

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Naar een eerlijker systeem

Hoewel de beroepsgroep huisartsen behoorlijk divers is, zijn ze soms enorm eensgezind. Dat zien we nu bijvoorbeeld op het gebied van marktwerking in de (huisartsen)zorg.

De LHV verenigt en vertegenwoordigt allerlei 'soorten' huisartsen: praktijkhouders, waarnemers, in dienst van een huisarts of gezondheidscentrum, aiossen, gepensioneerden. Dat klinkt als een fikse uitdaging en dat is het ook, maar gelukkig is er veel dat hen bindt. Dan denk ik aan de laagdrempeligheid voor patiënten, de generalistische benadering, het zoeken naar oplossingen voor patiënten (ook als die strikt genomen buiten de eigen verantwoordelijkheid vallen).

Ook kenmerkend is de grote behoefte om zelf regie te voeren. Over hoe je zorg levert en organiseert. Niet voor niets ambieert nog altijd een groot deel van de niet-praktijkhoudende huisartsen op de lange(re) termijn een eigen praktijk. Niet voor niets pakken huisartsen een centrale rol in de ketenzorg en in het overnemen van zorg uit de tweede lijn. Je zou zeggen dat zo'n rol door iedereen wordt omarmd.

De LHV krijgt de laatste tijd echter veel signalen van huisartsen die zich beknot voelen in hun rol. Ze kunnen bijvoorbeeld niet eens met de zorgverzekeraars in gesprek komen over hun ideeën voor het verbeteren van de zorg en voelen dat ze moeten 'tekenen bij het kruisje'. Hoe komen de verzekeraars daarmee weg? Omdat 90 procent van de Nederlanders klant is bij (onderdelen van) één van de vier grote zorgverzekeraars. De marktmacht van deze verzekeraars is dus zeer groot. Daar lijkt je als kleine zorgaanbieder weinig aan te kunnen doen, want de onderhandelingsposities zijn zeer ongelijk.

Dat is in mijn ogen volstrekt onwenselijk. Er moet ruimte zijn voor onderhandelingen en voor input vanuit de beroepsgroep. Je kunt niet een grotere rol van huisartsen verwachten en ze daar tegelijkertijd geen enkele invloed op laten uitoefenen. Dan neem je de professional niet serieus. We zijn daarom gaan kijken wat we als LHV aan deze situatie kunnen doen.

Zo hebben we recentelijk, met input van onze leden, in kaart gebracht hoe groot het probleem nou eigenlijk is. Vervolgens zijn we daarover in gesprek gegaan met de Nederlandse Zorgautoriteit en gaan we dat ook doen met de individuele zorgverzekeraars. Tevens heb ik onlangs een gesprek met minister Schippers benut om dit onderwerp nogmaals onder haar aandacht te brengen.

Dat begint zijn vruchten af te werpen. Een betere onderhandelingspositie tussen zorgverzekeraars en individuele zorgaanbieders is namelijk een belangrijk onderwerp in de nieuwe zorgplannen van de minister. Schippers kondigt aan dat er een onafhankelijke geschillencommissie komt voor conflicten over contractering en dat ze de ontwikkeling van meerjarige contracten wil stimuleren, zodat er perspectief en meer ruimte is voor nieuwe initiatieven. Ook wordt er gekeken naar de ruimte binnen de Mededingingswet om het gesprek over inhoud, kwaliteit en service wél te laten plaatsvinden. En dan is er nog de motie van de Tweede Kamer waarin het kabinet wordt opgeroepen te onderzoeken of de eerste lijnszorg een uitzonderingspositie binnen de Mededingingswet kan krijgen. Dat klinkt allemaal gunstig, maar we houden natuurlijk de druk op de ketel om te zorgen dat de gewenste verandering er ook echt komt. *The proof of the pudding is in the eating*, niet waar?



ELLA KALSBECK



Huisartsen willen met zorgverzekeraars in gesprek over het verbeteren van de zorg



Ella Kalsbeek
voorzitter Landelijke Huisartsen
Vereniging



WENDELA HINGST



Medisch
leiderschap
anno nu
is geen
eenvoudige
kwestie

Wendela Hingst

algemeen directeur KNMG

COLUMN

Dokters en leiderschap, een liefdesverhaal

Enkele maanden terug sprak ik op een congres over toekomstige ontwikkelingen in de zorg toen ik een oude bekende tegenkwam. Hij is medisch specialist en tegenwoordig ook ziekenhuisbestuurder. Vanwege mijn nieuwe functie bij de KNMG had hij direct een vraag voor me: hoe zorgen we nou dat dokters de regie gaan nemen bij al die ontwikkelingen? Geen probleem want regie vraagt om leiderschap. En medici staan gelukkig klaar om leiderschap te omarmen. Hoewel?

In mijn vorig leven als ziekenhuisdirecteur werd ik regelmatig geconfronteerd met de ambivalente verhouding die artsen met leiderschap hebben. Neem nou die specialist die bestuurder werd. Die zit er voor de kwaliteit en de veiligheid, maar, zo is de gedachte, ook voor de dokters. Twee lastigheden: deze dokter stuurt nu primair op het brede, langjarige organisatiebelang in plaats van op zijn klinische blik. Zijn beslissingen zijn niet altijd te doorgronden voor zijn vakbroeders en -zusters, noch worden ze automatisch gerespecteerd. De medisch bestuurder is hierdoor soms slecht herkenbaar als collega. Daarnaast heeft hij een bepaald specialisme, en doorgaans laten collega's – vooral van andere specialismen – zich graag horen over de kwaliteit van zijn leiderschap bij impopulaire bestuurlijke beslissingen: 'Geen wonder, zo'n *****oloog, die snappen niks van patiëntenzorg, luie donders, hebben een makkelijk vak.'

De dokter als afdelingshoofd of medisch manager kent andere worstelingen. Hij zit niet perse op die plek vanwege bewezen leiderschapskwaliteiten. Mogelijk wel omdat hij een *clinical leader* is. Overigens is dat geen slechte uitgangspositie vanwege de geloofwaardigheid voor directe collega's. Maar in de rol van medisch manager dien je vooral zaken te doen met andere specialismen, managers en

bestuurders. Dat leidt af van je eigen patiëntenzorg. Interesse, applaus of dankbaarheid van vakgenoten zijn zelden je deel. De arts die de zaken 'buiten' wil gaan regelen, of hij dat nu graag doet of tegen wil en dank is vaak onbegrepen en wordt nogal eens door zijn collega's als afvallige beschouwd.

De medische ziekenhuisbestuurder die ik tegenkwam was door twee zaken getriggerd: de actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg waardoor dokters zich steeds vaker buiten de oude structuren van het eigen specialisme en het ziekenhuis moeten bewegen. En de ervaring dat medisch leiderschap anno nu geen eenvoudige kwestie is. Hoe hoger in de boom, hoe beter je moet kunnen omgaan met een bonte verscheidenheid aan belangen en beroepsgroepen met elk hun eigen waarden en taal. Het vergt openheid, vooropgezet respect en een brede blik.

Gelukkig realiseren steeds meer artsen (in spe) zich dit. Leiderschap voor medici is ín, getuige de belangstelling voor het KNMG-platform en de FMS-leerstoel die zich recentelijk met dit onderwerp bezighouden. Het vaststellen van doelstellingen, competenties en definities van medisch leiderschap heeft momenteel de aandacht. Veel dokters hebben naast interesse ook de kwaliteiten in huis om zich als medisch leider te ontwikkelen.

Wat als vliegwiel voor medisch leiderschap zou werken, is steun en interesse voor dappere dokters die al leiders zijn. Vraag ze eens naar hun dilemma's. En, leiderschap wordt pas succesvol bij voldoende volgers. *knmg*

De columns op deze pagina zijn geschreven op persoonlijke titel.

Reageren kan op knmg.nl/columns.

Uit de LHV-ledenraad

Op dinsdag 10 februari is de ledenraad van de Landelijke Huisartsen Vereniging bijeengekomen. Onderwerpen die aan bod kwamen, waren onder andere de financiering van de huisartsenzorg in 2016 en daarna, de nieuwe plannen van minister Schippers en mededinging en marktmacht.

Bekostiging huisartsenzorg

De veelzeggende uitkomsten van de LHV-peiling naar marktmacht van zorgverzekeraars zijn onderwerp van gesprek met de individuele zorgverzekeraars. Er lijkt een basis om gezamenlijk te onderzoeken hoe de contractering 2016 soepeler en in overleg kan verlopen, binnen de kaders van de wet.

Omdat de financiering vanaf dit jaar op een andere leest is geschoeid, is de LHV extra alert om de effecten te volgen. Per kwartaal zal in beeld worden gebracht wat de omzeteffecten zijn op praktijkniveau. De LHV is nauw betrokken bij de verdere ontwikkeling van de financiering van de huisartsenzorg. Met VWS, Ineen, zorgverzekeraars en andere partijen wordt intensief overlegd over de financiering voor

2016 en daarna. Inzet is de inhoud van het huisartsenpak en de gewenste wijze van werken van de huisarts. Dat staat voorop. De bekostiging dient daarvan een afgeleide te zijn.

Alternatieve zorgplannen Schippers

In december kwam de voorgestelde wetswijziging van Artikel 13 (de vrije artsenskeuze) niet door de Eerste Kamer. Vorige week stuurde minister Schippers een brief naar de Tweede Kamer met haar alternatieve plannen voor de zorg, onder de noemer 'Kwaliteit loont'. De minister zet vooral in op inkopen op kwaliteit en naturopolissen. De komende tijd zal ze meer duidelijkheid moeten geven over de exacte uitwerking van de plannen. De LHV analy-

seert de Kamerbrief en deelt haar reactie via de LHV-website met de achterban.

Mededinging en marktmacht

Verzekeraars mogen dan wettelijk gezien inkoopmacht hebben, maar dat betekent niet dat dit mag ontaarden in eenrichtingsverkeer. We hebben met de ledenraad afgesproken hier concreet mee aan de slag te gaan. De eerste vorderingen zijn geboekt. In december heeft de LHV bij de NZa de meest schrijnende voorbeelden anoniem voorgelegd ter beoordeling. De NZa heeft daarop toegezegd om met zorgverzekeraars te bespreken hoe de contractering beter kan verlopen.

In een rondetafelgesprek met de Tweede Kamer heeft de LHV ervoor gepleit dat verzekeraars en huisartsen meerjarige en regionale afspraken kunnen maken. Minister Schippers zegt nu in haar nieuwe zorgplannen dat zij meerjarenafspraken mogelijk zal maken.

Een volgende stap in de goede richting is dat de Tweede Kamer, mede door de inbreng van de LHV, kort geleden een motie heeft aangenomen die het kabinet de opdracht geeft om te onderzoeken of de eerstelijnszorg een uitzonderingspositie kan krijgen in de Mededingingswet. 

**De weg kwijt
door drank
of drugs?**



Kampt u als arts met een (beginnende) verslaving aan alcohol of drugs? Dan is dat niet alleen een bedreiging voor uw gezondheid en carrière, maar ook voor uw patiënten. Daarom is er nu ABS-artsen. Een laagdrempelig steunpunt, waar u hulp krijgt van professionals met specifieke expertise, ervaring en begrip voor uw situatie. Herkent u het probleem? Bel dan **0900 - 0168** of mail naar info@abs-artsen.nl. Kijk voor meer info op www.knmg.nl/abs-artsen.



Steunpunt voor artsen met een verslavingsprobleem

PRAKTIJKDILEMMA

VEELGESTELDE VRAGEN AAN DE KNMG ARTSENINFOLIJN

Informatie verstrekken aan de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens?

Ik ontvang een brief van een arts van de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens waarin mij wordt gevraagd om medische informatie te verstrekken over een patiënte die sinds 2012 leed aan longkanker en in 2014 hieraan is overleden. Zij had in 2013 nog een levensverzekering afgesloten. Mag ik als huisarts antwoord geven op de gestelde vragen?

Antwoord

Juridisch bent u dit niet verplicht. Toch adviseert de KNMG u mee te werken als de toetsingscommissie u om informatie vraagt over een overledene. De te verstrekken informatie moet feitelijk zijn en blijken uit het dossier van de overledene.

Toelichting

Wat doet de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens? Als iemand een levens- of overlijdensrisicoverzekering wil afsluiten moet de verzekeraar zich op basis van een door de patiënt ingevulde gezondheidsverklaring en/of een geneeskundig onderzoek een oordeel vormen over het risico. De verzekeraar heeft deze onderzoeksplicht, ook ter voorkoming van fraude. Als de verzekeraar de onderzoeksplicht niet nakomt, vervalt zijn – toch al beperkte – mogelijkheid om na overlijden met terugwerkende kracht medische informatie op te vragen en het al dan niet doen van de uitkering daarvan afhankelijk te maken. Heeft de verzekeraar van zijn onderzoeksplicht gebruikgemaakt en rijst na overlijden een vermoeden van verzwijging of fraude? Dan kan de verzekeraar de zaak ter beoordeling voorleggen aan de onafhankelijke Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens. Die beoordeelt eerst of het vermoeden gerechtvaardigd is. Dat gebeurt op basis van de door de verzekeraar overgelegde gegevens. Alleen als het vermoeden terecht is, zal een aan de commissie verbonden arts aanvullende informatie opvragen bij behandelend artsen. De Toetsingscommissie komt vervolgens met een voor de verzekeraar bindend oordeel over de vraag of sprake is geweest van fraude. Dit oordeel is met redenen omkleed en houdt rekening met de privacy van de overledene en de nabestaanden. Op basis hiervan kan de verzekeraar zijn besluit over het al dan niet doen van een uitkering eventueel herzien.



Waarom adviseert de KNMG artsen informatie te verstrekken?

Hoewel u juridisch niet verplicht bent om informatie te geven aan de arts van de toetsingscommissie, adviseert de KNMG om dit toch te doen. Dit standpunt is gebaseerd op een afweging van belangen in algemene zin. Belangrijk onderdeel daarvan is de opvatting dat het beroepsgeheim niet is bedoeld om fraudeleus handelen te faciliteren. Om die reden is de KNMG één van de partijen die in 1999 het Convenant Bestrijding Fraude met Gezondheidsgegevens heeft opgesteld, op grond waarvan de toetsingscommissie is ingesteld en haar werkzaamheden uitvoert.

Het alternatief was een situatie waarin verzekeraars alle verzekerden vragen om bij het afsluiten van een verzekering een machtiging te tekenen voor het opvragen van medische gegevens bij behandelend artsen na het overlijden. Dit zou een veel grotere bedreiging van het medisch beroepsgeheim (en een grotere belasting voor artsen) vormen, dan de procedure die is afgesproken.

Het belangrijkste voordeel van de huidige regeling is dat een onafhankelijke commissie onderzoekt of er voldoende aanwijzin-

gen zijn voor eventuele fraude. Alleen de onafhankelijke commissie vraagt informatie op; de medische gegevens komen niet rechtstreeks in bezit van de verzekeraar.

Waar moet u op letten bij het beantwoorden van vragen van de toetsingscommissie?

Of een overledene heeft gefraudeerd is door een individuele behandelaar meestal niet goed te beoordelen. Deze vraag mag en hoeft u als behandelaar ook niet te beantwoorden: waardeoordelen mag u als behandelaar immers niet geven. De KNMG adviseert om de vragen beknopt en zakelijk te beantwoorden. U mag hierbij alleen feitelijke gegevens uit het medisch dossier verstrekken. Wees alert dat uw 'kennis achteraf' – bijvoorbeeld over na het invullen van de gezondheidsverklaring opgetreden klachten of over de doodsoorzaak - uw blik kleurt wat betreft gebeurtenissen in het verleden.

De KNMG adviseert om het besluit om informatie te verstrekken

niet afhankelijk te maken van uw persoonlijke inschatting of er sprake zou kunnen zijn van fraude. De toetsingscommissie mag niet lichtzinnig informatie opvragen bij behandelaars. Bovendien wordt de positie van artsen en het beroepsgeheim onhoudbaar als artsen uitsluitend zouden zwijgen als ze beschikken over belastende informatie en vrijelijk zouden spreken als ze beschikken over ontlastende informatie. *knmg*

Vraag? KNMG Artseninfolijn

De KNMG Artseninfolijn adviseert KNMG-leden gratis over gezondheidsrechtelijke en medisch-ethische vragen. Kijk op knmg.nl/faq voor veelgestelde vragen, bel 030 2823 322 of mail: artseninfolijn@fed.knmg.nl

knmg CARRIÈREBEURS 2015



Welke medische
vervolgopleiding
past bij mij?

Kom naar de KNMG Carrièrebeurs en laat je inspireren!

Zaterdag 14 maart 2015 ▶ 9:30 – 17:00 uur ▶ NBC Congrescentrum, Nieuwegein

Op de hoogte blijven? [f](#) KNMG Carrièrebeurs, [t](#) cbknmg, [i](#) KNMG Carrièrebeurs, www.knmgcarrierebeurs.nl



SCHRIJF JE NU IN:

www.knmgcarrierebeurs.nl

Verlaag instroom opleiding met oog op toekomst

Op donderdag 12 februari 2015 is tijdens een invitational van Stichting BOLS¹ met alle veldpartijen gesproken over het toewijzingsproces van opleidingsplaatsen in de medisch-specialistische vervolgoopleidingen. Minister Schippers geeft al langere tijd aan maximaal te willen opleiden. De Federatie Medisch Specialisten vindt dit voor diverse vakgebieden onverantwoord gelet op de ontwikkelingen in de zorg en de huidige slechte arbeidsmarkt. De Federatie Medisch Specialisten pleit voor een instroombeleid gedifferentieerd per specialisme.

Victor Slenter, directeur van het Capaciteitsorgaan, liet tijdens de invitational zien dat er jaren aan de bovenkant van hun advies is opgeleid. Slenter: 'Dit is niet de enige oorzaak van de huidige arbeidsmarktproblematiek, maar heeft er wel aan bijgedragen. Aan de huidige situatie kunnen wij als Capaciteitsorgaan weinig veranderen, omdat het effect van onze adviezen pas over een aantal jaar merkbaar is.' Hij geeft aan dat, gezien de voorgeschiedenis, een keuze vanuit BOLS voor instroom richting het minimumadvies de voorkeur heeft. Het Capaciteitsorgaan adviseert door een bandbreedte aan te geven: dus een minimumaantal en maximumaantal medisch specialisten dat per specialisme moet worden opgeleid.

Laat het aan opleiders over om opleiding goed neer te zetten

Tijdens de invitational bleek duidelijk dat de wetenschappelijke verenigingen scherp zicht hebben op de ontwikkelingen binnen hun specialisme en de zorgvraag, die van invloed

zijn op het benodigde aantal medisch specialisten per opleiding. Diverse opleiders in de zaal riepen het Capaciteitsorgaan op om deze input serieuzer te nemen bij het opstellen van hun advies. Ook Douwe Biesma (bestuurder St. Antonius Ziekenhuis) ziet een grote rol voor medisch specialisten 'laat het aan onze opleiders over om de opleiding goed neer te zetten'.

Aansluiten bij specifieke situaties

De wetenschappelijke verenigingen zijn van mening dat er beter gekeken moet worden naar de specifieke situatie van ieder specialisme. Maximaal opleiden voor alle specialismen leidt tot ondoelmatigheid en spanningen in het veld. Verschillende specialismen geven aan dat recente ontwikkelingen niet terug te zien zijn in de raming van het Capaciteitsorgaan en willen daarom onder de bandbreedte, dus niet maximaal, opleiden om in de toekomst arbeidsmarktproblemen te voorkomen.

Maar er zijn ook specialismen die juist boven de bandbreedte willen laten instromen, dus meer opleiden dan het voorgestelde maximum. Zo vertelde mdl-arts en opleider Rob de Man: 'Wij zijn een snelgroeiend specialisme: om onder andere voldoende capaciteit te hebben voor het bevolkingsonderzoek darmkanker zijn meer mdl-artsen nodig. Maar door de huidige instroomcijfers kan een deel van de patiënten niet of onvoldoende gebruik maken van hoogwaardige mdl-zorg. Dit probleem is met taakherschikking onvoldoende op te lossen.'

Stichting BOLS neemt alle adviezen mee in de voorbereiding voor het toewijzingsproces dat binnenkort van start gaat.

De voetnoot vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl

Federatie KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
R.J. van der Gaag, voorzitter
J.W. Hingst, algemeen directeur
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
tel. 030 2823 800, info@fed.knmg.nl
knmg.nl



FEDERATIEPARTNERS

Federatie Medisch Specialisten
F.H.G. de Grave, algemeen voorzitter
B.J. Heesen, directeur
tel. 030 2823 650
secre@orde.nl
orde.nl



De Geneeskundestudent i.o.
E.J. Duijzer, voorzitter
tel. 030 28 23 827
info@degeneeskundestudent.nl



KAMG

Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid
R.A.C.L. Heman, voorzitter
R. Duijzen, directeur
tel. 030 3033 662
bureau@kamg.nl, kamg.nl



LAD

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
C. Keijzer, voorzitter
mw. C. van den Brekel, directeur
tel. 030 6702 702
bureau@lad.nl, lad.nl



LHV

Landelijke Huisartsen Vereniging
mw. N.A. Kalsbeek, voorzitter
L. Hennink, algemeen directeur
tel. 030 2823 723
lhv@lhv.nl, lhv.nl



NVAB

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde
G.B.S. Penders, voorzitter
C. van Vliet, directeur
tel. 030 2040 620
kwaliteitsbureau@nvab-online.nl
nvab-online.nl



NVVG

Nederlandse Vereniging voor Verzekerings-geneeskunde
W.A. Faas, voorzitter
mw. S. van der Burg-Vermeulen, directeur
tel. 030 6868 764
secretariaat@nvvg.nl, nvvg.nl



Verenso

Specialisten in ouderengeneeskunde
mw. N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter
F.J. Roos, directeur
tel. 030 2823 481
info@verenso.nl, verenso.nl

