

Marktscan en beleidsbrief

Ketenzorg 2014

Weergave van de markt 2008-2013

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Totstandkoming marktscan	11
1.3 Bronnen	12
1.4 Leeswijzer	12
2. Omschrijving van de markt	13
2.1 Wat is ketenzorg?	13
2.2 Spelers in de markt van ketenzorg	14
2.3 Bekostiging van de ketenzorg	15
2.3.1 Integrale bekostiging	15
2.3.2 Koptarief	16
2.3.3 'Losse' financiering	16
2.3.4 Innovatieregeling	17
2.3.5 Module modernisering & innovatie (M&I)	17
2.4 Ontwikkelingen in de markt	18
2.4.1 Bekostigingssystematiek per 2015	18
3. Marktstructuur	19
3.1 Aantal aanbieders	19
3.2 Omvang van de zorggroepen	20
3.3 Spreiding van de zorggroepen	21
3.3.1 Percentage aangesloten huisartsen per provincie	22
3.3.2 Omvang werkgebied zorggroepen	23
3.4 Omzetaandeel zorggroepen	24
3.5 Zorginkoopmarkt	25
4. Marktgedrag	27
4.1 Zorginkoop	27
4.1.1 Regionaal versus landelijk inkopen	27
4.1.2 Onderhandelingsproces	28
4.1.3 Contractvormen	30
4.1.4 Afstemming afspraken eerste- en tweedelij	31
4.1.5 Signalen over misstanden zorginkoop	31
4.2 Organisatie zorggroepen	32
4.2.1 Zorgverleners binnen de keten	32
4.2.2 Betrokkenheid medisch specialist	32
5. Kwaliteit	35
5.1 Kwaliteit van zorg	35
5.1.1 Indicatoren voor de kwaliteit van zorg	35
5.1.2 Kwaliteitskeurmerken	37
5.2 Transparantie van kwaliteit	37
5.3 Toezicht IGZ	38
5.4 Toegankelijkheid	40
6. Volume en kosten	41
6.1 Volume (Q)	41
6.1.1 Overlap tussen ketens	41
6.1.2 Aantal patiënten in de keten	42
6.1.3 Verdeling zorggebruik diabetes patiënten	46
6.1.4 In- en uitstroom ketenzorg	47
6.2 Prijzen en aantallen ketenzorg diabetes	48

6.2.1	Omzetbeweging ketenzorg diabetes	51
6.3	Prijzen en aantallen ketenzorg VRM	52
6.3.1	Omzetbeweging ketenzorg VRM	54
6.4	Prijzen en aantallen ketenzorg COPD	55
6.4.1	Omzetbeweging ketenzorg COPD	57
6.5	Conclusie	58
7.	Substitutie	59
7.1	Gemiddelde kosten per chronische patiënt	59
7.2	Verdieping kosten per patiënt DM2	61
7.3	Conclusie	63
Bijlage: Gebruikte bronnen methoden		65
Bijlage: Beleidsbrief		70

Vooraf

Voor u ligt de marktscan Ketenzorg die het huidige beeld weergeeft van de stand van zaken op deze markt. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Immers door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan dit markttoezicht en haar regulerings taken.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyse is zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen.

In eerder verschenen monitors van de NZa werden ook conclusies en aanbevelingen bij de uitkomsten van de analyses opgenomen. Een marktscan bevat echter niet de interpretaties van deze uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt. Daarvoor is de beleidsbrief bij de marktscan Ketenzorg opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien.

Tot slot bedankt de NZa allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

Managementsamenvatting

De NZa heeft een verdieping gemaakt op de 'marktscan Ketenzorg' die in 2012 is gepubliceerd. Het doel van deze verdieping is om meer inzicht te verkrijgen in de ontwikkelingen op de markt voor ketenzorg aan chronische patiënten met de aandoeningen Diabetes Mellitus type II (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease of chronisch obstructieve longziekte (COPD) en/of Cardiovasculair risico (VRM).

Ten opzichte van de marktscan die in 2012 is gepubliceerd is een verdiepingsslag gemaakt op basis van een grote data-uitvraag bij Vektis waarmee de totale kosten en het volume van de integrale zorgketens in kaart zijn gebracht.

Marktstructuur en volume

In de periode 2009 tot en met 2013 is het aantal zorggroepen sterk toegenomen. Waar in 2009 44 zorggroepen kunnen worden geïdentificeerd op basis van declaratiedata, is dat in 2012 al toegenomen tot ten minste 98. Het merendeel van de zorggroepen bood in de startperiode enkel gecoördineerde DM2-zorg, maar het aantal zorggroepen dat meerdere typen ketenzorg aanbiedt neemt toe. In 2012 kunnen 57 zorggroepen worden geïdentificeerd die integraal bekostigde COPD zorg aanbieden en 33 zorggroepen leveren integraal gecoördineerde VRM-zorg. Daarnaast lijken nog een aantal kleinschalige eerstelijns gezondheidscentra gecontracteerd voor deze zorgtrajecten.

Ook het aantal deelnemende huisartsen en patiënten dat gebruik maakt van multidisciplinaire ketenzorg toont een sterk stijgende lijn vanaf 2008. Eind 2012 zijn 600.000 DM2 patiënten opgenomen in een zorgprogramma dat wordt gefinancierd met een integraal tarief. De waargenomen groei van het aantal geïncludeerde patiënten DM2 neemt vanaf 2012 af. Het lijkt dat inmiddels het grootste deel van DM2 patiënten in een ketenzorgprogramma is opgenomen. In het grootste deel van Nederland is in 2012 meer dan 80% van de huisartsenpraktijk aangesloten bij een integraal bekostigd ketenzorg programma voor DM2. De ketenzorgprogramma's voor VRM en COPD zijn nog in een vroeger stadium van ontwikkeling. Deze kwamen in opkomst vanaf 2010. Eind 2012 kunnen ongeveer 300.000 VRM patiënten 'in keten' worden geïdentificeerd en ongeveer 70.000 COPD patiënten.

De spreiding van zorggroepen die ketenzorg aanbieden is per keten in beeld gebracht. Zorggroepen die DM2 aanbieden liggen verspreid over heel Nederland. De zorggroepen die COPD en VRM aanbieden liggen voornamelijk in het zuiden van Nederland.

Contractering

Het onderhandelingsproces rondom de contractering van ketenzorg lijkt eind 2013 soepeler te verlopen ten opzichte van voorgaande jaren. In een onderzoek dat Nivel in opdracht van koepelorganisatie Ineen heeft uitgevoerd, blijkt 63% van de zorggroepen voor 1 januari 2014 de contractering voor het huidige jaar te hebben afgerond. Het jaar daarvoor waren slechts twee grote verzekeraars in staat om het merendeel van de contracten voor ketenzorg voor 1 januari afgerond te hebben. Het afsluiten van meerjarencontracten kan dit onderhandelingsproces verder versoepelen. Ook hier is een groeiende trend zichtbaar.

Niet alle ketenzorg wordt gecontracteerd op basis van een integraal tarief. Op basis van een enquête onder zorgverzekeraars blijkt dat in 2012 en 2013 voor 15% van de ketenzorgtrajecten DM2 met het koptarief wordt gewerkt. Zorggroepen worden in dat geval enkel bekostigd voor coördinatie en overheadkosten. De onderaannemers declareren hun eigen verrichtingen rechtstreeks aan de verzekeraars. In het geval van COPD en VRM liggen deze percentages hoger, rond de 30%.

Kwaliteit

Een van de belangrijkste doelstellingen bij de implementatie van ketenzorg voor chronische patiënten was het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg en daarmee de uitkomsten van deze zorg.

De Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK, inmiddels opgegaan in Ineen) heeft met ingang van 2010 jaarlijks gerapporteerd over de kwaliteit van ketenzorg op basis van een landelijke benchmark. Het belangrijkste beeld dat uit deze landelijke benchmarks naar voren komt, is dat de gemeten kwaliteit van de geleverde zorg voor de chronische patiënt zowel op basis van procesindicatoren als op basis van uitkomstindicatoren de afgelopen jaren een stijgende lijn vertoont. Ook is duidelijk dat de gemeten kwaliteit van zorg nog sterk verschilt tussen de aan de benchmark deelnemende zorggroepen en dat de transparantie van de geboden kwaliteit richting zorgverzekeraar en patiënt nog niet optimaal is.

Om een systematisch kwaliteitsbeleid voor ketenzorg voor chronische aandoeningen in de eerstelijns verder vorm te geven, werkt de sector aan het implementeren van kritieke voorwaarden binnen zorggroepen voor het leveren van ketenzorg. Uit een enquête onder zorggroepen blijkt op het moment van uitvraag 77% van de zorggroepen te werken aan de implementatie van deze voorwaarden.

Volume en kostenontwikkelingen

Bij introductie van de ketenzorgproducten lagen de gecontracteerde tarieven nog ver uit elkaar, maar deze zijn in een aantal jaar tijd naar elkaar toe gegroeid.

In onderstaande tabel zijn de volumes, kosten, gemiddelde tarieven en totale omzet voor de drie ketens weergegeven. Het betreft de kosten van ketenzorg die terug te rekenen is naar de zorgvraag van een individuele patiënt, dan wel via de reguliere bekostiging, dan wel via de innovatieregeling. De kosten van financiering op basis van de GEZ-module/koptarief is buiten beschouwing gehouden, aangezien deze over alle patiënten van de huisartsenpopulatie wordt verrekend en betrekking heeft op meer dan enkel de drie chronische zorgtrajecten die in deze marktscan centraal staan¹.

¹ De in de tabel weergegeven tarieven hebben betrekking op de integraal bekostigde ketens. De aantallen patiënten en omzet per jaar includeren ook niet integrale bekostigingsvormen die wel naar een chronisch patiënt zijn te herleiden. Aantal patiënten x tarief is daarmee niet gelijk aan omzet.

Tabel 1: Volume, gemiddeld tarief en omzet ketenzorg

Keten	Jaar	Aantal patiënten volledig per jaar in keten	Tarief per kwartaal	Omzet per jaar (in mln €)
DM2	2008	115.395	€ 94,14	48,1
	2009	212.864	€ 93,20	85,7
	2010	451.979	€ 94,72	174,6
	2011	481.081	€ 95,71	186,6
	2012	576.300	€ 94,34	217,6
COPD	2010	2.438	€ 75,37	0,7
	2011	40.041	€ 68,16	10,9
	2012	70.567	€ 64,56	18,2
VRM	2010	53.424	€ 46,42	9,9
	2011	159.391	€ 45,35	28,9
	2012	284.704	€ 43,89	50,0

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Substitutie

Op basis van een dataset met alle zorgkosten van patiënten met een van de chronische aandoeningen is in kaart gebracht of de substitutie-effecten die de introductie van ketenzorg ook beoogde reeds zichtbaar zijn.

Op basis van de declaratiegegevens van de onderzochte populatie van chronisch patiënten kan (nog) niet worden geconstateerd dat de introductie van ketenzorg heeft geleid tot een afname van totale gemiddelde kosten per patiënt. De totale gemiddelde kosten per patiënt tonen voor alle drie de ziektebeelden een constant beeld over de onderzochte jaren. Wel lijkt het aantal chronische patiënten dat in de tweedelijnd beland licht af te nemen. Dit vertaalt zich echter nog niet in lagere gemiddelde kosten per patiënt.

De toegenomen kosten als gevolg van ketenzorg worden gecompenseerd door afnemende kosten uit farmacie en GGZ. De introductie van ketenzorg heeft naar alle waarschijnlijkheid geen of nauwelijks een rol in deze beweging. De gemiddelde ziekenhuiskosten per chronische patiënt blijven relatief stabiel. Wel lijkt een lichte afname zichtbaar van chronische patiënten die zorg afnemen in het ziekenhuis, maar dit heeft zich (nog) niet vertaald in lagere gemiddelde kosten per patiënt.

Het verloop van de gemiddelde kosten per patiënt is van meer factoren afhankelijk dan enkel de introductie van ketenzorg. Tussen 2008 en 2012 hebben vele veranderingen plaatsgevonden in de zorgmarkt die relevant is voor ketenzorgpatiënten, zowel op het gebied van bekostiging als op het gebied van marktgedrag van alle partijen die betrokken zijn bij de inkoop en levering van zorg voor de chronische patiënt. Al deze veranderingen hebben samen een effect op de gemiddelde kosten per patiënt. Het specifieke effect van enkel de introductie van ketenzorg op de gemiddelde totale zorgkosten van de patiënt is daarmee moeilijk te achterhalen op basis van declaratiedata.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, zullen van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans worden gemaakt, waardoor de NZa de verschillende zorgmarkten kan vergelijken. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringsstaken inzet.

1.2 Totstandkoming marktscan

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om het beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa vervolgens een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van (in)transparantie. De gemaakte keuzen zijn een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

Focus

De focus van deze marktscan ligt op de multidisciplinaire zorgverlening voor DM2, COPD en VRM. Dit is ongeacht wie deze zorg levert, in welke vorm en op basis waarvan de zorg wordt gedeclareerd. Ten opzichte van de marktscan die in 2012 is gepubliceerd is een verdiepingsslag gemaakt op basis van een grote data-uitvraag bij Vektis waarmee de totale zorgkosten voor patiënten met één van de chronische aandoeningen in kaart zijn gebracht.

Over diabeteszorg zijn de meeste gegevens bekend, omdat al vóór 2010 met diabetesketenzorg werd geëxperimenteerd (o.a. via subsidies van ZonMw en op basis van de beleidsregel innovatie). Over VRM en COPD zijn minder cijfers bekend. Veelal wordt het beeld geschetst op het niveau van de zorggroepen omdat daar de meeste informatie van voorhanden is.

De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2008 tot en met 2013, voor zover de data hiervoor beschikbaar is.

1.3 Bronnen

Voor de marktscan Ketenzorg gebruikt de NZa meerdere bronnen. Naast desk research heeft de NZa declaratiegegevens van Vektis geanalyseerd. Daarnaast heeft de NZa twee kwalitatieve uitvragen gedaan voor de marktscan welke hieronder worden toegelicht.

Enquêtegegevens van zorgverzekeraars

Voor de marktscan is informatie nodig over het zorginkoopproces van zorgverzekeraars met betrekking tot de ketenzorg. De NZa heeft via een enquête bij de eerste representanten voor de inkoop van ketenzorg hierover informatie opgevraagd.

Enquêtegegevens van zorgaanbieders

Voor de marktscan Ketenzorg is informatie opgevraagd bij de aanbieders van ketenzorg. De uitvraag heeft onder andere betrekking op de contractering van ketenzorg.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk twee geeft een omschrijving van de markt. Daarna wordt in hoofdstuk drie en vier ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van relevante spelers. Vervolgens wordt in de daarop volgende twee hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Hoofdstuk zeven is gewijd aan de substitutie-effecten die op basis van de analyse van de Vektisdata is waargenomen. Een toelichting op de gebruikte bronnen is in de bijlage beschreven.

2. Omschrijving van de markt

In dit hoofdstuk wordt een algemeen beeld van 'Ketenzorg' geschetst. Eerst wordt besproken wat Ketenzorg inhoudt en op welke deel van de Ketenzorg deze marktscan is gericht. Vervolgens worden de spelers op de markt besproken en wordt uitgelegd hoe de regulering in elkaar zit. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van de beleidsontwikkelingen.

2.1 Wat is ketenzorg?

In deze marktscan hanteren we de term 'Ketenzorg' als verzamelterm voor het leveren van zorg aan een patiënt, waarbij deze zorg een samenhangend geheel van zorginspanningen door verschillende typen zorgaanbieders (zoals een huisarts, fysiotherapeut, diëtist) is. De patiënt vormt het middelpunt en is ook een belangrijke medebehandelaar. In deze marktscan staat de ketenzorg voor drie chronische zorgaandoeningen centraal: Diabetes Mellitus type II (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en Cardiovasculair risicomanagement (VRM).

Het ketenzorgproces bevat de opeenvolgende stappen van hulpvraag tot zorgverlening. Het gaat over de zorg die, uit het perspectief van de patiënt, een continu karakter heeft door het afstemmen en samenwerken van de betrokken beroepsgroepen en instellingen. Zorgaanbieders vanuit verschillende disciplines maken onderling afspraken over samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg. Het verlenen van de zorg door middel van een ketenbenadering heeft als doel om het zorgaanbod op elkaar af te stemmen om zo optimaal en doelmatig de zorgvraag van de patiënt te kunnen beantwoorden. Hierbij is het protocollair gestructureerd opzetten van de zorg ook een belangrijk doel.

Integrale bekostiging is mogelijk voor de chronische aandoeningen DM2, COPD en VRM, die in deze marktscan ieder een deelmarkt binnen de ketenzorg vertegenwoordigen en apart gepresenteerd worden. In praktijk kan er bij patiënten sprake zijn van onderlinge samenhang en overlap tussen de aandoeningen, zowel in co-morbiditeit, preventie als in behandeling.

- Diabetes Mellitus type II (DM2): Er bestaan twee hoofdvarianten van de aandoening: diabetes type 1 en type 2. Hier wordt alleen naar diabetes type 2 gekeken. Dit type diabetes, in het verleden ook wel ouderdomsdiabetes genoemd, is een chronisch progressieve stofwisselingsziekte waarbij de glucose regulatie ontregeld is door het niet juist functioneren en/of onvoldoende aanwezig zijn van insuline. Overgewicht en onvoldoende lichaamsbeweging spelen, naast genetische aanleg, een belangrijke rol in het tekortschieten van de insulineproductie en het ontstaan van diabetes type 2.
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease of chronisch obstructieve longziekte (COPD): Dit is een verzamelnaam voor longaandoeningen die zich kenmerken door een niet of niet geheel omkeerbare luchtwegobstructie. De obstructie is gewoonlijk progressief en wordt meestal geassocieerd met een abnormale ontstekingsreactie van de longen op prikkels van buitenaf, zoals roken of kleine gasdeeltjes.
- Cardiovasculair risicomanagement (VRM): Er wordt gesproken van een vasculair risico wanneer iemand factoren heeft die het ontstaan en verergeren van atherosclerose of atherotrombose bevorderen. Bij atherosclerose zijn de endotheelcellen van de slagaders door het hele

lichaam ontstoken. Afhankelijk van de plaats van de plaques in de slagaders kunnen diverse cardiovasculaire ziekten ontstaan

2.2 Spelers in de markt van ketenzorg

De zorgvragers

De zorgvragers op de markt voor ketenzorg zijn patiënten die in aanmerking komen voor één of meerdere van de volgende chronische zorgvormen: DM2, COPD-zorg en VRM. De patiënten zijn chronisch zieken en hebben een complexere zorgvraag waarbij samenwerking tussen aanbieders van verschillende soorten zorg een vereiste wordt.

De zorgaanbieders

Het leveren van ketenzorg vraagt om meer samenwerking, en dus ook coördinatie, tussen de zorgverleners. Er zijn verschillende vormen van zorgaanbiedersgroepen die samen de zorgketen kunnen leveren, zoals bijvoorbeeld een zorggroep, samenwerkingsverband of een gezondheidscentrum.

Ketenzorg wordt op dit moment voornamelijk gecoördineerd door zorggroepen. Zorggroepen zijn organisaties van overwegend eerstelijnszorgaanbieders die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren.

De zorgverzekeraar koopt zorg in bij de zorggroep (hoofdaannemer). De zorggroep koopt vervolgens de benodigde onderdelen in bij de betrokken zorgaanbieders (onderaannemers). Welke aanbieders dit zijn, is afhankelijk van de betreffende zorgstandaard en het specifieke zorgprogramma dat de betreffende zorggroep hanteert. Het oprichten van zorggroepen is nu vooral het initiatief van zorgaanbieders. De rechtsvormen waarvoor zorggroepen kiezen zijn divers: stichtingen, coöperaties, besloten vennootschappen, maatschappen enz².

In principe kan iedereen die dat wil een zorggroep oprichten. De NZa stelt hieraan in de beleidsregels die betrekking hebben op de integrale bekostiging voor multidisciplinaire zorgverlening wel de voorwaarde dat de groep zorgaanbieders over de competenties moet beschikken (c.q. deze competenties dient te hebben gecontracteerd) om de ketengerelateerde basis huisartsgeneeskundige zorg te kunnen aanbieden.

De bestaande zorggroepen zijn veelal opgezet door huisartsen. In veel regio's zijn huisartsen daarom bestuurder en/of (mede-)eigenaar van de zorggroep. Maar er zijn ook gevallen waarin ziekenhuizen en huisartsenlaboratoria samen met huisartsen, of samen met fysiotherapeuten een zorggroep hebben opgezet.

Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zijn actief als verkopers van zorgverzekeringen aan de consument (de zorgverzekeringsmarkt) en als inkoper van zorg voor zijn verzekerden (de zorginkoopmarkt).

De zorgverzekeraar dient op grond van zijn zorgplicht zorg in te kopen of te vergoeden waar de verzekerden op grond van behoefte en aanspraak recht op hebben.

² Bron: NZa, enquête zorgverzekeraars.

Indien de zorgverzekeraar ketenzorg inkoopt, betreft dit voor een groot deel zorg die onder de basisverzekering valt, maar bevat deze mogelijk ook elementen buiten de te verzekeren prestaties. De zorgverzekeraar heeft verschillende mogelijkheden om ketenzorg in te kopen. In het hoofdstuk marktgedrag wordt hier nader op ingegaan.

2.3 Bekostiging van de ketenzorg

Voor het declareren van ketenzorg bestaan gedurende de periode waar deze marktscan betrekking op heeft verschillende bekostigingsmethoden:

- Integrale bekostiging;
- Samenwerkingsmodule/Koptarief;
- ‘Losse’ bekostiging;
- Innovatieregeling;
- Module modernisering & innovatie (M&I).

Bovenstaande bekostigingsvormen worden hierna toegelicht waarbij uit wordt gegaan van de NZa-regelgeving. Dat betekent dat niet wordt ingegaan op verzekeringsvormen en inkoopbeleid.

2.3.1 Integrale bekostiging

De methode integrale bekostiging is vastgelegd in de beleidsregel ‘Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM2 voor personen ouder dan 18 jaar, VRM en COPD)’. Voor DM2 en VRM geldt deze beleidsregel sinds 1 januari 2010, voor COPD sinds 1 juli 2010. Daarnaast geldt de regeling ‘Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM2, VRM en COPD)’. In deze regeling zijn declaratie-, administratie- en transparantievoorschriften opgenomen.

De methode integrale bekostiging wordt in de praktijk vaak ‘keten-dbc’ genoemd en het bijbehorende tarief het ‘ketentarief’. Integrale bekostiging houdt in dat de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder per chronische zorgvorm één, vrij onderhandelbaar, tarief afspreken voor de totale multidisciplinaire zorgverlening. Hiermee wordt een ketentarief afgesproken. Het hebben van een schriftelijke overeenkomst met de verzekeraar is verplicht voor declaratie. Andere verzekeraars kunnen, indien zij dat wensen, dit contract volgen als zij een afspraak willen maken met dezelfde zorgaanbieder. Ze kunnen ook een eigen contract opstellen met die zorgaanbieder.

Voor de zorg die onder de ketenprijs valt sluit de beleidsregel aan bij de landelijke zorgstandaarden. Uitgezonderd van het ketentarief zijn acute zorgvragen tijdens ANW-uren, geneesmiddelenzorg, hulpmiddelenzorg en eerstelijnsdiagnostiek. Voor de inhoud van de prestatiebeschrijving verwijst de NZa naar de landelijke zorgstandaarden die voor de chronische aandoeningen zijn opgesteld. Hierdoor schrijft de NZa niet exact voor welke zorgonderdelen in de keten moeten worden opgenomen.

De zorgstandaard geeft aan wat goede zorg is; de operationalisatie van de zorgonderdelen, structuur en kwaliteit wordt aan het veld overgelaten. In samenspraak met de patiënt moet de zorgstandaard door de zorggroep vertaald worden naar een individueel zorgplan. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van de behandelend (huis)arts. Integrale bekostiging is de enige bekostigingsvariant waarbij het leveren van de zorg conform de zorgstandaard als voorwaarde is opgenomen in de beleidsregel.

In deze beleidsregels wordt uitgegaan van een hoofdcontractant die de prestaties contracteert, zorgdraagt voor zorglevering en het ketentarieff declareert. De hoofdcontractant verdeelt het tarief zelf onder de onderaannemers op basis van onderlinge dienstverlening. De hoofdcontractant moet over de competenties beschikken (of deze hebben gecontracteerd) voor de levering van ketengerelateerde basis huisartsgeneeskundige zorg. Bij declaratie moet onderscheid worden gemaakt in zorgonderdelen die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen en onderdelen die buiten de Zvw vallen.

2.3.2 Koptarief

De methode samenwerkingsmodule/koptarief is vastgelegd in de beleidsregel 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' (afgekort: GEZ-module). Deze samenwerkingsmodule wordt in praktijk 'koptarief' genoemd. De beleidsregel is breed toepasbaar op vormen van eerstelijnszorg waarbij de zorg door meerdere zorgaanbieders met verschillende disciplinaire achtergrond samen wordt geleverd en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de patiënt te leveren. Het doel is om een betere prijs-/kwaliteitsverhouding te realiseren. De GEZmodule kan worden ingezet voor allerlei soorten geïntegreerde zorg. De regel is dus niet specifiek voorbehouden aan ketenzorg voor DM2, COPD en VRM.

Het tarief voor de GEZ-module is vrij. Ook hier is volgens de NZa-beleidsregel een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar verplicht om de module te mogen declareren. In dit geval maakt de zorgverzekeraar met een samenwerkingsverband (ook hier veelal de zorggroep) afspraken. In het samenwerkingsverband moet in ieder geval een aanbieder vertegenwoordigd zijn die huisartsenzorg verleent. Dit samenwerkingsverband coördineert de zorg. Praktisch is de declaratie van het moduletarief gekoppeld aan het inschrijvingstarief van de huisarts; de module is een toeslag bovenop het inschrijvingstarief. Voor deze coördinatie, ook wel samenwerking, betaalt de zorgverzekeraar een vergoeding: het koptarief. Daarnaast vergoedt de verzekeraar voor de reguliere zorg de reguliere Wmg-tarieven, bijvoorbeeld een consult. Er is dus geen sprake van een integraal tarief voor de totale zorg. Een ander verschil met integrale bekostiging is dat de zorgverzekeraar zelf contracten sluit met de zorgaanbieders en niet alleen met het samenwerkingsverband.

De verzekeraar sluit een contract met het samenwerkingsverband over de GEZ-module en maakt daarbij afspraken over de uitvoering (coördinerende rol) met de zorgaanbieders die actief zijn in het samenwerkingsverband. In het geval van integrale bekostiging hebben de zorgaanbieders voor de ketenzorg alleen een contract met de hoofdcontractant en niet met de verzekeraar.

2.3.3 'Losse' financiering

In het geval van 'losse' financiering heeft de verzekeraar met alle zorgaanbieders afspraken over prijs (en waar mogelijk/nodig) en prestatie. Eventuele coördinatie wordt misschien wel uitgevoerd maar niet bekostigd.

Voor ketenzorg wordt deze coördinatie van groot belang gevonden. De NZa rekent losse financiering bij zorg voor de drie chronische zieke groepen dan ook niet tot ketenzorg in de zin van deze marktscan. We

hebben nu bepaald dat er twee vormen van ketenzorg financieringen zijn: integrale bekostiging en het koptarief.

2.3.4 Innovatieregeling

De methode innovatieregeling is vastgelegd in de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. Deze beleidsregel heeft als doel om zorgaanbieders en verzekeraars de ruimte te bieden om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties, gericht op nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs-/kwaliteitsverhouding. De experimenteerperiode kunnen partijen benutten om te bepalen of zij een prestatieaanvraag willen indienen en de daarvoor benodigde gegevens te verzamelen. Belangrijke voorwaarde is dat de zorgprestatie nog niet eerder door de NZa is vastgesteld als reguliere prestatie. Het experiment mag maximaal drie jaar duren (dit kan eventueel met 1 jaar worden verlengd). Een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar is verplicht voor declaratie. Het tarief is vrij. Indien er gewerkt wordt met onderaannemers is er sprake van onderlinge dienstverlening met vrije tarieven.

Na de vaststelling van de beleidsregel voor integrale bekostiging (zie 2.3.1) is het niet meer mogelijk om te starten met een nieuw experiment op basis van de innovatiebeleidsregel voor zorg die onder de beleidsregel integrale bekostiging valt (DM2, COPD en VRM). Het gaat dus om experimenten die vóór 2010 zijn gestart.

Via de innovatieregeling zijn veel experimenten met integrale bekostiging diabetes gestart. Dit was daarmee een voorloper voor de integrale bekostigingsbeleidsregel.

2.3.5 Module modernisering & innovatie (M&I)

De methode module M&I is vastgelegd in de beleidsregel 'Huisartsenzorg-Verrichtingenlijst M&I' (module Modernisering & Innovatie). Deze module kan gebruikt worden voor het stimuleren van samenwerkingsverbanden, de verdere ontwikkeling van een programmatische aanpak van chronische aandoeningen, substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg en kwaliteitsbevordering. Deze module kan dus ook worden gebruikt voor ketenzorg DM2, COPD en VRM. Wel is de module alleen van toepassing voor de huisartsenpraktijk. Het tarief is vrij en er dient een schriftelijke overeenkomst met een verzekeraar te zijn gesloten om de module te kunnen declareren. Binnen de M&I-lijst bestaan enkele prestaties die specifiek gericht zijn op diabeteszorg, zoals 'diabetesbegeleiding per jaar' en 'diabetes- instellen op insuline' (ook voor patiënten met DM type 2) en prestaties die gericht zijn op COPD-zorg, zoals 'longfunctiemeting' en 'COPDgestructureerde zorg per jaar'.

In de praktijk kan een zorgaanbieder of een verzekeraar voor ketenzorg met verschillende bekostigingsvormen te maken hebben. Zo kan een zorggroep met verzekeraar 1 afspraken maken op basis van de integrale bekostiging en met verzekeraar 2 op basis van het koptarief.

En zo kan een verzekeraar kiezen om de zorg van de ene zorgaanbieder integraal te bekostigen en van een andere zorgaanbieder alleen via de losse bekostiging. Voor de zorg die onder integrale bekostiging valt mag geen andere bekostiging gehanteerd worden. De zorgaanbieder en verzekeraar moeten dubbele bekostiging voorkomen.

2.4 Ontwikkelingen in de markt

In de marktscan ketenzorg die de NZa in 2012 uitbracht is een uitgebreide weergave gegeven van de beleidsmatige processen die hebben geleid tot de introductie en doorontwikkeling van de ketenzorg tot en met het moment van publicatie van de marktscan. Voor een overzicht van deze beleidsmatige voorgeschiedenis verwijzen wij u naar de voorgaande marktscan. Deze paragraaf beschrijft de recente beleidswijzigingen en adviezen die voor de ketenzorgmarkt van belang zijn.

2.4.1 Bekostigingssystematiek per 2015

In juni 2012 heeft de NZa een advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gezonden, waarin een aantal bekostigingsrichtingen voor huisartsenzorg en ketenzorg worden verkend en uitgewerkt. In de zomer van 2013 is door meerdere veldpartijen met de Minister een eerstelijnsakkoord ondertekend, waarin een voorkeursvariant voor toekomstige bekostiging van huisartsenzorg en ketenzorg is opgenomen. Op verzoek van de minister is deze variant door de NZa nader uitgewerkt. Op februari 2014 heeft de NZa een advies uitgebracht aan de minister van VWS over verbetering van de bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

De intentie is om met ingang van 2015 de bekostiging in te richten rondom een 3-segmentenmodel. De minister van VWS zal de NZa hiervoor een aanwijzing geven.

Segment 1: basisvoorziening huisartsenzorg

Segment 1 (S1) betreft zorgvragen en aandoeningen, waarvoor de huisarts doorgaans als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en als poortwachter fungeert en die grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid kunnen worden. Tijdens de looptijd van het akkoord (tot en met 2017) kent dit segment een gecombineerd systeem van consulten en inschrijftarieven.

Segment 2: programmatische multidisciplinaire zorg

Segment 2 (S2) is gericht op zorgvragen en aandoeningen waarvoor naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren door een georganiseerd samenwerkingsverband (zorggroep, gezondheidscentrum) dan wel een huisartsenpraktijk die deze zorg in samenwerking met andere zorgverleners kan aanbieden. Dit segment kent een vrij tarief, tenzij uit nadere analyse/uitwerking blijkt dat een gereguleerd tarief beter aansluit bij de kenmerken van dit segment.

Segment 3: belonen van (gezondheids)uitkomsten en vernieuwing

Segment 3 (S3) biedt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten en om vernieuwing te stimuleren. In het akkoord worden enkele specifieke speerpunten benoemd, waarop dergelijke afspraken in ieder geval betrekking moeten hebben: doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, diagnostiek en service & bereikbaarheid. Daarnaast wordt in het akkoord e-health als belangrijk aandachtsgebied benoemd. Dit segment kent net als S2 een vrij tarief en is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren.

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Aan de orde komen ontwikkelingen in het aantal zorggroepen, de landelijke verdeling van marktaandelen en omzet van zorggroepen.

3.1 Aantal aanbieders

Een eerste indicator voor de marktstructuur is het aantal aanbieders dat ketenzorg levert. In het voorgaande hoofdstuk is aangegeven dat ketenzorg in hoofdzaak geleverd en/of gecoördineerd wordt vanuit zorggroepen. In onderstaande tabel wordt weergegeven hoeveel zorggroepen actief zijn geweest in de periode 2009 tot en met 2012. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar de drie type ketens :DM2, COPD³ en VRM.

De aantallen zijn gebaseerd op de AGB-codes die gebruikt worden bij de declaraties van integrale zorgtrajecten, dan wel vanuit de innovatieregeling. Omdat het mogelijk is dat zorggroepen meerder AGB-codes gebruiken of wisseling van AGB-codes voor 'ruis' in de data zorgt, zijn die AGB-codes waarbij het totale declaratiebedrag per jaar minder dan 0,1% van de landelijke omzet is, buiten beschouwing gelaten.

Tabel 3.1: Aantal zorggroepen met bijbehorende integrale ketentrajecten

	DM2	COPD	VRM	Totaal
2009	44	13	1	56
2010	88	22	8	94
2011	96	49	20	108
2012	98	57	33	118

Bron: Vektis

Uit deze tabel blijkt een snelle toename van het aantal zorggroepen in de afgelopen jaren. Het aantal zorggroepen diabetes-zorg levert is veruit het grootst. Zorggroepen kunnen meerdere vormen van ketenzorg leveren, dus zowel diabetes als COPD en/of VRM. Het aantal zorggroepen dat meer dan één type ketenzorg levert, neemt naar verhouding toe.

Meerdere veldpartijen hebben aangegeven dat in hun beleving iedere zorggroep tenminste diabeteszorg levert. Het feit dat het totaal waargenomen zorggroepen hoger ligt dan het aantal waargenomen zorggroepen die diabetes levert, ligt hoofdzakelijk in het gebruik van meerdere AGB-codes per zorggroep.

Op basis van de beschikbare data zijn enkel zorggroepen in beeld die ten minste door één zorgverzekeraar via een vorm van integrale bekostiging (dan wel op basis van de reguliere beleidsregel voor ketenzorg, dan wel via de beleidsregel innovatie) wordt vergoed. Zorggroepen die voor 100% declareren op basis van het koptarief blijven daarmee buiten beeld.

³ Bekostiging van Astma (via innovatie) is samengenomen met COPD.

In onderstaande tabel is (per jaar) weergegeven hoeveel zorggroepen integraal (40.xxx-codes) dan wel via innovatie (15.xxx-codes) bekostigd worden. De aantallen tellen niet altijd op tot het totaal van tabel 3.1 omdat een zorggroep in een bepaald jaar op beide manieren bekostigd kunnen worden.

Tabel 3.2: Beleidsregel integrale bekostiging versus innovatie

	Integraal			Innovatie		
	DM2	COPD	VRM	DM2	COPD	VRM
2009	--	--	--	44	13	1
2010	86	8	7	18	15	1
2011	95	45	20	2	14	--
2012	98	56	33	--	3	--

Bron: Vektis

Integrale bekostiging is ingevoerd per 2010. De tabel maakt duidelijk dat in 2012 nog slechts bij COPD bekostiging voorkwam via de innovatie-gelden, de overige zorggroepen worden integraal bekostigd op basis van de reguliere bekostigingssystematiek.

3.2 Omvang van de zorggroepen

Naast aantallen zorggroepen is de marktstructuur in beeld te brengen via de *omvang* van de zorggroepen. In deze paragraaf bekijken we de omvang van de zorggroepen op twee manieren. Allereerst brengen we het gemiddeld aantal patiënten per zorggroep in beeld.

Tabel 3.3: Gemiddeld aantal patiënten in keten per zorggroep

	DM2	COPD	VRM
2009	3.563	1.404	< 1.000
2010	4.620	1.793	13.107
2011	6.032	1.486	10.219
2012	6.399	1.647	10.296
2013	6.883	1.701	?

Bron: Vektis, aangevuld met NZa enquête zorggroepen

Uit bovenstaande tabel blijkt dat met name de VRM-zorggroepen een relatief groot patiëntenbestand hebben. Bij VRM is ook sprake van het kleinste aantal zorggroepen (zie tabel 3.1). De resultaten van de enquête onder zorggroepen geeft hier niet voldoende informatie om een gemiddeld aantal geïncludeerde patiënten weer te kunnen geven.

Op basis van de enquête onder zorggroepen kan een gedifferentieerd beeld worden gegeven van het gemiddeld aantal betrokken zorgverleners binnen een zorggroep per aandoening in 2013. De resultaten van deze analyse is weergegeven in tabel 3.4. De door de zorgverleners geleverde zorgactiviteiten hoeven hier niet allemaal onderdeel te zijn van een integraal tarief, maar zijn wel allemaal onderdeel van een integrale afspraak over te leveren zorg vanuit de zorggroep.

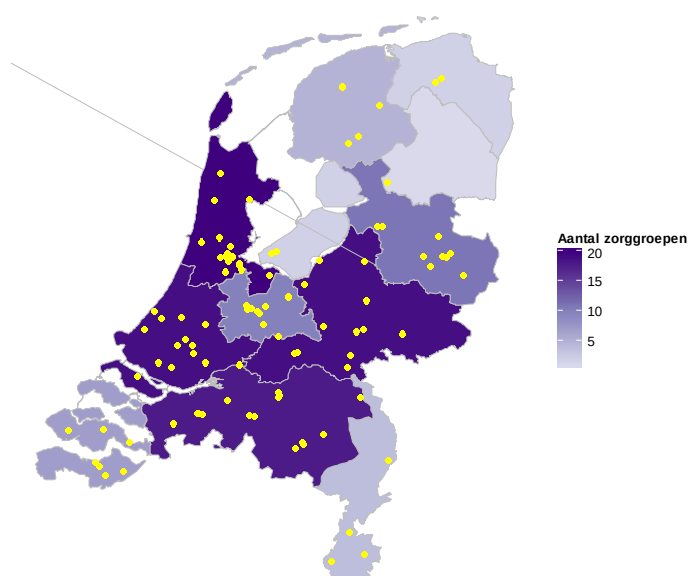
Tabel 3.4: Gemiddeld aantal betrokken specialismen per zorggroep per aandoening in 2013

Zorgaanbieder	DM2	COPD	VRM
Huisarts	76,7	61,8	59,5
POH-S	46,1	39,9	43,9
Doktersassistent	41,5	29,2	41,8
Diabetesverpleegkundige	3,2	-	-
Longverpleegkundige	-	1,4	-
Diëtist	18,3	17,4	21,4
Internist	4,2	-	3,9
Oogarts	2,7	-	-
Longarts	-	3,1	-
Cardioloog	-	-	3,6
Optometrist	3,1	-	-
Laboratorium	1,1	0,6	1,1
Fysiotherapeut	3,7	5	2,7
Podotherapeut	6,5	-	-
Pedicure	34,6	-	0
Apotheek	2,6	3,1	4,5
Overig	0,4	-	0

Bron: NZa enquête zorggroepen

3.3 Spreiding van de zorggroepen

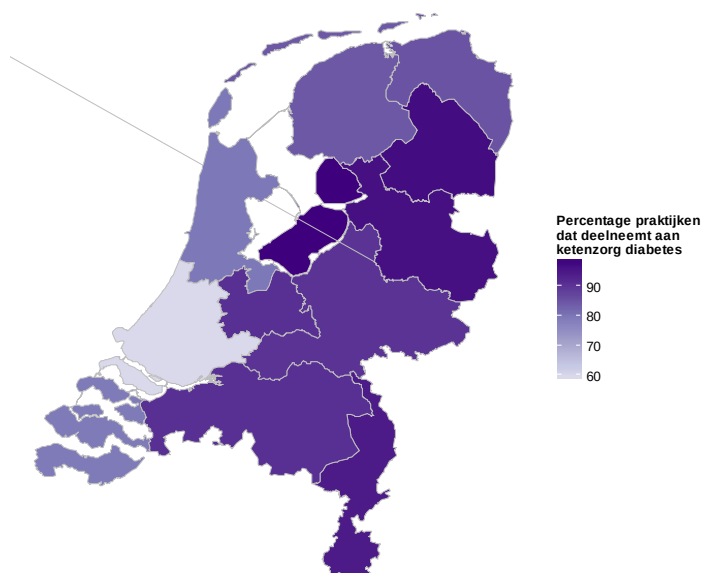
Onderstaande figuren geeft de locaties en de spreiding weer van de zorggroepen over Nederland, zoals deze geïdentificeerd kunnen worden op basis van de Vektisdata. De kleur van de provincie geeft het aantal zorggroepen weer in die provincie die een vorm van integrale ketenzorg aanbieden.

Figuur 3.1 Aantal zorggroepen per provincie en de locaties

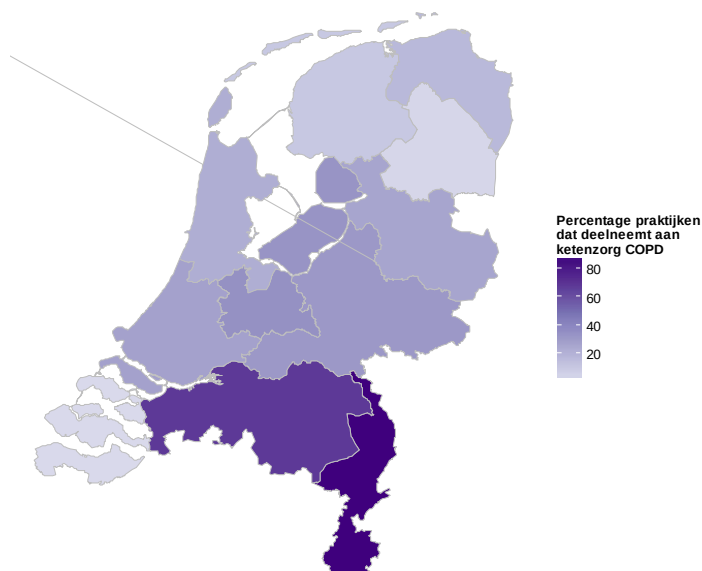
3.3.1 Percentage aangesloten huisartsen per provincie

In paragraaf 3.2 is aangegeven dat huisartsen via de individuele declaraties ketenzorg respectievelijk het inschrijftarief van de patiënt te koppelen zijn aan de zorggroepen. In de figuren hieronder wordt geïllustreerd hoe groot het aandeel huisartsen is in een provincie dat ketenzorg via een zorggroep levert. Alle drie de figuren zijn gebaseerd op data van 2012.

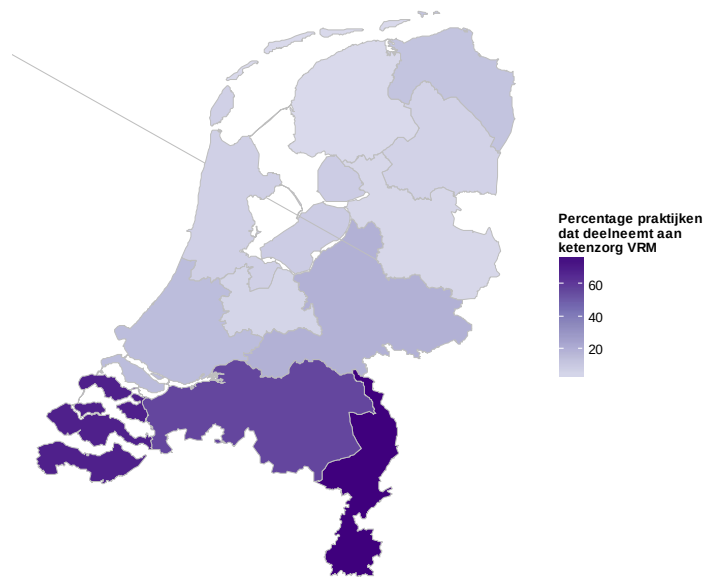
Figuur 3.2 Percentage huisartspraktijken dat deelneemt aan ketenzorg voor diabetes in 2012



Figuur 3.3 Percentage huisartspraktijken dat deelneemt aan ketenzorg voor COPD in 2012



Figuur 3.4 Percentage huisartspraktijken dat deelneemt aan ketenzorg voor VRM in 2012

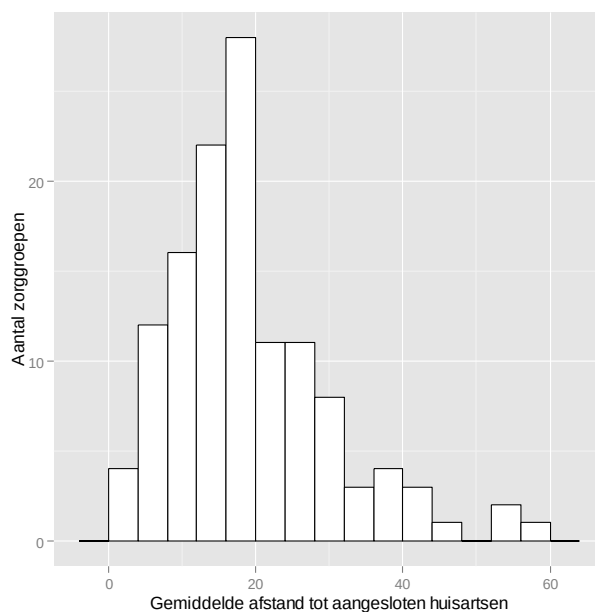


Uit alle de figuren blijkt dat inmiddels het overgrote deel van de huisartsenpraktijken zich inmiddels heeft aangesloten bij een zorggroep voor het leveren van DM2 zorgprogramma's. De COPD en VRM-ketens zijn vooral in de zuidelijke provincies inmiddels relatief breed uitgerold onder de huisartsenpraktijken.

3.3.2 Omvang werkgebied zorggroepen

Onderstaand figuur geeft de gemiddelde afstand in kilometers weer tot bij de zorggroep aangesloten huisartsen. Deze afstand is gemeten ten opzichte van het geografische middelpunt van het gebied dat bepaald wordt door de locatie van alle bij de zorggroep aangesloten huisartsen (de 'straal' van het werkgebied op basis van de huisartsen).

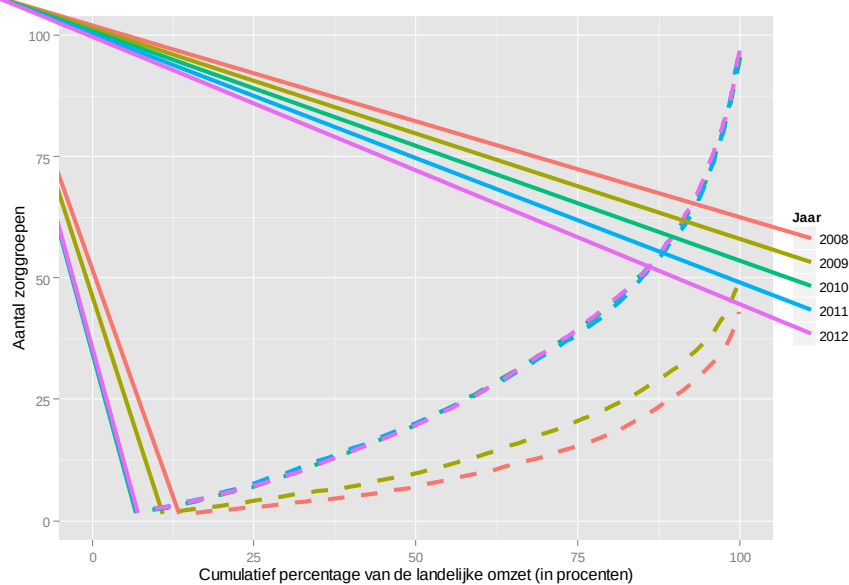
Figuur 3.7 Kleinste gemiddelde afstand (km) tot aangesloten huisartsen per zorggroep.



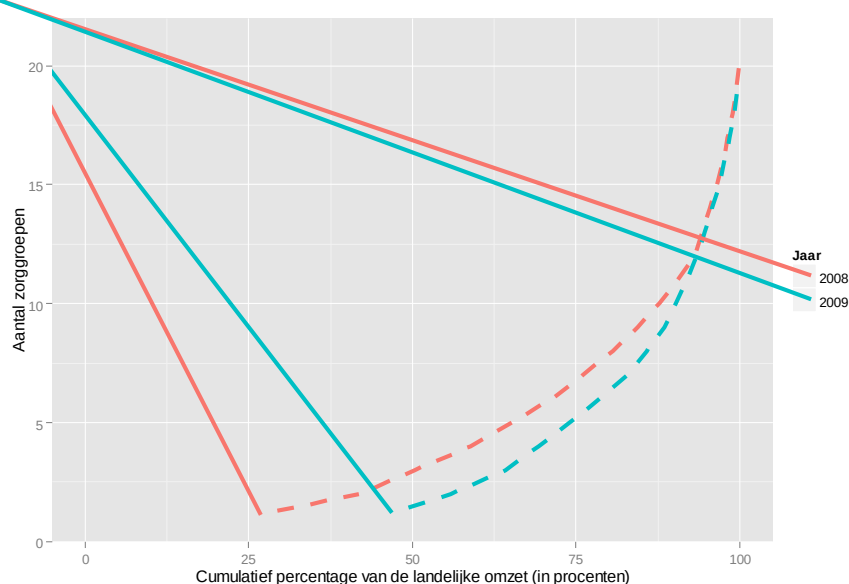
3.4 Omzetaandeel zorggroepen

Om inzicht te krijgen in de omzetverdeling in de ketenzorg over de zorggroepen heen, wordt in figuren 3.9 en 3.10 het cumulatief omzetaandeel weergegeven van alle zorggroepen met een totale omzet hoger dan 0,1% van de landelijke omzet. De zorggroepen op de verticale as zijn hierbij geordend naar hun omzet (ordering op jaarbasis).

Figuur 3.9 Cumulatief omzetaandeel van zorggroepen in de landelijk omzet voor integraal bekostigde ketenzorg diabetes



Figuur 3.10 Cumulatief omzetaandeel van zorggroepen in de landelijk omzet voor niet-integraal bekostigde ketenzorg diabetes (2012)



Te zien is dat voor integraal bekostigde ketenzorg diabetes de omzetverdeling over de zorggroepen vanaf 2010 vrijwel constant is. In die jaren wordt (iets meer dan) 50% van de landelijke omzet gegenereerd door 20 zorggroepen.

3.5 Zorginkoopmarkt

Een laatste indicator van de marktstructuur die in deze marktscan in beeld wordt gebracht is het marktaandeel van de zorgverzekeraar op de *inkoopmarkt* voor ketenzorg. De zorgverzekeraars hebben immers een belangrijke rol toebedeeld gekregen in het zorgstelsel. Zij moeten zorg inkopen voor een goede prijs en van een goede kwaliteit.

Het aantal zorgverzekeraars en de omvang van de verschillende zorgverzekeraars zegt iets over de dynamiek van de markt. In onderstaande tabel zijn daarom de marktaandelen van de grootste zorgverzekeraars weergegeven (gebaseerd op de totale declaratiewaarde ketenzorg). Meer informatie over de contracteergraad en het marktgedrag (met betrekking tot zorginkoop) is te vinden in hoofdstuk 4.

Tabel 3.5: Aandelen zorginkoopmarkt

Zorgverzekeraar	2012	2011	2010	2009
1	27%	30%	27%	18%
2	26%	28%	24%	26%
3	26%	29%	28%	35%
4	14%	4%	15%	15%
Overige verzekeraars	7%	8%	6%	6%

Bron: Vektis

De grootste 4 zorgverzekeraars hebben gezamenlijk meer dan 90% van de markt in handen. De marktaandelen van deze verzekeraars zijn door de jaren heen redelijk stabiel. De overige zorgverzekeraars hebben een klein aandeel (maximaal 3%).

4. Marktgedrag

Dit hoofdstuk richt zich op het marktgedrag van de belangrijkste spelers binnen de ketenzorg. Eerst gaan wij in op het proces van zorginkoop door zorgverzekeraars. Daarna komt de organisatie van de zorggroepen binnen de keten aan bod.

Om inzicht te krijgen in het marktgedrag binnen de ketenzorg hebben wij gebruikt gemaakt van vier bronnen. Te weten:

- Enquête zorgverzekeraars: Deze enquête is in september 2013 door de NZa uitgezet onder zorgverzekeraars om nader inzicht te krijgen in het contracteerproces. Alle zorgverzekeraars hebben de enquête ingevuld. De resultaten hebben betrekking op de contracten die gelden voor 2013.
- Enquête zorggroepen: De NZa heeft in september 2013 een enquête uitgezet waaraan zorggroepen op vrijwillige basis konden meedoen. 71 zorggroepen hebben de vragenlijst ingevuld. De resultaten hebben betrekking op de contracten die gelden voor 2013.
- Quickscan contractering 2012: De LOK (inmiddels Ineen) heeft in maart 2013 een vragenlijst uitgezet onder haar leden waarbij wordt ingegaan op de belemmeringen die de zorggroepen ervaren in de contractering met de zorgverzekeraars. 47 zorggroepen hebben deze vragenlijst ingevuld. De resultaten hebben betrekking op de contracten die gelden voor 2013.
- Onderzoek Nivel 'De contractering van zorggroepen in 2013': In opdracht van Ineen heeft Nivel een vervolgonderzoek uitgevoerd naar de contractering van zorggroepen in 2013. 60 zorggroepen hebben meegewerkt aan dit onderzoek. De resultaten zijn eind april 2014 bekend gemaakt en hebben betrekking op de contracten die gelden voor 2014.

4.1 Zorginkoop

Om ketenzorg tot stand te laten komen worden afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Een verzekeraar stelt voorwaarden bij zijn inkoop op het gebied van kwaliteit van zorg, prestatiebeloning en prijs.

Met de invoering van integrale bekostiging ketenzorg is er een tweede zorginkoopmarkt ontstaan: naast de inkoop tussen verzekeraar en de zorgaanbieder die de hoofdcontractant is, bestaat ook de inkoopmarkt tussen hoofdcontractant en de zorgaanbieders die zijn onderaannemers zijn. De verzekeraar koopt de totale zorg in bij de hoofdcontractant. De hoofdaannemer is verantwoordelijk voor de inkoop van de onderaannemers en daarmee verantwoordelijk voor het voldoen aan de eisen die de verzekeraar voor de totale zorg stelt. De hoofdaannemer moet de zorgaanbieders in de keten sturen op de juiste zorg. Afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld protocollen, dataverzameling en kwaliteit van zorg.

4.1.1 Regionaal versus landelijk inkopen

Een verzekeraar kan kiezen om een eigen overeenkomst met de ketenzorgaanbieder te sluiten of aan te sluiten bij een overeenkomst die een andere verzekeraar heeft gesloten. Hij sluit dan een zogenaamd 'volgcontract'. Een verzekeraar kiest hier bijvoorbeeld voor als in het gebied waar de ketenzorgaanbieder werkzaam is maar een beperkt

aantal van zijn verzekerden wonen. De verzekeraar wordt dan beschouwd als een 'verre verzekeraar'. De verzekeraar die wel zelf een eigen overeenkomst sluit wordt beschouwd als 'preferente' verzekeraar.

Uit de enquête onder zorgverzekeraars blijkt dat zij hoofdzakelijk binnen hun kernregio zelf ketenzorg inkopen. In het buitengebied wordt het representativiteitsmodel toegepast. De grote zorgverzekeraars kopen zelf bij ongeveer een derde van de zorggroepen de zorg in en hanteren voor de overige zorggroepen het volgeleid. Deze wijze van contractering wordt voor zowel DM2, als COPD en VRM op dezelfde wijze toegepast.

4.1.2 Onderhandelingsproces

Deze subparagraaf behandelt verschillende aspecten van het onderhandelingsproces, zoals de afsluitdatum, de duur, de looptijd en tevredenheid over het proces en de resultaten.

Afsluitdatum

De NZa-enquête onder zorgverzekeraars geeft inzicht in de afsluitdatum van de contracten die geldig zijn in 2013. Dit geeft een wisselend beeld. Op 1 januari 2013 hebben twee grote verzekeraars meer dan 90% van de contracten rond. Twee andere grote verzekeraars hebben op dat moment nog geen 5% van de contracten afgerond. Bij de kleine zorgverzekeraars is het aantal getekende contracten op 1 januari 2013 minder dan 10%. Dit beeld komt terug bij COPD en VRM. Vanwege de grote spreiding in de resultaten is het niet mogelijk de uitkomsten in een tabel te rapporteren.

De resultaten van het Nivel-rapport geven inzicht in de afsluitdatum van de contracten die geldig zijn in 2014. Dit laat een verbeterd beeld zien ten opzichte van het voorgaand jaar. 63% van de in de rapportage geïnccludeerde zorggroepen geeft aan dat de tijdigheid van de contractering is verbeterd ten opzichte van het voorgaande jaar en vóór 1 januari 2014 gereed te zijn met de contractering.

Looptijden contract

De NZa-enquête onder zorgverzekeraars geeft inzicht in het aantal contracten geldig in 2013 met een looptijd van meer dan een jaar. Hieruit volgt dat één zorgverzekeraar standaard met contracten van 24 maanden werkt. Een kleine zorgverzekeraar biedt wel de mogelijkheid van 24 maanden. Verder worden alleen 12-maands-contracten afgesloten. Een enkele verzekeraar geeft hierbij aan de dat ingangsdatum niet perse op 1 januari ligt. Die kan ook in mei of april liggen. Deze resultaten gelden zowel voor DM2 als COPD en VRM.

Het Nivel-rapport rapporteert over de looptijd van de contracten die in 2014 geldig zijn. De deelnemende zorggroepen geven aan dat 31% van de afgesloten ketencontracten inmiddels een twee-jarige afspraak betreffen en dat de overige 69% één-jarige afspraken betreft.

Tevredenheid onderhandelingsproces en belemmeringen

Zorgverzekeraars is gevraagd in hoeverre zij tevreden zijn over het onderhandelingsproces en de uiteindelijke resultaten. Hieruit volgt dat zij over het algemeen tevreden zijn met de uitkomsten van het proces. Wel zijn voor DM2 een grote en een kleinere zorgverzekeraar niet tevreden over het onderhandelingsproces. De kleine zorgverzekeraar geeft aan dat buiten de eigen regio als gevolg van marktmacht geen goede afspraken met zorggroepen te maken zijn.

De grote verzekeraar meldt nog dat de offertes vaak te laat zijn, dat er te weinig transparantie is en een sterk wisselende mate van professionaliteit bij de zorggroepen.

Vijf zorgverzekeraars ervaren voor DM2 knelpunten bij de onderhandelingen. De verzekeraars die geen belemmeringen ervaren zijn de kleine zorgverzekeraars die hoofdzakelijk met volgcontracten werken. De grootste klacht betreft de transparantie van de behaalde resultaten op met name de medische uitkomsten, kostenontwikkeling en de patiënt-ervaring. Dit punt wordt door alle zorgverzekeraars benoemd. Ook genoemd wordt de onderbouwing van de kosten. Specifieke knelpunten betreffen onduidelijkheid rond voetzorg, het niet uit de verf komen van het multidisciplinaire karakter van de zorg, het niet willen sluiten van bepaalde contractvormen en de vaste tariefcomponent van de huisarts. Voor COPD en VRM zijn er iets minder knelpunten. Inhoudelijk zijn ze vergelijkbaar met de knelpunten bij DM-2.

Om inzicht te verkrijgen in de belemmeringen die de zorggroepen ervaren bij de contractering met de verzekeraars hebben we gebruik gemaakt van de enquête die de LOK in maart 2013 onder haar leden heeft uitgezet. In de onderstaande tabellen 4.1 en 4.2. wordt weergegeven welke belemmeringen de zorggroepen ervaren bij enerzijds de contractering met de preferente verzekeraar en anderzijds het afsluiten van een contract met de verre verzekeraar.

Tabel 4.1: Ervaren belemmeringen bij contractering met de preferente verzekeraar

Belemmeringen bij contractering preferente verzekeraar	Aantal keer genoemd (n=47)	%
De prijs in verhouding tot de geboden kwaliteit en werkzaamheden	26	55%
Moeilijk uitvoerbare contractvoorwaarden van de verzekeraar	17	36%
De zorgverzekeraar stelt specifieke eisen aan de organisatie	12	26%
De zorgverzekeraar contracteert bepaalde onderdelen uit de zorgstandaard niet	12	26%
Geen enkele belemmering ervaren	7	15%
De zorgverzekeraar contracteert bepaalde ketenzorgprogramma's niet	6	13%
Wij kunnen het niet eens worden over de inhoud van het ketenzorgprogramma	3	6%
Onze organisatie heeft zelf geen aanbod gedaan aan de zorgverzekeraar	3	6%
De zorgverzekeraar heeft niet op het aanbod van onze organisatie gereageerd	2	4%

Bron: Quick scan contractering LOK

Betreffende de contractering met de preferente verzekeraar noemt 55% van de zorggroepen de prijs in verhouding tot de geboden kwaliteit als belangrijkste belemmering. Ook de moeilijk uitvoerbare contractvoorwaarden worden vaak genoemd. Namelijk door 36% van de zorggroepen. Dat deze twee onderwerpen zo hoog scoren wordt door het veld als volgt toegelicht:

- Enerzijds staan de tarieven onder druk en anderzijds wordt steeds meer gevraagd van de zorggroepen. Bijvoorbeeld ten aanzien van transparantie en registratie.
- Ook wordt hier genoemd dat de zorggroep steeds vaker wordt gezien als het aanspreekpunt voor gemeenten en andere organisaties. Deze laatste werkzaamheden worden niet via ketenfinanciering bekostigd.
- Dat moeilijk uitvoerbare contractvoorwaarden vaak genoemd wordt komt volgens het veld door de verschillende eisen die de verzekeraars stellen.

Uit onderstaande tabel 4.2 blijkt dat bij het afsluiten van een contract met de verre zorgverzekeraar andere belemmeringen gelden. Zo geeft 21% van de zorggroepen aan dat de verre zorgverzekeraar niet op het volgverzoek heeft gereageerd. Ook wordt vaak als belemmering genoemd (19%) dat de verre zorgverzekeraar andere afspraken wenst te maken over de inhoud van het zorgprogramma. De veldpartijen geven hierbij ook aan dat de verre verzekeraar met een klein marktaandeel (+/- 5%) per zorggroep vaak veel macht heeft. Het contract van deze zorgverzekeraar zal ondanks onaantrekkelijke voorwaarden worden geaccepteerd door de zorggroep, omdat de administratieve lasten vergroot worden als voor de verzekerden van deze 'kleine' verzekeraar zorg niet binnen de keten wordt geleverd.

Tabel 4.2: Ervaren belemmeringen bij contractering met de verre verzekeraar

Belemmeringen bij contractering verre verzekeraar	Aantal keer genoemd (n=47)	%
De zorgverzekeraar heeft niet op het volgverzoek van onze organisatie gereageerd	10	21%
De verre zorgverzekeraar wenst andere afspraken te maken over de inhoud van het zorgprogramma dan aangeboden	9	19%
Wij hebben de verre zorgverzekeraars nog geen vervolgvraagstuk gestuurd	8	17%
De prijs in verhouding tot de geboden kwaliteit en werkzaamheden	5	11%
Geen enkele belemmering ervaren	3	6%
De zorgverzekeraar contracteert bepaalde onderdelen uit de zorgstandaard niet	3	6%
Moeilijk uitvoerbare contractvoorwaarden, afwijkend van de preferente verzekeraar	1	2%

Bron: Quick scan contractering LOK

4.1.3 Contractvormen

Door de zorgverzekeraars wordt voor DM2 en COPD gedifferentieerd ingekocht. Inhoudelijk komen de volgende modellen voor:

- een basisprijs met modules voor zorgzwaarte, deelname aan het keteninformatiesysteem of stoppen met roken,
- een inkoopkader dat muteert aan de hand van specifieke historische omstandigheden of
- gedifferentieerd inkopen op basis van prijs, kwaliteit, inhoud van het zorgprogramma en regioverschillen.

Voor VRM is dit op hoofdlijnen ook het geval, maar zorgverzekeraars werken daar meer op basis van ingediende offertes dan op basis van een landelijk vastgestelde basisprijs.

Uit de enquête onder zorgverzekeraars blijkt dat hoofdzakelijk wordt gecontracteerd op basis van integrale tarieven. Contractering op basis van het koptarief komt echter ook nog regelmatig voor, met name bij de ketens voor COPD en VRM.

Tabel 4.3: Aantal contracten naar bekostigingsmethode (2013)

Ketenzorg	Bekostigingsmethode	Aantal 2012	Aantal 2013
DM2	Integrale bekostiging	121	107
	Koptarief	15	12
COPD	Integrale bekostiging	68	79
	Koptarief	20	15
	Beleidsregel innovatie	1	0
	Module M&I	0	3
VRM	Integrale bekostiging	31	47
	Koptarief	11	10
	Module M&I	0	5

Bron: NZa: enquête zorgverzekeraars

Opvallend is dat de resultaten uit de het aantal aangeboden contracten zoals dit uit de enquête blijkt hoger ligt dan het aantal zorggroepen dat in hoofdstuk 3 is gerapporteerd. Dit kan het gevolg zijn van het feit dat in de weergave in hoofdstuk 3 zorggroepen met een zeer lage omzet buiten beschouwing gebleven zijn. Ook zorggroepen die enkel gecontracteerd zijn op basis van het koptarief zijn niet in de analyse in hoofdstuk 3 betrokken. Daarbij is het aannemelijk dat de ketencontracten niet enkel aan zorggroepen worden aangeboden, maar ook aan een aantal kleinschaligere samenwerkingsverbanden als eerstelijns gezondheidscentra.

4.1.4 Afstemming afspraken eerste- en tweedelij

In de enquête onder zorgverzekeraars geven alle zorgverzekeraars die zelf hun zorginkoop uitvoeren aan de afspraken die zij voor ketenzorg DM2 in de tweedelij hebben gemaakt af te stemmen met de afspraken die in de regio zijn gemaakt.

Zorgverzekeraars geven aan samen met aanbieders uit de eerste- en tweedelij de dubbelingen in de bekostiging te bekijken en te corrigeren in de betreffende budgetten en tarieven. Daarnaast worden afspraken gemaakt over verwijsgedrag, regionale inkoop en doelmatigheid. Uit de reacties van de zorgverzekeraars blijkt dat echter ook dat deze afspraken deels nog in ontwikkeling zijn en dat er dus beperkt sprake is van een bestaande praktijk. Voor COPD worden vergelijkbare afspraken gemaakt. Verschil is dat doordat er sprake is van een relatief nieuwe vorm van ketenzorg het inzicht in de tarieven beperkt is. Voor VRM worden nog maar nauwelijks afspraken gemaakt over substitutie met de tweedelij.

Het NIVEL-onderzoek onder zorggroepen geeft een ander beeld. Ongeveer de helft van de in het onderzoek betrokken zorggroepen geeft aan specifieke afspraken maken met de zorgverzekeraar over substitutie vanuit de tweedelij. De andere helft geeft aan niet actief betrokken te worden bij het substitutiebeleid van de zorgverzekeraar. Ook in de enquête die de NZa onder zorggroepen heeft uitgezet geven zorggroepen aan dat de meer sturing door zorgverzekeraars op zorglevering vanuit de eerstelij en een afname van zorglevering in de tweedelij gewenst is.

4.1.5 Signalen over misstanden zorginkoop

De NZa heeft een meldpunt voor signalen over mogelijk ongewenste situaties in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wet marktordening gezondheidszorg. De afgelopen jaren heeft de NZa geen signalen ontvangen over misstanden bij de inkoop van ketenzorg

van een dusdanig aard dat ingrijpen door de NZa noodzakelijk werd geacht. Wel ontvangt de NZa met enige regelmaat signalen van onderaannemers die zich qua tariefstelling onder druk voelen gezet door de hoofdcontractant.

4.2 Organisatie zorggroepen

Om de organisatie van de zorggroepen in kaart te brengen heeft de NZa een enquête uitgezet onder deze organisaties met als doel meer inzicht te krijgen in de interne sturing en de substitutieafspraken tussen de eerste- en tweedelijns. Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste resultaten.

4.2.1 Zorgverleners binnen de keten

Via de enquête is aan de zorggroepen gevraagd welke zorgaanbieders onderdeel uitmaken van de keten. Tabel 4.7 laat de resultaten zien. Niet al deze specialismen hoeven onderdeel te zijn van het integraal tarief, maar zijn wel middels ketenafspraken verbonden aan de zorggroep. Opvallend is de diversiteit in inzet van de verschillende specialismen. Dit geeft aan dat de breedte van de organisatie van zorggroepen sterk kan verschillen.

Tabel 4.4: Overzicht van zorgverleners die zorg leveren binnen de keten

	DM2 (n=71)		COPD (n=56)		VRM (n=35)	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Huisarts	71	100%	56	100%	35	100%
POH-S	70	99%	56	100%	35	100%
Doktersassistent	48	68%	30	54%	25	71%
Diabetesverpleegkundige	49	69%	0	0%	0	0%
Longverpleegkundige	0	0%	34	61%	0	0%
Diëtist	71	100%	53	95%	33	94%
Internist	69	97%	0	0%	27	77%
Oogarts	57	80%	0	0%	0	0%
Longarts	0	0%	51	91%	0	0%
Cardioloog	0	0%	0	0%	29	83%
Optometrist	32	45%	0	0%	0	0%
Laboratorium	46	65%	23	41%	23	66%
Fysiotherapeut	16	23%	28	50%	9	26%
Podotherapeut	57	80%	0	0%	0	0%
Pedicure	47	66%	0	0%	0	0%
Apotheek	21	30%	20	36%	11	31%
Overig	4	6%	2	4%	1	3%

Bron: Enquête zorggroepen

4.2.2 Betrokkenheid medisch specialist

Voor alle drie de aandoeningen hebben we uitgevraagd of en hoe de medisch specialistische zorg binnen de keten is vertegenwoordigd. Uit onderstaande tabel blijkt dat voor de meeste zorggroepen geldt (66%-

75%) dat de medische specialist betrokken wordt bij het zorgproces via telefonisch overleg met de huisarts. Bij een minderheid van de zorggroepen is de medisch specialistische zorg geen onderdeel van de keten, 18% DM2, 25% COPD, 20% VRM. Duidelijk zichtbaar is dat het cliëntcontact van de medisch specialist in een beperkt aantal gevallen onderdeel uitmaakt van de keten. Voor DM2, COPD en VRM gelden respectievelijk de volgende percentages: 21%, 25%, 20%.

Tabel 4.5: Medisch specialistische zorg als onderdeel van de keten

Medisch specialistische zorg binnen de keten	DM2 (n=71)		COPD (n=56)		VRM (n=35)	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Telefonisch overleg met huisarts	53	75%	37	66%	25	71%
Multidisciplinair overleg	36	51%	32	57%	14	40%
Cliëntcontact	15	21%	14	25%	7	20%
Medisch specialistische zorg geen onderdeel van de keten	13	18%	14	25%	7	20%

Bron: NZa enquête zorggroepen

Ter bevordering van de substitutie en daarmee het verbeteren van kwaliteit en betaalbaarheid van zorg noemen de zorggroepen in de enquête de volgende mogelijkheden tot verbetering:

- Verdere professionalisering van de eerstelijns. Onder andere door het systematisch implementeren van kwaliteitscycli.
- Het bevorderen van zelfmanagement door de patiënt.
- Betere afstemming en contact met de tweedelijns.
- Zorgdragen voor ICT-koppelingen tussen de eerste- en tweedelijns en daarmee data-uitwisseling mogelijk maken.
- Meer sturing door zorgverzekeraars op zorglevering vanuit de eerstelijns en een afname van zorglevering in de tweedelijns.
- Medisch specialistische zorg onderbrengen in de ketenfinanciering.

5. Kwaliteit

Dit hoofdstuk gaat in op de transparantie van kwaliteit van ketenzorg voor verzekeraar en patiënt en de minimale kwaliteitseisen van ketenzorg. Tevens wordt de fysieke toegankelijkheid van ketenzorg kort toegelicht.

5.1 Kwaliteit van zorg

Deze paragraaf beschrijft de ontwikkelingen van de kwaliteit van de geleverde zorg sinds de introductie van ketenzorg voor chronische patiënten.

5.1.1 Indicatoren voor de kwaliteit van zorg

Om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van zorg is informatie nodig, verkregen uit metingen met behulp van kwaliteits- en procesindicatoren. Deze indicatoren geven informatie over de mate van kwaliteit van een aspect van de gezondheidszorg.

Voor de drie ketenzorgtrajecten zijn landelijke indicatorensets ontwikkeld door de Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de platforms voor zorgstandaarden. De Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK, inmiddels opgegaan in Ineen) heeft met ingang van 2010 jaarlijks gerapporteerd over de kwaliteit van ketenzorg op basis van een landelijke benchmark, gebaseerde op deze indicatorensets. Over verslagjaar 2010 zijn gegevens uitgevraagd over de diabeteszorg. Voor verslagjaar 2011 is dit uitgebreid met gegevens over COPD en voor 2012 is hier VRM aan toegevoegd. De deelname aan de benchmark door zorggroepen is op vrijwillige basis. In 2012 namen 70 zorggroepen deel aan de benchmark. Ineen heeft aangegeven dat aan de rapportage over 2013 92 zorggroepen deelnemen.

Het belangrijkste beeld dat uit deze landelijke benchmarks naar voren komt, is dat de gemeten kwaliteit van de geleverde zorg voor de chronische patiënt zowel op basis van procesindicatoren als op basis van uitkomstindicatoren de afgelopen jaren een stijgende lijn vertoont. Ook is duidelijk dat de gemeten kwaliteit van zorg nog sterk verschilt tussen de aan de benchmark deelnemende zorggroepen. Hierbij merkt de LOK in de rapportage op dat nog niet duidelijk is of deze verschillen het gevolg zijn van registratie- of extractieproblemen, of dat de kwaliteit van geleverde zorg zelf daadwerkelijk grote verschillen kent.

Kritische Kwaliteitskenmerken

Om een systematisch kwaliteitsbeleid voor ketenzorg voor chronische aandoeningen in de eerstelijns verder vorm te geven, werkt de sector aan het implementeren van kritieke voorwaarden binnen zorggroepen voor het leveren van ketenzorg.

Ineen heeft in 2012 een eerste set van 16 'kritische kwaliteitskenmerken' (KKK's) opgesteld. Deze set bevat relevante veldseisen voor de organisatie van ketenzorggroepen, is dynamisch en wordt zodoende periodiek bijgesteld. In 2013 zijn er 5 nieuwe kwaliteitskenmerken toegevoegd en 8 kwaliteitskenmerken aangevuld, zodat de totale set inmiddels uit 21 KKK's bestaat.

De KKK's zijn opgedeeld in 6 domeinen:

- Optimale zorg en uitkomsten
- Samenwerking
- Patiëntenparticipatie
- Continuïteit en overdracht
- Bestuur en organisatie
- Informatiesystemen

Uit de enquête onder zorggroepen blijkt op het moment van uitvraag 77% van de zorggroepen te werken aan de implementatie van de KKK's. In aanvulling op de ontwikkeling van de KKK's is door Ineen een zelfevaluatie instrument ontwikkeld waarmee zorggroepen de voortgang van implementatie van de KKK's kunnen monitoren. Ineen geeft aan dat 51 zorggroepen inmiddels gebruik maken van dit instrument.

Onderzoek naar patiënttevredenheid

Ten behoeve van interne sturing blijkt op basis van de enquête onder zorggroepen dat 65% van de respondenten structureel een patiënttevredenheids- of patiëntervaringsonderzoek uitzetten onder haar patiënten. 35% van de zorggroepen voert dit onderzoek niet uit. Er is op dit moment geen branchebreed meetinstrument voor het meten van patiëntervaringen.

Tabel 5.1: Meten van cliënttevredenheid

Cliënttevredenheidsonderzoek	Aantal	%
Ja	46	65%
Nee	25	35%

Bron: NZa, Enquête zorggroepen 2013

Inzet instrumenten ter verbetering van kwaliteit en doelmatigheid

In de enquête onder zorggroepen is gevraagd welke instrumenten zorggroepen gebruiken om kwaliteit en doelmatigheid binnen de keten te verbeteren. Eerst geven we een korte toelichting op deze instrumenten:

- Spiegelinformatie: dit zijn rapportages die de zorggroep maakt over het zorgproces en bespreekt met de onderaannemers.
- Visitatie: via bezoeken aan de onderaannemers wordt de kwaliteit van zorgverlening gemeten.
- Zelfevaluatie: met dit instrument kunnen zorgaanbieders zelf toetsen hoe zij staan ten opzichte van afgesproken (kwaliteits) standaarden.
- Peer review: dit is een benchmarkinstrument waarmee zorgaanbieders zich onderling kunnen vergelijken en zo 'best practices' kunnen uitwisselen.

Uit de enquête blijkt dat het verstrekken van spiegelinformatie veruit het meest gebruikte instrument is. Binnen de keten DM2 maakt 97% van de respondenten hier gebruik van. Voor COPD en VRM is dit respectievelijk 98% en 91%. De resultaten zijn weergegeven in tabel 5.2.

Tabel 5.2: Gebruikte instrumenten ter verhoging van de kwaliteit

Instrumenten ter verhoging van kwaliteit en doelmatigheid	DM2 (n=71)		COPD (n=56)		VRM (n=35)	
Spiegelinformatie	69	97%	55	98%	32	91%
Visitatie	56	79%	44	79%	27	77%
Zelfevaluatie	39	55%	28	50%	18	51%
Peer review	20	28%	15	27%	12	34%
Anders	19	27%	14	25%	8	23%

Bron: NZa, enquête zorggroepen 2013

5.1.2 Kwaliteitskeurmerken

Een kwaliteitskeurmerk zegt niet direct iets over de daadwerkelijke kwaliteit van de zorg, maar geeft aan dat de zorgaanbieder voldoet aan een bepaalde norm van organisatie.

De systematische implementatie van een kwaliteitssysteem kan (zorg) organisaties helpen bij het continu verbeteren van interne processen. Hiermee kan direct gestuurd worden op bedrijfsmatige doelstellingen als kwaliteit en kostenbeheersing. In de enquête onder zorggroepen is gevraagd welk gecertificeerd kwaliteitssysteem gebruikt wordt voor de interne kwaliteitscyclus. Het resultaat is weergegeven in tabel 5.3

Tabel 5.3: Zorggroep met een gecertificeerd kwaliteitssysteem

Kwaliteitssysteem	Aantal keer genoemd (n=71)	%
INK	3	4,2%
ISO	3	4,2%
HKZ	2	2,8%
Praktijkaccreditatie (NPA)	21	29,6%
Niet van toepassing	28	39,4%
Anders	14	19,7%
Totaal	71	100%

Bron: NZa, enquête zorggroepen 2013

Uit de antwoorden van de zorggroepen blijkt dat het vaakst (39%) wordt gekozen voor de antwoordmogelijkheid 'Niet van Toepassing'. Binnen deze categorie zien we geen onderscheid tussen kleine en grote zorggroepen. Daar waar zorggroepen een kwaliteitssysteem gebruiken wordt de Praktijkaccreditatie (NPA) het meest gebruikt (20%).

In reactie op de uitkomsten zoals in tabel 5.1 weergegeven, geeft Ineen aan dat gecertificeerde kwaliteitssystemen in de ketenzorg nog in ontwikkeling zijn. Ook geven zij aan dat het percentage zorggroepen dat aangeeft gebruik te maken van de NPA-praktijkaccreditatie zeer waarschijnlijk betrekking heeft op de accreditatie van individuele huisartsenpraktijken, en niet op de accreditatie van de zorggroep.

5.2 Transparantie van kwaliteit

Deze paragraaf beschrijft de transparantie van kwaliteit van de geboden zorg vanuit het perspectief van de cliënt en vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar. Transparante zorg is van belang voor cliënten om een overwogen keuze te kunnen maken voor een zorgaanbieder in de keten.

Daarbij zijn zorgverzekeraars ook met transparantie gediend met het oog op de inkoop van de zorg.

Het RIVM beschrijft in het rapport 'drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg'⁴ de effecten van de integrale bekostiging diabeteszorg op het zorgproces en de kwaliteit van de diabeteszorg. De transparantie van de kwaliteit van zorg wordt hier vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar en de patiënt beschreven.

Er wordt geconcludeerd dat de transparantie van kwaliteit is toegenomen als gevolg van de rapportage van kwaliteitsindicatoren door de zorggroepen aan de zorgverzekeraar, maar dat de informatie over de kwaliteit van diabeteszorg vanuit beide perspectieven nog onvoldoende is.

De Diabetesvereniging Nederland (DVN) heeft in april 2013 de Diabetes Zorgmonitor 2012⁵ gepubliceerd. De monitor geeft een landelijke indicatie van de door diabetespatiënten ervaren kwaliteit van zorg. Op hoger niveau geeft de zorgmonitor inzicht in de positieve ontwikkelingen, maar ook in welke onderdelen extra aandacht behoeven.

Voor de keten DM2 bestaat een Zorgwijzer van DVN. Deze geeft inzicht in welke zorg er voor de cliënt beschikbaar is en welke zorgprofessionals hierbij betrokken zijn. De zorgwijzer is gebaseerd op de zorgstandaarden die zijn opgesteld door de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). Uit de Zorgmonitor van DVN blijkt dat in 2012 38,6% van de respondenten met DM2 de zorgwijzer niet kennen. 20,3% van de respondenten heeft de zorgwijzer ook daadwerkelijk in bezit. De patiënt lijkt met de zorgwijzer wel inzicht te krijgen van het type zorg en de aangesloten zorgaanbieders, maar het is op basis van het document niet/nauwelijks mogelijk om de kwaliteit van de betreffende zorg(aanbieder) in te schatten.

De Diabetes Zorgmonitor geeft ook een beeld van de tevredenheid over en betrokkenheid van de zorgverleners weer. Mensen met diabetes zijn over beide punten (redelijk) positief. Wel valt op dat een relatief laag percentage (31,4% van de ondervraagde patiënten in 2012) betrokken is bij de ontwikkeling van een individueel zorgplan.

Ineen geeft aan dat inmiddels twee-derde van de aan de landelijke benchmark deelnemende zorggroepen toestemming heeft gegeven om de kwaliteitsindicatoren op naam te publiceren. Naarmate de uitkomsten van de kwaliteitsmeting betrouwbaarder worden, kan dit op termijn ook voor de individuele patiënt aanvullende informatie opleveren over de kwaliteit van de geleverde zorg.

5.3 Toezicht IGZ

De IGZ houdt in Nederland toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg door zorginstellingen, individuele beroepsbeoefenaren en fabrikanten van genees- en hulpmiddelen op basis van de Gezondheidswet. In principe streeft de IGZ ernaar dat zorggroepen zelf verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van de zorg. Hierbij moeten de zorggroepen voldoen aan de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Als ultimum remedium heeft de

⁴ RIVM: Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg : Effecten op zorgproces en kwaliteit van zorg, 2012.

⁵ Diabetes Zorgmonitor 2012, *Onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor mensen met diabetes*, DVN en NAD, april 2013.

Inspectie echter wel de mogelijkheid om in te grijpen wanneer een zorgaanbieder niet voldoet aan de wettelijke eisen. Enkele maatregelen die de Inspectie kan opleggen zijn het opleggen van een bestuurlijke boete of het instellen van verscherpt toezicht, bevel of aanwijzing.

De IGZ stelt dat de zorggroepen de zorgstandaarden dienen door te voeren, om aan de norm waaraan integrale, multidisciplinaire zorg bij chronisch zieken dient te voldoen. Zodoende heeft de inspectie de implementatie van de zorgstandaard voor Diabeteszorg door zorggroepen onderzocht, vanaf het moment van afronding in 2007. Gedurende de periode september tot en met december 2011 heeft IGZ twintig willekeurig gekozen zorggroepen bezocht. Het rapport van dit onderzoek is verschenen in augustus 2012⁶. De zorggroepen zijn beoordeeld ten aanzien van een aantal componenten. Zo werd er door de Inspectie gekeken naar het Multidisciplinaire patiëntendossier, het Individuele zorgplan, de preventie en zelfmanagement en de continuïteit van zorg. Hierbij is rekening gehouden met het complexe karakter van het proces van met name de eerste twee zaken.

De inspectie concludeert dat de implementatie van de zorgstandaard Diabetes niet volledig is geslaagd. In het rapport worden de volgende knelpunten genoemd:

- Een flink aantal zorggroepen bevindt zich nog in de opstartfase van het implementatieproces.
- De patiënt begeeft zich niet in een centrale positie. Er wordt door zorggroepen nauwelijks gebruik gemaakt van multidisciplinaire patiëntendossiers en individuele zorgplannen. Daarbij ontbreekt vaak ondersteuning bij zelfmanagement.
- Er worden problemen gesignaleerd rondom de geautomatiseerde (keten)informatiesystemen en de financiering van de diabeteszorg volgens de zorgstandaard.

De Inspectie heeft zorggroepen die op het moment van het onderzoek nog niet aan de Kwaliteitswet zorginstellingen gestelde eisen konden voldoen, tot september 2013 de tijd gegeven om dit te bewerkstelligen. Op basis van meldingen van zorggroepen bij calamiteiten of anderszins volgt onderzoek door de IGZ waarbij de aspecten zoals beschreven in het rapport worden meegenomen. Eventuele passende maatregelen kunnen getroffen worden. Daarbij worden de bezochte zorggroepen nog altijd actief gevolgd. Nog steeds hebben niet alle zorggroepen zaken rondom de zorgstandaard op orde. Het gaat dan met name om tekorten ten aanzien van transparantievereisten. Ook in 2014 zal de Inspectie scherp toezicht houden op de zorggroepen.

De IGZ is positief wat betreft de ontwikkeling van de zorggroepen. De organisatiestructuur van zorggroepen creëert de mogelijkheid van een centraal georganiseerd kwaliteitsbeeld. Zorgverleners hebben zich georganiseerd en worden er met ketenpartners afspraken gemaakt over doorverwijzing. Op deze manier kan de zorggroep dienen als zorgadessaat voor de IGZ en kunnen benchmarks beter worden uitgevoerd binnen de zorggroep. Ook het werk dat InEen verricht voor de bevordering van de implementatie van de zorgstandaard wordt door de Inspectie ondersteund.

⁶ 'Implementatie zorgstandaard Diabetes na vier jaar onvoldoende gevorderd', Inspectie voor de Gezondheidszorg, augustus 2012

5.4 Toegankelijkheid

In de marktscan Ketenzorg 2012 is een kort hoofdstuk gewijd aan het publieke belang 'toegankelijkheid', de daadwerkelijke toegang van cliënten tot Ketenzorg in het algemeen. Van toegankelijkheid van zorg is sprake, als cliënten die zorg behoeven, deze zorg ook daadwerkelijk binnen een redelijke termijn ontvangen. In de marktscan van 2012 werden hier geen bijzonderheden geconstateerd. Er is geen sprake van wachtlijsten of andere belemmering. De NZa heeft in de afgelopen periode geen signalen ontvangen dat dit beeld moet worden bijgesteld. Voor deze marktscan is daarom geen aanvullend onderzoek gedaan naar de fysieke toegankelijkheid van de benodigde zorg voor patiënten met DM2, COPD en/of VRM.

Het beeld dat uit deze hele marktscan blijkt, is dat multidisciplinaire ketenzorg voor DM2 en in sterkere mate voor COPD en VRM nog in ontwikkeling is en zich nog in de opstartfase bevindt. De individuele zorgcomponenten binnen ketenzorg zijn daarmee weliswaar voor alle patiënten toegankelijk, maar de multidisciplinaire aanpak zoals in de zorgstandaarden is beschreven is met name voor COPD en VRM nog niet over heel Nederland gemeengoed.

6. Volume en kosten

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op het volume en de kosten van Ketenzorg en het gaat daarmee in op het derde, laatste genoemde publieke belang: betaalbaarheid van de zorg.

6.1 Volume (Q)

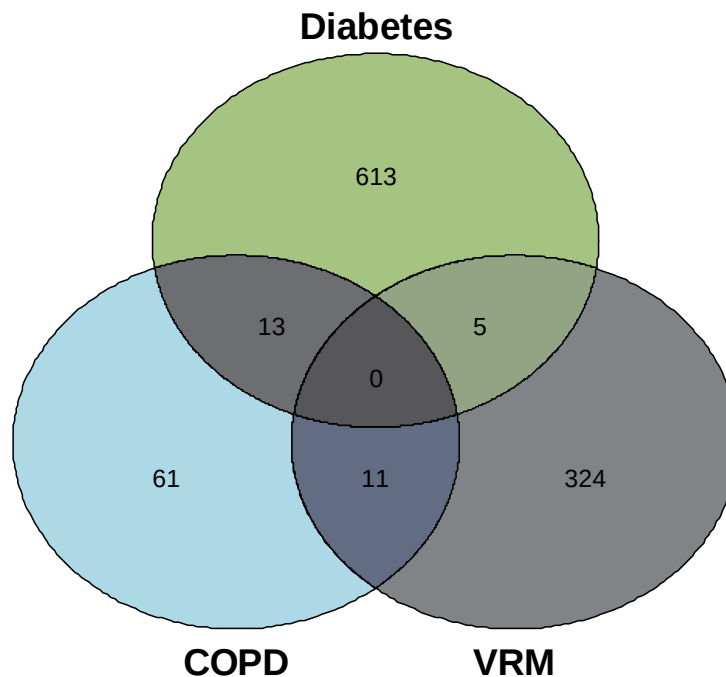
Voor de marktscan heeft de NZa op basis van de gedeclareerde zorgprestaties over de jaren 2008 tot en met 2012 verschillende analyses gemaakt die inzicht geven in het zorggebruik van patiënten met DM2, COPD en/of VRM. In deze paragraaf worden de resultaten van deze analyses gepresenteerd.

Voor alle in deze paragraaf gepresenteerde analyses geldt dat de weergegeven data betrekking heeft op declaratiecodes die de geleverde zorg koppelen aan de patiënt die de zorg ook daadwerkelijk ontvangen heeft. Dit geldt zowel voor de integraal bekostigde ketenzorg als de vormen van niet-integraal bekostigde ketenzorg. Afspraken op basis van de GEZ-module (koptarief) worden gemaakt over alle ingeschreven patiënten van een huisarts. Via deze prestatiecodes is niet te achterhalen hoe groot de populatie van daadwerkelijke patiënten is. De in deze paragraaf weergegeven populatie is daarmee niet de totale populatie van patiënten met DM2/COPD/VRM, maar de populatie van patiënten die bekostigd worden via een specifiek aan die patiënt te koppelen declaratiecode voor deze zorg.

6.1.1 Overlap tussen ketens

Eerst is bekeken in hoeverre de drie ketenzorgproducten elkaar op patiëntniveau overlappen. In figuur 6.1 is deze overlap weergegeven. De figuur geeft het aantal patiënten weer (in duizendtallen) dat in 2012 gebruik heeft gemaakt van één of meer ketens. Te zien is dat relatief weinig patiënten (exact 28.640) zijn geïncludeerd in meer dan één keten (1,1%) in de loop van een jaar.

Figuur 6.1 Overlap tussen ketenzorg diabetes, VRM en COPD in 2012 (aantallen weergegeven in duizendtallen)



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H) 2012

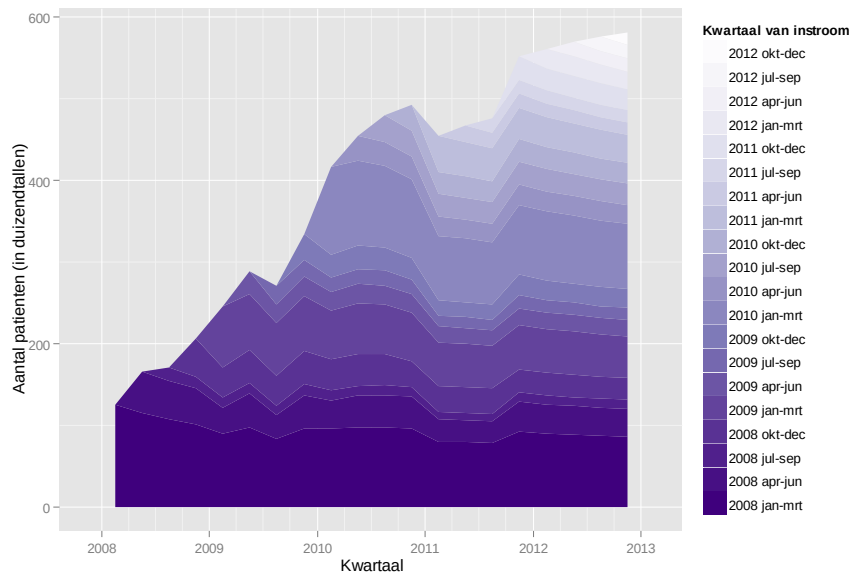
6.1.2 Aantal patiënten in de keten

Het aantal patiënten dat gebruik maakt van ketenzorg is de laatste jaren sterk toegenomen. Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van deze groei over de jaren heen is in de figuren 6.2 t/m 6.5 de populatie keten patiënten uitgesplitst naar het moment van instroom in de keten.

Het aantal patiënten binnen één groep (met hetzelfde moment van instroom) kan zowel stijgen als dalen. Redenen voor een daling zijn overlijden van de patiënt of uitstroom uit de keten (bijvoorbeeld doordat de patiënt overgaat naar de AWBZ of een andere huisarts kiest die niet is aangesloten bij een keten). Redenen voor een stijging kunnen zijn nieuwe instroom en 'herinstroming'.

Een overzicht van de gebruikte prestatiecodes per keten categorie is te vinden in de bijlage (hoofdstuk 8).

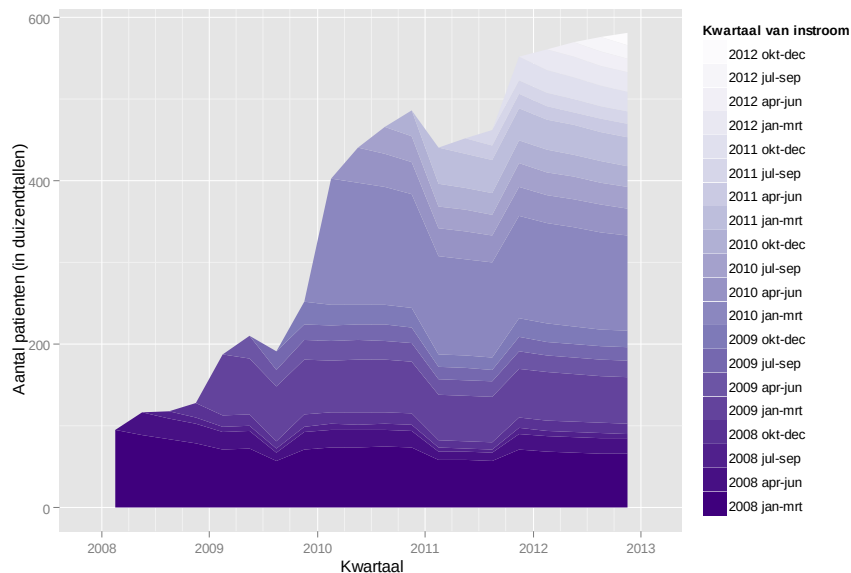
Figuur 6.2: Opbouw populatie voor integraal- en niet-integraal bekostigde ketenzorg DM2



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H) 2008 t/m 2012

In figuur 6.2 is de opbouw van de populatie patiënten in DM2 ketenzorg weergegeven. Er bestaat een groot verschil tussen de opbouw van de populatie van integraal bekostigde DM2 ketenzorg en niet-integraal bekostigde DM2 ketenzorg. Dit is te zien in figuren 6.3 en 6.4, waarin de DM2 ketenzorg is opgesplitst in integraal- en niet-integraal bekostigd.

Figuur 6.3: Opbouw populatie voor integraal bekostigde ketenzorg DM2

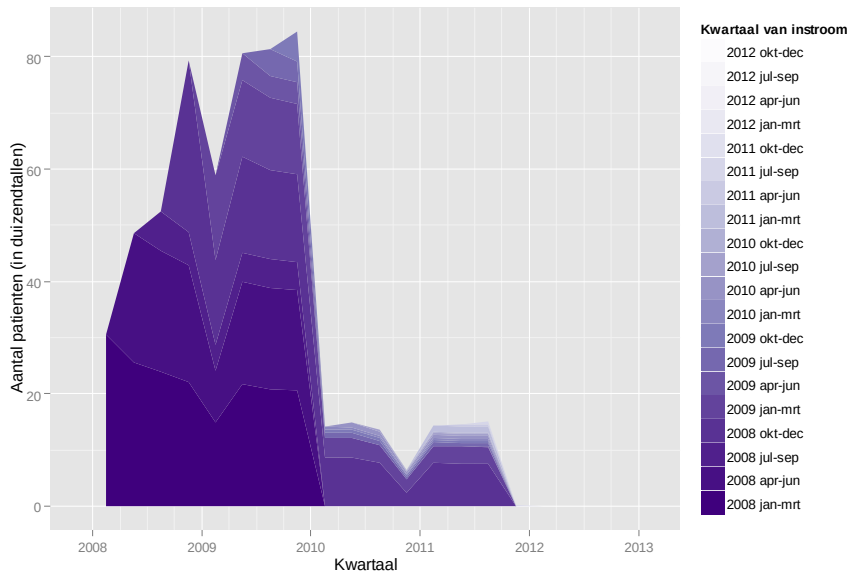


Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H) 2008 t/m 2012

De opvallende dip in weergegeven populatie voor drie kwartalen in 2011 is het gevolg van een hiaat in Vektisdata voor één zorgverzekeraar. Niet helder is geworden of dit hiaat het gevolg is van aanlevering aan Vektis of in de nadere verwerking van deze gegevens. Navraag bij de betreffende zorgverzekeraar leerde dat geen specifieke beleidswijzigingen in dat jaar zijn doorgevoerd die deze dip kunnen verklaren. Het hiaat komt tot uiting in dit overzicht, maar heeft beperkte gevolgen in de overige weergaven.

De NZa kiest er daarom voor om deze populatie niet 'bij te schatten' maar aan te blijven sluiten bij de dataset die door Vektis beschikbaar is gesteld. Daar waar in de volgende weergaven een effect van dit hiaat te zien is voor 2011, wordt dit specifiek benoemd. Los van dit hiaat is een stijgende en daarna afvlakkende trend in patiëntenpopulatie richting 600.000 patiënten binnen een integraal bekostigde keten goed zichtbaar.

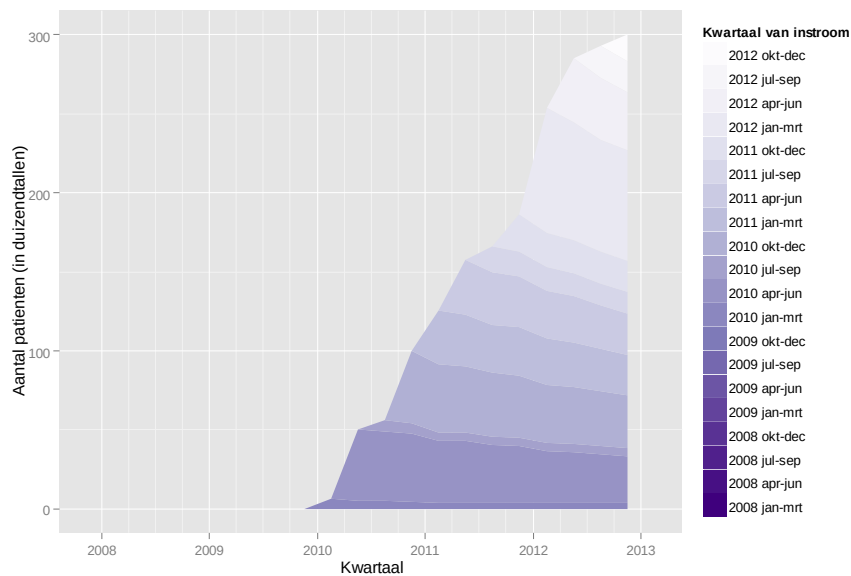
Figuur 6.4: Opbouw populatie voor niet-integraal bekostigde ketenzorg DM2



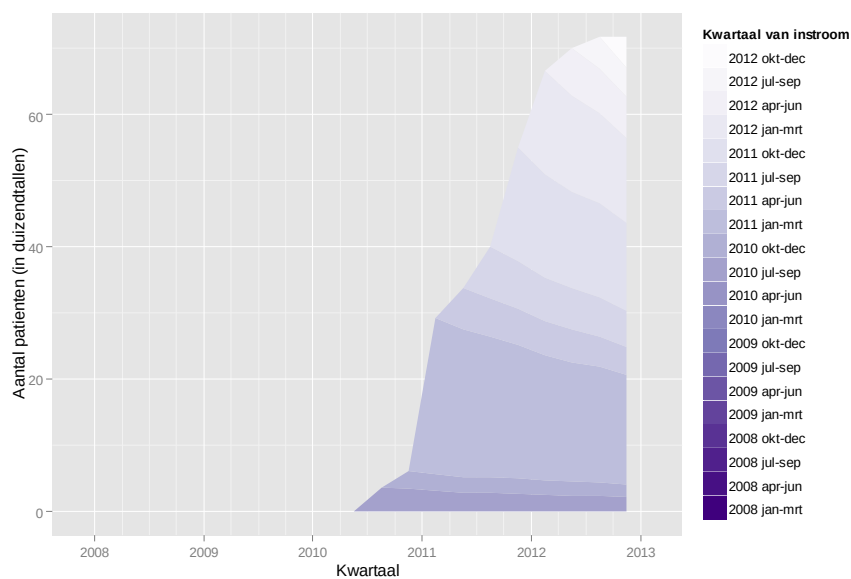
Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H) 2008 t/m 2012

Niet-integraal betekent hier dat de afspraak voor aanvullende bekostiging van ketenzorg daadwerkelijk aan ketenzorgpatiënten te koppelen is en niet verloopt via alle patiënten binnen een huisartsenpraktijk. Uit figuur 6.4 blijkt dat deze variant vooral in de innovatieperiode is gehanteerd, maar inmiddels niet meer wordt gebruikt. De methode van niet-integrale bekostiging via de GEZ-module (koptarief) wordt wel degelijk tot op heden nog gehanteerd, maar zoals eerder aangegeven biedt dit geen informatie over de populatie van ketenzorgpatiënten.

Figuur 6.5 en 6.6 geven de opbouw weer van de patiëntenpopulatie die ketenzorg ontvangt voor VRM en COPD.

Figuur 6.5: Opbouw populatie ketenzorg VRM

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H) 2008 t/m 2012

Figuur 6.6: Opbouw populatie ketenzorg COPD

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H) 2008 t/m 2012

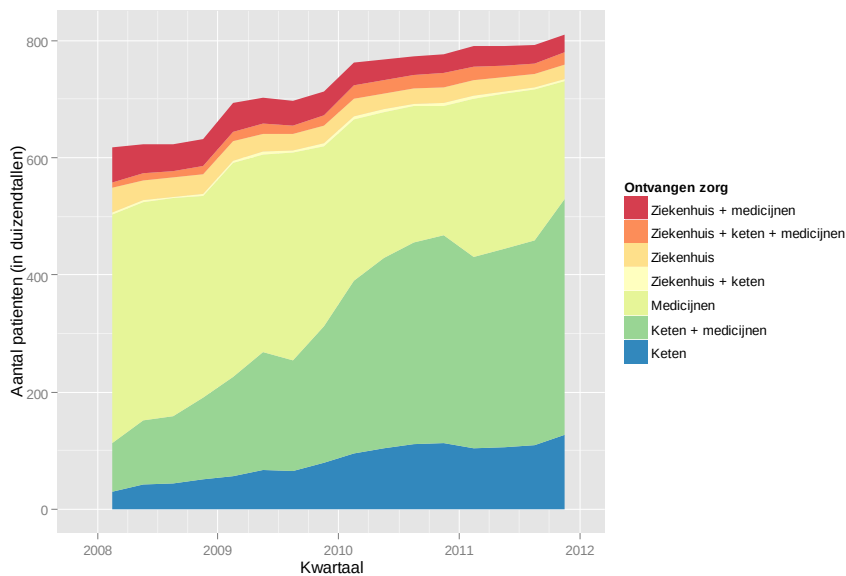
Voor de weergegeven populaties in de figuren 6.2 tot en met 6.6 geldt dat de weergegeven aantallen patiënten eind 2012 iets lager liggen dan in figuur 6.1 is verantwoord. Dit komt omdat figuur 6.1 het aantal patiënten per jaar weergeeft en de overige figuren de populatie per kwartaal weergeven. Patiënten die begin 2012 'in keten' waren en eind 2012 erbuiten vielen kunnen daarmee wel onderdeel zijn van de populatie in figuur 6.1 maar buiten de populatie van de figuren 6.2 tot en met 6.6 vallen.

6.1.3 Verdeling zorggebruik diabetes patiënten

Voor de populatie diabetespatiënten die op basis van de gedeclareerde data in kaart is gebracht, is nader geanalyseerd hoe specifiek aan diabetes gekoppelde zorg wordt gebruikt. Een patiënt is hier geormerkt als diabetespatiënt indien specifiek medicijngebruik, specifieke tweedelijns behandelingen of ketenzorgproducten (al dan niet integraal) aan deze patiënt te koppelen zijn. In de bijlage (hoofdstuk 8) wordt een nadere toelichting gegeven op de keuzes die zijn gemaakt om te komen tot direct diabetes gerelateerde zorg.

In figuur 6.7 wordt weergegeven op welke wijze deze drie categorieën van zorggebruik zich onderling verhouden binnen deze populatie. Het gaat hierbij om de verdeling van het aantal patiënten over de verschillende categorieën, niet om de gerelateerde kosten.

Figuur 6.7: Verdeling zorggebruik diabetes patiënten



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H), ziekenhuisbestand Vektis (IZiZ) en declaraties farmacie bestand Vektis (2008 t/m 2011)

We zien een vrij sterke toename in de loop der jaren van het aantal patiënten dat op basis van declaratiecodes als diabetespatiënt te oormerken zijn. Dit wil niet zeggen dat het aantal diabetespatiënten daadwerkelijk zo sterk groeit. De introductie van ketenzorg zorgt ervoor dat voor meer patiënten via declaratiecodes inzichtelijk is dat sprake is van een diabetesaandoening.

Opvallend is de verschuiving in de loop der jaren van het aantal patiënten dat als diabetespatiënt kan worden geïdentificeerd op basis van enkel medicijngebruik, naar identificatie op basis van zowel ketenzorgdeclaraties als medicijngebruik. Dit geeft de verschuiving van patiënten richting de keten vanuit de reguliere huisartsenzorg weer. Daar waar de patiënt nog niet is opgenomen in ketenzorg kan de declaratiestroom vanuit de huisarts niet leiden tot een identificatie van de patiënt als diabetespatiënt.

Ook opvallend is de groei van de categorie patiënten in ketenzorg, waarbij nog geen sprake is van direct aan diabetes te koppelen medicijngebruik. Deze groep bestaat ofwel uit pre-diabetes in een

vroegtijdig stadium al binnen de ketenfinanciering vallen, of uit patiënten met de diagnose diabetes die met leefstijl en dieetadviezen worden behandeld.

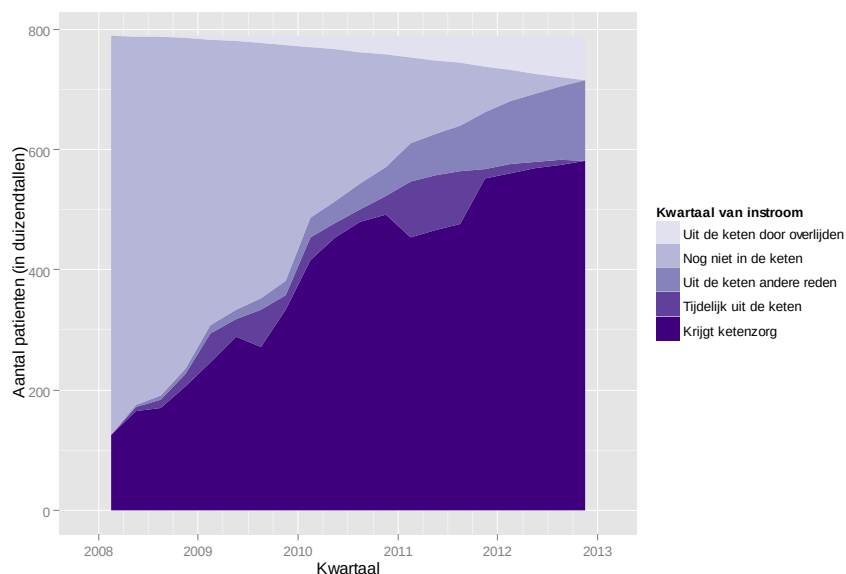
Het aantal patiënten dat direct aan diabetes gerelateerde zorg binnen het ziekenhuis ontvangt lijkt in de loop der jaren licht af te nemen. Dit zou op een substitutiebeweging in volume kunnen duiden. Het is echter van belang om te realiseren dat met name de data van tweedelijns zorggebruik over 2012 nog niet volledig kunnen zijn en nog opwaarts gecorrigeerd kunnen worden.

De tijdelijke verschuiving in 2011 tussen de categorieën 'medicijnen' en 'keten + medicijnen' is een gevolg van het hiaat in de gehanteerde data, zoals in paragraaf 6.1.2 toegelicht.

6.1.4 In- en uitstroom ketenzorg

In de periode van 2008 t/m 2012 is er voor de onderzochte ketenpopulaties per kwartaal sprake van instroom in de keten en uitstroom uit de keten. De figuren 6.8 t/m 6.10 geven deze in- en uitstroom weer.

Figuur 6.8: In- en uitstroom ketenzorg DM2

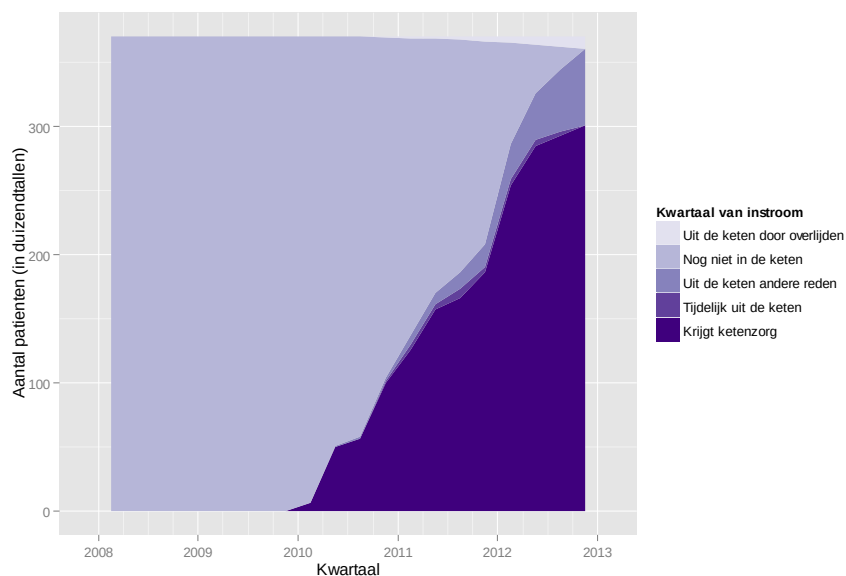


Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H), ziekenhuisbestand Vektis (IZiZ) en farmacie bestand Vektis (2008 t/m 2011)

Figuur 6.8 laat de in- en uitstroom zien van alle DM2 patiënten waarvoor tussen 2008 en 2012 voor minimaal 1 kwartaal een ketenzorgproduct is gedeclareerd. Naast uitstroom door overlijden is zichtbaar dat ook patiënten uitstromen voor andere redenen. Mogelijke redenen zijn: instroom in de AWBZ of verhuizing naar een huisarts die niet is aangesloten bij een integraal bekostigde keten. In de periode 2008 tot en met 2012 zijn bijna 800.000 patiënten in aanraking gekomen met integraal bekostigde ketenzorg, eind 2012 zijn bijna 600.000 daarvan in een integraal bekostigde keten 'in zorg'.

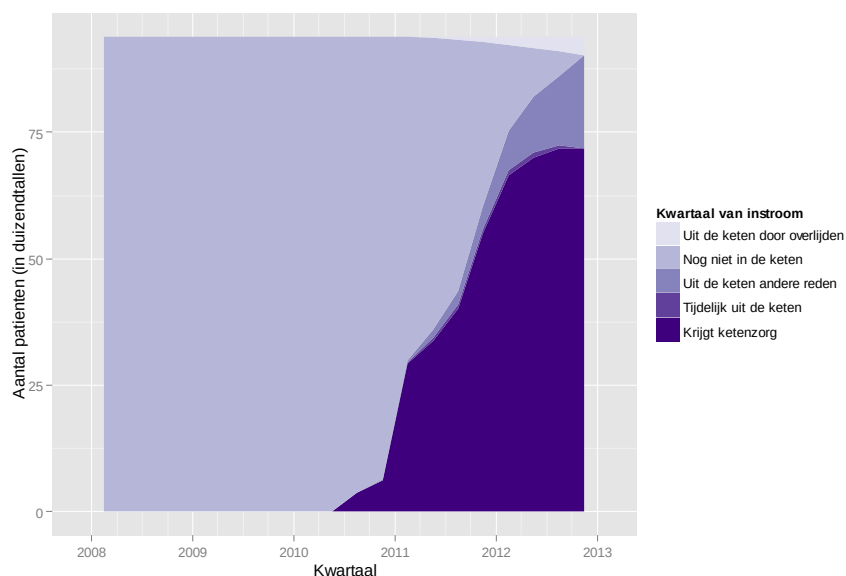
Figuur 6.9 en 6.10 laten een soortgelijk overzicht zien voor de in- en uitstroom van patiënten met VRM en COPD.

Figuur 6.9: In- en uitstroom ketenzorg VRM



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H), ziekenhuisbestand Vektis (IZiZ) en farmacie bestand Vektis (2008 t/m 2011)

Figuur 6.10: In- en uitstroom ketenzorg COPD

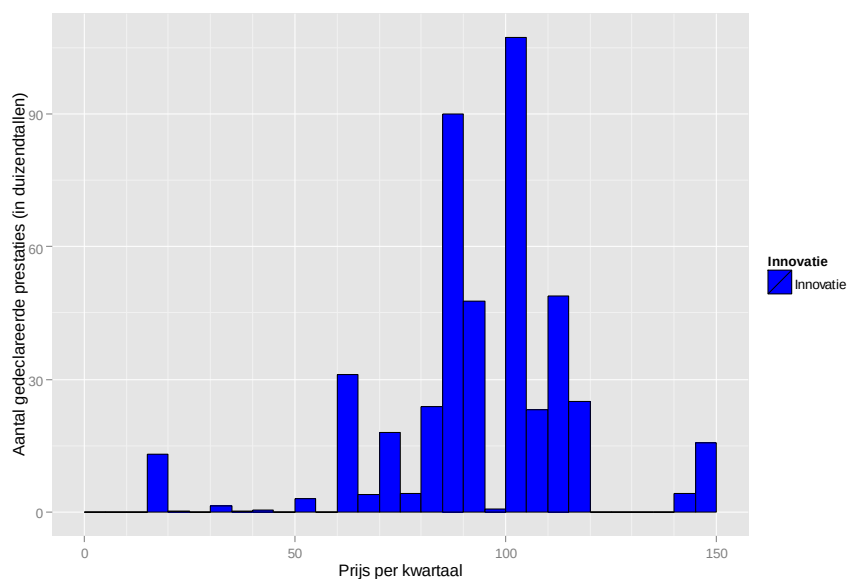


Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H), ziekenhuisbestand Vektis (IZiZ) en farmacie bestand Vektis (2008 t/m 2011)

6.2 Prijzen en aantallen ketenzorg diabetes

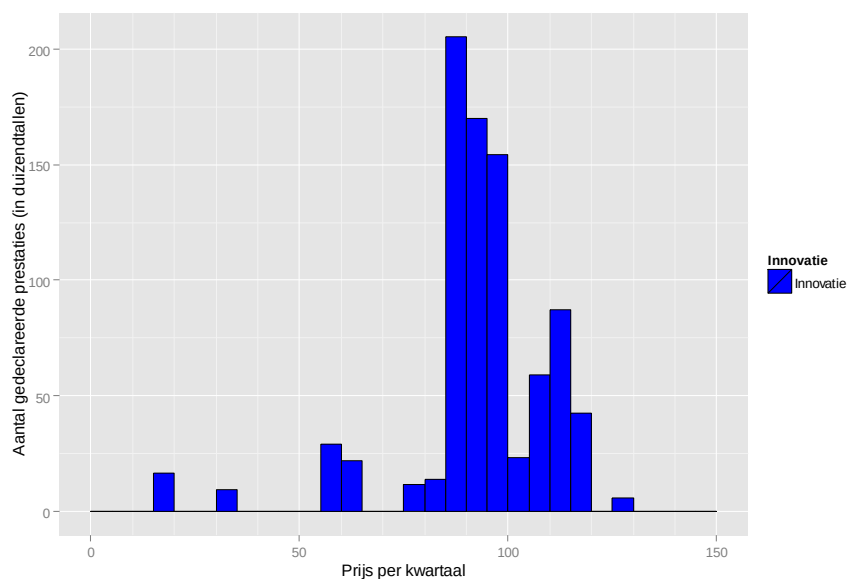
In de figuren hieronder is de verdeling van prijzen van prestaties van integraal bekostigde ketenzorg DM2 weergegeven voor de jaren 2008 t/m 2012. Let op, de ketenprestatie wordt elk kwartaal in rekening gebracht, het jaarbedrag is dus 4 keer hoger.

Figuur 6.11: Frequentieverdeling prijzen integraal bekostigde ketenzorg DM2 2008



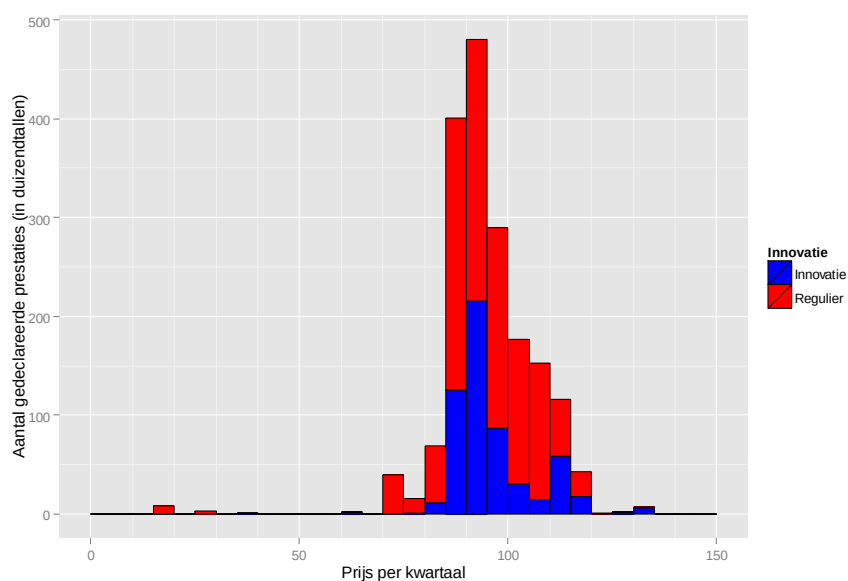
Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Figuur 6.12: Frequentieverdeling prijzen integraal bekostigde ketenzorg DM2 2009



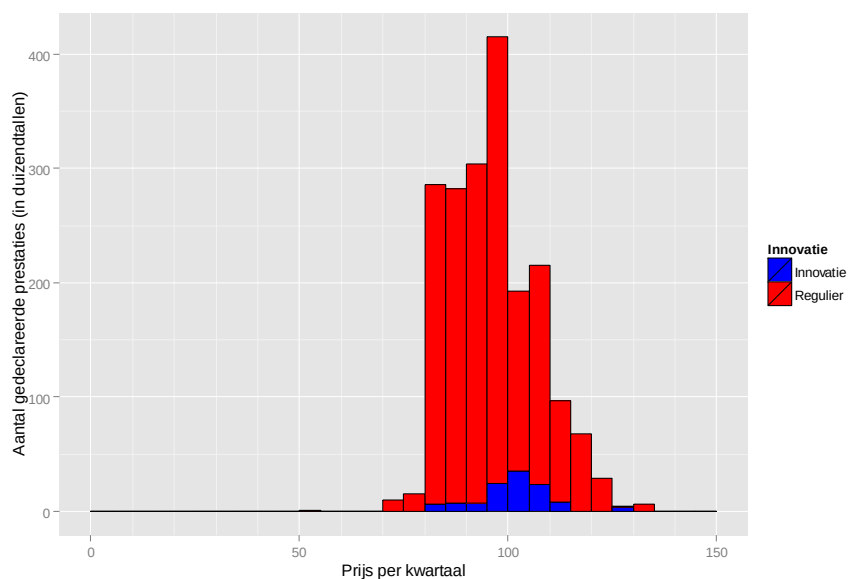
Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Figuur 6.13: Frequentieverdeling prijzen integraal bekostigde ketenzorg DM2 2010

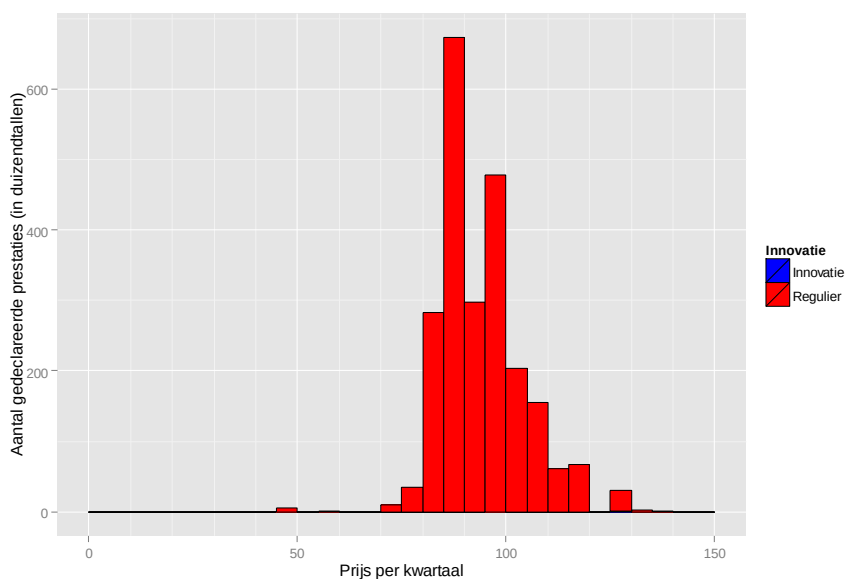


Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Figuur 6.14: Frequentieverdeling prijzen integraal bekostigde ketenzorg DM2 2011



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Figuur 6.15: Frequentieverdeling prijzen integraal bekostigde ketenzorg DM2 2012

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Dit leidt tot de volgende gemiddelde prijzen voor en resulterende omzet uit ketenzorgprestaties, waarbij onderscheid is gemaakt tussen innovatie- en generieke prestaties.

Tabel 6.1: Aantallen en gemiddelde kwartaalprijs ketenzorg DM2

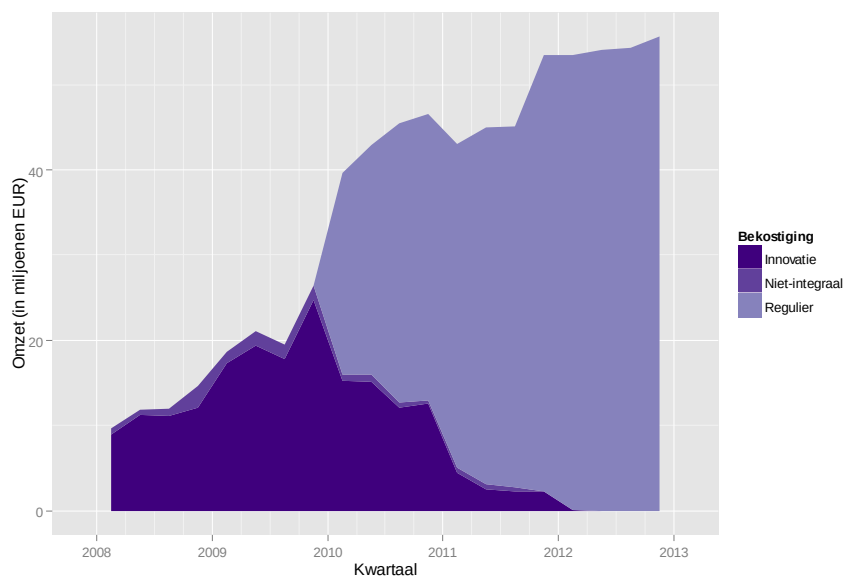
Jaar	Aantal kwartaaldeclaraties vanuit innovatie	Gemiddelde prijs innovatie per kwartaal	Aantal kwartaaldeclaraties vanuit beleidsregel ketenzorg	Gemiddelde prijs vanuit beleidsregel ketenzorg per kwartaal
2008	461.578	€ 94,14		
2009	851.457	€ 93,20		
2010	573.432	€ 96,09	1.234.486	€ 94,72
2011	114.533	€ 100,63	1.809.793	€ 95,71
2012	< 2.000	-	2.305.198	€ 94,34

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Uit de figuren en tabellen in deze paragraaf blijkt dat de gehanteerde tarieven voor ketenzorg DM2 in de loop der jaren naar elkaar toe bewegen. Het gemiddelde tarief blijft relatief stabiel.

6.2.1 Omzetbeweging ketenzorg diabetes

De financiering van integraal bekostigde ketenzorg is verschoven van innovatie-codes naar bekostiging via de generieke code. Dit is ook in onderstaande figuur zichtbaar gemaakt, waarbij de kwartaalomzet ketenzorg diabetes in de getoonde periode is opgesplitst in integrale bekostiging (innovatie en regulier) en niet-integrale bekostiging.

Figuur 6.16: Omzet ketenzorg diabetes per kwartaal

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

De getoonde omzet uit ketenzorgproducten DM2 is niet de gehele omzet van de ketenzorgmarkt. Zoals eerder aangegeven zijn alleen prestatiecodes die te koppelen zijn aan een unieke patiënt meegenomen in de berekening. Dus koptarieven waarbij de huisarts het tarief gespreid int over zijn gehele patiëntenbestand zijn niet meegenomen.

Tabel 6.2: Omzet per jaar uit declaraties integrale ketenzorg DM2

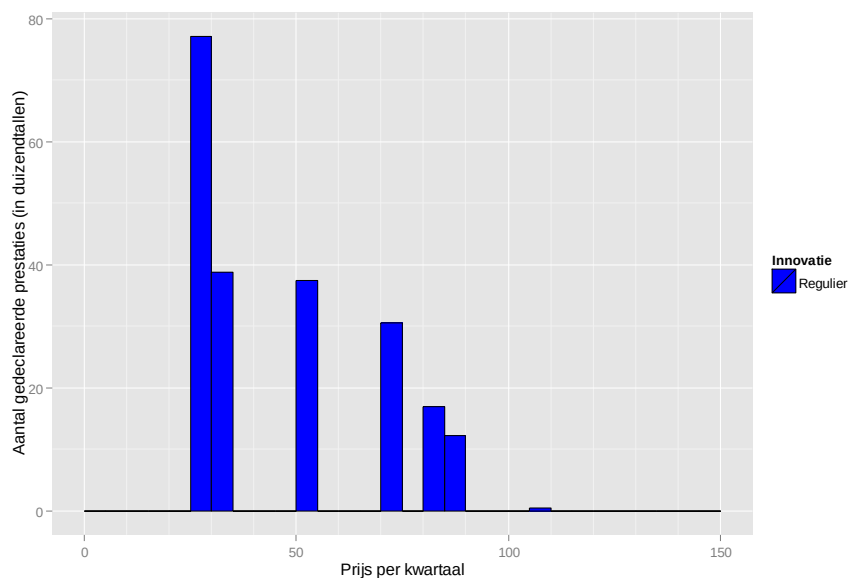
Jaar	Omzet uit innovatie	Omzet uit reguliere beleidsregel
2008	€ 48.158.237	-
2009	€ 85.765.320	-
2010	€ 57.621.023	€ 116.933.834
2011	€ 13.381.200	€ 173.211.475
2012	€ 113.163	€ 217.472.812

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

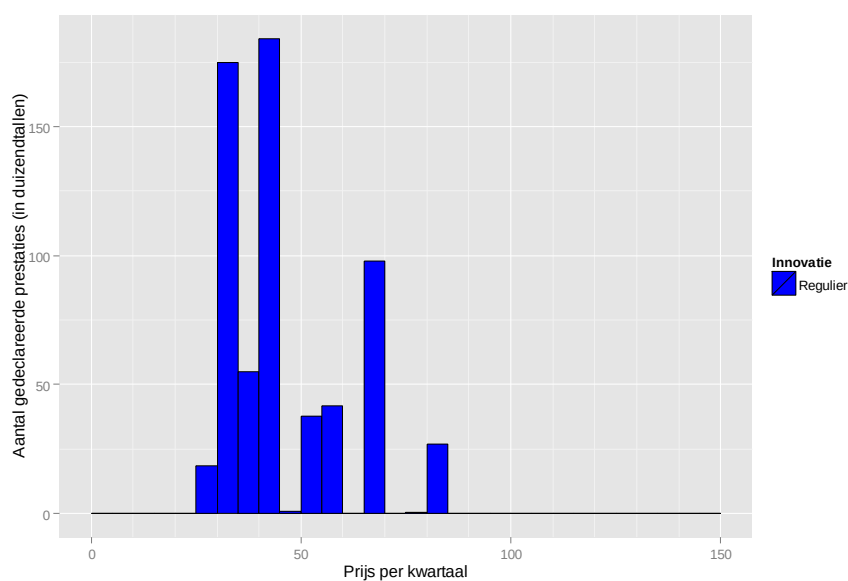
De in de tabel 6.1 weergegeven tarieven hebben betrekking op de integraal bekostigde ketens. De aantallen patiënten (tabel 6.1) en omzet (tabel 6.2) per jaar (tabel 6.2) includeren ook niet integrale bekostigingsvormen die wel naar een chronisch patiënt zijn te herleiden. Aantal weergegeven patiënten x tarief is daarmee niet voor alle jaren gelijk aan de weergegeven omzet.

6.3 Prijzen en aantallen ketenzorg VRM

In de figuren hieronder is de verdeling van prijzen van prestaties van integraal bekostigde ketenzorg VRM weergegeven voor de jaren 2010 t/m 2012. Let op, de ketenprestatie wordt elk kwartaal in rekening gebracht, het jaarbedrag is dus 4 keer hoger.

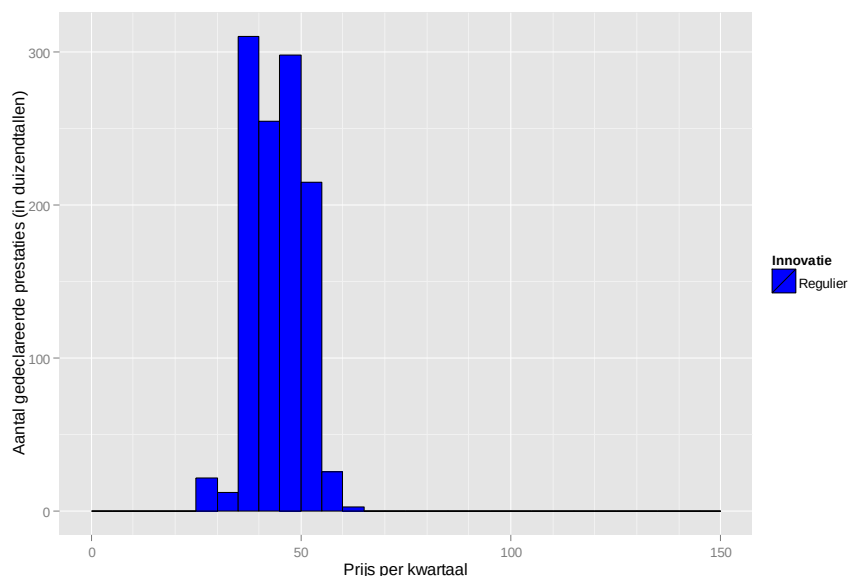
Figuur 6.17: Frequentieverdeling prijzen ketenzorg VRM 2010


Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Figuur 6.18: Frequentieverdeling prijzen ketenzorg VRM 2011


Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Figuur 6.19: Frequentieverdeling prijzen ketenzorg VRM 2012



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Dit leidt tot de volgende gemiddelde prijzen voor deze generieke ketenprestaties.

Tabel 6.3: Aantallen en gemiddelde kwartaalprijs ketenzorg VRM

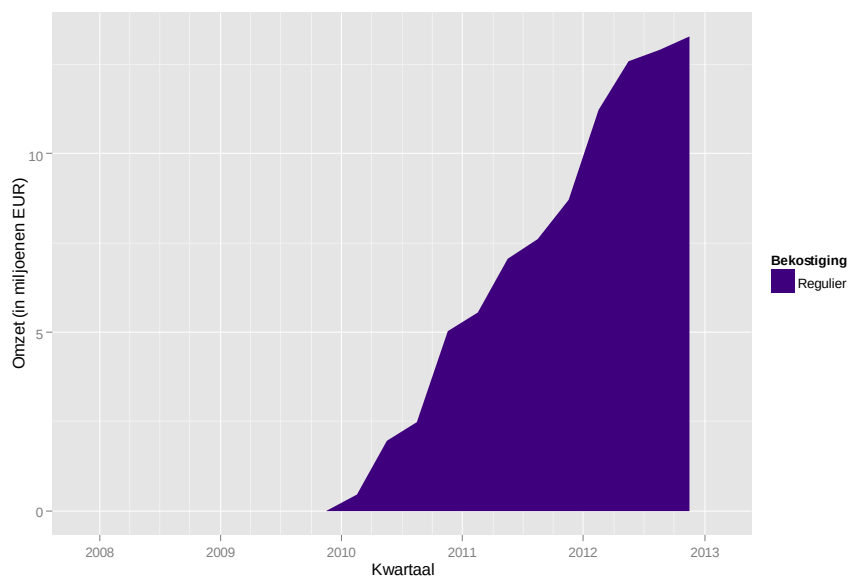
Jaar	Aantal kwartaaldeclaraties	Gemiddelde prijs per kwartaal
2010	213.697	€ 46,42
2011	637.564	€ 45,35
2012	1.138.817	€ 43,89

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Ook bij VRM is zichtbaar dat in de loop der jaren de tarieven naar elkaar toegroeien. Het gemiddelde tarief laat een dalende trend zien.

6.3.1 Omzetbeweging ketenzorg VRM

In onderstaande figuur is de kwartaalomzet ketenzorg VRM weergegeven in de periode 2008 t/m 2012.

Figuur 6.20: Omzet ketenzorg VRM per kwartaal

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Tabel 6.4: Omzet per jaar uit declaraties ketenzorg VRM

Jaar	Omzet
2008	-
2009	-
2010	€ 9.920.137
2011	€ 28.911.613
2012	€ 49.979.933

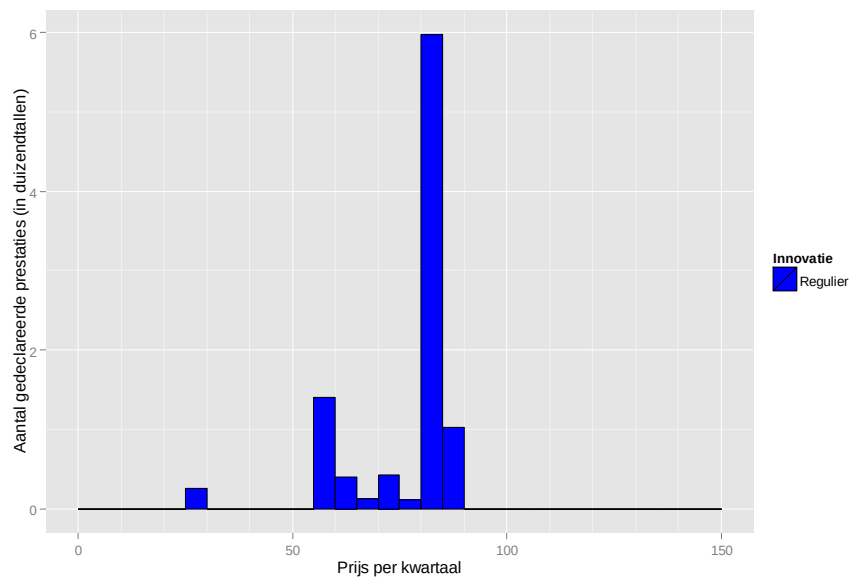
Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

De getoonde omzet uit ketenzorgproducten VRM is niet de gehele omzet van de ketenzorgmarkt. Zoals eerder aangegeven zijn alleen prestatiecodes die te koppelen zijn aan een unieke patiënt meegenomen in de berekening. Dus koptarieven waarbij de huisarts het tarief gespreid int over zijn gehele patiëntenbestand zijn niet meegenomen.

6.4 Prijzen en aantallen ketenzorg COPD

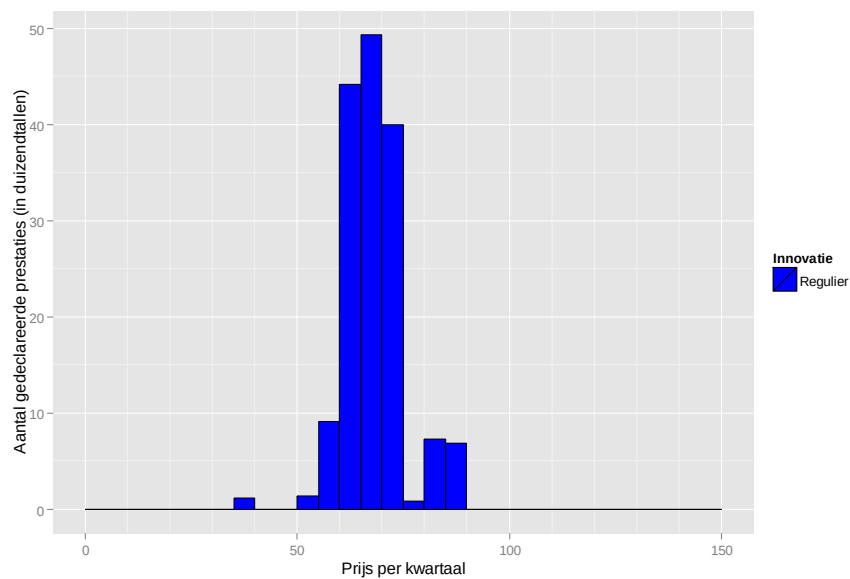
In de figuren hieronder is de verdeling van prijzen van prestaties van integraal bekostigde ketenzorg COPD weergegeven voor de jaren 2010 t/m 2012. Let op, de ketenprestatie wordt elk kwartaal in rekening gebracht, het jaarbedrag is dus 4 keer hoger.

Figuur 6.21: Frequentieverdeling prijzen ketenzorg COPD 2010

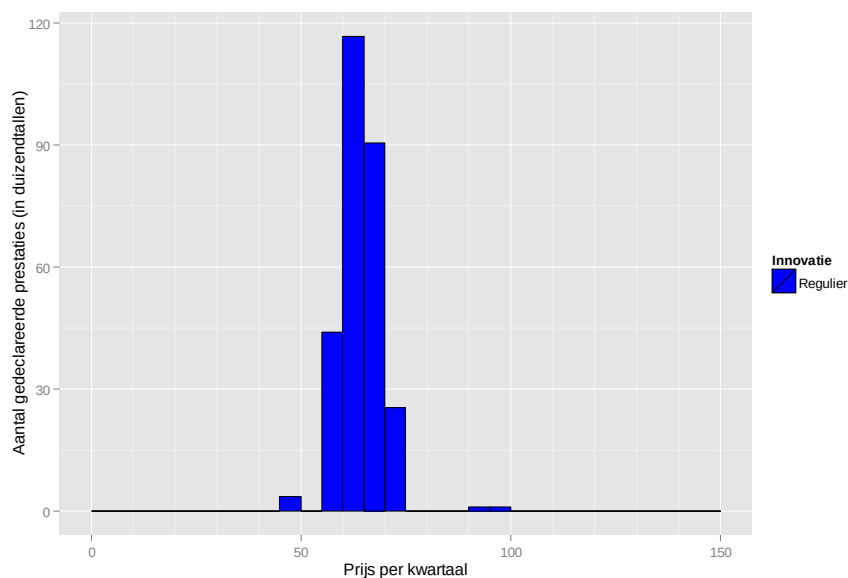


Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Figuur 6.22: Frequentieverdeling prijzen ketenzorg COPD 2011



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Figuur 6.23: Frequentieverdeling prijzen ketenzorg COPD 2012

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Dit leidt tot de volgende gemiddelde prijzen voor deze generieke ketenprestaties.

Tabel 6.5: Aantallen en gemiddelde kwartaalprijs ketenzorg COPD

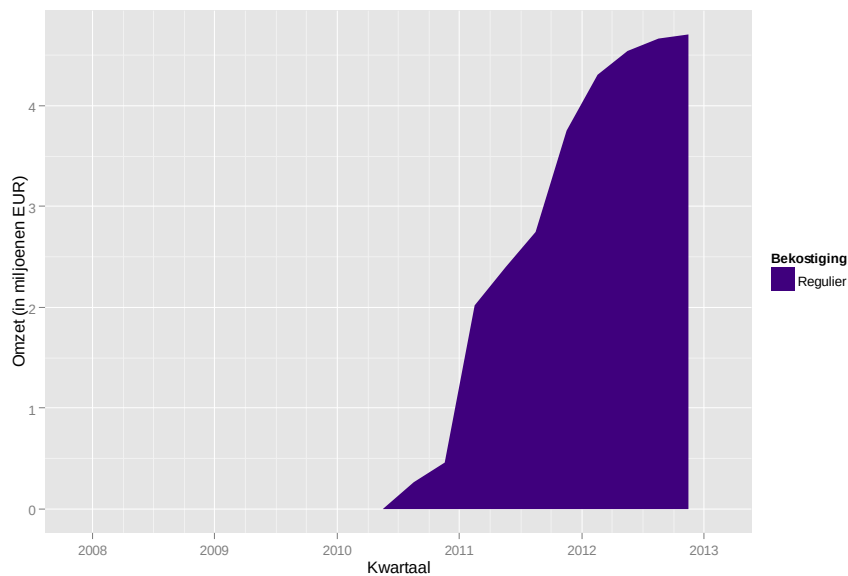
Jaar	Aantal kwartaaldeclaraties	Gemiddelde prijs per kwartaal
2010	9.752	€ 75,37
2011	160.167	€ 68,16
2012	282.270	€ 64,56

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Ook bij COPD is zichtbaar dat in de loop der jaren de tarieven naar elkaar toegroeien. Ook bij COPD vertonen de gemiddelde tarieven een dalende trend.

6.4.1 Omzetbeweging ketenzorg COPD

In onderstaande figuur is de kwartaalomzet ketenzorg COPD weergegeven in de periode 2008 t/m 2012.

Figuur 6.24: Omzet ketenzorg COPD per kwartaal

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

Tabel 6.6: Omzet per jaar uit declaraties ketenzorg COPD

Jaar	Omzet
2008	-
2009	-
2010	€ 735.043
2011	€ 10.916.746
2012	€ 18.223.068

Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H)

De getoonde omzet uit ketenzorgproducten COPD is niet de gehele omzet van de ketenzorgmarkt. Zoals eerder aangegeven zijn alleen prestatiecodes die te koppelen zijn aan een unieke patiënt meegenomen in de berekening. Dus koptarieven waarbij de huisarts het tarief gespreid int over zijn gehele patiëntenbestand zijn niet meegenomen.

6.5 Conclusie

Alle drie de ketenzorgproducten zijn de afgelopen jaren sterk in opzet gekomen en declaraties en bijbehorende omzetten vertonen een sterk stijgende trend. Bij alle ketenzorgproducten valt op dat in de beginjaren de door zorgverzekeraars geboden tarieven nog relatief ver uit elkaar liggen en dat deze in de loop der jaren naar elkaar toe groeien.

7. Substitutie

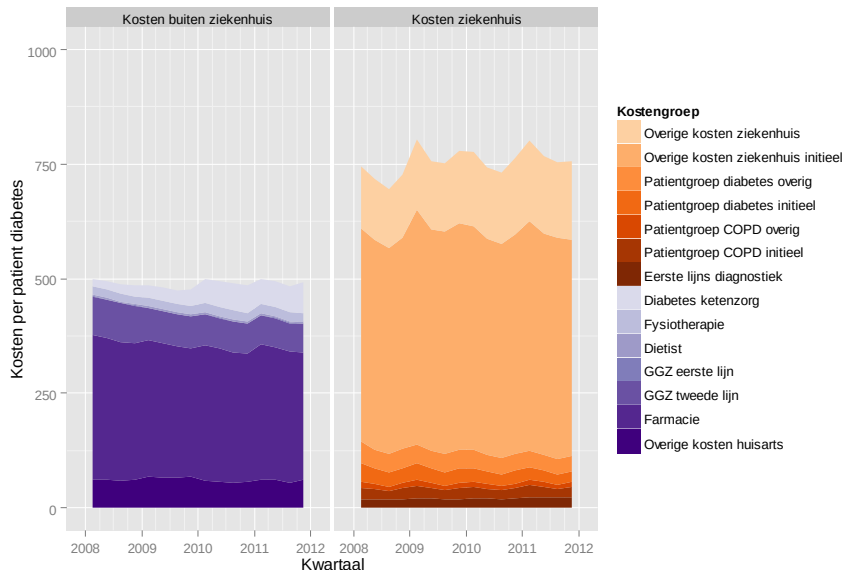
De introductie van ketenzorg voor chronische patiënten heeft als doel om een kwalitatieve verbetering van zorg tot stand te brengen door multidisciplinaire samenwerking. Eén van de beleidsmatige verwachtingen die gekoppeld is aan de introductie van ketenzorg is dat deze verbetering van zorgkwaliteit zich op termijn uitbetaald in gemiddeld lagere kosten per patiënt als gevolg van substitutie van de tweede naar de eerste lijn. In dit hoofdstuk onderzoeken we de ontwikkeling van de gemiddelde zorgkosten per chronische patiënt tussen 2008 en 2011. En daarmee of inmiddels een substitutie-effect waarneembaar is.

7.1 Gemiddelde kosten per chronische patiënt

Per kwartaal is met behulp van declaratiegegevens van Vektis bepaald welke patiënten tot onze onderzoekspopulatie voor DM2, VRM of COPD behoren. In hoofdstuk 9 wordt een nadere toelichting gegeven op de gehanteerde methode.

Voor de op deze wijze bepaalde groepen patiënten zijn hieronder de totale zorgkosten per kwartaal weergegeven. Deze kosten zijn opgesplitst in kosten binnen- en buiten het ziekenhuis.

Figuur 7.1 Zorgkosten per kwartaal voor patiënten DM2



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H), ziekenhuisbestand Vektis (IZIZ) en farmacie bestand Vektis (2008 t/m 2011)

Binnen dit figuur vallen een aantal zaken op.

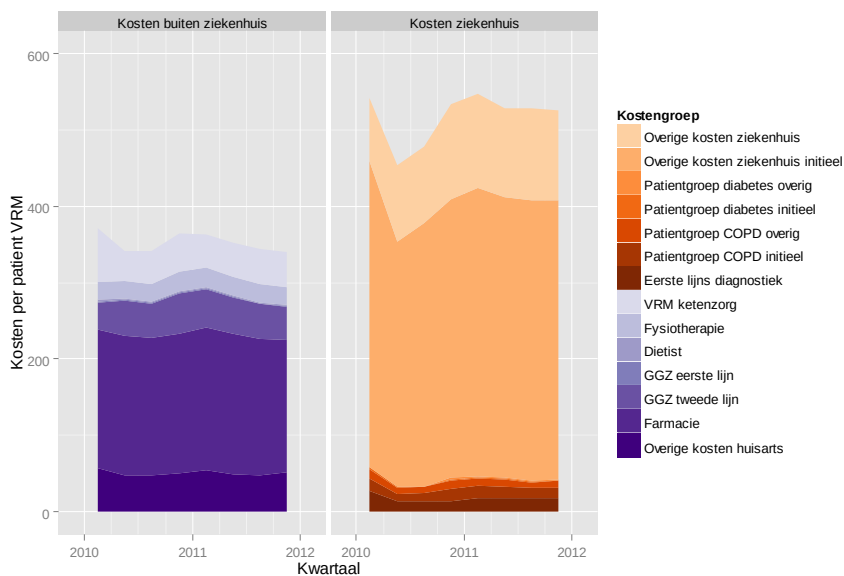
Ten eerste is zichtbaar dat de gemiddelde kosten per patiënt buiten het ziekenhuis voor deze populatie in totaal stabiel blijven. De toename in kosten voor ketenzorg worden hoofdzakelijk gecompenseerd door een afname van farmacie en GGZ-kosten. De introductie van ketenzorg heeft naar alle waarschijnlijkheid geen of nauwelijks een rol in deze beweging.

Opvallend is dat de kosten van ketenzorg per patiënt toenemen, maar dat de gemiddelde kosten voor huisartsenzorg grotendeels gelijk blijven. De kosten voor ketenzorg zijn niet 'in plaats van' huisartsenzorg gekomen. Aangezien een deel van de huisartsenzorg voor diabetespatiënten is opgenomen in de ketenprestatie zou dit wel te verwachten zijn.

Opvallend is ook dat zowel de totale kosten binnen het ziekenhuis als de kosten van de behandelingen die specifiek aan diabetes te koppelen zijn, vrij stabiel blijven voor deze populatie. De introductie van ketenzorg leidt daarmee nog niet direct zichtbaar tot minder kosten in de tweedelijns.

Slechts een aantal prestaties die in het ziekenhuis geleverd worden kunnen met zekerheid aan de aandoening DM2 of COPD gekoppeld worden. In figuur 7.1 is daarom het overgrote deel van de zorgdeclaraties vanuit het ziekenhuis alsnog in de categorie 'overige kosten' geplaatst. De jaarlijks golvende beweging in het kostenoverzicht is hoofdzakelijk het gevolg van jaarlijkse contractrondes en het uitblijven van declaraties tot de contracten zijn afgewikkeld. Ook seizoensinvloeden kunnen voor chronische patiënten van invloed zijn op het benodigde zorggebruik.

Figuur 7.2: Zorgkosten per kwartaal voor patiënten VRM

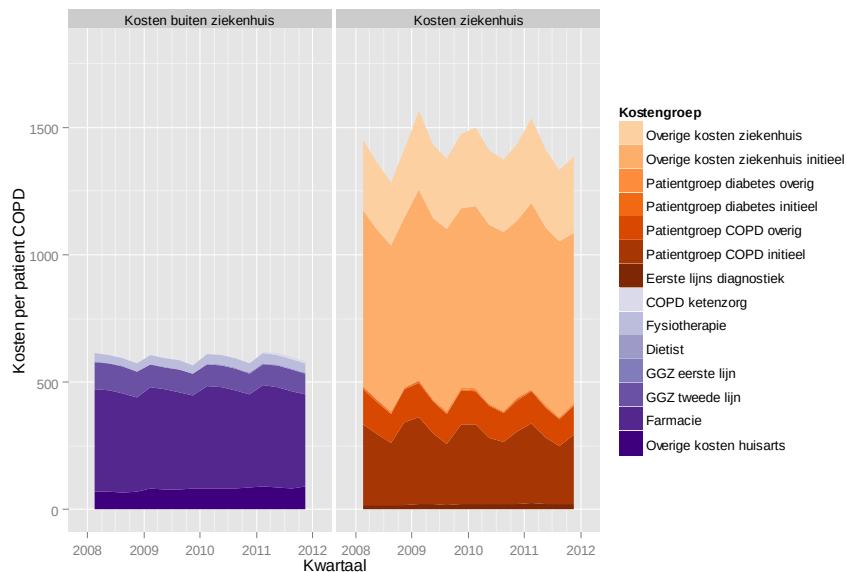


Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H), ziekenhuisbestand Vektis (IZiZ) en farmacie bestand Vektis (2008 t/m 2011)

Figuur 7.2 laat de gemiddelde zorgkosten per kwartaal voor patiënten met VRM zien. Patiënten met VRM kunnen enkel uit de declaratiegegevens worden gefilterd als een ketenzorgproduct VRM is gedeclareerd. Voor 2010 zijn dus geen declaratiegegevens weer te geven. De gemiddelde kosten zijn weergegeven op basis van een beperkte populatie die in 2010 en 2011 daadwerkelijk VRM ketenzorg ontvingen. Dit verklaart dat het aandeel van de ketenzorgkosten niet langzaam ingroeit, maar direct met ingang van 2010 substantieel is in de gemiddelde kosten per patiënt. Dat verklaart ook dat de gemiddelde kosten in de beginperiode met name in het ziekenhuis een relatief sterke beweging vertonen. Een prijsafspraken met een ziekenhuis in één regio kan al een sterke afwijking veroorzaken in de gemiddelde kosten per patiënt. Naarmate meer patiënten ketenzorg VRM ontvangen, zal de weergegeven data betrouwbaarder worden.

Voor zover al conclusies kunnen worden getrokken uit de gemiddelde kosten van deze beperkte populatie, zien we een vergelijkbaar beeld in de gemiddelde kostenontwikkeling zoals getoond bij DM2.

Figuur 7.3: Zorgkosten per kwartaal voor patiënten COPD



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H), ziekenhuisbestand Vektis (IZiZ) en farmacie bestand Vektis (2008 t/m 2011)

Figuur 7.3 laat de zorgkosten per kwartaal voor patiënten met COPD zien. Het aandeel dat wordt besteed aan ketenzorg is zeer laag (nauwelijks zichtbaar in de grafieken). Dit komt omdat slechts een klein gedeelte van de patiënten die op basis van de declaratiedata als COPD-patiënt kan worden geormerkt ook daadwerkelijk is opgenomen in een keten. Bovendien speelt ketenzorg voor deze aandoening slechts een korte periode een rol (vanaf 2010). Het is daarmee niet aannemelijk dat nu al substitutie effecten inzichtelijk zouden zijn voor deze gehele populatie.

De gemiddelde kosten per patiënt met COPD laten eenzelfde patroon zien in de totale kostenontwikkeling als bij DM2.

7.2 Verdieping kosten per patiënt DM2

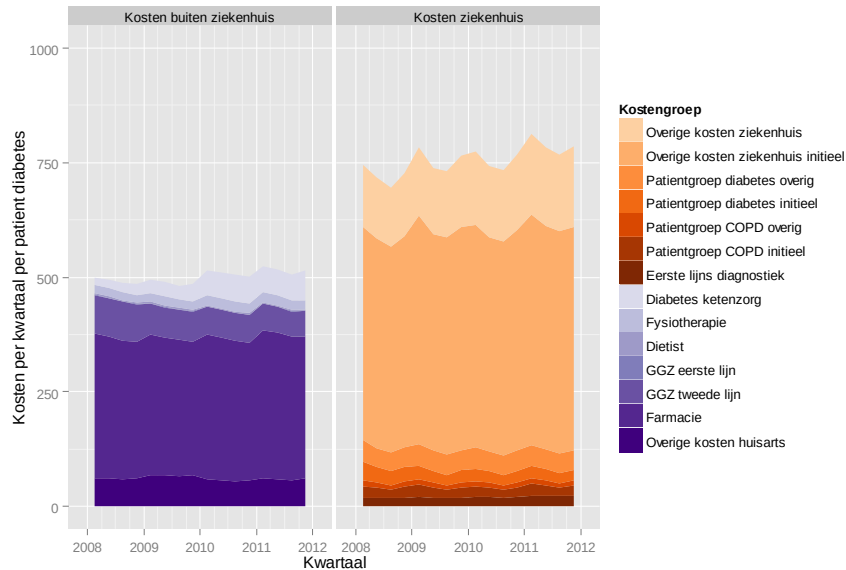
Voor het meten van de substitutie effecten van ketenzorg DM2, zijn gegevens beschikbaar voor de jaren 2008 t/m 2011. In deze periode is het gebruik van ketenzorg sterk gegroeid waardoor niet gesproken kan worden van een relatief stabiele populatie van patiënten die gebruik maakt van ketenzorg.

Om meer inzicht te verkrijgen in het effect van de instroom van nieuwe patiënten in de ketenzorg ten opzichte van de instroom van reeds bestaande patiënten, wordt gebruik gemaakt van gegevens uit het jaar 2008. Omdat er in 2008 nog relatief weinig gebruik werd gemaakt van ketenzorg, is het mogelijk de patiënten die in dat jaar reeds als diabetespatiënt zijn geclassificeerd (doordat ze medicijnen gebruikten of voor een diabetes gerelateerde behandeling in het ziekenhuis waren) te gebruiken als referentiegroep.

De reden waarom deze aanvullende analyse is uitgevoerd, is de aanname dat mogelijk substitutie effecten zichtbaar zijn van het inzetten van

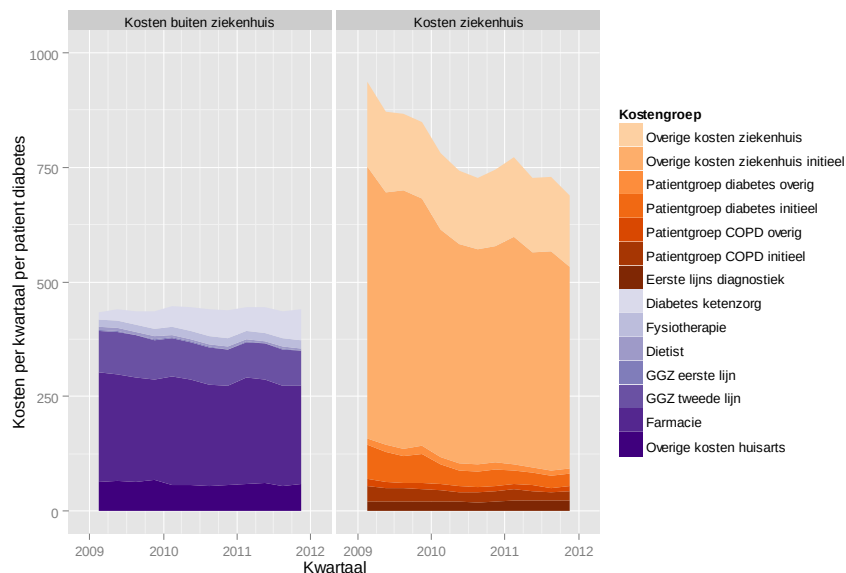
ketenzorg voor nieuwe patiënten DM2. Onderzocht is of voor patiënten die pas vanaf 2009 als DM2-patiënt zijn geormerkt afwijkende waarden worden gevonden in de gemiddelde kostenstructuur.

Figuur 7.4: Zorgkosten per kwartaal voor DM2-patiënten die reeds in 2008 DM2 hadden



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H), ziekenhuisbestand Vektis (IZiZ) en farmacie bestand Vektis (2008 t/m 2011)

Figuur 7.5: Zorgkosten per kwartaal voor DM2-patiënten die in 2008 nog geen DM2 hadden



Bron: Huisartsenbestand Vektis (Elis-H), ziekenhuisbestand Vektis (IZiZ) en farmacie bestand Vektis (2008 t/m 2011)

Figuur 7.4 en 7.5 geven die kosten per patiënt weer voor DM2-patiënten die in 2008 wel respectievelijk niet al diabeteszorg ontvingen.

Opvallend is dat de populatie die bestaat uit 'nieuwe' instroom iets lagere gemiddelde kosten in de eerstelijns genereren, maar juist aanzienlijk hogere kosten in het ziekenhuis ten opzichte van de populatie die al

langer ziek is. De hoge kosten uit initiële DBC's zijn hier voornamelijk de oorzaak van. Een 'nieuwe' patiënt in het ziekenhuis is fors duurder dan een al bekende patiënt.

De onderzoekspopulatie van patiënten die na 2008 als DM2-patiënt is geoormerkt neemt toe naarmate de jaren vorderen en gaat steeds meer patiënten bevatten die meer dan een jaar ziekteverschijnselen vertoont. Dat is de reden dat de gemiddelde zorgkosten voor deze groep in 2012 op hetzelfde niveau van gemiddelde kosten beland als de referentiegroep. De weergegeven dalende lijn voor de populatie van 'nieuwe' patiënten is daarmee vooral een weergave van de veranderde samenstelling van de geselecteerde populatie.

7.3 Conclusie

Op basis van de declaratiegegevens van de onderzochte populatie van chronisch patiënten kan (nog) niet worden geconstateerd dat de introductie van ketenzorg heeft geleid tot een afname van totale gemiddelde kosten per patiënt. De totale gemiddelde kosten per patiënt tonen voor alle drie de ziektebeelden een constant beeld over de onderzochte jaren.

Het verloop van de gemiddelde kosten per patiënt is van meer factoren afhankelijk dan enkel de introductie van ketenzorg. Tussen 2008 en 2012 hebben vele veranderingen plaatsgevonden in de zorgmarkt die relevant is voor ketenzorgpatiënten, zowel op het gebied van bekostiging als op het gebied van marktgedrag van alle partijen die betrokken zijn bij de inkoop en levering van zorg voor de chronische patiënt. Al deze veranderingen hebben samen een effect op de gemiddelde kosten per patiënt. Het specifieke effect van enkel de introductie van ketenzorg op de gemiddelde totale zorgkosten van de patiënt is daarmee moeilijk te achterhalen op basis van declaratiedata.

Bijlage: Gebruikte bronnen methoden

Bepaling populatie ketenzorg diabetes, VRM en COPD

Bronnen en gebruikte data:

- ELIS-H: Het informatiesysteem ELIS-H van Vektis (Eerstelijns Informatiesysteem Huisartsen) bevat de declaraties huisartsenzorg en ketenzorg integrale bekostiging die ingediend zijn bij de zorgverzekeraars en die door de zorgverzekeraars zijn goedgekeurd en betaald.
- BASIC: Gebruikte gegevens over leeftijd, geslacht, postcode, overlijdensdatum en kosten ZVW zijn afkomstig uit het informatiesysteem BASIC. In de BASIC-database worden op verzekerdeniveau schadegegevens per verstrekking geregistreerd. Tevens worden van alle verzekerden verzekerdenkenmerken (zoals geboortedatum, geslacht, postcode, hoogte eigen risico en contractvorm) vastgelegd.
- IZiZ: Informatiesysteem Ziekenhuiszorg geeft informatie over de consumptie van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische hulp voor alle verzekerden in Nederland. De informatie in dit systeem wordt op declaratieniveau door zorgverzekeraars aangeleverd.

Methode:

In dit rapport is gekeken naar ketenzorg voor de aandoeningen diabetes, COPD en VRM. De onderzochte populaties voor elk van deze groepen zijn bepaald via diverse bronnen. Voor VRM is uitsluitend het huisartsenbestand gebruikt (waarbij gezocht is naar prestatiecode voor ketenzorg '40011'). Voor de populatiebepalingen van COPD en diabetes zijn gegevens gebruikt uit:

- ELIS-H: Een patiënt wordt toegekend aan de populatie als voor die patiënt 1 of meerdere prestaties behorende tot de desbetreffende aandoening zijn gedeclareerd. De lijst met prestatiecodes die hiervoor gebruikt worden is met het RIVM afgestemd en is te vinden in deze bijlage als tabel 8.1.
- IZiZ: Een patiënt wordt toegekend aan de populatie als voor die patiënt 1 of meerdere DBC's behorende tot de patiëntgroep van de desbetreffende aandoening zijn gedeclareerd. De lijst met DBC's die hiervoor gebruikt is met het RIVM afgestemd en komt uit de patiëntgroepen bestanden die door de NZa zelf zijn ontwikkeld. De gebruikte specialisme/diagnose combinaties zijn te vinden in tabel 8.2.
- Farmacie bestand Vektis: Een patiënt wordt toegekend aan de populatie als voor die patiënt 1 of meerdere medicijnen zijn voorgeschreven die aan de desbetreffende aandoening zijn toe te schrijven. De lijst met ATC codes die hiervoor gebruikt is met Vektis afgestemd en is te vinden in tabel 8.3.

Als een individu binnen een van bovenstaande bestanden aan de voorwaarden voor Diabetes, COPD of VRM voldoet, spreken we van een 'hit'. Van elke patiënt met 1 of meerdere hits is het zorggebruik in kaart gebracht over de jaren 2008 t/m 2012. Dus ook het zorggebruik in de jaren voordat de patiënt geïdentificeerd werd is gebruikt.

Kaarten spreiding zorggroepen 2012

Bronnen en gebruikte data:

- Voor het maken van de kaarten zijn Geodan kaarten op provincie-niveau gebruikt van het jaar 2012. Voor het bepalen van de actieve zorggroepen zijn declaraties uit het ELIS-H bestand gebruikt.

Methode:

- Zorggroepen zijn geïdentificeerd door te kijken naar declaraties uit het ELIS-H bestand. Elke zorggroep die tenminste 0.1% van de landelijke omzet aan omzet heeft genereerd (in 2012) wordt meegenomen in het plaatje.

Percentage aangesloten huisartsen per provincie

Bronnen en gebruikte data:

- Voor het maken van de kaarten zijn Geodan kaarten op provincie-niveau gebruikt van het jaar 2012. Voor het bepalen van de aangesloten huisartsen bij de zorggroepen zijn declaraties uit het ELIS-H bestand gebruikt.

Methode:

- In het huisartsenbestand (ELIS-H) is voor elke declaratiereguleer indiener-AGB en behandelaar-AGB bekend. In het gehele bestand komen 12109 AGB codes voor die duiden op een huisarts (tussen 1000000 en 1060000).
- Deze AGB's zijn geclusterd door te kijken naar welke AGB's samen op 1 declaratiereguleer staan (de een als indiener en de ander als behandelaar).
- Als twee AGB's samen voorkomen wordt een economische link verondersteld. Op deze wijze ontstaan 4107 clusters van praktijk-eigenaren.
- Omdat 1 eigenaar praktijken kan hebben op meerdere locaties, nemen we de combinatie van praktijk-eigenaar en locatie (4-cijferige postcode) als praktijk aan. Op deze wijze vinden we in de data 4980 praktijk-locaties.
- Voor het bepalen van de percentages praktijklocaties die ketenzorg aanbieden worden alle keten-declaraties in kaart gebracht. Voor elke declaratie wordt gekeken voor welke BSN de prestatie is geleverd. Via het inschrijftarief van het betreffende kwartaal wordt bepaald bij welke huisarts de patiënt hoort. Op deze wijze zijn per ketenaandoening alle zorggroep-aanbieder combinaties bepaald.
- Via de eerder bepaalde clustering wordt elke aanbieder toebedeeld aan een praktijklocatie. Omdat we nu de praktijklocaties weten waar ketenzorg wordt aangeboden, kunnen we per provincie de percentages aangesloten praktijklocaties bepalen.

Omvang werkgebied zorggroepen

Bronnen en gebruikte data:

- Voor het maken van de kaarten zijn Geodan kaarten op provincie-niveau gebruikt van het jaar 2012. Voor het bepalen van de aangesloten huisartsen bij de zorggroepen zijn declaraties uit het ELIS-H bestand gebruikt. Voor het bereken van reistijden is de Geodan reistijdenmatrix 2010 gebruikt.

Methode:

- Zoals in de paragraaf hierboven beschreven wordt per zorggroep bepaald welke huisartsen zijn aangesloten. Vervolgens wordt per zorggroep gekeken wat de kleinste gemiddelde afstand tot de aangesloten huisartsen is:
 - Voor elke 4 cijferige postcode in Nederland wordt de gemiddelde afstand tot alle aangesloten huisartsen bepaald.
 - De 4 cijferige postcode waarvoor dit gemiddelde het kleinste is, wordt gebruikt als referentie. Deze postcode ligt wat betreft reistijd in het centrum van alle aangesloten huisartsen.
 - De gevonden waarde voor het gemiddelde wordt toegekend aan de zorggroep.
- Vervolgens wordt een histogram getoond van de aldus gevonden 'kleinste gemiddelde reistijd'.

Substitutie: totale zorgkosten per patiënt diabetes, COPD of VRM

Bronnen en gebruikte data:

- Voor het bepalen van de totale zorgkosten per patiënt per kwartaal zijn gegevens gebruikt uit ELIS-H, IZiZ, BASIC en het farmacie bestand Vektis. Verder zijn codelijsten gebruikt voor patiëntgroepen (NZa) en toewijzing van de declaraties in ELIS-H aan de verschillende ketens (zie ook boven).

Methode:

- Stap 1: allereerst is een bestand gemaakt waarin per kwartaal per patiënt de kosten zijn berekend voor alle in de figuur getoonde kostengroepen:

Kosten ziekenhuis (uit IZiZ):

- Patiëntgroep diabetes initieel: het totaal van alle declaraties van initiële DBC's die vallen in de patiëntgroep diabetes, zoals gedefinieerd in paragraaf 8.1. Per kwartaal.
- Patiëntgroep diabetes overig: het totaal van alle declaraties van alle overige DBC's die vallen in de patiëntgroep diabetes. Per kwartaal.
- Patiëntgroep COPD initieel: het totaal van alle declaraties van alle initiële DBC's die vallen in de patiëntgroep COPD, zoals gedefinieerd in paragraaf 8.1. Per kwartaal.
- Patiëntgroep COPD overig: het totaal van alle declaraties van alle overige DBC's die vallen in de patiëntgroep COPD. Per kwartaal.
- Eerstelijns diagnostiek: het totaal van declaraties die voorkomen op de lijst 'Overzicht overige zorgproducten per segment vanaf 1 januari 2013' van de NZa en vallen in de categorie 'OZP Eerstelijns Diagnostiek'. Per kwartaal.
- Overige kosten ziekenhuis initieel: het totaal van alle declaraties van initiële DBC's die niet onder punt 1 of 3 of 5 vallen. Per kwartaal.

- Overige kosten ziekenhuis: het totaal van alle declaraties die niet onder punt 1 t/m 6 vallen. Per kwartaal.

Kosten buiten ziekenhuis (uit ELIS en BASIC):

- Diabetes (COPD/VRM) ketenzorg: alle declaraties uit ELIS-H die voorkomen op de codelijst voor diabetes (COPD/VRM) zoals weergegeven in paragraaf 8.1. Per kwartaal.
- Overige kosten huisarts: alle declaraties uit ELIS-H die niet vallen onder 8). Per kwartaal.
- Fysiotherapie, diëtist, GGZ eerstelijns, GGZ tweedelijns, farmacie: deze posten worden geschat op basis van de gegevens uit BASIC. Deze gegevens zijn op jaarniveau en worden door 4 gedeeld om tot een kwartaalbedrag te komen. Hierbij wordt gecorrigeerd voor eventueel overlijden van de patiënt tijdens dat jaar.
- Stap 2: per kwartaal worden voor alle patiënten bepaald of zij voldoen aan de criteria voor de aandoeningen diabetes, COPD en/of VRM. De methode hiervoor is eerder beschreven. Per aandoening worden dan de totaalkosten in alle categorieën bepaald en weergegeven in de getoonde figuren.

Prestatiecodes ketenzorg en farmacie

Voor het bepalen van de onderzoekspopulatie ketenzorg voor de aandoeningen DM2, VRM en COPD is per kwartaal bepaald voor welke patiënten prestatiecodes zijn gedeclareerd die gelden voor verschillende ketens. Hierbij zijn onderstaande prestatiecodes gebruikt:

Tabel 8.1 Prestatiecodes ketenzorg gebruikt voor populatie bepaling

Categorie	Prestaties	Opmerking
DM2 integraal	40001, 15000, 15001, 15004, 15005, 15007, 15008, 15009, 15010, 15011, 15012, 15013, 15014, 15015, 15016, 15017, 15018, 15019, 15020, 15022, 15027, 15028, 15029, 15030, 15031, 15032, 15033, 15034, 15036, 15037, 15038, 15039, 15040, 15043, 15044, 15045, 15060, 15061, 15062, 15064, 15065, 15076, 15087, 15088, 15089, 15091, 15092, 15093, 15098, 15099, 15100, 15105, 15106, 15111, 15118, 15035	15035 geldig van 2008-2011
DM2 niet-integraal	15021, 15025, 15026, 15075, 15035	
COPD	40021	
VRM	40011	

Bron: RIVM

Voor de populatiebepaling van DM2 en COPD zijn tevens farmacie declaraties gebruikt uit de Vektis farmaciebestanden 2008 t/m 2012. Hieronder zijn de gebruikte codes weergegeven.

Tabel 8.2 Prestatiecodes farmacie gebruikt voor populatie bepaling

Categorie	Prestaties
DM2	'A10BA02', 'A10BB01', 'A10BB03', 'A10BB09', 'A10BB12', 'A10BD02', 'A10BD03', 'A10BD04', 'A10BD05', 'A10BD07', 'A10BD08', 'A10BF01', 'A10BG02', 'A10BG03', 'A10BH01', 'A10BH02', 'A10BH03', 'A10BX02', 'A10BX04', 'A10BX07'
COPD	'R03AK03', 'R03AK04', 'R03BB01', 'R03BB04', 'R03AC18'

Tabel 8.3 Prestatiecodes ziekenhuiszorg gebruikt voor populatie bepaling

Categorie	Specialisme	Diagnose
DM2	0301	0751, 0754, 0755, 0757, 0759
	0303	0432, 0521, 0531
	0305	2065
	0313	0221, 0222, 0223
	0316	7104
	0318	0902
	0335	0222
COPD	0303	0311, 0312
	0313	0007, 0401, 0402, 0409, 0601, 0606, 0609
	0316	3202, 3207, 3208, 3210, 3299, 7602, 7703, 7706, 8902
	0318	0908
	0322	1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1201, 1202, 1203, 1241, 1401, 1402, 1404, 1405, 1601, 1701, 1702, 2101, 2102, 2104, 9901, 9902
	0327	0615
	0328	1260, 1320, 1330, 1350, 1370, 1450, 1480, 1550, 1570, 1590, 2920
	0335	0271, 0272, 0273
	0362	0313, 0314, 0315

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
WHOK/djon/EZK

Telefoonnummer
030 296 8938

E-mailadres
vragencure@nza.nl

Kenmerk
86870/0121568

Onderwerp
Beleidsbrief Marktscan Ketenzorg

Datum
13 juni 2014

Mevrouw de Minister,

Per 1 januari 2010 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op verzoek van uw voorganger prestatiebeschrijvingen vastgesteld voor multidisciplinaire zorgverlening voor Diabetes Mellitus type 2 (DM2) en Vasculair Risicomanagement (VRM). Per 1 juli 2010 is hier multidisciplinaire zorgverlening voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Deze prestaties maakt een integrale bekostiging van de zorg door middel van een 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.

Hierbij treft u de marktscan ketenzorg aan. In de marktscan wordt een beeld gegeven van de ontwikkelingen in de markt voor multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten in het kader van DM2, VRM en COPD tussen 2008 en 2013. Deze marktscan is een vervolg op de in juli 2012 uitgebrachte marktscan, waarin hoofdzakelijk werd gerapporteerd over de ontwikkelingen tot en met de introductie van ketenzorg in januari 2010. In de beleidsbrief bij de marktscan uit 2012 is aangekondigd meer onderzoek te doen naar de beoogde substitutie-effecten en de verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt. Hier gaat de marktscan dan ook dieper op in.

De marktscan geeft op systematische wijze de stand van zaken op de markt weer. Dit omvat een beschrijving van de marktstructuur, het marktgedrag en de marktuitskomsten. Per onderwerp worden belangrijkste zaken in deze beleidsbrief nader toegelicht.

De NZa concludeert dat het (nog) niet mogelijk is om specifieke substitutie-effecten als gevolg van ketenzorg te kwantificeren. Sinds de introductie van ketenzorg zijn de totale gemiddelde zorgkosten per chronisch patiënt relatief stabiel gebleven, maar vinden wel verschuivingen plaats binnen de kosten per zorgcategorie.

De introductie van ketenzorg heeft (nog) niet aantoonbaar geleid tot een afname van gemiddelde kosten per patiënt voor ziekenhuiszorg en huisartsenzorg.

Kenmerk
86870/0121568

Pagina
2 van 6

Tevens concludeert de NZa dat het contracteren van ketenzorg met name voor diabetespatiënten snel gemeengoed is geworden, maar dat het fenomeen "zorggroep" nog in ontwikkeling is. Er bestaan grote verschillen tussen zorggroepen in organisatie en transparantie van kwaliteit. De beroepsgroep werkt aan de uitrol van landelijke standaarden voor de organisatie van zorggroepen en signaleert een stijgende trend in organisatiegraad en geleverde (transparantie van) kwaliteit.

In de navolgende paragrafen worden de belangrijkste zaken per onderdeel uit de marktscan nader toegelicht.

Marktstructuur

In de periode 2009 tot en met 2013 is het aantal zorggroepen sterk toegenomen. Waar in 2009 44 zorggroepen kunnen worden geïdentificeerd op basis van declaratiedata, is dat in 2012 al toegenomen tot ten minste 98. Het merendeel van de zorggroepen bood in de startperiode enkel gecoördineerde DM2-zorg, maar het aantal zorggroepen dat meerdere typen ketenzorg aanbiedt neemt toe. In 2012 kunnen 57 zorggroepen worden geïdentificeerd die integraal bekostigde COPD zorg aanbieden, en 33 zorggroepen leveren integraal gecoördineerde VRM-zorg.

Ook het aantal deelnemende huisartsen en patiënten dat gebruik maakt van multidisciplinaire ketenzorg toont een sterk stijgende lijn vanaf 2008. Eind 2012 zijn 600.000 DM2 patiënten opgenomen in een zorgprogramma dat wordt gefinancierd met een integraal tarief. De waargenomen groei van het aantal geïnccludeerde patiënten DM2 neemt vanaf 2012 af. In het grootste deel van Nederland is in 2012 meer dan 80% van de huisartsenpraktijken aangesloten bij een integraal bekostigd ketenzorg programma voor DM2. De ketenzorgprogramma's voor VRM en COPD zijn nog in een vroeger stadium van ontwikkeling. Eind 2012 kunnen ongeveer 300.000 VRM patiënten "in keten" worden geïdentificeerd en ongeveer 70.000 COPD patiënten.

Marktgedrag

Het onderhandelingsproces rondom de contractering van ketenzorg lijkt eind 2013 soepeler te zijn verlopen ten opzichte van voorgaande jaren. Het Nivel concludeert dat 63% van de zorggroepen voor 1 januari 2014 de contractering voor het huidige jaar te hebben afgerond. Eenzelfde percentage constateert een verbetering ten opzichte van voorgaande jaren. Het afsluiten van meerjarencontracten kan het onderhandelingsproces verder versoepelen. Ook hier is een groeiende trend zichtbaar. Het Nivel rapporteert dat 31% van de afgesloten contracten over 2014 (binnen de door hen onderzochte populatie) inmiddels een tweejaren-contract betreft. De overig contracten kennen nog een duur van 1 jaar.

Niet alle ketenzorg wordt gecontracteerd op basis van een integraal tarief. Op basis van een enquête onder zorgverzekeraars blijkt dat in 2012 en 2013 voor 12% van de ketenzorgtrajecten DM2 met het koptarief wordt gewerkt. Aanbieders van ketenzorg worden in dat geval enkel bekostigd voor coördinatie en overheadkosten. De onderaannemers declareren hun eigen verrichtingen rechtstreeks aan de verzekeraars. In het geval van COPD en VRM liggen deze percentages hoger, rond de 30%. Uit een interviewronde onder verzekeraars blijkt dat zorgverzekeraars geneigd zijn om te kiezen voor de koptariefconstructie als niet voldoende inzichtelijk kan worden gemaakt hoe het risico op dubbele bekostiging kan worden ingedamd.

Kenmerk
86870/0121568

Pagina
3 van 6

Voor alle drie de integrale ketenzorgproducten is de gemiddelde tariefontwikkeling van de afgelopen jaren in beeld gebracht. Wat hierbij vooral opvalt is dat bij de introductie van de producten de gecontracteerde tarieven nog relatief ver uit elkaar lagen, maar dat deze in een aantal jaar tijd naar elkaar toe zijn gegroeid. Dit is verklaarbaar omdat gedurende de afgelopen jaren meer inzicht is verkregen in de kosten van de geboden zorg en dat deze landelijk ook meer op één lijn zijn gaan liggen.

Kwaliteit

Een van de belangrijkste doelstellingen bij de implementatie van ketenzorg voor chronische patiënten was het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg en daarmee de uitkomsten van deze zorg.

Om dit te kunnen meten zijn voor de drie ketenzorgtrajecten landelijke indicatorensets ontwikkeld door het NHG en de platforms voor zorgstandaarden. De Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK, inmiddels opgegaan in Ineen) heeft met ingang van 2010 jaarlijks gerapporteerd over de kwaliteit van ketenzorg op basis van een landelijke benchmark, gebaseerde op deze indicatorensets.

Het belangrijkste beeld dat uit deze landelijke benchmarks naar voren komt, is dat de gemeten kwaliteit van de geleverde zorg voor de chronische patiënt zowel op basis van procesindicatoren als op basis van uitkomstindicatoren de afgelopen jaren een stijgende lijn vertoont. Ook is duidelijk dat de gemeten kwaliteit van zorg nog sterk verschilt tussen de aan de benchmark deelnemende zorggroepen. Nog niet duidelijk is of deze verschillen het gevolg zijn van registratie- of extractieproblemen, of dat de kwaliteit van geleverde zorg zelf daadwerkelijk grote verschillen kent.

Om een systematisch kwaliteitsbeleid voor ketenzorg voor chronische aandoeningen in de eerste lijn verder vorm te geven, werkt de sector aan het implementeren van kritieke voorwaarden binnen zorggroepen voor het leveren van ketenzorg. Uit een enquête onder zorggroepen blijkt in 2013 77% van de zorggroepen te werken aan de implementatie van deze kritieke voorwaarden.

Kosten/Substitutie

Op basis van een dataset met alle zorgkosten van patiënten met één van de chronische aandoeningen is in kaart gebracht of de substitutie-effecten die de introductie van ketenzorg ook beoogde, al zichtbaar zijn.

Op basis van de declaratiegegevens van de onderzochte populatie van chronisch patiënten kan (nog) niet worden geconstateerd dat de introductie van ketenzorg heeft geleid tot een afname van totale gemiddelde kosten per patiënt. De totale gemiddelde kosten per patiënt tonen voor alle drie de ziektebeelden een constant beeld over de onderzochte jaren. Wel lijkt het aantal chronische patiënten dat in de tweede lijn belandt, licht af te nemen. Dit vertaalt zich echter nog niet in lagere gemiddelde kosten per patiënt. De gemiddelde ziekenhuiskosten per chronische patiënt blijven relatief stabiel.

Kenmerk
86870/0121568

Pagina
4 van 6

In de enquête onder zorgverzekeraars geven alle zorgverzekeraars die zelf hun zorginkoop uitvoeren, aan dat zij afspraken voor ketenzorg DM2 in de tweede lijn afstemmen met de afspraken die in de regio zijn gemaakt. Het Nivel-onderzoek onder zorggroepen geeft een ander beeld. Ongeveer de helft van de in het onderzoek betrokken zorggroepen geven aan specifieke afspraken te maken met de zorgverzekeraar over substitutie vanuit de tweede lijn. De andere helft geeft aan niet actief betrokken te worden bij het substitutiebeleid van de zorgverzekeraar. Ook in de enquête die de NZa onder zorggroepen heeft uitgezet, blijkt dat de sturing van de zorgverzekeraar op substitutie van zorg vanuit de tweede naar de eerste lijn voor verbetering vatbaar is.

Buiten het ziekenhuis worden de toegenomen kosten als gevolg van de introductie van ketenzorg gecompenseerd door afnemende kosten uit met name farmacie en in mindere mate GGZ. De introductie van ketenzorg heeft naar alle waarschijnlijkheid geen of nauwelijks een rol in deze beweging. De gemiddelde kosten voor huisartsenzorg blijven constant tussen 2008 en 2012. De kosten voor ketenzorg zijn niet "in plaats van" huisartsenzorg gekomen, terwijl een belangrijk deel van de ketenzorg uit inspanningen van de huisarts bestaat. Het kan zijn dat de huisarts samen met het ondersteunend personeel daadwerkelijk meer zorg verleent aan de chronische patiënt als gevolg van de uitvoering van zorgstandaarden die ten grondslag liggen aan de multidisciplinaire keten. Bij de introductie van de ketenzorgprestaties heeft de NZa echter ook gesignaleerd dat dubbele bekostiging van de zorg via de ketenprestatie en de reguliere consulten van de huisarts een risico is binnen de bekostigingssystematiek. Om dit risico gedeeltelijk te ondervangen is de NZa van plan om met ingang van 2015 een aanvullende registratie-eis te introduceren, waarbij de contactmomenten met de patiënt door de zorggroep moeten worden geregistreerd en op verzoek inzichtelijk moeten worden gemaakt.

Het verloop van de gemiddelde kosten per chronische patiënt is van meer factoren afhankelijk dan enkel de introductie van ketenzorg. Tussen 2008 en 2012 hebben vele veranderingen plaatsgevonden in de zorgmarkt die relevant zijn voor ketenzorgpatiënten, zowel op het gebied van bekostiging als op het gebied van marktgedrag van alle partijen die betrokken zijn bij de inkoop en levering van zorg voor de chronisch patiënt. Al deze veranderingen hebben samen een effect op de gemiddelde kosten per patiënt. Het specifieke effect van de introductie van ketenzorg zelf op de gemiddelde totale zorgkosten van de patiënt, is daarmee niet goed te achterhalen op basis van declaratiedata.

Conclusie en aanbevelingen

Goede geprotocolleerde zorg binnen een multidisciplinaire setting heeft de potentie om gezondheidswinst voor de patiënt te realiseren en daarmee samenhangend ook een kostenbesparend effect te genereren, wat de betaalbaarheid van de zorg ten goede komt.

Kenmerk
86870/0121568

Pagina
5 van 6

Op dit moment zijn nog geen directe effecten op kostenniveau per chronische patiënt zichtbaar van de introductie van ketenzorg¹. De vraag is of deze effecten redelijkerwijs ook al zichtbaar zouden kunnen zijn. De opzet van multidisciplinaire ketenzorg heeft een forse initiële investering gevergd en de landelijke uitrol is nog steeds gaande. Ketenzorg bevindt zich nog steeds in een vroege fase. Daar komt bij dat de introductie van ketenzorg niet primair is opgezet om te toetsen of kostenbesparingen kunnen worden behaald. De bekostiging is aangesloten bij zorginhoudelijke ontwikkelingen in het veld en faciliteert de multidisciplinaire samenwerking die inmiddels voor DM2 al gemeengoed is geworden en voor overige chronische aandoeningen snel in ontwikkeling is. Om werkelijk te toetsen of ketenzorg leidt tot kostenreductie zou een langdurig afgebakend experiment moeten worden neergezet rondom ketenzorgbekostiging. Voor deze route is niet gekozen en deze route zou de landelijke uitrol van ketenzorg ook langer op zich hebben laten wachten.

Op basis van de landelijke benchmark die de ontwikkeling van kwaliteit van ketenzorg in kaart probeert te brengen kan voorzichtig de conclusie worden getrokken dat de ketenzorgaanpak op het gebied van zorgkwaliteit langzaam zijn vruchten begint af te werpen. Op 1 juni 2014 heeft Ineen de resultaten van de landelijke benchmark onder zorggroepen gepresenteerd dat dit beeld versterkt.² Zelfs als deze conclusie nog te ver gaat, is het zeer positief dat steeds meer inzicht wordt gegeven in de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze inspanningen zijn ook noodzakelijk. De ontwikkeling van ketenzorg bevindt zich nog steeds in een vroeg stadium en beleidsmatig wordt fors ingezet op een verdere doorontwikkeling van ketenzorg op basis van integrale bekostiging. Zorggroepen zullen daarmee in de komende jaren nog meer dan nu de verantwoordelijkheid krijgen om te verantwoorden welke werkzaamheden zij leveren voor het geboden tarief en hoe dit de kwaliteit van zorg voor de patiënt ten goede komt, zeker gelet op de forse macrokosten die ketenzorg nu al met zich meebrengt. Een scherp inkoopbeleid van de zorgverzekeraars is en blijft zeker rondom deze patiëntengroep noodzakelijk om potentieel kostenbesparende effecten van kwaliteitsverbetering door ketenzorg ook daadwerkelijk te verzilveren.

Er is ook zeker nog verbetering mogelijk in de transparantie van geleverde kwaliteit van zorg. Er zijn nog grote verschillen in organisatiegraad van zorggroepen en bijbehorende transparantie in geleverde zorgkwaliteit. Ook het inzicht dat de patiënt heeft in de

¹ Gemeten in totale gemiddelde kosten per chronisch patiënt binnen de integrale keten in de periode 2008 tot en met 2012.

² Rapportage Ineen "Transparante ketenzorg diabetes mellitus, COPD en VRM, rapportage zorggroepen over 2013". De conclusies van deze rapportage konden niet opgenomen in de marktscan vanwege de publicatiedatum. Het beeld uit de rapportage versterkt de conclusies uit de marktscan.

kwaliteit van door hem ontvangen zorg laat nog te wensen over. Het veld erkent dit echter ook en werkt hieraan door middel van de implementatie van landelijke richtlijnen voor kwaliteit en transparantie. De brede deelname van zorggroepen aan de landelijke benchmark is tevens een signaal dat het veld investeert in verbetering van de transparantie van kwaliteit.

Kenmerk

86870/0121568

Pagina

6 van 6

In de bekostigingssystematiek die met ingang van 2015 voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg van kracht zal zijn, is expliciet ruimte ingeruimd om afspraken te maken op basis van zorgresultaten. De NZa moedigt zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan om deze ruimte ook te benutten en goede afspraken te maken over de geboden zorgkwaliteit en doelmatig gebruik van zorg.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

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