

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

EEN JAAR NA DE ACTIES

Abonnement voor basiszorg is beter voor patiënt en huisarts

In 2005 voerden de huisartsen met grote eensgezindheid actie tegen de nieuwe Zorgverzekeringswet. Nu, een jaar later, is het tijd om eens te kijken naar de effecten van die wet. En hoe het beter kan in de eerste lijn.

HANS GIMBEL

Marktwerking en concurrentie is in de gehele gezondheidszorg ingevoerd. Het is echter een misvatting te denken dat de gezondheidszorg vergelijkbaar is met het bedrijfsleven. Gezondheidszorg is een basisvoorziening waarop mensen 24 uur per dag moeten kunnen vertrouwen. Kwaliteit moet vanzelfsprekend zijn en daarom leent deze sector zich niet voor stunts met prijzen, die de kwaliteit en veiligheid in gevaar brengen. Ook moet worden voorkomen dat zorgverleners zich vanwege winst oogmerk op bepaalde patiëntencategorieën werpen en andere links laten liggen.

Om goede kwaliteit te bieden is samenwerking vereist, zowel om 24-uurszorg te kunnen verlenen als om ketenzorg binnen de eerste lijn en tus-

sen de eerste en de tweede lijn mogelijk te maken.

WEZENSVREEMD

De Zorgverzekeringswet maakt commerciële initiatieven mogelijk die eigenlijk wezensvreemd zijn aan de huisartsgeneeskunde. Om de kosten te drukken, maken commerciële huisartspraktijken zo veel mogelijk gebruik van doktersassistenten of verpleegkundigen in plaats van huisartsen. Ze vestigen zich in vinexlocaties en kopen bestaande praktijken op. Na vestiging wordt de concurrentie aangegaan door het aanbieden van *health checks*, *total bodychecks*, cholesterolbepalingen, medische fitness, avondspreken enzovoorts. Dit leidt ertoe dat zittende huisartsen meer en meer geneigd zijn allerlei, al dan niet door de

SAMENVATTING

- De nieuwe Zorgverzekeringswet introduceerde concurrentie in de gezondheidszorg, terwijl in deze sector samenwerking juist van groot belang is.
- De financiering gebaseerd op een verrichtingsysteem ondermijnt een terughoudend beleid en stimuleert maximale in plaats van optimale behandeling; invoering van het marktmechanisme werkt zodoende kostenverhogend.
- Met enkele eenvoudige maar essentiële ingrepen blijft goede en kosteneffectieve huisartsenzorg behouden: een abonnementstarief voor de basiszorg en minder zorginhoudelijke invloed van de zorgverzekeraars.

patiënt gevraagde bepalingen te doen en daarmee af te wijken van de op de NHG-Standaarden gebaseerde huisartsgeneeskunde. Voor de 'dure' ANW-uren kloppen de concurrerende commerciële nieuwkomers vaak aan bij de huisartsenpost die wordt gevormd door de te beconcurreren zittende huisartsen. Verhoudingen tussen hagro's, gemeente en zorgverzekeraars komen hierdoor onder druk te staan, omdat de ene organisatie wel en de andere niet met de commerciële nieuwkomer wil samenwerken.

ONGELUKKIG

In het nieuwe zorgstelsel is ook de financiering van de huisarts veranderd. Voorheen keerde de zorgverzekeraar voor ziekenfondsverzekerden per kwartaal een abonnementstarief uit. Particulieren kregen een declaratie thuisgestuurd, die zij met de zorgverzekeraar verrekenden. Voor alle partijen betekende dit weinig administratie. In het nieuwe stelsel moeten huisartsen ieder kwartaal voor alle patiënten een zogenaamd inschrijvingstarief declareren (16 miljoen declaraties per kwartaal) en voor alle verrichtingen per maand een declaratie indienen. Dit levert voor zowel de huisarts als de zorgverzekeraar een enorme hoeveelheid administratie op.

Aanvankelijk kon declaratieportaal Vecozo deze stroom niet aan. De factureringsmaatschappij Fa-med, die voor 1500 huisartsen de declaraties verzorgt, heeft nog steeds grote problemen. Maar ook de individuele huisarts is vele uren kwijt aan extra administratie. Deze tijd kan niet aan patiënten of vakliteratuur worden besteed, waardoor de corebusiness van de huisarts, de patiëntenzorg, steeds meer in het gedrang komt. Tegelijkertijd moeten de zorgverzekeraars

een optimale behandeling te stimuleren, zet deze vorm van tarifiering aan tot het doen van zo veel mogelijk verrichtingen. Opmerkelijk is ook dat deze systematiek in de eerste lijn is ingevoerd, terwijl die in de tweede lijn juist is afgeschaft.

Het verrichtingsysteem doet een aanslag op het terughoudende beleid dat de Nederlandse huisarts kenmerkt en werkt eerder kostenverhogend dan besparend. De zorg is nu eenmaal geen markt: de arts stelt de indicatie voor onderzoek en behandeling, terwijl de patiënt niet met de kosten wordt geconfronteerd - de ziektekostenpremie is immers al betaald. In markttermen: Albert Heijn zoekt de boodschappen uit, terwijl de klant niet hoeft te betalen. Remmende mechanismen uit het bedrijfsleven zijn in de zorg dan ook niet van toepassing.

PATIËNTENZORG

Met enkele eenvoudige ingrepen kan de huisartsgeneeskunde weer goed gaan functioneren. In de eerste plaats zal een abonnement voor de basiszorg veel administratie bij de arts en de zorgverzekeraar wegnemen. Hierdoor kan er weer meer tijd en geld aan de patiëntenzorg worden besteed en verdwijnt de prikkel om veel onnodige verrichtingen te doen. Extra handelingen als chirurgische ingrepen, spirometrie en dergelijke kunnen wel op declaratiebasis plaatsvinden, zoals dat voorheen ook probleemloos gebeurde.

Ook moeten zorgverzekeraars zich weer gaan bezighouden met verzekeren in plaats van zich te bemoeien met de inhoud van de zorg. Deze kan namelijk het best in handen van professionals blijven, dat wil zeggen artsen en hun wetenschappelijke verenigingen. Voor de huisartsen heeft het NHG voldoende bewezen hoogwaardige richtlijnen in de

houden tuchtcolleges de vinger aan de pols door de beroepsnorm te handhaven op basis van klachten van patiënten.

Met het behoud van inschrijving op naam, het poortwachterschap, een eenvoudige financieringswijze, verzekeraars die verzekeren en artsen die behandelen is de Nederlandse huisartsenzorg kortom zodanig georganiseerd, dat veel andere landen hier jaloers op zullen zijn.

drs. H. Gimbel,
huisarts, lid van het Landelijk Actie Comité Huisartsen 2005

Correspondentieadres: hgimbel@quicknet.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Remmende mechanismen uit het bedrijfsleven zijn in de zorg niet van toepassing

meer premiegeld van de verzekerden opofferen voor de verwerking van de enorme stroom declaraties en de controle hierop. Tot op de dag van vandaag is het verscheidene verzekeraars nog niet mogelijk dit op een ordentelijke wijze af te wikkelen.

Ook zorginhoudelijk is een verrichtingstarief ongelukkig: in plaats van

vorm van standaarden te kunnen produceren en implementeren. Internationaal is hier zo veel belangstelling voor, dat zij in diverse talen zijn vertaald.

Verder vindt iedere vijf jaar op basis van prestaties en gevolgde nascholing een herregistratie van huisartsen plaats, is er van overheidswege controle door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en

Literatuur

1. Hoogervorst H. Brief woBOZ/PPB-2495136 minister van VWS aan FHG de Grave, voorzitter College Tarieven Gezondheidszorg/Nederlandse Zorgautoriteit in oprichting. Juli 2004.
2. Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. NIVEL, 2004.
3. Maassen H. Apostel van de eerste lijn. Medisch Contact 2005; 60 (5): 186-8.
4. Evenblij M. Er is geen crisis in de gezondheidszorg. Medisch Contact 2003; 58 (40): 1528-30.
5. Huygen M, Hervormen met dubbele tong. NRC-Handelsblad, 26-9-2004.

MC-artikelen over de huisarts en de nieuwe Zorgverzekeringswet vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

