



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport  
T.a.v. de heer dr. A. Klink  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
A. Schut - Welkzijn

**Telefoonnummer**  
030 296 83 09

**E-mailadres**  
aschut@nza.nl

**Kenmerk**  
ASCT/MZEE/2009/A/095

**Onderwerp**  
kostenonderzoek huisartsenzorg

**Datum**  
1 april 2009

Mijnheer de Minister,

Hierbij bieden we u de Eindrapportage van een onderzoek naar de praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken in Nederland in 2006 aan. Dit onderzoek is in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitgevoerd door Significant.

### **Achtergrond**

In februari 2008 is de NZa in opdracht van de minister van Volksgezondheid, Werkgelegenheid en Sport<sup>1</sup> gestart met het kostenonderzoek, wat heeft geleid tot de voorliggende rapportage. De doelstelling van het onderzoek is tweevoudig:

- het onderbouwen van de gehanteerde maximumtarieven in de huisartsenzorg;
- Het toewijzen van praktijkkosten aan concrete zorgprestaties van de huisarts, zoals M&I verrichtingen.

Met de voorliggende rapportage zijn deze twee doelstellingen gehaald. De resultaten van het onderzoek zijn dankzij de zeer hoge netto respons van 98% betrouwbaar en representatief voor de huisartsenpraktijken in Nederland.

De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijns (LVG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn in alle fasen van het onderzoek geconsulteerd in het proces. Zij zijn om een reactie gevraagd over het concept programma van eisen voordat het onderzoek is gegaan in maart 2008. In april 2008 is hen een reactie

---

<sup>1</sup> De minister van VWS heeft per brief van 28 november 2007 opdracht gegeven tot dit kostenonderzoek. Deze opdracht is in overeenstemming met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) tot stand gekomen.

gevraagd op de concept onderzoeksopzet. Vervolgens zijn er consultatiebijeenkomsten gehouden in mei, juli, september en november 2008 en in januari en maart 2009. Hierin zijn achtereenvolgens de opzet, de vragenlijst, de pilot, de communicatie over het onderzoek, de responsbevorderende maatregelen, de analyse van de respons en de voorlopige uitkomsten besproken. Aanvullingen van de marktpartijen zijn in het onderzoek verwerkt. Zo zijn er vragen toegevoegd op verzoek van de LHV. De uitwerking hiervan is te vinden in hoofdstuk 8 van de eindrapportage.

Kenmerk  
ASCT/MZEE/2009/A/095

Pagina  
2 van 5

### **Interpretatie uitkomsten van het kostenonderzoek**

Het onderzoek is uitgevoerd op het niveau van de huisartsenpraktijk. Huisartspraktijken verschillen onderling in omvang en samenstelling. De resultaten van het kostenonderzoek zijn teruggerekend naar de "normpraktijk" om de kosten en opbrengsten onderling vergelijkbaar te maken. De "normpraktijk" bestaat uit één fte zelfstandig huisarts (de huisarts-eigenaar) met een assistente, een praktijkondersteuner en overig personeel, waaronder waarneming.<sup>2</sup> Eén fte huisarts is, na consultatie van de marktpartijen, gedefinieerd als een huisarts die 45 uur werkzaam is als huisarts in de zorg van 08.00-18.00 uur tijdens werkdagen. Dit sluit aan bij de CAO huisartsenzorg.

Iedere zelfstandig huisarts heeft voor het kostenonderzoek zijn parttime factor kunnen opgeven, met als maximumgrens dat het totaal aantal fte's in de praktijk het aantal personen werkzaam in de praktijk niet kan overstijgen. Hiermee wordt de vergelijkbaarheid tussen praktijken vergroot.

In het kostenonderzoek zijn huisartspraktijken in zes subpopulaties onderverdeeld.<sup>3</sup> Op basis van de uitkomsten van het onderzoek blijkt dat niet alle zes onderscheiden subpopulaties even geschikt zijn voor de onderbouwing van de tarieven. Dit geldt met name voor de multidisciplinaire praktijken met koepel en de apotheekhoudende praktijken. Op beide subpopulaties wordt hierna ingegaan.

De onderzoeksresultaten van de multidisciplinaire praktijken met koepel zijn nauwkeurig en betrouwbaar, maar wijken in sterke mate af van de andere subpopulaties. Deze verschillen zijn zichtbaar op vrijwel alle onderzoeksvariabelen. Oorzaken hiervan zijn onder andere:

- De huisartsen zijn (vrijwel) allemaal in loondienst;
- De betreffende koepelorganisatie heeft de toerekening van bepaalde kosten aan de praktijk moeten inschatten;
- Er is geen jaarrekening opgesteld op het niveau van de praktijk, omdat dit geen apart te rapporteren eenheid is voor de organisatie.

De apotheekhoudende praktijken hebben de kosten zo goed als mogelijk toegerekend aan de huisartsenpraktijk, maar de opbrengsten zijn niet in

<sup>2</sup> Deze norm geldt ook als basis voor de huidige bekostiging.

<sup>3</sup> De subpopulaties zijn: Solopraktijk huisartsenzorg, meerpersoonspraktijk huisartsenzorg, multidisciplinaire groepspraktijk in koepel, multidisciplinaire groepspraktijk zonder koepel, apotheekhoudende solopraktijk en apotheekhoudende meerpersoonspraktijk.

alle gevallen 'geschoond' voor opbrengsten uit de apotheekpraktijk. Als gevolg daarvan zijn de opbrengsten per fte te hoog.

Kenmerk  
ASCT/MZEE/2009/A/095

Pagina  
3 van 5

Om bovenstaande redenen zal de NZa de resultaten van de multidisciplinaire praktijken met koepel en de apotheekhoudende huisartsen niet meenemen in de onderbouwing van de tarieven.

### **Samenvatting uitkomsten**

Voor de onderbouwing van tarieven zijn de volgende parameters van belang:

- omvang praktijkkosten;
- aantal consulten;
- aantal ingeschreven patiënten;

De opbrengsten, die worden bepaald door de tarieven, dienen tenminste de praktijkkosten te dekken. De huisartsenzorg kent een gemengde bekostiging met een inschrijftarief per verzekerde en een consulttarief. Het aantal ingeschreven verzekerden vermenigvuldigd met het inschrijftarief plus het aantal geleverde consulten vermenigvuldigd met het consulttarief bepalen derhalve de opbrengsten van een huisartspraktijk.

De hoeveelheid geleverde zorg wordt uitgedrukt in het aantal gewogen consulten. Het gemiddeld aantal gewogen consulten wordt ook wel de "rekennorm" genoemd. Het gemiddeld aantal ingeschreven verzekerden wordt de "normpraktijk" genoemd.

De praktijkkosten van praktijken met huisartsen in loondienst verschillen van de praktijkkosten van praktijken met één of meerdere zelfstandige huisartsen. Om de verschillende praktijkvormen onderling vergelijkbaar te houden wordt voor de zelfstandig huisarts met een "norminkomen" als onderdeel van de praktijkkosten gerekend.

In het onderhavig onderzoek worden de geldende normen voor een praktijk in de bekostiging getoetst aan de werkelijkheid. Ten aanzien van de praktijkkosten worden twee varianten uitgewerkt:

1. de normpraktijk, gebaseerd op het norminkomen van de zelfstandig huisarts
2. de marktpraktijk, rekening houdend met een marktconform inkomen van de zelfstandig huisarts.

Het norminkomen bedraagt in 2006 €96.404. Een marktconform inkomen is het inkomen dat gemiddeld in een vrije markt gebruikelijk is. Marktconforme beloning wordt in dit onderzoek gelijk verondersteld aan het gemiddelde van de personele kosten (inclusief werkgeverslasten) van huisartsen in loondienst bij een gezondheidscentrum. Deze huisartsen zijn qua ervaring het meest vergelijkbaar met de gemiddelde huisarts. Het marktconform inkomen 2006 ligt op €102.230, €5.826 hoger dan het norminkomen in 2006.

#### *Praktijkkosten en inkomen*

De gemiddelde praktijkkosten op basis van het norminkomen bedragen €184.476 wanneer alleen rekening wordt gehouden met de bekostiging

van huisartsenzorg van 08.00-18.00 uur. De kosten van POH maken hier geen onderdeel van uit. Dit is ruim €10.000 minder dan de praktijkkosten waar de huidige bekostiging op is gebaseerd. Indien met het marktconform inkomen wordt gerekend bedragen de praktijkkosten €190.302, €5.826 hoger dan op basis van het norminkomen.

Kenmerk  
ASCT/MZEE/2009/A/095

Pagina  
4 van 5

#### *Aantal consulten*

Het gemiddeld aantal gewogen consulten per fte huisarts bedraagt voor de twee subpopulaties solopraktijk huisarts en meerpersoonspraktijk huisarts 9.434. De bekostiging gaat uit van de norm van 8.296 consulten per fte. In werkelijkheid worden dus gemiddeld 14% méér consulten geleverd dan de norm.

#### *Aantal ingeschreven verzekerden*

Het aantal ingeschreven verzekerden per huisarts voor de twee subpopulaties solopraktijk huisarts en meerpersoonspraktijk huisarts is gemiddeld 2.258 per fte. De bekostiging gaat uit van de norm van 2.350 ingeschreven verzekerden per fte. Dit betekent dat er gemiddeld 4% minder verzekerden ingeschreven staan bij de huisarts dan de norm.

#### *Opbrengsten*

De gemiddelde gerealiseerde omzet van een praktijk bedraagt €235.373 als alleen de omzet uit huisartsenzorg van 08.00-18.00 uur wordt meegenomen. Dit betreft meer dan 90% van de totale opbrengsten. De overige 10% bestaat ondermeer uit opbrengsten POH, opbrengsten ANW en opbrengsten griepvaccinaties.

#### *Verborgene kosten*

In het kostenonderzoek is aan huisartsen gevraagd naar gebruikelijke kosten die niet uit de kosten van 2006 blijken. Dit kunnen bijvoorbeeld kosten zijn die met name na 2006 van belang zijn geworden. Uit het onderzoek blijkt dat er gemiddeld €5.750 aan praktijkkosten niet uit de administratie van 2006 blijken.

#### *Overwinst (resultaat)*

De overwinst van een praktijk is gedefinieerd als de totale opbrengsten minus de totale kosten, inclusief het inkomen van de zelfstandig huisarts. Uit het onderzoek blijkt een gemiddelde overwinst per normpraktijk en niet gecorrigeerd voor de verborgen kosten van €54.258. Wel gecorrigeerd voor verborgen kosten bedraagt de gemiddelde overwinst per normpraktijk €48.508. Deze overwinst bedraagt hiermee 50% van het norminkomen 2006 ad €96.404. Een belangrijke oorzaak van deze overwinst is de relatief hoge opbrengst uit inschrijftarieven, consulten en M&I.

#### *Modernisering & Innovatieverrichtingen*

De Modernisering & Innovatieverrichtingen kennen geen hogere marginale kosten dan andere verrichtingen. De opbrengsten uit M&I verrichtingen kunnen derhalve volledig tot het inkomen kunnen worden gerekend.

#### *Opslag voor ouderen en achterstandswijken*

In de huidige bekostigingsstructuur krijgen praktijken voor verzekerden woonachtig in achterstandswijken per verzekerde per jaar een opslag van € 6,80 oplopend tot € 16,80 voor verzekerden ouder dan 75 jaar.

Daarnaast krijgen praktijken met oudere verzekerden niet woonachtig in een achterstandswijk, een opslag variërend van € 6,80 tot € 9,60 per patiënt per jaar. In het kostenonderzoek zijn deze praktijken nader geanalyseerd. De conclusie is dat deze praktijken niet meer kosten maken dan andere praktijken en gemiddeld wel kostendekkend zijn, ook als uitgegaan wordt van de reguliere tarieven zonder opslag. Hierbij wordt opgemerkt dat er wel verschillen zichtbaar zijn tussen de achterstandswijken en de niet-achterstandswijken c.q. de ouderenpraktijk en de niet-ouderenpraktijk in bijvoorbeeld de gemiddelde overwinst.

Kenmerk  
ASCT/MZEE/2009/A/095

Pagina  
5 van 5

Een belangrijke kanttekening bij de analyse van de praktijken in achterstandswijken is dat voor deze analyse een onderscheid is gemaakt tussen praktijken met minder dan 10% ingeschrevenen afkomstig uit een achterstandswijk en praktijken met 10% of meer ingeschrevenen uit een achterstandswijk. De grens van 10% is gekozen omdat dan nog sprake is van een representatieve groep praktijken. Indien het percentage ingeschrevenen uit achterstandswijken hoger wordt gesteld, bevinden zich te weinig praktijken in de deelwaarneming. Het is op basis van dit kostenonderzoek daarom niet mogelijk om een uitspraak te doen over praktijken die overwegend ingeschrevenen hebben die woonachtig zijn in achterstandswijken. Dit vergt nader onderzoek.

### **Beleidsconsequenties**

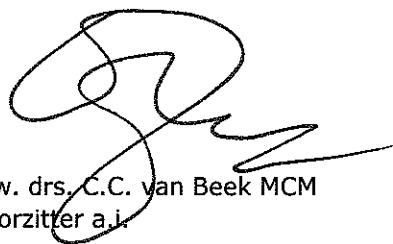
De NZa zal aan de hand van dit kostenonderzoek verschillende varianten van tarieven en tariefstructuren doorrekenen en de werking daarvan analyseren. Deze varianten zullen in technisch overleg ter voorbereiding van de adviescommissie worden besproken. Het streven is om in juli 2009 nieuwe tarieven vast te stellen met als ingangsdatum 1 januari 2010.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en willen tevens benadrukken dat wij te allen tijde bereid zijn om deze brief toe te lichten.

Hoogachtend,  
De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit



dr. M.E. Homan  
lid van Raad van Bestuur



mw. drs. C.C. van Beek MCM  
voorzitter a.i.