



Houdbare eerstelijnszorg: de realistische opties

De houdbaarheid van de eerstelijnszorg is afhankelijk van de houdbaarheid van de huisartspraktijk. Die staat onder druk en oplossingen komen niet vanzelf tot stand. Op basis van een probleemanalyse komt Hans Hof tot drie realistische opties voor een houdbare huisartsenpraktijk.

TEKST: HANS HOF FOTO: PIXABAY/MOMENTMAL

De huisartspraktijk als spil van de eerstelijnszorg is sinds jaar en dag als poortwachter geïncorporeerd. Als zodanig moet de huisarts met zijn team ervoor zorgen dat de toegangspoort tot de vesting van aanbod van zorg alleen open gaat voor de burger die de zorg echt nodig heeft en als die zorg betaalbaar wordt geacht. De vesting kent twee zorgaanbod-ringen, de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg. Het is de bedoeling dat de toegang tot de tweede ring zoveel mogelijk wordt beperkt omdat de kosten van de zorgverlening aldaar veel hoger zijn dan in de eerste ring. Aangezien de huisartspraktijk niet alleen poortwachter is maar ook coördinator/dirigent en mede uitvoerder van de eerstelijnszorg, is sprake van een dubbele rol. Hoe meer poortwachter hoe meer in de eerste zorgaanbod-ring blijft hangen en hoe meer op het bordje van de rol als uitvoerend zorgaanbieder terechtkomt.

De **optelsom** van de **problemen** laat zich **niet oplossen** in de **context** van de **traditionele eerstelijns disciplines**.

Inmiddels is duidelijk geworden dat die dubbelrol niet langer houdbaar lijkt. Overdracht van het praktijkhouderschap stuit meer en meer op het gebrek aan animo om deze functie te vervullen. Leek dat in het verleden

nog vooral het geval buiten de Randstad – het Randland met dunbevolkte delen van Nederland, soms zelfs met krimpgebieden – wegens het onaantrekkelijk geachte vestigingsklimaat. Intussen is het een landelijk probleem geworden. Huisartsen willen wel het beroep uitoefenen maar de bedrijfsvoering van de huidige huisartsenpraktijk is voor velen niet aantrekkelijk. De daarmee samenhangende administratieve, bestuurlijke, financiële en organisatorische taken en verantwoordelijkheden zijn teveel van het goede.

Met het vooruitzicht van het afnemend aantal praktijkhouders en de doorzettende druk op de huisartspraktijken dreigt het systeem van de dubbelrol van poortwachter en uitvoerder eerstelijnszorg op de klippen te lopen. Ook de zorgverzekeraars, die vanaf 2006 geïncorporeerd zijn als een soort algehele poortwachter die vooral dienen te zorgen voor het financieel beperken van de zorg in de eerste en tweede lijn met als zorgaanbodondergrens de zorgplicht, hebben geen oplossing gevonden voor dit probleem.

Houdbare eerstelijnszorg is afhankelijk van houdbare eerstelijns (huisarts)praktijken

Is niets doen en hopen dat om wat voor reden dan ook er toch weer voldoende animo is om praktijkhouder te worden een optie? Of ziet het eruit dat de zorgvraag zodanig afneemt dat de werkdruk in de eerstelijnszorg weer terugkeert naar weleer en dus geen ingreep nodig is? Wie de ontwikkelingen in het zorgbeleid en de zorgpraktijk serieus heeft gevolgd, zal op beide vragen ontkennend antwoorden. Maar wat dan wel? Welke opties zijn realistisch en waar moeten ze aan voldoen om houdbaar te zijn?

Een goede probleemoplossing vergt een goede probleemanalyse. Wie het probleem niet kent, kan het ook >>

niet oplossen tenzij het een toevalstreffer betreft. Maar het dreigende onhoudbaar worden van adequate eerstelijnszorg vraagt om meer dan het wachten op een toevalstreffer.

Welke problemen bedreigen de houdbaarheid?

De problemen liggen zowel op het gebied van de zorgvraag en het zorgaanbod als van het zorgbeleid en de zorgverzekering. De zorgvraag neemt toe vanwege het stijgend aantal zorgvragers, het complexer wordende profiel van de zorgvragers en de opkomst van consumentengedrag. Het zorgaanbod is ingewikkelder geworden door het toenemen van de multidisciplinaire aanpak met de daarmee gepaard gaande coördinerende bestuurlijke en organisatorische vereisten en de inpassing van ICT-faciliteiten in het zorgaanbod. Het zorgbeleid stuurt de uitvoering van het zorgaanbod steeds meer naar de eerste lijn en naar de nulde lijn (= de burgers/cliënten/consumenten/patiënten/verzekerden). De zorgverzekeraars tenslotte geven voorrang aan hun functie betreffende schadelastbeheersing en besteden weinig aandacht aan de uitvoering van hun zorgplicht.

De situatie van de eenvoud van de klassieke huisartspraktijk is verleden tijd.

Vereisten van een adequate oplossing

De optelsom van deze problemen laat zich niet oplossen in de context van de traditionele eerstelijns disciplines. Vooral de huisartspraktijk die door de overheid en de zorgverzekeraars is neergezet als regelende instantie in de eerste lijn groeit deze positie boven het hoofd. Primair huisarts geworden vanwege de animo voor het beroep, wordt de praktijkhouder steeds meer bestuurder van een bedrijf dat zowel intern als in relatie met de bedrijfsomgeving steeds hogere eisen stelt. De huidige praktijkhouders hebben doorgaans niet de puf om hier nog veel langer mee geconfronteerd te worden en proberen zodra de kans zich voordoet de praktijk over te dragen. Zij stuiten daarbij op een gebrek aan overnamebelangstelling.

Nieuwe generaties huisartsen willen zich concentreren op het beroep en dat met minder uren inzet dan de voorgangers.

Dit alles brengt een kink in de kabel van het concept van de uitdijende huisartspraktijk als centrale van de eerstelijnszorg. Van verschillende kanten worden (deel)oplossingen aangedragen. Vooral preventie (ofwel reduceren van het beroep op zorgaanbod) in de vorm van medische preventie (vroeg diagnostiek, farmaceutische middelen, samen met de patiënt beslissen over het behandelplan) en leefstijl programma's is een aangeprezen aanpak.

Ook afremmen van de vraag door een grotere financiële bijdrage van de zorgvrager wordt genoemd. Meer toepassen van de mogelijkheden van ICT (online oplossingen, zelfmetingen) worden als remedie naar voren geschoven. Ook het inschakelen van ondersteuners in de relatiekring van de zorgvrager is een populaire benadering. In kleinere gemeenschappen worden mogelijkheden gezien in dorpscoöperaties en dergelijke. Kortom, ieder vanuit de eigen invalshoek en/of het eigen belang komt aandragen met oplossingen. Daarbij wordt echter voorbijgegaan aan de kern van de toegevoegde waarde van de huisartspraktijk, zijnde de zorgaanbieder die als eerstelijns generalist (was er maar zo'n generalist in de tweedelijnszorg) bij de aanpak van de zorgvraag uitgaat van de algehele situatie van de zorgvrager. Juist door die aanpak wordt het kaf van het koren gescheiden en het adequate zorgaanbod gekozen en uitgevoerd al dan niet door de eigen praktijk. Het mag duidelijk zijn dat het van groot belang is voor een goed niveau van de gehele gezondheidszorg dat de essentie van deze huisartspraktijk houdbaar is.

Realistische opties van een houdbare eerstelijnszorg, in het bijzonder een houdbare huisartspraktijk

Optie A

Type: Huisartspraktijk die onderdeel is van een cluster van praktijken met de huisartsen als mede-eigenaar of werkend in dienstverband. De clusterorganisatie ondersteunt de huisartsen betreffende het aspect bedrijfsvoering inclusief contracteren. Ook advisering/begeleiding bij efficiënte beroepsuitoefening behoort tot het ondersteuningspakket. Tevens verzorgt de clusterorganisatie de samenwerking met andere eerstelijns disciplines, de maatschappelijke zorgverleners en de gemeentelijke overheid.

Dit type leent zich voor gebieden waar zich geen mogelijkheid voordoet om type B toe te passen. Denk daarbij

aan delen van het Randland. Voor apotheekhoudend huisartspraktijken kan dit een goede oplossing zijn voor houdbare eerstelijnszorg. Van belang voor de effectivering van dit type is een goede samenwerking met bewonersorganisaties zoals een dorpscoöperatie.

Optie B

Type: Huisartspraktijk als onderdeel van een eerstelijns gezondheidscentrum (EGC) met apotheek, paramedische disciplines, wijkverpleging en maatschappelijke zorg in een centrumdorp van een verzorgingsgebied met 10.000 tot 15.000 inwoners. Bij voorkeur gelegen in of nabij een winkelcentrum. Het EGC is aangesloten bij een lokale multidisciplinaire zorgorganisatie met ondersteunende disciplines/faciliteiten (inclusief contracteren) waardoor de zorgaanbieders zich kunnen concentreren op de beroepsuitoefening.

Dit type is passend in een kleine gemeente of middelgrote gemeente met meerdere kernen zoals die in het Randland te vinden zijn. Met de lokale overheid worden goede contacten onderhouden. Beide partijen hechten aan de continuïteit van dit type.

Optie C

Type: Huisartspraktijk als onderdeel van een stedelijke en/of regionale organisatie van EGC's gekoppeld aan een zorggroep. Dit type eerstelijnszorg is zowel qua beroepsuitoefening als qua bedrijfsvoering professioneel ingericht. Structuur, bestuur, organisatie en functioneren zijn vergelijkbaar met organisaties van vergelijkbare omvang in het bedrijfsleven. Ook vertoont dit type gelijkenis met een regionaal ziekenhuis. Huisartsen en overige zorgaanbieders zijn overwegend in dienstverband. De ondersteunende organisatie kent tientallen medewerkers met diverse specialismen.

Dit type is geschikt voor een grootstedelijke omgeving of een regio die door veel samenhang/samenwerking wordt gekenmerkt.

Geldend voor alle typen:

■ Anderhalvelijnszorg

Alle huisartspraktijken hebben of krijgen te maken met de inzet van specialistische zorg in de eerste lijn (anderhalvelijnszorg). De relatie met de specialisten, de inzet van de huisartsen, de infrastructurele faciliteiten en het beleid van de zorgverzekeraars zijn bepalend voor de mate waarin sprake is van toegevoegde waarde in termen van kwaliteit en efficiëntie voor de zorgvrager en de zorgaanbieder.

■ Toepassing ICT

Investering in en gebruik van faciliteiten voor online zorg, thuiszorg en zelfzorg maken de zorgverlening doelmatiger. Wel is er het risico dat de visie en belangen van de leveranciers van ICT teveel invloed hebben op de inzet van deze middelen. Ook is niet denkbeeldig dat teveel wordt geleund op capaciteiten van de zorgvrager en diens ondersteunende omgeving.

■ Inzet cluster van praktijken

Een cluster van praktijken (filialen/franchise) kan ook in de opties B en C worden ingezet. Bijvoorbeeld de apotheek, de fysiotherapiepraktijk of de tandartspraktijk als onderdeel van het EGC kunnen worden uitbesteed aan een clusterorganisatie.

■ Contracteren

Het sluiten van overeenkomsten met zorgverzekeraars is een specialisme dat zowel onderhandelingsbekwaamheid vergt als diepgaande kennis van het betrokken zorgaanbod en informatieverzorgingscapaciteit ten behoeve van het aantonen en vergoed krijgen van de overeengekomen zorgprestaties. Grote clusterorganisaties en organisaties van het type C beschikken over de kwantiteit en kwaliteit van de middelen die vereist zijn voor adequaat contracteren. De overige praktijken zullen gebruik moeten maken van gespecialiseerde contracteerorganisaties die voldoen aan de vereisten van de Mededinging wet.

Tenslotte

De situatie van de eenvoud van de klassieke huisartspraktijk, de ieder voor zich werkende overige eerstelijns praktijken en de tweede lijn als wereld op zich is verleden tijd. Daarvoor in de plaats is het complexe profiel gekomen van het huidige gemengde marktstelsel (enerzijds marktwerking anderzijds centrale regelgeving met de zorgverzekeraars als speler die op beide speelvelden ingezet wordt). Dat heeft gecombineerd met maatschappelijke ontwikkelingen geleid tot het ondergraven van de klassieke huisartspraktijk en het ontstaan van steeds grotere annex multidisciplinaire eerstelijns typen. Die beweging zet door tot de negatieve aspecten ervan zo duidelijk worden dat uitgekeken wordt naar alternatieve vormen. Tot die tijd heeft het de voorkeur de eerstelijnszorg houdbaar te maken door de meest kansrijke typologie te realiseren. <<

Hans Hof, farma-econoom en consultant