

Verzekeraars niet per se geprikkeld tot substitutie van ziekenhuiszorg

Verplaatsing van zorg van het ziekenhuis naar huisartsen kan bijdragen aan passende zorg. Maar loont een dergelijke zorgverplaatsing wel voor verzekeraars, als inkopers van zorg?

IN HET KORT

- Risicoverevening vermindert de financiële prikkels voor zorgverzekeraars om substitutie van zorg te bevorderen.
- In een actuele casus leidt verplaatsing van diabeteszorg tot een 163 euro lagere vereveningsbijdrage per patiënt.
- Een oplossing is om de risicoverevening minder afhankelijk te maken van waar en door wie de zorg wordt geleverd.

RICHARD VAN KLEEF

Universitair hoofd-
docent aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

DENNIS MURIS

Projectmanager bij
Medisch Coördinatie
Centrum Omnes

PETER-PAUL ESSERS

Consultant bij Opera
Consultancy en
Implementatie

MARIEKE DE WIT

Kennismanager bij
Robuust

BART VIVEEN

Beleidsmedewerker
bij CZ

In het stelsel voor curatieve zorg is er een belangrijke taak weggelegd voor verzekeraars. Zij worden geacht om namens hun verzekerden goede zorg in te kopen tegen een gunstige prijs. In deze rol dragen verzekeraars bij aan een doelmatige besteding van premiegelden, waarvoor ze verschillende instrumenten tot hun beschikking hebben. Zo kunnen zij ervoor kiezen om alleen contracten te sluiten met aanbieders die doelmatige zorg leveren. Daarnaast kunnen verzekeraars innovatieve bekostigingsmethoden inzetten waarmee doelmatige zorg wordt beloond. En ten slotte kunnen verzekeraars – samen met zorgaanbieders, patiënten en gemeenten – actief in doelmatigheid investeren, bijvoorbeeld via preventie en een betere coördinatie en afstemming van zorg.

Een van de manieren om zorg doelmatiger te organiseren, is substitutie van tweedelijnszorg (specialistische zorg in het ziekenhuis) door eerstelijnszorg (zoals huisartsenzorg). Enerzijds kan het voor de patiënt prettig zijn om de zorg dichterbij huis te ontvangen. Anderzijds kan bepaalde zorg in de eerste lijn mogelijk goedkoper worden geleverd dan in de tweede lijn. Vanwege deze potentiële voordelen is er de laatste jaren veel aandacht ontstaan voor substitutie. Zie bijvoorbeeld het rapport van de Taskforce *De juiste zorg op de juiste plek* (Ministerie van VWS, 2018), de analyse in het kader van de brede maatschappelijke heroverwegingen *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel* (Ministerie van

Financiën, 2020), en ook het actieplan *Samenwerken aan passende zorg* (Zorginstituut Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit, 2020).

Ondanks een mogelijke kostenbesparing is substitutie voor verzekeraars niet per definitie lonend. Minder ziekenhuiszorg kan namelijk leiden tot een afname van de bijdrage die verzekeraars ontvangen uit het zogenoemde risicovereveningsfonds. In dit artikel wordt er besproken hoe dit precies werkt, onder meer via een actuele praktijkcasus, en wordt er besproken wat er aan gedaan kan worden.

Risicoverevening

De Zorgverzekeringswet verplicht verzekeraars om van alle verzekerden met dezelfde zorgpolis dezelfde premie te vragen. Bovendien mogen verzekeraars geen verzekerden weigeren. Zonder verdere maatregelen zou zo'n doorsnee-premie ertoe leiden dat gezonde verzekerden voorspelbaar winstgevend zijn voor verzekeraars, terwijl chronisch zieken voorspelbaar verliesgevend zijn. Verzekeraars met relatief veel chronisch zieken zouden dan in het nadeel zijn ten opzichte van concurrenten met relatief veel gezonde verzekerden. Ook zou het voor verzekeraars dan financieel onaantrekkelijk zijn om in te spelen op de wensen van chronisch zieken. Ter voorkoming van deze perverse prikkels is de risicoverevening in het leven geroepen. Hiermee worden verzekeraars gecompenseerd voor voorspelbare winsten en verliezen. Bij een goede risicoverevening zijn chronisch zieken financieel gezien net zo aantrekkelijk voor verzekeraars als gezonde mensen.

Concreet houdt de risicoverevening in dat verzekeraars voor elke verzekerde een bijdrage ontvangen (of moeten betalen), afhankelijk van bepaalde 'risicokenmerken' die de verzekerde heeft. Het vereveningssysteem van 2021 houdt rekening met de volgende risicokenmerken: leeftijd, geslacht, aard van het inkomen, regiokenmerken, sociaal-economische status, aantal personen per adres, farmaciekosten-groepen, diagnosekosten-groepen, hulpmiddelenkosten-groepen, fysiotherapiekosten-groepen, en meerjarige hoge dan wel lage kosten (Staatscourant, 2020). Doorgaans geldt dat verzekeraars een hogere vereveningsbijdrage ontvangen voor ouderen dan voor jongeren, en ook meer voor mensen mét een aandoening dan voor mensen zónder aandoening.

Als het aankomt op de effecten van substitutie van tweede- door een eerstelijnszorg, dan is met name de risico-

factor 'diagnosekostengroepen' van belang. Deze risicofactor is gebaseerd op ziekenhuisdiagnose-informatie van het voorgaande jaar. Concreet is ten behoeve van het risicovereveningssysteem een aantal zorgproducten geselecteerd die wijzen op hoge vervolgcosten. Hieronder vallen bijvoorbeeld chemotherapie en nierdialyse, maar ook specifieke behandelingen voor diabetes. Op basis van medisch-inhoudelijke overeenkomsten zijn deze zorgproducten geclusterd in circa 200 zogenoemde Dxgroepen. Voor elke Dxgroep waarin een verzekerde is ingedeeld, ontvangt de verzekeraar in het volgende jaar een bijdrage variërend van enkele honderden euro's voor Dxgroepen met relatief lage vervolgcosten, tot bijna 70.000 euro voor Dxgroepen met zeer hoge vervolgcosten (Staatscourant, 2020).

Een patiënt die niet in het ziekenhuis wordt behandeld, komt per definitie ook niet in een Dxgroep terecht. Dit betekent dat het verplaatsen van zorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn kan leiden tot een daling van het aantal verzekerden dat in een Dxgroep wordt ingedeeld en tot een lagere vereveningsbijdrage voor verzekeraars, terwijl de kostenbesparing door substitutie de vermindering in de vereveningsbijdrage voor verzekeraars niet in alle gevallen zal compenseren. Het precieze effect op de vereveningsbijdrage zal verschillen tussen aandoeningen en substitutieprojecten, en is daarmee een empirische vraag.

Effect van substitutie op vereveningsbijdrage

Ter illustratie wordt hier het verwachte effect van substitutie op de vereveningsbijdrage doorgerekend voor een praktijkcasus, te weten Plan Diabetes 2.0 (kader 1). We analyseren op welke zorgproducten de substitutie betrekking heeft, welke zorgproducten tot indeling bij een Dxgroep leiden en hoeveel patiënten gebruik maken van die zorgproducten. Dit doen we aan de hand van medisch-inhoudelijke informatie, administratieve gegevens van zorgverzekeraar CZ en beleidsregels betreffende de risicoverevening van Zorginstituut Nederland.

Met deze informatie kan per te verplaatsen patiënt de gemiddelde afname in vereveningsbijdrage worden bere-

Casus Plan Diabetes 2.0

KADER 1

In de Limburgse Mijnstreek hebben zorgverleners, gemeenten, burgers en een zorgverzekeraar de handen ineengeslagen om te komen tot een kwalitatief hoogstaande, patiëntgerichte, lijnloze en toekomstbestendige chronische zorg. Het project richt zich onder andere op diabeteszorg. In Zuid-Limburg is de prevalentie van diabetes type 2 relatief hoog, met in sommige gemeenten prevalenties van circa tien procent (versus zes procent landelijk). In 2020 stonden er in de Mijnstreek ongeveer 32.000 patiënten met diabetes type 2 geregistreerd, van wie er circa

28.000 behandeld werden in de eerste lijn en circa 4.000 in de tweede lijn. Om diabeteszorg in de Mijnstreek doelmatiger te organiseren, is het 'Plan Diabetes 2.0' opgesteld. Dit plan steunt op drie belangrijke pijlers: ten eerste diabetespatiënten op maat behandelen, ten tweede inzetten op verbetering van de gezondheid van diabetespatiënten, en ten derde organiseren van de juiste zorg op de juiste plek. Met name de pijler *juiste zorg op de juiste plek* speelt een belangrijk rol bij het doelmatiger organiseren van diabeteszorg.

Beoogde substitutie per 1.000 patiënten met ten minste een van de vier zorgproducten

TABEL 1

Zorgproduct' / diagnose	Leidt tot Dxgroep	Aantal patiënten ²	Aantal te verplaatsen patiënten	Afname vereveningsbijdrage
40201004 / 221	Nee	20	7	€ 0
40201004 / 222	Ja	35	13	€ 29.229
40201008 / 221	Nee	10	4	€ 0
40201008 / 222	Ja	10	4	€ 8.195
40201010 / 221	Nee	32	12	€ 0
40201010 / 222	Ja	28	11	€ 23.722
40201013 / 221	Nee	361	135	€ 0
40201013 / 222	Nee	505	189	€ 0
Totaal		1.000	375	€ 61.146

¹ In de productstructuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden deze zorgproducten als volgt omschreven: 40201004 'Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij diabetes (suikerziekte)'; 40201008 'Dagbehandeling(en) en/of meer dan 4 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)'; 40201010 '3 tot 4 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand of meer dan 2 onderzoeken bij diabetes (suikerziekte)'; 40201013 '1 of 2 polikliniekbezoeken/ consultaties op afstand bij diabetes (suikerziekte)'.

² Circa een op de tien patiënten komt bij meer dan één van de acht combinaties voor. Het was niet mogelijk daarvoor te corrigeren. Uit een aanvullende analyse is echter gebleken dat deze verzekerden min of meer gelijk zijn verdeeld over de acht combinaties. Met andere woorden: verwacht mag worden dat de verdeling van 'unieke' patiënten (per 1.000) over de acht combinaties vergelijkbaar is met de verdeling hierboven.

Data: CZ | ESB

kend. Volgens de betrokken zorginstanties gaat de beoogde substitutie over vier zorgproducten die vallen onder het specialisme 'inwendige geneeskunde' (code 313). Ze komen doorgaans voor in combinatie met de diagnosecode 221 ('Diabetes mellitus zonder secundaire complicaties') en de diagnosecode 222 ('Diabetes mellitus met secundaire complicaties'). Uit de beleidsregels van Zorginstituut Nederland kan er worden opgemaakt dat drie combinaties van zorgproduct/diagnosecode leiden tot indeling van patiënten bij Dxgroep 21027 'Diabetes met chronische complicaties'. De andere vijf combinaties leiden niet tot indeling bij een Dxgroep (Zorginstituut Nederland, 2020). Voor elke patiënt in Dxgroep 21027 ontvangt een verzekeraar in 2021 een 'extra' vereveningsbijdrage van 2.251,27 euro, bovenop de bijdrage voor andere risicofactoren van deze verzekerde zoals leeftijd en geslacht (Staatscourant, 2020).

Tabel 1 berekent de verwachte afname in vereveningsbijdrage als gevolg van de beoogde substitutie per 1.000 patiënten die momenteel gebruikmaken van de vier zorgproducten. De derde kolom geeft het aantal patiënten in de acht combinaties van zorgproduct/diagnose. Deze aantallen zijn afgeleid uit declaratiegegevens van verzekeraar CZ. Helaas kan in deze gegevens geen onderscheid worden gemaakt tussen diabetes type 1 en diabetes type 2. In plaats daarvan wordt er voor elk van de acht combinaties van zorgproduct/diagnose aangenomen dat het hier in 75 procent van de gevallen patiënten met diabetes type 2 betreft. Deze aanname kwam tot stand door het aantal patiënten met diabetes type 1 en diabetes type 2 te 'turven' in de polikliniek van een endocrinoloog in Zuyderland MC.

Indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, zoals inhoudelijke scholing van zorgprofessionals in de eerste lijn en het actief terugverwijzen van diabetespatiënten uit de tweede lijn, verwachten medische experts in deze casus dat men circa de helft van de 4.000 type 2-patiënten – die momenteel in de tweede lijn worden behandeld – terug zal kunnen verwijzen naar de eerste lijn. Voorts wordt er verondersteld dat de beoogde substitutie van vijftig procent gelijk is voor alle acht combinaties van zorgproduct/diagnose. In absolute aantallen komt de beoogde substitutie daarmee uit op 375 per 1.000 patiënten die op dit moment gebruikmaken van de betreffende zorgproducten ($1.000 \times 75\% \times 50\%$; onderste regel tabel 1). De kolom 'Aantal te verplaatsen patiënten' laat zien hoe deze 375 patiënten naar verwachting zijn verdeeld over de acht combinaties.

Ten slotte toont de laatste kolom de afname in vereveningsbijdrage als gevolg van de beoogde substitutie. Voor te verplaatsen patiënten met een combinatie van zorgproduct/diagnosecode die niet leidt tot indeling bij Dxgroep 21027, geldt dat de afname gelijk is aan nul. Immers, ook zonder substitutie kwamen deze verzekerden al niet in Dxgroep 21027 terecht. Voor combinaties die wel leiden tot indeling bij Dxgroep 21027 is de afname gelijk aan het aantal te verplaatsen patiënten, verminderd met de extra vereveningsbijdrage die is gekoppeld aan deze Dxgroep (2.251,27 euro). Uit de onderste regel blijkt een totale afname van 61.146 euro, oftewel gemiddeld 163 euro per te verplaatsen patiënt (61.146 euro / 375).

Conclusie en implicaties

In de bestudeerde casus leidt het verplaatsen van diabeteszorg van de tweede naar de eerste lijn naar verwachting tot een afname in vereveningsbijdrage van gemiddeld 163 euro per te verplaatsen patiënt. Het is belangrijk om te noemen dat het precieze effect met onzekerheid is omgeven. Zo kunnen er vraagtekens worden geplaatst bij de aanname dat de kans op substitutie gelijk is voor de acht combinaties van zorgproduct/diagnose. Mocht deze kans in werkelijkheid verschillen vertonen tussen de acht combinaties, dan is dat van invloed op de uitkomsten. Bijvoorbeeld: wanneer de kans op substitutie groter is voor combinaties die niet leiden tot indeling bij een Dxgroep dan voor zorgproducten die er wél toe leiden, dan zal de gemiddelde afname in vereveningsbijdrage per te verplaatsen patiënt kleiner zijn, en vice versa.

Voor verzekeraars leidt substitutie van tweede- door eerstelijnszorg mogelijk ook tot een kostenbesparing. De omvang van die kostenbesparing is een empirische vraag, en hangt onder andere af van het kostenverschil tussen eerste- en tweedelijnszorg en de mate waarin een reductie van tweedelijnszorg doorwerkt in het ziekenhuisbudget. Het resultaat onder de streep zal tussen patiëntgroepen verschillen. Het is de vraag of de besparing voor de verzekeraar net zo hoog is. Het kan dus niet uitgesloten worden dat verzekeraars in specifieke gevallen geld moeten toeleggen op substitutie.

De dempende werking van de risicoverevening op de prikkels voor verzekeraars om in te zetten op substitutie is nadelig voor het functioneren van het zorgstelsel. Het risico bestaat dat potentiële doelmatigheidswinsten daardoor niet worden gerealiseerd. Het valt daarom aan te bevelen om bij de vormgeving van de risicoverevening beter rekening te houden met prikkels voor substitutie. Een mogelijkheid daarvoor is om de diagnose-informatie uit huisartspraktijken te betrekken bij de risicoverevening, zodat de vereveningsbijdrage voor verzekeraars minder afhankelijk is van waar en door wie de zorg wordt geleverd. Dit zou kunnen door, naast de huidige diagnosekostengroepen, op basis van ziekenhuisbehandelingen een set van diagnosekostengroepen in te voeren berustend op diagnoses die zijn gesteld door de huisarts. De 'International Classification of Primary Care' (ICPC, het diagnoseclassificatiesysteem dat reeds door huisartsen wordt gebruikt) zou hiervoor als grondslag kunnen dienen. Het is dan wel belangrijk dat de relevante ICPC-informatie centraal wordt verzameld en beschikbaar komt voor de risicoverevening. Nader onderzoek moet uitwijzen of dat mogelijk is en op welke termijn.

Literatuur

Ministerie van Financiën (2020) *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel. Brede maatschappelijke heroverweging*. Beleidsnota BMH. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

Ministerie van VWS (2018) *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*.

Staatscourant (2020) Concept voor de regeling houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2021. *Staatscourant*, 51399. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.

Zorginstituut Nederland (2020) *Referentiebestand DKGs 2021*.

Zorginstituut Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit (2020) *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg*. Adviesrapport, 27 november.