

10 jaar Zorgverzekeringswet: de huisarts

Marktwerking is tegenwerking

De Zorgverzekeringswet (Zvw) heeft de huisartsgeneeskunde in de kern geraakt. Want de huisarts kan de essentiële functie van poortwachter alleen naar eer en geweten vervullen als hij zich hierin gesteund weet door tweede lijn, verzekeraar en patiënt. In een systeem met marktwerking is dit onvoldoende het geval. De ervaring heeft geleerd dat het aan de beroepsgroep zelf is om haar kernwaarden te bewaken.

M. Holtrop

Huisartsgeneeskunde is continue, integrale en persoonlijk zorg. Zorg van hoge kwaliteit, die drempelloos toegankelijk is en dicht bij de patiënt wordt geleverd. De huisarts draagt bij aan doelmatigheid van zorg door het poortwachterschap en door intensief samen te werken met andere zorgverleners. De Zorgverzekeringswet (Zvw) heeft de huisartsgeneeskunde op al deze punten in de kern geraakt. Gelukkig is onze identiteit sterk genoeg gebleken om bij te sturen. Hieronder geef ik op enkele punten een toelichting.

Toegankelijkheid en keuzevrijheid

Solidariteit tussen ziek en gezond, arm en rijk is in beginsel het uitgangspunt van de Zvw met zijn verplichte basisverzekering, zorgplicht en acceptatieplicht van verzekeraars. In praktijk blijken er veel onverzekerden rond te lopen omdat ze de premie niet kunnen betalen. De steeds verder stijgende eigen bijdrage is inmiddels een serieus obstakel geworden voor mensen met een laag inkomen. Ze kunnen weliswaar nog steeds bij de huisarts terecht, maar zien af van verder onderzoek, medicijnen of doorverwijzing.

Aangezien patiënten aanzienlijk makkelijker wisselen van verzekeraar dan van huisarts lijkt het selectief inkopen van huisartsenzorg door verzekeraars gelukkig een illusie. De Eerste Kamer heeft zich met het afwijzen van artikel 13 ook duidelijk uitgesproken tegen beperking van de vrije artskenkeuze.

In het doorverwijzen merkt de huisarts echter

wel degelijk een beperking van de keuzevrijheid. Partners waar al jarenlang tot volle tevredenheid mee werd samengewerkt, blijken (voor een deel van de zorg) niet meer gecontracteerd te zijn, of halverwege het jaar al door hun budget heen te zijn. Anderen hebben zich maar helemaal uit het contracteringscircuit te teruggetrokken, zoals sommige fysiotherapeuten en solistisch werkende eerstelijns GGz-aanbieders. Een jaarlijks wisselend inkoopbeleid, wat ook nog per zorgverzekeraar verschilt, hindert langdurige samenwerkingsrelaties met huisartsen. En het is juist deze samenwerking die een voorwaarde is voor patiëntgerichte, optimale zorg.

Persoonsgericht

Op zoek naar een manier om meer greep te krijgen op de huisartsenzorg hebben zorgverzekeraars zich vol overgave gestort op de inkoop van protocollaire zorg aan chronisch zieken. Met de komst van de Zvw werden zorggroepen tot zorginstellingen, met alle zware kwaliteitseisen die daarbij horen. Medische zorg voor chronisch zieken werd omschreven in ziektespecifieke zorgstraten, waarbij de inzet van de huisarts in theorie ook door andere zorgaanbieders kon worden geleverd. Voor de patiënt is het belangrijk dat de zorg voor zijn chronische ziekte ingebed is in de integrale huisartsen basiszorg. De prikkels in het systeem werkten echter versnippering van zorg binnen praktijken in de hand. Voor iedere zorgstraat een eigen POH-S, met eigen te behalen benchmarks. Chronische zorg werd buitenproportioneel belangrijk in tijd en geld ten koste van de basiszorg. Het grootste deel van het geld werd besteed aan organisatie en controle. Tegelijkertijd werden de wensen van de patiënt ondergeschikt aan de te halen targets en voelden huisartsen zich door het strakke keurslijf geremd om op een weloverwogen manier met de patiënt tot persoonsgerichte zorg te komen.

Doelmatigheid

Marktwerking in de specialistische zorg leidde tot een vergroot aanbod van laag-complexe spe-

cialistische zorg. Klachten die voorheen binnen de huisartspraktijk werden behandeld, werden verheven tot Ziekte met bijbehorende poli. Voor snotterpoli's, menopauzepoli's of griepoli's werd actief reclame gemaakt. Postmenopauzale vrouwen die last hadden van moeheid werd met klem aangeraden zich door een cardioloog te laten onderzoeken. Aanbod schept vraag. Het poortwachterschap is een effectieve volumeknop voor tweedelijns zorg en een instrument voor doelmatigheid van de totale zorg. De huisarts kan de functie van poortwachter echter alleen naar eer en geweten vervullen als hij zich hierin gesteund weet door tweede lijn, verzekeraar en patiënt. In een systeem met marktwerking is dit onvoldoende het geval.

Markt

Het model van marktwerking in de zorg veronderstelt mondige, assertieve consumenten, die als ze ziek worden kritisch vergelijkend onderzoek doen voordat ze een zorgaanbieder of zorggroep kiezen waar ze bij aankloppen. In werkelijkheid is dit maar zeer ten dele mogelijk. Mensen die ziek worden zijn bang en kwetsbaar. Een mens op zoek naar een nieuwe computer gedraagt zich anders dan een mens op zoek naar zorg. En dat geldt niet alleen voor de vele laaggeletterden en anderszins beperkt vaardigen in ons land. Veel mensen varen op hun huisarts als gids door het ingewikkelde zorglandschap. Daar hebben ze alle reden toe. Huisartsen beschikken over veel informatie over verwijzadressen door persoonlijke contacten, terugrapportages van zorgaanbieders en patiëntervaringen. Verzekeraars baseren hun inkoopbeleid echter op hele andere, voor de huisarts niet altijd begrijpelijke criteria.

Samenwerking

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) als grimmige waakhond van de veronderstelde zorgmarkt blafte gemeen naar de Landelijke Huisartsenvereniging vanwege vermeende kwade bedoelingen op het gebied van vestigingsbeleid. De dreiging met enorme geldboetes en de onzekerheid over wat wel en niet mocht leidde tot verkramping bij bestuurders in huisartsenland. Zelfs het maken van afspraken over verwijzen en terugverwijzen tussen eerste en tweede lijn (toch echt in belang van patiënt en verzekeraar) kon al worden opgevat als het abjecte "verdelen van de markt". Huisartsengroepen zijn gebaat bij samenwerking, zowel onderling als met andere zorgaanbieders en gemeenten. De rigide opstelling van de ACM heeft langdurig remmend gewerkt op het vormen van samenwerkingsverbanden.



Marije Holtrop.

Heeft het dan allemaal niets opgebracht?

Niet eerder heeft een stelselwijziging zo'n sterke invloed gehad op wat er in de spreekkamer van de huisarts gebeurt. Als reactie ontstond de Dappere-Dokters-beweging, gevolgd door Het Roer Moet Om. Het Dappere Dokters gedachtengoed stimuleert de arts (huisarts en specialist) zich te laten leiden door professionele drijfveren in plaats van de "prikkel van de dag". Het Roer Moet Om werkt dit verder uit door voorwaarden te benoemen en knelpunten uit de weg te ruimen. Beide bewegingen hebben geleid tot hernieuwde trots op het huisartsenvak en het besef dat het aan de beroepsgroep zelf is om haar kernwaarden te bewaken. De verbetering van zorg voor chronisch zieken in de huisartsenpraktijk was al in gang gezet voordat de Zvw van kracht werd. Het is niet goed aan te geven in hoeverre de komst van de zorggroepen en de grote nadruk op protocolaire zorg binnen de Zvw deze zorg een extra impuls heeft gegeven. Het lijkt er echter wel op dat de integrale bekostiging heeft geleid tot beter naleven van verwijz- en terugverwijzafspraken en de samenwerking inhoudelijk een impuls heeft geven.

Het ontstaan van sterke zorggroepen is toegelicht door samenwerkingspartners, die voorheen vonden dat het akelig lastig was om afspraken te maken met "de" huisarts. Via de zorggroep kunnen huisartsen elkaar onderling stimuleren tot het leveren van zorg van een betrouwbare kwaliteit. Door-ontwikkelen van zorggroepen in de richting van faciliterende organisaties voor huisartsenzorg in brede zin is veelbelovend.

Informatie over de auteur

Marije Holtrop is huisarts te Amsterdam.