

## Reactie InEen op de discussienota Zorg voor de Toekomst

Hierbij bieden wij u de reactie van InEen, de vereniging voor eerstelijnsorganisaties, op de discussienota Zorg voor de Toekomst aan. Naast onze eigen reactie verwijzen wij naar de reactie van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), waarin wordt toegelicht hoe de huisartsenzorg kan bijdragen aan oplossingen voor de in de discussienota genoemde knelpunten. InEen onderschrijft de reactie van de LHV en zal hieronder, vanuit het perspectief van de georganiseerde huisartsen- en eerstelijnsorganisaties, een aantal onderwerpen – extra – onder de aandacht brengen.

### Inleiding

InEen kan zich goed herkennen in de geschetste knelpunten in het huidige gezondheidszorgstelsel. De notitie Zorg voor de Toekomst geeft goed aan welke problemen opdoemen richting 2040 en welke uitdagingen (toename chronisch zieken en ouderen, tekorten op de arbeidsmarkt etc.) we het hoofd moeten bieden.

De gezondheid van de Nederlanders dient verbeterd te worden, om te voorkomen dat de zorg onhoudbaar wordt. Een veel krachtigere regie op samenwerking tussen de verschillende zorgsectoren en over de grens van de zorg richting het sociale en publieke domein zijn essentieel om problemen van de mens op de juiste plek te adresseren. Hiervoor is preventie soms binnen, maar vooral buiten het domein van de individuele gezondheidszorg noodzakelijk. Om te voorkomen dat preventie niet wordt opgepakt of naar elkaars domein wordt gewezen adviseren wij een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en taakafbakening van preventieactiviteiten in zorg én gemeentelijk domein van overheidswege vast te leggen en hierop te monitoren.

Alle partijen omarmen de JZOJP-beweging en de noodzaak om meer persoonsgericht te gaan werken in de zorg. De huisartsen- en eerstelijnszorg speelt hier een onmisbare en cruciale rol in. Wij zijn ervan overtuigd dat alleen met versterking van de eerste lijn deze beweging echt vaart kan krijgen. De eerste lijn kan dit oppakken, maar wordt hierin niet voldoende geëquipeerd en soms zelfs tegengewerkt. Het ontbreekt de huisartsen- en eerstelijnszorg momenteel aan voldoende organisatiekracht om de uitdagingen die op ons afkomen en de veranderingen die urgent nodig zijn om de groeiende zorgvraag (zowel in volume als complexiteit) op te vangen. Waar in andere branches van zorg circa 20% van het budget beschikbaar is voor regie en organisatie, kampt de eerstelijnszorg op dat vlak met een enorm tekort. Het budget in de eerstelijnszorg voor regie en organisatie schatten wij in op rond de 5%. Dat is niet toekomstbestendig. Onnodige zorg en onnodig dure zorg moeten vermeden worden. Dat vereist aansprekbare regionale huisartsen- en eerstelijnsorganisaties met voldoende organisatiekracht en een stevig mandaat van huisartsen en eerstelijnsprofessionals. Nederland kent een stelsel van gereguleerde marktwerking. De ongewenste effecten en beperkingen hiervan zijn inmiddels zichtbaar. De gereguleerde marktwerking is er mede debet aan dat de gewenste ontwikkeling naar Juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) stagneert. Wij bepleiten de invoering van een aantal krachtige publieke randvoorwaarden waaraan de markt(werking) moet voldoen om regionale samenwerking en ondersteuning in de eerste lijn te realiseren en daarmee de gewenste JZOJP-beweging een boost te geven.

De analyse in de discussienota is vrij abstract. Er worden diverse beleidsopties geschetst, zonder daarvan de effecten te concretiseren. Er wordt nergens een keuze gemaakt of een richting geduid. Naar onze mening laten de knelpunten en de prognose voor 2040 zien dat keuzes onontbeerlijk zijn en dat haast gemaakt moet worden met een duidelijke lange termijn visie.

Hieronder gaan we in op de specifieke consultatievragen.

**Vraag 1: Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?**

De drie thema's en daarbij betreffende beschrijving van belemmeringen zijn op de hoofdlijnen herkenbaar.

De thema's Preventie & Gezondheid, Organisatie & Regie en Vernieuwing & Werkplezier en de beoogde veranderingen sluiten goed aan bij de visie op regionale samenwerking en organisatie die de drie huisartsenorganisaties LHV, NHG en InEen eind 2019 hebben opgesteld. Bij deze visie hebben we zes zogenaamde bouwstenen benoemd die de ingrediënten vormen voor de regionale huisartsenorganisatie. In deze bouwstenen zijn thema's als preventie, arbeidsmarkt en digitalisering terug te vinden. Randvoorwaarden om tot goede regionale samenwerking en organisatie te komen zijn betrokkenheid en mandaat van de aangesloten zorgprofessionals, goed bestuur en adequate financiering.



**Vraag 2: Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?**

Veel van de knelpunten in de discussienota herkennen we. Er ontbreekt naar onze mening een belangrijk knelpunt: marktfalen. Het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking kent haar beperkingen. Door de onderlinge concurrentie ondervinden zorgverzekeraars onvoldoende stimulans om te investeren in de eerstelijnszorg; er wordt vooral gekeken naar hoeveel de concurrent investeert in plaats van wat eigenlijk goed zou zijn en zou helpen om JZOJP vooruit te helpen. Wij noemen dit de investeringsklem. Door beperkte investeringen in de georganiseerde huisartsen- en eerstelijnszorg is er onvoldoende ruimte voor het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Er is onvoldoende capaciteit om de intensieve afstemming die noodzakelijk is voor JZOJP, tussen domeinen én tussen de wijk en de regio, te realiseren. Dit falen van het stelsel vraagt om het instellen van een aantal aanvullende publieke randvoorwaarden.

Als randvoorwaarde denken wij aan het non-concurrentieel maken van de *beschikbaarheidsfunctie* van de organisatie en infrastructuur in de eerste lijn. De huidige concurrentie tussen verzekeraars leidt er toe dat de gewenste ondersteuning én multidisciplinaire samenwerking binnen de zorg - op zowel wijk als regionaal niveau - en met o.a. de gemeenten onvoldoende tot stand komt.

Een andere randvoorwaarde betreft het *aantal aanbieders* in een regio. Het huidige aanbod aan bijvoorbeeld wijkverpleging en de daaruit voortkomende concurrentie tussen aanbieders compliceert een goede samenwerking in de regio. Zorgverzekeraars dienen de regionale aanspreekbaarheid van elke discipline te contracteren, bijv. door één hoofdaannemer te contracteren of het aantal zorgaanbieders dat gecontracteerd wordt te beperken en een regisserende zorgaanbieder aan te wijzen. Dit geldt ook voor bijvoorbeeld de paramedische en de farmaceutische zorg. Een sterke regionale huisartsen- en eerstelijnsorganisatie kan deze beroepsgroepen verbinden aan de JZOJP beweging.

Wat wij verder een knelpunt vinden is het *gebrek aan samenhang in beleid en de zorginkoop* tussen onder andere huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en GGZ: elk domein kent zijn eigen bekostigingssysteem, zijn eigen hoofdlijnenakkoord en zorgverzekeraars kopen sectoraal in. Om de Juiste Zorg op de Juiste Plek echt vorm te geven, zal er veel meer gesynchroniseerd moeten worden.

Wat betreft het thema Vernieuwing & Werkplezier merken wij op dat de scope in de discussienota te beperkt is. Voor een adequate gegevensuitwisseling is een regionale ICT-infrastructuur essentieel. Pas als de basis op orde is kan voortgang geboekt worden op digitalisering en eHealth. Deze regionale basis-infrastructuur komt vanwege de eerder genoemde marktfalen en investeringsklem onvoldoende van de grond. Momenteel wordt beduidend minder geïnvesteerd in de ICT-infrastructuur van de georganiseerde huisartsen- en eerstelijnszorg dan in de ICT van andere andere sectoren in de zorg. Middels het vaststellen van publieke randvoorwaarden kan een basisfinanciering geregeld worden.

**Vraag 3: Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?**

**Thema 1: Preventie & Gezondheid**

InEen herkent het grote belang van preventie en (positieve) gezondheid in het zorgstelsel. Hier worden binnen de huisartsen- en eerstelijnszorg al veel stappen op ondernomen, zoals het inzetten op persoonsgerichte zorg en preventie binnen de bestaande ketenzorgprogramma's voor chronische aandoeningen. Bovendien kan de georganiseerde huisartsen- en eerstelijnszorg op wijk- en regioniveau de verbindende schakel zijn tussen de verschillende preventiegebieden in het zorg- en het sociale domein. Daarvoor onderschrijven wij wijkmanagement en initiatieven zoals Krachtige Basiszorg en Welzijn op Recept die ook de aansluiting met het sociaal domein stimuleren.

Preventie is soms binnen maar vooral buiten het domein van de individuele gezondheidszorg noodzakelijk. Wij adviseren een heldere taakafbakening van en verantwoordelijkheden voor preventieactiviteiten in zorg én gemeentelijk domein van overheidswege vast te leggen. Het moet duidelijk zijn wie regionaal de regie heeft/hebben.

Wij onderschrijven vooral de volgende in de discussienota genoemde beleidsopties:

- Naar een regionale aanpak voor de uitvoering en financiering van preventie-activiteiten
- Een wettelijke taak voor zorgverzekeraars om mee te werken aan regionale samenwerkingsstructuren
- Innovatieve contractvormen (zoals bekostiging o.b.v. clientprofielen/zorgzwaarte, populatiebekostiging en/of shared savings)

### **Thema 2: Organisatie en regie**

Wij onderschrijven de urgentie en noodzaak tot verdergaande regionale samenwerking, ook over de domeinen heen. In de huisartsen- en eerstelijnszorg lijn zijn we daarmee volop bezig (zie [www.hechtehuisartsenzorg.nl](http://www.hechtehuisartsenzorg.nl)). Wij onderkennen dat versnelling van deze samenwerking middels meer stimulering door overheidsingrijpen wenselijk is, maar zijn geen voorstander van een verplichte regionale indeling. Wij voorzien complexe en tijdrovende overlegtafels en onwerkbaar maatregelen, die tot onnodige administratieve last leiden. De ervaring leert dat bottom-up ontwikkelde regionale samenwerking, waarbij onderlinge herkenbaarheid en korte lijnen uitgangspunt zijn, meer de gewenste cohesie en vernieuwing oplevert. Elke van bovenaf opgelegde regionale indeling zal bovendien onrecht doen aan problematiek die op die schaal niet optimaal kan worden aangevlogen. De analyse van InEen is dat het zwaartepunt van vraagstukken van regionale samenhang ligt op de schaal van een grote gemeente of een gebied van 100.000 à 200.000 inwoners<sup>1</sup>. Deze regionale samenhang wordt versterkt door een sterke verbinding met wijksamenwerkingsverbanden, dicht bij de patiënt.

Onze voorkeur gaat uit naar gerichte stimuleringsmaatregelen (beschikbaar stellen van data voor regiobeelden, opstellen brede regioplannen, verplichte regionale zorgfuncties, verplichte medewerking van verzekeraars hierbij en zorgdragen dat geld gezamenlijke planvorming volgt). Ook het verplicht opleggen van regionaal congruent handelen van verzekeraars komt innovatie ten goede en voorkomt veel inkoop-frustraties. Wij denken aan bijvoorbeeld de verplichting om samen te werken bij meerdere preferente verzekeraars in een regio (met zelfde contracteercyclus) of het toekennen van één preferente verzekeraar per regio.

Verder pleiten wij voor meer tariefregulering en beter spelregels bij vrije tarieven, meer sturing op coördinatie in de regio, het non-concurrentieel laten vaststellen van een regionaal budget voor organisatie en infrastructuur voor de eerste lijn, inclusief een budget voor de noodzakelijke ICT-infrastructuur en contractering van gemandateerde aanspreekbaarheid van de disciplines in de eerste lijn.

---

<sup>1</sup> Zie het Rapport van Edwin Velzel van 2016 "Een sterke eerste lijn voor betere zorg en beheersbare zorgkosten. Doelgerichte versterking van de Organisatie en Infrastructuur van de eerste lijn: Voorwaarde voor betere zorg en beheersbare zorgkosten"

Bij het realiseren van multidisciplinaire en domeinoverstijgende samenwerking kunnen regionale ondersteuningsstructuren (ROS-organisaties) ook een belangrijke rol spelen. De 14 ROS-organisaties ondersteunen, mede door hun onafhankelijke rol in en kennis van de regio, de gewenste transitie die aansluit bij de vraagstukken en kenmerken van de regio. Bij regionale allianties en coalities wordt in toenemende mate door ROS'en, eerstelijnsorganisaties en GGD-en samengewerkt aan een regiovisie startend bij een regiobeeld. Door hun maatschappelijke opdracht en bekendheid in de domeinen van zorg en welzijn zijn ze complementair en dragen ze bij aan een meer populatiegerichte aanpak samen met de andere partijen binnen en buiten het domein van zorg en welzijn.

Op basis van het voorgaande onderschrijven wij vooral de volgende in de discussienota genoemde beleidsopties:

- Het faciliteren van regiobeelden en minimumeisen aan regiobeelden
- Basis op orde in de regio (afspraken over zorgfuncties per regio)
- Congruente inkoop (volgbeleid/congruent handelen verzekeraars/inkoopleidraden ontwikkelen)
- Waarborgen van systeemfunctie via representatie
- Meer (regionale) flexibele organisatievormen (zoals het wegnemen van de BTW verplichting bij uitleen personeel in de zorg)
- Bekostiging van coördinatie/systeemfuncties<sup>2</sup>
- Domeinoverstijgende samenwerking een duurzame basis geven
- Voorkomen van afwenteling tussen domeinen/vereenvoudiging overgang

### **Thema 3: Vernieuwing & werkplezier**

Vernieuwing vraagt om tijd, geld en inzet van mensen bij het experimenteren, evalueren en implementeren van successen. Bij vernieuwing horen ook mislukkingen. Het vooraf eisen van een dichtgetimmerde businesscase door de financier staat daarmee op gespannen voet. Bij het implementeren van succesvolle vernieuwingen is leren van elkaar belangrijk, alsmede bereidheid bij zorgverzekeraars ook 'elkaars innovaties' over te nemen en te financieren. We merken dat de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars snelle implementatie van innovaties in de weg kan staan. Stuur hierop van overheidswege.

Kortom, biedt regelruimte voor het kunnen ontdekken wat werkt, en stuur op een voortvarende implementatie van succesvolle innovaties.

Voor werkplezier is het essentieel dat zorgprofessionals meer vrijheid en regelruimte krijgen en dat onnodige administratieve verplichtingen weggenomen worden en dat de overige administratieve taken zo eenvoudig mogelijk uitgevoerd kunnen worden. Wat bij dit punt ook belangrijk is dat gezocht moet worden naar een nieuwe balans tussen privacy en de beschikbaarheid van gegevens om goede zorg te kunnen leveren. Te vaak slaat de balans door naar privacy, wat ontzettend veel werk met zich meebrengt voor de zorgprofessional om de benodigde zorggegevens te achterhalen.

---

<sup>2</sup> Met specifiek voor de huisartsenzorg: verder bouwen aan organisatie en infrastructuur

Wij onderschrijven vooral de volgende in de discussienota genoemde beleidsopties:

- Zorgprofessional als sleutel tot verandering (opleiden persoonsgerichte zorg)
- Versterking van de verander- en organisatiekracht (middels bekostiging van organisatiekracht)
- Meer tijd voor het gesprek in de spreekkamer en samen beslissen
- De (over)stap naar de zorg stimuleren
- Voldoende loopbaanmogelijkheden
- Meer zeggenschap van zorgprofessionals
- Gegevensuitwisseling in de zorg bevorderen'
- Veilig data delen
- Bekostiging op basis van bundels (niet op basis van verrichtingen)

**Vraag 4: Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?**

Wij zijn, zoals vermeld, voorstander van het vaststellen van een aantal aanvullende publieke randvoorwaarden om het systeem van gereguleerde marktwerking beter te laten functioneren. Daarbij kan gedacht worden aan:

- een representatiemodel en invoering van een basisfinanciering voor organisatie en infrastructuur (incl. ICT-infrastructuur) in de regio.
- verplicht congruent handelen van verzekeraars. Dus geen selectief inkoopbeleid per zorgsector per verzekeraar binnen een regio; dit maakt een goede regionale samenwerking onmogelijk.
- zorgverzekeraars mogelijkheden geven om met een beperkt aantal thuiszorgorganisaties te contracteren en daarmee samenwerking in de ouderenzorg te vergemakkelijken.
- zorgverzekeraars verplichten medewerking (inhoudelijk en financieel) te verlenen aan totstandkoming en realisatie van een regioplan. In het advies wordt alleen gesproken over regiobeelden, maar deze beelden dienen regionaal omgezet te worden in regioplannen waaraan partijen zich dan committeren.

Daarnaast missen wij ook aandacht voor de volgende issues:

- oplossing van de privacy-problematiek bij de bekostiging en declaratie van infrastructurele activiteiten. Denk aan een oplossing voor de declaratie van organisatie en infrastructuur in de huisartsen en eerstelijnszorg middels juridische oplossingen, ADZ of anderszins.
- BTW-vrijstelling voor detachering van zorgpersoneel tussen regionale huisartsenorganisaties en huisartsenpraktijken (zie bijvoorbeeld de problematiek rond de inzet van praktijkmanagers of praktijkondersteuners). Dit zou adequate inzet van personeel, scholing en regionale samenwerking erg stimuleren.

**Vraag 5: Welke beleidsopties ontbreken er nog?**

In onze optiek is het voor het laten slagen van bewegingen als JZOJP essentieel dat de organisatiekracht in de huisartsen- en eerstelijnszorg versterkt wordt, om zo de uitdagingen die op ons afkomen en de veranderingen die urgent nodig zijn om de groeiende zorgvraag op te vangen, geëffectueerd kunnen worden. Om dit te versnellen moeten er aanpassingen in het stelsel doorgevoerd worden, zoals we hiervoor beschreven hebben.

Wat nog ontbreekt in de discussienota is aandacht voor de werking van de hoofdlijnakkoorden. Bij het HLA huisartsenzorg hebben we moeten constateren dat doorzettingsmacht voor het nakomen van de gemaakte afspraken in de akkoord ontbreekt. Door de eerder genoemde investeringsklem wordt de financiële ruimte in het kader niet omgezet in investeringen, terwijl de urgentie en ambitie binnen de huisartsen- en eerstelijnszorg groot is. Partijen interpreteren de gemaakte afspraken naar eigen inzicht en de overlegtafel ontbeert een regisseur die partijen daar in voldoende mate op aanspreekt.

Tot slot vragen we nogmaals aandacht voor de beleidsoptie om zorgverzekeraars de regionale aanspreekbaarheid van elke discipline te laten contracteren, bijv. door één hoofdaannemer te contracteren of het aantal zorgaanbieders dat gecontracteerd wordt te beperken en een regisserende zorgaanbieder aan te wijzen. Dat gaat de huidige grote versnippering in de zorg tegen en komt de regionale samenwerking zeer ten goede.