

# HUISARTSENZORG DICHTBIJ



**Pleidooi voor meer kleinschaligheid en betere bereikbaarheid  
– inclusief een enquête onder kleinschalige huisartsendiensten**

November 2007

drs. Henk van Gerven, Kamerlid SP

dr. Ineke Palm, Wetenschappelijk Bureau SP

**SP** 

**SP** 

# HUISARTSENZORG DICHTBIJ

**Pleidooi voor meer kleinschaligheid en betere bereikbaarheid  
– inclusief een enquête onder kleinschalige huisartsendiensten**

November 2007  
drs. Henk van Gerven, Kamerlid SP  
dr. Ineke Palm, Wetenschappelijk Bureau SP  
Foto omslag: Archief SP



## SAMENVATTING

In het huidige beleid worden huisartsen die kleinschalig willen blijven werken tijdens de huisartsenzorg buiten kantoor tijd, hierin gehinderd en financieel benadeeld. Dat bleek uit een enquête van de SP onder vertegenwoordigers van kleinschalige huisartsendiensten. Deze huisartsen worden financieel achtergesteld ten opzichte van huisartsen die werken in grootschalige diensten. De uurlonen van huisartsen in kleinschalige diensten zijn eenderde van het bedrag dat beschikbaar is voor huisartsen in grootschalige diensten. Bovendien blijkt het lastig goede afspraken te maken met zorgverzekeraars over de financiering van kleinschalige diensten.

Volgens de geënquêteerde huisartsen is vooral op het platteland kleinschaligheid de enige manier om een goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg te garanderen. Maar ook elders hebben kleinschalige huisartsendiensten de voordelen van de menselijke maat: de patiënten kennen de huisarts en de huisarts kent de patiënten. Ook door extra investeren in de kleinschalige diensten, kan de werkdruk van de huisartsen omlaag.

Zorg moet zo dicht mogelijk bij de patiënten worden verleend. Door de opkomst van grootschalige huisartsenposten is de huisartsenzorg voor veel mensen echter moeilijker bereikbaar geworden. Veel huisartsenposten zijn zowel in fysiek als in menselijk opzicht op steeds grotere afstand komen te staan.

Hoewel huisartsenposten een goede oplossing bleken voor de hoge werkdruk van huisartsen – een oplossing die hard nodig was en is – kwam er gelijktijdig veel kritiek van patiënten. Uit onderzoek van de Inspectie voor de Volksgezondheid uit 2004 bleek dat de huisartsenposten verantwoorde zorg niet konden waarborgen: de toegankelijkheid en (telefonische) bereikbaarheid was bij veel posten onder de maat. In een vervolgonderzoek uit 2006 bleken deze kinderziekten deels overwonnen. Maar de bereikbaarheid van de huisartsenposten bleef voor een aanzienlijke groep mensen een probleem. Ook kwaliteit en toegankelijkheid waren nog lang niet optimaal.

Er is dan ook geen enkele reden grootschaligheid te belonen en kleinschaligheid te belemmeren. Integendeel, kleinschaligheid moet mogelijk zijn en zou zelfs gestimuleerd moeten worden. Daarom moet onderzocht worden welke voorwaarden hiervoor nodig zijn. Ondertussen moeten kleinschalige diensten worden erkend en minimaal gelijkwaardig gefinancierd als grootschalige diensten. Ook kan er een betere spreiding van huisartsenposten komen, bijvoorbeeld door meer posten per grootschalige huisartsendienst. In elk geval moet een zorgverlener in spoedgevallen binnen vijftien minuten bij een patiënt kunnen zijn.

De huisartsenzorg buiten kantoor tijd moet in elk geval huisartsenzorg blijven. Voorkomen moet worden dat zorgverzekeraars de dienst uitmaken of dat deze zorg overgaat naar Spoedeisende Hulpverlening in ziekenhuizen of naar commerciële zorgverleners zoals in Groot-Brittannië. De essentie van de huisartsenzorg moet behouden blijven. Daarvoor is een sturende rol van de huisarts nodig.



# INHOUD

<b>INLEIDING .....</b>	<b>9</b>
<b>1. HUISARTSENDIENSTEN, KANSEN EN BEDREIGINGEN .....</b>	<b>11</b>
<b>2. ENQUÊTE KLEINSCHALIGE HUISARTSENDIENSTEN .....</b>	<b>15</b>
<b>3. CONCLUSIES .....</b>	<b>19</b>
<b>4. AANBEVELINGEN .....</b>	<b>21</b>
<b>BIJLAGE 1. AFKORTINGEN EN DEFINITIES .....</b>	<b>23</b>
<b>BIJLAGE 2. FINANCIERING HUISARTSENDIENSTENSTRUCTUREN .....</b>	<b>25</b>
<b>BIJLAGE 3. KLEINSCHALIGE HUISARTSENDIENSTEN .....</b>	<b>27</b>
<b>BIJLAGE 4. DE ENQUÊTE .....</b>	<b>29</b>





## INLEIDING

De huisarts neemt in de Nederlandse gezondheidszorg een belangrijke positie in, als poortwachter én als vertrouwenspersoon. Als poortwachter, omdat iemand met gezondheidsklachten in principe eerst naar de huisarts gaat. De meeste klachten behandelt de huisarts zelf. Slechts tien procent wordt verwezen naar de tweede lijn of andere hulpverleners. Als vertrouwenspersoon, omdat in veel gevallen met de huisarts een vertrouwensband is opgebouwd. Huisartsenzorg betekent een continue, integrale en persoonlijke zorg voor patiënten en gezinnen.

Het was dan ook schrikken toen de huisartsen in 2000 massaal in actie kwamen.<sup>1</sup> De enorm hoge werkdruk, de lange werktijden (circa 48 uur per week), de avond- en weekenddiensten (gemiddeld 19 uur per week) en de ontoereikende onkostenvergoeding begonnen de huisartsen op te breken. Opgebrande collega's verlieten voortijdig het vak en de instroom van nieuwe collega's begon te stagneren. Daarnaast kwam er ook onder huisartsen behoefte aan meer gebruikelijke werktijden en soms ook aan deeltijdwerken.

De actie-eisen van de huisartsen in 2000 waren: een structurele financiering van de dienstenstructuur, een oplossing voor de ontoereikende praktijkkostenvergoeding, een uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen, een verhoging van de salarissen van huisartsen in opleiding, en een aanpassing van het huisartseninkomen aan de zwaarte en verantwoordelijkheid van de functie.

De heetste hangijzers onder de huisartsen vormden de werkdruk en de regeling voor de diensten buiten kantoortijden.<sup>2</sup> De huisartsen zochten zelf ook naar oplossingen. Zo hebben zij 'de zorg buiten kantoortijd' steeds verder gereorganiseerd en grootschalige huisartsenposten (HAP's) opgezet. Hoewel deze huisartsenposten een goede oplossing voor de werkdruk van de huisartsen bleken – een oplossing die hard nodig was en is – kwam er gelijktijdig veel kritiek van de patiënten. Ze vonden de fysieke afstand tot de post te groot, de medische zorg te kort schieten, en ze hadden moeite met de terughoudende houding van de mensen aan de telefoon.

Toch wordt grootschaligheid nog steeds beloofd door de overheid. Huisartsen die aan kleinschalige diensten blijven vasthouden, voelen zich hierin belemmerd. Hardnekkige signalen hierover waren voor de SP aanleiding om een enquête te houden onder vertegenwoordigers van kleinschalige huisartsendiensten.

In deze nota wordt een overzicht gegeven van het ontstaan van huisartsendiensten, hun kansen en de bedreigingen waarmee zij geconfronteerd worden. Vervolgens wordt verslag gedaan van de resultaten van de enquête. Ten slotte volgen een aantal conclusies en aanbevelingen.

- 1 "Niet meer geld voor huisartsen," NRC Handelsblad, 17 oktober 2000. augustus 2006.
- 2 "Ook voor de huisarts is de maat vol," NRC Handelsblad, 16 oktober 2000.



# 1. HUISARTSENDIENSTEN, KANSEN EN BEDREIGINGEN

**De ontwikkeling tot grootschalige huisartsenposten is pijlsnel gegaan. Zo snel dat het goed is even terug te blikken en te overdenken of de ingeslagen weg naar grootschaligheid wel de meest optimale weg is. En ook of het de enige weg is. Als huisartsen de voorkeur geven aan kleinschalig werken, is dat dan mogelijk?**

## Zorg dichtbij huis

In de visie van de SP moet de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt worden verleend in eerstelijnsgezondheidscentra, waar samengewerkt wordt door huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, thuiszorgers, ouderenadviseurs en psychologen. Zo'n centrum zou aanwezig moeten zijn in elk dorp, elke stad en elke buurt van de grotere steden. In dergelijke centra zou dan integrale zorg gegeven moeten worden, inclusief begeleiding en beoordeling welke zorg of hulp cliënten nodig hebben – centra waar mensen op alle uren van de dag terecht kunnen. Vanuit dergelijke buurtgezondheidscentra zouden namelijk ook de diensten voor avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-zorg) georganiseerd kunnen worden. Kleinschalige zorg dus, op menselijke maat.

De ontwikkelingen gaan echter in tegengestelde richting met de opkomst en groei van de grootschalige huisartsenposten. In deze huisartsenposten kunnen huisartsen letterlijk en figuurlijk te ver van de patiënt af komen te staan. Letterlijk vanwege de moeilijke bereikbaarheid door de toenemende reisafstand, maar ook omdat veel ouderen niet zelfstandig kunnen reizen. Veel dorpen zijn aangewezen op een huisartsenpost in een andere plaats, terwijl er soms geen bus rijdt. Op andere plaatsen rijdt wel een bus, maar niet op zondag. De huisarts kan ook figuurlijk te ver van de mensen af komen te staan. De grote schaal maakt dat de vertrouwensband met de patiënten kleiner wordt. Juist die band maakt efficiëntere en betere beoordeling van de klachten mogelijk. Hoe groter de schaal, hoe groter de afstand tussen patiënt en arts. Dat betekent verschraling van de zorg.

## De opkomst van huisartsenposten

Het aantal huisartsenposten (HAP's) nam vanaf 2000 snel toe. In 2005 zijn er nog 1,1 miljoen mensen die niet onder een huisartsendienstenstructuur – waaronder een of meerdere huisartsenposten – vallen ofwel 6,7 procent van de bevolking.<sup>3</sup>

De huisartsenposten brachten de werkbelasting van de avond- en weekenddiensten (ANW-zorg) van gemiddeld negentien uur per week aanmerkelijk terug.

De patiënten hadden echter veel klachten over de huisartsenposten: ze klaagden over tekortschietende medische zorg, een te restrictieve houding van de hulpverleners aan de telefoon, en een te grote fysieke afstand tot de hulpverlening.<sup>4</sup> Op veel plaatsen werd actiegevoerd en werden er klachten verzameld, gemeenten namen moties van onrust aan, er kwamen petitieën en noodkreten van patiëntenorganisaties. In oktober 2003 werden de problemen nog eens bevestigd door een onderzoek van Stichting De Ombudsman.<sup>5</sup>

## Tekortschietende kwaliteit

In 2004 publiceerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een rapport dat uitwees dat veel huisartsenposten verantwoorde zorg niet konden waarborgen.<sup>6</sup> De intake (triage) was vaak gebrekkig door onvoldoende scholing van de triagisten; de overdracht van patiëntgegevens was vaak niet goed geregeld; de telefonische bereikbaarheid was bij de helft van de huisartsen onder de maat. De IGZ stelde vast dat weliswaar negen miljoen mensen, ofwel 64 procent van de mensen in het verzorgingsgebied van een huisartsenpost, binnen vijftien minuten met de auto bij de desbetreffende

<sup>3</sup> Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003, IGZ, 18 december 2006.

<sup>4</sup> Dr. P.J.H. Giesen, Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands, proefschrift Radboud Universiteit, 6 juni 2007.

<sup>5</sup> Klachteninventarisatie Werkwijze Huisartsenposten, Stichting De Ombudsman, oktober 2003.

<sup>6</sup> Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten, IGZ, 2 april 2004.

7 Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003, IGZ, 18 december 2006.

8 Dr. P.J.H. Giesen, Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands, proefschrift Radboud Universiteit, 6 juni 2007.

9 Dr. P.J.H. Giesen geïnterviewd in: "We moeten huisartsenposten binnenboord houden," Huisarts in Praktijk, juni 2007.

10 Huisartsendienstenstructuren: doelmatigheid en sturing door zorgverzekeraars, CVZ, 6 mei 2004.

huisartsenpost konden komen, maar dat dat voor 36 procent van de mensen niet het geval was. De langste reistijden waren in de landelijke regio's. Andersom kon door de huisartsenposten vaak niet worden voldaan aan de inspanningsverplichting om bij spoed binnen vijftien minuten bij een patiënt te zijn. Slechts tien procent van de posten gaf aan hieraan te kunnen voldoen.

### **Kwaliteit huisartsenposten verbeterd**

In 2006 verscheen een IGZ-rapport met de uitkomsten van een vervolgonderzoek naar de kwaliteit van huisartsenposten.<sup>7</sup> Het rapport concludeerde dat de in 2004 geconstateerde kinderziekten grotendeels waren overwonnen. De huisartsendienstenstructuren werden volwassen geprofessionaliseerde diensten. Een aantal posten moest echter nog de kwaliteitsslag maken. Er waren over het algemeen verbeteringen nodig op het terrein van de telefonische bereikbaarheid, vooral bij spoedoproepen. Ook vond de IGZ het nodig normen en richtlijnen op te stellen voor wat betreft beschikbaarheid van het personeel, en verbeteringen aan te brengen in het triageproces.

De bereikbaarheid was in 2006 ook iets verbeterd ten opzichte van 2004. Tegenover 64 procent toen was nu 68 procent (10,4 miljoen mensen) van hen, die op een huisartsenpost zijn aangewezen, in staat om de post binnen vijftien minuten met de auto te bereiken – een aantal dat nog hoger ligt (namelijk 80 procent ofwel 12,3 miljoen mensen) als ook de Spoedeisende Hulpafdelingen van ziekenhuizen meegerekend worden.

### **Kansen kwaliteitsverbetering liggen voor het oprapen**

In juni 2007 promoveerde huisarts Paul Giesen op een uitgebreid onderzoek naar de kwaliteit van de huisartsenposten.<sup>8</sup> Hoewel over het algemeen goede zorg werd geboden, concludeerde Giesen dat de kansen voor kwaliteitsverbetering nog wel voor het oprapen lagen, zoals het ontwikkelen van landelijke spoedprotocollen en betere afspraken met bijvoorbeeld ambulancediensten over wie wanneer naar welke spoedpatiënt gaat.

Voor patiënten met levensbedreigende klachten werd het vijftien-minutencriterium in ongeveer 70 procent van de gevallen gehaald. De wachttijd bleek flink toe te nemen naarmate de afstand groter werd. Vertrekpunten van huisartsendienstauto's en ambulances zouden dan ook meer gespreid moeten worden, volgens Giesen.

Spoedzorg is volgens Giesen inherent aan het huisartsenvak. "Het is hun maatschappelijke plicht om diensten te blijven draaien. Zo behouden ze hun expertise en zorgen ze ervoor dat deze zorg op een kwalitatief goed peil blijft. Laten de huisartsen het afweten, dan grijpen ander commerciële aanbieders hun kans. Zoals we nu zien in Engeland, daar zijn tussen de acht en tien aanbieders actief. Walk-in-centers bijvoorbeeld, maar ook waarnemers die op elke klacht afgaan. Huisartsen moeten de huisartsenposten als hun organisatie blijven zien en zich ook persoonlijk verantwoordelijk willen voelen voor de zorg die ze leveren. Ze kunnen de kwaliteit breken of maken. Ze weten immers wat noodzakelijke zorg is, net zoals overdag in hun eigen praktijk. Huisartsen horen de sturende factor te zijn."<sup>9</sup>

### **Financiering versterkt grootschaligheid**

In augustus 2003 verzocht de minister van VWS het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een onderzoek te doen naar de doelmatigheid en sturing van de huisartsenzorg buiten kantooruren. Dit vanwege kostenoverschrijdingen bij de huisartsendiensten. Het CVZ concludeerde dat er een aantal factoren waren die van invloed waren op de doelmatigheid. Indien huisartsen bij de triage waren betrokken, daalde het aantal consulten ten opzichte van de telefonische consulten en daarmee de totale kosten voor de huisarts met 27 procent. Een tweede factor was de inzet van personeel; deze is echter ook afhankelijk van de kwaliteitseisen die gesteld worden. Als derde factor werd de opschaling van functies genoemd. Het CVZ waarschuwde hierbij wel dat een bepaalde mate van verbondenheid met de regio in stand moet blijven.<sup>10</sup>

Het CVZ concludeerde dat er een landelijk normbedrag kon komen, maar dat wel rekening gehouden moest worden met een stedelijke én een landelijke component (vanwege de meerkosten op het platteland).

De minister normeerde per 1 januari 2005 de budgetten voor de huisartsendienstenstructuren en introduceerde een aantal modules. Naast de basismodule kwam er een plusmodule voor kwaliteitsverbetering en innovatie, een module voor zorgconsumptietoeslag en een module voor het platteland. De laatste twee modules werden alleen toegekend aan de grootschalige huisartsendiensten, dwz. diensten waar huisartsen minder dan 450 ANW-uren draaien (zie bijlage 2).

De plattelandstoeslag is ingevoerd, aldus de minister in antwoord op Kamervragen, "omdat CVZ- en IGZ-rapporten (2004) en in lijn daarmee, het VWS-standpunt daarop, aangeven dat regionaal bezien

doelmatigheidswinst valt te behalen, met behoud van kwaliteit, indien de kleine huisartsendiensten-structuren bij de grote aansluiten (besparing management, overhead, kosten, auto, infrastructuur, etc.). Deze toeslag is derhalve bedoeld als prikkel voor die aansluiting.”<sup>11</sup>

Uit de rapporten van CVZ en IGZ blijken echter geen duidelijke aanwijzingen dat grootschaligheid tot meer doelmatigheid leidt (met behoud van kwaliteit). Bovendien geeft de minister hier blijk van een verkeerde interpretatie van de aanbeveling van het CVZ om een landelijke component in te voeren. De reden hiervoor was namelijk de verwachte meerkosten op het platteland, en niet als prikkel tot aansluiting van kleine huisartsendiensten bij grote posten.

Kleinschalige diensten scoren bovendien soms juist beter wat betreft bereikbaarheid. In het rapport van de IGZ uit 2006 is duidelijk te zien dat bijvoorbeeld in Drenthe, in gebieden met kleinschalige huisartsendiensten, de bereikbaarheid beter is dan in gebieden waar de grootschalige huisartsendienst de ANW-zorg doet. Alleen de gebieden in de directe omgeving van de grote huisartsenposten voldoen aan de officiële bereikbaarheidscriteria. In de andere gebieden in Drenthe, waar voldaan wordt aan de bereikbaarheidscriteria, is dat dankzij de kleinschalige posten.<sup>12</sup>

### Ruimte gewenst voor kleinschaligheid

Vanuit de Kamer is steeds aangedrongen op goede bereikbaarheid en – mede in dit kader – het mogelijk maken of zelfs belonen van kleinschaligheid.

In het debat in 2004 over de nieuwe financiering vroegen verschillende Kamerleden zich hardop af of de schaal niet een beetje uit de hand was gelopen met gemiddeld 150.000 patiënten per huisartsenpost. De Kamer maakte zich ook zorgen om de commerciële callcenters, waardoor er nog een extra laag wordt gecreëerd die losstaat van de huisartsenpost zelf.<sup>13</sup>

Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) sprak zich in 2007 in een symposium uit voor erkenning en volwaardige honorering van kleinschalige ANW-zorg.<sup>14</sup> De conclusie aan het slot van het symposium was dat huisartsen in een kleinschalig dienstverband kwalitatief hoogwaardige zorg leveren, dicht bij de patiënten staan, en de volledige regie voeren.

Bij de LHV is een werkgroep ingesteld om het aanbod van de huisartsenzorg in de ANW-uren opnieuw te definiëren. Een van de punten is het beleid ten aanzien van samenwerking met de afdelingen Spoedeisende Hulpverlening (SEH) van de ziekenhuizen. De Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) vindt dat de essentie van de huisartsenzorg hierbij behouden moet blijven. “De kracht van de huisartsenzorg is immers dat de huisartsenzorg de patiënt vanuit een integraal perspectief kan beoordelen,” zegt Van Vugt van de VHN. “Huisartsen moeten zelf nadenken over de vraag hoe ze in de komende jaren de huisartsenzorg buiten kantooruren willen vormgeven en daarop moeten ze ook gericht beleid ontwikkelen.” Zowel de VHN als de LHV staan op het standpunt dat het onmogelijk is om tot een landelijke blauwdruk te komen voor de ontwikkeling van de ANW-zorg. “Er moet oog blijven voor regionale differentiatie,” zegt Seegers van de LHV.<sup>15</sup>

Volgens de minister is differentiatie op lokaal en regionaal niveau altijd mogelijk geweest, er is geen enkele wet- of regelgeving die dit verbiedt.<sup>16</sup> Het zou aan de zorgverzekeraars en huisartsen zelf zijn om afspraken te maken over differentiatie en schaalgrootte. Uit de evaluatie van de beleidsregel zou zijn gebleken dat zorgverzekeraars overal te lande regionaal met de huisartsendiensten in gesprek zijn gegaan om te bezien wat de meest gewenste effectieve voorziening in de toekomst is.

Deze uitspraken van de minister komen echter niet overeen met de signalen van huisartsen uit kleinschalige dienstenstructuren. Reden voor de SP om een enquête te houden onder vertegenwoordigers van de kleinschalige huisartsenpraktijken.

<sup>11</sup> Antwoord Kamervragen gesteld door Van Gerven, 13 augustus 2007 (vergaderjaar 2006-2007)

<sup>12</sup> “Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003,” IGZ, 18 december 2006.

<sup>13</sup> Kamerdebat over huisartsenposten, 3 juni 2004.

<sup>14</sup> www.spoed.nu

<sup>15</sup> “De groeistuipe van huisartsenposten,” Huisarts in Praktijk, september 2007.

<sup>16</sup> Antwoord op Kamervragen Van Gerven, 31 mei 2007 (vergaderjaar 2006-2007, nr. 2037).



## 2. ENQUÊTE KLEINSCHALIGE HUISARTSENDIENSTEN

De enquête onder kleinschalige huisartsendiensten is gehouden in augustus 2007 en had een relatief hoge respons van 75 procent: 15 van de 20 aangeschreven huisartsendiensten hebben de enquête ingevuld.

De respondenten zijn huisartsen in kleinschalige diensten: in totaal gaat het om 175 huisartsen. Zij nemen waar voor ruim 375.000 patiënten. De meeste groepen zijn werkzaam op het platteland, een enkele in de stad.

De huisartsen werken nog in traditionele waarneemgroepen of in officiële kleinschalige huisartsendiensten. Een huisartsendienstenstructuur (HDS) is gedefinieerd als kleinschalig als de huisartsen gemiddeld meer dan 450 uur per jaar werken. Kleinschalige huisartsendiensten komen in tegenstelling tot grootschalige huisartsendiensten niet in aanmerking voor de modules platteland en zorgconsumptie (zie bijlage 2).

### Geënquêteerde huisartsendiensten

Structuur	Aantal	Aantal patiënten	Aantal huisartsen
Waarneemgroep	10	140.600	65
Kleinschalige HDS	4	67.238	34
Grootschalige HDS in clusters	1	170.000	76
<b>Totaal</b>	<b>15</b>	<b>377.838</b>	<b>175</b>

### Financiering en diensturen

Tien van de vijftien geënquêteerde huisartsendiensten werken nog in een traditionele waarneemstructuur. Zij doen dienst voor 7300 tot 35.000 patiënten, met vijf tot twaalf huisartsen per dienst. Deze diensten worden gefinancierd per verrichting. Dat betekent € 32,70 per consult, € 49,10 per visite en € 16,40 voor een telefonisch consult.

De jaarinkomsten (totale omzet) uit deze tien diensten bedragen per fulltime werkende huisarts:

1 dienst € 7.000 tot € 10.000;  
4 diensten tussen € 13.000 en € 14.000;  
4 diensten tussen € 18.000 en € 20.000;  
1 dienst € 32.000.

De huisartsen draaien 900 tot en met ruim 1800 uur dienst per fte per jaar, op een uitschieter naar beneden na, waar 560 uur dienst per fte per jaar wordt gedraaid. In de huisartsdienst waar een omzet van € 32.000 per jaar wordt gehaald, worden meer uren gedraaid, namelijk gemiddeld 2100 uur per fte. Volgens de definitie van VWS zijn dit dus allemaal kleinschalige diensten. De inkomsten lijken in vrijwel alle gevallen ver beneden de normbedragen voor kleinschalige dienstenstructuren te liggen (€ 26.000 per normpraktijk; zie bijlage 2).

Vier van de geënquêteerde huisartsendiensten werken als kleinschalige huisartsendiensten. Daarmee zijn dus vier van de zes (ons bekende) kleinschalige huisartsendiensten geënquêteerd.

Zij doen dienst voor 9500 tot bijna 27.000 patiënten, met vijf tot zeventien huisartsen per dienst. Deze diensten worden gefinancierd aan de hand van modules.

De jaarinkomsten (totale omzet) uit diensten bedragen in deze praktijken per fulltime werkende huisarts:

€ 16.000; € 26.000 en € 30.000 (één huisarts heeft deze vraag niet ingevuld).

De huisartsen uit deze drie diensten draaien respectievelijk 1450 uur, 1050 uur en 1250 uur per jaar.

De huisartsendienst met een jaaromzet van € 30.000 komt aan dit relatief hoge bedrag dankzij de toekenning van de vakantiedruk aan hun dienst in 2007, waardoor de totale begroting 50 procent hoger uitkomt dan zonder deze toekenning.

Een van de vijftien geëquëteerde huisartsendiensten is een grootschalige huisartsendienstenstructuur die verspreid over vijf clusters op een traditionele manier dienst doet, veelal op basis van een oude HAGRO-structuur (huisartsengroepen die samen de waarneming hebben geregeld), maar onder de paraplu van een management en een gezamenlijk callcenter. Het gaat hierbij om 170.000 patiënten en 76 huisartsen. Deze dienst wordt gefinancierd op basis van modules (voor grootschalige huisartsendiensten, dus inclusief plattelands- en zorgconsumptiemodule).

De jaarinkomsten per fulltime werkende huisarts bedragen € 12.000 tot € 20.000 per fte per jaar. Het aantal diensturen per fulltime werkende huisarts varieert van 400 tot 600 uur per jaar.

### **Redenen kleinschalige dienstenstructuur**

De belangrijkste reden voor behoud van de kleinschalige dienstenstructuur is de persoonlijke betrokkenheid van de huisarts bij de patiënt. Dit argument werd door elf van de vijftien huisartsen genoemd. De huisartsen vinden het een groot voordeel dat de huisarts zelf achter de telefoon zit, dat hij/zij de patiënten kent, en dat de gegevens toegankelijk zijn. Dit is de enige manier voor laagdrempelige zorg dichtbij de patiënten.

### **Top 5 redenen kleinschaligheid**

1. Persoonlijke betrokkenheid huisarts (elf maal)
2. Bereikbaarheid, kortere afstand (acht maal)
3. Menselijke maat, kleinschaligheid (zeven maal)
4. Verloskundige zorg (zeven maal)
5. Apotheekhoudend (vijf maal)

Vooraf voor het platteland vinden veel van de ondervraagde huisartsen kleinschaligheid een betere oplossing, ten eerste vanwege de afstanden. Enkele huisartsen vinden het doen van de avond-, nacht en weekenddiensten gewoon bij het vak horen, willen de regie en de onafhankelijkheid behouden, of zien meer in het combineren van dienst doen en thuis werken dan op pad gaan voor een grootschalige dienst.

### **Enkele uitspraken van de geëquëteerden over de redenen voor behoud van de kleinschalige dienstenstructuur:**

- *“Behoud kleinschaligheid, dichtbij de patiënt, het kennen van je patiënten, behoud verloskunde, en apotheekhoudend zijn, zelf terminale thuiszorg doen.”*
- *“De kleinschaligheid zelf, overzicht van de populatie, de kennis van de sociale context, de toegankelijkheid voor de patiënt, de toegang tot het medisch dossier in de waarneempartijen, medicijnbewaking, de terminale zorg, de thuisbevalling die nog door de huisarts wordt gedaan. De telefonische bereikbaarheid is optimaal, de huisarts neemt vrijwel altijd zelf de telefoon op.”*
- *“Dit is de enige manier om een goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg op het dunbevolkte platteland te garanderen.”*
- *“Vooraf op het platteland en in excentrisch gelegen woonkernen leidt grootschalige ANW-zorg tot nadelen: grote reisafstand, problemen voor mensen die geen vervoer hebben, etc.”*
- *“De patiënten zijn een belangengroep die bij beslissingen om huisartsendiensten op te richten niets is gevraagd; zeker in een plattelandsregio hebben de patiënten geen belang bij huisartsenzorg op grote afstand.”*
- *“Wij vinden de diensten onlosmakelijk verbonden met het huisartsenvak. Wij vinden dat de kwaliteit van zorg beter gegarandeerd is met de kleinschalige dienst.”*



## Belemmeringen voor kleinschalige dienstenstructuur

Als veruit de grootste belemmering voor het kleinschalig werken werd de financiering genoemd. Andere belemmeringen waren: de vele diensturen, het ontbreken van erkenning, en tegenwerking door zorgverzekeraars, door de Inspectie voor de Volksgezondheid, door VWS en soms ook door de LHV.

### Top 3 belemmeringen kleinschaligheid

1. Financiering schiet te kort (twaalf maal)
2. Strijd om erkenning door VWS en/of zorgverzekeraars (acht maal)
3. Veel uren beschikbaar zijn (zes maal)

Bij spitsuurdrukke zou het prettig zijn een achterwacht te hebben, aldus de geënquêteerden. Diensten inkopen is echter vaak te duur. Indien een waarnemer extern ingehuurd moet worden, kost dat al snel € 60 euro per uur, voor een heel weekend € 3600.

### Enkele uitspraken over de belemmeringen die huisartsen van een kleinschalige dienstenstructuur ondervinden:

- *“ Ons uurloon is schandalig laag.”*
- *“Diensten zijn vrijwel niet over te dragen aan een waarnemer van buitenaf, omdat de waarneemtarieven sinds het ontstaan van grote dienstenstructuren zo gestegen zijn: wij zouden duizenden euro's voor een waarneemweekend moeten betalen.”*
- *“Het moeten voldoen aan allerlei kwaliteitscriteria, triage volgens protocollen, alle contacten registreren. Het is moeilijk ons hoofd boven water te houden, hoewel we als artsen ‘maar’ € 25 per uur verdienen.”*

Van de vijftien ondervraagde huisartsen voelen dertien zich niet of onvoldoende ondersteund door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars zien liever grootschaligheid, weigeren de kleinschalige dienstenstructuur te erkennen, en zijn de kleinschalige diensten soms liever kwijt dan rijk.

### Enkele uitspraken over zorgverzekeraars:

- *“Men wil ons feitelijk niet erkennen, gesprekken om tot een betere honoreringsstructuur te komen zijn op niets uitgelopen. De lokale zorgverzekeraar vindt dat wij de positie van de regionale huisartsenpost ondermijnen.”*
- *“Ze lijken ons liever kwijt dan rijk te zijn, erg lastig om afspraken te maken.”*
- *“De Friesland doet niets, werkt niet tegen, maar doet ook niets ter ondersteuning en hoopt waarschijnlijk op een doodbloeden van de kleinschalige huisartsendienst.”*
- *“De zorgverzekeraar reageerde furieus toen wij ons voornemen bekend maakten uit de huisartsenpost te stappen, speelde hoog spel met aangetekende brieven met kopieën naar de Inspectie. Zij zal op geen enkele wijze meewerken aan het oprichten van een nieuwe huisartsen dienst op onze schaal.”*

## Toekomst voor de kleinschalige dienstenstructuur

De helft van de ondervraagde huisartsen ziet de toekomst somber in: als er niet meer financiële steun komt, als de zorgverzekeraars dwars blijven liggen, dan zullen de kleinschalige diensten het onderspit delven.

De andere helft ziet de toekomst rooskleuriger in. De patiënten willen een kleinschalige dienst, de patiëntvriendelijkheid zal het winnen, evenals de kwaliteit, tenminste als de gelijkwaardige betaling er daadwerkelijk komt.

### Enkele uitspraken over de toekomst van kleinschalige huisartsendiensten:

- *“Somber. Verzekeraars zijn echt de baas in dit spel. Veel huisartsen zijn zich inmiddels redelijk aan het realiseren dat ze voor een wezenlijk deel van hun praktijk de regie niet meer hebben. De meesten willen echter niet terug naar de tijd van de enorme belasting met dienststructuren zoals wij die nu hebben.”*
- *“Gezien de standpunten van verzekeraars en politiek en de meerderheid binnen de LHV is de toekomst somber. Gezien de kwaliteit van onze zorg is er hoop.”*
- *“Ik zie niet zoveel in concurrentie met tarieven of geld als inzet. Maar wel met service en*

*dienstbaarheid als inzet. Heel veel patiënten zullen kiezen voor de dokter die er ook in de avond en nacht voor hen is (of een goed ingewerkte collega) Zonder de drempel van een bandje, gevolgd door een triagedame die eerst van alles over de verzekering wil weten terwijl de hoofdwond door bloedt.”*

- *“De enige manier om de zorg dichtbij de patiënt te houden. Hopelijk komen meer mensen (politiek en artsen) tot dat inzicht.”*
- *“Ik verwacht dat – een beperkt aantal – huisartsen alsnog terugkeert naar de kleinschalige dienstenstructuur.”*

### **Over samenwerking met de huisartsenposten zijn tien van de vijftien ondervraagde huisartsen positief.**

De huisartsenposten zouden een rol kunnen spelen bij nachtdiensten, als achterwacht, in toeristische perioden, bij nascholing en inhoudelijke uitwisseling, en bij het inrichten van satellietposten.

#### **Enkele uitspraken over samenwerking met de huisartsenposten:**

- *“Samenwerking met de huisartsenpost lijkt niet aantrekkelijk, omdat de huisartsenpost een deel van onze schamele verdiensten wil hebben. Interessanter zou het worden als wij kleinschalig mogen blijven werken, maar door aansluiting bij een huisartsenpost wel de HAP-tarieven mogen berekenen.”*
- *“Een andere optie is dat de verschillende kleinschalige dienstenstructuren hun krachten bundelen in een samenwerkingsverband, waardoor wordt voldaan aan de normen voor een huisartsenpost, zodat de HAP-tarieven (tarieven voor huisartsenposten) berekend mogen worden.”*
- *“Wij als solistisch werkende huisartsen die nog verloskunde doen, veel visites rijden, zelf kleine chirurgie doen, werken op een andere manier dan een grote huisartsenpost; dit afwijken van dé norm is voor een geprotocolleerde huisartsenpost erg moeilijk.”*
- *“De huisartsenpost zou kunnen fungeren als telefonische achterwacht, bijvoorbeeld bij een bevalling of als eerste opvang voor de nachten. Samenwerking is ook mogelijk op het gebied van scholingstrajecten en uitwisselingen op medisch inhoudelijk vlak.”*

#### **Wat kan de politiek doen?**

Vrijwel unaniem vinden de geënquêteerde huisartsen dat de kleinschalige structuur door de politiek erkend moet worden, met een bijbehorende financiering.

#### **Top 3 voor politiek**

1. Erkenning kleinschalige diensten (veertien maal)
2. Gelijkwaardige financiering (elf maal)
3. Erkenning van het feit dat huisartsenpost op platteland anders is dan in stad (vijf maal)

De geënquêteerden vragen oog voor de dunbevolkte gebieden: mogelijk is voor negentig procent van Nederland grootschalig wel goed, maar voor vijf tot tien procent is kleinschalig beter. Ook in grotere steden heeft kleinschaligheid voordelen, zoals de persoonlijke betrokkenheid van de huisartsen en de bekendheid met de patiënten. De kleinschaliger structuur is ook goedkoper, de besparingen hiervan zouden ingezet moeten kunnen worden in de dienstenstructuur zelf.

#### **Enkele uitspraken over wat de politiek zou moeten doen om de kleinschalige dienstenstructuur in stand te houden:**

- *“Loon naar werken. Dat betekent in dit geval dat een deel van de vele besparingen, die kleinschalig werkende huisartsen teweegbrengen (geen auto met chauffeur, geen extra triage personeel, geen extra vastgoedkosten, geen extra managerskosten), aan de kleinschalig werkende huisarts zouden moeten toekomen. Dat kan dan weer leiden tot het eerder financieel mogelijk maken van het aantrekken van een extra collega, waardoor de dienstendruk kan afnemen.”*
- *“Instellen van acceptabele honorering voor het kleinschalig werken en landelijk het stimuleren van kleinschalig ANW-diensten .”*
- *“Ook in de toekomst de grote structuren, die meer decentraal willen gaan opereren, meer steunen.”*
- *“Honorering bereikbaarheidsuren en bijkomende kosten, met name module voor verbetering bereikbaarheid en overdracht waarnemingen.”*
- *“Vooral erkennen dat het een kwalitatief goede zorg is, zeker in dunbevolkte plattelandsgebieden.”*

### 3. CONCLUSIES

In plaats van zorg dicht bij de mensen te brengen, is met de ontwikkeling van grootschalige huisartsenposten de zorg letterlijk en figuurlijk steeds verder van de patiënten af komen te staan. Letterlijk vanwege de fysieke bereikbaarheid, die steeds moeilijker wordt. Figuurlijk omdat de vertrouwensband van de huisarts met de patiënten zo kleiner wordt. Juist die band maakt efficiëntere en betere beoordeling van de klachten mogelijk.

Hoewel de grootschalige huisartsenpost een goede oplossing bleek te zijn voor de werkdruk van huisartsen, is het van het begin af aan de vraag geweest of deze ook voor patiënten de meeste adequate oplossing was. Patiënten hadden vooral problemen met de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de huisartsenposten, en met de terughoudende houding van de hulpverlener aan de telefoon. Ook de Inspectie voor de Volksgezondheid stelde in 2004 vast dat de triage (intake van de hulpvraag) en de telefonische bereikbaarheid onder de maat waren. Ook de fysieke afstand tot de huisartsenpost was voor veel patiënten te ver. In een vervolgonderzoek van de Inspectie in 2006 bleek de kwaliteit te zijn verbeterd, maar nog lang niet optimaal te zijn. Vooral de fysieke bereikbaarheid bleef een probleem, zeker op het platteland. Twintig procent van de patiënten kon nog steeds niet binnen vijftien minuten met de auto bij een spoedhulpvoorziening zijn. Kleinschalige diensten scoorden beter wat betreft bereikbaarheid. In het rapport van de Inspectie uit 2006 bleek bijvoorbeeld dat in Drenthe, in gebieden met kleinschalige diensten, de bereikbaarheid beter was dan in gebieden met grootschalige diensten.

Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging stelde dat in delen van Nederland, vanwege de geografie en de bevolkingssamenstelling, een kleinschalige dienstenstructuur nodig is om de huisartsenzorg vierentwintig uur per dag goed beschikbaar en bereikbaar te houden.

De meeste kleinschalige huisartsendiensten bevinden zich nog op het platteland. In de enquête geven de huisartsen aan dat vooral op het platteland kleinschaligheid een betere oplossing is. Er zijn ook grotere plaatsen waar huisartsen kleinschalig willen blijven werken, en in sommige gevallen stappen huisartsen weer uit grootschalige diensten. Kleinschaligheid heeft immers, zoals gezegd, meer voordelen, namelijk de persoonlijke betrokkenheid van de huisartsen. De patiënten kennen hem/haar en de huisarts kent de patiënten.

Er is dan ook geen enkele reden grootschaligheid te belonen en kleinschaligheid te belemmeren. Het zou daarom goed zijn onderzoek te doen naar de mogelijkheden van kleinschalige dienstenstructuren. Welke voorwaarden zijn er nodig om deze te organiseren en te stimuleren. Huisartsen die dat willen moeten in elk geval de financiële ruimte krijgen om kleinschalige diensten te organiseren. Zeker ook de huisartsen op het platteland, waar het vaak de enige manier is om een goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg te garanderen.

In het huidige beleid worden huisartsen die graag in kleinschalige dienstenstructuren willen blijven werken, hierin gehinderd en financieel benadeeld. Uit de enquête onder huisartsen bleek de financiering de grootste belemmering te zijn voor de kleinschalige huisartsendiensten. De huisartsen in kleinschalige diensten verdienen € 15 t/m € 17 per uur, inclusief de infrastructurele kosten (gas, ICT, auto, assistentie). Dat is eenderde van het bedrag dat beschikbaar is voor huisartsen die werken in grootschalige diensten. Huisartsen in kleinschalige diensten hebben het weliswaar minder druk per uur – tijdens de dienst kunnen ze administratieve werkzaamheden doen en tijdens nachtelijke uren kunnen ze soms ongestoord doorslapen – maar dat rechtvaardigt niet zo'n groot verschil. Een ander probleem is het inkopen van vervanging. Huisartsen in kleinschalige diensten moeten veel uren beschikbaar zijn. Dan is het prettig als je af en toe kunt compenseren en bijvoor-

beeld voor een weekend een waarnemer van buitenaf in kunt huren. Waarnemers vragen echter minstens € 60 per uur, ofwel zo'n € 3600 voor een weekend – niet te betalen dus.

Een andere belangrijke belemmering voor de huisartsen van kleinschalige diensten was de ervaren tegenwerking van de zorgverzekeraars. De meeste huisartsen voeren strijd voor erkenning door zorgverzekeraars, VWS en Inspectie. Zorgverzekeraars werken niet mee, gesprekken om tot een betere honoreringsstructuur te komen lopen meestal op niets uit. Soms worden huisartsen er door zorgverzekeraars zelfs van beschuldigd de positie van de regionale huisartsenpost te ondermijnen. In een regio waar enkele huisartsen uit de bestaande huisartsenpost stapten, reageerde de zorgverzekeraar zelfs furieus. Er zijn maar weinig huisartsendiensten die als kleinschalige dienst worden gefinancierd. Veel kleinschalige huisartsendiensten werken nog op de oude manier, met traditionele waarneemgroepen. Het is hen in de meeste gevallen niet gelukt een andere financiering met de zorgverzekeraar af te spreken. Dit omdat de zorgverzekeraars liever grootschaligheid zien.

De ondervraagde huisartsen zien de toekomst voor de kleine dienstenstructuren somber in als het beleid niet verandert en de zorgverzekeraars het voor het zeggen blijven houden.

De politiek zal in moeten grijpen en moeten zorgen voor erkenning en volwaardige financiering van kleinschalige diensten. Er is geen enkel argument om grootschaligheid te belonen en kleinschaligheid te belemmeren. Integendeel, kleinschaligheid moet mogelijk zijn en zou zelfs gestimuleerd moeten worden.

Groot- of kleinschalig, de huisartsendiensten moeten een zorg van de huisartsen blijven. Het blijft gaan om huisartsenzorg, en huisartsen weten wat noodzakelijke zorg is. De kracht van de huisartsenzorg is dat de huisartsen de patiënten vanuit een integraal perspectief kunnen beoordelen. In dit kader lijkt overname door Spoedeisende Hulpverleningafdelingen van ziekenhuizen dan ook geen goed idee. Wel moet goed worden nagedacht over samenwerkingsverbanden, zeker ook in plattelandsgebieden. In elk geval moet voorkomen worden dat andere partijen, zoals commerciële aanbieders, de huisartsendiensten overnemen.

De essentie van de huisartsenzorg moet behouden blijven. Daarom moeten huisartsen de sturende factor op de huisartsendiensten blijven.

## 4. AANBEVELINGEN

- Doe onderzoek naar de belemmeringen voor kleinschalig georganiseerde huisartsenzorg buiten kantoor tijd en kom met voorstellen die deze huisartsenzorg bevorderen.
- Erken kleinschalige dienstenstructuren en zorg minimaal voor een financiering die gelijkwaardig is aan de financiering van grootschalige huisartsendiensten; dit geldt ook voor de nog bestaande waarneemgroepen.
- Verbeter de kwaliteit en de (telefonische) toegankelijkheid van alle huisartsendiensten; verbeter de bereikbaarheid door een betere spreiding van huisartsenposten, bijvoorbeeld door meerdere huisartsenposten per grootschalige huisartsendienst.
- Zorg dat overal in het land voldaan wordt aan de inspanningsverplichting om bij spoed binnen vijftien minuten bij een patiënt te zijn (huisarts of ambulance); overal in het land moeten mensen binnen vijftien minuten een spoed-hulpvoorziening (huisartsenpost of SEH) kunnen bereiken.
- Vervang huisartsendiensten niet door Spoedeisende Hulpverlening (SEH) in ziekenhuizen, stimuleer goede samenwerking; behoud de essentie van de huisartsenzorg en laat de huisartsen de sturende factor blijven in de huisartsendiensten.



## **BIJLAGE 1. AFKORTINGEN EN DEFINITIES**

<b>ANW-dienst</b>	Avond-, nacht- en weekenddienst, dwz. buiten kantooruren (dus voor 08:00 uur en na 17:00 uur van maandag t/m vrijdag) en tijdens erkende feestdagen
<b>CVZ</b>	College voor Zorgverzekeringen
<b>fte</b>	Fulltime equivalent: één fte is een volledige werkweek
<b>HAGRO</b>	Huisartsengroep: een samenwerkingsverband van huisartsen waarin onderling wordt waargenomen volgens een vastgestelde waarneemregeling
<b>HAP</b>	Huisartsenpost: een fysieke organisatie, onderdeel van een huisartsendienstenstructuur, die huisartsenzorg levert in avond, nacht en weekend
<b>HDS</b>	Huisartsendienstenstructuur: rechtspersoon, bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) aangewezen als zorginstelling, vallend onder de Kwaliteitswet zorginstellingen, en verantwoordelijk voor de voorwaardelijke voorzieningen voor een huisartsenpost. De HDS kan één of meer huisartsenposten omvatten.
<b>IGZ</b>	Inspectie voor de Gezondheidszorg
<b>LHV</b>	Landelijke Huisartsen Vereniging
<b>Sateliëtpost</b>	Steunlocatie van een huisartsenpost, teneinde de bereikbaarheid binnen het verzorgingsgebied te verbeteren
<b>SEH</b>	Spoedeisende Hulpverlening
<b>Triage</b>	Het proces van toepassen van voorrangregels op een ongeordende verzameling hulpvragen en de toedeling van een hulpvraag aan een daarvoor aangestelde en/of aangewezen gekwalificeerde functionaris
<b>VHN</b>	Vereniging Huisartsenposten Nederland
<b>VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport





## BIJLAGE 2. FINANCIERING HUISARTSEN- DIENSTENSTRUCTUREN

Het jaarbudget voor huisartsendiensten is opgebouwd uit een basismodule, de plattelandsmodule, de zorgconsumptiemodule en de plusmodule. Huisartsendiensten worden gedefinieerd als kleinschalig als huisartsen gemiddeld meer dan 450 uur per jaar (exclusief uren achterwacht) werken. Deze kleinschalige huisartsendiensten komen niet in aanmerking voor de module platteland en de module zorgconsumptie.

<sup>17</sup> www.nza.nl

<sup>18</sup> Antwoord op Kamervragen Van Gerven, 31 mei 2007 (vergaderjaar 2006-2007, nr. 2037).

	Plus Module	Basis Module	Platteland Module	Zorgconsumptie Module per inw.	Max. budget	Max. budget normpraktijk
Kleinschalige HDS	90-100 %	€ 10,40	Niet	Niet	€ 11,44	€ 26.884
Grootschalige HDS	90-100 %	€ 10,40	€ 2,50	€ 2,00 max.	€ 16,39	€ 38.517

Het vaste bedrag per patiënt bedraagt € 10,40. Een grootschalige dienstenstructuur krijgt hier bovenop € 2,50 via de plattelandsmodule en maximaal € 2 via de zorgconsumptiemodule. Negentig procent van dit bedrag is standaard, over de rest moet worden onderhandeld. Meer kan men krijgen voor kwaliteitsinitiatieven en substitutieprojecten van de tweede naar de eerste lijn, maximaal 110 procent (plusmodule).

De kleinschalige structuur krijgt alleen de basismodule en de plusmodule, dwz. maximaal € 11,40 (€ 10,40 + 10 procent). De grootschalige structuur krijgt maximaal € 16,39 euro (€ 10,40 + € 4,50 + 10 procent).

De huisartsendiensten krijgen een budget toegewezen op basis van een begroting (beoogde omzet), bijvoorbeeld op basis van 10.000 consulten voor 2007. De daadwerkelijke consulten worden gedeclareerd. Indien er in 2007 uiteindelijk 11.000 consulten zijn gedeclareerd, worden de tarieven voor het jaar erop naar beneden bijgesteld, zodat het totale budget niet groter wordt. Dit heeft tot gevolg dat de tarieven zeer uiteenlopen. Bijvoorbeeld € 11,40 voor een consult in de huisartsenpost Westerbork en € 88,20 voor een consult in de Centrale Huisartsdienst Drenthe.<sup>17</sup>

### Uurlonen kleinschalige diensten zeer laag

De minister is van mening dat de kleine huisartsendiensten in elk geval profiteren van de vergoeding voor de infrastructurele kosten, ofwel de basismodule. Daarnaast profiteren de kleine huisartsendiensten volgens de minister ook van de inkomensverbetering (ingevoerde uurtarief) "met als gevolg dat door het draaien van meer dan 450 uren de huisartsen een gemiddeld inkomen verwerven van € 30.000 per jaar tegen een gemiddeld inkomen van huisartsen in grote huisartsendiensten van € 13.000 per jaar".<sup>18</sup>

Uitgaande van de modulen is het maximale budget van een normpraktijk voor kleine huisartsendiensten echter niet meer dan € 26.884 (zie tabel 1). Dat betekent dat de door de minister geschatte verdiensten voor huisartsen in kleinschalige diensten, namelijk € 30.000 euro per jaar per huisarts, een sprookje is.

Huisartsen in kleinschalige huisartsendiensten doen 1200-2500 uur dienst en de uurtarieven voor

<sup>19</sup> Dit bleek uit een gesprek met kleinschalige huisartsendiensten.

huisartsen liggen op gemiddeld € 17 per uur, inclusief de infrastructurele kosten (gas, ICT, auto, assistentie). Bij de meeste huisartsenposten in kleinschalige huisartsendiensten liggen de vergoedingen per uur nog lager doordat praktijken kleiner zijn dan de normpraktijk. De huisartsen in grote huisartsendiensten hoeven voor € 13.000 slechts 259 uren dienst te doen. De bruto uurvergoeding van € 45 t/m € 50 ligt ruim drie keer zo hoog als het bedrag dat beschikbaar is voor huisartsen in een kleinschalige huisartsendienst.<sup>19</sup>

## BIJLAGE 3. KLEINSCHALIGE HUISARTSEN-DIENSTEN

Volgens schattingen van de huisartsen werken nog circa vier procent van de huisartsen, dwz. enkele honderden, in een kleinschalige ANW-dienst.

Het gaat hierbij om circa zes kleinschalige dienstenstructuren.

Van de 59 bij de Nma genoemde huisartsendienstenstructuren<sup>20</sup> zijn er voor zover ons bekend vijf kleinschalig:

- **In Drenthe en Overijssel:**  
Vereniging Dienstenstructuur Zuidwest Drenthe en Noordwest Overijssel (Nijeveen);  
Dienstenstructuur Zuidwolde (Zuidwolde);  
Stichting Huisartsendienstenstructuur Westerbork (Westerbork);
- **In Noord-Holland:**  
de Huisartsendienstenstructuur Eilandspolder (Middenbeemster);
- **In Noord-Brabant:**  
de Huisartsenpost Tussen Maas en Waal (Wijk en Aalburg); de Huisartsenpost Erp (Uden en Veghel).

Daarnaast zijn er nog een aantal huisartsen die volgens de oude structuur in waarneemgroepen (HAGRO's) werken. Voor hen geldt de bijzondere financiering huisartsendiensten niet, ze worden per verrichting uitbetaald.

In 2005 vallen zo'n 1,1 miljoen mensen (6,7 procent)<sup>21</sup> nog niet onder een dienstenstructuur, in 2003 was dat nog 11 procent.<sup>22</sup>

Deze waarneemgroepen zitten vooral op het platteland (ca. 70 huisartsen in Friesland, in Overijssel, bijvoorbeeld in Zwartsluis en Hasselt).

<sup>20</sup> www.nza.nl

<sup>21</sup> Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003, IGZ, 18 december 2006.

<sup>22</sup> Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten, IGZ, 2 april 2004.



## BIJLAGE 4. DE ENQUÊTE

1. **Hoe luidt de naam van uw waarneemgroep of dienstenstructuur en welke gemeente(n) betreft het?**

Naam: .....

gemeente(n): .....

2. **Hoe groot is uw KDS?**

Aantal patiënten: .....

aantal artsen: .....

aantal fte: .....

3. **Hoe wordt u betaald? (vervang betreffende O door X)[?]**

per verrichting (consult/visite/tel. consult) in de diensten

als kleinschalige huisartsendienstenstructuur (HDS) via de basismodule

als kleinschalige huisartsendienstenstructuur (HDS) via de basismodule en andere modules

anders, namelijk

4. **Als u betaald wordt per verrichting tijdens de diensten, welk bedrag kunt u dan declareren?**

per consult: .....

per visite: .....

per telefonisch consult: .....

5. **Als u betaald wordt via de systematiek van de kleinschalige HDS, voor welke modules en bedragen per patiënt komt u dan in aanmerking?**

Module: ..... bedrag per patiënt: .....

Module: ..... bedrag per patiënt: .....

Module: ..... bedrag per patiënt: .....

6. **Hoeveel bedragen de jaarinkomsten (omzet) uit de dienstwerkzaamheden per fulltime werkende huisarts in uw waarneemgroep?**

..... euro per jaar per fte

7. **Hoeveel uren dienst draait u op jaarbasis per fulltime werkende huisarts?**  
uur per jaar per fte .....
8. **Wat zijn de redenen geweest waarom u voor het behoud van de kleinschalige diensten structuur heeft gekozen?**  
.....  
.....  
.....
9. **Wat zijn de belemmeringen die huisartsen bij een KDS ondervinden?**  
.....  
.....  
.....
10. **Hoe kijkt de ziektekostenverzekeraar aan tegen de KDS?**  
**Wordt u voldoende ondersteund?**  
 ja  nee  
**Zo nee, waarin niet?**  
.....  
.....  
.....
11. **Hoe ziet u de toekomst voor de kleinschalige dienstenstructuur?**  
.....  
.....  
.....
12. **Is samenwerking met de grootschalige dienstenstructuur (HAP) mogelijk en of wenselijk?**  
 ja  nee  
**Zo ja, op welke wijze?**  
.....  
.....  
.....
13. **Wat zou de politiek/overheid moeten doen om de KDS in stand te houden?**  
.....  
.....  
.....

**Persoonlijke gegevens**

**Naam huisartspraktijk:** .....

**Naam:** .....

**Email:** .....

**Tel.:** .....

**Wilt u op de hoogte gehouden worden van de uitkomst van het onderzoek?**

ja  nee

**Wilt u op een of andere manier meehelpen om de toekomst van de KDS veilig te stellen?**

ja  nee

**Wilt u op de hoogte gehouden worden van vervolgacties?**

ja  nee

**SP** 