

Monitor

Huisartsenzorg 2008

Analyse van de effecten van het nieuwe
bekostigingssysteem en de marktwerking in de
huisartsenzorg

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	10
1.1 Aanleiding	10
1.2 Onderzoeksaanpak	10
1.3 Leeswijzer	11
2. Gevolgen van veranderingen in de regelgeving	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Regelgeving verzekeraars	12
2.3 Regelgeving huisartsen	14
2.4 Regelgeving verzekerden	18
2.5 Conclusie	19
3. Marktstructuur	22
3.1 Inleiding	22
3.2 Kerngegevens huisartsenzorg	22
3.3 Verhouding verzekeraars vis-à-vis huisartsen	24
3.4 Verhouding consumenten vis-à-vis huisartsen	26
3.5 Verhouding consumenten vis-à-vis verzekeraars	27
3.6 Horizontale samenwerking huisartsen	27
3.7 Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn	28
3.8 Verticale samenwerking huisartsen en verzekeraars	29
3.9 Conclusie	30
4. Kwaliteit	32
4.1 Inleiding	32
4.2 Transparantie van kwaliteit van huisartsen	32
4.3 Transparantie van kwaliteit van tweedelijnszorg	35
4.4 Conclusie	36
5. Toegankelijkheid	38
5.1 Inleiding	38
5.2 Inschrijven in de praktijk	38
5.3 Openingstijden	39
5.4 Telefonische bereikbaarheid	40
5.5 E-mail consult	40
5.6 Conclusie	41
6. Toegankelijkheidsspecial: SOS-arts	42
6.1 Inleiding	42
6.2 Economische analyse	42
6.3 Conclusie	44
7. Betaalbaarheid	46
7.1 Inleiding	46
7.2 Prijzen	46
7.3 Zorgvolume en declaraties	47
7.4 Administratieve en ondernemerslasten	50
7.5 Conclusie	52
8. Conclusie en aanbevelingen	54

Vooraf

Deze monitor is op verscheidene bronnen gebaseerd. Voorafgaande aan het schrijven van deze monitor heeft de NZa het onderzoeksbureau SEO gevraagd naar een scan van de markt voor huisartsenzorg. Deze monitor is voor een groot deel op het resulterende onderzoeksrapport gebaseerd. Het onderzoeksrapport wordt als bijlage bij deze monitor gepubliceerd.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw.drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

In 2006 is naar aanleiding van het Vogelaarakkoord de bekostigingsstructuur voor huisartsenzorg gewijzigd. Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd om de marktwerkingaspecten van het nieuwe systeem gedurende de twee jaar na invoering te monitoren. De NZa heeft daarom in juli 2007 een Oriënterende Monitor Huisartsenzorg uitgebracht met eerste indicaties. De Monitor Huisartsenzorg 2008 is de eerste reguliere monitor van de ontwikkelingen op de markt voor huisartsenzorg.

De belangrijkste constatering en aanbevelingen zijn:

- De markt voor huisartsenzorg kent momenteel geen grote overschotten of tekorten. Dit kan veranderen door de uittreding van mannelijke fulltime-huisartsen en toetreding van jonge vrouwelijke huisartsen die parttime werken. In combinatie met de vergrijzing kan dit de komende jaren leiden tot een tekort aan huisartsenzorg. Dit vindt de NZa zeer onwenselijk.
- Het beleid van VWS is er de laatste jaren op gericht de poortwachtersfunctie van de huisarts te versterken en meer zorgactiviteiten door de huisarts te laten uitvoeren. De gemiddelde omzet per huisarts is hierdoor met € 50.000 gestegen tussen 2005 en 2007. Uit het kostenonderzoek huisartsenzorg dat de NZa begin 2009 uitvoert moet blijken of de kosten navenant zijn gestegen, of dat het alleen een inkomensstijging betreft. De omzetstijging en de daaraan gekoppelde groei in de levering van consulten zijn te zien als een eenmalige systeemshock van 2005 op 2006. In 2007 heeft deze trend zich niet voortgezet.
- Het zorgvolume is in 2006 niet toegenomen ten opzichte van de vijf jaren ervoor. Er was voor 2006 wel sprake van onderdeclaratie van consulten. Hierdoor is bij de start van de bekostigingsstructuur in 2006 het aantal te leveren consulten te laag ingeschat in de budgettering van de huisartsenzorg.
- De knip die is gemaakt tussen een gewoon consult (korter dan 20 minuten) en een lang consult (langer dan 20 minuten) geeft de verkeerde prikkel om consulten onnodig te rekken omdat de opbrengst dan hoger is. De NZa roept verzekeraars op om structureel doelmatigheidscontroles uit te voeren om dit effect van de ongewenste prikkel te ondervangen.
- Er zijn veel eerstelijnsamenwerkingsverbanden ontstaan in de vorm van zorggroepen en gezondheidscentra. Zorggroepen bestaan gemiddeld uit 76 huisartsen en richten zich op de uitvoering van (keten)zorgprogramma's voor chronische zorg zoals diabeteszorg. Dit kan leiden tot meer efficiëntie. Van belang is dat zorggroepen niet worden gebruikt voor het collectiviseren van onderhandelingen over prijs en prestatie. In het kostenonderzoek analyseert de NZa de werking van de samenwerkingsverbanden.
- Risicoverevening in ziekenhuiszorg die achteraf plaatsvindt werkt substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg tegen. Daardoor komen veel patiënten bij het ziekenhuis terecht die wellicht ook in de eerste lijn kunnen worden geholpen. De NZa heeft de verrichtingen onder de Modernisering & Innovatie module (M&I), die door huisartsen geleverd worden, zorginhoudelijk vergeleken met Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de tweede lijn. De enige zorgactiviteiten uit B-DBC's die vergelijkbaar zijn met M&I's zijn de begeleiding van diabetes mellitus II patiënten, het uitvoeren van ECG's en de longfunctiemeting. Deze zorgactiviteiten vormen echter nimmer een volledig substituuat van een B-

DBC. De NZa concludeert dat het B-segment in de ziekenhuiszorg zorginhoudelijk gezien nauwelijks kan worden vervangen door eerstelijnszorg.

- Er zijn veel initiatieven voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de huisarts, maar deze hebben er nog niet toe geleid dat kwaliteitsinformatie op het niveau van de huisarts beschikbaar is. Zo is minder dan 10% van de huisartsen NHG-geaccrediteerd. Gecertificeerden leveren de zorgstandaard die de beroepsgroep (Nederlands Huisartsen Genootschap) zelf heeft opgesteld.
- De NZa wil transparantie van kwaliteitsinformatie bevorderen. Hiertoe zullen eerst prestatie-indicatoren voor huisartsenzorg moeten worden ontwikkeld en ingevoerd. Transparantie over kwaliteit, tezamen met gelijke bekostiging voor gelijke prestaties en afbouw van de risicoverevening in ziekenhuiszorg, maakt het voor de verzekeraar mogelijk weloverwogen huisartsenzorg of tweedelijnszorg in te kopen op basis van de beste prijs-kwaliteitverhouding. De NZa vindt het positief dat prestatie-indicatoren zijn ontwikkeld voor Diabeteszorg, COPD en Vasculair Risicomanagement. De NZa draagt hieraan bij door te participeren in de workshop ketenindicatoren door het programma Zichtbare Zorg.
- De toegankelijkheid van huisartsen is niet optimaal en de telefonische bereikbaarheid is onvoldoende. Huisartsen werken aan verbetering van de bereikbaarheid. De analyse van SOS-arts in deze monitor maakt duidelijk dat de vrije toetreding van niche spelers in de huisartsenzorg beperkt is, doordat van iedere huisarts levering van alle zorgprestaties wordt verwacht en zorgverzekeraars niet selectief huisartsenzorg kunnen inkopen. Voorgesteld wordt om bij de aanpassing in de bekostigungsstructuur de zorgprestaties functioneel te omschrijven, zodat de structurele belemmeringen voor toetreding van nichespelers worden weggenomen.
- De NZa voorziet een schaarste aan huisartsen in de toekomst. Daarnaast is de bereikbaarheid van huisartsen niet optimaal. Tevens constateert de NZa dat er drempels zijn voor de toetreding van niche-spelers. Er is een aantal mogelijkheden om op deze ontwikkelingen in te spelen. Het vergroten van het aantal opleidingsplaatsen is een middel. Daarnaast het vergroten van de capaciteit aan huisartsenzorg door het aanspreken van de verborgen capaciteit. Het gaat dan om het inzetten van gepensioneerde huisartsen, basisartsen, sportartsen, arbo-artsen, sos-artsen, die geen eigen praktijk hebben en/of (meer) willen werken. Dit kan mogelijk worden gemaakt door het meer functioneel omschrijven van zorgprestaties, zodat ook andere zorgaanbieders huisartsenzorg kunnen leveren zoals huisartsen die plegen te bieden. De NZa benadrukt dat deze artsen verantwoordelijk zijn voor de continuïteit van zorg aan de patiënt en toegang moeten hebben tot het gehele medische dossier. De NZa zal dit jaar voorstellen doen om de eigen beleidsregels aan te passen zodat andere zorgaanbieders ook huisartsenzorg kunnen leveren. Volgens de Zorgverzekeringswet is er geen inschrijfplicht van verzekerden om huisartsenzorg te ontvangen. Er zijn dus wettelijk mogelijkheden om passantentarieven open te stellen aan andere zorgaanbieders. De beleidsregels van de NZa beperken het gebruik van passantentarieven in de huisartsenzorg nu voor incidentele en acute hulp aan niet-ingeschrevenen. De NZa overweegt deze beperking op te heffen.
- Risicoverevening in ziekenhuiszorg die achteraf plaatsvindt werkt substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg tegen. De NZa stelt voor om deze risico-verevening, ook in het A-segment, versneld af te bouwen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Eén van de veranderingen van het nieuwe zorgstelsel is het nieuwe bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg overdag per 2006. De doelstellingen van het nieuwe bekostigingssysteem zijn in het Vogelaarakkoord vastgelegd. De belangrijkste doelstellingen zijn:

- Het stimuleren van samenwerkingsverbanden van huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders;
- Verdere ontwikkeling van programmatische aanpak van chronische aandoeningen;
- Substitutie van tweedelijnszorg naar de eerste lijn;
- Beheersing van de administratieve lasten.

Uit het nieuwe bekostigingsstelsel volgen ook nieuwe gedragsprikkel. De Oriënterende Monitor Huisartsenzorg gaf in juli 2007 een eerste indruk van de ontwikkeling van de huisartsenzorg sinds de stelselwijziging. Deze monitor bouwt daarop voort.

1.2 Onderzoeksaanpak

Algemene doelstelling monitor

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

Specifieke doelstellingen

Binnen deze algemene doelstelling kent deze monitor huisartsenzorg specifieke doelstellingen. Het ministerie van VWS heeft naar aanleiding van het Vogelaarakkoord en de introductie van de nieuwe bekostigingsstructuur aan de NZa gevraagd om de marktwerkingaspecten van het nieuwe systeem te monitoren gedurende de twee jaar na invoering.¹ De NZa heeft daarom in juli 2007 een Oriënterende Monitor Huisartsenzorg uitgebracht. Deze Monitor Huisartsenzorg 2008 is de eerste reguliere monitor van de ontwikkelingen op de markt voor huisartsenzorg. In de oriënterende monitor is aangekondigd dat in deze reguliere monitor de mate van substitutie van tweedelijnszorg in kaart zou worden gebracht. In het onderhavige rapport worden wel de prikkels voor substitutie geanalyseerd. Het onderzoek naar substitutie is wel opgezet. Nader onderzoek heeft opgeleverd dat de voorhanden data tussen tweede en eerstelijns onvoldoende vergelijkbaar waren om de mate van substitutie na 2006 te onderzoeken. Geschikte data van het CBS zullen in de loop van 2009 gereed zijn. De NZa zal het substitutie-onderzoek dan alsnog uitvoeren.

Deze monitor is op verscheidene bronnen gebaseerd. Waar van toepassing staat de bron in een voetnoot vermeld.

¹ Het betreft een voornamelijk kwalitatieve analyse van de bekostigingsstructuur. Het ministerie van VWS heeft Vektis en Nivel gevraagd een kwantitatieve analyse van de bekostigingsstructuur uit te voeren.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de gevolgen van de veranderingen in de regelgeving voor huisartsen, verzekeraars en consumenten. De belangrijkste veranderingen van de nieuwe bekostigingsstructuur voor de huisartsenzorg zijn de mogelijkheden voor meer substitutie van ziekenhuiszorg, de gemengde financiering van de huisarts op basis van inschrijving én zorgverlening, de oprichting van één basiszorgverzekering beschikbaar voor iedereen en de sturende rol die verzekeraars is toegekend bij de inkoop van huisartsenzorg.

Hoofdstuk 3 beschrijft allereerst de marktstructuur. De marktstructuur is voor een belangrijk deel bepalend voor de verhoudingen van huisartsen met verzekeraars en met consumenten. Vervolgens wordt ingegaan op de verhoudingen tussen de drie partijen op de markt voor huisartsenzorg.

Hoofdstuk 4 onderzoekt de transparantie van de kwaliteit van huisartsenzorg voor verzekeraars en consumenten en de transparantie van tweedelijnszorgkwaliteit voor huisartsen. Transparantie van kwaliteit is essentieel voor het maken van doelmatige keuzes in de selectie van zorgaanbieder.

Hoofdstuk 5 staat stil bij de toegankelijkheid van huisartsenzorg. De toegankelijkheid van huisartsenzorg is voor zowel consument als verzekeraar van groot belang. Voor de consument is het in het algemeen van belang om zonder veel wachttijd geholpen te worden. Voor verzekeraars is de toegankelijkheid van belang omdat het voorkomt dat consumenten zich tot de duurdere spoedeisende hulp wenden.

In 2008 heeft SOS-arts een prestatie- en tarief aanvraag ingediend bij de NZa. De NZa heeft op 26 mei 2008 besloten de prestatieaanvraag van SOS-arts nader te onderzoeken. De mogelijke toetreding van SOS-arts maakt duidelijk welke systeemrigiditeiten de bekostigingsstructuur van huisartsen kent. De toegankelijkheid van zorg voor patiënten wordt hierdoor beïnvloed. In de "toegankelijkheidsspecial" van huisartsenzorg is de casus SOS-arts behandeld in hoofdstuk 6.

Sinds de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur zijn de totale kosten van de huisartsenzorg sterk gestegen. Hoofdstuk 7 brengt de verschillende factoren in kaart die aan de kostenstijging hebben bijgedragen. Hoofdstuk 8 concludeert.

2. Gevolgen van veranderingen in de regelgeving

2.1 Inleiding

De nieuwe bekostigingsstructuur voor huisartsenzorg is rond het verschijnen van deze monitor drie jaar oud. In die drie jaar hebben de verzekeraars, huisartsen en consumenten leren omgaan met het nieuwe systeem.

De belangrijkste veranderingen van de nieuwe bekostigingsstructuur voor de huisartsenzorg zijn de gemengde financiering van de huisarts op basis van inschrijving én zorgverlening, de oprichting van één basiszorgverzekering beschikbaar voor iedereen en de sturende rol die verzekeraars is toegekend bij de inkoop van huisartsenzorg.

In de nieuwe bekostigingsstructuur ontstaan nieuwe financiële prikkels voor alle partijen. Dit hoofdstuk beschrijft de prikkels en het daaruit voortvloeiende gedrag in de huisartsenzorg.

2.2 Regelgeving verzekeraars

Vóór 2006 werd onderscheid gemaakt tussen ziekenfondsverzekering en particuliere zorgverzekering. Een inkomensgrens bepaalde of de consument in het ziekenfonds viel of zich particulier mocht verzekeren. Tweederde van de bevolking was bij een ziekenfonds verzekerd. Vanaf 2006 is het onderscheid tussen de twee vormen van ziektekostenverzekering komen te vervallen. Alle verzekeraars bieden sindsdien de basispolis aan.

Onder de oude bekostigingsstructuur betaalden ziekenfondsen voor iedere ingeschreven ziekenfondsverzekerde een vaste bijdrage aan de huisarts (zonder verdere kosten per consult). Particuliere zorgverzekeraars (als daarin de huisartsenzorg al was gedekt) vergoedden juist alleen per consult.

Ziekenfondsen hadden tot 1992 per regio een wettelijke monopolie. Ook nadat het wettelijke monopolie werd afgeschaft ontstond nog weinig concurrentie tussen de voormalige regiomonopolisten. Ziekenfondspatiënten waren niet erg geneigd om over te stappen aangezien een overstap weinig voordeel bood. De prikkel tot doelmatige inkoop van zorg bleef daardoor beperkt.

Particuliere zorgverzekeraars concurreerden wel met elkaar, maar als schadelastverzekeraar. Zij hadden daardoor de prikkel om patiënten op basis van risicoprofiel te accepteren of te weigeren (risicoselectie). De particuliere verzekeraars hadden relatief kleine marktaandelen waardoor zij over onvoldoende inkoopmacht beschikten om zorg tegen lagere tarieven in te kopen. Een vertegenwoordiger van alle particuliere verzekeraars sloot aan bij het lokaal overleg tussen het ziekenfonds en de huisartsen en trok daarin met het lokale ziekenfonds op. Particuliere zorgverzekeraars kochten nauwelijks zelf in. Ze beperkten de kosten vooral door middel van de risicoselectie.

In het nieuwe zorgstelsel is het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier komen te vervallen. Alle zorgverzekeraars concurreren nu met elkaar om de gehele verzekerdenpopulatie en hebben zodoende allen de prikkel tot doelmatige inkoop van zorg.

Als gevolg van consolidatie hebben de resterende verzekeraars voldoende schaal om doelmatig zorg in te kopen. De grootste vier zorgverzekeraars vertegenwoordigen samen reeds 88 procent van de gehele markt.² De resterende kleinere verzekeraars hebben vaak regionaal een sterke positie. Consumenten kunnen ieder jaar van verzekeraar veranderen.

De verzekeraars hebben ten aanzien van de basispolis een acceptatieplicht. Risicoverevening neemt veel prikkels weg om verzekerden op basis van risicoprofiel te selecteren. In de risicoverevening wordt een onderscheid gemaakt tussen de normatieve risicoverevening (de verevening op basis van de verzekerdenkenmerken van de verzekerden³) en de correcties achteraf op basis van de werkelijk gemaakte zorgkosten. De correcties achteraf bestaat uit de hogekostencompensatie, de nacalculatie (de afoming van winsten en verliezen) en de (tijdelijke) toepassing van vangnetten in het geval van onzekerheden als gevolg van systeemwijzigingen. Voor de eerstelijnszorg wordt alleen de hogekostencompensatie toegepast.

Naarmate de voorspelkracht van de risicoverevening vooraf verbetert vermindert de noodzaak van de verevening achteraf. De risicodragendheid van verzekeraars kan dan dus toenemen. De nacalculatie wordt de komende jaren dan ook afgebouwd.⁴ Verzekeraars zijn ten aanzien van het B-segment van de ziekenhuiszorg in 2009 grotendeels risicodragend en vanaf 2010 volledig.

In het nieuwe zorgverzekeringsstelsel concurreren alle verzekeraars met elkaar om de gunst van de consument. Om het marktaandeel uit te breiden (of een niche te betreden) moet een verzekeraar zich van anderen onderscheiden. Dit kan door consumenten eenvoudig gesteld een betere prijs/kwaliteit verhouding te bieden. De verzekeraar heeft als gevolg daarvan de prikkel om de kosten van de ingekochte zorg zo laag mogelijk te houden.

Het is de concurrentie tussen verzekeraars die hen prikkelt om zorg doelmatig in te kopen. De risicoverevening achteraf dempt die prikkel weer. De positieve dan wel negatieve gevolgen van lage dan wel hoge inkoopkosten worden achteraf namelijk ten dele weggenomen door de verevening tussen verzekeraars. Zoals hierboven reeds beschreven verschilt de mate van verevening afhankelijk van het soort ingekochte zorg.

De directe kosten van de eerstelijnszorg worden niet achteraf verevend. Deze kosten vallen wel onder de algemene bandbreedteverevening en de hoge kostenverevening. De kosten van de eerstelijnszorg vertegenwoordigen echter slechts een klein deel van de totale kosten van de ZVW -zorg. Zelfs zeer scherp ingekochte eerstelijnszorg heeft daarom weinig effect op de gemiddelde totale zorgkosten per verzekerde. De bandbreedteverevening is als gevolg daarvan meestal niet relevant voor de kosten van de eerstelijnszorg.

Uit het voorgaande volgt dat verzekeraars vrijwel geheel risicodragend zijn voor de kosten van de eerstelijnszorg. Zij hebben daarom de prikkel om de eerstelijnszorgverlening tegen een zo gunstig mogelijke prijs/kwaliteit verhouding in te kopen.

Substitutie van tweedelijnszorg naar de eerste lijn

Eén van de doelstellingen van het nieuwe systeem is dat de eerste lijn waar mogelijk zorgtaken overneemt van de doorgaans duurdere tweede lijn. Bij een gelijke bekostiging op basis van prestatie kan het echter ook heel goed zijn dat de tweede lijn efficiënter opereert dan de eerste lijn.

² Bron: NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008, p. 41.

³ Berekend op basis van kernindicatoren leeftijd, geslacht, aard van het inkomen, sociaal economische status, Regio Diagnose Kosten Groepen (DKG's) en Farmacie Kosten Groepen (FKG's).

⁴ Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, 26 september 2008, "Risicovereveningssysteem 2009".

Overwegingen om substitutie te bevorderen zijn het voordeel voor patiënten dat zorg laagdrempelig, dicht bij huis beschikbaar is en zorgversnippering wordt voorkomen. Van belang is wel dat de eerstelijns dezelfde medische kwaliteit kan leveren als de tweedelijns. Als verzekeraars als zorginkopers actief sturen op deze substitutie, zou dit de kosten van de verzekeraar drukken.

De integrale bekostiging van zorg kan een belemmering vormen voor de effectieve zorginkoop van verzekeraars. Als een DBC-tarief bijvoorbeeld de behandeling én de nazorg dekt, maar de nazorg ook in de eerste lijn kan worden geleverd, ontstaat het risico van dubbele betaling. De zorgverzekeraar betaalt dan het volle DBC-bedrag voor de tweedelijnszorg maar betaalt daarnaast ook voor de eerstelijnszorg. Als het voor verzekeraars te kostbaar is om op dergelijke dubbele declaraties te controleren, bevat het systeem geen tegenkracht.

Verzekeraars hebben echter wel mogelijkheden om hier een controlerende rol in te spelen. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld selectief tweedelijnszorg inkopen en zodoende de tweedelijnszorgaanbieder sturen om bepaalde behandelingen over te dragen aan de eerste lijn als hier dezelfde kwaliteit kan worden geleverd tegen een betere prijs.

Risicoverevening achteraf dempt substitutieprikkels

In de praktijk geeft de risicoverevening achteraf een verkeerde prikkel aan verzekeraars. Verzekeraars zijn voor de eerstelijnszorg volledig risicodragend terwijl ze voor tweedelijnszorg in 2008 gemiddeld 50 procent van het risico dragen. Voor de GGZ zijn ze volledig niet risicodragend, aangezien hier volledig wordt nagecalculeerd. Als een patiënt reeds in een tweedelijnsbehandeltraject zit, is substitutie voor een verzekeraar niet meer noodzakelijkerwijs goedkoper. Gemiddeld moet een tweedelijnsbehandeling meer dan twee keer zo duur zijn om de eerstelijnszorg voor een verzekeraar voordeliger te maken.

In 2009 neemt het risico dat verzekeraars dragen op de tweedelijnszorg toe tot gemiddeld 60 procent. De nacalculatie op kosten gemaakt in het B-segment neemt in 2009 af tot 15 procent. De verkeerde prikkel van de ziekenhuiszorgsubstitutie wordt daardoor kleiner. Echter, het B-segment in de ziekenhuiszorg omvat electieve zorg. Dit is nauwelijks vervangbaar door eerstelijnszorg. De NZa heeft de verrichtingen onder de Modernisering & Innovatie module (M&I), die door huisartsen geleverd worden, zorginhoudelijk vergeleken met Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de tweede lijn. De enige zorgactiviteiten uit B-DBC's die vergelijkbaar zijn met M&I's zijn de begeleiding van diabetes mellitus II patiënten, het uitvoeren van ECG's en de longfunctiemeting. Deze zorgactiviteiten vormen echter nimmer een volledig substituuat van een B-DBC. Het B-segment kan zorginhoudelijk gezien nauwelijks worden vervangen door eerstelijnszorg.

Vanaf 2010 worden kosten gemaakt in het B-segment niet meer nagecalculeerd. De risicoverevening achteraf van het A-segment wordt de komende jaren ook verder afgebouwd. De verkeerde prikkel ten aanzien van substitutie zou daarmee uiteindelijk volledig verdwijnen. De begeleiding van chronisch zieken in het A-segment zou kunnen plaats vinden in de eerstelijns. De NZa pleit ervoor om, in het licht van bevordering van substitutie van tweedelijnszorg, de risicoverevening achteraf versneld af te bouwen.

2.3 Regelgeving huisartsen

Vóór 2006 verschilde de wijze waarop huisartsen inkomsten verdienden tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Huisartsen ontvingen per ziekenfondsverzekerde een abonnementstarief. Voor particulier verzekerden werd de huisarts per consult vergoed. In de nieuwe financieringsstructuur is dit onderscheid verdwenen. Het nieuwe systeem kent een gemengde bekostiging: de

huisarts kan zowel een inschrijftarief als een tarief per verrichting⁵ declareren. Hij hoeft hier geen contract voor te hebben met een zorgverzekeraar.

Het inschrijftarief wordt eventueel vermeerderd met een opslag voor de verschillende modules: Praktijkondersteuning Huisarts (POH), populatiegebonden vergoeding en modernisering en innovatie (M&I). Financiering van deze modules is alleen mogelijk als huisartsen daarover contractuele afspraken hebben met de verzekeraar.

De module POH bekostigt, de inhuur van een praktijkondersteuner. Deze mogelijkheid bestond al sinds 2006 voor de POH Somatiek (POH-S) en bestaat sinds 2008 ook voor de POH-Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De populatiegebonden vergoeding biedt extra financiering voor patiënten die relatief duur zijn voor huisartsen. De POH-ers kunnen ook consulten leveren.

De M&I modules en verrichtingen zijn vrij onderhandelbaar zonder maximum. Ook de tarieven voor inschrijving, verrichting en de modules POH en populatiegebonden vergoeding zijn onderhandelbaar, maar zijn gebonden aan door de NZa vastgestelde maxima.

Gemengde bekostiging

Sinds 2006 kan een huisarts voor ieder consult een bedrag declareren. Vóór 2006 kon dat alleen voor particuliere verzekerden. Ziekenfondsverzekerden leverden alleen een vaste abonnementsvergoeding per jaar op. Sinds 2006 betekent ieder additioneel consult dus extra inkomen voor de huisarts (loon naar werk). Extra werken loont dus. Dit kan een positief effect hebben op het zorgvolume van huisartsen.

Bij huisartsbekostiging middels een inschrijftarief, zoals gold voor ziekenfondsverzekerden, ontbreekt de financiële prikkel voor huisartsen om zich volop in te zetten. Meer uren worden namelijk niet beloond. Een bekostigingssysteem dat louter de verrichtingen vergoedt, zoals gold voor particuliere verzekerden, kan juist tot overproductie leiden.

Gemengde bekostiging combineert de voordelen van een inschrijftarief en een verrichtingsysteem. Gemengde bekostiging bestaat uit een vergoeding per ingeschreven patiënt (de inschrijvingscomponent) en een vergoeding per consult of verrichting (de verrichtingscomponent). Enerzijds wordt de huisarts wél voor zijn inspanningen beloond uit de verrichtingscomponent. Anderzijds loont overproductie niet omdat de verrichtingscomponent relatief laag is. De verrichtingscomponent is relatief laag omdat de inschrijvingscomponent al (een belangrijk deel van) de vaste kosten van de huisarts dekt.

De NZa merkt op dat de gemengde financiering wegens de inschrijvingscomponent een toetredingsdrempel kan vormen voor zogenaamde nichespelers. De bekostigingsstructuur is ingericht op basis van het full-service aanbod van de traditionele huisarts. De toegankelijkheidsspecial SOS-arts gaat verder op dit punt in.

Substitutie van tweedelijnszorg naar de eerste lijn

Eén van de doelstellingen van het nieuwe systeem is dat de eerste lijn waar mogelijk zorgtaken overneemt van de doorgaans duurdere tweede lijn. Veel huisartsen zijn kwalitatief in staat bepaalde minder gecompliceerde zorgactiviteiten van specialisten over te nemen, en doen dit vaak ook al. De nieuwe bekostigingsstructuur tracht deze substitutie te stimuleren. Het is niet gezegd dat de eerstelijns deze zorg per definitie efficiënter levert dan de tweedelijns. Pas als er sprake is van een level-playing field, waarin prestaties functioneel zijn omschreven, er transparantie is over kwaliteit en de verevening

⁵ De meest gebruikelijke verrichtingen zijn consulten (kort, lang, telefonisch, visite).

van ziekenhuiszorg is afgebouwd, kunnen eerstelijns- en tweedelijnszorg volledige substituten vormen.

Sinds 2006 is er de mogelijkheid om een vijftigtal verrichtingen onder de Modernisering & Innovatie (M&I) module te leveren en declareren.⁶ Het doel hiervan is dat huisartsen zo mogelijk zorgactiviteiten uit DBC's in de tweede lijn overnemen. De tarieven voor M&I-verrichtingen zijn vrij onderhandelbaar tussen huisarts en verzekeraar. Huisartsen hebben overeenkomsten nodig met een zorgverzekeraar om de M&I verrichtingen te declareren. Zowel zorgverzekeraars als huisartsen hebben het afgelopen jaar in overleg met de NZa aangegeven dat de lijst met verrichtingen kan worden herzien. Er is discussie ontstaan wat de basis vormt van de herziening van de M&I lijst. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) reageerden verdeeld op het zorginhoudelijk advies van de NZa tot herindeling van de lijst met M&I verrichtingen⁷.

Het komt voor dat huisartsen verrichtingen nu als M&I-verrichting declareren, terwijl de huisarts dezelfde zorg ook al zonder de M&I-module zou verrichten. De prijs van M&I verrichtingen ligt gemiddeld hoger dan een consult van €9 euro. De goedkoopste M&I's zitten tussen de € 25 en € 30. Maar er zijn veel die tussen de € 40 en € 100 zitten. De duurste M&I's variëren in prijs tussen de € 100 en € 200⁸. Zo beschouwd kunnen de kosten van de huisartsenzorg oplopen terwijl dat ten dele geen extra zorg in de eerste lijn oplevert.

In juni 2008 heeft de NZa van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) gevraagd een uitspraak te doen over de aanspraak van de consument op de M&I-verrichtingen onder de Zorgverzekeringswet. Het CvZ heeft de M&I-verrichtingen getoetst aan de wetenschap en de praktijk en aan de Zorgverzekeringswet. Het doel van de NZa was om inzicht te krijgen in de mate van substitutie van zorgactiviteiten die onder de M&I worden geleverd. Is dit nu in eerste instantie tweedelijnszorg die door huisartsen wordt geleverd of is het huisartsenzorg die onder de noemer M&I wordt geleverd? De conclusie van het CvZ is dat de M&I lijst voor het merendeel bestaat uit huisartsenzorg ("zorg zoals huisartsen die plegen te bieden"). Soms is er sprake van overlap tussen huisartsenzorg en zorg van andere beroepsbeoefenaren ("zorg zoals ook huisartsen die plegen te bieden"), maar het primaat ligt bij de huisarts.

Het advies van het CvZ is betrokken bij de besprekingen over de toekomstige bekostigingsstructuur huisartsenzorg met LHV, LVG en ZN. De NZa heeft voorgesteld om de zorgactiviteiten onder de M&I die ook in de tweede lijn kunnen worden geleverd te integreren in de per 2010 te vormen integrale prestaties voor chronisch zieken. Op basis van een economische analyse die zal worden uitgevoerd in het eerste kwartaal van 2009 zal de NZa adviseren of voor deze integrale prestaties vrije prijzen wenselijk zijn. Aangezien meerdere zorgprestaties voor dezelfde zorg niet naast elkaar kunnen bestaan, ligt het in de rede om de lijst met M&I verrichtingen in de huidige vorm af te schaffen. In het kostenonderzoek dat de NZa momenteel uitvoert wordt onderzocht wat de marginale kosten zijn van de M&I-verrichtingen.

Momenteel bestaan verschillende zorgprestaties voor dezelfde zorg naast elkaar. Een voorbeeld is diabetesketenzorg, die als M&I-verrichting kan worden geleverd, als deel van een prestatie-innovatie en als geïntegreerde eerstelijnszorgproduct onder de beleidsregel "Samenwerking". M&I-verrichtingen kunnen alleen door huisartsen of onder leiding van huisartsen worden geleverd. Ketenzorg of geïntegreerde eerstelijnszorg kunnen ook door andere zorgaanbieders worden geleverd. De NZa is er voorstander van dat prestaties functioneel worden

⁶ Voorheen werd een deel van de verrichtingen bekostigd via de flexizorg en Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering (RIZ)

⁷ Zorginhoudelijk advies Herziening M&I lijst, NZa, 25 september 2007

⁸ Volgens opgave door Zorgverzekeraars Nederland

omschreven. Het naast elkaar bestaan van zelfde prestaties onder verschillende beleidsregels waarbij sommige zorgaanbieders worden uitgesloten past hier niet in. De NZa streeft ernaar deze weeffout bij de vorming van integrale prestaties per 2010 weg te nemen.

Kort en lang consult

De huidige bekostigingsstructuur maakt het huisartsen mogelijk korte en lange consulten te leveren, afgestemd op de behoefte van de patiënt aan zorg. De grens ligt bij 20 minuten. Voor een consult van 20 minuten wordt hetzelfde bedrag vergoed als voor een consult van 5 minuten, terwijl voor een consult van 21 minuten het dubbele wordt vergoed. De inkomsten per minuut van een consult zijn dus niet constant. Dit systeem kan uitnodigen tot strategische beïnvloeding van de consultduur.⁹ Het kan lonen om een kort consult zo kort mogelijk te houden en om een consult dat de 20 minutengrens nadert tot voorbij die grens op te rekken.

Via Zorgverzekeraars Nederland heeft de NZa van verzekeraars signalen ontvangen dat veel huisartsen de stelregel hanteren dat er slechts één klacht per consult wordt besproken.¹⁰ Vanuit planbaarheid van zorg voor de huisarts is dit wel begrijpelijk. Het is onwerkbaar als patiënten met vele klachten in één consult komen. Gevolg is wel dat met de stelregel van één klacht per consult, de consultduur zo kort mogelijk wordt, zodat de uuropbrengst hoger komt te liggen.

De niet constante vergoeding per tijdseenheid consult heeft dus een aantal onwenselijke uitkomsten tot gevolg. De NZa neemt een mogelijke oplossing om deze verkeerde prikkels te verminderen in onderzoek. In plaats van onderscheid te maken tussen een kort en lang consult zou de huisarts een consult ook per minuut kunnen declareren, zoals in de GGZ gebruikelijk is. Huisartsen zouden dan dus per één twintigste eenheid consult declareren. De prikkel om een consult zo kort mogelijk te houden dan wel voorbij de 20 minuten te rekken verdwijnt dan, terwijl de verandering inkomsten- en kostenneutraal zou zijn. Dit neemt niet de prikkel weg tot het oprekken van de consultduur, maar maakt wel de consultinkomsten per tijdseenheid constant.

Voor zorgverzekeraars is het dan gemakkelijker om inzicht te verkrijgen in het declaratiegedrag van huisartsen. Immers, huisartsen declareren niet meer standaard 20 minuten of meer dan 20 minuten, maar het werkelijk aantal geleverde minuten. Verschillen tussen het declaratiegedrag van huisartsen worden meer transparant. Voorwaarde voor een dergelijke aanpassing is wel dat het geen onnodige administratieve lasten veroorzaakt. Een goede manier voor zorgverzekeraars om de uitwerking van de verkeerde prikkel tot langer declareren dan de werkelijke consultduur te ondervangen, is het uitvoeren van regelmatige doelmatigheidscontroles. De NZa roept verzekeraars op om deze controles structureel uit te voeren.

Praktijkondersteunende hulp

Sinds 2006 biedt de bekostigingsstructuur ruimte voor inhuur van praktijkondersteuning huisartsen (POH). De praktijkondersteuner kan de huisarts werk uit handen nemen en zorgen dat patiënten langer uit de tweedelijfn blijven. Of een praktijkondersteuner werkelijk tijd bespaart is nog niet aangetoond. Met name bij astma/copd patiënten is er bewijs dat de kwaliteit van de zorg is verbeterd met de komst van de praktijkondersteuner. De betrokken huisartsen werken meer volgens richtlijnen van hun beroepsorganisatie en daarnaast er is ook een verbetering van klinische uitkomsten.¹¹ Sinds 2008 is behalve de reguliere praktijkondersteuner (POH-Somatiek of POH-S) ook het inhuren van een GGZ ondersteuner (POH-GGZ) mogelijk.

⁹ Dit geldt met name voor de huisartsen die een eigen praktijk hebben. Het inkomen van huisartsen in loondienst wordt niet rechtstreeks met de consultduur beïnvloedt.

¹⁰ Huisartsen trachten dit op te leggen aan verzekerden door bijvoorbeeld posters met deze regel in de wachtkamer op te hangen.

¹¹ M. van den Berg, D. de Bakker, Introductie Praktijkondersteuner op HBO-niveau in de huisartsenpraktijk in Nederland, NIVEL 2003

Terwijl huisartsen al veel gebruik maken van de module POH-S kwam de POH-GGZ in 2008 nog niet echt van de grond.¹² De belangrijkste knelpunten waren het geschatte loon van de POH-GGZ en de limitering van het aantal te declareren contacten per patiënt per jaar. Over 2 jaar stromen pas de eerste krachten van de nieuwe POH-GGZ-opleiding tot de arbeidsmarkt toe. Tot die tijd zijn alleen relatief dure arbeidskrachten beschikbaar voor de POH-GGZ functie.

De NZa verruimt daarom het beschikbare loon vanaf 2009 voor een periode van maximaal 2 jaar, zolang de marktomstandigheden dat naar het oordeel van de NZa noodzakelijk maken. Het POH-GGZ tarief dat de huisarts per ingeschrevene kan declareren stijgt daarom van € 0,85 naar € 0,90. Voorts neemt de NZa de limiet op het aantal behandelingen per patiënt in de eerste lijn per 2009 weg. Verder worden de bevoegdheden van de POH-GGZ verruimd en hoeft de GGZ-zorg in de eerste lijn niet per sé via de huisarts te worden gecontracteerd. Hierdoor is de zorg geleverd door de POH-GGZ direct toegankelijk voor de consument en een substituuat van huisartsenzorg.

Declaratiegedrag

Ten tijde van het Vogelaarakkoord is ervan uitgegaan dat huisartsen gemiddeld evenveel van de totale verrichtingen zouden declareren als zij voor 2006 voor particulier verzekerden declareerden. Dit was een declaratiepercentage van 74 procent van de verrichtingen. (NB het declaratiepercentage staat los van de totaal geleverde zorg). In 2006 is het daadwerkelijke declaratiepercentage hoger uitgevallen dan geraamd. Het hogere declaratiepercentage heeft een forse toename van de totale kosten veroorzaakt (daarover meer in hoofdstuk 7). In de eerste helft van 2007 lag het declaratiepercentage minder hoog dan in 2006 maar nog altijd hoger dan geraamd.

Ondernemer en/of huisarts

De huisarts die een eigen praktijk vestigt, is behalve arts ook ondernemer. Hij neemt risico omdat hij afhankelijk is van een goede praktijkvulling en efficiënte bedrijfsvoering voor zijn inkomsten. De gemengde financiering van huisartsen per 2006 heeft tot doel gehad dit ondernemerschap te stimuleren, zodat dit zou leiden tot een versterking van de eerste lijn. De taken van ondernemer en arts kunnen ook worden gescheiden. Een ondernemer neemt de huisarts (of artsen) dan in dienst van de praktijk. De artsen kunnen zich dan op het beoefenen van het beroep richten terwijl de ondernemer het risico neemt en bijvoorbeeld zorgt voor de administratie. Hierdoor worden de administratieve lasten voor huisartsen zelf beperkt. Dergelijke praktijken kunnen behalve de huisarts ook andere zorgverlening in huis halen, zoals fysiotherapie en apotheek. Zo kunnen gezondheidscentra ontstaan. Sectie 3.7 gaat verder in op de eerstelijnsamenwerkingsverbanden.

2.4 Regelgeving verzekerden

De financiële drempel om naar de huisarts te gaan

Vóór de stelselwijziging was grofweg één derde van de bevolking particulier verzekerd. De particuliere verzekeringen dekten niet altijd de huisartsenzorg. Bovendien was een relatief hoog eigen risico gebruikelijk. Particuliere verzekeraars boden namelijk veel korting voor een hoog eigen risico. Daarmee probeerden verzekeraars de relatief gezonde consumenten aan te trekken. Door het vaak hoge eigen risico was de drempel voor particulier verzekerden om naar de huisarts te gaan redelijk hoog. In meerdere onderzoeken is aangetoond dat particulier verzekerden een lagere behoefte hebben aan huisartsenzorg, omdat ze over het algemeen gezonder zijn dan ziekenfondspatiënten. Ziekenfondsverzekerden

¹² Overigens kwam de benutting van de POH-S aanvankelijk ook niet echt van de grond. Pas toen het budget na het Vogelaarakkoord werd losgelaten nam de benutting van de POH-S een vlucht.

daarentegen kenden geen financiële drempel om de huisarts te bezoeken. Huisartsbezoek was frequenter onder ziekenfondsverzekerden dan onder particulier verzekerden.

Het nieuwe verzekeringsstelsel zorgt vooral voor verandering voor de groep voormalig particulier verzekerden. De drempel om gebruik te maken van huisartsenzorg is voor deze groep lager geworden. Iedereen is in de nieuwe basisverzekering gedekt voor de huisartsenzorg, en de huisartsenzorg valt buiten het verplichte eigen risico. Alleen voor verzekerden met een vrijwillig hoger eigen risico zijn er (binnen het eigen risico) kosten verbonden aan de huisartsenzorg. Dit betreft een kleine groep aangezien minder dan 5 procent van de verzekerden kiest voor een vrijwillig hoger eigen risico. Zelfs voor deze kleine groep is de drempel om naar de huisarts te gaan beperkt. De kosten van een consult zijn namelijk relatief laag (€ 9) vergeleken met de consultkosten onder de voormalige particuliere verzekering (€ 24 in 2005). Het inschrijftarief valt niet onder het eigen risico.

Overstappen van verzekeraar geeft concurrentiedruk

Ziekenfondsverzekerden betaalden vóór 2006 een grote inkomensafhankelijke bijdrage, waardoor zij weinig prikkels hadden om een goedkopere verzekeraar te zoeken. Particulier verzekerden waren vóór de stelselwijziging wel al gewend om concurrerende polissen met elkaar te vergelijken. Sinds 2006 kan het voor alle verzekerden lonen om polissen met elkaar te vergelijken. Het zoeken naar een beter aanbod stimuleert de verzekeraars om met elkaar te concurreren. Een competitief aanbod loont dan, aangezien de verzekeraar er nieuwe verzekerden mee kan aantrekken. Verzekeraars kunnen het eigen aanbod competitiever maken door relatief goedkope of kwalitatief betere zorg in te kopen.

In 2006 was het percentage verzekerden dat is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar eenmalig zeer hoog, ongeveer 18 procent. In 2007 is het percentage weer sterk gedaald tot 4,4 procent. In 2008 daalde het verder tot 3,6 procent. De reden die verzekerden hiervoor geven zijn onder meer dat er weinig prijsverschil is tussen verzekeraars en dat zij via een collectief zijn verzekerd en zich niet vrij voelen te switchen. Een vermindering in overstapgedrag en de dreiging c.q. overweging om over te stappen kan er op wijzen dat de druk van consumenten op verzekeraars om met elkaar te concurreren afneemt. Dit effect is echter (nog) niet meetbaar in het prijsniveau van zorgverzekeringopolissen. Deze bevinden zich vooralsnog gemiddeld onder de kostprijs.¹³

2.5 Conclusie

Verzekeraars zijn vrijwel geheel risicodragend voor de kosten van de eerstelijnszorg. Zij hebben daarom in principe wel de prikkel om de eerstelijnszorgverlening tegen een zo gunstig mogelijke prijs/kwaliteit verhouding in te kopen. Er wordt echter vooralsnog weinig onderhandeld met huisartsen over prijs en kwaliteit.

Een doelstelling van de nieuwe bekostigingsstructuur is om zoveel mogelijk substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg op gang te brengen. Dergelijke substitutie is wenselijk vanuit financieel perspectief, als er van wordt uitgegaan dat eerstelijnszorg goedkoper is dan tweedelijnszorg. Het is niet gezegd dat de eerstelijns deze zorg per definitie efficiënter levert dan de tweedelijns. Pas als er sprake is van een level-playing field, waarin prestaties functioneel zijn omschreven, er transparantie is over kwaliteit en de verevening van ziekenhuiszorg is afgebouwd, kunnen eerstelijns- en tweedelijnszorg volledige substituten vormen. In hoeverre de eerstelijns medisch inhoudelijk dezelfde kwaliteit kan leveren als de tweedelijns is vooralsnog niet aangetoond. De

¹³ NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007 en 2008.

consument heeft wel behoefte aan laagdrempelige zorg, die de huisarts dicht bij huis kan bieden.

Huisartsen worden in de nieuwe bekostigingsstructuur met de M&I module geprikkeld om waar mogelijk zorgtaken over te nemen van de tweede lijn. De voor verzekeraars geldende risicoverevening achteraf werkt de substitutie doelstelling echter tegen. Eerstelijnszorg kan voor een verzekeraar namelijk duurder uitpakken dan tweedelijnszorg. Dit komt doordat de verzekeraar vrijwel geheel risicodragend is voor de ingekochte eerstelijnszorg, maar slechts beperkt risicodragend is voor de ingekochte tweedelijnszorg. De komende jaren neemt dit verschil af. De NZa bepleit dat de risicoverevening achteraf voor A-segment ziekenhuiszorg versneld wordt afgebouwd om verzekeraars te prikkelen waar dit een betere prijs-/kwaliteitsverhouding biedt, zorg te substitueren naar de eerstelijnszorg.

Nu de zorg geleverd door een POH-GGZ niet meer via de huisarts hoeft te worden gecontracteerd, is deze zorgaanbieder direct toegankelijk voor de consument en is zijn zorg een substituut van huisartsenzorg.

De huidige bekostigingsstructuur maakt het huisartsen mogelijk korte en lange consulten te leveren, afgestemd op de behoefte van de patiënt aan zorg. De grens ligt bij 20 minuten. De tijdsafhankelijke vergoeding van consulten geeft huisartsen een aantal verkeerde prikkels. De NZa roept verzekeraars op om doelmatigheidscontroles uit te voeren om de uitwerking van deze prikkels te ondervangen.

3. Marktstructuur

3.1 Inleiding

De marktstructuur is voor een belangrijk deel bepalend voor de verhoudingen van huisartsen met verzekeraars en met consumenten. Dit hoofdstuk beschrijft allereerst de marktstructuur. Daarna wordt ingegaan op de verhoudingen tussen de drie partijen op de markt voor huisartsenzorg.

Vervolgens wordt een aantal markttrends beschreven. Het betreft horizontale samenwerking, eerstelijnsamenwerking en verticale samenwerking. Horizontale samenwerking is samenwerking tussen huisartsen. Eerstelijnsamenwerking is samenwerking van verschillende eerstelijnszorgverleners zoals huisartsen, apothekers en fysiotherapeuten. Verticale samenwerking is samenwerking tussen huisarts en verzekeraar.

3.2 Kerngegevens huisartsenzorg

Tabel 1. Verdeling huisartsen tussen zelfstandig gevestigden, HIDHA's en totaal aantal huisartsen ouder dan 50, 55 en 60 jaar per 1 januari 2007

	Totaal	% man	% vrouw
Totaal huisartsen	8.673	65%	35%
Zelfstandig gevestigd	7.641	71%	29%
HIDHA	1.032	18%	82%
Totaal 50+	4.064	82%	18%
Totaal 55+	2.162	88%	12%
Totaal 60+	575	93%	7%

Bron: Nivel

Het Nivel geeft een aantal basisgegevens over huisartsen¹⁴, samengevat in tabel 1. Op 1 januari 2007 zijn er in Nederland 8.673 huisartsen werkzaam, waarvan 7.641 zelfstandig gevestigd en 1.032 werkzaam als huisarts in dienst van een zelfstandig gevestigde huisarts (HIDHA). Van de huisartsen met een eigen praktijk werkt 9 procent in loondienst van een instelling of stichting. Deze worden echter geschaard onder de zelfstandig gevestigden.

35 procent van alle huisartsen is vrouw. 29 procent van de zelfstandig gevestigde huisartsen is vrouw en 82 procent van de HIDHA's is vrouw. In de afgelopen 10 jaar is het aantal vrouwelijke huisartsen bijna verdubbeld.¹⁵

Bijna de helft van de huidige beroepsgroep is ouder dan 50 jaar, mannelijke huisartsen zijn gemiddeld ouder dan vrouwelijke huisartsen: ruim 60 procent van de mannelijke huisartsen is ouder dan 50 jaar, ruim een derde is ouder dan 55 jaar en 10 procent is ouder dan 60 jaar.¹⁶

Onder jongere huisartsen zijn vrouwen relatief sterk vertegenwoordigd. Ook onder de huisartsen in opleiding vertegenwoordigen vrouwen 70 procent van het

¹⁴ L. Hingstman en R.J. Kenens, 2007. *Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2007*. Utrecht, Nivel.

¹⁵ Ibid., p. 8.

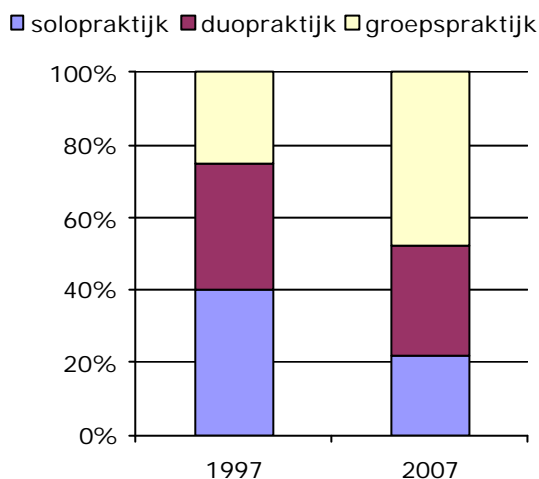
¹⁶ Ibid., p. 12.

totaal.¹⁷ Onder de jongere huisartsen, vooral onder de vrouwelijke huisartsen, wordt meer parttime gewerkt.¹⁸

Op 1 januari 2007 waren er 511 pas afgestudeerde huisartsen die een praktijk zochten om over te nemen, te stichten of op zoek waren naar een HIDHA-schap. Het totaal aantal “zoekende” huisartsen ligt naar verwachting hoger dan 511. Van de 511 pas afgestudeerde huisartsen hadden reeds 141 een plaats als HIDHA en waren 312 werkzaam als waarnemer. Slechts 58 pas afgestudeerde huisartsen zijn ten tijde van de Nivel meting dus op zoek naar een praktijk en tegelijkertijd nog niet werkzaam als huisarts. Van deze 58 huisartsen is 15 man en 43 vrouw.¹⁹

Sinds 2000 neemt het aantal huisartsen dat zich zelfstandig vestigt af. In 2006 startten 224 huisartsen een eigen praktijk terwijl 170 zelfstandig gevestigde huisartsen zijn gestopt. In 2006 nam het totale aantal zelfstandig gevestigde huisartsen met 58 toe. Het totale aantal mannelijke zelfstandig gevestigde huisartsen nam met 43 af, het totale aantal vrouwelijke zelfstandig gevestigde huisartsen nam met 101 toe. In totaal is sprake van een netto toename van bijna 80 fte huisartsen. ²⁰ 30 fte hiervan is zelfstandig gevestigd, 50 fte is HIDHA. De 50 fte toename wordt gevormd door 39 man en 81 vrouw.²¹

Figuur 1. Relatieve verdeling solo-, duo- en groepspraktijken in 1997 en 2007



Bron: Nivel

Figuur 1 toont de ontwikkeling van solo-, duo- en groepspraktijken in het afgelopen decennium. De solopraktijk verliest al jaren aan populariteit. In 2007 heeft nog slechts 22 procent van alle huisartsen een solopraktijk (tien jaar eerder was dat nog 40 procent). De duopraktijkvorm is licht gedaald van 35 procent in 1997 tot 30 procent in 2007. Het percentage huisartsen dat in een groepspraktijk (drie of meer huisartsen) werkt is in tien jaar tijd bijna verdubbeld van 25 procent tot 48 procent.²²

De huisartsendichtheid is gemiddeld 2.419 inwoners per fte huisarts.²³

¹⁷ Ibid., p. 21.

¹⁸ Ibid., p. 15. Onder mannelijke huisartsen is het gemiddelde aantal fte dat gewerkt wordt 0,86, onder vrouwelijke huisartsen 0,57. Het verschil ontstaat vooral tussen zelfstandig gevestigde huisartsen. Onder zelfstandige artsen is het gemiddelde aantal fte 0,88 (man) en 0,66 (vrouw), onder HIDHA's is het gemiddelde aantal fte 0,43 (man) en 0,40 (vrouw).

¹⁹ Ibid., p. 27.

²⁰ Obv de assumptie dat de uitredende (mannelijke) huisartsen gemiddeld meer fte werken dan de gemiddelde mannelijke huisarts, kan obv Ibid, p. 18 en cijfers Nivel 2006 worden berekend dat de totale toename in HIDHA's en zelfstandig gevestigde huisartsen op 56 fte komt ipv 80 fte hier genoemd.

²¹ Ibid., pp. 9-11.

²² Ibid., p. 13.

²³ Berekening Nivel obv Ibid.

Tabel 2 Aantal inwoners per fte huisarts per provincie

Provincies	Aantal Inwoners	Aantal fte huisarts	Gemiddeld aantal inwoners per fte huisarts
Groningen	573.614	238	2.410
Friesland	642.209	277	2.318
Drenthe	486.197	211	2.304
Overijssel	1.116.374	448	2.492
Flevoland	374.424	162	2.311
Gelderland	1.979.059	831	2.382
Utrecht	1.190.604	501	2.376
Noord-Holland	2.613.070	1.108	2.358
Zuid-Holland	3.455.097	1.400	2.468
Zeeland	380.497	154	2.471
Noord-Brabant	2.419.042	965	2.507
Limburg	1.127.805	467	2.415
<i>Nederland</i>	<i>16.357.992</i>	<i>6.762</i>	<i>2.419</i>

Bron: Berekening Nivel

Bijna 62 procent van de praktijken heeft een POH in dienst. Dit is een vertienvoudiging ten opzichte van 6 procent in 2001.²⁴

Op de markt voor huisartsenzorg zijn het de verzekeraars die de zorg inkopen. De daadwerkelijke zorgvraag ontstaat echter bij de consumenten. In de volgende paragrafen komen daarom zowel de verhoudingen tussen verzekeraars en huisartsen als tussen consumenten en huisartsen aan bod.

3.3 Verhouding verzekeraars vis-à-vis huisartsen

De markt voor zorgverzekeringen is sterk geconcentreerd – de vier grootste verzekeraars vertegenwoordigen bijna 90 procent van de markt. Zorgverzekeraars lijken daarom machtig tegenover de 8.673 huisartsen (4.321 praktijken) in 2007. In onderhandelingen staan huisartsen niettemin sterk tegenover verzekeraars. Vijf factoren liggen hieraan ten grondslag:

1. Schaarste van huisartsen;
2. Kleine geografisch relevante markt;
3. Langdurige relatie met patiënt;
4. Intransparantie van kwaliteit;
5. Poortwachterrol van de huisarts;

Ad 1. Schaarste van huisartsen

Op 1 januari 2007 was het aantal inwoners per fte huisarts (de huisartsendichtheid) gemiddeld 2.419. De huisartsendichtheid is het laagst (2.304) in Drenthe en het hoogst (2.507) in Noord-Brabant.²⁵

De rekennormpraktijk gaat uit van een praktijkomvang van 2.350 verzekerden.²⁶ Het aantal inwoners per huisarts ligt gemiddeld iets boven de verwachte praktijkomvang.

²⁴ Ibid., p. 14.

²⁵ Berekening Nivel obv Ibid.

²⁶ NZa, 1 januari 2006, Beleidsregel CV-5000-3.0.1.-2, "De rekennormpraktijk in de berekening van de maximum inschrijvingsstarieven voor huisartsenhulp in de totale praktijk".

De komende jaren heeft de vergrijzing grote invloed op de beschikbaarheid van huisartsen. De vergrijzing heeft op twee manieren invloed. Ten eerste zorgt de vergrijzing van de bevolking naar verwachting voor een toename van de zorgvraag. Ten tweede is de huisartsenberoepsgroep zelf ook gevoelig voor vergrijzing. De uittredende huisartsen zijn overwegend mannelijk terwijl de toestroom overwegend vrouwelijk is. De uitstroom van huisartsen is de komende anderhalve decennia hoog terwijl de overblijvende huisartsen juist minder willen werken. Deze factoren kunnen de komende jaren zorgen voor een toenemende schaarste van huisartsen.

Met voldoende toestroom tot de markt van nieuw opgeleide huisartsen kan de hierboven genoemde uittreding worden opgevangen. Het Capaciteitsorgaan adviseert de Minister van VWS ondermeer over het aantal opleidingsplaatsen dat voor huisartsen beschikbaar moet worden gesteld. In het advies 2008 (ten behoeve van de opleidingsplaatsen in 2009 en 2010), geformuleerd door een werkgroep bestaande uit representanten van de beroepsgroep en zorgverzekeraars, wordt met alle bovengenoemde factoren rekening gehouden. Volgens het Capaciteitsorgaan is de markt in balans of is er momenteel zelfs sprake van een overschot aan praktijkzoekende huisartsen. Het Capaciteitsorgaan signaleert ook een verborgen capaciteit op basis van het grote aantal huisartsen dat niet fulltime werkt. De vraag is of deze huisartsen later in hun loopbaan bereid zijn meer uren te werken.

Het Capaciteitsorgaan signaleert tevens dat het aantal huisartsenvacatures in 2007 een sterke toename vertoont.²⁷ Het gaat daarbij specifiek om vacatures voor HIDHA's en langdurige waarnemingen. Het Capaciteitsorgaan ziet het grotere aantal vacatures voor HIDHA's voornamelijk als teken dat meer huisartsen minder uren willen gaan werken. De inzet van een HIDHA kan daarbij interessant zijn. Het Capaciteitsorgaan interpreteert de toename aan vacatures daarom niet als signaal dat huisartsen de vraag niet aan zouden kunnen en houdt daarmee in zijn advies betreffende het aantal opleidingsplaatsen dan ook geen rekening.

De grote toename van het aantal vacatures alsmede de te verwachten invloed van de vergrijzing en de behoefte van jonge toetredende huisartsen om parttime te werken zijn aanwijzingen voor een toenemend tekort aan huisartsen. De NZa acht een tekort aan huisartsen zeer onwenselijk. Een groter aantal beschikbare opleidingsplaatsen kan dit tekort wellicht voorkomen. Daarnaast kan het functioneel omschrijven van zorgprestaties mogelijkheden vergroten voor andere zorgaanbieders huisartsenzorg te kunnen leveren zoals huisartsen die plegen te bieden.

Ad 2. Kleine geografische markt

Landelijk bekeken staan vier grote verzekeringsconsortia (plus een aantal kleinere) tegenover 8.673 huisartsen. Op basis daarvan lijkt de zorgverzekeraar machtig. De relevante markt van iedere huisarts is echter in geografisch opzicht klein.²⁸ Patiënten hechten er over het algemeen aan om de huisarts nabij te hebben. Een huisarts moet zelf ook rekening houden met de reisafstand tot de patiënt, omdat de huisarts een visite moet kunnen afleggen. Het aantal beschikbare huisartsen binnen een redelijke straal kan daarom voor veel consumenten klein zijn. Schaalgrootte is daarom geen goede indicatie van de machtsverhouding tussen huisarts en zorgverzekeraar.

Ad 3. Vaste en langdurige relatie met consument

Voor veel consumenten is de relatie met de huisarts een langdurige. De huisarts geniet in dat geval over het algemeen ook het vertrouwen van de patiënt. De relatie tussen consument en zorgverzekeraar is minder hecht dan die tussen consument en huisarts. De huisarts kan de consument daarom beïnvloeden in diens keuze voor een zorgverzekering. Zorgverzekeraars erkennen dat zij

²⁷ 446 in 2007 tegenover 242 in 2006 (cijfers van de Arbeidsmarktmonitor Medisch Contact).

²⁸ De relevante markt is niet in mededingingsrechtelijke zin afgebakend.

nauwelijks kans hebben om tussen de relatie patiënt-huisarts te komen en zijn erop gericht om een lange termijn relatie met huisartsen aan te gaan onder het adagium “partner in de zorg” samen op te trekken in hun relatie met de consument.²⁹

Ad 4. Kwaliteit niet transparant

Kwaliteitsverschillen tussen huisartsen zijn doorgaans niet bekend. Er zijn (nog) geen prestatie-indicatoren ingevoerd op basis waarvan de consument kan kiezen voor een huisarts. Daardoor kiezen consumenten over het algemeen niet voor een huisarts op basis van diens daadwerkelijke kwaliteit. Het lukt verzekeraars nog niet goed om consumenten te sturen in hun keuze voor een huisarts op basis van kwaliteit. Hoofdstuk 4 gaat hier verder op in.

Ad 5. Poortwachterrol

De huisarts heeft een poortwachterrol in de zorgverlening. De huisarts is bij veel zorgvragen het eerste aanspreekpunt. Hij verwijst zondig door naar andere eerstelijnszorg of naar de tweedelijnszorg. Deze poortwachterrol is voor verzekeraars en de overheid zeer belangrijk. Een effectieve poortwachter kan de verzekeraar veel onnodige kosten besparen. In dat opzicht zijn verzekeraars afhankelijk van huisartsen. Deze afhankelijkheid kan worden verminderd doordat ook fysiotherapeuten, bedrijfsartsen en sportartsen de rol van poortwachter op zich nemen.

Voor verzekeraars is een goed functionerende huisarts om bovengenoemde redenen van groot belang. De verzekeraar kan het functioneren van huisartsen op twee manieren beïnvloeden.

1. Door consumenten te sturen in de keuze voor kwalitatief goede huisartsen;
2. Door huisartsen te helpen bij het doorverwijzen van de patiënt naar kwalitatief goede tweedelijnszorg.

Voor beide doelen van de verzekeraar is transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg essentieel. Hoofdstuk 4 gaat daar nader op in.

3.4 Verhouding consumenten vis-à-vis huisartsen

Terwijl verzekeraars voor de geleverde zorg betalen, ontstaat de zorgvraag bij de consument. Het huisartsenaanbod binnen een redelijke afstand van de consument kan beperkt zijn. In dunbevolkte gebieden is de keuzemogelijkheid van consumenten beperkter. Dit geldt voor circa één vijfde van de totale bevolking.³⁰ Huisartsenpraktijken kunnen consumenten ook weigeren omdat de praktijk al vol zit. Dit kan de keuzemogelijkheden van consumenten verder beperken.

Zelfs wanneer een consument tussen meerdere huisartsen kan kiezen is er nu nog weinig vergelijkingsmateriaal beschikbaar. De prijs van huisartsenzorg is voor de consument van ondergeschikt belang (deze varieert niet per huisarts en is vrijwel altijd gedekt door de basisverzekering). De kwaliteit is niet inzichtelijk. Zelfs als een consument ontevreden is over zijn huisarts weet hij niet zeker of een andere huisarts beter zal zijn.

Huisartsen die elkaar waarnemen spreken vaak af dat ze de patiënten van elkaar niet zullen overnemen. Dit zorgt ook voor een overstapdrempel- mocht een

²⁹ Monitor Zorgverzekeringsmarkt, NZa, juni 2006

³⁰ Het CBS maakt onderscheid naar vijf stedelijkheidsklassen. De bevolkingsverdeling is per klasse in 2007 als volgt: 3,1 miljoen in zeer sterk stedelijk gebied, 3,7 miljoen in sterk stedelijk gebied, 3,0 miljoen in matig stedelijk gebied, 3,2 miljoen in weinig stedelijk gebied en 3,3 miljoen in niet stedelijk gebied. Het Nivel rapporteert de verdeling van huisartsen over dezelfde vijf stedelijkheidsklassen. Op basis daarvan is becijferd dat in de niet stedelijke gebieden gemiddeld 3,2 huisartsen beschikbaar zijn per 10.000 inwoners. In de andere vier stedelijkheidsklassen ligt dit aantal tussen de 5,1 en 6,5 huisartsen per 10.000 inwoners.

patiënt de waarnemende huisarts beter vinden, kan hij toch niet overstappen. Dit beperkt de toegankelijkheid van zorg voor de patiënt.

De consument kan dus niet voor een huisarts kiezen op basis van objectieve kwaliteitsverschillen. Daardoor ontstaat nog weinig druk op huisartsen om zich van elkaar te onderscheiden.

3.5 Verhouding consumenten vis-à-vis verzekeraars

De verhouding tussen consument en verzekeraar heeft indirect ook invloed op de prijs en kwaliteit van huisartsenzorg. Een kritische consument vergelijkt het aanbod van verzekeraars en kiest het gunstigste aanbod. Wanneer genoeg consumenten dat doen worden verzekeraars gedwongen om met elkaar te concurreren teneinde de positie op de markt te verdedigen of te versterken. Concurrentie leidt er toe dat de verzekeraars zich van elkaar proberen te onderscheiden, bijvoorbeeld met een lagere prijs of met een kwalitatief hoogwaardiger aanbod. Er ontstaat dan druk op de verzekeraars om kwalitatief goede of scherp geprijsde zorg in te kopen.

Een vermindering in overstapgedrag en de dreiging c.q. overweging om over te stappen kan er op wijzen dat de druk van consumenten op verzekeraars om met elkaar te concurreren afneemt. Dit effect is echter (nog) niet meetbaar in het prijsniveau van zorgverzekeringsspolissen. Dit bevindt zich vooralsnog gemiddeld onder de kostprijs.³¹

Zorgverzekeraars erkennen dat voor consumenten de relatie met hun huisarts hechter is dan die met de zorgverzekeraar. Het is de huisarts die de verzekeraar marktaandeel kan bezorgen, dit kan voor zorgverzekeraars een reden zijn om een langdurig samenwerkingsverband met huisartsen aan te gaan, zoals Menzis en Agis dit hebben gedaan door het stichten van gezondheidscentra.

3.6 Horizontale samenwerking huisartsen

De gemiddelde praktijkgrootte van huisartsen neemt al jaren toe. De solopraktijk komt steeds minder veel voor, het aantal duo-praktijken daalt licht en het aantal groepspraktijken neemt toe. De schaalvergroting biedt voordelen op het gebied van planning en toegankelijkheid. Met meer artsen in de praktijk ontstaat bijvoorbeeld meer ruimte voor deeltijdwerk en is het eenvoudiger om ruimere openingstijden te bieden. Een grotere praktijk kan tevens schaalvoordelen bieden op het gebied van gedeelde kosten (van bijvoorbeeld de vaste kosten van de praktijk en gedeelde praktijkondersteuning). De gesignaleerde schaalvergroting staat vermoedelijk los van de nieuwe bekostigingsstructuur, aangezien deze trend al sinds 1970 zichtbaar is.

Huisartsen werken ook met elkaar samen op het gebied van de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Huisartsen aangesloten bij de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zijn automatisch lid van hun regionale LHV-kring van circa 300 leden. Op deze manier staan huisartsen sterker bij onderhandelingen over basisovereenkomsten met de zorgverzekeraar en worden de administratieve lasten voor huisartsen beperkt die gepaard zouden gaan met individuele onderhandelingen.

Een belangrijke ontwikkeling op het gebied van de horizontale samenwerking zijn de zorggroepen. Een zorggroep is een samenwerkingsorganisatie van hoofdzakelijk huisartsen. Zorggroepen richten zich op de uitvoering van (keten)zorgprogramma's voor chronische zorg zoals diabeteszorg. De zorggroepen maken daartoe contractafspraken met zorgverzekeraars over het leveren van

³¹ NZa, Monitor Zorgverzekeringmarkt 2007 en 2008.

(multidisciplinaire) chronische zorg. Naar schatting behoort tussen de 70 en 80 procent van alle huisartsen inmiddels tot een zorggroep.

In totaal zijn er circa 90 zorggroepen. Uit het rapport "Nulmeting Zorggroepen"³² blijkt dat de gemiddelde zorggroep 76 huisartsen telt met uitschieters tot meer dan 200 huisartsen. De zorggroepen zijn redelijk gelijkmatig door Nederland verdeeld. Vrijwel alle zorggroepen richten zich op diabeteszorg en ruim twee derde richt zich op astma/COPD. Aan een zorgprogramma diabeteszorg nemen gemiddeld 76 huisartsen deel. De meeste zorggroepen zijn in 2006 en 2007 ontstaan. De macht van zorggroepen wordt door gezondheidscentra als groot ervaren. Onderhandelingen die via de zorggroep lopen mogen geen sluiproute worden voor een collectivisering van onderhandelingen over de individuele prijs en prestaties van huisartsen. Het onderhandelen over complexe producten zoals de diabeteszorg leidt tot minder transparantie en kan leiden tot selectie van patiënten. De NZa is hier alert op en volgt de ontwikkelingen op de voet.

De ontwikkeling van zorggroepen heeft naar verwachting belangrijke voordelen voor de organisatie van de chronische zorg in de eerste lijn.

3.7 Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn

De Oriënterende Monitor Huisartsenzorg signaleerde al dat samenwerking niet alleen tot huisartsen beperkt is. Er vindt ook samenwerking plaats met andere zorgaanbieders in de eerste lijn, zoals fysiotherapeuten, apothekers, en de GGZ. De samenwerkingsvorm is meestal het gezondheidscentrum.

Een gezondheidscentrum betreft een samenwerking van eerstelijnszorgverleners op één locatie. Over het algemeen biedt een gezondheidscentrum naast de reguliere zorg van de deelnemende zorgaanbieders meerdere programma's aan. Een gezondheidscentrum kan patiënten multidisciplinaire zorg bieden waarmee de patiënt in sommige gevallen effectiever in de eerste lijn kan worden behandeld. Dit aangezien alle zorg rondom de patiënt wordt georganiseerd, met coördinatie tussen de verschillende zorgaanbieder en de patiënt aan een loket alle zorg krijgt die hij behoeft. Meerdere verzekeraars hebben aangegeven dat patiënten ingeschreven bij gezondheidscentra gemiddeld in totaliteit minder kosten. De patiënt komt door de integratie van zorg minder snel in de kostbaardere tweedelijnszorg terecht. Het komt ook voor dat gezondheidscentra specialisten uit de tweede lijn in dienst hebben. Het resultaat is zogenaamde anderhalvelijnszorg (zie Box 1).

Gezondheidscentra werden tot 2007 middels een subsidie gefinancierd die werd uitgevoerd door het CVZ. Sinds 2007 worden de gezondheidscentra met de module geïntegreerde eerste lijn onder de beleidsregel samenwerking gereguleerd. Verzekeraars maken afspraken met gezondheidscentra ("gestructureerde samenwerkingsverbanden") over het zorgprogramma dat per patiënt wordt geleverd voor een tarief per patiënt dat in de overeenkomst wordt afgesproken. De prestatie is hier dus samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten. In de praktijk betaalt de dominante verzekeraar in de regio van het gezondheidscentrum zo voor de meerkosten van het gezondheidscentrum bovenop de reguliere zorg. Met het oog op de functiegerichte bekostiging wordt de bekostiging van gezondheidscentra op termijn vervangen door de bekostiging van ketenzorg.

³² J.E. de Wildt en G.L. Leusink, oktober 2008, "Nulmeting Zorggroepen", LVG.

Box 1: Anderhalvelijnszorg²⁵

Samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn (zoals huisartsen en specialisten), oftewel *anderhalvelijnszorg*, is een opkomend verschijnsel. 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 volgens het centrum een aantal voordelen. Het 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.

Innovatie

Sinds 1 januari 2007 kunnen zorgaanbieders en verzekeraars experimenteren met nieuwe zorgprestaties. Hiertoe is een beleidsregel opgesteld.³³ Om de nieuwe zorgprestatie in rekening te kunnen brengen, moet het experiment worden aangemeld bij de NZa. Het moet daarbij gaan om een "kortdurend en kleinschalig" experiment. Kortdurend is gedefinieerd als zijnde niet langer dan 3 jaar. Kleinschalig betekent dat niet alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars deelnemen. Vanaf 1 juli 2008 geldt de beleidsregel ook voor de AWBZ. Het doel van de beleidsregel is om door innovatie een betere prijs / kwaliteit verhouding in de zorglevering rondom de patiënt te realiseren.

Tussen 1 januari 2007 en 1 november 2008 zijn 144 experimenten gestart. Van de experimenten betreffen 86 diabeteszorg, 19 multidisciplinaire zorg anders dan diabeteszorg (zoals COPD/astma) en 39 overige soorten zorg.

In 2010 lopen de eerste innovatie-experimenten af. Het betreft in 2010 61 experimenten, voornamelijk op het gebied van de multidisciplinaire zorg. Deze experimenten worden geëvalueerd om te bepalen of er een landelijke reguliere prestatie uit zal volgen. De NZa stelt hiertoe in 2009 een toetsingskader op. Momenteel heeft de NZa nog geen zicht op de toegevoegde waarde van deze experimenten.

3.8 Verticale samenwerking huisartsen en verzekeraars

Verzekeraars kunnen belang hebben bij een vergaande samenwerking met huisartsen. De verwachting is dat zorgverzekeraars een verticaal samenwerkingsverband willen om efficiency voordeel te behalen en/of de poortwachterrol van de huisarts te optimaliseren. De meest vergaande vorm van samenwerking is door middel van verticale integratie. Dit komt in de praktijk nog maar zelden voor. Eén voorbeeld is Zorgverzekeraar Menzis die gezondheidscentra heeft in Groningen en Arnhem. Menzis bezit in Groningen een aanzienlijk marktaandeel. Een nadeel van verticale integratie kan dan zijn dat de verzekeraar twee petten op heeft, hij wordt zorgverkoper en zorginkoper. Hij mist hierdoor een countervailing power. Als zorginkoper wil hij de beste zorg contracteren voor zijn patiënten, als zorgverkoper heeft hij er baat bij een nieuwe zorgaanbieder uit te sluiten en zelf de patiënten aan zich te binden.³⁴ Theoretisch bestaat ook de kans op uitsluiting en weigering van patiënten die geen zorgverzekering bij Menzis

³³ NZa, 1 juli 2008, Beleidsregel CV-7000-4.0.-2/CA 276 "Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties".

³⁴ Verzekeraars horen niet in ziekenhuizen, Edith Schippers en Sweder van Wijnbergen, NRC Handelsblad, 31 januari 2009.

hebben. Doordat huisartsen zonder contract ook zorg aan patiënten van andere verzekeringsmaatschappijen kunnen leveren, zal dit effect zich niet gauw voordoen. Uit onderzoek van Nivel blijkt inderdaad dat de huisartsen in het gezondheidscentrum in Groningen onafhankelijk en autonoom ten opzichte van Menzis opereren. Op grond van interviews met betrokken huisartsen concludeert Nivel dat van inmenging door de verzekeraar in het zorgproces geen sprake is. De regie ligt wat dit betreft eerder bij de huisartsen³⁵.

De voorbeelden van verticale integratie van huisartsen en verzekeraars zijn buiten de gezondheidscentra gering. Het is de vraag of de efficiencyvoordelen van verticale integratie voor verzekeraars groot zijn. Onder huisartsen is een trend van schaalvergroting waarneembaar, maar die schaalvergroting kan voornamelijk worden verklaard uit het inspelen op de demografische ontwikkelingen van huisartsen en de behoefte aan meer geïntegreerde zorg.

Ook zonder verticale integratie kunnen huisarts en verzekeraar samenwerken. Contracten tussen huisarts en zorgverzekeraar betreffende zorglevering binnen de modules M&I zijn voorbeelden van dergelijke samenwerking. Een voorbeeld van verticale samenwerking is hoe sommige verzekeraars een aantal huisartsen extra belonen voor zinnig en zuinig voorschrijven. Volgens die verzekeraars zijn de betrokken huisartsen hierdoor bewuster gaan voorschrijven.

Verzekeraars onderhandelden ook al vóór de stelselherziening in 2006 met huisartsen over zuinig voorschrijven, minder verwijzen en substitutie naar de tweede lijn. De onderhandelingspositie van verzekeraars is sinds de stelselherziening mogelijk iets verbeterd. Voor een deel omdat huisartsen voor een aantal prestaties afhankelijk zijn van overeenkomsten 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.

3.9 Conclusie

De markt van huisartsenzorg kent geen grote tekorten of overschotten. De gemiddelde praktijkgrootte ligt dicht bij de rekennorm en er is slechts een klein aantal praktijkzoekende huisartsen dat momenteel nog niet als huisarts werkzaam is.

De komende jaren gaan relatief veel mannelijke huisartsen met pensioen terwijl de nieuwe instroom overwegend uit vrouwelijke huisartsen bestaat. Dit is relevant omdat vrouwelijke huisartsen over het algemeen meer parttime werken dan de mannelijke huisartsen. De vergrijzing zorgt naar verwachting ook voor een toename van de vraag naar huisartsenzorg. Deze factoren gecombineerd kunnen de komende jaren voor een tekort aan huisartsen zorgen. Naar verwachting dempt een tekort de prikkel op de individuele huisarts om met andere huisartsen te concurreren om consumenten.

Uit bovenstaande ontwikkelingen concludeert de NZa dat de komende jaren een tekort aan huisartsenzorg zal ontstaan. Dit vindt de NZa een negatieve ontwikkeling. Om deze ontwikkeling te keren is het van belang dat drempels voor toetreding van huisartsen worden geslecht. Het vergroten van het aantal opleidingsplaatsen zou hiertoe een middel kunnen zijn, evenals het functioneel omschrijven van zorgprestaties, zodat ook andere zorgaanbieders huisartsenzorg kunnen leveren zoals huisartsen die plegen te bieden. De NZa zal dit jaar

³⁵ M.J. van den Berg, M.A. Koopmanschap, D.H. de Bakker, R.A. Verheij. *Samenwerking en substitutie in gezondheidscentrum West*, NIVEL 2007

voorstellen doen om de eigen beleidsregels aan te passen zodat andere zorgaanbieders ook huisartsenzorg kunnen leveren.

Zorgverzekeraars erkennen dat voor consumenten de relatie met hun huisarts hechter is dan die met de zorgverzekeraar. Het is de huisarts die de verzekeraar marktaandeel kan bezorgen, dit kan voor zorgverzekeraars een reden zijn om een langdurig samenwerkingsverband met huisartsen aan te gaan.

Er is een ontwikkeling gaande naar meer eerstelijnsamenwerkingsverbanden en vormen van zogenaamde integrale zorg. Dit was een specifieke doelstelling van de nieuwe bekostigingsstructuur. De samenwerkingsverbanden ontstaan met name in de vorm van zorggroepen en gezondheidscentra. De innovatie-experimenten maken het mogelijk om op beperkte schaal en voor beperkte duur te experimenteren met ketenzorgproducten als integrale prestaties tegen een integraal tarief. De eerste resultaten worden begin 2010 verwacht. Onderhandelingen die via de zorggroep lopen mogen geen sluiproute worden voor een collectivisering van onderhandelingen over de individuele prijs en prestaties van huisartsen. Het onderhandelen over complexe producten zoals de diabeteszorg leidt tot minder transparantie en kan leiden tot selectie van patiënten. De NZa is hier alert op en volgt de ontwikkelingen op de voet.

Uit het kostenonderzoek huisartsenzorg zal blijken of grotere samenwerkingsverbanden (horizontaal dan wel verticaal) efficiënter zijn dan solo- of tweepersoonspraktijken. Aan de hand van de uitkomst hiervan kunnen efficiencyprikkelers worden ingezet.

4. Kwaliteit

4.1 Inleiding

Transparantie van kwaliteit is essentieel voor het maken van een keuze tussen zorgaanbieders, zowel voor verzekeraars als voor consumenten. Dit hoofdstuk gaat daarom in op de ontwikkelingen rondom transparantie van de huisartsenzorg.

Consumenten hebben over het algemeen nog bijna geen zicht op de kwaliteitsverschillen van de beschikbare zorg. Dergelijk zicht ontstaat ook niet op individueel niveau wegens de meestal grote informatieasymmetrie tussen patiënt en zorgaanbieder.

De verzekeraars hebben als zorginkoper ook veel belang bij inzicht in kwaliteit. Als verzekeraars voldoende inzicht in kwaliteit krijgen kunnen zij de verzekerden sturen in de keuze voor een zorgaanbieder. Ook geeft het verzekeraars beter inzicht in de kwaliteitsverschillen tussen dezelfde zorg geleverd in de tweedelijns in verhouding tot de eerstelijns. Keuzes gemaakt op basis van kwaliteitsverschillen kunnen druk uitoefenen op zorgaanbieders om de kwaliteit te verhogen. Als zorgaanbieders hun betere kwaliteit kunnen aantonen, leidt dit tot meer omzet.

Dit mechanisme is van belang zowel bij de keuze van huisarts als bij de keuze van tweedelijns zorgaanbieder. De huisarts speelt bij de keuze van tweedelijns zorgaanbieder een belangrijke rol omdat hij de patiënt kan helpen bij zijn keuze voor een specifieke zorgaanbieder in de tweedelijns.

4.2 Transparantie van kwaliteit van huisartsen

Als consumenten kiezen voor een huisarts op basis van diens kwaliteit dan kan dat de gemiddelde kwaliteit van huisartsenzorg bevorderen. Verzekeraars hebben daar als inkopers van de zorg baat bij omdat het de kosten kan verlagen. Ten eerste kan een betere huisarts simpelweg zorgen voor minder kosten voor verzekeraars (bijvoorbeeld omdat hij patiënten beter helpt zodat zijn patiënten gemiddeld minder vaak terugkomen). Ten tweede kan transparantie over kwaliteit de verzekeraar een weloverwogen keuze bieden voor een huisarts of tweedelijnszorg en besluiten waar de beste prijs-/kwaliteitsverhouding in te kopen. Dit onder voorwaarde van gelijke bekostiging van gelijke prestaties en afbouw risicoverevening.

Verzekeraars kunnen bijdragen aan de keuze op basis van de kwaliteit. Dit kunnen zij doen door de kwaliteit voor consumenten inzichtelijk te maken en door consumenten te adviseren in de huisartsenkeuze op basis van de voor de verzekeraar zichtbare kwaliteitsverschillen.

Prestatie-indicatoren voor de gehele huisartsenzorg zijn momenteel niet algemeen ingevoerd in de huisartsenzorg. Hieronder wordt een aantal initiatieven beschreven die tot doel hebben de kwaliteit van de huisartsenzorg te bevorderen en transparant te maken.

NHG-accreditering

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft een systeem voor praktijkaccreditering ontwikkeld om kwaliteit en transparantie in de zorg te stimuleren. Praktijken die het accrediteringstraject van het 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.³⁶ De NZa vindt dit weinig.

Consumer Quality Index

De Consumer Quality Index (CQI) is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van ervaringen van klanten met de zorg. Het meet niet de medische kwaliteit maar de klantervaringen. Metingen met de CQI leveren bijvoorbeeld input voor de website 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.³⁷

In 2005-2007 is de CQI voor de huisartsenzorg ontwikkeld. De CQI 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 zijn positief: met behulp van de CQI worden huisartsenpraktijken op een zinvolle manier met elkaar vergeleken.³⁸ Tot op heden zijn huisartsenpraktijken niet onderling vergelijkbaar op basis van de CQI huisartsenzorg.

Kwaliteit voorschrijfgedrag huisartsen

DGV, het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, heeft in opdracht van het ministerie van VWS een benchmark over het voorschrijfgedrag van huisartsen ontwikkeld. De Benchmark Voorschrijven brengt (de kwaliteit van) het voorschrijven van huisartsen in Nederland in kaart met behulp van aan de NHG-standaarden ontleende indicatoren. De benchmark is een maat voor de algehele kwaliteit maar biedt (nog) geen keuzeondersteuning voor consumenten.

De benchmark berekent op landelijk en regionaal niveau scores voor de kwaliteit van voorschrijven.³⁹ 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.

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.⁴⁰

Pilot benchmarking huisartsenzorg

Het pilotproject Benchmarking 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 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.⁴¹

³⁶ Bron: Franchimont e.a., 2007.

³⁷ Bron: www.nivel.nl

³⁸ Bron: Meuwissen, De Bakker, 2008.

³⁹ In de eerste versie van de benchmark (2006) waren dit 9 indicatoren, in 2007 19 indicatoren en voor 2008 25 indicatoren (DGV, 2007).

⁴¹ Bron: 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 te ontwikkelen en evalueren voor 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 deel van de accrediteringsgegevens van het NHG als uitgangspunt genomen. Vanuit de pilot is de CQI voor de huisartsenzorg verder ontwikkeld.⁴²

Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg

De Stuurgroep Transparantie in de Huisartsenzorg (STH) is ontstaan vanuit het hierboven beschreven pilotproject benchmarking huisartsenzorg. Doel van de Stuurgroep is de landelijke invoering van benchmarking. De Stuurgroep werkt onder andere aan het uniformeren van de prestatie-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 CQI, 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). STH is opgegaan in Zichtbare Zorg.

Programma Zichtbare Zorg

Om de verschillende zorg sectoren te ondersteunen bij het transparant maken van de kwaliteit van zorg heeft de IGZ in opdracht van het ministerie van VWS het programma Zichtbare Zorg opgericht. Het programma ondersteunt de sectoren en verbindt de ontwikkelingen. Daarnaast zet het programma zich in om maximaal te waarborgen dat de gepubliceerde informatie valide, betrouwbaar en daadwerkelijk vergelijkbaar is.⁴³ Zichtbare Zorg heeft als doel bij introductie van meer transparantie over kwaliteit te zorgen dat de administratieve belasting beperkt blijft. Het Programma Zichtbare Zorg zorgt voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. Die zijn als bijlage van de zorgstandaarden ontwikkeld voor Diabeteszorg, COPD en Vasculair Risicomanagement. De NZa participeert in de workshop ketenindicatoren.

Voorbeeld fysiotherapie

De kwaliteit van fysiotherapeutische zorg is met de nieuw ontwikkelde prestatie-indicatoren vanaf 2009 onderling vergelijkbaar voor zowel consumenten, zorgverzekeraars, fysiotherapeuten als toezichthouders (zie). De fysiotherapie is naast de openbare farmacie de enige eerstelijnszorgaanbieder waarvoor prestatie-indicatoren zijn ontwikkeld. Het kan als voorbeeld dienen voor de andere eerstelijnszorg.

⁴² Ibid.

⁴³ Bron: www.zichtbarezorg.nl

Box 2: Kwaliteit van fysiotherapie transparant

De fysiotherapeuten zijn sinds 2005 pioniers van liberalisering in de zorg en hebben deze pioniersmentaliteit ook getoond in het project prestatie-indicatoren fysiotherapie. In goede samenwerking is het gelukt een breed gedragen verzameling prestatie-indicatoren te ontwikkelen voor fysiotherapie. Hiermee wordt het mogelijk in 2009 de benodigde transparantie in kwaliteit landelijk tot stand te brengen.

Sinds 1 februari 2005 gelden voor zelfstandig gevestigde fysiotherapeuten vrije prijzen, eerst als experiment en sinds 1 januari 2008 definitief. De hiervoor benodigde transparantie is in principe een taak van de markt zelf. Omdat de markt zelf niet in staat bleek om de kwaliteitsverschillen inzichtelijk te maken, heeft de NZa in 2007 de regie op zich genomen in een gezamenlijk project met fysiotherapeuten (KNGF), zorgverzekeraars (ZN), patiënten (NPCF) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het doel van het project is nu bereikt: een breed gedragen verzameling prestatie-indicatoren is ontwikkeld, getoetst en beschikbaar.

De prestatie-indicatoren zijn ontwikkeld door IQ Healthcare van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen en het Centre for Evidence Based Physiotherapie van de Universiteit Maastricht. ITS, een onafhankelijk instituut verbonden aan de St. Radboud Universiteit Nijmegen ontwikkelt de internetapplicatie die in de praktijktoets is gebruikt voor het verzamelen van informatie onder fysiotherapeuten en patiënten. Alle betrokken partijen hebben zich ingespannen voor het behaalde resultaat en zijn sterk gemotiveerd de transparantie landelijk tot stand te brengen.

Het project is recentelijk overgedragen aan de IGZ – programma directie Zichtbare Zorg. Onder regie van Zichtbare Zorg zal een Stuurgroep waarin KNGF, ZN, NPCF en IGZ vertegenwoordigd zijn, gezamenlijk invulling geven aan een landelijke implementatie van de kwaliteitsindicatoren fysiotherapie. De NZa zal als toezichthouder blijven kijken naar kwaliteit van deze transparantie.

4.3 Transparantie van kwaliteit van tweedelijnszorg

De huisarts speelt een belangrijke rol in het doorverwijzen van patiënten naar de tweedelijnszorg. De huisarts kan de patiënt namelijk adviseren in de keuze voor tweedelijnszorg. Indien de huisarts de kwaliteit van tweedelijnszorg bij dat advies kan betrekken, zorgt dat voor een betere prijs/kwaliteit verhouding van de zorg die de zorgverzekeraar uiteindelijk inkoop. Transparantie van de tweedelijnszorg is voor de verzekeraar dus zeer belangrijk.

Het initiatief "Excellent Verwijzen" van Menzis is een goed voorbeeld van het belang dat verzekeraars hechten aan efficiënt doorverwijsgedrag. Het initiatief betreft een ICT-module voor huisartsen die kwaliteitsinformatie over de beschikbare tweedelijnszorg (op basis van prestatie-indicatoren ontwikkeld door de Inspectie Gezondheidszorg) combineert met polis informatie van de verzekerde. Daardoor kan een huisarts zijn doorverwijzing baseren op de kwaliteit van tweedelijnszorg alsmede de dekking van de verzekering (of voorkeursaanbieders van diens verzekeraar). Het project wordt momenteel uitgebreid met mogelijk nog vier grote verzekeraars.

Naar verwachting is medio 2009 het functioneel ontwerp gereed en is de module in de tweede helft van 2009 ingebouwd in Zorgdomein.⁴⁴ De NZa vindt het bij de inbouw van het ontwerp van belang dat tweedelijnszorgaanbieders niet worden uitgesloten.

4.4 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 het NHG een keurmerk ingevoerd voor huisartsen. Doel van het NHG is vooral om de kwaliteit van huisartsenzorg te verhogen. Maar 10% van de huisartsen is NHG-geaccrediteerd. Dit vindt de NZa laag.

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 consumenten alleen een huisarts zoeken op basis van naam en postcode.

De ervaring leert dat huisartsen evenals andere zorgaanbieders niet de kosten willen dragen voor het transparant maken van hun kwaliteitsinformatie, totdat zij hier door verzekeraars of door de overheid toe worden gedwongen. De NZa is er voorstander van dat huisartsen hun kwaliteit transparant maken. Dit vergroot het inzicht in de prijs/kwaliteit verhouding van de te leveren zorg voor consument en verzekeraar. Ook kunnen de kwaliteitsverschillen tussen tweede- en eerstelijnszorg zo transparant worden gemaakt. De NZa vindt het positief dat prestatie-indicatoren zijn ontwikkeld voor Diabeteszorg, COPD en Vasculair Risicomanagement. De NZa draagt hieraan bij door te participeren in de workshop ketenindicatoren.

Ook de transparantie over kwaliteit van tweedelijnszorg is voor verzekeraars van belang. Wanneer de kwaliteit van tweedelijnszorg voor de huisarts inzichtelijk wordt, kan deze de patiënt namelijk beter adviseren over de te kiezen zorgaanbieder. De NZa faciliteert daarom het marktinitiatief Excellent Verwijzen doordat zij deelneemt in de Stuurgroep om het project te implementeren.

Het algeheel invoeren van prestatie-indicatoren in de huisartsenzorg zou voor een kwaliteitsimpuls zorgen. Transparantie over kwaliteit, tezamen met gelijke bekostiging voor gelijke prestaties en afbouw van de risicoverevening in ziekenhuiszorg, maakt het voor de verzekeraar mogelijk weloverwogen huisartsenzorg of tweedelijnszorg in te kopen op basis van de beste prijs-/kwaliteitsverhouding.

⁴⁴ Van www.zorgdomein.nl: "ZorgDomein ondersteunt het verwijzingsproces tussen de 1e en 2e lijnszorg met een internetgebaseerde verwijzingsapplicatie. ZorgDomein slaat een brug tussen de huisarts en het ziekenhuis, de geestelijke gezondheidszorg en andere vervolgzorg. Doelen zijn dat de huisarts en de patiënt beter geïnformeerd zijn, dat communicatie tussen professionals in de zorgketen goed verloopt, dat de patiënt sneller op het juiste spreekuur komt en dat onnodige bezoeken worden voorkomen. ZorgDomein levert hiermee de unieke combinatie van efficiencyvergroting in de zorg en verbeterde service naar de patiënt." Op Zorgdomein zijn inmiddels ruim 2200 huisartsen aangesloten.

5. Toegankelijkheid

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de toegankelijkheid van huisartsenzorg. De toegankelijkheid van huisartsenzorg is voor zowel consument als verzekeraar van groot belang. Voor de consument is het in het algemeen van belang om zonder veel wachttijd geholpen te worden. Dit geldt voor een gewoon consult (zonder spoed) en voor bijvoorbeeld een telefonisch of e-mail consult. Bij een acute zorgvraag wil de patiënt dag en nacht zonder vertraging worden geholpen. Voor verzekeraars is de toegankelijkheid van belang omdat het voorkomt dat consumenten zich tot de duurdere spoedeisende hulp wenden.

De toegankelijkheid van huisartsenzorg wordt bepaald door een aantal factoren. Ten eerste is de algehele beschikbaarheid van huisartsenzorg van belang. Daarbij is de vraag van belang of consumenten zonder al te veel moeite een huisarts kunnen vinden. Ten tweede zijn de openingstijden en de bereikbaarheid van de huisarts buiten openingstijden belangrijk. Ten derde is bereikbaarheid van de huisarts via telefoon of e-mail van invloed op de toegankelijkheid van huisartsenzorg. Deze drie aspecten zijn het onderwerp van de hiernavolgende secties.

5.2 Inschrijven in de praktijk

In de nieuwe bekostigingsstructuur ontvangt de huisarts een vergoeding voor iedere bij zijn praktijk ingeschreven zorgverzekerde. De inschrijvingsvergoeding is een belangrijk onderdeel van de totale inkomsten van de praktijk.

De inschrijvingscomponent wordt altijd door de verzekeraar gedekt, ongeacht het eigen risico van de verzekerde. Verzekeraars sluiten hierover geen contract af met huisartsen. Consumenten ondervinden derhalve geen financiële drempel om zich bij een praktijk in te schrijven.

Huisartsen kunnen ook patiënten behandelen die niet bij de praktijk zijn ingeschreven. Indien het een consument betreft die niet in de vestigingsgemeente van de praktijk staat ingeschreven kan de huisarts het passantentariaf in rekening brengen. Het passantentariaf voor een consult is circa tweeëneenhalf keer zo hoog als het reguliere tarief. Het passantentariaf is zodanig vastgesteld dat de huisarts in zijn inkomsten indifferent zou moeten zijn tussen het behandelen van al of niet ingeschreven consumenten.⁴⁵ Het komende jaar onderzoekt de NZa welke mogelijkheden er zijn om de huisartsenzorg aan Gemoedsbezwaarden, die niet zijn verzekerd, onder het passantentariaf te bekostigen.

Capaciteit

Op 1 januari 2007 was het aantal inwoners per fte huisarts gemiddeld 2.419.⁴⁶ Vermenigvuldigd met 8.673 huisartsen die gemiddeld 0,75 fte werken⁴⁷ komt het totaal aantal bij een huisarts ingeschreven verzekerden op 15,7 miljoen. Dit betekent dat circa 600.000 inwoners zich niet bij een huisarts heeft ingeschreven - ongeveer 90 inwoners per fte huisarts.

⁴⁵ De rekennormpraktijk gaat uit van 2.350 verzekerden per praktijk en 8.296 consulteenheden per jaar. Zowel tegen het inschrijvingstarief van tussen de € 13 en € 17,20 (afhankelijk van leeftijd en al of geen achterstandswijk) per kwartaal en het reguliere consulttarief van € 9 als tegen het passantentariaf komen de inkomsten op ongeveer € 200 duizend.

⁴⁶ Bron: Berekening Nivel obv L. Hingstman en R.J. Kenens, 2007. *Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2007*. Utrecht, Nivel.

⁴⁷ Ibid.

Hoewel er dus een aanzienlijk aantal inwoners is dat niet bij een huisarts is ingeschreven zijn er geen signalen dat dit komt door een structureel tekort aan beschikbare plaatsen. Een verklaring voor het niet inschrijven bij de huisarts kan zijn dat gezonde mensen geen noodzaak zien om zich bij een huisarts in te schrijven.

Tabel 2. Aantal inwoners, huisartsen, en huisartsen per 10.000 inwoners naar stedelijkheidsklasse

	Inwoners	(%)	Huisartsen	(%)	Huisartsen per 10.000 inwoners
Zeer sterk stedelijk	3.144.180	19,2%	1.605	18,5%	5,1
Sterk stedelijk	3.749.950	22,9%	2.437	28,1%	6,5
Matig stedelijk	2.984.380	18,2%	1.683	19,4%	5,6
Weinig stedelijk	3.184.000	19,5%	1.882	21,7%	5,9
Niet stedelijk	3.295.490	20,1%	1.067	12,3%	3,2
<i>Totaal</i>	<i>16.358.000</i>	<i>100 %</i>	<i>8.673</i>	<i>100 %</i>	<i>5,3</i>

Bron: CBS, Nivel (2007) en berekening NZa

Tabel 2 toont het aantal huisartsen dat beschikbaar is per 10.000 inwoners in de vijf stedelijkheidsklassen. Het aantal huisartsen per 10.000 inwoners in niet stedelijk (dunbevolkt) gebied is aanzienlijk lager dan in de dichter bevolkte gebieden. De beschikbaarheid van huisartsenpraktijken is als gevolg daarvan mogelijk beperkter. Over het algemeen lijkt de beschikbaarheid van huisartsenpraktijken in orde. Het aantal daadwerkelijk ingeschreven verzekerden per fte huisarts (2.419) ligt iets hoger dan de rekennormpraktijk van 2.350.

5.3 Openingstijden

Huisartsen kunnen zich onder andere van elkaar onderscheiden met de beschikbare openingstijden. Indien huisartsen onderling zouden concurreren om het aantal consumenten dat zich bij hen inschrijft, zou er vermoedelijk een sterke prikkel ontstaan om de openingstijden te verruimen. Zo kunnen bijvoorbeeld nieuwe consumenten worden aangetrokken door ook een spreekuur in de avonduren en in het weekend te bieden, hetgeen voor de meeste werkende mensen aantrekkelijk kan zijn.

In de praktijk is nog weinig concurrentie op het gebied van openingstijden zichtbaar. Zolang huisartsen niet met elkaar concurreren om consumenten ontbreekt ook de prikkel om ruimere openingstijden aan te bieden. Wellicht komt dit omdat er geen extra inkomsten mee zijn gemoed.

De regelgeving voor de bekostiging van huisartsen overdag staat nu nog los van de bekostiging van huisartsen 's avonds, 's nachts en in het weekend. Huisartsen kunnen volgens de huidige tariefbeschikking in de avond, of vroege ochtend huisartsenzorg leveren voor de reguliere consulttarieven. Echter, als de huisarts bij een huisartsendienstenstructuur (huisartsenpost) is aangesloten voor zorg in de ANW mag men geen andere tarieven hanteren dan de €9 per consult overdag. Dit terwijl het leveren van acute zorg in deze uren al geregeld is via de huisartsenpost. Er is dan een beperkte prikkel om toch zorg op flexibele tijden aan te bieden. Deze is er alleen voor huisartsen die niet bij een huisartsdienstenstructuur zijn aangesloten en zelf de ANW-diensten verzorgen. Zij kunnen in de ANW-uren consulten van €32,70 in rekening brengen.

De NZa is er voorstander van om deze drempels voor het leveren van zorg op de tijden dat de consument hier behoefte aan heeft, te verlagen.

5.4 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 moet worden verbeterd. Betere bereikbaarheid in de (na)middag moet onder meer onnodige zelfverwijzing naar de spoedeisende hulp (SEH) tegengaan, volgens de RVZ.

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. Verder is ongeveer de helft van de patiënten niet op de hoogte van het (bestaan van het) spoednummer van hun praktijk.

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 de telefonische bereikbaarheid aanzienlijk lager.

De telefonische bereikbaarheid biedt huisartsen net als de openingstijden de mogelijkheid om zich van andere huisartsen te onderscheiden. De LHV heeft zich het afgelopen jaar ingezet om deze service aan patiënten te verbeteren. Ook hier kan worden geconstateerd dat zolang er geen daadwerkelijke concurrentie tussen huisartsen ontstaat, er ook geen sterke prikkel is om de telefonische bereikbaarheid te verbeteren.

5.5 E-mailconsult

Sinds 1 januari 2006 mag de huisarts € 4,50 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 consumenten voor het e-mail consult lijkt groot: ongeveer driekwart van de internetgebruikers zou internet willen gebruiken om vragen te stellen aan hun huisarts.⁴⁸ 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-mailconsult gedeclareerd.⁴⁹ In totaal deden in 2006 777 patiënten een beroep op een e-mailconsult, bij driekwart van hen was dit eenmalig. Het totaal van 1.159 gedeclareerde e-mailconsulten steekt schril af tegen het totaal aantal consulten, dat optelt tot ongeveer 2 miljoen.

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-mailconsulten.

⁴⁸ RVZ (2002). *Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg*; en RVZ (2005). *Internetgebruiker en veranderingen in de zorg*. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid.

⁴⁹ NRC Handelsblad, 24 juni 2008, E-mailconsult bij huisarts zeldzaam.

Bij kwesties aangaande stofwisselingsziekten, zwangerschap/ anticonceptie en mannelijke geslachtsorganen blijken e-mailconsulten 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).⁵⁰

Motieven om van e-mailconsulten 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-mailconsult beantwoordt de eigen huisarts is.⁵¹

5.6 Conclusie

De toegankelijkheid van huisartsenzorg is niet sterk, in het bijzonder is de telefonische bereikbaarheid onder de maat. De behoefte van de consument aan goede service en laagdrempelige zorg wordt hierdoor niet optimaal vervuld. De NZa vindt dat een slechte (telefonische) bereikbaarheid de toegankelijkheid van zorg voor de consument belemmert.

Huisartsen werken aan een betere bereikbaarheid. Bereikbaarheid via email is nog minimaal.

Er is nog nauwelijks sprake van ruimere openingstijden van huisartsen, om aan de behoefte van de consument tegemoet te komen van vroege ochtendspreekuren en avondsprekuren. Mogelijkerwijs werkt de separate regelgeving van huisartsenzorg overdag en in de avond/nacht/weekenden belemmerend. Er is geen sprake van één consult onafhankelijk wanneer de zorg wordt geleverd, maar de beschrijving van de prestatie is gebonden aan hoe de zorg is georganiseerd (wel/niet aangesloten bij huisartsenpost) en het tijdstip van de dag. De NZa adviseert daarom om deze drempels voor servicegerichte zorgverlening te verminderen bij de herziening van de bekostiging van huisartsenzorg in 2010.

⁵⁰ Verheij, R., Ton, C. en Tates, K. (2008). Het e-consult: hoe vaak en met wie? *Huisarts & Wetenschap*, 51(7), juni 2008.

⁵¹ 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.

6. Toegankelijkheidsspecial: SOS-arts

6.1 Inleiding

Volgens de systematiek van de functionele aanspraak in de Zorgverzekeringswet mag huisartsenzorg geleverd worden door een andere zorgverlener dan de huisarts. Hierdoor is toegankelijkheid van de markt voor huisartsenzorg geregeld. Het specifieke karakter van de huisartsenzorg (persoonlijk; continu; integraal) hangt samen met het ingeschreven zijn van verzekerde bij een bepaalde huisarts. Er bestaat echter geen wettelijke inschrijfplicht. Omgekeerd: de huisarts is ook niet verplicht om zijn zorg te beperken tot bij hem ingeschreven verzekerden. Uit de Zvw en de functionele aanspraak volgt evenmin dat huisartsenzorg louter aan ingeschreven verzekerden verleend kan worden. Wanneer continuïteit van zorg gegarandeerd kan worden en het gehele medische dossier beschikbaar is voor de andere zorgaanbieder, kunnen losse onderdelen van huisartsenzorg worden gecontracteerd door de verzekeraar.

Deze toegankelijkheidsspecial behandelt de toetreding op de markt voor huisartsenzorg van SOS-arts. De systeemrigiditeiten in de bekostigingsstructuur die de toetreding van deze potentiële niche-speler belemmeren, worden zo zichtbaar gemaakt. De SOS-arts wil in de markt voor huisartsenzorg een deel van het dienstverleningspakket van huisartsen leveren. De casus SOS-arts wordt hier behandeld vanuit economisch perspectief.

6.2 Economische analyse

In 2008 is een dienst opgericht gelijkend op SOS Médecins in Frankrijk. De dienst, genaamd SOS-arts, wil een vorm van huisartsenzorg aan huis bieden. SOS-arts heeft een prestatie- en tarief aanvraag ingediend bij de NZa. De NZa heeft op 26 mei 2008 besloten de prestatieaanvraag van SOS-arts nader te onderzoeken.

De SOS-arts biedt een alternatief voor een deel van de zorgverlening van huisartsen. De SOS-arts onderscheidt zich op het gebied van toegankelijkheid van zorg voor de consument: De SOS-arts komt namelijk 24 uur per dag aan huis. Hoewel de SOS-arts derhalve een toevoeging kan zijn op het gebied van toegankelijkheid staat een aantal praktische belemmeringen in de weg van toetreding tot de markt.

In een vrije markt kunnen nichespelers gewoonlijk vrij toetreden (al dan niet met succes). In de markt voor huisartsenzorg staat dergelijke toetreding echter een aantal belemmeringen in de weg.

In een vrije competitieve markt heeft toetreding van een nichespeler grosso modo twee belangrijke effecten. Het belangrijkste effect is een toename van de welvaart voor consumenten. Consumenten zijn individueel en als groep namelijk beter af dan zonder de nichespeler. Ze hebben meer keuze tussen aanbieders. Daarnaast neemt de concurrentiedruk op de gevestigde aanbieders toe. Dit veroorzaakt een verbeterde prijs/kwaliteitverhouding van de oorspronkelijke prestatie. Het tweede effect is een verdeling van de welvaart van de aanbieders tussen de gevestigde aanbieders en de toetredende aanbieder. Dit betreft een herverdeling van welvaart, die er grotendeels op neer komt dat de toetreder een deel van de inkomsten van de gevestigde partijen afpakt.

De dienst richt zich op een nichemarkt. Deze nichemarkt wordt gevormd door consumenten die er waarde aan hechten om bepaalde zorg aan huis te ontvangen,

in plaats van daarvoor naar de huisarts te moeten gaan. De artsen die de zorg zouden leveren zijn op zijn minst ervaren basisartsen. De SOS-arts biedt echter niet het “full-service” pakket van de reguliere huisarts. SOS-arts heeft geen ingeschreven patiënten waarvoor hij de medische dossiers bijhoudt, is geen coördinator van alle zorg en poortwachter in het zorgproces rondom de patiënt.

Toetreding van een nichespeler kan echter ook uittreding van de gevestigde aanbieder veroorzaken. Bijvoorbeeld als er te weinig vraag naar de oorspronkelijke prestatie overblijft om dat nog aan te bieden.

In het geval van de SOS-arts is de analyse echter niet zo eenvoudig als het voorbeeld van een vrije competitieve markt. In het geval van de markt voor huisartsenzorg is de bekostiging namelijk ingericht op de zogenaamde “full-service” aanbieder – dat wil zeggen de huisarts die alle vormen van zorg biedt die huisartsen plegen te bieden.

Daarbij spelen twee praktische belemmeringen een rol:

1. Huisartsenzorg valt onder de basisverzekering, en;
2. Tarieven komen niet onder vrije concurrentie tot stand.

Voorts speelt de huisarts een gevestigde en maatschappelijk relevante rol in de acute zorgketen.

De eerste belemmering is dat de algehele huisartsenzorg momenteel onder de basisverzekering valt. Als SOS-arts een deelprestatie binnen de huisartsenzorg zou gaan leveren, dat een substituut vormt voor huisartsenzorg, dan zou dat logischerwijs ook tot de basisverzekering behoren. Dit belemmert echter de normale werking van een vrije markt. Het is daardoor namelijk niet mogelijk dat bepaalde consumenten (behorende tot de niche) apart betalen voor de meerwaarde die zij hechten aan de SOS-arts. De bekostiging van de SOS-arts zou onder de basisverzekering door alle zorgverzekerden gedragen worden. De basisverzekering zou daardoor waarschijnlijk meer gaan kosten.⁵² De welvaartseffecten voor consumenten van toetreding van SOS-arts zijn daardoor onduidelijk. De macro kosten kunnen stijgen als de SOS-arts in de basisverzekering gedekt wordt.

De tweede belemmering is dat de tarieven van huisartsenzorg momenteel niet op een vrije markt tot stand komen. Het kan zijn dat huisartsentarieven dalen als gevolg van toetreding van SOS-arts. De NZa bepaalt namelijk maximumtarieven (uitgezonderd de M&I modules). In de praktijk tenderen de tarieven nu nog naar de gestelde maxima, maar toetreding zou daar (tenminste in theorie) verandering in kunnen brengen.

De huisarts speelt momenteel een belangrijke en maatschappelijk gevestigde rol in de keten van de acute zorgverlening. SOS-arts wil zelf inschatten of de acute zorgvraag wel of niet acuut medisch-noodzakelijk is (de triage). Het gevaar ontstaat dan dat in de beoordeling financiële belangen zullen meewegen. Er is ook sprake van informatie asymmetrie tussen huisarts en SOS-arts. De huisarts beschikt namelijk over het patiëntendossier van alle bij hem ingeschreven consumenten. SOS-arts zou bij de zorgverlening ook over het dossier moeten kunnen beschikken. Met toestemming van de patiënt zou dit moeten kunnen. Niettemin is het momenteel nog een praktische belemmering, aangezien er geen centrale opslag van elektronische dossiers bestaat.

De huidige systematiek biedt niettemin ook mogelijkheden voor de toetreding van SOS-arts. Dit zijn de functiegerichte omschrijving van zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de beleidsregel innovatie.

⁵² Verondersteld dat de zorg van de SOS-arts die de zorg van de huisarts vervangt iets duurder is.

Ten eerste kent de Zvw een functiegerichte omschrijving van de zorg. Dit betekent dat de wet bepaalt “wat” er onder de dekking van de basisverzekering valt, maar dat de zorgverzekeraar vervolgens bepaalt “wie” de zorg levert en “waar” deze plaats vindt. Als SOS-arts zorg kan bieden “zoals huisartsen die plegen te bieden” dan is substitutie dus wel mogelijk. Een precedent vormt hierin de Praktijkondersteuner GGZ, die ook zelfstandig zorg levert “zoals huisartsen die plegen te bieden”. Optimaal zou zijn als SOS-arts huisartsen inzet en geen basisartsen. Zorginhoudelijk kent de inzet van basisartsen het risico van meer onderzoek en meer verwijzing, aangezien basisartsen de huisartsenopleiding missen en opgeleid zijn met de aanpak uit de tweedelij, waarin ervan wordt uitgegaan dat de patiënt ziek is, tenzij het tegendeel is bewezen. Ten tweede is het mogelijk om op kleine schaal en voor korte duur met een innovatieve prestatie te experimenteren.⁵³ SOS-arts zou op kleine, regionale schaal met één of meerdere verzekeraars met de dienstverlening kunnen experimenteren voor de maximale duur van 3 jaar. Binnen de innovatieruimte spelen de hierboven beschreven belemmeringen een kleinere rol. SOS-arts zou dus op kleine schaal kunnen experimenteren met de dienst. Indien de dienst een succes blijkt kan deze landelijk worden uitgerold. Daarvoor is dan wel vereist dat de belemmeringen die landelijke implementatie verhinderen worden overwonnen.

6.3 Conclusie

De toetreding van een nichespeler als SOS-arts wordt belemmerd door rigiditeiten in het bekostigingssysteem van huisartsen. De NZa zal in de herziening van de bekostigingsstructuur bezien of de structurele belemmeringen voor toetreding van een nichespeler kunnen worden beslecht. Hierbij valt onder meer te denken aan meer functioneel vorm te geven prestaties en mogelijkheden voor selectief contracteren van huisartsenzorg door verzekeraars, ook voor de basiszorg.

⁵³ NZa, 1 april 2008, Beleidsregel CV-7000-4.0.-1 “Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten”.

7. Betaalbaarheid

7.1 Inleiding

Sinds de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur in 2006 zijn de totale kosten van de huisartsenzorg sterk gestegen (zie Tabel 3). De gemiddelde omzet per huisarts is in het eerste jaar van de nieuwe bekostigingsstructuur met € 39.000 toegenomen, en in het tweede jaar met nog eens € 12.000.

Tabel 3. Totale kosten huisartsenzorg, totaal aantal huisartsen en gemiddelde omzet per huisarts

	2003	2004	2005	2006	2007
Totale kosten (€ mln)	1.590	1.584	1.592	1.940	2.054
Aantal huisartsen	8.107	8.209	8.408	8.495	8.673
Gemiddelde omzet per huisarts (€ duizend)	196,1	193,0	189,5	228,4	236,8

Bron: CVZ, Nivel en berekening NZa

Het moet nog blijken of de onderliggende kosten van de individuele praktijken navenant zijn gestegen. De NZa voert momenteel onderzoek uit naar de praktijkkosten van huisartsenzorg. Het kostenonderzoek zal naar verwachting in april 2009 zijn afgerond. Tot die tijd zijn alleen de totale, macro, kosten van de huisartsenzorg zichtbaar, op basis van de tarieven en het aantal declaraties.

Dit hoofdstuk brengt de totale kostenontwikkelingen van de huisartsenzorg in kaart. Vervolgens wordt ook stilgestaan bij de administratieve lasten die huisartsen in het nieuwe systeem ondervinden.

7.2 Prijzen

In de Oriënterende Monitor Huisartsenzorg werd al geconstateerd dat de tarieven voor inschrijvingen en consulten zelden afwijken van de maximumtarieven. Dit kan duiden op marktmacht van de huisartsen, maar het kan ook een aanwijzing zijn dat de tarieven maar net kostendekkend zijn of dat verzekeraars er geen belang bij hebben met de huisarts te onderhandelen over prijs.

Huisartsen en verzekeraars onderhandelen wel over de vrije tarieven voor M&I-verrichtingen. Verzekeraars hebben regelmatig het gevoel dat huisartsen te hoge tarieven bedingen voor M&I-verrichtingen in verhouding tot de kosten van de verrichting. De prijs van M&I verrichtingen ligt gemiddeld hoger dan een consult van €9 euro. De goedkoopste M&I's zitten tussen de € 25 en € 30. De meesten variëren in prijs tussen de € 40 en €100. De duurste M&I's variëren in prijs tussen de € 100 en € 200⁵⁴. 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 veelal de afspraken van de dominante verzekeraar volgen).

⁵⁴ Volgens opgave door Zorgverzekeraars Nederland

7.3 Zorgvolume en declaraties

In het eerste jaar van de nieuwe bekostigingsstructuur nam het huisartsenzorgvolume nauwelijks toe. Toch stegen de totale kosten met 22 procent. De kostenstijging is op twee niveaus verklaarbaar – een stijging van het daadwerkelijke zorgvolume en een stijging van het gedeclareerde zorgvolume. Het gedeclareerde zorgvolume kan stijgen doordat huisartsen een grotere fractie van de daadwerkelijk geleverde zorg declareren.

Declaratiepercentage

Vóór 2006 declareerden huisartsen alleen de verrichtingen bij particulier verzekerden. Gemiddeld werden 74 procent van de verrichtingen daadwerkelijk gedeclareerd. Mogelijk wogen de extra inkomsten van de overige 26 procent van de verrichtingen bij particulier verzekerden niet op tegen de administratieve lasten van het declaratieproces.

Ten tijde van het Vogelaarakkoord is verondersteld dat ook in het nieuwe systeem circa 74 procent van alle verrichtingen daadwerkelijk gedeclareerd zou worden. In de praktijk is gebleken dat huisartsen in het eerste halfjaar van 2006 gemiddeld 87 procent van alle zorgcontacten declareerden, in het tweede halfjaar 85 procent en in het eerste halfjaar van 2007 84 procent.⁵⁵ Er is dus sprake van een onderdeclaratie van de geleverde zorg variërend van 13-16 procent in 2006 en 2007.

Er is een aantal mogelijke verklaringen voor het hogere declaratiepercentage:

1. Zorgvuldiger declareren;
2. Inkomensonzekerheid in de nieuwe bekostigingsstructuur;
3. Meer routine wegens declaraties voor gehele patiëntenbestand;
4. Digitale declaratie stimuleringsmaatregel;
5. Oneigenlijk declaratiegedrag.

Ten eerste kan het voor huisartsen meewegen dat consumenten niet of minder geconfronteerd worden met de prijs van een consult. Het consult valt alleen onder het aanvullend eigen risico (dus voor minder dan 5 procent van alle verzekerden) en is aanzienlijk goedkoper dan een consult voor particulier verzekerden vóór 2006. Mogelijkerwijs declareren huisartsen daarom zorgvuldiger of vollediger dan vóór 2006.

Ten tweede kan de verklaring gezocht worden in de relatieve inkomensonzekerheid van huisartsen onder de nieuwe bekostigingsstructuur. Het was voor individuele huisartsen waarschijnlijk onduidelijk wat het effect van de nieuwe bekostigingsstructuur op het eigen inkomen zou zijn. Als reactie op die onzekerheid kan het zijn dat huisartsen zorgvuldiger zijn gaan declareren.

Een derde verklaring kan gezocht worden in de bekostigingsstructuur zelf. Vóór 2006 was de declaratie per verrichting een minder routineuze klus dan na 2006. Vóór 2006 deden huisartsen dit namelijk alleen voor particulier verzekerden; gemiddeld slechts één derde van het totale patiëntenbestand. In het nieuwe systeem kan iedere verrichting gedeclareerd worden, zodat het declareren naar verwachting al snel een soort automatisme wordt.

⁵⁵ Dijk, C.E. van, Verheij, R.A. en De Bakker, D.H. (2008). *Bekostiging van de huisartsenzorg: Monitor 2006 en eerste halfjaar van 2007*. NIVEL.

Een vierde verklaring hangt samen met de stimuleringsmaatregel voor digitaal declareren. Vanaf 2006 konden huisartsen een kwartje extra declareren mits de declaratie digitaal werd ingediend. Dit heeft het digitaal declareren gestimuleerd. Inmiddels is ruim 99 procent van de declaraties digitaal. De stimuleringsmaatregel is per januari 2008 beëindigd. Mogelijk heeft het digitaal declareren het voor huisartsen ook makkelijker gemaakt om iedere verrichting te declareren.

De vier bovengenoemde verklaringen vormen alle legitieme redenen voor het gestegen declaratiepercentage. Een laatste verklaring kan oneigenlijk declaratiegedrag van huisartsen zijn. Uit cijfers van Nivel⁵⁶ blijkt dat met name declaraties van het lange consult en de lange visite veel hoger liggen dan geraamd. Het zou kunnen dat in sommige gevallen huisartsen een lang consult declareren terwijl een kort consult is geleverd.

Zorgvolume

In 2006 steeg het totale zorgvolume nog nauwelijks. Volgens het CBS is de vraag naar huisartsenzorg in 2006 niet toegenomen ten opzichte van de vijf voorgaande jaren. 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.⁵⁷ De lagere contactfrequentie van voormalig particulier verzekerden houdt verband met de betere gezondheidstoestand van dit segment.

Het Nivel meet op basis van gegevens van huisartsen wel een lichte toename van het aantal contacten met de huisarts in 2006 ten opzichte van 2005. Na invoering van de Zorgverzekeringswet is het aantal contacten met 1,7 procent toegenomen. Deze stijging ontstond 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.⁵⁸

Vektis constateert dat het aantal gedeclareerde consulten in 2007 ten opzichte van 2006 met 7 procent is gestegen, van 72,5 miljoen consulten in 2006 tot 77,6 miljoen in 2007.⁵⁹

Resumerend is het aantal zorgcontacten in 2006 dus niet of nauwelijks gestegen. Het declaratiepercentage lag in 2006 wel fors hoger dan geraamd. In 2007 is het gedeclareerde zorgvolume 7 procent hoger dan in 2006. Het declaratiepercentage lag in 2007 juist lager dan in 2006 (maar nog steeds ruim boven het geraamde percentage ten tijde van het Vogelaarakkoord). De forse kostenstijging in 2006 is daarom vooral toe te schrijven aan een hoger declaratiepercentage. De kostenstijging in 2007 komt juist door een stijging van het volume van de gedeclareerde zorg.

⁵⁶ H. Te Brake, R. Verheij, H. Abrahamse, en D. de Bakker (2007). *Bekostiging van de huisartsenzorg, vóór en na de stelselwijziging, monitor 2006*. Utrecht, Nivel.

⁵⁷ CBS (2007). *Specialistcontact en medicijngebruik nemen toe in eerste jaar nieuw zorgstelsel*. Marieke van Herten.

⁵⁸ Brake, H. Te, Verheij, R., Abrahamse, H. en De Bakker, D. (2007). *Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging, monitor 2006*. Utrecht, Nivel.

⁵⁹ Vektis, Zorgmonitor 2008.

Tabel 4. Stijging van gedeclareerde verrichtingen (2006 ten opzichte van raming 2006, eerste half jaar van 2007 ten opzichte van realisatie eerste half jaar 2006)

Onderdelen	Stijging 2006 ⁵⁰	Stijging 2007 ⁵¹
Consult huisarts	17%	5,70%
Korte consulten < 20 minuten	2%	4%
Lange consulten > 20 minuten	217%	28%
Korte visites < 20 minuten	-16%	-8%
Lange visites > 20 minuten	200%	18%
Telefonisch consult	10%	12%
Herhalingsrecept	35%	4%
POH-consulten	ca 100%	13%
M&I verrichtingen	ca 70%	20%

Bron: Nivel

Zowel in 2006 als in 2007 is het gedeclareerde zorgvolume gestegen. Tabel 4 toont de stijging in 2006 ten opzichte van de raming, en de stijging in het eerste halfjaar van 2007 ten opzichte van de realisatie van het eerste halfjaar van 2006. De stijging is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de declaratie van meer lange consulten en visites, meer herhalingsrecepten en meer M&I verrichtingen dan verwacht. De sterkste stijgingen vonden in 2006 plaats. Declaratie van korte consulten nam nauwelijks toe en het aantal korte visites daalde juist.

Lang consult

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 ziekenfondsverzekerden dan is het aantal lange consulten in 2006 onderschat. De toename van het aantal lange consulten en lange visites zet zich echter in 2007 door, wat duidt op een daadwerkelijke toename en niet alleen een te lage raming.

LHV meent 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.⁶⁰

De toename van declaratie van lange consulten kan ook veroorzaakt worden doordat minder patiënten het consult zelf betalen. Hierdoor ervaren huisartsen mogelijk minder een rem om een lang consult ook werkelijk als een lang consult te declareren.

⁶⁰ Oortwijn, W., Mathijssen, J. en Ten Have, A. (2007). *Effecten van het Vogelaarakkoord op de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit patiëntenperspectief*. Onderzoek door ECORYS in opdracht van de NPCF.

Herhalingsrecepten

Het aantal declaraties voor herhalingsrecepten bleek in 2006 35 procent hoger dan geraamd. Mogelijk is met ingang van 2006, evenals bij de consulten, de drempel voor huisartsen om herhaalrecepten te declareren lager omdat de patiënt meestal niet zelf met de rekening geconfronteerd wordt. Vergeleken met de eerste helft van 2006 is in de eerste helft van 2007 het aantal herhaalrecepten nog maar met 4 procent gestegen.

Tabel 5. Totaal aantal DDD's en voorschriften op jaarbasis (procentuele verandering jaar op jaar in haakjes)

	2003	2004	2005	2006	2007
Aantal DDD's (x 1 mln)	6.819	6.261 (-8%)	6.573 (+5%)	6.943 (+6%)	7.209 (+4%)
Aantal voorschriften (x 1 mln)	143	134 (-6%)	139 (+4%)	140 (0%)	149 (+7%)
DDD/voorschriften	47,7	46,8 (-2%)	47,2 (+1%)	49,7 (+5%)	48,2 (-3%)

Bron: GIP/CvZ 2008

Uit tabel 5 blijkt dat met de nieuwe bekostigingsstructuur de herhaalrecepten niet voor een kortere periode of minder werkzame stof zijn voorgeschreven. Het totaal aantal DDD's ("defined daily dose") per recept is in 2006 juist toegenomen ten opzichte van 2005. De stijging van het aantal herhaalrecepten duidt op een daadwerkelijke groei van de herhaalreceptuur of een vollediger declaratie daarvan door huisartsen.

Het voorgaande staat overigens los van de vraag of de kosten van het herhalingsrecept goed worden weerspiegeld door het tarief. Dat zal uit het kostenonderzoek, dat naar verwachting in april 2009 afgerond is, moeten blijken.

7.4 Administratieve en ondernemerslasten

In de Oriënterende Monitor Huisartsenzorg werd op basis van een enquête een toename van de tijdsbesteding van huisartsen aan administratieve lasten geconstateerd. Naar aanleiding daarvan is nader onderzoek naar de administratieve lasten van huisartsen uitgevoerd.⁶¹ Het onderzoek heeft de lasten zowel kwantitatief (tijdsbesteding per handeling) als kwalitatief (ervaren lasten) onderzocht.

Kwantitatief: tijdsbesteding per handeling

Het onderzoek maakt onderscheid tussen administratieve lasten en ondernemerslasten. Administratieve lasten vloeien voort uit wet- en regelgeving. Ondernemerslasten hangen samen met de eigen administratie en bedrijfsvoering.

Uit het onderzoek blijkt dat een belangrijk deel van de handelingen die lasten voor huisartsen veroorzaken, een gemengde functie hebben. Dit betekent dat het een combinatie is van administratieve lasten en ondernemerslasten. Huisartsen zouden deze handelingen ook uitvoeren wanneer ze niet wettelijk verplicht zouden zijn, aangezien uitvoering van het eigen beroep een dergelijke administratie vereist. Een voorbeeld is de registratie van patiëntcontacten. Omdat patiëntcontacten behoren tot de primaire werkprocessen van huisartsen, zouden huisartsen deze ook registreren zonder wettelijke verplichting.

⁶¹ Bex, P.M.H.H., Van den Hurk, J.J.F.M. en Sterrenburg, J.P. (2008). *Meting lasten huisartsen – Onderzoek naar de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen*. Nieuwegein, SIRA consulting.

Tabel 6. Verdeling tussen administratieve en ondernemerslasten en fractie tijdsbesteding aan totale lasten door huisarts zelf

	Solopraktijk	Meerpersoonspraktijk
Administratieve lasten	18 uur	16,5 uur
Ondernemerslasten	8 uur	10 uur
Totaal	26 uur	26,5 uur
Fractie voor huisarts	53% (13,5 uur)	40% (11 uur)

Bron: SIRA

Tabel 6 toont de verdeling van de totale lasten tussen de administratieve en de ondernemerslasten. De tabel toont ook hoeveel van de totale lasten handelingen betreffen die door de huisarts zelf worden uitgevoerd. Zoals verwacht zijn huisartsen in meerpersoonspraktijken gemiddeld minder tijd kwijt aan de totale lasten dan in solopraktijken.

Veel van de 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. Contractonderhandelingen nemen weinig tijd in beslag, omgerekend circa 7 minuten per week.

Tabel 7. Top drie administratieve lasten en de daaraan bestede uren per week voor solo- en meerpersoonspraktijken

Beschrijving last	Solopraktijk	Meerpersoonspraktijk	Type last
Vastleggen gegevens Zorgvrager	12 uur	10,5 uur	Gemengd
Verwijsbeleid Ziekenhuis	1,25 uur	1,5 uur	Gemengd
Beheer & archivering Medische dossiers	1 uur	2 uur	Gemengd

Bron: SIRA

Tabel 7 toont de drie belangrijkste oorzaken van administratieve lasten voor solo- en meerpersoonspraktijken. Alle drie de lasten zijn gemengde lasten. Het onderzoek concludeert dan ook dat ongeveer 75 procent van de administratieve handelingen ook zouden worden uitgevoerd wanneer deze niet verplicht zouden zijn.

Ervaren lasten

Uit het onderzoek blijkt dat huisartsen een toename van de lasten ervaren door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen. Vanaf 1 januari 2006 moeten huisartsen maandelijks al hun verrichtingen declareren. Hiervoor registreren zij alle consulten in het HIS. Gebruik van het HIS is niet voorgeschreven: huisartsen kiezen er zelf voor om met dit systeem te werken. 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.

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 Vecozo⁶² en zorgverzekeraars is niet optimaal en er heerst soms onduidelijkheid over de reden van afwijzing van declaraties.

7.5 Conclusie

In de eerste twee jaar van de nieuwe bekostigingsstructuur is de gemiddelde omzet per huisarts met € 50.000 gestegen. Uit kostenonderzoek dat naar verwachting in april 2009 gereed zal zijn moet blijken of de onderliggende kosten van de individuele praktijken navenant zijn gestegen. De grote omzetstijging in 2006 komt vooral doordat huisartsen veel meer zorg declareerden dan op voorhand werd verwacht. De verdere omzetstijging in 2007 hangt samen met een daadwerkelijke stijging van het zorgvolume.

De sterkste omzetstijging ontstond in het eerste jaar van de nieuwe bekostigingsstructuur. Dit wijst er op dat de belangrijkste omzetstijgingen het gevolg van eenmalige aanpassingen aan het nieuwe systeem zijn.

De NZa heeft onderzoek laten uitvoeren naar de administratieve lastendruk van huisartsen. Hieruit blijkt dat een belangrijk deel van de handelingen die lasten voor huisartsen veroorzaken, een gemengde functie hebben. Dit betekent dat het een combinatie is van administratieve lasten en ondernemerslasten. Huisartsen zouden deze handelingen ook uitvoeren wanneer ze niet wettelijk verplicht zouden zijn, aangezien uitvoering van het eigen beroep een dergelijke administratie vereist.

⁶² Zorgaanbieders kunnen bij Vecozo (Veilige Communicatie in de Zorg) onder andere declaraties indienen, die deze vervolgens naar de juiste zorgverzekeraar doorstuurt.

8. Conclusie en aanbevelingen

Regelgeving

De Monitor Huisartsenzorg 2008 is de eerste reguliere monitor van de ontwikkelingen op de markt voor huisartsenzorg.

Een aantal belangrijke veranderingen van de nieuwe bekostigingsstructuur en de invoering van de Zorgverzekeringswet heeft zijn effect op de werking van de markt voor huisartsenzorg. De belangrijkste veranderingen zijn:

- Het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering is afgeschaft;
- De nieuwe zorgverzekeraar heeft een acceptatieplicht;
- Het risico wordt tussen alle verzekeraars verevend (nu nog zowel voor- als achteraf);
- Huisartsen hebben per patiënt zowel inkomsten als gevolg van inschrijving in de praktijk als per consult en verrichting.

Een doelstelling van de nieuwe bekostigingsstructuur is om zoveel mogelijk substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg op gang te brengen.

Wanneer eerstelijnszorg een volledig substituut van tweedelijnszorg wil vormen zullen eerste- en tweedelijnszorg op een level-playing field moeten kunnen opereren. Hiertoe zal aan een aantal voorwaarden moeten worden voldaan. Ten eerste zal de risicoverevening achteraf moeten worden afgeschaft. Ten tweede zullen zelfde prestaties hetzelfde bekostigd moeten worden (één prestatie en één tarief) en tenslotte zal er transparantie nodig zijn over kwaliteit van zorg. De NZa bepleit dat de risicoverevening achteraf voor het A-segment in de ziekenhuiszorg versneld wordt afgebouwd.

De M&I module zou substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg moeten stimuleren. De NZa zal in 2009, wanneer geschikte data voorhanden zijn, onderzoeken of sinds 2006 substitutie ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. In de praktijk komt het echter ook voor dat huisartsen dezelfde zorg die zij voor 2006 al leverden nu als duurdere M&I zorg declareren. In het kostenonderzoek wordt bezien of er marginale kosten zijn van de M&I verrichtingen. Wanneer de bekostigingsstructuur in de eerstelijns wordt herzien, wil de NZa de M&I verrichtingen opnemen in de nieuw te vormen integrale prestaties. De overige verrichtingen kunnen onder de reguliere huisartsenzorg worden bekostigd.

Nu dat de zorg geleverd door een POH-GGZ niet meer via de huisarts hoeft te worden gecontracteerd, is deze zorgaanbieder direct toegankelijk voor de consument en is zijn zorg een substituut van huisartsenzorg.

Het verschil in beloning voor een kort of lang consult geeft huisartsen verkeerde gedragsprikkel. Het loont om een consult zo kort mogelijk te houden en om een kort consult dat tegen de 20 minuten duurt te rekken tot een lang consult. De NZa wil onderzoeken of het mogelijk is om de relatie tussen geleverde zorg en declaratie te verbeteren.

Verzekeraars zijn vrijwel geheel risicodragend voor de kosten van de eerstelijnszorg. Zij hebben daarom de prikkel om de eerstelijnszorgverlening tegen een zo gunstig mogelijke prijs/kwaliteit verhouding in te kopen.

Marktstructuur

De markt van huisartsenzorg kent geen grote tekorten of overschotten. De gemiddelde praktijkgrootte ligt dicht bij de rekennorm en er is slechts een klein aantal praktijkzoekende huisartsen dat momenteel nog niet als huisarts werkzaam is.

De komende jaren gaan relatief veel mannelijke huisartsen met pensioen terwijl de nieuwe instroom overwegend uit vrouwelijke huisartsen bestaat. Dit is relevant omdat vrouwelijke huisartsen over het algemeen meer part-time werken dan de oudere mannelijke huisartsen. De vergrijzing zorgt naar verwachting ook voor een toename van de vraag naar huisartsenzorg. Deze factoren gecombineerd kunnen de komende jaren voor een tekort aan huisartsen zorgen. Dit vindt de NZa zeer onwenselijk.

Er is een ontwikkeling gaande van meer eerstelijnsamenwerkingsverbanden en integrale zorg. De samenwerkingsverbanden ontstaan in de vorm van zorggroepen en gezondheidscentra.. Uit het kostenonderzoek zal blijken of deze organisaties zorg efficiënter leveren dan solopraktijken. Van belang is dat zorggroepen niet worden gebruikt voor het collectiviseren van onderhandelingen over prijs en prestatie. Het onderhandelen over complexe producten zoals de diabeteszorg leidt tot minder transparantie en kan leiden tot selectie van patiënten. De NZa is hier alert op en volgt de ontwikkelingen op de voet.

Kwaliteit

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, 10% van de huisartsen heeft dit keurmerk. Dit vindt de NZa weinig.

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 consumenten alleen een huisarts zoeken op basis van naam en postcode. De NZa is er voorstander van dat huisartsen hun kwaliteit transparant maken. Dit vergroot het inzicht in de prijs/kwaliteit verhouding van de te leveren zorg voor consument en verzekeraar. Ook kunnen de mogelijkheden voor substitutie van tweedelijnszorg worden vergroot door vergrote transparantie over kwaliteit van geleverde zorg.

Behalve transparantie van kwaliteit van huisartsenzorg is ook de transparantie van kwaliteit van tweedelijnszorg voor verzekeraars van belang. Wanneer de kwaliteit van tweedelijnszorg voor de huisarts inzichtelijk wordt, kan deze de patiënt namelijk beter adviseren over de te kiezen zorgaanbieder. Dit leidt tot een betere prijs/kwaliteit verhouding van de zorg die de verzekeraar inkoop.

Het geheel invoeren van prestatie-indicatoren in de huisartsenzorg kan voor een kwaliteitsimpuls zorgen. Deze indicatoren worden momenteel ontwikkeld door IGZ.

Toegankelijkheid

De telefonische bereikbaarheid is onder de maat. Huisartsen werken aan een betere bereikbaarheid. De bereikbaarheid via email is nog minimaal. Ook de openingstijden zijn nauwelijks verruimd. De regulering heeft hier ook verkeerde prikkels om spreekuren voor 08.00 uur en na 18.00 uur te houden. Er is geen sprake van één consult onafhankelijk wanneer de zorg wordt geleverd, maar de beschrijving van de prestatie is gebonden aan hoe de zorg is georganiseerd (wel/niet aangesloten bij huisartsenpost) en het tijdstip van de dag. De NZa adviseert daarom om deze drempels voor servicegerichte zorgverlening te verminderen bij de herziening van de bekostiging van huisartsenzorg in 2010.

Daarnaast zal de NZa in de herziening van de bekostigingsstructuur bezien of de structurele belemmeringen voor toetreding van een nichespeler kunnen worden beslecht, zodat initiatieven tot toetreding op de markt van huisartsenzorg, zoals de nichespeler SOS-arts, een grotere kans van slagen hebben. Hierbij valt onder meer te denken aan meer functioneel vorm te geven prestaties en mogelijkheden

voor selectief contracteren van huisartsenzorg door verzekeraars, ook voor de basiszorg.

Betaalbaarheid

In de eerste twee jaar van de nieuwe bekostigingsstructuur is de gemiddelde omzet per huisarts met € 50.000 gestegen. Uit kostenonderzoek dat naar verwachting in maart 2009 gereed zal zijn moet blijken of de onderliggende kosten van de individuele praktijken navenant zijn gestegen. De grote omzetsijging in 2006 komt vooral doordat huisartsen veel meer zorg declareerden dan op voorhand werd verwacht. De verdere omzetsijging in 2007 hangt samen met een daadwerkelijke stijging van het zorgvolume.

De sterkste omzetsijging ontstond in het eerste jaar van de nieuwe bekostigingsstructuur. Dit duidt er op dat de belangrijkste omzetsijgingen het gevolg van eenmalige aanpassing aan het nieuwe systeem zijn.

Administratieve lasten

De NZa heeft onderzoek laten uitvoeren naar de administratieve lastendruk op huisartsen. Administratieve lasten zijn lasten als gevolg van wet- en regelgeving. Uit het onderzoek blijkt dat drie kwart van de administratieve lasten ook zonder wet- en regelgeving zou bestaan. Dit zijn de gemengde lasten. Uitoefening van het eigen beroep vereist een dergelijke patiëntenadministratie.

Aanbodsschaarste

De NZa voorziet een schaarste aan huisartsen in de toekomst. Daarnaast is de bereikbaarheid van huisartsen niet optimaal. Tevens constateert de NZa dat er drempels zijn voor toetreding van niche-spelers. Er is een aantal mogelijkheden om op deze ontwikkelingen in te spelen. Het vergroten van het aantal opleidingsplaatsen is een middel. Daarnaast het vergroten van de capaciteit aan huisartsenzorg door het aanspreken van de verborgen capaciteit, zoals gepensioneerde huisartsen, basisartsen, sportartsen, arbo-artsen, sos-artsen, die geen eigen praktijk hebben en/of (meer) willen werken. Dit kan mogelijk worden gemaakt door het meer functioneel omschrijven van zorgprestaties, zodat ook andere zorgaanbieders huisartsenzorg kunnen leveren zoals huisartsen die plegen te bieden. De NZa benadrukt dat deze artsen verantwoordelijk zijn voor de continuïteit van zorg aan de patiënt en toegang moeten hebben tot het gehele medische dossier. De NZa zal dit jaar voorstellen doen om de eigen beleidsregels aan te passen zodat andere zorgaanbieders ook huisartsenzorg kunnen leveren. Volgens de Zorgverzekeringswet is er geen inschrijfplicht van verzekerden om huisartsenzorg te ontvangen. Er zijn dus wettelijk mogelijkheden om passantentarieven open te stellen aan andere zorgaanbieders. De beleidsregels van de NZa beperken het gebruik van passantentarieven nu tot incidentele en acute hulp aan niet-ingeschrevenen. De NZa overweegt deze beperking op te heffen.