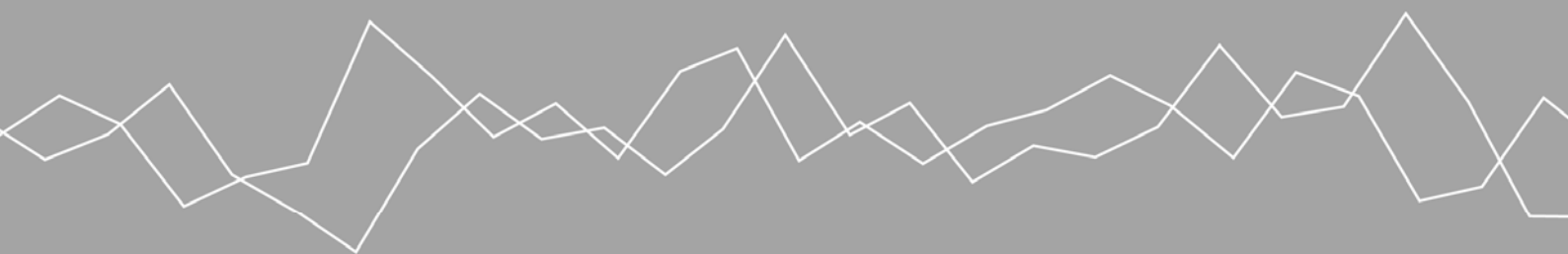


## Analyses ten behoeve van de Monitor Huisartsenzorg





Amsterdam, november 2008  
In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit

## Analyses ten behoeve van de Monitor Huisartsenzorg

L.M. Kok  
J.N.T. Weda  
C. Berden



seo economisch onderzoek

*“De wetenschap dat het goed is”*

*SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.*

SEO-rapport nr. 2008-76

# Inhoudsopgave

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Samenvatting</b> .....   | <b>i</b>  |
| <b>1 Inleiding</b> .....  | <b>1</b>  |
| 1.1 Aanleiding .....  | 1         |
| 1.2 Onderzoeksaanpak .....  | 1         |
| 1.3 Leeswijzer.....   | 2         |
| <b>2 Mogelijke gevolgen van veranderingen in de regelgeving</b> ..... | <b>3</b>  |
| 2.1 Inleiding.....  | 3         |
| 2.2 Regelgeving verzekeraars.....                                     | 3         |
| 2.3 Regelgeving huisartsen.....                                       | 5         |
| 2.4 Regelgeving verzekerden .....                                     | 8         |
| 2.5 Concurrentieverhoudingen .....                                    | 9         |
| 2.6 Conclusie.....  | 10        |
| <b>3 Marktstructuur en gedrag van marktpartijen</b> .....             | <b>13</b> |
| 3.1 Inleiding.....  | 13        |
| 3.2 Horizontale samenwerking zorgaanbieders .....                     | 13        |
| 3.3 Verticale samenwerking huisartsen en verzekeraars .....           | 16        |
| <b>4 Markttuitkomsten</b> .....                                       | <b>21</b> |
| 4.1 Inleiding.....  | 21        |
| 4.2 Zorgvolume en substitutie .....                                   | 21        |
| 4.3 Betaalbaarheid (prijzen en kosten).....                           | 24        |
| 4.4 Toegankelijkheid.....   | 32        |
| 4.5 Transparantie van kwaliteit .....                                 | 35        |
| 4.6 Administratieve en ondernemerslasten.....                         | 37        |
| 4.7 Conclusie.....  | 39        |
| <b>Referenties</b> .....  | <b>41</b> |



## Samenvatting

Per 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet van kracht. Doel van de zorgverzekeringswet is het bevorderen van concurrentie tussen verzekeraars. Het idee is dat als verzekeraars meer met elkaar gaan concurreren zij een sterkere prikkel hebben om doelmatig zorg in te kopen bij zorgaanbieders, waaronder huisartsen. Met de nieuwe Zorgverzekeringswet is het verschil tussen particulier en ziekenfondsverzekerden, dat voor 2006 bestond, weggefallen. Iedereen valt nu onder dezelfde wettelijke regeling, ongeacht inkomen. Daardoor moest ook voor de huisartsen een nieuwe bekostigingssystematiek komen. Voor 2006 betaalden particulier verzekerden een bedrag per consult aan de huisarts en ziekenfondsverzekerden een bedrag per jaar, onafhankelijk van het aantal consulten. Met ingang van 2006 betalen alle verzekerden zowel een bedrag per jaar, onafhankelijk van het aantal consulten plus een bedrag per consult.

Zowel de concurrentie tussen verzekeraars als de nieuwe bekostigingssystematiek heeft invloed op de huisartsenzorg. Vorig jaar is in de oriënterende monitor huisartsen al een eerste beeld gegeven van de effecten van de wijzigingen in 2006 (NZa, 2007a). In deze achtergrondstudie brengen we recente ontwikkelingen in beeld. Hieronder beschrijven we de ontwikkelingen op een aantal marktuitskomsten.

### Zorgvolume en substitutie

Het nieuwe financieringssysteem biedt voor zowel huisartsen als consumenten verscheidene prikkels die tot een gedragsverandering zouden kunnen leiden. Aan de aanbodzijde geeft het verrichtingencomponent huisartsen economische prikkels om het aantal consulten op te voeren, onder meer door minder vaak door te verwijzen naar de tweede lijn en meer zelf te doen (substitutie). Ook de M&I verrichtingen bieden een stimulans om meer te doen en minder door te verwijzen naar de tweede lijn. Ook verzekeraars hebben belang bij een hoger zorgvolume van huisartsen, als ze daarmee kunnen besparen op dure ziekenhuiszorg. Aan de vraagzijde ervaren ex-particulier verzekerden minder financiële drempels voor huisartsbezoek en zullen daardoor vermoedelijk meer zorg afnemen van de huisarts.

Deze prikkels hebben ertoe geleid dat het aantal zorgcontacten met de huisarts is toegenomen, vooral bij ex-particulier verzekerden. De gedragsverandering blijkt met enige vertraging te hebben plaatsgevonden: het aantal zorgcontacten is met name in de eerste helft van 2007 toegenomen. Het toegenomen zorgvolume van huisartsen heeft nog niet tot een meetbare vermindering van de zorg in de tweede lijn geleid. Een toename van de mate van substitutie van tweede lijn naar eerste lijn is nog niet geconstateerd. Dit wil overigens niet zeggen dat deze niet heeft plaatsgevonden.

### Betaalbaarheid

De kosten van de huisartsenzorg zijn in 2006 sterk gestegen. Ook in 2007 en 2008 zet de stijging van de kosten door. De oorzaak van de stijging in 2006 komt vooral door ander declaratiegedrag en de stijging daarna komt doordat meer zorg wordt geleverd. In 2006 declareren huisartsen een veel groter aandeel van de verrichtingen dan in 2005. In 2007 is er sprake van een werkelijke toename van het aantal verrichtingen. Daarnaast kan een deel van de kostenstijging worden toegerekend aan de hoge prijzen voor M&I verrichtingen.

Het aantal gedeclareerde verrichtingen in 2006 is veel hoger dan geraamd. Dit komt niet doordat het aantal zorgcontacten in 2006 sterk is gestegen. De stijging van het aantal zorgcontacten heeft zich pas halverwege 2007 ingezet. In 2006 uit de gedragsverandering bij de huisartsen zich vooral in het meer dan verwacht declareren van zorgcontacten die hebben plaatsgevonden. In 2005 declareerden huisartsen 74% van de zorgcontacten met particuliere patiënten. In 2006 declareerden huisartsen 82% van het aantal zorgcontacten. Deze stijging komt vermoedelijk omdat de drempel om zorgcontacten te declareren lager is dan in 2005 (voor wat betreft ex-particulier verzekerden. o.a. omdat ex-particulier verzekerden minder vaak dan voorheen hoeven te betalen voor de huisarts). Verder kan hebben meegespeeld dat huisartsen onzeker waren over hun inkomen in het eerste jaar van de stelselherziening. Van te voren konden zij immers niet becijferen of hun inkomen in de nieuwe systematiek op peil zou blijven. Vooral het aantal lange consulten en visites en het aantal herhaalrecepten was hoger dan geraamd. We hebben geen aanwijzingen gevonden dat de toename van het aantal herhaalrecepten komt doordat huisartsen minder van de werkzame stof op het recept zetten, zodat de patiënt vaker terug moet komen. Ook hier speelt vermoedelijk de verandering van het declaratiegedrag een grotere rol in de overschrijding van de raming.

De kosten waren in 2006 ook hoger dan geraamd doordat de prijzen voor M&I verrichtingen hoger waren dan verwacht. De tarieven voor M&I verrichtingen zijn vrij. De hoge tarieven worden veroorzaakt door de marktmacht van huisartsen. Deze zorgt voor een opwaartse druk op de prijzen. Voor de overige tarieven zijn maximumprijzen vastgesteld. Onderhandelingen tussen huisartsen en verzekeraars hebben er niet of nauwelijks toe geleid dat de prijzen onder de maximumtarieven zijn vastgesteld.

In 2007 zijn de kosten gestegen als gevolg van het toegenomen zorgvolume. Vooral het aantal lange consulten en visites neemt sterk toe ten opzichte van 2006. Hierbij kan sprake zijn van upcoding: er wordt een lang consult gedeclareerd, terwijl het consult korter duurde dan 20 minuten. Het kan ook zijn dat consulten van huisartsen werkelijk langer duren, doordat zij er nu ook voor betaald worden.

## Toegankelijkheid

De telefonische bereikbaarheid is onder de maat, vooral in kleine praktijken. Huisartsen werken aan een betere bereikbaarheid, en doen dat vooral via schaalvergroting. Daardoor neemt de telefonische bereikbaarheid toe. Bereikbaarheid via email is nog minimaal. Ook de openingstijden zijn nauwelijks verruimd. Hoewel de nieuwe bekostigingssystematiek huisartsen meer dan voorheen een belang geeft om meer te produceren en daarom goed bereikbaar te zijn, heeft dat in de praktijk kennelijk nog tot weinig gedragsveranderingen geleid.

## Transparantie van kwaliteit

Huisartsen hebben als beroepsgroep geen financieel belang bij transparantie van de kwaliteit van huisartsen, omdat dat verzekeraars meer mogelijkheden geeft om verzekerden te sturen. Hierdoor zou de marktmacht van verzekeraars ten opzichte van huisartsen toenemen. Verzekeraars hebben daarom juist wel belang bij transparantie van de kwaliteit van huisartsen.



Er zijn veel initiatieven om de kwaliteit van de huisartsenzorg transparanter te maken. Initiatieven om de huisartsenzorg transparanter te maken gaan vooral uit van het ministerie van VWS en, in mindere mate, van verzekeraars. Daarnaast heeft de NHG een keurmerk ingevoerd voor huisartsen. Doel van de NHG is vooral om de kwaliteit van huisartsenzorg te verhogen.

De verschillende initiatieven hebben er nog niet toe geleid dat er kwaliteitsinformatie op het niveau van de individuele huisartsenpraktijk beschikbaar is. Op de website van “kiesbeter” kunnen verzekerden alleen een huisarts zoeken op basis van naam en postcode.

## Administratieve lasten

De administratieve lasten van huisartsen zijn toegenomen als gevolg van de nieuwe bekostigingssystematiek van huisartsen. Daardoor moeten huisartsen alle verrichtingen declareren. De onderhandelingen met verzekeraars hebben nauwelijks tot een toename van de administratieve lasten geleid. Dat huisartsen niet meer tijd kwijt zijn aan onderhandelen komt doordat huisartsen niet individueel onderhandelen, maar in grotere verbanden.

## Conclusie

We signaleren een aantal positieve ontwikkelingen die het gevolg zijn van de stelselwijziging in 2006 en een aantal negatieve ontwikkelingen.

Positief is dat het zorgvolume in 2007 is gestegen. Het oude systeem voor ziekenfondspatiënten (een vast bedrag per ingeschreven verzekerde) had een prikkel voor huisartsen om zo weinig mogelijk verrichtingen te doen. Dit leidt enerzijds tot het risico van onderbehandeling en gezondheidsschade voor de patiënt, en kan de huisarts anderzijds bewegen patiënten te snel door te verwijzen naar de medische specialist, met het risico van overbehandeling en oplopende zorgkosten. Het oude systeem voor particulier verzekerden (een bedrag per consult) geeft de huisarts juist een prikkel om zo veel mogelijk te doen. Dat kan ertoe leiden dat de huisarts de patiënt juist nodeloos vaak laat terugkomen (overbehandeling) of te weinig doorverwijst naar de specialist (onderbehandeling). De nieuwe systematiek heeft een betere balans dan de oude systematiek tussen teveel en te weinig doen. Per saldo is het aantal verrichtingen toegenomen. Onderbehandeling en teveel doorverwijzen zou daardoor moeten zijn afgenomen. Of het toegenomen zorgvolume van huisartsen ook geleid heeft tot minder doorverwijzingen naar de tweede lijn is nog onduidelijk.

Negatief is dat de kosten van de huisartsenzorg sterker zijn gestegen dan de groei van het volume. Deze extra kostenstijging is niet ten goede gekomen aan patiënten, maar aan de huisarts. Verder heeft de stelselwijziging nog nauwelijks bijgedragen aan een toegenomen bereikbaarheid en transparantie van de kwaliteit van huisartsen. Negatief is ook dat de nieuwe bekostigingssystematiek heeft geleid tot hogere administratieve lasten voor huisartsen. Hierdoor is de werkdruk voor huisartsen toegenomen.



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Per 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet van kracht. Doel van de zorgverzekeringswet is het bevorderen van concurrentie tussen verzekeraars. Het idee is dat als verzekeraars meer met elkaar gaan concurreren zij een sterkere prikkel hebben om doelmatig zorg in te kopen bij zorgaanbieders, waaronder huisartsen. Uiteindelijk doel is de markt meer zijn werk te laten doen waardoor de overheid minder hoeft te reguleren. In het verleden leidde de grote rol van de overheid in de zorg tot bureaucratie en wachtlijsten. De Zorgverzekeringswet beoogt de wachtlijsten weg te werken en tegelijkertijd de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg te vergroten.

Met de nieuwe Zorgverzekeringswet is het verschil tussen particulier en ziekenfondsverzekerden, dat voor 2006 bestond, weggefallen. Iedereen valt nu onder dezelfde wettelijke regeling, ongeacht inkomen. Daardoor moest ook voor de huisartsen een nieuwe bekostigingssystematiek komen. Voor 2006 betaalden particulier verzekerden een bedrag per consult aan de huisarts en ziekenfondsverzekerden een bedrag per jaar, onafhankelijk van het aantal consulten. Met ingang van 2006 betalen alle verzekerden zowel een bedrag per jaar, onafhankelijk van het aantal consulten plus een bedrag per consult.

Zowel de concurrentie tussen verzekeraars als de nieuwe bekostigingssystematiek heeft invloed op de huisartsenzorg. Vorig jaar heeft de NZa in de oriënterende monitor huisartsen al een eerste beeld gegeven van de effecten van de wijzigingen in 2006 (NZa, 2007a). In deze achtergrondstudie brengen we in opdracht van de NZa recente ontwikkelingen in beeld.

## 1.2 Onderzoeksaanpak

Deze achtergrondstudie is vooral gebaseerd op literatuurstudie. Daarnaast zijn drie grote zorgverzekeraars geïnterviewd over de onderhandelingen met huisartsen en de samenwerking met huisartsen. Ook is gevraagd of verzekeraars de declaraties van huisartsen controleren. Vanuit de huisartsenkant is een huisarts met een eigen praktijk geïnterviewd en een huisarts in loondienst van een zorggroep. Aan de huisartsen is gevraagd naar de onderhandelingen met verzekeraars en naar samenwerking met andere huisartsen. Ook is gevraagd waarom zij niet alle verrichtingen declareren en waarom er nu een groter aandeel van de verrichtingen wordt gedeclareerd dan in 2005.

Bij de verzekeraars waarmee is gesproken is een zeer groot deel van de verzekerden in Nederland verzekerd. Deze interviews geven daarom een goede indruk van het beleid van grote verzekeraars. De interviews met huisartsen geven uiteraard geen representatief beeld, maar in combinatie met de interviews met verzekeraars wel een indruk van wat er speelt in de huisartsenzorg.

## 1.3 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk beschrijven we de verandering in de regelgeving voor verzekeraars, huisartsen en verzekerden. We beschrijven de prikkels die de nieuwe regelgeving geeft en leiden daaruit hypothesen af over te verwachten ontwikkelingen vanaf 2006. Daarbij houden we ook rekening met de concurrentieverhoudingen tussen huisartsen en verzekeraars. In hoofdstuk 3 gaan we in op het effect van de stelselherziening in 2006 op de structuur van de markt en het gedrag van huisartsen en verzekeraars met betrekking tot samenwerking. In hoofdstuk 4 beschrijven we de markttuitkomsten sinds de stelselherziening.

## 2 Mogelijke gevolgen van veranderingen in de regelgeving

### 2.1 Inleiding

Elk beloningssysteem geeft bedoeld of soms ook onbedoeld prikkels die de ontvanger van de prikkel (beloning) aanzetten tot een bepaald soort gedrag. Dit gedrag kan zowel tot positieve als negatieve resultaten leiden. Een goed beloningssysteem zorgt ervoor dat het prikkels aanbiedt zodanig dat het voor de consument het gewenste resultaat genereert. Een goed beloningssysteem zorgt verder voor kwalitatief goede zorg tegen zo laag mogelijke kosten.

In dit hoofdstuk gaan we in op de veranderingen in de regelgeving per 1 januari 2006 en de prikkels die de nieuwe regelgeving geeft aan verzekeraars, huisartsen en verzekerden. Zowel de positieve als de negatieve prikkels brengen we in beeld. In paragraaf 2.2 beschrijven we de nieuwe regelgeving voor verzekeraar, de prikkels die deze geeft aan verzekeraars. In paragraaf 2.3 doen we hetzelfde voor huisartsen en in 2.4 voor verzekerden. De marktuitskomsten worden niet alleen bepaald door de financiële prikkels van de spelers op de markt, maar ook door de onderlinge concurrentieverhoudingen. Deze beschrijven we in paragraaf 2.5. Per paragraaf formuleren we hypothesen over de effecten van prikkels op het gedrag van de spelers en de marktuitskomsten.

### 2.2 Regelgeving verzekeraars

#### 2.2.1 Regelgeving

Tot 2006 bestonden er twee wijzen van verzekeren tegen ziektekosten: particulier verzekeren en verzekeren via het ziekenfonds. Bij een inkomen beneden een bepaalde grens was de consument verplicht ziekenfonds verzekerd, in de ander gevallen was men particulier verzekerd. Tweederde van de bevolking was verzekerd bij een ziekenfonds.

Concurrentie tussen ziekenfondsen was beperkt. Ziekenfondsen hadden grote marktaandelen in regio's waarin zij voorheen een wettelijk monopolie hadden. De premie voor het ziekenfonds bestond voor het grootste deel uit een inkomensafhankelijke premie. Mede daardoor waren ziekenfondspatiënten niet erg geneigd over te stappen naar een andere verzekeraar. Als gevolg van de geringe concurrentie tussen verzekeraars was de prikkel om de kosten laag te houden door doelmatige inkoop van zorgaanbieders gering.

Concurrentie tussen particuliere verzekeraars was wel hevig. Particuliere verzekeraars hadden echter regionaal kleine marktaandelen, waardoor zij weinig inkoopmacht hadden te opzichte van zorgaanbieders. Zij hadden dus wel een prikkel om doelmatig in te kopen, maar niet de mogelijkheden. In de praktijk hielden zij de kosten laag via risicoselectie (Kok e.a., 2000).

Per 1 januari 2006 is er nog maar één zorgverzekering. De verzekering wordt uitgevoerd door private verzekeraars die winst mogen maken. Alle verzekerden zijn verplicht zich te verzekeren.

Alle verzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren en aan iedereen met dezelfde polis dezelfde premie te vragen. Zij krijgen compensatie voor dure verzekerden en moeten voor goedkope verzekerden geld afstaan. Dank zij deze 'verevening' hebben verzekeraars met een relatief dure populatie geen concurrentienadeel. Er zijn twee soorten verevening: ex-ante en ex-post. De verevening vooraf (ex ante) geschiedt op basis van kenmerken die het zorggebruik van een individu voorspellen: leeftijd, geslacht, inkomen, farmaceutische kostengroepen, diagnose kostengroepen, aard van het inkomen en regio. Daarnaast worden verzekeraars ook achteraf (ex post) verevend, op basis van werkelijke kosten. Dit geldt echter niet voor alle kostenposten. De eerstelijns zorg (huisarts en behandelingen thuis) wordt niet ex-post verevend. De ex-post verevening wordt langzaam afgebouwd. De drempel waarboven hoge daadwerkelijke kosten achteraf verevend worden, is in 2008 verhoogd van € 12.500 naar € 20.000 per patiënt.

Doel van de stelselwijziging was om de concurrentie tussen de voormalig ziekenfondsen aan te wakkeren, waardoor ze een prikkel kregen om doelmatig zorg in te kopen. Daartoe is onder andere een groter deel van de premie die verzekerden betalen nominaal gemaakt en een kleiner deel inkomensafhankelijk.

### 2.2.2 Gedragsprikkel

Verzekeraars ervaren een sterke financiële prikkel om hun zorgpremies niet te veel te laten stijgen, omdat consumenten prijzen vergelijken en ieder jaar mogen overstappen. Als gevolg van de kostenverevening is risicoselectie geen goede strategie om de kosten te drukken. Wel een goede strategie is het beperken van de eigen kosten en de kosten van de zorginkoop. Verzekeraars hebben daardoor zowel een prikkel om doelmatig huisartsenzorg in te kopen, als om dure ziekenhuiszorg te substitueren voor goedkopere huisartsenzorg. Oftewel: verzekeraars hebben belang bij lage prijzen van de huisartsenzorg en meer volume, indien dat leidt tot een lager volume van de ziekenhuiszorg.

De prikkels die verzekeraars hebben om de kosten van ingekochte zorg te dempen worden beperkt door de ex-postverevening en de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen.

Doordat de eerstelijns zorg niet ex-post wordt verevend hebben verzekeraars beperkte prikkels om bijvoorbeeld een dure ziekenhuisbehandeling te vervangen door een veel goedkopere behandeling thuis. Over het algemeen zal het echter voor verzekeraars wel voordelig zijn om behandelingen die nu in het ziekenhuis plaatsvinden door huisartsen te laten verrichten. Als gevolg van de afbouw van de ex-post verevening zullen deze prikkels de komende jaren toenemen.

Sinds 2005 worden ziekenhuizen bekostigd op basis van DBC's: Diagnose Behandelcombinaties. De tarieven voor de DBC's zijn vastgesteld op basis van de gemiddelde kosten van een behandeling bij een specifieke diagnose. Het DBC-tarief bevat de kosten van behandelingen die veelal in het ziekenhuis gebeuren, maar de zorg en de opbrengst zou ook kunnen worden overgeheveld naar de eerste lijn. Wanneer die overheveling plaatsvindt dan betaalt de verzekeraar dubbel, omdat de kosten al verwerkt zijn in de DBC.

Per saldo zullen verzekeraars een prikkel hebben om tweedelijnszorg te substitueren voor goedkopere huisartsenzorg.

## 2.3 Regelgeving huisartsen

### 2.3.1 Nieuwe regelgeving

Voor 2006 kreeg de huisarts een abonnementstarief voor ziekenfondsverzekerden en voor particulierverzekerden een vergoeding per consult (in 2005 € 24). Sinds 1 januari 2006 is in Nederland een nieuw financieringssysteem voor huisartsenzorg van kracht. 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, achterstandsfonds en modernisering en innovatie);
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 Basis Financieringssysteem huisartsen zorg overdag

| Onderdelen                   | Declaratie per | Tarief 2006          | Contract |
|------------------------------|----------------|----------------------|----------|
| Inschrijftarief              | Ingeschrevene  | Max. €52 p/j         | Nee      |
| Consult <sup>1</sup>         | Verrichting    | Max. €9              | Nee      |
| POH-consulten <sup>1</sup>   | Verrichting    | Max. €9              | Nee      |
| <i>Modules:</i>              |                |                      |          |
| POH                          | Ingeschrevene  | Max. €6.40 p/j       | Ja       |
| Populatiegebonden vergoeding | Ingeschrevene  | Max. <sup>2</sup>    | Ja       |
| M&I 13xxx codes              | Verrichting    | Vrij                 | Ja       |
| M&I 14xxx codes              | Ingeschrevene  | Vrij, spil €1.56 p/j | Ja       |

Bron: NZa, 2007a

Tabel 2.1 laat per onderdeel zien hoe binnen het beloningssysteem de betaling plaatsvindt, of er sprake is van een maximumtarief of een vrij tarief en of het onderdeel zonder contract met de zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden. 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. Maximumtarieven gelden voor het inschrijftarief, de (POH) consulten en de modules POH en Populatiegebonden vergoedingen. Naast de in de tabel weergegeven tarieven zijn er aparte tariefafspraken over specifieke diensten, bijvoorbeeld avond, nacht en weekend diensten en verloskundige hulp.

<sup>1</sup> Voor een visite, telefonisch consult, etc. gelden van het consult afgeleide tarieven.

<sup>2</sup> 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.

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. In 2008 is er een POH tarief voor GGZ praktijkondersteuners ingesteld met een maximum bedrag van €3,40 per jaar.

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. 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-verrichtingen 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.

Als gevolg van de nieuwe bekostigingssystematiek moeten huisartsen veel meer verrichtingen apart declareren. Voor ziekenfondspatiënten hoefde in het verleden alleen één keer per kwartaal het abonnementstarief te worden gedeclareerd. Alleen voor particulier verzekerden werd per verrichting gedeclareerd. Nu moeten huisartsen voor alle patiënten per verrichting declareren. De administratieve lasten voor huisartsen nemen daardoor toe. Verder moeten huisartsen contracten afsluiten met verzekeraars. Voor de stelselherziening sloot de districtshuisartsvereniging (DHV) een contract af met het grootste ziekenfonds in de regio. Voor de overige ziekenfondsen werden aanhaakovereenkomsten gemaakt. Dit betekent dat de andere ziekenfondsen zich conformeerden aan de afspraken die waren gemaakt tussen de DHV en het grootste ziekenfonds. Deze praktijk is in strijd met de mededingingswet: er mogen geen collectieve onderhandelingen worden gevoerd. Dit betekent dat er individuele huisartsen of kleinere groepen huisartsen moeten gaan onderhandelen met meer verzekeraars. Dit kan ook de administratieve lasten doen toenemen. (Groot e.a., 2003).

De nieuwe financieringssysteematiek is tot stand gekomen door bemiddeling van Ella Vogelaar. In het zogenaamde Vogelaarakkoord zijn partijen het eens geworden over een beleidsagenda voor de ontwikkeling van de huisartsenzorg in samenhang met de totale eerstelijnszorg. Naast afspraken over de wijze en de hoogte van tarifiering staan in dit akkoord de doelstellingen van het nieuwe financieringssysteem:

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

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.



### 2.3.2 Gedragsprikkel

De gemengde bekostigingssystematiek geeft de huisarts betere financiële prikkels voor het leveren van optimale zorg dan de oude systematiek. Een vast bedrag per ingeschreven verzekerde prikkelt de huisarts om zo weinig mogelijk verrichtingen te doen. Dit leidt enerzijds tot het risico van onderbehandeling en gezondheidsschade voor de patiënt, en kan de huisarts anderzijds bewegen patiënten te snel door te verwijzen naar de medische specialist, met het risico van overbehandeling en oplopende zorgkosten. Een bedrag per consult geeft de huisarts juist een prikkel om zo veel mogelijk te doen. Dat kan ertoe leiden dat de huisarts de patiënt juist nodeloos vaak laat terugkomen (overbehandeling) of te weinig doorverwijst naar de specialist (onderbehandeling) (Smolders en Seinen, 2007, Houkes & Kok, 2008).

Wanneer bij gemengde bekostiging het tarief per consult zo is geprikt dat de huisarts geen winst of verlies maakt op het consult, dan valt de neiging weg patiënten te veel of te weinig terug te laten komen. Als echter de kosten per consult lager zijn dan het consulttarief dan loont het voor de huisarts om meer consulten te draaien. In de praktijk zullen de kosten voor de huisarts van een consult niet constant zijn, maar oplopen naarmate hij meer consulten draait. De kosten voor de huisarts van een consult zullen vooral bestaan uit de vrije tijd die hij opgeeft. Hoe meer consulten de huisarts draait hoe minder vrije tijd hij overhoudt. De waarde van vrije tijd neemt toe naarmate je er minder van hebt. Oftewel de kosten van elk volgend consult zijn hoger dan van het voorlaatste consult. Bij een bepaald aantal consulten zullen de kosten van een consult precies even groot zijn als de opbrengsten van het consult (het consulttarief). Meer consulten zal een huisarts bij voorkeur niet verrichten. Hoe lager het consulttarief, hoe kleiner het aantal consulten een huisarts zal draaien (Smolders en Seinen, 2007). Dat dit niet louter een theoretisch verhaal is, maar dat huisartsen inderdaad gevoelig zijn voor deze financiële prikkels is in de empirische wetenschappelijke literatuur vastgesteld (Smolders en Seinen, 2007).

In de oude systematiek hadden huisartsen een incentive om het aantal consulten voor ziekenfondspatiënten te beperken (door minder vaak terug te laten komen of meer te verwijzen) en het aantal consulten voor particuliere patiënten juist te stimuleren (door vaker terug te laten komen en minder te verwijzen). Uit een onderzoek naar het aanvragen van laboratoriumtesten door huisartsen bleek dat huisartsen geen onderscheid te maken tussen ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten. Wel bleken huisartsen met een groter aandeel particuliere patiënten vaker laboratoriumtesten aan te vragen dan huisartsen met een klein aandeel particuliere patiënten. De financiële prikkel werkte dus niet op patiëntniveau, maar op praktijkniveau (Van Merode e.a. 2000). In de nieuwe systematiek hebben huisartsen met een groot aandeel voormalig ziekenfondspatiënten een financiële incentive om het aantal consulten op te voeren. Huisartsen met een groot aandeel voormalig particulier verzekerden hebben een prikkel om het aantal consulten te verminderen als gevolg van de forse verlaging van het consulttarief (van € 24 naar € 9 per consult). Aangezien het aandeel ziekenfondspatiënten twee keer zo groot was als het aantal particuliere patiënten zal het effect per saldo zijn dat het aantal consulten toeneemt en het aantal verwijzingen naar de tweede lijn afneemt. Ook de M&I verrichtingen bieden een stimulans om meer te doen en minder door te verwijzen naar de tweede lijn.

Om het zorgvolume te vergroten zullen huisartsen moeite doen om de toegankelijkheid van de huisartsen te verbeteren.

Als inderdaad het zorgvolume toeneemt dan is dit vermoedelijk gunstig voor de welvaart omdat de nieuwe financieringssystematiek minder prikkels geeft tot onderbehandeling (door patiënten minder vaak te laten terugkomen) en overbehandeling (door te veel verwijzingen naar de tweede lijn).

De nieuwe systematiek kan ook tot verkeerde prikkels leiden. Huisartsen hebben in de nieuwe systematiek meer declaratiemogelijkheden en kunnen door creatief te declareren het gedeclareerde zorgvolume opvoeren zonder dat daar feitelijke zorg tegenover staat. Voorbeelden zijn het declareren van een lang consult in plaats van een kort consult, of het verkorten van de periode waarvoor een recept wordt uitgeschreven, waardoor vaker een herhalingsrecept kan worden gedeclareerd. In de empirische wetenschappelijke literatuur zijn dit type effecten regelmatig gesignaleerd.<sup>3</sup> Een nadeel van de nieuwe systematiek is ook dat er veel verschillende tarieven zijn. Doordat er een tarief is voor een kort en een lang consult kan de huisarts een prikkel hebben om consulten die de 20 minuten naderen te rekken, zodat ze een lang consult kunnen declareren. Enerzijds kan dit ook weer de prikkel tot onderbehandeling verminderen, maar het kan ook tot efficiëntieverlies leiden. Met name huisartsen met weinig patiënten kunnen de prikkel hebben om consulten te rekken.

## 2.4 Regelgeving verzekerden

### 2.4.1 Nieuwe regelgeving

Particulier verzekerden hadden in het oude systeem vaak een (hoog) eigen risico, waardoor er een financiële drempel was om naar de huisarts te stappen. In het oude systeem hadden bovendien niet alle ex-particulier verzekerden een verzekering waarin ook de risico's van kosten van huisartsenzorg verzekerd waren.

Voor ziekenfondsverzekerden gold vanaf 2005 een 'no claim' regeling. Deze 'no claim' was een soort statiegeld, dat mensen vooraf betaalden en na afloop van een jaar naar rato terugkregen als ze in heel het voorafgaande jaar minder dan het bedrag van de 'no claim' aan zorgkosten hadden gemaakt. In 2007 bedroeg de 'no claim' € 255. De huisarts viel buiten de 'no claim'.

Met ingang van 1 januari 2006 gold voor iedereen de 'no claim' regeling. De huisarts viel daar nog steeds buiten. Daarnaast konden verzekerden een vrijwillig eigen risico kiezen. Het aantal mensen dat dat deed was veel lager dan vóór 2006, omdat het voordeel van een hoger eigen risico kleiner was. Dat was het gevolg van de risicoverevening. Vóór 2006 kregen degenen die kozen voor een eigen risico een forse korting op de premie. Daarmee probeerden verzekeraars gezonde verzekerden aan te trekken. In het nieuwe stelsel mogen verzekeraars alleen een korting geven op de premie die verzekerden compenseert voor lagere zorgkosten als gevolg van het eigen risico. Verzekeraars mogen verzekerden niet meer compenseren voor lagere zorgkosten die het gevolg zijn van de betere gezondheid van de verzekerde. Veel ex-particulier verzekerden hebben helemaal geen eigen risico meer genomen. De consulten van huisarts vielen wel onder het vrijwillig eigen risico, maar het jaarlijkse inschrijftarief niet.

---

<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld Cools (2008, p. 48) die aangeeft dat medisch specialisten systematische verschuivingen naar DBC's met hogere vergoedingen waarnemen, en dat ook verzekeraars deze trend herkennen in hun cijfers.

Vanaf 1 januari 2008 is de ‘no claim’ regeling vervangen door een verplicht eigen risico van € 150. Een hoger eigen risico is vrijwillig. De consulten van de huisarts vallen niet onder het verplichte eigen risico. Als vrijwillig gekozen is voor een hoger eigen risico dan vallen de consulten van de huisarts hier direct onder, vanaf het eerste consult.

### 2.4.2 Gedragsprikkel

De gedragsprikkel van de nieuwe regelgeving zijn verschillend voor ex-ziekenfonds en ex-particulier verzekerden. Voor ex-ziekenfondsverzekerden is er niets veranderd (behalve wanneer zij in het nieuwe stelsel een vrijwillig eigen risico hebben gekozen). Zij betaalden voor 2006 geen eigen bijdrage voor de huisarts en doen dat na 2006 ook niet. De huisarts viel immers niet onder de no-claim en valt ook niet onder het huidige verplichte eigen risico.

Voor ex-particulier verzekerden is er wel iets veranderd. Ten eerste valt de huisarts onder de basisverzekering en is dus iedereen verzekerd voor de huisartsenzorg. Ten tweede is het aantal mensen met een vrijwillig eigen risico veel lager, doordat het voordeel daarvan is verminderd. De premiekorting bij een hoog eigen risico is veel lager dan in de oude particuliere verzekering. Dit komt door het risicovereveningssysteem. Ten derde is het consulttarief veel lager dan voor 2006 en valt het inschrijftarief niet onder het eigen risico. Voor het gros van de ex-particulier verzekerden is de financiële drempel om naar de huisarts te gaan dus lager dan voorheen. We verwachten daarom dat vooral ex-particulier verzekerden vaker naar de huisarts zullen gaan.

Voor ex-particulier verzekerden is overigens ook de drempel om naar de specialist te gaan verminderd als gevolg van het lagere eigen risico. De drempel om minder naar de huisarts te gaan is echter sterker gedaald dan de drempel om naar de specialist te gaan, omdat de huisarts is uitgezonderd van de ‘no claim’ (in 2005) en het verplichte eigen risico in 2006.

## 2.5 Concurrentieverhoudingen

Op het eerste gezicht lijkt het alsof verzekeraars een sterke onderhandelingspositie hebben ten opzichte van huisartsen. De praktijken van huisartsen zijn klein ten opzichte van de grote schaal van verzekeraars. In onderhandelingen met individuele huisartsen zou de verzekeraar dan als snel zijn wil op kunnen leggen aan de huisarts. Er zijn echter een aantal redenen die de onderhandelingspositie van de huisarts versterken.

Ten eerste de omvang de relevante markt. De relevante markt is voor huisartsen zeer lokaal. De reistijd van de huisarts naar de verzekerde mag niet meer zijn dan 15 minuten. Met name in dunbevolkte gebieden zal de huisarts weinig concurrentie ondervinden van andere huisartsen. Dit maakt dat de huisarts sterk staat in de onderhandelingen met de verzekeraar.

Ten tweede de aard van de dienst. Huisartsen hebben een langdurige relatie met hun patiënten. Veel patiënten zijn gehecht aan hun huisarts en zullen niet snel overstappen naar een andere huisarts. Wanneer een verzekeraar in de ogen van de huisarts onredelijke eisen probeert op te leggen kan de huisarts zijn/haar patiënten vragen over te stappen naar een andere verzekeraar. De verzekeraar loopt dan het risico klanten te verliezen (Groot en Kok, 2004).

Ten derde de intransparantie van de kwaliteit van de huisarts. Patiënten kunnen vooraf (bij de keuze van de huisarts) de kwaliteit niet beoordelen, en zelfs achteraf kunnen zij moeilijk beoordelen of een andere huisarts beter zou zijn. De verzekeraar kan zijn onderhandelingspositie versterken als hij aan zijn klanten duidelijk kan maken dat een andere huisarts beter is. Hij kan dan diegenen die een minder sterke band hebben met de huisarts overhalen over te stappen naar een andere huisarts. Probleem is dat de kwaliteit van huisartsen niet transparant is. Zelfs ontevreden patiënten zullen niet snel overstappen naar een andere huisarts, omdat ze niet weten of een andere huisarts beter is. Intransparantie van kwaliteit geeft huisartsen dus onderhandelingsmacht, omdat het voorkomt dat verzekeraars patiënten kunnen laten overstappen naar een andere huisarts (Groot en Kok, 2004).

Ten vierde is er een natuurlijke mate van samenwerking tussen huisartsen, bijvoorbeeld voor het plannen van avond- en weekenddiensten en de diensten van parttime artsen. Door samenwerking worden andere huisartsen niet gezien als concurrent, maar als collega. Het is bijna onvermijdelijk dat ook over prijzen wordt gesproken. Zij zullen daardoor niet op prijs concurreren. (Groot en Kok, 2004).

Ten vijfde hebben huisartsen er belang bij om geen overschot te laten ontstaan en het aantal opleidingsplaatsen te beperken. Een tekort aan huisartsen versterkt de onderhandelingspositie van huisartsen. Verzekeraars hebben juist wel belang bij een toename van het aantal huisartsen of alternatieven voor huisartsenzorg, zoals call centra, waar mensen met medische vragen terecht kunnen, een internetdokter of de inzet van praktijkondersteuners.

De gebrekkige marktwerking in de huisartsenzorg geeft een opwaartse druk op de prijzen. Dit betekent dat tarieven met een wettelijk plafond (het inschrijf-, consult-, POH-tarief en de populatiegebonden vergoeding) naar het maximum zullen tenderen, en dat vrij onderhandelbare tarieven (M&I 13xxx codes en 14xxx codes) een route vormen waarlangs onderhandelingsmacht te gelde gemaakt kan worden (in de contractonderhandelingen tussen huisarts en verzekeraar). Huisartsen zullen hun onderhandelingsmacht proberen te versterken door in grotere verbanden te onderhandelen met verzekeraars. Verzekeraars zullen hier tegenwicht aan willen bieden, bijvoorbeeld door verticale samenwerkingsverbanden tussen verzekeraars en huisartsen. Verzekeraars zullen de onderhandelingsmacht van de huisarts ook proberen te verminderen door zelf huisartsen in dienst te nemen, door alternatieven voor huisartsenzorg te bieden. Verder zullen verzekeraars proberen de kwaliteit van huisartsen inzichtelijk te maken.

## 2.6 Conclusie

Op basis van de prikkels die de nieuwe zorgverzekeringwet en de nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsen met zich mee brengt voor verzekeraars, huisartsen en verzekerden en op basis van de concurrentieverhoudingen tussen de verschillende partijen formuleren we de hieronder hypothesen met betrekking tot structuur, gedrag en markttuitkomsten. In het volgende hoofdstuk toetsen we de hypothesen over structuur en gedrag op de markt voor huisartsenzorg. In hoofdstuk 4 toetsen we de hypothesen over de markttuitkomsten.

## Structuur en gedrag

- H1. Huisartsen zullen hun onderhandelingspositie verder willen versterken en administratieve lasten verminderen door meer horizontale samenwerking
- H2. Verzekeraars zullen proberen meer verticale samenwerkingsverbanden aan te gaan met huisartsen en zullen alternatieven voor huisartsenzorg proberen te ontwikkelen.

## Marktuitskomsten

### Zorgvolume

- H3. Het zorgvolume van huisartsen zal onder invloed van gedragsprikkelers bij huisartsen, verzekeraars en verzekerden toenemen, vooral bij voorheen particulier verzekerden.
- H4. Een deel van de toename van het zorgvolume van huisartsen wordt veroorzaakt door substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn.

### Betaalbaarheid

- H5. Als gevolg van de nieuwe bekostigingssystematiek zal het gedeclareerde zorgvolume meer stijgen dan het feitelijke zorgvolume
- H6. Door de sterke onderhandelingspositie van huisartsen is er opwaartse druk op de prijzen van huisartsenzorg.

### Toegankelijkheid

- H7. De toegankelijkheid van de huisartsenzorg zal verbeteren als gevolg van de nieuwe financieringssysteem.

### Transparantie van kwaliteit

- H8. Huisartsen zullen als groep niet vrijwillig meewerken aan pogingen van de markt om kwaliteit inzichtelijker te maken. Verzekeraars wel.

### Administratieve en ondernemerslasten

- H9. Als gevolg van de nieuwe bekostigingssystematiek en de concurrentie tussen verzekeraars zullen de administratieve lasten voor huisartsen toenemen.



## 3 Marktstructuur en gedrag van marktpartijen

### 3.1 Inleiding

Op de zorginkoopmarkt komen huisartsen en zorgverzekeraars samen. Zowel aan de kant van huisartsen als verzekeraars vindt consolidatie plaats ('horizontale relaties'), maar ook tussen huisartsen en verzekeraars ontstaan steeds vaker banden ('verticale relaties'). Schaalvergroting kan leiden tot diverse baten, met name op het gebied van efficiency. Indien de marktmacht van onderhandelingspartijen echter te groot wordt, ontstaat frictie op het gebied van mededinging.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) herzag eind 2007 haar Richtsnoeren voor de zorgsector, een hulpmiddel waarmee onder andere huisartsen en zorgverzekeraars hun samenwerkingsverbanden kunnen toetsten aan de Mededingingswet (Mw). Afspraken die de concurrentie beperken of uitschakelen, bijvoorbeeld door het verdelen van geografische markten, zijn (in principe) verboden. Sinds 1 januari 2008 heeft het kabinet tevens de criteria voor aanmelding van fusies van zorginstellingen verlaagd, zodat ook kleinere fusies voortaan door de NMa worden beoordeeld.<sup>4</sup>

In de volgende paragraaf toetsen we hypothese 1 (Huisartsen zullen hun onderhandelingpositie verder willen versterken en administratieve lasten verminderen door meer horizontale samenwerking) en in paragraaf 3.3 toetsen we hypothese 2 (Verzekeraars zullen proberen meer verticale samenwerkingsverbanden aan te gaan met huisartsen en zullen alternatieven voor huisartsenzorg proberen te ontwikkelen).

### 3.2 Horizontale samenwerking zorgaanbieders

Er zijn diverse (economische) motieven te bedenken waarom huisartsen samenwerken. Deze lopen uiteen van het garanderen van toegankelijkheid (planning van diensten), het delen van vaste kosten zoals huisvesting of ondersteunend personeel (schaalvoordeelargument) tot het vormen van een 'blok' in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Deze motieven kunnen leiden tot schaalvergroting of tot meer losse vormen van samenwerking. In onderstaande paragrafen gaan we na of hier sprake van was.

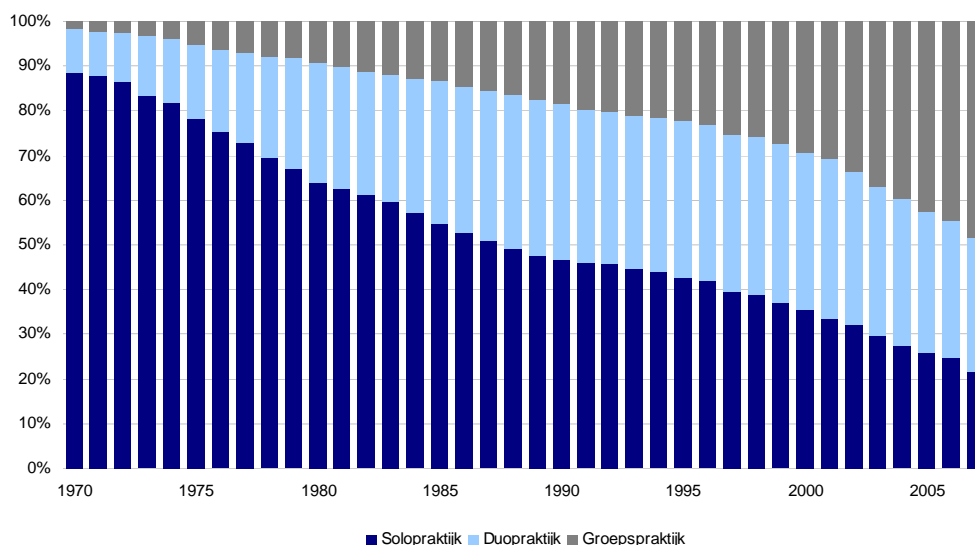
#### 3.2.1 Schaalvergroting

Nederland kent in 2007 ruim 7.600 zelfstandig gevestigde huisartsen en ongeveer duizend huisartsen die langer dan een halfjaar in loondienst zijn bij een zelfstandig gevestigde huisarts (zogenaamde HIDHA's). In het afgelopen decennium groeide het totale aantal huisartsen met gemiddeld 1,7 procent per jaar. Huisartsen zijn steeds minder in solopraktijken en steeds meer in groepspraktijken werkzaam (figuur 3.1). Ongeveer eenderde van de huisartsen is werkzaam in een duopraktijk. Dit aandeel is in de afgelopen vijf jaar vrijwel gelijk gebleven.

---

<sup>4</sup> 'NMa herzielt Richtsnoeren voor de zorgsector', persbericht Nederlandse Mededingingsautoriteit d.d. 12 december 2007.

Figuur 3.1 Werkzame huisartsen naar praktijkvorm op 1 januari



Bron: Nivel (2007); Bewerking SEO Economisch Onderzoek

Het licht dalende aantal praktijken en de eerder gesignaleerde groei van het aantal huisartsen leiden ertoe dat de gemiddelde praktijkomvang stijgt van 1,75 huisartsen per praktijk in 2003 tot 2,01 in 2007. Het beeld van figuur 3.1 weerkaatst in tabel 3.1: wanneer we kijken op praktijkniveau dan zien we dat solopraktijken verdwijnen ten faveure van groepspraktijken, terwijl het aandeel duopraktijken stabiel is.

Tabel 3.1 Aantal praktijken naar praktijkvorm en -omvang

|                           | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Totaal aantal praktijken  | 4.625 | 4.569 | 4.533 | 4.455 | 4.321 |
| Solopraktijk              | 53,1% | 51,1% | 49,6% | 46,3% | 43,5% |
| Duopraktijk               | 30,0% | 30,5% | 30,2% | 31,4% | 31,8% |
| Groepspraktijk            | 16,9% | 18,5% | 20,2% | 22,3% | 24,6% |
| Gemiddelde praktijkomvang | 1,75  | 1,80  | 1,85  | 1,91  | 2,01  |

Bron: Nivel (2007); Bewerking SEO Economisch Onderzoek

De horizontale samenwerking van huisartsen neemt dus toe. Er ontstaan steeds meer groepspraktijken. Het gaat hier echter om een al voor 2006 ingezette trend, die vermoedelijk weinig te maken heeft met de nieuwe regelgeving in 2006. De trend zal meer samenhangen met schaalvoordelen en de wens van huisartsen om parttime te werken.

### 3.2.2 Samenwerking

Het Vogelaarakkoord biedt huisartsen de mogelijkheid om in grote verbanden met zorgverzekeraars te onderhandelen over het individuele contract tussen huisartsen en verzekeraars.<sup>5</sup> Bij contractonderhandelingen verenigen huisartsen zich in regionale LHV-kringen en eerste lijnsamenwerkingsverbanden zoals zorggroepen, gezondheidscentra en coöperaties van huisartsen, richting zorgverzekeraars.

<sup>5</sup> 'Huisartsen akkoord met eindvoorstel onderhandelingen', persbericht Landelijke Huisartsen Vereniging d.d. 7 juli 2005.



De LHV is gericht op het versterken van de collectieve positie van de huisarts. Als zodanig fungeert het bestuur van de LHV als gesprekspartner van ministeries, overheidsinstanties, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen en belangenorganisaties van andere zorgaanbieders en patiëntenorganisaties (www.lhv.nl).

Alle huisartsen die lid zijn van de LHV, zijn ook automatisch lid van een in 2005/2006 opgerichte regionale LHV kring.. In totaal zijn er 23 LHV kringen verdeeld onder 7 LHV bureau's die ondersteuning bieden. Iedere LHV kring heeft ongeveer 300 leden en een eigen bestuur dat bestaat uit huisartsen. De LHV kringen zijn belast met belangenbehartiging en ledenservice op lokaal en regionaal niveau. Kringbestuurders onderhandelen met zorgverzekeraars over basisovereenkomsten en overleggen met overheidsinstanties en andere zorgaanbieders (www.lhv.nl en Medish contact 15-10-2004).

Huisartsen organiseren zich ook in eerstelijnsamenwerkingsverbanden. Dit zijn samenwerkingsverbanden in de vorm van een rechtspersoon, waarin een aantal beroepsbeoefenaren uit de 1<sup>e</sup> lijn, o.a fysiotherapeuten, diëtisten, apothekers en wijkverpleegkundigen, met elkaar samenwerkt en een geïntegreerd op elkaar afgestemd doelmatig zorgaanbod levert.<sup>6</sup>

Een zorggroep is een eerstelijnsamenwerkingsvorm die contractafspraken maakt met zorgverzekeraars over het leveren van (multidisciplinaire) chronische zorg. De zorggroep bestaat uit een managementteam en werkt samen met andere zorgaanbieders zoals huisartsen, ziekenhuizen, diagnostische centra en fysiotherapeuten. Bij deze samenwerking houdt de zorggroep de regie voor de chronische zorg in eigen hand. Uitgangspunt bij deze samenwerkingsvorm is dat de kwaliteit van de geleverde zorg transparant, doelmatig en toekomstbestendig moet zijn (www.kringhaaglanden.nl).

Een gezondheidscentrum is een samenwerkingsverband waarbij meerdere zorgaanbieders onder één dak gevestigd zijn, met een specifieke managementlaag die beleid ontwikkelt en uitwerkt. Binnen gezondheidscentra zijn in het kader van substitutie initiatieven tot integratie van eerste en tweedelijns, de zogenaamde anderhalvelijnszorg, zie box 4.1

#### Box 4.1 Anderhalvelijnszorg<sup>7</sup>

Samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn (zoals huisartsen en specialisten), oftewel *anderhalvelijnszorg*, is een opkomend verschijnsel in Nederland. Hoewel de meeste gezondheidscentra bestaan uit eerstelijnszorgaanbieders, ontstaan er tevens centra waarin eerste en tweede lijn samenwerken binnen ketenprogramma's. GOED in Ridderkerk is hier een voorbeeld van. De specialismen dermatologie, kindergeneeskunde, longziekten en (in de toekomst) neurologie en gynaecologie houden bijvoorbeeld spreekuren in dit gezondheidscentrum.

Het creëren van deze vorm van multidisciplinaire samenwerking biedt een aantal voordelen. Het

<sup>6</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, kamerstuk 29247, nr.42. Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer.

<sup>7</sup> Deze box is samengesteld uit: *Huisarts in Praktijk*, juli 2007, Succesvolle anderhalvelijnszorg in nieuw centrum in Ridderkerk, Els van Thiel; Ministerie van VWS (2008).

leidt tot kortere lijnen en meer contact tussen hulpverleners. Ook hebben zij hiermee meer kennis van elkaars kwaliteiten en ontstaat er een betere door- en terugverwijzing waardoor onnodige verwijzing naar de tweede lijn wordt voorkomen en substitutie gestimuleerd wordt. Anderhalvelijnszorg wordt (vooralsnog) niet op andere wijze gefinancierd dan reguliere huisartsenzorg.

### 3.2.3 Conclusie

Huisartsen zijn horizontaal meer gaan samenwerken. Huisartsen aangesloten bij de LHV, zijn automatisch lid van een in 2005/ 2006 opgerichte LHV kring die bestaat uit ongeveer 300 leden. Op deze manier staan huisartsen sterk bij onderhandelingen over basisovereenkomsten met de zorgverzekeraar. Ook beperkt dit de administratieve lasten voor huisartsen die gepaard zouden gaan met individuele onderhandelingen. Daarmee is hypothese dat huisartsen hun onderhandelingspositie verder willen versterken en administratieve lasten willen verminderen door horizontale samenwerking bevestigd. (hypothese 1).

Naast de LHV-kringen verenigen huisartsen zich in eerste lijnsamenwerkingsverbanden zoals zorggroepen en gezondheidscentra voor onderhandelingen over zorgprogramma's voor de chronische zorg. Deze samenwerking is vooral gericht op de inhoud van de zorg.

## 3.3 Verticale samenwerking huisartsen en verzekeraars

Verticale samenwerking tussen verzekeraars en huisartsen kan de vorm hebben van verticale integratie en verticale samenwerking.

### 3.3.1 Verticale integratie

Bij verticale integratie is sprake van een verzekeraar die zelf de huisartsendiensten levert. Dit komt vrijwel niet voor. Alleen zorgverzekeraar Menzis bezit gezondheidscentra in Groningen en Arnhem. De huisartsen in deze gezondheidscentra zijn in loondienst bij Menzis. Één van de geïnterviewde verzekeraars had huisartsen in loondienst gehad, maar vond dat toch niet tot zijn kernactiviteit behoren en heeft nu geen huisartsen meer in loondienst. Een andere geïnterviewde verzekeraar is juist van plan om in de toekomst huisartsen in loondienst te nemen.

### 3.3.2 Verticale afspraken en samenwerking tussen huisartsen en verzekeraars

Voor een goede samenwerking tussen huisartsen en verzekeraars om doelmatige en betaalbare zorg te leveren, is het maken van verticale afspraken onvermijdelijk. Uit interviews met huisartsen en verzekeraars blijkt dat de dominante zorgverzekeraar op grofweg drie niveaus afspraken maakt met huisartsen, namelijk met

- De LHV kringen binnen het kerngebied over basisovereenkomsten en de M&I tarieven;
- De koepels van gezondheidscentra over zorgprogramma's;
- Zorggroepen en coöperaties van huisartsen over ketenzorg programma's.

Buiten het kernwerkgebied worden in de praktijk meestal de afspraken met de dominante verzekeraar gevolgd, al is dit niet verplicht. Op individueel niveau worden zelden afspraken gemaakt. Huisartsen geven aan vrijwel nooit zelf onderhandelingen te voeren.<sup>8</sup>

Uit de interviews met verzekeraars blijkt dat het doel van de samenwerking voor verzekeraars tweeledig is:

- het verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenzorg;
- het beperken van de zorgkosten.

De zorgverzekeraar wil zijn concurrentiepositie ten opzichte van andere zorgverzekeraars versterken. Dit kan bereikt worden door het verhogen van de klantwaarde (een betere kwaliteit van de huisartsenzorg) en een beheersing van de zorgkosten, waardoor de premiekosten naar de verzekerde zo laag mogelijk kan worden gehouden.

De geïnterviewde huisartsen streven hetzelfde doel na: goede kwaliteit van zorg leveren tegen een redelijke prijs. De huisarts wil een goed inkomen en de mogelijkheid goede zorg en service naar zijn patiënten te bieden. De zorgverzekeraar kan hierin voorzien via het verstrekken van (financiële) middelen.

Samenwerking tussen huisartsen en verzekeraars komt dus veel voor. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat uit interviews naar voren komt dat huisartsen het maken van afspraken met verzekeraars niet zien als samenwerking. Dit heeft te maken met het feit dat onderhandelingen veelal betrekking hebben op de verstrekking van financiële middelen door de zorgverzekeraars voor het leveren van goede zorg. De regisseurs rol die zorgverzekeraars hebben om samen met zorgaanbieders het gezamenlijk doel te bereiken, wordt door huisartsen daarom ook niet als zodanig geïnterpreteerd.

Door het verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenzorg proberen verzekeraars zich te profileren naar de verzekerde. Alle geïnterviewde verzekeraars geven aan zich ervan bewust te zijn dat verzekerden hen op dit moment veelal zien als de verstrekker van polissen. Om hun klantwaarde te verhogen willen verzekeraars naar hun verzekerden de resultaten van samenwerking met huisartsen communiceren. Uit interviews met verzekeraars blijkt echter dat verzekeraars niet goed weten hoe ze naar verzekerden toe duidelijk maken dat zij zich onderscheiden op de inhoud van de zorg.

De geïnterviewde verzekeraars verwachten dat vanwege demografische en epidemiologische ontwikkelingen, technische mogelijkheden en preferenties van de klant, de zorgvraag in toekomst zal toenemen. Als gevolg van de toegenomen zorgvraag zullen de zorgkosten toenemen. Om competitief te blijven zal een verzekeraar de zorgkosten zo laag mogelijk moeten houden en, waar mogelijk, zorg in de 1<sup>e</sup> lijn laten plaatsvinden. Afspraken met huisartsen over doelmatig voorschrijven, doelmatig verwijzen en substitutie van 2<sup>e</sup> lijnszorg naar de 1<sup>e</sup> lijn (M&I module en ketenzorg) kunnen namelijk een belangrijke bijdrage leveren in het realiseren van een kostenreductie in andere zorgsectoren. Een gevolg van substitutie is dat een groter beroep wordt gedaan op 1<sup>e</sup> lijn zorg. Om de prijs van zorg in de 1<sup>e</sup> lijn niet op te drijven, zijn verzekeraars genoodzaakt de capaciteit in de 1<sup>e</sup> lijn te verhogen. In dit kader

---

<sup>8</sup> De doorsnee huisarts spendeert circa 7 minuten van zijn/haar werkweek aan contactonderhandelingen (Bex e.a., 2008, p. 10).

stimuleren verzekeraars bijvoorbeeld actief de inzet van praktijkondersteuners. Andere alternatieven die verzekeraars bekijken in het opvangen van meer 1<sup>e</sup> lijn zorg zijn bijvoorbeeld de inzet van de bedrijfsarts, de verpleeghuisarts en de inzet van verpleegkundig personeel binnen de eerstelijns, in het kader van taakherschikking en taakdelegatie.

In het kader van het verhogen van de kwaliteit van de huisartsenzorg en het beperken van de zorgkosten zeggen de geïnterviewde verzekeraars over de volgende onderwerpen afspraken te maken met huisartsen.

- voorschrijven van medicijnen;
- verwijzingen naar de tweede lijn;
- prijs en kwaliteit van M&I verrichtingen;
- schaalvergroting;
- stimuleren en professionaliseren van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden;
- vergroten van de capaciteit van de huisartsenzorg door de inzet van praktijkondersteuners en verpleegkundigen;
- bereikbaarheid;
- transparantie.

Over de tarieven voor consulten en inschrijftarieven wordt meestal niet onderhandeld omdat hiervoor geen contracten met verzekeraars hoeven worden afgesproken.

CZ heeft afspraken gemaakt met huisartsen over extra belonen wanneer zij zinnig en zuinig voorschrijven. In het eerste jaar (tot en met eind 2004) zijn met acht groepen (in totaal zo'n tachtig huisartsen en apothekers) afspraken gemaakt en geëvalueerd. CZ beweert dat voor alle deelnemende huisartsen geldt dat zij beter voorschrijven. De afspraken hebben betrekking op bijvoorbeeld corrigeren van over- of onderprescriptie en het maken van rationele en wetenschappelijk verantwoorde keuzes van de voor te schrijven medicijnen. Zo is bijvoorbeeld met een aantal groepen afgesproken meer diabetespatiënten een cholesterolverlager te laten slikken. CZ zegt nadrukkelijk niet op de stoel van de artsen en apothekers te willen zitten. Zij blijven zelf verantwoordelijk voor de keuze van de behandeling. Als voorwaarde voor de extra beloning stelt CZ dat de gebruikte keuzemethoden rationeel en wetenschappelijk verantwoord moeten zijn. Bovendien moeten ze transparant en toetsbaar zijn. CZ heeft ruim 35 duizend euro gegeven aan huisartsen die kwalitatief beter voorschrijven.<sup>9</sup> Menzis heeft met de module 'Rationeel voorschrijven' een soortgelijk initiatief ontplooid. Dit heeft geleid tot protesten van onder andere farmaceutische fabrikanten, huisartsen (LHV) en patiëntenverenigingen. Deze zijn in kort geding afgewezen, onder meer omdat de rechter meende dat de huisarts niet beperkt wordt in zijn eigen verantwoordelijk om eerst zelfstandig, volgens de geldende normen, een beslissing te nemen over de vraag welk geneesmiddel hij aan een patiënt kan en moet voorschrijven.<sup>10</sup> Ook de andere grote verzekeraars maken afspraken over prestatiebeloning voor de huisarts bij zuinig voorschrijven en minder verwijzingen naar de tweede lijn.

Over het algemeen maken verzekeraars alleen financiële afspraken met gezondheidscentra in hun kernwerkgebied. De geïnterviewde verzekeraars willen op termijn ook buiten het kernwerkgebied

<sup>9</sup> *MedNet*, 27 juni 2005, CZ: Extra belonen huisartsen werkt.

<sup>10</sup> *Rechtspraak.nl*, 14 oktober 2005, Vorderingen farmaceutische fabrikanten in kort geding tegen Menzis afgewezen.

*Rechtspraak.nl*, 18 januari 2006, Menzis mag bonussen geven aan huisartsen.

zelf afspraken gaan maken. Momenteel is dit nog lastig omdat huisartsen in het huisartseninformatiesysteem niet verschillende tarieven voor een product kunnen invoeren.

Menzis maakt wel al afspraken buiten het eigen kernwerkgebied. Menzis financiert deels gezondheidscentra in Tiel (twee gezondheidscentra, 17 huisartsen) en Houten (vijf gezondheidscentra, 27 huisartsen). Dit gebeurt via de module 'geïntegreerde eerstelijnszorg'. Een belangrijk doel is het minder snel doorverwijzen van patiënten bij wie dit niet noodzakelijk is. Hieromtrent zijn in Tiel en Houten prestatieafspraken gemaakt, waaronder minder doorverwijzingen naar medisch specialisten uit de tweede lijn. De patiënten in Houten wordt een collectieve basisverzekering aangeboden, met 50 euro premiekorting en andere extra's zoals een gratis fit-test.<sup>11</sup> In totaal wil Menzis 40 tot 50 van deze gezondheidscentra in heel Nederland beheren, die volgens een franchiseformule worden opgezet.

Afspraken over zinnig voorschrijven en optimaal verwijzen komen goed van de grond wanneer verzekeraars er een financiële prikkel aan verbinden (prestatiebeloning).<sup>12</sup> Ook de inzet van praktijkondersteuners om de capaciteit van de huisartsenzorg te vergroten komt goed van de grond. Een van de geïnterviewde verzekeraars vindt het tarief voor de praktijkondersteuners relatief hoog. Het consulttarief voor praktijkondersteuners is even hoog als voor de huisarts, terwijl ze lager zijn opgeleid. Omdat ze veel worden ingezet bij de begeleiding van chronisch zieken declareren ze vaak een lang consult, wat, in combinatie met het relatief hoge tarief, de inzet van praktijkondersteuners duur maakt. Afspraken over een betere bereikbaarheid en transparantie van de zorg komen minder goed van de grond. Eén van de geïnterviewde verzekeraars vertelt dat huisartsen een extra vergoeding willen hebben voor een betere bereikbaarheid van € 1 per ingeschreven verzekerde, terwijl de verzekeraar vindt dat een goede bereikbaarheid tot de basisprestaties van de huisarts behoort. Als bepaalde maatregelen ingezet moeten worden om een optimale bereikbaarheid te realiseren dan valt niet altijd onder de basisfinanciering, maar dit zal volgens de betreffende verzekeraar per situatie bekeken moeten worden. Het is volgens deze verzekeraar niet logisch hiervoor in het algemeen het tarief te verhogen.

Verzekeraars onderhandelden ook al voor de stelselherziening in 2006 met huisartsen over zuinig voorschrijven, minder verwijzen en substitutie naar de tweede lijn. De geïnterviewde verzekeraars vinden dat hun onderhandelingspositie sinds de stelselherziening is verbeterd. Voor een deel omdat huisartsen voor een aantal prestaties afhankelijk zijn van de afspraken met verzekeraars. Zo kunnen huisartsen geen M&I verrichtingen declareren als daarover geen prijzen zijn afgesproken. Ook voor de prestatiebeloningen zijn huisartsen afhankelijk van de afspraken met verzekeraars. Een andere belangrijke reden is dat verzekeraars steeds meer expertise opbouwen over de huisartsenzorg, en als gevolg van de onderlinge concurrentie, ook steeds meer oog hebben voor de wensen van de verzekerde. Dit geeft naar de huisartsen toe een betere positie. Zo heeft één van de geïnterviewde verzekeraars een

---

<sup>11</sup> *Elsevier*, 3 juni 2006, Gezondheidszorg: Huisarts in loondienst, Willem Wansink.  
*NRC Handelsblad*, 20 november 2007, Alleen huisartszorg Menzis in Tiel, Esther Rosenberg.  
*De Volkskrant*, 21 november 2007, Menzis opent vijf medische centra, Jet Bruinsma.  
Zie ook Van den Berg e.a. (2007) over de ervaringen in Gezondheidscentrum West te Groningen.

<sup>12</sup> *Medisch Contact*, 13 juni 2008, 63 nr. 24, Loon naar werken loont, J. Braspenning e.a.

enquête gehouden onder verzekerden over de wensen van hun verzekerden ten aanzien van behandeling in de tweede lijn ten opzichte van behandeling in de eerste lijn.

### 3.3.3 Conclusie

Verzekeraars bevorderen substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en breiden de capaciteit van de huisartsenzorg uit om zo de juiste zorg tegen een zo laag mogelijke prijs te kunnen aanbieden aan hun verzekerden. Capaciteitsuitbreiding gebeurt door het stimuleren van taakherschikking en taakdelegatie bijvoorbeeld aan de praktijkondersteuner. Het is echter niet zo dat verzekeraars proberen hun onderhandelingspositie te verbeteren door alternatieven voor huisartsenzorg te zoeken in verticale samenwerking tussen verzekeraar en huisarts, door het zelf in loondienst nemen van huisartsen. Capaciteitsuitbreiding in de huisartsenpraktijken door taakherschikking en taakdelegatie verbetert ook de onderhandelingspositie van verzekeraars, omdat ze daarmee voorkomen dat huisartsenzorg schaars wordt. De hypothese dat verzekeraars zullen proberen meer verticale samenwerkingsverbanden aan te gaan met huisartsen en zullen proberen alternatieven voor huisartsenzorg te ontwikkelen om zo hun eigen onderhandelingspositie te verbeteren (hypothese 2) wordt dus gedeeltelijk bevestigd.

## 4 Markttuitkomsten

### 4.1 Inleiding

In de hoofdstuk staan naast het zorgvolume en administratieve lasten de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van huisartsenzorg centraal. Gekeken wordt naar de impact van het nieuwe zorgstelsel in de eerste tweeënhalve jaar van zijn bestaan, de huidige knelpunten en marktontwikkelingen met betrekking tot deze vijf aspecten, in relatie tot de in hoofdstuk 2 geformuleerde hypothesen.

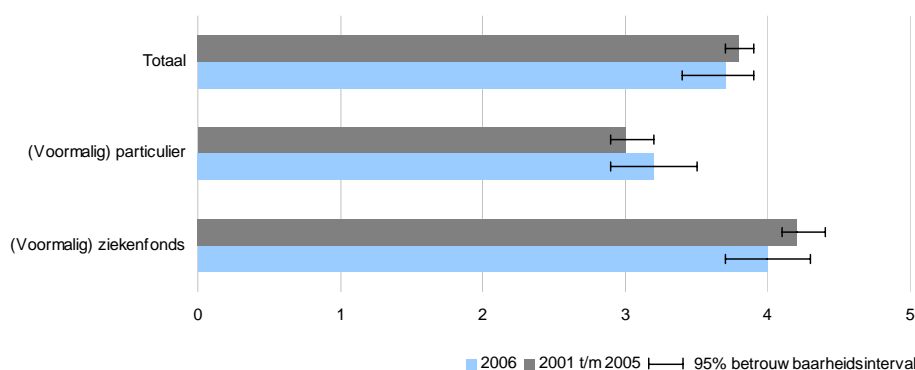
### 4.2 Zorgvolume en substitutie

Het nieuwe financieringssysteem biedt voor zowel huisartsen als consumenten verscheidene prikkels die tot een gedragsverandering zouden kunnen leiden. Op basis van de bovengenoemde gedragsprijkkels kan verwacht worden dat het zorgvolume (gemeten in aantal consulteenheden) groter zal worden. Aan de aanbodzijde geeft de verrichtingcomponent huisartsen economische prikkels om het aantal consulten op te voeren, onder meer door minder vaak door te verwijzen naar de tweede lijn en meer zelf te doen (substitutie). Ook de M&I verrichtingen bieden een stimulans om meer te doen en minder door te verwijzen naar de tweede lijn. Het zorgvolume van huisartsen zal dan ook naar verwachting onder invloed van gedragsprijkkels bij huisartsen toenemen. Ook verzekeraars hebben belang bij een hoger zorgvolume van huisartsen, als ze daarmee kunnen besparen op dure ziekenhuiszorg. Aan de vraagzijde ervaren ex-particulier verzekerden minder financiële drempels voor huisartsbezoek en zullen daardoor vermoedelijk meer zorg afnemen van de huisarts. Deze prikkels leiden tot de hypothese dat het zorgvolume van huisartsen zal toenemen (hypothese 3) en het zorgvolume in de tweede lijn als gevolg van substitutie zal afnemen (hypothese 4).

#### 4.2.1 Aantal zorgcontacten

Cijfers van het CBS, op basis van enquêtegegevens, laten zien dat de vraag naar huisartsenzorg niet is toegenomen in het eerste jaar na stelselwijziging ten opzichte van de vijf voorgaande jaren (in totaal gaat de Nederlander gemiddeld 3,7 keer per jaar naar de huisarts). Bij voormalig particulier verzekerden is een lichte stijging waarneembaar, en bij voormalig ziekenfondsverzekerden een lichte daling. Nog steeds gaan voormalig particulier verzekerden minder vaak naar de huisarts dan voormalig ziekenfondsverzekerden (ziefiguur 4.1).

**Figuur 4.1** Gemiddeld aantal huisartscontacten per jaar



Bron: CBS (2007a); Bewerking SEO Economisch Onderzoek

Het aantal bezoeken aan de specialist en medicijngebruik namen in 2006 bij beide groepen toe vergeleken met de periode 2001-2005. Vooral voormalig particulier verzekerden gingen meer naar de specialist, van gemiddeld anderhalf keer naar bijna twee keer per jaar (CBS, 2007a en 2007b).

Het NIVEL meet in 2006, op basis van gegevens van huisartsen, een lichte toename van het aantal contacten met de huisarts ten opzichte van 2005.<sup>13</sup> Na invoering van de Zorgverzekeringswet is het aantal contacten met 1,7 procent toegenomen en dan vrijwel alleen bij voormalig particulier verzekerden. Hun aantal zorgcontacten is met 2,2 procent toegenomen, terwijl dat bij de voormalig ziekenfondspatiënten nagenoeg gelijk is gebleven (Te Brake e.a., 2007).<sup>14</sup>

Het Nivel signaleert in recent onderzoek (Van Dijk e.a., 2008) een groei van het aantal zorgcontacten in het eerste halfjaar van 2007 ten opzichte van het eerste halfjaar van 2006 van 8,1%. De grootste stijging vond plaats in het eerste halfjaar van 2007, toen het aantal zorgcontacten per patiënt met zes procent toenam ten opzichte van het tweede halfjaar van 2006.

De resultaten duiden erop dat er sprake is van een toename van het aantal zorgcontacten, zoals verwacht, en dat dit het aantal contacten bij voormalig particulier verzekerden sneller stijgt dan bij ziekenfondsverzekerden, eveneens conform verwachting. Verder duiden de resultaten erop dat de gedragsverandering bij huisartsen en verzekerden niet onmiddellijk na 1 januari 2006 heeft plaatsgevonden, maar met een vertraging.

<sup>13</sup> Het Nivel (Te Brake e.a., 2007; Van Dijk e.a., 2008) maakt gebruik van gegevens uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsen (LINH): de gegevens uit elektronische patiënten dossiers (EPD's) van ongeveer 95 huisartsenpraktijken. Het CBS, daarentegen, baseert zijn uitkomsten op het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS), module Gezondheid, een representatieve steekproef (enquête) van 9 à 10 duizend personen. Ook is het 'zorgcontact' in de Nivel-studies een geconstrueerd begrip, namelijk: één dag waarop er bij een patiënt of een verwijzing plaatsvond of een geneesmiddel werd voorgeschreven of een diagnose werd geregistreerd (Van Dijk e.a., 2008). Het kan worden beschouwd als een benadering van het aantal contacten dat de huisarts heeft, terwijl in het POLS rechtstreeks is gevraagd naar huisartsbezoek.

<sup>14</sup> Waar het aantal zorgcontacten nauwelijks is veranderd, werden er 16 à 17 procent meer verrichtingen gedeclareerd dan waar bij de totstandkoming van het Vogelaarakkoord vanuit werd gegaan. Met name lange consulten, lange visites en herhaalrecepten vallen in financiële termen hoger uit dan vooraf verwacht/begroeft (Mokveld e.a., 2007; Te Brake e.a., 2007).



## 4.2.2 Substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg

Substitutie heeft betrekking op zorg die traditioneel in de tweede lijn werd uitgevoerd, maar die verantwoord naar de eerste lijn (in dit geval huisartsenzorg) kan worden overgeheveld. Grondgedachte is dat zorg indien mogelijk in de eerste lijn plaatsvindt en indien noodzakelijk in de tweede lijn. Bevordering van deskundigheid in de eerste lijn, alsmede waarborging van kwaliteit, zijn hierbij essentiële randvoorwaarden. De meerderheid van patiënten heeft een sterke voorkeur voor zorg dicht bij huis en staat zodoende positief tegenover substitutie (Oortwijn e.a., 2007).

Het ministerie van VWS, de LHV en ZN hebben in september 2007 met elkaar afgesproken om zich in te zetten om substitutie van tweedelijns zorg naar de eerste lijn verder te vorm te geven teneinde “zorginhoudelijke en financiële voordelen” te realiseren (Ministerie van VWS, 2007).

### Kwantitatieve gegevens

Er is nog geen kwantitatief onderzoek gedaan naar de verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn als gevolg van de stelselherziening in 2006.

Het Nivel concludeert in één van de eerste onderzoeken na de stelselwijziging dat meer declaraties van M&I-verrichtingen gepaard gaan met *meer* in plaats van minder verwijzingen, zoals bij substitutie van tweedelijnszorg verwacht zou worden (Te Brake e.a., 2007, p. 31). Daarbij plaatst het Nivel de kanttekening dat M&I-verrichtingen zijn ingevoerd als een relatief klein onderdeel van complexe veranderingen van het honoreringssysteem – huisartsen zouden zich in aanvang vooral op het financieringsvraagstuk en administratieve afhandeling van consulten geconcentreerd hebben – en dat na een ‘gewenningsperiode’ mogelijk de aandacht wordt verlegd naar kwaliteit en doelmatigheid.<sup>15</sup>

Een jaar later trekt het Nivel de voorzichtige conclusie dat er substitutie-effect lijkt te bestaan voor de M&I-verrichting chirurgische ingreep. Het substitutie-effect is alleen geconstateerd in 2006. In de eerste helft van 2007 is geen effect gevonden. Het apart kunnen declareren van diagnostische metingen, longfunctiemetingen, therapeutische injecties en diabetesbegeleiding lijkt echter nog niet te leiden tot een geringer aantal verwijzingen naar de tweede lijn (Van Dijk e.a., 2008, p. 32-3).

De berekeningen van het Nivel zijn gebaseerd op vergelijkingen tussen huisartsen. Dit geeft nog geen inzicht in de ontwikkeling in de tijd van de mate van substitutie. Wat het Nivel constateert is dat huisartsen die meer chirurgische ingrepen doen dan andere huisartsen, minder vaak doorverwijzen dan andere huisartsen. Het is niet gezegd dat de huisartsen die relatief veel chirurgische ingrepen doen dat vaker doen dan vóór 2006. Op basis van het het Nivel onderzoek kan hierover niets gezegd worden. Het is zelfs onwaarschijnlijk dat in 2006 de substitutie is toegenomen ten opzichte van 2005, omdat het zorgvolume nauwelijks is toegenomen. Vreemd is dat het substitutie-effect voor de chirurgische ingrepen alleen is geconstateerd voor 2006 en niet voor 2007, terwijl huisartsen juist in 2007 meer gingen doen. Mogelijk zijn daardoor de

---

<sup>15</sup> Er lijkt tussen huisartsenpraktijken grote variatie bestaan in de aard en het aantal M&I-verrichtingen. Ook zijn er regio's die substitutiebevorderende initiatieven in gang gezet hebben die niet via de module M&I worden gefinancierd, oftewel niet als M&I-verrichting worden gedeclareerd (Oortwijn e.a., 2007).

verschillen tussen huisartsen afgenomen, waardoor geen effect meer wordt gemeten tussen het aantal ingrepen dat huisartsen zelf doen en het aantal verwijzingen.

Om een verschuiving van de zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn te kunnen vaststellen moet onderzoek worden gedaan naar de relatie tussen bijvoorbeeld het aantal verwijzingen van de huisarts naar de tweede lijn over een aantal jaren. Daarbij moet de ontwikkeling van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn vóór de stelselherziening worden vergeleken met de ontwikkeling ná de stelselherziening. In ieder geval moet in de analyse de cijfers voor 2007 worden meegenomen, omdat in 2006 huisartsen nog niet meer productie leverden, en van substitutie in dat jaar dus nog geen sprake kon zijn.

### **Zelfgerapporteerde ontwikkeling**

De NZa (2007a) rapporteert dat huisartsen zelf (wel) substitutie waarnemen, maar dat de substitutie nog niet heeft geleid tot kostenbesparingen. Deze conclusie trekt de NZa op basis van enquêtes. In een ander, kleinschaliger onderzoek wijzen interviews in dezelfde richting: huisartsen menen dat verwijzingen naar de tweede lijn voor kleine chirurgie zijn gedaald en dat er gerichter kan worden doorverwezen op basis van ECG-onderzoek, en dus dat de mate van substitutie hoog is.

### **4.2.3 Conclusie**

Het aantal zorgcontacten met de huisarts is toegenomen vooral bij ex-particulier verzekerden. Hypothese 3 is daarmee bevestigd. De gedragsverandering blijkt met enige vertraging te hebben plaatsgevonden: het aantal zorgcontacten is met name in de eerste helft van 2007 toegenomen. Of het toegenomen zorgvolume van huisartsen in 2007 heeft geleid tot een vermindering van de zorg in de tweede lijn is nog niet onderzocht. Hypothese 4 kan dus nog niet bevestigd worden.

## **4.3 Betaalbaarheid (prijzen en kosten)**

Het nieuwe financieringssysteem geeft huisartsen prikkels voor zowel efficiencyverbeteringen (die zouden kunnen worden doorgegeven aan de consument) als het vragen van een extra beloning voor (nieuwe) diensten. De gesignaleerde gebrekkige marktwerking in de huisartsenzorg geeft een opwaartse druk op de prijzen (hypothese 6). Dit betekent dat tarieven met een wettelijk plafond (het inschrijf-, consult-, POH-tarief en de populatiegebonden vergoeding) naar het maximum zullen tenderen, en dat vrij onderhandelbare tarieven (M&I 13xxx codes en 14xxx codes) een route vormen waarlangs onderhandelingsmacht te gelde gemaakt kan worden (in de contractonderhandelingen tussen huisarts en verzekeraar).

Doordat de nieuwe bekostigingssystematiek verschillende verrichtingen onderscheidt kan de huisarts de meest lucratieve, bij de verrichting passende declaratie kiezen. Voor het verwijderen van een moedervlek kan bijvoorbeeld een consult worden gedeclareerd of een M&I-verrichting. Het bedrag voor een M&I verrichting is hoger en zal in dit geval dus vaker gedeclareerd worden. Vanuit het oogpunt van inkomstenmaximalisering via het verrichtingentarief kunnen verrichtingen die worden gehonoreerd boven het ‘normale’ consulttarief – zoals lange visites en lange consulten – leiden tot *upcoding*: het lucratief debiteren van procedures die onder verschillende noemers geboekt kunnen worden, oftewel duurdere zorg in rekening brengen dan de zorg die feitelijk geleverd is. *Upcoding* is lastig te controleren en daarom niet volledig te

eliminieren. Als gevolg van de nieuwe bekostigingssystematie verwachten we daarom dat het gedeclareerde zorgvolume meer stijgt dan het feitelijke zorgvolume (hypothese 5).

### 4.3.1 Prijzen

Voor de oriënterende monitor is een enquête gehouden onder huisartsen (NZa, 2007a). Uit de enquête blijkt dat de tarieven voor inschrijvingen en consulten zelden afwijken van de maximumtarieven. Dit duidt op marktmacht van de huisartsen, maar het kan ook zijn dat de tarieven maar net kostendekkend zijn (NZa, 2007a).

Huisartsen en verzekeraars onderhandelen het meest over de tarieven voor M&I verrichtingen, omdat deze tarieven vrij zijn. Verzekeraars hebben regelmatig het gevoel dat huisartsen te hoge tarieven bedingen voor M&I verrichtingen in verhouding tot de kosten van de verrichting. Zorgverzekeraars vrezen echter de relatie met de huisartsen te verstoren als ze lagere M&I tarieven hanteren in hun kernwerkgebied (waarvoor ze zelf onderhandelen) dan in andere gebieden (waar ze de daar dominante verzekeraar volgen) (NZa, 2007a).

### 4.3.2 Aantal gedeclareerde zorgcontacten

Ten behoeve van het Vogelaarakkoord heeft Nivel een raming gemaakt van het aantal te declareren verrichtingen van de huisarts en de praktijkondersteuner in 2006. De raming is gemaakt op basis van het aantal gemeten zorgcontacten van particuliere en ziekenfondsverzekerden en het aantal gedeclareerde verrichtingen voor particulier verzekerden in 2003 (Te Brake e.a., 2007, bijlage 1). Op basis van deze aantallen en het totaal beschikbare budget voor huisartsenzorg zijn de tarieven per verrichting overeengekomen in het Vogelaarakkoord. Afgesproken is dat bij een overschrijding van het huisartsenbudget de tarieven van de consulten omlaag zouden gaan.

In 2007 heeft Nivel het aantal gedeclareerde verrichtingen vergeleken met het aantal geraamde verrichtingen in 2006 (Te Brake e.a., 2007). Hieruit bleek dat het aantal consulten van huisartsen 17% hoger lag dan geraamd. Vooral het aantal lange consulten, lange visites en het aantal herhaalrecepten lag fors hoger dan geraamd. Ook het aantal verrichtingen van de praktijkondersteuner en het aantal M&I verrichtingen was fors hoger dan geraamd (zie tabel 4.1).

Tussen het eerste halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007 is het aantal consulten voor zowel de huisarts als de praktijkondersteuner (POH) gestegen, respectievelijk met 5,7 en 13 procent (zie tabel 4.1). Het aantal verrichtingen in het kader van de module Modernisatie en Innovatie (M&I) is met 20 procent (sterk) gestegen. De stijging in het aantal consulteenheden van de huisarts wordt voornamelijk veroorzaakt door de lange consulten en visites (langer dan 20 minuten), die respectievelijk met 2 en 2,5 consulteenheid worden gehonoreerd. Het gestegen aantal consulteenheden van de praktijkondersteuner is te verklaren uit de (lange en korte) consulten (Van Dijk e.a., 2008).

Tabel 4.1 Ontwikkeling gedeclareerde verrichtingen

| Onderdelen                   | aantal<br>consulteent-<br>heden | volume 2006 ten opzichte<br>van raming 2006* | volume 1 <sup>e</sup> half jaar 2007 ten<br>opzichte van 1 <sup>e</sup> half jaar<br>2006** |
|------------------------------|---------------------------------|--|---|
| Consult huisarts             |                                 | 17%  | 5,7%  |
| korte consulten < 20 minuten | 1                               | 2%   | 4%  |
| lange consulten > 20 minuten | 2                               | 217%   | 28%   |
| korte visites < 20 minuten   | 1,5                             | -16%   | -8%   |
| lange visites > 20 minuten   | 2,5                             | 200%   | 18%   |
| telefonisch consult          | 0,5                             | 10%  | 12%   |
| herhalingsrecept             | 0,5                             | 35%  | 4%  |
| POH-consulten                |                                 | ca 100%                                      | 13%   |
| M&I verrichtingen            |                                 | ca 70%                                       | 20%   |

Bron: \*Te Brake e.a. 2007, \*\*Van Dijk, e.a. 2008

### Consulten

De overschrijding van het geraamde volume in 2006 kan voor een klein deel worden toegeschreven aan de toename van het aantal zorgcontacten. De toename van het aantal zorgcontacten ten opzichte van 2005 was volgens Nivel 1,7% (zie paragraaf 4.1.1). Een groter deel van de overschrijding van de raming kan verklaard worden uit een toename van het aantal gedeclareerde contacten, zonder dat daar meer zorg tegenover staat. In 2006 declareerden huisartsen 81% van het aantal zorgcontacten met (voorheen) particulier verzekerden en in 2005 74%. Voor ziekenfondsverzekerden werd in 2006 83% van het aantal zorgcontacten gedeclareerd, terwijl ook voor hen bij de raming werd uitgegaan van 74% (Te Brake e.a., 2007). Het aandeel zorgcontacten waarvoor een verrichting gedeclareerd wordt is daardoor 11% hoger dan geraamd. In het eerste half jaar van 2007 is sprake van een stijging van het aantal zorgcontacten met 8,1% (zie paragraaf 4.1.1) en een stijging van het aantal gedeclareerde zorgcontacten met 5,7%. De stijging van het aantal zorgcontacten in 2007 komt dus niet doordat huisartsen meer declareren, zonder dat daar meer zorg tegenover staat. Integendeel, in 2007 wordt een iets kleiner aandeel van het werkelijke aantal zorgcontacten gedeclareerd dan in 2006 (maar nog altijd veel meer dan verwacht op basis van gegevens uit 2005). In 2007 is er sprake van een daadwerkelijke toename van het zorgvolume (Van Dijk e.a., 2008).

De toename van het aantal gedeclareerde verrichtingen in 2006 kan volgens Te Brake e.a. (2007) veroorzaakt zijn doordat patiënten niet of minder geconfronteerd worden met de prijs van een consult. Dit komt door het lagere tarief in 2006 voor particulier verzekerden (€ 9 in plaats van € 24 per consult) en doordat de huisarts niet onder de 'no claim' respectievelijk het eigen risico valt. Alleen verzekerden met een vrijwillig eigen risico betalen daardoor de prijs van een consult (voorzover ze het eigen risico niet overschrijden), die bovendien veel lager is dan vroeger. Huisartsen zullen daardoor mogelijk minder terughoudend zijn met het in rekening brengen van verrichtingen. Verder kan hebben meegespeeld dat huisartsen onzeker waren over hun inkomen in het eerste jaar van de stelselherziening. Van te voren konden zij immers niet becijferen of hun inkomen in de nieuwe systematiek op peil zou blijven. De afname van de onzekerheid over het inkomen in 2007 zou kunnen verklaren waarom het aandeel gedeclareerde zorgcontacten in 2007 weer daalt.

De toename van het aantal lange consulten en lange visites kan mogelijk voor een deel verklaard worden uit het verschil tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. Als de consulten voor particulier verzekerden gemiddeld korter zijn dan de consulten voor dan voor ziekenfonds-verzekerden dan is het aantal lange consulten in 2006 onderschat (omdat is uitgegaan van gedeclareerde verrichtingen voor particulier verzekerden). De toename van het aantal lange consulten en lange visites zet zich echter in 2007 door, wat duidt op een echte toename en niet alleen een te lage raming. Het groeiende aantal dubbele consulten kan een indicatie zijn voor *upcoding*. Eén van de geïnterviewde verzekeraars heeft de indruk dat huisartsen consulten die langer duren dan 10 minuten als lang consult declareren en dat ook consulten waarbij de patient voor meerdere kwalen komt als lang consult gedeclareerd worden. De verzekeraar kan dit niet controleren omdat het om privacygevoelige informatie gaat. Als de verzekeraar de verzekerde belt om te vragen hoe lang hij of zij bij de huisarts is geweest kan de verzekerden zich gecontroleerd voelen en aangetast in zijn privacy. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) meent echter dat de stijging vooral te verklaren is uit het feit dat er meer ouderen zijn, zorgvragen steeds vaker chronisch van aard zijn en er een toename is van het aantal verschillende zorgvragen per consult (Oortwijn e.a., 2007). De toename kan ook, evenals in het algemeen het aantal consulten, veroorzaakt worden doordat minder patiënten het consult zelf betalen en bovendien de prijs lager is dan in 2005 (voor ex-particulier verzekerden), waardoor huisartsen minder een rem ervaren om een lang consult ook werkelijk als een lang consult te declareren.

### **Aantal (herhalings)recepten**

In 2006 was het aantal herhalingsrecepten 35% hoger dan geraamd (zie tabel 4.1). Zorgverzekeraars meenden dat de toename van het aantal herhalingsrecepten wordt veroorzaakt doordat de periode waarvoor huisartsen uitschrijven korter is dan voorheen (NZa, 2007a). Uit cijfers van het CVZ blijkt echter niet dat de hoeveelheid werkzame stof die wordt voorgeschreven per recept is gedaald in 2006 ten opzichte van 2005 (zie [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl)). Het gaat hier zowel om recepten die door specialisten als door huisartsen zijn uitgeschreven. Niet uit te sluiten is dat de trend wordt veroorzaakt door een daling van de hoeveelheid werkzame stof op de door huisartsen voorgeschreven recepten en een stijging op de door specialisten voorgeschreven recepten. Dit is echter niet waarschijnlijk omdat er geen sprake is van een daling bij de in meerderheid door huisartsen voorgeschreven middelen en een stijging bij de in meerderheid door specialisten voorgeschreven middelen.

Waarschijnlijker is dat met ingang van 2006, evenals bij de consulten, de drempel voor huisartsen om te declareren lager is omdat de patiënt minder betaalt. Vergeleken met de eerste helft van 2006 is in de eerste helft van 2007 het aantal herhaalrecepten met 4% gestegen.

### **Module modernisering en innovatie (M&I)**

De module modernisering en innovatie (M&I) valt uiteen in twee delen. In de eerste plaats gaat het om verrichtingen waarvoor een extra inspanning vereist is en sprake is van substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg dan wel bijdragen aan programmatische zorg voor chronisch zieken. Daarnaast worden afspraken tussen verzekeraars en huisartsen om samenwerking in de eerstelijnszorg te stimuleren, kwaliteit van de zorg en de programmatische aanpak van chronisch zieken te verbeteren onder modernisering en innovatie geschaard (Oortwijn e.a., 2007).

De meest voorkomende verrichtingen zijn (Van Dijk e.a., 2008):

- chirurgie, 19%;

- cyriaxinjecties, 11 %;
- longfunctiemeting, 10%;
- verrichtingen ter vervanging van specialistenbezoek, 7%;
- diabetesbegeleiding, 7%.

Vektis becijfert dat de uitgaven voor de M&I-module in 2006 ongeveer 40 miljoen euro hoger zijn uitgevallen dan de 75 miljoen waar in het Vogelaarakkoord rekening mee werd gehouden (Mokveld e.a., 2007b). Casestudy bij een verzekeraar leert dat stijging van M&I-kosten (daar) in hoofdzaak wordt verklaard door stijging van de tarieven: in 2006 steeg de gemiddelde prijs van de M&I-module met 18,3 procent, tegenover een volumestijging van 1,8 procent. Herwaardering van bepaalde tarieven en opsplitsing van verrichtingen – waarbij de som der delen groter is dan de oude ‘totaalprijs’ – worden genoemd als oorzaken (De Haan, 2006).

Volgens verzekeraars wordt de kostenoverschrijding voor een deel veroorzaakt door dubbele declaraties, waarbij zowel een M&I verrichting als een consult wordt gedeclareerd. Volgens verzekeraars is het M&I tarief bedoeld voor de verrichting én het daarmee gepaard gaande consult (NZa, 2007a). Alle door ons geïnterviewde verzekeraars voeren controles uit op het dubbel declareren van consulten en M&I verrichtingen. Als het vaak voorkomt dat een consult en een M&I verrichting op dezelfde datum worden gedeclareerd dan doet de verzekeraar navraag bij de huisarts. Het komt voor dat bedragen worden teruggevorderd. Eén van de geïnterviewde huisartsen geeft aan dat terugvordering alleen gebeurt in het kernwerkgebied van de verzekeraar. Buiten het kernwerkgebied is opsporing en terugvordering kostbaar.

In de vorige huisartsenmonitor van de NZa (NZa 2007a) komt aan de orde dat verzekeraars een deel van de M&I verrichtingen tot de basistaken van de huisarts vindt behoren. Eén van de verzekeraars die we voor deze achtergrondstudie hebben geïnterviewd vindt dat de NZa duidelijke regels moet opstellen over wanneer huisartsen een M&I verrichting mogen declareren en wanneer niet. Deze verzekeraar noemt als voorbeeld dat huisartsen veelvuldig de M&I code voor een ECG declareren, terwijl er ook een reguliere code is voor ECG verrichtingen. De NZa heeft zich vorig jaar over de M&I problematiek geboden en stelt in haar advies van 25 september 2007 voor om 22 van de 45 huidige M&I-verrichtingen te kwalificeren als huisartsgeneeskundige basistaak en dientengevolge te laten financieren via de abonnement/consult systematiek. Tot deze 22 verrichten behoren onder andere spirometrie-, ECG-, doppler-diagnostiek, diabetesbegeleiding, chirurgie, tapen, cyriax-injecties en alle intensieve thuiszorg (NZa, 2007b).

### **Gederfde inschrijftarieven**

Van onverzekerden en niet op naam ingeschrevenen (de zogenaamde noni's) lopen huisartsen het inschrijftarief mis en daarmee een belangrijk deel van hun praktijkkostencompensatie.<sup>16</sup> Dit wordt deels vereffend door het passantentarief, dat huisartsen in rekening kunnen brengen voor niet-ingeschreven verzekerden die niet woonachtig zijn in de gemeente waar de huisarts zijn praktijk heeft (Mokveld e.a., 2007a).

---

<sup>16</sup> Voor een aantal groepen, zoals inwoners van verpleegtehuizen en gedetineerden, mag per definitie geen inschrijftarief gedeclareerd worden (Mokveld e.a., 2007).

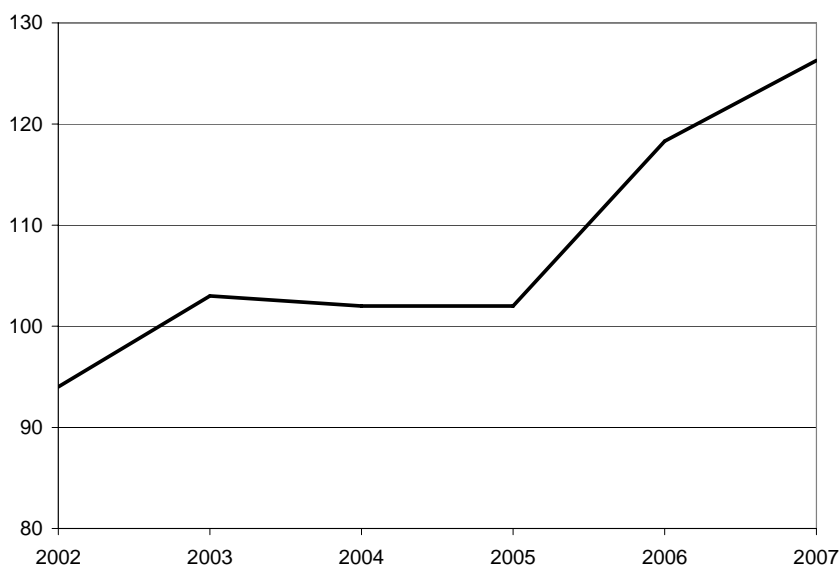
Op 1 mei 2007 had 1,7 procent van de Nederlandse bevolking geen ziektekostenverzekering (zes maanden na peildatum was dit nog 1,4 procent oftewel 230 duizend Nederlanders). Vooral onder twintigers komt dit, met 3,7 procent onverzekerden, bovengemiddeld vaak voor.<sup>17</sup>

In 2006 is voor 94,6 procent van alle verzekerden een inschrijftarief gedeclareerd. Vooral bij de ex-particuliere risicodragers worden minder inschrijftarieven gedeclareerd (Mokveld e.a., 2007b). In de ramingen voor 2006 was ervan uitgegaan dat voor alle verzekerden een inschrijftarief kon worden gedeclareerd. Voor de huisartsen betekende dit een inkomstenderving van 45 miljoen euro (Mokveld, 2008).

### 4.3.3 Kosten

De kosten van de huisartsenzorg zijn in 2006 sterk gestegen ten opzichte van voorgaande jaren. In 2007 zet de stijging zich voort (zie [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)). In onderstaande figuur geven we de kosten per verzekerden weer vanaf 2002.

**Figuur 4.2 Kosten huisartsenzorg per verzekerde, in Euro's**



Bron: CVZ Zorgcijfers kwartaalbericht

De kostenstijging in 2003 wordt veroorzaakt door een stijging van de lasten van avond, nacht en weekenddiensten, waarvoor in 2002 aparte tarieven zijn ingevoerd. De stijging in 2006 wordt veroorzaakt door het nieuwe zorgstelsel. De belangrijkste oorzaak is dat het gedeclareerde aantal verrichtingen veel hoger lag dan geraamd. De tarieven in het nieuwe bekostigingssysteem zijn zo vastgesteld dat het beschikbare budget niet zou worden overschreden, uitgaande van het geraamde aantal verrichtingen. Doordat het aantal gedeclareerde verrichtingen hoger was dan geraamd is het budget fors overschreden.

Onderstaande tabel vermeldt naast de geraamde kosten voor huisartsenzorg in 2006 ook de feitelijke kosten in 2006 en 2007 zoals berekend door Vektis (Mokveld 2007 en 2008). De kosten

<sup>17</sup> Bron: CBS *Statline*.

voor huisartsenzorg in 2008 zijn verkregen op basis van extrapolatie van de declaraties in 2007. In het Vogelaarakkoord is geen bedrag geraamd voor de avond, nacht en weekenddiensten (ANW). Om een beeld te krijgen van alle kosten voor huisartsenzorg is onderscheid gemaakt tussen totale huisartskosten exclusief en inclusief ANW. De bedragen hebben betrekking op een populatie van 16 miljoen verzekerden zoals aangenomen in het Vogelaarakkoord. In werkelijkheid lag het aantal verzekerden in 2006 volgens de zorgverzekeraars op 16,2 miljoen.

**Tabel 4.2** Geraamde kosten 2006 en 2008 tegenover de gerealiseerde kosten 2006 en 2007 per 16 miljoen verzekerden, in miljoenen Euro's

|  | Raming<br>2006 | Realisatie<br>2006 | Realisatie<br>2007 | Raming<br>2008 |
|--|----------------|--------------------|--------------------|----------------|
| Consulten Huisarts   | 508            | 613                | 654                | 674            |
| Inschrijftarieven  | 832            | 787                | 798                | 803            |
| Module Praktijkondersteuning   | 49             | 81                 | 98                 | 109            |
| Module M&I   | 75             | 115                | 116                | 135            |
| Overige (Populatiegebonden opslag, Digitale declaratie opslag, Passanten tarieven) | 64             | 45                 | 46                 | 36             |
| <b>Totaal (exclusief ANW)</b>  | <b>1528</b>    | <b>1641</b>        | <b>1712</b>        | <b>1756</b>    |
| Avond, Nacht en Weekenddiensten  | -              | 196                | 217                | 219            |
| <b>Totaal (inclusief ANW)</b>  | <b>1528</b>    | <b>1837</b>        | <b>1929</b>        | <b>1975</b>    |

Bron: Mokveld, 2007 en 2008, bewerking SEO Economisch onderzoek

De kosten voor de consulten, de praktijkondersteuning en de M&I verrichtingen zijn in alle jaren hoger dan geraamd. Het bedrag aan gedeclareerde inschrijftarieven en de overige kostenposten (in het bijzonder de passanten tarieven) is over alle jaren lager dan geraamd. In 2006, 2007 en 2008 is voor achtereenvolgens 94,6%, 95,9% en 96,5% van de verzekerden een inschrijftarief van 52 euro gedeclareerd, terwijl in het Vogelaarakkoord ervan werd uitgegaan dat voor 100% van de geraamde 16 miljoen verzekerden een inschrijftarief gedeclareerd zou worden. Vanwege de afschaffingen van de vergoeding voor digitale declaraties per 1 april 2008 is de digitale declaratie opslag in de overige kostenpost in 2008 t.o.v. 2007 afgenomen met 11 miljoen euro.

Tabel 5.3 toont de gerealiseerde kosten over 2006 en 2007 zoals berekend door het CVZ, teruggerekend naar 16 miljoen verzekerden om ze vergelijkbaar te maken met de cijfers van Vektis. Het vermelde bedrag voor gedeclareerde inschrijftarieven bevat, anders dan in tabel 5.2, naast het standaardtarief van 52 euro per ingeschreven verzekerde ook de populatiegebonden opslag en digitale declaratie opslag.



**Tabel 4.3** Gerealiseerde kosten 2006 en 2007 per 16 miljoen verzekerden, in miljoenen Euro's

|   | Realisatie<br>2006 | Realisatie<br>2007 |
|---|--------------------|--------------------|
| Consulten huisarts  | 648                | 700                |
| Inschrijftarieven (inclusief Populatiegebonden opslag en Digitale declaratie opslag)                          | 834                | 865                |
| Bijzondere betalingen (Module Praktijkondersteuning, Module M&I, Passantentarieven, Module Achterstandsfonds) | 210                | 242                |
| Totaal (exclusief ANW)  | 1692               | 1807               |
| Avond, Nacht en Weekenddienst   | 194                | 211                |
| Totaal (inclusief ANW)  | 1886               | 2018               |

Bron: CVZ Zorgcijfers kwartaalbericht, bewerking SEO Economisch Onderzoek

In 2006 waren de hoger dan geraamde kosten vooral een gevolg van een ander declareer gedrag dan verwacht. In Tabel 5.4 is te zien dat de totale kosten voor huisartsenzorg (exclusief ANW) in 2006 7% hoger (volgens Mokveld 2007) dan wel 11% hoger (volgens het CVZ) waren dan beraamd in het Vogelaarakkoord.

**Tabel 4.4** Procentuele veranderingen van totale kosten (exclusief ANW) over periodes

|                                 | Realisatie 2006<br>t.o.v.<br>Raming 2006 | Realisatie 2007<br>t.o.v.<br>Realisatie 2006 | Raming 2008<br>t.o.v.<br>Realisatie 2007 |
|---------------------------------|--|--|--|
| Vektis                          | 7%                                       | 4%   | 3%                                       |
| CVZ Zorgcijfers kwartaalbericht | 11%                                      | 7%   | -  |

Bron: CVZ Zorgcijfers kwartaalbericht en Mokveld 2007 en 2008, bewerking SEO Economisch Onderzoek

In 2007 is sprake van een gedragsverandering: er worden in 2007 feitelijk meer verrichtingen gedaan door huisartsen. Tegenover de kostenstijging in 2007 (4% en 7% t.o.v. 2006 volgens respectievelijk Vektis en het CVZ) kunnen mogelijk kostendalingen staan als gevolg van substitutie van ziekenhuiszorg voor huisartsenzorg.

Waarom de berekeningen van Vektis en het CVZ verschillen is niet duidelijk. Zowel Vektis als het CVZ krijgen cijfers van verzekeraars op basis waarvan zijn de totale uitgaven berekenen. Vektis krijgt cijfers op kasbasis van verzekeraars plus de aantallen verrichtingen.<sup>18</sup> Vektis schat in hoeveel uitgaven daar nog bij kunnen komen voor verrichtingen die wel al zijn verricht, maar nog niet gedeclareerd. De aantallen verrichtingen die Vektis rapporteert (Mokveld 2007) komen goed overeen met de cijfers van Nivel (Te Brake, 2007). Het CVZ krijgt cijfers op transactiebasis van verzekeraars, waarin hun eigen schatting van de kosten van wel verrichte, maar nog niet gedeclareerde verrichtingen al verwerkt is.<sup>19</sup>

#### 4.3.4 Conclusie

De kosten van de huisartsenzorg zijn in 2006 sterk gestegen. Ook in 2007 en 2008 zet de stijging van de kosten door. De oorzaak van de stijging in 2006 komt vooral door ander declaratiegedrag en de stijging daarna komt doordat meer zorg wordt geleverd. In 2006 declareren huisartsen een veel groter aandeel van de verrichtingen dan in 2005. In 2007 is er sprake van een werkelijke

<sup>18</sup> Uitgaven op kasbasis worden geboekt op het moment dat geld wordt ontvangen of uitbetaald.

<sup>19</sup> Uitgaven op transactiebasis worden geboekt op het moment dat de verrichting plaatsvindt.

toename van het aantal verrichtingen. Daarnaast kan een deel van de kostenstijging worden toegerekend aan de hoge prijzen voor M&I verrichtingen.

De hypothese dat door de nieuwe bekostigingssystematiek het gedeclareerde zorgvolume meer stijgt dan het feitelijke zorgvolume (hypothese 5) is ook bevestigd. Het aantal gedeclareerde verrichtingen in 2006 is veel hoger dan geraamd. Dit komt niet doordat het aantal zorgcontacten in 2006 sterk is gestegen. De stijging van het aantal zorgcontacten heeft zich pas halverwege 2007 ingezet. In 2006 uit de gedragsverandering bij de huisartsen zich vooral in het meer dan verwacht declareren van zorgcontacten die hebben plaatsgevonden, vermoedelijk omdat de drempel om zorgcontacten te declareren lager is dan in 2005 (voor wat betreft particuliere verzekerden). Verder kan hebben meegespeeld dat huisartsen onzeker waren over hun inkomen in het eerste jaar van de stelselherziening. Van te voren konden zij immers niet becijferen of hun inkomen in de nieuwe systematiek op peil zou blijven. De hypothese dat door de nieuwe bekostigingssystematiek het gedeclareerde zorgvolume meer stijgt dan het feitelijke zorgvolume (hypothese 5) is dus weliswaar bevestigd, maar onze verwachting dat dat zou komen door creatief declareren (upcoding) is niet bevestigd. Het komt vooral doordat huisartsen meer feitelijke zorgcontacten ook declareren. In hoeverre upcoding ook een rol heeft gespeeld weten we niet. Verzekeraars voeren controles uit op de declaraties van huisartsen, maar kunnen alleen controleren op gegevens die bij de verzekeraar bekend zijn (bijvoorbeeld dubbele declaraties). In verband met privacygevoeligheid kunnen verzekeraars niet bij verzekerden controleren of huisartsen juist gedeclareerd hebben.

Verzekeraars hebben regelmatig het gevoel dat huisartsen te hoge tarieven bedingen voor M&I verrichtingen in verhouding tot de kosten van de verrichting. Zorgverzekeraars vrezen echter de relatie met de huisartsen te verstoren als ze lagere M&I tarieven hanteren in hun kernwerkgebied. De hypothese dat de marktmacht van huisartsen leidt tot opwaartse druk op de prijzen wordt dus bevestigd (hypothese 6).

## 4.4 Toegankelijkheid

De verrichtingencomponent stimuleert huisartsen om toegankelijkheid van huisartsenzorg te verbeteren en zodoende het aantal consulten te vergroten (hypothese 7). Langere openingstijden (waaronder avondspreekuren), betere telefonische bereikbaarheid en (bredere) inzet van digitale consulten zijn enkele opties om dit te bewerkstelligen. Verzekeraars delen dit oogmerk, in de eerste plaats omdat het onderdeel uitmaakt van hun dienstverlening richting hun klanten en daarmee van invloed is op klantbehoud (klanttevredenheid) en klantenwerving.

### 4.4.1 Openingstijden en telefonische bereikbaarheid

Medio 2008 maken minister Klink en staatssecretaris Bussemaker (VWS) per kamerbrief bekend dat de sector is gevraagd om minimumnormen op te stellen voor de bereikbaarheid van acute huisartsenzorg en verloskundige zorg, inclusief normen voor de telefonische bereikbaarheid.<sup>20</sup> Ze verwachten dat de partijen de zorg zo snel mogelijk en ieder geval per 2012 op basis van deze

---

<sup>20</sup> Kamerstuk 29247, vervolgnnummer 75, brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2008.

normen organiseren. De normen zullen worden ontwikkeld door de branche (VHN, LHV, NHG en KNOV) en getoetst door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De ledenraad van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft in juni 2008 zes doelstellingen aangenomen om de bereikbaarheid van huisartsenzorg te verbeteren:

- Tijdens praktijkuren wordt de patiënt altijd door een medisch deskundige te woord gestaan.
- Het gebruik van antwoordapparaten wordt zoveel mogelijk beperkt.
- Iedere praktijk moet over een spoedlijn beschikken, waar de patiënt binnen 30 seconden een medisch deskundige aan de lijn krijgt.
- Een telefonische of digitale voorziening voor overleg met collega's en andere zorgverleners.
- Een inspanningsverplichting om bij spoedgevallen er voor te zorgen dat binnen 15 minuten de juiste zorg bij de hulpvrager aanwezig is.
- Patiënten moeten voldoende en duidelijke informatie krijgen over de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de huisartsenzorg binnen en buiten praktijkuren.<sup>21</sup>

LHV schat in dat uitbreiding van het aantal praktijkassistenten van 1 naar 1,6 fte per normpraktijk (2.350 patiënten) noodzakelijk is om alle doelstellingen te kunnen realiseren.

### Openingstijden

Uit een enquête van TNS/NIPO blijkt dat een derde van de Nederlanders gebruik wil maken van avond- en weekendspreekuren. 7% zou daar ook extra voor wil betalen (TNS/NIPO 2006). Eén van de door ons geïnterviewde verzekeraars heeft een pilot gedaan met avondspreekuren. Deze pilot is wegens gebrek aan belangstelling gestopt. De andere verzekeraars willen graag meer avondspreekuren, maar er zijn geen concrete afspraken gemaakt, mede vanwege de extra vergoeding die huisartsen ervoor vragen.

### Telefonische bereikbaarheid

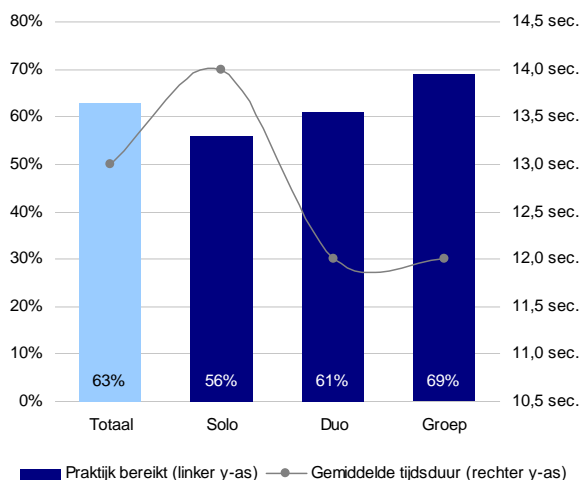
De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2008) signaleert dat de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg door schaalvergroting (huisartsenposten) aanmerkelijk is verbeterd. Toch vindt de RVZ dat telefonische bereikbaarheid van de huisarts (reguliere zorg en 'eerste hulp') moet worden verbeterd. Betere bereikbaarheid in de (na)middag moet onder meer oneigenlijke zelfverwijzing naar de spoedeisende hulp (SEH) tegengaan.

Recent onderzoek door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is minder positief dan de RVZ. *Spoedoproepen* worden in 37 procent van de gevallen niet binnen 30 seconden beantwoord en 17 procent van de bellers wordt doorverbonden met een antwoordapparaat. Met name in kleine praktijken (solo en duo) is bereikbaarheid volgens de NPCF en IGZ ondermaats (figuur 4.3). Verder is ongeveer de helft van de patiënten niet op de hoogte van het (bestaan van het) spoednummer van hun praktijk.

---

<sup>21</sup> 'Huisartsen stellen doelstellingen voor betere bereikbaarheid vast', persbericht LHV d.d. 12 juni 2008.

**Figuur 4.3** Bereikbaarheid voor spoedoproepen per praktijkvorm



Bron: NPCF en IGZ (2008, p. 15); Bewerking SEO Economisch Onderzoek

Veertig procent van de *reguliere* oproepen wordt niet binnen 10 minuten beantwoord, 48 procent van de patiënten krijgt binnen 2 minuten geen contact met de huisartsenpraktijk. Tegen het einde van de dag en tegen het einde van de week is telefonische bereikbaarheid aanzienlijk lager.

#### 4.4.2 E-mailconsult

Sinds 1 januari 2006 mag de huisarts vier euro vijftig voor een e-mailconsult in rekening brengen, mits dat een spreekuurconsult vervangt. Het consult mag alleen gedeclareerd worden indien het gaat om een gezondheidsprobleem waarvoor de patiënt reeds op het spreekuur is geweest.

De belangstelling van verzekerden voor het e-mail consult lijkt groot: ongeveer driekwart van de internetgebruikers zou internet willen gebruiken om vragen te stellen aan hun huisarts (RVZ, 2002 en 2005). Het daadwerkelijke gebruik is tot dusverre echter zeer beperkt. In 30 procent van de praktijken van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), waarvan er ongeveer 85 in Nederland zijn, is in 2006 tenminste één e-consult gedeclareerd.<sup>22</sup> In totaal deden in 2006 777 patiënten een beroep op een e-consult, bij driekwart van hen was dit eenmalig. Het totaal van 1.159 gedeclareerde e-consulten steekt schril af tegen het totaal aantal consulten, dat optelt tot ongeveer 2 miljoen.<sup>23</sup>

Bij kwesties aangaande stofwisselingsziekten, zwangerschap/anticonceptie en mannelijke geslachtsorganen blijken e-consulten relatief vaak voor te komen, terwijl het medium minder geschikt lijkt voor consulten aangaande hart- en vaatziekten, bloed en ademhaling. Over het algemeen zijn gebruikers van het e-consult 'veelbezoekers' (zoals chronisch zieken). Nader onderzoek moet uitwijzen of er substitutie-effecten bestaan tussen het e-consult en het reguliere spreekuurconsult (Verheij e.a., 2008).

<sup>22</sup> NRC Handelsblad, 24 juni 2008, E-mailconsult bij huisarts zeldzaam.

<sup>23</sup> Er zijn echter ook praktijken die zich in het digitale consult specialiseren, getuige het feit dat drie praktijken goed waren voor bijna de helft van alle gedeclareerde e-consulten.

Motieven om van e-consulten gebruik te maken zijn vooral gelegen in flexibiliteit: het zelf kunnen bepalen waar, wanneer en onder welke omstandigheden een huisarts te benaderen. Een derde van de patiënten en consumenten vindt het minder belangrijk dat degene die het e-consult beantwoordt de eigen huisarts is (NPCF, 2006).

#### 4.4.3 Conclusie

De telefonische bereikbaarheid is onder de maat, vooral in kleine praktijken. Huisartsen werken aan een betere bereikbaarheid, en doen dat vooral via schaalvergroting. Daardoor neemt de telefonische bereikbaarheid toe. Bereikbaarheid via email is nog minimaal. Ook de openingstijden zijn nauwelijks verruimd.

### 4.5 Transparantie van kwaliteit

Verzekeraars hebben veel belang bij een hogere transparantie van de kwaliteit van de individuele huisartsen. Daardoor zouden ze verzekeren kunnen sturen richting de huisarts die een goede prijs/kwaliteit verhouding biedt. Daardoor vermindert echter de marktmacht van huisartsen ten opzichte van verzekeraars. De hypothese is daarom dat verzekeraars wel initiatieven zullen ontplooiën om kwaliteit van huisartsen transparant te maken en huisartsen, als beroepsgroep, niet (hypothese 8). Individuele huisartsen kunnen wel het nut van transparantie inzien, als zij zich daardoor ten opzichte van andere huisartsen kunnen onderscheiden bij verzekeraars en patiënten.

Verzekeraars onderhandelen met huisartsen over transparantie van de huisartsenzorg (zie ook paragraaf 3.3). CZ heeft momenteel een pilot lopen met 76 huisartsenpraktijken. Voor die praktijken wordt de kwaliteit van het medisch handelen in beeld gebracht, de kwaliteit van de praktijkorganisatie en de patiënttevredenheid. De patiënttevredenheid wordt gemeten door praktijken zelf, via een vragenlijst aan de patiënt. CZ heeft op de eigen website een zoekfunctie voor een huisarts “Zoek een dokter” waar verzekeren praktijkinformatie kunnen vinden, waaronder openingstijden. Kwaliteitsinformatie is nog niet opgenomen in de zoekfunctie (bron: interview CZ).

Hieronder beschrijven we een aantal overige initiatieven om de kwaliteit van de huisartsenzorg transparant te maken.

#### **NHG-accreditering**

Het NHG heeft een systeem voor praktijkaccreditering ontwikkeld om kwaliteit en transparantie in de zorg te stimuleren. Praktijken die het accrediteringstraject van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) succesvol doorlopen hebben, ontvangen het NHG-keurmerk, dat is geënt op het systematisch en continu werken aan kwaliteitsverbetering binnen de huisartsenpraktijk. Op dit moment is zo'n 10 procent van alle huisartspraktijken NHG-geaccrediteerd (Franchimont e.a., 2007).

#### **Consumer Quality Index**

De CQ Index (CQI) is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van ervaringen van klanten met de zorg. Metingen met de Consumer Quality Index leveren bijvoorbeeld input voor de website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Consumenten kunnen zo de

ervaringen van anderen gebruiken bij hun keuze voor een zorgaanbieder, en verzekeraars kunnen die ervaringen benutten bij de inkoop van zorg (www.nivel.nl).

In 2005-2007 is de CQ Index voor de huisartsenzorg ontwikkeld. De CQ-index voor huisartsen vraagt naar ervaringen met de huisarts, met de doktersassistente en andere zorgverleners in de praktijk. De ontwikkelde vragenlijst is getest bij 32 praktijken. De ervaringen waren positief: met behulp van de CQ-inde kunnen huisartsenpraktijken op een zinvolle manier met elkaar vergeleken worden (Meuwissen, De Bakker, 2008).

### **Kwaliteit voorschrijfgedrag huisartsen**

DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, heeft in opdracht van het ministerie van VWS een benchmark over het voorschrijfgedrag huisartsen van ontwikkeld. Voor een aantal indicatoren – therapiekeuze, risicomanagement, medicatieaanpassing, overbehandeling en overige aspecten van kwaliteit – zijn op landelijk en regionaal scores berekend voor de kwaliteit van voorschrijven.<sup>24</sup> Bij de meeste van de onderzochte indicatoren bleek er een grote spreiding te zijn in de kwaliteit van voorschrijven tussen huisartsen, maar ook tussen regio's. Op de meerderheid van indicatoren wordt landelijk onder de 80 procent gescoord en valt er 20 tot 60 procent te verbeteren (de zogenaamde 'gemiddelde winstmarge'). Met name binnen de groep maagmiddelen valt winst te boeken.<sup>25</sup>

Opsplitsing in vier regionale cluster leert dat aangrenzende postcodegebieden homogeen scoren en dat er vaak duidelijke gebieden aan te wijzen zijn die relatief laag of hoog scoren. Het zuiden scoort bijvoorbeeld relatief slecht op therapiekeuze en medicatieaanpassing, de Randstad relatief slecht op therapiekeuze en risicomanagement, het midden en oosten van Nederland relatief slecht op risicomanagement en overbehandeling, en het noorden relatief slecht op overbehandeling (DGV, 2006 en 2007).

### **Convenant gegevensverzameling**

Het ministerie van VWS, de IGZ, het NHG en de LHV hebben zich eind 2005 in een convenant gecommitteerd aan gegevensverzameling om de transparantie van het functioneren van de huisartsenzorg te vergroten. Afstemming wordt gezocht tussen het beleid en instrumenten, die een ieder van de genoemde partijen ontwikkelt, met betrekking tot de registratie, aggregatie en presentatie van gegevens, benchmarking en het combineren van indicatoren.<sup>26</sup>

### **Pilot benchmarking huisartsenzorg**

Het politproject Benchmark Huisartsenzorg was een initiatief van het ministerie van VWS en is gestart in 2004. Het ministerie heeft de pilots in samenwerking met huisartsen, verzekeraars en patiënten opgezet. Het benchmarktraject sloot daarnaast tevens aan bij het in 2004 gestarte VWS-programma "Sneller Beter". Dit programma had als doel het verbeteren van de transparantie, de doelmatigheid en de kwaliteit van de curatieve zorg. (Franchimont, e.a., 2007).

Het pilotproject is uitgevoerd in vier regio's: Almere, Drenthe, Rotterdam en Zoetermeer. Doel van de pilots was om een betrouwbaar en valide meetinstrument ontwikkelen en evalueren voor

<sup>24</sup> In de eerste versie van de benchmark (2006) waren dit 9 indicatoren, in 2007 19 indicatoren en voor 2008 25 indicatoren (DGV, 2007).

<sup>25</sup> Bij maagklachten wordt te vaak voor een protonpompremmer gekozen en binnen de groep protonpompremmers te vaak voor een relatief dure specialité (DGV, 2007).

<sup>26</sup> Ministerie van VWS, IGZ, NHG en LHV 'Convenant – Gegevensverzameling huisartsenzorg'.

een benchmark van huisartsenzorg in de toekomst, waardoor huisartsen zo weinig mogelijk belast worden. De pilot heeft een basis gelegd voor een meetinstrument met indicatoren, onder andere patiëntervaringen. In twee regio's is een subset van de accrediteringsgegevens van het NHG als uitgangspunt genomen. Vanuit de pilot is de Consumer Quality Index (CQ-index) voor de huisartsenzorg verder ontwikkeld (Franchimont, e.a., 2007).

### **Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg (STH)**

De Stuurgroep Transparantie in de Huisartsenzorg is ontstaan vanuit de het pilotproject benchmarking huisartsenzorg. Doel van de stuurgroep is de landelijke invoering van benchmarking. De Stuurgroep werkt onder andere aan het uniformeren van de indicatorenset en draagt zorg voor de bestuurlijke inbedding van het Convenant gegevensverzameling. Input voor de stuurgroep zijn de in het Experiment Benchmarking Huisartsenzorg ontwikkelde dataset en CQ-index, de dataset van de NHG- accreditatie en de IGZ-risico-indicatoren. De stuurgroep bestaat uit VWS, IGZ, NHG en LHV, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

### **Programma Zichtbare Zorg**

Om de verschillende zorgsectoren te ondersteunen bij het transparant maken van de kwaliteit van zorg heeft de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) in opdracht van het ministerie van VWS het programma Zichtbare Zorg opgericht. Het programma ondersteunt de sectoren en verbindt de ontwikkelingen. Daarnaast zal het programma zich inzetten om maximaal te waarborgen dat de gepubliceerde informatie valide, betrouwbaar en daadwerkelijk vergelijkbaar is ([www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)).

### **Conclusie**

Er zijn veel initiatieven om de kwaliteit van de huisartsenzorg transparanter te maken. Initiatieven om de huisartsenzorg transparanter te maken gaan vooral uit van het ministerie van VWS en van verzekeraars. Daarnaast heeft de NHG een keurmerk ingevoerd voor huisartsen. Doel van de NHG is vooral om de kwaliteit van huisartsenzorg te verhogen. We hebben te weinig informatie om de hypothese over kwaliteitstransparantie te bevestigen of te ontkennen.

De verschillende initiatieven hebben er nog niet toe geleid dat er kwaliteitsinformatie op het niveau van de individuele huisartsenpraktijk beschikbaar is. Op de website van “kiesbeter” kunnen verzekerden alleen een huisarts zoeken op basis van naam en postcode.

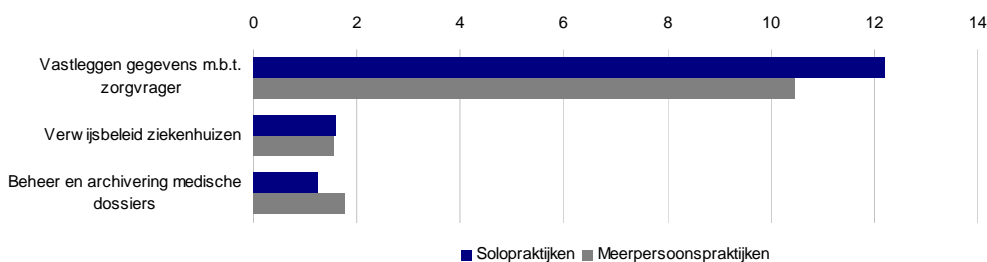
## **4.6 Administratieve en ondernemerslasten**

Het declareren van verrichtingen leidt tot meer administratieve lasten voor huisartsen. Meer marktwerking in de huisartsenzorg zou moeten leiden tot (meer) individuele onderhandelingen tussen huisarts en zorgverzekeraar. Hogere onderhandelingskosten vertalen zich door in hogere administratieve lasten. (hypothese 9).

Bex e.a. (2008) hebben onderzoek gedaan naar de administratieve lasten van huisartsen. Zij maken in hun meting van lasten van huisartsen onderscheid tussen *administratieve lasten* (AL), die voortvloeien uit wet- en regelgeving (en derhalve afkomstig zijn van de overheid) en *ondernemerslasten* (OL), die voortkomen uit eigen administratie c.q. bedrijfsvoering (Bex e.a.,

2008).<sup>27</sup> De uitkomsten van het onderzoek laten zich indelen in kwantificeerbare en kwalitatieve (ervaren) lasten, die samenhangen met de financieringsstructuur/-systematiek, de manier van declareren en/of de wijze van contracteren. Ongeveer tweederde van de administratieve werkzaamheden vloeien voort uit wet- en regelgeving, wat overeenkomt met 17 tot 18 uur aan administratieve lasten per week, tegenover eenderde ondernemerslasten (8 tot 10 uur per week). Aangezien de werkzaamheden op vergelijkbare wijze worden uitgevoerd, bestaat hier nauwelijks verschil tussen solo- en meerpersoonspraktijken, echter, bij dossierbeheer en werkgeversverplichtingen heeft de huisarts in een meerpersoonspraktijk wel meer ondersteuning van een assistent en/of POH.

**Figuur 4.4** Top-3 wekelijkse administratieve lasten in solo- en meerpersoonspraktijken (tijdsbesteding per week in uren per praktijk)

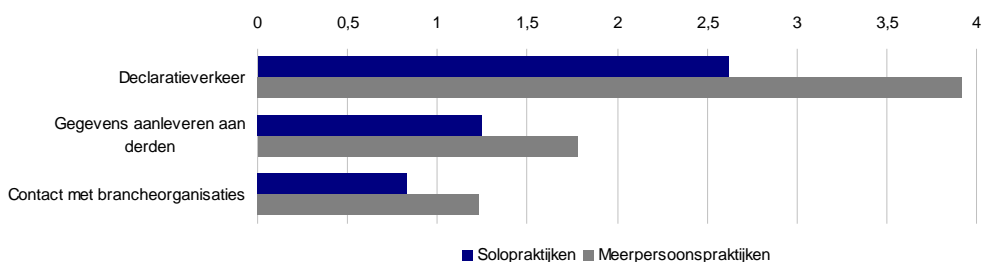


Bron: Bex e.a. (2008, p. 10 en 13); Bewerking SEO Economisch Onderzoek

Veel van de kwantitatieve (administratieve) lasten worden veroorzaakt door handelingen die weliswaar weinig tijd per eenheid vergen, maar zeer frequent plaatsvinden, zoals het vastleggen van de gegevens van de zorgvrager (zie figuur 4.4).

Contractonderhandelingen nemen weinig tijd in beslag, omgerekend circa 7 minuten per week (hierin bestaat geen verschil tussen solo- en meerpersoonspraktijken).

**Figuur 4.5** Top-3 wekelijkse ondernemerslasten in solo- en meerpersoonspraktijken (tijdsbesteding per week in uren per praktijk)



Bron: Bex e.a. (2008, p. 11 en 14); Bewerking SEO Economisch Onderzoek

De administratieve werkzaamheden die samenhangen met het declaratieverkeer veroorzaken in beide praktijken (solo of meerpersoons) de hoogste ondernemerslasten (figuur 4.5). In totaal wordt maandelijks anderhalve dag tot twee dagen besteed aan het indienen van de declaraties, het controleren van de retouren en het indienen van herdeclaraties (Bex e.a., 2008).

<sup>27</sup> Dit rapport doet geen expliciete uitspraken over hoe financiering, declaratie en contractering vereenvoudigd kunnen worden om AL en OL terug te dringen, zoals in de aanbevelingen van de Oriënterende Monitor Huisartsenzorg benoemd is (NZa, 2007a, p. 11-12).



Huisartsen ervaren een toename van de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen. Vanaf 1 januari 2006 moeten huisartsen maandelijks al hun verrichtingen declareren. Hiervoor registeren zij alle consulten in het HIS. Gebruik van het HIS is niet voorgeschreven: huisartsen kiezen er zelf voor om met dit systeem te werken (Bex e.a. 2008). Daarnaast declareert de huisarts per kwartaal inschrijfgelden bij zorgverzekeraars.

Het werken met het digitale HIS wordt door de huisartsen verschillend ervaren. Een gedeelte ervaart het digitaal registreren van consulten als een verbetering ten opzichte van de oude situatie (groene kaarten die handmatig werden ingevuld). Volgens deze huisartsen ontstaat een kwalitatief beter beeld van de zorg die wordt verleend. Anderen geven aan dat de tijdsbesteding per consult is toegenomen door het HIS. Deze huisartsen wijzen er ook op dat zij meer gegevens moeten invoeren dan voorheen. Vanaf 1 januari 2006 moeten ten behoeve van de declaraties namelijk alle verrichtingen worden ingevoerd. Daarnaast dienen zij vanaf 2006 jaarlijks tijd te besteden aan het doornemen en afsluiten van contracten met zorgverzekeraars. (Bex e.a. 2008).

Knelpunten door declaratie speelden zich vooral af in de eerste periode na invoering van de Zorgverzekeringswet, maar huisartsen gaven begin 2008 aan dat zich nog steeds problemen voordoen. Retourinformatie wordt nog steeds in verschillende formats toegezonden, bij patiënten die wisselen van verzekeraar doen zich soms problemen voor, sommige patiënten worden niet herkend door de zorgverzekeraar, de koppeling tussen Vecozo<sup>28</sup> en zorgverzekeraars is niet optimaal en er heerst soms onduidelijkheid over de reden van afwijzing van declaraties. SIRA Consulting raadt aan om Inschrijven Op Naam (ION) beter te benutten om de administratieve en ervaren lasten voor huisartsen en zorgverzekeraars te reduceren. Met invoering van het Burger Service Nummer kan de Stichting Inschrijving op Naam de ION-database vullen (Bex e.a., 2008).

## 4.7 Conclusie

De administratieve lasten van huisartsen zijn toegenomen als gevolg van de nieuwe bekostigingssystematiek van huisartsen. De onderhandelingen met verzekeraars hebben nauwelijks tot een toename van de administratieve lasten geleid. Hypothese 9 wordt dus gedeeltelijk bevestigd. Dat huisartsen niet meer tijd kwijt zijn aan onderhandelen komt doordat huisartsen niet individueel onderhandelen, maar in grotere verbanden, (zie paragraaf 3.2).

---

<sup>28</sup> Zorgaanbieders kunnen bij Vecozo (Veilige Communicatie in de Zorg) onder andere declaraties indienen, die deze vervolgens naar de juiste zorgverzekeraar doorstuurt.



## Referenties

- Bakker, D.H. de, Polder, J.J., Sluijs, E.M., Treurniet, H.F., Hoeymans, N., Hingstman, L., Poos, M.J.J.C., Gijzen, R., Griffioen, D.J. & Van der Velden, L.F.J. (2005). *Op één lijn – Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*. Nivel en Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM.
- Berg, M.J. van den, M.A. Koopmanschap, D.H. de Bakker & R.A. Verheij (2007). *Samenwerking en substitutie in Gezondheidscentrum West. Evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het Menzies-model*. Utrecht/Rotterdam: Nivel/IBMG/IMTA.
- Bex, P.M.H.H., Van den Hurk, J.J.F.M. & Sterrenburg, J.P. (2008). *Meting lasten huisartsen – Onderzoek naar de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen*. Nieuwegein, SIRA consulting.
- Berg, M.J. van den, Koopmanschap, M.A., De Bakker, D.H. & Verheij, R.A. (2007). *Samenwerking en substitutie in Gezondheidscentrum West – Evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het Menzies-model*. Nivel en Erasmus MC Institute for Medical Technology Assessment.
- Bijlsma, M., Meijer, A. & Shestalova, V. (2008). *Vertical relationships between health insurers and healthcare providers*. CPB-rapportnr. 167. Den Haag, Centraal Planbureau.
- Brake, H. Te, Verheij, R., Abrahamse, H. & De Bakker, D. (2007). *Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging, monitor 2006*. Utrecht, Nivel.
- CBS (2007a). *Specialistcontact en medicijngebruik nemen toe in eerste jaar nieuw zorgstelsel*. Marieke van Herten.
- CBS (2007b). *Meer naar de specialist*. Marieke van Herten, CBS Webmagazine 6 juni 2007.
- Cools, K. (2008). *Ondernemerschap in de zorg – Wenselijkheid en opzet van een winstexperiment*. Rapport opgesteld in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- De Vrije Huisarts (2007). Brief gericht aan de Nederlandse Zorgautoriteit ‘Voorstel tot uitbreiding M&I activiteiten huisartsenzorg’ d.d. 12 februari 2007.
- DGV (2006). *Benchmark Voorschrijven 2006: De ontwikkeling en toepassing van prestatie-indicatoren*. DVG, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik.
- DGV (2007). *Benchmark Voorschrijven 2007*. DVG, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik.
- Dijk, C.E. van, Verheij, R.A. & De Bakker, D.H. (2008). *Bekostiging van de huisartsenzorg: Monitor 2006 en eerste halfjaar van 2007*. NIVEL.

- Franchimont, M., Pronk, J., Van Tits, M., Van den Reek, E. & Pardoel, K. (2007). *Zichtbaar maken van kwaliteit in de huisartsenzorg – Landelijke evaluatie van vier regionale pilots “Benchmark Huisartsenzorg”*. Onderzoek uitgevoerd door STOEL en IVA, in opdracht van het ministerie van VWS.
- Fetijter, C. de (2007). Minder verwijzingen door gebruik echografie in eerste lijn. *Huisarts in Praktijk*, augustus 2007.
- Groot, I., H. Keuzenkamp, J. van Seters & J. Theeuwes (2003). *Concurrentie tussen huisartsen doorgeprikt*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- Groot, I. & Kok, L. (2004). Lusten en lasten van marktwerking bij huisartsen. *Economisch Statistische Berichten*, 89(4428), 5 maart 2004, pp. 108-109.
- Haan, A. De (2006). *Kostenontwikkelingen Huisartsenzorg Salland Verzekeringen 2005/2006. Inclusief studie effectiviteit M&I-module*. Deventer, Salland Verzekeringen.
- IGZ (2006). *Kwaliteitsverbetering mogelijk door actief gebruik indicatoren – Resultaten inspectieformulier 2005 verpleeghuiszorg, verzorgingshuis en thuiszorg*. Den Haag, Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IVA en STOEL (2008). *Kwaliteit zichtbaar maken; Pilot Benchmark Huisartsenzorg*. Brochure op basis van Franchimont e.a. (2007).
- Jabaaij, L., Verheij, R., Njoo, K., Van den Hoogen, H., Tiersma, W. & Levelink, H. (2008). *Het meten van de kwaliteit van de registratie in elektronische patiënten dossiers van huisartsen met de EPD-scan-b*. Nivel, NHG en WOK UMC St. Radboud.
- Kok, L., J. Hoeben & S. Descka (2000). *Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars*. Den Haag: IOO.
- LHV, Ministerie van VWS en ZN (2007). *Op weg naar verdere verbetering van de huisartsenzorg*. Publicatiedatum 11 september 2007.
- Meuwissen, L. & D. de Bakker (2008). *CQ-index huisartsenzorg: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: Nivel.
- Merode, G. G. van, A. E. Stroink, J. A. Maarse & H. M. Goldschmidt (2000). Impact of insurance coverage type on laboratory test ordering behaviour of general practitioners. *World Hosp Health Serv.* Vol 36, Iss. 3.
- Ministerie van VWS (2008). *Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg – achtergrondnotitie*. Den Haag, 27 juni 2008.
- Mokveld, Ph.J., Smit, M. & Neijmeijer, S. (2007a). *Monitoring Vogelaraakkoord 2006 Eindrapport*. Zeist, Vektis.
- Mokveld, Ph.J. & Smit, M. (2007b). *Monitoring Vogelaraakkoord – Eindrapportage huisartsenkosten 2006 met vooruitblik naar 2007*. Zeist, Vektis.

- Mokveld Ph. J. (2008). *Monitoring Huisartsenkosten 2008*. Zeist, Vektis.
- Nivel (2007). *Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2007*. L. Hingstman en R.J. Kenens.
- NPCF (2006). *Veilig mailen met de huisarts: Een onderzoek naar het gebruik van e-consult in de zorg*. Onderzoek door de Universiteit van Twente in opdracht van NPCF.
- NPCF en IGZ (2008). *Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren*. Den Haag, september 2008.
- NZa (2007a). *Oriënterende Monitor Huisartsenzorg – Het nieuwe financieringssysteem en marktwerking in de huisartsenzorg*. Juli 2007.
- NZa (2007b). *Zorginhoudelijk advies: herziening M&I lijst huisartsen*. 25 september 2007.
- Oortwijn, W., Mathijssen, J. & Ten Have, A. (2007). *Effecten van het Vogelaarakkoord op de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit patiëntenperspectief*. Onderzoek door ECORYS in opdracht van de NPCF.
- RVZ (2002). *Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg*. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid.
- RVZ (2005). *Internetgebruiker en veranderingen in de zorg*. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid.
- RVZ (2008). *Schaal en zorg*. Advies uitgebracht door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Sluis, E., Van Beek, S., Mouthaan, I., De Neef, M. & Wagner, C. (2002). *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg – Een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken*. Zeist, Vektis.
- Smolders, N. (2006). *General practitioners' responses to financial incentives and the implications for the remuneration system*. Master thesis Economics, Tilburg University.
- Van Hertem, M. (2007). *Specialistcontact en medicijngebruik nemen toe in eerste jaar nieuw zorgstelsel*. Voorburg/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Van Wijck, F. (2008). "Huisarts en specialist groeien naar elkaar toe". *Huisarts in Praktijk*, juli 2008.
- Verheij, R., Ton, C. & Tates, K. (2008). Het e-consult: hoe vaak en met wie? *Huisarts & Wetenschap*, 51(7), juni 2008.



# seo economisch onderzoek

Roetersstraat 29 . 1018 WB Amsterdam . T (+31) 20 525 16 30 . F (+31) 20 525 16 86 . [www.seo.nl](http://www.seo.nl)