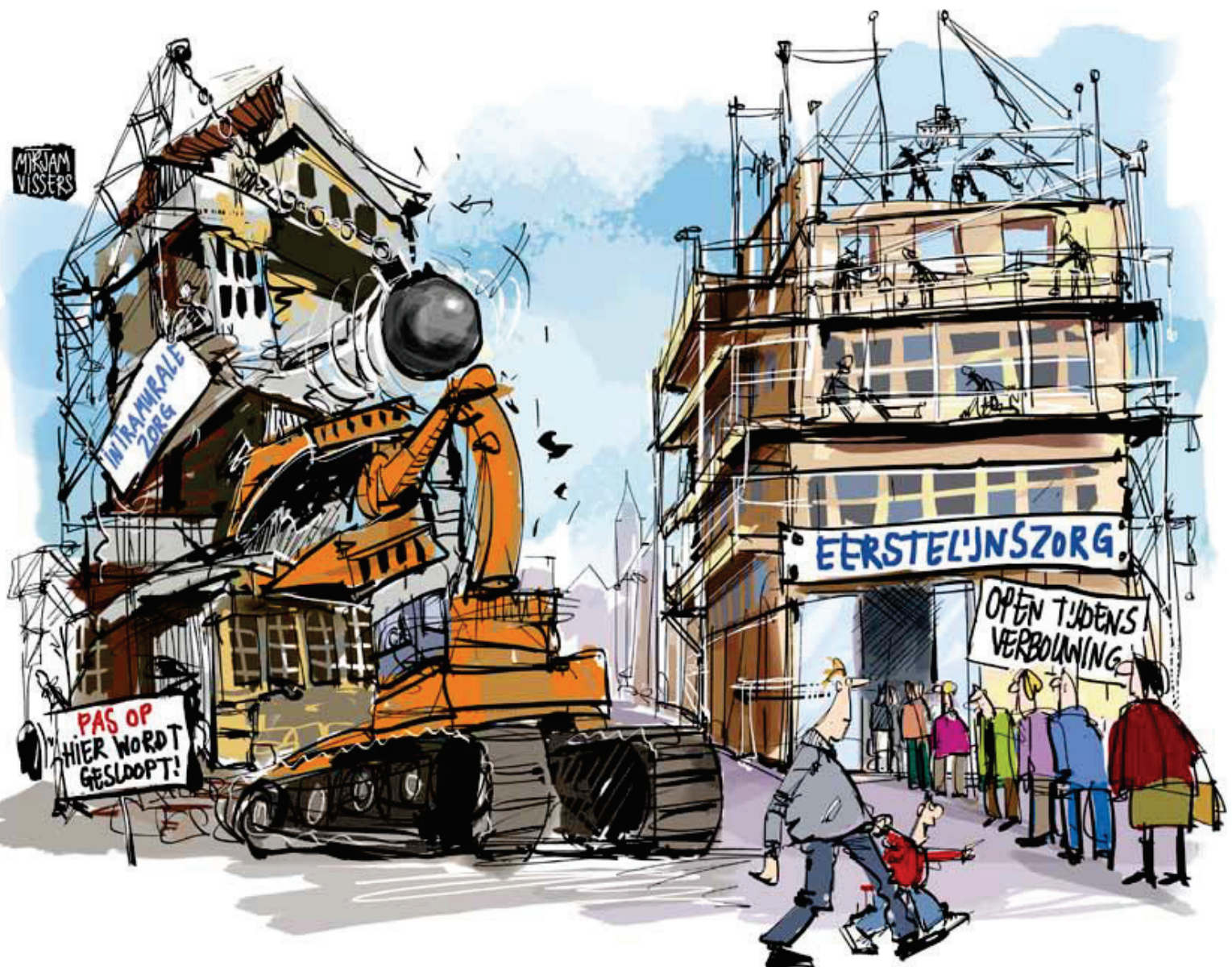


## Opbouw eerstelijnszorg stagneert

De opbouw van de eerste lijn gaat trager dan de afbouw van de intramurale zorg. Dat levert nu al aanzienlijke problemen op, terwijl die nog verder zullen toenemen. De Eerstelijns heeft een analyse gemaakt van de stand van zaken medio 2013. In veertien hoofdstukken, een commentaar op het Eerstelijns convenant en een conclusie. Wat zijn de knelpunten per stakeholder en wat zijn de oplossingen? Door Jan Erik de Wildt, Anton Maes en Leo Kliphuis.



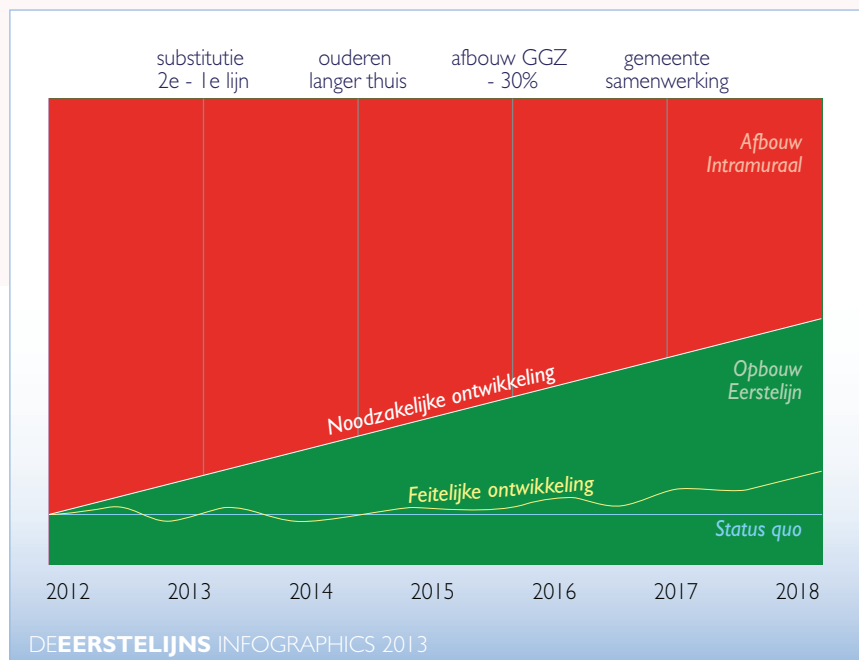
# Waarom lukt een snellere ontwikkeling niet?

De eerstelijnszorg bestaat uit zorgaanbieders die dichtbij en meestal drempelloos bezocht kunnen worden. Zorgverleners zijn onder meer huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, eerstelijns psychologen, wijkverpleegkundigen. De eerstelijnszorg vormt de verbinding met enerzijds de nulde lijn en anderzijds met het sociaal domein van gemeente en welzijn, de specialistische zorg in ziekenhuizen, de GGZ en de intramurale zorg in de V&V-sector. De visie van alle politieke partijen, regering, VWS en zorgverzekeraars is duidelijk: de eerstelijnszorg is het fundament onder een toegankelijke, nabije, doelmatige gezondheidszorg. Maar de ontwikkeling hapert aan veel kanten. Wat zijn de opgaven op hoofdlijnen?

- De eerstelijnszorg moet versterkt worden om zorg te substitueren van de tweede naar de eerste lijn en om binnen de eerste lijn de patiënt meer te betrekken in het zorgproces en eigen verantwoordelijkheid te geven.
- Ouderen moeten langer thuis wonen en doen dus vaker een beroep op de eerstelijnszorg; kwetsbare ouderen kunnen veelal niet meer terugvallen op de zorg van een intramurale instelling.
- De intramurale GGZ moet met 20% worden teruggebracht en verder geambulantisiseerd. De basis-GGZ wordt vanaf 2014 ingevoerd. Dat betekent een belangrijker rol voor de eerstelijnszorg.
- De gemeenten krijgen steeds meer taken en moeten bij de uitvoering nauw samenwerken met de eerstelijnszorg. De jeugdhulpverlening en samenhang tussen zorg en welzijn zijn de belangrijkste dossiers.

## Hoe veel rek is er nog?

De consequentie is dat op alle terreinen een groter beroep op de eerste-



Figuur 1. Wil de eerste lijn zich ontwikkelen tot het fundament onder een toegankelijke, nabije en doelmatige zorg, dan moet de komende vijf jaar het gat tussen de feitelijke en de noodzakelijke ontwikkeling worden gedicht.

lijnszorg zal worden gedaan. Naast de autonome groei van de laatste tien jaar. De diversiteit van de vraagstukken en gestructureerde samenwerking met veel partners met elk een eigen bekostiging, vraagt energie en tijd. Maar de opbouw van de eerstelijnszorg teneinde deze ontwikkelingen bij te kunnen benen, verloopt te traag. De eerstelijnszorg bevindt zich nog in een transitiefase van lokale, kleinschalig georganiseerde MKB-ondernemers naar meer samenhang. Hoeveel rek is er nog aanwezig?

## Complexe veranderingen

Het veranderingsproces om van solistische, kleinschalig en aanbodgerichte zorg om te schakelen naar samenhangende pro-actieve (keten) zorg vanuit patiëntperspectief, is op zich al een opgave. Daarnaast zijn er de eerste succesvolle substitutiresultaten, waardoor meer chronische patiënten in de eerste lijn blijven. Sinds 2007/2008 is in veel regio's de diabetes II in de eerstelijnszorg met 15–20% toegenomen. In samenhang met de

## Slechts 18% is solist

Anno 2013 bevindt circa 15–20% van de eerstelijns zorgaanbieders zich in een multidisciplinaire gezondheidscentrum, 30–40% in een (A)-HOED. De apotheek als financieringsbron voor een AHOED is trouwens opgebrand, terwijl anderen deze 'taak' niet hebben overgenomen. Er zijn locatie onafhankelijke samenwerkingsverbanden als coöperaties en netwerken. Veel huisartsen werken in de praktijk samen met een POH en/of POH-GGZ. Slechts 18% is nog solist met alleen een doktersassistente. (Bron: Nivel)

## ✓ Politiek

steeds kortere ligduur in de ziekenhuizen, leidt dit tot meer complexe zorg in de eerstelijnszorg. Door vergrijzing en consumentisme stijgt de zorgvraag sowieso. Kortom de eerstelijnszorg maakt een flinke groei door.

Zorg gericht op doelgroepen als chronisch zieken, de transparantie in uitkomsten, hoge servicegraad en aansluitende ICT-systemen van verschillende partijen, dat is op zichzelf al een complexe verandering. Daar komen nu ouderzorg, GGZ en jeugdhulpverlening bij. De eerstelijnszorg piept en kraakt en zakt her en der door haar voegen. De eerstelijnszorg heeft een beperkte overhead. De zorgtarieven zijn gebaseerd op de individueel werkende zorgaanbieders en zijn vaak al jaren niet geïndexeerd of herijkt. Daarnaast wordt de eerstelijnszorg getroffen door bezuinigingen en frequente wijzigingen in de bekostigingsstructuur, zoals apothekers, eerstelijns psychologen, diëtisten, fysiotherapeuten. Dat werkt door in duurzame multidisciplinaire samenwerking.

De invoering van de WMG en ZVW in 2006 is nog niet geëvalueerd op resultaten en effecten. Politieke dogma's voor of tegen gereguleerde marktwerking of overheidsinvloed bepalen de vormgeving van het wetgevend kader en er is onvoldoende aandacht voor de werking er van. De PVDA-VVD-coalitie is zonder meerderheid in de Eerste Kamer kwetsbaar en de sociaal financiële vraagstukken zijn groot. Er worden keuzes gemaakt die het zorgstelsel op de lange termijn houdbaar moeten houden, maar er is te weinig politieke aandacht voor de cruciale rol van de eerstelijnszorg hierin. In de partijprogramma's en Regeerakkoord is de eerstelijnszorg synoniem voor huisartsenzorg en wordt alleen de wijkverpleegkundige structureel als tweede discipline opgevoerd. De politiek maakt geen of onvoldoende keuze om de ziekenhuissector af te bouwen,

*Er is in de politiek te weinig aandacht voor de cruciale rol van de eerste lijn in het zorgstelsel, hoewel de Gezondheidsraad in 2004 al adviseerde om de eerstelijnszorg te versterken.*

terwijl andere partijen dat niet kunnen of niet mogen doen. Hiermee wordt de beweging naar zorg in de buurt belemmerd.

In de politieke keuzes in de zorg worden vraagstukken over levenseinde niet of onvoldoende geagendeerd. De vraag of alle zorg, ook die met beperkte winst van kwaliteit van leven tegen elke prijs uit collectieve voorzieningen in een basispakket moet worden betaald, is pas recent op de politieke agenda gezet. De transparantie over de criteria bij de samenstelling van het basispakket is niet voldoende. Hierdoor ontstaat maatschappelijke onrust over het verzekerde pakket en zijn burgers niet in staat om tijdig eigen verantwoordelijkheid te nemen voor niet verzekerde zorg.

### Oplossing

- Een parlementair onderzoek naar het functioneren van de WMG en ZVW. Niet om deze af te schaffen, maar om te verbeteren.
- Een bredere benadering en visie door politieke partijen op de maatschappelijke positionering van de eerstelijnszorg binnen een duurzaam stelsel door politieke partijen (zie De Eerstelijns zorgparagraaf, sept. 2012).
- Een politieke keuze om de ziekenhuiscapaciteit terug te brengen, omdat veldpartijen dit niet of te traag doen.
- Het instellen van een brede adviescommissie voor levenseinde vraagstukken en voor transparantie in keuzes binnen het basispakket, plus een politiek debat hierover.



## Drie cruciale aspecten in Eerstelijns convenant

### Overschrijding

Het convenant tussen LHV, LOK, VHN, LVG, VWS en ZN heeft enkele aspecten die cruciaal zijn. Ten eerste de wijze hoe met een gewenste overschrijding van het MBI wordt omgegaan. Deze komt tot uitdrukking door contracten die door de zorgverzekeraars worden gesloten met eerstelijns organisaties, gezondheidscentra of huisartsenpraktijken. De logica is prima. Als er een overschrijding komt, dan is dat door de zorgverzekeraars gewenst en dus kan daar niet op gekort worden. VWS redeneert dat de zorgverzekeraars dan wel zullen zorgen dat de kosten in de ziekenhuizen beheerst kunnen worden. Dan kan bijvoorbeeld -1% groei in de ziekenhuizen de gewenste speelruimte opleveren om de eerstelijnszorg tot zelfs met 10% budgetneutraal te laten groeien. Maar wat als de groei in de ziekenhuizen, net als in het laatste decennium, niet beheerst kan worden? Een monitor om de substitutie te meten, moet door partijen nog ontwikkeld worden. Het is helemaal niet gemakkelijk om de kosten exact te adresseren. Zo wordt bijvoorbeeld meer dan 50% van alle kosten van eerstelijns diagnostiek in het macrokader ziekenhuizen 'geboekt'. Als de monitor aantoonde dat er gewenste gecontracteerde substitutie is, dan zal de minister zich tot het uiterste inspannen om toch te korten.

### Norminkomen

Ten tweede de herijking van het norminkomen van de huisarts. Dat is misschien nog wel belangrijker. Het staat ambtelijk omschreven in de opdracht van VWS aan de NZa. Het inkomen moet herijkt worden op basis van het kostenonderzoek 2012. Betekent dat het norminkomen wordt gecorrigeerd tot circa € 150.000? Dat zou logisch en verdedigbaar zijn omdat de huisarts een zware maatschappelijke taak krijgt en als regisseur in de eerstelijnszorg adequaat beloond moet worden voor doelmatig voorschrijven, excellent verwijzen, het ondernemersrisico voor uitbreiding van het takenpakket (basis GGZ, ouderenzorg) en het extra personeel dat daarvoor nodig is. De NZa moet dit nu uit gaan werken. Herijking van het norminkomen van één beroepsgroep, terwijl heel veel beroepen niet herijkt zijn, het crisis is en inkomensdaling voor veel beroepen wordt nagestreefd. Zou de NZa zo dapper zijn om dit nu, in het maatschappelijk belang, goed te regelen?

### GEZ-gelden

Ten derde de GEZ subsidie ofwel bekostiging van de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. De GEZ gaat in 2014 door en zal in navolging van de huisartsenbekostiging in 2015 onderdeel worden van het 2e segment multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg. Partijen zullen de uitwerking daarvan nader bezien. Het is de vraag of het huidige zorgaanbod van de gezondheidscentra met GEZ past binnen het 2e segment. De LVG en de nieuwe brancheorganisatie voor eerstelijns organisaties (2014) doen er verstandig aan om de vinger aan de pols te houden en bij de uitwerking van het akkoord een drempelloze overgang te bewerkstelligen.

JEdW

## ✓ Burgers

De effecten van de maatschappelijke situatie zijn voor burgers merkbaar. Kwetsbare groepen krijgen te maken met een cumulatief effect. Zij doen een extra beroep op de toegankelijke eerstelijnszorg. Velen moeten eraan wennen dat de Nederlandse verzorgingsstaat voor een belangrijk deel ontmanteld gaat worden. Circa 80% van de Nederlandse bevolking is in eerste instantie verzekerd en betaalt premie. Te hoge premies en eigen betalingen leiden tot vragen over de solidariteit, met 'eigen schuld' of uitsluiting als gevolg. Als gezonde burger enerzijds kiezen voor de laagste premie en anderzijds als zieke burger de beste zorg willen krijgen, zijn opvattingen die kunnen conflicteren. Dit is de argumentatie om het zorgsysteem te moderniseren. Het is voor burgers een uitermate complexe materie, vooral als het de eigen gezondheid betreft in de rol van patiënt. Zonder inzicht in grote delen van de kosten van de zorg. De eigen verantwoordelijkheid, beperkingen in het pakket en eigen betalingen hebben direct effect op de eerstelijnszorg.

### Oplossing

- Vereenvoudiging van het zorgsysteem, burgers duidelijkheid en een realistisch perspectief bieden op een duurzame gezondheidszorg.
- Verbeter het inzicht in de kosten van de zorg voor de burgers.

Burgers moeten eraan wennen dat de Nederlandse verzorgingsstaat voor een belangrijk deel ontmanteld gaat worden. (Fotografie: Studio Oostrum)



## ✓ Ministerie van VWS

VWS heeft wel visie, maar geen boter bij de vis. Het Budgettaire Kader Zorg is onvoldoende om de groeiende eerstelijnszorg te faciliteren. De jaarlijkse dreiging om overschrijdingen op het budget voor de eerstelijnszorg terug te halen (soms een jaar later) door middel van het botte Macro Beheers Instrument (MBI), hangt als een zwaard van Damocles boven de groeiende eerstelijnszorg. Ook de bijdrage die 'iedereen' moet leveren aan bezuinigingen, in combinatie met hogere BTW, hogere bijdrage werkgeverslasten, etc., treft de eerstelijns sector hard. Het recente eerstelijns akkoord biedt nog onvoldoende perspectief. Het werkelijke groeipercentage van alleen de huisartsen basiszorg is 3,3% per jaar, terwijl het convenant maximaal 2,5% groei ruimte biedt, zonder rekening te houden met alle nieuwe opgaven. Het convenant is weliswaar een stap in de goede richting, maar staat niet in verhouding met de te leveren prestaties (zie ook [www.devrijehuisarts.nl](http://www.devrijehuisarts.nl)).

De WHO heeft recent Ecorys de opdracht gegeven om op Europees niveau te onderzoeken hoe de substitutie vanuit de ziekenhuizen naar de eerstelijnszorg kan worden gestimuleerd en gefaciliteerd. Nederland zet stappen in deze richting maar niet snel genoeg.

### Zonder consequenties

De ministeries van VWS en Financiën accepteren gezamenlijk dat zorgverzekeraars jaar na jaar overschrijdingen in de ziekenhuis- en GGZ-sector realiseren en dan achteraf moeten gaan korten, zonder dat er ruimte komt voor verschuiving van zorgbudgetten naar de eerstelijnszorg. De toegekende rol aan de zorgverzekeraars vanaf 2006 wordt niet voldoende waargemaakt, zonder dat dit consequenties heeft. Dus is het opmerkelijk dat Zorgverzekeraars Nederland wel partij is in het onderhandelingsakkoord, maar amper risicodragende verplichtingen hoeft



aan te gaan. Bij overschrijding en/of onvoldoende bewezen substitutie is niet de zorginkoper, maar de zorgaanbieder met het MBI de risicodragende partij. Dat is onverklaarbaar, want op de zorgkostenontwikkeling in een tweede lijn hebben de aanbieders in de eerste lijn slechts een beperkte invloed.

### Onvoldoende continuïteit

De wijzigingen en onzekerheden over de bekostigingsstructuur, uitblijvende besluitvorming over de huisartsen-bekostiging, integrale bekostiging en ketenzorg, de module geïntegreerde eerstelijnszorg, de invoering van prestatiebekostiging in de farmacie, aangekondigde bekostiging van de eerstelijnsdiagnostiek en basis-GGZ, leiden ertoe dat de continuïteit van eerstelijns zorgaanbieders en eerstelijns organisaties onzeker is. Het beleid staat decentralisatie en zorg in de buurt

*Het is aan minister Edith Schippers om samen met de politiek de zorgverzekeraars meer onder druk te zetten om meer eerstelijns budgettaire ruimte te creëren.*

voor, maar in de farmacie wordt circa driekwart miljard euro van de medicatie vanuit de extramurale farmacie overgeheveld naar de ziekenhuizen, dat is omgekeerde substitutie. Er bestaat disproportioneel toezicht op een sector waar wel veel zorg omgaat, maar relatief weinig risico's zijn op gebied van veiligheid (geen hoog-complexe zorg) en beperkte financiële omvang (5–10% van het macrobudget). Steeds vaker worden maatregelen die ontwikkeld zijn voor ziekenhuizen, GGZ of grote V&V-instellingen van toepassing verklaard op eerstelijnszorg. Met als gevolg een uitdijende overhead terwijl juist in meer zorg

geïnvesteed moet worden (zie ook het Regeerakkoord: zorggeld voor zorg). De Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt eisen die aan andere deelsectoren – die al decennia actief zijn – niet worden gesteld. Het pleidooi voor proportioneel toezicht wordt niet of onvoldoende gehonoreerd.

### Geen Vinex-locaties

Door de woningcrisis worden momenteel nauwelijks Vinex-locaties ontwikkeld en er wordt geen beroep gedaan op nieuwe Vinex-subsidies om de eerstelijnszorg te laten ingroeien. Plannen om de subsidie te stoppen of af te bouwen, leiden ertoe dat bij herstel van de woninggroei in de Vinex-gebieden geen nieuwe gezondheidscentra worden gebouwd, aangezien de exploitatie zonder subsidie niet dekkend te krijgen is. Ook

voor HOED-vorming voor huisartsen is amper financiering te regelen binnen de achterhaalde vergoeding voor de infrastructuur.

Het ontbreken van een lange termijn perspectief ontmoedigt eerstelijns organisaties en zorgaanbieders om hun verantwoordelijkheid te nemen voor noodzakelijke maatschappelijke veranderingen. VWS verwijst naar zorgverzekeraars, maar die etaleren geen gemeenschappelijke visie. Er is geen realistisch lange termijn manpower beleid om de vergrijzing onder de huisartsen tegen te gaan en de groei van de wijkverpleging te stimuleren.



### Oplossing

- Een convenant over ambitie en bekostiging met overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van de uitgangspunten van het WHO-onderzoek naar substitutie.
- Aanspreken van zorgverzekeraars op realisatie van budgettaire afspraken van ziekenhuizen en GGZ-instellingen. Voorbeeld: Het Academisch Ziekenhuis Maastricht heeft in 2012 een overschrijding van 30 miljoen gerealiseerd, daar kunnen besparingen in eerstelijns proeftuinprojecten niet tegenop.
- VWS en politiek zullen zorgverzekeraars meer dan nu onder druk moeten zetten. - Krimp in het specialistisch segment is noodzakelijk om daarmee meer eerstelijns budgettaire ruimte te creëren, zonder premies te hoeven verhogen of pakket te beperken.
- Een raamwerk voor proportioneel toezicht voor de eerstelijnszorg in afstemming met de toezichthouders.
- Een eerstelijns garantiefonds bouw dat door de zorgverzekeraars wordt gevoed en waarvan de buffer mee blijft tellen voor de solvabiliteit van de zorgverzekeraars.
- DIGI-D uitbouwen met een module zorgkosten, zorgverzekeraars worden verplicht hierover via een Thrusted Third Party geanonimiseerde informatie aan te leveren.
- Regie voeren door VWS over het toezicht in de zorg.
- Het behoud van de Vinex-subsidie.
- VWS regisseert een lange termijn beleidsvisie op de arbeidsmarkt voor de eerstelijnszorg.

## ✓ Ministerie v

Door de groeiende organisatiekracht en veranderende bedrijfsvoering, in combinatie met een strikter regime voor BTW, worden eerstelijns organisaties en zorgaanbieders steeds vaker aangeslagen voor BTW. De kosten van verweer en betwisten van een besluit zijn dusdanig, dat de eerstelijnszorg dit vaak maar accepteert of de bedrijfsvoering hierop aan moet passen of stopt. Besluitvorming duurt al jaren en levert onzekerheid voor private organisaties of zorgaanbieders op. De effecten van de wijzigingen in de Ziektewet en WIA treffen de kleinschalig georganiseerde eerstelijnszorg en leiden tot steeds grotere risico's bij het in dienst nemen van personeel. Terwijl schaalvergroting vaak de enige manier is om de hoofd boven water te houden, denk aan apotheken en de fysiotherapie. Bij huisartsen wordt het aannemen van personeel gestimuleerd: POH, POH-GGZ, doktersassistentes, verpleegkundig specialisten, HIDHA's, maar het ondernemersrisico is niet afgedekt of wordt zelfs extra op de werkgevers afgewenteld.

Het stimuleren van bouwen en uitbreiden van eerstelijns centra via een waarborgfonds.

## ✓ Banken

Banken stellen aan alle financieringen en leningen hogere eisen door de financiële crisis en de eigen solvabiliteit. De eerstelijnszorg heeft hiervan veel last. Apotheken, huisartsen, fysiotherapeuten en anderen moeten steeds vaker zelf garant staan of eigen vermogen inbrengen. Noodzakelijke uitbreidingen aan gebouwen of nieuw-

bouw durven daardoor veel langer of komen niet tot stand. Uitbreiding van personeel wordt belemmerd door ruimteproblematiek en dat stagneert de taakdifferentiatie. Er is geen waarborgfonds voor bouw in de eerstelijnszorg, waarop kan worden teruggevallen bij financieringsvraagstukken. Dat is in andere deelsectoren wel het geval.

### Oplossing

- Het instellen van een waarborgfonds voor bouw en investeringen in de eerstelijnszorg.
- Banken en zorgverzekeraars betrekken bij de vormgeving en uitvoering van dit fonds.

## an Financiën

### Oplossing

- Er komen snel eenduidige spelregels voor BTW in de eerstelijnszorg.
- Daar waar BTW van toepassing is, wordt dit door de NZa en zorgverzekeraars in de tarieven verwerkt.
- Op de lange termijn wordt het invoeren van BTW in de gehele zorgsector voorbereid. Hiermee synchroniseert Nederland met het merendeel van de EU-landen. – Er komen stimuleringsregels die opleiding, instroom en behoud van personeel ondersteunen en in balans zijn met de groeiambitie van deze belangrijke sector.

Het ministerie van Financiën moet snel komen met eenduidige spelregels voor BTW in de eerstelijnszorg, gesynchroniseerd met de heffing in het merendeel van de Eu-landen.



## ✓ Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Uitvoering van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en beperken van zorgkosten is het adagium van de NZa. Het systeem van norminkomen per beroepsbeoefenaar is hopeloos verouderd en sluit niet meer aan op de huidige en gewenste situatie. Vooral bij de huisartsen is het norminkomen gebaseerd op het jaar 1983, in een periode dat de huisarts vrijwel zonder personeel, zonder ondernemersrisico en verzekerd van inkomen (ziekenfondsvergoeding per kwartaal) zijn werk kon verrichten. In de huidige situatie wordt de huisarts die onderneemt en hiermee maatschappelijke meerwaarde levert, 'gestraft' voor zijn inzet als een kostenonderzoek aantoonde dat hij hierdoor een te hoog inkomen genereert. Naar verluidt, krijgt de NZa de opdracht het norminkomen aan te passen als onderdeel van het zorgakkoord. Herijken van een norminkomen betekent dat de honorering van wat de zorgaanbieder doet, in relatie wordt gebracht met zijn tegenwoordige inzet, professionele verantwoordelijkheden, te lopen risico's en bekwaamheden. Dus niet louter een nieuw getal op basis van een NZa 'kostenonderzoek', dat feitelijk een 'inkomensonderzoek' is (geweest).

### Voor lagere tarieven

De beleidsregel integrale bekostiging bepaalt dat hoofdcontractanten alleen mogen declareren indien er een contract is met de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder mag echter de behandelrelatie met de patiënt niet verbreken in het kader van de WGBO. Daardoor worden zorgaanbieders gedwongen om voor lagere tarieven te werken. Dit probleem is al jaren bij de NZa bekend, maar wordt bewust niet opgelost om de zorgverzekeraar een stevigere positie te geven. De burgerrechter heeft hier recent een stokje voor gestoken, omdat de NZa hier niet tegen op wilde treden (Gerechtshof 's-Hertogenbosch inzake CZ GGZ Momentum 9 juli 2013).



De NZa heeft een beperkte focus op kostenbeheersing en werking van de Wmg. Daarin adviseert de NZa de ministers over spelregels die nodig zijn in de zorg en signaleert mogelijke inconsistenties en belemmeringen. Het is een theoretische benadering en verwijzing naar verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, terwijl aantoonbaar sprake is van lacunes, zoals het ontbreken van objectief, openbaar en non-discriminatoire zorginkoopbeleid, bijvoorbeeld op gebied van eerstelijns diagnostiek. De rol van marktmeester, zoals verwoordt in de visie van de NZa zelf, wordt onvoldoende opgepakt.

### Geen eerstelijns achtergrond

De zorgverzekeraars worden geacht de vertegenwoordiger van de patiënt te zijn en krijgen veel macht en mogelijkheden. In geval van twijfel delft de eerstelijnszorg het onderspit. Een voorbeeld? De aanpassing van de prestatiebekostiging farmacie in 2014, met name de deelprestatie eerste uitgifte, is geïnitieerd door zorgverzekeraars en druist in tegen de opvatting van KNMP en apothekers. Er wordt niet adequaat gehandhaafd en relatief veel te veel tijd besteedt aan regelgeving en

*Sinds de oprichting van de NZa in 2005 heeft in de top van de organisatie nooit een bestuurder of directeur gezeten met een achtergrond in de eerstelijnszorg.*

controle van de eerstelijnszorg, terwijl het budget ongeveer een tiende deel is van de medische specialistische zorg en slechts een fractie van de omzet van zorgverzekeraars. Grootschalige organisaties als ziekenhuizen, GGZ en uitermate goed georganiseerde partijen als KNMG hebben een veel sterkere positie. Sinds de oprichting van de NZa in 2005 heeft in de top van de organisatie NOOIT een bestuurder of directeur met een achtergrond in de eerstelijnszorg gezeten.



### Oplossing

- Norminkomens van huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten e.a. periodiek herijken en baseren op maatschappelijke waardering van het beroep.
- In de beleidsregel integrale bekostiging de voorwaarde loslaten dat er een contract moet zijn met de zorgverzekeraar. Indien geen contract, factureert de hoofdaannemer rechtstreeks aan de patiënt en die declareert bij de zorgverzekeraar. Dit heeft de evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (Commissie de Bakker) in 2012 al geadviseerd.
- Behoud van de restitutiepolis voor als er geen contract is tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar
- NZa neemt haar taakopvatting breder op. Het functioneren van de markten wordt op nieuwe inzichten gemonitord.
- De NZa doet na acht jaar aan introspectie op haar functioneren.
- De beleidsagenda van de NZa inrichten op proportionaliteit en risico-analyse.
- Binnen de NZa een multidisciplinaire samengesteld klankbord inrichten van eerstelijns deskundigen, waardoor er meer afstemming en inzicht in de specifieke problemen van de eerstelijnszorg ontstaat.

## ✓ Autoriteit Consument & Markt (voorheen NMa)

De gefragmenteerd georganiseerde eerstelijnszorg wordt beperkt door de Mededingingswet (MW) bij het aangaan van contracten en maken van afspraken. De MW is een belangrijk onderdeel van de gereguleerde marktwerking, maar staat noodzakelijke samenwerking en afstemming om de zorg doelmatig te organiseren, in de weg. De ACM toetst vanuit haar verantwoordelijkheid aan de MW, maar heeft te weinig oog voor de nadelen. Binnen de sector huisartsenzorg hebben de NMa interventies ervoor gezorgd dat huisartsen terughoudend zijn om bestuurlijke verantwoordelijkheid te nemen.

### Oplossing

- Er wordt een onafhankelijke commissie ingesteld die de MW op haar effecten in de zorg gaat beoordelen en advies geeft over de wijze waarop de belemmeringen voor de eerstelijnszorg kunnen worden weggenomen.



De Mededingingswet regelt de marktwerking maar staat samenwerking en doelmatige zorg in de weg. (Fotografie: Studio Oostrum)

## ✓ Patiënten en patiëntenorganisaties



Patiënten krijgen ongevraagd een nieuwe rol in het zorgproces. De verwachtingen van zelfmanagement zijn hoog, de ervaringen onduidelijk, de implementatie lastig. Maar dit biedt zeker mogelijkheden. Nu al worden de meeste gezondheidsklachten zonder professionele zorg afgehandeld. Een nog grotere zelfstandigheid vraagt een cultuuromslag bij patiënten, zorgaanbieders en organisaties. Zelfmanagement en 'shared decision making' hebben vanwege de frequentie van de contacten (circa 90% van de vragen wordt in de eerstelijnszorg afgehandeld) extra effecten op de cultuur en organisatie op de eerstelijnszorg. In patiëntenorganisaties staan zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming hoog op de agenda,

*De verwachtingen van zelfmanagement zijn hoog, de ervaringen zijn onduidelijk en de implementatie is lastig. (Foto: Zorggroep Almere)*

omdat dit de positie van de patiënt positief kan beïnvloeden. Patiëntenorganisaties hebben zich de afgelopen jaren vooral ziektegericht ontwikkeld, waarbij de vertegenwoordigers van de chronische zorg een belangrijke partij zijn geworden. Daarnaast is de NPCF als koepel actief. Er wordt steeds meer samengewerkt, maar de patiëntenorganisaties hebben geen structurele, onafhankelijke financiering om deze positie op alle fronten waar te maken.

### Oplossing

- Een onafhankelijke structurele financiering voor patiëntenorganisaties die meewerken aan een bundeling van krachten en sterkere positionering van de patiënt in het zorgsysteem.

## ✓ College voor Zorgverzekeringen

De lage ziektelast beperken, betekent per definitie dat bepaalde eerstelijnszorg gedeeltelijk uit het pakket verdwijnt. Maar de zorgvraag is daarmee niet weg en zal op een andere manier terugkomen. Juist als er samenhangende zorg is georganiseerd, bijvoorbeeld tussen diabeteszorg en diëtik, wordt diëtik uit het pakket gehaald (2011) en moet de organisatie weer helemaal worden aangepast.

Hetzelfde speelde in 2009 met de aanpassingen in de fysiotherapie met de chronische lijst en het bewegen in de DBC COPD. CVZ voert sinds 2012 een toets uit of de beleidsregel innovatie die voorheen alleen door de NZa werd beoordeeld, binnen de ZVW past. Dit leidt tot beperkingen en vertragingen in de innovatie.

### Oplossing

- CVZ voert een consistent pakketbeleid en heeft duidelijke transparante en openbare criteria om te beoordelen of bestaande en nieuwe zorg aan de toelatingseisen voldoen.
- Bij wijzigingen in het pakket wordt een langere implementatieperiode in acht genomen.
- In de pakkettoetsingsprocedure worden maatschappelijke effecten meegewogen.



## ✓ Ziekenhuizen

*Wachlijsten zijn voor vrijwel alle specialismen verdwenen en de productie in ziekenhuizen zou in 2013 met 5 tot 10% krimpen.*

Er zijn te veel ziekenhuizen in Nederland en vanuit internationaal perspectief zijn ze in vierkante meters te groot. De afgelopen jaren zijn een aantal nieuwe ziekenhuizen gebouwd. De infrastructurele kosten van ziekenhuizen zijn gebaseerd op groei van de productie tot 6 à 7% per jaar. Dit verstoort de verschuiving naar zorg in de buurt. Op gebied van eerstelijns diagnostiek zijn ziekenhuizen ernstig bevoordeeld, dit bedreigt de eerstelijns infrastructuur. Meer hierover in het artikel 'EDC's in ongewisse situatie' in De Eerstelijns juli 2013 (zie: [www.de-eerstelijns.nl](http://www.de-eerstelijns.nl)).

Het strategisch belang van ziekenhuizen druist in tegen de noodzaak om zorg te substitueren. Minder productie levert een hogere prijs voor de overgebleven productie op en kan zelfs een ziekenhuis uit de markt prijzen. Lege ziekenhuizen zijn uitermate incurant en hebben geen ander perspectief. Meer productie levert een lagere prijs op en biedt een interessant concurrentieperspectief. Een vrijwil-

lige medewerking van bestuurders en medisch specialisten aan een collectieve herverdeling is in de moderne Westerse geschiedenis nog niet eerder voorgekomen. Praktijkervaringen leren dat wachlijsten voor vrijwel alle speci-

alismen verdwenen zijn (Zorgdomein is in diverse regio's geraadpleegd) en uit niet bevestigde berichten zou blijken dat de productie in de ziekenhuizen in 2013 met 5 tot 10% krimpt.

### Oplossing

- Een afbouwfonds voor overbodige ziekenhuiscapaciteit. Op basis van de toekomstige vraag wordt bepaald hoeveel ziekenhuiscapaciteit er uit de markt kan worden genomen en dit wordt gefinancierd uit een afbouwfonds voor ziekenhuizen. Roger van Boxtel, voorzitter Raad van Bestuur Menzis, lanceerde voorjaar 2013 dit voorstel.
- Er wordt per direct een moratorium ingesteld op nieuwbouw, er moet immers capaciteit verminderd worden.
- De raden van toezicht nemen meer verantwoordelijkheid op zich voor de maatschappelijke functie van het ziekenhuis dan voor de continuïteit van de organisatie.

# ✓ Zorgverzekeraars en zorgkantoren



Er is geen eenduidigheid bij de zorgverzekeraars over de rol, positie en aansturing van de eerstelijnszorg. Door de marktwerking hebben eerstelijns organisaties te maken met meerdere zorgverzekeraars. Er is diversiteit in beleid, uitvoering en positionering. Dat beeld kan per deelsector en regio anders zijn; bijvoorbeeld farmacie of ketenzorg. Alleen VGZ heeft met de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg spelregels over contracteren afgesproken. Ook zijn er duidelijke verschillen in benadering bij de zorgverzekeraars en zijn er positieve uitzonderingen; VGZ en Menzis investeren actief in de samenwerking en co-creatie met de eerstelijnszorg. Toch is het gehele beeld niet positief en zou het natuurlijk

bondgenootschap tussen de inkoop-technisch interessante eerstelijnszorg en zorgverzekeraars voor de hand liggen. Zorgverzekeraar CZ geeft een eigen beperkte interpretatie aan de landelijk overeengekomen zorgstandaard CVRM in het zorginkoopbeleid (zie: Inkoopbeleid integrale zorgprogramma's 2013/2014).

## Onveiligheid en bureaucratie

Het beleid van meerdere zorgverzekeraars is in de praktijk niet uitvoerbaar, leidt tot fouten en vertraagt de innovatie. Zelfs zorgverzekeraars met een marktaandeel van minder dan 5% willen nog een eigen beleid opleggen aan eerstelijns organisaties. Deels is dit het gevolg van een weeffout in het

zorgstelsel, omdat verzekeraars geacht worden zich te onderscheiden. Hetzelfde probleem geldt voor zorginkoop van gezondheidscentra, eerstelijns diagnostische centra en alle afzonderlijke eerstelijns disciplines. Een diversiteit die in de dagelijkse praktijk tot onveiligheid en bureaucratie leidt. Het ontbreken van meerjaren contracten, het niet volgen van verre zorgverzekeraars, de verschillende administratieve formats van de zorgverzekeraars voor verantwoordingsinformatie, de opgelegde medische keuzes die per verzekeraar verschillen en soms tegenstrijdig zijn, kunnen in de praktijk niet worden opgevolgd. Dit wordt versterkt door de grote wisseling in accountmanagers en de ondercapaciteit van inkoopers. Circa 7% van het totale budget wordt ingezet voor zorginkoop en de interne bureaucratische verwerking.

## Eenzijdig opgelegd

Er worden eenzijdige bepalingen en voorwaarden opgelegd. Zie de eenzijdige nacalculatie in het Achmea contract 2013: 'Heeft u over dan betaalt u terug, heeft u te kort dan moet u het zelf oplossen.' De jaarlijkse contractperiode van drie tot zes maanden vergt onevenredig veel energie en geeft weinig resultaat. Benchmarks worden ongenueanceerd en ongecorrigeerd gebruikt om beleid af te dwingen, op basis van verkeerde of onvolledige analyses. Het machtmisbruik indien niet voldaan wordt aan de voorwaarden en de consequenties van het ontbreken van een contract (zie NZa), maken de bedrijfsvoering onzeker en onnodig belemmerend. Daarnaast gaan zorgverzekeraars steeds meer op de stoel zitten van de zorgaanbieders en leggen eigen programma's of instrumenten op. Zo willen de zorgverzekeraars in de GGZ screeningsinstrumenten opleggen aan zorgaanbieders die door de zorgverze-

## Oplossing

- Een gentlemen's agreement dat zorgverzekeraars elkaar bij een marktaandeel van minder dan 15% automatisch volgen.
- Een samenwerking zonder concurrentie in dossiers waarin meters gemaakt moeten worden; bijvoorbeeld eenduidige prestatie-indicatoren of samenwerking op gebied van zelfmanagement. De oprichting van de coöperatie "Zelfmanagement Groot" om een push te geven aan grootschalige innovatie, is een voorbeeld hoe het zou moeten gaan op meerdere dossiers.
- Meerjaren afspraken indien aan objectieve voorwaarden is voldaan.
- Investeren in plaats van bezuinigen op zorginkoop en oppotten van de winsten.
- Een evenredig toezicht van de NZa op de werkwijze van zorgverzekeraars bij het inkoopproces en contracteren.
- Verplichte uniforme formats en –verantwoordingsinformatie.
- Het verlengen van de mogelijkheden om over te stappen door verzekeren tot 1 april, omdat het niet afsluiten van contracten pas in het eerste kwartaal duidelijk wordt. Indien voor het tweede kwartaal geen contract wordt afgesloten, wordt het oude contract automatisch een jaar onder dezelfde condities voortgezet of wordt een restitutie tarief berekend.
- Zorgverzekeraars mogen wettelijk geen zelfstandige medische keuzes maken.
- Zorgverzekeraars worden door de politiek en ministerie van VWS aangesproken op hun oppotgedrag en onvoldoende faciliteren van de eerstelijnszorg met een verwijzing naar het advies van de Gezondheidsraad.
- Integreren van ZVW en AWBZ, of een uitvoering door van de AWBZ voor de eigen verzekerden, zoals eerder de plannen zijn geweest.



Zorgverzekeraars gaan steeds meer op de stoel zitten van zorgaanbieders en leggen eigen programma's en instrumenten op.

keren zelf zijn ontwikkeld en in een aanpalende BV zijn ondergebracht. Er is geen 100% Chinese wall.

Zorgverzekeraars knippen zorgaanbieders steeds meer af en leggen steeds meer op. Er wordt beperkt geïnvesteerd in innovatie, terwijl in 2012 de gezamenlijke winsten € 1,4 miljard (€ 1,3 miljard in de basisverzekering en

0,1 miljard in de aanvullende verzekering; bron: DNB). Dat betreft de formele winsten zonder te kijken naar de weggelekte winsten naar concerns of eigen BV's.

Tot slot de zorgkantoren. De samenhang van ZVW en AWBZ is in praktijk ver te zoeken. Alleen als in een regio een preferente zorgverzekeraar ook

het zorgkantoor en de AWBZ beheert dan kan er enige afstemming ontstaan. Anders zijn het financieel gescheiden werelden, terwijl bij patiënten care en cure volledig in elkaar over lopen. Vooral in de ouderenzorg ZZP 5 en 6 is dat zichtbaar: intramuraal is ZZP 5/6 AWBZ en extramuraal is dat ZVW.

## ✓ Gemeenten

Gemeenten krijgen een belangrijke taak in de WMO, jeugdhulpverlening, Participatiewet, basis-GGZ en preventie. Veel taken zijn nieuw of worden uitgebreid. Gemeenten zoeken naar samenwerking en afstemming met de eerstelijnszorg. Vooral huisartsen en wijkverpleegkundigen, maar ook eerstelijns psychologen spelen daarin een rol. De eerstelijnszorg wordt overvraagd. Gemeenten willen in voorbereiding en overleg de eerstelijnszorg wel betrekken, maar hebben de neiging en binnen de WMO de vrijheid om een eigen visie te ontwikkelen in een lokale bestuurlijke cultuur. De recente problemen met de aanbesteding van zorg hulpen toont aan waar de problemen zitten. De eerstelijnszorg heeft geen eenduidig aanspreekpunt.

### Botsing van culturen

De afstemming met de eerstelijnszorg verloopt over het algemeen nog moeizaam en langzaam. Daar waar samenwerking op gang komt, moet men aan elkaar wennen en is het een botsing van culturen. Zorgverzekeraars zoeken naar een positie bij gemeenten, maar zijn niet voldoende toegerust om dit op grote schaal te faciliteren. Het blijft beperkt tot pilots. In 2014 en 2015 moet de lokale afstemming gerealiseerd worden, maar veel eerstelijns organisaties moeten het overleg met gemeenten nog opstarten. De werkmop Huisarts & Gemeente die door de LHV en VNG is gemaakt, is niet gebaseerd op mandaat en organisatiekracht van de eerstelijns organisaties en is vooral op huisartsen gericht. Er moet gebouwd worden aan



Steven van Eijck (LHV) en Jantine Kriens (VNG) overhandigen de werkmop 'Samen werken in de wijk' aan staatssecretaris Martin van Rijn van VWS in het Stadhuis van Nieuwegein. (Fotografie: Ed van Rijswijk)

een samenwerking van huisartsenvoorziening (cure), wijkverpleegkundige (care) en welzijn (generalist gemeente), die terug kunnen vallen op specialisten. Dit is bestuurlijk en organisatorisch een complex proces dat in theorie in vrijwel alle 400 gemeenten opnieuw wordt doorlopen.

Bij bouw van nieuwe eerstelijns gebouwen gaat de gemeente uit van de boekwaarde van de grond en wil vaak niet afwaarderen. Er is weinig kennis over de hoogte van de huisvestingscomponent in de NZa kostenvergoeding (NZa 2013 € 17,321 per jaar). Hierdoor komen nieuwbouwprojecten door te hoge investeringskosten soms niet van de grond.

### Oplossing

- Het samenwerkingsproces tussen de eerstelijnszorg en gemeenten moet gefaciliteerd worden.
- Er moet extra geld beschikbaar komen om menskracht en deskundigheid in te zetten, anders worden de deadlines in veel gemeenten niet gehaald en komen decentralisatieprocessen en daarmee de continuïteit van zorg in gevaar.
- Een inventarisatie van de stand van zaken in 2013 kan tot een actieplan leiden voor 2014 en 2015.
- Gemeenten worden aangespoord om de grondprijzen te herijken, de ontwikkeling van gezondheidscentra te stimuleren en multidisciplinaire samenwerking in meest brede zin te faciliteren.

## ✓ Eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is een verzamelnaam van verschillende disciplines die op basis van een eigen opleiding, bedrijfsvoering en inzichten hun zorgaanbod vormgeven. Ook in de eerstelijnszorg is de vraag nog niet het uitgangspunt van de organisatie. Juist bij complexe patiënten vraagt de zorg om meer afstemming en coördinatie. Dit komt slechts langzaam op gang, terwijl de ambities hoog zijn. De zorgaanbieders werken voor een deel op basis van eenvoudige vragen van patiënten, maar moeten voor bepaalde groepen met complexe zorg meer samenwerken. Dit is men niet gewend, mede omdat men monodisciplinair is opgeleid en pas sinds enige jaren meer multidisciplinair samenwerkt bij chronisch zieken. Hier geldt een uitzondering voor de geïntegreerde gezondheidscentra. Ook zijn er verschillen in bekostiging, administratie, ICT-systemen en bestuurlijke vertegenwoordiging. De betrokkenheid van patiënten in het zorgproces en het implementeren van zelfmanagement is een proces van vallen en opstaan, maar is wel een kritische succesfactor voor het uiteindelijke resultaat.

*Voor geïntegreerde gezondheidscentra geldt een uitzondering: daar wordt multidisciplinaire samengewerkt in de zorg aan chronisch zieken.*

### Geen collectieve lobby

De visie en ontwikkeling van de eerstelijnszorg zijn regionaal verschillend. Er is de laatste tien jaar al veel bereikt: huisartsenposten, zorggroepen van huisartsen en nu ook van apothekers, fysiotherapeuten en eerstelijns psychologen, meer gezondheidscentra en eerstelijns diagnostische centra. Maar er is geen eenduidige collectieve eerstelijns lobby. De LHV benadrukt het belang van de huisarts. Bij complexere zorg zal de eerstelijnszorg breder en veelzijdiger moeten opereren. Dat betekent dat dan ook de lobby meer multidisciplinaire belangen dient: integrale zorg vraagt integrale inzet binnen een integrale bekostiging. De eerstelijns lobby is nu vooral op eigen disciplines georiënteerd. Pogingen om gezamenlijk op te trekken, verlopen moeizaam en daardoor heeft de eerstelijnszorg veel minder invloed



dan andere deelsectoren De Vereniging Eerstelijns Organisaties (VELO) is een initiatief dat nog te weinig body heeft gekregen.

*Jan Erik de Wildt, Commonsense  
Anton Maes, huisarts  
Leo Kliphuis, Adiantar*

### Oplossing

- De eerstelijnszorg faciliteren in het ontwikkelingsproces.
- De basis vormt een lange termijn visie die vertaald is in een convenant en daarmee voor de komende vijf tot tien jaar richting geeft.
- Dit geldt ook voor opleidingen, ICT, infrastructuur, organisatieontwikkeling, een eigen invulling aan governance en proportioneel toezicht.
- Versterking van de lobby voortzetten en multidisciplinaire maken.

### Conclusie

De cumulatieve effecten van bovenstaande problemen bieden extra problemen om het ambitieniveau voor de eerstelijnszorg te realiseren. Daarnaast is er te weinig geld beschikbaar om de effecten van de afbouw van de specialistische en intramurale zorg bij te houden. Dit geeft een enorme druk op het fragiele organisatievermogen van de eerstelijnszorg en kan de ontwikkeling volledig blokkeren. Protesten of de weigering om de gewenste en noodzakelijke maatschappelijke ontwikkeling van de eerstelijnszorg te realiseren, is een reële optie bij een ongunstige verhouding van risico en rendement. Doorverwijzen naar de duurdere specialistische zorg is dan een andere optie. Het nemen van maatregelen om al deze effecten te voorkomen en het beleid in de juiste richting te ontwikkelen is een gedeelde verantwoordelijkheid van vooral de politiek, het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de eerstelijnszorg zelf. Als de eerstelijnszorg verantwoordelijk wordt gehouden voor de te leveren zorgprestaties, dan dient zij invloed te hebben op de randvoorwaarden waaronder deze zorg wordt geleverd. Er bestaat daarbij een dringende noodzaak voor vereenvoudiging van het systeem dat door de gereguleerde marktwerking buitengewoon complex en onoverzichtelijk is geworden en de ontwikkeling van de eerstelijnszorg stagneert.