

# **Bijlage bij Marktscan Eerstelijnszorg**

Bronnen, methoden, reacties externe  
consultatie

# Inhoud

<b>1. Bronnen, algemeen</b>	<b>3</b>
<b>2. Bronnen en methoden per hoofdstuk</b>	<b>4</b>
2.1 Hoofdstuk 2: Eerstelijnszorg in cijfers	4
2.2 Hoofdstuk 4: Eerstelijnszorg in aanbod	5
2.3 Hoofdstuk 5: Eerstelijnszorg in contract en beleid zorgverzekeraars	5
<b>3. Reacties externe consultatie</b>	<b>12</b>

## 1. Bronnen, algemeen

In dit onderdeel wordt een algemeen overzicht gegeven van de gebruikte bronnen. Een groot deel van de informatie voor de marktscan is verzameld onder vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit is aangevuld met eigen inzichten en informatie uit data en openbare bronnen.

### ***Informatieverzameling bij vertegenwoordigers van zorgaanbieders***

Om een beeld te krijgen hoe aanbieders tegen marktstructuur, innovatie en kwaliteit aankijken, hebben we een vragenlijst opgesteld voor brancheorganisaties van de verschillende deelmarkten: huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg, wijkverpleging, mondzorg, geboortezorg, paramedische zorg, farmacie en basis GGZ.

Op basis van de uitkomsten wordt een beeld geschetst van zowel de samenhang als de verschillen tussen de afzonderlijke deelmarkten. Omdat de antwoorden dikwijls speculaties bevatten en niet altijd onderbouwd kunnen worden door data, hebben we door de hele marktscan zoveel mogelijk het perspectief van de verschillende brancheorganisaties op de onderwerpen die aan bod komen, weer te geven.

### ***Informatieverzameling bij zorgverzekeraars***

Voor de marktscan vroegen we zorgverzekeraars schriftelijk en per telefoon om informatie over de contractvormen, meerjarenafspraken, het percentage zorgaanbieders met een contract, het prijs- en kwaliteitsbeleid en innovatie. Het grootste deel van de resultaten heeft betrekking op het contractjaar 2016.

### ***Vektis declaratiegegevens***

Voor de marktscan zijn de volgende databestanden van Vektis gebruikt:

- Basic – totale schade voor kraamzorg, verloskundige zorg, paramedische zorg, farmacie en mondzorg op patiëntniveau 2012-2015
- Basis-ggz 2015
- Wijkverpleging 2015
- Huisartsenzorg 2015

Voor basic, basis-ggz en wijkverpleging geldt peildatum juli 2016, voor huisartsenzorg geldt peildatum december 2016

### ***Zorginstituut Nederland***

Voor de marktscan is de website Zorgcijfersdatabank geraadpleegd. Deze website bevat informatie over de (ontwikkeling van) zorgkosten in Nederland over de afgelopen vijf jaar. De cijfers zoals geactualiseerd op 12 januari 2017 zijn gebruikt. Zorgcijfersdatabank baseert de cijfers op de meest recent beschikbare gegevens zoals deze door zorgverzekeraars worden verantwoord in kwartaal- en jaarstaten. De cijfers voor 2015 betreffen nog ramingen van de totaal verwachte lasten.

### ***CBS***

Statline van het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft voor verschillende typen zorgpraktijken financiële gegevens over de afgelopen jaren. Dit betreft de opbrengsten en lasten van huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, verloskundigen, psychologen en overige paramedische praktijken.

## 2. Bronnen en methoden per hoofdstuk

Dit onderdeel beschrijft voor de uitkomsten waarbij sprake is geweest van bewerking van de bron, wat deze bewerkingen zijn geweest.

### 2.1 Hoofdstuk 2: Eerstelijnszorg in cijfers

#### *Tabel 3, Aantal patiënten (Zvw)*

Voor het aantal patiënten per jaar is gebruik gemaakt van het Vektis basic bestand. Indien voor een verzekerde de schade in een sector in een jaar groter was dan €0, is deze verzekerde aangemerkt als patiënt binnen de betreffende sector en het betreffende jaar. Voor de huisartsenzorg is uitgegaan van Vektis data van de huisartsenzorg, aangezien vrijwel elke verzekerde een waarde groter dan €0 heeft binnen de huisartsenzorg vanwege het inschrijftarief. Op basis van de huisartsenzorg data is bepaald welke van deze verzekerden één of meer consulten hebben gehad. Indien dit het geval was, is de verzekerde aangemerkt als patiënt binnen de huisartsenzorg.

#### *Figuur 2, Gemiddelde uitgaven per patiënt in 2014 (Zvw, in €)*

Voor de gemiddelde uitgaven per patiënt is uitgegaan van een deling van de totale schade per sector door het totaal aantal patiënten binnen de sector. Hiervoor is gebruik gemaakt van het Vektis basic bestand.

#### *Sectie 2.4, Type verzekerden binnen de eerstelijnszorg*

Met behulp van heatmaps is het voorkomen van verzekerden in verschillende sectoren en het verband tussen deze verschillende sectoren verkend. Deze heatmaps zijn gemaakt voor drie leeftijdsklassen, namelijk onder 18 jaar, van 18 tot 65 jaar, en 65+. Hiervoor is gebruik gemaakt van het Vektis basic bestand, welke is aangevuld met wijkverpleging data, huisartsenzorg data (informatie over consulten en POH-ggz) en basis-ggz data. Elke verzekerde is vervolgens ingedeeld in een profiel op basis van leeftijd en gebruik van zorg in de verschillende eerstelijnszorg sectoren. Elke verzekerde kan maar tot één profiel behoren. De volgende profielen zijn onderscheiden:

- Enkel farmacie: alleen Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg in de sector farmacie, geen andere Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg.
- Enkel huisarts: alleen Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg in de sector huisartsenzorg (één of meer consulten), geen andere Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg.
- Huisarts & farmacie: alleen Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg in de sectoren huisartsenzorg (één of meer consulten) en farmacie, geen andere Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg.
- Enkel mondzorg: alleen Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg in de sector mondzorg, geen andere Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg. Dit profiel wordt enkel in leeftijdsklasse onder 18 jaar onderscheiden.
- Paramedie: Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg in de sector paramedie, eventueel Zvw zorgkosten binnen andere eerstelijnszorg sectoren. Dit profiel wordt enkel in leeftijdsklasse onder 18 jaar onderscheiden.
- Geboortezorg: Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg in de sector geboortezorg, eventueel Zvw zorgkosten binnen andere eerstelijnszorg sectoren. Dit profiel wordt enkel in leeftijdsklasse 18-65 jaar onderscheiden.

- GGZ: Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg in de basis-ggz en/of POH-ggz, eventueel Zvw zorgkosten binnen andere eerstelijnszorg sectoren. Dit profiel wordt enkel in leeftijdsklasse 18-65 jaar onderscheiden.
- Verpleging: Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg in de sector wijkverpleging, eventueel Zvw zorgkosten binnen andere eerstelijnszorg sectoren. Dit profiel wordt enkel in leeftijdsklasse 65+ onderscheiden.
- Geen: geen Zvw zorgkosten binnen de eerstelijnszorg.
- Overigen: profiel dat van toepassing is indien geen van de andere omschrijvingen tot een toebedeling in een profiel leidt.

## 2.2 Hoofdstuk 4: Eerstelijnszorg in aanbod

### *Figuur 8, Aantal zorgverleners per sector*

Voor de zorgverleners is er niet één bron beschikbaar om de aantallen over alle sectoren in kaart te brengen. Daarom is gebruik gemaakt van meerdere bronnen die de meest recente cijfers weer kunnen geven. Er is gebruik gemaakt van NIVEL om de aantallen van de ergotherapeuten (2014), oefentherapeuten (2014), verloskundigen (2015), huisartsen (2015) en fysiotherapeuten (2012) weer te geven. Voor de aantallen van de podotherapeuten en diëtisten is het kwaliteitsregister paramedici over het jaar 2015 gebruikt. Voor logopedisten is gebruik gemaakt van AGB-codes die zorg gedeclareerd hebben in 2015. Het capaciteitsplan is als bron gebruikt om de aantallen van de orthodontisten, mondhygiënisten en tandartsen over het jaar 2013 weer te geven. Voor het aantal kraamverzorgenden is het Kwaliteitsregister van Kenniscentrum Kraamzorg geraadpleegd. De Ledenlijst ONT is gebruikt voor de aantallen van de tandprotheticen over het jaar 2015, Stichting Farmaceutische kengetallen voor de aantallen van de apothekers over het jaar 2014 en AGB code registratie voor de aantallen van de wijkverpleegkundigen over het jaar 2015.

### *Figuur 9, Aantal zorgaanbieders per sector*

Ook voor het aantal zorgaanbieders is gebruikt gemaakt van meerdere bronnen die de meest recente aantallen in kaart brengen. Er is gebruik gemaakt van NIVEL om de aantallen van de verloskundepraktijken (2015), fysiotherapiepraktijken (2012) en huisartspraktijken (2015) weer te geven. Voor de aantallen van mondhygiënistenpraktijken, oefentherapiepraktijken, logopediepraktijken en tandartsenpraktijken is Zorgkaart Nederland over het jaar 2016 gebruikt. Vektis is als bron gebruikt om het aantal instellingen op het gebied van de wijkverpleging (2015) en het aantal basis GGZ aanbieders (2016) weer te geven. Het aantal zorggroepen, huisartsenposten en gezondheidscentra over het jaar 2016 zijn op websites opgezocht. Het aantal kraamzorginstellingen in 2015 zijn intern bij de NZa achterhaald.

### *Tabel 4, Gemiddeld bedrijfsresultaat per praktijksoort (in €)*

Het CBS beschikt over verschillende financiële gegevens per type zorgpraktijk, waaronder het totale bedrijfsresultaat van alle praktijken per type zorgpraktijk. Dit totaal is gedeeld door het totaal aantal praktijken, om tot een gemiddeld bedrijfsresultaat per praktijk te komen.

## 2.3 Hoofdstuk 5: Eerstelijnszorg in contract en beleid zorgverzekeraars

### *Figuur 10, Voorkomen eenjarige/meerjarige contracten per sector*

Dit figuur is gebaseerd op de informatieverzameling bij zorgverzekeraars. De vier grote zorgverzekeraars hebben samen ca.

85% marktaandeel volgens de laatste marktscan zorgverzekeringsmarkt (Zilveren Kruis geschoond voor De Friesland). Die zijn gewogen met ieder 21%. De kleine zorgverzekeraars (incl. De Friesland) zijn gewogen met ieder 3%. Waar zorgverzekeraars bij sectoren aangeven gedeeltelijk meerjarencontracten te sluiten, zonder verdere specificering, tellen ze voor de helft mee, d.w.z. 10,5% resp. 1,5%. Omdat we van ASR en Zorg en Zekerheid geen gegevens hebben, zijn als laatste de totaalscores opgeblazen met 100/94.

#### *Soorten contractafspraken per sector*

In de marktscan worden soorten contractafspraken per sector op hoofdlijnen beschreven. Onderstaande geeft hier een uitgebreid overzicht van.

#### Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Zorgverzekeraars kopen de huisartsenzorg regionaal in voor verzekerden in het kernwerkgebied, en volgen op verzoek van huisartsen en zorggroepen buiten het kernwerkgebied de contracten van andere zorgverzekeraars. De kleine zorgverzekeraars zonder kernwerkgebied volgen de inhoud van de contracten van andere zorgverzekeraars op prijs, inhoud en kwaliteit.

- Segment 1: inschrijftarieven, consulten en behandelingen  
De zorgverzekeraars hanteren allemaal de maximumtarieven voor de prestaties waar deze voor vastgesteld zijn. Zij onderhandelen dus niet over deze tarieven. De prestaties in dit segment zorgden in 2010 voor ongeveer driekwart van de omzet van een huisartsenpraktijk.

Er is één kleine verzekeraar die een maximum aantal ingeschreven patiënten per praktijk hanteert. Daarboven is er geen vergoeding meer voor het inschrijftarief.

In segment 1 wordt niet gedifferentieerd in tarief op basis van kwaliteit. Om voor een contract in aanmerking te komen, moeten de huisartsen vaak wel aan een aantal basis kwaliteitseisen voldoen, zoals:

- Registratie in het BIG-register;
- Registratie in het register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG);
- Scholing/opleiding voor ondersteunend personeel, zoals praktijkondersteuners en nurse practitioners en physician assistant.

Voor enkele losse prestaties, zoals specifieke diagnostiekverrichtingen, hebben zorgverzekeraars zelf tarieven afgesproken met de huisartsen. Deze tarieven zijn onder meer berekend aan de hand van de te leveren inspanning in tijd (huis en/of praktijkondersteuner) en investering in de kosten.

- Segment 2: multidisciplinaire zorg  
Voor de inkoop van multidisciplinaire zorg gelden vrije tarieven. Zorgverzekeraars maken met zorggroepen regionale afspraken. Iedere verzekeraar hanteert hiervoor eigen afwegingen. De ketentarieven bestaan vaak uit een deel zorgkosten (naar verwachte inzet per zorgverlener maal een uurtarief) en een deel overheadkosten. Ook afspraken over (uitkomsten van) kwaliteit kunnen onderdeel uitmaken van het tarief, of er worden aparte afspraken gemaakt in segment 3. De geboden ketenzorg dient altijd te voldoen aan landelijke zorgstandaarden en richtlijnen. Oderaannemers van de zorggroep dienen BIG-geregistreerd te zijn, dan wel te zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister van de eigen beroepsgroep. Andere voorwaarden die zorgverzekeraars noemen zijn: het uitvoeren van

klanttevredenheidsonderzoeken, deelname van kaderartsen in zorgpaden voor ketenzorg en het hebben van Regionaal Transmurale Afspraken met de tweede lijn.

Sommige zorgverzekeraars werken met een bonus-malus principe. Door middel van (financiële) prikkels worden zorgaanbieders gestimuleerd om de kwaliteit te verhogen, bijvoorbeeld door het tarief te verhogen bij goede resultaten op de indicatoren die landelijk overeengekomen zijn in overleg tussen ZN en Ineen. Daarentegen geeft een verzekeraar ook een afslag wanneer middelen in de keten niet doelmatig worden voorgeschreven.

Er zijn ook zorgverzekeraars die een eigen toetsingskader hebben ontwikkeld voor het volgen van contractafspraken van andere zorgverzekeraars. Aanvragen tot volgen die boven dit toetsingskader vallen, worden om aanvullende informatie gevraagd met een toelichting op het tarief. Deze toelichting wordt inhoudelijk beoordeeld.

#### - Segment 3: afspraken op maat

Binnen dit segment gelden vrije tarieven en worden de afspraken op maat gemaakt. Vooral de grote zorgverzekeraars hebben uitgewerkt hoe ze daar invulling aan geven. De afspraken gaan bijvoorbeeld over service en bereikbaarheid, doelmatigheid (in het voorschrijven van medicijnen) en kwaliteit en/of klantbeleving. Ook worden er afspraken gemaakt over de samenwerking bij de zorg voor kwetsbare ouderen. Huisartsen die voldoen aan de gestelde voorwaarden, ontvangen dan een extra vergoeding per ingeschreven patiënt. Belangrijk is dat deze afspraken ook toetsbaar zijn. Ook is er ruimte om afspraken te maken over regionale zorgvernieuwingprojecten.

#### Huisartsenposten

Voor huisartsenposten maken zorgverzekeraars jaarlijks een budgetafpraak. Voor huisartsenposten zijn op landelijk niveau de kwaliteitseisen vastgesteld waaraan moet worden voldaan en waarover moet worden gerapporteerd. Sommige zorgverzekeraars betrekken dit bij de jaarlijkse budgetafpraak.

#### Wijkverpleging

Voor de inkoop van wijkverpleging maken zorgverzekeraars diverse afspraken. De ene verzekeraar geeft aan dat er weinig onderscheidene kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn binnen de wijkverpleging om te kunnen differentiëren in tarief. Er is wel een wens om meer op kwaliteit te differentiëren, maar de beroepsgroep heeft deze kwaliteit op dit moment nog onvoldoende inzichtelijk gemaakt. Zorgverzekeraars stimuleren dit wel door zorgaanbieders te vragen om vrijwillig informatie te geven over bijvoorbeeld het aantal hoogopgeleide (niveau 5) wijkverpleegkundigen.

Andere zorgverzekeraars differentiëren wel in tarief, bijvoorbeeld aan de hand van klantervaringen (CQi-scores) en het hanteren van een classificatiesysteem (waarmee het indiceren door wijkverpleegkundigen geprofessionaliseerd wordt) of door onderscheid te maken tussen regioaanbieders en basisaanbieders, met daaraan gekoppeld verschillende kwaliteitsindicatoren. Vaak stellen zorgverzekeraars nog aanvullend specifieke kwaliteitscriteria op om bijzondere zorg te mogen leveren. Bijvoorbeeld de regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg, palliatief terminale zorg, intensieve kindzorg en casemanagement dementie.

Voor 2017 geven zorgverzekeraars aan het experiment grootschalig te benutten in de vorm van een integraal tarief. Bijvoorbeeld op basis van de verdeling van prestaties in de declaraties van alle zorgaanbieders, het

zorgaanbod van de betreffende zorgaanbieder en de gecontracteerde tarieven in 2016.

#### Mondzorg

De meeste zorgverzekeraars hanteren in de mondzorg de NZa-maximumtarieven. Er wordt dus weinig onderhandeld over de prijs en er worden ook weinig tot geen aanvullende afspraken over de kwaliteit van de mondzorg gemaakt. Richtlijnen en uitkomstmetingen ontbreken nog binnen de sector. De meeste mondzorgaanbieders moeten wel BIG-geregistreerd zijn. Daarnaast zijn er diverse keurmerken en registers, zoals KRT, KRM, SGM, NVOI register, HKZ/ONT-keurmerk. Een zorgverzekeraar geeft aan dat er wel aanvullende eisen gelden voor onderdelen in de mondzorg, zoals bij implantologie en voor tandprothetici. Zo speelt bij implantologie het aantal patiënten per jaar, herbehandelingen en de opleiding implantoloog een rol bij selecteren van zorgaanbieders.

#### Geboortezorg

De inkoop van eerstelijns geboortezorg valt uiteen in eerstelijns verloskundige zorg en kraamzorg. Op dit moment staat in veel inkoopgesprekken de samenwerking met de medisch specialistische zorg centraal, door de ontwikkelingen naar integrale bekostiging in de geboortezorg. Hierdoor stellen zorgverzekeraars zich op dit moment terughoudend op om specifieke afspraken te maken binnen één discipline in de geboortezorg. Sommige zorgverzekeraars hanteren met het oog op integrale bekostiging dezelfde inkoopspecificaties voor de verschillende disciplines in de geboortezorg.

In de verloskundige zorg spreken de zorgverzekeraars meestal 100% van de NZa- maximumtarieven af. Sommige zorgverzekeraars geven aan wel de wens te hebben om te differentiëren, maar dit stuit op veel weerstand vanuit de sector. Twee zorgverzekeraars geven aan de extra ruimte in het tarief te gebruiken voor afspraken in het kader van integrale zorg. Om de kwaliteit van de verloskundige zorg te borgen, wordt er in de contracten een aantal kwaliteitseisen genoemd. Dit zijn vaak aspecten die vanuit de professionals of hun brancheorganisatie komen.

Hieronder volgt een aantal voorbeelden:

- Elke verloskundige staat geregistreerd in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en handelt conform de meeste recente standaarden van de KNOV;
- De verloskundig actieve huisarts staat ingeschreven in het CHBB register;
- Verloskundige moet actief onderzoek doen naar klantervaringen van cliënten;
- Afspraken over de manier waarop de 'achterwacht' wordt geregeld, om op elk moment verloskundige zorg te garanderen.

Voor de inkoop van kraamzorg hanteren zorgverzekeraars een wisselend beleid. Een deel van de zorgverzekeraars contracteert alle kraamzorgaanbieders op 100% van de maximumtarieven, een ander deel differentieert (met afslagen) wel op basis van landelijke kwaliteitsindicatoren. Sommige zorgverzekeraars hanteren een hoger tarief voor zorgaanbieders van kraamzorg in achterstandswijken. Om in aanmerking te komen voor een contract worden de volgende eisen genoemd:

- De zorgaanbieder voert een minimum aan kraamverzorgingen per jaar uit;



- De zorgaanbieder beschikt over de voor de beroepsgroep geldende certificaten, zoals bijvoorbeeld een HKZ- of ISO-certificaat of het WHO/UNICEF certificaat Zorg voor Borstvoeding;
- De zorgaanbieder maakt afspraken met ketenpartners ten aanzien van gezonde moeders en gezonde baby's;
- De zorgaanbieder garandeert dat de zorg geleverd wordt conform de afspraken van het Landelijk Indicatie Protocol (LIP).

Ook hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de normen vanuit de professionals. Bij de volgende criteria wordt er gedifferentieerd in tarief:

- De zorgaanbieder registreert de kwaliteitsindicatoren conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz);
- De zorgaanbieder vraagt actief naar klantervaringen om daarmee de zorgverlening te verbeteren.

#### Paramedische zorg

Bij de inkoop van paramedische zorg wordt onderscheid gemaakt in de verschillende sectoren, zoals logopedie, fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, podotherapie en diëtetiek. In 2016 gelden voor de meeste van deze sectoren vrije tarieven. Bij het vaststellen van de tarieven wordt o.a. rekening gehouden met marktontwikkelingen, tarieven in de markt (concurrentie analyse) en de ontwikkelingen in de zorgkosten.

Een groot deel van de zorgverzekeraars maakt bij de inkoop van de paramedische zorg een duidelijke koppeling tussen kwaliteitsafspraken en prijsbeleid. Deze zorgverzekeraars passen standaard tariefdifferentiatie toe, waarbij de tarieven in verschillende categorieën worden ingedeeld. Vaak geldt er een basistarief, en zijn hogere tarieven mogelijk wanneer een zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitscriteria voldoet of bij bewezen proceskwaliteit (audit). Zorgaanbieders die onder de maat presteren, krijgen een afslag. Overige zorgverzekeraars hanteren standaardtarieven. Om in aanmerking te komen voor een basiscontract worden de volgende criteria genoemd:

- Inschrijving in het register van de wet BIG;
- Aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVvP);
- De zorgaanbieder heeft een registratie in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie, Keurmerk Fysiotherapie en/of het Kwaliteitsregister Paramedici (oefentherapie, logopedie, ergotherapie, diëtetiek, huidtherapie) en/of het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP);
- Eisen aan de praktijkinrichting.

Voor fysiotherapie gelden vaak meer tariefcategorieën, dan voor andere paramedische beroepsgroepen, zoals oefentherapie en logopedie. Voor de overige beroepsgroepen geldt maar één tarief. Deze sectoren zijn heel klein, waardoor de inspanning die vanuit zorgverzekeraars vereist is, minder loont. Voor de logopedie gelden nog wel maximumtarieven en alle zorgverzekeraars contracteren daar ruim onder. Zorgverzekeraars geven aan de NZa tarieven te hoog te vinden, zeker in vergelijking met de tarieven die gelden voor andere paramedische beroepsgroepen. Vanaf 2017 zijn deze tarieven vrij.

Om in aanmerking te komen voor een hoger tarief worden, afhankelijk van het beleid van de verzekeraar en afhankelijk van de beroepsgroep, verschillende eisen gesteld. Veel voorkomende eisen zijn doelmatigheid (aan de hand van een behandelindex of een motivational paper), meten van klantervaringen (de CQ-index wordt sinds 2015 geregistreerd) en positieve uitkomsten van een vrijwillige audit. Bij slecht presterende

praktijken wordt de audit vaak als verplicht instrument ingezet. Er worden nog weinig uitkomsten gemeten. Selectieve inkoop wordt zeer beperkt toegepast, bijvoorbeeld bij gespecialiseerde zorgaanbieders die betrokken zijn bij de eerstelijns behandeling van patiënten met Parkinson of met aandoeningen in de bekkenbodembodemregio of de lymfevaten.

#### Farmaceutische zorg

Voor de inkoop van farmaceutische zorg geldt al een aantal jaren vrije tarieven. Bij het vaststellen van de tarieven wordt onder andere rekening gehouden met marktontwikkelingen, volumestijging/-krimp, vergrijzing en de relatie met arbeidsintensiteit van de prestatie. Ook in deze sector legt een groot aantal zorgverzekeraars een directe relatie tussen tarieven en kwaliteitsafspraken. Ze passen vaak standaard tariefdifferentiatie toe op basis van algemeen erkende kwaliteitskenmerken. Een verzekeraar geeft aan dat er in de onderhandelingen nog extra maatwerkafspraken kunnen worden gemaakt die leiden tot een extra plus in het tarief.

Voor het afsluiten van een contract met een basistarief, moeten zorgaanbieders aan minimale kwaliteitseisen voldoen. Een aantal voorbeelden zijn:

- De zorgaanbieder staat ingeschreven in het register van de Wet BIG;
- De zorgaanbieder staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers;
- De zorgaanbieder voldoet aan het kwaliteitsprofiel van de KNMP;
- De zorgaanbieder verleent medewerking aan de uitvraag kwaliteitsindicatoren van Stichting KwaliteitsIndicatoren Farmacie (SKIF);
- De zorgaanbieder neemt deel aan de CQ-index.

Een deel van de zorgverzekeraars past tariefdifferentiatie toe, door zorgaanbieders in te delen in verschillende categorieën en/of profielen. Dit gebeurt op basis van openbare data, met daarin doelmatigheidsindicatoren (volume en case-mix), procesindicatoren (certificering), patiënttevredenheidsindicatoren (deel van de CQ-index, mystery guest onderzoek) en uitkomsten van zorg. Ook zijn er zorgverzekeraars die hogere tarieven aanbieden, wanneer een zorgaanbieder met een bepaald zorgprogramma werkt of deelneemt aan FTO-groepen die op niveau 4 functioneren. Sommige zorgverzekeraars passen jaarlijks indexatie toe, andere zorgverzekeraars geven aan dat tarieven jaarlijks variëren, omdat de scores van zorgaanbieders op kwaliteitsaspecten wisselend zijn.

Farmaceutische zorg omvat ook de inkoop van geneesmiddelen. Zorgverzekeraars streven naar gepast gebruik en willen het gebruik van dure geneesmiddelen terugdringen als er goedkopere generieke of therapeutische alternatieven voorhanden zijn. Om de kosten van geneesmiddelen in de hand te houden, maken zorgverzekeraars prijsafspraken met fabrikanten en importeurs.

#### Generalistische basis-ggz

De generalistische basis-ggz kent een viertal prestaties met maximumtarieven. De meeste zorgverzekeraars hanteren als basistarief een afslag op het maximumtarief. Dit basistarief kan worden opgehoogd, indien een zorgaanbieder voldoet aan aanvullende kwaliteitseisen. Ook hier leggen zorgverzekeraars dus een koppeling tussen het prijs- en kwaliteitsbeleid. Op basis van de volgende criteria zijn extra opslagen (richting het maximumtarief) mogelijk:

- De zorgaanbieder is voor ROM aangesloten bij Stichting Benchmark GGZ (SBG);
- De zorgaanbieder is in het bezit van een kwaliteitscertificaat als gevolg van visitatie door de beroepsvereniging;
- De zorgaanbieder heeft een overeenkomst met de stichting Kwaliteit in Basis GGZ of een gelijkwaardig initiatief;
- Aanvullende elementen: mate van samenwerking (kleinschalig of regionaal met huisartsen, geïntegreerde ketenzorg), afspraken over e-health en behandel-effectiviteit.

De prestatie 'chronische zorg' wordt door een verzekeraar selectief ingekocht, indien een zorgpad of een multidisciplinair team beschikbaar is.

Zorgverzekeraars geven aan dat het basistarief in de afgelopen jaren stabiel is geweest en met name de hoogte en de invulling van de opslagen is veranderd.

### 3. Reacties externe consultatie

De reacties uit de externe consultatie zijn in onderstaande tabel weergegeven. Alle reacties zijn in hun originele vorm op te vragen bij de NZa.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
KNMP	Algemeen	Wat is het doel van deze marktscan? Welk probleem lost hij op, welke vraag wordt hier beantwoord? Het ontbreken van een vraag- of probleemstelling maakt het voor ons onmogelijk om uitspraken of de marktscan haar doel bereikt en of de marktscan volledig is.	Het doel van de marktscan staat beschreven in de inleiding en samenvatting.
KNMP	Algemeen	De marktscan biedt een fraai overzicht van de verschillende regels en bekostigingsvormen in de eerstelijnszorg maar de conclusies en aanbevelingen ontbreken. Het is lastig te reageren op een marktscan wanneer wij niet weten welke interpretaties en conclusies de NZa uit deze inventarisatie trekt. Nu is het enkel mogelijk te reageren op feitelijke onjuistheden van de resultaten van het onderzoek, terwijl in de ontbrekende managementsamenvatting/beleidsbrief interpretaties en conclusies naar voren kunnen komen. Wij zouden graag opnieuw geconsulteerd worden indien de conclusies en aanbevelingen ook in concept gereed zijn.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. De samenvatting wordt als onderdeel van de definitieve versie gepubliceerd en zal niet geconsulteerd worden.
KNMP	Algemeen	De belangrijkste conclusie zou moeten zijn dat er momenteel veel verschillen zijn in regulering en bekostiging van eerstelijns sectoren. Dit kan een hinderpaal vormen bij het opzetten en/of doorontwikkelen van multidisciplinaire samenwerking en de inkoop van multidisciplinaire zorg. Het zou de multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn ten goede komen als deze verschillen zouden worden verkleind.	Dit punt staat vermeld in Sectie 3.3.
KNMP	Algemeen	De marktscan gaat (nog?) niet in op de werking van de eerstelijns zorgmarkten. Het is enkel een beschrijving van verschillende sectoren binnen de eerste lijn. Is de NZa van mening dat de markt naar tevredenheid functioneert? Worden beleidsdoelstellingen van de NZa gerealiseerd? Welke wel, welke niet en waarom?	Op basis van de huidige gegevensverzameling zal de NZa hier geen oordeel over geven.

Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
KNMP	Algemeen	De marktscan gaat in op (de ontwikkeling van) het aanbod van zorg, maar niet of nauwelijks op (de ontwikkeling van) de vraag van de zorg. Zonder ontwikkelingen aan de vraagzijde van de markt zorgvuldig onder de loep te nemen zijn er nauwelijks zinvolle conclusies te trekken over de aanbodzijde van de markt.	De vraagzijde van de eerstelijnszorg komt aan bod in Hoofdstuk 2 (bijv. sectie 2.4). Meer verdieping op dit onderwerp is mogelijk een goede aanvulling voor een vervolg op deze marktscan
KNMP	Algemeen	In eerdere stukken (o.a. Signalering Deregulering eerstelijns zorgmarkten) publiceerde NZa een "liberaliseringstrap" waarbij stap voor stap werd gedereguleerd en sectoren werden gestimuleerd zich verder op de trap te bewegen. De pijltjes die de mogelijke stappen op de trap aangeven in dergelijke stukken waren enkel in de richting van deregulering. Bij mondzorg en ergotherapie zijn de afgelopen jaren ook stappen terug gezet en is regulering in de vorm van tarieven of zorgprestaties tot stand gekomen. Het is een vermeldingswaardige conclusie dat de optimale regulering van een sector niet per definitie de meest gedereguleerde vorm is en dat regulering ook kan dienen om een markt beter te laten functioneren.	De NZa onderschrijft deze constatering in Hoofdstuk 3.
KNMP	Algemeen	Overall waar "farmacie" staat, dit ook veranderen in "farmaceutische zorg". Dat is de correcte benaming van de sector waarin openbaar apotheken opereren en de zorg die openbaar apothekers leveren.	De tekst is conform de reactie aangepast.
KNMP	Hoofdstuk 1	S2 van de huisartsenzorg wordt gepresenteerd als multidisciplinaire zorg, maar feit is dat deze zorg wordt een subkader is binnen het BKZ huisartsenzorg. Zonder huisartsen is deze zorg niet te leveren. Het is niet mogelijk om multidisciplinaire samenwerking tussen bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige en een verloskundige te vergoeden, terwijl de naamgeving "multidisciplinaire zorg" dit wel doet vermoeden.	De tekst is conform de reactie aangepast.
KNMP	Hoofdstuk 1	Eigen risico is in beginsel altijd van toepassing op farmaceutische zorg. "kan van toepassing zijn" is te vrijblijvend geformuleerd.	De tekst is conform de reactie aangepast.
KNMP	Hoofdstuk 1	Onduidelijk is waarom het terhandstellingsgesprek als voorbeeld van een prestatie wordt genoemd. Temeer dit inmiddels geen aparte zorgprestatie meer is. Stel voor dit voorbeeld weg te laten.	De tekst is conform de reactie aangepast.
KNMP	Hoofdstuk 1	Als vermeld wordt dat de facultatieve prestatie slechts 1 keer is afgesproken, verdient dit de aanvulling dat veel innovatieve afspraken wel degelijk worden gemaakt, maar dat de financiering hiervoor (deels) wordt verdisconteerd in bestaande prestaties.	De tekst is aangepast; 'nog maar' is weggehaald.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
KNMP	Hoofdstuk 2	Tabel 1 geeft een vertekend beeld van de ontwikkeling van de eerstelijnszorg tussen 2014 en 2015 als gevolg de toevoeging van wijkverpleging aan de zvw (zie tabel 2). Omwille van de vergelijkbaarheid van cijfers stellen we voor de bedragen voor wijkverpleging hier uit te halen, of op zijn minst een cijfer toe te voegen excl de wijkverpleging.	Dit staat genoemd in de begeleidende tekst, en is te zien in de uitsplitsing in tabel 2.
KNMP	Hoofdstuk 2	Het is niet duidelijk waarom wordt ingezoomd in het verschil op kosten per patiënt/ per verzekerde en per leeftijdscategorie. Welke conclusie wil men hieruit trekken?	Kosten per verzekerde geeft een ander beeld dan kosten per patiënt (namelijk; wat betalen alle verzekerden gemiddeld per sector, en wat betaal je als je gebruik maakt van zorg binnen één van de sectoren nu gemiddeld, dus als gebruiker?). Er worden geen kosten per leeftijdscategorie inzichtelijk gemaakt.
KNMP	Hoofdstuk 3	Pagina 20: Hier wordt melding gemaakt over een toename van gezondheidscentra. Nadere analyse van deze ontwikkeling zou een zinvolle toevoeging zijn voor de marktscan (welke zorg wordt geleverd, welke disciplines zijn betrokken, in welke regio's, is er relatie met de dominante zorgverzekeraar, etc.)	Voor deze marktscan wordt dit niet in beeld gebracht. Meer verdieping op dit onderwerp is mogelijk een goede aanvulling voor een vervolg op deze marktscan.
KNMP	Hoofdstuk 3	Pagina 21/22: Wat is op te merken over de relatie tussen wel of geen volgeleid en de mate van innovatie?	Op grond van de huidige gegevens kunnen we hier niets over zeggen. Meer verdieping op dit onderwerp is mogelijk een goede aanvulling voor een vervolg op deze marktscan.
KNMP	Hoofdstuk 3	Pagina 21: De NZa constateert dat er belemmeringen zijn om op het gebied van samenwerking tussen verschillende sectoren afspraken te maken en innovaties te realiseren. Deze relevante constatering lijkt ons zeer geschikt om in de conclusies/samenvatting aan te merken als verbeterpunt voor alle betrokken partijen.	Dit punt is opgenomen in de samenvatting en conclusies

Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
KNMP	Hoofdstuk 3	Pagina 24: Beroepsgroepen en brancheorganisaties hebben wel belang bij uitgaven binnen het budgettair kader maar zijn hiervoor niet verantwoordelijk (tenzij deze verantwoordelijkheid in een hoofdlijnenakkoord wordt overgenomen).	Verduidelijking opgenomen in de tekst.
KNMP	Hoofdstuk 3	Pagina 25: De zorgprestaties O&I hebben betrekking op de samenwerking tussen huisartsen onderling en de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgaanbieders. Het is niet mogelijk om de samenwerking zonder huisartsen op basis van deze prestaties te vergoeden.	De tekst is conform de reactie aangepast.
KNMP	Hoofdstuk 4	Pagina 28: Is het mogelijk om de loonontwikkeling op basis van cao per eerstelijns sector in beeld te brengen? Indien gewenst kunnen wij cijfers aanleveren. Gelet op het feit dat er in de toekomst mogelijk onvoldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is, is het interessant om te kijken of de eerstelijnssectoren marktconforme loonontwikkeling kunnen aanbieden.	Voor deze marktscan wordt dit niet in beeld gebracht. De genoemde bron en aanpak is mogelijk een goede aanvulling voor een vervolg op deze marktscan.
KNMP	Hoofdstuk 5	Pagina 30: Er wordt vermeld dat zorgverzekeraar "dezelfde visie op eerstelijnszorg" hebben. In de onderstaande toelichting wordt vervolgens een <u>definitie</u> van eerstelijnszorg gegeven. Het wordt niet duidelijk wat nu die breed gedragen visie op eerstelijnszorg van zorgverzekeraars is.	Ons inziens bestaat er niet één definitie voor eerstelijns zorg. Hier wordt omschreven hoe zorgverzekeraars de eerstelijnszorg zien. Dit komt dus neer op een visie dan wel definitie.
KNMP	Hoofdstuk 5	Pagina 32: Wat ook vaak voorkomt is dat over contract wel onderhandeld kan worden, maar over de bijlagen niet. Om een indruk te krijgen van de hoeveelheid bijdragen waar dan niet over onderhandeld kan worden, zie: <a href="https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/farmacie/Paginas/downloads.aspx">https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/farmacie/Paginas/downloads.aspx</a> en klik op deze pagina het uitvouwmenu extramurale farmacie aan.	De betreffende tekst gaat niet over waarover onderhandeld kan worden. Geen aanleiding om tekst aan te passen.
KNMP	Hoofdstuk 5	Pagina 34: In het eerste tekstkader wordt vermeld dat het aantal aanbieders binnen de eerstelijnszorg te groot is. Dit wordt als feit gepresenteerd, zonder onderbouwing. Dat een enkele zorgverzekeraar dit roept over een enkele sector binnen de eerstelijns maakt dit nog geen feit. Advies is om deze stelling weg te laten.	In deze marktscan komen zowel het perspectief van de zorgverzekeraar als die van de zorgaanbieder aan bod. Dit is nogmaals verduidelijkt in de betreffende tekst.
KNMP	Hoofdstuk 5	Pagina 36: De formulering dat er "in het kader van het preferentiebeleid" verschillende modellen zijn voor de geneesmiddelvergoeding is onjuist. Er zijn verschillende modellen, en preferentiebeleid is daarvan een voorbeeld.	De tekst is conform de reactie aangepast.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
KNMP	Hoofdstuk 5	Ook is de toelichting bij alle modellen niet geheel juist. Graag zorgvuldig herzien. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Laagste prijs garantie: de zorgverzekeraar vergoedt aan de apotheek alleen het goedkoopste label, ongeacht of deze feitelijk leverbaar/beschikbaar is. De apotheek is wel vrij om zelf te kiezen welk label hij verstrekt.</li> <li>o Pakjesmodel: de "vaste" prijs betekent dat ongeacht het label, dezelfde prijs wordt vergoed voor een specifiek geneesmiddel. Maar deze "pakjesprijs" verschilt per maand en per apotheek.</li> <li>o Preferentiebeleid: de zorgverzekeraar wijst voor een specifiek middel één of meerdere labels aan. Alleen dit label (of deze labels) behoren tot de aanspraak van de patiënt en mag (of mogen) dus door de apotheek worden afgeleverd.</li> <li>o Prijs preferentie: vergelijkbaar aan LPG maar dan vergoedt de verzekeraar niet per se de allergeedkoopste variant maar wordt er een beperkte marge toegepast.</li> </ul>	De tekst is conform de reactie aangepast.
KNMP	Hoofdstuk 5	Pagina 41: Naast deze modellen voor geneesmiddelenvergoeding zijn er in de farmaceutische zorg ook verschillende instrumenten gebruikt om differentiatie in vergoedingen voor de farmaceutische zorg toe te passen (en kosten te beheersen).	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. In verband met de bondigheid van de marktscan wordt dit voorbeeld niet opgenomen.
KNMP	Hoofdstuk 5	Pagina 37: Een ander voorbeeld van machtigingen zijn de zogenaamde Bijlage 2 geneesmiddelen, die alleen worden vergoed als aan door de overheid vastgestelde nadere voorwaarden is voldaan.	Het genoemde voorbeeld betreft geen kostenbeheersing vanuit zorgverzekeraars.
KNMP	Hoofdstuk 5	Pagina 41: Ik vermoed dat met SFK indicatoren de SKIF indicatoren worden bedoeld.	De tekst is aangepast.
De Friesland	Hoofdstuk 1	Pagina 6: Eigen risico kan van toepassing zijn als materiaal-weefsel wordt afgenomen voor pathologisch onderzoek.	De opmerking is in algemenere zin toegevoegd.
BTN	Algemeen	Wij juichen het toe dat er naar de eerste lijn als samenhangend geheel wordt gekeken. De tekstgedeelten over de wijkverpleging behoeven wel enige bijstelling.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
BTN	Hoofdstuk 1	Bij de omschrijving van wijkverpleging staat dat het gaat om 'zorg door verpleegkundigen'. In de lopende tekst wordt duidelijk dat onder de noemer wijkverpleging een breder aanbod schuil gaat. Wij denken daarom dat de omschrijving beter "verpleging en verzorging thuis" kan worden genoemd.	De tekst is conform de reactie aangepast.



Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
BTN	Algemeen	<p>De afgelopen jaren is er veel veranderd in de wijkverpleging. Er zullen nog meer veranderingen volgen. Daarom is het goed om vrijheid te bieden voor innovatief aanbod en experimenten, maar anderzijds ook niet te snel veranderingen op te leggen aan de gehele sector.</p> <p>BTN herkent het beeld dat geschetst wordt met betrekking tot de contractuele innovatie-afspraken. Beperkingen in regelgeving, tijd en financiële middelen maakt dat dit moeilijk van de grond komt. Maar het is ook niet zo dat er niets gebeurt. Naast de innovatie-afspraken die in contracten worden vastgelegd, heeft BTN een aantal innovatieve projecten uitgevoerd. Wij willen daar ook een vervolg aan geven. Vaak is een investering nodig om later resultaten te boeken. Financiële ruimte daarvoor hebben zorgaanbieders op dit moment niet. Het is zoeken naar bronnen om projecten te financieren en de vernieuwende uitkomsten van projecten te implementeren.</p> <p>Veel aandacht gaat momenteel uit naar de inkoop en contractering binnen de wijkverpleging. Standaard hanteren zorgverzekeraars het integrale tarief niet als keuzemogelijkheid naast de bestaande producten, zoals is betoogd door de Staatssecretaris, maar wordt het aangeboden als enige optie. Die ontwikkeling betreuren wij, want het zet de kwaliteit en diversiteit van het zorgaanbod nodeloos onder druk. Er is een grote slag te maken waar het gaat om het overleg tussen zorgaanbieders en verzekeraars over de totstandkoming van het tarief en de afspraken. Veel aanbieders ervaren dat zij moeilijk in contact komen met verzekeraars en houden het gevoel van ‘tekenen bij het kruisje’. Hierin herkent BTN bij verzekeraars de tendens naar meer selectieve inkoop waarbij vaak gericht wordt op de grotere aanbieders in een regio. Dit betekent wel dat veel klein, maar innovatief en gevarieerd aanbod wordt beperkt. Wat BTN betreft is dit een gemiste kans. Er zit stevige spanning op het door de overheid gewenste beleid om te extramuraliseren, alternatieven voor verpleeghuisplaatsen te creëren en de daadwerkelijke inkooppraktijk. In de inkooppraktijk staat “zorg thuis” bij vrijwel geen enkele zorgverzekeraar centraal en wordt vooral gestuurd op kostenbeheersing.</p> <p>Ook de omzetplafonds zijn binnen de wijkverpleging een probleem. Omzetplafonds zijn niet passend in de context van de Zvw. Verzekerden merken maar al te vaak dat hun verzekering niet leidt tot uitkering in het geval van schade. Ze worden dikwijls van het kastje naar de muur gestuurd en krijgen lang niet altijd de zorg die in hun verzekeringspolis wordt beloofd. Bijcontractering is mogelijk maar blijkt in de praktijk erg moeizaam te verlopen. Voor zorgaanbieders brengt dit veel onzekerheid met zich mee. Het is moeilijk ondernemen in een markt die niet als een markt werkt en geregeerd wordt door de angst om te veel geld uit te geven. Zorgverzekeraars werken met te kleine inkoopteams ten opzichte van de omvang van de wijkverpleging en reageren in de regel inadequaat op signalen van zorgaanbieders om het contract bij te stellen. Wat ons betreft kan het anders en moet het anders. Mensen willen zo veel mogelijk zorg thuis ontvangen. Zo lang het medisch en sociaal verantwoord is, zouden wat ons betreft alle inspanningen er op gericht moeten zijn om die wens te</p>	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan en ziet geen aanleiding voor aanpassingen.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		honoreren.	
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 1	Toevoegen bij inleiding geboortezorg 'waaronder verloskundige en kraamzorg'	De NZa benoemt later in Hoofdstuk 1 dat geboortezorg in deze Marktscan gaat om verloskunde en kraamzorg.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 1	Betreffende definitie eerstelijns geboortezorg: toevoegen 'en daarvoor geschoolde intakers kraamzorg'	In Hoofdstuk 1 wordt elke deelsector op hoofdlijnen omschreven. Deze gedetailleerde definitie is daarom niet opgenomen.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 1	Betreffende zorgprestaties: klopt niet voor de integrale geboortezorgprestatie: zie beleidsregel integrale geboortezorg	Dit is aangepast.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 1	Betreffende aantal zorgprestaties: welke, inschrijving, intake huisbezoek, intake telefonisch, partusassistentie, partusassistentieuren en kraamzorguren?	Het betreft de prestaties zoals beschreven in de Tariefbeschikking Kraamzorg. Dit zijn inderdaad de prestaties zoals genoemd.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 1	Betreffende eigen bijdrage: dit is een eigen betaling: dat is iets anders dan een eigen bijdrage. Er is met ingang van 1 januari 2017 geen eigen bijdrage meer voor de partusassistentieuren kraamzorg	Er wordt uitgegaan van de term 'eigen bijdrage'.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 1	Transitie naar integrale geboortezorg staat centraal! Er gaan experimenten starten waarbij integrale entiteiten een integraal geboortezorgtarief contracteren om te kijken of dit de integrale geboortezorg stimuleert	Dit wordt al benoemd in de marktscan.

Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 2	Schommelingen in de uitgaven verloskundige zorg zijn wel heel groot: Dat roept vragen op! waar word de uitschieter naar boven in 2014 door veroorzaakt? En de enorme daling van 2015? Hoe zit de module integrale verloskunde hier in? en de echo's?	Op grond van de huidige gegevens kunnen we dit niet zeggen. Het onderscheid naar verloskundige verrichtingen kan niet worden gemaakt op grond van nu beschikbare data.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 2	Betreffende tabel 3, aantal patiënten binnen kraamzorg: hoe kan dit als we weten dat er ongeveer 170.000 baby's per jaar worden geboren?	Een verzekerde wordt aangemerkt als patiënt binnen een sector als zijn/haar zorgkosten binnen een sector in dat jaar groter is dan 0. Voor kraamzorg kunnen zorgkosten per geboren kind verdeeld zijn over een tweetal jaren. Hier is een voetnoot over opgenomen.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 2	Sectie 2.4: is 'wel eens' gedefinieerd als: minimaal 1x per jaar?	Ja, dit is gedefinieerd als één of meerdere keren per jaar.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 2	Sectie 2.4: hoeveel lager? En is wel logisch, omdat er, zoals gezegd, ongeveer 170.000 kinderen per jaar worden geboren.	Dit percentage staat genoemd, namelijk 2 à 3 procent van de verzekerden.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 2	Sectie 2.4: omdat er, ongeveer 170.000 baby's per jaar worden geboren, zou dit percentage, uitgegaan van ruim 17 miljoen inwoners, 1 moeten zijn.	Voor kraamzorg kunnen zorgkosten per geboren kind verdeeld zijn over een tweetal jaren. Daarnaast omvat dit percentage zowel verloskundige zorg als kraamzorg.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 2	Sectie 2.5: Geboortezorg moet dikgedrukt staan net als de rest	De tekst is conform de reactie aangepast.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende beroepen met wettelijk beschermde opleidingstitel, maar geen onderdeel van BIG-register: en kraamverzorgenden (niet alle kraamverzorgenden zijn verzorgende-IG)	De NZa beoogt hier niet een uitputtende opsomming weer te geven.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende gestandaardiseerde richtlijnen: geldt ook voor kraamverzorgenden en verloskundigen)	De tekst is conform de reactie aangepast.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende gebruik CQ-index: hier staat geboortezorg, maar is nu alleen nog kraamzorg	De tekst is conform de reactie aangepast.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende gebruik kwaliteitsindicatoren: hier staat geboortezorg, maar is nu alleen nog kraamzorg	De tekst is conform de reactie aangepast.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende transparantie kwaliteit van zorg: dit is wel een hele smalle doelstelling! Doelstelling is vooral: het afleggen van verantwoording over de geleverde kwaliteit en niet primair voor de zorginkoop	Er wordt hier geen doelstelling omschreven. Er wordt toegelicht hoe de gegevens o.a. gebruikt worden.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Iedereen heeft recht op goede zorg. en het is gebleken dat het erg lastig is om betrouwbaar en valide indicatoren te ontwikkelen die iets zeggen over de kwaliteit van de aanbieders. Hogere beloningen moeten juist ingezet worden voor organisaties die extra dingen doen, bijvoorbeeld die zich extra inzetten om de samenwerking te verbeteren.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan en ziet geen aanleiding voor aanpassingen.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende samenwerking in de eerstelijns: dit gaat om horizontale samenwerking. Verticale samenwerking, samenwerking tussen 1e en 2e lijn, is er ook eentje van belang en zou hier genoemd moeten worden!	De focus voor deze Marktscan ligt op de eerstelijnszorg. Gedetailleerde beschrijving van samenwerking met de tweedelijns valt buiten scope.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Zijn er voorbeelden van waar de NZa een integraal tarief vaststelt? Graag hier noemen!	De tekst is veranderd naar 'integrale prestatie'. Voorbeelden zien we bijv. binnen de multidisciplinaire zorg.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Waar is de focus op samenwerking tussen 1e en 2e lijn?	De focus voor deze Marktscan ligt op de eerstelijnszorg. Gedetailleerde beschrijving van samenwerking met de tweedelijns valt buiten scope.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende nieuwe brancheorganisatie binnen geboortezorg: Is dat zo? Over welke zou dit dan gaan? Zou ik hier niet zo willen noemen. Het belangrijkste is juist de focus op de integrale zorg, samenwerking tussen 1e en 2e lijn.	De tekst is aangepast.

Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende duur beleidsregel Innovatie: tot voor kort maximaal 3 jaar. Maar de minister heeft het onlangs mogelijk gemaakt om dit te verlengen naar 5 jaar. Op de eigen website van de Nza staat nu nog 3 jaar: <a href="https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/innovatie/beleid-en-regels/toelichting-beleidsregel-innovatie/">https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/innovatie/beleid-en-regels/toelichting-beleidsregel-innovatie/</a>	De marktscan wordt gepubliceerd in 2017, vanaf dan is er binnen de beleidsregel Innovatie de mogelijkheid tot vijf jaar experimenteren.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende advies NZa voor vrij tarieven: ook in de kraamzorg en verloskunde, zie <a href="https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/Geboortezorg/nieuws/996783/">https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/Geboortezorg/nieuws/996783/</a>	De tekst is aangepast.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende advies NZa experiment vrije prestaties: ik mis hier de knelpunten analyse in de bekostiging van de geboortezorg van de NZa	Hier wordt niet ingegaan op specifieke sectoren.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Integrale prestaties geboortezorg: de beleidsregel integrale geboortezorg is vastgesteld en die bevat 10 deelprestaties	De beleidsregel integrale geboortezorg omschrijft 10 prestaties, waarvan er één onderlinge dienstverlening betreft. De andere 9 prestaties beschrijven de geboortezorg.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende adviezen genoemd op pagina 24: graag adviezen zelf toevoegen in voetnoot	Dit is toegevoegd.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Betreffende prestaties voor complex geboortezorgtraject: niet daarnaast, maar onderdeel daarvan. Complexe zorg is nl. 1 van de deelprestaties	De tekst is conform de reactie aangepast.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 3	Aantal experimenten geboortezorg: aantal aanpassen aan de huidige stand van zaken	Dit is in de definitieve marktscan gebaseerd op meest recente gegevens.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 4	Ik mis in dit hoofdstuk nog iets over aantal faillissementen van zorgaanbieders	Voor deze marktscan wordt dit niet in beeld gebracht. Het genoemde onderwerp is mogelijk een goede aanvulling voor een vervolg op deze marktscan.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 4	Figuur 8: kraamverzorgenden ontbreken. aantal is bekend middels het kwaliteitsregister van het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ)	De kraamverzorgenden zijn toegevoegd aan het figuur.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 4	Betreffende toename aanbieders en zorgverleners geboortezorg: graag uitsplitsen in verloskundige praktijken en kraamzorginstellingen, want wij herkennen dit beeld niet echt	Geboortezorg is hier doorgehaald; de splitsing kan niet worden toegepast nu hierover geen informatie beschikbaar is gesteld aan de NZa via de uitvraag.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 4	Betreffende toename meermanspraktijken verloskunde: in de verloskundige zorg neemt het aantal eenmanspraktijken juist toe	Bij de NZa is bekend dat het aantal meermanspraktijken toeneemt.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 4	Hoe zit het met de ontwikkeling in het aantal geboortecentra?	Voor deze marktscan is deze informatie niet verzameld. Het genoemde onderwerp is mogelijk een goede aanvulling voor een vervolg op deze marktscan.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 4	Sectie 4.2: in deze hele paragraaf worden de ontwikkelingen in de verloskunde en kraamzorg niet meegenomen. Graag wel noemen	Hierover is geen informatie beschikbaar gesteld aan de NZa via de uitvraag.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 4	Betreffende term zorgaanbieders in loondienst: is de zorgaanbieder de persoon of de entiteit. Ik zou hier praten over het aantal zorgprofessionals. Of het aandeel zorgaanbieders met professionals in loondienst	De tekst is conform de reactie aangepast.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 4	Tabel 4: kraamzorg ontbreekt	De genoemde bron geeft helaas geen informatie voor de kraamzorg. Dit is duidelijker vermeld in de tekst.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende belang van betrekken patiënten: ik mis hier het tripartite overleg; indicatoren worden altijd vastgesteld door 3 partijen: de zorgaanbieder, -verzekeraar en de patiënt. Dus de patiënt is hier ten alle tijde bij betrokken	Deze stelling kan de NZa niet voor haar rekening nemen. Geen aanleiding om de tekst aan te passen.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende relatiebeheer: dit herkennen wij niet. vaak hebben juist de grote verzekeraars meer formatie voor relatiebeheer	De betreffende passage gaat over zaken die slechts door een of twee verzekeraars worden genoemd; dit kan de ontbrekende herkenning verklaren. Geen aanleiding om de tekst aan te passen.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende no-nonsense beleid: dit herkennen wij ook niet: eisen zijn vaak talrijk	De betreffende passage gaat over zaken die slechts door een of twee verzekeraars worden genoemd; dit kan de ontbrekende herkenning verklaren. Geen aanleiding om de tekst aan te passen

Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende contracteerproces: hoe is dit geregeld bij de contractering in de tweede lijn?	De focus voor deze marktscan ligt op de eerstelijnszorg.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Figuur 10: splitsing verloskunde en kraamzorg gewenst. Er is slechts 1 verzekeraar die voor 2017 voor het eerst een meerjarig contract afsluit voor kraamzorg.	Geen gegevens beschikbaar om deze splitsing nu door te voeren. Mogelijk aandachtspunt voor vervolg op deze marktscan.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende substitutie: er wordt nog te weinig op gestuurd in de contractering. In ieder geval niet in de geboortezorg. Verder is substitutie in de gehele geboortezorg mogelijk, niet alleen bij de bevalling.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. Daarnaast betreft het aantal voorbeelden van substitutie, en geen limitatieve lijst
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende omzetplafonds: is in tegenspraak met de keuzevrijheid van de klant	De NZa neemt deze conclusie niet over.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende selectief inkopen: bij verloskunde is mij dit niet bekend. Wel bij kraamzorg	De tekst is aangepast.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Gedifferentieerd inkopen gebeurt al jaren in de kraamzorg!	De tekst is verduidelijkt op dit punt.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende klantervaringen: in de kraamzorg is dat jarenlang wel toegepast: hoe hoger de klantervaring des te hoger het tarief. Een aantal zorgverzekeraars zette jarenlang ook nog eigen klanttevredenheidslijsten over zorgaanbieders, maar zijn hier inmiddels weer van afgestapt. Met name vanwege de hoge tevredenheid over de kraamzorg, waardoor het niet meer geschikt is om tariefsdifferentiatie op toe te passen, maar ook de problematiek rond de interpretatie ervan: het is bekend dat met name bij achterstandswijken laag is, maar dat hoeft niet te betekenen dat de zorgaanbieder niet goed is.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende machtigingen: alleen echo's in de eerste lijn of ook in de tweede lijn?	De focus voor deze Marktscan ligt op de eerstelijnszorg.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende inkoop verloskunde: het lijkt mij nogal relevant om hier de module integrale verloskunde te noemen	In de tekst wordt weergegeven wat zorgverzekeraars hebben geantwoord op vragen over hun zorginkoop.
BO Geboortezorg	Hoofdstuk 5	Betreffende inkoop kraamzorg: - Het is echt voor het eerst sinds jaren dat een zorgverzekeraar alle kraamzorgaanbieders op 100% van maximum tarieven contracteert en dit doet deze alleen om de focus te leggen op de integrale inkoop.	In de betreffende tekst wordt weergegeven wat zorgverzekeraars hebben geantwoord op vragen over hun zorginkoop. Dit blijkt duidelijk uit de tekst.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Differentiatie gebeurt vooral op basis van eigen contracteereisen, of bijv. op basis van postcode gebieden, aantal FTE in dienst, inzet zzp-ers of deelname in een VSV.</li> <li>- Max-max noemen bij hoger tarief in achterstandswijken</li> <li>- Het zijn niet voor de beroepsgroep geldende certificaten, maar voor aanbieders in de sector</li> <li>- Registratie kwaliteitsindicatoren conform Wkkgz is een criteria om in aanmerking te komen voor een contract. Wordt niet gebruikt om te differentiëren op het tarief.</li> <li>- Vragen zelf niet klantervaringen op. Geven alleen aan dat ze verwachten dat zorgaanbieders dit wel doen.</li> </ul> <p>Wordt ook niet gebruikt om op te differentiëren in tarief.</p>	
Actiz	Hoofdstuk 1	In hoofdstuk 1 mis ik informatie over de toegang/indicatiestelling. Is er sprake van directe toegankelijkheid? Wie stelt (indien van toepassing, zoals bij de wijkverpleging) de indicatie? Dit is per zorgvorm verschillend en kan heel bepalend zijn voor de omvang en uitvoering van zorg.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan, maar ziet geen reden tot aanpassingen.
Actiz	Hoofdstuk 4	Bij 4.2 mis ik de arbeidspositie van de wijkverpleegkundige. Ter toelichting: Juist de functie van wijkverpleegkundige heeft een prominente positie in de wijk en zorgt voor (tijdige) toeleiding naar eerstelijns zorg, ook in preventieve vorm. Zorgaanbieders kampen met tekorten aan wijkverpleegkundigen in loondienst. Het aanbod van wijkverpleegkundigen op de arbeidsmarkt kan de vraag naar wijkverpleegkundigen op dit moment onvoldoende beantwoorden. Steeds meer wijkverpleegkundigen bieden zich aan als zzp'ers, maar met de huidige tarieven in de wijkverpleging kunnen zorgaanbieders deze zzp'ers niet betalen.	Deze informatie is niet via de uitvraag aan de NZa beschikbaar gesteld en de NZa ziet daarom geen aanleiding voor aanpassingen.
NVVP	Algemeen	De Nederlandse zorgautoriteit laat met dit conceptrapport duidelijk zien betrokken te zijn met de ontwikkelingen in de eerste lijn.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
NVVP	Algemeen	<p>Ontwikkelingen binnen de podotherapeutische zorg worden in het conceptrapport wel genoemd, maar slechts zeer summier weergegeven. We realiseren ons dat we gelet op de aantallen zorgverleners die in andere disciplines werkzaam zijn in kwantitatieve zin een kleine speler zijn.</p> <p>We zijn wel van mening een belangrijke kwalitatieve bijdrage te geven aan preventieve zorg in de eerste lijn.</p> <p>De podotherapeut wordt buiten de integrale zorg vanaf 2015 door de zorgverzekeraar gecontracteerd wanneer het gaat om het verlenen van medisch noodzakelijke voetzorg zoals door de huisarts en medisch specialist pleegt te bieden, omschreven in het standpunt van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) ter voorkoming van ulcera/amputaties.</p> <p>De onderhandelingen voor de DM-voetzorg zijn door partijen op een constructieve wijze gevoerd.</p> <p>Door het nieuwe systeem van financiering ziet de podotherapeut naast zijn "oude" DM-patiënten ook nieuwe patiënten, die volgens de zorgmodule al eerder behandeld hadden moeten worden.</p>	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan en ziet geen aanleiding voor aanpassingen.



Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		Er zijn vanaf 2015 veel actieve ulcera vastgesteld en door de preventieve behandeling zijn er veel amputaties voorkomen. Dit volgens de ervaringen van onze leden. Ervaringen die we bevestigd zien in het door ZiN in december 2016 uitgebrachte rapport "Voetzorg bij diabetes: vergoeding & Kwaliteit". De nieuwe financiering heeft de aandacht voor de medisch noodzakelijke voetzorg en de mogelijkheden van substitutie binnen de eerste lijn duidelijk versterkt.	
NVvP	Hoofdstuk 5	Voorts wil ik uw aandacht vragen voor een aantal onduidelijkheden/onjuistheden in het conceptrapport. Met betrekking tot de tekst van hoofdstuk 5 "Afspraken over prijzen en kwaliteit" merken wij op dat zorgverzekeraars bij de contractering van podotherapeutische zorg als eis hebben gesteld dat de podotherapeut lid is van de NVvP en beschikt over de status van kwaliteitsgeregistreerd bij het Kwaliteitsregister Paramedici. Om lid te zijn van de NVvP is de status kwaliteitsgeregistreerd binnen het Kwaliteitsregister Paramedici, waar de podotherapeut samen met de andere paramedische beroepen deel van uitmaken, een eis.	Beide punten staan benoemd in de genoemde sectie.
NVvP	Hoofdstuk 5	Ten aanzien van de op pagina 40 van het concept genoemde vrije tarieven voor podotherapie gaan we ervan uit dat er sprake is van een vergissing. Zoals eerder opgemerkt wordt de podotherapeut vanaf 2015 door de zorgverzekeraar gecontracteerd wanneer het gaat om het verlenen van medisch noodzakelijke voetzorg zoals omschreven in het standpunt van ZiN (Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus), en de beleidsregel overige geneeskundige zorg, en wordt er zorg geleverd zoals de huisarts en medisch specialist deze pleegt te bieden. Er is thans geen sprake van een aparte prestatiebeschrijving voor podotherapie; dus ook niet door middel van vrije tarieven (in dit kader vallen we nog steeds onder de WUB).	De tekst is conform de reactie aangepast.
Zilveren Kruis	Algemeen	Wij kunnen ons vinden in de tekst en hebben geen opmerkingen of toevoegingen aan het rapport.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
CZ	Hoofdstuk 1	Algemeen: vrij algemene omschrijving. Afhankelijk van de doelgroep en doel document of dit relevante informatie geeft.	De NZa beoogt met deze marktscan een overzicht te geven van de eerstelijnszorg. Een korte beschrijving van elke sector past in dat doel.
CZ	Hoofdstuk 1	Paramedische zorg: <ul style="list-style-type: none"> <li>Op pag 8: Asterisk geeft onduidelijkheid. Verwijst naar een Bzv artikel waar beter een korte opsomming kan volgen.</li> <li>Op pag 8: Aantal prestaties is correct, maar veel worden niet dagelijks gebruikt.</li> <li>Op pag 8: 'Schisis' ontbreekt bij punt orthodontie.</li> <li>Op pag 8: In tekst ontbreekt de verwijzing bij 'materialen en technieken' dat enkel de daadwerkelijk gemaakte kosten gedeclareerd kunnen worden.</li> </ul>	De opmerkingen zijn waar nodig verwerkt in de rapportage.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
CZ	Hoofdstuk 1	Basis-GGZ: <ul style="list-style-type: none"> <li>Op pag, 10 wordt aangegeven dat deze zorg geleverd wordt door klinisch psychologen. Een deel van de gbGGZ geleverd door GZ-psychologen.</li> <li>Waarom wordt in deze marktscan de POH GGZ niet specifiek weergegeven?</li> </ul>	Dit is aangepast in de marktscan.
CZ	Hoofdstuk 1	Wijkverpleging: De PGB-zorg mist als onderdeel in de eerstelijnszorg. De wijkverpleging komt weinig terug in het document (terwijl het wel een forse deel van de eerstelijns zorg uitmaakt) en ook het onderscheid tussen instellingen en individuele beroepsbeoefenaren komt niet terug (terwijl dit wel veel effect heeft voor de mate waarin beroepsregistraties etc. kunnen worden gebruikt als kwaliteitsmaatstaf bij de inkoop).	Mogelijkheid tot pgb is toegevoegd aan de tekst. Overige punten neemt de NZa ter kennisgeving aan.
CZ	Hoofdstuk 2	Algemeen: De NZa beschrijft een aantal signalen, maar geeft verder (nog) geen oordeel aan. We zijn benieuwd of dat nog wel komt en wat het oordeel dan is.	De NZa heeft in de definitieve rapportage aangegeven dat dit een goede ontwikkeling lijkt te zijn.
CZ	Hoofdstuk 3	Huisartsenzorg: "Indicatoren voor de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling": Hier wordt gesuggereerd dat er binnen de huisartsenzorg al veel gebruik wordt gemaakt van het meten van kwaliteit middels vastgestelde indicatoren. Dit is echter niet het geval. Voor de ketenzorg zijn weliswaar een aantal (voornamelijk proces) indicatoren vastgesteld. Maar voor de reguliere huisartsenzorg blijkt het in de praktijk moeilijk om valide, relevante en onderscheidende indicatoren vast te stellen. Ook de werkgroep Kwaliteit die zich hiermee bezig heeft gehouden binnen het HRMO traject, is hier tegenaan gelopen.	Tekst iets aangepast om de genoemde suggestie (veel gebruik) weg te nemen.
CZ	Hoofdstuk 3	Wijkverpleging: bij 3.2 innovatie: We zouden graag willen weten hoeveel experimenten ook daadwerkelijk leiden tot nieuwe standaarden. Wij ervaren het als moeilijk om ook continuïteit te krijgen na experimenten.	Huidige experimenten binnen de wijkverpleging hebben nog niet geleid tot nieuwe standaarden.
CZ	Hoofdstuk 3	Paramedie: op pag 22; PPN staat voor Paramedisch Platform Nederland, is geen kwaliteitsregister maar het overlegorgaan van verschillende paramedische beroepsgroepen.	De betekenis van de afkorting wordt eerder in de marktscan genoemd. Deze wordt ook niet benoemd als kwaliteitsregister.
CZ	Hoofdstuk 4	GGZ: Op pag. 26 worden de zorgverleners in aantallen opgesomd. We zien daar de GGZ (GZ-psychologen bijv.) niet tussen staan in figuur 8, wel in figuur 9. Is daar een specifieke reden voor?	Het figuur geeft alle aantallen weer op basis van gegevens uit bij ons bekende (openbare) bronnen. Voor de GGZ zijn de aantallen uit de meest recente Marktscan GGZ overgenomen.
CZ	Hoofdstuk 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Op pag 28; In tekst; er wordt gesteld dat oudere tandartsen meer uren werken dan nieuwe generatie. We missen hier de duiding, dat dit voornamelijk komt door afstuderen van hoog percentage vrouwelijke tandartsen die na verloop van tijd aantoonbaar minder uren gaan werken.</li> <li>Op pag 29; De tabel is onvolledig. Er is anderhalf jaar geleden door KPMG een uitgebreid kostenonderzoek in de mondzorg verricht. Dit geeft andere cijfers dan tandartspraktijk nu wordt weergegeven.</li> </ul>	De verwachte gevolgen van feminisering staan genoemd.

Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
CZ	Hoofdstuk 5	Algemeen: Op pag. 31 We weten niet waar de input m.b.t. de patiënten participatie vandaan komt maar volgens ons klopt de tekst niet helemaal. Er staat nu: 'Sommige zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat patiënten(organisaties) betrokken zijn bij het transparant maken van (kwaliteits-) informatie over de zorg. Deze zorgverzekeraars verzamelen structureel input van patiënten (via patiëntenverenigingen en onderzoeken) en vertalen de resultaten naar voorwaarden voor de inkoop van zorg'. Graag toevoegen '....vertalen WAAR MOGELIJK en NUTTIG de resultaten naar voorwaarden....'. Overigens zijn wij ervan overtuigd dat vrijwel alle zorgverzekeraars de cliënten een toenemende rol geven in het inkoopbeleid. Dus de gevolgtrekking in het kader op pag. 31 is wat ons betreft te snel gemaakt.	'waar mogelijk en nuttig' toegevoegd
CZ	Hoofdstuk 5	Op pag. 31 noemt de NZa iets over het soms lastig verlopen van het contracteerproces en de regels die de NZa hierover heeft opgesteld om dit soepel te laten lopen. Dat is wellicht zo, maar hier ontbreekt ook enige zelfreflectie van de NZa. In sommige gevallen worden bv. aanpassingen van de tarieven en productstructuren pas zo laat vastgesteld/gemaakt/doorgegeven, dat dit een forse impact heeft op de tijdigheid van het proces.	Tekst aangepast
CZ	Hoofdstuk 5	Op pag. 41 wordt stichting Mirro genoemd. Graag wijzigen in Stichting Kwaliteit in Basis GGZ.	Tekst aangepast
CZ	Hoofdstuk 5	Op pag 33; We missen Mondzorg in de tabel. Wij bieden bijvoorbeeld al drie afzonderlijke meerjarenovereenkomsten in de mondzorg.	Mondzorg is niet opgenomen omdat er veel minder contracten worden gesloten met mondzorgaanbieders dan met aanbieders in overige sectoren.
CZ	Hoofdstuk 5	Op pag 35; Bij 'Kostenbeheersing, alinea B: Dit leidt bij ons niet tot een bonus maar een overeenkomst met een hoger tarief.	Tekst aangepast
CZ	Hoofdstuk 5	Op pag 36; F 2e zin: graag toevoegen 'en/of uit het oogpunt van kwaliteit.'. Denk aan Parkinson, Lymfoedeem, etc.	De paragraaf gaat over kostenbeheersing; instrumenten om kwaliteit te borgen / verhogen komen elders aan de orde. Niet aangepast
CZ	Hoofdstuk 5	Op pag 39; Er staat nu: Zo speelt bij implantologie het aantal patiënten per jaar, herbehandelingen en de opleiding implantoloog een rol bij selecteren van zorgaanbieders. We missen hier nog een koppeling met wat herbehandeling met kwaliteit doet. Juist het terugdringen van het aantal herbehandelingen zorgt voor minder pijnklachten, wat voor patiënt een eerste kwaliteitsindicator is. Wij meten het aantal herbehandelingen vóór en na ons beleid in portfoliotoets.	Uit oogpunt van beknoptheid niet overgenomen.
LVVP	Algemeen	Wij hebben waardering voor de opzet van de scan en het beknopte karakter er van. Desalniettemin hebben wij enig commentaar en vragen bij de tekst, die tot aanscherping van de tekst kunnen leiden en de zeggingskracht van de scan vergroten.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
LVVP	Algemeen	<p>Gelieve duidelijke begrippen te hanteren en consequent toe te passen. In het systeem is sprake van generalistische basis ggz, dat is ook het begrip dat gehanteerd dient te worden om misverstanden te vermijden. We hebben de NZa hier al eerder opmerkzaam op gemaakt. Her en der in de tekst wordt hier van afgeweken en worden opeens begrippen als basis ggz gebruikt (voorbeeld figuur 1, figuur 6, pag. 17, pag. 20 e.a.). Dat veroorzaakt weer onduidelijkheid, omdat het erop lijkt dat hier ook de poh-ggz onder geschoven wordt, conclusies multi-interpretabel worden, evenals cijfers. Nogmaals, het systeem spreekt van: huisartsenzorg (inclusief poh-ggz), generalistische basis ggz (gbggz) en gespecialiseerde ggz (gggz). Gelieve dit ook als duidelijke scheidslijnen en markeren te gebruiken in de tekst en de cijfers.</p>	De tekst is daar waar nodig verduidelijkt. Indien er over
LVVP	Hoofdstuk 1	(pag. 10) Generalistische basis ggz wordt niet louter door klinisch psychologen beoefend, maar door eerstelijns-/gezondheidszorg/klinisch psychologen.	De tekst is aangepast.
LVVP	Hoofdstuk 2	(tabel 2, pag. 12) De cijfers over eerstelijnspsychologische zorg (exclusief de verplichte eigen bijdrage van patiënten per consult) en de gbgz vertonen enorme verschillen. Kan hierover meer duidelijkheid verschaft worden? Is het systeem dus gewoon veel duurder geworden?	Zoals omschreven in de marktscan is er een stelselwijziging geweest, en zijn de twee vormen niet één op één vergelijkbaar.
LVVP	Hoofdstuk 2	(tabel 3, pag. 11) Hier wreekt zich de onduidelijkheid in de gehele scan hoe er wordt omgegaan met eventuele cijfers van de poh-ggz en die van de gbgz. Refererend aan tabel 2, waar een stijging van de kosten huisartsenzorg wellicht is te wijten aan de introductie van de poh-ggz (zijn deze hierin verwerkt en is dat dan zo?) zien we in deze tabel (3) weer geen stijging van het aantal patiënten. Wat mogen we hieruit concluderen?	Onder de cijfers van de huisartsenzorg valt in genoemde tabel ook de poh-ggz.
LVVP	Hoofdstuk 2	(2.4., pag.14) Over welke jaren gaat dit? Hoe te relateren aan bijvoorbeeld tabel 2 als het gaat over huisartsenzorg, eerstelijnspsychologische zorg en gbgz?	Dit gaat om het jaar 2015; dit is verduidelijkt. Tabel 2 gaat om totale uitgaven, de figuren in deze sectie laten zorggebruik per verzekerde zien.
LVVP	Hoofdstuk 2	(figuur 4, pag 15) Minstens ggz? Wat wordt bedoeld? Gbggz? Poh-ggz en gbggz?	Dit is verduidelijkt. Het profiel ggz betreft gebruik van poh-ggz en/of generalistische basis-ggz.
LVVP	Hoofdstuk 3	(pag. 20) VELO = Verenigde EersteLijns Organisaties	De tekst is conform de reactie aangepast.
LVVP	Hoofdstuk 4	(Hfst 4. Pag 26 e.v.) Waar zijn de poh-ggz? Waar zijn de aanbieders gb-ggz?	Het figuur geeft alle aantallen weer op basis van gegevens uit bij ons bekende (openbare) bronnen. Dit is voor de POH-ggz bij ons niet bekend. De vrijgevestigden binnen de basis-ggz staan genoemd in figuur 9.

Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
LVVP	Hoofdstuk 4	(tabel 4, pag. 29). Hier zien we de gevolgen van het tarievenbeleid van zorgverzekeraars?	Geen aanleiding om tekst aan te passen
LVVP	Hoofdstuk 5	(5.4., pag. 33 e.v.) Wij vragen ons sterk af of de 95% contracteergraad ook geldt voor de gbzz, een voorzichtige schatting lijkt eerder een percentage van 80% te rechtvaardigen. Wij missen – voor de volledigheid – verder enige passages over het tarievenbeleid van de afgelopen jaren, het grosso modo niet toepassen van indexeringen en de mystiek rondom het door zorgverzekeraars ieder voor zich als uitgangspunt gehanteerde ‘marktconforme’ tarief. Aan de kanttekeningen die zijn geplaatst kunnen wij nog toevoegen dat de zorgverzekeraars niet alle aanbieders zeggen te kennen, maar in vele gevallen vooral ook dat ze geen contracten willen sluiten met aanbieders; met alle gevolgen van dien voor hun beleid inzake voorlichting aan hun verzekerden, omzetplafonds, patiënten die van aanbieder moeten veranderen lopende hun behandeling en de keuzevrijheid van de patiënt.	De tekst noemt al de lagere contracteergraad onder kleinere aanbieders.
LVVP	Hoofdstuk 5	(pag 41 en 42) Bij de opmerking van zorgverzekeraars inzake het stabiel zijn van de tarieven, zij opgemerkt dat stabiel niet verward dient te worden met lager, zie de opmerking over marktconform tarief hierboven en het feit dat in vele gevallen de zorgverzekeraar de verhouding en de hoogte van basistarief versus opslagpercentage(s) steeds aanpast ten nadele van de aanbieder en die als opgeteld ook nog eens nooit tot een totaal tarief van 100% van het maximumtarief komt.	Geen aanleiding om de tekst aan te passen.
VGZ	Algemeen	Met deze scan levert de NZa een mooi beeld op wat er eerstelijns allemaal gebeurt. Veel dus! Zonder de huidige eerstelijns zou het zorglandschap er in Nederland er heel anders uit zien. Natuurlijk is er altijd ruimte voor verbetering, met name tussen de sectoren in. Voor ons belangrijk om te bekijken we de goede voorbeelden en lessen van het ene deelsector ook in een andere sector kunnen gebruiken, in samenspraak met zorgaanbieders. Maar uit deze scan is ook te concluderen dat de verschillende deelsectoren niet op elkaar lijken. Het ene deelsector is nu eenmaal meer ‘markt’ dan het andere. Daarom kunnen goede voorbeelden ook niet altijd 1-op-1 ‘gekopieerd’ worden.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
GGZ Nederland	Algemeen	Zoals eerder aan de NZa gemeld vallen de gebruikte cijfers voor ons als branche organisatie niet of nauwelijks te controleren. Daarbij gaat het er ook niet alleen om de cijfers en de feitelijke beschrijving van de markt, maar juist over de interpretatie (van de werking) ervan. Wij vinden het dan ook jammer dat die interpretatie (die volgt in een beleidsbrief) niet is bijgevoegd en wij daarmee niet in de gelegenheid worden gesteld daar input op te leveren.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
GGZ Nederland	Algemeen	In de marktscan wordt vaak gesproken over branche organisaties in de eerstelijnszorg. Dit kan verwarring wekken. Welke zijn dat dan en hebben zij dit allemaal aangegeven? Te meer ook omdat sommige zinsnedes verwijzen naar een bepaalde sector of organisatie, bijvoorbeeld geboortezorg, mondzorg e.d. GGZ Nederland kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor de input van andere brancheorganisaties en herkent zich dan ook niet in alle gevallen in de opmerkingen en het beeld dat geschetst wordt. Wij zien de marktscan graag aangepast op dit punt om verwarring te voorkomen.	Op diverse plaatsen verduidelijkt tot ‘sommige brancheorganisaties’.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
GGZ Nederland	Algemeen	De marktscan geeft slechts een beeld van een beperkt deel van onze ggz sector. Het betreft vrijwel alleen het onderdeel basis ggz. Het onderdeel poh ggz komt niet of nauwelijks aan bod. Dit vinden wij een ommissie. De aangrenzende sectoren voor de ggz komen nu naar voren in andere marktscans (huisartsenzorg en gespecialiseerde zorg) en er wordt dan ook geen overall beeld geschetst. In de marktscan schrijft de NZa bijvoorbeeld over dichtbij en goedkoop waar mogelijk en specialistisch en duur waar nodig (blz 30). Maar dichtbij begint al bij de huisarts en de POH GGZ (wel vanuit een ander macrokader dan de basis ggz, namelijk, dat van de huisartsenzorg).	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan, en ziet dit als aandachtspunt voor het vervolg.
GGZ Nederland	Algemeen	De marktscan gaat onvoldoende in op de aansluiting van de eerstelijnszorg in de keten, bijvoorbeeld aansluiting eerstelijns op tweedelijns. Ook de aansluiting met het sociale domein mist.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. Het genoemde onderwerp is mogelijk een goede aanvulling voor een vervolg op deze marktscan.
GGZ Nederland	Algemeen	De marktscan geeft geen duidelijk beeld van de toegang tot zorg.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. Een verdieping op de toegang tot zorg is mogelijk een goede aanvulling voor een vervolg op deze marktscan.
GGZ Nederland	Algemeen	Is de marktscan gebaseerd op de meest recente beschikbare cijfers? In de zorgcijfersdatabank lijken namelijk ook al cijfers over het jaar 2016 te zitten.	De meest recente cijfers zijn gebruikt. Voor 2016 gaat het om ramingen op basis van het derde kwartaal.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 1	Par 1.7. blz 10: Bij de gehanteerde bullits: Het betreft zorg door o.a. psychologen geleverd, niet alleen door klinisch psychologen. Zie ook de desbetreffende beleidsregel waarin is vastgelegd wie er regiebehandelaar mag zijn.	De tekst is aangepast.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 1	Par 1.7. blz 10: Bij de gehanteerde bullits: Het betreft een integrale zorgprestatie per zorgvraag oid. Nu lijkt of er voor ieder clientcontact een aparte integrale prestatie kan worden gedeclareerd. Dit is niet het geval dus formulering moet worden aangepast (zie ook artikel 4.1. beleidsregel)	De tekst is aangepast.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 2	Par 2.1. Tabel 1 blz 10: De totale uitgaven ZVW 2014 en 2015 wijken af van de meest recente gegevens in de zorgcijferdatabank voor beide jaren. Bovendien zijn de opgevoerde uitgaven niet geheel gelijk aan de cijfers ZVW uit de VWS-begroting. De uitgaven eerstelijns ZVW sporen met de telling uit tabel 2. Waarom haakt de NZa aan bij zorgcijferdatabank en waarom niet bij begroting VWS 2017? Ook vragen wij graag een verklaring voor het verschil tussen de raming ZVW-uitgaven in de marktscan en de meest recente cijfers 2014/2015 uit de zorgcijferdatabank?	We willen een overzicht weergeven van de daadwerkelijk gerealiseerde uitgaven over de jaren heen. Hier geven de cijfers van het Zorginstituut een goed beeld van op basis van de meest recente cijfers. Het verschil in cijfers heeft te maken met peildatum, en is in de definitieve rapportage geüpdatet.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 2	Par 2.1. Tabel 2: De totale uitgaven eerstelijns ZVW: de jaren 2012 en 2013 sporen met de cijfers zorgcijfersdatabank, maar de jaren 2014 en 2015 niet. Bij de generalistische basisggz is er in de jaren 2014 en 2015 een afwijking naar boven, waarbij met name 2015 5% hoger wordt geraamd. Graag een verklaring voor de afwijkende raming ten opzichte van de cijfers uit	Zie antwoord hierboven; dit komt door een verschil in peildatum en is aangepast in de definitieve versie.

Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		de zorgcijfersdatabank bij de generalistische basis ggz.	
GGZ Nederland	Hoofdstuk 2	Par 2.5. en 2.6. blz 16-18: De vragen en signalen die de NZa worden hier feitelijk weergegeven. Echter in de praktijk komen niet alle vragen en signalen bij de NZa terecht. Hierdoor geeft het overzicht een beperkt beeld en moet voorzichtigheid betracht worden bij het trekken van conclusies op basis van dit overzicht.	Er wordt aangegeven dat het gaat om signalen en vragen die bij de NZa zijn binnengekomen. Dit is nog eens verduidelijkt in de tekst.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 3	Par 3.1. Kwaliteit blz 20: In de marktscan ligt de nadruk op gegevensverzameling ten behoeve van transparantie, inkoop en verantwoording. Er wordt door de NZa ook gepleit voor nog meer transparantie. Voor de ggz hebben wij daar een ander beeld bij. GGZ Nederland vindt het juist belangrijk dat de kwaliteitsmetingen en verbeteringen vooral ten behoeve van de individuele behandeling van de cliënt zijn bedoeld (evaluatie van het effect van de behandeling en bevordering van de eigen regie van de cliënt) en voor de interne cyclus van kwaliteitsverbetering bij zorgaanbieders. Hier mag in beleid meer aandacht voor zijn de komende jaren.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 3	Par 3.1. Kwaliteit blz 20: In de ggz worden en zijn veel initiatieven genomen t.b.v. kwaliteitsverbetering, door bijvoorbeeld het oprichten van kwaliteitsnetwerken / gemeenschappen die uitkomsten met elkaar delen en van elkaar leren. Een voorbeeld hiervan is Supranet.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. Hier worden slechts enkele algemene voorbeelden genoemd en dit is niet een opsomming van alle instrumenten die gebruikt worden om kwaliteit te meten.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 5	Par 5.5. Substitutie blz 34/35: In de marktscan wordt gesteld dat substitutie leidt tot minder kosten. In de ggz is dit niet zonder meer het geval. Het Trimbos constateert juist zorgverzwaring in de instelling, omdat de 'lichtere' gevallen in de POH of basis ggz wordt behandeld. En als er ook nog wachtlijsten zijn en het taboe op ggz-zorg afneemt, dan wordt er meer en betere zorg geleverd, maar is er dus geen kostenbesparing (al proberen verzekeraars dit in hun inkoopbeleid wel te forceren, maar dan gaat het ten koste van de kwaliteit).	Het in deze reactie geschetste mechanisme is zelf geen substitutie, maar een mogelijk gevolg van substitutie.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 5	Par 5.5. blz 35: Plafond op totale omzet/plafond op basis ggz: dit wordt als groot knelpunt ervaren in de ggz, en afspraken maken over het verhogen van het plafond is nauwelijks mogelijk. Gaat de NZa ook monitoren hoe dit verloopt?	De NZa noemt dit hier als instrument dat zorgverzekeraars hanteren.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 5	Par 5.5. blz 36: Benchmarks: in de ggz worden er vaak gemiddelde tarieven afgesproken. Dit geeft niet de juiste prikkels naar juiste behandeling, want zwaardere cliënten drukken op het gemiddeld tarief.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 5	Par 5.5. blz 36: Controles achteraf: hier hebben instellingen veel last van, zowel qua administratieve lasten als financieel. Dit komt omdat achteraf de regels worden bepaald en hierdoor ook geld uit de sector wordt gehaald, die vooraf ook al niet is gegeven.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
GGZ Nederland	Hoofdstuk 5	Par 5.6. blz 41 onderaan: In de tekst wordt gesproken over extra opslagen die mogelijk zijn richting het maximumtarief. Het in- en verkoopmechanisme werkt in de praktijk echter andersom. Je wordt als zorgaanbieder gekort en indien je aan criteria voldoet krijg je minder afslag. Wij herkennen de term opslag in deze dan ook niet. De mindere afslagen (richting het maximumtarief) vallen in de praktijk ook tegen. De tarieven blijven in de praktijk flink onder het maximumtarief. En de zorgaanbieder moet allerlei dingen voor minder afslag. Dit vergt ook weer extra activiteiten, die niet in de kostprijs zit. Wat levert dit nou echt op? In de ggz kennen we per 2017 het kwaliteitsstatuut, dan moeten verzekeraars niet ook nog eigen instrumenten verzinnen. Vindt de NZa daar iets van?	Hetgeen in de reactie wordt gesteld, staat al in de tekst.
GGZ Nederland	Hoofdstuk 5	Par 5.6. blz 41 onderaan: Marktmacht zorgverzekeraar: De hogere eisen in de zorginkoop worden niet vertaald in hogere tarieven. Maar bijvoorbeeld ook zorgverzekering leidt niet tot hogere tarieven (zie ook bij substitutie). Hoe kijkt de NZa hier tegenaan en wat gaat de NZa hiermee doen?	De NZa zal hier op basis van de huidige gegevens geen oordeel over geven.
InEen	Algemeen	Hartelijk dank voor de mogelijkheid te reageren. InEen heeft met belangstelling kennisgenomen van het consultatiedocument Marktscan Eerstelijnszorg. Deze marktscan beslaat een breed zorgveld. Deze breedte heeft als consequentie dat per deelsector de diepgang minder is. Na het lezen blijft een aantal vragen hangen: "Welke lessen kunnen we hieruit leren voor de effecten op de patiënt, tarifiering, kwaliteit en macrobudget? Welke consequenties kunnen beleidsmakers hieruit trekken?".	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
InEen	Algemeen	We willen allereerst aandacht vragen voor het woordgebruik rond huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Op diverse plaatsen in de marktscan wordt alleen gesproken over huisartsenzorg, terwijl in de eerste lijn ook eerstelijnsorganisaties zoals gezondheidscentra, zorggroepen en geïntegreerde samenwerkingsverbanden actief zijn. Mogelijk kan dit toegevoegd worden.	Tekst aangepast
InEen	Hoofdstuk 1	Tekstvoorstel van InEen voor pagina 6: <ul style="list-style-type: none"> <li>Segment 2: Voor mensen met een chronische ziekte, zoals diabetes en COPD, kunnen huisartsen samen met andere zorgaanbieders zorgprogramma's leveren en declareren. Dit noemen we programmatische zorg. Bekostiging vindt plaats op basis van een bedrag per geïncludeerde patiënt door eerstelijnsorganisaties. Daarnaast is sprake van GEZ financiering voor multidisciplinaire samenwerking. De organisatie en infrastructuur in wijk of regio die voor een samenhangende, persoonsgerichte en doelmatige huisartsen- en multidisciplinaire zorg noodzakelijk is, wordt bekostigd op basis van een bedrag per ingeschreven patiënt van de huisarts die bij de organisatie of het samenwerkingsverband is aangesloten.</li> <li>Segment 3: Huisartsen en eerstelijnszorgorganisaties kunnen aparte afspraken maken met de zorgverzekeraars over beloning van resultaten én zorgvernieuwing. Voorbeelden van resultaatbekostiging zijn doelmatig doorverwijzen of doelmatig voorschrijven. Voorbeelden van zorgvernieuwing zijn het meekijkconsult, projecten voor complexe problematiek bij ouderenzorg of GGZ, substitutieprojecten tussen tweede en eerste lijn zoals een project cardiologie, dermatologie, etc..</li> </ul>	Beknoptheidshalve deels aangepast



Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		<p>Wat opvalt is dat de huisartsenposten niet eerder in de marktscan benoemd worden. De budgetsystematiek van huisartsenposten is non-concurrentieel en daarmee uniek in de eerste lijn.</p> <p>In de eerste lijn zijn daarnaast ook EDC's (eerste lijns diagnostische centra) actief. Deze organisaties hebben maximumtarieven per prestatie/verrichting.</p>	
InEen	Hoofdstuk 3	<p>In het hoofdstuk kwaliteit (pagina 19) staan de individuele beroepsgroepen benoemd, maar het kwaliteitsbeleid van de eerstelijns organisaties ontbreekt. Bijvoorbeeld, zorggroepen hebben kritische kwaliteitskenmerken en landelijke inclusiecriteria. Huisartsenposten werken met streefwaarden.</p>	Tekst aangepast
InEen	Hoofdstuk 3	<p>Op blz. 20 staat onder het kopje "Samenwerking binnen de eerstelijnszorg": "..... Deze vorm van samenwerking is populair; er is sprake van een toename in het aantal gezondheidscentra. De NZa draagt hieraan bij door bijvoorbeeld een integraal tarief vast te stellen, waardoor de zorgaanbieders samen de zorg in rekening kunnen brengen." Lopen hier geen zaken door elkaar? De zogenaamde ketenzorgprestatie heeft een integraal tarief waarbij de zorgverzekeraar afspraken maakt met zorggroepen over bijvoorbeeld integrale diabeteszorg waarbij huisartsen, diëtisten, podotherapeuten etc. een deel van de zorg leveren. Daarnaast is er sprake van het GEZ-prestatie voor samenwerking. In beide gevallen is sprake van een vrij tarief waarover wordt onderhandeld met de zorgverzekeraar. Er worden dus geen tarieven door de NZa vastgesteld, wat de tekst nu suggereert.</p>	Tekst aangepast
InEen	Hoofdstuk 3	<p>In het rapport komen ons inziens de intenties van de zorgverzekeraars op een aantal gebieden beter naar voren dan de door de zorgaanbieders ervaren problemen. Zo missen we dat het voor eerstelijns partijen en zorgverzekeraars moeilijk is om een budgetbesparing te realiseren in ziekenhuis in het kader van de substitutie. Dat werkt remmend op de substitutie en innovatie.</p> <p>Op pagina 21 staat: "En voor het overige is het van belang dat zorgaanbieders niet geconfronteerd worden met al te verschillende sets van indicatoren en voorwaarden per zorgverzekeraar." InEen onderschrijft dit zeker, maar ontvangt signalen van haar leden dat dit niet de werkelijkheid is. Deze signalen hebben betrekking op voor ons onverklaarbare verschillen in inkoopvoorwaarden bij alle disciplines, vooral op de prestaties waarvoor een vrij tarief geldt. De indruk bestaat dat bij zorgverzekeraars een (mededingingsrechtelijke?) drempel bestaat om met elkaar tot afstemming te komen. Dit vertaalt zich ook in lastige situaties bij het volgebeleid. InEen is van mening dat de NZa meer kan sturen op het voorkomen van irrationele verschillen in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, die niet alleen voor hulpverleners maar ook voor patiënten ongewenste effecten hebben.</p>	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
InEen	Hoofdstuk 3	<p>In de marktscan wordt het project Organisatie &amp; Infrastructuur kort aangestipt (pagina 25). We willen benadrukken dat in dit project de brancheverenigingen van zorgaanbieders (InEen en LHV) en zorgverzekeraars samenwerken aan het verstevigen van de organisatiekracht in de eerste lijn. Organisatiekracht is essentieel om een goed antwoord te geven aan</p>	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		de uitdagingen die op de eerste lijn afkomen. InEen constateert dat het niet gemakkelijk is in een sector waarin de (fiscaal)juridische en economische context van de huisartspraktijk of de zelfstandige onderneming van de apotheker leidend is, tot eenzelfde samenhang te komen als bijvoorbeeld in een ziekenhuis waar samenhang in de organisatie volstrekt vanzelfsprekend is. Regelgeving m.b.t. privacy en BTW betekent vaak een huizenhoge drempel voor gewenste organisatievorming en samenwerking.	
InEen	Hoofdstuk 3	Paragraaf 3.3. "Ontwikkelingen in bekostiging: van sectoraal naar integraal", op blz 23, staat naar de mening van InEen in schril contrast met de veelal sectoraal of segmentaal verlopende, landelijke inkoop door zorgverzekeraars. Deze sectorale inkoop is uit oogpunt van inkoop efficiëntie begrijpelijk, maar uit oogpunt van regionale samenhang erg lastig. Dit wordt alleen in de huisartsen- en multidisciplinaire zorg in redelijke mate ondervangen door volgrebeleid. InEen stelt zich op het standpunt dat zonder volgrebeleid of afstemming van inkoopbeleid op regionaal niveau de ambitie om tot integrale en samenhangende eerstelijnszorg te komen een illusie is. InEen vindt dat inkoop op regionale samenhang maar beperkt van de grond komt. Specifieke aandacht zou de komende tijd moeten zijn voor meer samenhang en versterking in de regio in de driehoek huisarts-wijkverpleging-farmacie. Daarnaast zou ook de samenwerking van de eerste lijn met het sociale domein beter vorm gegeven kunnen worden door regelgeving die deze samenwerkingsvormen stimuleert.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
ZN	Algemeen	Op veel plaatsen ontbreekt de apotheek. Bijvoorbeeld bij het inzicht in de financiële positie. Het zou goed zijn als de NZa in de marktscan uitlegt waarom dat is.	De NZa heeft voor de farmaceutische zorg waar mogelijk hetzelfde in beeld willen brengen als voor andere sectoren.
ZN	Hoofdstuk 1	Betreffende par 1.1, segment 3 'Doelmatig doorverwijzen': Doelmatig voorschrijven komt vaker voor	Er worden hier enkele voorbeelden genoemd.
ZN	Hoofdstuk 2	Tabel 2: Waarom zijn dit ramingen? Zelfs de cijfers van 2015 zijn al bijna volledig bekend!	De bron (zorgcijfersdatabank, ZINL) benoemt dit op haar website.
ZN	Hoofdstuk 2	Tabel 3: In de meest recente kostenmonitor gaat het om 12.980.739 patiënten die een consult hadden bij de huisarts in 2014	De NZa heeft deze cijfers gebaseerd op Vektis declaratiegegevens.
ZN	Hoofdstuk 2	Kijkend naar geboortezorg herkennen wij ons niet in genoemde aantallen in tabel 3 op pagina 13. Er zijn in Nederland ongeveer 170.000 geboortes per jaar. In tabel 3 worden patiëntenaantallen genoemd van 237.000 voor kraamzorg en 270.000 voor verloskundige zorg. Dit is wellicht het aantal declaraties of een weergave van een deel van de patiënten dat switcht van zorgverlener en dus dubbel geteld kunnen zijn. Het lijkt ons dat uitgegaan zou moeten worden van het aantal unieke patiënten.	Voor deze cijfers is uitgegaan van het aantal unieke patiënten. Voor de geboortezorg kunnen zorgkosten per zwangerschap verdeeld zijn over een tweetal jaren. Hier is een voetnoot over opgenomen.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
ZN	Hoofdstuk 2	Betreffende 'De uitgaven per patiënt zijn (in meer of mindere mate) voor de meeste sectoren over de jaren toegenomen': Waar wordt dit toegelicht/onderbouwd?	Er wordt één jaar weergegeven in het figuur, de trend wordt enkel beschreven.
ZN	Hoofdstuk 2	Betreffende 'Op basis van deze twee factoren kunnen we elke verzekerde indelen in een profiel. Dit profiel zegt iets over het voor hem of haar typerende gebruik van eerstelijnszorg.: Gekke zin, en welke twee factoren? Uit de grafiek die later komt lijkt het type zorgverlener en leeftijd te zijn.	De zin en passage zijn verduidelijkt.
ZN	Hoofdstuk 2	Sectie 2.4, betreffende de categorieën met 'minstens', bijv. 'minstens paramedie': Gekke categorie	Dit is verduidelijkt.
ZN	Hoofdstuk 3	Betreffende 'Bij de farmacie, basis-ggz, geboortezorg en huisartsenzorg zijn kwaliteitsindicatoren vastgesteld om de kwaliteit van zorg transparant te maken': multidisciplinaire zorg toevoegen	Toegevoegd
ZN	Hoofdstuk 3	Betreffende gebruik kwaliteitsindicatoren: In de huisartsenzorg zijn de meeste indicatoren hier juist niet voor bedoeld! (zie HRMO-discussies)	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
ZN	Hoofdstuk 3	Eerste alinea van sectie 3.2 voegt weinig toe	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
ZN	Hoofdstuk 3	Betreffende belemmeringen voor innovaties: welke zijn dit dan?	Tekst verduidelijkt
ZN	Hoofdstuk 3	Betreffende 'Wel leent de ene eerstelijns zorgsector zich beter voor innovatie dan de andere': welke dan?	Tekst verduidelijkt
ZN	Hoofdstuk 3	Betreffende 'Andere zorgverzekeraars, vaak de grote, maar ook een kleine, spelen een meer actieve rol': gekke zin t.o.v. wat eerder wordt genoemd.	De zin is aangepast.
ZN	Hoofdstuk 3	Ik mis bij de voorbeelden van innovaties in de eerste lijn de inzet van uitgifte-automaten, zowel in de farmaceutische spoedzorg (dus in de ANZ-uren) als in de reguliere farmaceutische zorg	Er wordt slechts een selectie van voorbeelden genoemd.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
ZN	Hoofdstuk 3	Betreffende 'Zorgverzekeraars noemen verschillende criteria waaraan innovatievoorstellen worden getoetst. De voorstellen moeten leiden tot meer doelmatige en/of kwalitatief betere zorg, zonder dat dit extra geld kost': hebben zorgverzekeraars dit echt zo gezegd?	Dit is een van de criteria geformuleerd door zorgverzekeraars. Dit is verduidelijkt
ZN	Hoofdstuk 3	Betreffende p. 24 'Dit is zichtbaar in de experimenten die via de NZa-beleidsregel "Innovatie" bekostigd worden.': Volgens mij wordt dit juist ook veel bekostigd via segment 3 (gekoppeld aan segment 2) - zie beleidsregel huisarstenzorg & multidisciplinaire zorg	Betreft een voorbeeld. Dit is verduidelijkt.
ZN	Hoofdstuk 3	Betreffende p.25 'Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de samenwerking van huisartsen onderling, de multidisciplinaire samenwerking, en samenwerking op wijk- of op regioniveau.': Niet zo handig geformuleerd. Bij O&I wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds samenwerking op wijkniveau en anderzijds op regioniveau. Zowel op wijk- als op regioniveau kan de samenwerking monodisciplinair (tussen huisartsen) en multidisciplinair zijn.	De passage is verduidelijkt.
ZN	Hoofdstuk 3	Betreffende: 'De NZa ondersteunt deze diversiteit door regionale experimenten te stimuleren en mogelijk te maken in de regelgeving': Welke zijn dit?	Voorbeelden toegevoegd
ZN	Hoofdstuk 4	Betreffende 'Op basis van de bronneninventarisatie is geen duidelijke trend zichtbaar binnen de eerstelijnszorg wat betreft de ontwikkeling van het aantal aanbieders.': Trend? Is er ook een overzicht over de jaren? Waar staat deze dan?	De aantallen zorgverleners en zorgaanbieders zijn in beeld gebracht op basis van verschillende bronnen met verschillende peildatum. Een trend is hierom niet weergegeven.
ZN	Hoofdstuk 4	Betreffende trends in praktijksamenstelling en vorm: zijn hier cijfers van?	In de gegevensuitvraag bij vertegenwoordigers van aanbieders is gevraagd naar toe- of afname van bepaalde praktijksamenstelling/vorm.
ZN	Hoofdstuk 5	De inkoopmodellen farmacie zijn niet goed omschreven. Zo mis ik bijvoorbeeld het preferentiebeleid. Tenzij men met "labelmodellen" het preferentiebeleid bedoelt, maar dat is dan op zichzelf een slecht label. Het preferentiebeleid kan zich beperken tot één molecuul van één fabrikant, je hoeft niet het volledige assortiment van een label te contracteren.	De tekst omtrent de inkoopmodellen farmacie is aangepast.
ZN	Hoofdstuk 5	Betreffende 'Voor concrete financiële doelstellingen of afspraken rondom substitutie in contracten lijkt het verder nog te vroeg': Deze zijn er in de huisartsen- en multidisciplinaire zorg toch wel? Dit gebeurt in segment 3 afspraken.	Hier lijkt sprake van een subjectief ervaren betekenisverschil betreffende de term 'concreet'.
ZN	Hoofdstuk 5	Betreffende resultaatbeloning binnen de huisartsenzorg: Concreet is dit alleen de beloning op doelmatig voorschrijven. Hiervoor wordt de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen als (landelijke) benchmark gebruikt.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. Hier wordt genoemd wat zorgverzekeraars hebben aangegeven.

Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
ZN	Hoofdstuk 5	Betreffende de zin 'Behalve in algemene zin worden de controles genoemd bij de mondzorg, de farmacie en de paramedische zorg': gekke zin	Deze zin is weggehaald in de definitieve rapportage.
NVLF	Hoofdstuk 1	Pagina 9: - Eigen risico is niet van toepassing voor alle patiënten tot 18 jaar. Niet alleen voor fysiotherapie.	De tekst is aangepast.
NVLF	Hoofdstuk 2	Pagina 15: - In de figuren is de toelichting 'minstens paramedie' niet duidelijk.	Dit is verduidelijkt.
NVLF	Hoofdstuk 2	Pagina 17: - Paramedische zorg: volgens ons worden door logopedisten ook veel vragen ingediend bij de NZa over het contracteerproces en hoogte tarieven logopedie.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. De cijfers zoals gepresenteerd zijn bij ons bekend.
NVLF	Hoofdstuk 3	Pagina 20: - De eerste zin is vreemd geformuleerd. De NVLF is al betrokken bij PPN en KP. Het lijkt nu net of de NVLF dit wil gaan oppakken. De NVLF wil via deze samenwerkingsverbanden de kwaliteit mede verder ontwikkelen. De NVLF blijft zich inzetten op de (door)ontwikkeling van nieuwe kwaliteitsinstrumenten.	De tekst is conform de reactie aangepast.
NVLF	Hoofdstuk 4	Pagina 26: - In figuur 8 is voor het aantal logopedisten waarschijnlijk het KP als bron gebruikt. Dit is een zeer vervuilde bron. Hierin staan alle personen in die in de loop van de jaren zijn afgestudeerd als logopedist. Maar deze zijn lang allemaal niet meer werkzaam als logopedist of zijn werkzaam in een andere sector dan de 1e lijn zoals onderwijs, preventie of WLZ-instellingen. Beter om aantal medewerkers AGB-codes op te vragen bij Vektis.	Het aantal is bijgesteld op basis van declarerende AGB-codes in 2015.
NVLF	Hoofdstuk 5	Pagina 37: - Audits: dit speelt ook bij logopedie.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. Hier wordt weergegeven wat zorgverzekeraars hebben genoemd.
LHV	Hoofdstuk 5	Paragraaf 5.6, onder Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg: o 'De zorgprestaties in dit segment zorgen voor 85% van de omzet van een huisartsenpraktijk.' Dat is een te hoog percentage. Op dit moment gaat de NZa ervan uit dat 77% van de omzet van een huisartspraktijk wordt gegenereerd via door de NZa geregleerde tarieven. Het gemiddelde percentage omzet in segment 1 ligt daar nog onder, omdat de NZa ook een aantal tarieven buiten segment 1 reguleert. o 'In de huisartsenzorg wordt niet gedifferentieerd in tarief op basis van kwaliteit.' Dat mag gelden voor segment 1, maar dat geldt niet voor bv. segment 3. Nu staat het er wel erg algemeen gesteld. o 'Voor de overige losse zorgprestaties, zoals chirurgie hebben verzekeraars zelf tarieven afgesproken met de huisartsen.	Tekst aangepast

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		Deze tarieven zijn onder meer berekend aan de hand van de te leveren inspanning in tijd (huis en/of praktijkondersteuner) en investering in de kosten.' De verrichtingstarieven in segment 1, waaronder de genoemde chirurgie, zijn door de NZa vastgesteld.	
Menzis	Hoofdstuk 3	<p>p. 20 (paragraaf 3.1 'Ontwikkelingen in kwaliteit')</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wijkverpleging wordt niet genoemd – komt alleen impliciet terug onder de zin 'Zorgsectoren die nu nog geen richtlijnen hebben, zijn wel bezig met de ontwikkeling daarvan of willen dat gaan doen (p 19)'. Wanneer sectoren, zoals wijkverpleging, geen richtlijn hebben – en verdere kwaliteitsgegevens ontbreken – is dit een probleem is bij het maken van goede inkoopafspraken en om als sector te verder te ontwikkelen op het gebied van kwaliteit en effectiviteit.</li> <li>Partijen werken aan een alternatief voor de CQ index, in de vorm van PREM's.</li> <li>'De brancheorganisaties geven aan dat zij veel waarde hechten aan de kwaliteit van de eerstelijnszorg'. Van belang te vermelden dat ondanks dat, de hoeveelheid bruikbare informatie voor patiënten over kwaliteit van aanbieders in de eerstelijns nog zeer beperkt is. Ook ontbreekt het verzekeraars veelal aan gegevens over uitkomsten van zorg om inkoopbeleid en inkoopafspraken op te baseren.</li> </ul>	Geen aanleiding om tekst aan te passen. Dat er nog weinig bruikbare gegevens zijn, komt elders aan de orde.
Menzis	Hoofdstuk 3	<p>p 24</p> <p>"Er ligt hier ook een sterk verband met de macrokostenbeheersing. De budgettaire kaders zijn van oudsher ingericht op de grenzen tussen beroepsgroepen. Prestatiestructuren die deze grenzen aanhouden, maken het makkelijker om op deze manier te blijven sturen. Omdat beroepsgroepen en brancheorganisaties verantwoordelijk worden gehouden voor de totale uitgaven in hun eigen sector, in hun budgettair kader, bewaken ze deze grenzen ook."</p> <p>De vraag is hoe sectoren deze grenzen van hun budgettaire kader bewaken. Het verdient aanbeveling om een economische evaluatie te doen vanuit de sectoren.</p>	De geopperde vraag nemen we mee voor evt. toekomstige verdieping
Menzis	Hoofdstuk 5	<p>p. 31</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>'Brancheorganisaties zien de input van patiënten in het algemeen niet terug in het inkoopbeleid. Dit komt overeen met het feit dat slechts een enkele zorgverzekeraar dit noemt'. Bij Menzis is input van patiënten o.a. door consultatie van patiëntenverenigingen, het houden van klantpanels, online consultatie, dialoog met de Ledenraad, klantonderzoeken een cruciale bron voor het opstellen van het inkoopbeleid. Tegelijkertijd is het van belang om te realiseren dat input van verzekerden niet altijd een operationalisatie in het inkoopbeleid kent, maar ook input kan zijn voor de inkoopgesprekken met zorgaanbieders.</li> </ul>	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
Menzis	Hoofdstuk 5	<p>p. 35</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uit het stuk 'Kostenbeheersing' komt duidelijk naar voren dat uitkomsten over de kwaliteit veelal ontbreken. Juist deze informatie is relevant om te betrekken in de kostenbeheersing. De grote waarde die brancheorganisaties hechten aan de kwaliteit van de eerstelijnszorg zien we daarom graag tot uiting komen in bruikbare informatie over kwaliteit.</li> </ul>	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
Menzis	Hoofdstuk 5	<p>En bij p. 35 mondzorg:                      Ook benoemen sommige zorgverzekeraars specifieke zorggebieden waar substitutie kansrijk kan zijn:                      - Kaakchirurgie;</p> <p>Kaakchirurgische verrichtingen door een tandarts (apex resecties etc.) worden niet (meer) vergoed uit de Basisverzekering en dat is lang geleden aangepast. Er zijn vragen te stellen over de borging van de kwaliteit van de genoemde behandelingen mochten die op enig moment wel weer vergoedbaar worden.</p>	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
KNOV	Hoofdstuk 1	<p>P10: 1.6                      - Aantal zorgprestaties, dit zijn er meer. Welke prestaties zijn dit? Zie TB/REG-17625                      - In de geboortezorg staat de transitie naar integrale zorg centraal. Integrale organisatie en bekostiging zijn mogelijk gevolgen.                      - Voorstel wijziging: Er zal in enkele regio's geëxperimenteerd worden met integrale zorg waarna evaluatie gaat plaatsvinden, de verwachting is dat de samenwerking bevordert wordt en dat deze samenwerking kan bijdragen aan kwalitatief goede en doelmatige geboortezorg.</p>	De tekst is waar nodig aangepast.
KNOV	Hoofdstuk 2	<p>P12                      - Tabel 2: verklaring piek in 2014 onder verloskundige zorg, wijziging van peildatum?</p>	Op grond van de huidige beschikbare gegevens kunnen we dit niet zeggen.
KNOV	Hoofdstuk 3	<p>P20                      - Patiënt tevredenheidsonderzoeken: voornemen van verloskundigen om ReproQ te implementeren maar er zijn nog diverse haken en ogen.                      - Indicatoren voor de kwaliteit en de effectiviteit van de behandeling: insteek is om te benchmarken en o.b.v. uitkomsten te verbeteren en daarover met ZV in gesprek te gaan. Lager tarief of niet contracteren is vaak niet de oplossing.</p>	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
KNOV	Hoofdstuk 3	<p>P21                      - Het is de KNOV niet bekend dat er een nieuwe brancheorganisatie wordt opgericht.                      - Belangrijk onderdeel vanuit KNOV: om te onderzoeken of IB en IZ inderdaad de kwaliteit verbetert doet het RIVM onderzoek en evaluatie van het experiment integrale bekostiging. Met de introductie van de indicatoren set wordt gestimuleerd dat zorgverleners hun eigen handelen en uitkomsten evalueren en kunnen verbeteren. Tevens perinatale audit (meer info, zie link <a href="http://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/444/perinatale-audit/">http://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/444/perinatale-audit/</a>)</p>	De tekst is aangepast. Het tweede punt neemt de NZa ter kennisgeving aan.
KNOV	Hoofdstuk 3	<p>P23                      - Onder geboortezorg zijn de innovaties CTG en Centering Pregnancy zeker noemenswaardig.</p>	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. Er worden enkele voorbeelden van innovaties genoemd, op basis van uitvraag bij partijen.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
KNOV	Hoofdstuk 3	P24 - Aanleiding dat Nederland achterblijft moet achterbleef zijn. Inmiddels zit Nederland in de top 5 van de EU. Zie bijgaande factsheet voor meer informatie. - Voorstel wijziging: Verwacht wordt dat naadloze samenwerking binnen integrale geboortezorg helpt, maar daarbij sloot... (moet namelijk nog blijken uit het experiment)	De tekst is conform de reactie aangepast.
KNOV	Hoofdstuk 3	P25 - Voorstel wijziging: Regio's die nog niet zover zijn, kunnen gebruik maken van de bestaande monodisciplinaire bekostiging, of zorginnovatie bekostigen via de beleidsregel Innovatie. - Belangrijk om te benoemen dat het experiment wordt geëvalueerd.	De tekst is conform de reactie aangepast.
KNOV	Hoofdstuk 4	P27 - De toename van het aantal aanbieders/zorgverleners herkennen wij niet direct, er is door de jaren heen wel fluctuatie. - Idem voor afname aantal solopraktijken. Als argument voor mogelijke afname mis ik de wens om meer continuïteit van zorg te bieden.	Geboortezorg is hier doorgehaald. De redenen voor toename in meermanspraktijken is gebaseerd op uitvraag bij brancheorganisaties.
KNOV	Hoofdstuk 4	P29 - Tabel 4: is er een verklaring voor de dip in bedrijfsresultaat 2013 bij tandartsen en verloskundigen?	Op basis van huidige gegevens kunnen we hier geen uitspraak over doen.
KNOV	Hoofdstuk 5	P34 - Onder 5.5 (beheersing van kosten) missen wij preventie. In het geval van de verloskundige zorg: preconceptiezorg, centering pregnancy.	In deze sectie worden instrumenten genoemd die zorgverzekeraars genoemd hebben.
KNOV	Hoofdstuk 5	P36 - Onder E.: materiële controle is er ook bij de verloskundige.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan. Zoals benoemd vinden materiële controles in veel sectoren plaats.
KNOV	Hoofdstuk 5	P39 - Onder geboortezorg: door de start van het experiment integrale bekostiging en de implementatie van de zorgstandaard integrale geboortezorg. - Onder verloskundige: integrale zorg en bekostiging (i.p.v. enkel bekostiging)	De tekst is conform de reactie aangepast.
KNOV	Algemeen	Algemene opmerking: de begrippen branche- en beroepsorganisaties worden in de tekst nog al eens door elkaar gebruikt. Graag nog eens kritisch op doornemen.	Overal wordt nu gesproken over 'brancheorganisatie'.



Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
VWS	Algemeen	Algemeen: het is niet per definitie logisch om de generalistische basis-ggz mee te nemen in deze marktscan, aangezien dit echelon onder de curatieve GGZ valt, en er een verwijzing nodig is om zorg vanuit de GBGGZ te krijgen. In principe valt alleen de huisartsenzorg/POH-GGZ onder de eerstelijns GGZ. Op P14 wordt de basis-GGZ ook ten onrechte onder de eerstelijns GGZ geschaard.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan, en heeft de tekst verduidelijkt.
VWS	Hoofdstuk 1	Hoofdstuk 1: bij de beschrijvingen in de paragrafen worden de termen zorgprestaties, hoofdprestaties en prestaties door elkaar heen gebruikt. Ik weet niet wat de verschillen zijn, maar het lijkt me goed om dat ergens uit te leggen.	Dit is verduidelijkt in de marktscan.
VWS	Hoofdstuk 1	Hoofdstuk 1, inleiding: welk deel wordt niet uit de ZVW vergoed?	Dit wordt per sector toegelicht.
VWS	Hoofdstuk 1	Paragraaf 1.1: kan de NZa misschien een toelichting geven op wat zorgprestaties zijn?	Dit is verduidelijkt in de marktscan.
VWS	Hoofdstuk 1	Paragraaf 1.6, pagina 10: Laatste bullet moet volgens mij zijn: Eigen betaling voor bevalling in het ziekenhuis zonder zorginhoudelijke indicatie en eigen bijdrage kraamzorg	Er wordt uitgegaan van de term 'eigen bijdrage'.
VWS	Hoofdstuk 1	P10: er staat 'zorg door klinisch psychologen'. Dit is te smal gedefinieerd. In de basis-GGZ kunnen de volgende beroepen regiebehandelaar zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• GZ psycholoog</li> <li>• Klinisch Psycholoog /Klinisch neuropsycholoog</li> <li>• Psychotherapeut</li> <li>• verpleegkundig specialist ggz</li> <li>• Indien dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater</li> <li>• Indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft: de verslavingsarts</li> </ul> Suggestie: de opsomming iets uitbreiden en aangeven dat deze niet uitputtend is.	De tekst is aangepast.
VWS	Hoofdstuk 2	P10: er staat 'ter vervanging van de eerstelijns psychologische zorg'. Dat klopt niet. De basis-ggz is geen vervanging van de ELP, maar bestrijkt als echelon zowel de voormalige ELP als tweedelijns.	De tekst is verduidelijkt.
VWS	Hoofdstuk 2	Paragraaf 2.1, pagina 11: De analyse in deze alinea is lastig te volgen. Er staat bijvoorbeeld dat voor de farmaceutische zorg en de verloskundige zorg de totale uitgaven over de gehele periode 2012-2015 dalen. Dat klopt niet helemaal. In 2015 zijn de uitgaven ten opzichte van 2012 gedaald. Maar in 2013 en 2014 zijn deze toegenomen. Ook valt de multidisciplinaire	De punten zijn verduidelijkt in de marktscan.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		zorg wel onder de huisartsenbesteding, maar niet onder het huisartsenkader. Zij hebben een apart kader. Het is daarom verwarrend als deze uitgaven bij het huisartsenkader worden opgeteld.	
VWS	Hoofdstuk 2	Paragraaf 2.2, uitgaven per verzekerde: suggestie is om hier voor de duidelijkheid uit te leggen wat het aantal verzekerden inhoudt (dit is niet gelijk aan aantal inwoners, omdat niet iedereen verzekerd is)	Dit is verduidelijkt in de marktscan.
VWS	Hoofdstuk 2	P12: tabel 2 laat een daling van de uitgaven aan de basis-ggz tussen 2014 en 2015 zien. Indien dit te maken heeft met de overheveling van de jeugd-ggz, dan is de suggestie hierover een voetnoot op te nemen.	De tekst is conform de reactie aangepast.
VWS	Hoofdstuk 2	P12, tabel 2: Hoe actueel zijn deze cijfers? Gebruikt NZa altijd de cijfers van zorgcijfersdatabank en niet uit de meest recente begrotingsstukken?	We willen een overzicht weergeven van de daadwerkelijk gerealiseerde uitgaven over de jaren heen. Hier geven de cijfers van het Zorginstituut een goed beeld van op basis van de meest recente cijfers.
VWS	Hoofdstuk 2	P12, tabel 2, verloskundige zorg 2014: zou de NZa hier een toelichting bij kunnen geven? Komt onder andere door wijziging in declaratiesystematiek. - In de voetnoot bij de tabel staat dat Voor de mondzorg en paramedische zorg geldt dat een groot deel van deze zorg uit aanvullende verzekering wordt bekostigd. Suggestie is om aan te geven dat deze gegevens niet in de tabel staan.	Op grond van de huidige beschikbare gegevens kan de NZa hier geen toelichting bij geven. De tekst is aangepast.
VWS	Hoofdstuk 2	Paragraaf 2.3: - Inleiding: Hier staat dat het aantal patiënten hoger ligt als we aanvullende zorg meerekenen: is deze dan wel of niet meegenomen in de tabel? Anders zou de zin moeten zijn: "het totaal aantal patiënten zou een stuk hoger liggen als we aanvullende zorg meenemen." - De tabel bevat voor de verloskundige en kraamzorg niet de juiste gegevens. Getallen zijn veel te hoog. Er kunnen niet 270.000 cliënten/patiënten zijn als er jaarlijks circa 170.000 vrouwen een kind krijgen. (In 2015 zijn 166.733 vrouwen bevallen van 169.267 kinderen). - Figuur 2 gemiddelde uitgaven per patiënt. Suggestie is om deze figuur wat meer duiding te geven. Wat zeggen de verschillen? Dat is nu niet duidelijk.	De tekst is waar nodig aangepast. Een verzekerde wordt aangemerkt als patiënt binnen een sector als zijn/haar zorgkosten binnen een sector in dat jaar groter is dan 0. Voor geboortezorg kunnen zorgkosten per geboren kind verdeeld zijn over een tweetal jaren. Hier is een voetnoot over opgenomen.
VWS	Hoofdstuk 2	Paragraaf 2.4: De titel en de tekst van deze paragraaf zijn wat onduidelijk. Is het type zorggebruiker, of gewoon een demografische verdeling.	De titel en tekst zijn verduidelijkt.

Nederlandse Zorgautoriteit

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
VWS	Hoofdstuk 2	P15: uit welk jaar komen de cijfers in de grafieken?	Uit 2015; dit is verduidelijkt.
VWS	Hoofdstuk 2	Pagina 17, paragraaf 2.6: hier heeft de NZa het over een 'speciaal meldpunt', dit klinkt wat raar, suggestie is om hiervan te maken: 'speciaal hiervoor ingericht meldpunt'.	De tekst is conform de reactie aangepast.
VWS	Hoofdstuk 3	Paragraaf 3.1, pagina 19: suggestie is om na de laatste alinea een tekst over Kwaliteitsinstituut Mondzorg toe te voegen, bijvoorbeeld: Per 2017 is het Kwaliteitsinstituut Mondzorg (KiMo) van start gegaan. Het KiMo zal kwaliteitsrichtlijnen voor de mondzorgsector gaan ontwikkelen.	Tekst aangepast
VWS	Hoofdstuk 3	Pagina 3.1., pagina 20 onderaan: hier wordt gesteld dat brancheorganisaties beter samenwerken en ergens iets van vinden. Wie worden er bedoeld met brancheorganisaties? Welke brancheorganisaties worden er geciteerd? Zijn dit alleen brancheorganisaties of ook beroepsorganisaties?	Overal wordt nu gesproken over 'brancheorganisatie'.
VWS	Hoofdstuk 3	Pagina 3.1, pagina 21: Halverwege de eerste alinea wordt gesteld dat er een nieuwe brancheorganisatie in de geboortezorg wordt opgericht. Hier weet ik niks van. Welke brancheorganisatie is dat en wanneer wordt die opgericht.	De tekst is aangepast.
VWS	Hoofdstuk 3	Pagina 23, 1e alinea: Deze alinea bevat voorbeelden van innovaties. Integrale geboortezorg is niet echt meer een innovatie. Het stuurgroepadvies is uit 2009 en vanaf die tijd is integrale geboortezorg de norm geworden. En het is ook niet echt een innovatie die uit het veld is gekomen. Het is het veld overkomen. Zij moeten integraal/gezamenlijk gaan werken. Het andere voorbeeld vanuit de ggz is niet echt een voorbeeld van innovatie voor de 1e lijn. De ggz initiatieven voor zwangeren met psychische klachten zijn vooral 2e lijns initiatieven.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan, maar ziet geen reden tot aanpassing.
VWS	Hoofdstuk 3	Pagina 25, laatste alinea: de NZa constateert: de een wil dit, de ander wil dat. Kan de NZa dit iets meer duiden? Wat zit daarachter? en hoe werkt het in de praktijk uit?	Wat erachter zit, is niet onderzocht. Hoe specifiek dit aspect de marktuitskomsten beïnvloedt, is ook niet vast te stellen
VWS	Hoofdstuk 4	Pagina 26, paragraaf 4.1: In dit overzicht ontbreekt het aantal kraamverzorgenden en het aantal huidtherapeuten, als eerstelijns zorgverleners.	Het figuur geeft alle aantallen weer op basis van gegevens uit bij ons bekende (openbare) bronnen. Het aantal huidtherapeuten is bij ons niet bekend. Kraamverzorgenden zijn toegevoegd.
VWS	Hoofdstuk 4	Op pag 27 wordt aan het einde van de eerste alinea gesteld dat betrouwbare cijfers over het aanbod van wijkverpleging ontbreken. Dat verbaast me omdat er net als in andere sectoren toch inzicht bestaat in het aantal declarerende aanbieders adhv hun AGB-codes. Het zou fijn zijn als de NZa de stelling over het aanbod iets meer kan onderbouwen.	De tekst is genuanceerd.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
VWS	Hoofdstuk 4	Pagina 27, figuur 9: het aantal echocentra en geboortecentra ontbreekt hier	Het figuur geeft alle aantallen weer op basis van gegevens uit bij ons bekende (openbare) bronnen. Het aantal echocentra en geboortecentra is hier niet uit op te maken.
VWS	Hoofdstuk 4	Pagina 28, 1e alinea: Ik snap de laatste zin niet. Wat is het verschil tussen de zorgvraag in stedelijke gebieden en landelijke gebieden? Is daar niet vooral een verschil in zorgaanbod? Pagina 28, paragraaf 4.2: suggestie: een handige bron voor de NZa om te gebruiken bij informatie over flexibele arbeid is de volgende: <a href="http://www.azwinfo.nl/jive/jive?sel_guid=1edf802f-249b-46c7-9346-24ad4f050a45">http://www.azwinfo.nl/jive/jive?sel_guid=1edf802f-249b-46c7-9346-24ad4f050a45</a>	De tekst is aangepast.
VWS	Hoofdstuk 4	Pagina 28, paragraaf 4.2: we missen hier de ontwikkeling van ketens/formules. Die zijn volgens mij met name te zien in de farmacie en de mondzorg.	Dit kwam in algemene zin ook naar voren uit de uitvraag en is toegevoegd aan 4.1
VWS	Hoofdstuk 4	Pagina 28, 4.2: Hier staat 'in de mondzorg wordt genoemd dat oudere tandartsen...'. Wij vragen ons af door wie dat dan wordt genoemd?	Dit ging om brancheorganisaties en is verduidelijkt in de tekst.
VWS	Hoofdstuk 4	Pagina 29: de brancheorganisaties geven aan slecht zicht te hebben op de financiële positie van zorgaanbieders. Dan is het gek dat ze wel zien dat de financiële positie achteruit gaat. Misschien hier toelichten hoe deze brancheorganisaties aan dat vermoeden komen.	De reactie is aangepast naar dat brancheorganisaties het lastig vinden een exact beeld te schetsen van de financiële positie maar dat zij wel ervaren dat de financiële positie in algemene zin slechter wordt.
VWS	Hoofdstuk 5	Hoofdstuk 5: suggestie is om bij de tekst over het contracteerproces ook aandacht te besteden aan het effect van de trajecten rondom HRMO en de oprichting van de geschillencommissie.	Evt. effecten van HRMO kunnen in een evt. vervolg onderzocht worden
VWS	Hoofdstuk 5	Paragraaf 5.5: suggestie is om in deze paragraaf ook iets over doelmatigheid te melden.	Deze paragraaf rapporteert over de antwoorden van verzekeraars rondom substitutie en beheersing van kosten. Doelmatigheid was hierin geen separaat onderdeel.
VWS	Hoofdstuk 5	Op pag 36 in de eerste alinea staat dat in de wijkverpleging relatief vaak wordt gewerkt met resultaatbeloning. Ik begrijp altijd dat dit juist heel beperkt is. Graag een check of dit echt zo is en welke afspraken de NZa hier dan onder verstaat.	Hier wordt bedoeld dat binnen de wijkverpleging relatief vaak met benchmarks wordt gewerkt, aldus verzekeraars. Dit is verduidelijkt in de tekst.
VWS	Hoofdstuk 5	Pagina 39: Alinea over geboortezorg: ik mis in deze alinea de prestatieinkoop van ZK. Dit wordt in de geboortezorg ingezet maar wellicht ook in andere sectoren.	Hier wordt weergegeven wat zorgverzekeraars genoemd hebben.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
VWS	Hoofdstuk 5	P41: suggestie om bij de kwaliteitseisen ook de nieuwe regelgeving met betrekking tot het kwaliteitsstatuut op te nemen.	Hier wordt weergegeven wat zorgverzekeraars genoemd hebben.
KNGF	Algemeen	We hebben de marktscan met belangstelling gelezen. Het is goed leesbaar en informatief. Op een aantal punten hebben we opmerkingen. Het KNGF wil u die graag meegeven, zodat u die kunt verwerken in het definitieve document.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
KNGF	Algemeen	De marktscan gaat in op de eerstelijnszorg zoals die vanuit de basisverzekering bekostigd wordt. Wil een goed beeld geven van de eerstelijnszorg dan zul je ook de zorg die vanuit de aanvullende verzekering bekostigd wordt mee moeten nemen. Ook die zorg behoort tot de zorgmarkt en de NZa als marktmeester zou hier oog voor moeten hebben. Voor de fysiotherapie, die grofweg voor 1/3 uit de basis- en voor 2/3 uit de aanvullende verzekering wordt bekostigd, geldt dit a fortiori. Het KNGF constateert juist vanwege die tweedeling (negatieve) effecten op de toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit van de geleverde zorg. Het werkt ook door op het percentage gebruikers van fysiotherapie.  We missen in het rapport ook de effecten van selectieve en gedifferentieerde inkoop door zorgverzekeraars. Dit is een wezenlijk onderdeel van de marktwerking en mag dus niet ontbreken in een marktscan.  We missen in de diagrammen en tabellen een uitsplitsing naar de verschillende beroepsgroepen binnen de paramedische zorg. We gaan er van uit, dat deze cijfers bekend moeten zijn.	Het eerste punt is een mogelijk aandachtspunt voor een vervolg op deze marktscan. Het tweede ook, hoewel de NZa betwijfelt of deze effecten separaat te onderzoeken zijn.  Waar mogelijk zijn uitsplitsingen naar de verschillende beroepsgroepen toegevoegd.
KNGF	Hoofdstuk 2	Tabel 2 op blz. 12: uitsplitsing van de paramedische zorg is wenselijk evenals het meenemen van de kosten van de aanvullende verzekering. Dan is de conclusie dat de kosten van fysiotherapie niet fors stijgen en dat oorzaak voornamelijk is gelegen in het aantal patiënten dat behandeld is. (zie ook tabel 3 op blz. 13).	De uitsplitsing van paramedische zorg is toegepast. Aanvullende zorg is niet inzichtelijk.
KNGF	Hoofdstuk 3	Op blz. 24 constateert u dat integrale tarieven samenwerking mogelijk maakt. Wij constateren echter dat er in de praktijk met betrekking tot fysiotherapie vaak discussies ontstaan vanwege de aanspraak fysiotherapie, die beperkt is in de basisverzekering. Dit belemmert samenwerking en het leveren van integrale zorg en zorg op maat.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan
KNGF	Hoofdstuk 3	Op blz. 25 geeft u aan, dat drie brancheorganisaties momenteel werken aan een basisstructuur voor bekostiging van de organisatie en infrastructuur (ter vervanging van de GEZ-module en de huidige bekostiging van de ketenzorg voor bepaalde chronische aandoeningen). Het KNGF vindt dit een goed initiatief, maar benadrukt wel dat inzetten op multidisciplinaire samenwerking op wijk- en regioniveau veruit het belangrijkste is en spreekt de verwachting uit dat de	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		drie genoemde brancheorganisaties hiervoor de samenwerking met de andere eerstelijns beroeps- en brancheorganisaties zullen opzoeken.	
KNGF	Hoofdstuk 4	In tabel 4 op blz. 29 zien we een daling van het gemiddelde bedrijfsresultaat bij fysiotherapeuten. Bij een lichte stijging van de macrokosten en een stijging van het aantal patiënten, dat gebruik maakt van fysiotherapie betekent dit dat de tarieven achterblijven bij de ontwikkelingen. Tegelijkertijd stijgen de kosten harder.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
KNGF	Hoofdstuk 5	In hoofdstuk 5 missen we uw inzichten in en visie op de niet verzekerde zorg en hoe verzekeraars daarmee omgaan. Ook hier willen wij opmerken, in lijn met onze eerdere opmerking over basis- en aanvullende verzekering als één zorgmarkt, dat verzekeraars de zorg voor de basis- en de aanvullende verzekering gelijktijdig en via één overeenkomst contracteren.	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.
KNGF	Hoofdstuk 5	Op blz. 31 onder 'Contracteerproces' constateert u terecht dat er geen contracteerplicht bestaat. De fysiotherapeut heeft de vrijheid om ervoor te kiezen zonder contract te werken. De consequenties van het contractloos werken zijn voor vele fysiotherapeuten financieel niet te dragen. Zij ervaren dus dat zij geen keuze hebben. Het Motivacion-onderzoek in 2016 laat zien dat een groot percentage van de leden ontevreden is over de contracten <sup>1</sup> . <sup>1</sup> Uit het Motivaciononderzoek: <i>Bijna 70% van de fysiotherapeuten stelt ontevreden tot zeer ontevreden te zijn over de contracten op basis waarvan zorgverzekeraars zorg inkopen. Eenzelfde percentage geeft aan dat zorgverzekeraars niet men hen willen onderhandelen over deze contracten en dat op hun bezwaren door zorgverzekeraars niet gereageerd wordt.</i>	De ontevredenheid van meerdere beroepsgroepen met het contracteerproces wordt in de marktscan benoemd.
KNGF	Hoofdstuk 5	Figuur 10 op blz. 33: zijn de percentages per verzekeraar of per fysiotherapeut? Kunt u dit nader toelichten?	Het betreft percentages voor de gehele sector, berekend over het totaal van de zorgverzekeraars. Dit is verduidelijkt.
KNGF	Hoofdstuk5	Op blz. 35 (derde regel van onder) noemt u het woord 'bonus'. Bonus, gedefinieerd als eenmalige financiële uitkering, komen wij in het veld niet tegen. Hogere inkomsten zijn mogelijk via een ander contract(soort). Desalniettemin zijn de huidige tarieven niet kostendekkend.  Op blz. 36 Spiegelinformatie in de zin van behandelindex of-gemiddelde leidt wel tot rechtstreekse financiële gevolgen.  Het is zinvol, gezien de twee hiervoor genoemde opmerkingen, in de tekst meer toelichting te geven.	Tekst aangepast
KNMT	Algemeen	Hartelijk dank voor het toesturen van de conceptversie van de Marktscan Eerstelijnszorg en het bieden van de mogelijkheid hierop te reageren. De KNMT vindt de nu voorliggende marktscan een goed leesbaar en daardoor toegankelijk overzicht van de ontwikkelingen in de eerstelijnszorg. In het nu volgende willen wij u wijzen op een paar onjuistheden en stellen wij voor om de tekst op een aantal punten aan te passen ter verduidelijking. Hierbij beperken we	De NZa neemt dit ter kennisgeving aan.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		ons tot de passages waarin de mondzorg aan de orde komt.	
KNMT	Hoofdstuk 1	Op pagina 8, onder punt 1.4, wordt puntsgewijs een overzicht gegeven van een aantal feiten met betrekking tot de mondzorg. Bij het vierde punt staat dat voor de tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar, die wél uit de basisverzekering wordt vergoed, een eigen bijdrage geldt. Dat is deels juist, maar niet voor alle hier bedoelde zorg geldt dat. Met name in de zogenaamde bijzondere tandheeskunde zijn er ook vergoedingen zonder eigen bijdrage. Suggestie is dan ook om op te nemen na de komma: <i>kan een eigen bijdrage gelden</i> .	De tekst is conform de reactie aangepast.
KNMT	Hoofdstuk 1	In dat zelfde overzicht is opgenomen dat in de mondzorg 496 prestaties bestaan. De KNMT zou dat aantal graag willen nuanceren. Voor de orthodontie zijn er ongeveer 50 prestaties beschreven, maar vanwege de zorgzwaarte zijn er 3 tariefniveaus door de NZa vastgesteld met als resultaat 150 prestaties. Omdat het eigenlijk gaat om maar 50 unieke prestaties zou het totaal aantal prestaties met ongeveer 100 neerwaarts moeten worden bijgesteld.	Voor elke sector wordt hier hetzelfde uitgangspunt gehanteerd, namelijk het aantal omschreven prestaties.
KNMT	Hoofdstuk 1	In de laatste zin van het tekstblokje onder 1.4 is iets opgenomen over de prestatiestructuur. De KNMT is in overleg met de NZa over de modernisering hiervan, waarbij uitgangspunten als transparant, controleerbaar, flexibel en dynamisch gelden. De KNMT vindt dat het accent van een nieuwe prestatiestructuur moet liggen op het door de consument kunnen maken van verantwoorde en afgewogen keuzes uit de behandelmogelijkheden die het zorgaanbod te bieden heeft. Met de huidige prestatiestructuur worden niet alle behandelmogelijkheden gedekt, waardoor bepaalde keuzes voor de consument niet kunnen worden gemaakt en waardoor nieuwe innovatieve behandelopties niet kunnen worden aangeboden.  Naast de modernisering van de prestatiestructuur is de daaraan gekoppelde bekostigingsstructuur minstens zo belangrijk. Uiteraard zijn, zoals gezegd, controleerbaarheid en transparantie belangrijk, maar de KNMT zou het accent in die laatste zin graag aanpassen. Daarom de volgende tekstsuggestie: <i>De NZa overlegt met partijen over de modernisering van de prestatie- en bekostigingsstructuur, zodat de consument een verantwoorde afgewogen keuze kan maken uit alle behandelmogelijkheden, die meer controlemogelijkheden en flexibiliteit biedt en waarmee innovaties eenvoudig en snel kunnen worden aangepast.</i>	De NZa heeft de tekstsuggestie deels overgenomen.
KNMT	Hoofdstuk 2	De in hoofdstuk 2 gepresenteerde cijfers zijn voor wat betreft de mondzorg juist, maar de bewerkingen hiervan die terugkomen in figuren 2 en 3 kunnen gemakkelijk een foutief beeld oproepen. In paragraaf 2.3 en figuur 2 worden de uitgaven per patiënt gepresenteerd. Voor de mondzorg gaat het daarbij met name om patiënten onder de 18 jaar. Echter, de uitgaven voor deze patiëntengroep zijn ongeveer de helft van de totale uitgaven mondzorg vanuit de Zvw. De andere helft betreft voornamelijk het (implantaatgedragen) kunstgebit. Hierdoor worden de gemiddelde uitgaven per patiënt, zoals gepresenteerd in figuur 2, vertekend weergegeven en kan de suggestie worden gewekt dat de gemiddelde uitgaven per patiënt onder de 18 jaar veel hoger liggen dan het feitelijk gemiddelde van ongeveer €105,- per jaar. De KNMT	Voor elke sector is hetzelfde uitgangspunt gehanteerd. Het genoemde punt is in de tekst opgenomen.

Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
		verzoekt de NZa bij figuur 2 hierover een nuancerende opmerking op te nemen.	
KNMT	Hoofdstuk 2	In paragraaf 2.4 wordt aangegeven dat 83% van de 2-18 jarigen gebruikmaakt van de mondzorg in de basisverzekering. Dat is juist, maar in figuur 3 wordt een merkwaardig beeld gecreëerd, overigens niet alleen voor de mondzorg. De KNMT begrijpt niet wat de NZa met een percentage van 18% verzekerden die alleen gebruikmaakt van de mondzorg wil aangeven. De KNMT adviseert u daarom deze figuur achterwege te laten, omdat het de bijbehorende tekst niet ondersteunt en zelfs verwarrend kan werken.	De sectie is waar mogelijk verduidelijkt. Met dit percentage wordt bedoeld dat 18% van de verzekerden binnen de eerstelijnszorg enkel van mondzorg gebruik maakt, en niet van een andere vorm van eerstelijnszorg.
KNMT	Hoofdstuk 2	In paragraaf 2.5 wordt ingegaan op de vragen die zijn binnengekomen bij de NZa. Uit figuur 6 blijkt dat veel vragen over de mondzorg gaan en er wordt aangegeven dat het hierbij met name vragen over de nota betreft. Wat aan die toelichting ontbreekt is het feit dat het grootste deel van de mondzorg buiten de basisverzekering valt en dat de consument daarvoor een nota ontvangt. Hierdoor is het aantal nota's dat wordt verstuurd voor mondzorgbehandelingen enorm veel hoger dan in andere sectoren. Tegen die achtergrond is het aantal vragen over de mondzorg relatief gering en is enige toelichting in die zin op wel op zijn plaats. Daarom stelt de KNMT de volgende toevoeging voor na de zin die eindigt met 'naar aanleiding van de nota van de tandarts': <i>Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat de mondzorg grotendeels buiten de basisverzekering valt en dat de consument daarvoor een nota ontvangt. Hierdoor is het totaal aantal nota's in de mondzorg, ruim 20 miljoen per jaar, veel groter dan in andere sectoren. Tegen deze achtergrond is het aantal vragen relatief gering.</i>	De tekst is op dit punt genuanceerd.
KNMT	Hoofdstuk 2	Vervolgens wordt in paragraaf 2.6 melding gemaakt van het aantal signalen dat bij de NZa binnenkomt. Aangegeven wordt dat er bij een signaal sprake is van een mogelijke misstand in de zorg, maar het blijft onduidelijk wat hiermee nu precies wordt bedoeld en wat het verschil is met een vraag. Daarnaast vinden wij het vreemd dat er geen aandacht wordt besteed aan het beeld dat figuur 7 laat zien, behalve dat het totaal aantal signalen daalt. De daling van het aantal signalen over de mondzorg lijkt ons het vermelden waard (meer dan gehalveerd). De KNMT vraagt aandacht voor de kleurstelling van de figuur, omdat de eerste indruk een ander beeld oproept dan feitelijk wordt weergegeven.  De vragen en signalen die bij de NZa over de mondzorg binnenkomen is al enige tijd onderwerp van overleg tussen de KNMT en de NZa. Daarin is afgesproken dat de KNMT extra aandacht besteedt aan duidelijke communicatie naar consumenten, zowel door de KNMT zelf als door tandartsen. Mede om die reden hebben wij veel informatie opgenomen op onze website Alles over het gebit en onze leden er meermaals op geattendeerd dat voor behandelingen die het bedrag van €250,- te boven gaan aan de consument vooraf een prijsopgave moet worden verstrekt. Het lijkt erop dat deze inspanning effect heeft gehad gezien de afname in zowel het aantal vragen als het aantal signalen over mondzorg.	In de samenvatting/conclusie is nu de daling van het aantal signalen opgenomen.



Organisatie	Betreft hoofdstuk	Reactie uit consultatie	Reactie NZa
KNMT	Hoofdstuk 4	<p>In paragraaf 4.1 presenteert de NZa aantallen zorgaanbieders en praktijken. Aangegeven wordt dat binnen de farmacie en de mondzorg de verwachting is dat het aantal zorgaanbieders stabiel blijft, maar het is maar de vraag of daarmee ook de behandelcapaciteit stabiel blijft. De verwachting van de KNMT is dat die behandelcapaciteit de komende jaren zal afnemen en dat wordt ook bevestigd door de passage in paragraaf 4.2. In paragraaf 4.3 wordt aangegeven dat ook door de vergrijzing de capaciteit onder druk komt te staan en dat de mondzorg afhankelijk is van buitenlandse instroom. De KNMT vindt dat een ongewenste situatie, reden waarom wij pleiten voor uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor tandartsen. Graag zouden wij zien dat de NZa hierover een opmerking in de Marktscan opneemt.</p> <p>Dit alles vraagt ook om een opmerking in paragraaf 4.1 bij het stabiele aantal zorgverleners, omdat de huidige tekst de indruk zou kunnen wekken dat er op dit punt in de mondzorg geen probleem zou bestaan.</p>	<p>De NZa ziet geen reden tot aanpassing van de tekst. In sectie 4.1 worden aantallen aanbieders weergegeven op basis van bij ons bekende (openbare) bronnen. Onder sectie 4.3 komt een evt. effect op behandelcapaciteit aan bod.</p>