



Nederlandse
Zorgautoriteit

Marktscan

Eerstelijnszorg 2016



mei 2017

Inhoud

-  **Samenvatting**
-  **Eerstelijnszorg in vogelvlucht**
-  **Eerstelijnszorg in cijfers**

-  **Ontwikkelingen in eerstelijnszorg**
-  **Aanbieders van eerstelijnszorg**
-  **Zorginkoop in eerstelijnszorg**

Samenvatting

De NZa brengt voor het eerst een marktscan uit over de gehele eerstelijnszorg. De marktscan beschrijft de ontwikkelingen en cijfers in de eerstelijnszorg over de periode 2012 - 2015.

Eerstelijnszorg bestaat uit verschillende zorgvormen. In deze marktscan maken we onderscheid tussen huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, wijkverpleging, farmacie, mondzorg, paramedische zorg, geboortezorg en generalistische basis-ggz. Belangrijk uitgangspunt is dat eerstelijnszorg dichtbij de thuissituatie van de patiënt geleverd wordt. Andere kenmerken van deze zorg zijn:

- laagdrempelig toegankelijk;
- op lokaal niveau vaak in samenhang (multidisciplinair) geleverd;
- huisarts als poortwachter en verwijzer;
- samenwerking in de wijk tussen zorgaanbieders, gemeenten en de welzijnssector.

Om de totale kosten van de zorg in de hand te houden, is het belangrijk dat mensen worden behandeld op de juiste plek. Gespecialiseerd waar dat nodig is, in de basiszorg waar dat kan. Substitutie vanuit de specialistische, duurdere tweedelijnszorg naar de eerste lijn is hier een belangrijk speerpunt. Hierdoor stijgen de kosten van de zorg in de eerste lijn, maar dalen de totale zorgkosten. Bovendien kan deze eenvoudige zorg vaak beter worden georganiseerd in de buurt van de patiënt, zonder kwaliteitsverlies.

Eerstelijnszorg in cijfers

In het jaar 2015 werd ruim 30% van de totale uitgaven aan zorg uit het basispakket besteed in de eerstelijnszorg. In de afgelopen jaren stegen deze uitgaven sterk: van € 8,8 miljard in 2012 naar

€ 12,7 miljard in 2015. Deze stijging wordt voor een groot deel veroorzaakt door de invoering van de generalistische basis-ggz in 2014 en de overheveling van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet in 2015. Voor de meeste sectoren zijn de totale uitgaven in 2015 gestegen ten opzichte van 2012. Farmaceutische zorg en verloskundige zorg zijn hier uitzonderingen op.

Aan farmaceutische zorg wordt in 2015 per verzekerde het meeste uitgegeven; gemiddeld zo'n € 270 per jaar. Voor de verloskundige zorg en de generalistische basis-ggz zijn de uitgaven per verzekerde met gemiddeld € 12 het laagst. Daarentegen zijn de uitgaven per patiënt het grootst bij geboortezorg; bijna € 1300 voor kraamzorg en ruim € 800 voor verloskundige zorg. In de eerstelijnszorg zijn er grote verschillen in het zorggebruik vanuit het basispakket tussen verzekerden. Om deze verschillen in kaart te brengen, hebben we op basis van zorggebruik en leeftijd verschillende patiëntprofielen geïdentificeerd.

Het aantal signalen dat de NZa ontvangen heeft over de eerstelijnszorg is in de periode 2012 - 2015 gedaald. Vooral in de mondzorg en paramedische zorg is de daling groot. De NZa beschouwt dit als een goede ontwikkeling.

Ontwikkelingen rondom kwaliteit

De kosten van zorg zijn steeds beter inzichtelijk, maar de kwaliteit van deze zorg is dat nog niet. Het tempo waarmee het gebruik van kwaliteitsinstrumenten zich verspreidt in de eerstelijnszorg, valt tegen. Zorgverzekeraars willen zorgaanbieders helpen en stimuleren om werk te maken van kwaliteit van zorg, maar willen de inhoudelijke keuzes hieromtrent aan de zorgaanbieders laten. Een groot deel van de zorgverzekeraars past bij de inkoop van



1

eerstelijnszorg tariefdifferentiatie toe, maar baseert dit dus nog vooral op proces- en structuurkenmerken. De wijze waarop verschilt per verzekeraar en per sector. Wel geven alle zorgverzekeraars aan veel met spiegelinformatie te werken, zodat zorgaanbieders inzicht krijgen in de praktijkvariatie.

2

De NZa is van mening dat inzicht bieden in kwaliteit van zorg en ontwikkeling van richtlijnen vanuit de sector beter kan. De zorgverzekeraar kan hier dan ook beter op gaan inkopen. Verzekeraars willen niet op de stoel van de behandelaar gaan zitten en hebben daarom op dit gebied een terugtrekkende beweging gemaakt. Anderzijds komt de sector zelf niet (snel genoeg) over de brug. Als deze situatie niet verandert, dreigt er een patstelling.

3

Ontwikkelingen rondom innovatie en bekostiging

De huidige set aan regels voor de eerstelijnszorg biedt al veel mogelijkheden om zorginnovaties te bekostigen. Zorgverzekeraars richten zich hierbij vooral op thema's als substitutie, anderhalvelijnszorg, e-health, zelfmanagement en preventie. Voor andere initiatieven, vooral op het gebied van samenwerking tussen verschillende sectoren, zijn er nog belemmeringen. Vaak stranden pogingen volgens de brancheorganisaties tijdens of na het overleg met zorgverzekeraars en ook zien zij de NZa-regelgeving en tariefstructuur soms als een belemmering. Omdat steeds meer mensen zorg nodig hebben vanuit verschillende disciplines, wordt het steeds belangrijker dat professionals met elkaar samenwerken. De NZa zal samen met de belanghebbenden, zoeken naar mogelijkheden om deze samenwerking te stimuleren en te ondersteunen in de regels en bekostiging.

4

5

De NZa begrijpt dat zorgverzekeraars het initiëren en ontwikkelen van innovaties aan de zorgprofessionals laten. Het actief verspreiden van goede innovaties ziet de NZa wel als een taak voor zorgverzekeraars. Juist in de eerstelijnszorg met haar vele sectoren en aanbieders kan de meerwaarde van een actief sturende zorgverzekeraar groot zijn. Verzekeraars kunnen innoverende aanbieders helpen door in een vroeg stadium om tafel te gaan en innovaties een kans te geven, ook op kleine schaal.

De bekostiging van eerstelijnszorg is sectorgericht: de verschillende zorgvormen hebben ieder hun eigen bekostigingsvorm met verschillende behandelomschrijvingen en verschillende manieren om de zorg in rekening te brengen. In de afgelopen jaren zijn in sommige sectoren stappen gezet richting minder regulering: minder voorwaarden en regels, meer verschillen in de tarieven, en meer ruimte om zelf afspraken te maken met de zorgverzekeraars over de behandelomschrijvingen. Sinds 2010 bestaan er multidisciplinaire zorgprestaties in de eerste lijn voor mensen met een chronische ziekte. Ook in de ggz, de geboortezorg en de ouderenzorg komt multidisciplinaire samenwerking van de grond.

We zien verschillen in de mate van ruimte die beroepsgroepen wensen in de regels. Sommige groepen zorgaanbieders willen veel ruimte in de bekostiging, andere hebben behoefte aan duidelijke kaders en ondersteuning. Ook zijn er zorgaanbieders die de stap naar meer integrale bekostiging nog niet kunnen of willen maken. De NZa ondersteunt deze diversiteit door regionale experimenten te stimuleren en mogelijk te maken in de regelgeving.





1

2

3

4

5

De NZa vindt het een belangrijke ontwikkeling dat sommige zorgverzekeraars stappen zetten van inkoop per sector naar inkoop per regio, over verschillende sectoren heen. De afspraken in de regio oostelijk Noord-Brabant, waar binnen de gehele regio wordt nagedacht over zinnige zorg, zijn een goed voorbeeld van het potentieel van dergelijke samenwerking. Ook in het zorgveld onderzoekt men hoe substitutie goed van de grond kan komen. De FMS en LHV hebben bijvoorbeeld onlangs in een handreiking beschreven welke punten huisartsen en specialisten kunnen betrekken bij hun afspraken om tot samenwerking en substitutie te komen. Regie vanuit de zorgverzekeraar is daarbij onontbeerlijk. Zorgverzekeraars kunnen in de inkoop actiever inzetten op concrete substitutieafspraken, onder andere door regionaal in te kopen en niet per sector. De NZa vindt dat multidisciplinaire samenwerking de norm zou moeten worden. Daarmee lijkt de houdbaarheidsdatum van het door de overheid sturen op een budgettair kader per sector wellicht ook in zicht te komen.

Aanbod van eerstelijnszorg

Eerstelijnszorg wordt door een groot aantal actoren geleverd: meer dan 25.000 zorgaanbieders en meer dan 75.000 zorgverleners. Met dit aanbod kan de zorg (bijna) overal in Nederland dichtbij de thuissituatie van de patiënt worden geleverd. Er wordt een algemene toename verwacht in zorgvraag, mede door vergrijzing en substitutie. Steeds meer zorgaanbieders hebben zich aangesloten bij een zorggroep of ander samenwerkingsverband. Ook zien we binnen de eerstelijnszorg een trend in schaalvergroting; het aantal solopraktijken neemt af, en het aantal meermanspraktijken neemt toe. Ook het aantal ondersteunende functies neemt toe, zoals de assistenten en de praktijkondersteuners. Volgens brancheorganisaties

spelen schaalvoordelen, regelgeving en bedrijfsmatiger werken hierbij een belangrijke rol. De reisafstand voor een patiënt zou hierdoor wel kunnen toenemen.

Inkoop van eerstelijnszorg

De NZa krijgt ieder jaar klachten van eerstelijnszorgaanbieders over de contractering. Zorgaanbieders ervaren het contracteerproces vaak als 'tekenen bij het kruisje'. De klachten lopen uiteen van het niet kunnen krijgen van een contract tot klachten over inhoudelijke bepalingen in de contracten en de bereikbaarheid van zorgverzekeraars. Het aantal actoren binnen de eerstelijnszorg laat zien hoe lastig het voor zorgverzekeraars kan zijn om met alle zorgaanbieders in gesprek te gaan. Zij hanteren diverse instrumenten om toch een goede invulling te geven aan de inkoop van zorg. Het is soms nog zoeken naar de juiste balans daarbij, door een bepaalde mate van uniformiteit na te streven, maar ook ruimte te bieden voor maatwerkafspraken.

Zolang zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen en zich houden aan hun zorgplicht, zijn zij vrij om hun contracten zelf vorm te geven en niet met alle zorgaanbieders contracten te sluiten. De afgelopen jaren sloten de zorgverzekeraars in het algemeen met 90% of meer van de zorgaanbieders in de eerstelijnszorg een contract. Uitzondering hierop is de mondzorg. Opvallend is dat zorgverzekeraars veel gebruik maken van meerjarencontracten. Vooral binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg; meer dan 90% van de zorgaanbieders heeft een meerjarencontract. In de wijkverpleging, ergotherapie en geboortezorg is dit minder gebruikelijk.



1

Zorgverzekeraars maken hun rol op het gebied van kostenbeheersing en doelmatig inkopen in de eerste lijn waar. Dat is een positief punt, evenals de toename van meerjarencontracten in de eerste lijn, die de NZa beschouwt als een uiting van wederzijds vertrouwen en dus een goede zaak. Een volgende gewenste stap in het vertrouwen en de contractering is wat de NZa betreft een meer regionale inkoop over de sectoren van de eerste lijn heen, en daarbuiten. Dit doet een aantal verzekeraars al goed.

2

Tot slot

De NZa ziet dat zorgverzekeraars bij de inkoop terecht veel aandacht hebben voor doelmatigheid van zorg. Aan de andere kant slagen zorgaanbieders en zorgverzekeraars er samen nog niet in om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te krijgen. Een grote focus op kostenbeheersing met beperkte aandacht voor (transparantie over) kwaliteit geeft echter risico's op uitholling van de kwaliteit om kosten te drukken.

3

4

De NZa roept zorgaanbieders en zorgverzekeraars op om te investeren in wederzijds vertrouwen door meer openheid. Zonder inzicht en vertrouwen in de geleverde kwaliteit en kwantiteit van zorg, rest zorgverzekeraars niets anders dan sturen op tarieven en kosten. De discussie over het sturen op inzicht in behandelgemiddelden in de fysiotherapie is een voorbeeld van deze zoektocht. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben hier een gedeelde verantwoordelijkheid, omdat meer wederzijds vertrouwen tot veel kan leiden; er is veel (gezondheids-)winst te boeken op kwaliteit, integraliteit, substitutie van zorg en preventie. Afspraken hierover moeten sneller tot stand komen.

5

De NZa heeft hierin een faciliterende rol. De huidige regels maken al veel mogelijk, maar wij gaan graag in overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders die nog belemmeringen ervaren. Ook zijn we actief bezig met het vraagstuk hoe onze prestaties en kwaliteitsstandaarden verenigd kunnen worden. De NZa zoekt naar manieren om dergelijke initiatieven zo goed mogelijk te integreren in de regels. Hierbij zullen we ons de komende jaren (nog) meer laten leiden door voorlopers.

1. Eerstelijnszorg in vogelvlucht

1

Dit hoofdstuk beschrijft wat eerstelijnszorg is. Uitgangspunt is dat de zorgvormen dichtbij de thuissituatie van de patiënt geleverd worden en – grotendeels - vergoed worden uit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

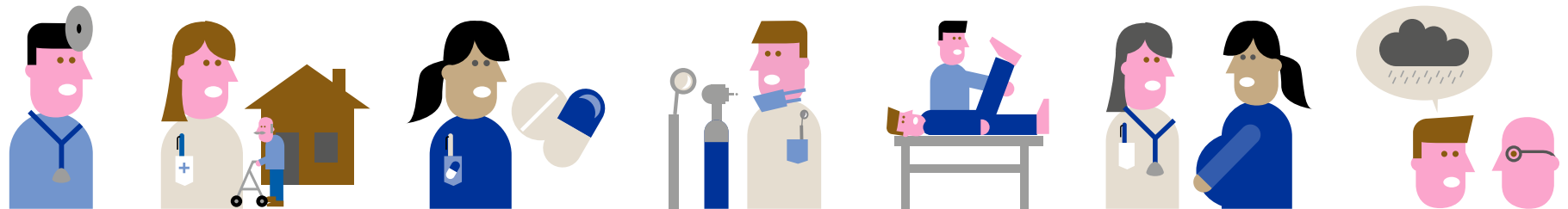
2

We maken onderscheid tussen de volgende zorgvormen: huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg, wijkverpleging, farmaceutische zorg, mondzorg, paramedische zorg, eerstelijns geboortezorg en generalistische basis-ggz. Een aantal zorgvormen bestaat weer uit verschillende sectoren. Zo maken we binnen paramedische zorg bijvoorbeeld onderscheid tussen fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie.

3

4

5



*

1

2

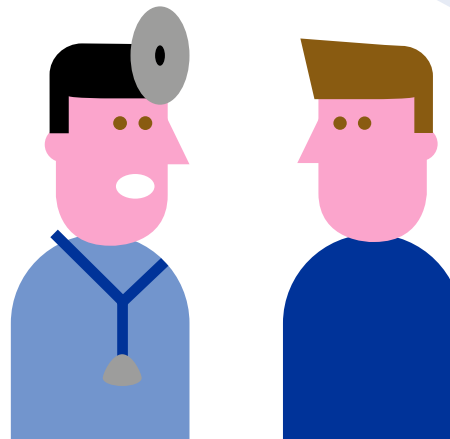
3

4

5

Huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg

- Zorg door huisartsen en zorg door samenwerkingsverbanden waaronder de huisarts (gezondheidscentra, zorggroepen). Voor zorg door samenwerkende zorgverleners zonder een huisarts bestaat nog geen overkoepelende term. Bij 'multidisciplinaire zorg' is de huisarts dus altijd één van de disciplines.
- Aantal prestaties: 132
- Type prestaties: per patiënt en per verrichting
- Tarieven: maximumtarieven en vrije tarieven
- Geen eigen risico
(Eigen risico kan van toepassing zijn bij bepaalde diagnostiek die niet door de huisarts zelf wordt uitgevoerd.)
- Geen eigen bijdrage



Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg worden via drie zogenoemde 'segmenten' bekostigd:

- **Segment 1:** Voor iedere ingeschreven patiënt ontvangt de huisarts een vast bedrag per kwartaal, of deze nu wel of niet gebruik maakt van de huisartsenzorg. Daarnaast kan de huisarts consulten in rekening brengen, en nog een aantal losse behandelingen, bijvoorbeeld 'chirurgie'.
- **Segment 2:** Voor mensen met een chronische ziekte, zoals diabetes en COPD, kunnen samenwerkingsverbanden zorgprogramma's leveren en declareren. Dit noemen we multidisciplinaire zorg.
- **Segment 3:** Huisartsen en samenwerkingsverbanden kunnen aparte afspraken maken met de zorgverzekeraars over beloning op resultaat en zorgvernieuwing. Voorbeelden zijn doelmatig doorverwijzen en het meekijkconsult.

*

Wijkverpleging

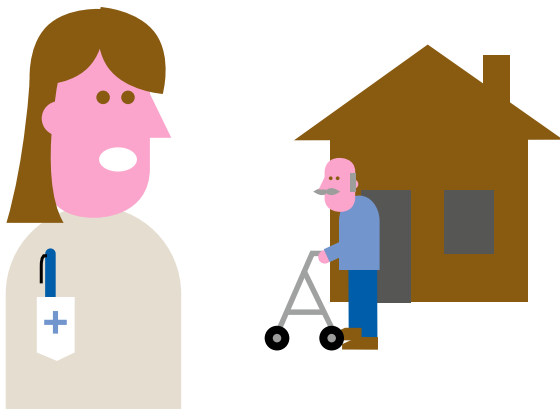
1

2

3

4

5



- **Zorg thuis door verzorgenden en verpleegkundigen**
- **Aantal prestaties: 11**
- **Type prestaties: per tijdseenheid, per patiënt en per verrichting**
- **Tarieven: maximumtarieven en vrije tarieven**
- **Geen eigen risico**
- **Geen eigen bijdrage**
- **Sinds 2015 vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Zvw**

Wijkverpleging wordt in de basis bekostigd op basis van de declaratie van uren verpleging en verzorging. Ook oproepbare verpleging, oproepbare verzorging, advies, instructie en voorlichting (aiv), gespecialiseerde verpleging en medisch-specialistische verpleging thuis (msvt) kunnen per tijdseenheid in rekening worden gebracht. Aanvullend is er een regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg, de mogelijkheid voor beloning op maat, een apart tarief voor ketenzorg dementie en de regiefunctie complexe wondzorg. Daarnaast zijn er op dit moment experimenten voor de bekostiging van verpleging en verzorging en voor regelarme instellingen. Binnen de wijkverpleging is het mogelijk om via een persoonsgebonden budget zorg te verkrijgen.



*

Farmaceutische zorg

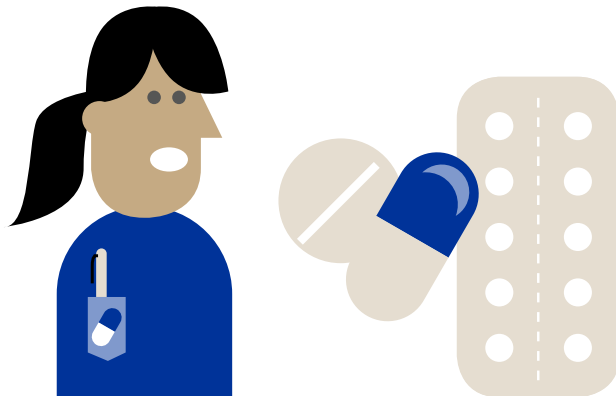
1

2

3

4

5



- **Zorg door apothekers**
- **Aantal prestaties: 11 prestaties en 1 facultatieve prestatie**
- **Type prestaties: per verrichting**
- **Tarieven: vrije tarieven**
- **Eigen risico is van toepassing**
(Zorgverzekeraars kunnen er voor kiezen om bepaalde farmaceutische zorg niet ten laste te brengen van het eigen risico.)
- **Eigen bijdrage voor sommige geneesmiddelen**

Binnen de farmaceutische zorg zijn elf prestaties beschreven waarvan zes prestaties tot de basisverzekering behoren. Daarnaast kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over zorg die zij aanbieden via een facultatieve prestatie. Tot op heden is één keer gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. De extramurale farmacie richt zich naast de uitgifte van geneesmiddelen ook steeds meer op het leveren van zorg door de apotheker en het apothekerteam. Voorbeelden zijn advies en begeleiding bij het gebruik van geneesmiddelen.

*

1

2

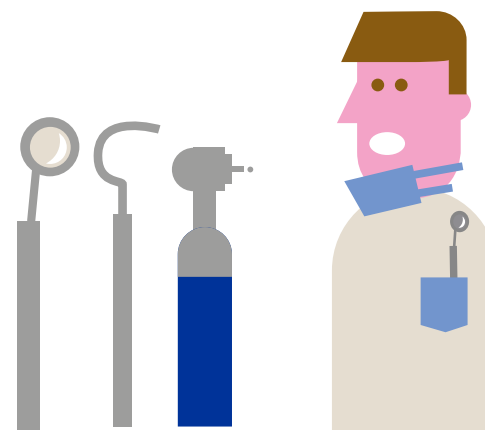
3

4

5

Mondzorg

- Zorg door tandartsen, orthodontisten, mondhygiënist en tandprothetic
- Aantal prestaties: 888
- Type prestaties: per verrichting
- Tarieven: maximumtarieven met mogelijkheid tot een toeslag (max-max)
- De meeste tandheelkundige zorg tot 18 jaar valt onder de basisverzekering.
- Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar valt niet onder de basisverzekering, op een aantal uitzonderingen na. (Bijvoorbeeld bij lichamelijke of geestelijke aandoening waarvoor een medische behandeling met tandheelkundige zorg noodzakelijk is.)
- Voor de tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar die wél uit de basisverzekering wordt vergoed, kan een eigen bijdrage gelden.
- Orthodontie zit niet in de basisverzekering, tenzij sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.



Tandheelkundige zorg en orthodontische zorg worden bekostigd op basis van declaratie van de geleverde prestaties. Zowel de zorg als de gebruikte materialen en technieken kunnen bij de patiënt of verzekeraar in rekening worden gebracht. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen afspraken maken over bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg, en kunnen daarvoor het maximumtarief met maximaal 10% verhogen. Voor de tandheelkundige zorg geleverd in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz), bijvoorbeeld in zorginstellingen, gelden maximum tijdtarieven in plaats van verrichtingen. De NZa is in overleg met partijen over de modernisering van de prestatie- en bekostigingsstructuur, zodat deze meer controlemogelijkheden en flexibiliteit biedt en waarmee innovaties eenvoudiger en sneller kunnen worden toegepast.

*

1

2

3

4

5

Paramedische zorg

- Zorg door fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten
- Aantal prestaties: 104
(Fysiotherapie 25 reguliere en 11 facultatieve prestaties, oefentherapie 21 prestaties, logopedie 24 prestaties, ergotherapie 19 prestaties en diëtetiek 4 prestaties.)
- Type prestaties: per patiëntcontact (fysiotherapie, oefentherapie en logopedie) of per tijdseenheid (ergotherapie en diëtetiek)
- Tarieven: vrije tarieven
- Logopedie valt onder de basisverzekering
- Fysiotherapie en oefentherapie wordt tot 18 jaar voor maximaal 18 behandelingen vergoed uit de basisverzekering en vanaf 18 jaar voor chronische aandoeningen vanaf de 21e behandeling
- Ergotherapie wordt voor maximaal 10 uren uit de basisverzekering vergoed en diëtetiek voor maximaal drie uren
(Er zijn uitzonderingen mogelijk, bijvoorbeeld wanneer een patiënt onderdeel uitmaakt van een diabetes keten.)
- Eigen risico is van toepassing

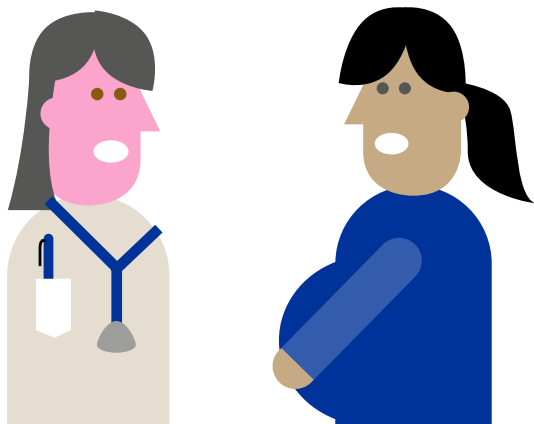


De paramedische zorg kent vijf sectoren waarvoor de NZa prestaties reguleert. Ergotherapie en diëtetiek worden gedeclareerd per behandeltime van 15 minuten, terwijl dit in fysiotherapie, oefentherapie en logopedie volgens aantal behandelingen gebeurt. Vanaf 1 januari 2017 stelt de NZa de prestaties vast voor de extramurale ergotherapie in de eerstelijnszorg. Voorheen golden hier vrije prestaties. De paramedische sectoren hebben per 1 januari 2017 vrije tarieven. Logopedie is de laatste sector waarvan de tarieven zijn vrijgegeven. In alle sectoren is er de mogelijkheid om samen met de zorgverzekeraar afspraken te maken over de facultatieve prestatie. Daar wordt alleen nog binnen de fysiotherapie gebruik van gemaakt.

*

Eerstelijns geboortezorg

1



2

3

4

5

- Zorg door verloskundigen en kraamverzorgenden
- Aantal prestaties: 40 binnen verloskunde, 6 binnen kraamzorg, 9 binnen integrale geboortezorg
- Type prestaties: per patiënt en per verrichting
- Tarieven: maximumtarieven, bij kraamzorg met mogelijkheid tot een toeslag (max-max)
- Geen eigen risico
- Eigen bijdrage voor bevalling in ziekenhuis zonder indicatie en uren kraamzorg

In de geboortezorg staat de transitie naar een integrale organisatie en integrale bekostiging centraal. Dit betekent dat de verschillende professionals in de geboortezorg niet meer ieder hun eigen tarief declareren, maar dat er gezamenlijk één tarief per zwangere vrouw wordt gedeclareerd. Dat bevordert de samenwerking tussen verschillende professionals en kan bijdragen aan kwalitatief goede en doelmatige geboortezorg.

*

1

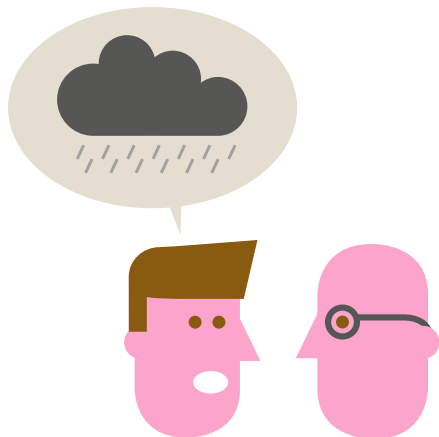
2

3

4

5

Generalistische basis-ggz



- Zorg door onder andere GZ-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten
- Aantal prestaties: 5
- Type prestaties: integrale prestatie per behandeltraject
- Tarieven: maximumtarieven
- Eigen risico is van toepassing
- Geen eigen bijdrage
- Sinds 2014 een nieuw bekostigingsmodel

De generalistische basis-ggz is in 2014 geïntroduceerd, en omvat de vroegere eerstelijns psychologische zorg en een deel van de vroegere tweedelijns ggz. Het doel van deze stelselwijziging was een passende behandeling voor elke patiënt op de juiste plaats. In de generalistische basis-ggz kennen we integrale prestaties op basis van de zwaarte van de zorgvraag: kort, middel, intensief en chronisch. De NZa werkt op dit moment samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan een nieuwe productstructuur voor de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. Vanaf 2017 testen zorgaanbieders deze nieuwe indeling in de praktijk.

2. Eerstelijnszorg in cijfers

*

1

2

3

4

5

In dit hoofdstuk brengen we de uitgaven en het aantal patiënten en patiëntkenmerken voor de eerstelijnszorg in kaart. Het betreft hier alleen de zorg die in de basisverzekering zit. De zorg uit aanvullende verzekeringen wordt niet weergegeven. Daarnaast geven we een overzicht van vragen en signalen die de NZa ontvangt over de eerstelijnszorg.

Totale uitgaven

De uitgaven aan eerstelijnszorg voor de basisverzekering zijn gestegen van € 8,8 miljard in 2012 naar € 12,7 miljard in 2015. Deze stijging is voornamelijk te verklaren door de invoering van de generalistische basis-ggz in 2014 en de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw in 2015. De uitgaven aan eerstelijnszorg zijn in totaal ruim 30% van de totale uitgaven aan het basispakket in de Zvw.

Totale Zvw uitgaven versus Zvw eerstelijnszorg uitgaven (in mln €)

	2012	2013	2014	2015*
Uitgaven Zvw eerstelijnszorg**	8.762,7	8.510,9	9.025,6	12.735,6
Totale Zvw uitgaven	34.632,9	36.608,2	37.072,0	39.885,3

Bron: Zorgcijfersdatabank, op basis van meest recent beschikbare gegevens

*De cijfers van 2015 zijn ramingen

**Eerstelijnszorg volgens afbakening in deze Marktscan

In de volgende tabel is te zien dat in 2013 de uitgaven van verschillende eerstelijnszorgsectoren dalen. Uitzonderingen hierop zijn de huisartsenzorg en de paramedische zorg. Voor

de farmaceutische zorg en de verloskundige zorg zijn de totale uitgaven in 2015 gedaald ten opzichte van 2012. De multidisciplinaire zorg valt sinds 2015 onder de bekostiging van de huisartsenzorg; voorheen werd deze zorgvorm apart bekostigd.

Totale uitgaven eerstelijnszorg (Zvw, in mln €)

	2012	2013	2014	2015*
Huisartsenzorg	2.278,6	2.335,0	2.523,6	2.550,6
Multidisciplinaire zorg				446,5
Farmaceutische zorg	4.575,5	4.301,1	4.322,5	4.492,8
Mondzorg**	721,1	698,9	742,4	743,6
Paramedische zorg**				
Fysiotherapie	450,1	439,6	460,2	471,4
Oefentherapie	19,9	19,1	19,6	20,2
Logopedie	115,4	115,2	114,2	116,8
Ergotherapie	24,7	27,0	29,9	33,2
Dieetadvisering	0,3	28,3	30,5	33,6
Geboortezorg				
Kraamzorg	282,4	280,3	299,6	294,2
Verloskundige zorg	219,5	198,3	270,8	216,9
Eerstelijnspsychologische zorg	75,2	68,1		
Generalistische basis-ggz			212,3	196,3***
Wijkverpleging				3.119,5
Eindtotaal	8.762,7	8.510,9	9.025,6	12.735,6

Bron: Zorgcijfersdatabank, op basis van meest recent beschikbare gegevens

*De cijfers van 2015 zijn ramingen

**Voor de mondzorg en paramedische zorg geldt dat een groot deel van deze zorg uit aanvullende verzekering wordt bekostigd. Dit is niet opgenomen in de tabel.

***De jeugd-ggz valt vanaf 2015 niet meer onder de Zvw



*

1

2

3

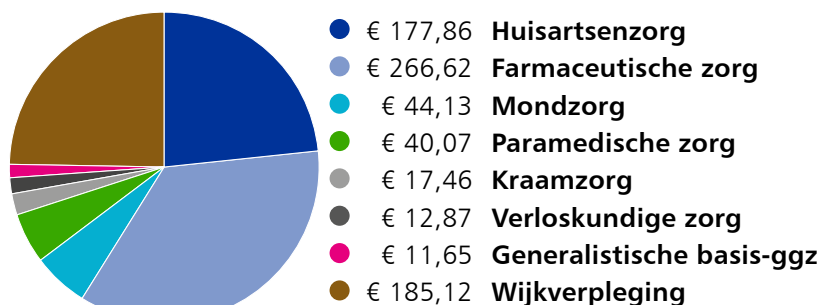
4

5

Uitgaven per verzekerde

In onderstaand figuur staan de uitgaven voor eerstelijnszorg in 2015 per verzekerde. Het aantal verzekerden betreft iedereen met een basisverzekering. Aan farmaceutische zorg wordt per verzekerde het meeste uitgegeven, namelijk gemiddeld zo'n € 270 per jaar. Voor de verloskundige zorg en de generalistische basis-ggz zijn de uitgaven per verzekerde met gemiddeld € 12 het laagst.

Gemiddelde uitgaven per verzekerde in 2015* (Zvw, in €)



Bron: Zorgcijfersdatabank, op basis van meest recente gegevens

*De cijfers van 2015 zijn ramingen

Aantal patiënten en uitgaven per patiënt

In de volgende tabel staat het aantal patiënten per eerstelijnszorg sector in de jaren 2012 - 2014. Het gaat hier alleen om patiënten die zorg kregen vanuit het basispakket. Voor de mondzorg gaat het dan voornamelijk om verzekerden onder de 18 jaar; het totaal aantal patiënten zou een stuk hoger liggen als we aanvullende zorg zouden meerekenen. Binnen de huisartsenzorg en geboortezorg blijft het aantal patiënten nagenoeg gelijk. Voor de paramedische zorg en mondzorg is een stijging in aantal patiënten zichtbaar.

Aantal patiënten (Zvw) (1 = x 1000)

	2012	2013	2014
Huisartsenzorg*	12.157	12.119	12.154
Farmaceutische zorg	11.671	11.506	11.503
Mondzorg	3.034	3.073	3.120
Paramedische zorg	1.015	1.226	1.245
Geboortezorg**			
Kraamzorg	239	235	237
Verloskundige zorg	270	271	270
Generalistische basis-ggz			272

Bron: NZa op basis van Vektis

*Voor de huisartsenzorg is uitgegaan van alle verzekerden die één of meerdere consulten bij de huisarts hebben gehad

**Het aantal patiënten per jaar binnen de geboortezorg ligt hoger dan het aantal geboortes per jaar.

*

1

2

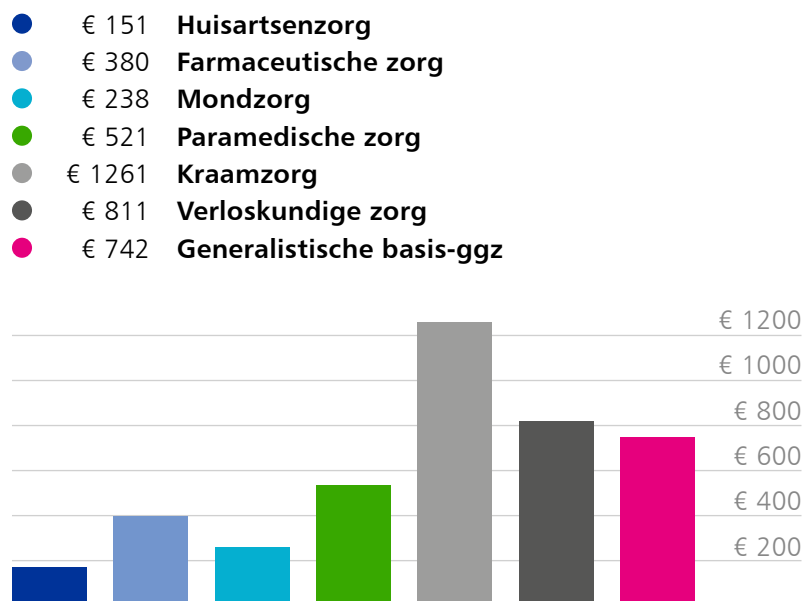
3

4

5

De gemiddelde uitgaven binnen de Zvw per patiënt zijn weer-
gegeven in de onderstaande figuur. De uitgaven per patiënt zijn het
grootst bij de geboortezorg, namelijk bijna € 1300 voor kraamzorg
en ruim € 800 voor verloskundige zorg in 2014. Voor de mondzorg
zijn de gemiddelde uitgaven per patiënt ongeveer € 240 in 2014;
als we enkel kijken naar de gemiddelde uitgaven voor verzekerden
op de 18 jaar ligt dit bedrag op zo'n € 150. De uitgaven per patiënt
zijn (in meer of mindere mate) voor de meeste sectoren over de
jaren toegenomen. Dit geldt niet voor de farmaceutische zorg en de
paramedische zorg, hier nemen de uitgaven per patiënt af.

Gemiddelde uitgaven per patiënt in 2014 (Zvw, in €)



Bron: NZa op basis van Vektis

*Voor de huisartsenzorg is uitgegaan van alle verzekerden die één of meerdere
consulten bij de huisarts hebben gehad

Eerstelijns zorggebruik door verzekerden

In de eerstelijnszorg zijn er grote verschillen in het zorggebruik
vanuit het basispakket tussen verzekerden. Ongeveer 70% van
alle verzekerden gaat wel eens naar de huisarts voor één of
meer consulten. Dit percentage geldt ook voor het gebruik van
farmaceutische zorg. Slechts een selecte groep van circa 7%
maakt gebruik van paramedische zorg vanuit de basisverzekering.
Mensen die paramedische zorg krijgen, bezoeken ook vrijwel
altijd de huisarts of gebruiken geneesmiddelen. Het percentage
zorggebruikers voor de praktijkondersteuner bij de huisarts en/of de
generalistische basis-ggz, geboortezorg en wijkverpleging ligt nog
wat lager. Twee tot drie procent van de verzekerden maakt gebruik
van deze zorg. Het gebruik is erg afhankelijk van leeftijd. Daarbij
is er ook nog een groep verzekerden die helemaal geen gebruik
maakt van eerstelijnszorg uit het basispakket. Dit is ongeveer 14%
van het totaal.

Zorggebruik verschilt dus tussen verzekerden, maar heeft ook sterke
relatie met leeftijd. Elke verzekerde is in te delen in een profiel
dat iets zegt over het voor hem of haar typerende gebruik van
eerstelijnszorg. Het gaat hier enkel om eerstelijnszorg binnen de
basisverzekering. Elke verzekerde kan maar tot één profiel behoren.
Dit kan bijvoorbeeld het profiel "Huisarts en farmaceutische zorg"
zijn; dit betekent dat deze persoon in de eerstelijnszorg binnen
de basisverzekering alleen maar naar de huisarts is geweest en
een vorm van farmaceutische zorg heeft gebruikt. Binnen elke
leeftijdsklasse is er ook een profiel "Overigen". Dit zijn typisch
verzekerden die van (bijna) alle eerstelijnszorg gebruik maken, en
hierdoor niet in een specifiek profiel te plaatsen zijn.

*

1

2

3

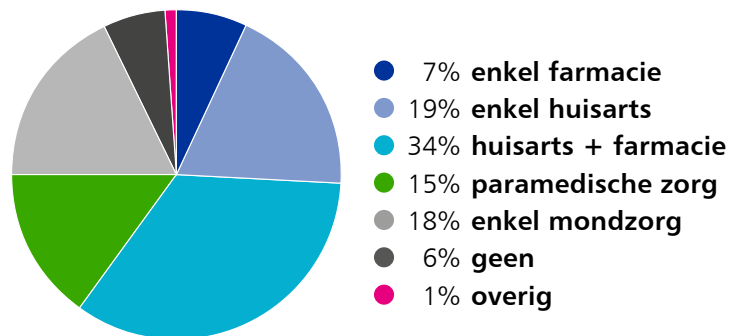
4

5

Kinderen (onder 18 jaar)

Driekwart van de verzekerden onder 18 jaar maken gebruik van mondzorg. In de groep 2- tot 18-jarigen is dit 83%. Dat betekent ook dat een flink aantal kinderen geen gebruik maakt van mondzorg. Er zijn ook kinderen die alleen gebruik maken van mondzorg, en daarnaast niet van andere eerstelijnszorg. Dit is zo'n 18% van de verzekerden onder 18 jaar. Het grootste deel van de verzekerden (34%) gaat naar de huisarts en maakt daarnaast gebruik van farmaceutische zorg. Circa 19% van de verzekerden gaat alleen naar de huisarts.

Eerstelijns zorggebruik door verzekerden onder 18 jaar, 2015



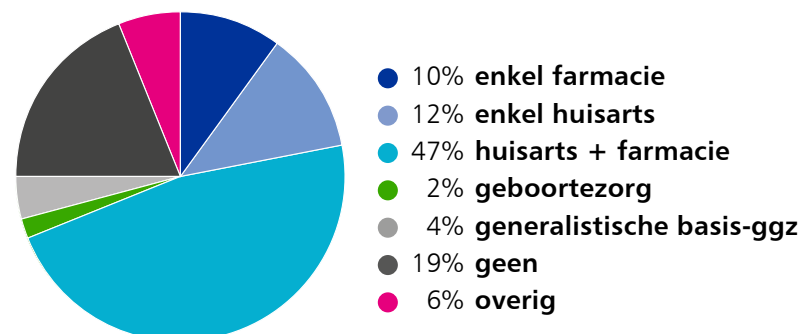
Bron: NZa op basis van Vektis

Volwassenen (18-65 jaar) en ouderen (65+)

Van de volwassenen gebruikt 19% geen eerstelijnszorg, van de ouderen is dit 6%. Bij de volwassenen maakt ongeveer 47% gebruik van zowel de huisarts als farmaceutische zorg, bij ouderen is dit meer dan de helft (54%). Binnen de groep volwassenen valt 2,5% van de verzekerden binnen het profiel geboortezorg. Ongeveer 4%

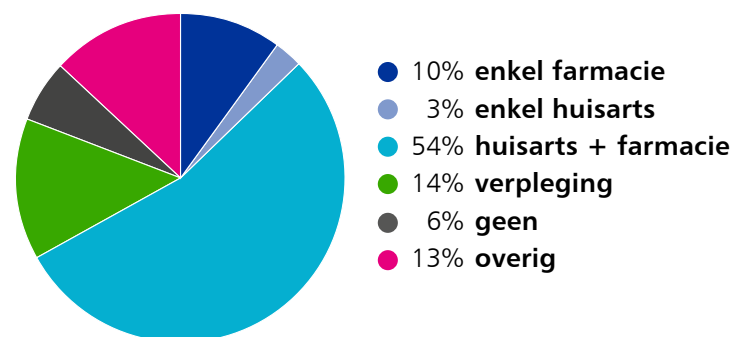
van de volwassenen maken gebruik van POH-ggz of generalistische basis-ggz. Binnen de groep ouderen valt 14% binnen het profiel zorggebruikers van verpleging en verzorging binnen de eerste lijn.

Eerstelijns zorggebruik door verzekerden tussen 18-65 jaar, 2015



Bron: NZa op basis van Vektis

Eerstelijns zorggebruik door verzekerden van 65+, 2015



Bron: NZa op basis van Vektis

*

1

2

3

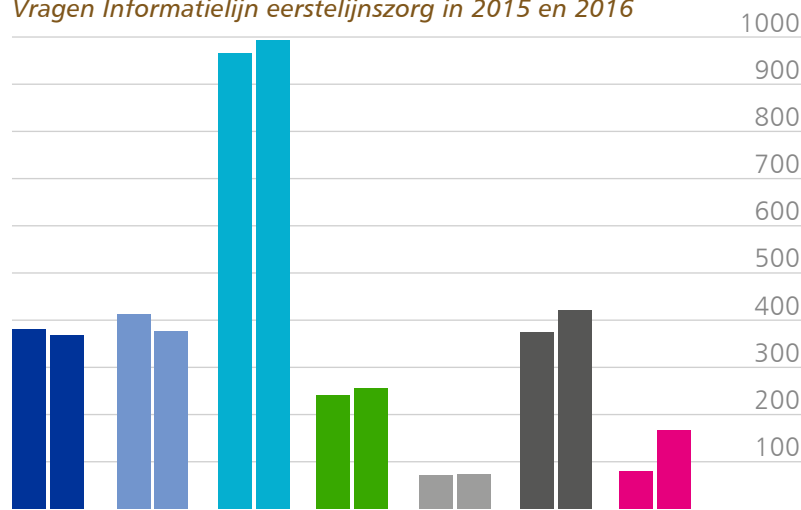
4

5

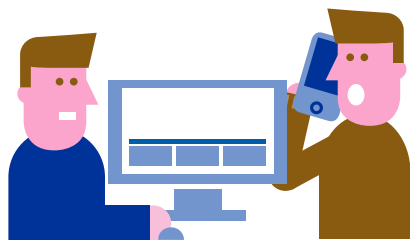
Vragen over eerstelijnszorg bij NZa Informatielijn

Bij de Informatielijn van de NZa komen vragen binnen van verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraar. In 2015 kreeg de NZa in totaal 24.625 vragen, waarvan 2.525 vragen over eerstelijnszorg (40% per e-mail en 60% telefonisch). In 2016 zijn er in totaal 27.343 vragen gesteld, waarvan 2.652 vragen over eerstelijnszorg. In onderstaande figuur is te zien hoeveel vragen er in 2015 en 2016 over de verschillende eerstelijnssectoren zijn gesteld.

Vragen Informatielijn eerstelijnszorg in 2015 en 2016



- Huisartsenzorg
- Farmaceutische zorg
- Mondzorg
- Paramedische zorg
- Geboortezorg
- Generalistische basis-ggz
- Wijkverpleging



De meeste vragen gaan over de mondzorg. Vragen binnen deze sector worden met name door burgers gesteld naar aanleiding van de nota van de tandarts. Dit zou verband kunnen houden met het feit dat mondzorg grotendeels buiten de basisverzekering valt en consumenten hier zelf de nota van ontvangen. Onderstaand kader beschrijft een voorbeeld van een veelvoorkomende vraag die burgers stellen over de mondzorg.

Voorbeeldvraag over de tandartsnota

Burger: "Ik ben net bij een nieuwe tandarts geweest en na de controle heeft hij me een vragenlijst in laten vullen. Dit heb ik gedaan en nu brengt de tandarts een C22 in rekening. Mag hij dit wel doen?"

Ook krijgt de NZa veel vragen over de farmaceutische zorg. Deze vragen komen ook vooral vanuit burgers (95%) en gaan vaak over terhandstellingskosten en het begeleidingsgesprek bij verstrekking van een geneesmiddel en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. In 2016 daalde het aantal vragen ten opzichte van 2015, maar toch blijft er voor de burger veel onduidelijkheid over deze onderwerpen bestaan. Een voorbeeld is in onderstaand kader weergegeven.

Voorbeeldvraag over de terhandstelling in de apotheek

Burger: "Ik heb een tijdje geleden een allergie medicijn opgehaald, en nu zie ik op het overzicht van mijn zorgverzekeraar bij de kosten voor het medicijn ook een bedrag voor de 'terhandstelling' staan. Waarom worden deze kosten in rekening gebracht? Ze zijn nota bene hoger dan de kosten van het medicijn zelf! Volgens mijn zorgverzekeraar verplicht de NZa deze kosten."

*

1

2

3

4

5

Vragen over huisartsenzorg worden ongeveer voor de helft (49%) door burgers gesteld. Vragen gaan met name over het inschrijftarief en de declaratie van de verschillende consulten. Vragen van zorgaanbieders betreffen vooral de passantentarieven en de tarieven van informatieverstrekking naar de verzekerings- of Arboarts. Onderstaand kader beschrijft één van de veel gestelde vragen.

Voorbeeldvraag over het inschrijftarief

Burger: "Op mijn kostenoverzicht van mijn zorgverzekeraar staat 4x per jaar een bedrag, terwijl ik nooit bij mijn huisarts ben geweest. Hoe kan dat?"

Ook over de andere eerstelijnszorgsectoren komen vragen binnen. Veel voorkomende onderwerpen zijn:

- **Generalistische basis-ggz:** vragen worden met name gesteld door zorgaanbieders (69%). Deze gaan vaak over hoe met prestaties om te gaan ten aanzien van het openen en sluiten van de behandeling.
- **Paramedische zorg:** 51% van de vragen hebben betrekking op de fysiotherapie en oefentherapie. Deze gaan vooral over de uitbehandelingstoeslag, het declareren van meerdere prestaties op een dag. Ook zijn er vragen over de chronische indicatie in combinatie met de aanspraak van uit de basisverzekering en het belaste eigen risico. Bij podotherapie (34% van de vragen) en logopedie (8% van de vragen) wordt er vaak uitleg gevraagd over de prestaties en toepassing daarvan.
- **Wijkverpleging:** over de wijkverpleging worden relatief weinig vragen gesteld, ondanks de wijzigingen in regelgeving per 2015. De vragen komen meestal van zorgaanbieders en betreffen de manier waarop de prestaties van de NZa toegepast moeten worden.

- **Geboortezorg:** binnen de geboortezorg is de verhouding van het aantal vragen over de verloskunde en de kraamzorg 54% en 46% respectievelijk. Vragen van burgers gaan vooral over de niet-gecontracteerde geboortecentra en annuleringskosten voor kraamzorg. Zorgaanbieders stellen met name vragen over de tarieven en de omschrijvingen van de prestaties.

Aantal signalen

Alle signalen die binnen zijn gekomen bij de NZa en die inhoudelijk gaan over de eerstelijnszorg sectoren worden verzameld. Bij een signaal is er sprake van een mogelijke misstand in de zorg. Signalen komen via verschillende kanalen bij de NZa binnen. De meeste signalen ontvangt de NZa via een hiervoor speciaal ingericht meldpunt. Ook worden sommige vragen die binnenkomen bij de Informatielijn vastgelegd als signaal. De Informatielijn constateert dan dat er mogelijk sprake is van een overtreding.

De volgende figuur geeft het aantal signalen dat bij de NZa is binnengekomen weer over de jaren 2012 - 2015 voor de huisartsenzorg, mondzorg, paramedische zorg en farmaceutische zorg. Voor de geboortezorg is het aantal signalen weergegeven voor 2013 - 2015 en voor de wijkverpleging is het aantal signalen alleen weergegeven voor 2015.

*

1

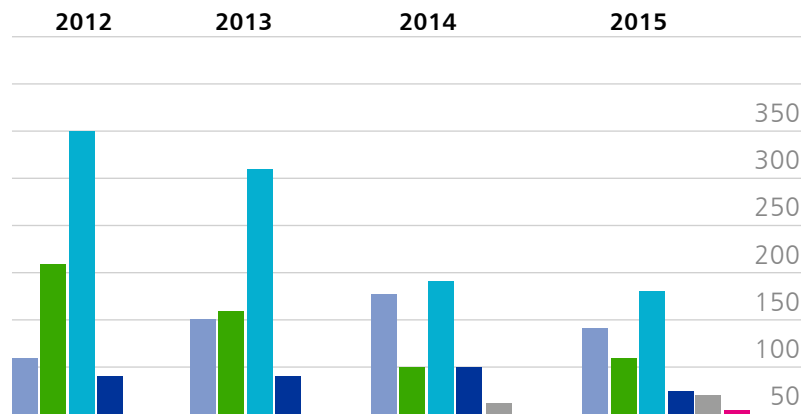
2

3

4

5

Aantal signalen per jaar en per zorgsector*



- Huisartsenzorg
- Farmaceutische zorg
- Mondzorg
- Paramedische zorg
- Geboortezorg
- Verpleging en verzorging

Bron: NZa

* Het aantal signalen voor de generalistische basis-ggz ontbreekt; deze signalen zijn niet te onderscheiden binnen het geheel aan signalen over de ggz.

Het totaal aantal signalen over de eerstelijnszorg daalde tussen 2012 en 2015. In 2015 gingen de meeste signalen over zorg die niet geleverd wordt, maar wel wordt gedeclareerd. Een voorbeeld hiervan uit de wijkverpleging is dat de reistijd van een verpleegkundige wordt geregistreerd als verpleegzorg terwijl dit geen verpleegzorg is. Soms is er wel zorg geleverd, maar wordt een duurdere behandeling in

rekening gebracht (dit noemen we “upcoding”). Een voorbeeld uit de huisartsenzorg is dat een huisarts een kort of een lang consult kan registreren:

- Consult regulier korter dan 20 minuten € 9,23*
- Consult regulier 20 minuten en langer € 18,47*

*Tarieven uit tariefbeschikking Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg 2017

Soms staat een lang consult (20 minuten of langer) op de zorgnota, terwijl het consult in werkelijkheid korter was dan 20 minuten.

Conclusies

- Het aandeel van eerstelijnszorg is de laatste jaren toegenomen, tot ruim 30% van het basispakket.
- De stijging is voor het grootste deel veroorzaakt door nieuwe zorgvormen in de eerste lijn (generalistische basis-ggz, wijkverpleging).
- Er zijn grote verschillen in het zorggebruik tussen verzekerden. Die verschillen kunnen goed in kaart gebracht worden met patiëntprofielen.
- Het aantal signalen dat de NZa ontvangt over de eerstelijnszorg is in de periode 2012-2015 gedaald. Vooral in de mondzorg en paramedische zorg is de daling groot. De NZa beschouwt dit als een goede ontwikkeling.

3. Ontwikkelingen in eerstelijnszorg

*

1

2

3

4

5

De eerstelijnszorg is op veel verschillende manieren in beweging. In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen vanuit drie perspectieven belicht: vanuit de (informatie over) de kwaliteit van de zorg, de innovatie en de bekostiging. Daarbij is sprake van de nodige overlap: ontwikkelingen rondom kwaliteit hebben soms een innovatief karakter en bekostiging volgt ook weer die ontwikkelingen.

Ontwikkelingen in de kwaliteit

Het is belangrijk dat er informatie beschikbaar is over de kwaliteit van de eerstelijnszorg. Voor zorgverzekeraars, zodat zij zorg kunnen inkopen met een goede kwaliteit/ prijsverhouding, en voor patiënten om weloverwogen een keuze te maken voor een zorgaanbieder. In deze paragraaf schetsen we een globaal beeld van de instrumenten en initiatieven rondom kwaliteit in de eerstelijnszorg.

Het meten en borgen van de kwaliteit van zorg

De verschillende sectoren in de eerstelijnszorg gebruiken verschillende instrumenten om de kwaliteit van zorg te meten en te waarborgen. Voorbeelden zijn (kwaliteits-)registers, richtlijnen, (na-)scholing, kwaliteitsindicatoren, visitaties en patiënttevredenheidsonderzoeken. Bij sommige eerstelijns zorgsectoren zijn zorgverleners op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) verplicht om zich te registreren in het wettelijk register (BIG-register).

De Wet BIG maakt apothekers, huisartsen, fysiotherapeuten, gezondheidspsychologen, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen individueel verantwoordelijk voor de patiëntenzorg. Apothekersassistenten, diëtisten, ergotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, tandprotheticici en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg hebben wel een wettelijk beschermde opleidingstitel, maar maken geen onderdeel uit van dit register. Uit literatuur en uitvraag bij brancheorganisaties blijkt dat alle zorgsectoren in de eerstelijnszorg gebruik maken van registers. Een voorbeeld hiervan is het Kwaliteitsregister Paramedici; een groot aantal paramedische beroepsgroepen heeft de mogelijkheid zich te registreren voor dit register.

Naast deze registers zijn ook behandelrichtlijnen belangrijk om de kwaliteit binnen de eerstelijnszorg te waarborgen. Huisartsen, ergotherapeuten, oefentherapeuten, fysiotherapeuten, podotherapeuten, logopedisten, kraamverzorgenden, verloskundigen en apothekers gebruiken gestandaardiseerde richtlijnen om patiënten te behandelen. Er zijn verschillende soorten richtlijnen, gehanteerd door zorgverleners en hun (multidisciplinaire) organisaties:

- **beroepsinhoudelijke richtlijnen:** deze richten zich op een bepaalde aandoening of klacht en beschrijven beroepsinhoudelijke handelingen;
- **landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA's):** dit zijn richtlijnen voor aspecten van zorg die door professionals binnen de eerstelijnszorg gedeeld worden;



*

1

2

3

4

5

- **multidisciplinaire richtlijnen:** deze richtlijnen bieden ondersteuning bij klinische besluitvorming;
- **zorgstandaarden:** deze standaarden beschrijven de samenhang van de rollen en bijdragen van de verschillende zorgverleners aan het zorgproces.

Zorgsectoren die nu nog geen richtlijnen hebben, zijn wel bezig met het ontwikkelen daarvan of willen dat gaan doen. Zo bestaan er in de mondzorg momenteel nog weinig tot geen richtlijnen, maar is het doel om in de toekomst richtlijnen te ontwikkelen en deze samen met zorgverleners, zorgverzekeraars en consumentenorganisaties op te stellen. Hiertoe is het Kwaliteitsinstituut Mondzorg van start gegaan.

Patiënttevredenheidsonderzoeken

Een veelgebruikt instrument om patiënttevredenheid te meten is de CQ-index. Deze gestandaardiseerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten, analyseren en te rapporteren wordt gebruikt binnen kraamzorg, generalistische basis-ggz, huisartsenzorg, farmaceutische zorg, fysiotherapie en oefentherapie. Andere zorgsectoren maken gebruik van bijvoorbeeld het klantervaringsonderzoek (keo) en patiëntervaringsonderzoek (peo). Alle bevroagde brancheorganisaties benoemen dat patiënttevredenheidsonderzoeken een integraal onderdeel vormen van het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders.

Indicatoren voor de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling

Bij de farmaceutische zorg, generalistische basis-ggz, kraamzorg en huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg is een begin gemaakt met het vaststellen van kwaliteitsindicatoren om de kwaliteit van zorg trans-

parant te maken. Deze gegevens helpen zorgverzekeraars om zorgaanbieders te belonen die goed presteren, en zorgaanbieders die minder goed presteren, een lager tarief te geven of helemaal niet te contracteren. In de generalistische basis-ggz wordt de effectiviteit van behandelingen bijgehouden met behulp van Routine Outcome Monitoring (ROM). Op basis van de uitkomsten kan de behandeling periodiek worden geëvalueerd en waar nodig worden bijgesteld of verbeterd. Ook bij fysiotherapie zijn er plannen om het effect van behandelingen te gaan meten.

Samenwerking binnen de eerstelijnszorg

De afgelopen jaren zijn er steeds meer multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en initiatieven in de samenwerking tussen zorgaanbieders binnen de eerstelijnszorg ontstaan. Deze samenwerking vindt plaats op verschillende niveaus: op praktijkniveau, binnen de beroepsgroep en op regionaal/landelijk niveau. Een voorbeeld van samenwerking op praktijkniveau is een gezondheidscentrum waar meerdere disciplines in één gebouw zitten en zorg leveren. Hierdoor wordt de samenwerking tussen de verschillende disciplines makkelijker, omdat de lijnen korter zijn. Deze vorm van samenwerking is populair; er is sprake van een toename in het aantal gezondheidscentra. De NZa draagt hieraan bij door bijvoorbeeld een integrale prestatie vast te stellen, waardoor de zorgaanbieders samen de zorg in rekening kunnen brengen.

Veel zorgaanbieders binnen de eerstelijnszorg maken gebruik van overlegvormen, scholing en visitaties om kennis te delen en kwaliteit van zorg binnen de betreffende beroepsgroep te verbeteren. Voorbeelden van samenwerking door de beroepsgroepen zijn de intercollegiale overleggroepen in de oefentherapie en de kwaliteitskring die binnen logopedie wordt aangeboden. Ook worden er

*

1

2

3

4

5

bijvoorbeeld visitaties aangeboden vanuit de beroepsorganisaties bij mondzorg en kinderoefentherapie, zodat inhoudelijke kennis binnen de beroepsgroep gedeeld wordt. Ook wordt scholing gebruikt om de kwaliteit te verbeteren. Verplichte scholing is bij verschillende beroepsgroepen binnen de eerstelijnszorg een voorwaarde voor officiële registratie als beroepsbeoefenaar.

Brancheorganisaties in de eerstelijnszorg werken steeds vaker samen om de zorg te verbeteren en de samenwerking tussen de verschillende disciplines te bevorderen. Voorbeelden van dit soort initiatieven zijn Verenigd EersteLijns Organisaties (VELO), het Paramedisch Platform Nederland (PPN) en de Stichting Kwaliteitsindicatoren Farmacie (SKIF).

Kwaliteitsdoelstellingen van de brancheorganisaties

De brancheorganisaties geven allen aan dat zij veel waarde hechten aan de kwaliteit van de eerstelijnszorg. De organisaties hebben wel verschillende ideeën over de verbetering van de (informatie over) kwaliteit van zorg in hun sector. Zo werken de vertegenwoordigers van logopedisten samen binnen het Kwaliteitsregister voor Paramedici, nemen zij deel aan het PPN en voeren zij hiertoe overleg met zorgverzekeraars. De brancheorganisatie voor oefentherapie wil vooral de beroepscode en de richtlijnen actualiseren en mee werken aan de ontwikkeling van multidisciplinaire standaarden. Binnen de fysiotherapie wil men verder gaan met de huidige activiteiten om de kwaliteit te verbeteren en het kwaliteitsregister verder doorontwikkelen. Ook willen de fysiotherapeuten meer investeren in de wetenschap door leerstoelen fysiotherapie bij universiteiten te financieren. Binnen de mondzorg is een wetenschappelijke basis ook het uitgangspunt. Daarnaast zijn vertegenwoordigers van mondzorg aanbieders bezig met de oprichting van een eigen

kwaliteitsinstituut. De farmaceutische zorg wil richtlijnen en andere kwaliteitssystemen blijven (door)ontwikkelen samen met partners en belanghebbenden. Ook wordt er op dit moment gewerkt aan het opzetten van een onderzoeksplatform. De wijkverpleging wil samen met cliënten en zorgverzekeraars standaarden voor de zorg gaan ontwikkelen. De huisartsen willen vooral de huidige koers voortzetten en de samenwerking met andere organisaties intensiveren.

Zorgverzekeraars: beroepsgroep moet kwaliteit van zorg vaststellen

Zorgverzekeraars geven ook aan kwaliteit van zorg voor hun verzekerden als een belangrijk speerpunt te zien. Dit komt onder andere tot uiting in hun prijsbeleid en andere aspecten van de zorginkoop. Wel zien zorgverzekeraars dat hier een spanningsveld ligt. Enerzijds willen ze zorgaanbieders graag helpen en stimuleren om werk te maken van kwaliteit van zorg. Anderzijds vinden zij dat de inhoudelijke keuzes hierbij niet primair aan de individuele zorgverzekeraar zijn. Waar het gaat om de professionele kwaliteit is het de beroepsgroep die het voortouw zou moeten nemen. Daarnaast is het van belang dat zorgaanbieders niet geconfronteerd worden met al te verschillende sets van indicatoren en voorwaarden per zorgverzekeraar.

NZa: meer informatie over de kwaliteit van zorg nodig

Burgers moeten erop kunnen vertrouwen dat er goede en betaalbare zorg beschikbaar is, als zij dat nodig hebben. De kosten van zorg maken we steeds inzichtelijker, maar als het om kwaliteit gaat, gaan de ontwikkelingen minder snel. Zorgverzekeraars hebben informatie nodig van de beroepsgroep over de kwaliteit van zorg om scherp in te kunnen kopen voor hun verzekerden. De NZa juicht

*

1

2

3

4

5

dan ook alle initiatieven toe om de kwaliteit van zorg te verbeteren en transparanter te maken. Zelf werken we samen met bijvoorbeeld het Zorginstituut Nederland en de IGZ om kwaliteit zichtbaarder te maken. Zo bekijken we bijvoorbeeld of zorgstandaarden een plek kunnen krijgen in de regels van de NZa. Ook blijven we in ons toezicht scherp toezien op het aanleveren van kwaliteitsgegevens aan het Zorginstituut.

Ontwikkelingen rondom innovatie

De NZa vindt innovaties in de zorg van groot belang, zodat we nu en in de toekomst verzekerd zijn van kwalitatief goede en betaalbare zorg. De ontwikkeling van technologie en ICT dragen hier ook aan bij. Als een nieuwe zorgvorm of behandeling een goed alternatief is voor een bestaande zorgvorm of behandeling, moet het er voor in de plaats kunnen komen. Alleen zo kunnen we de zorg beter en efficiënter maken, maar ook betaalbaar houden. In de afwegingen die we daarbij maken, moeten we het belang van de burger voorop stellen. Bij iedere zorginnovatie is de uitdaging aan de professionals om samen met Zorginstituut Nederland na te gaan of de nieuwe behandelmethoden of medicijnen effectief zijn, en voor welke patiënten. De NZa stimuleert dit door bij bepaalde nieuwe zorgvormen de voorwaarde te stellen dat er richtlijnen komen voor toepassing van de behandeling bij omschreven diagnoses. Zorginnovatie kun je in dit licht ook breder bekijken: je kunt ook de zorg beter of slimmer organiseren, waardoor de kwaliteit hetzelfde blijft of zelfs stijgt, en de kosten dalen.

De meeste innovaties kunnen binnen de huidige regels gefinancierd worden. Voor bepaalde nieuwe initiatieven, vooral op het gebied van samenwerking tussen verschillende sectoren, zijn er echter nog belemmeringen, bijvoorbeeld doordat de ene zorgverlener de

andere niet kan betalen voor diens aandeel in een gezamenlijke prestatie. Omdat steeds meer mensen zorg nodig hebben vanuit verschillende disciplines, wordt het steeds belangrijker dat professionals met elkaar samenwerken. De NZa blijft, samen met de belanghebbenden zoeken naar mogelijkheden om deze samenwerking te stimuleren en te ondersteunen, in de regels en in de bekostiging van de zorg.

Beleidsregel Innovatie

Sommige nieuwe zorgvormen vallen niet onder een bestaande behandelomschrijving. Om nieuwe zorgvormen mogelijk te maken, is er een aparte beleidsregel Innovatie. Deze beleidsregel maakt het mogelijk om maximaal vijf jaar kleinschalig te experimenteren met nieuwe zorgvormen binnen de Zvw of de Wlz. Daarnaast zijn er diverse subsidies waar gebruik van gemaakt kan worden. Voorbeelden zijn:

- Innovatiefonds Zorgverzekeraars;
- subsidiefondsen van o.a. ZonMw en KWF;
- fondsen/stichtingen van individuele zorgverzekeraars gericht op het stimuleren van initiatieven en ontwikkelingen om de gezondheidszorg en volksgezondheid te verbeteren;
- convenanten (afgesproken financiering tussen zorgverzekeraars en andere partijen, zoals bijvoorbeeld de gemeente);
- proeftuinen (regionale financiering van partijen in proeftuinen).

Rol zorgverzekeraars en brancheorganisaties

Zorgverzekeraars investeren in innovatie en hebben subsidie-mogelijkheden voor initiatieven die de zorg kunnen verbeteren. Initiatieven komen vaak regionaal tot stand. Hierbij zijn alle sectoren binnen de eerstelijnszorg van belang en geldt volgens zorgverzekeraars geen onderscheid. Wel komt in de ene

*

1

2

3

4

5

eerstelijnszorgsector innovatie makkelijker van de grond dan in de andere. De bekostiging, bijvoorbeeld door (relatief) vrije prestaties of tarieven kan hierbij een rol spelen.

De NZa stelde zorgverzekeraars en brancheorganisaties enkele vragen over innovatie in de eerstelijnszorg. Het ambitieniveau van zorgverzekeraars verschilt sterk op dit punt. Kleine zorgverzekeraars geven aan dat zij voor zichzelf alleen een faciliterende rol zien. De voorstellen tot innovatie moeten vooral vanuit de zorgaanbieders komen. Ze constateren dat er weinig initiatieven vanuit de zorgaanbieders komen voor zorginnovatie. Andere zorgverzekeraars, vaak de grote, spelen een meer actieve rol. Ze bevragen de zorgaanbieders actief in bijeenkomsten, overleggen, via social media en hun website. Ook komen veel ideeën binnen via de zorginkopers. Grote zorgverzekeraars kiezen ervoor om het onderwerp innovatie apart te positioneren in de organisatie. Hierbij is veel aandacht voor samenwerking met de afdeling waar de reguliere inkoop plaatsvindt. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat het onderwerp innovatie vooral besproken wordt met zorgaanbieders zoals ziekenhuizen, ggz-instellingen, huisartsen en zorgaanbieders van wijkverpleging. Andere zorgaanbieders van eerstelijnszorg vinden het soms lastig om een voorstel in te dienen dat in potentie een aantoonbare meerwaarde oplevert. Bijvoorbeeld omdat het aantal deelnemende praktijken te klein is, onduidelijk is hoe successen gemeten gaan worden of welke bijdrage het voor patiënten zal hebben. Zorgverzekeraars zien voor zichzelf een rol om zorgaanbieders op dit vlak te helpen.

Zorgverzekeraars noemen verschillende criteria waaraan innovatievoorstellen worden getoetst. Bijvoorbeeld dat de voorstellen moeten leiden tot meer doelmatige en/of kwalitatief

betere zorg, zonder dat dit extra geld kost. Daarnaast worden ook specifieke aspecten genoemd, zoals meerwaarde voor de klant, substitutie, anderhalvelijnszorg, e-health, zelfmanagement en preventie. Ook kijken zorgverzekeraars of zij goede praktijkvoorbeelden kunnen toepassen in andere regio's.

Wanneer we kijken naar de rol van brancheorganisaties van zorgaanbieders rondom zorginnovatie, dan zien we dat een deel van de organisaties enigszins op de hoogte is en de leden ondersteuning biedt om nieuwe vormen van zorg aan te bieden. Het andere deel van de organisaties laat het initiatief vooral aan de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Voorbeelden van innovaties in de eerstelijnszorg

Zorgverzekeraars geven aan dat veel innovaties nu nog vooral binnen één sector plaatsvinden, maar dat samenwerking tussen sectoren wel in opkomst is. Voorbeelden van innovaties zijn:

- Huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg: financiering van anderhalvelijnszorgcentra, kleine chirurgie, beeldschermzorg, teleconsulten, netwerk voor terminale zorg en eerstelijnsverblijf.
- Wijkverpleging: pilots met één zorgaanbieder per wijk, om innovatie en preventie te stimuleren en samenwerking in de wijk te verbeteren, of andere initiatieven op het gebied van e-health.
- Paramedische zorg: maatwerktrajecten voor aandoeningen lage rug klachten, door samenwerking orthopeden (tweede lijn) en fysiotherapeuten te stimuleren. Verder lopen er initiatieven rondom de behandeling van ouderen en worden ondersteunende apps ontwikkeld voor patiënten met oefeningen.
- Geboortezorg: integrale geboortezorg, maar ook initiatieven op het grensvlak van geboortezorg met ggz-initiatieven (zwangere vrouw met psychische klachten).

*

1

2

3

4

5

Voor alle sectoren in de eerstelijnszorg geldt dat volgens brancheorganisaties relatief weinig innovaties tot stand komen. Vaak stranden pogingen volgens deze organisaties tijdens of na het overleg met zorgverzekeraars en ook zien zij de NZa-regelgeving en tariefstructuur soms als een belemmering. Daarnaast geven zij aan dat er te weinig ruimte is in tijd en geld om te investeren in innovaties.

Ontwikkelingen in bekostiging: van sectoraal naar integraal

Sectoraal

De verschillende sectoren binnen de eerstelijnszorg hebben ieder hun eigen bekostigingsvorm met verschillende behandelomschrijvingen en verschillende manieren om [de zorg in rekening te brengen](#). Deze verschillen in de bekostiging zijn historisch zo gegroeid voor de introductie van het huidige zorgstelsel in 2006. Bij de introductie van het zorgverzekeringsstelsel was het idee dat sommige sectoren zouden kunnen toegroeien naar minder regulering: minder voorwaarden en regels, meer verschillen in de tarieven, en meer ruimte om zelf afspraken te maken met de zorgverzekeraars over de [behandelomschrijvingen](#). De afgelopen tien jaar heeft de NZa een aantal keer geadviseerd om vrije tarieven (lees: vrij onderhandelbare tarieven) in te voeren in eerstelijnszorgsectoren. Dit is gebeurd in de fysiotherapie (2005), oefentherapie (2008), dieetadvisering (2008), geboortezorg (2009), farmaceutische zorg (2012), mondzorg (2012, een jaar later teruggedraaid) en de logopedie (2017).

Daarnaast is ook bij verschillende eerstelijnszorgsectoren een facultatieve prestatie ingevoerd, zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen kunnen afspreken welke behandeling in rekening mag worden gebracht. Vooral in de fysiotherapie wordt

daar inmiddels goed gebruik van gemaakt. Vaste regels kunnen soms belemmerend werken om innovatieve zorgvormen in te voeren of de zorg anders te organiseren en in rekening te brengen. De NZa pleitte er in 2012 dan ook voor om per sector zorgvuldig te bekijken hoe stap voor stap meer ruimte in de regels gemaakt kan worden. Een hoger tarief mogelijk maken (een zogenoemd max-maxtarief) om zorgaanbieders te belonen voor goede zorg of service, was daarin een eerste stap. De NZa is daarna in gesprek gegaan met consumentenorganisaties, zorgaanbieders in de eerstelijnszorg en zorgverzekeraars om te verkennen wat er nog meer mogelijk was in het verruimen van de regels.

Veel behandelomschrijvingen zijn nog primair gekoppeld aan een beroepsgroep die de zorg pleegt te bieden. Bij de zorgaanbieders en hun brancheorganisaties gelden de prestaties dan ook nog als hun prestaties: de prestaties van de huisartsen, de prestaties van de fysiotherapeuten, etc. Er ligt hier ook een sterk verband met de macrokostenbeheersing. De budgettaire kaders zijn van oudsher ingericht op de grenzen tussen beroepsgroepen. Prestatiestructuren die deze grenzen aanhouden, maken het makkelijker om op deze manier te blijven sturen. Omdat beroeps/aanbiedersgroepen verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor de totale uitgaven in hun eigen sector, in de zin dat een overschrijding van het budgettair kader kan leiden tot bijvoorbeeld een tariefverlaging, bewaken ze deze grenzen ook.

Integrale tarieven maken samenwerking mogelijk

Sinds 2010 bestaan er multidisciplinaire zorgprestaties in de eerste lijn voor mensen met een chronische ziekte (diabetes, COPD en CVRM). Sinds 2015 bestaat hiervoor ook een apart [macrokostenkader](#). Eveneens in 2015 is astma-ketenzorg aan

*

1

2

3

4

5

dit rijtje toegevoegd. Maar er zijn nog meer terreinen waar multidisciplinaire samenwerking snel van de grond komt, bijvoorbeeld in de ggz, de geboortezorg en de ouderenzorg. Dit is onder andere zichtbaar in de experimenten die via de beleidsregel Innovatie bekostigd worden. De overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw per 2015 lijkt ook een impuls te geven aan de samenwerking in de wijk en de versterking van de samenwerking tussen zorgaanbieders, gemeenten en de welzijnssector.

Recent adviseerde de NZa aan de minister van VWS om een experiment met vrije prestaties te richten op het stimuleren van zorginnovatie, integrale zorg en meer [samenwerking tussen de verschillende zorgsectoren](#). De belanghebbenden geven aan dat samenwerking tussen sectoren binnen de curatieve zorg lastig is door de verschillende bekostigingssystemen (de schottenproblematiek). Om meer samenwerking tussen verschillende sectoren mogelijk te maken moet er iets aan deze schottenproblematiek gedaan worden. Een experiment met vrije prestaties zou dus hierop gericht kunnen worden. Het doel van een experiment met vrije prestaties is betere kwaliteit van zorg voor de burger door maatwerk en innovatie. Binnen de bestaande regelgeving is hiervoor de afgelopen jaren al veel ruimte gecreëerd. De NZa beveelt in het advies daarom aan na te gaan waar de door de belanghebbenden ervaren belemmeringen precies zitten en te bezien of, en welke oplossingen haalbaar zijn. Mogelijk biedt een experiment met vrije prestaties hier kansen, dit moet van zorgterrein tot zorgterrein bekeken worden. Op basis van dit advies gaf de minister van VWS aan dat zij geen experiment zal starten voor sectoren waar al een facultatieve prestatie is, maar wel de mogelijkheden in de andere zorgsectoren te verkennen. Zie voor meer informatie de [Kamerbrief](#): Ruimte in de bekostiging.

Toekomstige bekostiging eerstelijnszorg

In de bekostiging van de eerstelijnszorg zijn drie grotere veranderingen gaande: voor de geboortezorg, voor de wijkverpleging en voor de samenwerking tussen eerstelijnszorgsectoren. Voor de geboortezorg stelde de NZa met ingang van 1 januari 2017 negen integrale prestaties vast. Deze geven de mogelijkheid om regionaal te experimenteren met het declareren van één gezamenlijk tarief voor alle zorg die een zwangere vrouw ontvangt van de verloskundige, het ziekenhuis en kraamverzorgende. Aanleiding hiervoor was dat Nederland achterbleef in het terugdringen van een relatief hoge sterfte rondom de geboorte. Hiervoor is 'naadloze' samenwerking nodig, maar daarbij sloot de bestaande monodisciplinaire bekostiging van de drie groepen niet goed aan, aldus [adviezen uit 2009](#) en [2012](#). Experimenten op basis van de beleidsregel Innovatie kwamen echter moeizaam tot stand, waarop de minister in 2015 besloot om deze ontwikkeling extra te gaan stimuleren, met als uitkomst de negen integrale prestaties voor de geboortezorg.

De omschrijving van de prestaties maakt duidelijk welke zorg wel en welke zorg niet in de prestaties is opgenomen. Daarbinnen kunnen zorgaanbieder en verzekeraar bijvoorbeeld een ander tarief afspreken voor een complex en dus duur geboortezorgtraject. De beleidsregel Integrale geboortezorg biedt een vrijwillige optie om een integraal tarief overeen te komen. Regio's die nog niet zover zijn, kunnen nog gebruik maken van de bestaande monodisciplinaire bekostiging, of zorginnovatie bekostigen via de beleidsregel Innovatie. De NZa zal de beleidsregel in de komende jaren evalueren. Voor zover bekend, gaan er in 2017 negen experimenten van start. Zeven daarvan maken gebruik van de nieuwe prestaties, twee hebben gekozen voor de beleidsregel Innovatie.

*

1

2

3

4

5

Bij de wijkverpleging is vanaf 2016 meer ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken op maat te maken. Dit kan met de nieuwe prestatie 'beloning op maat', bijvoorbeeld voor het belonen van extra kwaliteit, innovatieve vormen van zorg of de organisatie daarvan. Daarnaast kunnen zorgaanbieders als experiment afwijken van de reguliere bekostiging. Hiervoor spreken zij met de zorgverzekeraar af hoe de prestatie wordt vormgegeven en tegen welk tarief. Zo kan er een vast bedrag per patiënt afgesproken worden op basis van de samenstelling van de populatie. In 2016 maakte een aantal grote zorgverzekeraars met zorgaanbieders van wijkverpleging afspraken over deze 'beloning op maat'. De afspraken gaan onder andere over doelmatige inzet van zorg, inzet van beeldzorg, het gebruik van een vaste mix aan prestaties, de zorg voor COPD-patiënten dichtbij huis, en een digitaal communicatieplatform.

Tot slot werken drie brancheorganisaties op dit moment aan een basisstructuur voor zorgprestaties om ondersteuning en infrastructuur (o&i) van de zorg te bekostigen als zorgaanbieders in de eerste lijn samenwerken. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de samenwerking van huisartsen onderling, samenwerking tussen huisartsen en andere zorgaanbieders, op wijk- of op regioniveau. Dit kan zorgverzekeraars en zorgaanbieders houvast geven als zij afspraken willen maken over de resultaten en verschillende vormen van samenwerking. Aanleiding hiervoor is dat de bestaande prestaties de samenwerking te algemeen benoemen (GEZ-module) of te specifiek (multidisciplinaire organisatie van bepaalde vormen van ketenzorg).

Het beeld dat zich opdringt vanuit deze drie ontwikkelingen, is dat er binnen de eerstelijnszorg verschillen zijn in de mate van ruimte

die de beroepsgroepen wensen in de regels. Sommige groepen willen juist veel ruimte, maar andere beroepsgroepen hebben juist behoefte aan kaders en ondersteuning. Ook zijn er zorgaanbieders die de stap naar meer integrale bekostiging nog niet kunnen of willen maken. De NZa ondersteunt deze diversiteit door regionale experimenten te stimuleren en mogelijk te maken in de regelgeving. Dit zorgt ervoor dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars nieuwe ideeën in de praktijk kunnen testen, voordat een bestaande bekostiging volledig wordt omgegooid.

Conclusies

- Het tempo waarmee het gebruik van kwaliteitsinstrumenten zich verspreidt, valt tegen. Dit zijn instrumenten om de kwaliteit van zorg te meten en te waarborgen, zoals richtlijnen en patiënttevredenheidsonderzoek.
- Zorgverzekeraars willen de inhoudelijke keuzes hieromtrent aan de zorgaanbieders laten. Hun tariefdifferentiatie baseren zij daarom nog vooral op proces- en structuurkenmerken.
- De meeste innovaties in de eerstelijnszorg passen binnen de huidige regels. Voor initiatieven op het gebied van samenwerking tussen sectoren zijn er wel nog belemmeringen.
- De bekostiging van eerstelijnszorg is van oudsher sectorgericht. Er is meer behoefte aan integrale bekostiging van zorg bij multidisciplinaire samenwerking.
- Ook hier zijn er verschillen tussen de verschillende sectoren: sommige groepen zorgaanbieders willen veel ruimte in de bekostiging, andere hebben behoefte aan duidelijke kaders en ondersteuning.



4. Aanbieders van eerstelijnszorg

*

1

2

3

4

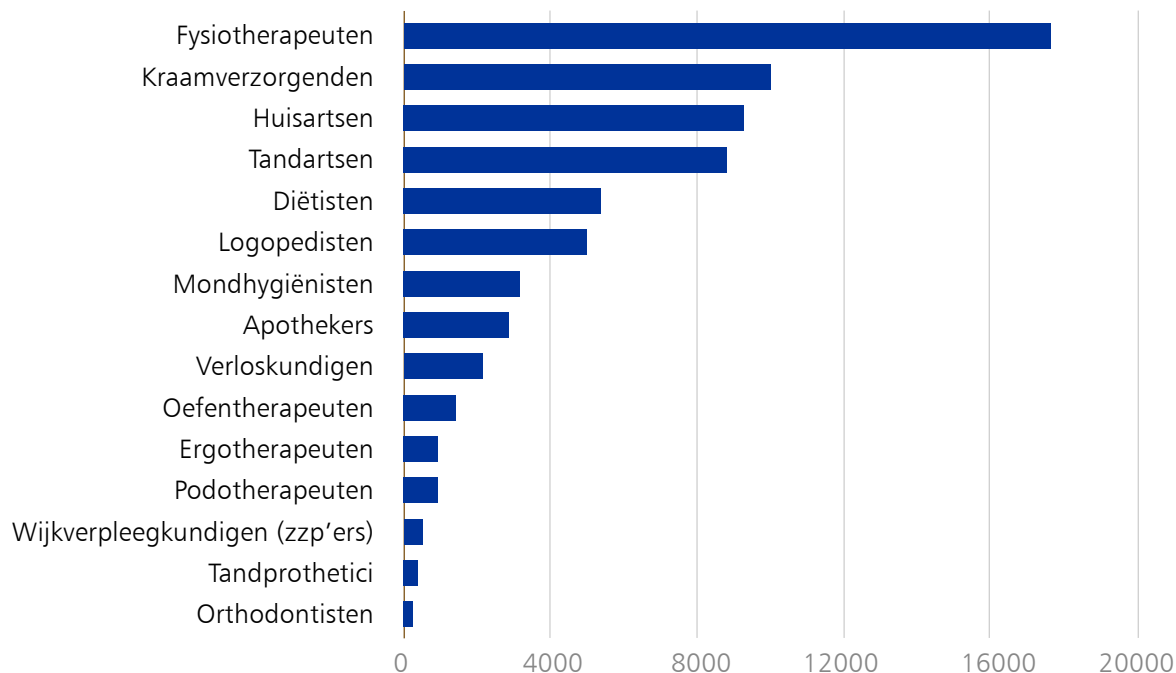
5

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan bod: aantal zorgaanbieders en praktijksamenstelling, arbeidspositie, toe- en uittreding en financiële posities. De marktstructuur is op basis van diverse bronnen in beeld gebracht. Ook is aan verschillende organisaties van beroepsgroepen en zorgaanbieders gevraagd aan te geven hoe zij ontwikkelingen in de marktstructuur in hun sector inschatten.

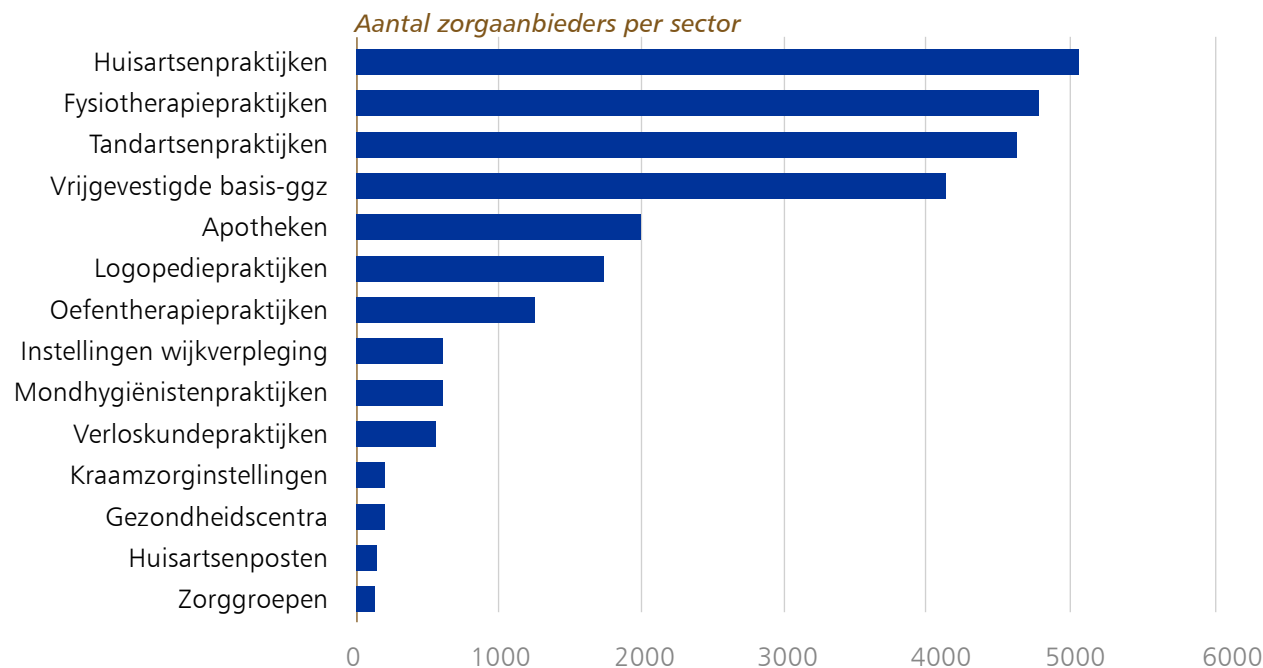
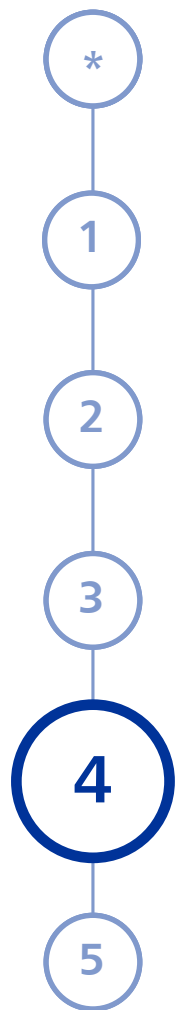
Aantal zorgaanbieders en praktijksamenstelling

In onderstaande figuren schetsen we op basis van verschillende bronnen en jaren een beeld van het aantal zorgverleners en -aanbieders per sector in de eerstelijnszorg.

Aantal zorgverleners per sector



Bronnen: NIVEL, capaciteitsplan, kwaliteitsregister paramedici, ledenlijst ONT, SFK, AGB register (meest recente jaar, variërend van 2012 t/m 2015)



Bronnen: InEen, NZa, NIVEL, Zorgkaart Nederland, Vektis, SFK (meest recente jaar, variërend van 2012 t/m 2016)

Op basis van de bronneninventarisatie is geen duidelijke trend zichtbaar wat betreft de ontwikkeling van het aantal zorgaanbieders binnen de eerstelijnszorg. In de huisartsenzorg neemt zowel het aantal zorgaanbieders als aantal zorgverleners toe. Dit beeld wordt door de brancheorganisaties van de betreffende sector bevestigd. Daarnaast geven ook de brancheorganisaties voor de paramedische zorg (met uitzondering van de logopedie), multidisciplinaire zorg en generalistische basis-ggz aan dat er sprake is van groei, maar dit kan vanwege het ontbreken van historische cijfers

niet worden bevestigd. Binnen de farmaceutische zorg en mond-zorg is de verwachting dat het aantal zorgaanbieders stabiel blijft.

Een toename in het zorgaanbod wordt verwacht door algemeen toenemende zorgvraag, maar ook door vergrijzing en substitutie van zorg vanuit de tweede naar de eerste lijn. Dit laatste speelt vooral bij de huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en farmaceutische zorg. Ook een toename in opleidingen (diëtetiek) en toenemende bekendheid met de betreffende zorg (ergotherapie)

*

1

2

3

4

5

zijn genoemd als belangrijke factoren voor de ontwikkeling in zorgaanbod. Bij een verwachte afname noemen de betreffende brancheorganisaties als reden de tariefafslagen of budgetplafonds van zorgverzekeraars. Dit kan niet worden bevestigd met cijfers.

Een algemeen benoemde trend binnen de eerstelijnszorg is een afname in het aantal solopraktijken en een toename in het aantal meermanspraktijken. Dit speelt vooral in de huisartsenzorg, de mondzorg, de verloskundige zorg en de paramedische zorg. De reisafstand voor een patiënt zou hierdoor wel kunnen toenemen. Daarbij zien we ook dat het aantal ondersteunende functies toeneemt, zoals de assistenten en de praktijkondersteuners ggz en somatiek. Sommige brancheorganisaties geven aan dat schaalvoordelen, regelgeving en bedrijfsmatiger en efficiënter werken hierbij een belangrijke rol spelen; er komen steeds meer eisen met betrekking tot administratie en registratie. Bij de grote praktijken komen ook steeds meer niet-zorgprofessionals te werken, bijvoorbeeld voor de administratie.

Het aantal gezondheidscentra neemt steeds meer toe. Steeds meer zorgaanbieders hebben zich aangesloten bij een zorggroep of ander samenwerkingsverband. Ook is in toenemende mate sprake van ketenvorming. Sommige brancheorganisaties vinden dit een goede ontwikkeling, gezien de toename in het aantal patiënten met chronische aandoeningen.

De zorg voor deze groep patiënten vraagt om een multidisciplinaire aanpak, waarbij samenwerking tussen zorgdisciplines van groot belang is.

Arbeidspositie

Het aandeel zorgverleners in loondienst in vergelijking tot het aantal zelfstandigen en de ontwikkeling hierin verschilt per sector. Door extramuralisering worden mensen minder snel opgenomen in een zorginstelling, wat het aantal zelfstandige zorgverleners doet toenemen. Binnen de ergotherapie wordt dit als een goede ontwikkeling gezien, omdat deze zorg volgens zorgaanbieders het meest succesvol is bij patiënten in hun eigen context. Binnen de diëtetiek wordt specifiek aangegeven dat er steeds minder praktijken nieuwe werknemers aannemen en dat er veel met freelancers en tijdelijke contracten wordt gewerkt. Bij andere sectoren komen juist meer zorgaanbieders in loondienst. Als oorzaken noemen de betreffende brancheorganisaties de financiële zekerheid en het huidige zorgveld met bijkomende eisen aan bedrijfsvoering en contractering. In de fysiotherapie wordt dit als een slechte ontwikkeling gezien, omdat zonder ondernemerschap innovatie en kwaliteitsontwikkeling achterblijven. De mondzorg staat neutraal tegenover de ontwikkeling dat steeds meer zorgverleners in loondienst zijn, mits de praktijken niet te groot worden. Dit omdat tandartsen zelfstandig opereren en volgens de brancheorganisatie eigenlijk te dure krachten zijn voor een tandartspraktijk om in loondienst te hebben. De ontwikkeling binnen de farmaceutische zorg wordt veroorzaakt door kostenbesparingen en dus ook versobering van de arbeidsvoorwaarden. In de huisartsenzorg, diëtetiek, mondzorg en fysiotherapie wordt een toename verwacht van het aantal zorgaanbieders dat parttime werkt, hoofdzakelijk vanwege de feminisering binnen deze sectoren. Door de mondzorg brancheorganisaties wordt genoemd dat de oudere tandartsen vaak meer uren per week werken dan de nieuwe generatie tandartsen. Door toename van de parttimefactor bestaan zorgen om de opleidingscapaciteit. De brancheorganisatie voor diëtetiek noemt als oorzaak dat er minder banen zijn en daarom meer

*

1

2

3

4

5

zzp'ers met een kleine praktijk. Bij oefentherapie is er juist een afname van de parttimefactor zichtbaar. Bij wijkverpleging, ergotherapie (95% van de ergotherapeuten is vrouw) blijft het aantal parttimers naar verwachting stabiel.

Toe- en uitbreiding

Bij de meeste zorgsectoren verwachten de brancheorganisaties niet dat er veel nieuwe zorgaanbieders bij zullen komen in de komende 3 tot 5 jaar. Zij uiteten hier hun zorgen over, omdat een gebrek aan nieuwe toetreders de dynamiek uit het stelsel haalt. Een aantal sectoren, zoals de mondzorg, diëtetiek en logopedie, verwachten aanzienlijke uitbreiding van zorgaanbieders door vergrijzing, pensioenering en bezuinigingen. Binnen de mondzorg geven zij aan hierdoor afhankelijk te zijn van buitenlandse instroom. De overige sectoren zien weinig tot geen bijzonderheden voor de komende jaren.

Financiële posities

In de volgende tabel is het gemiddeld bedrijfsresultaat voor verschillende praktijksoorten weergegeven. (De cijfers zijn niet voor alle eerstelijnszorg sectoren beschikbaar.) Deze cijfers laten voor de meeste sectoren een vrij stabiel beeld zien. De praktijken van huisartsen en psychologen laten een dalend gemiddeld bedrijfsresultaat zien over de jaren 2012 - 2014. De brancheorganisaties vinden het lastig een goed beeld te schetsen van de financiële positie van zorgaanbieders in hun sector. In algemene zin merken zij wel op dat zorgaanbieders steeds minder beschikken over middelen om te investeren in kwaliteit en innovatie. De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn volgens de brancheorganisaties de stijging van kosten en de daling van gecontracteerde tarieven. Dit wordt als een slechte ontwikkeling gezien, omdat mindere resultaten leiden tot minder investeringen in betere zorgverlening, aldus brancheorganisaties.

Gemiddeld bedrijfsresultaat per praktijk eigenaar* (in €)

	2012	2013	2014
Praktijken van tandartsen	112.292	104.404	114.562
Praktijken van fysiotherapeuten	51.727	51.798	51.263
Praktijken van verloskundigen	58.084	55.090	58.683
Praktijken van psychologen**	47.165	47.342	44.365
Praktijken van huisartsen	129.981	124.538	124.350
Overige paramedische praktijken***	21.600	21.311	21.774

Bron: CBS, peildatum 28 oktober 2016

*Definitie: Alle personen met inkomsten uit arbeid als zelfstandige en/of directeur-grotaandeelhouder

**Praktijken van psychologen kunnen zowel generalistische basis-ggz als specialistische ggz leveren

***Overige paramedische praktijken omvat o.a. ergotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en diëtisten maar ook alternatieve genezers

Conclusies

- In de eerste lijn zijn ruim 25.000 zorgaanbieders actief, met daarin meer dan 75.000 zorgverleners.
- Partijen in het zorgveld verwachten een toenemende zorgvraag, schaalvergroting, en meer multidisciplinaire gezondheidscentra.
- Ook verwacht men meer medewerkers in ondersteunende functies, zoals assistenten en praktijkondersteuners.



5. Zorginkoop in eerstelijnszorg

*

1

Jaarlijks kopen zorgverzekeraars zorg in. Zij moeten zorgen dat er voldoende goede zorg beschikbaar is voor hun verzekerden als zij dat nodig hebben. De NZa houdt daar toezicht op. De NZa heeft onderzocht hoe de zorgverzekeraars de zorg inkopen in de eerstelijnszorg. Hiervoor zijn de zorgverzekeraars zelf geraadpleegd.

2

Visie zorgverzekeraars op inkoopbeleid

Zorgverzekeraars hebben dezelfde visie op eerstelijnszorg

3

- De zorgverzekeraars hebben min of meer dezelfde visie op de zorg in de eerste lijn: het gaat om zorg in de nabijheid van mensen, die laagdrempelig en toegankelijk is en in samenhang geleverd wordt.
- Dit vraagt om een samenwerking op wijk- en regioniveau tussen de verschillende disciplines die eerstelijnszorg leveren. Bijvoorbeeld de paramedische disciplines, maar ook apothekers die – met name de chronische gebruikers van medicijnen – begeleiding bieden in een multidisciplinair team.
- Ook de generalistische basis-ggz heeft een plek binnen deze wijkgerichte, integrale aanpak. Dit is nodig om te kunnen anticiperen op demografische ontwikkelingen, zoals de toename van het aantal kwetsbare ouderen en chronisch zieken.

4

5

“Sommige brancheorganisaties in de eerstelijnszorg geven aan dat onderlinge samenwerking en een multidisciplinaire aanpak in toenemende mate een belangrijke rol spelen. Zij onderschrijven ook het belang van de wijk en regionale functie.”

- Eerstelijnszorg moet een belangrijke bijdrage leveren aan het langer thuis wonen van mensen. Om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden, is het doel om specialistische zorg waar mogelijk te vervangen door zorg in de eerste lijn, onder het motto: ‘dichtbij en goedkoop waar het kan, specialistisch en duur waar nodig’. Ook is er een ontwikkeling zichtbaar van tussenvormen van zorg, de zogenoemde anderhalvelijnszorg. Een voorbeeld hiervan is eerstelijnsverblijf, waarbij mensen kortdurend onder verantwoordelijkheid van de huisarts tijdelijk kunnen herstellen na een ziekenhuisopname. Ook de verbinding tussen eerstelijnszorg en het sociale domein (belangrijke rol voor de wijkverpleegkundige), ggz en de langdurige zorg is essentieel om mensen langer thuis te laten wonen.
- De huisarts heeft als poortwachter en verwijzer in de zorg een belangrijke rol om de doelstellingen van goede en betaalbare zorg de komende jaren te realiseren. In termen van relatiebeheer vanuit zorgverzekeraars zijn er grote verschillen tussen zorgaanbieders. Zo zien zorgverzekeraars dat huisartsen vanwege deze rol meer overlegmomenten in het contracteerproces hebben met zorgverzekeraars dan bijvoorbeeld logopedisten en fysiotherapeuten.
- Algemene doelstellingen van het inkoopbeleid door zorgverzekeraars zijn onder meer doelmatige zorg, betaalbaarheid, transparant maken van kwaliteit van zorg, toegevoegde waarde voor de verzekerden en rechtmatigheid.



*

1

2

3

4

5

- Aanbieders ervaren het contracteerproces nog vaak als 'tekenen bij het kruisje'. Zorgverzekeraars zoeken naar een balans om goede zorg in te kopen, zonder daarvoor bij alle zorgaanbieders langs te hoeven gaan. Hierin proberen zij een bepaalde mate van uniformiteit na te streven, maar ook ruimte te bieden voor maatwerkafspraken.

Verschillen tussen zorgverzekeraars in het inkoopbeleid

Op andere punten is het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars in de eerstelijnszorg verschillend. Daarmee onderscheiden zij zich van elkaar. Een aantal punten wordt door slechts een of twee zorgverzekeraars genoemd. Een aantal voorbeelden:

- Sommige zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat patiënten- (organisaties) betrokken zijn bij het transparant maken van (kwaliteits-) informatie over de zorg. Deze zorgverzekeraars verzamelen structureel input van patiënten (via patiëntenverenigingen en onderzoeken) en vertalen de resultaten waar mogelijk en nuttig naar voorwaarden voor de inkoop van zorg.

“Sommige brancheorganisaties zien de input van patiënten in het algemeen niet terug in het inkoopbeleid. Dit komt overeen met het feit dat slechts een enkele zorgverzekeraar dit noemt.”

- Relatiebeheer: kleine zorgverzekeraars hebben vaak directer contact met zorgaanbieders in hun kernwerkgebied en kunnen daardoor goed samenwerken.
- No-nonsense beleid; het moet eenvoudig zijn om een contract aan te vragen. Inkoopuitgangspunten zijn pragmatisch en contracten zijn kort, zodat de administratieve lasten beperkt blijven. In de contractering worden de kwaliteitseisen gevolgd

die de betreffende beroepsgroepen stellen, er worden geen aanvullende eisen gesteld.

- Regionale aanpak: door met verschillende disciplines om de tafel te gaan worden algemene doelstellingen als substitutie behaald.

“De gespreksonderwerpen van zorgverzekeraars en brancheorganisaties verschillen per sector. Brancheorganisaties in de eerstelijnszorg noemen als veel voorkomende onderwerpen van gesprek met de zorgverzekeraars: de bekostiging, tarieven en vergoedingen van de zorg, het inkoopbeleid zelf, de kwaliteit van zorg, controles van de zorgnota's, vermindering van de administratieve lasten, het verbeteren van declaratieprocessen en de hoge werkdruk.”

*

1

2

3

4

5

Contracteerproces

De NZa krijgt ieder jaar weer klachten van eerstelijnszorgaanbieders over de contractering. De klachten lopen uiteen van het niet kunnen krijgen van een contract of het niet krijgen van een hoger tarief tot klachten over inhoudelijke bepalingen in de contracten en de bereikbaarheid van zorgverzekeraars. Dat het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en (eerstelijns)zorgaanbieders niet altijd soepel verloopt, kwam ook naar voren uit reacties op eerder onderzoek van de NZa naar het contracteerproces eerstelijnszorg.

Er bestaat geen contracteerplicht: zolang zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen en zich houden aan hun zorgplicht, zijn zij vrij om hun contracten zelf vorm te geven en niet met alle zorgaanbieders contracten te sluiten. Dat zorgaanbieders het er niet altijd mee eens zijn als zij een lager tarief krijgen dan gehoopt of geen contract krijgen, is goed te begrijpen, maar dus niet zomaar terecht. Wel moeten verzekerden bij het afsluiten van een zorgpolis kunnen zien met welke zorgaanbieder

er een contract is en met welke niet. Daarom vindt de NZa het belangrijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders vlot en soepel afspraken met elkaar maken. Om het contracteerproces soepeler te laten verlopen, stelde de NZa in 2015 regels vast voor het zorginkoopproces. Zo moeten zorgverzekeraars er onder meer voor zorgen dat het inkoopbeleid en inkoopproces voor het volgende jaar op 1 april beschikbaar is, en moeten zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders bereikbaar zijn voor elkaars vragen. Deze regels golden afgelopen jaar voor het eerst. Zelf streeft de NZa ernaar de veranderingen in het algemeen minstens 6 maanden voor het begin van het jaar vast te stellen, zodat het inkoopproces niet wordt verstoord door een late vaststelling. De NZa heeft de afgelopen contracteerperiode de zorginkoop van een aantal sectoren in de eerste lijn nauwlettend gevolgd. Naar aanleiding van een klacht van zorgaanbieders heeft de NZa in 2016 één keer ingegrepen in het inkoopproces van een zorgverzekeraar, die de inkoopprocedure na 1 april nog een paar keer aanpaste. De zorgverzekeraar hield zich daarna aan de regels.

Contractvormen

Alle zorgverzekeraars sluiten contracten die terug te voeren zijn op drie basisvormen: het standaardcontract, de addenda en het maatwerkcontract.

Standaardcontract

Een substantieel deel van de zorg wordt gecontracteerd middels standaardcontracten. Doorgaans beslaan die contracten de basiszorg binnen een bepaalde sector: de meest gangbare prestaties, die vrijwel iedere zorgaanbieder levert. 'Standaardcontract' is hierbij wel een relatief begrip: sommige

zorgverzekeraars brengen in het standaardcontract bij een aantal sectoren een differentiatiemogelijkheid aan. De zorgaanbieder kan dan in het contract aangeven in welke categorie hij valt, met een hoger of lager tarief. De differentiatie kan betrekking hebben op zaken als serviceniveau of andere kwaliteitsaspecten. Meer over deze differentiatie binnen standaardcontracten staat in de paragraaf prijs- en kwaliteitsbeleid.



*

1

2

3

4

5

Addenda

Addenda zijn aanvullingen op het standaardcontract en worden dus altijd in combinatie met een standaardcontract toegepast. Addenda staan open voor alle zorgaanbieders en hebben betrekking op min of meer bijzondere prestaties die bovenop het standaardaanbod kunnen komen, maar niet door (vrijwel) alle zorgaanbieders worden geleverd. Zorgaanbieders kiezen de addenda die op hun aanbod van toepassing zijn.

Maatwerkcontract

Maatwerkcontracten worden gesloten in de volgende gevallen:

- In een sector met relatief weinig zorgaanbieders, bijvoorbeeld bij ketenzorg voor mensen met diabetes of COPD.
- Bij bijzondere vormen van zorg die maar bij een beperkt aantal zorgaanbieders worden ingekocht, zoals de nieuwe prestaties integrale geboortezorg.
- Overige bijzondere gevallen die aanleiding vormen voor afspraken op maat, bijvoorbeeld internetapotheken.

Overigens is het bij een maatwerkcontract niet zo dat alle bepalingen op maat gemaakt zijn; ieder maatwerkcontract kent ook standaardbepalingen.

Combinaties

Bij alle zorgverzekeraars en in alle sectoren komen combinaties van deze drie basisvormen voor in de contracten. Overigens zijn addenda zonder standaardcontract per definitie niet mogelijk. Zo zijn er dus zorgverzekeraars die in bepaalde sectoren alleen standaardcontracten sluiten, waarbij in sommige van die sectoren de standaardcontracten gedifferentieerd zijn en in andere niet. Uitsluitend werken met standaardcontracten komt het meest

voor in de paramedische sectoren. Standaardcontracten met addenda worden door vrijwel alle zorgverzekeraars toegepast bij het contracteren van huisartsenzorg. In andere sectoren wordt deze combinatie van een standaardcontract met addenda door de zorgverzekeraars op verschillende manieren toegepast. Sommige zorgverzekeraars sluiten daarnaast ook nog maatwerkcontracten met zorgaanbieders af. Dit gebeurt ook in een aantal sectoren waar wordt gewerkt zonder addenda: daar sluiten de zorgverzekeraars combinatie standaardcontracten plus maatwerkcontracten voor een selecte groep zorgaanbieders. Ook komt het voor dat met alle zorgaanbieders alleen maatwerkcontracten worden gesloten, bijvoorbeeld in de ketenzorg.

Meerjarencontracten

Het volgende schema toont bij welke sectoren zorgverzekeraars in 2016 over het algemeen met zorgaanbieders meerjarencontracten overeenkomen, en bij welke sectoren dit in mindere mate het geval is. Het betreft percentages voor de gehele sector, berekend over het totaal van de zorgverzekeraars. Dit zijn geen harde cijfers, maar een schatting op basis van deels kwalitatieve gegevens. Zorgverzekeraars definiëren een meerjarencontract niet allemaal op dezelfde manier. Soms geldt er een langer lopend contract waarbij alleen de tarieven tussentijds aangepast worden. Dat geldt bij sommige zorgverzekeraars wel en bij andere niet als meerjarencontract.

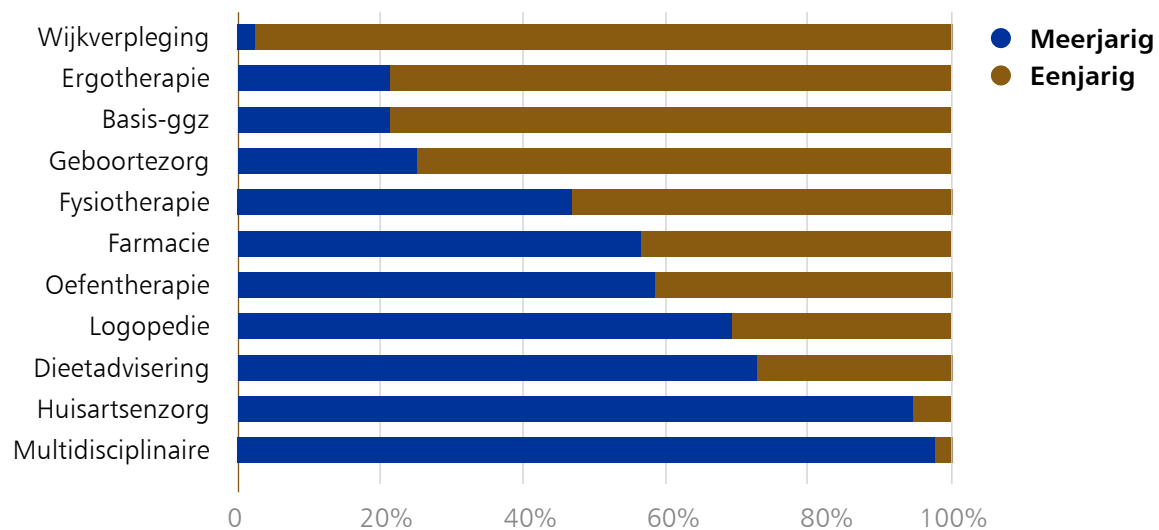
In Figuur *Eenjarige en meerjarige contracten per sector* is te zien dat zorgverzekeraars met meer dan 90% van de huisartsen en zorgaanbieders van multidisciplinaire zorg meerjarencontracten afsluiten. In de wijkverpleging, ergotherapie en geboortezorg is dit minder gebruikelijk. Veel zorgverzekeraars spreken wel

*

het voornemen uit om ook voor wijkverpleging ook met meerjarencontracten te gaan werken, zodra er meer duidelijkheid is over de bekostiging.

1

Eenjarige en meerjarige contracten per sector



Bron: NZa op basis van enquête gegevens zorgverzekeraars

5

Percentage zorgaanbieders met een contract

Contracteergraad veelal hoog

Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden om te voldoen aan hun wettelijke zorgplicht. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om met alle bestaande zorgaanbieders een contract te sluiten. De afgelopen jaren sloten

de zorgverzekeraars in het algemeen met meer dan 90% of zelfs met meer dan 95% van de zorgaanbieders in de eerstelijnszorg een contract.

*

1

2

3

4

5

Uitzondering hierop is de mondzorg. Hier sluiten de zorgverzekeraars maar met 10 tot 30% van de zorgaanbieders een contract. Zorgverzekeraars geven aan dat de animo onder mondzorgaanbieders om contracten te sluiten niet groot is. Sommige zorgverzekeraars geven aan helemaal gestopt te zijn met het actief contracteren van mondzorgaanbieders of dit te overwegen. In dat geval wordt alleen nog een contract gesloten met mondzorgaanbieders met een bijzonder aanbod die dit zelf willen.

Behalve in de mondzorg, is in de eerstelijnszorg de contracteergraad nergens lager dan 70%.

De logopedie wordt door twee grote zorgverzekeraars genoemd als een sector waar de contracteergraad wat lager was of is dan gemiddeld (81% of hoger). Ook bij zorgaanbieders van dieetadvisering, oefentherapie, ergotherapie en podotherapie is de contracteergraad iets lager dan gemiddeld, tussen de 70% en 90%.

In de generalistische basis-ggz wordt ook met meer dan 90 tot 95% van de zorgaanbieders een contract gesloten. Kanttekening is hierbij wel dat er enkele grote zorgaanbieders zijn van deze zorg, en vele kleine zorgaanbieders. Bij de kleine zorgaanbieders is het percentage wat lager (zo rond de 80% in sommige jaren).

Kanttekeningen bij de contracteergraad

De genoemde percentages voor de contracteergraad zijn percentages die de zorgverzekeraars hebben opgegeven.

Belangrijke kanttekening hierbij is dat de zorgverzekeraars niet altijd alle zorgaanbieders kennen in de sector. Dit kan het percentage vertekenen. Ook maken zorgverzekeraars soms een onderscheid tussen zorgaanbieders in het kernwerkgebied, waar ze vaak beter

zicht op hebben, en die daarbuiten. Dit punt geldt in sterke mate voor de zorgverzekeraars met een regionale focus.

Overigens vindt het contracteerproces in de eerstelijnszorg steeds meer via internet plaats. Zorgverzekeraars plaatsen hun standaardcontracten en menu van addenda op hun website. Zorgaanbieders weten de weg naar deze contracten te vinden en hoeven hier steeds minder op geattendeerd te worden. Hiermee verdwijnt de noodzaak voor zorgverzekeraars om alle zorgaanbieders te kennen. Zorgaanbieders die geen interesse (meer) hebben in een contract, verdwijnen zo uit het zicht van de zorgverzekeraar.

Daarnaast kunnen zorgverzekeraars sommige zorgaanbieders op voorhand uitsluiten van een contract, bijvoorbeeld omdat zij niet voldoen aan bepaalde kwaliteitscriteria of omdat het aantal zorgaanbieders te groot wordt, aldus zorgverzekeraars. Het eerste komt in de eerste lijn nog niet of nauwelijks voor, het tweede wel. Sommige zorgverzekeraars geven aan nieuwe zorgaanbieders geen contract aan te bieden, omdat dit kan leiden tot een te grote versnippering van de zorg over zorgaanbieders. Hierdoor doen sommige zorgaanbieders te weinig ervaring op met bepaalde vormen van zorg en dat kan slecht zijn voor de kwaliteit, zo stellen de zorgverzekeraars.

*

1

2

3

4

5

“Op de vraag welk onderwerp van belang is voor een goed begrip van de ontwikkelingen binnen de marktstructuur, antwoorden meerdere brancheorganisaties ‘de marktmacht van zorgverzekeraars’. Als toelichting hierop geven zij aan dat de tarieven, maar nog veel meer de budgetplafonds van zorgverzekeraars, een enorme impact hebben op wat er in de eerstelijnszorg gebeurt. Het is voor nieuwe en innovatieve spelers volgens de organisaties niet of nauwelijks mogelijk om beweging te krijgen in de marktposities.”

Substitutie van zorg en kostenbeheersing

Substitutie van zorg

Om de totale kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden, is het belangrijk dat mensen worden behandeld op de juiste plek. Gespecialiseerd waar dat nodig is, in de basiszorg waar dat kan. Om dit te realiseren, wordt al enkele jaren substitutie van zorg toegepast. Substitutie van zorg is het verplaatsen van relatief eenvoudige zorg vanuit de specialistische, duurdere tweedelijnszorg (bijvoorbeeld door medisch specialisten in het ziekenhuis) naar de eerste lijn (bijvoorbeeld naar de huisarts). Hierdoor stijgen de kosten van de zorg in de eerste lijn, maar dalen de totale zorgkosten. Bovendien kan deze eenvoudige zorg vaak beter worden georganiseerd in de buurt van de patiënt, zonder kwaliteitsverlies. De afspraken in de regio oostelijk Noord-Brabant, waar binnen de gehele regio wordt nagedacht over zinnige zorg, zijn een goed voorbeeld van het potentieel van dergelijke samenwerking. Ook in het zorgveld onderzoekt men hoe substitutie goed van de grond kan komen. De FMS en LHV hebben bijvoorbeeld onlangs in een handreiking beschreven welke punten huisartsen en specialisten kunnen betrekken bij hun afspraken

om tot samenwerking en substitutie te komen. Andere vormen van substitutie zijn de verschuiving van de zorg naar het sociale domein (de gemeentes) en meer zelfmanagement door patiënten ('ontzorgen'). Deze vormen van substitutie spelen in de inkoop van eerstelijnszorg een relatief geringe rol en nemen we dan ook verder niet mee in dit onderzoek.

Substitutie wordt door alle zorgverzekeraars genoemd als belangrijk punt. Veelal komt dit in ieder geval tot uiting in het vastleggen van verwijs- en terugverwijsafspraken in de contracten met zorgaanbieders in de eerste en de tweede lijn. In een aantal sectoren zetten zorgverzekeraars ook in op het ontwikkelen van een beslissingsondersteunend instrument bij het verwijzen, bijvoorbeeld in de generalistische basis-ggz. Een voorbeeld van een meer concrete substitutie-afpraak is dat sommige zorgverzekeraars afspreken met ggz-aanbieders dat het aandeel generalistische basis-ggz in de omzet voldoende hoog moet zijn ten opzichte van de gespecialiseerde ggz. Met zorgaanbieders die hier niet aan voldoen, kan de zorgverzekeraar in het jaar erna een lagere omzet afspreken.

Voor concrete financiële doelstellingen of afspraken rondom substitutie in contracten lijkt het verder nog te vroeg. Wel noemen enkele zorgverzekeraars algemene doelstellingen rond substitutie. Ook is een enkele zorgverzekeraar begonnen met het sluiten van maatwerkcontracten met een selecte groep voorkeursaanbieders over (integraal) zorgaanbod. Sommige landelijke zorgverzekeraars werken ook met regionale inkoopteams om tijdens de inkoop de relatie te kunnen leggen tussen afspraken met ziekenhuizen enerzijds en de eerste lijn anderzijds. Een enkele zorgverzekeraar noemt een positieve businesscase als voorwaarde voor het inkopen van substitutie-initiatieven.



*

1

2

3

4

5

Ook benoemen sommige zorgverzekeraars specifieke zorggebieden waar substitutie kansrijk kan zijn:

- kaakchirurgie;
- keten cardiovasculair risicomanagement (cvrm);
- claudicatio (etalagebenen);
- CTG-diagnostiek (geboortezorg);
- vermijdbaar doorsturen tijdens de bevalling.

Instrumenten om de kosten van de zorg te beheersen

Zorgverzekeraars gebruiken de volgende instrumenten veelvuldig als onderdeel van de zorginkoop:

Plafond op totale omzet

Bij een omzetplafond heeft de zorgaanbieder te maken met een maximaal bedrag dat de zorgaanbieder in een jaar bij de zorgverzekeraar kan declareren. Declaraties boven dit bedrag worden niet vergoed. Vaak kan een zorgaanbieder wel tussentijds een verhoging van het omzetplafond aanvragen. Dit wordt dan door de zorgverzekeraar beoordeeld. Omzetplafonds worden door de meeste zorgverzekeraars gehanteerd bij de generalistische basis-ggz en de wijkverpleging. Daarbuiten niet of nauwelijks.

Benchmarks, bijv. op basis van behandelgemiddelden

Zorgverzekeraars noemen benchmarks veelvuldig als instrument voor kostenbeheersing. Afspraken kunnen ertoe leiden dat zorgaanbieders hogere inkomsten krijgen door relatief goed te scoren ten opzichte van een vooraf bekende benchmark (maatstaf). Een voorbeeld is dat fysiotherapeuten een bonus in de vorm van een hoger tarief kunnen krijgen, als hun behandelgemiddelde bij een bepaald type behandeling onder het landelijk gemiddelde valt. Hieronder vallen ook alle gevallen van het belonen op doelmatigheid op basis

van indicatoren, bijvoorbeeld voor doelmatig voorschrijven.

Vrijwel alle zorgverzekeraars noemen hierbij huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, aangezien resultaatbeloning op basis van indicatoren sinds 2015 een vast onderdeel is van de bekostiging. Sectoren waarbij men ook relatief vaak werkt met benchmarks zijn wijkverpleging, farmaceutische zorg en fysio- en oefentherapie.

Inkoopmodellen farmaceutische zorg

De farmaceutische zorg kent een aantal specifieke inkoopmodellen. Genoemde modellen zijn:

- Laagste prijs garantie: de zorgverzekeraar vergoedt aan de apotheek alleen het goedkoopste label, ongeacht of deze feitelijk leverbaar/beschikbaar is. De apotheker bepaalt zelf welk middel hij uitgeeft.
- Pakjesmodel: de apotheek krijgt een vaste prijs per pakje vergoed, ongeacht het label geneesmiddel. De apotheker bepaalt zelf welk middel hij uitgeeft.
- Preferentiebeleid: de zorgverzekeraar wijst voor een specifiek middel één of meerdere labels aan. Alleen dit label (of deze labels) behoren tot de aanspraak van de patiënt en mag (of mogen) dus door de apotheek worden afgeleverd.

Sommige zorgverzekeraars hanteren meerdere modellen.

De apotheek kan dan kiezen.

(Materiële) controles achteraf

Vrijwel alle zorgverzekeraars controleren achteraf veel zorgvormen op doelmatigheid, naast de verplichte controle op rechtmatigheid. Zowel de rechtmatigheids- als de doelmatigheidscontroles kunnen leiden tot kostenbeheersing. Waar bij de doelmatigheidscontroles precies naar wordt gekeken, specificeren de zorgverzekeraars slechts in algemene termen.



*

1

2

3

4

5

Selectief of gedifferentieerd inkopen

Bij selectief inkopen gaat het om het beperken van het aantal zorgaanbieders in een sector waarbij zorgverzekeraars vinden dat overaanbod dreigt. Bij gedifferentieerd inkopen wordt er met sommige zorgaanbieders lagere tarieven overeengekomen. Selectief inkopen doen sommige zorgverzekeraars bij verloskunde, basis-ggz en wijkverpleging. Gedifferentieerd inkopen doet zich met name voor bij paramedische zorg, aldus de zorgverzekeraars.

Tarieven

Tarieven zijn in zijn algemeenheid een middel waarmee kosten worden beheerst. Een klein aantal zorgverzekeraars noemt specifiek de hoogte van (bepaalde) tarieven als instrument om de kosten te beheersen. Het gaat hierbij om mechanismen die zijn 'ingebouwd' in de afspraken om te zorgen dat een hoog volume (hoger dan verwacht) of bijvoorbeeld een hoge afleverfrequentie van geneesmiddelen automatisch resulteert in een lager tarief.

Kostenmaximering van specifieke zorg

Sporadisch wordt door zorgverzekeraars melding gemaakt van het maximeren van de kosten voor specifieke zorg. Een voorbeeld is de materiaal- en techniekkosten in de mondzorg: deze kosten moeten de zorgaanbieders op grond van de NZa-regels tegen kostprijs doorberekenen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen hier aanvullende voorwaarden over afspreken, bijvoorbeeld over maximumkosten.

Audits

Bij een (beheers)audit bezoekt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder en onderzoekt of de processen van administratie en declaratie op orde zijn. Audits worden door zorgverzekeraars in specifieke zin

alleen genoemd bij de fysio- en oefentherapie. Twee grote en twee kleine zorgverzekeraars maken er daar gebruik van.

Klantervaringen

Het gebruik van klantervaringen als basis van afspraken om kosten te beheersen is zeldzaam. Eén zorgverzekeraar stelt ze in te zetten waar mogelijk, maar voegt daar onmiddellijk aan toe dat dat nog maar bij een gering aantal zorgsoorten kan.

Machtigingen

Sommige zorgvormen worden alleen vergoed na machtiging (goedkeuring vooraf) door de zorgverzekeraar. Deze vorm van kostenbeheersing wordt nauwelijks genoemd, alleen bij meerdere echo's in de eerste lijn rondom geboortezorg.

Afspraken over de kwaliteit van zorg

Een groot deel van de zorgverzekeraars past bij de inkoop van eerstelijnszorg tariefdifferentiatie toe. De wijze waarop verschilt per verzekeraar en per sector. Belangrijke randvoorwaarde is dat helder is welke kwaliteit van zorg er geboden wordt. Voor het maken van kwaliteitsafspraken geven zorgverzekeraars vaak aan dat ze zoveel mogelijk willen aansluiten bij de normen die professionals zelf opstellen. Aan stakeholders (beroepsverenigingen, zorgaanbieders) wordt gevraagd welke ontwikkelingen en toetsingselementen op het gebied van kwaliteit actueel zijn. Vaak worden er zowel service- als kwaliteitsaspecten meegenomen, zoals openingstijden, praktijk-inrichting, opleiding, keurmerken, specialisaties, praktijk-gemiddelden en registraties. Vooralsnog bestaat de beschikbare kwaliteitsinformatie dus vooral uit proces- en structuurindicatoren. Een aantal zorgverzekeraars zet daarnaast zelf actief in op het transparant maken van uitkomsten van de zorg en patiëntervaringen. Dit



*

1

2

3

4

5

is vooralsnog erg in ontwikkeling en de resultaten verschillen per sector. Zorgverzekeraars zijn van mening dat differentiatie ervoor zorgt dat zorgaanbieders bewegen richting goede kwaliteit.

Andere zorgverzekeraars kiezen er juist bewust voor om niet te differentiëren, omdat de kwaliteit lastig te meten is. Dat neemt niet weg dat zij het gesprek aangaan met zorgaanbieders wanneer de kwaliteit mogelijk onder de maat is. Er wordt door alle zorgverzekeraars en in vrijwel alle sectoren gewerkt met spiegelinformatie. Spiegelinformatie is een mechanisme dat werkt door kennis en inzicht. Zorgverzekeraars kunnen scores van een zorgaanbieder (bijvoorbeeld de gedeclareerde kosten, het aantal doorverwijzingen of behandelgemiddelden) vergelijken met een regionaal of nationaal gemiddelde. Zorgaanbieders krijgen zo inzicht in de praktijkvariatie.

Het differentiëren is voor de verzekeraar arbeidsintensief en het leidt tot veel reacties uit het veld. Aan de andere kant biedt het ook kansen. In sommige sectoren contracteren zorgverzekeraars standaard de maximumtarieven (deel huisartsenzorg, verloskunde), in andere sectoren hanteren zorgverzekeraars een afslag. Bij vrije tarieven wordt vaak gekeken naar landelijke ontwikkelingen (maximumtarieven, totaal beschikbaar landelijk budget etc.) en marktontwikkelingen (loonontwikkeling, concurrentie positie, benchmark prestaties van zorgaanbieders etc.). In sommige markten worden er maatwerkafspraken gemaakt, zoals bij een deel van de huisartsenzorg en ketenzorg, en in andere markten wordt generieke tariefdifferentiatie toegepast (kraamzorg, paramedisch en generalistische basis-ggz). Volgbeleid geldt met name bij de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Hieronder volgen de hoofdpunten per sector. In de bijlage bij deze marktscan vindt u een uitgebreid overzicht van soorten contractafspraken per sector.

Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Zorgverzekeraars kopen de huisartsen- en multidisciplinaire zorg regionaal in voor verzekerden in het kernwerkgebied, en volgen op verzoek van huisartsen en zorggroepen buiten het kernwerkgebied de contracten van andere zorgverzekeraars.



Segment 1: inschrijftarieven, consulten en behandelingen huisartsenzorg

De zorgverzekeraars hanteren allemaal de maximumtarieven voor de prestaties waar deze voor vastgesteld zijn. Zij onderhandelen dus niet over deze tarieven. In segment 1 wordt niet gedifferentieerd in tarief op basis van kwaliteit.

Segment 2: multidisciplinaire zorg

Voor de inkoop van multidisciplinaire zorg gelden vrije tarieven. Zorgverzekeraars maken met zorggroepen regionale afspraken. Iedere verzekeraar hanteert hiervoor eigen afwegingen. Ook afspraken over kwaliteit kunnen onderdeel uitmaken van het tarief, of er worden aparte afspraken gemaakt in segment 3.

Segment 3: resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Binnen dit segment worden de afspraken op maat gemaakt voor zowel huisartsenzorg als multidisciplinaire zorg. De afspraken gaan bijvoorbeeld over service en bereikbaarheid, doelmatigheid (in het voorschrijven van medicijnen) en kwaliteit en/of klantbeleving. Ook worden er afspraken gemaakt over de samenwerking bij de zorg voor kwetsbare ouderen.



*

Huisartsenposten

Zorgverzekeraars maken jaarlijks een budgetafspraken met huisartsenposten.



1

Wijkverpleging

De ene verzekeraar geeft aan dat er weinig onderscheidende kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn binnen de wijkverpleging om te kunnen differentiëren in tarief. Andere zorgverzekeraars differentiëren wel in tarief, bijvoorbeeld aan de hand van klantervaringen (CQI-scores) en het hanteren van een classificatiesysteem of door onderscheid te maken tussen regioaanbieders en basisaanbieders



2

Mondzorg

De meeste zorgverzekeraars hanteren in de mondzorg de NZa-maximumtarieven. Er wordt dus weinig onderhandeld over de prijs en er worden ook weinig tot geen aanvullende afspraken over de kwaliteit van de mondzorg gemaakt. Richtlijnen en uitkomstmetingen ontbreken nog binnen de sector.



4

Geboortezorg

De inkoop van eerstelijns geboortezorg valt uiteen in eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg. Op dit moment staat in veel inkoopgesprekken de samenwerking met de medisch specialistische zorg centraal, door de ontwikkelingen naar integrale bekostiging in de geboortezorg. Hierdoor stellen zorgverzekeraars zich op dit moment terughoudend op om specifieke afspraken te maken binnen één discipline in de geboortezorg



5

Paramedische zorg

Bij de inkoop van paramedische zorg wordt onderscheid gemaakt in de verschillende sectoren, zoals logopedie, fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, podotherapie en diëtetiek. In 2016 gelden voor de meeste van deze sectoren vrije tarieven. Een groot deel van de zorgverzekeraars maakt bij de inkoop van de paramedische zorg een koppeling tussen kwaliteitsafspraken en prijsbeleid. Deze zorgverzekeraars passen standaard tariefdifferentiatie toe. Voor fysiotherapie gelden vaak meer tariefcategorieën dan voor andere paramedische beroepsgroepen, zoals oefentherapie en logopedie.



Farmaceutische zorg

Voor de inkoop van farmaceutische zorg gelden sinds 2012 vrije tarieven. Ook in deze sector legt een groot aantal zorgverzekeraars een directe relatie tussen tarieven en kwaliteitsafspraken. Ze passen vaak standaard tariefdifferentiatie toe op basis van algemeen erkende kwaliteitskenmerken. Een deel van de zorgverzekeraars past tariefdifferentiatie toe, door zorgaanbieders in te delen in verschillende categorieën en/of profielen op basis van openbare data.

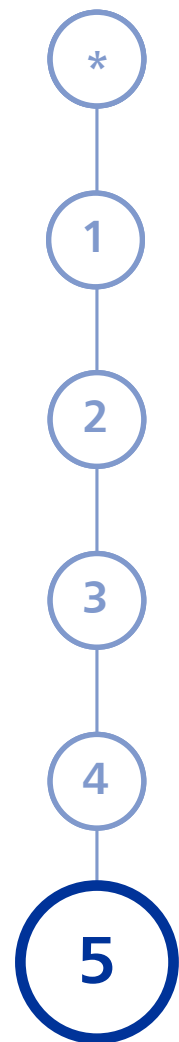


Farmaceutische zorg omvat ook de inkoop van geneesmiddelen. Om de kosten van geneesmiddelen in de hand te houden, maken zorgverzekeraars ook prijsafspraken met fabrikanten en importeurs.

Generalistische basis-ggz

De generalistische basis-ggz kent prestaties met maximumtarieven. De meeste zorgverzekeraars hanteren als basistarief een afslag op het maximumtarief. Dit basistarief kan worden opgehoogd, indien een zorgaanbieder voldoet aan aanvullende kwaliteitseisen.





Conclusies

- Het grote aantal actoren maakt het lastig voor zorgverzekeraars om met alle zorgaanbieders in gesprek te gaan. Bij het vinden van een goede invulling aan de inkoop van zorg is het zoeken naar de juiste balans tussen uniformiteit en maatwerkafspraken.
- De afgelopen jaren sloten zorgverzekeraars in het algemeen met 90% of meer van de zorgaanbieders in de eerstelijnszorg een contract. Uitzondering hierop is de mondzorg met circa 20%.
- Veel zorgverzekeraars maken gebruik van meerjarencontracten. Sectoren die hierbij voorop lopen zijn huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.



Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht



Bezoekadres
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11
Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit



Informatielijn
Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl



Vormgeving
Taluut

