



## De financiering van de eerste lijn

Er is veel veranderd in de organisatie en de financiering van de eerste lijn de laatste jaren. De decentralisatie van het jeugdbeleid en de overgang van AWBZ naar de WMO, WLZ en ZVW hebben de financiering, maar ook de organisatie van de eerste lijn sterk beïnvloed. Bijna overal zijn sociale wijkteams aan het werk, in verschillende samenstellingen, met en zonder intensieve samenwerking met wijkverpleegkundigen. Een belangrijke doelstelling van deze veranderingen is het medische en het sociale domein beter met elkaar te verbinden. In de financiering van de huisartsenzorg is bij de meeste zorgverzekeraars ruimte ontstaan voor populatiegerichte financiering. En de wijkverpleegkundige kan vanuit de zogenaamde Zichtbare Schakel-rol, tegenwoordig Segment 1, vorm geven aan wijkzorg, zonder dat er al sprake is van een indicatie voor bepaalde zorg.

Al langer wordt er een pleidooi gehouden voor populatiegerichte financiering. Voorham deed dat vanuit de overtuiging dat zeer veel openbare gezondheidszorg doelstellingen alléén bereikt kunnen worden via een sterke wijkgerichte eerstelijnszorg, met aandacht voor preventie.<sup>1</sup> Rosendal deed dat vanuit zijn overtuiging dat de product-gestuurde bekostiging van de wijkverpleegkundige een echt adequate wijkzorg in de weg stond.<sup>2</sup> Meer recent pleitte de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde (SBW) voor een populatiegebonden bekostiging voor de wijkverpleging met een uitkomstencomponent.<sup>3</sup>

We zien die veranderingen nu ook terug in de structuur van de financiering. Bij de wijkverpleging heeft men drie segmenten bedacht. In segment 1 gaat het om die activiteiten die niet aan een individuele patiënt gekoppeld kunnen worden. Dat zijn de wijkgerichte zorg activiteiten. In 2015 was er 50 miljoen voor beschikbaar. Het spreekt voor zich dat dit voor de omvang van het werk volstrekt onvoldoende is. Segment 2 is het grootste deel (in 2015 3,1 miljard!), en dat betreft de individueel toegewezen zorg. Dat is inclusief de indicering voor zorg, en het overleg met het sociale domein als dat nodig is voor de integrale zorgverlening aan de cliënt. Segment 3, gericht op belonen van extra prestaties, is tot op heden nog niet goed van de grond gekomen.

De nieuwe huisartsenbekostiging is vastgelegd in het eerstelijns akkoord dat de LHV, ZN, Ineen en de Minister van VWS hebben gesloten.<sup>4</sup> Het nieuwe financieringsmodel was gebaseerd op de driedelige doelstelling: betere gezondheid voor de bevolking, betere zorg voor het individu en lagere kosten. Het zou de eerste stap naar een populatie-gebonden bekostiging moeten zijn, met sturing op uitkomsten. Men stelt drie segmenten voor. Segment 1 betreft de reguliere zorgvragen en aandoeningen van

patiënten. De huisarts is hiervoor meestal het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en fungeert als poortwachter. Deze zorg wordt grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid. Segment 2, de programmatische multidisciplinaire zorg, is gericht op zorgvragen en aandoeningen waarvoor naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. De ketenzorg behoort tot dit segment, maar ook de module wijkgerichte zorginfrastructuur. Segment 3 (belonen van uitkomsten en zorgvernieuwing) biedt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de zorg uit de andere twee segmenten en om vernieuwing te stimuleren. Verwarrend is hier de nummering van de segmenten: bij de wijkverpleegkundigen is S1 de wijkzorg, en bij de huisartsen is S2 de wijkzorg. In 2016 is voor de huisartsenvoorziening die nummering al verlaten, tenminste bij Zilveren Kruis.

Op basis van het feit dat geld meestal stuurt, hadden wij verwacht dat er nu veel gezamenlijke wijkgerichte projecten zouden gaan ontstaan, waarbij de natuurlijke samenwerking tussen wijkverpleging en huisartsenzorg zou worden uitgebuit. Tot nu toe is daar echter weinig sprake van. Eén van de belemmerende factoren is wellicht de marktwerking. Bijvoorbeeld in Rotterdam zijn ondanks de fusies en de faillissementen nog steeds veel thuiszorgaanbieders actief. Een huisarts kan zo met vier verschillende thuiszorginstellingen te maken krijgen, en mogelijk met nog méér wijkverpleegkundigen. Andersom kan een wijkverpleegkundige in een wijk met zeven of meer huisartsen te maken hebben. Dat stimuleert de samenwerking niet. Om dat probleem op te lossen zet zorgverzekeraar Zilveren Kruis in 2016 nog een stap verder door in drie proefgemeenten voorkeur-aanbieders van thuiszorg te selecteren op basis van een aanbesteding.<sup>5</sup> Ondanks veel verzet is dit een logische stap om het aantal aanbieders te beperken, en dus de samenwerking en afstemming te stimuleren. En daadwerkelijk wijkgerichte preventie te bevorderen.

Een andere beperkende factor voor een intensievere samenwerking tussen huisarts en wijkverpleging in het kader van de populatiegerichte zorg, is de huidige professionele focus. Huisartsen én wijkverpleegkundigen zijn door hun opleidingen (en door de bekostiging) toch vooral gericht op de individuele zorgverlening. Populatiegerichte zorg is complex, en vereist een analyse van de gezondheidssituatie van de wijkpopulatie, en van de mogelijke wijkpartners die bijdragen aan gezamenlijke projecten kunnen leveren. Dat wordt niet geleerd in de ini-

tiële opleidingen. Mede hierdoor is vaak onduidelijk van wie dat werk verwacht mag worden: huisartsen of wijkverpleegkundigen? Los daarvan staat vast dat zij dit niet alléén kunnen, en expertise nodig hebben van de medewerkers gezondheidsbevordering van de GGD-en. Wijkgerichte samenwerking is méér dan de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige, en de eerste lijnsbekostiging zou juist dát moeten stimuleren. Is het dan alleen maar kommer en kwel? Welnee. Er zijn prima initiatieven zoals de ZonMw-parel 'Even Buurten' in Rotterdam, waar aangetoond wordt dat de zogenaamde 'spil' in de wijkzorg een onmisbare rol speelt.<sup>6</sup> En de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde die nascholing biedt op het gebied van wijkgerichte preventieprojecten.<sup>7</sup> En de gemeente Rotterdam, die met de zorgverzekeraars heeft afgesproken om een aantal budgetten te combineren voor die initiatieven die het sociale en het medische domein goed weten te verbinden. Want juist in die verbinding is gezondheidswinst te behalen!

*Toon Voorham*

Hogeschool Rotterdam, Gezondheidscentrum Lijn2,  
Rotterdam

*Henk Rosendal*

Hogeschool Rotterdam

*José van Dorst*

Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde, Rotterdam

#### **LITERATUUR**

1. *Voorham AJJ*. De toekomst van de eerste lijn in Rotterdam: méér wijkgericht. Openbare les. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam, 2007.
2. *Rosendal H*. Werk maken van wijkzorg. Openbare les. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam, 2012.
3. Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde. In- en uitkomstenmodel bekostiging wijkverpleging. Rotterdam: SBW, 2015. Zie: [www.nursing.nl](http://www.nursing.nl).
4. Kamerbrief over bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. 19-05-2014. kenmerk 358959-119535-CZ.
5. Zilveren Kruis Achmea. Zorginkoopbeleid 2016. Zorgsoort Huisartsen en Integrale zorg (HIZ). Zilveren Kruis Achmea, 2015.
6. Zie: [www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/parels/parel-voor-evenbuurten](http://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/parels/parel-voor-evenbuurten).
7. Zie: [www.opleidingwijkverpleegkundige.nl](http://www.opleidingwijkverpleegkundige.nl).

#### **CORRESPONDENTIEADRES**

Toon Voorham, Kenniscentrum Zorginnovatie,  
Hogeschool Rotterdam, tel. 06-83 58 23 13,  
e-mail: [a.j.j.voorham@hr.nl](mailto:a.j.j.voorham@hr.nl)