

Naar een sterkere eerstelijnszorg

22 oktober 2019

[Zorgmanagement](#)

Het hervormingsbeleid van de gezondheidszorg in Europa richt zich onder meer op het versterken van de eerstelijnszorg. We zien drie trends.



De absolute uitgaven van de gezondheidszorg blijven groeien, maar in de meeste van de onderzochte Europese landen is de uitgavengroei (als %bbp) stabiel of neemt af ([zie artikel deel 1](#)). De hervormingsagenda's van de gezondheidszorg in de verschillende Europese landen lijken hun vruchten te gaan afwerpen. Maar wat houden die hervormingen in en is er een trend te zien door de jaren heen?

Hervormingsbeleid is de laatste 10-15 jaar verschoven van (macro)kostenbeheersing naar maatregelen op micro- en mesoniveau, gericht op verbetering van kwaliteit en efficiency van zorg. Zo zien we in veel landen een trend naar versterking van de eerstelijnszorg, door:

1. *versterking rol huisarts als poortwachter*: huisarts is eerste aanspreekpunt en verwijzing door huisarts is vereist voor toegang tot meer gespecialiseerde zorgverleners;
2. *samenwerking eerstelijnszorg*: het gaat hierbij vooral samenwerken, coördinatie en integratie van diverse zorgverleners in de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld met welzijn en ziekenhuizen;
3. *meer inzet technologie*: zoals informatie- en zorginnovatie technologieën.

1. De huisarts als poortwachter

Sinds de Tweede Wereldoorlog vervult de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg een poortwachtersfunctie. De huisarts is het eerste contact van de patiënt met de zorg. Huisartsen

behandelen patiënten zelf als dat mogelijk is en verwijzen naar meer gespecialiseerde zorgverleners (specialisten, ziekenhuizen of andere gespecialiseerde diensten) als dat nodig is.

Huisartsen in Denemarken, Nederland, Noorwegen en UK hebben een centrale positie in het zorgsysteem. Een verwijzing van de huisarts is verplicht en in principe de enige manier voor een patiënt om een specialist te kunnen consulteren, in niet acute omstandigheden.

In een aantal onderzochte Europese landen wordt geprobeerd de huisarts de rol van poortwachter te geven, maar niet altijd met succes. Zo is in Finland, Italië, Polen Portugal, Roemenië, Slowakije en Spanje een verwijzing van de huisarts vereist, maar wordt vaak omzeild, door een verwijzing van private artsen of de eerste hulp afdeling.

Patiënten in Duitsland, Griekenland, Luxemburg, Tsjechië, Turkije, Oostenrijk, Zweden en Zwitserland hebben direct toegang tot ziekenhuiszorg. In Duitsland is geen verwijzing van de huisarts vereist, maar ziekenfondsen zijn wel verplicht om poortwachtersmodellen aan te bieden aan hun leden.

In Zwitserland is ook geen verwijzing van de huisarts vereist, maar er zijn wel speciale verzekeringsmodellen op de markt waarin een verwijzing van de huisarts wordt vereist. In Turkije is geprobeerd de poortwachtersfunctie in te voeren door het vrijstellen van eigen bijdrage bij verwijzing door een huisarts naar het ziekenhuis. Onder andere door een huisartsentekort zijn deze pilots gestrand.

In België, Frankrijk, Ierland en Tsjechië wordt de poortwachtersfunctie van de huisarts gestimuleerd door het vragen van geen/lagere eigen bijdrage bij verwijzing door de huisarts.

2. Samenwerking eerstelijnszorg

De huisarts in Nederland heeft zich de laatste 10-15 jaar ontwikkeld vanuit een geïsoleerde (solistische) positie naar meer groepspraktijken, waar vaak wordt [samengewerkt](#) met andere zorgprofessionals in de eerstelijnszorg, maar ook met professionals in de thuiszorg en met gespecialiseerde intramurale zorg (tweede- en derdelijnszorg). Ook in landen als België, Frankrijk, Italië, Tsjechië en Oostenrijk is er de laatste jaren een groei van solopraktijken naar groepspraktijken en gezondheidscentra (multidisciplinaire zorg). In Denemarken, Finland, Ierland, Spanje, Zweden wordt de eerstelijnszorg voornamelijk geleverd in de zogenaamde multidisciplinaire 'Primary Healthcare Centres' (PHC).

Ook zien we steeds meer dat samenwerking van de huisarts met gemeenten (municipalities) wordt gestimuleerd, zoals in Noorwegen waar de huisarts verantwoordelijkheid draagt voor de zorg van zijn eigen patiënten en de algemene bevolking. De huisarts wordt, naast poortwachter en behandelaar, steeds meer een adviseur (gids) van de patiënt door het gehele zorgproces.

Hervormingen richten zich de laatste jaren ook steeds meer op het bevorderen van de integratie en coördinatie van zorg.

Hervormingen richten zich de laatste jaren ook steeds meer op het bevorderen van de integratie en [coördinatie](#) van zorg. Door een versterking van de eerstelijnszorg en een steeds meer op de corebusiness gerichte ziekenhuiszorg, wordt afstemming en coördinatie van de zorg steeds belangrijker. Er wordt steeds meer geredeneerd vanuit het zorgproces van de

patiënt. Hierbij kan worden gedacht aan ‘disease-management’ programma’s in bijvoorbeeld de UK en Duitsland, maar ook aan de gespecialiseerde centra in Finland, waarin algemene en gespecialiseerde professionals met elkaar samenwerken, ziekenhuizen contracteren en eigen laboratoriumfaciliteiten hebben.

3. Meer inzet zorgtechnologie

De laatste jaren zien we in de eerstelijnszorg steeds meer informatie- en [zorginnovatie](#) technologieën (zoals thuismonitoring) hun intrede doen. De ontwikkeling en inzet ervan verschilt per land. Zo wordt bijvoorbeeld in Duitsland, Frankrijk en de UK digitale technologie ingezet om de toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg te verbeteren voor mensen die in plattelandsgebieden wonen. Landen zoals Denemarken, Duitsland en Noorwegen zijn koploper in het gebruik van elektronisch voorschrijven, verwijzen en elektronisch patiënten dossier. Bij alle landen staat het verder ontwikkelen en bevorderen van inzet verschillende vormen van zorg- technologieën in de hervormingsplannen voor de komende jaren.

Naast een versterking van de eerstelijnszorg, zoals hierboven beschreven, zijn hervormingen ook gericht op veranderingen van bekostiging (incentives) van professionals en ziekenhuizen.

Hierover meer in het volgende artikel.

Dit artikel is deel 3 van een serie. Lees hier [deel 1](#) en hier [deel 2](#).

Door: Dr. Yvonne van Kemenade



Yvonne van Kemenade is ruim 30 jaar werkzaam in de gezondheidszorg en heeft verschillende artikelen en boeken geschreven. Ze heeft verschillende functies bekleed: onderzoeker/docent aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam (ESHPM), adviseur Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS), strategisch adviseur Albert Schweitzer ziekenhuis en bestuurder van een Zorggroep. Mevrouw Van Kemenade werkt momenteel als freelance consultant en is lid van verschillende raden van toezicht (www.yvonnevankemenade.nl).