

Kanttekeningen bij een mijlpaal

Is de *Visie eerstelijnszorg 2030* een mijlpaal? De partijen die betrokken waren bij de totstandkoming daarvan – en dat zijn er nogal wat – zijn zelf van mening van wel. Ze stellen het zelfs letterlijk in het voorwoord van de visie. En op die stelling volgt deze zin: 'Iedereen beseft dat we gezamenlijk aan de slag moeten om de eerstelijnszorg op een mensgerichte manier houdbaar en duurzaam te maken. De visie ligt er. Nu gaan we met elkaar aan de slag om deze uit te voeren'. Dat de noodzaak er is om aan de slag te gaan, zal iedereen onderschrijven. Dat hierin alleen in samenwerking succesvol stappen kunnen worden gezet ook. De visie beschrijft ook heel duidelijk en gedetailleerd *waarom* de partijen hiermee aan de slag moeten. Maar als het vervolgens moet gaan over de vraag *hoe* dat moet gebeuren, wordt het document ineens een stuk minder concreet.



TEKST: MARTIEN BOUWMANS* EN FRANK VAN WIJCK

BEELD: PIXABAY/NVODICKA

De visie begint met de terechte vaststelling dat een goede eerstelijns gezondheidszorg niet vanzelfsprekend is. Patiënten in grote delen van het land ondervinden dit aan den lijve als ze een huisarts nodig hebben. Maar niet alleen de huisartszorg ondervindt problemen. De wijkverpleging, apothekers, logopedisten, fysiotherapeuten,

diëtisten, en specialisten ouderengeneeskunde kunnen er allemaal vanuit hun positie over meepraten.

Ook de vaststelling dat niet voor iedere vraag over gezondheid een (fysiek) bezoek aan een eerstelijns zorgverlener nodig is, is terecht. De verwijzing hierbij

naar websites als thuisarts.nl en apotheek.nl en naar het belang van goede samenwerking met het sociaal domein, duidt op het besef dat meer werk moet worden gemaakt van zelfregie van de zorg- of hulpvrager en van preventie. Maar waar het om het belang van de goede samenwerking tussen eerstelijns gezondheidszorg en sociaal domein gaat, blijft het in de visie vooral bij de constatering dat dit essentieel is. De vraag hoe dit moet worden bewerkstelligd, wordt niet uitgewerkt. Het kan natuurlijk wel, namelijk door de primaire zorgverzekeraar in een regio en de gemeenten zeggenschap te geven over de organisatie en structuur van de samenhangende en samenwerkende zorg en welzijn. Niet door op de stoel van de eerstelijns zorgverleners en de professionals in het sociaal domein te gaan zitten, maar wel door de stoel aan te wijzen waarop ze moeten gaan zitten. In de visie ontbreekt het echter aan een deze (of een andere) oplossing. Het blijft in de lucht hangen.

In nieuwbouwprojecten wordt nog te vaak niet nagedacht over welke mensen daar komen te wonen en wat hun behoeften aan zorg en welzijn zijn. Aan die behoeften kan heel concreet invulling worden gegeven in moderne zorg- en welzijnscentra die een aanbod bieden dat op die behoefte aansluit. Ook hierin kunnen de zorgverzekeraars en gemeenten samen een faciliterende rol spelen, door bij nieuwbouwwijken een sociaal architect te betrekken, en te bedingen dat er ruimte wordt gereserveerd voor een zorg- en welzijnscentrum waarin de zorg- en welzijnsprofessionals op basis van korte lijnen tot gerichte samenwerking kunnen komen. De samenwerking tussen die twee partijen wordt nu vertaald naar welzijn op recept. Maar dat is doorverwijzen, geen samenwerken. Krachtige basiszorg legt de basis voor die samenwerking wél. Maar de term krachtige basiszorg is in de visie niet te vinden.

Verbinding en bekostiging

Wat we in de visie wel lezen, is dat ook de zorgverzekeraars vanuit hun rol 'aan de bak' moeten voor een sterke eerstelijns zorg, om hun zorgplicht te kunnen blijven waarmaken. De stelling in de visie is dat hun inkoopbeleid in lijn moet zijn met de kernwaarden van de eerstelijns zorg en de doelen uit de visie. Let op de woordkeuze: in lijn met de kernwaarden van de eerstelijns zorg dus. Geen woord hier over de verbinding van die zorg met het sociaal domein, en dus het belang van samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten.

Ook hier is toch wel degelijk een concrete aanpak mogelijk. Namelijk: aan zorgverleners in de eerste lijn meer regie en vertrouwen geven. Dit vraagt om een ander bekostigingsmodel waarin om te beginnen de huisartsen meer worden bekostigd op zorgwaarte. Het inschrijftarief op zorgwaarte differentiëren dus. De optelsom van gedifferentieerde inschrijftarieven geeft de huisartsenpraktijk een budget dat de ruimte schept om met elkaar in de praktijk te bepalen wie welke zorg levert. Populatiebekostiging van onderop, kortom. Dit geeft een prikkel om werk te maken van preventie en taakherschikking, en vermindert administratieve lasten. In de visie wordt het niet benoemd.

Wachten tot er een werkbaar model komt voor domein overstijgende financiering is in ieder geval niet de weg, want dat komt er niet. Dat is ook niet nodig, want het alternatief is dat alle professionals vanuit hun eigen domein een (financiële) inbreng meebrengen en betaald krijgen voor wat gezamenlijk nodig is.

Passende zorg

De gegeven voorbeelden schetsen een beeld alsof de doelstellingen die in de visie worden beschreven voor de eerstelijns zorg in 2030 allemaal een beetje vanzelf tot stand kunnen komen. Neem bijvoorbeeld ook de passage over passende zorg in de eerste lijn in de visie. Hier gaat het over de vraag of de patiënt wel wordt toegeleid naar de juiste zorg, over samen beslissen en digitalisering. Maar het zou juist moeten gaan over de vraag wat in de eerste lijn kan blijven in plaats van te worden verwezen naar de tweede lijn en anderzijds wat juist niet tot de zorg behoort en dus in het sociaal domein zou moeten worden opgelost. Precies daarmee wordt de brede visie neergezet die zo nodig is. En die bovendien in het Integraal Zorgakkoord, het Gezond en Actief Leven Akkoord en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (IZA, GALA en WOZO) zo duidelijk wordt neergezet.

De visie had bij uitstek de gelegenheid kunnen zijn om de eerstelijns gezondheidszorg in het centrum te zetten. Maar passende zorg wordt daarvoor in de visie zoals die nu is geschreven veel te smal ingezet.

Aanscherping en uitwerking

De visie schetst zes concrete doelen (zie kader). Opvallend is echter dat aan het slot van het document wordt gesteld: 'Tegelijk constateren we met de betrokken partijen dat de doelen en hoofdtaken op specifieke punten nog verdere aanscherping en uitwerking vergen om de afgesproken beweging in de praktijk te brengen. Het gaat hierbij niet zozeer om het 'wat' maar vooral om het 'wie' en het 'hoe'.

>>



DE ZES DOELEN VAN DE VISIE EERSTELIJNSZORG 2030

Doel 1: Verminderen van ontstane ongewenste druk op de eerstelijnszorg (niet in de zorg oplossen wat niet in de zorg hoort).

Doel 2: Passende voorbereiding op en toeleiding naar de eerste lijn (digitalisering als voorbereiding).

Doel 3: Passende eerstelijnszorg, met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar van meerwaarde digitaal ondersteund.

Doel 4: Betere benutting van capaciteit binnen de eerstelijnszorg en ruimte voor optimaler organiseren van taken.

Doel 5: Hechte samenwerking in de wijk tussen professionals, zodat er proactief kan worden ingespeeld op de gezondheidsproblemen.

Doel 6: Zorgen voor aanspreekbaarheid van eerstelijnszorg, samenwerking op regionaal niveau voor een groter oplossend vermogen in de hele keten, beschikbare 24/7 infrastructuur in de eerstelijnszorg voor crisissituaties.

Het realiseren van deze doelen vraagt om:

- Een sterk sociaal domein
- Het behouden en aantrekken van professionals, zowel in de eerstelijnszorg als in aanpalende sectoren, waaronder het aantrekkelijk maken van het praktijkhouderschap.
- Het optimaliseren van instroom, doorstroom en uitstroom van en naar aanpalende sectoren (sociaal domein, ggz, medisch-specialistische zorg, langdurige zorg).
- Passende bekostiging, contractering en verantwoording.
- Elektronische gegevensuitwisseling van patiënten tussen alle zorgsectoren waarvoor adequate databeschikbaarheid noodzakelijk is.
- Het verlagen van regeldruk en administratieve lasten.
- Doorontwikkelen van de kwaliteit van de eerstelijnszorg, waaronder het ontwikkelen van richtlijnen en standaarden op landelijk niveau op de gebieden waar deze nog ontbreken.

Uitwerking hiervan moet ertoe leiden dat in 2030 het volgende is gerealiseerd:

1. De ontstane ongewenste druk op de eerstelijnszorg is substantieel teruggedrongen.
2. Patiënten zijn beter voorbereid op en toegeleid naar de eerste lijn.
3. Meer dan nu wordt passende eerstelijnszorg geboden met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar mogelijk digitaal ondersteund.
4. Binnen de eerstelijnszorg wordt capaciteit beter benut en waar nodig worden taken optimaler georganiseerd.
5. Binnen de eerste lijn wordt in de wijk hecht samengewerkt tussen professionals zodat er proactief kan worden ingespeeld op de gezondheidsproblemen en knelpunten in het aanbod van zorg en welzijn in een wijk.
6. a. De eerstelijnszorg is in de regio aanspreekbaar b. De samenwerking met partijen in het sociaal domein, de tweede- en derdelijnszorg en langdurige zorg is op een niveau dat bijdraagt aan het oplossen van problemen in de hele keten. c. In de eerstelijnszorg is 24/7 de infrastructuur in de acute zorgketen voor crisissituaties goed afgestemd en verbeterd.

Concreet betekent dit dat professionals in 2030 in de wijk of in het dorp in hechte wijkverbanden samenwerken. Ook betekent dit dat in 2030 in elke regio een eerstelijnszorgsamenwerkingsverband actief is, dat de diverse disciplines van de eerstelijnszorg vertegenwoordigt en ontzorgt.



Die 'verdere aanscherping en uitwerking' vindt plaats, zo beschrijft de volgende passage, op twee punten: 1) de vraag hoe regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden voldoende slagkracht krijgen om de doelen en taken uit de visie daadwerkelijk effectief te kunnen uitvoeren, en 2) de vraag op welke wijze ook zorg – bijvoorbeeld in de vorm van programma's – bij een regionaal eerstelijns samenwerkingsverband als hoofdaannemer kan of moet worden ingekocht. Er moeten nu scenario's worden ontwikkeld om aan die verdere aanscherping en uitwerking vorm en inhoud te geven. Dat gaat tijd kosten, want partijen zijn het over een aantal zaken niet eens. Nog afgezien van de vraag in hoeverre de twee punten die worden benoemd waarop dit moet gebeuren, de zes in de visie beschreven doelen dichterbij brengen.

De politiek

Alsof het allemaal nog niet complex genoeg is, is er het gegeven van de politieke actualiteit om rekening mee te houden. De visie is geschreven in de tijd waarin het kabinet Rutte IV nog bestond en er een minister op VWS zat, Ernst Kuipers, die het Integraal Zorgakkoord tot stand heeft gebracht. In de tussentijd is dat kabinet demissionair geworden, is die minister verdwenen en hebben Tweede Kamerverkiezingen voor een compleet nieuw politiek speelveld gezorgd. Een speelveld waarin in eerste instantie nog geen kabinet in zicht is, wat al vertraging geeft in de uitvoering van plannen die als controversieel worden bestempeld. Maar ook als dat kabinet er eenmaal wel is, is het de vraag welke kleur het zal hebben en wat dit betekent voor het beleid op het gebied van de zorg.

Zoals het zich nu laat aanzien, is een groot aantal politieke partijen voor afschaffing van het eigen risico. Dat gaat een versturende werking hebben, omdat het veel geld kost (dat dus niet aan andere zaken kan worden besteed). Maar belangrijker nog: omdat het de drempel

voor toegang tot de zorg na de huisarts wegneemt, de tweede lijn in dus. Andere vraag is of het nieuwe kabinet het IZA gaat overnemen. De zorgaanbieders en de zorgverzekeraars willen wel, maar veel politieke partijen willen vooral meer geld aan zorg uitgeven en de deuren voor toegang tot de zorg verder open zetten. De nadruk blijft dan dus op de zorg liggen, niet op de verbinding tussen de (eerstelijns) zorg en het sociaal domein.

Daar komt bij dat sociaal werk organisaties door ontoereikende indexaties in Wmo-tarieven veel geld mislopen¹, met een (gedwongen) uitstroom van medewerkers tot gevolg. Dat staat het leggen van de sterke verbinding tussen eerstelijns gezondheidszorg en sociaal domein ernstig in de weg. En als dit niet op voorhand wordt gefaciliteerd, komt daar dus nog heel lang niets van terecht. Veel gemeenten staan er financieel ook te slecht voor om daar veel aan te kunnen doen. Er zou juist extra geld naar het sociaal domein moeten, maar daarover rept de visie niet. Zou er wel in worden geïnvesteerd, dan zou dit het makkelijker maken om op wijk- of buurtniveau lijnen te leggen naar gezondheidsverschillen, waarop de professionals in het sociaal domein en de eerstelijns gezondheidszorg dan samen kunnen sturen. Als dat zou gebeuren, kan de eerstelijns gezondheidszorg écht een verantwoordelijke rol nemen in het streven naar een vitale samenleving met gelijke kansen op goede gezondheid. Die verantwoordelijkheid wordt in de visie wel degelijk benoemd, maar de 'hoe dan?'-vraag wordt daar niet ingevuld.

Hét grote probleem is dat die 'hoe dan?'-vraag überhaupt nergens in de visie erg concrete invulling krijgt. Is deze visie dan wel de mijlpaal die de participerende partijen zeggen dat het is? De tijd zal het leren. Maar afgaand op wat nu in het document is verwoord, kon die tijd wel eens heel lang gaan duren. <<

(1) Onvoldoende tariefindexaties kostte sociaal werk 31 miljoen (binnenlandsbestuur.nl)

* Martien Bouwmans is de auteur van *Het zorgstelsel ontrafeld*, Bohn Stafleu & Van Loghum, tweede herziene druk 2023. In dit boek beschrijft hij het verleden, het heden en de vooruitzichten van het stelsel. De laatste drie hoofdstukken – *Moderne zorg en dienstverlening in de wijk, Samenwerken en sturen op organisatie en Wie neemt de regie?* luiten aan op de reactie die in dit artikel wordt gegeven op de Visie eerstelijnszorg 2030.