

BENCHMARKBULLETIN HUISARTSENPOSTEN 2016

AUGUSTUS 2017

COLOFON

© InEen, augustus 2017

Leden van InEen kunnen dit document voor eigen gebruik vrijelijk kopiëren en bewerken.
Anderen kunnen daarvoor een verzoek indienen bij InEen, via info@ineen.nl.

SAMENVATTEND BEELD VAN DE HUISARTSENPOSTEN IN 2016

Dit bulletin bevat de kern van de benchmarkcijfers 2016 van de huisartsenposten in Nederland, de acute huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren). De samenvatting van de belangrijkste cijfers over 2016 – in relatie met cijfers uit voorgaande jaren – geeft een beeld van de ontwikkeling en aard van de acute huisartsenzorg tijdens ANW-uren.

Er zijn in totaal 120 huisartsenposten georganiseerd in 50 huisartsendienstenstructuren (HDS) die lid zijn van InEen. Alle 50 HDS'en hebben deelgenomen aan de benchmark 2016. De huisartsenposten zijn tijdens ANW-uren geopend voor acute huisartsenzorg. Twee derde van de huisartsenpostlocaties is gesitueerd in of bij een ziekenhuis met een SEH¹. Bij iets minder dan twee derde van deze locaties zitten de balies van het ziekenhuis en de huisartsenpost bij elkaar en wordt de triage uitgevoerd door de huisartsenpost. Door dergelijke co-locaties wordt substitutie van zorg gefaciliteerd.

De huisartsenposten declareerden in 2016 iets minder dan 4,3 miljoen verrichtingen, wat gemiddeld neerkomt op 251 verrichtingen per 1.000 inwoners. De stijging in vergelijking met de productiecijfers uit 2015 (ruim 4,1 miljoen verrichtingen) is voornamelijk toe te schrijven aan een toename van het aantal consulten en telefonische consulten (respectievelijk 2,4% en 3,7%). Het aantal visites dat de huisartsenposten zelf hebben gereden in 2016 daalde met 3,5%.

Om de zorg voor 17 miljoen inwoners van Nederland te realiseren hebben huisartsen gezamenlijk 1,53 miljoen uur dienst gedaan op een huisartsenpost. Gemiddeld komt dat neer op 195 uur per normpraktijk². Dat is nagenoeg gelijk aan de benchmarkcijfers over 2015. Het feit dat de zorgconsumptie stijgt terwijl het aantal actieve ANW-uren per normpraktijk gelijk blijft impliceert dat de belasting op de huisartsenposten toeneemt. Er zijn immers meer contacten in een gelijk aantal diensturen.

De totale kosten voor de beschikbaarheid van acute huisartsenzorg tijdens ANW-uren en voor de verleende zorg bedroegen in 2016 € 321,9 miljoen. Gemiddeld komt dit neer op € 18,95 per inwoner. De kosten per verrichting zijn gestegen van € 74,09 in 2015 naar € 75,44 in 2016. De kosten per consulteenheid zijn in 2016 met € 88,70 licht gestegen t.o.v. 2015 (€ 86,57).

De triage, de toegang tot de acute huisartsenzorg, wordt uitgevoerd door gediplomeerde triagisten. De uitkomsten van de triage lieten in 2016 opnieuw een duidelijke toename zien van het aandeel zorgvragen met een hoge urgentie (U0, U1, U2) waarmee de huisartsenposten worden geconfronteerd. Dit besloeg 17,0% van alle verrichtingen in 2015 en is gestegen naar 18,7% in 2016. Dat is een relatieve stijging van 10% die vooral wordt verklaard door een toename van het aandeel U2 consulten en visites.

¹ Hiernaast zitten 9 HAP-locaties op het terrein van een ziekenhuis zonder SEH en zijn er 31 solo-locaties die niet op het terrein zitten van een ziekenhuis dat open is in ANW-uren.

² Een normpraktijk heeft 2168 ingeschreven patiënten.

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat de werkdruk op de huisartsenposten opnieuw is toegenomen. De zorgvraag, met name het aantal consulten, is gestegen terwijl het totaal aantal diensturen van de aangesloten huisartsen gelijk is gebleven. Er moeten dus meer consulten in dezelfde tijd worden afgehandeld. Hiernaast zet ook de verhoging van de urgentie van de contacten in de afgelopen jaren duidelijk door in 2016. Ook deze toegenomen complexiteit van de zorgvragen leidt tot een hogere werkdruk, onder meer doordat meer urgente zorgvragen minder goed planbaar zijn.

InEen

23 augustus 2017

BENCHMARK 2016

InEen verzamelt sinds 2005 de kerncijfers van de huisartsenposten. Met de benchmark hebben de huisartsenposten een instrument voor onderlinge vergelijking en beschikt InEen over een basis voor gemeenschappelijke beleidsontwikkeling en belangenbehartiging. Daarmee draagt de benchmark al ruim tien jaar bij aan doelmatigheid, kwaliteit en beleidsvoering van de branche. De benchmark is primair bedoeld voor kwaliteitsbeleid en andere interne doeleinden. Met dit bulletin willen wij graag transparantie bieden aan stakeholders en patiëntenorganisaties over de ontwikkelingen in de huisartsenposten. Dit bulletin is een resumé van de ruime en gedetailleerde verzameling van gegevens over 2016.

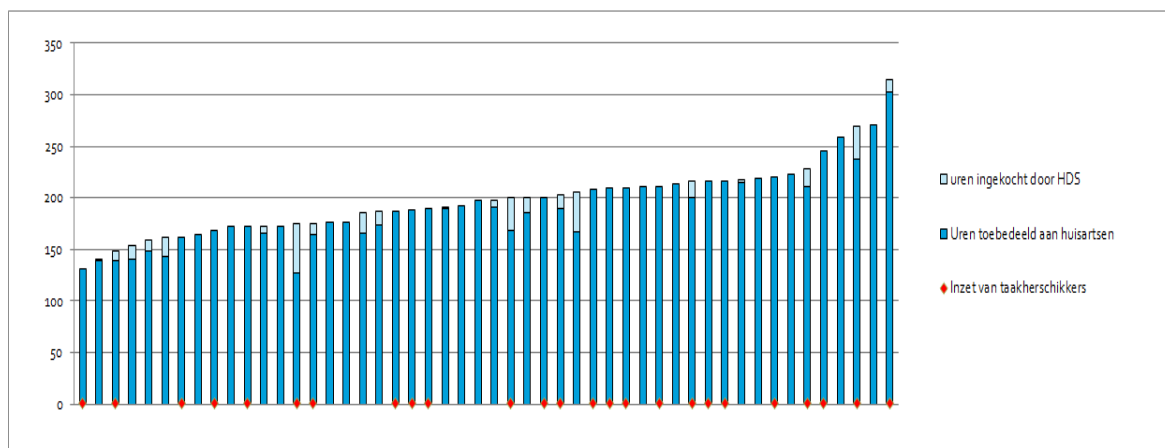
Huisartsenposten, huisartsen en inwoners

Deze benchmark bevat de cijfers van 50 huisartsendienstenstructuren (HDS'en)³ met gezamenlijk 120 huisartsenposten. Een huisartsenpost is de locatie waar acute huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) wordt geleverd, de HDS is het organisatorische verband van waaruit dit gedaan wordt. Eind 2016 bestaat bijna de helft van de HDS'en uit één huisartsenpost (48%), 34% uit twee of drie, en de resterende 18% uit vier of meer huisartsenposten.

Een totaal van 93 van de 120 huisartsenposten is alle ANW-uren geopend. Van de resterende huisartsenposten zijn er 23 's nachts dicht, vier huisartsenposten zijn alleen in het weekend geopend. Dertien HDS'en sluiten 's nachts en/of doordeweeks een of meer locaties. In totaal zijn 8057 huisartsen aangesloten bij deze huisartsenposten in Nederland, gezamenlijk voorzien zij 17 miljoen inwoners van huisartsenzorg buiten kantooruren. Per HDS zijn gemiddeld 161 huisartsen aangesloten met een minimum van 49 en een maximum van 816. Daarmee is de gemiddelde omvang van een HDS licht gegroeid ten opzichte van 2015, toen per HDS gemiddeld 155 huisartsen aangesloten waren. Minder dan 1% van de (praktijkhoudende) huisartsen is niet aangesloten bij een huisartsenpost.

³ In dit benchmarkbulletin zijn alle huisartsenposten die lid zijn van InEen opgenomen. Alle HDS'en die onderdeel vormen van een grotere organisatie, maar wel een eigen NZa-nummer hebben zijn als losse HDS'en opgenomen. De twee kleine HDS'en die geen lid zijn van InEen (Vereniging Dienstenstructuur Zuidwest Drenthe en Noordwest Overijssel en Stichting Dienstenstructuur Zuidwolde) zijn niet benaderd voor deze benchmark.

In 2016 zijn de huisartsen gemiddeld voor 195 uur per normpraktijk⁴ ingeroosterd. **Figuur 1** laat de spreiding over de HDS'en zien (min. 131 uur, max. 315 uur) en geeft een indicatie van de HDS'en die gebruik maken van taakherschkers.



Figuur 1: Aantal ingezette huisartsuren per normpraktijk per HDS in 2016, met indicatie van gebruik taakherschkers, onderverdeeld naar uren ingekocht door HDS en uren toebedeeld aan huisartsen

Bij benadering wordt gemiddeld 33,6% van de uren door de aangesloten huisartsen verkocht aan waarnemers (huisartsen zonder eigen praktijk). Van alle actieve ANW-uren wordt gemiddeld 8,3% door de huisartsenpost ingekocht bij waarnemers. De resterende 58,1% van de actieve ANW-uren betreft de diensturen die zijn verricht door de aangesloten huisartsen zelf, een lichte toename ten opzichte van 2015 (57%). Naast de actieve uren op de huisartsenpost hebben de huisartsen van 44 HDS'en ook achterwachtdiensten. Tijdens een achterwachtdienst is een huisarts op afroep beschikbaar. Gemiddeld hebben deze huisartsen 47,5 uur achterwacht dienst per normpraktijk. In 2015 was dit 43,1 uur. In totaal maken in 2016 25 HDS'en gebruik van taakherschkers. Vooral de HDS'en met een bovengemiddeld aantal actieve ANW-uren per normpraktijk passen taakherschikking toe om huisartsen tijdens hun diensten te ontlasten.

Organisatie

Van alle 50 HDS'en zijn er 26 die onderdeel uitmaken van een grotere organisatie. Deze grotere organisaties leveren naast de ANW-zorg ook diverse vormen van zorg en ondersteuning tijdens de daguren. Twee HDS'en maken deel uit van een grotere organisatie en vormen geen zelfstandig rechtspersoon. 20 HDS'en zijn een stichting, 19 een besloten vennootschap en 8 een coöperatieve vereniging. Bij 35 HDS'en is een onafhankelijk toezichthoudend orgaan aanwezig conform de eisen van de WTZi⁵.

Vaak hebben HDS'en afspraken met andere HDS'en over diverse onderwerpen, zoals grensgebieden, het delen van staffuncties en administratie, gezamenlijke telefonie en/of ICT. Ook levert 86% van de HDS'en ANW-zorg aan bijzondere groepen zoals aan mensen in WLZ-, GGZ- of penitentiaire instellingen, verpleeghuizen, thuiszorg, asielzoekerscentra en aan militairen.

In totaal geeft 44% van de HDS'en aan dat de HDS meer doet dan het leveren van ANW-huisartsenzorg. De HDS levert dan onder meer facilitaire ondersteuning, scholing, detachering

⁴ Vanaf 2014 telt een normpraktijk 2168 patiënten. Tot en met 2013 rekende de NZa met 2350 patiënten per normpraktijk.

⁵ Niet elke HDS hoeft te voldoen aan deze eis. Dit hangt af van de grootte van de organisatie.

van personeel, of is betrokken bij een zorggroep. De betrokkenheid bij zorggroepen is toegenomen over de jaren. In 2010 waren er acht HDS'en of grotere organisaties (waar de HDS'en een onderdeel van uit maakt) met een zorggroep, in 2015 is dit aantal gestegen naar twintig. Dit aantal is ongewijzigd in 2016.

Samenwerking & substitutie

Bij bijna alle huisartsenposten (96%) kunnen de patiënten gebruik maken van een vaste dienstapothek. Het grootste deel van deze vaste dienstapotheken (90%) is binnen een straal van 500 meter van de huisartsenpost gesitueerd. Van alle huisartsenposten heeft er één een roulerende dienstapothek en één heeft geen dienstapothek. Van de dienstapotheken heeft 24% een openingstijd die afwijkt van die van de huisartsenpost.

Van de 120 huisartsenpostenlocaties bevinden zich er 89 in of bij een ziekenhuis, waarvan 80 in of bij een ziekenhuis met SEH⁶. Voor 75 van deze locaties zijn aanvullende gegevens aangeleverd over het triëren van zelfverwijzers. Voor twee derde van de locaties geldt dat de balies van de huisartsenposten en van de spoedeisende hulp bij of naast elkaar zitten. Voor 60% van de locaties geldt dat de huisartsenpost alle zelfverwijzers trieert. In 3% trieert de huisartsenpost alleen zelfverwijzers uit het eigen huisartsengebied. Voor 16% van de locaties geldt dat de spoedeisende hulp alle zelfverwijzers trieert. In 12% van de gevallen triëren de huisartsenpost en de spoedeisende hulp afwisselend afhankelijk van het tijdstip en in 9% van de gevallen kiest de zelfverwijzer zelf.

In 2016 zijn meer dan 250.000 zelfverwijzers geregistreerd⁷. Het monitoren van zelfverwijzers is van belang. Zelfverwijzers veroorzaken meer piekbelastingen omdat zij moeilijker gespreid kunnen worden over de dienst, bovendien is de urgentie van de zelfverwijzers mogelijk hoger⁸. Deze belasting vergt meer van de beschikbaarheid en capaciteitsplanning op de huisartsenpost.

Triage

Alle 50 HDS'en maken gebruik van een computerondersteunde applicatie of module voor de triage. De Nederlandse Triage Standaard (NTS) wordt gebruikt door 49 HDS'en en vormt de standaard. Slechts één maakt gebruik van een andere module, namelijk het telefonisch advies systeem (TAS). Drie van de 26 HDS'en met meerdere locaties beantwoorden de telefoontjes decentraal op de huisartsenpostlocatie waar de telefoontjes binnenkomen. Eén HDS maakt hiernaast gebruik van een callcenter voor de nachturen. De resterende HDS'en hebben de telefonische afhandeling gecentraliseerd in een callcenter voor alle uren of een deel van de openingsuren, of hebben een overloop tussen de verschillende locaties.

Bij drie kwart van de HDS'en met een centraal callcenter wordt de triage tijdens alle of een deel van de uren ondersteund door een regie- of telefoonarts. Een regie- of telefoonarts is in de benchmark gedefinieerd als een arts die specifiek belast is met de ondersteuning van de triage, en hiervoor extra scholing heeft gehad. Wanneer de inzet van de regiearts een deel van de ANW uren betreft, wordt in de triage in de nachtelijke uren veelal ondersteund door de arts die ook de consulten doet. Bij 45% van de huisartsenposten waar de triage op de locatie van de huisartsenpost zelf wordt gedaan, wordt een regie- of telefoonarts ingezet. In de andere gevallen wordt de triage ondersteund door één (36%) of meerdere (19%) huisartsen.

⁶ Co-locatie: huisvesting van de huisartsenpost in of bij een ziekenhuis met SEH. Deze voor deze indicator worden vanaf de benchmark 2015 de volgende antwoordcategorieën gebruikt: (a) Solo of bij dagkliniek (ziekenhuis niet open in ANW uren); (b) In of bij ziekenhuis zonder SEH of (c) In of bij ziekenhuis met SEH.

⁷ In de benchmark 2016 hebben 45 van de 50 HDS'en gegevens over het aantal zelfverwijzers op de huisartsenposten aangeleverd.

⁸ Uit de benchmark is dit niet aan te tonen, maar dit is wel de perceptie bij huisartsenposten.

Bij 81% van de huisartsenposten vindt face-to-face triage plaats. Over het algemeen is de triagemethodiek voor de face-to-face triage vergelijkbaar met de telefonische triage.

ICT

Alle HDS'en kunnen eind 2016 elektronisch gegevens uitwisselen met (een deel van) de aangesloten huisartsen via het landelijk schakelpunt (LSP) en/of een regionaal netwerk.

Bij 81% van de huisartsenposten vindt elektronische uitwisseling plaats met de dienstapotheek. De gegevensuitwisseling met andere aanbieders van acute zorg (SEH, ambulance, thuiszorg en GGZ) vindt voornamelijk telefonisch en/of op papier plaats.

Personeel

De cao Huisartsenzorg is van toepassing op 45 HDS'en. Vijf HDS'en vallen onder de cao's voor gezondheidscentra, ziekenhuizen of academische ziekenhuizen. Uit de gegevens van de 49 HDS'en die informatie hebben aangeleverd blijkt dat het aantal gediplomeerde triagisten dat op 31 december 2016 werkzaam is bij de huisartsenposten iets meer is dan 1900. 527 assistenten hebben het diploma triagist nog niet in hun bezit⁹. In totaal is 81% van de triagisten in het bezit van een diploma. Naast de triagisten is, buiten de dienstdoende huisartsen, het aantal mensen dat werkzaam is op de huisartsenposten toegenomen. In totaal zijn 746 mensen werkzaam op de huisartsenpost binnen het primaire proces (647 in 2014) en 636 mensen buiten het primaire proces 642 in 2015. Het totaal aantal fte indirect personeel buiten het primaire proces bij de 45 HDS'en die deze gegevens hebben aangeleverd is eind 2016 360 fte (in 2015: 383 fte bij 45 HDS'en). Het aantal fte direct personeel betrokken bij het primaire proces (inclusief triagisten) bij de 46 HDS'en die deze gegevens hebben aangeleverd bedraagt eind 2016 1144 fte (in 2015: 1092 fte bij 47 HDS'en).

In totaal zijn in 2016 25 HDS'en actief bezig met taakherschikking. Dat is een toename ten opzichte van 2015 toen dit 22 HDS'en betrof. Taakherschikking houdt in dat deze HDS'en in het primaire proces naast triagisten en huisartsen ook andere functionarissen op HBO of HBO+ niveau of op MBO+ niveau in dienst hebben (respectievelijk 21 en 11 HDS'en).

Sinds de benchmark 2010 wordt het percentage ziekteverzuim opgevraagd volgens een eenduidige definitie, met een berekening volgens de VERNET methode¹⁰. 27 HDS'en konden dit over 2016 aanleveren. Het gemiddelde ziekteverzuim exclusief zwangerschap is 5,0%. Vijftientig van deze HDS'en konden ook de meldingsfrequentie volgens VERNET opgeven. Gemiddeld was dit 1,8 ziekmelding per medewerker per jaar.

Van de 49 HDS'en die gegevens hebben aangeleverd hebben er 37 een erkenning van Calibris om stageplaatsen aan te bieden voor doktersassistenten. In 2016 hebben 26 HDS'en stagiaires gehad (in totaal 82 stagiaires).

⁹ Van hen waren er eind december nog 420 in opleiding.

¹⁰ VERNET is de standaardmethode uit het jaardocument voor zorginstellingen.

Verrichtingen

De verschillende verrichtingen die een huisartsenpost kan declareren zijn consulten, visites en telefonische consulten. Alle drie de verrichtingstypen starten met een triage, die meestal telefonisch plaats vindt. Wanneer de triage uitwijst dat de patiënt door een arts gezien moet worden, volgt een consult op de huisartsenpost of een visite bij de patiënt thuis. Wanneer face-to-face contact niet noodzakelijk is geeft de triagist of de huisarts een telefonisch advies aan de patiënt. De huisartsenposten hebben in 2016 in totaal iets minder dan 4,3 miljoen verrichtingen gedeclareerd.

Tabel 1 toont het aantal inwoners en verrichtingen van 2015 en 2016 inclusief de mutatie van 2015 naar 2016, gecorrigeerd voor de bevolkingsgroei.

Gedeclareerde verrichtingen	2015	2016	Mutatie 2016 t.o.v. 2015
Aantal inwoners	16.879.000	16.984.000	0,6%
Consulten	2.167.000	2.233.000	2,4%
Visites	391.000	379.000	-3,5%
Telefonische consulten	1.585.000	1.655.000	3,7%
<i>Totaal verrichtingen</i>	<i>4.143.000</i>	<i>4.267.000</i>	<i>2,4%</i>
<i>Totaal consulteenheden¹¹</i>	<i>3.546.000</i>	<i>3.629.000</i>	<i>1,7%</i>

Tabel 1: Aantal inwoners, gedeclareerde verrichtingen en de mutatie 2016 ten opzichte van 2015

Het aantal verrichtingen en het aantal consulteenheden laat een netto stijging zien (zie tabel 1), waarbij het aantal consulten en telefonische consulten toeneemt en het aantal visites daalt.

Dit jaar zijn door 21 HDS'en ook gegevens aangeleverd over het aantal unieke patiënten dat in 2016 een beroep heeft gedaan op de huisartsenpost. Gemiddeld deed 17,1% van de totale populaties die de HDS'en bedienen een beroep op de huisartsenpost. Voor de HDS'en die deze gegevens hebben aangeleverd varieert dit percentage tussen 9,9% en 19,5%. Gemiddeld hadden unieke patiënten in 2016 1,57 contacten met de huisartsenpost. Het gemiddeld aantal contacten per unieke patiënt in 2016 varieert van 1,40 contacten voor de huisartsenpost die het laagst scoort op veelgebruik tot 2,45 contacten voor de huisartsenpost die het hoogst scoort op veelgebruik.

¹¹ Bij de berekening van de consulteenheden krijgen de verschillende consulttypes een andere gewing. Een telefonisch consult krijgt een gewing van 0,5, een consult een gewing van 1 en een visite een gewing van 1,5. Deze gewing komt overeen met de berekening van consulteenheden door de NZa.

Tabel 2 geeft een overzicht van de opbouw en mutaties in het totaal aantal verrichtingen per 1.000 inwoners weer in de afgelopen 10 jaar.

<i>Per 1.000 inwoners</i>	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consulten	116	119	124	120	123	121	121	123	128	131
Visites	26	26	26	25	24	24	24	23	23	22
Telefonische consulten	95	97	110	101	102	99	94	91	94	97
<i>Totaal</i>	237	242	260	245	249	244	239	237	245	251
% verschil tov 2007		2,0%	9,8%	3,5%	5,2%	2,7%	0,9%	-0,1%	3,6%	6,0%
% verschil tov 2008			7,7%	1,4%	3,1%	0,7%	-1,2%	-2,1%	1,4%	3,8%
% verschil tov 2009				-5,8%	-4,3%	-6,5%	-8,0%	-8,9%	-5,6%	-3,4%
% verschil tov 2010					1,6%	-0,7%	-2,4%	-3,3%	0,2%	2,5%
% verschil tov 2011						-2,3%	-4,1%	-5,0%	-1,6%	0,8%
% verschil tov 2012							-1,8%	-2,8%	0,8%	3,1%
% verschil tov 2013								-0,9%	2,7%	5,1%
% verschil tov 2014									3,6%	6,1%
% verschil tov 2015										2,4%

Tabel 2: Aantal gedeclareerde verrichtingen per 1.000 inwoners in de periode 2007 t/m 2016

Over de jaren is het aantal verrichtingen per 1000 inwoners aanzienlijk gestegen van 202 in de eerste benchmarkmeting over 2005, naar 237 in 2007, tot 251 in 2016. Na een periode van daling van 2012 tot 2014, zet de stijging in het aantal verrichtingen die is ingezet in 2015 zich ook voort in 2016. Deze stijging is toe te schrijven aan de toename in het aantal consulten en telefonische consulten per 1000 inwoners. De dalende trend in het aantal visites per 1000 inwoners over de afgelopen 10 jaar zet zich in 2016 eveneens voort.

Deze daling in het aantal visites dat door de huisartsenpost wordt gedeclareerd lijkt te corresponderen met een toename van het aantal visites dat wordt overgedragen aan de ambulancedienst. Het percentage gedeclareerde telefonische consulten dat een zorgvraag met hoge urgentie betreft (U0, U1 of U2) is gestegen van 2,4% in 2009 tot 9,9% in 2016 (zie tabel 5). Dat zorgvragen met een dergelijke urgentie allemaal telefonisch kunnen worden afgehandeld is onwaarschijnlijk. Dit doet vermoeden dat in ieder geval een deel van de 9,9% van ruim 1,6 miljoen telefonische consulten die in 2016 zijn gedeclareerd een visite betreft die door de huisartsenpost is overgedragen aan de ambulancedienst.

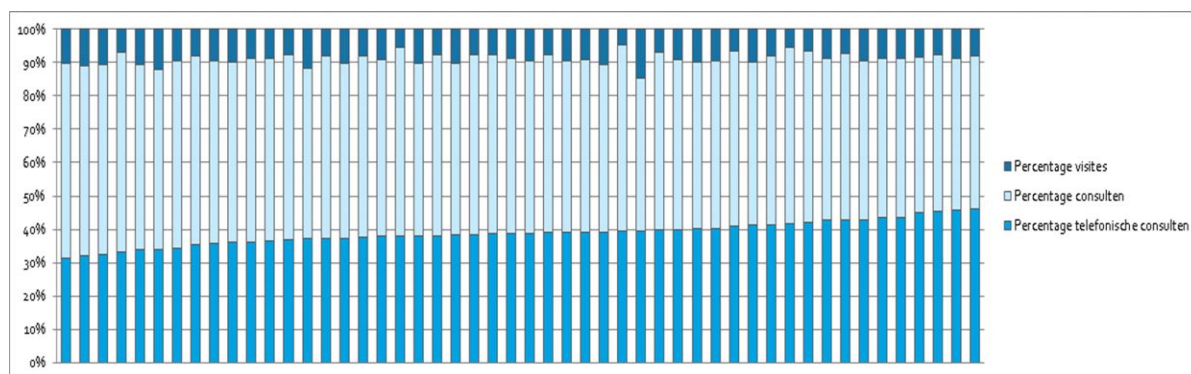
In **Tabel 3** is de procentuele verhouding weergegeven tussen de verschillende consulttypes.

% Verhouding	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consulten	49,1%	49,2%	47,8%	48,9%	49,4%	49,7%	50,6%	52,1%	52,3%	52,3%
Visites	11,0%	10,8%	9,9%	10,0%	9,7%	9,7%	9,9%	9,7%	9,4%	8,9%
Telefonische consulten	39,9%	40,0%	42,4%	41,1%	40,9%	40,6%	39,5%	38,3%	38,3%	38,8%

Tabel 3: Verhouding tussen verschillende consulttypes in de periode 2007 t/m 2016

Uit **Tabel 3** blijkt dat het percentage van de hulpvragen dat uitmondt in een consult tot 2009 daalde en daarna gestaag is gestegen. Ten opzichte van 2015 is het aandeel consulten van de totale productie in 2016 gelijk gebleven. De dalende trend in het percentage visites zet zich ook voort in 2016. Het aandeel telefonische consulten is ten opzichte van 2015 licht toegenomen.

De verdeling van de consulttypes varieert over de organisaties. De visitepercentages variëren van 4,7% tot 14,5% en het percentage consulten van 45,6% tot 59,8%. Van de hulpvragen wordt minimaal 31,4% en maximaal 46,1% telefonisch afgewikkeld. In **Figuur 2** is dit grafisch weergegeven.



Figuur 2: De verhouding van de consulttypes per HDS in 2016, gesorteerd op toenemend percentage telefonische consulten

De verhoudingen tussen de verrichtingentypes worden deels beïnvloed door het beleid van de huisartsenposten als bijvoorbeeld samenwerking met een spoedeisende hulp of afspraken met de ambulancedienst, maar ook door externe omstandigheden als kenmerken van de zorgvraag en geografische gebiedskenmerken.

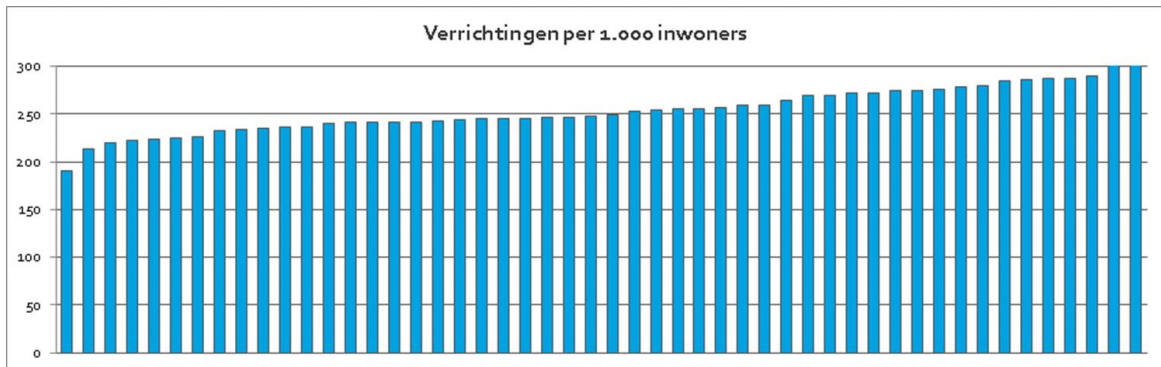
In 2016 laat de zorgconsumptie (het gemiddeld aantal keren dat een patiënt per jaar een hulpvraag aan de huisartsenpost stelt) opnieuw een stijging zien, zoals blijkt uit onderstaande **Tabel 4**.

Zorgconsumptie	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Elke verrichting zelfde weging	237	242	260	245	249	244	239	237	245	251
Consulteenheden	203	206	218	207	210	206	204	203	210	214

Tabel 4: De zorgconsumptie per 1.000 inwoners per jaar, volgens twee rekenmethoden

De zorgconsumptie kan op twee manieren berekend worden, op basis van het aantal verrichtingen per inwoner of gebaseerd op de consulteenheden (zie voetnoot 11). Beide berekeningen laten een stijgende lijn zien tot 2009 gevolgd door een dalende trend tot aan 2014. De stijging in de zorgconsumptie die is ingezet in 2015 zet zich ook voort in 2016.

In **Figuur 3** is op basis van het aantal verrichtingen de zorgconsumptie in 2016 per HDS in beeld gebracht.



Figuur 3: Aantal verrichtingen per 1.000 inwoners (de zorgconsumptie) per HDS in 2016

Uit **Figuur 3** blijkt dat de zorgconsumptie per HDS aanzienlijk verschilt. Het aantal verrichtingen per 1.000 inwoners varieert tussen de 190 en 304. Dit betekent dat de inwoners in de ene regio anderhalf keer zo vaak contact zoeken met een huisartsenpost als in een ander deel van Nederland.

Zorginhoud

In de benchmark 2009 kregen we voor het eerst zicht op de urgentieverdeling van de verschillende hulpvragen. In totaal heeft 92% van de HDS'en de vragen over de urgentieverdeling beantwoord¹². De urgenties zijn in de loop van 2011 uitgebreid met een Uo en U5 categorie¹³ met de implementatie van de herziene NHG-TriageWijzer.

¹² Voor de benchmark 2016 hebben 46 van de 50 HDS'en een urgentieverdeling per consulttype aangeleverd.

¹³ In de loop van 2011 zijn Uo en U5 afgesplitst van U1 respectievelijk U4: Uo - uitval vitale functies (voorheen U1), U5 - telefonisch advies (voorheen U4).

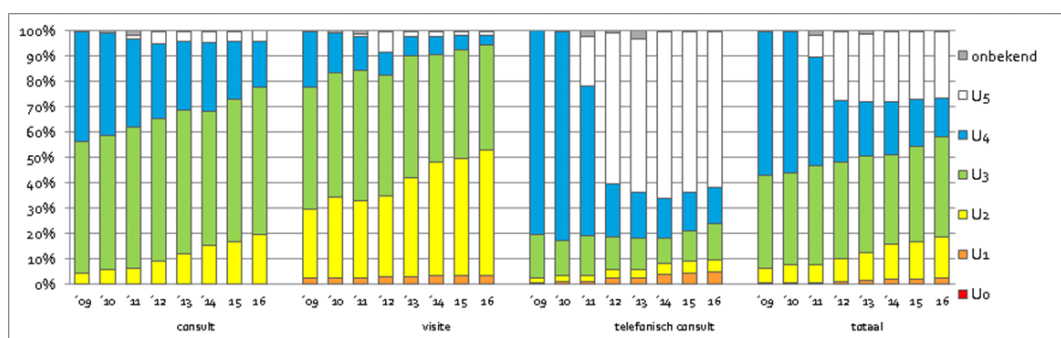
In **Tabel 5** is de onderlinge verhouding tussen de verschillende urgentiecategorieën weergegeven per consulttype vanaf 2009.

% Urgentieverdeling ¹⁴		U0	U1	U2	U3	U4	U5	onbekend	totaal	U4+U5
Consult	2009		0,3	4,0	52,2	43,2		0,4	100,0	43,2
	2010		0,1	5,7	52,9	40,7		0,7	100,0	40,7
	2011	0,0	0,1	6,2	55,9	34,7	1,4	1,6	100,0	36,1
	2012	0,0	0,2	8,8	56,3	29,7	4,8	0,2	100,0	34,5
	2013	0,0	0,2	11,8	56,5	27,2	4,0	0,3	100,0	31,2
	2014	0,0	0,3	15,3	52,7	27,3	4,0	0,4	100,0	31,3
	2015	0,0	0,4	16,7	55,8	22,9	4,0	0,3	100,0	26,9
	2016	0,0	0,4	19,1	58,1	18,3	4,1	0,0	100,0	22,4
Visites	2009		2,7	27,1	48,0	21,9		0,3	100,0	21,9
	2010		2,7	31,6	49,0	16,0		0,6	100,0	16,0
	2011	0,0	2,6	30,4	51,6	13,4	0,6	1,4	100,0	14,0
	2012	0,1	3,0	31,7	47,5	9,3	8,1	0,2	100,0	17,4
	2013	0,1	2,9	39,0	48,1	7,9	1,7	0,4	100,0	9,6
	2014	0,1	3,4	44,6	42,7	7,1	1,7	0,4	100,0	8,8
	2015	0,1	3,4	46,1	43,0	5,5	1,5	0,5	100,0	6,9
	2016	0,1	3,5	49,3	41,4	4,0	1,4	0,3	100,0	5,4
Telefonisch consult	2009		0,8	1,6	17,4	80,1		0,1	100,0	80,1
	2010		1,3	2,2	13,8	82,3		0,4	100,0	82,3
	2011	0,0	1,3	2,1	15,9	58,8	19,7	2,3	100,0	78,5
	2012	0,1	2,3	3,4	13,0	21,1	59,5	0,7	100,0	80,6
	2013	0,0	2,7	3,4	12,3	18,1	60,3	3,2	100,0	78,4
	2014	0,0	4,2	3,9	10,1	15,7	65,6	0,5	100,0	81,3
	2015	0,0	4,6	4,4	12,0	15,3	63,1	0,6	100,0	78,4
	2016	0,0	5,0	4,9	14,3	14,2	61,4	0,2	100,0	75,6
Totaal	2009		0,8	5,5	36,7	56,7		0,2	100,0	56,7
	2010		0,9	6,9	36,2	55,5		0,6	100,0	55,5
	2011	0,0	0,8	6,9	38,9	42,9	8,7	1,8	100,0	51,6
	2012	0,0	1,3	8,9	38,2	24,3	26,9	0,4	100,0	51,2
	2013	0,0	1,5	11,1	38,0	21,7	26,3	1,5	100,0	48,0
	2014	0,0	2,1	13,7	35,3	20,9	27,5	0,4	100,0	48,4
	2015	0,0	2,3	14,7	37,6	18,4	26,6	0,4	100,0	45,0
	2016	0,0	2,5	16,2	39,4	15,4	26,4	0,1	100,0	41,8

Tabel 5: Procentuele urgentieverdeling van de verschillende consulttypes over de periode 2009 t/m 2016

¹⁴ Bij U0 (reanimatie) uitval van vitale functies en onmiddellijk reageren, U1 (levensbedreigend) instabiele vitale functie en zo snel mogelijk hulp, U2 (spoed) bedreiging van vitale functies en hulp binnen een uur, U3 (dringend) reële kans op schade en hulp binnen enige uren, U4 (niet dringend) verwaarloosbare kans op schade en hulp dezelfde dag, U5 (advies) geen kans op schade en de volgende werkdag naar de eigen huisarts (bron: NHG-TriageWijzer).

In **Figuur 4** is de urgentieverdeling gevisualiseerd.



Figuur 4: Verhouding urgenties per consulttype en totaal in de periode 2009 t/m 2016

Voor alle vormen van contact zien wij een duidelijke toename in hoogurgente hulpvragen, met name voor U₂, terwijl de laagurgente hulpvragen (U₄, U₅) juist afnemen.

Van alle telefonische consulten heeft ruim drie kwart een urgentie U₄ of U₅. Wel laat het aandeel U₄ en U₅ telefonische consulten een lichte daling zien ten opzichte van 2015 en lijkt er ook sprake van een verschuiving naar meer U₃ contacten. De complexiteit van contacten die telefonisch worden afgehandeld is daarmee toegenomen in 2016. Deze toename in complexiteit draagt naar verwachting bij aan een langere gespreksduur en wachttijd voor telefonisch contact bij niet-spoed oproepen.

Voor de consulten neemt het aandeel U₂ en U₃ contacten in 2016 verder toe tot ruim drie kwart, terwijl het aandeel U₄ consulten daalt. Met name de stijging van de U₂ consulten leidt tot een grotere belasting voor de huisartsenpost. Deze patiënten moeten met spoed worden gezien en moeten daarom tussendoor worden gepland. Deze vermindering van de planbaarheid van de te verlenen zorg werkt werkdruk verhogend.

Voor de visites zet de daling van het aantal U₄ en U₅ hulpvragen zich ook in 2016 voort. Verder zien we een afname van het aantal U₃ visites en lijkt er sprake van een verschuiving naar U₂ visites. In 2016 heeft van alle visites bijna de helft een urgentie U₂, een toename ten opzichte van 2015. Deze toename in de complexiteit van de visites impliceert dat dit consulttype gepast wordt ingezet. Meer U₂ visites draagt wel bij aan een verhoging van de werkdruk, omdat een groter aandeel van de visites onder tijdsdruk van de streefwaarden moet worden afgelegd.

Alles bij elkaar vormt de benchmark dit jaar wederom het signaal dat door een toename van de complexiteit van de zorgvragen de druk op de huisartsenpost toeneemt. De toegenomen urgentie van de zorgvragen trekt ook een wissel op de planbaarheid van de te verlenen zorg op de huisartsenpost, wat ook bijdraagt aan een hogere werkdruk.

Kwaliteit en bereikbaarheid

In de benchmark zijn meerdere vragen gesteld over de telefonische wachttijden. De gegevens over kwaliteit zijn aangeleverd door 49 HDS'en. Hiervan meten er 45 de telefonische wachttijden structureel en volgens de definities van InEen. De resterende 4 HDS'en meten de telefonische wachttijden ook structureel, maar volgens een andere definitie. In totaal informeren 41 HDS'en patiënten over de telefonische wachtrij of wachttijd.

In 2016 werd een spoedoproep na gemiddeld 13 seconden beantwoord¹⁵, en werd 96% van de spoedoproepen binnen 30 seconden beantwoord. Hiermee is de telefonische wachttijd voor spoedoproepen in 2016 gelijk aan de jaren 2015 en 2014.

Patiënten die geen spoedknop indrukken wachtten in 2016 gemiddeld 146 seconden (mediaan 138 seconden) voordat zij iemand aan de telefoon kregen, waarbij 69% van de patiënten maximaal twee minuten moest wachten. Ongeveer 5% had een wachttijd van langer dan tien minuten. Hiermee is de wachttijd voor niet-spoed oproepen in 2016 licht toegenomen.

Dit jaar hebben 37 HDS'en voor het eerst gegevens aangeleverd over de gemiddelde gespreksduur van inkomende oproepen. De gemiddelde gespreksduur van alle inkomende oproepen, afgehandeld door een triagist, was in 2016 340 seconden (mediaan 335 seconden). De minimum gemiddelde gespreksduur is 134 seconden, het maximum ligt op 499 seconden.¹⁶

Telefonische consulten van de triagisten worden geautoriseerd door een arts. De gemiddelde autorisatietijd is door 49 HDS'en volgens de InEen-definitie aangeleverd. De gemiddelde autorisatietijd is 29 minuten. Van de autorisaties wordt 90% binnen het uur gedaan en 97% binnen twee uur. Hiermee zijn de autorisatietijden in 2016 nagenoeg gelijk aan die in 2015 en 2014.

Het percentage HDS'en dat over 2016 de aanrijdtijden¹⁷ bij visites kon aanleveren is toegenomen tot 90%. Huisartsenposten verzorgen zelf de Uo/U1 visites voor patiënten bij wie huisartsgeneeskundige zorg de voorkeur heeft. Overige Uo/U1 visites worden geregeld overgedragen aan de ambulancedienst. In de praktijk betekent dit dat een belangrijk deel van de Uo/U1 meldingen die binnenkomen bij de huisartsenposten, en in sommige regio's ook een deel van de U2 meldingen, resulteren in een rit door de ambulancedienst. Van alle U1 visites die door de huisartsenpost zijn gereden was de huisarts gemiddeld binnen 22 minuten bij de patiënt. In 67% van de U1 visites was de huisarts binnen 20 minuten bij de patiënt. Bij een zorgvraag met een U2 urgentie was de huisarts net als in 2014 en 2015 gemiddeld in 37 minuten bij de patiënt. In 85% van de U2 visites in 2016 was de huisarts binnen een uur bij de patiënt.

Bij 46 HDS'en is een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) beschikbaar voor de medicatievoorschriften.

37 HDS'en waren eind 2015 HKZ-gecertificeerd. Zes HDS'en geven aan in voorbereiding te zijn op het behalen van het HKZ-certificering. Enkele HDS'en hebben een ander certificaat (bijvoorbeeld NEN, NIAZ of HaZo24).

¹⁵ 38 HDS'en konden deze vraag beantwoorden.

¹⁶ In de uitvraag is ook het gebruik van een 'call handling' functie meegenomen. 18 HDS'en gaven aan in sommige gevallen terug te bellen om de triage af te ronden. De gemiddelde gespreksduur voor deze groep is 349 seconden.

¹⁷ Deze aanrijdtijden zijn gemeten vanaf het begin van het telefoongesprek of vanaf de eerste entry in het callmanagementsysteem.

Financiën

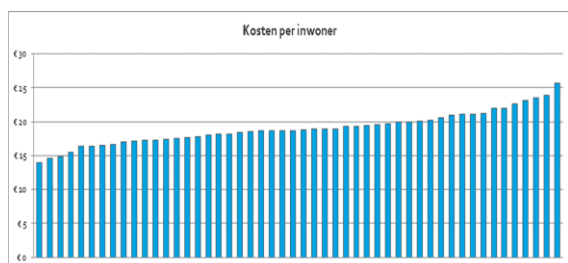
In 2015 bedroegen de totale kosten van de huisartsenposten € 321,9 miljoen euro. In 2015 was dat € 307 miljoen.

In **Tabel 6** staan de gemiddelde kosten per inwoner, per consulteenheid en per gedeclareerde verrichting.

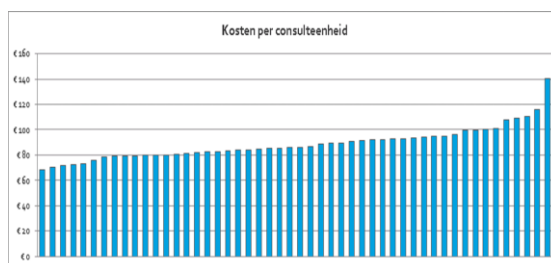
Jaar	kosten per inwoner	kosten per consulteenheid	kosten per verrichting
2010	€ 15,38	€ 74,22	€ 62,70
2011	€ 16,02	€ 76,15	€ 64,27
2012	€ 16,61	€ 80,64	€ 68,20
2013	€ 17,11	€ 83,99	€ 71,58
2014	€ 18,02	€ 88,78	€ 76,07
2015	€ 18,19	€ 86,57	€ 74,09
2016	€ 18,95	€ 88,70	€ 75,44

Tabel 6: Kosten per inwoner, kosten per consulteenheid en kosten per verrichting over de periode 2010 t/m 2016¹⁸

In de volgende figuren zijn de kosten per inwoner en de kosten per consulteenheid afzonderlijk weergegeven voor elke HDS. In beide figuren zijn de HDS'en weergegeven in een volgorde van oplopende kosten. Dit houdt in dat de HDS die in **Figuur 5** (kosten per inwoner) de laagste kosten heeft, niet overeen hoeft te komen met de HDS met de laagste kosten in **Figuur 6** (kosten per consulteenheid).



Figuur 5: Kosten per inwoner in 2016



Figuur 6: Kosten per consulteenheid in 2016

Zowel de kosten per inwoner als de kosten per consulteenheid c.q. verrichting laten een betrekkelijk gelijkmatige spreiding zien. De kosten per inwoner laten een spreiding zien van € 13,99 tot € 25,62; de kosten per consulteenheid in 2016 varieerden van € 68,08 tot € 140,49. Deze verschillen zijn maar deels beïnvloedbaar door de huisartsenpost. Verschillende andere factoren zijn hier ook op van invloed. Hierbij kan worden gedacht aan de complexiteit en urgentie van de zorgvragen, de gebiedskenmerken, de grootte van de beschikbaarheidsfunctie, de inzet van huisartsen en ondersteunend personeel en de investeringen in kwaliteit.

Het (financiële) weerstandsvermogen van de huisartsenposten kan onder meer worden afgemeten aan de stand van de reserve aanvaardbare kosten (RAK). Deze was eind 2016 in totaal € 28 miljoen. In totaal hadden 29 HDS'en de maximale RAK van 10%, 18 HDS'en hadden een positieve RAK onder het maximum en twee HDS'en hadden een negatieve RAK.

¹⁸ De cijfers in **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** zijn niet gecorrigeerd voor inflatie of verschillen in aantallen weekeind- en eestdagen per jaar.

Tot slot

Dit bulletin geeft een samenvatting van de resultaten van de benchmark van 2016. Niet alle gegevens, verzameld met het benchmarkstelsel van InEen, zijn uitputtend opgenomen in dit bulletin. De huisartsenposten die lid zijn van InEen krijgen in de benchmarkomgeving toegang tot een eigen rapportage en de mogelijkheid om de eigen organisatie op vrijwel alle onderdelen te benchmarken met de andere deelnemende organisaties.

We danken de huisartsenposten hartelijk voor de medewerking aan de benchmark 2016.

Voor vragen over de benchmark 2016 kunt u contact opnemen met het bureau van InEen. Dit kan via 030 - 282 37 88 of info@ineen.nl.

InEen

23 augustus 2017

|