

Vergaderjaar 2003–2004

29 247

Acute zorg

Nr. 4

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 november 2003

1. Inleiding

Aanleiding

Namens het kabinet bied ik u mijn visie op de toekomstbestendige eerstelijnszorg aan. Aanleiding voor deze visie is de volgende. In de brief «*Zorg in de buurt*»¹ van 31 maart 2003 staan bouwstenen voor het versterken van de eerstelijnszorg. De brief gaf aan dat het huidige kabinet een afweging zou maken over de te nemen maatregelen en de bijbehorende verantwoordelijkverdeling van zorgverzekeraars, -aanbieders, patiënten en de overheid. Dat doe ik in deze brief.

De afspraken uit het hoofdlijnenakkoord van dit kabinet zijn daarbij leidend. Ten eerste: de afspraak dat de huidige centrale aanbodsturing, zo snel als verantwoord is, wordt vervangen door gereguleerde marktwerking. Ten tweede: specifieke afspraken dat het huisartsentekort moet worden aangepakt en dat de huisarts de poortwachterfunctie behoudt. En tot slot de afspraak dat de zorguitgaven binnen de financiële afspraken moeten blijven om de collectieve middelen voor de zorg niet verder te laten oplopen.

Deze brief over de eerstelijnszorg is tevens een reactie op de *motie Arib*² van 3 april 2002, waarin gevraagd wordt het advies van de Commissie Tabaksblat op te nemen in een plan van aanpak. Omdat het kabinet toen demissionair was, kon niet eerder aan dit verzoek worden voldaan. Tot slot ga ik in op het verzoek van uw Kamer bij het algemeen overleg huisartsenzorg van 18 juni 2003 om een integrale visie op de toekomstige eerstelijnszorg te maken.

Uitgangspunten

Centraal in deze brief staat mijn streven naar een toekomstbestendige eerstelijnszorg. Deze moet voor iedereen toegankelijk zijn, kwalitatief verantwoorde zorg leveren en betaalbaar blijven. Concreet betekent dit

¹ TK, 2002–2003, 28 600 XVI, nr. 115.

² TK, 2001–2002, 28 008, nr. 42.

dat de toekomstige eerstelijnszorg beter moet aansluiten op de zorgvraag, de behoeften van burgers. Het nieuwe zorgstelsel, met de introductie van gereguleerde marktwerking en het invoeren van een verplichte standaardverzekering, is daarbij een middel. De beschikbare financiële kaders mogen niet overschreden worden. Verder beschrijf ik in deze brief concrete maatregelen om de eerstelijnszorg klaar te maken voor de toekomst. Deze maatregelen bieden ook oplossingen voor de huidige knelpunten in de eerstelijnszorg, waarover ik in het algemeen overleg huisartsenzorg van 18 juni 2003 al met u sprak.

Eerdere rapporten

De afgelopen jaren heeft uw Kamer twee belangrijke adviezen ontvangen over de huisartsenzorg en de eerstelijnszorg. Het eerste rapport *Een gezonde spil in de zorg* van de commissie-Tabaksblat van april 2001 gaat over de toekomstige financieringsstructuur van de huisartsenzorg. Het tweede advies *Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg* van de commissie-Van der Grinten van mei 2002 geeft een visie op de toekomstige eerstelijnsgezondheidszorg. Door de val van het toenmalige kabinet heeft uw Kamer geen standpunt ontvangen op het rapport van de commissie-Van der Grinten. Beide rapporten bevatten echter waardevolle uitgangspunten. Waar mogelijk en wenselijk gebruik ik ze voor mijn toekomstvisie.

Leeswijzer

Paragraaf 2 schetst om te beginnen de ontwikkelingen in de eerstelijnszorg en welke maatregelen mijn ambtsvoorgangers de afgelopen jaren al hebben genomen om de eerste lijn te versterken. In paragraaf 3 geef ik mijn visie op de toekomstbestendige eerstelijnszorg. Die wordt in tekstkaders verduidelijkt met enkele sprekende voorbeelden. Vervolgens noem ik in paragraaf 4 concrete maatregelen om de eerstelijnszorg te versterken en de omslag naar gereguleerde marktwerking te maken. Deze brief sluit af met een schematisch overzicht met de belangrijkste knelpunten en oplossingen.

2. Ontwikkelingen en bestaande maatregelen in de eerstelijnszorg

Ontwikkelingen en knelpunten

Mijn ambtsvoorgangers hebben u regelmatig geïnformeerd over de ontwikkelingen en knelpunten in de eerstelijnszorg en meer specifiek in de huisartsenzorg. De belangrijkste ontwikkelingen en knelpunten noem ik hier kort. Een uitgebreide beschrijving staat in bijlage 1.

De nota *Vraag aan bod*¹ constateert dat het huidige zorgstelsel onvoldoende zorgt voor een passende aansluiting («match») tussen zorgvraag en zorgaanbod, zowel in kwalitatief als kwantitatief opzicht. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben weinig ruimte om flexibel in te gaan op de vraag van burgers. Dit geldt ook voor de eerstelijnszorg. Het huidige aanbod van de eerstelijnszorg komt onvoldoende tegemoet aan de stijgende en steeds ingewikkelder zorgvraag van burgers. Deze mismatch komt aan de vraagkant onder ander door demografische ontwikkelingen zoals de toename van het aantal ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Maar er zijn ook ontwikkelingen die het aanbod van eerstelijnszorg ongunstig beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld het (regionale) tekort aan huisartsen, verloskundigen en tandartsen. Verder lijken taken die niet direct met patiënten te maken hebben zoals zorgcoördinatie, overleg en bedrijfsvoering meer tijd te kosten dan voorheen. Bovendien willen veel zorgaanbieders in een samenwerkingsverband en in deeltijd

¹ TK 2000–2001, 27 855, nrs. 1–2.

werken. De mogelijkheden hiervoor zijn nog beperkt, maar dit betekent tegelijkertijd ook dat solopraktijken moeilijk worden opgevuld. Dit leidt ertoe dat op sommige plekken de continuïteit en toegankelijkheid van de eerstelijnszorg in gevaar zijn. Sommige zorgaanbieders ervaren door dit alles onder meer een hoge werkdruk, burnout en ontevredenheid in hun werk. Dit uit zich in een toename van de arbeidsongeschiktheid, minder belangstelling voor de opleiding en eerder stoppen met het vak.

Maatregelen

Mijn voorgangers hebben al veel maatregelen (bijlage 2) genomen om de genoemde knelpunten in de eerstelijnszorg op te lossen. In de huisartsenzorg en de verloskundige zorg is de afgelopen jaren extra geïnvesteerd om de (regionale) tekorten aan zorgverleners en de werkdruk te verminderen.

Er kunnen meer huisartsen opgeleid worden en de normbijdrage voor praktijkkosten is verhoogd. Ook is een regeling getroffen voor de avond-, nacht- en weekenddiensten en is er praktijkondersteuning gekomen. Bij de verloskundige zorg is onder andere de opleidingscapaciteit verhoogd, de normpraktijk verlaagd en heeft inkomenscompensatie plaatsgevonden.

Ook in het algemeen maatschappelijk werk en de mondzorg zijn maatregelen genomen om de capaciteitstekorten en/of de werkdruk aan te pakken. Tabel 1 laat de belangrijkste intensiveringen zien.

Tabel 1 Extra geld voor de eerstelijnszorg (cumulatief)

	x Miljoen				
	1999	2000	2001	2002	2003
Huisartsen	€ 14,1	€ 24,2	€ 186,5	€ 334,7	€ 369,2
Fysiotherapie ¹	€ 23,1	€ 23,1	€ 41,1	€ 58,8	€ 60,1
Verloskundigen ¹		€ 13,0	€ 27,5	€ 31,9	€ 31,9
AMW ²		€ 11,3	€ 11,3	€ 11,3	€ 11,3
Mondzorg ³	€ 1,9	€ 1,9	€ 8,8	€ 15,6	€ 16,4

¹ Bedragen exclusief volumegroei.

² Algemeen Maatschappelijk werk: betreft een stimuleringsregeling, gemeenten voegen daar jaarlijks eveneens € 11,34 aan toe.

³ Deze intensivering geldt voor de jaren 2001 t/m 2006.

Bovengenoemde maatregelen hebben de knelpunten in de eerstelijnszorg nog niet opgelost. Zo draagt bijvoorbeeld het extra opleiden van huisartsen onvoldoende bij aan het terugbrengen van het capaciteitstekort, omdat er onder andere te weinig opleidingsplaatsen zijn. Ook andere maatregelen dan extra opleiden zijn dus nodig om het tekort aan huisartsen op te heffen.

De problemen in de eerste lijn zie ik vooral als een organisatievraagstuk en in mindere mate als een financieringsvraagstuk. Het is mijn overtuiging dat een andere organisatie en werkwijze van de eerstelijnszorg de meeste problemen oplost. Omdat de problematiek per beroepsgroep en per regio varieert, moeten oplossingen op lokaal en regionaal niveau tot stand komen. Hiervoor zijn zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en lokale overheden gezamenlijk verantwoordelijk. Deze partijen hebben al veel goede initiatieven genomen om, binnen de bestaande mogelijkheden, oplossingen te bereiken. Voorbeelden zijn het oprichten van *call centra*, mobiele huisartsenteams, geboortecentra en verschillende samenwerkingsvormen in de eerste lijn.

Verloskundig samenwerkingsverband

Een samenwerkingsverband van verloskundigen waarin huisartsen en een ziekenhuis meedoen, heeft tot doel de continuïteit en de kwaliteit van de complete verloskundige zorg, ook in de toekomst, te waarborgen en te zorgen dat de bevolking in de regio kan rekenen op 24-uurs beschikbaarheid van verloskundige zorg. Met dit samenwerkingsverband blijven de meeste huisartsen verloskundig actief. De verloskundigen leveren in nauwe samenwerking met huisartsen en gynaecologen verloskundige zorg in de eerste en de tweede lijn. Het ziekenhuis stelt verloskundigen aan die de gynaecologen ondersteunen op de verloskamers en tijdens de spreekuren specialistische verloskundige zorg bieden. Heeft een zwangere vrouw een huisarts die geen verloskundige zorg verleent, dan kan zij een beroep doen op de verloskundigen van het ziekenhuis. Dit houdt in dat de periodieke controles en de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden. Als de vrouw weer thuis is, verleent haar eigen huisarts de nazorg. Thuisbevalling onder begeleiding van een verloskundig actieve huisarts blijft mogelijk.

Er is een uitgebreide brochure gemaakt om de zwangere vrouw te informeren over de verloskundige zorg. De zorgverzekeraar is nauw betrokken geweest bij het realiseren van het samenwerkingsverband.

Het nieuwe zorgstelsel geeft genoemde partijen bovendien meer prikkels en mogelijkheden om gezamenlijke oplossingen te vinden die passen bij lokale en regionale omstandigheden. Dit vergroot de doelmatigheid en de keuzevrijheid in de zorg en prikkelt aanbieders, verzekeraars en verzekerden om hun eigen verantwoordelijkheid meer te nemen. Ik werk dit verder uit in mijn visie op de toekomstbestendige eerstelijnszorg.

3. De toekomstbestendige eerstelijnszorg

3.1. Visie op de toekomstbestendige eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg moet zich in lijn met een nieuw zorgstelsel ontwikkelen binnen het model van gereguleerde marktwerking. Centraal hierin staat de omslag die verzekeraars, aanbieders, verzekerden/patiënten en de overheid moeten maken.

De kern daarvan is dat verzekeraars onderling meer gaan concurreren en dat zij onderhandelen met de aanbieders over de hoeveelheid, prijs en kwaliteit van de geleverde zorg. De voordelen daarvan moeten ten goede komen aan de verzekerde. Dit komt tot uitdrukking in verschillende polisvoorwaarden (waaronder de prijs). De verzekerde kan daardoor bewuster kiezen tussen verzekeraars dan nu het geval is.

De sterkere rol van de verzekeraars en de verzekerden is, in combinatie met het verminderen van regels en het verlichten van de administratieve lasten, een stimulans voor meer ondernemerschap in de zorg. Ook zorgaanbieders moeten zich dus meer van elkaar gaan onderscheiden. Dat komt de verzekerde weer ten goede. De overheid bewaakt de publieke belangen: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.

De functie van de toekomstige eerstelijnszorg

Een sterke eerstelijnszorg is een belangrijke pijler van een doelmatige gezondheidszorg. De eerste lijn handelt immers de meeste vragen en klachten van mensen over de lichamelijke en geestelijke gezondheid af. Ik verwacht dat dit aantal in de toekomst verder toeneemt, onder andere door beter samenwerken van de eerste lijn met de tweede lijn. Een voorbeeld is de consultatie tussen zorgverleners uit de eerste lijn met zorgverleners uit de tweede lijn. In de geestelijke gezondheidszorg gebeurt dit op veel plaatsen al met succes. De mogelijkheden voor consultatie nemen in de toekomst toe door het gebruiken van *telemedicine*, het langs elektronische weg beoordelen van zorgvragen.

De eerste lijn fungeert in feite als de poortwachter voor specialistische zorg waardoor doelmatigheid ontstaat en onnodige medische zorg wordt voorkomen. Ook binnen de diverse vormen van eerstelijnszorg is beter samenwerken nodig. De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (inclusief het algemeen maatschappelijk werk) moet bijvoorbeeld beter worden ingebed in de algemene eerstelijnszorg.

Ook in de toekomst is de eerste lijn de zorg waarmee de patiënt als eerste in aanraking komt wanneer hij of zij een beroep doet op de gezondheidszorg. Burgers zijn primair zelf verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Bij vragen of klachten, lichamenlijk en/of geestelijk, kan de burger ervoor kiezen wel of niet gebruik te maken van de eerstelijnszorg. De eerstelijnszorg moet vraaggericht werken, eenvoudig te bereiken zijn (in de buurt), doelmatig georganiseerd zijn en kwalitatief verantwoorde zorg leveren. De eerstelijnszorg richt zich verder op het (her)nemen van de eigen verantwoordelijkheid door de patiënt, het voorkomen van ziekte, herstel en revalidatie en het leren leven met ziekte of handicap. De eerstelijnszorg kent de volgende werkzaamheden: geven van informatie, geven van zelfzorg- en preventieadviezen, verplegen en verzorgen, diagnosticeren, behandelen, beheren van het medisch dossier, doorverwijzen naar de medisch specialist en weer snel «terugnemen» van de patiënt na diagnose en behandeling door de medisch specialist.

De zorgvraag geeft richting aan de toekomstige eerstelijnszorg

De aard van de zorgvraag verandert. De «standaardpatiënt» zal in toenemende mate verdwijnen. De behoefte en het gebruik van eerstelijnszorg van bijvoorbeeld mensen met een chronische aandoening, jonge ouders met kinderen of hoogbejaarden in een verzorgingshuis zijn zeer verschillend. Bepaalde patiëntengroepen blijven veel waarde hechten aan een langdurige vertrouwensrelatie met hun huisarts, verpleegkundige of andere zorgaanbieder. Andere patiëntengroepen hebben die behoefte minder en willen ad hoc keuzes maken.

Dit betekent dat een standaardaanbod aan eerstelijnszorg niet langer voldoende is voor de patiënt. Meer diversiteit en flexibiliteit zijn noodzakelijk. Dit brengt met zich mee dat de overheid geen blauwdruk kan geven voor de toekomstige organisatie en werkwijze van de eerstelijnszorg. In het model van gereguleerde marktwerking wordt de huidige centrale aanbodsturing dan ook vervangen door vraagsturing. Zorgverzekeraars kunnen in dit model specifieke afspraken maken met zorgaanbieders die beter aansluiten bij de individuele behoeften en wensen van hun verzekerden. Dit dwingt de aanbieders in de eerstelijnszorg alert te zijn op wat zij leveren.

Goedkopere kronen

Een zorgverzekeraar sluit een overeenkomst met een leverancier van kronen. Dit contract past in het beleid van de verzekeraar om de zorgkosten naar beneden te brengen en te zoeken naar directe voordelen voor de verzekerden. De zorgverzekeraar roept verzekerden die een kroon nodig hebben op om specifiek te vragen naar kronen van de leverancier met wie het contract is gesloten. De leverancier kan die kronen tegen aanmerkelijk lagere dan de gebruikelijke kosten laten maken in Thailand. Verzekerden met een uitgebreide aanvullende verzekering betalen voor kronen normaal gesproken een eigen bijdrage van 50 procent.

De betreffende zorgverzekeraar laat nu via een «refund-actie» het voordeel (enkele tientallen euro's per kroon) ten goede komen aan haar verzekerden. Overigens behoudt de verzekerde het recht om voor de in Nederland vervaardigde (maar duurdere) kroon te kiezen. Tandartsen zijn positief over het initiatief.

Patiënten en zorgverzekeraars kunnen immers naar een andere zorgaanbieder gaan als de kwaliteit van de dienstverlening, de klant-

vriendelijkheid of de prijs daar beter is. Dit dwingt zorgaanbieders tot het leveren van een voldoende en gevarieerd aanbod met een goede prijs/kwaliteitverhouding van de geboden diensten.

Een essentiële voorwaarde hierbij is goede, toegankelijke informatie. Dit houdt in dat aanbieders en verzekeraars de verzekerden op eenvoudige wijze informatie geven over het zorgaanbod, de polisvoorwaarden en verzekeringsvormen. Zo krijgt de keuzevrijheid van patiënten ook daadwerkelijk handen en voeten.

Naar een meer gedifferentieerd zorgaanbod

De zorg kan door de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders beter worden afgestemd op de behoefte van de verzekerden en de specifieke lokale en regionale omstandigheden. Verzekeraars en aanbieders zullen met verschillende organisatievormen hieraan tegemoet komen. Voorbeelden daarvan zijn: solopraktijken, mono- of multidisciplinaire groepspraktijken en gezondheidscentra. Ook het inzetten van nieuwe professionals in de eerstelijnszorg, zoals de *nurse practitioner* en de *physician assistant*, draagt hieraan bij.

Daarnaast kunnen zorgverzekeraars zich in de toekomst onderscheiden door in hun polisvoorwaarden bijvoorbeeld «preferred providers» op te nemen, *call centra* op te zetten, verpleegkundige begeleiders voor chronisch zieken in te kopen, in combinatie met Arbo-dienstverlening eerstelijnszorg aan te bieden, zorg voor diabetes mellitus patiënten via gespecialiseerde centra aan te bieden of zelf centra voor eerstelijnszorg te gaan exploiteren. Ook kunnen huisartsen, ziekenhuizen, aanbieders van verpleging en verzorging aan huis bijvoorbeeld gaan samenwerken en als centra de totale eerstelijnszorg aanbieden aan zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Huisartsen in loondienst van zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar introduceert een nieuw zorgmodel waarmee 50 procent méér patiënten gebruik kunnen maken van de eerstelijnszorg. Met het model verwacht de zorgverzekeraar op plekken waar een tekort dreigt te ontstaan aan huisartsen of tandartsen weer een groeipraktijk te creëren. Belangrijk onderdeel van het model is de start van een eigen facilitair bedrijf, dat huisartsen- en tandartsenpraktijken ondersteunt bij alle niet-patiëntgebonden werkzaamheden.

De vraag kan gesteld worden hoe dit samenwerken zich verhoudt tot de bepalingen in de Mededingingswet. Ik heb dit getoetst bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en ben van mening dat de samenwerkingsgedachte past binnen de in de Mededingingswet geschetste kaders. Bijlage 3 bij deze brief gaat dieper in op dit thema.

Functionele benadering van de toekomstige eerstelijnszorg

Een belangrijke voorwaarde voor het ontwikkelen op de lange termijn van een gedifferentieerd zorgaanbod is het functioneel omschrijven van de eerstelijnszorg. Dit betekent dat de eerstelijnszorg wordt ingedeeld in zorgfuncties, los van de vraag wie deze zorg daadwerkelijk levert. Voorbeelden van zorgfuncties zijn behandeling, advies of begeleiding.

Een functionele omschrijving van de eerstelijnszorg stelt zorgverzekeraars in staat naast zorgaanbieders met een standaardpakket ook bepaalde functies afzonderlijk te contracteren. De bestaande taken en de kwaliteiten van zorgaanbieders moeten daarvoor worden «vertaald» in concrete producten en diensten en bijbehorende prijzen. Het rationaliseren van deze takenpakketten en bedrijfsprocessen leidt tot meer arbeidsdeling (opknippen van het werk) dan nu het geval is. Dit leidt tot het anders

verdelen van taken (taakherschikking) en het overdragen van taken (taakdelegatie).

De functionele benadering van de eerstelijnszorg sluit aan bij de functionele aanspraken in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het gevaar van de functionele benadering is echter ook een toenemend versnipperd zorgaanbod, waarbij zorgaanbieders onderling niet weten wie wat doet. Dit kan een goede samenwerking in de weg staan en is nadelig voor de samenhang in en de kwaliteit van de zorg. Dit betekent dat informatie-uitwisseling door ICT en een elektronisch patiënten dossier (EPD) voor de toekomstbestendige eerstelijnszorg van groot belang zijn. De verwachting is dat veel patiënten ervoor kiezen dat de huisarts dit EPD gaat beheren, maar er zijn ook andere mogelijkheden.

De huisarts als poortwachter voor tweedelijnszorg

De functie van de huisarts als poortwachter voor de tweedelijnszorg is een essentieel onderdeel van het huidige aanbodgerichte systeem. Bij de overgang naar een vraaggericht zorgsysteem ligt het in de rede dat zorgverzekeraars op lange termijn beoordelen hoe de poortwachterfunctie wordt uitgevoerd. Dit past in het model van gereguleerde marktwerking, waarin zorgverzekeraars meer verantwoordelijkheid krijgen. De zorgverzekeraar kan in de polisvoorwaarden bijvoorbeeld regelen dat verzekerden alleen toegang tot de tweede lijn hebben via een verwijzing van een zorgaanbieder in de eerste lijn.

De overgang van aanbod- naar vraagsturing moet zorgvuldig en geleidelijk gebeuren. Daarom gebeurt dit in fasen. Voorlopig blijft de huisarts de belangrijkste poortwachter voor de tweedelijnszorg, zoals ook in het hoofdlijnenakkoord van dit kabinet staat. De GGD-artsen, tandartsen en verloskundigen behouden hun specifieke verwijzfunctie naar de tweedelijnszorg. Vanaf 1 januari 2004 kunnen ook bedrijfsartsen patiënten rechtstreeks naar de tweede lijn verwijzen.

De poortwachterfunctie is een belangrijk onderdeel van ons gezondheidszorgsysteem. Ook internationaal wordt dit systeem geprezen en als voorbeeld gebruikt. Vooral als het gaat om het voorkomen van onnodige medische zorg en het beheersen van de kosten. De huisartsenzorg in Nederland staat immers ook internationaal gezien, mede dankzij de standaarden en richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap, op een hoog niveau.

3.2. Voorwaarden voor gereguleerde marktwerking

Voor gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg moet tenminste aan de onderstaande voorwaarden worden voldaan. De eerste drie voorwaarden worden in paragraaf 4 als concrete maatregelen nader uitgewerkt.

Vergroten van zorgaanbod

Om meer keuze te krijgen voor verzekeraars en patiënten, moet het aanbod van eerstelijnszorg groter worden. Enerzijds betekent dit een doelmatiger inzet van de huidige zorgaanbieders. Anderzijds moet er ook nieuwe zorgaanbieders bij komen. Dat is niet hetzelfde als meer huisartsen opleiden. Het gaat ook om andere ontwikkelingen die in de paragraaf «naar een gedifferentieerd zorgaanbod» zijn genoemd. Daarnaast kan de productiviteit van de eerste lijn verbeterd worden door het gebruiken van meer moderne ICT-middelen.

Transparantie

Er valt alleen meer te kiezen in de eerstelijnszorg als verzekeraars en aanbieders in de eerstelijnszorg ook goede, toegankelijke informatie geven over hun functioneren. Anders kunnen verzekerden en, als het gaat om contracteren van zorg, verzekeraars geen weloverwogen keuzes maken. Verzekerden moeten goede informatie hebben over de polisvoorwaarden en welke zorg verzekeraars inkopen. Verzekeraars moeten op hun beurt goede informatie hebben over het functioneren van de zorgaanbieders, zodat zij gericht zorg kunnen inkopen. Ook de overheid moet over goede en toegankelijke informatie beschikken om de publieke belangen te kunnen bewaken.

Toezicht op marktwerking en kwaliteit

De overheid heeft een goed systeem van toezicht nodig om de publieke belangen in een systeem van gereguleerde marktwerking te bewaken. Naast kwaliteitstoezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het huidige mededingingstoezicht van de NMa, is sectorspecifiek markttoezicht evenals sectorspecifieke marktregulering.

Adequate basiszorg

Centraal uitgangspunt bij het ontwikkelen van de toekomstbestendige eerstelijnszorg is dat er in Nederland een toegankelijke en betaalbare basisvoorziening voor de eerste lijn blijft. Om dit mogelijk te maken krijgen verzekeraars in de toekomstige zorgverzekeringwet een wettelijke zorgplicht.

3.3 Voortzetten van de weg naar gereguleerde marktwerking

Bovengenoemde randvoorwaarden dragen bij aan een gezonde ontwikkeling van gereguleerde marktwerking in de eerstelijnszorg. De indruk kan ontstaan dat marktwerking pas begint als aan de genoemde randvoorwaarden is voldaan. Dat beeld is niet juist. Sinds het advies van de commissie-Dekker van 1986 richt het overheidsbeleid zich er immers op marktelementen in het zorgstelsel te brengen. Ziekenfondsen kunnen beter concurreren door het geleidelijk vergroten van de risicodragendheid en de nominale premie. De (omgekeerde) contracteerplicht voor vrije beroepsbeoefenaren is opgeheven zodat verzekeraars en aanbieders over en weer meer contractuele speelruimte hebben.

Deze situatie is geleidelijk aan tot stand gekomen, maar de effecten van dit beleid zijn duidelijk zichtbaar; tenminste voor wie ze wil zien. Verzekeraars nemen in de eerstelijnszorg veel initiatieven om de zorg beter en doelmatiger te organiseren. Zo heeft een verzekeraar bijvoorbeeld een facilitair bedrijf opgericht om huisartsen en tandartsen niet patiëntgebonden taken uit handen te nemen. Een andere verzekeraar is een project gestart waarbij het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen wordt gestimuleerd door budgettering van huisartsen. Ook bij de zorgaanbieders bestaan veel initiatieven om de eerstelijnszorg doeltreffender en doelmatiger te maken. Voorbeelden daarvan zijn de transmurale zorgprojecten die het «doelmatigheidsgat» tussen ziekenhuis en huisartspraktijk opvullen. En er zijn meer voorbeelden.

Deze voorbeelden laten zien hoe gereguleerde marktwerking er in de praktijk uit ziet en dat dit proces al begonnen is. Verzekeraars en zorgaanbieders hebben deze initiatieven zélf genomen, omdat zij er belang bij hebben. Dát is de kern van gereguleerde marktwerking. Maar de eindsituatie in de (uit)werking ervan is niet op voorhand precies uit te tekenen.

De onzichtbare hand van Adam Smith is daarbij passende de metafoor. De hand van de overheid blijft in het concept van gereguleerde marktwerking voor een deel zichtbaar, om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. Voor het overige moeten partijen de zorg zelf gaan inrichten.

Het beleid van gereguleerde marktwerking moet wel geïntensiveerd worden. Anders komt het gewenste initiatief onvoldoende of niet snel genoeg tot stand. Er zijn immers nog veel belemmeringen aan de aanbodzijde van de markt weg te nemen.

Cruciaal is dat er onder andere meer artsen en verpleegkundigen moeten komen. De overheid heeft daarmee een begin gemaakt, maar de effecten zijn nog niet zichtbaar.

Cruciaal is ook het aanpassen van wetgeving die verhindert dat partijen meer belang en ruimte krijgen om hun best te doen voor verzekerde of patiënt. Dat is daar ligt ook een taak voor de overheid.

De conclusie is vooralsnog dat de genoemde effecten van het tot nu toe gevoerde beleid weliswaar zichtbare veranderingen tot stand hebben gebracht, maar dat is nog lang niet genoeg. Er is nog een verdere stevige impuls nodig om dit beleid voort te zetten. Dit kabinet wil die impuls geven.

Daarbij heeft iedere partij zijn eigen rol te spelen. De rolverdeling van de zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten/verzekerden en de overheid zie ik als volgt:

Rol van de zorgverzekeraars

Verzekeraars moeten zich inzetten voor een doelmatige inkoop én organisatie van zorg waarbij zij rekening houden met de wensen van patiënten/verzekerden.

Hoe kunnen zorgverzekeraars die rol invullen?

Bij de doelmatige organisatie van de zorg kan de verzekeraar onder andere:

- zelf zorgverleners in dienst nemen of de opleiding van een zorgverlener financieren
- niet-patiëntgebonden werkzaamheden van zorgverleners overnemen
- verzekerden informatie verstrekken
- enquêtes houden onder hun verzekerden om specifieke zorgvragen in beeld te brengen
- inkoopcombinaties vormen met andere verzekeraars¹ contracten sluiten met samenwerkingsverbanden van aanbieders verzekerden stimuleren om naar bepaalde «producten» te vragen bij zorgverleners faciliteren bij het realiseren van vestiging en investeringen.

Rol van de zorgaanbieders

Zorgaanbieders moeten op doelmatige wijze zorg van goede kwaliteit leveren die zoveel mogelijk tegemoet komt aan de wensen en behoeften van de patiënt.

Hoe kunnen zorgaanbieders die rol invullen?

- ondersteunende diensten in een stichting onderbrengen. Als de individuele zorgaanbieder diensten van die stichting wil afnemen, moeten zij daarvoor een contract met die stichting afsluiten
- samenwerkingsverbanden aangaan met andere zorgaanbieders
- huisartsen kunnen desgewenst gezamenlijk afspraken maken met verzekeraars indien zij onder de bagatelgrens van de Mededingingswet

¹ Dit kan als hun gezamenlijke marktaandeel minder dan 15% bedraagt. Als hun marktaandeel groter dan 15% is, moeten de gevolgen op de markt worden onderzocht en moet een ontheffingsverzoek aan de Nma worden voorgelegd.

blijven: uitgaande van de huidige maximumtarieven van de WTG betekent dit dat 4 à 5 fulltime werkende huisartsen gezamenlijk afspraken kunnen maken. Bij de overige zorgaanbieders (met uitzondering van de specialisten) is het aantal dat binnen de beroepsgroep kan samenwerken groter. Ook bij het overschrijden van de bagatelgrens kan er nog altijd ruimte zijn voor samenwerkingsverbanden tussen dezelfde zorgaanbieders; in dat geval moet worden gecheckt of een groepsvrijstelling geldt

- huisartsen kunnen afspraken maken met ziekenhuizen over een doelmatige verlening van transmurale en acute zorg.

Rol van de overheid

De overheid blijft verantwoordelijk voor het inrichten van het systeem van de gezondheidszorg en dus ook voor de eerstelijnszorg. Ook is de overheid verantwoordelijk om publieke belangen te waarborgen.

Hoe kan de overheid die rol invullen?

De overheid kan haar verantwoordelijkheid voor het systeem van de eerstelijnszorg invullen door:

- belemmerende regels te schrappen
- faciliteren van voldoende opleidingscapaciteit
- vernieuwende experimenten via regelgeving mogelijk te maken
- functionele aanspraken in te voeren en de Wet BIG aan te passen, waardoor taakherschikking en substitutie binnen de eerste lijn mogelijk worden
- het oprichten van een goed toegeruste *marktmeester* (zorgautoriteit), die marktwerking actief stimuleert en toeziet op naleving van de sectorspecifieke regels voor de gereguleerde marktwerking in de zorg
- aanjaagteams te stimuleren die de beoogde veranderingen bij bijvoorbeeld zorgaanbieders bevorderen
- het functioneren van zorgaanbieders/zorgverzekeraars transparant maken
- bewaken van de betaalbaarheid onder andere door het kostenbewustzijn van verzekerden/patiënten te vergroten.

Rol van patiënten/verzekerden

Patiënten en verzekerden moeten in een vraaggericht zorgstelsel, en dus ook in de eerstelijnszorg, kritisch zijn over de prijs en de kwaliteit van geleverde diensten van verzekeraars en zorgaanbieders.

Hoe kunnen patiënten/verzekerden die rol invullen?

- patiënten/verzekerden kunnen zich in organisaties verenigen om hun invloed te vergroten («marktmacht») en zo daadwerkelijk invloed uit te oefenen op het gedrag van zorgverzekeraars en aanbieders
- zij kunnen ook professionele zorgbemiddelaars inschakelen
- zij kunnen zitting nemen in leden- en/of adviesraden
- verzekerden kunnen zich bundelen om collectieve afspraken te maken.

4. Uitwerken in maatregelen

Paragraaf 3 geeft mijn visie weer op de toekomstbestendige eerstelijnszorg. Het realiseren van gereguleerde marktwerking is daarvan een onderdeel. Zoals gezegd zijn er al verschillende initiatieven van verzekeraars en aanbieders om de knelpunten in de eerstelijnszorg op te lossen, ook binnen het huidige zorgsysteem. Deze initiatieven komen onvoldoende van de grond door belemmeringen in de financiering van de eerstelijns-

zorg en de regelgeving. Deze belemmeringen wil ik wegnemen en voorwaarden scheppen om dit soort initiatieven verder te ontwikkelen.

4.1. Vergroten van zorgaanbod

Zoals in paragraaf 3.2 al aan de orde kwam, is het vergroten van het zorgaanbod een voorwaarde om gereguleerde marktwerking in de eerstelijnszorg te realiseren. Enerzijds betekent dat het doelmatiger inzetten van de bestaande zorgaanbieders. Anderzijds moeten er nieuwe zorgaanbieders komen. Daarvoor zijn verschillende mogelijkheden, zoals meer opleidingscapaciteit, taakherschikking en een bredere toegankelijkheid van de eerstelijnszorg.

Bewustere zorgvraag

Het hoofdlijnenakkoord van dit kabinet kondigt per 1 januari 2005 de invoering van eigen betalingen in de Ziekenfondswet aan. Ik verwacht dat dit er toe bijdraagt dat de bestaande capaciteit binnen de eerstelijnszorg doelmatiger wordt ingezet. Het prikkelt verzekerden namelijk om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen en bewustere keuzes te maken bij het inroepen van zorgaanbieders. Dit kan de vraag naar eerstelijnszorg mogelijk verminderen. Datzelfde effect hebben overigens ook bepaalde veranderingen in het ziekenfondspakket. Als voorbeeld noem ik het niet langer vergoeden van zelfhulpgeneesmiddelen zodat verzekerden geen recept van de huisarts meer nodig hebben.

Opleidingscapaciteit

Het verhogen van de opleidingscapaciteit is een al bestaande maatregel. Hiervoor verwijs ik u naar paragraaf 2 en bijlage 2 van deze brief.

Taakherschikking

Het anders verdelen van taken kan ook een bijdrage leveren aan het vergroten van het zorgaanbod. Ik ben hierop uitvoerig ingegaan in mijn standpunt op het rapport *De Zorg van Morgen, flexibiliteit en samenhang van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking*¹ van de commissie LeGrand. Dit standpunt heeft u op 31 oktober 2003 ontvangen.

Uitgangspunt is: verschuiven van taken en geldstromen naar nieuw op te leiden zorgverleners, zoals *nurse practitioners, physician assistants en praktijkondersteuners*.

De opleiding tot *nurse practitioner* is al gestart. De opleiding voor *physician assistant* in de huisartsenzorg begint in het voorjaar van 2004. Beide opleidingen zijn zogenaamde duale trajecten, dus leren en werken. Deze nieuwe beroepsbeoefenaren kunnen dus op redelijk korte termijn aan de slag. Ook is een nieuwe opleiding in de «mondzorgkunde» gestart.

HBO-zorgverleners worden hier opgeleid om curatieve verrichtingen (boren en vullen) van de tandarts over te nemen. De eerste mondzorgkundigen studeren in 2005 af.

De verzekeraars moeten deze nieuwe zorgverleners in beginsel afzonderlijk kunnen contracteren en vergoeden. Ik ga over dit thema de komende tijd nadrukkelijk met de zorgaanbieders die werkzaam zijn in de eerste lijn, verzekeraars en patiëntenorganisaties in gesprek.

Verbreden toegankelijkheid eerstelijnszorg

Het doelmatiger inzetten van de huidige zorgaanbieders vraagt ook om het verbreden van de toegang tot de eerstelijnszorg en het beperken van de onderlinge verwijzing; ik ga dat geleidelijk ook doen. Op dit moment

¹ TK 2003–2004, 29 282 nr. 1.

kunnen patiënten al naar enkele aanbieders in de eerstelijnszorg zonder verwijzing van de huisarts. Het gaat om verloskundigen, GGD-arts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog. Ik ben ook van plan om patiënten rechtstreeks toegang te geven tot de fysiotherapeut. In het RVZ-rapport *Taakherschikking* wordt hiervoor al gepleit. Als blijkt dat een patiënt medisch specialistische hulp nodig heeft mag de fysiotherapeut niet doorverwijzen naar de tweede lijn, maar moet de patiënt naar de huisarts.

De fysiotherapeut heeft zich de laatste decennia ontwikkeld tot een goede deskundige op het gebied van klachten die met bewegen te maken hebben. De directe toegang tot de fysiotherapeut moet wel zorgvuldig gebeuren. Op verschillende locaties loopt op dit moment een proef. De voorlopige conclusies zijn zeer positief. Ik neem een definitieve beslissing over de directe toegang tot de fysiotherapeut als de eindresultaten in het voorjaar van 2004 bekend zijn. Hierover informeer ik u dan nader.

4.2. *Transparantie*

Goede en toegankelijke informatie is, zoals ik al aangaf, nodig om gereguleerde marktwerking in de eerstelijnszorg mogelijk te maken. Hieraan wil ik mijn bijdrage leveren.

Goede en toegankelijke informatie kan het beste worden verkregen door prestaties te vergelijken en hiervoor een *benchmark* instrument van en voor de zorgaanbieders in de eerstelijnszorg te ontwikkelen. Samen met de huisartsen, verzekeraars en patiëntenorganisaties geef ik prioriteit aan het ontwikkelen van een *benchmark* voor de huisartsenzorg. Voorop staat: meer inzicht in de toegankelijkheid, bereikbaarheid en organisatie van de huisartsenzorg. In twee regio's ben ik al met huisartsen, verzekeraars en patiëntenorganisaties in gesprek over het opzetten van de *benchmark* en wat alle betrokken partijen daar aan hebben.

4.3. *Toezicht op marktwerking en kwaliteit*

De overheid heeft, naast adequate regelgeving, een goed systeem van toezicht nodig om de publieke belangen te waarborgen. Juist ook bij een gedifferentieerd zorgaanbod waarbij afhankelijk van lokale en regionale wensen meer maatwerk in de organisatie van de eerste lijn wordt geboden, is kwaliteitsbewaking van essentieel belang. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijft deze taak in de eerste lijn uitoefenen. Daarnaast is er toezicht nodig op gedragingen van partijen die het marktproces kunnen verstoren, bijvoorbeeld omdat ze een te dominante marktpositie hebben. De overheid bepaalt het marktregime en kiest ervoor om prijzen op deelmarkten al dan niet te reguleren. Het toezicht op grond van de Mededingingswet vindt plaats door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

Het kabinet heeft besloten om, in aanvulling hierop, een sectorspecifieke toezichthouder op te richten, de zogenoemde Zorgautoriteit. De opbouw hiervan begint in 2004. Het huidige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) gaat op in deze Zorgautoriteit. In 2008, of zoveel eerder als mogelijk is, gaat de Zorgautoriteit op in de NMa. Gelijktijdig met deze brief heeft u een brief ontvangen over de stappen bij de opbouw van de Zorgautoriteit vanaf 2004.¹

De Zorgautoriteit heeft als kerntaak: het stimuleren en begeleiden van «marktconform» gedrag in de zorg. Op markten waar vrije prijsvorming in meer of mindere mate mogelijk is, zal het CTG/Zorgautoriteit in oprichting en de latere Zorgautoriteit de ontwikkelingen monitoren en analyseren en indien noodzakelijk ingrijpen of de minister van VWS adviseren in te grijpen. Dit kan bijvoorbeeld door het vergroten van transparantie over prestatie- en prijsverschillen tussen aanbieders of het opstellen van richt-

¹ MEVA/MESO 2433996.

lijnen voor het onderhandelingsproces, om bijvoorbeeld oneerlijke concurrentie door kruissubsidiëring te voorkomen.

Het CTG/Zorgautoriteit in oprichting en de uiteindelijke Zorgautoriteit zal op markten waar vrije prijsvorming (nog) niet aan partijen kan worden overgelaten, de prijsregulering zoveel mogelijk op een meer prikkelende wijze vormgeven, passend binnen een bredere context van meer output-gerelateerde overheidssturing.

Daarnaast blijft het CTG/Zorgautoriteit in oprichting en de latere Zorgautoriteit de huidige CTG-taken op grond van de tarievenwetgeving (WTG) uitvoeren, omdat deze ook in de komende jaren nog van groot belang zijn voor een goed functioneren van het zorgstelsel.

Wanneer de onderlinge machtsverhouding van marktpartijen op termijn op steeds meer markten in evenwicht is, kan de overheid zich op meer markten verder terugtrekken en ligt op die markten ook vrije(re) prijsvorming in de rede. Het moment waarop kan en zal per markt verschillen.

4.4. Functionele aanspraken

Het kabinet vindt dat de verzekerde zorg van een goede kwaliteit en toegankelijk moet zijn. Daarom wil het kabinet, om de partijen een zo groot mogelijke betrokkenheid te geven bij het aanbieden van toegankelijke en kwalitatief goede zorg, toe naar het functioneel omschrijven van het recht op verzekerde zorg.

Bijvoorbeeld: verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een gynaecoloog of een huisarts. De wettelijke omschrijving van het verzekeringspakket legt niet vast wie de verloskundige zorg moet verlenen. In de aanspraken zal vastgelegd zijn op welke zorg de verzekerde recht heeft, maar niet welke persoon of instelling de zorg moet verlenen. Dat wordt overgelaten aan de zorgverzekeraars en de zorgverleners. Dit laat onverlet dat de kwaliteitswetgeving, zoals de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet Big), het verlenen van bepaalde zorg bij uitsluiting aan daartoe bevoegde zorgverleners toevertrouwt.

Het kabinet wil de functionele omschrijving van zorgaanspraken in laten gaan bij de invoering van de standaardverzekering voor curatieve zorg.

4.5. Ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg

Een goede ondersteuningsstructuur is nodig om de vele zorginitiatieven te ondersteunen en de samenwerking te verbeteren. De eerstelijnszorg kent momenteel verschillende ondersteuningsstructuren die allemaal verschillen in organisatie en financiering. Het vanzelfsprekend gebruiken maken van ondersteunende activiteiten, zoals die in intramurale voorzieningen onderdeel zijn van de organisatie, bestaat in de eerste lijn niet. Hierbij denk ik bijvoorbeeld aan activiteiten als het organiseren van een regionaal overleg om oplossingen te zoeken voor het tekort aan verloskundigen of het dalend aantal verloskundig actieve huisartsen. Ook het maken van regionale en lokale protocollen om de landelijke standaarden en richtlijnen uit te werken, kan door een ondersteuningsstructuur worden opgepakt.

De taken van deze ondersteuningsstructuur moeten mijns inziens wel landelijk op hoofdlijnen worden omschreven. Hieronder geef ik hiervoor een eerste aanzet.

Globaal is onderscheid te maken in de volgende taken:

- implementatie van kwaliteitsinstrumenten
- regiovertegenwoordiging in multidisciplinair verband bij het opzetten van samenwerkingsverbanden
- regionale coördinatie van capaciteitsproblemen

- ondersteunen van een toekomstig Elektronisch Medisch Dossier
- ondersteunen bij taakherschikking.

Belangenbehartiging maakt hiervan geen onderdeel uit.

Deze taken moeten decentraal worden ingevuld door contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Individuele zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid de ondersteuning op verschillende wijze in te kopen. Zo kunnen zij regionale verschillen en behoeften optimaal vervullen. Dit moet binnen de kaders van de mededingingswetgeving gebeuren. Zorgverzekeraars Nederland is al met verschillende partijen in gesprek om hiervoor plannen te ontwikkelen. Dit initiatief juich ik toe.

Ik ben van plan de huidige middelen die beschikbaar zijn voor deskundigheidsbevordering, opleiding en praktijkondersteuning bij huisartsen te analyseren. De middelen die hiervoor op macroniveau beschikbaar zijn wil ik inzetten voor de ondersteuning van de gehele eerstelijnszorg.

Op dit moment ben ik met diverse veldpartijen hierover in gesprek. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken naar verwachting hierover nieuwe afspraken die per 1 juli 2004 kunnen ingaan.

4.6. Nieuwe bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg

Knelpunten bekostigingssystematiek

Het huidige bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg sluit onvoldoende aan bij de verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing, waarbij de verantwoordelijkheden en bevoegdheden steeds meer bij de zorgverzekeraars en aanbieders komen te liggen. Om deze partijen meer mogelijkheden te bieden goede eerstelijnszorg te leveren, moet worden gekeken naar de huidige bekostigingssystematiek.

Vooraf het abonnementsysteem bij de financiering van huisartsenzorg biedt onvoldoende mogelijkheden om lokaal of regionaal «oplossingen op maat» en «loon naar werken» te realiseren. Het verband tussen de prestatie en het inkomen/kostenvergoeding van de huisarts is niet aanwezig. Bovendien verhoudt het abonnementstarief zich lastig met de voorgenomen invoering van eigen betalingen.

Nieuwe bekostigingssystematiek nodig

In een nieuw vraaggericht zorgstelsel is de financieringssystematiek en de invulling daarvan primair de verantwoordelijkheid voor verzekeraars en aanbieders. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hebben aangegeven dat het wenselijk is dat een nieuwe en toekomstbestendige bekostigingsstructuur wordt ontwikkeld. Zij hebben mij tot 1 februari 2004 de tijd gevraagd om gezamenlijk dit nieuwe financieringssysteem te ontwikkelen. Ik waardeer dit initiatief en ga akkoord met het verzoek. Overigens moet per 1 januari 2005 de bekostigingstructuur in ieder geval worden aangepast in verband met de introductie van eigen betalingen, zonder dat er nieuwe administratieve lasten bijkomen.

Ik hanteer bij het beoordelen van het nieuwe financieringssysteem een aantal randvoorwaarden. Deze zijn deels gebaseerd op de adviezen van commissie-Tabaksblat.

Betere prikkels

Het bekostigingssysteem moet, zoals ook de commissie-Tabaksblat voorstelt, betere prikkels bevatten om de honorering van de huisartsenzorg beter af te stemmen op de aard en de zwaarte van het takenpakket («loon

naar werken») en tevens de juiste stimulansen bevatten voor kwalitatief goed en doelmatig handelen («loon naar prestatie»). Dit betekent meer loon naar werken, waardoor extra productie ook extra inkomen betekent. Maar voorkomen moet worden dat deze prikkel leidt tot onnodige productie.

Verder moet de bekostigingssystematiek ruimte bieden om taakherschikking, taakdelegatie, functiedifferentiatie en substitutie mogelijk te maken. Een leidend advies van commissie- Tabaksblat is immers flexibiliteit in de bekostiging. Ook mijn uitgangspunt is dat de bekostigingssystematiek van de eerste lijn zodanig herzien moet worden dat het mogelijk is om in de gehele eerstelijnszorg lokale differentiatie toe te passen. Zorgverzekeraars en huisartsen moeten hierover kunnen onderhandelen. Daarom moet de bekostigingssystematiek transparanter worden en prikkels bevatten om te bevorderen dat zorgaanbieders het gewenste gedrag vertonen. Het model moet dus voldoende vrijheidsgraden bieden voor afspraken op individueel niveau tussen zorgverzekeraars en huisartsen. Zo ontstaat de mogelijkheid dat verzekeraars en huisartsen zich van hun collega's kunnen onderscheiden.

Tot slot moet de financiering van huisartsendienstenstructuren onderdeel zijn van het nieuwe bekostigingsmodel. Dit is van belang, aangezien door de behoefte van veel huisartsen om deeltijd te werken, de verbondenheid/het plichtsgevoel om avond-, nacht- en weekenddiensten te draaien verdwijnt.

Budgettaire macroneutraliteit

Budgettaire neutraliteit is een belangrijke randvoorwaarde bij de ontwikkeling van een nieuw financieringssysteem voor de huisartsen. De zorgverzekeraars zijn 100 procent risicodragend. Dit kan betekenen dat als sommige huisartsen er door de nieuwe financieringsstructuur op vooruit gaan, andere huisartsen er op achteruit gaan.

Administratieve lastendruk

De nieuwe bekostigingsstructuur moet zo eenvoudig zijn dat ze de administratieve lastendruk beperkt.

Aansluiten bij het nieuwe zorgstelsel

De financieringssysteem moet passen in de nieuwe zorgverzekeringwet, waarin het onderscheid tussen ziekenfondsverzekeringen en particuliere ziektekostenverzekeringen verdwijnt.

4.7. Aanjaagteam

Het invoeren van bovengenoemde maatregelen heeft pas over enige tijd effect op de knelpunten in de eerstelijnszorg. Daar wil ik niet op wachten. Verzekeraars, aanbieders, patiëntenorganisaties en lokale overheden wil ik nu al aansporen om creatieve oplossingen te zoeken.

Zoals gezegd bestaan er al uitstekende initiatieven. Deze koplopers hebben inmiddels de nodige deskundigheid en kennis om effectief te kunnen veranderen. Deze expertise wil ik benutten en actief verspreiden zodat goede praktijkvoorbeelden daadwerkelijk lokaal gebruikt gaan worden en niet iedereen opnieuw het wiel uitvindt. Begin 2004 formeer ik daarom in overleg met zorgverzekeraars en koepels van zorgaanbieders een *anjaagteam*. Dit team zal bestaan uit deskundigen uit de verschillende veldpartijen en mijn ministerie. Via de website www.snellerbeter.nl zullen goede praktijkvoorbeelden en innovaties interactief met het veld worden gecommuniceerd. De achtergronden van deze website staan in mijn brief *Snellerbeter* van 20 november 2003¹.

¹ CZ/B-2427994.

Vooralsnog functioneert het team voor de duur van twee jaar als «aanjaager», vraagbaak en expertisecentrum. Periodiek stellen zij een overzicht op over de voortgang en de prestaties van genoemde partijen.

5. Huisartsen en spoedeisende hulp

Zoals ik in de brief *Acute zorg*¹ aangaf kom ik in deze brief terug op de huisartsendienstenstructuren.

De hoge werkdruk bij de huisartsen heeft ertoe geleid dat in 2000 is besloten om huisartsenzorg voor de avond, nacht en weekenden anders te organiseren. Vanaf 2001 ontstonden hiervoor aparte organisaties: de huisartsendienstenstructuren. Afhankelijk van hun werkgebied exploiteren zij één of meer huisartsenposten.

Deze huisartsendienstenstructuren hebben de werkdruk van de huisartsen substantieel verlaagd en hun inkomen verbeterd. Hiermee wordt voor veel huisartsen het beroep aantrekkelijker. Deze vorm van organiseren had evenwel als nadeel voor de patiënten dat, op sommige plaatsen, de reisafstanden groter werden. Verder verbeterde de telefonische bereikbaarheid, werd het aantal en de aard van de klachten transparanter en waren er veel vragen of de hoogte van de tarieven. De voordelen voor de huisartsen zijn groot en dat betekende dat de vorming van de huisartsendienstenstructuren zeer snel is verlopen.

In de onderhandelingen tussen aanbieders en verzekeraars heeft op veel plaatsen de doelmatigheid niet centraal gestaan. Dit leidt nu tot het overschrijden van het budget. Ik heb u hierover per brief van 24 september 2003² al geïnformeerd. Het vormen van de huisartsendienstenstructuren geeft ook meer zicht op de overlap en geringe afstemming van de huisartsendienstenstructuren met de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en de regionale ambulancevoorzieningen (RAV). Veel spoedeisende hulpafdelingen krijgen bovendien grote aantallen zelfverwijzers, die voor het overgrote deel alleen eerstelijnszorg nodig hebben.

Ik vind ben van mening dat er nog veel te winnen is aan kwaliteit en doelmatigheid wanneer we de acute zorg, op regionaal niveau, in onderlinge samenhang bezien. De zorgverzekeraars hebben daarin een centrale rol. In de brief *Acute zorg* gaf ik aan dat de specifieke kenmerken van de acute zorg ertoe leiden dat deze rol beperkter is dan bij veel andere deelmarkten in de zorg. Desondanks hebben verzekeraars bij de acute zorg nog belangrijke verantwoordelijkheden en instrumenten. Zij hebben, op grond van hun zorgplicht en risicodragendheid, de taak om met de kennis van de lokale en regionale situatie doelmatige zorg te bevorderen. Ik zie hun rol, zonder uitputtend te willen zijn, voor deze kabinetsperiode als volgt:

- a. *Algemeen*
 - afspraken maken over het vormgeven van de zorg en triagesystemen
- b. *Huisartsenposten*
 - afspraken maken over locaties en afstemmen met SEH
 - afspraken over eventueel inhuizen bij ziekenhuizen
 - afspraken over bekostigen van de infrastructuur
 - invullen van zorg/zorgproducten en de bekostiging daarvan
 - inzet van *call centra*
 - gebruik van ICT.

Zorgverzekeraars lijken vanuit het oogpunt van sturing weinig onderhandelingsmogelijkheden te hebben om huisartsenzorg doelmatig in te kopen. Daarom heb ik het College voor Zorgvoorzieningen (CVZ) op

¹ TK 2003–2004 29 247, nr. 1.

² Z/P- 2411230.

7 augustus 2003 schriftelijk gevraagd een onderzoek te doen naar de vraag hoe ziekenfondsen sturing kunnen geven aan de huisartsen-dienstenstructuren. Ik heb het CVZ ook verzocht het onderzoek te plaatsen in het perspectief van een doelmatige samenhang met en afstemming tussen de spoedeisende hulp in het ziekenhuis en de regionale ambulancevoorziening (RAV). In het voorjaar van 2004 verwacht ik hiervan de resultaten.

Deze onderzoeksopdracht is in lijn met mijn visie op de acute zorg. Daarin gaf ik al aan dat veel kwaliteits- en doelmatigheidswinst valt te halen in de keten van acute zorg als geheel wanneer partijen duidelijke en sluitende afspraken maken over de patiëntenlogistiek. Ik denk bijvoorbeeld aan een mogelijke rol van de RAV bij het coördineren van de patiëntenlogistiek, zodat een soepele overgang van de acute huisartsenzorg naar de spoedeisende ziekenhuiszorg mogelijk wordt.

Maar ook, zonder dat ik beoog de locaties van de huisartsenposten centraal te willen sturen en een blauwdruk te willen opleggen, zie ik een belangrijke besparingsmogelijkheid in het delen van de infrastructurele kosten met de ziekenhuizen door een combinatie van bepaalde huisartsenposten met de SEH. Hiermee wordt de functie van huisartsen-dienstenstructuren als poortwachter voor de tweedelijns acute zorg ten volle benut. Bovendien blijven zelfverwijzers zoveel mogelijk binnen de eerstelijnszorg. Na de adviezen van CVZ en het kwaliteitsonderzoek van de IGZ informeer ik uw Kamer, naar verwachting medio 2004, nader over de acute zorg.

6. De belangrijkste knelpunten en oplossingsrichtingen op een rij

Knelpunten	Oplossingsrichtingen
Tekort aan huisartsen	<ul style="list-style-type: none"> – continueren inspanningen om meer huisartsen op te leiden – taakherschikking mogelijk maken – opleiden <i>nurse practioners</i> en <i>physician assistants</i> – realiseren van functionele aanspraken – bewustere zorgvraag via eigen betalingen – verbreden van de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg
Bereikbaarheid van huisartsen en acute zorg	<ul style="list-style-type: none"> – opbouwen van regionaal sluitende netwerken van huisartsenposten (HAP), afdelingen spoedeisende hulp (SEH) en regionale ambulance voorzieningen (RAV) – gebruik maken van <i>call centra Primair</i>
Onduidelijkheid over regierol	<ul style="list-style-type: none"> – zorgverzekeraars nemen de regie op zich – maken van «keten-afspraken» en intensievere samenspraak met zorgaanbieders <i>Secundair</i> – gemeenten stimuleren pro-actief om te gaan met ontwikkelingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn
Versnipperde, monodisciplinaire ondersteuningsstructuren	<ul style="list-style-type: none"> – herontwerp van bestaande ondersteuningsstructuren tot een geïntegreerde decentrale structuur; toegankelijk voor alle eerstelijnszorgaanbieders en decentraal ingekocht
Onvoldoende financiële prikkels, mogelijkheden voor lokale differentiatie (introductie van «loon naar werken») en transparant maken van het zorginkoopproces	<ul style="list-style-type: none"> – ontwerpen van een nieuw bekostigingssysteem. LHV en ZN krijgen tot 1 februari 2004 de tijd met een gezamenlijk voorstel te komen – beschrijven van «eerstelijnszorgproducten»
In sommige regio's gaat de innovatie van de eerstelijnszorg minder snel	<ul style="list-style-type: none"> – inzet aanjaagteam

Tot slot

Mijn streven is het realiseren van een toekomstbestendige eerste lijn. Dit is nodig om tegemoet te kunnen blijven komen aan de groeiende vraag naar huisartsenzorg en andere vormen van eerstelijnszorg. Er is de afgelopen jaren al veel geld geïnvesteerd in de eerstelijnszorg. Daarmee zijn al knelpunten weggenomen, maar de oplossingen liggen voor de toekomst toch vooral in verbeteringen in de organisatie. We zien daar in de praktijk al diverse voorbeelden van.

Ik wil stimuleren dat veldpartijen zelf invulling geven aan de vormgeving van de eerste lijn. Dat past ook binnen de gereguleerde marktwerking die in de zorg wordt ingevoerd. Barrières in de financiering en de regelgeving worden weggenomen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Deze inventarisatie van knelpunten is een rechtstreekse weergave van onderdelen die in de voorgaande brieven aan de Tweede Kamer zijn opgenomen (zie noot). Dit betekent dat de knelpunten als zodanig nog dezelfde zijn, maar dat de cijfermatige onderbouwing gedateerd is.

1. Veranderingen beroepsgroep huisartsen

In de beroepsgroep zelf hebben zich veranderingen voorgedaan. Huisartsen oriënteren zich wat werktijden betreft meer en meer op wat gebruikelijk is in de samenleving, om een betere balans tussen werk en privéleven te realiseren en ook neemt onder hen de wens om in deeltijd te werken toe. De huisarts ziet zich geconfronteerd met een steeds beter geïnformeerde patiënt door betere scholing en betere mogelijkheden om informatie te verwerven zoals via het Internet. Daarmee is ook de beweerkelijkheid van patiënten en de tijd die gemoeid is met het consult, toegenomen. Daarbij spelen ook verkorting van de opnameduur van patiënten en extramuralisering van de zorg een rol.

Het aandeel vrouwelijke huisartsen neemt gestaag toe en bedraagt nu 25%. Het aantal huisartsen dat in een solopraktijk werkt daalt al jaren en bedraagt nu nog 44%. Praktijkzoekende huisartsen wensen tegenwoordig doorgaans niet langer in een solopraktijk te werken: slechts 4% van hen heeft nog een voorkeur voor de solopraktijk (Nationaal Kompas Volksgezondheid, <http://www.rivm.nl/nationaalkompas>). De financieringsstructuur is echter niet op deze veranderingen aangepast.

Als gevolg van deze en andere ontwikkelingen is de werkdruk gestegen en is er een tekort aan huisartsen ontstaan, is de taak van de huisarts zwaarder geworden en ook inhoudelijk veranderd.

Onder druk van deze omstandigheden worden nieuwe eisen aan de beroepsuitoefening gesteld; eisen die een aanpassing vereisen van de structuur en organisatie van de huisartsenzorg. De oplossing wordt veelal gezocht en gevonden in samenwerkingsverbanden, in het oprichten van groepspraktijken dan wel gezondheidscentra en in professionele ondersteuning die voor de huisarts een «terugkeer» naar de kerntaken – de directe patiëntenzorg – mogelijk maakt.

De ervaringen van de afgelopen jaren hebben echter geleerd dat deze modernisering wordt afgeremd door onder meer de huidige, versnipperde en weinig transparante wijze van financiering.

Bovendien is het huidige model in essentie centralistisch: het gaat ervan uit dat op centraal (landelijk) niveau landelijk geldende regelingen worden getroffen, waardoor er geen rekening kan worden gehouden met de behoefte van partijen op lokaal of regionaal niveau «oplossingen op maat» te realiseren. Dit centralisme verdraagt zich niet met de visie op Vraag georiënteerde zorg en het leveren van maatwerk door regionale en lokale partijen.

Actuele problematiek

Dat vernieuwingen dringend noodzakelijk zijn is de afgelopen periode gebleken. Bij deze trends zij opgemerkt dat de impact ervan verschilt per regio. Zo is bijvoorbeeld het tekort aan huisartsen in achterstandswijken wegens omstandigheden groter dan in andere regio's.

¹ Bronnen.

Brief «Standpunt op hoofdlijnen over het advies commissie-Tabaksblat», 29 juni 2001, DBO-CB-U-2194680

Brief «Bouwstenen Zorg in de buurt» 31 maart 2003, CZ/EZ-2354435.

De beroepsgroep ziet zich de laatste tijd geconfronteerd met problemen van diverse aard, zoals:

- problemen met de vervulling van vacatures,

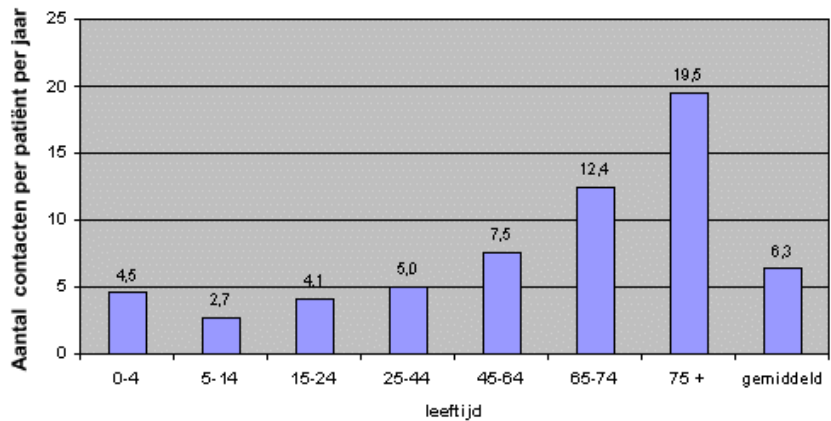
- een als steeds zwaarder ervaren belasting van de diensten in de avonden, nachten en weekenden,
- onvrede over een praktijkkostenvergoeding die te veel achter is gebleven om een moderne praktijkvoering mogelijk te maken,
- de moeizaam van de grond komende intrede van praktijkverpleegkundigen,
- een als niet langer adequaat ervaren honoreringsstructuur.

2. Trends

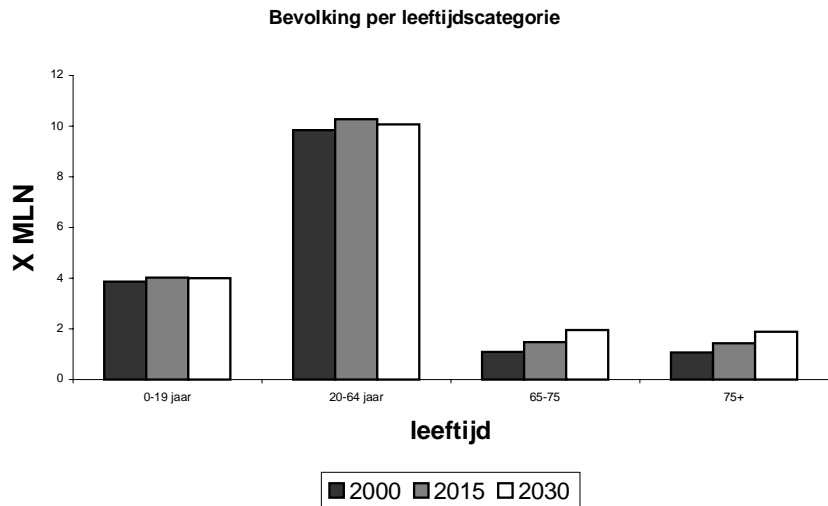
2.1 De veranderende en stijgende huisartsenzorgvraag

Het aantal gehandicapten, ouderen en chronisch zieken dat een beroep doet op de curatieve zorg zal toenemen. De Tweede Kamer werd hier over geïnformeerd bij de presentatie van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002, eind vorig jaar. Deze toename legt een steeds grotere druk op de huisartsenzorg. Ter illustratie zie figuur 1, 2 en 3.

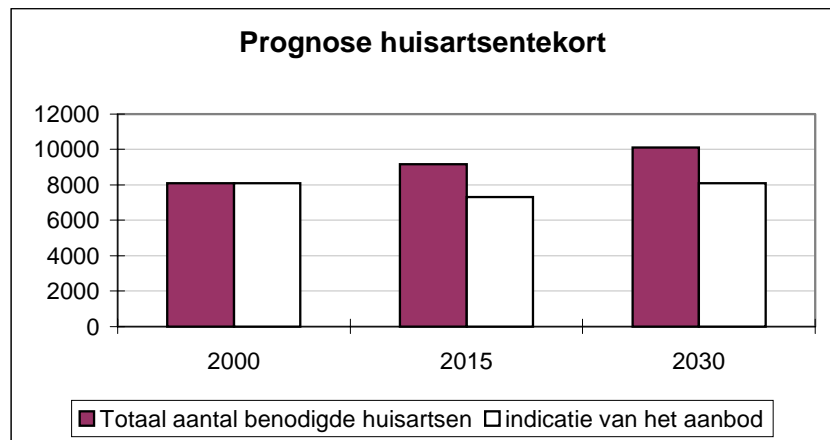
Figuur 1. Aantal contacten met de huisartspraktijk per ingeschreven patiënt per jaar, (2001 LinH)



Figuur 2 (bron CBS)



Figuur 3 (Bron Capaciteitsorgaan en VWS)



Ouderen maken meer gebruik van de huisartsenzorg. Er komen meer ouderen en het aantal contacten met de huisarts zal daarom toenemen. Door de demografische groei zal het aantal contacten met de huisarts stijgen van circa 104 mln. in 2000 naar 130 mln. in 2030. Het aantal benodigde huisartsen is, bij gelijkblijvende omstandigheden, in 2015 geraamd op 9 156 en voor 2030 op 10 095. Deze toename kan niet alleen worden opgevangen door meer huisartsen op te leiden. De huisartspraktijk (huisarts en assistent) had in 2000 gemiddeld 6,2 contacten (per jaar per patiënt), in vergelijking met 1999 een stijging van 0,2. De stijging betreft alle leeftijdscategorieën, behalve voor de 0–14-jarigen. Sinds 1996 groeit per jaar het gemiddelde aantal contacten met 2,2%. Die gemiddelde groei is het hardst gestegen bij 75-plussers, namelijk gemiddeld 4,8% meer contacten sinds 1996. Naast het aantal verandert ook het type zorgvragen en worden hogere eisen aan de dienstverlening gesteld (bijv. avonds-preekuren).

Dit leidt tot meer en meer huisartsencontacten en tot ingewikkelder hulpvragen. Veel huisartsen ervaren deze veranderende en stijgende zorgvragen als een toename van hun werkdruk.

3. Knelpunten

Zie ook de Brief «*Bouwstenen Zorg in de buurt*» van 31 maart 2003¹.

3.1. Knelpunten vanuit het perspectief van de patiënt

Toegankelijkheid, keuzevrijheid en kwaliteit

Medio 2001 waren er 63 (moeilijk vervulbare) vacatures, eind 2001 was dit aantal gestegen naar 78 en begin 2002 waren er circa 100. Zorgverzekeraars Nederland schat het aantal niet op naam ingeschreven (ziekenfonds) patiënten op 0,4 % voor het platteland tot 2,5% voor de steden. Het is onbekend hoeveel mensen hierdoor geen huisarts meer hebben. Dit geeft (lokaal) beperkingen in de toegankelijkheid tot de huisartsenzorg en beperking van de keuzevrijheid van de patiënt. De knelpunten lopen over het gehele land bezien zeer uiteen met grote verschillen tussen vergelijkbare stedelijke en niet-stedelijke gebieden. Ongeveer 90% van alle huisartsen zijn in de afgelopen 2 jaar aangesloten bij een Huisartsenpost voor de avond, nacht en weekenddiensten (ANW). In een aantal regio's zijn klachten en zorgen over de bereikbaarheid en spreiding van deze huisartsenposten. Vooral particulier verzekerden

¹ CZ/EZ-2354435.

patiënten klagen over de hoogte van de tarieven van deze huisartsenposten. Recent onderzoek, uitgevoerd in opdracht van het televisieprogramma Kassa, toont aan dat de telefonische bereikbaarheid van de huisartsen zowel overdag als in de ANW nogal te wensen overlaat. Veel meer beginnende huisartsen stellen het definitief vestigen uit en werken als waarnemer in een of meerdere praktijken. Het opbouwen van een vertrouwensband tussen patiënt en huisarts wordt hierdoor bemoeilijkt.

Zonder dat er kwantitatieve gegevens voorhanden zijn bestaat bij velen de indruk dat vanuit het perspectief van de patiënt de kwaliteit van de huisartsenzorg afneemt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg start binnenkort met een onderzoek naar de staat van de huisartsenzorg in Nederland evenals met een specifiek onderzoek naar de kwaliteit en de bereikbaarheid van de huisartsenposten.

3.2. Knelpunten vanuit het perspectief van de aanbieder

Veranderd aanbod in de huisartsenzorg De knelpunten in het aanbod van de huisartsenzorg zijn te ordenen in problemen bij de *instroom* van nieuwe huisartsen, de feitelijke *bedrijfsvoering* van de huisartsenpraktijk en de *uitstroom* van huisartsen.

3.2.1. Problemen in relatie tot de instroom

Het Ministerie van VWS heeft in 1999 het Capaciteitsorgaan in het leven geroepen, dat de opleidingscapaciteit voor de geneeskunde moet berekenen. Berekeningen van dit orgaan tonen aan dat jaarlijks 670 nieuwe huisartsen nodig zijn. Dit is het gevolg van de feminisering van het beroep (verwacht 45% in 2010), de behoefte aan werken in deeltijd (86% van de huisartsen in opleiding in 2001) en de demografische groei.

Op dit moment ligt de opleidingscapaciteit op 473 per jaar. In de vorige kabinetsperiode is al geld uitgetrokken om per 2004 670 huisartsen per jaar op te leiden.

De ramingen tussen vraag en aanbod lopen nog uiteen. Het capaciteitsorgaan gaat uit van een tekort in 2012 van 20% (zie figuur 3). In 2003 ontvangen circa 2 100 huisartsen van 55 jaar en ouder het laatste deel van hun uitkering uit het goodwillfonds. Een onbekend aantal van hen overweegt de praktijk vervroegd te beëindigen en ander werk te zoeken. Het is niet de verwachting dat een grote groep huisartsen eerder stopt, maar er zijn wel indicaties dat meer huisartsen in deeltijd gaan werken.

De balans opmakend neemt het aantal huisartsen toe, maar is de stijging van het aantal arbeidsuren -door deeltijdarbeidaanzienlijk minder, terwijl de vraag aan huisartsenzorg en de aandacht per patiëntencontact verhoudingsgewijs meer toeneemt.

Figuur 4

	1997	2001	2002	2003
Instroom basisopleiding geneeskunde	1 750	2 140	2 550	2 800
	1999	2000	2001	2002
Aantal plaatsen huisartsenopleiding	339	361	420	473
Aantal sollicitaties huisartsenopleiding	910	808	604	660

Lastig is ook dat de belangstelling voor de huisartsenopleiding fors terugloopt en er op termijn voldoende aanmeldingen lijken te zijn voor de huisartsenopleiding (*zie figuur 4; opm. niet iedereen die solliciteert, is ook geschikt*). Gelet op de arbeidsmarkt en de mogelijkheden van de

opleidingsinstituten is niet in te schatten hoeveel huisartsen er maximaal zijn op te leiden.

Er moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat ondanks het uitbreiden van de opleidingscapaciteit er (*bij ongewijzigd beleid*) in de komende jaren op enig moment tijdelijk (relatief) onvoldoende huisartsen zullen zijn.

3.2.2. Problemen in relatie tot de bedrijfsvoering

De bedrijfsvoering van een huisartsenpraktijk is in de afgelopen jaren steeds ingewikkelder geworden. Er zijn problemen vanwege de werkdruk, er zijn te weinig gezamenlijke praktijken, huisartsen kunnen zich onvoldoende scholen (bekwamen) in bedrijfsvoering, het financieringssysteem is te complex, er zijn geen praktijkplannen en een goed informatiesysteem ontbreekt.

3.2.2.1. Werkdruk

Er is geen objectieve meting van de werkdruk van huisartsen; dat neemt niet weg dat het aannemelijk is dat de volgende factoren de druk op de huisarts hebben vergroot:

- a. stijging van de bezoekfrequentie
- b. veeleisender patiënten
- c. afwenteling van zorg- en coördinatievragen op de huisarts door langere wachttijden in de cure en care sector en door extramuralisering van de zorg
- d. toenemend aantal allochtonen (meer en ingewikkelder zorgvragen)

Door de inzet van praktijkondersteuning en de invoering van een nieuwe structuur voor de avond, nacht en weekenddiensten is de werkdruk verlaagd. Per saldo is het daarom lastig om een uitspraak te doen hoe (op individueel niveau) de werkdruk van huisartsen zich de laatste jaren heeft ontwikkeld.

3.2.2.2. Te weinig gezamenlijke praktijken

Een solopraktijk wordt op basis van nieuwe inzichten over doelmatige bedrijfsvoering, kwaliteit en continuïteit alom niet meer wenselijk geacht. Het aantal huisartsen dat in een solopraktijk werkt neemt geleidelijk af (zie figuur 5).

Het percentage pas afgestudeerde huisartsen dat in deeltijd wil gaan werken bedraagt 86% en slechts 2% zoekt een solopraktijk.

Figuur 5. Verdeling van huisartsen naar praktijkvorm (bron Nivel 2003)

Praktijkvorm zelfstandig gevestigde h.a.

	1997	1998	1999	2000	2001
Solo	46,6%	45,4%	43,7%	42,1%	40,3%
Duo	32,6%	32,9%	32,8%	33%	32,6%
Groep	20,7%	21,7%	23,4%	24,9%	27,1%

In sommige regio's is het realiseren van gezamenlijke samenwerkingsverbanden (zeker voor startende huisartsen) moeilijk door de hoge investeringen als gevolg van de sterk gestegen prijzen van onroerend goed. Ook het ontbreken van of onvoldoende gebruik maken van ondersteunende organisaties voor project- en procesmanagement speelt de sector parten. Het zich niet kunnen of willen vestigen leidt ertoe dat het aantal waarneemers in de laatste jaren fors toeneemt. Bovendien is het in veel gevallen

voor de huisarts financieel aantrekkelijker te gaan werken als waarnemer dan een praktijk over te nemen. Waarnemers kunnen door de relatieve schaarste hoge waarneemtarieven vragen, ook omdat hiervoor geen maximumtarieven van het CTG bestaan.

3.2.2.3. Gebrek aan scholing op het terrein van de bedrijfsvoering

De rol van de huisarts verandert en naast inhoudelijke zorgtaken wordt door o.a. de komst van meer ondersteunend personeel en de complexere bedrijfsvoering, steeds meer eisen gesteld aan managementvaardigheden. De initiële- en vervolgopleidingen voor huisartsen hebben deze nieuwe eisen nog onvoldoende opgenomen in hun curricula.

3.3. Knelpunten vanuit het perspectief van de verzekeraar

3.3.1. Financieringssysteem is te ingewikkeld

Huisartsen worden nu betaald volgens twee systemen: één voor ziekenfondsverzekerden en één voor particulier verzekerden. Verder zijn er binnen het ziekenfonds tal van aparte modules voor o.a. ICT, ouderen en kunnen speciale verrichtingen apart worden gedeclareerd. Los hiervan is er nog een systeem voor de ANW-diensten. Het huidige systeem kent geen of weinig mogelijkheden om lokaal onderscheid te maken of voor loon naar werken. Zorgverzekeraars hebben weinig mogelijkheden om doelmatig huisartsenzorg in te kopen. Het complexe financieringsstelsel draagt verder bij aan hoge administratieve lasten.

3.3.2. Geen praktijkplannen

De taken van de huisarts en de producten die hij of zij moet leveren, zijn momenteel niet beschreven. Daardoor kan de zorgverzekeraar, rekeninghoudend met de lokale omstandigheden, niet doelmatig (kosten, kwaliteit, kwantiteit) en transparant huisartsenzorg inkopen. Hij weet niet precies wat nodig is. De commissie-Tabaksblat heeft hiervoor destijds het instrument van het praktijkplan geïntroduceerd: hierin zouden de afspraken tussen huisarts en zorgverzekeraar inzichtelijk gemaakt moeten worden.

3.3.3. Ontbreken van een goed (integraal) informatiesysteem

Informatie over huisartsenzorg wordt op dit moment in verschillende systemen verzameld. Een goed voorbeeld is het Landelijk informatienetwerk huisartsen (Linh) (www.linh.nl). Maar dat is niet toereikend, zoals blijkt uit de uiteenlopende gegevens over de raming van het aantal huisartsen dat nodig is. Er is nog geen goed werkend landelijk (integraal) informatiesysteem waaruit belangrijke onomstreden sturingsinformatie te halen is.

3.4. Knelpunten vanuit het perspectief van de overheid

Voor de overheid is het van belang om te kijken naar de beschikbaarheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit/vraaggerichtheid van de zorg en op welke wijze deze wordt aangestuurd.

3.4.1 Beschikbaarheid

Zoals al beschreven in paragraaf 3.1 neemt de beschikbaarheid af. Met de komst van de huisartsenposten is de acute huisartsenzorg verzekerd. Vanuit het oogpunt van doelmatigheid en kwaliteit zijn nog wel knelpunten aanwezig in de regionale afstemming van het zorgaanbod van de huisartsenposten, de farmacievoorziening buiten kantoor tijden, de spoed-

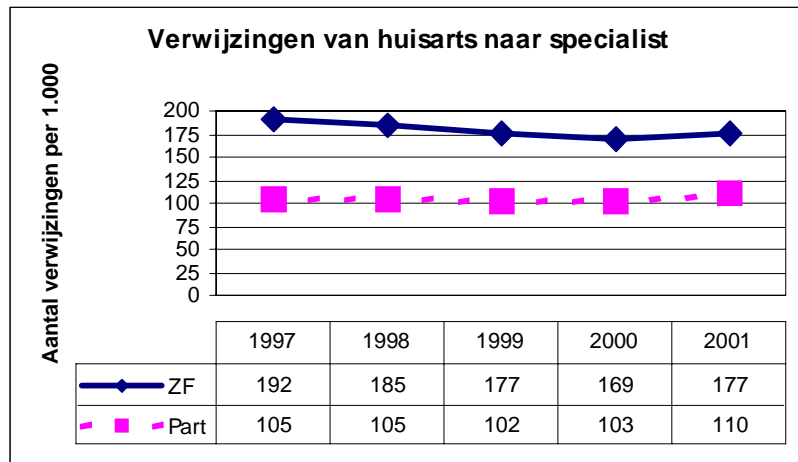
eisende hulp afdelingen van ziekenhuizen en Regionale Ambulancevoorzieningen.

3.4.2. Betaalbaarheid

De kosten voor de huisartsenzorg zoals begroot in de zorgnota lopen jaarlijks gestaag op.

De gestructureerde eerstelijnsgezondheidszorg en vooral de huisartsenzorg is een belangrijke filter voor verwijzing naar (duurdere) specialistische en/of klinische zorg. De huisartsen verwijzingen circa 10 procent van hun consulten door en 90 procent van de consulten worden door de huisartsen afgehandeld. Het aantal verwijzingen naar de medische specialist daalde tussen 1997 en 2000 licht. In 2001 is weer een lichte stijging te zien (zie figuur 7). Door eerder genoemde knelpunten is de poortwachterfunctie van de huisarts onder druk komen te staan. Een goed werkende huisartsenzorg kan verder bijdragen aan een doelmatig geneesmiddelengebruik.

Figuur 7. Trend verwijzing aantal verwijzingen van huisarts naar specialist per 1000 verzekerden periode 1997–2001 (bron LinH).



Genomen maatregelen om knelpunten in de eerstelijnszorg op te lossen

Algemeen maatschappelijk werk

De huidige stimuleringsregeling geldt voor 4 jaar: 2000 t/m 2003. Vanuit VWS wordt hieraan € 11,34 miljoen per jaar bijgedragen. Omdat het een stimuleringsregeling betreft moeten gemeenten daar evenveel aan toevoegen. Dit betekent dat op 31 december 2003 de totale uitbreiding gerealiseerd moet zijn op basis van de gelden vanuit VWS (50 procent) en de eigen middelen vanuit de gemeenten (ook 50 procent).

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

De huisarts kent een hoge werkdruk. Een groot deel van de problematiek waarmee een huisarts te kampen heeft betreft psychische problematiek. Het ontbreekt de huisarts regelmatig aan voldoende deskundigheid en verwijsmogelijkheden. Daarom zijn maatregelen genomen die de huisarts ondersteunen bij het goed zelf diagnosticeren en behandelen van psychische problematiek en verbetering van de GGZ deskundigheid van de huisarts. Tevens creëren van verwijsmogelijkheden en verbeteren van samenwerking met andere eerstelijns GGZ hulpverleners (AMW en eerstelijns psycholoog).

Concrete maatregelen die daartoe o.a. genomen zijn:

- consultatieregeling GGZ ten behoeve van de eerstelijnszorg
- samenwerkingsprojecten binnen de eerste lijn (Korte Lijnen) en multidisciplinaire samenwerking eerste en tweede lijn (Diaboloprojecten)
- capaciteitsuitbreiding algemeen maatschappelijk werk (AMW) via een tijdelijke stimuleringsregeling.

Maatregelen mondzorg

Er is voor project «Transformatie Opleiding Mondhygiëne» in 2001 voor de periode van 2001 t/m 2006 een bedrag beschikbaar gesteld van maximaal € 1 092 521,25.

Maatregelen verloskunde

Intensivering verloskunde (cumulatief, bedragen in € miljoen)

1999	2000	2001	2002	2003
	€ 13,0	€ 27,5	€ 31,9	€ 31,9

In 2000 is door mijn ambtsvoorgangers een aantal maatregelen genomen om de knelpunten in de verloskundige zorg, namelijk hoge werkdruk en capaciteitstekort aan te pakken.

1. Verlagen normpraktijk
In 2000 zijn extra middelen beschikbaar gesteld om de normpraktijk van verloskundigen te verlagen van 150 naar 120 partussen per jaar. Hierdoor wordt het beroep van verloskundige aantrekkelijker.
2. Reduceren van niet-cliëntgebonden activiteiten bij verloskundigen
Om de werkdruk van verloskundigen te verlagen heb is in 2001 de beroepsvereniging van verloskundigen een subsidie verleend om een regionale ondersteuningsstructuur op te zetten met onder andere als taak het opzetten van geformaliseerde samenwerkingsverbanden. Tevens is in 2000 extra geld beschikbaar gesteld voor de automatisering van verloskundige praktijken. Om de financiering en de samen-

hang van verloskundige registraties te verbeteren is in 2001 een subsidie verleend aan de Stichting Perinatale Registratie Nederland.

3. Inkomenscompensatie voor toegenomen inconveniënten
4. Opleidingscapaciteit
Er bestaat een capaciteitsprobleem in de verloskundigen zorg. Om de instroom van verloskundigen te vergroten zijn extra middelen beschikbaar gesteld om het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden van 120 naar 220 studenten per jaar.
5. Academisering van het verloskundig beroep
Er is een wetenschappelijke master ontwikkeld om wetenschappelijke kennis te genereren op het gebied van de verloskunde. Hierdoor kan de kwaliteit van de verloskundige zorg worden verhoogd.
6. Monitoring van de werkdruk van verloskundigen
Het NIVEL voert jaarlijks tot en met 2005 een onderzoek uit naar de effecten van bovengenoemde beleidsmaatregelen op de werkdruk van verloskundigen.

Maatregelen huisartsenzorg

In de afgelopen jaren zijn al veel maatregelen genomen om de huisartsenzorg te versterken. Zo werd o.a. de opleidingscapaciteit verhoogd van 339 (1997) naar 670 opleidingsplaatsen (2004), werden middelen vrijgemaakt voor de praktijkondersteuning, zijn de normbijdragen voor praktijkkosten verhoogd, werd een voorschot genomen op de inkomensherijking en werd een regeling getroffen voor de avond, nacht en weekenddiensten. Inmiddels zijn circa 90% van de huisartsen ondergebracht in huisartsendienstenstructuren. Voor de invoering van deze dienstenstructuren waren huisartsen veelal 400 tot 600 uur (of meer) bereikbaar voor hun patiënten in de ANW-diensten. In de dienstenstructuren wordt nu gemiddeld 243 ANW uren per huisarts per jaar gewerkt, dat een belangrijke bijdrage is aan de werkdrukverlaging van huisartsen.

In de brief van 3 april 2003 werd u over de financiële intensiveringen al in detail geïnformeerd. Het totaal aan intensiveringen in de huisartsenzorg is opgenomen in onderstaande tabel.

Intensiveringen huisartsen (cumulatief, bedragen in € miljoen)

1999	2000	2001	2002	2003
€ 14,1	€ 24,2	€ 186,5	€ 334,7	€ 369,2

1. *Opleidingscapaciteit*
Motto: zoveel mogelijk opleiden.
In 2001 zijn **extra middelen** beschikbaar gesteld om de opleidingscapaciteit van huisartsen uitbreiden tot 670 in 2004.
2. *Salaris HAIO*
Met ingang van 1/1/2001 zijn de **salarissen van de Huisartsen in opleiding (HAIO's)** verhoogd naar het niveau van de Verpleegartsen in opleiding (VAIO's).
3. *Dienstenstructuur*
Voor het verminderen van de werkdruk onder de huisartsen is **de totstandkoming van een landelijk dekkend geheel van diensten voor de zorg in de avonden, nachten en weekenden** van

groot belang. Met het oog daarop is in 2001 een bedrag van f 95 miljoen (€ 43 miljoen) en vanaf 2002 een bedrag van f 150 miljoen (€ 68 miljoen) op jaarbasis beschikbaar gesteld voor de infrastructu-
rele kosten zoals gebouwen, auto's en dergelijke. Om e.e.a. juridisch mogelijk te maken is met terugwerkende kracht tot 1 juli 2001 een algemene maatregel van bestuur van kracht geworden die de huisartsendiensten aanwijst als aparte orgaan op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Per 1 juli 2002 is een uurtarief voor ANW ingevoerd. De extra uitgaven zijn geraamd op € 45 mln.

4. *Verhoging praktijkkosten*

De huisarts dient voldoende middelen te hebben om de praktijk zodanig in te richten dat een moderne praktijkuitvoering mogelijk is. Daarom is een forse **verhoging van de vergoeding van de praktijkkosten** mogelijk gemaakt, wat geleid heeft tot een tariefsverhoging voor het praktijkkostenbudget. In 2001 werd hiervoor f 125 miljoen (€ 57 miljoen) beschikbaar gesteld. Vanaf 2002 is hiervoor f 250 miljoen (€ 113,4 miljoen) beschikbaar.

5. *Praktijkondersteuning*

De huisarts moet zich weer kunnen concentreren op zijn kerntaak. Daarom is praktijkverpleegkundigen in de praktijk van de huisarts geïntroduceerd. Voor deze praktijkondersteuning zijn extra middelen beschikbaar gesteld (€ 38,6 mln).

6. *Compensatie gestegen arbeidsongeschiktheids- en ziektekostenverzekeringen*

Het inkomensbestanddeel van het huisartsentarief is aangepast met daarin verwerkt een compensatie voor de gestegen arbeidsongeschiktheids- en ziektekostenverzekeringen. De bedragen die vanaf 2001 (als voorschot op de algehele inkomensherijking) beschikbaar zijn gesteld (f 15,2 miljoen in 2001 en f 32 miljoen = € 14,5 miljoen) dienen om de kostenstijgingen over 1999 en 2000 te dekken.

7. *Aanpassing subsidieregelingen gezondheidscentra*

In 2001 is het CVZ opdracht gegeven om de subsidieregelingen gezondheidscentra en zwaar gestructureerde samenwerkingsverbanden aan te passen. Daarmee is de **bekostiging van de aanloopperiode van 5 jaar voor centra in VINEX is verhoogd** van € 225 890 (f 500 000) naar € 294 957 (f 650 000) met ingang van 2002.

8. *Instelling Taskforce Knelpunten huisartsenzorg*

Op initiatief van VWS is in maart 2002 de Taskforce Knelpunten huisartsenzorg ingesteld. De Taskforce had als doel oplossingen aan te dragen voor concrete knelpunten die zich op lokaal niveau voordoen, zoals het vinden van geschikte locatie, vergunningenbeleid, financiële problemen gezondheidscentra, etc., in samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten, financiers etc. Inmiddels is deze Taskforce opgeheven.

Maatregelen fysiotherapie/oefentherapie/logopedie

De onderstaande intensiveringen zijn uitgevoerd op basis van het convenant paramedische zorg («meerjarenafspraken 1999–2002») waarbij tussen partijen en de Minister van VWS bestuurlijke afspraken zijn gemaakt over de verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische hulpverlening naar aanleiding van het rapport van de Werkgroep Fysiotherapie en Oefentherapie (WFO).

Intensiveringen (cumulatief, bedragen in € miljoen)

	1999	2000	2001	2002
Terugdraaien korting fysiotherapie	€ 12,3	€ 12,3	€ 12,3	€ 12,3
Kwaliteitsbeleid fysiotherapie en oefentherapie	€ 1,4	€ 1,4	€ 1,4	€ 1,4
Praktijkkosten fysiotherapie	€ 6,8	€ 6,8	€ 13,6	€ 20,5
Praktijkkosten oefentherapie	€ 1,4	€ 1,4	€ 2,7	€ 3,2
Praktijkkosten logopedie	€ 2,3	€ 2,3	€ 4,5	€ 4,5

Samenwerking en marktwerking

De keuzevrijheid van zowel patiënten als verzekeraars wordt beperkt als er sprake is van schaarste. De keuzevrijheid kan eveneens verminderen indien organisatievormen worden gekozen waarin bijvoorbeeld huisartsen onderling samenwerken (HOED'en) of diverse aanbieders van eerstelijnszorg samenwerken (bijvoorbeeld huisartsen, apothekers en fysiotherapeuten). Er zijn maatschappelijke ontwikkelingen, bijvoorbeeld deeltijdwerk, die leiden tot een andere organisatie van de eerstelijnszorg dan de vroegere solopraktijk. Ook schaalvoordelen kunnen een reden zijn voor samenwerking. Zo lonen investeringen in ICT meer als een grotere groep gebruik maakt van deze faciliteiten.

Aan de ene kant is het voor de zorgvragers prettig dat de zorgverleners beter op elkaar ingespeeld zijn. Aan de andere kant kan de situatie er toe leiden dat het moeilijker wordt om eventueel te kiezen voor een andere zorgverlener, binnen of buiten het samenwerkingsverband. In dat geval ontstaat een spanning met de keuzevrijheid, en dus met de mogelijkheden tot marktwerking.

Mededingingswet: kaders voor samenwerking

In januari 1998 is de Mededingingswet van kracht geworden voor de zorgsector. De Mededingingswet onderkent de spanning tussen samenwerking en marktwerking. Daarom bevat de Mededingingswet kaders voor samenwerking. Op grond van het kartelverbod (artikel 6 Mw) zijn «overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde gedragingen van ondernemingen verboden, als zij ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst.» Uitzondering betreft afspraken waarbij niet meer dan acht ondernemingen betrokken zijn en waarvan de gezamenlijke omzet een bepaalde drempel niet overstijgt, de zogenaamde bagatelbepaling (artikel 7 Mw). Indien de ondernemingen zich voornamelijk richten op het leveren van goederen bedraagt de drempel 4 450 000 euro. Voor alle andere gevallen bedraagt de drempel 908 000 euro.

Het voorgaande betekent overigens niet dat de Mededingingswet zorgverzekeraars en individuele beroepsbeoefenaren zonder meer verplicht tot individuele onderhandelingen over (onder andere) prijzen, zorgvolume en kwaliteit. Om een en ander te verhelderen stelde de NMa in oktober 2002 de «Richtsnoeren voor de zorgsector» vast. Deze richtsnoeren geven duidelijkheid over de mogelijkheden voor samenwerkingsvormen in het licht van de Mededingingswet. Het voert te ver in deze bijlage de richtsnoeren volledig te herhalen. Wel worden in onderstaande box enkele voorbeelden beschreven van samenwerkingsvormen tussen vrije beroepsbeoefenaren die mogelijk zijn binnen de bepalingen van de Mededingingswet.

Samenwerking tussen zorgaanbieders die past binnen Mededingingswet**Voorbeeld 1. Huisartsen onder een dak (HOED).**

De bagatelgrens (artikel 7 Mw) betekent dat als dit wordt gewenst (uitgaande van de huidige maximumtarieven) afspraken tussen 4 à 5 *fulltime* werkende huisartsen kunnen worden gemaakt. Bij de overige beroepsbeoefenaren (met uitzondering van de specialisten) is het aantal dat binnen de beroepsgroep kan samenwerken nog groter. Als de bagatellimiet wordt overschreden kan er nog altijd ruimte zijn voor samenwerkingsverbanden tussen dezelfde beroepsbeoefenaren; in dat geval moet worden gecheckt of een groepsvrijstelling geldt.

Voorbeeld 2. Gezondheidscentrum

Samenwerking tussen niet-concurrenten is geoorloofd. Denk bijvoorbeeld aan de oprichting van gezondheidscentra door zorgaanbieders vanuit verschillende disciplines.

Voorbeeld 3. Ondersteunende stichting gemeente

Een gemeente richt een stichting op die gezondheidscentra opzet in diverse wijken van de gemeente. Alle zorgverleners zijn in loondienst. De verzekeraars maken afspraken met de stichting.

Deze samenwerkingsvorm past binnen de Mededingingswet. Toch zijn er in dit geval aandachtspunten als het gaat om keuzevrijheid en mededinging. Het lijkt voor de hand te liggen dat een bewoner een beroep doet op het gezondheidscentrum in de wijk waarin hij woont. Indien een bewoner echter een beroep zou willen doen op een andere zorgverlener binnen of buiten dit gezondheidscentrum, dan dient dit mogelijk te zijn. De stichting zal dus kritisch moeten zijn over de eigen organisatie om keuzevrijheid en samenwerking inhoud te geven.

Voorbeeld 4. Ondersteunende diensten in een stichting

Een aantal beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg formuleert een plan waarin voor de komende jaren wordt geformuleerd hoe wordt omgegaan met specifieke patiëntencategorieën (bijvoorbeeld diabetici) en een voorstel voor de infrastructuur waarbinnen de zorg wordt verleend. Deze onderdelen van hun taken brengen zijn onder in een stichting. De individuele beroepsbeoefenaren sluiten voor de af te nemen diensten een contract met de stichting. Bij het contracteren van de zorg zullen de zorgverzekeraars waarschijnlijk ook vertegenwoordigers van de stichting willen betrekken.

Tot slot wordt hier aandacht besteed aan samenwerking bij de zorginkopers, de zorgverzekeraars. Op grond van de bepalingen van de Mededingingswet is bijvoorbeeld het volgende mogelijk. De regionaal dominante verzekeraar komt een contract overeen met de (groep) beroepsbeoefena(a)r(en) (zie box). De overige zorgverzekeraars kunnen zich verzamelen in een inkoopcombinatie indien het gezamenlijke marktaandeel minder dan 15% bedraagt¹, en sluiten als groep eveneens een contract (met eventueel andere afspraken en voorwaarden). In dit geval beperken de onderhandelingen van de solist of groep beroepsbeoefenaren zich tot twee verzekeraars. Dit is weliswaar een minimum voor het aantal onderhandelingen binnen het model van concurrerende verzekeraars en concurrerende aanbieders, maar geeft toch voldoende inhoud aan de beoogde concurrentie in de zorg. Bij deze keuze blijven de onderhandelingsinspanningen beperkt en is ook geen sprake van veel administratieve lasten. Als de beroepsbeoefenaar of de groep beroepsbeoefenaren besluit contracten af te sluiten met meer (groepen van) verzekeraars, kan dat natuurlijk.

¹ Hierbij is zowel het marktaandeel op de inkoopmarkt als op de verkoopmarkt (in dit geval de zorgverzekeringsmarkt) relevant. Bij een hoger marktaandeel dan 15% moeten de gevolgen op de markt worden onderzocht en moet een ontheffingsverzoek aan de NMa worden voorgelegd.