Tekst: Bart Doornbusch

De gezondheidszorg verandert ingrijpend voor zorgprofessionals. Medisch specialisten zullen in de toekomst een deel van hun werkzaamheden buiten de ziekenhuismuren gaan verrichten. Toelating tot meerdere ziekenhuizen of een verhuizing liggen in het verschiet en het toekomstige inkomen is in zekere zin ongewis. Hoe slaan de zorgprofessionals zich door alle ontwikkelingen heen? Door invloed uit te oefenen. Daarover schrijft VvAA consultant Bart Doornbusch een serie van vier artikelen. Dit is aflevering 2. De vorige aflevering vindt u terug op www.artsenauto.nl.

Lokaal samenwerken vergroot invloed

De eerste lijn versterken opdat zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn, is al jarenlang beleid van de overheid om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Hoe kunt u als eerstelijns professional invloed uitoefenen op deze ontwikkeling? Door samen te werken.

De eerste lijn is volop bezig zich te versterken. Zo is met de opkomst van de regionale zorggroepen de organisatiekracht van de eerste lijn toegenomen. Maar heeft de eerstelijns professional wel voldoende invloed op alle ontwikkelingen in de zorg? Want er gebeurt veel en voordat u het doorheeft, zitten er anderen aan het stuur. Als het aan het huidige kabinet ligt worden zorgverzekeraars, die met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 de opdracht kregen sturend te zijn, nog machtiger.

Het kabinet wil wettelijk vastleggen dat de zorg in het basispakket alleen nog door een gecontracteerde zorgaanbieder wordt verleend. Dat betekent in het licht van volledige contracteervrijheid dat verzekeraars de absolute macht krijgen. Om daar tegenwicht aan te bieden hebben eerstelijns professionals regionale samenwerkingsverbanden, zorggroepen, opgericht. Allemaal monodisciplinair samengesteld; opgericht om het belang van de betreffende discipline te dienen. Dat lijkt echter niet langer wenselijk als zij steeds meer als hoofdcontractant van ketenzorg gaan optreden. De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging waarschuwde vorig jaar juni dan ook voor de toenemende macht van de huisartsenzorggroepen. Als hoofdcontractant bepalen zij welke andere disciplines dan de huisartsen bij de keten betrokken worden en hoe het totaaltarief over alle disciplines verdeeld wordt. Dat hebben vooral de diëtisten gemerkt, toen zij in 2012 voor het geven van dieetadvies en -begeleiding afhankelijk werden van huisartsenzorggroepen. Veel zorggroepen schakel(d)en hun praktijkondersteuners in, waarmee zij de diëtisten buitenspel zetten.

In de 'Toekomstvisie Huisartsenzorg' van november 2012 wordt door LHV en NHG meer belang toegekend aan lokale samenwerkingsverbanden van huisartsenpraktijken dan aan regionale. Vanuit het lokale samenwerkingsverband wordt door de huisartsen en hun praktijkmedewerkers generalistische medische zorg dicht bij huis aangeboden. Dit samenwerkingsverband werkt samen met andere disciplines in het dorp, de wijk of de stad; al dan niet in en vanuit hetzelfde medisch centrum. De krachten worden vervolgens regionaal gebundeld. De schaal, functie en organisatie van een regionaal huisartsennetwerk hangen af van de behoeften van de huisartsen en het aantal betrokken huisartsenpraktijken, aldus LHV en NHG. Het regionale huisartsennetwerk stuurt niet, maar ondersteunt de lokale samenwerkingsverbanden.

De overtuiging dat er een vorm van populatiebekostiging moet komen, wint steeds meer terrein

Bekostiging

Samenwerken op lokaal niveau is ook het advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). De Raad bevestigde dat nog eens in haar advies 'Regie aan de poort' van december 2012. Daarin adviseert ze dat de gemeente de leiding neemt bij het vormen van multidisciplinaire basiszorgteams op wijkniveau, waarin zorgverleners van diverse disciplines onderling nauw samenwerken met de welzijnssector. Zij faciliteren burgers om zelf hun problemen aan te pakken en bieden integrale en gecoördineerde hulp in een vroeg stadium aan, zodat een onnodig beroep op zware zorg kan worden voorkomen. Het advies sluit aan op de beweging in de ggz richting de versterking van de basis-ggz, wat moet leiden tot een nauwere samenwerking tussen huisartsen en hun poh'er-ggz (praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz) en eerstelijns psychologen.

Overigens wordt de bekostiging van de basiszorgteams als het aan de RVZ ligt een vorm van populatiebekostiging. Populatiebekostiging is een hot item. Geld stuurt. Substitutie van zorg heeft de grootste kans van slagen als eerste- en tweedelijns zorgaanbieders er financieel belang bij hebben om nauw met elkaar samen te werken in plaats van elkaar te beconcurreren. Bovendien hebben veel zorgverleners die hun domeinbescherming moeten loslaten, behoefte aan een financieel vangnet. De overtuiging dat er een (of meerdere) vorm(en) van populatiebekostiging moet(en) komen, wint dan ook steeds meer terrein. De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging heeft dat vorig jaar juni in haar advies meegenomen en ook de NZa maakt in haar advies 'Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg' van juni 2012 daarvoor de weg vrij. KPMG|Plexus doet nog een duit in het zakje met zijn advies over spoedzorg van 30 november 2012. Het opvallendste element daarin is niet zozeer de vorming van een nieuwe spoedeisende medische dienst (SEMD) als opvolger van zowel de huisartsenpost (HAP) als de spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis, maar het bekostigingsmodel. Namelijk populatiebekostiging, opdat de verantwoordelijken hun beleid in spoedzorg drastisch herzien.

Er zijn dus allerlei bewegingen die gevolgen hebben voor de positie en het inkomen van eerste- en tweedelijns professionals. Willen zij daarop maximale invloed uitoefenen, dan zullen zij hun patiënten, collega-professionals van andere disciplines in de eerste en tweede lijn en in de AWBZ, en de belangrijkste zorgverzekeraars moeten betrekken bij hun praktijkvoering. Dat betekent inderdaad: samenwerken op wijk-, dorps- of stadsniveau, want in een kleine groep is de individuele invloed groter.

Invloed

Slaagt men niet in een transparante en collegiale lokale samenwerking, dan trekken anderen het initiatief naar zich toe. Want vergis u niet in de organisatiekracht van commerciële partijen in de eerste lijn, in ziekenhuizen en zbc's, ggz-, verpleeg- en thuiszorginstellingen en gemeenten. En zelfs als regionale zorggroepen de regie voeren, kan dat ten koste gaan van de invloed van individuele en kleine groepen lokale professionals, zo heeft de ontwikkeling van de HAP's wel geleerd. Aanvankelijk was dat een organisatie van huisartsen, maar inmiddels is de HAP in diverse regio's uitgegroeid tot een entiteit met een eigen agenda en ambitie, die de huisarts enkel nog inhuurt.

Ook een HAP of SEMD kan op termijn uitgroeien tot een budgethouder voor meer dan alleen de spoedzorg. Bovendien kan door regionale afspraken de samenwerking op lokaal niveau onder druk komen te staan. Terwijl alle disciplines, ook uit de tweede lijn, mee investeren in de samenwerking en eventueel in een gezamenlijk medisch centrum. Maar dat doet een professional alleen met inzet en overtuiging wanneer hij bij die samenwerking een goed gevoel heeft.

Kortom: werk samen, geef een stuk autonomie op en probeer zo veel mogelijk invloed uit te oefenen.

consultants@vvaa.nl