

Marktscan

Ketenzorg

Weergave van de markt 2007 - 2010

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	10
1.1 Aanleiding marktscan	10
1.1.1 Samenhang andere publicaties	11
1.2 Totstandkoming marktscans	11
1.3 Leeswijzer	12
2. Omschrijving van de markt	14
2.1 Inhoud ketenzorg	14
2.2 Spelers	15
2.3 Wijze van bekostiging	17
2.4 Marktontwikkelingen	22
3. Marktstructuur	26
3.1 Aantal zorggroepen	26
3.2 Concentratiegraad	27
3.3 Toe- en uittreding	30
3.5 Marktaandeel van de zorgverzekeraar op de inkoopmarkt	30
4. Marktgedrag	32
4.1 Zorginkoop	32
4.1.1 Contracteergraad	33
4.1.2 Onderhandelingsproces	35
4.1.3 Mate van contractdifferentiatie	37
4.1.4 Regionaal versus landelijk inkopen	38
4.1.5 Aantal signalen over misstanden zorginkoop	40
4.2 Overstapgedrag cliënten	40
5. Kwaliteit	44
5.1 Kwaliteit van zorg	44
5.1.1 Toezicht IGZ	44
5.1.2 Kwaliteitskeurmerken	45
5.1.3 Indicatoren voor de kwaliteit van zorg	45
5.2 Transparantie van zorg	45
5.2.1 Ervaringen cliënten met informatie over ketenzorg	46
5.2.2 Informatievoorziening cliënten door zorgverzekeraar	48
5.2.3 Informatie voor zorgverzekeraars	49
5.2.4 Signalen intransparantie van zorg	51
6. Toegankelijkheid	53
6.1 Gemiddelde wachttijd	53
7. Betaalbaarheid	55
7.1 Volume	55
7.2 Prijsbeweging	56
7.3 Omzet	58
7.4 Relatie inkoopbeleid en betaalbaarheid	59
7.4.1 Relatie afgesproken tarief en contractinhoud	59
7.4.2 Relatie afgesproken tarief en aantal contracten	61
7.4.3 Relatie omvang zorggroep en schadelast	61
Bijlage 1: Gebruikte bronnen	63
Bijlage 2: Toelichting verschil onderzoek NZa en RIVM	69

Bijlage 3: Concentratiegraad zorggroepen	73
Bijlage 4: Keurmerken / certificaten	75
Bijlage 5: Onderzoek consumentenpanel voor COPD en VRM	77
Bijlage 6: Prijzen ketenzorg	83

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 reguleringstaken. Dit is de eerste keer dat de NZa een marktscan over ketenzorg uitbrengt.

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.

Een marktscan geeft een feitelijke weergave van de markt. In een aparte brief bij de marktscan Ketenzorg 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

Om goed invulling te geven aan haar toezicht- en reguleringsstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In deze marktscan wordt een beeld van de ketenzorgmarkt geschetst. Daarbij wordt ingezoomd op de chronische aandoeningen diabetes mellitus type 2 (DM2), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) en cardiovasculair risicomanagement (VRM). De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer; beleidsmatige conclusies en acties van de NZa zijn in een begeleidende brief beschreven. In bijlage 2 is het verschil met een door het RIVM uitgevoerd onderzoek aangegeven dat op basis van dezelfde data is verricht.

Marktstructuur

In de periode 2007 tot en met 2010 is het aantal zorggroepen gegroeid, waarbij de zorggroepen over het algemeen één of meerdere vormen van ketenzorg leveren. Als gevolg van de invoering van integrale bekostiging in 2010, vindt een verschuiving plaats van bekostiging op basis van de beleidsregel innovatie naar de beleidsregel integrale bekostiging. Verder is te zien dat in de genoemde periode het aantal huisartsen dat onderdeel uitmaakt van een zorggroep, toeneemt.

Zorggroepen die DM2 leveren liggen verspreid over Nederland. Voor COPD en VRM geldt dat er maar enkele zorggroepen zijn in 2010 die deze zorg leveren en dat deze voornamelijk in het zuiden van het land liggen. 35% van de zorggroepen heeft een marktaandeel van 55% of lager. In de hiervoor genoemde periode is er voor alle vormen van ketenzorg sprake van toetreding en heeft er nauwelijks uittreding plaats gevonden.

Marktgedrag: zorginkoop

In totaal hebben de verzekeraars 136 eigen contracten gesloten in 2012 voor ketenzorg DM2, 91 contracten voor COPD en 44 voor VRM. Het aantal gesloten volgcontracten is 845 voor de drie chronische aandoeningen samen.

Behalve voor DM2 doen niet alle zorgverzekeraars een contractaanbod aan alle zorggroepen in het kernwerkgebied. Voor wat betreft het onderhandelingsproces geven zorgverzekeraars aan dat de uitvoeringslasten zijn toegenomen, door het naast elkaar bestaan van verschillende bekostigingssystemen. Verder geeft het merendeel van de zorgverzekeraars en de zorggroepen aan tevreden te zijn over het onderhandelingsproces en de behaalde resultaten. Desondanks worden er ook verbeterpunten benoemd.

De twee belangrijkste redenen voor verzekeraars om te differentiëren in contracten betreffen de inhoudelijke verschillen in het zorgprogramma en de aan-/afwezigheid van volumemogelijkheden voor de dekking van de vaste kosten van de zorggroep. Verder worden als redenen vaak de onderhandelingsvaardigheden (van verzekeraar of zorgaanbieder) genoemd en de verschillen in zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie. Ook efficiëntievoordeel doordat de aanbieder meerdere ketens aanbiedt, wordt als reden voor prijsdifferentiatie genoemd. Dit effect blijkt uit de afgesproken tarieven wel bij integrale bekostiging DM2 en COPD, maar niet bij VRM en niet bij de bekostiging via een koptarief.

Marktgedrag: overstappedrag

Het aantal consumenten dat heeft overwogen om over te stappen ligt voor alle drie de chronische aandoeningen hoger dan het aantal dat daadwerkelijk overstapt en varieert tussen de 1% en 15%. Het aantal consumenten dat daadwerkelijk overstapt varieert tussen de 0% en 6%.

Kwaliteit

De kwaliteitsindicatoren voor DM2 zijn in 2010 ontwikkeld en in 2011 voor het eerst uitgevraagd. In 2011 en 2012 is een begin gemaakt met de ontwikkeling van de indicatoren voor COPD en VRM. De indicatoren voor COPD worden voor het eerst in 2012 uitgevraagd.

Voor de transparantie van zorg voor *consumenten* geldt dat uit onderzoek onder een consumentenpanel blijkt dat het merendeel van de respondenten aangeeft over voldoende tot ruim voldoende informatie te beschikken om een keus te kunnen maken. De redenen om voor een zorgaanbieder te kiezen verschillen. Voor de transparantie van zorg voor *zorgverzekeraars* geldt dat zij afspraken maken over kwaliteit en deze op diverse manieren monitoren.

Toegankelijkheid

Uit het hiervoor aangehaalde onderzoek onder een consumentenpanel blijkt dat 80% van de respondenten die DM2 hebben, terecht kunnen bij de zorgverlener van hun eerste keuze. Voor COPD en VRM liggen deze percentages iets lager. Verder blijkt voor alle drie de ketenzorgvormen en voor alle zorgverleners, dat de respondenten over het algemeen in werkelijkheid minder lang wachten dan de tijd die zij acceptabel zouden hebben gevonden om te wachten.

Het blijkt dat verzekeraars en zorgaanbieders geen zicht hebben op de gemiddelde wachttijd en het aantal wachtenden.

Betaalbaarheid

In de periode 2007 tot en met 2010 is de totale schadelast voor de drie ketenzorgvormen gestegen van 17 naar 156 miljoen euro.¹ Deze stijging wordt voornamelijk veroorzaakt doordat steeds meer patiënten via een ketenzorgmethode worden behandeld en als zodanig worden gedefinieerd (mede door gerichte opsporing en preventie).

In genoemde periode blijken de gemiddelde kosten voor de keten per patiënt voor de drie chronische aandoeningen toe te nemen. Verder blijkt dat als gekeken wordt naar de totale kosten per patiënt voor alle drie de ketenzorgvormen een piek in 2009 waarneembaar is. Het gaat hier ook om kosten die niet gerelateerd zijn aan de chronische aandoening.

Opgemerkt moet worden dat de data nog niet volledig zijn, waardoor een voorbehoud moet worden gemaakt bij de kostengegevens. Op dit moment heeft de NZa onvoldoende informatie beschikbaar om op basis van de kostengegevens conclusies over de doelmatigheid van de bekostigingsvormen te trekken.

Uit de contractinformatie van verzekeraars blijkt dat de helft van de verzekeraars één soort contract sluit met de zorggroepen en de andere verzekeraars meerdere, inhoudelijk verschillende contracten per chronische aandoening. Ook als de contracten inhoudelijk gelijk zijn, spreken de verzekeraars verschillende tarieven af. De gemiddelde tarieven per verzekeraar lopen uiteen van € 84,40 tot en met € 124,40.

¹ Met betrekking tot het jaar 2010 dient een voorbehoud te worden gemaakt, omdat uit de onderliggende data blijkt dat het jaar 2010 nog niet volledig is uitgedeclareerd.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding marktscan

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: hij geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

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 reguleringstaken inzet.²

Wat betreft de marktscan ketenzorg is er nog een reden voor de NZa om deze scan uit te voeren: de minister van VWS heeft hiertoe specifiek opdracht gegeven. Achtergrond van de ontwikkeling van integrale bekostiging is dat de NZa, VWS en marktpartijen in 2007/2008 hebben geconstateerd dat de prikkels in de eerste lijn niet altijd liggen waar deze maatschappelijk en economisch gewenst zijn. De zorg dient rond de patiënt georganiseerd te worden, en niet de patiënt rond de zorg. Dit gold o.a. voor de manier van bekostiging, die teveel gericht was op de aanbieder en niet op de zorgvrager. Een mogelijkheid om te komen tot een kwalitatief betere en betaalbare eerstelijnszorg is de invoering van integrale bekostiging. De NZa heeft daarom bekeken of de introductie van integrale bekostiging mogelijk is en de conclusie was dat dit het geval is mits aan bepaalde randvoorwaarden wordt voldaan. Dit heeft geleid tot het advies³ aan de minister om integrale bekostiging voor diabetes mellitus type 2 (DM2) en cardiovasculair risicomanagement (VRM) in te voeren per 1 januari 2010.

De minister heeft het advies overgenomen en een aanwijzing⁴ toegestuurd om per 1 januari 2010 een prestatiebeschrijving op te stellen over multidisciplinaire zorgverlening voor DM2 en VRM, kortweg ketenzorg genoemd. Deze prestatie maakt een integrale bekostiging van de zorg ('ketentarief') mogelijk en is door de NZa opgesteld in november 2009 met invoeringsdatum 1 januari 2010. In de aanwijzing verzoekt de minister tevens de NZa om de feitelijke ontwikkelingen met betrekking tot de introductie en het gebruik van de prestatie te monitoren en hierover aan de minister te rapporteren. Dit doet de NZa middels deze marktscan. Per 1 juli 2010 is de prestatiebeschrijving uitgebreid met multidisciplinaire zorgverlening voor chronisch obstructive pulmonary disease (COPD) op basis van een aanvullende aanwijzing.⁵

² In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.

³ Visiedocument 'Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen', NZa, april 2009.

⁴ Aanwijzing chronische aandoeningen DM type 2 en CVR, 28 oktober 2009, CZ/EKZ/296667.

⁵ Aanwijzing prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen COPD, 25 mei 2010, CZ/EKZ/3001562.

1.1.1 Samenhang andere publicaties

De minister heeft tegelijkertijd met de aanwijzing een Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging ingesteld, die als doel heeft om het beleid voor chronisch zieken en de ontwikkelingen te evalueren.

De uitkomsten van de marktscan ketenzorg, de begeleidende brief van de NZa bij de marktscan waarin de feitelijke uitkomsten worden geïnterpreteerd en aanbevelingen voor beleid worden gegeven en de uitkomsten van de Evaluatiecommissie, gebruikt de minister om haar beleid met betrekking tot multidisciplinaire zorgverlening verder te bepalen waarbij aandacht wordt besteed aan de effecten van ketenzorg op de publieke belangen.

Hierbij zal de minister tevens het adviesrapport van de NZa betrekken over de bekostiging van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg.

Het RIVM heeft voor de Evaluatiecommissie onderzoek verricht op basis van Vektisdata. De NZa gebruikt dezelfde data. In bijlage 2 legt de NZa de verschillen tussen de beide onderzoeksopdrachten en analyses uit, zodat beide rapporten goed zelfstandig beoordeeld kunnen worden en duidelijk is welke vergelijkingen wel en niet gemaakt kunnen worden.

1.2 Totstandkoming marktscans

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 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 marktscan ketenzorg

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. De afbakening tot deze drie zorgsoorten vloeit mede voort uit de aanwijzing die de NZa heeft ontvangen van VWS voor het opstellen van de prestatiebeschrijving voor ketenzorg.

Veelal wordt het beeld geschetst op het niveau van de zorggroepen, omdat daar de meeste informatie van voorhanden is.

Verder bestaan voor het declareren van ketenzorg tot op heden verschillende bekostigingsvormen naast elkaar. Deze worden zoveel als mogelijk apart in beeld gebracht. Voor de 'losse' bekostiging (al dan niet in combinatie met de GEZ-module⁶ of M&I-module⁷) is dit lastig, aangezien vaak niet afgeleid kan worden of de gegeven zorg, die met algemene verrichtingen zoals consulten en zittingen is gedeclareerd, voor DM2, COPD, VRM of voor andere zorg was. Dat is niet te zien aan de declaratie 'consult'. Daarvoor zou het medisch dossier geraadpleegd moeten worden en dat is een administratief lastige en privacygevoelige methode. Om die reden brengen we losse bekostiging niet in beeld, behoudens de informatie die in tabel 7.3 is opgenomen.

Tevens kan op basis van de beschikbare Vektis-data geen inzicht worden verkregen in de kosten die betrekking hebben op de GEZ-module. In de declaraties tot en met 2010 komt deze GEZ-module niet voor. Wel rapporteert de NZa over de GEZ-module op basis van de contracteergegevens van verzekeraars (2012).

De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2007 tot en met 2010. De informatie over de contracteergegevens van zorgaanbieders betreft het jaar 2011 en informatie over de contracteergegevens van verzekeraars betreft het jaar 2012.

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 veel minder cijfers bekend. Dit komt omdat minder geëxperimenteerd werd met deze vormen van ketenzorg vóór 2010 en VRM in verhouding het minst wordt gecontracteerd.

Op basis van de gesloten contracten is wel meer informatie over VRM en COPD te geven, aangezien deze informatie uit 2011 en 2012 afkomstig is. Dat is vooral terug te zien in hoofdstuk vier, vijf en zeven.

1.3 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 drie hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Een toelichting op de gebruikte bronnen is in bijlage 1 beschreven.

⁶ Module geïntegreerde eerstelijnszorg, ook wel 'koptarief' genoemd.

⁷ Module modernisering & innovatie

2. Omschrijving van de markt

Dit hoofdstuk schetst een algemeen beeld van de markt voor ketenzorg. Om hieraan invulling te geven wordt eerst besproken wat ketenzorg inhoudt en op welke deel van de ketenzorg deze marktscan is gericht. Vervolgens worden de spelers op de markt besproken en uitgelegd hoe de bekostiging in elkaar zit. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van beleidsontwikkelingen.

2.1 Inhoud ketenzorg

Ketenzorg is een verzamelterm voor het leveren van zorg aan een patiënt met een chronische aandoening, 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: DM2, COPD en 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. Naast het verlenen van zorg aan bestaande patiënten richt het ketenzorgproces zich ook op het opsporen van nog niet-gediagnosticeerde patiënten of risicovolle patiënten.

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 comorbiditeit, preventie als in behandeling.

Tabel 2.1: Beschrijving chronische aandoeningen

Zorgsoort	Inhoud
DM2	Er bestaan twee hoofdvarianten van de aandoening: diabetes mellitus type 1 en type 2. In deze marktscan wordt alleen naar type 2 gekeken. Dit type diabetes, in het verleden ook wel ouderdomsdiabetes genoemd, is een chronisch progressieve stofwisselingsziekte waarbij de glucoseregulatie ontregeld is door het niet juist functioneren en/of onvoldoende aanwezig zijn van insuline.
COPD	Dit is een verzamelnaam voor longaandoeningen die zich kenmerken door een niet of niet geheel omkeerbare luchtwegobstructie. Het gaat bijvoorbeeld om de longziekten chronische bronchitis en longemfyseem. Ernstige benauwdheid is een belangrijk kenmerk. De obstructie is gewoonlijk progressief en ongeneeslijk en wordt meestal geassocieerd met een abnormale ontstekingsreactie van de longen op prikkels van buitenaf, zoals roken of kleine gasdeeltjes.
VRM	VRM staat voor cardiovasculair risicomangement. Cardiovasculair risicomangement is gericht op diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, inclusief leefstijladvisering en begeleiding bij patiënten met een verhoogd risico op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten. Het gaat om de volgende hart- en vaatziekten: hartinfarct, angina pectoris, hartfalen, herseninfarct, transient ischaemisch attack (TIA), aneurysma aortae en perifere arterieel vaatlijden.

Bron: NZa

2.2 Spelers

De zorgvragers

De patiënten met de chronische ziekte DM2, COPD of VRM zijn de zorgvragers op deze markt. De meeste patiënten worden behandeld in de eerste lijn. De patiënten hebben een chronische aandoening en hebben een complexe zorgvraag waarbij samenwerking tussen aanbieders van verschillende soorten zorg een vereiste is. Tabel 2.2 geeft een indruk van het aantal patiënten per chronische aandoening. Dit zijn patiënten die gericht zorg ontvangen voor één (of meer)⁸ van de chronische aandoeningen en waarvoor zorg gedeclareerd is, ongeacht de bekostigingsmethode. De stijging van het aantal patiënten is voor een deel verklaarbaar door de gerichte opsporing en preventie van patiënten.

Tabel 2.2: Aantal verzekerde patiënten (in duizenden)

	2007	2008	2009	2010
DM2	320	428	529	610
COPD	159	214	268	292
VRM	-	-	-	95

Bron: Vektis

De zorgaanbieders

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

In onderstaande tabel is aangegeven welke typen zorgaanbieders bij de verschillende chronische aandoeningen betrokken zijn en daardoor onderdeel uit kunnen maken van de ketenlevering.

⁸ Er is rekening gehouden met dubbelstellingen. Patiënten die zorg voor meerdere chronische aandoeningen ontvangen, zijn fractioneel over de aandoeningen verdeeld zodat ze niet als twee patiënten tellen.

Tabel 2.3: Beroepsbeoefenaren per chronische aandoening⁹

DM2	COPD	VRM
- Huisarts en POH	- Huisarts en POH	- Cardioloog
- Internist	- Longarts	- Chirurg
- Podotherapeut	- Psychiater	- Huisarts en POH
- Diëtist	- Fysiotherapeut	- Internist
- Oogarts	- Oefentherapeut C/M	- Neuroloog
- Fysiotherapeut	- Klinisch psycholoog	- Psychiater
- Oefentherapeut C/M	- Verpleegkundige	- Fysiotherapeut
- Klinisch psycholoog	- Diëtist	- Oefentherapeut C/M
- Verpleegkundige	- Ergotherapeut	- Klinisch psycholoog
- Psychiater	- Verpleegkundig specialist	- Verpleegkundige
- Verpleegkundig specialist	- Longfunctie laborant	- Diëtist
- Apotheker	- Apotheker	- Ergotherapeut
- Thuiszorg	- Thuiszorg	- Verpleegkundig specialist
- Diagnostische laboratoria	- Diagnostische laboratoria	- Apotheker
- Gespecialiseerde en medische pedicure		- Thuiszorg
		- Diagnostische laboratoria

Bron: NZa

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. Zorggroepen komen grofweg in twee hoofdvormen voor, plus een mengvorm:

- Hoofdvorm I. Zorggroep waarbij de zorgaanbieders zelfstandig blijven;
- Hoofdvorm II. Zorggroep waarbij de zorgaanbieders onderdeel vormen van de zorggroep;
- Mengvorm van I en II.¹⁰

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 enz. Tabel 2.4 geeft een indruk van het aantal zorggroepen.

⁹ Hiermee is niet gezegd dat elke beroepsbeoefenaar altijd onderdeel uitmaakt van de keten of onder het ketentarieft valt. Zo valt de farmaceutische zorg buiten de prestatiebeschrijving ketenzorg en daarmee het ketentarieft, maar de apotheker kan wel betrokken zijn bij de behandeling voor advies en begeleiding zoals inhalatie-instructie.

¹⁰ Verdere informatie over zorggroepen is terug te vinden in de Uitvoeringstoets mededingingsanalyse zorggroepen, NZa, juli 2010 en de Richtsnoeren zorggroepen, NZa en NMa, augustus 2010.

Tabel 2.4: Aantal zorggroepen die de verschillende ketenzorgvormen aanbieden¹¹

	2007	2008	2009	2010
DM2	51	68	76	111
COPD	-	4	14	22
VRM	-	-	-	7

Bron: Vektis

In principe kan iedereen die dat wil een zorggroep oprichten. Voorwaarde op grond van de beleidsregels van de NZa die betrekking hebben op de integrale bekostiging voor multidisciplinaire zorgverlening, is wel 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. Hiermee is het ook voor bijvoorbeeld een zorgverzekeraar, een patiëntenorganisatie of een externe commerciële partij mogelijk om toe te treden tot deze markt en ketenzorg aan te bieden.

De bestaande zorggroepen zijn veelal opgezet door huisartsen. In veel regio's zijn huisartsen daarom bestuurder en/of (mede-)eigenaar van de zorggroep.¹² 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, waarbij de consument de onderhandelingspartij is (de zorgverzekeringmarkt) en als inkoper van zorg voor zijn verzekerden, waarbij de zorgaanbieder de onderhandelingspartij is (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.

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

2.3 Wijze van bekostiging

Voor het declareren van ketenzorg bestaan verschillende bekostigingsmethoden.¹³ Het gaat om de volgende methoden:

1. Integrale bekostiging
2. Samenwerkingsmodule/Koptarief
3. 'Losse' bekostiging
4. Innovatieregeling
5. Module modernisering & innovatie (M&I)

¹¹ Zorggroepen kunnen meerdere zorgprogramma's leveren. Deze worden dan allebei meegeteld, dus er zitten 'dubbelingen' in de tabel. Op totaal geeft het een beeld hoeveel zorggroepen een programma aanbieden per chronische aandoening. De zorggroepen zijn geïdentificeerd op basis van unieke AGB-codes van zorgaanbieders die zorg declareren voor één of meerdere van de drie chronische aandoeningen.

¹² Huisartsen hebben deze rol opgepakt omdat zij in de praktijk nu veelal regievoerder zijn van de chronische zorg en daarnaast ook uitvoerder van (delen van) de zorg.

¹³ Daarnaast zijn subsidies verstrekt voor financiering t.b.v. innovaties door o.a. ZonMw en gemeenten.

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

In tabel 2.5 zijn de verschillende bekostigingsvormen, coderingen en tariefvormen overzichtelijk weergegeven.

De integrale bekostigingsmethode is de enige methode waarbij zekerheid bestaat over de (minimale) inhoud van de geleverde ketenzorg, aangezien de NZa-regelgeving aansluit bij de zorgstandaarden voor de chronische aandoeningen, waardoor geborgd is dat de zorg multidisciplinair wordt geleverd in samenhang en samenwerking met de patiënt. Dat is bij de andere bekostigingsmethoden geen voorwaarde. Zie bijlage 2 voor een uitgebreide toelichting.

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.

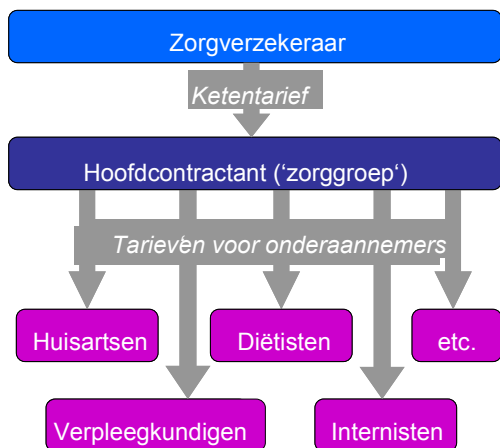
Voor de zorg die onder de ketenprijs valt sluit de beleidsregel aan bij de landelijke zorgstandaarden. Uitgezonderd van het ketentarief zijn acute zorgvragen tijdens ANW-uren, geneesmiddelenzorg, hulpmiddelenzorg en eerstelijnsdiagnostiek. Voor de inhoud van de prestatiebeschrijving verwijst de NZa naar de landelijke zorgstandaarden¹⁴ 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 ketentarief declareert.

¹⁴ Een zorgstandaard beschrijft de norm waaraan multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte moet voldoen.

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 Zvw vallen en onderdelen die buiten de Zvw vallen.

Figuur 2.1 Integrale bekostiging 'ketentarief'¹⁵



2.3.2 Samenwerkingsmodule/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/kwaliteitverhouding te realiseren. De GEZ-module kan worden ingezet voor allerlei soorten geïntegreerde zorg. De regel is dus niet specifiek voorbehouden aan ketenzorg voor DM2, COPD en VRM.

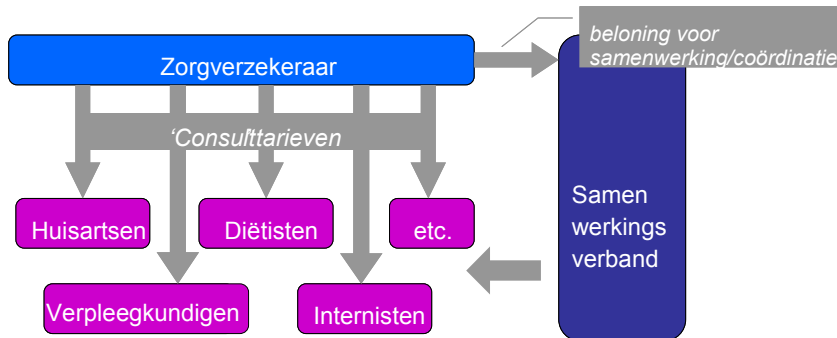
Het tarief voor de GEZ-module is vrij. Ook hier is volgens de NZa-beleidsregel een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar verplicht om de module te mogen declareren. In dit geval maakt de zorgverzekeraar met een samenwerkingsverband (ook hier veelal de zorggroep) afspraken. In 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.

¹⁵ Het betreft hier een illustratie. Het type zorgaanbieder dat gecontracteerd wordt, en de invulling van de onderaannemingscontracten, kunnen per zorgvorm verschillen.

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.

Figuur 2.2 GEZ-module/koptarief¹⁶



2.3.3. 'Losse' bekostiging

Het door zorgaanbieders regelen dat zorg op elkaar aansluit voor chronisch zieke patiënten kan ook binnen de bestaande bekostiging plaatsvinden. De coördinatie wordt dan niet extra betaald. De zorgaanbieder declareert de reguliere prestaties en tarieven, zoals een consult of zitting. Een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar is geen NZa-verplichting voor declaratie van de losse bekostiging.

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/kwaliteitverhouding. 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.

¹⁶ Net als bij figuur 2.1 betreft het ook hier een illustratie.

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' (NB: ook voor patiënten met DM type 2) en prestaties die gericht zijn op COPD-zorg, zoals 'longfunctiemeting' en 'COPD-gestructureerde zorg per jaar'.

Tabel 2.5 Bekostigingsvormen, codering en tariefvorm¹⁷

Bekostigingsvorm	NZa-code	Soort tarief
Integrale bekostiging/ ketentariaf	<i>Diabetes</i> 40.001 (prestaties aanspraak Zvw) 40.002 (prestaties zonder aanspraak Zvw) <i>VRM</i> 40.011 (prestaties aanspraak Zvw) 40.012 (prestaties zonder aanspraak Zvw) <i>COPD</i> 40.021 (prestaties aanspraak Zvw) 40.022 (prestaties zonder aanspraak Zvw)	Tarief per verzekerde per kwartaal
Module GEZ / koptariaf	11.600 Voor samenwerkingsverbanden met een rechtspersoonlijkheid 11.601 Voor samenwerkingsverbanden zonder rechtspersoonlijkheid	Tarief per verzekerde per kwartaal (gekoppeld aan inschrijftarief huisarts)
Losse bekostiging	Allerlei codes	Allerlei tariefvormen
Innovatie	Geen, NZa verwijst naar codering Vektis (die hanteert 15.xxx; nu bestaan de codes 15.001-15.122)	Vorm is vrij. Praktijk leert dat het meestal tarief per verzekerde per kwartaal is.
Module M&I	Twee varianten: 13.000- 13.049 dit zijn verrichtingen die de huisarts mag declareren, de NZa maakt deze codelijst. 14.100- 14.999 Deze codelijst wordt niet door de NZa, maar door Vektis beheerd.	Tarief per verrichting Tarief per verzekerde per kwartaal (gekoppeld aan inschrijftarief huisarts)

Bron: NZa

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 koptariaf.

¹⁷ Op basis van de declaratiegegevens van Vektis is alleen Integrale bekostiging, koptariaf, innovatie en voor een beperkt gedeelte losse bekostiging in beeld te brengen. Het gebruik van de Module M&I is niet in beeld te brengen. Zie bijlage 1 voor een verdere toelichting hierop.

En zo kan een verzekeraar kiezen om de zorg van de ene zorgaanbieder integraal te bekostigen en van een andere zorgaanbieder alleen 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. De GEZ-module en M&I-module zijn aanvullend declareerbaar naast de 'losse' bekostiging.

2.4 Marktontwikkelingen

Bekostiging

- Op 1 april 2009 heeft de NZa een visie uitgebracht over functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen: DM2, COPD, VRM en zorg voor hartfalen. Hierin adviseert de NZa de Minister van VWS functionele bekostiging in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomangement per 1 januari 2010.
- Op aanwijzing van de Minister heeft de NZa vervolgens beleidsregels opgesteld voor DM2 en VRM. Dit maakt het mogelijk voor zorgaanbieders om vanaf 1 januari 2010 een integraal tarief te declareren voor deze chronische zorgvormen.
- De Minister heeft daarna aangegeven¹⁸ dat zodra voor de aandoeningen COPD en hartfalen zorgstandaarden zijn vastgesteld, hij door middel van een vervolgaanwijzing de NZa zal vragen ook daarvoor prestatiebeschrijvingen op te stellen. Per 1 juli 2010 is voor COPD de prestatiebeschrijving toegevoegd. Voor hartfalen is dat nog niet het geval.
- De regels voor integrale bekostiging zijn de afgelopen jaren door de NZa meerdere keren gewijzigd. Bijvoorbeeld voor gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken (SMR). Met ingang van 1 januari 2011 viel een programmatische aanpak van SMR onder de Zorgverzekeringswet. Dit betreft gedragsmatige ondersteuning, indien nodig aangevuld met farmacotherapeutische ondersteuning. Voor SMR heeft de NZa op aanwijzing van VWS per 1 januari 2011 een beleidsregel opgesteld. SMR kan door meerdere typen aanbieders worden geleverd. Stoppen met roken dient in principe integraal te worden ingekocht, geleverd en gedeclareerd. Wanneer SMR geleverd wordt aan cliënten die ketenzorg ontvangen, dan dient dit een onderdeel van integraal bekostigde ketenzorg zijn. Omdat veel verzekeraars bij de inkoop van ketenzorg voor 2011 niet hebben voorzien in een module SMR, heeft de NZa het in 2011 mogelijk gemaakt om af te wijken van de integrale inkoop. Het is daarbij aan de verzekeraar om te bewaken dat dubbele bekostiging wordt voorkomen. De bedoeling was om met ingang van 1 januari 2012 SMR alleen nog maar integraal in te kunnen kopen bij DM2, COPD en VRM. Per 1 januari 2012 is het Besluit Zorgverzekering gewijzigd. De gedragsmatige ondersteuning blijft onderdeel van het basispakket, maar de vergoeding van ondersteunende medicatie is als basisverzekerde aanspraak komen te vervallen. De beleidsregel die de programmatische aanpak beschreef en de regeling/nadere regel voor multidisciplinaire zorgverlening zijn daarvoor aangepast. De NZa heeft op verzoek van VWS besloten de gedragsmatige ondersteuning bij SMR aan niet-ketenpatiënten voort te zetten als een aparte prestatie met een vrij tarief.

¹⁸ Aanwijzing chronische aandoeningen DM2 en VRM, 28 oktober 2009, CZ/EKZ/296667

De prestatie kan voor die patiënten naast de prestaties voor multidisciplinaire zorgverlening worden ingekocht.

- Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) neemt begin 2010 het standpunt in dat: "bepaalde onderdelen van voetzorg voor mensen met diabetes mellitus behoren tot verzekerde zorg volgens de Zorgverzekeringswet. Het gaat bij deze onderdelen om geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden en zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk".¹⁹

Deregulering

- DBC's in de tweede lijn die nauw aansluiten bij de zorgstandaarden zijn overgeheveld naar het B-segment zodat de zorgverzekeraars daar risicodragend voor worden.
- De zorgstandaarden zijn functioneel omschreven, dat wil zeggen dat vastgelegd is wat moet worden gedaan, maar niet wie het uitvoert.
- Uitvoeringsregels zijn geformuleerd om te grote machtconcentraties aan de kant van verzekeraars of zorggroepen te voorkomen; de NZa en de NMa zien toe op naleving daarvan.²⁰

Kwaliteit en transparantie

- De NZa heeft een regeling²¹ opgesteld met daarin administratievoorschriften voor de zorgaanbieders, waarmee zij bepaalde data moeten registreren (minimale data set). Deze informatie is ontwikkeld ten aanzien van o.a. transparantie van de kwaliteit van de geboden zorg. Deze gegevens stellen zorgverzekeraars in staat om ook op basis van kwaliteit zorg in te kunnen kopen. De set is in 2009 tot stand gekomen onder leiding van het programma Zichtbare Zorg waarna de NZa de administratie van de gegevens verplicht heeft gesteld voor zorgaanbieders die ketenzorg leveren. Deze informatie kan voor meerdere doeleinden gebruikt worden: keuze-informatie voor patiënten, spiegelinformatie voor zorgaanbieders, inkoopinformatie voor verzekeraars, toezichtinformatie voor IGZ, beleidsinformatie voor VWS en monitorinformatie voor de NZa. Vooralsnog geldt er geen aanleververplichting van deze data bij de NZa. Partijen hebben aangegeven dat de ICT-systemen daartoe nog niet voldoende op elkaar aansluiten. Op basis van de voorlopige minimale datasets zijn in 2010 kwaliteitsindicatoren ontwikkeld onder leiding van Zichtbare Zorg. De Adviesgroep Keten zorg en LVG hebben in november 2011 bericht dat zij gezamenlijk het initiatief hebben genomen om zorggroepen te ondersteunen bij het beschikbaar krijgen van onderling vergelijkbare gegevens.
- De kwaliteitsindicatoren voor Diabetes Mellitus zijn in 2010 ontwikkeld en afgeleid van de NDF Zorgstandaard. Gesteund door de Stuurgroep Zichtbare Zorg Chronische Zorg hebben de Adviesgroep Keten zorg en de LVG in 2011 een "Werkorganisatie Transparantie Keten zorg" in het leven geroepen. De kwaliteitsindicatoren Diabetes zijn in 2011 voor de eerste maal uitgevraagd over 2010 door de Werkorganisatie en met hulp van het Platform Regionale Datacentra. 49 van de 120 aangeschreven zorggroepen hebben hun data over het jaar 2010 aangeleverd. Over de gegevens is gepubliceerd in de rapportage "Transparantie Keten zorg Diabetes Mellitus 2010".²²

¹⁹ Standpunten CVZ 2010. *Standpunt voetzorg voor mensen met diabetes mellitus*, 28 januari 2010, publicatienummer 284, volgnummer 29119025.

²⁰ Richtsnoeren Zorggroepen, NMa en NZa, augustus 2010.

²¹ Regeling Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD).

²² Transparantie Keten zorg Diabetes Mellitus, rapportage zorggroepen 2010. Op weg naar genuanceerde rapportage van zorg. Adviesgroep Keten zorg en LVG. Februari 2012.

De Long Alliantie Nederland (LAN) heeft in opdracht van de stuurgroep Zichtbare Zorg voor COPD geadviseerd over een indicatorset voor externe verantwoording. De indicatoren zijn afgeleid van de COPD Zorgstandaard. In 2012 worden de indicatoren COPD voor de eerste maal uitgevraagd en werkt de LAN aan het verder ontwikkelen van de indicatorenset.²³

- De oprichting van een Kwaliteitsinstituut/ Nederlandse Zorginstituut om ondermeer het veld te ondersteunen bij het definiëren van standaarden waaraan de zorg moet voldoen, bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg en bij het inzichtelijk maken van kwaliteitsverschillen.

Transitieperiode

De aanwijzing voor integrale bekostiging is geldig tot 1 januari 2012. In de transitieperiode van 2010 tot en met 2012 kunnen de drie chronische aandoeningen DM2, COPD en VRM integraal bekostigd worden, maar ook kan de zorg gedeclareerd worden via andere bekostigingsmethoden.

Op grond van een evaluatie van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, deze marktscan, de beleidsbrief van de NZa bij de marktscan en het adviesrapport van de NZa over de bekostiging van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg, zal de minister haar beleid verder bepalen en besluiten of de losse bekostiging blijft voortbestaan voor die vormen van chronische zorg waarvoor integrale bekostiging is beschreven of niet.

²³ Website Zichtbare Zorg.

3. Marktstructuur

In dit hoofdstuk beschrijft de NZa de structuur van de markt. Het geeft een beschrijving van de (ontwikkeling in) aantallen zorgaanbieders, hun omvang, de concentratiegraad, toe- en uittreding, schaafeffecten en marktaandelen van de zorgverzekeraars.

3.1 Aantal zorggroepen

Een eerste indicator voor het in beeld brengen van de marktstructuur is het aantal aanbieders dat zorg levert op een in beeld te brengen markt. In paragraaf 2.2 is aangegeven dat ketenzorg voornamelijk wordt gecoördineerd door zorggroepen. Daarom is in deze paragraaf het aantal zorggroepen in beeld gebracht.

In tabel 3.1 is per ketenzorgvorm het aantal zorggroepen weergegeven naar de wijze waarop deze worden bekostigd.

Tabel 3.1: Aantal zorggroepen per ketenzorg- en bekostigingsvorm²⁴

Ketensoort	Bekostiging	2007	2008	2009	2010
DM2	Innovatie	51	68	76	47
	Integraal	-	-	-	92
COPD	Innovatie	-	4	14	15
	Integraal	-	-	-	7
VRM	Integraal	-	-	-	7

Bron: Vektis

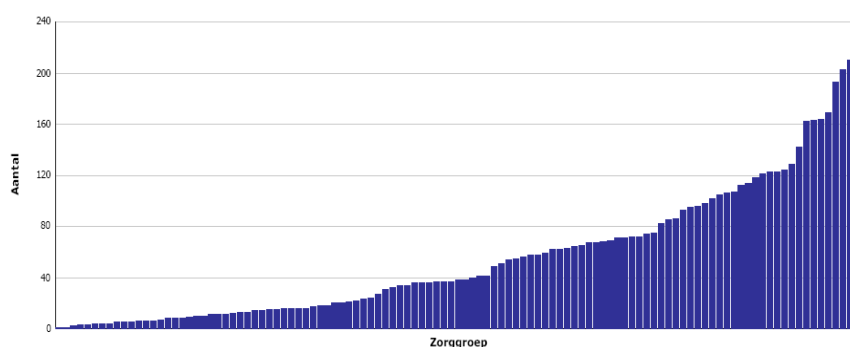
Uit bovenstaande tabel blijkt dat in de periode 2007 tot en met 2010 het aantal zorggroepen is gegroeid.²⁵ De zorggroepen leveren over het algemeen één of meerdere vormen van ketenzorg. Verder blijkt uit de tabel dat bij DM2 in 2010 een verschuiving plaatsvindt in de bekostigingsvorm als gevolg van de invoering van integrale bekostiging in 2010. Dit is te zien doordat het aantal zorggroepen wat wordt bekostigd door middel van innovatie afneemt ten gunste van het aantal zorggroepen wat integraal wordt bekostigd. Bij COPD is deze verschuiving niet waarneembaar. Daar is te zien, net als bij DM2 en VRM, dat het mogelijk maken van integrale bekostiging waarschijnlijk een impuls is voor het formeren van zorggroepen en het aanbieden van ketenzorg.

Omvang zorggroepen

Hieronder is de omvang van de zorggroepen in beeld gebracht door het gemiddelde aantal huisartsen dat is aangesloten bij een zorggroep voor elke zorggroep weer te geven.

²⁴ Er zijn zorggroepen die meerdere bekostigingsvormen hebben in het laatste kwartaal van het jaar. Aantallen kunnen daarom niet bij elkaar worden opgeteld om tot het totaal aantal zorggroepen te komen.

²⁵ Het aantal zorggroepen dat via het koptarief bekostigd is, kan een onderschatting zijn van de werkelijkheid. Zie bijlage 1 voor een beschrijving van de dataset.

Figuur 3.1: Aantal aangesloten huisartsen bij een zorggroep (2010)

Bron: Vektis

Uit bovenstaande figuur blijkt dat bij meer dan 45% van de zorggroepen tenminste 50 huisartsen zijn aangesloten. In sommige gevallen gaat het om meer dan 200 gecontracteerde huisartsen.

In de eerder uitgebrachte uitvoeringstoets van de NZa over zorggroepen werd aangegeven dat er over het algemeen vanuit kan worden gegaan dat in een werkgebied slechts een beperkt aantal huisartsen is, dat niet is gecontracteerd door een zorggroep.²⁶ In tabel 3.2 is daarom aangegeven wat het verloop door de jaren is van het aantal aangesloten huisartsen bij een zorggroep per ketenzorgvorm / chronische aandoening. Onderstaande tabel laat zien hoeveel huisartsen in totaal betrokken zijn bij een bepaalde vorm van ketenzorg en hoeveel daarvan zijn aangesloten bij een zorggroep.²⁷

Tabel 3.2: Aantal huisartsen dat onderdeel uitmaakt van een zorggroep per ketenzorgvorm

		DM2	COPD	VRM
2007	In zorggroep	1.632	-	-
	Totaal huisartsen	6.032	5.924	-
2008	In zorggroep	2.848	185	-
	Totaal huisartsen	6.191	6.115	-
2009	In zorggroep	3.601	614	-
	Totaal huisartsen	6.198	6.168	-
2010	In zorggroep	5.245	1.154	473
	Totaal huisartsen	6.301	6.296	473

Bron: Vektis

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de afgelopen jaren voor alle ketenzorgvormen per saldo het aantal huisartsen wat is toegetreden tot een zorggroep toe is genomen. Daarbij is te zien dat DM2 het meest in zorggroepverband wordt aangeboden.

3.2 Concentratiegraad

Een andere belangrijke indicator voor de structuur van de markt is de mate van concentratie.

²⁶ Uitvoeringstoets, Mededingingsanalyse zorggroepen, *Samenwerken en concurreren in ketenzorg*, NZa, juli 2010.

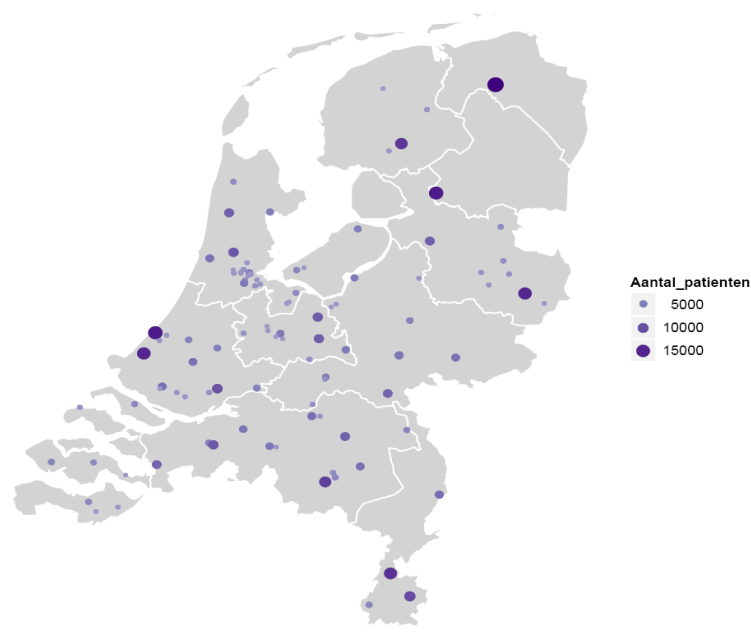
²⁷ Aantal werkzame huisartsen op peildatum 1 januari 2011 ligt in Nederland op 9.891. NIVEL; *Cijfers uit registratie van huisartsen peiling 2011*, december 2011

Als een markt sterk geconcentreerd is, betekent dit dat het grootste deel van de markt in handen is van één of enkele zorgaanbieders.

Spreiding zorggroepen

Om invulling te geven aan deze indicator is daarom ten eerste in figuur 3.2 de spreiding van de zorggroepen die DM2 leveren over Nederland weergegeven. De omvang van de stippen geeft het aantal patiënten aan, die behandeld worden door deze zorggroep.

Figuur 3.2: Kaart van Nederland met spreiding van de zorggroepen die DM2 leveren, in het jaar 2010



Bron: Vektis

Uit figuur 3.2 blijkt dat de zorggroepen die DM2 leveren verspreid liggen over Nederland. In bijlage twee zijn soortgelijke figuren opgenomen voor COPD en VRM. Hieruit blijkt dat er maar enkele zorggroepen zijn die deze vormen van ketenzorg leveren en voornamelijk in het zuiden van het land liggen.

Concentratie index

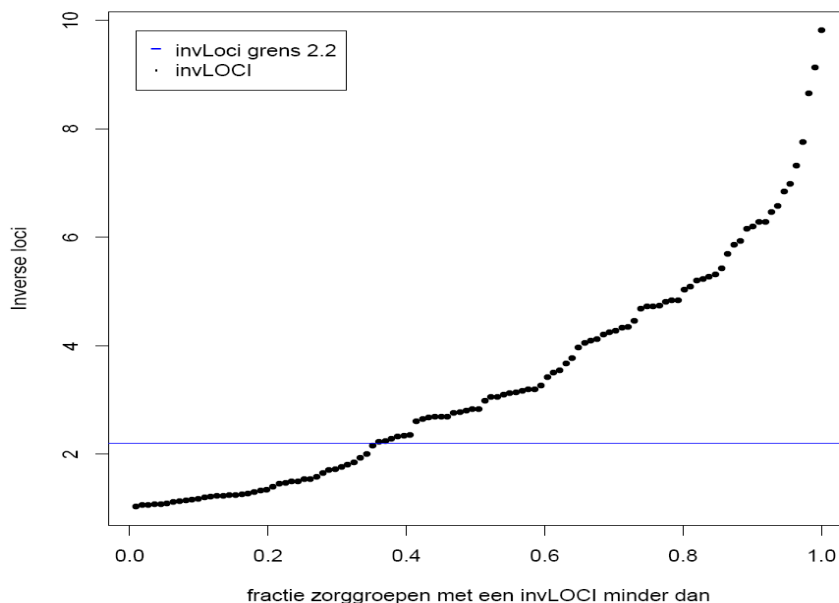
In deze marktscan heeft de NZa de inverse LOCI (*Inverse Logit Competition Index*) gehanteerd als indicator om iets te zeggen over de concentratiegraad. De inverse LOCI van een zorggroep is een maat voor de competitiviteit van de markt van de aanbieder. Kort gezegd komt de inverse LOCI overeen met het gewogen gemiddelde ratio van de patiënten uit de regio waarin de zorgaanbieder actief is dat naar een andere zorgaanbieder is gegaan. De inverse LOCI loopt van 1 tot oneindig. De inverse LOCI benadert 1 als de zorgaanbieder in alle regio's een verwaarloosbaar marktaandeel heeft en het is oneindig als de zorgaanbieder in alle regio's 100% marktaandeel heeft.

Gegeven een gelijkmatige verdeling van patiënten binnen het werkgebied van een zorgaanbieder, betekent een inverse LOCI van 10 dat 1 op de 10 patiënten uit het werkgebied naar een andere zorgaanbieder gaat.

Bij een inverse LOCI van 2 is dit 1 op de 2 patiënten. Met andere woorden: hoe lager de score van de inverse LOCI, hoe meer concurrentie op de markt van de aanbieder.

In onderstaande figuur wordt de inverse LOCI van DM2 in het jaar 2010 weergegeven.²⁸ Niet alleen zorggroepen kunnen diabeteszorg leveren, ook aanbieders die niet zijn aangesloten bij een zorggroep kunnen dat (bijvoorbeeld losse huisartsen e.d.). Deze aanbieders kunnen daarom als mogelijke concurrenten van de zorggroepen worden beschouwd. Om deze reden zijn de inverse LOCI scores berekend voor zowel zorggroepen als huisartsen die hun zorg niet via een zorggroep verlenen. In figuur 3.3 zijn echter alleen de inverse LOCI scores van de zorggroepen weergegeven, omdat dit de focus is van deze marktscan.

Figuur 3.3: inverse LOCI van de zorggroepen die DM2 leveren, in het jaar 2010



Bron: Vektis

Uit de figuur blijkt dat 35% van de zorggroepen een inverse LOCI hebben die lager is dan 2,2. Dit betekent dat deze zorggroepen een gewogen gemiddeld marktaandeel hebben van 55% of lager.²⁹

De inverse LOCI uit de huidige marktscan is gebaseerd op de concentratiegraad van de feitelijke keuzes van patiënten. De analyses van de inverse LOCI kunnen niet zonder meer als indicaties van marktmacht worden geïnterpreteerd. Wel geven ze een eerste indruk van de hoeveelheid alternatieven die patiënten hebben in hun regio. De NZa benadrukt dat het hebben van een hoog marktaandeel op zichzelf geen probleem hoeft te zijn en dat de daadwerkelijke aanwezigheid van aanmerkelijke marktmacht van een zorggroep af hangt van de specifieke situatie en in de praktijk per geval onderzocht dient te worden. Bij een beoordeling van aanmerkelijke marktmacht is het van belang om te beoordelen of dit hoge marktaandeel waardoor een partij een sterke positie op de markt heeft, gecompenseerd wordt door andere factoren.³⁰

²⁸ Omdat de ontwikkeling van zorggroepen zich voor COPD en VRM nog in de beginfase bevindt en er nog niet zoveel zorggroepen zijn, is de inverse LOCI alleen berekend voor de zorggroepen die DM2 leveren.

²⁹ De gepresenteerde inverse LOCI scores dienen voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Er moet rekening mee gehouden worden dat de scores een onderschatting of overschatting van de werkelijkheid kunnen zijn. Dit komt doordat de dekking van de aangeleverde gegevens waarop de bovenstaande berekeningen zijn gemaakt niet 100% is.

³⁰ Uitvoeringstoets mededingingsanalyse zorggroepen, samenwerken en concurreren in ketenzorg, juli 2010.

3.3 Toe- en uittreding

Een derde element van de marktstructuur betreft het aantal toe- en uittreders. Weinig toetreding kan wijzen op toetredingsdrempels. Een toetredingsdrempel bepaalt de mate waarin toetreding tot de relevante markt wordt bemoeilijkt door bijvoorbeeld schaalvoordelen, investeringskosten, beperkte beschikbaarheid van geschikte of goede locaties en wettelijke en technische belemmeringen, zoals kwaliteit- en opleidingseisen, capaciteitsplanning, bouwvergunningen etcetera.

Tabel 3.3: Aantal zorggroepen dat is toe- of uitgetreden per ketenzorgvorm

Ketensoort	2007	2008	2009	2010
DM2				
Aantal toetreders	51	20	14	40
Aantal uittreders	0	3	6	5
COPD				
Aantal toetreders	-	4	9	10
Aantal uittreders	-	0	0	1
VRM				
Aantal toetreders	-	-	-	8
Aantal uittreders	-	-	-	-

Bron: Vektis

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de afgelopen jaren voor alle vormen van ketenzorg sprake is van toetreding van zorggroepen. Voor VRM zijn de eerste acht zorggroepen in 2010 toegetreden tot de markt. Er heeft nauwelijks uittreding plaatsgevonden. In een door het RIVM onderzochte vragenlijst is gevraagd naar plannen om in de toekomst te gaan fuseren. Geen van de 43 zorggroepespondenten gaf aan hiervoor plannen te hebben.

3.5 Marktaandeel van de zorgverzekeraar op de inkoopmarkt

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 (op basis van het aantal patiënten) per zorgverzekeraar aangegeven en per ketenzorgvorm. Meer informatie over de contracteergraad is te vinden in hoofdstuk 4.

Tabel 3.4: Marktaandelen zorgverzekeraars op de inkoopmarkt per ketenzorgvorm (patiëntenaantallen in duizenden en procenten)

Ketensoort	Zorgverzekeraar	2007		2008		2009		2010	
DM2	1	89	28%	91	21%	98	19%	111	18%
	2	49	15%	56	13%	57	11%	63	10%
	3	61	19%	111	26%	117	22%	139	23%
	4	72	22%	81	19%	89	17%	91	15%
	5	20	6%	31	7%	39	7%	58	9%
	6	28	9%	58	13%	129	24%	147	24%
COPD	1	44	28%	44	21%	48	18%	50	17%
	2	25	16%	28	13%	27	10%	28	10%
	3	33	20%	61	28%	66	25%	74	25%
	4	38	24%	39	18%	41	15%	43	15%
	5	9	6%	9	4%	20	7%	23	8%
	6	11	7%	32	15%	66	25%	74	25%
VRM	1	-	-	-	-	-	-	68	72%
	2	-	-	-	-	-	-	2	2%
	3	-	-	-	-	-	-	2	2%
	4	-	-	-	-	-	-	23	25%

Bron: Vektis

Bij VRM is te zien dat met name twee zorgverzekeraars in 2010 contracten hebben gesloten voor deze vorm van ketenzorg.

4. Marktgedrag

De marktstructuur én het marktgedrag zijn bepalend voor de publieke belangen. Waar in het vorige hoofdstuk de structuur van de markt centraal stond, gaat dit hoofdstuk nader in op het gedrag van partijen. Dit hoofdstuk beschrijft daarom aspecten die (mede) bepalen in welke mate marktpartijen hun rol (kunnen) oppakken.

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij voldoende, kwalitatief goede, betaalbare en doelmatige zorg inkopen en zorgaanbieders dienen deze zorg te leveren.³¹ Cliënten die ketenzorg nodig hebben, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars stimuleren door hun keuze voor een zorgaanbieder bewust te maken op basis van (kwaliteits-)criteria die voor de cliënten van belang zijn.

4.1 Zorginkoop

Om ketenzorg tot stand te laten komen, is het van belang dat er vooraf afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Een verzekeraar zal voorwaarden stellen bij zijn inkoop, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit van zorg, prestatiebeloning en prijs. Die contractdifferentiatie wordt in dit hoofdstuk en in hoofdstuk vijf in beeld gebracht.

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. Ook over deze zorginkoop geeft dit hoofdstuk informatie. Maar de meeste gegevens zijn verzameld over de inkoopmarkt verzekeraar-hoofdcontractant.

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.³²

³¹ Het gedrag van zorgaanbieders wat betreft het leveren van kwalitatief goede zorg valt buiten de scope van de marktscan en is onderdeel van het domein van de IGZ. Zie ook de inleiding op hoofdstuk 5.

³² De informatie in deze paragraaf is gebaseerd op een vragenlijst onder zorgverzekeraars en zorggroepen. In bijlage 1 is een nadere toelichting op deze bonnen opgenomen.

4.1.1 Contracteergraad

Zorgverzekeraar - zorggroep

De contracteergraad zegt iets over de mate waarin het zorgaanbod – in dit geval ketenzorg – is gecontracteerd door zorgverzekeraars.

In tabel 4.1 is daarom in beeld gebracht wat het contractaanbod van de zorgverzekeraars per soort ketenzorg is.

Tabel 4.1: Contractaanbod aan zorggroepen door zorgverzekeraars van DM2, COPD en VRM (2012)

Ketensort	Contractering	Verzekeraars
DM2	Aanbod aan alle zorggroepen	6
	Aanbod, maar niet aan alle zorggroepen	0
COPD	Aanbod aan alle zorggroepen	3
	Aanbod, maar niet aan alle zorggroepen	3
VRM	Aanbod aan alle zorggroepen	1
	Aanbod, maar niet aan alle zorggroepen	3
	Geen aanbod	2

Bron: NZa, verzekeraars

In de tabel is te zien dat niet alle zorgverzekeraars een contractaanbod doen aan alle zorggroepen in het kernwerkgebied voor COPD en VRM.³³ De meest genoemde redenen door zorgverzekeraars voor dit selectieve aanbod zijn het selectieve contracteerbeleid op basis van kwaliteit, het nog in ontwikkeling zijnde contractaanbod en het feit dat niet alle zorggroepen ketencontracten willen sluiten voor meerdere zorgsoorten.

Behalve aan zorgverzekeraars heeft de NZa (middels de RIVM-vragenlijst 2-meting zorggroepen) ook aan zorggroepen gevraagd naar de redenen om al dan niet in te gaan op het door de zorgverzekeraar aangeboden contract. Voor het merendeel van de ondervraagde zorggroepen waren er wat betreft DM2 en VRM geen redenen om geen contract te sluiten met de preferente zorgverzekeraar. Voor COPD hebben 23 zorggroepen een antwoord ingevuld. 10% van deze zorggroepen kiest ervoor om geen contract te sluiten vanwege het tarief, eveneens 10% niet omdat de zorgverzekeraar een eenzijdig format oplegt en 5% niet omdat men het niet eens kan worden over de zorginhoud.

Wat betreft contracten met de verre zorgverzekeraar zijn er meerdere redenen die de ondervraagde zorggroepen aangeven voor het niet sluiten van contracten. Bij contracten voor DM2 vindt 15% van de verzekeraars de tarieven die de zorggroep vraagt te hoog. Verder wordt ook genoemd dat verre verzekeraars niet reageren op het aanbod of een contract met eigen voorwaarden willen afsluiten. Het uitblijven van contracten voor COPD heeft dezelfde redenen waarbij vooral de eigen voorwaarden van de verzekeraar de grootste rol spelen. In het geval van VRM geeft bijna 50% van de zorggroepen aan dat verre zorgverzekeraars de tarieven te hoog te vinden.

Zorggroep (hoofdcontractant) - zorgaanbieders (onderaannemers)

In tabel 4.2 is weergegeven met welke zorgaanbieders (oftewel onderaannemers) de zorggroepen contracten hebben gesloten of in loondienst hebben genomen.

³³ Van de zeven bevroegde zorgverzekeraars hebben er zes antwoord gegeven op de vraag of per zorgsoort een contractaanbod aan alle zorgaanbieders in het kernwerkgebied was gedaan.

Tabel 4.2: Contracten zorggroepen met diverse onderaannemers (2011)³⁴

Onderaannemer	DM2 (n=42)	COPD (n=25)	VRM (n=14)
Huisarts	41	24	14
POH	40	23	14
Doktersassistent	24	13	9
Diabetes verpleegkundige	26	-	-
Diëtist	35	9	12
Internist	27	-	-
Oogarts	21	-	-
Optometrist	12	-	-
Laboratorium	21	5	5
Fysiotherapeut	5	9	2
Podotherapeut	24	-	-
Apotheker	7	7	1
Longverpleegkundige	-	11	2
Longarts	-	18	3

Bron: RIVM, 2-meting zorggroepen

Uit deze tabel blijkt bijvoorbeeld dat bij DM2 met fysiotherapeuten door zorggroepen het minst aantal contracten wordt gesloten. Het meest wordt er met huisartsen een contract gesloten.

Na uitvraag blijkt dat ongeveer de helft van alle zorggroepen samenwerkt met de zorgaanbieder van voorkeur. Dit geldt voor alle drie de aandoeningen. Met vrijwel alle type zorgverleners zijn er voorkeurscontracten afgesloten.

In tabel 4.3 is weergegeven hoeveel zorggroepen met bepaalde zorgaanbieders werkafspraken – niet zijnde een contract - hebben gemaakt.

Tabel 4.3: Top 5 zorgaanbieders (onderaannemers) waarmee zorggroepen werkafspraken hebben gemaakt (2011)

Nr	DM2	%	COPD	%	VRM	%
1	Internist (38)	93%	Longarts (22)	100%	Cardioloog (11)	92%
2	Diëtist (32)	78%	Fysiotherapeut (10)	45%	Diëtist (11)	92%
3	Oogarts (27)	66%	Diëtist (8)	36%	Internist (8)	67%
4	Podotherapeut (27)	66%	Apotheker (8)	36%	Fysiotherapeut (5)	5%
5	Fysiotherapeut (10)	24%	Longfunctielaborant (4)	18%	Apotheker (5)	5%

Bron: RIVM, 2-meting zorggroepen

In deze tabel is te lezen dat vrijwel alle zorggroepen met internisten werkafspraken hebben gemaakt voor DM2. Alle zorggroepen hebben voor COPD met longartsen werkafspraken gemaakt, 18% heeft met longfunctielaboranten werkafspraken gemaakt. Voor VRM heeft het merendeel van de zorggroepen werkafspraken met cardiologen en diëtisten gemaakt. Dit lijkt aan te sluiten bij het soort zorgvraag per type aandoening.

³⁴ Er was in de vragenlijst een beperkt aantal zorgaanbieders wat kon worden aangegeven. Over de andere soorten aanbieders is daarom geen informatie verzameld.

4.1.2 Onderhandelingsproces

Zorgverzekeraar - zorggroep

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

Afsluitdatum

Uitvraag over de datum waarop de contracten tussen zorggroepen (hoofdcontractant) en zorgverzekeraars definitief zijn afgesloten, leverde informatie op over de onderhandelingsduur en afsluitdata. Als afsluitdatum van de contracten voor 2012 wordt door de verzekeraars eind 2011 het meest genoemd, hoewel ook begin en midden 2011 en begin 2012 als afsluimoment genoemd worden.

Bij navraag naar de veranderingen in de uitvoeringslasten wegens invoering van de integrale bekostiging, gaven alle zorgverzekeraars aan dat deze is toegenomen. Meest genoemde reden voor verandering in de administratielast, is de grotere administratieve diversiteit. Een andere veelgenoemde reden is de controle op dubbele declaratie vanwege naast elkaar bestaande bekostigingssystemen.

Onderhandelingsduur

De onderhandelingsduur van de ketencontracten is volgens de verzekeraars gemiddeld genomen twee à drie maanden. De ondervraagde zorggroepen meldden gemiddeld vijf maanden onderhandeld te hebben over ketenzorgcontracten in 2011. Dit is hoger dan de verzekeraars rapporteren, maar de zorgverzekeraars geven de onderhandelingsduur voor 2012 aan.

Looptijden contract

61% van de zorggroepen geeft aan dat zij in 2011 een eenjarig contract hebben afgesloten met de preferente verzekeraar. De overige 39% heeft een meerjarig contract. De meerjarige contracten zijn voornamelijk maximaal voor twee jaar, enkele contracten zijn voor drie of vier jaar getekend.

Tevredenheid onderhandelingsproces en resultaten

Tenslotte is aan zorgverzekeraars gevraagd in hoeverre zij tevreden waren over het onderhandelingsproces en de daarmee bereikte resultaten. Uit onderstaande tabel blijkt dat het grootste deel van de zorgverzekeraars tevreden is over zowel het proces als de resultaten van het onderhandelingsproces. Met resultaten worden een aantal factoren bedoeld. Dat gaat bijvoorbeeld om zorginhoud, tarieven, kwaliteit en prestaties.

Tabel 4.4: Tevredenheid zorgverzekeraars over proces en resultaten contractonderhandelingen (2012)

Mate	Proces	Resultaten
Zeer tevreden	0	0
Tevreden	86%	86%
Ontevreden	14%	14%
Zeer ontevreden	0	0

Bron: NZa, verzekeraars

Ondanks het overwegend tevreden beeld dat uit tabel 4.4 naar voren komt, geven alle verzekeraars ook negatieve punten met betrekking tot het proces en het resultaat van de contractonderhandelingen.

Zo wordt bijvoorbeeld genoemd dat de zorggroep de rol als hoofdaannemer niet oppakt en zij niet transparant zijn. Dezelfde vragen zijn aan de zorggroepen gesteld.

Tabel 4.5: Tevredenheid zorggroepen over proces en resultaten contractonderhandelingen voor DM2 (2011)

Mate	Preferente zorgverzekeraar		Verre zorgverzekeraar	
	Proces	Resultaten	Proces	Resultaten
Zeer tevreden	12%	5%	0%	0%
Tevreden	49%	73%	52%	67%
Ontevreden	29%	22%	33%	31%
Zeer ontevreden	10%	0%	14%	2%

Bron: RIVM, 2-meting zorggroepen

Uit de bovenstaande tabel blijkt bijvoorbeeld dat ongeveer 60% van de zorggroepen tevreden is over het *proces* van de onderhandelingen over DM2 met de preferente zorgverzekeraar. Als gekeken wordt naar de tevredenheid wat betreft het *resultaat* van de contractonderhandelingen, blijkt bijvoorbeeld bijna 80% tevreden en 20% ontevreden over de preferente zorgverzekeraar.

De verhoudingen in de tabel zijn voor alle drie de ketens vrijwel hetzelfde. Alleen zijn er verhoudingsgewijs meer zorggroepen ontevreden over het proces van onderhandeling voor VRM met de verre verzekeraar, dan bij de andere twee zorgketens.

Zorggroep (hoofdcontractant) - zorgaanbieders (onderaannemers)
 Het overgrote deel van de zorggroepen blijkt tevreden over zowel het proces als het resultaat van de onderhandelingen met de zorgaanbieders. Er zijn zelfs enkele zorggroepen die zéér tevreden zijn over de onderhandelingen, maar daartegenover zijn er ook enkele zorggroepen die óntevreden zijn over de onderhandelingen. Als er wel knelpunten waren omtrent de contractonderhandelingen, dan was dit met name bij de onderhandelingen met diëtisten zo blijkt uit onderstaande tabel.

Tabel 4.6: Zorgaanbieders waarbij hoofdcontractanten knelpunten ervaren in de contractonderhandelingen bij DM2, COPD en VRM (2011)

Zorgaanbieder	DM2	COPD	VRM
Huisartsen	2	0	0
Diëtisten	11	0	4
Internisten	5	-	-
Oogartsen	3	-	-
Laboratoria	3	-	-
Fysiotherapeuten	-	0	1
(Medisch) Psycholoog	-	-	0
Longartsen	-	2	-
Apothekers	-	1	-

Bron: RIVM, 2-meting zorggroepen

4.1.3 Mate van contractdifferentiatie

Zorgverzekeraar - zorggroep

De mate van contractdifferentiatie zegt iets over de invulling van inkooprol door een zorgverzekeraar. Door het differentiëren met contracten kunnen bijvoorbeeld beter presterende zorgaanbieders worden beloond in de vorm van een voor hen gunstiger tarief.

In tabel 4.7 is weergegeven waarom verzekeraars een verschillend tarief hebben afgesproken met verschillende zorggroepen, terwijl het over dezelfde soort ketenzorg gaat.

Tabel 4.7: Redenen prijsdifferentiatie (2012)

Reden	% verzekeraars met deze reden
Inhoudelijke verschillen in het zorgprogramma	67%
De ketenzorgaanbieder heeft relatief weinig volumemogelijkheden, daarom is een hoger tarief nodig voor dekking van de vaste kosten	67%
Gevolg van de betere onderhandelingsvaardigheden van de verzekeraar	50%
Gevolg van de betere onderhandelingsvaardigheden van de ketenzorgaanbieder	50%
Efficiëntievoordeel doordat ketenzorgaanbieder meerdere ketens aanbiedt	50%
Verschillen in zorgzwaarte patiëntenpopulatie	50%
Historisch hoger tarief voor koploperaanbieders	33%
De ketenzorgaanbieder met het hogere tarief levert betere zorg	17%

Bron: NZa, verzekeraars

Zoals te zien in bovenstaande tabel, worden twee redenen het meest genoemd als verklaring voor prijsdifferentiatie: het verschil in inhoud van het zorgprogramma en de aan-/afwezigheid van volumemogelijkheden voor de dekking van de vaste kosten van de zorggroep.

Bij navraag aan zorggroepen over de totstandkoming van het tarief, blijkt dat in het geval van DM2 contracten door ongeveer de helft van de zorggroepen onderhandeld is over de tarieven. Bij 30% van de zorggroepen is het door de verzekeraar voorgestelde tarief geaccepteerd en bij 17% heeft juist de zorggroep het tarief vastgesteld, wat door de verzekeraar is overgenomen.

Bij VRM zijn de tarieven bij bijna 70% van de zorggroepen door onderhandeling tot stand gekomen. Geen enkele zorggroep heeft een door de verzekeraar voorgesteld tarief overgenomen en 31% van de zorggroepen heeft zelf het tarief vastgesteld, wat door de verzekeraar is overgenomen.

In tabel 4.8 worden de meest genoemde maatstaven voor de contractuele totstandkoming van het tarief gegeven, in de optiek van de verzekeraar.

Tabel 4.8: Top 5 maatstaven over hoe het tarief is afgesproken tussen verzekeraar en zorgaanbieder (2012)

Ketensoort	1	2	3	4	5
DM2	Kwaliteitsniveau aanbieder (5)	Onderhandelingsmacht zorgaanbieder (5)	Zorgzwaarte patiëntenpopulatie (4)	Serviceniveau zorgaanbieder (4)	Volume (4) en onderhandelingsmacht verzekeraar (4)
COPD	Kwaliteitsniveau zorgaanbieder (5)	Onderhandelingsmacht zorgaanbieder (4)	Zorgzwaarte patiëntenpopulatie (4)	Serviceniveau zorgaanbieder (4)	Volume (4)
VRM	Kwaliteitsniveau zorgaanbieder (4)	Onderhandelingsmacht zorgaanbieder (4)	Zorgzwaarte patiëntenpopulatie (4)	Volume (4)	-

Bron: NZa, verzekeraars

In bovenstaande tabel is te zien dat het kwaliteitsniveau van de zorggroep voor alle drie de soorten ketenzorgcontracten de belangrijkste maatstaf (of één van de belangrijkste maatstaven) is voor het afgesproken tarief tussen zorggroep en de zorgverzekeraar.

De mogelijke bekostigingsmethoden worden in tabel 4.9 weergegeven, met het aantal contracten dat volgens de desbetreffende methode is gesloten.

Tabel 4.9: Aantal contracten naar bekostigingsmethode (2012)

Ketensoort	Bekostigingsmethode	Aantal
DM2	Integrale bekostiging	121
	Koptarief	15
COPD	Integrale bekostiging	68
	Koptarief	20
	Beleidsregel innovatie	1
VRM	Integrale bekostiging	31
	Koptarief	11

Bron: NZa, verzekeraars

Een veel genoemde reden om te kiezen voor integrale bekostiging is dat de zorggroepen verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, coördinatie, afstemming en samenwerking tussen de verschillende partijen, waardoor een integraal en samenhangend zorgaanbod resulteert. Reden voor zorgverzekeraars om toch te kiezen voor het koptarief is bijvoorbeeld het voorkomen van dubbele declaraties.

4.1.4 Regionaal versus landelijk inkopen

Zoals in het begin van paragraaf 4.1 reeds is aangegeven kunnen zorgverzekeraars kiezen om een eigen contract te sluiten of om de overeenkomst van een andere zorgverzekeraar te volgen.

Het zegt daarmee iets over de mate waarin zorgverzekeraars vooral in hun eigen werkgebied hun inkooprol oppakken of dat ook juist landelijk doen.

Tabel 4.10 zoomt allereerst in op het aantal eigen contracten per verzekeraar, waarbij zowel het aantal als het aandeel van de eigen contracten per ketenzorgsoort wordt weergegeven.

Op deze manier kan worden gezien of alle verzekeraars een vergelijkbare verdeling hebben over de zorgsoorten wat betreft het sluiten van eigen contracten.

Tabel 4.10: Aantal eigen contracten per verzekeraar (2012)

Verzekeraar	DM2	%	COPD	%	VRM	%
1	41	68%	19	32%	0	-
2	33	46%	20	28%	18	25%
3	4	57%	3	43%	0	-
4	1	33%	1	33%	1	33%
5	23	43%	19	35%	12	22%
6	23	50%	16	35%	7	15%
7	11	37%	13	43%	6	20%
Totaal	136		91		44	

Bron: NZa, verzekeraars

Uit bovenstaande tabel blijkt bijvoorbeeld dat verzekeraar één zich met name richt op DM2 en niet op VRM. Niet alle verzekeraars contracteren VRM. COPD en DM2 worden door alle verzekeraars gecontracteerd, maar niet in gelijke mate.

In onderstaande tabel is het kernwerkgebied van een verzekeraar gedefinieerd als de postcodes waar de desbetreffende verzekeraar de meeste verzekerden heeft van alle verzekeraars. De verzekeraars geven aan dat de zorgaanbieders waarmee zij een (eigen) overeenkomst hebben gesloten, allemaal zijn gevestigd in het kernwerkgebied van de verzekeraar. Dit is een kwalitatief onderzoek. De NZa heeft een aanvullende kwantitatieve analyse uitgevoerd om dit te toetsen. Het kernwerkgebied wordt beschouwd als de regio op basis van postcodes waar de verzekeraar de meeste verzekerden heeft.

Tabel 4.11: Contractering door zorgverzekeraars van DM2, COPD en VRM buiten het kernwerkgebied (2012)

Ketensort	Contract	Verzekeraars	Contracten
DM2	Wel contract	5	22
	Geen contract	2	-
COPD	Wel contract	3	17
	Geen contract	4	-
VRM	Wel contract	3	9
	Geen contract	4	-

Bron: NZa, verzekeraars

Uit bovenstaande tabel blijkt dat zorgverzekeraars ook buiten het werkgebied eigen contracten sluiten. Voor DM2 meer dan bij COPD en VRM. Dit kan samenhangen met de door zorggroepen in paragraaf 4.1.1 genoemde redenen.

Tabel 4.12 zoomt verder in op het aantal volgcontracten per verzekeraar, waarbij zowel het aantal als het aandeel van de volgcontracten per ketenzorgsoort wordt weergegeven. Op deze manier kan gezien worden of alle verzekeraars een vergelijkbare verdeling hebben over de zorgsoorten wat betreft het volgen van contracten van andere verzekeraars.

Tabel 4.12: Aantal volgcontracten per verzekeraar (2012)

Verzekeraar	DM2	%	COPD	%	VRM	%
1	68	81%	16	19%	0	0%
2	76	68%	32	29%	3	3%
3	72	50%	47	33%	24	17%
4	85	64%	32	24%	16	12%
5	82	77%	25	23%	0	0%
6	75	79%	17	18%	3	3%
7	126	73%	46	27%	0	0%
Totaal	584		215		46	

Bron: NZa, verzekeraars

Uit bovenstaande tabel blijkt bijvoorbeeld dat verzekeraar een het minste aantal volgcontracten heeft voor zowel DM2 en COPD. Dit hangt samen met het hoge aantal eigen contracten die deze verzekeraar heeft afgesloten. Tevens valt af te lezen dat bij verzekeraar een het aantal volgcontracten voor DM2 hoger is dan voor COPD.

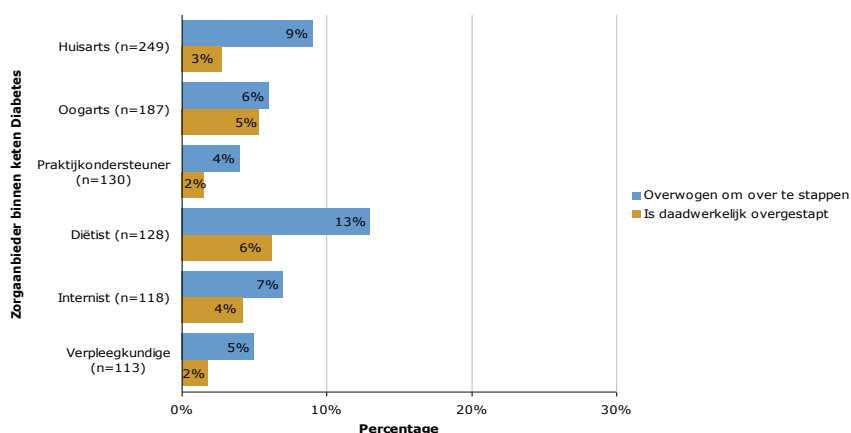
4.1.5 Aantal signalen over misstanden zorginkoop

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.

4.2 Overstapdrag cliënten

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd middels haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de overwegingen om over te stappen van de ene naar de andere zorgaanbieder, zowel binnen als buiten de zorggroep. In onderstaand figuur is voor DM2 weergegeven hoeveel respondenten hebben overwogen om over te stappen en hoeveel van hen daadwerkelijk zijn overgestapt.

Figuur 4.1: Overstapdrag bij DM2



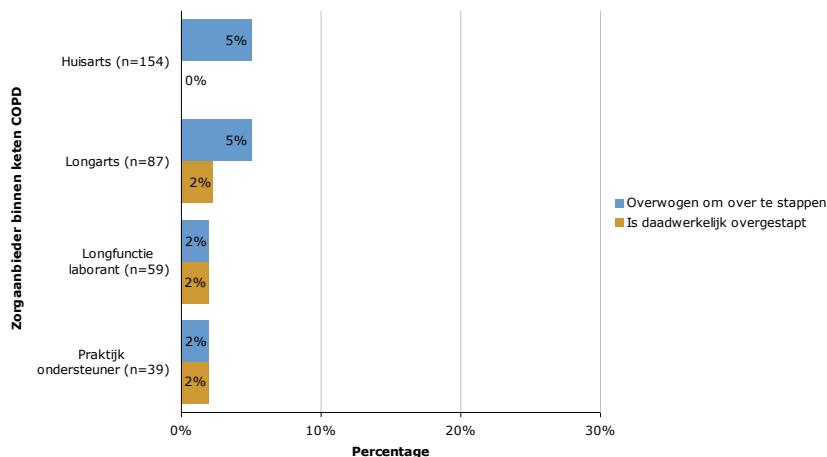
Bron: Motivaction

Uit figuur 4.1 valt op te maken dat 9% van de respondenten heeft overwogen om over te stappen naar een andere huisarts.

3% heeft dit daadwerkelijk gedaan, wat ongeveer eenderde is. Bij de verpleegkundigen is dit ook bijna eenderde deel. Bij de oogartsen hebben vrijwel alle respondenten die overwogen om over te stappen, dit ook daadwerkelijk gedaan. Bij de overige zorgaanbieders is dit percentage ongeveer de helft.

In onderstaande twee figuren is voor COPD en VRM weergegeven hoeveel respondenten hebben overwogen om over te stappen en hoeveel van hen daadwerkelijk zijn overgestapt.

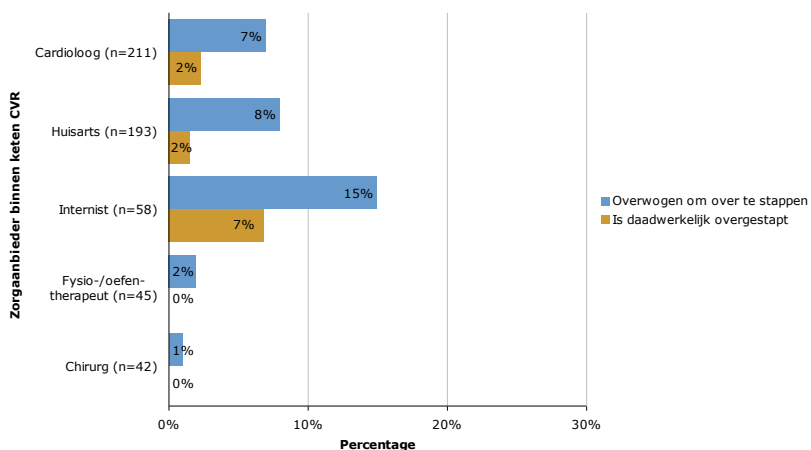
Figuur 4.2: Overstapgedrag bij COPD



Bron: Motivaction

Uit figuur 4.2 valt op dat 5% van de respondenten heeft overwogen om over te stappen naar een andere huisarts, terwijl 0% dit daadwerkelijk heeft gedaan. Bij de longfunctielaborant en de praktijkondersteuner zijn beide percentages gelijk.

Figuur 4-3: Overstapgedrag bij VRM



Bron: Motivaction

Figuur 4.3 ten slotte laat zien dat 15% van de respondenten heeft overwogen om over te stappen naar een andere internist, terwijl 7% dit daadwerkelijk heeft gedaan. Bij de fysiotherapeut en de chirurg is niemand daadwerkelijk overgestapt.

Respondenten konden aangeven waarom zij behoefte hadden om over te stappen. Bij de huisarts werd als reden voor de wens om overstappen bijvoorbeeld ontevredenheid over de behandeling of een slechte bereikbaarheid genoemd. Bij de diëtist werd naast ontevredenheid over de behandeling, ook de manier waarop men werd bejegend genoemd.

Als reden waarom sommige respondenten toch niet overstapten, werd bij DM2 genoemd dat het 'teveel gedoe' was. Bij COPD en VRM werd geen duidelijke reden genoemd.

5. Kwaliteit

In de vorige twee hoofdstukken is gekeken naar de marktstructuur en het marktgedrag van de verschillende spelers in de ketenzorg. Marktstructuur en –gedrag zijn bepalend voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een markt. Dit hoofdstuk gaat nader in op de eerste van de drie genoemde publieke belangen: de kwaliteit van de zorg.

Met betrekking tot die kwaliteit van zorg zijn de volgende aspecten te onderscheiden:

- de daadwerkelijke kwaliteit van zorg, waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt;
- de transparantie van zorg die cliënten, zorgkantoren nodig hebben om een keuze te maken c.q. zorg in te kopen.

In dit hoofdstuk worden diverse indicatoren van kwaliteit in beeld gebracht.

5.1 Kwaliteit van zorg

De NZa ziet niet toe op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg en 'meet' de kwaliteit dus niet. Wél volgt de NZa een aantal indicatoren die haar een beeld geven van de daadwerkelijke kwaliteit in een sector, te weten:

- (verscherpt) toezicht door IGZ;
- het aantal behaalde kwaliteitskeurmerken;
- de ontwikkeling van de indicatoren voor de kwaliteit van zorg.

5.1.1 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 totaal houdt de IGZ toezicht op circa 25 wetten. Wanneer een zorgaanbieder niet voldoet aan de wettelijke eisen van de kwaliteitwet dan grijpt de IGZ in. Enkele maatregelen die de IGZ kan opleggen zijn het opleggen van een bestuurlijke boete of het instellen van verscherpt toezicht, bevel of aanwijzing. De keuze voor een maatregel hangt af van de mate van risico's voor verantwoorde zorg. Het eisen van een verbeterplan, inclusief verbeteractiviteiten en een tijdpad is een minder vergaande vorm van handhaving dan bijvoorbeeld het instellen van verscherpt toezicht.

In de periode september tot en met december 2011 heeft IGZ twintig willekeurige gekozen zorggroepen bezocht. Het doel van het toezicht was na te gaan in hoeverre de implementatie van de NDF zorgstandaard Diabetes is geslaagd. De volgende deelvragen werden beantwoord:

1. In welke mate is de NDF-zorgstandaard Diabetes geïmplementeerd?
2. In hoeverre waarborgen zorggroepen de continuïteit in de zorg door samenwerking, coördinatie en afstemming tussen de betrokken zorgverleners?
3. Wat is de rol van besturen van zorggroepen bij de implementatie van de NDF-zorgstandaard Diabetes?

Tijdens de bezoeken heeft IGZ zowel met het management van de zorggroep als met huisartsen en praktijkondersteuners (POH'ers) gesproken. Daarnaast heeft zij beleidsdocumenten ingezien en enkele patiëntendossiers geraadpleegd.

De IGZ richtte haar aandacht specifiek op vijf thema's: Diabetesdossier, Individueel zorgplan, Aandacht voor preventie en zelfmanagement, Continuïteit van zorg en Kwaliteit en transparantie. Voor elk thema is een aantal normen geformuleerd. In totaal heeft de inspectie negentien normen beoordeeld op basis van een driepuntschaal: 'voldoet aan norm', 'voldoet deels aan norm' en 'voldoet niet aan norm'. Deze beoordeling is vastgelegd in een toetsingskader. Het rapport van dit onderzoek verschijnt in september 2012.

5.1.2 Kwaliteitskeurmerken

Om kwaliteit te kunnen meten en weergeven wordt er gebruik gemaakt van indicatoren. Er zijn verschillende soorten indicatoren. Zo is een kwaliteitskeurmerk een uitkomstindicator, die weliswaar de kwaliteit van de geleverde zorg niet direct meet maar wel aangeeft dat de zorgaanbieder voldoet aan een bepaalde norm.

Vier zorggroepen van de 42 respondenten geven aan een gecertificeerd kwaliteitssysteem te gebruiken. Voorbeelden daarvan zijn ISO, INK en HKZ Ketenzorg. 24 zorggroepen geven aan op het niveau van de huisartsenpraktijk een gecertificeerd kwaliteitssysteem te gebruiken en 10 zorgaanbieders geven aan geen gebruik te maken van een dergelijk systeem.

Er wordt hier geen waardeoordeel aan de verschillende systemen gegeven; in bijlage 4 is een toelichting op de kwaliteitssystemen opgenomen.

5.1.3 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 indicatoren. Elke indicator geeft informatie over de mate van kwaliteit van een aspect van de gezondheidszorg. Het inzichtelijk en meetbaar maken van kwaliteit is zeer complex. Vanwege deze complexiteit zijn er nog veel indicatoren in de zorg in ontwikkeling.

Er is een minimale dataset uitgevraagd over de diabeteszorg door zorggroepen over verslagjaar 2010. Over verslagjaar 2011 worden zorginhoudelijke kwaliteitsgegevens uitgevraagd met behulp van een indicatorenset die onder leiding van Zichtbare Zorg tot stand is gekomen. Een generieke indicatorenset over de kwaliteit van de ketenzorg is in ontwikkeling (patiëntendossier, multidisciplinariteit, individueel zorgplan etc.) Voor COPD is een zorginhoudelijke indicatorenset beschikbaar, voor VRM-zorg is zo'n set in ontwikkeling. Zie ook de informatie over dit onderwerp in paragraaf 2.4.

5.2 Transparantie van zorg

Transparantie van zorg is van belang voor cliënten, zodat ze een overwogen keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder. Transparantie van zorg is tevens van belang voor zorgverzekeraars voor de inkoop van zorg.

5.2.1 Ervaringen cliënten met informatie over ketenzorg

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd middels haar consumentenpanel onderzoek te doen onder consumenten, om zicht te krijgen op het keuzeproces van cliënten met een chronische aandoening; hoe komen zij tot hun keuze voor een zorgaanbieder?

Aan de respondenten is gevraagd naar de wijze waarop zij bij de zorgaanbieder terecht zijn gekomen. In onderstaande tabel zijn de belangrijkste manieren weergegeven voor de keten DM2. Voor de ketens COPD en VRM zijn vergelijkbare tabellen opgenomen in bijlage 4.

Tabel 5.1: Hoe bij zorgverlener terechtgekomen DM2

	Huisarts	Oogarts	Praktijk ondersteuner	Diëtist	Internist	Verpleegkundige
Doorverwezen	7%	61%	63%	54%	54%	62%
Zelf gekozen	60%	21%	13%	22%	17%	14%
Praktijk is overgenomen	17%	3%	6%	3%	5%	3%
Doorverwezen naar zorgverlener van mijn keuze	2%	10%	6%	11%	9%	7%
Spoedgeval	2%	3%	1%	4%	10%	7%
Als kind hier terecht gekomen	6%	-	1%	-	-	1%
Geen van deze/weet niet	6%	2%	10%	6%	4%	6%
Aantal respondenten	249	187	130	128	118	113

Bron: Motivaction

Uit bovenstaande tabel blijkt dat 60% van de respondenten zelf een huisarts heeft uitgezocht, terwijl het merendeel zich laat doorverwijzen naar een oogarts, praktijkondersteuner, diëtist, internist en verpleegkundige. Bij het kiezen van een huisarts laten respondenten zich met name leiden door advies en ervaring uit de omgeving van de respondent.

Gevraagd naar de belangrijkste overwegingen om te kiezen voor een zorgaanbieder, is in onderstaande tabel een top 3 weergegeven voor de keten DM2. Voor de ketens COPD en VRM is een vergelijkbaar figuur opgenomen in bijlage 4.

Tabel 5.2: Top 3 overwegingen bij keuze voor zorgverlener DM2

	Huisarts	Oogarts	Praktijk ondersteuner	Diëtist	Internist	Verpleegkundige
Nummer 1	Locatie/ligging	Kwaliteit	Zelfde praktijk	Zelfde praktijk	Kwaliteit	Zelfde praktijk
Nummer 2	Kwaliteit	Locatie/ligging	Kwaliteit	Locatie/ligging	Specialisten	Kwaliteit
Nummer 3	Vriendelijkheid	Specialisten	Locatie/ligging	Kwaliteit	Zelfde praktijk	Locatie/ligging
Aantal respondenten	190	149	105	103	88	89

Bron: Motivaction

Uit bovenstaande tabel blijkt onder meer dat voor de keuze van een huisarts de locatie de belangrijkste overweging is. Voor de keuze in de tweedelijnszorg, de oogarts en de internist, blijkt kwaliteit het belangrijkste te zijn. Tevens is onderzocht welke informatiebronnen de respondenten hebben gebruikt en welke overwegingen voor hen belangrijk waren bij het maken van hun keuze voor een zorgaanbieder.

In onderstaande tabel zijn de twee belangrijkste informatiebronnen weergegeven.

Tabel 5.3: Informatie die een rol heeft gespeeld bij keuze voor zorgverlener DM2

	Huisarts	Oogarts	Praktijk ondersteuner	Diëtist	Internist	Verpleegkundige
Doorverwijzing	11%	70%	79%	77%	74%	77%
Advies/ervaring uit omgeving	36%	8%	3%	11%	12%	2%
Aantal respondenten	233	187	129	128	118	112

Bron: Motivaction

Uit bovenstaande tabel blijkt nogmaals dat de doorverwijzer een belangrijke informatiebron is waar zorgconsumenten hun keuze voor een aanbieder op baseren. Dit geldt niet voor het kiezen van een huisarts: voor deze keuze maken de meeste zorgconsumenten gebruik van informatie en advies van mensen uit hun naaste omgeving. Weinig respondenten hebben aangegeven dat zij informatie van internet of uit de media hebben gebruikt om tot hun keuze van een van de zorgverleners komen, te weten 4% respectievelijk 2%. De antwoorden van respondenten weken weinig af waar het de ketens COPD of VRM betrof.

Naast de informatie en overwegingen die een rol hebben gespeeld, is gevraagd naar het proces: hebben respondenten bij hun keuze meerdere zorginstellingen met elkaar vergeleken en, als zij dat niet hebben gedaan, waarom hebben zij dat dan niet gedaan. De eerste tabel hieronder geeft het aantal respondenten dat wel en niet zorgverleners met elkaar heeft vergeleken. De tweede tabel hieronder geeft de vijf belangrijkste redenen waarom respondenten niet hebben vergeleken.

Tabel 5.4: Vergelijking van zorgverlener DM2

Organisatie	Huisarts	Oogarts	Praktijk ondersteuner	Diëtist	Internist	Verpleegkundige
Organisaties niet vergeleken	69%	77%	75%	84%	83%	85%
Organisaties wel vergeleken	23%	17%	7%	21%	15%	8%
Weet niet	9%	5%	9%	4%	2%	7%
Aantal respondenten	233	187	129	128	118	112

Bron: Motivaction

Tabel 5.5: Redenen geen zorgverleners met elkaar vergeleken DM2

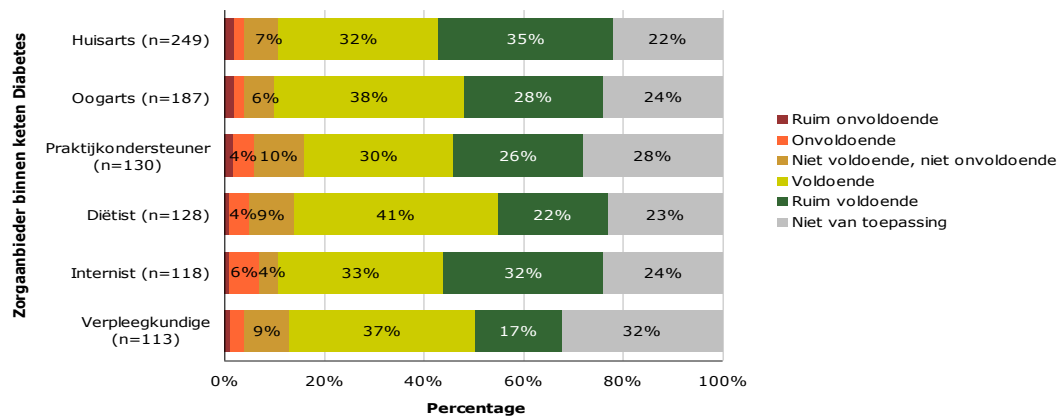
	Huisarts	Oogarts	Praktijk ondersteuner	Diëtist	Internist	Verpleegkundige
Geen behoefte aan/geen reden toe	61%	42%	40%	47%	42%	45%
Werd doorverwezen	10%	57%	47%	43%	45%	46%
Aangeraden door familie / vrienden	19%	3%	6%	4%	10%	1%
Te veel gedoe	15%	11%	16%	13%	12%	12%
Wist niet dat dit mocht	7%	8%	7%	15%	8%	12%
Aantal respondenten	233	187	129	128	118	112

Bron: Motivaction

Veel respondenten gaven aan geen behoefte te hebben om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken. Bij zorgverleners, anders dan de huisarts, speelt doorverwijzing een belangrijke rol.

Om op een goede manier een keuze te kunnen maken voor een zorgaanbieder is het van belang dat voldoende informatie aanwezig is. Respondenten is gevraagd of zij een oordeel konden geven of zij over voldoende informatie konden beschikken om tot een keus te komen. In onderstaand figuur zijn de resultaten voor de keten DM2 weergegeven. Voor de ketens COPD en VRM is een vergelijkbaar figuur opgenomen in bijlage 4.

Figuur 5.1: Was voldoende informatie aanwezig om een goede keuze te kunnen maken voor de zorgaanbieder DM2



Bron: Motivaction

Waar van toepassing, geeft circa twee derde van de respondenten bij huisarts, oogarts, diëtist en internist aan over (ruim) voldoende informatie te beschikken om een keuze te kunnen maken. Bij de praktijkondersteuner en de verpleegkundige is dit ruim de helft. Weinig respondenten geven aan over (ruim) onvoldoende informatie te beschikken.

5.2.2 Informatievoorziening cliënten door zorgverzekeraar

In deze paragraaf wordt de informatievoorziening van cliënten door zorgverzekeraars in beeld gebracht. De vraag is of en zo ja, h oe de zorgverzekeraars cliënten informeren over de tarifiering van de verschillende ketens. In tabel 5.6 zijn de manieren gegeven waarop verzekeraars cliënten wijzen op de overeengekomen tarieven met de zorgaanbieders.

Tabel 5.6: Informatievoorziening verzekerden wat betreft afgesproken tarieven met ketenzorgaanbieders (2012)

Methode	Verzekeraars	%
Niet	3	43%
Via het Klantencontactcentrum	1	14%
Via internet	3	43%
Via polisvoorwaarden	1	14%

Bron: NZa, verzekeraars

Uit de tabel blijkt dat een groot deel van de verzekeraars de cliënten niet informeert omtrent de tarieven. Een even groot deel van de verzekeraars informeert de cliënten via de website. Eén verzekeraar informeert de cliënten op twee manieren, waardoor het totale aantal meer is dan de zeven bevroegde verzekeraars.

5.2.3 Informatie voor zorgverzekeraars

Om een goede invulling aan hun rol als zorginkoper te geven, hebben zorgverzekeraars inzicht nodig in de kwaliteit van de te leveren zorg door zorgaanbieders. De gemaakte kwaliteitsafspraken met de zorgaanbieders geven hier voor een deel invulling aan. In tabel 5.7 zijn de, uit het oogpunt van de verzekeraar, meest genoemde kwaliteitsafspraken weergegeven per zorgsoort. Tussen haakjes staat het aantal keren dat het antwoord is genoemd.

Tabel 5.7: Top 5 gemaakte kwaliteitsafspraken verzekeraar en zorgaanbieder (2012)

Zorgvorm	1	2	3	4	5
DM2	Levering conform zorgstandaard (7)	Verplichte bij-/nascholing (7)	Protocollair handelen (7)	Patiënt uitkomsten (5)	Patiëntervarings-uitkomsten/-patiënttevredenheid (5)
COPD	Protocollair handelen (7)	Levering conform zorgstandaard (6)	Verplichte bij-/nascholing (6)	Patiënt uitkomsten (5)	Patiëntervarings-uitkomsten/-patiënttevredenheid (4)
VRM	Protocollair handelen (5)	Levering conform zorgstandaard (5)	Verplichte bij-/nascholing (5)	Patiënt uitkomsten (4)	Voorwaarden op het gebied van continuïteit van zorg (4)

Bron: NZa, verzekeraars

Uit bovenstaande tabel blijkt dat protocollair handelen, levering conform zorgstandaard en verplichte bij- en/of nascholing veel gemaakte kwaliteitsafspraken zijn tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder bij de ketencontracten van zowel DM2, COPD als VRM.

Tabel 5.8 gaat in op de invulling van de tussen verzekeraar en zorgaanbieder gemaakte afspraken. Tussen haakjes staan de aantallen verzekeraars die dit antwoord hebben gegeven voor respectievelijk DM2, COPD en VRM.

Tabel 5.8: Afspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder met betrekking tot bij-/nascholing, certificering, patiëntenuitkomsten en patiëntervaringsuitkomsten (2012)

Maatstaf	1	2	3
Bij-/Nascholing	Benodigde na-/bijscholing zodat zorgverleners aan kwaliteitseisen beroepsgroep voldoen (5/4/3)	Motivational interviewing (3/3/3)	Jaarlijkse scholingscyclus voor alle deelnemende disciplines (1/1/0)
Certificering	Ingeschreven in kwaliteitsregister voor levering SMR (1/1/1)	NHG en HKZ (1/1/1)	
Patiëntenuitkomsten	ZiZo-indicatoren (3/2/1)	NHG-indicatoren (1/1/1)	Indicatoren op proces- en uitkomstniveau (0/1/1)
Patiëntervaringsuitkomsten	CQ index (3/2/1)	Klanttevredenheids-onderzoek (1/1/1)	

Bron: NZa, verzekeraars

Voorts kwam uit het onderzoek naar voren:

- De benodigde na-/bijscholing waardoor de zorgverleners blijven voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep is de meest genoemde kwaliteitseis wat betreft na-/bijscholing binnen de contracten van alle drie de ketentypes.
- Daarnaast is motivational interviewing eveneens een vaak contractueel vastgelegde na-/bijscholingseis.
- Een veel gevraagde certificering is het ingeschreven zijn in het kwaliteitsregister indien levering van het stoppen met roken programma onderdeel van het contract is.
- Patiëntenuitkomsten moeten vaak volgens ZiZo-indicatoren aan bepaalde niveaus voldoen.
- Patientervaringsuitkomsten worden vaak volgens de CQ (consumer quality) index gewaardeerd.

Op de vraag of de verzekeraars de gemaakte kwaliteitsafspraken ook daadwerkelijk controleren antwoordden alle verzekeraars bevestigend; verzekeraars controleren middels:

- een monitor (1)
- indicatoren (5)
- CQ-index (1)
- verantwoordingsdocument (1)
- gestandaardiseerde rapporten (1)

De verzekeraars is daarnaast ook gevraagd hoe ze zorgaanbieders sturen om de afgesproken kwaliteitseisen realiseren. In tabel 5.9 worden de genoemde sturingsmethoden getoond.

Tabel 5.9: Sturing zorgaanbieders op realisatie afgesproken kwaliteitsuitkomsten door zorgverzekeraars (2012)

Methode	Aantal keren genoemd	%
Benchmarken	2	29%
Overeenkomst	2	29%
Bespreken/evalueren indicatoren	3	43%
Gesprekken met medisch adviseurs	1	14%

Bron: NZa, verzekeraars

Het bespreken en evalueren van de vereiste indicatoren geeft volgens veel verzekeraars een houvast om de zorgaanbieders te sturen op de gemaakte afspraken. Daarnaast zijn benchmarks en overeenkomsten genoemde middelen om de prestaties van zorgaanbieders te evalueren en bij te sturen.

5.2.4 Signalen intransparantie van zorg

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 intransparantie van ketenzorg.

6. Toegankelijkheid

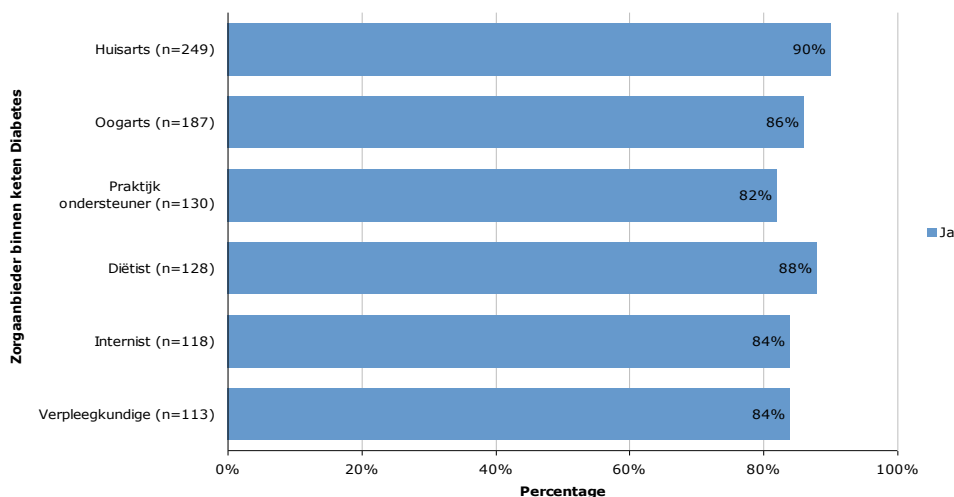
Dit hoofdstuk gaat in op het tweede genoemde publieke belang, namelijk de daadwerkelijke toegang van patiënten tot ketenzorg. Van toegankelijkheid van zorg is sprake, als patiënten die zorg behoeven, deze zorg ook daadwerkelijk binnen een redelijke termijn ontvangen. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de fysieke toegankelijkheid: de wachttijden.

6.1 Gemiddelde wachttijd

De gemiddelde wachttijd geeft aan hoe lang een patiënt moet wachten alvorens hij de zorg ontvangt die nodig is. Deze indicator vormt daarmee een van de twee indicatoren die de fysieke toegang tot zorg weergeven. Uit navraag bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijkt dat zij hier geen zicht op hebben.

Het door onderzoeksbureau Motivaction in opdracht van de NZa uitgevoerde onderzoek onder consumenten geeft antwoord op de vraag of consumenten terecht konden bij de zorgverlener van hun eerste keuze. In onderstaand figuur zijn de resultaten weergegeven voor de keten DM2. De resultaten voor de ketens COPD en VRM zijn opgenomen in bijlage 4.

Figuur 6.1: Kon u terecht bij de zorgverlener van uw eerste keuze bij de keten DM2?



Bron: Motivaction

In alle gevallen geeft meer dan 80% van de respondenten aan terecht te kunnen bij de zorgverlener van hun eerste keuze.

Ten slotte is aan consumenten gevraagd wat zij een acceptabele wachttijd vinden en wat voor hen de werkelijke wachttijd was. Uit het onderzoek is gebleken dat voor alle drie de ketens, voor alle zorgverleners, gold dat de respondenten over het algemeen in werkelijkheid minder lang hebben hoeven wachten dan de tijd die zij acceptabel zouden hebben gevonden om te wachten.

7. Betaalbaarheid

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

Er wordt een analyse uitgevoerd van de werkelijk gemaakte kosten voor ketenzorg, waarbij de indeling plaatsvindt per chronische aandoening en per bekostigingsmethode. Zoals in hoofdstuk 1 al beschreven ontbreekt informatie over de methode koptarief in de kostengegevens.

Deze analyse kijkt op onderdelen af van de analyses die het RIVM heeft uitgevoerd ten behoeve van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. In bijlage 2 is dit verschil uitgebreid toegelicht.

7.1 Volume

Een eerste indicator om iets te zeggen over de betaalbaarheid van ketenzorg betreft het volume. Het volume in deze marktscan wordt in beeld gebracht door het aantal patiënten³⁵ per jaar wat ketenzorg heeft ontvangen, weer te geven. In tabel 7.1 zijn alle patiënten die gericht zorg ontvangen voor de chronische aandoeningen en waarvoor op enig moment in het jaar kosten zijn gedeclareerd, weergegeven.³⁶ In de tabellen is gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen als een patiënt in enig jaar onder verschillende bekostigingsmethoden viel. De patiënten zijn daarvoor naar rato verdeeld. Zo telt een patiënt waarvoor drie kwartalen integrale tarieven zijn gedeclareerd en één kwartaal losse tarieven mee als 0,75 integrale bekostiging en 0,25 losse bekostiging.

Met betrekking tot het jaar 2010 dient een voorbehoud te worden gemaakt. Uit de onderliggende data blijkt dat het jaar 2010 nog niet volledig is uitgedeclareerd. Vektis hanteert hiervoor de richtlijn dat acht kwartalen moeten zijn verlopen na begin van het jaar voordat de declaratie voor ziekenhuiskosten en GGZ volledig is. Voor 2010 is ten tijde van de aanlevering van de data voor de analyse slechts gedurende vijf kwartalen gedeclareerd.³⁷ De bedragen en aantallen die in de volgende tabellen voor 2010 zijn gerapporteerd geven daardoor een onderschatting, met name voor langdurige zorg (langlopende DBC's) waarvan de kosten erg hoog kunnen zijn.

³⁵ Zie voor de opbouw van het patiëntenbestand bijlage 1.

³⁶ Patiënten die zorg voor meerdere chronische aandoeningen ontvangen, zijn fractioneel over de aandoeningen verdeeld zodat ze niet als twee patiënten tellen.

³⁷ De NZa heeft de gegevens niet geëxtrapoleerd naar 8 kwartalen; de gegevens zijn weergegeven zoals ze zijn aangeleverd.

Tabel 7.1: Aantal patiënten per ketenzorg- en bekostigingsvorm (in duizenden)

Ketensoort	Bekostiging	2007 ³⁸	2008	2009	2010
DM2	Innovatie	66	133	204	135
	Losse tarieven	254	295	325	201
	Integraal	-	-	-	274
COPD	Innovatie	-	3	15	32
	Losse tarieven	159	211	254	257
	Integraal	-	-	-	4
VRM	Integraal	-	-	-	95
Totaal		479	642	797	996

Bron: Vektis

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat het aantal patiënten wat ketenzorg ontvangt in de periode 2007 tot en met 2010 toeneemt. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de stijging van het aantal patiënten voor een deel verklaarbaar is door de gerichte opsporing en preventie van patiënten (zie ook tabel 2.2). Met de invoering van integrale bekostiging per 2010 is, net name bij DM2, logischerwijze een verschuiving waarneembaar in 2010 van andere bekostigingsvormen naar integraal.

7.2 Prijsbeweging

Een volgende indicator om de betaalbaarheid in beeld te brengen betreft de prijsbeweging. Omdat op basis van de declaratiegegevens over de jaren 2007-2010 geen inzicht bestaat in de prijzen die zijn afgesproken tussen zorgverzekeraars en de zorggroepen, is gekeken naar de gemiddelde declaratiegegevens die rechtstreeks betrekking hebben op zorg voor de chronische aandoeningen. Dat betekent dat de losse bekostiging niet in beeld kan worden gebracht, aangezien op basis van de declaraties (bv. een consult) niet kan worden beoordeeld welke zorg die aan een patiënt met DM2, COPD of VRM is gegeven, voor die aandoening is en welke zorg niet.³⁹

Voor de berekeningen in tabel 7.2 is uitgegaan van de werkelijke kosten die in enig jaar zijn gemaakt (kasbasis). Als een patiënt één keer in het jaar zorg heeft ontvangen, telt dit mee. Gemiddeld genomen zijn patiënten niet een geheel jaar in behandeling.⁴⁰

³⁸ In de gegevens uit 2007 ontbreken de GGZ-cijfers.

³⁹ Datzelfde probleem zou ook bestaan als de NZa wel de kosten voor de koptariefgroep in beeld zou kunnen brengen. Onbekend is welke verrichtingen naast het koptarief gedeclareerd zijn voor DM2, COPD of VRM.

⁴⁰ Het RIVM neemt alleen patiënten mee die een volledig jaar zorg hebben gehad (jaarbasis).

Tabel 7.2: Gemiddelde kosten voor de keten per patiënt per ketenzorg- en bekostigingsvorm per jaar (in €, afgerond⁴¹)

Ketensoort	Bekostiging	2007	2008	2009	2010
DM2	Innovatie	260	280	310	330
	Integraal	-	-	-	330
COPD	Innovatie	-	140	250	310
	Integraal	-	-	-	170
VRM	Integraal	-	-	-	100

Bron: Vektis

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de kosten elk jaar toenemen. De kosten voor een DM2-patiënt zijn bij de methodes innovatie en integraal vergelijkbaar. Bij COPD-patiënten zit daar wel een duidelijk kostenverschil in. Op basis van de beschikbare data is echter niet te achterhalen wat daar de oorzaak van is. Daarvoor zou nader onderzoek naar de kosten nodig zijn. Opgemerkt moet worden dat de inhoud van de zorgprogramma's bij integrale bekostiging en de inhoud van de innovatie-experimenten verschillend kan zijn. Dit kan het kostenverschil verklaren.

Om een beter beeld te krijgen van de kosten in vergelijking tot losse bekostiging wordt in tabel 7.3 gekeken naar alle kosten die er voor een patiënt zijn gemaakt. Dit betekent dat alle kosten voor de patiënten met DM2, COPD of VRM zijn meegenomen, ook als dit kosten zijn voor zorg die niet gerelateerd is aan de chronische aandoening. Dat geldt voor alle bekostigingsvormen.

Tabel 7.3: Gemiddelde totale kosten per patiënt per ketenzorg- en bekostigingsvorm (in €, afgerond)

Ketensoort	Bekostiging	2007	2008	2009	2010
DM2	Innovatie	4.540	4.660	4.740	4.060
	Losse tarieven	4.870	5.130	5.180	4.670
	Integraal	-	-	-	3.950
COPD	Innovatie	-	3.530	4.030	3.790
	Losse tarieven	6.690	7.090	7.170	6.090
	Integraal	-	-	-	3.620
VRM	Integraal	-	-	-	2.980

Bron: Vektis

Uit bovenstaande tabel blijkt dat bij alle aandoeningen in 2009 een 'piek' in de kosten is te zien. In 2010 zijn de kosten voor losse tarieven hoger dan voor innovatie of integrale bekostiging. Mogelijk komt dit doordat de zorgzwaarte van de patiënten die onder 'losse bekostiging' vallen hoger is. De kosten voor innovatie en integrale bekostiging zijn binnen de chronische aandoening DM2 en COPD redelijk vergelijkbaar.

Op dit moment heeft de NZa onvoldoende informatie beschikbaar om op basis van de tabel conclusies over de doelmatigheid van de bekostigingsvormen te trekken (zie ook paragraaf 7.1).

⁴¹ In tabel 7.1 tot en met 7.3 zijn de kosten afgerond op tientallen. Aangezien de data nog niet volledig zijn geven deze tabellen een indicatie van de kosten.

7.3 Omzet

Een derde indicator die iets zegt over de betaalbaarheid van ketenzorg betreft de omzet. In deze marktscan is de indicator omzet een combinatie van het totale aantal patiënten wat ketenzorg (tabel 7.1) heeft ontvangen en de gemiddelde ketenzorgkosten per patiënt (tabel 7.2). Deze indicator geeft daarmee een indicatie van de schadelast voor ketenzorg die in Nederland is gemaakt in de periode 2007 – 2010, met inachtneming van de beperkingen in de data.

Tabel 7.4 geeft een beeld van de schadelast die rechtstreeks te herleiden is naar de chronische aandoening van de patiënt. Zoals al eerder opgemerkt is dit niet mogelijk voor de bekostigingsvorm losse tarieven.

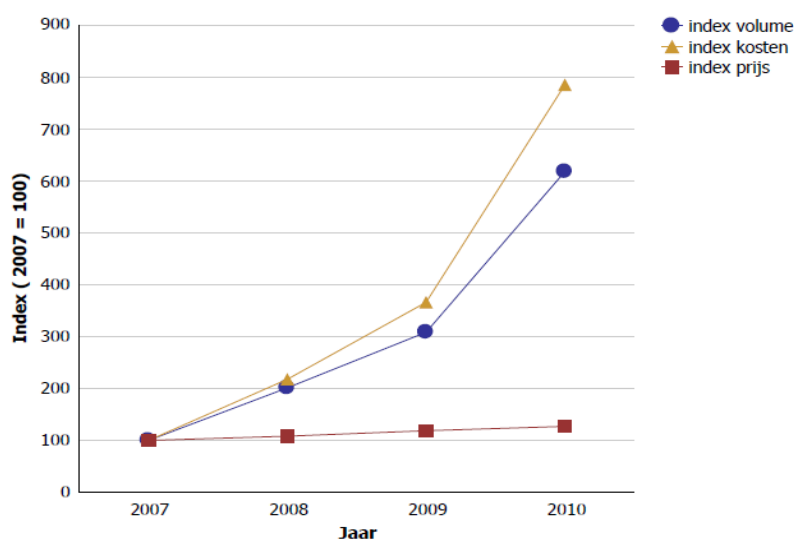
Tabel 7.4: Totale schadelast per ketenzorg- en bekostigingsvorm (in miljoenen €, afgerond)

		2007	2008	2009	2010
DM2	Innovatie	17	37	63	44
	Integraal	-	-	-	92
	Subtotaal	17	37	63	136
COPD	Innovatie	-	1	4	10
	Integraal	-	-	-	1
	Subtotaal	-	1	4	11
VRM	Integraal	-	-	-	9
	Subtotaal	-	-	-	9
Totaal		17	38	67	156

Bron: Vektis

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat de totale schadelast voor ketenzorg de afgelopen jaren is toegenomen. Om deze stijging beter te kunnen duiden, gaat onderstaande figuur in op de mate waarin de stijging wordt veroorzaakt door een toename van de vraag naar ketenzorg of een toename van de gemiddelde kosten per patiënt.

Figuur 7.1: Volume- en prijsontwikkeling voor DM2



Bron: Vektis

Bovenstaand figuur laat zien dat de stijging van de schadelast voornamelijk wordt veroorzaakt door een stijging van het volume. Deze volumegroei wordt onder andere veroorzaakt doordat steeds meer diabetespatiënten via een ketenzorgmethode worden behandeld en als ketenzorgpatiënt worden gedefinieerd (mede door gerichte opsporing en preventie). Dit wil niet zeggen dat de werkelijke zorgvraag met dezelfde mate groeit.

7.4 Relatie inkoopbeleid en betaalbaarheid

In hoofdstuk vier werd ingegaan op contractdifferentiatie op basis van de gegevens van zorgverzekeraars. Daar werd met name weergegeven op welke wijze de zorgverzekeraar invulling geeft aan zijn inkooprol door het differentiëren van afspraken met zorggroepen. In deze paragraaf wordt een beeld weergegeven van de resultaten van deze invulling van de inkooprol van zorgverzekeraars.

7.4.1 Relatie afgesproken tarief en contractinhoud

In tabel 7.5 zijn per verzekeraar voor de chronische aandoening DM2 de minimum-, de gemiddelde en de maximum overeengekomen tarieven weergegeven. In deze tabel wordt voor een aantal zorgverzekeraars een relatie gelegd tussen de afgesproken tarieven en de inhoud van de contracten voor wat betreft het leveren van wel of geen dieetadviesing, fundusonderzoek, voetzorg en begeleiding bij stoppen met roken. Naast deze zorg brengen bijvoorbeeld consulten door een medisch specialist of diagnostiek door laboratoria ook kosten met zich mee, waarover de zorgverzekeraars tariefafspraken kunnen hebben gemaakt. Hierover is evenwel geen informatie overlegd door de verzekeraars.

Ook het minimum, gemiddelde en maximumtarief op totaal niveau wordt per verzekeraar weergegeven, onafhankelijk van de inhoud van het gesloten contract. Dit omdat slechts voor drie verzekeraars de inhoud van (een deel van) de contracten bekend is. In bijlage vijf zijn de overeenkomstige tabellen voor de zorgsoorten COPD en VRM weergegeven.

Tabel 7.5: Tarief bij integrale bekostiging per verzekeraar voor DM 2 (2012; de tarieven zijn per kwartaal)

Verzekeraar	Aantal contracten ⁴²	Gem. tarief	Min. tarief	Max. tarief	Diëtiëk	Fundus	Voetzorg	Stoppen met roken
1	39	€ 90,90	€ 83,20	€ 107,50	-	-	-	-
	4	€ 91,30	€ 83,70	€ 97,40	Ja	Ja	Nee	Nee
	27	€ 90,60	€ 85,40	€ 99,50	Ja	Ja	Nee	Ja
	2	€ 90,00	€ 90,00	€ 90,00	Ja	Ja	Ja	Ja
2	33	€ 88,30	€ 70,20	€ 111,00	-	-	-	-
	1	€ 84,80	€ 84,80	€ 84,80	Ja	Ja	Nee	Ja
	22	€ 90,50	€ 70,20	€ 111,00	Ja	Ja	Ja	Ja
	10	€ 84,00	€ 78,30	€ 87,70	Ja	Ja	Ja	Nee
3	4	€ 124,20	€ 117,50	€ 130,30	Ja	Ja	Ja	Nee
4	21	€ 95,00	€ 89,30	€ 99,60	-	-	-	-
	1	€ 96,30	€ 96,30	€ 96,30	Nee	Ja	Nee	Nee
	2	€ 95,70	€ 91,80	€ 99,60	Nee	Ja	Ja	Ja
	15	€ 94,80	€ 89,30	€ 97,60	Ja	Ja	Ja	Ja
	3	€ 95,10	€ 92,50	€ 98,80	Ja	Ja	Ja	Nee
5	23	€ 99,50	€ 84,80	€ 129,30	-	-	-	-
6	1	€ 106,30	€ 106,80	€ 106,30	-	-	-	-

Bron: NZa, zorgverzekeraars

Uit bovenstaande tabel blijkt ten eerste dat de gemiddelde tarieven per zorgverzekeraar uiteenlopen van € 84,80 tot en met € 124,20. Het uiterste minimumtarief is € 70,20 en het uiterste maximumtarief is € 130,30. Tevens is te zien dat alle verzekeraars uiteenlopende tarieven per zorggroep afspreken, ondanks dat het contract dezelfde behandelingen bevat.

Tabel 7.6 gaat in op het gemiddelde, minimum en maximum van de tarieven die per verzekeraar worden betaald bij de bekostigingsmethode koptarief voor DM2. Tevens wordt het aantal contracten weergegeven.

Tabel 7.6: Tarief bij bekostiging via het koptarief per verzekeraar voor DM2 (2012; de tarieven zijn per kwartaal)

Verzekeraar	Aantal contracten	Gem. tarief	Min. tarief	Max. tarief
1	2	€ 33,10	€ 23,80	€ 42,50
4	1	€ 28,80	€ 28,80	€ 28,80
5	2 ⁴³	€ 5,00	€ 5,00	€ 5,00
7	10	€ 28,50	€ 18,10	€ 33,70

Bron: NZa, zorgverzekeraars

⁴² Elke regel bevat het aantal soortgelijke contracten. De hoeveelheid regels per verzekeraar geeft aan hoeveel soorten contracten een verzekeraar heeft. Zo heeft verzekeraar 1 drie verschillende inhoudelijke contracten. Verder is bij zes zorggroepen van verzekeraar 1 niet duidelijk ingevuld welke specificaties zijn afgesproken, waardoor de drie afzonderlijke regels niet optellen tot 39.

⁴³ De gegevens zijn gebaseerd op één contract. Van het andere contract is de hoogte van het koptarief niet bekend.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de tarieven bij bekostiging via het koptarief behoorlijk uiteenlopen. Zo heeft verzekeraar vijf een veel lager tarief dan de andere verzekeraars.

Eén verzekeraar heeft aangegeven dat de gespecificeerde koptarieven alle ketens (en nog meer zorgsoorten) omvat. Bij de andere verzekeraars is dit niet aangegeven, maar wellicht heeft verzekeraar vijf het tarief enkel en alleen voor zorgsoort DM2 gespecificeerd en hebben de andere verzekeraars ook een 'gecombineerd tarief'. Op dit moment is onvoldoende informatie beschikbaar om de verschillen te kunnen duiden.

7.4.2 Relatie afgesproken tarief en aantal contracten

Eén van de redenen voor zorgverzekeraars om een verschillend tarief overeen te komen met zorggroepen was "Efficiëntievoordeel doordat de ketenzorgaanbieder meerdere ketens aanbiedt" (zie ook paragraaf 4.1.3). In tabel 7.8 wordt deze reden nader onderzocht. In deze tabel wordt het gemiddelde van het door zorgverzekeraars overeengekomen tarief daarom gerelateerd aan het aantal chronische aandoeningen waarvoor ketenzorg gecontracteerd is.

Tabel 7.8: Gemiddeld gecontracteerd tarief door zorgverzekeraar met zorggroepen voor 1, 2 of 3 ketensoorten (2012)

Ketensoort	Bekostigingsmethode	1 ketencontract	2 ketencontracten	3 ketencontracten
DM2	Integraal	€ 97,98	€ 97,84	€ 94,87
	Koptarief	€ 28,14	€ 26,00	€ 40,51
COPD	Integraal	-	€ 62,72	€ 61,10
	Koptarief	€ 26,00	€ 26,00	€ 24,66
VRM	Integraal	-	€ 43,23	€ 45,87
	Koptarief	-	-	€ 24,47

Bron: NZa, verzekeraars

De aanname is dat als er meerdere ketens door een zelfde zorgaanbieder worden aangeboden, dit tot een efficiëntievoordeel leidt. In tabel 7.8 is te zien dat alleen bij COPD-contracten en bij DM2-contracten met een integrale bekostiging het zo is dat naarmate zorgaanbieders meerdere typen ketencontracten hebben gesloten met dezelfde verzekeraar, de gemiddelde tarieven lager zijn (mogelijk wegens efficiëntievoordeel). Bij de zorgsoort VRM en de zorgsoort DM2 bij een bekostiging via koptarief blijkt het veronderstelde patroon niet.

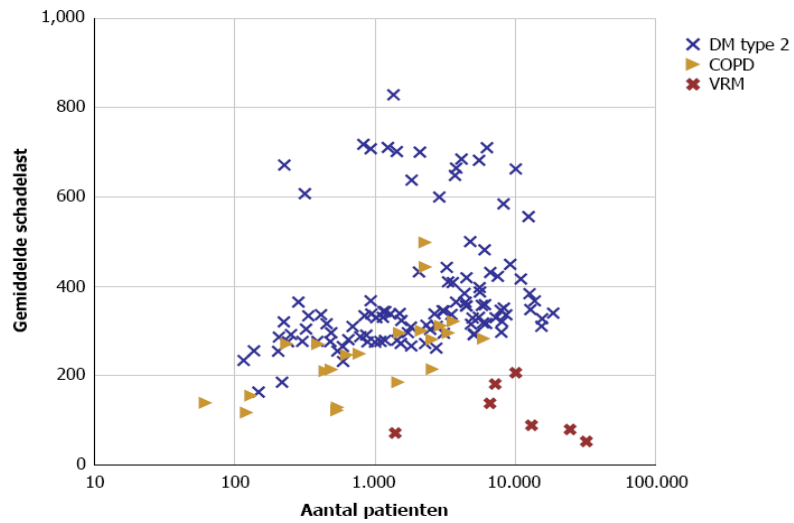
Bij schaafeffecten dalen bij een hogere productie de gemiddelde kosten per eenheid product.

In figuur 3.4 is gemiddelde schadelast in euro's afgezet tegen het aantal patiënten per zorggroep wat een indicatie geeft voor de omvang van een zorggroep. Hiermee kan bepaald worden of grotere zorggroepen – in termen van meer patiënten – lagere gemiddelde kosten hebben per ketenzorgvorm dan kleinere zorggroepen.

7.4.3 Relatie omvang zorggroep en schadelast

Figuur 7.2 geeft de relatie weer tussen de omvang van een zorggroepen en de omvang van de gemiddelde schadelast. Hieruit zou kunnen blijken of er een relatie is tussen de grootte van de zorggroep in termen van het aantal patiënten en de afgesproken prijs; als er meer of minder patiënten worden behandeld, heeft dit dan invloed op de afgesproken prijs per patiënt.

Figuur 7.2: Schaafeffecten van zorggroepen per ketenzorgvorm (2010)



Bron: Vektis

Uit bovenstaand figuur blijkt niet direct dat de omvang van de zorggroep invloed heeft op de gemiddelde schadelast per patiënt. Alleen bij VRM is er een daling van de schadelast te zien op het moment dat het om een grotere zorggroep gaat. Bij VRM is het aantal zorggroepen echter te klein om op basis hiervan conclusies te trekken.

Bijlage 1: Gebruikte bronnen

Vektisdata

Voor marktstructuur- en betaalbaarheidsanalyses is gebruik gemaakt van een databestand wat is aangeleverd door het RIVM en Vektis.

Vektis heeft in samenwerking met RIVM een bestand samengevoegd met declaratiegegevens van patiënten die zorg voor DM2, COPD en VRM hebben gekregen over de tijdspanne van 2007 tot 2010. Dit is gedaan op basis van de verschillende Vektis registraties:

- ELIS (Eerstelijns Informatiesysteem): bevat informatie over declaraties binnen de eerstelijnszorg. Kenmerken van de verzekerde en informatie over de zorgverlener worden in ELIS vastgelegd. De ELIS-gegevens worden gebruikt voor het leveren van spiegelinformatie, monitoren van de kostenontwikkeling en inzicht bieden in de zorginkoop. De gegevens zijn op kwartaalbasis opgevraagd.
- IZIZ (Informatiesysteem Ziekenhuiszorg): Voor de kosten van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische hulp is door Vektis bij zorgverzekeraars een bestand opgevraagd waarin de kosten vanaf 1 januari 2006 zijn opgenomen. Het bestand bevat op verzekerdeniveau per ziekenhuis DBC-gegevens, gegevens over neventarieven/trajecten en overige kosten. Per verzekerde kunnen meerdere DBC's per kwartaal gedeclareerd worden.
- FIS (Farmacie Informatie Systeem): Het Farmacie Informatiesysteem biedt informatie over het geneesmiddelengebruik van alle verzekerden in Nederland. Deze informatie wordt op declaratieniveau vastgelegd en bevat naast gegevens over de voorgeschreven geneesmiddelen ook informatie over de voorschrijver, afleveraar en de verzekerden.
- BASIC (Basisverzekering Informatiesysteem): Dit informatiesysteem bevat schadegegevens per verzekerde per prestatie conform de College voor zorgverzekeringen (=CVZ) indeling. Tevens worden van alle verzekerden kenmerken zoals geboortedatum, geslacht, postcode, hoogte eigen risico en contractvorm vastgelegd. De verzekeraars leveren vanaf 2006 ieder kwartaal een BASIC bestand aan. Vektis bewaard deze gegevens op jaarniveau, maar voor dit project was het noodzakelijk gegevens van ELIS, IZIZ en FIS per kwartaal te koppelen aan BASIC gegevens. Basic gegevens zijn daarom omgerekend naar kwartaalgegevens (er is rekening mee gehouden dat voor verzekerden ook minder dan 4 kwartalen data bestonden).

Op basis van de bovenstaande registraties en bestanden, is er een bestand opgebouwd waarbij:

- Alle volwassen patiënten met een DM2, COPD of VRM declaratie zijn gefilterd.
- De patiënten zijn toegevoegd die geen DM2 of COPD declaratie hebben gehad, maar wel aantoonbaar medicatie gebruiken voor deze aandoening(en). Voor VRM is dit niet mogelijk, aangezien er geen medicatie is die specifiek toebehoort aan VRM. Voor DM2 zijn de patiënten die insuline als medicatie gebruiken niet toegevoegd, aangezien hier een grote kans bestaat dat het DM1-patiënten zijn.
- Vanuit Achmea is er een bestand toegevoegd met daarbij diabetespatiënten die via het 'koptarief' bekostigd zijn, echter op basis van de beleidsregel innovatie. Daarom heeft de NZa deze gegevens opgenomen onder de innovatiegroep.

- Koptariefgegevens zijn verder niet ontvangen via Vektis.

Dekking

De dekking hangt af van het Vektis system. FIS en BASIC zijn qua wet verplichtend en daarom is hier de dekking 99%.

De recente dekking van Elis gegevens is 89% van de Nederlandse bevolking die ziektekostenverzekerd zijn en die ingeschreven staan bij de huisarts.

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om data aan ELIS aan te leveren. Dit betekent niet alleen dat gegevens van bepaalde patiënten kunnen missen, maar ook alle gegevens van bepaalde zorgverzekeraars. Daarnaast zijn de ziekenhuiszorgkosten en de GGZ kosten niet geheel volledig voor het jaar 2010. Gezien de lange tijdsduur die nodig is voor de verwerking van de declaratiegegevens in de registratiebestanden van Vektis (twee jaar voor ziekenhuiszorg en GGZ) waren de gemaakte kosten in 2010 ten tijde van de analyses nog niet volledig verwerkt in de registratiebestanden.

Tevens hebben Vektis en RIVM een aantal verzekerden om verschillende redenen uit het bestand gefilterd. Hieronder zijn de aantallen hiervoor weergegeven.

Tabel B1-1: Aantallen verzekerden

		2010	2009	2008	2007
DM2	Totaal aantal patiënten na samenvoeging bestanden	961.383	949.851	792.514	466.018
	Aantal patiënten die overblijven na uitfiltering	609.637	528.713	428.089	319.990
COPD	Totaal aantal patiënten na samenvoeging bestand	367.704	342.732	313.247	256.144
	Aantal patiënten die overblijven na uitfiltering	291.997	268.260	213.740	159.232
VRM	Totaal aantal patiënten na samenvoeging bestand	100.980	-	-	-
	Aantal patiënten die overblijven na uitfiltering	94.832	-	-	-

Bron: Vektis

Redenen voor uitfiltering zijn:

- dubbele prestatiecodenummers in een kwartaal;
- mensen die van zorggroep zijn gewisseld binnen een jaar;
- patiënten met geen, te veel of wisselende huisartsen;
- patiënten zonder informatie in BASIC;
- vrouwen met zwangerschapsdiabetes;
- patiënten jonger dan 18;
- patiënten zonder informatie over het geslacht;
- patiënten behorend bij een niet bestaande zorggroep ID (5300xx ipv 5353xx);
- overleden patiënten;
- patiënten die niet het volledige jaar bij dezelfde zorgverzekeraar hebben gezeten;
- verzekerden van verzekeraars die de keten-dbc's niet goed hebben aangeleverd.

Vragenlijst zorgverzekeraars

De NZa heeft kwalitatief onderzoek verricht naar het contracteerproces, het aantal overeenkomsten dat de verzekeraars met zorgaanbieders hebben gesloten en de inhoud van deze overeenkomsten. Hiertoe is een vragenlijst voorgelegd aan verzekeraarconcerns.

De NZa heeft besloten om niet de contracten zelf op te vragen, omdat uit een test bleek dat daarin niet alle gegevens over de gewenste indicatoren staan. Daarom heeft de NZa zelf een vragenlijst ontwikkeld, die uit twee delen bestond.

Internetvragenlijst (algemene deel)

Via een internettool zijn algemene vragen gesteld over aan hoeveel aanbieders de verzekeraar een overeenkomst heeft aangeboden en met hoeveel aanbieders een contract is gesloten (eigen overeenkomst of volgcontract). Dit werd uitgevraagd per zorgsoort DM2, COPD en VRM. Daarnaast is gevraagd naar de looptijd van contracten, de onderhandelingsduur en de algemene reden waarom andere tarieven worden afgesproken als de inhoud van de overeenkomst gelijk is. Ook is gevraagd of en hoe de verzekeraar gemaakte kwaliteitsafspraken controleert en hoe hij zijn verzekerden informeert over de afgesproken tarieven voor ketenzorg. Als laatste is gevraagd naar de administratieve lasten en de (on)tevredenheid over het proces en resultaat van het contracteerproces.

Vragenlijst in excelformaat (specifieke deel)

In deze vragenlijst werden vragen gesteld over de overeenkomsten die de verzekeraar heeft gesloten en waarbij de inhoud van de overeenkomst door de verzekeraar zelf tot stand is gebracht. De vragenlijst ging dus niet over de volgcontracten. De vragen moesten per zorgsoort DM2, COPD, VRM worden ingevuld. Hierbij is gevraagd om de set vragen in te vullen voor elk onderscheidend contract. Omdat dit mogelijk zou leiden tot administratieve lasten, heeft de NZa dit proces gefaciliteerd door de verzekeraars de mogelijkheid te bieden eigen (excel)overzichten, documenten en/of volgcontracten⁴⁴ toe te sturen waaruit de antwoorden blijken. Vragen werden gesteld over de inhoud van het contract: welke bekostigingsmethode is gebruikt, waarom voor deze methode is gekozen, met welke zorgaanbieders (op AGB-code) het contract is gesloten, de tariefhoogte, hoe het tarief is bepaald, hoe het tarief specifiek is opgebouwd, welke zorg geleverd moet worden voor het tarief (conform zorgstandaard of met aanvullende zorgactiviteiten), welke kwaliteitsafspraken zijn gemaakt, wat de gemiddelde wachttijd en het aantal wachtende is per zorgaanbieder.

De vragenlijst is in januari 2012 voorgelegd, zodat de meest recente contracteerinformatie verzameld kon worden, namelijk de contractering van 2012. Niet elke verzekeraar had op dat moment alle contracten rond; waar mogelijk is deze informatie later in het eerste kwartaal van 2012 verstrekt aan de NZa. De aangeleverde informatie heeft bij enkele verzekeraars geleid tot aanvullende vragen van de NZa. Deze vragen zijn allen beantwoord en meegenomen in de analyse.

De vragenlijst is toegestuurd aan de verzekeraarconcerns. Die hebben de vragen ingevuld voor hun labels. Antwoorden zijn ontvangen van het concern Achmea, UVIT, CZ, Menzis, Zorg en Zekerheid en De Friesland.⁴⁵ Multizorg koopt de zorg namens de verzekeraars DSW, Eno, ONVZ en ASR in.

⁴⁴ De verzekeraar die een eigen overeenkomst heeft gesloten stelt meestal een volgcontract op zodat een verzekeraar die wil aansluiten kan zien wat de inhoud en prijs is van de overeenkomst. Deze informatie geeft ook antwoord op de gestelde vragen.

⁴⁵ Als aparte divisie binnen Achmea voert De Friesland een eigen inkoopbeleid.

Op DSW na sluiten deze verzekeraars aan bij de contracten van andere verzekeraars en sluiten zij zelf geen inhoudelijke contracten. Dit betekent dat van Eno, ONVZ en ASR alleen informatie is opgenomen over de gesloten volgcontracten. De volledige analyse is uitgevoerd op concernniveau en voor DSW op verzekeraarniveau.

Vragenlijst zorgaanbieders (2-meting zorggroepen RIVM)

De zorggroep is gedefinieerd als een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd, die verantwoordelijk zijn voor het coördineren en leveren van chronische zorg waarbij gebruik wordt gemaakt van een keten-dbc contract. Het RIVM heeft twee vragenlijsten opgesteld met input vanuit de NZa. De eerste vragenlijst bestond uit vragen van algemene aard. De tweede vragenlijst was zorgspecifiek. Er is gekozen om de vragenlijsten in tweeën te delen om onderscheid te maken in algemene gegevens wat betreft alle vormen van ketenzorg, en gegevens per type ketenzorg. Op deze manier zijn er statistieken beschikbaar van de gehele ketenzorgmarkt. Daarnaast is het mogelijk om verschillen te zien tussen de drie typen ketenzorg (DM2, COPD en VRM).

Vragenlijst 1: Algemene vragen

Deze vragenlijst bevatte voornamelijk vragen die een beeld vormen van de zorggroep. Hier zijn vragen in opgenomen die iets zeggen over de organisatie van een zorggroep, de maatschappelijke verantwoording, het gebruik van ICT, de rol van patiënten en het aantal zorgprogramma's.

Vragenlijst 2: De zorgprogramma's

Deze vragenlijst bestond feitelijk uit drie vragenlijsten. Per zorgtype zijn dezelfde vragen gesteld, voor zover dit relevant was voor het type zorg. In deze lijst zijn vragen opgenomen die iets zeggen over de contractering met zorgverzekeraars, de contractering met zorgaanbieders, kwaliteitskenmerken en de inhoud van zorgprogramma's.

In september 2011 zijn er 114 vragenlijsten verstuurd naar de zorggroepen in Nederland. Omdat er nergens een actuele lijst is van zorggroepen zullen dit niet alle zorggroepen zijn, maar wel de meest bekende. De vragenlijsten zijn uiterlijk in december 2011 geretourneerd. Omdat niet alles volledig was ingevuld, zijn sommige vragenlijsten teruggestuurd of is er telefonisch navraag gedaan naar de ontbrekende gegevens. De antwoorden op de vragen zijn door de zorgaanbieders met de hand ingevuld en daarna door het RIVM in SPSS ingevoerd en omgezet naar een Excelbestand. De NZa heeft gebruik gemaakt van het Excelbestand voor de analyse in dit rapport. De gegevens in Excel zijn gebruikt om kwantitatieve analyses uit te voeren. De analyses zijn op twee manieren uitgevoerd. Enerzijds zijn er gegevens omgezet in statistieken, anderzijds zijn er gegevens verwerkt tot tekst. Hierna heeft er een selectie gevolgd van relevante cijfers en uitkomsten. Deze selectie is verwerkt als tekst, tabel of grafiek in de marktscan. Per tabel of grafiek is aangegeven vanuit welke bron de informatie afkomstig is.

In totaal hebben 65 zorggroepen de vragenlijsten ingevuld waarvan er 43 toestemming hebben gegeven aan de NZa om er gebruik van te maken voor deze marktscan. Het RIVM heeft van 65 zorggroepen toestemming gekregen om de vragenlijsten te gebruiken.

Vragenlijst consumentenpanel

Motivaction is het onderzoeksbureau dat in opdracht van de NZa een consumentenpanel heeft ingezet om inzicht te krijgen in de transparantie van de zorg.

Het veldwerk voor de marktscan ketenzorg is uitgevoerd in de periode 23 januari 2012 tot 27 januari 2012. De respondenten zijn afkomstig uit het StemPunt-panel van Motivaction.

Voor de marktscan is een steekproef getrokken van mensen in de leeftijd van 18-70 jaar representatief voor Nederland. In totaal hebben 1.156 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld.

Binnen de keten diabetes zijn in de vragenlijst vragen gesteld over 10 zorgverleners, bij COPD waren het 11 zorgverleners en bij VRM 12 zorgverleners. Respondenten hebben maximaal 4 zorgverleners beoordeeld. In de rapportage zijn alleen de zorgverleners opgenomen waarvoor voldoende vragenlijsten zijn ingevuld.

Na afsluiting van het veldwerk zijn de open antwoorden gecodeerd en de onderzoeksdata gecheckt, opgeschoond en gewogen. Bij de weging fungeerde het Mentality-ijkbestand als herwegingskader. Dit ijkbestand is wat betreft de sociodemografische gegevens gewogen naar de Gouden Standaard van het CBS.

Bijlage 2: Toelichting verschil onderzoek NZa en RIVM

Het RIVM en de NZa rapporteren beide over de ontwikkelingen op het gebied van ketenzorg. Beide organisaties hebben vanuit hun eigen opdracht een rapportage opgesteld met ieder eigen onderzoeksvragen (zie tekstbox). Bij de beantwoording van hun eigen onderzoeksvragen gebruiken beide organisaties deels dezelfde gegevens, namelijk declaratiegegevens uit de registratiebestanden van Vektis.

De uitgevoerde analyses verschillen tussen het RIVM en de NZa en daarmee zijn de resultaten onderling niet vergelijkbaar, maar wel complementair. In deze bijlage wordt kort ingegaan op de verschillen in de onderzoeken van beide organisaties voor wat betreft de gehanteerde definitie van ketenzorg en de verschillen in onderzoeksmethoden.

Opdrachtbeschrijving RIVM en NZa

RIVM: Het RIVM heeft de opdracht om het effect van de invoering van integrale bekostiging op de curatieve zorgkosten in beeld te brengen. Bij het onderzoek is de manier van bekostigen leidraad voor de analyses. Het RIVM heeft hierbij het zorgprogramma dat de zorggroep biedt als uitgangspunt genomen en onderzoekt het effect van het (leveren van een) zorgprogramma op de kosten. Het leveren van een zorgprogramma kan bekostigd worden via integrale bekostiging of via een koptarief. Deze twee bekostigingsmethodes worden vergeleken met reguliere zorg ('losse bekostiging').

NZa: Kortweg is het de opdracht van de NZa om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de markt in kaart te brengen en de ontwikkelingen hierin. De NZa voert periodiek dezelfde onderzoeken uit, zodat inzicht wordt verkregen in trendmatige ontwikkelingen. De NZa vergelijkt (waar mogelijk) de verschillende vormen van ketenzorg (DM2, COPD en VRM) en de verschillende bekostigingsvormen die op basis van de beleidsregels bestaan, met elkaar. De beleidsregels zijn leidraad voor de analyses.

Definitie van ketenzorg

Ketenzorg is een verzamelterm voor het leveren van zorg aan een patiënt met een chronische aandoening, waarbij deze zorg een samenhangend geheel van zorginspanningen door verschillende typen zorgaanbieders (zoals een huisarts, fysiotherapeut, diëtist) is.

RIVM: Het RIVM vindt het leveren van zorg conform een zorgprogramma een voorwaarde om de geleverde zorg 'ketenzorg' te noemen. Het RIVM betitelt daarom alleen de zorg die wordt gedeclareerd via integrale bekostiging of met een koptarief als 'ketenzorg'. Uiteraard kunnen ook onderdelen van ketenzorg via losse bekostiging worden geleverd, maar ketenzorg in de volle breedte vereist dusdanige investeringen en extra kosten dat het waarschijnlijk is dat deze voornamelijk via integrale bekostiging of via het koptarief worden gedeclareerd.

NZa: De NZa gaat er van uit dat 'ketenzorg' ook via de andere bekostigingsmethodes dan integrale bekostiging of koptarief kan worden geleverd. Hoewel de integrale bekostiging de enige bekostigingsvariant waarbij het leveren van de zorg conform de zorgstandaard als voorwaarde is opgenomen in de beleidsregel, acht de NZa het waarschijnlijk dat ketenzorg via een andere bekostigingsmethode ook kan voldoen aan dezelfde voorwaarden als die gesteld zijn bij integrale bekostiging. De NZa geeft deze vrijheid aan de markt en wil de ontwikkelingen van het leveren van ketenzorg voor alle beleidsregels weergeven.

Onderzoeksmethode

Als gevolg van de verschillende onderzoeksvragen zijn er ook verschillen in de gehanteerde onderzoeksmethode. Dit betreffen 1) de afbakening van de onderzoekspopulatie en 2) de manier van toewijzen van de kosten aan de bekostigingsvorm.

1. Afbakening van de onderzoekspopulatie

Bij het onderzoek van het RIVM is de manier van bekostigen leidraad geweest voor het includeren van de onderzoekspopulatie (dus ongeacht op basis van welke NZa beleidsregel de prestatiecodenummers zijn afgegeven). De gegevens over integrale bekostiging en het koptarief in de RIVM-rapportage zijn voor de jaren 2007-2009 gebaseerd op declaraties van de beleidsregel innovatie, terwijl voor 2010 ook gegevens omtrent integrale bekostiging afkomstig zijn van de NZa beleidsregel integrale bekostiging.

Bij de NZa is de beleidsregel leidend geweest. De NZa telt hierdoor de gegevens van integrale bekostiging en koptarief van de jaren 2007-2009 bij de innovatiegroep. De NZa kiest hiervoor, omdat de marktsegmentering op basis van de regelgeving plaatsvindt en deze zorg formeel via de beleidsregel innovatie is gedeclareerd.

2. De manier van toewijzen van de kosten aan bekostigingsvorm

Vanwege de onderzoeksvraag van het RIVM was het noodzakelijk om een zo zuiver mogelijke vergelijking te maken van de kosten via integrale bekostiging, koptarief en reguliere bekostiging. Dat betekent dat een aantal bewerkingen heeft plaatsgevonden om de groepen patiënten goed te kunnen vergelijken. Dit leidt op hoofdlijnen tot twee verschilpunten met de NZa: de gebruikte jaren en de in/exclusiecriteria.

2a Gebruikte jaren: Het RIVM rapporteert de kosten over de periode 2007-2009, de NZa over 2007-2010. Het RIVM rapporteert geen gegevens over 2010, omdat de declaraties (vooral in de tweede lijn en GGZ) tot circa twee jaar na zijn. Dit betekent dat de gegevens in het Vektisbestand over 2010 onvolledig zijn. Hiermee kan geen zuivere analyse worden gemaakt met eerdere jaren. De NZa kiest er voor om, ondanks de onvolledigheid, wel te rapporteren over 2010. Zonder deze gegevens is namelijk geen informatie voorhanden over de beleidsregel integrale bekostiging die per 2010 in werking is getreden. Daarnaast is deze marktscan een nulmeting van de ketenzorgmarkt; de komende jaren zal de informatie worden aangevuld.

2b In-/exclusiecriteria: Om een zo zuiver mogelijke vergelijking te maken van de kosten excludeert het RIVM patiënten voor wie niet voor alle vier de kwartalen van een kalenderjaar zorg is gedeclareerd. De NZa neemt deze gegevens naar rato mee om zo een volledig mogelijk beeld van de markt te geven.

Bijvoorbeeld:

- Het RIVM deelt patiënten in bij integrale bekostiging als voor hen drie kwartalen integrale bekostiging zijn gedeclareerd en één kwartaal 'losse' tarieven. De NZa verdeelt deze gegevens naar rato (0,75 integrale bekostiging en 0,25 losse bekostiging).
- Het RIVM excludeert patiënten per kalenderjaar waarvoor deels integrale bekostiging en deels een koptarief binnen één jaar is gedeclareerd. Het RIVM doet dit alleen voor het desbetreffende kalenderjaar. De NZa neemt deze patiëntgegevens wel mee.
- Ten slotte wijst het RIVM de kosten (op patiëntniveau) toe aan de soort bekostigingsgroep op basis van de indeling van hun huisarts; de NZa hanteert de gegevens op patiëntniveau (indeling naar beleidsregel).

Kosten van ketenzorg

Het RIVM trekt conclusies over het effect van integrale bekostiging op de kosten en kan dit doen vanwege de andere onderzoeksopdracht en -methode, waardoor vergelijkbare patiëntengroepen zijn samengesteld. De NZa heeft de opdracht om de totale (macro)kosten in beeld te brengen, verdeeld over de bekostigingsmethodes per beleidsregel. Door een aantal redenen zijn de totale kosten per beleidsregel niet compleet, waardoor de NZa de bekostigingsmethodes niet met elkaar vergelijkt. Dit zijn de redenen:

- De data over 2010 is nog niet volledig, aangezien de zorg nog niet is uitgedeclareerd. Vooral de kosten voor langdurige zorg ontbreken nog.
- De kosten voor 'losse bekostiging' kunnen niet goed in beeld worden gebracht, aangezien vaak niet afgeleid kan worden aan de gedeclareerde zorg, die met algemene verrichtingen zoals consulten en zittingen is gedeclareerd, of dit voor DM2, COPD, VRM of voor andere zorg was.
- De gegeven zorg per chronische patiënt kan per zorggroep en per bekostigingsvorm verschillend zijn, waardoor je de kosten niet één op één met elkaar kan vergelijken.
- De data is beperkt tot en met 2010. Dat is het startjaar van integrale bekostiging. De gegevens zijn vooral over DM2 en in veel mindere mate over COPD en VRM.

Bijlage 3: Concentratiegraad zorggroepen

Figuur B3-1: Kaart van Nederland met spreiding van de zorggroepen die COPD leveren (2010)



Figuur B3-2: Kaart van Nederland met spreiding van de zorggroepen die VRM leveren (2010)



Methode: The LOfit Competition Index (LOCI)

- Bronnen: Vektis/RIVM (zie beschrijving dataset bijlage 1).
- Gebruikte data: postcode-data van patiënten van alle declaraties in 2010.
- Methode: Aan de hand van alle declaraties worden voor alle zorgaanbieders (zorggroepen en zelfstandige huisartsen) het marktaandeel van die zorgaanbieder in iedere postcode berekend.
 - Aan de hand van deze marktaandelen wordt de LOCI van een zorgaanbieder als volgt berekend:
Het marktaandeel van een zorgaanbieder in een postcode wordt gewogen met het belang van deze postcode voor de betreffende zorgaanbieder.
Het belang wordt gedefinieerd als het relatieve aandeel van patiënten die uit deze postcode naar de zorgaanbieder gaat op het totale aantal patiënten van de zorgaanbieder.
 - De LOCI van een zorgaanbieder is gelijk aan 1 minus de sommatie over de gewogen marktaandelen van de zorgaanbieder.
 - Om de interpretatie van de LOCI te vergemakkelijken, nemen we het inverse van de LOCI die we als invLOCI definiëren.

Extra opmerkingen:

- In het artikel "Halbersma, Kerstholt en Mikkers (2009) 'Marktafbakening en marktmacht in de zorgsector' (M&M april 2009)" is een uitgebreide uitleg van de LOCI-methode te vinden.
- De gepresenteerde inverse LOCI scores dienen voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Er moet rekening mee gehouden worden dat de scores een onderschatting of overschatting van de werkelijkheid kunnen zijn. Dit komt doordat de dekking van de aangeleverde gegevens waarop de bovenstaande berekeningen zijn gemaakt niet 100% is.

Bijlage 4: Keurmerken / certificaten

Keurmerken / certificaten	
Bronzen, zilveren en gouden keurmerk	De Stichting Perspekt verleent het gouden, zilveren en bronzen keurmerk in de zorg aan instellingen voor verpleging en verzorging. De beoordelingscriteria voor <i>goud</i> en <i>zilver</i> zijn gebaseerd op de van toepassing zijnde certificatieschema's van HKZ en MIK-V, een eerder door de sector ontwikkeld systeem. Zowel HKZ als MIK-V zijn verwant aan ISO 9001, waardoor het gouden en zilveren keurmerk voornamelijk de kwaliteit van de interne organisatie betreffen. De beoordelingscriteria voor <i>brons</i> zijn meer gericht op de daadwerkelijk verleende zorg (dit is dus een dienstenkeurmerk).
HKZ/ISO	De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling (HKZ) stelt kwaliteitseisen op voor diverse deelgebieden van de sectoren zorg en welzijn (incl. kinderopvang). Deze worden in de vorm van <i>certificatieschema's</i> beschikbaar gesteld aan het werkveld. Er zijn al schema's voor o.a. apotheken, thuiszorg, ambulancezorg, dialysecentra, gee stelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, algemeen maatschappelijk werk, verzorgingshuizen, jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg en fysiotherapiepraktijken. De certificatieschema's van HKZ zijn afgeleid van ISO 9001, de internationale norm voor kwaliteitsmanagementsystemen. Een organisatie met het HKZ-keurmerk is daardoor ook gecertificeerd volgens ISO 9001. De meerwaarde van HKZ ten opzichte van ISO 9001 is dat HKZ ook inhoudelijke eisen stelt.
NIAZ-accreditatie	Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) verleent accreditaties aan ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Voor <i>accreditatie</i> kan in dit geval beter <i>certificatie</i> worden gelezen. De beoordelingscriteria zijn afgeleid van het INK-model, de Nederlandse variant van een internationaal model voor kwaliteitsmanagementsystemen, waardoor de NIAZ-accreditatie voornamelijk de kwaliteit van de interne organisatie betreft.
INK	Het INK-managementmodel is een managementmodel en is bedoeld voor organisaties om een zelfevaluatie uit te voeren. Hiermee kan de volwassenheid van de organisatie worden bepaald en kunnen verbeterpunten worden geïdentificeerd. Het model helpt organisaties te focussen op de gebieden, waar verbeteringen mogelijk zijn. En de ambities te verkennen.

Bron: www.keurmerk.nl

Bijlage 5: Onderzoek consumentenpanel voor COPD en VRM

Keuze-informatie COPD en VRM

In onderstaande twee tabellen zijn de belangrijkste wijzen waarop respondenten bij de zorgaanbieder terecht zijn gekomen weergegeven voor de ketens COPD en VRM.

Tabel B5-1: Hoe bij zorgverlener terechtgekomen binnen keten COPD

	Huisarts	Longarts	Longfunctie laborant	Praktijk ondersteuner
Doorverwezen	3%	55%	80%	51%
Zelf gekozen	67%	16%	3%	10%
Praktijk is overgenomen	16%	3%	-	8%
Spoedgeval	1%	16%	4%	-
Als kind hier terecht gekomen	8%	1%	-	2%
Doorverwezen naar zorgverlener van mijn keuze	1%	7%	5%	9%
Geen van deze/weet niet	5%	2%	8%	20%
Aantal respondenten	154	87	59	39

Bron: Motivaction

Tabel B5-2: Hoe bij zorgverlener terechtgekomen binnen keten VRM

	Cardioloog	Huisarts	Internist	Fysio/oefen therapeut	Chirurg
Zelf gekozen	17%	59%	15%	50%	7%
Doorverwezen	34%	5%	40%	36%	50%
Spoedgeval	30%	3%	23%	5%	18%
Praktijk is overgenomen	5%	24%	4%	1%	1%
Doorverwezen naar zorgverlener van mijn keuze	10%	1%	14%	3%	8%
Als kind hier terecht gekomen	2%	4%	-	-	-
Geen van deze/weet niet	2%	4%	4%	50%	15%
Aantal respondenten	211	193	58	45	42

Bron: Motivaction

Gevraagd naar de belangrijkste overwegingen om te kiezen voor een zorgaanbieder is in onderstaande twee tabellen een top 3 weergegeven voor de ketens COPD en VRM.

Tabel B5-3: Top 3 overwegingen bij keuze voor zorgverlener binnen keten COPD

	Huisarts	Longarts	Longfunctie laborant	Praktijk ondersteuner
Nummer 1	Kwaliteit	Kwaliteit	Zelfde praktijk	Zelfde praktijk
Nummer 2	Locatie/ligging	Specialisten	Kwaliteit	Kwaliteit
Nummer 3	Vriendelijkheid	Locatie/ligging	Specialisten	Specialisten
Aantal respondenten	116	59	46	32

Bron: Motivaction

Tabel B5-4: Top 3 overwegingen bij keuze voor zorgverlener binnen keten VRM

	Cardioloog	Huisarts	Internist	Fysio/oefentherapeut	Chirurg
Nummer 1	Kwaliteit	Locatie/ligging	Kwaliteit	Kwaliteit	Specialisten
Nummer 2	Locatie/ligging	Kwaliteit	Locatie/ligging	Locatie/ligging	Kwaliteit
Nummer 3	Specialisten	Vriendelijkheid	Wachttijd	Wachttijd	Wachttijd
Aantal respondenten	161	158	43	39	33

Bron: Motivaction

Aan respondenten is de vraag voorgelegd of zij bij hun keuze meerdere zorginstellingen met elkaar vergeleken hebben en, als zij dat niet hebben gedaan, waarom hebben zij dat dan niet gedaan. De eerste twee tabellen hieronder geeft het aantal respondenten dat wel en niet heeft vergeleken voor de ketens COPD en VRM. De derde en vierde tabel hieronder geven de vijf belangrijkste redenen waarom respondenten niet hebben vergeleken voor deze ketens.

Tabel B5-5: Vergelijking van zorginstellingen keten COPD

	Huisarts	Longarts	Longfunctie laborant	Praktijk ondersteuner
Organisaties niet vergeleken	64%	79%	89%	90%
Organisaties wel vergeleken	30%	16%	8%	2%
Weet niet	5%	5%	4%	8%
Aantal respondenten	142	86	59	38

Bron: Motivaction

Tabel B5-6: Vergelijking van zorginstellingen keten VRM

	Cardioloog	Huisarts	Internist	Fysio/oefentherapeut	Chirurg
Organisaties niet vergeleken	76%	71%	69%	58%	65%
Organisaties wel vergeleken	16%	23%	22%	24%	15%
Weet niet	8%	6%	10%	17%	20%
Aantal respondenten	207	186	58	45	42

Bron: Motivaction

Tabel B5-7: Redenen geen zorgverleners met elkaar vergeleken binnen keten COPD

	Huisarts	Longarts	Longfunctie laborant	Praktijk ondersteuner
Werd doorverwezen	10%	57%	59%	32%
Geen behoefte aan/geen reden toe	57%	25%	38%	42%
Aangeraden door familie / vrienden	21%	2%	4%	3%
Wist niet dat dit mocht	12%	11%	17%	12%
Wist niet waar op gelet moest worden	8%	11%	13%	11%
Aantal respondenten	142	86	59	38

Bron: Motivaction

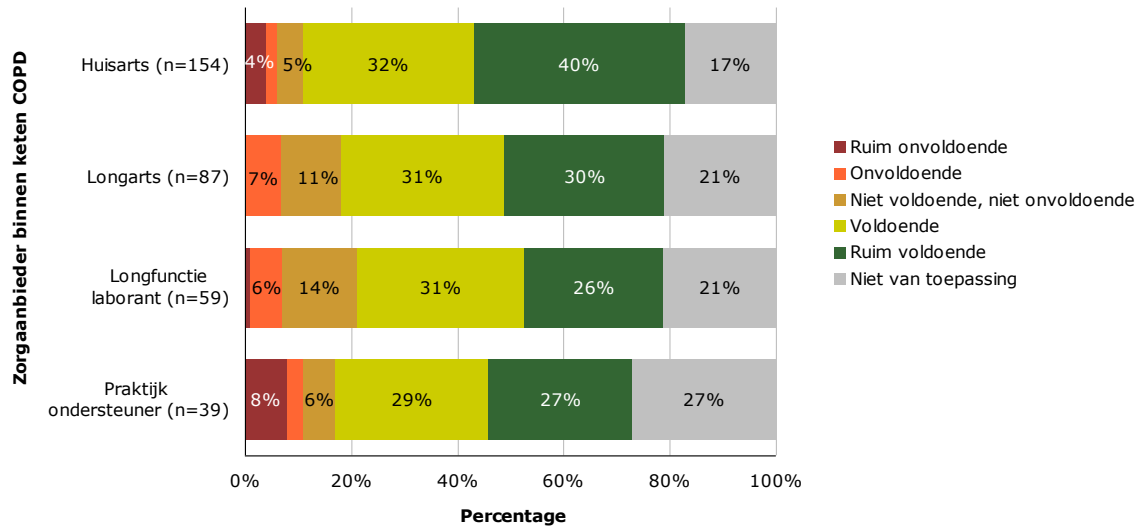
Tabel B5-8: Redenen geen zorgverleners met elkaar vergeleken binnen keten VRM

	Cardioloog	Huisarts	Internist	Fysio/oefen-therapeut	Chirurg
Werd doorverwezen	46%	12%	54%	37%	67%
Geen behoefte aan/geen reden toe	37%	58%	30%	57%	26%
Wist niet dat dit mocht	15%	8%	19%	7%	21%
Wist niet waar informatie te vinden was	10%	13%	20%	3%	12%
Te veel gedoe	7%	9%	12%	16%	18%
Aantal respondenten	207	186	58	45	42

Bron: Motivaction

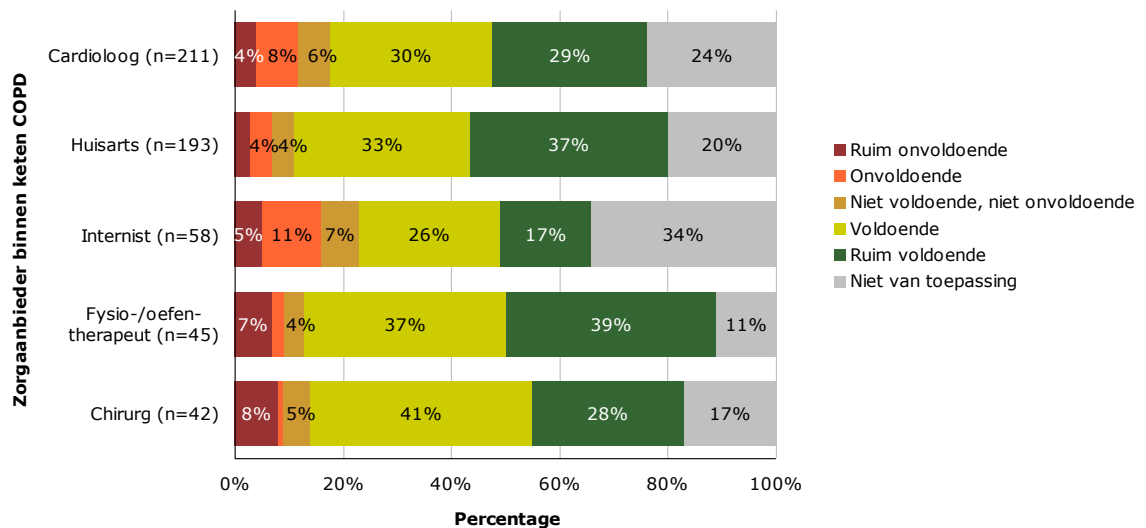
In onderstaande twee figuren is weergegeven of respondenten over voldoende informatie konden beschikken om tot een keus te komen voor zorgverleners in de ketens COPD en VRM.

Figuur B5-1: Was voldoende informatie aanwezig om een goede keuze te kunnen maken voor de zorgaanbieder in de keten COPD?



Bron: Motivaction

Figuur B5-2: Was voldoende informatie aanwezig om een goede keuze te kunnen maken voor de zorgaanbieder in de keten VRM?

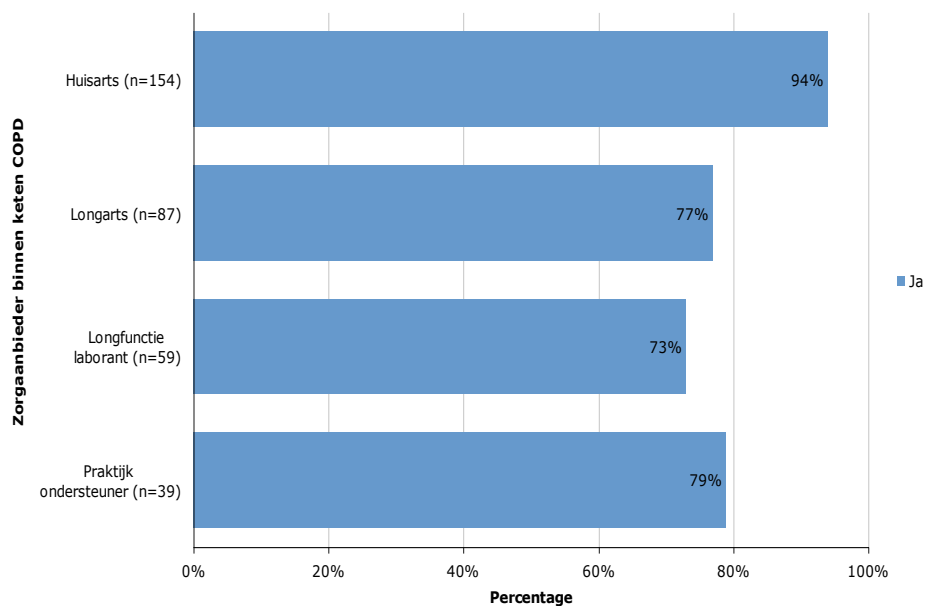


Bron: Motivaction

Toegankelijkheid

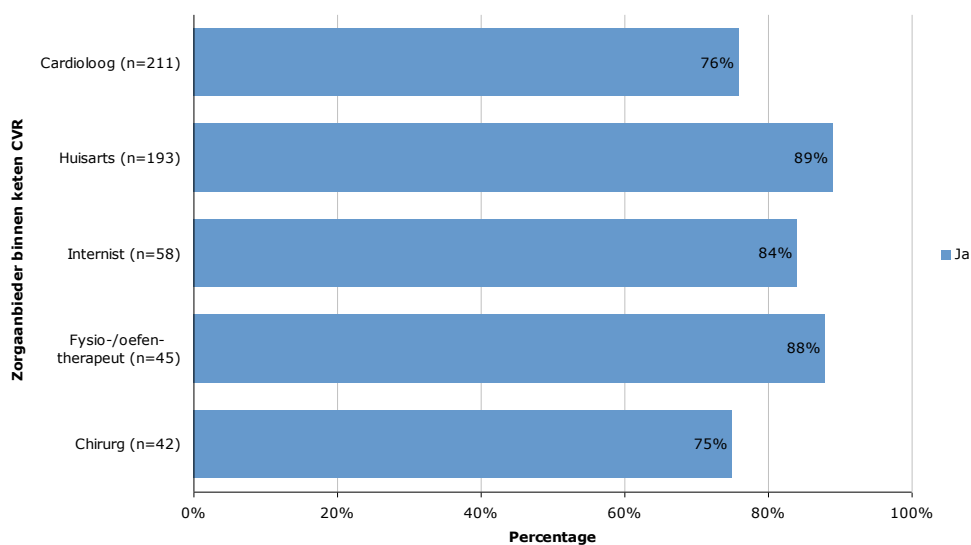
In onderstaande twee figuren is weergegeven of respondenten terecht konden bij de zorgverlener van hun eerste keuze voor de ketens COPD en VRM.

Figuur B5-3: Kon u terecht bij de zorgverlener van uw eerste keuze binnen de keten COPD?



Bron: Motivaction

Figuur B5-4: Kon u terecht bij de zorgverlener van uw eerste keuze binnen de keten VRM?



Bron: Motivaction

Bijlage 6: Prijzen ketenzorg

Tabel B6-1: Tarief bij integrale bekostiging per verzekeraar voor COPD (2012)

Verze- keraar	Aantal contracten	Gem. tarief	Min. tarief	Max. tarief	Diëtiëk	Stoppen met roken
1	17	€ 66,00	€ 62,60	€ 71,40	Ja	Ja
2	20	€ 57,50	€ 70,20	€ 111,00	-	-
	10	€ 57,50	€ 57,50	€ 57,50	Nee	Ja
	7	€ 57,50	€ 57,50	€ 57,50	Ja	Ja
	3	€ 83,00	€ 55,50	€ 99,00	Ja	Ja
3	14	€ 65,50	€ 61,30	€ 71,10	-	-
	1	€ 62,10	€ 62,10	€ 62,30	Nee	Nee
	1	€ 64,30	€ 64,30	€ 64,30	Nee	Ja
	12	€ 65,90	€ 61,30	€ 71,20	Ja	Ja
4	14	€ 63,40	€ 45,90	€ 69,10	-	-

Bron: NZa, zorgverzekeraars

Tabel B6-2: Tarief bij bekostiging via het koptarief per verzekeraar voor COPD (2012)

Verze- keraar	Aantal contracten	Gem. tarief	Min. tarief	Max. tarief
1	2	€ 32,50	€ 32,50	€ 32,50
2	5	€ 3,30	€ 0,00	€ 6,00
3	13	€ 29,90	€ 26,00	€ 46,20

Bron: NZa, zorgverzekeraars

Tabel B6-3: Tarief bij bekostiging via de beleidsregel innovatie per verzekeraar voor COPD (2012)

Verze- keraar	Aantal contracten	Gem. tarief	Min. tarief	Max. tarief
1	1	€ 47,10	€ 47,20	€ 47,10

Bron: NZa, zorgverzekeraars

Tabel B6-4: Tarief bij integrale bekostiging per verzekeraar voor VRM (2012)

Verze- keraar	Aantal contracten	Gem. tarief	Min. tarief	Max. tarief	Diëtiëk	Stoppen met roken
1	18	€ 42,70	€ 31,90	€ 51,90	-	-
	2	€ 39,00	€ 34,80	€ 43,10	Ja	Nee
	16	€ 43,20	€ 31,90	€ 51,90	Ja	Ja
2	7	€ 46,40	€ 28,10	€ 60,00	-	-
	1	€ 28,10	€ 28,10	€ 28,10	Nee	Nee
	1	€ 43,10	€ 43,10	€ 43,10	Ja	Nee
	5	€ 50,70	€ 48,10	€ 60,00	Ja	Ja
3	5	€ 43,50	€ 36,10	€ 55,00	-	-
4	1	€ 43,40	€ 43,40	€ 43,40	-	-

Bron: NZa, zorgverzekeraars

Tabel B6-5: Tarief bij bekostiging via het koptarief per verzekeraar voor VRM (2012)

Verze- keraar	Aantal contracten	Gem. tarief	Min. tarief	Max. tarief
1	1	€ 9,10	€ 9,10	€ 9,10
2	5	€ 3,00	€ 0,00 ⁴⁶	€ 5,30
3	5	€ 36,20	€ 33,70	€ 46,20

Bron: NZa, zorgverzekeraars

⁴⁶ Het tarief is voor 2 contracten niet ingevuld.