

Beleid Klink vaak strijdig met goed hulpverlenerschap

Marktwerving haalt hart uit de zorg

Sandra Bijl, huisarts
te Rotterdam

Correspondentieadres:
sbbijl@officedsl.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De gezondheidszorg is te duur, vindt het kabinet.

Marktwerving moet de kosten omlaag brengen.

Maar de hoop dat dit instrument de grote
efficiëntieleverancier is, lijkt nergens op gebaseerd.

Al sinds de jaren zestig probeert de overheid de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. Van aanbodregulering naar achtereenvolgens tariefregulering en het budgetsysteem. Echter, de kosten bleven stijgen. Sinds enkele jaren probeert men het middels marktwerving: vraagsturing en prestatiebekostiging. De DBC-ontwikkeling en de functionele bekostiging zijn daar voorbeelden van. Maar nergens valt uit op te maken waar deze verwachtingen op zijn gebaseerd, of er bijvoorbeeld kwaliteitsindicatoren zijn vastgesteld om te kunnen beoordelen of deze poging tot kostenbeheersing effectief is. Als huisarts merk ik in elk geval dat de zorgvraag toeneemt, terwijl van mij wordt verlangd dat ik onder-

neem met een budgetplafond. Een ondernemer is gericht op het maken van winst en stoot verliesgevende onderdelen af. Maar als zorgondernemer zijn mijn keuzemogelijkheden beperkt, want de verant-

woordelijkheid van de huisarts is vastgelegd in het basisaanbod. Daarnaast probeer je de kosten en de baten te analyseren om te kunnen bepalen waar het mogelijk efficiënter kan of goedkoper. Efficiëntie (met als gevolg: meer tijd over) leidt echter nooit tot minder werk maar altijd tot ander werk/innovatie, waarvoor – het liefst meer – kan worden gedeclareerd. Geen enkele ondernemer streeft immers naar verkleining van de winst. Toch heeft de minister blijkbaar de overtuiging dat artsen hiertoe wel

kunnen worden overgehaald. Waar hij dat op baseert, is een raadsel.

Praktijkondersteuner

Zo'n vijf jaar geleden deed de praktijkondersteuner zijn intrede in de huisartspraktijk. Het doel van de POH was dat hij/zij taken van de huisarts kon overnemen, die zich vervolgens meer kon richten op complexe zorg. Dit is in veel opzichten nuttig, maar heeft weinig te maken met kostenbeheersing.

De chronische patiënt wordt nu vaker gezien en dus beter gemonitord, wat waarschijnlijk leidt tot betere zorg en secundaire preventie. Ook voor bijvoorbeeld oudere en vaak eenzame patiënten vervult de POH een belangrijke rol. In maatschappelijk opzicht is deze nieuwe functie dus heel nobel, maar was het doel ervan niet een efficiëntere zorg? Heeft de komst van de POH geleid tot minder voorschrijven? Nee. Tot minder verwijzingen naar de tweede lijn? Nee. Tot minder opnames? Ook al niet. De daling van het aantal opnames en verwijzingen naar de tweede lijn en de toename van het voorschrijven van statines is veroorzaakt door het implementeren van de NHG-standaarden. En voor zover ik weet zijn er van tevoren ook geen indicatoren vastgesteld om de kwaliteit van zorg en de effectiviteit van de inzet van de POH te kunnen bepalen in vergelijking met de tot dan gebruikelijke combinatie doktersassistente-huisarts.

Overigens mag een huisarts in mijn regio niet eens winst maken op een POH. Als bewijs dien ik de dominante zorgverzekeraar hiervoor elk

Efficiëntie leidt nooit tot minder werk, altijd tot ander werk

jaar een accountantsverklaring te overhandigen. Als er onverhoopt toch winst wordt gemaakt, moet deze opnieuw worden geïnvesteerd in de zorg. Stimuleert dit de ondernemer tot het zetten van extra stappen?

Op dit moment wordt het grootste deel van de DM-patiënten (diabetes mellitus) in onze praktijk door de POH gezien. Zij stelt zo nodig en in overleg met de huisarts patiënten in op insulinetherapie. Zij verwijst naar de diëtist, de fysiotherapeut, de podotherapeut en regelt de fundusfotografie. Heel af en toe wordt iemand verwezen naar de internist. Iedereen levert in deze keten dicht bij huis zorg aan de DM-patiënt en declareert zelfstandig bij de zorgverzekeraar. Waarin verschilt de functionele bekostiging qua zorg van de ketenzorg van nu? De minister presenteert de functionele bekostiging als een verbetering, maar het lijkt erop dat hij hetzelfde geheel wil, maar dan voor minder geld dan de som der delen. Functionele bekostiging brengt bovendien een toenemende bureaucratie met zich mee. En dat terwijl de

Minister Klink wil 60 miljoen euro minder uitgeven aan huisartsenzorg.

beeld: Shutterstock



eerste lijn tot nu toe bekendstaat om zijn lage overhead.

Oost-Indisch doof

Om draagvlak te creëren voor een belangrijke verandering is het van belang om ten eerste de werkvloer zo goed mogelijk te informeren over de gewenste verandering, en vervolgens serieus te willen luisteren naar kritiek. Met betrekking tot het EPD heeft de minister zich lange tijd Oost-Indisch doof gehouden. Opvallend is dat zowel bij de minister als bij de leden van Eerste Kamer de oren pas open gingen toen uit een enquête van Medisch Contact bleek dat een groot deel van de artsen hun eigen dossier niet gekoppeld wilden zien aan het EPD. Volgens de minister leidt het EPD tot minder ziekenhuisopnamen en minder doden ten gevolge van medicatiefouten. De kans dat een patiënt van mij uit Rotterdam wordt opgenomen in een van de vijf ziekenhuizen die Rotterdam rijk is, is aanmerkelijk groter dan de kans dat hij/zij in Groningen of Parijs op de EHBO verschijnt. Een lokaal of regionaal EPD – een stuk goedkoper en sneller te realiseren dan een landelijk EPD – is dus nuttiger. Mocht een patiënt onverhoopt toch in Parijs moeten worden opgenomen, zoals een patiënt van ons overkwam, dan faxen we de noodzakelijke medische gegevens vanuit de praktijk of vanuit de HAP. Het afblazen van een landelijk EPD kan waarschijnlijk tot een aardige kostenbesparing op de zorgbegroting leiden.

Statines en protonpompremmers

De minister wil 60 miljoen euro minder uitgeven aan huisartsenzorg. De beroepsgroep kan dit bedrag volgend jaar terugverdienen door doelmatig (patentloze) statines en PPI's voor te schrijven. Dat wil zeggen voor respectievelijk 80 en 95 procent van de patiënten. De huisartsen die dit al doen gaan er niet op achteruit. Zij die zich hier in het verleden weinig voor hebben ingespannen moeten om hun inkomsten op peil te houden aan de slag.

In onze praktijk wordt in principe alleen simvastatine en omeprazol voorgeschreven conform de NHG-richtlijnen. Volgens de SFK cijfers (Stichting Farmaceutische Kengetallen) van dit jaar hebben wij de Klink-norm voor de statines al behaald. Nu het patent op Pantozol verlopen is, is ons percentage voorschriften van generieke PPI's spontaan gestegen van 61 naar 88 volgens de SFK-cijfers. Dat is opmerkelijk, want wij schrijven niet actief Pantozol voor maar alleen de herhaalrecepten na het eerste voorschrift van de specialist.

SAMENVATTING

- De kostenstijging in de zorg moet worden omgebogen, maar de huidige maatregelen lijken geenszins efficiënt te zijn.
- Het valt te betwijfelen of minister Klink zijn eigen beleid ook op doelmatigheid, transparantie en kwaliteitsindicatoren beoordeelt, iets wat hij wel van de zorg verwacht.
- De praktijkondersteuner, het landelijk EPD en de bezuinigingen op statines en protonpompremmers zijn hier voorbeelden van.
- Als artsen worden gedwongen meer ondernemer dan zorgverlener te zijn, dan gaat hun hart minder snel kloppen en gaan macht en geld het zwaarste wegen: het hart van de marktwerking.

Louter kijken naar een percentage heeft wel beperkingen. Het aantal absolute patiënten dat je financieel ongestraft kunt omzetten van simvastatine naar atorvastatine als het LDL onvoldoende daalt, is recht evenredig met n, het totale aantal statineslikkers. Hoe kleiner de n, hoe voorzichtiger je moet zijn met omzetten wil het geen financiële gevolgen hebben. Als een patiënt onverhoopt wordt opgenomen wordt de simvastatine standaard vervangen door Lipitor. De omeprazol tot voor kort door

*Als er geen evenwicht is,
verdampt de bezieling*



Pantozol en sinds de zomer door Nexium. De ziekenhuisapotheek wordt steeds meer een concurrent van de vrijgevestigde apotheek en levert bij ontslag deze medicatie vaak voor drie maanden af. Interessant is de vraag wat de percentages patentloze statines en PPI's zijn bij de specialist en hoeveel doelmatigheid de minister daar nog kan realiseren. (De minister heeft inmiddels besloten dat de huisartsen de korting op hun tarieven niet hoeven terug te verdienen door goedkopere statines en PPI's voor te schrijven. *Red.*)



Meer artikelen over de plannen van Klink voor functionele bekostiging vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Vraagsturing

Met vraagsturing, ook een prachtige eigentijdse term, bedoelt de minister als ik het goed begre-

pen heb dat het geld de zorg volgt. Maar dat is in mijn ervaring lang niet altijd het geval.

Twee voorbeelden:

1. Ik ben huisarts in een achterstandswijk. De wijk creëert voor het maatschappelijk werk, de voorpostfunctionaris van BJZ, de politie en deze huisarts voldoende productie. Helaas loopt er door deze wijk één weg waar vooral medische specialisten n.p. wonen. Dit drijft het gemiddelde inkomen in de wijk flink op. In aanmerking voor achterstandsgelden komen we daardoor al jaren niet. Daarnaast zijn er veel meer achterstandswijken in Nederland dan er achterstandsgeld is.
2. Bijna tweederde van onze overwegend allochtone populatie is jonger dan 45 jaar. Bij deze groep zijn hun economische situatie (uitkering), persoonlijke situatie (veel alleenstaande moeders, weinig netwerk) en verleden (huiselijk geweld, oorlogservaring) een belangrijke oorzaak van het soms zeer frequente bezoek aan de huisarts. Nu kan ik mij vooral richten op de somatische klachten: snel klaar en ze komen snel weer. Als ondernemer geeft mij dit de meeste winst en de minste kosten. Als mens die alleen met bezieling haar vak kan uitoefenen, bevredigt dit mij niet. De hoofdpijn die een patiënt al twaalf jaar parten speelt is geen uiting van een tumor, hoge bloeddruk of slechte visus, maar van jarenlange kopzorgen. Een goed gesprek, gebaseerd op oprechte interesse heeft dan veel waarde. De crux van de hoofdpijn was het al jarenlange psychische gevecht met haar inwonende kinderen van 21 en 23 jaar, die hun moeder als sloofje gebruikten. Het luisteren, het bespreken van de situatie en het bieden van handvatten voor verandering betekenden veel voor haar. Dit gesprek duurde dertig minuten. Negen minuten hiervan zijn niet declarabel. Kwam zij voorheen elke twee weken op het spreekuur, nu zag ik haar maandenlang niet meer.

Als ondernemer ga ik erop achteruit als ik te veel van deze kwalitatief goede zorg lever. Als professional geeft zo'n gesprek mij veel voldoening. Als er geen evenwicht is tussen beiden verdampt de bezieling, knapt het elastiek en blijft een burn-out over. 