

# verbeteren door te verbinden

*Naar geïntegreerde eerstelijnszorg in 2025*



# Colofon

## Auteurs

Edse Dantuma

ING Economisch Bureau

Edse.Dantuma@ing.nl

## Redactie

Alex Kuiper

Marcel Peek

Erwin Winkel

ING Sectormanagement

ING Economisch Bureau

ING Sectormanagement

Alex.Kuiper@ing.nl

Marcel.PEEK@ing.nl

Erwin.Winkel@ing.nl

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	pag. 4
<b>Samenvatting</b>	5
<b>1. Eerstelijnszorg in transitie</b>	7
a) Nederlandse zorg nummer 1 in Europa	
b) Meer focus op eerstelijnszorg	
c) De huisarts als zorgregisseur	
d) Groeiende kwantiteit en complexiteit: 3 vliegwielen	
<b>2. De eerste lijn in 2025</b>	14
a) Ommezwaai bemoeilijkt door versnippering	
b) Intensieve samenwerking nodig	
c) Vernieuwing lokaal nog zeer verschillend	
d) 2025: 'Eerste lijn & Co.'	
e) Vernieuwing in de Nederlandse praktijk (1)	
f) Vernieuwing in de Nederlandse praktijk (2)	
g) Vernieuwing in de buitenlandse praktijk	
<b>3. Route naar een nieuw zorglandschap</b>	25
a) Tegengestelde belangen vragen om gezamenlijke actie	
b) Eerste lijn: toekomst in eigen hand	
c) Eerste lijn: nieuwe focus en schaal	
d) Eerste lijn: helder verdienmodel en win-wins	
e) Tweede lijn: proactieve samenwerking met eerste lijn	
f) Zorgverzekeraars: keuzes en lange termijn afspraken	
g) Overheid: investeringen in organisatieontwikkeling	
<b>Bijlage en bronnen</b>	33

## Geïntegreerde eerstelijnszorg: schot voor open doel, gaat ie erin of erover?

Gaat de bal erin of erover? Dat is de vraag die mij bezighoudt. Het spel verandert drastisch. We zien veel dynamiek, ruimte voor groei en innovatie en dat biedt kansen! Zo is de regierol van de huisarts sterker geworden maar hier hoort wel een brede visie op samenwerking bij. We zien vooral focus op de (medisch) inhoudelijke samenwerking richting integrale zorg en dienstverlening. Dit past bij een eerste lijn die zich steeds meer richting een voorziening ontwikkelt voor een bepaald gebied. Deze focus is belangrijk, maar is niet voldoende voor een toekomstbestendige samenwerking. De organisatie van de zorgverlening en dienstverlening wordt complexer, het proces moet gemanaged worden. Dat kan niet langer alleen vanuit individuele of groepspraktijken.

Er moet dan ook meer focus gelegd worden op organisatie, bedrijfsvoering en netwerkvorming. Welke schaal is wenselijk, welke activiteiten? Voor welke vorm kiezen we en waarom? Hoe betrekken we belangrijke stakeholders als ziekenhuizen, ouderenzorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars? Beschouwen we de samenwerking als een geleidelijk proces, stapje voor stapje of ligt er een duidelijke gebiedgebonden visie? Hierover gaat deze publicatie.

De invalshoek in dit rapport is vooral de organisatie en bedrijfsvoering. Voor financiers is het erg belangrijk om een duidelijk beeld te hebben bij de achterliggende organisatie, de eigendomsverhoudingen, de geldstromen en de afspraken. Maar er is meer. We zien ook de onderlinge verwevenheden tussen eerste lijn en ziekenhuizen, ouderenzorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit leidt tot een complexe puzzel die in de ene regio makkelijker te leggen is dan in een andere.

In een aantal zogeheten proeftuinen worden meters gemaakt en dan is het interessant om te kijken waarom! In het rapport bekijken we daarom twee van deze casussen. De onderliggende agenda is als volgt samen te vatten: transformatie, investeren en organiseren. Zo is het verschuiven van vooral chronische zorg richting de anderhalve lijn niet zonder gevolgen voor met name de streekgebonden ziekenhuizen. Welke remweg heeft het ziekenhuis om te transformeren? Want het regionale netwerk kan niet zonder specialistische achtervang en voor een groot deel van de huidige zorgverlening ligt de toekomst van de tweede lijn in de regio.

Welke business case ligt er onder de samenwerking? Heeft deze voldoende meerwaarde voor de zorgverzekeraar (evidence) en hoe wordt deze bij de planontwikkeling betrokken? Welke ruimte heeft de zorgverzekeraar om te investeren?

Het organisatievraagstuk ligt grotendeels bij de eerste lijn zelf en daarvoor is mijn advies om de focus niet alleen op de inhoudelijke samenwerking te richten maar ook op de achterliggende organisatie en bedrijfsvoering. Ik wens u veel leesplezier.



Erwin Winkel  
ING Sectormanager Gezondheidszorg

# Samenvatting (1)

## Toenemende aandacht voor kansen binnen eerstelijnszorg

Met het Zorgakkoord uit 2013 is de beleidsfocus binnen de zorg veel meer op de eerste lijn komen te liggen. Via zorgvernieuwing en substitutie vanuit de tweede lijn zal steeds meer zorg door de eerste lijn worden uitgevoerd met de huisarts als regisseur van het zorgproces. Het doel is om gezondheidswinst en lagere zorgkosten te realiseren.

## Groeiende kwantiteit en complexiteit: 3 vliegwielen

Behalve substitutie vanuit de tweede lijn, zorgen ook een aantal andere trends voor een toename van zowel zorgvolume als zorgcomplexiteit binnen de eerste lijn. Zo wonen ouderen steeds langer thuis en neemt de opnameduur in ziekenhuizen structureel af. Ook de afbouw van een derde van de intramurale ggz-capaciteit en de daarmee samenhangende verregaande verschuiving van tweedelijns naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg zorgt voor een toenemende vraag naar complexere eerstelijnszorg. Tot slot is sprake van drie 'externe' aanjagers van eerstelijns kwantiteit en complexiteit:

- **Vergrijzing:** Ouderen hebben gemiddeld meer zorg nodig dan jongeren. Mede door de vergrijzing neemt het aantal chronisch zieken sterk toe en zullen in 2030 anderhalf keer zoveel personen meer dan één ziekte hebben.
- **Digitalisering:** De opkomst van e-health maakt diagnostiek op afstand en een efficiëntere communicatie tussen arts en patiënt mogelijk. Het vraagt echter ook extra investeringen en een andere manier van werken.
- **Van patiënt naar zorgconsument:** De zorggebruiker eist meer inspraak. Patiënten maken steeds bewustere zorgkeuzes vanwege hogere eigen bijdragen, meer kennis, zelfdiagnose en oriëntatie via internet en social media.

## De toenemende complexiteit vraagt veel van eerstelijns zorgverleners.

Met name huisartsen zien als spil binnen de zorg veel op zich afkomen. Van hen wordt verlangd dat zij ook het welzijnsdomein bij hun aanpak betrekken om effectief de gezondheid van hun populatie te bevorderen. De basis daarvoor vormen de 'triple-aim'-doelen:

1. het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg;
2. het vergoten van de gezondheidswinst;
3. het verlagen van de zorgkosten per hoofd van de bevolking.

## Maar: de eerstelijns samenwerking stokt.

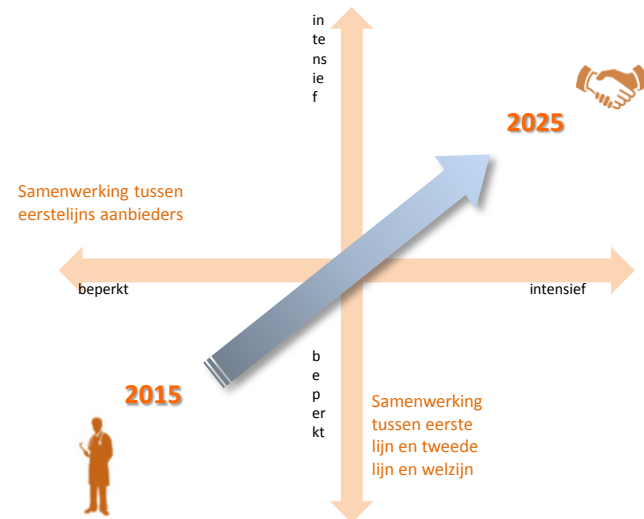
Zorginhoudelijk vormen zorggroepen die gezamenlijk ketenzorg organiseren goede voorbeelden van succesvolle samenwerking en zorgvernieuwing over verschillende disciplines heen. Zij organiseren echter slechts een klein deel van de totale eerstelijnszorg. De eerste lijn is nog altijd zeer versnipperd. Het aantal groepspraktijken en gezondheidscentra groeit al enige jaren niet meer.

## Om de groei aan te kunnen is een stevige ondersteunende structuur nodig...

Samenwerking en ondersteuning binnen grotere verbanden is vereist om alle nieuwe taken aan te kunnen, zowel op zorggebied als in facilitaire zaken.

## ...en verbreding en verdieping van samenwerking.

Om de focus van zorgverlening naar gezondheidswinst te kunnen verleggen moet de eerste lijn, de huisartsen voorop, zelf het initiatief nemen. Een cultuurverandering is nodig: van aanbodgericht naar vraaggericht werken en van solistisch werken naar samenwerken.



## Samenvatting (2)



**Versterking van de eerste lijn vraagt actie van alle belanghebbenden.** Vooral de vele tegengestelde belangen vertragen tot nu toe de versterking van de eerste lijn. Om de aanwezige kansen te pakken, zal een besef van het gedeelde belang moeten groeien. De route naar een nieuw zorglandschap vereist actie van alle betrokken partijen.

### Acties eerste lijn:

1. Neem het initiatief om vernieuwing en samenwerking zelf vorm te kunnen geven.
2. Manage het zorgproces: bedrijfsmatig werken zit nog niet tussen de oren.
3. Organiseer financiële participatie voor meer betrokkenheid.
4. Focus op gezondheid in plaats van zorgverlening.
5. Schaal op voor meer kwaliteit, efficiëntie en investeringscapaciteit.
6. Creëer een helder verdienmodel en dito eigendomsstructuur.
7. Smeed win-wins.

### Acties tweede lijn:

1. Ontwikkel een visie op substitutie en samenwerking met eerste lijn.
2. Vernieuw proactief, samen met eerste lijn en zorgverzekeraar.

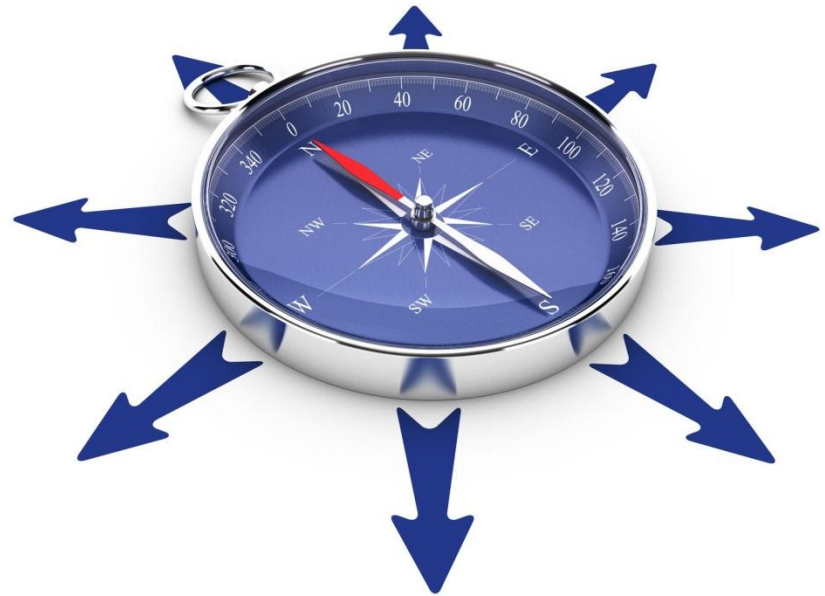
### Acties zorgverzekeraars:

1. Investeer in substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg.
2. Maak heldere afspraken over beperking van ziekenhuiszorg.
3. Sluit langjarige overeenkomsten met ziekenhuizen en eerste lijn op basis van shared savings.

### Acties overheid:

1. Investeer in schaalvergroting binnen eerste lijn om samenwerking en substitutie aan te jagen.
2. Faciliteer samenwerking in de eerste lijn.
3. Maak ziekenhuiskosten transparanter.
4. Beloon zorgverzekeraars voor investeringen in zorg.

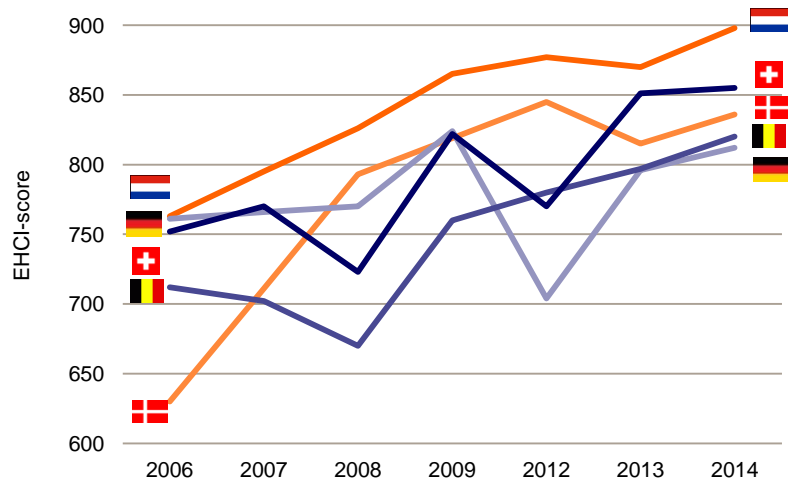
# 1. Eerstelijns- zorg in transitie



# 1. Eerstelijnszorg in transitie

## a) Nederlandse zorg nummer 1 in Europa

### 1. Nederland al jarenlang Europees kampioen in zorgkwaliteit...

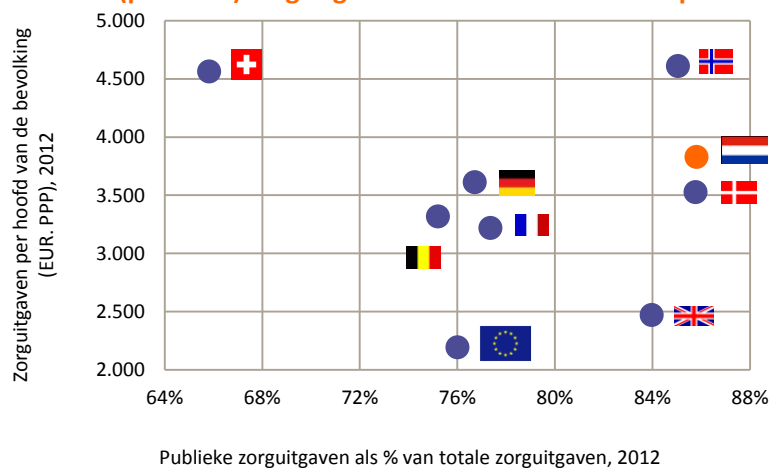


**Nederland staat al jaren aan de top van Europa als het om zorgkwaliteit gaat.** De kwaliteit van de Nederlandse zorg laat bovendien een stijgende trend zien, afgaande op de 'European Health Consumer Index' (EHCI; figuur 1).

**Grootste succesfactor van het Nederlandse stelsel** is, volgens de opstellers van de EHCI, de onafhankelijke toekenning van zorgbehandelingen door medici in overleg met de patiënt. Regelgevers en verzekeraars bieden artsen relatief veel vrijheid van handelen. De 24-uurs zorg vanuit huisartsenposten heeft de toegankelijkheid bovendien sterk verbeterd. Onderscheidende Nederlandse kenmerken zijn verder: de relatief goed georganiseerde patiëntparticipatie, de concurrentie tussen verzekeraars en de scheidslijn tussen zorgaanbieders en verzekeraars.

**De rol van strenge eerstelijns poortwachters voor duurdere en complexere tweedelijns zorg uit zich nog niet in lagere zorguitgaven.** Nederland kent binnen de EU de hoogste zorguitgaven per hoofd van de bevolking. Als het om *collectieve* zorguitgaven gaat is Nederland zelfs de mondiale koploper (figuur 2).

### 2. ...maar (publieke) zorguitgaven behoren ook tot de top

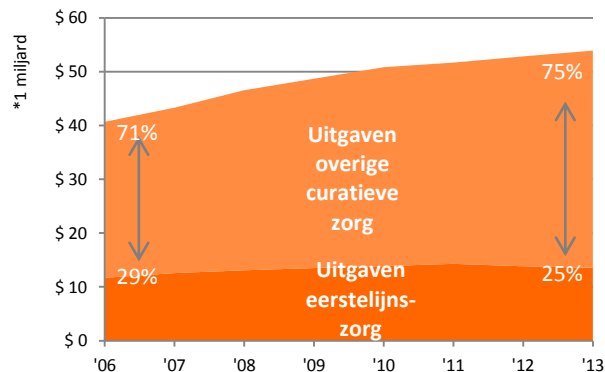




# 1. Eerstelijnszorg in transitie

## b) Meer focus op eerstelijnszorg

### 1. Nederland geeft steeds minder uit aan eerstelijnszorg

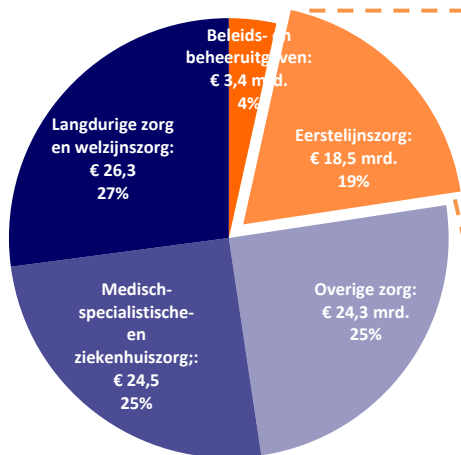


**De eerste lijn is bepalend voor de zorgkwaliteit.** Onderzoeksbureau Nivel onderstreepte het belang van de eerste lijn voor de zorg in 2011 zo: 'Meer dan 90% van de Nederlandse zorg wordt geleverd in de eerste lijn, tegen slechts 4% van het totale budget van de zorg.' In brede zin gaat er in de eerstelijnszorg veel meer geld om. Toch boet zij op het eerste gezicht aan belang in. Hoewel de uitgaven aan de brede eerstelijnszorg zijn gestegen, is het aandeel ervan in de totale uitgaven aan curatieve zorg afgenomen (figuur 1).

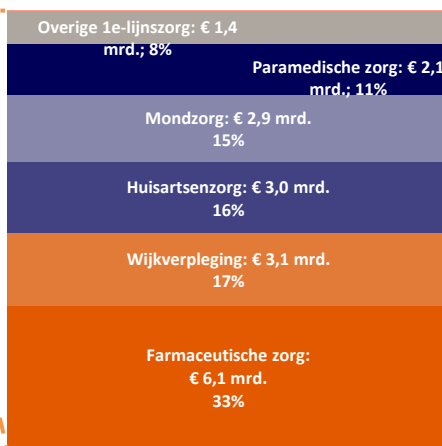
**Eerste lijn divers, maar factor van belang.** Inclusief de naar de Zorgverzekeringswet overgehevelde wijkverpleging gaat er in de brede eerste lijn in 2015 circa € 18,5 miljard om (figuur 2). Naast de vijf grote segmenten bestaat de brede eerste lijn uit een aantal segmenten met een minder omvangrijk zorgvolume, zoals verloskundige zorg, kraamzorg, psychologische zorg en algemeen maatschappelijk werk.

### 2. In 2015 gaat bijna 1 op de 5 zorgverzekeringhouders naar de eerste lijn

a. Geschatte totale zorguitgaven in 2015: € 97 mrd., bestaande uit:



b. Geschatte uitgaven aan eerstelijnszorg in 2015: €18,5 mrd., bestaande uit:

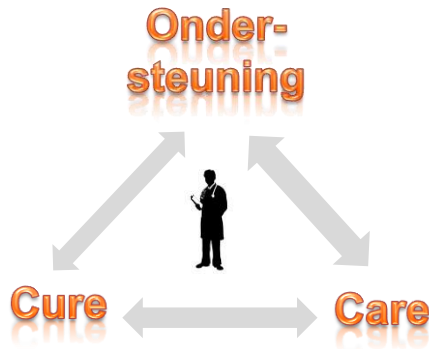


**De aandacht voor de eerste lijn is bij beleidsmakers sterk gegroeid** door de potentiële verbeteringen in kwaliteit en efficiëntie die tot nu toe onbenut zijn gebleven. In de hoofdlijnenakkoorden (Zorgakkoord) van medio 2013 is bij het ombuigen van de uitgavengroei de focus naar de eerste lijn verlegd. Via zorgvernieuwing en substitutie vanuit de tweede lijn kan steeds meer zorg door de eerste lijn worden uitgevoerd. Huisartsen vormen de spil in deze transitie. Zij zijn de 'poortwachters' voor de tweede lijn en de regisseurs die binnen de eerste lijn de veranderingen moeten vormgeven. Huisartsen worden gestimuleerd om steeds meer lichtere (zowel psychische als somatische) zorgtaken voor hun rekening te nemen.

# 1. Eerstelijnszorg in transitie

## b) Meer focus op eerstelijnszorg

### 3. Eerste lijn moet groter deel van tweedelijnszorg voor zijn rekening nemen



#### Landelijke afspraken over eerste lijn:

- ✓ 2015-2017: max. 1% volumegroei + max. 1,5% voor substitutie en vernieuwing (voor medisch-specialistische zorg en GGZ geldt max. 1% volumegroei)
- ✓ 2015: Prestatiegerichte bekostiging 1<sup>e</sup> lijn
- ✓ Zorg en ondersteuning zo laag mogelijk in zorgketen
- ✓ Sterke impuls aan E-health en zelfzorg geven
- ✓ Substitutie GGZ en ouderenzorg naar huisartsenzorg en multidisciplinaire 1<sup>e</sup> lijns zorg

**Omslag in groei curatieve zorgsegmenten beoogd.** Het door de partijen in de akkoorden overeengekomen maximale groeipercentage ligt voor de tweede lijn met 1% per jaar substantieel lager dan de gemiddelde volumegroei van 5% uit het verleden. Voor de huisartsenzorg is het beeld omgekeerd. Van 2008 tot en met 2012 bedroeg de volumegroei bij huisartsen 1,4%, terwijl zij vanaf 2015 2,5% mogen groeien (figuur 3).

**Internationaal gezien scoort de Nederlandse eerste lijn licht beter dan gemiddeld** op het voorkomen van vermijdbare ziekenhuisopnamen. Bij veel voorkomende chronische ziekten als Astma, COPD en hartfalen zijn grote vorderingen gemaakt in het ambulante (in de eerste lijn of poliklinisch) behandelen van patiënten. Voor chronische complicaties van diabetes scoort Nederland matig.

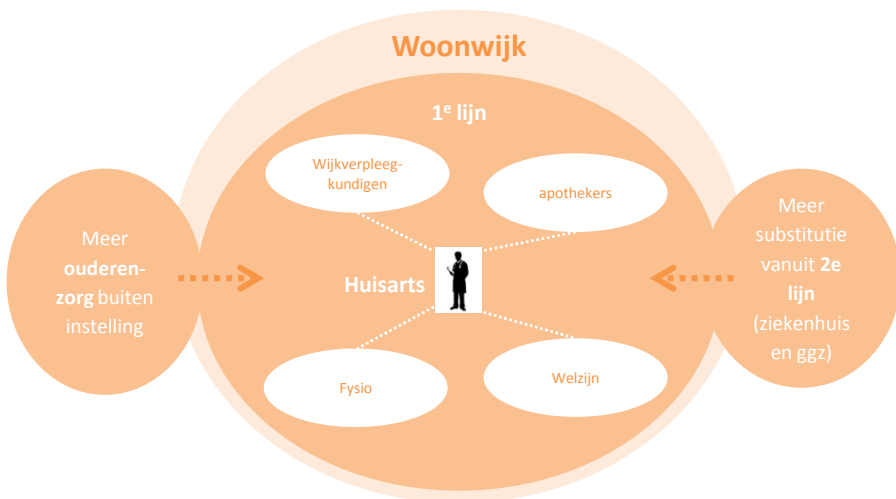
**Toch is er nog voldoende ruimte voor substitutie.** Winst valt volgens Nivel vooral te behalen in de chronische zorg, lichte ggz-zorg, dermatologie en bij kleine chirurgische ingrepen. Ook via beter afgestemde werkwijzen valt winst te behalen. Zo liep het percentage patiënten dat wordt doorverwezen naar een medisch specialist tussen 2006 en 2010 van praktijk tot praktijk nog uiteen van ruim 9% tot meer dan 25%. Deze variatie beperkt zich niet tot bepaalde specialismen, maar is in de volle breedte van de tweedelijnszorg zichtbaar. Slechts een beperkt deel kan worden verklaard door patiëntkenmerken.

**Door de afname van intramurale ouderenzorg neemt de vraag naar eerstelijnszorg verder toe.** Dit zal in toenemende mate om zwaardere zorg gaan. Het beleid van scheiden van wonen en zorg en de overheveling van zo'n 35% van de AWBZ-zorg naar Wmo en Zorgverzekeringswet (per 1-1-2015) komen beiden tegemoet aan de wens van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en de wens van de politiek om kosten te beheersen. Door de verschuiving van instellingszorg naar thuiszorg zullen ook verpleeghuisartsen in samenwerking met de verpleegkundige en huisarts meer extramurale zorg in de wijk moeten gaan verlenen.

# 1. Eerstelijnszorg in transitie

## c) De huisarts als zorgregisseur

### 1. Huisarts spil in substitutie van zorg naar eerste lijn

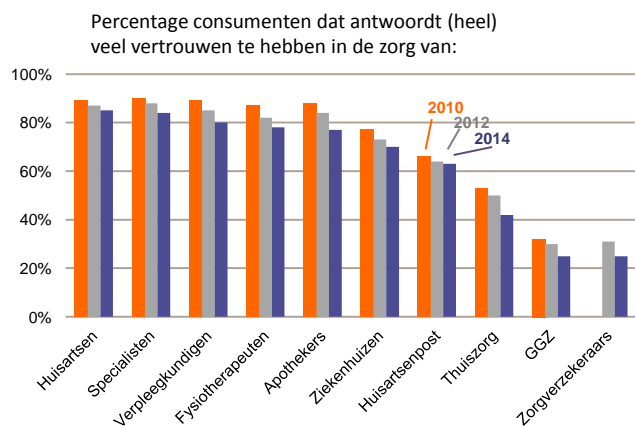


Om het groeiend aantal taken op te kunnen vangen, maken huisartsen vaker gebruik van praktijkondersteuners (POH's) op het gebied van somatiek, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg (ggz). Tussen 2010 en 2012 is het aantal patiënten waarbij een POH-ggz is ingezet met ongeveer 70% toegenomen. In totaal werd in 2012 ongeveer 5% van de patiënten met psychische klachten door een praktijkondersteuner behandeld. In 2014 heeft de invoering van de basis-ggz de substitutie van tweedelijns naar eerstelijns ggz-zorg door de huisarts (of POH) een extra impuls gegeven.

Betere samenwerking binnen de eerste lijn moet de afbouw van een derde van de intramurale ggz-capaciteit en verregaande substitutie van tweedelijns naar eerstelijns ggz mogelijk maken. Huisartsen zullen de zorg samen met sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en eerstelijns psychologen moeten organiseren.

Het zorgakkoord benadrukt de regierol van de huisarts. Als spin in het web van de eerste lijn en poortwachter voor de tweede lijn is de huisarts de bindende factor tussen de verschillende zorg- en welzijnsdisciplines. Door toenemende specialisatie en taakdelegatie binnen praktijken gaan zij zich minder bezighouden met patiëntzorg en meer met coördinerende taken op het gebied van preventie, zorgaanbod en behandelplannen en samenwerking met zorg- en welzijnsaanbieders buiten de praktijk.

### 2. Huisartsen meest vertrouwde beroepsgroep in de zorg

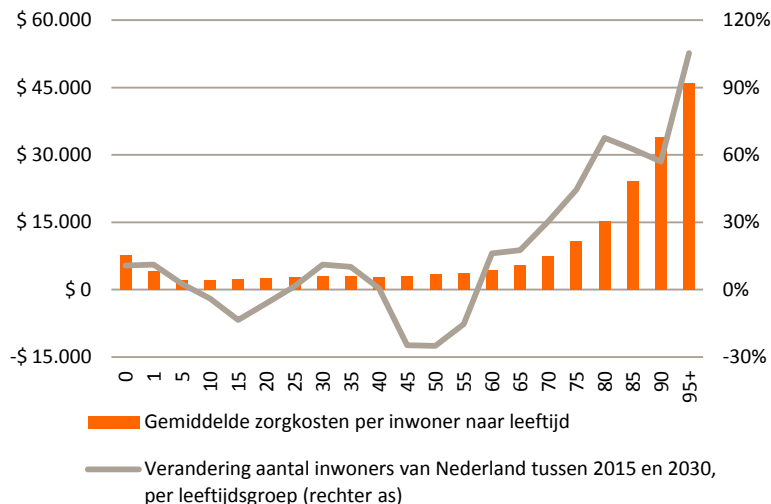


Huisartsen ontwikkelen zich tot zorgmanagers. Alleen zo kan de huisarts het overzicht behouden over het zorgproces rond de patiënt, de verschillende zorgpaden en de samenwerking tussen verschillende disciplines. De huisarts is en blijft de belangrijkste vertrouwenspersoon van de patiënt (figuur 2). Tegelijkertijd heeft hij – en steeds vaker zij – de belangrijke taak om niet-noodzakelijke zorgkosten te vermijden. Daarvoor zijn zaken als preventie en coördinatie van tweedelijns behandeltrajecten belangrijke ontwikkelgebieden.

# 1. Eerstelijnszorg in transitie

## d) Groeiende kwantiteit en complexiteit: 3 vliegwielen

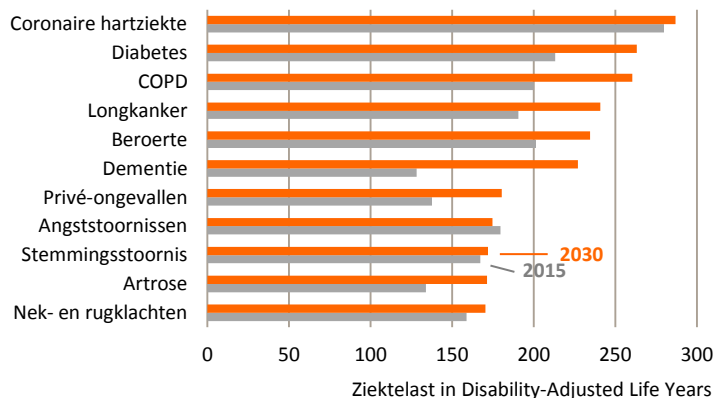
### 1. Vergrijzing leidt tot stijging zorgvraag en -kosten



#### 1. Vergrijzing

- Naast substitutie van zorg vanuit de tweede lijn en een verwachte bevolkingsgroei van 3% in 10 jaar tijd, zal ook de vergrijzing tot een **structureel stijgende vraag naar eerstelijnszorg** leiden. Het aantal ouderen groeit snel en daarmee ook het aantal mensen dat (meer) zorg nodig heeft (figuur 1).
- **Prevalentie en ziektelast van chronische ziekten nemen het sterkst toe.** Momenteel is 32% van de Nederlanders chronisch ziek, in 2030 ligt dit aandeel volgens het RIVM op 40%. Bovendien zullen anderhalf keer zoveel mensen – 3 miljoen oftewel 17% van de Nederlanders – meer dan één ziekte hebben (multimorbiditeit), blijven ouderen langer thuis wonen en neemt de ligduur in ziekenhuizen af. **De eerste lijn zal door deze ontwikkelingen niet alleen meer, maar ook complexere zorgvragen op zich af zien komen.**

### 2. Vooral ziektelast van chronische ziekten neemt sterk toe



# 1. Eerstelijnszorg in transitie

## d) Groeiende kwantiteit en complexiteit: 3 vliegwielen

### 3. Vooral ziektelast van chronische ziekten neemt sterk toe



### 2. Digitalisering

➤ **De opkomst van E-health is niet te stuiten.** Hoewel digitale zorgvernieuwing met horten en stoten gaat, zet de het gebruik van slimme consumentenapparatuur en internet in de zorg onverminderd door. Dit maakt diagnostiek op afstand en een efficiëntere communicatie tussen arts en patiënt, maar ook tussen specialist en huisarts mogelijk. Nu ook multinationals als Apple en Google groot inzetten op medische (consumenten)innovaties lijkt het hek definitief van de dam.

### 3. Van patiënt naar zorgconsument

➤ **De zorggebruiker eist meer inspraak.** Door hogere eigen bijdragen en oriëntatie via internet en social media maken patiënten bewustere zorgkeuzes. Zij stellen minder urgente behandelingen langer uit en staan steeds kritischer tegenover zorgverleners.

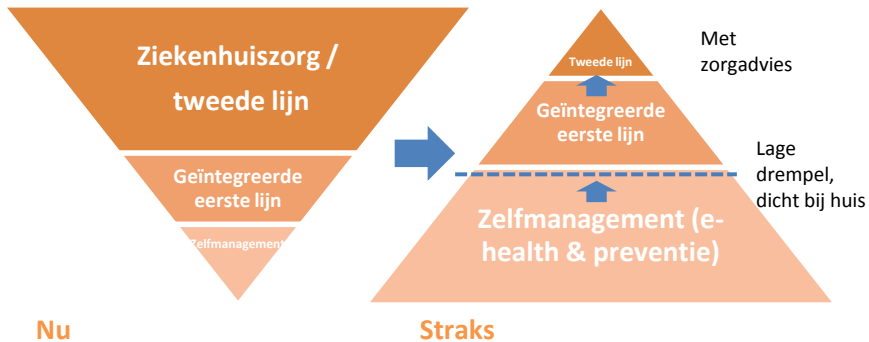
# 2. De eerste lijn in 2025



## 2. De eerste lijn in 2025

### a) Ommezwaai bemoeilijkt door versnippering

#### 1. Zwaartepunt verschuift van tweede naar eerste lijn en preventie



Het Nederlandse zorglandschap zal er in 2025 radicaal anders uitzien. Er zal veel meer aandacht zijn voor zelfmanagement door focus op preventie en e-health. De eerste lijn zal veel meer geïntegreerd opereren, waarbij crossovers tussen eerste en tweede lijn en zorg- en welzijnsdomein zo worden gelegd dat een meer **integrale zorgbenadering** ontstaat. Een groot verschil met de verkokerde aanbodgestuurde zorg van nu.

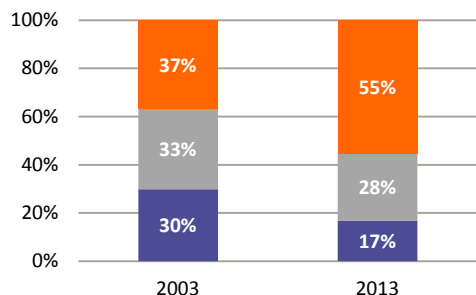
**De eerste lijn zal aan belang en omvang winnen ten opzichte van de tweede lijn.** De focus op voorkomen in plaats van genezen zal de groei van de zorguitgaven temperen. De extra uitgaven aan preventie zullen zich via positieve gezondheidseffecten naar verwachting terugverdienen via een verminderde behoefte aan geneeskundige en langdurige zorg. Om kwalitatief goede preventie, diagnoses en behandelingen efficiënt te kunnen organiseren is veel overleg nodig tussen betrokken partijen.

## 2. De eerste lijn in 2025

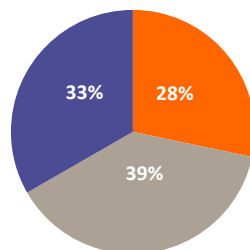
### a) Ommezwaai bemoeilijkt door versnippering

#### 2. Nog altijd werkt bijna driekwart van de huisartsen solo of duo

Praktijkvormen van huisartsen op basis van locatie:



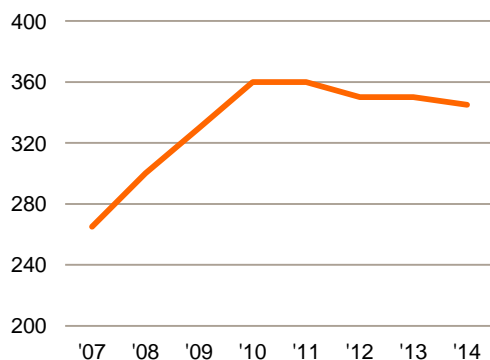
Praktijkvormen van huisartsen op basis van opgave huisartsen (2013):



■ Sololocatie ■ Duolocatie ■ Groepslocatie ■ Solopraktijk ■ Duopraktijk ■ Groepspraktijk

**De eerste lijn is echter versnipperd.** Van 2003 op 2013 is het aandeel van huisartsen dat met minimaal twee andere huisartsen op één locatie werkt fors toegenomen (figuur 2). Toch bedraagt het aandeel huisartsen dat op één locatie samenwerkt binnen één (groeps)praktijk niet meer dan een derde van het totaal. Het samenwerken beperkt zich vaak nog tot het delen van faciliteiten. Samenwerking met andere eerstelijns disciplines binnen een gezondheidscentrum groeit ook al enige jaren niet meer (figuur 3).

#### 3. Aantal eerstelijns gezondheidscentra groeit niet meer

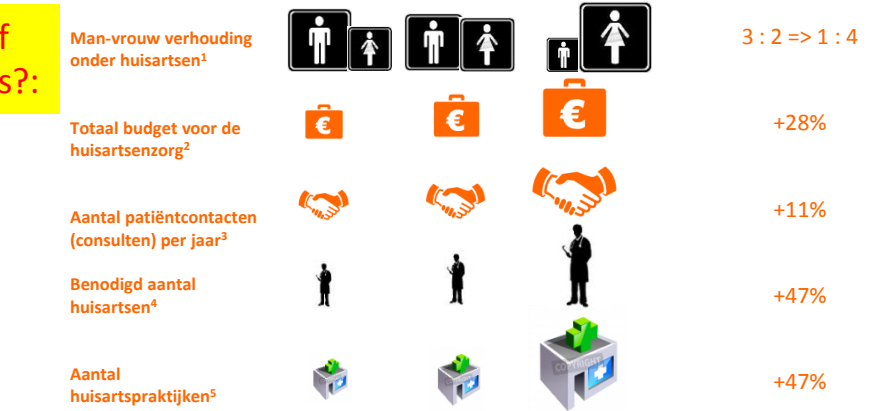




# 2. De eerste lijn in 2025

## b) Intensieve samenwerking nodig

### 1. 2025: inspelen op sterke groei



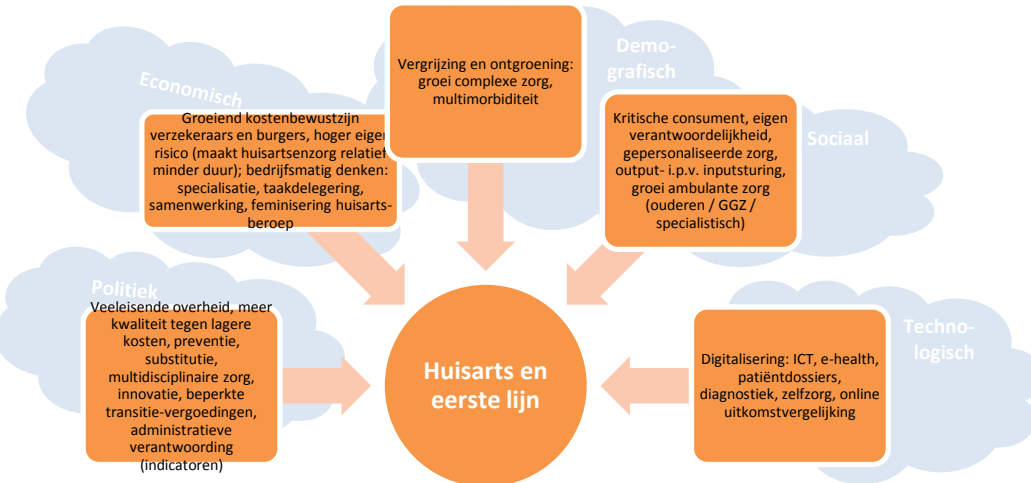
<sup>1</sup> o.b.v. expertinterviews, <sup>2</sup> o.b.v. groeipercentage van 2,5% per jaar (convenant 2015-2017), <sup>3</sup> o.b.v. gelijk groeipercentage en verwachte bevolkingsgroei

<sup>4</sup> o.b.v. Toekomstvisie NHG/LHV, <sup>5</sup> bij ongewijzigde verhouding aantal artsen per praktijk

**Feminisering huisartsenbestand stelt nieuwe eisen aan samenwerking.** Naast de groeiende vraag naar eerstelijnszorg en de toenemende eisen die aan eerstelijnszorg worden gesteld, heeft ook de grote verschuiving van mannelijke naar vrouwelijke artsen invloed op de vormgeving van een toekomstbestendige eerstelijns zorgvoorziening. Vrouwen werken vaker parttime en daarom ook vaker in groepsverband. Terwijl nu nog iets meer dan de helft man is, zal het huisartsenbestand in 2025 naar verwachting voor zo'n 80% uit vrouwen bestaan (figuur 1). Tegenwoordig wil al 80% van de praktijkzoekende huisartsen een parttime baan.

**De toenemende complexiteit vraagt veel van eerstelijns zorgverleners.** Met name huisartsen zien als spil binnen de zorg veel op zich afkomen (figuur 2). Vanuit de 'triple-aim'-gedachte wordt in toenemende mate van huisartsen verlangd dat zij met oog voor de sociale context voor een persoonsgerichte behandeling kiezen. Veel ziektebeelden vinden hun oorsprong in de sociale context van de patiënt. De huisarts moet daarom ook het welzijnsdomein bij zijn aanpak betrekken. Een **domeinoverstijgende aanpak** dus, met het oog op: 1. het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg; 2. het vergroten van de gezondheidswinst; 3. het verlagen van de zorgkosten per hoofd van de bevolking.

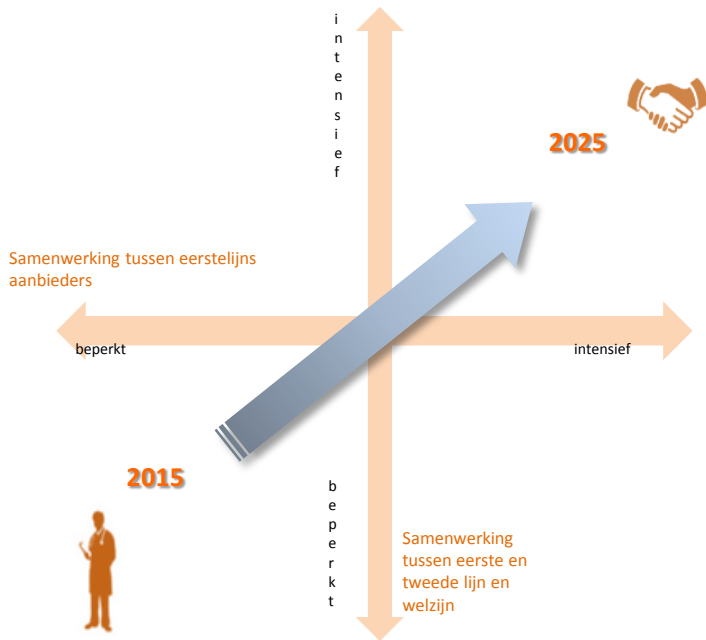
### 2. 2025: dynamisch krachtenveld vergt veel van huisarts en eerste lijn



## 2. De eerste lijn in 2025

### b) Intensieve samenwerking nodig

### 3. 2025: intensieve samenwerking in eerste lijn en tussen domeinen

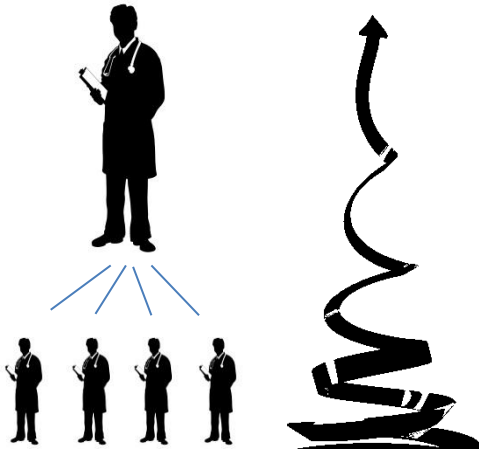


**Verbreding en verdieping van eerstelijns samenwerking is essentieel om de ambitieuze beleidsagenda te realiseren.** In 2025 zal samenwerking onderling en met de tweede lijn en welzijn vereist zijn om de in potentie grote voordelen van substitutie, preventie en e-health te benutten. Vanuit haar centrale positie in de eerste lijn zal de huisarts niet alleen met medisch specialisten, maar ook met wijkverpleegkundigen en sociale wijkteams intensief moeten samenwerken om de ziektelast in een vroeg stadium te signaleren en aan te pakken.

## 2. De eerste lijn in 2025

### c) Vernieuwing lokaal nog zeer verschillend

#### 1. Opschalen van dienstverlening noodzaak



**Zorggroepen: voorbeelden van succesvolle multidisciplinaire zorg.** Zorginhoudelijk vormen zorggroepen goede voorbeelden van succesvolle samenwerking en zorgvernieuwing over verschillende disciplines heen. Zo'n 4 op de 5 huisartsen participeren in deze rechtspersonen die uit gemiddeld ongeveer 75 huisartsen bestaan. Vanuit de zorggroepen leveren zij landelijk gestandaardiseerde ketenzorg rondom een aantal chronische ziekten, zoals: Diabetes mellitus type II, COPD, Cardio Vasculair Risicomanagement.<sup>1</sup> Dit komt zowel kosten – minder tweedelijns zorg – als kwaliteit – meer samenhangende zorg – ten goede.

**Er vindt schaalvergroting plaats, maar dit betreft vooral lokale initiatieven waar een minderheid van de eerste lijn bij is aangesloten.** De veranderende eerstelijns omgeving vraagt om een stevige ondersteunende structuur die enerzijds zorgverleners ontzorgt en anderzijds samenwerking, zorgvernieuwing en kostenbeperking stimuleert. Vanuit de zorggroepen is al een aantal samenwerkingsverbanden ontstaan tussen zelfstandige huisartsen die zaken als ICT, administratie, personeelszaken, inkoop en eventueel vastgoed uitbesteden aan één partij.

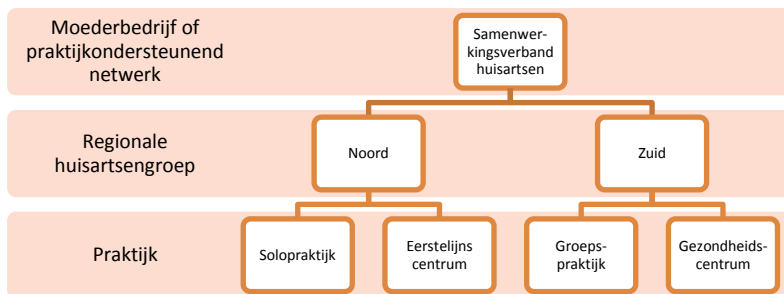
**Voor samenhangende zorg is een sterke intensivering van domeinoverstijgende samenwerking en opheffing van de versnippering nodig.** Om van het huidige zorgmodel, met de nadruk op omvangrijke behandelingen in de tweede lijn, door te kunnen groeien naar een toekomstbestendig model met nadruk op preventie en samenhangende zorg over domeinen heen, zullen alle betrokken partijen het gezamenlijke belang moeten onderschrijven.

<sup>1</sup> In de bijlage staan de verschillende samenwerkingsverbanden van huisartsen beschreven

## 2. De eerste lijn in 2025

### c) Vernieuwing lokaal nog zeer verschillend

#### 2. In eerstelijnszorg is groter geheel meer dan de som der delen



**Intensievere samenwerking betekent ook dat huisartsen hun rol als spin in het web moeten pakken om zelf vorm te geven aan de transitie.** Zij zullen proactief allianties met eerste- en tweedelijns aanbieders en partijen ‘in de wijk’ aan moeten gaan om zo stap-voor-stap zorgvernieuwingen te realiseren. Binnen een groter geheel kunnen zij verschillende rollen vervullen, bijvoorbeeld die van mede-eigenaar, manager of medisch directeur.

**Om dit te realiseren zal de eerstelijnszorg in 2025 in grotere verbanden worden aangeboden.** De huisarts als solist zal in 2025 nauwelijks meer bestaan. Efficiëntere praktijkvoering is noodzakelijk om alles in goede banen te kunnen leiden. Op dit vlak valt in veel gevallen een wereld te winnen. Denk aan: taakdelegatie door inzet van praktijkondersteuners, gespecialiseerde huisartsen die elk een aandachtsgebied voor hun rekening nemen en elkaar zo aanvullen, slimme inzet van ICT en ondersteuning van gedeelde taken door een centrale netwerkorganisatie.

**Gezamenlijke visie nodig als basis voor samenwerking.** Om geïntegreerde zorg te kunnen aanbieden moeten eerst alle neuzen dezelfde kant op staan. In het huidige versnipperde zorglandschap met zijn vele tegengestelde belangen moet iemand het voortouw nemen om vernieuwing tot stand te brengen. Alleen door win-wins of ‘shared savings’ te realiseren kunnen verschillende partijen de juiste prikkels krijgen om zich aan een gezamenlijke doelstelling te committeren.

**Verschillende vormen van samenwerking naast elkaar.** Er is geen blauwdruk te geven voor het samenwerkingsmodel van de toekomst. In elke regio geven partners op verschillende manier vorm aan samenwerking. Dit hangt sterk af van historische banden en bevolkingsdichtheid van de regio. In landelijke regio’s weet men elkaar over het algemeen beter te vinden vanwege minder concurrentie en een van oudsher hechterere samenwerking.

<sup>1</sup> In de bijlage staan de verschillende samenwerkingsverbanden van huisartsen beschreven

## 2. De eerste lijn in 2025

### d) 2025: 'Eerste lijn & Co.'

Elke samenwerking begint met een goede business case. Om de doelen van samenwerking scherp te krijgen, zal eerst goed inzicht in de regionale vraag moeten worden verkregen. Een goed datamanagementsysteem is een voorwaarde om poortwachtersrol, samenwerking en preventie goed vorm te geven. Hoewel uitstel van het elektronisch patiëntendossier en versnipperde huisarts-informatiesystemen (HIS) een drempel vormen, zijn er steeds meer data beschikbaar om de toekomstige zorgvraag goed in kaart brengen.

Vervolgens kunnen verbetertrajecten worden vormgegeven door per initiatief een business case op te stellen. Zo worden diverse partijen met gebruik van objectieve criteria gemotiveerd om stap-voor-stap vernieuwende samenwerking tot stand te brengen.

#### 2025: Eerste lijn & Co.

- Klantgerichte, samenhangende zorg gekenmerkt door: verschillende zorgfuncties die binnen één netwerk intensief samenwerken via korte communicatielijnen.
- Versnippering opgeheven door één loket met één casemanager die de klant begeleidt door het gehele proces van diagnostiek en behandeling.
- Ook voor- en nazorg tweede lijn in dienstenpakket, indien kosten- en kwaliteitseffectief.
- Centrale organisatie ondersteunt aangesloten praktijken facilitair maar ook zorginhoudelijk. Benchmarking van kwaliteit.

Centrum van wijk, geïntegreerde eerstelijnszorg, cement tussen verschillende domeinen



Vooruitstrevende substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg door multidisciplinaire aanpak



'Zorgnetwerk'

'Integrale zorgvoorziening'

'Anderhalvelijnscentrum'

'Eerstelijns kliniek'



Diagnostiek en basiszorg in eerste lijn door inzet praktijk-ondersteuners, met open lijn naar specialist.



- Zorgvernieuwing, per traject op basis van populatiegericht onderzoek opgebouwd.
- 'Shared savings' binden partijen aan 'triple-aim'-doelstelling.



- Zorgadviseur voor geïnformeerde klant die zelf werk maakt van preventie
- Ontwikkeling en implementatie van nieuwe digitale zorgtoepassingen



## 2. De eerste lijn in 2025

### e) Vernieuwing in de Nederlandse praktijk (1)



Nieuw en succesvol: 1,5-lijnszorg, tussen de huisarts en het ziekenhuis

**Dermatoloog Herm Martens draagt tijdens zijn spreekuur in de stadspoli in Maastricht geen witte jas. Hij heeft geen beschikking over medische apparatuur en presenteert zich liever als medisch adviseur dan als behandelend arts. Er is nog iets bijzonders aan het spreekuur van de medisch specialist in de stadspoli in Maastricht: patiënten kunnen er terecht zonder hun verplichte eigen risico van €360 aan te spreken. De kosten van het consult komen volledig voor rekening van de zorgverzekeraar.**

En toch zijn ze bij zorgverzekeraar VGZ lyrisch over het Maastrichtse experiment. De reden: de stadspoli bespaart de verzekeraar miljoenen euro's aan zorgkosten. De stadspoli is een experiment van de lokale huisartsenorganisatie ZIO en het Maastricht Universitair Medisch Centrum om patiënten met relatief eenvoudige zorgvragen zo veel mogelijk buiten het dure ziekenhuis te houden. De gedachte is simpel negen van de tien patiënten die door huisartsen naar het ziekenhuis worden verwezen, blijkt niets ernstigs te mankeren.

Huisartsen weten dit, maar moeten hun patiënten bij twijfel toch doorsturen. Tenzij ze de mogelijkheid hebben een specialist om advies te vragen zonder de patiënt naar het dure ziekenhuis te verwijzen.

Bron: De Volkskrant



**Het initiatief 'Blauwe zorg' richt zich op kwalitatief hoogwaardige en toch betaalbare zorg** in de regio Maastricht Heuvelland. Het betreft een samenwerking tussen zorggroep ZIO (Zorg In Ontwikkeling), zorgverzekeraar VGZ, en de patiënten-belangenbehartiging voor Limburg, die op twee pijlers steunt:

- Interventies binnen de zorg, gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet (o.a. op gebied van diagnostiek, farmacie, zorg bij chronische aandoeningen en anderhalvelijnszorg).
- Gedragsbeïnvloeding van zowel zorgverlener als patiënt. Cruciaal onderdeel van Blauwe Zorg is uitkomstgerichte bekostiging.

**'Nieuwe organisaties zijn nodig om te kunnen innoveren buiten het budgetdenken van een ziekenhuis om'**, aldus Guy Schulpen, medisch directeur bij ZIO. Zijn organisatie heeft daarom twee anderhalvelijnscentra opgericht. ZIO is facilitair dienstverlener en zorggroep in één en daarmee ontwikkelaar van vernieuwende eerstelijns zorgconcepten. Huisartsen kunnen bij ZIO kiezen uit een range van diensten, inclusief huisvesting.

**'In Maastricht hebben wij door inzet van specialisten bij consulten de doorverwijzing naar 2<sup>e</sup> lijn met 75% beperkt.** Na consultatie gaat de patiënt terug naar de huisarts die het vervolgtraject bepaalt. De huisarts blijft zo in de lead over doorverwijzing. Een juiste balans tussen groot en flexibel is cruciaal. Enerzijds moet je voldoende schaal creëren om zelf de benodigde innovatiemiddelen te kunnen vrijspelen en enig gewicht in de schaal te leggen bij verzekeraar en gemeente. Anderzijds moet je klein en wendbaar blijven om te kunnen vernieuwen buiten de traditionele 'schotten' om,' aldus Schulpen.

**ZIO is niet alleen de contractpartner van VGZ voor alle ketenzorg, maar ook voor alle basis-GGZ in de regio.** Door deze netwerkrol kan ZIO de inrichting van de eerstelijnszorg effectief vormgeven. Bijvoorbeeld door in samenwerking met gemeenten arrangementen voor een integrale aanpak van de welzijns- en zorgvraag op te zetten.

**'Patiënten zijn goedkoper uit bij de huisarts, omdat deze in tegenstelling tot het ziekenhuis niet onder het eigen risico valt.** De eerste lijn kan bovendien dezelfde kwaliteit bieden als de tweede lijn. Het verschil zit hem in de overhead: bij €100 aan zorgbehandeling moet je ongeveer €150 overheadkosten optellen bij een academisch ziekenhuis, bij ZIO is dat slechts €10.'

## 2. De eerste lijn in 2025

### f) Vernieuwing in de Nederlandse praktijk (2)



Van kleinste ziekenhuis naar innovatief anderhalvelijnscentrum

#### **Nieuwe Sionsberg wordt 'innovatief zorgcentrum'**

**De nieuwe Sionsberg in Dokkum bestaat uit huisartsendiensten, anderhalvelijnszorg, poliklinische diensten en dagverpleging. Bedden zijn straks niet meer aanwezig in het ziekenhuis.**

In het medisch centrum kunnen mensen terecht voor poliklinische en dagbehandelingen. Een van de zwaartepunten is de zorg voor ouderen. Zo zijn er duidelijke zorgpaden voor diabetici, astma- en reumapatiënten. En wordt er voor de palliatieve zorg aansluiting gezocht bij het palliatief netwerk Friesland. Via de anderhalvelijns aanpak vinden meekijkconsulten plaats en kunnen kleine chirurgische ingrepen meteen worden verricht. Ook gaat het zorgcentrum gebruikmaken van nieuwe zorgconcepten zoals e-health en zelfmanagement. Sionsberg 2.0 is geen 'klassiek' ziekenhuis meer: de bedden zijn verdwenen. Als patiënten langer zorg nodig hebben, moeten ze naar Leeuwarden of Drachten.

Bron: Zorgvisie

**Zorgverzekeraar De Friesland is al een tijdje bezig met het vormgeven van het zorglandschap van de toekomst.** Net als Blauwe Zorg is Friesland Voorop één van de 9 landelijke proeftuinen en 6 pilots die experimenten uitvoeren gericht op betere kwaliteit en lagere kosten van zorg. De Friesland heeft samen met specialisten, ziekenhuizen en eerste lijn alle Friese gemeenten een sociaal-medische visie op de eerste lijn in 2020 opgesteld. Uitgangspunt is dat mensen zo lang mogelijk zelfredzaam blijven en de regie over hun leven houden. Een van de preventieve maatregelen is dat ouderen in de wijk worden gescreend op eenzaamheid.

**“Een regiospecifieke aanpak is essentieel.** De problematiek van toenemende chronische zorg speelt landelijk, maar de schaal verschilt per regio. In Friesland gaat het aantal incontinentiepatiënten bijvoorbeeld relatief sterk toenemen door een **snellere** vergrijzing.” Aldus Diana Monissen, directeur van De Friesland.

**Op lange termijn mikt De Friesland op 6 anderhalvelijnscentra die tussen eerstelijnszorg en ziekenhuizen in worden gepositioneerd.** Anderhalvelijnscentra huisvesten huisarts, apotheek, ziekenhuisbedden en mondzorg (vooral voor ouderen van belang om infecties te voorkomen) en worden uitgerust met verrichtingenkamers en huisartsenbedden. Het eerste anderhalvelijnscentrum is in Drachten gevestigd. Op basis van data uit een broedplaats worden uitkomsten van het project beoordeeld. De business case van het eerste centrum is op vermindering van opnames **van ouderen in de tweede lijn** gericht en dat doel is gehaald. Monissen: “De helft van het bestaande eerste- en tweedelijns vastgoed zal op lange termijn overbodig worden. **Omdat accenten worden gelegd op welzijn en voorzorg, dat vergt een andere kijk en een andere inrichting.**”

**“Eenpitters onder huisartsen bestaan straks niet meer, medisch-specialisten komen deels in dienst van anderhalvelijnscentra.** Door specialisten bij eerstelijnszorg te betrekken kan de zorg beter en goedkoper worden geleverd. Met gebruik van harde data kunnen wij de achtergronden van de bestaande kostenverschillen tussen zorgverleners onderbouwen. Medisch specialisten en ziekenhuisdirecties raken geleidelijk overtuigd van de noodzaak van verandering. Langzaam raakt iedereen er wel van doordrongen dat er meer zorg van de tweede naar de eerste lijn moet. Maar het gaat traag, de natuurlijke houding is houden wat je hebt.”

## 2. De eerste lijn in 2025

### g) Vernieuwing in de buitenlandse praktijk



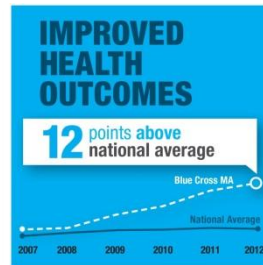
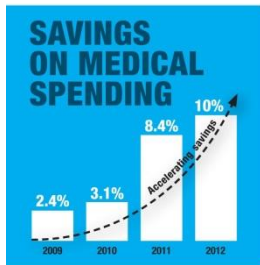
Blue Cross Blue Shield, Boston - Massachusetts

#### Belonen van goede uitkomsten verlaagt kosten en verbetert volksgezondheid

Zorgverzekeraar Blue Cross heeft in 2008 een vernieuwende, domeinoverstijgende aanpak van zorginkoop geïntroduceerd. Zorgorganisaties die aan haar zogenoemde Alternative Quality Contract (AQC) deelnemen ontvangen een jaarlijks budget gebaseerd op gezondheidskenmerken van hun populatie. Voor dit vaste budget dragen zij zelf niet alleen de verantwoordelijkheid voor uitgaven en kwaliteit van zorg, maar ook voor de gezondheid van hun eigen populatie. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat AQC-deelnemers in vier jaar tijd een fors lagere uitgavengroei en grotere kwaliteitsverbeteringen hebben gerealiseerd in vergelijking met aanbieders die op de traditionele manier zijn gecontracteerd.

#### Succeskenmerken:

- **De overeenkomst loopt vijf jaar**, omdat een andere manier van werken tijd nodig heeft. Aanbieders moeten eerst investeren in zorgprocessen, personeel en infrastructuur om verbeteringen te kunnen realiseren.
- Per contract wordt vooraf een **populatiegericht budget** vastgesteld waarbinnen de aanbieder zijn diensten aan zijn patiëntpopulatie moet leveren.
- Cruciaal onderdeel van de aanpak is het **belonen van artsen en ziekenhuizen** voor het leveren van kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg en het helpen van **verzekerden** om gezond te blijven.
- De kwaliteit wordt gemeten aan de hand van 64 breed geaccepteerde **prestatie-indicatoren**. Deze meten niet alleen de kwaliteit van zorgprocessen, maar voor een belangrijk deel ook de daadwerkelijke gezondheid van de populatie. Aanbieders worden zo gestimuleerd om gezamenlijk tot de beste geïntegreerde aanpak van zorg en preventie te komen.
- Blue Cross biedt **ondersteuning bij het meten en analyseren van uitkomsten** en het delen van best-practices en benchmarkinformatie, zodat deelnemende aanbieders zelf kwaliteitsstandaarden kunnen (door)ontwikkelen.



Bron: New England Journal of Medicine

Gesundes Kinzigtal, Duitsland

#### Switch van zorg naar gezondheidswinst succesvol

Gesundes Kinzigtal (GK) is een joint venture tussen een netwerk van artsen in Kinzigtal en een in Hamburg gevestigd zorgmanagementbedrijf, OptiMedis AG. GK is verantwoordelijk voor het organiseren van zorg en het verbeteren van de gezondheid van bijna de helft van de 71.000 inwoners in Kinzigtal in het zuidwesten van Duitsland. Sinds 2006 heeft GK langlopende contracten met twee Duitse non-profit ziekenfondsen om diensten op het gebied van zorg en gezondheid te integreren voor al hun verzekerden. De aanpak is succesvol gebleken in het verbeteren van de volksgezondheid. Dit uit zich met name in lagere sterftecijfers. Daarnaast is 17% meer op de zorgkosten bespaard dan elders, zijn klantervaringen verbeterd en is het aantal spoedeisende ziekenhuisopnames fors afgenomen.

#### Succeskenmerken:

- Zorgverleners in Kinzigtal worden rechtstreeks vergoed, maar GK blijft 'virtueel' verantwoordelijk voor het zorgbudget voor de bevolkingsgroep. Wanneer de zorguitgaven lager uitvallen dan het populatiebudget, ontvangt GK een deel van besparingen (**shared savings**).
- GK biedt gratis toegang tot een aantal **gezondheidsprogramma's**. Zij werkt daarvoor samen met tal van zorgorganisaties, maar ook met sportverenigingen, opleidingsinstituten, zelfhulpgroepen, en lokale overheden. GK stimuleert gezonde leefgewoonten door het aanbieden van sportschoolvouchers en programma's gericht op gezondheidsbevordering op scholen, op de werkvloer en voor werklozen.
- GK heeft **gerichte zorg- en preventieprogramma's** ontwikkeld voor hoog-risico bevolkingsgroepen, zoals ouderen in verpleeghuizen en mensen met een hoge body mass index.
- Gezondheidswerkers zijn opgeleid in '**shared-decision-making**' om ervoor te zorgen dat patiënten actief betrokken zijn bij hun eigen zorgtraject.
- **Systeembrede elektronische patiëntendossiers** zorgen ervoor dat patiëntinformatie voor alle aanbieders en instellingen beschikbaar is om een effectieve coördinatie van de zorg mogelijk te maken.

Bron: The King's Fund





**3.**  
**Route naar**  
**een nieuw**  
**zorglandschap**



## 3. Route naar een nieuw zorglandschap

### a) Tegengestelde belangen vragen om gezamenlijke actie



**Versterking van de eerste lijn vraagt actie van alle belanghebbenden.** Vooral de vele tegengestelde belangen vertragen tot nu toe de versterking van de eerste lijn. Om de aanwezige kansen te pakken, zal een besef van het gedeelde belang moeten groeien. De route naar een nieuw zorglandschap vereist actie van alle betrokken partijen.

#### Acties eerste lijn:

1. Neem het initiatief om vernieuwing en samenwerking zelf vorm te kunnen geven.
2. Manage het zorgproces: bedrijfsmatig werken zit nog niet tussen de oren.
3. Organiseer financiële participatie voor meer betrokkenheid.
4. Focus op gezondheid in plaats van zorgverlening.
5. Schaal op voor meer kwaliteit, efficiëntie en investeringscapaciteit.
6. Creëer een helder verdienmodel en dito eigendomsstructuur.
7. Smeed win-wins.

#### Acties tweede lijn:

1. Ontwikkel een visie op substitutie en samenwerking met eerste lijn.
2. Vernieuw proactief, samen met eerste lijn en zorgverzekeraar.

#### Acties zorgverzekeraars:

1. Investeer in substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg.
2. Maak heldere afspraken over beperking van ziekenhuiszorg.
3. Sluit langjarige overeenkomsten met ziekenhuizen en eerste lijn op basis van shared savings.

#### Acties overheid:

1. Investeer in schaalvergroting binnen eerste lijn om samenwerking en substitutie aan te jagen.
2. Faciliteer samenwerking in de eerste lijn.
3. Maak ziekenhuiskosten transparanter.
4. Beloon zorgverzekeraars voor investeringen in zorg.

### 3. Route naar een nieuw zorglandschap

#### b) Eerste lijn: toekomst in eigen hand

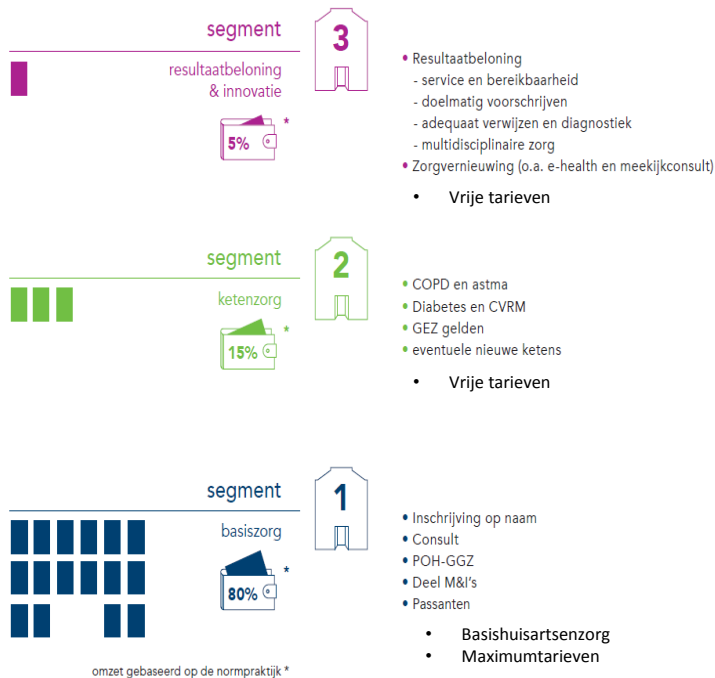


- 1. Neem het initiatief om vernieuwing en samenwerking zelf vorm te kunnen geven.** De verandering zal zich linksom of rechtsom voltrekken. Door aan het roer te staan kan de eerste lijn zelf de manier waarop bepalen. Zorgverzekeraars en gemeenten zullen overtuigd moeten worden met kwantitatief goed onderbouwde business-cases gericht op de vraag naar zorg van een specifieke populatie. Om dit te realiseren is een bepaalde schaal nodig die het doen van investeringen gemakkelijker maakt. Grotere samenwerkingsverbanden zijn bovendien aantrekkelijker partijen voor inkopers. Zorgverzekeraars staan verder van de praktijk af en hebben geen directe prikkel om met lokale oplossingen te komen. Zorgaanbieders zullen dus gezamenlijk met win-win's moeten komen.
- 2. Manage het zorgproces: bedrijfsmatig werken zit nog niet tussen de oren.** Door samenwerking meer bedrijfsmatig aan te pakken kan de eerste lijn grip houden op de eigen groei. Niet alleen om de kosten te beheersen, maar ook om kwaliteitsverbetering te realiseren. De organisatie van de eerstelijnszorg wordt namelijk steeds complexer.
- 3. Organiseer financiële participatie voor meer betrokkenheid.** Bij het delen van kosten hoort ook het delen van winsten. Door professionals mede-eigenaar te maken hebben zij invloed op het beleid van de organisatie en delen zij in het succes ervan. Angst voor verlies van professionele autonomie houdt huisartsen vaak nog tegen om in een groter verband te gaan werken. Door de juiste vorm te kiezen kunnen verregaande samenwerking en individuele zeggenschap samengaan. Succesvolle eerstelijns samenwerkingsverbanden tonen dit aan.

# 3. Route naar een nieuw zorglandschap

## c) Eerste lijn: nieuwe focus en schaal

### Nieuwe bekostiging eerste lijn stimuleert samenwerking



**4. Focus op gezondheid in plaats van zorgverlening.** Niet het aanbod en de bijbehorende regels, maar de vraag naar zorgverlening en zorguitkomsten staan centraal. Nieuwe modellen waarbij preventie, geneeskunde en verzorging in een integrale aanpak over 'domeinen' heen worden georganiseerd hebben de toekomst. Samen met welzijn en tweede lijn kan de eerste lijn de gezondheid krachtig en efficiënt bevorderen. Experimenten met samenhangende zorg gebaseerd op populatie- of categoriebekostiging vinden al plaats. De nieuwe bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg sluit daarbij aan. Deze is opgesteld om meer samenwerking tussen verschillende disciplines, meer coördinatie en een populatiegerichte aanpak te bevorderen. Deze biedt meer ruimte voor samenwerking en integratie, maar dat blijft afhankelijk van regionale afspraken tussen verzekeraars, gemeenten, welzijns- en zorgaanbieders.

**5. Schaal op voor meer kwaliteit, efficiëntie en investeringscapaciteit.** Grotere verbanden zijn beter in staat de benodigde middelen en kennis bij elkaar te brengen om nieuwe modellen van de grond te krijgen. Door de eerstelijnszorg gezamenlijk aan te bieden nemen zorgvolumes toe en wordt specialisatie (naar doelgroep of specialistische verrichting) binnen de eerstelijns organisatie mogelijk. Investerings in e-health-toepassingen zoals zorgondersteunende app's, maar ook afspraken over het gebruik van één elektronisch patiëntendossier over domeinen (huisarts, thuiszorg) heen vereisen ook een bepaalde schaal. Slimme inzet van ICT en datamanagement vormen niet alleen de basis voor het verwerven en delen van inzicht in de patiënt en de regionale populatie, maar ook voor samenwerking buiten de gebaande paden. Om de grotere volumes adequaat, efficiënt en klantgericht aan te kunnen bieden zal de zorg vaker op één locatie gebundeld worden, waardoor ook investeringen in huisvesting nodig zijn.

### 3. Route naar een nieuw zorglandschap

#### d) Eerste lijn: helder verdienmodel en win-wins



##### Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014-2017

Ondertekend door: koepels eerste lijn, Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS

'...Om de benodigde afstemming met andere vormen van zorg en ondersteuning goed vorm te kunnen geven en ook te kunnen sturen op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg is een verdere organisatieontwikkeling in de eerste lijn essentieel.

... Verdere versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn, gefaciliteerd door regionale ondersteuningsorganisaties, is een noodzakelijke randvoorwaarde voor het verder ontwikkelen van kwalitatief hoogstaande eerstelijnszorg.

... Partijen delen de visie dat de zorgvraag die op de huisartsenzorg afkomt verandert en meer afstemming met andere vormen van zorg en ondersteuning vereist. Hierbij valt te denken aan andere eerstelijnszorg, extramurale verpleging, publieke gezondheid en preventie, jeugdzorg, welzijn en participatie. ...'

**6. Creëer een helder verdienmodel en dito eigendomsstructuur.** Samenwerking die niet in een formele organisatievorm uitmondt is moeilijk te financieren. Huisvesting voor een anderhalvelijnscentrum is bijvoorbeeld alleen in samenhang met een geloofwaardig onderliggend verdienmodel goed te financieren. Daarnaast zijn afspraken met verzekeraars en specialisten van belang om financiers zekerheid te bieden. De eigendomsstructuur moet ook helder zijn. Er moet sprake zijn van één organisatie: wie bezit en beheert het vastgoed en hoe zijn huisartsen, andere zorgverleners en stakeholders als gemeenten en zorgverzekeraars geëngageerd aan de organisatie?

**7. Smeed win-wins.** Essentieel voor een vruchtbare samenwerking over 'domeinen' heen is het delen van besparingen. Om die te bereiken zullen partijen die willen samenwerken concessies moeten doen. Bij een samenvoeging van een huisartsenpost (HAP) met een spoedeisende hulp van een ziekenhuis zal het ziekenhuis bijvoorbeeld eerder zorg overdragen aan een HAP als deze vervolgens op het ziekenhuisterrein gevestigd wordt of blijft. Dit beperkt eventuele leegstandsproblematiek voor het ziekenhuis, stelt de toestroom van patiënten veilig en verkort tegelijkertijd de afstand tot de deskundigheid in het ziekenhuis voor de HAP-artsen. Dit leidt tot effectievere triage: als de medisch specialisten ondersteuning bieden kunnen meer onnodige verwijzingen naar de tweede lijn worden voorkomen.

# 3. Route naar een nieuw zorglandschap

## e) Tweede lijn: proactieve samenwerking met eerste lijn



### ‘Wij dichten de kloof tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg’

Huisartsen in Almere gaan vaker zelf standaardonderzoeken naar hartproblemen doen. Dat is afgesproken in een overeenkomst tussen Zorggroep Almere en Hartkliniek Nederland.

Doel is de zorg voor hartpatiënten dichterbij de huisarts te houden. Hierdoor hebben cardiologen meer tijd voor de complexe gevallen en wordt er op zorgkosten bespaard.

Oprichter en cardioloog Menno Baars van Hartkliniek Nederland: ‘Wij werken samen met pakweg 150 huisartsen in de regio’s Almere en Lelystad. Zij kunnen patiënten doorsturen, waarna wij ze zo snel mogelijk weer terugverwijzen. Maar de huisartsen kunnen ook via Open Access een echo, een hartfilmpje, een fietstest of een ander onderzoek aanvragen, dat ze vervolgens zelf met hun patiënt bespreken. Als het nodig is, bezoeken we een patiënt thuis met de huisarts. Momenteel experimenteren we met een meekijkconsult, waarbij de huisarts met de patiënt voor de computer zit: zij zien mij, ik zie hen en samen zien we alle medische dossiers. In alle gevallen houdt de huisarts de regie.’

In 70% van de gevallen hoeft een huisarts volgens Baars patiënten niet door te verwijzen naar een cardioloog, maar kan hij het zelf afhandelen na overleg met een specialist.

‘Hartkliniek Nederland dicht de kloof tussen de eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg’, zegt Baars. ‘Daardoor hoeven patiënten minder vaak langs te komen, worden ze sneller geholpen en hebben ze één aanspreekpunt. Bovendien wordt de gezondheidszorg zo een stuk goedkoper. Huisartsen verwijzen hartpatiënten over het algemeen snel door vanwege de verstrekkende gevolgen die een verkeerde diagnose kan hebben. Door de huisarts actief te ondersteunen kan veel worden bespaard. Ziekenhuizen doen dit nog onvoldoende. In samenwerking met de wijkverpleging zijn ook thuisconsulten mogelijk, waarbij van mobiele echoapparatuur gebruik wordt gemaakt.’

Bron: ING, Skipr en Financieele Dagblad

**Vermindering van inkomsten weerhoudt ziekenhuizen en specialisten van grote stappen in samenwerking met eerste lijn.** Substitutie naar eerstelijnszorg kan specialisten in de portemonnee raken en tot onderbenutting in ziekenhuizen leiden. Afspraken over een toename van meer complexe zorgbehandelingen kunnen individueel voor compensatie zorgen, maar landelijk of regionaal gezien neemt het zorgvolume in ziekenhuizen af bij substitutie naar de eerste lijn. Dit kan samenwerking met de eerste lijn en daarmee betere uitkomsten voor zorgvragers en -verzekerden in de weg staan. Ziekenhuizen dragen steeds meer financiële risico's zelf en hebben met stevige volume- en kwaliteitseisen van zorgverzekeraars te maken.

- 1. Ontwikkel een visie op substitutie en samenwerking met eerste lijn.** Dit moet een belangrijk onderdeel zijn van de strategische heroriëntatie die ziekenhuizen doormaken. Op termijn maakt de toenemende multimorbiditeit een continue samenwerking met de eerste lijn noodzakelijk om adequate zorg te blijven leveren. De vraag is bovendien wat zorg die efficiënter door de eerste lijn kan worden verleend aan een duurzaam verdienmodel bijdraagt. Door substitueerbare zorg geleidelijk af te bouwen blijven de gevolgen voor ziekenhuizen hanteerbaar. Zorgvragers zullen over het algemeen een voorkeur voor eerstelijnszorg hebben, vanwege de afwezigheid van een eigen risico. Verschuiving naar de eerste lijn kan specialisten veel diagnostische taken en patiëntaansprakelijkheid uit handen nemen. Bovendien schept dit ruimte voor complexere zorg.
- 2. Vernieuw proactief, samen met eerste lijn en zorgverzekeraar.** Niet de plek of de aanbieder, maar de prijs-kwaliteitverhouding is bepalend voor vormgeving van het zorgaanbod. Ziekenhuizen hebben de sleutel tot vernieuwende oplossingen in handen. Het zwaartepunt van de zorgverlening verschuift geleidelijk van het ziekenhuis naar nieuwe vormen tussen eerste en tweede lijn in. Voorbeelden zijn: ketenzorg, anderhalvelijnscentra en meekijkconsulten. Met inzet van interveniërende specialisten kan veel zorg in de eerste lijn beter en goedkoper worden geleverd. Overheid, gemeenten en verzekeraars zwingelen deze transitie aan. Door meerjarige overeenkomsten te sluiten kunnen ziekenhuizen de onontkoombare vernieuwing samen met de stakeholders vormgeven.

### 3. Route naar een nieuw zorglandschap

#### f) Zorgverzekeraars: keuzes en lange termijn afspraken



1. **Investeer in substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg.** Zorgverzekeraars hebben veel aandacht voor de herinrichting van de tweedelijns zorg. Zij staan positief tegenover samenwerking tussen eerste en tweede lijn, maar zijn nog te afwachtend in het vormgeven van substitutie. Aan huisartsen worden relatief veel gedetailleerde eisen gesteld, terwijl de wisselwerking tussen eerste en tweede lijn onderbelicht blijft.
2. **Maak heldere afspraken over beperking van ziekenhuiszorg** om kostenbesparingen ook echt te realiseren. Tot nu toe leiden besparingen vaak nog niet tot een zichtbare krimp in ziekenhuisuitgaven, mede doordat nieuwe zorgverlening van ziekenhuizen de besparingen teniet doen. Zorgverzekeraars zullen meer grip op de kostenontwikkeling moeten krijgen door meer transparantie in tweedelijns uitgaven af te dwingen. Deze zijn nu pas na twee of drie jaar volledig inzichtelijk. Inkoopcontracten zullen ook meer vanuit de zorgvraag moeten worden opgebouwd in plaats van top-down vanuit het voorgaande jaarbudget.
3. **Sluit langjarige overeenkomsten met ziekenhuizen en eerste lijn op basis van shared savings** om investeringen in preventie en segment- en domeinoverstijgende samenwerking mogelijk te maken. Investerings komen alleen van de grond bij voldoende commitment van de belangrijkste stakeholders. Betere zorguitkomsten moeten worden beloond in plaats van afgestraft. Zo worden besparingen nogal eens afgeroomd door de verzekeraar. Afspraken over het verdelen van potentiële besparingen geven partijen een stimulans om vernieuwende initiatieven te nemen.

# 3. Route naar een nieuw zorglandschap

## g) Overheid: investeringen in organisatieontwikkeling



### 'Kabinet moet uitzondering Mededingingswet voor eerstelijnszorg onderzoeken

Dinsdagmiddag is in de Tweede Kamer een motie aangenomen van SP en ChristenUnie waarin het Kabinet wordt verzocht te onderzoeken of er voor de eerstelijnszorg een uitzondering op de Mededingingswet mogelijk is. De LHV is verheugd met die motie. "De Mededingingswet is één van de grote belemmeringen in de contractering én voor het optimaliseren van zorg in de buurt", zegt LHV-voorzitter Ella Kalsbeek.

De LHV vindt dat de Mededingingswet niet aansluit bij de dagelijkse praktijk in de huisartsenzorg. "Om de zorg dichtbij de patiënt te kunnen organiseren, moeten zorgverleners in de eerste lijn kunnen samenwerken. De Mededingingswet werpt juist allerlei drempels op voor die samenwerking en daarnaast is er een groot grijs gebied in wat er wel en niet mag. Zo werkt de Mededingingswet dus juist beperkend voor innovatie en verbetering in de eerstelijnszorg", stelt Ella Kalsbeek, "het is goed dat dit nu door het Kabinet zal worden onderzocht."

#### Onderhandelingspositie

Ook in de contractering van de huisartsenzorg lopen huisartsen tegen de beperkingen door de Mededingingswet aan. Kalsbeek: "In de afgelopen periode van contractering door zorgverzekeraars zien we dat huisartsen vaak geen echt contact kunnen krijgen met de verzekeraar over de inhoud van het contract." Zorgverzekeraars geven aan dat ze niet met elke individuele huisarts in onderhandeling gaan. Door de Mededingingswet mogen huisartsen echter niet collectief onderhandelen.'

Bron: LHV.nl,03-02-'15

- 1. Investeer in schaalvergroting binnen eerste lijn om samenwerking en substitutie aan te jagen.** De huidige bekostiging van de eerste lijn stimuleert de eerstelijns organisatieontwikkeling onvoldoende. Behalve de GEZ-gelden, waar met name gezondheidscentra gebruik van maken, zijn er geen specifieke middelen vrijgemaakt voor organisatieontwikkeling die verder gaat dan de ketenzorg voor chronische aandoeningen. Dit terwijl substitutie vanuit de tweede lijn en echte integratie van eerstelijnszorg veel extra inspanningen kosten en daarnaast vaak een investering in vastgoed vereisen. De behaalde efficiëntiewinst wordt vervolgens ook nog afgeroomd. Verzekeraars zijn huiverig om te investeren, doordat het rendement (in de vorm van kwaliteits- en efficiëntiewinst) onzeker en moeilijk meetbaar zijn. Ook zal alleen een verzekeraar met een substantieel marktaandeel in de regionale eerstelijnszorg willen investeren. Kenmerkend daarvoor is de ontwikkeling van grotere eerstelijns verbanden in gebieden waar dit het geval is (zoals Friesland en de regio Eindhoven).
- 2. Faciliteer samenwerking in de eerste lijn** door belemmeringen op te heffen. Jaag bijvoorbeeld samenwerking aan door de omvorming van de eerste lijn tot een brede voorziening. Met de daarbij passende uitkomstbekostiging op basis van kwaliteit en gezondheidswinst kunnen innovaties via shared savings worden gestimuleerd, terwijl de administratieve lasten beperkt blijven.
- 3. Maak ziekenhuiskosten transparanter.** Ziekenhuizen zijn vaak nog terughoudend in het afgeven van prestatiegegevens. Zorgverzekeraars hebben daardoor slechts beperkte mogelijkheden om de voordelen van samenwerking en substitutie tussen eerste en tweede lijn aan te tonen en de ziekenhuisproductie in te perken. Een wettelijke verplichting tot aanlevering van transparante prestatiegegevens door ziekenhuizen stelt zorgverzekeraars in staat om een gefundeerde keuze te maken. Dit is nodig om van substitutie van tweede-naar eerstelijnszorg een succes te maken.
- 4. Beloon zorgverzekeraars voor investeringen in zorg.** Zorgverzekeraars zijn nog niet volledig risicodragend. De beperking van de schadelast die zij kunnen bereiken door bijvoorbeeld in de zorg en ondersteuning van ouderen te investeren moeten zij delen met hun concurrenten. Om verzekeraars tot sturing op zorguitkomsten aan te zetten, heeft het kabinet een verdere afbouw van ex post compensaties aangekondigd. Dit moet tot volledige risicodragendheid in 2017 leiden.



# Bijlage

*NZA marktscan huisartsen 2012:*

## *Huisartsenpraktijken*

Veel huisartsen werken in een huisartsenpraktijk. Huisartsenpraktijken ontwikkelen zich steeds meer tot huisartsenvoorzieningen waarin een team van huisartsen, praktijkondersteuners (POH-ers), praktijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten (nurse practitioners), physician assistants en doktersassistenten zorgdraagt voor de huisartsgeneeskundige zorg. Een deel van de huisartsenpraktijken levert de huisartsenzorg in de vorm van een gezondheidscentrum. 13 Een huisarts kan met een of meer collega's de dienstregeling in de avond- nacht en weekenduren invullen, maar kan er ook voor kiezen om de zorgverlening te laten verlopen via een huisartsenpost.

## *Huisartsenposten*

Huisartsenposten bieden in de avond- nacht en weekenduren medische zorg die niet kan wachten tot de volgende werkdag. In totaal zijn er ongeveer 130 huisartsenposten georganiseerd in 51 verschillende rechtspersonen.<sup>14</sup> Deze rechtspersonen worden doorgaans aangeduid met de term 'huisartsendienststructuur' (hierna: HDS).

## *Apotheekhoudende huisartsen*

De apotheekvergunning is bedoeld voor huisartsen die patiënten hebben in een gebied waar geen apotheker is gevestigd<sup>15</sup>. In 2009 telt Nederland 542 apotheekhoudende huisartsen. Van alle in Nederland zelfstandig gevestigde huisartsen is ruim 7% apotheekhoudend. In 1999 waren dit er nog 648, ofwel 9% van de zelfstandig gevestigde huisartsen. Apotheekhoudende huisartsen zijn vooral gevestigd in meer landelijke gebieden, voornamelijk in het noorden van het land en in Zeeland.<sup>16</sup>

## *Zorggroepen*

Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van het ketendiagnosebehandelcombinatie (keten-dbc) contract bedoeld; niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. Als gevolg van de experimentele invoering van integrale bekostiging gedurende de jaren 2007 tot en met 2009 zijn er in Nederland diverse zorggroepen opgericht. De zorggroep is verantwoordelijk voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio.

Zorggroepen richten zich merendeels op de zorg aan chronische patiënten, specifiek de zorg welke landelijk in zorgstandaarden wordt beschreven. Via de zorggroepen zijn huisartsen betrokken bij de levering van ketenzorg rondom een aantal chronische ziektebeelden (COPD, Cardio Vasculair Risicomanagement, Diabetes mellitus type II).<sup>17</sup>

Een zorggroep is een organisatorisch verband dat veelal naast bovenstaande organisatorische verbanden voorkomt; een individuele huisarts kan naast de verbintenis met een huisartsenpraktijk een relatie hebben met een zorggroep. Naar schatting participeert 78% van alle huisartsen in een zorggroep. Het gemiddeld aantal huisartsen per zorggroep bedraagt 76. <sup>18</sup>

In 2010 hebben 111 zorggroepen Diabetes mellitus type II geleverd, 22 zorggroepen hebben COPD en 7 zorggroepen hebben Cardio Vasculair Risicomanagement geleverd.<sup>19</sup>

## *Gezondheidscentra*

Tot slot vindt er ook samenwerking plaats op het terrein van de gezondheidscentra. Er zijn 180 eerste lijns samenwerkingsverbanden die zich hebben verenigd in de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). Hieronder vallen gezondheidscentra, eerstelijnscentra, en Goed'en (gezondheidszorg onder één dak). Onder deze 180 aangesloten samenwerkingsverbanden vallen ook 25 koepels met meerdere gezondheidscentra. De samenwerking binnen de LVG is zo veel mogelijk structureel. Terreinen waarop de samenwerking plaatsvindt zijn: administratie, personeelszaken en ICT. Daarnaast wordt ook samengewerkt voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid en innovatieve zorgprojecten.

# Bronnen: gesprekspartners

Archiatros  
BMC  
BovenIJ Ziekenhuis  
De Friesland  
De Ondernemende Huisarts  
College van B&W Gemeente Eindhoven  
Hartkliniek Nederland  
Ineen  
Jan van Es Instituut  
Nederlands Huisartsengenootschap  
Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie  
PSYQ  
Radboud Universiteit  
Saxenburgh Groep  
SIRM  
Zorg In Ontwikkeling

Erwin Snijders  
Erik Dannenberg  
Edwin van der Meer  
Diana Monissen  
Maarten Klomp  
Lenie Scholten  
Menno Baars  
Martin Bontje  
Pim Valentijn  
Rob Dijkstra  
Jacqueline Baardman  
Marc Blom  
Pim Assendelft  
Pauline Terwijn  
Jan-Peter Heida  
Guy Schulpen

*Deelnemers aan ronde tafel van 22 oktober 2014:*

Archiatros  
Arts & Zorg  
BMC  
BovenIJ Ziekenhuis  
Gezonde Focus  
Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie  
Radboud Universiteit  
Zorg In Ontwikkeling

Erwin Snijders  
Johan van 't Hag  
Erik Dannenberg  
Edwin van der Meer  
Marc Roosenboom  
Jacqueline Baardman  
Pim Assendelft  
Guy Schulpen

## Bronnen: literatuur

Health Consumer Powerhouse  
Het Financieele Dagblad  
Jan van Es Instituut  
Jan van Es Instituut  
KPMG  
LHV/NHG  
Nederlandse Zorgautoriteit  
NIVEL  
NIVEL/Ineen  
NIVEL  
OESO  
RIVM  
Skipr.nl  
The King's Fund  
Trimbos Instituut  
Vektis  
De Volkskrant  
Zorgvisie

Euro Health Consumer Index 2014  
Diverse artikelen  
De 7 stappen op weg naar Triple Aim  
Organisch veranderen op weg naar een (r)evolutie  
Integrale zorg, Naar nieuwe coalities in de zorg  
Toekomstvisie huisartsenzorg  
Diverse rapporten  
Barometer Vertrouwen in de gezondheidszorg  
De contractering van zorggroepen in 2013  
Ruimte voor substitutie?  
Health at a Glance 2013  
Zorgbalans 2014  
Diverse artikelen  
Population health systems - Going beyond integrated care  
GGZ in de eerste lijn  
Zorgthermometer februari 2013, Eensterke eerste lijn  
Diverse artikelen  
Diverse artikelen

# Bronnen bij figuren

## **Pag: 8**

Figuur 1: OESO

Figuur 2: Health Consumer Powerhouse

## **Pag: 9**

Figuur 1: CBS, Zorginstituut Nederland, bewerking ING Economisch Bureau

Figuur 2: CBS, VWS, Zorginstituut Nederland, bewerking ING Economisch Bureau

## **Pag: 11**

Figuur 2: Nivel, Barometer vertrouwen in de zorg

## **Pag: 12**

Figuur 1: CBS, RIVM, bewerking ING Economisch Bureau

Figuur 2: RIVM

## **Pag: 15**

Figuur 1: Menzis

## **Pag: 16**

Figuur 2: Nivel

Figuur 3: CBS

## **Pag: 17**

Figuur 1: ING Economisch Bureau o.b.v. LHV, NHG, CBS en expertinterviews

## **Pag: 28**

Figuur: LHV, Nza