

INTENTIEVERKLARING

Versterking eerstelijnsgezondheidszorg

Partijen:

Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV)
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP)
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)
Landelijke Vereniging voor de Georganiseerde eerste lijn (LVG)
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)
Maatschappelijk Ondernemers groep (MO-groep)
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Nederlands Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)¹
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

A. Constatoren dat:

- Nederland van oudsher beschikt over een sterke eerstelijnsgezondheidszorg die zich kenmerkt door:
 - generalistische zorgverlening;
 - laagdrempelige toegang tot de zorg;
 - zorg in de buurt;
 - gerichtheid op de mens in de eigen omgeving;
 - ambulante karakter;
 - coördinatie en continuïteit van zorg.
- de eerstelijnsgezondheidszorg dient te worden versterkt om de toekomstige uitdagingen aan te kunnen, omdat:
 - de zorgvraag stijgt en complexer wordt;
 - er (dreigende) capaciteitstekorten zijn;
 - de patiënt hogere eisen stelt aan een betere afstemming, continuïteit, service en diversiteit van het zorgaanbod.

¹ Per 1 juli 2004 zijn de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) en de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck (NVOM) gefuseerd.

B. Zijn gezamenlijk van mening dat:

- een sterke eerstelijnsgezondheidszorg de "ruggengraat" van onze gezondheidszorg is en een belangrijke bijdrage levert mensen in staat te stellen gezond te blijven², te begeleiden bij zwangerschap en bevalling, snel te genezen van alledaagse ziekten dan wel zo goed mogelijk te functioneren met een (chronische) ziekte of handicap in hun omgeving.
- zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg samen met patiënten zoeken naar het geschikte of passende niveau van zorg. Dit betekent:
 - het bevorderen van preventieve zorg, *waar mogelijk als onderdeel van de behandeling;*
 - het bevorderen van zelf- en mantelzorg, *waar mogelijk;*
 - het leveren van generalistische professionele zorg, *waar nodig;*
 - het verwijzen naar specialistische zorg, *waar noodzakelijk.*
- de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke bijdrage levert aan het bewaken van de publieke belangen in het hele gezondheidszorgsysteem: toegankelijkheid, verantwoorde kwaliteit van zorg en doelmatigheid/betaalbaarheid. Een sterke eerstelijnsgezondheidszorg moet voorkomen dat patiënten (medisch) onnodig gebruik maken van veelal duurere specialistische of intramurale zorg zodat deze beschikbaar blijft voor diegenen die dit echt nodig hebben.
- voor een toekomstbestendige eerstelijnsgezondheidszorg verdergaande samenwerking tussen beroepsbeoefenaren en organisaties moet plaatsvinden, waarbij verantwoorde taakherschikking tussen beroepen zowel de kwaliteit van zorg ten goede komt, als capaciteitsproblemen helpt ondervangen.
- een goed georganiseerde eerstelijnsgezondheidszorg samenwerking dient aan te gaan met andere zorgaanbieders uit de tweede en derde lijn, om te komen tot goede ketenzorg.
- de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg investeringen behoeft. Deze investeringen zijn alleen mogelijk door een mix van publieke, privaat-collectieve en privaat-individuele middelen. De concrete invulling van de mix is de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS.
- landelijke (koepel)organisaties en overheid de kaders scheppen voor de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het ministerie van VWS draagt zorg voor aanpassing van wet- en regelgeving. Analooq aan het nieuwe zorgstelsel zijn zorgverzekeraars primair sturend in het vernieuwingsproces. De realisatie van de beoogde organisatorische veranderingen is een zaak van regionale partijen (maatwerk).

C. Spreken de intentie uit om te komen tot:

- Een plaatselijke, wijk- dan wel buurtgerichte, geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg die voor de patiënt bereikbaar, toegankelijk en beschikbaar is. Hierin werken verschillende zorgaanbieders multidisciplinair op een structurele wijze met elkaar samen, op een zo mogelijk gemeenschappelijke, herkenbare plek. Het gaat hierbij om 'niet vrijblijvende' samenwerkingsvormen met een gestructureerde onderlinge communicatie. De diverse zorgaanbieders komen tot onderling gestructureerde werkafspraken over hun samenwerking en maken die transparant voor patiënten en zorgverzekeraars. Hieruit blijkt wie welke zorg biedt en wie voor die geleverde zorg verantwoordelijk is. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk

² Het gaat hierbij om het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden.

voor een goede uitwisseling van patiëntgegevens. De samenwerking heeft als doel om te komen tot een kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg, die aansluit bij de zorgbehoeften van burgers in de regio. Er valt te denken aan een adherentiegebied tussen 10.000 en 15.000 inwoners. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om een blauwdruk maar om een grove architectuur waarbinnen partijen regionaal en/of plaatselijk tot maatwerk kunnen komen.

- Geïntegreerde regionale ondersteuningsstructuren waarbij tevens oog is voor een systeem van kwaliteitsborging op landelijk niveau.
- Een systeem van bekostiging dat bovenstaande ontwikkelingen stimuleert.

D. Hiervoor is het van belang om gezamenlijk te werken aan:

1. Een betere samenwerking

Op landelijk niveau spannen partijen zich in om prikkels voor verbetering van samenwerking te bewerkstelligen en belemmeringen tot samenwerking in wet- en regelgeving en/of financiering weg te halen, zodat regionale partijen hun verantwoordelijkheid kunnen nemen en betere samenwerking realiseren.

2. Een eenduidig bekostigingssysteem dat de bovenstaande intenties stimuleert

Zorgverzekeraars en aanbieders contracteren zorg volgens heldere en schriftelijk vastgelegde afspraken. Het gaat hier om (prestatie-)afspraken over zorgverlening, bedrijfsvoering en service aan patiënten (het praktijkplan).

Uitgangspunten voor het systeem van bekostiging zijn:

- Mogelijk maken van lokale of regionale differentiatie;
- Is vraaggericht;
- Koppelen van beloning en prestatie (transparantie);
- Verkleinen van administratieve lasten;
- Bevorderen en stimuleren van zorg in de eerste lijn;
- Ruimte geven voor taakherschikking;
- Verruimen van de mogelijkheden om substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn mogelijk te maken (meer flexibiliteit).

3. Het opstellen van indicatoren die de zorg transparant maken

Op basis van indicatoren verschaffen zorgaanbieders inzicht in de resultaten die zij realiseren. Deze kunnen niet alleen fungeren als basis voor een meer outputgerichte financiering, maar ook als informatiebron voor zorgaanbieders, patiënten, zorgverzekeraars en de overheid.

4. Realiseren van een geïntegreerde, regionale ondersteuningsstructuur

Er dient een regionale organisatie van ondersteuningsactiviteiten te ontstaan. In samenspraak met zorgaanbieders kopen zorgverzekeraars ondersteuning in, die voorziet in de regionale behoeften van eerstelijns zorgaanbieders.

5. Betere bereikbaarheid van zorg

Partijen zorgen voor een goede bereikbaarheid van de zorg. Hiertoe werkt men aan een verbetering van de stroomlijning van de zorgvraag. Een goede triage is hierbij belangrijk zodat de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt geleverd. Triage dient op een doelmatige wijze te worden uitgevoerd door de meest geschikte zorgverleners.

Goede triage is met name belangrijk voor acute zorgvragen, waarvan de meeste binnen de eerste lijn worden afgehandeld. Onderdelen van de eerstelijnsgezondheidszorg (o.a. huisartsenzorg, farmaceutische zorg, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, verloskunde) maken samen met de regionale ambulance voorziening (RAV), de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis (SEH) deel uit van de acute zorgketen. Deze keten behoeft versterking. Huisartsenposten dienen daarin sterker te worden ingebed. Hiertoe is het van belang te komen tot regionale netwerken voor acute zorg in heel Nederland.

6. Vergroten van de capaciteit

Partijen werken aan een positief imago van de eerstelijnsgezondheidszorg en bevorderen het ontstaan van een aantrekkelijke werkomgeving (tevreden medewerkers geven tevreden patiënten en vice versa).

Partijen stimuleren dat de zorg slimmer wordt georganiseerd. Hierdoor is het mogelijk om efficiënter gebruik te maken van de beschikbare zorgcapaciteit. Taakherschikking en – delegatie leveren hieraan een belangrijke bijdrage. De relevante wet- en regelgeving zal worden aangepast.

E. Werkwijze

Partijen stellen voor het eind van dit jaar een concreet actieprogramma op ('Programma Versterking Eerstelijnsgezondheidszorg'), waarin de benodigde stappen en de daarbij behorende verantwoordelijkheden van partijen worden geconcretiseerd. Zij leveren hun bijdrage in een op te richten Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnsgezondheidszorg. Dit overleg heeft tot taak de voortgang van het programma te bewaken en regionale veranderingsprocessen te stimuleren. In het overleg wordt geïnventariseerd welke thema's moeten worden opgepakt. Deze thema's worden gezamenlijk geprioriteerd. Vervolgens wordt per thema bekeken welke partijen daarbij een rol spelen en wat er concreet moet gebeuren. Er wordt, per thema, een tijdspad uitgezet met een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken partijen. De voortgang wordt gemonitord in het overleg.

F. Evaluatie

Deze intentieverklaring wordt over twee jaar na ingangsdatum geëvalueerd. Hierover worden in het Programma Versterking Eerstelijnsgezondheidszorg nadere afspraken opgenomen.

Tekenpagina intentieverklaring voor versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



drs. H. Hoogervorst

Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV)

De vice-voorzitter,



mw. N.A. de Koning, MscN

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

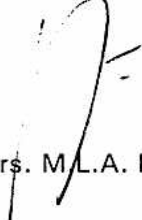
De Voorzitter,



drs. H.B. Eenhoorn

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP)


De Voorzitter,



drs. M.L.A. Favié

Maatschappelijk Ondernemers groep (MO-groep)

De voorzitter branchecommissie maatschappelijke dienstverlening,



F. Bovenberg

Nederlands Patiënten Consumenten Federatie (NP/CF)

De directeur,



mw. drs. I. van Bennekom- Stompedissel MHA

Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)

De vice-voorzitter,



mw. C.J.M. van Santen

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)


De manager zorg,



ir. P.M. van Rooij

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)

De Voorzitter,



mw. A.M. van Huis


Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)

De voorzitter,

mw. drs. S. van Vliet

Landelijke Vereniging voor de Georganiseerde eerste lijn (LVG)

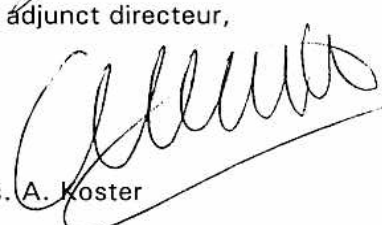
De directeur,



drs. N. Bernts

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)

De adjunct directeur,



drs. A. Koster