

**Onderzoek**

# **Verdienmodel huisartsenpraktijk met vier verpleegkundig specialisten**

**Rapport**

*In opdracht van:*



*Uitgevoerd door:*



## Colofon

*Onderzoek*

### **Verdienmodel huisartsenpraktijk met vier verpleegkundig specialisten**

*Rapport*

#### **In opdracht van**

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

#### **Uitgevoerd door**

Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH)  
Meetpunt Kwaliteit

#### **Auteurs**

*Stichting KOH*

Mevrouw drs. E.W.C.C. Derckx

Mevrouw drs. M.R. van der Burgt

*Meetpunt Kwaliteit*

Mevrouw J. van Roij BSc (Hons)

Mevrouw dr. M.A. Meulepas

#### **Contact**

Stichting KOH | Landelijk Kenniscentrum Taakherschikking Eerste Lijn

Postbus 2155

5600 CD Eindhoven

info@stichtingkoh.nl

#### **Copyright**

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke bronvermelding. Dit rapport als volgt vermelden: Derckx, E.W.C.C., Roij, J. van, Burgt, M.R. van der & Meulepas, M.A. (2015). *Rapport. Verdienmodel huisartsenpraktijk met vier verpleegkundig specialisten*. Eindhoven: Stichting KOH.

Eindhoven, februari 2015

# Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Kernboodschappen	7
1 Inleiding	9
2 De VS in de huisartsenpraktijk	11
3 Beschrijving van de praktijk	17
3.1 Uitgangspunten, motieven en verwachtingen	17
3.2 Taken en verantwoordelijkheden VS	18
3.3 Kosten en opbrengsten	21
4 Beschouwing en methodologische kanttekeningen	23
Geraadpleegde bronnen	27
Bijlage	31



## Voorwoord

De gezondheidszorg kampt met een groeiende en veranderende zorgvraag, stijgende kosten en toenemende arbeidsmarktproblemen. Toegang tot zorg en het beheersen van kosten met behoud van kwaliteit is de uitdaging. Taakherschikking biedt perspectieven, de verpleegkundig specialist (VS) kan daar een belangrijke rol in spelen.

Stichting KOH en Meetpunt Kwaliteit hebben op verzoek van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) een drietal praktijkvragen verkend om de inzet van de VS in de eerste lijn verder vorm te geven. Het onderwerp van voorliggend rapport is de financiering van de VS in de huisartsenpraktijk. Eén van de belemmerende factoren die door huisartsen genoemd wordt om een VS in te zetten is de financiële haalbaarheid. Wij hebben in een dieptestudie onderzoek gedaan in een huisartsenpraktijk waar vier VS'en werken. Het doel was om inzicht te krijgen in het verdienmodel; op welke wijze wordt de inzet van de VS'en rendabel gemaakt.

Wij danken de opdrachtgever voor het in ons gestelde vertrouwen. Dit onderzoek was natuurlijk niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de huisartsen, VS'en en andere medewerkers uit de huisartsenpraktijk die in dit rapport beschreven wordt. Wij bedanken hen allen van harte voor hun gastvrijheid en bereidheid om ons 'een kijkje in de keuken' te geven. Een speciaal woord van dank gaat uit naar de praktijkhoudende huisarts die ons openlijk inzage gaf in de financiële bedrijfsvoering van zijn organisatie.

Stichting KOH | Landelijk Kenniscentrum Taakherschikking in de Eerste Lijn  
Regi van der Burgt, projectleider  
Emmy Derckx, projectleider en Raad van Bestuur

Meetpunt Kwaliteit  
Janneke van Roij, junior onderzoeker  
Marianne Meulepas, senior onderzoeker en manager



## Kernboodschappen

De wijze waarop de VS wordt gefinancierd is afhankelijk van de visie van de huisartsen en de keuzes die worden gemaakt.

Eén of meerdere VS'en kunnen rendabel worden ingezet door inkomsten en kosten centraal te verdisconteren voor de gehele praktijk; het totaal aan inkomsten dient het totaal aan kosten te dekken.

De praktijkhoudende huisarts en zijn team zijn ondernemend en innovatief, vanuit een gezamenlijk gedragen visie op zorg.

Elke professional heeft zijn eigen meerwaarde, kennis en capaciteit worden optimaal benut (de juiste hulpverlener op het juiste moment bij de juiste patiënt en bij de juiste taken).

Alle patiënten zijn ingeschreven op naam van de praktijkhoudende huisarts en niet op naam van elke huisarts apart. Dit bevordert een gezamenlijke verantwoordelijkheidsgevoel voor het totale zorgaanbod vanuit de praktijk.

Het team realiseert een breed en nieuw zorgaanbod (avondsprekuren, Straatdokter en huisartsgeneeskundige zorg in de GGZ), waarmee inkomsten worden gegenereerd. Er is niet gekozen voor volumegroei in het aantal patiënten van de praktijk. Op deze wijze creëert de praktijk innovatiekracht.

VS'en nemen patiëntgebonden maar ook niet-patiëntgebonden taken van huisartsen over en creëren daarmee ruimte in de agenda's van de huisartsen.

De huisartsen besteden het grootse deel van deze ruimte vervolgens aan verrichtingen, waardoor ze extra inkomsten voor de praktijk genereren.

Huisartsen worden zoveel mogelijk ingezet voor de direct patiëntgebonden, waarvoor specifiek hun deskundigheid nodig is.

De VS'en in deze praktijk zien patiënten met een breed scala aan klachten.

De praktijkhoudende huisarts is ondernemer en heeft ook andere bronnen van inkomsten aangeboord.





# 1 Inleiding

De zorgvraag die op de huisartsenpraktijk afkomt verandert de komende jaren. We leven steeds langer, langer in gezondheid en langer met beperkingen. Door wijzigingen in de financiering en de organisatie van de zorg blijven we zelfstandig wonen, totdat we gezondheidsproblemen niet meer zelf kunnen oplossen. Professionele zorg en ondersteuning dient dan zo laag mogelijk in de zorgketen te worden georganiseerd, lokaal en in de eerste lijn, in een samenhangend pakket aan zorg, ondersteuning en welzijn. De huisartsenzorg neemt, mede gezien de inschrijving op naam, binnen de eerste lijn een centrale positie in. De huisarts is het eerste aanspreekpunt en fungeert als poortwachter. Veel klachten kunnen binnen de huisartsenpraktijk worden gediagnosticeerd, behandeld en begeleid (Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 - 2017, 2013). Maar liefst 96% van alle contacten in de huisartsenpraktijk wordt door praktijkmedewerkers afgehandeld en 4% wordt verwezen naar de tweede lijn (NIVEL/RIVM, 2004). Een generalistische, persoonsgerichte benadering van de patiënt en continuïteit van zorg kenmerken de huisartsenzorg (NHG/LHV, 2011).

Zowel voor de overheid als voor de maatschappij is het toegankelijk en beheersbaar houden van de eerstelijnszorg, met behoud van kwaliteit, een grote uitdaging. Taakherschikking kan een oplossing bieden. Door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2002; RVZ, 2008) is taakherschikking gedefinieerd als: "het structureel herverdelen van taken tussen beroepsgroepen inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheden". In het rapport uit 2002 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' bepleitte de RVZ al te onderzoeken wat de inzet van nieuwe professionals (zorgmasters) als de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) kunnen betekenen. Mensen nemen voor een breed scala aan klachten en vragen contact op met de huisarts: van pijn in de rug, vergeetachtigheid, slecht slapen, niet goed kunnen horen, wratten, pijn in de nek tot druk op de borst. Niet alle zorgvragen, waarvoor patiënten contact opnemen met de huisartsenpraktijk, zijn zo complex dat de huisarts die moet behandelen. Ook hulpverleners met een ander deskundigheidsniveau, zoals de MBO opgeleide doktersassistente, kunnen een belangrijke rol spelen. Het devies is dat de patiënt met een zorgvraag bij de juiste hulpverlener komt. Een team van zorgverleners met verschillende deskundigheden kan in een wijk of dorp een gedifferentieerd huisartsgeneeskundig zorgaanbod realiseren. Hierdoor ontstaat een efficiënte praktijkorganisatie en een sterke eerstelijns zorg (Derckx in Keeman et al. (red.), 2009).

Sinds enkele jaren heeft de VS succesvol haar intrede gedaan in de huisartsenpraktijk. Uit onderzoek blijkt dat de VS in staat is een bijdrage te leveren aan een goede, toegankelijke en beheersbare huisartsenzorg (Maassen, 2001; Dierick-van Daele et al., 2008; Elissen et al., 2009; Wijers, 2013). Het ministerie van VWS heeft taakherschikking als speerpunt op de beleidsagenda staan en erkent de perspectieven van de nieuwe zorgmasters in de eerste lijn (VWS, 2012; VWS, 2012; VWS, 2013). In het Onderhandelaarsresultaat eerste lijn (2013) hebben partijen met elkaar afgesproken het thema taakherschikking de komende jaren verder uit te werken. De beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft daarom een drietal 'Experimenten VS in de Eerste Lijn' in haar Masterplan opgenomen. Het onderwerp van voorliggend rapport is de financiering van de VS in de huisartsenpraktijk.

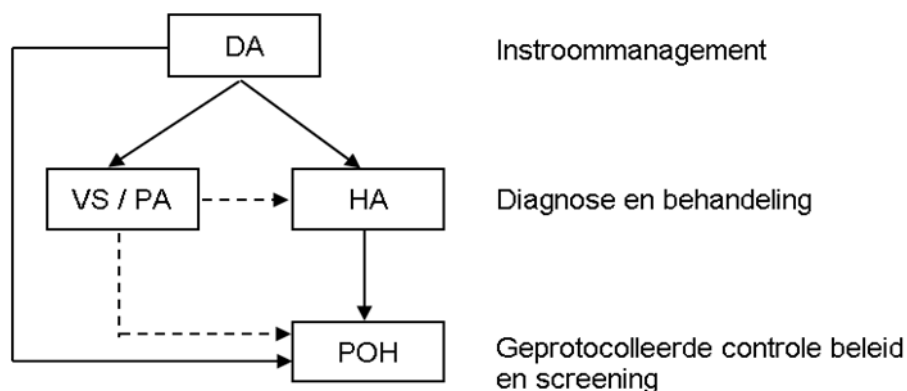
Een veelgehoorde twijfel bij huisartsen die mogelijk geïnteresseerd zijn een VS in dienst te nemen, is de financiering ervan (Romeijn, 2006; De Feijter, 2007; Derckx et al., 2009). Stichting KOH en Meetpunt Kwaliteit hebben een dieptestudie uitgevoerd in een huisartsenpraktijk waar vier VS'en in dienst zijn. Met dit onderzoek hopen we inzicht te krijgen in de wijze waarop de inzet van meerdere VS'en rendabel kan worden gemaakt.

Voor de lezer die direct het eindresultaat wil kennen hebben we de kernboodschappen op pagina 7 op een rij gezet. In hoofdstuk 2 beschrijven we de functie en de financiering van de VS plus de bekostiging van de huisartsenzorg. In hoofdstuk 3 worden de taken van de VS beschreven als mede de kosten en opbrengsten van de praktijk. Ten slot, geven we als laatste een beschouwing op de onderzoeksresultaten en plaatsen methodologische kanttekeningen bij dit onderzoek.

## 2 De VS in de huisartsenpraktijk

### Het team

De huisartsgeneeskundige zorg wordt tegenwoordig geleverd door een team van zorgverleners dat kan bestaan uit: de huisarts(en), doktersassistent(en), praktijkondersteuner somatiek (POH-S), praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ), de VS en/of PA. De huisarts stuurt het team (inhoudelijk) aan. Maar hoe verhouden die beroepsbeoefenaren in de huisartsenpraktijk zich nu tot elkaar? In onderstaand figuur is dit schematisch weergegeven.



*Model E. Derckx & T. Toemen (2005): Positionering beroepsbeoefenaren in de huisartsenzorg*

*Figuur 1. Positionering beroepsbeoefenaren in de huisartsenzorg<sup>1</sup>*

De doktersassistente is meestal het eerste aanspreekpunt voor de patiënt in de huisartsenpraktijk; zij beantwoordt de telefoon of staat de patiënt te woord aan de balie. Zij speelt een cruciale rol in de praktijk, omdat zij de toeleiding van de patiëntenstroom reguleert (instroommanagement). Als een patiënt contact opneemt met de praktijk verheldert zij de zorgvraag en bepaalt bij welke zorgverlener hij of zij het beste terecht kan. Afhankelijk van de zorgvraag kan de assistente ook zelf voorlichting en zelfzorgadviezen geven, bijvoorbeeld een advies om paracetamol te gebruiken als iemand enkele dagen last heeft van lage rugpijn. Verder verricht zij kleine laboratoriumonderzoeken en medisch-technische taken, zoals het maken van uitstrijkjes, het controleren van urine, het meten van bloedsuikers, het aanstippen van wratten en het uitspuiten van oren (NVDA, 2013).

In 1999 deed de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) haar intrede in de huisartsenpraktijk. Een POH-S is een functionaris op HBO-niveau met een achtergrond als verpleegkundige of doktersassistente aangevuld met een specifieke opleiding. De POH-S levert geprotocolleerde<sup>2</sup> zorg aan patiënten met een chronische aandoening, zoals diabetes mellitus, astma, COPD of hart- en vaatziekten. De huisarts stelt de diagnose en spreekt met de patiënt het beleid af. Door periodieke controles voert de POH-S dit beleid uit. Iedere drie of vier maanden spreekt zij in een eigen spreekuur met de patiënt over zijn ziekte en de gevolgen daarvan. Zo kan een patiënt gemotiveerd worden om meer te bewegen, te stoppen met roken of voorlichting krijgen over zijn aandoening. Als er

<sup>1</sup> DA staat voor doktersassistent en HA is de afkorting voor huisarts.

<sup>2</sup> Vooral de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de zorgstandaarden van Zorginstituut Nederland zijn leidend voor de protocollen waarmee de POH werkt.

veranderingen in de gezondheidssituatie optreden of medicijnen moeten worden aangepast dan overlegt de POH-S dit met de huisarts (Derckx in Keeman et al. (red.), 2009). De laatste jaren zien we dat de POH-S ook steeds vaker een rol krijgt bij de zorg voor (kwetsbare) ouderen. In de huisartsenpraktijk bieden praktijkondersteuners aanvullende zorg, zij nemen geen zorg van huisartsen over. De werkdruk van huisartsen vermindert niet door de inzet van de POH, maar er is vooral sprake van een verbetering van de kwaliteit van zorg (NIVEL, 2004; Laurant et al., 2008). Het gaat hierbij dus niet om substitutie maar om aanvullende zorg, omdat het hier taken betreft die voorheen niet of maar deels werden uitgevoerd (Heiligers et al., 2012).

Met de komst van de basis GGZ wordt een toename verwacht van psychische, psychosociale en psychiatrische klachten of ziektebeelden. De huisarts vervult hierin de rol van behandelaar. Sinds 2008 is een nieuwe POH toegevoegd aan het team in de huisartsenpraktijk: de POH GGZ. Deze zorgverlener is HBO opgeleid, maar kent een diverse achtergrond, zoals maatschappelijk werker, eerstelijnspsycholoog of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De POH GGZ heeft meestal een aanvullende opleiding gevolgd. De werkzaamheden zijn gericht op vraagverheldering bij psychische, psychosociale of psychiatrische klachten, zoals vermoeidheid, spanningshoofdpijn, depressie of relatieproblemen. Screenen van klachten, geven van kortdurende begeleiding of advies, doorverwijzen en casemanagement zijn andere onderdelen uit het takenpakket (Bakker et al., 2013; LHV et al., 2014).

De POH-S en POH GGZ bieden zorg *na* dat de patiënt een consult heeft gehad bij de huisarts. De huisarts stelt de diagnose of verzoekt om vraagverheldering als het gaat om psychische of psychosociale klachten. Dit is meteen het grote onderscheid met de VS en PA. Zij stellen net als een huisarts diagnoses, behandelen klachten en verwijzen als het nodig is naar de POH-S of POH GGZ. Patiënten worden door de doktersassistente rechtstreeks op het spreekuur van de VS of PA gepland.

Door de routinematige handelingen en controles uit handen te geven aan andere zorgverleners kan de huisarts zich concentreren op complexere zorgproblematiek, waarvoor zijn medische expertise vereist is. Het overdragen van taken vraagt van de huisarts wel meer tijd voor overleg, aansturing, administratie en coördinatie (Gercama et al., 2007; Capaciteitsorgaan, 2013; Van Wijk, 2014).

### **VS in de huisartsenpraktijk**

Een VS is een verpleegkundige met een aanvullende, door de NVAO geaccrediteerde, masteropleiding en ervaring op niveau 5. De VS combineert routinematige medische zorg met (hoog complexe) verpleegkundige zorg. De masteropleiding kent een tweesporenbeleid, te weten verpleegkundige verdieping en medische verbreding. In de huisartsenpraktijk diagnosticeert en behandelt ze patiënten. Meestal gaat het om een specifiek omschreven groep van klachten die veel voorkomen, zoals klachten aan keel, neus, oor bewegingsapparaat of huid. Waar nodig voegt de VS daar haar verpleegkundige expertise aan toe. Dit laatste blijkt vooral van meerwaarde in de zorg voor ouderen, waardoor medische en verpleegkundige zorg kunnen worden geïntegreerd (Kommer, 2010). De VS werkt zelfstandig, kent de grenzen van haar deskundigheid en overlegt waar nodig met de huisarts. Ze heeft een eigen spreekkamer, met toegang tot het huisartsinformatiesysteem (HIS), waar zij patiënten ontvangt en na afloop van het consult registreert in het patiëntendossier. De VS neemt deel aan patiëntenbesprekingen en andere overleggen in de praktijk.

Naast het verlenen van (in)directe patiëntenzorg voert de VS ook niet-patiëntgebonden taken uit, bijvoorbeeld het opzetten van ketenzorgprojecten, projecten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en managementtaken (Derckx in Keeman et al. (red.), 2009; Lambregts & Grontendorst, 2013; Laurant & Wijers, 2014).

### **Financiering functie VS**

De VS is meestal in dienst van één of meer huisartsen, een gezondheidscentrum, zorggroep of huisartsenpost. Alleen voor de huisartsenpost is de functie ingeschaald in de CAO Huisartsenzorg (LHV/Ineen, 2013). Deze inschaling geldt niet voor de huisartsenpraktijk tijdens kantooruren. De CAO Gezondheidscentra kent de functie niet. Salarisinschaling kan dus variëren en is afhankelijk van de CAO die wordt gebruikt en de onderhandeling tussen werkgever (huisarts) en werknemer (VS). Er is geen apart tarief of financiële regeling voor de VS, zoals die wel geldt voor de POH. Uitgangspunt is dat de VS zichzelf moet 'terug verdienen'. De VS voert taken uit op drie gebieden:

- Direct patiëntgebonden taken door consulten, visites en M&I<sup>3</sup>-verrichtingen.
- Indirect patiëntgebonden taken, zoals overleg met andere zorgverleners, casemanagement, registratie en dossiervoering.
- Niet-patiëntgebonden taken zoals het ontwikkelen van protocollen, scholing van doktersassistenten of managementtaken.

Om te bepalen of de VS zich kan 'terug verdienen' wordt doorgaans alleen gerekend met de vergoedingen uit de direct patiëntgebonden taken. Maar de VS kan ook werkzaamheden uitvoeren voor de kwaliteitsverbetering of organisatie in de praktijk. Deze uren moeten op een andere manier worden gefinancierd. De verdeling tussen declarabele (direct patiëntgebonden) en niet-declarabele taken (indirect en niet-patiëntgebonden) verschilt per huisartsenpraktijk. Dat hangt af van de visie op zorg binnen een huisartsenpraktijk, de context waarbinnen de zorg wordt geleverd en de rol die daarin wordt gezien voor de VS.

Iedere huisartsenpraktijk, gezondheidscentrum of andere werkgever (huisartsenpost of zorggroep) maakt een berekening om te zien hoe de kosten voor de VS in de eigen situatie kunnen worden gedekt (Derckx et al., 2008).

Aan de kostenkant moet rekening gehouden worden met:

- Loonkosten plus werkgeverslasten bestaande uit het salaris van de VS (volgens inschaling in de CAO en naar rato dienstverband) vermeerderd met de werkgeverslasten (sociale premies, vakantiegeld en eindejaarsuitkering). Voor de werkgeverslasten wordt uitgegaan van 40% van het salaris (factor 0,4).
- Praktijkkosten als een volledig ingerichte spreekkamer met toegang tot het HIS, instrumentarium en verbruiksmateriaal. Ook de gangbare huisvestingskosten als gas, water en licht worden gerekend tot de praktijkkosten. Verder hoort hier het gebruik van een mobiele telefoon, laptop of geoutilleerde dokterstas bij.
- Overheadkosten, waaronder reiskosten, die gemaakt worden voor visites of nascholingen, verzekeringen die moeten afgesloten, aansturingkosten of salarisadministratie.

---

<sup>3</sup> De module Modernisering en Innovatie (M&I) is bedoeld om substitutie te bewerkstelligen van tweede naar eerste lijn. In de module zijn verrichtingen opgenomen die in de eerste lijn doorgaans goed en veel goedkoper kunnen worden uitgevoerd.

Voor de inkomsten kan gedacht worden aan:

- Inkomsten uit verrichtingen die door de VS gedaan worden. Verzekeraars en NZa hebben hiervoor tarieven vastgesteld die ook kunnen worden gedeclareerd als de VS het consult of de visite uitvoert.
- Inkomsten uit M&I-verrichtingen, zoals kleine chirurgie of het uitvoeren van een longfunctiemeting. Hiervoor zijn tarieven vastgesteld die ook gedeclareerd kunnen worden als de VS de verrichting uitvoert. De opbrengsten uit consulten, visites en M&I-verrichtingen worden ook wel 'productie' genoemd en zijn rechtstreeks toe te rekenen aan de VS.
- Projectmatige activiteiten of specifieke modules, die zorgverzekeraars inkopen om de kwaliteit of het aanbod van zorg te vergroten. Projecten die hiertoe behoren zijn bijvoorbeeld het verminderen van geneesmiddelengebruik bij een bepaalde doelgroep of het in kaart brengen van een bepaalde doelgroep om bijvoorbeeld de therapietrouw te verhogen. De VS kan binnen dergelijke projecten een belangrijke rol spelen.
- Activiteiten die de VS doet in de programmatische zorg, bijvoorbeeld in de ouderenzorg die via de DBC-constructie<sup>4</sup> wordt gefinancierd.
- Toerekenen van een gedeelte van het inschrijftarief aan de VS. Patiënten kunnen alleen worden ingeschreven op naam van een huisarts die voor iedere ingeschreven patiënt een vast bedrag ontvangt. In dit inschrijftarief zijn ook praktijkkosten versleuteld. Het is mogelijk om een gedeelte van het tarief te betrekken in de bekostiging van de VS.
- Inschrijven van extra patiënten, waardoor meer inkomsten worden gegenereerd. Door de inzet van de VS worden extra patiënten ingeschreven in de praktijk. Door deze capaciteitsvergroting kan een gedeelte van de extra inkomsten gebruikt worden voor de financiering van de VS.
- Een VS inzetten in plaats van een (duurdere) waarnemer of huisarts in dienst van een huisarts (hidha).
- Formatie huisarts verminderen ten gunste van een VS. Als een vacature voor een huisarts ontstaat van bijvoorbeeld 0,8 fte, kan er voor gekozen worden om een nieuwe arts aan te trekken voor 0,5 fte en de resterende formatie te gebruiken voor de bekostiging van een VS.

In tabel 1 zijn de variabelen voor het financieren van de VS op een rij gezet. Door iedere huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum moeten deze punten nader gespecificeerd en ingevuld worden op basis van praktijk specifieke factoren.

---

<sup>4</sup> Het betreft functionele bekostiging tegen een vooraf vastgesteld tarief dat is onderhandeld met de zorgverzekeraar. De huisartspraktijk kan onderaannemer zijn van een grotere organisatie of zelf (bijvoorbeeld als gezondheidscentrum) hoofdcontractant zijn.

<b>Kosten</b>
Salariskosten plus werkgeverslasten
Praktijkkosten
Overhead
<b>Inkomsten</b>
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

### Financiering huisartsenzorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt jaarlijks de tarieven voor de huisartsenzorg vast. De meeste tarieven staan vast, zoals het inschrijftarief of het tarief voor consulten en visites. Een aantal tarieven stellen huisartsen samen met de zorgverzekeraars vast, zoals tarieven van M&I-verrichtingen en ketenzorg. Een voorbeeld van een andere orde is het tarief voor waarneming, deze bepalen huisartsen onderling.

De meeste Nederlanders (patiënten) zijn ingeschreven bij een huisarts. Dit is de zogenaamde inschrijving op naam (ION); iedere patiënt is aan een vaste huisarts gekoppeld. De inschrijving biedt beschikbaarheid van het integrale pakket aan huisartsgeneeskundige zorg voor de bij de zorgaanbieder op naam ingeschreven verzekerden (NZa, 2014). Huisartsen krijgen van de zorgverzekeraar voor elke patiënt, die in hun praktijk is ingeschreven een vergoeding (inschrijftarief). Dit tarief is een vergoeding voor de kosten van beschikbaarheid en een gedeelte van de kosten van zorgverlening (NZa, 2014). De achtergrond hiervan is dat beschikbaarheid, ongeacht het gebruik ervan, geld kost. Door een vaste vergoeding te betalen is de basis huisartsgeneeskundige zorg gewaarborgd (LHV, 2015).

Een huisartsenpraktijk ontvangt het inschrijftarief per patiënt per kwartaal. Het inschrijftarief is gedifferentieerd naar leeftijd van de patiënt (<65 jaar, 65-75 jaar en >75 jaar). Ook is er een opslag op het inschrijftarief van patiënten woonachtig in een krachtwijk.

Tevens ontvangt een huisartsenpraktijk tarieven voor de (in)direct patiëntgebonden taken. Te onderscheiden zijn daarbij:

- de reguliere verrichtingen (consulten en visites) en een aantal andere verrichtingen, zoals bijvoorbeeld het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker of gezondheidskeuringen
- en daarnaast de M&I-verrichtingen, waarvoor gedifferentieerde tarieven gelden. M&I-verrichtingen zijn verrichtingen, die in de eerste lijn doorgaans goed en goedkoper kunnen worden uitgevoerd dan in de tweede lijn. Doel van de M&I-verrichtingen is om substitutie te stimuleren van de tweede naar de eerste lijn. Voorbeelden zijn hechtingen verwijderen of longfunctiemeting, maar ook zorg aan bepaalde patiëntengroepen, zoals dak- en thuislozen. De M&I-verrichtingen en tarieven worden jaarlijks vastgelegd door LHV en ZN in de betreffende M&I-verrichtingen lijst.

Verzekeraars kunnen huisartsen ook contracteren voor bepaalde projecten of modules die kwaliteitsbevordering, substitutie of het stimuleren van samenwerkingsverbanden tot doel hebben. Wanneer een huisartsenpraktijk aan de omschreven voorwaarden voldoet ontvangt de praktijk voor de betreffende module een bepaald bedrag per patiënt extra. Een voorbeeld is de Module Kwaliteit.

Er bestaat een aparte regeling voor de bekostiging van multidisciplinaire ketenzorg, zoals chronische zorg voor diabetes patiënten, COPD en een apart tarief voor CVRM (LHV, Declareerwijzer 2015).



## 3 Beschrijving van de praktijk

### 3.1 Uitgangspunten, motieven en verwachtingen

#### **Uitgangssituatie**

De praktijk is gevestigd in een gezondheidscentrum dat onderdak biedt aan verschillende disciplines, zoals logopedist, pedicure, podotherapeut en psycholoog. Het gezondheidscentrum ligt in een krachtwijk in een stad met ongeveer 220.000 inwoners in het zuiden van Nederland (CBS, 2014). Drieënvijftig procent van de inwoners in de wijk is jonger dan 45 jaar, 23% is tussen 44 en 64 en 23% is ouder dan 65 jaar. Zesenzestig procent van de inwoners in de wijk verricht betaalde arbeid (CBS, 2010), 48% heeft een laag en 8% een hoog inkomen.

In de praktijk werken vier huisartsen (3,2 fte), waarvan één huisarts de praktijkhouder is. Verder werken er vier VS'en (2,8 fte), zeven doktersassistenten (6,2 fte), zes POH-S (2,83 fte) en één centrummanager (0.71 fte). In het centrum wordt één huisarts opgeleid en twee verpleegkundig specialisten.

De huisartsen en VS'en werken op verschillende locaties: het gezondheidscentrum, twee verzorgingshuizen, een logeerhuis, twee servicepunten in de wijk en een psychiatrisch ziekenhuis. Ze leveren ook zorg aan verslaafden en dak- en thuislozen in de stad ('De Straatdokter'). Er staan ongeveer zeventuizend patiënten ingeschreven op naam van de praktijkhoudende huisarts. Het aantal patiënten is in de laatste jaren nauwelijks gegroeid. Groei zit met name in uitbreiding van de dienstverlening, bijvoorbeeld op GGZ-gebied en de zorg voor kwetsbare ouderen en in uitbreiding van de openstelling door spreekuren buiten kantoortijden (avond en vroege ochtend).

#### **Motieven en verwachtingen inzet VS**

Om de huisartsenzorg in een van de grootste probleemwijken van de stad overeind te houden bedacht de praktijkhouder dat dat niet ging lukken met alleen huisartsen. De praktijk is daarom in 2002 gestart met praktijkondersteuning (POH). Er dreigde toen bovendien een tekort aan huisartsen, terwijl duidelijk was dat de huisartspraktijk zou worden belast met meer werk. Werk, dat wellicht ook door andere hoog opgeleide professionals zou kunnen worden gedaan. Dat was reden om mee te doen met het onderzoek 'Nurse Practitioner in de Huisartsenpraktijk' (later VS) (Derckx, 2005). Dat beviel goed, waarna een tweede VS startte met de opleiding. Later zijn er nog twee VS'en opgeleid in de praktijk. Toen zij klaar waren met de opleiding is gezocht naar mogelijkheden om deze twee nieuwe VS'en in dienst te kunnen houden. Bij alles wat zich voordeed aan mogelijkheden en kansen bekeek de praktijkhouder met het team wie welke activiteit kon oppakken, huisarts of VS. Zo is acht jaar geleden met de gemeente het project 'Straatdokter' gestart voor dak- en thuislozen. Dat leek heel complex, maar de VS blijkt daar prima in te functioneren (Elissen et al., 2008 en 2009).

De VS is voor de praktijk geen één-op-één vervanging van een huisarts. Het is enerzijds uitbreiding van capaciteit, maar anderzijds uitbreiding van dienstverlening zoals de straatdokter, het leveren van somatische zorg in de GGZ-kliniek en ouderenzorg. Een VS heeft een bredere blik, kan een aantal dingen beter herkennen, bijvoorbeeld het inschatten van de kwetsbaarheid van oudere patiënten in hun thuissituatie.

## 3.2 Taken en verantwoordelijkheden VS

### Direct patiëntgebonden taken

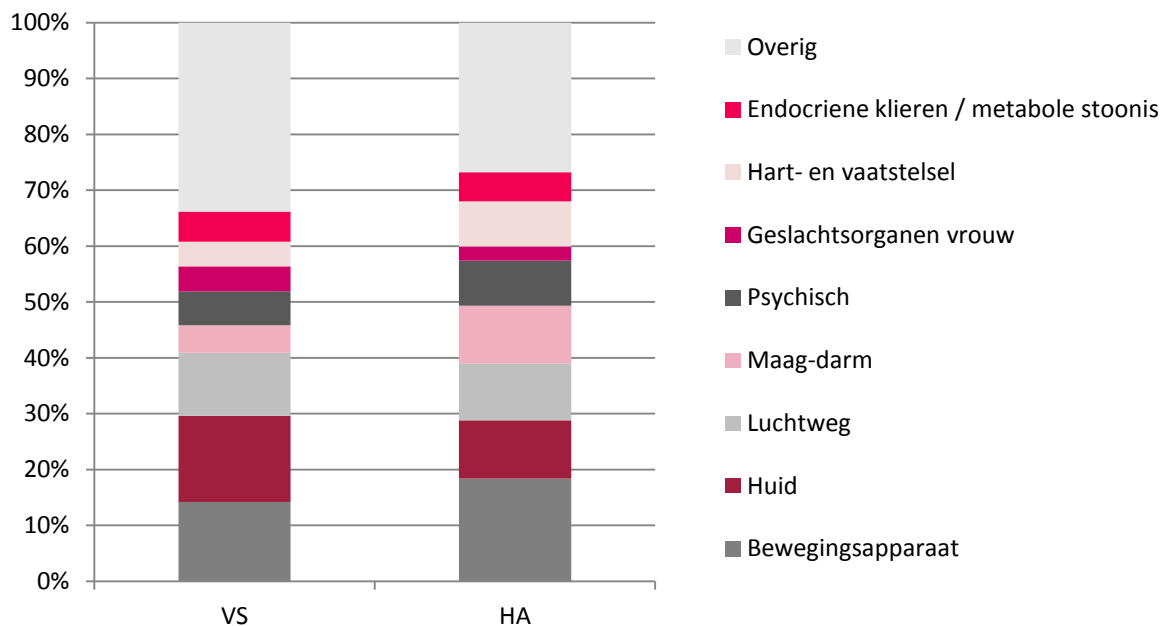
De VS'en besteden het grootste deel van hun dienstverband aan patiëntgebonden taken (consulten, visites, telefoontjes naar specialisten, overleg met thuiszorg et cetera). Er is in grote lijnen schriftelijk vastgelegd welke klachten de VS niet mag behandelen (tabel 2). Er is voor gekozen om het baliewerk en de triage door de assistenten van elkaar te scheiden. Zo bevinden de assistenten die de triage doen zich in een andere ruimte dan de assistenten achter de balie. Er wordt bij de triage gebruikgemaakt van de triagewijzer. De VS doet zes consulten per uur, net zoals een huisarts. De VS'en verzorgen ook avondsprekuren waarbij de praktijkhouder telefonisch geconsulteerd kan worden. De praktijkhouder doet het vroege ochtendsprekuren.

#### Klachten die de VS niet ziet

In principe geen nek-, schouder-, arm- en polsklachten.

Tabel 2. Overzicht van de klachten die de VS niet mag zien Bron: uit document van praktijk, zonder datum

De top drie aan gepresenteerde klachten behoort tot de categorieën van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, huid en luchtwegen. Dit zijn ook de categorieën die zowel de VS als de huisartsen vaak zien. In figuur 1 staan de acht meest geziene categorieën per discipline. Uit het overzicht blijkt dat de top drie klachten van VS en de huisartsen bijna hetzelfde is en dat de variatie in aandoeningen ongeveer gelijk is.



Figuur 1. Verdeling meest voorkomende categorieën aandoeningen

Elke categorie zoals hierboven genoemd is weer verder onder te verdelen. Onder de categorie luchtwegklachten vallen bijvoorbeeld verkoudheid, voorhoofdsholteontsteking, acute hoest of longontsteking. In totaal zijn er zeventien categorieën (waaronder huidklachten, luchtwegklachten of klachten aan bewegingsapparaat) met in totaal meer dan negenhonderd subcategorieën<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> International Classification of Primary Care (ICPC) is een classificatie methode die wordt gebruikt in de huisartsenzorg. De ICPC-indeling bestaat uit zeventien hoofdcategorieën met elk ongeveer vijftig specifieke diagnoses.

Tabel 3 geeft de meest voorkomende subcategorieën in de meetperiode per discipline weer. De VS'en zien conform verwachtingen de veel voorkomende klachten, maar ze zien ook andere klachten zoals psychische klachten of diabetes. Dat laatste komt vooral op het conto van één van de VS'en met een achtergrond als diabetesverpleegkundige. De VS'en zien bijna alle klachten, die zich voordoen in de praktijk, zelfstandig. Huisartsen zien overigens ook nog patiënten met veel voorkomende klachten op hun spreekuur. De VS'en zijn niet altijd beschikbaar vanwege werk op een andere locatie, reistijd of andere taken. Ook kan een patiënt voorkeur hebben om door een huisarts gezien te worden, maar dit zijn er volgens de assistenten weinig.

	<b>VS (n=4)</b>		<b>HA (n=4)</b>	
1.	Algehele achteruitgang	7,5%	Chronisch vermoeidheidssyndroom	2,6%
2.	Diabetes mellitus	2,3%	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging Depressie Acute infectie bovenste luchtwegen	1,8%
3.	Urineweginfectie	2%	Hoesten	1,6%
4.	Hooikoorts	1,7%	Knie klachten Emfyseem/COPD	1,5%
5.	Emfyseem/COPD Knie klachten	1,2%	Hoofdpijn	1,4%
6.	Voet/teen klachten Hoesten	1,1%	Borstkast klachten	1,4%
7.	Lage-rugpijn zonder uitstraling Dermatomyose Pneumonie	1,0%	Gegeneraliseerde buikpijn Maagpijn Been/dijbeen klachten	1,3%

Tabel 3. Diagnoses die het meest gezien zijn

Zowel huisartsen als VS'en voeren M&I-verrichtingen uit. In tabel 4 worden de meest uitgevoerde M&I-verrichtingen per discipline weergegeven. De VS'en spelen een grote rol in het project Straatdokter, waarmee ze een verbreding van het zorgaanbod van de praktijk realiseren. Daarnaast voeren ze nog enkele andere M&I-verrichtingen uit. In het kader van een groeimodel gaan de huisartsen in de toekomst vaker de kleine chirurgie verrichtingen aan de VS overdragen. Momenteel wordt één VS geschoold in het geven van therapeutische injecties.

	<b>Huisarts (n=4)</b> Verrichtingen: n=213		<b>VS (n=4)</b> Verrichtingen: n=281
1.	Chirurgie (27,9%)		Gestructureerde huisartsenzorg in maatschappelijke opvang / Straatdokter (76,2%)
2.	Therapeutische injectie (19,1%)		Intensieve zorg visite dag kort (9,3%)
3.	Gestructureerde huisartsenzorg in maatschappelijke opvang / Straatdokter (17,2%)		Chirurgie (5,7%)
4.	Intensieve zorg visite dag kort (12,6%) Intensieve zorg visite dag lang (12,6%)		MMSE (2,5%) Inbrengen pessarium (2,5%)

Tabel 4. Meest uitgevoerde M&I-verrichtingen

Naast een grote rol in het Straatdokterproject spelen de VS'en een grote rol in de ouderenzorg vanwege hun expertise op het gebied van zowel cure als care. Om de VS'en

in hun taken in de verzorgingshuizen te ondersteunen heeft een POH-S van de praktijk een cursus ouderenzorg gevolgd.

Voorts spelen VS'en een belangrijke rol bij het leveren van somatische zorg in een GGZ-instelling. Dat is een nieuw zorgaanbod van de praktijk, dat door de inzet van de VS'en mogelijk is gemaakt.

De VS'en verlenen de beschreven patiëntgebonden taken gedeeltelijk in de huisartsenpraktijk en daarnaast op verschillende locaties, zoals de wijkservicepunten, verzorgingshuizen en de GGZ-instelling.

VS'en doen (nog) niet structureel diensten op de huisartsenpost. Wel is er een VS in opleiding voor de huisartsenpost.

### **Indirect patiëntgebonden taken**

Uit een consult kunnen indirect patiëntgebonden taken voortvloeien zoals telefonisch contact met een specialist, overleg met de thuiszorg en dergelijke. Dit type taken voert de VS uit net als een huisarts. Daarnaast nemen de VS'en administratieve last bij de huisartsen weg door een groot deel van de labuitslagen te verwerken. Als er een uitslag tussen zit die aandacht vraagt van de huisarts die de aanvraag deed, dan stuurt de VS daarover een bericht naar de huisarts. De VS neemt deel aan het multidisciplinair overleg (MDO) binnen het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Deze taak wordt in andere praktijken uitgevoerd door een huisarts.

### **Niet-patiëntgebonden taken**

De VS'en hebben in totaal acht uur per week niet-patiëntgebonden tijd, elke VS één uur en één VS vijf uur. De huisartsen hebben anderhalf uur per week niet-patiëntgebonden tijd en de praktijkhouder werkt vijftien uur per week niet-patiëntgebonden. De praktijkhouder bekleedt een bestuursfunctie binnen de beroepsvereniging, dit was volgens hem zonder de VS'en niet mogelijk geweest. De VS'en verzorgen de praktijkgebonden nascholing voor assistenten en VS in opleiding. Ook dragen zij zorg voor de NHG-praktijkaccreditering. Voorheen werd dit alles door de huisartsen gedaan. De praktijk is opleidingspraktijk voor huisartsen en sinds de komst van de VS ook voor VS'en. Huisartsen en VS'en vervullen samen een rol in het opleiden.

Andere niet-patiëntgebonden taken, zoals het beheren van de website, facebook-account, het wachtkamerscherm en dergelijke zijn onder de praktijkmedewerkers gelijk verdeeld ongeacht hun functie.

De centrummanager doet het grootste aantal niet-patiëntgebonden taken. Hierin ondersteunt zij met name de praktijkhouder en in mindere mate de andere huisartsen en VS'en. De praktijkhouder is van mening dat de VS'en beter geschikt zijn voor het uitvoeren van de overige niet-patiëntgebonden taken dan de huisartsen. Deze taken worden dan ook vooral door VS'en gedaan, waardoor de huisartsen de gelegenheid krijgen om meer declarabele patiëntgebonden taken uit te voeren.

Huisartsen en VS'en werken onder dezelfde arbeidsvoorwaarden. Uren voor overleg of andere zaken kunnen na werktijd worden gecompenseerd. Dat maakt dat in deze praktijk de VS eerder niet-patiëntgebonden taken krijgt toegewezen dan een huisarts, want dat zijn goedkopere uren ter compensatie. In een praktijk waar de huisarts werkt 'tot het werk gedaan is' zonder hiervoor compensatie te ontvangen, wordt de VS juist ingezet om maximaal productie te doen.

### 3.3 Kosten en opbrengsten

De kosten en opbrengsten van deze praktijk zijn berekend aan de hand van de NZa-tarieven. In tabel 5 staat een overzicht van het totaal aan kosten en opbrengsten in de meetperiode. We onderscheiden daarbij de reguliere opbrengsten, zoals omzet uit inschrijftarief, omzet uit consulten, M&I-verrichtingen, DBC's voor chronische zorgprogramma's, diensten op de huisartspost en opbrengsten uit de kwaliteitsmodule. Dit betreft omzet die iedere huisartspraktijk in een meer of mindere mate maakt of zou kunnen maken. Daarnaast zijn er opbrengsten uit extra activiteiten, zoals somatische zorgverlening in een GGZ-instelling en het bekleden van een bestuursfunctie. Deze inkomsten staan apart weergegeven vanwege de vergelijkingsmogelijkheid door andere praktijken. Het betreft activiteiten die niet standaard door andere huisartspraktijken in Nederland worden uitgevoerd en die afhankelijk zijn van visie, ondernemerschap en mogelijkheden.

Inkomsten		Kosten	
<b>Regulier</b>		Personele kosten	€ 621.994,74
Inschrijvingen	€ 381.726,35	Huisvestingskosten	€ 91.640,82
Consulten en visites	€ 142.795,50	Praktijk en organisatiekosten*	€ 112.365,84
M&I-verrichtingen	€ 40.476,48	ICT kosten	€ 30.948,78
DBC chronische zorg	€ 169.915,00		
Diensten huisartsenpost	€ 16.978,22		
<b>Extra activiteiten</b>			
GGZ-instelling, opleidingen, bestuursfunctie, verhuur ruimtes	€ 108.162,00		
<b>Totaal</b>	<b>€ 860.053,55</b>		<b>€ 856.950,18</b>

Tabel 5. Kosten en opbrengsten praktijk 1<sup>e</sup> helft 2014

\*verzekeringen, afschrijvingen, algemene kosten en dergelijke

Voor de inschrijftarieven zijn de NZa-tarieven voor achterstandswijken gehanteerd. Deze praktijk voldoet ook aan de voorwaarden van de module kwaliteit, waarmee de omzet uit inschrijvingen opgehoogd wordt, zoals een ochtend- en avondspreekuur, mogelijkheid voor patiënten om digitaal een afspraak te maken en herhaalrecepten aan te vragen. Omdat deze praktijk aan de voorwaarden voldoet, wordt er per verzekerde € 1,50 per kwartaal gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.

De inkomsten uit extra activiteiten betreffen de somatische zorg in de GGZ-instelling, vergoeding voor het opleiden van professionals in de praktijk (opleiding tot huisarts en opleiding tot VS), vergoeding voor bestuursfunctie en verhuur van ruimtes in het praktijkpand aan onder andere psycholoog, fysiotherapeut en pedicure.

Inkomsten per FTE	FTE huisarts	FTE VS
consulten en visites	€ 17.575,01	€ 9.373,73
M&I-verrichtingen	€ 4.592,02	€ 3.670,01
DBC chronische zorg	€ 2.360,86	€ 5.998,50
<b>Totaal</b>	<b>€ 24.527,89</b>	<b>€ 19.042,24</b>

Tabel 6. Opbrengsten uit verrichtingen per FTE huisarts en VS

Uit de tabel blijkt dat de VS, in vergelijking met de huisarts, de helft aan inkomsten genereert uit consulten en visites. De VS doet meer M&I-verrichtingen dan de huisarts (zie tabel 6), maar dit zijn wel met name M&I-verrichtingen, waarvoor een lager tarief gedeclareerd kan worden dan de verrichtingen die de huisartsen uitvoeren. Zo levert de Straatdokter per verrichting € 25 op en chirurgie ongeveer € 85. De VS'en leveren een grotere bijdrage aan de DBC chronische zorg. Dit betreft met name het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Ter vergelijking, de huisartsen hebben 166 verrichtingen gedaan in de DBC ouderenzorg en de VS'en 672.

### Ervaringen praktijkmedewerkers

De huisartsen beschouwen de VS als een functionaris met toegevoegde waarde aan die van de huisarts, waarmee uitbreiding en vernieuwing van het zorgaanbod mogelijk is. Daarnaast bieden ze door herverdeling van taken de huisartsen de ruimte om meer declarabele patiëntgebonden taken uit te voeren.

Het is volgens de huisartsen de combinatie van functies in deze praktijk die zorgt voor het succes, omdat de zorg efficiënter georganiseerd kan worden. De juiste functionaris wordt ingezet op de juiste plek. De praktijkhouder vindt bijvoorbeeld de VS'en zeer geschikt voor de ouderenzorg door hun verpleegkundige achtergrond, waarmee zij beter in staat zijn de thuissituatie van de patiënt in te schatten (zorgtraject begeleiding) dan de huisartsen. De POH-S beamen dit. Zij zien dat de kwaliteit van de ouderenzorg hoog is door de inzet van de VS.

Het gevoel van gelijkwaardigheid onder de medewerkers van de praktijk is groot en dat zorgt ervoor dat ze zich teamspelers voelen met een gezamenlijk doel.

De organisatie is met de diverse functionarissen en het ruimer zorgaanbod wel groter en complexer geworden daarom is een centrummanager aangenomen. Andere aanpassingen die gedaan zijn, is het scheiden van de baliewerkzaamheden en de triage. De assistenten vinden deze werkwijze prettig en overzichtelijk. Ze houden van de afwisseling.

## 4 Beschouwing en methodologische kanttekeningen

Dit rapport geeft aan de hand van een praktijkvoorbeeld antwoord op de vraag hoe de inzet van meerdere VS in een huisartsenpraktijk rendabel kan worden gemaakt. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 (tabel 1) zijn er verschillende inkomstenbronnen voor de bekostiging van een huisartspraktijk. Aan de hand daarvan beschouwen we onderstaand de resultaten uit hoofdstuk 3. Op die manier krijgen we inzicht in de bronnen die deze praktijk aanboort en de rol die de VS bij elk ervan speelt. Achtereenvolgens komen aan de orde:

1. Verrichtingen (consulten, visites)
2. M&I-verrichtingen
3. Projectmatige activiteiten
4. Programmatische zorg (DBC's)
5. Inschrijftarief voor inschrijven (extra) patiënten
6. Extra inkomsten

We besluiten met enkele methodologisch kanttekeningen.

### 1. Verrichtingen (consulten en visites)

Een belangrijke bron van inkomsten in een huisartsenpraktijk zijn de verrichtingen (consulten en visites). De VS'en in deze praktijk besteden een groot deel van hun dienstverband aan consulten en visites. Op deze wijze genereren ze inkomsten voor de praktijk. Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek (Dierick-van Daele, 2008; Derckx et al., 2009; De Bakker et al., 2013; Laurant et al., 2014; Van der Burgt et al., 2015). Tijdens de consulten en visites zien VS'en vooral patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat, huid en luchtwegen. Deze klachten zien huisartsen ook het meest. De variatie aan klachten die de VS'en zien, is ongeveer gelijk aan de variatie aan klachten die de huisartsen zien. Dit betekent dat de VS in deze praktijk patiënten ziet met een breed scala aan klachten. Dit is in Nederlands onderzoek naar de VS in de huisartsenpraktijk nog niet eerder gerapporteerd.

De praktijk streeft ernaar huisartsen zoveel mogelijk de direct patiëntgebonden zorg te laten doen, waarvoor specifiek hun deskundigheid nodig is. De VS neemt daarbij ook zoveel mogelijk de indirect patiëntgebonden taken over. Dit is nog niet eerder zo expliciet beschreven.

In overeenstemming met bovengenoemd onderzoek voeren de VS'en ook niet-patiëntgebonden taken uit. Hiermee genereert de VS niet direct inkomsten. Echter, door de overname van niet-patiëntgebonden taken van huisartsen creëren de VS'en ruimte in de agenda's van de huisartsen. De huisartsen besteden het grootste deel van deze ruimte vervolgens aan verrichtingen, waardoor ze extra inkomsten voor de praktijk genereren. Dit, in tegenstelling tot eerder onderzoek, waar huisartsen in de 'vrijgekomen' tijd naast verrichtingen toch ook nog veel niet-patiëntgebonden taken uitvoerden (Romeijn, 2006; Dierick-van Daele, 2008).

De VS'en voeren naast verrichtingen dus veel indirect patiëntgebonden taken en niet-patiëntgebonden taken uit. Huisartsen kunnen hierdoor meer verrichtingen uitvoeren. In vergelijking met de huisartsen genereren de VS'en daardoor ongeveer de helft aan inkomsten uit verrichtingen.

## **2. M&I-verrichtingen**

Zowel huisartsen als VS'en voeren M&I-verrichtingen uit en genereren daarmee inkomsten voor de praktijk. De VS'en voeren meer M&I-verrichtingen uit dan de huisartsen, maar genereren daaruit minder inkomsten. Dat komt met name door hun grote rol in het project 'Straatdokter' dat als M&I-verrichting wordt gefinancierd. Het Straatdokterproject is een voorbeeld van het verbreden van het zorgaanbod door de praktijk.

Uit onderzoek van Elissen et al. (2008 en 2009) blijkt dat het Straatdokterproject destijds niet kostendekkend was. Huisartsen investeerden, om reden, toen meer uren in dit project dan de VS'en. Uit hetzelfde onderzoek blijkt echter dat de inzet van een VS een kostenbesparing opleverde ten opzichte van de inzet van alleen huisartsen. Daarnaast laat hetzelfde onderzoek zien dat de inzet van VS'en op dit project ook kwalitatief gezien een meerwaarde heeft. Daarom hebben VS'en tegenwoordig een grote rol in dit project in plaats van huisartsen en treedt de voornoemde kostenbesparing wel op. Kanttekening is wel, dat het tarief hiervoor in verhouding tot andere M&I-verrichtingen laag is en dat de werkzaamheden in het Straatdokterproject tijdrovend zijn. Echter, door de inzet van VS'en worden de patiënten van het straatdokter project op maat bediend, neemt de druk van deze patiënten op de dagelijkse praktijk voor huisartsen af en kunnen de huisartsen inkomsten genereren uit andere (M&I-) verrichtingen.

## **3. Projectmatige activiteiten**

De praktijk heeft de Module Kwaliteit gecontracteerd bij de zorgverzekeraar. Dat betekent dat de praktijk een opslag krijgt op het inschrijftarief per patiënt en zodoende extra inkomsten genereert. De VS'en dragen bij aan het realiseren van de voorwaarden van de module kwaliteit, zoals digitale toegang tot de praktijk voor patiënten en avondsprekuren. Ook uit ander onderzoek blijkt dat de VS een rol kan spelen bij het genereren van inkomsten uit projectmatige activiteiten of specifieke modules (Kommer, 2010; Laurant et al., 2014).

## **4. DBC's**

De praktijk genereert inkomsten uit DBC's. De VS'en leveren een grote bijdrage aan de DBC chronische zorg, met name aan het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Dit zorgprogramma lijkt zowel inhoudelijk als financieel veel perspectief te bieden voor de inzet van de VS. In dit zorgprogramma nemen de VS'en niet alleen taken van de huisartsen over, maar ook van de POH-S. Ze combineren op die manier twee functies (huisarts en POH-S) in één functie. Dit is een bewuste keuze van deze praktijk vanuit de visie dat hierdoor zowel de kwaliteit als efficiëntie van zorg verbetert. Landelijk blijken huisartsen de VS vaak in te zetten in de ouderenzorg (Derckx, 2009; Kommer, 2010; Laurant et al., 2014). Maar de 'twee-in-één' functie van de VS is zo expliciet in de Nederlandse literatuur nog niet beschreven.

## **5. Inschrijftarief voor (extra) patiënten**

De grootste inkomstenbron voor een praktijk is het inschrijftarief per patiënt, de Inschrijving Op Naam (ION). Deze praktijk heeft ongeveer zeventuizend patiënten ingeschreven op naam van de praktijkhouder, waarmee de bijbehorende inkomsten worden gegenereerd. De praktijk ligt in een krachtwijk en ontvangt conform de Nza-tarieven een opslag op het inschrijftarief per patiënt.



Het aantal ingeschreven patiënten is slechts beperkt toegenomen door de inzet van VS'en. Groei in het aantal patiënten is ook niet zozeer het doel van de praktijk met de inzet van VS, veeleer is het doel verbreding en vernieuwing van het zorgaanbod, zoals de spreekuren buiten kantoor tijden, de somatische zorg binnen de GGZ en de Straatdokter. Dit uiteraard naast een voldoende en goed aanbod van de reguliere verrichtingen door huisartsen en VS'en. Er is in deze praktijk vooral sprake van capaciteitsvergroting in het zorgaanbod en beperkte groei in het patiëntenaantal. En dit laatste is met name gerelateerd aan het bredere of het nieuwe zorgaanbod. De praktijk genereert zodoende beperkt inkomsten uit extra ingeschreven patiënten.

Door het praktijk aanbod op deze manier te organiseren wil men zorg op maat bieden en de toegang tot zorg voor patiënten borgen. In de Nederlandse literatuur wordt een dergelijke verbreding en vernieuwing van het zorgaanbod in de huisartsenpraktijk met inzet van een VS nog niet beschreven.

## **6. Extra activiteiten**

Uit de praktijkbeschrijving in hoofdstuk 3 blijkt dat deze praktijk extra activiteiten uitvoert, waarmee inkomsten worden gegenereerd. Dit soort activiteiten zijn nog niet opgenomen als mogelijke inkomstenbronnen in hoofdstuk 2. Zo fungeert de praktijk als opleidingspraktijk voor huisartsen en VS'en.

Ook biedt de inzet van VS'en de praktijkhouder de mogelijkheid om een bestuursfunctie binnen de belangenorganisatie van huisartsen te vervullen.

Van een andere orde, maar wel relevant voor het verdienmodel in deze praktijk, zijn de inkomsten uit de verhuur van praktijkruimtes in het gezondheidscentrum.

Dit soort activiteiten zijn in relatie tot de bekostiging van de VS in de huisartsenpraktijk in Nederlandse literatuur nog niet eerder zo expliciet beschreven.

## **Methodologische kanttekeningen**

Dit onderzoek betreft een dieptestudie in één huisartspraktijk. De praktijkhouder en zijn team zijn ondernemend en innovatief vanuit een gezamenlijk gedragen visie op zorg. De praktijk kent een bijzondere constructie met de inschrijving op naam van alle patiënten bij de praktijkhouder. Inkomsten en kosten worden voor de hele praktijk centraal verdisconteerd. Deze dieptestudie geeft daarom enerzijds veel inzicht in de mogelijkheden om de inzet van meerdere VS'en rendabel te maken. Anderzijds is de ziens- en werkwijze van deze praktijk niet zomaar één-op-één over te nemen door andere praktijken. Desondanks kan deze praktijk door zijn brede verkenning van mogelijkheden goed als voorbeeld dienen voor andere praktijken en aanknopingspunten bieden om zich te spiegelen en de eigen mogelijkheden te beschouwen.

Een kanttekening bij deze studie betreft de duur van de meetperiode en de geldende tarieven. De extractie uit het HIS gebeurde op data van de eerste helft van 2014. Hierdoor kan een vertekening optreden, bijvoorbeeld vanwege seizoensgebonden aandoeningen of periodieke activiteiten, ten opzichte van data die over een heel jaar zou zijn geëxtraheerd.

Bovendien zijn we bij de berekeningen uitgegaan van de tarieven zoals die golden in 2014. In 2015 is de nieuwe financiering huisartsenzorg van start gegaan, we weten niet

of we dan dezelfde conclusies kunnen trekken. Echter, de methodiek van het berekenen van inkomsten en kosten blijft gelijk.

Volgens Romein (2006) is er onvoldoende bewijs dat de VS kosteneffectief is, omdat de lagere salariskosten van de VS opgeheven worden door andere factoren (bijvoorbeeld middelengebruik of langere consulten). Deze aspecten zijn in dit onderzoek niet meegenomen. Dat zou als een methodologische kanttekening op te vatten zijn. Echter, de kosteneffectiviteit wordt in deze praktijk niet bekeken op individueel of functieniveau, maar op praktijkniveau. Het team realiseert in gezamenlijkheid een breed aanbod van diensten en activiteiten en genereert daarmee inkomsten. Het totaal aan inkomsten dient vervolgens het totaal aan kosten van de praktijk te dekken. Dit geeft nieuw licht op de wijze waarop naar de kosteneffectiviteit van de VS gekeken kan worden.

Tot slot hebben we ons vanwege de vergelijkbaarheid beperkt tot Nederlandse literatuur over de VS in de huisartsenpraktijk. Over dit specifieke onderwerp is helaas nog weinig bekend.

## Geraadpleegde bronnen

- Bakker, D. de, Strassel, J., Vrijhoef, H. & Derckx, E. (2013). Hulp bij opleiden en inzet personeel. Skill Mix Analyse Huisartsenzorg. *De Eerstelijns*, 5 (6), 18-19
- Bakker D. de, Strassel, J. Vrijhoef H. & Derckx, E. (2013) Skill Mix Analyse Huisartsenzorg. Eindrapport. Utrecht/Eindhoven: NIVEL/Stichting KOH
- Boesten, J., Braaksma, L., Klapwijk-Strumpler, S., Kole, H.M., Sloekers, J., Smit, C., Stroucken, J.P.M., Werven, H. van & Westerhof, R. (2013). *Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier*. Utrecht: NHG-richtlijn
- Boonstra, J.T., Janssen, A.M.P., Weerts, J. & Wetering, N. van de (2001). *Functiekenmerken en inkomen van de huisarts*. Zeist: Hay Management Consultants
- 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.
- Capaciteitsorgaan. (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen
- CBS (2010). Een laag inkomen is een inkomen dat lager was dan of gelijk aan 19,2 duizend euro. CBS in uw buurt: <http://www.cbsinuwbuurt.nl/index.aspx#pageLocation=index>
- CBS (2014). Aantal inwoners. Van: <http://statline.cbs.nl>
- Derckx, E.W.C.C. e.a. (2005). Tussen cure en care. Nurse Practitioner verdient zichzelf terug. *Medisch Contact*, 49 (60), 1992-1995
- Derckx, E., Rijt, D. van de & Gauthier, N. (2008). *Financieringsopties en rekenmodel NHP, interne notitie Stichting KOH*. Eindhoven: Stichting KOH
- Derckx, E. (2008). Hulpkrachten in de huisartsenpraktijk. In J.N. Keeman, J.A. Mazel & F.G. Zitman (red.), *Het medisch jaar 2008-2009* (p. 144-159). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Derckx, E., Dierick-van Daele, A. & Vrijhoef, B. (2009). De 'nurse' de maat genomen. *Tijdschrift voor Verpleegkunde*, 2009 (3), 23-27.
- 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
- Dierick-van Daele, A.T.M. (2010). *The introduction of the nurse practitioner in general practice*. Maastricht: Universiteit Maastricht

Elissen, A., Raak, A. van, Derckx, E.W.C.C. & Vrijhoef, H.J.M. (2009). *De Nurse Practitioner als "Street Nurse". Een onderzoek naar de haalbaarheid en de kosten van het Eindhovense Straatdokterproject*. Maastricht: Maastricht University, School voor Public Health and Primary Care (Caphri)

Elissen, A., Raak, A.J.A. van, Derckx, E.W.C.C. & Vrijhoef H. J. M. (2009). Dokter voor Vagebonden. Laagdrempelige straatdokerspraktijk haalt daklozen wél binnen. *Medisch contact*, 64 (9), 842-845

Feijter, C. de (2007). Experiment bewijst de meerwaarde van de inzet van de Nurse Practitioner. Financiering blijft struikelblok. *De Huisarts in Nederland*, 40-42. Utrecht: LHV

Gercama, A.J., Horst, H.E. van der & Stalman, W.A.B. (2007). Van spil tot regisseur. *Medisch Contact*, (39), 1603-1605

Hassel, D. van, Velden, L. van der & Batenburg, R. (2014). *Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisarts*. Utrecht: NIVEL

Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S. Hingstman, L., Dulmen, A.M. van & Bakker, D.H. de (2012). *Kennisvraag. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?* Utrecht: NIVEL

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Staat van de Gezondheidszorg: Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg*. Den Haag: IGZ

Kommer, K. (2010). Durven en willen overdragen. *De eerstelijns*, (2), 8-11

Lambregts, J. & Grontendorst, A. (red.) (2013). *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist. Verpleegkundigen en Verzorgende 2020. Deel 4*. Utrecht: V&VN Nederland

Laurant, M. & Wijers, N. (2014). *Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten werkzaam in de huisartsenzorg*. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) Radboudumc Nijmegen

Laurant, M., Hermens, R., Braspenning, J. & Grol, R. (2008). Praktijkondersteuning verbetert zorg maar verlaagt werkdruk niet. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 3 (5), 126-130

LHV/InEen (2013). *Handleiding FWHZ. Functiewaardering Huisartsenzorg 2013, cao-document, versie 14 augustus 2013*. Utrecht: LHV/InEen

LHV, NHG, NVvPO, V&VN-PVK/POH & Samenwerkende Hogescholen (2014). *Competentie en Eindtermendocument voor de opleiding tot praktijkverpleegkundige*. Utrecht: LHV, NHG, NVvPO, V&VN-PVK/POH, Samenwerkende Hogescholen

LHV, NHG, PsyHAG, InEen & Samenwerkende Hogescholen (2014). *Functie- en competentieprofiel praktijkondersteuner GGZ*. Utrecht: LHV, NHG, PsyHAG, InEen, Samenwerkende Hogescholen

LHV (2015). *Declareerwijzer*. Utrecht: LHV

Maasen, H. (2001). 'Nu ik hier werk komen patiënten makkelijker langs': Aletta Hektor, NP in het Hoge Noorden. *Praktijkgeluiden. Medisch Contact*, 20 (56), 778-780

Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten (2013). *Beroepscompetentieprofiel Doktersassistent*. Utrecht: NVDA

Nederlands Huisartsen Genootschap (z.d.). *NHG-Standaarden*. Van: <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>

Nederlandse Zorgautoriteit (2014). *Tariefbeschikking 2014*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit

Nederlandse Zorgautoriteit (2015). *Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg*. [Beleidsregel BR/CU-7105]. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

NIVEL (2004). *Praktijkondersteuner ontlast huisarts nauwelijks (Nieuwsreflex)*. *Medisch Contact* 22 (59), 884

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn [internet] (2013). *Top-20 diagnoses bij contacten met de huisartsenpraktijk*. Van: <http://www.nivel.nl/NZR/top-20-diagnoses-bij-contacten-met-de-huisarts>

NIVEL/Stichting KOH (2013). *Skill Mix Analyse*: <http://skillmix.nivel.nl/skill>

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002 en 2008). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid

Romeijn, A. (2006). *De financiering van de Nurse Practitioner in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Een inventariseren, beschrijvend, onderzoek naar ideeën en mogelijkheden*. Maastricht: Universiteit Maastricht

Romeijn, A. (2006). *De kosten-effectiviteit van de Nurse Practitioner. Een literatuuronderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht

Stichting KOH (2014-2015). *Cijfers aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants werkzaam in de huisartsenpraktijk*. Eindhoven: Stichting KOH

VWS, brief 'Kabinetsreactie advies NZa taakherschikking', kenmerk CZ-3132479 d.d. 9 oktober 2012

VWS, 2.1 beleidsagenda 2012, begroting VWS 2012

VWS, brief 'Vervolg kabinetsreactie advies NZa taakherschikking' d.d. 2 april 2013, kenmerk CZ-3152101 d.d. 22 april 2013 en bijlage 1

Wijers, N., Burgt, R. van der & Laurant, M. (2013). *Verpleegkundig specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport naar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven*. Nijmegen/Eindhoven: IQ healthcare Radboudumc/Stichting KOH

Wijk, P. van (2014) Huisarts wordt meespelend regisseur met ondersteuning van experts. *De Eerstelijns*, 3 (6), 22-23

## **Websites**

[www.brancherapporten.minvws.nl](http://www.brancherapporten.minvws.nl)

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

[www.ion.lhv.nl](http://www.ion.lhv.nl)

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

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

<http://skillmix.nivel.nl/skill>

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

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

## **Bijlage**

Bijlage 1 Planning onderzoek 'Verdienmodel huisartsenpraktijk met vier verpleegkundig specialisten'





**Planning onderzoek 'Verdienmodel huisartsenpraktijk met vier verpleegkundig specialisten'**

<b>Activiteiten</b>	<b>Q4 2013</b>	<b>Q1 2014</b>	<b>Q2 2014</b>	<b>Q3 2014</b>	<b>Q4 2014</b>
Praktijkbezoek					
Proefextractie					
Registratie-instructies					
1 <sup>e</sup> Interview met VS'en					
1 <sup>e</sup> Interview met eigenaar en centrummanager					
Opvragen praktijkdocumenten werkafspraken					
Data-analyse HIS-extractie					
Onderzoek kosten en opbrengsten					
Groepsinterview assistenten					
Groepsinterview POH's					
Groepsinterview huisartsen					
2 <sup>e</sup> interview met VS'en					
2 <sup>e</sup> interview met eigenaar en centrummanager					
Concept rapport					
Definitief rapport					