

Marktscan eerstelijnszorg 2016: fe

Recent verscheen de Marktscan eerstelijnszorg 2016 van de Nederlandse Zorgautoriteit. Wat staat erin? Wat is een marktscan? En wat hebben we eraan? De Eerstelijns analyseert.

Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) staat: 'De NZa monitort en analyseert de zorgmarkten. De gegevens resulteren in monitors en marktscans'. Sinds 2006 heeft de NZA 107 monitors of marktscans opgesteld. Deze hebben allemaal betrekking op de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt.

De marktscans gaan soms over een deelsector, soms over een thema, zoals acute zorg, kwetsbare ouderen, transitie eerstelijnszorg, eigen risico of zelfstandige behandelcentra. Over de eerstelijnszorg zijn de afgelopen vijftien jaar verschillende scans gemaakt. Dat betrof fysiotherapie/beweegzorg, huisartsenzorg, mondzorg, extramurale farmacie, geboortezorg en wijkverpleegkundige zorg.

Hoe de keuze voor het maken van een marktscan wordt gemaakt, is onduidelijk. Ook over de opzet, verantwoording en samenhang met bijvoorbeeld VWS-beleid of IGZ-thema's is geen openbare informatie te vinden. In reactie op vragen van de Eerstelijns laat de NZa weten: 'Het is één van de wettelijke taken van de NZa¹ om de ontwikkelingen in de diverse zorgsectoren te monitoren en daarover te rapporteren aan de minister van VWS. Met onderzoek naar onder andere marktgedrag, zorgkosten, wachttijden, de controle op zorgnota's en de verhoudingen tussen de spelers in de zorg, krijgen we zicht op mogelijke risico's voor de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nederland. Voor verzekerden en patiënten, nu en in de toekomst. Deze scans bieden dan ook handvatten voor beleidswijzigingen of adviezen aan de minister van VWS.'

In de eerste periode (2006–2010) na invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) lag de nadruk op het functioneren van het systeem. Later was er ook aandacht voor specifieke thema's en zorgsoorten. Hoewel er wel een verband lijkt te zijn tussen de marktscans en het beleid van VWS, is dit niet onomstotelijk vast te stellen. Wel lijkt er verband te bestaan tussen signalen/maatschappelijke onrust en het uitvoeren van marktscans.

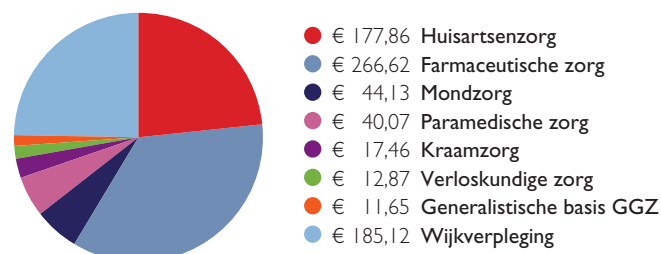
In de Marktscan eerstelijnszorg 2016 wordt gerapporteerd over huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, wijkverpleging, farmacie, mondzorg, paramedische zorg, geboortezorg en generalistische basis GGZ. Dit lijkt een vrij volledige opsomming. De scan geeft als titel 2016, maar beschrijft de periode 2012 tot 2015. De cijfers worden niet altijd eenduidig toegepast, wat het beeld soms vertroebelt.

Marktscan eerstelijnszorg 2016

De marktscan geeft een beeld van een deel van de (complexe) eerstelijnszorg. Vooral de concrete cijfers zijn handig, omdat een integraal overzicht daarvan elders moeilijk te vinden is. Het inzicht in de kosten per discipline (prijs) en het aantal patiënten (volume) geeft betekenisvolle informatie. Een kanttekening hierbij is dat het schattingen betreft over de periode 2015. Bovendien is de informatie beperkt bruikbaar door beleidswijzigingen in bijvoorbeeld de wijkverpleging en generalistische GGZ.

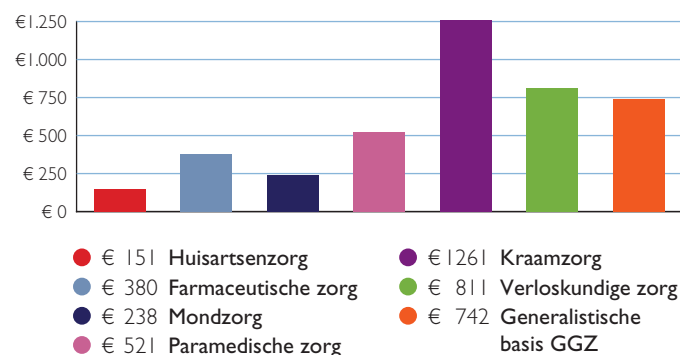
Op basis van 2015 is de top drie uitgaven per verzekerde in de eerste lijn: farmaceutische zorg, wijkverpleging en huisartsenzorg.

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



Wellicht interessanter zijn de uitgaven per patiënt. Opvallend is dat de huisartsenzorg hierbij gemiddeld het laagst scoort. Wijkverpleegkundige zorg ontbreekt in dit overzicht doordat in 2014 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) nog van toepassing was.

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



iten en vragen



Feiten of meningen?

De markscan is niet eenvoudig te lezen en te interpreteren. Feiten, opvattingen en conclusies worden door elkaar gebruikt.

Ten aanzien van het thema **kwaliteit** merkt de NZa concluderend op: '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'.

Een interessante bevinding, maar wat adviseert de NZa om dit te voorkomen?

Over **innovatie en bekostiging** schrijft de NZa: 'Verzekeraars kunnen innoverende aanbieders helpen door in een vroeg stadium om tafel te gaan en innovaties een kans te geven, ook op kleine schaal'. Goed dat de NZa dit aangeeft, maar wat gaat zij doen om dit te bevorderen? Vervolgens: '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'. Interessant, maar hoe constateert de NZa dit in algemene zin? Signalen uit het veld geven vaak een ander beeld. Ook interessant: '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'. Welke vervolgacties verbindt de NZa hieraan? Wat wordt het advies aan de nieuwe minister?

Ook het integraal tarief geboortezorg komt aan bod: 'De aanleiding hiervoor was dat Nederland achterbleef in het terugdringen van een relatief hoge sterfte rondom de geboorte. Een integraal tarief bevordert de samenwerking tussen verschillende professionals en kan bijdragen aan kwalitatief goede en doelmatige geboortezorg'. De aanleiding ligt veel genuanceerder en ook de oplossing: in de praktijk zijn er nog nauwelijks geboortezorgnetwerken, omdat de samenwerking door verschil van visie (en vrees voor verlies aan autonomie en/of inkomsten?) niet van de grond komt. Daarnaast is het aantal thuisbevallingen de afgelopen acht jaar gedaald van 28 naar 12 procent. Heeft de NZa dit ook geconstateerd en wat vindt zij hiervan?

Ook **contractering en zorginkoop** komt aan de orde in de scan. De NZa: 'We krijgen 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. 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'. Is dit afdoende?

Substitutie is al vijf jaar een beleidsthema, toch is het te vroeg voor contractafspraken

Wat vindt de NZa van de klachten en de door eerstelijnszorgaanbieders ervaren ongelijkheid in het contracteringsproces? En de door meer eerstelijnsbrancheorganisatie geuite klacht over 'de marktmacht van zorgverzekeraars'?

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 maken.



Een grote focus op kostenbeheersing met beperkte aandacht voor (transparantie over) kwaliteit geeft risico's op uitholling van de kwaliteit om kosten te drukken. Wat nu NZa?

Ook het thema **substitutie** komt aan de orde. De NZa vindt: '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'. Maar verderop staat: '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 business case als voorwaarde voor het inkopen van substitutie-initiatieven'.

Ingewikkelde vragen blijven onbeantwoord

De kloof tussen de visie van de NZa en de praktijk lijkt dus enorm. Maar vergeet de NZa hier niet dat anno 2016 meer dan 200.000 chronische patiënten niet de medisch specialist, maar de huisarts als hoofdbehandelaar hebben (situatie 2011). Het kan de eerste lijn niet worden aangerekend dat de vrijgevallende capaciteit is opgevuld door de ziekenhuizen. De inkomende zorgverzekeraars hebben dit niet kunnen voorkomen. Aan de andere kant heeft de NZa gelijk: van integraal inkoopbeleid door verzekeraars is helaas nog maar mondjesmaat sprake. Substitutie is al vijf jaar een belangrijk beleidsthema van het ministerie van VWS. Als het nu nog te vroeg is voor substitutie, wanneer dan wel? En hoe kijkt de NZa aan tegen het feit

dat de capaciteit die is vrijgekomen door substitutie, is opgevuld door de ziekenhuizen?

Tot slot komen de **zorgaanbieders** zelf aan bod in de Markscan eerstelijnszorg. Brancheorganisaties vragen aandacht voor de uitkomsten van deze benchmark over het bedrijfsresultaat, maar hier gaat de NZa niet op in. Terwijl psychologen en huisartsen minder zijn gaan verdienen, maar wel meer ondernemersrisico lopen. Dat is geen houdbare ontwikkeling.

Gemiddeld bedrijfsresultaat per praktijkeigenaar (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	55.683
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

Wel wordt aandacht besteed aan signalen omtrent *upcoding*, met als voorbeeld huisartsen: 'Soms staat een lang consult (twintig minuten of langer) op de zorgnota, terwijl het consult in werkelijkheid korter was'. Afgezet tegen 12.000.000 ingeschreven patiënten zijn er 25 signalen over huisartsen die een langer consult hebben gedeclareerd, ofwel < 0,001 procent. Kan de NZa haar tijd niet beter besteden aan complexe vraagstukken?

Toekomstgerichte visie en kritische zelfreflectie?

De NZa laat in deze uitgebreide, maar oppervlakkige scan de ingewikkelde vragen achterwege. Zijn de huidige (zeer diverse) bekostigingsvormen stimulerend voor (samenwerking in) de eerstelijnszorg? Is er voldoende aandacht voor een ongelijk speelveld binnen de eerstelijnszorg, zoals bijvoorbeeld bij het eigen risico? Werkt integrale bekostiging voor multidisciplinaire zorg wel? Heeft het financieringsmodel van de apothekers opgeleverd wat iedereen ervan had gehoopt? En is de zorgplicht zodanig gedefinieerd dat voor alle partijen duidelijk is waar men aan moet voldoen? Vervullen zorgverzekeraars hun rol wel goed als het gaat om substitutie vanuit de ziekenhuizen naar de eerstelijnszorg? Is bij de transitie ouderenzorg voldoende rekening gehouden met de noodzakelijke randvoorwaarden? En *last but not least*: hoe ziet de NZa haar eigen rol en die van de overheid als wetgever?

De Eerstelijns vindt dit een gemiste kans van de NZa en suggereert voor de volgende keer een vernieuwende (eerstelijns) markscan met meer diepgang, een toekomstvisie en minder aandacht voor details. <<

Tekst: Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns
Foto: Thinkstock