

# Effecten van de nieuwe huisartsenbekostiging

De nieuwe bekostiging van huisartsen heeft in 2006 en 2007 geleid tot een stijging van de kosten van huisartsenzorg met 462 miljoen euro. Het grootste deel hiervan is veroorzaakt doordat huisartsen een groter aandeel consulten zijn gaan declareren. Bij toekomstige stelselwijzigingen zou rekening gehouden moeten worden met dit soort gedragsreacties.

**S**inds 1 januari 2006 is in Nederland een nieuw financieringssysteem voor huisartsenzorg van kracht. Vóór 2006 kreeg de huisarts een abonnementstarief voor ziekenfondsverzekerden, in 2005 van 76 euro, en voor particulieverzekerden een vergoeding per consult, in 2005 van 24 euro. Het verschil tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden is verdwenen en er is nu een structuur van gemengde bekostiging. Dit nieuwe systeem bestaat uit twee componenten: een inschrijftarief per ingeschrevene per jaar van 52 euro en een vergoeding per verrichting van negen euro per consult. Daarnaast zijn er tarieven voor een telefonisch consult, een lang consult, een visite en voor specifieke behandelingen.

De kosten van de huisartsenzorg zijn van 2005 op 2007 met 462 miljoen per jaar gestegen van 1,59 miljard euro in 2005 tot 2,05 miljard euro in 2007. De omzet van huisartsen is met gemiddeld vijftigduizend euro per huisarts toegenomen in de periode 2005 tot en met 2007 (NZa, 2009). De grootste stijging, 348 miljoen euro, vond plaats in 2006 doordat meer dan het geraamde aandeel zorgcontacten ook daadwerkelijk werd gedeclareerd. De stijging van de kosten na 2006, 114 miljoen euro, is wel veroorzaakt doordat huisartsen meer zorg zijn gaan leveren.

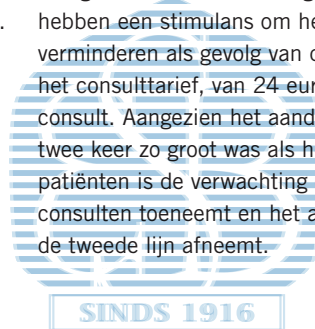
## Gedragseffecten in theorie

Voor 2006 kreeg de huisarts een vast bedrag per ingeschreven ziekenfondsverzekerde en een bedrag per consult voor particulier verzekerden. Een vast bedrag per ingeschreven verzekerde stimuleert de huisarts om zo weinig mogelijk verrichtingen te doen. Dit leidt enerzijds tot het risico van onderbehandeling en gezondheidsschade voor de patiënt, en kan de huisarts anderzijds bewegen patiënten te snel door te verwijzen naar de medische specialist, met het risico van overbehandeling en oplopende zorgkosten. Een bedrag per consult geeft de huisarts juist een stimulans om zo veel mogelijk te doen. Dat kan ertoe leiden dat de huisarts de patiënt juist nodeloos vaak laat terugkomen, overbehandeling, of

te weinig doorverwijst naar de specialist, onderbehandeling (Smolders en Seinen, 2007).

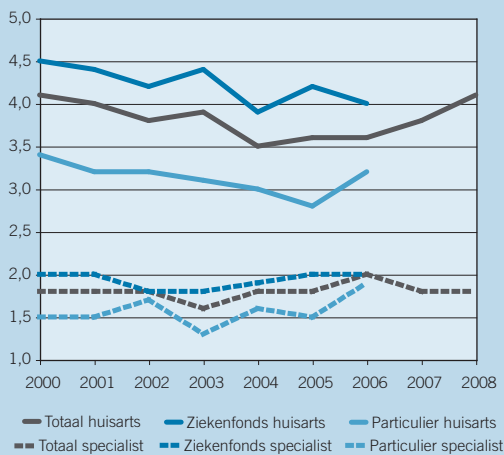
De systematiek van gemengde bekostiging geeft de huisarts betere financiële stimuli voor het leveren van optimale zorg dan de oude systematiek. Wanneer bij gemengde bekostiging het tarief per consult zo is gekozen dat de huisarts geen winst of verlies maakt op het consult, dan valt de neiging weg patiënten te veel of te weinig terug te laten komen. Als echter de kosten per consult lager zijn dan het consulttarief, dan loont het voor de huisarts om meer consulten te draaien. De kosten van de huisarts bestaan uit de materiële kosten van de praktijk, de kosten van personeel en de kosten van zijn eigen inzet. De kosten voor de huisarts van een extra consult zullen vooral bestaan uit de vrije tijd die hij opgeeft. Hoe meer consulten de huisarts draait hoe minder vrije tijd hij overhoudt. De waarde van vrije tijd neemt toe naarmate je er minder van hebt. Ofwel de kosten van elk volgend consult zijn hoger dan van het voorlaatste consult. De marginale kosten voor de huisarts van een consult zullen dus oplopen naarmate hij meer consulten draait. Bij een bepaald aantal consulten zullen de kosten van een consult precies even groot zijn als de opbrengsten ervan, het consulttarief. Meer consulten zal een huisarts bij voorkeur niet verrichten. Hoe lager het consulttarief, hoe kleiner het aantal consulten dat een huisarts zal draaien. Uit empirisch onderzoek blijkt dat huisartsen inderdaad gevoelig zijn voor deze financiële stimuli (Smolders en Seinen, 2007).

In de oude systematiek hadden huisartsen een stimulans om het aantal consulten voor ziekenfondspatiënten te beperken, door ze minder vaak terug te laten komen of door ze meer te verwijzen, en het aantal consulten voor particuliere patiënten juist te stimuleren, door ze vaker terug te laten komen en ze minder te verwijzen. In de nieuwe systematiek hebben huisartsen met een groot aandeel voormalig ziekenfondspatiënten een financiële stimulans om het aantal consulten op te voeren. Huisartsen met een groot aandeel voormalig particulier verzekerden hebben een stimulans om het aantal consulten te verminderen als gevolg van de forse verlaging van het consulttarief, van 24 euro naar negen euro per consult. Aangezien het aandeel ziekenfondspatiënten twee keer zo groot was als het aantal particuliere patiënten is de verwachting dat per saldo het aantal consulten toeneemt en het aantal verwijzingen naar de tweede lijn afneemt.



Figuur 1

Gemiddeld aantal huisartscontacten en contacten met de specialist per jaar.



Bron: Van Hertem, 2007

### Ontwikkeling aantal consulten en verwijzingen

Voormalig ziekenfondsverzekerden zijn in 2006 iets minder vaak naar de huisarts gegaan en voormalig particulier verzekerden juist iets vaker. Per saldo is het aantal consulten niet toegenomen in het eerste jaar na de stelselwijziging ten opzichte van de vijf voorgaande jaren, met jaarlijks gemiddeld 3,6 huisartsbezoeken per Nederlander. Dat juist bij particulier verzekerden het aantal consulten is toegenomen, komt vermoedelijk door het wegvallen van het eigen risico voor de huisarts (Van Hertem, 2007). De basisverzekering kent voor de huisarts geen eigen risico, maar particulier verzekerden hadden dat vóór de stelselwijziging vaak wel.

Na 2006 is wel sprake van een stijging van het aantal bezoeken aan de huisarts (figuur 1). In 2007 steeg dit aantal met zes procent en in 2008 met acht procent ten opzichte van het voorgaande jaar. Het aantal bezoeken aan de specialist nam in 2006 toe vergeleken met de periode 2001–2005. Vooral voormalig particulier verzekerden gingen meer naar de specialist, van gemiddeld anderhalf keer naar bijna twee keer per jaar (Van Hertem, 2007). Na 2006 is het bezoek aan de specialist iets gedaald (figuur 1). Omdat dit samenging met een toename van het aantal huisartsbezoeken, kan dit duiden op de beoogde afname van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn.

De resultaten duiden erop dat er sprake is van een toename van het aantal contacten met de huisarts, zoals op basis van de theorie verwacht. Verwacht mag worden dat dit tot minder onder- en overbehandeling heeft geleid en tot minder verwijzingen naar de tweede lijn, dat zijn ziekenhuis en specialist. De gevolgen van de toename van het aantal huisartscontacten op de kwaliteit van de behandeling en het aantal verwijzingen is echter nog niet onderzocht. Verder duiden de resultaten erop dat de gedragsverandering bij huisartsen en verzekerden niet onmiddellijk na 1 januari 2006 heeft plaatsge-

vonden, maar pas in 2007. Kennelijk leidt verandering van financiële stimuli met enige vertraging tot verandering van het gedrag.

### Ontwikkeling aantal gedeclareerde zorgcontacten

Het aantal gedeclareerde zorgcontacten was in 2006 zeventien procent hoger dan geraamd (Van Dijk *et al.*, 2009). Vooral het aantal lange consulten, lange visites en het aantal herhaalrecepten lag fors hoger dan geraamd. In 2005 declareerden huisartsen 74 procent van het totale aantal contacten dat zij met particulier verzekerden hadden. Een kwart van de contacten werd niet gedeclareerd, mogelijk omdat die op initiatief van de huisarts zelf gebeurden, bijvoorbeeld een huisbezoek na een operatie, of omdat huisartsen hun patiënten niet op kosten wilden jagen, bijvoorbeeld bij het uitschrijven van een herhalingsrecept of een telefonisch consult. Bij het vaststellen van het consulttarief is ervan uitgegaan dat in 2006 ditzelfde aandeel gedeclareerd zou worden. In de praktijk bleken huisartsen in 2006 82 procent van het aantal contacten te declareren. Deze toename van het aandeel zorgcontacten dat gedeclareerd wordt kan zijn veroorzaakt doordat huisartsen onzeker waren over hun inkomen in het eerste jaar van de stelselherziening. Van te voren konden zij namelijk niet becijferen of hun inkomen in de nieuwe systematiek op peil zou blijven (Kok *et al.*, 2008). Sinds 2006 is het aandeel gedeclareerde zorgcontacten niet verder toegenomen. Dit duidt er ook op dat het een eenmalige gedragsreactie was als gevolg van onzekerheid in 2006 over het inkomen. Bij het vaststellen van de tarieven is geen rekening gehouden met het veranderde declaratiegedrag van artsen, waardoor de tarieven te hoog zijn gesteld. Het consulttarief is weliswaar niet geïndexeerd sinds 2006, maar het is sindsdien niet neerwaarts aangepast. Het grootste deel van de kostenstijging is daarom structureel.

### Conclusie

Gemengde bekostiging geeft huisartsen betere stimuli om onder- en overbehandeling te voorkomen dan alleen een abonnementstarief of alleen een vergoeding per consult. Verwacht mocht worden dat deze betere stimuli zouden leiden tot meer consulten en minder verwijzingen naar de specialist. Dit omdat in 2005 meer verzekerden te maken hadden met een abonnementstarief, met het risico van onderbehandeling door de huisarts en te veel verwijzingen naar de specialist, dan met een vergoeding per consult, met het risico van overbehandeling door de huisarts en te weinig verwijzingen naar de specialist. De gemengde bekostiging heeft inderdaad geleid tot meer consulten. Of de gemengde bekostiging ook heeft geleid tot minder verwijzingen is nog niet onderzocht. Daarnaast is er sprake geweest van een forse kostenstijging van huisartsenzorg omdat het consulttarief te hoog is vastgesteld. Bij het vaststellen van het tarief is geen rekening gehouden met veranderingen in het declaratiegedrag van huisartsen. Bij toekomstige stelselwijzigingen in de zorg zou rekening moeten worden gehouden met dit soort gedragsreacties, omdat ze tot structureel hogere uitgaven leiden.

#### LITERATUUR

Dijk, C.E. van, R.A. Verheij, H. van den Hoogen en D.H. de Bakker (2009) *Bekostiging van de huisartsenzorg: eindrapportage*. Utrecht: NIVEL/ IQ Healthcare.

Herten, M. van (2007) *Specialistcontact en medicijngebruik nemen toe in eerste jaar nieuw zorgstelsel*. Voorburg: CBS.

Kok, L.M., J.N.T. Weda en C. Berden (2008) *Analyses ten behoeve van de monitor huisartsenzorg*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

NZa (2009) *Monitor huisartsenzorg 2008. Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Smolders, N. en I. Seinen (2007) *Een gemengd huisartsen-bekostigingssysteem is optimaal*. *ESB*, 92(4504), 119–121.