

DVH-samenvatting van het rapport van de NZa "Oriënterende Monitor Huisartsenzorg"

30 juli 2007

DVH-samenvatting van het rapport van de NZa van juli 2007:
"Oriënterende Monitor Huisartsenzorg"(1)
Het nieuwe financieringssysteem en marktwerking in de huisartsenzorg

DVH-Commentaar op het NZa-rapport,
uitmondend in een DVH-Voorstel Moratorium Huisartsenzorg
kunt u hier downloaden:

< <http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/Commentaar-Moratorium300707.pdf> >

Inleiding

Met deze "Oriënterende Monitor Huisartsenzorg" wil de NZa op hoofdlijnen de werking van de markt voor huisartsenzorg en van het nieuwe financieringssysteem verduidelijken. Verder wordt bekeken hoe het gaat met doelstellingen uit het Vogelbaar Akkoord(3).

Anders dan normaal bij reguliere NZa monitoring, nu geen uitgebreide analyses en beschrijvingen over marktwerking omdat het ministerie van VWS op korte termijn behoefte had aan informatie.

Medio 2008 volgt de eerste reguliere monitor Huisartsenzorg. Ook daarna blijft de NZa de ontwikkelingen rond de beroepsgroep volgen, met vooral aandacht voor de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid. Het zal bijvoorbeeld ook de administratieve lasten in het oog houden.

Naast kwantitatieve bronnen werd gebruik gemaakt van kwalitatieve informatie uit interviews met verzekeraars en enquêtes onder huisartsen.



Vogelaar Akkoord

Sinds januari 2006 geldt een nieuw financieringssysteem voor huisartsenzorg overdag: het Vogelbaar Akkoord dat tussen VWS, ZN en LHV werd overeengekomen.

- Doelstellingen

- ◆ stimulering samenwerking huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders
- ◆ verdere ontwikkeling programma's chronische aandoeningen
- ◆ substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijns
- ◆ beheersing administratieve lasten

- Financieringssystematiek

- I. inschrijftarief per ingeschreven eventueel inclusief modules
 1. POH
 2. Achterstandsfonds
 3. Modernisering en Innovatie (M&I)
- II. verrichtingentarief

Borging publieke belangen

- Kwaliteit

Het nieuwe financieringssysteem:

- ◆ kent prikkels die tot gedragsverandering kunnen leiden bij huisartsen en andere marktpartijen.
- ◆ bevordert de kwaliteit van de huisartsenzorg door eerstelijns samenwerking en door het stimuleren van M&I

Samenwerking is voornamelijk toegenomen tussen huisartsen (monodisciplinair). Multidisciplinaire samenwerking op grote schaal blijft uit.

Kwaliteit huisartsenzorg weinig transparant en dus onvoldoende te beoordelen door consument en zorgverzekeraars. Dit staat effectieve onderhandelingen in de weg. IGZ is bezig een landelijk systeem van kwaliteitsindicatoren op te zetten.

- Toegankelijkheid

Op dit moment is er een goede toegankelijkheid huisartsenzorg door aanwezigheid van voldoende huisartsen. In toekomst problemen te verwachten met beschikbaarheid van huisartsenzorg a.g.v.

- ◆ toename zorgvraag
- ◆ onvoldoende opvolging voor uittrekers
- ◆ zorgsubstitutie van tweede naar eerstelijns

Met name het inschrijftarief resulteert in minder patiëntenstops dus in een betere toegankelijkheid.

Telefonische bereikbaarheid en openingstijden na 15 uur, laten te wensen over. Meer mensen gaan daardoor naar SEH van het ziekenhuis of HAP. NZa zal de bereikbaarheid nader onderzoeken eventueel in samenwerking met de IGZ.

- Betaalbaarheid

Wordt met name bepaald door de tarieven welke vrijwel altijd gelijk zijn aan de wettelijk geldende maxima. Is dit het resultaat van de sterke onderhandelingsmacht bij de huisarts? Daarentegen is het mogelijk dat de wettelijke maxima maar net kostendekkend zijn. Er bestaat behoefte aan kostenonderzoek om duidelijk te maken of er sprake is van beperkende maximumtarieven en of tariefsaanpassing nodig is voor effectievere marktwerking.

Omvang van het zorgvolume bepaalt mee de betaalbaarheid. Sinds 2006 sterke stijging consulteenheden die volgens verzekeraars het gevolg is van stijging van het aantal herhaalrecepten. NZa wil in deze nader onderzoek van LHV, ZN en CVZ.

Verzekeraars hebben regelmatig het gevoel dat huisartsen te hoge tarieven voor M&I bedingen. Er bestaat bij hen onvoldoende inzicht in de werkelijke kosten van M&I verrichtingen. Onderhandelingsmacht van huisartsen blijkt groter dan die van ZV's. Het "volgen" van de afspraken van de dominante ZV heeft eveneens een kostenopdrijvend effect bij M&I. Soms willen ZV's liever een eigen, lager tarief afspreken. Sommige M&I verrichtingen zijn volgens verzekeraars aan te merken als reguliere huisartsenzorg waarvoor het gewone consulttarief zou moeten gelden, zoals bij tapen, audiometrie, allergietesten, pessarium, kleine chirurgische verrichtingen.

De NZa beveelt aan het volgen van de dominante verzekeraar (Vogelaar) te laten vallen. De NZa onderzoekt welke M&I verrichtingen werkelijk innovatief zijn. Modernisering of innovatie en de daarmee gepaard gaande hoge(re) kosten, zijn per definitie van tijdelijke aard. Permanente plaatsing op de M&I lijst klopt inhoudelijk niet en is economisch onwenselijk. Een kostengeoriënteerd tarief voor M&I prikkelt om een optimale afweging te maken tussen de M&I verrichting en eerste of tweedelijns alternatieven. Kostenoriëntatie komt ook de betaalbaarheid ten goede indien het leidt tot lagere tarieven. ZV's willen een vereenvoudiging van de financiering van M&I. De NZa zal dit betrekken bij de nieuwe beleidsregel M&I.

Doelstellingen uit het Vogelaar Akkoord

- Samenwerking eerstelijns

Deze is met name monodisciplinair. Rol van het financieringssysteem hierbij, is beperkt. De nieuwe beleidsregel (jan. 2007) "geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie" kan een impuls zijn voor samenwerking. Samenwerking moet bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg. NZa is van oordeel dat meer transparantie over de kwaliteit van huisartsenzorg bijdraagt aan meer kwaliteitsverhogende (mono- en multidisciplinaire) samenwerking.

- Programmatische aanpak chronische aandoeningen

Het financieringssysteem stimuleert ketenzorg met een effectievere aanpak van chronische aandoeningen. Het kan nog beter door multidisciplinaire samenwerking.

- Substitutie

Het nieuwe financieringssysteem leidt tot meer substitutie van tweedelijnszorg naar de eerstelijns, echter zonder zichtbare besparingen op de tweedelijnszorg.

Oorzaken:

- ◆ ZV's door verevening en nacalculatie niet geprikkeld tot scherp inkoopbeleid
- ◆ ZV's belang van doelmatige inkoop beperkt door relatieve omvang huisartsenbudget
- ◆ ZV's hebben (vooraf) geen duidelijk inzicht in de kosten van DBC's
- ◆ financiering med.specialistische zorg via lumpsum welke niet direct afhankelijk is van (zorg)volumewontwikkelingen

NZa wil aantal case-studies doen om kostenbesparing door substitutie zichtbaar te maken voor de reguliere monitor van 2008.

- Beheersing van kosten van administratieve handelingen

Het gaat om kosten die samenhangen met administratie rond contracteren, declareren en inschrijving-op-naam. En om tijdsbesteding en kosten samenhangend met management van samenwerkingsverbanden en personeelsbeleid. Tijd voor zorgtaken is volgens huisartsen afgenomen in 2006 en 2007 weer licht toegenomen. ZV's zien mogelijkheden de administratieve lasten te verlagen door elektronisch declareren en contracteren. De NZa verwacht de komende jaren een daling van de administratieve kosten.

Aanbevelingen van de NZa

1. totstandkoming landelijk systeem van kwaliteitsindicatoren huisartsenzorg, waardoor betere kwaliteitsbeoordeling mogelijk voor ZV's (effectievere onderhandelingen) en consument (meer keuzevrijheid)
2. Meer transparantie over kwaliteit huisartsenzorg draagt bij aan meer kwaliteitsverhogende (mono- en multidisciplinaire) samenwerking. NZa onderzoekt waarom multidisciplinaire samenwerking op grote schaal uitblijft.
3. NZa zal in 2008 de huisartsenzorg onderwerpen aan een kostenonderzoek: inzicht in de kosten bevordert de werking van de zorginkoopmarkt en leidt tot meer kostenoriëntatie bij tarifiering.
4. Bereikbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van huisartsenzorg laat te wensen over. NZa zal in overleg treden met IGZ en NPCF i.v.m. hun onderzoek naar telefonische bereikbaarheid.
5. Beperkt aantal huisartsen biedt emailconsult aan. NZa vraagt LHV en ZN het emailconsult te evalueren. Zonodig doet de NZa dit zelf.
6. Toename aantal herhaalrecepten geconstateerd. NZa vraagt partijen en CVZ hiernaar onderzoek te doen.
7. NZa beveelt partijen aan het "volgen" van de dominante verzekeraar bij contractering. Los te laten. Het past niet bij vrij onderhandelbare tarieven, het is strijdig met gereguleerde marktwerking en leidt tot hogere tarieven.
8. M&I verrichtingen worden inhoudelijk door NZa onderzocht. Bepaald wordt welke verrichtingen daadwerkelijk innovatief zijn en welke tot de reguliere zorg behoren.
9. Substitutie van zorg bespaart op zorgkosten. Besparingen zijn echter niet goed zichtbaar. Inzicht noodzakelijk in gerealiseerde en in potentiële besparingen en in de oorzaken van het eventueel uitblijven van significante besparingen. Kritisch zal naar het systeem van nacalculatie en verevening gekeken worden. NZa voert een aantal casestudies uit van ziekenhuizen en huisartsen binnen één relevante markt.
10. NZa zal najaar 2007 de administratieve lasten d.m.v. een Nul-meting objectiveren.
11. NZa zal onderzoeken of de financierings-, declaratie- en contacteringssystematiek vereenvoudigd kan worden om tijdsbesparing te realiseren in de administratieve handelingen.
12. De NZa zal een kritische analyse uitvoeren van voor- en nadelen van het verbod op goodwillbetalingen bij overnames.

Bronnen:

1. NZa, Monitor Huisartsenzorg [1,82 MB pdf], 23 juni 2007
2. LHV, VWS, ZN, Het Vogelaarakkoord voor 2006 en 2007 [pdf], 30 mei 2005

Deze bronnen kunt u aanklikken in de webversie van dit stuk op
< <http://devrijehuisarts.org/asp/samenvattingNZaRap300707.asp> >

Bent u al donateur van De Vrije Huisarts? Meteen DOEN.