

## INTERVIEW

Henk Maassen & Hans van Santen  
h.maassen@medischcontact.nl

---

VOORZITTER STEVEN VAN EIJCK NEEMT AFSCHIED VAN DE LHV

# ‘Ik verwacht nooit applaus’

Steven van Eijck was acht jaar lang voorzitter van de LHV. ‘Ik heb er in de afgelopen acht jaar – echt waar – wel eens wakker van gelegen: Doe ik het goed, of niet?’ Een afscheidsinterview.



**Z**ijn voorgangers zaten vier jaar of korter. Steven van Eijck zwaait deze zomer af, na acht jaar voorzitterschap van de LHV. Dat hij de zorg ‘verslavend, complex, interessant, vol met betrokken mensen’ noemt en zich daarom heeft voorgenomen in de zorg actief te blijven, komt dan ook niet

als een verrassing. Op welke manier, dat weet hij nog niet.

Op 24 juni wordt zijn opvolger bekendgemaakt. Hij weet – ‘als enige van de LHV-bestuurders’ – niet wie dat zal zijn, omdat hij het graag tegelijkertijd met zijn lokale collega-bestuurders van de ledenraad hoort.

Van Eijck kijkt tevreden terug op de afgelopen acht jaar. In die periode nam het aantal praktijkondersteuners toe, groeide het macrobudget naar 2,5 miljard euro, steeg het aantal leden (nu: 11.500), en intussen bleef de poortwachtersfunctie van de huisarts stabiel. Van Eijck kan het niet vaak genoeg zeggen: ‘Nog steeds lossen huisartsen voor 3,5 procent van het zorgbudget, 94 procent van de zorgvragen in de huisartspraktijk op.’ Hij heeft een hoge pet op van zijn leden: hij noemt huisartsen de thermometer van de samenleving. ‘We houden daarom geregeld ledenpeilingen: groeit het aantal zorgmijders? Hoe staat het met de mensen die we terugkrijgen uit de tweedelijns-ggz? Ik vind dat we die rol nog meer moeten oppakken en in de media uitdragen.’

De laatste weken van zijn voorzitterschap voert hij namens de LHV gesprekken met InEen, dat zich bezighoudt met de organisatie van de eerste lijn, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS over de toekomstige financiering van de huisartsenzorg. Die zijn in een afrondende fase beland. Zoals bekend kent het nieuwe bekostigingssysteem drie segmenten. Het eerste (goed voor ruwweg 75% van de kosten) omvat de basisvoorziening huisartsenzorg. Het tweede segment (15%) is bedoeld voor de multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg. Daaronder vallen de bestaande ketens. Binnen het derde segment (10%) maken huisartsen en verzekeraars afspraken over lokale zorgvernieuwing en het belonen van prestaties: adequaat doorverwijzen, zinnige en zuinige diagnostiek, doelmatig voorschrijven en het verbeteren van service en bereikbaarheid. Ook de vergoeding voor e-health en het ‘meekijkconsult’ door een medisch specialist worden hier geregeld.

De NZa stelt straks maximumtarieven vast voor de basiszorg, die een combinatie kent van een inschrijftarief en consulten. Voor de twee andere segmenten moeten huisarts en verzekeraar het eens worden over de tarieven. Binnen kaders, want de huisartsenzorg mag met niet meer dan 2,5 procent groeien: 1 procent ‘demografische’ groei en 1,5 procent groei door substitutie.

Er zijn nog wat haken en ogen. Van Eijck: ‘De substitutiemonitor, die in beeld moet brengen hoe er wordt overgeheveld van de tweede naar de eerste lijn, zal niet op tijd gereed zijn. Zorgverzekeraars zeggen dat hij er wel komt, maar er zijn complicaties. Dat komt doordat bij huisartsen na zes weken bekend is wat er is gedeclareerd, maar in de tweede lijn is dat anders. Daar wordt een DOT geopend, met soms wel een doorlooptijd van een jaar. Dat leidt tot grote vertraging en ontnemt het zicht op substitutie.’

## ‘Huisartsen zijn de thermometers van de samenleving’

Ook het ‘gedifferentieerd macrobeheers-instrument’, dat is bedoeld om overschrijdingen te verhalen op het segment waar ze zijn opgetreden, zal niet op tijd in stelling zijn, zegt Van Eijck. ‘Per kwartaal zullen we nu overleg voeren met de zorgverzekeraars over de wijze waarop de huisartsenzorg zich ontwikkelt. Wat is wenselijk en wat is onwenselijk, en welke maatregelen zijn nodig? Zodat we zeker weten dat we niet na verloop van tijd worden gekort op het succes dat we hebben behaald.’

### *Begrijpen we goed dat er dus wel kortingen na drie maanden kunnen komen?*

‘Die kans is zeer klein. Maar je moet altijd rekening houden met een worst-casescenario. Dat bijvoorbeeld de moder-



DE BEELDPRAKTIJ | HERBERT WIGGERMAN



### ‘Deelnemen aan buurtoverleg kunnen we niet voor niks doen’

nisering van de huisartsenzorg de stoutste verwachtingen overtreft. Dan moeten we zaken nader bekijken. Afgesproken is al dat overschrijding van het budget multidisciplinaire zorg nooit kan worden verhaald op het budget basiszorg. Maar er moet ook een schot komen tussen segment drie (innovatie en resultaatbeloning) en segment één (basiszorg); ook daar mag het één niet ten koste gaan van het ander. Dat is een harde eis van ons, en ik verwacht dat het een harde afspraak wordt. Wil je de huisarts motiveren tot succesvolle innovatie dan moet je dat succes niet als uitgangspunt nemen om vervolgens op de basiszorg te gaan korten.’

#### **De financiering van de praktijkondersteuners verandert niet in 2015?**

‘Afspraak is dat de praktijkondersteuner somatiek in segment twee blijft, maar dat daarnaast de huidige alternatieven voor inzet van deze praktijkondersteuners in 2015 blijven bestaan. De praktijkondersteuner ggz zit nu in segment één en blijft daar voorlopig ook in, maar zou op den duur ook in segment twee kunnen. Later zal de bekostiging van beide praktijkondersteuners nader worden besproken.’

#### **De basiszorg kent nu nog een combinatie van een inschrijftarief en consulten. Er lopen pilots met een bekostigingssysteem zonder consulten. Als de evaluatie van deze pilots positief uitvalt, verdwijnt over vier jaar mogelijk het consulttarief. De LHV blijft tegen?**

‘De minister en de zorgverzekeraars hadden het liefst gehad dat we voortvarend zonder consulten waren gaan werken. Dat hebben we dus tegengehou-

den. Ik geloof er niet in. Eerst maar eens de resultaten van de pilots afwachten en bewijzen dat het werkt. Je kunt dat doen door te analyseren of er schokken in het inkomen ontstaan, of dat huisartsen anders gaan werken, bijvoorbeeld meer visites gaan rijden.’

Maar wat de nieuwe bekostiging betreft is Van Eijck ‘gematigd positief’: ‘We groeien.’ Daar meteen aan toevoegend: ‘Ik verwacht nooit applaus.’

#### **Dat is maar goed ook, want alleen al een blik op de website van Medisch Contact leert dat menig huisarts chronisch ontevreden is over wat de LHV heeft binnengehaald.**

‘Daar heb ik in de afgelopen acht jaar – echt waar – wel eens wakker van gelegen. Doe ik het goed, of niet? Maar ik besef ook dat er een groep huisartsen is die het nooit goed of genoeg vindt. Overigens vaak zonder dat ze bestuursverantwoordelijkheid dragen. Ik heb hun signalen wel altijd opgepikt en in de onderhandelingen gebruikt – ook de signalen van de VPH (vereniging praktijkhoudende huisartsen, red.). Ik vind het gezond dat er zulke criticasters zijn – die houden me scherp. Aan alleen maar jaknikkers heb je

niks.’ Maar Van Eijck herinnert zich ook dat hij onlangs na een uitvoering van de Mattheuspassie een dame tegenkwam die zei: ‘Ik moet u even aanspreken, want u maakt mijn man zo gelukkig. Mijn man is huisarts.’ Van Eijck droogjes: ‘Ook best fijn om ‘s te horen.’

#### **U was oprichter van het tripartiteoverleg van LHV, NHG en InEen. InEen zit ook bij de onderhandelingen met VWS en de verzekeraars. Maar InEen is een organisatie waarop je als huisarts, anders dan de LHV of het NHG, geen invloed hebt.**

‘Ze staan wel ergens voor. Het NHG doet de medisch-inhoudelijke zaken. Wij doen de randvoorwaarden waaronder de huisarts moet functioneren. En verder zit de huisarts in steeds meer organisatiestructuren – hap, gezondheidscentrum, zorggroepen enzovoort: dat doet InEen. Ze hebben draagvlak; ze pakken ontwikkelingen rond ketenzorg goed op.’

Dat antwoord past bij Van Eijck als man van het ‘harmoniemodel’ en van strategische allianties: ‘Toen de huidige minister aantrad, lagen haar prioriteiten niet bij de eerstelijnszorg. Onder Klink was dat anders. Ik voelde daarom een sterke behoefte om de zorgprofessionals uit



de eerste lijn, dus zonder verzekeraars, zonder VWS, en zonder institutionele belangen, bij elkaar te brengen om te zien wat ons zorginhoudelijk bindt. Daar is Velo (Verenigde Eerstelijns Organisaties van zorgaanbieders, red.) uit voortgekomen. Zo blijven we beter op de hoogte van wat er gebeurt bij de apothekers, de fysiotherapeuten, de wijkverpleegkundigen. Zodat straks – om een voorbeeld te noemen – bij het farmacotherapie-overleg ook de wijkverpleegkundige aanschuift. Met de decentralisatie van de zorg komt de wereld onvermijdelijk naar de huisarts toe. Velo kan een rol spelen bij de facilitering van de eerste lijn om de zorg in de buurt vorm te geven. Die ondersteuning wordt ook de nieuwe uitdaging van de LHV – op kringniveau of op hagro-niveau, dat moet nog uitkristalliseren.’

**Komt er niet wat te veel wereld naar de huisarts toe: de ouderenzorg, de basis-ggz, de jeugdzorg? Dan kun je nog zulke mooie allianties hebben gesmeed, ga er in de praktijk maar eens aan staan.**

‘Helemaal waar. Van de 800.000 mensen in de huidige AWBZ gaan er 600.000 naar de WMO en de Zorgverzekeringswet, waaronder dus de huisarts. Van de overige 200.000 zal een deel thuis blijven wonen. Dat zijn veertig personen per praktijk. Wat we dus nu al weten is dat er een grote groep patiënten met extra zorgvraag en enige tientallen zeer kwetsbare patiënten met een zeer uitgebreide zorgvraag bijkomen per praktijk.

Het gaat natuurlijk ook om de stapeling van al die veranderingen. Ik spreek veel wethouders die zeggen dat ze de huisart-

sen niet zien bij overleggen over de decentralisatie en de buurtzorg. Ik begrijp dat: huisartsen hebben weinig tijd en het is onbetaald werk. Er moeten daarom twee dingen gebeuren. Ten eerste: het aantal patiënten per huisarts moet worden verkleind. In 2006 waren het er 2350, we zitten nu op 2168, maar het moet onder de 2000 komen, misschien wel richting 1700-1800 per huisarts. Dat staat ook zo in onze visie op de huisartsenzorg voor 2020. Maar dat moet sterk worden versneld, gelet op demografische ontwikkelingen, zoals de toename van het aantal ouderen. Tweede punt: als huisartsen in gemeentelijk verband deel moeten uitmaken van overlegorganen dan moet dat gefinancierd worden. We kunnen het niet voor niks doen.’

**Wordt het norminkomen dus gekoppeld aan een lager patiëntenaantal?**

‘Dat kun je allemaal precies gaan uitrekenen, maar kijk eerst eens naar het totaalbeeld: het inkomen is de laatste acht jaar gestegen, terwijl het aantal patiënten is gedaald. Het norminkomen bedroeg, toen ik startte, 96.404 euro. Dat correspondeerde toen dus met 2350 patiënten. Nu is het norminkomen 125.237 euro bij 2168 patiënten. Het bedrag dat je per patiënt krijgt is dus gegroeid. Terecht, want ook de hoeveelheid werk en de ondersteuning per patiënt zijn gegroeid.’

**Nog steeds hangt de LHV een forse boete van 5,9 miljoen euro boven het hoofd die de Autoriteit Consument en Markt (ACM) in 2011 oplegde, omdat de LHV de wet zou hebben overtreden door huisartsen ertoe aan te zetten de toetreding van nieuwe huisartsen te belemmeren. Wat gaat er gebeuren?**

‘De boete is volkomen onterecht en het bestrijden ervan een enorme tijdsbelasting, maar ik heb vertrouwen in het nieuwe bestuur bij de ACM. De dreiging is echter niet weg. Het heeft ons als LHV weliswaar niet vleugellam gemaakt, maar het heeft mensen in onze organisatie wel persoonlijk geraakt. Dit gaat nog jaren duren. Juristen hebben hier een leuke klus aan. Ik gun ze dat, maar ik geef het geld liever aan iets anders uit.’

**De LHV is een heterogeen gezelschap geworden van praktijkhouders, hidha's, zzp-ers en wat dies meer zij. Is het moeilijk om de eenheid te bewaren?**

‘Nee, helemaal niet. Die diversiteit is de charme van de LHV. Neem het feit dat we de cao-onderhandelingen doen vanuit zowel de werkgevers-, als de werknemers-situatie. Dat is uniek en het gaat altijd naar tevredenheid. In de kern van de zaak is de huisarts een mensen-mens. Het gaat haar of hem uiteindelijk altijd om de inhoud van de zorg. Hoewel ik zelf geen huisarts ben, is dat ook altijd mijn uitgangspunt geweest.’

**U heeft daar nooit hinder van gehad?**

Lachend: ‘In het begin wel, want ik begreep al die afkortingen niet. Ik werd er totaal gestoord van. En ik krijg nog logopedie om de naam van bepaalde medicijnen uit te spreken.’ Serieus: ‘Ik heb vier huisartsen als medebestuurders. Heel vaak neem ik daarom bij onderhandelingen een huisarts uit het bestuur mee. Want je kan wel doen of je een huisarts bent, maar ik ben het dus niet. Ik vind dat er onder de zorgbobo's te veel niet-artsen zitten.’

**Honderd, tweehonderd van die bobo's maken de dienst uit in de zorg. Steeds dezelfde mensen, vaak inderdaad geen artsen, maar ex-politici, bestuurders en dergelijke. Hoe erg is dat?**

‘Zegt u het maar. Het zijn keiharde werkers die namens hun achterban voor de zorg staan. Je weet elkaar bovendien griezelijk goed te vinden.’

**In de zin van: ons kent ons?**

Fel: ‘Met een ledenraad zoals de onze? En vier huisarts-bestuurders? Vergeet het maar: als ik geen draagvlak had, dan had ik het als voorzitter allang kunnen schudden.’ ■

‘Als ik geen draagvlak had, dan had ik het allang kunnen schudden’