



Nederlandse
Zorgautoriteit

Oriënterende Monitor Huisartsenzorg

*Het nieuwe financieringssysteem en
marktwerking in de huisartsenzorg*

Oriënterende Monitor

Huisartsenzorg

*Het nieuwe financieringssysteem en
marktwerking in de huisartsenzorg*

juli 2007

Inhoud

Vooraf	5
Samenvatting van bevindingen, conclusies en aanbevelingen	7
1. Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Onderzoeksopdracht en –doelstelling en scope	13
1.3 Onderzoeksaanpak en opzet van het monitordocument	14
2. De nieuwe financieringssystematiek en mogelijke effecten in een gemengd systeem	17
2.1 De nieuwe financieringssystematiek	17
2.2 Mogelijke effecten in een gemengd systeem	19
2.3 Organisatie, specialisatie en innovatie	21
3. Structuur van de markt voor huisartsenzorg	23
3.1 Aanbod op de zorgverleningsmarkt	23
3.2 Aanbod op de zorginkoopmarkt	25
3.3 Toe- en uittreding en barrières	25
3.4 Differentiatie in het takenpakket van de huisarts	26
3.5 Transparantie	27
4. Gedrag van marktpartijen	29
4.1 Contractonderhandeling	29
4.2 Volgen van de dominante verzekeraar	30
4.3 Zorgproductie	31
5. Markttuitkomsten: publieke belangen	33
5.1 Kwaliteit	33
5.2 Toegankelijkheid	34
5.3 Prijzen en betaalbaarheid	34
6. Doelstellingen van het Vogelaarakkoord	39
6.1 Modernisering en innovatie	39
6.2 Kosten van administratieve en management taken	40
Bijlage Onderzoeksverantwoording	43

Vooraf

Sinds 1 januari 2006 is in Nederland een nieuw financieringssysteem voor huisartsenzorg overdag van kracht. Huisartsen, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS zijn het eens geworden over het nieuwe financieringssysteem in het Vogelaarakkoord.

Voor u ligt de oriënterende monitor Huisartsenzorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze monitor maakt de werking van de markt voor huisartsenzorg en de werking van het nieuwe financieringssysteem op hoofdlijnen inzichtelijk. Ook komt naar voren hoe het gaat met de doelstellingen uit het Vogelaarakkoord. Er was behoefte aan die informatie op korte termijn. De uitvoering is 'pragmatisch' zoals het ministerie van VWS heeft voorgesteld. Hierdoor zullen niet alle aspecten van marktwerking, zoals die in reguliere monitors van de NZa aan de orde komen, (uitgebreid) worden geanalyseerd en beschreven.

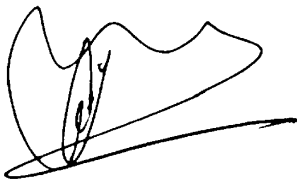
Medio 2008 zal de NZa de eerste reguliere monitor huisartsenzorg publiceren. Daarin zal de NZa ook nader ingaan op de acties en aanbevelingen die uit deze oriënterende monitor voortvloeien.

Met de monitors Huisartsenzorg zal de NZa de ontwikkelingen rond deze beroepsgroep ook de komende jaren volgen. Vooral als het gaat om de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarbij zal de NZa bijvoorbeeld ook oog houden voor de administratieve lasten.

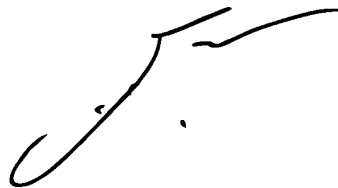
Voor deze monitor maakte de NZa gebruik van bestaande kwantitatieve bronnen, maar ook van kwalitatieve informatie uit interviews onder verzekeraars en enquêtes van huisartsen.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit



drs. A.L.M. Barendregt
portefeuillehouder aanbieders Cure



mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Samenvatting van bevindingen, conclusies en aanbevelingen

Sinds januari 2006 kent Nederland een nieuw financieringssysteem voor huisartsenzorg overdag. Huisartsen, zorgverzekeraars en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn het eens geworden over dit nieuwe systeem in het Vogelaarakkoord. De belangrijkste doelstellingen zijn:

- stimuleren van samenwerkingsverbanden van huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders;
- verdere ontwikkeling van de programmatische aanpak van chronische aandoeningen;
- substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn;
- beheersing administratieve lasten.

Wat betreft de bekostiging van huisartsen bestaat het nieuwe financieringssysteem uit twee componenten: een inschrijftarief per ingeschrevene en een vergoeding per verrichting. Het inschrijftarief kent eventueel een opslag voor verschillende modules: Praktijkondersteuning (POH), Achterstandsfonds en Modernisering en Innovatie (M&I).

Het nieuwe financieringssysteem heeft prikkels in zich die kunnen leiden tot gedragsveranderingen van huisartsen en andere marktpartijen. Deze oriënterende monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft tot doel inzichtelijk te maken wat het nieuwe systeem bijdraagt aan de borging van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en aan de realisatie van de doelstellingen uit het Vogelaarakkoord.

Borging van publieke belangen

Kwaliteit

Het nieuwe financieringssysteem bevordert de kwaliteit van huisartsenzorg, vooral door meer samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste lijn en het stimuleren van Modernisering en Innovatie (M&I). Maar dat gebeurt nog steeds onvoldoende. Samenwerking is nog vooral mono-disciplinair van aard. Huisartsen werken met name samen met andere huisartsen en in mindere mate met andere zorgaanbieders in de eerste lijn. De NZa zal in de reguliere monitor huisartsenzorg onderzoeken waarom het aangaan van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden op grotere schaal uitblijft.

De kwaliteit van de huisartsenzorg is weinig transparant. Daardoor zijn consumenten en zorgverzekeraars onvoldoende in staat om de kwaliteit te beoordelen. Dit staat effectieve onderhandelingen tussen huisartsen en zorgverzekeraars in de weg. Het verdient daarom de aanbeveling om een landelijk systeem van kwaliteitsindicatoren ten aanzien van huisartsenzorg op te zetten en in stand te houden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) neemt op dit moment het initiatief voor het opzetten van een dergelijk systeem.

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van huisartsenzorg is over het algemeen goed als het gaat om het aantal huisartsen dat beschikbaar is. Er zijn wel signalen dat er in de toekomst problemen zullen ontstaan in het aanbod van huisartsen en de beschikbaarheid van huisartsenzorg. Dat komt door toenemende vraag, onvoldoende opvolging van uittredende huisartsen

en substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Dit laatste is een van de doelstellingen van het nieuwe financieringssysteem.

Het nieuwe financieringssysteem, in het bijzonder het inschrijftarief, heeft ertoe geleid dat huisartsenpraktijken 'opener' zijn geworden en patiëntenstops deels zijn verdwenen. Dit draagt bij aan een betere toegankelijkheid van huisartsenzorg.

De telefonische bereikbaarheid en openingstijden na drie uur 's middags laten te wensen over. Dit remt de substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Als de huisarts niet bereikbaar is, wendt de consument zich voor huisartsenzorg tot de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis of de huisartsenpost. Voor de reguliere monitor Huisartsenzorg zal de NZa nader onderzoek doen naar de bereikbaarheid van huisartsenzorg. Het verdient de aanbeveling dit onderzoek te koppelen aan het onderzoek dat de IGZ op dit terrein uitvoert.

De toegankelijkheid is ook in het geding door het beperkte aantal huisartsen dat de mogelijkheid van een e-mailconsult aanbiedt. De NZa zal vanuit consumentenoogpunt partijen (LHV en ZN) vragen het e-mailconsult te evalueren. Als evaluatie uitblijft zal de NZa zelf dit onderzoek verrichten.

Betaalbaarheid

Betaalbaarheid wordt in belangrijke mate bepaald door de tarieven voor huisartsenzorg. Inschrijftarieven en consulttarieven zijn in de praktijk (vrijwel) altijd gelijk aan de daarvoor wettelijk geldende maxima. Dit kan het resultaat zijn van sterke onderhandelingsmacht bij de huisarts, waarvoor ook sterke signalen zijn. Het kan ook dat de wettelijke maxima maar net kostendekkend zijn.

Deze constatering benadrukt de behoefte aan kostenonderzoek. Dergelijk onderzoek moet inzichtelijk maken of er sprake is van restrictieve wettelijk maximum tarieven en of de tarieven aangepast moeten worden om effectieve marktwerking te bevorderen.

Betaalbaarheid van de huisartsenzorg wordt ook bepaald door de omvang van het volume. Sinds de invoering van het nieuwe financieringssysteem is het aantal consulteenheden sterk gestegen. Volgens zorgverzekeraars komt dit mede door de stijging van het aantal herhalingsrecepten omdat recepten voor kortere periodes gelden. De NZa is van mening dat de ontwikkeling rond de recepten nader onderzoek van de LHV, ZN en CVZ vraagt.

Zorgverzekeraars hebben regelmatig het gevoel dat huisartsen te hoge tarieven bedingen voor de M&I verrichtingen, die in principe vrij onderhandelbaar zijn. Hier speelt het probleem dat zorgverzekeraars onvoldoende inzicht hebben in de werkelijke kosten die met M&I verrichtingen zijn gemoeid. De macht van huisartsen in de onderhandelingen blijkt groter dan die van zorgverzekeraars. In het Vogelaarakkoord is afgesproken dat verzekeraars de afspraken 'volgen' die huisartsen met de dominante verzekeraar in het werkgebied maken. Ook dit heeft een prijsverhogend effect bij M&I verrichtingen. Hoewel zorgverzekeraars uit kostenoverwegingen 'het volgen' soms wenselijk achten, geven zij aan soms liever een eigen, lager tarief met huisartsen buiten het kernwerkgebied te willen afspreken. Ook zijn zorgverzekeraars van mening dat sommige M&I verrichtingen als reguliere huisartsenzorg zijn aan te merken en ook als zodanig tegen het gewone consulttarief gedeclareerd zouden moeten worden. Voorbeelden hiervan zijn tapen, audiometrie en allergietesten.

De NZa beveelt aan om het 'volgen' van de dominante verzekeraar, zoals is afgesproken in het Vogelaarakkoord, los te laten. Het strookt niet met de introductie van vrij onderhandelbare tarieven, marktwerking in het algemeen en leidt tot hogere tarieven. De NZa vindt het ook wenselijk M&I verrichtingen te onderwerpen aan een inhoudelijke beoordeling. Welke verrichtingen zijn daadwerkelijk innovatief en welke verrichtingen horen onder de reguliere zorg thuis? De NZa is inmiddels bezig met een dergelijk onderzoek.

Meer fundamenteel hierbij speelt dat een modernisering of innovatie, en de daarmee gepaard gaande hoge(re) kosten per definitie tijdelijk van aard zijn. Een langdurige of zelfs permanente plaatsing van een verrichting op de M&I lijst klopt inhoudelijk niet en is ook economisch onwenselijk. Een kostengeoriënteerd tarief voor M&I verrichtingen is wenselijk. Dat geeft een prikkel om een optimale afweging te maken tussen de desbetreffende M&I verrichting en mogelijke alternatieven in de eerste en tweede lijn. Kostenoriëntatie komt ook de betaalbaarheid ten goede, als het leidt tot lagere tarieven.

Zorgverzekeraars geven te kennen dat er momenteel teveel verschillende financieringsbronnen voor M&I zijn met soms verwarrende onderlinge relaties. Het verdient aanbeveling om de financiering van M&I te vereenvoudigen. Dat kan bijvoorbeeld door het onderbrengen van M&I in de beleidsregels geïntegreerde eerstelijnszorgproducten en innovatie.

De NZa zal deze inzichten betrekken bij het opstellen van een nieuwe beleidsregel M&I.

Doelstellingen uit het Vogelaarakkoord

Samenwerking eerstelijnszorg

Er vindt steeds meer samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste lijn plaats, zij het veelal monodisciplinair. De rol van het nieuwe financieringssysteem bij het aangaan van nieuwe samenwerkingsverbanden blijkt echter beperkt. De per 1 januari 2007¹, geïntroduceerde beleidsregel 'geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' kan een impuls zijn voor samenwerking. Samenwerken is echter geen doel op zich. Het is een middel dat moet bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg. De NZa is van oordeel dat meer transparantie over de kwaliteit van huisartsenzorg ertoe zal bijdragen dat meer kwaliteitsverhogende, zowel monodisciplinaire als multidisciplinaire, samenwerkingsverbanden worden aangegaan. Uiteraard moeten er dan wel juiste prikkels zijn voor samenwerkingsverbanden.

Programmatische aanpak van chronische aandoeningen

Het nieuwe financieringssysteem stimuleert ketenzorg en draagt daarmee bij aan een effectievere aanpak van chronische aandoeningen. Ook hierbij geldt dat dit beter kan door meer multidisciplinaire samenwerking. Er zijn aanwijzingen dat zorgverzekeraars de M&I-module inzetten (met name de 14xxx-codes) om dergelijke ketens/samenwerking te stimuleren.

Substitutie

Het nieuwe financieringssysteem leidt tot substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Toch heeft dit tot op heden nog niet geleid tot zichtbare besparingen op de tweedelijnszorg. Daar is een aantal redenen voor:

¹ Deze beleidsregel wordt gesplitst in de beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde eerstelijnszorg en de beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten.

- Zorgverzekeraars missen door verevening en nacalculatie een prikkel om de tweedelijnszorg scherp in te kopen;
- Zorgverzekeraars hebben gezien de relatieve omvang van het huisartsenbudget minder belang bij een doelmatige inkoop van de huisartsenzorg;
- Zorgverzekeraars hebben pas inzicht in de omvang van het gebruik van tweedelijnszorg op het moment dat een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) gedeclareerd wordt. Dat is pas na afsluiting van de DBC;
- Financiering van medisch-specialistische zorg vindt via lumpsum plaats. Lumpsumfinanciering is niet direct afhankelijk van volumeontwikkelingen en reageert veelal met vertraging op volumeveranderingen.

Om de kostenbesparing die volgt uit substitutie van de tweede naar de eerste lijn zichtbaar te maken, zouden enkele 'case studies' onderzocht moeten worden van ziekenhuizen en huisartsen binnen een markt. De NZa is van plan om dergelijke studies uit te voeren en hierover te rapporteren in de reguliere monitor Huisartsenzorg medio 2008.

Beheersing van kosten van administratieve handelingen

Een van de doelstellingen van het Vogelaarakkoord is 'beheersing van administratieve lasten'. Het gaat daarbij om beheersing van de kosten die samenhangen met administratieve handelingen zoals contracteren en declareren. Maar bijvoorbeeld ook de tijdsbesteding en kosten gemoeid met het managen van samenwerkingsverbanden en personeelsbeleid vallen hieronder.

Het is van belang te benadrukken dat dit geen Administratieve Lasten (AL) betreft zoals die zijn gedefinieerd door het Advies College Toetsing Administratieve Lasten (Actal). Bij Actal gaat het om de kosten om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving.

Huisartsen geven aan dat de tijd die ze beschikbaar hebben voor zorgtaken in 2006 is afgenomen en in 2007 weer licht is toegenomen. Door de introductie van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel en het nieuwe financieringssysteem zijn in 2006 de handelingen voor contracteren, declareren en inschrijven op naam toegenomen. Anderzijds is ook sprake van stijging van tijd besteed aan niet-zorgtaken samenhangend met personeelsbeheer en samenwerking. Bij deze taken kunnen de extra niet-zorgtaken ook duiden op een effectieve organisatie van de zorg doordat huisartsen POH-ers inzetten en meer samenwerken. Het herstel in tijdsbesteding aan zorgtaken is daardoor groter dan het lijkt.

Ook zorgverzekeraars constateren een toename in de administratieve handelingen, maar zien mogelijkheden deze te verlagen door elektronisch declareren en elektronisch contracteren. Mede daardoor verwacht de NZa dat de daling in deze administratieve kosten zich in de komende jaren doorzet.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en bevindingen uit het onderzoek voor deze monitor, doet de NZa een aantal aanbevelingen of zal zelf actie ondernemen:

- De NZa zal toezien op een spoedige totstandkoming en instandhouding van een landelijk systeem van kwaliteitsindicatoren ten aanzien van huisartsenzorg. Een dergelijk systeem stelt zorgverzekeraars en consumenten in staat de kwaliteit van huisartsen,

- alsmede onderlinge verschillen daarin, beter te beoordelen. Dit komt de keuzevrijheid van de consument en de effectiviteit van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en huisartsen ten goede.
- Samenwerken is geen doel op zich. Het is een middel dat moet bijdragen aan een hogere kwaliteit van huisartsenzorg. De NZa is van oordeel dat meer transparantie over de kwaliteit van huisartsenzorg ertoe zal bijdragen dat er meer kwaliteitsverhogende samenwerkingsverbanden ontstaan, zowel monodisciplinair als multidisciplinair. Uiteraard moeten samenwerkingsverbanden wel financiële prikkels krijgen. De NZa zal onderzoeken waarom multidisciplinaire samenwerking op grotere schaal uitblijft en daarover rapporteren in de reguliere monitor huisartsenzorg, die medio 2008 uitkomt. Hierin zal de NZa ook ingaan op de verschillende ontwikkelingen rondom de organisatie van ketenzorg, zoals bijvoorbeeld de 'anderhalfstelijnszorg'.
 - De NZa zal in 2008 de huisartsenzorg onderwerpen aan een kostenonderzoek. Informatie over kosten van huisartsenzorg bevordert de transparantie, bevordert de werking van de zorginkoopmarkt en leidt tot meer kostenoriëntatie bij tarifiering.
 - De bereikbaarheid van huisartsenzorg laat te wensen over. Omdat tekortschietende bereikbaarheid ten koste gaat van de toegankelijkheid van huisartsenzorg, zal de NZa in de reguliere monitor huisartsenzorg hierover rapporteren. Voor het onderzoek zal de NZa in overleg treden met de IGZ en NPCF die van plan zijn om in het najaar van 2007 een onderzoek te starten naar de telefonische bereikbaarheid.
 - Een beperkt aantal huisartsen biedt de mogelijkheid van een e-mailconsult aan. De NZa zal vanuit consumentenoogpunt de LHV en ZN vragen het e-mailconsult te evalueren. Als evaluatie uitblijft, zal de NZa dit onderzoek zelf verrichten.
 - Er is een toename van het aantal herhalingsrecepten geconstateerd, recepten worden voor kortere perioden uitgeschreven waardoor er vaker herhalingsrecepten moeten worden uitgeschreven. De NZa zal partijen en CVZ vragen onderzoek hiernaar te doen. Daarbij zal bijzondere aandacht uitgaan naar de schakels huisartsen-apothekers-herhalingsrecepten.
 - De NZa beveelt betrokken partijen aan om het 'volgen' van de dominante verzekeraar bij het maken van afspraken zoals afgesproken in het Vogelaarakkoord, los te laten. Het strookt niet met de introductie van vrij onderhandelbare tarieven, is strijdig met (gereguleerde) marktwerking en leidt tot hogere tarieven.
 - Het is wenselijk M&I verrichtingen te onderwerpen aan een inhoudelijk onderzoek. Aan de hand daarvan kan beoordeeld worden welke verrichtingen daadwerkelijk innovatief zijn en welke verrichtingen onder de reguliere zorg thuishoren. De NZa voert momenteel een dergelijk onderzoek uit.
 - Een belangrijk doel van substitutie van zorg van de tweedelijns naar de eerstelijns is het realiseren van een besparing op zorgkosten. Substitutie vindt daadwerkelijk plaats, maar een besparing is niet (goed) zichtbaar. Het is van eminent belang dat inzicht komt in (beperkte) gerealiseerde besparing tot nu, de potentiële besparing en in de oorzaken van het eventueel uitblijven van significante besparingen. Hierbij zal het systeem van nacalculatie en verevening ook kritisch bekeken worden. De NZa zal in het kader van de reguliere monitor hiertoe een aantal *case studies* uitvoeren van ziekenhuizen en huisartsen binnen één relevante markt.
 - De NZa zal in het najaar van 2007 de administratieve lasten van huisartsen door middel van een o-meting objectiveren.
 - Aan de hand van *case studies* zal de NZa, in overleg met de LHV, onderzoeken of vereenvoudiging van zowel de financieringssysteematiek als de manier van declareren en

contracteren, kan bijdragen aan een vermindering van de tijdsbesteding aan administratieve handelingen.

- Er zijn indicaties dat de collectieve afspraak die betaling van *goodwill* bij praktijkovername verbiedt, de toetreding van huisartsen juist belemmert in plaats van bevordert. Huisartsen zouden bij een verbod op *goodwill* geen economische prikkel hebben om hun praktijk over te dragen aan een nieuwe toetreder. De betreffende huisarts is eerder geneigd zijn praktijk te laten verdelen onder bestaande huisartsen. Deze signalen sporen aan tot een kritische analyse van de voor- en nadelen van het verbod op *goodwill* betalingen bij overnames. Dat is vooral belangrijk met het oog op het dreigende tekort aan huisartsen dat de zorgverzekeraars signaleren. Begin 2008 zal de NZa deze analyse uitvoeren.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Sinds 1 januari 2006 geldt een nieuw financieringssysteem voor huisartsenzorg overdag. Huisartsen (LHV), zorgverzekeraars (ZN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn het hier eens over geworden in het Vogelaarakkoord². In dit akkoord zijn de uitgangspunten voor het nieuwe financieringssysteem vastgelegd en zijn afspraken gemaakt over de wijze en de hoogte van de tarifiering van huisartsenzorg. Doelstellingen van het nieuwe financieringssysteem zijn:

- stimuleren van samenwerkingsverbanden van huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders;
- verdere ontwikkeling van de programmatische aanpak van chronische aandoeningen;
- substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn;
- beheersing administratieve lasten.

In het akkoord is een gedifferentieerde bekostigingsstructuur overeengekomen. Het bestaat uit een tarief per ingeschrevene, een tarief per (regulier) consult en modulaire vergoedingen voor praktijkondersteuning, modernisering en innovatie en achterstandswijken. De overeengekomen tarieven zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitgewerkt in beleidsregels en tariefbeschikkingen. Het gaat om bindende maximumtarieven. Ook vindt binnen het nieuwe financieringssysteem bekostiging plaats op basis van tarieven die vrij tot stand komen in het onderhandelingsproces tussen verzekeraar en huisarts. Deze vrije tarieven betreffen de bekostiging van modernisering en innovatie door huisartsen.

Het nieuwe financieringssysteem introduceert economische prikkels voor marktpartijen om kwalitatief goede en gemoderniseerde huisartsenzorg tot stand te brengen en te behouden.

1.2 Onderzoeksopdracht en –doelstelling en scope

Doelstellingen

Algemene doelstelling

De algemene doelstelling die de NZa hanteert bij monitors en zo ook bij deze oriënterende monitor huisartsenzorg is: *het verschaffen van inzicht in de werking van de markt, in het bijzonder in de structuur van de markt, de gedragingen van marktpartijen en de marktuitskomsten die deze genereren in termen van de gestelde publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.*

Specifieke doelstellingen

Binnen deze algemene doelstelling kent deze oriënterende monitor huisartsenzorg specifieke doelstellingen. Zo heeft het ministerie van VWS naar aanleiding van het Vogelaarakkoord en de introductie van het nieuwe financieringssysteem aan de NZa de opdracht gegeven om: ‘de

² Dit akkoord draagt de naam van Ella Vogelaar onder wier voorzitterschap en leiding dit akkoord tot stand is gekomen.

marktwerkingsaspecten van het nieuwe systeem te monitoren gedurende de komende 2 jaar'.³

Hieruit volgen de specifieke doelstellingen van deze oriënterende monitor huisartsenzorg:

- *Het inzichtelijk maken van de gevolgen die de nieuwe financieringsstructuur heeft voor marktwerking en de borging van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid;*
- *Het onderzoeken van de vraag in hoeverre de werking van de markt voor huisartsenzorg, en de nieuwe financieringsstructuur in het bijzonder, bijdragen aan de realisatie van de voornoemde doelstellingen zoals geformuleerd in het Vogelarakkoord.*

Scope

Het onderzoek betreft een oriënterende monitor die vooruitloopt op de reguliere monitors huisartsenzorg die in de toekomst gestalte krijgen. De uitvoering is 'pragmatisch' zoals het ministerie van VWS heeft voorgesteld. Deze monitor moet op korte termijn de werking van de markt voor huisartsenzorg en de werking van het nieuwe financieringssysteem *op hoofdlijnen* inzichtelijk maken. Het oriënterende karakter impliceert dat een aantal aspecten minder uitgebreid aandacht krijgt dan in de reguliere monitor het geval is. Praktisch betekent dit dat de NZa waar mogelijk gebruik maakt van bestaande onderzoeken, bronnen en data. Alleen als die bronnen geen of onvoldoende informatie opleveren, vergaart de NZa informatie via enquêtes en interviews. Dit levert op een aantal aspecten oriënterende, indicatieve informatie op die in de reguliere monitor uitgediept zal worden. Als het om de kwaliteit van de huisartsenzorg gaat zoals de consument die beleeft, dan zal de NZa voor de reguliere monitor een meting doen onder consumenten. Voor deze oriënterende monitor leest de NZa de kwaliteit van huisartsenzorg veelal af aan de gedragingen van huisartsen, de perceptie van verzekeraars en de signalen die de verschillende belanghebbenden opvangen.

De aandacht in deze oriënterende monitor gaat in belangrijke mate uit naar de werking van het nieuwe financieringssysteem. Hierdoor zullen niet alle aspecten van marktwerking, zoals die in reguliere monitors aan de orde dienen te komen, (uitgebreid) worden geanalyseerd en beschreven.

Medio 2008 zal de NZa de eerste reguliere monitor huisartsenzorg publiceren. Die monitor zal ingaan op de acties en aanbevelingen die uit deze oriënterende monitor voortvloeien. Ook zal de reguliere monitor de resultaten bevatten van een onderzoek naar de percepties van patiënten ten aanzien van huisartsenzorg.

1.3 Onderzoeksaanpak en opzet van het monitordocument

Aanpak

Het onderzoek voor deze oriënterende monitor heeft de NZa gedaan met steun van SEO Economisch Onderzoek en TNS NIPO. In dit onderzoek is

³ Dit betreft een voornamelijk kwalitatieve analyse van het financieringssysteem. Het ministerie van VWS heeft Vektis en Nivel de opdracht gegeven een kwantitatieve analyse van het financieringssysteem uit te voeren.

gebruik gemaakt van bestaande (economische) literatuur over huisartsenzorg en bestaande kwantitatieve data over huisartsenzorg. In aanvulling hierop is een enquête uitgezet onder een panel van huisartsen en zijn interviews gehouden met zorgverzekeraars, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond. In de bijlage bij dit rapport is een beknopte onderzoeksverantwoording opgenomen.

Structuur

De structuur van de oriënterende monitor huisartsenzorg is, net als bij andere monitors in de zorg, gebaseerd op het raamwerk marktstructuur-gedrag-marktuitkomst. Volgens dit gangbare en geaccepteerde raamwerk genereren de marktstructuur en het gedrag van marktpartijen, marktuitkomsten. Marktuitkomsten op hun beurt kunnen weer van invloed zijn op marktstructuur en gedragingen van marktpartijen. In het geval van de huisartsenzorg worden deze marktuitkomsten omschreven door de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De doelstellingen van het Vogelaarakkoord vormen hiervan een onderdeel en worden er in deze monitor specifiek uitgelicht.

Opzet monitordocument

Het monitordocument is opgezet volgens de lijn van de analyses. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de werking van het nieuwe financieringssysteem en de prikkels die daar vanuit gaan. Hoofdstuk 3 beschrijft de structuur van de markt. Hoofdstuk 4 analyseert het gedrag van marktpartijen. Hoofdstuk 5 beschrijft de marktuitkomsten in termen van de publieke belangen. Hoofdstuk 6 gaat in op de doelstellingen van het nieuwe financieringssysteem zoals die zijn geformuleerd in het Vogelaarakkoord.

2. De nieuwe financieringssystematiek en mogelijke effecten in een gemengd systeem

2.1 De nieuwe financieringssystematiek

Tot 2006 bestonden er twee manieren om je als consument te verzekeren tegen ziektekosten: particulier en via het ziekenfonds. Bij een inkomen beneden een bepaalde grens was de consument verplicht ziekenfonds verzekerd, in de andere gevallen was men particulier verzekerd. Dit onderscheid bepaalde het beloningssysteem van de huisarts. Voor consumenten in het ziekenfonds kreeg de huisarts een abonnementstarief en voor particulieverzekerden een vergoeding per consult.

Sinds 1 januari 2006 is in Nederland een nieuw financieringssysteem voor huisartsenzorg overdag van kracht. Door de komst van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) was dit nodig. Huisartsen, zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS zijn het eens geworden over het nieuwe financieringssysteem in het Vogelaarakkoord. Het verschil tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden is verdwenen en er is nu een gedifferentieerde bekostigingsstructuur. De huidige beloningssystematiek is grofweg een samenvoeging van de oude systemen voor particulier- en ziekenfondsverzekerden. Dit nieuwe *gemengde systeem* bestaat uit twee componenten:

1. Een inschrijftarief per ingeschrevene en eventueel een opslag op het inschrijftarief voor de verschillende modules: Praktijkondersteuning Huisarts (POH), achterstandsfonds en modernisering en innovatie (M&I);
2. Vergoeding per verrichting, (regulier of binnen de module M&I).

Het vaste deel kan gezien worden als een abonnementstarief dat er voor zorgt dat de huisartsenzorg beschikbaar is. Het variabele deel als een beloning voor de (hoeveelheid) uitgevoerde werkzaamheden.

Tabel 2.1: Financieringssystematiek huisartsen

Onderdelen	Declaratie per	Tarief 2006	Contract
Inschrijftarief	Ingeschrevene	Max. €52 p/j	Nee
Consult ⁴	Verrichting	Max. €9	Nee
POH consulten ⁵	Verrichting	Max. €9	Nee
<i>Modules:</i>			
POH	Ingeschrevene	Max. €6.40 p/j	Ja
Populatiegebonden vergoeding	Ingeschrevene	Max. ⁶	Ja
M&I 13xxx-codes	Verrichting	Vrij	Ja
M&I 14xxx-codes	Ingeschrevene	Vrij, spil €1.56 p/j	Ja

Tabel 2.1 laat per onderdeel zien hoe binnen het beloningssysteem de betaling plaatsvindt, of er sprake is van een maximum tarief of een vrij tarief en of huisartsen het onderdeel zonder contract met de zorgverzekeraar kunnen declareren. De tarieven in tabel 2.1 betreffen voor het grootste gedeelte door de NZa gereguleerde, maximumtarieven. Partijen hebben de vrijheid om tarieven onder het maximum overeen te komen. Maximum tarieven gelden voor het inschrijftarief, de (POH) consulten en de module POH en Populatiegebonden vergoedingen.

De module POH maakt mede de financiering van een praktijkondersteuner mogelijk door middel van een toeslag op het inschrijftarief. Op dezelfde manier krijgen huisartsen met patiënten die relatief veel zorg consumeren compensatie via de module populatiegebonden vergoedingen. Financiering via deze twee modules is alleen mogelijk als de huisarts daarvoor een contract heeft met de zorgverzekeraar.

Naast gereguleerde maximumtarieven vindt er binnen het nieuwe financieringssysteem bekostiging plaats op basis van tarieven die vrij tot stand komen in het onderhandelingsproces tussen verzekeraar en huisarts. Het gaat daarbij om de bekostiging van modernisering en innovatie van huisartsenzorg, de zogenaamde M&I module (zie ook tabel 2.1).

Deze module is verder bedoeld voor de financiering van andere initiatieven die gericht zijn op het verhogen van de doelmatigheid van de huisartsenzorg. Huisartsen kunnen M&I activiteiten alleen in rekening brengen als ze hierover een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar hebben.

Het is een wezenlijk kenmerk van het nieuwe financieringssysteem dat huisartsen en zorgverzekeraars binnen de verschillende modules de vrijheid hebben om lokale afspraken te maken.

⁴ Voor een visite, telefonisch consult etc. gelden van het consult afgeleide tarieven

⁵ Voor een visite, telefonisch consult etc. gelden van het consult afgeleide tarieven

⁶ Maximum inschrijftarief wordt vermenigvuldigd met 1,13 bij een verzekerde 65-75 jaar, met 1,19 bij een verzekerde ouder dan 75 jaar, met 1,13 bij een verzekerde in een achterstandswijk, met 1,27 bij een verzekerde 65-75 jaar in een achterstandswijk en met 1,32 bij een verzekerde ouder dan 75 jaar in een achterstandswijk.

2.2 Mogelijke effecten in een gemengd systeem

Elk beloningssysteem geeft bedoeld of soms ook onbedoeld prikkels die aanzetten tot een bepaald soort gedrag⁷. Dit gedrag kan zowel tot positieve als negatieve resultaten leiden. Een goed beloningssysteem zorgt ervoor dat het prikkels aanbiedt die voor de consument het gewenste resultaat opleveren. Een goed beloningssysteem zorgt verder voor kwalitatief hoge zorg tegen zo laag mogelijke kosten.

De huidige beloningssystematiek bestaat uit een vast inschrijftarief per ingeschrevene en een vergoeding per verrichting. Tabel 2.2 laat de mogelijke prikkels en de gedragseffecten zien voor de twee componenten van het huidige beloningssysteem. Tabel 2.2 geeft de prikkels weer van een vast bedrag per consument en van een bedrag per verrichting, onafhankelijk van elkaar. De combinatie van de twee systemen kan er voor zorgen dat sommige effecten tegen elkaar weggestreept kunnen worden. Tabel 2.2 houdt hier geen rekening mee.

Tabel 2.2: Effecten prikkels componenten huidige beloningssysteem

Werking prikkels in het systeem			
vast bedrag per consument		bedrag per verrichting	
positief	negatief	positief	negatief
Minimaliseren van kosten algemeen	Minimaliseren van kosten kan leiden tot het niet leveren van de juiste zorg	Het maximaliseren van inkomsten door extra behandelingen, consulten en visites	I.v.m. informatieasymmetrie tussen consument en arts het leveren van meer zorg dan nodig
Minimaliseren van kosten door preventie en goede langdurige zorg (inschrijving)	Minimaliseren van kosten door consumenten minder vaak te laten terugkomen en vaker te verwijzen naar tweede lijn	Maximaliseren van inkomsten door toegankelijkheid van de zorg te vergroten (langere openingstijden)	Minimaliseren van de duur van de behandeling, consult en visite waardoor kwaliteit van de zorg in gevaar komt
Competitie op meer ingeschreven consumenten	Selectie van consumenten op gunstige risico's	Minimaliseren van de kosten ten einde het verschil tussen opbrengst en kosten te maximaliseren	Door maximaliseren van eigen inkomsten zal minder snel verwezen worden naar tweede lijn
		Het verbeteren van de productiviteit	Neiging om voor (nieuwe) diensten ook extra beloning te vragen

De opslag per ingeschrevene zorgt er voornamelijk voor dat de huisarts wordt aangezet tot het minimaliseren van zijn kosten. De huisarts krijgt ongeacht de geleverde zorg per ingeschreven consument het inschrijftarief. Hoe lager de kosten hoe groter de winst. Het minimaliseren van de kosten is positief als dit gaat om het efficiënt gebruiken van materiaal en het focussen op preventie in plaats van genezing. Dit kan weer negatief zijn als de huisarts gaat doorverwijzen naar de tweede lijn of door de kostenbesparing niet meer de juiste zorg levert. Een vergoeding per ingeschrevene kan er ook voor zorgen dat er competitie tussen huisartsen ontstaat om maar zoveel mogelijk consumenten te krijgen. Zolang deze concurrentie er voor zorgt dat huisartsen hun kwaliteit gaan verbeteren om consumenten te trekken is dit een goede ontwikkeling. Een negatieve ontwikkeling zou een vergaande vorm van consumentselectie zijn: alleen die consumenten inschrijven die een laag risico op ziekte hebben. Hierbij moet wel in ogenschouw worden genomen dat huisartsen niet zomaar kwaliteit of

⁷ Zie Smolders (2006) en de daarin genoemde referenties voor een uitgebreid overzicht van mogelijke beloningssystemen binnen de huisartsenzorg.

procedures kunnen veranderen. Er zijn namelijk verschillende normen die er voor zorgen dat er een basisniveau aan kwaliteit geborgd blijft.

De tweede beloningscomponent 'loon naar werken' heeft weer andere prikkels. Voor de huisarts loont het nu om zo veel mogelijk consulten te draaien zolang de meerkosten per consult lager zijn dan het consulttarief. Doordat voor elke verrichting betaald wordt, zal de huisarts minder snel doorverwijzen naar de tweede lijn. Dit kan positief zijn omdat de consument de zorg snel krijgt. Het kan ook negatief uitpakken omdat het lucratief is om zelf een behandeling te starten terwijl de tweede lijn misschien betere zorg zou kunnen verlenen. Beloning per verrichting zou er ook voor kunnen zorgen dat de huisarts de toegankelijkheid vergroot om zo veel mogelijk consumenten en dus verrichtingen te kunnen doen. Het aantal consulten zal hierdoor toenemen. Ook bij een beloning per verrichting is het minimaliseren van de kosten te verwachten omdat lagere kosten voor meer winst zorgen. Dit is positief zolang de huisarts de reductie van kosten maar niet zoekt in het verkorten van de consult- of visitetijd.

Uiteindelijk zal het gecombineerde systeem van prikkels een bepaald evenwicht tot gevolg hebben. Waar dit evenwicht ligt is onduidelijk. Er zijn prikkels die elkaar opheffen en prikkels die elkaar versterken. Deze onduidelijkheid wordt alleen maar groter omdat niet alleen financiële prikkels het gedrag van de huisarts beïnvloeden, maar ook factoren zoals ethiek en beroepscode.⁸ De verwachting is dat beroepscode en het gevoel voor ethiek er voor zullen zorgen dat de huisarts niet snel kwalitatief lage zorg zal aanbieden aan de consument. De huisarts zal veel sneller en gemakkelijker profijt hebben van het beloningssysteem door zich te concentreren op het doen van meer verrichtingen.

Het nieuwe financieringssysteem heeft niet alleen effect op het gedrag van huisartsen, maar ook op het gedrag van consumenten. Vooral op dat van de voorheen particulier verzekerden. Particulier verzekerden hadden in het oude systeem vaak een (hoog) eigen risico, waardoor er een financiële drempel was om naar de huisarts te stappen. Ook in de nieuwe Zorgverzekeringswet bestaat de mogelijkheid tot het nemen van een eigen risico voor iedereen, maar dit risico is veel lager. Veel ex-particulier verzekerden hebben helemaal geen eigen risico meer genomen.⁹ Daarnaast valt het jaarlijkse inschrijfgeld voor de huisarts niet onder het eigen risico en is het consulttarief in het huidige systeem vele malen lager dan in het oude systeem. In het oude systeem hadden niet alle ex-particulier verzekerden een verzekering waarin ook de risico's van kosten van huisartsenzorg verzekerd waren. In het nieuwe systeem is dit altijd het geval. Voor ex-particulier verzekerden is een deel van de financiële drempel voor de toegang tot huisartsenzorg dus weggevallen. Dat zou een stijging van het aantal consulten door ex-particulier verzekerden tot gevolg kunnen hebben.

Een laatste reden waardoor de consulten voor huisartsen zouden kunnen zijn gestegen is de introductie van de no-claim regeling. De no-claim regeling die in 2005 voor ex-ziekenfonds verzekerden en in 2006 voor ex-particulier verzekerden is geïntroduceerd vormt een drempel voor het consumeren van specialistische zorg. Omdat een bezoek aan de huisarts buiten de no-claim regeling valt, zouden consumenten kunnen besluiten vaker gebruik te maken van huisartsenzorg.¹⁰

Het nieuwe financieringssysteem biedt voor zowel huisartsen als consumenten verscheidene prikkels die tot een gedragsverandering

⁸ Smolders, 2006

⁹ Vektis, zorgmonitor 2006

¹⁰ CBS, 2007

zouden kunnen leiden. Op basis van bovenstaande effecten is de voorspelling dat het belangrijkste resultaat van deze prikkels een toename van het aantal consulten zal zijn.

2.3 Organisatie, specialisatie en innovatie

Wat opvalt aan de nieuwe tariefsystematiek is dat er een aparte module is die de organisatie van de praktijk aangaat. Een huisarts kan voor het in dienst hebben van een POH-er een toeslag in rekening brengen bovenop het inschrijftarief. Ook is er een apart consulttarief als een POH-er het consult doet. Dit organisatie-aspect heeft geen directe invloed op de zorg die de consument krijgt. Een consult bij een huisarts is een consult huisartsenzorg. Het maakt daarbij niet uit of de huisarts de zorg zelf verleent of de POH-er onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Die situatie is vergelijkbaar met de mondzorg die (gespecialiseerde) assistenten en mondhygiënisten uitvoeren onder verantwoordelijkheid van de tandarts of apothekersassistenten die een belangrijk deel van de farmaceutische zorg uitvoeren. Het is daarom opvallend dat er bij de huisartsen nu aparte financiering voor is. Het zou eigenlijk aan de huisarts (of andere eigenaar van de praktijk) moeten zijn om op basis van integrale tarieven voor huisartsenzorg te beoordelen of het de kwaliteit en doelmatigheid ten goede komt als er een POH-er wordt aangetrokken. Dit garandeert dat investeringsbeslissingen genomen worden die de consument ten goede komen in de vorm van kwalitatief goede en doelmatige huisartsenzorg. Het integrale tarief zou dan wel doelmatige investeringen in POH (en andere personeel) moeten dekken. Om de goede hoogte voor dergelijke dekkende integrale tarieven te bepalen, is kostenonderzoek noodzakelijk.

De belangrijkste vraag die dan eerst beantwoord moet worden is of de POH voldoende gemeengoed is om onderdeel te worden van het standaard inschrijf- en verrichtingentarieven. Hoofdstuk 3 beantwoordt deze vraag. Als POH nog geen gemeengoed is, kan het nog innovatief genoemd worden zodat het eventueel als M&I-module tijdelijk apart te bekostigen is.

Bovenstaande analyse is ook van toepassing op het idee om GGZ-gerelateerde huisartsenzorg te laten verrichten door een POH-GGZ en dit apart te bekostigen. Huisartsen leveren nu ook al GGZ-gerelateerde huisartsenzorg. De beslissing om (delen van) deze zorg te laten uitvoeren door een gespecialiseerde ondersteuner moet uiteindelijk gemaakt worden op basis van kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen bij een integraal tarief voor (GGZ-gerelateerde) huisartsenzorg. Zolang POH-GGZ en eventuele andere methoden om de GGZ-huisartsenzorg alternatief te organiseren nog geen gemeengoed zijn, kunnen ze innovatief genoemd worden. Aparte financiering via een M&I-module is dan de aangewezen weg.

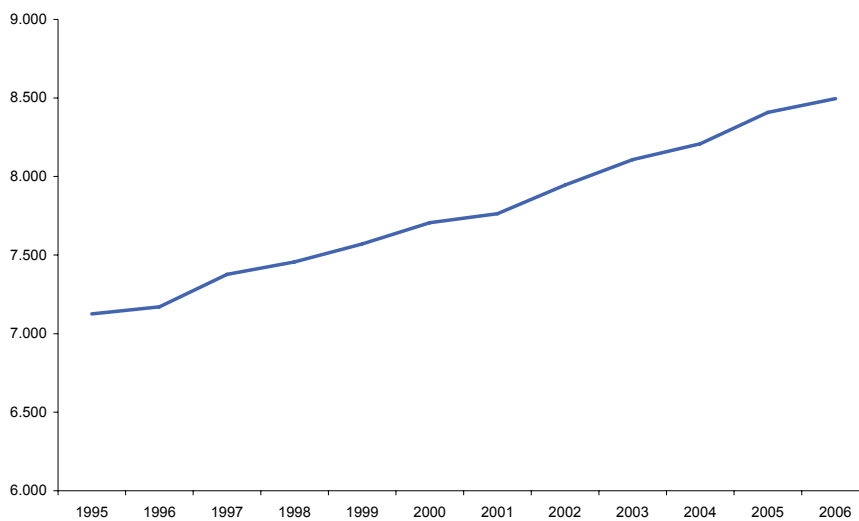
3. Structuur van de markt voor huisartsenzorg

Het nieuwe financieringssysteem kent prikkels die (kunnen) leiden tot gedragsveranderingen bij huisartsen en andere marktpartijen. Deze gedragsveranderingen hebben vervolgens hun weerslag op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, zij het in samenhang met de structuur van de markt. Dit hoofdstuk behandelt deze marktstructuur in termen van aanbod, toe- en uittredingsbarrières, differentiatie en transparantie.

3.1 Aanbod op de zorgverleningsmarkt

Nederland kent in 2006 ruim 7.500 zelfstandig gevestigde huisartsen en ruim 900 huisartsen die langer dan een half jaar in loondienst bij een zelfstandig gevestigde huisarts zijn. In totaal komt het aantal huisartsen in Nederland daarmee op een kleine 8.500. Het totale aantal huisartsen (zelfstandig gevestigde en Huisartsen In Dienst van een Huisarts (HIDHA's)) groeide de afgelopen 10 jaar met gemiddeld 1,6% per jaar.

Figuur 3.1: Aantal huisartsen, 1995-2006



Bron: Nivel (2006), bewerking NZa

De huisartsendichtheid bedraagt in 2006 2.347 inwoners per fte huisarts¹¹ en kent beperkte regionale verschillen. Deze dichtheid varieert van circa 2.200 in Drenthe tot circa 2.500 in Overijssel.

Een beperkte daling van het totaal aantal praktijken, in combinatie met een licht groeiend aantal huisartsen leidt tot een groeiende praktijkomvang van gemiddeld 1,7 huisartsen per praktijk in 2002 tot 1,9 in 2006. Het aandeel duopraktijken in het totaal is vrijwel constant sinds 2002, het aandeel groepspraktijken groeit ten koste van de solisten. Uit de enquête onder huisartsen blijkt dat in 2006 het aantal ingeschreven consumenten binnen een praktijk licht is gestegen. Gemiddeld schreven 80 nieuwe consumenten zich in tegenover 61

¹¹ 46,7 % van alle huisartsen werkt parttime, 53,3% fulltime.

consumenten die zich uitschreven.¹² Over het algemeen zijn huisartsen tevreden met de grootte van hun praktijk. Voor praktijken met meer dan 2500 ingeschreven consumenten is 95% tevreden over de werkbaarheid met de huidige omvang en voor praktijken met minder dan 2500 ingeschreven consumenten is dit 85%. Wel vindt 22% van de huisartsen die tevreden zijn met de werkbaarheid van de kleine praktijk dat de praktijk kleiner kan en 22% dat deze juist groter kan. Van de huisartsen die tevreden zijn met de werkbaarheid van de grote praktijk wil 20% kleiner en 10% groter worden.

Tabel 3.1: Aantal praktijken, praktijkvorm, en -omvang, 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006
totaal aantal praktijken	4.685	4.625	4.569	4.533	4.455
solopraktijken	55%	53%	51%	50%	48%
duopraktijk	30%	30%	31%	30%	30%
groepspraktijk	15%	17%	18%	20%	22%
gemiddelde praktijkomvang	1,70	1,75	1,80	1,85	1,91

Bron: Nivel (2006), bewerking NZa

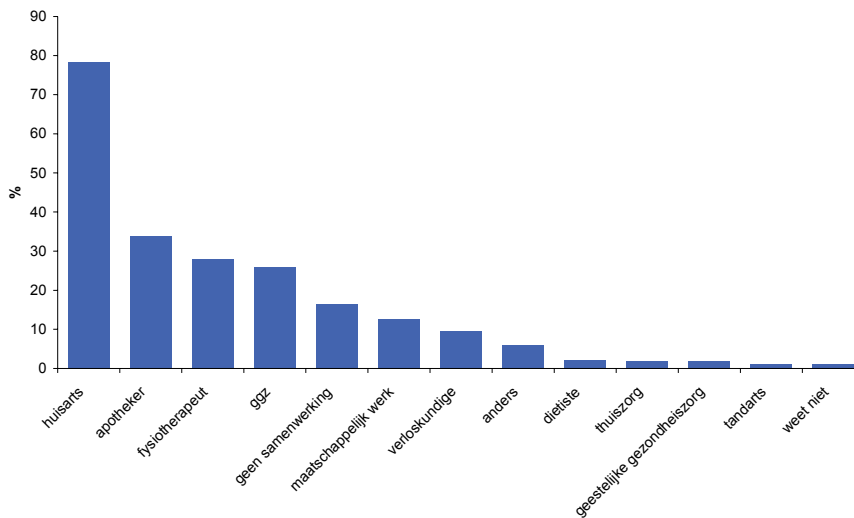
Samenwerking is niet alleen beperkt tot gezamenlijke praktijkvorming met andere huisartsen. Samenwerking vindt ook plaats met andere zorgaanbieders in de eerste lijn. Uit de enquête onder huisartsen (NZa, TNS, NIPO 2007) blijkt dat driekwart van de huisartsen (73,5%) een zorginhoudelijk samenwerkingsverband heeft met andere zorgaanbieders (zowel huisartsen als andere zorgaanbieders) in de eerste lijn. Huisartsen werken voornamelijk samen met andere huisartsen (78%). Andere zorgaanbieders in de eerste lijn waarmee huisartsen vaak zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden hebben zijn apothekers (34%), fysiotherapeuten (28%) en GGZ (26%).

Er zijn signalen uit het veld dat de 'anderhalfstelijnszorg' in opkomst is. Dit zijn nieuwe medische centra die zorg aanbieden op het snijvlak tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg.

De NMa staat in beginsel positief tegenover samenwerking. Sommige samenwerkingsvormen vallen echter onder het kartelverbod. Op korte termijn publiceert de NMa aangepaste Richtsnoeren Zorg, waarin ze uitgebreid ingaat op de vraag welke samenwerkingsverbanden wel en welke niet zijn toegestaan onder de Mededingingswet.

¹² Dit getal is exclusief het aantal nieuw opgestarte praktijken en geeft dus de dynamiek in het bestand van ingeschreven consumenten weer voor al bestaande praktijken.

Figuur 3.2: Percentage huisartsen dat een zorginhoudelijk samenwerkingsverband heeft met andere zorgaanbieders in de eerste lijn



Bron: NZa, TNS NIPO (2007)

Het stimuleren van samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders in de eerste lijn is een van de doelstellingen van het nieuwe financieringssysteem. Het nieuwe financieringssysteem speelt een rol bij het aangaan van nieuwe samenwerkingsverbanden, maar deze rol is niet dominant. Van de huisartsen die recentelijk een samenwerkingsverband zijn aangegaan (of deze hebben uitgebreid), geeft 63% aan dat het nieuwe financieringssysteem hierbij geen rol heeft gespeeld.¹³

3.2 Aanbod op de zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt sluiten de zorgverzekeraars over het algemeen contracten af met alle huisartsen in Nederland. De contractonderhandelingen zelf vinden echter niet met iedere individuele huisarts plaats, maar met huisartsenkringen, vertegenwoordigers van de LHV en met contractcommissies waarin huisartsen en LHV vertegenwoordigd zijn. Het feitelijke aantal partijen waarmee zorgverzekeraars onderhandelen is dus aanzienlijk kleiner dan het totale aantal huisartsen. Zorgverzekeraars geven aan veelal met één of enkele kringen of commissies te onderhandelen en afspraken te maken over een standaard contract of raamcontract. Vervolgens maken ze op beperkte schaal afspraken met individuele huisartsen. Ook de huisartsen geven aan dat zij vrijwel nooit zelf onderhandelingen voeren. Dit gebeurt voornamelijk door het samenwerkingsverband waarvan zij deel uitmaken, door de huisartsenkring of door externe onderhandelaars. Gemiddeld ontvangt de individuele huisarts 14 contracten. De huisarts sluit 93% van deze contracten ook daadwerkelijk af.

3.3 Toe- en uittreding en barrières

Volgens de huisartsen is het de afgelopen twee jaar lastiger geworden voor nieuwkomers om een huisartsenpraktijk op te zetten: 44% geeft aan dat het lastiger is geworden, terwijl 19% aangeeft dat het

¹³ 37% geeft expliciet aan dat het nieuwe financieringssysteem hierbij wel een rol heeft gespeeld.

gemakkelijker is geworden. In tabel 3.2 staan de meest voorkomende redenen waarom het lastiger respectievelijk makkelijker is geworden.

Tabel 3.2: Redenen waarom het voor nieuwkomers lastiger/makkelijker is geworden om een nieuwe praktijk te starten

Lastiger geworden	44%	Makkelijker	19%
vanwege		vanwege	
Minder praktijken	26%	Tekort aan huisartsen	30%
Groter aanbod van huisartsen	24%	De mogelijkheid om parttime te werken	19%
Eisen van de verzekeraar	18%	Veranderd vestigingsbeleid	14%
Toename administratieve lasten	16%	Marktwerking in de zorg	12%
Lastig startkapitaal te krijgen	14%		
Complexe regels	10%		

Bron: NZa, TNS NIPO (2007)

Voorlopig is er volgens de zorgverzekeraars geen sprake van een tekort aan huisartsen. De zorgverzekeraars met wie voor dit onderzoek is gesproken geven aan dat het huidige aanbod van huisartsenzorg voldoende is om aan de zorgvraag van consumenten te voldoen. Wel signaleren ze een dreigend tekort aan huisartsen in de (nabije) toekomst. Dat komt door een toenemende zorgvraag, substitutie van de tweede naar de eerstelijns en onvoldoende vervanging van uittredende huisartsen. Ten aanzien van dit laatste blijken huisartsen veelal zelf te bepalen of en hoe een uittredende huisarts wordt vervangen. Dit betekent regelmatig dat de praktijk van een uittredende huisarts wordt overgenomen of verdeeld onder bestaande huisartsen, en dat deze niet wordt overgenomen door een nieuwe, toetredende huisarts.

Er zijn verschillende signalen ontvangen dat er *goodwill* betalingen voorkomen bij praktijkovernames. Dat is in strijd met de collectieve afspraak deze betalingen in de ban te doen. Een aantal verzekeraars geeft aan dat het verbod op betaling van *goodwill* bij praktijkovername de toetreding van huisartsen juist belemmert in plaats van bevordert. Huisartsen zouden bij een verbod op *goodwill* geen economische prikkel hebben om hun praktijk over te dragen aan een nieuwe toetreder. Daardoor is de betreffende huisarts eerder geneigd zijn praktijk te laten verdelen onder bestaande huisartsen. De signalen dat er in de praktijk weer *goodwill* betalingen voorkomen sporen de NZa aan tot een kritische analyse van de voor- en nadelen van het verbod op *goodwill* betalingen bij overnames. Dat is belangrijk gezien het dreigende tekort aan huisartsen dat de zorgverzekeraars signaleren.

3.4 Differentiatie in het takenpakket van de huisarts

Een aanzienlijk deel van de huisartsen (40%) zegt geen concurrentie te ondervinden van andere zorgaanbieders in de eerste of tweede lijn. Als andere zorgaanbieders wel als concurrent ervaren, dan zijn dit voornamelijk ziekenhuizen (35% van de huisartsen ziet het ziekenhuis als concurrent), apothekers (25%) en de spoedeisende hulp (24%)¹⁴.

¹⁴ Dat ziekenhuizen een effectief substituut bieden voor huisartsenzorg blijkt ook uit de praktijk in de gemeente Den Haag, zoals die door een zorgverzekeraar wordt geschetst. Aangezien de bereikbaarheid van huisartsen in die gemeente na 15.00 uur te wensen

Volgens ruim 70% van de geënquêteerde huisartsen is er sinds de introductie van het nieuwe financieringssysteem sprake van een verschuiving van zorgtaken van de tweede naar de eerstelijns.

Een mogelijkheid voor huisartsen om zich te onderscheiden is door een breder palet aan zorgtaken aan te bieden of een samenwerkingsverband aan te gaan met andere zorgaanbieders in de eerste lijn. 27% van de huisartsen geeft aan het takenpakket te hebben uitgebreid als gevolg van het aangaan van samenwerkingsverbanden (45% zegt gelijk, 12% zegt ingekrompen). Er lijkt daarmee meer sprake van verbreding dan van specialisatie.

Volgens de zorgverzekeraars behoort POH tot één van de belangrijkste (proces)innovaties binnen de huisartsenzorg in de afgelopen jaren. De verdere uitrol hiervan zien ze dan ook als positief. Uit de Vektis-cijfers blijkt dat in 2006 de POH-er 3% van alle consulten verrichtte. De POH-er stelt de huisarts in staat om zorgtaken te delegeren en, ondanks een toename van de tijdsbesteding aan administratieve handelingen, als praktisch toch voldoende zorg te kunnen leveren.

3.5 Transparantie

Het gebrek aan transparantie van de kwaliteit van de huisartsenzorg levert niet alleen problemen op bij de zorgverleningsmarkt, maar ook op de zorginkoopmarkt. De voor dit onderzoek geïnterviewde zorgverzekeraars geven unaniem aan dat zij niet goed in staat zijn de kwaliteit van huisartsenzorg te beoordelen. Er bestaat grote behoefte aan informatie over kwaliteit, bijvoorbeeld op basis van een landelijk systeem van prestatie-indicatoren. Voor kwaliteitsinformatie maken verzekeraars nu soms gebruik van de CQ-index¹⁵ en ze proberen zelf een systeem van kwaliteitsindicatoren op te zetten.

Recentelijk is de Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg van start gegaan. Het doel van deze stuurgroep, die bestaat uit de belangrijkste betrokken partijen, is het verbeteren van transparantie in de huisartsenzorg, het ontwikkelen van prestatie-indicatoren en het verstrekken van consumenteninformatie¹⁶.

over laat, wenden consumenten zich voor huisartsenzorg na dat tijdstip massaal tot het ziekenhuis.

¹⁵ De CQ-index staat voor de Consumer Quality Index en is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg.

¹⁶ Deze informatie over de stuurgroep is verkregen van het Ministerie van VWS.

4. Gedrag van marktpartijen

In dit hoofdstuk staan het gedrag van de marktpartijen bij de contractonderhandelingen en de gedragseffecten op de prikkels in het financieringssysteem inzake zorgproductie centraal.

De meeste consumenten zijn via een naturapolis verzekerd tegen de kosten van huisartsenzorg. De zorgverzekeraars bieden die huisartsenzorg in natura aan door inkoop van zorg op basis van een overeenkomst. De inhoud van de overeenkomst tussen zorgverzekeraars en huisartsen wordt sinds de inwerkingtreding van de Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg niet langer bepaald door de uitkomsten van overleg dan wel modelovereenkomsten¹⁷. Dit betekent meer vrijheid voor het veld. Als het onderhandelingsproces niet evenwichtig is, dan kan de NZa op grond van de Wmg verplichtingen opleggen aan de betrokken partijen.

Het modulaire financieringssysteem (modules achterstandsfonds, module POH en module M&I) biedt de partijen de mogelijkheid om lokale afspraken te maken.

4.1 Contractonderhandeling

Over het algemeen onderhandelt de dominante zorgverzekeraar met één of meerdere huisartsenkring(en)¹⁸ over de inhoud van een standaardovereenkomst. Daarna vinden verdere onderhandelingen plaats op regionaal/lokaal niveau. Deze onderhandelingen betreffen vooral de module M&I.

Uit de interviews met de zorgverzekeraars en de huisartsenenquête blijkt dat de meeste zorgverzekeraars met afgevaardigden van de kringen uit hun kernwerkgebieden gesprekken voeren om tot een standaardovereenkomst voor de huisartsenzorg te komen. In een aantal gevallen voegt de regiomanager van de LHV zich bij dit overleg. Op het niveau van een Huisartsengroep (HAGRO), coöperatie¹⁹, stichting dan wel individuele kring vinden verder onderhandelingen plaats. Soms komt het voor dat een stichting of HAGRO de onderhandelingen over de standaardovereenkomst voert. Huisartsen geven aan nauwelijks zelf te onderhandelen over de overeenkomst.

Zorgverzekeraars geven aan dat het bij de onderhandelingen over de standaardovereenkomst vaak gaat over administratieve handelingen, het verrichten van controles, privacy-aspecten en risico's van declareren. Volgens de verzekeraars gaan de regionale/lokale onderhandelingen vooral over de invulling van de module M&I en de module POH. Uit de huisartsenenquête komt naar voren dat huisartsen vooral onderhandelen over het basiscontract, de POH-module en vooral de module

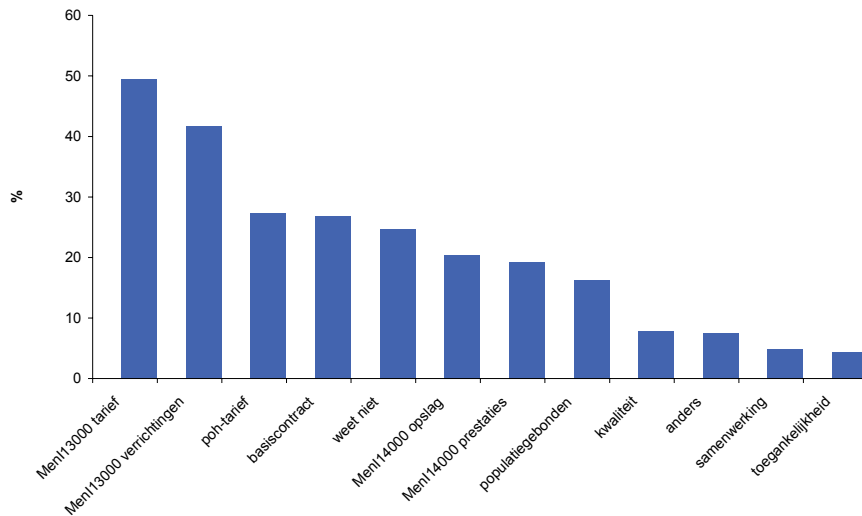
¹⁷ Onder de Ziekenfondswet werd de inhoud van de overeenkomst bepaald door de uitkomst van overleg van de koepels die vervolgens door het CVZ werd goedgekeurd.

¹⁸ Er zijn 23 huisartsenkringen die gelieerd zijn aan de LHV. De huisartsenkring heeft tot doel de uitoefening van het huisartsenberoep te behartigen en de huisartsengeneeskunde en relaties tussen huisartsen onderling en met andere zorgaanbieders te bevorderen.

¹⁹ Steeds vaker richten huisartsen rechtspersonen (stichting, coöperatie of B.V.) op voor het faciliteren van de organisatorische aspecten van de huisartsenzorg en versterken van de positie in de onderhandeling met de zorgverzekeraar en/of overheid.

Modernisering en Innovatie (13xxx-code en 14xxx-code) (Zie Figuur 4.1).

Figuur 4.1: Percentage huisartsen dat aangeeft te onderhandelen over de volgende contractonderwerpen



Bron: NZa/TNS NIPO (2007)

Volgens de helft van de huisartsen hebben deze onderhandelingen tot een ander resultaat geleid. Over de module Modernisering en Innovatie geven zorgverzekeraars aan dat zij daar wel over onderhandelen, maar dat dit nauwelijks resultaat oplevert. De prijzen van de verrichtingen zijn niet wezenlijk anders dan de 'oude tarieven'. Bovendien contracteert de zorgverzekeraar wat de huisarts aanbiedt.

De koepels LHV en ZN bieden beperkte ondersteuning bij de contractering. De standaardcontracten beperken niet de onderhandelingsvrijheid van de huisartsen. Steeds vaker concentreren de huisartsen zich onder meer om sterker te staan bij de onderhandelingen met de regionale/dominante zorgverzekeraar.

Bij de onderhandelingen over de module M&I sluiten de zorgverzekeraars zich aan bij het aanbod van de huisartsen. Tussen de koepels LHV en ZN loopt een discussie over welke zorg onder de basiszorg valt en welke onder de aanvullende zorg. Het ontbreken van duidelijkheid hierover verzwakt de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars op dit punt. Bovendien kunnen zorgverzekeraars tegen elkaar worden uitgespeeld, doordat in het Vogelaarakkoord is afgesproken de dominante zorgverzekeraar te volgen (zie hieronder).

4.2 Volgen van de dominante verzekeraar

Huisartsen en zorgverzekeraars volgen over het algemeen de afspraak in het Vogelaarakkoord over de vereenvoudigde contractering. Dat houdt in dat huisartsen onderhandelen met de dominante zorgverzekeraar en dat de overige zorgverzekeraars na toezending door huisarts die afspraken volgen.

Het merendeel van de huisartsen geeft aan dat onderhandelingen zijn gevoerd met de dominante zorgverzekeraar (68%) en dat ze het contract vervolgens aanboden aan de overige verzekeraars (72%).

Volgens de meeste huisartsen accepteren deze zorgverzekeraars dit contract (77%). Ook uit de interviews met de zorgverzekeraars blijkt dat de zorgverzekeraars over het algemeen het contract met de dominante zorgverzekeraar volgen. Volgens een aantal zorgverzekeraars is het vanwege het vaak geringe aantal consumenten ook niet doelmatig om zelf te onderhandelen. Anderzijds vindt een aantal verzekeraars dat mede door het sluiten van collectiviteiten buiten hun kernwerkgebied, zelfstandige onderhandelingen nodig zijn.

De LHV geeft aan dat een aantal niet dominante verzekeraars de afspraken niet is nagekomen en dat zij getracht hebben te onderhandelen over bepaalde onderdelen van het contract. ZN geeft aan dat onduidelijkheid bestaat over deze afspraak uit het Vogelaarakkoord. ZN is voorstander van het loslaten van dit onderdeel.

4.3 Zorgproductie

Het aantal inschrijvingen en consulten is als gevolg van het nieuwe financieringssysteem gestegen.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat door prikkels in het financieringssysteem huisartsen meer open staan voor nieuwe inschrijvingen. De praktijken die vroeger gesloten waren, staan vaker open voor nieuwe inschrijvingen. Uit de enquête onder huisartsen blijkt dat bij bijna alle deelnemende huisartsen in 2006 nieuwe consumenten zijn ingeschreven. Verder geeft bijna de helft van de huisartsen aan dat het aantal consulten in 2006 is gestegen. Een kleiner gedeelte (40 procent) geeft aan dat het aantal consulten gelijk is gebleven.

Het huidige gemengde financieringssysteem bevordert de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Door het inschrijftarief vindt een zekere competitie plaats op ingeschreven consumenten. De loon naar werken-prikkel maakt het aantrekkelijk om ook open te staan voor chronische patiënten. Door deze prikkel zal de huisarts ook geneigd zijn meer behandelingen te verrichten.

5. Marktuitlekomsten: publieke belangen

De primaire doelstelling van de NZa is de realisatie en borging van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit hoofdstuk gaat in op hoe het nieuwe financieringssysteem bijdraagt aan de borging van die publieke belangen.

5.1 Kwaliteit

Zorgverzekeraars hebben moeite de kwaliteit van de huisartsenzorg te beoordelen vanwege een gebrek aan transparantie.

De beoordeling van kwaliteit gebeurt nog niet systematisch. Een aantal (grote) zorgverzekeraars werkt aan het meer systematisch inzichtelijk maken van de kwaliteit van de huisartsenzorg. Zo meet een aantal zorgverzekeraars de ervaringen van consumenten met de CQ-index²⁰. Zorgverzekeraars stimuleren met de M&I dat huisartsen meedoen met accreditatie volgens de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG-accreditatie)²¹. Slechts een beperkt aantal zorgverzekeraars maakt de scores ervan openbaar.

Bijna de helft van de huisartsen vindt dat de zorg aan (chronische) patiënten is verbeterd als gevolg van verdergaande samenwerking. Uit informatie van het NHG komt verder naar voren dat begin 2007 400 praktijken met 1000 huisartsen een contract hebben gesloten met de NHG-Praktijkaccreditering. Op dit moment zijn er 100 praktijken met daarin werkzaam 250 huisartsen die het keurmerk NHG geaccrediteerde praktijk hebben. De andere praktijken zijn nog in de fase van de gegevensverzameling en het opstellen van de verbeteringsplannen. De NPCF meldt dat consumenten over het algemeen tevreden zijn met de huisartsenzorg, maar dat echt inzicht in de kwaliteit van de zorg ontbreekt.

In het veld bestaan verschillende initiatieven voor het meten van kwaliteit van de huisartsenzorg. Vanuit VWS loopt in vier regio's (Almere, Rotterdam, Zoetermeer en de regio Zwolle en Drenthe) een benchmark huisartsenzorg. In dit experiment zijn de huisartsen zich steeds meer gaan richten op de indicatoren uit het Visitatie Instrument Accreditatie (VIA) van het NHG. De IGZ, die de taak heeft om de kwaliteit van de zorg te waarborgen, is bezig met de ontwikkeling van een eigen set met risico-indicatoren. De IGZ harmoniseert de verschillende sets met indicatoren die er bestaan. De IGZ verwacht dat er begin 2009 meer inzicht is in de kwaliteit van de huisartsenzorg.

Bij huisartsenzorg betalen de zorgverzekeraars de maximumtarieven. Als er vrije prijsvorming bestaat, blijkt de prijs vooral gebaseerd op historische tarieven. Door het ontbreken van informatie over kwaliteit van de huisartsenzorg speelt dit aspect nauwelijks een rol bij de prijsvorming.

²⁰ De CQ-index staat voor de Consumer Quality Index en is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg.

²¹ Het NHG verleent accreditaties aan huisartsenpraktijken. Hiervoor is het Visitatie Instrument Accreditatie ontwikkeld. De toetsing richt zich op de praktijkorganisatie, het medisch handelen en het oordeel van de consumenten.

5.2 Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van de huisartsenzorg in termen van aanbod is over het algemeen goed. Een aandachtspunt vormt de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk, de openingstijden in de middag en het e-mailconsult.

Uit de interviews met de zorgverzekeraars blijkt dat op dit moment voldoende huisartsenzorg beschikbaar is. De zorgverzekeraars hebben in 2006 alle huisartsen gecontracteerd. Wel verwachten veel zorgverzekeraars in de toekomst problemen door de uitstroom van de oudere huisartsen (55+). Een aantal (grote) zorgverzekeraars houdt hiermee rekening door nu bijvoorbeeld al gezondheidscentra te stimuleren en ondersteuningsfunctie verder uit te rollen.

Volgens de zorgverzekeraars is door het financieringssysteem niet het aanbod van huisartsen veranderd, maar wel de structuur. Het financieringssysteem versnelt de vorming van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen onderling in allerlei vormen.

Veel zorgverzekeraars, de NPCF en de Consumentenbond noemen de telefonische bereikbaarheid van de praktijken in de middag een aandachtspunt. Veel praktijken zijn na 15.00 uur niet meer telefonisch te bereiken, terwijl huisartsenposten voor de Avond-, Nacht- en Weekend (ANW)-diensten vaak vanaf 17.00 uur open zijn. Dit is al een uur eerder dan voorheen. Een aantal zorgverzekeraars probeert met de financiering via de module M&I (14xxx-code) de toegankelijkheid van de praktijken te verbeteren. Uit onderzoek van de NPCF²² blijkt verder dat 75 % van de consumenten behoefte heeft aan de mogelijkheid van een e-mailconsult. Slechts 6% van de consumenten heeft hier wel eens gebruik van gemaakt. Nog maar weinig huisartsen bieden de mogelijkheid.

De IGZ en NPCF zullen in het najaar van 2007 een onderzoek doen naar de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken. De NZa zal nauw overleggen met de IGZ en NPCF en de resultaten van dit onderzoek betrekken bij het monitoren van de toegankelijkheid van huisartsenzorg.

Zorgverzekeraars stimuleren met de module M&I (14xxx-code) dat oudere huisartsen langer blijven werken. Ook stimuleren zij soms de toegankelijkheid van de praktijk met de module M&I. De NZa merkt op dat dit een extra betaling is voor een service die normaal zou moeten zijn binnen de basistarieven. Onder het basistarief valt dat huisartsen tussen 8.00 en 18.00 uur acute en planbare zorg moeten leveren. In het financieringssysteem zit verder een prikkel om open te staan voor inschrijvingen en een prikkel om meer te werken. Bovendien kunnen huisartsen met de inzet van een POH-er efficiënter werken.

5.3 Prijzen en betaalbaarheid

De tarieven voor inschrijvingen en consulten wijken in de praktijk zelden af van de maxima die daarvoor gelden. Van de huisartsen zegt 14% een lager tarief te ontvangen dan het maximumtarief²³. De meeste zorgverzekeraars geven aan dat het niet voorkomt dat afgesproken

²² Onderzoek door de Universiteit van Twente in opdracht van NPCF d.d. februari 2006

²³ Aangezien 50% van de huisartsen aangeeft niet te weten of ze een lager tarief dan het maximum ontvangen, lijkt dit percentage van 14% met onzekerheid omgeven en dient derhalve met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

tarieven voor inschrijvingen en consulten onder het daarvoor geldende maximum liggen. Slechts één verzekeraar kent marginale afwijkingen van de maximumtarieven. Toch zeggen de geënuquëeerde huisartsen dat ze onderhandelen over de tarieven van het basiscontract (zie figuur 4.1).

Inschrijftarieven en consulttarieven zijn in de praktijk (vrijwel) altijd gelijk aan de daarvoor wettelijk geldende maxima. Dit kan het resultaat zijn van sterke onderhandelingsmacht bij de huisarts. Daarvoor zijn inderdaad sterke signalen. Het kan ook zijn dat de wettelijke maxima maar net kostendekkend zijn.

Betaalbaarheid wordt niet alleen bepaald door de hoogte van tarieven, maar ook door de omvang van het volume. Sinds de invoering van het nieuwe financieringssysteem is volgens de huisartsen het aantal consulten gestegen. Dat komt volgens de huisartsen vooral doordat voorheen particulier verzekerden de huisarts vaker bezoeken. Zij hebben minder financiële drempels dan voorheen om naar de huisarts te gaan. Zorgverzekeraars zien een andere reden voor deze toename. Volgens hen komt de toename van het aantal consulten door het vaker uitschrijven van herhalingsrecepten. De periode waarvoor huisartsen kunnen uitschrijven is korter dan voorheen.²⁴ De NZa ziet hierin een toenemende medicalisering, terwijl ook de betaalbaarheid en de cliëntvriendelijkheid in het geding zijn.

Uit de achterliggende gegevens bij een recent onderzoek van het Centraal Bureau voor de statistiek blijkt inderdaad dat het aantal 'huisartscontacten' door voorheen particulier verzekerden is toegenomen in 2006 ten opzichte van 2005²⁵. In totaal veranderde het aantal huisartscontacten volgens het CBS niet in 2006 ten opzichte van 2005.

Op basis van de nu beschikbare gegevens worden er in 2006 4,1 consulteenheden²⁶ per verzekerde gedeclareerd. Dit is een stijging van 16% ten opzichte van de in het Vogelaarakkoord geraamde 3,53²⁷. Vektis geeft aan dat dit vooral komt door een toename van het aantal herhalingsrecepten en lange consulten.

Een probleem waar zorgverzekeraars op wijzen, betreft de dubbele declaratie van M&I verrichtingen en consulten. In dergelijke gevallen wordt bij een M&I verrichting tegelijkertijd een consult gedeclareerd, terwijl volgens de verzekeraars het M&I tarief dient voor de verrichting *en* het daarmee gepaard gaande consult. Nader inzicht in de omvang van deze dubbele declaraties is wenselijk om te kunnen beoordelen of hier mogelijk een significante besparing te realiseren is.

Over de tarieven voor M&I verrichtingen, die vrij onderhandelbaar zijn, onderhandelen huisartsen en zorgverzekeraars het meest. Ongeveer de helft (49,5%) van de huisartsen geeft aan dat hierover met de zorgverzekeraar is onderhandeld. Dit is niet verwonderlijk gezien het wezenlijke belang van M&I declaraties in de totale inkomsten uit declaraties van huisartsen (zie figuur 5.1).

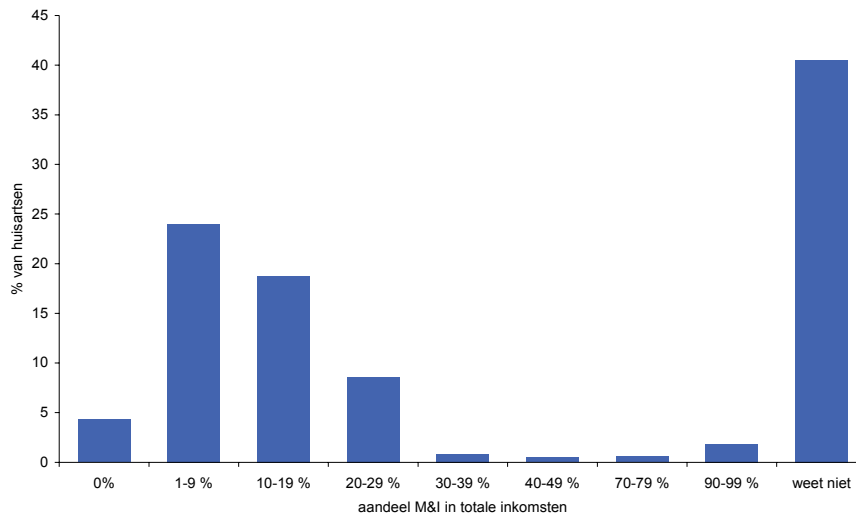
²⁴ Deze toename in herhalingsrecepten wordt ook gesignaleerd door Vektis

²⁵ CBS (2007), 'Specialistencontact en medicijngebruik nemen toe in eerste jaar nieuwe zorgstelsel'. Dit onderzoek vergelijkt echter de zorgconsumptie (van o.a. huisartsenzorg) in 2006 met de gemiddelde zorgconsumptie in de periode 2001-2005. Uit de achterliggende cijfers blijkt dat voorheen particulier verzekerden meer, en voorheen ziekenfonds verzekerden minder huisartsenzorg zijn gaan consumeren in 2006 ten opzichte van 2005.

²⁶ Betreft een weging van de verrichtingen: bijvoorbeeld (herhalings)recept wordt als een half consult gerekend.

²⁷ Vektis (2007), 'Monitoring Vogelaarakkoord 2006'.

Figuur 5.1: Aandeel van M&I declaraties in totale inkomsten uit declaraties



Bron: NZa/TNS NIPO (2008)

De eerder genoemde macht van huisartsen in de onderhandelingen met zorgverzekeraars uit zich in hoge tarieven voor M&I verrichtingen. Zorgverzekeraars geven aan bang te zijn om hun relatie met de huisartsen te verstoren. Ook speelt bij die machtspositie van huisartsen mee volgens verzekeraars dat huisartsen gedurende de onderhandelingen verwijzen naar (hogere) M&I tarieven die andere verzekeraars met huisartsen afspreken.

Als uitgangspunt voor de onderhandelingen over M&I tarieven hanteren de zorgverzekeraars veelal de 'oude' RIZ-tarieven²⁸. Door de ongelijke onderhandelingsmacht ten gunste van de huisarts, hebben verzekeraars regelmatig het gevoel dat huisartsen te hoge tarieven bedingen voor M&I in verhouding tot de kosten van de verrichting. Een zorgverzekeraar heeft ten behoeve van de onderhandelingen over het tarief voor ECG's een kostenonderzoek verricht. De resultaten van dit kostenonderzoek hebben in dit geval *we*/ geleid tot een significante neerwaartse aanpassing van het M&I tarief gedurende de onderhandelingen.

Er is behoefte aan dergelijke kostenonderzoeken voor de vaststelling van M&I tarieven. Verzekeraars geven echter aan dat het te kostbaar is dergelijke onderzoeken voor iedere individuele M&I verrichting zelf uit te voeren. Daarnaast kan de uitvoering van dergelijke kostenonderzoeken door de zorgverzekeraars zelf worden verstoord doordat ze de dominante verzekeraar buiten het eigen kernwerkgebied moeten 'volgen'. Een eigen kostenonderzoek zou lagere M&I tarieven opleveren in het eigen kernwerkgebied dan daarbuiten. Zorgverzekeraars vrezen de relatie met de huisartsen binnen het werkgebied te verstoren als ze lagere M&I tarieven binnen het eigen kernwerkgebied hanteren dan daarbuiten.

Bij de beleving van te hoge tarieven voor M&I verrichtingen speelt mee dat sommige M&I verrichtingen volgens verzekeraars tot de reguliere zorg zouden moeten behoren en derhalve tegen het normale consulttarief gedeclareerd zouden moeten worden. Volgens zorgverzekeraars betreft dit onder andere de volgende M&I verrichtingen:

²⁸ De Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering (RIZ) was de voorganger van de module M&I.

- Tappen
- Audiometrie
- Pessarium
- Allergietesten
- Kleine chirurgische ingrepen

Meer fundamenteel is de vraag in hoeverre een te lange of zelfs permanente plaatsing van een verrichting op de M&I lijst inhoudelijk gerechtvaardigd en economisch wenselijk is.

Een modernisering of innovatie en de daarmee gepaard gaande hoge(re) kosten zijn per definitie tijdelijk van aard. Ook hierbij geldt dat een kostengeoriënteerd tarief wenselijk is. Ten eerste omdat het zorgt voor een optimale afweging tussen de desbetreffende M&I verrichting en mogelijke alternatieven in de eerste en tweede lijn. Daarnaast komt kostenoriëntatie de betaalbaarheid ten goede als het leidt tot lagere tarieven.

6. Doelstellingen van het Vogelaarakkoord

In het Vogelaarakkoord zijn partijen het eens geworden over een beleidsagenda voor de ontwikkeling van de huisartsenzorg in samenhang met de totale eerstelijnszorg. In dit akkoord staan de uitgangspunten voor het nieuwe financieringssysteem en afspraken over de wijze en de hoogte van de tarifiering van huisartsenzorg. Doelstellingen van het nieuwe financieringssysteem zijn:

- stimuleren van samenwerkingsverbanden van huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders;
- verdere ontwikkeling van de programmatische aanpak van chronische aandoeningen;
- substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn;
- beheersing administratieve lasten.

Samenwerkingsverbanden van huisartsen (onderling) en andere eerstelijnszorgaanbieders zijn van belang voor kwalitatief goede zorg aan consumenten. Daarnaast maakt effectieve samenwerking het mogelijk de zorg aan chronisch zieken te verbeteren en substitutie van zorg van tweedelijns naar eerstelijns te bewerkstelligen om kostenbesparingen te realiseren.

Met name de module M&I biedt partijen de mogelijkheid deze agenda te bewerkstelligen en de doelstellingen te realiseren. De module valt uiteen in verrichtingen (13xxx-code) waarbij uitgegaan wordt van betaling per verrichting en projecten (14xxx-code) waarvoor een opslag op het inschrijftarief geldt.

Ook hebben partijen afspraken gemaakt over vereenvoudigde contractering (zie hoofdstuk 4.2) en de beheersing van de administratieve lasten.

6.1 Modernisering en innovatie

Samenwerking en programmatische aanpak van chronische aandoeningen

Zoals in hoofdstuk 3 aan de orde kwam, werken huisartsen steeds vaker samen, zij het voornamelijk onderling. Multidisciplinaire samenwerking moet nog verder gestalte krijgen.

Zorgverzekeraars geven aan dat de 14xxx-code van de module M&I een belangrijk element is in de onderhandelingen met de huisartsen. De lijst met projecten (zie www.vektis.nl) laat een behoorlijke variëteit aan projecten zien, hoewel de inhoud ervan moeilijk kan worden beoordeeld door het ontbreken van projectbeschrijvingen. Uit de contracten tussen zorgverzekeraar en huisartsen blijkt dat het vooral gaat om projecten voor het stimuleren van oudere huisartsen om langer te blijven werken (seniorenmodule), optimaal geneesmiddelengebruik en de NHG-accreditatie. Er is een beperkt aantal projecten op het gebied van ketenzorg. De zorgverzekeraars geven aan dat dit beter kan. Volgens Vektis vindt er een behoorlijke onderschrijving plaats op de begroting voor de 14xxx-code.

Substitutie²⁹

Het merendeel van de huisartsen geeft aan in 2006 meer zorgtaken te zijn gaan verrichten die voorheen in de tweedelijns plaatsvonden. Zorgverzekeraars hebben de door de huisartsen aangeboden verrichtingen ter vervanging van tweedelijnszorg ingekocht³⁰. Dit heeft (nog) niet geleid tot een besparing op de inkoop van tweedelijnszorg. Een aantal aspecten bemoeilijkt de realisatie van een dergelijke besparing:

- Zorgverzekeraars missen door verevening en nacalculatie een prikkel om de tweedelijnszorg scherp in te kopen;
- Zorgverzekeraars hebben gezien de relatieve omvang van het huisartsenbudget minder belang bij een doelmatige inkoop van de huisartsenzorg;
- Zorgverzekeraars hebben pas inzicht in het gebruik van tweedelijnszorg op het moment dat een DBC is afgesloten en gedeclareerd wordt;
- Financiering van medisch-specialistische zorg vindt via lumpsum plaats. Lumpsumfinanciering is niet direct afhankelijk van volumeontwikkelingen en reageert veelal met vertraging op volumeveranderingen. Dit vormt overigens een tijdelijk probleem. Met ingang van 1 januari 2009 zal ook hier de DBC-systematiek gaan gelden³¹.

Op dit moment verricht de NZa een evaluatie van de lijst met verrichtingen (13xxx-code) in het kader van de module Modernisering en Innovatie. Uitgangspunt voor die evaluatie zijn de door het veld aangegeven criteria voor modernisering en innovatie en de dynamisering van de begrippen modernisering en innovatie. Deze evaluatie zal in september 2007 zijn afgerond. Overigens laat Vektis een overschrijding zien van het budget voor de 13xxx-code.

De beleidsregel M&I heeft raakvlakken met de per 1 januari 2007 in werking getreden beleidsregel Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie³². De beleidsregel bevat twee mogelijkheden om te komen tot nieuwe zorgproducten en zorgprestaties. Enerzijds gaat het om geïntegreerde eerstelijnszorgproducten waarbij samenwerking centraal staat. Anderzijds gaat het om nieuwe zorgproducten/innovatie. In beide gevallen is het de bedoeling meer doelmatige en patiëntgerichte zorg te realiseren. De NZa streeft naar harmonisatie van de regelgeving rond innovatie.

6.2 Kosten van administratieve en management taken

Eén doelstelling van het Vogelaarakkoord is het 'beheersen van administratieve lasten'. Het Adviescollege Toetsing Administratieve Lasten (Actal) hanteert de volgende definitie van administratieve lasten:

²⁹ Het NIVEL verricht kwantitatief onderzoek naar het totstandkomen van meer substitutie tussen huisartsenzorg en tweedelijnszorg. Publicatie van de resultaten van het onderzoek wordt in het najaar van 2007 verwacht.

³⁰ Uit informatie van Vektis blijkt dat in 2006 voor de volgende vijf verrichtingen de meeste betalingen zijn gedaan: Chirurgische verrichtingen, Diabetes begeleiding per jaar, Longfunctiemeting, Therapeutische injectie (Cyriax), Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten.

³¹ Brief Minister VWS aan Tweede Kamer, 29248, nr. 37

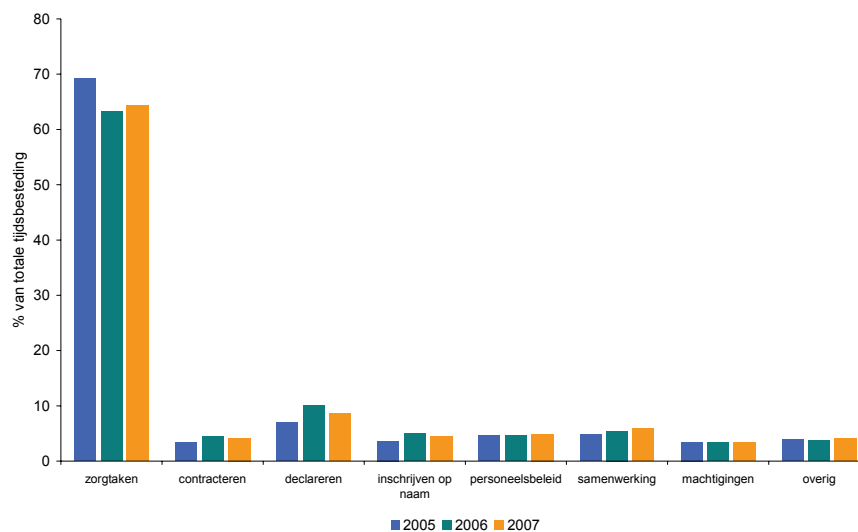
³² Deze beleidsregel wordt gesplitst in de beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde eerstelijnszorg en de beleidsregel innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten.

'De kosten voor het bedrijfsleven om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie'.³³

Uit het Vogelaarakkoord kan echter worden opgemaakt dat het gaat om een beheersing van de kosten die samenhangen met administratieve handelingen die voortvloeien uit de introductie van het nieuwe financieringssysteem. Voorbeelden hiervan zijn contracteren en declareren, maar ook de tijdsbesteding en kosten die gemoeid zijn met het managen van samenwerkingsverbanden en personeelsbeleid. Om deze kosten juist te duiden en verwarring te voorkomen met AL volgens de definitie die Actal hanteert, wordt in de context van dit rapport gesproken over 'kosten van administratieve en managementtaken' die al dan niet samenhangen met de nieuwe financieringsstructuur.

De tijdsbesteding aan administratieve en managementtaken is een goede indicator van de kosten hiervan. In de enquête is huisartsen daarom gevraagd naar hun tijdsbesteding. Hoeveel tijd besteedden zij in 2005, 2006 en 2007 aan zorgtaken en hoeveel aan andere taken, zoals contracteren, declareren, inschrijven op naam, personeelsbeleid, samenwerking en machtigingen? Figuur 6.1 laat de ontwikkeling zien van de gerapporteerde tijdsbesteding over de periode 2005 – 2007.

Figuur 6.1: Gerapporteerde Tijdsbesteding van huisartsen: zorgtaken en administratieve handelingen



Bron: NZa/TNS NIPO (2007)

De NZa merkt op dat de nodige voorzichtigheid geboden is bij het trekken van conclusies, omdat bovenstaande enquêteresultaten vragen oproepen over de plausibiliteit van de cijfers. Zo lijkt een tijdsbesteding door de huisarts zelf van 5% aan inschrijven op naam onrealistisch hoog.

De onderverdeling van niet-zorgtaken in de figuur is belangrijk, omdat de duiding per onderdeel verschilt. Zo hangt de stijging van de tijd besteed aan personeelsbeleid mogelijk samen met de toenemende rol van POH, waardoor de huisarts de tijd die hij aan zorg besteedt mogelijk effectiever, dus beter, kan inzetten. Ook de stijging van de tijd die

³³ 'Meten is Weten. Handleiding voor het definiëren en meten van administratieve lasten voor het bedrijfsleven', *Interdepartementale Projectdirectie Administratieve Lasten*, december 2003.

huisartsen investeren in samenwerking is een indicatie van een gewenste ontwikkeling voor zover dat leidt tot een hogere kwaliteit van zorg. Het stimuleren van samenwerking is een doel van het Vogelaraakkoord. De tijdsbesteding door de huisarts aan personeelsbeleid en samenwerking kan duiden op een effectieve organisatie van de zorg.

Bij de posten contracteren, declareren en inschrijven op naam is de invloed van de introductie van het nieuwe stelsel en het nieuwe financieringssysteem in 2006 zichtbaar: een stijging van de tijdsbesteding in 2006 ten opzichte van 2005, gevolgd door een daling in 2007. Ook de zorgverzekeraars constateren een toename in de administratieve handelingen door de introductie van het nieuwe financieringssysteem, met name als gevolg van het proces van onderhandeling, contracteren en declareren. Elektronisch contracteren en elektronisch declareren kunnen het aantal handelingen volgens verzekeraars verlagen. Deze instrumenten zijn beschikbaar en worden bijvoorbeeld ook gebruikt bij het contracteren en declareren van fysiotherapie. De LHV en ZN zijn hierover in overleg. De NZa verwacht daarom dat deze daling in deze administratieve kosten zich in de komende jaren doorzet.

Door de ontwikkelingen rondom deze niet-zorgtaken zagen de huisartsen in de enquête de tijd die ze beschikbaar hebben voor zorgtaken afnemen van 69% in 2005 naar 63% in 2006 en vervolgens weer stijgen naar 64% in 2007. Hierbij past dus de kanttekening dat de initiële daling vooral op het conto komt van contracteren, declareren en inschrijven op naam, maar dat de impact van personeelsbeleid en samenwerking in 2007 ten opzichte van 2005 substantieel is (30%). Het herstel van tijdsbesteding in zorgtaken in 2007 is daardoor groter dan het lijkt en zet waarschijnlijk door.

Bijlage Onderzoeksverantwoording

Onderzoeksverantwoording

Voor deze monitor is gebruik gemaakt van bestaande literatuur over huisartsenzorg en bestaande kwantitatieve data over huisartsenzorg. In aanvulling hierop is een enquête uitgezet onder een panel van huisartsen en zijn interviews gehouden. In deze bijlage staat een verantwoording van de enquête onder huisartsen en van de interviews met zorgverzekeraars en koepels.

Enquête onder huisartsen

Voor de enquête onder huisartsen is gebruik gemaakt van het TNS NIPO huisartsenpanel "doctors@work". Dit panel bevat 500 huisartsen en is representatief voor de populatie huisartsen in Nederland. Uit dit panel is door TNS NIPO een steekproef van 268 huisartsen getrokken. De uiteindelijke populatie is vergeleken met de ideaal cijfers afkomstig van het NIVEL,³⁴ de sociodemografische gegevens bleken uitstekend vergelijkbaar. Door de populatie te wegen met de NIVEL cijfers is deze vergelijkbaarheid nog eens vergroot. De vragenlijst is met de grootste zorg samengesteld door NZa en SEO Economisch Onderzoek in overleg met TNS NIPO. Desalniettemin geldt dat niet volledig uitgesloten kan worden dat incidenteel een vraag anders is geïnterpreteerd dan bedoeld.

Interviews

Er zijn interviews gehouden met 9 zorgverzekeraars en met de LHV, ZN, Consumentenbond en NPCF. Bij de selectie van de 9 zorgverzekeraars is rekening gehouden met de volgende criteria:

- Spreiding over het hele land
- Grote, middelgrote en kleine zorgverzekeraars (op basis van marktaandeel medio 2007³⁵)
- Achtergrond van de zorgverzekeraar (ex-particulier of ex-ziekenfonds)
- Spreiding over de verschillende concerns

³⁴ J. Muysken, R.J. Kenens & L. Hingstman, Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2006, NIVEL 2006

³⁵ Klein = marktaandeel < 1%; middelgroot = marktaandeel 1% t/m 6%; groot = marktaandeel > 6%

Tabel B.1: Geïnterviewde organisaties

Organisatie	Omvang	Opmerking
<i>Zorgverzekeraar</i>		
Azivo	Klein	
Multizorg ³⁶	Klein	
Zorg en Zekerheid	Middelgroot	
Univé (VGZ-IZA-Trias-Univé)	Middelgroot	
Agis	Middelgroot	
Menzis	Groot	
CZ	Groot	
Zilveren Kruis (Achmea)	Groot	
VGZ (VGZ-IZA-Trias-Univé)	Groot	
Koepel		
LHV		Schriftelijk interview
NPCF		
ZN		
Consumentenbond		Schriftelijk interview

De zorgverzekeraar en de koepels werden vooraf niet op de hoogte gesteld van de te stellen vragen. Bij het maken van de afspraak werd de zorgverzekeraar gevraagd naar een afschrift van de overeenkomst (en) van de zorgverzekeraar met de huisartsen.

Van het interview is een verslag gemaakt dat na het interview is teruggekoppeld en goedgekeurd door de zorgverzekeraar/koepel.

³⁶ Multizorg koopt in voor ONVZ, Fortis en DSW/SR (alleen verre verzekerden); drie zorgverzekeraars vertegenwoordigen 12 labels

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl