

Tweede Kamer der Staten Generaal  
Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
t.a.v. de heer A. Teunissen  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

datum Utrecht, 27 januari 2016  
ons kenmerk 2016-005  
voor informatie Jan-Willem Mulder  
uw kenmerk  
onderwerp Inbreng AO eerstelijnszorg

Geachte Kamerleden,

Aankomende woensdag spreekt u met de minister over de eerstelijnszorg. Voor dat overleg geven wij u het volgende mee.

Voor Patiëntenfederatie NPCF staat vast dat de zorgvraag van de patiënt leidend is in de zorg en dus ook in de eerste lijn. Het gaat er niet alleen om hoe de zorg is georganiseerd, maar om hoe de wensen en toekomstige behoeften van de patiënt richtinggevend zijn. Daarom brengen we graag de volgende punten onder uw aandacht.

1. Er moet ruimte zijn voor nieuwe vormen van zorg of anders georganiseerde zorg, die bijdraagt aan kwaliteit en toegankelijkheid.
2. Omdat mensen steeds langer zelfstandig thuis blijven wonen, moet tijdelijk verblijf beschikbaar zijn voor mensen als de situatie dat vereist, bijvoorbeeld als het thuis niet meer gaat of na een ziekenhuisopname.
3. In de eerstelijnsdiagnostiek moeten kwaliteit, beschikbaarheid en toegankelijkheid leidend zijn met betaalbaarheid als randvoorwaarde.

## **De huisarts**

Zorg hoeft niet meer op één plaats of een vastgelegde tijd. Dankzij allerlei vormen van digitalisering kunnen patiënt en eerstelijns-zorgverlener steeds vaker op door hen gewenste momenten en manieren met elkaar communiceren.

Het systeem met inschrijving op naam is en blijft een belangrijke basis voor "continue, personsgerichte, integrale (levenslang en levensbrede) zorg". Er moet ruimte komen voor andere initiatieven, nieuwe vormen van zorg of anders georganiseerde zorg, zoals bijvoorbeeld een "dokter-to-go", maar de basis blijft de vaste relatie van patiënt en huisarts. Anders kan de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg onder druk komen te staan. Dat is ongewenst.

Inschrijving bij een huisarts betekent niet dat de patiënt uitsluitend bij die huisarts terecht kan of moet. Bijvoorbeeld voor handelingen of verrichtingen waar een bepaalde huisarts in het gezondheidscentrum, praktijk, wijk of in de buurt meer affiniteit of ervaring mee heeft, moet verwijzen binnen de eerstelijnszorg gemakkelijk mogelijk zijn. Dat bevordert de beschikbaarheid van zorg dichtbij voor mensen.

Daarbij moet worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Cruciaal zijn deskundigheid en vertrouwen. Dat is bepalend voor de kwaliteit en het beeld dat patiënten daarvan hebben. Goede voorlichting en inzicht in kwaliteit zijn nodig om het vertrouwen te versterken.
- Goede gegevensuitwisseling, met instemming van de patiënt, tussen verschillende zorgaanbieders binnen de eerstelijns en met de tweedelijns gezondheidszorg is noodzakelijk.
- Voldoende samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn is noodzakelijk. Dit geeft patiënten het vertrouwen dat er een team van zorgverleners beschikbaar is. En dat indien nodig snel tussen de lijnen geschakeld kan worden.

### **Eerstelijns verblijf**

Mensen met een kwetsbare gezondheid blijven steeds langer zelfstandig thuis wonen. Maar dat kan niet altijd. Tijdelijk verblijf moet beschikbaar zijn wanneer:

- de situatie thuis dusdanig verslechtert dat verpleging en verzorging thuis tijdelijk niet meer is te organiseren;
- na een ziekenhuisopname de situatie stabiel genoeg is om uit het ziekenhuis te worden ontslagen, maar nog te instabiel om op een verantwoorde wijze naar de thuissituatie huis terug te keren;
- de mantelzorger tijdelijk uitvalt.

Voor terugkeer naar de thuissituatie is het belangrijk dat (de duur van) eerstelijnsverblijf op maat is. Bij goede huisartsenzorg en wijkverpleging zal de behoefte aan eerstelijns verblijf kleiner zijn dan wanneer deze zorg niet goed geregeld is. Naast passende bekostiging is het naar de mening van Patiëntenfederatie NPCF dan ook van belang om substitutie tussen eerstelijnsverblijf, huisartsenzorg en wijkverpleging in kaart te brengen.

## Eerstelijnsdiagnostiek

Patiëntenfederatie NPCF is nog niet overtuigd van het nut van vrije prijzen in de eerstelijnsdiagnostiek. Welk probleem wordt opgelost met het invoeren van vrije prijzen? Wordt de patiënt er beter van? Dat is nu nog onvoldoende duidelijk. Experimenten met vrije prijzen in de zorg leidden in het verleden eerder tot prijsstijgingen, dan tot prijsdalingen.

Bij eerstelijnsdiagnostiek zijn de volgende dwingende randvoorwaarden te stellen

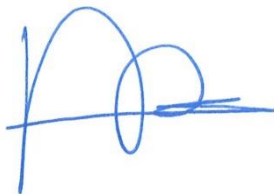
- bij de inkoop zijn de kwaliteit, beschikbaarheid en toegankelijkheid leidend en niet de prijs; en
- de prijzen zijn inzichtelijk en onderling vergelijkbaar voor de patiënt.

Het lijkt in de discussie nu te veel uitsluitend om de prijs te gaan. Gebrekkig extern inzicht in kwaliteit (transparantie) leidt tot inkoop uitsluitend op prijs. De effecten daarvan voor patiënten zijn onvoldoende helder. Bovendien is de samenhang tussen eerste en tweedelijns diagnostiek van groot belang, om in alle situaties over goede en snelle diagnostiek te kunnen beschikken. Daarbij moet onnodige dubbele diagnostiek worden vermeden.

Kortom: zicht op kwaliteit, beschikbaarheid, toegankelijkheid, prijs en samenhang tussen eerste en tweedelijnsdiagnostiek is een randvoorwaarde om eventueel stappen te kunnen zetten, waarbij steeds duidelijk moet zijn wat de baten voor de patiënt zijn.

Ik wens u een goed overleg toe.

Met vriendelijke groet,



Dianda Veldman  
Directeur-bestuurder Patiëntenfederatie NPCF