

KWALITEIT IN GEVAAR

Huisartsen moeten zich sterk maken voor onafhankelijke nascholing

Nu het geld voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning wordt overgeheveld naar de zorgverzekeraars, komt het kwaliteitsbeleid van huisartsen in gevaar. Alleen een goed georganiseerde beroepsgroep kan nog redding bieden.

A.J. EVERTSE

Veel jaren heeft het ministerie van VWS de eerstelijnsorganisaties gestimuleerd met een subsidie voor deskundigheid en ondersteuning (D&O). Dit geld werd door VWS uit het huisartsenbudget gehaald en toebedeeld aan de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

De LHV heeft deze gelden gebruikt om een centrale ondersteuningsorganisatie op te richten. Op het niveau van de districtshuisartsenverenigingen (DHV's) werden districtsbureaus opgericht, veelal met een afdeling Kwaliteit onder leiding van een districtskoördinator, al dan niet in de vorm van een WDH (Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen)-structuur.

Medio 2003 meldde VWS dat de D&O-gelden zouden worden overgeheveld naar de zorgverzekeraars met als bestemming de gehele eerste lijn. Het heeft even geduurd voor met name de LHV deze boodschap kon verwerken. Circa driehonderd medewerkers zouden hierdoor hun baan verliezen per 1 juli

2004. Omdat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en LHV deze datum niet haalbaar achtten, is dit inmiddels opgeschoven naar 1 januari 2005. Verder uitstel lijkt niet mogelijk.

Sommige zorgverzekeraars, zoals Achmea, hebben aangegeven niet tot 1 januari te willen wachten en reeds per 1 juli de subsidiegelden te willen incasseren. Voor de betrokken districten heeft dat als consequentie dat de D&O-gelden al op deze datum uit het budget zijn verdwenen en de werknemers onofficieel reeds op straat staan.

Hoe zal het nu verder gaan met het kwaliteitsbeleid van de huisartsen?

NHG-PACT

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is eveneens getroffen door de subsidiesaneringsdrift van Hoogervorst en moet de broekriem aanhalen. Inmiddels is het genootschap naarstig op zoek naar aanvullende gelden en benadert daarvoor de zorgverzekeraars. Tegelijkertijd zal het hoogstwaarschijnlijk zijn leden vragen aanzienlijk meer contributie te gaan betalen. De voorgestelde contributieverhoging voor 2005 in categorie E (de hoogste inkomensklasse) is 33 procent en in 2006 zelfs 86 procent.

Het NHG is een praktijkcertificeringstraject aan het opstarten en hoopt

Veel DHV's zijn of komen per 1 januari in zwaar weer. Een aantal DHV-bureaus zal moeten liquideren. De belangenbehartiging, het kwaliteitsbeleid en de ondersteuning van huisartsen zal daarmee verdwijnen of in andere handen overgaan.

Een aantal DHV's, zoals DHV-Amsterdam, heeft intussen een convenant met de regionale zorgverzekeraar kunnen sluiten om een regionale ondersteuningsstructuur (ROS) te starten. Het is de bedoeling dat de ROS's een groot deel van de oude DHV-ondersteuningstaken gaan overnemen. Oude wijn in nieuwe zakken? De bestaande kwaliteitsstructuur wordt daarbij gedeels overeind gehouden. Waar dat niet gebeurt, nemen zorgverzekeraars het heft in handen, want de beroepsgroep is lam en de verzekeraars hebben met het D&O-geld een makelaarsfunctie gekregen naar de zorgverleners.

REGIE BIJ VERZEKERAARS

Een groot aantal zorgverzekeraars kiest voor een eigen regie. Per verzekerde is ongeveer 1,05 euro beschikbaar, hetgeen ongekende perspectieven opent om zelf de zaken ter hand te nemen. Bijvoorbeeld door structuren op te richten die het D&O-geld gaan beheren en bestemmen. Hierbij zijn huisartsen allang niet

Zorgverzekeraars nemen huisartsenondersteuning over

hiermee de zorgverzekeraars voor zich te interesseren. Diverse verzekeraars hebben inmiddels serieuze plannen om een bepaald percentage van de D&O-gelden te bestemmen voor de NHG-activiteiten. De vraag is in hoeverre huisartsen hiermee een sigaar uit eigen doos gepresenteerd zien worden aan hun landelijke kwaliteitsorganisatie en in hoeverre de D&O-gelden ook daarvoor bestemd zijn.

meer de enige doelgroep. Ook fysiotherapeuten, verloskundigen en zelfs bedrijfsartsen zullen mogen meedingen naar de gunst van de geldgever.

Veel zorgverzekeraars zien met het beschikbaar komen van de D&O-gelden uiteraard eindelijk mogelijkheden om concretere afspraken te maken met zorgverleners over de kwaliteit van zorg. Dat hoeft op zich geen slechte zaak te

zijn. Een inventarisatie onder de landelijke districtscoördinatoren levert echter op dat veel verzekeraars vooral focussen op volume en kosten, en helemaal niet op inhoud. Daarbij komt de vraag op of niet juist de huisartsen als geen ander weten welke prioriteiten/problemen in het veld/de patiëntenzorg leven.

Een recent bijkomend probleem is dat het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) er nog niet uit schijnt te zijn of het primaat van de D&O-gelden bij de zorgverzekeraars ligt dan wel toch bij de zorgverleners zelf. Dit zou een ongekend voorbeeld van slecht bestuur zijn, maar we zijn in de gezondheidszorg inmiddels wel wat gewend.

DIEP DAL

De LHV zit in een diep dal. Allereerst verliest zij het grootste deel van haar werknemers. Daarbij zit ze ook bestuurlijk in een identiteitscrisis en weet momenteel nauwelijks richting te geven aan de zeer verdeelde beroepsgroep (praktijkhouders, gezondheidscentra, hidha's, niet-gevestigde huisartsen, haido's, huisartsopleiders, verloskundig actieve huisartsen, huisartsenposten, enzovoort).

Door het wegvallen van de DHV-structuur is de fundering onder het gebouw ingestort en door het wegvalen van sturing aan de top - directeur én voorzitter stappen op - ook het dak. De taak die overblijft voor de LHV als brancheorganisatie is individuele belangbehartiging op juridisch en economisch gebied. Echter, de onderlinge belangen van de leden zijn vaak zo strijdig, dat dit marginale overlevingskansen biedt. Bovendien lijkt de ondersteuning als belangrijke LHV-taak geheel te worden overgenomen door de zorgverzekeraars of ROS'sen. Kwaliteitsbeleid was altijd al een achtergebleven aandachtsgebied. Van de LHV valt dus geen initiatief te verwachten.

GEBREKKIGE WDH-STRUCTUUR

De Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH's) bestaan nu zo'n achttien jaar en werden veelal gecoördineerd door een perifere coördinator (PC) en/of districtscoördinator (DC). De WDH-structuur was een wisselend succesvolle strategie om huisartsen bij te scholen, maar heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen dat de NHG-standaarden bekendheid kregen en deels ook werden geïmplementeerd.

De WDH-structuur vormde een buffer tegen de lappendeken van gesponsorde nascholing, maar had als zwakte de gebrekkige professionalisering van het kwaliteitsbeleid ondanks de districtsondersteuning. Toch vormde de PC/DC in veel districten een duidelijker aanspreekpunt voor huisartsen dan de vaak wisselende bestuurders.

Ook het NHG heeft de gebrekkige organisatie van de WDH-structuur als belangrijk obstakel ervaren en wellicht daardoor ook gekozen voor een andere strategie om wetenschap in de vorm van NHG-standaarden te implementeren in de praktijk. Het NHG zet hoog in met de zogeheten praktijkaccreditering (lees: certificering).

ACCREDITERING

Tot heden werd de accreditering van nascholing geregeld via twee trajecten: instellingsaccreditering (WDH, DHV, universiteiten) en programma-accreditering (veelal industrienascholing). Dit systeem voldeed goed, omdat de perifere DC's hun regio door en door kennen en veelal goed in staat bleken nascholings-, toetsings- en FTO-activiteiten te coördineren en te monitoren. Met het aanstaande ontslag dreigt hier een verlies van veel expertise. Vraag is of en hoe dit te vervangen is, want geen huisarts zal eraan moeten denken dat hierbij een regionale zorgverzekeraar bijvoorbeeld via een regionale ondersteuningsstructuur een vinger in de pap zal krijgen.

VANGNET

De overlevende kwaliteitsstructuren hebben zich inmiddels verenigd in het Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteit voor Huisartsen (LINKH) dat het perifere kwaliteitsbeleid probeert overeind te houden. Alle bij LINKH aangesloten organisaties zullen moeten voldoen aan de eisen voor instellingsaccreditering van de KNMG. Er liggen echter problemen op de loer.

Allereerst is onafhankelijke nascholing duur. De gemiddelde prijs per nascholingsuur in dit circuit ligt veel hoger dan de farmaceutische nascholing. Hier is dus sprake van oneigenlijke concurrentie die niet gemakkelijk is aan te pakken. Kortgeleden zijn de richtlijnen van de Commissie Geneesmiddelen Reclame (CGR) aanzienlijk aangescherpt, maar of dit een oplossing is voor de problemen, is sterk de vraag. Het >>



SAMENVATTING

- De herallocatie van de D&O-gelden van de LHV naar de zorgverzekeraars heeft de LHV in een crisis gebracht.
- Door het opheffen van de DHV's loopt het kwaliteitsbeleid en het voortbestaan van onafhankelijke nascholing gevaar.
- Het kwaliteitsbeleid wordt ook bedreigd doordat de beroepsgroep momenteel 'stuurloos' is en een zekere mate van inertie heeft.
- Er zijn nog kansen om met het perifere kwaliteitsbeleid nieuwe wegen in te slaan, maar dit vergt een slagvaardige professionele organisatie.

<< gevaar is dus levensgroot dat het gat in de markt straks wordt gevuld door een toename van het farmaceutische nascholingsaanbod ten koste van de onafhankelijke WDH-nascholing.

Een tweede probleem doet zich voor als de zorgverzekeraars deze structuren met het D&O-geld gaan ondersteunen. Wat blijft er dan over van de onafhankelijkheid van het kwaliteitsbeleid? En, erger wellicht, wat gebeurt er als Hoogervorst in de volgende miljoenennota besluit dat kwaliteitsbeleid gewoon helemaal door de beroepsgroep moet worden betaald? Wie neemt dan de regie in handen? Komt het model van nascholing voor en door huisartsen dan in handen van 'onafhankelijke' projectbureaus, al of niet gesponsord door de farmaceutische industrie, waar het belang van projectplannen om geld binnen te halen en vergaderculturen de prioriteit krijgt?

KANSEN

Toch zijn er kansen om met het perifere kwaliteitsbeleid nieuwe wegen in te slaan die succesvoller zullen zijn dan met de WDH-structuur. Dit vraagt echter om een professionele en slagvaardige organisatie. De vraag is of de huidige crisis er niet toe zal leiden dat met het badwater ook het kind is weggegooid. ■

A.J. Evertse,
huisarts, districtscoördinator DHV Zuid-Holland Zuid

VALS

Was de overheid ooit partner van de huisarts, nu is zij tegenstander. Bovendien is er geen sprake van 'fair play'. Tijd voor actie.

HENK MASSELINK

Minister Hoogervorst van VWS heeft op 7 juli een verzoek om een uitvoeringstoets 'invoering nieuw bekostigingssysteem huisartsen' aan het CTG gezonden. Op 20 september heeft het CTG geconcludeerd dat de invoering van het consult- en visitetarief voor huisartsen voor ziekenfondspatiënten binnen een termijn van drie maanden mogelijk is. De invoering van de nieuwe regeling heeft haast omdat de geplande invoering (per 1 januari 2005) van de no-claimregeling eraan is gekoppeld. Al geldt die, voorlopig, niet voor de huisarts.

PRIJSJE

De huisarts moet na negen jaar studie voor een 'inkomen' van 5 euro per ver-

richting aan de slag. De praktijkkosten worden apart berekend en vergoed. Hoe, dat weet niemand. Wat zijn die kosten, hoe zit het met verschillen bij meewerkende echtgenotes om een assistente uit te sparen, bij goedkopere praktijkpanden, of bij deels afbetaalde hypotheek? En dan de volstrekt onzinnige gedachte dat consult, visite of telefonisch consult allemaal hetzelfde tarief van 5 euro zouden gaan opleveren. Het stimuleringsprincipe 'loon naar werken' wordt met voeten getreden.

Overigens zal toch niemand voor een uurloon van zes consulten oftewel 30 euro meer warmlopen voor het huisartsenvak. Dit, terwijl we juist nieuwe instromers moeten stimuleren. En de zittende huisartsen zullen er ook wel eens over gaan nadenken of zij voor dit prijsje de verantwoordelijkheid en inspanning van dit op zich mooie beroep nog wel langer willen (ver)dragen. Je hoeft geen visionair te zijn om te bedenken dat het tekort aan huisartsen op deze manier verder zal toenemen.

MONSTRUM

Waarop wij, huisartsen, bovendien zullen vastlopen, is de sterk toenemende administratieve last die het nieuwe systeem meebrengt. Voor de gemiddelde huisarts vormt de administratie al jaren een grote belasting. We moeten al werken met vele



SPEL

ziekenfondsen (meer dan twintig per praktijk) die allemaal aparte contracten willen laten tekenen die allemaal van elkaar verschillen. Wij moeten al zelf de onderhandelingen voeren nu de DHV's

Ja, er wordt wel gemord, maar intern, en dat leidt tot niets. Zelfs Bas Vos, de voorzitter van de LHV die binnenkort aftreedt, kon de kruiwagen met al die springende kikkers niet naar veilig

Huisartsen zijn tot speelbal geworden

in veel regio's zijn ontmanteld en de LHV is uitgekleeft. En nu krijgen wij er ook nog een nieuw monstrem bij.

SPEELBAL

Het wordt tijd de hand eens in eigen huisartsenboezem te steken en een zelfanalyse te maken. Wij, huisartsen, zijn een uiterst diverse groep die de zorg voor de patiënt met elkaar delen. De verschillen zijn groot. Wij bestaan uit solisten, groepspraktijkers, HOED'ers, (oudere) fulltimers, (jongere) parttimers.

Deze gemêleerde groep heeft gezien hoe in de afgelopen jaren de overheid diverse afspraken niet nakwam. Maar aangezien wij geen eenheid vormen en op verschillende wijze kijken naar ons beroep en de zakelijke aspecten, is er niet veel bereikt. Wij zijn tot speelbal geworden.

terrein rijden. Sterker nog, de kruiwagen zit nu vast in de modder, er is een zak overheen getrokken en de reigers staan likkebaardend klaar voor de smakelijke hap. De kikkers springen al niet meer, er wordt nog wat binnensmonds gekwaakt, maar binnenkort zal ook dat verstommen.

KRACHTIG GELUID

Maar, het is nog steeds 2004, één minuut voor twaalf.

Hoe kan de lethargie van de vaderlandse huisarts worden doorbroken? Hoe kunnen we de machteloosheid die leidt tot het moedeloos slikken van alle nieuw opgelegde regelgeving omzetten in effectieve daden? Wij lijken wel een stuurloos slachtoffer van de tegenspelers: de beleidsmakers. Hun ontbreekt elk

inzicht, zoals blijkt uit de absurde suggestie dat we 4 procent zuiniger moeten gaan werken door geen onnodige consulten meer te doen. Trouwens, wáren wij maar hun tegenspeler!

Laten de huisartsen in Nederland eens alle persoonlijke verschillen, varianten en omstandigheden overwinnen en een gezamenlijk en krachtig geluid laten horen. Tezamen tegenover een tegenspeler die vroeger partner was, maar die nu geen fair play speelt, nieuwe spelregels bedenkt en oplegt, algemeen gerespecteerde regels afschaft en geen enkel respect betoont voor de huisartsen, die zo vele jaren intensief en goed voor hun patiënten hebben gezorgd. Laten we nu duidelijk op onze gezamenlijke belangen - met name ook de financiële - inzetten, waardoor de waardevolle Nederlandse huisartsenzorg behouden blijft en toekomst heeft. ■

H.G. Masselink,
huisarts te Krommenie

Correspondentieadres: h.g.masselink@wxs.nl

De Algemene Ledenvergadering van de LHV is vorige week donderdag akkoord gegaan met het voorstel voor een nieuwe structuur van de LHV-werkorganisatie en van de vereniging. Meer daarover in de rubriek NieuwsReflex op blz. 1668 e.v.

FOTO: IMAGE SOURCE

