

Actieplan werkdruk in de ANW

Een toelichting op het actieplan door LHV, VPH, InEen en NHG.

Versie II

Inhoudsopgave

Inleiding: De drie grote lijnen in het actieplan ANW.....	3
I Organisatie van de ANW-zorg	3
3 stappen naar een nieuwe werkwijze.....	4
Stap 1 Alle huisartsen hebben een contract met de HAP en committeren zich aan en gelijk aantal diensten.....	4
Stap 2 Gelijke beloning.....	6
Stap 3 Oplossingen bij calamiteiten	6
II Huisartsenspoedzorg in de nacht.....	7
Stap 1a Alle posten voeren spoed = spoed in voor het einde van 2023	7
Stap 1b Strikte triage, ook als het weer minder druk wordt.....	7
Stap 2 Minder HAP's open in de nacht.....	7
III De stip aan de horizon.....	8
Toelichting op de verschillende onderdelen van het Actieplan ANW.....	9
1 Het eerlijk verdelen van diensten: hoe zien we dat?	9
2 Invoeren vrij-roosteren binnen de HAP	9
3 Spoed = spoed	11
FAQ's over het actieplan ANW	13
Cijfers en feiten	19

Inleiding: De drie grote lijnen in het actieplan ANW

De noodzaak om nú het verschil te maken voor een toekomstbestendige ANW is hoog. De uitslag van de ANW-enquête (september 2021) gaf echter veel ruimte voor interpretatie. Met het actieplan en de toelichting wordt recht gedaan aan de urgentie, de uitkomsten van onderzoeken en neemt de beroepsgroep de verantwoordelijkheid voor de 24/7 zorg die is vastgelegd in de kernwaarden en kerntaken opgesteld in Woudschoten. De continuïteit van de zorg dat is wat nu op het spel staat en waarvoor huisartsen nu in actie komen, waarbij de kern is dat alle huisartsen samen de verantwoordelijkheid nemen voor de ANW-zorg.

LHV, InEen, NHG en VPH kiezen ervoor om in dit actieplan te kiezen voor acties die huisartsen zelf kunnen inzetten en afmaken op de kortere en langere termijn.

Deze koers en de daaruit volgende keuzes uit het gezamenlijke actieplan (bijlage Actieplan ANW) van LHV, InEen, NHG en VPH zijn de basis van deze toelichting die handvatten geeft voor de uitwerking door huisartsen en huisartsenposten. Het actieplan zet koers langs drie actielijnen die sterk afhankelijk zijn van elkaar en alleen gezamenlijk voor het gewenste resultaat gaan zorgen:

1. Aanpassen van de organisatie van de ANW-zorg
2. HuisartsenSPOEDzorg in de nacht
3. De stip aan de horizon.

ANW actieplan is een koers

Het woord koers zegt het al, dit plan en de toelichting geven de ontwikkeling aan voor de komende jaren.

Daarmee zeggen we dat we nu samen deze richting opgaan, maar ook dat er ook:

- a) **ruimte is voor maatwerk** bij posten als daar door de aangesloten huisartsen behoefte aan is, zolang die aanpassingen liggen in richting die we gezamenlijk hebben afgesproken.
- b) de mogelijkheid bestaat om de gezamenlijke koers te verleggen/**bij te sturen als dat nodig** is gedurende de reis die we maken naar de stip op de horizon. We weten immers niet wat die stip precies gaat zijn, die toekomstplannen worden nog uitgewerkt samen met onze partners in de acute zorg en het ministerie van VWS. Ook weten we niet wanneer we in de tijd aankomen bij die stip die nu nog op de horizon ligt.
- c) **jaarlijks met de leden van de klankbordgroep geëvalueerd** gaat worden hoe het proces verloopt en waar we eventueel bij moeten sturen.
- d) met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de komende tijd voortvarend wordt gewerkt aan **een leidraad** die de basis vormt voor het concept implementatieplan. Dit concept is weer de basis voor de regionale implementatieplannen.

I Organisatie van de ANW-zorg

Spoeisende huisartsenzorg is 24 uur per dag beschikbaar en een kerntaak van de huisarts en de huisartsenzorg. Deze kerntaak vloeit voort uit één van de vier kernwaarden van de huisartsenzorg, namelijk 'continu'. De ANW-zorg is een zware belasting, zeker in combinatie met de drukke huisartsenzorg in de dagpraktijk. Deze kernwaarde en kerntaak geldt voor de hele beroepsgroep. In

de uitwerking echter, zijn de contractuele verantwoordelijkheden en de verdeling van diensten niet evenwichtig gespreid over de beroepsgroep.

Door de ANW-zorg anders te organiseren verminderen we de druk op alle huisartsen en in het bijzonder de praktijkhoudende huisartsen. Binnen de nieuwe werkwijze worden alle huisartsen gelijk behandeld, met gelijke rechten en plichten voor iedereen. Een solidair systeem waarmee we gezamenlijk de huisartsenspoedzorg overeind houden. Met dit plan pakken alle huisartsen, dat wil zeggen praktijkhouders, waarnemers, hid(ha)'s samen met de huisartsenposten de uitdaging op en werken gezamenlijk aan de oplossingen.

3 stappen naar een nieuwe werkwijze

We bereiken deze nieuwe werkwijze in 3 stappen en deze dienen o.a. onderdeel te zijn van het implementatieplan van de HDS'en:

Stap 1	Alle huisartsen a) Sluiten zich bij voorkeur via een aansluitovereenkomst aan bij een HAP b) committeren zich aan een evenwichtige verdeling van diensten bij deze HAP
Stap 2	Gelijke beloning voor alle huisartsen
Stap 3	Onderzoeken hoe om te gaan met calamiteiten.

We werken nu deze 3 stappen naar een gelijkwaardige nieuwe werkwijze per stap uit.

Stap 1 Zoveel mogelijk huisartsen hebben een contract met de HAP en committeren zich aan diensten.

Alle huisartsen hebben vanuit de herregistratie een verplichting om avond-, nacht- en weekenddiensten te verrichten. De meeste huisartsen doen dat op de HAP, maar het is ook mogelijk om dit zelf te organiseren via de eigen praktijk of bijvoorbeeld in HAGRO verband. Als vertrekpunt nemen we de meest voorkomende situatie: werken via de HAP.

Elke huisarts draagt bij aan invullen van de 7x24-uurs verantwoordelijkheid conform de vastgestelde kernwaarden en kerntaken.

In de nieuwe situatie

- 1) Is het wenselijk dat elke huisarts met minimaal één HAP¹ (c.q. huisartsendienstenstructuur) een aansluitovereenkomst sluit en brengt de gevestigde huisarts vanuit zijn/haar contract met de zorgverzekeraar patiënten in.
- 2) De HAP verplicht zich om voor die patiënten de ANW-diensten te organiseren;
- 3) Committeren alle huisartsen die zich al dan niet via een aansluitovereenkomst aan minimaal één (primaire) HAP hebben gebonden, om gezamenlijk te zorgen voor een dekkend rooster voor de acute huisartsenzorg in de ANW.
- 4) Delen bij de HAP aangesloten huisartsen mee in de voordelen daarvan, zoals 1^e keus in een (vrij-) roostersysteem, inspraak in de organisatie enz..
- 5) Ieder jaar dienen HAP's voor de bij hen aangesloten huisartsen voor het jaar daarop inzichtelijk te maken hoe het rooster dekkend is gemaakt om in aanmerking te komen voor de gedifferentieerde tarieven.

In het implementatieplan zullen HAPs en huisartsen inzichtelijk maken hoe het rooster

¹ HAP staat voor huisartsenpost. Elke huisartsenpost is onderdeel van een huisartsendienstenstructuur (HDS), een organisatie waar één of meerdere HAP's bij aangesloten zijn

dekkend is gemaakt, waarbij een dekkend rooster één van de voorwaarden is om in aanmerking te komen voor de gedifferentieerde tarieven.

Uitgangspunten voor alle huisartsen hierbij zijn:

- 1) Via een aansluitovereenkomst kunnen alle huisartsen zich aan één primaire HAP committeren (c.q. HDS) waar de huisarts een afgesproken aantal diensten, regionaal door de aangesloten huisartsen van die HDS af te spreken, invult.
- 2) Bij de (primaire) HAP, waar huisartsen diensten invullen, krijgen de aangesloten huisartsen eerste keuze in welke diensten ze willen invullen, bijvoorbeeld via een vrij roostertool.
- 3) Wanneer de diensten niet zorgen voor een dekkend rooster kunnen extra diensten worden toegewezen worden conform de regionale afspraken. Alle aangesloten huisartsen bepalen samen met de HAP hoe ze het rooster dekkend krijgen.
- 4) Het staat huisartsen vrij om naast het doen van het aantal diensten bij de primaire HAP ook bij andere posten diensten in te vullen.

Resultaat: gedeelde verantwoordelijkheid met een vrije invulling.

Wat betekent dit voor mij als:

- **Praktijkhouder:** volgens het contract met uw zorgverzekeraar blijft u als praktijkhouder nog steeds verantwoordelijk voor de ANW-zorg voor uw eigen patiënten, maar in deze nieuwe constructie bent u als praktijkhouder niet meer als enige eindverantwoordelijk voor het invullen van de diensten.
- **Waarnemer:** indien u een aansluitovereenkomst bij minimaal een HAP hebt dan raakt u actiever betrokken bij deze HAP van uw keuze en u kunt net als alle andere collega's die een aansluitovereenkomst hebben meedelen in de voordelen daarvan, zoals 1^e keus in het roostersysteem, inspraak in de organisatie enz... Indien u geen aansluitovereenkomst met een HAP aan wilt gaan, dan gelden deze voordelen niet. Voor het invullen van overgebleven diensten sluit u een Overeenkomst van Opdracht (OVO) met de HAP.
- **HID(HA):** voor huisartsen in loondienst zijn in de cao afspraken gemaakt over de verdeling van ANW-diensten. In overleg met werkgevers en werknemers moet worden bepaald of de CAO hier in de toekomst op aangepast moet gaan worden. In de tussentijd zijn er in overleg tussen HID(HA) en werkgever drie opties:
 1. In overleg met de werkgever blijft de situatie zoals afgesproken binnen de huidige CAO. Een HID(HA) deelt mee in het aantal diensten van de praktijkhouder.
 - a. Bepaal in overleg hoeveel dit er zullen zijn en laat deze tegen de huidige vastgestelde afspraken binnen de CAO uitbetalen via de loonstrook van de werkgever.
 - b. De werkgever/praktijkhouder vult het aantal diensten wat de HID(HA) overneemt aan met extra diensten, waardoor het aantal diensten voor deze praktijkhouder alsnog op een minimaal aantal uitkomt.
 2. In overleg met de werkgever sluit de HID(HA) zich rechtstreeks aan bij de HDS en deelt, net als andere huisartsen, mee in het minimaal aantal diensten per huisarts.
 - a. De HID(HA) ontvangt hiervoor bruto de nieuwe vastgestelde ANW-tarieven en laat deze uitbetalen via de loonstrook van de werkgever.

- b. HID(HA) en werkgever blijven in overleg over de invulling van de diensten en de momenten dat dit mogelijk invloed heeft op de werkdagen in de praktijk.
 3. HID(HA) sluit zich naast het loondienstverband als waarnemer (ZZP'er) aan bij de HDS en deelt mee in het minimaal aantal diensten per huisarts.
 - a. De HID(HA) krijgt dan via de HDS de nieuwe vastgestelde ANW-tarieven rechtstreeks uitbetaald op de eigen zakelijke rekening.

Stap 2 Gelijke beloning.

In de IZA-afspraken is opgenomen dat de huisartsenposten en de aangesloten huisartsen een implementatieplan voorleggen aan de zorgverzekeraar. Na diens goedkeuring mogen de nieuwe tarieven worden gedeclareerd.

Dat tarief is hoger en gedifferentieerd naar type dienst met uniforme toeslagen voor avond-, nacht-, weekenddiensten en diensten op feestdagen en regiediensten.

Resultaat: dezelfde passende beloning voor hetzelfde werk voor alle huisartsen.

Uitgangspunten voor alle huisartsen hierbij is

- Het nieuwe hogere NZa-tarief.
- Een gedifferentieerd tarief voor verschillende typen diensten.

Wat betekent dit voor mij als:

HID(HA):

- Indien u via de huidige cao uw diensten doet, dan gelden de afspraken in het contract met uw werkgever. Uitbetaling loopt dan via uw werkgever.
- Indien u op vrijwillige basis of als zzp'er aansluit bij de HAP ontvangt u het nieuwe NZa-tarief, gedifferentieerd voor verschillende typen diensten. De uitbetaling van de nieuwe tarieven verloopt via uw zakelijke rekening.

Stap 3 Oplossingen bij calamiteiten worden regionaal ingevuld.

Samen met ZN gaan we onderzoeken wat de mogelijkheden hierin zijn.

Resultaat: gedeelde eindverantwoordelijkheid voor de dienstenrust na verdeling.

In gezamenlijk overleg in de regio kunt u in een huishoudelijk reglement opnemen wat wordt verstaan onder calamiteiten, wie in welke situatie verantwoordelijk is/blijft en hoe er zo nodig vervanging is te regelen.

II Huisartsenspoedzorg in de nacht

De ANW-diensten leggen een enorme druk op de huisarts zowel privé als tijdens de inzet overdag. Het streven is om deze diensten te beperken tot waarvoor die zijn, namelijk spoedeisende huisartsenzorg. Ook kijken we naar waar de zorg dan effectief en efficiënt verleend kan worden:

Het doel: spoed = spoed

Stap 1a Alle posten voeren spoed = spoed in voor het einde van 2023.

- Aangesloten huisartsen committeren zich aan spoed = spoed op de post en in de dagpraktijk.
- Als spoed = spoed het effect heeft dat er minder posten open hoeven te zijn, bijvoorbeeld in de nacht, dan is het samenwerken van posten een logische stap.

Stap 1b Strikte triage, ook als het weer minder druk wordt.

- Door strikter te triëren tijdens de ANW en ons als huisartsen daaraan ook te houden, zorgen we samen dat de ANW als spoeddienst gezien en ervaren wordt door de patiënten. Dus ook als we op den duur meer tijd en ruimte zien, blijft de ANW-zorg alleen voor gezondheidsklachten die medisch gezien direct of binnen enkele uren moeten worden beoordeeld en nooit een overloop voor de dagpraktijk.
- Alle posten voeren spoed = spoed in, te beginnen in de nachten. Alleen met een eenduidige aanpak heeft spoed = spoed kans van slagen en biedt het voordelen voor de huisartsen. In bijna elke regio is uit de beroepsgroep een aanjager om dit te realiseren actief. [Meer weten over spoed = spoed](#)

Resultaat: HAP werkt als spoeddienst en wordt als zodanig gezien door patiënten.

Wat betekent dit concreet?

- Huisartsen zien alleen patiënten die huisartsenspoedzorg (zijnde U1, U2) nodig hebben tijdens een nachtdienst.
- Binnen de HAP zorgen huisartsen en triagisten gezamenlijk voor de discipline tijdens het invoeren en handhaven van spoed = spoed. (bijlage checklist spoed=spoed)

Wat betekent dit voor mij als:

Praktijkhouder: u zorgt dat er ruimte is in het dagrooster voor uw U3 en U4-patiënten die door de HAP naar de dagzorg zijn verwezen. (bijlage checklist spoed=spoed)

Stap 2 Minder HAP's open in de nacht.

- Het effect van spoed = spoed is dat de dienstdoende huisartsen alleen spoed zien. Dat zou mogelijk de inzet van minder dienstdoende huisartsen kunnen opleveren en daarmee de werkdruk verlagen.
- Een andere manier om het aantal diensten per huisarts te verlagen is om posten in de nacht te sluiten om het aantal huisartsen die dienst doen in de nacht verder te beperken.
- De huisartsenkoepels LHV, VPH, NHG en InEen trekken samen met de overheid op in het communiceren richting de burger over het spoedkarakter en gebruik van de huisartsenpost. Regionaal wordt dit al opgepakt door veel HAP's.

Resultaat: minder huisartsen die dienst doen in de nacht.

Wat betekent dit concreet?

- Minder diensten in de nacht.
Hierdoor ontstaat een betere balans tussen nachtdiensten, privé en werk overdag.
- Dienst doen op een andere naburige post.
Het is mogelijk dat u op een andere post, waarmee uw primaire post samenwerkt, een nachtdienst moet doen. Deze samenvoeging met andere posten is belangrijk om de druk van de nachtdiensten af te kunnen krijgen en het aantal nachtdiensten structureel omlaag te krijgen.
- Sluiten van posten in de nacht.
De HAP stelt samen met de aangesloten huisartsen vast welke posten kunnen sluiten, met inachtneming van de 30-min bereikbaarheid. Hierdoor:
 - kan het totale aantal diensten in de nacht omlaag;
 - wordt er minder werkdruk wordt ervaren;
 - daalt redelijkerwijze de behoefte om nachtdiensten van de hand te doen.

Wat betekent dit voor mij als:

Praktijkhouder: u hebt minder vaak een vervanger voor overdag nodig.

De nachtdiensten weer aantrekkelijk onderdeel van de ANW.

Vooraf nachtdiensten drukken zwaar op de uitvoering van de overige aspecten van het huisartsenvak. Nachtdiensten verstoren de reguliere huisartsenzorg overdag en het privéleven. Als we deze druk kunnen verlagen en in de nachten de spoed (alleen U1 en U2), zinvolle en leerzame spoedhuisartsenzorg over kunnen houden, dan maakt dit het zijn en worden van huisarts en/of praktijkhouder weer een stuk aantrekkelijker. Een fijn vooruitzicht voor geneeskundestudenten die de huisartsenzorg in willen en voor jongere huisartsen die verantwoord in het praktijkhouderschap kunnen stappen zonder de werk-privébalans ernstig te verstoren. Het doen van een nachtdienst moet weer interessant en aantrekkelijk worden en geen verplichte en groeiende opgave.

III De stip aan de horizon

De eerste 2 actielijnen zijn ontwikkelingen voor de komende jaren en zijn noodzakelijke stappen om te zorgen voor een goede uitgangspositie voor de toekomst. De toekomst voor de spoedzorg is de geïntegreerde spoedpost waarin de huisarts kan worden ingezet op zijn kernkwaliteiten, maar waar vooral ook overige zorgverleners aanwezig zijn om te doen waar zij goed in zijn. We zitten als huisartsenorganisaties bij VWS aan tafel bij de bespreking van de plannen rond de acute zorg (zie beleidsbrief van de minister oktober 2022). Wat we voor de toekomst met dit ANW actieplan realiseren, is een sterk gezamenlijk vertrekpunt om de zorg voor ons en onze patiënten goed te regelen.

Toelichting op de verschillende onderdelen van het Actieplan ANW.

1 Het evenwichtig verdelen van diensten: hoe zien we dat?

Waarom is er niet gekozen voor het aanpassen van de eisen voor (her)registratie?

Er is bewust gekozen om niet via de weg van de eisen die gesteld worden aan de (her)registratie te komen tot het anders verdelen van de diensten. De herregistratie is een kwaliteitsinstrument en moet niet worden ingezet voor het bereiken van andere doelen.

Waarom blijft de contractuele verantwoordelijkheid met de zorgverzekeraar bij de praktijkhouder?

Er is vooralsnog voor gekozen om dat te behouden, omdat de praktijkhouders ook voldoende zeggenschap willen houden over de door te voeren veranderingen. Er is vooralsnog niet gekozen voor het ontkoppelen van de dagzorg en de ANW-zorg. Ontkoppelen is complex, heeft een impact op onze strategische positie en kan flinke financiële consequenties hebben. Ontkoppelen kost zowel intern als extern veel overleg en besluitvorming en dat duurt in onze ogen te lang op dit moment (zie actielijn 3).

2 Invoeren dekkend (vrij-)roostersysteem binnen de HAP.

De huidige roostermethode op de HAP is gebaseerd op onderlinge waarneming met gesloten beurs die in het tijdperk vóór de huisartsenposten gangbaar was. De betaling bestond indertijd uitsluitend uit vrije tijd. Een eerlijke verdeling van diensten was daarom van groot belang.

De dienstverdeling wordt tót het nieuwe actieplan in werking treedt nog steeds zo strikt mogelijk bepaald door de grootte van de praktijken (patiëntaantallen). Dit ondanks het feit dat de dienstdoende huisarts betaald wordt voor zijn gewerkte uren. Inherent aan dit oude solidariteitsprincipe worden diensten en vakanties zover als mogelijk vooruit gepland (tot aan een jaar) en diensten worden toebedeeld met beperkte invloed voor de ingeroosterden.

Problemen in huidig roostersysteem:

- Niet flexibel, diensten staan vast, drukte met de bestaande bezetting in te vullen.
- Verhouding praktijkhouder vs. niet-praktijkhouder is steeds lager terwijl de contractuele verantwoordelijkheid voor de invulling bij de praktijkhouder ligt.
- Praktijkhouder ontvangt het NZa-tarief wat doorgaans een lager tarief is dan het markt-tarief van de waarnemend huisarts.
- Geen verschil in beloning tussen de verschillende type diensten.

Doelen van nieuwe roostersystematiek:

- Meer vrijheid bij invullen van de diensten. Door vooraf zelf te kiezen wordt het aantal diensten dat achteraf geruild of uitbesteed wordt minder.
- Spreiden van de verantwoordelijkheid van de diensten over alle bij een post aangesloten huisartsen.
- Mogelijkheid voor niet-praktijkhouders om zich te committeren aan een HAP in ruil voor zeggenschap en mogelijkheid tot eerste keuze van diensten.
- Gedifferentieerd tarief, onaantrekkelijke diensten beter belonen.
- Praktijkhouderschap wordt aantrekkelijker door de verminderde dienstbelasting voor de praktijkhouder doordat alle aangesloten huisartsen (praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend) verantwoordelijk zijn voor een dekkend rooster. Dit is uitgewerkt in het implementatieplan.

Vrij roosteren in het kort:

- Alle huisartsen kunnen zich aanmelden bij een primaire huisartsenpost en meedelen in de voordelen van een aansluiting, zoals als eerste meedelen in het systeem van (bij voorkeur vrij-) roosteren en dus het aangeven van de gewenste diensten.
- Praktijken die zich niet hebben aangesloten bij een HAP kunnen de organisatie en levering van ANW-zorg op dezelfde wijze voortzetten als in de huidige situatie. Praktijkhouders die de ANW via een HDS willen organiseren hebben net als in het verleden een aansluitovereenkomst met een HDS.
- Alle aangesloten huisartsen bepalen samen met de HDS wat een realistisch en dekkend rooster zou kunnen zijn voor het aantal aangesloten huisartsen bij een post.
Huisartsen houden rekening met:
 - het aantal diensten voor de huisartsen, zoals regionaal afgesproken.
 - aangesloten huisartsen of huisartsen vanuit een andere post die eventueel meer diensten willen doen.
 - de samenwerking met andere posten in de buurt waarmee afspraken gemaakt kunnen worden over het eventueel in de nacht c.q. deels c.q. tijdelijk sluiten van posten.
- Alle aangesloten huisartsen van een post maken gezamenlijk afspraken over een gelijkwaardige verdeling van de diensten. Meer diensten doen is uiteraard altijd mogelijk. Hierbij wordt regionaal overlegd wat een acceptabel en haalbaar aantal diensten per huisarts is om een dekkend rooster te maken.
- Regionaal kunnen keuzes gemaakt worden om bepaalde groepen vrij te stellen van bepaalde diensten (bijvoorbeeld op basis van leeftijd of zwangerschap).
- Alle aangesloten huisartsen hebben allemaal eenzelfde stem op de ledenvergadering van hun HAP. Het is, kortom, hun "club".
- Alle aangesloten huisartsen hebben de mogelijkheid om hun diensten uit te besteden:
 - in eerste instantie aan andere aangesloten huisartsen van de eigen post.
 - in tweede instantie aan de overige collega's die diensten willen doen.
- Er worden gedifferentieerde tarieven gehanteerd voor avonden, de nachten, de weekenden en voor de feestdagen.
- De overgebleven diensten kunnen worden toebedeeld aan:
 - huisartsen met een aansluitovereenkomst die meer diensten willen doen.
 - Huisartsen zonder een aansluitovereenkomst maar met een OvO die incidenteel diensten willen doen die overgebleven zijn.
 - de aangesloten huisartsen die zich voor het minste aantal diensten hebben ingeschreven. Dit is het sluitstuk in het dekkend krijgen van het rooster (onderdeel van de regionale afspraken per HAP over de verdeling).

Schematische (fictieve) weergave van de vrij-roostersystematiek:

HAP - 100 diensten in te vullen	100	0
↓		
Vrij roosteren -		
100 diensten staan 2 weken open voor alle aangesloten huisartsen (praktijkhouder, waarnemers, hid(ha))		
90 diensten ingevuld en dus 10 diensten nog te verdelen	10	90
↓		
10 diensten -		
2 weken opnieuw aangeboden aan aangesloten huisartsen		
2 diensten ingevuld, nog 8 diensten te verdelen	8	92
↓		
8 diensten -		
2 weken open voor alle huisartsen (ook van andere posten)		
↓		
6 diensten -		
2 weken open voor alle huisartsen (ook van andere posten) + alternatieve oplossing inzetten: bv. meer PA/VS inzet of samenwerking andere HAP'en		
↓		
4 diensten ingevuld, nog 2 diensten te verdelen	4	96
↓		
2 diensten toe te wijzen aan de aangesloten huisartsen (praktijkhouder, waarnemers, hid(ha)) die het minste hebben ingeschreven		
↓		
rooster gevuld 100 diensten zijn aan een huisarts toebedeeld	0	100

Wat gebeurt er nog meer om de dienstendruk te verlichten?

Op de website met praktijkvoorbeelden zijn veel [voorbeelden](#) te vinden. Naast spoed = spoed en in de nacht minder posten kun je ook kijken naar de inzet van de VS/PA.

3 Spoed = spoed

Wat is de stand van zaken van de implementatie spoed = spoed? Waar kan ik meer informatie vinden?

Op dit moment zijn er 30 aanjagers die in hun regio het concept van spoed = spoed op de agenda zetten van de huisartsen en de HAP.

Hoe komt de boodschap spoed = spoed bij de patiënten?

Het adequaat gebruiken van spoedvoorzieningen heeft natuurlijk ook te maken met de houding van patiënten. Hiervoor moeten regionaal en/of landelijk campagnes worden uitgezet.

Het invoeren en vasthouden van het concept staat of valt bij eenduidig beleid van huisartsen en triagisten bij het al dan niet honoreren van de patiënten om gezien te worden.

Waarom spoed = spoed alleen voor de nacht?

De nacht is een begin, uitbreiding naar andere uren is een logische volgende stap.

Worden mijn patiënten met een U3 en hoger zomaar in de agenda van mijn praktijk ingepland de volgende dag?

Dat is aan u om met de HAP in te regelen.

FAQ's over het actieplan ANW

Wat zijn de voordelen voor mij als praktijkhouder?	13
Wat zijn de voordelen voor mij als waarnemer?	14
En ontkoppelen dan?	14
Heeft de aansluiting bij een HAP gevolgen voor mijn positie als ZZP'er?	14
Waar kunnen we discussiëren over de invulling?	15
Wanneer gaat dit nieuwe systeem van eerlijk verdelen inclusief hogere tarieven in?	15
Bij hoeveel huisartsenspoedposten mag ik mij als huisarts aanmelden?	15
Wordt er nog verdeeld naar aantallen patiënten per praktijkhouder?	15
Wat wordt bedoeld met een dekkend rooster?	15
Kan ik op een later moment in het jaar nog aansluiten bij een HAP?	16
Mogen huisartsen en posten hun diensten nog uitbesteden via bemiddelingsbureaus?	16
Hoe verloopt het betalingsverkeer rondom diensten? Hoe verloopt de betaling voor hid(ha's)?	16
Als wij nu de 24/7 huisartsen spoedzorg lokaal binnen onze HAGRO oplossen, moet ik me dan ook aansluiten bij een HAP?	16
Waarom gedifferentieerde tarieven?	16
Welke tarieven ga ik straks krijgen voor een dienst?	17
Wat is de stand van zaken van de hoogte van het ANW-tarief en de mogelijkheden tot differentiatie?	17
Wat gebeurt er met het inschrijftarief voor praktijkhouders?	17
Wat zijn de uitkomsten van de landelijke ANW- enquête?	17
Wat gebeurt er met scenario's waarin nog niet is voorzien?	17
Wat gebeurt er in het geval we er niet uitkomen in de regio?	17
Wat mag u nog van de koepels verwachten?	18

Wat zijn de voordelen voor mij als praktijkhouder?

U bent als praktijkhouder in deze nieuwe constructie niet meer als enige verantwoordelijk voor het invullen van de diensten, ondanks de verantwoordelijkheid vanuit uw contract met de zorgverzekeraar over de ANW-zorg voor de eigen patiënten. Gezamenlijk zullen we de huisartsenspoedzorg zo goed mogelijk blijven invullen zonder dat daarbij de werkdruk verder door stijgt. Alleen de diensten waar u via het (vrij-)roostersysteem voor inschrijft dan wel krijgt toebedeeld conform de regionale afspraken blijven uw verantwoordelijkheid. Diensten die worden geruild of door anderen zijn ingevuld, zijn niet uw verantwoordelijkheid.

U bepaalt samen met uw collega's en de HAP of praktijkgrootte een criterium is voor het toedelen van de diensten.

Wat zijn de voordelen voor mij als waarnemer?

Indien u een aansluitovereenkomst bij een HAP hebt dan raakt u actiever betrokken bij de HAP van uw keuze en u kunt net als alle andere collega's die een aansluitovereenkomst hebben meedelen in de voordelen daarvan, zoals 1^e keus in het (vrij-) roostersysteem, inspraak in de organisatie enz... Indien u geen aansluitovereenkomst met een HAP aan wilt gaan, dan gelden deze voordelen niet.

De hogere tarieven worden gedifferentieerd en onderdeel van het systeem in plaats van de huidige marktwerking. U behoudt de vrijheid om de diensten te verdelen naar uw persoonlijke situatie. Meer ruilen of uitbesteden wanneer u dit beter uitkomt qua tijd of juist extra diensten nemen als dit financieel goed uitkomt. Bovendien helpt u in dit systeem het praktijkhouderschap weer behapbaar te maken, een veel aantrekkelijker vooruitzicht voor het moment wanneer u zelf of een collega-waarnemer in de toekomst praktijkhouder wilt gaan worden.

En ontkoppelen dan?

LHV en VPH hebben vooralsnog niet gekozen voor het ontkoppelen van de dagzorg en de ANW-zorg. Ontkoppelen is complex, heeft een impact op de strategische positie van de huisarts en kan flinke financiële consequenties voor de individuele huisarts hebben. Ontkoppelen kost zowel intern (binnen de koepelorganisaties) als extern (met de stakeholders) veel overleg en besluitvorming en dat duurt in onze ogen te lang op dit moment. De actiepunten zijn gekozen op snelheid en effectiviteit. Deze optie wordt al wel verder uitgezocht zodat we niet vertragen wanneer het wel gewenst blijkt te zijn. Voor nu is het belangrijkste doel om de last die de contractuele 7 x 24-uurs verantwoordelijkheid voor de praktijkhoudend huisarts met zich meebrengt zo snel mogelijk te spreiden over zoveel mogelijk bij de post aangesloten huisartsen.

Krijg ik als waarnemer straks diensten toegewezen als het rooster van mijn HDS nog niet volledig is gevuld?

Ja, dat zou kunnen indien u een aansluitovereenkomst hebt bij een HAP. Als u een aansluitovereenkomst hebt getekend bent u daarna samen met alle aangesloten huisartsen verantwoordelijk voor de invulling van alle benodigde diensten. Alle aangesloten huisartsen bepalen regionaal samen met de HAP hoe ze het rooster dekkend krijgen, maar bijvoorbeeld ook hoe het aantal diensten omlaag gebracht kan worden.

Heb ik als waarnemer straks net zo veel inspraak op het functioneren van de HDS als praktijkhouders nu?

Het ondertekenen van een aansluitovereenkomst is niet gelijk aan het lidmaatschap van een coöperatie die in sommige gevallen eigenaar is van de HDS. U dient in uw regio passende afspraken te maken.

Heeft de aansluiting bij een HAP gevolgen voor mijn positie als ZZP'er?

De HAP wordt, net als een huisartsenpraktijk of binnen de huidige structuur van verdelen van diensten binnen een HAP, een extra opdrachtgever. Dat draagt bij aan de kwalificatie als zelfstandig ondernemer. De manier van verdelen van de diensten heeft verder geen invloed op de wijze waarop de belastingdienst naar het opdrachtgeverschap van de HAP kijkt. Contractueel dient in de aansluitovereenkomst met de HAP te worden uitgegaan van dezelfde fiscale en juridische voorwaarden als opgenomen in de door de Belastingdienst goedgekeurde modelovereenkomsten van opdracht; dat betreft voorwaarden o.a. m.b.t. functioneren, zzp'er blijft onafhankelijk van aanwijzingen, zzp'er blijft zelf aansprakelijk, en voert de diensten naar eigen inzicht uit. Door u aan te sluiten bij de HAP geeft u alleen aan dat u als zelfstandig ondernemer mee wilt delen in het aantal diensten dat daar ter beschikking wordt gesteld. Vervolgens hebt u alle vrijheid om aan te geven welke diensten u wilt doen en hoeveel diensten u eventueel extra wilt invullen. Er wordt alleen een

minimum aantal diensten ter invulling gevraagd om de HAP een zekerheid te geven dat er genoeg diensten verdeeld kunnen worden.

Overigens kunt u naast de primaire huisartsenpost waarbij u bent aangesloten in uw regio, zich ook aanmelden bij één of meerdere andere posten en daar de openstaande diensten helpen vullen. Deze tellen dan extra mee in het aantal opdrachtgevers dat u als zelfstandig ondernemer hebt. Daarnaast behoudt u de aparte opdrachtgevers waar u tijdens kantooruren opdrachten van aanneemt.

Waar kunnen we discussiëren over de invulling?

Er zijn door de LHV regionale bijeenkomsten georganiseerd om het ANW actieplan en de toelichting daarop te presenteren en vragen te beantwoorden. Deze reeks is achter de rug. Om het gesprek met collega's te voeren en in detail te gaan over de situatie van de eigen HAP is het uiteraard mogelijk om eigen bijeenkomsten in de regio te organiseren. Neem hiervoor contact op met de LHV-ambassadeur in uw regio.

Wanneer gaat dit nieuwe systeem van evenredige verdelen inclusief hogere tarieven in?

De NZa heeft de nieuwe gedifferentieerde tarieven per 1-1-2023 beschikbaar gesteld. LHV, InEen en ZN werken samen aan een leidraad en modelimplementatieplan die alle aangesloten huisartsen en de huisartsenposten samen uitwerken om tot een regionaal implementatieplan te komen. Zodra een regionaal implementatieplan gereed is en goedgekeurd door de preferente zorgverzekeraar gaan de nieuwe tarieven en werkwijze van start. Ideaal is dat zoveel mogelijk huisartsenposten op basis van een goedgekeurd implementatieplan gelijktijdig starten met de nieuwe werkwijze.

Bij hoeveel huisartsenspoedposten mag ik mij als huisarts aanmelden?

Dit aantal is ongelimiteerd.

Bij andere HAP's, waar u geen aansluitovereenkomst mee hebt, maar een Overeenkomst van Opdracht (OvO) afsluit, kunt u aangeven dat u diensten zou willen uitvoeren. Bij deze andere posten bepaalt u zelf het aantal diensten dat u nog extra zou willen doen.

Wordt er nog verdeeld naar aantallen patiënten per praktijkhouder?

Alle aangesloten huisartsen delen op gelijkwaardige wijze mee in het systeem en schrijven zich in voor een minimaal en behapbaar aantal diensten. Op deze wijze is iedere huisarts gelijk ongeacht de dagelijkse situatie met verantwoording voor een grotere- of kleinere praktijk, aantal dagen werk per week of bijvoorbeeld belasting vanuit de privé situatie. Naar eigen inzicht mag u altijd meer diensten doen of juist diensten uitbesteden. Als regionaal blijkt dat het aantal diensten niet in te vullen is met een minimum aantal diensten per aangesloten huisarts, gaan de aangesloten huisartsen en HAP met elkaar in overleg hoe het rooster dekkend te maken. De regie voor het sluitend maken van de roosters ligt in de regio.

Wat wordt bedoeld met een dekkend rooster?

Alle huisartsen bepalen samen met de huisartsenpost wat een realistisch en dekkend rooster is voor het aantal aangesloten huisartsen bij een post. Hierbij houden ze rekening met: het aantal aangesloten huisartsen die het in de HDS-regio afgesproken minimaal aantal diensten zullen doen, of huisartsen die eventueel meer diensten willen doen en de samenwerking met andere posten in de buurt waarmee afspraken gemaakt kunnen worden over het samenvoegen van diensten.

1. Alle aangesloten huisartsen krijgen vervolgens een minimum aantal diensten toebedeeld via een (vrij-)roostersysteem.

2. Is daarna het gezamenlijk vastgestelde aantal diensten niet dekkend, dan wordt gevraagd of huisartsen meer diensten willen doen.
3. Als er daarna nog diensten overblijven dan worden diensten opengesteld voor huisartsen zonder aansluitovereenkomst bij de betreffende post.
4. Mochten er toch gaten in het rooster blijven dan worden deze in eerste instantie verdeeld via de afspraken die daarover regionaal door de aangesloten huisartsen gemaakt zijn. Ook zal er gezamenlijk moeten worden gekeken naar alternatieve oplossingen.
5. Er zal overleg moeten zijn met naburige posten over samenwerking op momenten van schaarste. Eventueel sluiten van posten op het moment dat roosters niet gedicht kunnen worden.

Het ANW actieplan is ingezet om de werkdruk in de ANW weer behapbaar te maken en te zorgen dat de dagzorg niet gaat lijden onder de ANW-diensten. Er moeten dus creatieve oplossingen komen om de huisartsenspoedzorg bereikbaar te houden en zeker niet meer ten koste te laten gaan van huisartsen die juist overdag keihard nodig zijn. Deze creatieve oplossingen zullen per regio verschillen en worden in gezamenlijk overleg tussen alle huisartsen en huisartsenposten bepaald en voorgelegd worden aan verzekeraars om nadere afspraken te kunnen maken.

Kan ik op een later moment in het jaar nog aansluiten bij een HAP?

In geval van ziekte, afronding van de huisartsopleiding of bijvoorbeeld zwangerschapsverlof kan een HAP besluiten een huisarts op een later moment van het jaar te laten aansluiten. Het is dan aan de HAP om te kijken of alsnog het minimum aantal ingeroosterd moeten worden of dat er een percentage over het restant van het jaar ingeroosterd kan worden.

Mogen huisartsen en posten hun diensten nog uitbesteden via bemiddelingsbureaus?

Ja, bemiddelingsbureaus mogen zeker nog ingezet worden om diensten ingevuld te krijgen.

Hoe verloopt het betalingsverkeer rondom diensten? Hoe verloopt de betaling voor hid(ha's)?

Doordat alle diensten via de HAP worden verdeeld verloopt het betalingsverkeer idealiter ook rechtstreeks via de HAP. Op deze wijze is er geen betalingsverkeer meer nodig tussen individuele huisartsen. Via het roostersysteem kunnen diensten aan elkaar overgedragen worden en kan de vergoeding direct aan de dienstdoende huisarts uitbetaald worden. Alleen wanneer een hid(ha) in overleg met de werkgever besluit de diensten via de loonstrook uit te betalen, wordt de vergoeding voor een dienst eerst naar de werkgever over gemaakt, waarna de werkgever, na aftrek van pensioenafdracht en sociale lasten, het bedrag via het loon uitbetaald

Als wij nu de 24/7 huisartsen spoedzorg lokaal binnen onze HAGRO oplossen, moet ik me dan ook aansluiten bij een HAP?

Nee, als de dienststructuur lokaal geregeld is kan deze gewoon blijven bestaan en is er geen aansluiting nodig bij een HAP en de nieuwe gedifferentieerde tarieven zullen niet van toepassing zijn. De LHV heeft hierover bezwaar aangetekend bij de NZa.

Waarom gedifferentieerde tarieven?

Om een dekkend rooster te maken is het belangrijk om zwaardere of minder fijne diensten aantrekkelijker te maken om in te vullen. Door nachtdiensten of feestdagen anders te honoreren t.o.v. kortere avonddiensten ontstaat er een betere natuurlijke spreiding over de diensten. De

gedifferentieerde tarieven gelden voor alle huisartsen ongeacht ervaring of leeftijd en zijn voornamelijk bepaald op basis van aantrekkelijkheid en zwaarte van de dienst.

Welke tarieven ga ik straks krijgen voor een dienst?

U ontvangt het nieuwe gedifferentieerde NZa-tarief, dat gelijk is voor elke huisarts die de betreffende dienst doet. Voor 2023 is dit vastgesteld op:

- Avonddienst: € 100,84
- Weekenddienst € 116,36
- Nachtdienst- en feestdagen € 131,87

Uitgangspunt is dat er op 'de vrije markt' geen tarieven worden betaald boven de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Als blijkt dat dit niet lukt middels het voorliggend plan, zal de overheid in de toekomst gaan onderzoeken of dit verder gereguleerd moet gaan worden.

Wat is de stand van zaken van de hoogte van het ANW-tarief en de mogelijkheden tot differentiatie?

De NZa heeft nieuwe gedifferentieerde tarieven vastgesteld voor 2023 die in kunnen gaan zodra alle aangesloten huisartsen en de HDS een implementatieplan heeft ingediend en de zorgverzekeraar heeft goedgekeurd. De zorgverzekeraars stellen zich hierin meewerkend en ondersteunend op, zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord.

Wat gebeurt er met het inschrijftarief voor praktijkhouders?

Voor het inschrijftarief voor praktijkhouders is inmiddels op meerdere momenten bevestigd dat hier geen financieringsdeel voor de spoedzorg meer is opgenomen. Recent is dit ook nog eens extra opgenomen in het Integrale Zorgakkoord (bijlage C, hoofdstuk 8, 3^e bullet). De praktijkhouders ontvangen dus geen extra inkomen vanuit het inschrijftarief voor het verrichten van diensten. Voorwaarde voor declaratie van het inschrijftarief is wel dat de toegankelijkheid van de ANW-zorg voor de ingeschreven patiënten is geborgd. Maar het inschrijftarief biedt dus geen vergoeding voor het verrichten van diensten (daarvoor gelden de ANW-tarieven).

Wat zijn de uitkomsten van de landelijke ANW-enquête?

in de bijlage (bijlage resultaten flitspeiling ANW) vindt u de uitkomsten van de landelijke enquête.

Wat gebeurt er met scenario's waarin nog niet is voorzien?

Deze toelichting is geschreven met het doel een algemene richting aan te geven en zoveel mogelijk landelijke uniformiteit te creëren. Uiteindelijk hebben de huisartsen en de HDS de ruimte om eventueel af te wijken of ontbrekende details in te vullen. Wat dat betreft heeft iedere regio eigen afspraken. Er wordt gevraagd om zo dicht mogelijk bij het principe van eerlijk verdelen te blijven en het advies is om alle huisartsen en HDS'en te betrekken bij de uitwerking.

Wat gebeurt er in het geval we er niet uitkomen in de regio?

In het actieplan spreken we samen met alle huisartsen, huisartsenposten en zorgverzekeraars af dat we gezamenlijk een oplossing creëren voor de uitdagingen in de huisartsenspoedzorg.

In geval van onduidelijkheid of onenigheid hanteren we de volgende escalatie ladder:

1. Alle huisartsen overleggen binnen de HDS structuur wat de oplossingen zijn voor hun post en komen daar gezamenlijk uit.
2. Mochten er onduidelijkheden zijn op een post dan kan regionaal samenwerking worden gezocht en gezamenlijk naar oplossingen voor een grotere regio worden gekeken

3. Indien er ondersteuning nodig is, zijn er via de landelijke koepelorganisaties medewerkers die met u mee kunnen denken.
4. Komt u er in de regio of met de zorgverzekeraar niet uit dan kunt u dit landelijk melden via de koepelorganisaties.
5. Landelijk zoeken de koepelorganisaties contact met het ministerie of de minister indien partijen zich niet meewerkend opstellen in het geheel.

Wat mag u nog van de koepels verwachten?

De koepels houden over de te ontwikkelen Leidraad nauw contact met ZN (en VWS en de NZa) opdat zij op de hoogte zijn van actuele ontwikkelingen en opdat dat dus geen barrière kan zijn bij het al dan niet goedkeuren van de implementatieplannen. Daarnaast zijn modelaansluitovereenkomsten (HAP-waarnemer/hidha/praktijkhouder) beschikbaar en komt een overzicht van de verschillende roostersystemen.

Cijfers en feiten

In het actieplan worden de resultaten van de leden onderzoeken gebruikt en toegelicht. Hier gaan we nader in op de dienstbelasting en regionale verhoudingen tussen huisartsen.

Dienstbelasting

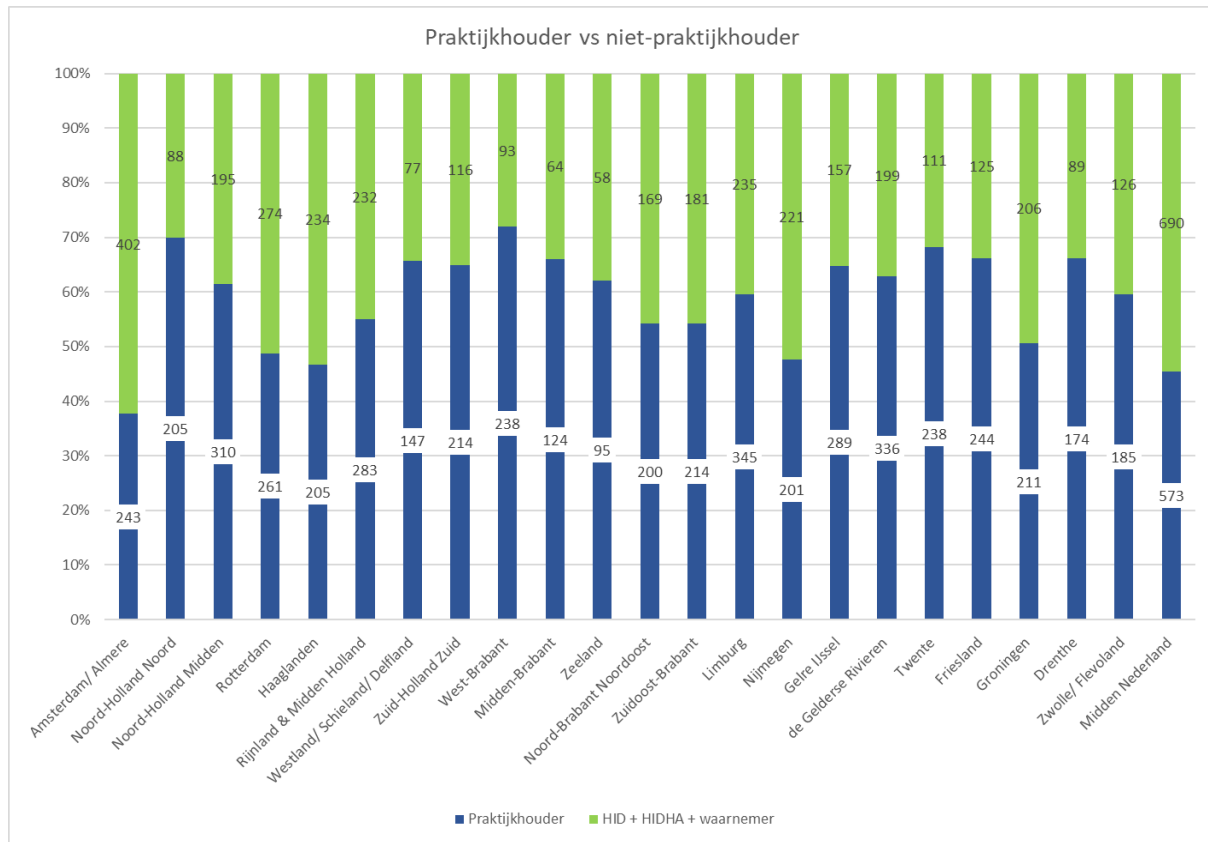
Over heel Nederland vullen alle huisartsen jaarlijks ongeveer 1,52 miljoen uur aan diensten. Als we dit verdelen over circa 13.000 huisartsen zou dit theoretisch op een gemiddelde van circa 117 uur komen per huisarts. Minder dan 20 diensten per jaar en zelfs ruim minder als we er vanuit gaan dat er een groep huisartsen is die vrijwillig meer dan 20 diensten per jaar invult.

Cijfers uit de Benchmark InEen							
Jaar	totaal aantal actieve ANW-uren van huisartsen (praktijkhouders en waarnemers)	Gem uren toebedeeld per normpraktijk	Variatie in uren toebedeeld per normpraktijk	Uren achterwacht per normpraktijk	Gem aantal verkochte ANW-diensten PH aan WN	Problemen in vinden WN door PH	Ondersteuning bij verkoop diensten door HDS
2020	1520000	183	120-252	47	40%	60%	75%
2019	1570000	189	115-264	41	33%	65%	75%
2018	1560000	196 (oude norm) en 190 (nieuwe norm)	119-300	45	33%	72%	76%
2016				48	33,6% + 8%		
2015		196	131-271	43	33%		
2010		206	122-303				

Tot nu toe hebben de praktijkhouders de volledige eindverantwoordelijkheid, maar besteden zij 40% van hun diensten uit aan waarnemers. De 60%-40% verdeling is globaal ook de huidige verdeling in aantallen praktijkhouders en waarnemers in Nederland.

Regionale verhouding praktijkhouders en niet-praktijkhouders

De regionale verhouding tussen praktijkhouders en niet-praktijkhouders is weergegeven in onderstaande tabel:



Bron: LHV-ledenbestand 2022