

Vergaderjaar 2011–2012

**32 765**

## **Terug naar de praktijk: aanbevelingen voor het behoud van de unieke positie van de huisarts als spil in het web binnen de huisartsenzorg en eerste lijn**

**Nr. 3**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 november 2011

Met deze brief geef ik een reactie op de initiatiefnota «Terug naar de praktijk» (kamerstuk 32 765 nr. 2, 2010–2011) omtrent de aanbevelingen voor het behoud van de huisarts als spil in het web binnen de huisartsenzorg en eerste lijn. Ik bedank de Kamer, en in het bijzonder Kamerlid Van Gerven, voor het meedenken en de geleverde input.

Voordat ik in zal gaan op specifieke punten zoals vermeld in de initiatiefnota, zal ik u een breder beeld schetsen van mijn beleidsvoornemens met betrekking tot de eerste lijn. Recent heb ik de uw kamer meerder brieven gestuurd die relevant zijn voor de inrichting van de eerste lijn. De meest recente is de brief rondom Zorg en ondersteuning in de buurt die de staatssecretaris en ik op 14 oktober (kamerstuk 32 620 nr. 27, 2010–2011) hebben verzonden. Ik heb kunnen constateren dat een aantal onderwerpen zoals toegelicht in de initiatiefnota zeer overeen komen met de lijn die wordt geschetst in deze brief.

Hoewel ik mij in deze brief zal richten op de rol van de huisarts, ben ik van mening dat juist binnen de zorg het aanbod van verschillende zorgaanbieders niet het uitgangspunt moet zijn. Juist de mens en zijn behoefte aan ondersteuning of zorg dient centraal te staan. De patiënt moet zo min mogelijk hinder ondervinden van de schotten tussen aanbieders, stelsels en de specifieke belangen van deelsectoren. Veel van de knelpunten in het huidige systeem komen juist voort uit onvoldoende samenhang tussen diverse aanbieders en te grote focus op het aanbod van zorg, in plaats van focus op de zorgvraag.

#### **Zorg en ondersteuning in de buurt**

Dit kabinet wil een stevige impuls geven aan de zorg in de buurt. De geïntegreerde eerste lijn, en de huisartsenzorg binnen deze eerste lijn,

spelen een cruciale rol voor de patiënt en voor ons zorgstelsel. Dit is in lijn met het vertrekpunt van de initiatiefnota alsmede de Toekomstvisie 2012 van het Nederlands Huisartsengenootschap: «Huisartsenzorg blijft ook in de toekomst persoonsgericht, integraal, continu en toegankelijk».

Uitgangspunt is dat mensen de zorg en ondersteuning ontvangen die zij nodig hebben. De zorgbehoefte van de cliënt/patiënt moet daarbij centraal staan, maar voordat een beroep wordt gedaan op zorg en ondersteuning, zijn mensen eerst zelf aan zet. Dit kabinet gaat uit van de eigen kracht van mensen en dat zij in eerste instantie zelf kunnen bepalen wat goed voor ze is. Pas wanneer blijkt dat iemand het niet meer alleen kan, moet ervoor worden gezorgd dat zorg en ondersteuning beschikbaar is. Eerst zo dichtbij mogelijk en waar noodzakelijk steeds specialistischer. Bij deze *stepped care* benadering staan de staatssecretaris en ik ook uitgebreid stil in de eerder genoemde brief.

Ik deel de mening dat de versterking van de eerste lijn een belangrijk instrument is om de uitgaven aan de zorg beheersbaar te houden. Voorbeelden uit Utrecht, Middelburg en Maastricht, die zijn geschetst in de brief *Zorg en ondersteuning in de buurt*, laten zien dat dit kan. Integrale zorg in de buurt, waar huisartsenzorg een onderdeel van is, kan het overgrote deel van alle zorgvragen opvangen. Deze zorg kan door verschillende zorg- en hulpverleners worden geleverd, variërend van huisartsen en praktijkondersteuners tot verpleegkundig specialisten en de thuiszorg. De huisarts kan, zeker met het oog op de toekomst, niet alles alleen doen. Hierbij is taakherschikking onvermijdelijk.

Ik waardeer de eerste lijn en huisartsenzorg om de zorg die zij leveren. Ik zie de grote waarde die de huisartsenzorg heeft bij het lokaal en integraal leveren van zorg. De huisartsenzorg biedt context gerichte zorg, waarbij niet alleen gekeken wordt naar een specifieke aandoening of kwetsuur, maar naar de gehele context waar de patiënt zich bevindt. Zowel in somatisch, als in psychisch opzicht.

Om deze reden wil ik de verantwoordelijkheid over de zorg en de kwaliteit daarvan ook overlaten aan het veld. In mijn brief over het Kwaliteitsinstituut heb ik aangegeven dat sectoren verantwoordelijk zijn en blijven voor de kwaliteit van zorg. Het kwaliteitsinstituut is ook bedoeld om de ontwikkeling van een kader voor kwaliteit te ondersteunen. Zij doet dat enerzijds door uitgangspunten te formuleren waaraan standaarden moeten voldoen, anderzijds zal zij de sectoren ondersteunen bij de ontwikkeling en invoering ervan.

Ik onderschrijf het principe dat medische zorg waar mogelijke moet plaatsvinden in de buurt. Het uitgangspunt »dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet« sluit hierbij aan. Het veld moet de ruimte krijgen de juiste spelers op de juiste plek in te zetten.

### **Bekostiging**

In de initiatiefnota wordt de voorkeur uitgesproken voor een bekostiging op basis van een abonnementensysteem. Ten aanzien van de financiering heb ik reeds aangegeven dat ik de NZa verzoek om via uitvoeringstoetsen<sup>1</sup> de bekostiging van de eerste lijn tegen het licht te houden. De uitkomsten van deze uitvoeringstoetsen kunnen aanleiding zijn om de bekostigingsstructuur te wijzigen. Zie ook mijn beantwoording van de vragen van Kamerlid Van Gerven (*Aanhangsel Handelingen II, vergaderjaar 2011–2012, nr. 574*).

---

<sup>1</sup> De aanvragen voor de uitvoeringstoetsen Basis GGZ en Diagnostiek zijn reeds aan NZa verzonden. De aanvragen voor de uitvoeringstoetsen Huisartsenzorg en integrale zorg en Substitutie van zorg worden later dit jaar verzonden.

De uitvoeringstoets naar de bekostiging van de huisartsenzorg en integrale zorg heeft vijf doelen. Ten eerste moet het bekostigingssysteem worden vereenvoudigd. Ten tweede moeten aanbieders worden geprikkeld om de zorg af te stemmen op de wensen en zorgbehoeften van hun patiënten, doordat zorgverzekeraars meer onderscheid in beloning maken tussen goed functionerende en minder goed functionerende aanbieders. Ten derde moet taakherschikking worden gestimuleerd en moeten de verpleegkundig specialist en de physician assistant meer worden ingezet binnen de eerstelijnszorg. Ten vierde moet de bekostiging integrale zorgverlening stimuleren, omdat dit een goede samenwerking tussen verschillende disciplines op gang brengt en de zorgverlening patiëntgericht, kwalitatief beter en efficiënter kan maken. Bij deze samenwerking kan de wijkverpleegkundige een belangrijke rol spelen. Tenslotte moet de bekostiging innovatie ten behoeve van de patiënt stimuleren.

### **Marktwerking en integrale bekostiging**

Ik concludeer dat ik een andere mening heb dan Kamerlid Van Gerven over het huidige zorgstelsel en de gereguleerde marktwerking voor huisartsen. Ik ben van mening dat nieuwe toetreders en de mogelijkheid om een onderscheid te maken tussen de prestaties van huisartsen kunnen leiden tot betere kwaliteit, betere service en meer innovatie die voordelig is voor de patiënt.

Ook ten aanzien van de integrale bekostiging voor de chronische zorg verschil ik van mening met hetgeen staat beschreven in de initiatiefnota. Ik ben van mening dat nu nog geen conclusies getrokken kunnen worden over de werking van de integrale bekostiging. De evaluatiecommissie integrale bekostiging evalueert ontwikkelingen ten aanzien van de drie aandoeeningen die integraal bekostigd kunnen worden. Medio 2012 zullen zij hun evaluatierapport over de integrale bekostiging van de drie aandoeeningen opleveren.

### **ANW-zorg**

In de initiatief nota wordt ook gesproken over een reorganisatie van de ANW-zorg. Op diverse punten kan ik mij goed vinden in wat gezegd wordt in deze nota, zoals het voorstel om te werken met één tarief voor dezelfde zorgprestatie, ongeacht de aanbieder die deze prestatie levert. Ook de belangrijke rol die wordt toegeschreven aan triage deel ik. Een heldere en eenduidige triage in de keten van de acute zorg zorgt er voor dat de *juiste* zorg, door de *juiste* zorgverlener op de *juiste* plek en tijd wordt geleverd. Eenduidige triage bevordert kwaliteit en doelmatigheid van acute zorg. De Vereniging Huisartsenposten Nederland zal dan ook als eerste sector in de acute zorg de Nederlandse Triage Standaard gaan invoeren.

Voor de herschikking van het zorglandschap, waaronder de ANW-zorg, zie ik echter een belangrijke taak weggelegd voor zorgverzekeraars. De ingezette beleidslijn van samenwerking tussen Huisartsenpost en Spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis heeft mijn voorkeur. Ook vind ik dat normen en richtlijnen primair een verantwoordelijkheid zijn van beroepsgroepen zelf. Ik ben er dan ook geen voorstander van om een bereikbaarheidsnorm voor huisartsen door de overheid te laten vastleggen. Wel deel ik de zienswijze zoals staat beschreven in de nota dat de reguliere huisartsenzorg voldoende beschikbaar en bereikbaar moet zijn en bij voorkeur zo dicht mogelijk bij de burger moet zijn georganiseerd. Dit betekent wat mij betreft een verbeteringslag voor de dagzorg met mogelijkheden van bijvoorbeeld e-health en inloop- en avondspreekuren.

Dit om de ANW-zorg zoveel mogelijk te beperken tot, waar deze voor bedoeld is; de echte acute zorgvragen.

### **Eerstelijns GGZ**

Op dit moment is de zorg voor patiënten met psychische problematiek erg versnipperd. Er is een heel scala aan hulpverleners die (een deel van de) GGZ zorg levert, hiervan is de huisarts een belangrijk eerste aanspreekpunt. Er bestaat te veel afstand tussen de verschillende betrokken zorgverleners, onder andere door verschillen in financiering en organisatie. Op dit moment worden mede daardoor nog teveel mensen in de duurdere tweedelijns behandeld. Naar schatting wordt 30% van de mensen in de tweedelijns GGZ behandeld voor lichte psychische problematiek. Uitgangspunt is dat het veld meer de ruimte krijgt om de zorg integraal rondom de patiënt te organiseren. Zelfmanagement, preventie, e-health en kortdurende behandeling kunnen dan, waar nodig, beter worden ingezet. De bekostiging, waar de NZa mij eind dit jaar advies over zal geven, zal dit meer moeten ondersteunen.

### **Diagnostiek**

De NZa heb ik tevens gevraagd om een advies over de versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek. De meeste diagnostiek gebeurt op dit moment in eerstelijnsdiagnostische centra of in ziekenhuizen. Het beleid is erop gericht de functie eerstelijnsdiagnostiek te versterken. De serviceverlening aan de patiënt wordt hiermee verbeterd door snelle adequate diagnostiek dicht bij huis te laten plaatsvinden. Deze versterking kan onnodige diagnostiek en dure behandelingen (praktijkvariatie) in de tweedelijns voorkomen. Op dit moment zit er een aantal verkeerde prikkels in het systeem, waardoor zorgverzekeraars geen of nauwelijks actief inkoopbeleid t.a.v. diagnostiek voeren. De NZa wordt gevraagd naar oplossingen om de systematiek ten aanzien van dit onderwerp te verbeteren.

### **Wijkverpleegkundige**

Ook voor de zorg die de wijkverpleegkundige levert zie ik een belangrijke rol weggelegd in de eerste lijn. Die kan bijvoorbeeld tijdig signaleren of ouderen kampen met eenzaamheid of een depressie en kan de juiste hulp op het juiste niveau helpen organiseren. De inzet van de wijkverpleegkundige richt zich op de lichamelijke gezondheid, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op de eigen woon- en leefomgeving van de burger. De wijkverpleegkundige vormt de laagdrempelige schakel tussen de burger, zijn of haar familie (mantelzorg) en de verschillende professionals.

### **Ter afsluiting**

Aan de ene kant stel ik vast dat er op sommige plaatsen de eerstelijnszorg goede ontwikkelingen in gang zet rondom samenwerking, preventie of de eerstelijns GGZ. Ik waardeer de zorg die al geboden wordt door huisartsen en andere professionals binnen de eerste lijn. Aan de andere kant stel ik ook vast dat de eerste lijn te onsamenhangend en versnipperd werkt. Het organiserend vermogen in de eerste lijn laat nog te wensen over. En bovendien is er sprake van witte vlekken in de zorgverlening.

Dit kabinet maakt daarom werk van een versterking van de zorg en ondersteuning in de buurt. Een sterke en goed samenwerkende eerstelijnszorg is daarbij een belangrijk instrument in het beheersbaar houden van de zorguitgaven.

Daarover zijn wij het in elk geval eens!

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers