

CPB Memorandum



Sector : Marktordening
Afdeling/Project : Huisartsengeneeskundige zorg
Samensteller(s) : Adriaan van Hien
Nummer : 202
Datum : 1 augustus 2008

Ontwikkelingen rondom de rol van de Nederlandse huisarts

In dit memorandum wordt de ontwikkeling rondom de poortwachterfunctie van de Nederlandse huisartsen in de laatste twee decennia beschreven. Allereerst wordt gekeken naar een aantal markante ontwikkelingen in de uitoefening van de huisartsenzorg, zoals het arbeidspotentieel van huisartsen, de werkzaamheden en de consequenties hiervan op de werkdruk, en de samenwerkingsverbanden tussen artsen. Vervolgens komt aan de orde hoe de huisartsenpraktijk op dit moment georganiseerd is. Onderwerpen als de positie van de Nederlandse huisarts, zijn arbeidsvoorwaarden, de praktijkondersteuner en de koepelorganisaties en belangenverenigingen van de huisarts komen hierbij aan de orde.

Hoofdstuk vier van dit memorandum handelt over de invloed van de herziening van het zorgstelsel-2006 in de huisartsenzorg. Het bevat een opsomming van de belangrijkste wijzigingen rond de huisartsenzorg en vervolgens wordt ingegaan op de autonomie en professie van de huisarts versus de doelstellingen van de zorgverzekeraar, en de beoogde verbetering op het terrein van kwaliteit en transparantie.

Tot slot wordt aandacht besteed aan wijzigingen rond de bekostiging van de huisartsenzorg en de invloed van huisartsen op de herziening van het zorgstelsel-2006 en wordt het memorandum afgesloten met een aantal conclusies.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1 Inleiding	4
2 Ontwikkelingen in de uitoefening van de huisartsenzorg	5
2.1 Beroep op de huisartsenzorg	5
2.2 Het arbeidspotentieel huisartsen	6
2.3 Omvang huisartsenpraktijk	8
2.4 Werkzaamheden van huisartsen	8
2.4.1 Contactfrequentie	10
2.5 Werkdruk van de huisartsen	10
2.5.1 Uitbreiding van de werkzaamheden	11
2.5.2 Consequenties van de werkdruk	11
2.6 ICT in de zorg	12
2.6.1 Elektronisch patiëntendossier (EPD)	12
2.6.2 Elektronisch medicatiedossier (EMD)	12
2.6.3 Elektronisch waarneemdossier (WDH)	12
2.6.4 E-health	12
2.7 Samenwerkingsverbanden tussen huisartsen	13
2.7.1 Gezondheidscentrum	14
2.7.2 Huisartsenposten (HAP) en Huisartsendienstenstructuur (HDS)	14
2.8 Kwaliteit & transparantie in een huisartsenpraktijk	14
NHG-praktijkaccreditatie	15
2.9 Ontwikkelingen in de opleiding voor huisartsen	15
3 Organisatie van de huisartsenzorg	16
3.1 Financieringssystemen voor de zorg	16
3.2 De positie van de Nederlandse huisarts	17
3.3 Modernisering huisartsenpraktijk	17
3.3.1 Praktijkondersteuner huisartsen (POH)	18
3.3.2 Praktijkassistent (PA)	19
3.4 Primaire arbeidsvoorwaarden van de huisarts	19
3.4.1 Het norminkomen van de huisarts	19
3.4.2 Het werkelijke inkomen van de huisarts	19
3.4.3 De ANW-zorg van de huisarts	20
3.5 Wet BIG	21
3.6 Inschrijving bij een huisartsenpraktijk	21
3.7 Organisaties in de huisartsenzorg	22

3.7.1	Nederlandse Zorgautoriteit	22
3.7.2	Belangenverenigingen voor huisartsen	22
3.7.3	Patiëntenbelangen	22
3.8	Klachtenbehandeling	23
4	Gevolgen herziening zorgstelsel	23
4.1	Belangrijkste veranderingen rond de huisartsenzorg	23
4.2	Zorgverzekeraar en de autonomie van de huisarts	24
4.3	Toetsing van de kwaliteit & transparantie	25
4.4	Wet marktordening gezondheidszorg (WMG)	25
4.5	Kosten van de huisartsenzorg	26
4.6	De invloed van huisartsen op de stelselherziening	27
4.7	Meningen van huisartsen over de herziening van het zorgstelsel	28
5	Conclusies	29
	Literatuurlijst	31

1 Inleiding

In de Nederlandse gezondheidszorg is voor de huisarts in zijn relatie met de patiënt een prominente rol weggelegd. De huisarts is enerzijds het eerste aanspreekpunt van zijn patiënt en tevens zijn vertrouwenspersoon. De huisarts vervult in het zorgstelsel de zogeheten poortwachterfunctie voor de 2^e- en 3^e-lijnszorg. Uit LINH-registratie¹ blijkt dat de meeste Nederlanders een huisarts kiezen binnen een straal van drie kilometer van het woonadres, en dat slechts 2,6% van de bevolking verder dan 15 minuten van zijn huisarts woont.

Evenals in vele andere beroepen blijkt de manier van uitoefening van de huisartsenzorg alsook het takenpakket van de huisarts –vergeleken met twintig jaar geleden- aanzienlijk gewijzigd te zijn. Resultaten van een internationale studie van het Commonwealth Fund (C.Schoen et.al., november 2007), tonen aan dat de waardering van de Nederlandse patiënt voor het gezondheidszorgsysteem hoog is. Een aanzienlijk deel van de huisartsen is echter niet onverdeeld tevreden over de uitoefening van hun beroep. Een onderzoek van Nivel geeft aan dat in 2004 circa 25% van de huisartsen zijn onvrede kenbaar heeft gemaakt over het honorarium en de werkdruk. Ten opzichte van 1987 blijkt de groep ontevreden huisartsen bijna verdubbeld te zijn (M.J. van den Berg et.al.,2004).

Recentelijk heeft de herziening van het zorgstelsel invloed gehad op de huisartsenzorg. De voornaamste verandering tot nu toe is dat het honoreringssysteem van de huisartsen is gewijzigd in een gemengd systeem voor alle patiënten.

Dit memorandum gaat in op de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in de huisartsenzorg de afgelopen decennia?
2. Hoe is de huisartsenzorg op dit ogenblik georganiseerd?
3. Wat is het effect van de stelselherziening (inclusief verandering in de honorering) en welke invloed oefenen de huisartsen uit op het succes van de stelselherziening?

In hoofdstuk twee van dit memorandum worden de ontwikkelingen in de afgelopen decennia kort beschreven, en in hoofdstuk drie wordt beschreven hoe de Nederlandse huisartsenzorg op dit ogenblik is georganiseerd. In hoofdstuk vier komt de invloed van de stelselherziening aan de orde, en het memorandum wordt afgesloten met een aantal conclusies.

¹ LINH: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg van het onderzoeksinstituut van de gezondheidszorg NIVEL

2 Ontwikkelingen in de uitoefening van de huisartsenzorg

2.1 Beroep op de huisartsenzorg

Uit registratie door het CBS voor het Permanent Onderzoek Leefsituaties (POLS) blijkt dat in 2006 ruim driekwart (77,4%) van de Nederlandse Bevolking één of meerdere keren de huisarts bezocht. Voor de periode 1990-2006 toont tabel 2.1 voor verschillende leeftijdscategorieën het aandeel in de bevolking dat de huisarts consulteerde, en de jaarlijkse gemiddelde contactfrequenties met de huisarts. De reeksen blijken in die jaren per leeftijdsgroep nauwelijks te schommelen. In die periode groeide de totale bevolking met 9,3% en in 2006 telde de Nederlandse bevolking 33,6% meer 45-plussers dan 17 jaar daar voor. De tabel laat ook zien dat 45-plussers, *en in het bijzonder de 65-plussers*, beduidend vaker de huisarts bezoeken dan de groep jonger dan 45 jaar.

Tabel 2.1 Consult bij de huisarts per leeftijdscategorie

	Procentueel aandeel van de bevolking dat de huisarts consulteert					Contactfrequentie per consulterende patiënt per jaar				
	0-19 jaar	20-44 jaar	45-65 jaar	65 jaar of ouder	totaal	0-19 jaar	20-44 jaar	45-65 jaar	65 jaar of ouder	totaal
1990	67,9	75,6	77,0	87,3	77,9	3,7	4,5	6,0	6,7	5,0
1991	67,7	76,1	76,9	86,6	81,7	4,6	4,5	5,6	6,7	5,1
1992	68,8	75,3	76,7	86,5	82,2	4,8	5,1	5,3	6,4	5,3
1993	69,1	76,1	76,4	85,1	81,7	4,1	4,7	5,7	7,1	5,1
1994	68,2	76,1	79,4	87,0	82,2	4,6	4,5	5,0	6,5	5,0
1995	69,1	74,2	76,7	86,7	81,5	4,1	4,6	5,3	6,9	5,0
1996	68,1	74,3	77,6	86,3	82,4	4,2	4,3	5,0	6,9	4,9
1997	70,5	73,6	78,4	85,8	81,9	4,3	5,6	5,3	7,5	5,5
1998	71,2	73,8	77,8	85,6	81,4	4,0	5,2	5,7	6,9	5,3
1999	70,8	73,4	77,9	86,4	80,7	4,2	5,2	6,0	7,1	5,4
2000	68,8	74,6	77,0	88,7	81,7	4,2	5,0	6,1	7,3	5,5
2001	70,3	74,7	77,4	88,7	81,8	3,8	5,3	5,4	6,9	5,2
2002	69,4	74,5	75,3	85,7	80,0	4,4	5,1	5,2	5,9	5,1
2003	68,4	73,7	74,6	86,7	79,3	3,8	5,2	5,4	7,2	5,3
2004	66,1	72,3	75,1	85,6	77,9	3,7	4,7	5,0	6,4	4,8
2005	67,0	70,3	76,2	85,5	77,5	3,9	4,6	5,6	6,1	5,0
2006	66,5	70,4	74,4	85,8	77,4	4,0	4,4	5,8	6,3	5,0

Bron: CBS

Bij de vraag naar huisartsenzorg speelt de ontwikkeling van het gedrag van de patiënt een belangrijke rol. Op basis van de huidige demografische veranderingen is het te verwachten dat het beroep op de huisartsenzorg in de komende jaren zal stijgen. De patiënt-van-vandaag is in zijn gedrag mee gegroeid met de ontwikkelingen op het gebied van het zorgstelsel, en met de

communicatie en voorlichting rond de huisartsengeneeskunde. Zo is het aandeel telefonische huisartsconsulten omvangrijker geworden (figuur 2.4), steeds meer mensen laten zich ook door internet-websites medisch voorlichten, en een gestaag groter wordende groep verkiest in het geval van alledaagse medische akkefietjes eerst bewust het zelf-dokteren boven een consult bij de huisarts. In 1987 haalden 24% van de Nederlanders medicijnen zonder recept in huis, en dit percentage is in 2001 opgelopen naar 37% (F.C. Schellevis et.al., november 2004). Ook door de versoering van de vergoeding voor medicijnen door de zorgverzekeraars -sedert januari 2004- is het te verwachten dat de toename van de vraag naar huisartsenzorg weer wordt afgeremd, omdat mensen hun medicijnen bijvoorbeeld bij de apotheker of bij de drogist zonder recept in huis halen.

2.2 Het arbeidspotentieel huisartsen

Uit tabel 2.2.1 met de aantallen huisartsen kunnen we afleiden dat het aantal praktiserende huisartsen in 2006 ten opzichte van 1980 met 53,8% is toegenomen. De spreiding van hun vestigingsplaatsen blijkt niet gelijkmatig over Nederland te zijn. In de periode 1990-2001 nam het aantal huisartsen landelijk gemiddeld toe met 14,7%, maar in de vier grote steden bedroeg deze toename 5,6%, terwijl de overige grote steden en in de rest van Nederland respectievelijk een groei van 16,5% en 16,2% behaalden (Verkleij, et.al., 2003). Tabel 2.2.1 geeft ook aan dat

Tabel 2.2.1 aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's² naar geslacht

	Zelfstandig gevestigde huisartsen			HIDHA's			Totaal
	Man	vrouw	totaal	Man	vrouw	totaal	
1980	5.041	216	5.257	110	155	265	5.522
1985	5.433	476	5.909	122	181	303	6.212
1990	5.615	776	6.391	169	240	409	6.800
1995	5.657	1.096	6.753	96	276	372	7.125
1996	5.662	1.152	6.814	81	275	356	7.170
1997	5.656	1.260	6.916	113	348	461	7.377
1998	5.668	1.330	6.998	93	365	458	7.456
1999	5.691	1.400	7.091	101	379	480	7.571
2000	5.702	1.514	7.216	94	396	490	7.706
2001	5.631	1.639	7.270	87	406	493	7.763
2002	5.588	1.740	7.328	111	506	617	7.945
2003	5.556	1.829	7.385	127	595	722	8.107
2004	5.504	1.916	7.420	126	663	789	8.209
2005	5.509	2.006	7.515	150	743	893	8.408
2006	5.460	2.123	7.583	151	761	912	8.495

Bron: Nivel 2006 Cijfers uit de registratie van huisartsen. R.J. Kenens en L.Hingstman

² HIDHA's zijn afgestudeerde huisartsen die in loondienst werkzaam zijn van een zelfstandig gevestigde huisarts.

de feminisering van het huisartsenberoep in de laatste 15 jaar sterk is gegroeid. Het aantal vrouwelijke huisartsen nam in dezelfde periode met bijna een factor zeven toe, en hun aandeel ten opzichte van het totaal aantal praktiserende huisartsen is in de afgelopen 25 jaar met ruim 27 procentpunt gestegen. Voor de beoordeling van een toekomstige schaarste of overschot aan huisartsen is slechts het aantal praktiserende huisartsen niet voldoende. Immers de leeftijdsopbouw en het aantal gewerkte uren zijn ook van belang. Met het oog op het arbeidspotentieel aan huisartsen moet worden opgemerkt dat de groep vrouwelijke huisartsen steeds meer in deeltijd werkt. In 2007 werkte 38,3% van alle huisartsen nog voltijds, en werkte het merendeel (61,7%) in deeltijd met een gemiddelde van 0,75 fte.

Tabel 2.2.2 toont ons dat de leeftijdsopbouw onder huisartsen in 2007 niet evenredig verdeeld is over hun leeftijdsklassen, en valt ook op dat in 2007 bijna 25% (24,9%) van alle praktiserende huisartsen ouder was dan 55 jaar. Huisartsen in de achterstandswijken van de grote steden zijn gemiddeld iets ouder dan in de overige gebieden, en circa 38% is daar ouder dan 50 jaar.

Tabel 2.2.2 **Leeftijdsopbouw huisartsen**

Leeftijd	1 januari 1995			1 januari 2007		
	%-mannen	%-vrouwen	%-totaal	%-mannen	%-vrouwen	%-totaal
<30	0,1	0,5	0,1	0,1	0,7	0,3
30-34	3,4	12,6	4,9	3,0	14,8	7,1
35-39	17,9	35,3	20,7	7,5	23,5	13,2
40-44	26,4	30,9	27,1	11,9	21,3	15,3
45-49	27,0	14,3	24,9	18,1	15,8	17,3
50-54	13,5	4,3	12,0	25,3	15,8	21,9
55-59	7,3	1,5	6,3	24,6	6,8	18,3
60-64	4,0	0,6	3,4	9,2	1,3	6,4
>64	0,5	–	0,5	0,3	0,1	0,2

Bron: Nivel 2007, Cijfers uit de registratie van huisartsen. R.J. Kenens en L.Hingstman

Evenals het Capaciteitsorgaan, voorzag het Nivel-rapport *Cijfers uit de registratie van huisartsen* (Kenes, et. al., 2006) mede op grond van leeftijdsopbouw, de participatiegraad en de vervroegde uittreding een schaarste onder huisartsen in 2011.

Eind 2006 stelde het Capaciteitsorgaan hun eerdere raming over het aantal huisartsen tot 2012 met 800 huisartsen naar boven bij, waardoor het dreigende huisartsentekort zal omslaan in een overschot. Als reden voor deze omslag noemde het Capaciteitsorgaan de gegroeide inzet van praktijkondersteuners huisartsen, de schaalvergroting van de diensten en een groeiende reservecapaciteit aan afgestudeerde maar niet praktiserende huisartsen.

2.3 Omvang huisartsenpraktijk

De Tweede Nationale Studie constateert aanzienlijke verschillen tussen het aantal patiënten per huisarts. In 2005 had één derde van de huisartsen circa 2.000 patiënten per fte, en één vijfde deel had 3.000 patiënten per fte. Huisartsenpraktijken met praktijkondersteuners blijken meer patiënten te hebben. De gewenste praktijkomvang verschilt tussen de mannelijke en vrouwelijke huisartsen. Mannelijke huisartsen in een voltijdbaan wensen gemiddeld een omvang van circa 2300 patiënten, terwijl vrouwen een praktijk met circa 1900 patiënten wensen. Tabel 2.3 laat zien dat de huisartsendichtheid in Nederland gelijkmatig gespreid is over de provincies.

Tabel 2.3 Huisartsendichtheid op 1 januari 2007

	Aantal inwoners	aantal fte huisartsen	Aantal inwoners per fte huisarts
Groningen	573.614	250,4	2.291
Friesland	642.209	294,5	2.181
Drenthe	486.197	221,0	2.200
Overijssel	1.116.374	458,7	2.434
Flevoland	374.424	165,1	2.268
Gelderland	1.979.059	849,9	2.329
Utrecht	1.190.604	509,1	2.339
Noord-Holland	2.613.070	1.122,4	2.328
Zuid-Holland	3.455.097	1.480,7	2.333
Zeeland	380.497	166,8	2.282
Noord-Brabant	2.419.042	1.007,7	2.401
Limburg	1.127.805	490,1	2.301
Nederland	16.357.992	7.016,3	2.331

Bron: CBS Statline, Nivel 2007

De regionale verschillen zijn door de bank genomen gering. De regio's met de hoogste huisartsendichtheid zijn Amsterdam en midden-Nederland met respectievelijk 2112 en 2270 inwoners per fte-huisarts. De achterstandswijken van de grote steden wijken hiervan af met een huisartsendichtheid van circa 2400 inwoners per fte-huisarts.

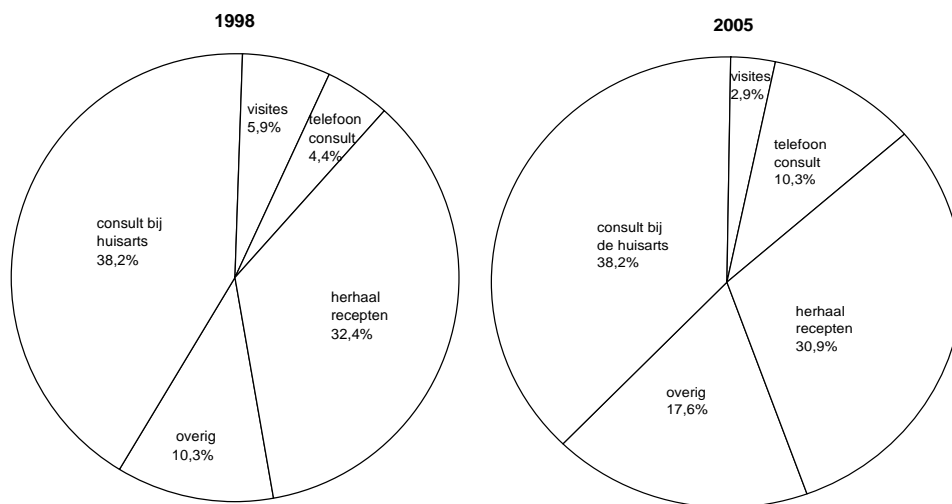
2.4 Werkzaamheden van huisartsen

Het takenpakket van de huisarts is omvangrijk, en bestaat uit een combinatie van diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. Op basis van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) behoort de huisarts de patiënt voorlichting te geven over de medische achtergronden van zijn of haar ziekte, de behandeling, de mogelijke alternatieven en bijwerkingen. De verscheidenheid aan patiënten en hulpvragen is zeer groot. Patiënten vinden

het belangrijk om voorlichting te krijgen van hun huisarts en om hem mee te laten beslissen over een behandeling.

Ter oriëntatie toont figuur 2.4 de aandelen van de verschillende werkzaamheden in een huisartsenpraktijk. In het oog springt het aandeel Overig (17,6% in 2005). Hieronder worden de verrichtingen begrepen die niet door de huisarts te declareren zijn, zoals allerlei administratieve werkzaamheden die te maken hebben met de update van medische dossiers.

Figuur 2.4 Dossiercontact per huisartspraktijk in 1998 en in 2005, uitgesplitst naar soort contact



Bron: Jaarrapport LINH 1998 en LINH-data 2005

Tabel 2.4 geeft aan dat de gemiddelde jaarlijkse groei van de dossiercontacten in de periode 1997-2005 met gemiddeld 1,5% is gestegen. De groei van contacten met patiënten ouder dan 45 jaar is veel hoger dan de groei bij de groep jonger dan 45 jaar. Patiënten ouder dan 75 jaar vallen -met twee keer de gemiddelde jaarlijkse groei- hierbij duidelijk in het oog.

Tabel 2.4 dossiercontacten		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	gemiddelde jaarlijkse groei
Leeftijden	Jaren										
	0-4	4,8	5,4	4,8	4,7	4,6	4,8	4,4	4,4	4,3	- 1,2%
	5-14	2,8	2,9	2,7	2,6	2,7	2,8	2,7	2,7	2,7	- 0,1%
	14-24	3,8	4,1	4,0	4,1	4,1	4,2	4,2	4,1	3,9	0,1%
	25-44	4,8	4,9	4,9	4,9	5,0	5,0	5,1	5,1	4,9	0,4%
	45-64	7,0	7,1	6,9	7,1	7,2	7,6	7,7	8,0	8,0	1,7%
	65-74	11,4	11,6	11,1	11,5	12,0	12,5	12,9	13,3	13,4	2,1%
	75+	15,3	15,7	16,2	17,1	17,5	18,6	18,8	19,0	19,3	3,0%
	Totaal	6,0	6,2	6,0	6,2	6,3	6,6	6,6	6,7	6,7	1,5%

Bron: Nivel

2.4.1 Contactfrequentie

De contactfrequentie tussen huisarts en patiënt wordt voornamelijk beïnvloed door de gezondheidstoestand van zijn patiënt. Los daarvan, ligt de frequentie in stedelijke gebieden doorgaans hoger dan in de meer landelijke gebieden en kennen gezondheidscentra een hogere frequentie dan de solopraktijken (Steenbekkers, et.al.,2006). In de periode 1990-2001 is de contactfrequentie landelijk toegenomen met gemiddeld 9,8%. In de vier grote steden ligt deze groei op 4,3%, en dit is beduidend lager dan in de overige grote steden, waar de frequentie gemiddeld 12,4% groeide. Reden hiervoor is de relatief lage bevolkingsgroei in de vier grote steden (Verkleij, et.al., 2003).

Het rapport “Niet van later zorg” (VWS, januari 2007) verwacht dat het aantal contacten van patiënten met de huisarts in 2007 van 114 miljoen zal stijgen naar 170 miljoen consulten in 2020. De Patiëntenenquête van de 2^e Nationale Studie toont aan, dat contactfrequenties tussen huisartsenpraktijken veel kunnen verschillen, omdat de ernstig zieken niet gelijkmatig over de praktijken verspreid zijn. Het percentage 75-plussers per praktijk kan variëren van 1 tot 16% (Nivel, 2^e Nationale Studie blz 162, Tabel 6.2.1: Variatie patiëntenpopulatie tussen huisartspraktijken).

2.5 Werkdruk van de huisartsen

De 2^e Nationale Studie onderscheidt een objectieve- en subjectieve werkdruk. De objectieve werkdruk hangt nauw samen met het volume van de werkzaamheden, terwijl de subjectieve werkdruk van de huisarts afhankelijk is van zijn percepties over het belastend ervaren en zijn tevredenheid over zijn werk. Naast de redenen die tot de toename van de werkdruk leiden, zijn er ook factoren aan te wijzen die de werkdruk hebben verminderd. De conclusies van de betrokkenen over het fenomeen toegenomen werkdruk bij huisartsen zijn niet eensluidend. In een Nivel-artikel (M.van den Bakker et.al., 2003) wordt de werkdruk in 2001 vergeleken met de werkdruk in 1987, en wordt de klacht van huisartsen over de toegenomen werkdruk slechts ten dele onderkend. De auteurs wijzen er expliciet op dat de toename van het werk juist ook gepaard is gegaan met een vrijwillige afname van de arbeidstijd. Dit onderzoek wordt samengevat met de volgende tabel over de maten voor werkbelasting.

Tabel 2.5 Maten voor werkbelasting

	1987	2001	verschil
aantal werkzame uren per week	52,9	44,1	- 8,8
aantal werkzame uren normpraktijk	57,2	49	- 8,2
percentage patiëntgerelateerde tijd	70%	70%	0%
aantal fte's werkzaam	0,94	0,84	- 0,10
aantal werkzame uren per week per fte	58,6	53,4	- 5,2
uren per week per patiënt per jaar	1,25	1,05	- 0,20
aantal ingeschreven patiënten per huisarts	2174	2115	- 59
aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2279	2529	+250
aantal contacten per patiënt per jaar	3,59	3,94	+0,35
consultduur in minuten	9,93	9,81	- 0,12

2.5.1 Uitbreiding van de werkzaamheden

Aan de uitbreiding van de hoeveelheid werk van de huisarts liggen tal van factoren ten grondslag, zoals technologische en welvaartsontwikkelingen, ontwikkelingen op demografisch-, epidemiologisch- en sociaal-cultureel terrein, de mondigheid van de patiënt. Technologische ontwikkelingen hebben tot betere, maar ook tot complexere behandelingen door de huisarts geleid. De demografische ontwikkelingen in Nederland verklaren -juist in het systeem met de huisarts als poortwachter- voor een belangrijk deel de toename van de vraag naar huisartsenzorg. Niet zo zeer de bevolkingstoename, maar vooral de samenstelling ervan heeft de werkdruk van de huisartsen verhoogd. Hierbij moet gedacht worden aan de toenemende vergrijzing, de grote aantallen immigranten uit niet-westerse landen die de huisarts vaak bezoeken, de toegenomen assertiviteit van de patiënten en het toenemende aantal chronisch zieken. De werkdruk in de grote steden, en met name in de achterstandswijken, is meer toegenomen dan in andere plaatsen (H. Verkleij, et.al., 2003). De toegenomen mondigheid van de patiënt wordt in de 2^e Nationale Studie genoemd als mogelijke reden voor de toename van de werkzaamheden van huisartsen. De huisarts lijkt niet altijd adequaat toegerust te zijn om met toenemende assertiviteit en bovenproportionele claim voor zorg van sommige patiënten om te gaan.

2.5.2 Consequenties van de werkdruk

Een mogelijk gevolg van de werkdruk bij de huisarts is het verlies aan kwaliteit en transparantie van zijn medisch handelen, maar ook een verlies van een directe toegankelijkheid voor zijn patiënt. Daarnaast blijkt de hoge werkdruk voor huisartsen de belangrijkste reden te zijn om vervroegd uit het beroep te treden. Aan de andere kant heeft de aandacht voor de werkdruk van de huisarts geleid tot een aanzienlijke modernisering van de huisartsenpraktijk en het opzetten van allerlei samenwerkingsverbanden met andere huisartsen, waardoor de werkdruk wordt verminderd.

2.6 ICT in de zorg

In de huisartsenpraktijken zien we een mengvorm van medische dossiers. De dossiers variëren in kwaliteit van handgeschreven tot en met elektronisch onderling uitwisselbare dossiers. Om met name de kwaliteit, transparantie en doelmatigheid in de zorg te verhogen, wordt nog verder gezocht naar een adequate manier voor het bijhouden van dossiers voor heel Nederland. Over de uiteindelijke inhoud, structuur en functies van de dossiersystemen wordt al jarenlang hevig gediscussieerd. Toch lijkt het einde van de controverses in zicht, want in sommige regio's wordt reeds geëxperimenteerd met elektronische patiëntendossiers, -medicatie-dossiers en -waarneemdossier en staat de datum voor landelijke invoer in de agenda.

2.6.1 Elektronisch patiëntendossier (EPD)

Het medisch patiëntendossier bestaat veelal uit een door de huisarts beheerde functionele en selectieve verzameling van medische gegevens met als doel deze te gebruiken voor een curatieve en preventieve zorg voor de patiënt (Heyerick et.al., 1994). Om een zorgvuldige en controleerbare uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners mogelijk te maken werkt het Ministerie VWS –sedert 2007- aan een plan voor algehele landelijke invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD). Met toestemming van de patiënt kan een bevoegd zorgverlener de medische voorgeschiedenis van de patiënt via zijn computer inzien. De zorgdossiers van het EPD worden gefaseerd met data ingevoerd. Bij wijze van experiment is op kleine schaal begonnen met de invoering van data afkomstig van het elektronisch medicatiedossier (EMD) en het waarneemdossier huisartsen (WDH). Pas bij succes van het huidige experiment wordt het EPD uitgebreid met de andere hoofdstukken zoals jeugdgezondheidszorg, spoedeisende hulp en geestelijke gezondheidszorg.

2.6.2 Elektronisch medicatiedossier (EMD)

Het EMD is een on-line faciliteit die de zorgverlener inzicht geeft in het medicijngebruik door de patiënt. In 2009 hoopt het Ministerie-VWS van start te gaan met een landelijke dekking.

2.6.3 Elektronisch waarneemdossier (WDH)

Dit on-line dossier biedt een waarnemend huisarts op de centrale huisartsenpost inzage in de medische samenvatting van de patiënt bij de vaste huisarts. Sedert mei 2006 is in een aantal regio's de proef met WDH van start gegaan.

2.6.4 E-health

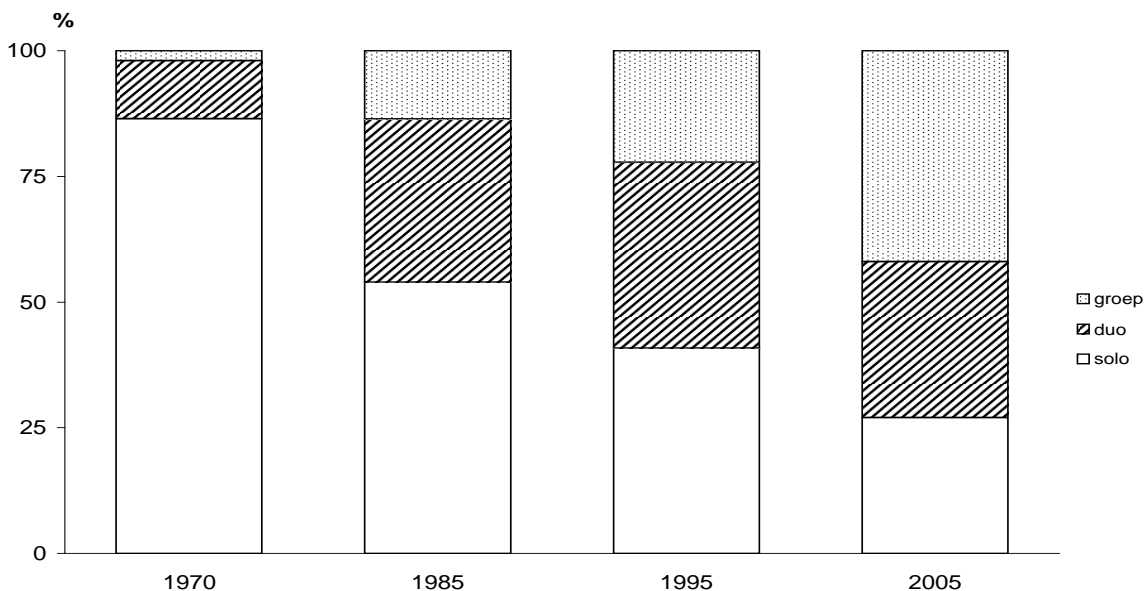
“Het gebruik van internet voor medische doeleinden dreigt sneller te gaan dan wij kunnen bijbenen”. Dit was de reactie van minister Hoogervorst tijdens zijn overleg met de Tweede Kamer in maart 2005. Voor 1 januari 2005 konden internetartsen aan mensen op hun verzoek

via het internet medicijnen voorschrijven, terwijl er van een behandelrelatie of persoonlijk contact geen sprake was. Na 1 januari 2005 zijn richtlijnen van KNMG van kracht voor online arts-patiënt contact. In deze richtlijnen is het voor de Nederlandse arts verboden om zonder visuele behandelrelatie met zijn patiënt medicijnen voor te schrijven. Ook de Europese Unie werkt aan maatregelen om internationaal opererende internetartsen te weren en de patiënt te beschermen tegen de gevolgen van onjuiste medicamenten of andere medische behandeling.

2.7 Samenwerkingsverbanden tussen huisartsen

Om de werkdruk van huisartsen te verminderen, en toch de continuïteit van de huisartsenzorg te waarborgen, zijn verschillende soorten van samenwerking tussen huisartsen van de grond gekomen. Vroeger had iedere huisarts een eigen praktijk, maar sinds de jaren-70 zijn huisartsen steeds meer gaan samenwerken. Zoals figuur 2.6 illustreert, nemen de solopraktijken steeds verder af, en winnen de duo-praktijken en groepspraktijken snel terrein. Vooral jonge artsen hebben sterke voorkeur voor duo- of groepspraktijk of voor een gezondheidscentrum. Volgens Nivel-onderzoek (Kenes et.al., 2006) werkte in 2005 nog maar 27% van de 8.408 Nederlandse huisartsen in een solopraktijk, 31% in een duo-praktijk en 42% in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. In 2005 verkoos nog maar 3% van de instromende huisartsen een solopraktijk, en de verwachting is dat de solo-praktijken daarom spoedig zullen verdwijnen.

Figuur 2.6 **Praktijkvormen**



Bron: Nivel 2007 Huisartsenregistratie, L.Labaaij en L. Hingstman

2.7.1 Gezondheidscentrum

Een voorbeeld van een verdergaande samenwerking is een gezondheidscentrum waar een aantal huisartsen structureel samenwerkt met andere 1^{ste}-lijnshulpverleners, zoals de fysiotherapeut, de thuiszorg, het maatschappelijk werk en de apotheker. Afgelopen jaren is het aandeel van deze gezondheidscentra toegenomen. Deze trend zet de komende jaren door, omdat met name veel jonge vrouwelijke artsen liever in een groepspraktijk werken.

2.7.2 Huisartsenposten (HAP) en Huisartsendienstenstructuur (HDS)

Van oudsher dragen huisartsen de verantwoordelijkheid om voor de patiënt 24 uur per dag bereikbaar en beschikbaar te zijn, dan wel om waarnemers aan te stellen. Omdat huisartsenzorg dus ook tijdens de avond-, nacht-, en weekeinde-uren tot de reguliere huisartsenzorg behoort, en dit steeds moeilijker te combineren is met de werkzaamheden in een huisartsenpraktijk, kwamen de huisartsenposten (HAP) van de grond, waarbij huisartsen onderling afspraken maken over de zorg buiten de reguliere openingstijden van de huisartsenpraktijk. Omdat de huisarts door inschakeling van de HAP niet meer tijdens ANW-uren paraat hoeft te staan, is zijn werkdruk sterk verminderd.

Sedert medio jaren-90 kwam als nieuwe vorm in de zorg de Huisartsendienstenstructuur (HDS) van de grond. Een HDS is een centrale organisatie die ondersteuning biedt bij bedrijfsvoering, personele zaken en kwaliteitsbeleid, en veelal uit meerdere huisartsenposten bestaat. Huisartsen zijn vrij om al dan niet te participeren in een HDS. Huisartsen zien hierin vooral het voordeel om hun arbeidstijden via de keuze voor deeltijd-, dan wel voor voltijdwerken beter af te stemmen naar eigen behoefte. De HDS is een zelfstandig bedrijf met huisartsen in dienst, die op een huisartsenpost spoedeisende medische zorg bieden en die hiervoor van de HDS een inkomensvergoeding ontvangen. Volgens de Nationale Atlas Volksgezondheid van het RIVM waren in 2005 in Nederland 50 HDS-en met in totaal 131 huisartsenposten, en jaarlijks behandelen de HAP's en HDS'-en circa 3,5 miljoen patiënten.

2.8 Kwaliteit & transparantie in een huisartsenpraktijk

Het formuleren van de eisen aan de kwaliteit en transparantie staat onder gezamenlijke verantwoordelijkheid van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). Ter bevordering van de kwaliteit beschouwt de NHG de scholing aan huisartsen als één van haar kernactiviteiten, en zij organiseert daarom nascholingscursussen voor huisartsen.

Als kwaliteitscriteria gelden naast de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, ook de ervaringen van patiënten en consumentenorganisaties. De NHG-

standaarden zijn protocollen³ die de huisarts informeren hoe hij behoort te handelen bij een bepaald gezondheidsprobleem of in geval van bepaalde gezondheidsklachten van de patiënt.

NHG-praktijkaccreditatie

Twee jaar geleden heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap het systeem ontwikkeld en ingevoerd voor praktijkaccreditatie, waarmee een impuls gegeven werd aan de kwaliteitsontwikkeling van de huisartsenzorg. In mei 2007 werd het 100ste keurmerk uitgereikt aan een huisartsenpraktijk, en zijn ongeveer 400 praktijken bezig met dit traject. De NHG praktijk accreditatie simuleert het denken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Huisartsen kunnen zich voor deelname hieraan aanmelden, en zijn hiertoe vooralsnog niet verplicht. De praktijkaccreditatie bestaat uit een aantal fases waarin de kwaliteit binnen één of meerdere huisartsenpraktijken wordt gemeten, beoordeeld en eventueel vertaald naar een verbeterplan.

2.9 Ontwikkelingen in de opleiding voor huisartsen

Twintig jaar geleden volgde de aspirant-huisarts na het artsexamen gedurende een jaar een aanvullende beroepsopleiding. In de jaren tachtig werd de huisartsgeneeskunde erkend als medisch specialisme zoals chirurgie, cardiologie of gynaecologie. De acht universitaire medische faculteiten kregen zelfstandige instituten voor de opleiding tot huisarts, en ze werden geleid door in huisartsgeneeskunde gespecialiseerde hoogleraren. In 1994 werd begonnen met de uitbreiding van de opleiding tot een driejarige voltijdstudie. Het aantal opleidingsplaatsen wordt door de overheid jaarlijks vastgesteld. Gemiddeld zijn per jaar 1400 artsen in opleiding en ronden per jaar circa 400 huisartsen de opleiding af. Een arts in opleiding (aio) studeert én werkt aanvankelijk in een erkende opleidingspraktijk onder begeleiding van één van de 1800 huisartsopleiders (ho). Na deze fase volgt een stage buiten een huisartsenpraktijk, waaronder tenminste zes maanden in een ziekenhuis. Gedurende de gehele opleiding wordt de voortgang van de arts in opleiding getoetst en geëvalueerd. Tijdens de opleiding zijn de aspirant-huisartsen in dienst van Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH) en ontvangen een salaris. Het Ministerie van VWS financiert de stichting in haar geheel. De acht opleidingsinstituten werken samen in de Stichting Verenigde Universitaire Huisartsenopleidingen (SVUH) en deze stichting heeft zich ten doel gesteld om de kwaliteit van de opleiding te bewaken en te bevorderen, om de expertise op het gebied van toetsontwikkeling te bundelen, en onderzoeksactiviteiten ten behoeve van het onderwijs van de huisartsenopleidingen te stimuleren en te laten uitvoeren.

Om de kennis en kwaliteit van de praktiserende huisarts up-to-date te houden worden nascholingscursussen georganiseerd. De huisarts is verplicht tot het volgen van de cursussen, hetgeen via een registratie van de bijscholing wordt bijgehouden. Ook bestaan een aantal

³ Op dit moment heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap meer dan honderd protocollen geschreven die regelmatig geactualiseerd worden en via internet geraadpleegd kunnen worden.

geaccrediteerde on-line nascholingsmodules voor huisartsen, die door het College voor Accreditering Huisartsen (CvAH) zijn goedbevonden. Na afronding van de module ontvangt de huisarts per e-mail een certificaat en wordt het behaalde accreditatiepunt aangemeld bij CvAH.

3 Organisatie van de huisartsenzorg

3.1 Financieringssystemen voor de zorg

De wijze waarop de huisartsenzorg in verschillende Europese landen is georganiseerd, heeft veel met elkaar gemeen, maar er zijn ook fundamentele verschillen (J. van der Zee et.al., 2004). De verschillen tussen de landen zijn grotendeels te verklaren door de keuze voor het financieringssysteem van de zorg, en de mate waarin de huisarts de poortwachterfunctie vervult. Tabel 3.1 toont voor een aantal Europese landen een overzicht van het financieringssysteem versus de toegankelijkheid tot de zorg en het honorarium van de huisarts.

Tabel 3.1 Financiering gezondheidszorgsysteem		
	Belasting-gefinancierd	Premie-gefinancierd
Toegankelijkheid		
Poortwachter	Denemarken, Spanje, Groot Brittanië Italië, Noorwegen, Portugal, Finland	Nederland, Ierland
Vrije toegang specialist	Zweden, IJsland, Griekenland	België, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg, Oostenrijk, Zwitserland
Honorarium		
Salaris / abonnement	Italië, Finland, Groot Britannië, Portugal Spanje, Zweden, IJsland	Ierland
Gemengd systeem	Denemarken, Griekenland	Nederland, Oostenrijk
Per verrichting	Noorwegen	België, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg, Zwitserland

Bron: De Nederlandse huisarts in Europees perspectief, J. van der Zee cs, Huisarts en wetenschap, 2004

In veel Europese landen wordt het zorgstelsel collectief gefinancierd met belastingopbrengsten en/of met premieopbrengsten. Opvallend daarbij is dat veel landen de functie van poortwachter voor de huisarts combineren met een belasting-gefinancierd stelsel, en dat een vrije toegang tot de specialist samengaat met een premie-gefinancierd stelsel.

Nederland wijkt hiervan af met de poortwachterfunctie voor de huisarts in combinatie met een premie-gefinancierd systeem. Deze afwijking geldt ook voor het honorarium van de Nederlandse huisarts. Gemengde systemen komen relatief weinig voor.

3.2 De positie van de Nederlandse huisarts

De Nederlandse huisarts speelt in de zorg een centrale rol en hij kenmerkt zich van oudsher door drie organisatorische aspecten: inschrijving op naam van de patiënten, poortwachterfunctie en gezinsoriëntatie. In maar weinig Europese landen beschikt de huisarts over een dergelijke sterke positie in het zorgsysteem als zijn Nederlandse collega (F.C. Schellevis et.al., 2006). Deze sterke positie hebben de huisartsen te danken aan hun poortwachterfunctie, hun breed takenpakket, en in vergelijking met andere Europese landen de relatief grote praktijk. De Nederlandse huisarts had in 1990 een relatief hoog inkomen, want in Europees verband verdienden slechts de Duitse huisartsen meer. En dat terwijl de zorgkosten als %-BNP in Zweden, Oostenrijk, België, Frankrijk, Ierland en Duitsland hoger zijn dan die in Nederland.

Een gemiddelde Nederlandse huisarts werkt doorgaans voor eigen rekening van 8:00 uur tot 17:00 uur, maar heeft de verplichting om zijn patiënten 24-uurszorg aan te bieden. Aan deze verplichting kan worden voldaan door een modernisering van de huisartsenpraktijk, zoals het aanstellen van een plaatvervanger van de huisartsendienstenstructuur.

Als poortwachter van de curatieve zorg is de huisarts in Nederland het eerste aanspreekpunt voor zijn patiënten. In dit regime leggen patiënten hun medische vragen eerst voor aan de huisarts alvorens eventueel toegang te verkrijgen tot de gespecialiseerde medische diensten van de doorgaans duurder 2^e- en 3^e-lijnszorg. De huisartsenpraktijken nemen door de poortwachterfunctie circa 96% van de primaire medische verrichtingen voor hun rekening en voor de overige zorgvraag verwijzen de huisartsen door naar 2^e- of 3^e-lijnszorg. Omdat het uurtarief van een medisch specialist gemiddeld 2½ maal hoger is dan dat van de huisarts, zorgt de poortwachterfunctie naar verwachting voor een beperking van de kosten aan curatieve zorg. De 1^e-lijnszorg is voor elke verzekerde direct toegankelijk en omvat de volgende medische diensten: ambulancezorg, apotheker, artsnelaboratorium, bedrijfsarts, consultatiebureau, diagnostisch centrum, diëtist, fysiotherapeut, huidtherapeut, huisarts, logopedist, maatschappelijk werker, mondhygiënist, oefentherapeut Cesar /Mensendieck ergotherapeut, podotherapeut, psycholoog, tandarts, verloskundige, wijkverpleegkundige.

3.3 Modernisering huisartsenpraktijk

Als reactie op de sterk toegenomen hoeveelheid werk en de door alle betrokkenen gewenste kwaliteitsverbetering in de werkzaamheden van de huisarts, maar ook aangemoedigd door

financiële prikkels van de overheid⁴, zien we een modernisering van de huisartsenpraktijk met een gebruiksvriendelijke computer- en communicatiesysteem, met de opkomst van de praktijkondersteuner-huisartsen (POH) en praktijkassistenten (PA), de overgang van de klassieke solopraktijk naar de duo- of de moderne groepspraktijk, en een samenwerking tussen huisartsen binnen een gezondheidscentrum, met een huisartsenpost of met een huisartsendienstenstructuur. De investeringen in arbeidsbesparende medische apparatuur, de toename van telefonische consulten, het verkrijgen van herhaalrecepten via de telefoon en verbetering van een patiëntvriendelijk afsprakensysteem hebben de service in vele huisartsenpraktijken sterk verbeterd.

3.3.1 Praktijkondersteuner huisartsen (POH)

Het principiële doel van het aantrekken van een praktijkondersteuner huisartsen (POH) is om te bevorderen dat de huisarts een deel van zijn taken naar een POH delegeert. De praktijkondersteuner verleent in opdracht van de huisarts de huisartsengeneeskundige zorg, in het bijzonder aan patiënten met een chronische ziekte. Naast de vermindering van de werkdruk van de huisarts verbetert hiermee de kwaliteit van, en de toegankelijkheid in de huisartsenzorg. Ongeveer zeven op de tien huisartspraktijken werken tegenwoordig met een POH.

Praktijkondersteuners zijn meestal verpleegkundigen of praktijkassistenten met een aanvullende opleiding op hbo-niveau. Zij richten zich vooral op patiënten met chronische gezondheidsproblemen, zoals suikerziekte, astma en hoge bloeddruk. Daarnaast voeren ze periodieke controles uit en geven patiënten begeleiding en advies. Sinds 2000 zien we dat POH's niet slechts in dienst treden bij één bepaalde huisartsenpraktijk, maar dat ze voor meerdere huisartsen in dezelfde regio werkzaam zijn en ingezet worden voor de begeleiding van mensen die langdurige zorg nodig hebben. De scheiding tussen de werkerreinen van POH's en de praktijkassistenten is niet overal scherp afgebakend en er bestaat een overlap, zoals bij het geven van de grieprikken, wanneer in korte tijd veel werk verzet moet worden.

Als de huisarts in aanmerking wil komen voor de module-POH moet hij eerst beschikken over een positieve beoordeling van de zorgverzekeraar over zijn plan van aanpak-POH, wat als basis dient voor het contract met de verzekeraar. Voor de aanstelling van een praktijkondersteuner ontvangt de huisarts van de zorgverzekeraar een POH-opslag op het inschrijftarief van alle verzekerden. Voor de medische verrichtingen, die de huisarts aan een POH overdraagt, mag hij het betreffende tarief bij de zorgverzekeraar declareren. Het tarief voor een POH-consult bedraagt evenals voor de huisarts € 9,- per consulteenheid (Bureau Raedelijk, november 2005). De POH-financiering betreft een open-einde regeling (ZN, oktober 2005), wat inhoudt dat wanneer meer huisartsen een aanvraag doen die voldoet aan de gestelde criteria, zij ook voor POH vergoed worden.

⁴ Module Modernisering & Innovatie

3.3.2 Praktijkassistent (PA)

Vrijwel alle huisartsenpraktijken beschikken over een praktijkassistente. De praktijkassistent treedt steeds meer op als filter tussen patiënt en huisarts, zowel tijdens kantooruren als daarbuiten en vanuit de centrale huisartsenpost. De huisarts is hierdoor niet meer direct beschikbaar voor de patiënt, en terecht kan de vraag worden gesteld of hiermee ook de service en kwaliteit naar patiënten verhoogd wordt. Naast de administratieve werkzaamheden en het assisteren van de huisarts bij medische handelingen, delegeert de huisarts steeds meer medisch-technische taken naar de PA, zoals het zelfstandig maken van uitstrijkjes, het meten van de bloeddruk en het aanstippen van wratten.

3.4 Primaire arbeidsvoorwaarden van de huisarts

3.4.1 Het norminkomen van de huisarts

Periodiek stelt de NZa het huisartsentariaf vast op basis van een norminkomen. De basis voor het norminkomen is het maximum van Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren-schaal 14 vermeerderd met twee periodieken- dat nog verhoogd wordt met een vakantietoeslag en de zogenaamde 'aankleding'. Hieronder worden de kosten voor pensioen-, ziekte-, en invaliditeitsvoorziening begrepen. Het totale inkomen binnen het Budgettair Kader Zorg is opgebouwd uit dit norminkomen (of berekeningsgrondslag) en wordt aangevuld met een aantal modules plus een avond /nacht /weekenddienst deel (ANW).

3.4.2 Het werkelijke inkomen van de huisarts

De herziening van het zorgstelsel in 2006 leidde ook tot een nieuw honoreringssysteem voor huisartsen-niet-in-loondienst. Omdat een basisverzekering voor iedereen werd ingevoerd, moest het verschil in honoreringssysteem tussen particuliere en ziekenfondspatiënten vervallen. Het werkelijke inkomen van de huisarts is in het nieuwe beloningsstelsel afhankelijk gebleven van het volume van zijn medische verrichtingen en van het bijbehorende tarief. Kenmerkend verschil in het nieuwe systeem is dat het werkelijke inkomen van de huisarts bepaald wordt door een gemengd declaratietarief per patiënt, bestaande uit een inschrijftarief per verzekerde patiënt, aangevuld met een vergoeding per medische prestatie (consulttarief). Daarnaast ontvangt de huisarts van de zorgverzekeraar een opslag op het inschrijftarief als hij een praktijkondersteuner aanstelt en als hij extra M&I-diensten verricht, zoals hulp aan diabetici, kleine chirurgie of bijzondere aandacht voor sneller uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Voor de periodieke vaststelling van het consulttarief gaat de NZa uit van een norminkomen en een normpraktijk met 2350 patiënten. Van patiënten die op andere dan de kantooruren een beroep doen op de huisartsenzorg ontvangt de huisarts een ANW-tarief, en voor patiënten die niet in de eigen praktijk staan ingeschreven geldt een passantentariaf. De tarieven die de

huisarts bij de zorgverzekeraar mag declareren, waren voor 2007 door de NZa als volgt vastgesteld:

1. een inschrijftarief van € 52,- per ingeschreven patiënt per jaar. Bij de vaststelling hiervan gaat Nza ervan uit dat hiermee de praktijkkosten kunnen worden gedekt.
2. voor medische verrichtingen door de huisarts of door een praktijkondersteuner geldt een regulier consulttarief van € 9 per eenheden van 20 minuten.
3. er geldt een verlaagd consulttarief voor telefonische consulten, herhaalrecepten, vaccinaties, en e-mailconsulten; dit bedraagt $0,5 \times$ het consulttarief
4. voor patiënten van een andere huisarts is er een passantentarief van € 24,80 per consult
5. een aanvullende vergoeding voor de module praktijkondersteuning huisartsen
6. een aanvullende vergoeding voor module populatiegebonden vergoedingen, dat wil zeggen een opslag op het inschrijftarief voor extra bewerkelijke patiëntengroepen, zoals ouderen in achterstandwijken
7. een aanvullende vergoedingen voor module modernisering en innovatie (M&I), waaronder de specifieke verrichtingen worden gerekend en een opslag op het abonnementstarief verbandhoudend met deelname aan praktijkaccreditatie of deelname aan specifieke projecten.

De module M&I bestaat uit 1. Specifieke verrichtingen 2. Opslagen abonnementstarief. Onder specifieke verrichtingen worden die handelingen van de huisarts begrepen, die feitelijk tot de 2e-lijnszorg horen, zoals kleine chirurgische ingrepen. Hetzelfde geldt voor de programmatische zorg voor chronisch zieken. Onder Opslagen abonnementstarief vallen de opslagen voor deelname aan NHG-praktijkaccreditatie, seniorenbeleid huisartsen, en deelname aan specifieke projecten op het terrein van de zorg voor chronisch zieken.

3.5 De ANW-zorg van de huisarts

Hoewel niet expliciet is vastgelegd, gaat de huisartsenbranche er nog steeds van uit dat de huisarts verantwoordelijk is voor de organisatie van een 24-uurs zorg aan zijn patiënten. Wel gaan onder huisartsen steeds meer stemmen op om te discussiëren over het al dan niet verplichtende karakter van de ANW-zorg. Tijdens de kantooruren wordt acute huisartsenzorg aangeboden door het gehele aanbod van de huisartsengeneeskunde, en tijdens ANW-uren gebeurt dit door hetzij de huisarts, hetzij door de huisarts aangestelde waarnemgroepen, of vanuit een huisartsendienstenstructuur (HDS). De HDS beschikt over een budget dat met de zorgverzekeraars wordt overeengekomen op basis van een bedrag per inwoner en het aantal inwoners in het adherente gebied van de HDS.

In 2006 waren –met het oog op vermindering van de werkdruk van de huisarts, dan wel in verband met het functioneren in deeltijd- 95% van de huisartsen voor hun ANW-taken

aangesloten bij een HDS. De aangesloten huisartsen worden dan verplicht om naar rato van het aantal patiënten in hun praktijk dienst te doen in een HDS. Gemiddeld komt dat neer op 250 uur dienstverlening per jaar. De huisarts krijgt hiervoor een vaste vergoeding per uur. Hij of zij kan ook diensten 'doorverkopen' aan een waarnemer.

De patiënt die tijdens ANW-uren een beroep doet op de huisartsenpost van de HDS ontvangt van de HDS een rekening. De hoogte van de rekening is afhankelijk van de HDS en varieerde in 2006 van € 32,20 tot € 169,70 per consult. Het consulttarief voor ANW-diensten (NZa, Tariefbeschikking 2007) hangt af of de huisarts al dan niet participeert in een HDS. De huisarts die niet in dienst is van een HDS, en dus zelf de ANW-taken verzorgt, mag aan zijn patiënt € 32,70 per consult in rekening brengen.

3.6 Wet BIG

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) regelt onder meer de bevoegdheid om een beroep in de individuele gezondheidszorg te mogen uitoefenen. Het BIG-register (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) registreert alle apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Een huisarts valt voor de uitoefening van zijn beroep onder de Wet BIG. De wet staat toe dat een ander in opdracht van een zelfstandig bevoegde arts voorbehouden handelingen verricht. Om die redenen kan de huisarts zijn praktijkondersteuner verzoeken tot het verrichten van een aantal medische handelingen bij de patiënt. De praktijkondersteuner is in het kader van de BIG-wet zelf verantwoordelijk en aansprakelijk en valt bij zijn beroepsuitoefening onder het tuchtrecht. Ook de huisarts kan strafrechtelijk, civielrechtelijk respectievelijk tuchtrechtelijk aansprakelijk worden gesteld voor beroepsfouten van zijn / haar medewerkers, dus van zowel geregistreerde als niet-geregistreerde praktijkondersteuners huisartsen.

3.7 Inschrijving bij een huisartsenpraktijk

Kenmerkend voor een Nederlandse huisartsenpraktijk is de inschrijving van patiënten op naam. Met de herziening van het zorgstelsel-2006 is de huisarts hiertoe expliciet verplicht. Slechts als aan deze voorwaarde is voldaan, ontvangt de huisarts het inschrijftarief en de kosten voor consult van de zorgverzekeraar.

Mensen zonder huisarts, of wel de groep Niet-Op-Naam-Ingeschrevenen (NONI), bleken in 2005 veel minder talrijk dan eerder werd gevreesd. Uit Nivel-onderzoek (M.C. Poortvliet et. al., 2005) blijkt dat in 2005 minder dan 1 op de 1000 ziekenfondsverzekerden geen huisarts had, wat neer komt op een kleine 10.000 ziekenfondsverzekerden. De kans om geen vaste huisarts te vinden, is in jonge nieuwbouwwijken en in de binnensteden een reëel probleem. Mensen zonder

vaste huisarts kunnen voor medische diensten in principe terecht bij een willekeurige arts, huisartsenpost of spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis.

3.8 Organisaties in de huisartsenzorg

3.8.1 Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa streeft naar efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit. Zij bewaakt de uitvoering van verzekeringswetten en stelt pro-actief condities vast voor marktwerking en de handhaving daarvan. Hiervoor beschikt de NZa over verschillende instrumenten om in te grijpen voor als bijvoorbeeld de machtspositie van één of enkele partijen een eerlijke marktwerking in de weg staat.

3.8.2 Belangenverenigingen voor huisartsen

De organisatiedichtheid onder huisartsen is zeer hoog. Ruim 90% van de huisartsen is aangesloten bij de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Namens de huisartsen voert de LHV de onderhandelingen met het Ministerie van VWS en zorgverzekeraars. Deze hebben ook een koepelorganisatie, Zorgverzekeraars Nederland. De afspraken die uit de onderhandelingen voortkomen gelden voor alle huisartsen. Huisartsen-niet-in-loondienst voeren daarom zelf geen onderhandelingen met zorgverzekeraars over prijzen.

De LHV is gesprekspartner voor de overheid en de zorgverzekeraars voor bijvoorbeeld de vaststelling van tarieven. De LHV maakt deel uit van de Federatie Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Andere belangenorganisaties die op landelijk niveau direct voor de belangen van huisartsen opkomen, zijn bijvoorbeeld De Vrije Huisarts en Artsennet. Daarnaast bestaan er vele regionale belangenverenigingen voor huisartsen.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. Vrijwel alle huisartsen zijn bij dit genootschap aangesloten, dat de wetenschappelijke ontwikkeling en de kwaliteit van de huisartsenzorg wil bevorderen.

3.8.3 Patiëntenbelangen

Om de belangen van patiënten te behartigen zijn voor de vele ernstige aandoeningen bijna evenzo veel instanties werkzaam onder naam van de ziekte. Organisaties van algemene aard zijn bijvoorbeeld: Nederlands Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad), Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV),

Nederlandse Vereniging voor Algemene Patiëntenbelangen (NVAP), Werkverband Organisaties Chronisch Zieken (WOCZ), de Consumentenbond en Consument en Veiligheid.

3.9 Klachtenbehandeling

Klachten van patiënten over medische verrichtingen kunnen altijd voorgelegd worden aan het tuchtcollege. Het medisch tuchtrecht heeft tot doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg te toetsen aan de hand van tuchtregels die omschreven staan in de Wet BIG. Bij een gegronde klacht kunnen maatregelen tegen de arts worden opgelegd zoals bijvoorbeeld een berisping. In het uiterste geval wordt het de arts verboden om zijn beroep nog langer uit te oefenen.

4 Gevolgen herziening zorgstelsel

4.1 Belangrijkste veranderingen rond de huisartsenzorg

- Door de intrede van het nieuwe zorgstelsel verviel het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Het nieuwe systeem is geregeld in de Zorgverzekeringswet, en is geschoeid op privaatrechtelijke basis. De zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht⁵ voor het basispakket, en elke Nederlander heeft de plicht om zich minstens via een basispakket te verzekeren tegen ziektekosten.
- In de eerste helft van 2007 blijken circa 240.000 mensen in Nederland geen zorgverzekering te hebben afgesloten (CBS, juli 2006), wat neerkomt op circa 2% van het aantal verzekerden. Ten tijde van de ziekenfondsverzekering lag dit percentage tussen de 2% en 3%. De huisartsenzorg behoort tot het basispakket, waarvoor de verzekeraar de financiële risico's dekt van alle noodzakelijke hulp als huisartsbezoek, medicijnen, en opname en medische verzorging in een ziekenhuis.
- De herziening van het zorgstelsel heeft geleid tot een wijziging van het honoreringssysteem van huisartsen. In paragraaf 3.4.2 van dit memorandum komt dit systeem uitvoerig aan de orde. Sinds de introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006, hebben huisartsen ruim 17% meer reguliere verrichtingen (consulten, visites, telefonische contacten) gedeclareerd dan van tevoren werd verwacht. Dit komt niet omdat patiënten vaker naar de huisarts zijn gegaan; het aantal contacten per patiënt is slechts 1 tot 2% toegenomen (Te Brake et al., 2007). Mogelijk heeft dit te maken met het beter bijhouden en vaker declareren van dubbele consulten.
- Het bedrag dat in 2006 via zorgverzekeraars en zorgkantoren is besteed aan zorgkosten blijkt ten opzichte van 2005 met ruim 7% te zijn gestegen. Deze groei van uitgaven is vooral

⁵ Bij fraude of wanbetaling mag de zorgverzekering een verzekeringsovereenkomst ontbinden.

zichtbaar bij tandartsenhulp, paramedische hulp en huisartsen. Als reden voor de groei aan huisartsenzorg gelden de verschuiving van tweedelijnszorg naar huisartsenzorg, maar ook de wijzigingen in het nieuwe zorgstelsel-2006, waarin het honoreringssysteem voor huisartsen is veranderd en de zorgverzekering gunstige omstandigheden heeft gecreëerd voor verzekeringsnemers. Zo blijkt de financiële drempel voor vroegere particuliere patiënten om naar de huisarts te gaan te zijn verdwenen, en draagt de verzekeringsnemer na de stelselwijziging minder eigen risico (Vektis, 2007).

- Sedert januari 2008 is de eerdere no-claimregeling afgeschaft en vervangen door een verplicht eigen risico van € 150,- per jaar voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Het eigen risico geldt niet voor de huisarts, verloskundige zorg, kraamzorg en jeugdpakket tandheelkundige zorg. Reden voor het vervangen van de regeling is niet alleen omdat de teruggave van de no-claim tot maatschappelijke en politieke onvrede heeft geleid, maar ook omdat er sterke twijfels zijn of de positieve prikkels die van de teruggave uitgaat voldoende effectief is.

4.2 Zorgverzekeraar en de autonomie van de huisarts

Het beroep van huisarts valt onder de zogeheten vrije beroepen, en heeft fundamentele eigenschappen van een gildeachtige structuur, waarin de eigen autonomie en professionaliteit zelf gedefinieerd worden. Kenmerkend bij het beroep van huisarts is de hoge graad van beroepsmatige autonomie.

De bedoeling van de stelselherziening is dat onder de verzekeraars meer concurrentie ontstaat, en ook dat zorgaanbieders onderling gaan concurreren. De toegenomen concurrentie leidt er toe dat verzekeraars scherper proberen in te kopen, en meer invloed proberen uit te oefenen op de werkzaamheden van de huisarts, om zo kosteneffectief te kunnen werken. Bij huisartsen bestond de angst dat deze ontwikkeling zou leiden tot verlies van autonomie in het medisch handelen van de huisarts. De verzekeraar zou als regisseur in de zorg immers invloed willen uitoefenen op het werk van huisartsen. De praktijk heeft vooralsnog uitgewezen dat huisartsen voldoende macht hebben om dergelijk verlies van autonomie te blokkeren. Voorstellen om een deel van de omzet van de huisarts afhankelijk te laten zijn van zorgvernieuwingprojecten waarover deze moest onderhandelen met de verzekeraar, hebben het niet gehaald.

Verschillende zorgverzekeraars proberen met een bonussysteem de huisartsen te prikkelen om goedkope medicijnen voor te schrijven. Als huisartsen zich inschrijven op de module - bekend onder 'goedkoop' als onder 'rationeel' voorschrijven' - dan ontvangen ze naast hun basisinkomen een bonus, een vergoeding voor praktijkkosten en modules zoals praktijkondersteuning. De huisartsenvereniging LHV en de KNMG zijn niet blij met deze ontwikkeling, maar de KNMG weet niet of het maatregelen neemt tegen huisartsen die het contract aangaan met de zorgverzekeraar. Menzis, een van de verzekeraars die een module

‘doelmatig voorschrijven’ hanteert, geeft aan dat men hiermee wil bereiken dat huisartsen volgens hun eigen richtlijnen voorschrijven, en dat zij indien nodig altijd een duurder middel kunnen voorschrijven. De Hoge Raad heeft geoordeeld dat Menzis zo’n module mag hanteren.

4.3 Toetsing van de kwaliteit & transparantie

Sinds 2006 neemt Nederland deel aan de Commonwealth Fund International Health Policy Survey. De praktische uitvoering van het Nederlandse deel van dit internationale onderzoek is in handen van de afdeling Kwaliteit van Zorg (Kwazo⁶) van het UMC St Radboud.

De zorg die huisartsen leveren gebeurt voor circa 75% met behulp van door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen, de z.g. NHG-standaarden, die door NHG en Kwazo zijn opgesteld.

Met behulp van een lijst van kwaliteitsindicatoren -opgesteld door Nivel en Kwazo⁷- kan de doelstelling voor kwaliteit en transparantie worden getoetst door de Inspectie voor de Volksgezondheid (M.J. van den Berg et.al., 2005), die de huisarts op basis van toeval een bezoek te brengt.

In een Monitor over Huisartsenzorg schrijft de NZa (juli 2007) dat het nieuwe financierings-systeem juist de capaciteit in zich heeft om de kwaliteit te bevorderen door meer samenwerking tussen de zorgaanbieders mogelijk te maken, alsook door het stimuleren van Modernisering en Innovatie (M&I). Maar in 2007 bleek echter volgens de NZa dat hiervan nog weinig gebruik werd gemaakt.

Andere bevindingen van de NZa zijn dat de kwaliteit van de huisartsenzorg nog weinig transparant is, zodat consumenten en zorgverzekeraars onvoldoende in staat zijn om de kwaliteit van de huisarts te beoordelen. Het rapport van de NZa concludeert dat er grote behoefte bestaat aan informatie over kwaliteit op basis van bijvoorbeeld het systeem van prestatie-indicatoren. Op dit moment gebruiken verzekeraars de CQ-index⁸, en zij proberen zelf een systeem voor kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen.

4.4 Wet marktordening gezondheidszorg (WMG)

Op 1 oktober 2006 is de Wet marktordening gezondheidszorg in werking getreden. De NZa is aangewezen als de toezichthouder van het nieuwe zorgstelsel en in de WMG staan de taken van

⁶ Afdeling Kwaliteit van Zorg (Kwazo) van het UMC St Radboud is een van de grootste centra ter wereld op gebied van wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en advisering op het terrein van de kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg. Het centrum ondersteunt beroepsorganisaties, instellingen gezondheidszorg, overheid bij de implementatie van een optimale patiëntenzorg en methoden van kwaliteitsverbetering. Hun totale onderzoeksprogramma kent drie thema's, waaronder kwaliteitsverbetering van eerstelijnsgezondheidszorg. Hierbij valt te denken aan ontwikkeling van instrumenten zoals richtlijnen, prestatie-indicatoren, beoordelingsmethodes, implementatiestrategieën en kwaliteitsverbetering systemen.

⁷ Vanaf juni 2008 is de naam KWAZO gewijzigd in Kwazo (Scientific Institute for Quality of Healthcare)

⁸ De CQ-index (Consumer Quality Index) is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg.

de toezichthouder omschreven. De WMG vervangt de wet tarieven gezondheidszorg, en de nieuwe wet heeft tot doel om meer concurrentie in de zorg te krijgen ten voordele van de consument. Hiervoor regelt de WMG de prestaties van zorgaanbieders alsook het toezicht op de zorgmarkten, zoals de zorgverzekering, de zorginkoop⁹ en zorgverlening.

4.5 Kosten van de huisartsenzorg

Een doelstelling van de herziening van het stelsel is de beheersing van de stijgende kosten in de zorg door grotere doelmatigheid. De huisartsenzorg vormt, met een beslag van circa 3,5 % op de totale kosten aan de sector cure, een relatief bescheiden deel van de totale zorguitgaven. Wel heeft de huisarts als poortwachter natuurlijk invloed op de uitgaven elders in de zorg.

Uit cijfers van het CBS blijkt dat de uitgaven van de huisartspraktijken in 2005 met 0,6% zijn gedaald ten opzichte van 2004, maar dat deze uitgaven in 2006 aanzienlijk stegen met bijna 17%. Deze stijging schrijft Nivel mede toe aan het nieuwe financieringssysteem en aan de introductie van de nieuwe basisverzekering. Volgens Nivel blijken de huisartsen in het verleden niet, of onvoldoende het aantal keren te registreren dat ziekenfondsverzekerden bij hem op consult kwamen. Ook uit Nivel-publicatie (H. te Brake et.al., 2007) blijkt dat in 2006 per huisartsenpraktijk meer consulteenheden bij de huisarts te zijn gedeclareerd dan vooraf werd geschat.

Een andere verklaring voor een bovengemiddelde toename van de kosten van de zorg komt van Stichting Farmaceutische Kerngetallen (SFK) met de mededeling dat in het eerste jaar van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel de geneesmiddelenuitgaven -van huisartsen en specialisten- de sterkste groei sinds jaren vertoont. Als oorzaak voor deze groei wijst SFK naar een algemene toename van het medicijngebruik, een stijging in 2006 van het aantal voorschriften door huisartsen met 6,9%, en een verschuiving in het gebruik naar duurdere geneesmiddelen. Bij de duurdere middelen gaat het om kleine groepen met hoge uitgaven per gebruiker.

CBS-onderzoek (M. van Herten, 2007) naar de toename van het medicijngebruik na invoering van het zorgstelsel-2006 wijst op een mogelijke verandering in de medische consumptie van voormalig particulier verzekerden, die in het oude zorgstelsel om kosten te besparen voor een eigen risico kozen en daardoor minder gebruik maakten van de gezondheidszorg. In het zorgstelsel-2006 daarentegen bleek voor velen een geringe premiedaling bij een hoger eigen risico niet op te wegen tegen het zelf bekostigen van de ziektekosten, waardoor massaal voor geen eigen risico werd gekozen. Voorts noemt het CBS-onderzoek dat het nieuwe zorgstelsel in 2006 en 2007 een no-claim regeling kent, waarbij de huisartsengeneeskundige kosten buiten schot worden gelaten, zodat naast een substitutie van de

⁹ Op de zorginkoopmarkt sluiten de zorgverzekeraars contracten af met huisartsen, met vertegenwoordigers van LHV en met contractcommissies waarin huisartsen vertegenwoordigd zijn.

specialist door de goedkopere huisarts, mogelijk heeft geleid tot de eerder genoemde verhoging van consulteenheden bij de huisarts.

4.6 De invloed van huisartsen op de stelselherziening

Met het verzet tegen een grotere inhoudelijke rol voor de zorgverzekeraar hebben huisartsen de principiële werking van de stelselherziening afgezwakt. Bij de uiteindelijk gemaakte afspraken hebben verzekeraars tot nog toe weinig mogelijkheden om de doelmatigheid van de huisartsenzorg te beïnvloeden. Deze doelmatigheid is belangrijk, omdat huisartsen de toegangspoort tot andere zorg vormen, en hiermee wellicht de stijging van de zorgkosten kan worden beteugeld. Verzekeraars blijken nu de weg te zijn ingeslagen om het voorschrijfgedrag van huisartsen te beïnvloeden via positieve financiële prikkels. Verzekeraar Menzis doet dit door artsen een bonus te geven als ze doelmatig voorschrijven. Ook bij eventuele concurrentie in de tweede lijn kunnen huisartsen een belangrijke rol spelen. De huisarts is immers een belangrijke bron van informatie voor patiënten die specialistische medische zorg zoeken.

Een belangrijk mechanisme om de stelselherziening adequaat te laten werken is het selectief contracteren. Dit houdt in dat verzekeraars afspraken maken met voorkeursaanbieders, waarbij hun verzekerden moeten bijbetalen als ze naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan. Uit vrees voor verlies van verzekerden is het selectief contracteren nog helemaal niet van de grond gekomen. Op dit moment beschikken verzekeraars over onvoldoende informatie om de verzekerde te overtuigen dat zij goede aanbieders (zoals ziekenhuizen) contracteren. In het geval van selectief contracteren ligt in de toekomst wellicht een belangrijke rol voor de huisartsen bij onafhankelijke ondersteuning van hun patiënten in hun keuze voor 2^e-lijnszorgaanbieders. Dit betekent uiteraard wel dat de huisarts dan zelf voldoende inzicht moet hebben in de kwaliteit van aanbieders.

Verzekeraars proberen de huisartsenzorg ook te beïnvloeden door zelf gezondheidscentra op te richten of de oprichting daarvan te ondersteunen. Ook op dit punt heeft Menzis plannen die gericht zijn op een grotere doelmatigheid.¹⁰ Hun plan is om een keten van 40 tot 50 gezondheidscentra te beheren. Ook het tegengaan van tekorten aan huisartsenzorg speelt vaak een rol bij dergelijke plannen. Met argusogen volgen de huisartsen deze ontwikkelingen van de zorgverzekeraars.

¹⁰ Menzis wil franchiseketen, Verzekeraar sticht eigen zorgcentra, NRC 21 november 2006

4.7 Meningen van huisartsen over de herziening van het zorgstelsel

Vele huisartsen herkennen zich te weinig in de herziening van het zorgstelsel-2006, en voeren de volgende bezwaren aan:

- In de tijd van voor de stelselherziening-2006 richtte het grootste bezwaar van huisartsen zich tegen het systeem van honorering en tegen hun werkdruk. Dit leidde uiteindelijk tot ongekende protestacties van de huisartsen. Ondanks het Vogelaar-akkoord -dat eind 2007 afloopt- herkent de belangenvereniging De Vrije Huisarts niet het door Minister Hoogervorst beloofde “loon naar werken”. Immers, zo stelt de vereniging, zowel in 2006 als in 2007 blijkt de contactfrequentie voor huisartsenzorg hoger te zijn dan in het Vogelaar-akkoord werd aangenomen, hetgeen op basis van het akkoord juist kan leiden tot een verlaging van de consulttarieven. Voor de tarieven van 2008 onderhandelt de grootste belangenorganisatie LHV met het Ministerie VWS, en in april 2007 liet de voorzitter van LHV via het vakblad Huisarts & Praktijk weten zich ook achter de mening van De Vrije Huisarts te scharen.
- De meeste huisartsen zijn geen voorstander van het onderdeel marktwerking van de herziening van het zorgstelsel-2006. Ze zijn bang dat marktwerking kan leiden tot te veel macht bij de zorgverzekeraars, en daardoor aantasting van de professionele onafhankelijkheid van zorgverleners, inperking van keuzevrijheid bij patiënten, aantasting van de solidariteit onder huisartsen, minder samenwerking, meer bureaucratie, concurrentie via de prijs en minder kwaliteit. Huisartsen menen daarom ook dat in het vernieuwde zorgstelsel het denken in geld en in concurrentie een belangrijker plaats krijgt ten koste van de kwaliteit van de zorg.
- De huisartsen zijn van mening dat de marktwerking in de zorg niet zal leiden tot de verwachte ombuiging van de zorgkosten. Omdat de zorgverleners de kosten met de zorgverzekeraars verrekenen, zijn huisartsen van mening dat de patiënten de noodzakelijke kritische afweging missen voor een verantwoorde medische consumptie.
- Op basis van ethische motieven voor huisartsen zijn gedragscodes geformuleerd, waarin het de huisarts niet vrij staat om geneeskundige hulp aan een patiënt te weigeren. Om het inschrijftarief en de consultkosten bij de zorgverzekeraar te declareren moet de huisarts beschikken over de gegevens bij wie zijn patiënt een zorgverzekering heeft afgesloten. Huisartsen zijn niet blij met deze toegeschoven administratieve functie, hoewel zij voorstanders zijn van het systeem van inschrijving op naam. In de eerste helft van 2007 bleken circa 240.000 mensen in Nederland onverzekerd te zijn.

5 Conclusies

Ontwikkelingen in de organisatie van de huisartsenzorg

De toegenomen vraag van de bevolking naar huisartsenzorg, samenhangend met de demografische ontwikkelingen, heeft in een systeem met de huisarts als poortwachter in de zorg, in de afgelopen twee decennia geleid tot een toename van allerlei werkzaamheden in de huisartsenpraktijk. Als reactie op de toegenomen werkdruk en de veranderde voorkeuren van huisartsen zien we een modernisering in de huisartsenpraktijk, die varieert van extra hulp en voorzieningen binnen de huisartsenpraktijk - zoals praktijkondersteuners (POH) en praktijkassistenten (PA)- tot en met het opzetten van verschillende soorten samenwerkingsverbanden tussen huisartsen zoals de opkomst van groepspraktijken en het oprichten van huisartsendienstenstructuren en huisartsenposten. Daarnaast is er sprake is van een gestage groei van ICT in de zorg.

Effect van de stelselherziening-2006 op de huisartsenzorg

Het systeem van inschrijving op naam is gehandhaafd. In het nieuwe honoreringstelsel wordt het inkomen bepaald door een gemengd declaratietarief per patiënt, bestaande uit een vast inschrijftarief per patiënt dat aangevuld wordt met een vergoeding per verrichting. De tarieven worden jaarlijks door de NZa vastgesteld, waarbij uitgegaan wordt van een normpraktijk met 2350 patiënten om het norminkomen te verkrijgen.

Invloed van de huisartsen op het succes van de stelselherziening

In hoeverre de huisartsenzorg bijdraagt aan het succes van de stelselherziening hangt af van de ontwikkelingen in de publieke doelen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Deze komen achtereenvolgens aan de orde.

Kwaliteit en transparantie van de verrichtingen

Volgens de NZa (2007) is de bedoelde samenwerking tussen 1^{ste}-lijnszorgaanbieders nog in onvoldoende mate aanwezig en wordt nog te weinig gebruik gemaakt van de module Modernisering en Innovatie. De NZa constateert dat samenwerking nog mono-disciplinair van aard is, want huisartsen werken voornamelijk samen met andere huisartsen, en in veel mindere mate met andere 1^{ste}-lijnszorgaanbieders.

Verder kenmerkt de NZa de huisartsenzorg als weinig transparant waardoor consumenten en zorgverzekeraars de kwaliteit niet kunnen beoordelen, en effectieve onderhandelingen tussen huisartsen en zorgverzekeraars moeilijk zijn. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is nu bezig met het opzetten van een systeem om de kwaliteit te beoordelen.

Toegankelijkheid

De NZa (2007) noemt de toegankelijkheid van de huisartsenzorg goed, maar in grote steden en in nieuwbouwwijken is het voor sommigen een probleem om een huisarts te vinden. Er zijn signalen dat in de toekomst een schaarste aan huisartsen zal ontstaan door toenemende vraag, onvoldoende opvolging van uittredende huisartsen en substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. De telefonische bereikbaarheid en openingstijden na drie uur 's middags laten te wensen over. Volgens de NZa heeft het nieuwe financieringssysteem, in het bijzonder het inschrijftarief, heeft ertoe geleid dat huisartsenpraktijken opener zijn geworden en patiëntenstops deels zijn verdwenen. Dit draagt bij aan een betere toegankelijkheid van huisartsenzorg.

Betaalbaarheid van de huisartsenzorg

De NZa concludeert dat de betaalbaarheid in belangrijke mate wordt bepaald door de tarieven voor huisartsenzorg. Inschrijftarieven en consulttarieven zijn in de praktijk gelijk aan de daarvoor wettelijk geldende maxima. Betaalbaarheid van de huisartsenzorg wordt ook bepaald door de omvang van het volume. Sinds de invoering van het nieuwe financieringssysteem is het aantal consulteenheden sterk gestegen. Volgens zorgverzekeraars komt dit mede door de stijging van het aantal herhalingsrecepten omdat recepten voor kortere periodes gelden. De NZa is van mening dat de ontwikkeling rond de recepten nader onderzoek van de LHV, ZN en CVZ vraagt.

Invloed van huisartsen op het succes van de stelselherziening

Over de invloed van huisartsen op het succes van de stelselherziening-2006 bestaat nog geen volledig inzicht. Wel duidelijk is, dat huisartsen in staat zijn geweest om de principiële werking van het zorgstelsel af te zwakken, en dat verzekeraars er vooralsnog niet in slagen om de doelmatigheid en kosteneffectiviteit in de huisartsenzorg te beïnvloeden. De kwaliteitsnormen van de afdeling Kwaliteit van Zorg (Kwazo) van het UMC St Radboud, de NHG-protocollen, de (weliswaar nog niet verplichte) praktijkaccreditatie, en de op handen zijnde invoering van het elektronische patiëntendossiers in het najaar van 2008, lijken vervolgstappen in de goede richting te zijn voor toetsing en verbetering van kwaliteit en transparantie in de zorg.

Verder is duidelijk dat kosten van huisartsenzorg na de stelselherziening meer zijn toegenomen dan tevoren was verwacht. De NZa geeft aan dat de substitutie van de tweede naar de eerste lijn is bevorderd, maar dat dit nog geen zichtbare besparingen op de tweedelijnszorg heeft opgeleverd. De verbeterde toegankelijkheid kan als een positief effect worden gezien.

Literatuurlijst

Bakker, M. van den 2003, De werkdruk van de huisarts: zorgvraag en arbeidsduur in 1987 en 2001, *Medisch Contact*, Nivel.

Berg, M.J. van den, E.D. Kolthof, D.H. de Bakker en J. van der Zee, 2004, De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: De werkbelasting van huisartsen, Nivel.

Berg, M.J. van den, D.H. Bakker, M. van Roosmalen en J.C.C. Braspenning, 2005, De staat van de huisartsenzorg, Nivel.

Brake, H. te, R. Verheij, H. Abrahamse en D. de Bakker, 2007, Bekostiging van de huisartsenzorg voor en na stelselwijziging, Nivel.

Braspenning, J.C.C., F.G. Schellevis en R.P.T.M. Grol, 2004, Ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, Kwaliteit in huisartsenzorg belicht, Nivel/Kwazo.

Bureau Raedelijk, november 2005, Notitie Module praktijkondersteuning 2006.

Bussemakers, H.J.J.M. 2006, Taakherschikking en taakverdeling in de huisartspraktijk, Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg.

Centraal Bureau voor de Statistiek, juli 2006, Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten.

Centraal Bureau voor de Statistiek, juni 2007, Specialistcontact en medicijngebruik nemen toe in eerste jaar nieuwe zorgstelsel.

Donker, G.A., 2006, Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland 2005, Nivel.

Donker, G.A., september 2007, Huisarts ziet ziektebeelden veranderen, Nivel.

Herten, M. van, 2006, Specialistcontact en medicijngebruik nemen toe in eerste jaar nieuw zorgstelsel, CBS.

Heyerick, J., L. de Prins, J. Maesaneer en F. Mambourg, 1994, Het gebruik van medische dossiers: enquête en Delphi-onderzoek, *Huisarts Nu*.

Kenes, R.J. en L.Hingstman, 2005, Hoe is de huisartsenzorg georganiseerd, RIVM.

Kenes, R.J. en L.Hingstman, 2006, Cijfers uit de registratie van huisartsen, Nivel.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), 2004, Richtlijn online Arts-Patiënt, Landelijke informatie netwerk huisartsenzorg, Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Nieuwsberichten en Kamerstukken.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, januari 2007, Niet van later zorg.

NZa, Oriënterende Monitor Huisartsenzorg, juli 2007, Het nieuwe financieringssysteem en marktwerking in de huisartsenzorg.

NZa, Tarievenlijst Huisartsenzorg per 1 oktober 2007.

Poortvliet, M.C., M. Lamkaddem en W. Devillé, 2005, Niet op naam ingeschreven (NONI) Bij de huisarts, Inventarisatie en gevolgen voor de ziekenfondsverzekerden, Nivel.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2007, Vertrouwen in de arts, Achtergrondstudies.

Schellevis, F.C. en G. Westert, november 2004, Onnodig gebruik huisartsenzorg eerder af- dan toegenomen, Huisarts & Wetenschap, Nivel.

Schellevis, F.C., 2007, Onderzoeksprogramma Huisartsgeneeskundige zorg, Nivel.

Schoen, C., R. Osborn, M. Doty, M. Bishop, J. Peugh en N. Murukutla, november 2007, Toward Higher-Performance Health Systems: Adults Health Care Experiences in Seven Countries, Commonwealth Fund.

Steenbekkers, A., C. Simon, V. Veldheer, 2006, De leefsituatie van platteland en stad vergeleken, SCP.

Vektis, 2007, Zorgmonitor 2007.

Verkleij, H. en R.A.Verheij, Zorg in grote Steden, 2003, RIVM-Nivel.

Zee, J. van der, 2004, De Nederlandse huisarts in Europees perspectief, *Huisarts en Wetenschap*.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN), oktober 2005, Akkoord tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor een Beleidsagenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg voor 2006 en 2007.