

Huisarts Anton Maes: 'Het idee van de patiënt als consument moet verdwijnen'

# Huisartsgeneeskunde voor iedereen gelijk

Henk Maassen

Marktwerving in de eerste lijn pakt funest uit. Het leidt tot versnippering van zorg en te veel macht van verzekeraars. Steeds meer patiënten gaan naar andere zorgaanbieders, zegt huisarts Maes. 'Zie de opkomst van de hoofdpijnpoli, de incontinentiepoli en de snotterpoli.'

**'Z**uinig, zinnig en doelmatig'. Die woorden vallen nogal eens als Anton Maes over de huisartsenzorg spreekt. Huisartsenzorg vertegenwoordigt weliswaar maar 3,5 procent van het Zorgbudget, maar toch kan ze belangrijk bijdragen aan het betaalbaar blijven van de gezondheidszorg. Juist omdat ze, mits aan de juiste randvoorwaarden is voldaan, zo 'zuinig, zinnig en doelmatig' is. De huisarts uit Dieren legt het allemaal uit in zijn boek *Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel*, dat op 15 juni verschijnt. Anton Maes (58) is ruim 25 jaar huisarts. Hij was in 2001 medeoprichter van Stichting de Vrije Huisarts, bekleedde diverse regionale

bestuursfuncties binnen de beroepsgroep en was twaalf jaar huisartsenopleider.

Eigenlijk, vertelt hij, wilde hij promotieonderzoek doen. 'Maar dat ging niet

door. Ik moest een waarnemer betalen en dat werd te duur. En ik zou ook twee dagen uit de praktijk zijn. Dat vond ik teveel.'

Hij vindt dat elke – beginnende – huisarts op de hoogte moet zijn van 'de werkomstandigheden': dat wil zeggen basale kennis moet hebben over contractering bij verzekeraars en over relevante wetgeving. 'Anders krijg je uitwassen. Neem zorgverzekeraar Menzis die

nu met een financier huisartsenpraktijken opkoopt. Met het argument dat huisartsen dan hun administratie niet meer hoeven te doen en zich helemaal aan het dokteren kunnen wijden. Die artsen hebben niet in de gaten dat ze het gereedschap om hun werkomstandigheden te beïnvloeden uit handen geven. Dat is vragen om moeilijkheden. Als professional wil je toch invloed hebben op alle facetten van je vak? Dat hoeft je niet persoonlijk te doen, het kan ook door mensen die je vertegenwoordigen. Maar niet door de verzekeraar.'

## Verkeerde echelon

Zijn pleidooi is behalve in de woorden 'zuinig, zinnig en doelmatig' ook samen te vatten als: meer integratie in de zorg, minder versnippering, meer in de eerste lijn. Daarom bepleit Maes bijvoorbeeld integrale inkoop door verzekeraars van eerstelijns- en tweedelijnszorg. 'Nu worden beide typen zorg ingekocht door verschillende afdelingen van de verzekeraar. Zorg komt dan te vaak terecht in het verkeerde echelon.' Ook een verandering van de risicoverevening kan helpen. Maes legt uit: 'Wordt het budget voor de huisartsen overschreden, dan moeten de individuele verzekeraars zelf opdraaien voor de eigen meerkosten. In de tweede lijn vallen zulke kosten voor een belangrijk deel onder de risicovereveningsregeling. Die is bedoeld om te voorkomen dat verzeke-

**'Je moet je administratie niet door de verzekeraar laten doen'**

raars risicoselectie toepassen. Maar voor de huisartsenzorg geldt die verevening niet. Dat draagt er niet toe bij dat zorg in de eerste lijn blijft.'

Hij vindt verder dat toezichthouders als de IGZ en de NZa meer met elkaar moeten overleggen. Neem de bereikbaarheid van huisartsen. Die is, zegt hij, niet altijd goed. Als beide toezichthouders zouden overleggen over normen en bijbehorende tarieven voor het werk dat nodig is om aan die normen te voldoen, kunnen de huisartsen volgens Maes 'een goede business-case' maken en die aan de zorgverzekeraars voorleggen. 'Dan is het probleem toch in een halfjaar op te lossen? Nu blijven kwaliteit en veiligheid van de zorg gescheiden van de randvoorwaarden waaronder we moeten werken.'

Anton Maes: 'De Mededingingswet zou niet van toepassing moeten zijn op de eerstelijnszorg.'

beeld: De Beeldredactie, Marco Vellinga



Het gaat volgens hem om een bewuste beleidsstrategie: 'De minister kan dan roepen dat de kwaliteit 100 procent moet zijn, maar betaling van de bijbehorende kosten blijft daar los van en is afhankelijk van de ruimte die de minister van Financiën geeft op advies van het Centraal Planbureau.'

Een derde punt: 'Huisartsen zien zich geconfronteerd met verschillende vormen van financiering. Dat werkt niet goed. Kijk naar patiënten met diabetes, COPD en hartfalen. Die komen veel vaker bij de huisarts voor andere klachten dan voor hun chronische aandoening. Een beter motief om de bekostiging van huisartsenzorg, huisartsenzorg voor patiënten met een chronische aandoening, M&I-zorg en preventie op elkaar af te stemmen is er niet.'

### Hoofdpijnpoli

Ten slotte signaleert Maes een 'stagnatie in de ontwikkeling van onze huisartsenorganisaties'. 'De LHV gaat over de basiszorg, de ketenzorg is een zaak waar de zorggroepen over onderhandelen met de verzekeraars, en sinds 2010 onderhandelen individuele praktijken met verzekeraars over de aanvullende M&I-zorg, zoals kleine chirurgische ingrepen (M&I: Modernisering en Innovatie, *red.*). Er is geen bedrijf in Nederland dat de inhoudelijke en de verkoopkant zo heeft gescheiden. Willen we een uniform zorgaanbod "huisartsgeneeskunde", dan moeten we bundelen.' Hinderpaal is de Mededingingswet: die zou niet van toepassing moeten zijn op de eerstelijnszorg, vindt Maes. Al deze veranderingen zijn hard nodig, want steeds meer patiënten zoeken hun heil elders. De versnippering van de zorg is in Maes' ogen al in volle gang. 'Zie de opkomst van de hoofdpijnpoli, incontinentiepoli, vlekkenpoli, rugpijnpoli, vageklachtenpoli, snotterpoli en ga zo maar door. Het is een symptoom van het feit dat de huisartsgeneeskunde niet in staat is die patiënten bij zich te houden. En dat maakt de gezondheidszorg duurder dan nodig.'

***U noemt de huisarts 'een extramuraal werkende generalistische specialist van de integrale geneeskunde', maar qua inkomen, kostenindex en dergelijke constateert u achterstand van huisartsen ten opzichte van medisch specialisten.***

'Laat ik vooropstellen dat niemand weet wat de kostprijs van de huisartsenzorg is. Momenteel worden de prijzen top-down vastgesteld. Ik heb een paar hoofdstukken nodig om te laten zien hoe je de kostprijs bottom-up kunt berekenen. In grote lijnen draait het om drie vragen: Wat zijn de noodzakelijke praktijkkosten? Hoe ziet



'ANW-consulten moeten niet uit collectieve middelen betaald worden.'

beeld: De Beeldredactie,  
Marco Vellinga

de arbeidsanalyse eruit: dat wil zeggen wat is de tijdsinvestering en welke mensen zet je in? En ten slotte: waar refereer je het inkomen van de huisarts aan? Lang geleden was dat het ambtenarensalaris. Dat het inkomen momenteel geen hot issue is, komt onder meer door de ontwikkeling van de ketenzorg en de M&I. Daar halen de huisartsen een deel van hun inkomsten uit en daar zijn ze tevreden mee. Door bezuinigingen en te lage kostenvergoeding worden we overigens wel steeds afhankelijker van het leveren van die aanvullende zorg. Intussen blijft het raar dat het norminkomen nergens meer aan gerelateerd is. Ik kan niets anders verzinnen dan het inkomen van de medisch specialist.'

***U bepleit versterking van de nulde lijn. Het is beter de bevolking goed voor te lichten over zorg, leefstijl en preventie, en niet alleen te praten over rechten en keuzevrijheden van patiënten maar ook over hun plichten, zoals zelfzorg, gezond***

***gedrag en kostenbetaling. Is dat niet naïef nu de patiënt zich steeds meer als consument opstelt?***

'Uit onderzoek weten we dat mensen nu al voor 90 procent hun klachten zelf oplossen. Dat kan met wat goede voorlichting best iets hoger worden. Dat scheelt alweer. Je ziet voortdurend hoe marktwerking de zorgvraag onnatuurlijk beïnvloedt. Zorgaanbod creëert zorgvraag. In een doelmatig, zinnig en zuinig zorgstelsel is er in wezen geen marktwerking in de eerste lijn. De huisartsgeneeskunde is immers voor elke Nederlander gelijk. Vergelijk het maar met de belastingdienst: daar is er ook maar één van. Dat idee van de patiënt als 'klant' of 'consument' moet verdwijnen. Kijk naar de uitwassen: huisartsenposten hebben een stijging van 60 procent gezien van het aantal spoedgevallen. ANW-consulten zijn duurder dan consulten overdag. Moet dat dan nog uit de collectieve middelen komen? Nee, zeg ik. Dat moeten eigen betalingen worden. Ik snap dat dit politiek gevoelig ligt, maar in termen van zuinig en

## ‘Er heerst een zekere meetdrang en meetdwang’

zinnig is de groei in de ANW-zorg geen goede ontwikkeling.’

### **Overigens heeft u allerlei vragen bij die ANW-zorg.**

‘Ja, zoals: is elke huisarts verplicht een even grote bijdrage te leveren? Nu ligt de bal wel heel erg bij de praktijkhouders. Kan deelname aan ANW-zorg voor huisartsen ook facultatief geregeld worden als een individuele huisarts niet meer aan alle fysieke eisen kan voldoen? Op mijn leeftijd moet je niet meer aankomen met nachtdiensten na een dagdienst.’

### **En wat zijn uw antwoorden?**

Hij lacht: ‘Laat ik het zo formuleren: ik ben medeoprichter van de Vrije Huisarts. Dat betekent: als ik het gevoel heb dat ik in vrijheid kan handelen, voel ik me senang.’

### **Over vrijheid gesproken: heb ik het goed dat u geen fan bent van indicatoren, van het uitdrukken van prestaties in maat en getal?**

‘Nee, dat is niet juist. Waar ik me aan stoort, is de disbalans: wel kwaliteitsindicatoren, maar geen structuurindicatoren die bijvoorbeeld aangeven hoeveel vierkante meter huisvesting een huisartsenpraktijk minstens moet beslaan bij een gegeven praktijkgrootte. Of hoeveel fte's voor ondersteuning daarbij horen. Daar hoor je niets over. Ik vind het heel goed dat we een kwaliteitssysteem voor zelfreflectie hebben. En als zaken in maat en getal zijn uit te drukken, zeg ik: doen. Niettemin heerst er een zekere meetdrang en meetdwang; als je wilt weten of ik een goede huisarts ben, dan moet je hier maar de hele dag komen zitten. Dat doet uiteraard niemand.’

### **Frustrerend**

Maes constateert in zijn boek dat de macht van de verzekeraars is gegroeid. ‘Verzekeraars gaan steeds grootschaliger en zorgaanbieders steeds kleinschaliger contracteren. ‘Huisartsen onderhandelen met verzekeraars over aanvullende zorg, ondersteuning en ketenzorg en zien zich geconfronteerd met standaardcontracten, waarin volgens Maes niet onderhandelbare voorwaarden zijn opgenomen. Hij noemt onder meer het veranderen van betaling (stermijnen) of het eenzijdig opleggen van M&I-prijzen. ‘Overigens, en dat zeg ik met nadruk, deze contracteringswijze is gelegitimeerd door de toezichthouders, NMa en NZa. Het is zeer


frustrerend dat we zo weinig invloed hebben op randvoorwaarden van nota bene ons eigen vak.’

Tegen beter weten in blijven de NMa en NZa kennelijk geloven dat de zorg door concurrentie zal verbeteren, meent Maes. ‘Als juist zij de balans tussen verzekeraar en huisarts niet willen herstellen’, zegt hij, ‘dan zal de geleverde zorg niet lang meer kunnen voldoen aan gewenste kwaliteitscriteria.’

### **U bent voor verplichte aansluiting bij het meerjarige contract met de preferente verzekeraar. Ziet u in dat opzicht ook problemen?**

‘Contractering is een grote administratieve belasting. Dat wil je niet met alle verzekeraars opnieuw doen. Daarom onderhandelen we met de preferente verzekeraar op regionaal niveau over aanvullende zorg (M&I), de inzet van praktijkondersteuners en ketenzorg. Als daarover overeenstemming is bereikt dan zouden de andere verzekeraars naadloos moeten volgen. Anders betekent het willekeur voor patiënten en een administratieve belasting voor de praktijk. Dat systeem van volgen van de preferente verzekeraar is sinds kort losgelaten. In november van 2010 bijvoorbeeld oordeelde de rechter dat Achmea het ketenzorgcontract COPD dat huisartsengroep Meditta in Sittard was overeengekomen met de dominante verzekeraar CZ, niet hoeft te volgen en vrij was om zelf de vorm van financiering te kiezen. Dat heeft tot gevolg dat de zorggroep van die verzekeraar een aanzienlijk lager zogeheten ‘koptarief’ betaald krijgt, wat betekent dat de zorgverzekeraar in zo'n geval de individuele huisartsen apart betaalt. En verzekeraar Uvit heeft voor 2011 een eigen Stop met Roken-programma in het basispakket opgenomen. Duurdere overeenkomsten met andere verzekeraars zal Uvit daarom niet volgen.’

### **Dat is toch de vrucht van de concurrentie.**

‘Ik vind het een verontrustend precedent als dezelfde zorg bij dezelfde zorgaanbieder onder verschillende condities moet worden geleverd. Stel je dat eens voor. Nee, wij moeten toe naar 100 procent volgen en langjarige contracten. Als de kostprijs van de huisartsgeneeskunde eenmaal is vastgesteld, dan zijn alleen indexering en innovaties punten waarover je nog hoeft te praten met de verzekeraars. Dat is een wenselijk perspectief. Nu beginnen we elk jaar weer opnieuw.’ 



Anton Maes, Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel, Reed Business, 39,50 euro.



Bij dit artikel op [www.medisch-contact.nl](http://www.medisch-contact.nl) vindt u nog een MC-artikel waarin Anton Maes zijn visie op de huisarts uiteenzet.