

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
De heer drs. J.F. Hoogervorst  
Postbus 20350  
2500 EJ 's-GRAVENHAGE

**Utrecht,** 30 september 2004  
**Uw brief van:** 7 juli 2004  
**Uw kenmerk:** woBOZ/PPB-2495136  
**Ons kenmerk:** JDYK/mmor/A/04/114  
**Behandeld door:** drs. J.H. van Dijk  
**Doorkiesnr:**  
**Afdelingsfax:** 030 – 296 82 94  
**E-mail:** kamer4-5@ctg-zaio.nl  
**Onderwerp:** eerste rapportage nieuwe bekostiging huisartsen per  
1 januari 2005 plus vastgestelde beleidsregel invoering  
consult-en visitetarief per 1 januari 2005 (ziekenfonds)

Mijnheer de Minister,

Op 7 juli 2004 heeft u een uitvoeringstoets aan CTG/ZAio gevraagd over de voorgenomen invoering van een nieuw bekostigingssysteem per 1 januari 2005 voor huisartsenhulp in de ziekenfondssfeer. Het gaat om een gemengd tariefsysteem bestaande uit de delen abonnement, een module achterstandswijken, een vrije ruimte (lokale component) en een consult. In uw voorstel blijft het particuliere consultsysteem vooralsnog gehandhaafd, totdat de nieuwe Zorgverzekeringswet van kracht is.

Genoemde uitvoeringstoets is, mede in relatie tot de mogelijke invoering van een no-claimregeling per 1 januari 2005, in de bestuursvergadering van 30 september 2004 in eerste aanleg besproken. CTG/ZAio richt zich in deze rapportage op de door u voorgestelde wijzigingen per 1 januari 2005.

CTG/ZAio is van mening, ook gehoord hebbend de opvattingen van de betrokken WTG-partijen (LHV en ZN), dat de door u gewenste aanpassingen van de tariefstructuur in de ziekenfondssector niet realiseerbaar zijn per 1 januari 2005. Hiervoor voert CTG/ZAio een aantal uitvoeringsargumenten als ook inhoudelijke argumenten aan. Verderop in deze brief wordt hier nader op ingegaan.

Verder is geconstateerd dat – indien per 1 januari 2005 in de ziekenfondssector een no-claimregeling wordt ingevoerd die ook voor huisartsen gaat gelden – er wel een consult- en visitetarief (in rekening te brengen aan het ziekenfonds) noodzakelijk is voor ziekenfondspatiënten. Omdat ook hiervoor enige invoeringstijd noodzakelijk is, kon niet worden gewacht op de politieke besluitvorming over de no-claimregeling.

Briefnummer: A/04/114

Met de nu door CTG/ZAio vastgestelde beleidsregel wordt het consult- en visitetarief voor de huisarts (in rekening te brengen aan het ziekenfonds) in de ziekenfondssector technisch mogelijk gemaakt, zodat de benodigde juiste registratie van het aantal consulten per ziekenfondspatiënt er dan komt. De andere uitvoerings- en implementatieaspecten van de no-claimregeling door huisartsen en zorgverzekeraars, die buiten het WTG-kader liggen, zoals de inrichting van het onderlinge elektronische berichtenverkeer, zullen voor de uitvoerbaarheid van die regeling ook tijdig werkbaar moeten worden gemaakt.

Ten slotte wordt opgemerkt dat CTG/ZAio in de komende maanden in nauwe samenwerking met partijen en VWS verder zal gaan met de uitwerking van de invoering van een nieuw financieringssysteem voor de huisartsenzorg per 1 januari 2006.

#### **Invoering gemengd tariefsysteem: beoogde stappen per 1 januari 2005 volgens de uitvoeringstoets.**

Met deze uitvoeringstoets wordt een eerste reactie gegeven op de nieuwe financieringsstructuur voor de huisartsenzorg. Een belangrijk punt is dat uit de uitvoeringstoets nog onvoldoende duidelijk wordt waar naartoe gewerkt dient te worden. In het verzoek om de uitvoeringstoets wordt aangegeven dat die eindvisie nog in ontwikkeling is. De LHV en ZN vinden dit een gemis, omdat daarmee niet volledig duidelijk is of de nu te nemen stappen wel passen in dat eindmodel. Een belangrijk punt daarbij is, dat de LHV en ZN zeer verschillend denken over de uiteindelijke tariefstructuur. Dat blijkt ook uit de brief (met kenmerk DZ 2004 0009) die partijen op 17 februari 2004 gezamenlijk aan u hebben gestuurd.

De LHV en ZN zijn onderling in onderhandeling over de aanpassingen van de tariefstructuur, maar vinden het niet wenselijk om nu per 1 januari 2005 geforceerd een eerste stap door te voeren, zoals door u wordt voorgesteld. Partijen willen wel stappen zetten en denken daarbij vooral aan het doen van pilots in het begin van 2005. Die pilots dienen zodanig te worden opgezet dat de opgedane ervaringen en de verkregen informatie en gegevens kunnen dienen als input voor de nieuwe financieringsstructuur voor huisartsenhulp per 2006. De resultaten daarvan kunnen worden benut voor de nieuwe beoogde financieringsstructuur per 1 januari 2006. Hoe eerder er duidelijkheid komt over wat de tariefstructuur zou moeten worden per 1 januari 2006, hoe makkelijker het proces daar naartoe zal verlopen. CTG/ZAio zal daartoe bijdragen de komende tijd. Er wordt naar gestreefd die duidelijkheid in het voorjaar van 2005 te verkrijgen.

De implementatie van de invoering van het nieuwe gemengde tariefsysteem in de ziekenfondssector kost ook de nodige tijd. De problematiek zit niet alleen in het veranderen van de computersystemen, maar ook in de operationalisering ervan. Huisartsen, assistenten en verzekeraars moeten er ook mee aan de slag. Wijzigingen van de HIS-en, implementatie van de wijzigingen, het leren werken met de aangepaste HIS-en kost volgens de LHV en ZN minimaal 6 maanden. Verder hebben partijen nog verwezen naar de declaratieperikelen bij de huisartsendienstenstructuren (HDS'en). Ook daar heeft het diverse maanden geduurd alvorens de HDS'en hun declaratiesystemen op orde hadden.

De LHV en ZN vinden dat een goede onderbouwing van het gemengd tariefsysteem een noodzakelijke voorwaarde is, wil het systeem verantwoord ingevoerd kunnen worden. De LHV heeft expliciet aangegeven er tegenstander van te zijn om per 1 januari 2005 de door u beoogde wijziging in de tariefstructuur te effectueren en in 2005 verder te gaan werken aan de verfijning/verbetering van de onderbouwing.



Briefnummer: A/04/114

Verder bestaat de vrees dat het nieuwe gemengde tariefsysteem zal gaan leiden tot verkeerde prikkels en tot aanmerkelijke inkomenseffecten. Voor huisartsen die patiënten hebben die weinig gebruik maken van de huisartsenhulp betekent het een inkomstenderving. Dat geldt met name voor die huisartsen die daar hard aangewerkt hebben. Verder zit in het systeem de prikkel om mensen vaker te laten komen.

Er zijn onvoldoende betrouwbare gegevens beschikbaar voor een onderbouwing van het consulttarief, dat onderdeel uitmaakt van het gemengde tariefsysteem. De LINH-gegevens zijn daarvoor niet geschikt en worden, aldus partijen, verzameld om de werkdruk van huisartsen te meten. Dat betekent dat alle handelingen worden geregistreerd, dus ook handelingen die niet declarabel zijn. Indien voor de onderbouwing van het consulttarief van LINH-gegevens wordt uitgegaan, die overigens geen onderscheid maken naar contacten door de huisarts of de assistente, zou dat kunnen leiden tot een te hoge rekennorm en derhalve tot een te laag tarief.

Voor verzekeraars geldt, zo heeft ZN aangegeven, dat zij ook nog te maken hebben met andere ingrijpende wijzigingen per 1 januari 2005. Voor medisch specialisten/ziekenhuiszorg worden DBC's ingevoerd. Voor fysiotherapeuten wordt een andere financiering opgezet. Dat drukt ook een sterke wissel op de individuele verzekeraars en hun ICT-afdelingen.

ZN verwacht dat de meerkosten voor administratieve lasten voor de invoering van dit systeem zo'n € 20 à € 25 miljoen zullen bedragen. Indien er vervolgens per 1 januari 2006 weer een herziening wordt doorgevoerd, betekent dat wederom € 20 à € 25 miljoen aan extra administratieve lasten.

### **Consulttarief per 1 januari 2005**

Indien de huisartsenzorg per 1 januari 2005 onderdeel uit gaat maken van de no-claimregeling is, om dat te faciliteren, de invoering van een consulttarief nodig. Om een huisarts te verplichten om de consulten per ziekenfonds te registreren is het instrument van een consulttarief, in rekening te brengen aan het ziekenfonds, namelijk het meest directe instrument. Vandaar dat als tussenstap deze optie, zonder alle andere door u voorgestelde wijzigingen per 1 januari 2005, ook aan de orde is gesteld.

De LHV en ZN hebben over deze tussenstap ook negatief geadviseerd met eenzelfde motivering als voor de invoering van het gemengde tariefsysteem. Hun gezamenlijke kritiek betreft dat er geen goede gegevens zijn voor een inhoudelijke onderbouwing en inschatting van de effecten voor de individuele huisartsen en verzekeraars, en het niet meer uitvoerbaar is per 1 januari 2005. Er is ook een verschil tussen de standpunten van de LHV en ZN, namelijk dat de LHV principieel tegen het invoeren van een consulttarief is en dat ZN er principieel niet tegen is maar acht, zoals al is aangegeven, 1 januari 2005 als ingangsdatum niet meer haalbaar.

Een eigen bijdrage wordt door sommigen gezien als alternatief voor een WTG-tarief. Maar daarmee kan de WTG niet omzeild worden. Indien de huisarts een eigen bijdrage vraagt aan de ziekenfondsverzekerde zal dat bedrag ook van een WTG-label voorzien moeten worden. Het betreft immers een tarief dat door de huisarts wordt gedeclareerd aan de patiënt. Verder zullen voor de macrokosten neutraliteit de via consulten geïnde bedragen verrekend dienen te worden met het abonnementstarief.



Briefnummer: A/04/114

Met de vaststelling van de beleidsregel waarin een consult- en visitetarief is vastgelegd en waarbij wordt aangegeven hoe het abonnementstarief wordt verlaagd, wordt het technisch mogelijk gemaakt om de kosten voor de huisartsenzorg onder de no-claimregeling te brengen. Ook voor een dergelijk consulttarief zal enige invoeringstijd nodig zijn voor huisartsen en verzekeraars. Vandaar dat met de besluitvorming niet is gewacht op de politieke besluitvorming over de no-claimregeling. Hoewel partijen van mening zijn dat deze tussenstap ook niet meer per 1 januari 2005 zou kunnen, is CTG/ZAio van mening dat het invoeren van alleen een consulttarief binnen een termijn van 3 maanden technisch en administratief niet onmogelijk is, maar wel kwetsbaar. Zo zullen administratieve systemen en de afspraken over de aanlevering en controle tijdig gereed moeten zijn. Wij adviseren u onze opmerkingen bij de verdere afweging te betrekken.

## DE TECHNISCHE INVULLING VAN HET CONSULTTARIEF

### huidige situatie

Het abonnementstarief is in de huidige situatie als volgt opgebouwd:

Inkomen (niveau 2003)	€ 92.217
Kosten (niveau 2003)	€ 86.279
Omzet	€ 178.496
Rekennorm (in aantal verzekerden)	2.350
Abonnementstarief (tot 65 jaar)	€ 75,96

Het abonnementstarief is gedifferentieerd naar leeftijd en naar het al dan niet woonachtig zijn in een zogeheten achterstandswijk. Daarnaast ontvangt de huisarts nog een ANW-uurvergoeding en kan de huisarts onder bepaalde voorwaarden een aantal modules declareren bovenop het abonnementstarief. De bovengenoemde bedragen zijn allen gebaseerd op niveau 2003.

### Vergoeding kostenbestanddeel

Voor de vergoeding van het kostenbestanddeel is in lijn van de uitvoeringstoets voor het consulttarief geen herziening nodig ten opzichte van de huidige situatie. De vergoeding blijft lopen via een abonnementstarief. Het kostenbestanddeel wordt gedeeld door de vigerende rekennorm. Op niveau 2003 bedraagt het reguliere abonnementstarief € 36,71 ( $€ 86.279 / 2.350$ ; definitief niveau 2003).

### Vergoeding inkomensbestanddeel

Voor de vergoeding van het inkomensbestanddeel via het consulttarief is het volgende besloten.

Voor de hoogte van het tarief voor een consult is een zo laag mogelijk tarief bepaald, zodat de effecten voor de individuele huisartsen en verzekeraars worden beperkt. Voor de bepaling van die effecten zijn namelijk gegevens nodig van het gemiddeld aantal consulten per ziekenfondspatiënt. En harde gegevens daarover ontbreken op dit moment. Aangesloten is bij het in uw verzoek genoemde consulttarief van € 5,-.

Briefnummer: A/04/114

Voor de kostenneutrale invoering is nodig een getal voor het aantal te declareren consulten aan ziekenfondspatiënten. Omdat, zoals is aangegeven, die gegevens ontbreken is gewerkt met aannames en veronderstellingen, die overigens door de LHV en ZN niet zijn onderschreven.

Voor de particuliere sector wordt in de huidige situatie een rekenorm gehanteerd van 7.740 consulteenheden. Deze rekenorm is, bij het ontbreken van specifieke gegevens voor de ziekenfondssector, als basis genomen voor de rekenorm in de ziekenfondssector. Vervolgens is een vertaalslag daarvan nodig naar de ziekenfondssector.

Hoewel de gegevens vanuit LINH voor andere doeleinden zijn verzameld, is (vanwege het ontbreken van betere gegevens) voor de bepaling van de rekenorm daar gebruik van gemaakt. Uit LINH-gegevens valt te destilleren dat het aantal contacten (declarabele als niet-declarabele) per ziekenfondsverzekerde 50% hoger is dan het aantal contacten per particulier verzekerde. Dat zou betekenen dat een huisarts (uitgaande van een 100% ziekenfondspraktijk) met die € 5,- € 58.050,- kan declareren ( $7.740 * 1,5 * € 5,-$ ). Het normatieve inkomen in de tarieven bedraagt € 92.217,-. Er wordt derhalve € 34.167,- (= € 92.217,- minus € 58.050,-) via het abonnement verrekend. Het reguliere abonnementstarief wordt dan € 51,25 (€ 14,54 inkomen en € 36,71 kostenvergoeding).

Overigens merken wij op dat de factor 1,5 beïnvloed wordt door allerlei beleidsontwikkelingen die van invloed zijn op de contactfrequentie van ziekenfondspatiënten. In het vervolg van de uitvoeringstoets zal dit punt daarom zeker nader bekeken worden.

Voor de eenvoud en om het mogelijk te maken dat het tarief al per 1 januari 2005 ingevoerd kan worden, heeft CTG/ZAio besloten geen verdere differentiatie (naar tijdsduur of naar telefonische consult, consult of visite) door te voeren. Om diezelfde reden, van zo eenvoudig mogelijk invoeren, blijven ook de bestaande gedifferentieerde abonnementstarieven (naar leeftijd en naar achterstandswijk) gehandhaafd.

CTG/ZAio merkt op dat de macroneutraliteit, gelet op de reeds gemaakte opmerking van het ontbreken van adequate gegevens voor de aannames, niet zeker is. Daarnaast zal er op het niveau van de individuele huisartsen en individuele zorgverzekeraars aanmerkelijke verschuivingen kunnen ontstaan, door de verandering van een bekostiging voor de beschikbaarheidsfunctie van de huisarts in een bekostiging die deels afhankelijk is van de zorgvraag.

Opgemerkt wordt dat het voor het consult- en visitetarief gaat om maximumtarieven. U geeft in uw uitvoeringstoets weliswaar aan dat het een vast- of punttarief dient te zijn, maar dat is met de huidige WTG niet mogelijk, wel met de gewijzigde WTG (WTG ExPres). Echter, die is nog niet van kracht. De overige beleidsregels voor huisartsenhulp wijzigen niet.

### **De vastgestelde beleidsregel**

In de bijlage bij deze brief treft u de vastgestelde beleidsregel aan. In die beleidsregel is naast het consulttarief het bedrag aangegeven dat verrekend (forfaitaire aftrek) dient te worden met het abonnementstarief. De ingangsdatum is 1 januari 2005.



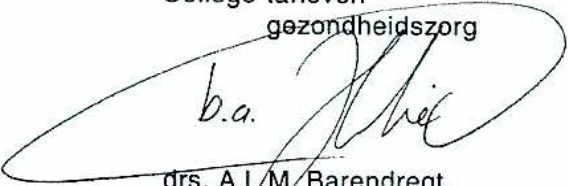
Briefnummer: A/04/114

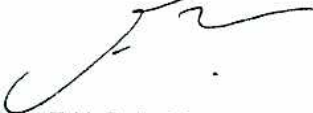
Op grond van artikel 12 lid 1 WTG legt het CTG/ZAio u de beleidsregel V-5000-16.0-1 ter goedkeuring voor. Om, bij een positieve beoordeling uwerzijds, het tarief te kunnen vaststellen, verzoeken wij u op korte termijn een besluit omtrent deze beleidsregel te nemen.

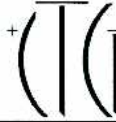
Hoogachtend,

College tarieven  
gezondheidszorg

b.a.

  
drs. A.L.M. Barendregt,  
algemeen secretaris

  
mr. F.H.G. de Grave,  
voorzitter



---

De tariefopbouw van het consult- en visitetarief voor huisartsenhulp in de ziekenfondspraktijk

---

Beleidsregels huisartsen ziekenfonds

**1. ALGEMEEN**

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op de organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder B, nummer 1 (huisartsen) en in artikel 1, onder A, nummer 22, 32 en 33 van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992 (Stb. 1991, 732), dat laatstelijk is gewijzigd bij Besluit van 25 oktober 2002 (Stb. 2002, 527) en bij Besluit van 5 november 2002 (Stb. 2002, 549), tevens vallend onder artikel 1 van het Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG (Stb. 1991, 733), dat laatstelijk is gewijzigd bij Besluit van 25 oktober 2002 (Stb. 2002, 527) en bij Besluit van 5 november 2002 (Stb. 2002, 549).
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2005 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de nederlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
- c. De termijn waarvoor deze beleidsregel geldt: onbepaald.
- d. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als "de tariefopbouw van het consult- en visitetarief voor huisartsenhulp in de ziekenfondspraktijk".

---

**2. HET CONSULT- EN VISITETARIEF VOOR ZIEKENFONDSVERZEKERDEN**

Het consult- en visitetarief bedraagt € 5,-. De normatieve opbrengst (€ 58.050,-) wordt als een forfaitaire aftrek verrekend met het abonnementstarief, zoals wordt berekend in beleidsregel V-5000-4.1.-1.