

‘Door criterium omgevingsadressendichtheid werden veel praktijken onterecht uitgesloten’

NZA VERBETERT CRITERIA ACHTERSTANDSWIJKEN, MINISTERIE VERHOOGT BUDGET AANZIENLIJK

Jarenlang was hij onderwerp van discussie: de postcodelijst waarmee de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt welke wijken als achterstandswijken worden gekenmerkt. Begin deze zomer paste de NZa de regels aan. VWS verhoogde het budget voor achterstandswijken fors. “We zijn er heel blij mee”, zegt senior LHV-beleidsmedewerker Ad Vermaas.

Al sinds Ad Vermaas zich kan herinneren, is er ‘veel gedoe’ over de postcodelijst, die elke vier jaar wordt herijkt. Voor patiënten die in een erkende achterstandswijk wonen, mogen huisartsen een hoger inschrijftarief declareren. Ook wordt per patiënt een bedrag gestort in de achterstandsfondsen. Met geld van de fondsen worden praktijkoverstijgende projecten gefinancierd.

Een betere differentiatie van de huisartstarieven staat al jaren ‘heel hoog’ op de agenda van LHV, vertelt Vermaas. Intensieve discussie met de NZa (en politieke lobby in Den Haag) leidde tot een aanpassing van de leeftijdscategorieën, naast de postcodelijst het tweede criterium voor een tariefopslag. Met ingang van 1 januari 2018 werd bovendien de opslag op het inschrijftarief fors verhoogd: van 6,68 euro per patiënt per jaar naar 19,64 euro. “Maar een betere systematiek voor het vaststellen van de postcodelijst, daar kwamen we niet uit.

Daarom besloot de NZa er een apart project van te maken. Daar hebben ze echt hard aan gewerkt.”

Voor de vaststelling van achterstandswijken werd altijd gekeken naar vier criteria: het aandeel niet-Westerse allochtonen, het aandeel mensen met een laag inkomen, het aandeel niet-actieven en de omgevingsadressendichtheid. NIVEL maakte, in opdracht van LHV en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), een ranglijst van achterstandswijken, de meest urgente bovenaan.

De NZa legde die lijst vervolgens vast in de tariefbeschikking. Om financiële redenen, legt Vermaas uit, werd in die lijst een grens getrokken. “Dat ‘afkappunt’ lag op 5 procent: bij de vorige herijking een kleine 0,9 miljoen inwoners.”

■ BIJNA EEN VERDUBBELING

Door die grens is de ranglijst per definitie ‘relatief’ en dat was een van de bezwaren ertegen. “Bij een herijking kon het best zijn dat jouw praktijk ineens niet meer in een achterstandswijk viel. Terwijl de situatie niet was verbeterd, misschien zelfs verslechterd. Andere wijken waren dan gewoon hoger op de ranglijst geëindigd.”

Kritiek was er ook op de omvang van de postcodelijst. “Samen met onder meer huisartsen uit achterstandswijken en achterstandsfondsen hebben wij sterk gepleit voor uitbreiding. Met hoeveel was lastig te zeggen, maar alle onderzoeken bevestigden in ieder geval dat deze groep veel gro-

‘Samen met huisartsen uit achterstandswijken en achterstandsfondsen heeft de LHV sterk gepleit voor uitbreiding’

ANNEKE BALTUSSEN

(mede-)praktijkhouder

Medisch Centrum Sint Anna in Nijmegen

Wijk: Willemskwartier en Hatert

‘Een derde van mijn patiënten vergt twee derde van mijn consulttijd’

“**O**fficieel werk ik drie dagen, maar alles bij elkaar komt het neer op 36 tot 40 uur. Ik ben ook tijd kwijt aan overleg met bijvoorbeeld de gezondheidsmakelaar in het wijkcentrum. De werkdruk is hoog, we lopen allemaal spitsroeden. In onze praktijk is er geregeld wel iemand die het rustiger aan moet doen. Zelf heb ik dat vorig jaar gehad. Een derde van mijn patiëntenpopulatie is allochtoon, vooral Turks en Marokkaans. Zij vergen twee derde van mijn spreekuurtijd. Ze hebben minder gezondheidsvaardigheden, zijn lager opgeleid en hebben een cultuur waarin voor een probleem altijd een aanwijsbare, lichamelijke oorzaak moet worden gevonden. Ook als die er niet is.

Gisteren had ik bijvoorbeeld een Turkse mevrouw met lage rugklachten, ze wilde per se een foto. Dan moet je veel praten en uitleggen. Een hogeropgeleide patiënt verwijst ik naar thuisarts.nl of een fysiotherapeut. Deze patiënt snapte dat niet. Dus zoek ik de informatie zelf op en neem die, op papier, met haar door. Zo'n consult kost dus meer tijd.

Mijn patiënten komen ook vaker op het spreekuur. Ze hebben meer problemen, vaak in alle vier domeinen: lichamelijk, psychisch, maatschappelijk en sociaal. Alleen het lichamelijke aanpakken helpt niet. Je moet boven tafel krijgen wat er nog meer speelt. Ook dat vraagt extra tijd.

Bij autochtone patiënten in deze wijk spelen vaak dezelfde problemen. Daar heb je niet het taalprobleem, maar wel laaggeletterdheid. Patiënten vragen bijvoorbeeld geen herhaalrecept online aan, maar klieperen een zak vol medicijndoosjes op de balie om. Uitzoekwerk voor de assistentes, dat kost ook meer tijd.

Al vanaf toen ik hier begon, twaalf jaar geleden, plan ik consulten van vijftien minuten. De informatie boven tafel krijgen én uitleg geven krijg ik niet voor mekaar in tien minuten. Dat is voor de patiënt niet fijn, en voor mezelf ook niet. Financieel betekent dat wel dat ik veel minder verdien dan een vriend die huisarts is in een dorp. Die kan veel meer patiënten aannemen en alleen al door het inschrijfgeld een hoger inkomen genereren. En dan heeft hij nog geen patiënt gezien. Dat is krom: ik doe meer werk voor minder geld, terwijl wij dezelfde opleiding hebben. Fantastisch dat daar nu enige verandering in komt.”

CHARLES WIJNANDS

(mede-)praktijkhouder
Huisartsen Maastricht Oost
Wijk: Wittevrouwenveld

“Een patiëntenpopulatie als de onze vergt veel van de communicatie. Van ons, huisartsen, maar zeker ook van de assistenten. Triageren kost meer tijd en inspanning. Het is moeilijk in te schatten of iemand vandaag nog moet worden gezien, als hij alleen maar zegt: ‘pijn, pijn’.

Patiënten komen ook vaak op een ander tijdstip dan is afgesproken. Twee jaar geleden hebben we de praktijk laten screenen door laaggeletterden. We hebben niet alleen de bewegwijzering, folders en website aangepast, maar maken voor deze patiënten nu afspraken op het hele uur. Dat is makkelijker te begrijpen en onthouden dan 9 uur 20.

Anderhalf jaar geleden gaven de assistenten aan dat het te druk werd. Er hoefde maar éven een kink in de kabel te komen en ze konden het bijna niet opvangen. Taken aan hen delegeren kon niet meer. Toen hebben we voor 18-24 uur per week een nieuwe assistente aangesteld. Dat gaf lucht.

Waar wij huisartsen tegenaan liepen, waren de vele gezinnen met multiproblematiek. Wie waren hun hulpverleners en wat deden ze? Vijf jaar geleden hebben we daarom contact gezocht met de sociale partners in de wijk. Met hen, en ook onze GGZ- en jeugdzorgpartners, voeren we elke zes tot acht weken overleg. Krijg ik nu een moeder van zo’n gezin met bijvoorbeeld hoofdpijnklachten op het spreekuur, dan ga ik niet gelijk op de medische tour. Ik kan rechtstreeks doorverwijzen naar een hulpverlener, die ik ken. Voor dat extra werk krijgen we, net als voor de extra assistentie, geen vergoeding. Dat we nu worden erkend als achterstandswijk, voelt als een bekroning voor al ons extra werk. Dat Wittevrouwenveld, dat toch in alle opzichten bekendstaat als achterstandswijk, die status niet had, komt waarschijnlijk doordat wij niet voldeden aan het criterium van de adressendichtheid. De A2 loopt door deze wijk, er is een stadion en een bedrijventerrein. Dat heeft altijd als onrechtvaardig gevoeld.”

‘Niet erkend worden heeft altijd als onrechtvaardig gevoeld’



LHV-bijeenkomsten Beleid en bekostiging LAAT U BIJPRATEN OVER 2019

In 2019 veranderen nog een aantal zaken, die mede door vasthoudendheid van de LHV tot stand zijn gekomen. Alle wijzigingen in 2019 komen uitgebreid aan bod in een bijeenkomst Beleid en bekostiging. Als LHV-lid kunt u deze kosteloos bijwonen. Inschrijven is noodzakelijk, een aantal sessies is inmiddels bijna volgeboekt. Iedere bijeenkomst begint om 16.00 uur en duurt tot 20.00 uur. De experts van de LHV praten u bij op de volgende locaties:

■ Maandag 1 oktober

Utrecht

■ Dinsdag 2 oktober

Rotterdam

■ Woensdag 3 oktober

Zenderen

■ Donderdag 4 oktober

Duiven

■ Maandag 8 oktober

Urmond

■ Dinsdag 9 oktober

Akersloot

■ Woensdag 10 oktober

Goes

■ Donderdag 11 oktober

Heerenveen

■ Maandag 15 oktober

Zwolle

■ Dinsdag 16 oktober

Apeldoorn

■ Woensdag 17 oktober

Groningen

■ Donderdag 18 oktober

Utrecht

■ Maandag 22 oktober

Breda

■ Dinsdag 23 oktober

Hoofddorp

■ Woensdag 24 oktober

Eindhoven

SPECIALAAL VOOR PRAKTIJKMANAGERS

■ Donderdag 25 oktober

Utrecht (vol)

■ Dinsdag 13 november

Utrecht

WEBINAR

■ Dinsdag 30 oktober om 19.30 uur (voor huisartsen)

■ Donderdag 1 november om 19.30 uur (voor praktijkmanagers)

Of er nog plaatsen beschikbaar zijn op de locatie van uw keuze, kunt u nalezen op www.lhv.nl. Daar kunt u zich ook aanmelden voor een bijeenkomst.

ter was dan 5 procent van de Nederlandse bevolking.”

Ook het ministerie zag dat uiteindelijk in. In het Hoofdlijnenakkoord 2019-2022 is bijna 12 miljoen euro extra beschikbaar gesteld, waardoor de opslag nu voor 1,5 miljoen patiënten kan worden gedeclareerd. “Dat is ongeveer 9 procent van de bevolking, bijna een verdubbeling.”

■ ONTERECHT UITGESLOTEN

Grootste doorn in het oog van huisartsen, vooral van die buiten de Randstad, was het criterium van de ‘omgevingsadressendichtheid’. Daarmee werd het aantal inwoners aangeduid in een straal van 1 kilometer rond een woonadres. “Door dat criterium”, legt Vermaas uit, “werden veel praktijken onterecht uitgesloten. Bijvoorbeeld als ze de pech hadden dat er in hun wijk een groot park of meubelboulevard ligt.”

In de nieuwe regeling heeft de NZa dit criterium geschrapt. Doordat het CBS, dat de gegevens over de wijken levert, zijn methodiek bovendien heeft verfijnd, kan nu op vijf of zes posities van de postcode worden

bepaald of deze tot een achterstandswijk wordt gerekend of niet. “Dat is veel preciezer: het gaat nu om een paar straten of zelfs delen van straten.”

Van de vier criteria zijn twee ongewijzigd gebleven: het aandeel mensen met een laag inkomen en het aandeel inactieven. Het aandeel mensen met een niet-Westerse achtergrond is uitgebreid met zogeheten MOE-landers, mensen uit Midden- en Oost-Europa. “Ook zij kosten huisartsen vaak meer tijd.”

■ OVERGANGSREGELING

LHV is positief over alle aanpassingen. Ver-

maas: “We zijn heel blij dat de groep huisartsen die meer geld krijgt, stukken groter is geworden. We hadden graag gezien dat ook de achterstandsfondsen meer budget zouden ontvangen, maar dat is helaas niet gelukt.”

Ander punt waarvoor LHV zich hard heeft gemaakt, is een overgangsregeling voor praktijken die er door de nieuwe systematiek – substantieel – op achteruit gaan. “Want die zijn er ook, zo’n 75. Tot op de dag voor het besluit hebben we daarover nog met de NZa overlegd. Er is nu afgesproken dat deze praktijken zich mogen melden bij de NZa, en dat dan wordt gekeken of er een overgangsregeling moet worden getroffen.”

De nieuwe systematiek gaat in op 1 januari 2019 en zal waarschijnlijk voor vier jaar gelden. “We zien dit als een tussenstap. Het liefste zouden we de zorgzwaarte per individuele patiënt kunnen vaststellen. Maar dat is – mede vanwege de privacy – heel lastig. Ik verwacht dat de postcodelijst in de toekomst nog wel één of twee keer herijkt zal moeten worden.”

De opslag is nu van
toepassing op 1,5
miljoen patiënten.
Dat is bijna een
verdubbeling

‘Wij doen 25 procent meer consulten per patiënt dan een gewone praktijk’



MISCHA HARDEICK

(mede-)praktijkhouder
Huisartsenpraktijk De Venen
Stadskanaal

“Met onze praktijk bedienen we 10.500 patiënten. Toen Philips destijds op zoek was naar arbeiders voor lopendebandwerk, kwamen ze hier terecht. In Stadskanaal woonden veel voormalige veenarbeiders. Het lopendebandwerk verdween naar lagelonenlanden, maar de bevolking bleef. De grootste werkgever is nu de sociale werkplaats van de gemeente. Onze patiënten zijn mooie, authentieke Groningers, met een eigen waardigheid, recht voor z'n raap. Ze zijn streetwise, maar hebben een laag opleidingsniveau, zijn laaggeletterd en niet zo zelfredzaam. Er wordt van de patiënt tegenwoordig wel verwacht dat hij mondig en actief is, maar bij onze patiënten heerst een hoop onkunde over het eigen lichaam, over diabetes, over wat een griep is en wat een bacteriële infectie. Mensen zijn ook weinig genegen om hun leefstijl aan te passen. We investeren er veel tijd in om de kennis en het begrip bij patiënten te vergroten. We blijven de boodschap herhalen, in de hoop dat op een gegeven moment duidelijk wordt dat een verkoudheid echt vanzelf overgaat. Triageren is lastig. We hebben het geprobeerd, maar veel mensen willen iets toch uit de mond van 'Dokter Zelf' horen.

De zorgvraag ligt in onze praktijk ook beduidend hoger dan het gemiddelde van onze zorggroep, die 500.000 mensen omvat. In vergelijking met andere praktijken hebben wij 23 procent meer patiënten met diabetes. Hetzelfde geldt voor hart en vaatziekten: 24 procent meer. En wij doen 25 procent meer consulten per patiënt dan een doorsnee praktijk.

Volgend jaar worden zo'n tien straten in Stadskanaal 'achterstandswijk'. Voor ons gaat het om zo'n 350 patiënten. We zijn blij met de erkenning hoor, maar het is natuurlijk niet meer dan een druppel op een gloeiende plaat. Extra mensen kun je voor dat geld echt niet aannemen.”