

Vergaderjaar 2017–2018

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 898

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 april 2018

Op 22 januari jl. heb ik u een rapportage toegestuurd van een onderzoek naar (niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 885). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat in de eerste maanden van 2017 de kosten van niet-gecontracteerde zorg, in vergelijking met gecontracteerde zorg, per cliënt ongeveer twee keer zo hoog zijn. Niet bekend was of cliëntkenmerken, anders dan leeftijd, hierbij een factor zijn.

Tijdens het AO wijkverpleging¹ hebben wij over dit rapport gesproken. U heeft aangegeven het van belang te vinden nader te onderzoeken of cliëntkenmerken een verklaring bieden voor de hogere kosten. Ik heb toegezegd dit te laten onderzoeken en u daarover te informeren.

Om deze vraag te onderzoeken heb ik Vektis gevraagd een aantal analyses te verrichten. Deze analyses zijn gebaseerd op declaraties van zorgverzekeraars van 2016². Vektis is nagegaan of de casemix van niet-gecontracteerde zorg afwijkt van gecontracteerde zorg voor de volgende kenmerken: duur van de zorg, leeftijd en chronisch zieken. Tevens zijn de verschillen in kosten en in het aantal uren zorg voor 2016 in beeld gebracht.

Hieronder worden de bevindingen gepresenteerd van het onderzoek van Vektis naar de vraag of de casemix een verklaring is voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging.

¹ Kamerstukken 34 104, 29 689 en 29 509, nr. 206

² Gegevens van één zorgverzekeraar waren niet beschikbaar voor deze analyses en zijn niet meegenomen. Palliatieve zorg (gedefinieerd als de zorg drie maanden voorafgaand aan overlijden) gaat gepaard met hoge kosten en is niet meegenomen in de analyses.

Hoofdboodschappen

- Uit het onderzoek van Vektis blijkt dat de cliënten bij niet-gecontracteerde zorg voor wat betreft indicatoren van chronische aandoeningen zeer vergelijkbaar zijn aan de cliënten bij gecontracteerde zorg. Waar wel verschil is vastgesteld is dat de cliënten in niet-gecontracteerde zorg jonger zijn en in het voorgaand jaar geen gebruik maakten van wijkverpleging: deze verschillen vormen geen verklaring voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg.
- De verschillen in de gezondheidstoestand van de cliëntenpopulaties zijn daarmee geen verklaring voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. Het lijkt dan ook gerechtvaardigd om te concluderen dat de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging veroorzaakt worden door een minder doelmatige inzet van personeel. Dit is verontrustend omdat het aantal zorgverleners in wijkverpleging schaars is en het daarom belangrijk is de capaciteit van deze zorgverleners zo eerlijk mogelijk in te zetten.
- Uit de declaratiedata blijkt dat er ook een toename is van niet-gecontracteerde zorg in de GGZ. Daarom laat ik – in samenwerking met alle relevante partijen – ook onderzoek doen naar niet-gecontracteerde zorg in de GGZ.
- Ik ben aan het verkennen welke maatregelen mogelijk zijn om contracteren te bevorderen, zoals ook is afgesproken in het regeerakkoord. Dit onderwerp wordt ook besproken in het kader van de Hoofdlijnenakkoorden. Zoals eerder aangegeven zal ik u over de maatregelen van het kabinet om contracteren te bevorderen voor het zomerreces informeren.

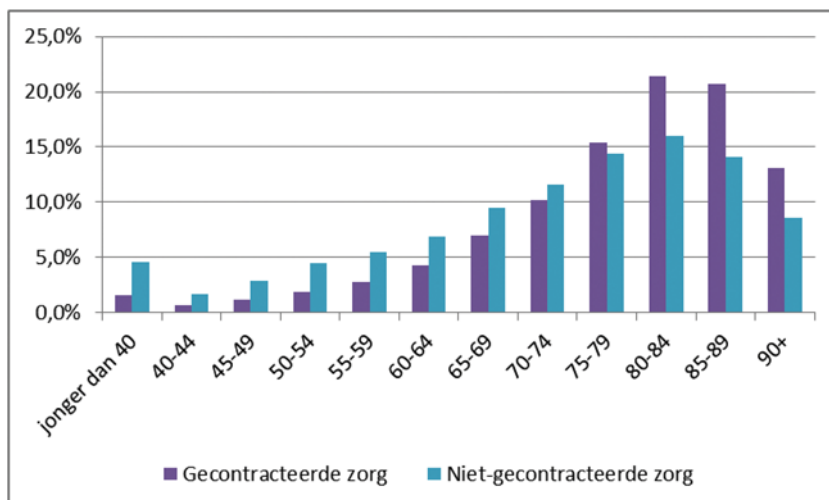
Duur van de zorg

Het percentage cliënten dat korter dan drie maanden zorg ontvangt in 2016 is bij de gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg nagenoeg gelijk (zie tabel 1). Het percentage cliënten dat ook het jaar daarvoor wijkverpleging ontvangen heeft, is bij de gecontracteerde zorg hoger dan bij niet-gecontracteerde zorg. De meest plausibele verklaring hiervoor is dat de niet-gecontracteerde aanbieders vooral nieuwe cliënten aantrekken.

Leeftijd

Net als in het onderzoek van Arteria Consulting zien we een verschil in leeftijdsopbouw: in de niet-gecontracteerde zorg zijn mensen tot 74 jaar relatief sterker vertegenwoordigd. Cliënten wijkverpleging van 75 jaar en ouder zijn relatief oververtegenwoordigd in de gecontracteerde zorg.

Figuur 1: Leeftijdsopbouw cliënten gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg



Bron: Vektis

Chronisch ziekten

Voorts is gekeken of er verschil is in cliëntenpopulatie op basis van gezondheid. Op basis van het gebruik van hulpmiddelen, medisch-specialistische zorg en farmacie zijn mensen met chronische aandoeningen geïdentificeerd. Uit onderzoek blijkt dat deze chronische aandoeningen samenhangen met de kosten wijkverpleging³.

Uit de analyses van Vektis blijkt dat onder gebruikers van wijkverpleging veel chronisch zieken zijn. Zo wordt meer dan 80% van de gebruikers wijkverpleging als chronisch ziek geclassificeerd op basis van gebruik van farmacie, rond de 50% op basis van declaraties medisch-specialistische zorg en rond de 35%-40% op basis van gebruik van hulpmiddelen. Ter vergelijking, onder de Nederlandse bevolking liggen deze percentages chronisch zieken rond de 20% op basis van gebruik van farmacie, rond de 10% op basis van gebruik van medisch-specialistische zorg, en rond de 3% op basis van gebruik van hulpmiddelen.

Uit tabel 1 blijkt dat de percentages chronisch zieken vergelijkbaar zijn bij de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, zowel voor verzorging als verpleging. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders hebben dus niet meer chronisch zieken in zorg.

Tabel 1: Verschillen in chronische aandoeningen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging, 2016

	Percentage cliënten verzorging – gecontracteerd	Percentage cliënten verzorging – niet-gecontracteerd
Gebruik van hulpmiddelen	38,3%	34,4%
Gebruik van medisch-specialistische zorg	50,1%	50,8%
Gebruik van farmacie	83,1%	82,2%
Gebruik wijkverpleging in het voorgaande jaar (2015)	65,7%	59,1%
Korter dan drie maanden wijkverpleging in analysejaar (2016)	39,0%	39,6%

³ Significant, 2017, Risicoverevening: cliëntprofielen wijkverpleging (WOR 845); Significant (2016), Risicoverevening: onderzoek uitbreiding van de hulpmiddelenkostengroepen (WOR 776); iBMG (2015), Groot onderhoud van de diagnosekostengroepen in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorgkosten (WOR 728).

	Percentage cliënten verpleging – gecontracteerd	Percentage cliënten verpleging – niet-gecontracteerd
Gebruik van hulpmiddelen	39,5%	41,1%
Gebruik van medisch-specialistische zorg	51,5%	54,9%
Gebruik van farmacie	81,4%	79,8%
Gebruik wijkverpleging in het voorgaande jaar (2015)	57,5%	49,7%
Korter dan drie maanden wijkverpleging in analysejaar (2016)	49,2%	52,1%

Bron: Vektis

Er is in het onderzoek geen verschil gevonden in percentages chronisch zieken per leeftijdscategorie tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

Verskil in kosten en uren zorg

De gemiddelde kosten per cliënt per maand bij niet-gecontracteerde zorg waren in 2016 een factor 1,5 (verpleging) tot 1,7 (verzorging) hoger dan bij gecontracteerde zorg.

Het aantal uur wijkverpleging per maand per cliënt is bij de niet-gecontracteerde zorg bijna twee keer zo hoog als bij de gecontracteerde zorg. Deze bevindingen zijn in lijn met het hierboven genoemde onderzoek.

Conclusies

Met deze analyses is – binnen de beschikbare tijd – zo goed mogelijk geprobeerd om een plausibele verklaring te vinden voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. De cliënten bij niet-gecontracteerde zorg zijn voor wat betreft chronische aandoeningen vrijwel identiek aan de cliënten bij gecontracteerde zorg. Waar wel verschil is vastgesteld is dat de cliënten in niet-gecontracteerde zorg jonger zijn en in het voorgaand jaar geen gebruik maakten van wijkverpleging, maar deze verschillen vormen geen verklaring voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg.

De uitkomsten van deze analyses zijn besproken met twee wetenschappers en met relevante partijen uit de sector, te weten: Actiz, BTN, PFN, ZN, V&VN, ZIN en de NZa. De uitkomsten van de analyses worden herkend door deze partijen.

Partijen hebben tevens een aantal suggesties gedaan die mogelijk nog nader inzicht zouden kunnen bieden. Hoe waardevol ook, bleken een groot deel van deze suggesties – binnen dit korte tijdsbestek – niet uitvoerbaar; bijvoorbeeld omdat het onderzoek veel tijd en geld zou kosten (dossieronderzoek) of omdat er geen landelijk dekkende gegevens beschikbaar zijn (bijvoorbeeld over de inzet van mantelzorg). Op verzoek van partijen heeft Vektis wel nog onderzocht of de nieuwe cliënten in 2016 wat betreft kenmerken vergelijkbaar zijn bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg; dat bleek het geval te zijn.

Op basis van de thans beschikbare analyses kan niet worden vastgesteld dat verschillen in de gezondheidstoestand van de cliëntenpopulaties een verklaring zijn voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging.

Daarmee lijkt het gerechtvaardigd om te concluderen dat de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging veroorzaakt worden door een minder doelmatige inzet van personeel. Dit is veront-

rustend omdat het aantal zorgverleners in wijkverpleging schaars is en het daarom belangrijk is de capaciteit van deze zorgverleners zo efficiënt mogelijk in te zetten.

Ik ben daarom – met de partijen uit de sector – van mening dat het van belang is om maatregelen te nemen om contractering te bevorderen. Alle partijen maken zich zorgen over de toename van de ongecontracteerde zorg en de gevolgen daarvan. De partijen zijn in het kader van het bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 met elkaar in gesprek om het contracteerproces in de wijkverpleging te verbeteren.

GGZ

Uit de declaratiedata blijkt dat er ook een toename is van niet-gecontracteerde zorg in de GGZ. Daarom laat ik – in samenwerking met alle relevante partijen – ook een onderzoek doen naar niet-gecontracteerde zorg in de GGZ, vergelijkbaar aan het onderzoek dat in de wijkverpleging is gedaan. Dit onderzoek zal in juni gereed zijn. Vanzelfsprekend zal ik u over de uitkomsten informeren.

Tot slot

Ik ben aan het verkennen welke maatregelen mogelijk zijn om contracteren te bevorderen, zoals ook is afgesproken in het regeerakkoord. Dit onderwerp wordt ook besproken in het kader van de Hoofdlijnenakkoorden. Zoals eerder aangegeven zal ik u over de maatregelen van het Kabinet om contracteren te bevorderen voor het zomerreces informeren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge