

DE HUISARTS EN HET WARMEBAKKERMODEL

Afsplitsen ANW-zorg voorkomt inferieure huisartsgeneeskunde na vijven

Patiënten benaderen huisartsen steeds meer buiten kantooruren. Dat betekent meer productie op ongunstige tijden. Het warmebakkermodel biedt uitkomst: gooi de dagdelen om, stel een avondspreekuur in en doe niet-renderende nachtdiensten de deur uit.

FRANK TIMMERMANS

De ledenraad van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) sprak zich onlangs uit voor het behoud van de verantwoordelijkheid van de huisarts voor 24-uurszorg. Werken binnen een marktgeoriënteerd zorgstelsel vergt van de huisarts naast een ideologische echter ook een bedrijfsmatige analyse van zijn werkzaamheden. Daarbij is veel te leren van ontwikkelingen en saneringen in andere bedrijfstakken. Er worden twee mogelijke oplossingen voor de ANW-zorg gepresenteerd. De ene met volledig behoud van oude, degelijke, vakinhoudelijk hoogwaardige kwaliteit; de ander passend bij >>

Patiënten beginnen huisartsenzorg buiten kantooruren steeds meer als gemaksvoorziening te consumeren.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

<< een gemakzuchtige consumptiemaatschappij, waarin 'goed genoeg' aanvaardbaar is.

Strategische voorwaarde voor beide vormen is dat de huisarts zich de jure (minstens gedeeltelijk) terugtrekt uit de 'buitenkantoorzorg' en daarmee de al de facto opgetreden scheiding van dag- en ANW-zorg formaliseert. Zo wordt de hele ANW-zorg vrij onderhandelbaar en kunnen huisartsen, in welk organisatieverband dan ook, het voordeel van hun huidige marktpositie ten volle uitbuiten.

GEKRAKEEL

Het is wonderlijk gesteld met de ANW-zorg. Iedereen - nu ja, de huisartsen dan - leek zo gelukkig met de oprichting van grootschalige huisartsenposten (HAP'en). En nu is het weer niet goed.

Onlangs besloot de ledenraad van de LHV, na een noodzakelijk gebleken discussie in alle geledingen, dat de ANW-diensten er in het kader van de 24-uurszorg toch echt én

'Aldi-brood is te eten, maar wat de warme bakker levert, is toch wat anders'

essentieel bij moeten blijven horen. En daarna bleef het nog lang onrustig. Immers, vooralsnog is de ledenraad niet verder gegaan dan het benoemen van dit uitgangspunt. Men gaat nu de randvoorwaarden concretiseren die betrekking hebben op de regierol, de ruimte voor lokale en regionale oplossingen en variaties, de honorering en cetera.

Bij het gekrakeel dat zich hierbij zal voordoen, kan het geen kwaad dat een ieder zich buigt over twee vragen die tot nu toe nog geen rol hebben gespeeld, maar in een (zorg)marktstelsel wel van belang zijn. De eerste is waarom er in Nederland nog wel steeds warme bakkers zijn, maar al decennialang geen buurtkruideniertjes meer. De andere vraag is waarom *private equity funds* Ahold en Stork willen opsplitsen.

SLECHT SLAPEN

De HAP'en zijn indertijd opgericht om de huisarts te verlossen van belastende nachtelijke diensturen. Veel huisartsen slapen slecht en onrustig door een zeer klein aantal nodige interventies. Het rendement van de oude kleinschalige voorziening was dus erg gering en de belasting hoog. De HAP betekende voor de huisartsen een aanmerkelijke verbetering. Daarvoor was wel dure extra infrastructuur nodig, die de huisartsen misschien daarom wel ten dele zelf betalen door een achterblijvende honorering.

Nu de HAP'en enkele jaren draaien, blijken patiënten ineens te hebben afgeleerd dat huisartsenzorg buiten kantooruren spoedzorg is. Ze beginnen deze zorg steeds meer als een gemaksvoorziening te consumeren. Voor het financiële rendement van de HAP, en voor de financierende zorgverzekeraar, is dit prachtig. De huisartsen moeten deze onverwachte hogere productie echter voor hetzelfde geld leveren en voelen enig

ongerief in de liesregio door de spagaat waarin ze zijn terechtgekomen. Gemor over het overgeleverd zijn aan volle wachtkamers, nummertjes draaien, visites staffelen, doorbuffelen en verlies aan controle en regie is niet van de lucht. Het enige motiverende geluid dat daar veelal tegenover wordt gesteld, is dat je 'nu ten minste weet dat je er na acht uur weer vanaf bent'. Ja, dat wel.

LUID EN TROTS

Door de genoemde en voortschrijdende ontwikkeling is er de facto een ongeregisseerde scheiding van dag- en nachtzorg ontstaan, waarbij de huisarts zich dus nog steeds luid en trots roepend verantwoordelijk voelt en stelt voor het hele 24-uurs-traject. Is dat wel verstandig?

Om kwaliteitsverlies te voorkomen, moeten inhoud en kwaliteit van het huisartsenwerk worden geschraagd door de vorm waarin die wordt aangeboden en vice versa. Precies daar begint het te wringen. Wat kan de huisarts op de HAP nog waarmaken van zijn specialisme van prodromale, integratieve, generalistische geneeskunde, aangeboden in een persoonlijke context en continue vorm?

Totale onbekendheid met de populatie, minimale beschikbaarheid van dossiers en relevante achtergrondgegevens, werkdruk op een werkplek die niet 'eigen' is, evenmin als het ondersteunend personeel: dat alles leidt tot zorg die een hoog tijdelijk oplap- en doorschuifgehalte krijgt in vergelijking met wat men overdag gewend is te bieden. Kortom: met fabrieksbrood van de Aldi kan men de honger best stillen, maar het kan niet op tegen de versgebakken kadetjes van de warme bakker om de hoek.

Patiëntonderzoek laat bij voortduring zien wat mensen echt van de dokter verwachten. Onderzoeken naar de kwaliteit van de HAP'en laten vooral zien dat die het toch eigenlijk nog 'niet zo slecht' doen. Nee, dat niet.

LAPZORG

Sinds januari 2006 moet de huisarts met 'de grote jongens' buiten spelen. Sindsdien bezint de huisarts zich nadrukkelijker op kracht, inhoud en merkbekendheid van zijn 'product' en zijn marktstrategie en -positie.

Bij de veranderde opzet van de ANW-diensten zijn behoorlijke concessies gedaan, juist aan de inhoud en de servicekwaliteit van een ijzersterk product. Overdag is er inhoudelijk goede huisartsgeneeskunde, na vijf uur is er een soort B-merk huisartsenij ('lapzorg'), waarin de persoonlijke, bekende en ingevoerde dokter van om de hoek ver te zoeken is. Zoals gezegd: het is te eten, maar wat de warme bakker levert is toch anders.

Dat is jammer, vooral nu blijkt dat de HAP-opzet voor de huisarts ook maar deels geslaagd is. Niemand wil meer terug naar de oude situatie, maar toch blijkt een belangrijk doel, werkdrukvermindering vooral tijdens de nacht, maar ten dele te worden gehaald. Immers, een substantieel deel van de huisartsen zoekt, juist om die reden, de vluchtweg van de verkoop van een eveneens substantieel deel van zijn ANW-verplichtingen (MC 46/2006: 1840-2).

RESHUFFELEN

Twee jaar geleden suggereerde ik een andere oplossing voor dit werkdruk- en ANW-probleem (MC 8/2005: 320-2). Ervan uitgaand dat iedere dokter zijn dagelijkse werk leuk vindt, is deze reguliere werkwijze in het huidige model ook te verplaatsen naar de avond (regulier avondsprekeuur). Door kleinscha-

SAMENVATTING

- *Het denken over ANW-zorg door de huisarts blijft in beweging, ook na de recente uitspraak van de ledenraad van de LHV.*
- *Nachtzorg door de huisarts zal ondanks de oprichting van HAP'en nimmer renderen.*
- *De oprichting van HAP'en heeft feitelijk al geleid tot een scheiding in dag- en ANW-zorg, en tot het ontstaan van 'lap- en triagezorg' (B-merk huisartsengeneeskunde).*
- *Concessies aan de zorginhoudelijke kwaliteit en patiëntvriendelijkheid zijn in het warmebakkermodel kleiner, met behoud van flexibiliteit en regie.*
- *Afsplitsing maakt de ANW-zorg onderhandelbaar en maakt dat de huisarts zijn huidige marktpositie beter kan verzilveren.*

lige samenwerking van drie tot zes fte's en het reshuffelen van dagdelen is een complete weekdekking haalbaar, waarbij, naast allerlei andere voordelen, vrijwel het complete volume aan spoedverrichtingen wordt geabsorbeerd in het reguliere werk (A-merk huisartsengeneeskunde). Extra uren buiten dit reguliere werk, dus de eigen fte-formatie, zijn er dan niet of nauwelijks meer: de huisarts is feitelijk van zijn diensten af!

Tegenover de bereidheid van de huisarts om volgens dit model te werken, staat het afstoten van nacht zorg naar een andere partij. Het kleine volume aan nachtelijke verrichtingen, dat bovendien ook nog vaak naar de tweede lijn wordt verwezen, zal nooit tot een rendabele inzet van huisartsen leiden. Ophouden met nacht zorg is dan ook geen ondermijning van het huisartsenvak, maar het afstoten van een niet-renderend bedrijfs onderdeel naar een marktpartij als een afdeling SEH met ambulancediensten, die daarmee bovendien zijn rendement kan verhogen.

Aldus geregisseerd is de introductie van een avondsprek uur geen door patiënten afgedwongen speeltje, noch een door hun belangenbehartigers (zorgverzekeraars) aan de huisarts opgelegde verplichting, maar een kans om zelf het eigen product en de marktpositie te versterken.

TIKKIE ANDERS

Begin 2005 was er weinig animo voor dit warmebakkermodel. Ook nu is het de vraag of er draagvlak voor is. Zo niet, dan valt evengoed te overwegen de ANW-zorg binnen HAP-verband te herstructureren. Doordat de zorgvraag groeit, ontstaat namelijk onherroepelijk een capaciteitsprobleem, waardoor de werkdruk voor de verplicht deelnemende huisarts ook toeneemt. Daarnaast speelt

HAP levert andere zorg dan de A-merk huisartsenij

een rol dat de zorgmarkt opengaat voor externe financiers. Zoals de perikelen bij Ahold en Stork laten zien, kunnen dergelijke financiële giganten de inhoud van de bedrijfsvoering gaan bepalen. In hun optiek is de som der delen vaak groter dan het geheel en dan is opsplitsen het devies. Voordat bijvoorbeeld een conglomeraat van zorgverzekeraars

op een dergelijke wijze de rentabiliteit van met name de ANW-zorg zou willen verbeteren, kan de huisarts beter zelf de regie over dit proces proberen te houden.

Allereerst moeten we daartoe onderkennen dat een HAP zorg levert die functioneel net een tikkie anders is dan de echte A-merk huisartsenij, namelijk 'lap- en triagezorg'. En die moet natuurlijk wel van goed niveau zijn en blijven.

Idee is dat de Nederlandse huisarts officieel ophoudt met werkzaamheden buiten kantooruren. De HAP'en als zelfstandige zorgbedrijven bieden de 'lap- en triagezorg' vervolgens weer als onderhandelbaar zorgproduct aan. Andere belangstellenden doen dat eventueel ook; wie dat zijn, zullen we zien - ook al staat op dit moment vast dat andere partijen hiervoor niet zo'n goede marktpositie hebben als de huidige HAP'en. De onderhandelingspositie van de huisartsaandeelhouders is dus lang niet slecht.

Met de functionele omschrijving van huisartsenzorg in de Zorgverzekeringswet in de hand, kan worden geconstateerd dat huisartsen de 'lap- en triagezorg' niet per se zelf hoeven te leveren. Op de HAP kunnen immers best een aantal nurse practitioners, aios en/of basisartsen onder supervisie van, inmiddels veel beter gehonoreerde, huisartsen werken. Daarmee zijn capaciteitsproblemen van de baan. Ook kan het afgesplitste HAP-zorgbedrijf veel rendabeler worden door het op te tuigen met allerlei andere zaken en activiteiten die het marktdenken zo dynamisch en vooral zo zinledig maken: check-up's, keuringen, reizigersadviezen, cursussen in zinnige en onzinnige medisch gerelateerde humbug, mannenpoli's en menopauzepampering. U roept maar wat u verder aan financieel lucratieve flauwekul te binnenschiet... ■

drs. F.P. Timmermans,
huisarts

Correspondentieadres: Teselaar 6, 6681 CB Bemmel; cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

MC-artikelen over ANW-zorg vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek.



DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET