

Innovatie en ondernemerschap

Vier verpleegkundig specialisten en vier huisartsen in één praktijk

Hoe kan het dat de ene huisarts vier verpleegkundig specialisten in dienst heeft en de andere al moeite heeft om er één te financieren? De kenniscentra Kwaliteit Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) en Meetpunt Kwaliteit onderzochten dit op verzoek van de V&VN. De bekostiging van de functie van verpleegkundig specialist is voor veel huisartsenpraktijken een uitdaging. In dit nummer deel twee van een tweeluik.

► Drs. M.R. van der Burgt, J. van Roij, BSc (Hons), drs. E.W.C.C. Derckx en dr. M.A. Meulepas

Visie, ondernemerschap en het creëren van nieuw zorgaanbod vormen samen de sleutel om één of meer verpleegkundig specialisten in te zetten in de huisartsenpraktijk. Ook de manier waarop de praktijk is georganiseerd draagt hieraan bij. Huisartsen met een VS in hun praktijk zijn positief, de functie is niet meer weg te denken. Toch blijft de financiering een heikel punt. In een praktijk waar vier verpleegkundig specialisten werken gingen wij na wat de succesfactoren zijn en waarom.

Stagnatie voorkomen

De inzet van de VS in de huisartsenzorg op grote schaal blijft uit. Dit is niet alleen een gemiste kans voor de huisarts, maar ook voor patiënt en overheid. Deze laatste zet in op zorg dicht bij huis, toegankelijk en bereikbaar voor iedereen. Veel huisartsen hebben nu al volle spreekuren, patiënten moeten soms dagen wachten voordat ze er terechtkunnen. Als we willen dat burgers in de toekomst gebruik kunnen maken van de huisartsenvoorziening zonder oplopende wachttijden, dan moet er iets veranderen. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de inzet van de VS een oplossing biedt. Maar de VS lijkt onvoldoende voet aan de grond te krijgen.

Financiering

De huidige financiering is een belemmerende factor om de functie van VS verder uit te rollen. In tegenstelling tot de praktijkondersteuner (POH) kent de VS geen eigen bekostiging. Dat betekent dat de VS de eigen broek moet ophouden. Het salaris inclusief de werkgeverslasten plus andere overhead- en praktijkkosten zoals de huur van een spreekkamer, ICT, tele-

In het vorige nummer van Dé Verpleegkundig Specialist (nr 1, lente 2016) stond het eerste deel van het tweeluik. We beschreven een praktijk waar een VS een vacature voor een huisarts invulde. Dit is alleen mogelijk als je vooraf goed nadenkt over wie wat gaat doen. De VS kan immers niet alle taken van een huisarts één-op-één overnemen.



THINKSTOCK

fonie-abonnement, verzekeringen en reiskosten voor visites moet zelf terugverdiend worden. Dat kan op twee manieren: via directe en indirecte declarabele taken. Zo kan een huisarts verrichtingen (zoals consulten en visites) die de VS uitvoert, rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar. Dit is een belangrijke bron van inkomsten maar doorgaans niet genoeg om de kosten te dekken. De VS kan ook een rol vervullen in kwaliteitsprojecten of organisatietaken op zich nemen. Deze uren moeten op een andere manier worden gefinancierd. Huisarts en zorgverzekeraar kunnen afspraken maken over het uitvoeren van bepaalde projecten of modules. Daar staat een aparte financiering tegenover. Een voorbeeld hiervan was in 2014 de module Kwaliteit. Een huisarts kan per verzekerde per kwartaal € 1,50 declareren bij de zorgverzekeraar als hij aan een aantal voorwaarden voldoet. Dan gaat het bijvoorbeeld om het houden van een avondspreekuur of de mogelijkheid voor patiënten om digitaal een afspraak te maken of herhaalrecepten aan te vragen.

Goedkoper

Er zijn ook nog andere mogelijkheden om de loon-, overhead- en praktijkkosten van de VS op te vangen (zie tabel 1). We lichten hier de drie meest voor de hand liggende mogelijkheden toe. Ten eerste kan een praktijk meer patiënten inschrijven, dit betekent

extra inkomsten. De VS kan de zorgvragen van de nieuwe patiënten samen met de huisarts opvangen. Ten tweede kan worden bespaard op de kosten van een waarnemend huisarts. Een waarnemer vervangen door een VS scheelt in de portemonnee. Een VS is niet alleen goedkoper, maar is ook een vast en vertrouwd gezicht voor patiënten. Een derde optie is het verminderen van het aantal fte huisartsen. Als een huisarts vertrekt, dan kun je een deel van de vacature invullen met een goedkopere VS. In het lentenummer van Dé Verpleegkundig Specialist beschreven we een praktijk die voor deze oplossing heeft gekozen.

De meeste Nederlanders zijn ingeschreven bij een huisarts; de inschrijving op naam. Iedere patiënt is zo aan een vaste huisarts gekoppeld. De inschrijving geeft toegang tot huisartsgeneeskundige zorg. Huisartsen ontvangen van de zorgverzekeraar voor iedere patiënt een vast bedrag (inschrijftarief) dat als vergoeding dient voor de kosten van beschikbaarheid en een gedeelte van de zorgverlening. Verder krijgt een huisarts betaald voor iedere verrichting (bijvoorbeeld € 9,- voor een consult en € 13,50 voor een visite) en bestaat er een aparte regeling voor de multidisciplinaire ketenzorg voor chronische ziekten. Bovendien kunnen verzekeraars met huisartsen afspraken maken over het uitvoeren van projecten of modules. Wanneer de huisartsenpraktijk aan de omschreven voorwaarden voldoet levert dit extra geld op.

KOSTEN
Salariskosten plus werkgeverslasten
Praktijkkosten
Overhead
INKOMSTEN
Verrichtingen (consulten, visites)
M&I-verrichtingen
Projectmatige activiteiten
Programmatische zorg (DBC's)
Inschrijftarief voor inschrijven (extra) patiënten
Verminderen kosten waarneming
Formatie huisarts verminderen ten gunste van VS

Tabel 1. Variabelen voor het financieren van een VS

Geen blauwdruk

Iedere werkgever moet zijn eigen situatie bekijken om te zien hoe de kosten voor de VS het beste gedekt kunnen worden. Een blauwdruk hiervoor bestaat niet. Iedere organisatie is anders. Een VS is meestal in dienst van één of meerdere huisartsen, een gezondheidscentrum, zorggroep of huisartsenpost. Uit onderzoek van Van der Burgt et al. (2015) blijkt overigens dat ruim twee derde van de verpleegkundig specialisten in een praktijk met drie of meer huisartsen werkt (maatschap, groepspraktijk of gezondheidscentrum). Er zijn grote verschillen te zien. Zo zijn er huisartsen met een solopraktijk die het lukt om de VS te betalen, terwijl dit voor een groepspraktijk met meerdere huisartsen soms niet of nauwelijks mogelijk is. Verschillende factoren spelen een rol, maar de belangrijkste zijn de bekendheid van huisartsen met de financieringsopties voor een VS (tabel 1) en de bereidheid en creativiteit om die te gebruiken.

In dit onderzoek is één praktijk onderzocht. Het doel was om inzicht te krijgen in het verdienmodel van deze praktijk. Daarvoor is gebruikgemaakt van interviews, gegevens uit het huisartseninformatiesysteem, financiële praktijkdocumenten en de jaarafrekening. Deze studie vond plaats in 2014. In 2015 startte een nieuwe financiering in de huisartsenzorg. De methodiek van het berekenen van inkomsten en kosten blijft gelijk. Het volledige rapport (2015) is beschikbaar op de website van het kenniscentrum: <https://www.stichtingkoh.nl/kenniscentrum-taakh-1e/publicaties/rapporten/>.

Eén praktijkhouder

De sleutel voor het succes in de praktijk die wij onderzochten, ligt op vier fronten. De eerste is de manier waarop de praktijk is georganiseerd. Bij deze huisarts staan 7.000 patiënten ingeschreven; daarmee is hij de praktijkhouder en eigenaar. Hij heeft vier huisartsen (3,2 fte) in dienst, vier verpleegkundig specialisten (2,8 fte) en ander ondersteunend personeel (doktersassistenten, praktijkondersteuners, een manager). Deze praktijkhouder is verantwoordelijk voor de zorg aan zijn patiëntenpopulatie, de praktijkorganisatie, financiën en aansturing van zijn medewerkers, inclusief de andere huisartsen. De verpleegkundig specialisten en huisartsen werken samen voor alle patiënten in de praktijk. De inkomsten en uitgaven voor de hele praktijk zijn voor de centrale organisatie. Hierdoor wordt de praktijk efficiënt georganiseerd. Dit is geen gebruikelijke werkwijze. We geven een voorbeeld. In een groepspraktijk staan 7.000 patiënten ingeschreven bij vier verschillende huisartsen. Die verdeling hoeft niet gelijk te zijn. Zo heeft arts A, die drie dagen werkt, 1.700 patiënten en arts B, die fulltime werkt, 2.500 patiënten. Huisartsen die niet in loondienst zijn, werken als zelfstandig ondernemer. Dat wil zeggen dat iedere arts zelf verantwoordelijk is voor het beleid en de financiën van zijn praktijk. In het voorbeeld zijn er dus vier zelfstandige ondernemingen die in meer of mindere mate samenwerken. Hoe ze dat doen, bepalen de artsen onderling. Zo kan het ondersteunend personeel in dienst zijn van de vier praktijken samen, maar het is ook mogelijk dat iedere huisarts zijn eigen team betaalt. De praktijken delen dan alleen de kosten huisvesting en ICT. Als de huisartsen in ons voorbeeld samen een VS inzetten, moeten ze het over een aantal dingen eens worden. Wat gaat de VS doen voor iedere praktijk? Hoeveel uren? Hoe worden de kosten verdeeld? Huisarts B heeft een groter bedrijf dan A, dus ook andere wensen, inkomsten en uitgaven. De onderzochte praktijk kent deze problemen niet. De praktijkhouder bepaalt als eigenaar het beleid en de financiën in zijn onderneming.

Visie

Een tweede succesfactor is de visie op de zorg en de praktijkorganisatie. De praktijkhoudende huisarts vindt de VS een waardevolle aanvulling vanwege haar eigen deskundigheid. Ze neemt taken over van de artsen en voegt daar iets extra's aan toe: het verpleegkundig perspectief. Huisartsen, verpleegkundig specialisten en ander ondersteund personeel vormen samen het team dat huisartsgeneeskundige zorg le-

vert. Door de combinatie van functies en deskundigheden ontstaat een efficiënte organisatie van het zorgaanbod waardoor de juiste medewerker wordt ingezet bij de zorgvraag. Dit teamgevoel herkennen medewerkers, zij voelen zich gelijkwaardig en betrokken bij de zorg. Opvallend is de keuze om de VS veel niet-patiëntgebonden taken te laten uitvoeren.

Hierdoor besteden de artsen meer tijd aan het doen van consulten en visites waardoor ze (extra) inkomsten genereren. Dit contrasteert met eerder onderzoek waar huisartsen in de vrijgekomen tijd naast consulten en visites toch nog veel niet-patiëntgebonden taken uitvoerden (Romeijn, 2006; Dierick-van Daele, 2008). In vergelijking met de huisartsen genereren de verpleegkundig specialisten in onze onderzoekspraktijk door deze taakverdeling ongeveer de helft aan inkomsten uit verrichtingen.

VS neemt taken over van de artsen en voegt daar iets extra's aan toe: het verpleegkundig perspectief

Innovatiekracht

De praktijkhouder ziet door de inzet van de verpleegkundig specialisten kans voor vernieuwing van het zorgaanbod. Dit brengt extra inkomsten met zich mee. Dit is de derde succesfactor. Zo startten de verpleegkundig specialisten avondsprekuren, bieden ze zorg aan dak- en thuislozen en houden een spreekuur in een ggz-instelling. Bij deze instelling bieden ze huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten die daar verblijven. Van een andere orde is bijdrage van de verpleegkundig specialisten in het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Hierin nemen ze taken over van de huisarts en POH, ze combineren op die manier twee functies. Dit is een bewuste keuze van deze praktijk vanuit de visie dat hierdoor zowel de kwaliteit als de efficiëntie van de zorg verbetert. Deze twee-in-een functie van de VS in de ouderenzorg komt nog weinig voor.

Ondernemerschap

En als laatste: deze huisarts onderneemt. Hij boort andere inkomstbronnen aan om de kosten van zijn praktijk en personeel op te vangen. Zo verhuurt hij ruimtes in zijn praktijk aan andere zorgverleners en leidt hij huisartsen en verpleegkundig specialisten

op. Dit opleiden brengt een vergoeding met zich mee. Omdat de verpleegkundig specialisten een deel van zijn werk overnemen kan deze huisarts één dag in de week een bestuursfunctie vervullen bij de beroepsorganisatie. Ook hiervoor ontvangt hij een gelijke beloning.

Goed voorbeeld

De beschreven succesfactoren zijn een inspiratiebron voor anderen. De onderzochte praktijk is een financieel gezonde onderneming. Daarom bieden de ervaringen uit dit onderzoek aanknopingspunten voor solo-, duo-, groepspraktijken of gezondheidscentra. Iedere huisarts kan onderzoeken wat van toepassing en wat mogelijk is in zijn eigen situatie. Nog te vaak worden de kosten van de VS apart berekend waardoor het moeilijk is om de functie kostendekkend te krijgen. Door de lasten van de VS mee te nemen in de totale praktijkkosten, maar ook de inkomsten van de hele praktijk samen te voegen, ontstaan er meer mogelijkheden. Verder bieden innoveren en ondernemen mogelijkheden om de inzet van de VS in de Nederlandse huisartsenzorg verder uit te bouwen. ❁

► *Regi van der Burgt werkt als projectleider bij KOH, het Kenniscentrum Taakherschikking Eerste Lijn in Eindhoven. Op verzoek van het Ministerie van VWS ontwikkelt en implementeert het kenniscentrum de functies van de verpleegkundig specialist en physiotherapeut in de eerste lijn.*

Emmy Derckx is voorzitter raad van bestuur van KOH. KOH is niet alleen een Kenniscentrum Taakherschikking Eerste Lijn maar organiseert ook al jaren nascholingen voor huisartsen, VS, doktersassistenten en praktijkondersteuners.

Janneke van Roij is onderzoeker bij Meetpunt Kwaliteit in Eindhoven. Naast onderzoek ontwikkelt en levert Meetpunt Kwaliteit sturingsinformatie voor het kwaliteitsbeleid van eerstelijns(keten)zorgorganisaties.

Marianne Meulepas is senior onderzoeker en manager bij Meetpunt Kwaliteit.

Literatuur

- Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C. & Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.
- Dierick-van Daele, A.T.M., Metsemakers, J.F.M., Derckx, E.W.C.C., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef, H.J.M. (2008). Onderzoeksrapport Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk. Maastricht/Eindhoven: MUMC+/Stichting KOH
- Romeijn, A. (2006). De kosten-effectiviteit van de Nurse Practitioner. Een literatuuronderzoek. Maastricht: Universiteit Maastricht