

TIJD VOOR ZORG

Meetweek 2012

19 mei - 25 mei

2 juni - 8 juni

Drs. W.N. van den Berg

Drs. J.C. Nobel

Mw. S. Post-Wijma

Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen is per 1 maart 2010 opgericht. VPHuisartsen is ontstaan als formele voortzetting vanuit Comité WAKE UP!!, een organisatie van praktijkhoudende huisartsen die bezorgd zijn over de ontwikkelingen binnen hun vakgebied. VPHuisartsen streeft naar behoud van de kernwaarden van het huisartsenvak. Hiertoe behoren onder meer de persoonlijke relatie tussen arts en patiënt en een zorgaanbod met een integraal karakter.

September 2013

© VPHuisartsen

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd zonder de uitdrukkelijke toestemming van het bestuur van VPHuisartsen.

www.vphuisartsen.nl

INHOUDSOPGAVE

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Samenvatting | 4 |
| 1. Inleiding | 6 |
| 2. Waarom dit onderzoek naar de werklust van de huisarts? | 8 |
| 3. De opzet van het onderzoek | 14 |
| 4. De deelnemers | 17 |
| 5. Arbeidstijd van de huisarts | 19 |
| 6. Diverse kostenparameters | 23 |
| 7. Verschillen grote stad en (verstedelijkt) platteland | 29 |
| 8. Conclusie | 33 |
| 9. Bijlagen | 40 |
| Commentaar VPHuisartsen n.a.v. het tijdsbestedingsonderzoek Meetweek 2012 'TIJD VOOR ZORG' | 48 |

SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEK

In 2012 is door huisartsen voor de vierde keer de jaarlijkse Meetweek gehouden. Het doel van een meetweek is inzicht te krijgen in de hoeveelheid tijd die het gemiddeld van huisartsen vergt om een normpraktijk van 2.350 patiënten te voeren. Naast de tijdsinvestering in het basiszorgaanbod wordt ook geregistreerd hoeveel het aanvullend (ketenzorg, M&I) en bijzonder zorgaanbod vergt.

Vanwege de landelijke vakantiespreiding kon gekozen worden tussen twee periodes. Dit jaar namen van 19-25 mei en van 2-8 juni, 67 huisartsen deel die de tijdsregistratie voornamelijk online uitvoerden.

Uitkomsten tijdsregistratie*

- De gemeten 'huisartsentijd' in 2012, exclusief ANW-dienst-uren en geaccrediteerde nascholing, bedroeg gemiddeld 60.6 uur per week. Een toename van 1.11 uur. (2011: 59.5 uur).
- 90% van deze tijd wordt besteed aan reguliere basiszorg (54.2 uur)
- 80% aan directe of indirecte patiëntenzorg; 20% aan management en beroepskwalificaties
- 12% van de praktijkhouders staat 10 dagdelen per week ingeroosterd, 88% werkt 'parttime'
- De ingeroosterde werkweek van een 'parttime huisarts' bedraagt gemiddeld 38.1 uur.
- 85% van de werktijd wordt overdag besteed, 10 % 's avonds en 5% in het weekend.

Aan de deelnemende praktijkhouders zijn daarnaast ook vragen voorgelegd over praktijkvorm en praktijkorganisatie.

Uitkomsten praktijkorganisatie

- Praktijkhouders hebben gemiddeld 1.22 fte, ofwel 46.4 uur dokters-assistente in dienst (stijging 1.3% ten opzichte van 2011). Voor personeelskosten in de basiszorg wordt door de NZa in de normatieve praktijkkostenvergoeding € 46.284 (2012) vergoed, gebaseerd op 1 fte assistente (38 uur).¹
- Praktijkhouders hebben gemiddeld voor 14.2 uur een praktijkondersteuner somatiek (POH-S) in dienst, bij een maximale vergoedingsruimte van 14.5 uur.
- Praktijkhouders beschikken over een praktijkruimte van 113.8 m² per normpraktijk. Dat is 33.8 m² meer dan voor huisvesting voor de basiszorg door de NZa wordt vergoed: € 17.192 (2012) gebaseerd op 80 m².¹ Ten opzichte van 2011 is het gemiddelde praktijkoppervlak nauwelijks gewijzigd.
- Praktijkhouders maken in 2012 minder gebruik van de inzet van een Hidha of een (vaste) waarnemers. In 2012 heeft 58.2% van de praktijkhouders één of meer dagdelen een Hidha of vaste waarnemer in dienst. In 2011 bedroeg dit 66%.

¹ NZa Huisartsen Kostenonderbouwing

www.nza.nl/98174/139255/654366/huisartsen-kostenonderbouwing.pdf

* Voor de verschillende categorieën van tijdsregistratie zie hoofdstuk 9, bijlage 4

1 INLEIDING

Er is in het verleden weinig systematisch onderzoek gepubliceerd over de werktijden van huisartsen. Wel zijn veel data beschikbaar over het aantal en het soort verrichtingen dat door huisartsen is uitgevoerd. Naast het inschrijftarief vormt het aantal verrichtingen tot nu toe de grondslag op basis waarvan de zorgverzekeraars met de huisartsen hun geleverde basiszorgaanbod afrekenen. *Tabel I*

Voor een deel van de overige (aanvullende en bijzondere) zorgtaken wordt de werktijd meegewogen in de betreffende moduletarieven (ketenzorgprogramma's ed.).

Het ontbreken van betrouwbare data over de arbeidsuren van de huisarts, was voor Comité WAKE UP!! [CWU], de voorloper van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen [VPHuisartsen], reden om in mei 2009 de eerste Meetweek te organiseren. VPHuisartsen heeft dit initiatief voortgezet.

Gedurende een week registreerden de deelnemers aan de Meetweek hoeveel tijd de praktijkvoering en de overige professionele werkzaamheden kostten. In het voorjaar 2010 en 2011 organiseerde VPHuisartsen de tweede resp. derde Meetweek. In 2012 namen 67 praktijkhoudende huisartsen deel, verspreid over alle provincies.

Zowel de tijd voor patiëntgebonden zorg als voor managementtaken is geregistreerd. Naast de inzet voor de reguliere basiszorg is ook de werklast gemeten van het aanvullend zorgaanbod zoals geprotocolleerde chronische (keten)zorg, M&I-verrichtingen

en andere vormen van zorgsubstitutie of professionele taken. De werklast van avond-, nacht- en weekenddiensten is niet gemeten, omdat deze per week sterk kan verschillen. Wel is naar het totaal aantal ANW-diensturen per jaar gevraagd. Hetzelfde geldt voor de geaccrediteerde nascholingsuren in het kader van herregistratie (gemiddeld 40 uur per jaar). Andere vormen van nascholing zijn wel geregistreerd (zie bijlage 4).

De gegevens van de deelnemende praktijken van 67 huisartsen, vormen de basis van deze rapportage. Naast de tijdregistratie werd van de deelnemende huisartsen gevraagd om een aantal kengetallen van hun praktijk aan te leveren over praktijkgrootte, aantal fte assistentie en praktijkondersteuning, praktijkvorm en -organisatie.

In 2011 werd voor het eerst een online-tijdsregistratie ingevoerd. Ook in 2012 is hier gebruik van gemaakt. Het blijft evenwel een hele klus voor de meeste deelnemers om de verschillende dagelijkse taken en activiteiten nauwgezet te registreren. De diversiteit aan praktijkvormen, aan functies binnen een praktijk en aan samenwerkingsverbanden, maakt dat eenduidige beantwoording van de vragen soms moeilijk is. In 2012 is voor het eerst een onkostenvergoeding aangeboden van € 75 per deelnemende praktijk. Ruim 20% van de deelnemers heeft hier gebruik van gemaakt.

2 WAAROM ONDERZOEK NAAR DE WERKLAST VAN DE HUISARTS?

Inzicht in de kosten en baten van een huisartsenpraktijk is nodig voor de realisatie van een gezonde praktijkvoering. Voor een goede kostprijsberekening van gewenst zorgaanbod, moet onder andere de geïnvesteerde arbeidstijd bekend zijn.² Daarnaast dient vooraf overeenstemming te bestaan over het uurtarief van de huisarts. Zonder deze en andere basisgegevens is de vaststelling van kostprijs of van NZa-tarieven bedrijfseconomisch een arbitraire exercitie. *Tabel I*

| Tabel I | | Norminkomen/-kosten 2012 |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Normatieve NZa-berekeningen | Inkomen huisarts | €106.192 |
| | Personeelskosten | € 46.631 |
| | Overige praktijkkosten | € 56.711 |
| | Totaalomzet normpraktijk | €209.534 |
| <hr/> | | |
| | Inconveniënten (ANW-diensten) | € 6.722 |

Vanuit de totaalomzet worden de consult- en inschrijftarieven van de basiszorg berekend.

Aan deze voorwaarden voor een transparante kostprijsberekening wordt echter nog steeds niet voldaan. De beroepsgroep is tot nu toe weinig effectief gebleken bij het realiseren van overeenstemming over een uurtarief voor de huisarts. Daarnaast wenst de NZa, ook na expliciet verzoek hiertoe, geen inzicht te verschaffen in de onderbouwing van haar tarieven voor de huisartsenzorg.

Herhaling van de Meetweek, inmiddels de vierde op rij, zal zeker bijdragen aan de betrouwbaarheid van de uitkomsten. Er dient inzicht te bestaan in de data die noodzakelijk zijn om het toekomstige beleid voor de huisartsenzorg verantwoord te kunnen ontwikkelen. De surveillances maken het mogelijk om ook actuele veranderingen in de werklust van huisartsen tijdig te onderkennen. Tenslotte kunnen de Meetweekresultaten bijdragen aan een beter inzicht in de mogelijkheden en de mate van beschikbaarheid van huisartsen om gewenste, extra zorgtaken op zich te nemen.

Werklast in de basisdagzorg

Vanaf de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 is het takenpakket en de werklust van de huisarts ieder jaar toegenomen. De productiecijfers [Vektis en CVZ] laten tot 2010 een jaarlijkse groei zien van het aantal consultverrichtingen van gemiddeld 5.6%.³ *Tabel II*

| Tabel II Kosten en volume consulteenheden (basiszorg) 2006 – 2010 [CVZ] | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|---------------|-------------------|
| ZVW | kosten CE mln | tarief CE | volume CE mln | volume t.o.v. '06 |
| 2006 | € 656.4 | € 9 | 72.9 | 100.0% |
| 2007 | € 697.2 | € 9 | 77.5 | 106.3% |
| 2008 | € 730.3 | € 9 | 81.1 | 111.3% |
| 2009 | € 766.1 | € 9 | 85.1 | 116.7% |

Tot 2010 bestaat de vergoeding voor consultverrichtingen voor gemiddeld 23% uit het tarief voor herhaalrecepten. Vanaf 2010 vallen herhalingsreceptverrichtingen onder het Inschrijftarief waardoor de huidige productiecijfers niet goed vergelijkbaar zijn met die van vóór 2010.

² Maes, A.A.C.M. Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel, 2011 i.s.m. van Helden, G.J. Kostenverbijzondering en kostprijsberekening, pag. 257

³ CVZ Zorgcijfersdata, geactualiseerd in 2013. www.zorgcijfersdata.cvz.nl

Een stijging van het aantal gedeclareerde contacten met de huisartsenpraktijk van 2006 tot 2011, wordt ook gevonden bij het LINH. Bij LINH⁴ stijgt het aantal consulteenheden over dezelfde periode met gemiddeld 4,6% per jaar waarbij in 2011 de toename slechts 1.3% is t.o.v. 2010. Volgens CVZ-cijfers treedt in dat jaar zelfs een lichte daling (0.7%) op van het aantal consultverrichtingen. In 2012 volgt weer een stijging van 2.5%. *Tabel III*

**Tabel III Kosten en volume consulteenheden (basiszorg)
2010 – 2012 [CVZ]**

| ZVW | kosten CE mln | tarief CE | volume CE mln | volume t.o.v. '06 |
|------|---------------|-----------|---------------|-------------------|
| 2010 | € 613.5 | € 9,00 | 68.2 | 100.0% |
| 2011 | € 616.5 | € 9,11 | 67.7 | 99.3% |
| 2012 | € 609.6 | € 8,78 | 69.4 | 101.8% |

Gemiddelde toename aantal consultverrichtingen (basiszorg)
van 2006 tot 2010: 5.6 % per jaar
van 2010 tot 2012: 0.9 % per jaar

Ten opzichte van de eerste jaren van de ZVW is de groei van het aantal consultverrichtingen binnen het basiszorgaanbod de laatste twee jaar afgenomen. Of hiermee een structurele ontwikkeling is ingezet is nog niet aan te geven, net zomin als de onderliggende oorzaak.

Eén van de mogelijke oorzaken is relatieve zorgmijding in verband met hogere eigen betalingen voor patiënten bij gebruik van (medische) zorg of onderzoek naar aanleiding van het bezoek aan de huis-

⁴ LINH, Contact huisartspraktijk 2006-2010 www.zorgcijfersdata.cvz.nl
www.nivel.nl/contact-huisartspraktijk-2006-2010

⁵ VHN Benchmarkbulletin 2012, 8 aug. 2013 <http://vhn.artsennet.nl/Actueel/Persberichten-1/Persberichten-1/Dalende-trend-contacten-met-huisartsenposten-zet-in-2012-door.htm>

⁶ CVZ kostencijfers: financiële staat huisartsenzorg,
<http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/CVZkostencijfershuisartsenzorg15-230713.pdf>

arts, die zelf overigens vrij toegankelijk is. Onderzoek zou hier meer inzicht in kunnen geven.

Werklast in de ANW-zorg

Van 2005 tot 2009 stijgt ook in de avond-, nacht- en weekenddiensten het aantal verrichtingen, gemiddeld met 7.15% per jaar. In 2010 vindt voor het eerst een daling plaats (5.8%). In 2011 volgt een geringe stijging met 1.9%. In 2012 treedt weer een geringe daling op (1.4%) van het aantal verrichtingen op de HAP dat dan landelijk op ruim 4 miljoen per jaar ligt.

Huisartsen worden volgens de benchmarkgegevens van de VHN van de laatste jaren, per normpraktijk voor circa 205-210 uur per jaar ingeroosterd. Daarbij bestaat er een brede spreiding per regio: van minimaal 122 tot maximaal 306 ANW-diensturen per normpraktijk.⁵

Bijzondere werklast en betalingen 2006 – 2012 ⁶

De macrokosten van bijzondere betalingen (als onderdeel van de omzet van de huisarts) voor POH, M&I, achterstandsfonds en passanten, stijgen van € 227.9 mln in 2006 naar 415.7 mln in 2012. Een toename van 82.4% in 6 jaar, gemiddeld met 13.7% per jaar. *Tabel IV*

Tabel IV Bijzondere betalingen huisartsenzorg 2006-2012

| ZVW | kosten CE mln | volume t.o.v. '06 |
|------|---------------|-------------------|
| 2006 | € 227.9 | 100.0% |
| 2007 | € 237.9 | 104.4% |
| 2008 | € 269.1 | 118.1% |
| 2009 | € 292.7 | 128.4% |
| 2010 | € 299.3 | 131.3% |
| 2011 | € 415.9 | 182.5% |
| 2012 | € 415.7 | 182.4% |

Werklast en betalingen Ketenzorg

Over de werklast van de huisarts en het beschikbare budget voor de levering van chronische (keten) zorg, zijn slechts indirect gegevens beschikbaar. Ketenzorg is onderdeel van CVZ-post “Overige kosten”.⁷

Tabel V

| Tabel V | Overige kosten: multidisciplinaire zorg |
|----------------|------------------------------------------------|
| | macrokosten (1 = € 1 mln) |
| 2007 | 45.1 |
| 2008 | 86.9 |
| 2009 | 155.4 |
| 2010 | 260.1 |
| 2011 | 332.3 |
| 2012 | 387.1 |

Tot deze post “Overige kosten” behoort:

- Ketenzorg^{8,9}
- GEZ (Geïntegreerde Eerstelijns Zorg)
- Innovatie nieuwe zorgproducten
- Stoppen Met Roken
- Dieetadvisering bij ketenzorg
- maar ook..... Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

De post “Overige kosten” bevat dus niet alleen kosten die de huisartsenzorg of eerste lijn betreffen.

In de Miljoenennota van 2010 staat € 241.5 mln begroot voor ketenzorg. Indien alle diabeteszorg als ketenzorg door de huisartsen geleverd wordt, zal dat al € 234 mln kosten.¹⁰ Voor de overige ketens resteert dan € 7.5 mln. Uiteindelijk wordt in 2010 € 134.1 mln begroot voor keten-DBC diabeteszorg, vanwege het feit dat de start pas halverwege het jaar plaatsvindt. Er blijkt daarna echter € 70 mln méér gedeclareerd te zijn. De helft van deze

overschrijding wordt aanvankelijk gekort op de tarieven maar na protesten vanuit de beroepsgroep, wordt de korting alsnog iets verminderd.

Het is duidelijk dat door verlaging van de tarieven in de basiszorg (2006 consulttarief: € 9, zeven jaar later: € 8,67) en fors stijgende praktijkkosten, omzetverlies in de basiszorg door velen gecompenseerd wordt (moet worden) met omzetstijging uit de aanvullende zorg. Hierdoor wordt het leveren van aanvullende zorg steeds minder vrijblijvend. In de Meetweekregistraties tot nu toe blijkt overigens dat de relatieve werklast voor de basiszorg op peil blijft (circa 90% van de geïnvesteerde tijd).

Dat na levering van gewenste zorg, de in 2012 aangekondigde tariefskortingen, met het convenant tussen VWS en LHV, zijn opgeschort of ingetrokken, biedt meer ruimte voor verder overleg over de bekostiging van gewenste huisartsenzorg.

‘Berekening van ‘goede’ kostprijzen staat of valt met ‘goede’ basisgegevens over de inzet van arbeid in uren of minuten, de salariskosten van verschillende typen arbeid, alsmede de inzet van andere productiemiddelen dan arbeid, zoals huisvesting, vervoer en administratie... Dit is een pleidooi voor een pragmatische aanpak om voor de toekomst de kostprijs huisartsenzorg op verantwoorde wijze te berekenen’

Maes, A.A.C.M. en van Helden, G.J. Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel, 2011, blz 257

⁷ Maes, A.A.C.M. Het onderhandelingsresultaat eerste lijn 2014 t/m 2017, 27 juli 2013, pag. 8 <http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/KanttekeningenBijConvenantLHVWS240713.pdf>

⁸ In 2011 bedroeg Ketenzorg € 204 mln ofwel 61.4% van de kosten multidisciplinaire zorg (204/332,3)

⁹ VEKTIS, Zorgthermometer, Vooruitblik 2013, okt. 2012 www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2012/Zorgthermometer%20-%20Vooruitblik/#/18/,

¹⁰ Maes, A.A.C.M. Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel, 2011, blz 322

3 DE OPZET VAN HET ONDERZOEK

Door middel van een oproep in de VPH-Nieuwsbrief zijn de leden van VPHuisartsen uitgenodigd om mee te doen aan het Meetweekonderzoek. Daarnaast is huisartsen de mogelijkheid geboden via de website van VPHuisartsen (www.vphuisartsen.nl) en via www.huisartsvandaag.nl, zich aan te melden. Ook niet-leden zijn daartoe opgeroepen.

Deelnemers konden het benodigde registratieformulier met aanvullende vragenlijst (zie bijlagen 1, 2 en 3) en registratie-instructie downloaden of de tijdsregistraties online uitvoeren.

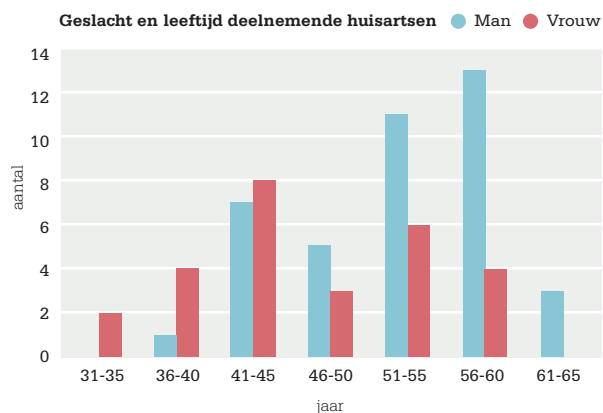
De deelnemers is gevraagd om drie keer per dag (rond 12.00, 18.00 en 24.00 uur) hun tijdsbesteding in het eraan voorafgaande dagdeel te registreren. De tijdsduur van de verschillende activiteiten is gemeten en geregistreerd in minuten.

Het registratieformulier bood een matrix om te registreren in 11 verschillende rubrieken (zie bijlage 4):

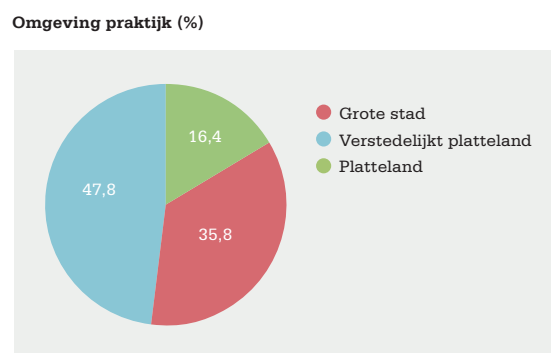
- Direct patiëntencontact basiszorg
- Indirect patiëntencontact basiszorg
- Direct patiëntencontact Ketenzorg
- Indirect patiëntencontact Ketenzorg
- Aanvullende zorg
- Bijzondere zorg
- Managementtaken
- Na- en bijscholing
- Praktijkgebonden professionele activiteiten
- Apotheekhouders
- Huisartsopleiders

Bij de verwerking van de gegevens zijn alle uitkomsten teruggerekend naar de normpraktijk van 2.350 ingeschreven patiënten. Als bijvoorbeeld een huisarts 58 uur per week werkt in een praktijk van 2.540 patiënten, resulteert dit in het onderzoek in een werklast van $[2.350/2.540 \times 58 \text{ uur}]$: 53.7 uur per normpraktijk.

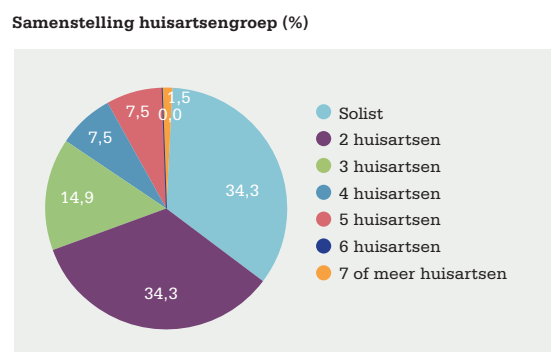
Figuur 1



Figuur 2



Figuur 3



4 DE DEELNEMERS

Van de 67 deelnemers in 2012 deed 30% ook mee aan de Meetweek van 2011. Ruim 40% nam voor het eerst deel aan de tijdsregistraties, 28% voor de tweede keer, 24% voor de derde keer en 8% registreerde in alle vier Meetweken.

In 2012 was 87% van de deelnemers lid van VPHuisartsen. De afgelopen vier jaar voerden 145 verschillende praktijkhouders in totaal 228 registraties uit. Daarvan waren 114 lid van VPHuisartsen [79%] en 31 niet [21%]. In 2012 zijn in de onderzoeksgroep 36-40 jarigen, 46-50 jarigen en 60-plussers 4 tot 7%-punt ondervertegenwoordigd ten opzichte van de landelijke cijfers. De groepen van 41-45, van 51-60 jaar zijn 4 tot 8%-punt oververtegenwoordigd.

Er namen 40 mannen en 27 vrouwen deel aan de registraties. Deze onderverdeling (60% resp. 40%) komt redelijk overeen met de landelijke verdeling van praktijkhouders naar geslacht: 63% mannen tegenover 37% vrouwen. [NIVEL 2012] . *Figuur 1*

Van de deelnemende huisartsen geeft 35.8% aan een stadspraktijk te hebben, 47.8% werkt vanuit het verstedelijkte platteland en 16.4% werkt een plattelandsomgeving. *Figuur 2*

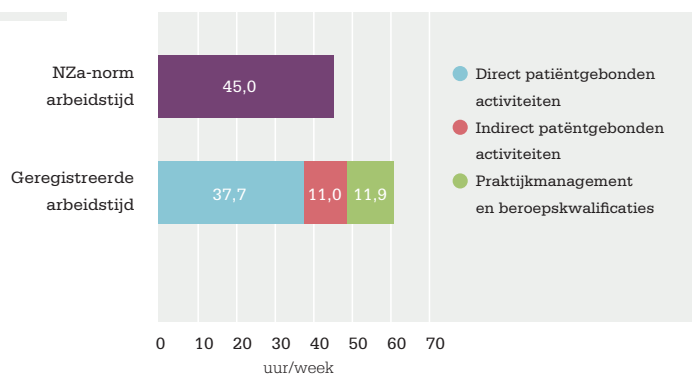
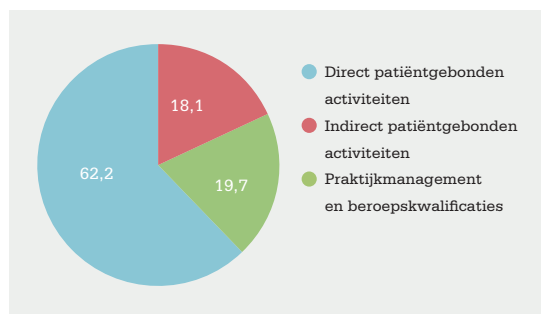
Aan de Meetweken van 2009, 2010, 2011 en 2012 hebben tot nu toe 228 huisartsen (circa 200 praktijken/praktijkhouders) deelgenomen. 90 van hen namen éénmaal, 32 tweemaal, 18 driemaal en 5 praktijken viermaal deel aan de Meetweekregistraties.

Van de deelnemende praktijkhouders werkt 34.3% solistisch, 34.3% in een duopraktijk en 31.4% in een groepspraktijk van drie of meer huisartsen. De landelijke cijfers van de verdeling van huisartsen naar praktijkvorm zijn resp. 26, 38 en 36%. ¹¹ *Figuur 3*

¹¹ *Praktiserende huisartsen (praktijkhouders/hidha's): 8.879 -> solist 2.281; duo 3.369; groep 3.229, NIVEL 2012*

Tabel VI**(Niet)patiëntgebonden tijd**

| Arbeidstijd huisarts in Meetweek | 2011 | 2012 | verschil |
|------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Direct- en indirect patiëntgebonden tijd | 47.03 uur | 48.64 uur | + 1.6 uur |
| Management en beroepskwalificatie | 12.43 uur | 11.93 uur | - 0.5 uur |
| TOTAAL | 59.46 uur | 60.57 uur | + 1.1 uur |

Figuur 4**NZa-norm vs geregistreeerde arbeidstijd huisarts****Figuur 5****Activiteiten verdeling huisarts (%)**

5 ARBEIDSTIJD VAN DE HUISARTS

In 2012 is een gemiddelde arbeidstijd gemeten van 60.6 uur, voor het runnen van een normpraktijk (in 2011: 59.5 uur). Een lichte toename van bijna 2% (66 minuten). Ten opzichte van 2011 is er anderhalf uur meer aan patiëntgebonden tijd besteed en een halfuur minder aan management-activiteiten. *Tabel VI*

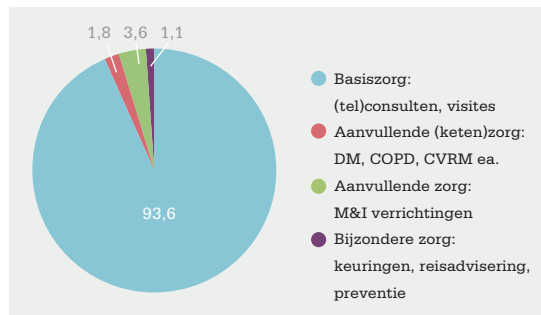
De ANW-diensturen zijn net als de geaccrediteerde nascholingsuren ten behoeve van de herregistratie, niet in de arbeidstijdmeting opgenomen maar geregistreerd op jaarbasis. De gemiddelde arbeidslast van de huisarts, inclusief dienst- en nascholingsuren, bedraagt per normpraktijk circa 66 uur per week.

Ruim 80% van de arbeidstijd wordt besteed aan patiëntgebonden activiteiten (48.7 uur) en bijna 20% aan management en beroepskwalificaties (11.9 uur). *Figuur 4*

Net als in voorgaande jaren wordt rond de 62% van de totale arbeidstijd besteed aan direct patiëntencontact. In feite zijn alleen deze direct patiëntgebonden uren declarabel (37.7 van de 60.6 uur). *Figuur 5*

Figuur 6

Verdeling direct patiëntgebonden zorg (%)



Tabel VII Gemiddelde tijdsbesteding huisarts in uren per week

| | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|
| Direct patiëntgebonden (37 uur en 39 min) | Basiszorg | 35 uur 14 min |
| | Ketenzorg | 41 min |
| | M&I | 1 uur 20 min |
| Bijzondere zorg | | 24 min |
| Indirect patiëntgebonden (10 uur 59 min) | Basiszorg | 10 uur 6 min |
| | Ketenzorg | 53 min |
| Praktijkmanagement & beroepskwalificatie (11 uur 56 min) | Management | 5 uur 25 min |
| | Nascholing | 1 uur 43 min |
| | Overleg | 3 uur 37 min |
| | Apotheekhouders | 25 min |
| | Huisartsopleiders | 46 min |
| TOTAAL | | 60 uur 34 min |

Waar het in 2012 direct patiëntgebonden activiteiten betreft (37 uur 39 min.) wordt 35 uur 14 min. (93,6%) besteed aan basiszorg en 41 min. (1,8%) aan ketenzorg voor chronisch zieken. Aan verrichtingen in het kader van M&I wordt 80 min. besteed en aan bijzondere zorg gemiddeld 24 min. per week. *Figuur 6*

Het overgrote deel van de arbeidstijd van de huisarts wordt besteed aan patiëntgebonden basiszorg, in totaal 45 uur 20 min. Het totale aandeel van de basiszorg in de tijdsbesteding van de huisarts, inclusief management en overleg, bedraagt 54 uur 22 min. per week. Een toename van bijna een uur ten opzichte van 2011. Ketenzorg, M&I verrichtingen en bijzondere zorg nemen gemiddeld 3 uur en 18 min. per week in beslag.

De basiszorg beslaat vrijwel onveranderd bijna 90% van de totale arbeidstijd van de huisarts. De deelnemende apothekhoudende huisartsen (11) besteden, net als in 2011, per 2.350 ingeschreven patiënten gemiddeld 2.5 uur per week aan specifieke apothekactiviteiten. De huisartsenopleiders (13) hebben een onderscheiden arbeidslast van gemiddeld 3.9 uur per week geregistreerd voor hun onderwijstaken. Wanneer deze arbeidslast gemiddeld wordt over alle deelnemers wordt er per normpraktijk 25 min. apothekactiviteiten en drie kwartier aan de huisartsenopleiding besteed. In tabel VII wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde tijdsbesteding per week van de huisarts in een normpraktijk. *Tabel VII*

Tabel VIII **Werklast huisarts in normpraktijk van 2350**
verzekerden, in/excl. ANW-diensten & nascholing

| | Significant 2012 NZa Kostenonderzoek | Meetweek 2012 VPHuisartsen 'Tijd voor Zorg' |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Direct patiëntgebonden zorg | 43.0 uur | 37.7 uur |
| Indirect patiëntgebonden zorg | 7.3 uur | 11.0 uur |
| Management en beroepsactiviteiten | 8.0 uur | 11.9 uur |
| Totale werklast huisarts normpraktijk | 58.3 uur | 60.6 uur |
| Inclusief ANW-dienst + nascholing | 63.5 uur | 66.1 uur |

De resultaten van de tijdsbestedingsonderzoeken van NZa¹² en VP-Huisartsen worden in naastgeplaatste tabel met elkaar vergeleken.

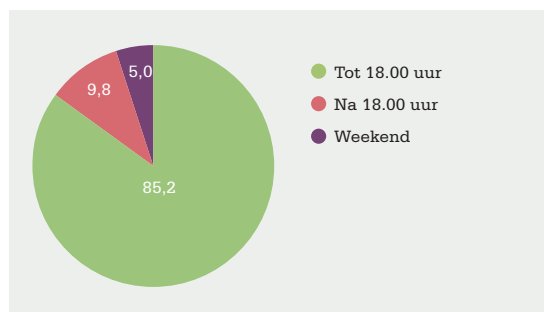
Tabel VIII

In een analyse van NHG-praktijkaccrediteringsgegevens in 2010, werd het aantal arbeidsuren van de huisarts besteed aan direct patiëntgebonden zorg, berekend op 38.5 uur per normpraktijk.¹³

Gemiddeld verrichten de deelnemers 85.2% van hun arbeidstijd voor 18.00 uur, 9.8% na 18.00 uur en 5% in het weekend. *Figuur 7*

Figuur 7

Gemiddelde wekelijkse tijdsverdeling huisarts (%)



¹² NZa / Significant, *Praktijkkosten- en inkomensonderzoek Huisartsenzorg, sept. 2012*
www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/09/05/praktijkkosten-en-inkomensonderzoek-huisartsenzorg.html

¹³ Braspenning, J.C.C. ea. *Tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk. H&W 2012; 55 (12) : 542-7*
www.henw.org/archief/id5158-tijdsbesteding-in-de-huisartsenpraktijk.html

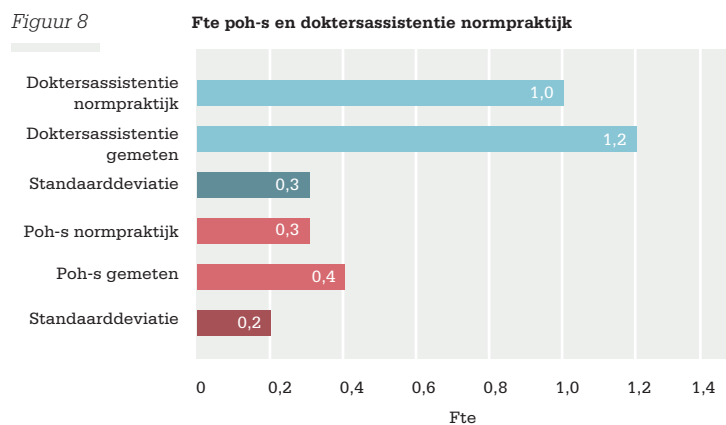
6 DIVERSE KOSTENPARAMETERS

VPHuisartsen benut de Meetweek niet alleen om de inzet in arbeidsuren van de deelnemende huisartsen te meten, maar ook om een aantal belangrijke kostenparameters van hun praktijk vast te leggen. Alle deelnemers werkten aan dit gedeelte van de registratie mee.

Ondersteunend personeel in loondienst

Huisartsen hebben volgens de NZa-norm recht op een kostencompensatie van 38 uur dokters- assistentie (1fte). Daarnaast kan, mits aan contractvoorwaarden van de zorgverzekeraar wordt voldaan, een praktijkondersteuner somatiek [POH-S] worden gecontracteerd voor 14.5 uur per week per normpraktijk circa 0.38 fte. Ook is de aanstelling van een POH-GGZ mogelijk voor 9 uur (0.24 fte) per week.

Figuur 8



Doktersassistentie

Uit de resultaten van de Meetweek 2012 blijkt dat huisartsen per normpraktijk gemiddeld 46.4 uur (1,22 fte) doktersassistentie hebben (46.4 uur). Daarvan wordt 38 uur in de NZa-tarieven vergoed terwijl de praktijk strikt genomen elke werkdag van 8.00-18.00 ofwel 5 x 10 uur = 50 uur per week assistentie nodig heeft. Huisartsen financieren de extra personeelslasten boven 1 fte uit eigen middelen. *Figuur 8*

Praktijkondersteuning

Sinds 2011 is de gemengde bekostiging van de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) van een moduletarium per patiënt en POH-consulttarieven, beëindigd. De financiering is vervangen door een 100% opslag op het inschrijftarief. Bij deze POH-opslag wordt rekening gehouden met wat er al via de zorggroepen in de DBC-tarieven betaald wordt aan praktijkondersteuning.

Waar het de inzet van praktijkondersteuners somatiek (POH-S) betreft, liggen de deelnemende huisartsen iets beneden de maximale bekostiging van 0,38 fte: 14.5 uur per normpraktijk. Zij hebben gemiddeld 0,37 fte POH-S in dienst: 14.2 uur. Vier praktijkhouders (6%) geven aan dat er geen POH-S in hun praktijk werkzaam is.

Praktijkhouders kunnen de inzet van de POH-S benutten om extra taken, met name de geprotocolleerde programma's voor chronische zorg, uit te voeren. In het Meetweekonderzoek is niet onderzocht hoeveel tijd door de praktijkondersteuner aan basiszorg werd besteed en hoeveel aan overige zorg- of managementtaken. Evenmin is de inzet van andere vormen van praktijkondersteuning, zoals (gedetacheerde) diabetes-, long-, of CVRM-verpleegkundigen, geïnventariseerd.

Sinds de bezuinigingen op de GGZ en de substitutie van tweedelijns zorg naar de eerstelijns basis-GGZ, is het beleid van de overheid en verzekeraars gericht op de implementatie van de POH-GGZ binnen de huisartsenpraktijk. Er heeft in de Meetweek van 2012 (nog) geen registratie van POH-GGZ aanstelling of inzet plaatsgevonden.

Hidha of waarnemer

In 58% van de praktijken functioneert een HIDHA of vaste waarnemer. In de voorafgaande jaren bedroeg dit in de onderzoeksgroepen resp. 53%, 47% en 66%.

Uit cijfers van het NIVEL blijkt het aantal hidha's tussen 2010 en 2012 met 15% te zijn gedaald. De pool van waarnemers neemt daarentegen toe: voor 2012 berekend op bijna 2000 huisartsen.¹⁴

De aanwezigheid van een Hidha of vaste waarnemer vervult een rol bij de begrenzing van de individuele werklast van de huisartspraktijkhouder. Het inschakelen van waarneming maakt het mogelijk om het aantal uren van gemiddeld 60 uur naar bijvoorbeeld 48 of 52 uur per week terug te brengen om daarmee als 'parttime' werkende praktijkhouder werk en privé te kunnen combineren dan wel vol te houden. Uit recent onderzoek naar langdurige stressfactoren onder huisartsen, dat in opdracht van MOVIR werd verricht, blijkt dat een derde van hen nog fulltime werkt. Gemiddeld werken huisartsen 4 dagen per week.¹⁵ De uren van de hidha of waarnemer maken onderdeel uit van het totaal aantal geregistreerde huisartsenuren in de betreffende Meetweekpraktijk.

ANW-diensten

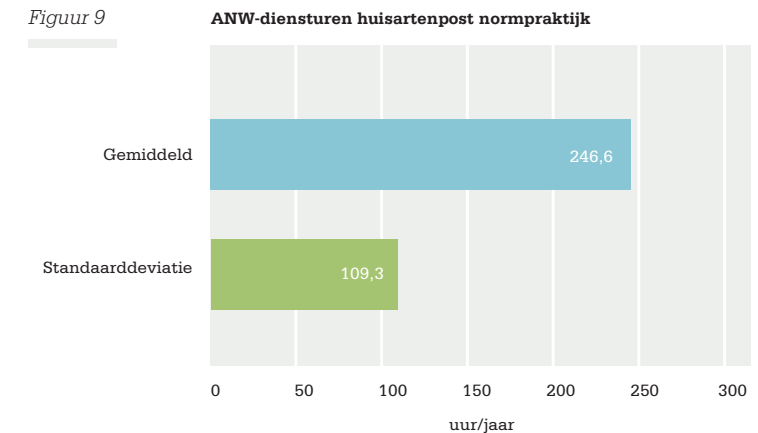
Aan de deelnemers is de vraag gesteld hoeveel uur zij staan ingeroosterd voor het verrichten van ANW-diensten. In de praktijken die zijn aangesloten bij grootschalige dienstenstructuren staan de praktijkhou-

ders, omgerekend naar de normpraktijk, gemiddeld 247 uur ingeroosterd (voorafgaande jaren resp. 245, 250 en 246 uur) Dit zijn 5.5 werkweken van 45 uur. Het is 39 uur meer dan de VHN aangeeft voor het gemiddelde aantal ingeroosterde diensturen per normpraktijk.¹⁶

Figuur 9

Het honorarium voor de 247 ANW-diensturen bedraagt € 16.650 op basis van het uurtarief van circa € 67. Naast de dagtaak van gemiddeld 60.6 uur per week, brengen de ANW-diensten en de verplichte nascholing van 40 uur per jaar, de berekende werklast van de praktijkhouder op circa 66 uur per week per normpraktijk.

Figuur 9




¹⁴ NIVEL, Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2012, febr. 2013 www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-jan-2012.pdf

¹⁵ MOVIR, Landelijk onderzoek naar langdurige stressfactoren bij huisartsen, 1 nov. 2012 http://movir.nl/media/medialibrary/2012/10/rapport_langdurige_stress_bij_huisartsen_web.pdf

¹⁶ VHN, Benchmarkbulletin 2012, pag 2/10 <http://vhn.artsennet.nl/Actueel/Persberichten-1/Persberichten-1/Dalende-trend-contacten-met-huisartsenposten-zet-in-2012-door.htm>

¹⁷ Maes, A.A.C.M. Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel, 2011, pag 349



De huisartsen in de Meetweek die in kleinschalige dienstenstructuur werken, doen gemiddeld 1.505 uur dienst per jaar. Het aantal diensturen hangt sterk af van het aantal deelnemende praktijken per waarnemingsgroep. Het aantal ANW-diensturen per huisartsgroep bedraagt 6.463 uur per jaar die verdeeld moeten worden over een beperkt aantal van soms 4 of 5 leden.

Voorgaande jaren lag het gemiddelde aantal ANW-diensturen tussen 1280 en 1750 per huisarts.¹⁷ De honorering van de huisarts bij kleinschalige waarneming is gebaseerd op een consulttarief en niet op een uurtarief zoals bij de grootschalige HAP.

Ten aanzien van de dienstbelasting op grootschalige huisartsenposten is bij de Meetweekdeelnemers sprake van een brede spreiding: van minimaal 137 tot maximaal 356 diensturen per jaar. Dit betekent dat afhankelijk van de regio, individuele praktijkhouders bij de huidige individuele 24-uurs zorgplicht, een sterk verschillende jaarlijkse dienstbelasting kennen. De Vereniging Huisartsenposten Nederland [VHN] komt over de afgelopen vier jaar uit op een gemiddelde dienstbelasting van 208 (126 - 306) uur per jaar per normpraktijk.¹⁸

Verkoop ANW-diensten

In 2012 wordt door 15% van de 67 praktijken geen enkele dienst verkocht. 85% verkoopt één of meer ANW-diensten. In 2011 bedroegen deze cijfers resp. 12% en 88%.

Gemiddeld wordt per normpraktijk bijna 29% van de ANW-diensturen 'verkocht' aan waarnemers (71 van 247 uur) en wordt 71% door de praktijk zelf gedaan (176 uur). In de voorafgaande jaren lagen de verkoopperecentages op resp. 25%, 18,8% en 25 % van het aantal diensturen. Overigens is de behoefte om ANW-diensten te verkopen groter dan gerealiseerd kan worden. Zo kunnen in vakantietijd vaak niet

alle diensten verkocht worden, zodat de praktijkhouder verplicht is de ANW-dienst zelf te doen.

Het verkoopperecentage van ANW-diensten ligt in de Meetweek 2012 5% hoger dan in de ANW-enquête van Huisarts Vandaag in samenwerking met VPHuisartsen, uit 2010. Toen gaf 80% van de praktijkhouders aan diensten te verkopen.¹⁹

De verkoop van ANW-diensten kost de huisarts circa 20-40 euro per dienstuur meer dan hij/zij daar zelf voor ontvangt. De totale kosten voor dienstwaarneming ('dienstverkoop') lopen bij de verkoop van gemiddeld 29% diensturen, sterk op. Uitgaande van het aantal verkochte dienstwaarnemingen van gemiddeld 71 uur per normpraktijk, is de schatting dat praktijkhouders de ANW-zorg op de HAP voor de Nederlandse burgers, in 2012 met ruim € 15 mln. uit eigen middelen hebben gefinancierd.²⁰

¹⁸ VHN Benchmarkgegevens 2006-2011
<http://vhn.artsennet.nl/Producten/product/Benchmarkbulletin-2006-2011-informatiedocument.htm>

¹⁹ VPHuisartsen/HV, *Meerderheid onder huisartsen voor verplichte diensten op huisartsenpost bijna verdwenen, jan. 2011*,
www.vphuisartsen.nl/Brieven-en-artikelen-ANW/III-ANW-enquete-II-Randvoorwaarden-voor-toekomstige-ANW-zorg.html

²⁰ *Private financiering ANW-zorg door praktijkhouders: 71u x € 30 x 7.106 normpraktijken = ruim € 15.000.000 per jr*

Oppervlak praktijkruimte

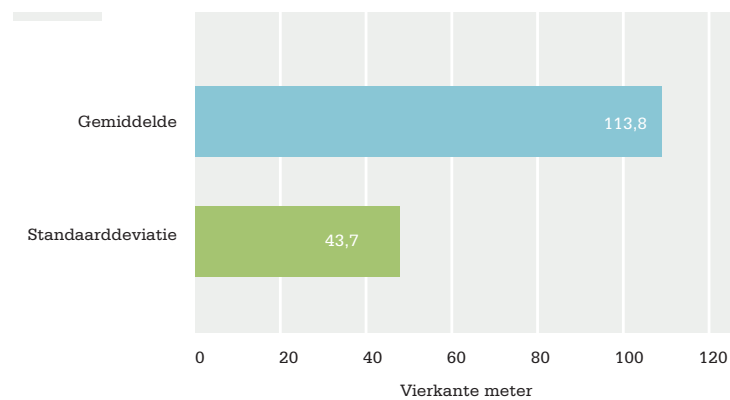
In de NZa-praktijkkostenvergoeding wordt voor een normpraktijk uitgegaan van 80 m² praktijkruimte. De 67 praktijken van de Meetweek beschikken gemiddeld over 113,8 m² praktijkoppervlak per normpraktijk. Dat is 33,8 m² meer dan in de huisvestingskosten van de basiszorg vergoed wordt. *Figuur 10*

Voor de vergoeding van huisvestingskosten (huur, energie, schoonmaak) hanteert de NZa in 2012 een bedrag van € 17.192 per normpraktijk (80m²), dat is € 215 per m² per jaar.

Daarnaast zit zowel in de tarieven voor praktijkondersteuning als voor ketenzorg, een geringe en willekeurige huisvestingscomponent. Zo rekent Achmea voor de POH-S € 3.625: € 145 per m² bij 25 m² voor de eigen kamer en overlegruimte per fte POH-S. Bij een aanstelling van 15 uur POH-S wordt de huisvestingvergoeding € 1.430 per jaar (15/38 x € 3.625). Bij toepassing van NZa-tariefnormen zou die vergoeding minimaal € 2.120 zijn.²¹

Figuur 10

Oppervlakte huisartsen(norm)praktijk (m²)



7 VERSCHILLEN GROTE STAD EN (VERSTEDELIJKT) PLATTELAND

De registratieresultaten van de Meetweek geven een aantal verschillen weer tussen de grote stad, het verstedelijkt platteland en het platteland.

Werklast huisartsen

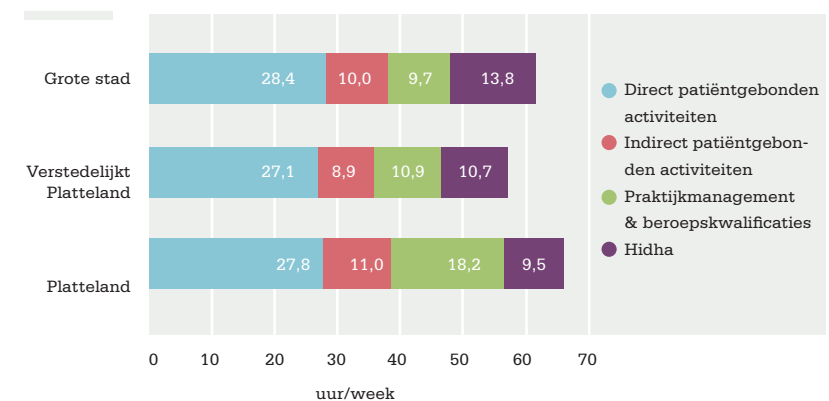
De praktijkhouders op het platteland besteden ruim 12 uur aan managementtaken en beroeps-kwalificaties. Tweemaal zoveel als op de andere twee locaties. *Figuur 11*.

Ook de gemiddelde werklast van praktijkhouders verschilt per locatie:

- stedelijk gebied: 62.2 uur waarvan 13.8 uur in samenwerking met hidha of waarnemer
- verstedelijkt platteland: 57.8 uur waarvan 10.7 uur in samenwerking met hidha of waarnemer
- platteland: 66.7 uur waarvan 9.5 uur in samenwerking met hidha of waarnemer

Figuur 11

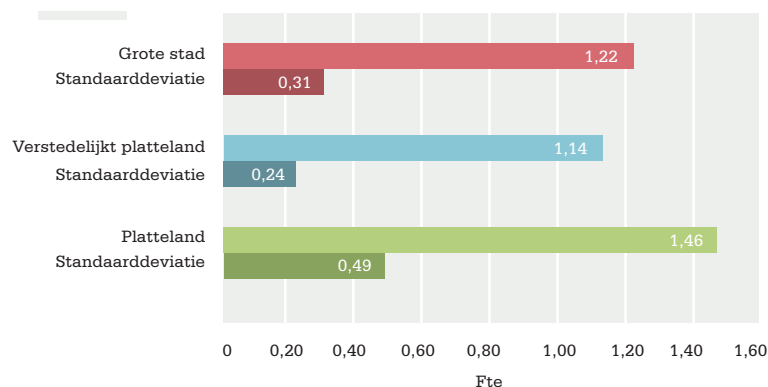
Gemiddelde arbeidstijd huisarts per normpraktijk



²¹ Maes, A.A.C.M. Inzet praktijkondersteuning 2014, een lagere vergoeding met een hoger risico, juni 2013 <http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/POHSAchmeaPraktijkondersteuning280613.pdf>

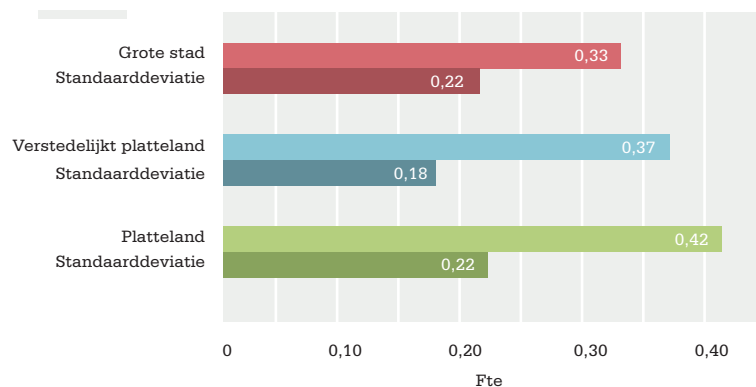
Figuur 12

Fte doktersassistentie normpraktijk naar locatie



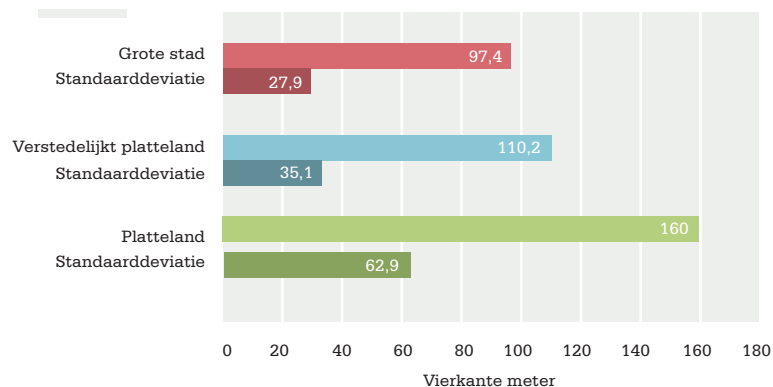
Figuur 13

Fte POH-S normpraktijk naar locatie



Figuur 14

Oppervlak normpraktijk naar locatie (m²)



Doktersassistentie

De fte doktersassistentie per normpraktijk ligt gemiddeld 0.22 fte boven de NZa-norm (1 fte 38 uur) waarbij de praktijkhouders op het platteland de hoogste niet-gecompenseerde personeelskosten hebben. *Figuur 12*. De gemiddelde aanstelling doktersassistentie per locatie boven de NZa-norm van 1 fte:

- stedelijk gebied: 8.4 u. meer doktersassistentie aangesteld = 1.22 fte
- verstedelijk platteland: 5.3 u. meer doktersassistentie aangesteld = 1.14 fte
- platteland: 17.5 u. meer doktersassistentie aangesteld = 1.46 fte

Praktijkondersteuning

De registrerende huisartsen maken in verschillende mate gebruik van de verruimde bekostiging van POH-S, die tot circa 14.5 uur (0.38 fte) is verhoogd. *Figuur 13*. De gemiddelde aanstelling POH-S per locatie:

- stedelijk gebied: 12.5 uur = 0.33 fte
- verstedelijk platteland: 14.1 uur = 0.37 fte
- platteland: 16.0 uur = 0.42 fte

Praktijkoppervlak

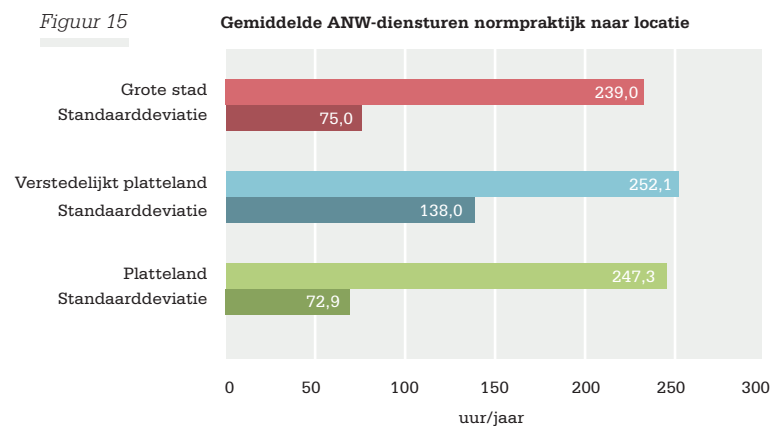
De praktijken op het platteland hebben per 2.350 patiënten een praktijkoppervlak dat 50-60 m² groter is vergeleken met de andere twee gebieden. *Figuur 14*

Voor huisvesting volgens de uitgangspunten zoals geformuleerd in het *Handboek Bouw Eerste Lijn* (uitgave LHV 2009) wordt voor een normpraktijk een praktijkoppervlak van 120m² gehanteerd. De (gewenste) huisvestingskosten variëren in 2009 naar locatie. Van € 18.870 (platteland) tot € 26.010 (grote steden), ruim € 2.000 tot bijna € 10.000 hoger dan de NZa in de tarieven compenseert aan huisvestingskosten (ruim € 16.600 in 2009).²² In 2012 is de NZa-compensatie voor huisvesting € 17.192 per normpraktijk.

²² Maes, A.A.C.M. *Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel*, 2011, pg 219, tabel 16.1

ANW-diensten

Het aantal ingeroosterde uren voor ANW-diensten naar locatie verschilt minder dan in voorafgaande jaren. In 2011 bedroeg het verschil in diensturen gemiddeld 36 uur, in 2012 is dat 13 uur. Het verstedelijkt platteland kent een relatief brede spreiding (SD 138 uur) bij een gemiddeld aantal van 252 ANW-diensturen per normpraktijk. *Figuur 15*



8 CONCLUSIE

Meetweek 2012: trends en ontwikkelingen van belang voor toekomstig beleid huisartsenzorg

Wij realiseren ons dat de 67 huisartsen die zich aanmeldden om op vrijwillige basis aan de registratie van hun arbeidstijd deel te nemen, geen aselechte afspiegeling vormen van de totale groep van 7.893 gevestigde praktijkhoudende huisartsen, 986 hidha's en circa 2000 waarnemers in Nederland.²³

Voor de verdeling man-vrouw is de deelnemersgroep landelijk gezien representatief maar de gemiddelde leeftijd is hoger: 16% van de praktijkhouders in ons land is jonger dan 40 jaar tegenover 10% van de deelnemers aan de Meetweek. Er hebben relatief meer stedelijke en minder plattelands praktijkhouders deelgenomen. Het aantal solisten ligt boven het landelijk gemiddelde, het aantal groepspraktijkhouders ligt er duidelijk onder.

We zijn van mening dat de onderzoeksresultaten trends en ontwikkelingen laten zien die van betekenis zijn voor de Nederlandse huisartsen en vooral ook voor beleidsmakers en bestuurders die zich bezighouden met de organisatie en financiering van de toekomstige huisartsenzorg en met de daarmee samenhangende capaciteitsvragen.

Het Meetweekonderzoek zal in 2013 worden herhaald. Wij hopen dat het aantal deelnemers daarbij verder zal toenemen om zo de representativiteit van de onderzoeksresultaten te verhogen.

²³ NIVEL, *Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2012, febr. 2013*
www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-jan-2012.pdf

Arbeidstijd huisartsen neemt nog steeds toe

De gemiddelde arbeidstijd van de huisarts in een normpraktijk, zonder de ANW-diensten en geaccrediteerde nascholing, bedraagt in 2012 60 uur 34 min (60.6 uur). Een toename van 1.1 uur ten opzichte van 2011 die bepaald wordt door een stijging van de uren patiëntgebonden zorg (1.6 uur) en een afname van de managementuren (30 min.). De toegenomen werklast is minder naar de *directe* patiëntenzorg gegaan en meer naar de *indirecte*: vervolgactiviteiten zoals overleg en correspondentie met medebehandelaars en beantwoording van verzoeken om medische informatie. Worden de 40 uur verplichte nascholing en ANW-diensturen meegeteld, dan bedraagt de gemiddelde werklast circa 66 huisartsenuren per week per normpraktijk.

Tijd voor basiszorg: stabiele kerntaak

Aan de basiszorg wordt door de huisarts in een normpraktijk, inclusief managementtijd en overleg, 54 uur en 22 min. per week besteed. Dit is 90% van de totale arbeidstijd van de huisarts. Ondanks een toename van activiteiten en verrichtingen in de aanvullende zorg bleef de aandacht voor de basiszorg, de kerntaak van de huisarts, net als de voorafgaande jaren stabiel. De NZa gaat bij de berekening van de consulttarieven van de huisarts tot nu toe uit van een gefixeerde arbeidslast van 45 uur per normpraktijk, ruim 15 uren minder dan huisartsen feitelijk hebben ingezet om de gewenste zorg te kunnen bieden.

Individuele arbeidstijd begrensd door samenwerking en parttime inzet

In 2005 werkt meer dan 60% van de praktijkhouders in ons land fulltime (10 ingeroosterde dagdelen/per week). Na 2006 daalt dat tot beneden de 48.5% in 2012.¹⁴

Van de praktijkhouders die deelnemen aan de Meetweek 2012 werkt 12% fulltime. De functieomvang van alle deelnemers samen bedraagt gemiddeld 0.79 fte. (vrouwen: 0.76 fte. en mannen 0.82 fte.) Landelijk is dat 0.69 fte voor vrouwen en 0.89 fte voor mannen. De arbeidstijd van deze parttime werkende huisartsen bedraagt (zonder verplichte diensten/nascholing) gemiddeld 38.1 uur per week.

Praktijkhouders begrenzen hun werklast steeds meer door parttime invulling van de werkweek, mede mogelijk gemaakt door samenwerking in duo- of groepspraktijkconstructies. Het aantal Meetweek-praktijken met een hidha of vaste waarnemer neemt daarentegen, overeenkomstig het landelijke beeld, af van 66% (2011) naar 58%.

Na een jaarlijkse stijging vanaf 1995 daalt het aantal hidha's voor het eerst in 2011 (min. 101). Deze daling zet zich voort in 2012 tot 986 hidha's (min. 61). Mogelijk dat hidha's wat vaker voor het duo-praktijkhouderschap hebben gekozen. Hier is echter in de Meetweek geen gericht onderzoek naar gedaan.

NZa-kostenvergoeding doktersassistentie ruim € 70 mln lager dan de werkelijke kosten

De NZa-kostenvergoeding voor ondersteunende praktijkmedewerkers gaat uit van 1.0 fte dokters-assistentie (38 uur) en 0.38 fte POH-S (14.5 uur) per normpraktijk per week. Op werkdagen is de openingstijd van de meeste praktijken van 8.00 – 17.00 uur, dat is minimaal $5 \times 9 = 45$ uur/week. Het 10e openingsuur (van 17.00 – 18.00 uur) gaat via de HAP. Deze brengt de kosten daarvoor in rekening bij de deelnemende praktijkhouders.

¹⁴ (NOGMAALS)

NIVEL, Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2012, febr. 2013
www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-jan-2012.pdf

De Meetweekpraktijkhouders hebben in 2012 per normpraktijk gemiddeld 1.22 fte doktersassistentie (46.4 uur) in dienst. Mede om de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk te laten voldoen aan de vigerende IGZ-eisen. De NZa-bekostiging van assistentie, loopt structureel achter qua salarishoogte en werktijd (fte) bij wat in de praktijk nodig en gewenst is. Bijvoorbeeld voor een 100% bereikbaarheid van de praktijk (IGZ).²⁴ De LHV heeft reeds in 2008 de minister van VWS aangegeven dat gezien de bereikbaarheidseisen en te delegeren zorgtaken, 1.6 fte praktijkassistentie per normpraktijk noodzakelijk is.^{25, 26}

De inzet van de doktersassistente wordt door praktijkhouders voor gemiddeld 8.4 uur per week uit eigen middelen gefinancierd. Hoe meer het aantal ingezette uren doktersassistentie afwijkt van de NZa-38 uur norm, des te groter is daarbij het (ongedekte) ondernemersrisico voor praktijkhouders.

De NZa-vergoeding voor personeelslasten voor 38 uur assistentie in een normpraktijk bedraagt voor 2012 € 46.284. Voor de beschikbaarheid gedurende 50 uur per week is bijna € 15.000 per praktijk meer nodig. Voor alle 7.106 normpraktijken is dat circa € 105 mln. meer dan de huidige personeels-kostencompensatie. Voor de bekostiging van 1.6 fte assistentie in alle normpraktijken is bijna € 200 mln meer nodig dan de NZa nu bekostigt.

²⁴ VPHuisartsen, *Fors tekort aan assistentie van invloed op bereikbaarheid huisartsenpraktijk*, mei 2011
www.vphuisartsen.nl/Nieuwsberichten/fors-tekort-aan-assistentie-van-Invloed-op-bereikbaarheid-huisartsenpraktijk.html

²⁵ Stichting de Vrije Huisarts, *Bekostigingsstructuur en tariefstelsel Huisartsenzorg 2010*, maart 2009, <http://devrijehuisarts.org/asp/BekostTarieven2010-200309.asp>

²⁶ Eijk van S., *Meer assistentie noodzakelijk voor bereikbaarheid huisarts*, mei 2011
<http://lhv.artsenet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Meer-assistentie-noodzakelijk-voor-bereikbaarheid-huisarts.htm>

- 1.00 fte per praktijk: 38.0 u. → kosten: 1.00 x 46.284 = € 46.284 [NZa]
- 1.22 fte per praktijk: 46.4 u. → kosten: 1.22 x 46.284 = € 56.466 [Meetweek 2012]
- 1.32 fte per praktijk: 50.0 u. → kosten: 1.32 x 46.284 = € 61.095 [IGZ bereikbaarheid]
- 1.60 fte per praktijk: 60.8 u. → kosten: 1.60 x 46.284 = € 74.054 [LHV / NHG 2008]

Bij een praktijkpopulatie van 3.100 patiënten dekt de huidige NZa-vergoeding de beschikbaarheid van 1 fte assistentie gedurende de openingstijd van de huisartsenpraktijk overdag.

Indien de uitkomst van de Meetweek representatief is voor de landelijke situatie, waarbij de huisarts per normpraktijk gemiddeld 8.4 uur doktersassistentie per week zelf financiert (in 2011 nog 4.5 uur) dan kost dit de huisartsenpraktijkhouders gezamenlijk circa 73 mln. per jaar.²⁷

Vaste praktijkondersteuning voor continue zorg bij onzekere en ontoereikende bekostiging

Vooraf voor het aanvullend aanbod chronische zorg, functioneert nu bij 95.5% van de deelnemers een POH-S, veelal op basis van een 'vast contract'. Gemiddeld is 0.37 fte ingezet, een stijging van 0.1 fte ten opzichte van 2011, iets minder dan de aanstellingsruimte (0.38 fte), die sinds kort mogelijk is.

De jaarlijks wisselende en door verzekeraars éézijdig bepaalde contractvoorwaarden voor praktijkondersteuning, vormen niet de optimale condities voor praktijkhouders de inzet van POH-ondersteuning te starten of uit te breiden.²⁸

²⁷ Niet-gecompenseerde werkgeverslasten DA in totaal: 8.4/38 x € 46.284 x 7106 normpraktijken = € 72.700.000 per jaar

²⁸ Maes, A.A.C.M. *Inzet praktijkondersteuning 2014, een lagere vergoeding met een hoger risico*, juni 2013
<http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/POHSAchmeaPraktijkondersteuning280613.pdf>

In een ledenpeiling van de LHV (aug 2013) geeft 60% van de respondenten aan een POH-GGZ te hebben. 10% van hen wil ermee starten. Mogelijk dat de overige 30% vanwege de ontoereikende financiering en ongedekte bedrijfsrisico's die vanaf de introductie van de POH-GGZ zorgden voor een 'stroeve start', vooralsnog een afwachtende houding aanneemt.²⁹

Vergoeding praktijkruimte

De praktijkhouders beschikken gemiddeld over ruim 113.8 m² per normpraktijk. Omdat de NZa normkostenvergoeding uitgaat van 80m², financieren huisartsen zelf 42% meer dan in de tarieven vergoed wordt. Gezien de ondoorzichtige en wisselende financieringsregimes voor POH-S en POH-GGZ, is niet duidelijk aan te geven welk deel van de infrastructurele kostenvergoeding verder nog bekostigd wordt. Net als bij praktijkondersteuning geldt dat de bekostiging van de infrastructuur, structureel achterloopt bij wat nodig en gewenst is en per zorgverzekeraar kan verschillen.

Tijdsbestedingsonderzoek NZa/Significant en Capaciteitsorgaan/NIVEL

Recente onderzoeksgegevens over de tijdsbesteding van huisartsen zijn, naast die van de Meetweek, nauwelijks beschikbaar. Het is daarom positief dat de NZa een start maakte met dergelijk onderzoek (Kostenonderzoek Huisartsen NZa/Significant 2012).

Ook het NIVEL is, in opdracht van het Capaciteitsorgaan, dit jaar gestart met een SMS-gestuurd tijdsbestedingsonderzoek (TBO) onder huisartsen. Hopelijk leidt dit mede tot een onderzoeksformat dat doelmatig en inzichtelijk antwoord kan geven op vragen over de arbeidslast van de huisarts.

²⁹ LHV, *Praktijkondersteuner-ggz steeds vaker in dienst van huisarts*, 8 aug. 2013 <http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Praktijkondersteuner-ggz-steeeds-vaker-in-dienst-van-huisarts.htm>

De berekende arbeidslast van huisartsen in het Meetweekonderzoek 2012 (60.6 uur) ligt 2.3 uur hoger dan die in het tijdsbestedingsonderzoek van Significant: 58.3 uur per normpraktijk. Dit TBO werd uitgevoerd in opdracht van de NZa in het kader van het kosten/inkomensonderzoek huisartsenzorg (2012).³⁰

Wat is nodig en wat kan geleverd worden?

Welke capaciteit er bestaat of nodig is om meer huisartsenzorg te leveren, is onbekend. In de substitutieplannen van overheid en verzekeraars ontbreken doorgaans elementaire vragen en antwoorden over de personele, ruimtelijke, wettelijke en financiële randvoorwaarden. Last but not least ontbreekt het inzicht in de mate waarin individuele huisartsen/praktijkhouders gemotiveerd en in staat zijn bij te dragen aan verdere substitutie en het verrichten van extra zorgtaken.

Een integraal antwoord op de vraag: "Wat is er nodig aan mensen en middelen om de huisartsenzorg zoals die gewenst wordt door overheid, huisartsen verzekeraars en burgers, mogelijk te maken?" is nog niet gegeven. Wel zijn er deelantwoorden, ambities en wensen bekend maar de brede consensus binnen de door de overheid gestelde financiële mogelijkheden, moet nog ontwikkeld worden.

Een kostenonderzoek waarin uitsluitend de in het verleden gemaakte kosten worden onderzocht, overeenkomstig het gebruikelijke historische omzien door de NZa, waarbij de samenhang tussen werklast en kosten ontbreekt en dat uitgaat van een gefixeerd zorgbudget, dat kostenonderzoek biedt geen antwoord op bovenstaande vragen en kan daarom geen basis zijn voor toekomstbestendig NZa-tariefsbeleid.

³⁰ NZa / Significant, *Praktijkkosten- en inkomstenonderzoek huisartsenzorg*, sept. 2012 www.nza.nl/104107/138040/Significant_praktijkkosten-_en_inkomensonderzoek_huisartsenzorg.pdf

9 BIJLAGEN

1. Toelichting en instructie procedure Meetweek VPHuisartsen 2012
2. Persoonlijke en praktijkgegevens en registratie
3. Werkzaamheden en tijdsinvestering
4. Specificatie te registreren werkzaamheden

Toelichting en instructie procedure meetweek VPHuisartsen 2012

Dit jaar vindt in mei en juni de vierde Meetweek plaats. De eerste Meetweek werd in 2009 georganiseerd door Comité WAKE UP!! en de daarop volgende door VPHuisartsen. Het doel van de Meetweek is inzicht te krijgen in het aantal uren dat door (praktijkhoudende) huisartsen aan de verschillende professionele onderdelen van hun werk wordt besteed. Het betreft alleen de dagzorg. ANW-diensturen worden niet geregistreerd. Wel vragen we in de vragenlijst naar de individuele, jaarlijkse ANW-dienstbelasting.

In de discussies over omzet, praktijkkosten en inkomen van de huisarts, is de werklast een belangrijk gegeven. De resultaten van dit tijdbestedingsonderzoek spelen een rol in de beoordeling welke ruimte er al of niet bestaat voor uitbreiding van zorgtaken in de huisartsenpraktijk en waar knelpunten (zijn) ontstaan. VPHuisartsen wil met jaarlijkse meting van de werklast een bijdrage leveren aan de discussie over wat kan en wat niet kan. Zeker wanneer de randvoorwaarden voor de gewenste praktijkvoering en nieuw zorgaanbod onvoldoende gegarandeerd zijn!

Het is mogelijk om de aanmelding en werklastregistratie zowel online als op papier aan te leveren. Online: zie www.vphuisartsen.nl waar u het aanmeldingsformulier kunt invullen en terug-

sturen. Papieren versie: deelname- en registratieformulieren kunt u via de site downloaden.

Wij vragen u om gedurende 7 dagen, vanaf maandag 19 mei tot en met zondag 25 mei óf vanaf maandag 2 juni tot en met zondag 8 juni, te registreren hoeveel tijd u aan directe of indirecte patiënten(dag)zorg besteedt. Het komt erop neer dat u drie keer per dag (in het weekeinde één keer aan het eind van de dag) even de tijd neemt om het afgelopen dagdeel te verantwoorden. Gebruik de minuut als tijdseenheid.

U wordt hierbij geholpen door een praktisch registratieformulier dat op pagina 5 staat afgebeeld. Op pagina 6 vindt u een toelichting op de rubricering van uw werkzaamheden. Van vorige onderzoeken hebben we ervaren dat de benodigde tijdsinvestering meevalt (zie blz 2). De Meetweek levert daarbij een schat aan gegevens op.

Als tijdens de Meetweek de werkzaamheden in uw praktijk één of meer dagen (mede) door een vaste waarnemer of HIDHA worden verricht, verzoeken wij u om zijn/haar minuten te laten registreren op dezelfde manier als u dat doet. In de online versie voert uw waarnemer of HIDHA dan een eigen registratie in voor de betreffende dagdelen. De praktijkgegevens zijn gelijk aan die van de praktijkhouder. Wilt u in de papieren versie daarvoor een apart registratieformulier laten gebruiken? Het is immers heel goed denkbaar dat u op zo'n waarneemdag toch ook zelf werk verricht voor de praktijk. Door gescheiden te registreren ontstaat een compleet overzicht van het aantal uren dat tijdens de Meetweek in uw praktijk aan de dagzorg is besteed.

Om bij de verschillen in praktijkopbouw en -organisatie toch vergelijkingen te kunnen maken worden de meetwaarden uiteindelijk omgezet naar de normpraktijk van 2.350 patiënten. Ook daarom is een zorgvuldige registratie en vermelding van de praktijkgegevens belangrijk.

Wij danken u voor uw medewerking!

Persoonlijke en praktijkgegevens en registratie

Voorafgaand aan uw urenregistratie vragen wij u om onderstaande vragenlijst in te vullen over uzelf en over uw praktijkorganisatie. Daarmee geeft u ons inzicht in de samenstelling en representativiteit van de onderzoeksgroep. **Het is ook mogelijk om de aanmelding en werklastregistratie online in te vullen en te versturen. www.vphuisartsen.nl. Deelname- en registratieformulieren kunt u ook via de site downloaden en versturen naar adres op achterzijde.**

1. Uw naam en initialen
2. Plaats van praktijkvestiging
3. Uw leeftijdjaar
4. Bent u man of vrouw? * m / v
5. Hoeveel jaar bent u praktijkhouder?jaar
6. Bent u praktijkhouder-eigenaar of praktijkhouder in dienstverband? * praktijkhouder eigenaar / in dienstverband
7. Wat zijn de demografische kenmerken van uw praktijk ?
* stadsgemeente / verstedelijkt platteland / platteland
8. Hoe groot is uw praktijkpopulatie (ION)patiënten**
9. Hoe voert u uw praktijk? als solist / als duo / als groepslid (met > 2)
10. Werkt u met > dan 2 huisartsen in één praktijkpand (HOED of Gezondheidscentrum)? * ja / nee

11. Heeft u een praktijkondersteuner? * ja / nee
 12. Bent u apothekhoudend? * ja / nee
 13. Wat is het vloeroppervlak van uw praktijk?m²
 14. Hoeveel FTE doktersassistente heeft u in dienst voor uw praktijk?FTE
 15. Heeft u een HIDHA of vaste waarnemer?
* ja / nee HIDHA / vaste waarnemer
 16. Zo ja, hoeveel dagdelen per week heeft u een HIDHA of vaste waarnemer?dagdelen
 17. Doet u uw ANW-dienst grootschalig (HDS) of kleinschalige (HAGRO)? * HDS / HAGRO
 18. Voor hoeveel uur staat u ingeroosterd voor ANW diensten (voor- en achterwacht)?uur per jaar
 19. Hoeveel uur ANW dienst 'verkoopt' u gemiddeld per jaar?
.....uur
 20. Bent u eventueel bereikbaar voor aanvullende vragen?
ja / nee tel:
- *) doorhalen wat niet wordt bedoeld
- ***) bijvoorbeeld als 2 huisartsen samen 3500 patiënten hebben en dokter A werkt 3 dagen en dokter B werkt 4 dagen, dan heeft dokter A $3/7 \times 3500 = 1500$ patiënten onder zijn/haar hoede.

Werkzaamheden en tijdsinvestering

Wij vragen u om gedurende 7 dagen, vanaf maandag 19 mei tot en met zondag 25 mei óf vanaf maandag 2 juni tot en met zondag 8 juni, te registreren hoeveel tijd u aan directe of indirecte patiënten(dag)zorg besteedt.

| | Maandag 19-5 of 2-6 | Dinsdag 20-5 of 3-6 | Woensdag 21-5 of 4-6 | Donderdag 22-5 of 5-6 | Vrijdag 23-5 of 6-6 | Zaterdag 24-5 of 7-6 | Zondag 24-5 of 8-6 | TOTAAL |
|------------------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|--------|
| Tijdstip | 12u 18u 24u | 12u 18u 24u | 12u 18u 24u | 12u 18u 24u | 12u 18u 24u | 12u 18u 24u | 12u 18u 24u | |
| Direct patiënten- contact basiszorg | | | | | | | | |
| Indirect patiënten- contact basiszorg | | | | | | | | |
| Direct patiënten- contact Ketenzorg | | | | | | | | |
| Indirect patiënten- contact Ketenzorg | | | | | | | | |
| Aanvullende zorg | | | | | | | | |
| Bijzondere zorg | | | | | | | | |
| Managementtaken | | | | | | | | |
| Na- en bijscholing | | | | | | | | |
| Praktijkgeb. / prof. activiteiten | | | | | | | | |
| Apotheekhouders | | | | | | | | |
| Huisartsopleiders | | | | | | | | |

Ingevuld vragenformulier en registratieformulier faxen naar:

033-494 74 55 of mailen naar: info@vphuisartsen.nl

Het is tevens mogelijk dit online in te vullen en versturen.

Zie www.vphuisartsen.nl.

Uw praktijkstempel of naam

TOTAAL

Toelichting rubrieken

Direct patiëntencontact basiszorg

m.b.t. basiszorg:

spreekuurconsulten, telefonische consulten en visites

Indirect patiëntencontact basiszorg

m.b.t. basiszorg:

overleg POH, DA's, medebehandelaars verwijsbrieven schrijven, onderzoek en onderhoud medisch dossiers, lezen verslaglegging medebehandelaars, medische informatieverstrekking

Direct patiëntencontact Ketenzorg

m.b.t. ketenzorg:

spreekuurconsulten, telefonische consulten en visites

Indirect patiëntencontact Ketenzorg

m.b.t. ketenzorg:

overleg POH en DA's, overleg en correspondentie aan medebehandelaars, lezen verslaglegging van medebehandelaars.

Aanvullende zorg

M & I verrichtingen, innovatieprojecten (13 en 14-codes)

Bijzondere zorg

keuringen, reisadvisering, preventieprogramma's

Managementtaken

personeelsoverleg en -beleid, overleg accountant, belastingdienst, zorgverzekeraars, gemeente e.a., financiële administratie

Na- en bijscholing

deelname niet-geaccrediteerde cursussen, symposia e.a., literatuurstudie

Praktijkgebonden / professionele activiteiten

bestuurswerk beroepsgroep of -organisatie, Hagro- of Zorggroepoverleg, bezoek regionale bijeenkomsten

Apotheekhouders

onderscheiden werklust t.a.v. huisartsgeneeskundige en farmaceutische taken

Huisartsopleiders

overleg/nabespreking aio's, cursussen, trainingen als HA-opleider

* (programma's chronische zorg : DM, COPD, CVRM e.a.)

Commentaar VPHuisartsen naar aanleiding van het tijdsbestedingsonderzoek Meetweek 2012 **TIJD VOOR ZORG**

Augustus 2013

I Ontwikkeling gewenste huisartsenzorg in de knel

Substitutieplannen onder druk door instabiele financiering

De substitutieplannen voor de komende jaren om de huisartsenpraktijk om te vormen tot voorziening waar meer geprotocolleerde chronische zorg wordt geboden, staan onder druk door structurele onderbudgettering, eenjarige contracten, bezuinigingen en onzekerheid over toekomstige financiering.

De komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de reorganisatie van de AWBZ en de VWS-plannen rond “Zorg in de buurt” versterken de virtuele claims op eerstelijns zorg. Businessplannen voor de uitvoering van de gewenste zorg, met transparante financiële en personele randvoorwaarden, ontbreken of komen slechts moeizaam tot stand tussen zorggroepen en verzekeraars en kunnen per jaargetijde wijzigen.³¹ Ook M&I verrichtingen en andere zorgmodules komen en gaan met jaarlijkse, doorgaans neerwaartse tariefsaanpassingen. Voor hetzelfde aanvullend zorgaanbod en dezelfde zorgaanbieder, kan iedere verzekeraar of zorginkoper zonder verdere onderhandeling met de leverancier, zijn eigen inkoopprijs bepalen.

Ook aan de financiering van de praktijkondersteuner somatiek wordt voortdurend gemorrelt. Die ontbeert daardoor noodzakelijke en betrouwbare continuïteit. Alsof het niet om vaste praktijkmedewerkers gaat, aangesteld om de uitvoering van vooraf door verzekeraars gefiatteerde, professionele zorgplannen te garanderen, maar om tijdelijke flexwerkers.

Zo besluit Achmea in 2013 eenzijdig de bekostiging van de POH somatiek met 7.8% te verlagen^{32,33}, terwijl de kosten van de praktijkhouders onveranderd doorlopen.

³¹ Adviesgroep Ketenzorg (LHV, VHN en LVG), *Contractering Zorggroepen in Nederland, juni 2011* www.adviesgroepketenzorg.nl/sites/default/files/110620%20Memo%20rapportage%20enquete%20contracteren%20def_0.pdf

³² Maes A.A.C.M. *Inzet praktijkondersteuning 2014, een lagere vergoeding met een hoger risico; juni 2013*, <http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/POHSAchmeaPraktijkondersteuning280613.pdf>

³³ Achmea Zorg, *Overeenkomst 2013, downloads*, www.achmeazorg.nl/huisartsen/Huisartsen/BrochuresenFormulieren/Pages/Overeenkomst-2013.aspx

Op een speelveld zonder tegenspelers, haal je altijd winst

De huidige ongelijke machtsposities in de 'zorgmarkt' zoals die gerealiseerd zijn met de Zorgverzekeringswet [Zvw] en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en door de NZa in stand worden gehouden, dragen niet bij aan een optimaal klimaat voor de gewenste reorganisatie van de eerstelijnszorg. Na afschaffing van de contractplicht voor zorgverzekeraars kunnen individuele zorgverleners gecontracteerd worden zonder een woord met hen te hoeven wisselen. Zorginkoopprijs, leveringsvoorwaarden en kwaliteit worden op die manier eenzijdig vastgesteld en de toezichthouder doet er het zwijgen toe omdat 'verzekeraars de belangen van de consumenten behartigen...' Zorgaanbieders doen dat kennelijk niet.

Van serieuze onderhandelingsruimte voor de bijna 8.000 risicodragende praktijkhouders of hun vertegenwoordigers, is geen sprake. Een speelveld waar fair play of gewoon fatsoenlijk open overleg iets is van ver vóór de invoering van de Zvw. Van vóór de gereguleerde en gebudgetteerde 'zorgmarkt'. De NZa gaat zelfs nog een stap verder met de vaststelling dat geen enkele verzekeraar onderhandelt over tarieven onder de bestaande maximumtarieven.³⁴

De zorgverzekeraars behaalden in 2012, dankzij de verplichte ziektekostenpremies van 16.7 mln burgers, een winst van 1.3 mld (€ 1.300.000.000) op de basisverzekering.^{35,36}

Boete op verleende zorg: MBI

Praktijkhouders en zorggroepen kunnen pas verantwoord besluiten over substitutie- en innovatieprojecten, als ze weten welke middelen structureel (over meer jaren) beschikbaar zijn om de door de overheid en zorgverzekeraars gewenste zorg te ontwikkelen en te leveren. Bij overschrijding van het zorgbudget dreigt immers nog steeds het macrobeheersinstrument [MBI] waarmee meerkosten, ontstaan door gestegen

zorgconsumptie of extra geleverde zorg, achteraf kunnen worden teruggevorderd bij de leverancier (zorgaanbieders)³⁷. Niet bij de zorginkopers (verzekeraars), noch bij de zorggebruikers (burgers).

Dit terugvorderingsinstrument zal de investeringsambitie in innovatie- en substitutieprojecten bij risicodragende praktijkhouders en zorggroepen niet stimuleren. In ons land kunnen inmiddels ziekenhuizen, in tegenstelling tot bankeninstellingen, failliet gaan³⁸. Dat geldt ook voor huisartsenpraktijken en zorggroepen die daarom beter ongedekte risico's kunnen vermijden.

Desalniettemin schrapte de NZa ooit de vergoeding voor het ondernemersrisico uit de huisartsenbesteding vanwege de veronderstelde afwezigheid ervan. Deze onjuiste beslissing van de marktmeester, is ten onrechte nog steeds niet teruggedraaid.

Gezien de ervaring van huisartsen met het bekostigingsbeleid van overheid en verzekeraars in de afgelopen tijd, is het de vraag of er bij huisartsen voldoende vertrouwen aanwezig is om nieuwe initiatieven aan te gaan. En of zij bij de toegenomen werklast, persoonlijk bereid en in staat zijn meer tijd en energie in te zetten voor de realisatie van de verschillende wensen en ambities van overheid en verzekeraars.

³⁴ NZa, Marktscan Huisartsenzorg, december 2012

www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Huisartsenzorg.pdf

³⁵ Brief Schippers aan Tweede Kamer, 10 april 2013, Positieve financiële resultaten zorgverzekeraars Artsennet, april 2013

www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/04/10/kamerbrief-over-positieve-financiele-resultaten-zorgverzekeraars.html

³⁶ Artsennet, Zorgverzekeraars maken 1.4 miljard euro winst, 11 april 2013

www.artsennet.nl/Nieuws/Nieuws-uit-de-media/Artikel/130830/Zorgverzekeraars-maken-14-miljard-euro-winst.htm

³⁷ Het MBI kan door de minister van VWS als ultimum remedium ingezet worden bij overschrijdingen van het budgetkaderzorg [BKZ]. De minister geeft dan de NZa een aanwijzing over de hoogte van het van zorgverleners terug te vorderen bedrag en op welke wijze de terugvordering moet verlopen.

³⁸ Artsennet, Miljoenenstrop voor artsen failliet Ruwaard, 7 aug. 2013

www.artsennet.nl/Nieuws/Nieuws-uit-de-media/Artikel/135275/Miljoenenstrop-voor-specialisten-failliet-Ruwaard.htm

Kostprijsberekening: over voorbije zorg, niet over toekomstige zorg

Nieuwe NZa tarieven voor de *basiszorg* zijn niet gebaseerd op onderhandelingen met het veld, noch op een begroting wat de *gewenste, toekomstige zorg* werkelijk zal gaan kosten, maar op de kosten van reeds geleverde, *voorbije zorg*. 'Vorbije' of historische kosten liggen bij verstandige huisartsen en zorggroepen uiteraard dicht bij de dan geldende kostenvergoeding.

De veelvormige tarieven voor de aanvullende zorg (ketenzorg, M&I ed.) worden al of niet na onderhandeling met huisartsen of zorggroepen door de zorgverzekeraars bepaald.

Zorgaanbieders willen geen onnodige en ongedekte risico's lopen maar zorgaanbod leveren waaraan een solide kostprijsberekening ten grondslag ligt en waarbij de prijs en de leveringsvoorwaarden vervolgens contractueel zijn vastgelegd. Van een solide kostprijsberekening van huisartsenzorg is echter nog steeds geen sprake.³⁹ De veelvormige tariefsafspraken over de ketenzorg komen doorgaans via een grillig pad tot stand. Soms weten regionale zorggroepen een acceptabel onderhandelingsresultaat te bereiken. Bij andere levert het als gevolg van de ongelijkwaardige onderhandelingspositie slechts een onbevredigend resultaat op. Het kan erin resulteren dat bepaalde regio of huisartsen(zorg)groepen extra of relatief meer inkomsten verwerven waarbij uiteindelijk, vanwege overschrijding van het macrobudget, andere huisartsen/praktijkhouders gekort gaan worden. De zorginkopers lijken hierbij buiten schot te blijven.

Populatiebekostiging met onbekende risico's voor praktijkhouder

Inmiddels is een aantal experimenten ('proeftuinen') gestart met populatiebekostiging waarbij de financiering gebaseerd is op een bepaald integraal zorgaanbod met een uniform jaarlijks budget per verzekerde. Met duidelijke afspraken tussen de contractpartners over kwaliteit, uitkomstindicatoren en kostprijs. De zorg wordt zo nodig

over de grenzen van eerste en tweede lijn heen georganiseerd.⁴⁰

Of er voldoende budget wordt vrijgemaakt voor substitutie, wat de financiële risico's zijn voor verzekeraars en zorggroepen, wat er uiteindelijk met de eventuele 'winstopbrengsten' gebeurt, is nog de vraag. Ook wat de gevolgen en kosten zijn voor overhead, administratieve en bureaucratische lasten, is nog niet duidelijk.

Loon naar werken...

Het '45-urige' NZa-bekostigingsmodel is inmiddels ruimschoots aan herziening toe. Het honorarium van de huisarts voor de levering van de basiszorg, wordt als 'norminkomen' berekend met een gefixeerde inzet van 45 uur per week. Inmiddels wordt dit 'norminkomen' als een maximuminkomen voor de feitelijke inzet van gemiddeld ruim 60 uur per normpraktijk gehanteerd. Dus niet alleen voor de basiszorg (54.4 uur) maar ook voor het aanvullende (ketenzorg, M&I) en bijzondere zorgaanbod. Inclusief ANW-diensten en verplichte nascholing is de gemiddelde inzet zelfs circa 66 uur. En dan hiervoor het NZa-norminkomen als maximum hanteren bij tariefsaanpassingen?

Een 'huisartsondernemer' mag in een normpraktijk dus kennelijk niet meer dan het norminkomen verdienen. Hij levert als praktijkhouder een eigen 'all inclusive' zorgpakket gedurende 60.6 uur of meer voor het '45-urige' NZa-honoreringmodel. Verlaging van de basiszorgtarieven door de NZa moet de 'extra' inkomsten uit ketenzorg en M&I in balans houden zodat het nieuwe norminkomen het maximuminkomen blijft. Meer zorg bieden ondermijnt op deze wijze, de reguliere basiszorg, de kerntaak en de kernwaarden van de huisarts.

Een extra probleem is dat individuele praktijkhouders die zelf binnen het budgettaire kader presteren toch op hun tarieven gekort kunnen worden, wanneer het macrobudget door de geleverde zorgprestaties van andere praktijken/zorggroepen substantieel wordt overschreden.

⁴⁰ Maes, A.A.C.M. *Populatiebekostiging van medisch zorgaanbod, nov. 2012*
<http://devrijehuisarts.org/asp/Populatiebekostiging011112.asp>

³⁹ Maes, A.A.C.M. *Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel, 2011, pag 257*

II Ontwikkeling gewenste huisartsenzorg

Vertrouwensherstel

Na alle nullijnen en achterafkortingen ('redresseringen') in de afgelopen jaren, is het nodig om het vertrouwen bij praktijkhouders dat (*extra*) *in-zet loont*, te herstellen. Er moet zekerheid zijn dat niet zij de rekening krijgen te betalen wanneer de vraag van burgers naar (meer) gewenste zorg, stijgt. Uitbreiding van zorgcapaciteit in de eerstelijns dient vergezeld te gaan van investeringen in ondersteunend personeel en infrastructuur waarvoor een gegarandeerde, duurzame financiering beschikbaar is. Vastgelegd in waterdichte meerjaren-contracten. Dit geldt voor individuele praktijkhouders niet anders dan voor zorggroepen of gezondheidscentra. Het jaarlijkse prijzen- en tarieven circus moet plaatsmaken voor een *duurzame* financieringssysteem voor innovatie en reorganisatie van de huisartsenzorg zoals die door de samenleving en het politieke bestuur gewenst wordt, maar ook bekostigd kan worden.

Kernwaarden basiszorg zijn leidend

Voor de meeste huisartsen is het behoud en de versterking van de kern(waarden) van de huisartsgeneeskunde, de continue, integrale en persoonlijke zorg aan eigen patiënten, de *reguliere* basiszorg, leidend. Zowel bij besluitvorming over toekomstige huisartsenzorg als bij implementatie van innovaties in de eigen praktijk.

De Meetweek van 2012 laat zien dat de inzet onder huisartsen voor de basiszorg eerder toe- dan afneemt. Daarnaast is het extra aanvullend zorgaanbod (M&I en ketenzorg) de afgelopen jaren vooral mogelijk geworden door uitbreiding van de financiële en personele middelen en intensievere samenwerking. Maar huisartsen kregen daarbij ook te maken met opgelegde kortingen, SUEB-financiering en stijgende werklast. Hoe zal dat de komende jaren gaan? Is dat vol te houden?

Kostprijsberekening

Anton Maes beschreef een route om te komen tot een acceptabele kostprijsberekening voor de basiszorg waarbij de beroepsgroep aan- geeft, in overleg met de verzekeraars, wat de huisarts nodig heeft voor het leveren van basiszorg. Verder is overeenstemming nodig over het gewenste zorgvolume, de kwaliteit van de geleverde zorg met transparante (uitkomst)indicatoren met als resultaat *maatwerking in plaats van marktwerking*: alle partijen weten wat de te leveren zorg op maat inhoudt en kost. Financiering en tarifiering zijn zo niet het startpunt van de discussie over praktijkkosten maar het sluitstuk na vaststelling van het te contracteren zorgniveau⁴¹.

Landelijke consensus biedt duidelijkheid en rust en gaat verspilling tegen

Tegelijk kunnen miljoenen bespaard worden op administratieve beheers- en bestuurskosten door de transitie te maken van lokale/regionale naar landelijke onderhandelingen. Door consensus tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, overheid en zorggebruikers na te streven en te bereiken. Over welke zorg gewenst is en welke niet. Over de bekostigingswijze, het beschikbare budget. Over hoeveel zorgprofessionals er de komende jaren nodig en beschikbaar zijn.

Om rust te creëren in de zorgsector, onnodige zorgkosten te beperken en om het evenwicht en het vertrouwen te herstellen tussen de verschillende partijen in de zorg bepleitte VPHuisartsen in 2010 in een brief aan de minister van VWS, de instelling van een Raad voor Eerstelijns Zorg [REZ] met vertegenwoordigers van verzekeraars, zorgaanbieders, zorggebruikers en wellicht 'kroonleden'. Deze Raad, naar het model van de SER, zou de minister moeten adviseren over het gewenste eerstelijns zorgbeleid op basis van meerjarenafspraken inclusief de organisatorische en finan-

⁴¹ Maes, A.A.C.M. *Medisch Contact, Huisartskosten beter in beeld, aug. 2012, 1948-1957* <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/117043/huisartskosten-beter-in-beeld.htm>

ciële randvoorwaarden, met algemeen geldende kwaliteits- en leveringsvoorwaarden, vastgelegd in meerjarencontracten⁴². Hierbij kunnen regionale zorggroepen de huisarts faciliteren en stimuleren bij de organisatie van multidisciplinaire chronische zorg en 'zorg in de buurt'-projecten.

Duidelijke en zekere financiering

Hoe de overheid de huisartsenzorg na 2013 wil financieren, met het ruime draaiboek aan ambities, is nog niet duidelijk. Populatiegebonden financiering en andere methoden van bekostiging, worden overwogen en beproefd.

Met het Convenant 2012/2013 tussen VWS en de LHV lijkt het redresseringsbeleid voor de budgetoverschrijding van 2011 (terughalen van euro's bij de huisarts) tijdelijk opgeschort te zijn. Bij overschrijding in 2012 zal tariefsverlaging daarna zoveel mogelijk worden voorkomen, aldus de afspraak met VWS.

Voor 2013 wordt het budgettaire kader met 3% verhoogd. Of dat voldoende investeringsbudget biedt voor alle gewenste ambities en inzet van de huisartsenpraktijk? Daar zijn nog geen businessplannen voor beschikbaar. Terugkeer naar het MBI-beleid zal zeker bijdragen aan de ontsporing van de innovatietrein.

Relatie werklast en norminkomen

Hoewel het aantal consulten de laatste twee jaar minder stijgt dan daarvoor, is een herziening van de honorariumgrondslag van de huisarts een zeer wenselijke exercitie. Het is duidelijk dat de huidige basis niet deugt, wanneer de feitelijke werklast en de NZa grondslag ruim 15 uur per week verschillen. De 45-uursnorm dient te verdwijnen en op de vraag of extra inzet loont moet een ondubbelzinnig antwoord komen. In maart 2012 gaf de voorzitter van de NZa, Theo Langejan, nog aan dat het norminko-

men van de huisarts de vergoeding is voor de levering van niet alleen de basiszorg maar *voor alle zorg en werkzaamheden die de huisarts levert, ongeacht de werklast*⁴³. *“Wat hield een huisarts daar dan aan over? Als dat meer is dan het vastgestelde norminkomen dan zullen de huidige huisartstarieven omlaag gaan, is het minder dan moeten ze omhoog...”*

Zonder deze en andere herstelwerkzaamheden wordt de weg naar praktijkreorganisatie, substitutie en ontwikkeling van basis GGZ ed. onnodig bemoeilijkt of zelfs geblokkeerd.

Individuele grens bereikt, tijd voor structurele praktijkverkleining

Voor nieuwe zorgtaken of extra service voor patiënten in de toekomst, is niet alleen adequate financiering noodzakelijk maar ook voldoende personele ondersteuning en minder administratieve en organisatorische belasting. Ruimte voor nieuwe zorgtaken en meer service lijkt bij veel huisartsen steeds meer te worden begrensd of is reeds opgesoupeerd. Naast de professionele werkzaamheden van de huisarts overdag, vindt 10% van de arbeidstijd s'avonds plaats en 5% in het weekend. In toenemende mate worden ANW-diensten verkocht aan de groeiende pool waarnemers die nu uit ruim 4 jaarcohorten opgeleide huisartsen bestaat: 2.000 praktiserende ZZP-ers.(NIVEL)

Inmiddels werkt 52% van de praktijkhouders deeltijds en dat percentage neemt eerder toe dan af. Uit recent onderzoek (MOVIR) blijkt dat veel huisartsen in hun werk last hebben van langdurige stressfactoren. Ruim 70% heeft bij zichzelf weleens signalen van overspannenheid geconstateerd. Doorgaan op dezelfde weg (meer werkinzet verlangen zonder gepaste bekostiging en faciliteiten) is onverantwoord.

De laatste 10-15 jaar zijn de praktijken groter geworden om daarmee het relatieve huisartsentekort op te vangen. De tijd die nodig is de steeds

⁴² Visiedocument van VPHuisartsen 'Organisatie en Financiering Toekomstige Huisarts-geneeskundige zorg', aug.2010 www.vphuisartsen.nl/images/stories/PDFs_VPHuisartsen/Documenten2010/BijlageII_Visiedocument_VPHuisartsen_200810.pdf

⁴³ Theo Langejan, voorz. Nza, Patiënt heeft recht op juiste tarieven huisartsenzorg. 13 maart 2012 www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/huisartsenzorg/actueel/patient-heeft-recht-op-juiste-tarieven-huisartsenzorg/

complexere, intensievere huisartsenzorg te kunnen bieden, hangt direct samen met de omvang van de praktijkpopulatie. Gezien de vele plannen en verwachtingen jegens huisartsen (poortwachter, zorgsubstitutie, samenwerking in de wijk, opvang extramuralisering AWBZ-zorg, intensivering ouderenzorg, coördinerende rol rond huiselijk geweld, preventieprogramma's etc.) en gezien de huidige werklust en het belang van de beschikbaarheid van reguliere basiszorg van de eigen huisarts, is het tijd voor een brede discussie over wenselijkheid en mogelijkheden van praktijkverkleining naar bijvoorbeeld 2000 patiënten per normpraktijk.

Diversiteit van praktijkvoeringen

Voor de toekomst van de huisartsenzorg is verder een strategische discussie wenselijk over het behoud van de diversiteit aan praktijksoorten: van kleinschalige, solistische praktijken tot multidisciplinaire GEZ-centra. Kleinschaligheid is een wezenskenmerk van huisartsenzorg en bespaart veel onnodige zorgkosten. Schaalvergroting kan bijdragen aan efficiëntie, taakdelegatie en specialisatie en deeltijdwerken. Wat is waar mogelijk en wenselijk aan (duurzame) praktijkvoering in de komende jaren en wat zijn daarbij de randvoorwaarden? Niet alleen voor de (apothekhoudende) dagzorg maar ook in de ANW-zorg en waarnemingen. Hoe is de beschikbaarheid van huisartsenzorg te verbeteren bij de reeds bestaande toename van 'witte plekken' in een aantal provincies. Ook al veronderstelt de NMa dat 'de markt' dit vestigingsprobleem wel oplost, er is echt meer nodig. De LHV of andere deskundigen binnen de beroepsgroep zullen zich daar niet snel meer over uitlaten. Kans op herhaling van een miljoenen boete van de NMa, nodigt daar niet toe uit. Een open en brede discussie over effectieve maatregelen is echter wel nodig om provinciaal wit in kleur om te zetten.

Zinnige en zuinige zorg en dappere dokters

In het verslag van de Meetweek van 2010 schreven we "dat van de be-

roepsgroep mag worden verwacht dat zij met beide voeten op de grond, beoordeelt welke gewenste zinnige en zuinige zorg, onder acceptabele arbeidsomstandigheden, de komende jaren realiseerbaar is en welke niet". En in 2011: "Dit vergt een professionele analyse, moedige besluitvorming van zowel medici als van politici. Niet alleen financieel is het 'tering naar de nering zetten', zeker wat betreft het zorgaanbod (zuinige en zinnige zorg, stepped-care) en als het om de besteedbare arbeidstijd gaat van de werkers zelf".

In Amsterdam spreken eerstelijns professionals wat betreft het zorgaanbod van 'Optimale zorg en dappere dokters zijn de toekomst' en 'ze pakken de koe bij de horens'.^{44,45}

"Dappere dokters gaan in gesprek met de patiënt over het kiezen van optimale zorg. Deze dokters hebben aandacht voor de betrokkenheid en eigen verantwoording van de patiënt bij de besluitvorming over de behandeling. Dit kan betekenen dat afgezien wordt van behandeling als je zelf de behandeling ook niet zou verkiezen of afzien van een verwijzing voor een relatief weinig betekenende klacht, het proactief in gesprek gaan met de oudere mensen over wat voor verwachtingen en wensen er zijn voor leven en zorg...."

Dat is wat we nodig hebben: dappere dokters die optimale zorg leveren. Onder optimale werkomstandigheden omdat er "TIJD VOOR ZORG" gevraagd wordt.

Oktober 2013, Bestuur VPHuisartsen

⁴⁴ B. Meijman, M. Holtrop en M. Bramson, *Optimale zorg en dappere dokters zijn de toekomst, HuisartsVandaag* 22.08.2012 <http://huisartsvandaag.nl/nieuws/19/Opinie/23180/Optimale-zorg-en-dappere-dokters-zijn-de-toekomst>

⁴⁵ Huisartsenkring Amsterdam/Almere: *Werkconferentie 'Optimale zorg – dappere dokters' 14 nov. 2012* <http://lhv.artsenet.nl/amsterdam/nieuws/Nieuws-kring-Amsterdam/Werkconferentie-Optimale-zorg-dappere-dokters.htm>



Notities



Handwriting practice area consisting of 20 horizontal red lines.

Notities



Handwriting practice area consisting of 20 horizontal red lines.

Sarphatipark 28

1072 PB Amsterdam

info@vphuisartsen.nl

www.vphuisartsen.nl

De beloning van de huisarts is de resultante van omzet minus kosten, gerelateerd aan de werklast. Het meten van de werklast is in deze formule helaas al vele jaren het stiefkind van de rekening.

VPHuisartsen brengt daar verandering in door jaarlijks een Meetweek te organiseren. Het is zo'n 30 jaar na de vaststelling van het norminkomen, de hoogste tijd de rekening te voldoen met herijking van het norminkomen. Dit verzoek doet **VPHuisartsen** aan de minister van VWS en indirect aan de NZa.

In deze uitgave vindt u de resultaten van de Meetweek 2012 die wederom een lichte stijging van de werklast laten zien. Aan u om te beoordelen of met een werkweek van gemiddeld ruim 65 'huisartsenuren' per normpraktijk, de grens bereikt of overschreden is...