

significant.

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Overige S1-prestaties en POH-GGZ

Onderzoek naar tijdsbesteding en kosten



Nederlandse Zorgautoriteit

Barneveld, 2 april 2015

Referentie: CP/wvdb/14.366

Versie: 1.1

Auteur(s): Loes Koster, Coby Peeters, Ruud Plu

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
1.1	Context van dit onderzoek	3
1.2	Doelstelling en reikwijdte	3
1.3	Uitgangspunten voor het onderzoek	4
1.4	Aanpak en organisatie van het onderzoek	4
1.5	Belangrijke noties bij de duiding van de bevindingen	6
1.6	Opbouw van dit rapport	6
2.	Overige S1-prestaties	7
2.1	Intensieve zorg dag en ANW	7
2.2	Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	10
2.3	Chirurgie	12
2.4	Oogboring	14
3.	POH-GGZ	17
3.1	Personeelskosten	18
3.2	Arbeidskosten: tijdsbesteding huisarts	26
3.3	Infrastructurele kosten	27
A.	Figuren overige S1-prestaties	29
B.	Figuren POH-GGZ	33
C.	Onderzoek kosten investeringen apparatuur chirurgische behandelingen	37
D.	Betrokken organisaties	39

1. Inleiding

1.1 Context van dit onderzoek

01 Vanaf 1 januari 2015 geldt voor de bekostiging van de eerstelijns huisartsenzorg en ketenzorg het zogeheten 3-segmentenmodel. De minister van VWS heeft daarbij aan de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) een concrete uitwerkingsvraag meegegeven voor de doorontwikkeling van dit bekostigingsmodel per 1 januari 2016. Binnen dit kader heeft de NZa aan Significant gevraagd om onderzoek uit te voeren naar de kosten van de overige S1-prestaties en de functie Praktijkondersteuner huisarts GGZ (hierna: POH-GGZ).

02 De overige S1-prestaties betreffen een deel van de oude 2014 M&I-verrichtingen die worden overgeheveld naar segment 1. Dit gaat om negen oude prestaties die zijn samengevoegd tot vijf prestaties. Oorspronkelijk waren de tarieven voor deze M&I-verrichtingen vrij, maar door de overheveling naar segment 1 vallen deze verrichtingen onder de prestatieregulering van de NZa. Omdat door samenvoeging de inhoud van de prestaties is veranderd en de meest recente gegevens over kosten uit het jaar 2010 komen, wil de NZa de (kosten)onderbouwingsgegevens onderzoeken.

03 Voor de functie POH-GGZ worden de kosten onderzocht, omdat deze functie sterk in ontwikkeling is. De inhoud van het takenpakket van de POH-GGZ is aan verandering onderhevig en door de introductie van de Basis GGZ neemt de inzet van de functie toe.

1.2 Doelstelling en reikwijdte

04 De onderzoeksopdracht is het uitvoeren van onderzoek naar de (componenten van de) kosten van de overige S1-prestaties 'Chirurgie, Intensieve zorg dag & ANW, Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris, Oogboring' en POH-GGZ. Dit onderzoek is daarmee geen integraal kostenonderzoek zoals eerder uitgevoerd voor de huisartsenzorg. Het onderzoek beoogt de tijd en kosten in kaart te brengen, die de huisarts en POH-GGZ maken voor de betreffende prestaties. Daarbij is tevens aandacht voor gewenste ontwikkelingen rond de inzet van de POH-GGZ.

05 Een tweede doelstelling van het onderzoek was het opstellen van een kostenmodel met daarin de in dit onderzoek verzamelde cijfers. Zo'n kostenmodel is echter niet opgenomen in dit rapport vanwege de gemengde aard van de verzamelde informatie, een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve inzichten, zie ook de toelichting in paragraaf 1.5 en 1.6 hieronder.

06 Het onderzoek richt zich op de werkelijke en gewenste *kosten* van bovengenoemde prestaties, niet op de huidige bekostiging en daarmee de opbrengsten voor de huisartsen. Het onderzoek geeft daarom *geen* antwoord op de vraag in welke mate de huidige tarieven dekkend zijn voor de gemaakte kosten.

1.3 Uitgangspunten voor het onderzoek

07 De NZa zal met de uitkomsten van het onderzoek besluiten nemen over de bekostiging van de huisartsenzorg, conform haar geldende beleid. Vanuit dit gegeven geeft de NZa aan Significant de volgende uitgangspunten mee voor dit onderzoek.

Algemene uitgangspunten

- a. Het onderzoek behelst het transparant maken van de kosten gerelateerd aan de Overige S1-prestaties en de inzet van POH-GGZ. Deze kosteninformatie is input voor tariefbesluiten door de NZa, in afstemming met brancheorganisaties;
- b. De werkelijke (huidige) kosten zijn uitgangspunt voor het onderzoek. Signalen over gewenste of toekomstige trends die in het onderzoekstraject naar voren komen worden separaat gerapporteerd.
- c. In het onderzoek is aandacht voor diversiteit in kosten en werkwijze tussen verschillende praktijken. Significant verzamelt in het onderzoek ook verhoudingscijfers waarmee de NZa tot een onderbouwde samengestelde kostenonderbouwing kan komen voor de specifieke prestaties. Bijzondere of uitzonderlijke situaties in kosten en/of tijd worden door de onderzoekers separaat in beeld gebracht;
- d. Het onderzoek beperkt zich tot de specifieke additionele kosten die nodig zijn voor het uitvoeren van de genoemde prestaties. Daarmee is dit onderzoek geen herijking van het in 2012 uitgevoerde integrale kostenonderzoek huisartsenzorg door Significant, maar een aanvulling hierop.

Specifiek uitgangspunt 'Overige S1-prestaties'

08 Gezocht wordt naar een kostenonderbouwing van de gedefinieerde prestaties. Deze zijn vormgegeven in termen van een enkelvoudig contactmoment met de cliënt.

Specifieke uitgangspunten 'POH-GGZ'

09 Gezocht wordt naar een kosteninformatie van de formulecomponenten in het huidige tarief voor POH-GGZ. Dit zijn:

- a. De arbeidskosten per fte POH-GGZ;
- b. De managementtijd van de huisarts;
- c. De voor POH-GGZ benodigde materiële en infrastructurele voorzieningen;
- d. Het aantal fte POH-GGZ in de huisartsenpraktijk;
- e. Aantal en duur van consulten die een fte POH-GGZ uitvoert.

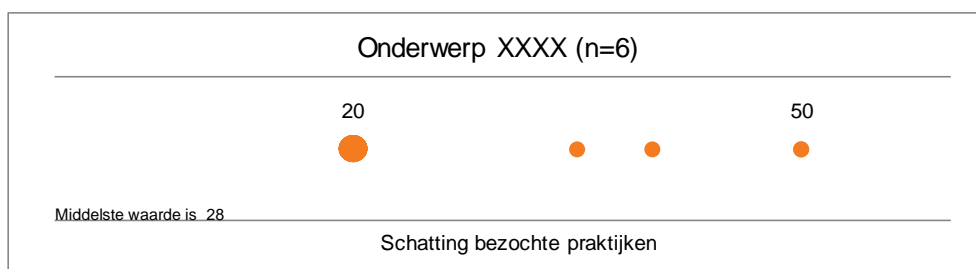
1.4 Aanpak en organisatie van het onderzoek

10 In dit onderzoek is gebruikgemaakt van expertgroepen, verificatieonderzoeken bij huisartsenpraktijken, bestaande bronnen en een klankbordgroep.

11 Er zijn twee expertgroepen samengesteld: een expertgroep voor de overige S1-prestaties en een expertgroep voor POH-GGZ. In bijlage D is een overzicht opgenomen van deskundigen die betrokken waren bij de expertgroepen. Het zijn professionals die in de praktijk de S1-prestaties en POH-GGZ-zorg uitvoeren of

betrokken zijn bij de organisatie ervan. Beide expertgroepen kenden een gelijke opzet. In een eerste bijeenkomst, voor de beide onderwerpen gescheiden, is in kaart gebracht op welke wijze en door wie de zorg wordt geleverd en wat de benodigde verbruiksmaterialen en overige kosten zijn die verbonden zijn aan deze prestaties. Het resultaat van deze eerste bijeenkomst is inzicht in de processtappen en activiteiten waarvoor een tijdsinschatting nodig is en een overzicht van kosten waarvoor kosteninformatie moet worden verzameld.

- 12 Deze vragen over tijdsbesteding en kosten voor zowel de overige S1-prestaties als de POH-GGZ zijn gesteld tijdens bezoeken aan zes huisartsenpraktijken. Tientallen huisartsen zijn door de onderzoekers benaderd, de meesten op voorspraak van de brancheorganisaties. Veel huisartsen erkennen het belang van het onderzoek, maar wilden of konden niet deelnemen door het korte tijdspad van het onderzoek en de verwachte belasting voor het verzamelen van de benodigde informatie.
- 13 Tijdens het bezoek aan de huisartsenpraktijk heeft de huisarts of een manager van de zorggroep samen met een onderzoeker de vragenlijst ingevuld of de gedeeltelijk ingevulde vragenlijst doorgenomen, waarna de praktijk voor aanvulling heeft gezorgd. De onderzoeker heeft daarbij geborgd dat de vragen op een eenduidige manier zijn geïnterpreteerd en waar nodig zijn door de huisarts of manager samen met de onderzoekers onderbouwde aannames of inschattingen gemaakt.
- 14 De tijdens de bezoeken verzamelde kwantitatieve gegevens zijn vervolgens vergeleken en geïnterpreteerd. De informatie wordt daarom in dit rapport per onderwerp grafisch weergegeven in een diagram zoals weergegeven in onderstaande figuur 1. Deze weergave laat elk van de antwoorden zien, waarbij meerdere gelijke antwoorden weergegeven zijn als een groter punt. Bij het hoogste en het laagste punt wordt de waarde vermeld. Deze weergave legt de nadruk op de variatie in de waarnemingen waarbij vervolgens steeds een kwalitatieve duiding is opgenomen van de oorzaken achter deze variantie. Waar beschikbaar zijn gegevens toegevoegd vanuit andere bronnen. Deze kunnen bijdragen aan validatie of duiding van de verzamelde informatie.



Figuur 1. Voorbeeld grafische weergave van verzamelde kwantitatieve gegevens

- 15 De verzamelde informatie is besproken in een tweede expertbijeenkomst, separaat voor POH-GGZ en de overige S1-prestaties. Waar mogelijk hebben de experts in deze bijeenkomst op basis van de verzamelde informatie per onderwerp een advies over de landelijke praktijk afgegeven.
- 16 Door bovenstaande werkwijze bevat deze rapportage een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve inzichten vanuit verschillende perspectieven in expertbijeenkomsten getoetst en waar mogelijk voorzien van een advies. Dit advies is in de vorm van een conceptrapport voorgelegd aan een klankbordgroep van de NZa met vertegenwoordigers vanuit de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de vereniging voor

samenwerkingsverbanden in de eerste lijn (InEen) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). InEen vertegenwoordigt in de klankbordgroep ook de landelijke vereniging POH-GGZ. De reacties zijn verwerkt in de definitieve versie van dit rapport.

1.5 Belangrijke noties bij de duiding van de bevindingen

17 Zoals hierboven beschreven is de aanpak in dit onderzoek een mix van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Het aantal waarnemingen is niet voldoende groot om statistische uitspraken te doen. Ook zijn meerdere gerapporteerde waarden gebaseerd op schattingen. Dit betekent dat op basis van alleen de verzamelde kwantitatieve gegevens geen uitspraken kunnen worden gedaan. De duiding van experts zoals beschreven in de rapportage vormt belangrijke aanvullende informatie voor de gesprekken over bekostiging die aan de hand van dit rapport zullen worden gevoerd. Verder is op verzoek van NZa en deelnemende organisaties en praktijken aandacht besteed aan de bestaande praktijkvariatie. Door deze praktijkvariatie geeft de rapportage op enkele onderdelen geen eenduidige uitkomst.

18 Conform de algemene uitgangspunten beperkt het onderzoek zich tot de specifieke additionele kosten die nodig zijn voor het uitvoeren van de onderzochte prestaties. De huisartsen en andere deelnemers van de expertbijeenkomsten geven echter ook aan dat de diverse wenselijke nieuwe taken voor veel huisartsenpraktijken op een bepaald moment investeringen vragen, met name in de uitbreiding van huisvesting. Deze zijn naar hun oordeel niet voldoende gedekt in de bestaande bekostiging van de huisartsenzorg.

19 Daarnaast speelt in het algemeen dat gebruik wordt gemaakt van apparaten, ruimten en gebruiksartikelen waarvan lastig is vast te stellen of en in welke mate deze te benoemen zijn als 'specifieke additionele kosten'. Experts geven aan dat het wenselijk is in de uiteindelijke besluitvorming over de tarieven ook transparant te maken welke kosten daar wel of niet in zijn meegenomen. De verzamelde informatie beoogt hier input aan te leveren.

1.6 Opbouw van dit rapport

20 De structuur van dit rapport bestaat uit twee grote hoofdstukken. Hoofdstuk 2 gaat over de overige S1-prestaties (de voormalige M&I-prestaties). Hoofdstuk 3 over de POH-GGZ. De verzamelde inzichten zijn input voor het gesprek over tarieven dat de NZa zal voeren met de brancheorganisaties. Daar waar de uitkomsten zijn weergegeven als intervallen, kan het midden van het interval een goed startpunt zijn voor deze bespreking. De beschrijvende informatie in de rapportage, inclusief de verklaring voor de spreiding bieden dan de context voor partijen om samen een waarde te kiezen passend bij overige beleidsmatige overwegingen.

2. Overige S1-prestaties

21 Dit hoofdstuk beschrijft in vier paragrafen de kosten en tijdsbesteding van de voormalige M&I-prestaties die onderdeel zijn van het S1-segment: intensieve zorg dag en ANW, ambulante compressietherapie bij ulcus cruris, chirurgie en oogboring. Elke paragraaf start met een beschrijving van de wijze waarop deze prestatie wordt uitgevoerd, aanvullend op de prestatiebeschrijving in de beleidsregel van de NZa¹. Dit is aangevuld aan met informatie aangedragen door de betrokken huisartsen in de expertgroep en bij de bezoeken aan de huisartsenpraktijken.

22 Elke paragraaf bevat daarna een overzicht van de informatie over het aantal prestaties in 2014, de tijdsbesteding en de kosten. Deze kwantificering is gebaseerd op informatieverzameling tijdens diverse bezoeken aan huisartsenpraktijken waarna experts na beoordeling en toetsing samen een landelijk beeld daaruit hebben gedistilleerd. De gehanteerde werkwijze is beschreven in paragraaf 1.4.

23 Zoals geformuleerd in de uitgangspunten, maken wij in dit onderzoek de kosten en tijdsbesteding inzichtelijk die de huisarts (en/of praktijkondersteuner) specifiek voor de genoemde prestaties maakt. Voor de kosten is onderscheid gemaakt naar gebruikskosten, ofwel de variabele kosten per prestatie, en de vaste kosten per jaar die toegerekend kunnen worden naar het aantal prestaties dat in een jaar wordt gedaan.

2.1 Intensieve zorg dag en ANW

24 In de NZa-beleidsregel is de prestatie als volgt beschreven: "Intensieve zorg" betreft het verlenen van intensieve zorg aan terminale patiënten of patiënten waarvoor het CIZ een ZZP-indicatie met grondslag PG of Somatiek uit de V&V-reeks van 5 of hoger heeft afgegeven en die niet verblijven in een AWBZ-instelling met toelating voor AWBZ-behandeling. Indien de visite aanvangt tijdens ANW-uren, dan mag de prestatie 'Intensieve zorg, ANW' in rekening worden gebracht. De prestatie is een vervanging van de oude M&I-codes 13034 tot en met 13037.

2.1.1 *Werkwijze en tijdsbesteding*

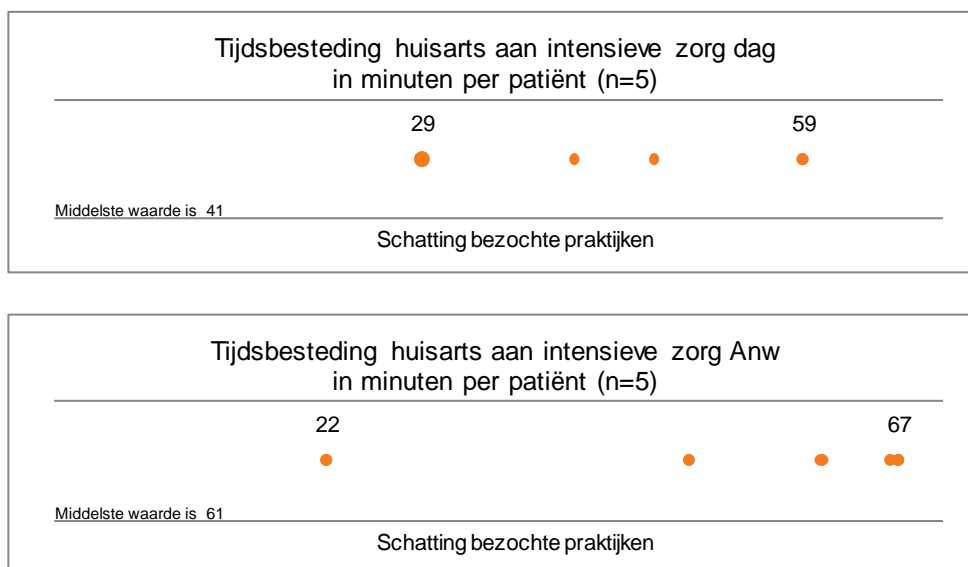
25 Intensieve zorg betekent dat de huisarts vaak gedurende een langere periode regelmatig op bezoek gaat bij de patiënt thuis of in een hospice. Experts geven aan dat dit veelal gebeurt in het kader van palliatieve zorg. Door de complexiteit van dit type zorg is taakdelegatie aan bijvoorbeeld de POH-somatiek niet mogelijk. Ook de wijkverpleging heeft vaak een rol in de zorg voor deze patiënten, maar de wijkverpleging neemt daarbij de rol van de huisarts niet over.

26 Samenwerking met de wijkverpleging is belangrijk. Huisartsen in de expertbijeenkomst geven aan dat zij vaak vragen aan de wijkverpleging om ook bij de thuisbezoeken aanwezig te zijn. Dat vergroot de duidelijkheid voor patiënt en familie en bevordert de professionele samenwerking. Andere vormen van afstemming met de wijkverpleging zijn de overdracht via de informatiemap bij de patiënt of een gepland

¹ Paragraaf 5.2.5. van beleidsregel BR/CU-7119 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg'.

periodiek overleg waarbij huisarts en wijkverpleging meerdere patiënten bespreken. Alleen in dat laatste geval vraagt de afstemming van de huisarts extra tijd naast de tijd voor de visite.

27 Zoals aangegeven in de beleidsregel van de NZa, kan de huisarts deze prestatie declareren als 'Intensieve zorg ANW' indien de visite aanvangt tijdens de ANW-uren. Experts geven aan dat de huisarts juist in de avonduren op een rustige kwalitatieve manier tijd kan maken voor deze intensieve zorg. Soms duurt een bezoek dan wel twee uur. In het onderzoek is daarom de tijdsbesteding voor intensieve zorg uitgevraagd in intervallen: 0-30 minuten, 30-60 minuten, 60-90 minuten en 90-120 minuten, exclusief reistijd². Deze tijdsbesteding is inclusief de tijd nodig voor registratie in het huisarts informatiesysteem (HIS), ook als deze vastlegging gebeurt na afloop van de visite. Omdat in ANW-uren mogelijk meer tijd beschikbaar is voor dit soort bezoeken, is in onderstaande figuur 2 de spreiding in tijdsbesteding apart voor ANW en niet-ANW inzichtelijk gemaakt.



Figuur 2. Geschatte tijdsbesteding intensieve zorg overdag en ANW

28 Uit deze diagrammen blijkt dat er veel verschil bestaat in tijdsbesteding van de huisarts voor deze prestaties. Dit verschil wordt door de experts verklaard als een verschil in taakopvatting en de drukte in de huisartsenpraktijk. De aanwezige experts vinden het belangrijk dat dit verschil er kan zijn en formuleren daarom bewust geen norm of consensus over de tijdsbesteding nodig voor intensieve zorg. Voor dit onderdeel kan uit dit onderzoek daarom geen eenduidige conclusie worden geformuleerd.

29 Intensieve zorg vraagt ook reistijd. Deze reistijd is binnen de aanpak van dit onderzoek niet voldoende nauwkeurig te bepalen. De experts adviseren voor de reistijd en reiskosten een opslag in minuten te hanteren zoals die nu ook wordt gehanteerd in de prestatie visite. Daarbij wordt opgemerkt dat huisartsen steeds vaker buiten het werkgebied wonen. Omdat ze tijdens ANW van huis komen is de reistijd in ANW voor deze

² De verdeling over deze intervallen is gevraagd aan de deelnemende huisartsen. Op basis van de opgegeven verdeling is een gemiddelde tijd die een huisarts besteedt berekend door te rekenen met 20, 50, 80 en 110 minuten voor respectievelijk de intervallen 0-30 minuten, 30-60 minuten, 60-90 minuten en 90-120 minuten.

huisartsen langer is reistijd overdag. Binnen dit onderzoek zijn de daaraan verbonden extra kosten niet in kaart gebracht.

2.1.2 Aantal verrichtingen

30 Uit de declaratiegegevens van 2012 van Vektis blijkt dat deze prestatie landelijk breed is gecontracteerd en gedeclareerd, zie onderstaande tabel 1. Circa 7% van de visites, prestaties 13036 en 13037, wordt uitgevoerd in avond, nacht of weekend (ANW). Circa 58% van de alle visites is langer dan 20 minuten. Voor ANW is dit percentage hoger dan overdag: 73%. Omdat in de Vektis-gegevens niet duidelijk is hoeveel praktijken of huisartsen deze verrichtingen in 2012 hebben gedeclareerd, kan op basis van tabel 1 niet het gemiddelde aantal verrichtingen per normpraktijk worden berekend.

Landelijk aantal prestaties intensieve zorg in 2012		
Prestatie code	Omschrijving prestatiecode	Aantal declaraties
13034	Intensieve zorg, visite, dag	165.609
13035	Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag	219.126
13036	Intensieve zorg, ANW visite	8.315
13037	Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten	22.655

Tabel 1. Landelijk aantal gedeclareerde prestaties intensieve zorg 2012 (bron: Vektis)

31 Elk van de bezochte huisartsenpraktijken heeft in 2014 deze prestaties uitgevoerd. In bijlage A.1 zijn de in 2014 gedeclareerde aantallen weergegeven van de bezochte praktijken, waarbij een normalisatie is toegepast met het aantal patiënten in de normpraktijk, 2.168 patiënten. Daarmee zijn de aantallen van grote en kleine praktijken vergelijkbaar gemaakt, zie bijlage A.1. Elk van de bezochte praktijken verleent deze zorg, maar niet allemaal even frequent. Voor intensieve zorg dag varieert het aantal van 1 tot 87 per jaar, teruggerekend naar een normpraktijk. Voor intensieve zorg nacht varieert dit tussen 1 en 17 per jaar. Net als in de Vektis data is het aantal visites tijdens ANW-uren veel lager dan het aantal overdag, in een vergelijkbare verhouding.

32 Deze variatie wordt door experts verklaard met enerzijds een verschil in patiëntenpopulatie maar ook door verschillen in affiniteit en taakopvatting van de huisarts. Ze kunnen op basis van deze informatie geen landelijk gemiddelde vaststellen.

2.1.3 Kosten

33 Zoals geformuleerd in de uitgangspunten maakt dit onderzoek de kosten inzichtelijk die de huisarts specifiek voor de genoemde prestaties maakt. Daarbij maken wij onderscheid naar gebruikskosten, ofwel de variabele kosten per prestatie en de vaste kosten per jaar.

34 Vanuit de experts is aangegeven dat voor deze prestatie geen sprake is van specifieke variabele kosten. Dit is bevestigd tijdens de huisartsenbezoeken. Experts benoemen de brandstofkosten als mogelijk relevante variabele kosten, waarbij onduidelijk is of brandstofkosten onderdeel zijn van de vergoeding voor reizen die de NZa toepast voor visites, zie reistijd in paragraaf 2.1.1.

35 Voor intensieve zorg kunnen huisartsen nascholing volgen in de vorm van een kopcursus palliatieve zorg, met een gemiddelde frequentie van eens per vier jaar. Daarvoor zijn diverse mogelijkheden beschikbaar, bijvoorbeeld via NHG³ (accreditatie 16 uur, € 780,- voor NHG-leden). Regelmatig organiseren beroepsverenigingen congressen over dit onderwerp en medisch contact biedt een gratis online⁴ nascholing over palliatieve sedatie. De vaste kosten per jaar voor scholing zijn daarmee door experts geschat op € 780,-/4=€ 195,-.

2.2 Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris

36 In de NZa-beleidsregel is de prestatie als volgt beschreven: "Compressietherapie bij ulcus cruris" betreft het behandelen van een patiënt met ulcus cruris met behulp van compressietherapie, met de volgende voorwaarden:

- a. Indicatie conform NHG-standaard M16;
 - b. De patiënt is niet onder behandeling van een medisch specialist.
- De prestatie is een vervanging van de oude M&I-code 13015.

2.2.1 Werkwijze en tijdsbesteding

37 Een patiënt met een ulcus cruris bezoekt de huisartsenpraktijk meerdere malen gedurende een langere periode. De zorg wordt geleverd door de huisarts waarbij een deel van de werkzaamheden wordt uitgevoerd door de POH-somatiek of de assistent. De huisarts beoordeelt de wond en de fysieke situatie van de patiënt en bespreekt zijn bevindingen met de patiënt. Het verzorgen en verbinden van de wond gebeurt vaak door de assistent of de POH-somatiek. Tijdens het eerste bezoek van de cliënt kost dit zowel de huisarts als de assistent meer tijd dan bij een vervolgspraak.

38 Bovengenoemde taakverdeling en het verschil tussen het eerste en het vervolgsbezoek is meegenomen in de onderzoeksopzet. Experts schatten in dat de huisarts in het eerste bezoek circa 20 minuten nodig heeft en voor een vervolgsbezoek circa 5 minuten. Dit is bevestigd tijdens de verificatiebezoeken. Om hieruit een gemiddelde per prestatie te berekenen geven de experts aan dat een patiënt gemiddeld 10 maal wordt gezien tijdens één behandeltraject. Daarmee komt de gemiddelde tijd voor de huisarts op 6,5 minuut. De assistent besteedt in zowel de eerste als een vervolgsbezoek 20 minuten per patiënt.

39 Vaak wordt het zwachtelen en de wondverzorging in de thuissituatie overgedragen aan en vervolgens uitgevoerd door de wijkverpleging. De huisarts is dan niet langer behandelaar en na deze overdracht is geen structurele afstemming nodig tussen huisarts en wijkverpleging. Wanneer een huisarts de wond te complex vindt, kan hij de patiënt ook verwijzen naar de tweede lijn. Het komt ook voor dat de huisarts deze behandeling bij de patiënt thuis uitvoert. In dat geval wordt de behandeling vaak geregistreerd als visite.

³ <https://www.nhg.org/scholing/nhg-leergang-palliatieve-zorg>.

⁴ <http://medischcontact.artsennet.nl/Kennis-1/MedischContacttv/medischcontact.tv-richtlijn-palliatieve-sedatie.htm>.

2.2.2 Aantal verrichtingen

40 Uit de declaratiegegevens 2012 van Vektis blijkt dat deze prestatie landelijk minder vaak wordt gedeclareerd dan de intensieve zorg, zie paragraaf 2.1. Omdat in de Vektis-gegevens niet duidelijk is hoeveel praktijken of huisartsen deze verrichting in 2012 hebben gedeclareerd, kan ook hier geen gemiddelde aantal verrichtingen per normpraktijk worden berekend.

Aantal prestaties ambulante compressietherapie in 2012		
Prestatie code	Omschrijving prestatiecode	Aantal declaraties
13015	Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	47.690

Tabel 2. Landelijk aantal gedeclareerde prestaties Ambulante compressietherapie Ulcus cruris 2012 (bron: Vektis)

41 Vijf van de zes bezochte huisartsenpraktijken heeft in 2014 deze prestaties uitgevoerd, maar het aantal verschilt sterk per praktijk, ook wanneer de aantallen worden genormeerd naar het aantal patiënten in een normpraktijk. De genormeerde aantallen zijn opgenomen in bijlage A.2. Verklaringen van experts voor de verschillen zijn enerzijds patiëntenpopulatie en anderzijds de keuze die een huisarts kan maken om deze zorg over te dragen aan de wijkverpleging of tweede lijn zorg.

2.2.3 Kosten

42 De belangrijkste kosten voor deze prestatie zijn de verbandmiddelen, de zogenaamde 'compressiebox'. Deze middelen worden op naam van de patiënt besteld bij de apotheek. Deze worden direct betaald door de verzekeraar en zijn daarmee geen kosten die de huisarts maakt. Daarnaast wordt ook gebruikgemaakt van reguliere verbruiksartikelen aanwezig in de praktijk zoals pleisters en handschoenen. Deze variabele verbruikskosten zijn beperkt.

43 De huisarts en zijn assistent zien de patiënten tijdens de behandeling in een behandelkamer. Vaak zal de huisarts vanuit zijn spreekkamer naar deze behandelkamer toekomen om de wond te beoordelen waarna de assistent bij de patiënt het verbinden doet. De behandelkamer in de huisartsenpraktijk wordt voor meerdere doelen gebruikt, niet alleen voor deze patiënten.

44 De assistent (of POH-somatiek) heeft een opleiding nodig om deze zorg goed te kunnen uitvoeren. Dit kan bij diverse opleiders, waarbij ten minste sprake is van een combinatie van theorie en praktijk. Het Martini-ziekenhuis⁵ in Groningen verzorgt een specifieke nascholing voor ulcus cruris á € 210,-. Ook Meander Medisch Centrum in Amersfoort⁶, één van de twaalf landelijke centra met een poliklinisch Wond Expertise Centrum (WEC) verzorgt een opleiding in de vorm van drie avondmodules. De kosten voor het volgen van de scholing zijn € 210,- voor de drie modules samen. De kosten van de herhalingsmodule na een jaar bedragen

⁵ <http://www.martiniziekenhuis.nl/Over-Martini/Agenda/Scholing/Wondzorg-Specifiek/>.

⁶ <http://www.werkeninmeander.nl/leren/bij--en-nascholing-voor-externen/praktijkscholing-behandeling-ulcus-cruris.htm?stelID=3&itmID=26397>.

€ 70,-. Experts geven aan dat ongeveer elke drie jaar een assistent deze opleiding krijgt. De kosten op jaarbasis voor opleiding van een assistent bedragen $(\text{€ } 210 + \text{€ } 70) / 3 = \text{€ } 93,-$ per jaar.

45 Doktersassistenten worden in de CAO Huisartsenzorg (1 januari 2014 - 28 februari 2015) in de functiewaardering ingeschaald in schaal 4 (€ 24.673 - € 34.701 per jaar inclusief 8% vakantietoeslag en 6% eindejaarsuitkering, maar exclusief werkgeverslasten⁷), 5 (€ 27.228 - € 37.723 per jaar) en 6 (€ 31.624 - € 43.287 per jaar). Qua opleidings- en ervaringsniveau vereist schaal 4 een werk- en denkniveau mbo 4 op het niveau van doktersassistent of vergelijkbaar. Voor schaal 5 moet de doktersassistent in bezit zijn van een gerichte opleiding op mbo-niveau 4 doktersassistent en meerdere jaren relevante werkervaring en kennis hebben van specifieke doelgroepen. Schaal 6 betreft leidinggevende doktersassistenten met een werk- en denkniveau mbo-niveau 4, diploma doktersassistent en meerdere jaren relevante werkervaring⁸.

2.3 Chirurgie

46 In de NZa-beleidsregel is de prestatie als volgt beschreven: "Chirurgie" betreft chirurgische ingrepen ter vervanging van behandeling in de 2e lijn. Daarbij benoemt de beleidsregel een reeks ingrepen waaronder

- Excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, neavus/multiple naevi;
- Huidbiopt (stans), electrochirurgie;
- Complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten;
- Barron-ligatie;
- Chirurgische decubitusbehandeling;
- Nagelchirurgie bijvoorbeeld nageextractie respectievelijk nagelbedexcisie;
- Incidering van abces of van vers getromboseerd hemorhoïd, incise periaanaal abces/sinupilonidialis;
- ascitespunctie.

Het betreft een prestatie per chirurgische verrichting, inclusief materiaal en verwijderen hechtingen. De prestatie is een vervanging van de oude M&I-codes 13012, 13047 en 13048. Het verwijderen van wratten of mollusca valt hier niet onder, want dat valt onder het begrip kleine chirurgie dat wordt gedeclareerd als een regulier consult.

2.3.1 Werkwijze en tijdsbesteding

47 Voor een chirurgische verrichting wordt volgens de experts een behandelduur van 20 minuten ingepland in een behandelkamer. Deze behandelkamer wordt niet alleen gebruikt voor chirurgische ingrepen maar ook voor andere behandelingen en bij gebrek aan ruimte soms ook voor reguliere consulten. Verwijderen van hechtingen gebeurt enkele weken later door de huisarts waarvoor vaak een regulier consult wordt geregistreerd.

48 Tijdens de chirurgische verrichting werken de huisarts en de assistente veelal naast elkaar. De tijd die de assistente nodig heeft is daarom volgens de experts gelijk aan die van de huisarts.

⁷ De omvang van de werkgeverslasten is niet onderzocht, deze ligt meestal tussen de 20% en 30%.

⁸ Deze informatie komt uit de handleiding "handleiding FWHZ, Functiewaardering Cao huisartsenzorg 2013".

49 In bijlage A.3 zijn de tijdschattingen vermeld van de tijdsbesteding door de huisarts voor diverse verrichtingen. De tijdschattingen opgegeven door de huisartsen lopen sterk uiteen, zowel tussen de huisartsen als tussen de verschillende verrichtingen. Huisartsen geven aan dat dit verklaard kan worden door een verschillend ervaringsniveau. De experts waren daarom niet in staat op basis van de gegevens een eenduidig advies te formuleren voor het totaal van alle chirurgische verrichtingen. Op basis van de spreidingsdiagrammen lijkt een realistische waarde voor een huidbiopt circa 15 minuten. Voor de overige genoemde chirurgische verrichtingen lijken de huisartsen 30 minuten nodig te hebben. De Barron-ligatie wordt niet uitgevoerd door de bezochte huisartsen omdat dit veel meer tijd kost. Deze verrichting lijkt zich volgens de experts niet te lenen voor behandeling door de huisarts.

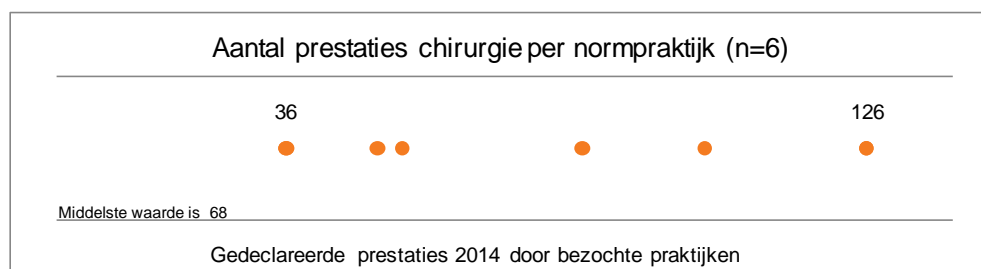
2.3.2 Aantal verrichtingen

50 Uit de declaratiegegevens van 2012 van Vektis blijkt dat deze prestatie landelijk breed is gecontracteerd en gedeclareerd, zie onderstaande tabel 3. Omdat in de Vektis-gegevens niet duidelijk is hoeveel praktijken of huisartsen deze verrichtingen in 2012 hebben gedeclareerd, kan ook hier geen gemiddelde aantal verrichtingen per normpraktijk worden berekend.

Aantal prestaties Chirurgie in 2012		
Prestatie code	Omschrijving prestatiecode	Aantal declaraties
13012	Chirurgie	475.891
13047	Chirurgie, categorie A	26.766
13048	Chirurgie, categorie B	2.507

Tabel 3. Landelijk aantal gedeclareerde prestaties chirurgie 2012 (bron: Vektis)

51 Elk van de bezochte huisartsenpraktijken heeft in 2014 chirurgische verrichtingen uitgevoerd en gedeclareerd. In figuur 3 zijn de aantallen prestaties van de bezochte praktijken opgenomen, waarbij een normalisatie is toegepast met het aantal patiënten in de normpraktijk, 2.168 patiënten.



Figuur 3. Aantal prestaties chirurgie 2014

2.3.3 Kosten

52 De variabele kosten voor chirurgische verrichtingen zijn niet voor alle verrichtingen gelijk. Voor alle verrichtingen is volgens een schatting van de expertgroep nodig: steriele handschoenen (€ 1,-), verdovingsmiddel (€ 5,-), diverse pleisters en verbandmiddelen (€ 5,-), hechtmateriaal (€ 5,-), sterilisatiezakje autoclaaf (€ 1,-) en in geval van een huidbiopt een wegwerp stans (€ 8,-). Deze stans wordt niet in alle

ingrepen gebruikt. Uit de ontvangen gegevens van huisartsen, bevestigd door experts, blijkt dat de biopt ca. 15% van de chirurgische ingrepen is. Met toerekening van 15% voor de wegwerpstans komt de inschatting van variabele kosten op €18,20 per chirurgische verrichting. Experts vinden dit een plausible onderbouwing waar zij zich in kunnen vinden.

53 De vaste kosten voor de chirurgische verrichtingen zijn een chirurgische set, een autoclaaf en vaak ook een instrument voor cauterisatie; het dichtbranden van de wond. In de administratie van de bezochte huisartsen bleek onvoldoende kosteninformatie beschikbaar over investeringskosten, economische levensduur en onderhoudskosten van deze apparatuur. Ook de experts hadden geen informatie hierover. In overleg met de opdrachtgever is daarom aanvullend onderzoek uitgevoerd voor deze drie apparaten. De bevindingen van dit onderzoek zijn opgenomen in bijlage C. Voor elk apparaat zijn steeds minimaal twee varianten naast elkaar gezet. De kosten op jaarbasis van deze varianten liggen bij elk van de drie apparaten niet ver uit elkaar. De samenvatting van deze bevindingen is opgenomen in onderstaande tabel.

	Chirurgische set	Autoclaaf	Instrument voor cauterisatie
Variant 1	€ 33/jaar	€ 470/jaar	€ 229/jaar
Variant 2	€ 24/jaar	€ 486/jaar	€ 192/jaar
Disposable	€ 7/behandeling	Nvt	Nvt

Tabel 4. Vaste kosten apparatuur chirurgie (zie toelichting in bijlage C)

54 Informatie over de salariskosten van de assistent is opgenomen in paragraaf 2.1.3.

2.4 Oogboring

55 In de NZa-beleidsregel is de prestatie als volgt beschreven: "Oogboring" betreft het verwijderen van een corpus alienum uit het oog. De prestatie is een vervanging van de oude M&I-code 13024.

2.4.1 Werkwijze en tijdsbesteding

56 In regio's met industriële activiteiten weten bedrijfsartsen welke huisarts deze aandoening met een oogboring kan oplossen. Dit is voor huisartsen die dit vaker doen een relatief eenvoudige ingreep. Huisartsen die hier niet of minder in bedreven zijn, zullen patiënten doorverwijzen naar de tweedelij of een collega huisarts.

57 Patiënten die klachten hebben van iets scherp in het oog komen soms direct nadat het is gebeurd, bijvoorbeeld tijdens het werk, naar de huisartsenpraktijk. Wanneer dit gebeurt tijdens avond, nacht of weekenddiensten, gaat de patiënt naar de huisartsenpost. Vaker gebeurt het dat de patiënt doorwerkt waardoor deze klachten zich pas 's nachts echt openbaren. In dat geval gaat de patiënt naar de huisartsenpost. Dit verklaart mede waarom het aantal uitgevoerde verrichtingen laag is, zie bijlage A.4.

opleidingskosten opgenomen omdat dit onderdeel is van de opleiding tot huisarts. Wanneer een huisarts de oogboring een tijdje niet heeft gedaan, maar wel vaker wil gaan doen, zal hij wellicht kiezen voor een training. Dit zijn geen structurele vaste kosten.

3. POH-GGZ

64 Dit hoofdstuk beschrijft de tijdsbesteding en kosten gerelateerd aan de POH-GGZ. Op verzoek van de experts is daarbij expliciet onderscheid gemaakt tussen werkelijke (huidige) tijdsbesteding en kosten en de wenselijke situatie. Reden hiervoor is dat de functie POH-GGZ sterk in ontwikkeling is:

- a. Steeds meer huisartsenpraktijken en gezondheidscentra zetten een POH-GGZ in;
- b. De problematiek van patiënten die in de huisartsenzorg worden behandeld en begeleid, wordt gemiddeld gezien steeds zwaarder als gevolg van het beleid om steeds minder mensen in de specialistische GGZ te behandelen. Nieuwe doelgroepen met zwaardere problematiek vragen een andere en meer intensieve begeleiding door de POH-GGZ;
- c. De organisatie van de POH-GGZ is nog in ontwikkeling en varieert sterk per praktijk. Denk daarbij aan verschillende soorten dienstverbanden en beroepsachtergronden die voorkomen, variatie in de wijze waarop ondersteuning van de POH-GGZ plaatsvindt, en verschillen in de wijze waarop e-health en consultatie van specialisten wordt ingericht.

65 Vanwege de grote variatie die in de praktijk op het gebied van POH-GGZ voorkomt, bieden de verkregen gegevens uit de verificatieonderzoeken bij huisartsenpraktijken een eerste inzicht, maar geen statistisch betrouwbaar landelijk beeld. De bevindingen uit de expertgroep zijn daarom van groot belang. In dit hoofdstuk doen wij daarom voornamelijk een kwalitatieve beschrijving van de bevindingen uit de verificatieonderzoeken. Om meer inzicht te krijgen in een landelijk beeld, hebben wij tevens gebruikgemaakt andere bronnen, zoals:

- a. (Een deel van) de resultaten uit een onderzoek dat de Landelijke Vereniging POH-GGZ onder haar leden heeft uitgezet;
- b. Trimbos (2014), Trendrapportage GGZ 'Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk';
- c. Input vanuit de expertbijeenkomst POH-GGZ in het kader van het onderzoek.

66 In dit hoofdstuk zijn de tijdsbesteding en kosten van de POH-GGZ volgens de volgende indeling weergegeven:

- a. Personeelskosten ten aanzien van inzet van de POH-GGZ. De volgende componenten zijn hieraan gerelateerd:
 - i. De wijze waarop de POH-GGZ is georganiseerd: de beroepsachtergrond en het opleidingsniveau van de POH-GGZ, de contractvorm en het aantal uren dat de POH-GGZ werkzaam is in een huisartsenpraktijk.
 - ii. De tijdsbesteding van de POH-GGZ: hoe verdeelt een POH-GGZ haar⁹ tijd en hoeveel tijd kosten verschillende activiteiten van de POH-GGZ en hoe vaak zijn deze in 2014 uitgevoerd?
 - iii. Loon- of detachingskosten van de POH-GGZ.
- b. Arbeidskosten van de huisarts: hoeveel tijd besteed de huisarts aan indirect patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd?
- c. Infrastructurele kosten: veelal materiële kosten die gemaakt moeten worden om een POH-GGZ in te kunnen zetten in de praktijk. Kosten van consultatie van de specialist en de tijd die een assistente besteed vallen hier ook onder.

⁹ Waar haar of zij staat wordt ook hem of hij bedoeld.

3.1 Personeelskosten

67 Voor een beschrijving van de functie POH-GGZ verwijzen wij naar het functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2014, dat is ontwikkeld door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), PsyHAG en InEen en besproken met de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Landelijke Vereniging POH-GGZ.

3.1.1 Beroepsachtergrond POH-GGZ

68 Volgens het functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2014 zijn de volgende beroepsbeoefenaren toelaatbaar tot de functiegerichte scholing POH-GGZ, die noodzakelijk is voor het uitoefenen van de functie POH-GGZ:

- a. Verpleegkundigen met het diploma Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde, hbo Verpleegkunde en GGZ uitstroomprofiel;
- b. Inservice B opgeleide verpleegkundigen met 2 jaar relevante werkervaring en aanvullende scholingen waarmee zij aantonen te beschikken over hbo werk- en denkniveau;
- c. Maatschappelijk Werkenden (MW);
- d. Psychologen (universitair en hbo opgeleid);
- e. Sociaal Pedagogische Hulpverleners (SPH);
- f. Verpleegkundig specialisten GGZ;
- g. Orthopedagogen.

69 Uit de trendrapportage GGZ 2014 van Trimbos¹⁰, waarin verwezen wordt naar een inventarisatie van het ROS-netwerk, blijkt de volgende verdeling van beroepsmatige achtergrond (alleen laatste twee jaren opgenomen).

Beroepsachtergrond	% POH-GGZ per 1-4-2012 (n=761)	% POH-GGZ per 1-4-2013 (n=961)
Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige (SPV)	66	61
Algemeen Maatschappelijk Werker (AMW)	6	8
HboV/B-verpleegkundige	2	8
Hbo-psychologie	6	2
Universitaire psychologie	10	12
Overig/niet bekend	10	11

Tabel 6. Beroepsachtergrond van POH-GGZ (Bron: Trimbos (2014), inventarisatie ROS-netwerk)

70 Hieruit blijkt dat POH's-GGZ grotendeels een sociaal psychiatrisch verpleegkundige opleiding als achtergrond hebben. Recentere cijfers zijn niet beschikbaar, maar experts gaven aan dat het aandeel psychologen in de functie POH-GGZ toeneemt. In een zorggroep van één van de aanwezige experts is zelfs een meerderheid (65%) van de professionals een psycholoog (van in totaal 12,91 fte POH-GGZ). Een mogelijke verklaring hiervoor is volgens de experts dat er door de verschuiving van zorg van de tweedelij

¹⁰ Trimbos (2014), Trendrapportage GGZ, tabel 3.1, themarapport 'Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk'.

naar de eerstelijns minder werk in de tweedelijns is voor psychologen, waardoor psychologen in toenemende mate op de functie van POH-GGZ solliciteren.

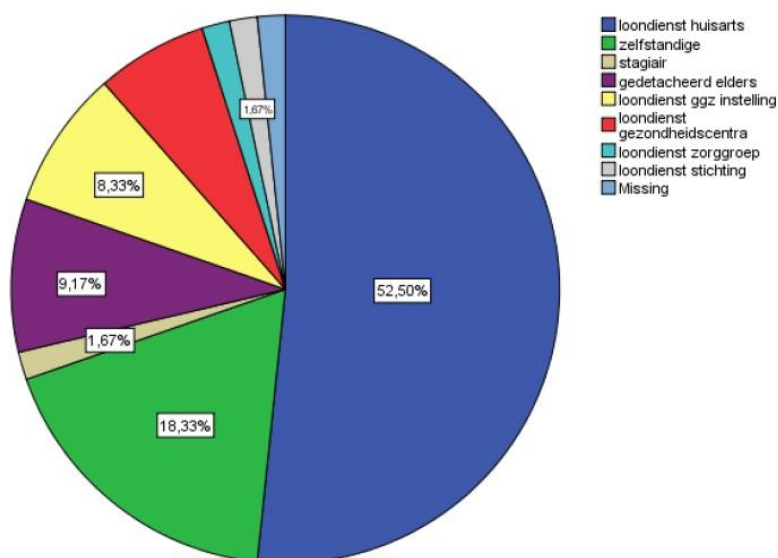
71 De expertgroep heeft geen uitspraak gedaan over de wenselijke beroepsachtergrond.

3.1.2 Opleidingsniveau POH-GGZ

72 Uit het onderzoek van de Landelijke Vereniging POH-GGZ onder haar leden blijkt dat ruim 30% van de POH's-GGZ een hbo-opleiding heeft gevolgd, ruim 42% een post-hbo-opleiding en ruim 26% een universitaire opleiding. Dit betekent dat bijna iedere POH-GGZ een hbo-opleiding of hoger heeft gevolgd. Dit is volgens de leden van de Landelijke Vereniging en volgens de experts ook wenselijk.

3.1.3 Dienstverbanden, contractvormen en ondersteuning van de POH-GGZ

73 In de praktijk komen zeer veel verschillende type dienstverbanden en contractvormen voor. De Landelijke Vereniging POH-GGZ heeft onder haar leden de voorkomende dienstverbanden uitgevraagd (n=113). Figuur 5 geeft de uitkomsten uit dat onderzoek weer.



Figuur 5. Voorkomende dienstverbanden POH-GGZ volgens onderzoek Landelijke Vereniging POH-GGZ (n is 113)

74 Iets meer dan de helft van de POH's-GGZ in het onderzoek is in loondienst van een huisartsenpraktijk, 18% is zelfstandige, 9% is gedetacheerd, 8% is in loondienst van een GGZ-instelling en circa 5% is in loondienst van een gezondheidscentrum.

75 Vanuit het oogpunt van de huisartsenpraktijk zijn daarmee verschillende contractvormen mogelijk. Volgens een peiling van de LHV onder 1.050 huisartsen in 2014¹¹ blijkt dat 28% van de huisartsen de POH-GGZ in loondienst heeft, 26% vanuit de zorggroep samenwerkt met de POH-GGZ, 31% de POH-GGZ gedetacheerd heeft vanuit een GGZ-instelling en 15% voor een andere oplossing, bijvoorbeeld inhuur van ZZP'er of detachering vanuit een detachingsorganisatie, heeft gekozen. Opvallend is dat het percentage in loondienst sterk afwijkt tussen de uitkomsten uit het onderzoek van de Landelijke Vereniging POH-GGZ en de peiling van de LHV. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat POH's-GGZ in loondienst eerder lid worden van de landelijke vereniging, en daarom mogelijk oververtegenwoordigd zijn in de het onderzoek van de vereniging. POH's GGZ werkzaam bij een zorggroep of GGZ-instelling hebben wellicht minder behoefte aan ondersteuning vanuit een landelijke vereniging, omdat de organisatie waar zij werken in hun behoeften kan voorzien. Daarnaast is er volgens de Landelijke Vereniging POH-GGZ mogelijk sprake van verschil in interpretatie: POH's-GGZ in dienst van een zorggroep beleven dit wellicht alsof zij in dienst zijn van een huisartspraktijk.

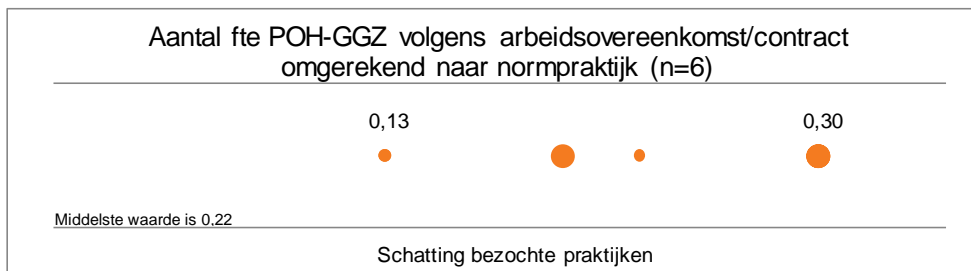
76 Uit de verificatieonderzoeken en de expertgroep komt naar voren dat bij samenwerking met POH-GGZ vanuit de zorggroep meerdere varianten mogelijk zijn. Er kan bijvoorbeeld worden gekozen voor een dienstverband van de POH-GGZ bij de huisartsenpraktijk, maar waarbij de contractering van de POH-GGZ-module met de zorgverzekeraar collectief via de zorggroep gebeurt. Ook kunnen POH's-GGZ in dienst zijn bij de zorggroep en vanuit de zorggroep worden gedetacheerd bij huisartsenpraktijken.

77 Ondersteunende organisaties, zoals zorggroepen, samenwerkingsverbanden en detachingsorganisaties, kunnen een sterk faciliterende rol spelen. Zij organiseren kennisuitwisseling, intervisie en nascholing, nemen E-health-initiatieven en maken afspraken over consultatie van tweedelijns GGZ. Een dergelijke faciliterende rol is nog niet overal ingericht, maar hier is volgens de POH's-GGZ in de expertgroep wel behoefte aan.

3.1.4 *Formatie POH-GGZ*

78 In de verificatieonderzoeken is aan de deelnemende huisartsenpraktijken en gezondheidscentra gevraagd naar de beschikbare formatie POH-GGZ volgens de arbeidsovereenkomst(en) of contract(en) in fte, waarbij 1 fte gelijkstaat aan 38 uur per week. Vervolgens hebben wij deze formatie gerelateerd aan het aantal ingeschreven patiënten in de praktijk en teruggerekend naar een normpraktijk van 2.168 patiënten. De beschikbare formaties van de bezochte praktijken variëren tussen de 0,13 en 0,3 fte per normpraktijk, en de middelste opgegeven waarde is 0,22. Dit is weergegeven in figuur 6.

¹¹ LHV De Dokter (mei 2014), Tweede LHV-Peiling over GGZ-nieuwe stijl, 'Huisartsen pakken GGZ voortvarend op'.



Figuur 6. Formatie POH-GGZ bij bezochte praktijken, omgerekend naar normpraktijk van 2.168 patiënten

79 De hoogste waarde, 0,3 fte, is ongeveer gelijk aan de maximale inzet van 12 uur per normpraktijk waarvoor het inschrijftarief POH-GGZ ruimte biedt. De waarde van 0,22 is gelijk aan 9 uur. De expertgroep geeft aan dat de huidige financiering bepalend is voor de inzet van POH-GGZ. Experts ervaren in de praktijk dat huisartsen die net starten met de inzet van een POH-GGZ dit in eerste instantie met een beperkte formatie doen en deze formatie steeds verder uitbreiden, in de meeste gevallen tot het maximum. Dit blijkt ook uit de verificatieonderzoeken: de praktijk met het laagste aantal fte POH-GGZ van 0,13 zet nog maar relatief kort een POH-GGZ in en alle praktijken die onder de 0,3 fte zitten, geven aan de wens te hebben het aantal fte's uit te breiden.

80 In de expertgroep is benoemd dat er praktijken zijn die een hogere inzet van een POH-GGZ zouden willen dan de huidige financiering toelaat. De expertgroep zou graag zien dat een uitbreiding mogelijk wordt gemaakt.

3.1.5 Tijdsbesteding POH-GGZ: verhouding direct patiëntgebonden, indirect patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd

81 Aan de bezochte huisartsenpraktijken en gezondheidscentra is gevraagd een inschatting te geven van de verhouding tussen de direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en niet patiëntgebonden tijd die een POH-GGZ gemiddeld per week besteedt.

82 Onder direct patiëntgebonden tijd wordt verstaan de tijd die besteed wordt aan intakes, consulten en groepsconsulten waarbij direct patiëntencontact is. Omdat verslaglegging veelal tijdens of direct aansluitend op patiëntencontacten plaatsvindt, is dat ook onder direct patiëntgebonden tijd in beschouwing genomen. Indirect patiëntgebonden tijd betreft bijvoorbeeld het aanmelden van patiënten, maken van afspraken, overleg met de huisarts, patiëntenoverleg met andere POH's-GGZ en consultatie van een specialist. Onder niet patiëntgebonden tijd valt onder andere scholing, intervisie, netwerkactiviteiten, de organisatie van de zorg en afstemming met het wijkteam. Ten aanzien van afstemming met het wijkteam gaven experts aan dat sommige huisartsenpraktijken hierover met gemeenten afspraken maken over de financiering.

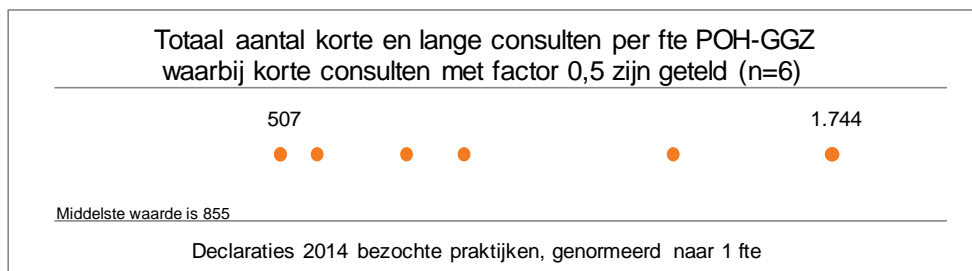
83 In bijlage B.1 is de spreiding van de opgegeven direct, indirect en niet patiëntgebonden tijd weergegeven. Hierbij moet opgemerkt worden dat mogelijk bij de invulling interpretatieverschillen zijn ontstaan tussen direct en indirect patiëntgebonden tijd, wat een mogelijke verklaring is voor de relatief grote spreiding op deze schattingen. Het is daarom zinvol voornamelijk te kijken naar de totale patiëntgebonden tijd, wat gelijk is aan 100% minus de niet patiëntgebonden tijd. De schatting van de niet patiëntgebonden tijd van de bezochte

huisartsenpraktijken ligt tussen de 6% en de 20%, met een middelste waarde van 10%. De expertgroep herkent zich in het percentage van 10% en geeft dat percentage als advies over het landelijke beeld aan de klankbordgroep. Dit percentage niet patiëntgebonden tijd wordt als minimum wenselijk percentage gezien.

3.1.6 Aantal uitgevoerde prestaties per fte POH-GGZ

84 De vragenlijst aan de bezochte huisartsen bevatte een vraag over het aantal prestaties POH-GGZ dat in 2014 in de praktijk is uitgevoerd. Dit aantal is vervolgens gerelateerd aan het aantal fte POH-GGZ werkzaam in de praktijk en teruggerekend naar 1 fte POH-GGZ om de gegevens van de praktijken onderling vergelijkbaar te maken. De berekende waarden van de bezochte praktijken zijn weergegeven in bijlage B.2 voor elk van de verschillende prestaties in 2014. In die figuren is het aantal gedeclareerde prestaties in 2014, gecorrigeerd voor het aantal fte in de praktijk. Daarmee zijn de figuren een weergave van het aantal consulten dat een fulltime POH-GGZ in de verschillende praktijken zou verrichten.

85 Het consult langer dan 20 minuten wordt het meest gedeclareerd en het consult korter dan 20 minuten veel minder vaak. In figuur 7 hieronder zijn de beide consulten samengenomen, waarbij rekening is gehouden dat een lang consult dubbele tijd vraagt.



Figuur 7. Aantal consulten POH-GGZ 2014 per fte, combinatie van korter en langer dan 20 minuten

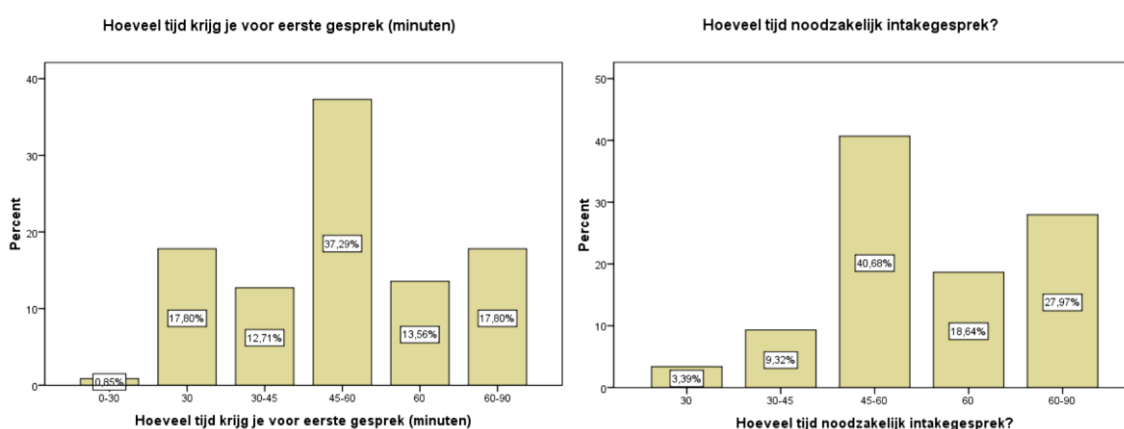
86 Niet alleen voor de consulten, maar ook voor de andere POH-GGZ-prestaties laat bijlage B.2 een grote spreiding zien in de geregistreerde aantallen. Verklaringen hiervoor zijn dat verschillende type consulten substitueerbaar zijn en de ene POH-GGZ relatief gezien veel face-to-face consulten uitvoert en een ander relatief gezien meer andersoortige consulten. Daarnaast is er in de praktijk variatie in de tijdsbesteding van consulten, (zie paragraaf 3.2.3.), en wordt daar door praktijken ook op gestuurd. In praktijken waarvoor een consult POH-GGZ minder tijd wordt ingepland, zal het aantal consulten belangrijk hoger zijn dan in praktijken waar per consult meer tijd wordt ingepland. Tot slot is een verklaring dat in sommige praktijken of centra pilots plaatsvinden op basis van projectfinanciering (zoals de pilot DBC Depressie) die reguliere consulten vervangen. Daarmee is in deze praktijken het aantal geregistreerde consulten per fte POH-GGZ relatief laag. Vanwege de grote spreiding kunnen aan de inzichten uit de verificatieonderzoeken ten aanzien van het aantal prestaties geen conclusies worden getrokken.

3.1.7 Tijdsbesteding POH-GGZ: intake

87 Een intake kost veelal meer tijd dan een regulier consult, omdat tijd nodig is voor kennismaking, het bespreken van de problematiek en het bepalen van de vervolgstappen. Naar inschatting van de bezochte

praktijken in de verificatieonderzoeken duurt een intake, inclusief verslaglegging, 45 tot 60 minuten (zie figuur in bijlage B.3). De experts herkennen zich hierin en nemen dit over als advies over het landelijk beeld. De wenselijke duur van een intake sluit hier volgens de expertgroep ook op aan.

88 De Landelijke Vereniging POH-GGZ heeft onder haar leden gevraagd hoeveel tijd ze nu besteden aan een intake (eerste gesprek) en hoeveel tijd zij daar in de ideale situatie voor nodig hebben. Figuur 8 geeft de uitkomsten weer. Deze bevindingen sluiten aan bij de informatie verzameld in dit onderzoek. De meeste POH-GGZ-professionals plannen 45-60 minuten voor een intake. Ongeveer 18% van de respondenten mogen maximaal 30 minuten besteden aan intake. De respondenten geven ook aan dat meer tijd wenselijk is.



Figuur 8. Werkelijke en gewenste tijd voor intake (bron: onderzoek Landelijke Vereniging POH-GGZ, n onbekend)

3.1.8 Tijdsbesteding POH-GGZ: vervolgsconsulten (individueel)

89 In individuele vervolgsconsulten wordt onderscheid gemaakt in de volgende type consulten:

- a. Face-to-face consult;
- b. Telefonisch consult;
- c. Visite;
- d. Consult via e-mail.

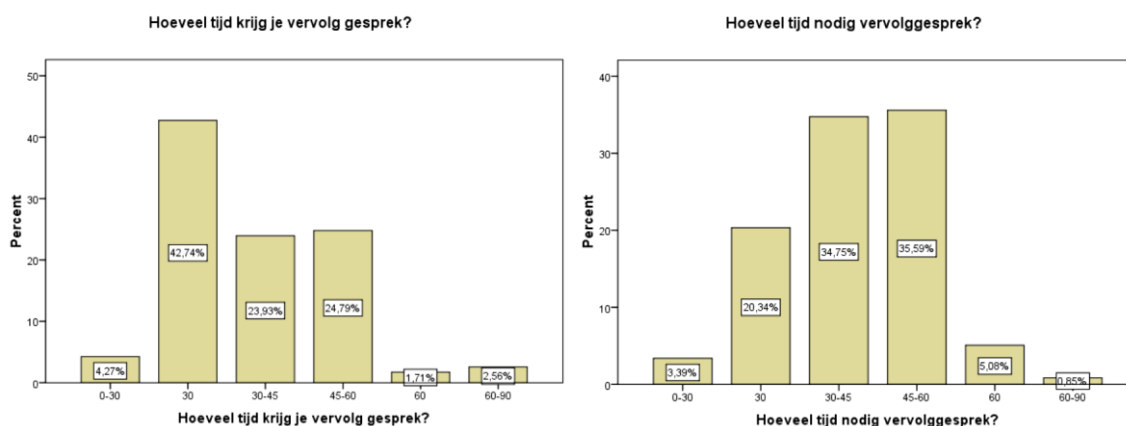
90 Met behulp van inzichten uit de verificatieonderzoeken (zie figuren in bijlage B.4) is de expertgroep gekomen tot een advies over het landelijk beeld voor deze verschillende type consulten. Deze adviezen zijn weergegeven in tabel 2.

Type consult	Advies landelijk beeld expertgroep Tijdsbesteding per consult in minuten (inclusief verslaglegging)
Face-to-face consult	30-45 minuten
Telefonisch consult	30 minuten
Visite (exclusief reistijd)	45-60 minuten
Consult via e-mail	10-20 minuten

Tabel 7. Advies landelijk beeld expertgroep tijdsbesteding per consult

91 Hierbij moet worden opgemerkt dat visites en e-mailconsulten in de praktijk nauwelijks voorkomen (bij alle bezochte huisartsenpraktijken maken deze type consulten 5% of minder uit van de totale direct patiëntgebonden tijd van een POH-GGZ). Een mogelijke reden voor de beperkte toepassing van e-mailconsulten is dat het nog niet in elke huisartsenpraktijk mogelijk is om via een beveiligde route via het HIS e-mails te verzenden. In de expertgroep is benoemd dat huisartsenpraktijken kosten moeten maken voor het gebruik van een dergelijke module (zie paragraaf 3.3).

92 De Landelijke Vereniging POH-GGZ heeft onder haar leden gevraagd hoeveel tijd ze nu besteden aan een vervolg gesprek en hoeveel tijd zij daar in de ideale situatie voor nodig hebben. Figuur 9 geeft de uitkomsten weer. Deze bevindingen sluiten aan bij de informatie verzameld in dit onderzoek. De respondenten geven ook aan dat meer tijd wenselijk is.



Figuur 9. Werkelijke en gewenste tijd voor vervolgconsult (bron: onderzoek Landelijke Vereniging POH-GGZ)

3.1.9 Tijdsbesteding POH-GGZ: groepsconsulten

93 Groepsconsulten kunnen vanaf 1 januari 2014 worden gedeclareerd. Op dit moment vinden groepsconsulten nog in beperkte mate plaats, maar dit is volgens de experts in ontwikkeling. De huidige financiering is volgens de expertgroep een verklaring voor de beperkte mate waarin groepsconsulten worden gedaan.

94 Van de zes bezochte praktijken is er slechts één waarbij de POH-GGZ groepsconsulten houdt (gezondheidscentrum met regionale pilotfunctie). Vanuit de verificatieonderzoeken is daardoor onvoldoende inzicht in tijdsbesteding bij groepsconsulten. Ervaringen vanuit de expertgroep zijn dat een groepsconsult circa twee uur duurt. In de meest efficiënte situatie, waarbij het materiaal al volledig is ontwikkeld en een groepsconsult al eens eerder is gehouden, is er daarnaast naar inschatting van de experts in totaal een uur nodig voor voor- en nabereiding. Deze voor- en nabereiding bestaat onder andere uit het doen van public relations, het verwerken van aanmeldingen, eventueel vooraf toesturen van een vragenlijst (bijvoorbeeld de VierDimensionale KlachtenLijst, 4DKL) en achteraf verslaglegging. In totaal besteedt een POH-GGZ dus drie uur aan een groepsconsult, waarbij de groepsvang meestal acht tot twaalf cliënten is. Dit is de norm in een samenwerkingsverband waar één van de experts werkzaam is.

95 Naast de 'reguliere' tijdsbesteding is tijd nodig voor de ontwikkeling van groepsconsulten en moeten kosten worden gemaakt voor het aanbieden van groepsbehandeling. De belangrijkste onderdelen van de ontwikkeltijd zijn de ontwikkeling van cursus- en voorlichtingsmateriaal, het doen van public relations en het regelen van een ruimte. Kosten die gemaakt worden, hebben onder andere betrekking op drukwerk en de huur van de ruimte.

96 De benodigde totale ontwikkeltijd is afhankelijk van de opzet en het onderwerp van het groepsconsult en daarom lastig te kwantificeren. Het advies van de expertgroep is om de ontwikkeltijd normatief te bepalen en bijvoorbeeld hiervoor uit te gaan van richtlijnen die in het onderwijs worden gehanteerd voor de ontwikkeling van cursussen. Een deel van deze taken kan mogelijk uitgevoerd worden door ondersteuningsorganisaties van de POH-GGZ.

3.1.10 Tijdsbesteding POH-GGZ: E-health

97 Er bestaan grote regionale verschillen in de mate waarin E-health wordt toegepast in huisartsenpraktijken. De expertgroep benoemt dat de belangrijkste reden hiervoor is dat de aanschaf van E-healthmodules een grote investering vraagt, die voor een individuele huisartsenpraktijk zeer hoog is. En ook de organisatorische belasting is voor een individuele praktijk hoog. Volgens de ervaring van de expertgroep "hikken huisartsen aan" tegen de implementatie van E-health. Implementatie zal daarom voornamelijk vanuit samenwerkingsverbanden, zorggroepen of andere ondersteunende organisaties opgepakt worden. Nog niet overal in Nederland is dit ingeregeld.

98 Volgens de experts zijn er momenteel wel goede E-healthmodules beschikbaar, zoals MindDistrict, Therapieland en aanbod vanuit het Trimbos-instituut.

99 Wat betreft tijdsbesteding schat de expertgroep in dat een E-healthconsult (bijvoorbeeld het bespreken van huiswerk) 20 minuten duurt. Dit is een ander consult dan een telefonisch of e-mailconsult en kan daarom worden toegevoegd aan het lijstje met type consulten. Op de kosten van E-health gaan we in paragraaf 3.3. nader in.

3.1.11 Tijdsbesteding POH-GGZ: gebruik van ondersteunende instrumenten

100 POH's-GGZ gebruiken in hun behandeling, ondersteuning en begeleiding bij een deel van de patiënten inzichtgevende instrumenten, zoals 4DKL. Het gebruik hiervan vindt plaats tijdens consulten en kost geen aanvullende tijd. Voor de eerstelijns bestaan nog geen gevalideerde beslissingsondersteunende screeningsinstrumenten. Er worden in de praktijk wel screeningsinstrumenten gebruikt en soms zelfs voorgeschreven door zorgverzekeraars, maar de expertgroep doet de aanbeveling geen gebruik te maken van bestaande screeningsinstrumenten, zolang deze nog niet voor de eerstelijns zijn gevalideerd. Mochten er in de toekomst gevalideerde screeningsinstrumenten ontwikkeld worden, dan zal dat volgens de expertgroep geen invloed hebben op de tijdsbesteding per consult van een POH-GGZ, wel neemt mogelijk het aantal contactmomenten per cliënt per jaar toe, omdat een consult extra wordt ingepland voor bespreking van de uitkomsten van screening.

3.1.12 Loon- en detachingskosten POH-GGZ

101 Als de POH-GGZ wordt ingezet op basis van detachering, bestaat het (uur)tarief dat wordt betaald waarschijnlijk uit meer kosten dan alleen de salariskosten, omdat de detacherende organisatie dekking voor haar kosten wil hebben. Dat maakt de kosten die zijn opgegeven door de bezochte praktijken, waarbij zowel loondienst als detachering voorkomt, onderling moeilijk vergelijkbaar. In de figuur in bijlage B.6 staan de opgegeven bruto loonkosten per fte POH-GGZ (bij een 38-urige werkweek) weergegeven. Vier praktijken betalen circa € 64.500,- (zowel loondienst als gedetacheerd) en twee andere praktijken circa € 87.500,- (gedetacheerd).

102 In de CAO Huisartsenzorg 1 januari 2014 - 28 februari 2015 is de functiewaardering van de POH-GGZ ingeschaald in schaal 7 (€ 36.254,- - € 51.434,- per jaar inclusief 8% vakantietoelage en 6% eindejaarsuitkering, maar exclusief werkgeverslasten¹²) en schaal 8 (€ 39.235 - € 51.434,- per jaar). Het bijhorende opleidingsniveau en ervaringsniveau staat beschreven in de handleiding Functiewaardering CAO huisartsenzorg 2013. Voor schaal 7 komt dit neer op een gerichte opleiding op hbo-niveau en kennis van de problematiek (onder andere psychopathologie) van de huisartsenpraktijken. Schaal 8 vereist een relevante hbo-opleiding en ruime ervaring in eerstelijns GGZ-zorg. In de huidige functiewaardering van de POH-GGZ bestaat geen aparte inschaling voor de wetenschappelijk opgeleide POH-GGZ. Op haar website geeft de Landelijke vereniging POH-GGZ aan het huidige voorstel voor inschaling in schaal 7 en 8 te laag te vinden.

3.2 Arbeidskosten: tijdsbesteding huisarts

103 De huisarts besteedt indirect patiëntgebonden tijd aan de POH-GGZ ten behoeve van patiëntenoverleggen en aan bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie. Dat betreft medisch inhoudelijk overleg. Daarnaast vraagt de organisatie van de POH-GGZ niet patiëntgebonden tijd van de huisarts, bijvoorbeeld voor het uitvoeren van werkgeverschap (zoals loonadministratie, voeren van functioneringsgesprekken), contacten met zorgverzekeraars en/of zorggroep (contractering, declaratie, opstellen jaarrapportages) en/of afstemming met een samenwerkingsverband.

104 In de verificatieonderzoeken is gevraagd naar de gemiddelde tijdsbesteding van de huisarts op beide aspecten. De opgegeven tijdsbesteding voor een huisarts (uitgegaan van 1 fte huisarts/een normpraktijk) aan indirecte tijd varieert tussen de 0,4 en 1 uur per week met een middelste waarde van 0,5 uur (zie figuren in bijlage B.5). Ten aanzien van de niet patiëntgebonden tijd voor de huisarts liggen de schattingen van de bezochte praktijken verder uit elkaar, van 0,2 tot 1 uur per week met een middelste waarde van 0,45 uur. De experts herkennen zich in deze geschatte tijdsbestedingen en geven als advies voor het landelijk beeld een totale tijdsbesteding van 1 uur per week voor een fte huisarts.

105 Indien een POH-GGZ niet in dienst is van de huisartsenpraktijk, maar bij een zorggroep, GGZ-instelling of detachingsorganisatie, wordt een deel van de niet-patiëntgebonden taken uitgevoerd door de organisatie waar de POH-GGZ werkzaam is. Dan zijn de kosten hiervoor opgenomen in de uurprijs van de POH-GGZ die

¹² De omvang van de werkgeverslasten is niet onderzocht, deze ligt meestal tussen de 20% en 30%.

de huisarts betaalt. De expertgroep benoemt dat er in die gevallen veelal *niet* sprake is van een tijdsbesparing voor de huisarts, maar dat de organisatie aanvullende, dus *meer* ondersteuning en organisatie biedt.

3.3 Infrastructurele kosten

106 De infrastructuurele kosten van de POH-GGZ bestaan uit de volgende componenten:

- a. Kosten van consultatie specialist;
- b. Tijdsbesteding van de assistent;
- c. Materiële kosten, waaronder:
 - i. Kosten voor ICT;
 - ii. Kosten voor opleidingen en cursussen;
 - iii. Kosten voor vakliteratuur;
 - iv. Kosten voor (huur)ruimte;
 - v. Eventuele kosten voor E-health;
 - vi. Eventuele specifieke kosten voor beveiligde verzending van e-mails ten behoeve van consulten per e-mail;
 - vii. Eventuele specifieke kosten voor de organisatie van groepsconsulten.

3.3.1 Consultatie van de specialist

107 Met consultatie van de specialist wordt bedoeld patiënt gerelateerde consultatie ten behoeve van de behandeling of (voorkomen van) doorverwijzing van een cliënt. Onder consultatie valt niet standaard georganiseerd intercollegiaal of multidisciplinair overleg. Specialisten die geconsulteerd worden, zijn veelal psychiaters. Consultatie van psychologen in de Basis GGZ komt minder vaak voor, omdat in toenemende mate psychologen de functie POH-GGZ uitoefenen en omdat vaak al langer intercollegiaal overleg is tussen huisartsen en psychologen.

108 Ook de mate waarin consultatie van de specialist is geïmplementeerd, varieert sterk in de praktijk. Er zijn wel contracten afgesloten met de tweedelijns ten behoeve van consultatie - vaak door ondersteunende organisaties -, maar naar ervaring van de experts wordt er in de praktijk nog beperkt gebruik van gemaakt. Dit betekent ook dat de tijd die een POH-GGZ gemiddeld per week besteedt aan consultatie sterk varieert en er geen conclusies kunnen worden verbonden aan de informatie die hierover is opgehaald.

3.3.2 Tijdsbesteding assistent

109 Het plannen van afspraken kan de POH-GGZ delegeren aan de assistent. In dat geval besteedt de assistent naar inschatting van de bezochte huisartsenpraktijken tussen de 0,5 uur en 1,6 uur met een middelste waarde van 1 uur (zie figuren in bijlage B.5). De experts geven aan dat een tijdsbesteding van 0,45 tot 1 uur per week per assistent reëel is en geven dat als advies voor het landelijk beeld.

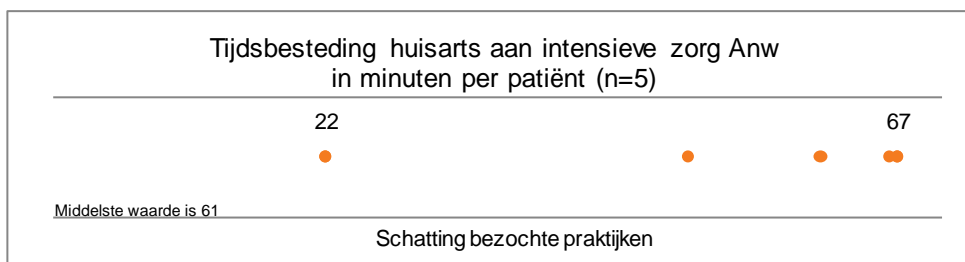
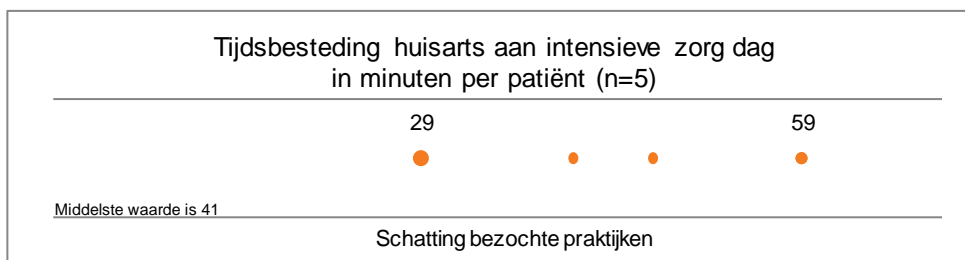
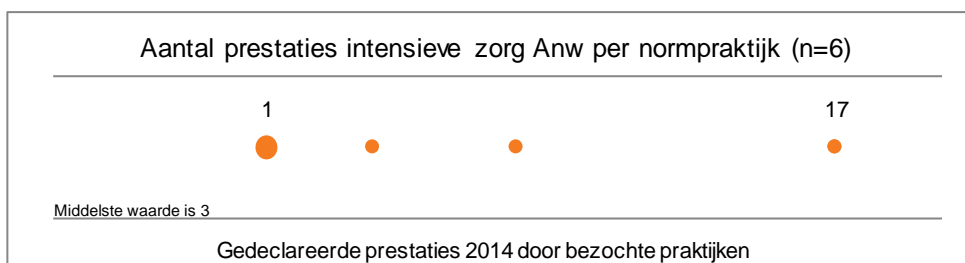
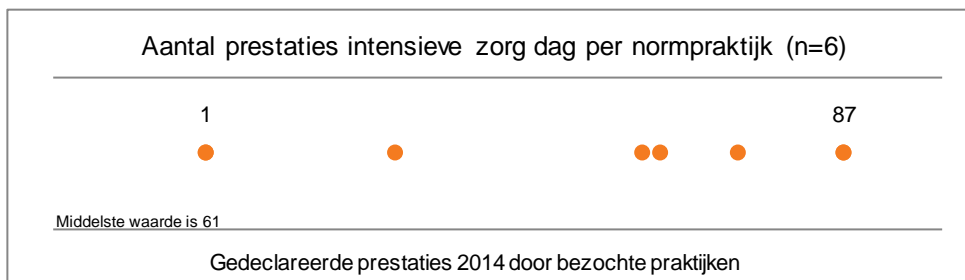
3.3.3 Materiële kosten

¹¹⁰ Van de materiële kosten, zoals hierboven benoemd, bleek dat de bezochte praktijken vanuit de administratie niet tot zeer moeilijk konden vaststellen welk deel van de kosten specifiek betrekking heeft op de POH-GGZ. De praktijken die gegevens over materiële kosten hebben aangeleverd, hebben dit veelal gebaseerd op grove schattingen of toerekeningsmethodieken. Daarnaast gaven ook experts aan dat kosten sterk kunnen variëren¹³. Dit maakt dat vanuit het onderzoek geen betrouwbare gegevens zijn over de omvang van de materiële kosten van de POH-GGZ.

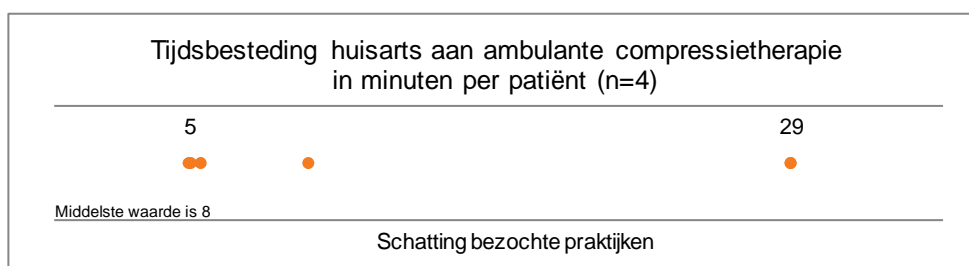
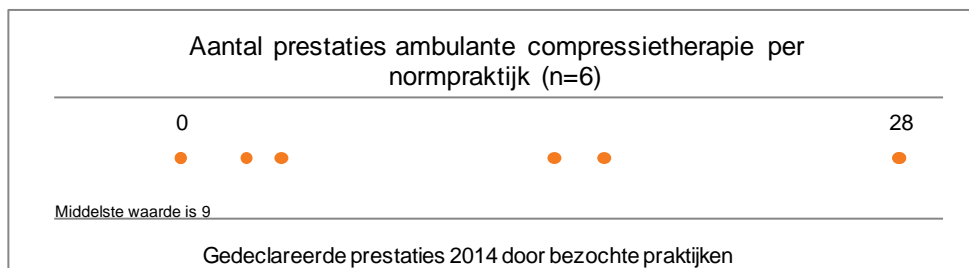
¹³ Ten aanzien van kosten van E-health-modules hebben wij specifiek aanvullend navraag gedaan bij zowel de klankbordgroep als expertgroep, maar het bleek voor geen van deze benaderde personen mogelijk gedetailleerd inzicht te geven in investerings- en onderhoudskosten. Reden hiervoor was veelal dat de praktijken waar zij werkzaam zijn nog geen E-health aangeschaft hadden.

A. Figuren overige S1-prestaties

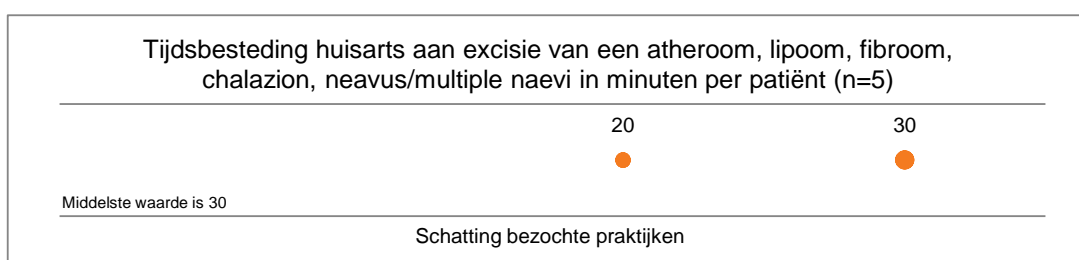
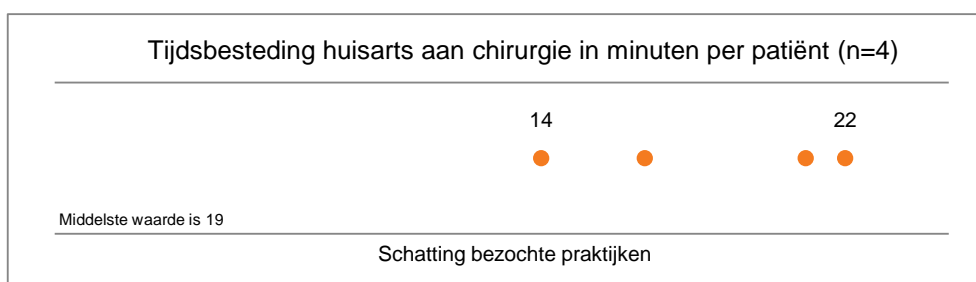
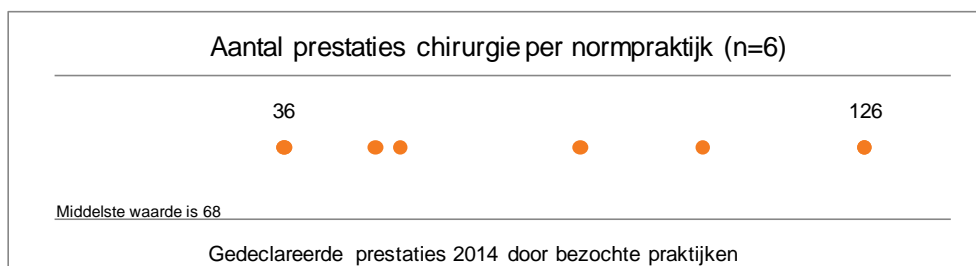
A.1 Intensieve zorg dag en ANW

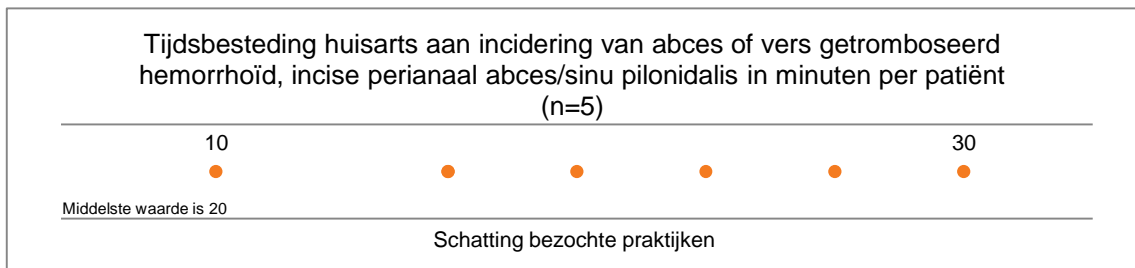
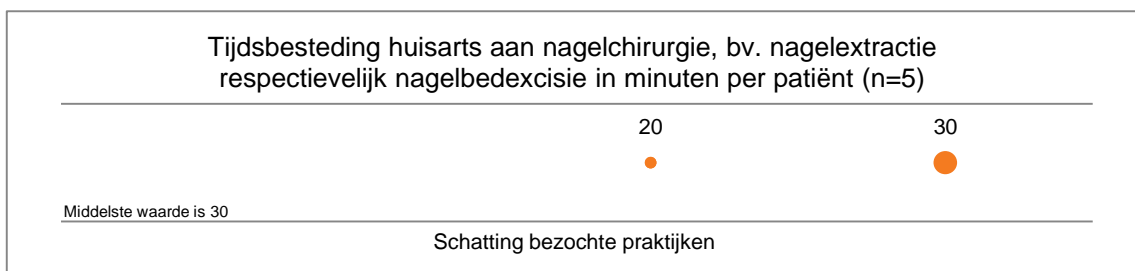
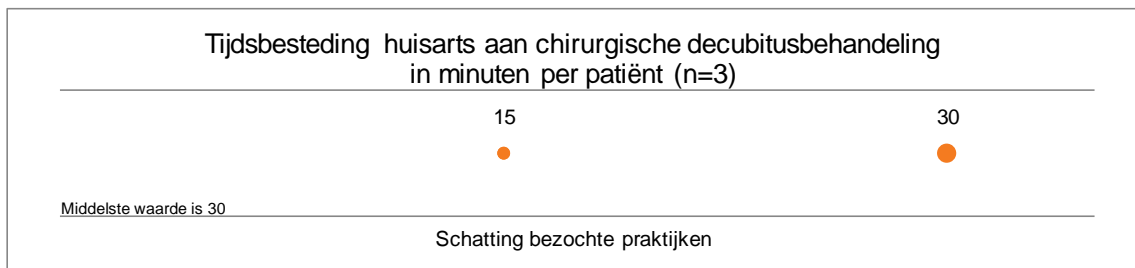
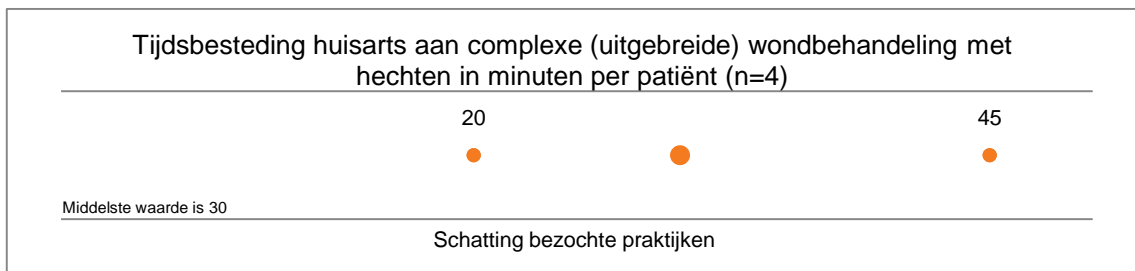
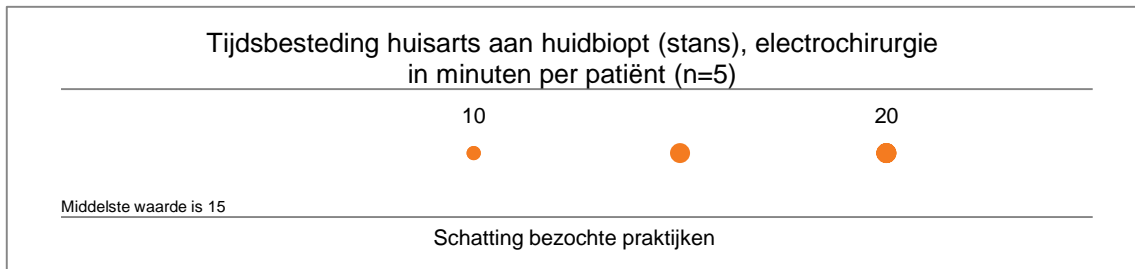


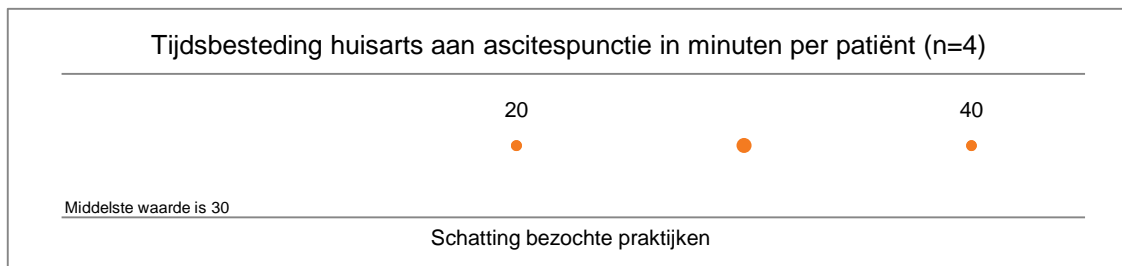
A.2 Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris



A.3 Chirurgie



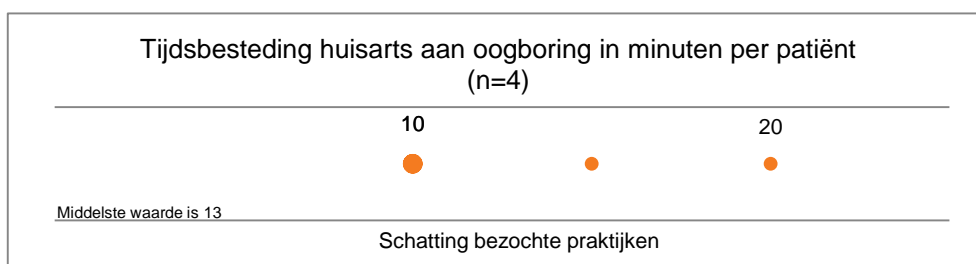
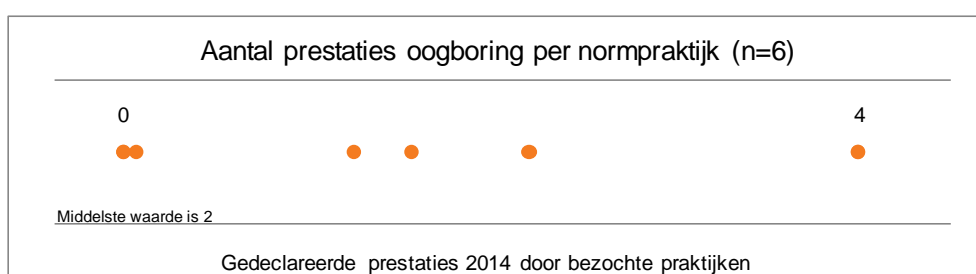




De schattingen per praktijk lopen sterk uiteen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de opgegeven schattingen per praktijk, met daarbij het aantal maal dat de verrichting per jaar wordt gedaan. Dit aantal is berekend op basis van het aantal gedeclareerde prestaties chirurgie in 2014 gecombineerd met het aandeel (%) dat de praktijk heeft aangegeven voor de individuele verrichtingen.

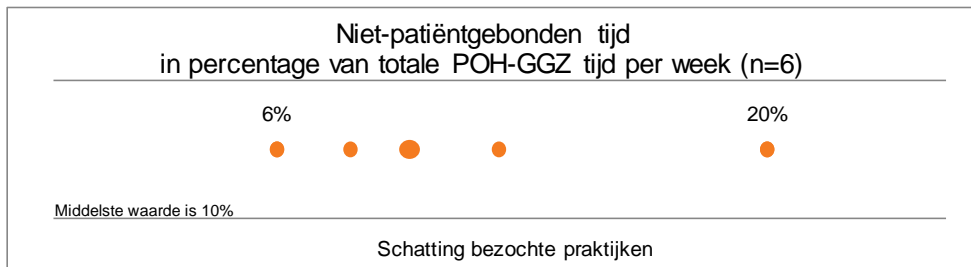
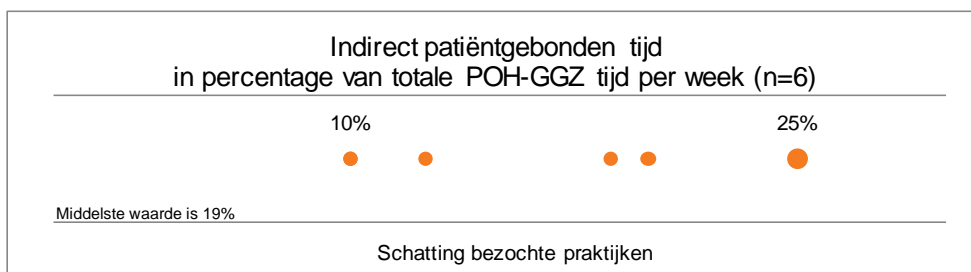
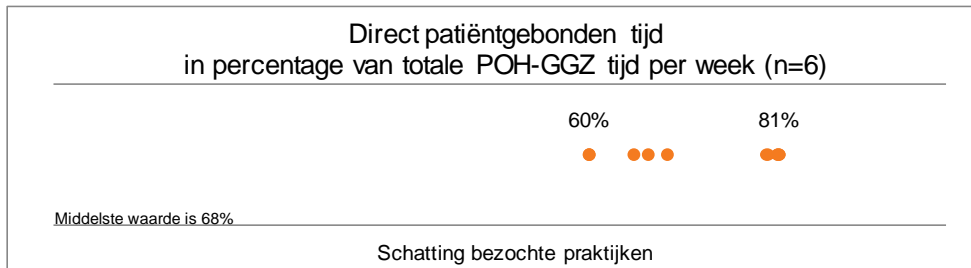
	Praktijk 1		Praktijk 2		Praktijk 3		Praktijk 4		Praktijk 5	
	Tijd (min)	Aantal	Tijd (min)	Aantal	Tijd (min)	Aantal	Tijd (min)	Aantal	Tijd (min)	Aantal
excisie van een atheroom, lipoom, fibroom, chalazion, neavus/multiple naevi	30	43	20	143	30	16	30	17	20	63
huidbiops (stans), electrochirurgie	20	19	10	114	20	1101	15	2	15	24
complexe (uitgebreide) wondbehandeling met hechten	45	12	30	29	30	31			20	40
chirurgische decubitusbehandeling	30	6	30	29					15	6
nagelchirurgie bijvoorbeeld nageextractie respectievelijk nagelbedexcisie	30	25	30	114	30	393	30	13	20	16
incidering van abces of van vers getromboseerd hemorrhoid, incise periaanale abces/sinupilonidialis	25	12	10	114	30	16	20	11	15	8
Ascitespunctie	40	6	20	29	30	16			30	2

A.4 Oogboring

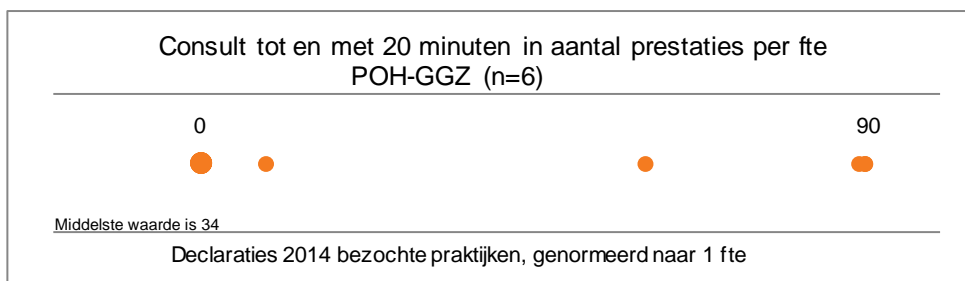


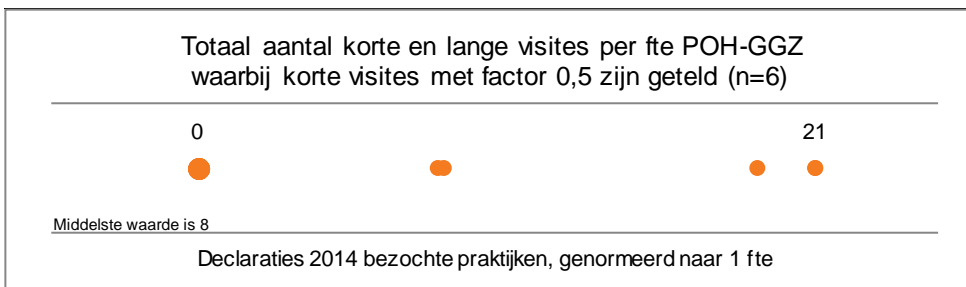
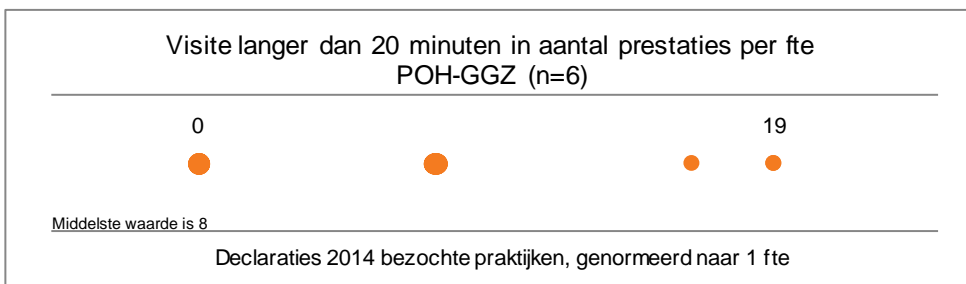
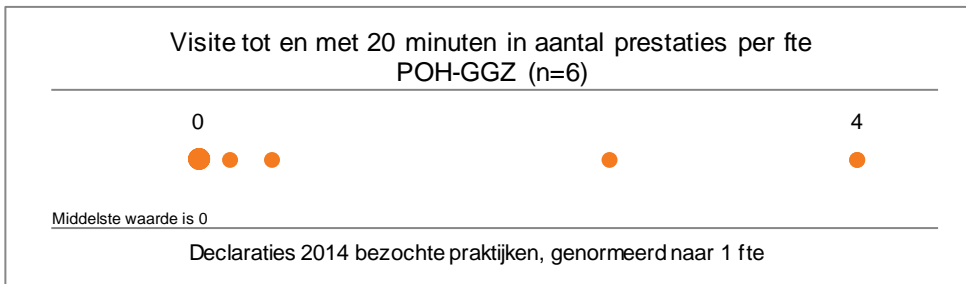
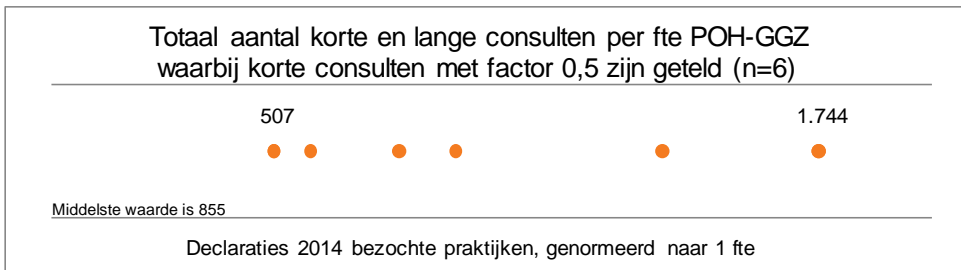
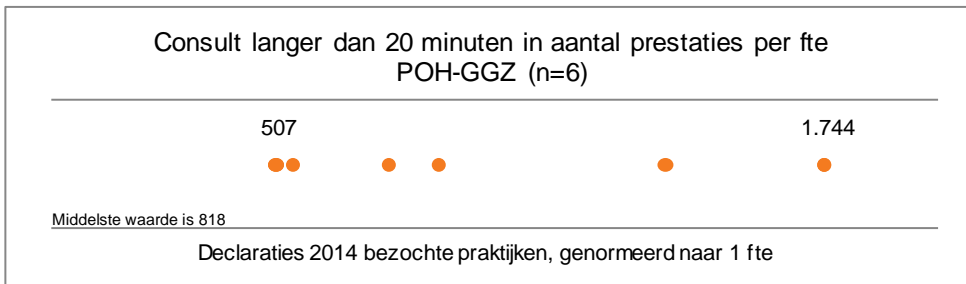
B. Figuren POH-GGZ

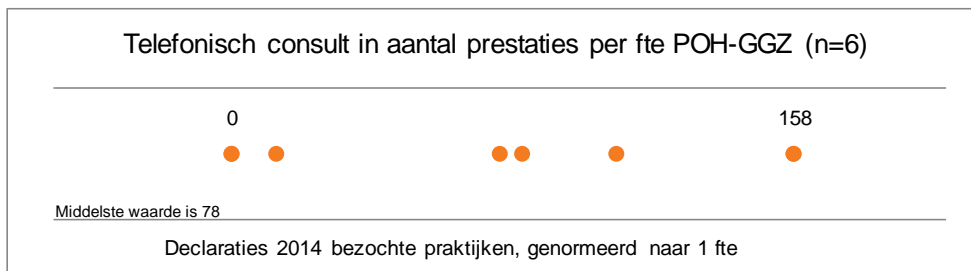
B.1 POH-GGZ: direct, indirect en niet-patiëntgebonden tijd



B.2 Aantal uitgevoerde prestaties per fte POH-GGZ

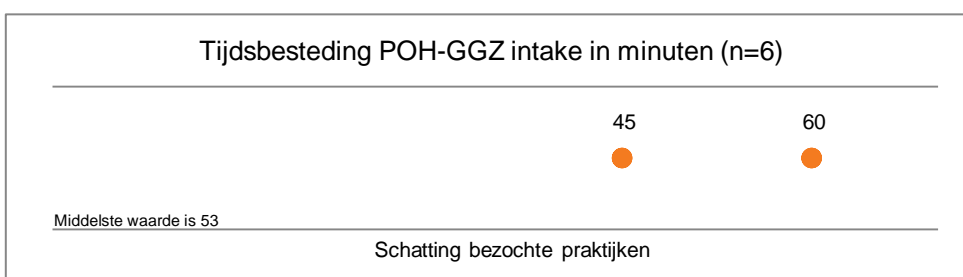




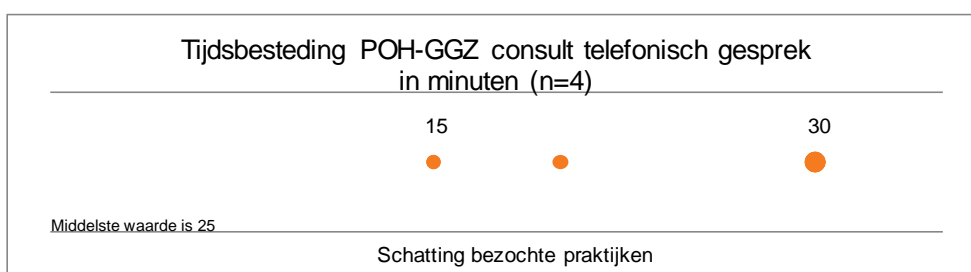
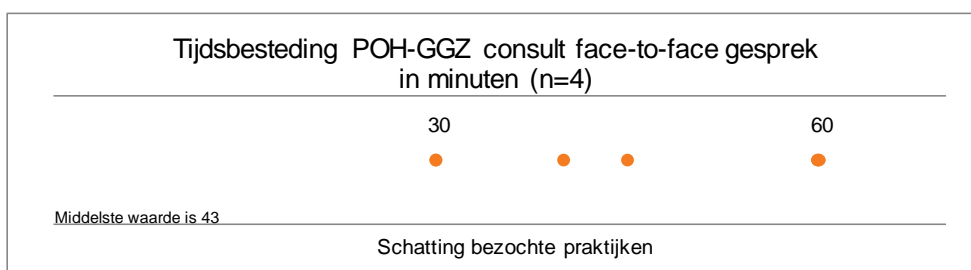


E-mailconsulten zijn door geen van de praktijken/centra uitgevoerd in 2014.

B.3 Tijdsbesteding intake



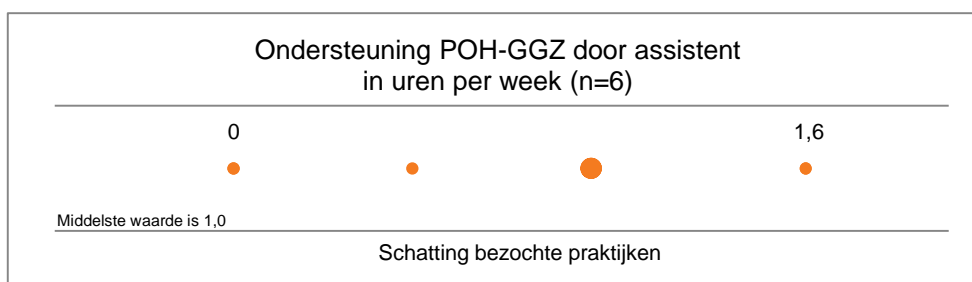
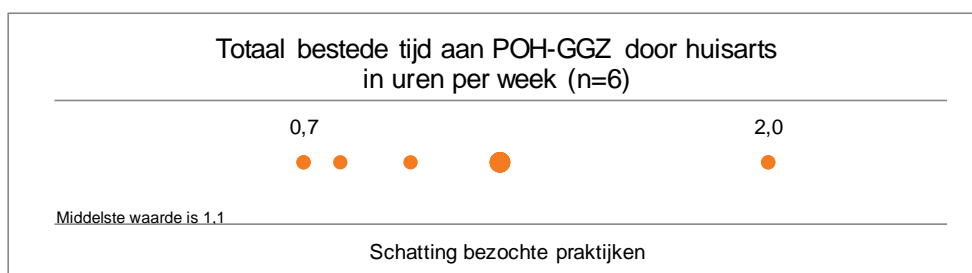
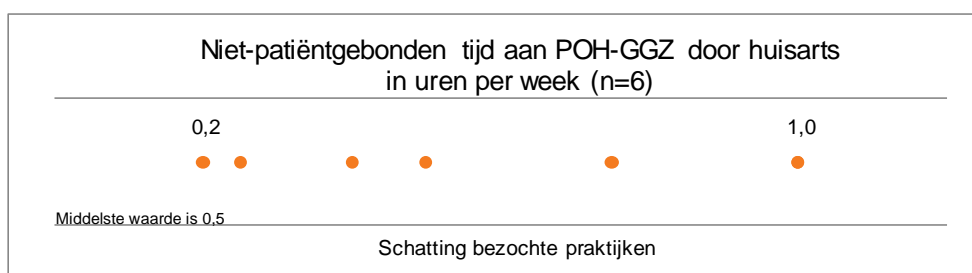
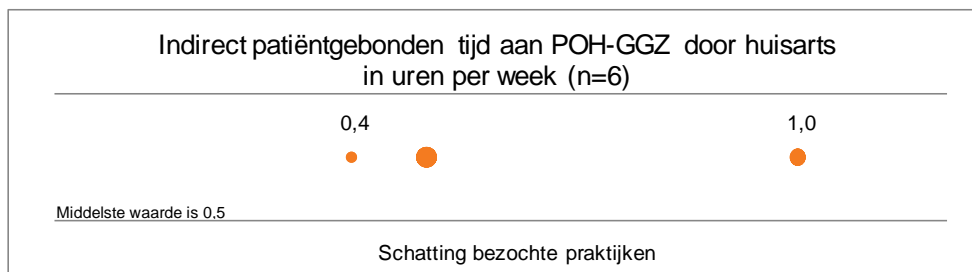
B.4 Tijdsbesteding vervolgsconsulten individueel



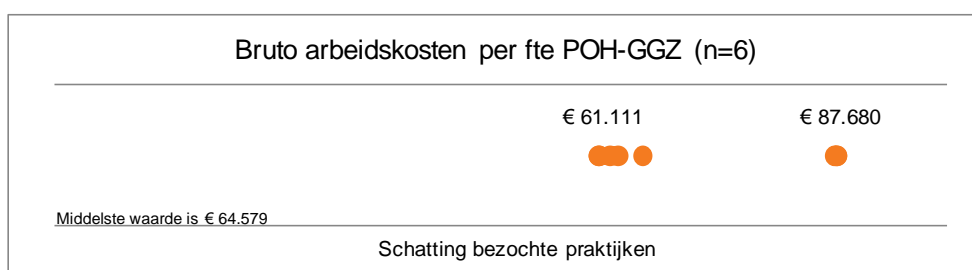
Ten aanzien van visites schatten twee van de bezochte praktijken de duur van de visite in op een uur.

Ten aanzien van e-mailconsult zijn er geen schattingen beschikbaar vanuit de verificatieonderzoeken.

B.5 Tijdsbesteding huisarts en assistent



B.6 Bruto arbeidskosten POH-GGZ per fte



C. Onderzoek kosten investeringen apparatuur chirurgische behandelingen

Op verzoek van de NZa is nader onderzoek gedaan naar de investeringskosten van apparatuur voor chirurgische behandelingen. Er is onderzoek gedaan naar de volgende apparatuur:

- a. Chirurgische set;
- b. Autoclaaf/sterilisator;
- c. Cauterisatie-apparaat.

Het onderzoek is verricht door op internet de websites van leveranciers te raadplegen en minimaal twee bronnen per apparaat te vinden. Aan twee leveranciers zijn per mail nadere vragen gesteld voor onderliggende informatie over deze apparatuur.

Chirurgische set

Vergelijking van beide leveranciers geeft het volgende beeld:

	Leverancier 1	Leverancier 2
Aanschafkosten inclusief btw	€ 66,55	€ 47,80
Aantal soorten instrumenten	7	9
Kosten per jaar op basis van 2 jaar gebruiksduur	€ 33,28	€ 23,90

Chirurgische sets zijn ook aan te schaffen als disposable (na ieder gebruik niet herbruikbaar). De aanschafprijs ligt dan hoger, maar is dan inclusief hechtmateriaal. Ook zijn er dan geen kosten in verband met sterilisatie. De kosten van een disposable set liggen op circa. € 7,- per set.

Autoclaaf/sterilisator

Autoclaven zijn er in drie typen: B, S en N. Het B-type voldoet voor een huisartsenpraktijk. De autoclaaf type B is in diverse inhoudsmaten leverbaar, onder andere 18 en 22 (of 23) liter. Volgens een leverancier wordt de inhoudsmaat 22 liter door de grote huisartsenpraktijken gebruikt. Voor de onderbouwning wordt dit type gebruikt. De kleinere autoclaaf is qua investeringsbedrag circa € 200,- excl. btw goedkoper. Vergelijking van beide leveranciers geeft het volgende beeld:

	Leverancier 1	Leverancier 2
Aanschafkosten inclusief btw	€ 2.056,-	€ 2.295,-
Economische gebruiksduur	5.000 sterilisatierondes; Bij 100 prestaties per jaar gebruiksduur 50 jaar	Niet opgevraagd
Onderhoudskosten	€ 332,75 per jaar	Jaarlijks 2 uur monteur en materiaalkosten; vergelijkbaar met leverancier 1
Kosten per jaar op basis van een gebruiksduur van 15 jaar	€ 470,-	€ 486,-

De aanschafkosten bij twee leveranciers zijn redelijk vergelijkbaar. De gebruiksduur is afhankelijk van onderhoud en gebruik. De schatting is van één van de leveranciers. Uitgaande van circa 100 prestaties chirurgie per jaar volgens de gegevensuitvraag zou de gebruiksduur zeer lang zijn. Voor de jaarkosten wordt uitgegaan van een gebruiksduur van 15 jaar.

Een van de leveranciers geeft aan dat voor het gebruik van de autoclaaf ook per ronde gedistilleerd of gedemineraliseerd water nodig is; per ronde 600 ml. De kosten van dit water zijn zeer beperkt, dus hiermee is in deze berekening geen rekening gehouden.

Cauterisatie-apparaat

Voor dit apparaat is een vergelijking gemaakt tussen een apparaat op stroom en een apparaat op basis van een oplaadbare set. Vergelijking van beide leveranciers geeft het volgende beeld:

	Leverancier 1	Leverancier 2
Aanschafkosten inclusief btw	€ 1.940,-	€ 575,-
Economische gebruiksduur	Volgens expertgroep 5 tot 20 jaar; Uitgangspunt 15 jaar	Geschat op minimaal 3 jaar
Onderhoudskosten	Gemiddeld € 100,- per jaar	Niet van toepassing
Kosten per jaar	€ 229,-	€ 192,-

De jaarlijkse kosten van een oplaadbaar of niet oplaadbaar apparaat lopen niet veel uiteen, maar zijn sterk afhankelijk van de economische gebruiksduur. De schatting van de onderhoudskosten is gebaseerd op een opgave van de leverancier. Bij deze leverancier zijn de jaarlijkse kosten afhankelijk van de omvang van de praktijk: bij 1 fte € 215,- en bij 8 fte € 570,-. Bovendien betreft het de kosten voor onderhoud van alle apparatuur. Voor de berekening zijn de kosten voor het cauterisatie-apparaat voor een gemiddelde praktijk daarom geschat op € 100,-.

D. Betrokken organisaties

Wij danken de personen en organisaties die via hun deelname hebben bijgedragen aan dit onderzoek. Veel werk is verzet door de huisartsen die informatie hebben aangeleverd over de tijdsbesteding en de kosten. Verder hebben twee expertgroepen bijgedragen aan dit onderzoek door de verzamelde informatie te duiden, zoals toegelicht in paragraaf 1.5. De voortgang en onze bevindingen zijn periodiek besproken met een klankbordgroep van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de vereniging voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn (InEen) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). InEen vertegenwoordigt in de klankbordgroep ook de landelijke vereniging POH-GGZ.

In de expertgroep over de POH-GGZ namen deel: twee POH-GGZ professionals, twee huisartsen, drie mensen werkzaam bij een zorggroep/eerstelijnszorgbedrijf en een adviserend geneeskundige bij een zorgverzekeraar betrokken bij de inkoop van deze zorg.

In de expertgroep over de Overige S1-prestaties namen deel: drie huisartsen die elk van de prestaties in de praktijk uitvoeren en een vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar betrokken bij de inkoop van deze zorg.