

Beleidsadviezen voor een nieuw ka

Wat gaat het kabinet Rutte 3 doen met de (eerstelijns)gezondheidszorg? Het regeerakkoord zal het uitwijzen, maar als het aan de Eerstelijns ligt, kiest het kabinet voor een aantal logische, samenhangende oplossingen voor de (toekomstige) knelpunten.

De grootste uitdagingen betreffen de ouderenzorg, acute zorg, arbeidsmarkt en substitutie. Hoewel er al enkele stappen zijn gezet, is het niet genoeg. Zeker in de eerstelijnszorg zijn aanvullende maatregelen nodig. De continuïteit en toegankelijkheid staan onder druk en dat zijn expliciete overheidstaken. Rutte 3 heeft dus een stevige taak voor zich.

Ouderenzorg

Door decentralisatie zijn oudere en kwetsbare mensen langer thuis, maar het systeem sluit daar niet bij aan. Dit heeft verschillende redenen. Een belangrijke is dat gemeenten nog moeten wennen aan hun nieuwe rol. De competenties worden opgebouwd door concrete leerervaringen, er ontstaan best practices en er ontstaat zicht op de kosten. Door de sociale wijkteams verder te laten integreren en samenwerking met de eerstelijnszorg te intensiveren, kan meer en beter geïntervenieerd worden in een vroeg stadium. Zeker als er ook burgerinitiatieven aansluiten.

Rutte 3 zet de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) voorlopig op dezelfde voet voort. In de eerstelijnszorg en de wijkverpleging betekent dat aanbesteden op basis van een concessiemodel. Voor de wijkverpleging zou de beste oplos-

verzekeraars dan wel tot actie manen. Tot op heden is er namelijk binnen die module alleen oog voor praktijkmanagement. En al is het investeren in de verpleeghuiszorg nodig, als er aan de voorkant (mantelzorg, wijkverpleegkundigen en huisartsen) niet extra wordt geïnvesteerd, dan worden de problemen alleen maar groter. De minister van VWS zal een beleidsrijke agenda moeten voeren om dat te voorkomen en zorgverzekeraars en de eerstelijnszorg te dwingen tot concrete resultaten. De huidige hoofdlijnenakkoorden in de huisartsenzorg leiden niet tot het maatschappelijk gewenste resultaat en daarom is meer regie een logische stap voor de nieuwe minister.

Acute zorg

De acute zorg heeft een meer fundamenteel probleem; het systeem van de acute zorg kraakt. De relatief goedkope ANW-zorg van huisartsen heeft een budgetmodel en is gratis toegankelijk, de dure SEH valt onder het eigen risico en heeft een productieprikkel. Dat moet anders. Rutte 3 los dit op, want de acute zorg loopt vast. In de gehele acute zorgketen zijn er nu al grote problemen en ook die worden alleen maar groter. Bij de spoedeisende hulp is het druk, wat betekent dat meer mensen zich melden bij de huisartsenpost. Daar loopt het dan óók vol en vervolgens verwijst de huisartsenpost visites door naar de ambulancedienst. Een commissie die binnen zes maanden alternatieven oplevert om een infarct in de acute zorg te voorkomen is wellicht een goed idee. Die commissie moet de problematiek in de acute zorg wel integraal bekijken en de hele keten efficiënter maken. Een pleidooi dus voor een structurele herziening. Aangezien concurrerende zorgverzekeraars hier eerder op zijn teruggefloten door de Autoriteit Consument & Markt (ACM), is ook hierbij het ministerie van VWS aan zet.

Arbeidsmarkt

De arbeidsmarkt in de zorg kent een vertraagde economische cyclus. Bij een crisis is het een relatief veilige sector en bij groei levert dit vertraagd effecten op. Het probleem: de gezondheidszorg heeft altijd een lagere arbeidsproductiviteit dan andere sectoren¹. Door de economische groei gaan de lonen stijgen en dat 'treft' de gezondheidssector, die drijft op mensenkracht, 'harder' dan andere sectoren. Er zijn veel mensen nodig, dus de primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden moeten wel aantrekkelijk genoeg zijn en blijven. Het feit dat zorgverzekeraars weigeren om prijzen te indexeren terwijl

Ga beleidsrijk aan de slag met de arbeidsproblematiek in de zorg

sing zijn om aan te besteden op basis van een concessiemodel voor vijf jaar. Hoewel de individuele vrijheid bij het kiezen van een organisatie beperkt wordt, kan door het verminderen van transacties collectieve efficiencywinst worden geboekt. Het beperken van ongecontracteerde zorg is dan noodzakelijk. Ook het aantal transacties in de huisartsenzorg kan omhoog. Met name wanneer er regionale huisartsenorganisaties ontstaan die aanspreekbaar zijn voor alle (24 uren)zorg. Dit resulteert bovendien in betere afstemming van verschillende zorgvormen en een duidelijk aanspreekpunt voor gemeenten, thuiszorginstellingen en andere partijen.

De module Organisatie & Infrastructuur (O&I) biedt hiertoe mogelijkheden, maar de nieuwe minister van VWS moet de zorg-

binet

de lonen wel stijgen, zou door de politiek moeten worden verboden. Niet indexeren kost arbeidsplaatsen, terwijl er tekorten ontstaan. De politiek kan marktmeester NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) de opdracht geven om een verplichte indexatie op te nemen in de beleidsregels, aangezien er sprake is van marktfalen.

Maar er is meer nodig. In alle andere economische sectoren is digitalisering een topprioriteit. In de (eerstelijns)zorg staat eHealth nog in de kinderschoenen. De mogelijkheden om te innoveren worden beperkt door soms onredelijke eisen van zorgverzekeraars, maar ook door onwillige zorgprofessionals met koudwatervrees. Vanaf de initiële beroepsopleidingen tot het pensioen van zorgprofessionals is er permanente (bij/na)scholing nodig. Omdat het niet anders kan! Rutte 3 moet hier beleidsrijk mee aan de slag. Maar ook opleidingen moeten moderniseren als zij willen voorkomen dat het beroep waarvoor zij opleiden verdwijnt².

Substitutie

Sinds 2006 is substitutie een onderdeel van het overheidsbeleid. De uitvoering is gedelegeerd naar zorgverzekeraars en veldpartijen. Het is nu bijna 2018. De substitutie van zorg heeft (deels) plaatsgevonden, maar de budgetten zijn nauwelijks 'meeverhuisd'³. De ziekenhuiscapaciteit is vrijwel geheel opgevuld met nieuwe zorg. Ondanks enkele hoopgevende experimenten is er geen zicht op een brede oplossing vanuit zorgverzekeraars, ziekenhuizen en eerstelijnszorg. Dit betekent dat de eerstelijnszorg met de kernfuncties huisartsen en wijkverpleegkundigen volstrekt overvraagd worden, dat burn-out en discontinuïteit aan de orde van de dag zijn. Bijvoorbeeld in de achterstandswijken⁴. En dit terwijl de zorgverzekeraars het beschikbare macrobudget voor huisartsen, multidisciplinaire zorg en wijkverpleging al twee jaar niet uitgeven⁵. Daarop ingrijpen is stap één voor de nieuwe minister van VWS.

Tot slot de middellange termijnplanning. In een recente brief over beleidsevaluaties⁶ staat dat het thema substitutie in 2019 'ex post' wordt geëvalueerd. Dat betekent dat er pas in 2020, halverwege de regeertermijn van Rutte 3, zicht komt op de effecten daarvan. Tenminste, als het VWS-onderzoek meer inhoud heeft dan de substitutiemonitor (2015) en de afsprakenmonitor (2016)⁷. Dat duurt veel te lang, want de investeringen voor de ouderenzorg, acute zorg en arbeidsmarkt, zullen deels uit substitutie moeten komen. Zet substitutie dus 'al' in 2018 op de evaluatie-agenda, anders lopen de kosten alleen maar (verder) op en dat zullen de bewindslieden onder Rutte 3 niet op hun geweten willen hebben. <<

Tekst: Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns



Foto: Thinkstock

1 Het zogenaamde Baumol effect

2 De Eerstelijns Aanpassen of verdwijnen februari 2016

3 Ministerie van VWS eenmalige korting van 25 miljoen euro op budget medisch specialistische zorg

4 De Eerstelijns Meer Ruimte voor achterstandswijken februari 2017

5 De Eerstelijns Hoofdlijnenakkoorden en macrobudgetten: de consequenties in de praktijk september 2017

6 Ministerie van VWS 17 september 2017

7 De Eerstelijns mei 2015 en oktober 2016