een deel gebruik gemaakt van dezelfde gegevensset van Vektis. Op een aantal punten komen de uitkomsten in deze rapportages niet overeen. Dit wordt onder andere veroorzaakt door een verschil in de marktafbakening.² Verder is de marktscan van de NZa aangevuld met enquêtegegevens van zorgverzekeraars en zorggroepen over de contractering in 2012 en ervaringen van consumenten met de levering van ketenzorg.

Kenmerk
12D0022444

Pagina
2 van 8

In deze beleidsbrief beschrijft de NZa de opvallendste zaken uit de marktscan ketenzorg, gezien vanuit de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Deze beleidsbrief is geschreven in samenhang met het advies van de NZa aan VWS over de (toekomstige) bekostiging van de huisartsenzorg en geïntegreerde zorg en het advies voor verbetering van substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg. Tevens is aangesloten op enkele uitkomsten van de EIB, zodat u het beleid met betrekking tot multidisciplinaire zorgverlening in gezamenlijkheid verder kan bepalen.

De NZa constateert dat de effecten van invoering van integrale bekostiging tot nu toe nog lastig te meten zijn. Dit heeft deels te maken met het feit dat integrale bekostiging nog maar kort geleden (januari 2010) is ingevoerd en deels met het feit dat de transparantie van de (kwaliteit van) de geleverde zorg als onvoldoende wordt ervaren. Daarom kan de NZa op basis van de uitkomsten in de marktscan nog geen harde conclusies trekken over (met name) de betaalbaarheid en doelmatigheid van ketenzorg. Wel ziet de NZa dat de contractering tussen zorgverzekeraars en zorggroepen volop in beweging is. De NZa is van mening dat het integraal aanbieden van multidisciplinaire zorg als bekostigingsvariant geborgd moet blijven, omdat wij voldoende perspectief zien voor het op termijn behalen van de beoogde kwaliteits- en doelmatigheidseffecten.

De NZa ziet deze marktscan als een nulmeting van het ingevoerde beleid. De NZa adviseert u om de beleidsregels³ voor multidisciplinaire zorg en geïntegreerde eerstelijns zorg te verlengen tot het moment waarop wijzigingen in de bekostiging van de huisartsenzorg en geïntegreerde zorg worden doorgevoerd. De NZa zal in een volgende marktscan meer onderzoek doen naar de beoogde substitutie-effecten en de verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt. Hiervoor is het belangrijk dat zorggroepen hun verantwoordelijkheid nemen door het transparant(er) maken van de (kwaliteit van) de geleverde zorg en dat zorgverzekeraars (meer) gaan sturen op doelmatige zorgverlening.

In de navolgende paragrafen licht ik de belangrijkste zaken per onderdeel uit de marktscan nader toe.

² In bijlage 2 van de marktscan ketenzorg is toegelicht op welke punten de onderzoeksmethoden verschillen.

³ BR/CU 7056 en BR/CU 7006

Markt structuur

In de periode 2007-2010 is het aantal geregistreerde patiënten met één of meerdere van de chronische aandoeningen DM2, COPD of VRM sterk toegenomen. Zo is het aantal zorgvragers met DM2 in deze periode bijna verdubbeld. In lijn met de toename van het aantal zorgvragers is ook het aantal zorggroepen⁴ in de periode 2007 – 2010 sterk gegroeid: voor DM2 is dit aantal toegenomen van 53 in 2007 naar 140 in 2010. Opvallend daarbij is dat voor VRM pas sinds de invoering van integrale bekostiging de eerste 8 zorggroepen zijn gestart met de levering van deze zorg. Er heeft nog nauwelijks uittreding plaatsgevonden.

De zorggroepen zijn veelal opgezet door huisartsen. Het aantal huisartsen dat is aangesloten bij een zorggroep neemt jaarlijks toe. In sommige gevallen loopt het aantal op tot meer dan 200 gecontracteerde huisartsen per zorggroep. Met name voor de levering van DM2 wordt de organisatie van ketenzorg in toenemende mate in zorggroepen vormgegeven en vormen individuele huisartsen steeds minder vaak een alternatief.

De zorggroepen die patiënten met DM2 behandelen, liggen verspreid over heel Nederland. De zorggroepen die VRM en COPD leveren liggen voornamelijk in het zuiden van Nederland. 65% van het totaal aantal zorggroepen heeft een marktaandeel hoger dan 55%. Een groot deel van de zorggroepen heeft daarmee in potentie een aanmerkelijke marktmacht (AMM) positie. De NZa houdt hier pro-actief toezicht op, onder meer door onderzoek op basis van signalen die zij ontvangt over mogelijke AMM van zorggroepen, en door marktbrede monitoring. Daarbij onderzoekt de NZa de mogelijkheden om eventuele drempels voor het indienen van signalen te verlagen.

Zolang voldoende tegendruk bestaat van de zorgverzekeraars, en niet het risico ontstaat dat zorggroepen misbruik maken van deze positie (bijvoorbeeld door te hoge prijzen of te lage kwaliteit van de zorg), ziet de NZa geen aanleiding om maatregelen te nemen. Daar waar dit risico wel ontstaat, kan de NZa ingrijpen door AMM-maatregelen op te leggen (bijvoorbeeld regulering van de tarieven van de betreffende zorggroep), of door generieke regulering op basis van artikel 45 van de Wmg. Of daadwerkelijk sprake is van risico op misbruik hangt ook af van de specifieke situatie en dient in de praktijk per geval onderzocht te worden. De NZa heeft samen met de NMa richtsnoeren voor zorggroepen opgesteld, waarin toegelicht wordt welke regels bestaan ten aanzien van zorggroepen met een machtspositie.⁵

Kenmerk
12D0022444

Pagina
3 van 8

⁴ Er is sprake van een zorggroep als een partij een afzonderlijke rechtsvorm heeft gecreëerd om een coördinerende rol te spelen op het gebied van de behandeling van één of meer chronische ziekten

⁵ NMa en NZa (2010), Richtsnoeren Zorggroepen

Marktgedrag

Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om ketenzorg via verschillende bekostigingssystemen in te kopen: integraal (dat wil zeggen, via een ketentarieff), met een opslag op het inschrijftarief van de huisarts (de GEZ-module of de M&I-module⁶), met de beleidsregel innovatie of door de verschillende vormen van zorg los te financieren.

Kenmerk
12D0022444

Pagina
4 van 8

Uit enquêtes onder zorgverzekeraars blijkt dat ketenzorg volop wordt gecontracteerd, maar dat de wijze waarop per verzekeraar verschilt. Ook de inhoud van zorg is daarbij van belang. Zo doen verzekeraars voor de contractering van DM2 aan vrijwel alle zorggroepen een contractaanbod. Voor COPD en/of VRM is dit niet altijd het geval. Ook kiest de zorggroep bij deze vormen van zorg er soms zelf voor om geen contract af te sluiten met een zorgverzekeraar. DM2 en VRM worden grotendeels integraal, op basis van de beleidsregel voor multidisciplinaire zorg, gecontracteerd. De contractering van COPD verloopt vooral via de innovatieregeling. Sinds 2011 ziet de NZa dat verzekeraars een kritische houding aannemen ten aanzien van de contractering middels integrale bekostiging. Ketenzorg wordt in toenemende mate via de GEZ-module (het koptarief) gecontracteerd. Het volgen van contracten van andere verzekeraars gebeurt met name bij de contractering van DM2 en in mindere mate bij COPD en VRM.

Uit de enquêtes blijkt dat er in de onderhandelingen naast de prijs ook aandacht is voor de inhoud van de zorgprogramma's⁷. Zowel zorgverzekeraars als zorggroepen zijn overwegend tevreden over de onderhandelingen. Een aandachtspunt volgens zorgverzekeraars is dat de zorggroepen nog niet transparant genoeg zijn. Zorggroepen zijn veelal tevreden met het resultaat van de onderhandeling, maar het proces kan beter.

Zorgverzekeraars zien het kwaliteitsniveau van de zorggroep als één van de belangrijkste maatstaven om zorggroepen met elkaar te vergelijken. Een generieke indicatorenset over de kwaliteit van de ketenzorg is nog in ontwikkeling en gaat onder andere in op het gebruik van een patiëntendossier en een individueel zorgplan. Daarnaast spelen inhoudelijke verschillen in het zorgprogramma een rol in de onderhandelingen en de totstandkoming van het ketentarieff. Zorgverzekeraars geven aan te differentiëren in contracten, zodat zij de beter presterende zorgaanbieders kunnen belonen met een hoger tarief. Toch blijkt uit de enquêtes dat met name factoren zoals onderhandelingsvaardigheden en afspraken die in het verleden zijn gemaakt een rol spelen bij tariefdifferentiatie.

Bij navraag naar de veranderingen in de uitvoeringslasten sinds de invoering van de integrale bekostiging, geven alle zorgverzekeraars aan dat deze in de afgelopen jaren is verzwaard. De meest genoemde reden hiervoor is de grotere administratieve diversiteit. Een andere

⁶ De GEZ module staat voor Geïntegreerde Eerstelijns Zorg en kan als opslag op het inschrijftarief van huisartsen worden gerekend. De M&I staat voor Modernisering en Innovatie. Dit kan een prestatie zijn of, net als de GEZ, een opslag op het inschrijftarief. Voor het rekenen van een GEZ opslag en/of M&I is een overeenkomst met een verzekeraar vereist.

⁷ In een zorgprogramma staat beschreven welke zorg ter behandeling van de aandoening geleverd wordt.

veelgenoemde reden is de controle door zorgverzekeraars op dubbele declaraties. Een risico waar verzekeraars op wijzen is dat de mogelijkheid bestaat dat ketenzorg én via integrale bekostiging én via losse consulten van de huisartsenzorg gefinancierd wordt. Zorgverzekeraars hebben om deze reden extra aandacht voor dubbele declaraties.

Kenmerk
12D0022444

Pagina
5 van 8

Kwaliteit

Met de introductie van integrale bekostiging is beoogd de multidisciplinaire samenwerking te versterken en de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken te verbeteren. De NZa ziet niet toe op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg, maar wel op het gebruik van informatie die iets zegt over de transparantie van kwaliteit. Op basis van de uitkomsten in de marktscan kan de NZa geen uitspraken doen over kwaliteitsverbeteringen van multidisciplinaire zorg, maar wel over het gebruik van kwaliteitssystemen en de ontwikkeling van indicatoren die iets zeggen over de kwaliteit van de zorg. Zo blijkt dat meer dan de helft van de ondervraagde zorggroepen gebruik maakt van een gecertificeerd kwaliteitssysteem.

De EIB concludeert in haar rapportage met betrekking tot kwaliteitseffecten van integrale zorgverlening voor DM2 patiënten dat er een verbetering is te zien bij ontwikkeling van procesindicatoren. Ook is er een (geringe) vooruitgang te zien in de ontwikkeling van uitkomstindicatoren. Daarnaast rapporteert de EIB in haar rapportage dat het voor patiënten vaak niet duidelijk is dat zij onderdeel uitmaken van een ketentraject.

Er lopen nu verschillende onderzoeken naar de daadwerkelijke effecten van ketenzorg op de kwaliteit (en doelmatigheid) van zorg, maar de verwachting is dat dit pas op langere termijn meer duidelijk zal maken.

De NZa is van mening dat kwalitatief goede zorg gebaat is bij goede registratie van de zorg(activiteiten). Ook de ontwikkeling en het gebruik van een zorgstandaard zorgt voor het vergroten van de transparantie (van de kwaliteit) van de geleverde zorg. De (kwaliteit van) de geleverde zorg is nu nog niet transparant genoeg, zowel richting de verzekeraar als richting de patiënt. De NZa vindt het belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor nemen.

Toegankelijkheid

Toegang tot ketenzorg hangt sterk samen met de toegang tot huisartsenzorg, omdat er bijna altijd een huisarts betrokken is bij de levering van ketenzorg. Ook daar waar ketenzorg dus niet integraal aangeboden wordt, is er een alternatief beschikbaar in de vorm van 'losse' behandeling door de huisartsen, en ad hoc verwijzingen naar andere zorgaanbieders uit de keten. Hiermee lijkt de toegang tot ketenzorg geborgd. De vraag is echter of de consument ook voldoende vrijheid heeft om te kiezen tussen verschillende zorgaanbieders gezien de grootte en het marktaandeel van veel zorggroepen. Daarnaast horen patiënten in theorie gemakkelijk over te kunnen stappen naar een andere huisarts. Ook daarbij is het de vraag in hoeverre de overstap naar een andere huisarts in de praktijk gemakkelijk te realiseren is. De NZa zal hier in de marktscan over de huisartsenzorg

nader op ingaan. Naar verwachting zal deze rapportage einde van dit jaar beschikbaar komen.

Kenmerk
12D0022444

Over de gemiddelde wachttijd of het aantal wachtende zijn geen specifieke gegevens beschikbaar, aangezien verzekeraars hierover geen informatie beschikbaar hebben. De uitkomsten van panelonderzoek geven echter geen aanleiding te vermoeden dat de wachttijd of het aantal wachtenden voor ketenzorg hoog of groot is.

Pagina
6 van 8

Betaalbaarheid

Met de introductie van integrale bekostiging is naast de kwaliteitsdoelen beoogd dubbele bekostiging te voorkomen en zorg van patiënten van de tweede- naar de eerstelijnszorg te verschuiven.

Op basis van omzetgegevens van de zorg die herleidbaar is naar aandoeningen die tot ketenbekostiging kunnen worden gerekend, ziet de NZa dat de geregistreerde schadelast van ketenzorg de afgelopen jaren flink is toegenomen: van 17 miljoen in 2007 naar 156 miljoen in 2010. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat de schadelast van de ketenzorg via losse tarieven (de levering van ketenzorg op basis van uitsluitend losse consulten, zittingen en/of verrichtingen) niet is meegenomen, omdat dit in de beschikbare data niet is na te gaan. Het is aannemelijk dat vanaf 2007 een sterke verschuiving heeft plaatsgevonden van bekostiging van ketenzorg op basis van 'losse financiering' naar bekostiging op basis van innovaties, koptarief en integrale tarieven. De daadwerkelijke kostenstijging is daarmee naar verwachting minder sterk dan bovenstaande cijfers doen vermoeden. Een andere kanttekening bij de gepresenteerde omzetgegevens is dat de dataset met declaratiegegevens over 2010 nog niet compleet is.

Een belangrijke oorzaak van de aanwezige kostenstijging is de toename van het aantal zorgvragers (het volume). Tussen 2007 en 2010 is het aantal geregistreerde ketenzorg patiënten gestegen van 479 duizend naar bijna 1 miljoen. De marktscan illustreert de toename van de schadelast aan de hand van volume-, kosten- en prijsindices voor DM2. Steeds meer DM2 patiënten worden in ketenzorgtrajecten behandeld en daardoor ook als ketenzorgpatiënt geregistreerd. De zorgstandaard is ook gericht op preventie en opsporing van patiënten. Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat het aantal geregistreerde ketenzorg patiënten de laatste jaren zo is toegenomen.

De gemiddelde totale kosten per patiënt lijken van 2007 tot en met 2010 vrij stabiel te zijn gebleven, maar er zijn duidelijke verschillen in de kosten per keten. De gemiddelde tarieven van de verschillende zorgvormen per zorgverzekeraar lopen uiteen. Zo valt op dat het kwartaalbedrag voor DM2 dat integraal bekostigd wordt tussen de 85 en 124 euro kan liggen. Daarnaast valt op dat bij eenzelfde verzekeraar de tarieven per zorggroep kunnen verschillen, ondanks dat er in het contract geen verschil te zien is in de afspraken over de inhoud van de zorg.

Tot slot merkt de NZa op dat integrale bekostiging pas in januari 2010 zijn intrede heeft gedaan. Op basis van de gegevens van Vektis kan op dit moment nog geen vergelijking worden gemaakt met schadelastgegevens over 2011 en verder. Om die reden kan de NZa nu

ook nog geen uitspraken doen over de doelmatigheid van ketenzorg. Daarnaast is het gewenst om informatie te verzamelen over gerealiseerde besparingen in de tweede lijn (het substitutie-effect). De NZa wil hier in een volgende marktscan onderzoek naar doen door verschillende patiëntenstromen te volgen.

Kenmerk
12D0022444

Pagina
7 van 8

Conclusie

De marktscan ketenzorg laat zien dat de invoering van integrale bekostiging met name bij DM2 een impuls heeft gegeven in het aanbod van de zorg en de contractering tussen verzekeraars en zorggroepen. Deze ontwikkeling verloopt trager bij de zorg voor VRM en COPD. Het aanbod van ketenzorg in zorggroepen is bij deze vormen van zorg beperkt en de verzekeraars zijn nog terughoudend in het integraal contracteren van deze zorg.

Er lopen nu verschillende onderzoeken naar de daadwerkelijke effecten van ketenzorg op de kwaliteit (en doelmatigheid) van zorg, maar de verwachting is dat dit pas op langere termijn meer duidelijk zal maken.

Om het beleid voor geïntegreerde ketenzorg te kunnen evalueren is transparantie van de (kwaliteit van de) geleverde zorg noodzakelijk. Op basis van de uitkomsten in de marktscan, en de uitkomsten van de rapportage van de EIB, concludeert de NZa dat deze transparantie nog niet voldoende is. De NZa vindt het belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor nemen. Wat betreft de toegankelijkheid van ketenzorg is er geen aanleiding te vernemen dat deze in het geding is.

De NZa kan op basis van de uitkomsten in de marktscan geen harde conclusies trekken over de betaalbaarheid en doelmatigheid van ketenzorg. Omdat op dit moment nog geen goede informatie voorhanden is die inzage geeft in besparingen in de tweede lijn zal in een volgend onderzoek meer gekeken moeten worden naar patiëntenstromen. De NZa vindt dat de verschillende bekostigingssystemen parallel kunnen blijven lopen, ondanks het feit dat partijen verzwarende van de uitvoeringslasten ervaren. Het geeft de verzekeraar en zorgaanbieder de ruimte om de bekostigingsvorm te kiezen die hem of haar het beste past. De NZa zal de komende jaren de kosten en het volume blijven monitoren alsmede de effecten hiervan op de kwaliteit en toegankelijkheid van ketenzorg.

Advies

De beleidsregel voor multidisciplinaire zorgverlening (BR/CU 7056) wordt op basis van de marktscan ketenzorg en de rapportage van de EIB herbeoordeeld en de beleidsregel voor Geïntegreerde Eerstelijnszorg (BR/CU 7006) loopt zonder verlenging op 1 januari 2013 af. De NZa vindt het nu te vroeg om conclusies aan de uitkomsten van de marktscan te verbinden. Daarom adviseert de NZa u om beide beleidsregels te verlengen tot het moment waarop wijzigingen in de bekostiging van de huisartsenzorg en geïntegreerde zorg worden doorgevoerd.

Hierbij zou de status-quo moeten worden gehandhaafd, zodat na meerdere jaren een correcte vergelijking kan worden gemaakt met de gegevens van nu. Dit impliceert dat de NZa, ten behoeve van een correcte vergelijking van kosten binnen integraal bekostigde ketens, geen voorstander is voor het verruimen van de prestatiebeschrijvingen door uitgezonderde elementen⁸ aan de ketenprestaties toe te voegen. Daarnaast is de NZa gezien de huidige kostenontwikkeling, de beheersbaarheid daarvan en de uiteindelijke vergelijking van kosten op macroniveau ook geen voorstander voor uitbreiding van het aantal ketenproducten.

Kenmerk
12D0022444

Pagina
8 van 8

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

⁸ Uitgezonderd binnen de integraal bekostigde ketenzorg zijn op basis van de aanwijzing van 28 oktober 2009, kenmerk CZ-EKZ-296664 en de aanwijzing van 25 mei 2010, kenmerk CZ-EKZ-3001562 vooralsnog: ANW-zorg, eertselijnsdiagnostiek en geneesmiddelen- en hulpmiddelenzorg.