

# Leidraad bij Actieplan Werkdruk in de ANW

**Onder voorbehoud geen bezwaar ACM**

## Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
I Organisatie van de ANW-zorg .....	4
3 stappen naar een nieuwe werkwijze.....	4
<b>Stap 1 Huisartsen hebben een overeenkomst met een HDS en committeren zich aan diensten</b>	<b>4</b>
<b>Stap 2 Vergoeding ANW-zorg</b> .....	<b>5</b>
<b>Stap 3 Oplossingen voor invulling van diensten in geval van calamiteiten en piekdruk</b> .....	<b>6</b>
II Huisartsenspoedzorg in de nacht.....	6
Stap 1 Alle HDS'en voeren spoed = spoed in de nacht in, voor het einde van 2023. ....	6
Stap 2 Minder huisartsenposten open in de nacht. ....	7
III De stip aan de horizon.....	7
Monitoring en evaluatie.....	8
Start implementatieplan & uitvoering uitbetaling.....	10
Scenario's na beoordeling plannen .....	10

## Inleiding

De noodzaak om de huisartsenzorg in de ANW te hervormen is groot. De koepelverenigingen LHV, VPH, InEen en NHG hebben het Actieplan Werkdruk in de ANW opgesteld en vastgesteld op 29 november 2022. Met dit Actieplan en de toelichting daarop wordt recht gedaan aan de urgentie en uitkomsten van onderzoeken bij de achterban. De beroepsgroep neemt met dit plan de verantwoordelijkheid voor de 24/7-zorg die is vastgelegd in de kernwaarden en kerntaken opgesteld tijdens 'de Woudschoten conferentie' (2019). De kern van het Actieplan is dat alle huisartsen samen de verantwoordelijkheid nemen voor de ANW-zorg.

Deze leidraad is opgesteld door LHV, VPH, NHG, InEen en ZN. In deze leidraad zijn de voorwaarden opgenomen zoals die zijn overeengekomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA). De leidraad vormt het kader en is leidend voor de implementatieplannen die de huisartsendienstenstructuur (HDS<sup>1</sup>) en aangesloten huisartsen opstellen om de actielijnen uit het Actieplan werkdruk in de ANW te implementeren.

### De drie lijnen in het Actieplan Werkdruk in de ANW

Het Actieplan zet koers langs drie actielijnen die sterk afhankelijk zijn van elkaar en alleen gezamenlijk voor het gewenste resultaat gaan zorgen:

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

In de toelichting op het Actieplan is opgenomen dat huisartsen nu samen deze richting opgaan, maar ook dat er

- a) **ruimte is voor maatwerk** bij HDS'en als daar bij de aangesloten huisartsen behoefte aan is, zolang dat maatwerk past in de koers die gezamenlijk is afgesproken.
- b) de mogelijkheid bestaat om de gezamenlijke koers te verleggen/**bij te sturen als dat nodig** is gedurende de reis die we maken naar de stip aan de horizon. We weten immers niet wat die stip precies gaat zijn, die toekomstplannen worden nog uitgewerkt samen met partners in de acute zorg en het ministerie van VWS. Ook weten we niet wanneer we in de tijd aankomen bij die stip die nu nog aan de horizon ligt.
- c) **jaarlijks, voor de zomer geëvalueerd wordt door ZN, LHV, InEen en VWS** aan de hand van de criteria uit het format implementatieplan (zie bijlage)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Elke huisartsenpost (HAP) is onderdeel van een huisartsendienstenstructuur (HDS), een organisatie waar één of meerdere HAP's bij aangesloten zijn

<sup>2</sup> Uit het IZA: Zorgverzekeraars en HDS'en monitoren periodiek de realisatie het implementatieplan. Als gedurende het jaar blijkt dat er problemen ontstaan bij de effectuering en uitvoering van de goedgekeurde plannen, treden betrokken partijen in overleg. Dit kan leiden tot herijking van afspraken.

## I Organisatie van de ANW-zorg

De beschikbaarheid van spoedeisende huisartsenzorg 24 uur per dag is onderdeel van de kernwaarden en de daaruit voortvloeiende kerntaken van de huisarts en de huisartsenzorg. Deze kernwaarden en kerntaken zijn voor de hele beroepsgroep vastgesteld in 2019 en gelden daarmee ook voor alle huisartsen. In de uitwerking zijn de contractuele verantwoordelijkheden en de verdeling van diensten anno 2022 echter niet meer evenwichtig gespreid over de hele beroepsgroep.

Door de ANW-zorg anders te organiseren vermindert de druk op alle huisartsen en in het bijzonder op de praktijkhoudende huisartsen, die in de huidige werkwijze alle diensten toebedeeld krijgen. Binnen de nieuwe werkwijze worden alle huisartsen gelijk behandeld, met gelijke rechten en plichten voor elke huisarts.

### 3 stappen naar een nieuwe werkwijze

De nieuwe werkwijze kent 3 stappen en deze dienen onderdeel te zijn van het regionale implementatieplan:

- |        |   |
|--------|---|
| Stap 1 | Alle huisartsen sluiten zich bij voorkeur via een aansluitovereenkomst aan bij een HDS en committeren zich aan een onderling afgesproken evenwichtige verdeling van diensten bij deze HDS . |
| Stap 2 | Gestroomlijnde en eenduidige wijze van betaling voor huisartsen   |
| Stap 3 | Oplossingen voor de invulling van diensten in geval van calamiteiten en piekdrukke  |

#### Stap 1 Huisartsen hebben een overeenkomst met een HDS en committeren zich aan diensten

Alle huisartsen hebben vanuit de herregistratie een verplichting om avond-, nacht- en weekenddiensten te verrichten. De meeste huisartsen doen dat via een HDS, maar het is ook mogelijk om dit zelf te organiseren via de eigen praktijk of bijvoorbeeld in HAGRO-verband. In deze leidraad is de meest voorkomende situatie uitgewerkt: werken via de HDS.

*In de nieuwe situatie:*

- 1) Is het wenselijk dat elke huisarts met minimaal één HDS een aansluitovereenkomst sluit en brengt de gevestigde huisarts vanuit zijn/haar overeenkomst met de zorgverzekeraar patiënten in;
- 2) Verplicht de HDS zich om voor die patiënten de ANW-diensten te organiseren;
- 3) Committeren alle huisartsen die zich al dan niet via een aansluitovereenkomst aan een HDS hebben gebonden, zich eraan om gezamenlijk te zorgen voor een dekkend rooster voor de acute huisartsenzorg in de ANW.
- 4) Is elke huisarts verantwoordelijk voor het doen van de dienst waarvoor hij/zij volgens het rooster is ingepland.
- 5) Delen bij de HDS aangesloten huisartsen mee in de voordelen van aansluiting. Voor alle aangesloten huisartsen betekent dit dat zij gelijke rechten en plichten hebben binnen de organisatie. Denk hierbij aan inspraak in de organisatie, het selecteren van diensten, scholing, etc.

- 6) Dienen HDS'en ieder jaar, in overleg met de bij hen aangesloten huisartsen, voor het jaar daarop bij de preferente zorgverzekeraars inzichtelijk te maken hoe het rooster dekkend is gemaakt en of voldaan is aan de afspraken zoals gemaakt in het voorgaande implementatieplan, om in aanmerking te blijven komen voor de gedifferentieerde tarieven, als onderdeel van de begrotingsgesprekken.
- 7) Bespreekt de HDS jaarlijks, samen met de omliggende HDS'en, welke mogelijkheden er zijn en welke afspraken gemaakt worden om bovenregionaal (bijvoorbeeld binnen de ROAZ-regio) naar een (meer) evenwichtige verdeling van diensten te komen (met name in de kwetsbare gebieden waar weinig huisartsen gevestigd zijn). En wat de bijdrage van de HDS en de aangesloten huisartsen daaraan kan zijn. In geval van een lokaal of regionaal onoplosbaar knelpunt m.b.t. de invulling van de ANW diensten, dat ook na overleg tussen omliggende HDS'en niet kan worden opgelost, kan op verzoek van zorgverzekeraars of huisartsenkoepels dit punt worden geagendeerd op de landelijke overlegtafel tussen partijen.

## Stap 2 Vergoeding ANW-zorg

De NZa heeft hogere en gedifferentieerde maximumtarieven voor de ANW-zorg vastgesteld. Deze tarieven zijn gedifferentieerd naar type dienst met uniforme toeslagen voor avond-, nacht-, weekenddiensten en diensten op feestdagen. Huisartsen ontvangen per type dienst maximaal het maximumtarief.

Om in aanmerking te komen voor een aangepaste vergoeding is in de IZA-afspraken opgenomen dat de HDS en de aangesloten huisartsen een regionaal implementatieplan voorleggen aan de preferente zorgverzekeraar. Dit plan is gebaseerd op het Actieplan Werkdruk in de ANW en deze leidraad en treedt uiterlijk drie maanden na het akkoord van de zorgverzekeraar in werking. Daarbij wordt ten minste aan de volgende landelijke uitgangspunten voldaan:

- Sluitende dekking voor alle benodigde diensten;
- Afspraken over een evenwichtige en solidaire verdeling van de diensten over de binnen de regio werkzame huisartsen (praktijkhouders, loondienst en waarnemers/ZZP), rekening houdend met het effect van deze afspraken op andere/naastgelegen regio's;
- De vergoeding voor de zorg verleend door de dienstdoende huisartsen verloopt zoveel mogelijk via HDS. Dat geldt ook voor de vergoedingen die aan ZZP-ers worden betaald. De door de NZa vastgestelde (maximum)tarieven zijn de basis voor de (maximale) vergoeding door de HDS.
- Regionaal worden afspraken gemaakt over het ruilen en uitbesteden van diensten en over de inzet van roostertools die het ruilen van diensten en het rechtstreeks uitbetalen van diensten door de HDS ondersteunen, deze afspraken worden opgenomen in het regionale implementatieplan.

Verder gaat de minister van VWS onderzoeken hoe de maximum NZa tarieven voor alle dienstdoende huisartsen gelden als maximaal uit te betalen tarief binnen wet- en regelgeving

geborgd kan worden.<sup>3</sup> De minister heeft de Nederlandse Zorgautoriteit daartoe op 23 januari 2023 een verzoek gedaan.

Na goedkeuring van het regionale implementatieplan worden in de begroting van de HDS de nieuwe NZa-tarieven verwerkt. De HDS betaalt huisartsen vervolgens maximaal het door de NZa vastgestelde maximumtarief voor een dienst. Uiterlijk per 1-1-2024 betaalt de HDS alle diensten rechtstreeks uit aan de dienstdoende huisarts, ook als er sprake is van geruilde of uitbestede diensten.

### Stap 3 Oplossingen voor invulling van diensten in geval van calamiteiten en piekdruk

In de huidige situatie wordt er regionaal verschillend omgegaan met de achterwacht. Doelstelling is het zo efficiënt mogelijk inzetten van financiële en menselijk middelen. Achterwacht heeft tot doel om op piekmomenten en calamiteiten te kunnen opschalen wanneer nodig. Op lokaal niveau kunnen gesprekken gevoerd worden over hoe deze diensten nu ingezet worden en kunnen hierover in 2023 in gezamenlijkheid afwijkende afspraken gemaakt worden (qua aantallen e.d.). In de eerste helft van 2023 gaan ZN, LHV en InEen in gesprek om te bekijken of er een gezamenlijk beeld kan worden gecreëerd waarvoor achterwacht bedoeld is.

## II Huisartsenspoedzorg in de nacht

In de huidige tijd, met een tekort aan huisartsen en een complexere zorgvraag leggen de ANW-diensten een enorme druk op de (gezondheid van de) huisarts, zowel tijdens de dienst zelf als tijdens de inzet overdag. Het streven is om de zorgvraag tijdens deze diensten te beperken tot waar deze voor bedoeld zijn, namelijk spoedeisende huisartsenzorg (zie het aanbod huisartsenzorg 2022). Daarbij wordt ook bekeken naar waar de zorg dan effectief en efficiënt verleend kan worden.

Partijen zijn van mening dat de volgende acties hieraan bijdragen:

### Stap 1 Alle HDS'en voeren spoed = spoed in de nacht in, voor het einde van 2023.

- Alle posten voeren spoed = spoed in, te beginnen in de nachten, met als uiteindelijk doel het invoeren van spoed=spoed tijdens de ANW.
- Aangesloten huisartsen committeren zich aan [spoed = spoed in de ANW](#).
- Alleen met een eenduidige aanpak heeft spoed = spoed kans van slagen en biedt het voordelen voor de huisartsen. In het implementatieplan beschrijft de HDS hoe spoed=spoed (inclusief strikter triëren) op de huisartsenpost(en) in samenwerking met de huisartsen zal worden geïmplementeerd.
- Door strikter te triëren tijdens de ANW, dragen triagisten en huisartsen bij aan het beeld dat de huisartsenpost als een spoeddienst wordt gezien en ervaren door de burger. De bedoeling is dat ANW-zorg alleen toegankelijk is voor gezondheidsklachten die medisch gezien direct of binnen enkele uren moeten worden beoordeeld en niet als een overloop voor de dagpraktijk fungeert.
- Het effect van spoed = spoed is dat de dienstdoende huisartsen alleen spoed in de spreekkamer en op een visitebezoek zien. Naar verwachting verlaagt dit het aantal consulten

---

<sup>3</sup> In aansluiting op het Integraal Zorgakkoord (IZA), waarin onder andere het volgende uitgangspunt is opgenomen: "Tarieven die voor alle dienstdoende huisartsen in de regio gelijkelijk van toepassing zijn, waarbij ook wat aan zzp'ers wordt betaald niet hoger mag zijn dan het NZa tarief." (pagina 52 IZA).

en visites in de ANW-uren, wat de drukte tijdens de dienst verlaagt. Tevens kan het effect zijn dat er minder dienstdoende huisartsen nodig zijn, waardoor de werkdruk in zijn geheel wordt verlaagd.

- In het implementatieplan wordt opgenomen welke interventies de HDS onderneemt (inclusief een tijdlijn) om de laag urgente zorgvragen af te buigen (bijvoorbeeld door de inzet van online applicaties zoals Thuisarts/digitale triagetools).
- Zorgverzekeraars verbinden zich ook aan spoed = spoed en ondersteunen het terugdringen van laag urgente zorgvragen, bv. door hun verzekerden voor te lichten over spoed = spoed en met welke hulpvragen hun verzekerden wel/niet contact kunnen opnemen met de huisartsenpost, waar ze meer informatie kunnen vinden (bv. Thuisarts.nl) etc.
- De huisartsenkoepels, acute zorg ketenpartners en zorgverzekeraars voeren onder leiding van het ministerie van VWS, in 2023 een communicatiestrategie uit waarbij het spoedkarakter en gebruik van de acute zorgketen centraal staat, met als doel onder andere om de druk op de huisartsenpost te verlagen.
- Als spoed = spoed het effect heeft dat er minder zorgvragen in de nacht zijn en daarmee minder huisartsposten open hoeven te zijn, dan is het samenwerken binnen en met andere HDS'en een logische stap en wordt een traject hiervoor verkend (zie stap 2).

### Stap 2 Minder huisartsenposten open in de nacht.

Het sluiten van het aantal huisartsenposten in de nacht is een manier om het aantal huisartsen dat dienst doet in de nacht verder te beperken. De LHV, InEen en ZN stimuleren HDS'en en aangesloten huisartsen hierover het gesprek te voeren, met als doel binnen een HDS of over de grenzen van de HDS inzichtelijk te maken of en welke posten in de nacht kunnen sluiten (met inachtneming van de 30 minuten bereikbaarheidsnorm). In het implementatieplan moet opgenomen worden welke stappen er gezet gaan worden en welke resultaten dat moet opleveren.

Indien wordt besloten een post in de nacht te sluiten gaan partijen in de regio gezamenlijk in overleg waar en hoe deze zorg geborgd gaat worden. De zorgverzekeraar wordt daarbij betrokken. Via de reguliere kanalen worden de verzekerden/burgers geïnformeerd.

## III De stip aan de horizon

De eerste twee actielijnen zijn ontwikkelingen voor de komende jaren en vormen noodzakelijke stappen om te zorgen voor een goede uitgangspositie voor de toekomst. De toekomst voor de huisartsenspoedzorg is zorgcoördinatie en de geïntegreerde spoedpost waarin de huisarts kan worden ingezet op zijn kernkwaliteiten, en waar ook overige zorgverleners aanwezig zijn om te doen waar zij goed in zijn.

## Monitoring en evaluatie

Doelstelling van het Actieplan is te komen tot een eerlijke, evenwichtige verdeling van diensten en een dekkend rooster, uitgaande van gestroomlijnde en eenduidige betaling en passend binnen de maximum tarieven van de NZA, leidend tot een houdbare, toekomstbestendige ANW-zorg in de regio. LHV, VPH, InEen en ZN monitoren landelijk de mate waarin de beoogde doelstellingen worden gerealiseerd. Partijen gaan periodiek om tafel om de werkzaamheid van de afspraken te monitoren.

Mocht blijken dat de afspraken onvoldoende werken of de beoogde beweging nog onvoldoende op gang komt, dan kan het geheel van de afspraken worden bezien, met als doel ze zodanig bij te stellen dat problemen verkleind of opgelost worden, kijkend naar de drie IZA doelstellingen.

Regionaal hebben zorgverzekeraars, in het kader van *high trust, high penalty*, de mogelijkheid het ANW-tarief eenzijdig te kunnen opzeggen in een regio, wanneer huisartsen/regio's op één of meerdere onderdelen de regioplannen niet conform afspraak uitvoeren. Zorgverzekeraars zullen een dergelijke besluit niet nemen zonder hoor- en wederhoor.

De huidige afspraken gaan uit van werkzaamheid van de maatregelen in de leidraad, en dat de situatie de komende jaren verbetert t.o.v. vandaag. Dat houdt in dat partijen ten opzichte van 1 januari 2023 verwachten dat:

- het realiseren van een meer evenwichtige, solidaire verdeling van diensten geen negatieve gevolgen heeft voor de beschikbaarheid van de dagzorg;
- huisartsen de dienstenverdeling beoordelen als meer evenwichtig en solidair en dat dit oordeel hierover structureel verbetert;
- het aantal regio's waar invulling van diensten niet lukt of heel lastig is afneemt, c.q. het totaal aantal knelpunten op zijn minst gelijk blijft.

Daarbij is de verwachting dat het huisartsen stimuleert voor een vaste populatie zorg te dragen, dat betekent dat het voeren van een eigen praktijk dan wel het je daaraan verbinden naar verwachting zal toenemen. Ook met de MTVP afspraken streven partijen dit na.

Voor 1 april 2023 ontwikkelen LHV, InEen en ZN een voorstel voor de monitoring op basis van objectieve criteria, mede gebaseerd op de in deze leidraad benoemde doelen en uitgangspunten. Monitoring vindt plaats op zowel macroniveau als regioniveau, en wordt voor een deel gebaseerd op data uit onafhankelijke bronnen. Onderdeel van de monitoring is het goed beschrijven van de uitgangssituatie (1-1-2023).

Partijen denken in het kader van de monitoring in elk geval het volgende in kaart te brengen (niet uitputtend):

- De ontwikkeling van het aantal aansluitovereenkomsten (inclusief het aantal overeengekomen uren), afgezet tegen het totaal aantal diensten regionaal en landelijk;
- Welk deel van de diensten door de verschillende groepen huisartsen (praktijkhouders, huisartsen in loondienst en waarnemers/ zzp'ers) worden ingevuld;
- Het percentage diensten die buiten het rooster om worden ingevuld (d.w.z. niet door de huisarts die primair verantwoordelijk was voor die dienst);



- De effecten van spoed=spoed (aantal consulten in de nacht, sluiten posten gedurende de nacht, aantal U3/4/5 consulten gedurende de nacht). Het jaar 2023 dient hiervoor als nulmeting.
- Welke effect het actieplan heeft op de ervaren werkdruk van huisartsen.
- Het effect van de afspraken op het aantal consulten, diensten, locaties etc. Deze indicatoren zijn onderdeel van de jaarlijkse benchmark van InEen.

## Start implementatieplan & uitvoering uitbetaling

Het uitgangspunt is dat alle regio's (100%) tegelijk starten, en op eenzelfde moment de plannen hebben ingediend. Partijen gaan uit van landelijke implementatie vanaf 1 april 2023, onder de volgende voorwaarden:

- Op 17 februari is 90% van de implementatieplannen ingediend bij de zorgverzekeraars en daarvan moet een substantieel deel goedkeurbaar zijn binnen 6 weken na 17 februari op basis van de criteria in de leidraad. Indien dit niet lukt, schuift de landelijke invoeringsdatum van de hogere tarieven op naar een latere maand;
- Uitgaande van een goedgekeurd plan op 1 april 2023 (zie onder), waarvan de regio de implementatie heeft opgestart per 1 april, volgt er een tariefaanvraag bij de NZA o.b.v. een begroting opgesteld door de HDS inclusief de nieuwe tarieven.
- In de uitvoering en techniek wordt door LHV, InEen en ZN de exacte werkwijze rondom de betalingen vanaf 1 april nog uitgewerkt. Daarbij is het uitgangspunt dat er geen liquiditeitsproblemen mogen ontstaan in deze situatie, er geen bevoorschotting nodig zijn en de administratieve lasten voor alle partijen zo laag als mogelijk zijn.

Tussentijdse aanpassingen van het implementatieplan zijn mogelijk in onderling overleg, bij voorkeur als onderdeel van het reguliere inkoopproces. Reden kan zijn, is dat zonder bijstelling de beoogde doelen niet worden behaald. Uitgangspunt blijft dat bijstelling plaats moet vinden binnen de kaders van de leidraad ANW.

### Scenario's na beoordeling plannen

Na indiening van een implementatieplan zijn er meerdere scenario's mogelijk:

- Een goed en volledig goedgekeurd plan, betekent implementatie en tariefsaanpassing per 1 april 2023.
- Nog niet een volledig plan, maar wel met goede elementen en geloofwaardig beschreven groeipad met deadlines naar 2024, betekent in redelijkheid tot overeenstemming komen tussen regio/HDS en zorgverzekeraar, dan wel implementatie en tariefsaanpassing per 1 april 2023.
- Komt de regio/HDS er niet uit, dan betekent dit escalatie richting de landelijke partijen en ondersteuning vanuit de branches.
- Geen plan of een niet goedgekeurd plan, betekent geen tariefsaanpassing per 1 april 2023.

Beoordeling vindt plaats door 1<sup>ste</sup> en 2<sup>e</sup> zorgverzekeraars, beiden dienen tot positief oordeel te komen om plan te kunnen goedkeuren.

Indien het in een aantal regio's niet lukt tot (overeenstemming over) een goedkeurbaar implementatieplan te komen, wordt hierover landelijke overleg gevoerd tussen LHV, InEen, VPH en ZN.