

**REACTIE VAN DE STICHTING AMSTERDAMSE GEZONDHEIDSCENTRA  
OP HET DISCUSSIESTUK 'ZORG VOOR DE TOEKOMST', VWS, dec 2020**

Wij leveren onze input voor een toekomstbestendige zorg vanuit onze positie als aanbieder van huisartsenzorg in nauwe samenwerking met partners in de eerste lijn en het Sociaal Domein van de gemeente Amsterdam. Onze adviezen:

1. Start met en zet zwaar in op **regionale Stichtingen voor Medisch Generalistische Zorg, MGZ**, overeenkomstig de Stichtingen voor Medisch Specialistische Zorg i.c. de ziekenhuizen. Het beleid en de autonome ontwikkeling gaan richting zorg thuis: zo kort en zo weinig mogelijk in het ziekenhuis, zoveel mogelijk vanuit het generalistisch perspectief van de patiënt zelf: patiëntgerichte zorg. Deze zorg thuis betreft veelal verpleging en verzorging, maar heeft ook toenemend medische elementen. Van oudsher is de huisarts de medisch verantwoordelijke voor deze medisch-generalistische zorg thuis. Huisartsen zijn daar zorginhoudelijk ook goed voor toegerust, de Nederlandse huisartsenzorg is van zeer hoog niveau. Er spelen een aantal ontwikkelingen die maken dat de druk op deze huisartsenzorg zodanig toeneemt, dat deze dreigt te bezwijken:
  - a. toename van de aantallen mensen die medische zorg thuis nodig hebben
  - b. deze mensen hebben steeds meer en zwaardere aandoeningen
  - c. daardoor meer netwerkzorg met ziekenhuis, wijkverpleging etc., waarbij de huisarts de medische coördinatie heeft
  - d. noodzaak tot samenwerking met het zogeheten Sociale Domein t.b.v. het welzijn van de patiënten thuis

Huisartsen zijn van oudsher kleinschalige en zelfstandige ondernemingen: de 'instelling' huisarts valt samen met de persoon huisarts. De huisarts heeft toenemend (zie boven) de handen vol aan de zorginhoudelijke aspecten, en moet tegelijkertijd steeds meer regie voeren op alle andere medewerkers in de praktijk, afspraken maken met partners, werkgever en praktijk eigenaar zijn met alle activiteiten en verantwoordelijkheden van dien. Steeds minder huisartsen ambiëren dit. We zien diverse landelijke partijen opkomen, die huisartsenpraktijken opkopen (het vermeende 'verbod' op goodwill blijkt er in de praktijk niet te zijn) en er huisartsen 'inzetten', veelal ZZP-ers cq waarnemers. Dit geeft discontinuïteit in de patiëntenzorg vanuit de praktijk, en versnippering in de regio: een waaier aan soorten praktijken met ieder eigen moederbedrijven en culturen, vaak met winstoogmerk. Tegelijkertijd groeit de behoefte van partners in de regio om bindende afspraken te maken voor de hele regio t.b.v. de medisch-generalistische zorg van hun patiënten. In onze optiek moeten we stoppen met zorgaanbieder = zorgverlener in de huisartsenzorg. Richt Stichtingen op die in een bepaalde regio de (vrijvallende) huisartsenzorg oppakken, en zonder winstoogmerk de zorg gaan bieden. Zorg voor professioneel bestuurders van die instellingen, borg dat de huisartsen als professionals een zware stem krijgen bij de zorg, voeg diverse andere beroepsbeoefenaren toe die vanuit een eigen professioneel mandaat ook onderdelen van de medisch-generalistische zorg uitoefenen. Net zoals het gaat in de ziekenhuizen. Parkeer de discussie over loondienst op vergelijkbare wijze als in de ziekenhuizen: keuze voor de huisartsen. Of wijkverpleging uiteindelijk onderdeel moet worden van deze Stichtingen, is een punt van latere aandacht.

2. Zorg voor **gemandateerde organisaties voor de huisartsenzorg** cq medisch generalistische zorg per regio. De Stichtingen onder 1. kunnen een trekkersrol vervullen voor deze regio-organisaties, waarbij dus ook de andere huisartsenpraktijken zijn aangesloten.
3. Wij onderschrijven het Discussiestuk op het punt van de noodzaak voor inzetten op leefstijl en gezondheidsvaardigheden. Kijk óók naar de rol van gemeente en onderwijs op dat gebied: het is zeker niet het werk van de ‘klassieke’ zorgverleners. Voor deze zorgverleners cq de huisartsenpraktijken is belangrijk dat er **regionaal een goed, helder, overzichtelijk en aanspreekbaar aanbod** komt op het gebied van **leefstijl cq preventie**, met wie we goed kunnen samenwerken. De regie op preventie en leefstijl ligt níet bij de MGZ, maar in het Sociaal Domein.
4. Versnel de implementatie van **Krachtige basiszorg**, zie <https://krachtigebasiszorg.nl/>. Het is een beproefde manier om de aansluiting tussen huisartsenzorg / MGZ enerzijds en Sociaal Domein anderzijds te realiseren. De ervaring leert dat de kwetsbare patiënten, met lage SES en lage gezondheidsvaardigheden, op wie Kb zich richt, hier goed mee geholpen zijn. De zorgverleners zelf, huisartsen en POH's, krijgen hun werkplezier terug. Essentieel onderdeel is een POH die zich specifiek op de doelgroep richt, met een relatief vrije rol, en dus niet alleen meer tijd voor de huisarts: huisartsen moeten dit niet allemaal zelf willen doen. Zie ook ad 1.  
Voorkóm dat elke zorgverzekeraar en regio een eigen programma gaat maken voor deze doelgroep, het ‘not invented here’. Binnen Kb is voldoende ruimte voor variatie en eigenheid.
5. Wij onderschrijven de beleidsoptie richting **bekostiging van populaties**. Niet alleen om zo preventie te stimuleren, maar ook ten behoeve van andere innovaties, meer werkplezier van professionals en minder onnodige bureaucratie. Zorg dan wel voor een goed doordachte en beperkte set indicatoren om de zorg te monitoren. Een populatie kan in onze optiek óók bijv. een (sub)groep ingeschreven patiënten van een huisartsenpraktijk zijn, als er maar een eenduidig kenmerk is en dus geen oeverloze discussies over grensgevallen.  
Een goed voorbeeld is **Beter Oud in Amsterdam, BOA**, waarbij we op basis van het aantal ouderen per huisartsenpraktijk fte's POH-ouderen toedelen. De POH's werken in een gestructureerd programma, kunnen voor elkaar waarnemen bij dringende situaties (met name opname en ontslag), en hebben een beperkte set prestatiegebieden. Alle ouderen in de betreffende praktijk krijgen zorg van deze POH's indien en voor zover nodig. We gaan dus níet ouderen labelen als kwetsbaar of niet, zoals o.a. in de eerstelijns ketenzorg gebeurt: je hebt een chronische aandoening of niet, je krijgt wel óf niet ketenzorg van de POH, je bent ‘in’ of je bent ‘out’. Dat leidt tot genoemde grensdiscussies die de verantwoordelijkheid en deskundigheid van de professionals ondergraven: laat het aan hen om te bezien wat nodig is, cq het meest noodzakelijk binnen de (op globale, objectieve criteria) toegedeelde tijd cq fte's.
6. **Benadruk als overheid dat Zorg een schaarse dienst is en zal blijven**. De veel gebruikte framing dat je als burger een soort onbegrensd trekkingsrecht hebt omdat je premie betaalt, helpt niet bij het noodzakelijke gesprek met individuen en maatschappij over passende zorg.
7. Wij juichen de beleidsoptie toe ‘Meer publieke regie in de regio’. In onze optiek is **heldere, integrale en strakke regionale regie** nodig; daarbij past **één preferente zorgverzekeraar per regio** en verder congruente inkoop. Wanneer voldoende publieke invloed op die regie gewaarborgd is, kunnen wij ook akkoord gaan met het afschaffen van artikel 13; dus niet per definitie eindeloze ‘vrije artsenkeuze’. We willen wel een ernstige kanttekening maken bij de nadruk in het discussiestuk op ‘regiobeelden’. Met regiobeelden en al dan niet ‘onafhankelijke’ bemiddelaars gaan we het echt niet redden. Zorgaanbieders gaan niet vanzelf samenwerken als er één gezamenlijk regiobeeld ligt. Accepteer dat er tegengestelde visies en belangen kunnen zijn, maak keuzes en neem het stuur in handen. De nood is hoog!

8. Voor 'Juiste Zorg Op de Juiste Plek' gaat het enorm helpen als er **meerjarige contracten** zijn met de **ziekenhuizen cq tweede lijn**. Dat voorkómt verkrampde reacties in de Medisch Specialistische Zorg op voorstellen om zorg uit het ziekenhuis te halen: wat betekent dat voor onze financiën en continuïteit? We spreken hier uit ervaring: als SAG zijn we de trekkers van het verplaatsen van zorg uit de MSZ in Amsterdam naar de verlengde eerste lijn binnen het HuisartsenPlusPunt, zie <https://www.huisartspluspunt.nl/wat-is-huisartspluspunt/>.
9. Stop met het labelen van / etiketjes plakken op patiënten als kenmerk om al dan niet aanspraak te kunnen maken op bepaalde zorg. De **eerstelijns ketenzorg** deelt de patiënten op in partjes, stuurt ze diverse straatjes in, en **remt daarmee de integrale benadering**. Zie ook onder punt 5.
10. De beleids optie '**herpositioneren ouderenzorg binnen de Zvw**' lijkt ons een prima idee wanneer **tegelijktijd één zorgverzekeraar de regionale regie** oppakt, zie punt 7. De huidige Wlz-zorgkantoren zijn regionaal gebonden: gemeenten hebben met meestal één zorgkantoor te maken, het zorgkantoor met een overzichtelijke lijst gemeenten. Wanneer een gemeente met meerdere zorgverzekeraars moet afstemmen over ouderenzorg, wordt het een rommeltje.
11. Wij missen aandacht voor het grote probleem van de **ZZP-ers in de zorg**. Overal worstelen zorgaanbieders met tekorten aan werknemers, en voelen zich gedwongen om, ook voor de reguliere functies, ZZP-ers in te huren. Werknemers stromen uit en beginnen een eigen praktijk voor veelal de mildere problematiek, waardoor de grotere instellingen met de zwaardere zorg blijven zitten, wat weer leidt tot toename van werkdruk. Consequenties zijn bijv. OK-personeel dat niet op elkaar is ingespeeld (veiligheid!), hogere kosten vanwege 'PNIL' (Personeel Niet In Loondienst), wachtlijsten in de Psychiatrie voor de ernstige problematiek. De commissie Borstlap heeft er, op verzoek van de minister voor SZW, in januari 2020 een belangwekkend rapport over uitgebracht: 'In wat voor land willen wij werken?', dat o.a. gaat over de ongewenste teruggang van vaste werknemers, ook in de zorg. Het verschil in fiscaliteit tussen werknemers en IB-ondernemers is één van de oorzaken die Borstlap c.s. willen aanpakken, zie hoofdstuk 3: ZZP-schap cq IB-ondernemerschap is nu té verleidelijk voor bepaalde beroepsgroepen. In de huisartsenzorg zien wij dit fenomeen terug in de gedaante van het snel groeiende leger ('vaste') **waarnemend huisartsen**. Patiënten zien steeds vaker een waarnemend huisarts, terwijl juist de eigen huisarts een grote waarde heeft voor de kwaliteit van zorg en de doelmatigheid: wanneer je je patiënten kent, zet je makkelijker (medisch verantwoord) terughoudend beleid in. Gevestigd huisartsen worden schaarser, en krijgen daardoor nóg meer verantwoordelijkheid op hun bord; zie ook punt 1. Ook voor samenwerken in de wijk, met het Sociale Domein, zijn vaste huisartsen die hun populatie kennen een voorwaarde. Wij verzoeken met klem om tempo: **dring als VWS aan op snelle implementatie van de voorstellen van de commissie Borstlap**. Dwing daarnaast af dat bij de herregistratie van **huisartsen de zorg voor een eigen, vaste populatie een herregistratie-voorwaarde** wordt: het is immers ook een kernwaarde van de huisartsen zelf: continuïteit van zorg.
12. Er is al jarenlang groeiruimte voor de huisartsenzorg: dat is mooi en goed. In de toedeling zien we echter dat de extra middelen gelijkelijk naar alle huisartsen gaan, het zogeheten 'equality-principe'. Wij denken dat er de komende jaren 3 grote **uitdagingen** zijn voor de **huisartsenzorg**, toch een pijler onder ons zorgsysteem: **personeelstekorten** (met name in krimpgebieden), **ouderenzorg**, en zorg voor de **achterstandpopulatie**. De groeiruimte zou met name dáár naartoe moeten, vanuit het '**equity-principe**': zorgdragen voor een gelijke uitgangspositie. Zorg dat de (extra) (financiële) middelen dáár terechtkomen, waar ze het hardste nodig zijn!
13. Wij missen beleids opties op het domein van zorg voor de **jeugd**. Daar liggen grote uitdagingen!