

Hans Nobel
bestuurslid Vereniging
Praktijkhoudende Huisartsen

Herman Suichies
bestuurslid Vereniging
Praktijkhoudende Huisartsen

ALLE HUISARTSGENEESKUNDIGE PROFESSIONALS VERANTWOORDELIJK VOOR ZORG BUITEN KANTOORUREN



ANW-zorg niet alleen door praktijkhouders

De verantwoordelijkheid voor de organisatie voor de ANW(avond-nacht-weekend)-diensten rust nu op de schouders van de praktijkhouders. Maar hun aandeel slinkt, terwijl het aantal freelancewaarnemers en hidha's groeit. Tijd om het over een andere boeg te gooien.

In de huidige opzet van de ANW-spoedzorg zijn de praktijkhoudende huisartsen verantwoordelijk voor de organisatie van dit element van

de zorg. Er doen zich echter verschillende problemen voor waardoor een andere opzet nodig is. VPHuisartsen vindt dat de verantwoorde-

lijkheid voor de ANW-spoedzorg op de schouders van alle werkzame huisartsen – hidha's, waarnemers en praktijkhouders – hoort te rusten en niet alleen op die van praktijkhouders. De VPH beoogt daar consensus over te bereiken. De huisartsendienstenstructuur (HDS) zou de formele verantwoordelijkheid voor de organisatie van deze ANW-spoedzorg moeten dragen en niet alleen de praktijkhouders.

Het aantal nieuw gevestigde praktijkhouders neemt de laatste jaren relatief af: van

1. Aantal praktijkhouders en hidha's/waarnemers in 2000 en 2015

2000

praktijkhouders	7220*	84%
hidha's/waarnemers	1405	16%
praktiserende huisartsen	8625	

2015

praktijkhouders	7910	68%
hidha's/waarnemers	3660	32%
praktiserende huisartsen	11.570	

*afgeronde cijfers

een groei van gemiddeld zestig praktijkhouders per jaar in het eerste decennium naar gemiddeld zestien per jaar in het tweede decennium. Van alle werkzame huisartsen was begin deze eeuw nog ruim 84 procent praktijkhouder, in 2015 is dat 68 procent. In 2025 zal bij ongewijzigd beleid en dalende of zelfs negatieve groei,

tussen de 50 en 60 procent van de huisartsen nog praktijkhoudend zijn en verantwoordelijk voor de ANW-zorg (zie tabel 1).

Leveringsplicht

Kwaliteit en patiëntveiligheid van de steeds complexere en meer belastende gewone dagelijkse zorg lijden onder de huidige dienstbelasting van de 'eigen huisarts'. Al in 2012 meldde Movir dat de werkdruk bij huisartsen riskant hoog is. De motivatie voor de ANW-spoedzorg onder praktijkhouders en andere huisartsen neemt af. Oorzaken zijn de niet-onderhandelbare 'ANW-contracten', geringe flexibiliteit en onvoldoende rechten voor praktijkhouders, waarnemers en parttimers aangaande hun inzet voor de ANW-spoedzorg. Bij ziekte, zwangerschap, senioriteit of overbelasting blijft een praktijkhouder z'n leveringsplicht behouden. Waarnemers worden vaak pas onder restricties – opgelegd door het bestuur of de directie van de HDS – toegelaten tot de ANW-spoedzorg. Huisartsen met jonge gezinnen kunnen echter niet altijd garanderen dat ze beschikbaar zijn voor ANW-diensten. Een potentiële prak-

tijkhouder in een normpraktijk (2168 patiënten) heeft in de huidige opzet een verplichte werklast in ANW-dienst van gemiddeld 195 uur per jaar. Dat is vijf extra werkweken per jaar naast de reguliere dagzorg. Voor jonge huisartsen is dit een extra hindernis om zich zelfstandig te vestigen. Anderzijds leidt een groot-schalig geleide huisartsenpost met rigide protocollering en risicomijdend triage-beleid tot demotivatie, vervreemding en toenemende afstand tussen huisartsenpost en uitvoerende medische professionals.

Zorgconsumentisme veroorzaakt een toename van verplaatste dagzorg en dus onnodige ondoelmatigheid en onnodig dure ANW-zorg.

Nachtdiensten zijn uiterst impopulair bij (senior)werkers die de volgende ochtend doorgaans niet beschikbaar zijn voor hun patiënten.

Ten slotte vormen ANW-diensten een financiële schadepost van 10-15 miljoen euro per jaar voor praktijkhouders (met een gemaximeerd NZA-uurtarief) als ze waarnemers (zonder gemaximeerd NZA-uurtarief) inschakelen. Bovendien bestaat de kans dat de minister van VWS het honorarium van praktijkhouders bij macrobudgetoverschrijding terugvordert vanwege gestegen zorgvraag en/of kostenstijgingen: de achterafboete voor geleverde prestaties!

De financieringssystematiek van de HDS lijkt een open eind te kennen, wat niet uitnodigt tot doelmatiger werken door de huisartsenpost. Het leidt tot ANW-consulten van 120 euro en visites van 180 euro en hoger.

De afgelopen jaren zijn de kosten van de HDS gestegen, ook als de productie niet overeenkomstig toenam. Twee keer per jaar wordt per HDS het consulttarief herzien; stijgt de productie dan neemt het tarief af. En daalt de productie dan wordt het consulttarief verhoogd.

De kosten van de huisartsenzorg (zonder ANW-diensten) stegen tussen 2006 en 2015 van 1,72 miljard naar 2,06 miljard. Dat is 2,2 procent per jaar. De kosten van

ANW-SPOEDZORG TOEN EN NU

Van oudsher konden patiënten 's avonds of 's nachts in geval van nood een beroep doen op hun eigen huisarts of op iemand uit diens kleinschalige waarneemgroep. Tijdens de beroemde Woudschotenconferentie in 1959, waarin huisartsen hun vak opnieuw afpaalden, stelde de beroepsgroep als norm dat huisartsenzorg 24 uur per dag beschikbaar zou zijn. In 2004 nam de LHV de 24-uursbeschikbaarheid ook weer als uitgangspunt voor de huisartsenzorg. De verantwoordelijkheid hiervoor kwam bij de praktijkhouders te liggen. Vijftien jaar geleden zetten praktijkhouders de eerste grootschalige door

henzelf bemande en gefinancierde waarneemposten op, aanvankelijk alleen voor 'eigen' patiënten. Op dit moment leveren huisartsen deze zorg in 121 centrale huisartsenposten aan individuele patiënten en bepaalde groepen in bijvoorbeeld zorginstellingen, asielzoekerscentra en militaire complexen. Zorgverzekeraars nemen de ANW-spoedzorg tegelijk met de huisartsenzorg overdag op in hun contract met de huisarts. Bij herregistratie na vijf jaar zijn huisartsen verplicht 250 ANW-diensturen te hebben gemaakt.

redactie Medisch Contact

de ANW-diensten door de HDS daarentegen stegen van 209 miljoen in 2006 naar 329 miljoen in 2015, ofwel 6,4 procent per jaar. Het jaarlijkse ANW-budget stijgt dus drie keer zo snel als het budget voor de huisartsenzorg.

Geïntegreerde medische zorg

De meeste huisartsen lijken nog steeds bereid om, naast hun inzet voor de reguliere dagzorg, ANW-spoedzorg te verrichten. Hun professionele expertise en doelmatigheid van werken bieden in principe de mogelijkheid ook op termijn een breed netwerk van geïntegreerde acute medische zorg te blijven bieden, samen met tweedelijnsfuncties en instellingen. Van belang is dat de huidige problemen worden opgelost en dat onderhandelbare ANW-contracten uitgangspunt worden voor de inzet in de ANW-spoedzorg van alle actieve huisartsen.

VPHuisartsen voelt zich medeverantwoordelijk voor een 'collectieve uitvoering' van die verantwoordelijkheid voor de ANW-spoedzorg. Voor de discussie legt de VPH een aantal mogelijke, oplossingsgerichte maatregelen voor.

Discussiepunten

2. Aantal diensturen per huisarts per jaar

Berekening aantal diensturen HDS per werkzame huisarts /praktijk	
Aantal praktiserende huisartsen	11.568
Aantal praktijkhouders (zelfstandig en hidha)	7.906
Aantal diensturen huisartsenposten	1.510.000

Aantal diensturen per werkzame huisarts (wn/hidha/ph) 1,51 mln: $11.568 = 130$ (110*)
diensturen per huisarts

* indien de HDS de nachtdiensten laat verrichten onder eigen verantwoordelijkheid en beheer

Bronnen: Nivel 2015, VHN/InEen 2015

- De formele verantwoordelijkheid voor de organisatie van de ANW-spoedzorg en de financiële lasten en risico's worden aan HDS-zorginstellingen overgedragen.
- De HDS zorgt voor de benodigde capaciteit aan professionals middels eigen acquisitiebeleid: hidha's, praktijkhouders, waarnemers, nurse practitioners, verpleegkundig specialisten, physician assistants.
- Capaciteitsacquisitie vindt plaats afhankelijk van dienstsoort en regio,

bij gereguleerde (regionale) maximum-uurtarieven. Sommige diensten zullen een lager gereguleerd uurtarief kennen, andere een hoger.

- Alle werkzame huisartsen voeren collectief de 'morele plicht voor de huisartsenzorg' uit en participeren gelijkwaardig in de dienstbelasting van de ANW-spoedzorg. Niet gekoppeld aan de omvang van een specifieke praktijkpopulatie, parttimedagtaak of waarnemersfunctie, maar vanuit de functie van huisarts. Met een gezamenlijke

COLLECTIEVE VERANTWOORDELIJKHEID

De huidige opzet van de ANW-spoedzorg is gebaseerd op de NHG- en LHV-besluiten dat huisartsenzorg 24/7-uurszorg is, met een collectieve verantwoordelijkheid van de beroepsgroep. Maar hoe houdbaar is een besluit over 'collectieve verantwoordelijkheid' als de organisatorische en financiële risico's en lasten van de ANW-spoedzorg de facto bij een steeds kleiner wordend deel van de werkzame huisartsen liggen?

De VPH besloot in 2011 de ANW-spoedzorg los te koppelen van de reguliere basiszorg overdag. Inzet was niet om geen diensten meer te doen maar om de onderhandelbaarheid over en de organisatie van de ANW-spoedzorg te verbeteren. Voor de VPH werd de ANW-spoedzorg een facultatief, onderhandelbaar zorgaanbod.

In 2012 deed KPMG/Plexus in opdracht van de VPH onderzoek naar de spoedeisende zorg. Het resulteerde in 'De basisspoedzorg, hoe het anders kan', waarin werd voorgesteld te komen tot spoedeisende medische diensten door integratie van huisartsenposten met SEH's. De berekende kostenbesparing bedroeg ruim 170 miljoen euro.

Verder onderhandelt de Coöperatie Praktijkhoudende Huisartsen (CPH) met zorgverzekeraars aan de hand van hun modulaire huisartsgeneeskundige zorgaanbod. Daarin wordt de ANW-spoedzorg als onderhandelbaar zorgaanbod bij de zorginkopers ingebracht. De CPH vertegenwoordigt circa achthonderd praktijkhouders – zowel LHV-leden als VPH- en niet-leden.

Nachtdiensten zijn uiterst impopulair

maatschappelijke inzet en verantwoordelijkheid voor verantwoorde ANW-spoedzorg voor alle burgers.

- De 1,51 miljoen diensturen worden over alle praktiserende huisartsen verdeeld. Ieder van hen zal circa 130 (110) uur per jaar ANW-zorg leveren (zie tabel 2).
- Nachtdiensten worden zoveel mogelijk door vrijwilligers, al of niet in HDS-dienst, uitgevoerd. De patiëntveiligheid is er – óók overdag – mee gebaat.
- Bij overname van de nachtdiensten onder beheer van de HDS, gaat de gemiddelde dienstbelasting van 130 naar 110 uur per jaar per huisarts.
- Er moet een maatschappelijke discussie op gang komen over gewenste maatregelen tegen ongewenst zorgconsumptisme en meer invloed van huisartsen op beleid van HDS (risicomijdende triage, toestroom naar hap, controledruk, werksfeer e.a.).
- De gescheiden financiering van ANW-spoedzorg en het huisartsenkader voor de reguliere basisdagzorg blijven gehandhaafd.
- De herregistratie-eis van vijftig diensturen blijft gehandhaafd. ■

contact

hansnobel@nlzorg.net
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De referenties en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

REACTIE LHV:

ANW-probleem kunnen we alleen samen oplossen

Steeds vaker benaderen huisartsen de LHV met vragen en klachten over hoe de ANW-zorg bij hen in de regio is georganiseerd. Te hoge werkdruk, hoge waarneemtarieven, onvervulde diensten, zeker in de zomerperiode was het schering en inslag. Hoog tijd voor verandering in de manier waarop de ANW-zorg is georganiseerd. Laten we beginnen vast te stellen dat de druk op huisartsen in de ANW-uren inderdaad vaak te hoog is. Het gaat om veel diensten, bovenop een toch al volle werkweek. Daar moeten we voor de toekomst met elkaar een oplossing voor vinden. Maar als we eerlijk zijn, dan weten we eigenlijk niet precies waardoor dit probleem wordt veroorzaakt. Verkopen praktijkhouders te veel diensten? En zo ja, waarom is dat dan? Willen waarnemers onvoldoende diensten doen? Vragen ze te veel geld? Gaat de triage niet goed? Zet de huisartsenpost te veel diensten uit? Maakt de patiënt oneigenlijk gebruik van de post? Allemaal vragen die beantwoord moeten worden, voordat we aan een oplossing kunnen gaan werken. Wat bovendien opvalt in de discussie over de toekomst van de ANW-diensten, is de dreigende tweespalt. De huisartsenpost wijst naar de artsen, de praktijkhouders naar de waarnemers en vice versa. En met zijn allen vragen we ons af of de patiënt niet onnodig vaak gebruikmaakt van de huisartsenpost. Terwijl we dit probleem alleen samen kunnen oplossen.

Veel collega's doen suggesties. 'Laten we de ANW-verantwoordelijkheid overdragen aan de hap', 'laten we waarnemers verplichten meer diensten te doen' of 'laten we zorgen voor eerlijkere tarieven'. Begrijpelijke voorstellen, vanuit de juiste intentie. Maar op dit moment is het symptoombestrijding. De vraag is: lossen we de onderliggende problemen ermee op? Wij denken van niet. Wat is er nodig? Om te beginnen een duidelijk beeld van wat er nu precies aan de hand is. Daar is de LHV mee bezig. Via enquêtes, eigen onderzoek en ronde tafels. Om vervolgens, liefst samen met de collega's van de Vereniging voor Praktijkhoudende Huisartsen en InEen, te werken aan een toekomstbestendige ANW-zorg. Niet alleen voor de huidige praktijkhouder, maar voor alle huisartsen. Het staat als een paal boven water dat het tijd is voor verandering in de ANW-zorg. Die zal er binnen nu en vijf jaar heel anders uitzien. De LHV wil, samen met alle andere partijen, alles in het werk stellen zodat huisartsen met plezier en verantwoord hun werk kunnen blijven doen, in het belang van de beste patiëntenzorg.

Carin Littooi

praktijkhoudend huisarts en LHV-bestuurslid

Wendy Borneman

waarnemend huisarts en LHV-bestuurslid