

## **Rapportdeel 3**

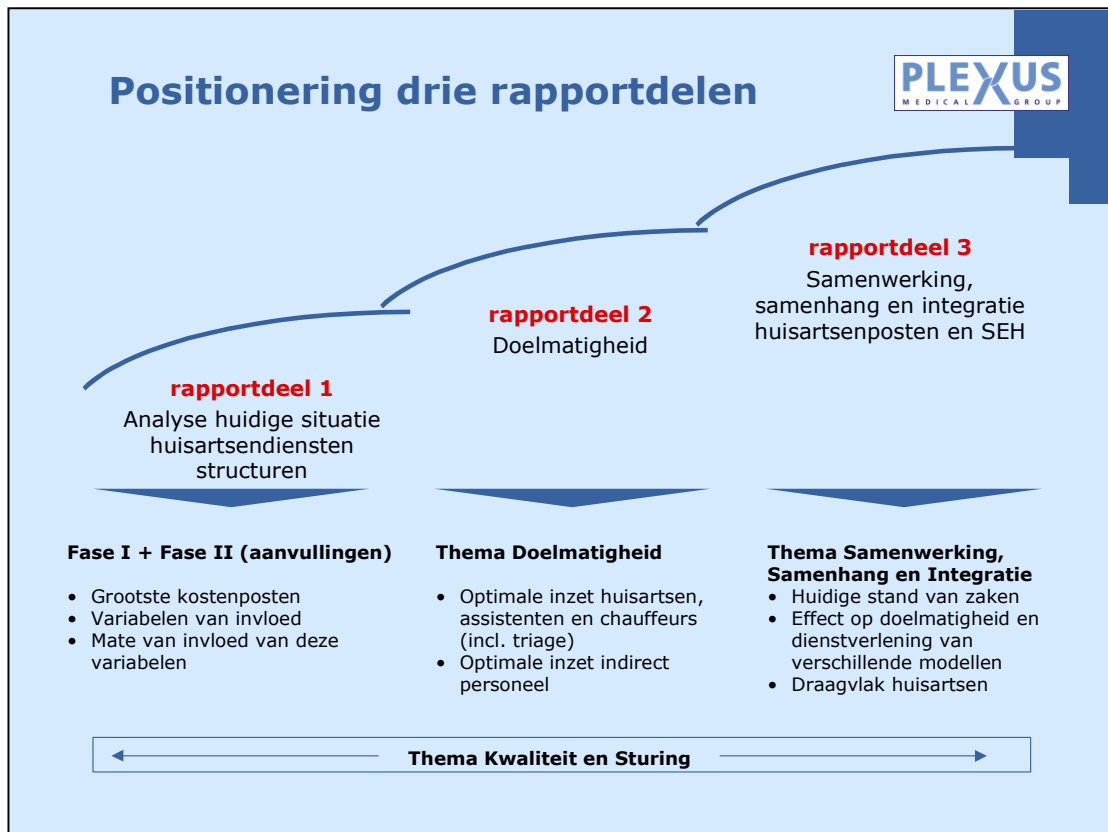
# **Samenwerking, Samenhang, Integratie Huisartsenpost en Spoedeisende Hulp**

Een onderzoek naar de mogelijkheden van verregaande samenwerking in de acute zorg en de gevolgen voor de dienstverlening en doelmatigheid

Plexus Medical Group  
Amsterdam, 11 maart 2004

Walter Balestra  
Jet Wiechers  
Arjo Rozeboom  
Jeroen van Dalen





Schema Positionering drie rapportdelen in totale onderzoek

## **Positionering rapportdeel**

De positionering van het voorliggende rapportdeel in het gehele onderzoek naar doelmatigheid en sturing van de huisartsen dienstenstructuren in Nederland is weergegeven in het schema 'Positionering drie rapportdelen in totale onderzoek'.



## Voorwoord

Dit rapport gaat over samenwerken. Voor elke samenwerking geldt dat er, wil de samenwerking slagen, tussen partijen een basis moet zijn van respect, vertrouwen, financiële overeenstemming en een gemeenschappelijk belang. Het gemeenschappelijke belang is in de gezondheidszorg vaak snel gevonden. In de sectoraal opgebouwde zorg leidt samenwerking al snel tot een betere dienstverlening voor de patiënt. De andere voorwaarden zijn minder makkelijk in te vullen. Zeker niet als er een gebrek is aan inzicht in elkaars standpunten, elkaars belangen en de mogelijke gevolgen van de samenwerking.

Dit rapport heeft daarom als doel huisartsenposten en ziekenhuizen die op dit moment samenwerking met elkaar overwegen een genuanceerd beeld te geven van de wijze waarop samenwerking vorm kan krijgen en inzicht te geven in de keuzes en aanbevelingen van de pionierregio's. Ook wil het zicht geven op de financiële gevolgen voor de betrokken partijen, zodat daar in meer openheid over gesproken kan worden.

Bij de analyses en de doelmatigheidsberekeningen is dankbaar gebruik gemaakt van het onderzoek van Paul Giesen van het kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende Zorg UMC St. Radboud Nijmegen, het onderzoek van Caro van Uden van de afdeling Transmurale Zorg van het AzM en het adviesrapport van de RVZ.

Het rapport zou niet tot stand zijn gekomen zonder de medewerking vanuit 'het veld'. Naast de vragenlijst en het interview is in een korte tijd regelmatig een beroep gedaan op diverse geïnterviewden voor extra gegevens en het toetsen van onze visie. Het is ons opgevallen hoe open er werd gesproken en hoeveel medewerking er werd verleend. Wij willen daarom graag de mensen bedanken die we in dit onderzoek 'getrokken hebben' voor hun enthousiaste inbreng in het tot standkomen van het rapport.

Plexus Medical Group  
Amsterdam, 11 maart 2004

Walter Balestra (balestra@plexus.nl)  
Jet Wiechers  
Arjo Rozeboom  
Jeroen van Dalen



# **Inhoudsopgave**

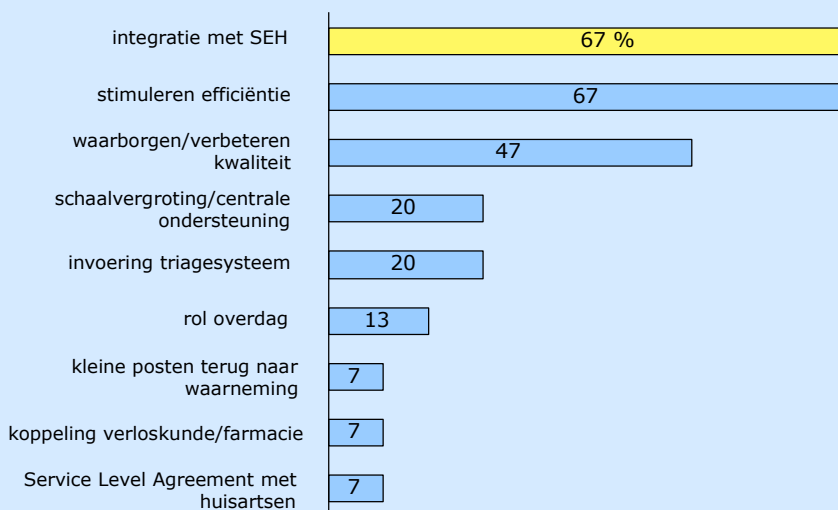
|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Hoofdstuk 1</b> | <b>Inleiding, vraagstellingen en aanpak</b>  |
| <b>Hoofdstuk 2</b> | <b>Samenwerkingsonderdelen HAP en SEH</b>  |
| <b>Hoofdstuk 3</b> | <b>Resultaten, discussie en conclusies vraagstelling 1<br/>De regio's Maastricht, Dordrecht en IJmuiden vergeleken</b>         |
| <b>Hoofdstuk 4</b> | <b>Resultaten, discussie en conclusies vraagstelling 2<br/>Gevolgen op de dienstverlening aan patiënten</b>                    |
| <b>Hoofdstuk 5</b> | <b>Resultaten, discussie en conclusies vraagstelling 3<br/>Gevolgen op de doelmatigheid van twee<br/>samenwerkingsmodellen</b> |
| <b>Hoofdstuk 6</b> | <b>Resultaten, discussie en conclusies vraagstelling 4<br/>Visie van huisartsen op verregaande samenwerking</b>                |
| <b>Hoofdstuk 7</b> | <b>Eindbeschouwing</b>   |
| <b>Bijlagen</b>    |  |

Tweederde van de zorgverzekeraars noemt de samenwerking tussen huisartsenposten en SEH in hun toekomstvisie

## Toekomstvisie zorgverzekeraars

Volgens zorgverzekeraars, n=15

PLEXUS  
MEDICAL GROUP



Bron: Enquête zorgverzekeraars CVZ/Plexus, oktober 2003

Schema 1

## Huisartsenposten in Nederland met verregaande samenwerking SEH

PLEXUS  
MEDICAL GROUP



Schema 2

# Hoofdstuk 1

## Inleiding, vraagstellingen en aanpak

De discussie over de integratie van de huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) is zeer actueel. Het onderwerp krijgt volop aandacht in onder meer artikelen, kranten en beleidslijnen. Bijna de helft van de huisartsenposten geeft in de enquête van CVZ/Plexus in fase I van het onderzoek (september-oktober 2003) aan plannen te hebben/maken voor verregaande samenwerking<sup>1</sup> met de SEH. Uit signalen maken we op dat dit aantal inmiddels nog is gegroeid. Ook noemt tweederde van de ondervraagde zorgverzekeraars in hun toekomstvisie op de huisartsenposten het nauwer gaan samenwerken/integreren met de SEH (zie schema 1, enquête CVZ/Plexus, november 2003). Redenen voor deze actualiteit zijn:

- a. De doorgevoerde kortingen op de budgetten van HDS-en en ziekenhuizen creëren de behoefte aan een doelmatigere inrichting van de acute zorg in een regio.
- b. De meeste HDS-en vermeden bij het opstarten de domeindiscussie om het komen tot de huisartsenposten niet moeilijker te maken dan het al was. Nu twee à drie jaar later is een positie verworven en zijn ze gereed over samenwerken in gesprek te gaan.
- c. Huisvestingsproblemen bij huisartsenposten leidt soms versneld tot de vraag of huisvesting in het ziekenhuis, en daarmee een hechtere samenwerking met de SEH, (toch) niet aan de orde is.

Ondanks de actualiteit van het thema bestaat er nog weinig inzicht in verregaande samenwerking/integratie van HAP en SEH. Moeten de huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende eerste hulp (SEH) hiervoor fysiek één zijn? Mogen er nog wel twee balies zijn? Of betekent het vooral dat de financiering 'ontschot' moet zijn? Dit onderzoeksthema is 'Samenwerking, Samenhang, Integratie' genoemd om aan te geven dat er verschillende vormen zijn om de samenwerking tussen HAP en SEH vorm te geven. De vormen worden tegen elkaar afgewogen met het doel een genuanceerd beeld te geven voor partijen die op dit moment samenwerking of integratie overwegen of implementeren. Hiervoor worden drie regio's met elkaar vergeleken waar tussen een HAP en een SEH al geruime tijd een nauwe samenwerking bestaat; Maastricht, Dordrecht en IJmuiden<sup>2</sup> (schema 2).

---

<sup>1</sup> Elke HAP werkt in een bepaalde mate reeds samen met de SEH in de buurt als het gaat om bijvoorbeeld doorverwijzingen. In dit rapport wordt gesproken over 'verregaande samenwerking' wanneer de samenwerking tussen HAP en SEH de standaard samenwerking (bijv. doorverwijzing of overleg) overstijgt.

<sup>2</sup> Omwille van de leesbaarheid wordt in dit rapport gesproken over 'de regio' wanneer de betreffende HAP en SEH worden bedoeld die verregaand samenwerken. Voorbeeld: 'de regio Dordrecht'.



### *Doelmatigheid, dienstverlening en draagvlak*

De verwachting bestaat dat verregaande samenwerking van HAP en SEH leidt tot een verhoging van de doelmatigheid van de geleverde zorg (efficiëntere inzet van de collectieve middelen). In haar recent gepubliceerde advies aan de minister geeft het RVZ<sup>3</sup> een globale inschatting van de doelmatigheidswinst in infrastructurele kosten. Door uit te gaan van het volledig samenvoegen van HAP en SEH becijferd het RVZ een mogelijke besparing van 44 miljoen per jaar. In een economische evaluatie van de samenwerking HAP/SEH in Maastricht<sup>4</sup> bleken de kostenbesparingen echter maar zeer gering (0,5%). Dit betreft een meting in een praktijksituatie waar de HAP het voorportaal is van de SEH. Door deze resultaten lijkt er een verschil te zijn in doelmatigheidswinst tussen het volledig integreren van de HAP en de SEH en het positioneren van de HAP als voorportaal van de SEH. Een uitvoerige analyse van de gevolgen van verschillende vormen van samenwerking op de doelmatigheid heeft echter niet plaatsgevonden. Doelmatigheid moet natuurlijk gerealiseerd worden binnen bepaalde kwalitatieve randvoorwaarden. Daarom wordt in de regio's ook onderzocht wat de verwachte gevolgen van verregaande samenwerking tussen HAP en SEH zijn op de dienstverlening aan patiënten (bereikbaarheid en toegankelijkheid, kwaliteit van zorg). Tenslotte is ook het draagvlak onder hulpverleners cruciaal voor het slagen van samenwerkingsverbanden. Ook hier wordt in dit onderzoek aandacht aan besteed.

### *Acute zorg is ketenzorg*

Naast huisartsenposten, ziekenhuizen en ambulancevoorzieningen hebben in veel regio's ook andere instanties vormen van ANW-beschikbaarheid en bereikbaarheid geregeld (GGZ-instellingen, thuiszorginstanties, verloskundigen, verzorging- en verpleeghuizen). Dit rapport beperkt zich tot een deel van de acute zorgketen. Het is het deel waarin het grootste volume aan patiënten omgaat: de huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH).

---

<sup>3</sup> RVZ, Acute zorg. 2003, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ): Zoetermeer.

<sup>4</sup> Uden, v.C.J.T., Voss, G., Ament, A., Evaluatie Centrale Huisartsenposten Maastricht / Heuvelland en Oostelijk Zuid Limburg (Nightcare). Deel 2: economische evaluatie. 2002, Afdeling BZe VII, Transmurale Zorg, Academisch Ziekenhuis Maastricht: Maastricht. p. 1-36.



## **Vraagstellingen**

1. Hoe is de samenwerking tussen de HAP en de SEH door de drie regio's ingevuld? Op welke onderdelen zou in elke regio nog verder kunnen worden samengewerkt? Wat zijn hiervan de voor- en nadelen?
2. Welke gevolgen zien en verwachten de drie regio's van verregaande samenwerking tussen HAP en SEH op de dienstverlening aan patiënten?
3. Welke gevolgen kunnen worden verwacht van verregaande samenwerking tussen HAP en SEH op de doelmatigheid van de acute zorg
  - a. wanneer de HAP het voorportaal van de SEH is, en
  - b. wanneer de HAP en SEH volledig worden samengevoegd.
4. In hoeverre bestaat er onder huisartsen draagvlak voor verregaande samenwerking tussen HAP en SEH?

## **Aanpak**

### **Vragenlijsten en interviews**

In vier regio's hebben de HDS, het ziekenhuis en de zorgverzekeraar een vragenlijst gekregen ter voorbereiding op een fysiek of telefonisch interview (bijlage 1). Van de interviews zijn verslagen gemaakt. De vragenlijst is opgesteld op basis van de literatuurstudie en bestond uit de onderdelen; organisatie en proces in de regio, gevolgen doelmatigheid en gevolgen dienstverlening.

Tevens zijn een aantal betrokken koepelpartijen geïnterviewd (NPCF, het CTG, ZN en de LHV).

### **Literatuurstudie**

Om de bevindingen in de vier onderzochte regio's te bediscussiëren en om gericht vragenlijsten op te stellen voor de interviews is een literatuurstudie uitgevoerd (bijlage 2, literatuurlijst).

### **Keuze regio's**

In de regio's Dordrecht, IJmuiden en Maastricht wordt de acute zorg in ANW al geruime tijd geleverd vanuit nauwe samenwerking tussen de SEH en de HAP. De regio Nijmegen is betrokken in het onderzoek om inzicht te krijgen in het proces naar de samenwerking toe. De HDS voert er momenteel gesprekken met het ziekenhuis over samenwerking met de SEH.

### **Post merger integration**

Voor het onderzoek naar de gevolgen van samenwerking op de doelmatigheid (vraagstelling 3) is gebruik gemaakt van 'Post Merger Integration (PMI)': een methodiek die inzicht geeft in de gevolgen van een fusie op de kosten en inkomsten van partijen. Doel en beschrijving van de aanpak staan in het betreffende hoofdstuk vermeld.

### **Onderzoek afdeling Kwaliteit van zorg, UMC St. Radboud Nijmegen**

Het onderzoek naar vraagstelling 4 is uitgevoerd door het kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende Zorg van het UMC St. Radboud Nijmegen (o.l.v. dhr. Giesen). Dit gebeurde in afstemming met Plexus/CVZ.



## Hoofdstuk 2

### Samenwerkingsonderdelen HAP en SEH

Op welke onderdelen kunnen HAP en SEH hun samenwerking versterken? In dit rapport zijn hiervoor acht samenwerkingsonderdelen als uitgangspunt genomen aan de hand van de 5 P's. Dit zijn:

#### Product/Aanbod

- 1- gezamenlijkheid aanbod (wel/geen HAP-activiteiten dagzorg)

#### Patiëntenlogistiek/Plaats

- 2- gezamenlijkheid opvang en triage van patiënten

#### Personeel/Organisatie

- 3- gezamenlijkheid huisvesting
- 4- taakverdeling personeel
- 5- gezamenlijkheid werkgeverschap personeel
- 6- gezamenlijkheid management
- 7- gezamenlijkheid facilitaire diensten

#### Prijs/Financiën

- 8- gezamenlijkheid financiën

#### PR

dit punt is niet in ogenschouw genomen

Tabel 1: Overzicht invulling samenwerkingsonderdelen drie regio's

| Samenwerkings onderdelen                              | Maastricht  | Dordrecht  | IJmuiden   |
|---|---|--|--|
| gezamenlijkheid aanbod                                | samenwerking alleen tijdens ANW-uren  | samenwerking alleen tijdens ANW-uren   | samenwerking alleen tijdens ANW-uren<br>NB zonder IC, OK, radiologie en specialistische zorg   |
| gezamenlijkheid opvang en triage                      | - opvang/triage inloop door HAP<br>- HAP en SEH eigen balies  | - opvang/triage inloop door HAP<br>- HAP en SEH gezamenlijke balie   | - opvang/triage inloop door SEH/HAP<br>- HAP/SEH gezamenlijke balie  |
| gezamenlijkheid huisvesting                           | - HAP en SEH eigen ruimten;<br>HAP bouwkundig voorportaal van SEH   | - HAP en SEH eigen ruimten   | - HAP fysiek samen met SEH   |
| personele bezetting en taakinhoudelijke veranderingen | HAP: huisartsen, doktersassistenten<br>SEH: arts-assistent/specialist, verpleegkundigen<br><br>- huisarts ziet ander patiëntenaanbod <sup>5</sup><br>- doktersassistente vaker geconfronteerd met ernstigere klachten<br>- HAP verwijst door naar SEH voor spoeddiagnostiek | HAP: huisartsen, doktersassistenten<br>SEH: arts-assistent/specialist, verpleegkundigen<br><br>- huisarts ziet ander patiëntenaanbod<br>- doktersassistente vaker geconfronteerd met ernstigere klachten<br>- HAP verwijst door naar SEH voor spoeddiagnostiek | HAP/SEH: huisartsen, SEH-verpleegkundigen <sup>6</sup><br><br>- huisarts ziet ander patiëntenaanbod<br>- patiënten voorbereid voor huisarts door verpleegkundige<br>- HAP/SEH verwijzen naar hoofdlocatie ZH voor spoeddiagnostiek |
| gezamenlijkheid werkgeverschap personeel              | - gescheiden werkgeverschap huisartsen en specialisten<br>- ziekenhuis werkgever voor doktersassistenten en SEH-verpleegkundigen  | - gescheiden werkgeverschap huisartsen en specialisten<br>- doktersassistenten in dienst van HDS en SEH-verpleegkundigen in dienst ZH  | - huisartsen in dienst HDS<br>- SEH-verpleegkundigen in dienst van ZH  |
| gezamenlijkheid management                            | aansturing gescheiden manager HAP en manager SEH  | aansturing gescheiden manager HAP en manager SEH   | aansturing door manager SEH  |
| gezamenlijkheid facilitaire diensten <sup>7</sup>     | HDS huurt diensten in van ZH:<br>- huur ruimte<br>- gebruik apparatuur<br>- ICT/Telecom<br>- voorzieningen gebouw <sup>8</sup><br>- beleidspersoneel<br>- financiële administratie  | HDS huurt diensten in van ZH:<br>- huur ruimte<br>- gebruik apparatuur<br>- ICT/Telecom<br>- voorzieningen gebouw  | HDS huurt diensten in van ZH:<br>- huur ruimte<br>- gebruik apparatuur<br>- ICT/Telecom<br>- voorzieningen gebouw<br>- management  |
| gezamenlijkheid financiën                             | budgetten HAP en SEH gescheiden   | budgetten HAP en SEH gescheiden  | budgetten HAP en SEH gescheiden  |

<sup>5</sup> O.a. een groter aandeel klachten bewegingsapparaat en huid (Van Uden et al., *Poortwachter hersteld*, Medisch Contact, september 2003)

<sup>6</sup> Soms inzet doktersassistente(n) op pieken in weekend

<sup>7</sup> Excl. medische diagnostiek

<sup>8</sup> O.a. portier, beveiliging, schoonmaak

## Hoofdstuk 3

### Resultaten, discussie en conclusies vraagstelling 1 De regio's Maastricht, Dordrecht en IJmuiden vergeleken

Doel van dit hoofdstuk is antwoord op de vraagstelling:

*Hoe is de samenwerking tussen de HAP en de SEH op onderdelen door de drie regio's ingevuld en wat zijn hiervan de voor- en nadelen? Op welke onderdelen zou in elke regio nog verder kunnen worden samengewerkt?*

#### Inleiding

Het vergaand samenwerken tussen HAP en SEH komt in Nederland nog weinig voor. In drie regio's wordt al enkele jaren verregaand samengewerkt tussen HAP en SEH: Dordrecht, IJmuiden en Maastricht. De omgeving waarin dit gebeurt en de keuzes die zijn gemaakt, hebben geleid tot een verschillende invulling van de onderdelen van samenwerking. In dit hoofdstuk wordt;

- a- een overzicht gegeven van de invulling van de samenwerking op de acht samenwerkingsonderdelen,
- b- een beschouwing gegeven van de in de regio's gemaakte keuzes en de volledigheid van de samenwerking, en
- c- een overzicht gegeven van aanbevelingen door de regio's.

Het is de bedoeling partijen die op dit moment samenwerking of integratie overwegen of implementeren een genuanceerd beeld te geven van de wijze waarop samenwerking vorm kan krijgen en inzicht te geven in de keuzes en aanbevelingen van verregaande samenwerking tussen de HAP en SEH.

#### a- Invulling van de samenwerkingsonderdelen in de drie regio's

##### Regio Maastricht

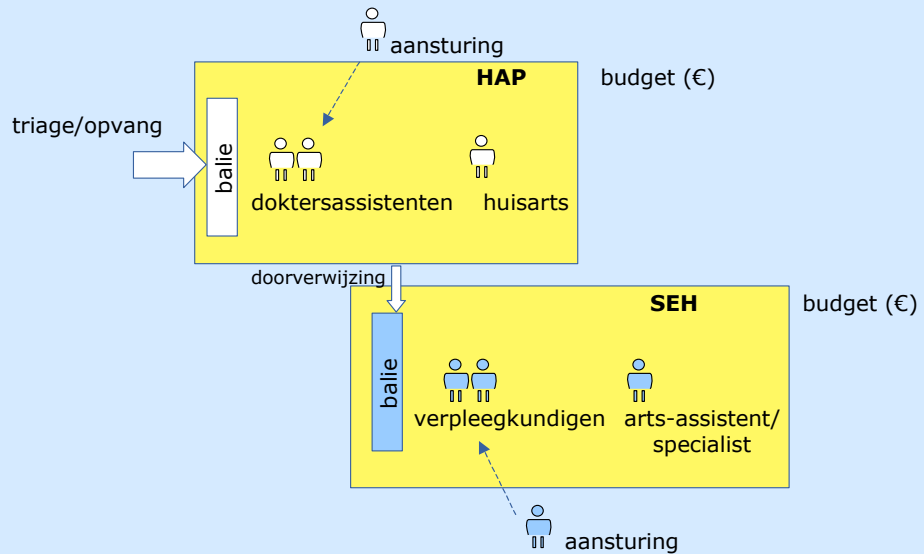
De HAP is onderdeel van de HDS Maastricht-Heuvelland. De HAP is opgericht in januari 2000 en vanaf de oprichting direct gepositioneerd vóór de SEH van het academische ziekenhuis Maastricht. Het betreft hier een kleine tot middelgrote SEH (ca. 10.000 patiënten/jaar). Buiten kantooruren worden patiënten die zonder verwijzing binnenlopen allen eerst door de huisarts gezien. Er wordt gewerkt met eigen balies.

Doktersassistenten van de HAP en verpleegkundigen van de SEH zijn in dienst van het ziekenhuis en worden door eigen managers aangestuurd.

##### Regio Dordrecht

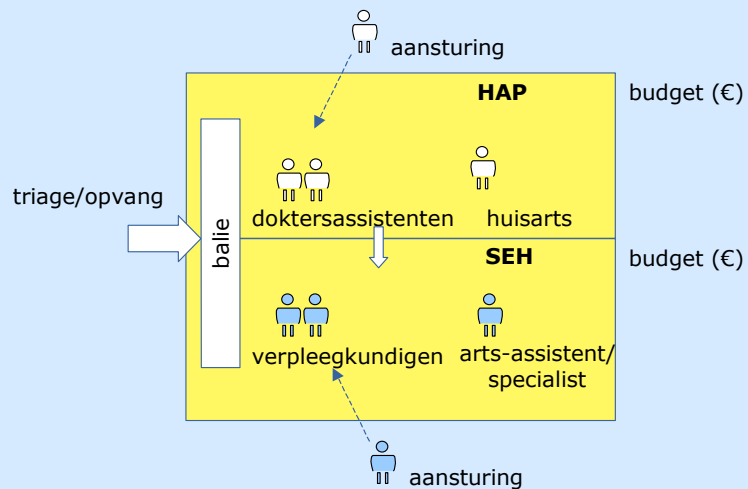
De HAP is onderdeel van de HDS Drechtsteden. Vanaf de start van de oprichting van de HAP (november 2001) werkt de HAP samen met de SEH van het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht. Het betreft hier een middelgrote SEH (ca. 24.000 patiënten/jaar). Tegelijk met de opening van de HAP bij het ziekenhuis werd de SEH op een buitenlocatie van het ziekenhuis gesloten. HAP en SEH hebben één balie waar patiënten het eerst door de HAP te woord worden gestaan. Daar wordt bepaald of de patiënt rechtsaf (naar de HAP) of linksaf (naar de SEH) moet. Werkgeverschap en aansturing van doktersassistenten van de HAP en verpleegkundigen van de SEH is gescheiden.

## Schematische weergave HAP en SEH regio Maastricht



Schema 3

## Schematische weergave HAP en SEH regio Dordrecht



Schema 4

## **Regio IJmuiden**

De HAP IJmond is onderdeel van HDS Kennemerland, Amstelland & de Meerlanden. De verregaande samenwerking met de SEH van de locatie Zeeweg van het Kennemer Gasthuis is direct bij de oprichting van de HAP in 1996 gestart. De voorgenomen sluiting van de SEH stuitte destijds op protest van bevolking en gemeente. Een compromis is gevonden door de locatie open te houden, met een 'uitgeklede' SEH waarin huisartsen in de ANW-uren dienst doen. Tevens is gestart met een huisartsenkliniek waar patiënten voor kortdurend verblijf onder supervisie van de huisarts kunnen worden opgenomen. De locatie heeft geen IC en OK faciliteiten. Tijdens ANW-uren is geen specialist aanwezig en is geen radiologische diagnostiek mogelijk. Op de HAP/SEH werken alleen huisartsen en SEH verpleegkundigen (geen doktersassistenten). De verpleegkundigen zijn in dienst van het ziekenhuis en worden vanuit daar ook aangestuurd. Sluiting van de locatie wordt overwogen, waarbij het gebied in de adherentie van een nog op te richten HAP/SEH van de hoofdlocatie van het ziekenhuis wordt betrokken.

In tabel 1 zijn de verschillende samenwerkingsonderdelen voor de drie regio's ingevuld. In schema's 3, 4 en 5 zijn de verschillen schematisch weergegeven.

## **b- beschouwing van de in de regio's gemaakte keuzes en de volledigheid van de samenwerking**

### **Samenwerking m.b.t. het aanbod**

In geen van de drie regio's is de HAP ook buiten de ANW-uren geopend. In Maastricht en Dordrecht wordt dit wel overwogen. In Dordrecht is het met name het ziekenhuis die deze wens heeft geuit. De samenwerking op dit onderdeel kan verder worden uitgebreid.

### **Samenwerking m.b.t. patiëntenlogistiek**

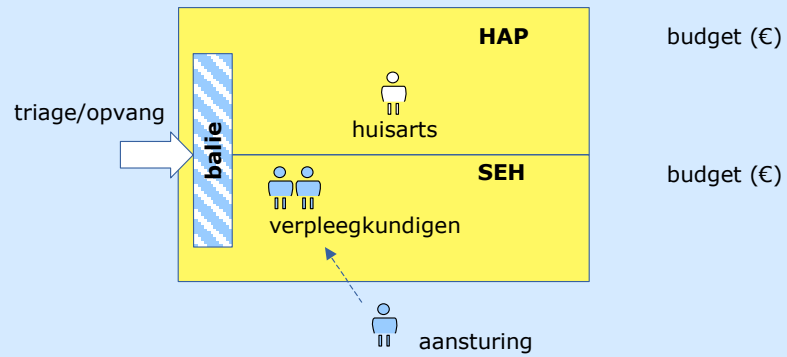
Alle partijen zijn het erover eens dat het opvangen van zelfverwijzers en het doen van de triage een belangrijke kracht is van de eerste lijn (HAP). Dit moet een uitgangspunt zijn bij elke vorm van samenwerking. De regio's geven aan dat verschuiving in volume van de SEH naar de HAP gepaard moet gaan met een adequate aanvullende honorering voor de toename in de werkbelasting van de huisartsen. In elke regio is dit door ziekenhuis/verzekeraar op een eigen manier met de huisartsen geregeld (o.a. opslag op uurtarief huisartsen, jaarlijkse vergoeding aan huisartsen, gelden voor waarneempool).

Dordrecht geeft bij de afstemming tussen HAP en SEH de aanbeveling voor de start goede afspraken te maken over de verantwoordelijkheden van HAP en SEH voor patiëntengroepen; welke patiënten ziet de huisarts en welke gaan naar de SEH? Protocollering bij de grootste patiëntengroepen kan hierbij helpen.

Een voorbeeld:

Een verzwikte enkel waar de patiënt nog op kan staan gaat in Dordrecht naar de HAP. Zo niet, dan gaat de patiënt naar de SEH.

## Schematische weergave HAP/SEH regio IJmuiden



Schema 5

### **Samenwerking m.b.t. personeel/organisatie**

De HAP en SEH in IJmuiden werken het meest nauw samen: één balie, geen aparte ruimte voor de HAP, geen apart ondersteunend personeel HAP en SEH (alleen SEH-verpleegkundigen) en de huisarts als dienstdoende arts van de SEH. De volgende vier opmerkingen kunnen echter gemaakt worden:

- a. Door de afwezigheid van IC/OK/specialisten/radiologie is het model niet geschikt voor grotere HAP'en/SEH'en.
- b. Het 'uitkleden van de SEH' vereist politiek draagvlak in de omgeving.
- c. Voor grotere posten zal het inzetten van doktersassistenten naast SEH-verpleegkundigen tot een optimalere taakverdeling leiden (taakdifferentiatie). Dit leidt echter weer tot vragen over aansturing, werkgeverschap en het wel/niet fysiek bij elkaar werken.
- d. Het feit dat overwogen wordt de kleine HAP/SEH te sluiten en op te nemen bij de grotere, nog op te richten, HAP/SEH van het ziekenhuis, doet twifelen aan de noodzaak van dit samenwerkingsverband (zie hoofdstuk 'Herverdeling acute zorg-locaties')

Op veel regio's zal de situatie zoals in Dordrecht en Maastricht meer van toepassing zijn.

De HAP in Dordrecht is direct naast de SEH gevestigd en er wordt gewerkt met één balie. Het personeel wat naast elkaar werkt heeft echter gescheiden taken, wordt gescheiden aangestuurd en heeft gescheiden werkgevers. Dit leidt tot een 'wij – zij gevoel' met discussies over elkaars werkwijze, de patiëntenbejegening en elkaars beslissingen (een van de geïnterviewden bekende hierbij last te hebben van 'plaatsvervangende schaamte').

Een voorbeeld:

Een patiënt komt aan de gezamenlijke balie terwijl doktersassistente van de HAP even afwezig is. Het is onduidelijk voor de patiënt waarom de SEH-verpleegkundige achter de balie niet helpt.

Dordrecht geeft door slechte ervaringen met de gezamenlijke balie de aanbeveling voor een strikte scheiding van de balies. Hierdoor is ook gekozen voor het strikt fysiek gaan scheiden van de HAP en SEH, met een 'sluis' als doorgang. In IJmuiden wordt weliswaar gewerkt met één balie, maar werken (normaliter) geen HAP-doktersassistenten, waardoor dit probleem niet ontstaat. In Maastricht is er ondanks de uniformiteit in werkgeverschap<sup>9</sup> van het ondersteunende personeel niet gekozen voor de fysieke eenheid in huisvesting en personeel. Hier zijn drie redenen voor:

- a. De grote cultuurverschillen tussen de HAP en SEH. Dit wordt door bijna alle geïnterviewden benadrukt.
- b. Het gevaar dat de huisartsenzorg 'besmet wordt met' de defensieve geneeskunde van de tweede lijn, wat leidt tot een hogere productie en meer aanvullend onderzoek.
- c. Het blijvend uitgaan van de HAP en SEH als autonome organisaties leidt tot 'loyaliteitsconflicten' op het moment dat één van de twee organisaties keuzes moet maken.

---

<sup>9</sup> Het ziekenhuis als werkgever voor HAP-doktersassistenten in Maastricht had de voorkeur van de werknemers vanwege de betrouwbaarheid van de (grote) werkgever het academisch ziekenhuis.



Maastricht heeft de problematiek van Dordrecht dus 'voorkomen' door te werken met gescheiden balies. Het is echter de vraag of door meer eenheid (bijvoorbeeld door uniforme in plaats van gescheiden aansturing van ondersteunend personeel) het fysiek samenwerken niet toch mogelijk is.

De taakinhoudelijke veranderingen zijn door de veranderde bezetting en taakverdeling in IJmuiden het grootste. Hier zijn de taken van de HAP-doktersassistente en de arts-assistent/specialist bij de SEH-verpleegkundigen en huisarts ondergebracht. De verpleegkundige heeft, naast de taak die de doktersassistente normaal uitvoert op de post, de taak patiënten voor de huisarts voor te bereiden, te hechten, enkels te bandageren en kleine traumata te gipsen.

De samenwerking in Maastricht en Dordrecht heeft niet geleid tot een andere bezetting en taakverdeling van de hulpverleners. In Dordrecht is weliswaar een gezamenlijke 'front-office', maar werken de HAP-doktersassistenten en SEH-verpleegkundigen inhoudelijk los van elkaar. Ook wordt er bijvoorbeeld door de HAP'en Dordrecht en Maastricht niet zelf spoeddiagnostiek aangevraagd. Hiervoor wordt doorverwezen naar de SEH. Maastricht geeft wel aan dat dit na afronding van de nieuwbouw gepland is.

Op het vlak van de taakverdeling kunnen de partijen dus nog vollediger gaan samenwerken. Denkend vanuit een eenheid van HAP en SEH kan uitgegaan worden van een functiegerichte invulling in plaats van een domeingerichte invulling. Dit betekent uitgaan van benodigde taken/functies om de ANW-zorg in te vullen, waarna binnen professies gekeken wordt wie het meest geschikt is. Dit maakt doelmatigheid door een optimalere taakverdeling (taakdifferentiatie) mogelijk; zo kan in het hulpverleningsniveau gedifferentieerd worden tussen assistente, verpleegkundige, assistent specialist gespecialiseerde artsen (SEH-arts), huisarts en specialist. Er is nog weinig inzicht in hoeverre deze taakdifferentiatie daadwerkelijk mogelijk is en aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan.

### **Samenwerking m.b.t. financiën**

Belangrijk is te realiseren dat er in geen van de onderzochte regio's sprake is van 'financiële integratie', met andere woorden dat de schotten tussen de financiering van de SEH en het HAP-budget zijn geslecht. De sectorale indeling van de financiering van de acute zorg maakt het moeilijk dit te realiseren. De gevolgen van het in stand houden van deze sectorale financiering zijn:

- a. Er wordt gewerkt met het inkopen van diensten met het gevolg dat er problemen met BTW-verrekening ontstaan. Het ziekenhuis in Maastricht bijvoorbeeld is de werkgever van de HAP-doktersassistenten. Onderzocht wordt daar nu of de bestuursvormen dusdanig aan elkaar gekoppeld kunnen worden dat de BTW-verrekening geen probleem vormt.
- b. 'Verliezen' in de betrokken domeinen die het gevolg zijn van de verregaande samenwerking (bijv. aantal EPB's ziekenhuis en aantal verrichtingen chirurgen) worden in de regio's (deels) aan partijen gecompenseerd (zie vraagstelling 3).
- c. Mocht er in een regio al worden gestreefd naar volledig geïntegreerde acute zorg, houdt dit de autonomie van partijen in stand.



### **c- een overzicht van aanbevelingen door de regio's.**

- Wanneer de HAP alle inloop ziet van de SEH betekent dit een groter volume, met als gevolg meer of drukkere diensten voor de huisartsen. Bijna alle geïnterviewden geven aan dat er een adequate aanvullende honorering voor de toename in de werkbelasting van de huisartsen moet zijn.
- Een van de zorgverzekeraars pleit voor het loslaten van de sectorale indeling van de financiering van de acute zorg. Bij financiering via de huidige structuur blijven weerstanden uit de domeinen bij verregaande samenwerking een rol spelen.
- Meerdere geïnterviewden geven aan dat er financiering moet zijn voor het inzetten van waarnemers in de ochtenddienst van huisartsen die dienst hebben gedaan op de HAP/SEH. Met name vanwege de kleine omvang en daardoor hogere dienstbelasting is dit door de regio IJmuiden als voorwaarde genoemd. NB deze aanbeveling geldt (met name voor kleinere posten) ook los van samenwerking HAP en SEH, echter wordt door de drukkere diensten belangrijker.
- Enkele regio's geven aan dat er additionele financiële afspraken moeten worden gemaakt over de rol van de HAP/SEH in de opvang van niet op naam ingeschreven patiënten (Nijmegen), GGZ-crisisopvang in ANW (Nijmegen) en passanten (Maastricht). NB deze aanbevelingen gelden ook los van verregaande samenwerking HAP en SEH.
- Maastricht en Nijmegen geven aan dat huisartsen moeten starten met de principiële uitspraak dat ANW-zorg huisartsenzorg is.



## **Conclusies vraagstelling 1**

In de regio IJmuiden werken de HAP en SEH het meest nauw samen. De gekozen werkwijze is echter, vanwege de unieke situatie van de kleine schaal van de SEH en de 'uitgeklede' SEH voor de meest regio's geen geschikt voorbeeld.

Wanneer een HAP en SEH willen gaan samenwerken als autonome organisaties kan, gezien de ervaringen in Dordrecht, het beste worden gekozen voor de werkwijze van Maastricht; de HAP gepositioneerd als voorportaal van de SEH. Het verschil met de werkwijze in Dordrecht is overigens gering; Maastricht maakt meer gebruik van het inkopen van diensten van het ziekenhuis en de balies van HAP en SEH zijn gescheiden.

De drie regio's zouden op belangrijke onderdelen de samenwerking nog fors kunnen uitbreiden tot aan volledige integratie; d.w.z. HAP-activiteiten in de dagzorg, verdergaande taakverdeling personeel en gezamenlijkheid financiën. Hiervoor is het echter nodig dat het uitgangspunt van de HAP en de SEH als autonome organisaties los wordt gelaten. Zolang de financiering van HAP en SEH gescheiden blijft, is het twijfelachtig of samenwerking op de nog niet ingevulde onderdelen kan slagen.

Een van de belangrijkste aanbevelingen van de onderzochte regio's is dat de verschuiving in volume van de SEH naar de HAP gepaard moet gaan met een adequate aanvullende honorering voor de toename in de werkbelasting van de huisartsen.

Het is onduidelijk hoeveel voordeel verder integreren dan 'het model Maastricht' op zal leveren in termen van doelmatigheid, dienstverlening en draagvlak onder hulpverleners. Dit wordt verder onderzocht in de volgende hoofdstukken.



## Hoofdstuk 4

### Resultaten, discussie en conclusies vraagstelling 2 Gevolgen op de dienstverlening aan patiënten

Doel van dit hoofdstuk is antwoord op de vraagstelling:

*Wat zijn de gevolgen van verregaande samenwerking tussen HAP en SEH op de dienstverlening aan patiënten in de acute zorg?*

#### Inleiding

De verandering in het leveren van de ANW-zorg in een regio heeft mogelijk gevolgen voor de dienstverlening aan patiënten. De geïnterviewden en de NPCF is gevraagd een uitspraak te doen over de onderdelen:

- bereikbaarheid acute zorg
- toegankelijkheid acute zorg
- kwaliteit acute zorg

#### Resultaten en discussie

Hieronder volgt een samenvatting en discussie van de opvattingen van geïnterviewden per onderdeel.

##### *Bereikbaarheid acute zorg*

Vestiging bij of in het ziekenhuis zorgt voor een bij het publiek goed bekende locatie, die goed te bereiken is en goed te vinden is. Dit geldt voor alle drie de regio's aangezien de opvang en triage van patiënten uniform is geregeld.

##### *Toegankelijkheid acute zorg*

In een acute situatie is het voor een patiënt moeilijk te bepalen of de deskundigheid van HAP of SEH nodig is. Dit is ook terug te vinden in de literatuur<sup>10</sup>. Bij het werken vanuit een centraal adres met één opvang en triageplaats is de patiënt altijd op de juiste plaats. Ook in Maastricht, waar gewerkt wordt met gescheiden balies, geldt dit argument aangezien er heldere afspraken zijn over de eerste opvang van de patiënt.

Het werken met één balie is geen garantie voor een goede ervaring van de toegankelijkheid. Een patiënt die in Dordrecht aan de balie komt, kent de achterliggende scheiding van taken, aansturing en werkgeverschap niet, waardoor onduidelijk is waarom de SEH-verpleegkundige niet helpt als de HAP-doktersassistente niet beschikbaar is.

De toegankelijkheid verbetert ook doordat de patiënt bij doorverwijzing van HAP naar SEH 'binnendoor' naar de SEH kan. De HAP hoeft hiervoor niet perse in het ziekenhuis gevestigd te zijn, maar wel op het ziekenhuisterrein niet te ver van de SEH. NB Een van de geïnterviewden geeft aan dat patiënten minder snel geneigd zijn voor de zekerheid naar de SEH te gaan als ze weten dat ze van de HAP snel op de SEH zijn.

---

<sup>10</sup> Wensing M., Giesen P. Spoedeisende Geneeskunde: het patiëntenperspectief. Huisarts en Wetenschap 2000; 43 (12): 503- 506



### *Kwaliteit acute zorg*

De NPCF meent dat de zorg zo georganiseerd moet zijn dat de patiënt niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd en steeds opnieuw zijn verhaal moet vertellen aan weer een andere hulpverlener. De kortere lijnen tussen hulpverleners bij fysieke samenwerking tussen HAP en SEH maakt onderlinge communicatie makkelijker; onderlinge consultatie ter plekke, samen onderzoek doen aan het bed van de patient, ook kan de huisarts even gaan kijken hoe het de doorverwezen patiënt vergaat. Dit maakt kwaliteitsverbetering door intercollegiale toetsing, het invoeren van protocollen en werkafspraken mogelijk. Geen van deze kwaliteitsverbeteringen komt echter automatisch tot stand door het fysiek samengaan van HAP en SEH. Hier zal bij de verregaande samenwerking tussen HAP en SEH apart aandacht aan moeten worden besteed.

## **Conclusies vraagstelling 2**

Over de (verwachte) gevolgen op de dienstverlening aan patiënten bestaat onder de geïnterviewden grote consensus.

De bereikbaarheid van de acute zorg verbetert wanneer HAP en SEH bij elkaar gevestigd zijn. Het ziekenhuis is voor het publiek een bekende locatie, die goed te bereiken en goed te vinden is.

De toegankelijkheid van de acute zorg verbetert wanneer HAP en SEH de opvang en triage van patiënten uniform organiseren. Hierdoor hoeft de patiënt niet zelf een afweging te maken tussen HAP en SEH, maar is de patiënt altijd op de juiste plaats.

De vestiging van HAP en SEH bij elkaar heeft als voordeel dat de patiënt snel van de HAP op de SEH is bij doorverwijzing en dat het mogelijkheden biedt voor kwaliteitsverbetering als intercollegiale toetsing en het invoeren van protocollen en werkafspraken.

De genoemde voordelen voor de dienstverlening gelden reeds in het geval de HAP en SEH nog autonome organisaties zijn. Volledige integratie levert naar verwachting geen of weinig extra voordelen op voor de dienstverlening aan de patiënt.

Tabel 2: Vergelijking kostendrijvers met kostenposten HDS'en op volgorde van grootte.

| <b>Kostendriver</b>                     | <b>HDS kostenpost</b>                                       | <b>Macro kosten HDS'en</b> | <b>% van totaal</b> |
|---|---|----------------------------|---------------------|
| inzet personeel (medisch) <sup>11</sup> | honorarium huisartsen                                       | € 60.000.000               | 40%                 |
| inzet personeel (ondersteunend)         | personeelskosten (assistente, telefoniste, adm. medewerker) | € 38.130.000               | 25%                 |
| vervoer                                 | vervoerskosten  | € 21.390.000               | 14%                 |
| organisatie                             | organisatiekosten (automatisering, telecom)                 | € 14.880.000               | 10%                 |
| coördinatie                             | coördinatiekosten (o.a. management)                         | € 7.440.000                | 5%                  |
| huisvesting                             | huisvesting   | € 6.510.000                | 4%                  |
| instrumentarium/<br>verbruiksmaterialen | instrumentarium   | € 930.000                  | 1%                  |
| geen kostendriver                       | aanloopkosten   | € 930.000                  | 1%                  |
| niet meegenomen                         | overige kosten  | € 1.860.000                | 2%                  |
| aanvragen diagnostiek <sup>9</sup>      | <i>geen HDS kostenpost</i>                                  | € 64.000.000 <sup>12</sup> | -                   |

Bron: Kerngegevens HDS'en 2002, rapport RVZ<sup>13</sup>

<sup>11</sup> Niet meegenomen in de berekening van het RVZ.

<sup>9</sup> Niet meegenomen in de berekening van het RVZ.

<sup>12</sup> Geen kostenpost voor de HDS'en. Bij berekening van de doelmatigheidswinst of -verlies is uitgegaan van jaargegevens 1999 SEH Academisch Ziekenhuis Maastricht.

<sup>13</sup> Het betreft kerngegevens HDS'en 2002 RVZ, Acute zorg. 2003, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ): Zoetermeer.

## Hoofdstuk 5

### Resultaten, discussie en conclusies vraagstelling 3 Gevolgen op de doelmatigheid van twee samenwerkingsmodellen

Doel van dit hoofdstuk is antwoord op de vraagstelling:

*Wat zijn de gevolgen van verregaande samenwerking tussen HAP en SEH op de doelmatigheid van de acute zorg, uitgaande van een model waarin de HAP voorportaal is van de SEH en een model waarin HAP en SEH zijn samengevoegd?*

#### Inleiding

Van verregaande samenwerking tussen HAP en SEH bestaat de verwachting dat het leidt tot kostenbesparing. In haar recent gepubliceerde advies aan de minister geeft het RVZ<sup>14</sup> een globale inschatting van de doelmatigheidswinst in infrastructurele kosten door uit te gaan van het volledig samenvoegen van HAP en SEH. Per kostenpost van de HDS'en (o.a. huisvesting, automatisering, telecom, ondersteunend personeel) wordt een besparing van 50% tot 100% verwacht, wat neerkomt op een besparing van 44 miljoen per jaar.

In een eerder gepubliceerd evaluatierapport van Van Uden<sup>15</sup> werd uitgegaan van de praktijksituatie Maastricht. Hier is de huisartsenpost niet samengevoegd met de SEH van het Academische ziekenhuis in Maastricht, maar een voorportaal. Berekend werden de gevolgen van deze verandering op de kosten van de SEH. Ondanks de forse reductie van het aantal patiënten op de SEH (25%) bleken de kosten slechts zeer gering verlaagd (0,5%), wat verklaard werd doordat de bezetting van de SEH artsen en verpleegkundigen niet was veranderd.

Deze twee berekeningen wijzen mogelijk op een sterk verschil in doelmatigheidswinst tussen het volledig samenvoegen van HAP en SEH en het positioneren van de HAP als voorportaal. Een uitvoerige analyse van de gevolgen op de doelmatigheid van de twee verschillende samenwerkingsmodellen heeft echter nog niet plaatsgevonden.

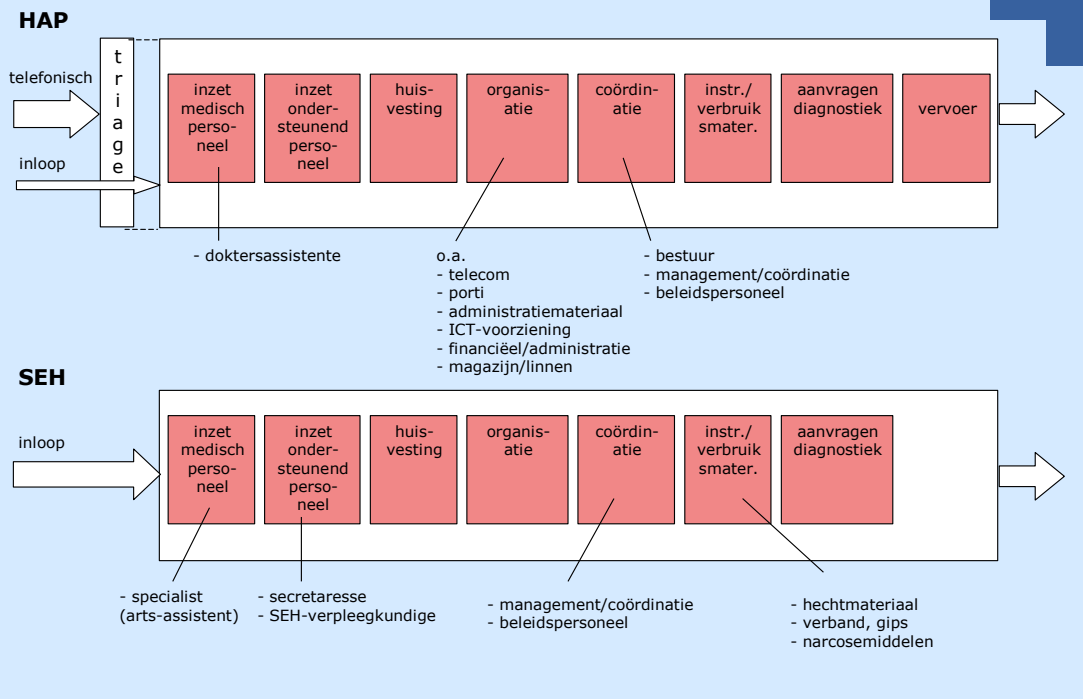
In dit hoofdstuk wordt onderzocht of, en zo ja in welke mate, er doelmatigheidswinst mag worden verwacht bij het verregaand samenwerken tussen de HAP en SEH volgens het model waarin de HAP het voorportaal wordt van de SEH (model 1) en het model waar de HAP en SEH volledig worden samengevoegd (model 2).

---

<sup>14</sup> RVZ, Acute zorg. 2003, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ): Zoetermeer.

<sup>15</sup> Van Uden. Evaluatie Centrale Huisartsenpost Maastricht/Heuvelland en Oostelijk Zuid Limburg (Nightcare), economische evaluatie. 2002. Maastricht.

# Schema waardeketen kostendrivers



Schema 6

### *Uitgangspunten*

- Er is gekozen voor beschouwing van de gevolgen op de doelmatigheid vanuit een maatschappelijk perspectief. Dit betekent dat besparingen in kosten (synergieën) automatisch maatschappelijke 'winsten' zijn. Aangezien bij de verregaande samenwerking tussen HAP en SEH meerdere financiële domeinen zijn betrokken, is tevens onderzocht wat de gevolgen zijn voor de inkomsten van de, bij de samenwerking, betrokken partijen.
  
- Het is in de beantwoording van de vraagstelling niet de bedoeling om de winst in doelmatigheid van de HAP en SEH die los van elkaar ook te behalen is (door o.a. efficiëntere inzet personeel) mee te nemen.

### **Analyse doelmatigheid via *Post Merger Integration***

Voor de berekening van de gevolgen op de doelmatigheid van verregaande samenwerking tussen de HAP en de SEH is gebruik gemaakt van Post Merger Integration (PMI). Deze methode wordt gebruikt bij het fuseren van bedrijven om de veranderingen (besparingen) in de kosten en gevolgen op de opbrengsten van de partijen te bepalen. Hiervoor wordt voor elk bedrijf een waardeketen beschreven, waarna per waarde de synergie wordt onderzocht. Dit leidt tot een inzicht in de gevolgen voor de fuserende partijen.

Achtereenvolgens komen aan de orde:

- a- Gevolgen samenwerkingsmodellen op de kosten
- b- Gevolgen samenwerkingsmodellen op inkomsten betrokken partijen
- c- Schatting benodigde inspanningen voor de 'fusie'

#### **a- Gevolgen samenwerkingsmodellen op de kosten**

In schema 6 is de waardeketen met de belangrijkste kostendrijvers van de HAP en de SEH weergegeven. In het schema is te zien dat de kostendrijvers tussen HAP en SEH overeenkomstig zijn, behalve de kostendriver 'vervoer' van de HAP.

In tabel 2 is een vergelijking van deze kostendrijvers gegeven met de kostenposten van de HDS'en en het deel wat de kostenpost van het totaal uitmaakt. Bij het berekeningen van de gevolgen op de doelmatigheid wordt uitgegaan van deze tabel. Aangezien het aanvragen van diagnostiek geen kostenpost is voor de HDS, is hiervoor uitgegaan van de financiële jaargegevens 1999 van de SEH Academisch Ziekenhuis Maastricht<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Van Uden. Evaluatie Centrale Huisartsenpost Maastricht/Heuvelland en Oostelijk Zuid Limburg (Nightcare), economische evaluatie. 2002. Maastricht.

### **Theorie gevolgen van vergroten schaal op doelmatigheid**

Door een fusie van bedrijven zijn, door het vergroten van de schaal, kostenvoordelen te behalen. Hiervoor zijn drie mogelijkheden:

1. dubbelingen elimineren
2. inkoopvoordeel diensten/middelen
3. efficiëntere inzet mensen door taakdifferentiatie

#### **1. dubbelingen elimineren**

Partijen besparen bij een fusie kosten wanneer ze afzonderlijk van elkaar gebruik maken van mensen of middelen die ook gezamenlijk gebruikt kunnen worden.

*Een voorbeeld:*

*Twee drukkerijen maken beide kosten voor het hebben van een portier. Bij een fusie van de twee drukkerijen waarbij vanuit één locatie wordt gewerkt, maakt het bedrijf hiervoor nog maar éénmaal kosten.*

Wanneer het gaat om productiegebonden zaken als de inzet van mensen is het iets ingewikkelder. Door een vergroting van het volume (door de fusie) verlaagt de variabiliteit in de productie per tijd ofwel de kans dat iemand het te druk heeft om het gestelde serviceniveau te leveren wordt kleiner. Hierdoor zijn minder mensen nodig om toch dezelfde kwaliteit of hetzelfde service-niveau te kunnen leveren. Besparing treedt echter pas op als de toename in volume door de fusie genoeg is om een heel iemand te besparen (zie bijlage 3).

*Een voorbeeld:*

*Twee drukkerijen krijgen opdrachten binnen en hebben de kwaliteitseis dat ze binnen een week willen kunnen leveren. Het totale volume drukwerk is gemiddeld best op 1 machine te drukken, maar door de spreiding in binnenkomen van de opdrachten (variabiliteit) hebben ze 3 machines om te voorkomen dat er geen machine beschikbaar is. Na het fuseren is de variabiliteit in de opdrachten die binnenkomen (en daarmee in het volume) kleiner, waardoor het nieuwe bedrijf met 5 machines in plaats van 6 binnen een week levert en daarmee dezelfde kwaliteit/service haalt met minder machines. Aangezien het niet mogelijk is een halve machine te besparen, is pas sprake van kostenbesparing wanneer de variabiliteit in het nieuwe volume voldoende daalt. Dit hangt af van de capaciteit van 1 machine (hoe groter capaciteit, hoe groter de benodigde toename in schaal).*

#### **2. inkoopvoordelen diensten/middelen**

Wanneer voor de fusie partijen beide dezelfde middelen en diensten inkopen kunnen ze door dit samen te gaan doen meer druk uitoefenen op de leverancier en een betere prijs krijgen.

*Een voorbeeld:*

*Twee drukkerijen maken beide kosten voor de inkoop van inkt. Bij een fusie van de twee drukkerijen krijgt het nieuwe bedrijf een lagere prijs voor de inkoop van een grotere partij inkt.*

#### **3. efficiëntere inzet mensen door taakdifferentiatie**

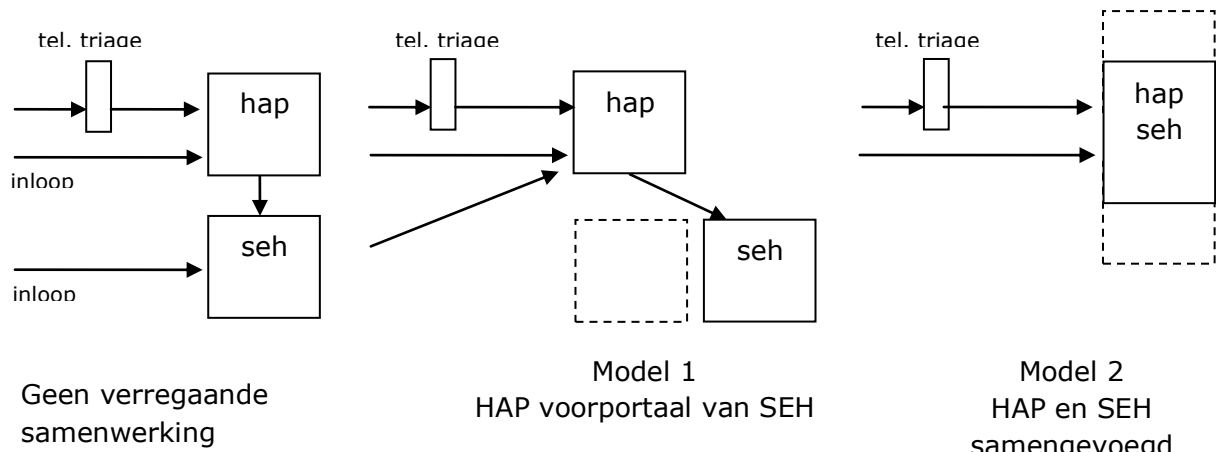
In kleine bedrijven (klein volume) voeren mensen vaak veel verschillende taken uit. Vaak worden ze voor al hun werkzaamheden betaald op het niveau van de meest ingewikkelde taak die ze uitvoeren. Vergroting van het volume kan leiden tot de mogelijkheid personeel optimaler naar expertisniveau in te zetten. Los van de vergroting van het volume kan de samenwerking ook leiden tot nieuwe inzichten wie welke taak kan uitvoeren.

*Een voorbeeld:*

*Twee drukkerijen hebben beide voor de directie een directiesecretaresse die ook veel algemeen bureauwerk uitvoert omdat het bedrijf te klein is om daar een extra (lager betaalde) kracht voor in te zetten. Na de fusie is deze optie er wel.*

## Doelmatigheidswinst per kostendriver: een vergelijking van twee modellen

Uitgegaan wordt van twee modellen van verregaand samenwerken tussen de HAP en SEH. Het model waarbij de HAP en SEH beide autonome partijen zijn en de HAP het voorportaal is van de SEH, vergelijkbaar met de situatie in de regio Maastricht zoals beschreven in hoofdstuk 1 (model 1). Het tweede model beschrijft de fictieve situatie waarin de HAP en SEH volledig zijn samengevoegd tot één partij (model 2). Voor de vergelijkbaarheid is uitgegaan van alleen de ANW-zorg.



In box 1 is uitgelegd op welke drie mogelijkheden wijzen het vergroten van de schaal door een fusie kan leiden tot doelmatigheid. Deze verwachte doelmatigheidswinst per kostendriver wordt aan de hand van deze mogelijkheden onderzocht.

### Gevolgen voor kostendrijvers 'Inzet medisch personeel' en 'Inzet ondersteunend personeel'

De kostendrijvers van de inzet van medisch en ondersteunend personeel worden tegelijk besproken vanwege de overeenkomst in mogelijkheden doelmatigheid te bereiken. Dit zijn: dubbelingen elimineren en meer mogelijkheid tot taakdifferentiatie.

#### *Dubbelingen elimineren*

Model 1: In model 1 zijn geen dubbelingen te verwachten aangezien het personeel van de HAP en de SEH gescheiden werkt. Een mogelijk schaalvoordeel door de vergroting van het volume op de HAP (verkleining variabiliteit en verhoging productiviteit) valt weg tegen de vermindering van het volume op de SEH (verhoging variabiliteit en verlaging productiviteit).

Tabel 3: Mogelijke verdeling taken samenwerkende HAP/SEH bij voldoende productie.

| Taken HAP/SEH                       | Door wie idealiter uitgevoerd? |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| - NAW uitvragen telefoon            | Callcenter                     |
| - Medische triage telefoon          | Assistenten                    |
| - Medische triage inloop            | Assistenten                    |
| - Ontvangst                         | Assistenten                    |
| - Voorbereiding patiënt             | Verpleegkundige                |
| - Behandeling verpleegkundige zaken | Verpleegkundige                |
| - Behandeling huisarts zaken        | Huisarts                       |
| - Behandeling specialisten zaken    | Specialist                     |
| - Administratie                     | Secretaresse                   |

Model 2: Bij gescheiden HAP en SEH zijn er twee locaties van waaruit de zorg aan een eigen volume patiënten wordt geleverd. Bij samenvoeging van de HAP en de SEH wordt het volume patiënten in de nieuwe situatie een optelling van het volume van de HAP en SEH voor de samenvoeging. Voor de berekening van de doelmatigheid onderscheiden we twee momenten:

- Momenten dat de productiviteit hoog genoeg is (niet-subscale bezetting), uit productiviteitsmetingen van 28 posten<sup>17</sup> blijkt dat dit globaal geldt voor de avonden en weekenden (63% van alle ANW-uren).
- Momenten dat de productiviteit laag is (subscale bezetting); dit is met name in de nacht het geval (37% van alle ANW-uren).

Op momenten dat de productiviteit hoog is, is op zowel HAP als SEH veel ondersteunend personeel aanwezig. Als doktersassistenten en SEH verpleegkundigen zodanig gaan samenwerken dat ze echt taken van elkaar gaan overnemen, wordt het volume dat deze groep personeel kan behandelen groter aangezien er een daling is in de variabiliteit. Echter, zelfs uitgaande van een verdubbeling van het volume<sup>18</sup> is maar een kleine productiviteitswinst te verwachten (zie bijlage 3). De mogelijke kostenbesparing van deze productiviteitswinst is te verwaarlozen aangezien deze te klein is om de inzet van een persoon te besparen. Per saldo krijgt het ondersteunend personeel het wel dus iets rustiger.

Op momenten dat de productiviteit laag is, hoeft na de fusie nog maar één team beschikbaar te zijn voor de acute-zorg. Uitgaande van het team: verpleegkundige óf doktersassistente, huisarts voor de triage en visites (zie hoofdstuk 1) en een specialist op afroep (garantie specialistische zorg), vervalt de beschikbaarheid van een doktersassistente óf een SEH-verpleegkundige. Uitgaande van de inzet van een verpleegkundige in de nacht, betekent dit een vermindering van de assistentiekosten in de nacht<sup>19</sup>. Dit is gemiddeld 22% van de totale kosten van assistentie.

#### *Efficiëntere inzet mensen door taakdifferentiatie*

Model 1 en 2: Bij verregaande samenwerking tussen de HAP en de SEH is het mogelijk taken anders in te delen. In tabel 3 is weergegeven wat een mogelijk optimale taakverdeling is<sup>20</sup>.

Het verdelen van taken is niet doelmatig wanneer de productiviteit erg laag is, bijvoorbeeld op een huisartsenpost in de nacht (subscale bezetting). Dan is het doelmatiger om een medewerker ook taken te laten uitvoeren 'onder' zijn/haar expertiseniveau om de productiviteit niet nog meer te laten dalen.

Los van de vergroting van het volume kan de samenwerking ook leiden tot nieuwe inzichten wie welke taak kan uitvoeren. Een belangrijke taakdifferentiatie binnen de samenwerking tussen HAP en SEH is dat de HAP alle zelfverwijzers van de SEH overneemt. Een groot aantal contacten met de specialisten en SEH-verpleegkundigen vermindert en wordt opgevangen door de doktersassistenten en huisarts.

<sup>17</sup> Deelrapport Doelmatigheid – Indirect personeel, CVZ/Plexus, maart 2004.

<sup>18</sup> In werkelijkheid is het volume van de SEH in de meeste regio's zelfs kleiner dan dat van de HAP.

<sup>19</sup> Dit heeft wel kwalitatieve gevolgen, aangezien de SEH-verpleegkundige de taken van de doktersassistente overneemt (telefoon, triage inloop, administratie).

<sup>20</sup> Inschatting op basis van de interviews en de literatuurstudie.



Geschat wordt dat ca. 70% van de zelfverwijzers die op de SEH komen, door de HAP afgehandeld kan worden<sup>21</sup>. Hiermee wordt vanuit maatschappelijk perspectief kwaliteitswinst behaald doordat de juiste zorg door de juiste persoon wordt uitgevoerd. Ook heeft het gevolgen op de kosten doordat:

- 1- opvang van patiënten door de doktersassistente goedkoper is dan door de SEH-verpleegkundige (dit verschil bedraagt ca. 32%<sup>22</sup>), en
- 2- behandeling van patiënten door een huisarts goedkoper is dan door een arts-assistent/specialist (zie bijlage 4 en 5).

Ad 1 De volumetoename op de HAP van 23%<sup>23</sup> leidt door verschuiving van werk naar een doktersassistente (op tijden met voldoende volume) tot een kostenbesparing van: 23% x 38,1 miljoen (HDS-macrokosten assistentie per jaar) x 32% (besparing salari) x 63% (excl. de nachten) = € 1,8 miljoen per jaar

NB Hierbij moet opgemerkt worden dat kleinere SEH'en dus minder mogelijkheden hebben deze besparing te realiseren en grotere SEH'en juist meer.

Ad 2 In bijlage 4 en 5 is berekend dat de volumeverschuiving landelijk een kostenverhoging honoraria huisartsen per jaar betekent van € 12,1 miljoen en een kostenreductie verwijskaarten specialisten per jaar van € 16,5 miljoen. Het verschil is € 4,4 miljoen.

Verwachte doelmatigheidswinst model 1: € 1,8 miljoen (verschil salaris verplgk)  
€ 4,4 miljoen (verschil kosten huisarts)

Verwachte doelmatigheidswinst model 2: € 8,4 miljoen (22% assistentiekosten)  
€ 1,8 miljoen (verschil salaris verplgk)  
€ 4,4 miljoen (verschil kosten huisarts)

### **Gevolgen voor kostendriver 'Huisvesting'**

Voor de kostendriver huisvesting zijn de doelmatigheidsmogelijkheden; dubbelingen elimineren en inkoopvoordelen.

#### *Dubbelingen elimineren*

Model 1: In het geval van model 1 is er geen doelmatigheidswinst te verwachten, aangezien er twee fysiek gescheiden locaties bestaan. Het onderbrengen van de HAP in een leegstaande polikliniek in een ziekenhuis is weliswaar vanuit maatschappelijk perspectief doelmatiger dan het vestigen van de HAP op een eigen locatie, maar is ook los van verregaande samenwerking mogelijk, waardoor het buiten het doel van dit onderzoek valt.

---

<sup>21</sup> Giesen, Franssen, Mokkink, Grol en Van den Bosch. Inventarisatie van de zorgvraag en hulpverlening op SEH. in voorbereiding. Maart 2004.

<sup>22</sup> Het verschil in salaris tussen de doktersassistente en de verpleegkundige bedraagt voor de laagste schaal 37% en voor de hoogste schaal - 27%. Gemiddeld is dit 32%. NB Verschil in opslagen is niet meegerekend.

<sup>23</sup> Gebaseerd op de verschillen in aantal contacten per 1000 verz. in de regio's Maastricht (29%) en IJmuiden (17%). Van de regio Dordrecht in fase I geen enquête ontvangen.



Interessant is wel dat dit bij model 2 door de intensieve samenwerking mogelijk in ziekenhuizen geen optie zou zijn aangezien de polikliniek niet naast de SEH gevestigd is.

Verwachte doelmatigheidswinst model 1: 0%

Model 2: Bij het volledig samenvoegen van de HAP en SEH is meer ruimte nodig aangezien het volume patiëntenzorg wat de HAP/SEH in de geïntegreerde situatie 'verwerkt' een optelling is van het volume van de HAP en SEH voor de samenvoeging. Aangezien huisvesting wordt gedimensioneerd op de benodigde bezetting op de drukste tijden, bij HAP en SEH is dit het weekend overdag, zal de totaal benodigde ruimte voor o.a. behandelkamers gelijkmatig toenemen. Wel zullen er ruimten zijn die niet productiegebonden zijn en samen gebruikt kunnen worden (zoals de koffiekamer en mogelijk de balie). Naar schatting is dit 10% van het totale oppervlak.

Verwachte doelmatigheidswinst model 2: 10% van de huisvestingskosten  
= € 651.000,-

#### *Inkoopvoordelen*

Model 1: Er is geen doelmatigheidswinst te verwachten.

Model 2: Bij het huren van een grotere ruimte, kan de huurprijs/m2 omlaag gaan. Dit is echter op het totaal te verwaarlozen.

Verwachte doelmatigheidswinst model 1 en 2: 0%

#### **Gevolgen voor kostendriver 'Organisatie'**

Voor de kostendriver organisatie zijn de doelmatigheidsmogelijkheden; dubbelingen elimineren en inkoopvoordelen.

#### *Dubbelingen elimineren*

Model 1: Er is geen doelmatigheidswinst te verwachten.

Model 2: De kostendriver organisatie is breed en bevat zowel productiegebonden als niet productiegebonden zaken. Als we kijken naar bijvoorbeeld telecom, porti, de ICT-voorziening, financiële diensten en magazijn/linnen is geen sprake van dubbeling aangezien er meer gebeld zal worden, meer brieven gestuurd zullen worden, meer PC's nodig zullen zijn, etc. Dubbelingen zijn alleen mogelijk bij zaken die niet productiegebonden zijn, zoals bijvoorbeeld het gebruik van een printer of kantoorapparatuur zoals een kopieerapparaat. Echter ook hier zijn de kosten vaak productieafhankelijk (bv inkoop printer cartridges e.d.).

Verwachte doelmatigheidswinst model 1 en 2: 0%



### *Inkoopvoordelen*

Model 1: Een nauwere samenwerking tussen HAP en SEH kan leiden tot het gezamenlijk inkopen van diensten (voorbeeld regio Maastricht). Uitgaande van gezamenlijke inkoop van alle organisatie-zaken is hierbij naar schatting maximaal 10% te winnen (aannee).

Model 2: Dit geldt ook voor model 2

Verwachte doelmatigheidswinst model 1 en 2:      10% van organisatiekosten  
= € 1.488.000

### **Gevolgen voor kostendriver 'Coördinatie'**

Voor de kostendriver coördinatie zijn de doelmatigheidsmogelijkheden; dubbelingen elimineren.

#### *Dubbelingen elimineren*

Model 1: Model 1 gaat uit van twee autonome organisaties. Wat betreft het management of bestuur betekent dit dat er dus geen dubbeling zijn te verwachten. Ook het aantal uren inzet van beleidspersoneel (bv kwaliteits- of klachtenfunctionaris) zal echter vanwege de autonomie van de beide organisaties door de samenwerking niet dalen.

Model 2: Uitgaande van een eenheid van HAP/SEH, betekent dit uniform management, uniform beleid en uniform bestuur. Ervan uitgaande voor het management en beleidspersoneel de nieuwe situatie niet meer capaciteit nodig is en dat er geen bestuur van HDS'en nodig is, betekent dit een doelmatigheidswinst van 100%.

Verwachte doelmatigheidswinst model 1:                      0%  
Verwachte doelmatigheidswinst model 2:                      100% van de coördinatiekosten  
= € 7.440.000

### **Gevolgen voor kostendriver 'Instrumentatie/Verbruiksmaterialen'**

Voor de kostendriver Instrumentatie/Verbruiksmaterialen zijn de doelmatigheidsmogelijkheden; dubbelingen elimineren en inkoopvoordelen.

#### *Dubbelingen elimineren*

Model 1: Er is geen doelmatigheidswinst te verwachten door gescheiden gebruik van instrumenten en materialen.

Model 2: Ook hier geldt dat de kostendriver zowel productiegebonden als niet-productiegebonden zaken bevat. Verbruiksmaterialen zijn productiegebonden, waardoor geen schaalvoordeel wordt verwacht. Instrumentatie is niet-productiegebonden en komt daarmee voor 'dubbeling' in aanmerking. Echter, de instrumentatie is afgestemd op het gebruik op de drukste tijden, waardoor er toch weinig schaalvoordelen zijn. Vanwege de daling in variabiliteit is er een klein doelmatigheidswinst te verwachten in de orde van grootte van 10% (zie bijlage 3).

Verwachte doelmatigheidswinst model 1:                      0%  
Verwachte doelmatigheidswinst model 2:                      10% van kosten  
instrumentarium/verbruiks-  
materialen = € 93.000





Tabel 4: Overzicht verwachte doelmatigheid model 1.

| Kostendriver                                | Berekening via<br>macrokosten HDS <sup>25</sup> |         | Berekening<br>anders | Winst               |
|---|---|---------|----------------------|---------------------|
|   | macrokosten                                     | winst % |                      |                     |
| inzet medisch personeel                     | -   | -       | bijlage 4 en 5       | € 4.400.000         |
| inzet ondersteunend personeel               | € 38.130.000                                    | 0%      |                      | € 1.800.000         |
| vervoer                                     | € 21.390.000                                    | 0%      |                      | € 0                 |
| organisatie                                 | € 14.880.000                                    | 10%     |                      | € 1.488.000         |
| coördinatie                                 | € 7.440.000                                     | 0%      |                      | € 0                 |
| huisvesting                                 | € 6.510.000                                     | 0%      |                      | € 0                 |
| instrumentarium/<br>verbruiksmaterialen     | € 930.000                                       | 10%     |                      | € 93.000            |
| aanvragen diagnostiek <sup>26</sup>         | -   | -       | bijlage 6            | € 24.320.000        |
| <b>Totale verwachte doelmatigheidswinst</b> |   |         |                      | <b>€ 32.101.000</b> |

Tabel 5: Overzicht verwachte doelmatigheid model 2.

| Kostendriver                                | Berekening via<br>macrokosten HDS |         | Berekening<br>anders | Winst               |
|---|-----------------------------------|---------|----------------------|---------------------|
|   | macrokosten                       | winst % |                      |                     |
| inzet medisch personeel                     | -                                 | -       | bijlage 4 en 5       | € 4.400.000         |
| inzet ondersteunend personeel               | € 38.130.000                      | 22%     |                      | € 10.200.000        |
| vervoer                                     | € 21.390.000                      | 0%      |                      | € 0                 |
| organisatie                                 | € 14.880.000                      | 10%     |                      | € 1.488.000         |
| coördinatie                                 | € 7.440.000                       | 100%    |                      | € 7.440.000         |
| huisvesting                                 | € 6.510.000                       | 10%     |                      | € 651.000           |
| instrumentarium/<br>verbruiksmaterialen     | € 930.000                         | 10%     |                      | € 93.000            |
| aanvragen diagnostiek                       | -                                 | -       | bijlage 6            | € 24.320.000        |
| <b>Totale verwachte doelmatigheidswinst</b> |                                   |         |                      | <b>€ 48.592.000</b> |

<sup>25</sup> Het betreft kerngegevens HDS'en 2002. RVZ, Acute zorg. 2003, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ): Zoetermeer.

<sup>26</sup> Geen HDS-kostenpost. Bij berekening van gevolgen voor doelmatigheid is uitgegaan van kostenaandeel diagnostiek op totaalkosten SEH Maastricht.

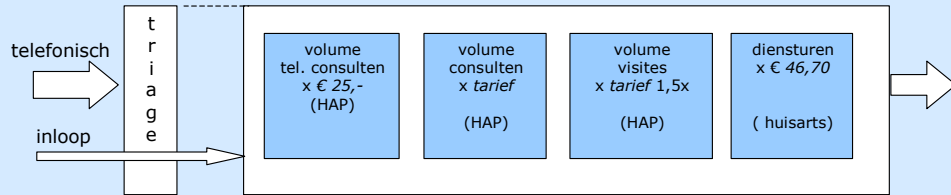
**Conclusie: a- Gevolgen samenwerkingsmodellen op de kosten**

In tabel 4 en 5 is een overzicht gegeven van de doelmatigheidswinsten van respectievelijk model 1 en 2 en een doorrekening van de mogelijke kostenbesparingen.

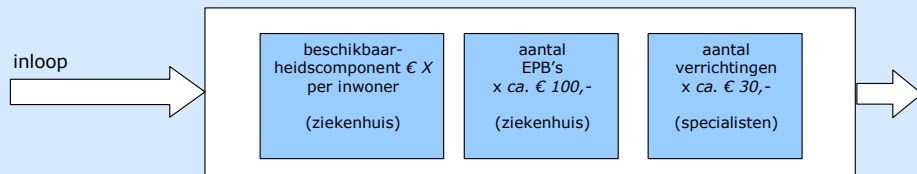
## Schema waardeketen inkomsten



### HAP / huisartsen



### Ziekenhuis / specialisten



Schema 7

## **b- Gevolgen samenwerkingsmodellen op inkomsten betrokken partijen**

In schema 7 is de waardeketen met de belangrijkste inkomstenbronnen van de HAP/huisartsen en SEH/Ziekenhuis/specialisten weergegeven. In het schema is te zien dat de inkomstenbronnen zeer verschillen wat de sectorale indeling van de financiering van de acute zorg nogmaals benadrukt. Hieronder wordt per betrokken partij een inschatting gegeven van de gevolgen op de inkomsten.

### **Huisartsen**

De verschuiving van de zelfverwijzers van de SEH naar de HAP heeft naar verwachting alleen gevolgen op het volume consulten en niet op het aantal telefonische consulten of visites. In bijlage 4 is een schatting gemaakt van de gevolgen voor de benodigde inzet van de huisartsen op deze consulten op te vangen. Dit komt neer op een verhoging van een jaarlijks benodigde inzet van huisartsen van 270.879 uur. Dit is ca. 40 uur per fte huisarts per jaar, wat een stijging van ongeveer 20% van de gemiddeld jaarlijkse inzet van een huisarts in de ANW-zorg betekent<sup>27</sup> en leidt tot een verhoging van het inkomen per fte huisarts van ruim €1.000.

### **HAP**

Een huisartsenpost krijgt momenteel betaald op basis van het volume telefonische consulten, consulten en visites. De stijging in het aantal consulten door het opvangen van zelfverwijzers van de SEH (15-30%<sup>28</sup>) leidt daardoor tot een toename van de inkomsten. Wanneer er echter wordt genormeerd zonder dat er rekening wordt gehouden met de grotere productie van een samenwerkende HAP/SEH, betekent het voor de HAP een verlaging van het tarief per consult en daarmee een krappere budget.

### **Specialisten**

Een specialist kan voor het zien/behandelen van een patiënt op de SEH een verwijskaart in rekening brengen. De twee specialismen met de grootste betrokkenheid SEH-zorg zijn de chirurgen en de internisten. In bijlage 5 is een schatting gemaakt van de gevolgen voor de inkomsten van specialisten door verschuiving van de zelfverwijzers van SEH naar de HAP. Voor chirurgen en internisten komt dit naar schatting neer op een verlies van 10-20% van de totale inkomsten aan verwijskaarten. Hiernaast is er een mogelijk gevolg op de inkomsten van de radiologen aangezien de huisarts een kleiner volume diagnostiek aanvraagt.

---

<sup>27</sup> Voor 32 huisartsenposten zijn 2.118 huisartsen werkzaam. Deze hebben een totale uurinzet op jaarbasis van 439664. Dit komt dus neer op 207,58 uur per huisarts per jaar. Dit is een globale berekening aangezien sommige posten het aantal huisartsen berekent op basis van normpraktijken, anderen op daadwerkelijke aantallen en weer andere posten op basis van het aantal fte.

<sup>28</sup> Gebaseerd op de verschillen in aantal contacten per 1000 verz. in de regio's Maastricht en IJmuiden.



## **Ziekenhuis**

De financiering van de acute zorg is in het ziekenhuisbudget niet geormerkt. Het ziekenhuis krijgt geld op basis van een beschikbaarheidscomponent per inwoner. Op deze inkomsten is geen effect te verwachten door de verregaande samenwerking tussen de HAP en de SEH aangezien de adherentie gelijk blijft<sup>29</sup>. Wel is er een flinke daling in het aantal eerste polikliniekbezoeken (EPB's) wat het ziekenhuis kan declareren. Uitgaande van de vermindering in EPB's ten opzichte van het verwachte volume op de SEH in de regio's Dordrecht en Maastricht, betekent dit naar schatting een verlies aan inkomsten van ca. 5-10% op het totale budget aan EPB's.

## **Oplossingen regio's Maastricht, Dordrecht en IJmuiden**

De samenwerking tussen de HAP en de SEH heeft dus voor meerdere partijen in een regio directe gevolgen. Het is illustratief hoe hiermee in de drie onderzochte regio's is omgegaan.

In alle drie de regio's was de extra werkbelasting van de huisarts een issue. Veel huisartsen vinden het uurtarief te laag, zeker vergeleken met het waarneemtariaf (is €10 à €20 hoger). In de regio Dordrecht is met de verzekeraar afgesproken dat de huisartsen een 'extraatje' krijgen van € 1.000,- per jaar. Dit werd door de huisartsen als 'een minimum' ervaren. In de regio Maastricht is tussen het ziekenhuis, de verzekeraar en de huisartsen overeengekomen dat de HAP een eigen locatie kreeg en dat er een potje werd bekostigd voor de inzet van waarnemers onder andere na gedane nachtdienst. Dit laatste is ook het geval in de regio IJmuiden. Hiernaast krijgen huisartsen een opslag op het uurtarief. Deze vergoeding wordt betaald door het ziekenhuis. De specifieke situatie in IJmuiden (zie hoofdstuk 3) leidt ertoe dat de huisarts de dienstdoende arts van de SEH is, waarmee het ziekenhuis kosten bespaart.

Voor de vermindering in de productie van de specialisten zijn zover bekend geen specifieke maatregelen getroffen. In Maastricht zijn de specialisten in loondienst waardoor de vermindering in volume geen gevolgen heeft op hun inkomen. In Dordrecht is het omzetverlies van de maatschappen binnen de mutatiesystematiek van de lumpsum gecompenseerd.

Van de verregaande samenwerking is bekend dat het directe gevolgen had op het budget van het AzM. Dit leidde vlak na de start tot discussies tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis, aangezien er een besparing van ca. Fl. 2 miljoen (ruim € 900.000) door reductie EPB's gerealiseerd was. De zorgverzekeraar stond op het standpunt dat het al jaren door het ziekenhuis geconstateerde grote aanbod huisartsenzorg op de SEH nu door het ziekenhuis kon worden aangepakt. Compensatie is uiteindelijk gevonden via de start van andere projecten bekostigd uit de lokale component. In Dordrecht is dit zover bekend geen punt van discussie geweest.

---

<sup>29</sup> Tenzij een SEH wordt gesloten, echter dan wordt de adherentie meestal overgenomen door de hoofdlocatie van het ziekenhuis en en blijven de inkomsten voor het ziekenhuis dus gelijk.



### **c- Schatting benodigde inspanningen voor de 'fusie'**

De PMI methode wordt afgesloten met een schatting van de kosten om de synergie tot stand te brengen en de tijd die het kost dit te realiseren. Wanneer het gaat over twee bedrijven met winstoogmerk zal een positieve uitkomst van de doelmatigheidswinsten leiden tot het snel tot stand willen brengen van de fusie. De andere financiële situatie (geen winstoogmerk) en het ontbreken van een hiërarchische lijn naar huisartsen en specialisten in de gezondheidszorg betekent dat bij de 'fusie' tussen de HAP en SEH draagvlak bij hulpverleners een belangrijke voorwaarde is.

Model 1 zal wellicht sneller geaccepteerd worden door de huisartsen dan model 2, doordat er voor de huisarts minder risico is zich opgeslokt te voelen door het ziekenhuis en 'het eigen gezicht' nog behouden blijft. Een adequate honorering voor het extra werk van de huisartsen zal de acceptatie verhogen. Bij de specialisten zal draagvlak minder een punt zijn, behalve mogelijk bij chirurgen aangezien bij hen het inkomensverlies van de specialismen het grootste is.

Naar verwachting is het met name het draagvlak onder huisartsen een bepalende factor voor het tot stand komen van de samenwerking HAP en SEH. In het volgende hoofdstuk wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de mening van huisartsen over de verregaande samenwerking tussen de HAP en de SEH.



### **Conclusies vraagstelling 3**

Zowel het model waarin de HAP het voorportaal wordt van de SEH (model 1) als het model waar de HAP en SEH volledig worden samengevoegd (model 2) leveren doelmatigheidswinst op; resp. € 32,1 en € 48,6 miljoen. Het verschil tussen model 1 en 2 wordt vooral bepaald door de besparing op de kosten voor de inzet van ondersteunend personeel en de kosten voor coördinatie.

De verwachte reductie in de kosten voor het aanvragen van diagnostiek bepaalt voor een groot de doelmatigheidswinst (76% bij model 1 en 50% bij model 2).

De kosten kunnen in werkelijkheid juist toenemen wanneer de samenvoeging van HAP en SEH tot gevolg heeft dat het aanvraagdgedrag van de huisarts verschuift naar de defensievere geneeskunde van het ziekenhuis. Niet alleen vervalt dan de doelmatigheidswinst op de populatie zelfverwijzers van de SEH, ook kan het betekenen dat het aangevraagde percentage diagnostiek binnen de patiëntenpopulatie van de HAP stijgt, waardoor de verregaande samenwerking een negatief effect heeft op de doelmatigheid.

Voor de huisarts betekent het opvangen van de zelfverwijzers van de SEH een stijging van ongeveer 20% van de inzet in diensten per jaar en een verhoging van het inkomen per fte huisarts van ruim € 1.000.

Wanneer er bij de normering geen rekening wordt gehouden met de grotere productie van een samenwerkende HAP/SEH (15-30%), betekent het voor de HAP een verlaging van het tarief per consult en daarmee een krappere budget.

Met name chirurgen en internisten verliezen inkomen door de verregaande samenwerking tussen de HAP en de SEH. Dit is naar schatting 10-20% van de totale inkomsten aan verwijskaarten. Hiernaast is er een mogelijk gevolg op de inkomsten van de radiologen aangezien de huisarts een kleiner volume diagnostiek aanvraagt.

Ziekenhuizen kunnen door de verregaande samenwerking tussen HAP en SEH minder eerste polikliniekbezoeken (EPB's) declareren. Naar schatting komt dit neer op een verlies aan inkomsten van ca. 5-10% op het totale budget aan eerste polikliniek bezoeken.

De drie onderzochte regio's zijn binnen de mogelijkheden van de financiering tot eigen oplossingen gekomen om om te gaan met de gevolgen van de verregaande samenwerking HAP en SEH voor de partijen.



## **Hoofdstuk 6**

### **Resultaten, discussie en conclusies vraagstelling 4**

#### **Visie van huisartsen op verregaande samenwerking**

Doel van dit hoofdstuk is antwoord op de vraagstelling:

*In hoeverre bestaat er onder huisartsen draagvlak voor verregaande samenwerking tussen HAP en SEH?*

#### **Inleiding**

De acceptatie door de huisarts van het nauw gaan samenwerken met het ziekenhuis is cruciaal voor het welslagen van de in dit rapport geschetste modellen. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de toekomstvisie van huisartsen op hun takenpakket en de samenwerking tussen de HAP en de SEH.

#### **Aanpak en onderzoeksvragen**

Het onderzoek naar vraagstelling 4 is, in afstemming met Plexus/CVZ, onder leiding van dhr. Giesen uitgevoerd door het kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende Zorg van het UMC St. Radboud Nijmegen<sup>30</sup>. 76 huisartsen in het adherentiegebied van de HAP Tiel hebben een schriftelijke enquête ontvangen, waarvan er 61 de vragenlijsten hebben geretourneerd (respons 80%). De gestelde onderzoeksvragen zijn:

1. Welk takenpakket zien de huisartsen voor zichzelf in de toekomst binnen de ANW diensten?
  - a. met betrekking tot de te leveren zorg
  - b. met betrekking tot acute toestandbeelden
  - c. met betrekking tot verrichtingen
  
2. Wat is de toekomstvisie van huisartsen over de mate van samenwerking tussen HAP en de SEH?
  - a. met betrekking tot de organisatievorm
  - b. met betrekking tot facilitatie door ziekenhuizen
  - c. met betrekking tot inhoudelijke samenwerking

#### **Resultaten**

Hieronder worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek opgesomd.

##### **Takenpakket**

- Tweederde van de huisartsen ziet de medische zorg buiten kantoortijd als huisartsenwerk, maar de meerderheid voelt zich niet verantwoordelijk voor de organisatie daarvan.
- De niet-spoedeisende zaken, zoals second opinion, patiënten die overdag niet kunnen komen en langer bestaande klachten, horen volgens de huisartsen niet op de post thuis.

---

<sup>30</sup> Artikel 'De huisartsenpost: Toekomstvisie van Huisartsen', Giesen en De Graaf, in voorbereiding, maart 2004



- De spoedeisende zaken, waaronder ongevallen die naar de post kunnen komen, en de zelfverwijzers naar de SEH, zien huisartsen wel als hun zorg.
- Met name de triage van A1 en A2-toestandsbeelden horen allemaal tot het toekomstig takenpakket van de huisarts op de huisartsenpost.
- Bij de verrichtingen ziet ruim driekwart van de huisartsen voor zichzelf een taak weggelegd als het gaat om catheteriseren, reanimeren, ademweg vrijmaken, defibrilleren en hechten. De meeste huisartsen zien voor zichzelf geen taak als het gaat om thuisthrombolysen en intuberen.

#### **Specifiek samenwerking HAP en SEH**

- Ongeveer de helft van de huisartsen is voor en de helft is tegen een organisatievorm waarbij de HAP wel in het ziekenhuis is gevestigd, maar los staat van de SEH.
- Ook integratie van de HAP met de SEH geeft eenzelfde verdeeldheid.
- De artsen zijn tegen het 24 uur per dag openen van de huisartsenpost.
- Een lichte meerderheid is voorstander van samenwerking op algemeen en diagnostisch facilitair terrein. Driekwart van de huisartsen is voor samenwerking op medisch facilitair terrein.
- Een lichte meerderheid heeft voorkeur voor 1 centraal spoednummer voor huisarts, ambulance en Spoedeisende hulp ('1-1-3') en is voorstander van huisartsentriage aan de poort van de HAP/SEH.
- 82% van de ondervraagde huisartsen is voorstander van een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier. Samenwerking met specialisten met betrekking tot de transmurale afspraken (Diagnostisch, Farmacotherapeutisch en Vervolgafspraken) wordt door 80% van de huisartsen positief ontvangen.
- De meerderheid van de huisartsen wil samenwerken met specialisten als het gaat om opvang van patiënten voor elkaar bij piekbelasting. Een grote meerderheid is voor consultatie van elkaar ter plekke.
- Bijna de helft van de huisartsen is voor een taakdifferentiatie tot telefoon-, consult- of visitearts.

#### **Conclusies vraagstelling 4**

Er is een duidelijke verdeeldheid tussen huisartsen die voorstander zijn van de verregaande samenwerking met de SEH en huisartsen die dit niet willen. Deze verdeeldheid is gelijk als het gaat om alleen het vestigen van de HAP in het ziekenhuis (dus los van de SEH) en integratie van de HAP en SEH. Dit wijst erop dat veel huisartsen geen onderscheid zien tussen het autonoom positioneren van de HAP als voorportaal van de SEH in het ziekenhuis (model 1) en volledige integratie (model 2).



## Hoofdstuk 7

### Eindbeschouwing

De verregaande samenwerking tussen de HAP en de SEH in Nederland is actueel. Enerzijds zijn er verwachtingen dat dit de dienstverlening aan patiënten in de acute zorg verbetert. Anderzijds wordt verwacht dat de samenwerking doelmatigheidswinst oplevert, wat wordt benadrukt door het recente advies van de RVZ aan het ministerie van VWS<sup>31</sup>.

In Nederland wordt op enkele plaatsen reeds langere tijd tussen HAP en SEH samengewerkt. Een nadere beschouwing hiervan leert dat er grofweg twee modellen zijn, waarbij het wel of niet autonoom blijven van de twee organisaties het fundamentele verschil maakt.

In het model met autonome organisaties (model 1) kan er sprake zijn van *samenwerking* en *samenhang* door de HAP als voorportaal van de SEH te positioneren en gebruik te maken van de faciliteiten van het ziekenhuis. De HAP heeft een duidelijke taak in de opvang van patiënten en bepaalt wat het vervolgtraject van de patiënt is. Deze werkwijze biedt een duidelijke verbetering van de dienstverlening aan patiënten; het ziekenhuis is een voor het publiek bekende locatie en de patiënt is altijd op de juiste plaats en hoeft niet zelf de afweging te maken of de klacht bij de HAP of SEH thuishoort. De werkwijze heeft ook een gevolg op de doelmatigheid. Een *Post Merger Integration*-analyse hiervan resulteert in een verwachte landelijke doelmatigheidswinst van € 32,1 miljoen per jaar.

In model 1 is de samenwerking nog verre van volledig: HAP en SEH zijn fysiek nog gescheiden, er is geen gezamenlijkheid van de financiën en ook de aansturing en het werk van het personeel is apart georganiseerd. Over *integratie* kan pas gesproken worden nadat deze samenwerkingsonderdelen zijn ingevuld (model 2). In een analyse is hiermee een aanvullende verdere doelmatigheidswinst te behalen van € 16,5 miljoen (dus totaal €48,6 miljoen), met name door de besparing op de kosten voor ondersteunend personeel en coördinatie.

Om daadwerkelijk te komen tot deze integratie, ziet Plexus een belangrijke voorwaarde; het loslaten van het uitgangspunt van de HAP en de SEH als autonome organisaties. Het dusdanig geïntegreerd samenwerken vergt namelijk een gezamenlijke cultuur. Zonder deze eenheid zullen weerstanden uit de domeinen continue een rol blijven spelen.

Ondanks de extra doelmatigheidswinst ten opzichte van model 1, mag getwijfeld worden aan de wenselijkheid van volledige integratie. Enerzijds levert het ten opzichte van de HAP als voorportaal van de SEH geen of weinig extra voordelen op voor de dienstverlening aan de patiënt. Anderzijds mag getwijfeld worden aan de haalbaarheid van het model, gezien de grote verschillen in de cultuur tussen de HAP en de SEH, de weerstand bij veel huisartsen en de huidige financiële structuur van de acute zorg.

Een laatste belangrijke constatering is dat een groot deel van de berekende doelmatigheidswinst in beide modellen (76% bij model 1 en 50% bij model 2) wordt bereikt doordat de huisarts terughoudender is met het aanvragen van diagnostiek dan de

---

<sup>31</sup> Het betreft kerngegevens HDS'en 2002. RVZ, Acute zorg. 2003, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ): Zoetermeer.

SEH. Bij de berekening van de doelmatigheidswinst is ervan uitgegaan dat het aanvraagdredrag van de huisarts bij verregaande samenwerking niet verschuift naar de 'defensievere geneeskunde' van het ziekenhuis. De nog autonome HAP in model 1 zou hier mogelijk minder 'onder lijden', maar voor model 2 zou dit een significant verlies in doelmatigheid kunnen betekenen.

Plexus Medical Group  
Amsterdam, 11 maart 2004

## **Inhoudsopgave bijlagen**

**Bijlage 1** Lijst geïnterviewden

**Bijlage 2** Literatuurlijst

**Bijlage 3** Berekening doelmatigheidswinst door vermindering variabiliteit

**Bijlage 4** Inschatting benodigde toename inzet huisartsen werkbelasting en honorarium huisartsen door verschuiving zelfverwijzers van SEH naar HAP

**Bijlage 5** Inschatting landelijke kostenreductie verwijskaarten door verschuiving zelfverwijzers van SEH naar HAP

**Bijlage 6** Inschatting gevolgen van samenwerkingsmodellen HAP en SEH op kosten aanvragen diagnostiek



## **Bijlage 1**

### **Lijst geïnterviewden**

Mw. Posma (directeur HDS Maastricht-Heuvelland)  
Dhr. van Dongen (huisarts, voorzitter HDS Maastricht-Heuvelland)  
Dhr. Fiolet (directeur BZe VII Transmurale Zorg, AzM)  
Dhr. Steens (zorgverzekeraar VGZ)  
Dhr. Pannekeet (directeur HDS Kennemerland, Amstelland & de Meerlanden)  
Dhr. Rabenberg (adjunct directeur, HDS Kennemerland, Amstelland & de Meerlanden)  
Dhr. Ceuninck (zorgverzekeraar Achmea)  
Mw. van Pelt (directeur HDS Drechtsteden)  
Dhr. van Haren (manager SEH Dordwijk, ASZ)  
Dhr. de Boer (zorgverzekeraar Trias)  
Mw. Borghuis (directeur Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen)  
Mw. Elie (staffunctionaris Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen)  
Dhr. König (medisch directeur UMC St. Radboud)  
David Opstelten (directeur ambulancediensten AZN en Rijn en Venen)  
Dhr. van Manen (College Tarieven Gezondheidszorg)  
Dhr. Niessink (Zorgverzekeraars Nederland)  
Mw. van Vugt (Landelijke Huisartsen Vereniging)  
Dhr. Bolle (Landelijke Huisartsen Vereniging)



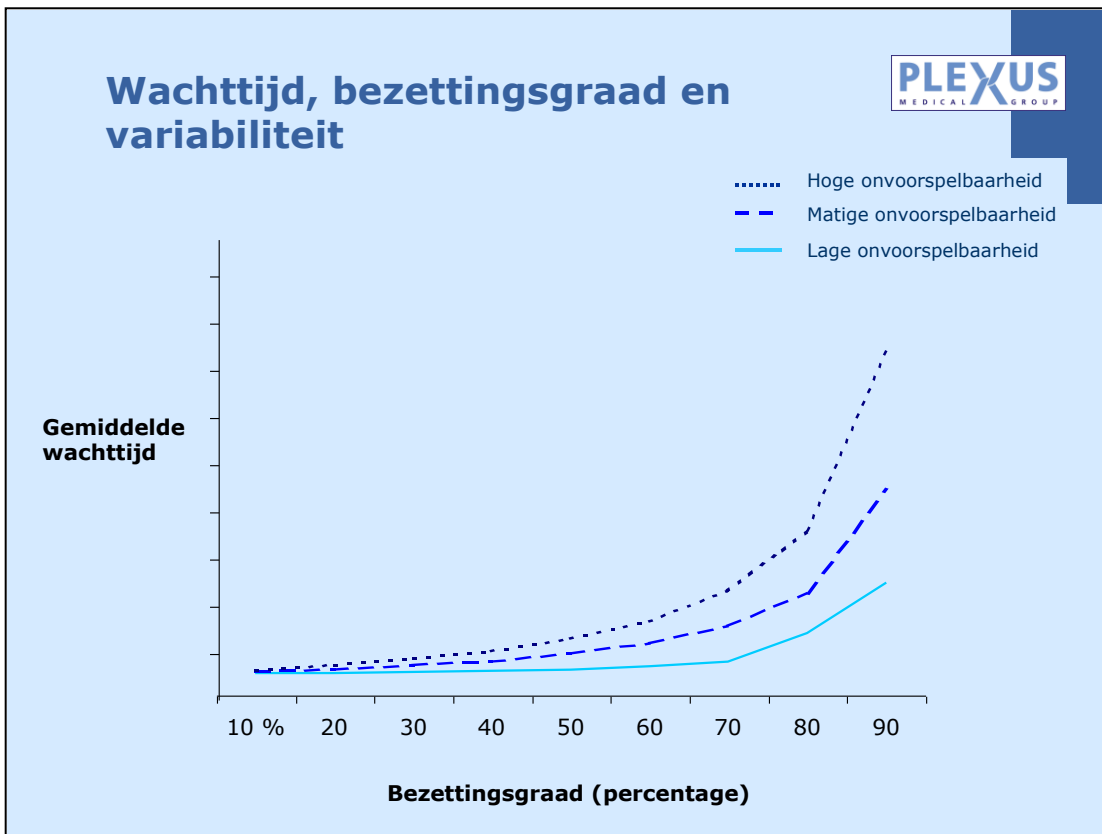
## Bijlage 2

### Literatuurlijst

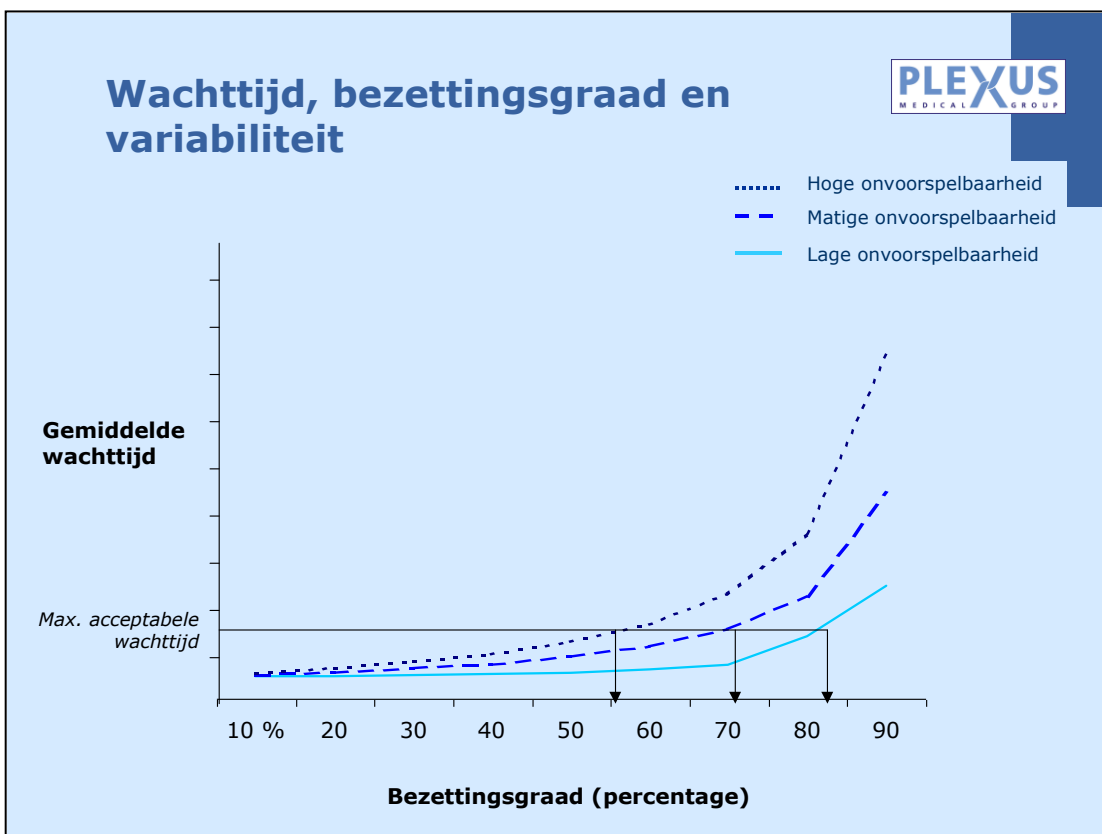
1. Rijnen A., Op weg naar één spoedloket. De Huisarts in Nederland. 2003. p24-26.
2. Vliet, v.H., Bevriezing en korting van HDS-tarieven, normering per 1 juli 2004, vast tarief telefonisch consult, tariefvaststelling per 1 januari 2004 en nacalculaties 2001 en 2002. 2003, College Tarieven Gezondheidszorg (CTG): Utrecht. p. 1-7.
3. Veenendaal, J.e.N., P., Acute zorg op maat - concept. 2003: Utrecht. p. 1-4.
4. Jonkers, A., Sfeerverslag: de huisartsenpost in Helmond. Ook Superman moet eten, in Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde. 2003. p. 254-255.
5. Brueren, M., Een controversie en... donkere wolken boven huisartsenposten?, in Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde. 2003. p. 237.
6. Jonkers, A., Inspectie dreigt met tuchtrechter, zelfregulering van huisartsenposten loopt ten einde, in Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde. 2003. p. 252-253.
7. Uden, v.C.J.T., et al., Poortwachter hersteld. Eerst naar de huisarts, dan naar de Spoedeisende Hulp, in Medisch Contact. 2003. p. 1482-1485.
8. 100, H.v.d.C.v., Manifest 2004: Huisartsenzorg: Dag...zorg!?. 2003, Club van 100. p. 1-3.
9. RVZ, Doelmatige inrichting van de acute zorg. 2003, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ): Zoetermeer. p. 1-7.
10. Giesbers, H., Boven, van P.F., Analyse het bereikbare ziekenhuis met spoedeisende hulpverlening. 2003. p. 1-11.
11. Davids, T., Coöperatieve Centrale HuisartsenPost Enschede e.o. Samen of alleen. 2003, Commissie Kansen en bedreigingen integratie CHPE-SEH: Enschede. p.1-27.
12. Breedveld, E., Brekelmans, R., Meijboom, B., Kenis, P., Veenma, K., Ex-ante evaluatie ANW-model. Een analyse vanuit cliënten- en medewerkersperspectief. 2003, Zorgnetwerk Midden-Brabant: Tilburg. p. 1-155.
13. Rijnen, A., Spoedloket: in één stap naar het juiste niveau van zorg. De Huisarts in Nederland, 2004.
14. Brug, M.D., De geest is uit de fles, SEH-arts verdient erkenning als specialist. Medisch Contact, 2004. 59(8).
15. Broeren, J., Bijlsma, E., Ziekenhuis in avonduren. Openingstijden voor reguliere zorg verruimen. Medisch Contact, 2004. 59(9).
16. NieuwsReflex, ZN en LHV: praktijkplan voor de huisarts. Medisch Contact, 2004. 59(9).
17. NieuwsReflex, Huisartsen en SEH in één spoedloket. Medisch Contact, 2004.59(9).
18. Moll van Charante, E.P., Broeder, J.M. den, Klazinga, N.S. Bindels, P.J.E., Klachten over huisartsenposten. Medisch Contact, 2003. 58(52).
19. NieuwsReflex, Zorgverzekeraar neemt poortwachterfunctie over. Medisch Contact, 2003. 58(48).
20. Houweling, S.T., Raas, G.P.M., Bilo, H.J.G., Meyboom-de Jong, B., Verschuiven van taken is tegen de regels. Juridische obstakels bij het delegeren van taken aan de praktijkondersteuner. Medisch Contact, 2003. 58(43).
21. Visser, J.J., Bastmeijer, J., Een stap te ver. Triage door doktersassistenten is maatschappelijk ongewenst. Medisch Contact, 2003.
22. Pronk, E., Veranderlijke verantwoordelijkheden. Wie is in een huisartsenpost verantwoordelijk voor de doktersassistent? Medisch Contact, 2003.



23. Ram, P.e.a., Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, concretisering toekomstvisie 2012. 2003, NHG en LHV. p. 1-57.
24. Renier, W., Gebruik en misbruik van de spoeddiensten?. 2003. p. 1-13.
25. onbekend, Budgettering en Financiering Acute Ziekenhuis Zorg.
26. Giesen, P., Mokkink, H., Grol, R., Bosch, van den W., Expertisecentrum huisartsenzorg buiten kantoor tijden en spoedeisende geneeskunde?., Centre for Quality of Care Research: Nijmegen. p. 1-5.
27. Grinten, T.E.D.v.d., et al, Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg. 2002, Commissie Modernisering Eerste Lijn: Utrecht. p. 1-10.
28. Hutten, J.B.F., Lindert, van H., Groenewegen, P.P., Eerste en tweede lijn vinden elkaar, in Medisch Contact. 2003.
29. Jacobs, C., Nobelen, D. van, Broerse, A., Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg. 2002, RVZ: Zoetermeer. p. 1-78.
30. Jacobs, E.S., Enk, van J.G., Post, D., Poortwachter in het ziekenhuis, in Medisch Contact. 2003.
31. Netten, P.M., Zee, van der P.M., Bleeker, M.W.P., Smulders, C., De eerste lijn voorbij. Inventariserend onderzoek naar zelfverwijzers op de spoedeisende hulp, in Medisch Contact. 2002. p. 87-89.
32. RVZ, Acute Zorg, Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2003, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: Zoetermeer. p. 1-127.
33. Uden, v.C.J.T., et al., Evaluatie Centrale Huisartsenposten Maastricht / Heuvelland en Oostelijk Zuid Limburg (Nightcare). Deel 1: een eerste beschrijving van patiëntenstromen. 2002, Afdeling BZe VII, Transmurale Zorg, Academisch Ziekenhuis Maastricht: Maastricht. p. 1-47.
34. Uden, v.C.J.T., Voss, G., Ament, A., Evaluatie Centrale Huisartsenposten Maastricht / Heuvelland en Oostelijk Zuid Limburg (Nightcare). Deel 2: economische evaluatie. 2002, Afdeling BZe VII, Transmurale Zorg, Academisch Ziekenhuis Maastricht: Maastricht. p. 1-36.
35. Uden, v.C.J.T., et al., Evaluatie Centrale Huisartsenposten Maastricht / Heuvelland en Oostelijk Zuid Limburg (Nightcare). Deel 3: tevredenheidsenquête huisartsen. 2002, Afdeling BZe VII, Transmurale Zorg, Academisch Ziekenhuis Maastricht: Maastricht. p. 1-34.
36. Uden, v.C.J.T., Winkens, R.A.G., Wesseling, G.J., Crebolder, H.F.J.M., Schayck, van C.P., Use of out of hours services: a comparison between two organisations. Emergency Medicine Journal, 2003. 20: p. 184-187.
37. Zwakhals, S.L.N., Kommer, G.J., Bijlage aan het RVZ advies over de inrichting en doelmatigheid van de acute zorg. 2003, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bilthoven. p. 1-21.
38. Giesen P., Samenwerking in keten spoedeisende zorg', in: urgentiegeneskunde en communicatie redactie: JJ de Lange en JJ Bierens 2003 VU uitgeverij ISBN 90 53838430
39. Giesen P., Fraanje W., Klomp M., De rammelende keten afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Med Contact 2003 48 (47) 1810-12
40. Giesen P., Jozé Braspenning, Huisartsenpost: gewone klachten met acuut karakter Artikel in concept. Huisarts en Wetenschap.
41. Giesen P., Moll van Charante E., Janssens H., Mokkink H., Grol R., Huisartsenposten: Het oordeel van de patiënt over de zorg: Onderzoek onder veertien huisartsenposten'. Artikel in concept. Medisch Contact.



Schema A



Schema B

## Bijlage 3

### Berekening doelmatigheidswinst door vermindering variabiliteit

#### Relatie tussen kosten en kwaliteit

In een huisartsenpost is de vraag tot op zekere hoogte onvoorspelbaar: de vraag heeft een zekere variabiliteit. Personeel moet daarom meestal wat ruimte over hebben, om onvoorspelbare drukte op te kunnen vangen. Is deze ruimte er niet doordat het personeel zeer vol bezet is continu, dan heeft dat al snel te lange wachttijden tot gevolg (kwaliteitsverlies).

Schema A laat conceptueel het verband zien tussen de bezettingsgraad en de wachttijd bij verschillende variabiliteit in de vraag. Hierin is te zien dat de wachttijd exponentieel toeneemt als het personeel te vol belast wordt. Als de variabiliteit hoog is, begint de wachttijd al bij lage bezettingsgraad toe te nemen.

#### Het voordeel van opschalen

Het voordeel van schaalvergroting is dat de relatieve variabiliteit afneemt. De benodigde capaciteit is dus meer voorspelbaar.

Stel: stroom x en y worden samengevoegd. Beide zijn even groot en hebben een standaard deviatie (SD) van 10. We nemen de standaard deviatie als maat voor variabiliteit. De standaarddeviatie van de samengevoegde stroom is dan:

$$\left. \begin{array}{l} (SD_x)^2 + (SD_y)^2 = (SD_{xy})^2 \\ SD_x = 10 \\ SD_y = 10 \end{array} \right\} SD_{xy} = \sqrt{10^2 + 10^2} = 14$$

Terwijl de stroom 2x zo groot wordt, wordt de standaard deviatie slechts wortel 2 keer groter. De samengevoegde stroom is dus meer voorspelbaar geworden.

#### Opschalen op huisartsenposten

In schema B is te zien dat bij kleinere variabiliteit dezelfde wachttijd gerealiseerd kan worden met een hogere bezettingsgraad van het personeel. Voor de ANW-zorg betekent dit bijvoorbeeld dat in een callcenter met 5 doktersassistenten elke assistente meer telefoontjes per uur af kan handelen dan voor een callcenter met 2 doktersassistenten, zonder dat de wachttijd toeneemt. Winst hieruit kan echter alleen worden gerealiseerd als de productiviteit zodanig toeneemt dat daarmee een heel iemand bespaard kan worden.

De vraag is nu in hoeverre het opschalen bij huisartsenposten (dus het samenvoegen van de patiëntenstroom van meerdere huisartsenposten of een huisartsenpost en een SEH) leidt tot winst in de inzet van benodigd personeel. Met een vereenvoudigd model kan een goede indruk gekregen worden hoeveel de schaal toe moet nemen voordat mogelijke schaalvoordelen gerealiseerd kunnen worden. Het model berekent voor elke 'pool'-grootte de bezettingsgraad die mogelijk is zonder kwaliteitsverlies. Een 'pool' is een groep, waarin medewerkers productie van elkaar over kunnen nemen als de ene medewerker het drukker heeft dan de andere.

Tabel A

| Aantal personen in 'pool' | Gemiddelde bezettingsgraad | Maximale productie per persoon per uur <sup>32</sup> | Maximale productie per uur hele 'pool' |
|---------------------------|----------------------------|--|--|
| 1                         | 25%                        | 3,0  | 3,0                                    |
| 2                         | 42%                        | 5,0  | 10,1                                   |
| 3                         | 52%                        | 6,2  | 18,6                                   |
| 4                         | 58%                        | 6,9  | 27,8                                   |
| 5                         | 61%                        | 7,3  | 36,5                                   |
| 6                         | 63%                        | 7,5  | 45,2                                   |
| 7                         | 65%                        | 7,8  | 54,5                                   |
| 8                         | 66%                        | 7,9  | 63,2                                   |
| 9                         | 67%                        | 8,0  | 72,2                                   |
| 10                        | 68%                        | 8,1  | 81,4                                   |
| 11                        | 69%                        | 8,3  | 90,9                                   |
| 12                        | 70%                        | 8,4  | 100,6                                  |

Tabel B: schaalvoordeel bij bezettingsgraad van 1 persoon = 25%

| Vóór samenvoegen |                             | Na samenvoegen     |                 |                              |
|------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|------------------------------|
| Aantal posten    | Aantal assistenten per post | Aantal assistenten | Schaalvoordeel? | % van inzet vóór samenvoegen |
| 2                | 1                           | 2                  | nee             |                              |
| 3                | 1                           | 2                  | ja              | -33%                         |
| 4                | 1                           | 3                  | ja              | -25%                         |
| 5                | 1                           | 3                  | ja              | -40%                         |
| 2                | 2                           | 4                  | nee             | 0%                           |
| 3                | 2                           | 5                  | ja              | -17%                         |
| 2                | 3                           | 6                  | nee             | 0%                           |
| 3                | 3                           | 8                  | ja              | -11%                         |
| 2                | 4                           | 8                  | nee             | 0%                           |
| 3                | 4                           | 11                 | ja              | -8%                          |

<sup>32</sup> Bij gelijkblijvende wachttijd en gemiddelde tijd van afhandeling van 5 minuten

## **Opschalen op drukke tijden (overdag/avond)**

Om te beginnen moet een bezettingsgraad gekozen worden waarbij de kwaliteit acceptabel is.

Een voorbeeld

Een post heeft in de avond 2 assistenten. Over de hele avond doen zij gemiddeld 5 contacten per uur. De gemiddelde gespreksduur is 5 minuten. De bezettingsgraad bij 2 assistenten is dan:

$$5 \text{ minuten} * 5 \text{ contacten} / 60 \text{ minuten} = 42\%$$

Tabel A laat zien welke bezettingsgraad bij een ander aantal doktersassistenten dezelfde kwaliteit levert. Daarnaast is doorgerekend hoeveel telefoontjes afgehandeld kunnen worden. Hierin is te zien dat er sprake is van afnemend schaalvoordeel: van 1 naar 2 assistenten is de toename in productiviteit veel groter dan van 8 naar 9 assistenten.

Hoeveel moet nu opgeschaald worden voordat iemand bespaard kan worden?

Stel: 2 posten worden samengevoegd die beide met 2 assistenten maximaal 10 contacten per uur kunnen afhandelen zonder dat de wachttijd te ver oploopt (regel 2 in tabel A). Na samenvoeging moeten 20 telefoontjes per uur afgehandeld worden. Drie assistenten kunnen dit net niet aan, zij kunnen maar 18,6 telefoontjes per uur afhandelen zonder kwaliteitsverlies. Er zijn dus toch nog 4 assistenten nodig en er is geen schaalvoordeel.

In tabel B is de uitkomst van een aantal andere mogelijkheden te zien. Daarin valt op dat het volume bij samenvoeging minstens 3x zo groot moet worden voordat schaalvoordeel gerealiseerd kan worden. Als de posten voor samenvoegen al groter waren is het schaalvoordeel procentueel gezien kleiner.

Door de mix van urgente en minder urgente klachten is de gemiddelde bezetting van chauffeurs en huisartsen veel hoger. Dit betekent dat de schaalvoordelen voor artsen en chauffeurs er anders uitzien. Uitgaande van een bezettingsgraad van 1 arts/chauffeur voor samenvoegen van 80% moet een factor 7 opgeschaald worden voordat een hele persoon minder ingezet kan worden. Dit is dan een schaalvoordeel van 14%.

## **Opschalen op rustige tijden (nachten)**

Op rustige tijden zijn sneller schaalvoordelen te behalen. Dit geldt voor doktersposten vrijwel uitsluitend in de nacht. Dan is namelijk op een post van gemiddelde grootte (bijv. 150.000) verzekerden de zorgvraag tussen 1:00 en 7:00 gemiddeld maar 1 contact per uur. Dit betekent dat 1 doktersassistente de zorgvraag van 3 posten af kan handelen (zie tabel 1) en 2 doktersassistenten de zorgvraag van wel 10 posten.

De inzet van huisartsen en chauffeurs wordt met name bepaald door de visites die gereden moeten worden. Daarin moeten ook veranderingen in de afstand meegenomen worden. Een indicatie hiervoor is dat in Den Haag een gebied met 600.000 verzekerden bediend wordt door 2 visite-teams waarvan 1 continu onderweg is en 1 slaapdienst heeft. In Groningen zijn voor een vergelijkbaar aantal verzekerden echter nog 5 visite-teams nodig.



## Bijlage 4

### Inschatting benodigde toename inzet huisartsen werkbelasting en honorarium huisartsen door verschuiving zelfverwijzers van SEH naar HAP

#### Aanpak

Aangezien de 3 onderzochte regio's allen al bij de oprichting van de HAP werkten in samenwerking met de SEH, is een vergelijking van de toename in de inzet van huisartsen als gevolg van de verschuiving in zelfverwijzers van SEH naar HAP niet te berekenen.

Gekozen is voor een berekening van de gemiddelde tijdsduur/honorariumkosten van een consult van door de huisarts. Op basis van de gemeten veranderingen in de productie van de ziekenhuizen na de komst van de HAP in de regio Maastricht en Dordrecht wordt zo de toename in honorariumkosten huisarts bepaald. Uitdrukkelijk moet worden vermeld dat het gaat om een globale inschatting.

Hieronder volgen:

- a- een berekening van de gemiddelde honorariumkosten van de huisarts per consult
- b- een berekening van de gemiddelde toename honorariumkosten van de huisarts bij opvang zelfverwijzers SEH

#### a- berekening gemiddelde honorariumkosten huisarts per consult

##### Aannames

- consult door de huisarts van de huidige HAP-patiënten is vergelijkbaar qua tijdsduur met wanneer de huisarts een zelfverwijzer van de SEH ziet.
- consultduur: 12 minuten.
- duur telefonische consulten: 6 minuten.
- duur visites: 18 minuten + (2 x gemiddelde rijtijd op rustige tijden).

##### Berekening

Aandeel consulten op totale inzet

| Soort productie        | Totale duur (in minuten) | Aandeel van totale tijdsbesteding |
|------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Consulten              | 6511536                  | <b>44,7%</b>                      |
| Telefonische consulten | 2554848                  | 17,6%                             |
| Visites                | 5486387 <sup>33</sup>    | 37,7%                             |
| Totaal                 | 14552771                 | 100,0%                            |

##### Bron<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Aantal visites x 18 minuten + (aantal visites x (2 x gemiddelde rijtijd op rustige tijden van de post))

<sup>34</sup> Gerealiseerde en begrote productiecijfers 2003, database onderzoek doelmatigheid huisartsendienstenstructuren CVZ/Plexus (oktober 2003 en januari 2004). Selectie 31 huisartsenposten. De selectie is minder groot aangezien alleen die posten zijn geselecteerd waarvan alle gegevens bekend zijn.



### **Huisartsenkosten per consult**

Totaal honorarium huisartsen van geselecteerde posten: € 21.419.672,-.

Honorarium besteedt aan consulten is dus 44,7% van € 21.419.672,- = € 9.584.083.

*Huisartsenkosten per consult: € 17,66*

### **Daadwerkelijke inzet aantal minuten huisarts per consult**

Totale tijdsinzet huisartsen van geselecteerde posten is 25.341.420 minuten.

Tijd besteedt aan consulten is dus 44,7% van 25.341.420 = 11.338.842 minuten.

*Daadwerkelijke tijdsbesteding huisartsen per consult: 20,9 minuten*

## **b- berekening gemiddelde toename honorariumkosten huisarts**

### **Berekening aan de hand van regio's Dordrecht en Maastricht**

Aangenomen wordt dat het ANW-uurtarief van de huisartsen gelijk blijft na inzet van de verregaande samenwerking tussen HAP en SEH.

#### **Dordrecht**

Op basis van de registratie van de SEH is een reductie in het verwachte volume van 7.600 patiënten gerealiseerd<sup>35</sup>. Ervan uitgaande dat er een efficiënte triage is (protocollering), worden zelfverwijzers direct óf door de huisarts gezien óf door de specialist (dus weinig dubbelingen). We kunnen dan uitgaan van een stijging van het aantal consulten door de huisarts van 7.600. Dit betekent een toename in de benodigde inzet van huisartsen van:

*7.600 consulten x 20,9 minuten = 158.840 minuten = 2.647 uur*

en een toename in honorariumkosten van

*7.600 consulten x € 17,66 = € 134.216<sup>36</sup>*

Uitgaande van een adhaerentie van de SEH Dordwijk (ASZ) van ca. 200.000 inwoners, betekent dit een toename van benodigde inzet huisartsen betekenen van 0,79 minuut per inwoner en honorariumkosten huisartsen van € 0,67 per inwoner.

*Landelijk<sup>37</sup> zou dit, uitgaande van cijfers Dordrecht, een benodigde inzet huisartsen betekenen van 275.323 uur en een kostenverhoging honoraria huisartsen van € 10,7 miljoen.*

NB Aangezien ca. 30% van de zelfverwijzers toch SEH-zorg nodig heeft<sup>38</sup>, worden meer patiënten door de HAP opgevangen dan bovenstaand aangegeven. Totaal betekent dit dus een stijging in volume HAP van 9.880.

---

<sup>35</sup> Verwacht volume Dordrecht is lastig te berekenen aangezien de SEH tegelijk met de start van de HAP fuseerde met een andere SEH. Gezamenlijke volume van de twee SEH'en was 30.000. Met inbegrip van een jaarlijkse stijgende trend in SEH-gebruik van 6% analoog aan Maastricht betekent dit een verwacht volume van 31.800. De productie SEH in 2002 was 24.200, wat een reductie van het verwachte volume is van 7.600.

<sup>36</sup> Dit komt neer op een uurtarief van € 50,71. Het verschil met het standaarduurtarief is te verklaren doordat van een deel (23%) van de posten in de selectie geen gerealiseerde cijfers maar begrote cijfers bekend zijn.

<sup>37</sup> Uitgaande van 16.265.860 inwoners ([www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)). Er wordt uitgegaan dat de verregaande samenwerking, waarbij de HAP zich fysiek naast of samen met de SEH vestigt, in heel Nederland mogelijk is.

<sup>38</sup> Giesen, Franssen, Mokkink, Grol en Van den Bosch. Inventarisatie van de zorgvraag en hulpverlening op SEH. in voorbereiding. Maart 2004.



## **Maastricht**

Op basis van de registratie op de SEH van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) is door de komst van de HAP een daling in productie t.o.v. het verwachte volume gerealiseerd van 9.083 patiënten<sup>39</sup>. Ervan uitgaande dat er een efficiënte triage is (protocollering), worden zelfverwijzers direct óf door de huisarts gezien óf door de specialist (dus weinig dubbelingen). We kunnen dan uitgaan van een stijging van het aantal consulten door de huisarts van 9.083. Dit betekent een toename in de benodigde inzet van huisartsen van:

*9.083 consulten x 20,9 minuten = 189.835 minuten (3.164 uur)*

en een toename in honorariumkosten van

*9.083 consulten x € 17,66 = € 160.406<sup>40</sup>*

Uitgaande van een adhaerentie van de SEH AZM van 190.000 inwoners, betekent dit een toename benodigde inzet huisartsen van 1,00 minuten per inwoner en honorariumkosten huisartsen van € 0,84 per inwoner.

*Landelijk<sup>41</sup> zou dit, uitgaande van cijfers Maastricht, een benodigde inzet betekenen van 266.435 uur en een kostenverhoging honoraria huisartsen van € 13,5 miljoen.*

NB Aangezien ca. 30% van de zelfverwijzers toch SEH-zorg nodig heeft<sup>42</sup>, worden meer patiënten door de HAP opgevangen dan bovenstaand aangegeven. Totaal betekent dit dus een stijging in volume HAP van 11.808.

## **Conclusie gemiddelde Dordrecht en Maastricht**

*Landelijk zou dit een verhoging benodigde inzet huisartsen per jaar betekenen van 270.879 uur (uitgaande van 6.800 fte huisartsen is dit 40 uur per jaar).*

*Landelijk zou dit een kostenverhoging honoraria huisartsen betekenen van € 12,1 miljoen (uitgaande van 6.800 fte huisartsen is dit € 1.179 per fte huisarts).*

---

<sup>39</sup> Productiecijfers SEH AZM 28.587 (1999) en 21.219 (2000). Tot 1999 een percentuele stijging in SEH-volume van 6%. Dit betekent een verwacht volume in 2000 van 30.302. Verschil met 2000 is 9.083 (30% van verwachte volume).

<sup>40</sup> Dit komt neer op een uurtarief van € 50,70. Het verschil met het standaarduurtarief is te verklaren doordat van een deel (23%) van de posten in de selectie geen gerealiseerde cijfers, maar begrote cijfers bekend zijn.

<sup>41</sup> Uitgaande van 16.265.860 inwoners ([www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)). Er wordt uitgegaan dat de verregaande samenwerking, waarbij de HAP zich fysiek naast of samen met de SEH vestigt, in heel Nederland mogelijk is.

<sup>42</sup> Giesen, Franssen, Mokkink, Grol en Van den Bosch. Inventarisatie van de zorgvraag en hulpverlening op SEH. in voorbereiding. Maart 2004.



## Bijlage 5

### **Inschatting landelijke kostenreductie verwijskaarten door verschuiving zelfverwijzers van SEH naar HAP**

#### **Schatting op basis van cijfers regio Dordrecht**

Op basis van de registratie van de SEH is een reductie in het verwachte volume van 7.600 patiënten gerealiseerd<sup>43</sup>. Ervan uitgaande dat hiervan 80% leidt tot een verwijskaart van € 30,- betekent dit een besparing van € 182.400,- (inkomstendaling specialisten Dordrecht). Uitgaande van een adherentie van de SEH Dordwijk (ASZ) van ca. 200.000 inwoners, betekent dit een kostenbesparing van € 0,91 per inwoner.

*Landelijk<sup>44</sup> zou dit een kostenbesparing verwijskaarten betekenen van € 14,6 miljoen.*

#### **Schatting op basis van cijfers regio Maastricht**

Op basis van de registratie van de SEH van het AZM berekende het ziekenhuis een totale reductie van 9.083 patiënten op de SEH<sup>45</sup>. Ervan uitgaande dat hiervan 80% leidt tot een verwijskaart van € 30,- betekent dit een besparing van € 217.992,- (echter specialisten zijn bij AZM in loondienst). Uitgaande van een adherentie van de SEH AZM van 190.000 inwoners, betekent dit kostenbesparing van € 1,15 per inwoner.

*Landelijk zou dit een kostenbesparing verwijskaarten betekenen van € 18,4 miljoen.*

#### **Conclusie gemiddelde Dordrecht en Maastricht**

*Landelijk zou dit een kostenbesparing aan verwijskaarten specialisten betekenen van € 16,5 miljoen.*

---

<sup>43</sup> Verwacht volume Dordrecht is lastig te berekenen aangezien de SEH tegelijk met de start van de HAP fuseerde met een andere SEH. Gezamenlijke volume van de twee SEH'en was 30.000. Met inbegrip van een jaarlijkse stijgende trend in SEH-gebruik van 6% analoog aan Maastricht betekent dit een verwacht volume van 31.800. De productie SEH in 2002 was 24.200, wat een reductie van het verwachte volume is van 7600. NB Op basis van declaraties van het Albert Schweitzer Ziekenhuis (2001 en 2002) berekende zorgverzekeraar Trias over 2002 een besparing van 5500 EPB's. Het ziekenhuis zelf komt uit op 5800. Verschillen zijn te verklaren doordat de stijgende trend in SEH-volume niet is meegenomen en ook een andere zorgverzekeraar in de regio een marktaandeel heeft.

<sup>44</sup> Uitgaande van 16.265.860 inwoners (www.cbs.nl). Er wordt uitgegaan dat de verregaande samenwerking, waarbij de HAP zich fysiek naast of samen met de SEH vestigt, in heel Nederland mogelijk is.

<sup>45</sup> Productiecijfers SEH AZM 28.587 (1999) en 21.219 (2000). Tot 1999 een percentuele stijging in SEH-volume van 6%. Dit betekent een verwacht volume in 2000 van 30.302. Verschil met werkelijk volume 2000 is 9.083.

Tabel C: Aanvragen aanvullende diagnostiek bij zelfverwijzers op de SEH

| <b>aanvullend onderzoek totaal</b>       |               |          |
|--|---------------|----------|
|  | <i>aantal</i> | <b>%</b> |
| ja                                       | 210           | 40,2     |
| nee                                      | 312           | 59,8     |
| totaal                                   | 522           | 100      |
| <b>Uitgesplitst naar soort onderzoek</b> |               |          |
| <i>beeldvormend onderzoek</i>            | <i>aantal</i> | <b>%</b> |
| ja                                       | 188           | 35,9     |
| nee                                      | 335           | 64,1     |
| totaal                                   | 523           | 100      |
| <i>lab onderzoek</i>                     | <i>aantal</i> | <b>%</b> |
| ja                                       | 30            | 5,7      |
| nee                                      | 493           | 94,3     |
| totaal                                   | 523           | 100      |
| <i>ecg</i>                               | <i>aantal</i> | <b>%</b> |
| ja                                       | 14            | 2,7      |
| nee                                      | 509           | 97,3     |
| totaal                                   | 523           | 100      |
| <i>overig onderzoek</i>                  | <i>aantal</i> | <b>%</b> |
| ja                                       | 1             | 0,2      |
| nee                                      | 522           | 99,8     |
| totaal                                   | 523           | 100      |

## Bijlage 6

### **Inschatting gevolgen van samenwerkingsmodellen HAP en SEH op kosten aanvragen diagnostiek**

De afdeling Kwaliteit van zorg van het UMC St. Radboud Nijmegen onderzocht in hoeverre in het ziekenhuis bij vergelijkbare groepen patiënten meer aanvullende diagnostiek wordt gedaan vergeleken met de huisartsenpost. Hiervoor is de groep zelfverwijzers op een SEH bekeken, exclusief zelfverwijzers die opgenomen werden (3,2%) en zelfverwijzers met een onbekende nabehandeling (3,6%).

Uit het onderzoek blijkt dat bij 40,2% van de zelfverwijzers aanvullend onderzoek wordt gedaan waarbij beeldvormend onderzoek het grootste deel uitmaakt (zie tabel C).

Uit eerder onderzoek bleek de huisarts op de HAP 7,7% van de patiënten voor aanvullende diagnostiek naar het ziekenhuis te verwijzen. Hiervan is naar schatting hoogstens 2% voor aanvullende diagnostiek. Het verschil met de mate waarin in het ziekenhuis aanvullende diagnostiek wordt aangevraagd is dus ca. 38%.

Uitgaande van:

- een aantal van 107 SEH'en in Nederland met totale kosten van € 321 miljoen<sup>46</sup>, waarvan 20% van het budget aanvragen diagnostiek betreft<sup>47</sup>, d.w.z. € 64 miljoen;
- het gelijk blijven van het restrictief aanvragen van diagnostiek door de huisarts in model 1 en model 2.

Is de berekening:

verwachte doelmatigheidswinst model 1 en 2:   38% van € 64 miljoen  
= € 24,3 miljoen winst

---

<sup>46</sup> De RVZ schat in haar rapport (RVZ, Acute zorg, bijlage 8. 2003. Zoetermeer.) de exploitatie van een SEH in een middelgroot ziekenhuis op € 3 miljoen per jaar.

<sup>47</sup> De kostencategorie Medisch ondersteunende verrichtingen beslaat 20% van de totale kosten van de SEH in het AZM (Van Uden. Evaluatie Centrale Huisartsenpost Maastricht/Heuvelland en Oostelijk Zuid Limburg (Nightcare), economische evaluatie. 2002. Maastricht). Navraag leert dat dit kosten zijn voor het aanvragen van diagnostiek.