

Meting lasten huisartsen

Onderzoek naar de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen

Meting Lasten Huisartsen

Onderzoek naar de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen

Nieuwegein, 7 juli 2008

Drs. ing. P.M.H.H. Bex
Drs. J.J.F.M. van den Hurk
Drs. J.P. Sterrenburg

Samenvatting

Achtergrond

Uit een enquête bij huisartsen (Oriënterende Monitor Huisartsenzorg, NZa: juli 2007) komt naar voren dat er een toename is van de tijdsbesteding aan administratieve taken, die al dan niet samenhangen met de financieringsstructuur. Wanneer huisartsen zich minder hoeven bezig te houden met administratieve taken, kan meer tijd worden besteed aan daadwerkelijke zorgverlening. Hiervan profiteert de patiënt, die als eindgebruiker uiteindelijk de belangrijkste schakel is in de zorgketen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wil op de eerste plaats inzicht hebben in de totale lasten die de verschillende actoren (overheid, brancheorganisaties, zorgverzekeraars) veroorzaken voor huisartsen. In dit onderzoek is uitgegaan van vier soorten lasten, te weten:

- ❑ Administratieve lasten: het gaat hierbij om lasten die door de overheid worden veroorzaakt.
- ❑ Ondernemerslasten: het gaat hierbij om de lasten die huisartsen ondervinden van (1) eigen administratie en (2) diverse stakeholders.
- ❑ Inhoudelijke nalevingslasten: het gaat om de kosten die huisartsen maken om te voldoen aan inhoudelijke verplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid.
- ❑ Ervaren lasten: het gaat hierbij om de wijze waarop de huisartsen het uitvoeren van administratieve handelingen beleven.

Voor dit project zijn van twee huisartsenprofielen (solopraktijk en meerpersoonspraktijk) de lasten in kaart gebracht. Dit is gedaan door de verschillende administratieve werkzaamheden voor huisartsen te bespreken met 15 verschillende huisartsen. Hierbij is voor alle werkzaamheden ingegaan op (a) de tijdsbesteding voor het uitvoeren ervan en (b) de wijze waarop huisartsen de uitvoering ervaren.

Administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen

Voor dit onderzoek zijn circa 25 onderwerpen geïnventariseerd die administratieve werkzaamheden voor huisartsen veroorzaken. Het gaat hierbij om werkzaamheden die huisartsen structureel (bijvoorbeeld de dagelijkse registratie van consulten) en incidenteel (bijvoorbeeld het eenmaal per vijf jaar registreren van de nascholingspunten) uitvoeren. Voor dit onderzoek zijn alle administratieve handelingen in kaart gebracht en gekwantificeerd: zowel de wettelijk verplichte handelingen (die Administratieve Lasten (AL) veroorzaken) als de niet wettelijk verplichte handelingen (die Ondernemerslasten (OL) veroorzaken).

Een gedeelte van de handelingen die AL veroorzaken, heeft een zogenaamde gemengde functie. Dit betekent dat huisartsen deze ook zouden uitvoeren wanneer ze niet wettelijk verplicht zouden zijn. Een belangrijk voorbeeld hiervan is de registratie van consulten. Omdat consulten behoren tot de primaire werkprocessen van huisartsen, zouden zij deze ook registreren zonder wettelijke verplichting.

Kwantitatieve lasten

Tijdens alle interviews met huisartsen zijn de verschillende administratieve handelingen gekwantificeerd. Uit analyse blijkt het volgende:

- ❑ Totale tijdsbesteding is voor beide praktijken vergelijkbaar. In een solopraktijk wordt wekelijks in totaal circa 26 uur besteed aan administratieve werkzaamheden. Circa 18 (68%) uur hiervan is AL en de overige 8 uur (32%) is OL. Bij meerpersoonspraktijken ligt de totale administratieve tijdsbesteding op circa 27 uur per week waarvan 17 uur (62%) AL en 10 uur (38%) OL zijn. De totale tijdsbestedingen zijn voor beide type praktijken vergelijkbaar doordat administratieve handelingen die de meeste

lasten veroorzaken (vastleggen gegevens zorgvrager, declaratieverkeer en verwijsbeleid ziekenhuizen) door huisartsen uit beide type praktijken op vergelijkbare wijze worden uitgevoerd.

- Huisartsen in meerpersoonspraktijken hebben meer ondersteuning, vooral bij het beheer van medische dossiers en het uitvoeren van diverse werkgeversverplichtingen (waaronder het regelen van verzekeringen). In solopraktijken besteden huisartsen gemiddeld circa 13,5 uur (53%) aan administratie terwijl de overige 12,5 uur (47%) door assistenten en praktijkondersteuners wordt uitgevoerd. Bij meerpersoonspraktijken liggen deze getallen op circa 11 uur (40%) voor huisartsen en 16 uur (60%) voor assistenten en praktijkondersteuners. In meerpersoonspraktijken voeren assistenten weliswaar meer administratieve taken uit, maar nemen hier in vergelijking met huisartsen ook meer tijd voor.
- Vastleggen gegevens met betrekking tot zorgvrager veroorzaakt meeste lasten. Wekelijks wordt in solopraktijken circa 12 uur en in meerpersoonspraktijken circa 10,5 uur besteed aan het vastleggen van gegevens met betrekking tot de zorgvrager. De verplichte administratieve handelingen die hiermee samenhangen nemen per handeling weliswaar relatief weinig tijd in beslag, maar door de hoge frequentie (de handelingen worden dagelijks meerdere malen uitgevoerd) zijn de lasten relatief hoog.

Kwalitatieve uitkomsten

Op basis van de interviews met huisartsen is een aantal kwalitatieve uitkomsten geformuleerd. De belangrijkste hiervan zijn hieronder weergegeven:

- *Lasten door declaratieverkeer.* De declaraties (maandelijkse verrichtingen-declaraties en vier keer per jaar de inschrijfgeld declaraties) die huisartsen indienen bij zorgverzekeraars, leiden volgens huisartsen tot knelpunten. Het gaat hierbij vooral om problemen met retouren van zorgverzekeraars (patiënten die niet worden herkend en verschillen in formats retouren). Deze knelpunten hebben zich vooral in de eerste periode na de invoering van de Zorgverzekeringswet (1 januari 2006) voorgedaan.
- *Lasten door indicatiestellingen CIZ.* Volgens huisartsen uit het onderzoek hebben medewerkers van het CIZ onvoldoende competenties om indicaties te stellen. Daarnaast vinden zij indicaties onpersoonlijk (informatie moet per telefoon of post worden aangeleverd) en de doorlooptijd ervan te lang.
- *Niet zinvol om voor bepaalde producten of diensten een machtiging te schrijven.* Voor bepaalde producten is het volgens huisartsen niet zinvol om hier standaard een machtiging voor in te dienen. Daarnaast geven de huisartsen aan dat zij een diagnose dusdanig kunnen overdrijven dat de patiënt het gewenste product door de zorgverzekeraar krijgt vergoed.
- *Een groot deel van de ervaren lasten voor huisartsen wordt veroorzaakt door werkzaamheden die relatief weinig tijd kosten.* Het gaat hierbij om (incidentele) werkzaamheden zoals het stellen van een indicatie, het indienen van machtigingen bij zorgverzekeraars of het versturen van een verwijsbrief.
- *Uitwisselen patiëntendossiers tijdrovend.* Als een patiëntdossier wordt overgedragen aan een andere huisarts, moet de ene huisarts het dossier uitprinten waarna de andere huisarts het vervolgens inscaneert. Doordat wordt gewerkt met verschillende softwarepakketten, is het niet mogelijk om de dossiers digitaal over te dragen. Naast tijdrovend, wordt deze handeling door huisartsen als ervaren last gezien.

Aanbevelingen

Uit het onderzoek zijn verschillende aanbevelingen naar voren gekomen. De belangrijkste hiervan zijn hieronder weergegeven:

1. Benut Inschrijven Op Naam om de administratieve en ervaren lasten voor huisartsen en zorgverzekeraars te reduceren.
2. Maak aan huisartsen duidelijk dat behandeling gerelateerde indicaties voor het CIZ door zorgaanbieders kunnen worden uitgevoerd.
3. Maak digitaal uitwisselen van patiëntendossiers tussen huisartsen onderling mogelijk.
4. Breng als zorgverzekeraars het aantal producten waarvoor een machtiging nodig is, verder terug.
5. Maak aan huisartsen duidelijk dat problemen door verschillen tussen zorgverzekeraars (retourinformatie, codes voor afwijzingen, etc.) kunnen worden gemeld aan de helpdesk van Vecozo.

Inhoudsopgave

Samenvatting	-3-
1 Inleiding	- 4 -
2 Profielen huisartsen	- 5 -
2.1 Profielen huisartsen	- 5 -
2.2 Administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen	- 6 -
2.3 Stakeholders	- 8 -
3 Kwantitatieve lasten huisartsen	- 9 -
3.1 Overzicht lasten solopraktijken	- 9 -
3.2 Overzicht lasten meerpersoonspraktijken	- 11 -
3.3 Vergelijking huisarts solopraktijk en huisarts meerpersoonspraktijk	- 15 -
4 Ervaren lasten van huisartsen	- 18 -
4.1 Berekening Ervaren Lasten	- 18 -
4.2 Ervaringen huisartsen met zorgverzekeraars en het CIZ	- 19 -
4.3 Knelpunten en ergernissen	- 20 -
4.4 Overige opmerkingen	- 23 -
5 Conclusies en aanbevelingen	- 25 -
5.1 Conclusies	- 25 -
5.2 Aanbevelingen	- 27 -
Bijlagen	
I Werkwijze onderzoek	
II Overzicht administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen	

Figuren

- Figuur 1 Overzicht stakeholders huisartsen
- Figuur 2 Overzicht tijdsbesteding per week aan administratieve werkzaamheden door solopraktijken

- Figuur 3 Overzicht AL – solopraktijken
- Figuur 4 Overzicht OL – solopraktijken
- Figuur 5 Overzicht tijdsbesteding per week aan administratieve werkzaamheden door
meerpersoonspraktijken
- Figuur 6 Overzicht AL – meerpersoonspraktijken
- Figuur 7 Overzicht OL – meerpersoonspraktijken
- Figuur 8 Vergelijking AL huisarts solopraktijken en meerpersoonspraktijken
- Figuur 9 Vergelijking OL huisarts solopraktijken en meerpersoonspraktijken
- Figuur 10 Vergelijking totale lasten solopraktijken en meerpersoonspraktijken
- Figuur 11 Het bepalen van de ervaren lasten aan de hand van belevingsfactoren

Kaders

- Kader 1 Profielbeschrijving huisarts solopraktijk
- Kader 2 Profielbeschrijving huisarts meerpersoonspraktijk
- Kader 3 Overzicht administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen
- Kader 4 Knelpunten door declaratieverkeer
- Kader 5 Knelpunten door indicatiestellingen CIZ
- Kader 6 Overige conclusies
- Kader 7 Overige aanbevelingen

Tabellen

- Tabel 1 Belevingsfactoren voor zorgverzekeraars en het CIZ

1 Inleiding

Uit een enquête bij huisartsen¹ komt naar voren dat er een toename is van de tijdsbesteding aan administratieve taken, die al dan niet samenhangen met de financieringsstructuur. Wanneer huisartsen zich minder hoeven bezig te houden met administratieve taken, kan meer tijd worden besteed aan daadwerkelijke zorgverlening. Hiervan profiteert de patiënt, die als eindgebruiker uiteindelijk de belangrijkste schakel is in de zorgketen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wil op de eerste plaats inzicht hebben in de totale lasten die de verschillende actoren (overheid, brancheorganisaties, zorgverzekeraars) veroorzaken voor huisartsen. In dit onderzoek is uitgegaan van vier soorten lasten, te weten:

- ▣ *Administratieve lasten*: het gaat hierbij om lasten uit administratieve taken die voortvloeien uit wet- en regelgeving (zoals informatie aanleveren aan diverse instanties).
- ▣ *Ondernemerslasten*: het gaat hierbij om de lasten uit administratieve taken die niet wettelijk verplicht zijn, maar huisartsen als onderdeel van de bedrijfsvoering uitvoeren.
- ▣ *Inhoudelijke nalevingslasten*: het gaat om de tijd die huisartsen besteden om te voldoen aan inhoudelijke verplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid.
- ▣ *Ervaren lasten*: het gaat hierbij om de wijze waarop de huisartsen het uitvoeren van administratieve handelingen beoordelen.

Aan het begin van het project is een beschrijving gemaakt van de werkzaamheden van huisartsen. Dit is gedaan door profielbeschrijvingen op te stellen van twee typen huisartsen: een huisarts solopraktijk en een huisarts meerpersoonspraktijk. Deze profielen geven op hoofdlijnen een beschrijving van een werkdag van de huisarts. Op basis van de profielbeschrijvingen is een overzicht opgesteld van de administratieve werkzaamheden die huisartsen uitvoeren. Het gaat hierbij zowel om de wettelijk als de niet-wettelijk verplichte administratieve werkzaamheden. De profielbeschrijvingen en het overzicht van administratieve werkzaamheden zijn afgestemd met de NZa, de LHV en huisartsen.

De administratieve werkzaamheden zijn vervolgens besproken met 15 verschillende huisartsen. Hierbij is voor alle werkzaamheden ingegaan op (a) de tijdsbesteding voor het uitvoeren ervan en (b) de wijze waarop huisartsen de uitvoering ervaren. Op basis van de informatie uit de interviews met huisartsen is deze eindrapportage opgesteld.

In de eindrapportage is onder andere beschreven hoe huisartsen de administratieve werkzaamheden ten behoeve van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en zorgverzekeraars beoordelen. Om te voorkomen dat in de rapportage een eenzijdig beeld ontstaat vanuit de huisartsen, zijn ook gesprekken gevoerd met het CIZ en zorgverzekeraars. Hierbij is gesproken over de uitkomsten van het onderzoek en de wijze waarop huisartsen de administratieve werkzaamheden voor het CIZ en zorgverzekeraars beoordelen. De reacties hierop zijn in de eindrapportage verwerkt.

De methodiek voor het meten van (administratieve) lasten is ook gehanteerd in de Nulmeting “Wegnemen (onnodige) Administratieve Lasten door de Zorgautoriteit” (WALZ) die door SIRA Consulting in opdracht van de NZa is uitgevoerd. Het huidige onderzoek gaat verder dan de SIRA nulmeting in het kader van het project WALZ. Immers, het gaat niet alleen om door de NZa veroorzaakte lasten, maar ook om de lasten die andere instanties voor huisartsen veroorzaken.

¹ Het gaat hierbij het om de Oriënterende Monitor Huisartsenzorg die door de NZa in juli 2007 is gepubliceerd.

2 Profielen huisartsen

2.1 Profielen huisartsen

Voor het onderzoek is voor twee typen huisartsen een profielbeschrijving opgesteld. Hierbij gaat het om de huisarts die werkzaam is in een solopraktijk en een huisarts uit een meerpersoonspraktijk. De profielbeschrijvingen geven een beeld van de werkzaamheden van huisartsen en de administratieve handelingen die hierbij worden uitgevoerd.

Kader 1. Profielbeschrijving huisarts solopraktijk

Dick (46 jaar en sinds 12 jaar huisarts) loopt iets voor achten de praktijk in, waar een paar minuten later het spreekuur begint. Hij bekijkt nog snel zijn email om te zien of iemand uit zijn praktijk de avond of nacht ervoor is gezien op de spoedeisende hulp. Een patiënte blijkt gisteravond laat te zijn bevallen van een gezonde dochter. Hij noteert dit in het Huisarts Informatie Systeem (HIS).

Het spreekuur verloopt niet anders dan normaal. Dick ontvangt rond de 20 patiënten en de gegevens van de consulten noteert hij in het HIS. Intussen legt Merel (zijn assistente) een notitie bij hem neer met de vraag of hij zo spoedig mogelijk contact op wil nemen met een verzekeraar. Het gaat om de aanvraag van een rollator die hij heeft ingediend voor een patiënt. De verzekeraar vraagt om aanvullende schriftelijke informatie. Dick stelt een beknopte brief op met de gevraagde gegevens. Vlak voor het middaguur stapt Dick in de auto om langs te gaan bij een oudere patiënt die last heeft van ademhalingsproblemen en niet zelf op het spreekuur kan komen.

Om 13.30 uur zit Dick weer achter zijn bureau voor het telefonische spreekuur. Hij verwerkt elk gesprek direct in het HIS en draait tevens wat herhalingsrecepten uit. De herhalingsrecepten worden deels door de patiënten zelf opgehaald en deels door Merel doorgfaxt naar de betreffende apotheken. Daarna neemt Dick de post door. Sommige brieven legt hij weg voor Merel met de vraag of zij de inhoud ervan wil samenvatten in het HIS bij de betreffende patiënten.

Halverwege de middag regelt hij nog enkele andere praktische zaken. Hij surft naar diverse websites, waaronder van de LHV en het NHG, om te zien of er nog nieuws is dat voor hem van belang is. Ook pleegt Dick enkele telefoontjes. Allereerst belt hij met zijn financieel adviseur om te overleggen op welke wijze hij tegemoet kan komen aan de vraag van Merel om een spaarloonregeling. Daarna belt hij een zorgverzekeraar terug die heeft verzocht om een toelichting op de diagnosecodes van een bepaalde patiënt. Vervolgens belt Dick het laboratorium voor de uitslag van een bloedonderzoek die hij gisteren al per post had verwacht. Als hij alle telefoontjes heeft afgehandeld, besluit Dick het aanmeldingsformulier voor een training er maar eens bij te pakken, voordat de inschrijftermijn is verstreken.

Tussendoor loopt Merel af en toe bij hem binnen met wat vragen over de financiële administratie. Zij heeft deze taak voor een groot deel op zich genomen. Daarnaast is een gedeelte ervan uitbesteed aan een boekhouder. Merel neemt ook steeds meer taken op zich wat betreft het declaratieverkeer met zorgverzekeraars. Morgen zal zij de maandelijkse verrichtingdeclaraties versturen naar de verzekeraars.

De rest van de middag ontvangt Dick nog een aantal patiënten op het spreekuur. Er is een collega die hem wat wil vragen over een patiënte met (waarschijnlijk) psychische problemen. Verder belt een specialist om de uitslag van een onderzoek mee te delen. Dick vermeldt deze in zijn HIS. Tenslotte ontvangt hij nog een telefoontje over het overlijden van een patiënt. Hij noteert dit overlijden op een doodsoorzaakverklaring (B-verklaring) van het CBS en de gemeente.

Tegen 17.30 uur vertrekt Dick naar huis.

Verderop in dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen die voldoen aan bovenstaande profielbeschrijving. In kader 2 op de volgende pagina is een profielbeschrijving gegeven van een huisarts die werkzaam is in een meerpersoonspraktijk.

Kader 2. Profielbeschrijving huisarts meerpersoonspraktijk

Elsbeth (36 jaar) werkt sinds 6 jaar als huisarts in midden Nederland. Samen met drie collega-artsen runt ze een huisartsenpraktijk. In de praktijk werken naast de artsen nog vier doktersassistenten, een diabetesverpleegkundige, twee praktijkondersteuners en een huisarts in opleiding.

Vanochtend loopt Elsbeth haar spreekkamer in om daar direct de eerste patiënten te ontvangen. De resultaten van alle consulten worden direct verwerkt in het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Het spreekuur duurt van 8.00 uur tot 10.00 uur. Er verschijnen 12 patiënten. Voor een drietal patiënten op het spreekuur stelt Elsbeth direct een brief op met een doorverwijzing naar een specialist. Tussendoor ontvangt ze ook een telefoontje van een apotheek. Er is onduidelijkheid over het voorgeschreven recept. Elsbeth overlegt met de apotheker over de juiste medicatie.

Als de laatste patiënt van het spreekuur weg is, neemt Elsbeth haar mail door. Ook zoekt ze op internet naar extra informatie over een aandoening die ze bij een patiënt heeft geconstateerd. Als ze heeft gevonden wat ze zoekt, vraagt ze de assistente om deze informatie samen te vatten. Ook vraagt ze de assistente zorg te dragen voor het versturen van een patiëntendossier naar een collega-arts per aangetekende post.

Aan het eind van de ochtend is een gezamenlijk overleg gepland. Behalve de bespreking van patiënten, roostertechnische zaken en andere bijzonderheden, overlegt het team ook over een nieuwe praktijkbrochure. Eén van de assistenten biedt aan om deze op te stellen. Tenslotte wordt gekeken welke gevolgen de nieuwe standaarden van het NHG hebben voor de huisartsenpraktijk.

Na de lunch vindt Elsbeth een stapeltje post op haar bureau. Er blijkt een aantal retouren tussen te zitten met betrekking tot de maandelijkse declaratie van verzekeraars. Ze geeft haar assistente opdracht eerst de juiste verzekeraars te achterhalen van de betreffende patiënten om deze declaraties opnieuw in te kunnen dienen. Daarnaast zitten tussen de post drie laboratoriumuitslagen. Deze laat Elsbeth direct door haar assistente verwerken in het HIS. Zelf schrijft Elsbeth een korte brief naar het CIZ met daarin haar evaluatie van de toestand van een patiënt die waarschijnlijk opgenomen moet worden in een verpleeghuis.

Het wordt intussen druk in de wachtkamer van de praktijk. Een paar weken geleden zijn een paar honderd mensen door middel van een brief van de praktijk opgeroepen voor de griepvrij. In een aantal shifts komen deze mensen langs. Vandaag staat een shift gepland van 15.00 uur tot 16.00 uur. Twee praktijkondersteuners voeren de injecties uit.

Voor Elsbeth staan deze middag nog enkele telefonische afspraken met patiënten gepland. De meeste ervan betreffen vragen over herhalingsrecepten. Elsbeth draait deze direct uit het HIS en legt ze klaar voor de patiënten om op te halen. Op basis van één gesprek besluit ze even langs te rijden. Het gaat om een vrouw die zichzelf nog maar net kan redden in een zelfstandige woning. Ze is vanochtend gevallen en heeft erg last van haar heup. Elsbeth wil ter plekke kunnen inschatten wat verstandig is om op dit moment te doen. Nader onderzoek van de vrouw geeft voldoende aanleiding om haar door te verwijzen naar het ziekenhuis. Eenmaal terug op de praktijk faxt Elsbeth de verwijzing direct door naar het nabij gelegen ziekenhuis. Ook verwerkt ze de visite in het HIS.

Om 17.30 uur draagt ze een paar zaken aan haar collega over. Dan gaat ze op weg naar huis.

2.2 Administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen

Bij het onderzoek is gekeken naar administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen waar huisartsen in solopraktijken en meerpersoonspraktijken op peildatum 1 januari 2008 mee te maken hebben. Deze handelingen en verplichtingen zijn opgenomen in de module huisartsen naast het kostenmodel NZa.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen die voor huisartsen uit het onderzoek zijn geïdentificeerd. In bijlage II is ook een overzicht van de deelhandelingen weergegeven. Hierbij is tevens aangegeven of de werkzaamheden administratieve lasten (AL) of ondernemerslasten (OL) veroorzaken. AL worden veroorzaakt door administratieve werkzaamheden die voortvloeien uit wet- en regelgeving van de overheid. OL worden veroorzaakt door administratieve werkzaamheden die niet

voortvloeien uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat hierbij om werkzaamheden die huisartsen als onderdeel van hun bedrijfsvoering uitvoeren, zoals werkzaamheden ten behoeve van zorgverzekeraars of brancheorganisaties.

Een aantal administratieve handelingen die wettelijk verplicht zijn, hebben een zogenaamde gemengde functie. Dit betekent dat huisartsen deze werkzaamheden ook zouden uitvoeren wanneer ze niet wettelijk verplicht zouden zijn.

Daartegenover is sprake van een aantal administratieve handelingen die huisartsen niet of in mindere mate zouden uitvoeren wanneer deze niet verplicht zouden zijn. De belangrijkste hiervan zijn:

- ❑ Financiële administratie (opgave omzet, salarissen, etc.).
- ❑ Contracten sluiten met zorgverzekeraars.
- ❑ Kennisnemen van regelgeving.
- ❑ E-registratie.

Kader 3. Overzicht administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen

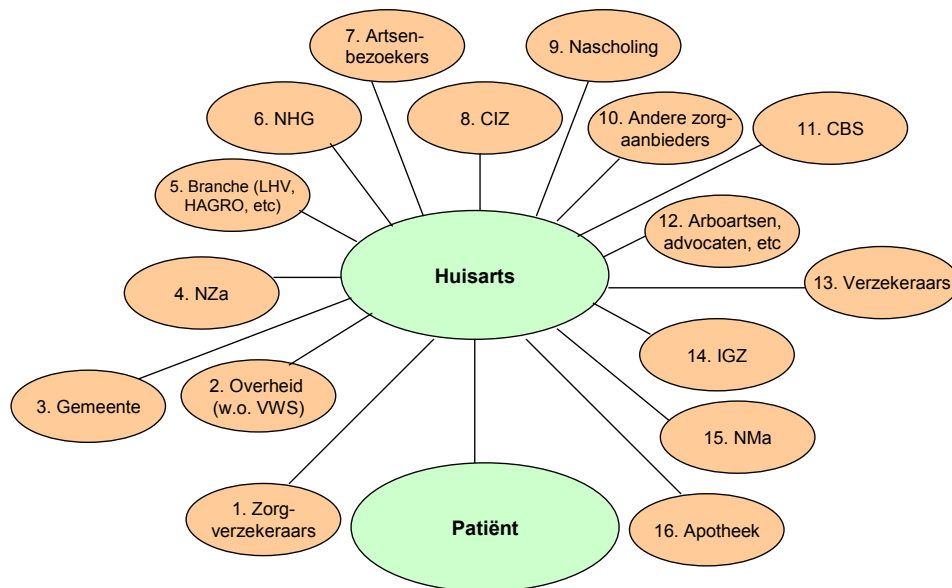
1. Vastleggen gegevens met betrekking tot zorgvrager²
2. Beheer en archivering medische dossiers
3. Voorlichting, advies, instructie en educatie patiënten
4. Financiële administratie (waaronder afstemming met accountant en Belastingdienst)
5. Contracten sluiten met zorgverzekeraars
6. Declaratieverkeer
7. Praktijkmanagement: voorraadbeheer
8. Praktijkmanagement: werkgeversverplichtingen
9. Praktijkmanagement: gemeentelijke werkzaamheden
10. Kennisnemen van regelgeving (NZa, VWS)
11. Ketenoverleg (administratieve handelingen ten behoeve van)
12. Verzekeringen
13. NHG Praktijkaccreditatie
14. BIG en HVCR registratie
15. IGZ inspecties
16. Salarisadministratie (waaronder afstemming met Belastingdienst)
17. E-registratie
18. Gegevens aanleveren aan derden (waaronder het CIZ) t.b.v. dienstverlening patiënten
19. Diverse nalevingslasten
20. Verwijsbeleid ziekenhuizen
21. NZa regelgeving (bezwaar en beroep)
22. Nascholing
23. Huisartsen Informatie Systeem
24. Contact met artsenbezoekers (administratieve handelingen ten behoeve van)
25. Contact met brancheorganisaties (administratieve handelingen ten behoeve van)
26. Administratieve handelingen die samenhangen met het hebben van een apotheek

² Huisartsen leggen de gegevens met betrekking tot de zorgvrager elektronisch vast. Hierbij maken zij doorgaans gebruik van het Huisarts Informatie Systeem (HIS) waarvan verschillende typen bestaan (waaronder Omnihis, Promedico en Tetra). In het HIS worden gegevens over de patiënten en de consulten ingevoerd. Maandelijks kunnen huisartsen automatisch de gegevens uit het HIS als declaraties versturen naar zorgverzekeraars.

2.3 Stakeholders

In de onderstaande figuur is een overzicht gegeven van de verschillende stakeholders waar huisartsen mee te maken hebben. Uit deze figuur komt naar voren dat het aantal stakeholders van huisartsen op minimaal 16 ligt.³ Dit betekent dat huisartsen bij het uitvoeren van hun werkzaamheden met minimaal 16 partijen te maken hebben. Een groot gedeelte daarvan veroorzaakt lasten door administratieve handelingen of inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen.

De omvang van de lasten (zowel kwantitatieve lasten uitgedrukt in tijd en kosten als ervaren lasten) die worden veroorzaakt voor huisartsen, verschilt per stakeholder. In de volgende hoofdstukken wordt duidelijk wie welke lasten veroorzaakt voor huisartsen en bij welke instanties de huisartsen de meeste knelpunten en ergernissen ervaren.



Figuur 1. Overzicht stakeholders huisartsen

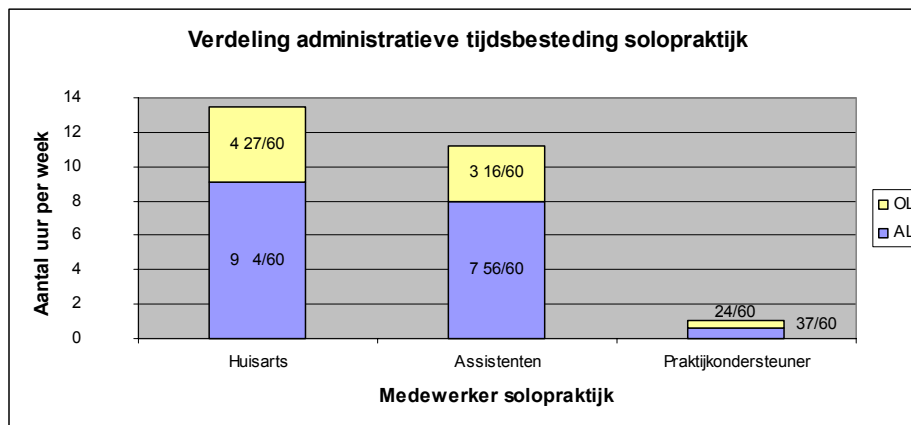
³ In het overzicht zijn zorgaanbieders als één stakeholder genoemd. In de praktijk is sprake van een gevarieerde groep zorgaanbieders waar huisartsen mee te maken hebben, zoals: fysiotherapeuten, verloskundigen, logopedisten, oefentherapeuten, ELP, AMW, laboratoria, instellingen voor GGZ, BJZ, verslavingszorg, GGD, ziekenhuizen, verpleeghuizen, etc. Ook krijgen huisartsen in toenemende mate te maken met zorggroepen. Het aantal stakeholders ligt de praktijk daardoor hoger dan de genoemde zestien.

3 Kwantitatieve lasten huisartsen

3.1 Overzicht lasten solopraktijken

Huisartsen werkten in 2001 gemiddeld 44 uur per week (een voltijd huisarts werkt gemiddeld 47 uur per week).⁴ In dit hoofdstuk wordt beschreven welk gedeelte van een werkweek van huisartsen wordt besteed aan administratieve werkzaamheden. In de onderstaande figuur is een overzicht gegeven van de tijdsbesteding aan administratieve handelingen voor een solopraktijk. Hierbij is onderscheid gemaakt in de tijdsbesteding voor administratieve handelingen die wel (AL) en niet (OL) wettelijk verplicht zijn.

NB De tijdsbestedingen in dit hoofdstuk zijn uitgedrukt in uren en minuten. Een tijdsbesteding van 4 27/60 slaat op 4 uur en 27 minuten.



Figuur 2. Overzicht tijdsbesteding per week aan administratieve werkzaamheden door solopraktijken

Uit de bovenstaande figuur komt voor solopraktijken het volgende naar voren:

1. Huisartsen besteden gemiddeld circa 13,5 uur aan administratieve werkzaamheden. Circa 9 uur (67%) hiervan is AL.
2. Assistenten besteden gemiddeld circa 11 uur aan administratieve werkzaamheden waarvan circa 7,5 uur (71%) AL zijn.
3. Praktijkondersteuners besteden gemiddeld circa 1 uur per week aan administratieve werkzaamheden, zowel voor AL als OL een halfuur.⁵

Administratieve Lasten

In de figuur op de volgende pagina is een overzicht gegeven van de AL voor solopraktijken. Hierbij is per onderdeel de tijdsbesteding per week weergegeven.

Uit de figuur komt het volgende naar voren:

1. De totale AL liggen op circa 18 uur per week. De volgende onderdelen veroorzaken voor solopraktijken de grootste tijdsbesteding:

⁴ Bron: "De werkbelasting van huisartsen", NIVEL: 2004. Er zijn geen recentere gegevens beschikbaar dan de meetresultaten uit 2001. Hierbij dient te worden opgemerkt dat sprake is van aanzienlijke verschillen in het aantal uren dat huisartsen wekelijks aan hun werk besteden. Deze verschillen hangen onder andere samen met het verschil parttime/fulltime en de beschikbaarheid van ondersteuning (assistenten en/of praktijkondersteuners).

⁵ In de meeste huisartsenpraktijken zijn praktijkondersteuners niet fulltime werkzaam. Om die reden is de tijdsbesteding voor administratieve handelingen in vergelijking met huisartsen en assistenten relatief laag.

- Vastleggen gegevens met betrekking tot zorgvrager (circa 12 uur per week). Het gaat hierbij om een gemengde functie wat betekent dat huisartsen deze werkzaamheden ook zouden uitvoeren wanneer ze niet wettelijk verplicht zouden zijn.
 - Verwijsbeleid ziekenhuizen (circa 5 kwartier per week). In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat patiënten toegang hebben tot tweedelijns zorg na verwijzingen van onder andere huisartsen. Omdat deze handeling onderdeel is van de primaire werkzaamheden, is sprake van een gemengde functie.
 - Beheer en archivering medische dossiers (circa 1 uur per week). Ook hierbij gaat het om een gemengde functie: artsen zouden ook de medische gegevens van patiënten archiveren als dit niet wettelijk verplicht zou zijn.
2. De volgende onderdelen veroorzaken voor solopraktijken de laagste tijdsbesteding:
- Verzekeringen (circa 0,5 minuut per week). Niet alle huisartsen uit het onderzoek besteden jaarlijks aandacht aan hun verzekeringen. De tijdsbesteding van de huisartsen die dat wel doen, is verwaarloosbaar.
 - IGZ inspecties (circa 0,5 minuut per week). Met twee solisten is over IGZ inspecties gesproken. Doordat deze huisartsen slechts eenmalig met de IGZ te maken hebben gehad, is sprake van een lage gemiddelde tijdsbesteding per week.
 - Register BIG en HVCR. (circa 1 minuut per week). Huisartsen registreren zich eenmalig in het BIG register. Daarnaast moeten zij eenmaal per 5 jaar aandacht besteden aan de registratie van de nascholingspunten in het HVCR register. Door de lage frequentie, vallen de jaarlijkse lasten relatief laag uit.
3. Apotheekhoudende huisartsenpraktijken besteden wekelijks circa 5 uur meer aan administratieve werkzaamheden dan solopraktijken. In apotheekhoudende solopraktijken wordt dagelijks tijd besteed aan de registratie van medicijnen. Uit het onderzoek komt naar voren dat assistenten hieraan dagelijks tussen de 30 minuten en 2 uur besteden.

Nr.	Onderwerp	Wetgeving	Stakeholder	Totale tijdsbesteding per week
1	Vastleggen gegevens met betrekking tot zorgvrager	1. Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst 2. Wet marktordening gezondheidszorg 3. Zorgverzekeringswet	VWS	12 13/60
2	Beheer en archivering medische dossiers	1. Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst 2. Wet marktordening gezondheidszorg 3. Zorgverzekeringswet	VWS	1 14/60
3	Financiële administratie	Diverse belastingwetten waaronder Wet inkomstenbelasting.	Overheid	1 8/60
4	Contracten zorgverzekeraars	Zorgverzekeringswet	VWS, NZa, NMa	7/60
5	Praktijkmanagement: werkgeversverplichtingen	Diverse wetten op het gebied van arbeidsrecht waaronder Burgerlijk Wetboek en Wet verbetering poortwachter.	Overheid	16/60
6	Kennis nemen van regelgeving (NZa, VWS)	Diverse wetten die voor belang zijn voor huisartsen waaronder Zorgverzekeringswet.	VWS, NZa	14/60
7	Verzekeringen	Diverse wetten waaronder Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering.	Verzekeraars	1/60
8	BIG en HVCR registratie	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg	Overheid	1/60
9	IGZ Inspecties	Diverse wetten waaronder Gezondheidswet en Kwaliteitswet zorginstellingen.	IGZ	1/60
10	Salarisadministratie	Diverse belastingwetten waaronder Wet op de loonbelasting.	Huisarts	17/60
11	E-registratie	1. Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens 2. CBS-wet	CBS/gemeente	7/60
12	Gegevens aanleveren aan derden t.b.v. dienstverlening patiënten	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	CIZ	27/60
13	Verwijsbeleid ziekenhuizen	Zorgverzekeringswet	Ziekenhuizen	1 36/60
14	Nascholing	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg	VWS	2/60
Totaal solopraktijk				17 43/60
Extra AL door apotheekhoudende praktijk		Diverse wetten waaronder Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en Opiumwet	Overheid	5 17/60
Totaal apotheekhoudende solopraktijk				23

Figuur 3. Overzicht AL – solopraktijken

Ondernemerslasten

In de onderstaande figuur is een overzicht gegeven van de OL voor solopraktijken. Hierbij is per onderdeel de tijdsbesteding per week weergegeven.

Nr.	Onderwerp	Stakeholder	Totale tijdsbesteding per week
1	Beheer en archivering medische dossiers	Huisarts	7/60
2	Voorlichting, advies, instructie en educatie patiënten	Huisarts	42/60
3	Declaratieverkeer	Zorgverzekeraar	2 37/60
4	Praktijkmanagement: voorraadbeheer	Huisarts	36/60
5	Praktijkmanagement: werkgeversverplichtingen	Huisarts	2/60
6	Praktijkmanagement: gemeentelijke werkzaamheden	Gemeente	1/60
7	Ketenoverleg (administratieve werkzaamheden t.b.v.)	Zorgaanbieders	15/60
8	NHG praktijkaccreditatie	NHG	43/60
9	Gegevens aanleveren aan derden t.b.v. dienstverlening patiënten	Zorgverzekeraars /derden	1 15/60
11	Huisarts Informatie Systeem	Huisarts	28/60
12	Contact met artsenbezoekers (administratieve handelingen t.b.v.)	Artsenbezoekers	7/60
13	Contact met brancheorganisaties (administratieve handelingen t.b.v.)	Branche	50/60
Totaal solopraktijk			7 43/60

Figuur 4. Overzicht OL – solopraktijken

Uit de figuur komt het volgende naar voren:

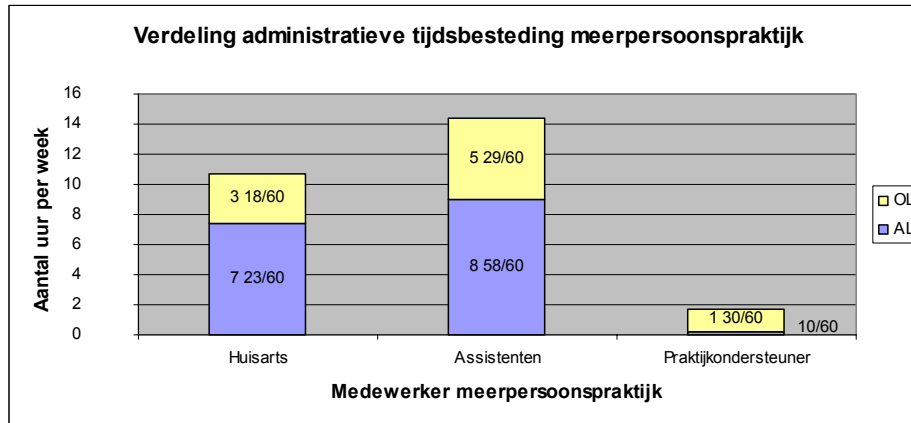
1. De totale OL liggen op circa 8 uur per week.
2. De volgende onderdelen veroorzaken voor solopraktijken de grootste tijdsbesteding:
 - Declaratieverkeer (circa 2,5 uur per week). Op individueel huisartsniveau wordt maandelijks circa 3 dagen besteed aan het declaratieverkeer (indienen declaraties, controleren retouren, afboeken declaraties en herdeclareren).
 - Gegevens aanleveren aan derden ten behoeve van dienstverlening patiënten (circa 5 kwartier per week). Hierbij gaat het om gegevens aanlevering aan bedrijfsartsen, letselschadeadvocaten, etc.
 - Contact met brancheorganisaties (circa 1 uur per week). Hierbij gaat het om het doorlezen van nieuwsbrieven, websites, etc. van sectororganisaties.
3. De volgende onderdelen veroorzaken voor solopraktijken de laagste tijdsbesteding:
 - Praktijkmanagement: gemeentelijke werkzaamheden (circa 1 minuut per week). Niet alle huisartsen uit het onderzoek leveren een bijdrage aan visieplannen van de gemeente.
 - Praktijkmanagement: werkgeversverplichtingen (circa 2 minuten per week). Niet alle huisartsen besteden tijd aan niet verplichte onderdelen (R&E)
 - Contact met artsenbezoekers (circa 7 minuten per week). Niet alle huisartsen besteden tijd aan contacten met artsenbezoekers zoals vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie.

Nalevingslasten

Huisartsen in solopraktijken besteden jaarlijks circa 40 uur aan nascholing. Deze 40 uur komt overeen met 40 nascholingspunten die huisartsen jaarlijks dienen te halen.

3.2 Overzicht lasten meerpersoonspraktijken

In de onderstaande figuur is een overzicht gegeven van de tijdsbesteding aan administratieve handelingen voor een meerpersoonspraktijk. Hierbij is onderscheid gemaakt in de tijdsbesteding voor administratieve handelingen die wel (AL) en niet (OL) wettelijk verplicht zijn.



Figuur 5. Overzicht tijdsbesteding per week aan administratieve werkzaamheden door meerpersoonspraktijken

Uit de bovenstaande figuur komt voor solopraktijken het volgende naar voren:

1. Huisartsen besteden gemiddeld circa 11 uur aan administratieve werkzaamheden. Circa 7,5 uur (69%) hiervan wordt veroorzaakt door administratieve werkzaamheden die wettelijk verplicht zijn (AL).
2. Assistenten besteden gemiddeld circa 14,5 uur aan administratieve werkzaamheden waarvan circa 9 uur (62%) AL is.
3. Praktijkondersteuners besteden gemiddeld circa 2 uur per week aan administratieve werkzaamheden waarvan circa 10 minuten (10%) AL is.

Administratieve Lasten

In de figuur op de volgende pagina is een overzicht gegeven van de AL voor meerpersoonspraktijken. Hierbij is per onderdeel de tijdsbesteding per week weergegeven.

Uit de tabel komt het volgende naar voren:

1. De totale AL liggen op circa 16,5 uur per week.
2. De volgende onderdelen veroorzaken voor meerpersoonspraktijken de grootste tijdsbesteding:
 - ▣ Vastleggen gegevens met betrekking tot zorgvrager (circa 10,5 uur per week). Het gaat hierbij om een gemengde functie wat betekent dat huisartsen deze werkzaamheden ook zouden uitvoeren wanneer ze niet wettelijk verplicht zouden zijn.
 - ▣ Beheer en archivering medische dossiers (circa 2 uur per week). Betreft eveneens een gemengde functie.
 - ▣ Verwijsbeleid ziekenhuizen (circa 1,5 uur per week). Ook deze handeling zouden huisartsen uitvoeren wanneer deze niet verplicht zou zijn (gemengde functie).
3. De volgende onderdelen veroorzaken voor meerpersoonspraktijken de laagste tijdsbesteding:
 - ▣ Gemeentelijke vergunningen (circa 1 minuut per week). Niet alle huisartsen hebben te maken met gemeentelijke vergunningen (bijvoorbeeld parkeervergunning).

- ❑ Verzekeringen (circa 1 minuut per week). De tijdsbesteding van de huisartsen die dat wel doen, is verwaarloosbaar.
- ❑ Register BIG en HVCR. (circa 1 minuut per week). Door de lage frequentie, vallen de jaarlijkse lasten relatief laag uit.

Nr.	Onderwerp	Wetgeving	Stakeholder	Totale tijdsbesteding per week
1	Vastleggen gegevens met betrekking tot zorgvrager	1. Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst 2. Wet marktordening gezondheidszorg 3. Zorgverzekeringswet	WVS	10 28/60
2	Beheer en archivering medische dossiers	1. Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst 2. Wet marktordening gezondheidszorg 3. Zorgverzekeringswet	WVS	1 46/60
3	Financiële administratie	Diverse belastingwetten waaronder Wet inkomstenbelasting	Overheid	38/60
4	Contracten zorgverzekeraars	Zorgverzekeringswet	WVS, NZa, NMa	7/60
5	Praktijkmanagement: werkgeversverplichtingen	Diverse wetten op het gebied van arbeidsrecht waaronder Burgerlijk Wetboek en Wet verbetering poortwachter.	Overheid	7/60
6	Praktijkmanagement: gemeentelijke vergunningen	1. Algemene Plaatselijke Verordening 2. Wet op de ruimtelijke ordening	Gemeente	1/60
7	Kennis nemen van regelgeving (NZa, WVS)	Diverse wetten die voor belang zijn voor huisartsen waaronder Zorgverzekeringswet.	WVS, NZa	23/60
8	Verzekeringen	Diverse wetten waaronder Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering.	Verzekeraars	1/60
9	BIG en HVCR registratie	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg	Overheid	1/60
10	Salarisadministratie	Diverse belastingwetten waaronder Wet op de loonbelasting.	Huisarts	33/60
11	E-registratie	1. Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens 2. CBS-wet	CBS/gemeente	3/60
12	Gegevens aanleveren aan derden t.b.v. dienstverlening patiënten	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	CIZ	48/60
13	Verwijsbeleid ziekenhuizen	Zorgverzekeringswet	Ziekenhuizen	1 33/60
14	Nascholing	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg	WVS	2/60
Totaal meerpersoonspraktijk				16 31/60

Figuur 6. Overzicht AL – meerpersoonspraktijken

Ondernemerslasten

In de figuur is een overzicht gegeven van de OL voor meerpersoonspraktijken. Hierbij is per onderdeel de tijdsbesteding per week weergegeven.

Uit de tabel komt het volgende naar voren:

1. De totale OL liggen op circa 10 uur per week.
2. De volgende onderdelen veroorzaken voor meerpersoonspraktijken de grootste tijdsbesteding:
 - ❑ Declaratieverkeer (circa 4 uur per week). De meeste tijd zit in het controleren van retouren en het indienen van herdeclaraties.
 - ❑ Gegevens aanleveren aan derden ten behoeve van dienstverlening patiënten (circa 2 uur per week). Huisartsen leveren op verzoek informatie aan onder andere bedrijfsartsen.
 - ❑ Contact met brancheorganisaties (circa 5 kwartier per week). Hierbij gaat het om het doorlezen van nieuwsbrieven, websites, etc. van sectororganisaties.
3. De volgende onderdelen veroorzaken voor meerpersoonspraktijken de laagste tijdsbesteding:
 - ❑ Praktijkmanagement: werkgeversverplichtingen (circa 1 minuut per week). Niet alle huisartsen besteden tijd aan niet verplichte onderdelen.

- ❑ Contact met artsenbezoekers (circa 2 minuten per week). Hieraan wordt niet door alle huisartsen aandacht besteed.
- ❑ Administratieve werkzaamheden ten behoeve van ketenoverleg (circa 17 minuten per week). Niet alle overleggen met partners in de zorgketen gaat gepaard met administratieve werkzaamheden.

Nr.	Onderwerp	Stakeholder	Totale tijdsbesteding per week
1	Beheer en archivering medische dossiers	Huisarts	54/60
2	Voorlichting, advies, instructie en educatie patiënten	Huisarts	37/60
3	Declaratieverkeer	Zorgverzekeraar	3 55/60
4	Praktijkmanagement: voorraadbeheer	Huisarts	30/60
5	Praktijkmanagement: werkgeversverplichtingen	Huisarts	1/60
7	Ketenoverleg (administratieve werkzaamheden t.b.v.)	Zorgaanbieders	17/60
8	NHG praktijkaccreditatie	NHG	41/60
9	Gegevens aanleveren aan derden t.b.v. dienstverlening patiënten	Zorgverzekeraars /derden	1 47/60
10	Huisarts Informatie Systeem	Huisarts	19/60
11	Contact met artsenbezoekers (administratieve handelingen t.b.v.)	Artsenbezoekers	2/60
12	Contact met brancheorganisaties (administratieve handelingen t.b.v.)	Branche	1 14/60
Totaal meerpersoonspraktijk			10 17/60

Figuur 7. Overzicht OL – meerpersoonspraktijken

Nalevingslasten

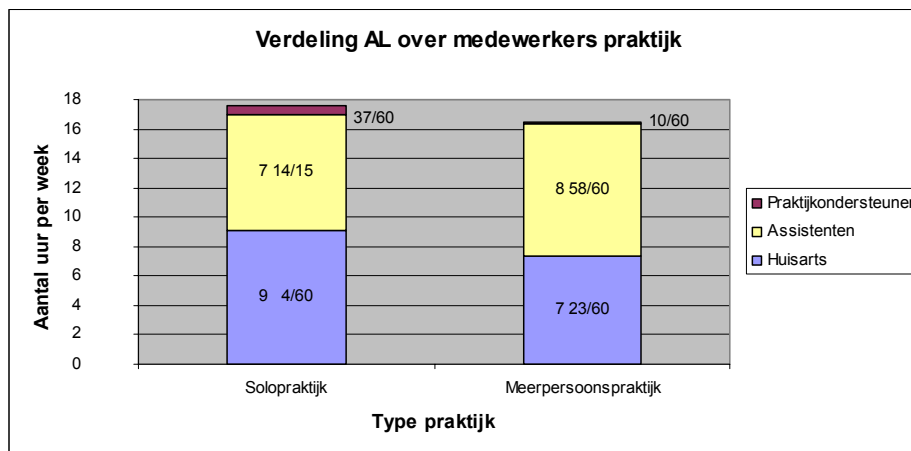
Ook huisartsen in meerpersoonspraktijken besteden jaarlijks circa 40 uur aan nascholing wat overeenkomst met 40 nascholingspunten die huisartsen jaarlijks dienen te halen.

3.3 Vergelijking huisarts solopraktijk en huisarts meerpersoonspraktijk

Op basis van de resultaten van het onderzoek, kunnen de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen van huisartsen uit de beide profielen met elkaar worden vergeleken.

Administratieve Lasten

In de onderstaande figuur zijn de AL voor de solopraktijk en meerpersoonspraktijk naast elkaar gezet.



Figuur 8. Vergelijking AL huisarts solopraktijken en meerpersoonspraktijken

Op basis van de resultaten komt het volgende naar voren:

1. De totale AL zijn voor beide type praktijken vergelijkbaar, namelijk circa 17 uur per week.
2. In meerpersoonspraktijken komt in vergelijking met solopraktijken een relatief groter gedeelte van de AL voor rekening van assistenten (en praktijkondersteuners)⁶, namelijk respectievelijk 49% en 55%. De meerpersoonspraktijken uit het onderzoek hebben relatief meer ondersteuning dan solopraktijken. Deze ondersteuning komt vooral tot uiting bij het beheer van medische dossiers en diverse werkgeversverplichtingen. De totale tijdsbesteding voor assistenten ligt in meerpersoonspraktijken hoger dan in solopraktijken. Dit komt doordat assistenten langer doen over het uitvoeren van bepaalde administratieve handelingen dan huisartsen.
3. Voor beide praktijken geldt dat het vastleggen van gegevens met betrekking tot de zorgvrager de hoogste tijdsbesteding veroorzaakt. Echter, deze werkzaamheden zouden huisartsen ook uitvoeren wanneer ze niet verplicht zouden zijn.

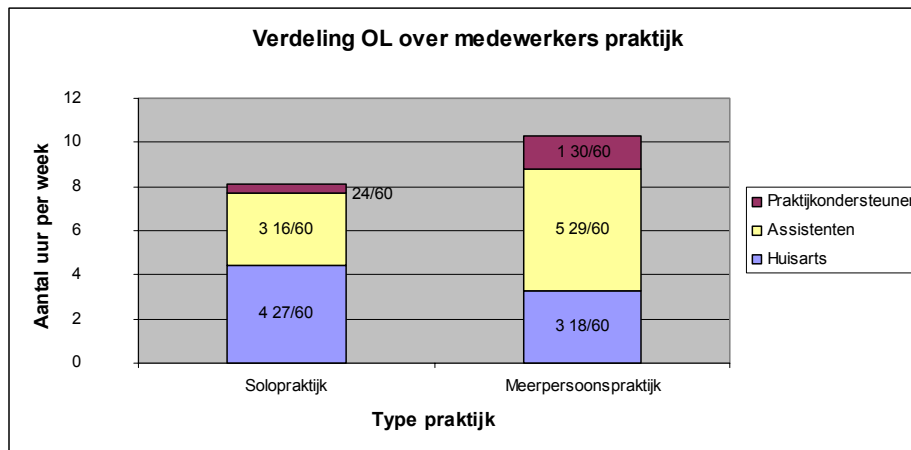
Ondernemerslasten

In de figuur op de volgende pagina zijn de OL voor de solopraktijk en meerpersoonspraktijk naast elkaar gezet.

⁶ Met ondersteuning worden vooral assistenten bedoeld. Uit het onderzoek komt naar voren dat praktijkondersteuners een beperkt gedeelte van de administratieve handelingen uitvoeren.

Op basis van de resultaten komt het volgende naar voren:

1. In meerpersoonspraktijken liggen de OL in vergelijking met solopraktijken hoger, namelijk respectievelijk circa 8 en 10 uur. Meerpersoonspraktijken hebben in vergelijking met solopraktijken een grotere capaciteit aan assistenten en praktijkondersteuners.
2. In meerpersoonspraktijken komt circa 68% van de OL voor rekening van assistenten en praktijkondersteuners. Dit percentage ligt voor solopraktijken op circa 45%. Huisartsen in meerpersoonspraktijken hebben een relatief groter gedeelte van de administratieve taken (waaronder declaratieverkeer) uit handen gedelegeerd. Uit het onderzoek blijkt dat praktijkondersteuners een relatief klein gedeelte van hun tijd besteden aan administratieve taken. Praktijkondersteuners besteden relatief veel tijd aan zorggerelateerde taken.
3. In beide praktijken veroorzaken administratieve werkzaamheden die samenhangen met het declaratieverkeer de hoogste lasten. Maandelijks wordt enkele dagen besteed aan het indienen van de declaraties, het controleren van de retouren en het indienen van herdeclaraties.



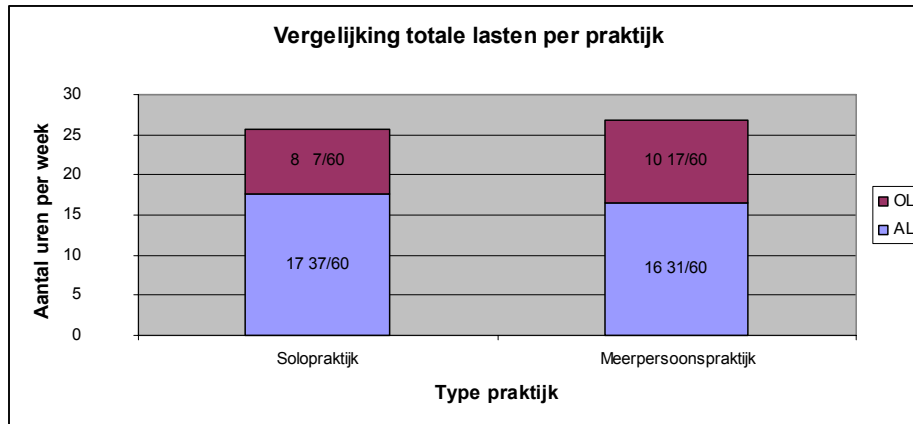
Figuur 9. Vergelijking OL huisarts solopraktijken en meerpersoonspraktijken

Nalevingslasten

Deze tijdsbesteding is voor beide profielen vergelijkbaar. De tijdsbesteding voor nascholing bedraagt circa 40 uur per jaar.

Totale lasten voor huisartsen

Uit het onderzoek komt naar voren dat de totale lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor de solopraktijk of een meerpersoonspraktijk dicht bij elkaar liggen (zie figuur 10). Voor een belangrijk deel kunnen deze vergelijkbare lasten worden verklaard doordat het overgrote deel van de werkzaamheden die lasten veroorzaken, door alle huisartsen uit de beide profielen worden uitgevoerd. Dit betekent dat huisartsen uit meerpersoonspraktijken niet met meer of minder administratieve handelingen te maken hebben dan solopraktijken. Wel zijn verschillen te vinden in de tijdsbesteding voor de afzonderlijke werkzaamheden en de frequentie hiervan.



Figuur 10. Vergelijking totale lasten solopraktijken en meerpersoonspraktijken

4 **Ervaren Lasten van huisartsen**

4.1 **Berekening Ervaren Lasten**

De kwalitatieve beoordeling van de ervaren lasten gaat over het volgende:

“De ervaren lasten worden gedefinieerd als de subjectieve beleving en beoordeling door de huisartsen van de administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen die zij uitvoeren en de wijze waarop hier door stakeholders invulling aan wordt gegeven.”

De ervaren lasten van huisartsen zijn in beeld gebracht door voor alle administratieve handelingen na te gaan op welke manier huisartsen de uitvoering hiervan beleven. Een overzicht van de belangrijkste knelpunten en ergernissen die bepalend zijn voor de ervaren lasten van huisartsen, is verderop in dit hoofdstuk opgenomen.

Aanvankelijk was het de bedoeling om voor alle partijen waar huisartsen mee te maken hebben, de ervaren lasten in beeld te brengen met behulp van zes belevingsfactoren. De interviews met huisartsen hebben echter uitgewezen dat dit niet mogelijk is. Huisartsen hebben weliswaar te maken met meerdere partijen, maar niet voor alle partijen is het mogelijk om iets te vertellen over de ervaringen. Dit komt doordat huisartsen in de praktijk beperkt contact hebben met deze partijen. Voorbeelden hiervan zijn de NZa, het ministerie van VWS, de IGZ, gemeenten en het CBS. Huisartsen hebben slechts incidenteel met deze partijen te maken waardoor het (a) niet mogelijk is gebleken om de ervaren lasten weer te geven met behulp van belevingsfactoren en (b) beperkte toegevoegde waarde heeft om de belevingsfactoren uit te werken.

Voor twee instanties zijn de ervaren lasten in beeld gebracht met behulp van zes belevingsfactoren. Het betreft de zorgverzekeraars en het CIZ. De keuze voor zorgverzekeraars is een bewuste keuze omdat een belangrijk deel van de administratieve handelingen van huisartsen ten behoeve van zorgverzekeraars worden uitgevoerd. De keuze voor het CIZ is voortgekomen uit de interviews met de huisartsen. Aan de huisartsen is gevraagd wie zij naast de zorgverzekeraars zien als belangrijke stakeholder. Hierop werd in de meeste gevallen het CIZ genoemd. Om die reden zijn de zes belevingsfactoren ook voor het CIZ doorgenomen. Tevens is een aanzienlijk gedeelte van de ervaren lasten te relateren aan zorgverzekeraars en het CIZ.

Voor de financiering van hun werkzaamheden hebben huisartsen te maken met zorgverzekeraars. Huisartsen kunnen met zorgverzekeraars afspraken maken over de tarieven voor de extra verschillende verrichtingen. Eenmaal per kwartaal dienen huisartsen de inschrijfgeld declaraties in waarbij zij per patiënt een bedrag krijgen uitgekeerd. Daarnaast kunnen huisartsen maandelijks de verrichtingen-declaraties in waarbij zij voor de verrichtingen een afgesproken tarief ontvangen. Doordat patiënten zijn verzekerd bij meerdere zorgverzekeraars, dienen huisartsen met meerdere zorgverzekeraars af te spraken te maken en bij meerdere zorgverzekeraars declaraties in te dienen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of patiënten recht hebben op zorg die valt onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Hierbij kan het gaan om verpleging, persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling of verblijf in een instelling. De cliënt, maar ook de huisarts kan zelf contact opnemen met het CIZ voor het uitvoeren van een indicatie. Daarnaast is het mogelijk dat het CIZ de huisarts benadert om informatie te verkrijgen over het medische verleden of de huidige medische toestand van een patiënt.

Door huisartsen de zes belevingsfactoren te laten beoordelen, is meer inzage verkregen over hoe huisartsen het handelen van zorgverzekeraars en het CIZ ervaren. De resultaten zijn vervolgens besproken met deskundigen van zorgverzekeraars en het CIZ. In de volgende paragraaf worden de belangrijkste resultaten op hoofdlijnen samengevat. Hierbij zijn zowel de ervaren lasten van huisartsen als de reacties hierop van zorgverzekeraars en het CIZ weergegeven.

De volgende belevingsfactoren zijn besproken met huisartsen:

1. De *proportionaliteit* van de administratieve handelingen.
2. De *duidelijkheid* over het doel van de administratieve handelingen.
3. De *dienstverlening* vanuit de stakeholders (zorgverzekeraars en CIZ).
4. De *toegankelijkheid* van de stakeholders.
5. De *doorlooptijd* van administratieve handelingen.
6. De *tijdigheid* van administratieve handelingen.

4.2 Ervaringen huisartsen met zorgverzekeraars en het CIZ

In de onderstaande tabel is weergegeven hoe de huisartsen de belevingsfactoren voor de zorgverzekeraars en het CIZ beoordelen. Per belevingsfactor is een korte toelichting gegeven.

Tabel 1. Belevingsfactoren voor zorgverzekeraars en het CIZ

Belevingsfactor	Zorgverzekeraars	CIZ
1. Proportionaliteit	Matig/onvoldoende: werkzaamheden voor controleren retouren en invullen machtigingen worden als disproportioneel ervaren.	Matig/onvoldoende: huisartsen hebben de indruk dat zij standaard bij indicatiestellingen worden betrokken zonder dat zij hier een vergoeding voor krijgen.
2. Duidelijkheid	Voldoende: achterliggende doelen administratieve handelingen duidelijk.	Onvoldoende: het is voor huisartsen niet duidelijk in welke gevallen zij wel en niet worden betrokken bij indicaties.
3. Dienstverlening	Matig: huisartsen ervaren gebrekkige medewerking bij problemen met indienen declaraties.	Matig/onvoldoende: volgens huisartsen heeft het CIZ onvoldoende personeel met medische kennis in dienst.
4. Toegankelijkheid	Matig: zorgverzekeraars zijn volgens huisartsen matig telefonisch bereikbaar. Huisartsen geven voorkeur aan een vaste accountmanager.	Matig: volgens huisartsen vindt communicatie uitsluitend via brieven of telefoon plaats terwijl behoefte is aan face-to-face contact.
5. Doorlooptijd	Matig: huisartsen ervaren de doorlooptijd voor de afhandeling van verrichtingen-declaraties als lang.	Matig: de doorlooptijd voor het invullen van formulieren ten behoeve van de indicatie is volgens huisartsen te kort.
6. Tijdigheid	Matig: de doorlooptijd voor het doorvoeren van mutaties van patiënten en het verwerken van machtigingen is volgens huisartsen te lang.	Matig: volgens huisartsen is sprake van te lange doorlooptijd bij het stellen van indicaties.

Voor de zorgverzekeraars worden de volgende belevingsfactoren als grootste knelpunt ervaren:

- ▣ *Proportionaliteit administratieve handelingen.* Uit het voorgaande hoofdstuk komt naar voren dat huisartsen een beperkt gedeelte van hun tijd besteden aan administratieve werkzaamheden ten behoeve van zorgverzekeraars (onderhandelen, afsluiten contracten, declareren per verrichting, controleren retourinformatie en indienen van machtigingen). Toch ervaren huisartsen een toename van de administratieve handelingen die voor zorgverzekeraars moeten worden uitgevoerd. Volgens huisartsen worden door zorgverzekeraars fouten gemaakt (zoals het niet op orde hebben van patiëntenbestanden) waardoor zij extra tijd moeten besteden aan het controleren van retourinformatie en de herdeclaraties. Daarnaast ervaren huisartsen lasten door het invullen en opsturen van machtigingen

naar zorgverzekeraars. Huisartsen vinden het overbodig om voor bepaalde onderwerpen een machtiging op te sturen.

- *Tijdigheid.* Dit punt hangt samen met het vorige. Volgens huisartsen hebben zorgverzekeraars niet tijdig mutaties in het patiëntenbestand verwerkt waardoor problemen ontstaan bij de declaraties. Dit vormt een belangrijk knelpunt. De overige administratieve handelingen worden volgens de huisartsen tijdig uitgevoerd. Zo ontstaan nauwelijks problemen doordat zorgverzekeraars te laat zijn met het verwerken van machtigingen.

Voor het CIZ worden de volgende belevingsfactoren als grootste knelpunt ervaren:

- *Proportionaliteit.* Huisartsen hebben de indruk dat zij standaard door het CIZ worden geraadpleegd bij indicatiestellingen. Zij ervaren dit als onterecht. Volgens de huisartsen zou het CIZ bepaalde indicaties zonder tussenkomst van huisartsen moeten kunnen stellen. Dit gevoel wordt versterkt doordat zij de werkzaamheden voor het CIZ niet per indicatie mogen declareren. Reacties op de vergoeding voor diensten ten behoeve van het CIZ, komen terug bij aanbeveling 2 (pagina 28) en kader 7 (pagina 29).
- *Dienstverlening.* De huisartsen uit het onderzoek hebben de indruk dat het CIZ onvoldoende personeel in dienst heeft met medische kennis waardoor de communicatie tussen huisartsen en het CIZ niet altijd optimaal verloopt. Zij vinden het belangrijk om indicaties op artsenniveau te bespreken. Daarnaast vinden de huisartsen het onpersoonlijk om indicaties via de telefoon of per brief af te handelen. Volgens hen kan het nodig zijn om over bepaalde indicaties uitgebreider (face-to-face) te spreken.

4.3 Knelpunten en ergernissen

Uit het onderzoek is een aantal knelpunten en ergernissen naar voren gekomen van huisartsen bij het uitvoeren van administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen. De belangrijkste knelpunten en ergernissen worden (in volgorde van belangrijkheid) in deze paragraaf weergegeven. Per knelpunt is weergegeven op welke stakeholder deze van toepassing is.

De knelpunten die betrekking hebben op zorgverzekeraars, zijn besproken met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en één zorgverzekeraar. De knelpunten die betrekking hebben op het CIZ, zijn besproken met deze organisatie. De reacties zijn per knelpunt weergegeven.

1. *Toename lasten door declaratieverkeer*

Stakeholder: zorgverzekeraars. Eenmaal per kwartaal dienen huisartsen de inschrijfgeld declaraties in waarbij zij van zorgverzekeraars een vast bedrag per ingeschreven patiënt ontvangen. Daarnaast dienen huisartsen elke maand hun verrichtingen-declaraties in. Hierbij worden alle verrichtingen die in achterliggende maand zijn uitgevoerd in rekening gebracht. Het declaratieverkeer betekent volgens de huisartsen een toename van de kwantitatieve lasten (toename tijdsbesteding). Daarnaast zorgt het declaratieverkeer voor een aantal knelpunten en ergernissen. De belangrijkste hiervan worden in kader 4 toegelicht.

Reactie zorgverzekeraars. In de eerste periode na de invoering van de Zorgverzekeringswet (1 januari 2006) was volgens de zorgverzekeraars sprake van opstartproblemen. De respondenten kunnen het knelpunt van huisartsen begrijpen, maar geven duidelijk aan dat het voor een belangrijk gedeelte gaat om eenmalige lasten na invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006: de laatste tijd zijn de problemen minder geworden. Het is volgens zorgverzekeraars belangrijk dat huisartsen hun patiëntenadministratie op orde hebben. Daar ligt volgens hen een belangrijk gedeelte van de problemen die zich voordoen bij het declaratieverkeer. Mutaties als gevolg van geboorten, verhuizen, overlijden, trouwen, etc. zouden meteen in de administratie moeten worden verwerkt.

Kader 4. Knelpunten door declaratieverkeer

1. *Verschillende formats retouren zorgverzekeraars.* Als declaraties niet kloppen, wordt dit volgens de huisartsen uit het onderzoek door verzekeraars op verschillende manieren duidelijk gemaakt. De ene zorgverzekeraar zou de retourinformatie per post versturen, de andere per PDF bestand of een elektronisch bestand dat via een apart programma moet worden geopend. Volgens de huisartsen is dit onoverzichtelijk en zou het beter zijn als zorgverzekeraars de retourinformatie op dezelfde manier aanleveren.
Reactie zorgverzekeraars: dit probleem heeft zich volgens de respondenten alleen in de opstartfase (2006) voorgedaan. Momenteel is sprake van standaarden waarin staat vermeld dat alle zorgverzekeraars hun retouren volgens hetzelfde format (elektronisch) moeten aanleveren.
Reactie LHV: Nog steeds komt veel retourinformatie per post of niet volgens de juiste standaard bij huisartsen terecht. Nog steeds zijn er problemen met de afhandeling van oude declaraties.
2. *Problemen door patiënten die wisselen van zorgverzekeraar.* Patiënten kunnen jaarlijks veranderen van zorgverzekeraar. Zij moeten voor 1 januari hun huidige verzekering hebben opgezegd, maar hebben tot 1 februari de tijd om zich bij een nieuwe verzekeraar aan te sluiten. Daardoor kunnen zich problemen voordoen bij de inschrijfgelddeclaraties over het eerste kwartaal. Die worden volgens huisartsen vooral veroorzaakt doordat zorgverzekeraars hun polisadministratie niet op orde hebben. Daarnaast ontstaan problemen doordat patiënten dubbel staan ingeschreven. Een centrale database waarin de persoonlijke gegevens van de patiënten zijn gekoppeld aan de huisarts bij wie ze ingeschreven staan is wenselijk.
Reactie zorgverzekeraars: dit knelpunt doet zich alleen voor in de maand januari omdat dan de polismutaties moeten worden verwerkt. Door zorgverzekeraars wordt dan ook een declaratievrije maand januari bepleit. Omdat de polisadministratie de kerntaak van zorgverzekeraars is, is het volgens de respondenten niet terecht dat huisartsen denken dat dit niet op orde is. Daar komt volgens de verzekeraars bij dat circa 4% (in 2007)⁷ van de patiënten verandert van zorgverzekeraar. Tevens is de overstapperperiode van één maand in de wet vastgelegd waardoor zij problemen in de eerste maand niet in de hand hebben.
Reactie LHV: de jaarlijkse overstap van verzekerden vormt voor huisartsen een jaarlijks (structureel) probleem. Dat deze overstapperperiode een wettelijke basis kent is voor de huisarts niet relevant; het blijft daarmee een last. Dit jaar komt daar de invoering van het BSN nog bij. Dit levert een zeer grote hoeveelheid administratief werk op voor huisartsen en huisartspraktijken (vooral veroorzaakt door patiënten en BSN nummers die niet worden herkend).
3. *Patiënten worden niet door verzekeraars herkend.* In de praktijk worden niet alle declaraties door zorgverzekeraars uitbetaald. Dit komt volgens huisartsen doordat bepaalde patiënten niet worden herkend door zorgverzekeraars. Huisartsen moeten vervolgens aantonen dat de patiënten daadwerkelijk bij de praktijk zijn aangesloten. Dit wordt als vervelend ervaren.
Reactie zorgverzekeraars: volgens de zorgverzekeraars ontstaan problemen bij declaraties doordat (a) huisartsen verkeerde tarieven hanteren voor bepaalde handelingen en (b) in de maand januari de gegevens van patiënten die zijn veranderd van verzekeraar nog niet zijn verwerkt in de systemen van zorgverzekeraars. Omdat het gaat om een in de Zorgverzekeringswet vastgelegde overstapperperiode van een maand, kunnen zorgverzekeraars niets doen aan dit laatste punt.
Reactie LHV: Belangrijke problemen blijven het rigoureuze afwijzen van betalingen door de zorgverzekeraar en de gebrekkige retourinformatie.
4. *Geen goede koppeling bestanden Vecozo en zorgverzekeraars.*⁸ Declaraties worden door huisartsen verstuurd naar Vecozo die vervolgens alle declaraties bundelt en doorstuurt naar de verschillende zorgverzekeraars. De bestanden van verzekeraars zijn gekoppeld met de bestanden van Vecozo. Volgens de huisartsen uit het onderzoek is bij sommige verzekeraars sprake van een oude koppeling waardoor niet wordt uitgegaan van de recente informatie. Door deze oude koppelingen, worden bepaalde patiënten niet herkend wanneer huisartsen declaraties indienen.
Reactie zorgverzekeraars: bij de respondenten zijn geen problemen bekend met de koppeling van bestanden met Vecozo. Volgens hen kan het probleem worden veroorzaakt doordat niet alle huisartsen volledig op de hoogte zijn van de mogelijkheden van Vecozo.
5. *Verschillende codes voor afwijzingen.* Volgens de huisartsen hanteren zorgverzekeraars eigen codes om aan te geven waarom bepaalde declaraties niet worden uitbetaald. Hierdoor moeten zij en hun assistenten voor alle zorgverzekeraars bijhouden wat de verschillende codes betekenen.

⁷ Bron: "Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag", Vektis: 2008.

⁸ Vecozo staat voor Veilige Communicatie in de Zorg. Huisartsen (en andere zorgaanbieders) kunnen via Vecozo onder andere hun declaraties indienen. Vecozo zorgt ervoor dat de declaraties bij de juiste zorgverzekeraars terecht komen. De diensten van Vecozo zijn voor zorgaanbieders kosteloos. De zorgverzekeraars nemen gezamenlijk alle kosten op zich.

(knelpunten door declaratieverkeer: vervolg)

Reactie zorgverzekeraars: zorgverzekeraars maken gebruik van dezelfde retourcode tabel. Deze codes zijn ingevoerd in het HIS. Indien de retouren en afwijzingen binnenkomen, worden deze door middel van de retourcode tabel automatisch uitgelezen. Wijzigingen in de tabel, worden automatisch in het HIS verwerkt. In bepaalde gevallen worden afwijzingen door zorgverzekeraars per post verstuurd. Hierdoor kan het zijn dat huisartsen te maken krijgen met verschillende codes. Het per post versturen van afwijzingen is echter tegen de afspraken tussen ZN en zorgverzekeraars in.

6. *Onduidelijkheid over berekeningsmethodiek zorgverzekeraars.* Niet voor alle huisartsen uit het onderzoek is duidelijk op welke manier berekeningen van declaraties en correcties tot stand komen. Zo komt het voor dat huisartsen teveel declareren. Zorgverzekeraars compenseren dit teveel gedeclareerde bedrag de volgende maand, maar maken hier volgens de huisartsen geen melding van. Hierdoor moeten zij extra tijd besteden aan het begrijpelijk krijgen van de retourinformatie.

Reactie zorgverzekeraars: zorgverzekeraars hanteren allemaal hun eigen systematiek voor de berekening van vergoedingen en het uitleggen hiervan. Volgens de zorgverzekeraars ontstaat onduidelijkheid over de berekeningsmethodiek vooral bij huisartsen die (a) fouten maken in de declaraties en (b) huisartsen die een voorschot hebben aangevraagd. In het laatste geval krijgen huisartsen een voorschot en wordt achteraf het daadwerkelijke bedrag berekend.

7. *Afwijzingen declaraties worden niet altijd (voldoende) toegelicht.* Indien declaraties worden afgewezen, wordt volgens huisartsen niet altijd door zorgverzekeraars duidelijk gemaakt wat de reden hiervan is.

Reactie zorgverzekeraars: door middel van de retourcodes kunnen huisartsen nagaan waarom declaraties zijn afgewezen. Bij uitzonderlijke gevallen is sprake van een zogenaamde restcategorie, maar hier wordt volgens de respondenten relatief weinig gebruik van gemaakt. Volgens de zorgverzekeraars zouden uitzonderlijke afwijzingen beter kunnen worden toegelicht. In deze gevallen gaat het meestal om maatwerk waardoor niet kan worden volstaan met retourcodes.

2. *De werkwijze bij indicatiestellingen voor het CIZ worden door huisartsen als onprettig ervaren.*

Stakeholder: CIZ. Volgens de huisartsen veroorzaken de indicatiestellingen een aantal knelpunten en ergernissen. De belangrijkste staan in kader 5 opgesomd.

Reactie CIZ. Volgens het CIZ heeft een gedeelte van de knelpunten en ergernissen te maken met onwetendheid over de werkwijze van het CIZ. In kader 5 is per knelpunt een reactie van het CIZ weergegeven.

Kader 5. Knelpunten door indicatiestellingen CIZ

1. *CIZ onvoldoende competenties.* Het CIZ heeft volgens de huisartsen uit het onderzoek onvoldoende competenties om indicaties te stellen. Dit komt volgens de huisartsen doordat indicatiestellers onvoldoende medische deskundigheid hebben.

Reactie CIZ: op alle locaties van het CIZ zijn artsen aanwezig dan wel telefonisch bereikbaar. Alle medewerkers die indicaties stellen zijn minimaal HBO geschoold en hebben een zorgachtergrond. Incidenteel kan het voorkomen dat medewerkers niet alles weten over een zorgsituatie, maar dit komt volgens het CIZ hoofdzakelijk voor bij bijzondere ziektebeelden.

Indicaties voor huishoudelijke hulp (WMO) worden door gemeenten uitgevoerd. Voor ambtenaren van gemeenten is dit een relatief nieuw werkveld. Dit komt doordat gemeenteamttenaren pas sinds de invoering van de WMO (1 januari 2007) met indicatiestellingen te maken hebben. Huisartsen kunnen hun ervaringen met gemeenten verwarren met indicaties van het CIZ.

2. *Huisartsen mogen indicaties CIZ niet afzonderlijk in rekening brengen.* De vergoeding voor indicatiestelling is verwerkt in de inschrijfgeld declaraties die huisartsen per kwartaal indienen (€ 52 per jaar). Dit betekent dat zij niet per indicatie kunnen declareren. De huisartsen uit het onderzoek geven er de voorkeur aan om de indicatiestellingen afzonderlijk te declareren.

Reactie CIZ: het CIZ kan zich voorstellen dat huisartsen die relatief veel indicaties moeten stellen (bijvoorbeeld huisartsen in een wijk met veel ouderen) per indicatie willen declareren. Volgens het CIZ bestaat hierbij wel het risico dat de betalende instanties hogere eisen gaan stellen aan indicaties.

(knelpunten door indicatiestelling CIZ: vervolg)

3. *Veel informatie indicatiestellers reeds bekend.* Huisartsen uit het onderzoek hebben de indruk dat zij bij indicatiestellingen standaard worden geraadpleegd door het CIZ. Volgens de huisartsen is het wenselijk dat het CIZ bij relatief eenvoudige indicaties (wel of geen thuiszorg nodig) minder gebruik zou maken van huisartsen doordat zij op basis van reeds bestaande informatie over de lichamelijke of geestelijke toestand van een patiënt zelf een indicatie zouden moeten stellen.
Reactie CIZ: Het CIZ voert jaarlijks circa één miljoen indicatiestellingen uit. Ongeveer 2 tot 3% (20.000 tot 30.000) hiervan worden aangevraagd door huisartsen. Volgens het CIZ worden in een fractie daarvan huisartsen door het CIZ benaderd. Daar komt bij dat het CIZ in complexe gevallen verplicht is om huisartsen te consulteren.
 Als sprake is van een nieuwe aanvraag of de situatie van een patiënt verandert (bijvoorbeeld de zorgbehoefte is toegenomen door het wegvallen van mantelzorg), checkt het CIZ bij huisartsen of gegevens van een patiënt nog actueel zijn. Dit kan worden ervaren als uitvraag van gegevens die bekend zijn.
4. *Indicatiestelling te lange doorlooptijd.* De huisartsen zijn van mening dat het te lang duurt voordat het CIZ een indicatie heeft gesteld. Indien geen sprake is van een spoedindicatie, kan de doorlooptijd volgens hen oplopen tot meer dan 3 maanden.
Reactie CIZ: het CIZ heeft in de tweede helft van 2007 te maken gehad met achterstanden in het verwerken van de aanvragen voor indicaties. Hierbij gaat het volgens het CIZ om een achterstand van weken en niet om enkele maanden zoals door de huisartsen wordt gesuggereerd, hooguit in een incidenteel geval. Volgens het CIZ laten ook huisartsen relatief lang (enkele weken) op zich wachten bij het aanleveren van informatie. Dit vormt een van de structurele oorzaken van een langere doorlooptijd.
5. *Indicatiestelling CIZ onpersoonlijk.* Volgens de huisartsen verloopt het grootste gedeelte van de communicatie tussen hen en het CIZ via brieven of de telefoon. Dit wordt door huisartsen als onpersoonlijk ervaren. Doordat een deel van de medewerkers van het CIZ door huisartsen als ondeskundig wordt beoordeeld, is volgens huisartsen niet sprake van een goede indicatiestelling.
Reactie CIZ: volgens het CIZ is het vrijwel onmogelijk om huisartsen telefonisch te bereiken, laat staan om hen face-to-face te spreken. Daar komt bij dat een face-to-face gesprek voor eventuele rechtszaken niet altijd handig is. Bij rechtszaken dient het CIZ de gegevens van de huisarts zwart op wit te hebben. Indien huisartsen behoefte hebben aan een face-to-face contact, is dit volgens het CIZ mogelijk.

3. *Niet zinvol om voor bepaalde producten of diensten een machtiging te schrijven.*
 Stakeholder: zorgverzekeraars. Voor bepaalde producten is het volgens huisartsen niet zinvol om hier standaard een machtiging voor in te dienen (bijvoorbeeld herhaaldelijk een machtiging voor chronisch zieken). Daarnaast geven de huisartsen aan dat zij een diagnose dusdanig kunnen overdrijven dat de patiënt het gewenste product door de zorgverzekeraar krijgt vergoed. Daar komt bij dat het per verzekeraar verschilt of voor een bepaalde dienst wel of niet een machtiging door een huisarts moet worden afgegeven. Zorgverzekeraars veranderen dit zelf ook jaarlijks. Huisartsen moeten dit zelf bijhouden.

Reactie zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars vinden machtigingen een belangrijk kenmerk van het individuele beleid van zorgverzekeraars. Volgens hen is het wenselijk als zo min mogelijk wordt gewerkt met machtigingen voor producten. De afgelopen jaren is een trend zichtbaar waarbij zorgverzekeraars machtigingen voor bepaalde producten schrappen. Volgens de zorgverzekeraars is sprake van een win-win situatie doordat het schrappen van machtigingen ook een reductie van de administratie voor zorgverzekeraars teweeg brengt. De praktijk laat zien dat huisartsen machtigingen blijven uitschrijven voor producten waarvoor helemaal geen machtiging meer nodig is.

4.4 Overige opmerkingen

Naast de knelpunten uit de vorige paragraaf, hebben huisartsen een aantal overige opmerkingen gemaakt. Deze zijn in hieronder weergegeven. De opmerkingen zijn niet besproken met de stakeholders.

Uitwisselen patiëntendossiers tijdrovend

Als een patiëntdossier wordt overgedragen aan een andere huisarts, moet de ene huisarts het dossier uitprinten waarna de andere huisarts het vervolgens inscaneert. Doordat wordt gewerkt met verschillende softwarepakketten, is het niet mogelijk om de dossiers digitaal over te dragen. Naast tijdrovend, wordt deze handeling door huisartsen als ervaren last gezien.

Verskillende formats verwijzingen

Stakeholder: ziekenhuizen. Bij verwijzingen dienen huisartsen gegevens over een patiënt aan een medische specialist aan te leveren. Volgens de huisartsen moeten zij hierbij gebruik maken van formulieren die per medische specialist verschillen. Dit leidt tot ergernis. In het Huisarts Informatie Systeem (HIS) staat een standaard format voor verwijzingen, maar die wordt volgens de huisartsen niet door alle medische specialisten geaccepteerd. Daarom moeten zij (of de assistenten) de verwijzingen met de hand invullen wat extra lasten veroorzaakt.

Onvoldoende informatie over impact accreditatie

Stakeholder: NHG. Huisartsen die vrijwillig betrokken zijn geweest in een accreditatietraject, geven aan dat zij zich vooraf onvoldoende bewust waren van de resultaten hiervan. Volgens de huisartsen vraagt een accreditatietraject veel tijd van diverse medewerkers van de huisartsenpraktijk. Deze tijd gaat gedeeltelijk ten koste van de tijd voor patiëntenzorg.

Toegevoegde waarde gegevens voor accreditatie niet altijd duidelijk

Stakeholder: NHG. Huisartsen moeten tijdens de accreditatie voor diverse indicatoren informatie aanleveren. Niet alle informatie is volgens de huisartsen gemakkelijk uit het computersysteem te halen. Zo kan het voorkomen dat een huisarts voor een specifieke ziekte voor 40 patiënten 15 indicatoren moet invullen. De toegevoegde waarde is niet altijd duidelijk.

Financiële onderwaardering Episodegericht registreren

Van de kant van de LHV komt het geluid dat huisartsen positief zijn over episodegericht registreren (contacten met patiënten worden in episodes aan elkaar gekoppeld waardoor uitwisseling, bijvoorbeeld met waarnemers mogelijk is). Hierbij wordt echter de kanttekening geplaatst dat huisartsen hiervoor geen financiële tegemoetkoming krijgen.

Aparte etikettering artikelen Opiumwet overbodig

Stakeholder: VWS (wetgeving). De apotheekhoudende huisartsen die voor dit onderzoek zijn gesproken geven aan dat zij op producten die onder de Opiumwet vallen, aparte etiketten moeten plakken. Zo dienen alle teksten (bijvoorbeeld "drie maal per dag een tablet") te worden uitgeschreven terwijl bij andere medicijnen kan worden gewerkt met afkortingen. Zij vinden het overbodig dat deze uitgebreide aanduidingen moeten worden aangebracht.

Huisartsen ervaren een toename van de lasten

Huisartsen ervaren een toename van de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen. Belangrijke oorzaak hiervan is de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006. Vanaf deze datum moeten huisartsen maandelijks al hun verrichtingen declareren. Hiervoor registreren zij alle consulten in het HIS. Gebruik van het HIS is niet voorgeschreven: huisartsen kiezen er zelf voor om met dit systeem te werken.

Het werken met het digitale HIS wordt door de huisartsen verschillend ervaren. Een gedeelte ervaart het digitaal registreren van consulten als een verbetering ten opzichte van de oude situatie (groene kaarten die handmatig werden ingevuld). Volgens deze huisartsen ontstaat een kwalitatief beter beeld van de zorg die wordt verleend. Anderen geven aan dat de tijdsbesteding per consult is toegenomen door het HIS. Deze huisartsen wijzen er ook op dat zij meer gegevens moeten invoeren dan voorheen. Vanaf 1 januari 2006 moeten ten behoeve van de declaraties namelijk alle verrichtingen worden ingevoerd. Daarnaast dienen zij vanaf 2006 jaarlijks tijd te besteden aan het doornemen en afsluiten van contracten met zorgverzekeraars.

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Op basis van de resultaten van het onderzoek kan een aantal conclusies worden getrokken. Hieronder worden de zeven belangrijkste conclusies weergegeven. In kader 6 is een overzicht gegeven van de overige conclusies die ook uit het onderzoek komen.

Conclusies kwantitatief

- 1. De totale tijdsbesteding voor administratieve werkzaamheden ligt voor solopraktijken op circa 26 uur per week en voor meerpersoonspraktijken op circa 27 uur per week.*
In een solopraktijk wordt wekelijks in totaal circa 26 uur besteed aan administratieve werkzaamheden. Circa 18 uur (68%) hiervan is AL en de overige 8 uur (32%) is OL. Bij meerpersoonspraktijken ligt de totale administratieve tijdsbesteding op circa 27 uur per week waarvan 17 uur (62%) AL en 10 uur (38%) OL zijn.
- 2. Huisartsen in solopraktijken besteden, in vergelijking met meerpersoonspraktijken, zelf relatief meer tijd aan administratieve werkzaamheden.*
In solopraktijken besteden huisartsen gemiddeld circa 13,5 uur (53%) aan administratie terwijl de overige 12,5 uur (47%) door assistenten (en praktijkondersteuners) wordt uitgevoerd. Bij meerpersoonspraktijken liggen deze getallen op circa 11 uur (40%) voor huisartsen en 16 uur (60%) voor assistenten en praktijkondersteuners. De meerpersoonspraktijken hebben in vergelijking met solopraktijken meer ondersteuning. Deze ondersteuning komt vooral tot uiting bij het beheer van medische dossiers en het uitvoeren van diverse werkgeversverplichtingen. De totale tijdsbesteding voor assistenten ligt in deze praktijken hoger dan in solopraktijken. Dit komt doordat assistenten langer doen over het uitvoeren van bepaalde administratieve handelingen dan huisartsen.
- 3. Een groot gedeelte van de lasten door administratieve werkzaamheden wordt veroorzaakt door het vastleggen van gegevens met betrekking tot de zorgvrager.*
Wekelijks wordt in solopraktijken circa 12 uur en in meerpersoonspraktijken circa 10,5 uur besteed aan het vastleggen van gegevens met betrekking tot de zorgvrager. De verplichte administratieve handelingen die hiermee samenhangen (registreren consulten, registreren herhaalrecepten en invoeren van niet-patiëntgebonden contacten, uitslagen en overleggen met specialisten, etc.) nemen per handeling weliswaar relatief weinig tijd in beslag, maar door de hoge frequentie (de handelingen worden dagelijks meerdere malen uitgevoerd) zijn de lasten relatief hoog.
- 4. De totale lasten door administratieve handelingen zijn voor solopraktijken en meerpersoonspraktijken vergelijkbaar.*
Dit komt doordat administratie die de meeste lasten veroorzaakt (vastleggen gegevens zorgvrager, declaratieverkeer en verwijzbeleid ziekenhuizen) door huisartsen uit zowel solopraktijken als meerpersoonspraktijken op vergelijkbare wijze worden uitgevoerd.
- 5. Ongeveer 75% van de administratieve handelingen zouden huisartsen ook uitvoeren wanneer ze niet verplicht zouden zijn.*
Dit betekent dat huisartsen de werkzaamheden ook zouden uitvoeren als ze niet wettelijk verplicht zouden zijn. Zij zien deze werkzaamheden dan ook niet als iets dat door de overheid is opgelegd. Belangrijk voorbeeld hiervan is het vastleggen van gegevens met betrekking tot de zorgvrager. Doordat huisartsen deze werkzaamheden zien als onderdeel van hun beroep, is op dit punt nauwelijks sprake van ervaren lasten.

Conclusies kwalitatief

6. *Het indienen en controleren van declaraties bij zorgverzekeraars veroorzaakt voor huisartsen de grootste ervaren lasten.*

Huisartsen van zowel solopraktijken als meerpersoonspraktijken ervaren de meeste lasten uit de declaraties die zij maandelijks (verrichtingen-declaraties) en eenmaal per kwartaal (inschrijftarievendeclaraties) moeten indienen. Vooral in de eerste maand van het jaar doen zich knelpunten voor wanneer zorgverzekeraars de polisadministratie moeten bijwerken nadat een gedeelte (circa 4% in 2007) van de patiënten is veranderd van zorgverzekeraar.⁹ Daar komt bij dat de overstapperperiode van één maand in de wet is vastgelegd waardoor zorgverzekeraars problemen in de eerste maand niet in de hand hebben.

7. *Een groot deel van de ervaren lasten voor huisartsen is een stapeling van verplichte administratieve handelingen die relatief weinig tijd kosten.*

Hierbij gaat het om (incidentele) werkzaamheden zoals het stellen van een indicatie, het indienen van machtigingen bij zorgverzekeraars of het versturen van een verwijfsbrief naar medisch specialisten van ziekenhuizen. De tijdsbesteding hiervoor ligt in vergelijking met andere werkzaamheden (zoals het vastleggen van gegevens met betrekking tot de zorgvrager) relatief laag, toch is hierbij sprake van ervaren lasten. De ervaren lasten worden vooral veroorzaakt door de wijze van gegevensaanlevering.

Kader 6. Overige conclusies

1. *Nalevingslasten worden vrijwel uitsluitend veroorzaakt door nascholing.*
Nalevingslasten worden vrijwel uitsluitend veroorzaakt door de tijd en kosten die huisartsen moeten maken voor cursussen, het bijwonen van congressen, etc. om jaarlijks aan de verplichte 40 nascholingspunten te komen.
2. *De extra tijdsbesteding voor apotheekhoudende huisartsen bedragen circa 5,5 uur per week.*
Deze tijdsbesteding wordt veroorzaakt door de registratie van medicijnen, grondstoffen, bestellingen, etc. Doordat deze registraties verplicht zijn uit wet- en regelgeving, kunnen de lasten die hieruit voortvloeien worden gekwalificeerd als administratieve lasten.
3. *Huisartsen ervaren dat zij administratieve handelingen ten behoeve van het CIZ uitvoeren terwijl hier geen vergoeding tegenover staat.*
Huisartsen besteden tijd aan indicatiestellingen die voor hun patiënten worden uitgevoerd. De huisartsen uit het onderzoek hebben de indruk dat zij standaard worden geconsulteerd bij indicatiestellingen. Deze ergernis wordt vergroot doordat volgens de huisartsen niet alle medewerkers van het CIZ voldoende ter zake kundig zijn om de indicatiestelling uit te voeren. Volgens het CIZ worden huisartsen in hooguit 2 tot 3% van de indicatiestellingen geconsulteerd wat overeenkomt met circa 20.000 tot 30.000 maal per jaar. Hierbij bestaat volgens het CIZ altijd de mogelijkheid om met artsen van het CIZ te spreken die over voldoende zorginhoudelijke kennis beschikken. Daarnaast bestaat ergernis doordat huisartsen de indicaties niet afzonderlijk in rekening mogen brengen. De vergoeding is verwerkt in de inschrijfgeld tarieven.
4. *Niet zinvol om voor bepaalde producten of diensten een machtiging te vragen.*
Een irritatie bij huisartsen wordt veroorzaakt door machtigingen die voor bepaalde producten of diensten moeten worden ingediend. Deze irritatie wordt enerzijds veroorzaakt doordat het per zorgverzekeraar verschillend is voor welke producten of diensten een machtiging moet worden ingediend. Daarnaast vinden huisartsen het niet zinvol om voor bepaalde producten een machtiging in te dienen. Volgens de zorgverzekeraars is sprake van een tendens waarbij zorgverzekeraars voor steeds minder producten een machtiging vragen. Dit reduceert ook de administratieve lasten voor zorgverzekeraars.
5. *Huisartsen ervaren een toename van de lasten.*
Belangrijke oorzaak hiervan is de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006. Vanaf deze datum moeten huisartsen maandelijks al hun verrichtingen declareren. Voorheen hoefden alleen rekeningen te worden opgestuurd naar particulier verzekerden. Daarnaast besteden zij vanaf 2006 jaarlijks tijd aan het doornemen en ondertekenen van contracten met zorgverzekeraars. Volgens zorgverzekeraars betreft het hier voor een belangrijk gedeelte incidentele lasten waar vooral in 2006 sprake van was. De afgelopen tijd is dit minder geworden en zou sprake zijn van een neerwaartse tendens van lasten door administratieve handelingen.

⁹ Zorgverzekeraars en ZN zouden het geen probleem vinden als de declaraties over de maanden januari en februari gezamenlijk (begin maart) worden ingediend. Huisartsen zijn hierin terughoudendheid doordat zij dan een maand zonder inkomsten zitten.

5.2 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van het onderzoek kan een aantal aanbevelingen worden gedaan. Hieronder worden de vijf belangrijkste aanbevelingen weergegeven. In kader 7 is een overzicht gegeven van de overige aanbevelingen die zijn gebaseerd op de gesprekken met huisartsen, verzekeraars en het CIZ. De aanbevelingen zijn besproken met de belangrijkste stakeholders in een workshop op 22 mei 2008¹⁰. Indien van toepassing, is per aanbeveling een reactie van de stakeholders weergegeven. Daarnaast is door de stakeholders het belang aangegeven om de onderzoeksresultaten en de aanbevelingen uit het onderzoek te communiceren met de Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg.¹¹

1. *Benut Inschrijven Op Naam om de administratieve en ervaren lasten voor huisartsen en zorgverzekeraars te reduceren.*

Een gedeelte van de ervaren lasten wordt veroorzaakt door problemen bij de declaraties waarbij patiënten niet zouden worden herkend door zorgverzekeraars. Om problemen tegen te gaan, kan door invoering van de Wet gebruik BSN in de zorg vanaf 1 juni van dit jaar het Inschrijven Op Naam bestand worden gevuld. In een centrale database worden alle NAW-gegevens van patiënten gekoppeld aan de huisarts bij wie zij zijn ingeschreven. De Stichting Inschrijven Op Naam beheert de database en voorkomt dat patiënten dubbel staan ingeschreven. Deelname aan de database is vrijwillig. Doordat zowel huisartsen als zorgverzekeraars verwachten dat Inschrijven Op Naam een reductie van administratieve en ervaren lasten tot gevolg heeft (patiënten zijn herkenbaar en worden niet dubbel ingeschreven), is het belangrijk om huisartsen te informeren over de database en hen te stimuleren hieraan deel te nemen.

Reactie ZN. Volgens ZN kan de mogelijkheid tot gebruikmaking van Inschrijven Op Naam (ION) alleen door de LHV aan de leden bekend worden gemaakt. ZN financiert alleen een bijdrage aan de bouw en inrichting van dat systeem, maar maakt er zelf geen gebruik van.

Reactie LHV. In 2007 heeft de LHV de Stichting Inschrijving op Naam opgericht. Nu vanaf 1 juni jl. het burgerservicenummer (BSN) in de zorg mag worden gebruikt, kan de ION-database worden gevuld. De database moet een oplossing gaan bieden voor het probleem dat patiënten bij meerdere huisartsen tegelijk staan ingeschreven. De ION-database is klaar en werkt, maar het in het HIS invoeren van alle BSN-nummers zal de huisarts(praktijk) nog veel tijd gaan kosten. Dit wordt volgens de LHV vooral veroorzaakt door een (klein) percentage patiënten en BSN nummers die niet worden herkend en huisartsen tijd moeten besteden om uit te zoeken welke nummers bij welke patiënten horen. Dit is vergelijkbaar met het indienen van declaraties waarbij een (klein) gedeelte niet wordt herkend. De database moet dit najaar zijn gevuld.

¹⁰ Deelnemers van de workshop waren: NZa, LHV, ZN, VWS, CIZ en een geïnterviewde huisarts.

¹¹ In juni 2007 is de Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg (STH) van start gegaan. Doel van de STH is de kwaliteit van de huisartsenzorg zichtbaar te maken. De STH wil dit doen door indicatoren te ontwikkelen voor de professionele kwaliteit, een CQ-index huisartsenzorg vast te stellen en een lijst met keuze-informatie te ontwikkelen. De STH streeft er naar in 2008 deze indicatoren vast te stellen, zodat deze in 2009 in een pilot kunnen worden uitgetest onder huisartsen. In de STH participeren de LHV, het NHG, de IGZ, het Ministerie van VWS, ZN en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

2. *Maak aan huisartsen duidelijk dat behandeling gerelateerde indicaties voor het CIZ door zorgaanbieders kunnen worden uitgevoerd.*

Het grootste gedeelte van de indicatieaanvragen van de huisartsen zijn behandeling gerelateerd. Dit betekent dat bij de indicaties patiënten hiervoor kunnen worden doorverwezen naar de zorgaanbieders van voorkeur. Ook de indicatiestelling kan dan worden verzorgd door deze zorgaanbieders. Volgens het CIZ is het grootste gedeelte van de huisartsen niet op de hoogte van deze mogelijkheid en voeren zij in de praktijk de indicaties zelf uit. Daarom is het belangrijk dat het CIZ de mogelijkheden voor het uitbesteden van indicatiestellingen actief richting huisartsen communiceert.

Reactie LHV. De LHV is momenteel met het CIZ in overleg over de indicatiestelling. Eén van de onderwerpen betreft de Standaard Indicatie Protocollen. Deze zijn bij veel huisartsen niet bekend. Ook op de website van het CIZ is er nauwelijks informatie over te vinden. Het CIZ bereidt momenteel samen met de LHV een informatietraject voor de Standaard Indicatie Protocollen voor. Dit zou de (ervaren) last voor huisartsen deels moeten terugdringen.

Voor een deel van de indicatiestellingen blijft de hulp van de huisarts nodig. Dat in de inschrijftarieven een vergoeding zit voor de werkzaamheden ten behoeve van het CIZ wordt door de LHV bestreden.

Reactie CIZ. Bij huisartsen is onvoldoende bekend dat indicatiestellingen (door zorgaanbieders) door middel van SIP's kunnen worden uitgevoerd. Het CIZ wil hier door middel van een artikel in het blad 'Huisarts in praktijk' meer aandacht aan besteden. Dit artikel staat gepland voor het julinummer van het blad. Met het blad wordt een SIP wijzer (een nen met informatie over de SIP) meegezonden.

3. *Maak digitaal uitwisselen van patiëntendossiers tussen huisartsen onderling mogelijk.*

Als een patiëntdossier wordt overgedragen aan een andere huisarts, moet de ene huisarts het dossier uitprinten waarna de andere huisarts het vervolgens inscaneert. Doordat wordt gewerkt met verschillende softwarepakketten, is het niet mogelijk om de dossiers digitaal over te dragen. Het is wenselijk dat ondanks verschillen in softwarepakketten, toch digitaal uitwisselen van patiëntendossiers mogelijk is. Een best practice op dit gebied zijn de huisartsen in Noord-Oost Groningen. Zij hebben onderling afgesproken om hetzelfde softwarepakket te gebruiken zodat zij patiëntendossiers digitaal kunnen uitwisselen. Het is aan te bevelen om dit punt (bijvoorbeeld in samenwerking met het nationale knooppunt en kenniscentrum voor ICT en innovatie in de zorg – Nictiz) uit te werken. Het is belangrijk dat dit punt door de huisartsensector (LHV) wordt opgepakt.

Reactie LHV. Dit blijft een probleem door de versnipperde markt met vele, deels kleine HIS-leveranciers. Een aanbeveling zou kunnen zijn dat het NHG-referentiemodel weer het verplichte format wordt voor de HIS-leveranciers. Wel is momenteel (onder andere door gebruiksverenigingen en softwareleveranciers) ongeveer 80% van de softwarepakketten voor huisartsen geschikt om digitaal patiëntendossiers uit te wisselen.

4. *Breng als zorgverzekeraars het aantal producten en diensten waarvoor een machtiging nodig is, verder terug.*

Huisartsen vinden het niet nodig om voor bepaalde (standaard) producten een machtiging aan te vragen. Zorgverzekeraars geven aan dat de afgelopen jaren een trend zichtbaar is waarbij voor steeds minder producten een machtiging nodig is. Om de win-win situatie voor zowel huisartsen als zorgverzekeraars (gestimuleerd door ZN) te vergroten, is het belangrijk dat alle zorgverzekeraars werken aan het schrappen van machtigingen voor bepaalde producten.

Reactie LHV. Gesuggereerd wordt dat huisartsen machtigingen aanvragen voor zaken waarvoor helemaal geen machtiging meer nodig is. Als dit het geval is, dan verdient het aanbeveling huisartsen beter te informeren. Probleem is ook dat verschillende verzekeraars verschillende procedures hebben en dat contracten met leveranciers nogal eens wisselen. Verder is ook het steeds opnieuw moeten aanvragen van een machtiging bij chronisch zieken een onnodige belasting voor huisartsen.

Voor de echt noodzakelijke machtigingen doet de LHV twee aanbevelingen. Ten eerste zouden de procedures rond de machtigingen kunnen worden vereenvoudigd en kunnen worden geüniformeerd. Ten tweede zou de huisarts een vergoeding moeten krijgen voor de administratieve werkzaamheden.

Reactie ZN. Bij zorgverzekeraars is de tendens aanwezig om te bezien of er niet meer aan de "achterdeur" kan worden gecontroleerd (dus minder machtigingen) teneinde de administratieve lastendruk voor de huisarts te verminderen. Verschillende initiatieven lopen of worden uitgedacht.

5. *Maak aan huisartsen duidelijk dat problemen door verschillen tussen zorgverzekeraars (retourinformatie, codes voor afwijzingen, etc.) kunnen worden gemeld aan de helpdesk van Vecozo.*

Huisartsen noemen een aantal knelpunten die zich volgens zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland niet mogen voordoen. Voorbeelden hiervan zijn de verschillende formats voor retourinformatie en verschillende codes voor afwijzingen. Huisartsen hebben de mogelijkheid om dergelijke knelpunten aan de orde te stellen bij de helpdesk van Vecozo (Veilige communicatie in de zorg). Het is belangrijk dat deze mogelijkheid door zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland duidelijk met huisartsen wordt gecommuniceerd. Daarnaast is het wenselijk dat huisartsen op de hoogte zijn van de standaarden (bijvoorbeeld met betrekking tot retourinformatie) die gelden voor zorgverzekeraars. Op die manier kunnen zij herkennen wanneer zorgverzekeraars hiervan afwijken.

Reactie LHV. Het declaratieverkeer vormt voor huisartsen een forse last. Het lijkt dan nuttig huisartsen op de hoogte te brengen van het bestaan van de helpdesk van Vecozo en ze te leren herkennen wanneer zorgverzekeraars afwijken van de standaarden. De LHV vindt het echter nuttiger om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars zich aan de standaarden houden en dat daar door ZN en de NZa op wordt toegezien.

Kader 7. Overige aanbevelingen

1. *Verduidelijk de berekeningsmethodiek voor vergoedingen.*
Huisartsen vinden het belangrijk dat duidelijk is op welke manier het totaal van de vergoedingen wordt berekend. Hierdoor wordt het voor de huisartsen mogelijk om op basis van de retourinformatie zelf een berekening van de vergoedingen te maken. Daarnaast is het belangrijk dat duidelijk wordt gemaakt waarom declaraties worden afgewezen.
Reactie zorgverzekeraars: volgens de zorgverzekeraars is alleen sprake van onduidelijke informatie over de berekeningsmethodiek wanneer huisartsen een voorschot hebben aangevraagd. Dit gebeurt in de praktijk relatief weinig. Volgens zorgverzekeraars worden momenteel alle verrekeningen toegelicht.

Kader 7 (vervolg)

2. *Betrek accreditering in afspraken zorgverzekeraars.*
 Huisartsen vinden het wenselijk dat geaccrediteerde praktijken bepaalde voordelen genieten bij het maken van afspraken met zorgverzekeraars. Volgens hen hebben geaccrediteerde praktijken veel geld en tijd geïnvesteerd in de accreditering.
Reactie zorgverzekeraars: er wordt momenteel door diverse zorgverzekeraars bij de zorginkoop al rekening mee gehouden of een huisartsenpraktijk wel of niet geaccrediteerd. Er zal meer en meer worden gewerkt met kwaliteitsindicatoren. ZN verwacht dat accreditatie hier een onderdeel van vormt. Daarnaast wordt door de landelijke Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg een landelijke prestatieset ontwikkeld die door alle relevante stakeholders kan worden gebruikt, dus ook door de zorgverzekeraars in het kader van de contractering.
3. *Informatie voor indicatiestelling per telefoon, digitaal of persoonlijk mogelijk maken.*
 Indicaties aan het CIZ moeten per post worden aangeleverd. Volgens de huisartsen zou het in tijd scheppen als dit per telefoon, email of persoonlijk kan. Daarnaast is het volgens huisartsen wenselijk als zij gebruik kunnen maken van een vaste accountmanager bij het CIZ. Dit leidt volgens hen tot een persoonlijker benadering.
Reactie CIZ: het is in de praktijk al mogelijk om face-to-face gesprekken te hebben met medewerkers van het CIZ. Het CIZ zal deze optie beter onder de aandacht brengen. Vanuit juridisch oogpunt is het niet mogelijk om indicatiestellingen telefonisch of per email te versturen. Het moet zwart op wit staan.
4. *Gebruik een eenduidig format voor verwijzingen.*
 Door een eenduidig format kunnen verwijfsbrieven sneller worden ingevuld. Een best practice op dit gebied vormen huisartsen die werken met het digitale zorgsysteem. Zij kunnen opmerkingen die in een medisch journaal worden gezet, automatisch in een verwijfsbrief plaatsen. Deze verwijfsbrief kan vervolgens digitaal worden verstuurd naar de medisch specialisten. De patiënten krijgen bij het versturen van de verwijfsbrieven automatisch een eigen nummer die zij kunnen tonen bij de medisch specialist.
Reactie LHV: er loopt momenteel een traject van de NZa, LHV en Menzis genaamd 'Excellent verwijzen'. Aan de hand van dit traject wil de LHV bekijken hoe het verwijfsbeleid kan worden verbeterd. Computerprogrammatuur speelt hierbij een belangrijke rol.
5. *Vaste verandermomenten veranderingen software.*
 Het is wenselijk dat wijzigingen in het computersysteem van huisartsen op vaste momenten in het jaar plaatsvinden. Hierdoor wordt voorkomen dat huisartsen voortdurend te maken krijgen met wijzigingen en updates waarin ze zich moeten verdiepen.
Reactie LHV: de LHV heeft hier maar beperkt invloed op omdat sprake is van vele externe partijen (softwarebedrijven). Wel kunnen partijen zoals de LHV, ZN, VWS en de NZa er bij het maken van afspraken over een invoeringsdatum (van bijvoorbeeld een beleidsregelwijziging) rekening mee houden.
6. *Indicaties niet standaard jaarlijks terug laten komen.*
 Het is volgens huisartsen belangrijk dat indicaties niet standaard jaarlijks terugkomen zoals nu soms het geval is. Dit is bij medische situaties die niet veranderen volgens huisartsen overbodig. Zij zouden het beter vinden om alleen bij een gewijzigde situatie een nieuwe indicatiestelling te doen.
Reactie CIZ: als sprake is van een nieuwe aanvraag of de situatie van een patiënt verandert (bijvoorbeeld de zorgbehoefte is toegenomen door het wegvallen van mantelzorg), checkt het CIZ bij een huisartsenpraktijk of gegevens van een patiënt nog actueel zijn. In feite worden huisartsen weliswaar bij deze indicatiestellingen ingeschakeld, zij het indirect, via bijvoorbeeld praktijkassistenten of door contact met de zorgaanbieder over het leveren van zorg.
7. *Houd systeem van contracteren tegen het licht – Aanbeveling door de LHV.*
 Een aanbeveling aan alle betrokken partijen zou moeten zijn om het systeem van verplicht contracteren in de (huisartsen)zorg nog eens goed tegen het licht te houden. Een contract lijkt alleen zinvol voor extra of afwijkende afspraken tussen zorgverzekeraar en huisarts. Nu moet verplicht worden gecontracteerd voor zorg die standaard door iedere huisarts wordt geleverd. De echt noodzakelijke contracten zouden dan simpeler, meer geüniformeerd, digitaal en voor een langere periode kunnen worden afgesloten. Overigens werken de LHV, ZN en Vecozo aan een systeem om de laatste fase van het contracteren te digitaliseren.
8. *Maak als NZa duidelijk wat er onder het inschrijftarief valt – Aanbeveling ZN en LHV.*
 ZN en LHV geven aan dat het voor huisartsen onduidelijk is wat precies in het inschrijftarief is meegegenomen. Meer duidelijkheid (bijvoorbeeld in het kostenonderzoek van de NZa) hierover is wenselijk. De LHV vindt dat in de inschrijftarieven bijvoorbeeld geen vergoeding is opgenomen voor de werkzaamheden ten behoeve van het CIZ.

Bijlagen bij:

Meting lasten huisartsen

Bijlagen

- I Werkwijze onderzoek**
- II Overzicht administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen**

I Werkwijze onderzoek

Inleiding

De doelstelling van het onderzoek, te weten het kwantificeren van de lasten voor huisartsen als gevolg van administratieve handelingen en inhoudelijke nalevingsverplichtingen, is gericht op:

1. Het meten van de administratieve lasten.
2. Het meten van de ondernemerslasten.
3. Het meten van de inhoudelijke nalevingslasten.
4. Het meten van de ervaren lasten.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de zogenaamde profielbenadering. Doelstelling van de profielbenadering is om voor de huisartsen inzicht te bieden in:

- ▣ De administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen waar huisartsen bij het uitvoeren van hun werkzaamheden mee te maken hebben.
- ▣ De herkomst van deze administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen.
- ▣ De administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen – uitgesplitst naar herkomst – die kwantitatief gezien de meeste lasten veroorzaken voor huisartsen.
- ▣ De handelingen die – uitgesplitst naar herkomst – die voor huisartsen de meeste ervaren lasten veroorzaken.

In overleg met de NZa en de LHV is een keuze gemaakt voor twee profielen die tijdens het project zullen worden uitgewerkt:

1. *Huisarts solopraktijk*: hierbij gaat het om een huisarts die een eigen praktijk heeft. Daarnaast zijn de lasten voor het hebben van een apotheek in kaart gebracht.
2. *Huisarts meerpersoonspraktijk*: hierbij gaat het om een huisarts die met meerdere huisartsen een praktijk heeft.

Voor de beide profielen is een profielbeschrijving opgesteld. Deze zijn in hoofdstuk 2 toegelicht. Op basis van deze profielbeschrijving is gekeken naar de administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen die voldoen aan de profielbeschrijvingen. Naast de verplichtingen vanuit wet- en regelgeving gaat het hierbij ook om andere administratieve handelingen die ten behoeve van zorgverzekeraars, gemeente of andere stakeholders worden uitgevoerd. In het project zijn alle administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen die voor de beide profielen zijn geïdentificeerd, gekwantificeerd. Het is mogelijk dat de lasten van een aantal handelingen of verplichtingen niet in het onderzoek zijn meegenomen. Hierbij gaat het om handelingen of verplichtingen die weliswaar (incidenteel) in het domein huisartsen voorkomen, maar niet van toepassing zijn op de huisartsen uit de beide profielen.¹²

¹² De beide profielen en bijbehorende administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen zijn afgestemd met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en zijn in een oriënterend gesprek besproken met een huisarts. Hierdoor wordt ervan uitgegaan dat de lijst het overgrote deel van de administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen bevat.

Het meten van lasten

Het meten van Administratieve Lasten

Administratieve lasten zijn de lasten voor het Nederlandse bedrijfsleven om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit regelgeving van de overheid. Het kan daarbij gaan over het nakomen van een verplichting, maar ook over het uitoefenen van een recht. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. Om aan deze informatieverplichtingen te voldoen moeten bedrijven administratieve handelingen uitvoeren die tijd kosten.

Voor dit onderzoek is gekozen om de lasten voor huisartsen uit te drukken in tijdsbesteding. Dit betekent dat van alle administratieve handelingen de tijdsbesteding is bepaald voor zowel de huisarts, de assistenten als de praktijkondersteuners. Deze tijdsbesteding is uitgedrukt in uren per week op individueel praktijkniveau. Huisartsen werkten in 2001 gemiddeld 44 uur per week (een voltijd huisarts werkt gemiddeld 47 uur per week). In dit onderzoek is beschreven welk gedeelte van een werkweek van huisartsen wordt besteed aan administratieve werkzaamheden.

Voor de berekening van de AL, is het belangrijk om het Standaardkostenmodel¹³ als rijksbrede methodiek te hanteren. De Interdepartementale Projectdirectie Administratieve Lasten (IPAL; vanaf 1 januari 2008 is de naam van IPAL veranderd in Regiegroep Regeldruk), die onder het Ministerie van Financiën valt, heeft daarom een faciliterende handleiding opgesteld¹⁴, die inzicht verschaft in de uitgangspunten voor het opzetten en gebruiken van de module huisartsen naast het Kostenmodel NZa.

Doelstelling en functies van het Standaardkostenmodel voor de AL huisartsen

Het Standaardkostenmodel is een instrument waarmee de AL voor huisartsen op de peildatum kunnen worden berekend, inzichtelijk worden gemaakt en kunnen worden gepresenteerd. Voor dit onderzoek is de peildatum 1 januari 2008 gehanteerd. Concreet betekent dit dat het Standaardkostenmodel voor het domein huisartsen de volgende functies vervult:

- Het is mogelijk de AL te berekenen waarbij de AL op diverse niveaus inzichtelijk kunnen worden gemaakt (a) per activiteit en (b) per profiel (huisarts in solopraktijk en huisarts in meerpersoonspraktijk).
- Het Standaardkostenmodel maakt het mogelijk om de effecten door te rekenen van reductievoorstellen op de hoogte van de AL voor huisartsen. Hierdoor kan worden nagegaan langs welke wegen de reductiedoelstellingen kunnen worden gerealiseerd.
- Het Standaardkostenmodel voor huisartsen maakt het mogelijk om de effecten te berekenen van autonome groei op de ontwikkeling van de AL.
- Het Standaardkostenmodel voor huisartsen ondersteunt de monitoring van de ontwikkeling van de AL in de tijd door snel en betrouwbaar te rapporteren. Hierbij kan informatie worden verschaft over (a) de omvang van de AL voor huisartsen en (b) de reden voor het al dan niet realiseren van de doelstellingen voor de reductie van de AL.

¹³ In plaats van Standaardkostenmodel wordt in dit rapport gesproken van de module huisartsen naast het Kostenmodel NZa. Het Kostenmodel NZa is een Standaardkostenmodel specifiek ingevuld voor de Nederlandse Zorgautoriteit (onder meer met de regelgeving, de informatieverplichtingen en de administratieve handelingen).

¹⁴ Handleiding Administratieve Lasten en Standaardkostenmodellen, IPAL, 23 december 2003.

- ▣ Het Standaardkostenmodel maakt het mogelijk de AL te kwantificeren van voorgenomen regelgeving voor huisartsen. Hierdoor kan worden nagegaan op welke wijze de nieuwe regelgeving en de uitvoering daarvan kunnen worden opgezet om de AL te minimaliseren.

Uitgangspunten voor het berekenen van de administratieve lasten in het Kostenmodel NZa

De AL worden bepaald door de tijdsbesteding van een administratieve handeling (T) te vermenigvuldigen met het aantal keer per jaar dat een huisarts deze handeling uitvoert (Q). Op die manier ontstaat een beeld van de jaarlijkse AL voor de individuele huisarts. Er zijn twee soorten informatieverplichtingen te onderscheiden, die verschillen in de definitie van de factor Q:

- ▣ Periodieke verplichtingen, waarvoor de AL zijn gebaseerd op het aantal keer dat een verplichting jaarlijks terugkomt (voorbeeld: het maandelijks indienen van de verrichtingen-declaraties).
- ▣ Incidentele verplichtingen, waarvoor de AL worden gebaseerd op het aantal keren dat een administratieve handeling wordt uitgevoerd. (voorbeeld: het eenmalig inschrijven als huisarts in het BIG register).

Het meten van de inhoudelijke nalevingslasten

De inhoudelijke nalevingslasten zijn de lasten die bedrijven maken om te voldoen aan inhoudelijke verplichtingen voortvloeiend uit de regelgeving van de overheid. Het gaat hierbij zowel om verplichtingen die voortvloeien uit het nakomen van verplichtingen als het uitoefenen van rechten. Het gaat hierbij dus om alle andere kosten – niet zijnde informatieverplichtingen (deze vallen onder de definitie van AL) – die een bedrijf maakt om te voldoen aan door de overheid bij wet of andersoortige regelgeving opgelegde vereisten.

Het meten van de ondernemerslasten

Huisartsen hebben te maken met administratieve handelingen die samenhangen met de bedrijfsvoering. Hierbij gaat het om handelingen die zij weliswaar niet wettelijk verplicht zijn om uit te voeren, maar wel dienen te worden uitgevoerd om als huisarts te kunnen functioneren. Te denken valt aan administratieve handelingen die ten behoeve van verzekeraars, de brancheorganisatie of het regionaal ketenoverleg worden uitgevoerd.

De ondernemerslasten worden voor huisartsen op een vergelijkbare wijze gekwantificeerd als de administratieve lasten.

Het bepalen van de ervaren lasten

De ervaren lasten worden gedefinieerd als de subjectieve beleving en beoordeling door de huisartsen van de administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen waar zij aan moeten voldoen.

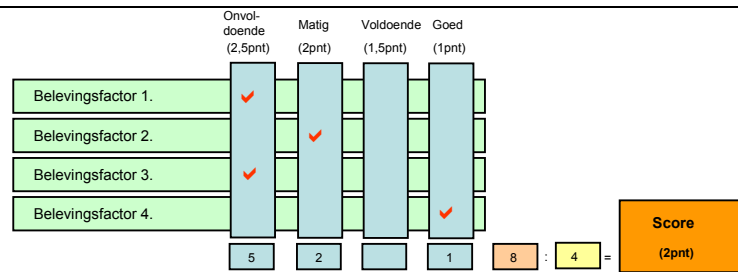
Voor alle administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen hebben huisartsen kunnen aangeven op welke manier zij de uitvoering hiervan ervaren. Daarbij is per handeling en verplichting nagegaan van welke knelpunten en ergernissen sprake is.

Voor twee stakeholders (zorgverzekeraars en het CIZ) zijn de ervaren lasten weergegeven door een zestal ‘belevingsfactoren’. Met deze instanties hebben huisartsen bij hun dagelijkse werkzaamheden frequent te maken en kunnen zij per belevingsfactor een waarde toekennen. Concreet betekent dit dat scores worden toegekend aan de belevingsfactoren. De scores geven een beeld van hoe de huisartsen denken over de administratieve handelingen en de wijze waarop hier door de overheid uitvoering aan wordt gegeven. Bij de verschillende factoren zijn voor het CIZ en de zorgverzekeraars de belangrijkste knelpunten weergegeven. Deze knelpunten zijn besproken met het CIZ, ZN en één zorgverzekeraar. Van de andere stakeholders is het niet mogelijk gebleken om tijdens de interviews met huisartsen de ervaren lasten in kaart te brengen met behulp van de zes belevingsfactoren. Met deze stakeholders hebben huisartsen incidenteel te maken waardoor nauwelijks kan worden gesproken over ervaringen.

In onderstaand overzicht worden de zes ‘belevingsfactoren’ weergegeven.

Nr.	Belevingsfactoren	Toelichting
1	Proportionaliteit en effectiviteit	Hierbij gaat het om de vraag of huisartsen de administratieve handelingen die zij voor verschillende instanties moeten uitvoeren in verhouding vinden staan tot het doel dat daarmee wordt gediend.
2	Duidelijkheid	Hierbij gaat het om de vraag of voor huisartsen duidelijk is (of duidelijk kan worden gemaakt) wat de aanleiding en/of het doel van de administratieve handelingen is.
3	Dienstverlening	Hierbij gaat het om de vraag of huisartsen ervaren dat stakeholders zich constructief opstellen, gericht zijn op het goed informeren over de vereisten en vooral oplossingsgericht (mee)denken. Kortom, de huisartsen ervaren de dienstverlening als goed als zij (door maatwerk) geholpen worden om aan de (administratieve of inhoudelijke) handelingen te voldoen.
4	Toegankelijkheid	Hierbij gaat het om de vraag of stakeholders toegankelijk zijn voor vragen van de huisartsen. Tevens is de bereikbaarheid (via telefoon, email of anderszins) in orde.
5	Doorlooptijd	Hierbij gaat het om de vraag of huisartsen de afhandelingstermijn waarbinnen de (administratieve of inhoudelijke) handeling wordt uitgevoerd – gelet op de aspecten die worden beoordeeld – redelijk vinden.
6	Tijdigheid	Hierbij gaat het om de vraag of huisartsen ervaren dat zij ook tijdig de “spelregels” ter beschikking gesteld krijgen door stakeholders wanneer zij te maken krijgen met (nieuwe of gewijzigde) informatieverplichtingen/handelingen of meer marktwerking in de zorg. Daarnaast wordt het als positief ervaren als stakeholders tijdig informatie aanleveren die nodig is voor om de zorg voor patiënten te faciliteren en te betalen.

Per belevingsfactor hebben de huisartsen hun oordeel gegeven voor de zorgverzekeraars en het CIZ. Hierbij hebben zij toegelicht hoe dit oordeel tot stand komt en welke factoren de beoordeling positief of negatief beïnvloeden. Iedere belevingsfactor krijgt hiervoor een individuele score. Hierbij wordt een score 1 toegekend als een belevingsfactor als goed wordt beoordeeld en een score 2,5 als een belevingsfactor als slecht wordt beoordeeld. Als bijvoorbeeld vier belevingsfactoren worden gehanteerd, dan kan een totaalscore worden bepaald (zie voor een voorbeeld figuur 11).



Figuur 11. Het bepalen van de ervaren lasten aan de hand van belevingsfactoren

Werkwijze onderzoek

Opstellen profielen en inventarisatie administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen

Het onderzoek is gestart met het opstellen van twee profielen voor huisartsen. In overleg met de NZa en LHV is gekozen voor een profiel huisarts solopraktijk en profiel huisarts meerpersoonspraktijk. Belangrijkste doelstelling van de profielen is inzichtelijk maken van de lasten op individueel huisartsenniveau. Voor de profielen zijn twee profielbeschrijvingen opgesteld waarmee een beeld wordt gegeven van de dagelijkse werkzaamheden van beide typen huisartsen.

Naar aanleiding van de profielbeschrijvingen is een inventarisatie gehouden van alle administratieve handelingen (wettelijk en niet-wettelijk) en inhoudelijke verplichtingen van huisartsen uit de beide profielen. Hieruit is naar voren gekomen dat deze voor huisartsen uit beide profielen vergelijkbaar zijn. Om die reden is het overzicht met administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen van toepassingen op beide typen huisartsen.

Eerste ronde met deskundigen van de NZa, LHV en huisartsen

De administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen die voor huisartsen uit de beide profielen zijn geïdentificeerd, zijn in de module huisartsen naast het kostenmodel NZa ingevuld. Het overzicht is vervolgens besproken met deskundigen van de NZa, LHV en huisartsen. Tijdens deze gesprekken lag de focus op:

- ▣ Het controleren en aanvullen van de handelingen en verplichtingen.
- ▣ Het concretiseren van de handelingen en verplichtingen waarbij is ingegaan op de werkzaamheden die huisartsen hiervoor moeten uitvoeren.
- ▣ Het inventariseren van de handelingen en verplichtingen die voor huisartsen de meeste lasten (kwantitatief en kwaliteit) veroorzaken. Deze informatie is gebruikt voor de prioriteitstelling in het praktijkonderzoek.

Praktijkonderzoek: interviews met huisartsen

Voor het onderzoek zijn gesprekken gevoerd met 15 huisartsen waaronder 8 solisten (waarvan 2 apotheekhoudende huisartsen) en 7 huisartsen uit een meerpersoonspraktijk. Bij de keuze van de huisartsen is onder andere rekening gehouden met geografische spreiding, omvang van de praktijk, stedelijke of plattelandsomgeving, man/vrouw en aantal jaren actief als huisarts. Met de huisartsen zijn de administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen gekwantificeerd en is gesproken over de ervaringen met het uitvoeren hiervan. Daarnaast

zijn voor twee belangrijke stakeholders (zorgverzekeraars en het CIZ) de ervaren lasten weergegeven door middel van belevingsfactoren.

De opmerkingen die huisartsen hebben gemaakt over het CIZ en de zorgverzekeraars, zijn door middel van interviews met beide stakeholders besproken. Hiervoor is één interview uitgevoerd bij het CIZ, één bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en één bij een zorgverzekeraar. Naast de opmerkingen, is met de stakeholders ook ingegaan op de verbetermogelijkheden die door huisartsen zijn genoemd.

Analyse en consolidatie resultaten

De resultaten van het onderzoek zijn vastgelegd in een concept eindrapportage. Deze rapportage is inhoudelijk besproken in een workshop met de belangrijkste stakeholders, te weten de NZa, LHV, zorgverzekeraars, het ministerie van VWS en huisartsen. Op basis van de uitkomsten van de workshop is een definitieve versie van de eindrapportage opgeleverd.

II Overzicht administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen die voor huisartsen uit het onderzoek zijn geïdentificeerd. Hierbij zijn eveneens de deelhandelingen weergegeven. Daarnaast is aangegeven of de werkzaamheden wel (AL) of niet (OL) verplicht zijn of inhoudelijke nalevingslasten (NL) veroorzaken.

1. *Vastleggen gegevens met betrekking tot zorgvrager*
 - ❑ Registratie van consulten (AL).
 - ❑ Registratie van herhaalrecepten (AL).
 - ❑ Registratie van niet-patiëntgebonden contacten, uitslagen en overleg met specialisten e.d. (AL).
2. *Beheer en archivering medische dossiers*
 - ❑ Archiveren van gegevens in elektronisch en papieren dossier (AL).
 - ❑ Inscannen patiëntenbestand (OL).
 - ❑ Herarchiveren bij wijzigen persoonlijke situatie patiënt (AL).
 - ❑ Overdragen van dossiers aan andere huisarts (AL).
3. *Voorlichting, advies, instructie en educatie patiënten*
 - ❑ Verzamelen en verstrekken van informatie (zelfstandig of via NHG) (OL).
 - ❑ Informeren van patiënten en oproepen patiënten voor consult (OL).
 - ❑ Ontwikkelen van praktijkfolder (OL).
 - ❑ Opzetten en beheren van de website (OL).
4. *Financiële administratie*
 - ❑ Verzorgen van de boekhouding (AL).
 - ❑ Aanleveren van gegevens ten behoeve van de jaarrekening (AL).
5. *Contracten zorgverzekeraars*
 - ❑ Deelname aan onderhandelingen (OL).
 - ❑ Op de hoogte stellen uitkomsten van onderhandelingen (OL).
 - ❑ Afsluiten contracten (AL).
6. *Declaratieverkeer*
 - ❑ Indienen van declaraties (OL).
 - ❑ Controleren retouren van verzekeraars (OL).
 - ❑ Afboeken van declaraties (OL).
 - ❑ Herdeclareren (OL).
 - ❑ Materiële controle zorgverzekeraars (OL).
7. *Praktijkmanagement: voorraadbeheer*
 - ❑ Medicijnen en materiaal bestellen en registreren (OL).
 - ❑ Nota's inboeken en/of archiveren (waaronder van huishoudelijke boodschappen) (OL).

8. *Praktijkmanagement: werkgeversverplichtingen*
 - ❑ Diverse werkgeversverplichtingen (contracten, pensioenafspraken, regelgeving bij ziekte) (AL).
 - ❑ Overige werkgeversverplichtingen (nascholingsagenda, onderlinge afspraken over vakantie, RI&E) (OL).
9. *Praktijkmanagement: gemeentelijke werkzaamheden*
 - ❑ Verkrijgen van parkeervergunning (AL).
 - ❑ Aanvragen bestemmingsplanwijziging (AL).
 - ❑ Bijdrage aan visieplan gemeente over de inrichting van de zorg (OL).
10. *Kennisnemen van regelgeving (NZa, VWS)*

Kennis nemen van regelgeving door middel van websites, nieuwsbrieven en kranten (AL).
11. *Ketenoverleg (administratieve handelingen ten behoeve van)*
 - ❑ Eerstelijns overleg met HAGRO (OL).
 - ❑ Overleg in horizontale keten (thuiszorg, maatschappelijk werk, etc.) (OL).
12. *Verzekeringen*

Verzekeringen voor de praktijk (aansprakelijkheidsverzekering) en huisarts (arbeidsongeschiktheidsverzekering) (AL).
13. *NHG Praktijkaccreditatie*
 - ❑ Doorlopen accreditatietraject (OL).
 - ❑ Vastleggen gegevens volgens de systeemnormen (OL).
 - ❑ Herstarten cyclus na drie jaar (OL).
14. *BIG en HVCR registratie*
 - ❑ Eenmalige BIG registratie (AL).
 - ❑ Vijfjaarlijkse HVCR registratie (minimaal 200 nascholingspunten) (AL).
 - ❑ CHBB/EKC registratie (AL).
15. *IGZ inspecties*
 - ❑ Melden van incidenten aan IGZ (AL).
 - ❑ Begeleiden inspecteurs tijdens inspectie (AL).
16. *Salarisadministratie*

Voeren van salarisadministratie (AL).
17. *E-registratie*
 - ❑ Invullen CBS formulieren bij sterfgeval (AL).
 - ❑ Invullen formulieren gemeente bij sterfgeval (AL).
 - ❑ Bijdrage leveren aan Monitor Huisartsenzorg NZa (OL).
18. *Gegevens aanleveren aan derden t.b.v. dienstverlening patiënten*
 - ❑ Informatie verstrekken aan het CIZ (AL).
 - ❑ Informatie verstrekken aan overige derden (letselschadeadvocaten, bedrijfsartsen en claimbeoordelaars) (OL).
 - ❑ Eventueel in rekening brengen informatieverstrekking (OL).
 - ❑ Machtigingen zorgverzekeraars (OL).

19. *Diverse nalevingslasten*
Deelname klachtenregeling (NL).
20. *Verwijsbeleid ziekenhuizen*
 - ▣ Opstellen verwijsbrief (OL).
 - ▣ Versturen verwijsbrief en verwerken terugkoppeling (OL).
21. *NZa regelgeving (bezwaar en beroep)*
 - ▣ Bezwaar huisartsentarieven (AL).
 - ▣ Beroep huisartsentarieven (AL).
 - ▣ In ontvangst nemen beschikking bezwaar (AL).
 - ▣ In ontvangst nemen beschikking beroep (AL).
22. *Nascholing*
 - ▣ Aanmelden cursus (AL).
 - ▣ Volgen van cursussen (NL).
 - ▣ Registreren punten nascholing (AL).
23. *Huisartsen Informatie Systeem*
 - ▣ Uitvoeren update systeem (OL).
 - ▣ Op de hoogte blijven ontwikkelingen HIS (OL).
24. *Contact met artsenbezoekers (administratieve handelingen ten behoeve van)*
Overleg met artsenbezoekers (zoals medische industrie) (OL).
25. *Contact met brancheorganisaties (administratieve handelingen ten behoeve van)*
Contacten met brancheorganisaties: LHV, NHG, kring, huisartsenvereniging, GGD, GHOR, SHO, Scen-arts (OL).
26. *Administratieve handelingen die samenhangen met het hebben van een apotheek*
 - ▣ Registreren medicijnen (AL).
 - ▣ Registreren grondstoffen (AL).
 - ▣ Register Opiumwet (AL).
 - ▣ Bestellingen: controleren orderlijst en pakbon (AL).
 - ▣ Bestellingen: registreren afwijkingen (AL).
 - ▣ Registratie vervallen medicijnen (AL).
 - ▣ Lezen en verwerken alarmeringsberichten (AL).