



# Huisartsenzorg 2008

Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem  
en de marktwerking in de huisartsenzorg

**Monitor**

# **Huisartsenzorg 2008**

Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem  
en de marktwerking in de huisartsenzorg

februari 2009

# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding	9
1.2 Onderzoeksaanpak	9
1.3 Leeswijzer	10
<b>2. Gevolgen van veranderingen in de regelgeving</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Regelgeving verzekeraars	11
2.3 Regelgeving huisartsen	14
2.4 Regelgeving verzekerden	18
2.5 Conclusie	19
<b>3. Marktstructuur</b>	<b>21</b>
3.1 Inleiding	21
3.2 Kerngegevens huisartsenzorg	21
3.3 Verhouding verzekeraars vis-à-vis huisartsen	23
3.4 Verhouding consumenten vis-à-vis huisartsen	26
3.5 Verhouding consumenten vis-à-vis verzekeraars	26
3.6 Horizontale samenwerking huisartsen	27
3.7 Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn	27
3.8 Verticale samenwerking huisartsen en verzekeraars	29
3.9 Conclusie	30
<b>4. Kwaliteit</b>	<b>33</b>
4.1 Inleiding	33
4.2 Transparantie van kwaliteit van huisartsen	33
4.3 Transparantie van kwaliteit van tweedelijnszorg	36
4.4 Conclusie	37
<b>5. Toegankelijkheid</b>	<b>39</b>
5.1 Inleiding	39
5.2 Inschrijven in de praktijk	39
5.3 Openingstijden	40
5.4 Telefonische bereikbaarheid	41
5.5 E-mailconsult	41
5.6 Conclusie	42
<b>6. Toegankelijkheidsspecial: SOS-arts</b>	<b>43</b>
6.1 Inleiding	43
6.2 Economische analyse	43
6.3 Conclusie	45
<b>7. Betaalbaarheid</b>	<b>47</b>
7.1 Inleiding	47
7.2 Prijzen	47
7.3 Zorgvolume en declaraties	48
7.4 Administratieve en ondernemerslasten	51
7.5 Conclusie	53
<b>8. Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>55</b>
<b>Bijlage 1. Analyses voor de Monitor Huisartsenzorg</b>	<b>59</b>



## Vooraf

Deze monitor is op verschillende bronnen gebaseerd. Voorafgaande aan het schrijven van deze monitor heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het onderzoeksbureau SEO gevraagd om een scan van de markt voor huisartsenzorg. Deze monitor is hier voor een groot deel op 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 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 omzetsijging 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 vergeleken met 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 substituut 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. De NZa stelt voor om bij de aanpassing in de bekostigingsstructuur 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. Ook 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. Voorts 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 voor 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 bekostigingssysteem 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 markttuitkomsten 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.<sup>1</sup> 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 substitutieonderzoek dan alsnog uitvoeren.

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

---

<sup>1</sup> 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 eerst de marktstructuur. De marktstructuur is voor een belangrijk deel bepalend voor de verhoudingen van huisartsen met verzekeraars en met consumenten. Vervolgens gaat het in 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 tweedelijns zorgkwaliteit 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. In hoofdstuk 8 staan de conclusies.

## 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% van de gehele markt.<sup>2</sup> De resterende kleinere verzekeraars hebben vaak regionaal een sterke positie. Consumenten kunnen elk jaar van verzekeraar veranderen.

De verzekeraars hebben voor 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 verzekerden<sup>3</sup>) en de correcties achteraf op basis van de werkelijk gemaakte zorgkosten. De correcties achteraf bestaat uit de hoge kosten compensatie, de nacalculatie - de afroming 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 hoge kosten compensatie 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.<sup>4</sup> Verzekeraars zijn voor 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.

---

<sup>2</sup> Bron: NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008, p. 41.

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, 26 september 2008, 'Risicovereveningssysteem 2009'.

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. Overwegingen om substitutie te bevorderen, zijn het voordeel voor patiënten dat zorg laagdrempelig, dicht bij huis beschikbaar is en dat 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 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 tweedelijns zorgaanbieder 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 substitutieprikkel*

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% van het risico dragen. Voor de GGZ zijn ze volledig niet risicodragend, aangezien hier volledig wordt nagecalculeerd. Als een patiënt reeds in een tweedelijns behandeltraject zit, is substitutie voor een verzekeraar niet meer noodzakelijkerwijs goedkoper. Gemiddeld moet een tweedelijns behandeling 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%. De nacalculatie op kosten gemaakt in het B-segment neemt in 2009 af tot 15%. 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 substituut 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 verschilden de wijzen 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 verrichting<sup>5</sup> 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 elk consult een bedrag declareren. Vóór 2006 kon dat alleen voor particuliere verzekerden. Ziektenfondsverzekerden leverden alleen een vaste abonnementsvergoeding per jaar op. Sinds 2006 betekent elk additioneel consult dus extra inkomen voor de huisarts. 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 verrichtingensysteem. Gemengde bekostiging bestaat uit een vergoeding per ingeschreven patiënt (de inschrijvingscomponent) en een vergoeding per consult of verrichting (de verrichtingcomponent). Enerzijds wordt de huisarts wél voor zijn inspanningen beloond uit de verrichtingcomponent. Anderzijds loont overproductie niet omdat de verrichtingcomponent relatief laag is. De verrichtingcomponent is relatief laag omdat de inschrijvingscomponent al - een belangrijk deel van - de vaste kosten van de huisarts dekt.

---

<sup>5</sup> De meest gebruikelijke verrichtingen zijn consulten (kort, lang, telefonisch, visite).

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 duurder 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 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.<sup>6</sup> 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 verrichtingen<sup>7</sup>.

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 € 25 en € 30. Maar er zijn veel die tussen € 40 en € 100 zitten. De duurste M&I's variëren in prijs tussen € 100 en € 200<sup>8</sup>. 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, ofwel 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Soms is er sprake van overlap tussen huisartsenzorg en zorg van andere beroepsbeoefenaren, ook wel 'zorg zoals ook huisartsen die plegen te bieden', maar het primaat ligt bij de huisarts.

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

<sup>7</sup> Zorginhoudelijk advies Herziening M&I lijst, NZa, 25 september 2007

<sup>8</sup> Volgens opgave door Zorgverzekeraars Nederland

Het advies van het CvZ advies 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.

Verschillende zorgprestaties voor dezelfde zorg bestaan naast elkaar. Een voorbeeld is diabetes ketenzorg, 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 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.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup> 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

---

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Huisartsen trachten dit op te leggen aan verzekeren door bijvoorbeeld posters met deze regel in de wachtkamer op te hangen.

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 tweedelijns 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. Ook is er een verbetering van klinische uitkomsten.<sup>11</sup> Sinds 2008 is behalve de reguliere praktijkondersteuner (POH-Somatiek of POH-S) ook het inhuren van een GGZ ondersteuner (POH-GGZ) mogelijk.

Terwijl huisartsen al veel gebruik maken van de module POH-S kwam de POH-GGZ in 2008 nog niet echt van de grond.<sup>12</sup> 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 twee 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 twee 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 se via de huisarts te worden gecontracteerd. Hierdoor is de zorg geleverd door de POH-GGZ direct toegankelijk voor de consument en een substituut 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% van de verrichtingen. Het declaratiepercentage staat overigens 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

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

<sup>12</sup> 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.

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 eerstelijns samenwerkingsverbanden.

## **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 onderzoeken is aangetoond dat particulier verzekerden een lagere behoefte hebben aan huisartsenzorg, omdat ze in het algemeen gezonder zijn dan ziekenfondspatiënten. Ziekenfondsverzekerden 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 vijf % 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%. In 2007 is het percentage weer sterk gedaald tot 4,4%. In 2008 daalde het verder tot 3,6%. 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 en 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. Deze bevinden zich vooralsnog gemiddeld onder de kostprijs.<sup>13</sup>

## 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 uit financieel perspectief, als er van wordt uitgegaan dat eerstelijnszorg goedkoper is dan tweedelijnszorg. Het is niet gezegd dat de eerstelijnszorg deze zorg per definitie efficiënter levert dan de tweedelijnszorg. 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 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 substitutiedoelstelling 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/kwaliteit verhouding 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 twintig minuten. De tijdsafhankelijke vergoeding

<sup>13</sup> NZa, Monitor Zorgverzekeringmarkt 2007 en 2008.

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 eerst de marktstructuur. Daarna gaat het in op de verhoudingen tussen de drie partijen op de markt voor huisartsenzorg.

Vervolgens wordt een aantal markttrends beschreven. Het betreft horizontale samenwerking, eerstelijns samenwerking en verticale samenwerking. Horizontale samenwerking is samenwerking tussen huisartsen. Eerstelijns samenwerking 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 huisartsen<sup>14</sup>, 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% in loondienst van een instelling of stichting. Deze worden echter geschaard onder de zelfstandig gevestigden.

35% van alle huisartsen is vrouw. 29% van de zelfstandig gevestigde huisartsen is vrouw en 82% van de HIDHA's is vrouw. In de afgelopen tien jaar is het aantal vrouwelijke huisartsen bijna verdubbeld.<sup>15</sup>

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

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

<sup>15</sup> Ibid., p. 8.

<sup>16</sup> Ibid., p. 12.

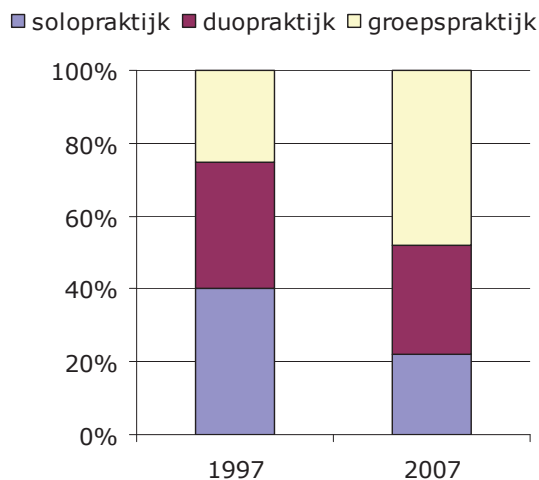
Onder jongere huisartsen zijn vrouwen relatief sterk vertegenwoordigd. Ook onder de huisartsen in opleiding vertegenwoordigen vrouwen 70% van het totaal.<sup>17</sup> Onder de jongere huisartsen, vooral onder de vrouwelijke huisartsen, wordt meer parttime gewerkt.<sup>18</sup>

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.<sup>19</sup>

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.<sup>20</sup> 30 fte hiervan is zelfstandig gevestigd, 50 fte is HIDHA. De 50 fte toename wordt gevormd door 39 man en 81 vrouw.<sup>21</sup>

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



Bron: Nivel

<sup>17</sup> Ibid., p. 21.

<sup>18</sup> 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).

<sup>19</sup> Ibid., p. 27.

<sup>20</sup> Obv de assumptie dat de uittrekkende (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.

<sup>21</sup> Ibid., pp. 9-11.

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

De huisartsendichtheid is gemiddeld 2.419 inwoners per fte huisarts.<sup>23</sup>

**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% van de praktijken heeft een POH in dienst. Dit is een vertienvoudiging ten opzichte van 6% in 2001.<sup>24</sup>

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% 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:

- schaarste van huisartsen;
- kleine geografisch relevante markt;
- langdurige relatie met patiënt;
- intransparantie van kwaliteit;
- Poortwachterrol van de huisarts.

<sup>22</sup> Ibid., p. 13.

<sup>23</sup> Berekening Nivel obv Ibid.

<sup>24</sup> Ibid., p. 14.

### *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.<sup>25</sup> De rekennormpraktijk gaat uit van een praktijkomvang van 2.350 verzekerden.<sup>26</sup> Het aantal inwoners per huisarts ligt gemiddeld iets boven de verwachte praktijkomvang.

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 over 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.<sup>27</sup> Het gaat daarbij specifiek om vacatures voor HIDHA's en langdurige waarnemingen. Het Capaciteitsorgaan ziet het grotere aantal vacatures voor HIDHA's vooral 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 over het aantal opleidingsplaatsen dan ook geen rekening.

De grote toename van het aantal vacatures en 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. Ook kan het functioneel omschrijven van zorgprestaties mogelijkheden vergroten voor andere zorgaanbieders huisartsenzorg te kunnen leveren zoals huisartsen die plegen te bieden.

---

<sup>25</sup> Berekening Nivel obv Ibid.

<sup>26</sup> NZa, 1 januari 2006, Beleidsregel CV-5000-3.0.1.-2, 'De rekennormpraktijk in de berekening van de maximum inschrijvingstarieven voor huisartsenhulp in de totale praktijk'.

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

*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.<sup>28</sup> Patiënten hechten er in 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 in 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 nauwelijks kans hebben om tussen de relatie tussen patiënt en 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.<sup>29</sup>

*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 in 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:

- door consumenten te sturen in de keuze voor kwalitatief goede huisartsen;
- 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.

<sup>28</sup> De relevante markt is niet in mededingingsrechtelijke zin afgebakend.

<sup>29</sup> Monitor Zorgverzekeringsmarkt, NZa, juni 2006

### 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.<sup>30</sup> 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 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 ertoe 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.<sup>31</sup> 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

<sup>30</sup> 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.

<sup>31</sup> NZa, Monitor Zorgverzekeringmarkt 2007 en 2008.

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 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 - multidisciplinaire - chronische zorg. Naar schatting behoort tussen de 70 en 80% van alle huisartsen inmiddels tot een zorggroep.

In totaal zijn er circa 90 zorggroepen. Uit het rapport 'Nulmeting Zorggroepen'<sup>32</sup> 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

<sup>32</sup> J.E. de Wildt en G.L. Leusink, oktober 2008, 'Nulmeting Zorggroepen', LVG.

fysiotherapeuten, apothekers, en de GGZ. De samenwerkingsvorm is meestal het gezondheidscentrum.

Een gezondheidscentrum is een samenwerking van eerstelijnszorgverleners op één locatie. In het algemeen biedt een gezondheidscentrum naast de reguliere zorg van de deelnemende zorgaanbieders meerdere zorgprogramma'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. Diverse 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' genoemd, 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.

**Box 1: Anderhalvelijnszorg<sup>25</sup>**

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.<sup>33</sup> 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 drie 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. De NZa heeft 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.<sup>34</sup> Theoretisch bestaat ook de kans op uitsluiting en weigering van patiënten die geen zorgverzekering bij Menzis 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 huisartsen<sup>35</sup>.

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

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

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

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

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 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 in 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 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 eerstelijns samenwerkingsverbanden 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 in 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/kwaliteit verhouding 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. Zo'n 10% van alle huisartspraktijken is NHG-geaccrediteerd.<sup>36</sup> 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](http://www.kiesbeter.nl). Consumenten kunnen zo de ervaringen van anderen gebruiken bij hun keuze voor een zorgaanbieder, en verzekeraars kunnen die ervaringen benutten bij de inkoop van zorg.<sup>37</sup>

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.<sup>38</sup> 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.<sup>39</sup> Bij de meeste van de onderzochte indicatoren bleek er een grote spreiding te zijn in de kwaliteit van voorschrijven tussen huisartsen, maar ook tussen regio's. Op de meerderheid van indicatoren wordt landelijk onder de 80% gescoord en valt er 20 tot 60% 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.<sup>40</sup>

#### *Pilot benchmarking huisartsenzorg*

Het pilot project 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

---

<sup>36</sup> Bron: Franchimont e.a., 2007.

<sup>37</sup> Bron: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

<sup>38</sup> Bron: Meuwissen, De Bakker, 2008.

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

van de transparantie, de doelmatigheid en de kwaliteit van de curatieve zorg.<sup>41</sup>

Het pilot project 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. Uit de pilot is de CQI voor de huisartsenzorg verder ontwikkeld.<sup>42</sup>

#### *Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg*

De Stuurgroep Transparantie in de Huisartsenzorg (STH) is ontstaan vanuit het hierboven beschreven pilot project 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 het Ministerie van 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 zorgsectoren 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. Ook zet het programma zich in om maximaal te waarborgen dat de gepubliceerde informatie valide, betrouwbaar en daadwerkelijk vergelijkbaar is.<sup>43</sup> 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. De fysiotherapie is naast de openbare farmacie de enige eerstelijnszorgaanbieder waarvoor prestatie-indicatoren zijn ontwikkeld. Het kan als voorbeeld dienen voor de andere eerstelijnszorg.

---

<sup>41</sup> Bron: Franchimont, e.a., 2007.

<sup>42</sup> Ibid.

<sup>43</sup> Bron: [www.zichtbarezorg.nl](http://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 inkoopt. 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.<sup>44</sup> 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. Ook 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 door deel te nemen aan de Stuurgroep die het project zal implementeren.

Het geheel 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/kwaliteit verhouding.

---

<sup>44</sup> Van [www.zorgdomein.nl](http://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 volgende 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 passantentarief in rekening brengen. Het passantentarief voor een consult is circa tweeëneenhalf keer zo hoog als het reguliere tarief. Het passantentarief is zodanig vastgesteld dat de huisarts in zijn inkomsten indifferent zou moeten zijn tussen het behandelen van al of niet ingeschreven consumenten.<sup>45</sup> Het komende jaar onderzoekt de NZa welke mogelijkheden er zijn om de huisartsenzorg aan Gemoedsbezwaarden, die niet zijn verzekerd, onder het passantentarief te bekostigen.

#### *Capaciteit*

Op 1 januari 2007 was het aantal inwoners per fte huisarts gemiddeld 2.419.<sup>46</sup> Vermenigvuldigd met 8.673 huisartsen die gemiddeld 0,75 fte

<sup>45</sup> 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 passantentarief komen de inkomsten op ongeveer € 200 duizend.

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

werken<sup>47</sup> 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.

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 3. 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. In 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 meer 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 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, ofwel een huisartsenpost, is aangesloten

<sup>47</sup> Ibid.

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 (RVZ, 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% van de gevallen niet binnen 30 seconden beantwoord en 17% van de bellers wordt doorverbonden met een antwoordapparaat. Verder is ongeveer de helft van de patiënten niet op de hoogte van het spoednummer van hun praktijk of het bestaan ervan.

Veertig % van de reguliere oproepen wordt niet binnen tien minuten beantwoord, 48% van de patiënten krijgt binnen twee 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.<sup>48</sup> Het daadwerkelijke gebruik is tot dusverre echter zeer beperkt.

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

In 30 % 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.<sup>49</sup> 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.

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. In het algemeen zijn gebruikers van het e-consult 'veelbezoekers' (zoals chronisch zieken).<sup>50</sup>

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.<sup>51</sup>

## 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 avondspreekuren. 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.

---

<sup>49</sup> NRC Handelsblad, 24 juni 2008, E-mailconsult bij huisarts zeldzaam.

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

<sup>51</sup> 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 en 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 nichespeler 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 uit 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. Bovendien 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 toetreders 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:

- huisartsenzorg valt onder de basisverzekering, en;
- tarieven komen niet onder vrije concurrentie tot stand.

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

De eerste belemmering is dat de algehele huisartsenzorg 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 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.<sup>52</sup> De welvaartseffecten voor consumenten van toetreding van SOS-arts zijn daardoor onduidelijk. De macrokosten 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

---

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

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.

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 plaatsvindt. 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.<sup>53</sup> SOS-arts zou op kleine, regionale schaal met één of meerdere verzekeraars met de dienstverlening kunnen experimenteren voor de maximale duur van drie 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 geslecht. 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.

---

<sup>53</sup> 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 4. 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 4. 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 onderzoek uit naar de praktijkkosten van huisartsenzorg. Het kostenonderzoek zal naar verwachting in april 2009 zijn afgerond. Tot die tijd zijn alleen de totale, macrokosten 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. 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 € 200<sup>54</sup>. 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.

<sup>54</sup> 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%. 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% van de verrichtingen daadwerkelijk gedeclareerd. Mogelijk wogen de extra inkomsten van de overige 26% 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% van alle verrichtingen daadwerkelijk gedeclareerd zou worden. In de praktijk is gebleken dat huisartsen in het eerste halfjaar van 2006 gemiddeld 87% van alle zorgcontacten declareerden, in het tweede halfjaar 85% en in het eerste halfjaar van 2007 84%.<sup>55</sup> Er is dus sprake van een onderdeclaratie van de geleverde zorg variërend van 13 tot 16% in 2006 en 2007.

Er is een aantal mogelijke verklaringen voor het hogere declaratiepercentage:

- zorgvuldiger declareren;
- inkomensonzekerheid in de nieuwe bekostigingsstructuur;
- meer routine wegens declaraties voor gehele patiëntenbestand;
- digitale declaratie stimuleringsmaatregel;
- 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% 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.

Een vierde verklaring hangt samen met de stimuleringsmaatregel voor digitaal declareren. Vanaf 2006 konden huisartsen een kwartje extra

---

<sup>55</sup> 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.

declareren mits de declaratie digitaal werd ingediend. Dit heeft het digitaal declareren gestimuleerd.

Inmiddels is ruim 99% 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 Nivel<sup>56</sup> 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.<sup>57</sup> 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% toegenomen. Deze stijging ontstond vrijwel alleen bij voormalig particulier verzekerden. Hun aantal zorgcontacten is met 2,2% toegenomen, terwijl dat bij de voormalig ziekenfondspatiënten nagenoeg gelijk is gebleven.<sup>58</sup>

Vektis constateert dat het aantal gedeclareerde consulten in 2007 ten opzichte van 2006 met 7% is gestegen, van 72,5 miljoen consulten in 2006 tot 77,6 miljoen in 2007.<sup>59</sup>

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% 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.

<sup>56</sup> 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.

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

<sup>58</sup> 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.

<sup>59</sup> Vektis, Zorgmonitor 2008.

**Tabel 5. Stijging van gedeclareerde verrichtingen<sup>60</sup>**

Onderdelen	Stijging 2006 <sup>50</sup>	Stijging 2007 <sup>51</sup>
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 5 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.<sup>61</sup>

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.

#### *Herhalingsrecepten*

Het aantal declaraties voor herhalingsrecepten bleek in 2006 35% 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% gestegen.

<sup>60</sup>2006 ten opzichte van raming 2006, eerste half jaar van 2007 ten opzichte van realisatie eerste half jaar 2006

<sup>61</sup> Oortwijn, W., Mathijssen, J. en Ten Have, A. (2007). *Effecten van het Vogelarakkoord op de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit patiëntenperspectief*. Onderzoek door ECORYS in opdracht van de NPCF.

**Tabel 6. 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 6 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.<sup>62</sup> 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.

<sup>62</sup> 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 7. Verdeling tussen administratieve lasten, 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 7 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 zeven minuten per week.

**Tabel 8. 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 8 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% 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 registeren zij alle consulten in het HIS. Gebruik van het HIS is niet voorgeschreven: huisartsen kiezen er zelf voor om met dit systeem te werken. Bovendien declareert de huisarts per kwartaal inschrijfgelden bij zorgverzekeraars.

Huisartsen ervaren het werken met het digitale HIS verschillend. Een gedeelte ervaart het digitaal registreren van consulten als een verbetering ten opzichte van de oude situatie met 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 voor 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 Vecozo<sup>63</sup> 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.

---

<sup>63</sup> 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 ten slotte 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 twintig 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 in 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, tien % 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. IGZ ontwikkelt deze indicatoren.

### *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.

Ook 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.

#### *Aanbodscarste*

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 nichespelers. 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 gepensioneerd 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.

## **Bijlage 1. Analyses voor de Monitor Huisartsenzorg**

De NZa heeft het onderzoeksbureau SEO gevraagd om een scan van de markt voor huisartsenzorg. De analyse is als bijlage aan deze monitor toegevoegd.



## Analyses ten behoeve van de Monitor Huisartsenzorg





Amsterdam, november 2008  
In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit

## Analyses ten behoeve van de Monitor Huisartsenzorg

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



**seo** economisch onderzoek

*“De wetenschap dat het goed is”*

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

SEO-rapport nr. 2008-76

# Inhoudsopgave

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



## Samenvatting

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

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

### Zorgvolume en substitutie

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

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

### Betaalbaarheid

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

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

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

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

### Toegankelijkheid

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

### Transparantie van kwaliteit

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

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

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

## Administratieve lasten

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

## Conclusie

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

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

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



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

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

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

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

## 1.2 Onderzoeksaanpak

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

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

## 1.3 Leeswijzer

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

## 2 Mogelijke gevolgen van veranderingen in de regelgeving

### 2.1 Inleiding

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

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

### 2.2 Regelgeving verzekeraars

#### 2.2.1 Regelgeving

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

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

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

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

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

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

### 2.2.2 Gedragsprikkel

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

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

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

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

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

## 2.3 Regelgeving huisartsen

### 2.3.1 Nieuwe regelgeving

Voor 2006 kreeg de huisarts een abonnementstarief voor ziekenfondsverzekerden en voor particulierverzekerden een vergoeding per consult (in 2005 € 24). Sinds 1 januari 2006 is in Nederland een nieuw financieringssysteem voor huisartsenzorg van kracht. Het verschil tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden is verdwenen en er is nu een gedifferentieerde bekostigingsstructuur. De huidige beloningssystematiek is grofweg een samenvoeging van de oude systemen voor particulier- en ziekenfondsverzekerden. Dit nieuwe *gemengde systeem* bestaat uit twee componenten:

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

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

Tabel 2.1 Basis Financieringssysteem huisartsen zorg overdag

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

Bron: NZa, 2007a

Tabel 2.1 laat per onderdeel zien hoe binnen het beloningssysteem de betaling plaatsvindt, of er sprake is van een maximumtarief of een vrij tarief en of het onderdeel zonder contract met de zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden. De tarieven in tabel 2.1 betreffen voor het grootste gedeelte door de NZa gereguleerde, maximumtarieven. Partijen hebben de vrijheid om tarieven onder het maximum overeen te komen. Maximumtarieven gelden voor het inschrijftarief, de (POH) consulten en de modules POH en Populatiegebonden vergoedingen. Naast de in de tabel weergegeven tarieven zijn er aparte tariefafspraken over specifieke diensten, bijvoorbeeld avond, nacht en weekend diensten en verloskundige hulp.

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

<sup>2</sup> Maximum inschrijftarief wordt vermenigvuldigd met 1,13 bij een verzekerde 65-75 jaar, met 1,19 bij een verzekerde ouder dan 75 jaar, met 1,13 bij een verzekerde in een achterstandswijk, met 1,27 bij een verzekerde 65-75 jaar in een achterstandswijk en met 1,32 bij een verzekerde ouder dan 75 jaar in een achterstandswijk.

De module POH maakt mede de financiering van een praktijkondersteuner mogelijk door middel van een toeslag op het inschrijftarief. Op dezelfde manier krijgen huisartsen met patiënten die relatief veel zorg consumeren compensatie via de module populatiegebonden vergoedingen. Financiering via deze twee modules is alleen mogelijk als de huisarts daarvoor een contract heeft met de zorgverzekeraar. In 2008 is er een POH tarief voor GGZ praktijkondersteuners ingesteld met een maximum bedrag van €3,40 per jaar.

Naast gereguleerde maximumtarieven vindt er binnen het nieuwe financieringssysteem bekostiging plaats op basis van tarieven die vrij tot stand komen in het onderhandelingsproces tussen verzekeraar en huisarts. Het gaat daarbij om de bekostiging van modernisering en innovatie van huisartsenzorg, de zogenaamde M&I module. Deze module is verder bedoeld voor de financiering van andere initiatieven die gericht zijn op het verhogen van de doelmatigheid van de huisartsenzorg. Huisartsen kunnen M&I-verrichtingen alleen in rekening brengen als ze hierover een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar hebben.

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

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

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

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

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

### 2.3.2 Gedragsprikkel

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

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

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

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

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

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

## 2.4 Regelgeving verzekerden

### 2.4.1 Nieuwe regelgeving

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

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

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

---

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

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

### 2.4.2 Gedragsprikkel

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

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

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

## 2.5 Concurrentieverhoudingen

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

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

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

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

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

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

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

## 2.6 Conclusie

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

## Structuur en gedrag

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

## Marktuitskomsten

### Zorgvolume

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

### Betaalbaarheid

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

### Toegankelijkheid

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

### Transparantie van kwaliteit

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

### Administratieve en ondernemerslasten

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



## 3 Marktstructuur en gedrag van marktpartijen

### 3.1 Inleiding

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

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

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

### 3.2 Horizontale samenwerking zorgaanbieders

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

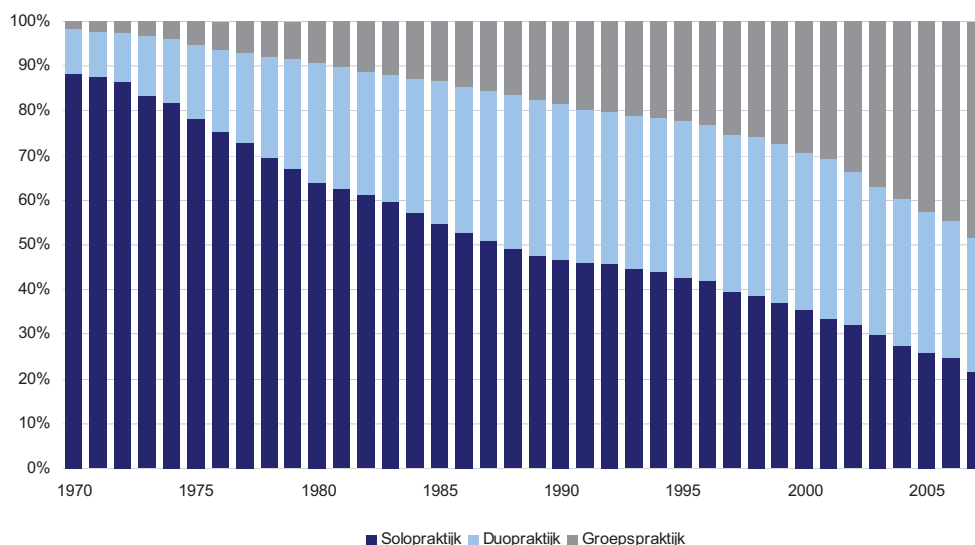
#### 3.2.1 Schaalvergroting

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

---

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

Figuur 3.1 Werkzame huisartsen naar praktijkvorm op 1 januari



Bron: Nivel (2007); Bewerking SEO Economisch Onderzoek

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

Tabel 3.1 Aantal praktijken naar praktijkvorm en -omvang

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

Bron: Nivel (2007); Bewerking SEO Economisch Onderzoek

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

### 3.2.2 Samenwerking

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.2.3 Conclusie

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

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

## 3.3 Verticale samenwerking huisartsen en verzekeraars

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

### 3.3.1 Verticale integratie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

### 3.3.3 Conclusie

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

## 4 Markttuitkomsten

### 4.1 Inleiding

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

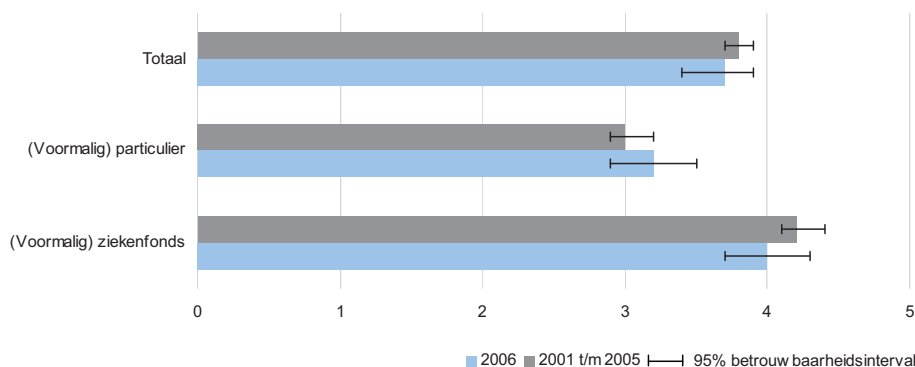
### 4.2 Zorgvolume en substitutie

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

#### 4.2.1 Aantal zorgcontacten

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

**Figuur 4.1** Gemiddeld aantal huisartscontacten per jaar



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

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

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

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

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

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

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

## 4.2.2 Substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg

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

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

### Kwantitatieve gegevens

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

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

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

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

---

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

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

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

### **Zelfgerapporteerde ontwikkeling**

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

### **4.2.3 Conclusie**

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

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

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

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

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

### 4.3.1 Prijzen

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

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

### 4.3.2 Aantal gedeclareerde zorgcontacten

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

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

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

Tabel 4.1 Ontwikkeling gedeclareerde verrichtingen

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

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

### Consulten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- chirurgie, 19%;

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

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

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

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

### **Gederfde inschrijftarieven**

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

---

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

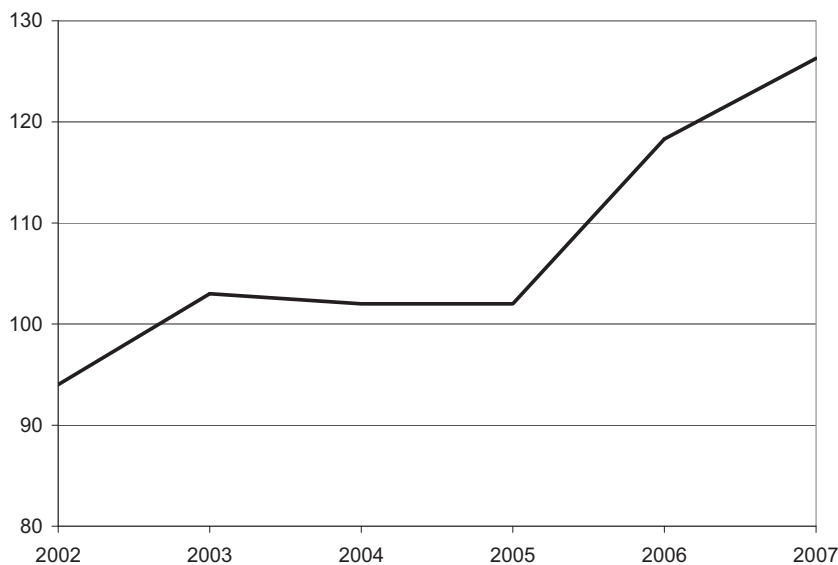
Op 1 mei 2007 had 1,7 procent van de Nederlandse bevolking geen ziektekostenverzekering (zes maanden na peildatum was dit nog 1,4 procent oftewel 230 duizend Nederlanders). Vooral onder twintigers komt dit, met 3,7 procent onverzekerden, bovengemiddeld vaak voor.<sup>17</sup>

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

### 4.3.3 Kosten

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

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



Bron: CVZ Zorgcijfers kwartaalbericht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bron: CVZ Zorgcijfers kwartaalbericht, bewerking SEO Economisch Onderzoek

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

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

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

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

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

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

#### 4.3.4 Conclusie

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

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

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

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

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

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

## 4.4 Toegankelijkheid

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

### 4.4.1 Openingstijden en telefonische bereikbaarheid

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

---

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

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

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

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

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

### Openingstijden

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

### Telefonische bereikbaarheid

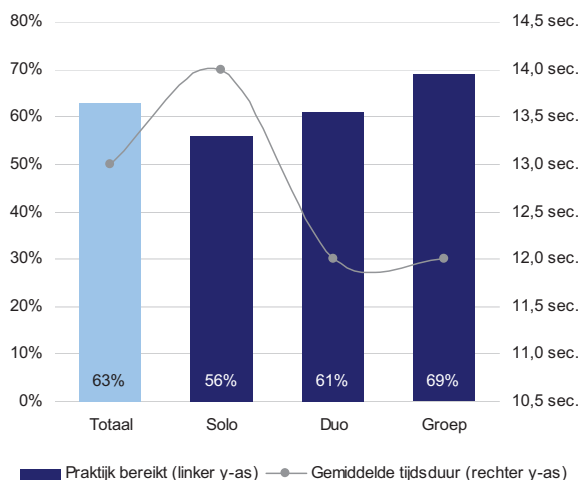
De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2008) signaleert dat de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg door schaalvergroting (huisartsenposten) aanmerkelijk is verbeterd. Toch vindt de RVZ dat telefonische bereikbaarheid van de huisarts (reguliere zorg en 'eerste hulp') moet worden verbeterd.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

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

---

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

Figuur 4.3 Bereikbaarheid voor spoedoproepen per praktijkvorm



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

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

#### 4.4.2 E-mailconsult

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

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

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

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

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

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

#### 4.4.3 Conclusie

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

### 4.5 Transparantie van kwaliteit

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

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

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

#### **NHG-accreditering**

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

#### **Consumer Quality Index**

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

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

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

### **Kwaliteit voorschrijfgedrag huisartsen**

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

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

### **Convenant gegevensverzameling**

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

### **Pilot benchmarking huisartsenzorg**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Programma Zichtbare Zorg**

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

### **Conclusie**

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

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

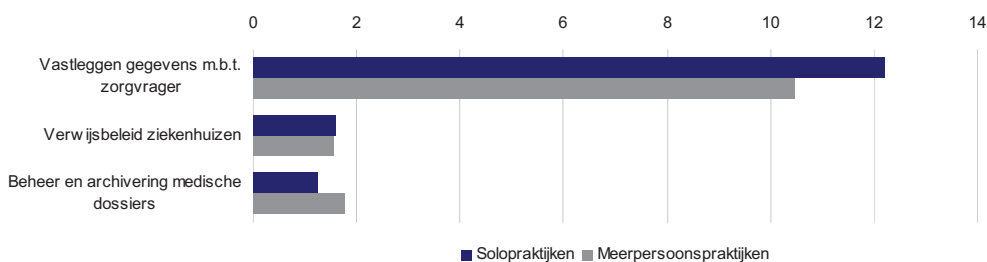
## **4.6 Administratieve en ondernemerslasten**

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

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

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

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

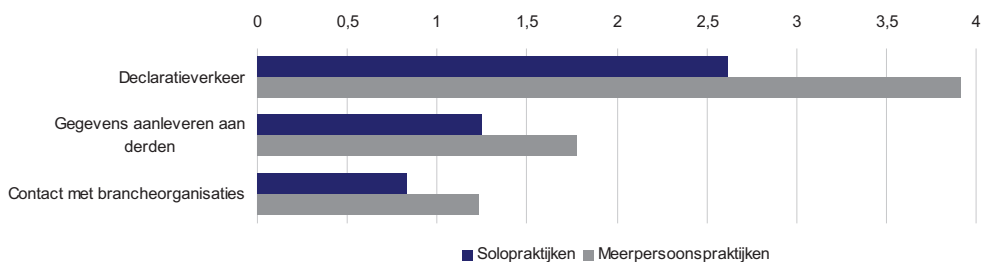


Bron: Bex e.a. (2008, p. 10 en 13); Bewerking SEO Economisch Onderzoek

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

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

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



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

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

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

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

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

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

## 4.7 Conclusie

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

---

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



## Referenties

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

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

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



**seo** economisch onderzoek

Roetersstraat 29 · 1016 WB Amsterdam · T (+31) 20 525 16 30 · F (+31) 20 525 16 86 · [www.seo.nl](http://www.seo.nl)



Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11  
E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)  
I [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel de zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel de curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa heeft een aantal wettelijke taken: het vaststellen van prijzen en budgetten, markttoezicht en waken over goede uitvoering van de Zorgverzekeringwet en de AWBZ. Daarbij staat het belang van de consument voorop: er moet voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg zijn.

De NZa is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn.

Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de NZa tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. Het toezicht op de zorgverzekeringswetten bestaat er bijvoorbeeld uit dat de NZa bewaakt dat verzekeraars aan hun zorgplicht en acceptatieplicht voldoen en dat ze zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie. De NZa zet ook in op flinke vermindering van de bureaucratie. Ze neemt haar eigen regels grondig onder de loep, maar spreekt ook beleidsmakers, andere toezichthouders én marktpartijen aan op hun verantwoordelijkheid als dat nodig is om het aantal regels en voorschriften te beperken.