

Rapportage

Literatuuronderzoek huisartsenzorg

Drs. Marja Appelman

Drs. Johan Visser

Bouke-Jan Otter

SiRM – Strategies in Regulated Markets
Postbus 24355
3007 DJ Rotterdam

Rotterdam, 1 februari 2012

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Leeswijzer	4
2	Marktstructuur.....	6
2.1	Aanbod van huisartsenzorg	6
2.2	Transparantie van kwaliteit	7
3	Bekostiging.....	9
3.1	Vormgeving prestaties	9
3.2	Het inschrijftarief	11
3.3	Ketenzorg/integrale bekostiging.....	13
4	Marktgedrag	15
4.1	Patiënten.....	15
4.2	Zorgverzekeraars	17
4.3	Zorgaanbieders	20
	Bijlage A: Aanvullende bevindingen.....	23
A.1	Marktstructuur.....	23
A.1.1	Basiskenmerken huisartsenzorg.....	23
A.1.2	Aanbod van huisartsen.....	24
A.1.3	Transparantie	27
A.2	Bekostiging.....	28
A.2.1	Vormgeving prestaties	28
A.2.2	Prikkelwerking	30
A.2.3	Ketenzorg/ integrale bekostiging	32
A.3	Marktgedrag	36
	Bijlage B: Opzet literatuuronderzoek.....	40
	Bijlage C: Gevonden literatuur, met beoordeling	41
	Bijlage D: Brief van de Minister van VWS met verzoek tot uitvoeringstoets	86

1 Inleiding

De Minister van VWS heeft op 28 november 2011 per brief aan de NZa gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen voor de bekostiging van de huisartsenzorg. In het verzoek tot de uitvoeringstoets somt de Minister een aantal knelpunten van de huidige situatie in de huisartsenzorg op. De NZa heeft SiRM gevraagd om deze knelpunten te toetsen aan de hand van een literatuuronderzoek.

In het literatuuronderzoek houdt SiRM de structuur aan die de NZa gebruikt in haar marktscans. Door middel van de opdeling in marktstructuur en marktgedrag kan een goede beschrijving van de markt worden gegeven. In de brief van de Minister worden veel punten benoemd die te maken hebben met de huidige wijze van bekostiging van de huisartsen. In de structuur van de NZa-marktscans zou dit vallen onder de marktstructuur. Vanwege het belang en de omvang hebben we er voor gekozen om een apart hoofdstuk over de bekostiging te maken.

Het uitgangspunt voor dit onderzoek zijn de knelpunten zoals de Minister die in haar brief noemt. Daarmee vormt dit onderzoek geen compleet beeld van de huisartsenmarkt op de onderdelen marktstructuur en marktgedrag.

1.1 Leeswijzer

In hoofdstuk 2, 3 en 4 behandelen we de knelpunten zoals opgesomd in de brief van de Minister aan de NZa. Hoofdstuk 2 gaat over de marktstructuur, hoofdstuk 3 over de bekostiging en hoofdstuk 4 over het marktgedrag. We hebben de alinea's genummerd om een overzichtelijk geheel te creëren waarin kort en bondig de knelpunten besproken worden. In de kantlijn benoemen we de knelpunten, waarbij we tussen haken aangeven op welke pagina van de brief van de Minister het desbetreffende knelpunt te vinden is. In de tekst beschrijven we de resultaten per knelpunt op basis van de gevonden literatuur. Als we geen literatuur gevonden hebben dan beschrijven we dat ook. De gebruikte referenties hebben we tussen haken in de tekst weergegeven. Als voorbeeld wordt met [Capaciteitsorgaan 2011:10-11] bedoeld, dat de publicatie geschreven is door het Capaciteitsorgaan, gepubliceerd is in 2010 en dat de passage in dit literatuuronderzoek gebaseerd is op pagina 10 en 11 van het rapport van het Capaciteitsorgaan.

Bijlage A bevat een aantal aanvullende bevindingen. Hierin behandelen we literatuur die raakt aan de knelpunten, maar die niet direct het knelpunt onderschrijft of tegenspreekt. In bijlage B volgt een beschrijving van de wijze waarop SiRM het literatuuronderzoek heeft vormgegeven. Deze beschrijving geeft weer waar we gezocht hebben en op welke wijze we gezocht hebben. Bijlage C geeft vervolgens een beschrijving van de gevonden literatuur naar alfabet. Hierbij staat achtereenvolgens de referentie, de relevantie voor het onderzoek (welk knelpunt betreft het), een duiding van de resultaten (hoe hard zijn de bevindingen) en een korte beschrijving van de resultaten. Bijlage D bevat de brief van de Minister aan de NZa met het verzoek tot de uitvoeringstoets 'bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg'.

2 Marktstructuur

- 1 In dit hoofdstuk komen de knelpunten binnen de marktstructuur van de huisartsen aan bod. Deze knelpunten zijn onderverdeeld in knelpunten die betrekking hebben op het aanbod van huisartsenzorg en de transparantie van kwaliteit.

2.1 Aanbod van huisartsenzorg

In bepaalde regio's is er sprake van schaarste aan huisartsen [p5].

- 2 De Minister schrijft dat er sprake is van schaarste aan huisartsen. Uit het Capaciteitsplan 2011 blijkt volgens haar dat de opvolging van huisartsen in rurale gebieden moeizaam wordt. Ook meent zij dat de reisinorm van 15 minuten de keuzevrijheid van patiënten beperkt.

Uit het capaciteitsplan 2011 van het capaciteitsorgaan blijkt dat opvolging van de huisartsen in de rurale gebieden op termijn moeizamer kan worden [p5]

- 3 Uit verschillende publicaties blijkt dat er inderdaad sprake is van schaarste aan huisartsen in bepaalde regio's. In sommige gevallen is sprake van een reisafstand groter dan 15 minuten tot de dichtstbijzijnde huisarts en in sommige gevallen is sprake van praktijken die meer dan 15% groter zijn dan de normpraktijk van 2350 inwoners per FTE huisarts [RIVM 2011; Van de Velden e.a. 2010]. Daarbij wordt de norm door sommige huisartsen – mede als gevolg van verzwaring van de taken van de huisarts – ook nog ter discussie gesteld [Knap 2011].

- 4 Het Capaciteitsorgaan heeft geen specifiek onderzoek gedaan naar de opvolging van huisartsen [Capaciteitsorgaan 2011:10-11]. Wel heeft zij onderzoek gedaan naar de positie van huisartsen in het zorgveld. Daaruit blijkt een trend dat startende huisartsen steeds minder vaak een solopraktijk willen starten [Capaciteitsorgaan 2011:12]. Hieruit trekt het Capaciteitsorgaan de conclusie dat de opvolging in de rurale gebieden – waar veelal sprake is van eenpersoonspraktijken – moeizamer kan worden [Capaciteitsorgaan 2011:18]. Vooralsnog lijkt er echter geen probleem. Het Capaciteitsorgaan komt namelijk ook tot de conclusie dat de mobiliteit van huisartsen (vooralsnog) voor voldoende spreiding van huisartsenzorg over het land zorgt [Capaciteitsorgaan 2011:23].

In dunbevolkte regio's zorgt de norm – van maximaal 15 minuten reistijd – ervoor dat de keuze voor een huisarts voor patiënten vaak erg beperkt is. In grote steden is dit echter in mindere mate een knelpunt [p5].

- 5 Uit een analyse van het RIVM blijkt dat er in verschillende regio's sprake is van een beperkt aantal huisartsen binnen een straal van 3 kilometer [RIVM 2011]. Met name in Friesland, Drenthe, Groningen en Zeeland zijn verschillende gemeenten

waarin binnen een straal van 3 kilometer gemiddeld slechts 1 huisarts is. Zie bijlage A voor een uitgebreide beschrijving van het aantal huisartsen.

2.2 Transparantie van kwaliteit

- 6 De transparantie over de prestaties van aanbieders van huisartsenzorg komt in de eerste lijn nog nauwelijks van de grond, aldus de Minister.

De transparantie over de prestaties van aanbieders van huisartsenzorg komt in de eerste lijn nog nauwelijks van de grond [p6].

- 7 Uit de gevonden literatuur blijkt dat tot nu toe alleen voorbereidende werkzaamheden plaatsgevonden hebben voor de verbetering van de transparantie bij de huisartsenzorg. Voor de CQI zijn vragenlijsten ontwikkeld en hebben twee pilots plaatsgevonden [Wiegers e.a. 2011]. Er heeft nog geen landelijke meting plaatsgevonden [Zichtbare Zorg 2011]. Voor zowel de huisartsenzorg als de ketenzorg zijn zorginhoudelijke prestatieindicatoren ontwikkeld [Braspenning, e.a. 2010; Zichtbare Zorg 2011]. Deze indicatoren zijn echter ook nog niet gemeten [Zichtbare Zorg 2011].

- 8 In een overzichtsstudie van het Nivel wordt daarbij de vraag opgeroepen of het systeem van prestatieindicatoren niet te zwaar is voor de relatief kleine organisaties in de eerste lijn. Bij een beperkt aantal observaties per organisatie is de kans van sterke schommelingen in de uitkomsten immers groot en zullen zeldzame gebeurtenissen een enorme impact hebben op het totaalbeeld [Wiegers e.a. 2011:54].

Het is voor de zorgverzekeraars door de integrale bekostiging niet helder wie welke zorg levert tegen welke kwaliteit. Bovendien zijn de uitkomsten van de zorg niet goed zichtbaar, waardoor verzekeraars minder goed in staat zijn om hun inkooprol te vervullen [p9].

- 9 We hebben geen literatuur gevonden waaruit blijkt dat het voor de zorgverzekeraars door de bekostigingsmethode niet helder is wie welke zorg levert tegen welke kwaliteit. Op grond van de inhoud van de beleidsregel voor ketenzorg lijkt deze veronderstelling echter terecht: zorgverzekeraars sluiten het contract met een hoofdaannemer en op grond van de beleidsregel is die hoofdaannemer niet verplicht om prestaties per onderaannemer te specificeren [NZa 2010].

Een mogelijk nadeel van de integrale bekostiging is dat zorgverzekeraars minder inzicht hebben in (en invloed hebben op) de zorg die door de verschillende zorgverleners wordt geleverd. Het is voor hen door de bekostigingsmethode niet helder wie welke zorg levert tegen welke kwaliteit, want zij kopen één zorgketen in. [p9]

- 10 Uit publicaties komt naar voren dat zorgverzekeraars wel inzicht hebben in de uitkomsten van zorg van de hoofdaannemer en dat ze de bevindingen gebruiken om hun inkooprol te vervullen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om Achmea [Van den Berg 2011].

- 11 Bij een inventarisatie naar de toepassing van integrale bekostiging heeft zorgverzekeraar CZ aangegeven dat ze onderzoek uitvoert naar een reële prijs, daarbij gebruikmakend van het aantal minuten dat die huisarts, diëtist of fysiotherapeut kwijt is, maal het uurloon, aangevuld met de overheadkosten [Gootzen & Bonte 2010].

3 Bekostiging

- 12 De Minister beschrijft diverse knelpunten op het gebied van de bekostiging van huisartsenzorg. Deze knelpunten zijn onderverdeeld in knelpunten met betrekking tot de vormgeving van prestaties, het inschrijftarief en ketenzorg/integrale bekostiging.

3.1 Vormgeving prestaties

- 13 De reguliere verrichtingstarieven zijn volgens de Minister ongelabeld. Mede doordat ook de uitkomsten van de geleverde zorg niet zichtbaar zijn, vindt de Minister dat het inzicht voor de zorgverzekeraar ontbreekt over welke zorg daadwerkelijk wordt geleverd.

De reguliere verrichtingstarieven zijn ongelabeld. Mede omdat ook de uitkomsten van de geleverde zorg niet zichtbaar zijn, ontbreekt voor verzekeraars inzicht in welke zorg daadwerkelijk wordt geleverd en zijn zijn minder goed in staat om hun inkooprol te vervullen [p7].

De verschillende inkomstenbronnen zorgen voor hoge uitvoeringskosten, doordat elke inkomstenbron op een andere manier geregistreerd wordt [p7].

- 14 Uit de beleidsregels van de NZa voor huisartsenzorg blijkt dat het overgrote deel van de prestaties niet gerelateerd is aan de inhoud van de geleverde zorg [NZa 2011a]. We hebben geen literatuur gevonden waarin is aangetoond dat dit, samen met het ontbreken van inzicht in de uitkomsten van zorg, een directe relatie heeft met de mate waarin verzekeraars in staat zijn om hun inkooprol waar te maken.

Inkomstenbronnen

- 15 De Minister stelt dat de verschillende inkomstenbronnen zorgen voor hoge uitvoeringskosten. Uit een onderzoek van SIRA in opdracht van de NZa is gebleken dat de huisartsen per week gemiddeld 2,5 uur (solopraktijken) of 4 uur (meerpersoonspraktijken) besteden aan het declaratieverkeer [Bex, van den Hurk & Sterrenburg 2008:11-13]. De hoeveelheid tijd wordt met name beïnvloed door de afgekeurde declaraties door zorgverzekeraars [Bex, van den Hurk & Sterrenburg 2008:18]. De zorgverzekeraars geven in dit rapport aan dat de resultaten mede beïnvloed worden door de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Hierdoor hebben verzekeraars tijdelijk hun administratie minder goed op orde gehad [Bex, van den Hurk & Sterrenburg 2008:20]. We hebben geen recentere literatuur gevonden waarin de uitvoeringskosten van huisartsen zijn onderzocht. Ook hebben we geen literatuur gevonden waarin een relatie is aangetoond tussen de (hoeveelheid) verschillende inkomstenbronnen en de uitvoeringskosten.

Dubbele bekostiging

Door de veelvoud aan tarieven is er een groter risico dat aanbieders foutief en/of dubbel declareren [p7].

- 16 De Minister beschrijft dat door de veelvoud aan tarieven er een groter risico is dat de aanbieders foutief en/of dubbel declareren van huisartsenverrichtingen. Uit een onderzoek bij Salland verzekeringen blijkt dat in verschillende gevallen sprake is van dubbele bekostiging [De Haan 2009]. Bij de controle van De Friesland in 2010 (met update in 2011) is gebleken dat er nog steeds verschillende interpretaties van de declaratieregels betreffende de los declarabele verrichtingen zijn [De Friesland Zorgverzekeraar 2011].

Gezondheidsdoelen en prestaties

Het huidige systeem, dat gebaseerd is op het betalen van verrichtingen en inschrijving biedt geen mogelijkheden tot het honoreren van 'resultaten' [p8].

Er is tussen verschillende typen aanbieders in de eerste lijn een grote variatie in de prestatiestructuur en tariefsoort. Dit belemmert de vergelijkbaarheid tussen aanbieders [p7].

- 17 De Minister stelt dat het huidige systeem – dat gericht is op het betalen van inschrijving en verrichtingen – geen mogelijkheid biedt tot het honoreren van resultaten. Evenzeer zorgt de variatie in de prestatiestructuur voor de verschillende type aanbieders in de eerste lijn volgens de Minister ervoor dat de vergelijkbaarheid tussen aanbieders wordt belemmerd. Uit de beleidsregels van de NZa voor de eerste lijn blijkt dat de verschillende typen aanbieders inderdaad verschillende prestaties en tariefsoorten kennen [NZa 2011b]. Omdat de prestaties voor een groot deel niet gerelateerd zijn aan de inhoud van de zorg, is het op basis van de beleidsregel niet duidelijk of de verschillende typen zorgaanbieders dezelfde zorg leveren.
18. Naast de reguliere bekostiging heeft de NZa innovaties mogelijk gemaakt door middel van de beleidsregel Innovatie. Deze beleidsregel biedt de mogelijkheid om onder bepaalde voorwaarden resultaten te belonen [NZa 2011b] .

Kostprijs

Door de stapeling van de verschillende inkomstenbronnen is het inzicht in de kostprijs van de verschillende onderdelen beperkt. Dit maakt het voor verzekeraars moeilijk om in het vrij onderhandelbare deel een passende vergoeding te berekenen [p7].

- 19 De stapeling van de inkomstenbronnen zorgt voor een beperkt inzicht in de kostprijs van de verschillende onderdelen, aldus de Minister. Wij hebben geen literatuur gevonden waaruit blijkt dat stapeling van inkomstenbronnen het voor verzekeraars moeilijk maakt om een passende vergoeding te berekenen. De rapportage van Significant biedt inzicht in de kostprijzen van de huisartsen [Karssen, Schipper & Jurling 2007]. Het onderzoek bevat geen specifieke analyse naar de kosten per verrichting, maar biedt daar mogelijk wel inzicht in.

E-health

- 20 De NZa heeft in haar offerteonderzoek specifiek gevraagd of de huidige bekostiging belemmerend werkt voor de totstandkoming van e-health, de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Uit de rapportage van de ZorgInnovatieWijzer blijkt dat het huidige systeem weinig ruimte biedt voor arbeidsbesparende en e-health gerelateerde innovaties, deels veroorzaakt door de beperkte reikwijdte van de Wmg [ZorgInnovatieWijzer 2010].

De toepassing van e-health voor huisartsenzorg en integrale zorg komt nog onvoldoende van de grond. Dit heeft te maken met barrières in de cultuur en organisatie van zorg. [p6].

- 21 Daarnaast beschrijft de Minister dat de toepassing van e-health voor huisartsenzorg en integrale zorg onvoldoende van de grond komt. Dit heeft volgens de Minister te maken met barrières in de cultuur en organisatie van zorg. Het literatuuronderzoek geeft aanwijzingen dat de cultuur en organisatie een rol spelen bij het opschalen van de e-health initiatieven. Dit blijkt uit een onderzoek naar de barrières waartegen aanbieders van e-health diensten aanlopen, op initiatief van Philips, Menzis, Achmea, Rabobank, KPN en TNO [www.ehealthnu.nl 2012]. Zie bijlage A voor een beschrijving van de ervaren barrières.

Toetreding

De huidige bekostiging werkt belemmerend voor de totstandkoming van aanbieders die een deel van de huisartsenzorg kunnen leveren, bijvoorbeeld de physician assistant en verpleegkundig specialist [p8].

- 22 De beleidsregel Innovatie biedt mogelijkheden voor toetreding van zorgverleners die een deel van de huisartsenzorg verlenen [NZa 2011b]. Hierbij is bij de toetreding van de SOS-arts echter aanvullende besluitvorming en prestatievorming van de NZa nodig geweest [NZa 2011d]. Tevens zien we in de beleidsregels van de NZa dat naast de praktijkkosten, 16,8% van het loon van huisartsen (exclusief ANW-toeslag) verdisconteerd wordt in het inschrijvingstarief [NZa 2011c]. De tarieven voor de verrichtingen bevatten hierdoor slechts 83,2% van het loon van huisartsen (exclusief ANW-toeslag) [NZa 2011c].

3.2 Het inschrijftarief

- 23 De Minister noemt op verschillende punten in haar brief het inschrijftarief. Volgens de Minister staat er geen specifieke prestatie tegenover het inschrijftarief en is de vestigingsbereidheid in achterstandswijken beperkt. Ook zorgt het

bestaan van het inschrijftarief volgens de Minister ervoor dat de tarieven voor de verrichtingen lager zijn dan de kostprijs, wat de toetreding belemmert. Daarnaast noemt de Minister dat apothekers stellen dat er door het inschrijftarief sprake zou zijn van een ongelijk speelveld.

- 24 Het inschrijftarief is bedoeld om samen met het tarief per verrichting een minimum aan prikkels teweeg te brengen voor het gedrag van huisartsen [NZa 2007]. Door middel van het inschrijftarief krijgen huisartsen een vergoeding per ingeschreven patiënt [NZa 2011a]. Deze vergoeding omvat naast de praktijkkosten 16,8% van het loon van de huisarts [NZa 2011c].
- 25 In de beleidsregels van de NZa staat beschreven dat de huisarts maximaal het door de NZa vastgestelde inschrijftarief kan declareren voor iedere op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde, zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet [NZa 2011a].

Zorgzwaarte

Het inschrijftarief houdt rekening met zorgzwaarte. Ondanks het hogere inschrijftarief in achterstandswijken is er echter een beperkte vestigingsbereidheid van huisartsen in achterstandswijken. Onduidelijk is of dit komt doordat er onvoldoende financiële compensatie is of door andere oorzaken [p9].

- 26 Uit de beleidsregels van de NZa blijkt dat bij het inschrijftarief in beperkte mate rekening wordt gehouden met verschillen in zorgzwaarte [Nza 2011a]. Het NIVEL constateert dat eventuele toegankelijkheidsproblemen zich niet overal tegelijkertijd zullen manifesteren [Wiegers e.a. 2011]. Deze problemen zullen zich in eerste instantie concentreren in bepaalde gebieden waar het vestigingsklimaat voor zorgverleners als minder goed wordt gepercipieerd. Voorbeelden zijn de achterstandswijken van grote steden of VINEXlocaties waar het zaak is een adequate gezondheidszorg op te bouwen bij een snel groeiend inwonertal [Wiegers e.a. 2011:85]. Uit het kostenonderzoek dat Significant voor de NZa heeft uitgevoerd blijkt dat de tarieven voor huisartsen in achterstandswijken kostendekkend zijn [Karssen, Schipper & Jurling 2007:75].

Verrichtingen en het inschrijftarief

Door het bestaan van het inschrijftarief wordt een deel van de kosten van een aanbieder van huisartsenzorg gedekt. Daardoor zijn de tarieven voor verrichtingen lager dan de kostprijs [p7].

Apothekers stellen dat er door het inschrijftarief van de huisarts sprake zou zijn van een ongelijk speelveld [p8].

- 27 Significant heeft onderzoek gedaan naar de kostenstructuur van huisartsen [Karssen, Schipper & Jurling 2007]. Daarin is niet specifiek aandacht besteed aan de kostprijs van verrichtingen, waardoor niet kan worden vastgesteld of de kostprijzen van de verrichtingen in bepaalde gebieden hoger zijn dan de tarieven.
- 28 We hebben geen literatuur gevonden waaruit blijkt dat het inschrijftarief leidt tot een belemmering voor de toetreding van nieuwe aanbieders, waaronder

apothekers. Wel zien we dat een deel van het uurloon verdisconteerd wordt in het inschrijvingstarief [NZa 2011c].

- 29 Uit de Monitor Extramurale Farmacie van de NZa blijkt dat er in Nederland 451 apotheekhoudende huisartsen zijn [NZa 2010]. Daar waar de afstand tussen de openbare apotheek en de consument te groot is, bevinden zich apothekhoudende huisartsen [NZa 2010]. Binnen de huisartsenbekostiging is wel ook sprake van de mogelijkheid tot polifarmacie binnen een M&I module [NZa 2011a]. Voor deze module gelden vrije tarieven [NZa 2011a]. We hebben geen literatuur gevonden dat er op duidt dat het huisartsen het inschrijftarief kunnen gebruiken om lagere tarieven voor de polifarmacie af te spreken. Wel wordt een deel van de loonkosten van de huisarts door middel van het inschrijftarief vergoed [NZa 2011c].

3.3 Ketenzorg/integrale bekostiging

- 30 De Minister beschrijft met betrekking tot ketenzorg dat de afbakening tussen de GEZ-module en de integrale bekostiging niet altijd scherp is te maken. Ook is er volgens haar overlap tussen de verschillende beleidsregels van de integrale bekostiging van chronisch zieken als het gaat om de behandeling van mensen met meerdere aandoeningen. Tevens beschrijft zij dat, doordat de enkelvoudige prestaties ongelabeld zijn, het voor verzekeraars niet zichtbaar is of de behandeling van patiënten met chronische aandoeningen vallen onder de integrale bekostiging of niet. Daarnaast is het voor zorgverzekeraars door de bekostigingsmethode niet helder wie welke zorg levert tegen welke kwaliteit, aldus de Minister. Ten slotte noemt zij dat de (grote) groei van samenwerkingsverbanden overwegend monodisciplinair gericht zijn.

Overlap van beleidsregels

Er blijkt overlap te zitten tussen de verschillende beleidsregels van de integrale bekostiging chronisch zieken als het gaat om de behandeling van mensen met meerdere chronische aandoeningen. Er is daardoor een risico van dubbele bekostiging [p9].

- 31 De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging komt tot de conclusie dat het naast elkaar bestaan van oude vergoedingsregelingen en integrale bekostiging leidt tot veel administratieve last en problemen rond dubbele bekostiging [Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging 2011:14]. Daarnaast blijkt dat integrale bekostiging minder snel tot stand komt dan verwacht. De oorzaak hiervan ligt volgens de Evaluatiecommissie in de overgangperiode bij de invoering van

integrale bekostiging, waarin verzekeraars en aanbieders kunnen kiezen of ze deelnemen aan integrale bekostiging.

- 32 In een evaluatie van CZ begin januari 2010 wordt geconcludeerd dat de zorgprogramma's nog vooral opgezet zijn rond één aandoening [Gootzen & Bonte 2010]. Om integrale en proactieve zorg te verlenen die aansluit op de totale zorgvraag van de patiënt, moeten de verschillende zorgprogramma's in elkaar worden gevlochten. Patiënten met multimorbiditeit zijn immers niet gebaat met een zorgprogramma per aandoening. Zoals de KNMG al bij de Minister heeft aangegeven, is het dus ook de vraag of functionele bekostiging op aandoening dan wel de oplossing is [Gootzen & Bonte 2010].

Dubbele bekostiging

- 33 Volgens het Coördinatieplatform Zorgstandaarden zou dubbele bekostiging van integrale zorg voor chronisch zieken geen probleem hoeven te zijn: "De modulaire opbouw van zorgstandaarden maakt het in beginsel mogelijk om bij multimorbiditeit tot goede afspraken voor de zorginkoop te komen en gericht in te kopen op basis van de reële behoefte." [Coördinatieplatform Zorgstandaarden 2011].

Omdat de tarieven voor eenvoudige prestaties ongelabeld zijn is het voor verzekeraars niet zichtbaar of de behandeling van patiënten met een chronische aandoening vallen onder de integrale bekostiging of niet. Hierdoor bestaat een risico op dubbele

In situaties waarin de zorgaanbieder meerdere chronische zorgketens op basis van integrale bekostiging en andere zorgprogramma's op basis van de GEZ module verzorgt, is de afbakening tussen beide vormen van bekostiging niet scherp te maken [p9].

- 34 Na invoering blijkt dubbele bekostiging voor enkele zorg-verzekeraars in de praktijk toch wel een probleem:
- In een brief aan de NZa schrijft zorgverzekeraar Menzis dat deze functionele bekostiging 'dubbele financiering' niet kan voorkomen [Menzis 2009]. Hiervoor geven zij twee redenen. Enerzijds blijven de ongelabelde consulten bestaan en anderzijds zullen de verschillen in declaraties tussen de 1^e en 2^e lijn altijd tot risico's op dubbele bekostiging leiden [Menzis 2009]. Hierbij merkt Menzis op dat de mogelijkheden tot dubbele bekostiging aldus blijven bestaan [Menzis 2009].
 - Ook uit een empirisch onderzoek op basis van declaratiegegevens van verschillende groepen diabetespatiënten bij Salland zorgverzekeringen, blijkt dat op een aantal onderdelen zorg dubbel wordt betaald bij Salland zorgverzekeringen [De Haan 2009].

- 35 Dubbele bekostiging is, behalve bij multimorbiditeit, mogelijk ook een probleem bij patiënten die overstappen tussen een keten-dbc en een ziekenhuis-dbc [De Wildt, Baroch & Maas, 2010: 56].

Monodisciplinariteit

De (grote) groei van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn is overwegend monodisciplinair gericht en zorggroepen bestaan vaak alleen uit huisartsen [p5].

- 36 Uit de 1-meting over de organisatie van de zorggroepen blijkt dat het merendeel van de zorggroepen monodisciplinair is, wat inhoudt dat de zorggroepen uitsluitend uit huisartsen bestaan [Van Til, de Wildt & Schut 2010]. Hierin zijn sinds de 0-meting geen veranderingen opgetreden [Van Til, de Wildt & Schut 2010].

4 Marktgedrag

- 37 De Minister beschrijft knelpunten op het gebied van marktgedrag. In dit hoofdstuk maken we onderscheid naar knelpunten die betrekking hebben op het marktgedrag van patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

4.1 Patiënten

- 38 De Minister beschrijft in haar brief aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een aantal knelpunten dat betrekking heeft op belemmeringen bij het wisselen van huisarts voor patiënten. Deze knelpunten zijn onderverdeeld in belemmeringen bij het in en uitschrijven, belemmeringen als gevolg van het inschrijftarief, belemmeringen bij het uitwisselen en aansluiten van medische dossiers en geografische belemmeringen. Voorafgaand wordt gekeken naar het wisselen van huisarts in het algemeen.

Wisselen van huisarts

Patiënten wisselen relatief weinig van huisarts. Dit wordt mede veroorzaakt door belemmeringen bij het overstappen [p5].

- 39 Uit de Meldactie Huisartsen¹ onder de Nederlandse bevolking blijkt dat 14% zeker wil veranderen van huisarts en 11% in de afgelopen twee jaar van huisarts

¹Opgemerkt moet worden dat de steekproef in dit onderzoek niet representatief is voor de Nederlandse bevolking. Tevens moet rekening gehouden worden met het feit dat er ook een antwoordcategorie 'weet niet/geen mening' is opgenomen bij de gestelde vragen, waardoor de genoemde percentages in werkelijkheid hoger kunnen zijn.

veranderd is [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:9]. De belangrijkste redenen hiervoor zijn ontevredenheid, verschil van inzicht en bereikbaarheid [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:9].

- 40 Van de mensen die willen veranderen geeft 52% aan dat er een belemmering is om te veranderen van huisarts [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:9]. Hierbij werden een volle praktijk en onderlinge afspraken door 49% als belemmering aangegeven [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:10]. Volgens een brochure van de LHV en de NPCF is alleen het feit dat de huisartsenpraktijk vol is een geldige reden voor huisartsen om een patiënt eenzijdig te weigeren [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:19].
- 41 De mogelijkheid voor patiënten om te wisselen van huisartsen wordt tevens beperkt door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). De NMa heeft de LHV beboet voor het doen van aanbevelingen omtrend de vestiging van huisarts. De NMa geeft hierbij het volgende aan: “dit beleid benadeelt niet alleen nieuwe huisartsen, maar ook patiënten en zorgverzekeraars die daardoor minder keuze hebben [NMa 2012].

Belemmering en bij in- en uitschrijven

Het feit dat een patiënt zich moet laten uit- en inschrijven is een drempel om te wisselen [p6].

- 42 De Minister geeft aan dat het moeten laten in- en uitschrijven een drempel is voor patiënten om te wisselen van huisarts. In de Meldactie Huisartsen geven de respondenten aan dat het bestaan van onderlinge afspraken tussen huisartsen de voornaamste reden is waardoor zij niet kunnen wisselen van huisarts [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:10]. Toestemming hebben van de oude huisarts om over te stappen staat op de derde plaats van de genoemde belemmeringen [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:10]. Citaten die hierbij weergegeven zijn [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:9]

‘Artsen hebben onderling afgesproken niet te wisselen’

‘Doordat ze een afspraak onderling hebben is het niet mogelijk om naar een andere huisarts over te gaan, ...’

Belemmeringen als gevolg van het inschrijftarief

Mogelijk speelt bij het beperkte wisselen van huisarts het inschrijftarief een rol [p6].

- 43 De Minister beschrijft dat het overstappen van huisarts mogelijk ook wordt belemmerd door het inschrijftarief. In de meldactie huisartsenzorg van de NPCF

wordt het inschrijftarief niet benoemd als een knelpunt bij het overstappen. [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010]. We hebben geen literatuur gevonden waar deze belemmering is aangetoond.

Belemmeringen door uitwisseling en aansluiting medische dossiers

Mogelijk speelt bij het beperkte wisselen de beperkte uitwisseling en aansluiting van medische dossiers een rol [p6].

- 44 Als mogelijke oorzaak van het beperkte wisselen van huisarts noemt de Minister de beperkte uitwisseling en aansluiting van de medische dossiers tussen de verschillende aanbieders. Literatuur die specifiek ingaat op de vraag of de beperkte uitwisseling en aansluiting het wisselen van huisarts beperkt, is niet gevonden. In de Meldactie Huisartsen valt hierover wel te lezen dat het niet kunnen overstappen van huisarts in eerste plaats wordt veroorzaakt door onderlinge afspraken tussen huisartsen [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:10]. Tevens wordt met betrekking tot het kunnen overstappen het volgende citaat weergegeven [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:9]:

‘De oude huisarts deed moeilijk over het medische dossier. Het duurde lang voordat de nieuwe huisarts het in zijn bezit had’

Geografische belemmeringen

De keuzemogelijkheden van patiënten om te kiezen voor een huisarts worden geografisch beperkt p5].

- 45 Er zijn aanwijzingen in de literatuur dat de keuzemogelijkheden van patiënten geografisch worden beperkt. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat er gebieden zijn die niet voldoen aan de 15-minutengrens. In deze gebieden wonen in totaal ongeveer 1000 mensen. Ook zijn er gemeenten waar 0,5 tot 1,5 huisartsenpraktijken binnen 3 kilometer gevestigd zijn [RIVM 2011]. In bijlage A zijn twee figuren weergegeven waarin beide geografische situaties in kaart zijn gebracht.

4.2 Zorgverzekeraars

- 46 knelpunten zijn onderverdeeld in knelpunten met betrekking tot het maximumtarief, de marktmacht van huisartsen, tijdrovende onderhandelingen en het doorverwijzen van de huisarts.

Maximumtarief

Zorgverzekeraars lijken het maximumtarief te betalen zonder daar voorwaarden aan te verbinden [p4].

- 47 Volgens de Minister zouden zorgverzekeraars altijd het maximumtarief afspreken met de huisartsen. Zorgverzekeraar Achmea vergoedt in 2012 de maximumtarieven voor het inschrijftarief, de populatiegebonden toeslagen, de consulten en de visites [Achmea 2011]. CZ en UVIT geven in de huisartscontracten van 2012 aan dat de vigerende tarieven van de NZa leidend zijn, maar beschrijven niet specifiek dat ze maximumtarieven vergoeden [CZ 2011, Uvit 2011]. Menzis is onduidelijk over de tarieven in het contract met de huisarts [Menzis 2011].
- 48 De vergoedingen voor M&I verrichtingen zijn per verzekeraar voor iedere gecontracteerde huisarts gelijk [UVIT 2011; Menzis 2011]. De vergoedingen verschillen wel per verzekeraar [UVIT 2011; Menzis 2011].

Marktmacht

Verzekeraars geven aan dat de marktmacht van huisartsen groot is. Dit wordt mede verklaard door de sterke relatie tussen huisarts en patiënt [p6].

- 49 Verzekeraars geven volgens de Minister aan dat de marktmacht van huisartsen groot is. Dit zou mede worden verklaard door de sterke relatie tussen de huisarts en de patiënt. Hierdoor zou het niet contracteren van huisartsen imagoschade op kunnen leveren, aldus de Minister.
- 50 In de gevonden literatuur hebben we geen bewijs of onderbouwing gevonden dat de marktmacht van huisartsen groot is, al dan niet door een sterke relatie tussen huisarts en patiënt. Wel blijkt uit de literatuur dat ruim acht op de tien Nederlanders in 2011 contact heeft gehad met de huisarts [Kramer 2011]. Bijna driekwart (73%) van de Nederlanders wil het liefst gedurende een langere periode (bijvoorbeeld 10 jaar of een leven lang) dezelfde huisarts hebben [Kramer 2011].
- 51 Zorgverzekeraars hebben volgens huisartsen ook een aandeel in het stroef verlopen van onderhandelingen met huisartsen. In het Rapport Contractering komt naar voren dat in 2005 64% van de onderhandelende huisartsen ontevreden of zeer ontevreden is over de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraar [Noordam & de Vries 2005]. De meningen over ketenzorg voor Diabetes Mellitus II geven eenzelfde soort beeld. De zorggroepen ervoeren de onderhandelingen als een rituele dans, tijdrovend, inefficiënt en weinig professioneel [Van Dijk, Van der Steeg & Schrijvers 2010].

Tijdrovende onderhandelingen

Door het grote aantal huisartsenpraktijken in Nederland en de relatief lage totale kosten per huisarts is het voor verzekeraars tijdrovend om te onderhandelen [p6].

- 52 Door het grote aantal huisartspraktijken en de relatief lage kosten per huisarts zou het volgens de Minister voor verzekeraars niet rendabel zijn om te onderhandelen. In 2010 kostte de huisartsenzorg 2,2 miljard euro [CVZ 2011]. Er waren dat jaar 8.921 huisartsen in 4.088 huisartspraktijken [Hingstman & Kenens 2010:8]. De totale kosten voor zorgverzekeraars vanuit de Zorgverzekeringswet bedragen 52,6 miljard euro, resulterend in een aandeel van 4,16% voor de huisartsenzorg [CVZ 2011]. Uit het Rapport Contractering blijkt dat zorgverzekeraars zich er volgens huisartsen op beroepen dat het voor hen onmogelijk is om met elke huisarts afzonderlijk te onderhandelen [Noordam & de Vries 2005:7].
- 53 Zorgverzekeraars zouden alle huisartsen contracteren, aldus de Minister. Uit het contracteerbeleid huisartsenzorg van UVIT blijkt dat in principe elke huisarts in aanmerking komt voor een contract [UVIT 2011]. Zorgverzekeraar CZ geeft aan daadwerkelijk een contract te hebben met elke huisarts [CZ 2011]. Achmea stelt naast de wettelijke basiseisen enkele aanvullende eisen aan de te contracteren huisarts [Achmea 2011].

Doorverwijzen

Verzekeraars hebben geen baat bij het verminderen van het doorverwijzen door huisartsen als gevolg van het gebrek aan risicodragendheid van verzekeraars voor kosten in de tweede lijn [p6].

- 54 Het gebrek aan risicodragendheid in de tweede lijn voor zorgverzekeraars is volgens de Minister een mogelijke verklaring dat zorgverzekeraars geen baat hebben bij het verminderen van het aantal doorverwijzingen. Een andere verklaring is het principe dat overschrijdingen in de huisartsenzorg binnen de huisartsenzorg moeten worden gecompenseerd. We hebben geen literatuur gevonden over de veronderstelling van de Minister dat zorgverzekeraars desondanks hun inkoop zullen aanpassen indien duidelijk is dat de zorg doelmatiger in de eerste lijn wordt uitgevoerd.

Overschrijdingen in de huisartsenzorg moeten in principe worden gecompenseerd binnen de huisartsenzorg. Indien voor verzekeraars duidelijk is dat de zorg doelmatiger in de eerste lijn wordt uitgevoerd, is er geen reden waarom zij hun inkoop hier niet op aanpassen [p6].

- 55 Zoals de Minister schrijft in haar brief zal de ex-post compensatie voor verzekeraars de komende jaren worden afgebouwd. Dit betekent dat verzekeraars meer risico gaan lopen over de kosten die ze in de tweede lijn maken, aldus de Minister. Door de afschaffing van de ex-post risicoverevening wordt het voor de zorgverzekeraars interessanter om de zorg in de eerste lijn in te kopen, ofwel de

substitutie van de specialistische zorg naar generalistische zorg te realiseren, met efficiënte en effectieve eerstelijnszorg [Schut & de Wildt 2010]. Tegelijk zal de zorgverzekeraar ervoor moeten zorgen dat de gesubstitueerde zorg uit de tweede lijn niet automatisch wordt opgevuld met nieuwe of andere zorg. Want dan heeft de substitutie geen enkel effect op de kosten [Schut & de Wildt 2010].

4.3 Zorgaanbieders

- 56 De Minister beschrijft een aantal knelpunten met betrekking tot het marktgedrag van zorgaanbieders. Deze knelpunten zijn onderverdeeld in knelpunten met betrekking tot de machtspositie van zorggroepen, de beschikbaarheid van huisartsen, de aangeboden online diensten, het sturen op gezondheidsdoelen, de wensen van de patiënt en monodisciplinaire zorggroepen.

Machtspositie zorggroepen

Ik krijg signalen dat de zorggroepen, voornamelijk bestaande uit huisartsen, een grote en ongewenste machtspositie hebben gekregen binnen de eerste lijn [p9].

- 57 In veel regio's is slechts 1 zorggroep opgericht, waardoor mededingingsproblemen kunnen ontstaan [Varkevisser e.a. 2009]. Hierbij worden door Varkevisser e.a. mogelijke risico's van onvoldoende mededingen besproken op twee zorginkoopmarkten.

- Als eerste bestaat er het risico dat zorggroepen door de afwezigheid van concurrentiedruk onvoldoende prikkels ondervinden om de kwaliteit van zorg te verbeteren, dan wel in relatie tot de kwaliteit een te hoge prijs te vragen.
- In de tweede plaats zijn de risico's van uitbuiting of uitsluiting aanwezig, in het geval dat zorggroepen onderaannemers al dan niet contracteren met dwingende voorwaarden.

Beschikbaarheid van huisartsen

Patiënten kunnen relatief weinig bij hun huisarts terecht buiten werktijden [p4].

- 58 In de brief aan het Ministerie van VWS komt naar voren dat patiënten relatief weinig bij hun huisarts terecht kunnen buiten werktijden. Uit de Meldactie Huisartsen blijkt dat voor 63% van de deelnemers de openingstijden niet altijd toereikend zijn [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010]. Voor 16% geldt dat de openingstijden soms of nooit toereikend zijn [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010]. 6% geeft aan een huisarts met een avondspreekuur te hebben, waarvan

13% aangeeft daar daadwerkelijk gebruik van te maken [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010]. Spreekuren in het weekend is voor 2% mogelijk, waarvan 21% wel eens gebruik van maakt [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010].

Online diensten

Het aanbieden van online diensten als e-mail of online consult, blijkt beperkt te zijn [p4].

59 Het aanbieden van online diensten (zoals online afspraken plannen, email of online consult, online anamneses en/of inzage in het eigen medisch dossier) blijkt beperkt te zijn, aldus de Minister. Ook wordt er haar inziens te weinig gebruik gemaakt van ICT en internet toepassingen ter ondersteuning van diagnostiek, behandeling en begeleiding.

Er wordt te weinig gebruik gemaakt van ICT en internettoepassingen ter ondersteuning van diagnostiek, behandeling en begeleiding [p4].

60 Uit de Meldactie Huisartsen [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:15-16] komt het volgende naar voren:

- 29% van de deelnemers geeft aan dat het mogelijk is om online een afspraak te maken, waar in totaal 8% van de deelnemers gebruik van maakt.
- De mogelijkheid tot een consult via internet wordt in 10% van de gevallen aangeboden door de huisarts.
- Chatten met de huisarts of praktijkondersteuner kan in respectievelijk 10% en 12% van de gevallen; 1% en 2% van de deelnemers maakt hier gebruik van.
- Wanneer contact of informatiemogelijkheden mogelijk zijn, wordt het meest gebruik gemaakt van informatie over de praktijk, het indienen van herhaalrecepten en het opzoeken van informatiefolders.

Sturen op gezondheidsdoelen

Het huidige systeem, dat gebaseerd is op het betalen van verrichtingen en inschrijving biedt geen mogelijkheden tot het honoreren van 'resultaten' [p8].

61 De Minister beschrijft dat het huidige systeem geen mogelijkheden biedt tot het honoreren van resultaten. Hierbij haalt zij een advies van de Raad van Volksgezondheid en Zorg aan, waarin naar voren komt dat sturen op gezondheidsdoelen kan leiden tot een betere kwaliteit van de gezondheidszorg. Hiervoor is volgens het advies wel voldoende draagvlak nodig onder huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars .

- 62 Zoals genoemd in paragraaf 2.2 is de transparantie van kwaliteit van huisartsen in daadwerkelijk gebeurd.

Wensen van de patiënt

De zorgverlening is nog niet altijd voldoende afgestemd op de behoefte van de patiënt [p4].

- 63 Volgens de Minister sluit het huidige systeem onvoldoende aan op de wensen van de patiënt, doordat het niet mogelijk is om resultaten te honoreren. Wat betreft de wensen van de patiënt komen uit de Meldactie Huisartsen de volgende zaken naar voren:

- 49% geeft aan dat de huisarts niet altijd voldoende tijd voor hen neemt,
- 63% geeft aan dat de openingstijden niet altijd toereikend zijn,
- 23% wil gebruiken maken van een inlooppreekuur, in 15% van de gevallen is dit mogelijk,
- 26% van de deelnemers geeft aan dat het mogelijk is om informatie of contact te krijgen met en van de huisarts via e-mail of internet [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:7-15].

Monodisciplinaire zorggroepen

De (grote) groei in van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn is overwegend monodisciplinair gericht en zorggroepen bestaan vaak alleen uit huisartsen [p4].

- 64 De Minister constateert een grote groei van samenwerkingsverbanden. Deze samenwerkingsverbanden zijn volgens haar echter overwegend monodisciplinair, terwijl de zorg veelal een multidisciplinair karakter heeft.
- 65 In de Monitor Multidisciplinaire Eerstelijns komt naar voren dat de samenwerkingsverbanden rondom Diabetes voornamelijk georganiseerd zijn in de vorm van een zorggroep met uitsluitend huisartsen [NZa 2010]. De samenwerkingsverbanden rondom Astma en COPD bestaan voor ongeveer een derde uit uitsluitend huisartsen [Hansen e.a. 2010]. Tussen 2007 en 2009 is het aantal samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en andere disciplines toegenomen, voornamelijk op het gebied van contracten met apothekers, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en fysiotherapeuten [Hansen e.a. 2010].

Bijlage A: Aanvullende bevindingen

In deze bijlage worden aanvullende bevindingen met betrekking tot de knelpunten besproken. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen bevindingen binnen de marktstructuur, bekostiging en marktgedrag. Aangezien de aanvullende bevindingen in sommige gevallen de besproken knelpunten raken, is enige overlap met de hoofdttekst mogelijk. Niet voor alle knelpunten worden aanvullende bevindingen besproken, voortkomend uit het feit dat er niet altijd aanvullende literatuur beschikbaar was.

A.1 Marktstructuur

In deze paragraaf worden de aanvullende bevindingen met betrekking tot de marktstructuur beschreven.

A.1.1 Basiskkenmerken huisartsenzorg

In deze paragraaf staat een overzichtstabel met een aantal kenmerken van de huisartsenzorg in Nederland in de afgelopen jaren. De tabel is samengesteld met behulp van cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek, kostendata van de Commissie van Zorgverzekeringen en verscheidene publicaties van het Nivel [Hingstman & Kenens 2007, 2008, 2009, 2010; CVZ 2011] op basis van de huisartsenregistraties.

Tabel 1: Overzicht basiskkenmerken huisartsenzorg

	2007	2008	2009	2010
Aantal huisartsen	8.713	8.807	8.846	8.921
Aantal fte huisartsen	7.016	7.064	7.056	7.085
Aantal huisartsenpraktijken	4.346	4.240	4.153	4.088
Kosten huisartsenzorg	€2.014 miljoen	€2.062 miljoen	€2.143 miljoen	€2.168 miljoen
Gemiddeld aantal inwoners per fte huisarts	2.331	2.322	2.351	2.340
Gemiddeld aantal huisartscontacten per inwoner	2,5	2,9	3,1	<i>onbekend</i>

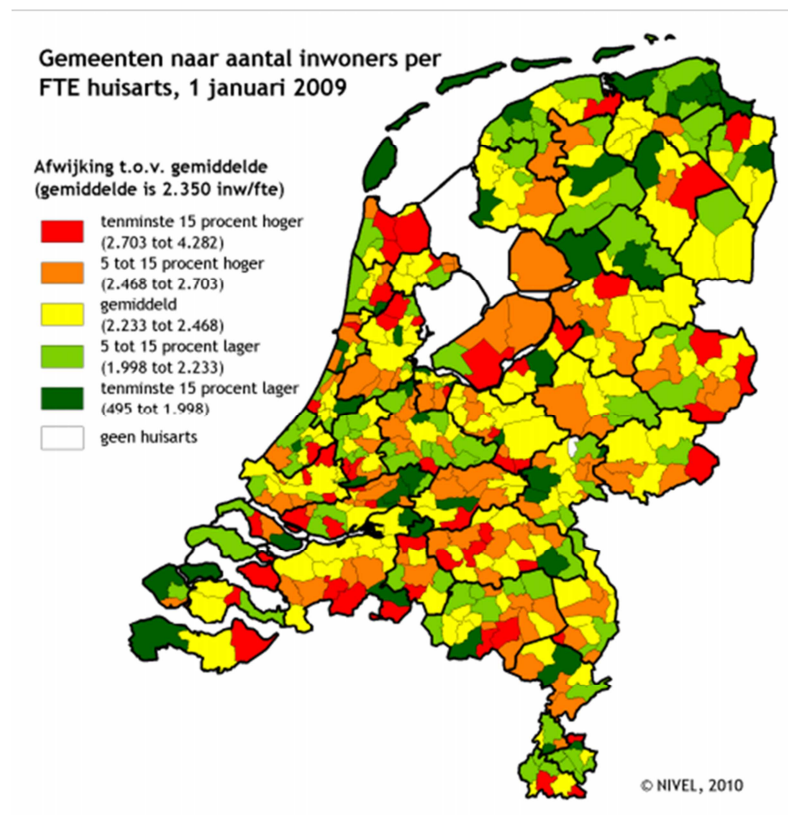
A.1.2 Aanbod van huisartsen

Het aantal huisartsen neemt in Nederland jaarlijks toe zoals weergegeven in tabel 1. Tegelijkertijd is er een ontwikkeling gaande naar meer groepspraktijken en minder solopraktijken. Dit leidt er toe dat - ondanks de toename in het aantal huisartsen - er sprake is van een afname in het aantal afzonderlijke praktijken [Hingstman & Kenens 2010]. Het Capaciteitsorgaan betreft bij bovenstaande cijfers ook de enquête onder startende huisartsen. In deze enquête [Wiegers, e.a. 2011] worden pas afgestudeerde huisartsen ondervraagd over hun wensen ten aanzien van vestiging. Uit die enquête blijkt dat de wens om in een solopraktijk te werken jaarlijks afneemt [Capaciteitsorgaan 2011]. Omdat in de rurale gebieden vooral sprake is van eenpersoonspraktijken constateert het capaciteitsorgaan dat mogelijk problemen gaan ontstaan in de opvolging van de huisartsen in de rurale gebieden.

Uit tabel 1 is naast de toename van het aantal huisartsen tevens af te leiden dat het aantal FTE huisartsen fluctueert over de jaren. Een dergelijk patroon zien we ook bij het aantal inwoners per FTE huisarts [Hingstman & Kenens 2007,2008,2009,2010]. De norm die in Nederland door de NZa gehanteerd wordt voor het aantal inwoners per huisarts is 2350 inwoners per FTE huisarts [NZa 2009]. Gedurende de jaren 2007, 2008 en 2010 jaren is het gemiddeld aantal inwoners per FTE huisarts onder deze norm gebleven. In 2009 lag het gemiddelde nagenoeg op de norm [Hingstman & Kenens 2007,2008,2009,2010].

Van de Velden e.a. [2010] hebben de huisartsendichtheid met gegevens van 1 januari 2009 berekend per gemeente, welke is weergegeven in figuur 1. De norm van 2350 inwoners per FTE huisarts wordt in een discussiestuk door de huisartsen ter discussie gesteld als gevolg van verschillende punten, waaronder de verzwarende van de taken van de huisarts [Knap 2011]. Hierop zijn 6 reacties gekomen. 5 reacties van huisartsen onderschrijven de stelling dat de norm omlaag zou moeten als gevolg van verzwarende van het takenpakket. Hoogleraar Guus Schrijvers komt tot een genuanceerdere conclusie, waarin gepleit wordt voor een meer variabele norm afhankelijk van de zorgzwaarte en waarbij rekening wordt gehouden met het overnemen van taken door de Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist. [Reacties op Knap 2011]

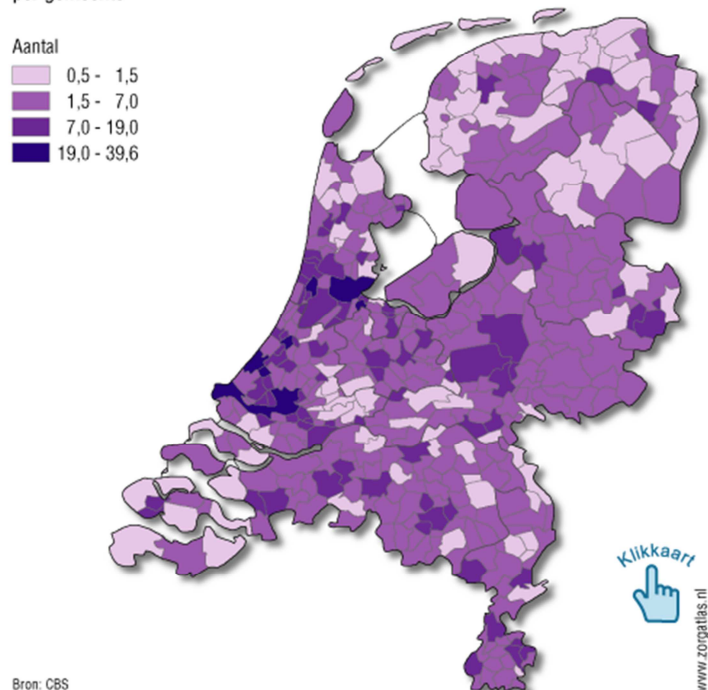
Figuur 1: aantal inwoners per fte huisarts naar gemeenten



Het RIVM toont in de Zorgatlas aan dat er enkele regio's zijn waarin de gemiddelde reisafstand tussen patiënt en huisarts meer is dan 15 minuten. Dit is te zien in figuur 2 waar de reistijd met de auto naar de dichtstbijzijnde huisarts vanaf het woonadres wordt weergegeven in 2010. Bijna iedereen in Nederland heeft een huisarts binnen 15 minuten van het woonadres. In de gebieden die niet voldoen aan de 15-minutengrens wonen ongeveer 1.000 mensen [RIVM 2011]. Het RIVM gaat er daarbij van uit dat alle inwoners naar de dichtstbijzijnde huisarts gaan. Daarbij constateert zij dat dat mogelijk een onterechte veronderstelling is, omdat in sommige gevallen huisartsenpraktijken mogelijk vol zijn [RIVM 2011]. Naast de reistijd tot de dichtstbijzijnde huisarts wordt in figuur 3 weergegeven hoeveel huisartsen binnen 3 kilometer beschikbaar zijn. Hierop is te zien dat in een aantal gemeenten 0,5 tot 1,5 huisartsenpraktijken binnen 3 kilometer beschikbaar zijn.

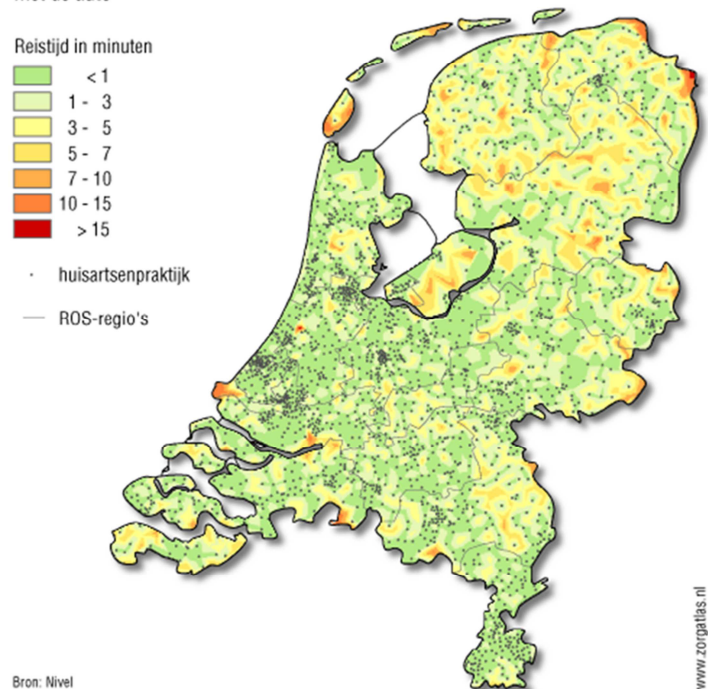
Figuur 2: reistijd tot de dichtstbijzijnde huisartsenpraktijk

Aantal huisartsenpraktijken binnen 3 kilometer 2008 per gemeente



Figuur 3: aantal huisartsenpraktijken binnen 3 kilometer

Reistijd tot dichtstbijzijnde huisartsenpraktijk 2010 met de auto



A.1.3 Transparantie

Voor de transparantie van kwaliteit van huisartsenzorg moet enerzijds onderscheid gemaakt worden tussen de reguliere huisartsenzorg en de ketenzorg en anderszijds tussen patiëntervaringen (CQI) en zorginhoudelijke prestatieindicatoren.

CQI

Het Nivel heeft een vragenlijst ontwikkeld voor het meten van de kwaliteit van huisartsenzorg, zoals de patiënt die hebben ervaren. [Nivel 2008]. Met behulp van deze vragenlijst zijn een tweetal pilots uitgevoerd om te onderzoeken op welke wijze de lijst geïmplementeerd kan worden.

De eerste resultaten met een CQI Huisartsenzorg Overdag lieten zien dat mensen over het algemeen erg positief waren over de aan hen geleverde huisartsenzorg: het algemene gemiddelde cijfer bedroeg een 8,1 (op een schaal van 0 tot 10). Een zogenaamd ‘verbeterpunt’ bleek de telefonische bereikbaarheid overdag. In een latere meting was het algemeen oordeel lager, namelijk 7,4. Er bleken bij deze meting ook duidelijke verschillen tussen huisartspraktijken te bestaan, vooral op de aspecten ‘assistenten in de huisartspraktijk’, ‘toegankelijkheid van de huisarts’ en ‘zorg op maat’ [Wiegers e.a. 2011].

Zorginhoudelijke prestatieindicatoren reguliere huisartsenzorg

Huisartsenorganisaties hebben een set kwaliteitsindicatoren opgesteld die ze kunnen gebruiken om verantwoording af te leggen in het publieke domein. Het resultaat is een set van 71 indicatoren voor het medisch handelen en 12 indicatoren voor de praktijkorganisatie. De set van indicatoren bestaat uit een mix van proces en uitkomstindicatoren. [Braspenning, e.a. 2010]

De stuurgroep zichtbare zorg huisartsenzorg heeft in december 2010 bepaald dat indicatorensets landelijk worden uitgerold vanaf het najaar 2011. Dat betekent dat er op dit moment geen metingen beschikbaar zijn.

Prestatieindicatoren ketenzorg

Voor de drie ketenzorgproducten (Diabetes, CVR en COPD) heeft Zichtbare Zorg een Minimale Dataset vastgesteld [Zichtbare Zorg 2011]. Op basis van deze MDS zijn voor diabetes kwaliteitsindicatoren vastgesteld voor de diabetes. Voor Diabetes Mellitus zijn de

kwaliteitsindicatoren op vrijwillige basis uitgevraagd in 2011 over het verslagjaar 2010. Het is de bedoeling dat de kwaliteitsindicatoren voor COPD en Diabetes Mellitus op basis van de reeds geregistreerde gegevens vanaf 2012 uitgevraagd worden over het registratiejaar 2011. Vanaf dat moment zijn dan kwaliteitsgegevens beschikbaar [Zichtbare Zorg 2011].

A.2 Bekostiging

Het bekostigingssysteem van huisartsen kenmerkt zich door een gemengd systeem van *capitation fee* en *fee for service*. Enerzijds krijgen huisartsen een vergoeding voor een ingeschreven patiënt. Anderzijds krijgen ze een vergoeding per verrichting. [NZa 2011a]

De hoogte van de vergoeding is vastgesteld op basis van een kostenonderzoek. [Karssen, Schipper & Jurling 2007]. Op dit moment laat de NZa een nieuw kostenonderzoek uitvoeren voor de huisartsenzorg.

A.2.1 Vormgeving prestaties

De omschrijving van een overgroot deel van de prestaties is niet gerelateerd aan de inhoud van de geleverde zorg. Afhankelijk van de aard van de dienst en de tijd waarop de dienst plaatsvindt kan de wijze van declareren verschillen. In onderstaande tabel 2 wordt een overzicht gegeven van verschillende tarieven voor vergelijkbare diensten [NZa 2011a].

Tabel 2. Overzicht tariefstructuur huisartsen

Type prestaties	Aantal prestaties	Tarief per prestatie
Reguliere prestaties		
Inschrijving	6	Gemaximaliseerd
Modulebedragen Achterstandsfonds, M&I en POH-GGZ	47	Gemaximaliseerd & vrij
Verrichtingen aan ingeschrevenen	14	Gemaximaliseerd & kostprijs
Verrichtingen aan niet-ingeschreven verzekerden	8	Gemaximaliseerd & kostprijs
Verrichtingen aan militairen in actieve dienst	8	Gemaximaliseerd & kostprijs
Verrichtingen aan Gemoedsbezwaarden	8	Gemaximaliseerd & kostprijs
Prestaties in Avond, Nacht Weekend (ANW)		
Lid van Huisartsendienstructuur (HDS)	1	Gemaximaliseerd uurtarief
Geen lid van Huisartsendienstructuur (HDS)	6	Gemaximaliseerd
Overige prestaties		
Maken van een ECG	1	Gemaximaliseerd
Verloskundige hulp	39	Gemaximaliseerd
Prenatale screening en echoscopisch onderzoek	7	Gemaximaliseerd
Uitwendige versie bij stuitligging	1	Gemaximaliseerd
Preventief bevolkingsonderzoek	1	Gemaximaliseerd
Keuringen	15	Gemaximaliseerd
SCEN-consultatie	1	Gemaximaliseerd
Informatieverstrekking	2	Gemaximaliseerd
Totaal	165	

Administratieve lasten

De complexiteit van de inkomstenbronnen en de tariefstructuur is in de gevonden literatuur niet specifiek onderzocht.

In onderzoek dat Bex, van den Hurk & Sterrenburg [2008] hebben gedaan voor de NZa is onderzocht wat de tijdsbesteding van huisartsen (of hun medewerkers) aan het declaratieverkeer besteden. Hieronder worden de volgende activiteiten gerekend:

- indienen declaraties,
- controleren retouren,
- herdeclareren

De huisartsen ervaren de lasten als gevolg van de declaratie in 2008 als de zwaarste lasten (als onderdeel van hun totale administratieve en ondernemingslasten).

Foutieve declaraties

Naast de declaratielasten bieden de materiele controles die verzekeraars uitvoeren op de declaraties inzicht in de mate van complexiteit. Een groter aantal afgekeurde declaraties biedt aanleiding om aan te nemen dat de complexiteit groter is.

Verzekeraars zijn op grond van artikel 35 van de Zorgverzekeringswet verplicht om materiele controles uit te voeren. Door middel van deze controles controleren verzekeraars of de declaraties rechtmatig zijn ingediend. Uit deze controles blijkt in hoeveel procent van de gevallen verzekeraars onjuistheden gevonden hebben in de declaraties.

Om te voorkomen dat het inschrijftarief dubbel wordt gedeclareerd, wordt gebruik gemaakt van de Inschrijving Op Naam (ION) database [ion.artsennet.nl 2011]. Inschrijving op naam betekent dat iedere patiënt aan een vaste huisarts is gekoppeld. De ION-database is leidend voor de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn verplicht om bij dubbele declaratie de inschijftarieven uit te betalen aan de huisarts aan wie de verzekerde in de database is gekoppeld.

Inschijftarief

Huisartsen mogen een inschijftarief in rekening brengen voor patiënten die bij hun ingeschreven staan. Uit de tariefbeschikking van de NZa [NZa 2011a] blijkt niet dat daar nog een andere prestatie tegenover staat. Het inschijftarief mag slechts door één zorgaanbieder in rekening worden gebracht.

De hoogte van het in rekening te brengen inschijftarief hangt af van de leeftijd van de patiënt (jonger dan 65, tussen de 65 en 75 en ouder dan 75) en van de wijk waarin de huisarts gevestigd is/ patiënt woont (wel niet achterstandswijk) [Nza 2011a].

A.2.2 Prikkelwerking

Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van verschillende vormen van bekostiging van huisartsen. We hebben ervoor gekozen twee publicaties te gebruiken die de beschikbare literatuur over de prikkelwerking van bekostigingsystemen hebben gereviewd. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van een recent onderzoek van Hennig-Schmidt, Selten & Wiesen uit 2011,

waarin de prikkels van capitation fee en fee for service worden besproken. De publicatie beschrijft eerst een overzicht van de beschikbare literatuur, waarna met data-analyse de effecten van deze prikkels op het gedrag van artsen wordt getoetst. Het tweede onderzoek dateert uit 2006 en is een review over de invloed van bekostiging op het gedrag van huisartsen [Gosden e.a. 2006]. Hierbij wordt aandacht gegeven aan capitation fee, fee for service, salaris en combinaties van deze drie.

Zoals genoemd combineren Hennig-Schmidt, Selten & Wiesen [2011] het uitvoeren van literatuuronderzoek met het analyseren van data om tot een overzicht van prikkels te komen die voortkomen uit capitation fee. Hierin komen de volgende prikkels naar voren:

Voordelen van een capitation fee zijn:

1. Algemene prikkel om het aantal verrichtingen te verminderen
2. Specifieke prikkel om onnodige zorg voor relatief gezonde patiënten te verminderen

Nadelen van een capitation fee zijn:

1. Algemene prikkel om minder zorg te bieden dan noodzakelijk is
2. Specifieke prikkel om patiënten in minder dan goede gezondheid minder zorg te bieden dan noodzakelijk is
3. Prikkel om relatief gezonde patiënten aan te trekken

In hetzelfde onderzoek komen Hennig-Schmidt, Selten & Wiesen [2011] op eenzelfde wijze tot een aantal prikkels die voortkomen uit betaling per verrichting:

Voordelen van betaling per verrichting zijn:

1. Algemene prikkel om voldoende zorg te leveren
2. Specifieke prikkel om voldoende zorg te leveren aan patiënten met een minder dan goede gezondheid

Nadelen van betaling per verrichting zijn:

1. Algemene prikkel om meer zorg te leveren dan nodig is
2. Specifieke prikkel om patiënten met een hoger dan gemiddelde gezondheid meer zorg te leveren dan nodig

Overkoepelend komen zij tot de conclusie dat er meer zorg wordt geleverd bij een systeem van betaling per verrichting dan een systeem met betaling per patiënt. Echter concluderen zij ook, net als Gosden e.a. [2006], dat de geschreven literatuur tot op heden geen eenduidige uitkomsten van de verschillende manieren van bekostiging laat zien.

In het rapport ‘An Optimal remuneration system for General Practitioners’ [2007] komt de NZa met betrekking tot de huisartsenbekostiging tot de volgende conclusie:

“Een balans van financiële prikkels wordt het beste bereikt in een gemengd systeem van “capitation” (abonnementstarief) en “fee-for-service” (consulttarief). De perverse prikkels die ontstaan in een systeem dat alleen op capitation is gebaseerd, worden namelijk tegengegaan door het fee-forservice gedeelte van het bekostigingssysteem, en vice versa.”

Wanneer het gaat om het integraal bekostiging van zorg, biedt het King’s Fund inzicht in de huidige ontwikkelingen [Curry & Ham 2010]. Zij maken onderscheid in integrale bekostiging op 3 niveau’s [Curry & Ham 2010]:

- Macro-niveau. Hierbij is de bekostiging gericht op het integraal aanbieden van zorg aan de gehele populatie
- Meso-niveau. Hierbij is de bekostiging gericht op het integraal aanbieden van zorg aan groepen patiënten, zoals bijvoorbeeld ouderen
- Micro-niveau. Hierbij is de bekostiging gericht op het integraal aanbieden van zorg per aandoening.

Het King’s Fund reviewt vervolgens op elk van de drie niveau een aantal organisaties, waaruit blijkt dat macro-integrale organisaties de beste resultaten bieden. Voorbeelden als Kaiser Permanente en het Geisinger Health system laten kwaliteitsverbetering en kostenverlaging zien [Curry & Ham 2010].

A.2.3 Ketenzorg/ integrale bekostiging

In een brief aan de Eerste Kamer [2009] schrijft toenmalig Minister Klink dat integrale bekostiging van zorg gaat plaatsvinden binnen de huisartsenbekostiging voor verscheidene aandoeningen. Hierbij schrijft hij:

“Deze wijzigingen heb ik voorgesteld om een eerste stap te maken om de mogelijke dubbele bekostiging, die het huidige huisartsenbekostigingssysteem in relatie met de ketens kent, zoveel mogelijk te minimaliseren”.

Totstandkoming ketenzorg

De evaluatiecommissie integrale bekostiging heeft in haar eerste rapportage van bevindingen geconcludeerd dat er nog veel vragen zijn aan het eind van het jaar dat integrale bekostiging is ingevoerd. Een deel van die vragen zal in de komende twee jaar worden beantwoord. De commissie deelt de conclusie dat de invoering van integrale bekostiging minder snel gaat dan verwacht. Dit wordt mede veroorzaakt doordat sprake is van een overgangperiode, waarin verzekeraars en aanbieders kunnen kiezen om deel te nemen aan integrale bekostiging of niet. Ook de ingrijpendheid van de wijzigingen maakt de traagheid in de ontwikkelingen verklaarbaar. [Evaluatiecommissie integrale bekostiging 2011]

In totaal wordt van ongeveer tweederde van de circa 750.000 diabetespatiënten in Nederland de zorg via de integrale bekostiging gefinancierd. Contracten op het gebied van Vasculair Risicomanagement en COPD worden veel minder afgesloten. De 1-meting meldt twee keten-dbc-contracten voor VRM en zes voor COPD. Daarnaast is er nog een aantal contracten in voorbereiding [Evaluatiecommissie integrale bekostiging 2011].

Uit de monitor multidisciplinaire samenwerking [Hansen e.a. 2010] blijkt dat buiten de diabeteszorg en de COPD, die nu gedefinieerd zijn voor het nieuwe systeem van integrale bekostiging, multidisciplinaire samenwerking nog op een relatief laag niveau staat. Hier lijkt dus een expliciet effect van (externe) financiering van samenwerkingsverbanden te bestaan.

Dubbele bekostiging

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden erkent in haar publicatie 'Zorgstandaarden in model' [2010] de noodzaak om dubbele bekostiging te voorkomen. Ze stelt dat een zorgstandaard een rol speelt "bij de inkoop van multidisciplinaire zorg (ketenzorg) en de ketencontractering tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, maar niet zonder de volgende kanttekeningen:

- bij de zorginkoop moet 'stapelen' worden vermeden; daarmee wordt bedoeld dat voor een bepaalde chronische ziekte moet niet worden ingekocht op basis van een bepaald aantal patiënten en een simpele vermenigvuldiging van het aantal zorgstandaarden met dat aantal; er zijn immers individuele verschillen in zorgbehoefte, die bovendien kan verschillen per fase van de betreffende chronische ziekte;
- ten aanzien van meerdere chronische ziekten bij één patiënt (multimorbiditeit) geldt hetzelfde: bij de zorginkoop moet de individuele zorgbehoefte van deze patiënten

worden ingeschat, en ‘stapelen’ van verschillende zorgstandaarden moet worden vermeden;

- niet alle generieke componenten zijn voor alle patiënten in elke fase van de ziekte in gelijke mate toepasbaar; niet altijd hoeft de betreffende component op basis van daartoe ingekochte zorg te worden geleverd, en onnodig medicaliseren van generieke zorgtrajecten moet worden vermeden.”

Uit de publicatie van het Coördinatieplatform volgt dat dubbele bekostiging geen probleem zou hoeven zijn: “Bij multimorbiditeit lijdt één individu aan twee (of meer) los van elkaar staande chronische aandoeningen. Voor elk van deze aandoeningen bestaat – in principe – een zorgstandaard, zodat inkoop van ketenzorg en ketencontractering daarop gebaseerd zal zijn. Dit moet niet worden geïnterpreteerd alsof in die gevallen meerdere zorgstandaarden zullen worden ingekocht: ‘stapelen’ moet worden vermeden. De modulaire opbouw van zorgstandaarden maakt het in beginsel mogelijk om bij multimorbiditeit tot goede afspraken voor de zorginkoop te komen en gericht in te kopen op basis van de reële behoefte.”

De publicatie van het Coördinatieplatform betreft een analyse voordat integrale bekostiging werd ingevoerd. Na invoering blijkt dubbele bekostiging voor enkele zorgverzekeraars in de praktijk toch wel een probleem:

- In een brief aan de NZa schrijft zorgverzekeraar Menzis [2009] dat deze functionele bekostiging ‘dubbele financiering’ niet kan voorkomen. Hiervoor geven zij twee redenen. Enerzijds blijven de ongelabelde consulten bestaan en anderzijds zullen de verschillen in declaraties tussen de 1^e en 2^e lijn altijd tot risico’s op dubbele bekostiging leiden. Hierbij merkt Menzis op dat de mogelijkheden tot dubbele bekostiging aldus blijven bestaan.
- Ook uit een empirisch onderzoek op basis van declaratiegegevens van verschillende groepen diabetespatiënten bij Salland zorgverzekeringen, blijkt dat op een aantal onderdelen zorg dubbel wordt betaald bij Salland zorgverzekeringen [De Haan 2009].

Dubbele bekostiging is, behalve bij multimorbiditeit, mogelijk ook een probleem bij patiënten die overstappen tussen een keten-dbc en een ziekenhuis-dbc. Volgens het handboek Ketenzorg kunnen “verschillende situaties leiden tot dubbele bekostiging [De Wildt, Baroch, & Maas. 2009]:

1. De patiënt is onder behandeling van de huisarts en de medisch specialist wordt geconsulteerd; dit maakt onderdeel uit van de eerstelijns DBC. De meeste zorggroepen maken hierover de afspraak dat de medisch specialist op basis van de gegevens telefonisch geconsulteerd word. De medisch specialist ziet de patiënt niet persoonlijk en de huisarts blijft hoofdbehandelaar. De zorggroep en de medisch specialist/het ziekenhuis maken de afspraak dat zij de patiënt niet zelfstandig op zullen roepen.
2. De patiënt wordt vanwege complexiteit doorverwezen naar de medische specialist (inclusie criteria). De eerstelijns DBC wordt afgesloten en de tweedelijns DBC wordt geopend. Er worden afspraken gemaakt of en wanneer een patiënt wordt terugverwezen (exclusie criteria). Met de zorgverzekeraar moet worden afgesproken dat de patiënt op de peildatum van het eerstvolgende kwartaal weer opgenomen wordt in de DBC met de huisarts als hoofdbehandelaar.
3. De patiënt wordt vanwege complexiteit doorverwezen naar de medisch specialist. De eerstelijns DBC blijft geopend. Immers alleen de medisch specialistische zorg wordt tijdelijk door de medisch specialist verricht. Alle andere zorgaspecten blijven in principe doorgaan, maar zijn tijdelijk niet of minder van toepassing. In de DBC berekening wordt rekening gehouden dat bepaalde kosten gedurende bijvoorbeeld een exacerbatie met opname in het ziekenhuis, niet of minder van toepassing zijn. Dit soort afspraken vergen een zeer goede registratie en zijn vaak pas na een langere periode te maken.
4. De patiënt wordt vanwege een curatieve ingreep opgenomen in het ziekenhuis. De complexiteit van de chronische aandoening verandert in principe niet. De huisarts blijft hoofdbehandelaar. Maar de snijdend specialist zal bij een pre-operatieve screening een internist inschakelen. Beiden zijn geen hoofdbehandelaar, mogen de patiënt dus niet overnemen en niet poliklinisch oproepen na ontslag. De huisarts blijft in deze situatie hoofdbehandelaar; de patiënt verblijft tijdelijk op een andere locatie. Als de medisch specialist de patiënt in verband met toenemende complexiteit en problematiek tijdelijk over wil nemen dan zou dat met toestemming van de huisarts als hoofdbehandelaar moeten gebeuren.
5. De patiënt is onder behandeling van de medisch specialist, maar bezoekt met klachten toch de huisarts (bijvoorbeeld exacerbatie; dit komt veel voor). De huisarts is doorgaans sneller beschikbaar, dichterbij huis en kan huisbezoeken afleggen. Dan kan de huisarts de reguliere consulten declareren of een rekening sturen naar het

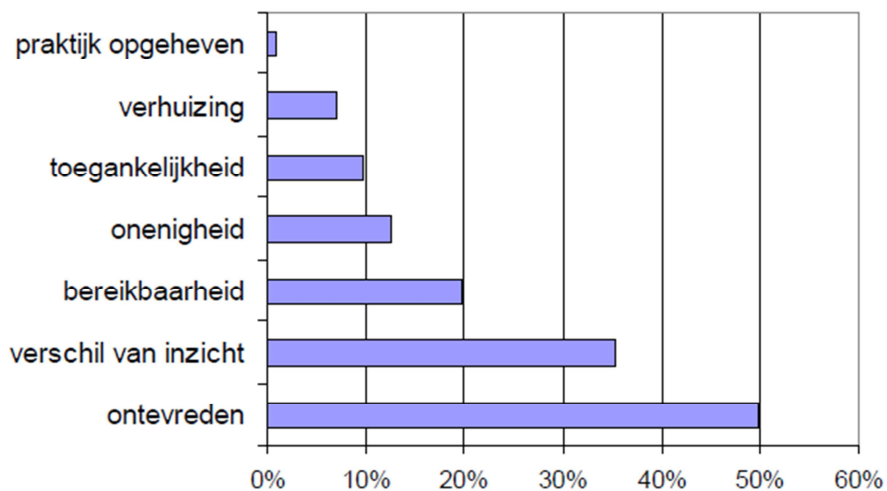
ziekenhuis. De patiënt wordt in de tweedelijns DBC betaald en de uitvoering van een onderdeel daarvan vindt plaats door de huisarts. Voor zover bekend is deze constructie vanwege de administratieve druk nog nergens toegepast.”

A.3 Marktgedrag

Met betrekking tot het marktgedrag van patiënten komen in de Meldactie Huisartsen [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:9-10] een aantal zaken naar voren.

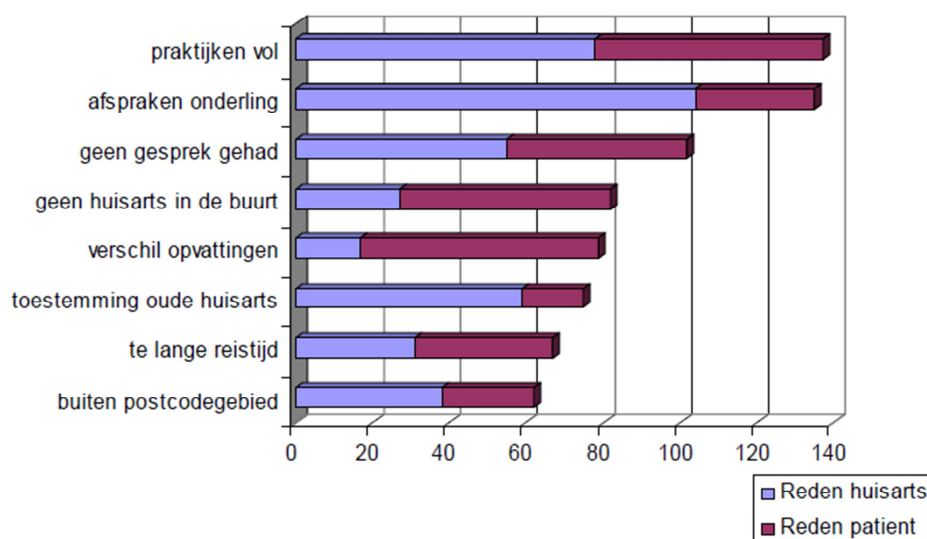
Figuur 4 geeft een overzicht van de redenen die genoemd zijn om te wisselen van huisarts . Hierin komt naar voren dat twee redenen met geografisch karakter het minst worden genoemd.

Figuur 4: redenen om te wisselen van huisarts



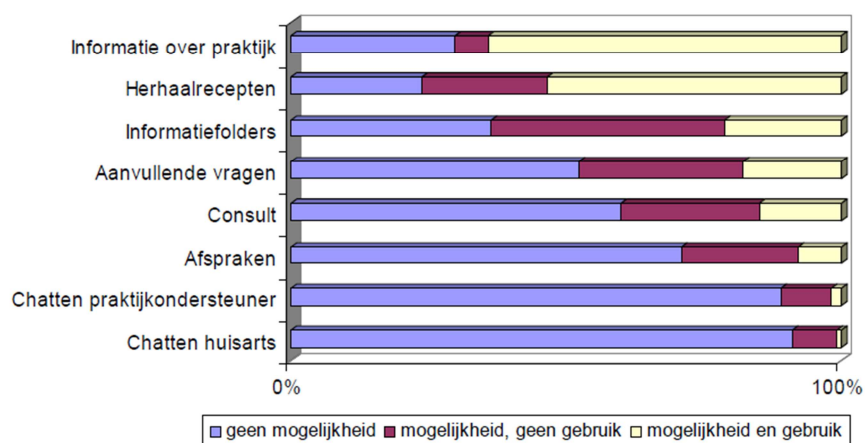
In figuur 5 is weergegeven welke reden om niet kunnen overstappen huisartsen aangeven en welke redenen de respondenten geldig vinden. De respondenten “toestemming van de oude huisarts” de minst geldige reden.

Figuur 5: aantal door huisarts genoemde redenen voor het niet kunnen wisselen van huisarts en het aantal door patiënten als geldig bevonden redenen



De Meldactie Huisartsen biedt tevens inzicht in de telefonische bereikbaarheid van huisartsen (NPCF & Zorgbelang Nederland 2010: 13). Ook biedt het rapport informatie met betrekking tot het gebruik van ICT en internet in de huisartsenpraktijk [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:15]. In figuur 5 is te zien welke mogelijkheden huisartsenpraktijken bieden, en in hoeverre daar gebruik van wordt gemaakt [NPCF & Zorgbelang Nederland 2010:15]. In de figuur is te zien dat de mogelijkheid tot chatten het minst wordt aanwezig is, en het gebruik van ICT en internet vooral gericht is op het krijgen van informatie over de praktijk, indienen van herhaalrecepten en toegang tot informatiefolders.

Figuur 6: aantal ICT en internet toepassingen naar beschikbaarheid en gebruik



Totstandkoming E-health

Philips, Menzis, Achmea, Rabobank, KPN en TNO hebben gezamenlijk een initiatief genomen om de barrières waar partijen tegen aanlopen bij het opschalen van initiatieven voor e-health te verminderen. Bij dit initiatief nemen zowel partijen deel die concreet bezig zijn met het opschalen van e-health initiatieven als partijen die zich bezig houden met e-health in het algemeen. (zie [www. Ehealthnu.nl](http://www.Ehealthnu.nl))

Uit een inventarisatie onder de deelnemers blijkt dat de volgende barrières worden ervaren.

- **Financiering** De financieringsstructuur bevat op het ogenblik een aantal perverse prikkels die innovaties in de zorg remmen.
- **Wet- en regelgeving** Innovaties hebben de zorg veranderd. Als gevolg daarvan is wet- en regelgeving onvoldoende afgestemd op de veranderende verhoudingen en verantwoordelijkheden tussen zorgverleners onderling, maar ook tussen zorgverlener, zorgvrager en/of mantelzorger.
- **Cultuur en draagvlak bij zorgvrager** Zorgvragers zijn onvoldoende op de hoogte van de nieuwe mogelijkheden die zorginnovaties bieden. Juist de groeiende groep ouderen loopt achter in de adoptie van de ICT die een belangrijke rol speelt in zorginnovatie.
- **Draagvlak medische professionals** Medische professionals hebben vaak moeite met het toepassen van ICT omdat ze daarin niet opgeleid zijn. Daarnaast moeten professionals wennen aan de veranderende verhoudingen en werken de financiële prikkels voor hen vaak nog tegendraads.
- **Aanbod diensten en knowhow** De zorg is nog steeds sterk aanbodgericht. De eHealth-diensten worden dan ook vaak vanuit het (huidige) zorgaanbod ontwikkeld.
- **Medical evidence is beperkt of ontbreekt** Er zijn (in Nederland) weinig (kosten)effectiviteitsstudies voor eHealth-diensten.

- **Uniformering en standaardisatie** De huidige technische ontwikkelingen op het gebied eHealth-diensten is te fragmentarisch en te weinig gebaseerd op standaarden die opschaling bevorderen.

Bijlage B: Opzet literatuuronderzoek

Om het proces van literatuuronderzoek voor de NZa inzichtelijk te maken is hieronder tabel B.1 toegevoegd. In dit overzicht wordt beschreven welke bronnen zijn geraadpleegd bij het toetsen van de knelpunten. Tevens wordt per hoofdstuk in kernbegrippen aangegeven op welke gebieden de zoekopdrachten betrekking hadden. Op deze wijze is het voor de NZa inzichtelijk welke bronnen voor welk vraagstuk geraadpleegd zijn met welke kernbegrippen. De bronnen zijn overwegend geraadpleegd door het bezoeken van de websites en databases van de desbetreffende organisaties en partijen op het internet. Waar kernbegrippen in meerdere hoofdstukken gebruikt zijn, zijn ze benoemd in het hoofdstuk waar ze het eerst gebruikt zijn als zoekopdracht.

Tabel B.1: overzicht van de geraadpleegde bronnen en gebruikte kernbegrippen

Geraadpleegde bronnen	Gebruikte kernbegrippen
Onderzoeksinstituten Nivel RiVM & zorgatlas CBS Julius Centrum CKZ Coördinatieplatform Zorgstandaarden	Marktstructuur Beleidsregels, huisartsen, aanbod van huisartsen, transparantie, indicatoren, prestatieindicatoren, toegang, aantal praktijken, rurale gebieden, regionale spreiding, Jan Erik de Wildt, Bekostiging Tarieven, foutief declareren, materiële controles, lasten van huisartsen, inkomstenbronnen van huisartsen, beleidsregels, aanvullende modules, tarief per verrichting, fee for service, inschrijftarief, capitation fee, functionele omschrijving, ketenzorg, chronische aandoeningen, dubbele bekostiging, eHealth, ICT en internet, extramurale farmacie, geïntegreerde eerstelijnszorg, SOS-arts, physician assistant, verpleegkundig specialist, taakherschikking, inzicht in kwaliteit, integrale bekostiging Marktgedrag Belemmeringen voor overstappen, keuzevrijheid, wisselen van huisarts, contracten met huisartsen, risicodragendheid, zorggroepen, marktmacht, doorverwijzingen, gezondheidsdoelen, sturen op resultaten, Budgettair Kader Zorg, onderhandelingen, inkoopbeleid zorgverzekeraars, medische dossiers, maximumtarieven, wensen van de patiënt
Overheidsorganisaties CVZ RVZ NZa NMa Zichtbare Zorg ZonMW	
Databases Google Google Scholar Pubmed Econlit sEURch	
Belangenpartijen Individuele zorgverzekeraars NHG LHV NPCF ZN & Vektis	
Tijdschriften / Informatiesites Medisch Contact SKIPR Zorgvisie ESB Zorg & Financiering Weblog Guus Schrijvers De Eerstelijns	

Bijlage C: Gevonden literatuur, met beoordeling

Ook heeft de NZa gevraagd om een duiding van de referenties die gebruikt zijn in de uitvoeringstoets. In navolging hiervan heeft SiRM zoals te vinden in tabel B.2 een overzicht gemaakt met daarin per referentie de literatuurverwijzing, de relevantie, de waardering en in het kort de bevindingen van de desbetreffende referentie. Bij de waardering komen de volgende punten aan bod: actualiteit, uitgevoerd door, gebruikte methode en toepasbaarheid. Deze punten bieden inzicht in de waarde van de betreffende publicatie.

Referentie

- Achmea .2011. *Zorginkoopdocument huisartsenzorg 2012*.
- CZ. 2011a. *Overeenkomst vrijgevestigde huisarts 2012*.
- CZ 2011b. *Onze afspraken over huisartsenzorg*. Bereikbaar op: <http://www.cz.nl/consument/zorgadvies/kwaliteit/afspraken-over-zorginkoop/huisartsen>
- Menzis. 2011. *Kernafspraken overeenkomst vrijgevestigde huisarts*.
- UVIT. 2011. *Zorgovereenkomst Huisartsengeneeskundige Zorg 2012*. Deel I en II

Relevantie

- Zorgverzekeraars contracteren alle huisartsen
- Zorgverzekeraars lijken het maximumtarief te betalen zonder daar voorwaarden aan te verbinden

Waardering referentie

- Actualiteit: Contractafspraken van zorgverzekeraars 2012
- Achtergrond: contracten van Achmea, Menzis, UVIT en CZ
- Toepasbaarheid: geeft recente contractafspraken weer van een aantal verzekeraars

Bevindingen

- Zorgverzekeraar Achmea vergoedt in 2012 de maximumtarieven voor het inschrijvingstarief, de populatiegebonden toeslagen, de consulten en de visites
- CZ en UVIT geven in de huisartscontracten van 2012 aan dat de vigerende tarieven van de NZa leidend zijn, maar beschrijven niet specifiek dat ze maximumtarieven vergoeden
- Menzis is onduidelijk over de tarieven in het contract met de huisarts
- Uit het contracteerbeleid huisartsenzorg van UVIT blijkt dat in principe elke huisarts in aanmerking komt voor een contract
- Zorgverzekeraar CZ geeft aan daadwerkelijk een contract te hebben met elke huisarts
- Achmea stelt naast de wettelijke basiseisen enkele aanvullende eisen aan de te contracteren huisarts

Referentie

- Van den Berg, J.W. 2011. "Specialist aan roer van ketenzorg". *Medisch contact* (40) 7: 2409-2411

Relevantie

- Het is voor de zorgverzekeraars door de integrale bekostiging niet helder wie welke zorg levert tegen welke kwaliteit. Bovendien zijn de uitkomsten van de zorg niet goed zichtbaar, waardoor verzekeraars minder goed in staat zijn om hun inkooprol te vervullen

Waardering referentie

- Actualiteit: publicatie uit 2011
- Achtergrond: publicatie in Economisch Statistische Berichten
- Toepasbaarheid: biedt inzicht in de machtspositie van zorggroepen

Bevindingen

- Achmea heeft inzicht in de uitkomsten van zorg van de hoofdaannemer en gebruiken de bevindingen om hun inkooprol te vervullen

Referentie

- Bex, P.M.H.H., J.J.F.M. van den Hurk en J.P. Sterrenburg . 2008. *Meting Lasten Huisartsen*. Onderzoek naar de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen. SIRA Consulting

Relevantie

- De verschillende inkomstenbronnen zorgen voor hoge uitvoeringskosten, doordat elke inkomstenbron op een andere manier geregistreerd wordt.

Waardering referentie

- Actualiteit: het betreft een publicatie na de invoering van de ZVw
- Achtergrond: de NZa heeft SIRA consulting opdracht gegeven tot onderzoek
- Typering onderzoek: het betreft een vergelijkend onderzoek
- Toepasbaarheid: het rapport biedt informatie over de administratieve lasten van huisartsen in Nederland

Bevindingen

- De totale tijdsbesteding voor administratieve werkzaamheden ligt voor solopraktijken op circa 26 uur per week en voor meerpersoonspraktijken op circa 27 uur per week.
- Huisartsen besteden gemiddeld 2,5 uur (solopraktijken) of 4 uur (meerpersoonspraktijken) aan declaratieverkeer per week
- Het indienen en controleren van declaraties bij zorgverzekeraars veroorzaakt voor huisartsen de grootste ervaren lasten.

Referentie

- Braspenning, J., M. Bouma, A. van Doorn, P. van den Hombergh & K. in 't Veld. 2010 'Huisartsen leggen verantwoording af'. Nieuwe basisset indicatoren geschikt voor publiek gebruik. *Medisch Contact (65) 6*: 254-257

Relevantie

- De transparantie van de prestaties van huisartsenzorg komt nog nauwelijks van de grond

Waardering referentie

- Actualiteit: Publicatie uit 2010
- Achtergrond: Betrokken partijen bij de ontwikkeling van de indicatoren: NHG, LHV, NPCF, Consumentenbond, ZN, IGZ, VWS. Het artikel is geschreven door leden van het NHG, LHV en IQ healthcare
- Toepasbaarheid: Geeft weer dat er ontwikkelingen zijn rondom de transparantie van de huisartsenzorg

Bevindingen

- Er is een basisset indicatoren ontwikkeld, opgebouwd uit proces- en uitkomstindicatoren.

Referentie

- Capaciteitsorgaan 2011a. *Capaciteitsplan 2010*. Voor de medische tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwachte (vervolg)opleiding. Revisie 1.1, Utrecht.
- Capaciteitsorgaan 2011b. *Capaciteitsplan 2010*. Deelrapport 2: Huisartsgeneeskunde. Utrecht

Relevantie

- De opvolging van huisartsen in rurale gebieden kan op termijn moeizamer worden

Waardering referentie

- Actualiteit: recente rapportage over 2010
- Achtergrond: uitgevoerd door het Capaciteitsorgaan
- Typering onderzoek: gebaseerd op gegevens van verschillende onderzoeksinstituten, het RIVM, en het Nivel. Deels op specifiek onderzoek ten behoeve van dit rapport op basis van beschikbare cijfers. Een belangrijke basis voor dit rapport vormen de rapportages van het Nivel: cijfers uit de registratie van huisartsen.
- Toepasbaarheid: De rapportage gaat specifiek in op werkelijk gerapporteerde cijfers uit de Nederlandse situatie en is door VWS gebruikt bij het opstellen van het verzoek tot uitvoeringstoets voor de NZa. Het doel van de rapportage is om de gewenste instroom van huisartsen AIO's te bepalen.

Bevindingen

- Het Capaciteitsorgaan komt tot de conclusie dat plattelandsgebieden die verder van de steden af liggen en die relatief veel solopraktijken tellen, problemen kunnen krijgen met het aantrekken van huisartsen ofwel meer duo- en groepspraktijken zullen krijgen.
- Hierbij baseert het Capaciteitsorgaan zich op het feit dat in de plattelandsgemeenten relatief veel solopraktijken voorkomen en dat er met name interesse is voor duo- of groepspraktijken bij jongeren. Bovendien neemt het aantal vrouwen toe en bij vrouwen is deze wens groter dan bij mannen.
- Tegelijkertijd komt het Capaciteitsorgaan tot de conclusie dat de mobiliteit van huisartsen (vooralsnog) zorgt voor voldoende spreiding van huisartsenzorg in ons land. Daarbij geeft het capaciteitsorgaan aan dat het wellicht zinvol is om te anticiperen op mogelijke probleemgebieden. OP grond van de beschikbare gegevens kunnen echter nog geen probleemgebieden met zekerheid worden aangegeven.
- Bij de beoordeling houdt het Capaciteitsorgaan rekening met demografische groei van de zorgvraag en ook met verticale substitutie bijvoorbeeld naar de PA en of VS

Referentie

- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. 2010. *Zorgstandaarden in model*. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronisch zieken. Den Haag, februari 2010

Relevantie

- Er kunnen problemen ontstaan met de opvolging van huisartsen in de rurale gebieden

Waardering referentie

- Recente rapportage uit 2010
- Uitgevoerd in opdracht van ZonMW
- Biedt inzicht in de zorgstandaarden voor chronisch zieken

Bevindingen

- Dubbele bekostiging van integrale zorg voor chronisch zieken geen probleem hoeven zijn: "De modulaire opbouw van zorgstandaarden maakt het in beginsel mogelijk om bij multimorbiditeit tot goede afspraken voor de zorginkoop te komen en gericht in te kopen op basis van de reële behoefte."

Referentie

- Croonen, H. 2010. *Contractering van ketenzorg verloopt stroef, Verzekeraars gaan uit van oude afspraken met zorggroepen*. 29 april 2010

Relevantie

- Aanvulling met betrekking tot ketenzorg

Waardering referentie

- Actualiteit: publicatie in 2010
- Achtergrond: gebaseerd op contracten van de vier grootste verzekeraars
- Toepasbaarheid: snelheid van contracteren volgens integrale bekostiging

Bevindingen

- Uit een inventarisatie bij vier verzekeraars blijkt dat de contractering door middel van integrale bekostiging niet vlot van de grond komt.
- Met name voor diabetes wordt gecontracteerd

Referentie

- Curry, N. & C. Ham. 2010. *Clinical and service integration*. The route to improved outcomes. The King's Fund.

Relevantie

- Aanvullende bevindingen integrale bekostiging

Waardering referentie

- Actualiteit: rapportage uit 2010
- Achtergrond: uitgevoerd door The King's Fund
- Toepasbaarheid: biedt inzicht in verschillende wijzen van integrale bekostiging.

Bevindingen

- De auteurs maken onderscheid in drie niveau's van integrale bekostiging:
- Macro-niveau. Hierbij is de bekostiging gericht op het integraal aanbieden van zorg aan de gehele populatie
- Meso-niveau. Hierbij is de bekostiging gericht op het integraal aanbieden van zorg aan groepen patiënten, zoals bijvoorbeeld ouderen
- Micro-niveau. Hierbij is de bekostiging gericht op het integraal aanbieden van zorg per aandoening.

Referentie

- CVZ. 2011. *Zorgcijfers: algemeen overzicht 2010*. Bereikbaar op: <https://www.zorgcijfersdata.cvz.nl/zorggroepen>. 29 april 2010

Relevantie

- Door het grote aantal huisartsenpraktijken en de relatief lage kosten per huisarts is het voor verzekeraars tijdrovend om te onderhandelen

Waardering referentie

- Actualiteit: zorgcijfers over 2010
- Toepasbaarheid: geeft inzicht in de kosten van de huisartsenzorg

Bevindingen

- De totale kosten voor gezondheidszorg binnen de Zorgverzekeringswet zijn 52,6 miljard euro, waarvan het aandeel van huisartsen 2.168 miljoen euro is (4,16%)

•

Referentie

- Van Dijk, M.P.M., H.J. van der Steeg & A.J.P Schrijvers. 2010. *Onderhandelingen Diabetes Ketenzorg Midden Nederland*. Een evaluatie van proces en resultaat. Utrecht, november 2010.

Relevantie

- Verzekeraars geven aan dat de marktmacht van huisartsen groot is. Dit wordt mede verklaard door de sterke relatie tussen huisarts en patiënt.

Waardering referentie

- Actualiteit: rapport uit 2010 over de bevindingen van onderhandelingen tussen zorggroepen en zorverzekeraar.
- Toepasbaarheid: geeft inzicht in de meningen van de zorggroepen

Bevindingen

- De zorggroepen hebben de onderhandelingen met de verzekeraar ervaren als een rituele dans, tijdrovend, inefficiënt en weinig professioneel.

Referentie

- Van Dijk, C., R. Verheij. 2010. *Integrale bekostiging dekt fractie zorg*. Huisartsenzorg in cijfers, juni 2010

Relevantie

- In situaties waarin de zorgaanbieder meerdere chronische zorgketens op basis van integrale bekostiging en andere zorgprogramma's op basis van de GEZ module verzorgt, is de afbakening tussen de GEZ module en de integrale bekostiging.
- Er blijkt overlap te zitten tussen de verschillende beleidsregels van de zorg integrale bekostiging chronisch zieken als het gaat om de behandeling van mensen met meerdere chronische aandoeningen. Er is daardoor een risico van dubbele bekostiging
- Omdat de tarieven voor enkelvoudige prestaties ongelabeld zijn is het voor verzekeraars niet zichtbaar of de behandeling van patiënten met een chronische aandoening vallen onder de integrale bekostiging of niet. Hierdoor bestaat een risico op dubbele bekostiging.
- Het is voor de zorgverzekeraars door de bekostigingsmethode niet helder wie welke zorg levert tegen welke kwaliteit. Bovendien zijn de uitkomsten van de zorg niet goed zichtbaar, waardoor verzekeraars minder goed in staat zijn om hun inkooprol te vervullen
- De (grote) groei van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn is overwegend monodisciplinair gericht en zorggroepen bestaan vaak alleen uit huisartsen

Waardering referentie

- Actualiteit: rapport uit 2010, cijfers uit 2008
- Achtergrond: gebaseerd op geregistreerde gegevens uit de LINH

Bevindingen

- Het rapport bevat cijfers over het voorkomen van Diabetes, COPD en hartfalen.
- Iets meer dan 5% van de consulten van huisartsen betreffen patiënten met diabetes, COPD of hartfalen

Referentie

- www.ehealthnu.nl. 2012, geraadpleegd op 13 januari 2012

Relevantie

- De toepassing van e-health voor huisartsenzorg en integrale zorg komt nog onvoldoende van de grond. Dit heeft te maken met barrières in de cultuur en organisatie van zorg.

Waardering referentie

- Actualiteit: de belemmeringen betreffen geconstateerde belemmeringen door aanbieders van e-health diensten in 2011
- Achtergrond: de website is een initiatief van Philips, Menzis, Achmea, Rabobank, KPN en TNO

Bevindingen

- Er worden 7 belemmeringen benoemd bij de landelijke uitrol van e-health initiatieven:
- Financiering
- Wet- en regelgeving
- Cultuur en draagvlak bij zorgvrager
- Draagvlak medische professionals
- Aanbod diensten en knowhow
- Medical evidence is beperkt of ontbreekt
- Uniformering en standaardisatie

Referentie

- Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging 2011. *Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken*. Een eerste rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.

Relevantie

- Er blijkt overlap te zitten tussen de verschillende beleidsregels van de integrale bekostiging voor chronisch zieken als het gaat om de behandeling van mensen met meerdere chronische aandoeningen. Er is daardoor een risico van dubbele bekostiging
- Door de veelvoud aan tarieven is er een groter risico dat aanbieders foutief en/of dubbel declareren

Waardering referentie

- Actualiteit: rapportage januari 2011
- Achtergrond: onderzoek uitgevoerd op basis van subsidie VWS
- Typering onderzoek: gebaseerd op literatuuronderzoek en eigen ervaringen. De preliminaire conclusies zijn dan ook voor een deel gebaseerd op eigen indrukken en observaties van leden van de commissie.
- Toepasbaarheid: biedt informatie over de integrale bekostiging van ketenzorg

Bevindingen

- Het rapport bevat de eerste bevindingen van de ervaringen met integrale bekostiging. De taakopdracht van de commissie richt zich op de vraag in welke mate het instrument integrale bekostiging de toepassing van ketenzorg bevordert. De commissie richt zich niet op de vraag in hoeverre ketenzorg in zijn algemeenheid leidt tot betere en of goedkopere zorg.
- De verandering voor de aanbieders is groot geweest.
- De keuze voor een overgangperiode waarin een keuze kan worden gemaakt of sprake is van integrale bekostiging leidt tot problemen met administratieve lasten en dubbele bekostiging

Referentie

- De Friesland Zorgverzekeraar. 2011. *Algemene risicoanalyse materiële controle ZVW 2010*. Update 14-11-2011

Relevantie

- Door de veelvoud aan tarieven is er een groter risico dat aanbieders foutief en/of dubbel declareren

Waardering referentie

- Actualiteit: het betreft de risicoanalyse van de materiële controle 2010 met een update op 14-11-2011
- Achtergrond: uitgevoerd door De Friesland Zorgverzekeraar, een belanghebbende
- Toepasbaarheid: het rapport biedt informatie over eventuele dubbele declaraties door huisartsen in Nederland

Bevindingen

- "Bij de controle van vorig jaar is gebleken dat er nog steeds verschillende interpretaties van de declaratie regels betreffende deze los declarabele verrichtingen zijn. Daarom gaan wij dit jaar verder met het benaderen van huisartsen die verhoudingsgewijs meer los declarabele verrichtingen dan gemiddeld declareren. Hierbij zal met name aandacht zijn voor het ver boven gemiddeld declareren van telefonische consulten omdat die het grootste risico vormen."

Referentie

- Gootzen, T. & A. Bonte. 2010. Het rendement van ketenzorg; *medisch contact* 28 januari 2010

Relevantie

- In situaties waarin de zorgaanbieder meerdere chronische zorgketens op basis van integrale bekostiging en andere zorgprogramma's op basis van de GEZ module verzorgt, is de afbakening tussen beide vormen van bekostiging niet scherp te maken

Waardering referentie

- Actualiteit: publicatie uit januari 2010
- Achtergrond: geschreven door medewerkers van CZ
- Toepasbaarheid: eerste resultaten uit de praktijk van CZ

Bevindingen

- Op dit moment zijn de zorgprogramma's nog met name opgezet rond één aandoening. Om integrale en proactieve zorg te verlenen die aansluit op de totale zorgvraag van de patiënt, moeten de verschillende zorgprogramma's in elkaar worden gevlochten. Patiënten met multimorbiditeit zijn immers niet gebaat met een zorgprogramma per aandoening. Zoals de KNMG al bij de minister heeft aangegeven, is het dus ook de vraag of functionele bekostiging op aandoening dan wel de oplossing is.

Referentie

- Gosden, T, F. Forland, I.S. Kristiansen, M. Sutton, B. Leese, A. Giuffrida, M. Sergion & L. Pederson. *Capitation, salasy, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review)*. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons.

Relevantie

- Er staat geen specifieke prestatie tegenover het inschrijftarief
- Het inschrijftarief houdt rekening met zorgzwaarte. Ondanks het hogere inschrijftarief in achterstandswijken is er echter een beperkte vestigingsbereidheid van huisartsen in achterstandswijken. Onduidelijk is of dit komt doordat er onvoldoende financiële compensatie is of door andere oorzaken
- Door het bestaan van het inschrijftarief wordt een deel van de kosten van een aanbieder van huisartsenzorg gedekt. Daardoor zijn de tarieven lager dan de kostprijs. Andere aanbieders dan de huisarts zijn niet in staat het inschrijftarief te kunnen declareren. Hierdoor is het voor hen niet rendabel om losse prestaties uit te voeren, wat een belemmering vormt voor de toetreding van nieuwe aanbieders.

Waardering referentie

- Actualiteit: rapportage 2006
- Achtergrond: publicatie van The Cochrane Collaboration
- Typering onderzoek: gebaseerd op literatuuronderzoek
- Toepasbaarheid: biedt informatie over de invloed van verschillende soorten betalingen op het gedrag van huisartsen.

Bevindingen

- De literatuur suggereert dat huisartsen die betaald worden per verrichting meer verrichtingen uitvoeren dan huisartsen met een salaris of betaling per patiënt.
- Deze bron geeft een indicatie van de gevolgen van de bekostiging op het gedrag van huisartsen, maar is niet robuust genoeg om te gebruiken voor beleidsvoering

Referentie

- De Haan. 2009. *Ketenzorg, Het faillissement van Salland Verzekeringen als Regisseur van zorg?* Een evaluatie van de agentschapsrelatie tussen Salland Verzekeringen en de diabetesketen HDRD vanuit principaal-agent perspectief

Relevantie

- Door de veelvoud aan tarieven is er een groter risico dat aanbieders foutief en/of dubbel declareren

Waardering referentie

- Actualiteit publicatie uit 2009
- Achtergrond: masterscriptie over het faillissement van Salland Verzekeringen
- Typering onderzoek: er is gebruik gemaakt van declaratiegegevens van diabetespatiënten.
- Toepasbaarheid: geeft onderbouwing met betrekking tot dubbele bekostiging

Bevindingen

- Er is in verschillende gevallen sprake van dubbele bekostiging

Referentie

- Hansen, J., M. van Greuningen & R.S. Batenburg . 2010. *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn*. Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie

Relevantie

- De (grote) groei in van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn is overwegend monodisciplinair gericht en zorggroepen bestaan vaak alleen uit huisartsen.

Waardering referentie

- Actualiteit: monitor uit 2010
- Toepasbaarheid: biedt informatie over de ontwikkelingen van samenwerkingsverbanden

Bevindingen

- Samenwerkingsverbanden rondom Diabetes is voornamelijk georganiseerd in de vorm van een zorggroep met uitsluitend huisartsen.
- De samenwerkingsverbanden rondom Astma en COPD bestaan voor ongeveer een derde uit uitsluitend huisartsen.
- Tussen 2007 en 2009 is het aantal samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en andere disciplines toegenomen, voornamelijk op het gebied van contracten met apothekers, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en fysiotherapeuten.

Referentie

- Hennig-Schmidt, H., R. Selten & D. Wiesen. 2011. 'How payment systems affect physicians' provision behaviour - An experimental investigation'. *Journal of Health Economics* 30:637-646

Relevantie

- Er staat geen specifieke prestatie tegenover het inschrijftarief
- Het inschrijftarief houdt rekening met zorgzwaarte. Ondanks het hogere inschrijftarief in achterstandswijken is er echter een beperkte vestigingsbereidheid van huisartsen in achterstandswijken. Onduidelijk is of dit komt doordat er onvoldoende financiële compensatie is of door andere oorzaken
- Door het bestaan van het inschrijftarief wordt een deel van de kosten van een aanbieder van huisartsenzorg gedekt. Daardoor zijn de tarieven lager dan de kostprijs. Andere aanbieders dan de huisarts zijn niet in staat het inschrijftarief te kunnen declareren. Hierdoor is het voor hen niet rendabel om losse prestaties uit te voeren, wat een belemmering vormt voor de toetreding van nieuwe aanbieders.

Waardering referentie

- Actualiteit: onderzoek uit 2011
- Typering onderzoek: literatuur- en experimentele studie
- Toepasbaarheid: overzicht van prikkels van capitation fee en fee for service in verschillende landen. Experiment is vormgegeven met medische studenten.

Bevindingen

- Het artikel biedt inzicht in de voor- en nadelen van capitation fee en fee for service en test daarnaast met behulp van een experiment de uitwerking van deze prikkels op het gedrag van artsen.

Referentie

- Hingstman, L. & R.J. Kenens. 2007. *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Peiling 2007. NIVEL
- Hingstman, L. & R.J. Kenens. 2008. *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Peiling 2008. NIVEL
- Hingstman, L. & R.J. Kenens. 2009. *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Peiling 2009. NIVEL
- Hingstman, L. & R.J. Kenens. 2010. *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Peiling 2010. NIVEL

Relevantie

- In bepaalde regio's is er sprake van schaarste aan huisartsen.

Waardering referentie

- Actualiteit: recente rapportages, met gegevens tot en met 2010
- Achtergrond: onderzoek uitgevoerd op basis van subsidie VWS
- Typering onderzoek: gebaseerd op 2 registratiebronnen. Registratie van huisartsen (sinds 1974) en registratie van afgestudeerde huisartsen (sinds 1979), aangevuld met een enquête
- Toepasbaarheid: het betreft gegevens specifiek over de Nederlandse situatie.

Bevindingen

- Het aantal huisartsen neemt toe tot 2010. Er zijn enkele regio's waar de gemiddelde praktijkgrootte in 2009 boven de landelijk gebruikte norm lag van 2350 patienten per fte huisarts
- het gemiddelde aantal inwoners per fte huisarts is in sommige gebieden hoger dan 15% boven de norm van 2350 inwoners per fte.
- Er is een ontwikkeling gaande van solopraktijken naar groepspraktijken

Referentie

- Ion.artsennet.nl. 2011. Stichting Inschrijving Op Naam. Geraadpleegd op 2 december 2011.

Relevantie

- Door de veelvoud aan tarieven is er een groter risico dat aanbieders foutief en/of dubbel declareren

Waardering referentie

- Actualiteit: het betreft een database die momenteel gebruikt wordt
- Achtergrond: de database wordt beheerd door VECOZO
- Toepasbaarheid: het betreft een database die dubbel declareren van het inschrijftarief voor één patiënt voorkomt

Bevindingen

- Er is een database waarin iedere patiënt aan een huisarts is gekoppeld om dubbel declareren van het inschrijftarief te voorkomen

Referentie

- Karssen, B., M. Schipper en B. Jurling . 2007. *Praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken*. Eindrapportage van een onderzoek naar de praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken in Nederland in 2006.

Relevantie

- De verschillende inkomstenbronnen zorgen voor hoge uitvoeringskosten, doordat elke inkomstenbron op een andere manier geregistreerd wordt.
- Door de stapeling van de verschillende inkomstenbronnen is het inzicht in de kostprijs van de verschillende onderdelen beperkt. Dit maakt het voor verzekeraars moeilijk om in het vrij onderhandelbare deel een passende vergoeding te berekenen.

Waardering referentie

- Actualiteit: publicatie uit 2009
- Achtergrond: onderzoek is uitgevoerd door Significant B.V. in opdracht van de NZa
- Typering onderzoek: analyse van gegevens uit een steekproef
- Toepasbaarheid: geeft inzicht in de verschillende kosten en opbrengsten van huisartsen

Bevindingen

- Overzicht van de kostenstructuur van huisartsen in solopraktijken en meerpersoonspraktijken.
- Overzicht van de opbrengsten van huisartsen op basis van de WMG en daarbuiten.

Referentie

- Knap, J.A. 2011. 'De huisarts heeft te veel patiënten'. *Medisch contact* 5:286
- Reacties op artikel <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/Tijdschriftartikel/91056/De-huisarts-heeft-te-veel-patienten.htm>, geraadpleegd op 23 december 2011

Relevantie

- In bepaalde regio's is er sprake van schaarste aan huisartsen.

Waardering referentie

- Actualiteit: publicatie uit 2011
- Achtergrond: bedoeld als discussiestuk over de praktijkomvang van huisartsen
- Toepasbaarheid: Gericht op de specifieke nederlandse situatie
- 5 reactie van huisartsen en een reactie van Guus Schrijvers, hoogleraar Public Health

Bevindingen

- Doordat het aantal taken van een huisarts toeneemt en ook de zwaarte van de behandelingen toeneemt doordat taken vanuit het ziekenhuis overgenomen worden is het noodzakelijk dat de omvang van de normpraktijk afneemt naar 2000 patiënten.
- De 5 huisartsen onderschrijven het punt van Knap.
- Guus Schrijvers onderschrijft het punt niet. Hij geeft drie andere mogelijke oplossingen: 1. Een apart inschrijftarief voor chronisch zieken. 2. Het vaststellen van de norm op basis van verschillen in zorgzwaarte van de patiëntpopulatie. 3. Het ontlasten van de huisarts door middel van POH, NP en PA

Referentie

- Kramer, P. 2011. *De huisarts-patiënt relatie anno 2011*. TNS-NIPO.

Relevantie

- Verzekeraars geven aan dat de marktmacht van huisartsen groot is. Dit wordt mede verklaard door de sterke relatie tussen huisarts en patiënt

Waardering referentie

- Actualiteit: recente publicatie uit 2011
- Toepasbaarheid: geeft informatie over de vertrouwensband tussen de huisarts en de patiënt

Bevindingen

- 80% van de Nederlanders heeft in 2011 contact gehad met de huisarts
- 73% van de Nederlanders wil het liefst een vaste huisarts gedurende een lange periode of voor zijn hele leven.

Referentie

- Menzis. 2009. *Reactie Visiedocument functionele bekostiging*.

Relevantie

- Er blijkt overlap te zitten tussen de verschillende beleidsregels van de integrale bekostiging voor chronisch zieken als het gaat om de behandeling van mensen met meerdere chronische aandoeningen. Er is daardoor een risico van dubbele bekostiging
- Omdat de tarieven voor eenvoudige prestaties ongelabeld zijn is het voor verzekeraars niet zichtbaar of de behandeling van patiënten met een chronische aandoening vallen onder de integrale bekostiging of niet.

Waardering referentie

- Actualiteit:reactie van een zorgverzekeraar op de functionele bekostiging
- Toepasbaarheid: heeft betrekking op de dubbele bekostiging van zorg

Bevindingen

- De Minister kan met deze functionele bekostiging 'dubbele financiering' niet voorkomen. Enerzijds blijven de ongelabelde consulten bestaan en anderzokds zullen de verschillen in declaraties tussen de eerste en tweede lijn altijd tot risico's op dubbele bekostiging leiden.
- Menzis merkt op dat de mogelijkheden tot dubbele bekostiging aldus blijven bestaan.

Referentie

- Minister van VWS. 2009. *Kamerstuk CZ/EKZ/2968898 26 november 2009*. Bereikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/11/27/voorhang-keten-dbc-en-huisartsenbekostiging.html>

Relevantie

- Er blijkt overlap te zitten tussen de verschillende beleidsregels van de zorg integrale bekostiging chronisch zieken als het gaat om de behandeling van mensen met meerdere chronische aandoeningen. Er is daardoor een risico van dubbele bekostiging

Waardering referentie

- Actualiteit: de brief komt uit 2009
- Achtergrond: het betreft een brief van de minister aan de Eerste Kamer
- Toepasbaarheid: de brief bevat de beleidsdoelstellingen van de Minister

Bevindingen

- De brief bevat de politieke doelstelling van de Minister om door middel van ketenzorg de dubbele bekostiging zoveel mogelijk te minimaliseren

Referentie

- Minister van VWS. 2011. *Verzoek uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg*. CZ/EKZ- 3089390, 28 november 2011

Relevantie

- Deze brief is de basis voor de uitvoeringstoets die SiRM voor de NZa uitvoert
- Deze brief bevat alle knelpunten die in de rapportage worden genoemd

Waardering referentie

- Actualiteit: brief uit 2011 die vraagt om een uitvoeringstoets van de huisartsenzorg en integrale zorg
- Toepasbaarheid: de Minister van VWS verzoekt de NZa tot het uitvoeren van een uitvoeringstoets
- De knelpunten in de brief worden getoetst

Bevindingen

Referentie

- NIVEL. 2008. *Vragenlijst ervaringen met de kwaliteit van huisartsenzorg*. CQ-index huisartsenzorg

Relevantie

- De transparantie van de prestaties van huisartsenzorg komt nog nauwelijks van de grond

Waardering referentie

- Actualiteit: het betreft een publicatie uit 2008
- Achtergrond: betrokken partijen bij de ontwikkeling van de indicatoren: NHG, LHV, NPCF, Consumentenbond, ZN, IGZ, VWS.
- Toepasbaarheid: geeft weer dat er ontwikkelingen zijn rondom de transparantie van de huisartsenzorg

Bevindingen

- Er zijn ontwikkelingen omtrent het meten van patientenervaringen bij huisartsen

Referentie

- *NMa. 2012. NMa beboet LHV wegens ongeoorloofde vestigingsadviezen. Nieuwsbericht.*

Relevantie

- Patiënten wisselen relatief weinig van huisarts
- Verzekeraars geven aan dat de marktmacht van huisartsen groot is.

Waardering referentie

- Actualiteit: nieuwsbericht van de NMA in 2012

Bevindingen

- De NMa beboet de LHV met 7,7 miljoen euro voor het geven van ongeoorloofde vestigingsadviezen

Referentie

- Noordam & de Vries. 2005. *Rapport Contractering*. 689/ HA - ZV.

Relevantie

- Verzekeraars geven aan dat de marktmacht van huisartsen groot is.

Waardering referentie

- Actualiteit: rapport uit 2005.
- Toepasbaarheid: biedt inzicht in de onderhandelingen tussen huisartsen en zorgverzekeraars

Bevindingen

- In 2005 is 64% van de onderhandelende huisartsen ontevreden of zeer ontevreden over de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraar
- Zorgverzekeraars beroepen zich er volgens huisartsen op dat het voor hen onmogelijk is om met elke huisarts afzonderlijk te onderhandelen

Referentie

- NPCF & Zorgbelang Nederland. 2010. *Meldactie Huisartsenzorg november 2009*. NPCF 2010-4.

Relevantie

- Patienten wisselen weinig van huisarts, dit wordt mede veroorzaakt door belemmeringen bij het overstappen.
- De mogelijkheden van patiënten om te kiezen voor een huisarts worden geografisch beperkt.
- De zorgverlening is onvoldoende afgestemd op de wensen van de patiënt
- Patienten kunnen relatief weinig bij hun huisarts buiten werktijden terecht
- Het aanbieden van online diensten als email of online consult, blijkt beperkt te zijn.
- Mogelijk speelt bij het beperkt wisselen van huisarts het inschrijftarief een rol.
- Mogelijk speelt bij het beperkte wisselen van huisarts de beperkte aansluiting en uitwisseling van medische dossiers een rol.

Waardering referentie

- Actualiteit: publicatie uit 2009
- Achtergrond: Meldactie Huisartsen door het NPCF en Zorgbelang Nederland
- Toepasbaarheid: niet representatief onderzoek waarin zorggebruikers gevraagd wordt naar de meningen en verwachtingen ten aanzien van de huisarts

Bevindingen

- 14% zeker wil veranderen van huisarts en 11% is in de afgelopen twee jaar van huisarts veranderd
- Van de mensen die willen veranderen geeft 52% aan dat er een belemmering is om te veranderen van huisarts. Hierbij werden een volle praktijk en onderlinge afspraken door 49% als belemmering aangegeven
- De respondenten geven aan dat het bestaan van onderlinge afspraken tussen huisartsen de voornaamste reden is waardoor zij niet kunnen wisselen van huisart
- 29% van de deelnemers geeft aan dat het mogelijk is om online een afspraak te maken, waar in totaal 8% van de deelnemers gebruik van maakt. De mogelijkheid tot een consult via internet wordt in 10% van de gevallen aangeboden door de huisarts.
- Chatten met de huisarts of praktijkondersteuner kan in respectievelijk 10% en 12% van de gevallen, en 1% en 2% van de deelnemers maakt hier gebruik van. Wanneer contact of informatiemogelijkheden mogelijk zijn, wordt het meest gebruik gemaakt van informatie over de praktijk, het indienen van herhaalrecepten en het opzoeken van informatiefolders.
- 49% van de respondenten geeft aan dat de huisarts niet altijd voldoende tijd voor hen neemt,
- 63% van de respondenten geeft aan dat de openingstijden niet altijd toereikend zijn,
- 23% van de respondenten wil gebruiken maken van een inlooppreekuur, in 15% van de gevallen is dit mogelijk, en
- 26% van de deelnemers geeft aan dat het mogelijk is om informatie of contact te krijgen met en van de huisarts via e-mail of internet

Referentie

- NZa. 2007. *An Optimal remuneration system for General Practitioners*. De Nederlandse Zorgautoriteit.

Relevantie

- Er staat geen specifieke prestatie tegenover het inschrijftarief
- Het inschrijftarief houdt rekening met zorgwaarde. Ondanks het hogere inschrijftarief in achterstandswijken is er echter een beperkte vestigingsbereidheid van huisartsen in achterstandswijken. Onduidelijk is of dit komt doordat er onvoldoende financiële compensatie is of door andere oorzaken
- Door het bestaan van het inschrijftarief wordt een deel van de kosten van een aanbieder van huisartsenzorg gedekt. Daardoor zijn de tarieven lager dan de kostprijs. Andere aanbieders dan de huisarts zijn niet in staat het inschrijftarief te kunnen declareren. Hierdoor is het voor hen niet rendabel om losse prestaties uit te voeren, wat een belemmering vormt voor de toetreding van nieuwe aanbieders.

Waardering referentie

- Actualiteit: het betreft een publicatie uit 2007 waarin de overwegingen om te komen tot het huidige bekostigingssysteem worden weergegeven
- Achtergrond: NZa rapport over de totstandkoming van de huidige bekostigingssystematiek
- Typering onderzoek: het betreft een literatuuronderzoek
- Toepasbaarheid: te gebruiken om de verscheidene prikkels te duiden van de bekostigingssystematiek

Bevindingen

- *“Een balans van financiële prikkels wordt het beste bereikt in een gemengd systeem van “capitation” (abonnementstarief) en “fee-for-service” (consulttarief). De perverse prikkels die ontstaan in een systeem dat alleen op capitation is gebaseerd, worden namelijk tegengegaan door het fee-for-service gedeelte van het bekostigingssysteem, en vice versa.”*

Referentie

- NZa. 2010. *Monitor Extramurale Farmacie 2010*. Een nulmeting van deze markt. De Nederlandse Zorgautoriteit.

Relevantie

- Voor alle prestaties in de extramurale farmacie gelden vanaf 2012 vrije tarieven. Apothekers stellen dat er door het inschrijftarief van de huisarts sprake zou zijn van een ongelijk speelveld.

Waardering referentie

- Actualiteit: het betreft een publicatie uit 2010 gericht op het in kaart brengen van de extramurale farmaceutische zorg
- Achtergrond: monitor van de NZa
- Typering onderzoek: analyse van meerdere databases en interviews met belangenpartijen
- Toepasbaarheid: concurrentiebelemmering in de extramurale farmacie wat betreft huisartsen.

Bevindingen

- Er zijn 451 apotheekhoudende huisartsen, overwegend in gebieden waar de afstand tussen de openbare apotheek en de consument te groot is

Referentie

- NZa. 2011a. *Tariefbeschikking, TB/CU-7023-01, volgnr 29.*

Relevantie

- De reguliere verrichtings-tarieven zijn ongelabeld. Mede omdat ook de uitkomsten van de geleverde zorg niet zichtbaar zijn, ontbreekt voor verzekeraars inzicht in welke zorg daadwerkelijk wordt geleverd en zijn zijn minder goed in staat om hun inkooprol te vervullen.
- De verschillende inkomsten-bronnen zorgen voor hoge uitvoerings-kosten, doordat elke inkomstenbron op een andere manier geregistreerd wordt.
- Door de veelvoud aan tarieven is er een groter risico dat aanbieders foutief en/of dubbel declareren
- Door de stapeling van de verschillende inkomstenbronnen is het inzicht in de kostprijs van de verschillende onderdelen beperkt. Dit maakt het voor verzekeraars moeilijk om in het vrij onderhandelbare deel een passende vergoeding te berekenen.

Waardering referentie

- Actualiteit: beleidsregels huisartsenbekostiging 2012
- Achtergrond: opgesteld door de NZa op basis van een kostenonderzoek
- Toepasbaarheid: geeft de huidige bekostiging weer voor de huisartsenzorg

Bevindingen

- Huisartsen krijgen enerzijds een vergoeding per ingeschreven patiënt en anderzijds een vergoeding per verrichting
- Tarieven zijn gemaximaliseerd of vrij onderhandelbaar

Referentie

- NZa. 2011b. *Beleidsregel AL/BR-0005*. Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties
- NZa 2011c. *Beleidsregel BR/CU -7045*. Huisartsenzorg

Relevantie

- Door de stapeling van de verschillende inkomstenbronnen is het inzicht in de kostprijs van de verschillende onderdelen beperkt. Dit maakt het voor verzekeraars moeilijk om in het vrij onderhandelbare deel een passende vergoeding te berekenen
- Het inschrijftarief zorgt voor een belemmering voor de toetreding van nieuwe aanbieders

Waardering referentie

- Actualiteit: beleidsregels met betrekking tot innovatie en de achtergrond van de bekostiging van huisartsenzorg
- Achtergrond: opgesteld door de NZa

Bevindingen

- 16,8% van het loon van huisartsen wordt verdisconteerd in het inschrijvingstarief.
- Er bestaat de mogelijkheid tot innovatieve prestaties door middel van de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

Referentie

- RIVM. 2011. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
<http://www.zorgatlas.nl/zorg/eerstelijnszorg/huisartsenzorg/aanbod/geraadpleegd> op 23 december 2011

Relevantie

- In bepaalde regio's is sprake van schaarste aan huisartsen.
- In dunbevolkte regio's zorgt de norm –van maximaal 15 minuten reistijd - voor dat de keuze voor een huisarts voor patiënten vaak erg beperkt is

Waardering referentie

- Actualiteit: rapportage op basis gegevens 2010
- Achtergrond: de Nationale Zorgatlas is een product van het RIVM.
- Typering onderzoek: geraadpleegde kaarten zijn gebaseerd de huisartsenregistratie van het NIVEL
- Toepasbaarheid: het betreft gegevens specifiek over de Nederlandse situatie

Bevindingen

- Bijna iedereen heeft een huisarts binnen 15 minutengrens. In totaal wonen ongeveer 1000 mensen in gebieden die niet voldoen aan de 15-minutengrens.
- Uitgangspunt is dat iedereen naar de dichtsbijzijnde huisarts gaat. Niet onderzocht is wat de consequenties zijn als dit niet het geval is of als een huisarts weg zou vallen als gevolg van problemen met de opvolging. Het RIVM merkt op dat als patiënten niet naar de dichtsbijzijnde huisarts kunnen er ongetwijfeld grotere groepen patiënten zijn met een reistijd naar de huisarts van meer dan 15 minuten.
- Er zijn verschillende regio's waarin het aantal huisartsen binnen een straal van 3 kilometer beperkt is.

Referentie

- Schut, E. & J. E. de Wildt. 2011. 'Risicoverevening: hoe zit het nu precies?'. *De Eerstelijns 4: 10-11.*

Relevantie

- Verzekeraars hebben geen baat bij het verminderen van het doorverwijzen door huisartsen als gevolg van het gebrek aan risicodragendheid van verzekeraars voor kosten in de tweede lijn

Waardering referentie

- Actualiteit: artikel uit 2010
- Toepasbaarheid: beschrijft de relatie tussen de risicoverevening en de eerstelijnszorg

Bevindingen

- De ex-post compensatie voor verzekeraars zal de komende jaren worden afgebouwd. Dit betekent dat verzekeraars meer risico gaan lopen over de kosten die ze in de tweede lijn maken.
- Door de afschaffing van de ex-post risicoverevening wordt het voor de zorgverzekeraars interessanter om de zorg in de eerste lijn in te kopen. Ofwel de substitutie van de specialistische zorg naar generalistische zorg te realiseren, met efficiënte en effectieve eerstelijnszorg.
- Tegelijk zal de zorgverzekeraar ervoor moeten zorgen dat de gesubstitueerde zorg uit de tweede lijn niet automatisch wordt opgevuld met nieuwe of andere zorg.

Referentie

- Van Til, J.T., J.E. de Wildt & J.N. Struijs. 2010. *De organisatie van zorggroepen anno 2010*. De huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Rapport 260332001/2010

Relevantie

- De (grote) groei van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn is overwegend monodisciplinair gericht en zorggroepen bestaan vaak alleen uit huisartsen

Waardering referentie

- Actualiteit: rapport uit 2010
- Type onderzoek: Gebaseerd op een enquête onder zorggroepen
- Toepasbaarheid: geeft inzicht in de huidige ontwikkelingen van zorggroepen

Bevindingen

- het merendeel van de zorggroepen monodisciplinair is, wat inhoudt dat de zorggroepen uitsluitend uit huisartsen bestaan

Referentie

- Varkevisser, M., S. van der Geest, M. Appelman & J. Struijs. 2009. 'Regionale machtspositie zorggroepen baart zorgen'. *Economisch Statistische Berichten* 94 (4572): 701

Relevantie

- Ik krijg signalen dat de zorggroepen, voornamelijk bestaande uit huisartsen, een grote en ongewenst machtspositie hebben gekregen innen de eerste lijn

Waardering referentie

- Actualiteit: rapport uit 2009
- Achtergrond: gepubliceerd als mening in ESB
- Toepasbaarheid: geeft inzicht in de marktmacht van zorggroepen en de mogelijke problemen die daardoor kunnen ontstaan

Bevindingen

- Zij zien mogelijke problemen ontstaan op twee zorginkoopmarkten:
 - Als eerste bestaat er het risico dat zorggroepen door de afwezigheid van concurrentiedruk onvoldoende prikkels ondervinden om de kwaliteit van zorg te verbeteren , dan wel in relatie tot de kwaliteit een te hoge prijs te vragen.
 - In de tweede plaats zijn de risico's van uitbuiting of uitsluiting aanwezig, in het geval dat zorggroepen onderaannemers al dan niet contracteren met dwingende voorwaarden.

Referentie

- Van der Velden, L.F.J., L. Hingstman, R.E. Kenens & R.S. Batenburg. 2010. *Regionale spreiding van huisartsen*. Over mogelijke tekorten aan huisartsen, nu en in de nabije toekomst.

Relevantie

- In bepaalde regio's is er sprake van schaarste aan huisartsen.

Waardering referentie

- Actualiteit: onderzoek uit 2010
- Achtergrond: publicatie van het NIVEL
- Typering onderzoek: gebaseerd op analyses van meerdere gegevens: gemeenten, CBS-gegevens, de Vraag Aanbod Analyse Monitor van het NIVEL en de NIVEL huisartsenregistratie.
- Toepasbaarheid: geeft inzicht in de verdeling van het aantal patiënten per fte huisarts in Nederland.

Bevindingen

- 56 gemeenten hebben een aantal patiënten per fte dat minimaal 15% hoger ligt dan de norm van 2350.

Referentie

- Wiegers, T., P. Hopman, D. Kringos & D. de Bakker. 2011. *Overzichtstudies Eerste Lijn*. NIVEL

Relevantie

- De transparantie over de prestaties van aanbieders van huisartsenzorg komt in de eerste lijn nog nauwelijks van de grond

Waardering referentie

- Actualiteit: onderzoek uit 2011
- Achtergrond: Publicatie van het NIVEL
- Toepasbaarheid: biedt inzicht in de ontwikkelingen in de eerste lijn

Bevindingen

- Voor de CQI zijn vragenlijsten ontwikkeld en hebben twee pilots plaatsgevonden
- De auteurs vragen zich af of het systeem van prestatieindicatoren niet te zwaar is voor de relatief kleine organisaties in de eerste lijn. Bij een beperkt aantal observaties per organisatie is de kans van sterke schommelingen in de uitkomsten immers groot en zullen zeldzame gebeurtenissen een enorme impact hebben op het totaalbeeld

Referentie

- De Wildt, E.J., N. Baroch, & L. Maas. 2009. *Van zorggroep naar ketenzorg*. Handboek ketenzorg 2009

Relevantie

- Omdat de tarieven voor eenvoudige prestaties ongelabeld zijn is het voor verzekeraars niet zichtbaar of de behandeling van patiënten met een chronische aandoening vallen onder de integrale bekostiging of niet. Hierdoor bestaat een risico op dubbele bekostiging

Waardering referentie

- Actualiteit: Het handboek is geschreven ten behoeve van de start van integrale bekostiging per 1 januari 2010.
- Achtergrond: het handboek is mede mogelijk gemaakt door Sanofi Aventis
- Toepasbaarheid: biedt inzicht omtrent ketenzorg

Bevindingen

- Door de marktwerking en tegenstrijdige economische belangen van zorggroepen en het ziekenhuizen/de medisch specialisten kunnen problemen met dubbele bekostiging ontstaan.
- Het handboek biedt een aantal mogelijkheden om op een goede manier met deze problemen om te gaan.

Referentie

- Zichtbare Zorg. 2011. www.zichtbarezorg.nl, geraadpleegd op 4 januari 2012.

Relevantie

- De transparantie van de prestaties van huisartsenzorg komt nog nauwelijks van de grond.

Waardering referentie

- Actualiteit: Publicatie uit 2010
- Achtergrond: Site opgericht om transparantie in de zorg te verbeteren
- Besluitvorming van de stuurgroep huisartsenzorg zichtbare zorg
- Toepasbaarheid: geeft weer wat de recente ontwikkelingen zijn rondom de transparantie van de huisartsenzorg

Bevindingen

- De Stuurgroep Zichtbare Zorg Huisartsenzorg heeft bepaald dat indicatorensets landelijk worden uitgerold vanaf najaar 2011
- Zichtbare Zorg heeft een Minimale Dataset opgesteld voor drie ketenzorgproducten (Diabetes, CVR en COPD) waarvan de resultaten vanaf 2012 beschikbaar komen

Referentie

- Zorginnovatiewijzer. 2010 *Rapportage zorginnovatiewijzer, januari 2010*

Relevantie

- De huidige bekostiging werkt belemmerend voor de totstandkoming van e-health

Waardering referentie

- Actualiteit: publicatie uit 2010
- Achtergrond: het gezamenlijke verwijsportaal van het CVZ, de NZa en ZonMw voor innovatoren in de gezondheidszorg
- Toepasbaarheid: De rapportage bevat een overzicht van de behandelde informatievragen, de ervaringen van de vragenstellers met de ZIW en de knelpunten die worden gesignaleerd in de bestaande regelingen.

Bevindingen

- Het huidige systeem biedt weinig ruimte voor arbeidsbesparende en e-health gerelateerde innovaties, deels veroorzaakt door de beperkte reikwijdte van de Wmg.

Bijlage D: Brief van de Minister van VWS met verzoek tot uitvoeringstoets

Deze bijlage bevat de brief van de Minister aan de NZa op 28 november 2011 met het verzoek tot de uitvoeringstoets 'bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg'.