

Investeerders gebruiken het financiële systeem voor eigen gewin

Inschrijftarieven huisartsen voer voor dubieuze verdienmodellen

Commerciële exploitanten van huisartsenzorg renderen vooral door het incasseren van inschrijftarieven, zonder de diensten te leveren die daarbij horen. Dat moet stoppen, vindt huisarts Arjen Göbel, en pleit voor het behoud van de menselijke dokterspraktijk.

Arjen Göbel
huisarts, Amstelveen

Er is al veel geschreven over het tekort aan praktijkhoudend huisartsen en over de commerciële partijen die dat gat willen opvullen maar daarin regelmatig tekortschieten. Laat ik één ding vooropstellen: er is geen tekort aan huisartsen. Er zijn genoeg huisartsen voor alle Nederlanders. Er is een tekort aan *praktijkhoudend* huisartsen, omdat men opziet tegen het management en ondernemerschap van een eigen praktijk. Daardoor komen er steeds meer niet-praktijkhoudende huisart-

sen ('waarnemers') in dienst bij praktijkhouders of bij grote commerciële ketens waar de patiënten worden ingeschreven, die daarin een gat in de markt zien. Wat onderbelicht blijft is de reden waarom die commerciële partijen, ondanks hun mislukkingen door notoir slechte bezetting, het toch steeds blijven proberen. En die reden is het inschrijftarief: een aantrekkelijk verdienmodel.

Ongepast

Voor elke ingeschreven patiënt krijgt een praktijkhouder, en dus ook een commercieel bedrijf, per kwartaal 30 euro om de vaste kosten te dekken. Dat is bij een normpraktijk van 2100 patiënten ongeveer 60.000 euro per drie maanden. Daarvan worden salarissen van assistenten en praktijkverpleegkundigen, huisvesting, ICT en alle andere vaste lasten betaald. Het is niet



de bedoeling aan inschrijftarieven geld over te houden. Daar zijn de *verrichtingentarieven* voor, waarmee de dokter zijn inkomen verdient door onder andere consulten (10 euro) en huisbezoeken (17 euro) te doen. Grofweg zijn inschrijftarieven dus voor de praktijkkosten en verrichtingentarieven voor de dokter.

Een uitgekilde praktijk met weinig medewerkers in een klein pand waar zoveel mogelijk online gebeurt ontvangt per kwartaal hetzelfde inschrijftarief als een volledig uitgeruste praktijk met hetzelfde aantal ingeschreven patiënten, in een groot pand met veel medewerkers. Vandaar dat inschrijftarieven voor commercieel geïnteresseerden die zo kaal mogelijk gaan werken nu een heilige graal zijn. De financiering van de huisartsenzorg die zorgvuldig in vijftig jaar is opgebouwd en afgestemd op het opzetten van goed geoutilleerde, solide dokterspraktijken, wordt zo door investeerders op een ongepaste manier uitgebuit.



Met inschrijfgeld veel verdienen aan niks

Arene

Na Co-Med, Centric Health en Quin Dokters, alle met de nodige debacles op hun naam, is er een nieuwe speler op deze markt die het, qua uitgangspunt althans, nog bonter maakt: Arene Huisartsenzorg. Die zegt complete huisartsenzorg te leveren maar voegt daar aan toe: 'online als het kan en bij de huisarts als het moet'. De adder onder het gras zit in de volgende zin, waarvan je bijna niet gelooft dat die er echt staat: 'Bij spoed, fysieke behandeling of palliatieve zorg regelt Arene een huisarts in de buurt.' Ik heb Arene gebeld en kreeg te horen: 'U moet zich eerst inschrijven als vaste patiënt en dat kan alleen als u niet bij een andere huisarts staat ingeschreven. Als u daarna een medische vraag heeft verwijzen wij u naar onze app, die u eventueel een afspraak laat maken voor een consult met een onlinedokter.' Toen bleek dat voor mij de dichtstbijzijnde *fysieke* arts in Druten zat (ik woon in Amstelveen, ruim 100 kilometer verderop) kwam de aap uit de mouw: Arene zegt dat ze nog geen landelijke dekking van dokters-in-uw-buurt hebben, en zoekt daarom nog steeds samenwerking met praktijkhouders in heel Nederland. Het lijkt me dat dat nooit gaat lukken, want die hebben hun handen al vol aan hun eigen praktijk. En tegen welk tarief gaan die daarnaast voor Arene-patiënten de fysieke kastanjes uit het vuur halen? Het passantentarium mag hier wettelijk gezien niet voor gebruikt worden en is bovendien niet toereikend.

Onzinnige constructie

Arene is dus een soort onlinetriagebedrijf, waar met inschrijfgeld veel wordt verdiend aan niks – want volgens Arene kan 85 procent van de zorgvragen digitaal worden opgelost – en waarbij het fysieke werk door andere dokters die al een praktijk hebben (dus waarom zouden die dat doen?) moet worden gedaan. Los van deze onzinnige constructie, ontstaat op die manier dubbele bekostiging als voor dezelfde klacht eerst Arene een digitaal consult declareert, en de patiënt daarna voor dezelfde klacht alsnog naar een fysieke huisarts wordt doorgestuurd (bij een gewone praktijk wordt niets gedeclareerd voor een telefonisch contact met de assistente dat tot een spreekkamerconsult leidt). Het roept bovendien de brandende vraag op: als er praktijkhouders zijn die blijkbaar wel tijd hebben om Arene-patiënten die in de buurt van de praktijk

wonen op hun spreekuur te zien, waarom staan die patiënten dan niet gewoon bij die huisartsen ingeschreven? Blijkbaar nam hun praktijk die patiënt niet aan omdat de praktijk vol is, wat überhaupt de reden is dat die patiënt zich bij Arene inschreef, maar kunnen ze nu toch wel gezien worden. Dat rammelt aan alle kanten. Er is maar één conclusie mogelijk: Arene casht de inschrijftarieven en probeert onnozele praktijkhouders en onwetende patiënten in den lande daar op dubieuze gronden en voorwaarden aan te laten meewerken en niemand snapt er nog wat van.

Buurtdokters

Buurtdokters is ook nieuw en neemt een aparte positie in, want zij leveren een vorm van uitgebreid praktijkmanagement om het werk te verlichten en praktijkhouderschap te stimuleren. Een interessant initiatief, waarbij het wel bijzonder is dat zij een maatschap met de huisarts aangaan, die een uurbedrag betaald krijgt plus de helft van de winst. Buurtdokters krijgt de andere helft. Zij kunnen het praktijkhouderschap aantrekkelijk maken voor startende huisartsen die twijfelen of ze een eigen praktijk willen. Maar Buurtdokters zorgt niet voor vervanging als de huisarts of assistente ziek wordt, en heeft belang bij zo laag mogelijke kosten omdat ze delen in de winst. Dat staat ondanks de goede uitgangspunten op gespannen voet met het idee dat normaal gesproken een mede-eigenaar van een praktijkmaatschap *verantwoordelijk* zou moeten zijn voor bezetting en geleverde zorg – en dat zijn ze dus niet: dat is de huisarts met wie ze de maatschap aangaan. Het idee om praktijkmanagement professioneel over te nemen is goed, maar de vraag is wel waarom ze daarvoor niet gewoon een nota sturen in plaats van aanspraak te maken op de helft van de praktijkwinst. Hun uitleg daarvan is dat ze zo meer invloed hebben, maar uiteindelijk krijg je dan toch een grote organisatie die, zonder zelf te dokteren, mede-eigenaar is van tientallen of zelfs honderden praktijken, en we weten hoe dat bij andere grote organisaties is afgelopen.

De ziel en het succes van de huisartsen-geneeskunde zoals we die tot nu toe kennen zitten hem in de *individuele* persoonlijke verbondenheid van één huisarts met de op diens naam ingeschreven patiënten. Elke andere constructie loopt op

langere termijn het risico te mislukken door gebrek aan dat persoonlijke commitment.

Allemaal blabla?

De ironie is dat verzekeraars de laatste jaren bovengenoemd extern praktijkmanagement en digitale consulten op afstand aanmoedigen. Maar dat is bedoeld om bestaande huisartsenpraktijken extra mogelijkheden te bieden efficiënter te werken, met behoud van kernwaarden. Niet om een nieuwe, uitgedeelde, commerciële huisartsenzorg 2.0 uit de grond te stampen die niet voldoet aan de voorwaarden van ons vak. Een huisartsenpraktijk moet aan zeer strikte eisen voldoen. De meeste tuchtzaken gaan over slecht geleverde zorg en niet of te laat afgelegde visites. En nu zouden we huisartsenzorg opeens op

deze manier – digitaal en op afstand, door allerlei partijen – kunnen uitoefenen? Wat is er gebeurd met onze opvattingen over continue, integrale en persoonlijke zorg? Was dat allemaal blabla? Laten we deze principes los omdat waarnemers geen praktijk meer willen beginnen en de verzekeraars toch

Dokter zijn doe je niet op afstand

graag willen kunnen zeggen dat iedere Nederlander bij een huisarts ingeschreven staat, ook al betekent dat op deze wijze inhoudelijk niets?

Hoe gaat een beeldbel-arts, die volgens Arene zelfs vanuit Amerika werkt, een videoconsult omzetten naar een fysiek consult als pas tijdens het gesprek de gedachte ontstaat aan een trombosebeen, longembolie, geprikkelde buik, otitis media, een verzakking, een verdachte huidafwijking, et cetera? Dus de vele gevallen tussen anamnese en beleid in, waarbij helemaal niet zeker is of de patiënt moet worden ingestuurd. Bij een gewoon spreekkamerconsult loop je samen naar de onderzoeksbank. Bij beeldbellen in mijn eigen praktijk (met beeldbellen als extra service) is een omzetting tijdens het gesprek naar een fysiek consult al ingewikkeld, want dan moet ik de patiënt alsnog laten komen en is iedereen alsnog dubbele tijd kwijt. Maar bij Arene, en in alle gevallen waarbij de beeldbellende

REACTIE ARENE

Helaas moeten wij constateren dat het artikel van collega Göbel niet gebaseerd is op feiten, maar op aannames. Wij geven daarom graag inzicht in de achtergrond en het financieel model van Arene.

Arene is een online huisartsenpraktijk specifiek voor mensen in Nederland zonder huisarts. Arene is in 2021 opgericht door vier huisartsen en levert op dit moment zorg aan zo'n vijfduizend reguliere verzekerden en 20 duizend Oekraïense vluchtelingen. Het model is gebaseerd op samenwerking met collega's in gebieden waar veel patiënten niet meer bij een huisartsenpraktijk terecht kunnen vanwege een tekort aan huisartsen. Volgens collega Göbel bestaat deze situatie niet in Nederland, maar de realiteit is anders. Voordeel van deze samenwerking is dat patiënten directe toegang hebben tot huisartsenzorg en collega's in dergelijke regio's ontlast worden, doordat een groot deel van de huisartsenzorg (tijdelijk) weggevangen wordt.

Net als andere huisartsenpraktijken ontvangt Arene inschrijfgeld (ca. 85 euro per ingeschreven patiënt per jaar) en een vergoeding voor de verrichtingen. Hier worden, net als in andere praktijken, de doktersassistenten, huisvesting, ICT en huisartsen van betaald. Daarnaast betalen we hiervan de collega's die fysieke consulten doen. Niet alle zorg kan namelijk digitaal. Onze ervaring is dat nog 20 procent van de zorgvragen gezien moet worden door een lokale collega. Arene betaalt hen daarvoor het passantentarief. Er is dus geen sprake van dubbele bekostiging.

Overigens ontvangt Arene, net als andere huisartsenpraktijken, geen inschrijfgeld voor Oekraïense vluchtelingen, alleen een vergoeding op verrichtingenbasis.

dr. Jasper Schellingerhout (huisarts en klinisch epidemioloog) en
Jan Frans Mutsaerts (huisarts), mede-initiatiefnemers van Arene

REACTIE BUURTDOKTERS

Het pleidooi van collega Göbel voor het behoud van de menselijke dokterspraktijk steunen we van harte. En het kan! Als van de 12 duizend huisartsen 80 procent praktijkhouder wordt heeft iedere Nederlander weer een vaste huisarts. Maar dan moeten we wel de generatiekloof overbruggen.

Jonge huisartsen willen parttime werken en vooral zorg verlenen. Het praktijkhouderschap is daarentegen een fulltimebaan waarin je veel tijd kwijt bent aan financiën, administratie en hr. Zodoende wordt inmiddels zo'n 40 procent van de huisartsenzorg verleend door waarnemers. Buurtdokters wil het praktijkhouderschap juist weer aantrekkelijk maken. Dat doen we door een maatschap aan te gaan met huisartsen. Wij zijn verantwoordelijk voor de niet-medische taken, de dokter is qua zorg de baas. Zo wordt parttimepraktijkhouderschap mogelijk, met autonomie en focus op patiënten. Tegelijkertijd ontstaat ruimte voor een betere organisatie van zorg. Daarin werken alle Buurtdokterspraktijken samen. Best practices uit de ene praktijk mogen andere huisartsen binnen de Buurtdokters-community overnemen. Wij ondersteunen bij de implementatie. En we staan ook klaar als het niet lukt om vervangend personeel te vinden.

Zo voorkomen we dat de menselijke dokterspraktijk de spreekwoordelijke kruidenier wordt die ten onder gaat aan zijn eigen kleinschaligheid. Maar behouden we het persoonlijke en toegankelijke karakter. Dat komt de patiënt, de dokter en het welzijn van de samenleving ten goede.

Sophie Brühl, huisarts en medeoprichter van Buurtdokters

dokter ver weg is, is het zelfs onmogelijk, want belt die dan vanuit Amerika een dokter in uw buurt die stante pede even in het oor gaat kijken, aan het been gaat voelen of gaat toucheren? En maakt de beelddokter daarna het consult weer af? Ik dacht het niet. Dokter zijn doe je niet op afstand. Bovendien: in de bus, op school of op het werk doet de patiënt echt niet aan beeldbellen, dus die moet er evengoed voor thuisblijven op een bepaald tijdstip.

Menselijke dokterspraktijk

Praktijkovername door commerciële bedrijven die duizenden mensen willen inschrijven en kale zorg leveren met chatbots en beeldbelende huisartsen op afstand is dus niet de juiste weg. Als uitbesteed praktijkmanagement blijkbaar een oplossing is om waarnemers weer de stap naar praktijkhouder te laten maken, dan moeten we daar in regionaal verband in eigen beheer aan gaan werken, om te voorkomen dat commerciële partijen met uitgeklede zorg aan de inschrijftarieven gaan verdienen en een briefje op de deur hangen met 'gesloten' als hun dokter ziek is of is gestopt en ze geen vervanger kunnen vinden, omdat dat bedrijf zelf geen praktiserend dokter is. (Nota bene: terwijl dat briefje er hangt ontvangen ze nog steeds de inschrijftarieven en nemen de dokters in de buurt waar.)

We moeten daarom vasthouden aan het concept van de aan één huisarts verbonden, menselijke dokterspraktijk die dagelijks van 8 tot 17 uur geopend is, waar patiënten snel gezien worden, waar baliemedewerkers, assistenten en ondersteuners zijn, de telefoon echt wordt opgenomen, de spoedlijn echt werkt en een solide waarnemregeling bestaat. En waar de inschrijftarieven worden uitgegeven aan waar ze voor bedoeld zijn. Dát is wat huisartsengeneeskunde is, moet zijn, en moet blijven.

contact
arjengobel@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl



→ Meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

Anouk Putker
werkt als arts in opleiding tot oncoloog



Dokter Putker of Anouk?

Ik ben jaren geleden in een vervelende situatie terechtgekomen. Een hele vervelende. Een patiënt had me helemaal doorgelicht. Mijn privéleven werd ontrafeld voor zijn persoonlijk gewin: mijn woonadres, het adres van mijn ouderlijk huis, de naam en werkgever van mijn partner, mijn oude hockeyclub, mijn privé-e-mailadres, et cetera. Het was angstaanjagend maar is uiteindelijk met een sisser afgelopen. Nadien was ik huiverig en bang. Mijn onlinegegevens zijn beter afgeschermd en ik besloot mijn voornaam niet meer te gebruiken in de patiëntenzorg. Het voelde veiliger en professioneel gedistantieerd. Tevens voelde ik me als jonge dokter wat meer serieus genomen. Naarmate ik ouder en meer ervaren werd ging het toch aan me

knagen. Ik, die zo van persoonlijke zorg houd, wilde juist graag dicht bij de patiënt staan.

Ik hou niet zo van al die opsmuk

Ik merkte op andere vlakken ook dat mijn stijl veranderde. De gelakte bruine enkellaarsjes en de haren in een knot – want zo heurt het – maakten gaandeweg plaats voor sneakers en een blonde paardenstaart.

Ik merkte dat als ik meer mezelf was, ik in alles beter uit de verf kwam. Inmiddels weet ik: de meeste patiënten maakt het niets uit zolang je maar goede zorg levert. Patiënten die het wel uitmaakt, zijn wellicht ook beter af bij een collega. Ik hou niet zo van al die opsmuk. Dus zo werd ik in de spreekkamer weer mezelf. Met voor- en achternaam. En veel patiënten tutoyeren mij en ik hen. Maar mijn getrouwde achternaam is voor mijn privéleven en mijn gezin. Geen staatsgeheim, wel privé. En collega, wat doe jij?