



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

## **Effecten van seniorenbeleid voor huisartsen**

Judith de Jong  
Michael van den Berg  
Wendy Brouwer  
Phil Heiligers

Diana Delnoij, Dinny de Bakker, Roland Friele (red)



ISBN 90-0000-000-0

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaan de schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

## Voorwoord

De LHV en het ministerie VWS overwegen een seniorenbeleid voor huisartsen te gaan voeren. Achtergrond is dat oudere huisartsen in toenemende mate vervroegd stoppen met werken vanwege de hoge ervaren werkdruk. Het vrijkomen van de aanspraken op het goodwill-fonds heeft daarbovenop financiële belemmeringen voor eerder stoppen weggenomen. Eerder stoppen met werken is een van de oorzaken van een groeiend tekort aan huisartsen.

De maatregel die men voor ogen heeft houdt in dat huisartsen vanaf een bepaalde leeftijd (50 of 55 jaar) worden vrijgesteld van het doen van avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten). Het doel van dit onderzoek is om ex ante een inschatting te maken van de potentiële effecten en de haalbaarheid van het voorgenoemde seniorenbeleid. Deze inschatting is gemaakt aan de hand van een aantal concrete deelonderzoeken, die gericht waren op de beantwoording van de volgende vragen:

1. Wat is het winstpotentieel in termen van het aantal te winnen 'huisartswerkjaren'?
2. Wat zijn de kosten van het overnemen van ANW-diensten van oudere huisartsen en wat zijn de potentiële besparingen, onder andere in de opleidings sfeer?
3. In hoeverre maken huisartsen op dit moment al gebruik van de mogelijkheid zich uit te kopen van het draaien van diensten?
4. Wat zijn motieven van huisartsen om vervroegd te stoppen met werken en welke rol speelt het draaien van diensten hierin?
5. In hoeverre is capaciteit beschikbaar om huisartsen te vervangen indien zij worden vrijgesteld van diensten? Vraag hierbij is ook in hoeverre vervanging het beschikbare potentieel aan huisartsen aantast?
6. Wat is bekend over effecten (inhoudelijk en financieel) van het stoppen met werken in andere sectoren er van uitgaande dat er geen vervanging zal zijn?

Deze vragen zijn beantwoord op basis van beschikbare documenten en op het NIVEL beschikbare gegevens uit onder meer de NIVEL-huisartsregistratie en de huisartsenquête van de 2e Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Ten behoeve van vraag 3 zijn op beperkte schaal aanvullende gegevens verzameld via een aantal korte telefonische interviews met huisartsenposten. Aan elk van de zes deelvragen is een bijlage gewijd in dit rapport (Bijlage A tot en met F). In de hierna volgende samenvatting en conclusie wordt getracht te komen tot een synthese van de resultaten uit de zes deelstudies.



# Inhoud

<b>Effecten van seniorenbeleid voor huisartsen: Samenvatting van de resultaten en discussie</b>	<b>7</b>
<b>1 Beleidsprobleem</b>	<b>7</b>
<b>2 Potentiële effecten van seniorenbeleid</b>	<b>9</b>
2.1 Veronderstellingen	9
2.2 Opbrengsten van de maatregel	9
2.3 Benodigde investeringen	10
<b>3 Haalbaarheid van seniorenbeleid</b>	<b>15</b>
<b>4 Discussie</b>	<b>17</b>
<b>Bijlage A</b>	<b>21</b>
<b>Bijlage B</b>	<b>33</b>
<b>Bijlage C</b>	<b>35</b>
<b>Bijlage D</b>	<b>39</b>
<b>Bijlage E</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage F</b>	<b>49</b>



# Effecten van seniorenbeleid voor huisartsen: Samenvatting van de resultaten en discussie

## 1 Beleidsprobleem

Huisartsen stoppen gemiddeld op hun 59<sup>e</sup> met werken.<sup>1</sup> Zij volgen hiermee de algemene trend op de Nederlandse arbeidsmarkt: slechts 14% van de 60-plussers (25% van de mannen en 8% van de vrouwen) neemt deel aan het arbeidsproces (zie Bijlage F). De overheid en de sociale partners in Nederland willen de arbeidsparticipatie van ouderen bevorderen in verband met de vergrijzing van de samenleving. Diezelfde vergrijzing zorgt er - in combinatie met andere factoren - voor dat er steeds meer vraag naar huisartsen komt. Om aan die toegenomen vraag tegemoet te komen wordt de instroom in de huisartsenopleiding in de komende jaren uitgebreid.

Tegelijkertijd kan het nodig blijken om ook beleid in te zetten op het beperken van de uitstroom uit het beroep. Uit recent onderzoek van Post e.a.<sup>2</sup> en Van der Velden e.a.<sup>3</sup> blijkt namelijk dat huisartsen nu eerder stoppen met hun werk dan vroeger. Deze trend wordt mogelijk nog versterkt doordat - na een wijziging van de reglementen van de Stichting Goodwill-fonds voor Huisartsen - de aanspraak van huisartsen op hun goodwill-fonds met ingang van 2003 direct opeisbaar is.

Om het tij te keren overweegt de LHV een seniorenbeleid in te zetten voor huisartsen, waarbij huisartsen vanaf een bepaalde leeftijd (50 of 55 jaar) worden vrijgesteld van ANW-diensten, waarbij zij gecompenseerd worden voor de daarmee gepaard gaande derving van inkomsten. De LHV zou hiermee het voorbeeld volgen van andere beroepsgroepen die te maken hebben met onregelmatige diensten, zoals politie- en ambulancepersoneel. Politie- en ambulancepersoneel komen vanaf de leeftijd van respectievelijk 55 en 60 jaar in aanmerking voor vrijstelling van nachtdiensten respectievelijk onregelmatige diensten, waarbij zij wel aanspraak blijven behouden op doorbetaling van de daarmee samenhangende toeslagen (zie Bijlage F).

In dit onderzoek is getracht een inschatting te maken van de mate waarin de LHV hiermee een zinvol instrument in handen zou hebben om een dreigend tekort aan huisartsen op te vangen. Voor de beoordeling daarvan wordt allereerst getoetst in hoeverre de LHV redenering stoelt op de juiste premissen. De LHV hanteert namelijk een aantal (impliciete) veronderstellingen ten aanzien van de werkomstandigheden en de beweegredenen van huisartsen. Deze veronderstellingen zijn onder meer:

- Oudere huisartsen draaien op grote schaal ANW-diensten (dus: met vrijstelling van ANW-diensten valt nog veel te winnen).
- Oudere huisartsen ervaren ANW-diensten als belastend.
- Het moeten draaien van ANW-diensten vormt voor oudere huisartsen een belangrijke reden om de praktijk neer te leggen (dus: vrijstelling van ANW-diensten zal oudere huisartsen ertoe verleiden om langer door te werken).

Uit de bijlagen bij dit rapport blijkt dat de eerste twee veronderstellingen zonder meer juist zijn. Fulltime werkende huisartsen draaiden in 2001 gemiddeld 13,9 uur diensten per week (parttimers 7,6). Het aantal uren diensten hangt niet systematisch samen met de leeftijd van de huisarts (zie Bijlage A). Een belronde langs een vijftal huisartsenposten leerde bovendien dat - behalve in Amsterdam - oudere huisartsen op dit moment niet structureel gebruik maken van mogelijkheden om zich uit te kopen van het draaien van diensten (zie Bijlage C).

Huisartsen - zowel jonge huisartsen als ouderen - ervaren diensten in het algemeen als (zeer) belastend. Dat verschilt echter nogal voor huisartsen die de ANW-diensten op de klassieke manier hebben georganiseerd, namelijk via waarneemgroepen, en huisartsen die onder een huisartsenpost (HAP) vallen. Van de huisartsen in een waarneemgroep vindt 67,7% de diensten belastend tot zeer belastend. Voor huisartsen in een HAP ligt dat percentage op slechts 30,9%. Dat zal onder meer te maken hebben met de forse reductie in het aantal diensten die de instelling van een HAP met zich meebrengt: huisartsen in waarneemgroepen draaiden in 2001 gemiddeld 17,2 uur diensten per week, tegen gemiddeld 5,9 uur voor huisartsen in een HAP (zie Bijlage A).

De derde veronderstelling is dat het moeten draaien van ANW-diensten voor oudere huisartsen een belangrijke reden vormt om de praktijk neer te leggen. Met andere woorden: vrijstelling van ANW-diensten zal oudere huisartsen ertoe verleiden om langer door te werken.

In hoeverre deze aanname steek houdt, is niet eenvoudig te toetsen. Er zijn namelijk verschillende redenen waarom huisartsen stoppen met werken. Om te beginnen is er de normale, leeftijdgebonden uitstroom uit het beroep. Daarnaast kunnen er andere motieven zijn om eerder dan men puur op grond van leeftijd zou verwachten, het huisartsendak te verlaten. Deze motieven kunnen worden samengevat als een hoge werkdruk, veroorzaakt door zaken als administratie en papierwerk, mondigheid van patiënten en ANW-diensten (zie Bijlage D).

Vanuit die optiek lijkt het ontlasten van huisartsen door taken (waaronder ANW-diensten) te delegeren, een voor de hand liggende oplossing.

Wat echter het exacte aandeel van de als belastend ervaren ANW-diensten is in de motieven van huisartsen om eerder te stoppen met werken, kan op grond van de nu beschikbare onderzoeken niet worden vastgesteld. Daardoor is het evenmin mogelijk om in de uitstroomcijfers van huisartsen onderscheid te maken in normale, leeftijdgebonden uitstroom (zeg maar, het 'natuurlijk beloop') en de uitstroom die het gevolg is van sub-optimale werkomstandigheden en die dus beïnvloed kan worden door gerichte interventies. Ook in andere sectoren van de arbeidsmarkt is hiernaar geen onderzoek verricht (zie Bijlage F).

Voor de scenario's die in de volgende paragraaf zullen worden geschetst, heeft dit belangrijke beperkingen. Het betekent immers dat we niet precies weten hoeveel huisartsen langer zullen blijven werken door vrijstelling van ANW-diensten voor 50- of 55-plussers. En het betekent daar bovenop dat we niet precies weten hoeveel langer (in jaren) die huisartsen dan zullen blijven werken.



## 2 Potentiële effecten van seniorenbeleid

### 2.1 Veronderstellingen

Het is duidelijk dat door vrijstelling van ANW-diensten niet alle huisartsen die overwegen om vervroegd te stoppen met werken, langer zullen doorwerken. Een deel van die huisartsen zal hoe dan ook stoppen. In de berekeningen die in hoofdstuk 3 zijn beschreven, is aangenomen dat dit geldt voor alle huisartsen boven de 60. Die zullen zich niet laten beïnvloeden door de vrijstelling van ANW-diensten en ondanks een dergelijke maatregel allemaal op korte termijn uitstromen.

De huisartsen onder de 60 zullen wel voor een deel gevoelig zijn voor de maatregel. Omdat dit deel echter niet kan worden gekwantificeerd, is in de doorberekende scenario's uitgegaan van een maximaal effect van de voorgenomen maatregel op de huisartsen tot 60. Met andere woorden, er is vanuit gegaan dat huisartsen tussen de 50 (respectievelijk 55) en 60 door vrijstelling van ANW-diensten allemaal zullen worden verleid tot langer doorwerken.

De berekening van het maximaal aantal te winnen 'huisartswerkjaren' (zeg maar, FTE's op jaarbasis) bestaat uit de opbrengsten van de maatregel na aftrek van de investeringen.

### 2.2 Opbrengsten van de maatregel

De maximale opbrengst in 'huisartswerkjaren' bestaat uit de verwachte uitstroom van huisartsen tussen de 50 (respectievelijk 55) en 60. In tabel 2.1 is de leeftijdsverdeling van Nederlandse huisartsen per 1 januari 2002 weergegeven. Hieruit blijkt dat in totaal 2918 huisartsen (36,9%) ouder zijn dan 50.

Tabel 2.1: Leeftijdsverdeling van de Nederlandse huisartsenpopulatie op 1-1-2002 absolute aantallen en percentages (zelfstandige huisartsen en HIDHA's)

Leeftijd	Man		Vrouw		Totaal	
	N	% van hele populatie	N	% van hele populatie	N	% van hele populatie
Tot en met 39 jaar	689	8,7%	951	12%	1.640	20,7%
40 t/m 49 jaar	2.398	30,3%	971	12,2%	3.369	42,5%
50 t/m 54 jaar	1.503	19%	245	3,1%	1.748	22,1%
55 jaar en ouder	1.099	13,9%	71	,9%	1.170	14,8%
Totaal	5.689	71,8%	2.238	28,2%	7.927	100%

Bron: Registratie Nederlandse huisartsen.

Voor de berekening van de verwachte uitstroom uit het beroep is uitgegaan van de leeftijds/geslachtsspecifieke jaarlijkse uitstroomkans in de afgelopen vijf jaar. Deze kansen zijn weergegeven in tabel 2.2. De uitstroomkansen zijn geprojecteerd op de leef-

tijds/geslachtsopbouw van de huisartsenpopulatie in de komende vijf jaar (2003-2007).<sup>i</sup> Uit die doorrekening blijkt dat bij een 40-urige werkweek van huisartsen de maatregel op jaarbasis 130 huisartswerkjaren oplevert als zij geldt voor 50-plus huisartsen en 85 huisartswerkjaren als de maatregel voor 55-plussers geldt.

Tabel 2.2: Uitstroomkans per jaar naar leeftijd en geslacht

Leeftijd	Geslacht	Uitstroomkans per jaar
<50 jaar	man	1%
	vrouw	2,5%
50 t/m 59 jaar	man	3%
	vrouw	5,5%
60 t/m 65 jaar	man	30%
	vrouw	40%

Bron: Van de Velden, Heiligers en Hingstman, 2002.

Van de verwachte uitstroom in de groep 50 (55) tot 60 jaar wordt aangenomen dat zij allemaal langer doorgaan met werken ten gevolge van de maatregel. Nu is het onwaarschijnlijk dat de huisartsen die langer doorgaan met werken, hun pensioen zullen uitstellen totdat zij 65 zijn. Hoeveel jaar extra zij dan wél zullen werken, kan niet worden afgeleid uit onderzoek. Om die reden is het netto winstpotentieel<sup>ii</sup> in Bijlage A doorberekend op basis van 2\*5 verschillende scenario's, die uitgaan van vrijstelling van ANW-diensten voor 50-plussers of voor 55-plussers en een uitstel van de uitstroom uit het beroep van 1, 2, 3, 4 of 5 jaar (zie Bijlage A of tabel 2.3 voor een voorbeeld van de scenario's).

### 2.3 Benodigde investeringen

De investeringen die nodig zijn bij deze maatregel bestaan uit 'vervangingsuren' en de kosten daarvan (tegen waarneemtariëf). De ANW-diensten waarvan oudere huisartsen zullen worden vrijgesteld, moeten worden opgevangen door (extra op te leiden) waarnemers of door de zittende huisartsen onder de 50 of 55. Om hoeveel uren het daarbij gaat, hangt af van de organisatie van ANW-diensten. In klassieke waarneemgroepen draaien huisartsen immers veel meer uren dienst dan in een HAP.

<sup>i</sup> Het mogelijke effect van vrijkomen van de goodwill-gelden is hierin niet verdisconteerd, omdat dit niet kan worden gekwantificeerd.

<sup>ii</sup> Opbrengst in huisartswerkjaren minus de benodigde investering, bestaande uit 'vervangingsuren' (zie paragraaf 2.3).

### *Benodigde vervangingsuren*

Uitgaande van de werkelijke situatie in 2001, toen iets meer dan eenderde van de Nederlandse huisartsen onder een HAP viel en de rest de ANW-diensten via waarneemgroepen regelde, bedraagt het aantal op te vangen uren 44.358, respectievelijk 23.718 per week, als de maatregel geldt voor respectievelijk 50-plus of 55-plus huisartsen. Omgerekend gaat het daarbij om 1109, respectievelijk 593, huisartswerkjaren (uitgaande van een 40-uur per week werkende waarnemer) (zie Bijlage A).

Omdat het aantal huisartsenposten snel toeneemt en de situatie in 2001 daarom mogelijk niet meer volledig representatief is, zijn de benodigde vervangingsuren ook berekend voor een hypothetische situatie waarin alle Nederlandse huisartsen onder een HAP zouden vallen. In werkelijkheid is dat niet mogelijk, omdat in dunbevolkte gebieden de aanrijtijden te lang zouden worden wanneer de waarneming er via een HAP geregeld zou zijn. De berekeningen zijn dan ook vooral bedoeld om een ondergrens aan te geven. Als alle huisartsen de ANW-diensten via een HAP zouden regelen, zouden er 410 huisartswerkjaren vervanging nodig zijn bij een seniorenbeleid van 50-plus en 208 huisartswerkjaren bij een seniorenbeleid vanaf 55-plus.

In tabel 2.3 is het aantal benodigde huisartswerkjaren vervanging afgezet tegen het maximaal aantal huisartswerkjaren dat de maatregel kan opbrengen onder de eerder genoemde 2\*5 scenario's. Als uitgegaan wordt van de werkelijke situatie in 2001, dan vraagt de voorgenoemde maatregel om een veel grotere investering in huisartswerkjaren dan zij oplevert.

Het aantal op te vangen werkjaren is alleen lager dan het aantal te winnen werkjaren:

- in het hypothetische geval dat alle huisartsen deel kunnen nemen in een HAP (hetgeen in de praktijk niet kan);
- als huisartsen, bij een leeftijdsgrens voor de maatregel van 50 jaar, tenminste 4 jaar langer blijven of tenminste 3 jaar bij een leeftijdsgrens van 55 jaar;
- onder de aanname dat het seniorenbeleid alle huisartsen tussen 50 en 60 jaar zou verleiden tot langer doorwerken.

Tabel 2.3: Op te vangen en te winnen huisartswerkjaren per jaar, bij 40-urige werkweek en verschillende leeftijdsgrenzen

Leeftijd vrijstelling ANW-diensten	Aantal jaren later uitstromen	Op te vangen in werkjaren per jaar uitgaande van werkelijke situatie 2001	Aantal op te vangen werkjaren per jaar als 100% werkzaam in HAP	Maximaal te winnen in werkjaren per jaar	Winstpotentieel in werkjaren per jaar uitgaande van werkelijke situatie 2001	Winstpotentieel in werkjaren per jaar als 100% werkzaam in HAP
>50 jaar	1	1.109	410	130	-979	-280
	2	1.151	425	260	-726	-165
	3	1.193	441	390	-803	-51
	4	1.235	456	520	-715	64
	5	1.277	471	650	-625	179
>55 jaar	1	593	208	85	-508	-123
	2	621	218	170	-451	-48
	3	650	228	255	-395	27
	4	678	238	340	-338	102
	5	707	248	425	-282	177

Kortom, de investeringen in manpower die voor deze maatregel noodzakelijk zijn, zullen naar alle waarschijnlijkheid de te verwachten opbrengsten in manpower ver overtreffen. Dat laat zich verklaren door het feit dat er - uitgaande van de uitstroomkansen in de afgelopen vijf jaar - eigenlijk helemaal niet zoveel huisartsen stoppen met werken in de betreffende leeftijdscategorieën; er is dus helemaal niet zoveel te winnen.

#### *Kosten van vervanging*

De kosten van de beoogde maatregel bestaan uit de kosten van de vervangingsuren tegen waarneemtariëf. In tabel 2.4 zijn deze kosten op jaarbasis weergegeven onder de genoemde 2\*5 scenario's. Bij de berekening van deze jaarlijkse kosten is uitgegaan van een waarneemtariëf van € 15 per uur in een klassieke waarneemregeling, € 68 per uur in een HAP en een huisartswerkjaar dat bestaat uit 45 werkweken van 40 uur. In 2001 vond 85% van de ANW-diensten plaats binnen een klassieke waarneemregeling en 15% binnen een HAP voor artsen ouder dan 50 jaar. Voor de artsen ouder dan 55 jaar zijn de percentages respectievelijk 87% en 13% (Bijlage A).

Voor het eerste scenario (vrijstelling van 50 jaar, 1 jaar later uitstromen, uitgaande van de werkelijke regeling van de diensten in 2001) is de berekening van de jaarlijkse kosten dus:

$$1.109 \text{ huisartswerkjaren} * 45 \text{ werkweken per jaar} * 40 \text{ uur per week} * € 15 * 0,85 = € 20.879.891$$

$$1109 \text{ huisartswerkjaren} * 45 \text{ werkweken per jaar} * 40 \text{ uur per week} * € 68 * 0,15 = € 25.335.792$$

$$€ 20.879.891 + € 25.335.792 = € 46.215.683$$

Tabel 2.4: Kosten van vervangingsuren onder verschillende scenario's

Leeftijd vrijstelling ANW-diensten	Aantal jaren later uitstromen	Dienstenregeling zoals werkelijk in 2001	Hypothetische dienstenregeling: 100% in HAP
>50 jaar	1	€ 46.215.683	€ 50.184.000
	2	€ 47.964.998	€ 52.020.000
	3	€ 49.714.314	€ 53.978.400
	4	€ 51.463.629	€ 55.814.400
	5	€ 53.212.945	€ 57.650.400
>55 jaar	1	€ 23.187.946	€ 25.459.200
	2	€ 24.301.492	€ 26.683.200
	3	€ 25.415.037	€ 27.907.200
	4	€ 26.528.583	€ 29.131.200
	5	€ 27.642.128	€ 30.355.200

Uit tabel 2.4 blijkt dat de kosten van de maatregel hoog oplopen. In de goedkoopste variant kost de maatregel ruim € 23 miljoen per jaar.

Eventuele besparingen, bijvoorbeeld op de kosten van opleiding, zijn van de maatregel niet te verwachten. Er zijn immer onder de meeste scenario's meer huisartswerkjaren nodig dan de maatregel aan huisartswerkjaren oplevert. Om deze huisartswerkjaren te leveren, zijn dus eerder meer 'hoofden' (huisartsen als natuurlijke personen, in tegenstelling tot FTE's) nodig dan minder. Tenzij de benodigde vervangingsuren geheel zou worden opgevangen door de zittende huisartsen onder de 50 (of 55). In de volgende paragraaf wordt hierop nader ingegaan.



### 3 Haalbaarheid van seniorenbeleid

Nog los van de kosten-baten afweging, die zoals in de vorige paragraaf bleek, waarschijnlijk ongunstig uitvalt, staat of valt de haalbaarheid van het overwogen seniorenbeleid met de vraag of het benodigd aantal vervangingsuren überhaupt beschikbaar is. Hoewel het in sommige regio's moeilijker is dan in andere om waarnemers te vinden voor ANW-diensten, is het totaal aantal huisartsen dat als waarnemer werkzaam is, de afgelopen tien jaar redelijk stabiel gebleven (zie Bijlage E). Hoeveel uren deze huidige pool van waarnemers extra zou kunnen opvangen, is niet te schatten. Gezien het grote aantal op te vangen uren is het echter onwaarschijnlijk dat deze waarnemers daaraan een merkbare bijdrage kunnen leveren.

Daarmee blijven er twee alternatieven over: de vervangingsuren worden gedraaid door extra op te leiden huisartsen of door de zittende huisartsen onder de 50 of 55 jaar. Het eerste alternatief, extra huisartsen opleiden voor de vervangingsuren, is in de praktijk niet haalbaar. De opleidingscapaciteit zal in de komende jaren al worden uitgebreid met bijna 300 extra plaatsen. Om de vervangingsuren op te vullen zou daar bovenop nog eens een extra 'lichting' moeten worden afgeleverd van minimaal 208 huisartsen (scenario 55-plus, 100% werkzaam in HAP) die 40 uur per week gaan werken.

De laatste mogelijkheid is dat de zittende, jongere huisartsen de diensten overnemen. Afhankelijk van de wijze waarop de ANW-diensten zijn georganiseerd en de gekozen leeftijdsgrens voor de maatregel, betekent dit dat de jongere huisartsen per week 1,2 tot 5,9 extra uren dienst moeten draaien (zie tabel 3.1, zie Bijlage E). Eerder is al aangegeven dat diensten als belastend worden ervaren door alle huisartsen, ongeacht hun leeftijd. Er mag dus getwijfeld worden aan de bereidheid van de jongere huisartsen om meer diensten te draaien teneinde hun oudere collega's te ontlasten.

Tabel 3.1: Aantal op te vangen uren per week bij verschillende leeftijdsgrenzen en aantal uren dat extra gewerkt zou moeten worden door artsen onder de leeftijdsgrens

Leeftijd vrijstelling ANW-diensten	Aantal op te vangen uren niet in HAP	Aantal op te vangen uren als werkzaam in HAP	Aantal huisartsen die jonger zijn	Aantal extra uren door jongere artsen niet in HAP	Aantal extra uren door jongere artsen in HAP
>50 jaar	44.358	16.403	5009	5,9	3,3
>55 jaar	23.718	8.319	6757	3,5	1,2





## 4 Discussie

Uit de analyses die voor dit rapport zijn gedaan, kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

1. Gezien de mate waarin ANW-diensten door huisartsen als belastend worden ervaren en de rol die een hoge werkdruk speelt in motieven van huisartsen om eerder te stoppen met werken, is het voorstelbaar dat de LHV overweegt via vrijstelling van ANW-diensten voor oudere huisartsen, de vervroegde uitstroom uit het beroep terug te dringen.
2. De investeringen in manpower die voor deze maatregel noodzakelijk zijn, zullen naar alle waarschijnlijkheid de te verwachten opbrengsten in manpower ver overtreffen. Het kost meer dan het oplevert. Het aantal op te vangen werkharen is alleen lager dan het aantal te winnen werkharen:
  - in het hypothetische geval dat alle huisartsen deel kunnen nemen in een HAP (hetgeen in de praktijk niet kan);
  - als huisartsen, bij een leeftijdsgrens voor de maatregel van 50 jaar, tenminste 4 jaar langer blijven of tenminste 3 jaar bij een leeftijdsgrens van 55 jaar;
  - onder de aanname dat het seniorenbeleid alle huisartsen tussen 50 en 60 jaar zou verleiden tot langer doorwerken.Die laatste aanname is op zichzelf al weinig realistisch. Ook omdat diensten door huisartsen in een HAP als veel minder belastend worden ervaren, waardoor het ontlastend effect van de maatregel mogelijk ook minder groot is. Daar staat tegenover dat van een vrijstelling van ANW-diensten mogelijk een groot ‘psychologisch’ effect uitgaat: huisartsen voelen zich serieus genomen in hun klachten over hoge werkbelasting, waardoor het moreel zou kunnen verbeteren en de uitstroom uit het beroep beperkt blijft.
3. De kosten van de eventuele maatregel in financiële termen zijn potentieel erg hoog. Als alle vervangingsuren tegen het waarneemtariëf zouden moeten worden ingekocht, kost de maatregel in de goedkoopste variant ruim € 23 miljoen per jaar.
4. Afgezien daarvan kunnen grote vraagtekens worden gezet bij de haalbaarheid van de maatregel. De ANW-diensten waarvan de oudere huisartsen worden vrijgesteld, zouden grotendeels opgevangen moeten worden door de jongere huisartsen. Het is onduidelijk of die daartoe bereid zullen zijn.

In de berekening van de verwachte uitstroom in de komende vijf jaar is uitgegaan van de leeftijds/geslachtsspecifieke uitstroomkansen in de afgelopen vijf jaar. Als de uitstroom uit het beroep echter groter zou worden, verandert de verhouding tussen het aantal artsen dat toch al bleef werken en het aantal artsen dat uit zou stromen. Het aantal op te vangen uren verandert daarbij niet. Het omslagpunt wordt dus bereikt als de uitstroom gelijk is aan het aantal op te vangen huisartswerkharen, zoals in kolom 3 en 4 van tabel 2.3 staat vermeld.

Er zijn aanwijzingen dat de uitstroomkansen inderdaad toenemen en dat de uitstroom uit het beroep in de komende vijf jaar dus groter zal zijn dan hij in de afgelopen vijf jaar is geweest. Van der Velden e.a.<sup>3</sup> toonden immers aan dat nu meer oudere huisartsen uitstromen dan 10 of 20 jaar geleden: de uitstroomkans zou dus een autonome groei kunnen

vertonen. Eén van de mogelijke oorzaken van een verdere toename van de uitstroom is al genoemd: het vrijkomen van gelden uit het goodwill-fonds. Een andere oorzaak zou de hoge ervaren werkbelasting van huisartsen kunnen zijn.

Daar staat echter weer tegenover dat de belasting van ANW-diensten in veel regio's duidelijk verminderd is door de oprichting van een HAP. Het aantal uren dienst dat huisartsen in een HAP moeten draaien ligt ver onder het aantal dat zij in de klassieke situatie draaien. ANW-diensten worden door huisartsen in HAP's dan ook als veel minder belastend ervaren. De winst die met de overgang naar HAP's te boeken valt, geldt bovendien zowel voor oudere als voor jongere huisartsen. Opmerking die hier weer bij gemaakt kan worden is dat de diensten slechts één van de bepalende factoren is voor het stoppen met werken.

Bij de overwegingen om een seniorenbeleid te gaan voeren past ook een risico-analyse in de zin van wat er zou gebeuren als men het nalaat. Stel dat 50- of 55-plussers massaal stoppen met werken, wat zouden de gevolgen daarvoor dan zijn voor de gezondheidszorg als geheel. De kans daarop is misschien niet zo groot maar wat zijn de gevolgen als het wél gebeurt.

Ruim 38% (2658) van de Nederlandse huisartsen is ouder dan 50 jaar, 11% (953) is ouder dan 55 jaar (NIVEL, huisartsregistratie). Gemiddeld hebben oudere huisartsen iets grotere praktijken dan jongere huisartsen, zo blijkt uit gegevens van de tweede Nationale Studie: 50 tot 55-jarigen gemiddeld 2258 en 55-plussers zelfs gemiddeld 2532. Dat betekent dat er ruim 6 miljoen patiënten staan ingeschreven bij 50-plus huisartsen en ongeveer 2,5 miljoen bij 55-plussers. Gezamenlijk hebben de 50-plus huisartsen jaarlijks 25 miljoen contacten met hun patiënten, als we alleen naar de 55-plussers kijken betreft dit nog altijd 10 miljoen contacten. Stel nu dat deze allemaal stoppen.

Dat kan twee situaties tot gevolg hebben: of de zorg wordt opgevangen door de nog zittende huisartsen die daardoor veel grotere praktijken en nog meer werk krijgen (respectievelijk 40% en 16% meer bij 50+/55+, in de praktijk is dit dus geen reëel scenario), dan wel een flink aantal mensen heeft geen huisarts en is voor medische zorg aangewezen op de eerste hulp van het ziekenhuis of een medisch specialist. Wat dat betekent voor de kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg is moeilijk te kwantificeren. Zoals in eerder NIVEL-onderzoek is beargumenteerd, kan de vraag 'Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts?' alleen langs omwegen worden beantwoord, vooral door vergelijking met landen waar mensen niet op naam ingeschreven zijn bij een huisarts en waar specialisten zonder verwijzing toegankelijk zijn.<sup>4</sup> Mensen die geen huisarts hebben kunnen niet anders dan met hun klachten rechtstreeks naar de eerste hulp of de specialist gaan. Nu is de vraag of dát een reëel scenario is. Het totaal aantal polikliniekbezoeken in 2001 was 20 miljoen.<sup>5</sup> Zelfs als maar een deel van de respectievelijk 25/10 miljoen huisartscontacten vervangen zal worden door een specialistcontact, kan men zich afvragen wat dat betekent voor wachtlijsten en dergelijke. Daarbij moet ook nog bedacht worden dat een eventuele toeloop op de specialist niet gelijkmatig over de specialismen verdeeld zou zijn maar voor een onevenredig groot deel bij bijvoorbeeld de internist terecht zou komen.

Maar als het nu wél zou kunnen, wat zou het betekenen voor de kosten? Rechtstreeks naar bijvoorbeeld de internist gaan lijkt in eerste instantie niet noodzakelijk veel duurder te zijn, wanneer voor de kosten van een consult bij de internist alleen wordt uitgegaan van het honorarium voor een korte kaart (€ 60,80). Door het verschil in honoreringssystematiek is een goede vergelijking lastig. Een korte kaart kan voor meer dan één consult zijn.

Vergelijken met het consulttarief van de huisarts is dus niet terecht. Vergelijking met het totale abonnementstarief van € 76,20 (exclusief opslagen voor 65<sup>+</sup> en achterstandswijken, maar inclusief praktijkkosten) is ook niet terecht, want de huisarts behandelt hiervoor meerdere aandoeningen. Het gemiddeld aantal episodes per jaar ligt ongeveer 2,5 ingeschreven patiënt (bron Tweede Nationale Studie, voorlopige cijfers). Als we ervan uitgaan dat elke episode voor een korte kaart staat, dan komen we dus al op een verdubbeling van de kosten per patiënt (2,5 maal € 60,80 = € 152 versus € 76,20). Voor 6 respectievelijk 2,5 miljoen patiënten betekent dat al respectievelijk 474/198 miljoen Euro extra kosten. Dan laten we de ziekenhuiskosten nog buiten beschouwing.

Dat is nog niet het hele verhaal. In een gezondheidszorgsysteem als het Nederlandse, waarbij de specialist een door de huisarts 'gezeefde' patiëntenpopulatie ziet, gaan specialisten niet - zoals de huisarts - uit van het principe dat de patiënt gezond is tenzij het tegendeel bewezen is, maar proberen zij met de hun ter beschikking staande diagnostische middelen de mogelijke oorzaken van de klachten een voor een te elimineren. De kans bestaat dat zij deze voor hun gebruikelijke handelwijze ook zouden volgen bij een 'ongezeefde' patiëntenpopulatie die zich tot de specialist wendt bij gebrek aan een huisarts. Opgeteld bij het honorarium zijn de bijkomende kosten van behandeling door de specialist (kosten van diagnostiek en van gebruik van ziekenhuisfaciliteiten) dan vaak hoger dan de kosten van behandeling door de huisarts. Datzelfde geldt in het algemeen voor 'oneigenlijk EHBO-bezoek'. Internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen levert dan ook aanwijzingen op dat de kosten van met name ambulante zorg sneller stijgen in systemen zonder poortwachter, dan in systemen waar specialisten alleen toegankelijk zijn op verwijzing van de huisarts.<sup>6</sup> Het is bovendien maar zeer de vraag of de specialisten over voldoende capaciteit beschikken om de patiënten van de gestopte huisartsen op te vangen. Deze extra vraag naar zorg is immers niet gelijk verdeeld over alle Nederlandse specialisten, maar concentreert zich op die plekken waar geen praktijkopvolger wordt gevonden en heeft vooral effect op bepaalde specialismen (vooral interne geneeskunde, kindergeneeskunde, KNO, oogheelkunde, gynaecologie).

Een dergelijk rampscenario dat alle 50/55-plussers stoppen is natuurlijk niet realistisch. Maar ook als dit scenario zich maar gedeeltelijk voltrekt zijn de effecten al aanzienlijk. Dat komt doordat er zoveel oudere huisartsen zijn. Er zijn daarom wel degelijk argumenten om een seniorenbeleid te overwegen. Dat kan ook op een andere manier dan door een generieke maatregel om 55-plussers vrij te stellen. Taakdelegatie door allerlei vormen van substitutie zijn denkbaar (praktijkassistentie, administratieve ondersteuning etc.). Met een 'personeelsbeleid op maat' zouden oudere huisartsen dan kunnen kiezen welke vormen van ondersteuning voor hen aanleiding kunnen geven om langer dan gepland door te werken. Het vrijstellen van diensten zou daarin als één van de mogelijkheden kunnen worden opgenomen. Een dergelijke benadering wordt in feite gevolgd in het Achterstandsfonds huisartsen waarbij middelen specifiek kunnen worden ingezet bij optredende knelpunten.<sup>7</sup> De kosteneffectiviteit op korte termijn van deze vormen van seniorenbeleid moet echter niet worden overschat, omdat - zoals gezegd - uitgaande van de huidige, relatief kleine uitstroombkans, de te behalen winst beperkt is. De argumentatie zou eerder moeten zijn dat het misschien beter is met een pro-actief beleid te voorkomen dat ongewenste ontwikkelingen optreden dan achteraf te moeten constateren dat er niets gedaan is.

## Literatuurverwijzingen

1. Velden LFJ van der, Hingstman L. Vraag en aanbod huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2001.
2. Post D, Calkhoven JE, Krol B, Dijkstra M, Groothoff JW. Groeiend ongenoegen. Een onderzoek onder huisartsen. Medisch Contact 2002; 57: 63-5.
3. Velden LFJ van der, Heiligers Ph, Hingstman L. Vaarwel praktijk. Cijfers over uitstromende huisartsen. Medisch Contact 2002; 57: 1287-90.
4. Groenewegen PP, DMJ Delnoij. Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
5. Somai, D., J.B.F. Hutten, Brancherapport Cure '98-'01. Ministerie van VWS, 2002.
6. Delnoij DMJ, GG van Merode, ATG Paulus, PP Groenewegen. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? Journal of Health Services Research and Policy. 2000 Jan;5(1):22-6.
7. Habraken, J., W. Devillé, D. De Bakker, Achterstandsgelden huisartsenzorg. In: Verkleij, H. Verheij, R. VTV-themaraapport Zorg in de grote steden. NIVEL/RIVM. In druk. Te verschijnen in 2003.

# Bijlage A

## Vraagstelling

*Wat is het winstpotentieel van vrijstelling van ANW-diensten van huisartsen ouder dan 50 respectievelijk 55 jaar in termen van het aantal te winnen 'huisartswerkjaren'?*

### A.1 Aanpak

Om inzicht te krijgen in het maximaal aantal te winnen huisartswerkjaren worden verschillende methoden gebruikt. Ten eerste is van belang om te kijken naar het aantal artsen in de leeftijd van 50-60 jaar dat uit zal stromen. De mogelijke winst zit immers in het feit dat huisartsen door de maatregel het moment om te stoppen met werken mogelijk uitstellen. Op deze 'uitstroom' wordt in paragraaf A.2 ingegaan. De 'baten' van het uitstellen om te stoppen moeten worden afgewogen tegen de 'kosten' van het vrijstellen van huisartsen van ANW-diensten. Om die kosten te berekenen is het van belang vast te stellen hoeveel huisartsen van boven de 50, respectievelijk 55 jaar op dit moment in de avond-, nacht- en weekenddienst werken. Dit vindt in paragraaf A.3 plaats. De uiteindelijke berekening van het winstpotentieel vindt plaats in paragraaf A.4 op basis van de in kader A aangegeven formule.

Een meer verfijnde methode is het kijken naar de uitstroomkans van huisartsen (kader B). Het is hierbij van belang de kans te weten uitgesplitst naar leeftijdsgroep en geslacht. Daarbij zal het aandeel van ANW-diensten in de uitstroomkans bekend moeten zijn. Aan de hand hiervan kan berekend worden wat de te verwachten uitstroom ten gevolge van ANW-diensten de komende jaren is. Als ook nog bekend is hoeveel uren de artsen werken, kan berekend worden wat het winstpotentieel in uren is.

### Kader A: indicatie winstpotentieel

W	=	B-K
K	=	[(N+U)A]/H
B	=	U
W	=	winstpotentieel
K	=	kosten in huisartswerkjaren
B	=	baten in huisartswerkjaren
N	=	aantal werkzame artsen
U	=	uitstroom artsen in aantallen per jaar
A	=	aantal uren ANW-diensten per week
H	=	aantal werkuren per week

## Kader B: meer specifieke berekening van het winstpotentieel

$$\begin{aligned}
 W &= B-K \\
 K &= [(N^1+B)A]/H \\
 B &= U \\
 U &= \sum N_{xy}(pD_{xy}) \\
 pU &= \sum (pL_{xy}+pD_{xy}+pO_{xy})
 \end{aligned}$$

<sup>1</sup>in de leeftijdsgroep 50-65

W	=	winstpotentieel
K	=	kosten in huisartswerkjaren
B	=	baten in huisartswerkjaren
N	=	aantal werkzame artsen
A	=	aantal uren ANW-diensten per week
H	=	aantal werkuren per week
U	=	uitstroom artsen in aantallen per jaar
pU	=	uitstroomkans
pL	=	leeftijdsgelinkt uitstroomkans
pD	=	uitstroomkans door diensten
pO	=	overige uitstroomkans
x	=	leeftijd
y	=	geslacht

## A.2 Uitstroom

In Nederland zijn op 1 januari 2002 7927 zelfstandig gevestigde huisartsen en huisartsen in dienstverband.

In tabel A1 is de leeftijdsverdeling naar geslacht weergegeven van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Ruim zeven op de tien huisartsen is van het mannelijke geslacht. 63,2% van de huisartsenpopulatie is jonger dan vijftig. Het percentage senioren ligt op 36,9% als we 50 jaar als grens aanhouden en op 14,8% als we 55 jaar als grens aanhouden.

Tabel A1: Leeftijdsverdeling van de Nederlandse huisartsenpopulatie op 1-1-2002 absolute aantallen en percentages (zelfstandige huisartsen en HIDHA's)

Leeftijd	Man		Vrouw		Totaal	
	N	% van hele populatie	N	% van hele populatie	N	% van hele populatie
Tot en met 39 jaar	689	8,7%	951	12%	1.640	20,7%
40 t/m 49 jaar	2.398	30,3%	971	12,2%	3.369	42,5%
50 t/m 54 jaar	1.503	19%	245	3,1%	1.748	22,1%
55 jaar en ouder	1.099	13,9%	71	,9%	1.170	14,8%
Totaal	5.689	71,8%	2.238	28,2%	7.927	100,0%

Bron: NIVEL huisartsregistratie.

In tabel A2 staat de uitstroomkans, de kans om in een bepaald jaar te stoppen, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. De uitstroomkans voor mannen jonger dan 50 jaar is in de periode 1999-2001 ongeveer 1% per jaar, voor vrouwen is het 2,5% per jaar. De uitstroomkans

voor deze groep is de afgelopen jaren nauwelijks veranderd. Voor mannen in de leeftijd van 50 tot en met 59 jaar is de jaarlijkse uitstroomkans 3%, voor vrouwen 5,5%. Bij de 60-plussers varieert de uitstroomkans van 20% voor een 60-jarige tot bijna 100% voor een 65-jarige (niet in tabel); gemiddeld voor mannen is het 30% en voor vrouwen meer dan 40%. De uitstroomkans voor 55-plussers ligt hoger dan tien of twintig jaar geleden (Van der Velden, Heiligers en Hingstman 2002). De gemiddelde uitstroomleeftijd van huisartsen ligt op ongeveer 59 jaar. Uit ervaring blijkt dat er veel huisartsen zijn die op jonge leeftijd uitstromen naar een andere artsberoep, bijvoorbeeld sociaal geneeskundige of medisch specialist (Van der Velden en Hingstman, 2001).

Het aantal huisartsen dat tussen hun 50-ste en 60-ste stopt met werken vormt de basis voor het maximaal aantal te winnen huisartswerk jaren. Het is niet zeker of deze artsen stoppen vanwege het draaien van diensten, of dat er andere redenen aan ten grondslag liggen. De rol die diensten spelen in de beslissing om te stoppen zal worden beschreven in een volgend hoofdstuk. Om een inschatting te kunnen maken van het aantal te winnen 'huisartswerk jaren' zal ook gekeken moeten worden naar wat verwacht zou kunnen worden ten aanzien van de verlenging van het uitoefenen van het huisartsenvak. Van de huisartsen wil 34% voor het 60ste levensjaar stoppen, 39% als men 60 is en 26% later (Intomart 2002).

Tabel A2: Uitstroomkans per jaar naar leeftijd en geslacht

Leeftijd	Geslacht	Uitstroomkans per jaar
<50 jaar	Man	1%
	vrouw	2,5%
50 t/m 59	man	3%
	vrouw	5,5%
60 t/m 65	man	30%
	vrouw	40%

Bron: Van de Velden, Heiligers en Hingstman, 2002.

Het is niet bekend wat het aandeel van ANW-diensten in de uitstroomkans is en het zal dus niet mogelijk zijn het winstpotentieel volgens de specifieke methode te berekenen. Wij gebruiken daarom de methode zoals beschreven staat in Kader A om een inschatting te maken van het winstpotentieel. We zullen niet alleen berekenen wat het winstpotentieel is bij een leeftijdsgrens van 50 jaar, maar ook bij een leeftijdsgrens van 55 jaar. Het berekenen van het aantal huisartsen dat langer zou werken na invoering van de maatregel zonder daarbij te berekenen wat de kosten voor het opvangen van de ANW-diensten zijn lijkt weinig zinvol, daarom zal ook berekend worden wat er nodig is om de ANW-diensten op te vangen.

### Berekening winstpotentieel en kosten in termen van huisartswerkjaren

In tabel A3 staat het gemiddeld aantal werkzame artsen per jaar en de gemiddelde uitstroom per leeftijdsgroep per jaar, berekend over een periode van vijf jaar. Hierbij is een extrapolatie uitgevoerd onder de veronderstelling dat de uitstroomkans gelijk blijft als in de afgelopen jaren.

Tabel A3: Gemiddeld aantal werkzame artsen per leeftijdsgroep en de gemiddelde uitstroom van het aantal werkzaam per jaar voor de periode 2003-2007

Leeftijd	Werkzaam per jaar	Uitstroom per jaar
50-54 jaar	1.720	45
55 t/m 59 jaar	1.435	85
60 t/m 65 jaar	470	135

Het maximaal aantal te winnen huisartsen, als er door de maatregel geen artsen meer uitstromen, komt overeen met het aantal huisartsen tussen de 50 en 60 jaar dat uit zou stromen:

$45+85 = 130$  huisartsen per jaar, bij een 40-urige werkweek komt dit overeen met 5.200 uren per week

### A.3 De kosten in aantal op te vangen uren per huisarts

De kosten in huisartswerkjaren worden bepaald door het aantal huisartsen dat dient te worden vervangen en het gemiddeld aantal uren waarvoor zij dienen te worden vervangen.

#### *Aantal te vervangen huisartsen*

Het aantal huisartsen vanaf respectievelijk 50/55 jaar dat vrijgesteld moet worden van ANW-diensten is inclusief het maximaal aantal artsen dat niet uit zal stromen. Deze worden meegenomen in de berekening, omdat deze het huisartsentekort opvangen en dus een eigen praktijkpopulatie voor hun rekening nemen met de daarbij behorende ANW-diensten. Er wordt zoals eerder aangegeven vanuit gegaan dat er in de groep vanaf 60 jaar niets te winnen valt; deze huisartsen zullen toch uitstromen, een natuurlijke uitstroom. Het betreft dus het totaal aantal werkzame huisartsen in de verschillende leeftijdsgroepen inclusief het aantal huisartsen tussen de 50 en 60 jaar dat uit zou stromen:

van 50 t/m 54 jaar 1.720

van 55 jaar en ouder  $1435+470-135 = 1.770$

Totaal zijn dat 3.490 huisartsen per jaar.

Om een schatting te kunnen maken van het aantal uren diensten dat de huisartsen draaien is het verder van belang een onderscheid te maken tussen voltijd- en deeltijd werkende huisartsen. Het is immers aannemelijk dat huisartsen die voltijd werken doorgaans meer diensten draaien dan artsen die deeltijd werken. Onder voltijd verstaan we minimaal één voltijdequivalent, deeltijd is alles daar onder. 73% van de senioren werkte in 2001 voltijd,



de rest deeltijd. Er van uitgaande dat deze aantallen in 2002 nog ongeveer gelijk zijn, zijn dat 2.130 fulltime werkende senioren en 788 deeltijd werkende senioren.

#### *Het draaien van diensten*

Ten behoeve van de vaststelling van het aantal uren dat huisartsen diensten draaien is gebruik gemaakt van gegevens van de 2e Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De 2e Nationale Studie behelsde een omvattende dataverzameling in een landelijk representatieve groep van ruim 100 huisartsenpraktijken die grotendeels in 2001 heeft plaats gehad. Een onderdeel van de 2e Nationale Studie betrof een schriftelijke enquête waaraan is deelgenomen door 160 huisartsen. Hiervan hebben er 122 (volledig) antwoord gegeven op de vragen over het draaien van diensten. Aan de artsen werd gevraagd hoe vaak ze avonddiensten op werkdagen, nachtdiensten op werkdagen, overdag diensten in het weekend, avonddiensten in het weekend en nachtdiensten in het weekend draaien en hoe lang een dienst per keer duurt. Op grond van deze gegevens kon het gemiddelde aantal uren worden uitgerekend dat een huisarts per week aan de verschillende diensten besteed. In tabel A4 worden de gemiddelde aantallen uren per soort dienst weergegeven naar leeftijd. Er lijkt weinig samenhang te zijn tussen het draaien van diensten en leeftijd. De jongste categorie heeft het grootste aantal uren, de categorie 50 t/m 54 heeft de laagste aantallen, iets meer dan twaalf uur. De categorie boven de 55 scoort echter weer wat hoger: ruim dertien uur.

Tabel A4: Gemiddeld aantal uren besteed aan diensten naar leeftijd en soort dienst

	Tot en met 39 jr (n=22)	40 t/m 44 jr (n=23)	45 t/m 49 jr (n=36)	50 t/m 54 jr (n=30)	55 <sup>+</sup> (n=11)	Totaal (n=122)
Avonddienst werkdagen	3,34	3,80	2,47	3,74	3,66	3,59
Nachtdiensten werkdagen	2,95	3,28	4,21	6,88	3,65	4,41
Overdag dienst weekend	2,46	1,75	2,23	1,81	2,90	2,14
Avonddienst weekend	2,24	1,47	1,57	1,32	1,56	1,61
Nachtdienst weekend	2,53	1,29	1,66	1,41	1,63	1,68
Totaal	13,92	12,10	12,40	12,01	13,41	12,61

Bron: huisartsenenquête NS2.

Omdat het aantal artsen dat in de categorie 55+ valt vrij klein is, is het moeilijk om op grond van deze steekproef een uitspraak over de populatie te doen. De oudste twee categorieën zijn daarom samen genomen. Samen zijn dit vijftig artsen. Om de verschillen na te gaan tussen voltijd- en deeltijdwerkende artsen is de hele groep 50-plussers opgesplitst in “voltijders” en “deeltijders”. In tabel A5 zijn de resultaten weergegeven. De voltijders draaien gemiddeld drie uren per week meer aan diensten. Ook de betrouwbaarheidsintervallen zijn weergegeven, de spreiding is vrij groot.

Tabel A5: Aantal uren diensten per week 50-plussers, voltijd en deeltijd

	N	Gemiddeld aantal uren diensten p.w.	S.E.	95% betrouwbaarheidsinterval
Deeltijd	10	7,63	2,64	2,46 - 12,80
Voltijd	31	13,92	1,73	10,53 - 17,31

N: gemiddelde, standaardfout van het gemiddelde en 95% betrouwbaarheidsinterval)

### *Huisartsenposten*

De snelle opkomst van huisartsenposten kan echter belangrijke gevolgen hebben voor de hierboven geschatte cijfers. Deze toevoeging is van belang omdat de huisartsenenquête is afgenomen in 2001 en het aantal huisartsen werkzaam in deze posten daarna verder is toegenomen. Er zal daarom een extra schatting worden gedaan waarbij de toename van huisartsenposten is verdisconteerd.

De structuren waar binnen huisartsen avond- nacht en weekenddiensten draaien zijn de afgelopen jaren sterk veranderd. In de periode 1999 –2002 heeft het aantal huisartsenposten een grote vlucht genomen en is parallel hieraan het aantal diensten dat binnen waarneemgroepen wordt gedraaid afgenomen. Omdat binnen een huisartsenpost de onderliggende patiëntpopulatie vele malen groter is dan bij een waarneemgroep leidt dit tot een aanzienlijke reductie van het aantal diensten dat in totaal wordt gedraaid, en uiteindelijk dus ook tot een reductie van het aantal uren diensten per arts.

In 1999 werd door het NIVEL een onderzoek gedaan waarin één van de eerste groot-schalige dienstenstructuren in Nederland werd geëvalueerd (Grielen et al.). Het ging hierbij om drie centrale huisartsenposten in Rotterdam. Op enkele ‘kinderziektes’ na bleken de huisartsenposten een succes: de werkbelasting van de huisartsen werd aanzienlijk verminderd in zowel objectieve- als subjectieve zin. Na invoering van een systeem met drie huisartsenposten werd het aantal jaarlijkse nachtdiensten per huisarts van 49 teruggebracht naar 7. Het aantal avond- en weekenddiensten werd teruggebracht van 108 naar 33. bovendien werden de diensten door de artsen als veel minder belastend ervaren. Ook het oordeel van de patiënten was positief, een meerderheid vond de dienstverlening verbeterd.

Er van uitgaande dat het aantal huisartsenposten is toegenomen en het seniorenbeleid zal worden doorgevoerd, zal het ‘gat’ dat de senioren achter laten kleiner zijn dan hierboven is geschat en zal tevens het oorspronkelijke aantal uren diensten dat jonge artsen draaien (dus ook zonder seniorenbeleid) afnemen. In totaal zal het aantal uren diensten dat jonge artsen extra moeten werken om het gat te vullen dus minder groot zijn. Uitgangspunt bij de berekeningen zijn de aantallen uren die huisartsen werkzaam in huisartsenposten en huisartsen werkzaam in waarneemgroepen in 2001 draaiden.

In tabel A6 en A7 zijn de gemiddelde aantallen uren die wekelijks worden besteed aan het draaien van diensten weergegeven. Er is een onderverdeling gemaakt tussen huisartsen die aangesloten zijn bij een huisartsenpost en huisartsen die aangesloten zijn bij een waarneemgroep. Ook is er een scheiding gemaakt tussen voltijders en deeltijders. Tien

huisartsen gaven aan voor een huisartsenpost én een waarneemgroep te werken of gaven dit in het geheel niet aan. Deze huisartsen zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel A6: Aantal uren diensten per week in huisartsenpost en waarneemgroep; voltijd en deeltijd werkende huisartsen

	Huisartsenpost			Waarneemgroep		
	gemiddeld	S.E	N	gemiddeld	S.E	N
Deeltijd	5,26	0,84	20	14,82	1,55	25
Voltijd	6,43	1,31	24	18,54	2,83	43
Totaal	5,90	0,61	44	17,17	1,09	68

Gemiddelden, standaardfouten en aantallen  
N=112

Tabel A7: Aantal uren diensten per week in huisartsenpost en waarneemgroep naar leeftijdscategorie

	Huisartsenpost			Waarneemgroep		
	gemiddeld	S.E	N	gemiddeld	S.E	N
Jonger dan 50	6,51	0,77	29	16,90	1,31	46
50+	4,73	1,22	15	17,74	2,00	22
Totaal	5,90	0,61	44	17,17	1,09	68

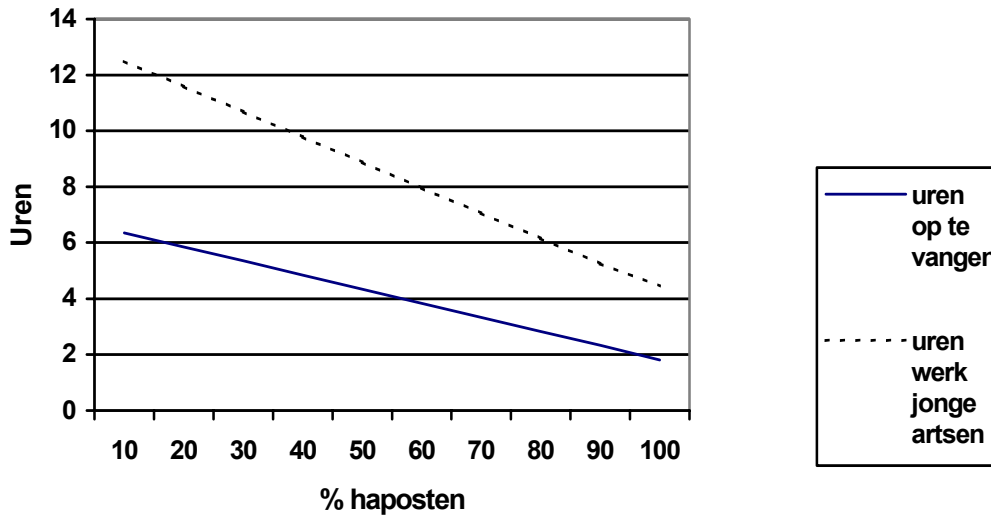
Gemiddelden, standaardfouten en aantallen  
N=112

Het is duidelijk dat het effect van de huisartsenposten groot is: het aantal uren dat de huisarts besteed aan diensten is ruim 60% lager dan dat van de huisartsen die bij een waarneemgroep zijn aangesloten. Opvallend is ook dat de verschillen tussen voltijders en deeltijders veel kleiner zijn wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen waarneemgroepen en huisartsenposten. Overigens zijn de diensten op de huisartsenposten wel drukker dan die voor waarneemgroepen omdat voor een groter gebied wordt waargenomen.

Wanneer we er vanuit gaan dat een senior-huisarts die in een huisartsenpost werkt 4,73 uren diensten draait en een senior in een waarneemgroep 17,74 (zoals in tabel A6) dan zou het aantal door jonge huisartsen op te vangen uren met een half uur afnemen bij een toename van 10% seniorartsen die in een huisartsenpost werkt. Wanneer 80% van de senioren aan een huisartsenpost verbonden is zou dat betekenen dat er nog 2,83 uur per week is op te vangen door jonge artsen. De “oorspronkelijke” diensten van de jonge huisartsen nemen echter ook af bij meer huisartsenposten zodat het ene het ander compenseert. De bovenste lijn in figuur A1 geeft het totaal aantal uren dat jonge artsen diensten moet draaien bij een bepaald percentage artsen in huisartsenposten, de extra op te vangen diensten meegerekend. Bij 80% huisartsenposten is dat ruim zes uur. Er is in deze berekening geen onderscheid gemaakt tussen voltijders en deeltijders. De reden hiervoor is dat wanneer onderverdeeld zou worden naar huisartsenposten en waar-

neemgroepen én leeftijd én voltijders en deeltijders de steekproefcellen onvoldoende gevuld zijn.

Figuur A1: Afname van aantal op te vangen uren bij toename van senioren die in huisartsenposten werken



#### Conclusie

Op grond van de cijfers die hierboven zijn gepresenteerd kan slechts een ruwe schatting worden gedaan van de capaciteit die nodig is om senioren die vrijgesteld zijn van diensten te vervangen (zo'n vier tot acht uur). De vraag in hoeverre deze capaciteit beschikbaar is hangt echter niet alleen af van aantallen uren maar ook van de bereidheid onder jonge artsen om dit gat op te vullen.

De huisartsenposten hebben ruimte geschapen en het aantal diensten sterk teruggedrongen en mogelijk zal het gat dat de senioren achter laten minder groot blijken te zijn. Iets dat echter buiten beschouwing is gebleven is dat de huisartsenposten momenteel sterk ter discussie staan. Met name aan de patiëntkant kleven er nadelen aan huisartsenposten en volgens sommigen gaat grootschaligheid ten koste van de kwaliteit. Het is daarom niet ondenkbaar dat het aantal huisartsenposten de komende jaren weer zal afnemen en meer huisartsen terug gaan naar de traditionele waarneemgroepen.

#### A.4 Berekening van het winstpotentieel

In de vorige paragraaf zagen we dat huisartsen in de leeftijd van 50 t/m 54 jaar gemiddeld 12,0 uren ANW-diensten per week draaien. Huisartsen ouder dan 55 jaar doen dat gemiddeld 13,4 uren per week. Er moet dus gemiddeld  $(12,0 \cdot 1.720) + (13,4 \cdot 1.770) = 44.358$  ANW-diensten per week worden opgevangen.

Zouden alleen de artsen boven de 55 jaar van ANW-diensten worden vrijgesteld dan levert dit gemiddeld 85 huisartsen per jaar, overeenkomend met 3.400 uren per week, op. Er moeten dan gemiddeld 1770 huisartsen worden vrijgesteld en dus  $13,4 * 1.770 = 23.718$  uren aan ANW-diensten per week worden opgevangen.

In HAPs ligt het aantal uren dat ANW-diensten moeten worden gedraaid veel lager dan in ander situaties. Het is waarschijnlijk niet voor alle huisartsen mogelijk om in een HAP deel te nemen, omdat dit in sommige gebieden met een lage bevolkingsdichtheid en/of met weinig huisartsen niet haalbaar is. We hebben toch het hypothetische geval dat alle huisartsen in een HAP werkzaam zijn doorgerekend, om te kijken hoeveel uren er dan opgevangen moeten worden en hoe dit zich verhoudt tot de te behalen winst. In een HAP worden oudere artsen gemiddeld 4,7 uren ANW-diensten per week gedraaid. Er moeten dus, als alle huisartsen boven de 50 jaar worden vrijgesteld van deze diensten gemiddeld:  $4,7 * 3.490 = 16.403$  uren worden opgevangen. Als alleen de artsen van boven de leeftijd van 55 worden vrijgesteld moet gemiddeld:  $4,7 * 1.770 = 8.319$  uren aan ANW-diensten worden opgevangen.

In tabel A8 worden deze uitkomsten nog een keer samengevat.

Tabel A8: Aantal op te vangen en te winnen uren per week bij verschillende leeftijdsgrenzen

Leeftijd vrijstelling ANW-diensten	Aantal op te vangen uren werkelijke situatie in 2001	Aantal op te vangen uren als 100% werkzaam is in HAP	Maximaal aantal te winnen uren
>50 jaar	44.358	16.403	5.200
>55 jaar	23.718	8.319	3.400

In tabel A9 staan de gegevens in termen van huisartswerkjaren. Er is berekend hoeveel fulltime (40 uur) werkende waarnemers er nodig zouden zijn om de ANW-diensten te draaien van de huisartsen boven een bepaalde leeftijdsgrens en hoeveel huisartswerkjaren daar maximaal mee te winnen zouden zijn.

Tabel A9: Op te vangen en te winnen huisartswerkjaren per jaar, bij 40-urige werkweek en verschillende leeftijdsgrenzen

Leeftijd vrijstelling ANW-diensten	Aantal op te vangen werkjaren situatie in 2001	Aantal op te vangen werkjaren per jaar als 100% werkzaam in HAP	Maximaal te winnen werkjaren per jaar
>50 jaar	1.109	410	130
>55 jaar	593	208	85

In deze tabellen is alles berekend gebaseerd op de veronderstelling dat huisartsen één jaar later uitstromen dan gepland. Als huisartsen hun vertrek meer dan een jaar uitstellen is er vanzelfsprekend meer te winnen.

Nu gaan we na wat de gevolgen zijn als huisartsen het stoppen met werken meerdere jaren uitstellen. In tabel A10 staat beschreven wat er opgevangen moet worden en wat er gewonnen kan worden per jaar dat huisartsen later uitstromen dan gepland.

Het aantal op te vangen werkjaren is alleen lager dan het aantal te winnen werkjaren, als alle huisartsen deel kunnen nemen in een HAP en als zij, bij een leeftijdsgrens van 50 jaar, tenminste 4 jaar langer blijven of tenminste 3 jaar bij een leeftijdsgrens van 55 jaar.

Tabel A10: Op te vangen en te winnen huisartswerkjaren per jaar, bij 40-urige werkweek en verschillende leeftijdsgrenzen

Leeftijd vrijstelling ANW-diensten	Aantal jaren later uitstromen	Op te vangen in werkjaren per jaar niet in HAP	Aantal op te vangen werkjaren per jaar als werkzaam in HAP	Maximaal te winnen in werkjaren per jaar	Winstpotentieel als werkzaam niet in HAP in werkjaren per jaar	Winstpotentieel als werkzaam in HAP in werkjaren per jaar
>50 jaar	1	1.109	410	130	-979	-280
	2	1.151	425	260	-726	-165
	3	1.193	441	390	-803	-51
	4	1.235	456	520	-715	64
	5	1.277	471	650	-625	179
>55 jaar	1	593	208	85	-508	-123
	2	621	218	170	-451	-48
	3	650	228	255	-395	27
	4	678	238	340	-338	102
	5	707	248	425	-282	177

#### *Hogere uitstroom*

Dat het aantal op te vangen werkjaren zoveel hoger ligt dan het aantal jaren dat gewonnen wordt door invoering van een seniorenbeleid laat zich verklaren door het feit dat er eigenlijk helemaal niet zoveel huisartsen uitstromen in de leeftijdscategorieën; er is dus helemaal niet zoveel te winnen. Als het aantal te winnen huisartswerkjaren hoger zou zijn, zou er wel eerder een punt bereikt kunnen worden waarbij de kosten voor de vervangen lager uitvallen dan de baten van het langer blijven werken. Het aantal te winnen huisartswerkjaren is gelijk aan de uitstroom en deze uitstroom zou groter kunnen worden door bepaalde ontwikkelingen, zoals de uitkering van het goodwillfonds in 2003. De verhouding tussen het aantal artsen dat toch al bleef werken en het aantal artsen dat uit zou stromen verandert dan, het aantal op te vangen uren verandert niet. Het omslagpunt wordt dus bereikt als de uitstroom gelijk is aan het aantal op te vangen huisartswerkjaren, zoals in kolom 3 en 4 van tabel 5 staat vermeld.

#### *Tot slot*

Een eerste, grove, inschatting laat zien dat zowel bij het vrijstellen van huisartsen ouder dan 50 jaar als bij 55 jaar het aantal op te vangen uren het maximaal aantal te winnen uren flink overschrijdt. Alleen als alle artsen in een HAP deelnemen zou wanneer hun vertrek met tenminste 4 (>50 jaar) en 3 jaar (>55 jaar) wordt uitgesteld, het aantal op te vangen uren beneden het aantal te winnen uren liggen. Er moet echter wel rekening gehouden worden met het effect van het beleid als alle artsen in een HAP werken, omdat in een HAP het aantal te draaien ANW-diensten al veel lager ligt dan in andere situaties

zal het vrij worden gesteld van die uren een kleiner effect hebben op het uitstellen van het moment waarop een arts met de praktijk stopt. Het zal overigens nooit voorkomen dat alle artsen deelnemen aan een HAP, omdat een HAP niet overal gerealiseerd zal kunnen worden. Daarbij moet ook nog worden bedacht dat bij de berekening ervan uit is gegaan dat de uitstroom tot 0 wordt gereduceerd. Dit zal in de praktijk waarschijnlijk niet haalbaar zijn, omdat ANW-diensten niet de enige reden zijn waarom huisartsen stoppen. Het gaat om een maximumschatting, waarbij geen rekening is gehouden met uitstroom door bijvoorbeeld overlijden. Het aantal gewonnen uren zal dus lager uitpakken dan hier is berekend.

## Literatuur

Grielen, S.J., S. Beekhoven, D.H. de Bakker 1999; *een grootschaliger dienstenstructuur van huisartsenzorg in Rotterdam: De invoering van centrale huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming*. Utrecht: NIVEL.

Intomart. Resultaten bij: Visser J. De handdoek in de ring. Medisch Contact 2002; 57 (36).

Velden LFJ van der, Heiligers Ph, Hingstman L. Vaarwel praktijk. Cijfers over uitstromende huisartsen. Medisch contact 2002; 57: 1287-90.

Velden LFJ van der, Hingstman L. Vraag en aanbod huisartsen. Utrecht: NIVEL 2001.





## Bijlage B

### Vraagstelling

Wat zijn de kosten van het overnemen van ANW-diensten van oudere huisartsen en wat zijn de potentiële besparingen, onder andere in de opleidingsfeer?

De kosten van de beoogde maatregel bestaan uit de kosten van de vervangingsuren tegen waarneemtariet. In Bijlage A zijn deze vervangingsuren op jaarbasis weergegeven onder de genoemde 2\*5 scenario's. Voor de overzichtelijkheid worden in tabel B.1 de vervangingsuren nogmaals weergegeven.

Tabel B1: Vervangingsuren in huisartswerk jaren onder verschillende scenario's

Leeftijd vrijstelling ANW-diensten	Aantal jaren later uitstromen	Op te vangen in werkjaren per jaar uitgaande van werkelijk situatie 2001	Aantal op te vangen werkjaren per jaar als 100% werkzaam in HAP	Maximaal te winnen in werkjaren per jaar
>50 jaar	1	1.109	410	130
	2	1.151	425	260
	3	1.193	441	390
	4	1.235	456	520
	5	1.277	471	650
>55 jaar	1	593	208	85
	2	621	218	170
	3	650	228	255
	4	678	238	340
	5	707	248	425

Bij de berekening van de jaarlijkse kosten van vervanging is uitgegaan van een waarneemtariet van € 68 per uur (zie Bijlage C) en een huisartswerkjaar dat bestaat uit 45 werkweken van 40 uur.

Voor het eerste scenario (vrijstelling van 50 jaar, 1 jaar later uitstromen, uitgaande van de werkelijke regeling van de diensten in 2001) is de berekening van de jaarlijkse kosten dus:

$1.109 \text{ huisartswerk jaren} * 45 \text{ werkweken per jaar} * 40 \text{ uur per week} * € 68 =$   
€ 50.184.000

Tabel B2: Kosten van vervangingsuren onder verschillende scenario's

Leeftijd vrijstelling ANW-diensten	Aantal jaren later uitstromen	Dienstenregeling zoals werkelijk in 2001	Hypothetische diensten- regeling: 100% in HAP
>50 jaar	1	€ 135.741.600	€ 50.184.000
	2	€ 140.882.400	€ 52.020.000
	3	€ 146.023.200	€ 53.978.400
	4	€ 151.164.000	€ 55.814.400
	5	€ 156.304.800	€ 57.650.400
>55 jaar	1	€ 72.583.200	€ 25.459.200
	2	€ 76.010.400	€ 26.683.200
	3	€ 79.560.000	€ 27.907.200
	4	€ 82.987.200	€ 29.131.200
	5	€ 86.536.800	€ 30.355.200

## Bijlage C

### Vraagstelling

*In hoeverre maken huisartsen op dit moment al gebruik van de mogelijkheid zich uit te kopen van het draaien van diensten?*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn er vijf sleutelpersonen verspreid over het land telefonisch benaderd. Deze personen waren allemaal goed op de hoogte van hoe de situatie in een bepaalde regio of huisartsenpost was. Drie van deze sleutelpersonen zijn coördinator van één of meer huisartsenposten, één sleutelpersoon is directeur van een overkoepelende organisatie waaronder tien huisartsenposten vallen. Daarnaast is het DHV in Amsterdam benaderd over het Amsterdamse achterstandsbeleid. Een meerderheid van de Nederlandse huisartsen is inmiddels aangesloten bij een huisartsenpost bovendien maakt een grootschalige dienstenstructuur een lokaal seniorenbeleid gemakkelijker mogelijk dan wanneer gewerkt wordt in waarneemgroepen. Om die reden zijn huisartsenposten benaderd en zijn waarneemgroepen buiten beschouwing gelaten.

De volgende informatie kwam uit deze gesprekken naar voren:

Het uurtarief voor het draaien van diensten is landelijke vastgesteld op € 45,38 een huisarts kan er voor kiezen zijn diensten te ‘verkopen’. Wanneer een arts zijn diensten verkoopt wordt hij wel gewoon betaald voor zijn diensten, hij huurt echter een waarnemer in die deze diensten voor hem gaat draaien. Deze waarnemer moet de huisarts zelf betalen. De waarneemtarieven zijn niet landelijk vastgesteld, zij kunnen variëren per regio, waarnemer en per type dienst (soms zijn nachtdiensten duurder dan weekenddiensten). Uiteraard zijn de waarneemtarieven doorgaans hoger dan het gewone dienstentarief. Over het algemeen liggen de waarneemtarieven tussen 1,5 à 2 keer het normale dienstentarief. Er worden tarieven genoemd van € 59,- in Limburg, € 46 tot €60,- in de Gooi en Vechtstreek, € 68,- in Noord-Kennemerland tot € 90,- in Amsterdam. In Amsterdam wordt veel gebruik gemaakt van het verkopen van diensten, hier bestaat namelijk een soort van seniorenbeleid voor artsen in achterstandsgebieden.

De situatie in Amsterdam is vrij uitzonderlijk, elders in het land moeten huisartsen doorgaans zelf de kosten van een waarnemer betalen. Het verkopen van diensten is redelijk gangbaar, in Noord-Kennemerland maken met name de oudere huisartsen hier wat vaker gebruik van. De situatie in Amsterdam uitgezonderd komt een plaatselijke regeling voor senioren weinig voor. Bij sommige huisartsenposten vindt de inroostering van artsen plaats op grond van praktijkgrootte en soms wordt daarbij het percentage ziekenfonds-patiënten meegenomen (bijvoorbeeld in Noord-Kennemerland), op andere plekken, bijvoorbeeld in Den Haag, draait iedere arts evenveel diensten. Er wordt doorgaans geen onderscheid gemaakt tussen oudere en jongere artsen. Wel worden er regelmatig afspraken gemaakt binnen HAGRO's over de verdeling van diensten. Hierbij draaien ouderen soms wat minder diensten net als bijvoorbeeld zwangere artsen.

Over het algemeen speelt de huisartsenpost een beperkte rol bij het verkopen van diensten. Meestal is er een lijst met waarnemers beschikbaar, de arts kan het dan verder zelf regelen met de waarnemer. Beslissingen over de verdeling van diensten vinden meestal binnen de HAGRO plaats. Het antwoord op de vraag in hoeverre er momenteel gebruik wordt gemaakt van het verkopen van diensten luidt: het gebeurt, het is vrij gebruikelijk maar komt ook weer niet erg veel voor, daarnaast verschilt het per regio en per HAGRO.

### ***Het seniorenbeleid in Amsterdam***

In Amsterdam bestaat er een seniorenbeleid voor huisartsen in 'erkende achterstandsgebieden'. Er zijn 200 huisartsen in achterstandsgebieden in Amsterdam waarvan er ongeveer 80 ouder dan 50 zijn. Huisartsen tussen de 50 en 55 jaar kunnen de helft van hun nachtdiensten verkopen, 55+ers kunnen alle nachtdiensten verkopen. Dit alles wordt betaald vanuit het achterstandsfonds.

In Amsterdam was dit systeem te realiseren omdat daar alle huisartsen deelnemen aan een centrale dienstengroep. Het betalen van een waarnemer kost in Amsterdam zoals gezegd € 90 per uur, wat relatief duur is. Er wordt bemiddeld tussen de oudere arts en de waarnemer. Bij een normpraktijk draait men zo'n acht tot negen nachtdiensten per maand. Wie vullen al die vrij gekomen diensten dan op? Ongeveer 50% van deze waarnemers zijn jonge huisartsen die nog niet zo lang geleden van de opleiding zijn gekomen, 35% zijn huisartsen met een eigen praktijk die het er bij doen, 15% zijn artsen die hun praktijk hebben opgegeven en nog een paar jaar diensten draaien alvorens het vak uit te gaan. Amsterdam heeft een redelijk luxe positie, er zijn twee huisartsenopleidingen en dus relatief veel jonge huisartsen waardoor het vinden van waarnemers daarom relatief gemakkelijk is.

Een bron van ergernis onder huisartsen buiten achterstandsgebieden is overigens dat de ene huisarts wel voor deze regeling in aanmerking komt en de andere niet (omdat hij niet in een 'erkend achterstandsgebied' praktijk houdt).

### ***Overzicht gegevens huisartsenposten:***

#### *Huisartsenpost Noord-Kennemerland te Alkmaar*

- 93 huisartsen aangesloten.
- De helft van de artsen ouder dan 50.
- Er bestaat een formule voor het aantal uren dat iedere huisarts ingeroosterd wordt. Hierbij wordt de praktijkgrootte en het percentage ziekenfondspatiënten meegewogen. Leef-tijd speelt geen rol.
- De post heeft een lijst van waarnemers maar de arts moet dit zelf regelen.
- Het verkopen van diensten gebeurt vrij veel. Vooral de ouderen maken er gebruik van.
- Binnen sommige huisartsenpraktijken regelen de artsen wat met elkaar, bijvoorbeeld ouderen of zwangeren worden ontzien.

#### *Huisartsenpost Noord Limburg en Midden Limburg*

- Bij de huisartsenpost NL zijn 103 huisartsen aangesloten, bij ML ongeveer 100.
- Onbekend hoeveel 50+ zijn “zal ongeveer overeenkomen met het landelijk gemiddelde”.
- De HAGRO bepaalt hoeveel diensten elke arts draait. Meestal gaat dat naar aantal patiënten. De regels verschillen per HAGRO.
- Enkele huisartsen verkopen hun diensten. De HAP heeft wel een lijst met waarnemers maar de artsen moeten dit zelf regelen.
- Een waarnemer kost €59,- per uur in Limburg.

#### *Huisartsenposten in Den Haag*

- Er zijn in Den Haag drie huisartsenposten, in januari 2003 komt er nog een bij voor de weekenddiensten.
- Bij de drie posten samen zijn 310 huisartsen aangesloten. Het waarneemtariet wisselt, er is geen vast bedrag voor.
- De DHV regelt met de huisartsen waarnemers als ze hun diensten willen verkopen, de huisartsenposten spelen hierin geen rol.
- Alle artsen worden ingeroosterd voor een even groot aantal diensten, dit gaat dus niet naar praktijkgrootte. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen oudere en jongere huisartsen.

#### *Dienstenstructuur Utrecht*

- Er vallen tien huisartsenposten onder dienstenstructuur
- In totaal zijn er 600 huisartsen aangesloten in de Gooi en vechtstreek
- Waarneemtarieten variëren tussen € 46€ en de € 60.
- Er is nergens een seniorenbeleid, wel zijn er individuele afspraken gemaakt binnen HAGRO's, dit gebeurt niet veel.

***De informatie over Amsterdam is uitgebreid in de tekst beschreven.***



## Bijlage D

### Vraagstelling

*Wat zijn de motieven van huisartsen om te stoppen met werken en welke rol speelt het draaien van diensten hierin?*

### Aanpak

Er zijn verschillende redenen waarom artsen het huisartsenvak verlaten. In de eerste plaats is er de normale, leeftijdgebonden, uitstroom. Er kunnen verschillende motieven zijn om eerder te stoppen met werken, en vaak zullen meerdere motieven een rol spelen. Nagegaan is wat er bekend is met betrekking tot stopmotieven en welke rol het draaien van ANW-diensten speelt in het nemen van de beslissing om te stoppen op een lage pensioenleeftijd.

Naar verwachting zal 13% van de huisartsen in de periode 2000-2010 het vak verlaten vanwege leeftijd. Daarnaast verlaat nog een groep het vak om andere redenen dan leeftijd, waardoor de verwachte totale uitstroom deze tien jaar ongeveer 35% is (Hingstman, Kenens 2001).

### Literatuur

In tabel D1 staan de gegevens die uit onderzoek door de KNMG (2001), Post e.a. (2002), Intomart (2002) en Obelon (Goudswaard, Standaart en Tiggelman 2002) naar voren zijn gekomen. Het onderzoek uitgevoerd door het KNMG betreft een panelonderzoek onder 217 huisartsen (leden van het KNMG). Post e.a. (2002) deden onderzoek onder 425 huisartsen in Drenthe, Zwolle/Flevoland en Zaanstreek/Waterland om inzicht te krijgen in de problematiek van het huisartsentekort. Intomart heeft samen met Medisch Contact met behulp van een enquête onderzocht in hoeverre artsen er gehoor aan geven om na hun 60ste door te blijven werken. De enquête werd ingevuld door 357 huisartsen. Bureau Obelon rapporteert naar aanleiding van een enquête binnen de DHV Rijnland Midden-Holland onder 263 huisartsen, met als doel het verzamelen van feitenmateriaal over de vestigingssituatie en een prognose van capaciteit en ondersteuningsvragen.

In de vier onderzoeken wordt de werkdruk genoemd als negatief aspect van het werk en als stopreden. Bij de KNMG onderzoek wordt de werkdruk door alle artsen genoemd als reden voor het regelmatig niet meer zien zitten van het werk. Verder kan geconcludeerd worden dat niet direct patiëntgebonden taken (administratie, bureaucratie, etc.) negatief worden ervaren. Als een van de redenen die worden genoemd om te stoppen zien we ook een vervroegd pensioen. Post noemt de goede pensioenregeling als belangrijke reden om eerder te stoppen. Wat betreft de factoren die ervoor zouden kunnen zorgen dat artsen terugkomen op hun beslissing om eerder te stoppen zien we dat dit vooral een combinatie is van verschillende factoren, die in mate van belang nauwelijks van elkaar verschillen.

Als we specifiek gaan kijken naar de ANW-diensten en de rol die ze spelen bij het werken en stoppen met werken kunnen we concluderen dat deze diensten een rol spelen bij de toegenomen werkdruk, maar dat het niet de belangrijkste oorzaak lijkt te zijn. ANW-diensten worden als belastend ervaren en zijn als zodanig belangrijk in de beslissing om eerder te stoppen. De diensten worden als belastend ervaren vanwege de aanslag op het privé-leven, de combinatie met het (praktijk)werk overdag, de oneigenlijke hulpvragen, het eisende gedrag van patiënten en de psychische druk (Van der Plas en Höppener, 2001). Het niet minder of helemaal niet meer hoeven draaien van ANW-diensten is belangrijk om terug te komen op de beslissing om eerder te stoppen. Uit het KNMG-onderzoek blijkt verder nog dat artsen in de leeftijd van 46 tot 60 jaar een goed salaris belangrijker vinden voor het werkplezier dan de jongere artsen.

Tabel D1: Overzicht van gegevens uit onderzoek naar motieven om te stoppen met werken

	KNMG (N=217)	Post (N=425)	Intomart (N=357) (belangscore 1-5)	Obelon (N=263)
negatieve factoren bij werk	Hoge werkdruk (100%) dreigende claims (33%)	administratie (82%) hoge werkdruk (77%) druk van patiënten door wachtlijsten (74%) veel werk, weinig geld (69%)		werkdruk
oorzaken toename werkdruk		bureaucratie (77%) toenemende vraag naar informatie (51%) ANW-diensten (49%)		administratieve taken mondigheid patiënt
stopredenen		vervroegd pensioen (26%) hoge werkdruk (24%)	hoge werkdruk (4,0) veel papierwerk (3,9) ANW-diensten zijn belastend (3,7) organisatorische problemen (3,6)	
redenen om door te werken			prettige werksituatie (4,3) inhoudelijk uitdagend werk (4,2) nog gezond zijn (4,1) contact met patiënten (4,0)	
veranderen mening om te stoppen		liefde voor het vak (30%) contact met patiënten (26%) contact collegae (18%) opvang huisartsen tekort (17%)	minder of geen ANW-diensten (4,3) nog gezond zijn (4,2) minder papierwerk (4,0) geen organisatorische problemen (4,0)	Vrijstelling ANW-diensten



## Hoe belastend zijn diensten?

In de eerder genoemde huisartsenenquête uit de 2e Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (zie bijlage A) is gevraagd in hoeverre de huisartsen de diensten als belastend ervaren. Dit kon aangegeven worden op een schaal van 1 (niet belastend) t/m 5 (zeer belastend). Ruim de helft van de huisartsen scoorde een 4 of een 5 op deze schaal. Hieruit, en dit is ook bekend uit eerder onderzoek, kunnen we concluderen dat de diensten over het algemeen als behoorlijk belastend worden ervaren. Er zijn nauwelijks artsen die aangaven de diensten niet belastend te vinden.

In tabel D2 worden de percentages naar antwoordcategorie van deze vraag weergegeven uitgesplitst naar leeftijd. Opmerkelijk is dat de leeftijdscategorie van 45 t/m 49 jaar het hoogst scoort: twee derde geeft een 4 of een 5, bij de andere categorieën is dit de helft of minder. De oudere artsen ervaren de diensten niet vaker als belastend dan de jongere.

Tabel D2: Hoe ervaart u de diensten in het algemeen ? (niet belastend tot en met zeer belastend) (naar leeftijd) N=122

	Tot en met 39 jr (n=22)	40 t/m 44 jr (n=23)	45 t/m 49 jr (n=36)	50 t/m 54 jr (n=28)	55+ (n=11)	Totaal (n=122)
1 niet belastend	4,5%	4,3%				1,7%
2	9,1%	21,7%	19,4%	14,3%	18,2%	16,7%
3	36,4%	26,1%	13,9%	39,9%	36,4%	28,3%
4	40,9%	43,5%	52,8%	39,3%	36,4%	44,2%
5 zeer belasten	9,1%	4,3%	13,9%	7,1%	9,1%	9,2%

In tabel D3 zijn de antwoorden op de vraag hoe de diensten worden ervaren nog eens weergegeven maar nu uitgesplitst naar huisartsen die werken binnen een huisartsenpost en huisartsen die binnen een waarneemgroep werken. Twee artsen hebben deze vraag niet beantwoord. Tussen deze twee groepen is een behoorlijk sterk verschil waarneembaar. De huisartsen die binnen een waarneemgroep werken ervaren de diensten in sterkere mate als belastend dan de huisartsen die binnen een huisartsenpost werken. Minder dan een derde van de huisartsen die binnen een huisartsenpost werken geven een 4 of een 5, bij de huisartsen die in een waarneemgroep werken is dit ruim twee derde. Ruim 38% van de huisartsenpost-artsen geeft een 1 of een 2 terwijl dit bij de waarneemgroep-artsen slechts 7,4% is. Er blijken nauwelijks verschillen te zijn tussen voltijd- en deeltijd werkende artsen.

Tabel D3: Hoe ervaart u de diensten in het algemeen (niet belastend tot en met zeer belastend) (huisartsenposten vergeleken met waarneemgroepen) N=110

	Huisartsenpost (N=42)	Waarneemgroep (N=68)
1 niet belastend	2,4%	1,5%
2	35,7%	5,9%
3	31%	25%
4	23,8%	57,4%
5 zeer belastend	7,1%	10,3%

Deze gegevens worden bevestigd in onderzoek waarin de ervaren werkbelasting na de invoering van huisartsenposten voor en na de invoering van deze posten is onderzocht. Zowel in Rotterdam als in Nijmegen werd gevonden dat de huisartsen na invoering van die post de diensten als veel minder belastend zijn gaan ervaren. Ook worden er veel minder knelpunten, zoals het beslag op het gezinsleven en hoge frequentie van dienst, ervaren door de deelnemers dan door de niet-deelnemers. Voor de deelnemers in afname van knelpunten tussen 1998 en 2000 te zien (Grielen e.a., 1999; Giesen e.a. 2002). Huisartsenposten zijn voor de huisartsen blijkbaar een middel dat werkdruk aanzienlijk kan verlichten.

### Diensten in het buitenland

Voor een deel wordt de door huisartsen ervaren werkdruk bepaald door de werkzaamheden buiten kantooruren. Dit blijkt ook in het buitenland een punt te zijn waar oplossingen voor worden gezocht.

In 1992 zijn in Denemarken "out-of-hours"-regio's samengesteld waarbinnen door huisartsen in samenwerking met de verzekeraar de zorgverlening wordt geregeld. Een regio heeft een coördinatiecentrum waar vanuit voor een groot gebied wordt waargenomen (50.000 tot 600.000 personen). Er vindt een telefonische triage plaats, dit mag alleen gedaan worden door volledig opgeleide huisartsen. De artsen worden per verrichting betaald, met een verschillend tarief voor verschillende typen zorg (telefonisch, huisbezoek etc.). Huisartsen hebben een keer in de 35 nachten dienst en een keer in de 15 avonden. Een dienst duurt meestal acht uur. Op de meeste plaatsen is het mogelijk om helemaal vrij te zijn van deze diensten, omdat jongere artsen bereid zijn vaker diensten te draaien en zo hun inkomen te verhogen. Het percentage huisartsen dat helemaal geen diensten meer draait was tussen 1990 en 1993 toegenomen van 25% naar 36% (Bondo Christensen en Olesen, 1998). De werkdruk is na invoering van deze regeling sterk afgenomen. De invoering ging overigens samen met een algemene hervorming van de betaling van artsen waardoor ze meer zijn gaan verdienen.

Hallam (1994) concludeert in literatuuronderzoek over diensten van huisartsen buiten kantooruren in Engeland dat het niet waarschijnlijk is dat weerstand tegen 24-uurs diensten alleen het resultaat is van de tijd die men oproepbaar moet zijn. Veranderingen in het draaien van diensten zullen weinig invloed hebben op het blijven werken, als niet ook iets wordt gedaan aan de werkdruk, stress en ontevredenheid.

## Tot slot

Factoren die van invloed zijn om te stoppen en factoren die de mening van artsen kunnen veranderen zodat zij toch langer dan gepland door gaan met werken verschillen. Voor huisartsen die van plan zijn op of voor hun 60-ste te stoppen is het belangrijk dat zij minder of geen ANW-diensten zouden hoeven draaien om van mening te veranderen. Werkdruk in het algemeen speelt een belangrijke rol in de beslissing om te stoppen. Het ontlasten van huisartsen door taken te delegeren lijkt een voor de hand liggende oplossing. Op die manier kan het huisartsenvak ook aantrekkelijker gemaakt worden (De Melker, 2002).

ANW-diensten worden door alle artsen, ongeacht hun leeftijd, als belastend ervaren. Ook in het buitenland worden de diensten als belastend ervaren en wordt naar oplossingen gezocht. Andere regelingen met betrekking tot het draaien van diensten kunnen de werkdruk verlagen. Als de werkdruk afneemt dit tot gevolg hebben dat artsen langer doorgaan met werken.

## Literatuur

Bondo Christensen M, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *British Medical Journal* 1998; 316: 1502-5.

Giesen P, Hiemstra N, Mokkink H, Haan J de, Grol R. Tevreden over diensten. *Medisch Contact* 2002; 57: 1657-60.

Goudswaard JL, Standaart CA, Tiggelman ECM. Het district in beeld als basis voor een ontwikkelingstraject. Rapportage naar aanleiding van een enquête binnen de DHV Rijnland Midden-Holland. 2002 Rotterdam: Bureau Obelon.

Grielen SJ, Beekhoven S, Bakker DH de. 1999; een grootschaliger dienstenstructuur van huisartsenzorg in Rotterdam: De invoering van centrale huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming. Utrecht: NIVEL.

Hallam L. Primary medical care outside normal working hours: review of published work. *British Medical Journal* 1994; 308: 249-53.

Hingstman L, Kenens R., Windt W van der, Talma HF, Meihuizen HE, Voogd-Hamelink AM. Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001: hoofdrapport. Utrecht: NIVEL Prismant Osa 2001

Intomart. Resultaten bij: Visser J. De handdoek in de ring. *Medisch Contact* 2002; 57 (36).

KNMG ledenpanel 6e editie. Amsterdam: Noordam & DeVries bv. 2001.

Melker RA de. De gemotiveerde huisarts. De lat moet lager: minder taken, betere uitvoering. *Medisch Contact* 2002; 57 : 537-41.

Plas WH van der, Höppener P. Bij nacht en ontij. Grootschalige waarneemregeling werkt. Medisch Contact 2001; 56: 371-4.

Post D, Calkhoven JE, Krol B, Dijkstra M, Groothoff JW. Groeiend ongenoegen. Een onderzoek onder huisartsen. Medisch Contact 2002; 57: 63-5.

## Bijlage E

### Vraagstelling

In hoeverre is capaciteit beschikbaar om huisartsen te vervangen indien zij worden vrijgesteld van diensten? Vraag hierbij is ook in hoeverre vervanging het beschikbare potentieel van huisartsen aantast.

### Aanpak

In bijlage A is berekend hoeveel uren vervanging nodig zijn om huisartsen boven de 50 respectievelijk 55 jaar vrij te stellen van diensten (zie tabel E1). In deze paragraaf wordt nagegaan of er capaciteit voldoende is om die vervanging te realiseren. Daarbij zijn twee mogelijkheden onderscheiden: vervanging door jongere, reeds gevestigde huisartsen en vervanging door nog niet gevestigde waarnemers.

### Vervanging door jongere, gevestigde huisartsen

Het aantal uren dat zal moeten worden opgevangen als alle huisartsen boven een bepaalde leeftijd worden vrijgesteld van diensten zou kunnen worden opgevangen door de huisartsen die jonger zijn (tabel E1). Er zijn 5009 huisartsen jonger dan 50 jaar en 6757 huisartsen jonger dan 55 jaar. Zij zouden als alle huisartsen ouder dan 50 jaar vrijgesteld worden van ANW-diensten 3,3 uur of 5,9 uur per week extra moeten werken afhankelijk of uitgegaan wordt van een situatie waarbij alle huisartsen deelnemen in een HAP of niet. Bij een leeftijdsgrens van 55 jaar is het respectievelijk 1,2 en 3,5 uur per week.

Tabel E1: Aantal op te vangen uren per week bij verschillende leeftijdsgrenzen en aantal uren dat extra gewerkt zou moeten worden door artsen onder de leeftijdsgrens

Leeftijd vrijstelling ANW-diensten	Aantal op te vangen uren, werkelijke situatie in 2001	Aantal op te vangen uren als 100% werkzaam in HAP	Aantal huisartsen die jonger zijn	Aantal extra uren door jongere artsen niet in HAP	Antal extra uren door jongere artsen in HAP
>50 jaar	44.358	16.403	5009	5,9	3,3
>55 jaar	23.718	8.319	6757	3,5	1,2

Bij het bepalen van de capaciteit om de ANW-diensten van artsen boven een bepaalde leeftijd op te vangen, zal ook gekeken moeten worden naar de bereidheid van artsen om die ANW-diensten te draaien.

De nieuwe generatie huisartsen wil minder werken en privé en werk meer gescheiden houden. Een andere organisatie van diensten is dus gewenst (Ebbens, 2000). Diensten

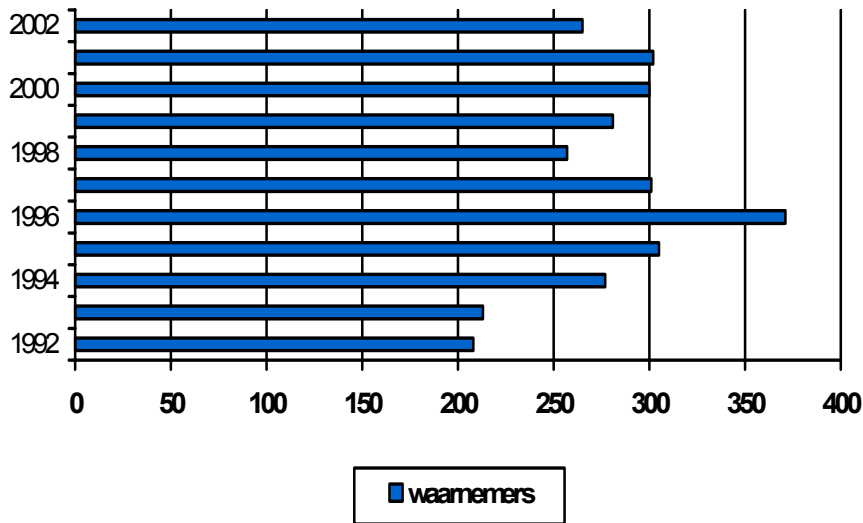
worden als belastend ervaren door hun lange duur en gebrek aan rust (Giesen, Haandrikman e.a.2000).

In haar probleemschets huisartsenzorg schrijft het NHG dat er een tendens lijkt te ontstaan tot meer parttime werken, minder mogelijkheden en bereidheid tot het draaien van lange dagen en ANW-diensten. Steeds vaker wordt door parttime werkende huisartsen aangegeven dat ze niet beschikbaar zijn buiten kantooruren (NHG, 2001). De wens tot normalisering van werktijden en de regeling van ANW-diensten hebben grote effecten op de benodigde huisartsencapaciteit. Er zijn grote veranderingen binnen de beroepsgroep aan de gang; van de huidige generatie huisartsen is 80% man, de instroom in de huisartsenopleiding bestaat nu voor 60% uit vrouwen. De nieuwe generatie heeft een grote behoefte aan flexibel werken en wil vrijheid in het doen van diensten. Deze generatie de ANW-diensten van de ouderen op laten vangen is daarom misschien niet haalbaar. Als echter gekeken wordt naar het aantal uren dat extra gedraaid zou moeten worden als alle huisartsen deelnemen aan een HAP, zou de situatie waarbij de jongere huisartsen de extra uren voor hun rekening nemen nog steeds gunstig kunnen uitpakken in vergelijking met de situatie zonder HAP. Door deelname aan een HAP daalt namelijk ook het aantal uren ANW-diensten voor de jongere artsen tot ongeveer 5,9 uren per week, zonder HAP zijn het ongeveer 10 uren. In de situatie met HAP blijft het totaal aantal uren dat door de jongere artsen gedraaid zou moeten worden onder de 10 uren per week.

## **Waarnemers**

Uit onderzoek van McKeivitt, Morgan en Hudson (1999) komt naar voren dat de vier belangrijkste redenen om als waarnemer op te treden zijn: het hebben van werk als men even geen eigen praktijk heeft, ervaring opdoen in verschillende praktijken voordat men vastzit, combineren van werk en andere verplichtingen (gezin en dergelijke) en parttime te kunnen blijven werken na pensionering. Negatieve aspecten van het werken als waarnemer zijn een lage status, ontbreken van zekerheid, en moeilijkheden bij het kunnen volgen van opleidingen. In figuur E.1 is weergegeven wat het aantal waarnemers is, dit zijn alle artsen die hebben aangegeven waarnemer te zijn. Geconcludeerd kan worden dat het aantal waarnemers de afgelopen 10 jaar redelijk stabiel is gebleven. Of dit aantal voldoende is om in de vraag naar waarnemers te voorzien is niet bekend. In brieven van artsen is te lezen dat het moeilijk is om waarnemers te vinden die buiten kantooruren (Van Dijk, 2000, Herweijer 2002). Het is dus niet waarschijnlijk dat de ANW-diensten die ten gevolge van een seniorenbeleid opgevangen zullen moeten worden door de huidige groep waarnemers gedraaid zullen worden. Buiten het ontbreken aan de bereidheid om buiten kantooruren te werken is het aantal waarnemers ook te klein om de ANW-diensten op te vangen.

Figuur E1: Aantal waarnemers onder huisartsen in afgelopen 10 jaar: 1992-2002



### Beschouwing

Diensten zijn belastend voor alle huisartsen, ongeacht hun leeftijd. Het is moeilijk om te bepalen of er voldoende capaciteit is om de oudere huisartsen vrij te stellen van diensten. Het lijkt er op dat de bereidheid tot het draaien van ANW-diensten afneemt over de hele beroepsgroep. Veranderingen in de samenstelling van de huisartsen, meer vrouwen, meer parttimers, noodzaken tot een verandering van diensten voor de hele beroepsgroep, de “nieuwe” artsen willen helemaal geen diensten draaien. Er vinden al allerlei ontwikkelingen m.b.t diensten plaats om het minder belastend te maken. Het is ook mogelijk dat, gezien de ontwikkelingen in de samenstelling van de beroepsgroep, het aantal waarnemers zal toenemen, omdat steeds meer huisartsen aangeven parttime te willen werken. Het is echter maar de vraag of er dan meer capaciteit beschikbaar komt voor het draaien van ANW-diensten, omdat deze artsen ook aangeven niet beschikbaar te zijn buiten kantooruren.

### Literatuur

Ebbens E. Het nieuwe hesje van de huisarts. *Medisch Contact* 2000; 55 (43).

Giesen, P.H.J., Haandrikman, L.G.R., Broens, S., Schreuder, J.L.M., en Mokkink, H.G.A. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? *Huisarts en Wetenschap* 2000; 43 (12).

McKevitt Ch, Morgan M, Hudson M. Locum doctors in general practice: motivation and experiences. *British Journal of General Practice* 1999; 49: 519-521.

NHG Een beschrijving van de huidige situatie van de huisartsenzorg en een analyse van de knelpunten. NHG, 2001.

## **Brieven**

Dijk AB van. Mentaliteit. Medisch Contact 2000; 55(50).

Herweijer CT. Uitstroom van huisartsen. Medisch Contact 2002; 57(5).



## Bijlage F

### Vraagstelling

*Wat is bekend over effecten (inhoudelijk en financieel) van het stoppen met werken in andere sectoren ervan uitgaande dat er geen vervanging zal zijn?*

### Inleiding

De arbeidsdeelname van ouderen in Nederland is mede het gevolg van het beleid in de jaren tachtig, dat bewust gericht was op het creëren van ruimte voor jongeren op de arbeidsmarkt. Dit is in belangrijke mate terug te voeren op de omslag in de jaren zeventig van een krappe naar een ruime arbeidsmarkt. Een van de gevolgen van het toentertijd gehanteerde beleid van een verruiming van de mogelijkheid voor oudere werknemers om vervroegd uit te treden. Vervroegde uittreding van ouderen uit het arbeidsproces werd en wordt door het gevoerde beleid als vanzelfsprekend gezien. Het gevolg hiervan is dat in de jaren tachtig en negentig veel oudere werknemers het arbeidsproces vroegtijdig vrijwillig (VUT-regelingen) of onvrijwillig (arbeidsongeschiktheids- of werkloosheidsregelingen) hebben verlaten. In tabel F1 staat de huidige arbeidsdeelname naar leeftijd weergegeven (TaskForce, 2002).

Tabel F1: Bruto arbeidsdeelname Nederland

Leeftijd	Werkenden	Leeftijd	Werkenden
15 – 19	23%	40 – 44	76%
19 – 24	64%	45 – 49	73%
25 – 29	83%	50 – 54	66%
30 – 34	80%	55 – 59	47%
35 – 39	76%	60 – 64	14%

Uit tabel F2 blijkt dat de arbeidsdeelname van ouderen in Nederland jarenlang gedaald is. Sinds de jaren negentig is er echter weer sprake van een opgaande lijn, maar deze blijft nog wel achter bij het Europese gemiddelde (NIDI, 2002).

Tabel F2: Bruto arbeidsparticipatie naar geslacht, leeftijdsgroep en jaar

Leeftijd	Geslacht	1971	1975	1981	1985	1990	1995	2000
50 – 54	Mannen	93%	89%	85%	84%	85%	85%	88%
	Vrouwen	21%	17%	26%	30%	40%	40%	49%
55 – 59	Mannen	87%	79%	72%	69%	70%	60%	70%
	Vrouwen	18%	14%	18%	19%	28%	22%	32%
60 – 64	Mannen	74%	60%	43%	33%	27%	18%	25%
	Vrouwen	12%	7%	8%	7%	9%	5%	8%

In het kader van het onderzoek naar de effecten van het seniorenbeleid voor huisartsen wordt gevraagd wat bekend is over de effecten van de het stoppen met werken in andere sectoren op het inhoudelijke en financiële vlak. Aangezien veel maatregelen die door de overheid zijn ingesteld relatief recent zijn of nog ingesteld moeten worden, is er nog weinig bekend van de effecten hiervan. De SER heeft in 1999 een advies uitgebracht naar maatregelen die van invloed (kunnen) zijn op de keuze om te stoppen met werken (SER, 1999). Er is echter nog geen onderzoek gedaan waarin de gevolgen van verschillende maatregelen getoetst zijn en uitgesplitst naar verschillende sectoren.

Wel heeft de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (Theeuwes et al, 2001) onderzocht door middel van simulaties in hoeverre financiële prikkels en aanpassing van arbeidsomstandigheden effect heeft op het later stoppen met werken.

### Aanpak

Gelet op het weinige onderzoek naar de effecten van het stoppen met werken, wordt in dit kader gekeken welke maatregelen al zijn genomen of voorgesteld om mensen te stimuleren later te stoppen met werken. In het kader van de vergrijzing van de samenleving is hier door de overheid en de sociale partners wel over nagedacht en is onderzoek gedaan naar de verschillende maatregelen die reeds zijn getroffen en zijn plannen opgesteld voor eventueel te nemen maatregelen.

Hieronder zal allereerst uiteen worden gezet hoe het seniorenbeleid van de overheid is vormgegeven en welke maatregelen door de overheid zijn genomen om de arbeidsparticipatie van oudere werknemers te stimuleren. Dit is onder andere gebeurd aan de hand van het SER-advies, waarin is nagegaan welke maatregelen door de overheid zouden kunnen worden genomen om de arbeidsparticipatie van ouderen te stimuleren. Tevens wordt kort ingegaan op een simulatiemodel van OSA (Theeuwes et al, 2001) waarin vier beleidsscenario's zijn uitgewerkt.

Naast de maatregelen die door de overheid zijn/worden ingesteld, wordt vervolgens gekeken naar de maatregelen genomen in de CAO's van verschillende sectoren, waarbij meer specifiek wordt ingegaan op de verschillen in de onderscheiden sectoren.

#### *De overheid en ouderenbeleid*

Zich bewust zijnde van de problemen in verband met de arbeidsparticipatie van ouderen heeft het kabinet in 1999 de SER gevraagd een advies uit te brengen over het te volgen beleid in verband met de bevordering van de arbeidsparticipatie van ouderen. Achter-

grond hiervan was dat nog maar een kwart van de huidige 55-plussers betaalde arbeid verricht (SER, 1999). De SER heeft een aantal beleidsmaatregelen geformuleerd, die zijn ingedeeld in vier doelstellingen. Aangezien met name de tweede doelstelling belangrijk is voor het onderliggende onderzoek, is deze verder uitgewerkt in mogelijke beleidsadviezen, zoals deze door de SER zijn geformuleerd:

1. het bevorderen van een mentaliteitsomslag, via voorlichting;
2. het mogelijk en aantrekkelijk maken van langer werken, via
  - leeftijdsbewust personeelsbeleid
  - flexibele arbeidsvoorwaarden
  - arbeidsomstandigheden
  - verlofmogelijkheden (gericht op tussentijdse loopbaanonderbreking)
  - afschaffing op termijn van de fiscale facilitering van VUT-regelingen in prepensioenregelingen)
  - invoering van premiekorting voor oudere werknemers (leeftijdsafhankelijke WW- en WAO-premie)
  - invoering van een recht op knipbepaling bij de opbouw van het aanvullend pensioen;
3. het ontmoedigen van ontslag van oudere werknemers, via
4. het bevorderen van de instroom van oudere werknemers in het arbeidsproces.

Naar aanleiding van dit SER-advies hebben de minister en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid op 14 maart 2000 de kamer ingelicht over het standpunt van het kabinet inzake de bevordering van de arbeidsparticipatie van ouderen (TK nr. 27046). De SER concludeert in haar advies dat de lage arbeidsdeelname het gevolg is van het in de jaren zeventig en tachtig gevoerde beleid ouderen uit de arbeidsmarkt te halen om de groeiende werkloosheid onder jongeren te drukken. De VUT, WW en WAO fungeerde en fungeren als gunstige uitredingsroutes (SER, 1999).

De overheid heeft in de jaren negentig reeds de voorwaarden waaronder men kon uitreden steeds minder aantrekkelijk gemaakt. Dit geldt zowel voor de arbeidsongeschiktheid, de werkloosheid als de VUT. Uit verschillende onderzoeken blijkt wel dat in de jaren negentig een kentering is gekomen in het gebruik van deze uitredingsroutes (Nyfer, 1999; Tweeuwes et al, 2001). De overheid heeft de voorwaarden voor uitreding middels de hiervoor genoemde routes aangescherpt en op die manier de arbeidsparticipatie van ouderen gestimuleerd.

Wel is de uitreding via de VUT nog steeds zeer populair. In het kader hiervan heeft de overheid laten onderzoeken of de vervanging van de VUT-regelingen door prepensioenregelingen een positief effect kan hebben op de participatiegraad van ouderen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat door de omzetting van VUT-regelingen in prepensioenregelingen de keuze tussen het al dan niet vervroegd uitreden zuiverder wordt en dat het leidt tot een gemiddeld later uitreden (Nyfer, 1999; Tweeuwes et al, 2001).

#### *OSA-onderzoek*

Hiervoor is reeds meerdere malen gerefereerd aan het onderzoek van Tweeuwes et al uit 2001 (OSA-onderzoek). In het OSA-onderzoek zijn scenario's opgesteld om te achterhalen wat het effect hiervan is op de arbeidsparticipatie. Het gaat hier te ver om uitgebreid hierop in te gaan, daarom worden hier enkel de belangrijkste totaalbevindingen

vermeld. De uitkomsten van het basismodel en de simulaties zijn gebaseerd op de kans op werk, op VUT en de kans op overig (zoals WAO en WW) in 1995, gegeven het feit dat men in 1993 werkte. Er wordt uitgegaan van een basissimulatie en er zijn vier scenario's doorgerekend. In tabel F3 staan hiervan de totaal resultaten vermeld.

Tabel F3: Totaal resultaten

	Basis-scenario	Bridge job-simulatie	VUT-simulatie	FPU-simulatie	Overig-simulatie
Kans werkend	90,9%	92,3%	92,3%	94,2%	94,5%
Kans VUT	3,7%	2,8%	2,2%	0,2%	3,8%
Kans overig	5,4%	5,0%	5,5%	5,6%	1,8%

#### *Bridge jobsimulatie*

Door de overheid wordt deze term aangeduid als demotie. Met bridge job wordt aangegeven dat de oudere werknemer een baan krijgt aangeboden die minder zwaar is dan de huidige baan. Door deze verlichting van taken en werkbelasting wordt het mogelijk een brug te slaan tussen de normale baan en geen baan. In deze simulatie is ervan uitgegaan dat mensen boven de 55 niet meer hoeven over te werken en dat de werktijd wordt verkort (>55 jaar 10% minder, >60 jaar 25% minder) tegen gelijkblijvend loon. In tabel F3 blijkt dat deze verandering tot een stijging in de arbeidsparticipatie, dat met name ten koste van de uitstroom via de VUT.

#### *VUT-simulatie*

Het VUT-scenario gaat ervan uit dat het onaantrekkelijker wordt om uit te stromen via de VUT-regeling. In deze simulatie is de VUT-uitkering verlaagd met 10%. Uit tabel F3 blijkt dat door deze regeling inderdaad weinig mensen via het VUT de arbeidsmarkt verlaat. Dit komt grotendeels ten goede aan een stijging van de arbeidsparticipatie.

#### *FPU-simulatie*

De flexibele pensioen uitkering is een meer verfijnd alternatief voor de VUT-scenario. Hierbij wordt uitgegaan van het feit dat hoe later men uittreedt, des te hoger de FPU-uitkering is. Dit loopt bijvoorbeeld bij universiteitspersoneel uiteen van 17% van het huidige inkomen voor 55-jarige tot 84% voor personen van 63 jaar en ouder. Indien het model van OSA hiermee wordt gedraaid, blijkt dat de kans dat mensen via de VUT de arbeidsmarkt verlaat nagenoeg nihil is en stijgt de arbeidsparticipatie met 3,3%.

#### *Overig-simulatie*

Er is ook een financieel scenario gedaan voor de overige uittredingsroutes. Hiervoor is in de simulatie uitgegaan van een verlaging van de uitkeringen met 10%. Zoals uit tabel F3 blijkt heeft dit een flinke verhoging van het percentage werkenden tot gevolg en dit gaat voornamelijk ten koste van het verlaten van de arbeidsmarkt door overige redenen dan VUT.

Uit de beleidssimulaties van OSA kan worden opgemaakt dat er voldoende mogelijkheden zijn om de neerwaartse trend van vervroegde uittreding om te buigen. Dit kan zowel door financiële prikkels als door een aanpassing van de arbeidsomstandigheden.

### **Sociale partners en ouderenbeleid**

Naast het beleid vanuit de overheid om de arbeidsparticipatie van ouderen te stimuleren, worden er ook in overleg met de sociale partners in de CAO's maatregelen genomen om de participatie van oudere werknemers te stimuleren.

De arbeidsinspectie heeft in 1998 en 2001 onderzoek gedaan naar de afspraken met sociale partners aangaande de arbeidsparticipatie van ouderen (Schaeps et al, 1999; Spijkerman et al, 2002). Voor beide onderzoeken waarvan het onderzoek in 2001 een herhaling was van 1998, is een deskonderzoek uitgevoerd naar de in de CAO's genoemde maatregelen. In totaal zijn 126 CAO's onderzocht waaronder 80% van de werknemers valt van alle werknemers die onder CAO's vallen. Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de afspraken tussen de sociale partners met betrekking tot het ouderenbeleid waarbij het accent van het onderzoek ligt op die afspraken die gemaakt zijn om oudere werknemers zo lang mogelijk in het arbeidsproces te houden. Hieronder zal ingegaan worden op de afspraken die gemaakt zijn op die drie punten die relevant zijn voor dit onderzoek:

- arbeidsomstandigheden;
- arbeidstijden;
- vervroegde pensionering.

#### *Arbeidsomstandigheden*

Uit het onderzoek komt naar voren dat in 14% van de onderzochte CAO's afspraken zijn gemaakt over taakaanpassingen voor oudere werknemers. De meest voorkomende leeftijd waarop men hiervoor in aanmerking komt is 55 jaar. Vanaf deze leeftijd komen mensen in aanmerking om andere taken binnen de organisatie te verrichten. Er is niet mogelijk geweest om een CAO hierover te vinden die gerelateerd kan worden aan de werkzaamheden voor huisartsen.

#### *Arbeidstijden*

In verschillende CAO's wordt aandacht besteed aan afspraken met betrekking tot de mogelijkheden voor oudere werknemers om structureel minder te gaan werken. Daarnaast zijn er veelvuldig afspraken gemaakt om oudere werknemers vrijstelling te verlenen voor het verrichten van werkzaamheden op onregelmatige tijden. Met deze afspraken wordt geprobeerd een vroegtijdige uitstroom van werknemers te voorkomen.

Uit het onderzoek van de arbeidsinspectie blijkt in 1998 dat in 51% van de onderzochte CAO's de mogelijkheid is opgenomen om structureel minder te gaan werken. In 2001 is dat percentage gestegen tot 67%. Wel blijkt dat het korter werken een negatieve uitwerking kan hebben op het loon en daarmee ook de bijbehorende pensioenopbouw.

Verder blijkt dat in 68% onderzochte CAO's afspraken zijn gemaakt op basis waarvan oudere werknemers vrijgesteld kunnen worden van een of meerdere vormen van werkzaamheden als overwerk, onregelmatige diensten, weekenddiensten en ploegendiensten. In 2001 is dit gestegen tot 76%. Dit toont aan dat steeds meer ondernemingen inzien dat het vrijstellen van dit soort werkzaamheden, aantrekkelijk is om oudere werknemers te behouden.

Om een voorbeeld te geven van CAO's, staan hieronder ter illustratie een gedeelte uit de CAO's van de Academische Ziekenhuizen en Ambulancezorg. Binnen de eerste CAO bestaat er de mogelijkheid om structureel minder te gaan werken, terwijl in de CAO voor ambulancepersoneel specifiek wordt ingegaan op de vrijstelling van ANW-diensten.

CAO Academische Ziekenhuizen 2002 – 2004

LEEFTIJDSBEWUST PERSONEELBELEID/SENIORENREGELING

"Medewerkers werkzaam in niet leidinggevende functies in de directe patiëntenzorg, waarvan de uitoefening een dermate zware belasting met zich meebrengt, dat na de leeftijd van 55 jaar een werktijdvermindering nodig is, om de uitoefening van de functie daarna op gezonde wijze voort te kunnen zetten.

Belangrijkste hoofdlijnen regeling:

- vanaf de eerste maand waarin deze medewerker 55 jaar wordt, heeft hij de mogelijkheid om 20% minder te gaan werken;
- de werktijdvermindering wordt 100% doorbetaald, waarbij ook alle rechten gebaseerd blijven op de betrekkingsomvang, voorafgaande aan de ingang van het verlof;
- de voor de medewerkers die van deze verlofregeling gebruik maken geldende leeftijdsuren komen te vervallen evenals de regeling tot vermindering van de dagelijkse arbeidsduur met een half uur per dag voor 60-jarige en ouder;
- medewerkers die van deze verlofregeling gebruik maken, verplichten zich om in ieder geval bij het bereiken van de 62-jarige leeftijd met FPU-ontslag te gaan."

AmbulanceZorg Nederland: paragraaf ouderenbeleid, artikel 8.2

VRIJSTELLING ONREGELMATIGE DIENSTEN

"De werknemer van 60 jaar en ouder wordt op eigen verzoek vrijgesteld van het verrichten van onregelmatige diensten. De werknemer houdt in dat geval aanspraak op doorbetaling van de onregelmatigheidstoelage ter hoogte van de gemiddelde onregelmatigheidstoelage, die per betalingsperiode is uitgekeerd over het jaar direct hieraan voorafgaand."

*Vervroegde pensionering*

Wanneer het gaat om vervroegd uittreden, dan zijn er verschillende regelingen in de CAO's opgenomen, die al dan niet gecombineerd kunnen worden. In totaal is in 87% van de verschillende CAO's een of meerdere mogelijkheden opgenomen om vervroegd uit te treden. Vanuit het Kabinet is de wens uitgesproken dat VUT-regelingen moeten worden omgezet naar prepensioenregelingen. De zekerheid van kapitaalgedekte pensioenregelingen valt te verkiezen boven de onzekerheid van financiering van VUT-regelingen volgens het omslagstelsel. Zoals eerder vermeld vindt ook de SER het van belang dat deze omzetting voortvarend wordt voortgezet. Het zal er namelijk toe leiden dat werknemers langer blijven deelnemen aan het arbeidsproces, wat uiteindelijk een positieve uitwerking heeft op de arbeidsparticipatie van ouderen.

Verschillende mogelijkheden van vervroegde uittreding

- in 2001 is in 84% van de gevallen er de mogelijkheid om gebruik te maken van een VUT-regeling (in 1998 85%). De meest voorkomende leeftijd om hiervoor in aanmerking te komen is 60 jaar;
- een flexibele pensioenregeling is in 64% van de CAO's in 2001 opgenomen, terwijl dit in 1998 nog maar in 15% van de CAO's tot de mogelijkheden behoorde;
- In 1998 bestond voor slechts 15% van de medewerkers de mogelijkheid om gebruik te maken van deeltijdpensioen, in het onderzoek van 2001 is dit percentage gestegen tot 45%.

Een voorbeeld van de omzetting van een VUT-regeling naar een FPU-regeling (flexibele pensioenuitkering) is terug te vinden in de CAO voor Academische Ziekenhuizen van 2002 – 2004.

CAO Academische Ziekenhuizen 2002 – 2004

LEEFTIJDSBEWUST PERSONEELBELEID/SENIORENREGELING

"Per 1 januari 2003 worden de huidige VUT-60 regeling en de FLO-regeling vervangen door een nieuwe seniorenregeling. ... Voor alle medewerkers van de Academische Ziekenhuizen wordt de huidige VUT-60 regeling omgebouwd tot een pré-FPU regeling. Deze pré-FPU regeling kent een tweetal varianten. Indien een medewerker een keuze maakt voor een variant sluit dit gebruikmaking van de andere variant uit. De varianten zijn:

- a) de medewerker kan op 58-jarige leeftijd gebruik maken van de deeltijd pré-fpu variant. Dat wil zeggen, dat de medewerker vanaf zijn 58-jarige leeftijd ervoor kan kiezen uit te treden voor 20% van zijn aanstelling tegen een uitkeringspercentage van 10%. De medewerker die van deze variant gebruik maakt verplicht zich om door te werken tot de spilleeftijd FPU. Deze spilleeftijd is 61 jaar tot en met 1 april 2007 en 62 jaar na 1 april 2007. De medewerker die van deze variant gebruik maakt verplicht zich tevens om op de betreffende spilleeftijd tenminste voor 20% in de FPU te gaan.
- b) de medewerker geboren voor 2 april 1947 kan vanaf zijn 60-jarige leeftijd volledig uittreden tegen een percentage van 75%. Aansluitend dient de medewerker op 61-jarige leeftijd met volledige FPU te gaan. De medewerker geboren na 1 april 1947 kan vanaf zijn 61-jarige leeftijd volledig uittreden tegen een percentage van 75%. Aansluitend dient de medewerker op 62-jarige leeftijd met volledige FPU te gaan. De pensioenopbouw tijdens de pré-FPU-periode geschiedt conform de huidige VUT-60-systematiek."

Uit het bovenstaande komt naar voren dat er in veel CAO's specifiek voor ouderen mogelijkheden zijn opgenomen, die er kunnen leiden de arbeidsparticipatie te verhogen. De meest voorkomende afspraken die in CAO's zijn vastgelegd hebben betrekking op taakverlichting, zoals taakaanpassing en arbeidstijdenregelingen (overwerk, weekenddienst, onregelmatige dienst en ploegendienst). In vergelijking met 1998 zijn er in 2001 een aantal aspecten veranderd, ten gunste van oudere werknemers (bijvoorbeeld arbeidstijdenregelingen en deeltijdpensioen). Tevens valt er naar wens van de overheid een duidelijke verandering waar te nemen met betrekking tot de mogelijkheid om uit te treden. De VUT-regeling wordt namelijk steeds meer omgezet in een flexibele pensioenregeling.

## Literatuur

CAO AmbulanceZorg Nederland, 2002.

Landelijk overleg Academische Ziekenhuizen, Akkoord CAO Academische Ziekenhuizen 2002 – 2004, LOAZ, 020169/120, <http://www.nvam.nl/pdf/020212-CAO-akkoord%20Academische%20ziekenhuizen%202002-2004.pdf>, 18 november 2002.

Nyfer, Lang genoeg gewerkt!?, conclusies en aanbevelingen, november 1999, <http://www.nyfer.nl/html/oud.htm>, 9 oktober 2002.

Schaeps, M.J.M. en Klaassen, C., Ouderenbeleid, Arbeidsinspectie; juli 1999.

SER-advies, Bevordering arbeidsdeelname ouderen. SER, publicatienummer 18; 17 december 1999.

Spijkerman, R en Klaassen, C., Ouderenbeleid in CAO's (2001), Arbeidsinspectie; februari 2002.

Stichting van de Arbeid, Aanbevelingen en suggesties uit het SER-advies bevordering arbeidsdeelname ouderen. Stichting van de Arbeid, publicatienr. 3/100; februari 2000.

TaskForce, ouderen en arbeid, Liever honing dan azijn; tussenrapportage 1. Task Force, april 2002.

Theeuwes, J.J.M. en Zijl, M, Arbeidsparticipatie van ouderen. OSA-publicatie A181; juli 2001.

Tweede Kamer (1999 – 2000), Bevordering arbeidsdeelname oudere werknemers, SDU Uitgevers. 27 046 nr.1, vergaderjaar 1999-2000.

Visser, P en Henkens, K, Oudere werknemers; beeldvorming en stereotypering, Demos, NIDI; september 2002.