

Vergaderjaar 2021–2022

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 645

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 juni 2022

Voor burgers met complexe zorgvragen is domeinoverstijgende samenwerking over de stelselwetten heen cruciaal. Deze meer patiëntgerichte organisatie vraagt om een andere manier van kijken naar de zorg en ondersteuning, een andere manier van samen organiseren en een andere manier van werken. Samenwerking moet vooral structureel vormgegeven worden in regio's en netwerken, zoals ook analyses als de *Lerende Evaluatie JZQJP* van het RIVM en de *Discussienota Zorg voor de Toekomst* laten zien.

Het succes van deze samenwerking staat of valt met het vermogen om tot afspraken te komen die intrinsiek worden gedragen door het veld. Maar tegelijkertijd met het zetten van de juiste prikkels en randvoorwaarden, die veldpartijen moeten helpen een volgende stap in de transformatie te maken.

Grenzeloos samenwerken

De Raad Volksgezondheid & Samenleving (RVS) publiceerde op 4 maart jl. tegen deze achtergrond het rapport *Grenzeloos samenwerken* over domeinoverstijgende samenwerking. De RVS heeft aan de hand van concrete voorbeelden onderzocht hoe de wettelijke stelsels van zorg en ondersteuning aangepast kunnen worden om domein overstijgende samenwerking beter mogelijk te maken. De voorbeelden gaan over vormen van domeinoverstijgende samenwerking waarbij verschillende inkopers van zorg en ondersteuning – zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten – betrokken zijn. De samenwerkende partijen in deze initiatieven willen met laagdrempelige zorg en ondersteuning burgers beter passende zorg bieden en daarmee dure, complexe zorg voorkomen. Op basis van analyses van casuïstiek en gesprekken met experts komt de Raad tot drie terugkerende knelpunten: (1) het is niet altijd duidelijk welke partij verantwoordelijk is voor het organiseren van een passend zorgaanbod voor burgers, waardoor eigenaarschap ontbreekt; (2) het

loont voor inkopers van zorg vaak niet om te investeren in passende zorg, doordat baten vaak in andere stelsels vallen; (3) samenwerken over de grenzen van stelselwetten kost voor zorginkopers en aanbieders veel tijd en wordt door zorgverleners vaak als belastend ervaren.

In deze reactie ga ik in op de aanbevelingen van de Raad. Dat doe ik aan de hand van de drie casussen en hoe ik deze betrek of wil betrekken bij het beleid voor de komende periode.

1. Reflectie casus Betere huisartsenzorg door Meer tijd voor de patiënt

Een van de casussen waar de RVS op ingaat is het voorbeeld van «meer tijd voor de patiënt», in een huisartsenpraktijk in Afferden (Noord-Limburg). Meer tijd voor de patiënt wordt mogelijk gemaakt via specifieke afspraken tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Deze ruimte is er ook binnen de huidige wet- en regelgeving. In het geval van de casus Afferden werd er gezorgd voor extra huisartsencapaciteit in de deelnemende praktijken en een andere vorm van bekostiging. Om een structurele verschuiving van tweede naar eerste lijn te bewerkstelligen wil de zorgverzekeraar de afspraken doorzetten en uitbreiden. Daarbij stelde de zorgverzekeraar de randvoorwaarde dat aanpalende ziekenhuizen structureel budget gaan inleveren voor de voorkomen verwijzingen door het starten met «meer tijd voor de patiënt» in huisartsenpraktijken. Dat was in de casus Afferden door de financiële situatie van het nabijgelegen ziekenhuis in eerste instantie niet mogelijk.

De RVS beschrijft op duidelijke wijze dat een verzekeraar bij het implementeren van meer tijd voor de patiënt ook rekening dient te houden met de bredere context in de regio. Voor een beweging van de tweede naar de eerstelijnszorg, met minder verwijzingen naar het ziekenhuis, zijn niet alleen goede afspraken met de huisartsen nodig maar ook goede afspraken over de medisch specialistische zorg. De casus Afferden laat zien hoe complex het voor partijen is om deze transformatie lokaal en regionaal goed en in samenhang vorm te geven. Tegelijk laat deze casus zien welke mooie resultaten er geboekt kunnen worden als huisartsen extra tijd krijgen en waar mogelijk inzetten op niet-medische oplossingen. Ik wil daarom samen met partijen blijven inzetten op het breder implementeren van «meer tijd voor de patiënt».

Meer tijd voor de patiënt organiseren is echter geen gemakkelijke opgave in een sector die nu al een krappe arbeidsmarkt kent. Het is niet vanzelfsprekend om elke huisartsenpraktijk extra «fte's» te bieden, simpelweg omdat de menskracht hiervoor nu en in de toekomst niet altijd beschikbaar is. Om meer tijd voor de patiënt bij de huisarts te creëren, is naast het uitbreiden van opleidingsplekken, vooral ook een slimmere organisatie van de zorg noodzakelijk. We moeten de basiszorg zodanig organiseren, dat we de beschikbare menskracht optimaal benutten en dat zorgverleners tijd hebben en houden om het goede gesprek met de patiënt te voeren. Hierbij gaat het onder meer over het verschuiven van taken tussen zorgverleners, het ontzorgen van professionals en slimme inzet van technologie. Over de benodigde transformatie in de curatieve zorg, waaronder de organisatie van de basiszorg, wil ik afspraken maken in het nog af te sluiten integraal zorgakkoord.

Overigens lopen op dit moment al verschillende trajecten om de druk op de huisartsenzorg te verminderen, waaronder een «versnellingstraject meer tijd voor de patiënt» in het kader van het huidige hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg. Deze trajecten zullen gedurende de looptijd van het hoofdlijnenakkoord – tot eind dit jaar – worden doorgezet. Daarnaast is er een arbeidsmarktaanpak geweest, in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging, om in negen regio's ondersteuning te bieden aan

een duurzame arbeidsmarktaanpak. Over de uitkomsten hiervan heb ik uw Kamer recent geïnformeerd.

2. Reflectie casus MESO

Om thuiswonende ouderen met complexe zorgvragen betere zorg te bieden en om de werkdruk van de huisarts te verlagen, is in Velp het zogenoemde MESO-concept ontstaan (Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde). Bij de praktijk in Velp zijn naast specialisten ouderengeneeskunde (SO) ook andere professionals in dienst, zoals geriatrisch verpleegkundigen en een secretaresse/managementassistent. De kern van de MESO-methodiek is dat extra geriatrische expertise wordt ingezet in de eerste lijn, onder het hoofdbelandelaarschap van de huisarts.

Ik deel de analyse van de RVS als het gaat om het mogelijk maken van MESO-zorg voor thuiswonende ouderen (met en zonder Wlz-indicatie) op hoofdlijnen. Herhaalbaarheid van resultaten is belangrijk om een experiment structureel te kunnen maken. Daarom wordt nu in andere regio's gekeken naar de toepassing van het MESO-model middels een subsidie die MESO vanuit mijn ministerie ontvangt. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het, in een veranderend zorglandschap voor de ouderengeneeskunde, niet vanzelfsprekend is dat het MESO-model de blauwdruk is of wordt voor de toekomstige inrichting van de samenwerking van huisartsgeneeskunde met de ouderengeneeskunde. Onderzoek van ESHPM¹ laat zien dat er ook andere organisatievormen zijn waarin de specialist ouderengeneeskunde samenwerkt met de huisarts in de eerstelijns.

Vanwege de subsidie die MESO ontvangt, is er regelmatig contact met MESO over de voortgang en resultaten van het project.

De analyse van de RVS ten aanzien van het punt over de gesignaleerde ongelijkheid in de afspraken voor Zvw- en Wlz-patiënten onderschrijf ik. Het voorbeeld van MESO maakt het bestaan van schotten in de organisatie en financiering van medisch-generalistische zorg zichtbaar. Op 13 januari 2021 ontving uw Kamer een brief² over de schotten in de positionering van medisch-generalistische zorg met daarbij de aanbeveling deze zorg te positioneren in één stelsel. Dit bevordert de samenwerking over de grenzen van stelselwetten heen. In het coalitieakkoord is opgenomen dat het kabinet beoogt de aanspraken op behandeling gelijk te trekken voor iedereen met een Wlz-indicatie (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77. Met de maatregel wordt ingezet op toegankelijkheid van passende medisch-generalistische zorg voor iedereen die hier recht op heeft en het wegnemen van complexiteit en onduidelijkheid in de praktijk (organisatie en verantwoordelijkheden). Tegelijk biedt het ook de nodige duidelijkheid voor zorgverzekeraars en zorgkantoren omtrent inkoop van de medisch-generalistische zorg. In het derde kwartaal ontvangt uw Kamer een brief waarin de hoofdlijnen en de vervolgstappen worden beschreven omtrent deze maatregel.

3. Reflectie Casus Optimaal Leven

Het project Optimaal Leven heeft als doel om mensen met een psychische kwetsbaarheid in Drenthe beter te ondersteunen. Door laagdrempelige, samenhangende hulp te bieden, kan terugval worden voorkomen en de kwaliteit van leven worden verhoogd. Het is een samenwerking van drie zorgaanbieders, drie gemeenten, twee zorgverzekeraars en de regionale

¹ Kamerstuk 33 578, nr. 85.

² Kamerstuk 34 104, nr. 316.

huisartsenvereniging. Het project heeft de eerste jaren gedraaid op tijdelijke financiering (onder andere van ZonMw) en een enorme extra inzet van medewerkers zelf.

Uit het project blijkt dat het tijd kost om dit soort integrale teams in de praktijk op te zetten omdat het een geheel nieuwe werkwijze betreft en professionals elkaar en elkaars expertise moeten leren kennen. Ook zien we dat het organiseren van de randvoorwaarden (registratie, inrichting van behandel- en ondersteuningsprocessen, communicatie) veel aandacht en energie vergt en er binnen het project spanning blijft bestaan tussen de zorginhoud en financiën, omdat de organisaties er ieder eigen afspraken op nahouden, welke doorgaans voor hen leidend zijn. Dit is in lijn met de constatering van de RVS dat het laten slagen van (domeinoverstijgende) samenwerking en een herstelgerichte aanpak veel inzet en commitment vergt van betrokkenen.

De ervaren drempels van dit project bieden tegelijk ook veel lessen voor andere initiatieven. Gedurende het project zijn steeds betere afspraken gemaakt tussen gemeenten en zorgverzekeraars, maar de volgende uitdaging is de overgang van tijdelijke naar structurele financiering. Zodat investeren in samenwerking loont. De RVS ziet een meer structurele bekostiging van samenwerking rondom mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) – en bijbehorende problematiek – dan ook als een manier om deze verder te stimuleren. In het nog te sluiten Integraal Zorgakkoord is domeinoverstijgende samenwerking een van de belangrijke onderwerpen waarover partijen afspraken maken, zodat dit type trajecten beter tot stand kan komen. Tevens zal in de toekomst-agenda ggz het bevorderen van domeinoverstijgende samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein een belangrijk onderwerp zijn. De leer- en knelpunten uit het project Optimaal Leven en de door de RVS aangedragen oplossingen zullen bij deze trajecten ook worden betrokken.

Hoe nu verder?

De analyse van bovenstaande casuïstiek door de RVS laat zien dat partijen in een samenwerkingsverband goed kunnen komen tot afspraken en oplossingen om zorg passend en rondom de patiënt te organiseren. Echter de casussen laten ook zien dat bestendinging van de samenwerking niet altijd vanzelf gaat. De RVS adresseert daarbij een aantal knelpunten die de komende periode moeten worden opgelost en die in het begin van deze reactie zijn geschetst. Omdat deze knelpunten steeds terugkeren, vindt de Raad het daarnaast zaak dat het debat over de toekomstbestendigheid van de stelselwetten gevoerd moet worden. Zowel in de politiek als in de zorgsector zelf. De Raad meent dat er weliswaar al langer wordt gesproken over doelen als samenwerking en substitutie van zorg, maar dat het blijkbaar onvoldoende lukt deze doelen binnen het bestaande stelsel te realiseren.

Veel van de veranderopgave die nodig is vanwege groeiende schaarste zit naar mijn mening niet in grote aanpassingen van het stelsel, maar in verbeteringen en samenwerken binnen het stelsel. Veranderingen vinden namelijk plaats dankzij en niet ondanks het stelsel. Beter omgaan met groeiende schaarste vraagt om een beweging uit de expertise silo's van partijen naar meer samenwerking en samenhangende passende zorg.

In de regio kan samenwerking over de stelselgrenzen inclusief het goed beleggen van verantwoordelijkheden het best worden vormgegeven. Een beweging die de afgelopen jaren met de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) al is ingezet. JZOJP gaat, met als vertrekpunt de behoeften van mensen, om het voorkomen van zorg (leefstijlpreventie en een sterke

sociale basis), het vervangen van zorg (technologische en sociale innovatie) en het verplaatsen van zorg. Dichtbij bij mensen waar het kan, complexere zorg in effectieve netwerken.

Daarvoor is er iets extra's van het verandervermogen van alle partijen nodig en moet samenwerking de vrijblijvendheid voorbij. Dat is hard nodig omdat uiteindelijk de toegankelijkheid en solidariteit in het geding is. Ik zet daarom zoals aangekondigd in het coalitieakkoord³ met het programma JZOJP verder in op het doorontwikkelen van regiobeelden en regioaanpakken.

De regiobeelden geven inzicht in de (zorg) opgaven en plannen om gezamenlijk aan die opgaven te werken en verbinden tegelijkertijd de landelijke, regionale en lokale niveaus. Startpunt bij de doorontwikkeling van regiobeelden zijn de inzichten en de energie in de regio. Daarom wordt aangesloten bij de bestaande regiobeelden. Regiobeelden moeten kunnen leiden tot een herschikking van het zorglandschap waarbij een integraal aanbod en passende zorg over domeinen heen de norm is. Om te zorgen dat de regiobeelden en plannen daadwerkelijk tot stand komen, integraal en van voldoende kwaliteit zijn, zorg ik ervoor dat er aanvullende minimumeisen over de inhoud en opzet van de regiobeelden komen. Alle partijen moeten in samenhang hun deelopgaven kunnen verbinden aan een integrale agenda, dus inclusief partijen actief op het terrein van sociaal domein, preventie, jeugd en arbeidsmarkt. Er zullen afspraken worden gemaakt over welke partijen ten minste deelnemen aan het opstellen van regiobeelden en over welke onderwerpen de regiobeelden gaan, met specifieke aandacht voor die functies die in ieder geval op een bepaalde plek aanwezig moeten zijn of die de komende jaren extra inzet vanuit het coalitieakkoord vragen.

Het gaat echter niet alleen om de regiobeelden zelf, maar ook om de governance van de JZOJP in de regio. Samenwerken in de regio moet minder vrijblijvend worden. Hiertoe gaan we met de NZa, ZinNL en RIVM, de regio's beter ondersteunen in de domein overstijgende samenwerkingsverbanden. Met kennis, opschalen van goede initiatieven, onder andere op het gebied van data. Ook zullen wettelijke kaders aangepast worden waar nodig, waarvoor de Raad onder andere met de voorstellen om financiering te flexibiliseren en doelgroepgericht te maken in dit rapport suggesties heeft gedaan. In het Integraal Zorgakkoord en in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WoZo) zullen hier aanvullende afspraken over worden gemaakt met betrokken partijen. Samengevat, de RVS maakt met een robuuste analyse in dit rapport inzichtelijk waar partijen vastlopen in het bestendigen van domeinoverstijgende samenwerking. Tegelijk laat de casuïstiek zien wat nodig is voor meer samenwerking en samenhangende passende zorg. Het stelsel biedt daarbij naar mijn mening voldoende ruimte om de juiste randvoorwaarden neer te zetten en regie en ondersteuning te bieden aan partijen. Hier zal ik samen met partijen aan werken, o.a. met intensiveren van de beweging van Passende Zorg en JZOJP en via het Integraal Zorgakkoord en het WoZo-programma. Waarbij onder meer bekeken gaat worden hoe we gezamenlijk knelpunten bij bestendiging van domeinoverstijgende

³ Passage coalitieakkoord: «De planbare en acute zorg moet toekomstbestendig gemaakt worden. Aan de hand van de juiste zorg op de juiste plek vragen wij de Nationale Zorgautoriteit (NZa) regiobeelden op te stellen, die kunnen leiden tot een herschikking van het zorglandschap waarbij een integraal aanbod en passende zorg over domeinen heen voor iedereen in Nederland ongeacht woonplaats de normen zijn.»

samenwerking kunnen wegnemen. Ik hoop dat de Raad mij in zijn toekomstige adviezen praktische en toepasbare handvatten blijft aanreiken voor het samenwerken binnen en tussen de stelsels.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers