

Versterken eerstelijnszorg onmisb

Brief aan de informateur



De Nederlandse gezondheidszorg scoort al jaren in allerlei internationale vergelijkingen onverminderd hoog. De eerstelijnszorg speelt daarbij een essentiële rol. Eerstelijnszorg is zorg die dicht bij de burger wordt verleend, laagdrempelig en toegankelijk en relatief goedkoop vergeleken met tweedelijnszorg (ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeghuizen en dergelijke).

De laatste jaren is de verschuiving van zorg naar de eerste lijn in een stroomversnelling gekomen. Steeds meer mensen met één of meer chronische ziekte(n) blijven langer thuis wonen. De extramuralisering van de ouderenzorg en de ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg leiden ertoe dat er steeds vaker een beroep wordt gedaan op de zorg dicht bij huis. De eerste lijn heeft hierop geanticipeerd door geïntegreerde eerstelijnszorg te ontwikkelen voor veelvoorkomende chronische ziekten, speciale programma's voor kwetsbare ouderen en GGZ-problematiek te maken en zich steeds beter te organiseren.

Een goed functionerende eerste lijn kan er dus voor zorgen dat patiënten meer thuis of in de wijk geholpen kunnen worden en er geen onnodig beroep gedaan hoeft te worden op tweedelijnszorg. Maar dan moet er wel geïnvesteerd worden in die eerste lijn! Want al deze verschuivingen zorgen wel voor een steeds voller bord van de huisarts. Wil de eerstelijnszorg de veranderde Nederlandse samenleving goede zorg blijven bieden dan is het zaak nu op een aantal punten door te pakken. Geen stelselherzieningen zoals ook VNO-NCW bepleit in Vooruit met de Zorg¹, maar het verder stimuleren van ontschotting, innovatie en regionale samenhang. Met een belangrijke rol voor regionale organisaties die eerstelijnsprofessionals ondersteunen en werk uit handen nemen.

De issues in de gezondheidszorg zullen tijdens de formatie niet onbesproken blijven en namens de eerstelijnsorganisaties in Nederland geef ik u graag een aantal belangrijke noties mee.

Eerstelijnszorg staat dicht bij de patiënt

Eerstelijnszorg is onmisbaar voor het effectief inzetten van de goede zorg op de juiste plek, passende zorg waarin ook zelfmanagement een significante rol heeft. De omslag in het denken in termen van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag krijgt in de eerstelijnszorg het snelst zijn beslag, mede doordat er in de eerstelijnszorg van nature meer aandacht is voor de context van de patiënt en er meer verbindingen met het sociaal domein aanwezig zijn. Veel professionals en organisaties in de eerste lijn zijn al bezig met het daadwerkelijk vormgeven van Machteld Huber's concept van Positieve Gezondheid.

Multidisciplinaire zorg faciliteren, dag en nacht

Ouderen wonen langer thuis en GGZ-patiënten worden vaker ambulantly behandeld. Dit vereist een multidisciplinaire aanpak van de zorgverlening en voldoende tijd en personele capaciteit. Een deel van deze patiënten doet ook een beroep op de zorg in de avond-, nacht- en weekenduren en in acute zorgsituaties reikt de zorgvraag van deze patiënten vaak verder dan wat de huisarts op de huisartsenpost kan bieden. Dan is er meer overleg nodig met de thuiszorg, de apotheek, het ziekenhuis of de GGZ. Of moet er een doorverwijzing of opname geregeld worden.

Veel leden van InEen hebben stappen gezet rondom de zorg voor kwetsbare ouderen, de GGZ en de samenwerking met de wijkverpleging en het sociale domein. In pilots hebben ze de mogelijkheden laten zien om met behulp van regionale ondersteuning de zorg dicht bij huis, proactief en vooral persoonsgericht te leveren. Vanuit de georganiseerde eerstelijnszorg zien we ook mogelijkheden om voldoende tijd en capaciteit te creëren door in te zetten op taakherschikking, ondersteuning van praktijkmanagement, verkleining van praktijken en het aantrekken van wijkverpleegkundigen. Verdere uitrol vraagt om invulling van de benodigde randvoorwaarden. Denk aan voldoende financiële middelen voor zowel de zorgkosten als de benodigde organisatie en infrastructuur in de eerste lijn, maar ook aan zaken als digitale gegevensuitwisseling.

Regie is nodig om een eind te maken aan versnippering van het ICT-landschap

Patiënten worden geholpen door een netwerk van professionals uit zowel de cure, de care als het sociaal domein en zij moeten wel gegevens kunnen uitwisselen voor adequate zorgverlening. De privacywetgeving moet hiervoor voldoende ruimte bieden en professionals niet hinderen in hun samenwerking. Daarnaast moet er meer regie komen op de ontwikkeling van open source systemen in de zorg, zodat er veiliger en efficiënter gewerkt kan worden. Die regie moet komen van de overheid en/of de zorgverzekeraars, om een einde te maken aan de grote versnippering in het ICT-landschap in de eerstelijnszorg.

Goede zorg begint bij een goede diagnose

Wat ook essentieel is voor een goed functionerend eerste lijn is adequate eerstelijnsdiagnostiek. Diagnostiek die aansluit bij de wensen en behoeften van eerstelijnsprofessionals en van patiënten die in toenemende mate met zelfmetingen aan de slag gaan.

Weg naar voor toekomstig Nederland



Eerstelijnsdiagnostiek wordt momenteel te veel ingekocht vanuit oogpunt van kostenbeheersing: er wordt nagenoeg alleen naar tarieven gekeken, zonder in ogenschouw te nemen wat dit betekent voor de dienstverlening naar huisartsen en patiënten. Bovendien komen er steeds meer nieuwe vormen van diagnostiek en innovatieve methodieken, waardoor diagnostiek steeds meer door de patiënt zelf of in de huisartsenpraktijk kan plaatsvinden. Maar die moeten daarbij wel ondersteund worden. Deze transitie kan niet worden gerealiseerd als we eerst de huidige infrastructuur afbreken. Overheid en zorgverzekeraars moeten hier oog voor krijgen en ruimte bieden.

Resultaten hoofdlijnenakkoord 2013-2017

In juli 2013 bereikten een aantal eerstelijnspartijen samen met het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland een akkoord over de noodzakelijke versterking van de eerste lijn, een nieuw systeem van bekostiging en de benodigde financiële groei ruimte. Dit vanuit de overtuiging dat versterking van de eerste lijn essentieel is om een goed antwoord te geven aan de uitdagingen die op de eerste lijn afkomen en dat verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn kan bijdragen aan het beheersen van de totale zorgkosten.

Anno 2017 kunnen we constateren dat de financiële doelen uit het bestuurlijk akkoord weliswaar zijn behaald, zoals blijkt uit het rapport van de Algemene Rekenkamer², maar dat de noodzakelijke versterking van de eerste lijn nog achterblijft. In belangrijke mate heeft dit te maken met het feit dat zorgverzekeraars daar onvoldoende prioriteit aan geven en bovendien allemaal verschillend beleid voeren. We zien terughoudende contractering door zorgverzekeraars van integrale zorgprogramma's voor chronische zorg en ouderenzorg en een nog grotere terughoudendheid om te (voor)investeren in de voor substitutie en doelmatigere zorg noodzakelijke versterking van de organisatiegraad en de informatievoorziening. Het niet vertalen van de reeds gerealiseerde substitutie in een verschuiving van de financiële kaders ten gunste van de eerste lijn heeft daarbij ook niet geholpen.

Bij verschuiving van werk hoort verschuiving van budget

In het bestuurlijk akkoord was een jaarlijks groeipercentage voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg afgesproken van 2,5 procent. Daarbovenop zijn additionele substitutieafspraken mogelijk, zo was de afspraak. De gedachte was dat deze additionele afspraken gefinancierd zouden worden door te schuiven tussen de budgettaire deelkaders van de tweede en eerste lijn volgens het principe 'budget volgt zorg'.

In 2015 werd op basis van de uitkomsten van de zogenaamde substitutiemonitor budget verschoven tussen het kader medisch-specialistische zorg en het kader eerstelijnszorg. Helaas bleek dat in 2016 niet haalbaar vanwege veranderingen in de monitor. Weliswaar was aangetoond dat er wederom zorg was verschoven naar de eerste lijn, alleen kon niet meer eenduidig worden vastgesteld uit welk kader daarvoor financiële ruimte gecreëerd moest worden. VWS besloot daarop de kaders ongemoeid te laten.

Substitutie komt in financiële zin niet van de grond

U zult de teleurstelling bij de eerstelijnsorganisaties begrijpen. Huisartsen en hun organisaties hebben de afgelopen jaren tal van initiatieven voor meer zorg in de eerste lijn opgezet waardoor tweedelijnszorg voorkomen kon worden. Toch komt de substitutie in financiële zin niet van de grond. Ook voor de avond-, nacht- en weekendzorg, waarbij huisartsenposten veel zelfverwijzers van de SEH overnemen, zijn de bijbehorende financiële kaders niet of onvoldoende verschoven. Per saldo doet de eerste lijn steeds meer werk binnen nagenoeg dezelfde financiële kaders. En dat heeft zijn grenzen bereikt. Dit moet door een nieuw kabinet gerepareerd worden om de eerste lijn voldoende armslag te geven om ook toekomstige verschuivingen op te vangen én om alle betrokkenen gemotiveerd te houden.

Tot slot

Professionals en organisaties in de eerste lijn zijn zeer gemotiveerd samen de steeds complexere zorgvraag in de eerste lijn te voorzien van een goed en passend antwoord. Daarvoor is het essentieel dat het nieuwe kabinet bestaande barrières en hindernissen in wet- en regelgeving voor de professionals opruimt en de juiste budgettaire kaders vaststelt. Laten we dat in nieuwe bestuurlijke akkoorden met elkaar vastleggen. <<

Martin Bontje,
voorzitter InEen



Foto's: Thinkstock

¹ Vooruit met de zorg; beter, slimmer, menselijker; uitgave VNO-NCW, MKB-Nederland en meerdere leden, januari 2017

² Zorgakkoorden – uitgavenbeheersing in de zorg deel 4, Algemene Rekenkamer; december 2016