

DE CALCULERENDE HUISARTS

Normen en waarden of grenzeloos graaien?

Een huisarts moet tegenwoordig marktgericht denken om het hoofd boven water te houden. Door in te spelen op trends kan hij extra inkomen genereren. De vraag is echter of dat in ethisch opzicht door de beugel kan.

JOS VAN BEMMEL

Het is een beetje slappe tijd in huisartsenland. Ook in Medisch Contact is de laatste maanden maar weinig van huisartsenhand te lezen. Nauwelijks ingezonden brieven, weinig kritiek op de ontwikkelingen binnen het nieuwe zorgstelsel. Af en toe een interview met een bezorgde huisarts die een lening moet afsluiten of een brief dat er al dan niet voorschotten kunnen worden aangevraagd. De huisarts is waarschijnlijk moegestreden, op het randje van burn-out en heeft blijkbaar geen tijd meer voor kritische stukjes in MC. Hij - tegenwoordig meer zij - heeft alle tijd nodig om nieuwe afkortingen als COV, Vecozo, DD, Fa-med en ZN het hoofd te bieden. Oude strijdafkortingen als POH, PAH, NP, haio, hidha, ANW en CHP zijn geen speerpunten meer. De huisarts is onzeker. Brengt het nieuwe zorgstelsel zegeningen of tekorten, vraagt hij zich af. Wanneer kan hij zijn geld tellen? Op 31 >>

<< december 2006 weet hij meer. Tot die tijd moet hij door- gaan met marktwerking. Want de huisarts weet maar nooit. Een beetje extra inkomen kan nooit kwaad. Misschien is het eens tijd om daar bij stil te staan. Dat is precies wat minister Hoogervorst voorstond en nog steeds voorstaat. Loon naar werken. Marktwerking. Concurrentie. Dat de beste moge winnen. De huisartsgeneeskunde als product. De huisarts als econoom.

ORANJE CARAVAN

Er zijn verschillende manieren om een beter inkomen te gene- reren. Een eenvoudige manier om een extraatje - een driedaagse skivakantie of een extraatje voor de kleinkinderen - te gene- ren, is het opstarten van een doelmatigheidsproject op pharmaco- therapeutisch gebied met de zorgverzekeraar. Geen vetpot, maar naast de huisarts komt het ook de patiënt ten goede. Ethisch dus dik in orde.

Een andere makkelijke manier om geld binnen te halen is het steunen en eventueel opstarten van preventieprojecten. Naast marktwerking is marktverwing een niet te onderschat- ten bron van inkomsten. Een mooi voorbeeld is het grootscha- lige (50.000 mensen) project Morgengezondweerop. Geweldig. Ik heb het van dichtbij mogen meemaken in Amersfoort. In een oranje caravan zijn veel van mijn patiënten gescreend op risicofactoren van hart- en vaatziekten. Een risicofactor als hs- CRP (ultrasensitief C-reactief proteïne) kende ik niet eens. Het *Diagnostisch Kompas* bracht uitkomst. Men weet eigenlijk niet wat men met hs-CRP aan moet. Maar dat geeft niet, want markt is markt.

COLLECTIEVE HYPOCHONDRIE

Bijna alle patiënten die deelnamen aan de studie, bezochten mijn spreekuur à 9 euro per patiënt. Prachtig. Een formulier in ontvangst nemen voor 9 euro. Degenen met een verhoogd hs- CRP waren natuurlijk interessanter. Want een patiënt met een afwijkend getal waarvan ik niet precies weet wat het betekent, stel ik niet zomaar gerust. Daar gooi ik dus een moduletje ECG (51 euro!) tegenaan. Je weet maar nooit. Zo'n verhoogd hs-CRP geeft misschien wel linkerventrikelhypertrofie. En daar wil ik niemand mee laten rondlopen. Met nog een afsluitend consult leverden de hs-CRP-patiënten 69 euro per stuk op. Ik juich dergelijke grootschalige bevolkingsonderzoeken dus toe. Dat ook ik - net als Wietze Eizinga¹ - me niet kan herinneren van tevoren over het onderzoek te zijn ingelicht, maakt me niet uit.

Want geld is geld. Ter verzekering van een riant inkomen kan de huisarts maar het best mee- eten uit de ruif van de door de media en farmaceutische industrie geïnduceerde collectieve hypochondrie. En in geval er te veel oranje caravans door Nederland gaan rijden, kan de huisarts deze punt uit de lucratieve preventietaart zich maar beter toe-eigenen.

MODULAIR INKOMEN

De huisarts is goed op weg. In Medisch Contact wordt al gerept van het McDonalds-model.² Nog zo'n mooi initiatief. De Ondernemende Huisarts

(DOH), waarvan alle leden NHG-geaccrediteerd zijn (jawel!), loopt over van de plannen. De leden zijn nog wel wat onwennig - wat voor logo moet je nu kiezen? - maar zijn duidelijk bezig met de markt zoals onze minister het heeft bedoeld.

De DOH brengt me bij de derde lucratieve inkomsten- bron: het genereren van veel modulair inkomen. Een spreek- uur door de praktijkondersteuner (POH) voor patiënten met een longaandoening of hoge bloeddruk levert veel ECG's en spirometrieën op. Qua inkomsten goed voor het zien van ruim vijf patiënten op het reguliere spreekuur. Een vasectomie maakt

De zorg moet in handen zijn van een econoom

het ochtendspreekuur overbodig. Een pessarium wisselen, een katheter inbrengen en een wond hechten het middagspreekuur. Het reguliere (liefst inloop)spreekuur kan economisch gezien het best worden gedaan door haio, hidha en POH.

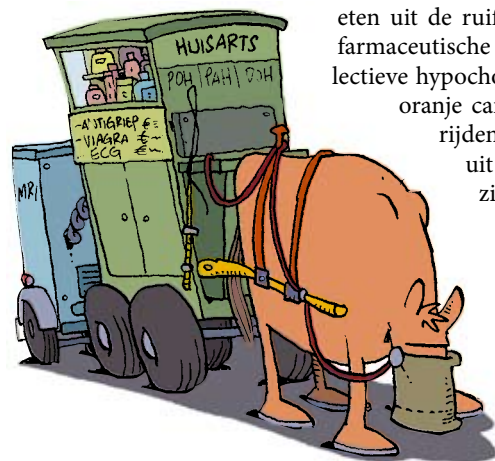
GOUDEN GIDS

Een vierde en zekerder middel om een fors inkomen uit de praktijk te genereren, is bevordering van de praktijkgroei. Een patiënt levert tenslotte 52 euro per jaar op zonder hem te hoe- ven zien. Die extra patiënten komen natuurlijk niet vanzelf. Daarvoor moet gewerkt worden. Reclamecampagnes hoeven binnen het nieuwe zorgstelsel niet langer te worden geschuwd. De zorgverzekeraar gaf vorig jaar 74 miljoen euro uit om de consument hulp te bieden bij het maken van een verantwoorde poliskeuze.

Vroeger vreesde ik al valse concurrentie als mijn naam iets te groot in de Gouden Gids stond. Maar die tijd ligt ver achter me. Nu maak ik me meer zorgen om de uitstraling van mijn logo. Moet ik mijn logo uit de Gouden Gids laten terugkomen op mijn briefpapier? Wat doe ik met het wijkblad? Een stukje op de voorpagina van de woonkrant? Net verhuisde patiënten hebben graag een huisarts met uitstraling, toch? Een cursus homeopathie, voetzoolreflextherapie of haptonomie kan natuurlijk ook nooit kwaad. Reclametechnisch dan.

DIGITAAL ALERT

Een laatste manier om geld te genereren is misschien wat omstreden, maar marktwerking is marktwerking. De huisarts maakt dan gebruik van het feit dat patiënten niet langer op naam staan ingeschreven. De beroepsgroep schijnt inschrijving op naam (ION) uit handen te hebben gegeven, maar niemand weet precies hoe het zit en wie er schuld aan heeft. Alle partijen wijzen naar elkaar. Toch hoeft dit geen nadeel te zijn. Door- dat de patiënt niet meer op mijn naam staat, kan ik een duur voorschrijvende en veel verwijzende huisarts (veel tevreden patiënten!) zijn met bijvoorbeeld de praktijkslogan 'Pijn aan uw knie, dan een MRI', zonder dat de zorgverzekeraar me daarop zal kunnen aanspreken. Bovendien kan ik veel geld verdienen door digitaal alert te zijn. De Digitaal Alerte Huisarts (DAH) dient elke eerste dag van het kwartaal om 00.00.00 uur achter zijn computer plaats te nemen en zijn declaraties om 00.00.01



SAMENVATTING

- Door de politiek gedwongen moet de huisarts marktgerichter gaan denken en werken. Een praktijk zonder extraatjes is niet langer rendabel.
- Patiënten overreden tot onderzoeken, meer patiënten aantrekken door extra faciliteiten te bieden of boekhoudkundige trucs zijn manieren om het inkomen te vergroten. Ethische overwegingen raken hierbij op de achtergrond.

uur te verzenden. Wacht hij langer, dan kan een andere huisarts hem vóór zijn, als deze toevallig de beschikking heeft over de verzekeringsnummers van de te declareren patiënten. Patiënten hoeven immers slechts een seconde per kwartaal te staan ingeschreven om de kwartaalpremie van 13 euro te kunnen opstrijken.

BEURSGENOTEERD

En daar zit natuurlijk een gat in de zorgmarkt. Om het patiënten-aantal - en dus de inkomsten - flink op te voeren, stuurt de DAH een digitale verzoekbrief aan familie, vrienden en betrouwbare collega's. Hij vraagt hierin om hun naam, zorgverzekeraar, verzekeringsnummer en banknummer, en tevens om de e-mail door te sturen naar geïnteresseerde familie en vrienden. Van elke op deze manier verdiende 13 euro maakt de DAH 10 euro over naar de betreffende e-mailvriend. Drie euro zijn voor hemzelf. Een beetje handige DAH maakt in een mum van tijd duizenden e-mailvrienden en kan de eerste aanbataling doen aan zijn tweede huis. Misschien gaat dit sommige collega's te ver, maar ja, marktwerking is marktwerking.

Al met al hoop ik dat de minister zijn beleid voortzet en dat er nooit meer een soft figuur deze ministerspost opeist. De zorg moet in handen zijn van een econoom, dat is duidelijk. Alles loopt naar wens en verwachting. De eerste beursgenoteerde huisarts in 2010? Een utopie?

Mijn e-mailadres vindt u overigens onder aan dit artikel. Misschien interessant. Zeker als u veel familie en vrienden heeft. ■

Het MC-artikel 'Kruideniers en kijkcijfers - Huisarts heeft teruglopende waardering aan zichzelf te wijten' vindt u via onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek. Daar kunt u ook reageren.



J. van Bommel,
huisarts te Amersfoort

Correspondentieadres: bommel-kors@planet.nl

Referenties

1. Melchior M. Onrust onder huisartsen over grote bevolkingsstudie (NieuwsReflex). *Medisch Contact* 2006; 5: 184.
2. Crommentuyn R. Geen grijze bal gehakt. *Medisch Contact* 2006; 3: 100-2.

PRAKTIJKPERIKEL

Wachtlijstbemiddeling



Mevrouw van D. wenst een buikwandcorrectie. Dit omvat het verwijderen van surplus aan huid en onderhuids vet en het reven van de fasciën van de musculus rectus abdominis. Haar verzekeraar (Univé) doet aan wachtlijstbemiddeling en verwijst haar naar een algemeen chirurg net over de grens in Duitsland. Daar wordt ze nauwelijks of niet oordeelkundig geopereerd. Het litteken zit zo hoog dat de schaamharen boven de bikinilijn worden getrokken. En ze heeft pijn: links onder de navel zit een vage druk-pijnlijke zwelling. Daarvoor wordt ze - zonder wachtlijstbemiddeling - in een Nederlands academisch ziekenhuis geopereerd.

Bij die exploratie worden geen duidelijke afwijkingen gevonden. Een jaar later blijkt haar buik rondom de navel gezwollen, bomberend over het te hoog gelegen litteken

én nog steeds pijnlijk. Een hernieuwde operatie, formeel een 'redo' van de abdominoplastiek, onder andere om het suprapubische niveauverschil te corrigeren, wordt door Univé afgewezen.

Na een briefje van de Nederlandse behandelend specialist, waarin hij zijn verbazing over deze besluitvorming verwoordt, verleent de medisch adviseur alsnog machtiging tot operatie. Daarbij wordt een enorm seroom gevonden (gewicht 350 gram) en nog eens een huidsurplus (570 gram) verwijderd. De nimmer gereefde rectusfasciën worden in de mediaanlijn aaneen gehecht. Het resultaat is, vooral voor de patiënte en hopelijk ook voor wachtlijstbemiddelaar Univé, verbluffend.

Conclusie: drie operaties, waarvan één in het buitenland en twee in een Nederlands academisch ziekenhuis. Dankzij wachtlijstbemiddeling. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.