

## **UREN AAN DE TOP**

Meetweek 20 - 26 juni 2011

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.

April 2012

© VPHuisartsen

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

[www.vphuisartsen.nl](http://www.vphuisartsen.nl)





## **INHOUDSOPGAVE**

Samenvatting	p 4
1. Inleiding	p 6
2. Waarom dit onderzoek naar de werklast van de huisarts?	p 7
3. De opzet van het onderzoek	p 9
4. De deelnemers	p 11
5. Arbeidstijd van de huisarts	p 13
6. Diverse kostenparameters	p 16
7. Verschillen tussen de grote stad en het (verstedelijkt) platteland	p 22
8. Conclusie	p 25
9. Epiloog	p 29
10. Bijlagen	p 32


## SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEK

Voor de derde keer is onder huisartsen de jaarlijkse Meetweek gehouden. Dit jaar namen van 20 tot en met 26 juni 50 praktijken hieraan deel en was het voor het eerst mogelijk de registratie online uit te voeren. Het uiteindelijke 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. Dit blijkt in 2011, exclusief ANW-diensten en nascholing voor herregistratie, gemiddeld 59,46 uur per week te zijn. Dit is een toename van 1,4% t.o.v. 2010 (58,66 uur per week).

De NZa houdt tot nu toe in haar kostenberekening van de normpraktijk een werklast aan van 45 uur, bijna 15 uur minder dan de gemeten werklast. Deze onjuiste aanname van de NZa leidt tot een aanzienlijke overschatting van het uurtarief van de praktijkhoudende huisarts.

Aan de deelnemende praktijkhouders zijn tevens vragen voorgelegd over praktijkvorm en praktijkorganisatie. De belangrijkste uitkomsten daarvan zijn:

- Huisartsen hebben gemiddeld 1.12 fte, bijna 43 uur doktersassistente in dienst (gelijk aan 2009 en 2010) waarvan de NZa 38 uur vergoedt in de normatieve praktijkkostenvergoeding.
- Huisartsen beschikken over een vloeroppervlak per normpraktijk van 112,5 m<sup>2</sup>, in 2010 nog 101 m<sup>2</sup>. Dat is 40% meer dan wordt vergoed in de tarieven (80 m<sup>2</sup>). Ten opzichte van de meting in 2010 is het gemiddelde praktijkoppervlak met ruim 11% gestegen.
- Huisartsen hebben in toenemende mate een HIDHA in dienst of maken gebruik van (vaste) waarnemers. In 2011 heeft 66% van de praktijkhouders één of meer dagdelen een HIDHA in dienst.



De NZa kostenvergoeding van 1.0 fte doktersassistente, 80 m<sup>2</sup> praktijkoppervlak en een werklust van 45 uur, sluit niet aan bij de feitelijke omstandigheden waaronder huisartsen op dit moment basiszorg in een normpraktijk aanbieden. Zoals ook uit de eerdere meetweken blijkt, presteren huisartsen dus zowel in tijd als in kosten, ruim boven de gehanteerde NZa-normen.

In het huidige NZa Kostenonderzoek wordt de praktijkhouder en medewerkers gevraagd opgave te doen van de gemiddelde tijdsbesteding per week, in de eerste helft van 2011. Het is echter niet duidelijk welke consequenties de NZa aan de uitkomst van deze arbeidsanalyse verbindt met betrekking tot (de hoogte van) het norminkomen.

# 1 INLEIDING

In mei 2009 hield Comité WAKE UP!! (CWU), de voorloper van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPHuisartsen), de eerste meetweek onder huisartsen. Gedurende een week registreerden zij hoeveel tijd de praktijkvoering en de overige professionele werkzaamheden kostten.

Van 20 tot en met 26 juni 2011 organiseerde VPHuisartsen de derde meetweek. Via de website *www.vphuisartsen.nl* en de VPHuisartsen Nieuwsbrief werden leden en niet-leden uitgenodigd mee te werken aan de meetweek. Er meldden zich 51 praktijkhoudende huisartsen aan uit 50 verschillende praktijken verspreid over alle provincies. Zowel patiëntgebonden tijd als managementtijd werden geregistreerd.

De tijd die aan avond-, nacht- en weekeinddiensten werd besteed is niet gemeten, omdat deze per week sterk kan verschillen. Wel is naar het totaal aantal ANW-diensturen per jaar gevraagd. Hetzelfde geldt voor tijd besteed aan nascholing in het kader van herregistratie. Andere vormen van nascholing zijn wel geregistreerd. De gegevens van de 50 responderende praktijken 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, assistentie, praktijkondersteuning, praktijkvorm en -organisatie.

In 2011 is een online registratie ingevoerd. Het blijft een hele klus voor veel deelnemers de verschillende dagelijkse taken en activiteiten nauwgezet te registreren. De diversiteit aan praktijkvormen en werkverbanden maakt het stellen van eenduidige vragen lastig. Vanaf 2012 zal de deelnemende praktijkhouders een kostenvergoeding aangeboden worden van € 75 per praktijk.



## 2 WAAROM ONDERZOEK NAAR DE WERK- LAST 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 en dient vooraf overeenstemming te bestaan over het uurtarief van de huisarts. Zonder deze gegevens is de vaststelling van kostprijs of NZa-tarieven bedrijfseconomisch een arbitraire exercitie.

Sinds de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 hebben huisartsen het ieder jaar drukker gekregen. Het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH) geeft aan dat het aantal gedeclareerde contacten van de huisarts in de periode 2006 naar 2010 met gemiddeld 7,3% per jaar is gestegen<sup>1</sup>. De productiecijfers van Vektis en het CVZ laten over dezelfde periode in de gemiddelde huisartsenpraktijk een jaarlijkse groei zien van het aantal consultverrichtingen van 5,3%.<sup>2</sup> Recentere cijfers over volumegroei zijn nog niet beschikbaar maar een verdere productietoename van de huisartsenzorg in 2011 ligt voor de hand. Uit de voorlopige CVZ gegevens blijkt een toename van de kosten voor bijvoorbeeld consultverrichtingen van circa 4,3%.

De oorzaak van de toename van het aantal verrichtingen is onbekend, simpelweg omdat er geen onderzoek naar gedaan is. Waarschijnlijk zijn de vergrijzing van de bevolking en de toename van het aantal chronisch zieken dat vanuit de huisartsenpraktijk wordt begeleid, belangrijke oorzaken.

Ook het door de overheid in het kader van de marktwerking gepropageerde zorgconsumentisme<sup>3</sup> draagt hieraan waarschijnlijk bij, net als de toegenomen informatie via internet en media rond thema's als gezondheid en ziekte. Van 2005 tot 2009 steeg het aantal hulpvragen in de avond-, nacht- en weekenddiensten, net als overdag, met gemiddeld 7,15% per jaar<sup>4</sup>. In 2010 vond daarentegen ten opzichte van 2009, een daling van 5,8% plaats. Over 2011 zijn



nog geen gegevens bekend. Het is in dit verband opmerkelijk dat in de onderzoekspraktijken van de Meetweek, de toename van de arbeidstijd in 2011 (1,4%) duidelijk achter loopt bij de (landelijk) verwachte productiecijfers.

Er is in het recente verleden weinig of geen systematisch onderzoek gepubliceerd over de werktijden van huisartsen. Er zijn wel veel data beschikbaar over het aantal en het soort verrichtingen dat door huisartsen wordt gedaan. Deze verrichtingen vormen de grondslag op basis waarvan met de zorgverzekeraars wordt afge-rekend. Het ontbreken van betrouwbare data over de uren van de huisarts was voor Comité WAKE UP!! in 2009 reden om de eerste Meetweek te organiseren. VPHuisartsen heeft dit initiatief voortgezet<sup>5</sup>.

De Meetweek in juni 2011, waarover hier gerapporteerd wordt, is de derde uit een reeks. Herhaling van het onderzoek naar de werklust, leidt op den duur tot een hogere betrouwbaarheid van de uitkomsten. Er dient een helder inzicht te bestaan in de data die noodzakelijk zijn om toekomstig 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. Het NZa Kostenonderzoek Huisartsen uit 2008 heeft aangetoond hoe belangrijk het is dat de feiten over de werklust van de huisarts, onomstreden zijn. Pas wanneer vaststaat wat (gewenste) huisartsenzorg kost aan tijd, menskracht en infra-structuur, kan de NZa realistische consulttarieven vaststellen.

- 1 Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. [www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=16159](http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=16159)
- 2 CVZ Zorgcijfers kwartaalbericht 1e kwartaal 2010
- 3 Zorgconsumentisme: gedrag van burgers waarbij deze zich opstellen als klant van snel en makkelijk te consumeren zorg, primair gebaseerd op de eigen wensen en behoeftes en niet of minder op de maatschappelijke context of consequenties van dit gedrag
- 4 VHN Benchmark 2010  
[vhn.artsennet.nl/Artikel/VHNBenchmark-2010-beschikbaar.htm](http://vhn.artsennet.nl/Artikel/VHNBenchmark-2010-beschikbaar.htm)
- 5 VPHuisartsen. Meetweek 2009 'Presteren boven de norm'; 2010 'Grenzeloze Zorg'





## 3 DE OPZET VAN HET ONDERZOEK

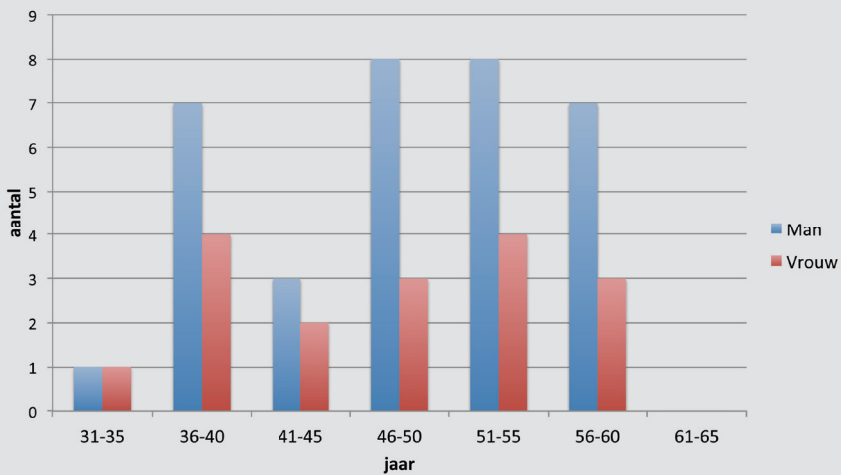
Door middel van een oproep in de VPH-Nieuwsbrief zijn de leden van VPHuisartsen uitgenodigd om mee te doen aan het onderzoek. Daarnaast is niet-leden de mogelijkheid geboden zich via de website van VPHuisartsen ([www.vphuisartsen.nl](http://www.vphuisartsen.nl)) aan te melden voor de Meetweek. Deelnemers konden het benodigde registratieformulier met aanvullende vragenlijst (zie bijlagen 1, 2 en 3) downloaden vanaf deze website. Door middel van een bijgevoegde registratie-instructie is de werkwijze uitgelegd.

De deelnemers is gevraagd om drie keer per dag (12.00 uur, 18.00 uur en voor het naar bed gaan) een registratie te doen van hun tijdsbesteding in het eraan voorafgaande dagdeel. De tijdsduur van de verschillende activiteiten is gemeten en geregistreerd in minuten. Het registratieformulier bood een matrix om te registreren in 11 verschillende rubrieken:

1. Direct patiëntencontact basiszorg
2. Indirect patiëntencontact basiszorg
3. Direct patiëntencontact Ketenzorg
4. Indirect patiëntencontact Ketenzorg
5. Aanvullende zorg
6. Bijzondere zorg
7. Managementtaken
8. Na- en bijscholing
9. Praktijkgebonden professionele activiteiten
10. Apotheekhouders
11. Huisartsopleiders

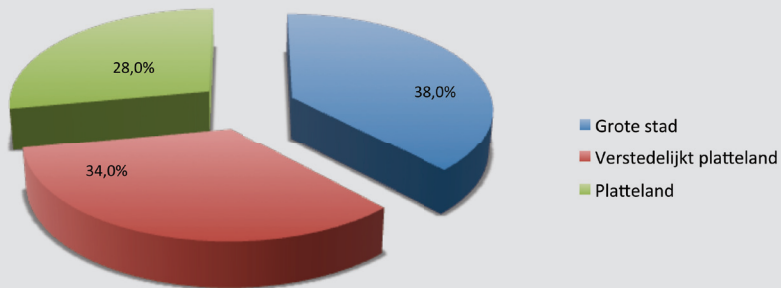
Bij de verwerking van de gegevens zijn alle uitkomsten teruggerekend naar de normpraktijk van 2.350 ingeschreven patiënten. Als een huisarts 58 uur per week werkt in een praktijk van 2.540 patiënten, resulteert dit in het onderzoek in een werklast van 53,7 uur per normpraktijk.

Geslacht en leeftijd van praktijkhouders



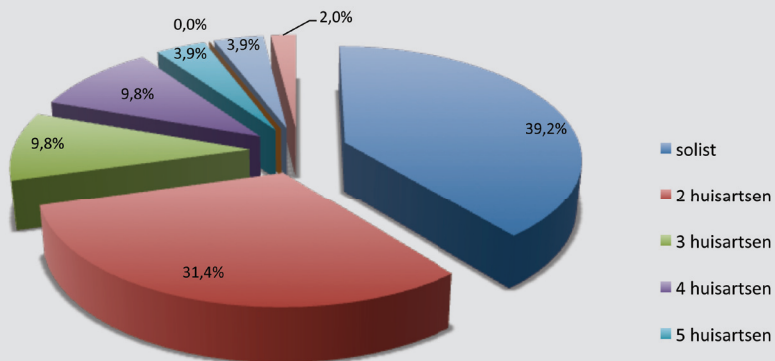
Figuur 1

Omgeving Praktijk



Figuur 2

Samenstelling huisartsengroep



Figuur 3



## 4 DE DEELNEMERS

Van de deelnemers in 2011 deed 32% ook mee aan de Meetweek van 2010. 94% is lid van VPHuisartsen, 6% is dat niet. Aan de Meetweek 2009, 2010 en 2011 namen in totaal 118 huisartsen deel waarvan 24% niet-leden.

In 2011 zijn in de onderzoeksgroep de 36 - 40 jarigen en de 46 - 55 jarigen ten opzichte van de landelijke cijfers, oververtegenwoordigd. De 31 - 35 jarigen en de 41 - 45 jarigen zijn daarentegen ondervertegenwoordigd<sup>6</sup>.

Er namen 34 mannen en 17 vrouwen deel aan de registraties. Deze onderverdeling komt overeen met de landelijke verdeling van praktijkhouders naar geslacht: 65% mannen tegenover 35% vrouwen. (NIVEL 2011)<sup>6</sup>.

*Figuur 1 Geslacht en leeftijd van praktijkhouders*

Van de deelnemende huisartsen geeft 38% aan een stadspraktijk te hebben, 34% werkt vanuit het verstedelijkte platteland en 28% op het platteland.

*Figuur 2 Omgeving Praktijk*

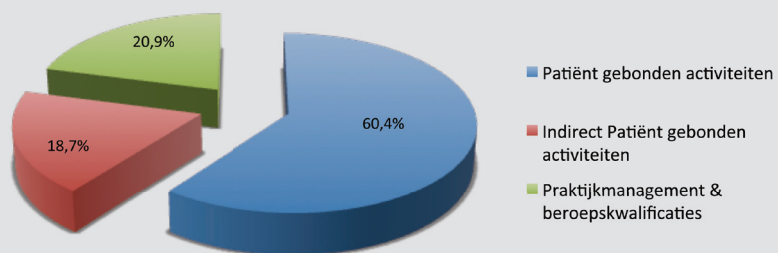
Van de deelnemende praktijkhouders werkt 39,2% solistisch, 31,4% in een duopraktijk en 29,4% in een HOED of groepspraktijk. Deze verdeling naar praktijkvorm is vrijwel gelijk aan de landelijke verdeling (NIVEL 2011)<sup>6</sup>.

*Figuur 3 Samenstelling Huisartsengroep*

Arbeidstijd huisarts in Meetweek	2010	2011	verschil
Direct- en indirect patiëntgebonden tijd	46.52 uur	47.03 uur	+ 0.51 uur
Management en beroepskwalificatie	12.14 uur	12.43 uur	+ 0.29 uur
TOTAAL	58.66 uur	59.46 uur	58.66 uur

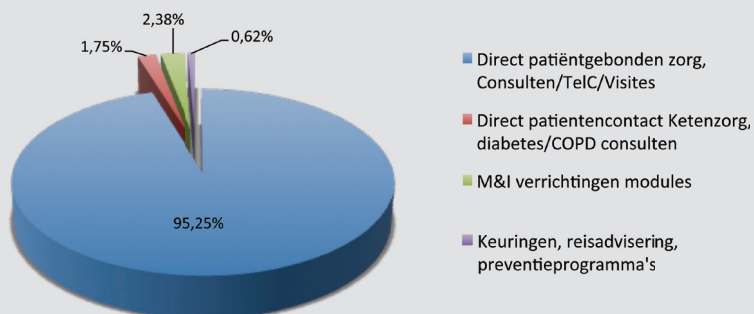
#### Activiteiten verdeling huisarts

Figuur 4



#### Normpraktijk: verdeling direct patiëntgebonden zorg

Figuur 5





## 5 ARBEIDSTIJD VAN DE HUISARTS

In 2009 werd een gemiddelde arbeidstijd van 55,76 uur gemeten voor een normpraktijk. In 2010 bedroeg dit 58,66 uur. Een toename van 5,2% (2 uur en 54 minuten).

In 2011 is de gemiddelde arbeidstijd gestegen naar 59,46 (59 uur en 27 minuten) een toename van 1,4%, circa drie kwartier per week meer ten opzichte van 2010. Hiervan wordt 79,1% (47 uur en 2 minuten) besteed aan direct of indirect patiëntgebonden activiteiten en 20,9% (12 uur en 25 minuten) aan management en beroepskwalificaties.

*Figuur 4 Activiteitenverdeling huisarts*

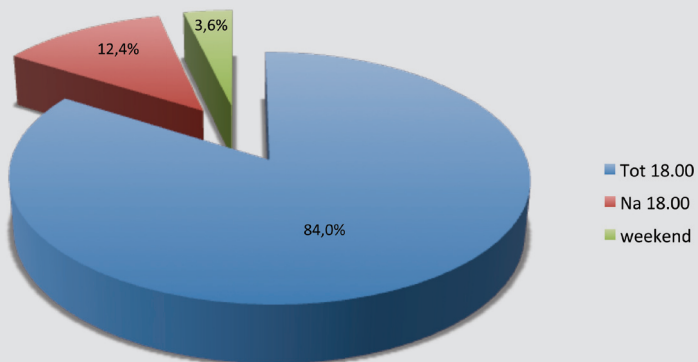
In 2010 werd 79,3% (46 uur en 31 minuten) besteed aan direct of indirect patiëntgebonden activiteiten en 20,7% (12 uur en 9 minuten) aan management en beroepskwalificaties. De lichte stijging van de werklast in 2011 zit in de toename van het aantal patiëntencontacten en de tijd voor management en beroepskwalificaties.

De ANW-diensturen zijn in de arbeidstijdmeting geregistreerd op jaarbasis net als de nascholingsuren ten behoeve van herregistratie.


Waar het in 2011 direct patiëntgebonden activiteiten betreft (37 uur en 30 minuten) wordt 95,25% (35 uur en 43 minuten) besteed aan basiszorg en 1,75% (39 minuten) aan ketenzorg voor chronisch zieken. Aan verrichtingen in het kader van M&I wordt 54 minuten besteed en aan bijzondere zorg gemiddeld 14 minuten per week. In feite zijn alleen de direct patiëntgebonden uren declarabel. Van de totale arbeidstijd van 59,46 uur wordt 37,5 uur voor direct patiëntencontact (ruim 63,0%) ingezet, een lichte stijging ten opzichte van 2009 (60,7%) en 2010 (61,8%).

De werkweek van de huisarts in uren		
Direct patiëntgebonden (37 uur en 30 min.)	Basiszorg	35 uur en 43 min.
	Ketenzorg	40 min.
	M&I	53 min.
	Bijzondere zorg	14 min.
Indirect patiëntgebonden (9 uur en 32 min.)	Basiszorg	8 uur en 28 min.
	Ketenzorg	1 uur en 4 min.
Praktijkmanagement & beroepskwalificatie (12 uur en 26 min.)	Management	6 uur en 2 min.
	Nascholing	1 uur en 17 min
	Overleg	3 uur en 12 min.
	Apotheekhouders	30 min.
	Huisartsopleiders	1 uur en 25 min.
<b>TOTAAL</b>		<b>59 uur en 28 min.</b>

Gemiddelde tijdsverdeling huisarts



Figuur 6



Ketenzorg, M&I verrichtingen en bijzondere zorg nemen gemiddeld 2 uur en 51 minuten per week in beslag aan patiëntengebonden zorg. Het overgrote deel van de arbeidstijd wordt besteed aan de patiëntgebonden basiszorg, in totaal 44 uur en 11 minuten. Het totale aandeel van de basiszorg in de tijdsbesteding van de huisarts, inclusief management en overleg, bedraagt 53 uur 25 minuten per week. Een toename van ruim één uur ten opzichte van 2010 (52 uur en 18 minuten).

*Figuur 5 Normpraktijk: verdeling direct patiëntgebonden zorg*

De basiszorg beslaat vrijwel onveranderd bijna 90% van de totale arbeidstijd van de huisarts. De deelnemende apotheehoudende huisartsen (10) besteden per 2350 ingeschreven patiënten gemiddeld 2,5 uur per week aan specifieke apotheekeactiviteiten. De huisartsenopleiders (15) kennen een arbeidslast van gemiddeld 4,6 uur per week. Wanneer deze arbeidslast gemiddeld wordt over alle deelnemers wordt er per normpraktijk 30 minuten apotheekeactiviteiten en 1 uur en 25 minuten aan de huisartsenopleiding besteed.

Gemiddeld verrichten de deelnemers 84% van hun arbeidstijd voor 18.00 uur, 12,4% na 18.00 uur en 3,6% in het weekend.

*Figuur 6 Gemiddelde tijdsverdeling huisarts*

In de hiernaast afgebeelde tabel wordt een overzicht gegeven van de tijdsbesteding van de gemiddelde huisarts in een normpraktijk.



## 6 DIVERSE KOSTENPARAMETERS

VPHuisartsen benut de Meetweek niet alleen om de inzet in arbeid-  
suren 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 kostencom-  
pensatie van 38 uur dokters assistentie. Daarnaast kan, mits aan  
bepaalde voorwaarden wordt voldaan, worden beschikt over een  
praktijkondersteuner: 0.33 fte POH-S en 0.125 fte POH GGZ per  
normpraktijk. Het aantal fte ondersteunend personeel is hierbij niet  
afgestemd op de noodzaak of wenselijkheid van gegeven zorg, maar  
is veel eerder het 'logisch' gevolg van de ter beschikking gestelde  
financiering.

### Doktersassistentie

Bij een formele openstelling van 50 uur per week en 1 fte doktersas-  
sistentie, komt een normpraktijk al 12 uur (0.32 fte) assistentie per  
week te kort. Dat heeft onder andere gevolgen voor de bereikbaar-  
heid van de huisarts. De Landelijke Huisartsen Vereniging, Stich-  
ting de Vrije Huisarts, VPHuisartsen en individuele huisartsen heb-  
ben het ministerie en de IGZ, die in 2011 onderzoek deed naar de  
bereikbaarheid, hier nadrukkelijk op geattendeerd.

Uit de resultaten van de Meetweek 2011 blijkt dat huisartsen per  
normpraktijk gemiddeld 1.12 fte doktersassistentie in dienst heb-  
ben (ruim 42,5 uur). Daar de NZa-tarieven uitgaan van 38 uur, finan-  
cierien huisartsen de extra personeelslasten boven 1 fte uit eigen  
middelen.

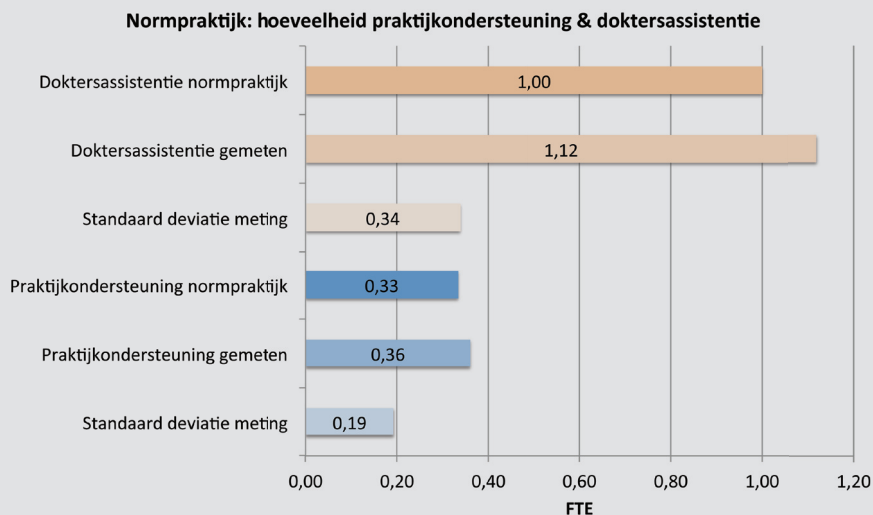
*Figuur 7 Normpraktijk: hoeveelheid praktijkondersteuning en dok-  
tersassistentie*



Pas bij een praktijkomvang van 3.000 patiënten dekt de NZa-kostenvergoeding de volledige beschikbaarheid van doktersassistente gedurende de openingstijd van de praktijk.

In ons land zijn 7.063 normpraktijken. Per normpraktijk financiert de huisarts zelf 4,56 uur assistentie per week, zonder NZa-kostenvergoeding. In totaal kost dit de huisartsen jaarlijks circa € 42 mln.<sup>7</sup>  
*Figuur 7 Normpraktijk: hoeveelheid praktijkondersteuning en doktersassistentie*

Ook waar het de inzet van praktijkondersteuners somatiek betreft, overschrijden de deelnemende huisartsen de norm (0.33 fte: 12 uur en 32 minuten). Per normpraktijk hebben zij 0.36 fte POH-S in dienst (0.36 fte: 13 uur en 40 minuten). Er heeft in 2011 geen registratie van POH GGZ aanstelling plaatsgevonden.



*Figuur 7*

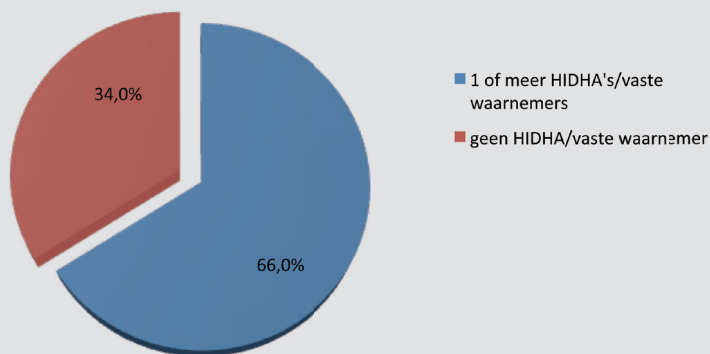
### HIDHA-waarnemer

In 66% van de praktijken functioneert een HIDHA of vaste waarnemer. *Figuur 8 Percentage praktijken met 1 of meer HIDHA's / vaste waarnemer*

In 2009 en 2010 bedroeg dit resp. 53% en 47%. Huisartsen hebben deze ondersteuning nodig om hun taken, met name de geprotocolleerde programma's voor chronische zorg, uit te kunnen (blijven) voeren. Ook vervult de aanwezigheid van een HIDHA of vaste waarnemer een rol bij de beperking van de individuele werklust van de huisarts. Waarneming gedurende een dag maakt het mogelijk om het aantal uren van gemiddeld 60 uur naar 52 uur per week terug te brengen om daarmee 'parttime' te kunnen werken.

De uren van de HIDHA of waarnemer maken onderdeel uit van het totaal aantal geregistreerde uren in de betreffende praktijk.

**Percentage huisartsenpraktijken dat gebruik maakt van 1 of meer HIDHA's/  
Vaste waarnemers**




*Figuur 8*

## 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 praktijkhouders omgerekend naar de normpraktijk, gemiddeld 246,2 uur ingeroosterd (245 uur in 2009 en 250 uur in 2010). Dit zijn 5,5 werkweken van 45 uur. Het honorarium hiervoor bedraagt € 16.000. Naast de dagtaak van 59,5 uur brengen de ANW-diensten en de verplichte nascholing van 40 uur per jaar, de gemiddelde werklast van de praktijkhouder op 65 uur per week per normpraktijk. Bij de kleinschalige dienstenstructuren gaat het om 1.280 uur per jaar. (1750 uur in 2009 en 1631 uur in 2010). Deze cijfers zijn gezien het beperkte aantal deelnemers van de kleinschalige waarneming minder representatief.

Voor beide vormen van ANW-dienst is, net als voorgaande jaren, sprake van een zeer forse standaarddeviatie: 70,71 uur resp. 440,96 uur. Het betekent dat afhankelijk van de regio, individuele praktijkhouders bij de huidige 24-uurs zorgplicht, een sterk verschillende jaarlijkse dienstbelasting kennen. De Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) komt voor 2010 op 122 - 303 ANW-diensturen per normpraktijk, gemiddeld 206 uur<sup>8</sup>.

In de 50 praktijken werd per normpraktijk bijna 25% van de ANW-diensten 'verkocht' aan waarnemers. In 2009 was dat eveneens 25% en in 2010 18,8%. Van de praktijkhouders verkocht 22% geen enkele dienst, 88% van hen verkocht wel één of meerdere diensten. Dit percentage ligt in lijn met de ANW-enquête die HuisartsVandaag in samenwerking met VPHuisartsen in 2010 heeft gehouden en waarbij 20% van de praktijkhouders aangaf geen diensten te verkopen<sup>9</sup>. Daar de verkoop van diensten de huisarts circa 20 - 40 euro per dienstuur meer kost dan hij/zij daar zelf voor ontvangt, lopen de totale kosten bij 25% verkoop, sterk op.



Uitgaande van de waarnemingen per normpraktijk van gemiddeld  $250/4 = 62,5$  uur per jaar, is de schatting dat praktijkhouders jaarlijks de waarnemingen en dus de ABNW-zorg uit eigen middelen financieren voor:  $62,5 \text{ u} \times \text{€ } 30 = \text{€ } 1.875$  normpraktijk. In totaal ruim € 13 mln. per jaar, bijna 12% van het gemiddelde ANW-honorarium.

### **Oppervlak praktijkruimte**

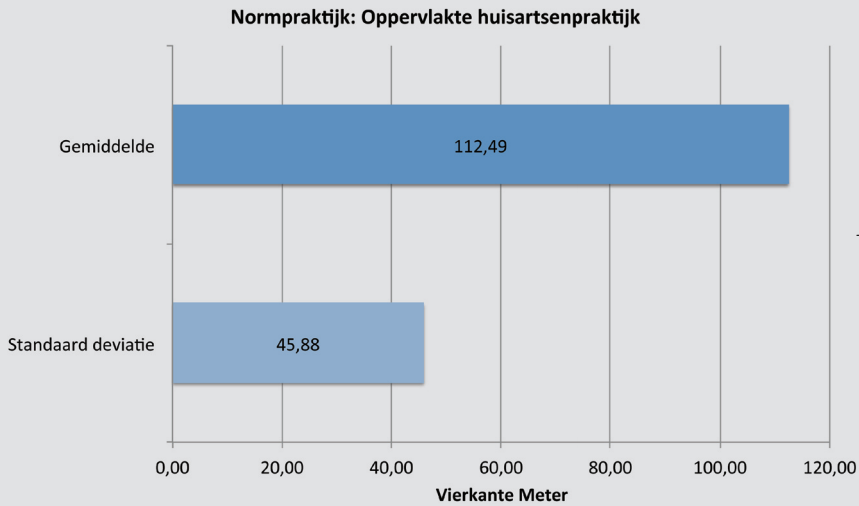
In de NZa normkostenvergoeding wordt voor een huisartsenpraktijk uitgegaan van  $80 \text{ m}^2$  praktijkruimte. De 50 praktijken van de Meetweek beschikken gemiddeld over  $112,5 \text{ m}^2$  praktijkoppervlak per normpraktijk.

*Figuur 9 Normpraktijk: oppervlakte huisartsenpraktijk*

Voor de vergoeding van huisvestingskosten (huur, energie, schoonmaak) hanteert de NZa een bedrag van € 16.637 per normpraktijk ( $80 \text{ m}^2$ ). De Bouwadviesgroep van de LHV gaat uit van een gewenst praktijkoppervlak van  $120 \text{ m}^2$  en differentieert de huurprijs per  $\text{m}^2$  naar omgeving: van € 100 (platteland), € 130 (verstedelijkt gebied) tot € 150 in de grote stad<sup>10</sup>. De berekende huisvestingskosten liggen daarmee ruim € 2.000 tot € 9.000 hoger dan de NZa vergoedt in de tarieven. Wel zit zowel in de tarieven voor ketenzorg als POH een geringe huisvestingscomponent.

Op grond van de gegevens uit de Meetweek en de normkostenvergoeding van de NZa, zouden huisartsen per normpraktijk gemiddeld € 6.760 per jaar uit eigen middelen financieren. Variërend van € 3.410 (stad), € 5.160 (verstedelijkt gebied) tot € 13.250 (platteland). Een omgekeerde situatie waarbij de hogere huur in de grote stad tot de hoogste huisvestingskosten leidt, lijkt meer in overeenstemming met de werkelijkheid.

Het door de NZa toepassen van een standaard praktijkoppervlak en huurprijs, ongedifferentieerd naar omgeving, verdient hoognodig aanpassing.



*Figuur 10*

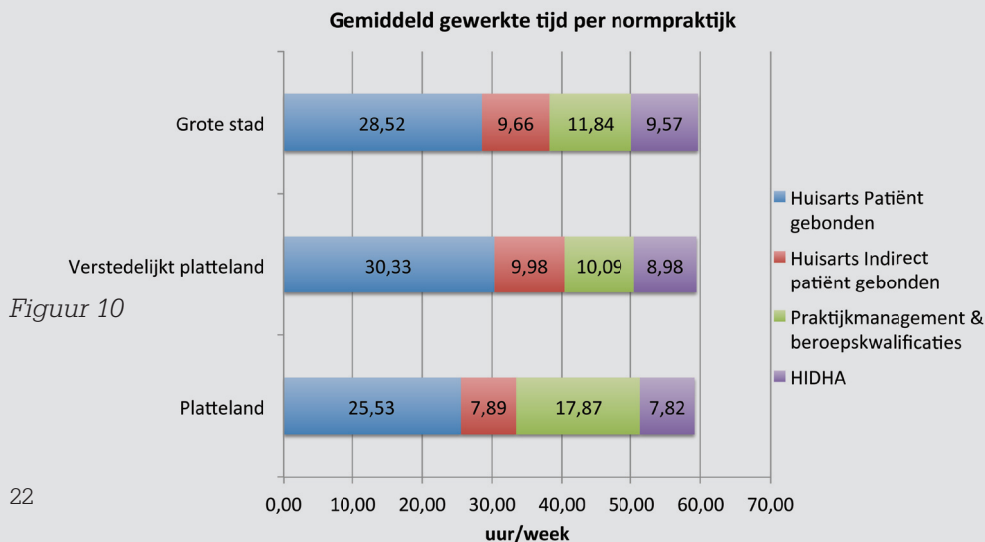
- 7 Niet-gecompenseerde werkgeverslasten DA:  
4,56 x € 25 x 52 u x 7063 normpraktijken = € 41.870.000 per jaar
- 8 [vhn.artsennet.nl/Artikel/VHNBenchmark-2010-beschikbaar.htm](http://vhn.artsennet.nl/Artikel/VHNBenchmark-2010-beschikbaar.htm)
- 9 [huisartsvandaag.nl/nieuws/17/Lezersresearch/19106](http://huisartsvandaag.nl/nieuws/17/Lezersresearch/19106)
- 10 Anton Maes, Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel, pg 219, tabel 16.1

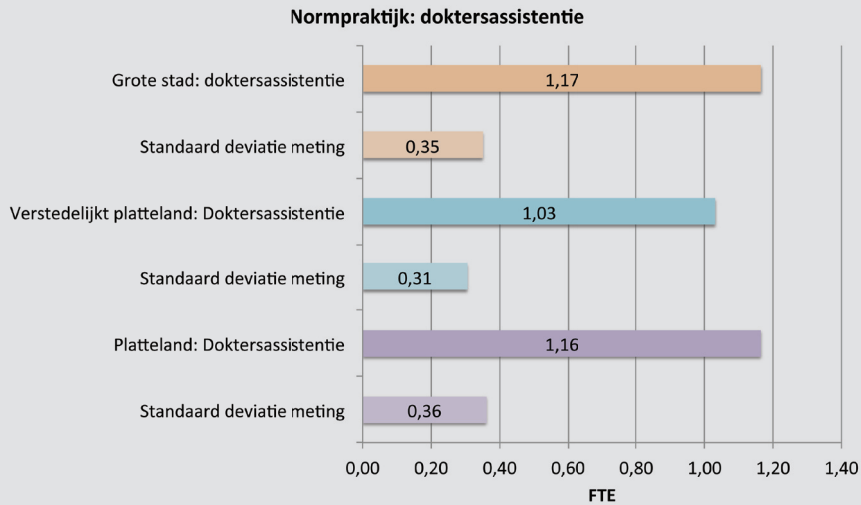
## 7 VERSCHILLEN GROTE STAD EN (VERSTEDELIJKT) PLATTELAND

De resultaten van de Meetweek laten opmerkelijke verschillen zien tussen de grote stad, het verstedelijkt platteland en het platteland. *Figuur 10 Gemiddelde werktijd per normpraktijk*

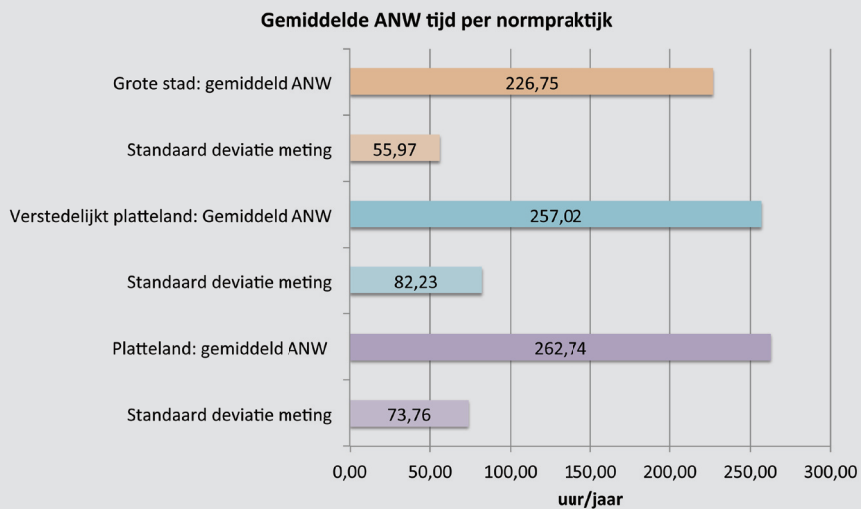
De huisartsen op het platteland besteedden minder uren aan patiëntgebonden zorg en meer aan management ten opzichte van voorgaande jaren. De gemiddelde werktijd doktersassistentie in het verstedelijkt platteland ligt circa 5 uur per week beneden die van de stad en het platteland. *Figuur 11 Normpraktijk: doktersassistentie*

De praktijken op het platteland hebben per normpraktijk een oppervlak dat 40 m<sup>2</sup> of meer groter is vergeleken met de andere twee gebieden. Het aantal ingeroosterde uren voor ANW-diensten per normpraktijk per jaar, verschilt het sterkst tussen het platteland (gemiddeld 262 uur) en de stad (gemiddeld 226 uur). *Figuur 12 Gemiddelde ANW-tijd per normpraktijk*





Figuur 11



Figuur 12

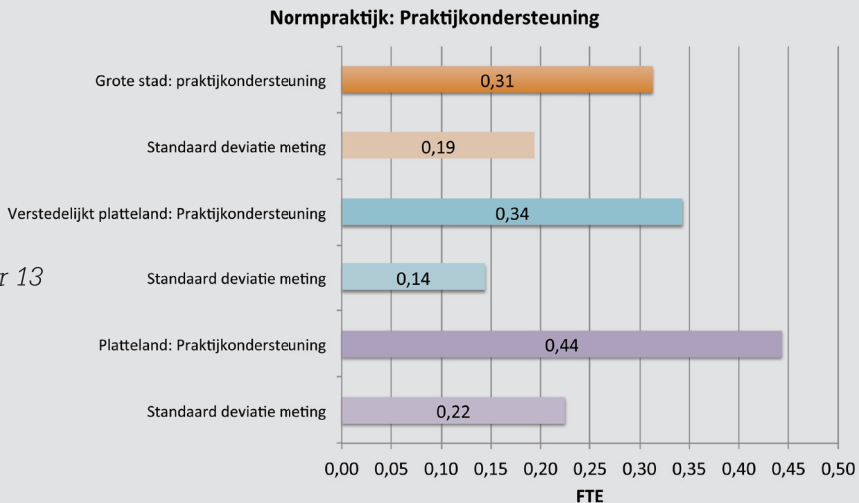
POH ondersteuning omvat minimaal 4 uur per week meer dan in de stad en in het verstedelijkte platteland.

*Figuur 13 Normpraktijk: Praktijkondersteuning Somatiek*

Het is, gezien de relatief kleine aantallen huisartsenpraktijken per gebied, de vraag of de gemeten verschillen tussen huisartsen uit de stad en huisartsen van het (verstedelijkt) platteland, altijd statistisch significant zijn.

Aan de Meetweken van 2009, 2010 en 2011 hebben tot nu toe 118 praktijkhouders deelgenomen. 83 van hen namen éénmaal, 28 tweemaal en 7 praktijken driemaal deel aan de Meetweek.

*Figuur 13*







## 8 CONCLUSIE

### **Niet aselect**

Wij realiseren ons dat 50 praktijkhouders die zich aanmelden om op vrijwillige basis aan tijdregistratie van hun werklast deel te nemen, geen aselecte afspiegeling vormen van de totale groep van 7.866 praktijkhoudende huisartsen in Nederland. Toch zijn we van mening dat de onderzoeksresultaten trends en ontwikkelingen laten zien die van betekenis zijn voor de Nederlandse huisartsen maar vooral ook voor beleidsmakers en bestuurders die zich bezighouden met de ontwikkeling van toekomstige huisartsenzorg en daarmee samenhangende capaciteitsvragen.

Het meetonderzoek zal in 2012 worden herhaald. Wij hopen dat het aantal deelnemers daarbij zal toenemen om zo de representativiteit van de onderzoeksresultaten te verhogen.

### **Totale arbeidstijd**

De totale arbeidstijd van de huisarts in een normpraktijk bedraagt in 2011 gemiddeld 59 uur en 28 minuten. Deze toename van ruim drie kwartier ten opzichte van 2010, wordt bepaald door een lichte stijging van patiëntgebonden zorg en managementuren, 30 resp. 15 minuten per week. Deze stijging van 1,4% loopt niet parallel met de landelijk toegenomen zorgvraag (circa 5 - 7%).

Hoe de toegenomen zorgvraag is geabsorbeerd door de huisartsen, wordt uit de resultaten van het Meetweekonderzoek niet echt duidelijk. Dat huisartsen meer medische klachten in minder tijd verwerken, was eerder al een vaststelling in het laatste NIVEL onderzoek<sup>11</sup>.

Daarnaast zou deze ontwikkeling er op kunnen wijzen dat de inzet van praktijkhouders naar arbeidsuren een grens bereikt. Dat zij steeds meer in deeltijd werken, in samenwerking met een HIDHA of vaste waarnemer, wijst eveneens in die richting. In 2011 heeft tweederde van de praktijken een HIDHA of vaste waarnemer. Een duide-



lijke stijging ten opzichte van voorgaande jaren. Het blijkt dat deze structurele ondersteuning in steeds meer praktijken in een behoefte voorziet. Niet alleen om aan de stijgende zorgvraag te voldoen maar ook om het toenemende takenpakket van de praktijkhouder uit te kunnen blijven voeren en de eigen arbeidstijd te begrenzen.

### **Totale tijd voor basiszorg**

Aan de basiszorg, inclusief managementtijd, wordt door de huisarts in een normpraktijk op dit moment 53 uur en 25 minuten per week besteed. Dit staat in schril contrast met de gefixeerde werklust van 45 uur die de NZa tot nu toe toerekende aan de levering van basiszorg in een normpraktijk. Vanaf 2012 rekent de minister van VWS echter met terugwerkende kracht af, op basis van deze gemaximeerde werklust voor álle werkzaamheden van de huisarts. Naast de basiszorg worden ook M&I-verrichtingen, Ketenzorg en overige praktijktaken gehonoreerd op basis van een maximaal 45-urige werkweek. Bij een feitelijke werklust van gemiddeld 59 en een half uur, exclusief de ANW-diensturen en nascholing, is er sprake van een werklust van bijna 15 uur die niet wordt verdisconteerd in het honorarium van de huisarts. Hoe meer tijd een huisarts investeert in (nieuwe) taken, des te groter is het uiteindelijke, relatieve inkomensverlies.

Wanneer de NZa het honorariumbeleid baseert op een gefixeerde werklust van 45 uur, wordt in 2011 bijna 25% van de arbeid(stijd) door de praktijkhouders onbezoldigd geleverd.

### **Vergoeding ondersteuning**

De NZa-kostenvergoeding voor ondersteunende praktijkmedewerkers gaat uit van 1.0 fte doktersassistentie (38 uur) en 0.33 fte POH (bijna 12,5 uur) per normpraktijk per week.

Praktijkhouders hebben in 2011 gemiddeld 1.12 fte doktersassistentie (ruim 42,5 uur) in dienst waarvan dus 4,5 uur per week uit eigen middelen moet worden bekostigd. Voor de POH-S geldt iets soortgelijks bij de gemiddelde aanstelling van 0.36 fte. Zeker nu de POH-S niet meer gefinancierd wordt op basis van verrichtingen maar middels een vaste (gelimiteerde) toeslag op het inschrijftarief, komt extra financiering voor POH-S in veel gevallen uit eigen middelen.

### **Bereikbaarheid**

In 2008 is een rapport verschenen van de IGZ waarin de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken werd bekritiseerd. Daarna werden alle 4.378 praktijken in ons land onderzocht op hun telefonische bereikbaarheid bij een noodoproep (LHV-norm: beantwoording binnen 30 seconden).

Bij één op de vier praktijken lukte dat aanvankelijk niet (IGZ mei 2011). Deze praktijken ontvingen een waarschuwing en twee maanden de tijd om hun bereikbaarheid te verbeteren. Onder de dreiging van een last onder dwangsom (€ 2.000 per week) gelukte het ook de laatste 49 praktijken ten slotte eind december aan de 30-secondennorm te voldoen. Ondanks het feit dat voor slechts driekwart van de tijd waarin de praktijk overdag bereikbaar moet zijn, doktersassistentie gefinancierd wordt door de NZa.



### **Vergoeding praktijkruimte**

De praktijkhouders beschikken gemiddeld over ruim 112 m<sup>2</sup> per normpraktijk. Daar de NZa kostenvergoeding uitgaat van 80 m<sup>2</sup> financieren de huisartsen 25 - 30% meer dan zij in de praktijkkostenvergoeding gecompenseerd krijgen.

### **NZa-kostenonderzoek**

Hopelijk zal de kritiek die in het vorige kostenonderzoek vanuit de beroepsgroep is geleverd op het fixeren van de werklast op 45 uur, van invloed zijn op het nieuwe NZa-kostenonderzoek dat in 2012 plaatsvindt. Een kostenonderzoek zonder daar de samenhangende werklast van de praktijkhouder bij te betrekken, is bij voorbaat ondeugdelijk waardoor de onderzoeksresultaten dat ook zullen zijn. Het onderzoek vormt daarmee geen acceptabel uitgangspunt waarop het verdere NZa-tariefsbeleid gebaseerd kan worden.

Zowel ten aanzien van de personeelskosten als van de praktijkruimte sluit de genormeerde NZa kostenvergoeding niet aan bij de huidige omstandigheden waarin de huisartsen hun praktijk voeren. Dit draagt niet bij aan het gewenste klimaat en randvoorwaarden voor innovatie en taakuitbreiding.

## 9 EPILOOG

### Toekomstige huisartsenzorg

De initiatieven van de afgelopen jaren om de huisartsenpraktijk om te vormen tot huisartsen-voorziening in de buurt, waar ook zorg voor chronisch zieken wordt geboden, staan door het opgelegde structurele bezuinigingsbeleid en het in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) opgenomen macrobeheersingsinstrument (MBI) onder grote druk<sup>12</sup>. Kortingen over achterliggende jaren maar ook voor komende jaren. De gewenste uitbreiding van taken zal echter uitsluitend mogelijk zijn indien in extra ondersteunend personeel en infrastructuur kan worden geïnvesteerd. De huisarts zelf lijkt zijn plafond met 60 - 65 uur per normpraktijk immers bereikt te hebben. Meer efficiëntie verwachten van een sector die altijd al uiterst efficiënt heeft gewerkt, is weinig realistisch.

De vraag op welke wijze de overheid haar toekomstplannen wil realiseren is niet duidelijk. Toereikende investeringen die nodig zijn voor implementatie van chronische zorgprogramma's, substitutie en andere taakuitbreidingen binnen de huisartsenpraktijk, zijn door onderbudgettering uitgebleven. Het beleid om geld weg te halen bij de huisartsen zelf (te 'redresseren') en het daarna voor meer of nieuwe productie van zorgaanbod terug te geven (variabilisering), of het korten na geleverd meerwerk, blijken een negatieve uitwerking te hebben. Daardoor stopt de innovatie en het verlaagt de beschikbaarheid van zorg. 'Geen geld, geen Zwitsers' wat betekent: geen beschikbaarheid van extra ondersteunende praktijkmedewerkers en noodzakelijke infrastructurale voorzieningen.

Uiteindelijk zal voor de meeste huisartsen het behoud en de versterking van de kern van de huisartsgeneeskunde, de reguliere basiszorg aan eigen patiënten, leidend zijn in de besluitvorming rond toekomstige ontwikkelingen in de huisartsenzorg en binnen hun eigen praktijk. Zeker waar het gaat om het wel of niet afhouden of afstoten van kennelijk niet te financieren zorgaanbod.



## Toekomstige Capaciteitsproblemen

Uit onderzoek van het NIVEL in 2011, blijkt dat voor het eerst sinds tientallen jaren, een daling van het aantal praktiserende HIDHA's is opgetreden, van meer dan 10%. Het aantal freelancende waarnemers is met meer dan 30% gestegen. Het aantal zelfstandig gevestigde praktijkhouders steeg met slechts 0.3%. De vestiging van nieuwe praktijken en daarmee van praktijkhouders lijkt daarmee zelfs wat achter te lopen bij de bevolkingsgroei (circa 0,42% in 2010-2011).

Deze ontwikkelingen doen de vraag rijzen hoe de komende jaren, waarin relatief veel oudere huisartsen hun praktijk zullen beëindigen, de huisartsenzorg gecontinueerd zal worden. De ambities van de overheid wat betreft substitutie en andere doelmatigheidsinitiatieven kunnen niet gerealiseerd worden bij onvoldoende gevestigde huisartsen en professionele ondersteuning. Ook niet met de inzet van door de overheid geliefde en gepushte Physician Assistants (PA's) en Nurse Practitioners (NP's).

Praktijkhouders willen minder belast worden met administratieve rompslomp en bureaucratische procedures en meer zekerheid hebben over hun inkomstenontwikkeling de komende jaren, over de return on investment wanneer extra werk en inzet wordt gevraagd en kosten worden gemaakt en ze willen daarmee de terugkeer van de onterecht afgeschafte vergoeding voor het (toenemende) ondernemersrisico.

12 Het MBI wordt door de minister van VWS ingezet als een ultimatum remedium bij overschrijdingen van het budget kaderzorg. De minister geeft in een aanwijzing aan de NZa over de hoogte van het terug te vorderen bedrag en op welke wijze de terugvordering moet verlopen. [www.belonenaarprestaties.nl/macrobeheersingsinstrument](http://www.belonenaarprestaties.nl/macrobeheersingsinstrument)

Daarnaast zijn de bizarre boetebetalingen die de overheid achteraf oplegt aan praktijkhouders vanwege hun 'overschrijdende' inzet voor het leveren van door diezelfde overheid gewenste huisartsenzorg, evenmin een stimulans voor jonge huisartsen zich te vestigen. Waarnemen levert veel op en bespaart je bureaucratische en administratieve tijdsverspilling waar praktijkhouders mee worden geconfronteerd en het vrijwaart je van de achteraf opgelegde boetes voor je extra inzet in de patiëntenzorg.

In het vorige verslag van de Meetweek van 2010 schreven we "dat van de beroepsgroep 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".

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.

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 integraal zorgaanbod.

# 10 BIJLAGEN

1. Toelichting en instructie procedure  
Meetweek VPHuisartsen 2011
2. Persoonlijke en praktijkgegevens en registratie
3. Werkzaamheden en tijdsinvestering
4. Toelichting rubrieken

## **Toelichting en instructie procedure meetweek VPHuisartsen 2011**

De meetweek die Comité WAKE UP!! in 2009 en in 2010 heeft gehouden krijgt opnieuw een vervolg. VPHuisartsen organiseert van 20 tot en met 26 juni 2011 een derde editie.

De meetweek is bedoeld om inzicht te krijgen in het aantal uren dat door praktijkhoudende huisartsen aan de verschillende onderdelen van hun werk wordt besteed. Het betreft alleen de dagzorg. ANW-uren worden niet geregistreerd. We stellen wel een vraag over uw ANW-dienstbelasting in de vragenlijst.

De uitkomsten van dit onderzoek geven inzicht in de werklust van de praktijkhouder. In de discussies over omzet en inkomen van de huisarts is de werklust een belangrijk gegeven. Tevens draagt het onderzoek gegevens aan die een rol spelen in de beoordeling welke ruimte er al of niet bestaat voor uitbreiding van zorgtaken. VPHuisartsen wil met jaarlijkse meting van de werklust een bijdrage leveren aan de discussie.



## Instructie

Wij vragen u om gedurende 7 dagen, van maandag 20 juni tot en met zondag 26 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 einde 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. Het onderzoek van vorig jaar heeft ons geleerd dat de benodigde tijdsinvestering meevalt (zie bladzijde 2). Het onderzoek levert echter een schat aan gegevens op.

Als tijdens de meetweek uw praktijk één of meer dagen door een vaste waarnemer of HIDHA wordt waargenomen verzoeken wij u om deze zijn/haar minuten te laten registreren op dezelfde manier als u dat zelf doet. Wilt u daarvoor een apart registratieformulier 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.

1. Uw naam en initialen .....
2. Plaats van praktijkvestiging .....
3. Uw leeftijd .....jaar
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 huisartsen)
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 apotheekhoudend? \* ja / nee

13. Wat is het vloeroppervlak van uw praktijk? .....m<sup>2</sup>

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  $\frac{3}{7} \times 3500 = 1500$  patiënten onder zijn/haar hoede.

## Werkzaamheden en tijdsinvestering

	Maandag 20 juni	Dinsdag 21 juni	Woensdag 22 juni
Tijdstip	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			

Donderdag 23 juni	Vrijdag 24 juni	Zaterdag 25 juni	Zondag 26 juni	TOTAAL
12u 18u 24u	12u 18u 24u	12u 18u 24u	12u 18u 24u	

Uw praktijkstempel of naam

TOTAAL

Ingevuld vragenformulier en registratieformulier  
voor 28 juni 2011 faxen naar: 033-494 74 55  
of mailen naar: [info@vphuisartsen.nl](mailto:info@vphuisartsen.nl)



## Toelichting rubrieken

### Direct patiëntencontact basiszorg

spreekuurconsulten, telefonische consulten en visites

### Indirect patiëntencontact basiszorg

overleg medebehandelaars (telefonisch of fysiek), verwijfsbrieven schrijven, onderzoek en onderhoud medisch dossiers, lezen verslaglegging medebehandelaars, medische informatieverstrekking

### Direct patiëntencontact Ketenzorg \*

spreekuurconsulten, telefonische consulten en visites

### Indirect patiëntencontact Ketenzorg

overleg POH en DA's, overleg medebehandelaars, correspondentie aan medebehandelaars, lezen verslaglegging 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-overleg, Zorggroep, bezoek regionale bijeenkomsten

### Apotheekhouders

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

### Huisartsopleiders

overleg/nabespreking aio's, cursussen, trainingen als HAO

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

**Sarphatipark 28**

**1072 PB Amsterdam**

**[info@vphuisartsen.nl](mailto:info@vphuisartsen.nl)**

**[www.vphuisartsen.nl](http://www.vphuisartsen.nl)**

**De beloning van de huisarts is de resultante van omzet minus kosten, gerelateerd aan de werklust. Het meten van de werklust is in deze formule helaas al vele jaren het stiefkind van de rekening. **VPHuisartsen** brengt daar verandering in door jaarlijks een Meetweek te organiseren.**

In deze uitgave vindt u de resultaten van de Meetweek 2011 die dit keer een lichte stijging van de werkdruk laten zien. Aan u om te beoordelen of met een werkweek van gemiddeld 65 uur per normpraktijk, de grens bereikt is...