

Vergaderjaar 2010–2011

32 765

Terug naar de praktijk: aanbevelingen voor het behoud van de unieke positie van de huisarts als spil in het web binnen de huisartsenzorg en eerste lijn

Nr. 2

INITIATIEFNOTA

Inhoudsopgave

	blz.
Samenvatting	2
1. Inleiding	7
2. De huisarts aan het woord	10
3. Aanbevelingen en besispunten	12
3.1. De positie van de huisarts	12
3.2. Versterking van de huisartsenzorg	14
3.3. Marktwerking	17
3.4. Financiering	20
3.5. Organisatie, kwaliteit en ICT	21
3.6. De avond-, nacht- en weekenddiensten	25
4. Financiële paragraaf	28
Bijlage 1. Afkortingen	29
Bijlage 2. Berekeningen kosten	30

SAMENVATTING

Deze initiatiefnota gaat over de huisarts en het bewaken van zijn of haar unieke positie als spin in het web binnen de huisartsenzorg en de eerste lijn.

«Huisartsenzorg blijft ook in de toekomst persoonsgericht, integraal, continu en toegankelijk», aldus het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in zijn Toekomstvisie 2012.¹ Dit sluit aan op het Woudschoten-rapport 1959 waar voor het eerst de kerntaak van het huisartsenvak staat omschreven. Ondertussen heeft het huisartsenvak zich sterk ontwikkeld. Bijvoorbeeld door de ontwikkeling van een stevig kwaliteitsbeleid, het opzetten van gedegen onderzoeksprogrammas en NHG-standaarden, en de ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten waarbij eerste en tweede lijn sterk samenwerken.

«De wereld verandert en de context en het werk van de huisarts veranderen mee», aldus de NHG. Daarom is het nodig de taak- en functieomschrijving voor de huisarts regelmatig kritisch te bekijken en waar nodig aan te passen. De belangrijkste vernieuwing in de Toekomstvisie 2012 is volgens de NHG «dat de huisartsenzorg georganiseerd is in de vorm van huisartsenvoorzieningen: organisatie-eenheden waarin meerdere huisartsen samenwerken. Deze huisartsen kunnen onderdeel zijn van een groter verband van eerstelijnsvoorzieningen.»

Op dit moment wordt de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2020 door de NHG voorbereid. Deze kon dus nog niet in deze initiatiefnota worden verwerkt; het is wel goed hiermee in de toekomst rekening te houden.

De huisarts aan het woord

Door het gevoerde kabinetsbeleid staat de positie van de huisarts sterk onder druk. Dat blijkt uit een enquête die de SP onder ruim 1900 huisartsen in Nederland heeft gehouden: de uitkomsten daarvan zijn verwerkt in het SP-rapport «De huisarts aan het woord»². Dat de huisartsen onder druk staan, blijkt ook uit de vele gesprekken die gevoerd zijn met vertegenwoordigers van huisartsen, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Vrije Huisarts en de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH). Uit de enquêtes en gesprekken kwam ook naar voren hoe het anders en beter kan. Dat geldt ook voor de vele visienota's en standpunten die door de verschillende huisartsenorganisaties tot stand zijn gebracht. Op basis van dit alles is een aantal aanbevelingen en beslispunten geformuleerd om de unieke positie van de huisarts veilig te stellen.

Zorg voor ouderen en zieken op rollatorafstand

Hierbij gaat het in de eerste plaats om meer aandacht en geld voor de eerste lijn. Goede zorg, kleinschalig en dicht bij huis, heeft voor de overgrote meerderheid van patiënten de voorkeur: «zorg voor ouderen en zieken op rollatorafstand», zo formuleerden de LHV en NHG dit aan de kabinetsinformateurs in 2010. Een groot voordeel van meer substitutie van de tweede naar eerste lijn is ook de continuïteit van zorg door een bekende zorgverlener.

Bovendien blijkt uit onderzoek dat hoe sterker de eerstelijnszorg, hoe gezonder de bevolking. Ziektegerichte zorg, zoals ziekenhuiszorg, leidt nogal eens tot medicalisering en iatrogene schade.

Ten slotte kan versterking van de eerste lijn een uitstekend instrument zijn om de uitgaven aan zorg beheersbaar te houden.

Concrete voorstellen om de eerste lijn te versterken zijn het verkleinen van de praktijk, het uitbreiden van het aantal huisartsen met behoud van inkomen, het verhogen van de praktijknorm voor assistentes en voor praktijkondersteuners en de reorganisatie van ANW-diensten.

¹ NHG, «Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening – Concretisering Toekomstvisie 2012», 11 december 2003.

² Henk van Gerven & Ineke Palm, «De huisarts aan het woord», SP, 2010.

Herstel vertrouwen en terugdraaien marktwerking

In de tweede plaats gaat het om het herstel van het vertrouwen in de huisarts. Een eerste stap is het plaatsen van de huisartsenzorg buiten het kader van de mededingingswet. De huisartsenzorg moet gevrijwaard blijven van commerciële prikkels. Financiële prikkels en marktdenken sluiten niet aan bij de motivatie en bezieling van de meeste huisartsen en hebben geleid tot veel extra bureaucratie.

Concrete voorstellen zijn het invoeren van een landelijk overleg in plaats van individueel onderhandelen met zorgverzekeraars, het terugdringen van de rol van de zorgverzekeraars, een vereenvoudiging van het financieringssysteem en afschaffen van het CIZ. Dit alles zal leiden tot minder bureaucratie en er vooral voor zorgen dat dokters weer dokters kunnen zijn. Zodat zij kunnen bepalen wat nuttige zorg is en niet de vrije markt of de zorgverzekeraars.

Aanbevelingen en Beslispunten

De positie van de huisarts

1. Toon in het beleid vertrouwen in de huisarts. Laat de verantwoordelijkheid over de zorg meer over aan de zorgprofessionals. Ook ten aanzien van kwaliteits-ontwikkelingen en -controle. Een eerste stap naar meer vertrouwen richting de beroepsgroep is het plaatsen van de huisartsgeeneeskundige zorg buiten het Kader van de Mededingingswet (zie punt 9).
2. Schaf het indicatieorgaan CIZ af. De indicatie kan beter weer worden gesteld door de wijkverpleegkundige in samenspraak met de huisarts. Organiseer de thuiszorg zoveel mogelijk volgens het buurtzorg-concept. Faciliteer zorgprofessionals om de zorg te verbeteren en knelpunten op te lossen, met name voor de ouderenzorg.
3. Investeer meer in de huisartsenzorg. Hoe hoogwaardiger deze vorm van zorg is, des te beter het is voor de patiënt en de doelmatigheid in de zorg. Investeren in de huisartsenzorg worden meer dan terugverdiend. Onnodig gebruik van dure tweedelijnszorg wordt er door verminderd. Een vereiste hiervoor is wel naleving van de standaarden en strikte handhaving van het verwijlsbeleid met de huisarts als poortwachter.
4. Zorg dat de medische zorg die in de huisartsenpraktijk kan worden geboden, daar ook plaatsvindt. Licht de poliklinieken van ziekenhuizen door om tweedelijns huisartsenzorg terug te brengen naar de eerstelijns medische zorg.

Versterking van de huisartsenzorg

5. Verlaag de normpraktijk stapsgewijs van 2350 naar 2200 patiënten met behoud van inkomen. Zowel het aantal patiëntcontacten als de zwaarte van de aandoeningen en de kwaliteitseisen zijn de afgelopen jaren toegenomen. De noodzakelijke tijd voor een effectief arts-patiëntcontact staat daardoor steeds meer onder druk. Verhoog de genormeerde consulttijd van 10 naar 15 minuten. Houd de toegang tot de huisarts drempelloos.
6. Leid meer (huis)artsen op en schaf de numerus fixus af. Voer actief beleid om de huisartsenzorg in de krimpgebieden voor de toekomst te garanderen. Kijk daarbij vooral naar verbetering van de lokale voorwaarden.

7. Breid de financiële faciliteiten uit ten behoeve van het aantrekken van ondersteunend personeel. Verhoog de norm voor een doktersassistente (praktijkassistente) van 1 naar 1,6 full-time equivalent (fte) per normpraktijk en zorg voor BIG-registratie. Verhoog de norm van praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige naar 0,6 fte per normpraktijk en voer een differentiatie verpleegkundige huisartsenpraktijk binnen de HBO-opleiding verpleegkunde in.

8. Zorg dat de lokale of regionale voorzieningen voor inhoudelijke en organisatorische ondersteuning van de huisarts, zoals de regionale zorggroepen en ROS'en, zich meer kunnen richten op de organisatie van ketenzorg en eenvoudige ondersteuning van praktijken, bijvoorbeeld door het vervangen van lokale en regionale onderhandelingen door landelijk overleg (zie punt 9). Waar mogelijk nemen deze voorzieningen financiële en administratieve taken van huisartsen over.

Marktwerving

9. Draai de marktwerving in de huisartsenzorg terug. Stop de bemoeienis van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) met de zorg. Landelijk overleg tussen betrokken partijen over tarieven en prijsstellingen komt in plaats van de individuele onderhandelingen van huisartsen(groepen) met zorgverzekeraars. De contracteerplicht voor zorgverleners wordt heringevoerd, zodat patiënten maximale keuzevrijheid hebben.

10. Draai de functionele (integrale) bekostiging voor financiering van programmatische chronische zorg (keten-DBC's) terug. Faciliteer en ondersteun de ketenzorg zoals die door huisartsen al op tal van plaatsen was opgezet. Zorg dat de huisarts de spil blijft en zoek naar financiering die dat honoreert en niet de zorg in stukjes knipt. Maak landelijke prijsafspraken.

11. Stuur in het zorgbeleid zoveel mogelijk op inhoudelijke, kwalitatieve randvoorwaarden. Sturing op financiële prikkels in de zorg gaat ten koste van de kwaliteit en is derhalve ongewenst en principieel verwerpelijk. Targetgeneeskunde en bonusgeneeskunde leiden ertoe dat geld en cijfers de drijfveer worden in de zorgverlening in plaats van integere zorg voor patiënten. Herwaardeer de kernkwaliteit van de huisarts.

Financiering

12. Financier het Basiszorgaanbod van huisartsen – inclusief een aandeel preventie – via een abonnementensysteem. Daardoor is er geen financieel belang bij behandeling en neemt de bureaucratie fors af. Verbeter wel het toelagensysteem, zodat het goed aansluit op de intensiteit van de noodzakelijke zorg (zorgzwaarte) voor de praktijkpopulatie; naast een opslag voor achterstandswijken en ouderen, komt er bijvoorbeeld een opslag voor chronisch zieken. Voor een beperkt aantal bijzondere behandelingen (Aanvullend Zorgaanbod) blijft een verrichtingenstelsel bestaan, met landelijk vastgestelde tarieven. De inschrijving op naam is en blijft verplicht.

13. Breng de nieuwe programma's voor chronische zorg – bijvoorbeeld chronische bronchitis en longemfyseem (COPD) en cardiovasculair risicomangement (CVRM) – in de experimenteerfase onder in het Aanvullende Zorgaanbod, met te onderscheiden verantwoordelijkheden en financiering; daarna kunnen ze worden opgenomen in het abonnementensysteem, bijvoorbeeld de chronische zorg voor diabetes mellitus (DM).

Organisatie, kwaliteit en ICT

14. Investeer in zorg in de buurt. Bevorder kleinschaligheid en buurt/wijkgebonden werken. Hierdoor kan het onnodige gebruik van de (huisartsen)zorg worden teruggedrongen alsmede de anonimisering in de zorg tegengegaan. Een bekende huisarts werkt helend en geeft vertrouwen. Ondersteun initiatieven van onderop om kleinschalige eerstelijnsvoorzieningen of netwerken in de buurt op te zetten. Gemeenten en/of landelijke overheid dienen dit organisatorisch en financieel te vergemakkelijken.

15. Blijf werken aan kwaliteitsbeleid. Dat is vooral een zaak van huisartsen zelf, waarbij er geen plaats is voor vrijblijvendheid. Huisartsen moeten een aantal duidelijke kwaliteitsnormen vaststellen. Onderlinge visitatie van huisartsen wordt verplicht. Hoe beter het interne kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep, des te minder bureaucratie en kosten zijn gemoeid met controle door derden. De rol van de verzekeraars wordt verregaand beperkt. De prestatie-indicatoren worden afgeschaft. Dat zal leiden tot minder bureaucratie, evenals door andere voorstellen uit deze nota, zoals het invoeren van landelijk overleg (9), het afschaffen van het CIZ (2) en vereenvoudiging van het financieringssysteem (12).

16. Zorg dat de huisarts de vertrouwensfunctie kan blijven uitoefenen. Daarom dient de huisarts volledig onafhankelijk te zijn van ander partijen binnen de gezondheidszorg. De patiënt moet er op kunnen vertrouwen dat adviezen nooit gebaseerd zijn op belangenverstrengeling of op financieel eigenbelang.

17. Bewaak de professionele autonomie. Zowel van overheid en markt als van de financieringssystematiek zelf is ongewenste beïnvloeding te duchten. Handhaaf de onafhankelijke geneesmiddeleninformatie (Geneesmiddelenbulletin) en breid deze uit. Weer commerciële artsenbezoekers; beperk dat in elk geval tot informatieverstrekking tijdens farmacotherapeutische overleggen (FTO's) in plaats van aan individuele huisartsen. Organiseer op lokaal/regionaal niveau onafhankelijke nascholingsfaciliteiten.

18. Voer het landelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD) niet in. Een landelijk dossier is overbodig en niet veilig. De meeste zorg en benodigde uitwisseling van gegevens vindt regionaal plaats. Stimuleer de uitbouw van het regionale Elektronische Medisch Dossier, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan met betrekking tot de privacy, patiënttoestemming en duidelijkheid wie toegang heeft en wie daarover beslist. Zorg voor betere afstemming van de verschillende huisartsinformatiesystemen (HIS), de ziekenhuisinformatiesystemen (ZIS) en de systemen van apothekers. Evenals voor adequate financiering om medische dossiers geschikt te maken voor uitwisseling en om hoge ICT-kosten te vergoeden.

De avond-, nacht- en weekenddiensten

19. Reorganiseer de ANW-zorg en beperk de grootschaligheid. Streef naar een afstandscriterium van maximaal 15 minuten. Stimuleer het werken in kleinschalige lokale vormen van waarneming, bijvoorbeeld door het opzetten van satellietposten van grootschalige dienstenstructuren. Hierbij is ook een beperking van lokale beschikbaarheid van ANW-zorg tot 23 uur een optie, naast de beschikbaarheid van een centrale huisartsenpost voor de nachtelijke uren. Stel hoge eisen aan triage.

20. Zoek naar een adequate financiering die meer recht doet aan doelmatigheid en kleinschaligheid. Een relatief hoge vaste vergoeding zoals het Nma voorstelt, zou een oplossing kunnen zijn. Evenals gelijke tarieven voor ziekenhuis en huisartsenposten. Onderzoek ook het werken met koptarieven voor huisartsen die kleinschalig willen werken.

1. INLEIDING

De huisarts is de spil van onze gezondheidszorg. De huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt voor patiënten met primaire gezondheidsvragen. Per dag wordt de huisarts geconfronteerd met 1 à 2 procent van zijn praktijkpopulatie en krijgt hij minstens een dertigtal gezondheidsproblemen te verwerken. Het overgrote deel behandelt hij zelf, slechts een gering aantal mensen wordt geholpen in samenwerking met of via verwijzing naar anderen.¹ De huisarts handelt zelf 95 procent van de zorgvragen af, dus zonder doorverwijzing naar de tweede lijn. Daarmee wordt veel onnodig handelen in de tweede lijn voorkomen. De huisarts als poortwachter lijkt dus goed te werken. Het budget van de huisartsenzorg bedraagt slechts 6 procent van de totale cure².

De huisarts waakt over de gezondheid van de patiënten, 24 uur per dag, 7 dagen in de week. Kenmerkend voor de huisartsenzorg zijn ook de vaak tientallen jaren durende arts-patiëntrelaties. Een langdurige arts-patiëntrelatie heeft een heilzame werking. Zij levert gezondheidswinst op. Handelen wordt effectiever. Een langdurige continue relatie bevordert immers het vertrouwen. Vertrouwen leidt weer tot positieve verwachtingen van het effect van een behandeling.³

«Huisartsenzorg blijft ook in de toekomst persoonsgericht, integraal, continu en toegankelijk», aldus het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in de toekomstvisie 2012⁴. Dit sluit aan op het Woudschotenrapport 1959, waar voor het eerst de kerntaak van het huisartsenvak staat omschreven. Ondertussen heeft het huisartsenvak zich ontwikkeld tot de moderne geneeskunde. Belangrijke pijlers hierbij waren het opzetten van een gedegen onderzoeksprogramma met evidence based medicine en een huisartsopleiding door de huisartsinstituten. Zo ook het ontwikkelen van een sterk kwaliteitsbeleid met eigen richtlijnen door de beroepsverenigingen en de ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten waarbij eerste en tweede lijn sterk samenwerken. «De wereld verandert en de context en het werk van de huisarts veranderen mee», aldus het NHG. Daarom is het nodig de taak- en functieomschrijving voor de huisarts regelmatig kritisch te bekijken en waar nodig aan te passen. De belangrijkste vernieuwing in de toekomstvisie 2012 is volgens de NHG «dat de huisartsenzorg georganiseerd is in de vorm van huisartsenvoorzieningen: organisatie-eenheden waarin meerdere huisartsen samenwerken. Deze huisartsen kunnen onderdeel zijn van een groter verband van eerstelijnsvoorzieningen.»

Daarnaast hebben zich de afgelopen jaren twee belangrijke ontwikkelingen voor gedaan: de ontwikkeling van de grootschalige huisartsenposten en de invoering van de marktwerking in de zorg.

Grootschalige huisartsenposten

Tot eind vorige eeuw verzorgden de huisartsen met elkaar de 24-uurs zorg in kleinschalige waarneemgroepen. Rond de eeuwwisseling zagen we de opkomst van de vaak grootschalige huisartsenposten voor de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten). De grootschalige dienststructuur is bewust gestimuleerd door de overheid. De huisartsen die hun kleinschalige dienststructuur overeind hebben gehouden, ontvangen daarvoor minder geld en worden zelfs tegengewerkt door zorgverzekeraars.⁵

Ontegenzeggelijk leidden de grootschalige huisartsenposten tot een vermindering van de werkdruk bij huisartsen. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat artsen door de huisartsenposten tot wel 70 procent minder tijd aan diensten buiten normale werktijd hoeven te besteden.⁶ Nadeel van de grootschaligheid is wel dat de eigen huisarts in de dienst uit beeld is verdwenen. In de oude dienststructuur was er een natuurlijke drempel om de (eigen) huisarts in de dienst om hulp te vragen. De

¹ Doeke Post, «De derde weg», Elsevier 2009, p. 74 e.v.

² *Cure* is de op genezing en herstel gerichte geneeskunde; *care* heeft als doel dat nadelen van ziekten, stoornissen en beperkingen zo min mogelijk kunnen optreden.

³ A.M. Van Dulmen, «De helende werking van het arts-patiëntcontact», *Huisarts Wet* 2001, 44 (11), pp. 490-4.

⁴ NHG en LHV, «Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening – Concretisering Toekomstvisie 2012», 11 december 2003.

⁵ Henk van Gerven & Ineke Palm, «Huisartsenzorg dichtbij», SP, november 2007.

⁶ Nivel, «Door slimmer organiseren doet de huisarts meer in minder tijd», 11 juni 2010.

patiënt wist dat de dokter de volgende dag weer moest werken. Deze drempel is weggefallen. Mogelijk mede daardoor zien we een toename van het gebruik van de posten. De Vereniging van Huisartsenposten Nederland meldde een groei van 2,6 procent in 2008.¹ Ook uit cijfers van het CVZ blijkt dat de kosten van de ANW-diensten de laatste vier jaar zijn gestegen met 15,8 miljoen euro (2,5 procent).²

Er gaan stemmen op om de ANW-diensten geheel over te doen naar de spoedeisende hulpverlening van ziekenhuizen of naar commerciële zorgverleners zoals in Groot-Brittannië.

In 2004 hebben huisartsen in Engeland hun systeem radicaal gewijzigd. Huisartsen konden intekenen op een ANW-contract waarbij de ANW-diensten werden verricht door de zogenaamde Primary Care Trusts (PCT's), samenwerkingsverbanden van huisartsen, verpleegkundigen en paramedici. Nationaal werd

75 procent van de ANW-zorg door PCT's overgenomen, waarvan een kwart commercieel werd ingevuld. In een studie van het tijdschrift *Emergency Medicine Journal* is het effect van deze maatregel onderzocht. Hieruit bleek een stijging van patiënten met niet-traumatische aandoeningen die zich presenteren op de afdeling spoedeisende hulp buiten kantooruren.³ Deze ontwikkeling doet zich bij de Nederlandse huisartsenposten eveneens voor, waar circa 80 procent van de hulpvragen medisch gezien betrekking heeft op niet-spoedeisende hulpvragen.⁴ Op verschillende plaatsen in Nederland wordt al gewerkt aan integratie van huisartsenposten en afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) in ziekenhuizen. De vraag is of huisartsenzorg buiten kantoor tijd dan nog wel huisartsenzorg blijft.

Marktwerking

Een tweede belangrijke ontwikkeling was de invoering van de marktwerking in de zorg. Al eerder kregen artsen te maken met landelijk werkende zorgverzekeraars in plaats van de regionaal werkende ziekenfondsen. Dat betekende dat met alle verzekeraars afzonderlijk contracten moesten worden afgesloten. De definitieve doorbraak van marktwerking kwam met de komst van de Zorgverzekeringwet in 2006. De uitvoering van deze wet kwam in handen van concurrerende particuliere ziektekostenverzekeraars. Door marktwerking zou een optimale prijs en kwaliteit tot stand moeten komen. Ook zorgaanbieders moeten concurreren met elkaar door de zorg voor een zo laag mogelijke prijs aan te bieden. Private zorgverzekeraars moeten door zo goedkoop mogelijk inkopen van zorg de premies laag houden om meer verzekerden te trekken. Veel huisartsen maakten zich hierover vooraf al grote zorgen, ze vreesden te veel macht voor de zorgverzekeraars, een aantasting van de professionele onafhankelijkheid van de zorgverleners, een inperking van de keuzevrijheid van patiënten en een aantasting van de solidariteit. Op 24 mei 2005 was er een grote manifestatie van 1500 huisartsen en andere zorgverleners die te kennen gaven dat ze niets zagen in de oprukkende marktwerking. De manifestatie was een initiatief van huisartsen en het comité Zorg geen Markt.⁵

Met de start van de Zorgverzekeringwet veranderde ook de financiering van de huisartsen. Voor 2006 had de huisarts grosso modo twee inkomstenbronnen: het abonnementensysteem voor de ziekenfondsverzekerden en het verrichtingensysteem voor de particulieren. Met het verdwijnen van de particulier verzekerden ontstond een gemengd nieuw stelsel op basis van het Vogelaarakkoord. Dit vergoedingensysteem bestaat uit drie elementen: een abonnementstarief per ingeschreven patiënt, een consulttarief en drie modules met vergoedingen voor de praktijkondersteuning van de huisarts (module POH), voor achterstandswijken (module populatiegebonden vergoedingen) en voor substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn (module M&I, Modernisering&Innovatie).

¹ www.vhned.nl/site/home/hapincijfers.html, mei 2010.

² CVZ, *Zorgcijfers kwartaalbericht*, 1ste kwartaal 2010, met meerjarige trendcijfers.

³ *Emerg Med J* 2010; 27: 22–25 doi: 10.1136/emj.2008.068817.

⁴ Giesen e.a., «Te snel naar de huisartsenpost», *Medisch Contact*, 4 februari 2009.

⁵ www.zorggeenmarkt.nl; zie nieuwsberichten 2005.

Functionele bekostiging – Een nieuwe ontwikkeling richting marktwerking is de invoering van zogenaamde functionele (integrale) bekostiging of keten-DBC's van de huisartsenzorg. De patiënten worden opgeknipt in ziektebeelden, die niet allemaal door en bij de eigen huisarts hoeven te worden behandeld. Degene die het pakket afneemt wordt de hoofdaannemer. Om kosten te besparen wil de regering deze hoofdaanemers (huisartsen of andere hulpverleners, organisaties of ondernemers binnen of buiten de zorg) laten onderhandelen met zorgverzekeraars over de prijs van chronische zorg aan patiënten met diabetes (DM), hartfalen en andere hart- en vaatandoeningen (CVRM) en chronische longziekten (COPD). Zorgverzekeraars willen deze zorg natuurlijk zo goedkoop mogelijk inkopen. Zorgaanbieders staan onder druk om zo goedkoop mogelijk te leveren. Op deze manier kan de kwaliteit van de zorg onder druk komen te staan.

Financiële prikkels – Een ander nieuw idee was het voorstel van minister Klink om net als in Engeland huisartsen extra te belonen als bepaalde kwaliteitsdoelstellingen zijn bereikt (pay for performance), bijvoorbeeld bij een bepaalde vaccinatiegraad voor griep. Dat stuitte op te veel weerstand. Een financiële prikkel die wel is doorgevoerd, is de bezuiniging op de huisartsenzorg van 60 miljoen in 2010, waarbij huisartsen deze bezuiniging konden terugverdienen als ze meer goedkope generieke middelen gingen voorschrijven. Een arts wordt dus beloond als hij datgene doet wat hij al behoort te doen. Ook dit bonussysteem riep veel weerstand op bij de huisartsen en werd uiteindelijk door de LHV Ledenraad principieel afgewezen.

Enquête

Naar aanleiding van al deze ontwikkelingen heeft de SP in 2010 een enquête gehouden onder huisartsen om er achter te komen wat de huisarts op de werkvloer hiervan nu vindt. Wat is goede huisartsenzorg? Waar wordt de patiënt beter van? Wat moet de politiek doen om voorwaarden voor goede zorg te creëren. De resultaten zijn verwerkt in het rapport «De huisarts aan het woord».¹

Aanbevelingen

De resultaten van de enquête zijn voorgelegd aan een groep huisartsen die de enquête hadden ingevuld en bereid waren op basis van de resultaten mee te denken over de toekomst van de huisartsenzorg. De resultaten zijn ook besproken met vertegenwoordigers van de NHG, LHV, de Vrije Huisarts en de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen. Er is ook dankbaar gebruik gemaakt van de vele visienota's en standpunten van deze artsenorganisaties, zoals de nota Toekomstvisie Huisartsenzorg uit 2002 over de huisartsenzorg in 2012. Op dit moment wordt de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2020 door de NHG voorbereid. Deze kon dus nog niet in deze initiatiefnota worden verwerkt; het is wel goed hier in de toekomst rekening mee te houden.

Op basis van de onderzoeksresultaten en de gesprekken is een aantal aanbevelingen en beslispunten geformuleerd om de unieke positie van de huisarts als spin in het web binnen de huisartsenzorg en eerstelijnszorg te waarborgen.

Graag wil ik hierbij nog een woord van dank uitspreken aan alle huisartsen die aan de enquête hebben deelgenomen en de huisartsen die bereid waren met ons in (mondeling of schriftelijk) gesprek te gaan. Zij allen gaven blijk van een grote betrokkenheid bij het huisartsvak en bezorgdheid over het voortbestaan van de unieke positie van de huisarts. Zij hebben mij geïnspireerd tot het schrijven van deze initiatiefnota.

¹ Henk van Gerven & Ineke Palm, «De huisarts aan het woord», SP, juni 2010.

2. DE HUISARTS AAN HET WOORD

Ruim 1900 huisartsen van de 8800 huisartsen in Nederland (7800 zelfstandige huisartsen en bijna 1000 huisartsen in dienst van een huisarts) hebben deelgenomen aan de uitgebreide enquête opgezet door de Tweede Kamerfractie en het Wetenschappelijk Bureau van de SP. De enquête is dus ingevuld door 22 procent van alle praktiserende huisartsen in Nederland.

De belangrijkste conclusies uit het onderzoek

- De meesten van de ondervraagde huisartsen (73 procent) onderschrijven de basale uitgangspunten van de huisartsenzorg: continue, integrale, persoonlijke zorg voor patiënten en gezinnen. Het gevoerde overheidsbeleid zet deze uitgangspunten echter zwaar onder druk. Huisartsen vrezen hiermee het einde van de unieke huisartsenzorg in Nederland.
- Het gros van de ondervraagde huisartsen wijst het beleid van minister Klink volledig af. Veel maatregelen, zoals de ingevoerde marktwerking en keten-DBC's, leiden tot sturen op geld in plaats van op zorg. 87 procent van de huisartsen uit het onderzoek vindt de ingevoerde marktwerking een slecht idee, slechts 2 procent is positief. Marktwerking leidt tot hogere uitgaven, meer bureaucratie, minder solidariteit, tot tweedeling en een zorg die vooral gericht is op productie. Zorgverzekeraars dicteren, leggen tarieven op en bemoeien zich steeds meer met de inhoud van de zorg. Ze gaan steeds meer op de stoel van de huisartsen zitten, vindt 84 procent van de huisartsen.
- De ergernis over de bemoeienis van zorgverzekeraars geldt ook voor de ingevoerde functionele bekostiging ofwel keten-DBC's: de verzekeraar bemoeit zich nogal eens met de inhoud van de zorg door het stellen van allerlei prestatieverplichtingen. Huisartsen zien vooral nadelen in de keten-DBC's. Dit zal leiden tot opknippen en verhandelen van zorg en verhoudt zich niet met integrale huisartsenzorg.
- De ondervraagde huisartsen ervaren enorm veel bureaucratie. 57 procent is ruim een dag per week of nog veel meer kwijt aan administratie. 37 procent zit een halve tot een hele dag aan het papier en slechts 6 procent redt het binnen een halve dag. Die administratie wordt vooral in de avonduren of weekenden uitgevoerd. Een belangrijke oorzaak is de marktwerking: 87 procent van de huisartsen zegt dat de bureaucratie hierdoor toeneemt. Ook de invoering van de keten-DBC's leidt volgens 90 procent van de huisartsen tot meer bureaucratie. En ten slotte is ook de ingewikkelde praktijkfinanciering een oorzaak van meer bureaucratie. Als maatregel om de bureaucratie terug te draaien wint met stip: stoppen met het individueel onderhandelen met zorgverzekeraars. Een meerderheid van de huisartsen is voor het afschaffen van machtigingen, het opheffen van het CIZ en vereenvoudiging van het declaratiesysteem.
- Voor het merendeel (87 procent) van de huisartsen uit het onderzoek is de werkdruk de afgelopen jaren toegenomen. Dit door toename van administratie en van taken en door het slecht functioneren van de zorg elders (bijvoorbeeld wachtlijsten ouderenzorg). Ook signaleren artsen een toename van de zorgvraag onder meer door een veranderd verwachtingspatroon bij patiënten: mondige en veeleisende patiënten die onder invloed van internet, de media en de farmaceutische industrie steeds meer vragen: «google-patiënten» noemde een van de huisartsen uit de enquête dit verschijnsel.
- Ook de diensten buiten kantoor tijden leiden tot hoge werkdruk. De anonieme grootschalige huisartsendiensten kunnen leiden tot onnodige zorgconsumptie. Mensen zien deze zorg steeds meer als een soort avondwinkel waar ze altijd terecht moeten kunnen voor een klein

kwaaltje in plaats van alleen acute zorg. Dat maakt deze diensten zwaar en nauwelijks te combineren met de lange werkdagen van de huisartsen.

- Meer dan de helft van de ondervraagde huisartsen is voor meer kleinschalige eerstelijnszorg in de buurt. Hier is wel meer ondersteuning voor nodig, met name vanuit de lokale overheid. Veel huisartsen verlangen ook terug naar de tijd van de wijkzuster en zien het ontstaan van buurtzorg als een grote vooruitgang.
- De professionele autonomie moet worden bewaakt, zowel wat betreft onafhankelijkheid van overheid, markt, zorgverzekeraars en farmaceutische industrie, als onafhankelijkheid van perverse, financiële prikkels. Veel huisartsen wensen onafhankelijke regionale nascholing. Over een verbod op commerciële huisartsenbezoekers zijn de huisartsen verdeeld.
- Ruim 90 procent van de huisartsen uit het onderzoek wijst de invoering van een landelijk Elektronisch Patiëntendossier af. Slechts een zeer beperkt aantal huisartsen voelt voor de invoering van een elektronisch patiëntendossier zoals het kabinet dat wenst. Veel meer huisartsen voelen ervoor om, onder stringente voorwaarden, het regionale EPD ofwel het EPD om de hoek uit te bouwen.

De huisartsen hebben wel ideeën voor hoe het anders moet: Investeer in de eerste lijn, verklein huisartsenpraktijken en breid ondersteuning uit. Draai de marktwerking en keten-DBC's terug en voer geen financiële prikkels in. Bewaak de professionele autonomie ook ten opzichte van de zorgverzekeraars en de farmaceutische industrie. Voer geen landelijk Elektronisch Patiëntendossier in, maar ga uit van een elektronisch dossier om de hoek, opgebouwd vanuit de werkvloer. Ga terug naar het abonnementssysteem en verstevig de arts-patiëntrelatie om bovenmatige zorgconsumptie tegen te gaan. Geef ruim baan aan kleinschaligheid, ook voor de diensten buiten kantooruren. Zo blijft huisartsenzorg, relationele en vertrouwde zorg.

3. DE AANBEVELINGEN EN BESLISPUNTEN

3.1. De positie van de huisarts

Huisartsen hebben in 2002 hun Toekomstvisie 2012 gedefinieerd: «Huisartsen vervullen een spilfunctie in de gezondheidszorg. Zij zijn het eerste aanspreekpunt voor patiënten met hun primaire zorgvragen. De huisartsenzorg anno 2012 biedt, teneinde op een veelheid van medische vragen te kunnen antwoorden, een breed pakket aan diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. Daarnaast biedt de huisartsenzorg begeleiding aan patiënten en omgeving tijdens en na hun ziekte. De huisarts werkt hierbij vanuit een vraaggerichte houding: vraagverheldering behoort tot de specifieke expertise van de huisarts. Huisartsenzorg wil ook in de toekomst persoonsgericht, integraal, continu en toegankelijk zijn.»¹

Dat betekent dat huisartsen een unieke positie innemen binnen de zorg, binnen de eerste lijn en de huisartsenzorg. De huisarts kan taken delegeren maar behoudt de coördinatie en de samenhang van het zorg- en begeleidingsaanbod. Delegatie en differentiatie mag niet ten koste gaan van het integrale karakter van de huisartsenzorg. Huisartsen zijn eindverantwoordelijk voor de behandeling van hun patiënt.

Is het voor artsen wel mogelijk deze belangrijke taak ook goed uit te voeren? Uit de SP-enquête bleek dat 87 procent van de ondervraagde huisartsen een toename van de werkdruk ervaart, ruim 80 procent van de huisartsen wijst hierbij op het slecht functioneren van de zorg elders. Vooral het slecht functioneren van en de lange wachtlijsten in de ouderenzorg baren de huisartsen zorgen. Artsen noemen ook de versnippering en afname van kwaliteit van de thuiszorg en de ziekenhuiszorg die steeds fabrieksmatiger gaat functioneren. Het is de huisarts die het probleem moet oplossen. «Hij was altijd al het afvalputje van de zorg, maar er gaat steeds meer naar het afvalputje», zo merkt een arts op. Dat betekent dat de zorg beter georganiseerd zal moeten worden. Bijvoorbeeld door de verantwoordelijkheid voor hulp en zorg in huis over te geven aan goed functionerende buurtzorgteams. Dat betekent ook de toegang tot de zorg overhevelen van de afstandelijke indicatieorganen naar de zorgverleners in de buurt: de wijkverpleegkundige die hiertoe advies kan vragen bij de huisarts. De huisarts kan bepalen dat iemand zorg nodig heeft, hoeveel zorg nodig is bepaalt vervolgens de thuiszorg. Voorwaarde is wel een goed geoutilleerde thuiszorgorganisatie. Voorkom ook het onnodig opvragen van gegevens door controleorganen. Het werken vanuit het vertrouwen in de professional dient leidend te zijn.²

1. Toon in het beleid vertrouwen in de huisarts. Laat de verantwoordelijkheid over de zorg meer over aan de zorgprofessionals. Ook ten aanzien van kwaliteits-ontwikkelingen en -controle. Een eerste stap naar meer vertrouwen richting de beroepsgroep is het plaatsen van de huisartsge-neeskundige zorg buiten het Kader van de Mededingingswet (zie punt 9).

2. Schaf het indicatieorgaan CIZ af. De indicatie kan beter weer worden gesteld door de wijkverpleegkundige in samenspraak met de huisarts. Organiseer de thuiszorg zoveel mogelijk volgens het buurtzorg-concept. Faciliteer zorgprofessionals om de zorg te verbeteren en knelpunten op te lossen, met name voor de ouderenzorg.

Samenwerking met en substitutie van tweede lijn

De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn moet worden versterkt, bijvoorbeeld door gezamenlijke richtlijnen en protocollen met goede informatievoorziening. Tegelijkertijd dienen de grenzen tussen de eerste en tweede lijn te worden bewaakt. Het doel is de patiënt zo snel mogelijk

¹ Projectgroep Toekomstvisie Huisartsenzorg, «Toekomstvisie Huisartsenzorg», 2010.

² LHV en NHG, brief aan de kabinetsinformatoren, 14 juli 2010.

op de juiste plek krijgen. Hierbij geldt dat wat dicht bij huis en in de eerste lijn kan, daar ook moet blijven. Dat is beter voor de patiënt. Bovendien is de zorg in de tweede lijn vaak duurder, mede omdat er meer gedaan wordt en dure vervolcontacten worden afgesproken. Zo ben je bij een enkelverzwikking bij de huisarts 100 euro kwijt (inclusief vervolcontact), bij een polikliniek kan dat snel oplopen tot 600 euro (inclusief vervolcontact). Onnodige intercollegiale doorverwijzing kan vooral worden tegengegaan door de financiële structuur van ziekenhuizen anders te regelen, bijvoorbeeld met artsen in loondienst of een abonnementsstelsel.

Voor het bewaken van de grenzen tussen de eerste en tweede lijn zijn concrete werkafspraken nodig evenals het bevorderen van deskundigheid en een betere naleving van de standaarden, protocollen en transmurale richtlijnen. Hierin worden «drempels» beschreven van eerste naar tweede lijn en omgekeerd. Ook dient de verwijzing naar de tweede lijn altijd via de huisarts plaats te vinden, dus strenge handhaving van het verwijsbeleid. De rol van de huisarts als poortwachter is hier van cruciaal belang. Zonder effectieve afspraken en regelgeving zullen investeringen in de huisartsenzorg het tweedelijnsbudget niet doen verminderen.

Daarnaast moet de ontwikkeling van zorgstraten met eerstelijnszorg door ziekenhuizen worden gestopt. Volgens de artsen in de enquête schieten klinieken als paddenstoelen uit de grond, bijvoorbeeld overgangspoli's, mannenpoli's, hooikoortspoli's. Patiënten die prima in de eerste lijn kunnen worden behandeld, worden zo naar de ziekenhuizen getrokken en ondergaan vaak ook nog overbodige zorg.

De beste manier om te voorkomen dat mensen in de tweede lijn komen is het goed organiseren van de eerstelijnszorg, met veel preventie zoals het voorkomen van complicaties bij diabetes. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de ervaring met het project DiabeteszorgBeter uit Zwolle. Uit de evaluatie blijkt dat meer patiënten in de eerste lijn behandeld kunnen worden, goede uitkomsten worden bereikt en de diabetespatiënten een betere gezondheid ervaren.¹

De internationaal vermaarde wetenschapper Barbara Starfield stelde in haar uitgebreide onderzoeken al vast dat een sterke oriëntatie op de eerstelijnszorg lagere kosten van gezondheidszorg met zich brengt. Maar ook dat landen met een slechte oriëntatie op de eerstelijnszorg slechter scoren op levensverwachting. Medische zorg verwordt volgens haar steeds meer tot ziektegerichte zorg, zeker in de tweede lijn. «Dat is een grote misvatting. Patiënten vallen niet samen met hun ziekte», aldus Starfield. Zij berekende dat als er per 10 000 mensen één huisarts meer zou komen, het aantal sterfgevallen per 100 000 mensen afneemt met 7 procent. Een toename van 8 procent van het aantal medisch specialisten daarentegen blijkt te leiden tot een stijging van 2 procent van de mortaliteit.²

3. Investeer meer in de huisartsenzorg. Hoe hoogwaardiger deze vorm van zorg is, des te beter het is voor de patiënt en de doelmatigheid in de zorg. Investeringen in de huisartsenzorg worden meer dan terugverdiend. Onnodig gebruik van dure tweedelijnszorg wordt er door verminderd. Een vereiste hiervoor is wel naleving van de standaarden en strikte handhaving van het verwijsbeleid met de huisarts als poortwachter.

4. Zorg dat de medische zorg die in de huisartsenpraktijk kan worden geboden, daar ook plaatsvindt. Licht de poliklinieken van ziekenhuizen door om tweedelijns huisartsenzorg terug te brengen naar de eerstelijns medische zorg.

¹ www.diabeteszorgbeter.nl; het boekje «Samenwerking en samenhang in de keten» is hier te downloaden.

² Henk Maassen, «Geneeskunde is te weinig gericht op de patiënt», Medisch Contact, 4 februari 2004.

Meer huisartsen

Het domein van de huisartsgeneeskunde breidde zich de afgelopen decennia uit. Huisartsen namen steeds meer taken op zich, waardoor werkzaamheden van de andere sectoren van gezondheidszorg bij de huisarts terecht kwamen. Gezondheid bleef onverminderd een belangrijk goed voor iedereen, waardoor vraag en aanbod stegen. Ook de technologische ontwikkelingen en nieuwe inzichten leidden tot een toenemende vraag naar huisartsgeneeskundige zorg, aldus de projectgroep Toekomstvisie Huisartsenzorg van NHG en LHV in 2002.¹ De werkdruk van de huisartsen is fors toegenomen, stelde de projectgroep toen al vast, na een uitgebreide situatieanalyse. Zij wees tevens op een toenemende uitstroom en onvoldoende aanwas van nieuwe huisartsen en op het feit dat de huisartsenpopulatie zal veranderen en de vraag naar deeltijdwerken en naar normalisering van werktijden daardoor zal toenemen.

Het aantal huisartsen dat in deeltijd werkt, is inderdaad sterk toegenomen volgens recent onderzoek van het NIVEL. In 1987 werkten vooral vrouwelijke artsen in deeltijd, tegenwoordig wordt er door zowel mannen als vrouwen minder uren per week gewerkt.² Het NIVEL stelde ook vast dat in de periode 1987 tot 2001 het aantal patiënten dat contact zoekt met de huisarts met 10 procent was gestegen en dat ook het aantal contactmomenten was toegenomen. Dat terwijl het aantal werkuren in dezelfde periode was afgenomen van 53 naar 44 uur per week. De huisarts verleent dus meer zorg in minder tijd, concludeerde het NIVEL. Voornaamste oorzaak van het minder aantal werkuren was de komst van de doktersposten, die avond-, nacht en weekenddiensten overnemen. Daarnaast regelt de dokter tegenwoordig meer vanuit de praktijk, er worden minder visites gereden en meer consulten worden per telefoon afgehandeld. Toch blijkt de werkdruk van huisartsen lang niet altijd te verminderen, aldus het NIVEL.³

Ook de cijfers uit de evaluatie van het eigen risico laten zien dat het aantal bezoeken per persoon in een jaar lijkt toe te nemen van gemiddeld 4,9 in 1980 naar 5,6 bezoeken in 2008. De stijging in de eerste jaren na 2006 kan deels veroorzaakt zijn doordat bij de particuliere verzekerden de financiële prikkel is weggevallen.⁴

Ook uit de SP-enquête blijkt dat volgens 87 procent van de ondervraagde artsen de werkdruk de afgelopen jaren is toegenomen. De artsen wijten dat vooral aan de toename van administratie en van taken en het te kort schieten van de zorg elders.

Een andere oorzaak, zeggen de artsen in het SP-onderzoek, is de toename van de gezondheidsproblemen. Dat zou te maken hebben met de vergrijzing, maar ook met de inrichting van de maatschappij en de economische crisis. Ook het verwachtingspatroon van patiënten is veranderd. De patiënten vinden steeds meer op internet; met googelen vind je een oplossing voor elke kwaal. De farmaceutische industrie helpt ook graag een handje mee via symptoomreclame, bijvoorbeeld over schimmelnagels en erectieproblemen. Zo ontstaat een toename van de vraag van patiënten over zaken die vroeger gewoon bij het leven hoorden. Er is ook een afname van acceptatie van ongezondheid bij mensen. Het probleem moet direct worden opgelost. Mensen moeten altijd door kunnen werken. Ook een kind moet direct beter zijn, want anders kan het niet naar de kinderopvang en kan vader of moeder dus niet aan het werk. In de enquête zegt één op de vijf huisartsen de patiënten niet altijd de vereiste kwaliteit van zorg te kunnen geven. De meeste huisartsen lossen het tijdstekort op door gewoon nog veel harder te werken en meer tijd te nemen per patiënt, 15 in plaats van 10 minuten. Toch schuiven normen geleidelijk op. Zo schieten visites na een bevalling of in het ziekenhuis er nu bij in, terwijl het vijf jaar geleden nog de gewoonte was. Voor het

¹ Projectgroep Toekomstvisie Huisartsenzorg, «Toekomstvisie huisartsenzorg», 2010.

² NIVEL, «Door slimmer organiseren doet de huisarts meer in minder tijd», 11 juni 2010.

³ NIVEL, «Door slimmer organiseren doet de huisarts meer in minder tijd», 11 juni 2010.

⁴ Ecorys, «Evaluatie verplicht eigen risico», april 2010.

begeleiden van terminale patiënten moet tijd worden vrijgemaakt. Dat lukt vaak alleen nog in de avonduren na een 10- tot 12-urige werkdag, merkt een van de artsen op. Daarnaast staat vooral de ouderenzorg onder druk. Ook de onderzoekers van het NIVEL wijzen er op dat de kwaliteit van de zorg nog regelmatig te wensen overlaat als gevolg van de hoge werkdruk. Door tijdgebrek worden verplichte richtlijnen niet altijd opgevolgd, soms juist vanwege de extra tijd die bepaalde voorschriften vragen, aldus de NIVEL-onderzoekers.

Uit de tweede nationale studie van het NIVEL blijkt dat hoe groter de praktijk, hoe meer uren er wordt gewerkt. De gemiddelde tijd voor patiënten per consult is ruim tien minuten. Bij praktijken boven de 2000 patiënten zie je enige afname, bij een praktijkgrootte boven de 3000 een sterkere afname tot 9 minuten.¹

Een groot deel van de artsen in de enquête (40 procent) zou graag kleinere praktijken zien. Ook de tien-minutennorm voor consulten vinden veel huisartsen achterhaald en zou omhoog moeten.

De gemiddelde praktijkgrootte is in Nederland zeer hoog ten opzichte van ons omringende landen. Zo is de praktijkgrootte in Frankrijk, België en Duitsland de helft of nog minder dan de helft van die in Nederland.² Dat heeft te maken met een andere inrichting van de zorg en met het feit dat in Nederland veel taken zijn gedelegeerd naar praktijkassistentes en praktijkondersteuners. Naarmate er meer wordt gedelegeerd, raakt de huisarts het contact met de patiënt en het overzicht kwijt. Voorkomen moet worden dat de zorg voor patiënten te gefragmenteerd raakt. De huisarts moet zelf goed toegankelijk blijven voor patiënten om een relatie met de patiënt op te kunnen bouwen en te houden. De grens lijkt bereikt en daarom moet ook hier de praktijknorm omlaag. Om te beginnen naar 2200 per normpraktijk in de komende vier jaar, en indien nodig daarna verder omlaag naar 2000. Kleinere praktijken betekenen dat er meer persoonlijke aandacht is voor de patiënt. Door persoonlijke begeleiding zal de arts beter in staat zijn de zeeffunctie uit te voeren. Door meer tijd en individuele aandacht zal de arts beter in staat zijn de behoefte aan zorg vast te stellen en tegendruk te bieden aan de opmars van vraaggerichte zorg.

Herkenbaarheid en persoonlijke zorg is belangrijk. Marjoleine de Vos schreef hierover een rake column waarin ze schrijft dat mensen gezien willen worden, dat er een beetje naar ze wordt geluisterd.³

Juist ook vanwege de poortwachtersfunctie moet de toegang tot de huisarts drempelloos blijven, dus geen eigen bijdrage voor de patiënt voor een bezoek aan de huisarts.

Om kleinere praktijken mogelijk te maken zullen er meer huisartsen moeten worden opgeleid.

In 2009 is de opleidingscapaciteit voor huisartsen van 532 naar 600 plaatsen gegaan. Het Capaciteitsorgaan doet de aanbeveling om vanaf 2011 structureel jaarlijks 730 mensen in te laten stromen voor de huisartsopleiding.⁴

5. Verlaag de normpraktijk stapsgewijs van 2350 naar 2200 patiënten met behoud van inkomen. Zowel het aantal patiëntcontacten als de zwaarte van de aandoeningen en de kwaliteitseisen zijn de afgelopen jaren toegenomen. De noodzakelijke tijd voor een effectief arts-patiëntcontact staat daardoor steeds meer onder druk. Verhoog de genormeerde consulttijd van 10 naar 15 minuten. Houd de toegang tot de huisarts drempelloos.

6. Leid meer (huis)artsen op en schaf de numerus fixus af. Voer actief beleid om de huisartsenzorg in de krimpggebieden voor de toekomst te garanderen. Kijk daarbij vooral naar verbetering van de lokale voorwaarden.

¹ NIVEL, «Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk», Utrecht 2004.

² Michael J. van den Berg, «Workload in general practice», Nivel 2010.

³ Marjoleine de Vos, «Zie mij, kijk mij aan», NRC 21 december 2009.

⁴ Capaciteitsorgaan, «Capaciteitsplan 2009», december 2009.

Meer ondersteuning

Binnen de huisartsenzorg concentreert de huisarts zich op de medische taken. Wezenlijk voor de huisartsgeneeskunde is dat huisartsen luisteren, klachten vertalen naar diagnoses, behandelen, adviseren, verwijzen en begeleiden. Omdat de zorgvraag toeneemt en complexer wordt, delegeren huisartsen een deel van de medische taken naar ondersteunend personeel. Uitvoering van deze taken moet op toetsbare protocollen gebaseerd zijn. Het ondersteunende personeel voert onder verantwoordelijkheid van de huisartsen de gedelegeerde taken uit.¹

De bestaande ondersteunende functies dienen in samenwerking met de betrokken beroepsorganisaties en beroepsopleidingen verder geprofessionaliseerd te worden. De verschillende functies binnen een huisartsenpraktijk moeten zorgvuldig worden beschreven, inclusief de registratie en kwaliteitseisen; er moeten meer differentiatiemogelijkheden komen.

Er zijn veel meer doktersassistenten (praktijkassistenten) nodig, alleen al om de telefonische bereikbaarheid die iedereen wil, te realiseren. Verder is de doktersassistente meer dan voorheen de spin in het web die de patiënten kent en verder helpt. Dat betekent een uitbreiding van de kwaliteitseisen plus BIG-registratie en herregistratie op basis van aangetoonde deskundigheidsbevordering.

Naast praktijkondersteuners zijn breed opgeleide praktijkverpleegkundigen nodig: generalistisch verpleegkundig geschoolde krachten dus die geïntegreerd werken en vele hand- en spandiensten voor de huisarts doen (zorg «regelen», pro-actief ouderenbeleid, probleemgezinnen, etc.). Hiervoor dient de differentiatie verpleegkundige huisartspraktijk binnen de HBO-opleiding verpleegkunde (bachelor of nursing in de huisartspraktijk) ontwikkeld te worden.²

De norm voor praktijkondersteuners was 1 op 3 normpraktijken. Deze norm is losgelaten en wordt deels ingevuld via keten-DBC's. Volgens een grove schatting van NHG/LHV is uitbreiding van de praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige naar 1 fte per normpraktijk nodig.³ Bij een uitbreiding van het aantal huisartsen lijkt een uitbreiding tot 0,6 fte aan praktijkondersteuner/verpleegkundige per normpraktijk vooralsnog voldoende.

Het moet niet zo zijn dat door uitbreiding van personeel de huisarts steeds meer manager wordt. De huisartsen uit de enquête blijken vaak 60 uur per week te werken in plaats van de door NZa berekende 45 uur. Vooral de overheadkosten zijn sterk gestegen. De implementatie van concurrerende zorgprogramma's en allerlei prestatiefactoren en verschillende eisen van verschillende zorgverzekeraars, zorgen voor een enorme organisatorische en administratieve last. «Ondersteunende zorggroepen zijn formele zorginstellingen geworden met procesmanagers, consultants, juristen, economen enz. met hoge overheadkosten, geld dat niet direct naar de zorg gaat. Ook kleine zorggroepen hebben last van doelmatigheidsverlies door hoge overdrachtskosten bij kortdurende contracten en wisselende eisen van verschillende zorginkopers», aldus VPHuisartsen.⁴

Door het buiten het Mededingingskader plaatsen van de huisartsenzorg en het vervangen van lokale en regionale onderhandelingen door landelijk overleg (punt 9), kunnen de regionale zorggroepen zich richten op de organisatie en ondersteuning van de huisartsen en andere eerstelijns-werkers in het kader van de ketenzorg en terug naar eenvoudige ondersteuning, zonder inschakeling van allerhande dure krachten.

7. Breid de financiële faciliteiten uit ten behoeve van het aantrekken van ondersteunend personeel. Verhoog de norm voor een doktersassistente (praktijkassistente) van 1 naar 1,6 fulltime equivalent (fte) per normpraktijk en zorg voor BIG-registratie. Verhoog de norm van praktijkondersteuner/

¹ Projectgroep Toekomstvisie Huisartsenzorg.

² NHG/LHV-standpunt. «Het ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening», 3 augustus 2005.

³ Concept-NHG/LHV-standpunt, «Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening», 21 oktober 2010.

⁴ VPHuisartsen, «Visiedocument – Organisatie en financiering toekomstige huisartsgeneeskundige zorg».

praktijkverpleegkundige naar 0,6 fte per normpraktijk en voer een differentiatie verpleegkundige huisartsenpraktijk binnen de HBO-opleiding verpleegkunde in.

8. Zorg dat de lokale of regionale voorzieningen voor inhoudelijke en organisatorische ondersteuning van de huisarts, zoals de regionale zorggroepen en ROS'en, zich meer kunnen richten op de organisatie van ketenzorg en eenvoudige ondersteuning van praktijken, bijvoorbeeld door het vervangen van lokale en regionale onderhandelingen door landelijk overleg (zie punt 9). Waar mogelijk nemen deze voorzieningen financiële en administratieve taken van huisartsen over.

3.3. Marktwerking

Terugdraaien marktwerking en landelijk overleg

De huisartsen in de enquête zijn duidelijk: 87 procent van de huisartsen wijst de marktwerking in de huisartsenzorg af, slechts 2 procent vindt marktwerking een goed idee. Door de marktwerking is er veel meer bureaucratie gekomen (vindt 87 procent), zijn de uitgaven toegenomen (vindt 80 procent), is er minder solidariteit (vindt 76 procent), minder kwaliteit van zorg (vindt 57 procent), meer vraagsturing (vindt 15 procent). Met marktwerking introduceer je productiedenken in de zorg. De onder-vraagde artsen zijn ook zelfkritisch, ze zijn bang dat ze zich vooral gaan richten op dingen waar ze economisch gezond door blijven, vooral producten leveren omdat ze er aan kunnen verdienen, en dat iedereen achter budgetten aanrent in plaats van te handelen uit passie voor de patiënt. De artsen vrezen ook voor minder samenwerking en versnippering van de zorg. De zorg wordt in hokjes verdeeld, terwijl de huisarts juist de generalist is. Het kost de artsen bovendien veel tijd om allerlei getallen te produceren ten behoeve van de prestatie-indicatoren van verzekeraars die op zich weinig zeggen over de kwaliteit van de zorg. Het individueel onderhandelen met huisartsen en de controledrift door de marktwerking worden als belangrijke oorzaken van de toename van de bureaucratie genoemd. Daarnaast stijgt de bureaucratie door de zinloze verwijzingen, de machtigingen en het declaratiesysteem.

84 procent van de ondervraagde huisartsen vindt dat de zorgverzekeraars steeds meer op de stoel van de huisartsen gaan zitten. Zorgverzekeraars bepalen steeds meer welke medicijnen patiënten krijgen voorgeschreven. Verzekeraars bepalen ook steeds meer naar welk ziekenhuis een patiënt mag en wat hij of zij vergoed krijgt. Verzekeraars bepalen welke zorgproducten zij inkopen en welke niet. Zorgverzekeraars stellen ook eenzijdig kwaliteitsindicatoren vast, ze starten eigen praktijken, eigen vaccinatiebedrijven en uitgifteposten voor medicijnen. Daarnaast zetten ze patiënten onder druk om naar een internetapotheek te gaan. De kwaliteit van de medicatiebewaking komt zo onder druk te staan. Huisartsen vrezen dat de zorgverzekeraars met hun beleid de continue en integrale huisartsenzorg zullen afbreken.

De marktwerking in de huisartsenzorg werkt bovendien niet, volgens veel huisartsen in de enquête. De zorgverzekeraar dicteert, tarieven worden opgelegd. Het is een jaarlijkse stoelendans die veel gedoe en energie vraagt van allen, vooral van de onderhandelaars. Als huisarts wil je bovendien samenwerking, geen concurrentie. De NMa werkt elke vorm van samenwerking tegen.

De concurrentie blokkeert de noodzakelijke samenwerking waarop de huisartsenzorg is gebaseerd, zeggen NHG en LHV. Zij vragen om huisartsen ruimhartig te laten samenwerken, ook in situaties die de concurrentie beperken. Geen marktwerking in de huisartsenzorg dus¹.

¹ LHV en NHG, brief aan de kabinetsformaten, 14 juli 2010.

9. Draai de marktwerking in de huisartsenzorg terug. Stop de bemoeienis van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) met de zorg. Landelijk overleg tussen betrokken partijen over tarieven en prijsstellingen komt in plaats van de individuele onderhandelingen van huisartsen(groepen) met zorgverzekeraars. De contracteerplicht voor zorgverleners wordt heringevoerd, zodat patiënten maximale keuzevrijheid hebben.

Van keten-DBC's weer terug naar ketenzorg vanuit huisartsen

De ergernis over de bemoeienis van zorgverzekeraars geldt ook voor de ingevoerde functionele (integrale) bekostiging ofwel keten-DBC's, waarbij huisartsen worden afgerekend op zorg die per keten is geformuleerd (diabeteszorg, cardiovasculair risicomanagement, hartfalen en COPD-zorg) met als consequentie dat een deel van de zorg wordt opgeknipt in ziektebeelden die de huisarts samen met andere hulpverleners behandelt. De huisarts (of een andere zorgverlener of instelling) wordt hoofdaannemer en moet onderhandelen met de zorgverzekeraar over de prijs. De zorgverzekeraar bemoeit zich hierbij nogal eens met de inhoud van de zorg door het stellen van allerlei kwaliteitsdoelstellingen. De huisartsen in de enquête zien veel meer nadelen dan voordelen. 90 procent vreest een enorme toename van de bureaucratie. 88 procent vreest het teloorgaan van de integrale zorg. 80 procent vreest het sturen op geld in plaats van op professionele motieven. Veel huisartsen vragen zich bovendien af of het aannemerschap en onderaannemerschap iets is wat bij de huisarts hoort.

De vrees voor bureaucratie wordt bevestigd in een experiment van zorgverzekeraar CZ, waar de kosten bij diabetespatiënten met 3,8% meer stegen dan bij andere patiënten. De extra investeringskosten bleek voor 60% te bestaan uit organisatie- en overheadkosten.¹

Het NHG wijst er op dat de integrale zorg die de huisarts biedt, wordt doorbroken. De huisarts behandelt geen ziektebeelden (diseases) maar patiënten die klachten hebben (disabilities). Het doorbreken van de eerste en tweede lijn is niet louter een technische kwestie. Huisartsen leveren generalistische continue zorg, specialisten specialistische en episodische zorg. Dat is niet zo maar uitwisselbaar. Het woord is bij de behandeling en begeleiding van patiënten in principe aan de generalistische huisarts en pas in tweede instantie aan de specialist als de behandelingsmogelijkheden van de huisarts niet voldoende zijn.²

Het Centraal Planbureau (CPB) plaatst vraagtekens bij de kostenbesparing en vraagt zich af of prestatiebekostiging principieel wel thuishoort in de eerstelijnszorg. Er bestaat brede consensus dat een geïntegreerde aanpak van de zorg voor vier niet-complexe chronische aandoeningen (diabetes, COPD, hartfalen en CVRM) de kwaliteit van de zorg sterk verbetert. Er zijn echter twijfels of het verplicht voorschrijven van keten-DBC's wel zo nodig is om dit doel te bereiken. Er zijn immers al veel positieve ontwikkelingen gaande op dit vlak. Het tijdelijk voortzetten van de financiering van de huidige experimenten is wellicht effectiever. Ook gezien de ervaring in Duitsland zijn er serieuze twijfels of de voorgestelde maatregel überhaupt kostenbesparend zal zijn. Meer fundamenteel kan men de vraag stellen of de weg die hiermee wordt ingeslagen richting prestatiebekostiging wel de juiste richting is voor de eerstelijnszorg. Zou een vergoeding per verzekerde («fundholding») niet beter zijn dan een vergoeding per aandoening, zo vraagt het CPB.³

Ook het RIVM twijfelt aan de toegevoegde waarde van de keten-DBC. Het RIVM gaf in haar onderzoek naar functionele bekostiging van diabetes aan dat na een jaar geen duidelijke verbetering van de gezondheidssituatie van de patiënt optrad. Bij veel patiënten waren de bloedsuikerspiegels al goed geregeld voor ingang van het experiment.⁴

¹ Truus Gootzen en Angelique Bonte, «Het rendement van ketenzorg», Medisch Contact, 28 januari 2010.

² Ron Helsloot en Arno Timmermans, «De waarde van lijnen», Huisarts & Wetenschap, juni 2009.

³ CPB-notitie, «Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg», 15 september 2009: www.cpb.nl/nl/pub/cpbreksen/notitie/15sep2009/notitie.pdf

⁴ RIVM, «Eerste resultaten één prijskaartje diabeteszorg zichtbaar», persbericht, 12 november 2009.

De huisartsen in de enquête wezen er ook op dat huisartsen al lang ketenzorg organiseren, daar is geen functionele bekostiging voor nodig, deze doet zelfs afbreuk aan de professionele ketenzorg. Er zijn bijvoorbeeld heel goede resultaten gehaald met het project DiabeteszorgBeter in Zwolle.¹ Voor de financiële ondersteuning zou ook gekeken kunnen worden naar het werken met koptarieven. Hier zijn in Duitsland goede ervaringen mee. Via het koptarief krijgen zorgverleners en coördinerende zorggroepen een vergoeding voor de kosten die naast de reguliere zorg gemaakt moeten worden voor het realiseren van optimale kwaliteit van (keten-)zorg.

10. Draai de functionele (integrale) bekostiging voor financiering van programmatische chronische zorg (keten-DBC's) terug. Faciliteer en ondersteun de ketenzorg zoals die door huisartsen al op tal van plaatsen was opgezet. Zorg dat de huisarts de spil blijft en zoek naar financiering die dat honoreert en niet de zorg in stukjes knipt. Maak landelijke prijsafspraken.

Geen pay for performance

De meeste huisartsen in de enquête zijn ook afkerig van het idee van voormalig minister Klink om huisartsen extra te belonen als bepaalde kwaliteitsdoelstellingen worden bereikt (pay for performance), bijvoorbeeld bij een bepaalde vaccinatiegraad tegen griep. Tweederde van de huisartsen spreekt zich op principiële gronden uit tegen financiële prikkels; slechts 15 procent ziet er wel iets in.

De artsen vrezen dat geld en cijfers de drijfveer worden in plaats van de zorg en patiënten. Ze vrezen dat huisartsen vooral aan hun inkomen gaan denken en dat dit ten koste kan gaan van de huisarts-patiëntrelatie. Kwaliteitsdoelen zijn bovendien ook afhankelijk van je patiëntenpopulatie; in een achterstandswijk is moeilijker aan kwaliteitsdoelen te voldoen. Ervaringen uit Engeland leren bovendien dat dit leidt tot onnodige zorg en veel bureaucratie. Huisartsen richten zich te veel op het oppeppen van de indicatoren. Er is daar een «tick-box mentality» ontstaan: je doet iets omdat de computer zegt dat je het moet doen. Huisartsen krijgen op de computer telkens pop-ups te zien die hen vertellen dat ze cholesterol of bloeddruk moeten meten. Ook bij de oude dame van wie net het hondje is overleden en die gewoon troost nodig heeft.

Kortom, hier geldt hetzelfde risico als bij de kwaliteitsdoelstellingen van keten-DBC's. Bovendien is slechts een klein deel van de zorg meetbaar. Diabetes, bloeddruk, longfunctie – die dingen zijn meetbaar. Luisteren, troosten, uitleggen of vermanen zijn dat niet, terwijl dat juist de kernkwaliteit van de huisarts uitmaakt die hem of haar zijn wezenlijke positie in de zorg geeft. Als te veel wordt gericht op cijfertjes, is ook het risico dat er minder tijd wordt besteed aan lange gesprekken en visites en meer aan korte consulten en ketenzorg. Mede door de hoge werkdruk zie je al dat visites en ziekenhuisbezoeken er bij inschieten; normen voor wat gedaan behoort te worden, schuiven geleidelijk op. Als de huisartsgeneeskunde zou verworden tot indicatoren scores, dan is de ziel eruit.

Met kwaliteitsmetingen moet je voorzichtig omgaan omdat je vaak geen kwaliteit meet en soms zelfs kwaliteit schaadt, zo waarschuwen ervaren artsen.

11. Stuur in het zorgbeleid zoveel mogelijk op inhoudelijke, kwalitatieve randvoorwaarden. Sturing op financiële prikkels in de zorg gaat ten koste van de kwaliteit en is derhalve ongewenst en principieel verwerpelijk. Targetgeneeskunde en bonusgeneeskunde leiden ertoe dat geld en cijfers de drijfveer worden in de zorgverlening in plaats van integere zorg voor patiënten. Herwaardeer de kernkwaliteit van de huisarts.

¹ www.diabeteszorgbeter.nl

3.4. Financiering

De huisartsen in de enquête zijn wisselend tevreden over hun inkomen. De meerderheid is tevreden met het huidige financieringssysteem. Ze vinden wel dat het eenvoudiger zou moeten. De tarieven voor verrichtingen en de regels verschillen per verzekeraar en veranderen jaarlijks. De maximale consultprijzen staan vast en deze maximumprijzen worden in het algemeen ook gehanteerd. Het individueel contracteren, het ingewikkelde declareren en het invullen van machtigingen leiden tot veel onnodig administratief sprokkelwerk ofwel bureaucratie. Er wordt ook onvoldoende gekeken naar wat de huisarts werkelijk doet, zodat het nog steeds geen loon naar werken is. Zeker als je de patiënten ook nog voldoende tijd en aandacht wil geven.

Een kwart van de artsen zou terug willen naar het oude abonnements-systeem, maar dan wel met betere uitwerking van de opslag voor een aantal zaken. Het moet in elk geval niet nog variabel worden, zoals voormalig minister Klink wilde; ook de LHV is daartegen.

Voorheen was tweederde ziekenfonds (abonnement) en eenderde particulier verzekerd (verrichtingen); sindsdien is de variabele beloning toegenomen. In 2009 was ongeveer de helft variabel. In 2010 is de verdeling vast/variabel inkomen voor huisartsen ongeveer 55/45. Het aandeel inschrijftarieven is toegenomen vanwege de overheveling van de vergoeding voor herhaalrecepten naar het inschrijftarief.¹

Vanaf 2006 is er sprake van een onverwachte stijging van de variabele uitgaven, waardoor van 2006 tot en met 2009 de lasten per verzekerde stegen met 10 procent. Het gaat om een toename van gedeclareerde consulten; vooral langdurige consulten nemen toe. Dat kan te maken hebben met de toenemende vergrijzing in Nederland. Het risico van upcoding is echter niet uit te sluiten. De grootste stijger is de bijzondere betalingen (stijging met 88 miljoen ofwel 12,2 procent) en zit hem vooral in de module M&I.² M&I-verrichtingen dienen om substitutie van tweede naar eerste lijn te stimuleren of om programmatische zorg voor chronisch zieken te bevorderen. Uit studies blijkt dat met name de substitutie nog maar langzaam op gang komt.³ Het lijkt er meer op dat het ingevoerde marktmechanisme leidt tot verkeerde prikkels en daarmee tot een ongewenste toename van het volume. Deze cijfers ondersteunen een pleidooi om zoveel mogelijk over te gaan naar een abonnementsstelsel. Dat heeft als voordeel dat de bureaucratie fors afneemt en er geen verkeerde prikkels ontstaan. Preventie en structureel overleg met bijvoorbeeld de tweede lijn behoren onderdeel van het basispakket te zijn. Bij het werk van de huisarts horen systematische preventieve activiteiten, bijvoorbeeld op het gebied van hart- en vaatziekten, diabetes en overgewicht. Nieuwe vormen van zorg kunnen tijdelijk in het Aanvullende Zorgaanbod, om later als ze voldoende uitgekristalliseerd zijn opgenomen te worden in het basispakket. Naast een opslag voor ouderen en achterstandswijken zou er een opslag voor chronische patiënten moeten komen. Dit omdat praktijken sterk kunnen verschillen in hun patiëntenpopulaties, en nieuwe programma's voor chronische zorg weliswaar tijdelijk apart worden gefinancierd, maar na een experimenteerfase worden ondergebracht in het basispakket.

Ook het CPB pleit feitelijk voor een abonnementsstelsel als zij ten aanzien van de bekostiging van de geïntegreerde aanpak van zorg (keten-DBC's) stelt: «Meer fundamenteel kan men de vraag stellen of de weg die hiermee wordt ingeslagen richting prestatiebekostiging wel de juiste richting is voor de eerstelijnszorg. Zou een vergoeding per verzekerde («fundholding») niet beter zijn dan een vergoeding per aandoening?»⁴

De angst van veel artsen is dat een abonnementsstelsel leidt tot forse inkomensachteruitgang. Dat terwijl de huisarts nu net na het Vogelaarakkoord een beter inkomen heeft verworven en een goede middenpositie

¹ Berekeningen LHV.

² CVZ, Zorgcijfers kwartaalbericht 1^o kwartaal 2010; met meerjarige trendcijfers 2004–2009, 2010.

³ Ecorys Nederland BV, «Effecten van het Vogelaarakkoord op de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit patiëntenperspectief», i.o.v. NPCF, oktober 2007.

⁴ CPB-notitie, «Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg», 15 september 2009: www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/notitie/15sep2009/notitie.pdf

inneemt in vergelijking met collega's in omliggende landen. Je moet dus goede garanties inbouwen om inkomensachteruitgang te voorkomen. Voor een werkbaar abonnementensysteem zou gewerkt moeten worden met reële tarieven en geïndexeerd moeten worden op stijgende zorgbehoefte.

12. Financier het Basiszorgaanbod van huisartsen – inclusief een aandeel preventie – via een abonnementensysteem. Daardoor is er geen financieel belang bij behandeling en neemt de bureaucratie fors af. Verbeter wel het toeslagensysteem, zodat het goed aansluit op de intensiteit van de noodzakelijke zorg (zorgzwaarte) voor de praktijkpopulatie; naast een opslag voor achterstandswijken en ouderen, komt er bijvoorbeeld een opslag voor chronisch zieken. Voor een beperkt aantal bijzondere behandelingen (Aanvullend Zorgaanbod) blijft een verrichtingenstelsel bestaan, met landelijk vastgestelde tarieven. De inschrijving op naam is en blijft verplicht.

13. Breng de nieuwe programma's voor chronische zorg – bijvoorbeeld chronische bronchitis en longemfyseem (COPD) en cardiovasculair risicomanagement (CVRM) – in de experimenteerfase onder in het Aanvullende Zorgaanbod, met te onderscheiden verantwoordelijkheden en financiering; daarna kunnen ze worden opgenomen in het abonnementensysteem, bijvoorbeeld de chronische zorg voor diabetes mellitus (DM).

3.5. Organisatie, kwaliteit en ICT

Een belangrijke wijziging in de organisatie is de herdefiniëring van «zorg van de huisarts» naar «huisartsenzorg». Niet de huisarts maar huisartsenzorg als voorziening biedt zorg en begeleiding aan patiënten op een persoonsgerichte, continue en toegankelijke wijze. Volgens de projectgroep Toekomstvisie Huisartsenzorg van de NHG en LHV is, om die brede huisartsenzorg in de toekomst te kunnen garanderen, delegatie van taken aan ondersteunend personeel nodig. Evenals een intensievere samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners – zowel binnen als buiten de huisartsvoorziening – en differentiatie. Gezien hun centrale rol binnen de gezondheidszorg moeten huisartsen afstemmen met andere zorgverleners. De ontwikkeling van huisartsgeneeskunde in individuele praktijken naar huisartsenzorg vraagt om aanpassing van de organisatiestructuur. De organisatorische vormgeving wordt, behalve door de persoonlijke voorkeur van de huisarts, mede bepaald door lokale of regionale factoren. Dit leidt ertoe dat huisartsen in toenemende mate in samenwerkingsverbanden zullen werken, aldus de projectgroep.¹ Daar staat wel tegenover dat de patiënt graag zijn vaste en vertrouwde huisarts wil zien, zeker als hij echt in nood is. De patiënt hecht aan een persoon, niet aan een instelling. De werkdruk van een huisarts moet zodanig zijn dat hij/zij ruim en gemakkelijk beschikbaar is voor zijn patiënten. Dat kan betekenen dat je voor ernstig zieke patiënten ook in de avond, nacht of het weekend beschikbaar bent.

Deze nota stelt daarom zowel een uitbreiding voor van het aantal huisartsen om de praktijknorm te kunnen verlagen als een uitbreiding van de ondersteuning door doktersassistenten en praktijkverpleegkundigen.

Zorg op rollatorafstand

Investeren in zorg dicht bij de patiënt en in zorg voor ouderen en zieken op rollatorafstand – dat vragen LHV en NHG aan de kabinetinformateurs.²

Een goed voorbeeld is het project «De nieuwe praktijk» dat is gericht op samenwerking in de eerste lijn. Al is niet iedereen even ver, er wordt steeds meer samengewerkt tussen eerstelijns zorgaanbieders. Zelfs bij het

¹ Project Toekomstvisie Huisartsenzorg (NHG en LHV), «Toekomstvisie huisartsenzorg», 2002.

² Brief LHV en NHG aan de kabinetinformateurs, 14 juli 2010.

bouwen van nieuwe centra wordt al rekening gehouden met samenwerking. Daardoor kan alle zorg dicht bij huis worden gegeven en hoeven patiënten niet voor ieder probleem naar het ziekenhuis.¹ Het is voor patiënten prettig om zorg te krijgen in de vertrouwde omgeving in eigen buurt. Bovendien is het voor iedereen goedkoper als patiënten thuis de zorg krijgen, waarvoor ze eerst naar het ziekenhuis moesten. Verder zorgt een goed georganiseerde eerste lijn voor meer werkplezier van de huisarts en andere zorgverleners.²

Kenmerkend voor de huisartsenzorg zijn de vaak tientallen jaren durende arts-patiëntrelaties. Een langdurige arts-patiëntrelatie heeft een heilzame werking. Zij levert gezondheidswinst op. Handelen wordt effectiever. Een langdurige continue relatie bevordert immers het vertrouwen. Vertrouwen leidt weer tot positieve verwachtingen van het effect van een behandeling.³

Ook de meerderheid van de huisartsen (53 procent) in de enquête vindt dat de eerstelijnszorg meer in de buurt georganiseerd moet worden, in kleinschalige buurtcentra of netwerken. Voor artsen die werken in achterstandswijken ligt dat zelfs op 63 procent.

De huisartsen in de enquête vinden dat ze onvoldoende steun krijgen, vooral vanuit de lokale overheid, bijvoorbeeld voor huisvesting en randvoorwaarden, organisatorische en managementondersteuning. Initiatieven van onderop zouden zo meer ondersteund moeten worden. Ook de overheid zou centra kunnen opzetten met artsen in loondienst.

14. Investeer in zorg in de buurt. Bevorder kleinschaligheid en buurt/wijkgebonden werken. Hierdoor kan het onnodige gebruik van de (huisartsen)zorg worden teruggedrongen alsmede de anonimisering in de zorg tegengegaan. Een bekende huisarts werkt helend en geeft vertrouwen. Ondersteun initiatieven van onderop om kleinschalige eerstelijnsvoorzieningen of netwerken in de buurt op te zetten. Gemeenten en/of landelijke overheid dienen dit organisatorisch en financieel te vergemakkelijken.

Kwaliteitsbeleid en bureaucratie

Het standaardenbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de intensieve nascholingsactiviteiten verhogen de kwaliteit van het huisartsenwerk. De LHV heeft samen met het NHG, LINKH⁴ en VHN⁵ het kwaliteitsbeleid voor de komende vijf jaar vastgesteld, waarvan visitatie, actieve kwaliteitscommissies en klachtenprocedures belangrijke onderdelen zijn.⁶

Een nieuwe ontwikkeling is die van kaderartsen met aandachtsgebieden. Dat zou moeten leiden tot «specialisten huisartsenzorg» die verdieping brengen in het vak. Het zijn en blijven echter wel gewone all-round huisartsen. De kwaliteit van de huisartsenzorg als geheel kan hiermee gediend zijn, mits de huisartsen ook voldoende gebruik maken van nascholingen om hun eigen kennis en vaardigheden op peil te houden, in den brede.

Belangrijk is ook het terugdringen van de administratieve lastendruk. Grote boosdoeners in de administratieve overlast zijn – naast het CIZ – het verzamelen van gegevens ten behoeve van prestatie-indicatoren en controleorganen, de korte-termijncontracten en het grote aantal verzekeraars die dan ook nog hetzelfde zorgaanbod verschillend willen bekostigen. Ook het alsnog uitbetaald krijgen van onbetaalde declaraties kost veel tijd en energie. De winst van elektronisch declareren wordt daarmee weer teniet gedaan.

Naast de vele voorstellen in deze nota is het ook aanbevelenswaardig om met de beroepsgroep af te spreken hoe verstikkende administratieve overlast verder kan worden voorkomen.⁷

¹ Interview met Steven van Eijck (LHV): www.denieuwepraktijk.nl

² Interview met Arno Timmermans (NHG): www.denieuwepraktijk.nl

³ A.M. Van Dulmen, «De helende werking van het arts-patiëntcontact», Huisarts Wet 2001, 44 (11), pp. 490-4.

⁴ Landelijk implementatie netwerk kwaliteitsbeleid huisartsenzorg.

⁵ Vereniging Huisartsenposten Nederland.

⁶ LHV e.a., «Zorg voor kwaliteit huisartsenzorg», 24 juni 2010.

⁷ LHV en NHG, brief aan kabinetinformatie, 14 juli 2010.

15. Blijf werken aan kwaliteitsbeleid. Dat is vooral een zaak van huisartsen zelf, waarbij er geen plaats is voor vrijblijvendheid. Huisartsen moeten een aantal duidelijke kwaliteitsnormen vaststellen. Onderlinge visitatie van huisartsen wordt verplicht. Hoe beter het interne kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep, des te minder bureaucratie en kosten zijn gemoeid met controle door derden. De rol van de verzekeraars wordt verregaand beperkt. De prestatie-indicatoren worden afgeschaft. Dat zal leiden tot minder bureaucratie, evenals door andere voorstellen uit deze nota, zoals het invoeren van landelijk overleg (9), het afschaffen van het CIZ (2) en vereenvoudiging van het financieringssysteem (12).

Professionele autonomie bewaken

Het is volgens veel artsen maar zeer de vraag of kwaliteit en marktwerking samen gaan. De arts heeft ruimte nodig om zelf een oordeel te kunnen vormen over wat het beste is voor de individuele patiënt; hij of zij moet beargumenteerd kunnen afwijken van de standaarden. Medische professionele autonomie betekent dat een oordeel vrij moet staan van invloeden van overheid, markt, werkgevers, financiële opdrachtgevers (lees: zorgverzekeraars) of bijvoorbeeld financiële prikkels voor eigen gewin. Hierin past niet dat overheden en verzekeraars bepalen wat goede gezondheidszorg is en prestatie-indicatoren vaststellen waarbij de beroepsgroep zelf niet is betrokken. De huisartsen worden dan afhankelijk van criteria die door overheid en zorgverzekeraars zijn geformuleerd en die met financiële middelen worden beloond. De patiënt kan er binnen dit systeem niet meer op vertrouwen dat de huisarts volledig onafhankelijk is binnen zijn of haar handelen en advisering. Op sommige plekken zijn huisartspraktijken al opgekocht door verzekeringsmaatschappijen en wordt de autonomie van de huisarts vervangen door de autonomie van de verzekeraars. De marktgestuurde organisatie van de gezondheidszorg is niet te verenigen met de professionele kernwaarden van de huisarts, aldus enkele artsen met wie in gesprek werd gegaan in het kader van onze enquête.

De rol die de zorgverzekeraars hebben gekregen bij de invoering van de marktwerking maakt hen steeds machtiger. Bovendien groeit het het aantal grote zorgverzekeringsconglomeraten. Deze commerciële zorgverzekeraars zetten steeds meer een voet tussen de deur in de spreekkamer en dreigen de professionele autonomie van huisartsen aan te tasten. Daarnaast baart de farmaceutische industrie nog steeds zorgen. Naast de belangrijke bijdrage aan de gezondheidszorg heeft deze industrie uiteraard ook economische belangen. Ruim één op de vijf huisartsen in de enquête vindt dat de nascholingsactiviteiten te veel zijn verbonden met de farmaceutische industrie. De overgrote meerderheid (76 procent) ziet het liefst totaal onafhankelijke nascholingen. Een derde van de huisartsen zou graag een verbod zien op deze commerciële artsenbezoekers. 41 procent van de ondervraagde huisartsen ontvangt zelf artsenbezoekers, 57 procent doet dat niet. De meningen over een verbod op artsenbezoekers lopen in beide groepen nogal uiteen. Van de groep die geen huisartsenbezoekers ontvangt zou meer dan de helft (52 procent) graag een verbod zien, van de groep die wel huisartsenbezoekers ontvangt is dat 9 procent. Het zou goed zijn de bezoeken van commerciële artsenbezoekers in elk geval te beperken tot bezoeken aan farmacotherapeutische overleggen. Onafhankelijke informatie, zoals via het Geneesmiddelenbulletin, moet in elk geval blijven.

16. Zorg dat de huisarts de vertrouwensfunctie kan blijven uitoefenen. Daarom dient de huisarts volledig onafhankelijk te zijn van ander partijen binnen de gezondheidszorg. De patiënt moet er op kunnen vertrouwen dat adviezen nooit gebaseerd zijn op belangenverstrengeling of op financieel eigenbelang.

17. Bewaak de professionele autonomie. Zowel van overheid en markt als van de financieringssysteem zelf is ongewenste beïnvloeding te duchten. Handhaaf de onafhankelijke geneesmiddeleninformatie (Geneesmiddelenbulletin) en breid deze uit. Weer commerciële artsenbezoekers; beperk dat in elk geval tot informatieverstrekking tijdens farmacotherapeutische overleggen (FTO's) in plaats van aan individuele huisartsen. Organiseer op lokaal/regionaal niveau onafhankelijke nascholingsfaciliteiten.

Elektronisch Patiëntendossier

Over het verplicht invoeren van het landelijke patiëntendossier is veel beroering in de huisartsenwereld. Slechts 7 procent van de huisartsen uit de enquête vindt dit een goed idee.

De grote meerderheid (61 procent) vindt het een veel beter idee het regionale EPD uit te bouwen, 19 procent vindt zelfs dat geen goed idee. Veel huisartsen maken zich zorgen om de veiligheid, vooral wat betreft privacy, en betwijfelen het nut en de uitvoerbaarheid van een dergelijk grootschalig project. Ook hier lijkt weer een systeem van bovenaf te worden opgelegd zonder de professionals fatsoenlijk te raadplegen, stellen veel artsen.

Eerst zouden huisartsen moeten zorgen dat de dossiers ook goed toegankelijk zijn voor een collega, anders heeft de hele operatie geen zin. Huisartsen registreren nog steeds heel divers, zo bleek uit een opleidingsmodule van de vervolgopleiding tot huisarts (VOHA) in Nijmegen; dat meldde één van de huisartsen waarmee in gesprek werd gegaan. Ook anderen wezen al eerder op de noodzaak van verbetering van de informatievoorziening, het standaardiseren van informatiebronnen en afstemmen op elkaar en het verbeteren van registratie van gegevens. De introductie van een EPD zou geen wondermiddel zijn waarmee alle problemen rond statusvoering zullen verdwijnen; de verwachtingen over een EPD zouden veel te hoog gespannen zijn.¹

Het is beter het regionale EPD uit te bouwen. Allereerst om te zorgen dat de gegevens over medicatie inclusief eventuele allergie van patiënten op orde zijn, zeker gezien de ziekenhuisopnames door foute indicatie. Inmiddels heeft 23 procent van de huisartsenpraktijken zich aangesloten op het Landelijk Schakelpunt. Zorgaanbieders konden hier subsidie voor aanvragen; men moest dan wel een contract aangaan voor aansluiting op het EPD. Zo'n 5000 zorgaanbieders hebben subsidie aangevraagd.² De Eerste Kamer heeft 6 juli 2010 een rem gezet op de verdere ontwikkeling van een landelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Er moest een pas op de plaats worden gemaakt; onomkeerbare zetten moesten vermeden worden. Een Kamerbreed gesteunde motie ingediend door SP-senator Slagter-Roukema vroeg de regering een communicatieplan voor het EPD op te stellen in overleg met alle relevante partijen – een communicatieplan waarin de minister de stand van zaken toelicht en duidelijkheid geeft over het vervolgtraject. De Eerste Kamer vroeg ook aandacht voor de verwarring in het land over de al bestaande regionale systemen van dossiervorming die aan minder zorgvuldigheidseisen hoeven te voldoen dan die welke aan het landelijke EPD gesteld zullen worden.

Het debat in de Eerste Kamer heeft er uiteindelijk toe geleid dat de Eerste Kamer het wetsvoorstel om te komen tot een landelijk Elektronisch Patiëntendossier heeft weggestemd. Dit vanwege grote problemen met privacy van patiënten en veel kritiek van deskundigen uit het veld op de uitvoerbaarheid. SP-senator Slagter-Roukema: «We zijn verdwaald geraakt, terwijl we het eens waren over het uitgangspunt, de wens om te komen tot een beveiligde infrastructuur voor gegevensuitwisseling met als doel de zorg te ondersteunen en beter te maken.»³

¹ Hoogendam e.a., «EPD geen wondermiddel», Medisch Contact, pp. 1142–43, 26 juni 2007.

² Minister van VWS, brief aan de Tweede Kamer, 13 januari 2011 (27 529, nr. 63).

³ www.sp.nl/zorg/nieuwsberichten/8957/110316-wlektronisch_patintendossier_epd_in_huidige_vorm_van_baan.html

De zaken zullen nu echt anders moeten worden aangepakt, bijvoorbeeld door regionale uitwisseling op kleine schaal. In de vervolgdiscussie kan ook gekeken worden naar de mogelijkheden van een chip met daarop de relevante medische gegevens, zoals in Frankrijk (CAN de Sécurité Sociale). De patiënt kan dan zelf bepalen bij welke hulpverlener het pasje wel of niet in de chiplezer gestopt wordt.

18. Voer het landelijk Elektronische Patiëntendossier (EPD) niet in. Een landelijk dossier is overbodig en niet veilig. De meeste zorg en benodigde uitwisseling van gegevens vindt regionaal plaats. Stimuleer de uitbouw van het regionale Elektronische Medisch Dossier, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan met betrekking tot de privacy, patiënttoestemming en duidelijkheid wie toegang heeft en wie daarover beslist. Zorg voor betere afstemming van de verschillende huisartsinformatiesystemen (HIS), de ziekenhuisinformatiesystemen (ZIS) en de systemen van apothekers. Evenals voor adequate financiering om medische dossiers geschikt te maken voor uitwisseling en om hoge ICT-kosten te vergoeden.

3.6. De avond-, nacht- en weekenddiensten

De avond-, nacht- en weekenddiensten zijn een zaak van de beroepsgroep. Om deze diensten goed te kunnen doen, dienen de overheid en de zorgverzekeraars wel te zorgen voor goede randvoorwaarden ten aanzien van personele en financiële middelen. Tevens dienen huisartsen in het bestuur en beheer van dienstenstructuren een (mede)beleidsbepalende positie te hebben en in de toekomst te houden.

De grote meerderheid van de huisartsen in de SP-enquête (70 procent) vindt dat de diensten buiten kantoor tijd bij het huisartsenvak horen. Er zijn wel problemen:

1. Huisartsen vinden het steeds moeilijker de diensten er bij te doen, zeker na de lange dagen die huisartsen maken. Een aantal artsen is van mening dat de diensten best ingevuld kunnen worden door andere huisartsen of dat huisartsen vrij moeten zijn om mee te doen, zeker de oudere huisartsen.

2. Tweederde (64 procent) van de ondervraagde huisartsen vond de vergoeding van 65 euro per uur te laag.¹ 13 procent vindt de beloning adequaat en 9 procent is voor een ander systeem, bijvoorbeeld een vast bedrag per huisarts.

3. Het grootste probleem lijkt de stijging van de zorgconsumptie. Mensen lijken de huisartsenzorg steeds meer als 24-uurs consumptiedienst te gaan zien, mogelijk mede vanwege de grootschalige diensten die onpersoonlijk zijn en mede daardoor drempelverlagend kunnen werken. Giesen liet zien dat 80 procent van de hulpvragen medisch gezien geen spoedzorg is.² De Huisartsenpost is de avondsupermarkt voor de 7x24-uurs-consument geworden. Althans voor een aantal mensen. «Er moet een rem op het gebruik komen. Huisartsen kunnen dit alleen niet aan. Als de politiek niets doet, moet er maar zoiets als in Engeland komen», merkt één van de artsen in de enquête op.

Uit cijfers van het CVZ blijkt dat de kosten van ANW-diensten de laatste vier jaar zijn gestegen met 15,8 miljoen (2,5 procent).³ Uit de benchmarking van de VHN blijkt dat vooral de zorgconsumptie is gestegen.⁴ Ook Giesen wees er op dat het aantal hulpvragen de laatste jaren met 6,8 procent per jaar is toegenomen.⁵

Uit een recente enquête van HuisartsVandaag en VPHuisartsen onder meer dan 1000 huisartsen blijkt dat het draagvlak onder huisartsen voor verplichte levering of organisatie afneemt. Was in 2004 nog 77 procent van de huisartsen voor, nu is het percentage voorstanders onder de praktijkhouders nog maar 52 procent. De belangrijkste factoren hiervoor zijn: de toegenomen werkdruk (66 procent), het honorarium (50 procent)

¹ In 2011 is het maximumtarief per uur verhoogd naar 80 euro.

² Giesen e.a., «Te snel naar de Huisartsenpost». Medisch Contact, 4 februari 2009.

³ CVZ, Zorgcijfers kwartaalbericht, 1e kwartaal 2010; met meerjarige trendcijfers 2004–2009.

⁴ VHN, Benchmarkbulletin 2009.

⁵ Giesen e.a., «Te snel naar de Huisartsenpost», Medisch Contact, 4 februari 2009.

en de opstelling van de overheid jegens de huisarts (46 procent). Bijna 70 procent van de praktijkhouders is van mening dat de invoering van de zorgmarkt heeft bijgedragen aan het zorgconsumentisme.¹

Om de doelmatigheid te verbeteren wordt gedacht aan de integratie van huisartsenposten met de spoedeisende hulpverlening (SEH) in ziekenhuizen. Uit onderzoek blijkt dat 85 procent van de zelfverwijzers bij de spoedeisende hulpverlening geholpen kan worden door de huisarts. De regering bepleitte dan ook integratie.

Een dergelijke integratie kan betekenen dat de huisartsenpost haar karakter als eerste lijnsvoorziening verliest. In het ziekenhuis is men gericht op het uitsluiten van ziekten; men mankeert iets tenzij. Voor de huisarts ligt dat genuanceerder. Ook tijdens de diensten geldt vaak dat men kan volstaan met geruststelling en doorgaans minder aanvullend onderzoek nodig is.

Daarom lijkt het beter dat huisartsenposten los en onafhankelijk van de spoedeisende hulpverlening blijven. Inmiddels bevindt zich wel al meer dan 40 procent van de huisartsenposten op dezelfde locatie als de spoedeisende hulp. Belangrijk is dat hierbuiten veel locaties worden gehandhaafd; immers, ziekenhuizen zijn voor een belangrijk deel van de Nederlanders niet voldoende dichtbij. Daarnaast is bij huisartsenposten gelocaliseerd in ziekenhuizen het risico dat sneller gebruik gemaakt zal worden van aanvullende diagnostiek zonder echte noodzaak. De extra service kan ook weer een aanzuigende werking hebben.

Een kwart van de huisartsen in de SP-enquête onder huisartsen vindt dat de ANW-diensten geïntegreerd mogen worden in de spoedeisende hulpverlening van de ziekenhuizen; van 48 procent mogen de diensten wel in het ziekenhuis maar moeten zij onafhankelijk blijven; en 16 procent ziet de diensten liever helemaal los van de ziekenhuizen.

Om de zorg van de spoedeisende hulp naar de huisarts te verplaatsen is het beter om met vaste tarieven te gaan werken die gelijk zijn voor huisartsenpost en ziekenhuis. Het zal dan voor ziekenhuizen minder aantrekkelijk worden bepaalde zorg te blijven leveren en men zal eerder terugverwijzen naar de huisartsenpost, waardoor de overbelasting van de spoedeisende hulp in het ziekenhuis zal verdwijnen. Indien dit consequent wordt doorgevoerd, zal in een aantal jaren de ongewenste stroom van patiënten richting spoedeisende hulp ziekenhuis, afnemen.

Een tweede maatregel is het indammen van de grootschaligheid van huisartsenposten waar dat kan en het bevorderen van het draagvlak voor meer kleinschalige huisartsenposten. Ruim een kwart van de huisartsen uit de enquête vindt de diensten te grootschalig, nog eens 29 procent vindt dat de grootschaligheid in elk geval niet geschikt is voor het platteland. Slechts 23 procent vindt de grootschaligheid overal goed.² Kleinschaligheid vermindert de anonimiteit en kan onnodig gebruik van de dienstenstructuur tegengaan. Kleinschalige huisartsenposten hebben het voordeel van de menselijke maat: de patiënten kennen de huisarts en de huisarts kent de patiënten.³ In een artikel in Medisch Contact van 16 december 2010 worden de voordelen van kleinschalige huisartsendiensten nog eens scherp omschreven. De auteurs laten bovendien zien dat de stijging van de zorgconsumptie bij de grootschalige diensten twee tot drie keer zo hoog is als de stijging bij de kleinschalige dienstenstructuren. Het zorggebruik was hier al lager, maar het verschil is groter geworden. Voordeel van de kleine dienstenstructuren is ook dat er veel minder naar overhead gaat en dat de diensten behapbaar zijn. Dit in tegenstelling tot de grootschalige dienstenstructuur waar de populariteit ervan heeft geleid tot een zodanige werkdruk dat veel huisartsen ervan af zouden willen.⁴

¹ VPHuisartsen., ANW-enquête II: de resultaten. Zie www.vphuisartsen.nl; nieuwsbrief 20, 29 januari 2011.

² Henk van Gerven & Ineke Palm, «De huisarts aan het woord», SP, juni 2010.

³ Henk van Gerven & Ineke Palm, «Huisartsenzorg dichtbij», SP, november 2007.

⁴ Dik de Groot & Roelof Moes, «Kleinschalige huisartsenzorg loont», Medisch Contact, 16 december 2010.

Gezocht moet worden naar een adequatere vergoeding die leidt tot meer doelmatigheid en ook meer recht doet aan kleinschaligheid. De huidige financiering leidt niet tot het inperken van de groei van de zorgconsumptie buiten kantoortijden. Integendeel, de huisartsenposten hebben belang bij een toenemende zorgconsumptie om het optimale bedrag uit de module zorgconsumptie te halen. De huidige regelgeving belemmert ook kleinschaligheid, zo bleek uit eerder onderzoek van de SP.¹ Het Nza heeft in januari 2010 een advies uitgebracht over de vereenvoudiging van de bekostiging van de acute zorg. Zij adviseert een belangrijk deel (50 procent) van de kosten van de acute generalistische zorg via een beschikbaarheidsvergoeding te bekostigen. Een relatief hoge vaste vergoeding borgt de toegankelijkheid van zorg in gebieden waar het zorgvolume relatief laag is, terwijl een relatief lage variabele vergoeding een beperkende invloed heeft op de prikkel voor zorgaanbieders om meer te gaan produceren dan het sociale optimum, aldus het Nza.² De variabele vergoeding zou dan bestaan uit bekostiging van telefonisch consult, consult en visite. En de vergoeding zou gelijk moeten zijn voor huisartsendiensten en Spoedeisende Zorg (SEH). Het beschikbaarheidstarief zou afhankelijk moeten zijn van regionale omstandigheden, zoals bevolkingsdichtheid, en ter beschikking gesteld moeten worden aan samenwerkingsverbanden van huisartsen. In een eerder advies stelde het Nza voor dit tarief aan huisartsen uit te keren; hier leek onvoldoende draagvlak voor. Dit voorstel zou een verbetering kunnen zijn, tenminste als de tarieven voldoende zijn. Belangrijkste toetsteen zou moeten zijn of kleinschaligheid ermee kan worden bevorderd. Immers, ruim de helft van de geënquêteerde huisartsen vindt de huidige ANW-diensten te grootschalig, zeker de diensten op het platteland. Voor huisartsen die kleinschalig willen werken, zou ook gekeken kunnen worden naar het werken met koptarieven (een vaste opslag per patiënt), uitbetaald aan de huisartsen zelf dus.

Ten slotte dient serieus bekeken te worden of de triage op de huisartsenposten niet beter door huisartsen zelf kan worden gedaan. Indien dit nog wel wordt gedaan door doktersassistenten, dan dienen zij hiertoe goed opgeleide doktersassistenten te zijn met BIG-registratie. Hoe beter de triage, hoe meer de huisartsenpost wordt ontlast.

Uiteindelijk moet gestreefd worden naar een goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts overdag. Dat is natuurlijk op zich belangrijk, maar kan ook de hulpvraag buiten de normale werktijden beperken. Omdat de huisartsen overdag dichtslibben, zijn de huisartsen overdag nogal eens veel slechter bereikbaar dan de voorzieningen voor spoedeisende huisartsenzorg in de avond, nacht of het weekend. Een versterking van de organisatie binnen de praktijk evenals praktijkverkleining en meer ondersteuning, zal de bereikbaarheid aanzienlijk versterken.

19. Reorganiseer de ANW-zorg en beperk de grootschaligheid. Streef naar een afstandscriterium van maximaal 15 minuten. Stimuleer het werken in kleinschalige lokale vormen van waarneming, bijvoorbeeld door het opzetten van satellietposten van grootschalige dienstenstructuren. Hierbij is ook een beperking van lokale beschikbaarheid van ANW-zorg tot 23 uur een optie, naast de beschikbaarheid van een centrale huisartsenpost voor de nachtelijke uren. Stel hoge eisen aan triage.

20. Zoek naar een adequate financiering die meer recht doet aan doelmatigheid en kleinschaligheid. Een relatief hoge vaste vergoeding zoals het Nma voorstelt, zou een oplossing kunnen zijn. Evenals gelijke tarieven voor ziekenhuis en huisartsenposten. Onderzoek ook het werken met koptarieven voor huisartsen die kleinschalig willen werken.

¹ Henk van Gerven & Ineke Palm, «Huisartsenzorg dichtbij», SP, november 2007.

² Nza, «Meer ruimte voor samenwerking in de acute zorg», januari 2010.

4. FINANCIËLE PARAGRAAF

Een belangrijk instrument om de uitgaven voor de zorg in de hand te houden, is een verschuiving van dure tweedelijnszorg naar de eerste lijn. Volgens een aantal onderzoekers zou door maximale substitutie de kostengroei kunnen worden afgevlakt en is een besparing van 3 procent op de totale zorg mogelijk.¹ Voorwaarden zijn wel het versterken van de huisartsenzorg en concrete maatregelen om de substitutie daadwerkelijk tot stand te brengen. Respectievelijk de aanbevelingen en beslispunten 5 tot en met 9, 19 en 20 en aanbevelingen en beslispunten 3 en 4 strekken hiertoe.

Het versterken van de huisartsenzorg bestaat uit het verkleinen en meer ondersteunen van de praktijken (aanbevelingen en beslispunten 5 tot en met 8, 19 en 20) en vraagt een investering van circa 400 miljoen (plus 60 miljoen incidenteel). Deze bestaat uit het verkleinen van praktijken (110 miljoen), het opleiden van extra huisartsen (10 miljoen; 60 miljoen incidenteel); uitbreiding van het aantal doktersassistentes (157 miljoen); uitbreiding van praktijkondersteuners (113 miljoen) en het mogelijk maken van kleinschalige ANW-diensten (10 miljoen). Zie voor een nadere cijfermatige onderbouwing bijlage 2.

Daar staan kostenbesparingen van 400 miljoen tegenover. Door een beperking van de groei van de tweedelijnszorg (aanbeveling en beslispunt 3 en 4) en uitgaande van 25 procent substitutie kunnen de stijgende uitgaven aan tweedelijnszorg met naar schatting 300 miljoen worden teruggebracht. Het terugdraaien van de marktwerking in de huisartsenzorg en de vereenvoudiging van de financiering (aanbeveling en beslispunt 9 tot en met 13) zal naar schatting minimaal 50 miljoen euro besparen. Het opheffen van het CIZ (aanbeveling en beslispunt 2) zal nog eens 50 miljoen besparen. Zie voor een nadere cijfermatige onderbouwing bijlage 2.

Uitgaven	Besparingen
110 miljoen	300 miljoen
10 miljoen	50 miljoen
157 miljoen	50 miljoen
113 miljoen	10 miljoen
Totaal	
400 miljoen	400 miljoen

Indien alle voorstellen worden uitgevoerd, zal dat naar verwachting leiden tot een minder sterke groei van de totale zorg. Het versterken van de eerste lijn kan zo een belangrijke maatregel zijn om de uitgaven aan gezondheidszorg te beperken. Zeker als we toegaan naar een maximale substitutie van tweede naar eerste lijn.

Belangrijker nog is dat de uitvoering van deze voorstellen zal leiden tot een zorg dicht bij huis, zoveel mogelijk bij de vertrouwde huisartsenvoorziening. Zorg op menselijke maat dus.

Van Gerven

¹ Anton Maes & Jan-Erik de Wildt, «Meer accent op de eerste lijn», Medisch Contact, 8 september 2006, nr. 36, 1406–1408: www.devrijehuisarts.org/asp/Maximalesubstitutie030706.asp

LIJST VAN AFKORTINGEN

ANW-diensten	Avond-, nacht-en weekenddiensten
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
COPD	Chronische bronchitis en longemfyseem
CPB	Centraal Planbureau
CRVM	Cardiovasculair Risicomanagement
DBC	Diagnose behandeling combinaties
DM	Diabetes mellitus
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
Fte	Fulltime-equivalent
FTO	Farmacotherapeutisch overleg
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
HIS	Huisartsinformatiesysteem
ICT	Informatie-en Communicatietechnologie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINKH	Landelijk implementatie netwerk kwaliteitsbeleid huisartsen
M&I	Modernisering en innovatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PCT	Primary Care Trust
POH	Praktijkondersteuning huisartsen
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
SEH	Spoedeisende hulp
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VOHA	Vervolgopleiding tot huisarts
VPH	Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen

1. Uitgaven**Verlagen normpraktijk tot 2200; geschatte kosten circa 110 miljoen euro**

De praktijknorm is momenteel 2350 patiënten per praktijk. Op 16 400 000 Nederlanders betekent dat 6980 normpraktijken. Bij een verlaging van de praktijknorm tot 2200 komen we op 7450 normpraktijken ofwel 470 normpraktijken erbij.

Bij 6980 normpraktijken werken momenteel 8800 huisartsen (7800 zelfstandige huisartsen en circa 1000 in dienst van een huisarts). Bij 7450 normpraktijken zouden er circa 9392 huisartsen nodig zijn, ofwel 600 huisartsen extra.

We gaan uit van praktijkkosten van 100 000 euro en een bruto inkomen voor de huisarts van 103 000 (Nza-normen).¹ 470 normpraktijken extra en 600 huisartsen extra betekent dus circa 110 miljoen. Volgens de artsenorganisaties zijn de normpraktijkkosten en het norminkomen zoals de Nza deze hanteert niet adequaat. De praktijkkosten zouden liggen op 160 000 euro per jaar, inclusief een verhoging van 1 fte naar 1,6 fte aan doktersassistenten. Voor dat laatste berekenen wij ruim 19 000 extra per praktijk (zie hieronder). Daarnaast wordt gepleit voor een herijking van het norminkomen en een koppeling van norminkomen met werkbelasting. Aan dat laatste komen wij tegemoet door onze voorstellen tot verlaging van de praktijknorm, daarnaast voegen we extra ondersteunend personeel aan de praktijk toe.

Opleiden extra huisartsen; geschatte kosten circa 10 miljoen

De capaciteit van de huisartsenopleiding werd in 2009 door de minister al verhoogd. In plaats van de gebruikelijke 516 aio's konden 600 aio's met de opleiding starten. De totale kosten van deze opleiding bedragen momenteel ruim 116 miljoen.

Om in de toekomst 600 extra huisartsen toe te voegen, wordt de opleiding structureel uitgebreid tot 640 aio's; extra kosten zijn 10 miljoen euro. m de praktijkverkleining op korte termijn mogelijk te maken, wordt de opleiding tijdelijk (4 jaar) met 110 extra plaatsen uitgebreid. Kosten 4 maal circa 15 miljoen is 60 miljoen (incidenteel). Overigens heeft het kabinet het voornemen de numerus fixus voor geneeskunde af te schaffen. Hierdoor zullen meer artsen voor de opleiding huisartsgeneeskunde beschikbaar komen.

Verhogen norm doktersassistenten; geschatte kosten 157 miljoen

Een doktersassistente kost 31 800 euro per normpraktijk.²

Uitbreiding van de norm van 1 fte naar tot 1,6 fte per normpraktijk betekent een verhoging van 31 800 naar 50 880 euro; ofwel een verhoging met 19 080 euro per normpraktijk. Voor 6980 normpraktijken is dat 133 miljoen euro.

In verband met het verlagen van de praktijknorm komen er 470 praktijken bij; dat is circa 24 miljoen euro. Totaal: 157 miljoen euro.

Verhogen norm praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen; geschatte kosten 113 miljoen

Een praktijkondersteuner (POH) kost circa 38 000 euro (Nza). Een verhoging van de norm van 0,33 naar 0,6 fte per normpraktijk betekent een verhoging van 12 540 naar 22 800 euro; ofwel een verhoging met 10 260 euro per normpraktijk. Voor 6980 praktijken is dat circa 72 miljoen

¹ Stichting De Vrije Huisarts, «Agenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg 2008 en volgende jaren», 18 december 2006; zie: www.VPhuisartsen.nl en zoek op de praktijkkosten van de huisarts en het norminkomen van de huisarts.

² € 1880 per maand, zie voorgaande voetnoot.

euro. In verband met het verlagen van de praktijknorm komen er 470 praktijken bij, dat is circa 11 miljoen. Totaal: circa 83 miljoen. De Nza-norm is te laag; de LHV schat dat de kosten tussen 36 000 en 58 000 euro liggen. Bovendien moet er ruimte zijn voor het aanstellen van praktijkverpleegkundigen. Daarom wordt er per normpraktijk een extra bedrag van 4000 euro beschikbaar gesteld. Voor 7450 normpraktijken (6980 plus 470 extra) is dat circa 30 miljoen euro.
Totaal: 113 miljoen (83 plus 30 miljoen).

Kleinschalige ANW-diensten; geschatte kosten 10 miljoen

Er moet meer financiële ruimte komen voor huisartsen die kleinschalige ANW-diensten willen organiseren. Hiervoor zijn meer uren nodig. Wij schatten dat 10 procent van de artsen kleinschaliger wil en kan werken, dat zijn ongeveer 1000 huisartsen. De jaarinkomsten uit diensten bedragen in kleine praktijken 20 000 tot 30 000 per (fulltime werkende) huisarts. Voor kleinschalige diensten gaan we uit van een extra bedrag per huisarts van 10 000 euro.
Totale uitgaven aan ANW-diensten zijn 225 miljoen euro; naar schatting zou daar 10 miljoen bij moeten.

Totale uitgaven	Uitgaven
Verlagen normpraktijk	110 miljoen
Uitbreiden huisartsen	10 miljoen
Verlagen norm doktersassistente	157 miljoen
Verlagen norm praktijkondersteuner	113 miljoen
ANW-diensten	10 miljoen
Totaal	400 miljoen

2. Inkomsten

Terugdringen tweede lijn; geschatte inkomsten 300 miljoen

De kosten voor ziekenhuiszorg bedragen in 2011 18,3 miljard; een stijging met 2,7 miljard ten opzichte van 2006. De kosten voor huisartsenzorg bedragen in 2011 2,2 miljard, een stijging van 0,3 miljard ten opzichte van 2006. Een deel van het budget in de ziekenhuizen is gebruikt voor eerstelijns werk dat «gesubstitueerd» is naar de tweede lijn, verplaatst in de «verkeerde» richting dus. Eerstelijnszorg betaalt met tweedelijnsstarieven. Hoe groot dit aandeel is binnen de totale ziekenhuiskosten, is nooit onderzocht. De vraag is hoeveel budget er met zorgverplaatsing in de juiste richting (terug) naar de eerste lijn bespaard kan worden.
De zorg in de tweede lijn is duurder, mede omdat er meer gedaan wordt en dure vervolcontacten worden afgesproken. Maes van de stichting De Vrije Huisarts vergeleek een aantal prijzen. Bij een enkelverzwikking bij de huisarts ben je 100 euro kwijt (inclusief vervolcontact), bij een polikliniek kan dat al snel oplopen tot 600 euro (inclusief vervolcontact). Andere voorbeelden van vergelijkingen tussen prijzen in de eerste en tweede lijn leverden verschillen op van 2 tot 3 maal zo hoge uitgaven in de tweede lijn. De onderzoekers maken de ruwe schatting dat met maximale substitutie de kostengroei in de zorg is af te vlakken en 3 procent op de totale zorg (bkz) bespaard kan worden.¹ Het budgettaire kader voor de zorg (totale zorgkosten) is in 2011 63 miljard; 3 procent daarvan is 1,9 miljard euro. Uitgaande van een substitutie van 25 procent en een voorzichtige schatting komen we op een besparing van 300 miljoen.

¹ Anton Maes & Jan-Erik de Wildt, «Meer accent op de eerste lijn», Medisch Contact, 8 september 2006, nr. 36: 1406–1408; www.devrijehuisarts.org/asp/Maximalesubstitutie030706.asp

Terugdraaien marktwerking en uitbreiden abonnementssysteem; geschatte inkomsten 100 miljoen

Uit cijfers blijkt dat de uitgaven aan de huisartsenzorg per verzekerde sinds 2006, dus na de invoering van de marktwerking, sterk zijn gestegen. Dit wordt veroorzaakt door een stijging van de uitgaven aan consulten en bijzondere betalingen met 200 miljoen, van 2006 tot 2009.¹ Bij terugdraaien van de marktwerking en uitbreiden van het abonnementssysteem kunnen deze kosten fors worden teruggebracht. Ook het afschaffen van keten-DBC zal niet leiden tot meer kosten, eerder het tegendeel, zoals uit onderzoek van het CPB blijkt.²

Terugkeer naar regionaal werkende verzekeraars zou voor huisartsen 165 miljoen opleveren, zo bleek uit een onderzoek van de SP uit 2003.³ In deze nota wordt niet teruggedaan naar regionaal werkende verzekeraars. Wel wordt voorgesteld te stoppen met individuele contracten en het financieringssysteem te vereenvoudigen. Dit zal leiden tot een forse vermindering van de bureaucratie. Ook de taken van de ondersteunende organisaties worden verlicht als de huisartsenzorg buiten het kader van de mededinging wordt geplaatst. Dat betekent dat deze organisaties zich kunnen richten op eenvoudige ondersteuning zonder allerlei dure krachten in te hoeven huren. Ook dit zal leiden tot een besparing. In totaal kunnen de kosten naar schatting worden teruggebracht met minimaal 50 miljoen.

Afschaffen van het CIZ; geschatte inkomsten 75 miljoen

Afschaffen van het CIZ bespaart 130 miljoen uitvoeringskosten sec. Wij hebben minder ingeboekt, omdat we verwachten dat de thuiszorg extra uitvoeringskosten zal moeten maken.

De verwachting is dat indicatie door de wijkverpleegkundige zal leiden tot minder gebruik van de zorg. Met het huidige CIZ worden voor veel zaken indicaties gegeven. Het CIZ denkt productgericht met de indicaties. Wanneer we de indicatie laten stellen door een verpleegkundige, dan is de looptijd van een indicatie niet absoluut maar flexibel. Het geslaagde project met Buurtzorg toont aan dat dit leidt tot kortere indicaties (mensen worden sneller zelfstandig gemaakt en er wordt meer gebruik gemaakt van buurtnetwerken). Voor de doelgroep van Buurtzorg was het mogelijk om aan de zorg-/ondersteuningsvraag te voldoen door het leveren van 37,5 procent van de geïndiceerde uren; de normale thuiszorg levert 70 procent.⁴ In totaal kunnen de kosten met minimaal 50 miljoen worden teruggebracht.

Totale inkomsten	
Terugdringen tweede lijn	300 miljoen
Terugdraaien marktwerking; vereenvoudiging financiering	50 miljoen
Afschaffen CIZ	157 miljoen
Totaal	400 miljoen

¹ CVZ, Zorgcijfers kwartaalbericht 1e kwartaal 2010; met meerjarige trendcijfers 2004–2009 2010.

² CPB-notitie, «Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg», 15 september 2009: www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/notitie/15sep2009/notitie.pdf

³ Agnes Kant & Ineke Palm, «Meer zorg met minder bureaucratie», SP, november 2003.

⁴ www.transitiepraktijk.nl/files/maatschappelijke%20business%20case%20buurtzorg.pdf

Aan de inkomstenkant hebben we conservatieve aannamen gedaan; de kans is daarom groot dat in werkelijkheid de besparingen veel groter zijn.

Indien alle voorstellen worden uitgevoerd, zal dat dus eerder leiden tot een besparing dan tot extra kosten. Zeker als we maximale substitutie kunnen bewerkstelligen. Het versterken van de eerste lijn kan zo een belangrijke maatregel zijn om de uitgaven aan gezondheidszorg te beperken.