

DEMMA Foundation

Drenthe Exchange Mytisch Medical Agency

www.demma.nl



since 1991

6 april 2021

NOTITIE

Hoe kan de 1,5-lijnszorg (anderhalvelijnszorg) in NL leren van de 1^e-lijnszorg in RU? De *Poliklinika* als inspiratiebron.

De 1,5-lijnszorg in Nederland. Een inventariserende verkenning.

Er bestaat al jarenlang een breed gedragen opvatting dat 1,5-lijnszorg een grote bijdrage kan leveren aan kostenefficiëntie maar ook aan kwaliteit. Gesteld wordt zelfs dat binnen ons stelsel het structureel invoeren hiervan in feite onontkoombaar is om de gezondheidszorg in Nederland goed toegankelijk en betaalbaar te houden (zie recente rapport Zorginstituut).

In NL is de 1,5-lijnszorg niet breed ingevoerd en tot op heden afhankelijk van kleinschalige, gesubsidieerde experimenten die vaak niet blijvend zijn. Landelijk loopt het project “de Juiste Zorg op de Juiste Plaats dat o.a. om een en ander te concretiseren op zoek is naar draagvlak in de medische beroepsgroepen. Kortom goedbedoeld sprokkelwerk.

Als mogelijke oorzaken voor de nog steeds marginale positie van de 1.5-zorg in NL kan samengevat worden aangewezen:

- Een conservatieve benadering. Er wordt in het veld onvoldoende noodzaak gevoeld ‘we hebben immers al een goed systeem’. Dit sentiment speelt vooral in de 1^e lijn.
- Praktische bezwaren en belangentegenstellingen: ‘de 1^e lijn heeft al zoveel taken en de 2^e-lijnsinstellingen (lees: ziekenhuizen) willen de winstgevendende behandelingen behouden om de dure behandelingen te bekostigen.’
- 1,5-lijnszorg heeft geen eigen plaats (territoire) in het zorglandschap van Nederland. Het is hetzij opgeschaalde 1^e-lijnszorg dan wel afgeschaalde 2^e-lijnszorg die elkaar maar deels overlappen en vaak discussies over afbakening en financiering tot gevolg hebben. Territoriumproblematiek dus.

Conclusie: 1.5-zorg in NL is vooralsnog een containerbegrip met hoge abstractie. Er ontbreekt een vaste structuur, het mist herkenbaarheid en is ook niet geïnstitutionaliseerd. Een echt systeem van 1.5-zorg in NL bestaat dus niet.

DEMMA heeft als medische stichting reeds 30 jaar een partnerschap met Russische collegae, artsen uit de 1^e lijn en uit de 2^e lijn. In dit kader kon hun systeem als vergelijkingsfiguur voor de onze worden bestudeerd en dat levert voor wat betreft de 1.5-lijnszorg vervolgens een interessant beeld op.

De RU *Poliklinika* als model voor effectieve en efficiënte 1,5-lijnszorg.

Het zorggebouw in NL kent 3 niveaus. En dat is in RU ook zo. Maar er is een belangrijk verschil. En dat betreft de afstand die er bestaat tussen de 1e en de 2e lijn. Die is zeer sterk aanwezig in NL en wordt vaak gevoeld als



een kloof. In die mate ontbreekt zo'n kloof in RU, althans zo kon het worden vastgesteld. En waarom bestaat dat verschil? De verklaring is gelegen in het anders georganiseerd zijn van de 1e lijn. Bij het doorverwijzen van de patiënt -hogerop naar de specialistische 2e lijn, het ziekenhuis, moet een zeer forse stap worden genomen. Als het ware twee tot drie treden tegelijk omhoog naar dit hogere niveau.



Dat hogere wordt bepaald door het niveau van uitgebreidere medische expertise en dientengevolge ook door een fors hoger niveau van gegeneerde kosten. En dat in een tijd dat algemeen geklaagd wordt over het knelpunt van (te) hoge kosten in de gezondheidszorg waarvan soms wordt beweerd dat die onbetaalbaar dreigt te worden. En gekoppeld hieraan ontstaat ook de lastige situatie van een moeilijke toegankelijkheid bij oplopende wachtlijsten in de ziekenhuizen.

Het elimineren van deze barrière kan dan ook zeker als een uitdaging worden beschouwd. Hoe kan de overgang tussen de overigens doelmatige huisarts en het (peper)dure ziekenhuis meer vloeiend worden gemaakt?

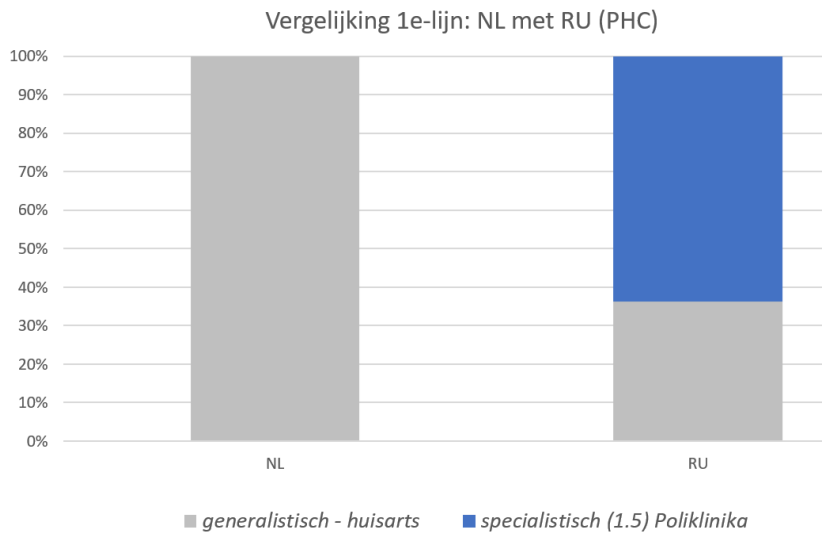


Federal law dated 21/11/2011 (N) 323-FZ (ed. by 29.07.2017) "on the fundamentals of protection of the health of the citizens in the Russian Federation."

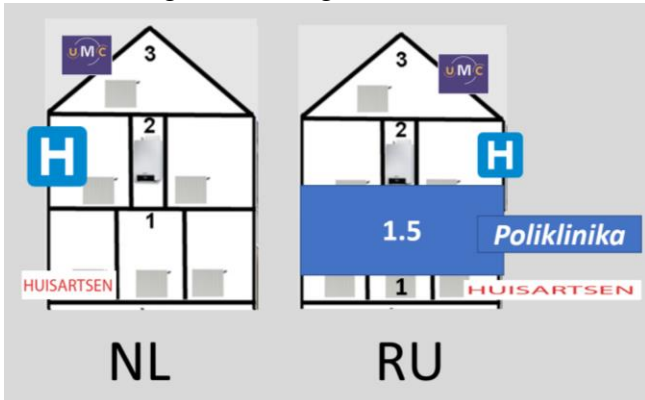
- Article 33. Primary health care **primary health care is the basis** of the system for providing medical care and includes activities for the prevention, diagnosis, and treatment of diseases and conditions, medical rehabilitation, monitoring of pregnancies, healthy lifestyle and health education of the population.
- Organization of primary health care to citizens in order to be closer to their place of residence is **carried out by territorial-district basis**. Primary medical care is provided by medical physicians, therapists and paediatric general practitioners (family doctors)
- **Primary health care is provided in an outpatient setting and in the day hospital.** In order to provide citizens with primary health care when sudden acute diseases, conditions, exacerbation of chronic diseases. not involving a threat to the life of the patient and do not

Daarvoor moeten we eerst eens kijken naar hoe hier in NL de 1^e lijn is georganiseerd in vergelijking met die in RU. In RU kent men de wettelijk geregelde "Primary Health Care" die staat voor de 1^e lijn omdat het ziekenhuis het daaropvolgende hogere niveau is. Maar deze PHC is anders dan in NL geen massief blok van generalistische zorg ("...*outpatient setting and day hospital.*"). Deze regel geldt overigens alleen voor de stedelijke gebieden. In

de buitengebieden is er gewoon de plattelandsdokter, doelmatig werkzaam in een generalistische huisartsenpraktijk. In de stad ligt dat dus anders. Want daar bestaat een “gedifferentieerde” 1^e lijn omdat binnen dat kader (van PHC) de 1^e lijn is onderverdeeld in een generalistische en een specialistische component. En die specialistische component wordt hoofdzakelijk gerealiseerd in de zogenaamde *Poliklinika* buiten het ziekenhuis. Proberen we binnen dit bestel van 1^e-lijn de verhouding tussen de ene en andere component te kwalificeren dan zou voorzichtig kunnen worden gesteld dat de specialistische component wat zwaarder weegt dan de generalistische. Verder onderzoek zou dat moeten uitwijzen. Hoe dan ook, duidelijk is dat als gunstige consequentie de overgang van 1^e-lijn naar 2^e-lijn kleiner is dan in NL. Wat DEMMA in RU nu heeft kunnen registreren is dat daar, met hun *Poliklinika*, op authentieke wijze 1.5-zorg is ingebed in hun zorggebouw. De *Poliklinika*, als een extramuraal robuust poliklinisch zorgcentrum inclusief een afdeling voor dagbehandeling, dat een adhaerentie van 40.000 personen kan bedienen. Bovendien voorzien van een



opgeschaalde diagnostische en therapeutische accommodatie. Het uitgangspunt voor de aldaar werkzame artsen en andere zorgverleners voor de medische service is een laag specialistisch model. Namelijk op 1.5-lijns niveau. Vergeleken met NL is in RU daardoor mogelijk een zwakkere generalistische 1^e lijn. Maar het gegeven dat deze PHC ook een stuk van de 2^e lijn meepakt zou als een goede compensatie kunnen worden gezien. Laagcomplexe 2^e-lijnszorg kan dus op deze manier in principe door de RU 1^e-lijn (PHC) worden aangeboden. Dat gebeurt dan ook op een laagdrempelige wijze in een kostenefficiënte



structuur. Welke artsen zouden in die setting werkzaam kunnen zijn? We kunnen dan denken aan huisartsen die zijn bijgeschoold in een discipline waarmee zij affiniteit hebben. Bijvoorbeeld long- of kinderziekten maar ook kleine chirurgie. Zo'n huisarts kan dan bijvoorbeeld twee dagen in de week werken in zijn/haar huisartsenpraktijk en drie dagen in een dergelijk 1.5-zorgcentrum. Een andere optie is het inzetten van een medisch specialist die tegen pensioen aanloopt en wat gas wil terugnemen. Heel aantrekkelijk hierbij: er hoeven geen nachtdiensten (meer) te worden gedraaid! Mogelijkheden voor flexibele maatvoering te over.

Ten slotte. De kern- en onderzoeksvraag die we ons hierbij kunnen en mogen stellen is of een dergelijk systeem voor NL een toegevoegde waarde kan hebben. DEMMA realiseert zich goed dat het momenteel gangbaar is dat er met vooringenomenheid gefilterd wordt gekeken naar zaken die uit RU komen. Een actueel voorbeeld is het Spoutnik-vaccin. Maar het gaat niet om politiek en we zouden onszelf tekort doen als we geen oog meer hebben voor het inhoudelijke. Hopelijk krijgt ons ministerie van volksgezondheid (VWS), waarmee al wordt gecommuniceerd, ook beleidsmatige belangstelling voor het



beschreven onderwerp en mogelijk kan het ook de inspirerende interesse opwekken bij de Nederlandse zorgverzekeraars. In ieder geval is de stichting DEMMA bereid zich faciliterend in te zetten bij een proces dat gekenmerkt mag worden als innovatief. Uiteraard is hierbij wel een logistieke en financiële ondersteuning nodig.

SAMENVATTING

- In NL bestaat geen gestructureerd systeem van 1.5-lijnszorg
- De kernvraagstelling is of er een oplossing kan worden geboden voor de kloof tussen 1^e en 2^e lijn. Die blijkt in RU minder klemmend. De verklaring hiervoor ligt in een anders georganiseerde 1^e lijn. In NL is die puur ingericht op generalistische basis. In RU is de 1^e lijn (de Primary Health Care) een gedifferentieerde vanwege het aanwezig zijn van zowel een generalistische als een specialistische component. In het specialistische onderdeel is er zorgverlening op 1.5^e lijn. Aangeboden in de zogenaamde *Poliklinika* welke als een zelfstandig instituut is gepositioneerd in het RU zorglandschap.
- Het Russische zorgaanbod op niveau van 1,5^e lijn, ingebed in het solide netwerk van *Poliklinika*'s, functioneert goed en is al decennia een logisch onderdeel binnen de RU zorg. Qua kosten tevens doelmatig omdat laagcomplexe specialistische 2^e-lijns zorg in dit bestek wordt aangeboden voor een 1e-lijns prijs.
- Wanneer de 1,5-lijnszorg zoals in RU wordt uitgevoerd, een zelfstandige plaats kent in het zorglandschap met eigen behuizing, personeel en financiering zijn er weinig territoriale problemen meer. En dit werkt bevorderend bij het verkrijgen van een optimale samenwerking.
- De ambitie van DEMMA is om bovenstaande goed over het voetlicht te brengen met als doel om hiervoor de belangstelling op te wekken bij overheid (ministerie VWS) en/of zorgverzekeraars. Het initiëren van een studie met diepteonderzoek wordt door DEMMA gepropageerd. Daarbij is DEMMA bereid om te faciliteren. DEMMA heeft de expertise en de netwerkcontacten. Uiteraard is hierbij wel een logistieke en financiële ondersteuning nodig.

Literatuur

- Taskforce rapport “De juiste zorg op de juiste plek”. Min van VWS
- Anderhalvelijnszorg sterk alternatief voor Ziekenhuiszorg Maastricht University.nl 11 juli 2019
- Van het ziekenhuis terug naar de huisartsenpraktijk J. Visser Medisch Contact mei 2014
- Visiedocument De Medisch specialist 2015 Orde van medisch specialisten
- Anderhalvelijnszorg neemt druk weg De medisch specialist september 2019
- De rol van “physician assistants en verpleegkundig specialisten in de anderhalvelijnszorg” van Erp e.a. Hogeschool Arnhem en Nijmegen (dec. 2019)

PM/JB

