

Edwin de Vaal

huisarts, D66-kandidaat voor de gemeenteraadsverkiezingen 2014 (onverkiesbare plaats), Nijmegen

Hedwig Vos

huisarts, oud-gemeenteraadslid voor de PvdA, Den Haag

Thijs Backus

huisarts, Den Haag



ZORGAKKOORD STIMULEERT DISCRIMINATIE VAN ZWAKKERE PATIËNT

Beloon huisarts voor verkleinen praktijk

De afschaffing van de variabele huisartsenbeloning, bepleit in het Zorgakkoord, maakt grote praktijken met veel gezonde patiënten winstgevend. Een onzalig idee, vinden drie huisartsen. Ze stellen voor om dokters juist extra te belonen als ze hun praktijk klein houden en veel 'complexe' patiënten behandelen.

Het inkomen van een huisarts bestaat grofweg uit twee delen: het vaste abonnements-tarief en een variabel deel, namelijk een vergoeding per verrichting. Het abonnementstarief is een vast bedrag per kwartaal per patiënt. Het verrichtingendeel is opgebouwd uit vergoedingen per consult, telefoongesprek of visite, ver-

goedingen voor bijzondere verrichtingen en vergoedingen voor de ketenzorg bij chronische aandoeningen.

Minister Schippers van Volksgezondheid geeft in het recentelijk gesloten Zorgakkoord eerste lijn ruimte om vanaf 2015 te experimenteren met afschaffing van de consultvergoeding en compensatie middels een hoger abonnementstarief. Dit met de bedoeling om 'perverse productieprikkel' tegen te gaan. In het voorjaar van 2017 wil de minister de experimenten evalueren, en een beslissing nemen over een eventueel einde aan de consultvergoeding. Wij denken dat dit plan zeer nadelige gevolgen kan hebben voor huisartsen en patiënten.

Jong en gezond

Als vergoedingen per verrichting worden afgeschaft ten gunste van een hoger abonnementstarief, komt de nadruk te liggen op praktijkomvang en niet op kwaliteit van de zorg. Hierdoor ontstaat er een strijd om de jongere en gezondere – winstgevend – patiënten. Patiënten met een grotere zorgvraag zoals ouderen, psychia-

trisch patiënten of chronisch zieken, zullen daarentegen moeilijk een huisarts kunnen vinden.

Een voorbeeld: mevrouw A, 20 jaar, zoekt in haar studiestad Utrecht een nieuwe huisarts. Zij is helemaal gezond, gebruikt alleen de anticonceptiepil, rookt niet en staat niet onder controle bij een specialist. Zij zal waarschijnlijk snel een huisarts vinden; ze komt zelden op het spreekuur, maar elke kwartaal ontvangt de praktijk wel het verhoogde abonnementstarief voor haar.

Meneer B, 78 jaar en net weduwnaar geworden, gaat dicht bij zijn dochter wonen. Hij rookt niet meer sinds bij hem longemfyseem is vastgesteld. Naast longmedicatie gebruikt hij ook medicijnen vanwege hypertensie, diabetes mellitus type 2 en mictieklachten. Hij zal meer moeite hebben om een huisarts in zijn nieuwe woonplaats te vinden dan mevrouw A. De praktijk zal weliswaar ook elk kwartaal het verhoogde abonnements-tarief ontvangen voor meneer B, maar deze zal vanwege zijn vier chronische aandoeningen meer zorg en tijd vragen. En in



de toekomst kan zijn zorgvraag vanwege zijn ouderdom en mogelijk sociaal isolement nog verder toenemen.

Achterstandswijken

Naar onze mening moet de overheid nastreven dat er goede kwaliteit van zorg en zorg op maat is voor alle burgers, en tevens een eerlijke honorering van gezondheidswerkers, in dit geval de huisartsenpraktijk. Momenteel is er van een eerlijke honorering al geen sprake. Al jaren klagen huisartsen in wijken met achterstandsproblematiek over de hogere werkdruk met complexere zorgvragen in vergelijking met huisartsen in andere wijken. Patiënten uit een achterstandswijk kenmerken zich door gezondheidsachterstanden als gevolg van sociaaleconomische verschillen, culturele diversiteit, de vele verhuizingen en een beperkte sociale cohesie. Door de – terecht – verplaatsing van zorg uit de tweede naar de eerste lijn, zal er in achterstandswijken een verdere toename zijn van werkdruk (complexere zorg) en werkdruk (patiënten hebben vaker contact) voor de huisarts. Door de hogere werkdruk en complexere zorgvragen kunnen zich nu al vaak minder patiënten inschrijven in praktijken in achterstandswijken dan de landelijke norm van 2350, en ook minder dan de in het Zorgakkoord verlaagde norm van 2168 patiënten per fte huisarts. De keuze waar huisartsen in deze wijken voor staan, is óf meer patiënten inschrijven en kwalitatief minder goede zorg leveren – eventueel met een selectie op ‘gezonde’ en jonge patiënten bij het inschrijven – óf accepteren dat de inkomsten lager zijn door een

praktijkgrootte (ver) beneden de landelijke norm te hebben.

Maar nu de werkdruk en de werkdruk in de gehele eerste lijn door onder meer vergrijzing en substitutie gaan toenemen, zal het inkomensverschil tussen huisartsen groter worden. Bovendien geeft 40 procent van de pas afgestudeerde huisartsen

De werkdag van de drukke huisarts is eindig

in Nivel-onderzoek aan niet bereid te zijn om in een achterstandswijk te gaan werken. Hierdoor is het voor de zittende huisartsen moeilijker om goede opvolging of waarneming te vinden. De kwaliteit van zorg voor patiënten in achterstandswijken neemt af en de sociaaleconomische gezondheidsverschillen zullen verder toenemen.

Verkleining stimuleren

Hoe kan de overheid sturen op goede kwaliteit van zorg én een eerlijke honorering? Ten eerste door de vorming van kleinere huisartsenpraktijken te stimuleren. Wij denken dat dit kan door het invoeren van een regressief abonnementstarief, waarbij een lager inschrijftarief wordt betaald voor patiënten boven een bepaalde praktijkomvang en een hoger tarief voor het deel van de patiënten onder deze

praktijkomvang. Ook zou de normpraktijk beduidend kleiner moeten zijn dan de voorgestelde 2168 patiënten.

Daarnaast dient het eerder genoemde variabele deel van het huisartseninkomen niet te worden afgeschaft, zoals de minister oppert. Hiermee wordt de door ons zo gevreesde patiëntselectie, ten nadele van de zwakkere, voorkomen. Tot slot stellen we voor om de zwaarte van de praktijksamenstelling mee te laten wegen bij de hoogte van het inschrijftarief. Dit gebeurt deels al, in de vorm van een toeslag voor ouderen en patiënten in achterstandswijken, maar hierin zou verder gedifferentieerd moeten worden. Verplaatsing van zorg naar de goedkopere eerste lijn is goed, maar de werkdag van de drukke huisarts is eindig, zeker als er complexe zorg op maat geleverd wordt. Een visie op het hoog houden van de kwaliteit van huisartsenzorg en een plan om de praktijkgrootte te verkleinen, zijn een vereiste. Gebeurt dat niet, dan zal de huisartsenzorg, zeker in achterstandswijken, achteruitgaan. Hierdoor zullen de gezondheidsachterstanden in deze wijken, die nu al fors zijn, verder toenemen. En die gedachte alleen al vinden wij onacceptabel. ■

Zie ook het artikel 'Breng eenvoud terug in huisartsenzorg' op blz. 2514.

contact

edwin.devaal@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.