



DE HUISARTS AAN HET WOORD

SP. 

TERUG NAAR DE PRAKTIJK

Tweede Kamerfractie SP
Postbus 20018
2500 EA Den Haag
T (070) 318 30 44
F (070) 318 38 03
I www.sp.nl



DE HUISARTS AAN HET WOORD

Juni 2010

Drs. Henk van Gerven, Tweede Kamerlid SP
Dr. Ineke Palm, Wetenschappelijk Bureau SP

Fotografie: Daniel Cohen

INHOUD

VOORWOORD	7
SAMENVATTING	9
1. INLEIDING	13
2. OPZET EN DEELNAME	21
3. RESULTATEN	27
3.1. WERKBELEVING	27
3.2. BEZUINIGINGEN	33
3.3 BUREAUCRATIE	35
3.4 MARKTWERKING	38
3.5. FUNCTIONELE BEKOSTIGING	45
3.6. INKOMEN	49
3.7. DIENSTENSTRUCTUUR	53
3.8. ZORG IN DE BUURT	55
3.9. PROFESSIE EN NASCHOLING	57
3.10. ELEKTRONISCH PATIËTENDOSSIER	59
4. CONCLUSIE EN DISCUSSIE	65
5. AANBEVELINGEN	75
BIJLAGE 1. ENQUÊTEVRAGEN EN UITKOMSTEN	81
BIJLAGE 2. TOP TIEN PRIORITAIRE ZAKEN	95
BIJLAGE 3. TOP TWAALF MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN	97
NOTEN	101

VOORWOORD

De Nederlandse huisarts zag met gemengde gevoelens toe op de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Onder aanvoering van Agnes Kant demonstreerden op 24 mei 2005 1500 huisartsen en andere hulpverleners tegen de invoering van deze wet die de marktwerking in de curatieve gezondheidszorg moest organiseren. Breed leefde het idee dat de zorg geen markt is en mag zijn. Niet het geld of concurrentie maar het belang van de patiënt moet drijfveer van handelen zijn en blijven. Ook vreesde men de aantasting van de professionele autonomie door de zorgverzekeraars. Ondanks massaal verzet onder de bevolking en werkers in de zorg werd de wet door de VVD, CDA en D66 erdoor gedrukt.

Hoogervorst (VVD) en Klink (CDA) zijn trots op deze wet. Maar wat is de mening van de gemiddelde huisarts in Nederland? Ons bereikten vele signalen dat zij vinden dat het niet goed gaat met de zorg. En dat is ernstig, want huisartsen fungeren als thermometers van de zorg als het gaat om de kwaliteit van en de toegankelijkheid tot de zorg. Gaat het ergens mis, dan wordt de huisarts gebeld. En het water dreigt hen meer en meer over de schoenen te lopen. Huisartsen zijn de poortwachters voor de zorg, maar voelen zich steeds meer het afvalputje voor waar het overal niet goed gaat.

De deelname aan de huisartsenenquête van de SP was massaal. Want iedereen beseft dat we in de zorg op een keerpunt staan: kiezen we voor doorgaan met de marktwerking of kiezen we voor breken? Kiezen we voor investeren in de zorg of harde bezuinigingen? Men vraagt zich af: hoe gaan we de wanstaltige bureaucratisering te lijf? En hoe kunnen we ons huisartsenvak overeind houden? Hoe gaan we om met onze beroepseer?

Ruim 1900 huisartsen hebben gesproken in 'De Huisarts aan het woord'. De inhoud laat aan duidelijkheid niets te wensen over. Het roer moet om.

Henk van Gerven, Tweede Kamerlid SP en voormalig huisarts

SAMENVATTING

Ruim 1900 huisartsen hebben deelgenomen aan een uitgebreide enquête opgezet door de Tweede Kamerfractie en het Wetenschappelijk Bureau van de SP. Dat betekent dat één op de vijf praktiserende huisartsen in Nederland heeft deelgenomen.

Het gros van de huisartsen wijst het beleid van minister Klink volledig af. Veel maatregelen, zoals de ingevoerde marktwerking en keten-DBC's, leiden tot sturen op geld in plaats van op zorg. Hetzelfde geldt voor het idee van de minister om financiële prikkels (bonussen) in te voeren; slechts 15 procent van de artsen denkt dat deze prikkels de zorg zullen verbeteren. De meeste artsen vrezen dat geld en cijfers de drijfveer worden in plaats van de zorg en de patiënten. Artsen noemen deze prikkels strijdig met de beroepseer, zij kunnen bovendien de geloofwaardigheid van de arts tegenover de patiënt aantasten. Ook de bezuinigingen die huisartsen kunnen terugverdienen door goedkoop voor te schrijven, noemen veel huisartsen absurd. 95 procent vindt de aangekondigde korting voor 2011, als een besparing voor dit bedrag op de medicijnkosten niet worden gehaald, onaanvaardbaar.

Voor meer dan de helft van de huisartsen is het plezier in het werk de afgelopen jaren afgenomen. Volgens 87 procent van de artsen is de werkdruk de afgelopen jaren toegenomen, de artsen wijten dat vooral aan de toename van de administratiedruk en taken.

De ingevoerde marktwerking en keten-DBC's leiden tot bovenmatige bureaucratie. Evenals het hybride financieringssysteem (deels abonnement, deels verrichtingen) met regels en tarieven die verschillen per zorgverzekeraars. Meer dan de helft van de artsen is ruim een dag per week of nog veel meer kwijt aan administratie.

De werkdruk is ook toegenomen doordat mensen sneller naar de huisarts gaan, onder meer uit angst voor een mogelijke ziekte, gevonden op internet of soms ook ingegeven door de media en de farmaceutische industrie. Daarnaast zijn de huisartsen veel tijd kwijt om problemen elders in de zorg op te lossen. Zoals een slecht functionerende thuiszorg en lange wachtlijsten, vooral in de ouderenzorg. Sommige artsen voelen zich het afvalputje van de zorg, een putje waar bovendien steeds meer naar toe gaat.

87 procent van de huisartsen vindt de ingevoerde marktwerking een slecht idee, slechts

2 procent is positief. Marktwerking leidt tot hogere uitgaven, meer bureaucratie, minder solidariteit, tweedeling en een zorg die vooral gericht is op productie. Zorgverzekeraars dicteren, leggen tarieven op en bemoeien zich steeds meer met de inhoud van de zorg. Ze gaan steeds meer op de stoel van de huisartsen zitten, vindt 84 procent van de huisartsen. De ergernis over de bemoeienis van zorgverzekeraars geldt ook voor de ingevoerde functionele bekostiging ofwel keten-DBC's. Hierbij worden patiënten opgeknipt in ziektebeelden die door huisarts en andere hulpverleners worden behandeld. De huisarts moet hierbij hoofdaannemer worden en over de totaalprijs onderhandelen met de zorgverzekeraar. Huisartsen zien vooral nadelen in deze keten-DBC's. Dit leiden tot opknippen en verhandelen van zorg en verhoudt zich niet met integrale huisartsenzorg.

Ook de diensten buiten kantoortijden leiden tot hoge werkdruk. De anonieme grootschalige huisartsendiensten verhogen onnodige zorgconsumptie. Mensen zien deze zorg steeds meer als een soort avondwinkel waar ze altijd terecht moeten kunnen voor een klein kwaaltje in plaats van als spoedzorg. Dat maakt deze diensten zwaar en nauwelijks te combineren met de lange werkdagen van huisartsen.

Meer dan de helft van de huisartsen is voor meer kleinschalige eerstelijnszorg in de buurt. Hier is wel meer ondersteuning voor nodig, met name vanuit de lokale overheid. Veel huisartsen verlangen ook terug naar de oude wijkzuster en zien het ontstaan van buurtzorg als een grote vooruitgang.

De professionele autonomie moet worden bewaakt, zowel wat betreft onafhankelijkheid van overheid, markt en zorgverzekeraars, als onafhankelijkheid van financiële prikkels en farmaceutische industrie. Wat dat laatste betreft wensen veel huisartsen onafhankelijke regionale nascholing. Over een verbod op commerciële huisartsenbezoekers zijn de huisartsen verdeeld.

Ruim 90 procent van de huisartsen wijst de invoering van een landelijk Elektronisch Patiënten Dossier af. Slechts een zeer beperkt aantal huisartsen voelt voor de invoering van een Elektronisch Patiënten Dossier zoals minister Klink dat wenst. Veel meer huisartsen voelen ervoor om, onder stringente voorwaarden, het regionale EPD ofwel de EPD om de hoek uit te bouwen.

Opmerkelijk veel huisartsen (73 procent) onderschrijven nog steeds onverkort de uitgangspunten van de conferentie van Woudschoten: continue, integrale, persoonlijke zorg voor patiënten en gezinnen. Het gevoerde beleid zet deze uitgangspunten zwaar onder druk. Huisartsen vrezen het einde van de unieke huisartsenzorg in Nederland. Het beleid van minister Klink haalt de ziel en de franje uit de zorg, aldus één van de huisartsen.

De huisartsen hebben wel ideeën voor hoe het anders moet: Investeer in de eerste lijn, verklein huisartsenpraktijken en breid ondersteuning uit. Draai de marktwerking en keten-DBC's terug en voer geen financiële prikkels in. Bewaak de professionele autonomie ook

ten opzichte van de farmaceutische industrie. Voer geen landelijk Elektronisch Patiënten Dossier in, maar ga uit van een elektronisch dossier om de hoek, opgebouwd vanuit de werkvloer. Ga terug naar het abonnementssysteem en verstevig de arts-patiëntrelatie om bovenmatige consumptie tegen te gaan. Geef ruim baan aan kleinschaligheid, ook voor de diensten buiten kantooruren. Zo verwordt de huisartsenzorg niet tot een supermarkt.

1. INLEIDING

De huisarts is de spil van onze gezondheidszorg. In de meeste landen kun je direct naar de specialist. In Nederland kun je gebruikmaken van andere gezondheidsvoorzieningen nadat de huisarts je heeft doorverwezen; de specialist is hier dus niet vrij toegankelijk. De overheid heeft in het begin van de jaren zeventig het belang van deze poortwachtersfunctie nog eens onderstreept.¹ Dit systeem staat nog steeds overeind, alhoewel onder invloed van het marktdenken hier wel bressen in zijn geschoten. Zo is sinds januari 2006 de fysiotherapie zonder verwijfsbrief van de huisarts toegankelijk, met als gevolg sterk oplopende fysiotherapiekosten, een stijging van gemiddeld 14 procent per jaar.²

In ons land praktiseren ongeveer 8500 huisartsen met een gemiddelde praktijkgrootte van ongeveer 2250 patiënten. Meer dan de helft van de huisartsen werkt in een samenwerkingsverband, terwijl de rest als solist de huisartsgeneeskunde beoefent. Het aantal solisten neemt de laatste jaren sterk af. Dat heeft onder meer te maken met de toenemende feminisering van de huisartsgeneeskunde, waarbij steeds meer vrouwen in parttimefuncties werken. Per dag wordt de huisarts geconfronteerd met 1 à 2 procent van zijn praktijkpopulatie en krijgt hij minstens een dertigtal gezondheidsproblemen te verwerken. Het overgrote deel hiervan behandelt hij zelf en slechts een gering aantal wordt geholpen in samenwerking met of via verwijzing naar anderen.³ Slechts 10 procent wordt doorverwezen naar de tweedelijnszorg of andere hulpverleners. De huisarts lijkt een goede zeef te zijn. Daarmee wordt veel onnodig medisch handelen in de tweede lijn voorkomen. Een huisarts huldigt het principe van 'nee, tenzij' en is terughoudend in de behandeling. In principe houdt de huisarts de patiënt voor gezond tot aangetoond is dat er een afwijking ten grondslag ligt aan de geuite klachten. De huisarts weet dat de klachten samenhangen met de patiënt en zijn manier van leven. De specialist daarentegen gaat uit van het 'ja, tenzij'-principe en haalt alles uit de kast. Hij gaat er vanuit dat de patiënt ziek is tot het tegendeel is aangetoond. Vergeleken met de tweede lijn is huisartsenzorg goedkoop. 90 procent van de klachten wordt verholpen, terwijl de huisartskosten minder dan 4 procent van het zorgbudget bedragen.⁴ De huisarts staat in het begin van het medische circuit en krijgt, als een spin in het web, vanuit alle delen van de gezondheidszorg de informatie van de patiënt terug. Door dit zogenaamde poortwachtersysteem heeft de huisarts een goed en integraal overzicht over het welzijn van zijn patiënten.

Algemeen wordt aangenomen dat tijdens de conferentie in Woudschoten op 23 en 24 januari in 1959 het fundament werd gelegd onder de huisartsenzorg in Nederland. Daar zijn de uitgangspunten geformuleerd die tot de dag van vandaag geldig zijn. Huisartsenzorg betekent continue, integrale en persoonlijke zorg voor patiënten en gezinnen. Daarbij gaat het om genezing, revalidatie en preventie. De huisarts waakt over de gezondheid van zijn patiënten 24 uur per dag, 7 dagen in de week. Kenmerkend voor de huisartsenzorg zijn ook de vaak tientallen jaren durende arts-patiëntrelaties. Een langdurige arts-patiëntrelatie heeft een heilzame werking. Zij levert gezondheidswinst op. Handelen wordt effectiever. Een langdurige continue relatie bevordert immers het vertrouwen. Vertrouwen leidt weer tot positieve verwachtingen van het effect van een behandeling. Ook leidt bekendheid tot realisme. De patiënt weet wat hij kan verwachten.⁵

EINDE 24-UURS HUISARTSENZORG?

De afgelopen jaren is het Woudschoten-concept langzaam maar zeker geërodeerd. Huisartsen werken steeds meer parttime, wonen niet altijd meer in de plaats waar ze werken en er is een verzakelijking waarneembaar. Het fenomeen kantoorzorg rukt ook in de huisartsenwereld op. Daarnaast neemt de werkdruk toe door de steeds hogere kwalitatieve eisen die aan het huisartsenvak worden gesteld en door demografische ontwikkelingen (vergrijzing).

Rondom de eeuwwisseling kwam een schoksgewijze omslag. Werden de diensten buiten kantoortijd eerst nog gedaan door kleinschalige waarneemgroepen waardoor de continue, integrale en persoonlijke zorg van de huisarts nog tot op zekere hoogte gewaarborgd was, binnen enkele jaren werden in heel Nederland grootschalige huisartsendienstenstructuren uit de grond gestampt. Ontegenzeglijk leidde dit tot een vermindering van de werkdruk bij de huisartsen, maar de knip in de huisartsenzorg was een feit. Door de grootschaligheid is de eigen huisarts in de dienst uit beeld verdwenen. Voor grote groepen mensen is de bereikbaarheid echter afgenomen, omdat de posten zowel fysiek als in menselijk opzicht steeds verder van de mensen zijn komen te staan. Zorg hoort echter zo dicht mogelijk bij de mensen te worden geleverd.

De anonimisering heeft nog een andere keerzijde. In de oude dienstenstructuur was er een natuurlijke drempel om de (eigen) huisarts in de dienst om hulp te vragen. De patiënt wist dat de dokter de volgende dag weer moest werken. Deze drempel is weggevallen. We zien daardoor een toename van het gebruik van de posten. De Vereniging van Huisartsenposten Nederland meldde een groei van 2,6 procent in 2008.⁶

De grootschalige dienstenstructuur is bewust gestimuleerd door de overheid. De huisartsen die hun kleinschalige dienstenstructuur overeind hebben gehouden, ontvangen daarvoor minder geld en worden zelfs tegengewerkt door zorgverzekeraars.⁷

De vraag is of huisartsenzorg buiten kantoortijd (avond-, nacht en weekenddiensten ofwel ANW-diensten) nog wel huisartsenzorg blijft. Sommigen vinden het niet per se een taak van de individuele huisarts.⁸ Er gaan stemmen op deze ANW-diensten over te doen naar spoedeisende hulpverlening van ziekenhuizen of naar commerciële zorgverleners zoals in Groot-Brittannië. Daarmee zou het wezen van de huisartsenzorg worden aangetast.

MARKTWERKING

Met de komst van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 werd ook de marktwerking in de zorg doorgevoerd. Veel huisartsen maakten zich hier grote zorgen over. Ze vreesden te veel macht voor de zorgverzekeraars, een aantasting van de professionele onafhankelijkheid van de zorgverleners, een inperking van de keuzevrijheid van patiënten en aantasting van de solidariteit. Op 24 mei 2005 was er een grote manifestatie van 1500 huisartsen en andere zorgverleners die te kennen gaven dat ze niets zagen in de oprukkende marktwerking. De manifestatie was een initiatief van huisartsen en het comité Zorg geen Markt.⁹

Ook patiënten spraken zich massaal uit tegen de nieuwe wet. In slechts een week tijd werden een half miljoen protestkaarten verzameld in 1750 apotheken en bij 8000 huisartsen. Deze zijn aangeboden aan de leden van de Eerste Kamer die zich toen nog moesten uitspreken over de Zorgverzekeringswet. Ook de Eerste Kamer werd echter overtuigd van de noodzaak om een marktgericht stelsel te ondersteunen en accordeerde de wet die in 2006 werd ingevoerd.

FINANCIERING

Met de start van de Zorgverzekeringwet veranderde de financiering van de huisartsen. Voor 2006 had de huisarts grosso modo twee inkomstenbronnen: het abonnementensysteem voor de ziekenfondsverzekerden en het verrichtingensysteem voor de particulieren. Met het verdwijnen van de particulier verzekerden ontstond een gemengd nieuw stelsel op basis van het Vogelaarakkoord.¹⁰ Dit vergoedingensysteem bestaat uit drie elementen:

- 1. een abonnementstarief per ingeschreven patiënt. (€ 52,- in 2006);**
- 2. een consulttarief van € 9,-;**
- 3. drie modules met vergoedingen voor de praktijkondersteuning van de huisarts (module POH), voor achterstandswijken (module populatiegebonden vergoedingen) en voor substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn (module Modernisering&Innovatie).**

En zoals ook al bij de specialisten kon worden geconstateerd zagen we ook bij de huisartsen een forste stijging van de omzet door de introductie van het verrichtingensysteem.¹¹ Ook de hoogleraar Doeke Post wijst op de stijging van het aantal consulten na invoering van het marktmechanisme. Nog steeds geldt dat de huisarts, maar ook de specialist, zijn eigen inkomen bepaalt door het terugbestelgedrag, aldus Post.¹² Terwijl het aantal huisartscontacten met 1,7 procent steeg in 2006, steeg het aantal declaraties met ruim 7 procent. Het SEO Economisch Onderzoek van de Universiteit van Amsterdam is kritisch: “Negatief is dat de kosten van de huisartsenzorg sterker zijn gestegen dan de groei van het volume. Deze extra kostenstijging is niet ten goede gekomen aan patiënten, maar aan de huisarts. Verder heeft de stelselwijziging nog nauwelijks bijgedragen aan een toegenomen bereikbaarheid en transparantie van de kwaliteit van huisartsen. Negatief is ook dat de nieuwe bekostigingssystematiek heeft geleid tot hogere administratieve lasten voor huisartsen. Hierdoor is de werkdruk voor huisartsen toegenomen.”¹³

Al eerder kregen huisartsen te maken met landelijk werkende zorgverzekeraars in plaats van de oude regionaal werkende ziekenfondsen. Dat betekende een enorme administratieve last omdat contracten moesten worden afgesloten met al deze verzekeraars. Met de nieuwe financiering komen daar nog allerlei verschillende tarieven en regels bij.

BONUSSEN

In juli 2009 kondigde minister Klink een bezuiniging aan op de huisartsenzorg van 60 miljoen. De huisartsen kunnen deze bezuiniging terugverdienen als ze meer goedkope generieke middelen gaan voorschrijven. Een arts wordt dus beloond als hij datgene doet wat hij al behoort te doen. Dit perverse bonussysteem riep veel weerstand op. De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) rept over prestatiebonussen die de arts-patiëntrelatie verstoren.¹⁴ Het bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) was in een brief aan de leden aanvankelijk lovend over het resultaat maar werd door zijn achterban fors bekritiseerd en teruggefloten.¹⁵

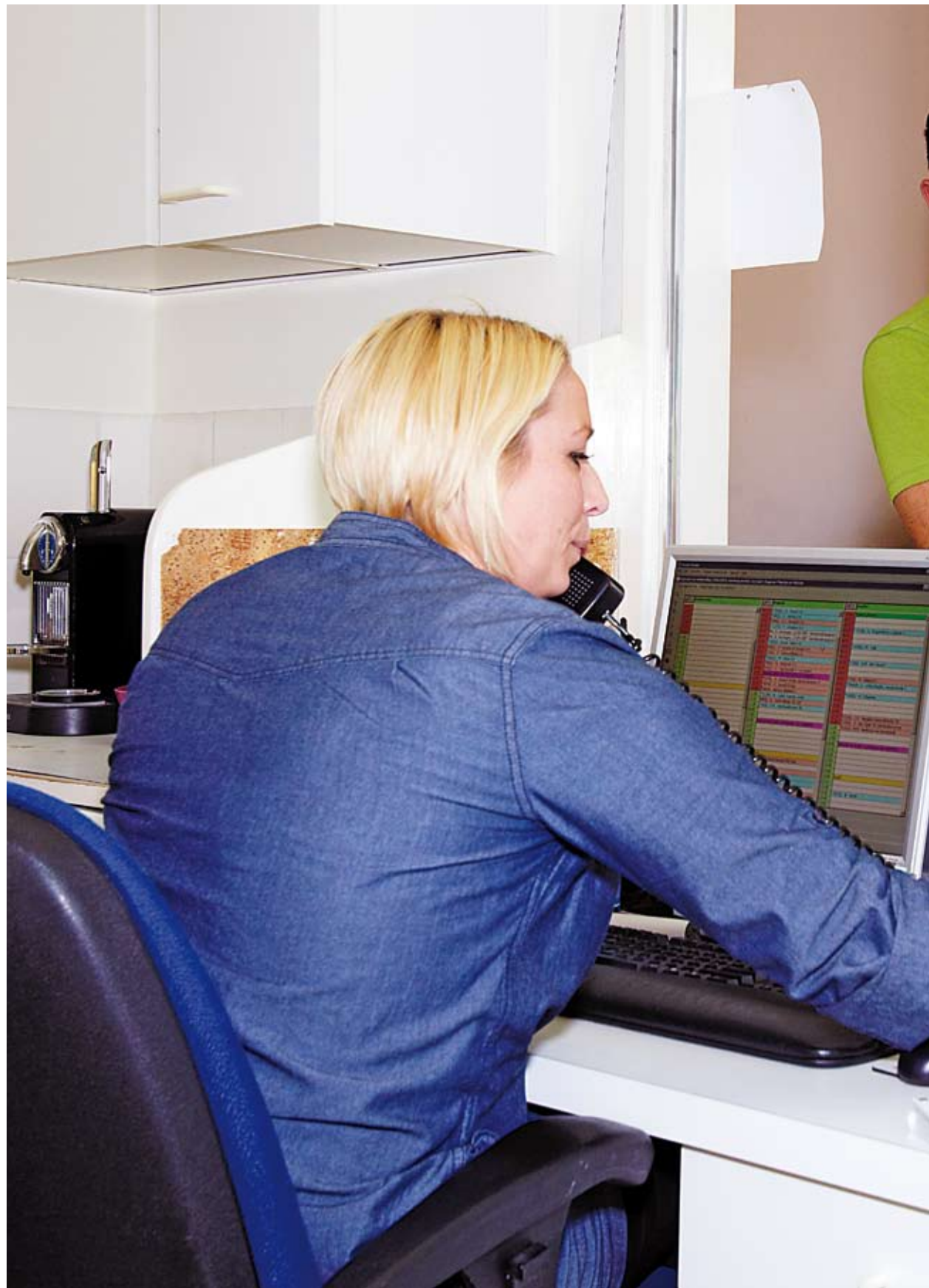
FUNCTIONELE BEKOSTIGING

Een nieuwe ontwikkeling is de invoering van zogenaamde functionele bekostiging met keten-DBC's van de huisartsenzorg.¹⁶ De patiënten worden opgeknipt in ziektebeelden, die niet allemaal door de huisarts hoeven te worden behandeld. Degene die het pakket afneemt wordt de hoofdaannemer. Om kosten te besparen wil de regering deze hoofdaannemers (huisartsen en andere hulpverleners) laten onderhandelen met zorgverzekeraars over de prijs van chronische zorg aan patiënten met diabetes, hartfalen en andere hart- en vaataandoeningen en chronische longziekten (COPD). Zorgverzekeraars willen deze zorg natuurlijk zo goedkoop mogelijk inkopen. Huisartsen en anderen zullen daarvoor goedkoper moeten gaan werken en dit kan gaan ten koste van de kwaliteit. Door deze vermarkting kan de kwaliteit van de zorg onder druk komen te staan. Daarnaast liggen bureaucratie en versplintering van de huisartsenzorg op de loer. Klink ondermijnt hiermee de huisartsenzorg, stellen een aantal huisartsen.¹⁷

ELEKTRONISCH PATIËNTEN DOSSIER

Een stevige discussie is er ook over de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier. Veel huisartsen maken zich zorgen om de veiligheid vooral wat betreft privacy en betwijfelen het nut en de uitvoerbaarheid van een dergelijk grootschalig project. Ook hier lijkt weer een systeem van bovenop te worden opgelegd zonder de professionals fatsoenlijk te raadplegen.¹⁸

Naar aanleiding van al deze ontwikkelingen ontstond bij de SP-fractie in de Tweede Kamer grote behoefte om precies te weten wat de huisarts op de werkvloer hiervan vindt. Zijn al deze veranderingen verbeteringen? Wat is goede huisartsenzorg? Waar wordt de patiënt beter van? Wat moet de politiek doen om voorwaarden voor goede zorg te creëren? Kortom, waar moet het naar toe met de huisartsenzorg in Nederland? Dat wilden wij weten van de échte deskundigen en daarom hebben we een uitgebreide enquête georganiseerd onder huisartsen. Wij vinden het belangrijk dat de stem van de huisartsen zelf wordt gehoord.





2. OPZET EN DEELNAME

De enquête is opgesteld door de SP-Tweede Kamerfractie in samenwerking met het Wetenschappelijk Bureau van de SP. De vragen gaan over werkdruk, bezuinigingen, bureaucratie, marktwerking, functionele bekostiging, inkomen, dienstenstructuur, nascholing en het Elektronisch Patiënten Dossier. Het invullen ervan kostte – zeker indien veel open vragen werden ingevuld – al gauw 30 minuten.

VERSPREIDING

Op 16 december 2009 is de enquête online gezet op de SP-site. Ook de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) heeft op haar site volop aandacht besteed aan de enquête. Evenals de LVG (Landelijke vereniging Georganiseerde eerste lijn). Daarnaast is er een mailing uitgegaan naar alle huisartsen die zich hebben aangesloten bij het comité 'Zorg geen Markt'. Dit alles leidde tot een respons van zo'n 600 tot 700 huisartsen. Midden januari is er een brief naar alle huisartsen gegaan met een verzoek tot deelname. Een week later gevolgd door een brief naar alle huisartsenposten door de Vereniging Huisartsenposten Nederland. In maart ten slotte zijn er flyers uitgedeeld bij een huisartsenbeurs in Rotterdam. Vooral de beide brieven hebben geleid tot een verhoging van de respons met ruim 1000 huisartsen.

DEELNAME

In totaal hebben 1903 huisartsen deelgenomen aan de enquête. Op 1 januari 2008 waren er 8783 huisartsen, waarvan 7699 zelfstandig en 1084 HIDHA's (huisartsen in dienst van een huisarts). Dat betekent een respons van 22 procent. En opmerkelijk hoge respons voor een onderzoek in deze opzet. Niet alle respondenten hebben de enquête volledig ingevuld: 1647 artsen (87 procent) zijn tot het einde gekomen, 256 artsen niet helemaal. Alle antwoorden zijn in de analyse meegenomen, dus ook van de niet volledig ingevulde enquêtes.

REPRESENTATIVITEIT

Doordat in tweede instantie een brief naar alle huisartsen is gestuurd, heeft de enquête vrijwel iedere huisarts in Nederland bereikt. Dat het onderzoek is opgezet door de SP kan voorstanders van de marktwerking of huisartsen met een andere politieke oriëntatie ervan hebben weerhouden om mee te doen. Hoewel duidelijk was wie de initiatiefnemer was, zijn hier nauwelijks of geen negatieve reacties opgekomen. Er kwamen wel

veel positieve reacties waarin waardering werd uitgesproken voor het opzetten van het onderzoek.

Mensen die kritisch staan tegenover de marktwerking zouden meer geneigd geweest kunnen zijn de enquête in te vullen. Anderzijds konden voorstanders van de marktwerking hun reacties evenzeer kwijt. Daarnaast worden alle artsen dagelijks geconfronteerd met alle andere zaken die in de enquête aan de orde komen zoals de werkbeleving en werkdruk, de huisartsendiensten, de bezuinigingen, het inkomen en het elektronische patiëntendossier. Zodoende zijn zij naar verwachting voldoende gemotiveerd om aan een dergelijk onderzoek mee te doen. De respons was met ruim 20 procent aanmerkelijk hoog. Opvallend was ook dat de resultaten van de eindrapportage nauwelijks verschilden van de eerdere resultaten. De uitkomsten van de enquête onder de huisartsen die zich hadden aangesloten bij het comité 'Zorg geen Markt' (700) verschilden nauwelijks van de uitkomsten van de totale groep nadat alle huisartsen waren aangeschreven (1900). De onderzoekers hebben al met al niet het idee dat de betrokkenheid van de SP veel invloed heeft gehad op de uitkomsten van de enquête.

Voor een flink aantal parameters kan de onderzoeksgroep worden vergeleken met de totale groep van huisartsen in Nederland. Hiervoor maken we gebruik van de cijfers uit de registratie van huisartsen van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, het NIVEL.¹⁹ De cijfers van de onderzoeksgroep staan in bijlage 1. Van het totale aantal praktiserende huisartsen (8793) zijn er 3240 vrouwen (37 procent), van de zelfstandige huisartsen is 30 procent vrouw. In de onderzoeksgroep is 28 procent vrouw. Als we aannemen dat de meeste respondenten zelfstandige huisartsen zijn, dan komt dat redelijk overeen.

Ook de leeftijdsverdeling is redelijk vergelijkbaar, zij het dat er wat minder 35-44-jarigen in de onderzoeksgroep zitten en relatief meer 54-plussers.

Tabel 1. Leeftijd onderzoeksgroep (n=1903)

Leeftijd	landelijk	onderzoeksgroep
< 35 jaar	7%	7%
35-44 jaar	28%	22%
45-54 jaar	38%	36%
> 54 jaar	27%	35%

Op 1 januari 2008 zijn er in Nederland 4.235 huisartspraktijken. Circa 42 procent van de praktijken bestaat uit solopraktijken, 32 procent van de praktijken is een duopraktijk en 26 procent is een groepspraktijk.

In de onderzoeksgroep is 27 procent solist, 30 procent gezamenlijke praktijk en 32 procent werkt bij een HOED-praktijk of eerstelijnscentrum.

Dat betekent dat relatief minder huisartsen uit solopraktijken aan de enquête hebben deelgenomen.

Tabel 2. Relatieve verdeling aantal huisartsen naar stedelijkheid (n=1903)

Stedelijkheid	landelijk	onderzoeksgroep*
Zeer sterk stedelijk	19%	25% (grote stad, > 100.000 inwoners)
Sterk stedelijk	28%	18% (verstedelijkt gebied, > 50.000 inwoners)
Matig stedelijk	20%	24% (licht verstedelijkt, > 20.000 inwoners)
Weinig stedelijk	22%	31% (dorp of platteland)
Niet-stedelijk	12%	

*2 procent heeft deze vraag niet beantwoord.

De indelingen van het NIVEL en die van onze onderzoeksgroep zijn wat betreft stedelijkheid niet geheel gelijk en daardoor moeilijk vergelijkbaar. Het lijkt er op dat relatief meer huisartsen uit grote steden hebben deelgenomen aan de enquête dan uit minder verstedelijkt gebied. Dit kan echter ook aan verschillen in indeling liggen. Het is niet helemaal duidelijk of de landelijke indeling tussen zeer sterk stedelijk en sterk stedelijk hetzelfde is als het verschil tussen grote stad en verstedelijkt gebied zoals we dat voor onze onderzoeksgroep hebben gebruikt.

Ruim een kwart van de huisartsen uit de onderzoeksgroep werkt (ook) in achterstandswijken. 62 procent van deze huisartsen heeft minder dan een derde van hun patiënten uit deze achterstandswijken, 24 procent meer dan een derde. Landelijke cijfers hierover waren niet beschikbaar.

Wat betreft de onderzochte parameters is de onderzoeksgroep dus redelijk vergelijkbaar met de totale groep huisartsen in Nederland. De onderzoeksgroep is een redelijke doorsnede van deze totale groep.

ANALYSE

Niet alle vragen zijn door iedereen ingevuld en niet iedereen heeft de gehele enquête afgemaakt. Het aantal respondenten per vraag varieert dus nogal en loopt bij de laatste vragen langzaam af. In de tabellen is daarom steeds per vraag het totale aantal respondenten aangegeven. Per vraag wisselt ook het aantal mensen dat wel of geen mening heeft, ook dit is in de tabellen aangegeven.

Naast de gesloten vragen waren er veel open vragen, die elke keer beantwoord zijn door honderden of meer dan 1000 artsen. Alle antwoorden zijn gelezen en gaven een schat aan verdere informatie. Deze informatie is in de resultaten samengevat verwerkt. In een aantal gevallen is de informatie gerubriceerd. Vele opmerkingen van de respondenten zijn toegevoegd als citaten om de deelnemers aan de enquête zoveel mogelijk zelf aan het woord te laten.





3. RESULTATEN

3.1. WERKBELEVING

Het merendeel van de huisartsen (90 procent) ervaart hun werk als positief tot zeer positief. Meer dan de helft van de huisartsen (51 procent) vindt wel dat het plezier in hun werk de afgelopen jaren is afgenomen, 19 procent ervaart een toename.

Toename werkdruk

Eén op de vier huisartsen kan de hoeveelheid werk nauwelijks aan. Volgens 87 procent van de huisartsen is de werkdruk de afgelopen jaren toegenomen. Over de oorzaak van die hogere werkdruk spreken de artsen zich als volgt uit.

Tabel 3. Oorzaken hogere werkdruk (n=1802)

Toename administratie	86%
Toename taken	75%
Slecht functioneren zorg elders, bv. CIZ	54%
Toename gezondheidsproblemen	34%
Wachlijsten elders in de zorg	29%
Afname bezetting praktijk	4%
Anders	10%

meer administratie

De toename van de administratie wordt door heel veel meeste huisartsen genoemd.

‘Je vakmanschap toont zich straks in het creëren van goede cijfers en de juiste presentatie naar de accreditoren. Je voelt je toenemend een gedresseerde aap die uniform danst naar de pijpen van overheid en zorgverzekeraars en daarnaast continu bezig is om de omzet op peil te houden.’

meer taken

De toename van taken wordt onder andere veroorzaakt door de toename van preventie, de verbetering van de medische zorg en meer en hogere kwaliteitseisen. Maar ook door ketenzorg en een toename van randzaken zoals bestuurlijke en begeleidende taken en meedoen aan programma's en allerlei overleg.

slecht functioneren zorg elders

Hier gaat het vooral over de afname van de kwaliteit en de versnippering in de thuiszorg. Ook over een slecht functionerende GGZ en tekortschietende kwaliteit van verzorgings- en verpleeghuizen. Veel genoemd worden ook verschuiving van tweede-lijnszorg naar de eerste lijn, patiënten die eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen, en het disfunctioneren van de tweede lijn. De tweede lijn (ziekenhuizen) is steeds meer fabrieksmatig gaan functioneren. Terwijl mensen juist behoefte hebben aan meer uitleg en meebeslissen. De huisarts is degene die het probleem moet oplossen. Hij was altijd al het afvalputje van de zorg, maar er gaat steeds meer naar het putje, zo merkt een huisarts op.

‘Huisartsen worden als kop van jut gebruikt door CIZ, door ziekenhuis, etc. Bijvoorbeeld internisten wijzen alle diabeten terug, cardiologen alle hartpatiënten, orthopeden laten ons de hechtingen eruit halen, etc. Ik moet tegenwoordig zelfs de INR briefjes invullen voor mensen die bij de dermatoloog geopereerd gaan worden en als ik er dan op zet CITO aan de dermatoloog doorbellen, krijg ik bericht. Voor het CIZ moet je hele epistels schrijven voor 0 euro en nog krijgen mensen vervolgens niet de goede zorg, etc, etc.’

toename gezondheidsproblemen

De toename van gezondheidsproblemen heeft veel te maken met de vergrijzing maar ook met de inrichting van de maatschappij.

‘Individualisering van de maatschappij, kinderen leren niet meer van ouders en/of grootouders wat ‘normaal’ is, daarnaast zijn er veel meer gezondheidsproblemen door gejaagdheid, prestatiedruk, economische crisis en het algemene bestaan.’

wachlijsten elders in zorg

Wachlijsten met name in de ouderenzorg frustreren de huisartsen. Het aantal ouderen dat met hangen en wurgen thuis woont neemt zienderogen toe; zelfs fors demente bejaarden moeten het doen met thuiszorg.

‘Slechter functioneren ouderenzorg baart mij veel zorgen. De laatste 3 decennia is er veel geïnvesteerd in het thuis laten wonen van ouderen. Nu is het zo dat, als er maar iets fout gaat en er niet meer thuis kan worden gebleven, er nauwelijks mogelijkheden zijn om te worden opgenomen in verpleeghuis of verzorgingshuis. En dan heb ik het nog niet over de schrikbarende afname van de kwaliteit van het te weinige personeel.’

Behalve wachlijsten, is de toegang tot de zorg soms een probleem.

‘Door financiële drempels naar bijvoorbeeld fysiotherapie, psycholoog, medicatie etc, is veel zorg voor zwakkeren niet bereikbaar. Kost vaak veel tijd om toch iets te vinden.’
‘Poortwachter van wat vraag je je wel eens af. Wel eens geprobeerd een verpleeghuis te regelen!’

'Google-patiënten'

Huisartsen geven zelf nog een belangrijke oorzaak van de verhoogde werkdruk aan, namelijk een veranderd verwachtingspatroon bij de patiënten. Dit wordt door 117 huisartsen (7 procent) spontaan genoemd. Het gaat om mondige en veeleisende patiënten die onder invloed van internet en de media en de farmaceutische industrie steeds meer vragen; Google-patiënten noemt één huisarts dat. Te denken valt aan mediahypes, symptoomreclame over bijvoorbeeld schimmelnagels, en apothekersacties om glucose en cholesterol te meten (zonder daarbij mensen te melden dat dat NUCHTER moet gebeuren).

Er is een toename van de vraag van patiënten over zaken die vroeger "gewoon bij het leven hoorden". Voorts is er een toename van zaken waar mensen recht op hebben, zoals second opinion en als de uitkomst daarvan ze niet bevalt third opinion. Er is een afname van acceptatie van ongezondheid door de burger – "ik hoest een dag" en dat kan niet. Een huisarts heeft het over het supermarktprincipe, de zorg moet geleverd worden als het de patiënt uitkomt. Het probleem moet direct opgelost worden. Mensen moeten altijd door kunnen werken, eventueel met medicatie. Ook een kind moet direct beter zijn, want anders kan het niet naar de crèche en kan vader/moeder dus niet werken.

Er is sprake van afname van zelfredzaamheid van mensen: voor het minste of geringste gaan mensen naar de huisarts. Steeds minder mensen zijn in staat hun eigen leven vorm te geven en lijden aan eenzaamheid, vervreemding en de bureaucratisering van de samenleving. De wijk is niet meer de wijk van vroeger.

Ongemak wordt niet meer getolereerd in de maakbare en snelle maatschappij. Er is een interne maatschappelijke dynamiek: de toenemende angst- en onzekerheidscultuur, de toenemende invloed van protocollen, de druk van patiëntenverenigingen en de medische industrie: wees gezond en wordt niet ziek!

'We worden meegesleurd in een collectief ziekte-gevoel; er zijn instanties die er belang bij hebben dat mensen zich zorgen maken over hun gezondheid; de gebeurtenissen rond H1N1 maken me argwanend; als ik de verstengeling zie van patiëntenverenigingen met de industrie (waarom mag de Hartstichting zo openlijk gesponsord worden), dan voel ik die achterdocht ook; ik ben als huisarts meer bezig met het geruststellen van ten onrechte bang gemaakte patiënten dan met het daadwerkelijk aanpakken van gezondheidsproblemen waarmee een gunstige invloed op de gezondheidssituatie van de bevolking of op de levensverwachting verwacht zou kunnen worden.'

inkomen op peil

Verschillende huisartsen wijzen er ook op dat ze meer declareren om het inkomen op peil te houden.

'Door sterke nadruk op verrichtingen is de dokter meer bezig met het handhaven of vergroten van omzet en het indienen/controleren van betalingen dan met patiëntenzorg.'
'De werkdruk is anders. Vroeger deden weer meer medisch werk, meer visites enz. maar dit is onrendabel uit commercieel oogpunt. Dus je moet wel allerlei verrichtingen doen.'

Vereiste kwaliteit zorg niet altijd mogelijk

Eén op de vijf huisartsen (20 procent) is van mening dat ze lang niet altijd patiënten de vereiste kwaliteit van zorg kunnen bieden.

Tabel 4. Vereiste kwaliteit van zorg (n=1802)

Altijd	8%
Meestal	71%
Soms wel, soms niet	19%
Soms	1%
Nvt	1%

harder werken

De meeste huisartsen lossen het op door nog maar harder te werken. Meer patiënten zien en per patiënt meer tijd nemen. Veel artsen nemen gemiddeld 15 in plaats van 10 minuten per patiënt. Toch schieten steeds meer zaken er bij in. Vooral thuisbezoek: kraambezoeken bij kersverse (vaak onzekere) ouders, ziekenhuisbezoeken bij ernstig zieken, en rouwvisites enige tijd na overlijden van een dierbare, zitten er steeds minder in. De normen voor wat gedaan behoort te worden schuiven geleidelijk op, bijvoorbeeld visite na een bevalling. Het bezoek van patiënten in het ziekenhuis schiet er nu bij in, terwijl dat 5 jaar geleden nog de gewoonte was.

'Ik heb domweg geen tijd voor wat ik zou moeten doen. Mijn ouderen en zwakken gewoon in de gaten houden, zoals ik vind dat ik zou moeten. Ik ga nooit meer op visite bij geboortes en vaak de nazorg van achtergeblevenen na sterven schiet erbij in.'

consulttijden te kort

De consulttijd van tien minuten vinden veel artsen te weinig.

'Consulten nemen toe en er is slechts tien minuten per consult. In Scandinavië is dat 20 tot 30 minuten, maar in dit stress land moet de dokter het maar in tien minuten doen. Is tegenwoordig echt niet haalbaar: men komt met steeds hogere eisen, mondigheid en internet uitdraai soms en dan ook nog programma's op TV als Radar met alle dommigheden die die troele eruit flapt: alles komt op ons bordje.'

gevoel te kort te schieten

Huisartsen hebben vaak het gevoel tekort te schieten, het gevoel dat ze niet kunnen bieden wat ze zouden willen, ondanks zeer lange werkdagen. Met name voor goede begeleiding van terminale patiënten moet tijd worden vrijgemaakt. Dit lukt vaak alleen nog in de avonden na een 10- tot 12-urige werkdag.

'Wat ik al eerder aangaf, om rond te komen wordt de agenda zo vol gezet dat een volledige benadering van de mens niet meer mogelijk is, het is een mac donald fast food consult maatschappij geworden, waar is de tijd voor een echt gesprek? Herkent niet iedereen dit, je komt bij de huisarts en staat bijna direct weer buiten, er wordt zo veel gepraat over leefstijl, wat zeer belangrijk is vind ik maar wie neemt er de tijd voor, ook hier

worden vele dure projecten opgezet terwijl een adequate huisarts dit zelf kan, alleen er is weer geen tijd voor omdat er geen geld voor beschikbaar is via de vergoedingen.'

ouderenzorg onder druk

Vooraf over de ouderenzorg maken veel huisartsen zich ongerust – over de zorg die ze zelf kunnen geven maar ook de zorg in instellingen die achteruit holt. Sommige specialisten kunnen soms bot zijn.

'De internist wil een 92-jarige, gele, wankelende alleenwonende dame niet eens zien want "hoogstwaarschijnlijk gaat ze toch overlijden". Zo'n fijne geneeskunde in Nederland gaat wel wat te ver.'

Hoe toch goede zorg blijven bieden?

Om die goede zorg wel te kunnen blijven bieden, vinden drie van de vier huisartsen (72 procent) dat de norm voor doktersassistentes verhoogd moet worden. Ruim de helft van huisartsen (55 procent) vindt dat er meer ondersteunend personeel met adequate financiering moet komen. Bijna 40 procent vindt dat de praktijken kleiner moeten, met behoud van norminkomen weliswaar.

Tabel 5. Om goede zorg te kunnen (blijven) bieden (n=1802)

Moet de norm voor doktersassistente verhoogd	72%
Moet meer ondersteunend personeel komen	55%
Moeten de praktijken kleiner worden	39%
Anders	30%

ondersteunend personeel

Over ondersteunend personeel zijn de huisartsen verdeeld. Terwijl er enerzijds een roep is om meer personeel zodat huisartsen weer meer hun eigenlijk werk kunnen doen, is er anderzijds ook de angst dat huisartsen hierdoor te veel manager worden en juist afgehouden worden van de patiëntenzorg. De integrale, generalistische huisartsenzorg zou zo juist onder druk komen te staan. De arts-patiëntrelatie moet centraal staan, terug naar de basis. Laat de huisarts doen waar hij goed in is: integrale zorg leveren van geboorte tot sterfbed voor een heel klein deel van het totale zorgbudget. Er is een goede visie nodig, tenminste op midden-langere termijn, over de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg, over wat deze huisarts zelf dient te doen, en wat hij kan delegeren. Huisartsen huren nu soms meer doktersassistenten en aanverwante medische hulpen in om zich zelf meer met de administratie en het management te kunnen bezighouden, in plaats van met het vak waarvoor ze gekozen hebben.

Het zou goed zijn de huisartsenzorg anders te coördineren, bijvoorbeeld door het instellen van regionale facilitaire diensten met ondersteuning op financieel management, logistiek en ICT-vlak. Waardoor de dokter dokter mag blijven.

'Meer huisartsen en minder taakdelegatie, dit is ook wat de patiënt volgens mij wil, zijn/haar huisarts ontmoeten en niet allerlei hulppersoneel zien en de eigen huisarts niet,

bovendien denk ik dat relatie huisarts-patiënt het typische huisartsenvak omhelst. Overigens zou ik niet zonder diabetes verpleegkundige kunnen, dat is zeer waardevol, maar nog meer taakdelegatie, verwijdert meer van de patiënt, jammer, juist dat contact is zo essentieel.'

verkleinen praktijken

Wat betreft het verkleinen van praktijken wijst een huisarts erop dat ooit een convenant is gesloten met de overheid (waar deze zich vervolgens zoals te doen gebruikelijk niet aan hield) over de grootte van de normpraktijk: 2350 patiënten. Deze zou jaarlijks verkleind worden, tot uiteindelijk 2000. Hiermee zou een huisarts in een normtijd het volledige takenpakket kunnen uitvoeren. Sindsdien is het takenpakket zeer aanzienlijk uitgebreid, en is de praktijknorm blijven staan. Door efficiënter werken en extra assistentie is dat opgelost, maar in feite is daarmee een onwenselijke situatie in stand gehouden.

Huisartsen wijzen er op dat uitbreiding van ondersteuning niet echt de oplossing is en dat normpraktijken lager moeten. Huisartsen werken 60 uur per week in plaats van de door het Nza berekende 45 uur. Ook de 10 minuten-norm voor consulten vinden veel huisartsen achterhaald en niet meer van deze tijd, de financiering moet hierop worden aangepast worden. Dat betekent dat er meer huisartsen moeten komen.

'Er zijn in Nederland gewoon te weinig huisartsen per hoofd van de bevolking. We scoren in Europa heel laag! België en Duitsland hebben ca. drie maal zo veel huisartsen per hoofd van de bevolking. Je werkt je hier het laplazerus!'

minder bureaucratie

Veel huisartsen (8 procent) noemen ook spontaan het terugdraaien van de enorme bureaucratie als voorwaarde om goede zorg te kunnen blijven bieden. Gestopt moet ook worden met het smeden van onzinnige plannen door bureaugeleerden, zoals de plannen voor Ketenzorg/DBC's en EPD, vinden de huisartsen. Het CIZ is voor veel huisartsen een ramp.

'Minder invloed zorgverzekeraars en bureaucratie bij CIZ-aanvragen. Het CIZ wil dat wij allerlei formulieren invullen voor bijvoorbeeld een parkeervergunning en hierbij worden zelfs prognoses gevraagd en informatie over bijvoorbeeld de echtgenote of kinderen. Als deze nog voor de patiënt kunnen zorgen gaat extra zorg vaak niet door. Wij moeten een soort CIZ-werk doen, terwijl zij daar, als het goed is, speciale artsen voor hebben. Er wordt steeds meer info opgevraagd, omdat naar mijn mening de overheid info zoekt om het geld niet uit te hoeven geven aan de patiënt.'

meer vertrouwen in huisartsen

Huisartsen vinden dat veel meer moet worden geïnvesteerd in de eerste lijn: voor het inkomen van huisartsen en doktersassistentes, de huisvesting, de opleidingen maar ook een vergoeding voor de verschuiving vanuit de tweede lijn. Voor de huisartsen is het van belang dat de overige zorg (thuiszorg, ziekenhuiszorg) meer op orde komt, zodat niet alles op het bordje van de huisartsen komt. Huisartsen vinden dat er meer vertrou-

wen moet zijn en dat er meer overgelaten moet worden aan de beroepsgroep zelf. Laat zorgprofessionals zelf de dienst uitmaken en leg niet voortdurend veranderingen op.

'Laat VWS op vakantie gaan en zich een paar jaar niet meer met de zorg bemoeien en ook de macht van zorgverzekeraars moet tot de juiste proporties teruggebracht worden: verzekeren en uitbetalen voor zorg en niet met de inhoud bemoeien; het verplicht stellen van POH-ers en het eindeloos invullen van vragenlijsten is een voorbeeld dat echte zorg wegzuigt; straks is er een generatie huisartsen die alleen voor de PC-monitor zit om hun POH-ers te controleren/aan te sturen en als doel heeft targets te halen en vervolgens daarop uitbetaald wordt; kortom geen artsen maar managers.'

3.2. BEZUINIGINGEN

De aangekondigde bezuinigingen roepen veel weerstand op. Het voorstel van minister Klink om 60 miljoen te bezuinigen, waarbij huisartsen deze bezuinigingen kunnen terugverdienen als ze meer goedkope generieke middelen gaan voorschrijven, valt niet goed: 86 procent van de huisartsen is hier faliekant tegen.

Tabel 6. De bezuiniging op de huisartsenzorg van 60 miljoen in 2010 (n=1802)

Is begrijpelijk gezien de financiële situatie	7%
Is aanvaardbaar	4%
Is niet aanvaardbaar	86%
Geen mening	3%

De huisartsen zijn erg boos over deze maatregel. Het commentaar is vaak kort en duidelijk.

'Absurd.' – *'Onbegrijpelijk.'* – *'De bezuiniging is een lening, wij zijn geen bank.'* – *'Wij hebben veel geïnvesteerd om substitutie en kwaliteit van zorg te leveren, waarbij in 4 jaar geen indexering is toegepast bij sterke toename van kosten. Nu nog eens 60 miljoen korten is onverteerbaar.'* – *'Meer gaan doen voor minder geld, de minister is gek geworden. Toont de totale onkunde van de politiek met betrekking tot gezondheidszorg 1e lijn.'* – *'Het is echt bespottelijk: we werken meer en harder; halen patiënten terug uit de tweede lijn, leveren goedkopere zorg en worden dan gestraft met een bezuiniging! onbespreekbaar!'* – *'HA staan al jaren op de nullijn. En dan moeten wij ook nog als Bank van Lening voor de Staat functioneren?'* – *'Te schandig voor woorden dat je aan de patiënt moet vertellen dat hij niet de eerste keuze medicatie krijgt omdat zijn huisarts anders niet aan zijn inkomen komt, welke debiel verzint zoiets.'* – *'Het is een belachelijk idee dat we dat geld wel weer terug kunnen krijgen door generiek doelmatig voor te schrijven. Dat doen huisartsen al jaren, de specialisten schrijven dure medicatie voor!! Daar is het geld te verdienen.'*

De meeste huisartsen vinden het niet verstandig en onbegrijpelijk dat er gekort wordt op de huisartsenzorg. Er is sprake van een toenemende zorgvraag door vergrijzing, een ouder wordende patiënt met complexere medische problemen, een toenemend huisartsenbezoek, een toename van de variatie aan vragen aan de huisarts (alle maatschap-

pelijke problemen komen aan bod) en van het verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Dit alles geeft meer werk voor de huisarts. Bezuiniging is dan onbegrijpelijk. Het lijkt ook niet in overeenstemming met de plannen van de minister om de eerste lijn te versterken. Verder handelen huisartsen ongeveer 95 procent van de zorgvragen af voor 5 procent van het totale budget. Hier lijkt niet het meeste geld te halen.

Dreigende korting 2011

De dreigende korting tot 127 miljoen in 2011 als de beoogde besparing door huisartsen van 127 miljoen op de medicijnkosten in 2010 niet wordt gerealiseerd, kan op nog minder begrip rekenen. 95 procent van de huisartsen wijst dit af.

Tabel 7. De dreigende korting tot 127 miljoen (N=1802)

Is begrijpelijk gezien de financiële situatie	2%
Is aanvaardbaar	1%
Is niet aanvaardbaar	95%
Geen mening	2%

Ook over deze maatregel zijn de huisartsen zeer boos: ze zijn het hiermee zeer, zeer oneens. Ook hier weer duidelijke korte commentaren.

'Onredelijke en niet ethische eis.' – *'Omkoperij.'* – *'Chantage.'* – *'Belachelijk. Autonomie van de dokter.'* – *'Ik schrijf geen smarties voor, elk voorschrift heeft een reden.'* – *'Schandalig dat de huisartsen gestraft worden voor het dure voorschrijfbeleid van de specialisten.'* – *'Specialisten zijn de voorschrijvers, wij kunnen de rotzooi opruimen.'* – *'90% van die besparing zou komen door de herhaalrecepten van specialisten om te buigen in goedkopere (generieke) medicijnen. Waarom wordt die taak niet bij de specialisten zelf gelegd?'*

Het zijn inderdaad de specialisten die dure geneesmiddelen voorschrijven. De farmaceutische industrie geeft deze bijna voor niets weg aan de poliklinieken om zo de mensen op hun medicijn te krijgen. Patiënten willen herhaalrecepten van de huisartsen. Terecht verwijzen huisartsen terug naar de specialisten.

'Huisartsen schrijven nauwelijks en niet dure medicatie uit. Ze krijgen wel de herhaalreceptuur van de specialisten die wel dure medicatie voorschrijven. Lijkt mij eerlijk daar iets aan te doen. Bijvoorbeeld specialist schrijft Crestor voor (cholesterol) ik zet het over op simvastatine waarop de specialist het weer terugzet.'

Huisartsen merken ook op het voorschrijven op andere dan medische gronden onethisch te vinden, dit zet de arts-patiëntrelatie op het verkeerde been. De patiënt moet er op vertrouwen dat de arts voorschrijft in het belang van de patiënt, en niet in het belang van de zorgverzekeraar of zijn eigen portemonnee.

'Nederland is samen met dacht ik Noorwegen een land met de minste medicijnen per hoofd van de bevolking. Als Nederlandse huisartsen schrijven we al voor: zuinig als het

kan, en duur als het moet. Je kunt dit niet op het bordje van de huisartsen schuiven. Die doen al heel veel van de zorg voor maar een paar procent van het totaal!

3.3. BUREAUCRATIE

Meer dan de helft van de huisartsen (57 procent) besteedt een dag of nog veel meer aan administratie. Nog eens ruim eenderde (37 procent) besteedt vier tot acht uur per week aan administratie.

Tabel 8. Uren per week kwijt aan administratie/bureaucratie (n=1777)

0-4 uur	6%
4-8 uur	37%
8-12 uur	44%
12-24 uur	10%
meer (inclusief assistentes)	3%

Vermindering bureaucratie

Volgens de huisartsen kunnen de volgende zaken een bijdrage leveren aan de vermindering van de bureaucratie:

Tabel 9. Vermindering bureaucratie (n=1777)

Stoppen met individuele onderhandelingen zorgverzekeraars	73%
Afschaffen machtigingen	63%
Afschaffen CIZ	57%
Vereenvoudigen declaratiesysteem	55%
Minder wachtlijsten, meer plaatsingsmogelijkheden	40%
Anders	19%

stoppen met individuele onderhandelingen

Er moeten landelijke afspraken komen met de zorgverzekeraars en de LHV. Nu zijn de huisartsen verschrikkelijk veel tijd kwijt met onderhandelingen die meestal helemaal geen onderhandelingen zijn. De zorgverzekeraar stelt gewoon een eis en onderhandelen leidt tot niets. Verre verzekeraars houden zich meestal ook niet aan de preferente verzekeraar – hoewel dat wel afgesproken was – en dat maakt het hopeloos ingewikkeld.

‘Uniform volgen van contracten die met de preferente verzekeraar zijn gesloten door verre verzekeraars is een groot probleem: als de groenteman een bloemkool verkoopt kost die evenveel voor mevrouw Jansen als meneer Gerritsen. Als ik een chirurgische ingreep doe, wil ik het zelfde bedrag betaald krijgen van een CZ- als Achmea verzekerde. Eén prijslijst zou enorm schelen.’

stoppen met machtigingen

Ook machtigingen zijn veel huisartsen een doorn in het oog. Eenmaal verleende toezeggingen voor hulpmiddelen die blijvend zijn, moeten niet steeds opnieuw ver-

lengd hoeven te worden, zoals prothesen voor een verloren arm, been, oog etc. Elke zorgverzekeraar heeft zijn eigen vragenlijstje voor een machtiging die afgegeven moet worden. Eenduidigheid zou een enorme lastenverlichting zijn voor de huisartsen, omdat daarmee voor eenzelfde aandoening dezelfde vragen beantwoord kunnen worden en soms zelfs gestandaardiseerd. Het stoort huisartsen al jaren dat zorgverzekeraars hen kunnen verplichten hun eigen vragenformulier in te vullen omdat de gegevens die de huisarts aanreikt niet geaccepteerd worden zelfs als daarin hun vragen beantwoord zijn.

‘Een herhalingsaanvraag voor een borstprothese bij een patiënt met een afgezette borst na borstkanker, dat moet niet nodig zijn. Ik haal nu mijn plezier eruit om cynische omschrijvingen te geven; “Na mastectomie groeien borsten niet meer aan” etc en eerlijk is eerlijk het werkt, ik zie ze minder terug.’

afschaffen CIZ

Veel huisartsen roepen om de terugkeer van de wijkzuster en het afschaffen van het CIZ of om deze terug te brengen tot een toetsingsorgaan.

‘Leg de zorg bij de huisarts - vooral CIZ /thuiszorg zijn volslagen losgeslagen lange wachttijden/onbegrijpelijke beslissingen en een jungle aan formulieren.’

vereenvoudigen declaratiesysteem

Zorgverzekeraars brengen telkens weer wijzigingen aan in het declaratiesysteem. Ze hanteren allemaal eigen tarieven. Een uniformering van declaraties is zeer gewenst. Het grootste probleem is nog het afwijzen van veel declaraties en er gaat veel mis. Daar moet dan weer achteraan gebeld.

‘Meeste tijd kost het innen van declaraties waar het om kleine bedragen gaat: adres verkeerd, voorletter verkeerd, bedrag verkeerd, patiënt niet verzekerd: heel veel werk om kleine bedragen binnen te krijgen die de verzekeraar anders niet uitkeert en wat totaal in de miljoenen loopt: stop het in een fonds of geef de huisartsen een bonus zonder het op de cent te laten declareren.’

wachlijsten elders in zorg oplossen

Ook de verstopping in de GGZ, de verzorgings- en verpleeghuizen zorgt voor veel frustratie bij huisartsen.

‘Een centrale regeling voor opname verzorgings- en verpleeghuizen, tevens voor de ‘noodbedden’, die goed functioneert ipv het huidige hopeloos versnipperde systeem waarbij ik (of mijn assistente) soms 4 uur aan het rondbellen ben om een patiënt op een tijdelijke plek in verzorgingsverpleeghuis te krijgen.’

preferentiebeleid moet anders

Het preferentiebeleid van verzekeraars zorgt voor zeer veel extra rompslomp.

'Ik werk in apotheekhoudende praktijken, het is welhaast ondoenlijk om de maandelijks wisselende lijst van preferente middelen bij te houden en de medicatievoorraad hier op aan te passen, gezamenlijke actie van zorgverzekeraars ter verbetering hiervan is gewenst!'

geen zinloze verwijzingen en verslagen

De huisartsen willen af van de zinloze verwijzingen, zoals logopedie op verzoek van scholen. Van de vele verslagen die zorgverzekeraars eisen en de verplichte registratie van prestatie-indicatoren. De door de zorgverzekeraars geëiste transparantie leidt tot bergen papier die niemand leest, zoals de kwalitatieve en financiële verantwoording over POH's (praktijkondersteuners huisartsen). In plaats van de uitgebreide verantwoording en registratie zou gekozen moeten worden voor steekproeven.

'Minder administratieve handelingen om geld te krijgen van zorgverzekeringen (bv een uitgebreid verslag van het aantal diabeten met suikerwaarden etc: hier wordt de patiënt niet beter van, maar wij moeten het wel doen om ons geld te krijgen.)'

huisartseninformatiesystemen gebruiksvriendelijker en uniform

De huisartseninformatiesystemen zouden gebruiksvriendelijker moeten worden. De nieuwe communicatiesystemen moeten beter op elkaar afgestemd worden. Het lijkt wel of iedereen zijn eigen systeem heiligt. Kortom, er is meer comptabiliteit van informatieverwerkings-systemen nodig.

'Investering in een goede HIS (huisartseninformatiesysteem), maar helaas is dat een utopie. Er zijn zo veel verschillende systemen, dat eenheid in elektronische overdracht waarschijnlijk nooit mogelijk wordt. Het EPD is daarom ook een ver van ons bed show. Er moet eerst geld bij voor een goed, eenduidig HIS.'

minder papierwerk

Volgens een aantal artsen moeten we ook af van het aanleveren van onzinnig cijfermateriaal dat zogenaamde kwaliteit meet. Schaf het papierwerk af dat het werk zogenaamd transparant moeten maken. Schaf de prestatiebekostiging af, want dit vergt een enorme hoeveelheid administratie, die alleen de controlebehoefte van de markt bevredigt. Dit kan worden vervangen door visitatie door de beroepsgroep.

'De huisarts is generalist. Hij kent de gezinnen. Maak er geen specialist van die het alleen maar druk krijgt met de onzin van prestatie indicatoren verzamelen. Zorg is niet goed meetbaar. Als ik in de koelkast kijk en de fruitschaal controleer bij bejaarden is dat goed.'

regionale ondersteuning

'Als oplossing voor de vele randzaken zouden er ondersteunende facilitaire bedrijven voor huisartsen op lokaal niveau actief moeten worden, die 20-50 huisartsen bedienen op vlak van management, financiële administratie, logistiek en ICT.'

3.4. MARKTWERKING

Ook in de huisartsenzorg zijn de regels aangepast ten behoeve van marktwerking en concurrentie. Steeds meer wordt onderhandeld over zowel de hoeveelheid zorg als over de prijs. De huisartsen is gevraagd naar hun ervaringen hiermee.

Tabel 10. Ervaringen marktwerking (n=1733)

Meer bureaucratie	87%
Minder bureaucratie	1%
Meer uitgaven in de zorg	80%
Doelmatig gebruik zorggeld	4%
Minder solidariteit	76%
Meer solidariteit	1%
Minder kwaliteit van zorg	57%
Meer kwaliteit van zorg	9%
Minder vraagsturing/zorg op maat	30%
Meer vraagsturing/zorg op maat	15%
Anders	15%

Behalve deze zaken dragen de huisartsen nog veel en veel meer zaken aan die een gevolg zijn van de ingevoerde marktwerking.

productiedenken

Veel huisartsen wijzen er op dat het meer om winst gaat dan om goede zorg. Marktwerking betekent dat zorgverleners zich gaan richten op productie en volume, en dat staat los van kwaliteit en kosteneffectiviteit. Zonder borging zullen de kosten de pan uit rijzen.

Daarnaast zullen zorgverleners ook sturen op meer zorgconsumptie door marketing en gekleurde voorlichting. Allemaal slechte zaken, voortkomend uit de volume-beloning. Onderlinge concurrentie schept alleen maar aandacht voor waar veel aan te verdienen is. Alle aandacht, tijd en energie die gaat naar marktwerking en concurrentie gaat niet naar zorg.

De marktwerking in het huidige model beloont enkel en alleen volume. Hoe meer je 'doet', hoe meer je betaalt krijgt. Dit is een perverse prikkel voor dokters wiens eerste belang het belang van de patiënt moet zijn. Zaken als efficiency, doelmatigheid en kostenbewustzijn spelen steeds meer een ondergeschikte rol in de overwegingen van individuele dokters.

'Ik zie in mijn omgeving centra ontstaan door ondernemende huisartsen waarin managers de huisartsen manen tot vergroten van de omzet: voorbeeld: je moet minimaal 330 euro per/dag omzetten en als dat niet lukt geef je maar wat extra injecties. Er ontstaat dus een omzet gestuurde "zorg". Over tien jaar hebben we er allemaal spijt van. Kijk maar naar de VS.'

inkomen veilig stellen

De huisartsen zijn ook kritisch over zichzelf. Het is nog niet uit onderzoek gebleken, maar verwacht kan worden dat huisartsen zich vooral gaan richten op de dingen waar ze economisch gezond door blijven. Bezorgdheid om inkomen leidt tot “productie” draaien, declarabele verrichtingen doen in plaats van gesprekken en sociale visites. Veel huisartsen gaan producten leveren omdat zij er aan kunnen verdienen, bijvoorbeeld 24-uursregistratie van bloeddruk, terwijl men het nog niet eens is over het nut ervan. Of ze schaffen een ECG-apparaat aan etc. Niemand durft grenzen te stellen uit angst voor patiëntenverlies en dus inkomensverlies. Commerciële aanbieders maken reclame en voeren daardoor de druk op. Sinds marktwerking zijn intrede heeft gedaan, is het adagium niet meer om terughoudend op te treden, maar om zoveel mogelijk geld binnen te slepen. Iedereen rent achter budgetten aan in plaats van te handelen uit passie voor de patiënt. Je wordt als huisarts doorlopend opgezweept om meer te produceren voor minder geld. Daarbij wordt je elkaars concurrent. Daar hebben huisartsen dit vak niet voor gekozen.

‘Als ik heel eerlijk ben gaan financiële zaken meer meewegen, je bent meer ondernemer, denkt meer commercieel. Niet altijd kosteneffectief dus, als je een ECG kan declareren, maak je het ook sneller. Let wel, mijn hart blijft bij de patiëntenzorg, ik zou nooit mijn patiënt te kort doen ten koste van financieel gewin.’

geld, daar draait het om

Huisartsen die proberen het beste ervan te maken, lopen tegen wonderbaarlijke zaken op.

‘De insluitdrempel van DBC’s wordt niet bewaakt dus een kuchje: je opent een DBC astma. De longartsen van Zuid-Limburg weigerden drie maanden met ons te onderhandelen nadat we de internationaal geaccepteerde verwijzingsdrempels in de DBC’s bouwden. Zo ook de internisten naar aanleiding van de DBC diabetes. Een longarts in loondienst die opperde dat lichte COPD-ers volgens de standaard door de huisarts behandeld kon worden werd bijna gelyncht door zijn collega’s. Diagnostiek moet gefinancierd worden op de mate waarin het bijdraagt aan de gezondheid van een klant. Nu is het stuks werk. Casus: een radioloog vertrouwt mij toe 1000 thoraxen extra gemaakt te hebben in een paar weken volgend op een hoest epidemie. 2 van die 1000 toonden pathologie aan. Op de vraag waarom hij ons niet even mailde te stoppen met aanvragen om zo 998 mensen te behoeden voor stralenbelasting bleef hij me het antwoord schuldig. Geld Daar draait het om. En geweten??’

versnippering zorg

Een ander negatief gevolg is de versnippering van zorg. De zorg wordt in hokjes gedeeld, terwijl de huisarts juist de generalist is en zorg op maat levert. De informatie van zorg rond de patiënt dreigt te versnipperen. Wie blijft de samenhang tussen de klachten van de patiënt zien? Marktwerking geeft patiënten de kans om op diverse plekken dezelfde onderzoeken te laten doen en op een medisch dwaalspoor te komen.

‘Zorgkwaliteit wordt aangescherpt, dat is positief. Echter er komt steeds meer aanbod, patiënten kunnen her en der onderzoeken laten doen, die soms dubbel gebeuren en kosten verhogen. Bovendien bestaat de kans dat de patiënt niet meer integraal gezien wordt, samenhang over de patiënt verloren gaat en informatie verspreid komt te liggen. Juist de huisarts kan als ENIGE een patiënt integraal blijven zien en onnodige onderzoeken voorkomen.’

minder samenwerking

Huisartsen achten het mogelijk dat een zuiver systeem van concurrentie en marktwerking mogelijk op korte termijn bezuiniging oplevert, net als bij de prijzenoorlogen in supermarkten. Een concurrerend systeem is echter geen zorgzaam systeem, het is keihard en gaat voor winstmaximalisering. Als je voor mensen wilt zorgen, dan moet je samenwerken om iemand de best mogelijke zorg te kunnen geven. Als je als zorgverlener bang moet zijn dat je je patiënt kwijt bent nadat je samenwerking met een concurrerende collega hebt gezocht omdat die op een specifiek terrein de betere is, dan laat je dat mogelijk wel uit je hoofd.

‘Mijn belangrijkste bezwaar tegen marktwerking in de zorg is dat oude goed werkende samenwerkingsverbanden verloren gaan. Hoe moet ik met drie thuiszorgproviders (en concurrenten van elkaar) een soepele en goedlopende overlegstructuur gaande houden? Vroeger belde ik zuster Blauw en dan werd geregeld wat nodig was.’

meer managers

Huisartsen vrezen hogere kosten door meer tussenschakels, bijvoorbeeld onderaanneming in ketenzorg en veel werk rond aanleveren gegevens. Marktwerking leidt ertoe dat er moet worden gecontroleerd of alles goed geborgd is en hiervoor moet een heel controleapparaat worden opgezet.

‘Er wordt niet onderhandeld met individuen, maar met coöperaties, die een topbestuur hebben van managers, die ons veel geld kosten.’

kwaliteit

Artsen wijzen op de enorme tijdsinvestering om getallen te produceren die op zich weinig zeggen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Onder het mom van kwaliteitsverbetering en concurrentie vindt zorgvershraling plaats. De goedkoopste – want grootste inkoper – levert meestal niet de beste en individueel gerichte zorg. Alles moet effectief en meetbaar, persoonlijke zorg valt echter nooit goed binnen marktwerking te meten.

Er wordt op verkeerde gronden besloten of er goed gepresteerd wordt (prestatie-indicatoren). Daardoor wordt de behandeling negatief beïnvloed. Dat is in Engeland ook gebeleden. Bijvoorbeeld, een indicator is of alle diabeten een statine gebruiken. Er kan regelmatig een goede reden zijn om van die regel af te wijken, bijvoorbeeld als het cholesterolgehalte keurig is. Een betere maatstaf voor goede diabeteszorg zou misschien zijn of diabeten op controles verschijnen.

Volgens sommige artsen gaat de kwaliteit omhoog door de marktwerking, soms tegen

hun eigen verwachting in. Op heleboel plaatsen wordt beter samengewerkt en doet men meer zijn best om kwaliteit te leveren om de zorg te behouden (bijvoorbeeld diabetesketenzorg), dat komt de patiënt ten goede. Hoewel dat dan toch weer kan leiden tot duurdere en onnodige zorg.

‘De financiële prikkel en ook de dreigende concurrentie in de 2e lijn heeft er in de huisartsenzorg volgens mij toe geleid dat er veel is gedaan om de kwaliteit te verbeteren. Aan de andere kant ontstaan er bijv allerlei poliklinieken (bijv preconceptie poliklinieken) die volgens mij volstrekt onnodig zijn, maar worden gecreëerd om de patiënt in het ziekenhuis te krijgen en een DBC te openen. Verder heb ik de indruk dat het de zorgverzekeraar helemaal niet om kwaliteit gaat (hoewel ze dat wel zeggen) en dat zij dit ook helemaal niet kunnen beoordelen (prestatieindicatoren worden misbruikt en zijn moeilijk te interpreteren, want erg praktijk/patiënt afhankelijk), maar vooral om de financiën. En dat vind ik jammer; prikkels zijn goed om de kwaliteit te verbeteren, en financiële prikkels werken dan denk ik voor de meeste mensen toch wel. Maar er moet geen “onnodige” dure zorg geleverd gaan worden, waar niemand beter van wordt, maar wat wel veel geld kost aan de gemeenschap.’

gesol met patiënten

‘Laatst een patiënte die voor een bijwerking van een dermatologisch medicijn verwezen moest worden naar de internist, was geen dermato-DBC voor. Voor de ene urologische ingreep naar het ene ziekenhuis, voor de opgetreden complicatie heeft de verzekering een contract met een ander ziekenhuis. TRIEST!’

marktwerking farce

Marktwerking in de huisartsenzorg is volgens sommige artsen een farce. Alles staat vast. Er is helemaal geen onderhandelingsruimte. De zorgverzekeraar dicteert, tarieven worden opgelegd. Daarnaast is er de NZA die handelt hoe het haar uitkomt. Onder huisartsen is er eigenlijk helemaal geen marktwerking. Iedereen verzorgt zijn eigen “clubje” patiënten tegen hetzelfde tarief. De huisarts kan zijn prijs niet bepalen, kent een leveringsplicht, anderen bepalen welke zorg wanneer en waar geleverd moet worden.

‘De zeepbel van de Zorgmarkt zal binnen enkele jaren tot barsten komen. Maar dan is er inmiddels door VWS beleid veel vernield!’

Huisartsen vrezen dat het pas erg gaat worden als derde partijen zich op de markt gaan begeven. Dan gaat het leiden tot afbraak van het unieke gebouw van continue, integrale huisartsenzorg, met de vertrouwensband tussen huisarts en patiënt.

‘Notabene ik ben liberaal beslist geen socialist, maar in de zorg is marktwerking gewoon pure flauwekul! Meer in het algemeen staan complexe dienstverlening en marktwerking met elkaar op gespannen voet. Deze markten voldoen namelijk niet aan de eisen die je aan een gezonde markt kan stellen als o.a. transparantie, vrije toegang, eerlijke concurrentie etc. Daar kan de NZa ook weinig aan doen... Bovendien ben ik ook als liberaal voorstander van solidariteit in de zorg.’

lucratieve zorg

Meer vraagsturing betekent gelijk minder zorg op maat. Vraagsturing leidt tot een “u vraagt, wij draaien”-geneeskunde, diagnostische centra die pret-MRI’s maken, “check-ups” en meer onheuse “zorg”. Er wordt vooral ingezet op wat sexy is (bijvoorbeeld diabetes, COPD).

‘Met als keerzijde geleidelijke veronachtzaming van wat het wezen, de kern van ons werk is: in de frontlijn filteren van gezondheidsklachten, diagnostiek, ordening van de brij aan ongerustheid, angst, onzekerheid, vragen, klachten. Deze enorm wezenlijke functie aan de basis van de gezondheidszorgpyramide staat op het spel. Omdat zij zich niet leent voor marktwerking en helaas dit dogma leading is.’

nieuwe markten

Huisartsen zien ook nieuwe markten ontstaan. Ziekenhuizen adverteren met zorgstraten die zijn opgezet en deels bestaan uit eerstelijnsproblemen. Bijvoorbeeld de hooikoorts-poli. Patiënten die prima in de eerste lijn kunnen worden gehouden en behandeld, worden door advertenties naar het ziekenhuis getrokken.

‘Staan er op dat ze worden verwezen. Krijgen daar weliswaar goede zorg, maar er ontstaat een beeld dat je voordat soort dingen naar het ziekenhuis moet.’

Klinieken schieten als paddestoelen uit de grond: overgangspoli, mannenpoli, snotterpoli etc.

Er is sprake van een groei van overbodige zorg en onnodige onderzoeken door laagdrempelige aanbod.

‘Bij de mannenkliniek word je als je komt met impotentie volledig door de molen gehaald: hartfilmpje, duplex van de halsvaten, uitgebreid bloedonderzoek, echo etc Dit wordt gewoon allemaal vergoed! BELACHELIJK. Bij mij zijn deze mannen ook geholpen en dat scheelt heel veel geld. Kom ik er niet uit dan stuur ik ze gewoon naar de reguliere spreekuren. We maken mensen ziek door deze zogenaamde ‘goede’ initiatieven! De enige reden dat deze klinieken worden opgezet is veel geld verdienen. Patiënten worden ‘gepamperd’ zonder enige medische noodzaak.’

tweedeling

Huisartsen vrezen ook tweedeling in de zorg. Zoals mooie frisse praktijken en klinieken met aardige dokters voor de bovenlaag en verwaarloosde centra met overwerkte parttimers voor de rest. Aan de ene kant moeten huisartsen leuren voor opname van een demente bejaarde die de familie tot wanhoop drijft, maar er is wel extra geld voor luxe zorg als pret-echo’s en avondsprekuren voor sportblessures.

Zij vrezen dat kwetsbare groepen verstoken raken van zorg, zij ‘presteren’ minder goed en huisartsen zullen mogelijk in de verleiding komen deze mensen buiten DBC’s te houden, ze veroorzaken slechte scores in bijvoorbeeld een diabetes-instelling. Geïntegreerde zorg voor sociaal zwakken, de onrendabelen, maar ook gewoon de mensen die echt niet mee kunnen komen, valt weg. Ze passen niet in een zorgstraat omdat ze zorg

mijden, niet op tijd komen, niet steeds naar het lab willen etc. Armen kiezen vaak voor de goedkoopste verzekering en worden daardoor uitgesloten van bepaalde medicatie, fysiotherapie of psychotherapie.

'Kwetsbare patiënten worden geweigerd omdat die meer kosten dan de DBC oplevert en meer risico op complicaties lopen dus slecht zijn voor de benchmark/sterftecijfers etc. (zie recent AZM die patiënt buiten eigen regio weigert ivm de kosten!).'

Macht zorgverzekeraars

84 procent van de huisartsen is van mening dat de zorgverzekeraars steeds meer op de stoel van de huisarts gaat zitten.

Ruim 700 huisartsen geven hier voorbeelden van. Bij sommige verzekeraars valt het mee, de meeste zorgverzekeraars bemoeien zich echter steeds meer met het inhoudelijk beleid. Een huisarts:

'De verantwoordingscultuur of het georganiseerd wantrouwen zoals mevrouw Kant noemde, maakt dat ik steeds meer op de stoel van de zorgverzekeraar ga zitten: steeds vaker overweeg ik wat de verzekeraar hier wel van zou vinden.'

De meeste voorbeelden gaan over het preferentiebeleid. Zorgverzekeraars bepalen steeds meer welke medicijnen patiënten krijgen voorgeschreven. Daarbij verschillen de zorgverzekeraars onderling en wisselen ze vaak van medicijnen. Het gevolg is dat patiënten binnen een jaar vier of meer verschillende generieke tabletten van een soort krijgen. De zorgverzekeraars kijken vooral naar de prijs, er wordt nauwelijks gekeken naar de kwaliteit van de tabletten.

'Zoals een zorginkoper van CZ mij liet weten: dokter ik snap niet wat u moeilijk doet, de medicijnen die wij inkopen zijn allemaal geregistreerd en bevatten allemaal de werkzame stof. Dat registratie betekent dat de biologische beschikbaarheid + of - 15% van de referentietablet mag zijn vond hij geen bezwaar. Op mijn opmerking dat hij toch raar zou staan te kijken als hij met de benzine van de witte pomp op een volle tank de ene keer 15% meer en de andere keer 15% minder zou kunnen rijden dan op een tank merkbenzine, reageerde hij dat dat dan op termijn toch hetzelfde uitkwam. Tja... de ene maand is je bloeddruk 15% te veel geregeld, de ander maand 15% te weinig maar op het eind van het jaar komt het gelijk uit toch. Op zoveel simpelheid had ik zelfs geen antwoord.'

Verzekeraars bepalen ook steeds meer naar welk ziekenhuis een patiënt mag. Zij contracteren bepaalde zorgverleners, de niet-gecontracteerde zorgverleners worden onvolledig vergoed.

De zorgverzekeraars bieden ook de "service" aan de patiënt om voor hem/haar een ziekenhuis te zoeken die de patiënt eerder kan helpen. Achmea zou daar 36 personen voor in dienst hebben.

'Dit geeft veel minder zorg op maat dan ik zelf lever. Als het namelijk echt spoed heeft

zorg ik er persoonlijk voor dat iemand eerder terecht kan. Ik kies ook een specialist of centrum waarvan ik weet dat die voor deze specifieke situatie het meest geschikt is. Al-lerlei ellende ontstaat als mensen dan in een ziekenhuis ver weg zich laten opere-ren en de patiënt postoperatief als hij al thuis is complicaties krijgt.'

De verzekeraars bepalen wat een patiënt vergoed krijgt en wat niet. Artsen moeten veelvuldig uitgebreide verklaringen schrijven voor mensen die al jaren een chronische aandoening hebben. Zo werd een huisarts gevraagd of kindje nog wel steeds syndroom van Down heeft. De aanvragen gaan ook met zeer veel papier gepaard; bij CZ moet je bij een aanvraag voor incontinentie materiaal 10 tot 16 pagina's informatie over de patiënt (inclusief zijn medicijnen tot aan zijn viagra toe) overleggen. Huisartsen spreken over rare afwijzingen en de vele malen dat er een streep door de machtiging gaat. Zo worden aanvullende drinkvergoedingen voor terminale patiënten afgewezen en worden bepaalde dieetpreparaten bij ernstig zieke patiënten alleen op zeer strenge voorwaarden vergoed. Soms zijn diagnostische mogelijkheden alleen voor verzekerden van bepaalde verzekeraars. Aanvragen voor MRI's worden nogal eens niet gehonoreerd.

'Medicatie, dieetvoeding, alarmeringsapparatuur, rollators, trapliften: allemaal met het gemak van een druk op de knop afgewezen wat je ook adviseert als arts. Ik zie, ik weet wat iemand nodig heeft maar de zorgverzekeraar wijst gewoon af omdat er niet wordt voldaan aan volstrekt onzinnige criteria of omdat er een komma verkeerd staat.'

Zorgverzekeraars stellen ook eenzijdig kwaliteits-indicatoren vast, bijvoorbeeld bij ketenzorg zoals diabetes. Zij vergoeden bepaalde diabetesmedicatie niet en contracteren massaal bewegingsprogramma's zonder dat die programma's bewezen effect hebben. De verzekeraars bepalen ook het aantal consulten voor diabetici en stellen bijvoorbeeld 4 keer per jaar bloeddrukcontrole verplicht. Nog meer voorbeelden. In de voorstellen van Agis voor diabetes-ketenzorg wordt aangegeven dat men inzage verlangt in de praktijkgegevens op patiëntniveau. Zodat men samen met de huisarts kan kijken naar de mogelijkheid om de zorg te verbeteren. Bij een andere zorgverzekeraar moet een bepaald percentage van de patiënten beneden een bepaald HbA1c (geglyceerd hemoglobine) zitten. Terwijl blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat de harde eindcijfers (CVA's, hartinfarct, overlijden) slechts zeer beperkt worden beïnvloed door het HbA1c-gehalte. Bij UVIT willen ze bij suikerpatiënten de bloedglucose-waarden zien. Op basis daarvan moet je scores halen. Bijvoorbeeld 80 procent van de patiënten moet een bloedwaarde hebben onder een bepaalde waarde. Anders geen geld. Een verzekeraar kijkt bij COPD-patiënten hoeveel prednisonstootkuren ze krijgen, als dat er meer zijn wordt gezegd dat de "preventieve" zorg niet goed is.

'Maar wij geven tegenwoordig eerder prednison stootkuren omdat we de patiënt dan langer uit het ZH kunnen houden.'

Verzekeraars starten ook zelf uitgifteposten voor medicijnen (Achmea) of gaan interne-tapotheken voor bepaalde chronische aandoeningen verplichten. CZ verleidt patiënten

met een bonus per receptregel om hun recepten via een internetapotheek in Oss te laten verzilveren. Dit gaat allemaal ten koste van de kwaliteit van de medicatiebewaking. Zorgverzekeraars starten ook met eigen vaccinatiebedrijven of eerstelijnscentra. Er worden screeningsmogelijkheden aangeboden waarvan de zin helemaal niet duidelijk is, zoals de ogenbus van CZ.

'Een patiënt komt met de opmerking dat haar cholesterol te hoog is. Heeft zij voor 50 euro laten testen bij de zorgverzekeraar. Ook een voedingsadvies/bloeddrukcontrole ...alles zat erbij. Had ze gelezen op de website. Toen ik vertelde dat dat allemaal gratis kon bij mij, en dat ik een POH heb die dat allemaal zeer goed zal controleren want ze had het eigenlijk al betaald via de premie was ze natuurlijk erg verontwaardigd. De cholesterol was trouwens in orde.'

Zorgverzekeraars bepalen welke zorgproducten zij inkopen en welke niet. Wat goed is voor patiënten en wat niet. Menzis bemoeide zich zelfs met de behandeling van iemand voor longkanker. CZ met het maken van MRI's. Agis met opname verpleeghuis en ga zo maar door.

'Een patiënte met verpleeghuisindicatie die thuis wil blijven wonen krijg ik na 13 visites aan huis geen ITZ geld meer voor vergoed, en het blijft goedkoper dan een verpleeghuis... Agis zegt dan dat als het me teveel tijd kost dat mevrouw dan maar verplicht naar een verpleeghuis moet (tegen haar zin dus!).'

'Dit wordt een groot probleem; als Klink op de huidige voet doorgaat dan draait daar de hele huisartsgeneeskunde in Nederland voor op. Met andere woorden: dat wordt het einde van de huisarts in Nederland.'

Standpunt huisartsen over marktwerking

Alles overziend zijn de huisartsen niet enthousiast over de invoering van de marktwerking.

Tabel 11. Is marktwerking in de huisartsenzorg een goed idee? (n=1733)

Ja	2%
Neutraal	11%
Nee	87%

3.5. FUNCTIONELE BEKOSTIGING

Om kosten te besparen wil de regering huisartsen en andere hulpverleners laten onderhandelen over de prijs van chronische zorg aan patiënten met diabetes, hartfalen en andere hart- en vaatandoeningen en chronische longziekten (COPD). De patiënten worden daartoe opgeknipt in ziektebeelden, die door de huisarts samen met andere hulpverleners worden behandeld. Degene die het pakket afneemt wordt de hoofdaannemer en moet onderhandelen met de zorgverzekeraar. Deze wil de zorg natuurlijk zo goedkoop mogelijk inkopen.

Slechts 11 procent van de huisartsen vindt de invoering van deze functionele bekostiging ofwel keten-DBC's een goede zaak.

Tabel 12. Invoering van de functionele bekostiging (keten-DBC's) is een goede zaak. (n=1733)

Eens	11%
Niet eens, niet oneens	24%
Oneens	63%
Geen mening	2%

Positieve gevolgen

Ongeveer eenderde van de huisartsen ziet positieve gevolgen van de functionele bekostiging. Die betreffen vooral de ontlasting van de tweede lijn, het beter organiseren van de zorg rond de patiënt en een verbetering van de samenwerking. Dat door concurrentie een efficiënter gebruik van de zorg gemaakt zal worden, denkt slechts 4 procent.

Tabel 12a. Wat zijn volgens u de positieve gevolgen van functionele bekostiging? (n=1733)

Ontlasten 2e lijn door organiseren in 1e lijn	41%
Zorg beter rondom patiënt georganiseerd	37%
Verbetering ketensamenwerking	35%
Toename kwaliteit door betere samenwerking	31%
Goedkopere zorg door preventie	22%
Efficiënter gebruik zorg door concurrentie ketens	4%
Anders	16%

Bij "Anders" wijzen huisarts er vooral op dat één categorie van mogelijke antwoorden in de enquête vergeten is, namelijk: er zijn geen positieve gevolgen. Een enkeling merkt cynisch op geen positieve kanten te zien behalve dat hij er persoonlijk rijker van kan worden.

'Ik zie geen positieve gevolgen, aangezien dit alleen draait om marktwerking en het tegen elkaar uitspelen van zorgaanbieders. Dat kan alleen maar leiden tot opgeklopte lucht met de kwaliteit van een suikerspin, lege reclameleuzen en een hoop zinloze bureaucratie voor diegenen die hun werk nog serieus proberen te nemen en zich met echte patiënten willen bezighouden. (Voorbeeld: Zorg-Zwaarte-Pakketten)'

Bovendien ketenzorg bestond al. Er is geen functionele bekostiging nodig om functionele zorg te leveren; ketenzorg, samenwerking en spiegelinformatie is prima, als het maar niet geld-gedreven is. De ketenprojecten die door artsen opgezet zijn, geven verbetering van kwaliteit en vermindering van ziekte; als de patiënt hierdoor langer leeft, komen er op een andere manier meer kosten. De genoemde voordelen hangen samen met ketenzorg: dus hoe is de zorg georganiseerd. Dat heeft niets te maken met hoe het betaald wordt, de functionele bekostiging en het fenomeen concurrentie doet hier zelfs afbreuk aan. Deze overhaaste functionele bekostiging

heeft een financieel motief en geen direct kwalitatieve, volgens veel artsen. Bovendien leidt het tot medicalisering van patiënten, omdat er een bepaald protocol wordt afgewerkt; alle tests moeten bij elke patiënt worden verricht. Bijvoorbeeld “Is deze nieuwe diabeet depressief aan het worden?”, terwijl niet bewezen is dat het zinvol is om depressie bij deze patiëntengroep actief op te sporen en te behandelen. Veel patiënten hebben bovendien niet één maar twee of drie ziektes tegelijkertijd. Dus bij de nieuwe opzet moeten zij niet vier keer per jaar maar acht of twaalf keer per jaar voor een verplichte DBC-controle komen (voor iedere keten-DBC minimaal 4 keer).

‘In onze regio hebben we een prachtig georganiseerde ketenzorg voor diabetes. Het diabetesbeterproject. Ook volgens de zorgverzekeraar is de kwaliteit van zorg en van samenwerking enorm gestegen. Dit was al in de tijd dat er nog niet eens werd gesproken over een DBC of functionele bekostiging.’

Een voordeel zou wel kunnen zijn dat op deze manier werkelijk door de zorgverzekeraars substitutie van zorg van ziekenhuizen en specialisten naar de eerste lijn kan worden afgedwongen. Nu krijgen zij vaak veel geld voor een simpele patiënt via hun tweedelijns-DBC, terwijl het veel goedkoper en zeker zo goed in de eerste lijn kan, integraal en dicht bij huis. Andere huisartsen wijzen er op dat door de functionele bekostiging specialisten kansen zien om werk uit de eerste lijn naar zich toe te halen; specialisten openen daarom ook buitenpoli's .

‘Pardon ontlasten van de 2^e lijn, die is razend op ons. Nota bene: Vóór de invoering van de diabetes DBC zat 40 procent van onze diabetes bij de internist die dat tegen een flink bedrag delegeerde naar een verpleegkundige. 15% van de internisten omzet was easy money. Met de DBC's is dit in onze regio heel hard gecorrigeerd, ze lusten ons rauw. Ze maken het dus goed door binnen andere DBC's klanten subliminaal te includeren en onderling door te verwijzen, eerste lijns poli's te openen en te adverteren in huis aan huis bladen en dat alles onder goedkeurend oog van de zorg autoriteit die marktordening verwaarloost! Van concurrentie is geen sprake.’

Negatieve gevolgen

Verreweg de meeste huisartsen zien vooral negatieve gevolgen van de functionele bekostiging. Meer administratie en nieuwe bureaucratie is hierbij klacht nummer 1 voor 90 procent van de huisartsen. Het opknippen van zorg, ofwel versnippering van zorg in plaats van integrale zorg, volgt hier onmiddellijk achter (88 procent). Veel artsen vrezen ook dat eerder gestuurd zal gaan worden op geld in plaats van op intrinsieke professionele motieven (80 procent). Ruim tweederde van de artsen denkt ook dat er te veel aandacht zal gaan naar de keten-DBC's en dat zorgverzekeraars op de stoel van de huisarts gaan zitten. Ruim de helft van de huisartsen ten slotte denkt dat de zorg er alleen maar duurder van wordt, omdat er meer gedeclareerd zal gaan worden en dat bovendien de keuzevrijheid van de patiënten zal worden aangetast.

Tabel 12b. Wat zijn volgens u de negatieve gevolgen van functionele bekostiging? (n=1733)

Meer administratie en nieuwe bureaucratie	90%
Opknippen patiënt in ziektebeelden, geen integrale zorg	88%
Sturen op geld i.p.v. intrinsieke professionele motieven	80%
Onevenwichtig veel aandacht keten-DBC's	69%
Zorgverzekeraars gaan op stoel huisarts zitten	65%
Duurdere zorg vanwege meer declareren	55%
Aantasting keuzevrijheid patiënten	54%
Anders	7%

Bij “Anders” wordt opgemerkt dat het antwoord ‘Geen negatieve gevolgen’ hier terecht ontbreekt.

‘Nou dit lijkt me wel een aardig rijtje maar de voornaamste wordt nog niet genoemd: niemand zit of zat hier op te wachten: de zorg en de doelen waren al georganiseerd door ons als huisartsen; de targets die je nu moet halen zijn nooit bewezen en worden door externe partijen lees zorgverzekeraars en VWS en een paar managers die in de eerste lijn rondlopen geformuleerd: geef huisartsen weer het roer in handen: geen beroeps-groep is al jaren zo hoog gewaardeerd door de bevolking.’

De ongelooflijke hoeveelheid (van de meest idiote) indicatoren die je voor de DBC-ketens moet aanleveren, vinden artsen bijzonder frustrerend. Ze merken op soms meer naar hun PC-scherm dan naar de patiënt te kijken.

‘ANEKNOTE: In Engeland tijdens werkbezoek aan praktijken meegemaakt, dat bij consult pop-upschermpje verschijnt, dat patiënt glucose of schildklierfunctie te lang geleden heeft laten bepalen; daarbij gebeurde het zeer geregeld, dat de reden waarom patiënt op dat moment de huisarts bezocht, vrijwel volledig naar de achtergrond verdween omdat de huisarts focuste op wat hem/haar door de computer werd aangereikt; dit KAN niet de bedoeling zijn van ketenzorg!’

Artsen vrezen dat de mens/patiënt-gerichte zorg zo vervangen gaat worden door de op bedrijfsmatige kosten gerichte zorg (de korte termijn-zorg), waarbij niet de patiënten centraal staan, maar de te behalen einddoelen. De huisarts moet handel gaan drijven met het patiëntenbestand; het moeten behalen van toetsingscriteria zijn een risico voor de daadwerkelijke kwaliteit van de zorg. Het gevaar is dat niet het maatwerk voor de patiënt centraal staat, maar het nastreven van zo mooi mogelijke getallen in de benchmark. Met name bij ouderen zijn de streefwaarden in de praktijk vaak ondergeschikt aan kwaliteit van leven en aan de belasting die controles met zich meebrengen. Het gevaar is dat de patiënt overbehandeld en overgecontroleerd wordt, omdat dit tot betere statistieken leidt.

‘Stop de verknipping van de patiënt ’

Het grote gevaar is de versnippering van de patiënt in verschillende ziektebeelden.

Wie houdt het overzicht? Een beetje overdreven gesteld: er kan een situatie ontstaan waarbij de patiënt voor zijn diabetes naar wijk A van zijn stad moet, voor zijn bloeddruk naar wijk B, en voor een andere kwaal weer ergens anders naartoe. Hoe om te gaan met de patiënt met diabetes met inmiddels cardiovasculaire complicaties waarbij hartfalen is ontstaan en wiens zorg dankzij de functionele bekostiging in diverse DBC's is opgeknipt, die vervolgens aan verschillende marktpartijen partijen zijn uitgevent? Wie is eindverantwoordelijk, wie doet wat, wie houdt de regie?

'Echte eerste lijns zorg aangepast aan de patiënt verdwijnt, zeker wanneer zorgstraten door anderen worden overgenomen, (zoiets als dat thuiszorgwerk gedaan wordt door schoonmaakbedrijven).'

Artsen moeten bij diverse verzekeraars contracten af gaan sluiten die onderling sterk kunnen verschillen in de inhoud en voorwaarden. De huisarts moet straks eerst kijken waar de patiënt verzekerd is om te bepalen wie welke zorg hoe en onder welke voorwaarden moet verlenen.

Bovendien gaat de aandacht te veel naar de ziekte in plaats van naar de patiënt.

'In mijn praktijk van 2800 patiënten heb ik ca 300 patiënten die in 1 of meerdere ketenzorgprojecten passen. Er blijft onvoldoende tijd over om voor de overigen de basiszorg goed uit te voeren. Tevens: die 300 patiënten komen niet alleen voor hun ketenzorgziekte maar ook voor de basiszorg en veel vaker dan gezonde patiënten. De aandacht wordt dus op de verkeerde manier gefocust op 1 ziekte in plaats van op de individuele patiënt met al zijn zorgen, klachten en vragen.'

3.6. INKOMEN

Het huidige norminkomen van de huisarts/eigenaar is inclusief de dienstenvergoeding circa 110.000 euro per jaar. 40 procent van de huisartsen vindt dit voldoende en 37 procent vindt dit onvoldoende, 23 procent is neutraal of heeft geen mening.

Tabel 13. Het huidige norminkomen van de huisarts/eigenaar is prima. (n=1707)

Eens	40%
Niet eens, niet oneens	19%
Oneens	37%
Geen mening	4%

Financieringssystematiek

Een ruime meerderheid (62 procent) is tevreden met de huidige financieringssystematiek die deels uit abonnementsgeld en deels uit een verrichtingensysteem bestaat.

Een kwart van de huisartsen (25 procent) zou terug willen naar een volledig abonnementssysteem zoals we dat in het ziekenfonds hadden. Zeer weinig huisartsen (7 procent) zouden naar een volledig verrichtingensysteem ofwel prestatiebekostiging willen.

wel eenvoudiger

Veel huisartsen zijn wel tevreden met de huidige financieringssysteem maar vinden wel dat het allemaal veel eenvoudiger zou moeten: minder differentiatie, meer loon naar werk en uniformering van tarieven. Een probleem is dat verre verzekeraars de contracten niet overnemen, waardoor huisartsen te maken hebben met veel verschillende tarieven en regels. De huisartsen zijn bovendien verantwoordelijk gemaakt voor het op orde houden van de inschrijvingsgegevens.

'Het huidige systeem moet vereenvoudigd worden. Veel teveel verrichting-soorten met eindeloos kleine bedragjes. Het meeste kan gewoon in een abonnement, met daarnaast bijvoorbeeld een opslag per patiënt voor enkele categorieën patiënten (bijvoorbeeld met chronische ziekten), dus een mengvorm van abonnement en toeslagen per patiënt.'

niet elk jaar regels veranderen

Ook moeten niet ieder jaar de regels worden veranderd, dat is onwerkbaar.

'De huidige vorm is goed, mits er dan niet weer direct gesleuteld wordt aan deze afspraken. Dit idiote land verandert te pas en te onpas de afspraken. Dat leidt tot onrust, nervositeit, minder presteren en frustraties. Laat afspraken nu gewoon eens een poosje bestaan. Nu worden de M&I gelden gestopt, etc, herhaalrecepten gestopt, etc. Schande.'

Over de module Innovatie en modernisering zijn sommige huisartsen ook kritisch.

'Maar de M&I verrichtingen halen (als je niet uitkijkt) het slechtste in de mens boven. Een fatsoenlijke consultprijs lijkt me beter.'

consultvergoedingen te laag

Verschillende artsen vinden de consultvergoedingen te laag.

'Het huidige systeem is goed, behalve het belachelijk lage consult en visite prijs. Deze zijn in verhouding tot de prijzen van andere dienstverleners (schilder, elektricien) absurd laag, en geen stimulans tot aandacht voor de patiënt.'

geen loon naar werken

Artsen zijn het er niet mee eens dat ze het volgend jaar gekort wordt als ze te veel doen. Dat is niet motiverend. Ze vinden ook dat te veel naar verrichtingen wordt betaald, er zou meer moeten worden gekeken naar wat je werkelijk doet.

'Wie goede zorg wil leveren met voldoende ondersteunend personeel, wie tijd wil geven aan zijn patiënten en daardoor minder patiënten per dag kan zien, heeft niet de mogelijkheid om hiervoor adequaat beloond te worden. Er is een prikkel om productie te leveren.'

abbonementssysteem

Een flink aantal artsen zou terug willen naar het abbonementssysteem, maar dan wel met extra gelden voor huisartsen in achterstandswijken en ouderen, met opslag voor extra kwaliteit op basis van richtlijnen van de beroepsgroep en volgens sommige artsen ook met opslagen voor bijzondere verrichtingen en POH.

'Dit is vlees noch vis. Geef mij het oude abbonement maar. Die flauwekul van de zogenaamde concurrentie is onzin. De markt is onverzadigbaar. Het is een vraagmarkt die het aanbod verre overtreft.'

wel keuze maken

'Er moet gekozen worden voor een eenduidig en eenvoudig systeem: 1 volledige vergoeding via volledig abbonementssysteem (erkent de functie van de huisarts) óf 2 integrale bekostiging van de praktijk op basis van business-plan (versterkt de positie van huisartsenzorg als voorziening óf 3 volledig verrichtingentarief, te declareren bij- en te betalen door de patiënt (als je echt marktwerking in de zorg wilt introduceren, moet die patiënt ook weten, wat de zorg kost en bij wie, en niet alleen de premie-kosten).'

Financiële prikkels

De huisartsen is ook gevraagd wat zij vinden van het idee om huisartsen extra te belonen als bepaalde kwaliteitsdoelstellingen worden bereikt ('pay for performance'), bijvoorbeeld voor een bepaalde vaccinatiegraad tegen griep, zoals dat in Engeland wordt toegepast. De meeste huisartsen zien hier vooral risico's in. Slechts 15 procent denkt dat dit de zorg zou verbeteren.

Tabel 14. Invoering van beloning als bepaalde kwaliteitsdoelstellingen worden bereikt ofwel pay for performance (n=1707)

Kan leiden tot minder zorg andere terreinen	57%
Kan leiden tot versnippering van zorg	38%
Kan leiden tot passiviteit als doel is bereikt	29%
Zal de zorg verbeteren	15%
Anders	32%

productiedenken

Veel huisartsen zien hier een soort marktwerking in. Hoe meer je doet, hoe meer geld je beurt. Geld en cijfers worden de drijfveer in plaats van de zorg en patiënten. De verleiding wordt groot om met cijfers te gaan stoeien oftewel de getallen in je voordeel aan te passen. Een voorbeeld: Bloeddrukwaarden dienen systolisch onder de 140 te zijn. Er is geen land waar zoveel 139 wordt gemeten als in Engeland!

De huisarts zal slechts aan zijn inkomen gaan denken en zal geld verdienen door patiënten naar een bepaald getal te dirigeren.

'Beloning leidt tot tunneldenken en komt de individuele patiënt niet ten goede. Het gaat voorbij aan de intrinsieke motivatie van de arts om de patiënt goed te behandelen. (Hippocrates)'

De prestatieindicatoren brengen bovendien een oneigenlijke spanning aan in de relatie patient-huisarts.

'Gevaar is dat als patiënt dat doel niet haalt bij stoppen roken, jij als dokter boos op patiënt wordt omdat deze jouw geld door de neus boort, een niet gewilde houding ten opzichte van de patiënt dus.'

patiënten achterstandswijken geweerd

De opkomst voor bijvoorbeeld vaccinatie is ook afhankelijk van de patiëntengroep die een huisarts heeft. In achterstandswijken zullen huisartsen moeilijker aan de kwaliteitsdoelstellingen kunnen voldoen, dus er zullen minder huisartsen willen gaan werken als 'pay for performance' wordt ingevoerd. Het kan ook leiden tot selectie van patiënten. Je moet de inspanning belonen, niet het resultaat.

'Achterstandswijken hebben een lagere opkomst, met name door slechte compliance. Huisartsen gaan deze patiënten dus weigeren. En geloof me, er zijn al huisartsen die patiënten weigeren na inschatting werklast.'

ervaringen uit Engeland

Veel huisartsen hebben in Engeland gekeken hoe 'pay for performance' werkt. Daar leidt dit tot onnodige zorg; per groep is vaak een medewerker op jacht naar te vaccineren mensen. Of huisartsen zijn een middag in de week bezig om de indicatoren op te peppen. Ook gebeuren er bij patiënten standaard wat verrichtingen voor het behalen van die prestaties. Sommige huisartsen gaan op de fiets de mensen af die niet zijn komen opdagen voor de griepvaccinatie, om toch maar zoveel mogelijk mensen te vaccineren. Hiermee wordt de medicalisering alleen maar aangewakkerd. Er ontstaat daar een 'checkboxmentality': je doet iets omdat de computer zegt dat je het moet doen. Huisartsen krijgen op de computer telkens pop-ups te zien die hen vertellen dat ze cholesterol of bloeddruk moeten meten, etc. Zo komen ze dan aan hun inkomen. Een patiënt komt bijvoorbeeld voor een depressie, maar voor hij daar mee aan de slag kan moet de huisarts allerlei andere dingen afhandelen: bloeddruk, glucose controle etc. Anders werkt zijn computer niet en haalt hij zijn salaris niet binnen. Het leidt tot enorme administratie en het verplicht halen van targets, waarbij de zorg niet op de eerste plaats meer staat.

De huisartsen in Engeland waren er eerst heel blij mee, met name vanwege gemakkelijk te halen targets en daarmee flinke winst. Maar inmiddels balen zij er vreselijk van vanwege de onzinnige administratieve belasting. De NHI heeft de regie volledig in handen, bepaalt hoeveel targets gehaald moeten worden en breidt het aantal targets ieder jaar uit. Wordt een target door een huisarts niet gehaald, dan geen geld. De huisartsen zijn dus een groot deel van de tijd bezig met het halen van targets. Engelse huisartsen beschrijven het systeem inmiddels als rampzalig.

'Ik ben met zo'n 100 huisartsen in Cambridge geweest om dit te bekijken. Iedereen was ervan overtuigd: dit nooit! Huisartsen gaven toe te sjoemelen om de doelstellingen te halen...De kosten stegen explosief, de bureaucratie ook.'

principeel onwenselijk

Tweederde van de huisartsen (65 procent) vindt het sturen van de zorg via financiële prikkels (bonus) op principiële gronden onwenselijk.

Tabel 15. Sturen via financiële prikkel is op principiële gronden onwenselijk. (n=1707)

Eens	65%
Niet eens, niet oneens	19%
Oneens	15%
Geen mening	1%

3.7. DIENSTENSTRUCTUUR

Tot eind vorige eeuw werden de huisartsendiensten buiten kantoor tijd (avond-, nacht en weekenden ofwel ANW) gedaan door kleinschalige waarnemgroepen. Mede vanwege de hoge werkdruk van huisartsen is overgegaan tot grootschalige huisartsen-dienstenstructuren.

De vraag is of deze ANW-diensten huisartsenzorg moet blijven of kan worden geïntegreerd met spoedeisende hulpverlening in ziekenhuizen of uitgevoerd door zelfstandige huisartsenposten of zelfs commerciële zorgverleners zoals in Groot-Brittannië.

Ruim de helft van de huisartsen (57 procent) is van mening dat de ANW-diensten onlosmakelijk bij het huisartsenvak horen, een kwart (25 procent) vindt van niet. Van de jonge huisartsen die 10 jaar of minder werkzaam zijn als huisarts vindt zelfs 65 procent dat, van de jonge vrouwelijke huisartsen die 10 jaar of minder werkzaam zijn als huisarts zelfs 70 procent.

Tabel 16. ANW-diensten (n=1694)

Horen onlosmakelijk bij het huisartsenvak	57%
Moeten als in Engeland naar zelfstandige organisatie	25%
Anders	15%
Geen mening	3%

De huisartsen die 'Anders' hebben ingevuld, vinden voor het grootste deel (13 procent) dat de diensten horen bij het huisartsenvak, hoewel misschien niet helemaal onlosmakelijk.

Zo vindt een aantal artsen dat de diensten best ingevuld kunnen worden door andere huisartsen of dat huisartsen vrij moeten zijn om wel of niet mee te doen. Zeker oudere huisartsen zouden vrijgesteld moeten worden zonder hun registratie te verliezen. Gezien de lange dagen die je als huisarts maakt, zijn de diensten voor veel huisartsen zwaar. Zeker bij de geringe vergoeding die er tegenover staat. Na een nacht zware dienst kun je de volgende dag een waarnemer betalen voor veel meer geld. Het grootste probleem vinden de meeste huisartsen de lage drempel van de ANW-diensten. Het is een avondwinkel geworden. Patiënten zien de huisartsenpost te veel als 24-uurs consumptiegoed. Er moet een rem op het gebruik komen. Huisartsen kun-

nen dit alleen niet aan. Als de politiek niets doet, moet er maar zoets als in Engeland komen.

'Horen onlosmakelijk bij het vak maar zijn niet patiënt en arts vriendelijk meer met krappe bezetting, hoge efficiency en zonder rem op de toegankelijkheid. Het is voor 60 euro bruto per uur niet meer te doen om een nacht te draaien en daarna voor 1000 euro een dag waarnemer te betalen. Ontkoppeling is ingezet en de achterban die daarvoor gaat stemmen in ledenvergaderingen neemt toe. De jonge artsen kunnen/willen het gat van de ouderen niet meer opvangen.'

Tabel 17. Voorkeur huisartsenpost (n=1694)

Geïntegreerd in spoedeisende hulp ziekenhuis	26%
In ziekenhuis, maar wel onafhankelijk	48%
Geheel los van ziekenhuis	16%
Anders	7%
Geen mening	3%

Van de huisartsen die 'Anders' hebben ingevuld, zijn de meningen verdeeld. Enkele tientallen willen terug naar kleinschaligheid. Een tiental artsen wil alleen de nachten afstoten. 20 artsen wijzen er op dat het afhankelijk is van de lokale of regionale situatie. Circa 50 van deze huisartsen voelen wel voor een post in het ziekenhuis, wel (30 huisartsen) of niet geïntegreerd.

Grootschaligheid

De grootschaligheid van de huisartsendiensten is een ander punt van discussie. Ruim de helft van de huisartsen vindt de diensten te grootschalig, in elk geval voor het platteland, bijna een kwart van de huisartsen vindt de grootschaligheid overal goed.

Tabel 18. Omvang huidige dienstenstructuur (n=1694)

Te grootschalig	27%
Grootschalig goed voor stad, niet voor platteland	29%
Grootschaligheid overal goed	23%
Anders	11%
Geen mening	10%

De huisartsen die 'Anders' hebben ingevuld, hebben niet veel moeite met de schaal van hun dienstenstructuur. Meer zorgen maken zij zich om de toename van nodeloos en ongeremd gebruik. Als het alleen om echte spoed zou gaan was het werk prima te doen.

'Diensten is echt een probleem, het wordt steeds drukker en efficiënter, de rek is er wel een beetje uit. Eventueel in de dienst ondersteuning door basisartsen en /of verpleegkundigen waarbij de huisarts wel eindverantwoordelijk blijft. Het zou jammer zijn als steeds meer eerste lijnszorg in het ziekenhuis kwam want dit is onnodig en kost te veel en levert patiënt vaak schade op met vervolg (medicalisering).'

Veel artsen die 'Anders' invullen vinden ook dat de vergoeding omhoog moet, meer dan 65 uur per uur. De vergoeding moet in elk geval gelijk zijn aan de vergoeding voor waarnemers, deze is meestal minimaal 90 euro. Daarnaast zou de verplichting er af moeten, dan valt er ook iets te onderhandelen.

'Hef de dienstverplichting op en we zien wel voor welk tarief artsen te rekruteren zijn.'

Ook hier wijzen huisartsen er weer op dat het grootste probleem is dat 80 procent geen spoedzorg meer is. Het is echt dringend noodzakelijk deze overconsumptie af te remmen. Een aantal artsen noemt daarbij invoering van eigen bijdragen.

15 minuten norm

59 procent van de huisartsen vindt dat de huisarts of een dienstenstructuur met de auto binnen 15 minuten bereikbaar moet zijn, 21 procent vindt dat niet en 20 procent is neutraal of heeft geen mening.

3.8. ZORG IN DE BUURT

Als het gaat om de ANW-diensten op wijk- en buurtniveau zou 25 procent van de huisartsen dat graag zien, meer dan de helft van de huisartsen (51 procent) wijst dit af en 24 procent is neutraal.

Nadere analyse laat zien dat de wens voor ANW-diensten op wijk- en buurtniveau afneemt bij huisartsen in grote steden (19 procent) en groter is voor huisartsen in dorpen en op het platteland (34 procent).

Veel meer huisartsen zijn van mening dat de gewone huisartsenzorg veel meer in de buurt georganiseerd zou moeten worden, in kleinschalige buurtzorgcentra of netwerken.

Tabel 19. De zorg, ook de eerstelijnszorg, zou veel meer in de buurt georganiseerd moeten worden, in kleinschalige buurtzorgcentra of netwerken. (n=1681)

Eens	53%
Niet eens, niet oneens	22%
Oneens	20%
Geen mening	5%

Nadere analyse laat zien dat het percentage huisartsen dat zorg meer in de buurt georganiseerd wil zien hoger ligt voor huisartsen in de grote steden (57 procent) en voor huisartsen op het platteland (59 procent). Bij huisartsen die werken in achterstandswijken (meer dan eenderde van de onderzoeksgroep) ligt dat percentage zelfs op 63 procent.

Het is lastig kleinschalige centra te organiseren. Aan de voorwaarden die hiervoor nodig zijn wordt meestal niet voldaan.

huisvesting

De huisvesting is lastig. De overheid zou zich verantwoordelijk moeten voelen om

adequate huisvesting te faciliteren en de initiatieven op dat terrein financieel te ondersteunen. Binnen het huidige financieringssysteem is dat niet verankerd. Ook lokale overheden of woningcorporaties bieden vaak te weinig steun. Een grootschalige voorziening met een apotheek is vaak de enige mogelijkheid.

'Zorg voor mogelijkheden in het kader van ruimtelijke ordening, bestemmingsplannen etc. Wij gaan bijna of echt failliet ten gevolge van de huurprijzen bij een projectontwikkelaar waar we niet onderuit komen.'

steun lokale overheid

Er is weinig begeleiding en betrokkenheid vanuit de gemeente bij vestigingen. Vaak moeten huisartsen jaren knokken voor een nieuw pand. Het zou goed zijn als de gemeente meer het besef had dat ook zij een verantwoordelijkheid heeft voor de huisvesting. Gemeenten beschouwen nu de huisartsen te veel als zelfstandigen die hun eigen boontjes maar moeten doppen, zij nemen niet de verantwoordelijkheid voor de vestiging van een goede eerstelijnszorg. De medewerking is vaak minimaal. Gemeenten doen zelfs nogal eens moeilijk door verbouwingsplannen af te keuren en met onzinnige voorstellen te komen (bijvoorbeeld voorgevel in mergel). Ook de medewerking wat betreft randvoorwaarden zou beter kunnen. Zo zijn er in een stad verschillende initiatieven gestrand omdat er een dure verplichting was om veel parkeerplaatsen te hebben bij de praktijk. Gemeenten zouden ook de ontwikkeling van integrale zorgcentra en buurtklinieken kunnen ondersteunen en subsidiëren.

'Het aantrekkelijk maken voor de artsen om buurtgebonden te werken door bepaalde faciliteiten aan te bieden. De gemeente zou hier een grote rol kunnen vervullen door mogelijkheden te scheppen voor goede centra.'

financiering

De huidige vergoeding schiet te kort. Er bestaat een vergoeding voor gezondheidscentra, maar kleine initiatieven vallen buiten de boot. Gemeenten zouden meer mee moeten werken om kleine initiatieven te ondersteunen in plaats van alleen maar uit te gaan van 'hoe groter, hoe beter'. Dit geldt ook voor de zorgverzekeraars. Een centrum opzetten kost veel tijd en geld. Indien er initiatieven zijn, zou er meer ondersteuning vanuit de gemeenten moeten komen, een aanjager zou prettig zijn. Het moet mogelijk zijn om een centrum te starten met ondersteuning vanuit de gemeente en met gezamenlijk preventiebeleid, gericht op de wijkpopulatie. De gemeente zou het aantrekkelijk moeten maken voor artsen om buurtgebonden te werken door bepaalde faciliteiten aan te bieden. Er zou een wijkgericht aannamebeleid in de huisartsenpraktijk moeten komen: wijkgebonden inschrijving moet dus verplicht worden. Wenselijk is verder een goede overlegstructuur met andere disciplines die ook wijkgericht dienen te werken.

'Het zou goed zijn als er teams worden opgericht die deze gezondheidscentra kunnen opzetten met behulp van de huisartsen en ander eerstelijners. Wij zijn er nu mee bezig en ik denk dat wij weer heel veel keren het wiel aan het uitvinden zijn.'

goede samenwerking

Goede samenwerking en afstemming is nodig. Tussen huisartsen onderling en met de overige zorgverleners uit de eerste lijn. Belangrijk is ook terug te gaan naar kleinere eenheden in de buurt. De buurtzorg en de wijkzuster worden vaak als goede voorbeelden genoemd. Ook een geriater zou in de wijk moeten werken. De huidige thuiszorgorganisaties worden onpersoonlijke en bureaucratische draken genoemd. Ook het CIZ is een sta in de weg, evenals alle managers. Nodig zijn: een snelle indicatieprocedure, lokale wijkverpleging en thuiszorg, en een lokaal platform van vrijwilligers- en ouderenzorg.

‘Liefst ook de mogelijkheid om zelf kortdurende opname in verzorgingshuis te regelen. Met een paar telefoontjes, niet uren bellen met CIZ, diverse huizen en zorgkantoor om daarna aan de familie uit te leggen dat het deze week echt niet meer gaat lukken, waarna je weer opnieuw uren bezig ben met het regelen van overbruggingszorg die pas over vijf dagen kan starten.’

stoppen met marktwerking

De marktwerking en concurrentie leiden tot het tegenovergestelde van goede samenwerking. Bestaande samenwerkingsverbanden worden uit elkaar getrokken. Er moet weer financiering komen die de samenwerking stimuleert. Ook afname van de bureaucratie is nodig en herstel vertrouwen van de werkers in het veld. Er moet meer geluisterd worden naar mensen in het veld.

Eén huisarts oppert het volgende idee:

‘Door de overheid gefinancierde centra, inclusief personeel, voor 10-20.000 patiënten, zoals dat in Noorwegen, Portugal en Spanje bestaat. Artsen zijn in loondienst en worden betaald naar ervaring, eventuele bijzondere kwalificaties en patiëntenaantal. Zij hebben geen enkele administratieve last meer.’

3.9. PROFESSIONS EN NASCHOLING

Tijdens de conferentie in Woudschoten in 1959 is het fundament gelegd voor de huisartsenzorg in Nederland. Huisartsenzorg betekent continue, integrale en persoonlijke zorg voor patiënten en gezinnen. De huisarts(enzorg) waakt over de gezondheid van zijn patiënten 24 uur per dag. Kenmerkend zijn ook de langdurige arts-patiëntrelaties.

Tabel 20. Uitgangspunten van de Woudschotenconferenties zijn nog onverkort van kracht. (n=1676)

Eens	73%
Niet eens, niet oneens	10%
Oneens	15%
Geen mening	2%

Opmerkelijk is dat bijna 75 procent van de huisartsen het hier nog steeds mee eens is. Bij de jonge huisartsen die minder dan 10 jaar werkzaam zijn als huisarts is dat

69 procent, bij de vrouwelijke jonge huisartsen die minder dan 10 jaar werkzaam zijn als huisarts is dat 70 procent. Dus ook het grootste deel van de jonge generatie huisartsen staat achter de uitgangspunten van Woudschoten.

Het standaardenbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de intensieve nascholingsactiviteiten verhogen de kwaliteit van het huisartsenwerk. Als de arts van de standaard afwijkt zal hij/zij zich hierover moeten kunnen verantwoorden. De arts heeft ruimte nodig om zelf een oordeel te kunnen vormen over wat het beste is voor de individuele patiënt. Medische professionele autonomie betekent dat een oordeel vrij moet staan van invloeden van overheid, markt, werkgevers, financiële opdrachtgevers (lees: zorgverzekeraars) of bijvoorbeeld financiële prikkels voor eigen gewin. Naast de zorgverzekeraars en de markt (hoofdstukken 3.4 en 3.5) baart vooral de beïnvloeding door de farmaceutische industrie zorgen.

Ruim één op de vijf huisartsen (21 procent) vindt dat de nascholingsactiviteiten te veel zijn verbonden met de farmaceutische industrie, ruim de helft (53 procent) vindt van niet en 26 procent is neutraal. De overgrote meerderheid (76 procent) ziet het liefst totaal onafhankelijke nascholingen.

Tabel 21. Het zou goed zijn als er op regionaal niveau geheel onafhankelijke nascholingsmogelijkheden worden gerealiseerd. (n=1676)

Eens	76%
Niet eens, niet oneens	15%
Oneens	7%
Geen mening	2%

Behalve bemoeienis met nascholingen zet de farmaceutische industrie al jaren commerciële artsenbezoekers in die artsen individueel voorlichten met de bedoeling hun geneesmiddel in de pen van de huisarts te krijgen. Een derde van de huisartsen zou graag een verbod zien op deze commerciële artsenbezoekers.

Tabel 22. Het zou verboden moeten worden dat huisartsen individueel bezocht worden door commerciële artsenbezoekers. (n=1676)

Eens	34%
Niet eens, niet oneens	21%
Oneens	44%
Geen mening	1%

41 procent van de ondervraagde huisartsen ontvangt zelf artsenbezoekers, 57 procent doet dat niet. De meningen over een verbod op artsenbezoekers lopen in beide groepen nogal uiteen. Van de groep die geen huisartsenbezoekers ontvangt zou meer dan de helft (52 procent) graag een verbod zien.

Tabel 23. Het zou verboden moeten worden dat huisartsen individueel bezocht worden door commerciële artsenbezoekers. (n=690, 950)

	Artsen die wel ontvangen	Artsen die niet ontvangen
Eens	9%	52%
Niet eens, niet oneens	19%	22%
Oneens	71%	25%
Geen mening	6%	1%

3.10. ELEKTRONISCH PATIËTENDOSSIER

Over het verplicht invoeren van het landelijke patiëntendossier is veel beroering in de huisartsenwereld. Slechts 7 procent van de ondervraagde huisartsen vindt dit een goed idee.

De grote meerderheid (61 procent) vindt het een veel beter idee het regionale EPD uit te bouwen, maar 19 procent vindt zelfs dat geen goed idee.

Tabel 24. Het verplicht invoeren van het landelijke patiëntendossier is een goed idee. (n=1647)

Ja	7%
Aansluiten bij landelijk EPD maar wel vrijwillig	4%
Beter is regionale EPD uitbouwen	61%
Nee, ook geen uitbouw regionale EPD	17%
Anders	9%
Geen mening	2%

De huisartsen zijn zeer slecht te spreken over een landelijk patiëntendossier. Huisartsen noemen het een megalomaan gedrocht; Klink zou dat dossier maar om één reden willen, namelijk het kunnen verhandelen van de zorg. Je kunt dit soort zaken beter overlaten aan mensen die er inhoudelijk verstand van hebben, vinden artsen.

'Het EPD is een onzinnig idee, ontwikkeld door slecht geïnformeerde politici met waanideeën (de zogenaamde Klinkers) en ICT-malloten. Medisch absoluut geen behoefte aan een dergelijk netwerk. Elektronische communicatie van correspondentie en uitslagen is uiteraard wel zinvol en tijdsbesparend.'

Waarop zou dat (landelijk) EPD het antwoord zijn? Wat willen we ermee en wat hebben we daarvoor nodig? Huisartsen merken op dat het zou helpen in de gevallen waarin mensen zelf erg slecht kunnen vertellen welke ziekten ze hebben en welke medicatie ze gebruiken. Het belangrijkste is dan medicatie, een landelijk farmaceutisch EPD zou al heel veel helpen en is vele malen minder ingewikkeld, merken artsen op.

'In spoedgevallen moet je handelen en niet eerst de gegevens uit een EPD hoeven te halen. Zelf merk ik dat het belangrijkste is om de medicatie te weten. Hieruit haal je meestal de ziektebeelden. In onze plaats hebben de apothekers dit prima geregeld. Energie en geld, wat nu aan EPD wordt besteed, kan beter voor andere doelen besteed worden, Misschien hoeft er dan niet bezuinigd te worden op de echte zorg.'

Uitbouwen van de regionale EPD vinden de meeste artsen een beter idee. Daar ken je elkaar en hier gebeurt 95% van alle zorg. Als landelijk informatie nodig is kan een arts een dokter van dienst bellen.

'Gewoon met de telefoon. De SEH in Zaandam kan de HAP Heerlen bellen.'

Ook bij uitbouw van de regionale EPD moeten eerst goed alle bezwaren worden onderzocht en opgelost. Er moeten garanties en toezicht op privacy komen. De arts moet actieve toestemming geven voor opname in zo'n dossier. Het systeem moet vanuit de werkvloer worden opgebouwd en niet van hogerhand opgelegd (als speeltje van de zorgverzekeraars en VWS). Duidelijk moet zijn wie de toegang bepaalt. De regionale uitwisseling moet gelden voor een beperkte groep (collega huisartsen op de HAP, waarneming vakanties, etc.) om continuïteit en kwaliteit van behandeling na te streven. Het mag niet zo zijn dat Jan en alleman inzage krijgen in de zorgvuldig opgebouwde 'praktische en intellectuele' eigendom van huisartsen.

'Wat is er gebeurd met het beroepsgeheim?? De angst voor het op straat liggen van je hele hebben en houwen lijkt me niet ongegrond, en wie gaat er dan mee aan de haal, de gevaarlijkste boeven lijken me de verzekeraars.'

Er dient ook veel meer afstemming te zijn. Dit moet niet door systemen aan elkaar te knopen maar door voor eens en voor altijd een nieuwe database-structuur af te spreken waarvan alle verschillende systemen gebruik maken. Een HIS is alleen een zoek-en-inval-schermpje, meer niet. De database eronder doet het werk. Daar zitten nu veel te veel verschillen in met alle vertaalfouten en andere problemen van dien. Een integrale structuur maakt een EPD veel beter haalbaar en veel eenvoudiger te beveiligen. Daarbij is er een grote mentaliteitsverandering nodig zodat ook iedereen onder zijn eigen inlogcodes en de daarbij behorende machtigingen werkt. Daarbij zou je ook kunnen inbouwen dat een patiënt zelf expliciet toestemming moet geven om gegevens elders in te zien, bijvoorbeeld via een zorgpas en pincode. En dus niet alleen via machtigingen van een zorgverlener.

Overige vorderingen

De helft van de huisartsen (50 procent) maakt al gebruik van het waarneemdossier Huisartsen, 22 procent verwacht dat inzage binnen een jaar mogelijk is en 25 procent verwacht dat niet.

Tweederde van de huisartsen (76 procent) is van plan zijn eigen Elektronisch Medisch Dossier (EMD) ter inzage te stellen voor de huisartsenpost, 15 procent wil dat niet.

Bijna de helft van de huisartsen (46 procent) heeft hun Elektronisch Medisch Dossier ADEMD-proof (Adequaat Elektronisch Medisch Dossier-proof), 40 procent nog niet. ADEMD-proof betekent dat er wordt geregistreerd dat het dossier voldoet aan de standaard zoals door huisartsen is opgesteld (met medewerking van het Nederland Huisartsengenootschap): eerst ADEMD registreren en daarna eventueel via het Landelijk schakelpunt elektronisch communiceren.

59 procent van de artsen heeft al een Unieke Zorgverlener Identificatie-pas, 37 procent nog niet en 4 procent is niet van plan dit aan te vragen.



O C
O O O
C O O
O O O C O O
C O O O O C
O O C O C O
O O O O C O O C
O O O O C O O C

0.14
35m

C B

0.25
28m

D L F

0.35
20m

P T E O

0.50
14m

F Z B D E

0.70
10m

O F L C T B

1.00
7m

T P E O L F D Z

1.50
5m

L P C T Z B D E F O

2.00
4m

Z O C E F L D F B T

4. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

De unieke positie van de huisarts als spin in het web binnen een huisartsenzorg die staat voor continue, integrale en persoonlijke zorg, dreigt te verdwijnen door het gevoerde beleid. Dat blijkt uit de antwoorden die ruim 1900 huisartsen gaven op de enquêtevragen. De onderzoeksgroep bleek een redelijke doorsnede van de totale groep huisartsen in Nederland te zijn. Wat betreft geslacht, leeftijd, solo- of groepspraktijk en werkzaam in de stad of op het platteland. In de onderzoeksgroep zitten wat minder 35-44 jarigen en wat minder huisartsen met solo-praktijken dan in de totale groep huisartsen in Nederland.

Uit de totaal meer dan 20.000 reacties op alle open vragen blijkt de grote betrokkenheid van huisartsen bij hun vak. Maar ook een vaak scherpe analyse van wat er verkeerd gaat in de huisartsenzorg. Het gros van de ondervraagde huisartsen wijst het regeringsbeleid wat betreft huisartsenzorg volledig af.

Afvalputje van de zorg

Voor meer dan de helft van de huisartsen is het plezier in het werk de afgelopen jaren afgenomen. Volgens het merendeel (87 procent) van de artsen is de werkdruk de afgelopen jaren toegenomen. De artsen wijten dat vooral aan de toename van administratie en van taken. Ook wijst de meerderheid van de huisartsen op het slecht functioneren van de zorg elders. De versnippering en afname van kwaliteit van de thuiszorg, de ziekenhuiszorg die steeds fabrieksmatiger gaat functioneren. Maar ook de lange wachtlijsten vooral in de ouderenzorg. Het is de huisarts die het probleem moet oplossen. Hij was altijd al het afvalputje van de zorg, maar er gaat steeds meer naar het afvalputje, zo merkt een arts op.

Google-patiënten

De gezondheidsproblemen nemen toe. Dat heeft veel te maken met de vergrijzing, maar ook met de inrichting van de maatschappij en de economische crisis. Niet alleen de gezondheidsproblemen nemen toe, de patiënten voelen ook meer gezondheidsproblemen. De patiënten vinden steeds meer op internet, met googelen vind je een oplossing voor elke kwaal. De farmaceutische industrie helpt ook graag een handje mee via symptom-reclame, bijvoorbeeld over schimmelnagels en erectieproblemen. Zo ontstaat een toename van de vraag van patiënten over zaken die vroeger gewoon bij het leven hoorden.

Er is ook een afname van acceptatie van ongezondheid bij mensen. Het probleem moet direct worden opgelost. Mensen moeten altijd door kunnen werken. Ook een kind moet direct beter zijn, want anders kan het niet naar de kinderopvang en kan vader of moeder dus niet aan het werk.

Huisarts voelt zich tekortschieten

Eén op de vijf huisartsen zegt de patiënten niet altijd de vereiste kwaliteit van zorg te kunnen geven. De meeste huisartsen lossen het tijdstekort op door gewoon nog veel harder te werken en meer tijd te nemen per patiënt, 15 in plaats van 10 minuten. Toch schuiven normen geleidelijk op. Zo schieten visites na bevalling, in het ziekenhuis, er nu bij in, terwijl het vijf jaar geleden nog de gewoonte was. Voor het begeleiden van terminale patiënten moet tijd worden vrijgemaakt. Dat lukt vaak alleen nog in de avonduren na een 10 tot 12 uren werkdag, merkt een van de artsen op. Daarnaast staat vooral de ouderenzorg staat onder druk.

Kleinere praktijken

De norm voor doktersassistenten moet worden verhoogd en er moet meer ondersteunend personeel komen. Daarnaast willen veel huisartsen kleinere praktijken. De arts-patiëntrelatie moet centraal staan. Het moet zeker niet zo zijn dat de huisarts extra doktersassistentes gaat inhuren om zich zelf meer met de administratie en management bezig te gaan houden. Het zou goed zijn als er weer een ondersteuning op regionaal niveau komt, zoals je vroeger de districten van de LHV had voor inhoudelijke en organisatorische ondersteuning. Huisartsen werken nu vaak 60 uur per week in plaats van de door Nza berekende 45 uur. Ook de tien minuten-norm voor consulten vinden veel huisartsen achterhaald. Dat betekent dat er een tekort aan huisartsen zal ontstaan en er meer huisartsen opgeleid moeten worden.

De huisartsen vinden ook dat gestopt moet worden met de onzinnige plannen van bovenaf zoals marktwerking en het invoeren van keten-DBC's, omdat ze veel bureaucratie veroorzaken. Herstel het vertrouwen in de huisartsen en laat het aan de beroepsgroep zelf over.

Marktwerking funest voor de huisartsenzorg

87 procent van de huisartsen wijst de marktwerking in de zorg af. Door de marktwerking is er veel meer bureaucratie gekomen, zijn de uitgaven toegenomen en is er minder solidariteit en kwaliteit van zorg. Met marktwerking introduceer je productiedenken in de zorg. De artsen zijn ook zelfkritisch, ze zijn bang dat ze zich vooral gaan richten op dingen waar ze economisch gezond door blijven, vooral producten leveren omdat ze er aan kunnen verdienen. Iedereen rent achter budgetten aan in plaats van te handelen uit passie voor de patiënt. De artsen vrezen ook voor minder samenwerking en versnippering van de zorg. De zorg wordt in hokjes verdeeld terwijl de huisarts juist de generalist is. Het kost de artsen bovendien veel tijd om allerlei getallen te produceren ten behoeve van de prestatie-indicatoren van verzekeraars die op zich weinig zeggen over de kwaliteit van de zorg. De marktwerking in de huisartsenzorg werkt niet, de zorgverzekeraar dicteert, tarieven worden opgelegd. Huisartsen vrezen dat de zorgverzekeraars met hun beleid de continue en integrale huisartsenzorg zullen afbreken.

Tweedeling door marktwerking

De markt leidt tot overbodige zorg, zoals pret-MRI's en check-ups voor wie het kan betalen. Huisartsen zien ook nieuwe markten ontstaan. Ziekenhuizen die adverteren met zorgstraten met eerstelijnszorg. Klinieken schieten als paddestoelen uit de grond, zoals overgangspoli's, mannenpoli's, hooikoortspoli's. Patiënten die prima in de eerste lijn kunnen worden behandeld, worden naar de ziekenhuizen getrokken en ondergaan vaak ook nog overbodige zorg. Aan de andere is het steeds moeilijker goede zorg voor demente bejaarden te vinden. Artsen vrezen dat kwetsbare patiënten verstoken raken van zorg, zij 'presteren' minder goed en huisartsen zullen mogelijk in de verleiding komen deze mensen buiten DBC's te houden, ze veroorzaken slechte scores in bijvoorbeeld een diabetesinstelling. Mensen met minder geld kiezen ook vaker voor de goedkoopste verzekering en worden daardoor uitgesloten van bepaalde medicatie, fysiotherapie of psychotherapie.

Macht zorgverzekeraars

84 procent van de huisartsen vindt dat de zorgverzekeraars steeds meer op de stoel van de huisartsen gaan zitten. Zorgverzekeraars bepalen steeds meer welke medicijnen patiënten krijgen voorgeschreven. Verzekeraars bepalen ook steeds meer naar welk ziekenhuis een patiënt mag en wat hij vergoed krijgt. Verzekeraars bepalen welke zorgproducten zij inkopen en welke niet. Zorgverzekeraars stellen ook eenzijdig kwaliteitsindicatoren vast en bemoeien zich via de keten-DBC's nogal eens met de inhoud van de zorg. Ze starten zelf ook praktijken, eigen vaccinatiebedrijven en uitgifteposten voor medicijnen. Daarnaast zetten ze patiënten onder druk om naar een internetapotheek te gaan. De kwaliteit van de medicatiebewaking komt zo onder druk te staan. Eén huisarts spreekt de vrees uit dat als het zo doorgaat, dit het einde van de huisartsgeneeskunde wordt.

Keten-DBC's

De functionele bekostiging of keten-DBC's, waarbij huisartsen worden afgerekend op zorg die per keten is geformuleerd (diabeteszorg, cardiovasculair risicomangement, hartfalen en COPDzorg) heeft als consequentie dat een deel van de zorg wordt opgeknipt in ziektebeelden die de huisarts samen met andere hulpverleners behandelt. De huisarts wordt hoofdaannemer en moet onderhandelen met de zorgverzekeraar over de prijs. Zoals eerder al gesteld bemoeit de zorgverzekeraar zich hierbij nogal eens met de inhoud van de zorg door het stellen van allerlei kwaliteitsdoelstellingen. De huisartsen zien veel meer nadelen dan voordelen. 90 procent vreest een enorme toename van de bureaucratie. 88 procent vreest het teloorgaan van de integrale zorg. 80 procent vreest het sturen op geld in plaats van professionele motieven. Ze wijzen er bovendien op dat huisartsen al lang ketenzorg organiseren. Er is geen functionele bekostiging voor nodig, deze doet zelfs afbreuk aan de professionele ketenzorg.

Perverse financiële prikkels

De meeste huisartsen zijn afkerig van het idee van minister Klink om huisartsen extra te belonen als bepaalde kwaliteitsdoelstellingen worden bereikt (pay for performance), bijvoorbeeld bij een bepaalde vaccinatiegraad tegen griep. Slechts 15 procent denkt

dat dit de zorg zou kunnen verbeteren. De artsen vrezen dat geld en cijfers de drijfveer worden in plaats van de zorg en patiënten. Ze vrezen dat huisartsen vooral aan hun inkomen gaan denken en dat dit ten koste kan gaan van de huisarts-patiëntrelatie. Kwaliteitsdoelen zijn bovendien ook afhankelijk van je patiëntenpopulatie; in een achterstandswijk is dan ook moeilijker aan kwaliteitsdoelen te voldoen. Ervaringen uit Engeland leren bovendien dat dit leidt tot onnodige zorg en veel bureaucratie. Huisartsen richten zich te veel op het oppeppen van de indicatoren. Kortom, hier geldt hetzelfde risico als bij de kwaliteitsdoelstellingen van keten-DBC's. Targetgeneeskunde is verarming van de zorg en artsen worden geldwolven, de franje en de ziel verdwijnen uit je vak, aldus één van de artsen. Tweederde van de huisartsen spreekt zich uit tegen financiële prikkels op principiële gronden, 15 procent ziet er wel iets in.

Bezuinigingen absurd

Een andere perverse prikkel brengt de minister in via de bezuinigingen van 60 miljoen in 2010. Huisartsen kunnen deze bezuiniging terugverdienen als ze meer goedkope generieke middelen gaan voorschrijven. 86 procent van de huisartsen vindt dat onaanvaardbaar. Ook de aangekondigde korting van 127 miljoen in 2011 als een besparing voor dit bedrag op de medicijnkosten door de huisartsen niet wordt gehaald, wordt faliekant afgewezen door 95 procent van de huisartsen. De huisartsen merken terecht op dat zij al veel generiek voorschrijven, het zijn de specialisten die dure geneesmiddelen voorschrijven. De farmaceutische industrie beloont specialisten als ze poliklinisch de dure geneesmiddelen voorschrijven, zelfs als patiënten op goedkopere middelen waren ingesteld. Huisartsen merken ook op het voorschrijven op andere dan medische gronden onethisch te vinden, dit zet de arts-patiënt relatie op het verkeerde been. De patiënt moet er op kunnen vertrouwen dat de arts voorschrijft in het belang van de patiënt, en niet in het belang van de zorgverzekeraar of de eigen portemonnee. De meeste huisartsen vinden het ook onbegrijpelijk dat er gekort wordt op de huisartsenzorg. Er komt steeds meer af op de huisartsen, de huisartsenzorg is relatief goedkoop en er is dan ook terecht dat verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn gewenst is.

Dokter komt om in papieren

De huisartsen ervaren enorm veel bureaucratie. 57 procent is ruim een dag per week of nog veel meer kwijt aan administratie. 37 procent zit een halve tot een dag aan het papier en slechts 6 procent redt het binnen een halve dag. Die administratie wordt vooral in de avonduren of weekenden uitgevoerd. Een belangrijke oorzaak is de marktwerking; 87 procent van de huisartsen zegt dat de bureaucratie hierdoor toeneemt. Ook de invoering van de keten-DBC's leidt volgens 90 procent van de huisartsen tot meer bureaucratie.

Als maatregel om de bureaucratie terug te draaien wint met stip: het individueel onderhandelen met zorgverzekeraars. Een meerderheid van de huisartsen is voor het afschaffen van machtigingen, het opheffen van het CIZ en vereenvoudiging van het declaratiesysteem. Zelfs voor nieuwe protheses voor verloren armen en benen of borstprotheses moeten steeds opnieuw machtigingen worden aangevraagd. Ten slotte worden de controledrift door de marktwerking en de zinloze verwijzingen genoemd als grote ergernis.

De wachtlijsten in de zorg bezorgen artsen ook veel frustratie en extra tijdsdruk. Huisartsen zijn soms 4 uur aan het bellen om een patiënt op een tijdelijke plek in een verzorgingshuis te krijgen.

Inkomen kost veel administratief sprokkelwerk

Huisartsen zijn wisselend tevreden over hun inkomen. De meerderheid is tevreden met het huidige financieringssysteem. Ze vinden wel dat het eenvoudiger zou moeten. De consultprijzen en -regels verschillen per verzekeraar en veranderen jaarlijks. Het individueel contracteren, ingewikkelde declareren en het invullen van machtigingen leiden zoals hierboven toegelicht tot veel onnodig administratief sprokkelwerk ofwel bureaucratie. Er wordt ook onvoldoende gekeken naar wat de huisarts werkelijk doet, zodat het nog steeds geen loon naar werken is. Zeker als je de patiënten ook nog voldoende tijd en aandacht wil geven. Een kwart van de artsen zou terug willen naar het oude abonnementssysteem. Dan wel met betere uitwerking van de opslag voor een aantal zaken.

We lijken wel een avondwinkel

De grote meerderheid van de huisartsen (70 procent) vindt dat de diensten buiten kantoor tijd bij het huisartsenvak horen. Driekwart vindt ook dat deze diensten zelfstandig moeten opereren, een kwart vindt dat de diensten geïntegreerd mogen worden in de spoedeisende hulpverlening van de ziekenhuizen. Huisartsen vinden het steeds moeilijker de diensten er bij te doen, zeker na de lange dagen die huisartsen maken. Bovendien vindt tweederde de vergoeding te laag. Het grootste probleem is echter dat mensen de huisartsenzorg steeds meer als 24-uurs consumptiedienst gaan zien. Met name de grootschalige diensten zijn onpersoonlijk, waardoor de drempel voor mensen laag is. Mensen wachten niet meer met hun probleempjes. Volgens sommige huisartsen is 80 procent geen spoedzorg meer. Het is net een avondwinkel geworden.

Meer ondersteuning voor kleinschaligheid

De meerderheid van de huisartsen (53 procent) vindt dat de eerstelijnszorg meer in de buurt georganiseerd moet worden, in kleinschalige buurtcentra of netwerken. Voor artsen die werken in achterstandswijken ligt dat zelfs op 63 procent. De huisartsen vinden dat ze onvoldoende steun krijgen, vooral vanuit de lokale overheid. Bijvoorbeeld voor huisvesting en randvoorwaarden, organisatorische en managementondersteuning. Initiatieven van onderop zouden zo meer ondersteund moeten worden. Ook de overheid zou centra kunnen opzetten met artsen in loondienst. Goede samenwerking en afstemming in de eerste lijn is nodig, de wijkzuster moet terug en de thuiszorg moet overal volgens het concept buurtzorg worden georganiseerd. Marktwerking is funest voor de samenwerking in de eerste lijn en moet worden teruggedraaid.

Professionele autonomie

Duidelijk is dat de medische professional vrij moet zijn van invloeden van overheid, markt, financiële opdrachtgevers (lees: zorgverzekeraars) en financiële prikkels. Naast zorgverzekeraars en markt baart beïnvloeding door de farmaceutische industrie zorgen. Ruim een op de vijf huisartsen vindt dat nascholingsactiviteiten te veel zijn verbonden met de farmaceutische industrie. Volgens 76 procent van de huisartsen zou het goed

zijn op regionaal niveau geheel onafhankelijke nascholingsactiviteiten te organiseren. Over commerciële artsenbezoekers zijn de artsen verdeeld: 34 procent vindt dat deze verboden zouden moeten worden, 44 procent is het daar niet mee eens. 41 procent van de ondervraagde huisartsen ontvangt zelf artsenbezoekers, 57 procent niet. Van de huisartsen die artsenbezoekers ontvangen, vindt 9 procent dat deze verboden zouden moeten worden, van de huisartsen die geen artsenbezoekers ontvangen vindt 52 procent dat.

Elektronisch patiëntendossier

Slechts 7 procent van de huisartsen voelt voor het landelijk Elektronisch Patiënten Dossier zoals minister Klink dat wil invoeren. Hoewel artsen opmerken dat het af en toe handig zou zijn als je informatie kunt opzoeken, vinden ze uitbouwen van een regionaal EPD een beter idee. Daar ken je elkaar en hier gebeurt 95 procent van de zorg. Als je verder weg uit het land iets wilt weten, bel je de dienstdoende arts. Ook bij een uitbouw van het EPD moeten bezwaren eerst worden opgelost. Zoals garanties en toezicht op privacy en het probleem van de toestemming van de patiënt. Duidelijk moet ook zijn wie wel en geen inzage heeft en wie dat bepaalt. Zo'n systeem moet in elk geval vanuit de werkvloer worden opgebouwd en niet van bovenaf worden opgelegd als speeltje van de zorgverzekeraars en VWS, merkt een huisarts op.

Bijna driekwart van de artsen (73 procent) vindt dat de uitgangspunten van de Woudschotenconferentie uit 1959 nog onverkort van kracht zijn: huisartsenzorg betekent continue, integrale en persoonlijke zorg voor patiënten en gezinnen – de huisartsenzorg waakt over de gezondheid van patiënten, 24 uur per dag. Kenmerkend hierin zijn de langdurige arts-patiëntrelaties. Ook het merendeel van de jonge huisartsen (70 procent) ondersteunt de uitgangspunten van Woudschoten.

'Waarin de artsen in de frontlijn bezig zijn met het filteren van gezondheidsklachten, diagnostiek en ordening van de brij aan ongerustheid, angst, onzekerheid, vragen, klachten. Deze enorm wezenlijke functie aan de basis van de gezondheidszorgpyramide staat op het spel. Omdat zij zich niet leent voor marktwerking en dit helaas het leidende dogma is.'

Dit onderzoek maakt echter duidelijk dat het regeringsbeleid deze uitgangspunten ondermijnt.

De ingevoerde marktwerking en keten-DBC's, het idee om financiële prikkels in te voeren en de doorgevoerde bezuiniging die huisartsen kunnen terugverdienen als bonus voor goede zorg – het zijn allemaal prikkels die leiden tot sturen op geld en inkomen in plaats van op zorg en patiënten. Het opknippen en verhandelen van zorg verhoudt zich niet met de integrale huisartsenzorg. Het beleid van minister Klink haalt de ziel en de franje uit de huisartsenzorg.

'Als Klink op de huidige voet doorgaat dan draait daar de hele huisartsgeneeskunde in Nederland voor op. Met andere woorden: dat wordt het einde van de huisarts in Nederland.'





5. AANBEVELINGEN

1. Investeer meer in de eerste lijn vanuit het besef dat hoe hoogwaardiger deze vorm van zorg is, des te beter het is voor de patiënt en de doelmatigheid in de zorg. Bezuinigingen dienen om die reden te worden teruggedraaid. Investerings in de eerste lijn worden meer dan terugverdiend doordat er minder van de dure tweedelijnszorg gebruik wordt gemaakt.
2. Herstel het vertrouwen in de huisarts en laat meer over aan de zorgprofessionals. Zorg dat de overige zorg en met name de zorg voor ouderen goed functioneert en niet verstopt raakt.
3. Verlaag de praktijknorm (thans 2350) met behoud van inkomen, om te beginnen naar 2000. De normtijd voor een consult moet naar minimaal 15 minuten. Er moeten meer (huis)artsen worden opgeleid en de numerus fixus afgeschaft.
4. Er moeten weer regionale of districtsdiensten komen voor inhoudelijke en organisatorische ondersteuning van de huisarts. De financiële faciliteiten voor ondersteunend personeel dienen te worden uitgebreid en de norm voor doktersassistente dient te worden verhoogd naar 1,5 fte per normpraktijk.
5. Draai de marktwerking in de huisartsenzorg terug. De bemoeienis van de Nma met de zorg moet worden gestopt. Stop met het individueel onderhandelen met alle zorgverzekeraars door het maken van landelijke prijsafspraken (landelijke prijslijst). De contracteerplicht voor hulpverleners dient te worden heringevoerd zodat patiënten maximale keuzevrijheid hebben.
6. Draai de functionele bekostiging (keten-DBC-financiering) terug. De ketenzorg zoals die al door huisartsen werd opgezet, dient te worden gestimuleerd en financieel ondersteund. Wat door de eerste lijn kan moet ook zoveel mogelijk door de eerste lijn gebeuren. Licht de eerstelijns poli's in de ziekenhuizen door. Breng de noodzakelijke zorg zoveel mogelijk over naar de eerste lijn.

7. Stuur niet op financiële prikkels in de zorg, deze zijn principieel verwerpelijk.
Targetgeneeskunde leidt ertoe dat geld en cijfers de drijfveer worden in plaats van zorg en patiënten. Huisartsen dienen volledig te worden gefinancierd via een abonnementensysteem. Het verrichtingenstelsel dient te vervallen. Het toeslagensysteem moet worden verbeterd zodat het goed aansluit op de intensiteit van de noodzakelijke zorg (zorgzwaarte) van de praktijkpopulatie. De inschrijving blijft op naam.
8. Voer een afstandscriterium in van 15 minuten voor huisartsenposten. Bevorder het kleinschalig werken ook in de diensten, bijvoorbeeld door het opzetten van satellietposten door grootschalige dienstenstructuren. Huisartsen die op kleinschalige wijze vanuit het Woudschoten-concept hun diensten willen organiseren, dienen hiervoor te worden ondersteund in plaats van tegengewerkt.
9. Bevorder kleinschaligheid. Hierdoor wordt ook het onnodige gebruik van de huisarts teruggedrongen alsmede de anonimisering in de zorg tegengegaan. Een bekende huisarts werkt helend en geeft vertrouwen. Initiatieven van onderop om kleinschalige eerstelijnsvoorzieningen of netwerken in de buurt op te zetten, verdienen ondersteuning. Gemeenten en/of landelijke overheid dienen dit organisatorisch en financieel te vergemakkelijken.
10. Schaf ter beteugeling van de bureaucratie het afstandelijke en bureaucratische indicatieorgaan CIZ af. De indicatie kan beter weer worden gesteld door de wijkverpleegkundige in samenspraak met de huisarts. De thuiszorg moet zoveel mogelijk worden georganiseerd volgens het buurtzorg-concept.²⁰
11. Bewaak de professionele autonomie. Behalve overheid, markt en financiële prikkels is ook gevaar te duchten van de farmaceutische industrie. Nascholingen moeten onafhankelijk worden georganiseerd. Commerciële artsenbezoekers dienen te worden geweerd en zich in elk geval te beperken tot bezoeken aan de farmacotherapeutische overleggen (FTO's) in plaats van aan individuele artsen.
12. Voer het landelijk Elektronische Patiënten Dossier niet in. Een landelijk dossier is niet nodig, de meeste zorg en benodigde uitwisseling van gegevens vindt immers regionaal plaats. Uitbouw van het regionale Elektronische Medisch Dossier kan, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan met betrekking tot de privacy, patiënttoestemming en duidelijkheid wie toegang heeft en wie daarover beslist. Er dient ook vooral meer afstemming te zijn van de verschillende huisartsinformatiesystemen.





BIJLAGE 1

ENQUÊTEVRAGEN EN UITKOMSTEN

Algemene gegevens

1. Wat is uw geslacht?

vrouw	541	28%
man	1362	72%
totaal	1903	

2. Wat is uw leeftijd

< 35 jaar	132	7%
35-44 jaar	411	22%
45-54 jaar	688	36%
> 54 jaar	672	35%
totaal	1903	

3. Wat is uw werkervaring binnen de huisartsenzorg?

< 2 jaar	50	3%
2-5 jaar	161	8%
5-10 jaar	265	14%
10-20 jaar	531	28%
> 20 jaar	880	46%
nvt	16	1%
totaal	1903	

4. Welke vorm van huisartsenzorg bedrijft u?

solist	509	27%
gezamenlijke praktijk	576	30%
HOED	385	20%
Eerstelijnscentrum	227	12%
Anders	187	10%
Nvt	20	1%
Totaal	1904	

5. In welk soort gebied werkt u als huisarts?

Dorp of platteland	580	31%
Licht verstedelijkt gebied (>20.000 inwoners)	460	24%
Verstedelijkt gebied (> 50.000 inwoners)	349	18%
Grote stad (> 100.000 inwoners)	480	25%
Nvt	31	2%
Totaal	1900	

6. Werkt u ook in achterstandswijken?

Ja	493	26%
Nee	1340	70%
Nvt	68	4%
Totaal	1901	

6a. Voor hoeveel van uw patiënten ontvangt u een toeslag omdat ze woonachtig zijn in een achterstandswijk?

Voor minder dan eenderde	303	62%
Voor eenderde tot tweederde	75	15%
Voor meer dan tweederde	42	9%
Nvt	70	14%
Totaal	490	

Werkbeleving**7. Hoe waardeert u uw werk?**

Zeer positief	490	26%
Positief	1188	64%
Neutraal	137	7%
Negatief	33	2%
Zeer negatief	3	0%
Geen mening	10	1%
Totaal	1861	

7a. Het plezier dat ik beleef in mijn werk is de afgelopen jaren toegenomen

mee eens	344	19%
niet eens, niet oneens	562	30%
mee oneens	955	51%
totaal	1861	

8. Hoe oordeelt u over uw werkdruk?

Ik kan de hoeveelheid werk goed aan	463	26%
Ik kan de hoeveelheid werk redelijk aan	867	48%
Ik kan de hoeveelheid werk nauwelijks aan	461	25%
Geen mening	11	1%
Totaal	1802	

8a. Is de werkdruk de afgelopen tien jaar veranderd?

De werkdruk is afgenomen	39	2%
De werkdruk is niet afgenomen en niet toegenomen	124	7%
De werkdruk is toegenomen	1560	87%
Geen mening	79	4%
Totaal	1802	

8b. Waar wordt de hogere werkdruk door veroorzaakt? (n=1802)

Toename administratie	1541	86%
Toename taken	1360	75%
Slecht functioneren elders, bijv CIZ	974	54%
Toename gezondheidsproblemen	615	34%
Wachlijsten elders in de zorg	518	29%
Afname bezetting praktijk	63	4%
Anders	179	10%

9. Kunt u de patiënten de vereiste kwaliteit van zorg bieden?

Altijd	138	8%
Meestal	1286	71%
Soms wel. Soms niet	346	19%
Soms	20	1%
Nooit	3	0%
Nvt	9	1%
Totaal	1802	

10. Om goede zorg te kunnen (blijven) bieden (N=1802)

Moet de norm voor doktersassistente verhoogd (thans 1 Fte)	1298	72%
Moet meer ondersteunend personeel komen (met adequate financiering)	989	55%
Moeten de praktijken kleiner worden (met behoud norminkomen)	706	39%
Anders	542	30%

Bezuinigingen**10a. de bezuiniging op de huisartsenzorg van 60 miljoen in 2010**

is begrijpelijk gezien de financiële situatie	131	7%
is aanvaardbaar	70	4%
is niet aanvaardbaar	1550	86%
geen mening	51	3%
totaal	1802	

10b. De dreigende korting tot 127 miljoen in 2011 als de beoogde besparing van 127 miljoen op de medicijnkosten van door huisartsen voorgeschreven medicijnen in 2010 niet worden gerealiseerd

is begrijpelijk gezien de financiële situatie	35	2%
is aanvaardbaar	22	1%
is niet aanvaardbaar	1713	95%
geen mening	32	2%
totaal	1802	

Bureaucratie**11. Hoeveel tijd besteedt u per week aan administratie/bureaucratie?**

0-4 uur	111	6%
4-8 uur	637	37%
8-12 uur	747	44%
12-16 uur	64	4%
16-20 uur	39	2%
20-24 uur	60	4%
meer (incl ass)	58	3%
totaal	1716	

12. Wat kan volgens u bijdragen aan vermindering van bureaucratie? (N=1777)

Stoppen met ind. onderhandelingen zorgverzekeraars	1294	73%
Afschaffen machtigingen	1114	63%
Afschaffen CIZ	1010	57%
Vereenvoudigen declaratiesysteem	973	55%
Minder wachlijsten, meer plaatsingsmogelijkheden	714	40%
Anders	336	19%

Marktwerking**13. Ook in de huisartsenzorg zijn de regels aangepast ten behoeve van marktwerking en concurrentie. Steeds meer wordt onderhandeld over zowel de hoeveelheid zorg als over de prijs. Wat zijn uw ervaringen hiermee? Marktwerking en concurrentie leiden tot (N=1733)**

Meer bureaucratie	1506	87%
Minder bureaucratie	19	1%
Meer uitgaven in de zorg	1384	80%
Doelmatig gebruik zorggeld	61	4%
Minder solidariteit	1314	76%
Meer solidariteit	22	1%
Minder kwaliteit van zorg	988	57%
Meer kwaliteit van zorg	158	9%
Minder vraagsturing/zorg op maat	517	30%
Meer vraagsturing/zorg op maat	267	15%
Anders	261	15%

14. Ik merk in het dagelijks werk als huisarts dat de zorgverzekeraar steeds meer op de stoel van de huisarts gaat zitten.

Eens	1448	84%
Niet eens, niet oneens	212	12%
Oneens	48	3%
Geen mening	25	1%
Totaal	1733	

15. Is de marktwerking in de huisartsenzorg een goed idee?

Ja	42	2%
Neutraal	168	10%
Nee	1509	87%
Geen mening	14	1%
Totaal		1733

16. De invoering van de functionele bekostiging (keten-DBC's) voor diabetes, cardiovasculair risicomanagement, hartfalen en COPD is een goede zaak.

Eens	189	11%
Niet eens, niet oneens	414	24%
Oneens	1088	63%
Geen mening	42	2%
Totaal	1733	

16a. Wat zijn volgens u de positieve gevolgen van functionele bekostiging? (N=1733)

Ontlasten 2e lijn door organiseren in 1e lijn	712	41%
Zorg beter rondom patiënt georganiseerd	633	37%
Verbetering ketensamenwerking	611	35%
Toename kwaliteit door betere samenwerking	530	31%
Goedkopere zorg door preventie	376	22%
Efficiënter gebruik zorg door concurrentie ketens	62	4%
Anders	270	16%

16b. Wat zijn volgens u de negatieve gevolgen van functionele bekostiging (N=1733)

Meer administratie en nieuwe bureaucratie	1558	90%
Opknippen patiënt in ziektebeelden, geen integrale zorg	1523	88%
Sturen op geld ipv intrinsieke professionele motieven	1392	80%
Onevenwichtig veel aandacht ketendbc's	1187	69%
Zorgverzekeraars gaan op stoel huisarts zitten	1128	65%
Duurdere zorg vanwege meer declareren	947	55%
Aantasting keuzevrijheid patiënten	935	54%
Anders	120	7%

Inkomen

17. Het huidige norminkomen van de huisarts/eigenaar inclusief dienstenvergoeding van circa 110.000 euro per jaar is prima.

Eens	690	40%
Niet eens, niet oneens	322	19%
Oneens	623	37%
Geen mening	73	4%
Totaal	1708	

18. Wat vindt u van de financieringssystematiek? (N=1707)

De huidige systematiek is goed (deels abonnement, deels verrichtingen)	1064	62%
Beter is volledig abonnementssysteem (zoals oude ziekenfonds)	429	25%
Beter volledige prestatiebekostiging (verrichtingensysteem)	111	7%
Anders	27	2%
Geen mening	76	4%
Totaal	1707	

19. Wat vindt u van het idee om naar Engels voorbeeld huisartsen extra te belonen als bepaalde kwaliteitsdoelstellingen worden bereikt (pay for performance) bijvoorbeeld voor een bepaalde vaccinatiegraad tegen griep? (N=1707)

kan leiden tot minder zorg andere terreinen	965	57%
kan leiden tot versnippering van zorg	652	38%
kan leiden tot passiviteit als doel is bereikt	489	29%
dat zal de zorg verbeteren	252	15%
anders	553	32%

20. Het sturen van zorg via financiële prikkels (bonus) is op principiële gronden onwenselijk.

Eens	1118	65%
Niet eens, niet oneens	317	19%
Oneens	253	15%
Geen mening	19	1%
Totaal	1707	

Dienstenstructuur**21. De avond- nacht en weekenddiensten**

horen onlosmakelijk bij het huisartsenvak	964	57%
moeten net als in Engeland naar zelfstandige organisatie	430	25%
anders	243	15%
geen mening	57	3%
totaal	1694	

22. De huidige dienstenstructuur is qua omvang

te grootschalig	457	27%
grootschalig goed voor stad, niet voor platteland	492	29%
grootschaligheid overall goed	396	23%
anders	180	11%
geen mening	169	10%
totaal	1694	

23. de huisarts of een dienstenstructuur moet met de auto binnen 15 minuten bereikbaar zijn.

eens	1006	59%
niet eens, niet oneens	303	18%
oneens	361	21%
geen mening	24	2%
totaal	1694	

24. Ik heb een voorkeur voor een dienstenstructuur waarbij

de huisartsenpost is geïntegreerd met de spoedeisende eerste hulp ziekenhuis	435	26%
huisartsenpost wel onder een dak met ziekenhuis maar opereert onafhankelijk	815	48%
huisartsenpost geheel los van ziekenhuis	263	16%
anders	123	7%
geen mening	58	3%
totaal	1694	

25. De huidige financiering van de dienstenstructuur

is adequaat (65 euro per uur)	216	13%
moet meer dan 65 euro per uur zijn	1086	64%
we moeten naar ander systeem , bijv vast bedrag per ind. Huisarts	151	9%
anders	178	10%
geen mening	63	4%
totaal	1694	

Zorg in de buurt**26. Ik zou graag de diensten op wijk- en buurtniveau voor bijvoorbeeld 10-20.000 mensen willen organiseren.**

Eens	418	25%
Niet eens, niet oneens	313	19%
Oneens	856	51%
Geen mening	94	5%
Totaal	1681	

27. De zorg, ook de eerstelijnszorg, zou veel meer in de buurt georganiseerd moeten worden, in kleinschalige buurtzorgcentra of netwerken.

Eens	897	53%
Niet eens, niet oneens	374	22%
Oneens	329	20%
Geen mening	81	5%
Totaal	1681	

Verdere analyse:

Bij huisartsen die in stedelijke gebieden werken ligt het percentage iets hoger (55%) en in grote steden 57%. Bij huisartsen die werken in achterstandswijken (meer dan eenderde populatie) ligt dat percentage zelfs op 63%.

27a. Welke voorwaarden zijn nodig om dat te organiseren

Open vraag 571 maal ingevuld.

27b. Wordt aan deze voorwaarden voldaan?

Open vraag 533 maal ingevuld

Professie en nascholing**28. Uitgangspunten van de Woudschotenconferenties uit 1959 dat huisartsenzorg continue, integrale persoonlijke zorg betreft, zijn nog onverkort van kracht.**

Eens	1226	73%
Niet eens, niet oneens	171	10%
Oneens	247	15%
Geen mening	32	2%
Totaal	1676	

29. Nascholingsactiviteiten zijn te veel verbonden met de farmaceutische industrie.

Eens	349	21%
Niet eens, niet oneens	422	25%
Oneens	891	53%
Geen mening	14	1%
Totaal	1676	

30. Het zou goed zijn als er op regionaal niveau geheel onafhankelijke nascholingsmogelijkheden worden gerealiseerd.

Eens	1265	76%
Niet eens, niet oneens	255	15%
Oneens	125	7%
Geen mening	31	2%
Totaal	1676	

31. Het zou verboden moeten worden dat huisartsen individueel bezocht worden door medewerkers van de farmaceutische industrie (commerciële huisartsbezoekers)

eens	567	34%
niet eens, niet oneens	348	21%
oneens	741	44%
geen mening	20	1%
totaal	1676	

32. Ik ontvang zelf (commerciële) artsenbezoekers.

Ja	690	41%
Nee	950	57%
Nvt	36	2%
Totaal	1676	

Verdere analyse:**32 ja/31. Het zou verboden moeten worden dat huisartsen individueel bezocht worden door medewerkers van de farmaceutische industrie (commerciële huisartsbezoekers)**

eens	60	9%
niet eens, niet oneens	134	19%
oneens	490	71%
geen mening	6	1%
totaal	690	

32 nee/31. Het zou verboden moeten worden dat huisartsen individueel bezocht worden door medewerkers van de farmaceutische industrie (commerciële huisartsbezoekers)

eens	498	52%
niet eens, niet oneens	207	22%
oneens	236	25%
geen mening	9	1%
totaal	950	

Elektronisch patientdossier**33. Het verplicht invoeren van het landelijke patientendossier is een goed idee.**

Ja	109	7%
Aansluiten bij landelijk EPD maar wel vrijwillig	73	4%
Beter is regionale EPD uitbouwen	1012	61%
Nee, ook geen uitbouw regionale EPD	275	17%
Anders	148	9%
Geen mening	30	2%
Totaal	1647	

34. Maakt uw huisartsendienstenstructuur gebruik van het WDH (waarneemdossier Huisartsen)?

Ja	826	50%
Ik verwacht dan binnen een jaar inzage mogelijk is	361	22%
Nee	405	25%
Niet van toepassing	55	3%
Totaal	1647	

35. Bent u van plan uw eigen praktijk EMD (elektronisch medisch dossier) ter inzage te stellen voor de HAP?

Ja	1260	76%
Nee	243	15%
Nvt	144	9%
Totaal	1647	

36. Is uw EPD (elektronisch patientendossier) al ADEMD proof (Adequaat elektronisch medisch dossierproof)?

Ja	755	46%
Nee	659	40%
Niet van toepassing	233	14%
Totaal	1647	

37. Bent u al in het bezit van een UZI (Unieke Zorgverleners Identificatie)-pas?

Ja	926	59%
Nee	582	37%
Niet van plan aan te vragen	67	4%
Totaal	1575	

38. Kunt u drie onderwerpen benomen die naar uw mening in de komende jaren wat betreft huisartsenzorg topprioriteit verdienen?

Open vraag. 1387 maal ingevuld. (Zie bijlage 2.)

39. Welke maatschappelijke problemen komt u in uw werk het meest tegen?

Open vraag. 1196 maal ingevuld. (Zie bijlage 3.)





BIJLAGE 2

TOP TIEN PRIORITAIRE ZAKEN

De huisartsen is in enquêtevraag 38 gevraagd welke onderwerpen topprioriteit verdienen in de komende jaren. Hieronder de top tien van de nummers één bij 1387 huisartsen.

1.	Huisarts weer huisarts (back to the basis, integrale zorg, poortwachter, patiëntenzorg, tijd patiënten):	218
2.	Financiering (voldoende financiering, goede beloning huisartsen, andere financiering):	178
3.	Marktwerking (weg met marktwerking, keten-DBC, aanpakken macht zorgverzekeraars):	140
4.	Bureaucratie:	136
5.	Ouderenzorg (ook palliatieve zorg en zorg voor chronische zieken):	128
6.	Rust in de tent (consistentie beleid, continuïteit, lange-termijnvisie):	100
7.	Ondersteuning praktijk (meer fte's assistentie, meer ondersteunend personeel, POH):	63
8.	ANW-diensten (verbeteren, aanpakken consumptie, vrijwillige deelname):	60
9.	Eerste lijn versterken (meer investeren, geen bezuinigingen):	49
10.	Kleinschalige zorg (samenwerking, wijkgerichte initiatieven):	27

BIJLAGE 3

TOP TWAALF MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN

De huisartsen is in enquêtevraag 39 ten slotte gevraagd welke maatschappelijke problemen ze momenteel in het werk het meeste tegenkomen. Hieronder de top twaalf van de 1196 huisartsen die deze vraag hebben ingevuld.

1.	Eenzaamheid (vooral onder ouderen):	245
----	-------------------------------------	-----

'Armoede en gebrek aan zorg. Oude mensen die vereenzamen en stil depressief zijn, zonder dat ik er iets aan kan doen. Oude en arme mensen die zorg mijden omdat het te duur is. Kinderen die worden verwaarloosd, zonder dat ik genoeg tijd heb, om te doen wat ik zou moeten doen.'

2.	Armoede (schulden, mede door de crisis en psychische of gezondheidsproblemen en soms agressie hierdoor):	233
----	--	-----

'Armoede. Mensen die de zorg niet kunnen bekostigen bijvoorbeeld fysiotherapie. Ook erg: een weduwe van 56 met een dochter van 18 jaar. Echtgenoot 3 jaar geleden aan een melanoom overleden nu heeft zij mammacarcinoom. Geopereerd, veel last van de arm door lymfeklier toilet. Dochter woont thuis en is verpleegkundige. Dochter is 18 en dus geen huishoudelijke hulp.'

3.	Werkgerelateerde problemen (stress, arbeidsconflicten, hoge arbeidsdruk, burn out, reorganisatie):	207
----	--	-----

4.	(Dreigende) werkloosheid (wel of niet ten gevolge van de crisis):	180
----	---	-----

'Werkloosheid, de maatschappij is op drift er wordt niet meer naar het individu geluisterd alles is hap snap en veldwerkers tellen nergens meer mee.'

5.	Tekortschietende zorg (vooral verschraling en wachtlijsten in de ouderenzorg, ook slecht functionerende thuiszorg en wachtlijsten ziekenhuizen en jeugdzorg):	166
----	---	-----

‘Schaarste aan thuiszorg en achteruitgang van de verzorgingshuizen door zorgminuten becijferingen, kaalslag van de zorg door steeds minder en lager geschoold personeel terwijl er meer nodig is.’

‘Alleenstaanden (vaak ouderen) die door korte opnameduur of volle ziekenhuizen in kommervolle omstandigheden, zonder afdoende zorg en verzorging, thuis zitten.’

6.	Verslaving (ook veel alcoholmisbruik door eenzame ouderen):	160
7.	Inrichting samenleving (individualisme, verharding, hoge eisen, overbelasting, onzekerheid en angst):	160

‘Angst in algemene zin, mensen hebben geen houvast meer, tempo van de maatschappij is te snel. Tijd hebben/maken voor een ander heeft weinig status. Zorg leunt erg op mantelzorgers, dat wordt over 20 jaar echt een probleem.’

‘Angst/onzekerheid over mogelijkheid ziekte te hebben cq angst dood te gaan/afhankelijk te worden etc. Mijns inziens uiteraard van alle tijden maar door marktwerking heden ten dage uitgebuit. De calculerende burger die bv. een verwijzing wil omdat dan een en ander vergoed wordt.’

8.	Relatieproblemen (chtscheiding, eenoudergezinnen):	128
9.	Tweedeling (overconsumptie, geen aanvullende verzekering of medicijnen niet kunnen betalen, afhaken onderlaag):	80

‘Schulden, werkloosheid met te korte WW uitkeringen, falende jeugdzorg voor probleemgezinnen etc. We betalen momenteel de rekening van de afbraak van buurtwerkers enz in de jaren 80-90. Problematiek van de “onrendabelen”, mensen die zichzelf niet redden en aangekeken worden of dat allemaal hun eigen schuld is. Verharding klimaat wat betreft ziektewet (dreigende managers i.p.v. nette bedrijfsarts), uitkeringen. Mentaliteit van eigen schuld, dikke bult (had je maar niet moeten roken, drinken te vet eten enz. zonder enig begrip voor de achtergrond daarvan.’

10.	Opvoedingsproblemen (te hoge verwachtingen, gedragsproblemen, kinderen in de knel):	65
11.	Problemen migranten (sociaal isolement, taalproblemen, integratieproblemen, discriminatie, posttraumatische stress):	54

'Problemen met allochtonen (taal cultuur) geen interesse om te integreren. Sterker nog door vestiging Turkse dokter in de buurt afscheiding van de samenleving.

12.

Problemen huisvesting (slechte huisvesting, problemen huisvesting na scheiding):

50

NOTEN

- 1 Doeke Post, "De derde weg", Elsevier 2009, p. 73 e.v.
- 2 CVZ, zorgcijfers kwartaalbericht, eerste kwartaal 2009.
- 3 Doeke Post, "De derde weg", Elsevier 2009, p. 74 e.v.
- 4 "De huisarts blijft spotgoedkoop voor B.V.-Nederland", www.devrijehuisarts.org, mei 2009.
- 5 A.M. van Dulmen, "De helende werking van het arts-patiëntcontact", *Huisarts Wet* 2001, 44(11), pp. 490-4.
- 6 Zie de website van de Vereniging Huisartsenposten Nederland, mei 2010: www.vhned.nl/site/home/hapincijfers.html
- 7 Henk van Gerven en Ineke Palm, "Huisartsenzorg dichtbij", Wetenschappelijk Bureau SP, november 2007.
- 8 Zie: HYPERLINK "<http://www.huisartsvandaag.nl/content/view/8234/57/>" *www.huisartsvandaag.nl/content/view/8234/57/*, 21 november 2005.
- 9 Zie de Nieuwsberichten van 2005 op: HYPERLINK "<http://www.zorggeenmarkt/>" *www.zorggeenmarkt*.
- 10 Zie het Vogelaarakkoord van 30 juni 2005.
- 11 "De huisarts blijft spotgoedkoop voor B.V.-Nederland", www.devrijehuisarts.org, mei 2009.
- 12 Doeke Post, "De derde weg", Elsevier, 2009, p. 165.
- 13 "Analyse ten behoeve van de monitor huisartsenzorg 2009 van de Nza", SEO-rapport nr. 2008-76, Amsterdam 2008.
- 14 Zie: www.cg-raad.nl/volksgezondheid/20090717.html
- 15 Zie de brief van het LHV aan de leden over de onderhandelingen 2010, Utrecht, 9 juli 2009. Ziek ook de brief van Schoen ea. aan het LHV-bestuur, Schagen, 18 augustus 2009 (<http://comite-wake-up.org/>). En zie de brief van het LHV aan minister Klink, "Eindbod kan in deze vorm niet worden aanvaard", 29 augustus 2009.
- 16 Zie het RIVM-rapport "Experimenteren met de keten-dbc diabetes", 2009.
- 17 Zie: www.sp.nl/zorg/nieuwsberichten/6858/090714-klink_gooit_kwaliteit_huisartsenzorg_te_grabbel.html. Zie ook Hans Gimbel, "Klink ondermijnt huisartsenzorg," *Volkskrant*, 13 augustus 2009. HYPERLINK "http://extra.volkskrant.nl/opinie/artikel/show/id/3924/Klink_ondermijnt_huisartsenzorg_" http://extra.volkskrant.nl/opinie/artikel/show/id/3924/Klink_ondermijnt_huisartsenzorg
- 18 Zie: www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brieven/2008/05/09/brief-aan-knmg-lhv-knmp-vhn-nhg-en-kngf-over-invoering-epd.html
- 19 "Cijfers uit de registratie van huisartsen", NIVEL-peiling, november 2008.
- 20 Zie: www.buurtzorgnederland.com/

SP. ONDERZOEK

DE HUISARTS AAN HET WOORD

De afgelopen jaren zijn gekenmerkt door grote veranderingen voor de huisarts. De invoering van de Zorgverzekeringswet, de marktwerking en de komst van grootschalige huisartsenposten. En bezuinigingen.

Het vak huisarts ligt onder vuur. Sinds Woudschoten zijn de fundamentele uitgangspunten het bieden van continue, integrale en persoonlijke zorg. Zijn deze uitgangspunten bestand tegen de recente ontwikkelingen? En hoe moet het verder met de huisarts?

Ruim 1900 huisartsen hebben onze enquête ingevuld over alle belangrijke zaken die spelen. Het antwoord van de huisartsen velt een scherp oordeel over het kabinetsbeleid. 87% wijst de ingevoerde marktwerking en keten-DBC's af. Deze leiden tot sturen op geld en bovenmatige bureaucratie. De integrale zorg komt hierdoor onder druk. De hoge werkdruk wordt ook veroorzaakt door problemen elders in zorg zoals lange wachtlijsten vooral in de ouderenzorg.

Onverminderd gelooft driekwart van de huisartsen dat 'Woudschoten' behouden moet blijven. Daarvoor is praktijkverkleining nodig en dient de praktijkondersteuning te worden uitgebreid. Ruim baan voor kleinschaligheid en bewaak de professionele autonomie tegenover de zorgverzekeraars en industrie. Voor 'bonus'geneeskunde is geen plaats.

De praktijk van de markt past niet in de praktijk van de dokter. Laat de politiek naar de dokter luisteren.

In de serie 'Aan het woord' wordt mensen op de werkvloer gevraagd naar hun werkomstandigheden. In deze serie verschenen onder andere 'de leraar', 'de jeugdzorg', 'het gevangenispersoneel', 'de politie' en 'de schipper'.

