

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mevrouw drs. E.I. Schippers  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
WHOK/yemem/EZK

**Telefoonnummer**  
0900-770 70 70

**E-mailadres**  
vragencure@nza.nl

**Kenmerk**  
0026152/32107

**Onderwerp**  
Beleidsbrief marktscan huisartsenzorg

**Datum**  
20 december 2012

Mevrouw de Minister,

De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken en te bewaken. De NZa volgt de ontwikkelingen in deze markten en brengt jaarlijks een aantal marktscans uit die op een systematische wijze de stand van zaken op een (gedeelte van een) bepaalde markt weergeven. De resultaten van de marktscan bieden inzicht in de werking van de regulering en kunnen leiden tot aanpassing van het toezicht.

Bijgaand treft u ter informatie de marktscan "Huisartsenzorg" aan. Deze marktscan geeft een beeld van de sector huisartsenzorg in de recente periode tot en met 2011. Daar waar mogelijk is gebruik gemaakt van informatie over meerdere jaren.

De marktscan concentreert zich op de "reguliere" huisartsenzorg overdag. De vanuit zorggroepen geleverde integraal bekostigde ketenzorg is beschreven in de marktscan ketenzorg (juli 2012). De spoedzorg binnen de huisartsenposten wordt vanuit het perspectief van de individuele huisarts benaderd in deze marktscan. Het geheel van spoedzorg, inclusief tweedelijns spoedeisende hulp en ambulancezorg zal vanuit een separate marktscan worden benaderd.

In deze beleidsbrief worden de opvallendste aspecten uit de scan besproken die van belang zijn voor het vormen van toekomstig beleid rondom de bekostiging van huisartsenzorg.

### **Marktstructuur**

We zien een gestage stijging van het totaal aantal huisartsen en ondersteunend personeel. Deze stijging zien we ook in de toenemende vraag naar huisartsenzorg en de toenemende werkzaamheden die de huisarts op zich neemt vanuit bijvoorbeeld de tweede lijn. Hieraan gekoppeld zijn de stijgende macrokosten voor de zorg die door deze doelgroep wordt geleverd. Er zijn geen signalen van schaarste in het generieke aanbod van huisartsen, wat overigens lokale krapte niet uitsluit. Wel valt op dat bijna 50% van de huisartsen in Nederland 50 jaar of ouder is. Dit kan in de komende tien jaar wel tot schaarste op de

markt leiden, zeker als beleidsmatig meer zorg naar de huisarts wordt overgeheveld. Het is daarom van belang om te blijven investeren in huisartsenzorg en vormen van taakherschikking richting zorgaanbieders die taken van de huisarts kunnen overnemen, zoals gespecialiseerde praktijkondersteuners of bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen.

**Kenmerk**

0026152/32107

**Pagina**

2 van 5

In de afgelopen jaren is er sprake van een vrij snelle concentratie van huisartsen met groeiende samenwerkingsverbanden. De klassieke solopraktijk of duo-praktijk komt inmiddels minder voor dan de grotere groepspraktijken. Het totaal aantal praktijken neemt hiermee af. Uit de marktscan blijkt niet dat deze afname problematisch is. Het percentage patiënten dat moeite heeft om een andere huisarts te vinden is afgenomen ten opzichte van 2006.

### **Marktgedrag**

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction onder een consumentenpanel een enquête laten uitvoeren naar overstapgedrag. Uit de enquête blijkt dat 98% van de 1253 deelnemers ingeschreven staat bij een huisartsenpraktijk. Ruim 60% van deze ingeschreven patiënten heeft een behandelrelatie van meer dan 10 jaar met de huisarts(enpraktijk). 9% heeft een behandelrelatie korter dan 2 jaar. Consumenten hebben een langdurende relatie met hun huisarts(enpraktijk) en stappen niet snel over.

Mede hierdoor is de relatie tussen de huisartsen en de zorgverzekeraars bijzonder. Vrijwel alle huisartsen krijgen een contract aangeboden dat door vrijwel alle huisartsen wordt getekend. Geen enkele zorgverzekeraar onderhandelt over de tarieven onder de bestaande maximumtarieven. De zorg wordt op basis van standaardcontracten ingekocht, waarbij huisartsen zelf aangeven welke aanvullende vormen van zorg in de vorm van bijvoorbeeld M&I-verrichtingen geleverd kunnen worden. Hierbij wordt niet of nauwelijks onderhandeld over bijvoorbeeld de prijs. De aanvullende vormen van zorg kennen een vrij tarief, en worden door de zorgverzekeraars getarifeerd, waar vervolgens niet of nauwelijks vanaf wordt geweken. Dit laatste vaak tot ongenoegen van de huisartsen die graag individueel zouden willen onderhandelen met de verzekeraar.

Daarbij volgen zorgverzekeraars elkaar bij de contractering van reguliere huisartsenzorg in vrijwel alle gevallen. Het gaat hierbij om afspraken over de vergoeding voor ingeschreven patiënten en de vergoeding van de consulten. De dominante verzekeraar contracteert de huisartsen in "zijn" regio en de overige verzekeraars sluiten bij dit contract aan.

Bovenstaande constatering geven weer dat zorgverzekeraars de reguliere huisartsenzorg in de praktijk niet selectief inkopen. Zorgverzekeraars onderscheiden zich niet op dit gebied. Dit kan zijn omdat zij hier de noodzaak niet toe voelen, of omdat zij niet het vertrouwen hebben dat de patiënt overstapt naar een andere huisarts naar aanleiding van het inkoopbeleid van de verzekeraar.

Op uw verzoek heeft de NZa in juni 2012 een advies uitgebracht inzake de bekostiging van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg<sup>1</sup>. Hierin wordt een aantal bekostigingsmodellen verkend die aansluiten bij de door u geformuleerde beleidswensen. Het is wenselijk dat verder wordt gewerkt aan een hervorming van het bekostigingsmodel.

Kenmerk

0026152/32107

Pagina

3 van 5

### **Kwaliteit**

Opvallend is dat de kwaliteit van de reguliere huisartsenzorg nog beperkt inzichtelijk wordt gemaakt. Uit de door de NZa gehouden enquête onder huisartsen blijkt dat slechts 25% van de respondenten kwaliteitsindicatoren deelt met de zorgverzekeraar. Binnen het programma Zichtbare Zorg is in 2011 de indicatorgids Huisartsenzorg vastgesteld door de Stuurgroep. Een belangrijke basis hiervoor is de conceptset geweest die in 2009 is ontwikkeld en die te vinden is in het rapport "Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg" (2009). Hoewel de indicatorset formeel is vastgesteld, is er om verschillende redenen nog geen begin gemaakt met de uitvraag van de indicatoren:

Het is onverminderd van belang dat het aanbod van huisartsenzorg alsmede informatie die zorgverzekeraars daarover verstrekken aan hun verzekerden voldoende vergelijkbaar is. Deze verplichting geldt op grond van artikel 38 lid 4 Wmg (zorgaanbieders) en artikel 40 lid 1 Wmg (zorgverzekeraars). De NZa verwijst hiervoor naar respectievelijk het richtsnoer informatieverstrekking zorgaanbieders<sup>2</sup> en de beleidsregel informatievertrekking zorgverzekeraars (kenmerk TH/BR-003). De NZa constateert dat betrokken partijen zich steeds meer inspanssen om aan deze verplichtingen te voldoen. Wij adviseren u om bij de verdere uitwerking van het toekomstige bekostigingsmodel tevens prikkels in te bouwen om deze transparantie verder te ontwikkelen.

### **Toegankelijkheid**

De telefonische toegankelijkheid lijkt verbeterd ten opzichte van 2010. In 2010 bleek de telefonische toegankelijkheid van de huisarts onder de maat. De sector heeft in overleg met de IGZ geïnvesteerd in het verbeteren van deze toegankelijkheid waardoor beter wordt voldaan aan de landelijke norm voor telefonische bereikbaarheid. In 2011 is het grootste deel van de vrijgevallen variabiliseringsgelden (€ 60 miljoen euro die binnen het vrije segment vanaf 2011 aanvullend beschikbaar is gesteld binnen het BKZ) geïnvesteerd in verbetering van deze telefonische bereikbaarheid. Blijkbaar met deze verbetering als gevolg.

We signaleren een gestage stijging van het aantal emailconsulten. Dit is ook een vorm van huisartsenzorg die de toegankelijkheid vergroot en de kosten kan drukken. Het is echter ook een vorm van zorg die tot een toename van de kosten kan leiden zodra het e-mailconsult niet wordt gebruikt als substituuut voor een consult, maar aanvullend aan de voorkant wordt ingezet.

---

<sup>1</sup> Advies bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg, verkenning van vier opties, dat is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl) onder Publicaties → Adviezen → 2012

<sup>2</sup> Te vinden op <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Consument-heeft-recht-op-informatie-over-zorg/>

Kenmerk

0026152/32107

Pagina

4 van 5

Daarnaast constateren we dat de rol van huisartsenposten is veranderd. De posten zijn vooral gestart om de werkdruk van de huisarts te verlichten maar inmiddels geëvolueerd tot een voorportaal van het ziekenhuis/de SEH. Dit roept vragen op over de wijze waarop de bekostiging is ingericht. Hierover zullen wij u binnenkort een separaat advies uitbrengen waarin ook al een aantal concrete maatregelen wordt voorgesteld.

Onder toegankelijkheid verstaan wij ook de wijze waarop huisartsen de zorg in het vervolg van de zorgketen toegankelijk maken/houden. In september 2012 heeft de NZa twee ontwerpbesluiten vastgesteld voor een tweetal samenwerkingsverbanden van huisartsen die weigerden patiënten door te sturen naar een apotheek die haar diensten aanbiedt via internet. De NZa constateerde in de besluiten dat deze twee partijen beschikten over aanmerkelijke marktmacht en dat de acties van partijen negatieve gevolgen hebben voor de publieke belangen. Naar verwachting neemt de NZa in de eerste helft van 2013 definitieve besluiten in deze zaken. Het is voor de NZa van belang dat patiënten uiteindelijk zelf kunnen kiezen naar welke zorgaanbieder zij gaan.

De NZa heeft overigens wel oog voor het feit dat lokale samenwerking tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld huisartsen en apotheken) voordelen kunnen hebben voor de patiënt. De huisarts mag patiënten daar uiteraard op wijzen bij zijn verwijzing. In het advies dat een huisarts aan zijn patiënt geeft, kan zijn oordeel over de kwaliteit van een zorgaanbieder uiteraard ook een rol spelen. Dat mag echter voor partijen die beschikken over aanmerkelijke marktmacht niet zover gaan dat andere zorgaanbieders worden uitgesloten waardoor de keuzevrijheid van patiënten wordt beperkt.

### **Betaalbaarheid**

Wij constateren een fors stijgende trend in de totale uitgaven voor huisartsgeneeskundige zorg alsmede een stijging van het volume op vrijwel alle fronten, zowel overdag in de reguliere praktijken als in de ANW-uren bij de huisartsenposten. Opvallend hierbij is de stijging in de totale uitgaven voor reguliere consulten in het jaar 2010, het jaar van de introductie van de integraal bekostigde ketenzorg. Daar waar de verwachting was dat het aantal gedeclareerde consulten overdag bij de introductie van de integraal bekostigde ketenzorg zou dalen, zien we ook hier een doorzettende stijging van het volume.

Deze stijging van volume en kosten ligt in de basis in lijn met de beleidsvoornemens om meer zorg vanuit de 2<sup>e</sup> lijn over te hevelen naar de 1<sup>e</sup> lijn. Bij een stijging van de uitgaven voor huisartsenzorg die het gevolg zijn van substitutie is het wel van belang dat de kosten in de tweede lijn minimaal met een gelijk bedrag afnemen, omdat anders de betaalbaarheid van de zorg onder druk om te staan. De NZa is op uw verzoek eind december 2011 een kostenonderzoek gestart om meer inzicht te krijgen in de gemiddelde inkomsten en praktijkkosten van een huisartsenpraktijk op basis van recentere cijfers dan tot dan toe beschikbaar. Dit nieuwe kostenonderzoek had betrekking op de inkomsten en kosten van de huisartsen over de jaren 2009 en 2010. Uit het onderzoek, dat in september 2012 is afgerond, blijkt dat de

Kenmerk

0026152/32107

Pagina

5 van 5

gehanteerde tarieven voor huisartsenzorg hoger liggen dan op grond van de onderzochte praktijkkosten en het gehanteerde norminkomen kon worden onderbouwd. Het gemeten gemiddelde praktijkresultaat beliep in 2010 € 150.834, terwijl het norminkomen dat als basis dient voor de tariefberekening over 2010 is vastgesteld op € 109.369. Dit is gedeeltelijk het gevolg van inkomsten uit het vrije segment, maar voor een belangrijk deel ook in de hoogte van de tariefstelling binnen het gereguleerde segment. De in 2012 opgelegde korting op basis van de BKZ-overschrijding in 2010 adresseert het verschil tussen het gemeten praktijkresultaat en het norminkomen slechts gedeeltelijk. Gegeven het geldende beleid voor de bekostiging van huisartsenzorg ligt het voor de hand dat de NZa overgaat tot een herijking van het tarief om de tariefstelling te laten aansluiten bij het vastgestelde norminkomen. In een brief aan de Tweede Kamer heeft u aangegeven dat de complexiteit van de bekostigingsvraagstukken voor de huisartsenzorg en het belang dat u eraan hecht om de uitkomsten van de het advies voor de bekostiging van huisartsenzorg en het kostenonderzoek in onderlinge samenhang te bezien voor u aanleiding vormen om de uitkomsten van het kostenonderzoek niet te betrekken bij het bepalen van de huisartsentarieven voor 2013.<sup>3</sup>

### Tot slot

Binnen de eerste lijn is in veel gevallen sprake van gereguleerde tarieven, waarbij voor de huisartsen sprake is van een duaal model: deels gereguleerd, deels vrije tarieven. Toch nemen ook in de 1<sup>e</sup> lijn de totale kosten (macrokosten) flink toe, zoals ook deze scan laat zien. Het rapport van de Task Force Beheersing zorguitgaven roept de NZa op om meer sensitief te zijn voor ontwikkeling van de macrokosten. Om daaraan gevolg te kunnen geven is het wel noodzakelijk dat het wettelijk instrumentarium dat de NZa kan hanteren daar ook ruimte voor biedt. De NZa gaat daarover graag op korte termijn met u in overleg teneinde te bezien of, en hoe de bewaking van de macrokosten als opgenomen in het BKZ wettelijk kan worden verankerd.

Hoogachtend,  
Nederlandse Zorgautoriteit

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur

---

<sup>3</sup> Brief aan de Tweede Kamer van 22 juni 2012, met kenmerk CZ-3120652.

**Marktscan**

# **Huisartsenzorg**

Weergave van de markt tot en met 2011



## Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Totstandkoming marktscans	9
1.2 Bronnen	10
1.3 Leeswijzer	10
<b>2. Omschrijving van de markt</b>	<b>11</b>
2.1 Inleiding	11
2.2 Wat is huisartsenzorg?	11
2.3 Wie leveren huisartsenzorg?	11
2.4 Waar wordt huisartsenzorg geleverd?	14
2.5 Wie gebruiken huisartsenzorg?	15
2.5.1 Contacten tijdens kantooruren	15
2.5.2 Contacten huisartsenpost (avond- nacht en weekend)	16
2.6 Bekostiging van huisartsenzorg	17
2.7 Aanspraak op huisartsenzorg	18
<b>3. Marktstructuur</b>	<b>19</b>
3.1 Aantal zorgaanbieders	19
3.2 Toe- en uittreding	21
3.2.1 Toetreding	21
3.2.1.1 Vestiging nieuwe toetreders	22
3.2.2 Uittreding	22
3.3 Spreiding van het aanbod	23
3.3.1 Regionale ontwikkeling markt voor huisartsenzorg	23
3.3.2 Analyse reisafstanden	25
3.4 Samenwerking tussen zorgaanbieders	27
3.5 Praktijkvorm	28
3.5.1 Praktijkvorm huisartsen	28
3.5.2 Aantal praktijken	29
3.5.3 Spreiding en dichtheid	30
3.6 Aantal ondersteunende aanbieders	30
3.7 Financiële posities	31
<b>4. Marktgedrag</b>	<b>33</b>
4.1 Inleiding	33
4.2 Zorginkoop	33
4.3 Doorverwijzen	34
4.3.1 Doorverwijzen naar de tweede lijn	34
4.3.2 Problemen doorverwijzing binnen de eerste lijn	36
4.4 Overstapgedrag consument	37
<b>5. Kwaliteit</b>	<b>39</b>
5.1 Inleiding	39
5.2 Kwaliteit van zorg	39
5.2.1 Toezicht IGZ	39
5.2.2 Kwaliteitskeurmerken	40
5.2.3 Indicatoren voor de kwaliteit van zorg	41
5.2.4 Patiënttevredenheid	41
5.3 Transparantie van zorg	43
5.3.1 Ervaringen cliënten met informatie over huisartsenzorg	43
5.3.2 Informatievoorziening cliënten door zorgverzekeraar	43
5.3.3 Gebrek aan transparantie van zorg	43



5.4	Informatie uitwisseling huisarts met zorgverzekeraars	44
<b>6.</b>	<b>Toegankelijkheid</b>	<b>45</b>
6.1	Inleiding	45
6.2	Telefonische bereikbaarheid	45
6.2.1	Spoedeisende oproepen	45
6.2.2	Niet spoedeisende oproepen	46
6.3	Consultatie huisarts in de praktijk	46
6.3.1	Normen voor consultatie huisarts	46
6.3.2	Openingstijden huisartsenpraktijk	47
6.3.3	Transparantie over openingstijden van de praktijk	47
6.3.4	Mate van tevredenheid van de patiënt over toegang	47
6.4	E-mail consult	48
6.5	Zorgvernieuwing	49
<b>7.</b>	<b>Betaalbaarheid</b>	<b>51</b>
7.1	Inleiding	51
7.2	Macrogegevens huisartsenzorg	51
7.2.1	Inschrijftarieven	52
7.2.2	Consulten	53
7.2.2.1	Reguliere consulten	54
7.2.2.2	Avond, nacht en weekend zorg	55
7.2.3	Modernisering en innovatie	55
7.2.3.1	M&I verrichtingen	56
7.2.3.2	M&I modules	57
7.2.4	Ketenzorg	58
7.2.5	Praktijkondersteuning	58
<b>Bijlage 1.</b>	<b>Gebruikte bronnen</b>	<b>61</b>

## Vooraf

Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan het markttoezicht en haar reguleringstaken. In deze marktscan geeft de NZa de stand van zaken weer over de markt voor de huisartsenzorg.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyses zijn zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Een marktscan bevat geen interpretaties van de uitkomsten. Daarvoor is de beleidsbrief bij de marktscan huisartsenzorg opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien. De beleidsbrief is als bijlage bij dit document gevoegd.

De NZa bedankt allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezicht- en reguleringsstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In deze marktscan wordt een beeld van de huisartsenzorgmarkt geschetst. De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer; beleidsmatige conclusies en acties van de NZa worden in een begeleidende brief beschreven.

### *Marktstructuur*

Op 1 januari 2011 ligt het aantal werkzame huisartsen in Nederland op 9.891. Het aantal huisartsen is sinds 1980 gestegen met ruim 3.300. Tot de leeftijd van 45 jaar is het grootste deel van de huisartsen vrouw. Huisartsen zijn zich meer in groepspraktijken in plaats van in solopraktijken gaan organiseren. Het aantal ondersteuners (doktersassistenten en praktijkondersteuners) in de huisartsenpraktijk neemt toe.

Er is geen verband tussen de plek waar huisartsen zich vestigen en de regio's waar weinig huisartsen per inwoner zijn gevestigd. De NMa stelt dat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een actief vestigingsbeleid voert waardoor nieuwe toetreding wordt belemmerd. De LHV bestrijdt dit. De rechtelijke procedure over de door de NMa opgelegde boete loopt nog ten tijde van het uitbrengen van deze marktscan.

Veldpartijen hanteren voor huisartsenzorg een norm van 15 minuten waarbinnen huisartsenzorg bereikbaar moet zijn. In vrijwel geheel Nederland (99,9% van de bevolking) is de dichtstbijzijnde huisarts binnen 15 minuten bereikbaar gedurende kantooruren. Voor de avond, nacht en weekend ligt dat anders. Een groot deel van Nederland is niet in staat om binnen 15 minuten bij een huisartsenpost te zijn. De 15 minuten norm is niet wettelijk vastgesteld. Wel is hier sprake van een algemeen aanvaarde professionele standaard.

### *Marktgedrag*

Bij de zorginkoop hanteren zorgverzekeraars het representatiemodel. Dit betekent dat de grootste regionale zorgverzekeraar afspraken maakt met de huisartsen in die regio en dat de andere zorgverzekeraars deze contractafspraken volgen via zogenaamde volgcontracten. Voor de zorginkoop worden standaardcontracten gebruikt. Maatwerkafspraken worden door de representatieve zorgverzekeraars gemaakt met behulp van de M&I modules. De doorlooptijd voor het afsluiten van contracten is 2 tot 3 maanden.

Nagenoeg alle huisartsen worden gecontracteerd door de zorgverzekeraars. Voor alle huisartsen is het maximumtarief overeengekomen. Veel huisartsen zijn ontevreden over het inkoopproces. Met name over het feit dat ze een standaardcontract voorgelegd krijgen waar ze niets aan kunnen veranderen.

Uit gegevens van LINH blijkt dat de afgelopen jaren een stijgende trend zichtbaar is in het aantal verwijzingen naar de medisch specialist. In 2011 vonden 199 verwijzingen plaats naar een medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten.

Het aantal verwijzingen naar een medisch specialist is hiermee in 2011 stabiel gebleven ten opzichte van 2010. Dit is opmerkelijk

gezien de stijging in het aantal verwijzingen naar medisch specialisten in de afgelopen jaren.

Uit consumentenonderzoek blijkt dat consumenten niet snel overstappen en dat zij een langdurende relatie met hun huisarts hebben. Bij de keuze voor een nieuwe huisarts speelt locatie de grootste rol.

#### *Kwaliteit*

In augustus 2011 tot en met augustus 2012 zijn 78 meldingen over individuele huisartsen of huisartsenpraktijken bij de IGZ binnengekomen. In de helft van de gevallen heeft de melding geleid tot gesprekken met de praktijk. Daarnaast heeft de IGZ in 2011 in totaal 246 meldingen van huisartsenposten ontvangen.

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) maakt huisartsen individueel verantwoordelijk voor de patiëntenzorg. Huisartsen zijn ook verantwoordelijk voor de praktijkvoering en het kwaliteitssysteem binnen de praktijk. De kwaliteit wordt geborgd door accreditaties en de afgifte van keurmerken. Voor de huisartsenzorg zijn de belangrijkste: NHG-praktijkaccreditering, CvAH-, HKZ- en Dekra certificering.

Binnen Zichtbare Zorg Huisartsenzorg werken betrokken partijen sinds juni 2007 samen aan één uniforme manier om de kwaliteit van de huisartsenzorg zichtbaar te maken. Er vindt nog geen volledige kwaliteitsmeting plaats.

#### *Toegankelijkheid*

De telefonische toegankelijkheid van de huisarts is verbeterd. In 2011 voldoen alle praktijken aan de norm: een telefonische spoedoproep wordt binnen 30 seconden opgenomen. Uit een enquête blijkt dat drie kwart van de patiënten tevreden tot zeer tevreden is over de telefonische bereikbaarheid en de openingstijden van de huisartsenpraktijk.

#### *Betaalbaarheid*

De totale uitgaven aan huisartsenzorg stijgen in de periode 2006-2011 van € 1,9 miljard in 2006 naar € 2,6 miljard in 2011 (+/- 40%).

De stijging in de omzet van de inschrijvingstarieven en consulten samen verklaart bijna 300 miljoen euro van deze stijging. Uit de data blijkt dat het aantal huisartsbezoeken is toegenomen in de periode tussen 2006 en 2011. De oorzaak zit niet zozeer in een toename van het aantal patiënten dat de huisarts bezoekt, maar hoofdzakelijk in het aantal consulten/contacten per patiënt. De stijging in de omzet uit reguliere consulten (exclusief herhalingsrecepten) in de periode 2006-2011 is met name toe te schrijven aan de toegenomen volumes van huisartsconsulten langer dan 20 minuten (gestegen van 3,2 miljoen in 2006 naar 7,1 miljoen in 2011) en de toename van het aantal telefonische consulten (gestegen van 9,4 miljoen in 2006 naar 17,4 miljoen in 2011).

De resterende toename manifesteert zich vooral bij de ketenzorg en de gelden voor modernisering en innovatie (modules en verrichtingen).

## 1. Inleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: het geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, zullen van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans worden gemaakt, waardoor de NZa de verschillende zorgmarkten kan vergelijken. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringsstaken inzet.<sup>1</sup>

### 1.1 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om een beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van transparantie.

De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

#### *Focus*

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

De focus van deze marktscan ligt op de markt voor huisartsenzorg. In het besluit huisartsengeneeskunde wordt de huisartsenzorg als volgt beschreven: 'het specialisme dat zich richt op de eerste aanpak van alle gezondheidsvragen en op het voorkomen, herkennen en behandelen van ziektes en gezondheidsproblemen voor zover mogelijk binnen de voorzieningen van de eerstelijns'.<sup>2</sup>

Het gaat hierbij om de zowel om de zorg geleverd gedurende de dag als in de avond, nacht en weekenden. Omdat de huisarts de belangrijkste aanbieder is van huisartsenzorg, ligt de nadruk op deze beroepsgroep. Ook wordt ingegaan op de organisatorische verbanden waarbinnen de huisartsenzorg geleverd wordt. De zorg geleverd door huisartsenposten

<sup>1</sup> In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa haar monitoring taken uitvoert. Dit document is te vinden op de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

<sup>2</sup> Staatscourant van 27 november 2008, nr. 1000

valt wel binnen de afbakening van deze marktscan. De zorg geleverd op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis valt er buiten.

De huisartsenzorg in het kader van ketenzorg wordt in deze marktscan niet uitgebreid geanalyseerd. Dit onderdeel van de huisartsenzorg wordt in detail geanalyseerd in de marktscan ketenzorg. Analoog geldt voor de verloskundige zorg dat dit deel van de huisartsenzorg nader geanalyseerd in de marktscan zorg rondom zwangerschap en geboorte.

Een marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten, in de begeleidende beleidsbrief bij de marktscan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

## 1.2 Bronnen

Voor haar marktscan gebruikt de NZa meerdere bronnen. Globaal zijn vier bronnen gebruikt voor het opstellen van deze marktscan.

### *Literatuuronderzoek*

Rapportages van het Nivel, het Rijksinstituut voor Gezondheid en Milieu (RIVM), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en een aantal onderzoeksinstituten zijn gebruikt bij het opstellen van deze marktscan. Met name hoofdstuk 3 marktstructuur is in sterke mate hierop gebaseerd.

### *Enquête huisartsenzorg onder huisartsen en zorgverzekeraars*

De NZa heeft een enquête gehouden onder huisartsen en zorgverzekeraars over de contractering van huisartsenzorg. Het gaat hierbij onder andere over het moment van het afsluiten van het contract met de zorgverzekeraar, het soort contract, ontwikkelingen in de contracteergraad en welke afspraken worden gemaakt over prijs, kwaliteit en wachttijden. Deze informatie is met name verwerkt in hoofdstuk 4 marktgedrag.

### *Consumentenpanel marktscan huisartsenzorg*

Voor haar marktscan maakt de NZa gebruik van consumentenervaringen. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel hiernaar onderzoek te doen. Dit onderzoek is uitgevoerd in september 2012. De uitkomsten zijn met name in hoofdstuk 5 kwaliteit van zorg verwerkt.

### *Declaratiegegevens van de zorgverzekeraars*

De NZa heeft bij Vektis declaratiedata van huisartsen uit de periode 2006 tot en met 2011 opgevraagd. De uitkomsten van deze data analyse zijn met name verwerkt in hoofdstuk 7 betaalbaarheid.

## 1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt een omschrijving van de markt gegeven. Daarna wordt in hoofdstuk 3 en 4 ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van relevante marktpartijen. Vervolgens wordt in de daarop volgende drie hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

## 2. Omschrijving van de markt

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de markt voor huisartsenzorg. In de volgende paragraaf wordt het begrip huisartsenzorg nader gedefinieerd. In paragraaf 2.3 worden de verschillende functionarissen behandeld die de huisartsenzorg leveren. In paragraaf 2.4 wordt de organisatievorm beschreven. Paragraaf 2.5 beschrijft de zorgconsumenten en in paragraaf 2.6 wordt een beschrijving gegeven van het bekostigingsmodel van de huisartsenzorg. Ten slotte wordt ingegaan op de aanspraak huisartsenzorg.

### 2.2 Wat is huisartsenzorg?

Huisartsengeneeskunde richt zich op de eerste aanpak van alle gezondheidsvragen en op het voorkomen, herkennen en behandelen van ziektes en gezondheidsproblemen voor zover mogelijk binnen de voorzieningen van de eerste lijn. De gehele huisartsenzorg valt op basis van artikel 1, sub b (de Zorgverzekeringswet) onder de reikwijdte van de Wmg. Een beperkt aandeel van de prestaties die tot de huisartsenzorg wordt gerekend, valt niet onder de aanspraken op grond van de ZVW<sup>3</sup>. Op grond van de Wmg heeft de NZa prestaties voor de huisartsenzorg vastgesteld. Deze zijn opgenomen in de tarieflijst huisartsenzorg als onderdeel van de tariefbeschikkingen die de NZa afgeeft.<sup>4</sup>

De zorgprestaties op de tarieflijst huisartsenzorg vormen het kader van zorgactiviteiten waarbinnen deze marktscan valt. Prestaties die niet op deze lijst voorkomen, vallen dus buiten het bereik van de marktscan.

Tabel 1.1 beschrijft de verschillende groepen van prestaties die in de huisartsenzorg gehanteerd worden.

**Tabel 2.1. Prestaties huisartsenzorg**

Onderdelen	Declaratie per	Tarief	Contract met zorgverzekeraar
Inschrijftarief	Ingeschrevene	Max	Nee
Consult	Tijdseenheid	Max	Nee
POH-consult	Tijdseenheid	Max	Nee
Module POH (somatiek en GGZ)	Ingeschrevene	Max	Ja
Module M&I 13xxx codes	Verrichting	Vrij	Ja
Module M&I 14xxx codes	Ingeschrevene	Vrij	Ja

Bron: NZa

### 2.3 Wie leveren huisartsenzorg?

De te verzekeren prestaties zijn in de ZVW functioneel omschreven. Alleen het 'wat' (de inhoud en omvang van de zorg) en eventueel het 'wanneer' (de wettelijke indicatiegebieden voor aanspraak) zijn in de

<sup>3</sup> Zie paragraaf 2.7 voor nadere toelichting.

<sup>4</sup> Zie de tarievenlijst huisartsenzorg in tariefbeschikking met kenmerk: TB-CU-7023-01-volgnr29. Deze beschikking is gepubliceerd op de website van de NZa [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



regelgeving opgenomen. 'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg wordt verleend is ter bepaling van de zorgverzekeraars. In de huisartsenzorg is dit vormgegeven door te verwijzen naar de term 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'. Aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep kan worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Het gaat dan om zorg die de beroepsgroep zelf rekent tot een aanvaard arsenaal van huisartsenzorg. De zorg moet tevens gegeven worden op een wijze die de betreffende beroepsgroep (afgestemd met de IGZ) als professioneel juist beschouwt.

Het criterium 'plegen te bieden' laat ruimte voor de zorgverzekeraar om zelf (in de polis) te bepalen tot wie (welke soort zorgverlener) een verzekerde zich voor de betreffende zorg mag wenden. Een zorgverzekeraar moet bij het maken van een keuze de door de wetgever gestelde grenzen in acht nemen. Zo is er de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG). Die wet brengt – met name als het gaat om voorbehouden handelingen – beperkingen met zich mee. Met betrekking tot niet-voorbehouden handelingen heeft een zorgverzekeraar meer ruimte. Voor het verlenen van zorg kan hij (via bepalingen in de polis) allerlei beroepsbeoefenaren inschakelen.

Huisartsen vormen de spil van de eerstelijnszorg. De huisarts werkt vraaggericht en is het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. Zijn of haar<sup>5</sup> kerntaken zijn diagnostiek, begeleiding en behandeling van patiënten en preventie<sup>6</sup>. De huisarts (al dan niet met behulp van een team van ondersteunende zorgverleners) vangt een groot deel van de klachten en aandoeningen zelf op.<sup>7</sup>

Veel huisartsen werken in een huisartsenpraktijk. Hierbij werkt de huisarts intensief samen met de volgende beroepsgroepen:

De *physician assistant* beschikt over het diploma Master Physician Assistant van een door de Nederlandse Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) geaccrediteerde hbo-masteropleiding. De physician assistant verricht werkzaamheden binnen een deelgebied van de geneeskunst in de eerste en tweede lijn. De physician assistant is in Nederland geïntroduceerd om een bijdrage te leveren aan de opvang van de sterk toenemende vraag naar medische zorg. Het gaat hierbij voornamelijk om het overnemen van (geprotocolleerde) medische standaardtaken van artsen (taakherschikking). Het besluit 'Tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant 2011' beschrijft de opleidingseisen en competenties van het beroep physician assistant en regelt de bevoegdheid van de physician assistant om een aantal voorbehouden handelingen uit te voeren.<sup>8</sup> Daarnaast mag de physician assistant een diagnose stellen, een behandelplan maken en dit tevens uitvoeren met de bijbehorende medische handelingen. Ook mag hij spoedeisende hulp verlenen en verwijzen naar artsen en andere gezondheidszorgmedewerkers. Medio 2012 zijn er 50 physician assistants in de huisartsenzorg actief<sup>9</sup>. De physician assistants draaien zelfstandig spreekuur in directe samenwerking met de huisarts, zodat

<sup>5</sup> In het vervolg van de marktscan wordt de mannelijke uitgangsvorm gehanteerd. Op deze plekken moet zowel de mannelijke als de vrouwelijke uitgangsvorm gelezen worden.

<sup>6</sup> Het gaat hierbij om zorg gerelateerde en geïndiceerde preventie, maar niet de selectieve preventie of preventie vallend binnen bevolkingsonderzoeken. Voor achtergronden zie het CVZ standpunt over het preventieconsult van 26 oktober 2011.

<sup>7</sup> Website Rijksinstituut voor Gezondheid en Milieu (RIVM)

<sup>8</sup> Staatsblad 2011, 658

<sup>9</sup> Dit aantal volgt uit een opgave van de Nederlandse Associatie Physician Assistants

overleg mogelijk is en 'moeilijke gevallen' door de huisarts gezien kunnen worden.

De verpleegkundig specialist is werkzaam binnen de directe somatische of geestelijke gezondheidszorg en beschikt over competenties op zowel verpleegkundig als geneeskundig gebied en werkt in de eerste en tweede lijn. Ze worden ook wel 'nurse practitioners' genoemd. De bevoegdheden tot het verrichten van voorbehouden handelingen van een verpleegkundig specialist intensieve zorg zijn het meest uitgebreid en deze zijn gelijk aan de voorbehouden handelingen die de physician assistant mag uitvoeren. De bevoegdheden van de verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen zijn het meest beperkt. Het gaat hier om bevoegdheden tot het geven van injecties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen<sup>10</sup>. Voor verpleegkundig specialisten geldt tevens dat de voorbehouden handelingen mogen worden uitgevoerd en geïndiceerd indien het routinematige handelingen betreffen van een beperkte complexiteit. Het verschil met de physician assistant is dat de verpleegkundig specialist de geïndiceerde handelingen mag uitvoeren en indiceren, maar niet de diagnose mag stellen en het behandelplan mag maken. Over het aantal verpleegkundig specialisten werkzaam in de huisartsenzorg zijn geen cijfers bekend.

De praktijkondersteuners huisarts (POH-ers) richten zich zowel op de somatische zorg (vooral op ouderenzorg en de begeleiding van mensen met een chronische aandoening) als de geestelijke gezondheidszorg. Sinds de start van de eerste opleidingen in 2000 zijn ongeveer 2560 praktijkondersteuners opgeleid op 15 hogescholen. Deze zorgfunctie wordt voornamelijk door vrouwen uitgeoefend; slechts 2% is man. Opvallend is de leeftijd van de startende cursisten, bijna de helft van hen is tussen de 40 en 50 jaar oud. Volgens het NIVEL is het aantal praktijken dat een praktijkondersteuner in dienst heeft gestegen van 6% in 2001 naar circa 75% in 2011. Alle praktijkondersteuners samen vervullen in 2011 naar schatting 1.864 fte; gemiddeld betekent dit per praktijk per POH een inzet van 0.4 fte<sup>11</sup>.

De doktersassistenten zijn onder andere werkzaam in ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, huisartspraktijken, huisartsenposten, het onderwijs, bij GGD-en, in de jeugdgezondheidszorg en bij Arbo-diensten, bloedbanken en in verpleeghuizen. Het totaal aantal doktersassistenten werkzaam in de gezondheidszorg bedraagt ongeveer 25.000, waarvan 15.000 werkzaam in de huisartsenzorg (11.000 assistenten in de huisartsenpraktijk en 4000 in huisartsenposten). De Nederlandse vereniging van doktersassistenten (NVDA) stelt dat de doktersassistent steeds vaker veel voorkomende medische handelingen verricht, zoals het maken van een uitstrijkje, het behandelen van wonden, het meten van de bloeddruk, het uitspuiten van oren of de controle van chronisch zieken.<sup>12</sup>

De bovengenoemde groepen van zorgverleners leveren een bijdrage aan de huisartsenzorg. De huisartsenzorg wordt geleverd onder de medische verantwoordelijkheid van de huisarts. In het vervolg van de marktscan wordt de huisarts daarom centraal gesteld.

<sup>10</sup> Dit zijn geneesmiddelen die uitsluitend op recept door de apotheker ter hand mag worden gesteld.

<sup>11</sup> P.J.M. Heiligers, J.Noordman, J.C. Korevaar, S.Dorsman, L.Hingstman, A.M. van Dulmen, D.H. de Bakker (2012) Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? ; Kennisvraag, NIVEL: Utrecht

<sup>12</sup> Zie <http://www.nvda.nl>.

## 2.4 Waar wordt huisartsenzorg geleverd?

Huisartsenzorg wordt via een aantal verschillende organisatorische verbanden geleverd:

### *Huisartsenpraktijken*

Veel huisartsen werken in een huisartsenpraktijk. Huisartsenpraktijken ontwikkelen zich steeds meer tot huisartsenvoorzieningen waarin een team van huisartsen, praktijkondersteuners (POH-ers), praktijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten (nurse practitioners), physician assistants en doktersassistentes zorgdraagt voor de huisartsgeneeskundige zorg. Een deel van de huisartsenpraktijken levert de huisartsenzorg in de vorm van een gezondheidscentrum.<sup>13</sup> Een huisarts kan met een of meer collega's de dienstregeling in de avond- nacht en weekenduren invullen, maar kan er ook voor kiezen om de zorgverlening te laten verlopen via een huisartsenpost.

### *Huisartsenposten*

Huisartsenposten bieden in de avond- nacht en weekenduren medische zorg die niet kan wachten tot de volgende werkdag. In totaal zijn er ongeveer 130 huisartsenposten georganiseerd in 51 verschillende rechtspersonen.<sup>14</sup> Deze rechtspersonen worden doorgaans aangeduid met de term 'huisartsendienststructuur' (hierna: HDS).

### *Apotheekhoudende huisartsen*

De apotheekvergunning is bedoeld voor huisartsen die patiënten hebben in een gebied waar geen apotheker is gevestigd<sup>15</sup>. In 2009 telt Nederland 542 apotheekhoudende huisartsen. Van alle in Nederland zelfstandig gevestigde huisartsen is ruim 7% apotheekhoudend. In 1999 waren dit er nog 648, ofwel 9% van de zelfstandig gevestigde huisartsen. Apotheekhoudende huisartsen zijn vooral gevestigd in meer landelijke gebieden, voornamelijk in het noorden van het land en in Zeeland.<sup>16</sup>

### *Zorggroepen*

Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van het ketendiagnosebehandelcombinatie (keten-dbc) contract bedoeld; niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. Als gevolg van de experimentele invoering van integrale bekostiging gedurende de jaren 2007 tot en met 2009 zijn er in Nederland diverse zorggroepen opgericht. De zorggroep is verantwoordelijk voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio.

Zorggroepen richten zich merendeels op de zorg aan chronische patiënten, specifiek de zorg welke landelijk in zorgstandaarden wordt beschreven. Via de zorggroepen zijn huisartsen betrokken bij de levering van ketenzorg rondom een aantal chronische ziektebeelden (COPD, Cardio Vasculair Risicomanagement, Diabetes mellitus type II).<sup>17</sup>

<sup>13</sup> Een gezondheidscentrum is locatie waar verschillende disciplines, zoals fysiotherapeuten, psychologen en huisartsen, samen zorg aanbieden.

<sup>14</sup> Website VHN (<http://vhn.artsenet.nl>). Het werkelijke aantal ligt waarschijnlijk hoger, omdat een deel van de huisartsenposten geen lid is van de VHN.

<sup>15</sup> Voor achtergronden zie:

<http://www.farmatec.nl/geneesmiddelen/vergunningen/apotheekhoudendehuisartsen/>

<sup>16</sup> Bron: <http://www.zorgatlas.nl/>

<sup>17</sup> In de marktscan huisartsenzorg wordt ketenzorg en de zorgverlening door zorggroepen niet intensief behandeld. Voor achtergronden met betrekking tot deze deelmarkt wordt verwezen naar de marktscan ketenzorg.

Een zorggroep is een organisatorisch verband dat veelal naast bovenstaande organisatorische verbanden voorkomt; een individuele huisarts kan naast de verbintenis met een huisartsenpraktijk een relatie hebben met een zorggroep. Naar schatting participeert 78% van alle huisartsen in een zorggroep. Het gemiddeld aantal huisartsen per zorggroep bedraagt 76.<sup>18</sup>

In 2010 hebben 111 zorggroepen Diabetes mellitus type II geleverd, 22 zorggroepen hebben COPD en 7 zorggroepen hebben Cardio Vasculair Risicomanagement geleverd.<sup>19</sup>

## 2.5 Wie gebruiken huisartsenzorg?

Elke Nederlander moet vroeg of laat een keer naar de huisarts voor (een doorverwijzing voor) een medische behandeling. Iedere inwoner van Nederland heeft een vrije keuze van een huisarts. Inschrijving bij de huisarts is niet verplicht, maar het wordt wel aangeraden door de rijksoverheid.<sup>20</sup> Een verzekerde kan zich in principe bij iedere huisarts inschrijven, tenzij de praktijk vol is (in overleg met de huisarts kunnen ook de afstand tussen het woonadres en de huisartsenpraktijk of principiële verschillen in visie over zorgverlening inschrijving belemmeren).<sup>21</sup>

In deze paragraaf wordt het aantal mensen in kaart gebracht dat op jaarbasis een of meer huisartsenbezoeken heeft gehad. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de contacten gedurende avond-nacht en weekend (ANW) en de contacten tijdens kantooruren. Ook wordt dit ten opzichte van de totale bevolking weergegeven.

### 2.5.1 Contacten tijdens kantooruren

Het CBS onderzoekt periodiek de zorgconsumptie van de Nederlandse bevolking. In de tabel is het aantal personen weergegeven met één of meer geregistreerde contacten met huisarts en/of praktijkondersteuner van de praktijk waar de persoon in het verslagjaar staat ingeschreven, per 100 personen. De data voor de jaren 2010 en 2011 betreffen voorlopige cijfers.

In tabel 2.1 zijn de bezoeken aan huisartsenpraktijken opgenomen (inclusief apotheekhoudende huisartsen). Het gemiddeld aantal contacten voor de Nederlandse bevolking ligt lager dan het gemiddeld aantal contacten per patiënt, omdat een deel van de bevolking de huisarts niet bezoekt.

---

<sup>18</sup> RIVM; organisatie van zorggroepen anno 2010.

<sup>19</sup> Informatie van Vektis opgenomen in de Marktscan ketenzorg: weergave van de markt 2007-2010. Bron: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>20</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/erstelijnszorg/vraag-en-antwoord/ben-ik-verplicht-mij-in-te-schrijven-bij-een-huisarts.html>

<sup>21</sup> Zie voor achtergronden het document: 'Niet-aangaan of beëindigen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de KNMG uit 2005. Dit document is te vinden op <http://knmg.artsennet.nl>.

**Tabel 2.1. Ontwikkeling contacten met de huisarts**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
% Personen met minimaal 1 contact met de huisarts	72,2	72,4	76,1	77,7	77,2	72
Gemiddeld aantal contacten voor de Nederlandse bevolking per jaar	3,5	3,4	3,8	4,1	4,2	4,3
Gemiddeld aantal contacten per patiënt	4,7	4,6	5	5,2	5,9	6

Bron: CBS Statline (t/m 2010); LINH (2011)

In de bovenstaande tabel is de ontwikkeling van gemiddeld aantal contacten met de huisarts weergegeven. De jaren 2006- 2010 betreffen cijfers van het CBS. Het CBS heeft middels een enquête onder de bevolking uitgevraagd in hoeverre men contact met de huisarts heeft gehad. Deze cijfers zijn geëxtrapoleerd naar de Nederlandse bevolking. 2011 betreft een schatting gebaseerd op informatie van LINH.

Uit figuur 7.4 blijkt dat het gewogen aantal huisartscontacten sinds 2006 is gestegen van 51 miljoen naar 66 miljoen in 2011. Uit de bovenstaande tabel 2.1 blijkt dat deze stijging niet zozeer wordt veroorzaakt door een toename van het gedeelte van Nederlanders wat de huisarts bezoekt, maar dat dit hoofdzakelijk wordt veroorzaakt door een stijging van het aantal consulten/contacten wat plaatsvindt per patiënt. De oorzaak van deze trend is niet bekend.

Opvallend is de stijging in het percentage personen wat in 2008 ten minste één keer een contact met de huisarts heeft gehad. Helaas is er geen oorzaak gevonden voor deze stijging.

Tabel 2.2 geeft weer op welke wijze er contact is met de huisarts. Het gaat om het aantal personen per 100 patiënten die de huisarts bezoeken. De som van het aantal contacten ligt hoger dan 100. Dit komt omdat sommige personen verschillende contacten hebben met hun huisarts hebben per jaar.

**Tabel 2.2. Contactvorm per 100 patiënten**

	2006	2007	2008	2009	2010
Bij de huisarts	69,3	68,6	72,2	73,6	72,8
Huisbezoek	5,7	5,6	6	6,8	6,2
Telefonisch consult	28,9	30,5	34,5	37,7	40,5

Bron: CBS Statline

De stijging in de hierboven weergegeven contactvormen sluit aan bij de analyse van de ontwikkeling van de zorgvraag in hoofdstuk 7 betaalbaarheid. Hieruit wordt geconcludeerd dat een toenemend aantal patiënten meer dan één contactvorm heeft.

### 2.5.2 Contacten huisartsenpost (avond- nacht en weekend)

Onderstaande tabel bevat de ontwikkeling van het aantal consulten door huisartsenposten.

**Tabel 2.3. aantallen consulten (2006-2011)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consult	1.662.551	1.897.510	1.942.206	2.017.973	1.957.887	1.968.161
Visite	397.990	445.001	443.445	433.947	414.584	403.541
Telefonisch consult	1.237.274	1.493.624	1.551.693	1.752.112	1.651.566	1.646.282
Totaal	3.297.815	3.836.136	3.937.344	4.204.032	4.024.037	4.017.984

Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011.

## 2.6 Bekostiging van huisartsenzorg

De huidige bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg volgde uit het in 2005 tussen LHV, ZN en VWS overeengekomen "Vogelaarakkoord". De in 2006 geïntroduceerde mengvorm van inschrijftarief en consultbekostiging beoogde zowel tegemoet te komen aan het generalistische karakter van de huisartsenzorg als een prikkel in te bouwen om meer patiënten te behandelen binnen de eerste lijn. Het abonnementstarief per ingeschreven patiënt dient grofweg ter dekking van de vaste kosten van de gemiddelde huisartsenpraktijk, waarmee de beschikbaarheid van de huisarts voor ingeschreven patiënten gewaarborgd moet zijn. Het te declareren tarief per consult dekt grofweg de variabele kosten van de gemiddelde reguliere dienstverlening.

De hoogte van zowel het inschrijftarief als het consulttarief zijn gemaximeerd door de NZa. De hoogte van het inschrijftarief kent een beperkte mogelijkheid tot differentiatie in zorgzwaarte op basis van leeftijd en de woonomgeving (achterstandswijken) van de ingeschreven patiënt. Door een aantal ingrepen in de bekostigingssystematiek sinds 2006, waaronder overhevelingen van de bekostiging van bijvoorbeeld praktijkondersteuning en het uitschrijven van herhaalrecepten naar het inschrijftarief, is de oorspronkelijke onderverdeling tussen vaste en variabele vergoedingen veranderd.

In het Vogelaarakkoord werd ook overeengekomen dat een aantal aanvullende elementen in de bekostiging moesten worden ingebouwd om zowel substitutie van tweede naar eerste lijn als onderlinge samenwerking binnen de eerste lijn te bevorderen. Dit kreeg in de bekostiging een aantal verschillende uitwerkingen:

Een limitatieve lijst van specifieke verrichtingen tegen een vrij tarief (de Modernisering & Innovatie-verrichtingenlijst), die in rekening kunnen worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt.

De mogelijkheid om tegen een vrij tarief modules bovenop het inschrijftarief overeen te komen, onder voorwaarde dat hier een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt (M&I-modules).

De module Geïntegreerde Eerstelijns Zorg (GEZ) kan, wederom onder voorwaarde van contractering tussen aanbieder en zorgverzekeraar, bovenop het inschrijftarief in rekening worden gebracht. De extra module belooft (via) de huisarts voor coördinatie van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden binnen de eerste- en eventueel tweede lijn rondom de zorg voor chronisch zieken.

In 2010 is de mogelijkheid gecreëerd om de zorg voor chronisch zieken in het kader van diabetes mellitus type II, COPD (Chronic Obstructive

Pulmonary Disease) en Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) conform de zorgstandaard integraal te bekostigen via een ketenprestatie. Deze prestatie omvat de werkzaamheden van de huisarts en praktijkondersteuner, maar ook die van de fysiotherapeut, diëtist, medisch specialist en andere professionals.

In de periode van 2006 tot en met 2009 is binnen de beleidsregel innovatie door veel zorggroepen geëxperimenteerd met deze ketenprestatie. Naast bekostiging van de integrale zorg rondom chronisch zieken op basis van deze keten-DBC is in ieder geval gedurende de evaluatieperiode tot en met 2012 de mogelijkheid open gehouden om dezelfde zorg ook op basis van de GEZ-module te blijven contracteren.

Een separate beleidsregel 'regionale ondersteuningsstructuren' biedt een aanvullende financieringsmogelijkheid om de multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn te ondersteunen. De financiering op basis van deze beleidsregel loopt niet via de huisartsenbekostiging, maar is een separate bekostigingsstroom van zorgverzekeraar naar samenwerkingsverbanden die samenwerking en integratie in de eerste lijnszorgaanbieders stimuleren.

## 2.7 Aanspraak op huisartsenzorg

Verzekerden maken op basis van de Zorgverzekeringswet (ZVW) aanspraak op zorg. De basisverzekering vergoedt het overgrote deel van de kosten van de zorgverlening door huisartsen. Alle Nederlanders zijn wettelijk verplicht verzekerd voor het basispakket. Voor zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht voor de basisverzekering; zij moeten alle verzekerden accepteren. Voor de huisartsenzorg geldt geen verplicht eigen risico.

Een beperkt aantal prestaties die de huisarts in rekening kan brengen valt niet onder het basisverzekering. Het gaat hierbij om de volgende ingrepen: chirurgie in geval van cosmetiek, varices sclerosering in geval van cosmetiek, reizigersadvisering, sterilisatie man en besnijdenis.<sup>22</sup> Deze zorg wordt door de patiënt zelf betaald.

---

<sup>22</sup> Zie de NZa tariefbeschikking met kenmerk: TB-CU-7023-01-volgnr29 ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

### 3. Marktstructuur

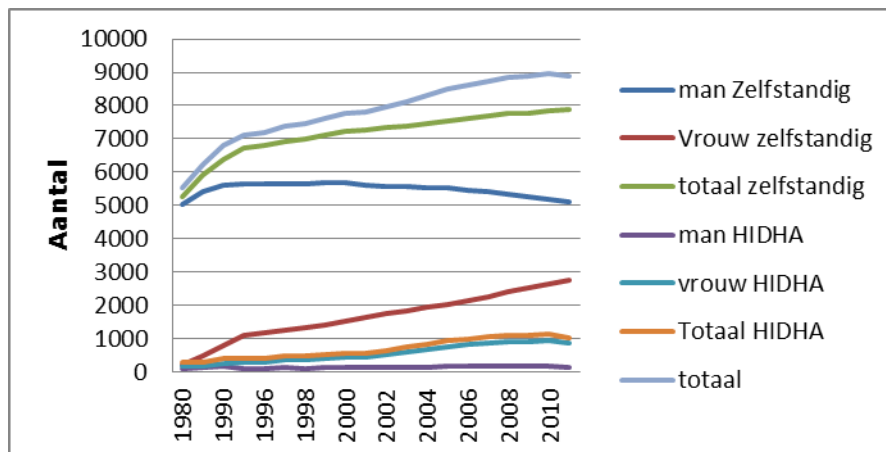
Dit hoofdstuk behandelt de structuur van de markt. In paragraaf 3.1 worden de aanbieders op de markt beschreven. Hierna wordt ingegaan op de ontwikkeling van het aantal huisartsen in Nederland in paragraaf 3.2 en 3.3. In paragraaf 3.4 wordt gekeken naar de spreiding van het aanbod. Hierbij wordt ingezoomd op regionale ontwikkelingen en een analyse van de reisafstanden. In paragraaf 3.5 komt de samenwerking aan bod. In 3.6 wordt ingegaan op de praktijkvorm, aantallen praktijken en de spreiding daarvan. Paragraaf 3.7 behandelt de inrichting van de praktijk en de daar werkzame ondersteuners. Tot slot worden in 3.8 de praktijkomzet en kosten van de huisartsen besproken. Daarbij is als uitgangspunt genomen het kostenonderzoek dat begin 2012 door Significant in opdracht van de NZa is uitgevoerd.

#### 3.1 Aantal zorgaanbieders

Het aantal werkzame huisartsen in de huisartsenzorg (exclusief de waarnemers<sup>23</sup>) ligt in Nederland op peildatum 1 januari 2011 op 9.891. Het aantal nieuwe vestigingen van huisartsen is de afgelopen jaren redelijk stabiel. In 2010 hebben zich 313 huisartsen zelfstandig gevestigd<sup>24</sup> en zijn 287 zelfstandig gevestigde huisartsen met hun werkzaamheden gestopt. Op 1 januari 2011 bedraagt het gemiddeld aantal inwoners per fte huisarts 2.371<sup>25</sup>.

Het Nivel beheert een registratie van zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's<sup>26</sup>.

**Figuur 3.1. Aantallen huisartsen, 1980 – 2011**



Bron: Nivel<sup>27</sup>

In figuur 3.1 is de ontwikkeling weergegeven van het aantal in Nederland geregistreerde in een praktijk werkzame huisartsen. Voor de jaren 1980-

<sup>23</sup> Een geregistreerde huisartsen die niet zelfstandig gevestigd is en niet werkzaam is als HIDHA, en voor een huisarts waarnemen tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten maar ook wel tijdens kantooruren.

<sup>24</sup> een huisarts die de algemene praktijk uitoefent en die patiënten op eigen naam of naam van de maatschap heeft.

<sup>25</sup> NIVEL; *Cijfers uit registratie van huisartsen peiling 2011*, december 2011.

<sup>26</sup> Een HIDHA is een huisarts in dienst van een zelfstandig gevestigde huisarts.

<sup>27</sup> L. Hingstman R.J Kenens, *Cijfers uit de registratie van huisartsen Peiling 2011*: december 2011.



1995 zijn de aantallen in sprongen van vijf jaar weergegeven. Voor de jaren daarna in sprongen van 2 jaar. In de grafiek is een uitsplitsing gemaakt tussen zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's. Uit de grafiek blijkt een forse toename van het aantal vrouwen dat als huisarts werkzaam is. Ook het aandeel huisartsen in loondienst is fors gestegen sinds 1980. Het totaal aantal huisartsen is in de periode 1980-2011 met 3.361 personen toegenomen. Sinds 1980 is dit een toename van 60%.

In figuur 3.1 ontbreken de waarnemers. Dit zijn huisartsen die niet structureel werkzaam zijn in een praktijk. Veelal zijn dit pas afgestudeerde huisartsen en gepensioneerde huisartsen die nog wel een registratie hebben. Het is lastig de omvang van deze groep vast te stellen. Uit een vragenlijst van Nivel blijkt dat er 1.007 pas afgestudeerden als waarnemer actief zijn in 2011. Daarnaast is ongeveer 50% van de wel geregistreerde maar niet in een praktijk werkzame huisartsen nog actief als waarnemer. Dit zijn ongeveer 707 waarnemers. Nivel schat het totaal aantal waarnemers daarmee in 2011 op 1.714. Dit aantal komt overeen met andere bronnen waar het NIVEL in opdracht van het Capaciteitsorgaan naar heeft gekeken<sup>28</sup>, namelijk de 1.730 huisartsen die per december 2010 als waarnemer bij het (verplichte) pensioenfonds SPH stonden ingeschreven. Het aantal huisartsen dat met hun LHV-lidmaatschap aangeeft waarnemer te zijn bedroeg 1.632 per augustus 2011.

In de onderstaande tabel is een analyse gemaakt van de leeftijd van de huisartsen in 2011. Uit de tabel blijkt dat ruim 50% van de mannelijke huisartsen ouder is dan 50 jaar. Bij de vrouwelijke huisartsen is een ander beeld zichtbaar. 55% van de vrouwelijke huisartsen is jonger dan 45 jaar. In totaliteit leidt dit tot een redelijk gespreid beeld van de leeftijdsverdeling van de huisartsen. Belangrijke opmerking hierbij is dat vrouwen relatief veel part time werken ten opzichte van mannen.

**Tabel 3.1. Leeftijdsverdeling van huisartsen (zelfstandig gevestigden én HIDHA's) naar geslacht, op 1 januari 2011<sup>29</sup>**

Leeftijd	Abs	%	Abs	%	abs	%
	Mannen		Vrouwen		Totaal	
< 30	9	0,2	15	0,4	24	0,3
30-34	156	3,0	412	11,4	568	6,4
35-39	398	7,6	818	22,7	1.216	13,7
40-44	562	10,7	759	21,1	1.321	14,9
45-49	748	14,3	635	17,6	1.383	15,6
50-54	1.129	21,5	486	13,5	1.615	18,2
55-59	1.352	25,8	365	10,1	1.717	19,4
60-64	836	15,9	113	3,1	949	10,7
> 64	56	1,1	2	0,1	58	0,7
Totaal	5.246	100,0	3.605	100,0	8.851	100,0

Bron: Nivel<sup>30</sup>

Het Nivel onderzocht in hoeverre huisartsen in deeltijd werken. Nivel constateert dat op 1 januari 2011 55% van de zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's in deeltijd werkt.

<sup>28</sup> D. van Hassel, R. Batenburg & L. van der Velden (2012). Het profiel en arbeidsmarktgedrag van waarnemers in de Huisartsenzorg. Analyses op basis van de WADI-enquête data 2010-2011. Utrecht: NIVEL

<sup>29</sup> van 33 huisartsen ontbreken de leeftijdsgegevens.

<sup>30</sup> L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, R.E. Kenens, R.S. Batenburg; Nivel 'regionale spreiding van huisartsen 2011.

85% van de vrouwelijke huisartsen werkt parttime. Bij mannen is dit 36%. 98% van de huisartsen in loondienst werkt in deeltijd tegenover 50% van de zelfstandig gevestigde huisartsen.

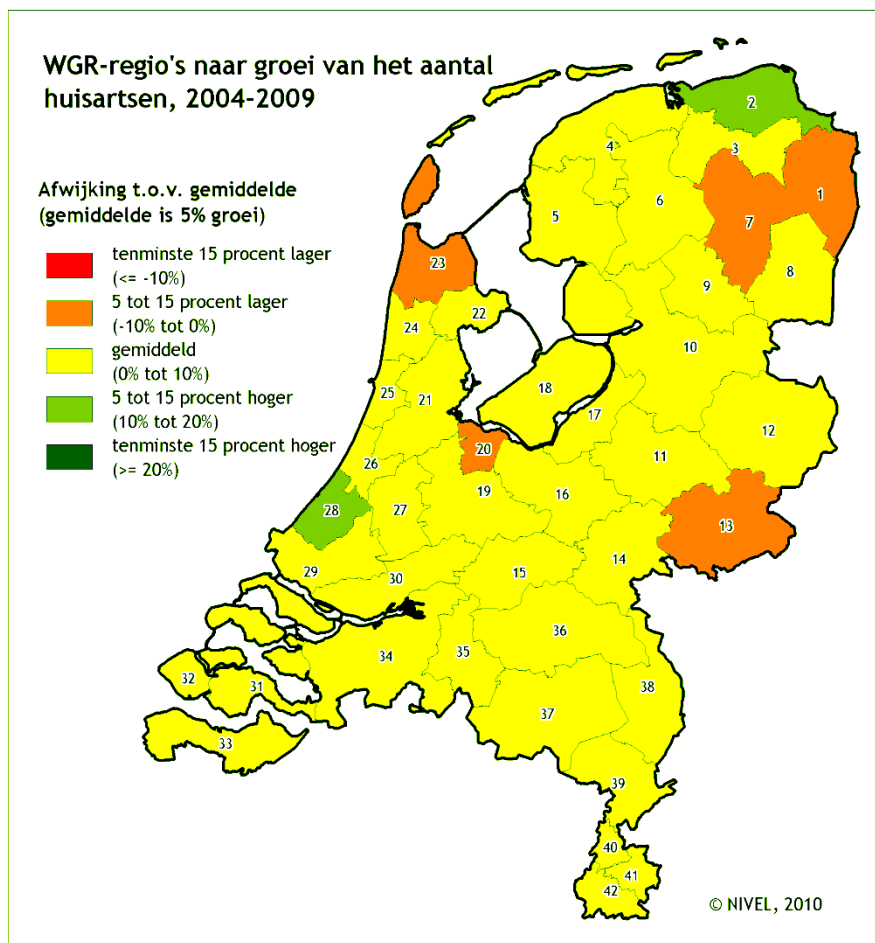
### 3.2 Toe- en uittreding

In deze paragraaf wordt eerst de toetreding van huisartsen in beeld gebracht. Vervolgens wordt ingegaan op de uittreding.

#### 3.2.1 Toetreding

Onderstaand is de groei van het aantal huisartsen per WGR<sup>31</sup>-regio in kaart gebracht.

**Figuur 3.2. Groei van het aantal huisartsen op het niveau van de WGR-regio, 2004-2009**



Bron: Nivel<sup>32</sup>

Uit figuur 3.2 blijkt dat het noorden van Groningen en de regio Den Haag de hoogste groei van het aantal huisartsen kende in de onderzochte periode. Uit figuur 3.3 van paragraaf 3.2.1. blijkt dat de regio Noord Groningen ook de kleinste praktijkomvang kent.

<sup>31</sup> Wet Gemeenschappelijke Regelingen.

<sup>32</sup> L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, R.E. Kenens, R.S. Batenburg; Nivel 'regionale spreiding van huisartsen 2011

De groei van het aantal huisartsen blijft enigszins achter in midden en oost Groningen, het oostelijk deel van Gelderland, regio Hilversum en de kop van Noord Holland. Van al deze regio's is het aantal patiënten per huisarts op het niveau van het gemiddelde van Nederland.

### 3.2.1.1 Vestiging nieuwe toetreders

De NMA stelt dat het nieuwe huisartsen lastig is gemaakt om toe te treden zonder medewerking van de reeds op de markt werkzame huisartsen. De oorzaak hiervan lag volgens de NMa onder meer in de rol van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de daarbij aangesloten huisartsenkringen op de markt voor huisartsenzorg.

Op 30 december 2011 heeft de NMa een besluit genomen<sup>33</sup> over het vestigingsbeleid wat volgens de NMa door de LHV tot dan naar de in Nederland aangesloten huisartsen werd gecommuniceerd. De NMa constateerde dat dit vestigingsbeleid de toetreding beperkte. Het beleid komt in hoofdlijnen op het volgende neer. De LHV adviseerde haar leden om de regie in handen te houden en ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars geen andere partijen contracteren voor huisartsgeneeskundige zorg. Volgens de aanbevelingen dienden huisartsen het aanbod te monitoren en in balans te houden. Wanneer lokale huisartsen van mening waren dat een nieuwe huisarts zich diende te vestigen konden zij dan een sollicitatieprocedure organiseren. Hierbij werd het "wilde toetreders" moeilijk gemaakt om waarnemingsafspraken te maken met huisartsenpraktijken en HAP's die aangesloten waren bij de LHV.

Deze afspraken waren noodzakelijk voor nieuwe toetreders om een contract met zorgverzekeraars af te kunnen sluiten. Gezien het feit dat 95% van de huisartsen aangesloten is bij de LHV waren er geen reële alternatieven mogelijk voor deze nieuwe toetreders om anderszins de waarneming te organiseren. De LHV ontkent dat zij dergelijke adviezen heeft gegeven en stelt geen vestigingsbeleid te hebben. Om die reden heeft de LHV bezwaar aangetekend tegen het boetebesluit. Deze procedure loopt nog ten tijde van het uitbrengen van deze marktscan.

### 3.2.2 Uittreding

Het Nivel onderzocht wat redenen zijn voor huisartsen om te stoppen met hun zelfstandige praktijk. Daartoe is in 2009 een enquête uitgezet onder huisartsen die hun praktijkwerkzaamheden hebben beëindigd. 217 personen hebben de enquête ingevuld. De totale populatie bestond volgens het Nivel uit 998 oud-huisartsen. In tabel 3.2 worden de redenen weergegeven voor huisartsen om te stoppen. Aan werkzame huisartsen is gevraagd wat redenen kunnen zijn om te stoppen met de uitoefening van de praktijk. Er zijn geen verschillen gevonden voor werkzame huisartsen met een hogere of lagere stopleeftijd als het gaat om de redenen om eerder te stoppen met werken.

Aan reeds gestopte huisartsen is gevraagd wat de redenen waren om te stoppen als praktiserend huisarts. Voor deze groep blijkt er wel een relatie te bestaan tussen de stopleeftijd en de redenen om te stoppen. Voor huisartsen die jong zijn gestopt (onder de 60 jaar) spelen de volgende redenen om te stoppen meer mee dan onder de stoppers met een stopleeftijd van boven de 60 jaar: ervaren werkomstandigheden, verandering in de loopbaan en patiëntencontacten. Hoe later een

<sup>33</sup> NMa, Besluit nummer 6888/435 betreffende de LHV, 30 december 2011

huisarts stopt met werken, des te minder hij zegt dat deze redenen een rol spelen bij het stoppen.

**Tabel 3.2. Redenen om eerder te stoppen naar werkstatus en stopleeftijd (2003-2007)**

Reden stoppen	Werkzamen		Stoppers	
	< 60 jr	60-64 jr	< 60 jr	60-64 jr
Ervaren werkomstandigheden	1,75	1,89	1,71 <sup>1</sup>	1,47 <sup>1</sup>
Verandering in de loopbaan	1,64	1,44	1,45 <sup>1</sup>	1,24 <sup>1</sup>
Gezondheidsredenen	1,45	1,66	1,49	1,43
Gezinsomstandigheden	1,30	1,49	1,33	1,25
Meer tijd ontspanning en interesses	2,37	2,34	1,91	2,01
Achteruitgang competentie	1,55	1,43	1,36	1,29
Beloning	1,46	1,35	1,27	1,37
Patiëntcontacten	1,58	1,33	1,22 <sup>1</sup>	1,08 <sup>1</sup>

Bron: Nivel<sup>34</sup>

<sup>1</sup> Significante verschillen tussen verschillende stopleeftijden bij stoppers ( $p < .05$ ) (t-toets)

Tabel 3.2 is opgesteld volgens een 3 puntenschaal. Met een score van 1 speelt de genoemde overweging niet mee. Bij een 3 speelt de overweging wel mee. Naarmate het cijfer hoger is, speelt de reden een grotere rol.

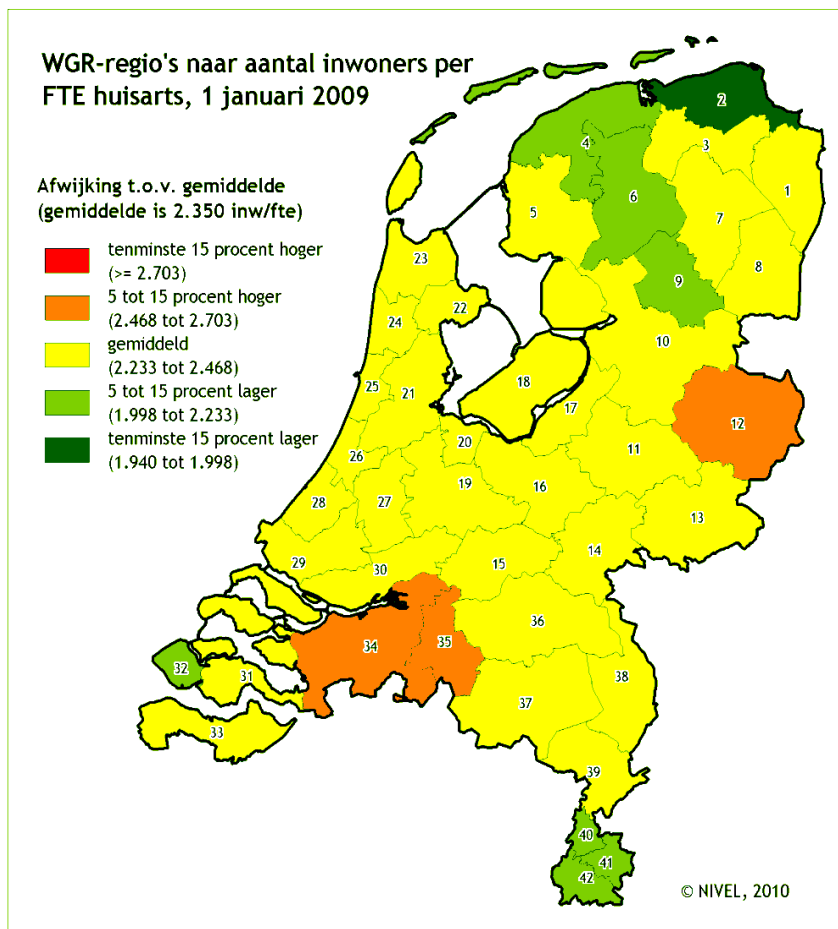
### 3.3 Spreiding van het aanbod

#### 3.3.1 Regionale ontwikkeling markt voor huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt in beeld gebracht hoe de organisatie van de huisartsenzorg zich op regionaal niveau ontwikkelt.

<sup>34</sup> M. van Greuningen, Ph.J.M. Heiligers, L.F.J. van der Velden; Nivel "Waarom stoppen zelfstandige huisartsen met werken?" 2009

**Figuur 3.3. Aantal inwoners per FTE huisarts op het niveau van de WGR<sup>35</sup>-regio, 2009**



Bron: Nivel<sup>36</sup>

In Figuur 3.3 is per WGR-regio de afwijking ten opzichte van het gemiddelde aantal inwoners per FTE-huisarts in kaart gebracht. Uit de kaart blijkt dat de regio's Oost Nederland en Zuid Brabant een relatief grote praktijkomvang kennen. Dit zou kunnen duiden op een huisartsentekort in die regio's. In het uiterste noorden van Groningen valt juist het lage aantal patiënten per praktijk op. Oorzaak hiervan is hoofdzakelijk het rurale karakter van de regio.

<sup>35</sup> De indeling in samenwerkingsgebieden volgens de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR) berust op de betrokken wet van 1 januari 1985. De indeling is sindsdien meermalen gewijzigd als gevolg van tussentijdse herzieningen door Provinciale Staten. De WGR-indeling telt 42 gebieden.

<sup>36</sup> L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, R.E. Kenens, R.S. Batenburg; Nivel 'regionale spreiding van huisartsen 2011

**Tabel 3.3. Relatief aantal huisartsen naar provincie en praktijkvorm, op 1 januari 2011**

	solopraktijk	duopraktijk	groepspraktijk	abs
	%	%	%	
Groningen	26,8	29,5	43,7	295
Friesland	26,4	38,3	35,4	345
Drenthe	12,1	31,3	56,6	272
Overijssel	19,8	26,7	53,5	572
Flevoland	9,0	11,7	79,4	223
Gelderland	14,7	32,4	52,9	1099
Utrecht	10,7	20,2	69,1	721
Noord-Holland	21,5	29,5	49,0	1.454
Zuid-Holland	20,3	26,2	53,5	1.836
Zeeland	24,8	33,7	41,6	202
Noord-Brabant	15,9	26,4	57,6	1.248
Limburg	17,9	27,9	54,2	613
Nederland	18,2	27,7	54,0	8.880

Bron: NIVEL huisartsenregistratie, verschijningsfrequentie: jaarlijks

Tabel 3.3 bevat een analyse van praktijkvormen per provincie. Er zijn grote regionale verschillen wat betreft de praktijkvorm waarin huisartsen werkzaam zijn. Zo is in de provincies Groningen, Friesland en Zeeland een relatief groot deel van de huisartsen in een solopraktijk werkzaam. Dit heeft te maken met het landelijke karakter van die regio's en de daardoor meer gespreide bevolking. In Flevoland, Utrecht en Noord-Brabant zien we dat relatief veel huisartsen in een groepspraktijk werken. Dat geldt met name voor de provincie Flevoland: circa 79% van de huisartsen werkt in een groepspraktijk. Dit hoge percentage komt vooral door de zorggroep Almere die in die regio een groot deel van de eerstelijnszorg levert.

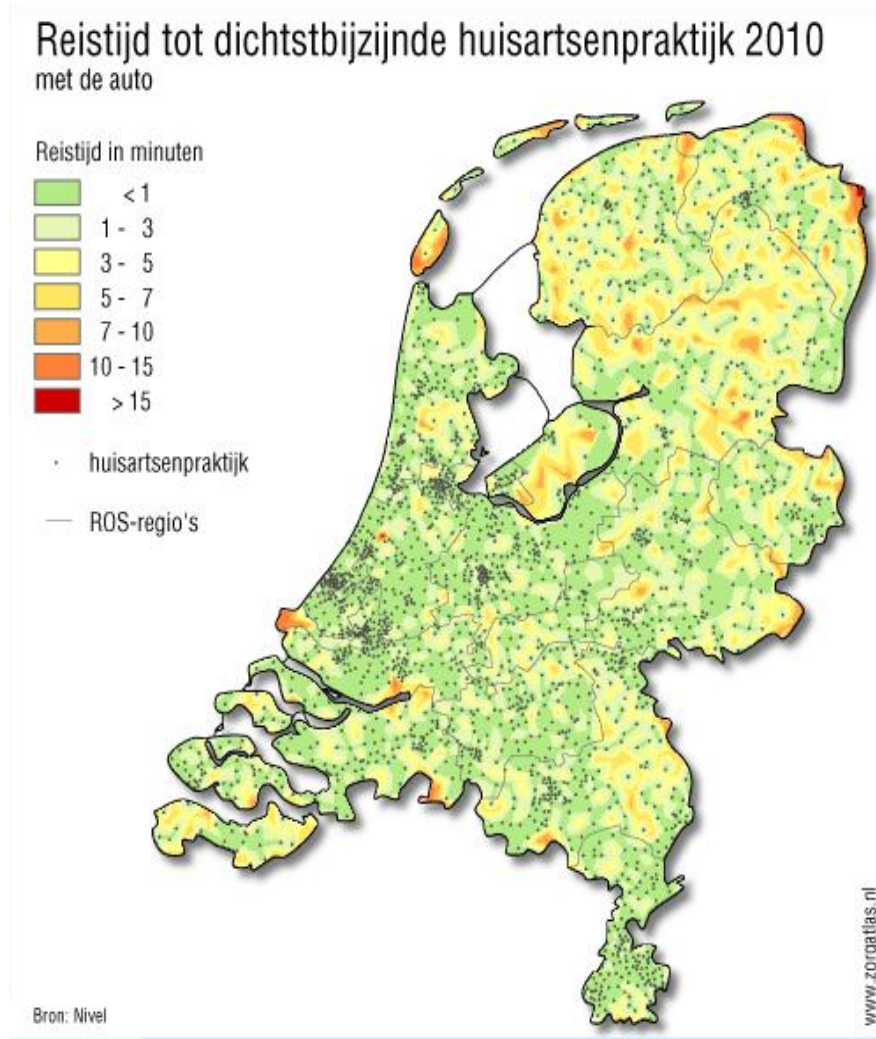
### 3.3.2 Analyse reisafstanden

Veldpartijen hanteren voor huisartsenzorg een norm van 15 minuten waarbinnen huisartsenzorg bereikbaar moet zijn. Deze norm is niet wettelijk vastgesteld. Wel is hier sprake van een algemeen aanvaarde professionele standaard<sup>37</sup>. In de kaart hieronder staat in hoeverre huisartsenzorg binnen normale werktijden met de auto bereikbaar is.

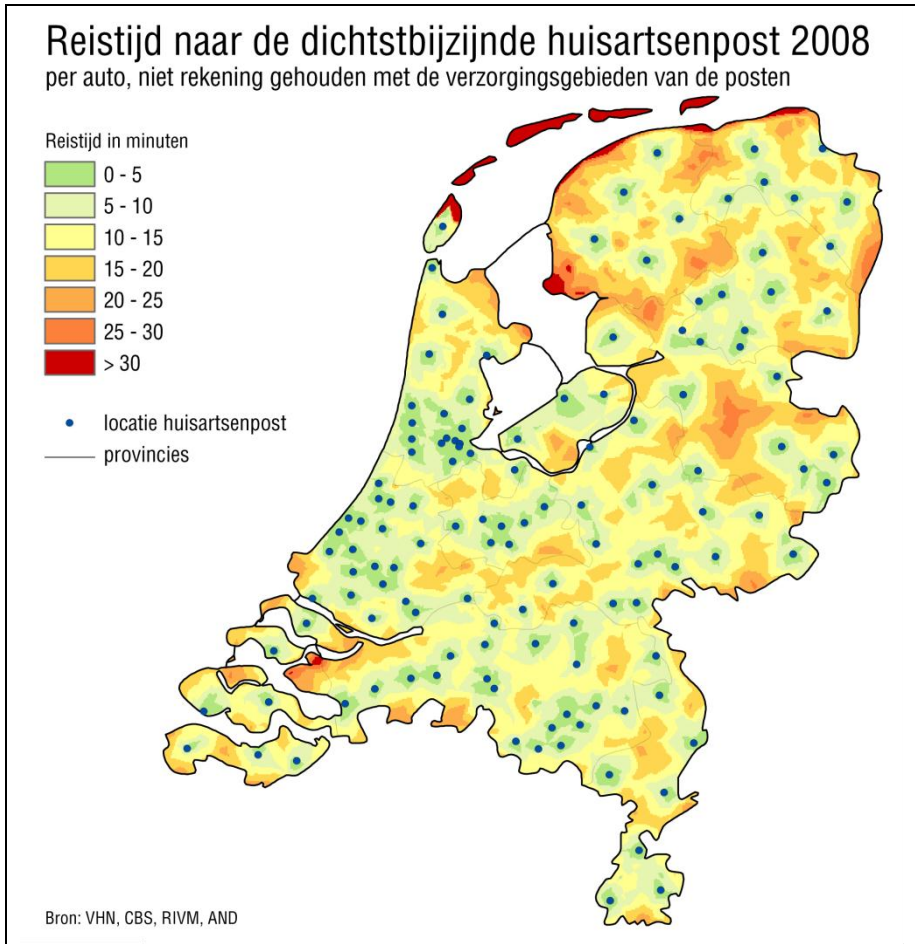
Uit figuur 3.4 blijkt dat in vrijwel geheel Nederland de dichtstbijzijnde huisarts binnen 15 minuten bereikbaar is. De kortste reistijden komen voor in de stedelijke gebieden, met name in het westen. De langste reistijden doen zich voor in de drie noordelijke provincies (Groningen, Friesland en Drenthe) en in Flevoland. Procentueel gezien is voor 99,9% van de bevolking huisartsenzorg binnen 15 minuten bereikbaar.

<sup>37</sup> Zie hiervoor de 'richtlijnen bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg' uit 2008. De LHV ledenraad heeft in juni 2008 vastgesteld dat zij conformeren aan de branchenormen zoals die gelden voor de ambulancezorg: <http://lhv.artsennet.nl/LHVproduct/Richtlijnen-bereikbaarheid-en-beschikbaarheid-huisartsenvoorziening.htm>

**Figuur 3.4. Reistijd tot dichtstbijzijnde huisartsenpraktijk in 2010**



Buiten de normale werktijden (tussen 18:00 en 8:00 en in de weekenden maakt 95% van de 4.090 huisartsenpraktijken met huisartsenposten afspraken over de bereikbaarheid en waarneming. Figuur 3.5 geeft aan dat een groot deel van Nederland 's nachts en in het weekend niet binnen 15 minuten bij een huisartsenpost kan zijn. Wel moet worden opgemerkt dat de resterende 5% van de huisartsenpraktijken zelf de waarneming regelt voor de ANW-uren. Dit is bijvoorbeeld het geval op de Waddeneilanden. Hierdoor neemt de bereikbaarheid van huisartsenzorg in de ANW-uren toe ten opzichte van de onderstaande kaart. Daarnaast is voor een aantal mensen de dichtstbijzijnde huisartsenpost niet de post waar men gebruik van kan maken. De patiënt moet namelijk naar de HAP waarbij de eigen huisarts is aangesloten. Dit kan dus betekenen dat de reistijd langer is.

**Figuur 3.5. Reistijd naar dichtstbijzijnde huisartsenpost in 2008**

### 3.4 Samenwerking tussen zorgaanbieders

Op het terrein van samenwerking met de eerste en tweede lijn zijn er de afgelopen jaren een aantal ontwikkelingen zichtbaar. Ten eerste op het terrein van de ketenzorg. In 2007 zijn de keten-DBC's via zorggroepen geïnitieerd. Sinds 2010 is de integrale bekostiging ingevoerd voor diabetes mellitus type 2 (DM2), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) en cardiovasculair risicomangement (VRM). Deze integrale bekostiging leidt tot meer samenwerking binnen de eerste lijn (huisarts, diëtist en fysiotherapeut), maar ook tussen de eerste en tweede lijn (voet-verpleegkundige, longverpleegkundige). Op dit onderwerp gaat de NZa uitgebreid in in haar marktscan Ketenzorg van juli 2012. De evaluatiecommissie Integrale bekostiging constateert in haar eindrapport<sup>38</sup> over samenwerking in de ketenzorg dat voor zorggroepen gezien hun grote machtspositie in de regio waakzaamheid geboden is. Vanwege de afhankelijke positie van patiënten vindt de evaluatiecommissie pro-actief toezicht op dit gebied nodig.

De NZa heeft ook aandacht voor zorggroepen. Zo is in 2010 samen met de Nederlandse Mededingingsautoriteit het document 'Richtsnoeren Zorggroepen' gepubliceerd.

Daarnaast heeft de NZa in september 2012 bekend gemaakt dat zij een ontwerpbesluit heeft opgesteld waarin in het kader van Aanmerkelijke Marktmacht enkele verplichtingen worden opgelegd aan een zorggroep.

<sup>38</sup> Eindrapport Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering (juni 2012).



Een ander terrein van samenwerking betreft de spoedzorg. De minister wil in het kader van de substitutie van de tweede naar de eerste lijn dat spoedzorgvragen zo veel mogelijk eerst door de huisarts worden gezien. In juni 2012 is in een convenant<sup>39</sup> tussen de minister van VWS en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) overeengekomen. In dit convenant is onder meer afgesproken dat huisartsen maatregelen nemen om de poortwachtersfunctie van de huisarts te versterken en het aantal verwijzingen naar de tweede lijn te beperken. Ook zijn VWS en de LHV overeengekomen dat de minister maatregelen neemt om de samenwerking tussen de HAP (huisartsenpost) en de SEH te stimuleren, met als doel het aantal zelfverwijzers op de eerste hulp te verminderen. Hiertoe stelt de minister in samenwerking met de LHV een business case en een stappenplan op.

Tot slot vindt er ook samenwerking plaats op het terrein van de gezondheidscentra. Er zijn 180 eerste lijns samenwerkingsverbanden die zich hebben verenigd in de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). Hieronder vallen gezondheidscentra, eerstelijnscentra, en Goed'en (gezondheidszorg onder één dak). Onder deze 180 aangesloten samenwerkingsverbanden vallen ook 25 koepels met meerdere gezondheidscentra. De samenwerking binnen de LVG is zo veel mogelijk structureel. Terreinen waarop de samenwerking plaatsvindt zijn: administratie, personeelszaken en ICT. Daarnaast wordt ook samengewerkt voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid en innovatieve zorgprojecten.

### 3.5 Praktijkvorm

In deze paragraaf worden de huisartsenpraktijken besproken met daarbij een onderscheid naar het aantal daarin werkzame huisartsen; de solopraktijk, de duo-praktijk en de groepspraktijk<sup>40</sup>.

#### 3.5.1 Praktijkvorm huisartsen<sup>41</sup>

Van alle Nederlandse huisartsen werkt in 2011 18% in een solopraktijk. Hun aandeel neemt ieder jaar af. In 2001 bedroeg het aandeel solowerkende huisartsen nog 33%. Het percentage werkzaam op een praktijklocatie met drie of meer huisartsen (groepspraktijk) neemt daarentegen juist toe. Werkte in 2001 iets meer dan 31% van de huisartsen in een groepspraktijk, inmiddels is dat percentage opgelopen tot 54%. Het aandeel huisartsen dat in een duopraktijk werkt, is afgenomen van 36% in 2001 naar 28% in 2011 (zie figuur 3.6).

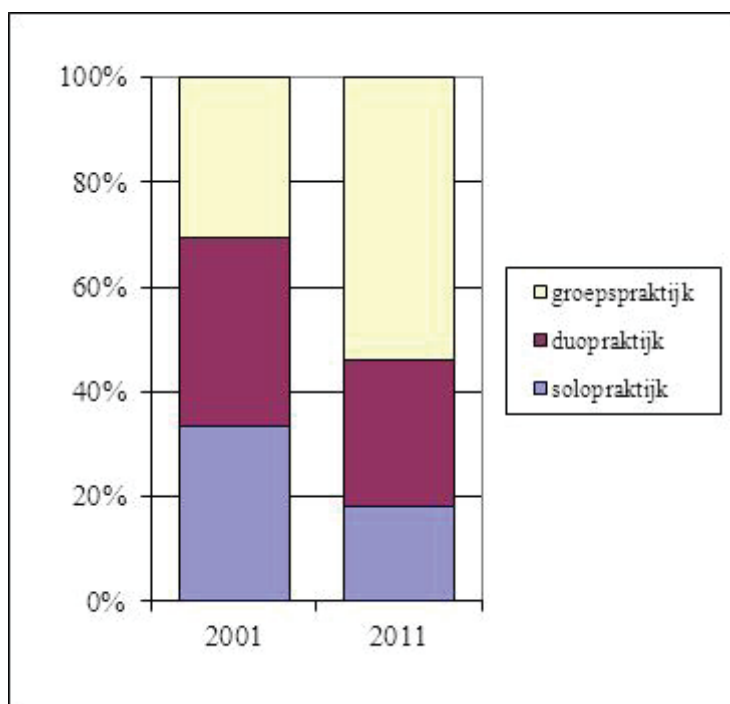
---

<sup>39</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/convenanten/2012/06/22/convenant-huisartsenzorg-2012-2013.html>

<sup>40</sup> Het eerste deel van deze paragraaf is afkomstig uit de publicatie "Cijfers uit de registratie van huisartsen 2011" van het NIVEL. Vanwege de relevantie van deze tekst voor de marktscan huisartsenzorg is deze tekst integraal overgenomen. De nummering van de tabellen is aangepast aan de layout van deze marktscan.

<sup>41</sup> Solopraktijk - Praktijklocatie waar één huisarts werkt. Duopraktijk - Praktijklocatie waar twee huisartsen werken. Groepspraktijk - Praktijklocatie waar drie of meer huisartsen werken.

**Figuur 3.6. Relatieve verdeling van het aantal huisartsen naar praktijkvorm, op 1 januari 2001 en 2011**



Bron: Nivel<sup>42</sup>

### 3.5.2 Aantal praktijken

Op 1 januari 2011 zijn er in Nederland 4.090 huisartspraktijken (tabel 3.1). In de periode 2005-2011 is het aantal praktijken met bijna 10% afgenomen. Circa 40% van de praktijken bestaat uit solopraktijken, 31% van de praktijken is een duopraktijk en 29% is een groepspraktijk.

**Tabel 3.4. Relatief aantal praktijken naar praktijkvorm, op 1 januari (2005-2011)**

Peildatum	Solo-Praktijk	Duo-praktijk	Groeps-Praktijk	Totaal (abs)
2005	48,3%	31,1%	20,6%	4.537
2006	46,1%	31,6%	22,3%	4.466
2007	43,5%	32,0%	24,5%	4.346
2008	41,6%	32,4%	26,0%	4.240
2009	40,7%	32,1%	27,2%	4.153
2010	39,5%	32,0%	28,5%	4.089
2011	39,8%	31,3%	28,9%	4.090

Bron: Nivel<sup>43</sup>

<sup>42</sup> L. Hingstman R.J Kenens, Nivel, Cijfers uit de registratie van huisartsen Peiling 2011: december 2011, pag 14

<sup>43</sup> L. Hingstman R.J Kenens, Nivel, Cijfers uit de registratie van huisartsen Peiling 2011: december 2011, pag 14

### 3.5.3 Spreiding en dichtheid

Van alle huisartsen (zelfstandig gevestigden én HIDHA's) is het grootste deel gevestigd (28%) in gemeenten met een sterk stedelijk karakter (Grafiek 3.1). In gemeenten met een niet-stedelijk karakter zijn relatief de minste huisartsen gevestigd (11%). Wordt er onderscheid gemaakt naar geslacht, dan blijkt dat vrouwelijke huisartsen relatief vaker dan mannen in (zeer) sterk stedelijke gemeenten gevestigd zijn.

**Tabel 3.5 Relatieve verdeling van het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's, naar stedelijkheid en geslacht, op 1 januari 2011**

	Man	Vrouw	Totaal
Zeer sterk stedelijk	18,2%	22,2%	19,8%
Sterk stedelijk	27,4%	28,3%	27,8%
Matig stedelijk	19,0%	18,8%	18,9%
Weinig stedelijk	23,2%	21,4%	22,5%
Niet-stedelijk	12,1%	9,3%	11,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Nivel<sup>44</sup>

### 3.6 Aantal ondersteunende aanbieders

Naast huisartsen zijn in de praktijken ook vaak ondersteuners werkzaam. Dit zijn hoofdzakelijk de POH-ers en de huisartsassistenten. In de onderstaande tabel is het aantal ondersteuners in relatie tot de praktijkvorm in kaart gebracht. Hierbij wordt gesteund op data die uit het kostenonderzoek voor de huisartsenzorg in 2012, uitgevoerd door onderzoeksbureau Significant in opdracht van de NZa. Voor dit onderzoek is is een gerandomiseerde selectie van huisartsen benaderd met vragen over hun praktijkomvang en kosten.

In totaal zijn bij het kostenonderzoek circa 366 huisartsen betrokken. Uitgaande van het totaal aantal werkzame huisartsen in Nederland (9.891 per 1 januari 2011, bron: Nivel) heeft het kostenonderzoek een dekking van afgerond 4%.

**Tabel 3.6. Vergelijking gemiddeld aantal fte huisartsen, POH'ers en assistenten per praktijk tussen 2006 en 2009/2010**

		Solo- praktijk	Duo- praktijk	Meer- persoons- praktijk
		2006	2006	2006
Fte huisartsen	2006	1,1		1,71
	2009	1,31	1,89	3,51
	2010	1,32	1,88	3,59
Fte POH	2006	0,19		0,35
	2009	0,24	0,38	0,86
	2010	0,26	0,44	0,9
Fte assistenten	2006	1,16		1,73
	2009	1,34	1,72	3,73
	2010	1,38	1,78	3,83

Bron: Significant<sup>45</sup>

<sup>44</sup> L. Hingstman R.J Kenens, Nivel, Cijfers uit de registratie van huisartsen Peiling 2011: december 2011, pag 14

Uit tabel 3.6 blijkt dat in de jaren 2006, 2009 en 2010 het aantal ondersteuners in een praktijk is toegenomen. Dit geldt ook voor het aantal huisartsen dat werkzaam is in de praktijk. Significant geeft in haar onderzoek aan dat de oorzaak hiervan ligt in de afname van het totaal aantal praktijken gedurende deze jaren. Het Nivel heeft in haar rapport "cijfers uit de registratie van huisartsen peiling 2011" aangegeven dat gedurende de jaren 2005 tot 2011 het aantal praktijken met 10% is afgenomen.

Onder huisartsen is door de NZa een enquête uitgezet die door 128 respondenten volledig is ingevuld. Op basis van de ontvangen informatie kan het volgende beeld van het aantal werkzame personen in deze praktijken worden geschetst:

**Tabel 3.7. Samenstelling praktijken naar huisartsen en ondersteuners voor solo, duo en groepspraktijk, in 2012**

	Solopraktijk		Duopraktijk		Groepspraktijk	
	Personen	FTE	Personen	FTE	Personen	FTE
Huisartseigenaren	61	55	69	50	92	67
Huisarts in loondienst	10	4	7	4	28	17
Huisarts in opleiding	16	13	11	9	24	19
<b>Totaal huisartsen</b>	<b>87</b>	<b>71</b>	<b>87</b>	<b>63</b>	<b>144</b>	<b>103</b>
Waarnemer	24	6	11	4	13	5
POH Somatiek	57	22	43	20	63	29
POH GGZ	16	3	12	2	14	5
Doktersassistent	116	66	99	58	175	103
Physician assistent	2	1	1	0	2	2
Verpleegkundig specialist	7	2	2	1	4	2
Verloskundige	1	0	-	-	7	3
Overig	19	6	37	21	20	9
<b>Totaal ondersteuning</b>	<b>218</b>	<b>101</b>	<b>194</b>	<b>102</b>	<b>285</b>	<b>152</b>
<b>Totaal praktijk</b>	<b>329</b>	<b>178</b>	<b>292</b>	<b>169</b>	<b>442</b>	<b>260</b>
Aantal praktijken	63	63	37	37	28	28
Aantal huisartsen per praktijk (excl waarnemers)	1,4	1,1	2,4	1,7	5,1	3,7
Aantal ondersteuning per praktijk	3,5	1,6	5,2	2,8	10,2	5,4

Bron: NZa (enquête huisartsen 2012)

Over het algemeen blijken in een praktijk per huisarts twee ondersteuners werkzaam te zijn. In full time equivalenten (FTE) werkt per 1 FTE huisarts 1,5 FTE ondersteuner in een praktijk. Deze verhoudingen zijn onafhankelijk van de praktijkvorm. Ruim de helft van de ondersteunende functie wordt ingevuld door de doktersassistent. Het gemiddeld aantal ondersteuners in duo- en meermanspraktijken dat volgt uit de onderzoeken van Significant en de enquête die is gehouden onder de huisartsen, komt niet overeen. Dit wordt mogelijk verklaard door de beperkte omvang van het aantal praktijken dat de enquête heeft ingevuld.

### 3.7 Financiële posities

De NZa heeft onderzoeksbureau Significant opdracht gegeven om een kostenonderzoek onder huisartsen uit te voeren. In september 2012

<sup>45</sup> Bert Karssen, Bas Jurling, Loes Koster, Maarten Batterink, Lydia Vunderink, Significant, Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg september 2012 P 85 tabel 70.

heeft Significant de resultaten hiervan bekendgemaakt. De resultaten van dit onderzoek zijn als volgt:

**Tabel 3.8. Resultaten kostenonderzoek Significant**

(per huisartseigenaar)	2009	2010
Opbrengsten uit tariefgereguleerde verrichtingen	€ 241.894	€ 246.880
Opbrengsten uit niet-tariefgereguleerde verrichtingen	€ 59.707	€ 67.341
<b>Totale opbrengsten</b>	<b>€ 301.601</b>	<b>€ 314.221</b>
Totale praktijkkosten	€ -155.011	€ -165.165
<b>Saldo opbrengsten / praktijkkosten</b>	<b>€ 146.590</b>	<b>€ 149.056</b>
<b>Praktijkresultaat</b>	<b>€ 147.369</b>	<b>€ 150.834</b>

Bron: Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg uitgevoerd door Significant.

Op basis van het onderzoek bedraagt het praktijkresultaat per FTE huisarts-eigenaar in 2009 en 2010 respectievelijk EUR 147.369,- en EUR 150.834,-.

Bovenstaand praktijkresultaat is het gemiddelde praktijkresultaat van alle onderkende subpopulaties in het uitgevoerde onderzoek. Meer informatie over subpopulaties staan in de rapportage over het uitgevoerde onderzoek van Significant dat op de website van de NZa beschikbaar is.

Het CBS rapporteert op basis van de fiscale gegevens over de winsten van personen met een eigen huisartsen onderneming. Deze zijn als volgt weer te geven:

**Tabel 3.9. Fiscale gegevens**

(per huisartsaangifte)	2006	2009
Opbrengsten	€ 2.010	€ 2.256
Praktijkkosten	€ -1.009	€ -1.212
<b>Bedrijfsresultaat</b>	<b>€ 1.001</b>	<b>€ 1.044</b>
<b>Aantal huisartsen</b>	<b>7.552</b>	<b>8.020</b>
<b>Bedrijfsresultaat per huisarts</b>	<b>€ 132.548</b>	<b>€ 130.175</b>

Bron: Statline CBS

De insteek van het CBS is op basis van de individuele fiscale gegevens welke niet rechtstreeks te koppelen zijn aan de uitkomsten van het kostenonderzoek. Zo wordt in het kostenonderzoek uitgegaan van de FTE huisartseigenaar en wordt het FTE begrip bij de fiscale gegevens buiten beschouwing gelaten. Als voor dit definitie verschillen wordt gecorrigeerd liggen de uitkomsten van het kostenonderzoek en de fiscale gegevens bij elkaar in de buurt aldus Significant.

## 4. Marktgedrag

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het marktgedrag behandeld. Als eerste komt de zorginkoop aan bod. Hierbij wordt ingegaan op de vraag hoe de inkoop van huisartsenzorg is georganiseerd. Daarna wordt ingegaan op het thema doorverwijzing. Tot slot komt het overstapgedrag kort aan bod.

### 4.2 Zorginkoop

De markt voor huisartsenzorg kenmerkt zich door een groot aantal aanbieders. Deze zijn zoals reeds eerder besproken georganiseerd in solo-, duo- en groepspraktijken. De NZa ondervroeg de zorgverzekeraars door middel van een enquête over de invulling van de zorginkoop bij deze praktijken. Uit de enquête kan het volgende beeld worden afgeleid.

Zorgverzekeraars volgen het representatiemodel bij de zorginkoop. Dit betekent dat de grootste regionale zorgverzekeraar afspraken maakt met de huisartsen in die regio en dat de andere zorgverzekeraar deze contractafspraken volgen via zogenaamde volgcontracten.

Alle negen zorgverzekeringsconcerns werken met standaardcontracten. Buiten de eigen regio wordt gebruikgemaakt van volgcontracten. Dit geldt voor alle gecontracteerde huisartsen. Zorgverzekeraars maken maatwerkafspraken met behulp van de M&I-modules (Modernisering en Innovatie).

In de contracten die zorgverzekeraars en huisartsen sluiten, worden bepalingen opgenomen met betrekking tot prijs, samenwerking 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn, doorverwijzingen, openingstijden, aanvullende modules en POH's. Zorgverzekeraars geven aan welke onderwerpen zij het belangrijkste vinden bij de onderhandelingen. Dit zijn op volgorde van belangrijkheid de prijs, POH's (GGZ en somatiek), samenwerking met de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en doorverwijzingen naar de 2<sup>e</sup> lijn.

Uit de contractering blijkt dat nagenoeg alle huisartsen zijn gecontracteerd. Enkele huisartsen weigerden omdat zij het niet eens waren met de landelijk afgesproken kortingen op huisartsenzorg. Dit zou kunnen betekenen dat de zorgverzekeraar aan patiënten van deze huisartsen de kosten voor huisartsenzorg niet volledig vergoedt. Tot op heden heeft de NZa hier geen klachten over ontvangen van verzekerden. Voor de consulten en de inschrijftarieven is bij alle huisartsen het maximumtarief overeengekomen. Desgevraagd geven zorgverzekeraars aan dat het wel mogelijk is om met bepaalde huisartsen geen contract te sluiten. Zorgverzekeraars doen dit in de praktijk niet of nauwelijks.

Op 15 oktober 2012 is een toezeggingsbesluit tot stand gekomen waarin de LHV onder andere toezegt zich in de toekomst te onthouden van het adviseren van hun leden omtrent het wel of niet tekenen van aan hun leden door de zorgverzekeraar aangeboden huisartsenzorg-contracten.<sup>46</sup>

De NZa vraagt de huisartsen in een enquête naar hun tevredenheid over het proces en de uitkomsten van de onderhandelingen. Daaruit blijkt

<sup>46</sup> Nieuwsbericht NMa, NMa zet samen met LHV stappen in huisartsenzorg, Den Haag 15 oktober 2012

tweederde van de huisartsen ontevreden is over het proces en dat iets meer dan de helft van de huisartsen ook ontevreden is over de uitkomsten. 23% van het aantal huisartsen is zeer ontevreden over het proces. De reden daarvan is dat zorgverzekeraars een standaardcontract voorleggen aan huisartsen en dat zij daar niets aan kunnen veranderen. Dit leidt bij veel huisartsen tot ergernis.

De NZa vraagt zorgverzekeraars naar de duur van de onderhandelingen. Ongeveer de helft van de zorgverzekeraars geeft aan dat de onderhandelingen maximaal 2 maanden duren. Op een enkeling na geeft de rest van de zorgverzekeraars aan dat er geen onderhandelingsproces is geweest, en dat de onderhandelingsduur nul was. Meer dan 80% van de huisartsen heeft het beeld dat er geen sprake is van onderhandelingen bevestigd. De rest van de huisartsen gaf aan dat de onderhandelingen tussen de 1 en 3 maanden duurden.

In december 2010 heeft de NZa het document 'Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg' uitgebracht. Dit document is een handreiking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bedoeld om ondersteuning te bieden bij het contracteerproces van deze partijen. De Good Contracting Practices moeten eraan bijdragen dat de onderlinge verwachtingen bij het contracteerproces meer gelijk zijn en de zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren op een effectieve en gestructureerde manier samen tot afspraken tijdens dat proces komen.

### 4.3 Doorverwijzen

In deze marktscan wordt ingegaan op het thema doorverwijzing naar de tweede lijn. Daarnaast is opgenomen welke problemen de NZa heeft geconstateerd bij doorverwijzing binnen de eerste lijn.

#### 4.3.1 Doorverwijzen naar de tweede lijn

Zorgverzekeraars krijgen in de enquête vragen over welke afspraken zij maken over substitutie. De representatieve zorgverzekeraars maken voor afspraken over substitutie gebruik van de M&I module en de M&I verrichtingen. Huisartsen worden door zorgverzekeraars gestimuleerd om door het delen van kennis en expertise en regionaal beleid in de eerste lijn de verwijzingen naar de tweede lijn te beperken.

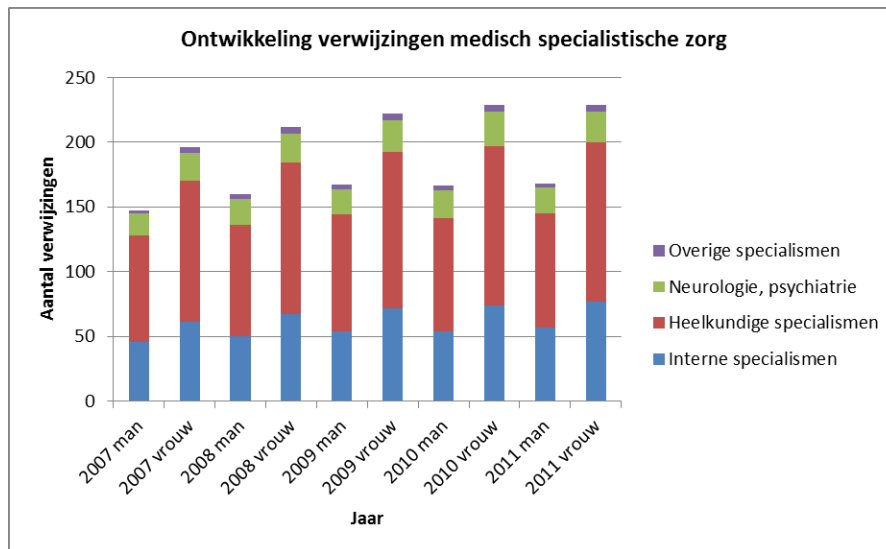
In de eindrapportage van de evaluatiecommissie Integrale Bekostiging wordt geconcludeerd dat het is in zijn algemeenheid te vroeg is om een finaal oordeel te geven over de effecten van integrale bekostiging op de zorgkosten en kwaliteit, deels doordat die effecten pas op termijn zichtbaar zijn en deels omdat goede en complete kostencijfers over de periode dat integrale bekostiging landelijk is ingevoerd nog niet beschikbaar zijn.<sup>47</sup>

Uit de LINH-data is informatie te herleiden over doorverwijzingen. Voor de analyse van de doorverwijzingen zijn hieronder enkele dwarsdoorsneden genomen. De belangrijkste analyses zijn het aantal verwijzingen naar de medisch specialist, het aantal verwijzingen per specialisme en het totaal aantal doorverwijzingen door huisartsen.

---

<sup>47</sup> De eindrapportage 'Integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering' van de evaluatiecommissie Integrale Bekostiging van juni 2012

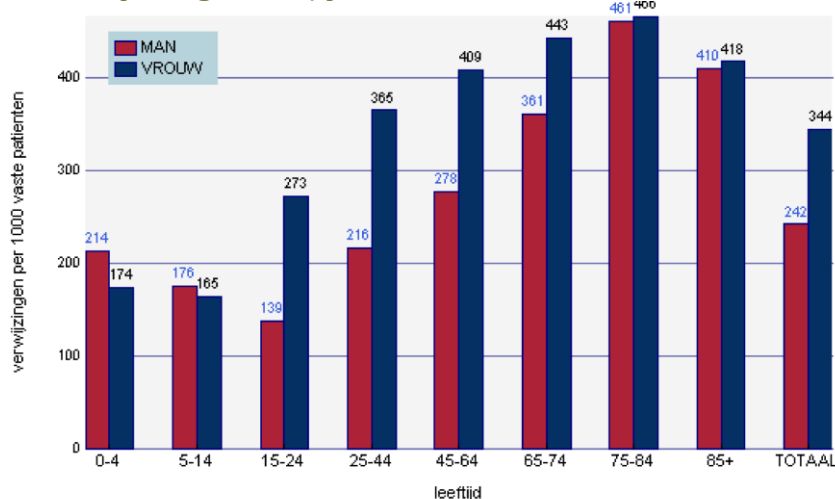
**Figuur 4.1. ontwikkeling aantal verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten naar medisch specialist, 2007 t/m 2011**



Bron: LINH, Nivel

In 2011 vonden 199 verwijzingen plaats naar een medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten. Het aantal verwijzingen naar een medisch specialist is hiermee in 2011 stabiel gebleven ten opzichte van 2010. Dit is opmerkelijk gezien de stijging in het aantal verwijzingen naar medisch specialisten in de afgelopen jaren. Per specialismen laat de trend in verwijzingen een verschillend patroon zien: het aantal verwijzingen naar heelkundige specialisten is (met kleine fluctuaties) stabiel gebleven; het aantal verwijzingen naar neurologie en psychiatrie is met 9,5% gedaald, terwijl het aantal verwijzingen naar interne specialisten een lichte groei laat zien in 2011.

**Figuur 4.2. Aantal verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten naar leeftijd en geslacht, jaar 2011**



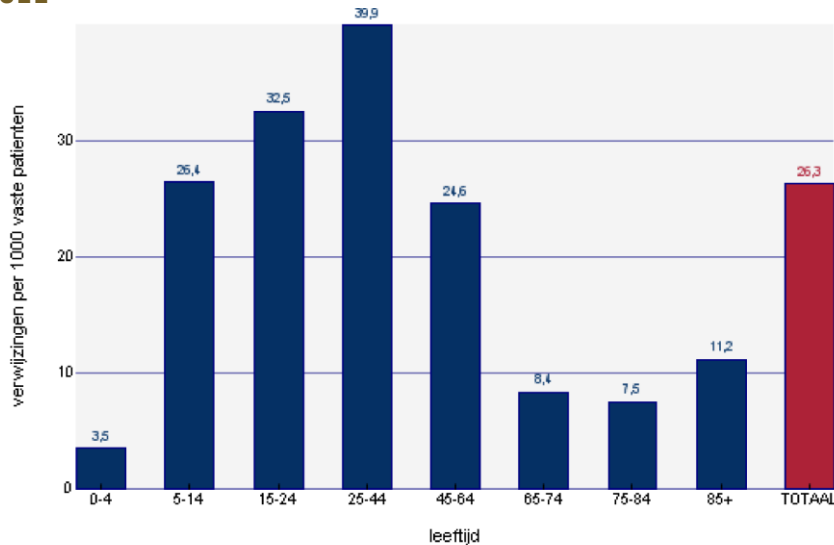
Bron: Linh, Nivel

In figuur 4.2 is het aantal verwijzingen opgenomen per 1000 ingeschreven mannen en vrouwen, naar leeftijdscategorie. Het is mogelijk dat meerdere verwijzingen per persoon hebben plaatsgevonden. Uit de figuur blijkt dat het merendeel van de verwijzingen plaatsvindt in de leeftijdscategorie 75-84.



Tot de leeftijd van 15 jaar vinden er voor mannen meer verwijzingen plaats dan vrouwen. Vanaf de leeftijd van 15 jaar vinden de meeste verwijzingen bij vrouwen plaats.

**Figuur 4.3. Aantal GGZ verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten naar leeftijd, jaar 2011**



Bron: Linh, Nivel

Bij de registratie van verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gaat het om psychiatrie, RIAGG, psycholoog, eerstelijnspsycholoog, psychotherapie en het maatschappelijk werk. De overgrote meerderheid van de verwijzingen vindt plaats in de leeftijdscategorieën 5-45 jaar.

#### 4.3.2 Problemen doorverwijzing binnen de eerste lijn

In september 2012 heeft de NZa twee ontwerp besluiten vastgesteld voor een tweetal samenwerkingsverbanden van huisartsen die weigerden patiënten door te sturen naar een apotheek die haar diensten aanbiedt via internet. De NZa constateerde in de besluiten dat deze twee partijen beschikten over aanmerkelijke marktmacht en dat de acties van partijen negatieve gevolgen hebben voor de publieke belangen. Naar verwachting neemt de NZa in de eerste helft van 2013 definitieve besluiten in deze zaken. Het is voor de NZa van belang dat patiënten uiteindelijk zelf kunnen kiezen naar welke zorgaanbieder zij gaan.

De NZa heeft overigens wel oog voor het feit dat lokale samenwerking tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld huisartsen en apotheken) voordelen kunnen hebben voor de patiënt. De huisarts mag patiënten daar uiteraard op wijzen bij zijn verwijzing. In het advies dat een huisarts aan zijn patiënt geeft, kan zijn oordeel over de kwaliteit van een zorgaanbieder uiteraard ook een rol spelen. Echter dat mag voor partijen die beschikken over aanmerkelijke marktmacht niet zover gaan dat andere zorgaanbieders worden uitgesloten waardoor de keuzevrijheid van patiënten wordt beperkt.

## 4.4 Overstapgedrag consument

De NZa heeft Motivaction een enquête laten uitvoeren onder consumenten naar overstapgedrag. Uit de enquête blijkt dat 98% van de 1.253 deelnemers ingeschreven staat bij een huisarts.

Ruim 60% van deze ingeschreven patiënten heeft een behandelrelatie van meer dan 10 jaar met de huisarts. 9% heeft een behandelrelatie korter dan 2 jaar met zijn huisarts. Twee derde van de consumenten heeft zijn huisarts zelf bewust gekozen. Hieruit kan het beeld worden afgeleid dat consumenten een langdurende relatie hebben met hun huisarts en dat zij niet snel overstappen van huisarts.

Bij de keuze voor een nieuwe huisarts speelt de locatie van de praktijk de grootste rol. In iets mindere mate spelen aspecten zoals de bereikbaarheid voor het maken van afspraken, de persoonlijke relatie met de huisarts, een vaste huisarts in de praktijk en service mee bij de keuze voor een huisarts.

Motivaction heeft de behoefte van consumenten om te wisselen van huisarts onderzocht. Dit is ongeacht of daadwerkelijk gewisseld is van huisarts. In onderstaande tabel zijn de uitkomsten weergegeven.

**Tabel 4.1. Redenen waarom consumenten behoefte hadden om over te stappen<sup>48</sup>**

	Huisarts
Ontevredenheid zorgverlening	39%
Verhuizing	26%
Bejegening	22%
Ontevredenheid service	15%
Te lange wachttijden in wachtkamer	6%
Slechte bereikbaarheid (OV of eigen vervoer)	4%
Veranderde zorgvraag	3%
Krappe openingstijden	3%
Beter/passender alternatief	2%
Te lange wachttijden voor maken van afspraak	2%
Gebrek aan privacy	2%
Prijzen	1%
Anders	21%
Weet niet	3%
<b>Aantal respondenten</b>	<b>106</b>

Bron: Consumentenpanel marktscan huisartsenzorg, Motivaction

In het afgelopen jaar overwoog ruim 10% van de consumenten om over te stappen naar een andere huisarts. Van deze groep was bijna 40% niet tevreden over de zorgverlening. Daarnaast gaf ruim 20% van deze groep de bejegening door de huisarts als reden op. Ruim een kwart van de consumenten die overwoog om over te stappen gaf als reden een verhuizing op. Van alle consumenten die hebben overwogen om over te stappen is uiteindelijk 20% ook echt overgestapt.

De patiënten die hebben overwogen om over te stappen, maar dit uiteindelijk niet hebben gedaan, geven hiervoor de volgende redenen.

<sup>48</sup> Antwoorden van respondenten die in 2011 of 2012 overwogen om over te stappen naar een ander huisarts. Meerdere redenen zijn mogelijk.

**Tabel 4.2 Redenen waarom consumenten toch niet zijn overgestapt<sup>49</sup>**

	Huisarts
Teveel gedoe	27%
Kon geen geschikt / passend alternatief vinden	19%
Huisarts kent mijn voorgeschiedenis	15%
Weet niet of ik beter af ben bij een ander	15%
Tevreden over de huisarts	10%
Kon niet (tijdig) terecht	8%
Wist niet dat dit kon / mocht	7%
Na een nader gesprek is het opgelost	2%
Anders	34%
Weet niet/geen antwoord	3%
<b>Aantal respondenten</b>	<b>85</b>

Bron: Consumentenpanel marktscan huisartsenzorg, Motivaction

De meest voorkomende redenen waarom consumenten, die overwogen om over stappen, uiteindelijk toch niet zijn overgestapt zijn: teveel gedoe, problemen bij het vinden van een geschikt alternatief en de notitie dat het wisselen geen verbetering hoeft op te leveren. Ook de overweging dat de huisarts de voorgeschiedenis van de patiënt kent speelt een rol.

In de Zorgbalans 2010<sup>50</sup> van het RIVM zijn bevindingen opgenomen van een andere enquête die is uitgevoerd onder zorgconsumenten. Uit die enquête blijkt dat van de zorgconsumenten 11,2% aangaf problemen te hebben bij het vinden van een huisarts. Dit zijn alleen de mensen die korter dan twee jaar ingeschreven stonden bij hun huidige huisarts. Ruim 20% van deze groep kwalificeerde dit probleem als groot. De overige 80% vond het een klein probleem. In 2006 was het percentage dat problemen heeft ervaren met het vinden van een huisarts 14,5% (De Boer et al., 2007). Hoewel het vinden van een huisarts niet altijd vanzelf gaat, blijkt dat vrijwel iedereen staat ingeschreven bij een huisarts.

De NMa ontving de afgelopen jaren signalen van consumenten dat zij niet of erg moeilijk kunnen overstappen naar een andere huisarts<sup>51</sup>. Hierop ondernam de NMa actie en zocht contact met de betrokken huisartsen. De NMa liet de betreffende huisartsen weten dat de keuzevrijheid van patiënten voorop moet staan en dat zij die niet mogen beperken door onderlinge afspraken.

De LHV heeft in samenwerking met de NPCF een folder ontwikkeld waarin informatie is opgenomen over overstappen en wat de redenen voor huisartsen kunnen zijn om een patiënt te weigeren.

<sup>49</sup> Antwoorden van respondenten die in 2011 of 2012 overwogen om over te stappen naar een ander huisarts. Meerdere redenen zijn mogelijk.

<sup>50</sup> Zorgbalans 2010 De prestaties van de Nederlandse zorg; GP Westert, MJ van den Berg, SLN Zwakhals, R Heijink, JD de Jong, H Verkleij; pag. 140

<sup>51</sup> Nieuwsbericht NMa, NMa zet samen met LHV stappen in huisartsenzorg, Den Haag 15 oktober 2012

## 5. Kwaliteit

### 5.1 Inleiding

Over kwaliteit van zorg zijn de volgende onderwerpen die van belang zijn voor deze marktscan te onderscheiden:

De kwaliteit van zorg, waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt;

De transparantie van zorg die cliënten en zorgverzekeraars nodig hebben om een keuze te kunnen maken c.q. zorg in te kopen;

De mening van consumenten over de kwaliteit van zorg (dit wordt onderzocht via een enquête uitgevoerd door Motivaction).

Deze drie onderwerpen worden in de volgende paragrafen besproken.

### 5.2 Kwaliteit van zorg

De NZa ziet niet toe op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg en 'meet' de kwaliteit dus niet. Wél volgt de NZa een aantal indicatoren die haar een beeld geven van de daadwerkelijke kwaliteit in een sector, te weten:

- (Verscherpt) toezicht door de IGZ;
- Accreditatie en het aantal behaalde kwaliteitskeurmerken;
- De ontwikkeling van de indicatoren voor de kwaliteit van zorg.

Deze indicatoren zijn meetbaar. Daarnaast zijn er initiatieven die de kwaliteit van huisartsenzorg bevorderen, die zich niet laten kwantificeren. Hierbij kan gedacht worden aan informele structuren die bijdragen aan de kwaliteit van de huisartsenzorg. Voorbeelden zijn intervisie en coaching. Hiervan is geen landelijke registratie beschikbaar. Voor achtergronden over deze niet kwantificeerbare initiatieven wordt verwezen naar het kwaliteitsbeleid dat door de sector zelf is vastgesteld.<sup>52</sup> Deze initiatieven worden niet in deze marktscan beschreven.

#### 5.2.1 Toezicht IGZ

De IGZ houdt in Nederland toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg door zorginstellingen, individuele beroepsbeoefenaren en fabrikanten van genees- en hulpmiddelen op basis van de Gezondheidswet (uit 1956). Wanneer een zorgaanbieder niet voldoet aan de wettelijke eisen van de kwaliteitwet grijpt de IGZ in. Enkele maatregelen die de IGZ kan opleggen, zijn het opleggen van een bestuurlijke boete of het instellen van verscherpt toezicht, bevel of aanwijzing. De keuze voor een maatregel hangt af van de mate van risico's voor verantwoorde zorg. Het eisen van een verbeterplan, inclusief verbeteractiviteiten en een tijdpad is een minder vergaande vorm van handhaving dan bijvoorbeeld het instellen van verscherpt toezicht.

In de periode augustus 2011 tot en met augustus 2012 zijn 78 meldingen over individuele huisartsen of huisartsenpraktijken bij de IGZ binnengekomen, welke in circa de helft van de gevallen hebben geleid tot gesprekken met de betreffende praktijk. Gedurende 2011 zijn 2 praktijken onder verscherpt toezicht geplaatst en heeft 1 apotheekhoudende huisarts zijn praktijk vrijwillig gesloten.

<sup>52</sup> Zorg voor kwaliteit huisartsenzorg; kwaliteitsbeleid huisartsenzorg 2010-2015, LINKH, LHV & NHG, geaccordeerd door de LHV ledenraad op 24 juni 2010.

In 2012 heeft een schorsing op basis van een door de IGZ aangespannen tuchtzaak plaatsgevonden, er is een vrijwillige sluiting geweest, is een bevel van de wet BIG opgelegd en is één praktijk onder verscherpt toezicht gesteld.

Daarnaast heeft de IGZ in 2011 in totaal 246 meldingen van huisartsenposten ontvangen. Tussen augustus 2011 en augustus 2012 zijn er ongeveer 211 meldingen van huisartsenposten binnengekomen. Deze meldingen zijn vastgelegd in de 'Calamiteitenprocedure huisartsenposten' die door de IGZ wordt gehanteerd. Op basis van artikel 4a van de Kwaliteitswet zorginstelling is de bestuurder van de huisartsendienstenstructuur of huisartsenpost verantwoordelijk voor het onverwijld melden van calamiteiten.

### 5.2.2 Kwaliteitskeurmerken

De Wet BIG stelt huisartsen individueel verantwoordelijk en aanspreekbaar voor de patiëntenzorg die zij verlenen. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de eigen praktijkvoering en het eigen kwaliteitssysteem binnen de praktijk.<sup>53</sup> De kwaliteit wordt gegarandeerd door accreditaties en de afgifte van keurmerken. In de huisartsenzorg betreft het:

NHG-praktijkaccreditering®: Doelstelling is de bevordering en ondersteuning van een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door de huisarts. Het keurmerk laat zien dat in de huisartsenpraktijk systematisch en continu wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Met aandacht voor organisatie en praktijkvoering, medisch handelen en het oordeel van de patiënt.<sup>54</sup>

Het totaal aantal NHG-praktijkaccreditering® is als volgt:

Jaar	Totaal patiënten keurmerkhouders	Totaal geaccrediteerde huisartsen
2005	79.903	34
2006	355.952	178
2007	893.199	472
2008	1.720.694	958
2009	2.530.376	1.443
2010	3.206.717	1.866
2011	3.478.735	2.056
30-9-2012	5.075.952	3.015

Bron: NHG Praktijk Accreditering b.v.

CvAH-certificering: Het College voor Accreditatie Huisartsen (CvAH) accrediteert nascholing voor huisartsen en draagt hiermee bij aan inhoudelijke kwaliteitsborging van de nascholing.<sup>55</sup> Het totaal aantal CvAH certificeringen per jaar is als volgt:

<sup>53</sup> Zorg voor kwaliteit huisartsenzorg; kwaliteitsbeleid huisartsenzorg 2010-2015, LINKH, LHV & NHG, geaccordeerd door de LHV ledenraad op 24 juni 2010.

<sup>54</sup> <http://nhg.artsennet.nl/Het-NHG/NHG-voor-leden/NPA.htm>

<sup>55</sup> Zorg voor kwaliteit huisartsenzorg; kwaliteitsbeleid huisartsenzorg 2010-2015, LINKH, LHV & NHG, geaccordeerd door de LHV ledenraad op 24 juni 2010.

Jaar van de accreditatie-aanvraag	Totaal aantal geaccrediteerde nascholingen
2007	1.746
2008	2.705
2009	3.031
2010	4.992
2011	5.002

Bron: College voor Accreditatie Huisartsen

**HKZ-certificering:** Bij HKZ-certificatie toetst een externe Certificerende Instelling (CI) of het kwaliteitssysteem van een huisartsenpost voldoet aan vooraf vastgestelde HKZ-normen. Deze toetsing vindt plaats door een door de Raad voor Accreditatie (RvA) geaccrediteerde certificatie-instelling. De sector huisartsenposten omvat 34 certificaten. Het aantal organisaties met een multi-site certificaat is 7. Hieronder vallen in totaal 24 vestigingen.<sup>56</sup>

**Dekra certificering:** Het kwaliteitsmanagementsysteem van Dekra (voorheen: KEMA), gebaseerd op ISO 9001, geeft een oordeel over zaken als de organisatie van de zorg aan chronisch zieken, de vastlegging en overdracht van patiëntinformatie en de samenwerking binnen het praktijkteam. Apotheekhoudende praktijken kunnen hun apotheek laten certificeren conform deze systematiek. Er is een M&I-module 'kema-certificering', die apotheekhoudende huisartsen onder voorwaarden bij de zorgverzekeraar in rekening mogen brengen. Ook is de Dekra certificering voor huisartsen en huisartsenposten / huisartsendienstenstructuren beschikbaar.

Er is geen informatie beschikbaar over hoeveel huisartsenpraktijken gecertificeerd zijn op grond van de bovengenoemde keurmerken.

### 5.2.3 Indicatoren voor de kwaliteit van zorg

Binnen Zichtbare Zorg Huisartsenzorg werken betrokken partijen sinds juni 2007 samen aan één uniforme manier om de kwaliteit van de huisartsenzorg zichtbaar te maken. Om de kwaliteit van de huisartsenzorg te meten, hebben de betrokken partijen drie meetinstrumenten ontwikkeld: een set zorginhoudelijke indicatoren (professionele kwaliteit), de CQ-index huisartsenzorg (cliëntervaringen) en een lijst met etalage<sup>+</sup> informatie (keuze-informatie), welke op een continue basis door huisartsen wordt aangeleverd bij het Nivel. Aangezien er nog geen volledige kwaliteitsmeting plaats vindt, wordt door de binnen zichtbare zorg betrokken partijen nog nagedacht over de vraag op welke wijze de huisartsenzorg transparant is over de geleverde zorg naast de indicatoren in de voorgaande paragraaf. Een deel van de indicatorset is inmiddels overgenomen in de Chronische Zorg set<sup>57</sup>.

### 5.2.4 Patiënttevredenheid

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de tevredenheid van patiënten over hun huisarts.

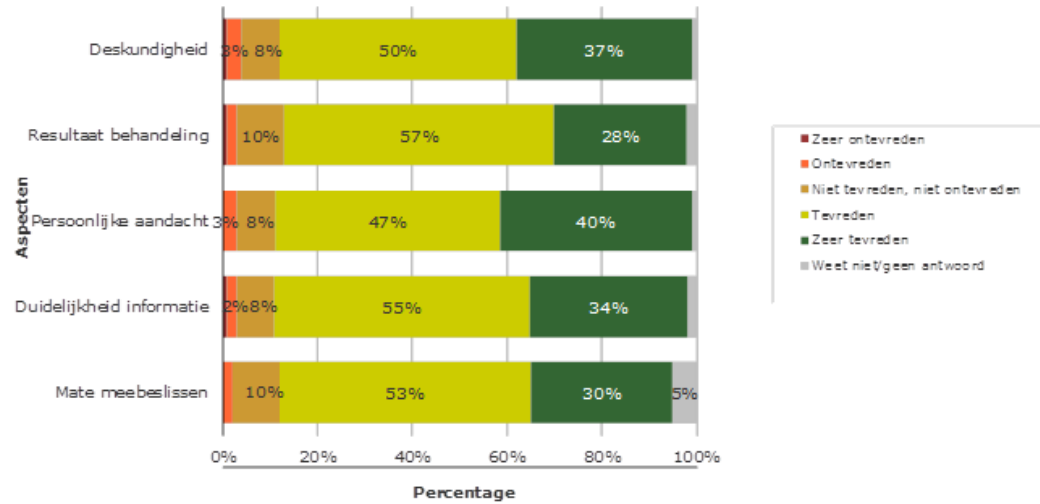
Patiënten hebben medio 2012 de huisarts beoordeeld op deskundigheid, resultaat behandeling, persoonlijke aandacht, duidelijkheid informatie en

<sup>56</sup> Verkregen op 15 oktober 2012 van <http://www.hkz.nl/>.

<sup>57</sup> <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Eerstelijnszorg/Huisartsenzorg>

mate meebeslissen. Patiënten konden in hun beoordeling kiezen voor de volgende opties: zeer ontevreden, ontevreden, niet tevreden/niet ontevreden, tevreden, zeer tevreden en weet niet/geen antwoord.

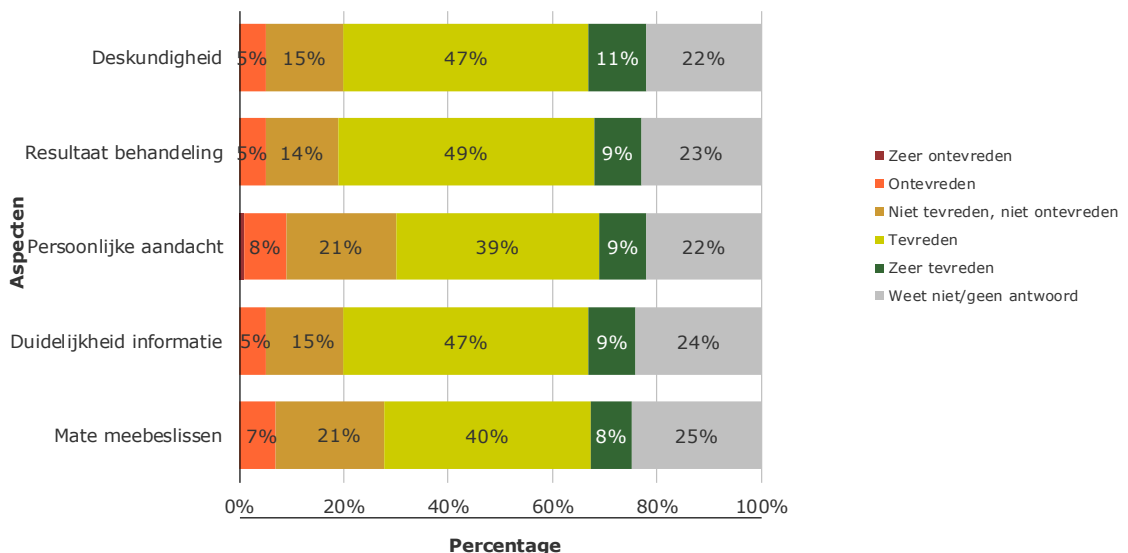
**Figuur 5.1. Tevredenheid klanten over huisarts**



Bron: Consumentenpanel marktscan huisartsenzorg, Motivaction

Uit de bovenstaande figuur blijkt dat het merendeel van de patiënten tevreden of zeer tevreden is over de aspecten waarop zij hun huisarts konden beoordelen.

**Figuur 5.2. Tevredenheid klanten over huisartsenpost<sup>58</sup>**



Uit de bovenstaande figuur blijkt dat het merendeel van de patiënten dat de huisartsenpost tevreden of zeer tevreden is. Het aandeel ontevreden

<sup>58</sup> Deze vraag is voorgelegd aan 705 respondenten. Het betreffen respondenten die in 2011 of 2012 bij een huisartsenpost zijn geweest of worden doorverwezen naar een huisartsenpost als zij niet buiten kantooruren bij de eigen huisarts terecht kunnen.

patiënten ligt bij de huisartsenpost hoger dan bij de eigen huisarts. Ook het aandeel van de patiënten die geen oordeel weet te vormen, ligt hoger bij de huisartsenposten.

### 5.3 Transparantie van zorg

Transparantie van zorg is van belang voor cliënten, zodat ze een overwogen keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder. Transparantie van zorg is tevens van belang voor zorgverzekeraars voor de inkoop van zorg.

#### 5.3.1 Ervaringen cliënten met informatie over huisartsenzorg

Transparantie van informatie is een belangrijke voorwaarde bij het kiezen van de huisarts. Tabel 5.1 geeft weer in hoeverre consumenten over voldoende informatie beschikken om een goede keuze te kunnen maken voor hun huisarts.

**Tabel 5.1. Had u voldoende informatie om een goede keuze te kunnen maken voor uw huisarts?**

	Aantal	Percentage
Ruim onvoldoende	56	6%
Onvoldoende	32	3%
Niet voldoende, niet onvoldoende	100	11%
Voldoende	245	26%
Ruim voldoende	187	20%
Niet van toepassing	309	33%
Totaal Ondervraagden	929	100%

Bron: Motivaction, 2012

#### 5.3.2 Informatievoorziening cliënten door zorgverzekeraar

In deze paragraaf wordt de informatievoorziening van cliënten door zorgverzekeraars in beeld gebracht. De vraag is of en zo ja, hoe de zorgverzekeraars cliënten informeren over de tarifiering van de huisartsen.

Twee procent van de ondervraagden zegt dat de informatie die de zorgverzekeraar heeft geleverd een rol heeft gehad op de keuze van de huidige huisarts. Aan de respondenten is ook gevraagd in hoeverre de (gedeeltelijke) vergoeding van de huisartsenkosten door zorgverzekeraars een belangrijke overweging is geweest voor de keuze van de huisarts. Het gaat hierbij om huisartsen waarmee geen overeenkomst is gesloten door de zorgverzekeraar. Daarnaast is er een beperkt aantal prestaties die door de huisarts worden verricht die de patiënt zelf moet betalen, te weten: chirurgie in geval van cosmetiek, varices sclerosering in geval van cosmetiek, reizigersadviesing, sterilisatie man en besnijdenis.

#### 5.3.3 Gebrek aan transparantie van zorg

De NZa heeft een meldpunt voor signalen over mogelijk ongewenste situaties in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wet marktordening gezondheidszorg.

De afgelopen jaren heeft de NZa geen signalen ontvangen over gebrek aan transparantie voor huisartsenzorg.



## 5.4 Informatie uitwisseling huisarts met zorgverzekeraars

Om een goede invulling aan hun rol als zorginkoper te geven, hebben zorgverzekeraars inzicht nodig in de kwaliteit van de te leveren zorg door zorgaanbieders. Hiertoe vragen zorgverzekeraars informatie op bij de huisartsen. Zie hierover ook hoofdstuk 4.2. Zorgverzekeraars leggen kwaliteitsafspraken met de huisartsen vast in de overeenkomst.

De NZa heeft een enquête gehouden onder de huisartsen. Op de vraag of de praktijk met kwaliteitsindicatoren werkt die worden geregistreerd geeft 21% van de praktijken geen kwaliteitsindicatoren te registreren.

Vervolgens is gevraagd met wie de praktijk de geregistreerde kwaliteitsindicatoren deelt:

**Tabel 5.2. Delen van kwaliteitsindicatoren, 2012**

	Percentage
De informatie wordt niet gedeeld met anderen	5%
Binnen de zorggroep	63%
Binnen de kring	13%
Binnen het gezondheidscentrum	5%
Met andere huisartsenpraktijken	26%
Met zorgverzekeraars	25%
Met het NHG	28%
Overig	19%

Bron: NZa enquête onder huisartsen 2012

Uit tabel 5.2 blijkt dat 25% van de praktijken aangeeft de kwaliteitsindicatoren met de zorgverzekeraars te delen. De praktijken geven aan dat de representatieve zorgverzekeraar in 45% van de gevallen kwaliteitscriteria niet in de onderhandelingen meeneemt. Op de vraag of de representatieve verzekeraar aan de praktijk spiegelinformatie terugkoppelt over de betreffende praktijk, geeft 55% van de respondenten aan dat dit niet gebeurt.

De vier grote zorgverzekeraars geven aan een terugkoppeling te geven aan de huisartsen, of dat zij van plan zijn dit te gaan doen. Deze terugkoppeling dient als spiegelinformatie en als inzet voor de contractering voor het nieuwe jaar. Ook wordt de informatie gebruikt om de kwaliteit te borgen en bespreekbaar te maken.

In de enquête die is afgenomen onder huisartsen, geven de zorgaanbieders aan dat in 45% van de gevallen zorgverzekeraars spiegelinformatie terugkoppelen.

## 6. Toegankelijkheid

### 6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Van toegankelijkheid van zorg is sprake, als patiënten die zorg behoeven, deze zorg ook daadwerkelijk kunnen ontvangen. Bij de analyse van de toegankelijkheid van huisartsenzorg wordt een onderscheid gemaakt in de telefonische bereikbaarheid, de toegankelijk van de huisarts voor face-to-face contacten (consulten en visites), de bereikbaarheid via e-mail en de zorgvernieuwing.

### 6.2 Telefonische bereikbaarheid

Uit onderzoek van de IGZ over het jaar 2010 blijkt dat de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken zowel voor spoed- als normale oproepen onder de maat is.<sup>59</sup> De bereikbaarheid bij gewone en spoedoproepen is het slechtst tussen 13.00 uur en 17.00 uur. De praktijken in de grote stedelijke gebieden zijn slechter bereikbaar dan die op het platteland. Wel is de bereikbaarheid verbeterd ten opzichte van het jaar 2008.

#### 6.2.1 Spoedeisende oproepen

In ons zorgstelsel is de huisartsenzorg essentieel voor de eerste opvang van patiënten. Voor de patiëntveiligheid is het van groot belang dat spoedoproepen direct beantwoord worden door een medisch deskundig persoon.

De LHV heeft een norm voor spoedoproepen vastgesteld<sup>60</sup>. Hierin staat onder meer dat een spoedoproep binnen 30 seconden moet worden opgenomen door een medisch deskundig persoon. Bij afwezigheid, bijvoorbeeld door vakantie, moet de beller direct worden doorgeschakeld naar de spoedvoorziening van een andere huisarts of in een correct verwijzend antwoordapparaat terecht komen.

Uit het onderzoek van de IGZ over de telefonische bereikbaarheid in 2010, blijkt dat een op de vier huisartsenpraktijken een spoedoproep niet binnen de 30 seconden beantwoordt. Bij een op de acht praktijken lukt het niet om binnen 90 seconden (waarna de verbinding wordt verbroken) iemand aan de lijn te krijgen.

Bij 1 op de 10 praktijken wordt de spoedoproep beantwoord via een antwoordapparaat. De ingesproken tekst van één op de vijf antwoordapparaten verwijst de patiënt echter niet op de juiste manier door.

Solopraktijken scoren bij het tijdig en correct beantwoorden van een spoedoproep slechter dan groepspraktijken. Slechts 64% van de solopraktijken haalde de 30-secondennorm. Bij groepspraktijken is dit 82%.

<sup>59</sup> IGZ - Telefonische bereikbaarheid huisartsen nog steeds onder de maat, mei 2011.

<sup>60</sup> LHV - De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg (2008).

Volgens veldnormen moeten praktijken beschikken over een aparte spoedvoorziening. Dit is een aparte spoedlijn of een keuzeoptie 'spoed' in het belmenu. In 2010 voldoet 95% van de praktijken aan deze norm. Bij de praktijken die niet aan de norm voldoen, zijn de solopraktijken oververtegenwoordigd; 1 op de 10 praktijken hadden geen aparte spoedvoorziening.

In 2011 voldoen alle praktijken aan de normen.

### 6.2.2 Niet spoedeisende oproepen

Ook voor niet-spoedeisende vragen moet een huisartsenpraktijk bereikbaar zijn. De IGZ operationaliseert deze veldnorm, door handhavend op te treden tegen huisartsenpraktijken die niet binnen tien minuten bereikbaar zijn.

Uit het onderzoek van de IGZ over 2010 komt naar voren dat voor 'gewone' oproepen tijdens kantooruren drie op de vijf praktijken voldoet aan de norm van 2 minuten voor het opnemen van de telefoon<sup>61</sup>.

Een derde van de huisartsen kan niet binnen 10 minuten worden bereikt. Ook hier komt naar voren dat solopraktijken minder goed bereikbaar zijn dan groepspraktijken.

De enquête van Motivaction toont aan dat 48% van de 1018 ondervraagde patiënten tevreden is met de telefonische bereikbaarheid van de huisarts. 28% geeft zelf aan zeer tevreden te zijn over de telefonische bereikbaarheid.

**Tabel 6.1. In hoeverre bent u tevreden over de telefonische bereikbaarheid van uw huisarts?**

	Aantal	Percentage
Zeer ontevreden	25	2%
Ontevreden	68	7%
Niet tevreden, niet ontevreden	141	14%
Tevreden	490	48%
Zeer tevreden	284	28%
Weet niet/geen antwoord	11	1%
Totaal Ondervraagden	1.019	100%

Bron: Motivaction, 2012

## 6.3 Consultatie huisarts in de praktijk

### 6.3.1 Normen voor consultatie huisarts

De LHV heeft een norm voor consultatie van een huisarts vastgesteld. In geval van spoed moet een huisarts direct beschikbaar zijn voor consultatie. In geval van acute zaken is nog dezelfde dag contact de norm<sup>62</sup>. In niet spoedeisende gevallen moet consultatie binnen 2 werkdagen mogelijk zijn<sup>63</sup>. Er is geen informatie beschikbaar waaruit blijkt in hoeverre deze normen in de praktijk gehaald worden.

<sup>61</sup> Deze norm' is gesteld naar aanleiding van het eerste onderzoek naar telefonische bereikbaarheid door de IGZ en is door de minister van VWS bekrachtigd. De IGZ heeft deze norm geoperationaliseerd naar 10 minuten voor wat betreft de handhaving.

<sup>62</sup> De Wet Toelating Zorginstelling omschrijft acute zorg als 'een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling'. Spoed is een redenering op niet-medische gronden.

<sup>63</sup> LHV - De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg (2008).

### 6.3.2 Openingstijden huisartsenpraktijk

Bij de contractering sluiten de zorgverzekeraars voor wat betreft de openingstijden aan bij de normen die worden gehanteerd binnen de regulering van de bekostiging (regelgeving van de NZa). Uit de enquête onder zorgverzekeraars volgt dat zorgverzekeraars met nagenoeg alle huisartsen overeenkomen dat de praktijk van maandag tot vrijdag van 08.00 uur tot 18.00 uur geopend is. Voor de borging van de toegankelijkheid in de ANW-uren (de 7x24 toegankelijkheid) worden door 95% van de huisartsen afspraken gemaakt over samenwerking met een HAP. Andere huisartsenpraktijken regelen de zorg in de ANW-uren door onderlinge waarneming of op andere wijze.

In de NZa-enquête onder huisartsen (n=128) is gekeken naar het aantal uren dat de huisartsenpraktijk geopend is. Van de 128 geïnterviewde praktijken zijn er op zaterdag 5 en op zondag 4 geopend. Per dag zijn deze praktijken minimaal 4 uur geopend. Tabel 6.2 geeft de resultaten weer.

**Tabel 6.2. Aantal openingsuren huisartsenpraktijk in 2011**

aantal uren geopend per dag	
maandag	9,1
dinsdag	9,0
woensdag	8,4
donderdag	9,0
vrijdag	8,8
zaterdag	0,3
zondag	0,3
<b>Totaal</b>	<b>44,9</b>

Bron: NZa enquête onder huisartsen, 2012.

### 6.3.3 Transparantie over openingstijden van de praktijk

In de volgende tabel is weergegeven of de praktijk haar openingstijden bekend maakt, en zo ja hoe. Uit de tabel blijkt dat alle huisartsenpraktijken hun openingstijden openbaar maken.

**Tabel 6.3. Wijze publicatie openingstijden huisartsenpraktijk**

	%
Nee, de praktijk maakt de openingstijden niet openbaar	0%
Ja, de praktijk heeft de openingstijden in de praktijk opgehangen	5%
Ja, de praktijk heeft de openingstijden op de website opgenomen	20%
Ja, de praktijk maakt de openingstijden op beide manieren of op andere manieren openbaar	75%

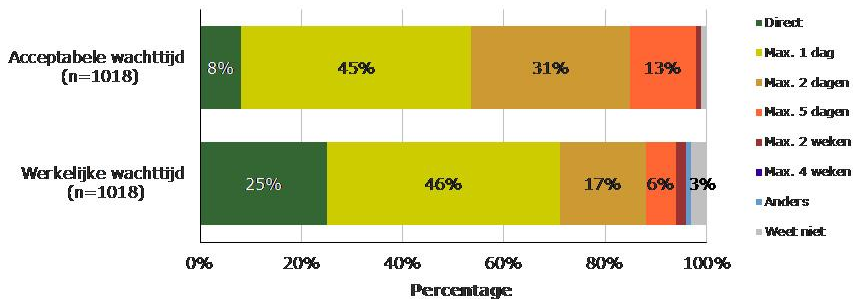
Bron: Motivaction, 2012

### 6.3.4 Mate van tevredenheid van de patiënt over toegang

Aan consumenten is door Motivaction gevraagd wat zij een acceptabele openingstijden vinden. 59% van de ondervraagde consumenten geeft aan tevreden te zijn met de openingstijden van de huisarts. 15% van de

consumenten is zelf heel tevreden. 18% van de respondenten neemt een neutrale positie: ze zijn niet tevreden en niet ontevreden over de openingstijden.

**Figuur 6.1. Acceptabele en werkelijke wachttijd bij het maken van een afspraak bij de huisarts**



Uit figuur 6.1. blijkt de meeste patiënten een langere wachttijd voor een bezoek aan de huisarts acceptabel vindt dan de werkelijke wachttijd.

## 6.4 E-mail consult

Vanaf 1 januari 2006 kunnen huisartsen e-mailconsulten declareren. Aan het in rekening brengen van een e-mailconsult voor huisartsenzorg zijn voorwaarden verbonden. Een e-mailconsult van een huisarts moet duidelijk ter vervanging zijn van een spreekuurconsult. Het moet gaan om een ingeschreven patiënt. De patiënt moet al een behandelrelatie hebben met de arts. Het mag niet gaan om een eerste consult voor de betreffende aandoening en er moet een overeenkomst zijn met de zorgverzekeraar van de patiënt over het in rekening brengen van een e-mailconsult.

De toegankelijkheid van de huisarts via e-mail heeft de afgelopen jaren een vlucht genomen. De declaratiegegevens van de zorgverzekeraars illustreren dit. De Vektis-gegevens laten zien dat het e-mailconsult door huisartsen is toegenomen in 2006-2011. In 2006 waren er 9.183 declaraties tegen 59.055 in 2011 voor de emailconsult. Dit aantal consulten is beperkt in verhouding tot het aantal reguliere consulten (65 miljoen in 2011).

De NZa-enquête door Motivaction laat zien dat de patiënten niet altijd op de hoogte te zijn van de online bereikbaarheid van de huisarts (zie tabel 6.4). 47% van de ondervraagden heeft geen mening over de online bereikbaarheid van de huisarts. 22% van de ondervraagden is tevreden over de online bereikbaarheid en 11% is zeer tevreden.

**Tabel 6.4. In hoeverre bent u tevreden over de online bereikbaarheid van uw huisarts?**

	Aantal	Percentage
Zeer ontevreden	19	2%
Ontevreden	66	6%
Niet tevreden, niet ontevreden	117	12%
Tevreden	225	22%
Zeer tevreden	113	11%
Weet niet/geen antwoord	478	47%
Totaal Ondervraagden	1.018	100%

Bron: Motivaction, 2012.

## 6.5 Zorgvernieuwing

Buiten het reguliere, telefonische en het e-mail consult worden nieuwe zorgvormen ontwikkeld. Een voorbeeld hiervan is teledermatologie, waarbij een foto van de huid wordt opgestuurd ter beoordeling. Ook worden er elektronische spreekuren gehouden via Twitter. Dit zijn slechts enkele voorbeelden. De vernieuwende zorgvormen bieden nieuwe mogelijkheden om de toegankelijkheid van zorg te vergroten. Deze ontwikkelingen zijn nog niet vertaald in de zorgprestaties in de huisartsenzorg. Daarom wordt hierop in deze marktscan niet verder ingegaan.



## 7. Betaalbaarheid

### 7.1 Inleiding

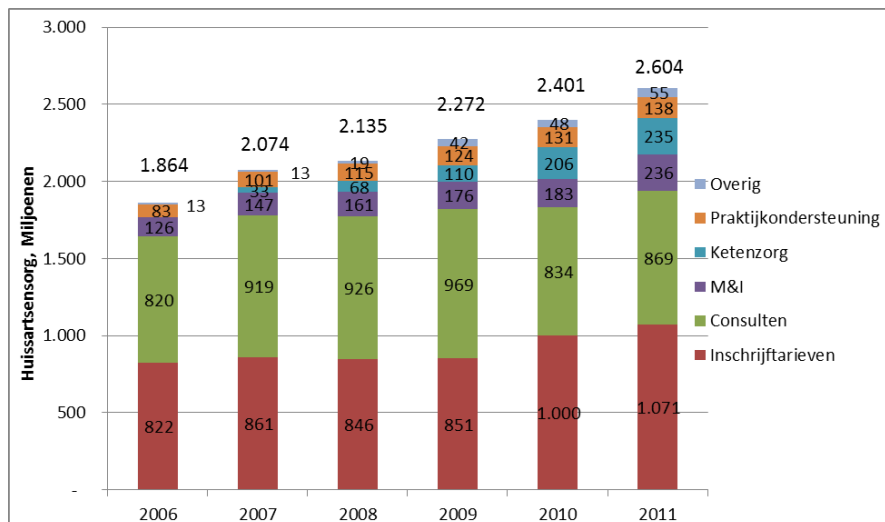
In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de uitgaven aan de huisartsenzorg<sup>64</sup>. De uitgaven zijn inclusief ANW-zorg. In de volgende paragraaf worden de uitgaven aan de huisartsenzorg op hoofdlijnen in beeld gebracht. In de daarop volgende paragrafen wordt ingegaan op de verschillende groepen van prestaties. Per groep wordt het omzeteffect uitgesplitst in een volume en prijscomponent. De volgende groepen van prestaties zijn onderscheiden: inschrijftarieven, consulten, modernisering en innovatie, ketenzorg en praktijkondersteuning.

Het beperkte deel van de huisartsenzorg dat niet onder de ZVW valt is niet opgenomen in onderstaande cijfers. Het gaat hierbij om de volgende ingrepen: chirurgie in geval van cosmetiek, varices sclerosering in geval van cosmetiek, reizigersadvisering, sterilisatie man en besnijdenis. Deze zorg wordt door de patiënt zelf betaald.

### 7.2 Macrogegevens huisartsenzorg

De totale uitgaven aan huisartsenzorg stijgen in de periode 2006-2011 van € 1,9 miljard in 2006 naar € 2,6 miljard in 2011 (+/- 40%). De toename zit vooral in de ketenzorg en de gelden voor modernisering en innovatie (modules en verrichtingen). In figuur 7.1 is deze ontwikkeling weergegeven<sup>65</sup>:

**Figuur 7.1. Totaaloverzicht uitgaven huisartsenzorg**



Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011.

<sup>64</sup> Het betreft de huisartsenzorg voor zover dit onder het verzekerde pakket valt.

<sup>65</sup> Bovenstaande gegevens zijn ontleend aan de ontvangen declaratiegegevens van Vektis over de betreffende periodes. Hierbij merken wij op dat de dekkingsgraad van de declaratiegegevens van Vektis voor deze jaren tussen de 78% en 94% bedroeg. De gerapporteerde cijfers bevatten een correctie voor deze onvolledigheid; ze zijn dus opgehoogd naar 100%.



**Tabel 7.1. Indexcijfers omzet huisartsenbekostiging (2006=100)**

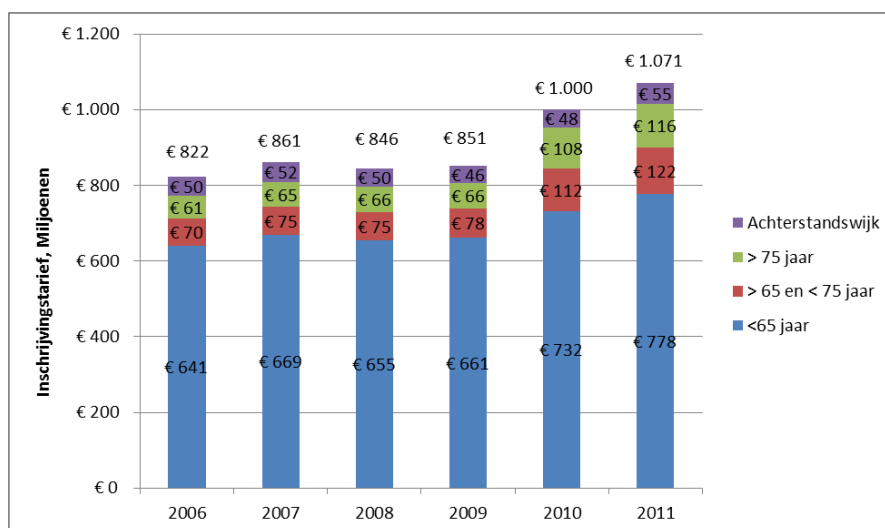
Indexcijfers	2007	2008	2009	2010	2011
Inschrijftarieven	105	103	104	122	130
Consulten	112	113	118	102	106
M&I	117	128	140	146	188
Ketenzorg	100	204	331	621	709
Praktijkondersteuning	122	139	150	158	166
Overige prestaties	101	148	324	372	429
Totaal	111	115	122	129	140

Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011

In het hoofdstuk marktgedrag is geconstateerd dat 95% van de geënuquêteerde huisartsenpraktijken aangeven dat niet onder de maximumtarieven wordt gecontracteerd. Deze constatering is in overeenstemming met de declaratiegegevens die in dit hoofdstuk behandeld worden.

### 7.2.1 Inschrijftarieven

De ontwikkeling in de inkomsten uit inschrijftarieven is als volgt:

**Figuur 7.2. Opbouw inschrijftarieven huisartsenzorg**

Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011

Het inschrijvingstarief wordt gedifferentieerd naar leeftijdscategorie, met een nadere differentiatie voor het geval de verzekerde woonachtig is in een achterstandswijk. In bovenstaande figuur 7.2 is de uitsplitsing van de achterstandswijk naar leeftijdscategorie vanwege de geringe omvang niet opgenomen.

De inkomsten uit inschrijftarieven kunnen niet los gezien worden van de inkomsten uit consulten. Met name het herhaalrecept was tot 2009 een consult en vanaf 2010 is dit verdisconteerd in een opslag op het inschrijvingstarief. De stijging van de inkomsten uit de totale inkomsten uit inschrijftarieven in 2010 wordt hier met name door veroorzaakt. De kosten in 2009 voor herhaalrecepten bedroegen € 179 miljoen.

De geldende inschrijftarieven voor 2012 zijn als volgt:

**Tabel 7.2. Tabel met inschrijftarieven 2012<sup>66</sup>**

Inschrijftarieven 2012	Geen achterstandswijk	Achterstandswijk
< 65 jaar	€ 55,88	€ 62,12
< 75 jaar en > 65 jaar	€ 81,32	€ 88,00
> 75 jaar	€ 97,72	€ 103,96

Bron: Tarievenlijst huisartsenzorg NZa

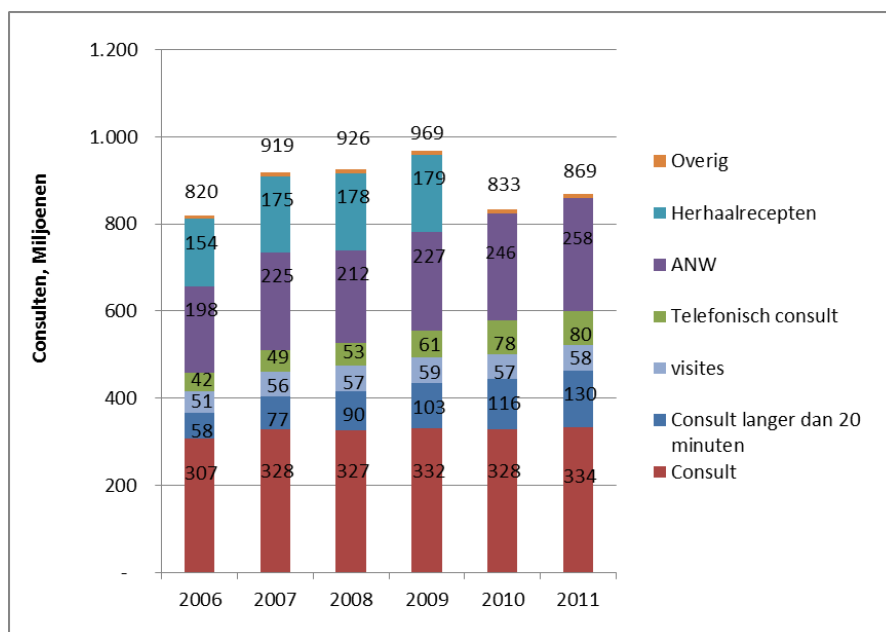
De stijging van de inkomsten uit inschrijftarieven 2011 van € 70 miljoen ten opzichte van 2010 naar een totaal in 2011 van € 1.070 miljoen, wordt veroorzaakt door de stijging van de inschrijftarieven met gemiddeld 8%. Deze stijging was een compensatie voor de in 2010 doorgevoerde korting van € 60 miljoen als gevolg van het uitgevoerde kostenonderzoek over 2006. Het totale BKZ kader van de huisartsenzorg zou namelijk op hetzelfde niveau blijven.

Voor de inschrijftarieven worden door de NZa jaarlijks maximumtarieven afgegeven. Uit de gedeclareerde inschrijftarieven blijkt dat gemiddelde tarieven overeenkomen met de maximum tarieven.

### 7.2.2 Consulten

De ontwikkeling van de inkomsten uit consulten is als volgt:

**Figuur 7.3. Kosten consulten**



Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011.

De inkomsten uit consulten zijn in 2010 ten opzichte van 2009 met name gedaald door de afschaffing van het herhalingsrecept. De totale inkomsten uit consulten zijn in de periode 2006-2011 (na correctie voor de afschaffing van het herhalingsrecept) gestaag gegroeid.

<sup>66</sup> In bijlage 2 van de tariefbeschikking met kenmerk TB-CU-7023-01 is opgenomen welke wijken zijn aangemerkt als achterstandswijken. De tariefbeschikking is te vinden op de website van de NZa.

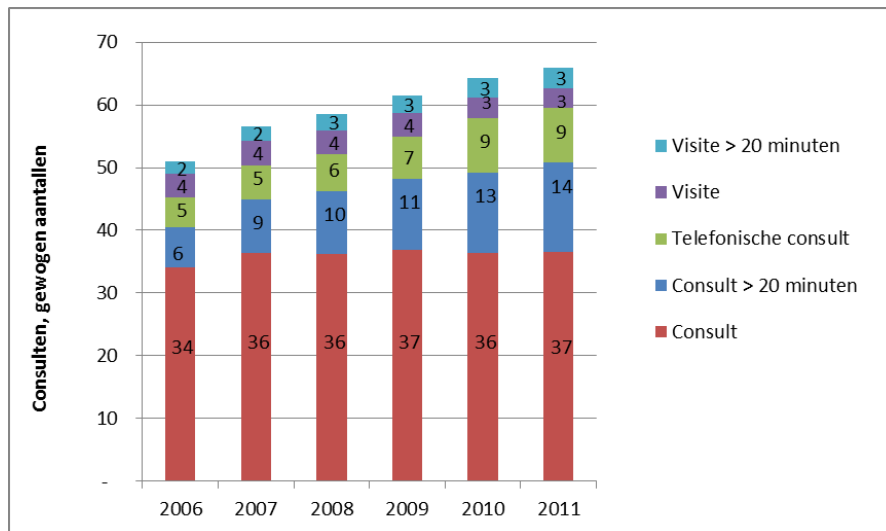
Met name de inkomsten uit telefonische consulten en consulten langer dan 20 minuten zijn in deze periode relatief sterk gestegen.

### 7.2.2.1 Reguliere consulten

De stijging in de inkomsten uit reguliere consulten (exclusief herhalingsrecepten) in de periode 2006-2011 is met name toe te schrijven aan de toegenomen volumes van huisartsconsulten langer dan 20 minuten (gestegen van 3,2 miljoen in 2006 naar 7,1 miljoen in 2011) en de toename van het aantal telefonische consulten (gestegen van 9,4 miljoen in 2006 naar 17,4 miljoen in 2011).

Om de ontwikkeling in het volume van het aantal consulten in beeld te brengen zijn de verschillende soorten consulten vergelijkbaar gemaakt. De consulten zijn gewogen op basis van de in de beleidsregels van de NZa opgenomen wegingsfactoren<sup>67</sup>.

**Figuur 7.4. Aantallen gewogen consulten (in miljoenen)**



Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011.

In figuur 7.4 staat voor het aantal gewogen telefonisch consulten 9 miljoen (afgerond). Volgens de weging komt 1 telefonisch consult overeen met een half regulier consult. Dit komt overeen met het eerder genoemde aantal telefonische consulten van 17,4 miljoen (afgerond). Het aantal consulten korter dan 20 minuten is in de periode 2006-2011 relatief stabiel met circa 36 miljoen per jaar.

Op basis van het gewogen aantal consulten en het aantal verzekerden (gedeclareerde inschrijftarieven) is in kaart gebracht hoe vaak een ingeschreven patiënt jaarlijks een gewogen consult ontvangt. De uitkomsten zijn als volgt:

<sup>67</sup> De wegingsfactoren zijn als volgt:

Prestatie	Wegingsfactor
Consult korter dan 20 minuten	1,0
Consult langer dan 20 minuten	2,0
Visite korter dan 20 minuten	1,5
Visite langer dan 20 minuten	2,5
Telefonisch consult	0,5

**Tabel 7.3. Aantal consulten per ingeschreven patiënt**

Gemiddeld aantal consulten per persoon	
2006	3,4
2007	3,6
2008	3,7
2009	3,9
2010	4,0
2011	4,1

Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011.

Het aantal gewogen huisartsconsulten per ingeschreven verzekerde is de periode 2006-2011 toegenomen met 20% (van 3,4 consulten in 2006 naar 4,1 consulten in 2011) na correctie voor de herhaalrecepten. Deze stijging komt overeen met de in tabel 2.1. geconstateerde toename.

#### 7.2.2.2 Avond, nacht en weekend zorg

Voor de huisartsen heeft er nooit een wettelijke, individuele 24-uurs zorgplicht bestaan. Wel stelde de beroepsgroep in de jaren vijftig (Woudschoten) als norm dat huisartsenzorg 24 uur per dag beschikbaar zou moeten zijn. De LHV definieerde in 2004 opnieuw de huisartsenzorg als 24-uurs zorg en dirigeerde de uitvoering van dit zelf verkozen 24-uurs zorgaanbod, naar een deel van de huisartsen, namelijk de praktijkhouders.

De laatste jaren wordt de ANW zorg steeds meer georganiseerd vanuit huisartsenposten en/of huisartsendienstenstructuren. Op basis van de declaratiegegevens van Vektis blijkt dat het aandeel van de huisartsen dat de ANW-zorg onderling hebben geregeld (maar niet via een huisartsenpost) minder dan 2% van het totaal bedraagt.

Het gewogen aantal ANW consulten is in de periode 2008-2011 relatief stabiel. Ter illustratie het aantal reguliere consulten bedroeg in 2011 2,0 miljoen en het totaal aantal telefonisch consulten 1,6 miljoen.

De stijging van de inkomsten van de ANW zorg van € 212 miljoen in 2008 naar € 258 miljoen in 2011 wordt veroorzaakt door een toename van de tarieven. Dit blijkt uit weergave van de ontwikkeling van enkele gemiddelde ANW tarieven:

**Tabel 7.4. Ontwikkeling gemiddelde tarieven HAP**

Jaar	Consult HAP/HDS	Visite HAP/HDS
2008	€ 64	€ 97
2009	€ 66	€ 101
2010	€ 77	€ 118
2011	€ 82	€ 125

Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011.

#### 7.2.3 Modernisering en innovatie

Via de module modernisering en innovatie (M&I) kunnen initiatieven ter versterking van de eerste lijn worden gefinancierd.

De bekostiging via de module M&I kan op tweeërlei wijze plaatshebben. Beide opties kennen een vrij tarief:

a) per verrichting (=M&I verrichtingen) of

b) een bedrag per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde (=M&I modules).  
Uitgaande van dit onderscheid zijn de inkomsten uit M&I als volgt samen te vatten:

**Tabel 7.5. Overzicht uitgaven M&I verrichtingen en modules**

M&I module	2007	2008	2009	2010	2011
Chirurgie	30,3	31,7	34,4	37,8	37,6
Longfunctiemeting	11,6	13,7	15,4	16,4	17,6
Intensieve zorg, consult >20 min.	7,5	9,3	11,6	14,5	15,9
ECG-diagnostiek	6,7	8,3	10,2	12,2	13,0
Therapeutische injectie	8,0	8,3	8,6	9,0	8,7
Hypertensiemeting	2,9	4,8	6,6	8,2	8,7
Verrichting ipv. specialistenbezoek	5,7	6,4	7,4	7,5	8,0
Intensieve zorg, visite, dag	5,8	6,2	6,5	7,2	7,4
Huisartsenzorg in verzorgingshuis	5,1	7,2	8,3	8,2	6,7
Diagnostiek met behulp van Doppler	2,8	3,5	4,1	4,5	4,7
IUD inbrengen/verwijderen	2,5	3,2	3,6	4,1	4,0
implanon					
Overige M&I procedures	35,8	38,8	39,5	34,3	29,5
Subtotaal M&I verrichtingen	124,6	141,1	156,0	163,9	161,8
Belangrijkste M&I	88,8	102,4	116,6	129,5	132,2
Variabiliseringsgelden 2011	-	-	-	-	46,3
Overige modernisering en innovaties	22,0	20,3	19,9	19,1	27,9
Subtotaal M&I modules	22,0	20,3	19,9	19,1	74,1
Totaal M&I inkomsten	146,6	161,5	175,9	183,0	235,9

Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011.

De M&I verrichtingen zijn geregeld in een aparte beleidsregel (BR/CU-7005), waar door de NZa een limitatieve lijst van verrichtingen is opgesteld. De M&I modules kennen geen door de NZa gereguleerde lijst.

De totale inkomsten uit modernisering en innovatie stijgen van € 126 miljoen in 2006 naar € 236 miljoen in 2011.

### 7.2.3.1 M&I verrichtingen

In het overzicht zijn de M&I verrichtingen opgenomen waarvan de vergoedingen qua omvang in 2011 het hoogst waren. In de bijlage bij deze marktscan is de volledige lijst opgenomen van alle M&I verrichtingen. De toename in de inkomsten van M&I verrichtingen is een gevolg van een productie-/volumestijging van circa 70%. Daarnaast wordt circa 10% van de stijging in 2011 t.o.v. 2006 van deze prestaties verklaard door een tarieftoename.

Op basis van het aantal declarerende huisartsen is voor de belangrijkste M&I verrichtingen in kaart gebracht welk percentage van de huisartsen een bepaalde M&I verrichting in rekening heeft gebracht in 2011. Dit is in tabel 7.6 weergegeven.

**Tabel 7.6. Aantal huisartsen dat M&I-verrichtingen declareert**

Percentage van declarerende huisartsen	
Chirurgie	89%
Longfunctiemeting	75%
Intensieve zorg, consult >20 min.	60%
ECG-diagnostiek	49%
Therapeutische injectie	86%
Hypertensiemeting	66%
Verrichting ipv. specialistenbezoek	72%
Intensieve zorg, visite, dag	52%
Huisartsenzorg in verzorgingshuis	18%
Diagnostiek met behulp van Doppler	54%
IUD inbrengen/verwijderen implanon	70%

Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011.

### 7.2.3.2 M&I modules

Sinds 2010 heeft VWS €60 miljoen beschikbaar gesteld voor de variabilisering van huisartsenzorg (de zogenoemde variabiliseringsgelden). Deze gelden zijn in 2011 gekoppeld aan de bereikbaarheid van huisartsenpraktijken<sup>68</sup>. De beoogde doelstelling van de variabiliseringsgelden is de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders inzichtelijk te maken. In 2011 is dit geld geormerkt voor het verbeteren van de (telefonische) bereikbaarheid van huisartsen naar aanleiding van de uitgevoerde IGZ-enquête. De huisartsenpraktijken die goed scoorden met de (telefonische) bereikbaarheid hebben de variabiliseringsgelden gekregen. In 2012 is geconstateerd dat de (telefonische) bereikbaarheid van huisartsen op orde is. Voor 2012 en 2013 hebben de LHV en ZN de prestaties gedefinieerd voor het declareren van het variabiliseringstarief. In 2012 gaat het om het kennis hebben van de inhoud van de richtlijn ADEPD-registreren (Adequate Dossiervorming in het Elektronisch Patiënten Dossier). In 2013 gaat het om het daadwerkelijk registreren volgens de ADEPD-richtlijn.

De modules bestaan naast de M&I modules uit een module voor de praktijkondersteuning en een module achterstandsfonds. De module praktijkondersteuning is als praktijkondersteuning meegenomen. Voor achtergronden zie paragraaf 7.2.5.

Uit tabel 7.5 blijkt dat de totale vergoeding voor de overige innovatiemodules in 2011 € 27,9 miljoen bedraagt. Het bedrag dat in 2011 per patiënt wordt gedeclareerd bedraagt gemiddeld circa € 0,50. De inkomsten gekoppeld aan een individuele innovatiemodule bedroeg in 2011 maximaal € 2,3 miljoen.

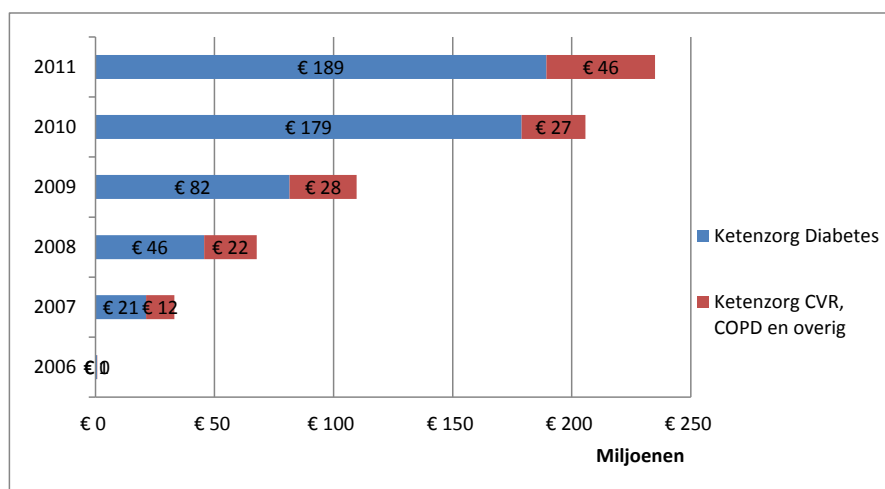
In 2011 bestaat het totaal aantal M&I verrichtingen en de M&I modules uit 254 prestaties. Op basis van de declaratiegegevens constateert de NZa dat in 2011 op 131 van deze 254 prestaties in 2011 geen declaratie heeft plaatsgevonden.

<sup>68</sup> In tabel 7.5 is aangegeven dat het om 46,3 mln euro voor het jaar 2011 gaat. Dit cijfer is gebaseerd op cijfers zoals in de zomer van 2012 beschikbaar bij Vektis. Vektis heeft in oktober 2012 laten weten dat dit bedrag voor het jaar 2011 inmiddels is opgelopen tot ongeveer 57,5 mln euro.

### 7.2.4 Ketenzorg

Op basis van de declaratiegegevens kan een deel van de uitgaven aan ketenzorg in beeld worden gebracht:

**Figuur 7.5. Kostenontwikkeling prestatiecodes ketenzorg en GEZ**



Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011

Een gedeelte van de ketenzorg wordt via de GEZ module gedeclareerd. De uitgaven aan de GEZ module zijn niet opgenomen in figuur 7.5, maar maken onderdeel uit van het 'overige prestaties' in tabel 7.1. Welk deel van deze overige prestaties behoort tot ketenzorg, valt niet te zeggen. Een totaal overzicht van de kosten van ketenzorg kan daarmee niet gegeven worden. Zoals aangegeven in het begin van deze marktscan, laten we de ketenzorg in deze marktscan verder buiten beschouwing.

### 7.2.5 Praktijkondersteuning

De vergoedingen voor de praktijkondersteuning zijn als volgt:

**Tabel 7.7. Uitgaven praktijkondersteuning voor POH-S en POH-GGZ (in mln. €)**

Jaar	POH somatiek	POH GGZ	Totaal
2007	101,4	0,0	101,4
2008	110,1	4,9	115,0
2009	118,2	6,1	124,3
2010	116,2	14,5	130,7
2011	115,6	22,4	138,0

Bron: Declaratiegegevens Vektis 2006-2011

Tot 2010 werd de praktijkondersteuner somatiek vergoed door een module binnen de inschrijftarieven (code 11200). Vanaf 2011 is dit geflexibiliseerd en wordt de POH-S vergoed door een aparte M&I modules (zie vorige paragraaf). Vanwege deze aanpassing in de financiering in 2011 is een verdere vergelijking met 2006-2010 niet zinvol. In totaal declareren huisartsen in 2011 in circa 20% van de gevallen de module POH-S (uitgaande van code 14110 en 14120).

De inkomsten voor de praktijkondersteuner GGZ nemen de afgelopen jaren toe tot € 22 miljoen in 2011. In 2011 declareren in totaal 30% van de declarerende huisartsen de module POH GGZ.





## Bijlage 1. Gebruikte bronnen

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de gebruikte data in deze marktscan. Daarbij wordt, wanneer dit van toepassing is, aangegeven of er voorzichtigheid geboden is bij het gebruik van de data.

### *Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)*

De gegevens die gebruikt zijn van het CBS zijn afkomstig van Statline. Dit is een informatieproduct dat het CBS online beschikbaar heeft gesteld en waarbij de gebruiker zelfstandig data selecties kan uitvoeren.

### *Declaratiegegevens van de zorgverzekeraars*

De NZa heeft bij Vektis declaratiedata van huisartsen uit de periode 2006 tot en met 2011 opgevraagd. De data zijn opgeschaald om te corrigeren voor onvolledigheid. Vervolgens zijn de codes geclusterd in groepen van prestaties.

### *Enquête huisartsenzorg onder huisartsen en zorgverzekeraars*

De NZa heeft een enquête gehouden onder huisartsen en zorgverzekeraars over de contractering van huisartsenzorg. Het gaat hierbij onder andere over het moment van het afsluiten van het contract met de zorgverzekeraar, het soort contract, ontwikkelingen in de contracteergraad en welke afspraken worden gemaakt over prijs, kwaliteit en wachttijden. Deze informatie is met name verwerkt in hoofdstuk 4 marktgedrag.

### *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH)*

Het LINH wordt beheerd door NIVEL. Het LINH telt 84 huisartspraktijken met meer dan 335.000 patiënten. In deze praktijken worden continue 'productiegegevens' over aandoeningen, aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelloosjes en verwijzingen verzameld.

### *Motivaction*

Voor haar marktscan heeft de NZa informatie nodig over het gedrag van consumenten met betrekking tot de huisartsenzorg. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel hiernaar onderzoek te doen. Dit onderzoek is uitgevoerd in september 2012 (Consumentenpanel marktscan huisartsenzorg).

### *Nivel*

Het Nivel heeft veel onderzoeken gedaan met betrekking tot de huisartsenzorg. Met name betrekking tot de marktstructuur (onder andere het aantal huisartsen, toe- en uittreding en praktijkvormen) en marktgedrag (onder andere doorverwijzing) is gebruik gemaakt van deze publicaties.

### *Rijksinstituut voor Gezondheid en Milieu (RIVM)*

In deze marktscan is gebruik gemaakt van informatie die het RIVM op haar website heeft gepubliceerd. Zo is er informatie overgenomen uit de rapportage 'Zorgbalans 2010'.