



Center On Strategies For Public And Civil Entrepreneurs

Kansen en uitdagingen voor
ondernemerschap door professionals
in de eerstelijnszorg

Drs. S.P.M. (Steven) de Waal

[m.m.v. Drs. M.D.M. (Merlijn) Ballieux en R.L.A. (Ruben) Zelissen]

September 2008

Voorwoord

Het rapport dat voor u ligt “*Kansen en uitdagingen voor ondernemerschap door professionals in de eerstelijnszorg*”, is het resultaat van een uitvoerig onderzoek dat is uitgevoerd onder leiding van en op initiatief van Public SPACE Foundation, Centre on Strategies for Public And Civil Entrepreneurs. We hebben daarbij nauw samengewerkt met vele partijen uit het veld, zoals beroepsorganisaties, ondernemersorganisaties, wetenschappelijke instituten, overheidsinstanties e.d., waarvoor we veel dank verschuldigd zijn¹. Tijdens het gehele onderzoek is vaak gespiegeld en gediscussieerd met belangrijke professionele *stakeholders* in de eerstelijnszorg. Met name is er intensief gesproken met de vier grootste beroepsgroepen in de eerste lijn die ook alle vooral als zelfstandige professionele verenigingen zijn georganiseerd: Huisartsen (LHV), fysiotherapeuten (KNGF), tandartsen (NMT) en apothekers (KNMP). Tevens heeft er ook een bijeenkomst van de Denktank² van Public SPACE met gasten uit het veld plaatsgevonden. Het rapport dat voor u ligt, schetst toekomstperspectieven, maatregelen in beleid en mogelijke ondernemersstappen voor de beroepsgroepen. Deze visie en aanbevelingen zijn geheel voor rekening van Public SPACE, en dan met name de hoofdauteur, ondergetekende, en op geen enkele wijze kunnen deze visie en standpunten in dit stadium worden toegeschreven aan genoemde beroepsgroepen of andere gesprekspartners.

Voor Public SPACE, dat zich richt op (maatschappelijk) ondernemerschap in de publieke sector, is de 1^e lijnszorg een goed en belangwekkend onderdeel van de publieke voorzieningen om nader op in te zoomen, omdat het heel veel moderne dilemma's en vraagstukken weergeeft en scherp laat zien. Het is een belangwekkend publiek terrein, waar velen van afhankelijk zijn en mee in aanraking komen zodra ze behoefte aan zorg ervaren. Het is ook een gebied met een groot publiek belang binnen de gezondheidszorg doordat de 1^e lijnszorg de spil is in functies als ‘poortwachter’, ‘verwijskanalen’ en ‘zorg dicht bij huis’. Tegelijk is het bij uitstek een gebied waar, vaak kleinschalig, de professional in zelfstandig ondernemerschap werkt. Hoe verhoudt zich dit particulier ondernemerschap met het grote publieke belang van een goede 1^e lijnszorg? Is dat model van privaat ondernemerschap wel te handhaven temidden van de grote beleidsturbulentie in de gehele zorg? Hoe zit het dan met de kleinschaligheid, zal die worden ingeleverd? Even

¹ Zie voor een overzicht van gesprekspartners bijlage II

² Voor de meest actuele samenstelling van de Denktank, zie www.publicspace.eu

relevant en even actueel³ is daarbinnen de vraag hoe de (economische, professionele) zelfstandigheid van de professional en zijn eigen ondernemerschap zich verhoudt tot de bureaucratie en grootschaligheid van andere organisaties, maar ook of deze professional kan overleven zonder die zo verfoeide ‘managers’? Of is zelfstandig professioneel ondernemerschap de logische en enige keuze als we echt over wil gaan tot meer zelfstandigheid van professionals en terugdringen van bureaucratie en management? En, tenslotte, wat zijn hiervan de consequenties voor overheidsbeleid in de zorg: Waarop moet worden ingezet voor toekomstig beleid, op de professional? Op zelfstandige praktijkvoering? Op samenhang en grootschaligheid? Op marktwerking in de meest ruime zin en ongebreidelde zin van het woord? Op overname door derden van buiten de 1^e lijn? En wat leren deze keuzen dan voor het beleid op andere, aanpalende terreinen, zoals dat rond ziekenhuizen en AWBZ?

In de eerste fase van het onderzoek is onderzoeksbureau EIM aan de slag gegaan met een omvangrijke voorstudie naar een op feiten gebaseerde inventarisatie van de positie, veranderingen, consequenties en zichtbare trends in de praktijk van de verschillende beroepsgroepen binnen de eerstelijnszorg. De uitkomst van dit rapport staat kort weergegeven in hoofdstuk 1. In de tweede fase van dit onderzoek heeft Public SPACE het onderzoek volledig overgenomen en is gaan werken aan de toekomstvisie (wenselijke richting, voor- en nadelen) en de strategische opties (toekomst scenario’s) voor het onderzoek.

Met het onderwerp van deze studie is het net als met de vis en het water: omdat het water zo alomtegenwoordig is, ziet de vis het water niet. Zo is ondernemerschap en eigen praktijkvoering zo natuurlijk en alomtegenwoordig in de 1^e lijnszorg dat het, zeker door de professionals zelf, maar ook door beleidsmakers, vaak niet gezien wordt, er vooral ‘vage beelden’ leven en vaak onvoldoende scherp wordt gekozen in beleid. Daarmee gaan onbedoeld mogelijk de voordelen van deze praktijkvoering verloren. We hopen met dit rapport dit kernonderwerp voor een goed functioneren van de 1^e lijnszorg de aandacht te hebben gegeven en de plaats op de agenda die het verdient.

³ Zie o.a. recent debat in NRC Handelsblad, aangejaagd door Mirko Noordegraaf met zijn artikel: *‘Leve de managers! Waar zouden we zonder hen zijn?’* Gepubliceerd: 21 maart 2008, maar ook vele politieke pleidooien, bijvoorbeeld als uitkomst van de enquetecommissie Dijsselbloem voor herstel van de centrale positie van ‘de’ *professional*, volgens sommigen ten koste van die van ‘management’.

Ik wens u veel leesplezier,

Drs. Steven P.M. de Waal,
Oprichter en Voorzitter Public SPACE Foundation
www.publicspace.eu



INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	5
Hoofdstuk 1 Een aantrekkelijk en gewaardeerd werkterrein: de 1e lijnszorg	7
1.1. Veel steun voor het principe	7
1.2. Aantrekkelijke toekomst voor de professional	8
1.3. Stand van zaken en ontwikkelingen (voorstudie)	16
Hoofdstuk 2 Onvoldoende gericht op kansen en bedreigingen	22
2.1. Huidig professioneel ondernemerschap: wel dynamiek, niet de goede richting	22
2.2. Ten dele achterhaald geografisch principe	23
2.3. Veel trends zijn bedreigend	29
2.4. Noodzaak van anticiperend ondernemerschap en visie, niet per se van de 1 ^e lijn zelf	34
Hoofdstuk 3 Het publieke belang bij behoud van privaat ondernemerschap: 5 strategische gebieden	37
3.1. Acute en urgente zorg	39
3.2. Chronische en ouderenzorg (aan huis)	41
3.3. Preventie	44
3.4. Substitutie	45
3.5. Poortwachter en vertrouwenspersoon	45
Hoofdstuk 4 Het ondernemerschap van de professional verdient bijzondere aandacht: in beleid	49
4.1. De invloed van institutionele druk op de professionele praktijk	49
4.2. Beleidsdimensie I: Blauwdrukplanning versus Marktwerving	52
4.3. Beleidsdimensie II: Ondernemend versus Werknemend	56
4.4. Beleidsdimensie III: Winstmaximalisatie versus Maatschappelijk (Verantwoord) Ondernemen; de rol van <i>goodwill</i>	60
Hoofdstuk 5 Het ondernemerschap van de professional verdient bijzondere aandacht: in organisaties	68
5.1. Vergelijking met medisch specialisten in ziekenhuizen (een actueel onderwerp)	68
5.2. Professionals en organisatie: een natuurlijke spanning	71
5.3. Rolverdeling in de 1 ^e lijnszorg	73
5.4. Organiseren van multidisciplinaire samenwerking	77
5.5. Professionele en ondernemende modellen in de zorg	83
Hoofdstuk 6 Derden als ondernemer: varianten en randvoorwaarden	91
6.1. Zorgaanbieders (van buiten de 1 ^e lijn)	93
6.2. Commercieel bedrijfsleven	97
6.3. Gemeenten	99
6.4. Zorgverzekeraars	100

Hoofdstuk 7	Kernconclusies en Aanbevelingen	104
Bijlage I	: Geraadpleegde literatuur	
Bijlage II	: Gesprekspartners	

Hoofdstuk 1

Een aantrekkelijk en gewaardeerd werkterrein: de 1^e lijnszorg

1.1. Veel steun voor het principe

Nederlanders geven al sinds jaar en dag in allerlei enquêtes en onderzoeken aan dat de lichamelijke en geestelijke gezondheid hun hoogste goed is en indirect dat een goed functionerend zorgaanbod voor hen dus een cruciale voorwaarde is. In principe is een goede 1e lijnszorgvoorziening een essentiële kracht in ieder zorgstelsel. Ze biedt vele voordelen. Ze biedt zorg dichtbij huis, (letterlijk) voor degenen die zich moeilijk verplaatsen en sterk aan huis gebonden is of voor acute vraagstukken aan huis. Ze is daardoor ook een eerste contactpunt voor degene met medische vragen of dreigende gezondheidsproblemen. Ze opereert vanuit kennis van de thuis- en buurtsituatie en daar bestaande specifieke situaties en netwerken. Ze kan daardoor ook eerder signaleren dat er een gezondheidsrisico dreigt, hetzij voor de individuele patiënt, hetzij voor de buurt als geheel. Ze zit in lokale netwerken en kan daardoor beter aansluiten op mantelzorg en buurtsituaties. Ze kan hierin dus ook in principe een coördinerende rol spelen in de verschillende disciplines die in de zorg aan huis nodig kunnen zijn. Ze verhindert mede onnodige of dure toetreding tot de rest van het zorgaanbod (*gatekeeping*) en kan de patiënt ook weghouden van processen als medicalisering en hospitalisering. Bepaalde medische en verpleegkundige verrichtingen zijn goedkoper, effectiever en minder belastend voor de patiënt, wanneer ze worden uitgevoerd vanuit de thuissituatie (ambulant). Deze vele voordelen van een goed functionerende 1^e lijnszorg staan gelukkig ook al jaren aan de basis van het Nederlands beleid om deze in stand te houden en te ontwikkelen. Landen waar deze zorg niet zo kleinschalig, professioneel en dichtbij huis is geregeld, zijn vaak jaloers en blijven achter op hetgeen Nederland heeft opgebouwd.

De laatste jaren is er veel veranderd in het Nederlandse zorgstelsel, met name onder leiding van minister Hoogervorst zijn belangrijke veranderingen ingezet, zoals de eerste stappen rond liberalisering van curatieve zorg, de grotere invloed van zorgverzekeraars in de nieuwe Zorgverzekeringswet en de invoering van een systeem van outputfinanciering (de DBC's). Ook in het veld van en rondom de AWBZ zijn belangrijke veranderingen doorgevoerd, zoals de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, de herpositionering van de zorgkantoren en de financiering op basis van functionele aanspraken, om er maar een paar te noemen. Ook het huidige kabinet zet belangrijke stappen die grote invloed hebben op de functie en positie van de

1^e lijnszorg. De grote nadruk op preventie, de introductie van Centra voor Jeugd en Gezin en de verdere liberalisering van de curatieve zorg. Bij dit laatste hoort ook een verdere uitbouw van financiering via DBC's, die een integrale afweging in de curatieve keten van de inbreng van 1^e lijnszorg mogelijk maken. Dit overzicht geeft al aan dat in die maatregelen de positie van 1^e lijnszorg niet ter discussie staat, integendeel er een nog groter beroep op gedaan wordt. In veel van deze maatregelen komt de 1^e lijnszorg alleen maar centraler te staan en zouden deze maatregelen ook niet genomen kunnen worden zonder de huidige uitgebreide 1^e lijnszorg. Het principe dat een sterke en goede 1^e lijnszorg een cruciale bijdrage levert aan een goede gezondheid en gezondheidszorg staat nog steeds voluit overeind.

Maar dat is 'slechts' het principe van de Nederlandse 1^e lijnszorg. In de organisatie, structuur, cultuur en kwaliteit van alle deelnemers zullen deze veronderstelde voordelen wel iedere dag en structureel waargemaakt moeten worden. Om die reden werd hiervoor ook consequent gesproken van '1^e lijnszorg' en niet van 'de 1^e lijn' of '1^e lijnsorganisatie'. Dergelijke aanduidingen suggereren immers veel meer dat het ook een organisatiemodel is met organisatorische issues als samenhang, samenwerking, regie, hiërarchie, financiering e.d. Met 1^e lijnszorg werd hierboven nog niets anders aangeduid dan dat we beschikken over professionele, goed getrainde zorgaanbieders die dichtbij huis opereren, daar goed fysiek en communicatief bereikbaar zijn en vooral dat ze een laagdrempelige (vaak de eerste) toegang bieden tot zorg. Die 1^e lijnszorg heeft *in principe* de vele voordelen die we hiervoor aangaven, maar op veel van de genoemde organisatorische issues zijn er nog veel verbeteringen mogelijk. Daarop concentreert zich dit onderzoek en rapport, met dan vooral een focus op de positie van (medische en paramedische) professionals daarbinnen.

Healthways, een private speler als poortwachter.

In de Verenigde Staten heeft de eerste lijn een wisselende rol gekend de afgelopen decennia. In de jaren '90 was de eerste lijn hét antwoord op de exploderende kosten in de zorgsector. In deze tijd werd de eerste lijn aangezet om de poortwachter rol stevig op te pakken. Dit leidde onder andere tot de opkomst van Disease Management Programs (DMP) ook wel bekend als zorgprogramma's. Momenteel is een van de grootste spelers op het gebied van DMP Healthways. Dit private bedrijf heeft gebruik gemaakt van de ruimte die er in de VS is om als particulier bedrijf op de zorgmarkt te opereren. Daarbij is handig ingespeeld op zowel de zorgvraag, als de marktvraag en is ondertussen uitgegroeid tot een miljardenconcern dat vele programma's ontwikkelt die zijn gericht op grote niches van de zorgsector, met name de chronische zieken. Door middel van het inventief inrichten van de organisatie en veel gebruik te maken van monitoring, ICT en zelfzorg van patiënten worden grote winsten behaald op zowel de zorgkwaliteit, als op financieel vlak.

Healthways heeft regionale kantoren verspreid over heel Amerika. Miljoenen patiënten (klanten) maken gebruik van de diensten die Healthways aanbiedt, dit zorgt ervoor dat zij een speler zijn van formaat. Het bedrijf is zo gegroeid dat het zelfs zijn eigen medisch onderzoek financiert en verricht en daarnaast zelf ook producten ontwikkeld voor haar patiënten. Zowel het medisch onderzoek, als de productontwikkeling leidt tot innovatie in de zorg en kostenbesparing op de lange termijn.

Het stelsel van de Verenigde Staten kent veel vrijheid in vergelijking met dat van Nederland. Dit leidt tot veel initiatieven van private partijen om de zorg te verbeteren, maar ook tot het zeer gedetailleerd en stevig aansturen van de professionals.

De eerste lijn bestaat in Nederland uit een breed palet aan zorgaanbieders in verscheidene organisatievormen, van solopraktijk tot multidisciplinair werkverband. Dit zijn de organisaties eerstelijns zorgaanbieders. Daarnaast spelen ook de diëtist, de psycholoog en de verloskundige daar een rol. Ook de thuiszorg, en dan met name de verpleegkundige in dienst van de thuiszorg, is natuurlijk belangrijk in de directe zorg aan patiënten. De wijkverpleegkundige heeft een belangrijke rol als coördinator, casemanager, leverancier van wijkverpleging en als ondernemer in de eerste lijn. Echter omdat dit nu nog onder het grotere werkverband valt van de thuiszorgorganisatie en dus minder van doen heeft met het ondernemerschap van de zelfstandige professional, wordt deze beroepsgroep in dit rapport slechts zijdelings behandeld.

Het onderwerp ondernemerschap van professionals in de zorg staat steeds meer in de belangstelling en is zo doende ook op meerdere manieren relevant:

Het is *professioneel* relevant, omdat:

- het gaat om de economische, maar mogelijk daarmee ook de feitelijke vrijheid tot het autonoom uitoefenen van je vak;
- het dan ook moet gaan om de vaardigheid om te ondernemen en een eigen zelfstandige praktijk te kunnen voeren.

Het is *politiek* relevant, omdat:

- het fenomeen nu in de zorg en zeker eerstelijnszorg groot is en dus bij wijzigingen er grote economische en professionele effecten zijn,
- er toenemend een politiek pleidooi is af te komen van bureaucratische sturing naar sturing van en door professionals, ten dienste van de patient. Het geen dus betekent dat deze professionals (weer) meer autonomie moeten krijgen. Hoe verhoudt zich dat tot hun economische positie? In veel politieke debatten wordt die vraag niet gesteld. Is economische zelfstandigheid niet een gunstige, misschien zelfs noodzakelijke voorwaarde voor tegenwicht tegen organisatiedrang en managementhypes? En tegelijk een goede basisvoorwaarde voor professionele kwaliteit en innovativiteit?
- ook management sec als produktiefactor en manier van sturen in professionele organaties toenemend ter discussie staat. Is management niet doorgesloten, voorbij zijn effectiviteit? Kan de professional niet al veel meer via zelfsturing, dan het managermernt in ouderwetse opvatting kan en wil toelaten. Zit men elkaar niet overdreven in de weg, omdat management zijn meerwaarde koste wat het kost wil waarmaken? En heeft ook dat niet te maken met de ondernemende positie van de professional die op die manier beter tegenwicht kan bieden?

Het is voor de *patient* relevant, omdat:

- deze uiteindelijk direct te maken heeft met de professional en deze ook beschouwt als de ‘drager van de zorg’. Dan zijn dus diens economische positie en prikkels zeer relevant voor de vraag of je hen nog kunt vertrouwen, of het een goede professional is, of het normaal is zoals deze is ingebed in organisaties (o.a. merkbaar bij hoe en waarnaar verwezen wordt) e.d.;
- in een ondernemende constructie er allerlei positieve en negatieve prikkels kunnen werken rondom de patient: aantallen patienten zijn mogelijk gunstig, maar

ingewikkelde behandelingen wellicht niet; verwijzen kan goedkoop zijn maar ook haaks staan op de professionele onderneming etc.

Het is voor de *zorg* zelf relevant, omdat:

- in recente inzichten van Porter (toonaangevend onderzoeker en publicist in economie en strategie en de laatste jaren ook in de zorgsector) nogal benadrukt wordt dat iedere zorgaanbieder maximaal zou moeten sturen op optimalisatie van gezondheidswinst voor de hele patientenzorg in termen van gezondheidswinst voor die patient (integraal en ketengericht denken). Hoe verhoudt zich dat tot een kleinschalige professionele autonomie en praktijkvoering? Is die constructie daar beter of juist slechter voor?

1.2. Aantrekkelijke toekomst voor de professional

In algemene zin sta je als het ware in de etalage van de zorg⁴, je drijft de winkel waar iedere patient als eerste inloopt, vaak ook gevestigd in woonwijken, laagdrempelig, toegankelijk, ‘huiselijk’, middenin de samenleving. De patient die hier binnenkomt voelt zich vaak nog niet onderdeel van het echte medische complex maar ziet wel kenmerken daarvan (witte jas bij de apotheker, apparatuur bij de tandarts en fysiotherapeut, diagnoseapparaten bij de huisarts). Hij of zij treedt als het ware een overgangsgebied binnen tussen huis en werk enerzijds en de medische sector anderzijds. Het hangt van de beslissingen daar af of hij of zij verder zal opschuiven in de medische sector of weer, met enige hulp, advies en wellicht medicijnen, weer terug kan keren richting huis en werk.

Meer specifiek valt op:

1. Kleinschalige praktijkvoering normaal

- a) Het voeren van kleine, zelfstandige praktijken is gemeengoed en traditioneel geaccepteerd, zowel door collega’s, toezichthouders als patienten. Heel veel andere systemen van zorg zijn grootschaliger en minder rondom de professional georganiseerd, bijvoorbeeld GGZ (behalve de vrijgevestigde psychiaters en eerstelijns psychologie praktijken) en – tot voor kort – ziekenhuizen. Deze zijn inmiddels aangevuld met priveklinieken die kleinschaliger en meer rondom de professional zijn opgezet. Zowel

⁴ Zie voor het concept ‘de etalage van de zorg’, het hoofdstuk: de Huisarts: de laatste kleine zelfstandige’, in “Besturen op leven en dood” drs. S.P.M. de Waal, De Tijdstroom 1997

binnen dergelijke GGZ- als ziekenhuisorganisaties woedt dan ook een permanent en bij tijd en wijle heftig debat over autonomie, zeggenschap, rol van management, besluitvorming en toedeling van middelen. Allemaal bureaucratisch gedoe waar een kleinschalige praktijk in principe buiten blijft, behalve natuurlijk als het institutionele netwerk om deze praktijken heen zich net zo en net zo indringend gaat gedragen als een grootschalige organisatie .

b) Dat is het goede nieuws. Het minder goede nieuws lijkt te zijn dat de markt toch in hoge mate verdeeld lijkt onder de bestaande aanbieders. Het geheel los van het bestaande netwerk starten van een eigen praktijk is vrijwel onmogelijk door het ontbreken van inbedding in systemen van uitwisseling, vervanging, avond- en weekenddiensten etc. Dan moet dus gezocht worden naar een over te nemen praktijk. Maar dat leidt weer tot aanvangskosten door het betalen van *goodwill* of overdrachtskosten, die wederom in diezelfde praktijk moeten worden terugverdiend. Al is *goodwill* betaling formeel in diverse segmenten van de eerstelijnszorg afgeschaft, als de werkelijkheid anders in elkaar zit, dan zal er toch nog steeds een vergoeding betaald moeten worden voor over te nemen praktijken. Mede omdat daardoor aanvangskosten die horen bij het vanaf nul starten van een eigen praktijk worden vermeden.

c) De concurrentie en mogelijk ook de percepties van patienten op deze kleinschalige zelfstandige praktijkvoering wordt wel beïnvloed door de enorme schaalvergroting van partijen om de eerstelijnszorg heen (ziekenhuizen, thuiszorg, zorgverzekeraars), maar ook binnen de eerstelijnszorg zelf (gezondheidscentra, grotere praktijken, inhuizing in huisartsenposten) of acties vanuit grootschalige omgevingspartijen (zoals van ziekenhuisapotheken, die zich ‘in de stad’ wagen). Het krachtenveld en de perceptie van de patient veranderen daardoor aanzienlijk. Aanpassing en modernisering van opzet, uitstraling en type diensten in de professionele praktijk zijn daarom cruciaal met behoud van een zekere geruststellende band met het verleden.

2. Voldoende toekomst

De continuïteit van de behoefte aan deze vorm van zorg laagdrempelig en dichtbij huis lijkt wel verzekerd. Dit is natuurlijk een belangrijke factor als je je wil vestigen als vrije zorgprofessional. Er is dus voldoende behoefte (andere termen hiervoor: ‘markt’,

zorgbehoefte, zorgproductie) de komende jaren om te starten met een eigen praktijk. De eerstelijnszorg is geen krimpende of opdrogende markt, waaraan straks geen behoefte meer is.

Wel zijn er enige bedreigingen van substantiële aard voor deze continuïteit en omvang van de eerstelijnszorg.

De typische meerwaarde van de eerstelijnszorg, namelijk de ‘toegankelijkheid’ staat langs twee kanten onder druk: hij wordt niet altijd door het totaal van de lokale eerstelijnszorg goed waargemaakt en de opkomst van nieuwe distributietechnieken maken ook een andere, goedkopere, toegankelijkheid mogelijk. Het eerste leidt ertoe dat bijvoorbeeld groepen patiënten toenemend voor acute medische aangelegenheden rechtstreeks naar het ziekenhuis gaan en niet de eerstelijns benaderen, het tweede leidt tot de opkomst van andere toegangskanalen tot zorg zoals postorder farmacie en call centra.

Een andere belangrijke bedreiging komt van toetreding van geheel andere partijen tot de eerstelijnszorg dan deze klassieke professionele praktijken. Ook de grote zorgaanbieders en zorgverzekeraars bieden hier toenemend hun diensten aan, maar ook meer commerciële partijen als farmacie, drogisterijen, revalidatie- en integratiebedrijven etc.

Anderzijds zijn er ook weer goede kansen op uitbreiding van de behoefte aan dit type zorg. De wens om thuis te blijven wonen, ook met ziekte, is onder burgers/familie en patiënten nog steeds groeiende. Met name de groeiende groep chronisch zieken heeft die wens, maar heeft ook duidelijke wensen tot hulp bij complexe zorg. Ook het vroegtijdig ontslag uit ziekenhuizen en de technische mogelijkheden die verder leiden tot ‘poliklinisering’ van de medisch-specialistische curatieve zorg leiden tot nieuwe kansen. De pogingen tot extramuralisering vanuit de AWBZ-instellingen op het terrein van GGZ (verslaafden, licht psychiatrische gevallen) en gehandicaptenzorg en de grote medische mogelijkheden tot monitoring en hulp op afstand leiden ertoe dat de zorg aan huis in de toekomst zeker niet zal afnemen of minder complex zal worden. Het betreft hier echter zeker niet alleen volumevergroting van bestaande zorg, de zorg zelf die door de eerste

lijn moet worden geboden wordt ook steeds medischer van aard, specialistischer en steeds complexer, dit heeft grote organisatorische gevolgen.

3. **Meer samenwerking absoluut noodzakelijk**

De eerste lijnszorg is dus niet meer zoals deze geweest is. De drang en druk tot samenwerken is groot. Dit heeft een paar oorzaken.

Zoals gezegd: de zorg aan huis wordt (ten dele) complexer, bijvoorbeeld door toename vergrijzing en door meer aandacht voor chroniciteit van ziekten waarbij mensen toch thuis blijven wonen, dit vergt multidisciplinair verkeer en samenwerking en vergt soms ook investeringen in bepaalde apparatuur e.d. Deze laatste zijn soms ook niet meer door kleine praktijken alleen op te brengen of te implementeren en beheren.

Tevens is er natuurlijk grote politieke en maatschappelijke druk op samenwerkingsissues als toegankelijkheid, kwaliteitsbevordering, verantwoording, elektronische patiënten dossiers (EPD) etc. Maar ook zal deze externe druk en 'oplettendheid' sterk toenemen omdat de medische en sociale risico's in de thuissituatie ook hoger worden. Een goed voorbeeld hiervan is de druk die er momenteel is op het systeem van jeugdzorg. Allemaal zaken die vrijwel alleen in samenwerking kunnen worden gerealiseerd.

Tenslotte spelen hierin ook psychologische factoren toenemend een rol. Vrijwel geen professional die nu aan de slag gaat in de eerste lijnszorg wil nog in zijn of haar eentje de last van 24uurs zorg en -bereikbaarheid dragen. Die wordt gedeeld met collega's. Velen willen niet fulltime in een eigen praktijk werken en zien juist als voordeel van de zelfstandigheid dat het ook heel goed parttime zou kunnen.

Er is dus nog steeds ruimte voor professionele praktijkvoering, maar ook de solistische praktijk zal veel sterker dan voorheen ingebed moeten zijn in goed werkende en sterke netwerkconstructies.

4. **Veel ruimte voor professionele zelfstandigheid**

Wat ook opvalt vanuit dit perspectief is de grote professionele autonomie die er heerst. Professionals kunnen zich echt wijden aan het vak zoals zij dat zien en willen

ontwikkelen. Wel toenemend ingebed in professionele protocollen en verantwoordingsystemen (zie punt 3 punt 3 gaat wel over samenwerking, maar protocollen en verantwoordingsystemen worden niet genoemd), maar toch met veel vrijheid in de uitvoering. Dit maakt het natuurlijk ook spannend, zeker in het begin, maar biedt dan ook veel bevrediging, wanneer de resultaten verbeteren. Ook de afweging om al dan niet een bepaalde innovatie in het vak over te nemen in de eigen praktijk is een eigen afweging, waarbij de professionele ondernemer geheel zelf tussen zorgopbrengsten en economische kosten, zaken die elders in de zorg vaak erg ver uit elkaar getrokken zijn, leidend tot irrationele besluitvorming.

5. Keuze in economische positie

Tenslotte blijkt de eerstelijnszorg bij uitstek een omgeving waar een startende professional zelf kan kiezen uit de economische positie die hij/zij wenst: eigen praktijk of in loondienst, fulltime of parttime, in grootschalige verbanden, bijvoorbeeld intramuraal, of kleinschalig, mono-disciplinair of multi-disciplinair. Wel is het een wat eigenaardige omgeving voor een ondernemer, omdat tegelijk allerlei marktvoorwaarden ingrijpender publiek zijn gereguleerd dan een ‘gewone’ marktomgeving, tot aan inkomensregulering toe. Dat laatste soms indirect via prijs- en tariefmechanismen, die grote gevolgen hebben voor inkomens, maar soms ook direct door maxima te reguleren van inkomens of zelfs ‘*claw back*’-regelingen die later alsnog bepaalde winsten of inkomensbestanddelen afroemen, omdat ze excessief of niet bedoeld zijn geweest.

Alles overziende is de 1^o lijnszorg echter voor een ondernemende professional een aantrekkelijke omgeving: toekomstvast, belangrijk in de ogen van het publiek, grote toegevoegde waarde in het hele zorgstelsel en professionele vrijheid van opereren en investeren.

1.3. Stand van zaken en ontwikkelingen (voorstudie)

De samenvatting van het feitenonderzoek van EIM (afgerond januari 2007) luidt als volgt:

Positie van de zorgaanbieders:

Eerstelijnszorg algemeen

- * de eerste lijn speelt een belangrijke rol voor de doelmatigheid van de gezondheidszorg
- * in 2003 werd 5,8 miljard euro uitgegeven in de eerstelijnszorg; dat is 10,2% van de totale kosten in de gezondheidszorg
- * de huisartsenzorg neemt ondanks de centrale positie slechts 3,7% voor zijn rekening
- * de top vier van zorgverleners wordt gevormd door: huisarts, apotheek, tandarts en fysiotherapeut
- * de laatste 25 jaar hebben steeds meer Nederlanders een beroep gedaan op huisarts en fysiotherapeut

Huisartsen

- * in de huisartsenpraktijk is steeds meer sprake van ondersteunend personeel of de huisarts maakt gebruik van ondersteunende diensten
- * om meer efficiency in de voorzieningen in de praktijk en in de personeelsbezetting te bereiken gaan huisartsen steeds meer samenwerken in één praktijk
- * door de toegenomen technologie kan steeds meer oorspronkelijke ziekenhuiszorg plaatsvinden in de huisartsenpraktijk (substitutie)

Apothekers

- * door versoepeling van wet- en regelgeving is het aanmerkelijk eenvoudiger geworden voor niet-apothekers om apotheken te bezitten
- * de liberalisering heeft onder meer tot gevolg gehad dat bestaande marktpartijen, met name bepaalde farmaceutische groothandels, hun marktpositie hebben uitgebreid door het opkopen van apotheken en opzetten van apotheekketens
- * er zijn ook drogisterijketens die openbare apotheken exploiteren, enkele zorgverzekeraars zijn inmiddels ook met eigen apotheken begonnen en ziekenhuizen openen ook poliklinische apotheken

Tandartsen

- * tandartsen werken voor het overgrote deel in een eigen praktijk, waarvan het merendeel in een solopraktijk en een klein deel in een groepspraktijk
- * er ontstaan steeds vaker samenwerkingsverbanden tussen de verschillende mondzorgaanbieders
- * er vindt met name in grote praktijken enige mate van specialisatie plaats van de verschillende tandartsen; de meeste tandartsen leveren echter alle zorg

Fysiotherapeuten

- * er is een steeds grotere groep fysiotherapeuten die niet per se (direct) een eigen praktijk willen en eerst in loondienst starten;
- * voor behandeling hoeft een patiënt geen verwijzing van de huisarts meer te hebben
- * schaalvergroting is noodzakelijk om bedrijfseconomische redenen, om redenen van inhoudelijke specialisatie en om tegenwicht te bieden aan de zorgverzekeraars: de fysiotherapeuten moeten gaan kiezen wat voor pakketten ze bieden en de zorgverzekeraars proberen met '*preferred* praktijken' te gaan werken
- * in de opkomende preventieve aanpak via zorgprogramma's vervullen fysiotherapeuten een grote rol

Veranderingen in de eerstelijnszorg

Afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod

- * de omvang van de zorgvraag zal toenemen als gevolg van demografische en epidemiologische ontwikkelingen
- * afstemming van de zorg op de wensen en verwachtingen van patiënten/consumenten wordt steeds belangrijker
- * vraag en aanbod van huisartsenzorg en tandartsenzorg zijn in de toekomst mogelijk niet in balans
- * eerstelijnszorgaanbieders willen in grotere getale parttime en/of in loondienst werken

Liberalisering

- * in de opvatting van de NZa beperkt liberalisering tot vrije prijsvorming, maar er is meer aan de hand

- * inmiddels wordt het experiment met vrije prijsvorming bij de fysiotherapeuten omgezet in een definitief systeem
- * er is een nieuw bekostigingssysteem bij de huisartsen ingevoerd (2005)
- * ruimere verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen ligt in het verschiet
- * de collectief verzekerde tandartsenzorg en fysiotherapie is inmiddels beperkt en vaak terecht gekomen in aanvullende verzekering

Taakdelegatie en taakherschikking

- * andere invulling van taken is vooral aan de orde bij de huisartsenzorg en de tandartsenzorg, maar laat de andere beroepsgroepen niet onberoerd
- * in de huisartsenpraktijk zijn inmiddels praktijkondersteuners actief
- * ook is er sprake van herverdeling van taken naar andere beroepsgroepen
- * de tandartsenzorg ontwikkelt zich tot een keten van gespecialiseerde zorgverleners in de mondzorg

ICT-toepassingen

- * in het primaire proces worden ICT-mogelijkheden over het algemeen benut
- * op het terrein van informatie, communicatie en administratie is het beeld minder gunstig
- * er zijn nog veel belemmeringen voor verdergaande invoering: persoonsgebonden factoren, financiële en economische factoren, het ontbreken van standaarden en de privacyregelgeving
- * de betrokken partijen hebben een gezamenlijk programma ontwikkeld dat met name is gericht op het verbeteren van randvoorwaarden;
- * aandachtspunten in het programma zijn: doelmatigheid en bekostiging, kwaliteit en innovatie, bereikbaarheid en capaciteit

Vernieuwing van de praktijkvoering

- * er zijn steeds meer groepspraktijken
- * de schaalvergroting wordt in de eerste plaats ingegeven door de mogelijkheden om efficiency voordelen te realiseren
- * taakdifferentiatie en taakherschikking zijn nauw verbonden met schaalvergroting
- * uitbesteding betreft vooral administratieve handelingen

Gezondheidscentrum De Roerdomp in Nieuwegein

Acht fysiotherapeuten, ieder met een eigen specialisatie.

Patiënten kunnen er terecht voor algemene fysiotherapie, haptonomische fysiotherapie, manuele fysiotherapie, therapie bij longproblemen, medische fitness en bekkenbodemtherapie. Daarnaast heeft de afdeling fysiotherapie gezocht naar uitbreiding van het aanbod. Dit heeft geresulteerd in de oprichting van adviesbureau Het Roer. Dit adviesbureau staat voor 'een gezonde werkhouding' en richt zich op het voorkomen en het behandelen van arbeidsgelateerde klachten.

Werkgevers kunnen het adviesbureau inhuren voor individuele of groepstrajecten, bijvoorbeeld om een werkplekonderzoek uit te voeren. klachten worden onderzocht aan de hand van een vragenlijst, daarnaast wordt gekeken naar de inrichting van de werkplek en worden de ergonomische aspecten in kaart gebracht. Hierover wordt vervolgens advies uitgebracht aan de werkgever. Uiteraard betaalt de werkgever hiervoor. Ook werknemers die denken dat hun klachten te maken hebben met hun werk, kunnen bij het adviesbureau terecht. Zij kunnen de module 'Een gezonde werkplek' volgen. Hierin krijgen ze voorlichting en advies over de optimale inrichting van hun werkplek en een gezonde werkhouding. Het gaat dan om gezond werken met een muis, toetsenbord en beeldscherm. Dat gebeurt meestal in groepsbijeenkomsten. Na enkele maanden komen medewerkers van het adviesbureau langs om samen met de werknemer te evalueren hoe het gaat. De module 'Omgaan met werkdruk' behoort eveneens tot de mogelijkheden. Werknemers kunnen een workshop volgen en krijgen een individueel adviesgesprek.

Het managementteam van De Roerdomp heeft ingestemd met de oprichting van het adviesbureau en met financiering vanuit de goodwill gelden. Het gaat om een proef van twee jaar, waarna wordt besloten of het bureau wordt voortgezet en in welke vorm. Het is een andere manier van werken. Voorheen verwezen de huisartsen patiënten door naar het gezondheidscentrum, nu moeten ze zelf klanten werven, offertes maken, klantgericht leren denken en zich als ondernemers opstellen. Dat het adviesbureau onderdeel uitmaakt van het gezondheidscentrum biedt voordelen. Er is regelmatig overleg en mensen kunnen eenvoudig worden doorverwijzen naar collega's binnen de fysiotherapie. Op hun beurt verwijzen zij naar het adviesbureau, als het vermoeden bestaat dat klachten verband houden met het werk en vallen klachten buiten het gebied van de fysiotherapie, dan kunnen ze door de andere disciplines binnen het centrum snel worden behandeld. Dit kan omdat de lijnen in het gezondheidscentrum zo kort zijn.

Samenwerking van zorgaanbieders

- * samenwerking tussen zorgaanbieders is niet nieuw, maar er hebben zich inmiddels nieuwe en bredere vormen van samenwerking aangediend
- * er wordt op heel diverse wijze invulling gegeven aan gezondheidscentra
- * centraal in gezondheidscentra staat de huisartsenpraktijk
- * tandartsen hebben geen functionele relatie met andere eerstelijnszorgaanbieders
- * commerciële samenwerking komt breed voor bij de apothekers en is in opkomst bij de fysiotherapeuten
- * huisartsen bundelen zich in coöperaties

Vernieuwing van het zorgaanbod

- * het pakket van de eerstelijnszorgaanbieders wordt verbreed en er ontstaan nieuwe zelfstandige specialisaties
- * de grenzen tussen eerstelijnszorgaanbieders onderling vervagen
- * eerstelijns zorgaanbieders gaan zich begeven op het terrein van de tweedelijnszorg
- * eerstelijnszorgaanbieders gaan zich buiten het zorgterrein begeven

ICT-toepassingen

- * voor ICT-toepassingen is er tot nu toe een centrale rol voor NICTIZ, nog weinig resultaat van te zien
- * het project farmacologisch kompas is inmiddels afgerond
- * voor de introductie van het elektronisch patiëntendossier (EPD) zijn onomkeerbare stappen gezet
- * het elektronisch medicatiedossier (EMD) en het elektronisch waarneemdossier voor huisartsen (WDH) worden hopelijk dit jaar op de landelijke infrastructuur aangesloten

Concluderend:

- * de 1^e lijnszorg is een zeer gewaardeerd gebied van de gehele gezondheidszorg, zowel voor beleidsmakers als voor professionals; veel wijst erop dat dat ook voor de langere tijd het geval zal blijven;
- * er is veel dynamiek, met name van organisatorische en technologische aard, maar zeker ook in demografie, medische ziektebeelden en behandelingen en onder invloed van omliggende stelselveranderingen (invoering basisverzekering, substitutie, toenemende aandacht voor preventie). Dit is dus bemoedigend en suggereert dat dit segment van de zorg goed\ anticipeert op de nieuwste trends, toch zijn er ook kanttekeningen bij te plaatsen. ‘Zijn al die professioneel ingezette ontwikkelingen wel de goede antwoorden op nieuwe patiëntvragen?’ en ‘Slagen we er op deze manier in de publieke randvoorwaarden zoals toegankelijkheid, bereikbaarheid e.d., te behouden?’ De dynamiek gaat niet uit zichzelf de goede kant op.
- * een groot deel van dit deel van de zorg is gebaseerd op privaat professioneel ondernemerschap, veel daarvan nu nog kleinschalig. Dit is een zodanig dominant verschijnsel dat het zelfs vaak niet meer opvalt of bijzondere aandacht krijgt in beleid. Het wordt voor vanzelfsprekend aangenomen, maar tegelijk ook soms weggezet als

‘te’ kleinschalig, versnipperd of ‘ambachtelijk’ (en dat dan niet in positieve zin). Het wordt tijd vast te stellen of dit fenomeen echt toekomst heeft en op welke wijze het bijdraagt aan een goede kwaliteit en dynamiek in de 1^e lijnszorg.

Hoofdstuk 2

Onvoldoende gericht op kansen en bedreigingen

2.1. Huidig professioneel ondernemerschap: wel dynamiek, niet de goede richting

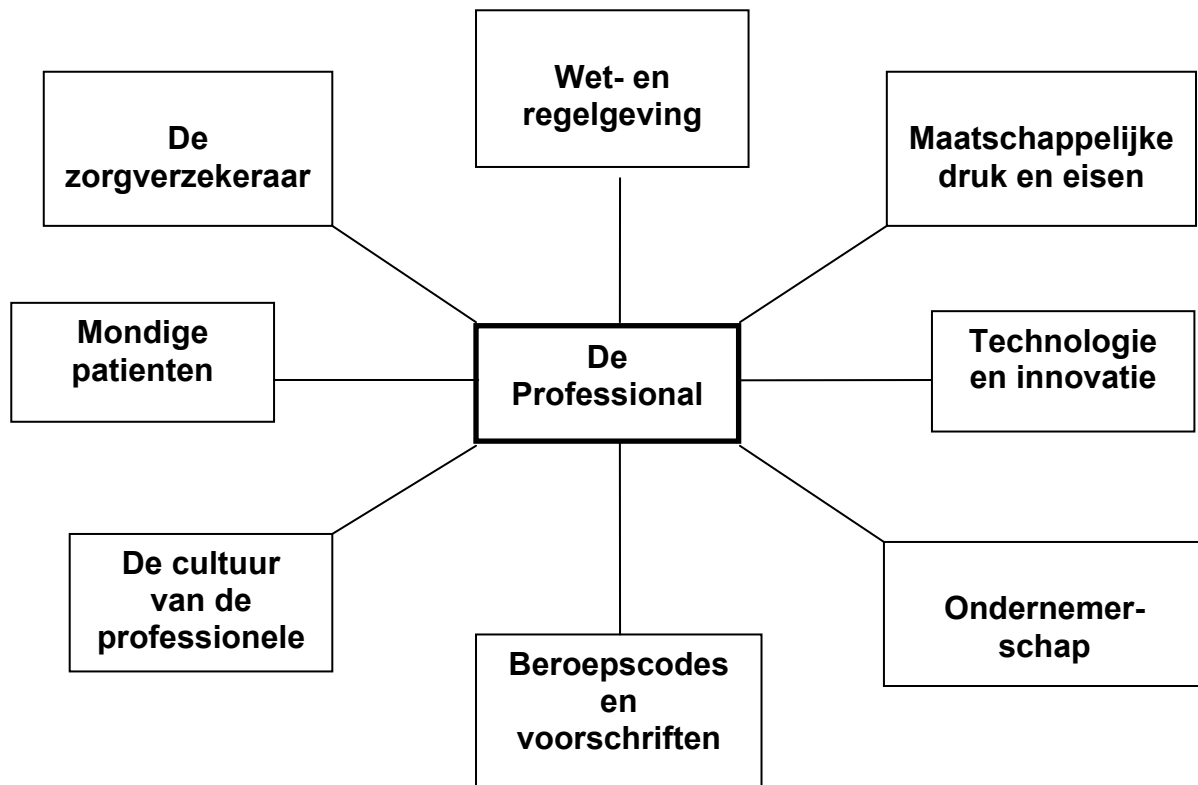
De huidige structuur van de 1^e lijnszorg wordt gedomineerd door het fenomeen van de privaat georganiseerde (‘zelfstandige’, ‘praktijkhouder’) *professional*. Het onderzoek heeft daarbij in het bijzonder gekeken naar huisarts, apotheker, fysiotherapeut en tandarts.

Daarnaast zijn in de 1^e lijnszorg belangrijke directe rollen weggelegd voor:

- * de thuiszorg: grootschalig georganiseerd, hierdoor wat op afstand geplaatst, nog versterkt door het fenomeen van de indicatiestelling;
- * de zorgverzekeraar, met name in het *cure* deel van de zorg lopen ze toenemend risico en hebben ze ook een regisserende mogelijkheid; de 1^e lijnszorg voor hen is als eerste ‘inloop’ punt een belangrijke stuur- en marketingvariabele in de zorg;
- * de ziekenhuizen: belangrijke samenwerkingspartner op medisch gebied; voor hen is de 1^e lijn een belangrijk verwijskanaal;
- * de gemeenten: via wijkindeling, bestemmingsplannen en de rol van de GGD betrokken bij basisvoorwaarden van een goede 1^e lijnszorg.

Hoe belangrijk ook: geen van deze grotere partijen kan in de 1^e lijnszorg opereren zonder de steun en bijdrage van de genoemde zelfstandige *professionals*. Hieronder is die omgeving en invloed van de *professional* nog eens schematisch weergegeven.

Invloedssfeer rondom de professional



Bij alle partijen, zeker ook bij de zelfstandige *professionals*, treffen we ondernemerschap aan, waarbij actief gezocht wordt naar antwoorden op huidige of toekomstige uitdagingen. Dit ondernemerschap ontwikkelt zich echter ten dele in de verkeerde richting en gaat daarmee onvoldoende antwoord geven op de geschetste actuele en toekomstige knelpunten.

De richting die *professionals* nu dominant kiezen bij ondernemende initiatieven wordt namelijk gekenmerkt door (zie ook Hoofdstuk 1.3.):

- * behoud van kleinschaligheid; daardoor onvoldoende grootschalige investeringen, geen landelijke uitrol van nieuwe concepten en onvoldoende *partnership* met de hiervoor genoemde grootschalige partijen in de zorg;
- * er vindt nu wel een zekere opschaling plaats, maar monodisciplinair, binnen de eigen beroepsgroep en niet multidisciplinair; ook daarbinnen staat de kleinschalige zelfstandigheid van iedere participant telkens voorop;
- * de initiatieven die er zijn, lijken toch vooral *cost driven* en te weinig gericht op innovatie, marktverovering of klantgedreven; daardoor zijn veel initiatieven ook vooral gericht op de 'achterkant' van het zorgproces (administratie, ICT, huisvesting,

inkoop, stafachtige zaken) en niet de ‘voorkant’ (betere zorg, toegankelijkheid, bereikbaarheid, andere zorgaanpak).

Naast verkeerde financiële *incentives*, die teveel het verkokerde professionele karakter bevorderen en die via beleidsinstrumenten als wetten en financieringsregimes zijn aan te pakken, zijn bij dit verschijnsel zeker ook culturele factoren aanwezig, waarop ‘beleid’ nu eenmaal moeilijker vat krijgt. Er ontbreekt nog teveel en op teveel plaatsen een cultuur van en ervaring met grootschaligheid, grotere risicovolle investeringen, multidisciplinaire structurele samenwerking, marktgerichtheid en management/hiërarchie. Een cultuur waarbij een onderscheid wordt gemaakt in professional (‘in loondienst’, ‘freelance’, ‘op afroep’) en ondernemer moet nog groeien, want dit vergt differentiatie binnen de beroepsgroep. Overigens zijn de 4 onderzochte beroepsgroepen hierin heel verschillend. Fysiotherapeuten zijn van oudsher hier al het meest vertrouwd mee, de apothekers hebben de laatste jaren ontwikkelingen doorgemaakt waardoor het ook meer gedifferentieerd is geworden, tandartsen hebben het meest recent meer vormen van differentiatie in hun (grootschaliger) praktijken doorgevoerd, huisartsen zijn nog het meest uniform georganiseerd, zowel binnen hun eigen beroepsgroep als in samenwerkingsverbanden met anderen. De huisartsen vervullen vanuit hun vakgebied, professionaliteit en artsenstatus op een belangrijk aantal zorgterreinen in de 1^e lijn een spilfunctie, maar dat wil zeker niet zeggen dat ze altijd het meest ondernemend zijn in meer organisatorisch opzicht of dat ze altijd daarin het voortouw zouden moeten nemen⁵. Tevens verschilt hun positie en mogelijke inbreng in de 5 strategische kerngebieden waarop zich innovatie vooral moet gaan afspelen (zie H3). De zorgcultuur staat hier wel eens haaks op wat strategisch zou moeten gebeuren. In praktijk nemen allerlei beroepsgroepen ondernemende initiatieven en dagen de ander uit tot meedoen of niet. Met de financiering op basis van functionele aanspraken en het vrijlaten van contractering, is die mogelijkheid ook aanzienlijk uitgebreid.

⁵ Maar er gebeurt ook in dit veld nu zeker wat, zie o.a. LHV presentatie, Mr. Paul C.M. Habets “*Private initiatieven in de huisartsenzorg*”, 2007

Commerciële gezondheidscentra achter op prognose, maar volgens oprichter ‘goed op weg’

De groei van de commerciële Symphony-gezondheidscentra is tot dusver minder hard gegaan dan aanvankelijk verwacht. Veel van de 8000 huisartsen in Nederland blijken sceptisch te zijn over het plan om onder de paraplu van Symphony in één centrum met andere artsen, therapeuten en apotheken aan de slag te gaan.

Het bedrijf van arts en ondernemer Dijkhorst kondigde vorig jaar aan tot eind dit jaar twintig gezondheidscentra in Nederland op te richten. Investeringsmaatschappij Reggeborgh van de bouwersfamilie Wessels zag heil in het initiatief en nam een minderheidsbelang. Dijkhorst heeft de meerderheid in handen. Symphony is goed voor een jaaromzet van enkele miljoenen euro's.

De werkelijkheid bleek tot dusver weerbarstig. Onduidelijk is of het beoogde aantal van twintig dit jaar wordt gehaald. Veel artsen aarzelen om in een gezondheidscentrum te stappen. ‘Onbekend maakt onbemind’, zeggen Kobus Dijkhorst, oprichter, en Bas Verkes, formulemanager van Symphony. ‘Wij bieden een franchiseformule aan. Dat klinkt veel artsen toch snel als McDonald's in de oren. Hun gevoel is dat zij onder Symphony geen controle meer hebben over hun werk. Maar wij persen hen niet in een keurslijf. Zij blijven de baas.’ ‘Wij besteden meer dan de helft van de tijd aan gesprekken met artsen’, aldus Dijkhorst. Hij stelt dat de gesprekken inmiddels goed verlopen. ‘Er is veel belangstelling. Wij praten nu op 35 locaties met artsen. Deze zullen wij tot eind volgend jaar realiseren’, voorspelt hij. Daarbij hebben de huisartsen een sleutelrol. ‘Zonder hen kunnen wij het niet.’ Op 1 april van dit jaar werd de eerste Symphony-vestiging in stadion Galgenwaard geopend. In Nieuwegein, Leiden en Den Haag gaan ‘binnenkort’ de volgende vestigingen van start. ‘Mogelijk volgt dan ook snel Rotterdam’, aldus Dijkhorst. Volgens Dijkhorst zijn de voordelen van Symphony evident. ‘Een arts is nu 30% van zijn tijd kwijt aan administratie. Bij ons is dat 10%. Het verschil in tijd kan hij aan zijn patiënten wijden. Bovendien kopen wij aanzienlijk beter in dan individuele artsen.’ Symphony heeft contracten gesloten met Hewlett-Packard, Cisco en Microsoft.

Volgens Dijkhorst zullen artsen zeker overtuigd raken van zijn formule. ‘Als de artsen er eenmaal werken, zullen ook anderen enthousiast worden. En dan gaan wij met dit concept grote stappen maken.’

Bron: Het Financieel Dagblad 20-04-2006

De 1^e lijnszorg is in essentie een geografisch concept: organiseer de zorg fysiek dichtbij de mensen, dat wil zeggen dichtbij de thuissituatie, zowel voor acute gevallen (want het ziekenhuis is te ver weg) als voor directe hulpvragen (waarmee je het ziekenhuis niet wilt belasten). In die oorspronkelijke reden vergt dit ook een geografische nabijheid van het totale aanbod en dus een verzamelorganisatie van meerdere basisdisciplines in een zorgcentrum e.d. Elders (in hoofdstuk 5.5.) wordt in dit rapport al aangegeven hoe complex en variabel de multidisciplinaire samenwerking in de 1^e lijn is en hoe slecht zich die verhoudt tot een alles-in-een basispakket aan disciplines in een soort standaard 1^e lijnscentrum. Dat is onnodig en in ieder geval vanuit de verschillende disciplines gezien suboptimaal. Daarnaast is de

vraag of dat in de moderne tijd ook nog zo werkt. Of nabijheid vanuit patiëntperspectief niet veel meer gaat over communicatie en laagdrempelige toegang via moderne ICT? Of ten dele voor het gevoel van de patiënt het ziekenhuis, ook door de aantallen in Nederland, niet net zo dichtbij is, qua geografische bereikbaarheid, als de 1^e lijnszorg? Dus het oude, doorslaggevende criterium van de noodzaak van geografische nabijheid van belangrijke delen van het 1^e lijnsaanbod (met name huisarts, thuiszorg, verloskunde, apotheek en tandarts, minder voor fysiotherapie) is uitgehold in de moderne Westerse wereld met zijn goede bereikbaarheid via auto, openbaar vervoer en moderne ICT. In Nederland nog aan te vullen met zijn ruime verspreiding en goede aanwezigheid van ziekenhuisvoorzieningen. Tegelijk wijzen de bovengenoemde ontwikkelingen op een hang naar specialisatie, ook in de 1^e lijn, op de noodzaak van stevige investeringen in apparatuur en ICT en op een versterking van functies als monitoring binnen het eigen patiëntenbestand (en niet alleen op afroep reageren) en van *casemanagement* en *diseasemanagement* binnen en tussen de echelons. Allemaal trends die niet direct of helemaal niet om een kleinschalige geografische basis vragen, maar vooral een professionele en bedrijfsmatige kant hebben, op welke geografische schaal ook georganiseerd. Van basisprincipe voor de organisatievorm (in elke buurt, om de zoveel kilometer, een duidelijke post die ook relatief zelfstandig kan en moet functioneren) is de te kiezen organisatieschaal nu vooral afgeleid van kosten- en omzetafwegingen en toenemend ook van professionele ambities. In de 1^e lijnszorg kunnen we dus toenemend uitgaan van de noodzaak van een onderscheid in *frontoffice* en *backoffice*, met name omdat deze nieuwe taken van de *professionals* een goede ondersteuning vanuit *backoffice* noodzakelijk maken en de patiënt andere eisen stelt aan de geografische nabijheid. De zichtbaarheid in buurt en wijk is nu vooral een kwestie van hoe de voorkant van de zorg (de *frontoffice*) fysiek wordt georganiseerd: wat is het eerste niveau waarop een patiënt binnenloopt voor consult en dan meerdere relevante disciplines aantreft die hem/haar kunnen helpen? De kracht van de 1^e lijn is natuurlijk nog steeds het generalistische en direct toegankelijke: dan ligt het dus voor de hand dat dit schaalniveau zich onder dat van ziekenhuizen en hun bereikbaarheid afspeelt. Dit is de reden om niet erg enthousiast te zijn over het organiseren van huisartsenposten in of op dezelfde schaal als de acute afdelingen van ziekenhuizen. De toegevoegde waarde van de huisarts qua ‘nabijheid’ verdwijnt dan geheel naar de patiënt. Er zou nog een interne efficiency overweging (vooral vanuit het ziekenhuis) aan ten grondslag kunnen liggen, als hiermee de huisarts uitdrukkelijk taken van de ziekenhuizen overneemt, maar daar ziet het vrijwel niet naar uit). Verderop zullen we beargumenteren waarom de huisarts zich eigenlijk

in veel gebieden in Nederland uit de acute zorg terug zou moeten trekken en dat veel duidelijker naar zijn/haar gerelateerde bevolking (samen met anderen) zou moeten communiceren, juist omdat er veel verwarring is met wat ziekenhuizen doen en hoe de alarmering werkt.

Maar met dat *frontoffice* en *backoffice* is iets vreemds aan de hand, zoals in alle professionele organisaties. De principes zijn eigenlijk vrij simpel en duidelijk. Het is cruciaal dat het *backoffice* dienstbaar is naar het *frontoffice*. Tevens bestaat het *frontoffice* uit de professionals die werkelijk de (para-) medische diensten leveren en het ondersteunend personeel is in het *backoffice*. Het doet er namelijk voor de patiënt wel heel erg toe wie hij/zij in dat *frontoffice* aantreft, en of dat een professional is die gekwalificeerd is, die direct medisch aan de slag kan etc. Liefst, en die eis wordt steeds dwingender, wil men dan ook nog de vertrouwde professional aantreffen die de thuis- en patiëntsituatie al kent. Daar komt het begrip ‘huis’ in dat van ‘huisarts’ dan toch weer een beetje terug, hierover verderop meer.

We kunnen in dat verband veel leren van wat er op veel plaatsen misging in de thuiszorg de laatste jaren. Veel reguliere thuiszorgorganisaties hebben op twee manieren tegen deze uitgangspunten gezondigd. Allereerst hebben ze het *backoffice* niet ondersteunend georganiseerd, maar sturend. Het management zat achter het bureau en stuurde, dat is niet zoals een *backoffice* in een professionele organisatie hoort te werken, sturing hoort bij gekwalificeerde *professionals* op de werkvloer en moet zich ook afspelen rond patiënten en hun zorgaanpak, uiteraard binnen heldere bedrijfseconomische kaders, maar daar is diezelfde *professional* dan wel mee verantwoordelijk voor. Hierachter zit overigens de veel breder bestaande misvatting dat in professionele organisaties ‘management’ kan worden gescheiden van ‘*professionals*’ en dus van de *corebusiness*, namelijk de leverantie van de medische diensten en patiëntenzorg. Hun tweede fout is dat ze de noodzaak van een patiëntgerichte en dus geografische consistentie van de inzet van hun personeel ernstig hebben onderschat. De bedrijfsmatige en ‘achter-het-bureau’-motieven van de sturende managers bij de zogenaamd efficiënte inzet van personeel werden doorslaggevend boven deze eis: dat het betreffende personeelslid vertrouwd was met de buurt, de patiëntensituatie en als zodanig dus als consistent werd ervaren voor patiënten en collega-professionals. Waardoor patiënten en collega-professionals klagen over wisselende inzet, gebrek aan kennis van de situatie, overdrachtsproblemen etc. Allemaal zaken die sturing vanaf het *backoffice* nu eenmaal niet

kan oplossen en die ook de klantenwensen op dat vlak schromelijk verwaarloosden. Terugkijkend ziet het er allemaal erg amechtig en kostbaar uit: goed opgeleide professionals mogen weinig zelf sturen en zich in wijkteams organiseren, al die coördinatie en afweging moet zich afspelen vanachter bureaus volgens een papieren werkelijkheid (die weer tijd van professionals vreet om data in te leveren), terwijl patiënt en collega-*professionals* steeds ontevredener werden. Dit proces is versterkt doordat de overheid het echte *frontoffice*, namelijk het eerste klantencontact, heeft bemenst en ingericht, de indicatieorganen, waardoor het patiënten contact verbureaucratiseerde en het management ook instrumenten en redenen in handen kregen om vanuit die indicaties nog meer zelf van achter het bureau op zorg te gaan sturen. Overheidsbureaucratie lokt hier interne bureaucratie uit. De bezuinigingen op de thuiszorg hebben die (verkeerd gerichte) kramp van bedrijfsmatige sturing alleen maar vergroot. Het is jammer dat het meer dan 10 jaar heeft geduurd eer Buurtzorg aantoonde dat al deze problemen (afstandelijke ‘management’- sturing, geen ondersteunend *backoffice*, professionals zonder mandaat en een gebrek aan consistentie van personele inzet bij de patiënt) konden worden getackeld door professionals weer in de *lead* te zetten en geografisch dicht op de andere professionals, met name de huisarts te organiseren⁶. Deze managementmissers zijn telkens het gevaar bij schaalvergroting in zorgorganisaties, ook de 1^e lijn ontkomt er niet aan in haar processen van schaalvergroting hier goede lering uit te trekken.

In de bovenstaande analyse komt een belangrijk aanvullend voordeel naar voren van het oorspronkelijk geografisch basisuitgangspunt van de 1^e lijnszorg. Dit betreft de bekendheid van hulpverleners met de thuissituatie. Weten wat er achter de voordeur gebeurt en daarop kunnen inspelen met adviezen, hulpacties of verwijzingen naar allerlei soorten andere instanties. Op heel veel plaatsen in onze publieke dienstverlening hebben we dat contact verloren, van woningcorporaties tot energiebedrijven, van ziekenfondsen tot scholen, en zelfs jeugdzorg en maatschappelijk werk. Van oorsprong bezat de 1^e lijnszorg dat ook, de huisarts was nog een aan-huis-arts of, nog duidelijker, een *family doctor*. Ook in de 1^e lijn is op heel veel plaatsen die competentie en kennis verdwenen en is de hulpverlener – stilzwijgend – overgegaan op een meer geïndividualiseerd en afstandelijk model, waarbij de patiënt naar hem/haar toekomt in plaats van andersom. Daarmee zijn zowel de signalerende, preventieve taak als het op-maat kunnen opereren ernstig verzwakt. Toch is dat onvoldoende grond om op

⁶ Zie Juryverslag Best Practices in de Zorg 2007 over de prijs voor Buurtzorg (kmbv.nl)

een blauwdrukachtige wijze dit te willen voorkomen voor heel Nederland. De andere genoemde trends, zoals mobiliteit, virtuele bereikbaarheid en informatievoorziening, opleidingsniveau, arbeidsprocessen verklaren nu eenmaal veel beter en dwingender waarom die afstandelijkheid en individualisering ook in de 1^e lijnszorg zijn doorgedrongen. Ook hier geldt: voor sommige wijken en voor sommige doelgroepen is deze afstandelijkheid een verlies, in die wijken zal de 1^e lijnszorg zich opnieuw actiever ‘achter de voordeur’ moeten bewegen. Op sommige plaatsen is dat ook goed te zien en nog steeds onderdeel van de 1^e lijnspraktijk. Echter, ook hier geldt, dat dergelijke nieuwe aanpakken en initiatieven (dat is dus professioneel ondernemerschap) alleen zullen ontstaan als er een medische of financiële reden voor is. Dat pleit voor een gerichte subsidie interventie gericht op dergelijke wijken en doelgroepen. Dit geldt temeer daar in die wijken het 1^e lijns werk waarschijnlijk ook lastiger en indringender is.

2.3. Veel trends zijn bedreigend

Het principe van een goede, professionele 1^e lijnszorg staat niet ter discussie en de professionals zetten stappen, maar hoe staat het met de toekomstvastheid? Worden de verwachtingen straks ook nog waargemaakt? Kan de 1^e lijnszorg zoals deze is opgebouwd en georganiseerd de vele verwachtingen en ontwikkelingen in de toekomst nog aan?

Er heerst nu in het algemeen rond de 1^e lijnszorg niet zo'n heel groot gevoel van urgentie, noch binnen, noch buiten de beroepsgroepen. Er is niet een overduidelijk falen van het systeem op dit moment. Dat is mooi, in de eerste plaats voor de bevolking die afhankelijk is van een goed functionerende 1^e lijnszorg, maar ook voor alle partijen in en rond die 1^e lijnszorg. Het geeft hen de tijd en rust om te zoeken naar het juiste antwoord op toekomstige ontwikkelingen. Beleidsmatig is het natuurlijk ook wel een beetje lastig: een acute, rigoureuze, 5-voor-12-aanpak oogt dramatischer en maakt meer los, maar is dus toch (nog) niet echt nodig. De noodzaak van verandering is er echter wel: het systeem vertoont een paar hardnekkige klachten en scheuren.

In het recente verleden zijn we wat opgeschrikt door mogelijke capaciteitstekorten (o.a. huisartsen en tandartsen), met name in de binnensteden, maar dat lijkt niet meer het geval te zijn, mede door de aantrekkelijkheid van de werkomgeving. De inkomens van tandartsen (orthodontisten) en apothekers zijn een telkens terugkerend issue, maar raken meer aan de

discussie over de grenzen aan topinkomens in de publieke sector, dan aan het goed functioneren van de 1^e lijn. Wel heeft het een heel duidelijke relatie met het onderwerp ‘ondernemerschap’. Achteraf ‘afromen’ van winsten of andere ‘*claw back*’- mechanismen staan daar toch eigenlijk haaks op, met name op de gewenste duidelijkheid op langere termijn die iedere ondernemer wenst. Het geeft goed aan dat er beleidsmatig vaak nog onvoldoende scherp gekozen is, zeker niet in sommige deelmarkten, tussen een open, privaat bestel enerzijds of een besloten, meer publiek bestel anderzijds. Datzelfde signaal blijkt ook uit het af en toe toch weer grijpen naar beschermende wetten, bijvoorbeeld ten opzichte van buitenlandse toetreders of toetreding door puur commerciële bedrijven. Dit is beleidsmatige wisselvalligheid, van alle partijen overigens, op de grote dimensies die we hebben aangegeven (zie hoofdstuk 4: blauwdrukplanning versus marktwerking, ondernemen versus werknemen, winstmaximalisatie versus maatschappelijk (verantwoord) ondernemen) en is een negatief kenmerk van dit moment. Af en toe duikt er ook wel een kwaliteitsissue op (patiënt genegeerd, niet goed verwezen, teveel een consult over de telefoon, slechte bereikbaarheid e.d.), maar dit neemt geen echt dramatische vormen aan. Kwaliteit is nu eenmaal altijd een belangrijk argument om voorzichtig te zijn met veranderingen in de zorg. Mogelijke incidenten die samenhangen met nieuwe initiatieven in de 1^e lijn, zoals bijvoorbeeld post order farmacie, inloop diagnose centra, gratis preventieve scans e.d. zullen altijd en terecht kritisch worden gevolgd. Ook al komt dit dan ook mogelijk voort uit bescherming van gevestigde belangen, de aandacht ervoor is volkomen op zijn plaats. Al met al dus geen grote incidenten of zichtbare aantasting van de noodzakelijke en gegarandeerde niveaus van kwaliteit.

Vanuit toekomstige ontwikkelingen en de eisen die vanuit het publiek en patiëntenperspectief aan de 1^e lijnzorg toenemend zullen worden gesteld, lijkt de situatie echter veel zorgelijker en zijn er vele ontwikkelingen te noemen die bedreigend zijn voor de huidige 1^e lijnzorg.

- toename van de chronische en complexe zorg, ook bij patiënten aan huis; meer druk op een soepele, naadloze ketenzorg (voor een deel van het patiëntenbestand). Dit is natuurlijk uit oogpunt van het bestaan en de toekomst van de 1^e lijnzorg niet alleen bedreigend te noemen, maar ook een gunstige ontwikkeling: meer klanten en dus meer volume, meer complexe gevallen en dus meer kans op specialisatie, meer chroniciteit en daarmee meer langjarig contact; via een rol in dit *diseasemanagement* wordt ook de

medische positie van de 1^e lijnszorg erkend en versterkt. In die gewenste ‘ketensamenhang’ ontbreekt veel, tussen alle partijen, niet alleen de beroepsbeoefenaren, maar ook met aanpalende diensten als thuiszorg, maatschappelijk werk, ouderen- en jeugdvoorzieningen. De complexiteit van de patiënt, zowel medisch als in combinatie met zijn/haar leefomgeving, wordt door het bestaande systeem vaak niet goed opgevangen. Daarvoor is er toch teveel isolement in het kleinschalige karakter van de 1^e lijnszorg. Hierop aansluitend wordt ook vaak het *casemanagement* genoemd als een zwakke plek: Wie doet dat? Wie volgt de patiënt door de hele keten van zorg? Wie bezoekt patiënten ook als er geen acute nood is? Wie regelt zaken om de patiënt heen, die wellicht niet rechtstreeks de zorguitvoering raken, maar wel het algehele welbevinden en de kans op genezing? Tot nu toe is de 1^e lijnszorg verschoond gebleven, gelukkig, van een groot kwaliteitsincident, zoals de jeugdzorg (‘geval-Savanna’) en de ziekenhuiszorg (‘geval-Radboud cardiologie’) dat inmiddels wel gekend hebben. De analyses van beide cases legden een grote nadruk op gebrek aan regie op het totaal in de hele keten, gebrek aan multidisciplinaire samenwerking en gebrek aan werkelijke bevoegdheden en sturing op het totaal van de onderhavige complexe vragen. Nu al, zonder incident, kan de conclusie zijn dat de 1^e lijnszorg op dit punt ook een zwakke plek heeft.

- dan zijn er vele ontwikkelingen rond de houding en positie van de patiënt die ten dele toch wel als bedreigend ervaren zullen worden.
 - toename mondigheid en kennis van patiënt, die daarin erkend wil worden, die bij vrienden en internet al heeft voor geïnformeerd; de chronische patiënt weet het soms echt beter dan de generalistische professional;
 - toenemende wens tot modern communiceren (on line, snel, 24/7, adequaat) over afspraken, medicijnen, diagnose; dit vergt een gerichte investering op moderne ICT, maar dan wel gezamenlijk als betrokken disciplines op de 1^e lijnszorg;
 - een behoefte en gewenning aan betere service die men ook verwacht van de 1^e lijn: hulp buiten kantooruren, raadpleeg mogelijkheid, e-consult, individuele behandeling, snelle terugkoppeling, klantvriendelijke service en bejegening tijdens wachten e.d., goede communicatie over afspraken.

- technologische veranderingen in het ontwerp en de bouw van huizen als gevolg van online/op afstand alarmering en domotica; dit zal de huidige ordening en functies van de 1^e lijnszorg fors kunnen veranderen; via deze nieuwe technologische weg ontstaan er als het ware nieuwe toetreders in de 1^e lijn, in de vorm van voorheen intramurale careaanbieders.
- technologische mogelijkheden tot en wens van patiënt tot meer medische verrichtingen buiten het ziekenhuis, vanwege snelle afwerking, *one-stop-shop* karakter e.d.(en het is kostenbesparend); dit wordt ook aangevuld met de beleidsmatige wens tot meer substitutie van ziekenhuiszorg naar de 1^e lijn; maar tegelijk zijn ziekenhuizen actief op zoek naar meer omzet en daarbij is de toegang via de 1^e lijnszorg cruciaal, hetgeen haaks kan staan op substitutie;
- toename van de wens tot samenwerking vanuit MKB werkgevers, vooral degenen zonder eigen arbo dienst en wel met beroepen waarin ziekte gemakkelijk optreedt;
- toename van de wens tot samenwerking vanuit zorgverzekeraar, maar ook toename van de financiële banden: *backoffice* ondersteuning, *call centra*, overnemen van ICT investeringen etc.

Ook beleidsmatig vanuit overheidsoptiek staat er druk op de 1^e lijn vanuit wensen en verwachtingen die wel moeten worden waargemaakt. Hier gaat het om thema's en speerpunten als preventie en vroegtijdige signalering, samenwerking met andere instanties bijvoorbeeld rond jeugdproblematiek, meer monitoring van chronische patiënten, meer meedoen in complexe zorgketens, meer investeren in ICT systemen bijvoorbeeld rond Electronisch Patiënten Dossier (EPD). In het algemeen heerst het beeld dat de 1^e lijnszorg achterloopt in de implementatie van nieuwe technologieën, in de bedrijfsvoering, maar ook medisch-inhoudelijk.

Deze spanning en bedreigende trends zijn natuurlijk ook al merkbaar in de huidige praktijkvoering. Dit uit zich op bepaalde terreinen. Keuzen moeten toenemend worden gemaakt. Dit betreft vooral de vraag welke medische positionering wordt gekozen (wat voor praktijk is dit voor welke patiënt?) en welke investeringen worden gedaan om op langere

termijn de eigen positie te behouden. Van het hele scala aan mogelijke medische vragen en problemen die de 1^e lijn krijgt voorgelegd tendeert de praktijk naar twee uiterste. Enerzijds zijn dat eenvoudige, routinekwesties, de eerste opvang van vage klachten, routineus uitschrijven van herhaalrecepten, de korte eenvoudige gesprekken, gericht op verwijzing naar de 2^e lijn etc. Hiervoor is niet veel coördinatie met andere beroepsbeoefenaren nodig. Uitwisseling van gegevens gaat als het ware vanzelf via de verwijzing. Het volstaat het eigen vak en de eigen praktijk goed op orde te houden. Anderzijds zijn er de veel complexere en ingrijpender vragen. Die meer diagnose vragen. Die wellicht weer toenemend een beroep doen op het eigen medisch handelen van de 1^e lijn. Die meer uitwisseling tussen disciplines vraagt en monitoring van het gehele zorgproces, waarbij ook de patiënt heen en weer gaat van specialistische behandelwijze naar huis en vice versa. Voor die tweede, groeiende, groep, is een meer geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak nodig en moet het *casemanagement* ook goed geregeld zijn bij één verantwoordelijke, goed geoutilleerde partij. Maar, zoals hiervoor gezegd, de grootste druk zit er niet in dat dit een belangrijke toekomstige ontwikkeling is die moet worden opgevangen (daar is nu wel genoeg over geschreven en gedebatteerd), maar dat tegelijk een deel van de *caseload* in 1^e lijnspraktijken een hele eenvoudige, routineuze en vertrouwde blijft. Niet iedereen kan die afwisseling tussen twee extreme aan, niet iedere praktijk wordt erdoor even hevig geraakt, niet iedere streek of stad heeft het fenomeen in dezelfde mate in de eigen bevolking. In plaats van elkaar in vergaderzaaltjes te proberen duidelijk te maken hoe massaal die ontwikkeling is en dat eenieder er uniform op in zou moeten spelen, is het dus ook hier beter uit te gaan van ruimte voor eigen, professioneel ondernemerschap die zich kan uiten via specialisatie of innovatieve werkafspraken met thuiszorg en 2^e lijn etc.

Dan is er de organisatorische last die op de praktijken afkomt om mee te kunnen doen aan de moderne eisen van het gezondheidszorgbestel aan de ene kant en de moderne patiënt aan de andere kant. Dit betreft dus niet zozeer de directe medische kwaliteit van hetgeen de individuele beroepsbeoefenaar te bieden heeft, maar vooral de prestaties van de organisatie waar hij/zij zich aan verbonden heeft en, in de huidige kleine praktijkvoering, ook de enige baas van is. Ten dele zijn praktijkhouders dit fenomeen nu net aan het aanpakken via de al geschetste monodisciplinaire schaalvergroting en samenwerking, ten dele gaat het over een meer toekomstgerichte kwestie. Uit een recent onderzoek van NIVEL blijkt dat *e-consult* nog

in de kinderschoenen staat en slechts lichtgroeiend is⁷. Het aangevoerde gegeven echter dat slechts drie huisartsenpraktijken goed zijn voor ongeveer de helft van de gedeclareerde *e-consulten* doet vermoeden dat het ook erg veel met de organisatie en faciliteiten van de praktijken zelf te maken heeft!

2.4. Noodzaak van anticiperend ondernemerschap en visie, niet per se van de 1^e lijn zelf

Al met al is het bovenstaande een zeer forse strategische uitdaging voor de 1^e lijnszorg.

Laten we het nog eens samenvatten:

- a. Het aloude fundamentele basisprincipe van een geografische vaste ordening is niet meer voldoende basis voor de organisatie en noodzaak van een samenhangende 1^e lijnszorg. Enerzijds door de ontwikkelingen in automobilititeit, openbaar vervoer, verstedelijking en moderne ICT. Anderzijds door de ruime verspreiding van ziekenhuisvoorzieningen en hun ‘oprukken’ naar de toegangspoort tot zorg. De toegevoegde waarde van de 1^e lijn zit nauwelijks nog in meer fysieke nabijheid en kennis.
- b. Hierdoor en door de monodisciplinaire opschaling die gaande is, is de 1^e lijnszorg als multidisciplinaire eenheid uiteen aan het vallen. Samenhang komt niet meer automatisch fysiek tot stand. Sterker nog het lijkt alsof alle krachten de andere kant op wijzen. De professional wil zelfstandigheid en geen gedwongen samenwerking. De marktkrachten leiden tot concurrentie in plaats van samenwerking of tot verschraving van de inkomsten, waardoor samenwerking qua tijdsbeslag te duur wordt. Beleidsmatig wordt door overheid en zorgverzekeraar nog steeds ingezet op *output-based* tarieven (dus gebaseerd op zorgverrichtingen) waardoor indirecte taken als preventie, samenwerking en *casemanagement* financieel niet aantrekkelijk zijn. Actieve keuzen, gebaseerd op omgevingsverkenningen van demografie, hulpvraag etc zijn nodig om een dergelijke samenhang nog gerealiseerd te krijgen. Ook bij meer virtuele oplossingen, dus multidisciplinariteit op basis van netwerken, zal actief geïnvesteerd en georganiseerd moeten worden.

⁷ Gerapporteerd in Huisarts en Wetenschap, juni 2008

- c. Ondertussen is de hele zorgomgeving in zeer heftige turbulentie terecht gekomen. Dit geldt nu voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars, voor thuiszorg, voor GGZ. Al deze partijen moeten zich ernstig strategisch herbezinnen. Alle zijn dat ook nu al enige jaren met vallen en opstaan aan het leren. Alle voelen echt het gevecht om de markt en het voortbestaan aan den lijve. Temidden van dat geweld lijkt het alsof de 1^e lijn er nog net zo bij ligt als 30-40 jaar geleden en in vlakke gelijkmoedigheid zijn heilzame wek doet. Dat is echt slechts schijn. Want eerst de tandartsen en de fysiotherapeuten en nu de apothekers hebben dat marktgeweld en de druk van extra concurrentie inmiddels ook aan den lijve ervaren. Zelfs de verloskundigen en de diëtisten hebben zich ernstig moeten herbezinnen op hun voortbestaan. Wellicht dat de huisartsen er het minst van gemerkt hebben en vooral menen via schaalvergroting gericht op een betere bedrijfsvoering er te komen. Kenmerkend van veel bewegingen tot nu toe, is enerzijds dat ze erg laat komen en in eerste instantie een verslaving aan de overheid laten zien. Daar wordt eerst bescherming en zekerheid gezocht, niet in betere innovatieve en klantgerichte antwoorden naar de patiënt. Tot grote schade (de apothekers), maar ook wel met tijdig herstel van inzetten op ondernemerschap (de fysiotherapeuten). Anderzijds valt ook hier op dat er weinig gemeenschappelijke antwoorden zijn geformuleerd vanuit de 1^e lijn als brede multidisciplinaire organisatie, dat weinig initiatieven uit de 1^e lijn oprukken naar de 2^e lijn (het is eerder andersom), dat iedereen vooral aansluiting zoekt met de ‘eigen’ medisch specialist in dezelfde kolom (tandarts en kaakchirurg, fysiotherapie en orthopaed, verloskunde en gynaecologie). Kortom: ondanks de fraai woorden over de noodzaak van een goede 1^e lijn zoeken ook de bestaande individuele praktijkhouders in diezelfde 1^e lijn hun heil toch vooral in hun eigen discipline en ‘kolom’, overigens vaak met behoud van een kleinschaligheid die niet is opgewassen tegen de grote organisaties om hen heen, tenzij deze een franchise achtig concept omarmen, hetgeen zeker wel voorkomt (diverse ketens van gezondheidscentra, PsyQ, Buurtzorg).

Dat is het speelveld en dat zijn forse verschuivingen. Er is de komende jaren veel behoefte aan innovatieve antwoorden en dus ondernemerschap. Ten dele is de 1^e lijn daarop ingericht, via haar opbouw met private professionele praktijken en ook nu al zichtbaar ondernemerschap. Ten dele wijst veel er op dat die antwoorden ook zullen gaan komen van partijen van buiten de huidige 1^e lijnszorg, vaak door middel van samenwerking met een of

meer disciplines in de 1^e lijn. Dat kan in allerlei rollen en beleidsomstandigheden. Het is dus zaak die tijdig met elkaar te verkennen. Daarop gaat het rapport verder in, bijvoorbeeld in hoofdstuk 5 en 6.

Hierna (hoofdstuk 3) wordt eerst ingegaan op de meer klassiek strategische vraag: op welke gebieden is de komende jaren de meeste noodzaak en kans tot ondernemen?

Hoofdstuk 3

Het publieke belang bij behoud van privaat professioneel ondernemerschap: 5 strategische gebieden

Hiervoor hebben we geschetst welke ontwikkelingen zich rond en in de 1^e lijnszorg afspelen. Vervolgens hebben we ook aangegeven in welk publiek te bewaken kader zich deze dynamiek afspeelt en wat de belangrijkste bedreigingen zijn voor dat kader. Dan komt nu natuurlijk de vraag in zicht: hoe dit kader van publieke randvoorwaarden en belangen het beste te bewaken in die toekomst: sturend en regulerend (vanuit een centrale actor bijvoorbeeld de overheid) of dynamiserend en innovatief (vanuit een veld van private spelers).

De bijbehorende beleidsdilemma's gaan we hierna (hoofdstuk 4) nog nader verkennen. Hier schetsen we de dreigende 'gaten' of 'inbreuken op het publieke belang' vooral als uitdagingen voor het huidige private ondernemerschap. Daarmee wordt het een *positieve maatschappelijke business case*: waar zetten we privaat ondernemerschap in zodanig dat dit het publieke belang in een dynamische context en in de toekomst het beste dient? Waar verbinden publiek belang en privaat ondernemerschap zich aan elkaar, gaan ze parallelle wegen aan, zoeken ze nieuwe oplossingen voor wederzijds erkende problemen? Teveel zijn deze zaken in het debat, maar ook in degenen die debatteren gescheiden. Degenen die zich buigen over het publiek belang zien vooral de verworven rechten en opbrengsten en zien in de toekomst vooral bedreigingen en risico's die moeten worden voorkomen. Het is verdedigend, risicomijdend of – voorkomend, het is regulerend om zaken veilig te stellen. Er is dus ook geen sprake van innovatieve oplossingen (want hoe kunnen we die nu al kennen? En: kunnen centrale planners die wel verzinnen, zijn daar niet anderen met een ander belang en vakmanschap voor nodig?). Er is ook te weinig sprake van een dynamische context, maar vooral van vasthouden van verworven resultaten, met onvoldoende besef dat in een dynamische context een houding van vasthouden wel eens het begin van het einde kan zijn, een beetje zoals een handvol los zand juist en vooral verloren gaat als je je hand krampachtig probeert dicht te knijpen in een poging om 'het zand vast te houden'. Binnen deze visie is privaat ondernemerschap vooral lastig, rommelig, versnipperd, te weinig direct gefocuseerd op het algemeen belang, misschien zelfs wel te weinig vertrouwd en vertrouwenwekkend. Maar ook de voorstanders van het privaat ondernemerschap bewegen zich vaak teveel in een geïsoleerd kamp. Ze menen dat hun positie onaanraakbaar is. Dat iedereen toch inziet hoeveel zij al, onverplicht, voor de publieke zaak

doen. Dat het private eigendom dat ze hebben opgebouwd volledig terecht en onaantastbaar is, ook in de toekomst. Dat winststreven en inmiddels gerealiseerde winsten hen toch niet onthouden kunnen worden (in plaats van duidelijk te maken waar dat publiek toe dient en welk belang dat voor het grotere publiek heeft). Ze vertalen de innovatieve oplossingen die ze dagelijks ‘uitvinden’ of “moeten leveren” te weinig in termen van wat patiënt of stelsel als geheel daar dan aan heeft. Ze laden daarmee de verdenking op zich dat privaat ondernemerschap toch vooral egoïstisch ondernemerschap is, gericht op het directe eigenbelang. Dat wat ze bepleiten toch vooral een verdediging is van gegroeide verhoudingen, bij toeval ontstaan en misschien aan het begin helemaal niet zo goed doordacht. Wellicht is dat bestel dus toch ook niet zo toekomstvast. Dan heeft de behartiger van de publieke zaak, zoals de wetgever, er dus alle recht toe om door die gegroeide private verhoudingen heen te breken ter garantie van een betere, publieke waarde in de toekomst. Te weinig ontmoeten beide partijen of beide verdedigers van bepaalde belangen en visies elkaar op wat toch de *common ground* zou kunnen zijn. Namelijk dat het private professionele karakter een goede basis kan vormen (zoals het al heel lang een goede basis is voor veel zorgsystemen) voor een proactief en medisch verantwoord omgaan met die onzekere toekomst, wellicht toch beter dan integrale overheidsplanning of – sturing zou kunnen. Of niet?

De hier geschetste 5 kansrijke gebieden zijn dus zowel een marktanalyse voor individuele praktijkhouders (daarop zal mijn innovatie en ondernemerschap zich vooral moeten richten, want daar dreigen de gaten van de toekomst) als tegelijk een maatschappelijke toets op dat private ondernemerschap: als men deze uitdagingen niet innovatief gaat aanpakken, krijgen we een groot probleem in de 1^e lijnszorg, zoals we die nu kennen. De toekomst van de 1^e lijnszorg, de dilemma’s en strategische keuzen, en daarmee van iedere speler in die zorg speelt zich wat ons betreft af op 5 kerngebieden: acute en urgente zorg, chronische/ouderenzorg (aan huis), preventie, substitutie en het gebied van 1^e verwijzer/poortwachter/vertrouwensfunctie. De laatste 4 gebieden zijn wat ons betreft de gebieden waar zich de komende jaren, in wisselende mate, ondernemerschap, innovatie en nieuwe allianties kunnen gaan afspelen. Belangrijke voorbeelden komen voort uit inventieve samenwerkingsverbanden, ook over de 1^e lijn heen, introductie van nieuwe medische of ICT technologie, nieuwe vormen van taakdelegatie en specialisatie, nieuw aanbod naar de markt etc. Rond het eerste terrein denken wij dat de beste strategische keuze daar zou moeten zijn,

veel helderder te communiceren waar de 1^e lijn nog wel voor is en waar niet meer en te stoppen met de huidige onduidelijke boodschappen.

3.1. Acute en urgente zorg

Het gaat hier om die zorg die direct nodig is, op straffe van overlijden of ernstige verminking van de patiënt. Hoe snellere zorg hoe beter. Vaak is het ook de leek in dit soort gevallen direct duidelijk dat er haast is geboden. Als het ongeval zich op straat voordoet in gezelschap van anderen is vaak voor eenieder evident dat er gebeld moet worden met de alarmcentrale en mogelijk een ambulance of ambulante spoedarts nodig is⁸. Deze laatste is overigens vaak een huisarts qua opleiding. Voor de 1^e lijnszorg gaat het tevens om die gevallen die zich voordoen aan huis of in buurten e.d. Op dit terrein zijn stappen gezet, met name vanuit de organisatie van de 24 uren bereikbaarheid vaak op stads- of regioniveau van de belangrijke medische dienstverleners, namelijk huisartsen, tandartsen en apothekers. De fysiotherapeuten hebben met dit kerngebied minder van doen. De eersten hebben daartoe vaak de huisartsenpost, gelieerd aan het ziekenhuis, in het leven geroepen. De tweede en derde partij (en ook de huisartsen) hebben daartoe vrijwel steeds onderlinge afspraken in een werkgebied gemaakt (wisseldiensten) of een aparte beroepsbeoefenaar voor de avond- en nachtdiensten in het leven geroepen. De vraag naar acute en urgente zorg speelt zich echter niet alleen in avond/nacht- en weekendtijden af, maar ook op reguliere (werk-)tijden. Het algemene beeld is dat de acute en urgente zorg, op welke tijd dan ook, voor de 1^e lijn een om maatschappelijke redenen afkalvend terrein is. Er heerst, met name bij het publiek, verwarring op dit terrein. Enerzijds wordt de hiervoor geschetste 24 uren-bereikbaarheid ook gebruikt door allerlei patiënten om op zich reguliere en in het geheel niet urgente zaken te vragen of te regelen⁹. Hiermee voortgaand op het moderne gevoel van een 24 uren-economie, ruimere winkeltijden e.d., een vorm van vanzelfsprekende service, echter zonder een goed besef van de daarmee gepaard gaande (collectieve) kosten. Neemt niet weg dat het voor ieder van de genoemde medische beroepsgroepen goed is dat er een vorm van 24 uur-bereikbaarheid is, in gezamenlijkheid vormgegeven, mits de vakexpertise die de patiënt op dat moment nodig heeft, werkelijk aanwezig is. Anderzijds wenden (toenemend) velen zich in tijden van echte acute medische nood rechtstreeks tot het ziekenhuis. Ook de huisartsenpost wordt daarbij snel gepasseerd, vooral omdat men niet weet welke medische expertise daar op dat moment

⁸ Zoals ook het initiatief van de SOS Arts die direct oproepbaar is via een (landelijk) nummer, AD 12 februari 2008

werkelijk is en welke acute hulp ook echt geboden zal worden. Op een verwijsgesprekje of professioneel overdoen van de evidente lekendiagnose ('Ja u heeft echt een acuut probleem, u moet nu echt geholpen worden', en dat na een kwartier onderzoek), zit niemand te wachten. Voor de toekomst zal deze trend zich vermoedelijk voortzetten. Het is dus zaak dat helder wordt gecommuniceerd waarvoor de 24 uur-bereikbaarheid van de 1^e lijnszorg dient en tevens dat de 1^e lijnszorg ook zelf aangeeft of in haar werkgebied acute medische zorg nog haar directe taak is die ze ook werkelijk aankan. Het zal sterk verschillen per geografisch gebied. We doen hier dus geen voorstel wettelijk of anderszins voor heel het land te regelen dat 1^e lijnszorg geen acute functie meer zou hebben oid. Er zijn nog steeds streken in Nederland die door hun relatief slechtere bereikbaarheid (bijvoorbeeld eilanden) of door het ontbreken van goed bereikbare ziekenhuisvoorzieningen door toevallig slechte spreiding waar de 1^e lijn hierin een grote rol kan spelen. De huidige maatschappelijke verwarring hierover werkt nu echter averechts uit voor de 1^e lijnszorg. Ons inziens is hier strategisch niet zozeer sprake van een gebied waarop nieuw ondernemerschap nodig is. Dit zou het geval zijn als het een gebied is waarop sommige beroepsbeoefenaren een concurrentievoordeel kunnen veroveren op hun collega's of nieuwe technieken kunnen helpen deze zorg beter en zekerder te leveren. Hier doet zich vooral de noodzaak voor van helder communiceren als 'instituut 1^e lijnszorg', dus collectief in de eigen adhaerente regio naar de gehele bevolking, wat de klant werkelijk mag verwachten. Dit legt natuurlijk wel een grote druk op samen optrekken en samen durven aangeven wat de klant eventueel *niet langer* kan verwachten van de 1^e lijn. Hoe moeilijk ook, het is natuurlijk niet juist louter vanwege marktpositie of imago deze onduidelijkheid te blijven handhaven¹⁰. Een van de oplossingen hiervoor, die ook al wordt toegepast, is om op dit terrein meer te leunen op het meer acute imago van het ziekenhuis. Door te benadrukken dat SEH's en huisartsenposten als een (1,5 lijns) organisatie opereren en ook fysiek als een organisatie functioneren. Dit is ook een model dat de RVZ benadrukt in haar advies inzake 'schaal en zorg' juist over de 1^e lijnszorg de noodzaak meer duidelijkheid te scheppen in de acute zorg en komt tot een model van 'functionele integratie van huisartsenposten met afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen'¹¹ Daarmee onderstreept ook de RVZ dat de organisatie nu niet goed is. Wat mij betreft ontbreekt in dit advies echter het besef dat het regionaal anders in elkaar kan zitten. Tevens ontgaat me bij een integratievariant waarom hier

⁹ 'Patienten bellen de dokter voor elk wissewasje', Volkskrant 10 juli 2008

¹⁰ "Acute zorg is geen markt", H.M. Bolle, FD 22 december 2007

¹¹ RVZ nota 'Schaal en Zorg', onderdeel Eerstelijnszorg, maart 2008.

nog van huisartsenzorg moet worden gesproken. Het lijkt me duidelijker als de huisartsen dan aangeven dat zij vanuit hun praktijk dit acute werk niet meer doen.

3.2. Chronische en ouderenzorg (aan huis)

Op dit terrein speelt zich al enige tijd een sluipende revolutie af. Je zou kunnen zeggen dat hier niet zozeer de klassieke curatieve functie van de zorg aan de orde is, maar dat het gaat om het verplaatsen van de *care* functie naar de thuissituatie. De verandering van lokatie en omstandigheden (aan en in huis, al dan niet nog wat opgeschaald tot speciale ‘woningen’ als woonzorg-gebouwen of paviljoens in de buurt) van de langdurige zorg, meer gericht op een draaglijk leven en behoud van gezondheid en een maatschappelijk bestaan dan genezing. Dit speelt zich natuurlijk het duidelijkst af door de vergrijzing: ouderen die individueel zelfstandig leven, tot hen ‘iets’ overkomt dat hen vervolgens steeds afhankelijker maakt van de voorzieningen in en rond de 1^e lijnszorg, waar zij vervolgens ‘al opschalend in zorgbehoefte’ in terecht komen. Maar ook de toenemende aandacht voor de behandeling van diabetes of van eenzaamheid en depressie vanuit de 1^e lijn past in dit kerngebied. Dat zijn dan weer vakgebieden waar fysiotherapie een duidelijke bijdrage levert, naast andere van de genoemde beroepsgroepen of instanties als thuiszorg e.d. Bij al deze verschillende vraagstukken passen ook hele verschillende ‘ketens’ en verschillende disciplines die moeten samenwerken. Een van de redenen waarom een blauwdruk niet goed kan werken. Je zou hier kunnen spreken van een ‘thematische’ of ‘aandoeningsgerichte’ benadering voor de 1^e lijnszorg. Het grote verschil met de chronische zorg rond ouderen (die zich min of meer ‘vanzelf’ aanmelden als hen ‘iets’ overkomt en vanaf dan steeds terug zullen keren, in een steeds snellere frequentie, in het zorgcircuit) is vooral dat het hier moet gaan om een proactieve benadering vanuit het 1^e lijnszorgcircuit. Dat moet daarin ook intensief samenwerken met partijen buiten de 1^e lijnszorg, bijvoorbeeld met zorgverzekeraars en ziekenhuizen. De reden om hier te spreken van een sluipende revolutie is vooral dat het gaat om enorme aantallen die ook een steeds groter beroep op de 1^e lijnszorg (zullen) doen. Niet alleen vergrijzing, maar ook extramuralisering en prijsdruk op ziekenhuizen leidend tot druk op versneld ontslag van patiënten uit het ziekenhuis dragen hier sterk toe bij. Dit is ook het gebied dat het vaakst wordt aangehaald om aan te geven dat de huidige kleinschalige opzet van de 1^e lijnszorg niet toekomstvast zou zijn. Want deze *care* functie vraagt, naast (para-) medische basiskennis, toch vooral organisatie en organisateer- competenties: coördinatie met andere instanties, casemanagement, monitoring van ziekteverloop, regelen van

administratieve en verzekeringstechnische zaken, bijstand van mantelzorg en familie etc. Dit is ook het terrein waar de coördinatie binnen het zorgcircuit extra (positief of negatief) wordt beïnvloed door 2 belangrijke spelers buiten de hier bestudeerde 1^e lijnszorg: de (vaak) grootschalige organisaties voor thuiszorg en de invloed van overheidssystemen, met name van indicatiestelling en hoe de gemeente de WMO heeft aangepakt, zoals loketfunctie en vergoedingen e.d. Dit is dus ook het terrein, ook door de aantallen waar we het over hebben en de klachten, waar de politiek naar kijkt en aandacht voor heeft. VWS organiseerde recent enige beleidsdebatten, waaronder over een sterke 1^e lijn. Een citaat uit het verslag hiervan van minister Klink kan deze politieke aandacht goed weergeven:

‘Tijd voor verandering. De huisarts van tegenwoordig werkt samen met andere hulpverleners en aanpalende disciplines. Niet alleen de wijkverpleegkundige of verpleeghuisarts maakt logischerwijs deel uit van de samenwerking, maar zonedig zijn er ook contacten met gemeenten, woningbouwcorporaties en jeugdzorg.’

Kortom: een complex veld, met veel spelers, ook van buiten de directe (para-) medische collega professionals, een sterk groeiend volume en een grote behoefte aan organisatievermogen, in plaats van alleen vakkennis. Niet helemaal ‘the usual cup of tea’ voor kleinschalige beroepspraktijken. Dit is ook het gebied met de meeste spanningen en met de meeste klachten. Dit is ook te zien aan de grote hoeveelheid initiatieven om de gaten te dekken: de *nurse practitioner* voor de huisarts, de specialisatie voor de fysiotherapeut, de bewakingsfunctie van medicijngebruik voor de apotheker, de verplaatsing van de eenvoudige indicatiestelling naar de professional, de roep om kleinschalige thuiszorg (zoals het Buurtzorg initiatief met een hernieuwde koppeling tussen wijkverpleging en huisarts) etc. Enerzijds is dit dus bij uitstek een terrein waarop iedere speler nieuwe initiatieven wil en moet nemen en dat nu ook vaak al doet. Anderzijds is dit ook een terrein waarop spelers van buiten het directe professionele circuit, zoals zorgverzekeraars, GGD, maatschappelijk werk, alarmcentrales, ook die gelieerd zijn aan intramurale care instellingen en werken met domotica (elektronische detectie en monitoring systemen in huis die op afstand worden bewaakt, de werkelijke hulp wordt geleverd via een netwerk van lokale aanbieders) kunnen menen een belangrijke toegevoegde waarde te hebben. Een belangrijk beleidsmatig vraagstuk voor de ondernemende professional is wel dat hier inspanningen worden geleverd die vaak maar beperkt direct vakmatig zijn, terwijl de hele beloningsstructuur sterk uitgaat van

‘vakgebonden verrichtingen’. Het coördineren van hulpketens rondom patiënten of aandoeningen valt daar niet onder. Dit is bij uitstek een kerngebied voor de toekomst, maar ook een terrein waarop veel systemen voor de 1^e lijnszorg geïnitieerd door concurrenten van buiten zich zullen (kunnen) aandienen.

Academisch Gezondheidscentrum Hoensbroek-noord
Ondernemen = innovatie, geen geld verdienen!

In Hoensbroek-noord staat een goed voorbeeld van een gezondheidscentrum dat multidisciplinair de problemen in de eerste lijn aanpakt. Het academisch gezondheidscentrum Hoensbroek-noord bestaat uit een aanzienlijk samenwerkingsverband. In totaal zijn er 50 man personeel aan het centrum verbonden; huisartsen, jeugdartsen, psychologen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners, centrumassistentes, ergotherapeuten, verloskundigen en begeleidend management. De verhouding onderling is gelijkwaardig, andere disciplines achten de huisarts bijvoorbeeld niet hoger dan de eigen vakgroep, maar erkennen wel de centrale rol die de huisarts in de zorg inneemt. Boven het gezondheidscentrum staat een stichting die het bestuur vormt van het centrum. Een aanzienlijk deel van de professionals is in dienst van het centrum, andere niet, die hebben een eigen maatschap binnen de organisatie, maar dit staat de samenwerking niet in de weg.

De apotheker zit niet in het centrum, maar is van oudsher aan de overkant aan de straat gevestigd. Er bestaat een goede samenwerking tussen het centrum en de apotheker met geregeld overleg op organisatorische en inhoudelijke gronden. Daarnaast zijn er nauwe banden met de universiteit, die wetenschappelijk onderzoek doet naar onderbouwingen voor de geleverde zorg en waar de professionals worden geschoold. Vandaar dat het gezondheidscentrum zich academisch mag noemen.

Binnen het centrum zijn huisartsen aanwezig die gespecialiseerd zijn op verschillende deelgebieden; diabetes, cardiovasculair en de grote, meer complexe aandoeningen. Ook heeft het centrum meer diagnostische apparaten in huis dan gebruikelijk in de eerste lijn. Dit heeft wel degelijk substitutie tot gevolg. Waar 10 jaar geleden de huisarts 10% van de diabetes patiënten deed en de specialist 90%, is dit nu andersom.

Het overleg vindt plaats in de wandelgangen en op ad hoc basis. Daarnaast is er elke week overleg met twee verschillende subteams; gericht op somatische patiënten en GGZ patiënten. De huisartsen en assistenten overleggen met ieder subteam een half uur in de week met het digitale patiëntendossier erbij om direct notities te maken. Afhankelijk van de doelgroep schuiven andere professionals aan.

Naast het reguliere werk worden er projecten opgezet om te kijken hoe de zorg anders ingericht kan worden. De laatste jaren zijn er bijvoorbeeld nieuwe programma's bedacht voor een betere behandeling van suikerziekte. Praktijkondersteuners en patiënten merkten dat de motivatie gedurende de behandelperiode zakte, mede doordat suikerziekte niet te genezen is. Om deze negatieve spiraal te doorbreken is bedacht de patiënten meer om handen te geven in het aanpakken van de ziekte.

Er worden nu ochtenden georganiseerd waar de patiënten samen ontbijten met de diëtist en praktijkondersteuner. Zodoende kunnen ze kijken hoe andere patiënten het doen en professioneel advies in winnen. Ook werkt het heel motiverend om zo samen op te trekken. Vervolgens gaat de groep naar de fysiotherapeut om samen te bewegen, wat ook heel motiverend werkt. Al met al een succes.

3.3. Preventie

Preventie is hot. Er is veel maatschappelijke en politieke aandacht¹². Ook in negatieve zin, bijvoorbeeld in de jeugdzorg: ‘Hadden instanties niet moeten weten wat er aan de hand is? Had men niet moeten ingrijpen bij een patiënt ‘in zorg’?’ Vragen waar ook een 1^e lijnszorg mee geconfronteerd wordt. De aandacht verschuift op dit moment van collectieve preventie, zoals voorlichtingsprogramma’s, bevolkingsonderzoek, periodieke *screening* en inenting naar meer individuele preventie: gezonde levensstijl, zorgzaamheid, individu en ‘vindplaats’ gerichte voorlichting en training e.d. Alle genoemde beroepsbeoefenaren hebben hierin een grote rol, zoals recent weer bleek uit het initiatief dat tandartsen en huisartsen onderling beter signalen van kindermishandeling gaan uitwisselen. Het is evident dat de signalering, juist vanuit de 1^e lijnszorg, beter kan, de grote vraag is of er vervolgens behandelingen of programma’s aan te bieden zijn die werkelijk effect hebben. Hierin moet nog veel ontwikkeld en getest worden, bij uitstek een mogelijkheid voor professioneel ondernemerschap. Op dit kerngebied speelt informatie natuurlijk een cruciale rol en dus informatiesystemen, zoals E(-lectronisch) P(atienten) D(ossier), dossiervorming, uitwisseling van monitoring informatie met GGD en andere instanties. Het is daarmee bij uitstek het terrein waarop inspanningen en investeringen in informatie uitwisseling lonend zijn en op den duur ook gewoon noodzakelijk zijn gezien de maatschappelijke eisen op dit terrein.

Op dit terrein is een nog wat onontgonnen gebied de relatie tussen (kleine) werkgevers en de zorg. Veel werknemers die ziek worden, komen op de een of andere manier ook met de 1^e lijn in aanraking. Het is aan de professionals daar om te constateren of daar een relatie ligt met de werkplek en hoe daarmee, ook preventief, om te gaan. Maar ook de belangstelling van werkgever en werknemer om te trachten werknemers weer snel aan het werk te helpen is natuurlijk van belang. Veel van deze activiteiten liggen nu bij de bedrijfsarts, die ook het recht gekregen heeft rechtstreeks te verwijzen naar de 2^e lijn. Maar een intensievere uitwisseling met de diverse professionals in de 1^e lijn, met name huisarts en fysiotherapeut, kan hierin zeker helpen, zeker voor het MKB dat hierin intern minder ondersteuning heeft.

¹² Zie bijvoorbeeld VWS-rapport “*Gezond zijn, gezond blijven, een visie op gezondheid en preventie*”, september 2007

3.4. Substitutie

Het gaat hier om de gerichte inspanning delen van klassieke ziekenhuiszorg meer te verplaatsen naar de 1^e lijn. Het doel kan zijn daardoor de kosten van de totale zorg te verlagen, maar ook zaken als bereikbaarheid, ontwikkeling van kleinschaliger technieken, klantvriendelijkheid spelen hierbij een rol. Het vergt hogere vakkennis en betere medische apparatuur in de 1^e lijn en dus een zekere professionele gedrevenheid om dit te bereiken. Het vraagt ook de bereidheid van ziekenhuizen om op dit vlak samen te werken. Tevens zien we in dit veld de opkomst van samenwerkingsverbanden die als het ware de ‘1,5 lijn’ bundelen, zoals intensieve samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen, tandartsen en KNO-artsen of opticiens en oogartsen. In dit veld is de invloed van tarieven, budgetten en dus toenemend de DBC-vorming een belangrijke sturende kracht en daarmee is hier tevens de invloed en eigen strategische keuzen van de zorgverzekeraar cruciaal. In het algemeen wordt het financieringssysteem nu zo vormgegeven dat er zoveel mogelijk *level playing field* is tussen ziekenhuizen en 1^e lijns *professionals*¹³. Het al dan niet pakken van die kansen in de ‘1,5 lijn’ zit dus in een combinatie van lef en ondernemerschap aan de ene kant, maar zeker ook organiserend vermogen aan de andere kant. Voor het grijpen van die kansen, bijvoorbeeld inrichten van een poli of een moeder-kindcentrum vanuit de 1^e lijn, is een vorm van grootschaliger denken en werken wel nodig. Al is het maar om goed hierover te kunnen onderhandelen met ziekenhuizen en zorgverzekeraars! Anders blijven deze initiatieven, zoals nu het dominante beeld is, toch vooral van de 2^e lijn komen. Ook hier geldt dus toch de vraag: ‘Is de 1^e lijnszorg qua ondernemerschap wel geëquipeerd voor de toekomst? Zijn derden van buiten de 1^e lijn daar niet nu beter voor ingericht?’

3.5. Poortwachter en Vertrouwenspersoon

Je zou dit het klassieke kerngebied van de 1^e lijnszorg kunnen noemen en een belangrijke reden waarom velen het instandhouden van een krachtige 1^e lijnszorg iedere keer opnieuw steunen. Van de hier bestudeerde beroepsgroepen betreft de poortwachterfunctie natuurlijk vooral huisarts en (in mindere mate) tandarts, maar de vertrouwensfunctie zit natuurlijk, naast deze twee, ook sterk bij apothekers en fysiotherapeuten. Het is ook het terrein waarop zich weinig twijfels voordoen over de vraag of de huidige 1^e lijnszorg

¹³ Al zijn daar in praktijk ook twijfels over, bijvoorbeeld door een tarievendiscussie: “Nijmeegse zorgvernieuwing loopt vast op geld”, Piersma, FD 2 juli 2007

toegevoegde waarde heeft, zowel in vermindering van onnodige kosten als in vergroting van gevoelens van zekerheid en veiligheid bij patiënten. Institutioneel en beleidsmatig heeft de 1^e lijnszorg het op dit gebied dus goed voor elkaar. Maar dat zal geen reden kunnen zijn voor achterover leunen: de bedreiging op dit gebied komt namelijk niet van overheid of institutionele partijen, maar van de burger zelf. In alle sectoren wankelt de positie van intermediaire structuren door de opkomst van internet in combinatie met de mondige consument. Van reisbureau tot makelaar, van assurantiebemiddelaar tot boekhandel tot beleggingsadviseur: iedereen heeft te maken met de sterk opkomende concurrentie van webwinkels, *webportals* en webveilingplaatsen. Waarom zou dat niet gelden voor dit kerngebied? Waarom richt men zich met zijn (beginnende) medische vragen niet tot een medische vraagbaak op internet (dokter.nl)? Waarom zoekt men niet direct de beste medisch specialist in een van de online gepubliceerde rangordes (ad.nl of Elsevier) of vergelijkingssites (independ.nl) etc.? Natuurlijk zeggen we hier niets nieuws: al deze voorbeelden zijn er al, inmiddels aangevuld door de overheidssite, kiesbeter.nl, en ook inmiddels aangevuld met allerlei hulpcentrales rond mantelzorg, 24uurs zorg e.d. Kernvraag is: hoe anticipeert de 1^e lijnszorg hierop en wie zijn de ondernemers die hier nieuwe initiatieven nemen? Maar ook: wat gaat dit betekenen voor de rol en opstelling van de professional in de 1^e lijnszorg zelf? Dat leert namelijk ook de ervaring in al die andere branches: er blijft plaats voor persoonlijke, hoogwaardige, betrokken dienstverlening en vertrouwensfuncties, ook in sterk internetgestuurde sectoren, maar dan wel met een heel ander profiel en houding en ondersteuning. Ook hier spelen zich dus volop kansen af voor innovatie en nieuwe initiatieven, met name in de investeringen in de eigen praktijk in dergelijke moderne communicatietechnieken en - functies.

Als je deze analyse vergelijkt met de recente nota over de 1^e lijnszorg van het ministerie van VWS dan valt natuurlijk allereerst op dat ook daar een pleidooi voor ondernemerschap en innovatie in de 1^e lijnszorg wordt gehouden. Ook daarin wordt gepleit voor een terughoudende, proportionele rol voor de overheid qua toezicht en bewaking van randvoorwaarden t.o.v. een privaat veld van spelers, namelijk zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Maar, ten opzichte van de werkelijke marktverhoudingen in dit veld van zorg is er ook een aantal zaken dat ronduit naïef of in ieder geval te weinig toekomstgericht wordt neergezet en daarmee dat ondernemende en innovatieve ook niet voorziet van een dwingende context. Dat betreft de rol van de

zorgverzekeraar. Die wordt hier alleen neergezet in zijn inkooprol, waarvan dan ook nog gezegd wordt dat deze op dit moment teveel denkt en werkt vanuit standaardcontracten in plaats van innovatievere contracten voor te leggen en na te streven. Maar ik denk dat in werkelijkheid zorgverzekeraars nadenken over, bezig zijn met en zich oriënteren op een rol als ondernemer of als co-ondernemer in de 1^e lijnszorg. Dus dat het private en ondernemende karakter niet is voorbehouden aan de bestaande professionals maar ook aan de zorgverzekeraar als derde partij. Wij denken vanuit onze analyse dat dat ook een goede zaak is en een aantal gewenste ontwikkelingen op de hier geschetste relevante kansrijke gebieden ook zal versnellen. In de strategische kern gaat het er voor de zorgverzekeraar natuurlijk vooral om hoever en hoe goed hij kan sturen via contractering/zorginkoop. Gaat het allemaal niet veel dwingender, beter, en geprofileerder door meer organisatorische verantwoordelijkheid te nemen voor (delen van) de 1^e lijnszorg? Het zal het ministerie dus nog gaan verbazen hoe innovatief en ondernemend sommige zorgverzekeraars willen zijn. Diezelfde blinde vlek ontstaat als wordt gesproken over financiers en dan alleen de wat ouderwetse leenfunctie wordt bedoeld. Ook op dit terrein doen zich meer ondernemende partijen voor, meestal verzameld onder de naam *'private equity'* (waarvan overigens een deel ook wordt geleverd door, andere onderdelen van, banken) die een grotere *say* willen in wat er gebeurt met hun ingelegd kapitaal. Kortom: ondanks de oproep tot ondernemerschap in de nota, wordt toch vooral traditioneel ondernemerschap van de huidige professionals bedoeld en te weinig ingegaan op de ondernemende rol in de zorg in het algemeen die ook door andere partijen kan worden ingevuld. Zo wordt wel ingegaan op de regeling borgstelling voor financiële instellingen in velden waarin veel MKB ondernemers zich bevinden, ook dat lijkt te duiden op een focus op de professional als ondernemer. Maar wat als die niet snel genoeg beweegt? Wat als die bepaalde innovaties niet kan of wil realiseren? Het oogt wellicht wat als half werk: er wordt wel zwaar ingezet op bevordering van concurrentie TUSSEN de traditionele beroepsgroepen in de 1^e lijn, via systemen van functionele bekostiging en bijbehorende taakherschikking, maar de ondernemende positie van derden wordt niet ingevuld of zelfs gezien. Maar als dus gaat gelden wat in de nota als volgt staat vermeld: *“Dit betekent dat de bekostiging zich zal gaan richten op functioneel omschreven prestaties die in principe hetzelfde worden bekostigd ongeacht waar deze prestaties worden geleverd of door wie die worden uitgevoerd.”*, (behalve de restricties van de wet BIG,swa), dan biedt dat toch ook openingen voor andere zorgondernemers dan de klassieke professional? Op dit moment is

de wenselijkheid van deze ‘derden’-rol in beleidsmatig en wettelijk opzicht nog sterk ter discussie, maar een toekomstgerichte nota die ondernemerschap wil bevorderen zou er wel meer bij stil moeten staan. Al is het maar in een verdediging waarom dit (voorlopig) verboden zou moeten zijn.

Hoofdstuk 4

Het ondernemerschap van de professional verdient bijzondere aandacht: in beleid

4.1. Institutionele druk op de professionele praktijk

Zoals gezegd kan de institutionele omgeving van de zelfstandige professionele praktijk, die nu eenmaal in de zorg sterk gereguleerd is, een grote druk uitoefenen, bijna vergelijkbaar met die van een inbedding in een grootschalige organisatie. Dan wordt die zelfstandigheid en economische autonomie een beetje een farce, een formaliteit, een papieren werkelijkheid. Het hangt natuurlijk ook sterk af van de taak- en rolopvatting die in die institutionele partijen en in de door hen uitgevoerde regelgeving opgenomen is. Er is in de hybride werkelijkheid die nu eenmaal inherent is aan de zorg ook een omgekeerd effect: de regelgeving en bemoeizucht der instituties. Deze kunnen echter ook beschermend en verzachtend werken naar de risico's van individueel ondernemerschap, zoals de prijs. Dit genereert dus in zekere zin een verlies van zelfstandigheid en meer bureaucratie, maar dit komt dan ook met een opbrengst van langduriger zekerheid van inkomsten en het tegengaan van open concurrentie.

De huidige institutionele druk op de eerstelijnspraktijkvoering en professionaliteit kent twee grote sporen: 1. het vergroten van samenhang en samenwerking enerzijds en 2. het vergroten van marktwerking en concurrentie anderzijds.

Daarover is het volgende op te merken:

Tegenstrijdige signalen

Beide beleidsbenaderingen tegelijk hanteren lijkt niet mogelijk, daarvoor staan ze teveel haaks op elkaar. Voor de professional levert het tegenstrijdige signalen op, vooral omdat de bijbehorende rol, koers en instrumenten van de overheid en toezichthouders zo sterk moeten verschillen tussen beide benaderingen.

In een marktperspectief past een terughoudende, faciliterende rol voor de overheid. In zo'n perspectief is het heel goed denkbaar dat professionals beter en intensiever samenwerken, maar dat doen ze dan omdat het in hun visie en inschatting loont en goed past bij de wensen en kenmerken van de moderne patient, niet omdat het dwingend en sturend wordt opgelegd

door de overheid. De overheid heeft dan ook veel minder in de hand waar zich die beweging naar meer samenwerken dan zal gaan voordoen. Er kunnen heel veel gebieden zijn waar de professionals elkaar niet kunnen of willen vinden in wel door de overheid of zelfs het publiek gewenste samenwerking.

In een meer overheidsgestuurd perspectief gericht op samenwerking moet echter het concurreren niet voorop staan en zal ook de overheid financieel en organisatorisch voorschrijven waar en op welke manier dient te worden samengewerkt. Een appèl op ondernemerschap van de professionals om dit van de grond te trekken past best binnen zo'n overheidsopvatting, maar dat is dan niet gebaseerd op de eigen economische incentives hiertoe van de professional, maar meer op een soort 'common sense'. Tevens is zo'n appèl dan niet vrijblijvend: als er geen adequaat antwoord komt, zal de overheid ervoor trachten te zorgen dat er een samenhangende eerste lijn ontstaat zoals zij deze voor ogen heeft.

Beide benaderingen lopen nu door elkaar heen¹⁴. In de praktijk zal een van de twee de doorslag geven, al naargelang de politieke en maatschappelijke trends, wensen en voorkeuren. Maar waar een ondernemer, zeker in een kleinschalige praktijk, altijd behoefte aan heeft, is consistentie. Die is er dus uiteindelijk niet.

Economisch Zelfstandig Ondernemerschap: Doet het ertoe?

Opvallend is dat deze institutionele druk en de stukken en regels waarop deze gebaseerd is, vaak niet expliciet aandacht besteedt aan het fenomeen van ondernemerschap bij de professional. Het wordt ofwel verondersteld (in de ideeën over introductie van meer marktwerking en concurrentie), ofwel als een last ervaren (in de ideeën over bevorderen van meer samenhang). Dit terwijl het een dominant organisatieprincipe is in de huidige 1^e lijnszorg dat zeer ver teruggaat in de tijd van de ontwikkeling van de diverse (para-) medische beroepen. Dit komt vermoedelijk, omdat dergelijke institutionele druk natuurlijk vaak wordt ingebracht en gehandhaafd door grote, bureaucratische organisaties, zoals zorgautoriteit, zorgverzekeraars en ministeries e.d., die in hun eigen cultuur en denken niet vertrouwd zijn met het fenomeen van de ondernemende professional. In veel beleidsjargon heerst, bewust en onbewust, de vanzelfsprekendheid van het nut, de efficiency en effectiviteit van het

¹⁴ Voor een veel uitgebreider en theoretisch meer verantwoord overzicht van de strategische keuzen in de publieke sector, zie: "*Strategisch management voor de publieke zaak. Hoe burgers, non-profitorganisaties, bedrijven en overheid gezamenlijk problemen oplossen*", drs. S.P.M. de Waal, Lemma 2008

grootschalige management- en structuurdenken. In deze managementcultuur zijn wel ondernemende professionals ‘nodig’, maar kan dat evengoed ingebed in een stelsel van ‘incentives’, ‘bonussystemen op het basisloon’, ‘interne mechanismen van ‘pay-for-performance’ e.d. Met andere woorden: loondienstverband en ingebed zijn in grootschalige organisaties laat in dit denken onverlet hoe ondernemend, innovatief, excellent en kwaliteitsgedreven de professional is. Een aparte economische positie zou daarvoor niet nodig zijn en is, als je in het hart van de huidige generatie managers zou kijken, waarschijnlijk toch ook vooral hinderlijk. Dit is echter maar zeer de vraag. Er is opvallend weinig onderzoek gedaan naar de effecten op positie, kwaliteit en inventiviteit van de bedrijfsmatige constructie waarin de (para-)medische professional opereert. Maakt het voor zijn vakkennis, kwaliteit van werken, arbeidsvreugde, toepassing van nieuwe technieken wat uit of hij/zij in loondienst werkt of als zelfstandig ondernemer? Maakt het voor de betreffende organisaties wat uit? Opereren die inventiever en slagvaardiger met professionals in loondienst of zijn het juist de organisaties met een maatschaps model die daarin beter zijn? We hebben in Nederland wel wat vergelijkingsmateriaal, zoals de ziekenhuizen (zie verderop), maar ook de thuiszorg en het onderwijs. Op grond van dat beperkte bewijs zouden we wel de stelling aandurven dat bureaucratisering en administratieve overwoekering van beroepsinhoudelijke vakken zeker geremd wordt als beroepsgroepen als zelfstandig ondernemer kunnen functioneren. Zonder dat we dit moeten zien als panacee. Er zijn vakgebieden in de zorg die zich heel goed lenen voor een krachtig productconcept uitgevoerd door professionals in loondienst (zoals bijvoorbeeld Plexus Zorg laat zien). Niemand zal beweren dat de kwaliteit in academische ziekenhuizen (waar de meeste medisch-specialisten in loondienst zijn) minder is dan die in algemene ziekenhuizen (waar de meeste medisch specialisten in een maatschapsconstructie werken). Ons gaat het hier om iets anders, namelijk het palet aan mogelijkheden dat zal moeten gaan differentieren. De een ondernemer, de ander in loondienst, weer een ander parttime of op freelance basis. Dat vergroot de mogelijkheid voor professional en ondernemer om elkaar te vinden in een passende constructie en het vergroot de druk op klassiek management in grootschalige organisaties om beter naar de professional te luisteren. Die heeft namelijk daarmee een keinschalig, ondernemend alternatief buiten de deur of kan een meer ondernemende contractering afdwingen binnen de deur.

Huisartsen in loondienst bij Independer

Vijftien Haagse huisartsen zijn in dienst getreden bij vergelijkker en tussenpersoon Independer om meer service gerichte zorg aan consumenten te kunnen aanbieden. Independer is vooral bekend als vergelijkingssite voor autoverzekeringen e.d. maar gaat nu ook duidelijke de zorgmarkt op. De eerste praktijk is gevestigd in Den Haag. Doel is een praktijk zonder wachttijden te creëren. Bij Independer kan de patiënt op het door hem of haar gewenste tijdstip worden geholpen en worden patiënten indien nodig doorverwezen naar de meest geschikte specialist. Om dit te realiseren, zijn de huisartsen die bij Independer werken, vrijgesteld van de vele administratieve taken van de solistisch opererende huisarts. Daarnaast worden zij ondersteund door een centraal automatiseringssysteem en een medisch callcenter. Independer wil op termijn deze huisartspraktijken door het hele land opzetten. Op de website gaat Independer zorgaanbieders vergelijken op kwaliteit. Bezoekers zal gevraagd worden naar de ervaringen met zorgaanbieders.

4.2. Beleidsdimensie I: Sturingsfilosofie:

Blauwdrukplanning versus Marktwerking

Het betreft hier natuurlijk een veel bediscussieerde dimensie: op welk beleid en sturingsfilosofie zetten we in? Dit debat is ook actueel in de eerstelijnszorg. In hoofdstuk 4 hebben we geconstateerd dat de eerstelijnszorg bij de huidige dynamiek niet vanzelf zal gaan voldoen aan veel (toekomstige) maatschappelijke vereisten. Dan is de verleiding erg groot om als overheid naar aanbodgestuurde blauwdrukplanning te grijpen: laten we één (succesvol) model, dat voldoet aan veel van de gewenste publieke vereisten dominant verklaren en trachten dat op zoveel mogelijk plaatsen te realiseren. In het geval van de eerstelijnszorg zou dit het model van de geïntegreerde gezondheidscentra per samenhangende wijk (het ‘Almeerse model’) kunnen zijn. In dit model zijn veel van de 1^e lijnsdisciplines bijeen gebracht in gebouwen, de gezondheidscentra, soms nog gecombineerd met andere verwante publieksfuncties zoals peuterspeelzalen of basisonderwijs e.d.. Deze gezondheidscentra zijn vervolgens planmatig verdeeld over wijken van een bepaalde omvang (meestal ca. 10-15.000 inwoners). In de Almeerse variant zijn binnen die gezondheidscentra de professionals in loondienst en deze worden geleid vanuit een grootschalige (thuis)zorgorganisatie. Er is enige ruimte voor vrije keuze door patiënten, maar het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum wordt wel aangeraden aan nieuw gevestigde bewoners van de stad.

Om twee redenen is dit echter niet het goede antwoord op het hiervoor geschetste probleem van het ‘gat’(gap) tussen toekomstige eisen en heersende ontwikkelingsrichting vanuit het bestaande krachtenveld. Allereerst is het model van het gezondheidscentrum als zodanig nog steeds onderwerp van veel kritiek. Het wordt in allerlei onderzoeken ook bekritiseerd en kent

zeker zwakke punten. Ten tweede zal het heel moeilijk blijken een dergelijk model te introduceren in omgevingen met veel reeds vrijgevestigde en zelfstandige professionals. Het is in die zin een model dat zich het gemakkelijkste laat introduceren in ‘nieuwe’ omgevingen zoals de polder en grotere nieuwbouwwijken, waar dat dus ook regelmatig gebeurt, ook daarin is te zien dat publieke en private partijen elkaar in gewenste ontwikkeling best weten te vinden.

Wat betreft de inhoudelijke kritiek op het ‘Almeerse’ model geldt vooral het volgende. De loondienststructuur kan zeker ambtelijk gedrag uitlokken bij de professionals, een zekere 9-5 mentaliteit die natuurlijk rechtstreeks gevolgen heeft voor de dienstverlening aan burger en patiënt. Telkens duiken ook analyses op die spreken van een verlaagde productiviteit. Het onderbrengen in een grootschalige organisatie heeft ook telkens weer het gevaar van bureaucratie en grotere overhead. Dat is ook de reden dat ook in Almere getracht is de concurrentie door het toelaten van vrijgevestigde professionals toch enigszins te verhogen en tevens om intern in beloningssystemen meer te sturen op zaken als productiviteit. Het model heeft ook een hoog *one size fits all* karakter wat betreft de hulpverlening aan wijken. Als wijken onderling een meer diverse bevolkingssamenstelling hebben (hetgeen op het ‘oude land’ en zeker in steden natuurlijk vaak het geval is) en daarmee ook onderling zeer verschillen in gezondheidsrisico’s en ziekten, is natuurlijk ook een meer diverse samenstelling van het professionele aanbod nodig dan dit model biedt. Ieder van die professionals opereert dan immers op een andere geografische schaal afhankelijk van de spreiding van de voor hem/haar relevante patiëntengroep over de gehele bevolking. Dat soort afstemming van (professionele) schaal op (geografische) schaal kan mogelijk beter gerealiseerd worden in een vrijgevestigde omgeving dan in een planningsomgeving. Tenslotte biedt een dergelijk model de patiënt minder keuzevrijheid wat betreft professionals. Ook al is er formeel sprake van vrije artskeuze, fysiek en cultureel wordt hierin natuurlijk wel gestuurd in zo’n model als het over een hele stad wordt toegepast. Tevens kun je zeggen dat de keuze van de ene professional, zoals de huisarts of apotheker, er vermoedelijk al gauw toe leidt dat dan ook de andere disciplines zijn ingevuld, namelijk met de collega’s in het betreffende gezondheidscentrum. Dit is overigens een situatie die vergelijkbaar is met hoe het in ziekenhuizen gaat en in multidisciplinaire samenwerkingspraktijken. Deze kritiekpunten

leiden er ook toe dat eigenlijk geen enkele partij in de zorg, ook patiëntenorganisaties¹⁵ en zorgverzekeraars niet, dit model als blauwdruk bepleiten voor de hele 1^e lijnszorg. Ook al heeft het evident grote voordelen en sterke punten. Dit model scoort hoog op samenhang en samenwerking rondom patiënten in de zorg (ketensamenhang, multidisciplinariteit rondom de patiënt), op directe beschikbaarheid van verschillende professionals dichtbij huis en op aandacht voor preventie en *public health* in het algemeen. Zaken die op het ‘oude land’ soms weer slecht functioneren. Deze voordelen zijn ook de reden waarom gemeenten, ongeacht de politieke kleur, bij het realiseren van grotere nieuwbouwwijken vaak voorstander blijven van dit model.

Het model omarmen als gewenst, is echter nog wat anders dan het als blauwdruk introduceren in het ingewikkelde krachtenveld van de huidige Nederlandse eerstelijns gezondheidszorg. Een paar van deze redenen liggen nogal voor de hand.

De urgentie van falen of problemen is nu niet zo groot dat er een ‘Deltaplan voor de eerstelijns’ zou moeten worden opgetuigd. Dit zou met name de (rijks) overheid de legitimiteit moeten geven om op een centralistische, krachtige manier in te grijpen in bestaande verhoudingen en belangen. Zeker als de introductie van een dergelijk model gepaard zou gaan met het in loondienst willen nemen van alle eerstelijns professionals zouden we rustig kunnen spreken van een nationalisatie van de 1^e lijnszorg. Hoezeer dit ook zou passen bij de breed gedeelde politieke visie dat de 1^e lijnszorg een cruciale infrastructuur is van de zorg en een publiek verankerd recht verschaft voor eenieder tot beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg, is hiervoor de urgentie van het probleem toch zeker niet groot genoeg en zullen velen twijfels hebben of een dergelijke overheidsrol wel tot verbetering van de zorg zal leiden.

Zonder die urgentie zal het de rijksoverheid niet lukken en verder is er geen enkele partij nu krachtig genoeg een soort standaardmodel ‘door te drukken’. Ook andere partijen die een dergelijk model zeker in bepaalde omstandigheden gewenst vinden, zoals patiëntenvereniging en zorgverzekeraars, zijn terughoudend in het bepleiten van een blauwdrukbenadering om meerdere redenen, maar zeker ook om reden van haalbaarheid en betaalbaarheid van zo’n ‘nationalisatie volgens blauwdruk’.

¹⁵ Zie NPCF “*Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief*”, maart 2007

Daar komt bij dat recent de belangrijkste regiefunctie in de zorg sterk is geprivatiseerd. Van zorgverzekeraars worden nu toenemend ingrepen en creatieve aanpakken verwacht, ook in relatie tot de eerstelijnszorg. Er is ook zeker een begin van dergelijke aanpakken te zien, dus daarmee zou een centraal en overheidsgestuurd ingrijpen haaks staan op de nog tot voor kort gewenste marktwerking en nieuwe verhoudingen. Het zou ook de concurrentievoorsprong van sommige die zich juist op dit gebied profileren, onderuit halen met alle schade van dien voor hun toekomstige creatieve inzet;

Het veld van eerstelijnszorg is dan ook nog sterk geprivatiseerd in zichzelf voor wat betreft de professionele uitvoering. Vele professionals in dit veld hebben eigen praktijken. Het zou haaks staan op die belangen om nu van bovenaf in te grijpen. Het zou daarmee ook duur zijn (vanwege allerlei noodzakelijke afkoopregelingen). Als het al niet geheel onuitvoerbaar zou zijn, gezien de schaarste aan goed opgeleide professionals op dit vlak. Er is voor de overheid geen professioneel alternatief, je rukt niet even een blik goede huisartsen of tandartsen of apothekers open om die dan volgens een planningsbenadering te laten werken. Tevens past het niet in de eveneens door de politiek breed gepropageerde ‘terugkeer naar de zeggenschap en dynamiek van de professional’.

Tenslotte is evident dat zonder de medewerking van de huisartsen een dergelijk model niet succesvol is te introduceren, deze zijn hierin terughoudend respectievelijk zeer genuanceerd en zullen zeker geen blauwdruk accepteren.

Als blauwdrukplanning dus niet de goede benadering is, is nog niet gezegd dat het andere uiterste, marktwerking, beter is. Daarvoor zijn de belangen voor de gehele gezondheidszorg en het publiek van een goed functionerende eerstelijnszorg te groot. De inrichting daarvan kan dus niet zomaar en klakkeloos aan de eigen initiatieven van marktkrachten overgelaten worden. In het bestel van gezondheidszorg vervult de eerstelijnszorg zeer algemene functies: 1^o toegang, uithangbord/portal, eerste drempel, verwijskanaal, voorlichtingskanaal, signalering van trends etc. Deze moeten bewaakt en bevorderd worden en dienen ook redelijk sluitend over het gehele land voor iedereen beschikbaar zijn. Je zou kunnen zeggen dat de eerstelijnszorg een basisvoorziening is voor iedere burger en een publieke rol vervult in het geheel van de zorg. De bewaking daarvan, ook in een relatief sterk geprivatiseerde context in

de rest van de zorg, is onder andere de taak van de overheid in samenspraak met de vele private partijen.

Dit gaat dus verder dan gereguleerde marktwerking. Bij gereguleerde marktwerking zorgt de overheid er slechts voor dat het spel zelf netjes gespeeld wordt en voegt ten opzichte van een ‘gewone’ marktomgeving wel extra regels en toezicht toe op die terreinen waarop ze sterker het spel (niet de uitkomst) wil sturen dan in een vrije markt. In het geval van gezondheidszorg zijn dat bijvoorbeeld solidariteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en (delen van) kwaliteit. In het geval van de eerstelijnszorg heeft de overheid samen met alle private partijen belang bij een ‘neutraal’ functioneren van de eerstelijnszorg en een krachtige organisatie die voor alle burgers goed, objectief en duidelijk functioneert. De overheid wenst dus in dit geval ten behoeve van de burger en de zorg in het algemeen niet alleen een zuiver spel, maar ook een bepaalde uitkomst in de organisatie van het zorgaanbod zelf: stevige, goed georganiseerde eerstelijnszorg. Daarop zal dan ook gestuurd moeten worden. We noemen dit: **‘Publieke aanbodsturing in een marktomgeving’**. Je zou kunnen zeggen dat voor alle eisen die de samenleving en de overheid stellen aan de zorg een goede 1^e lijnszorg cruciaal is. Dit wil men dan bereiken zonder te vervallen in blauwdruksturing of nationalisatie.

4.3. Beleidsdimensie II: Sturingsfilosofie inzake type professional: Ondernemend versus ‘Werknemend/beschermd’ (‘open’ versus ‘besloten’)

Hier gaat het om beleid en sturing op een vraagstuk dat onderhuids wel heel dominant is in de zorg, maar vaak niet expliciet wordt gemaakt, namelijk hoe in het beleid dient te worden omgegaan met de positie en arbeidsomstandigheden van professionals. Hier gaat het om vragen als ‘Wat is de rol van professionals in de zorg?’ ‘Hoe economisch zelfstandig dient de professional te zijn?’ ‘Hoe ver gaat de eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit en productie?’ ‘Hoeveel laten we over aan eigen inrichting van private organisaties en hoeveel dient daar door de wetgever rechtstreeks in te worden ingegrepen?’

De beleidsissues gaan dan over zaken als opleidingseisen, diploma eisen, tuchtrecht, vestigingsbeleid e.d. Grofweg zijn er de volgende aangrijpingspunten voor beleid op dit terrein:

- a) *Toelating als individu*: opleidingseisen, diploma-eisen, toelating register, meesterproeven, vestigingsvoorwaarden; en de tegenhanger hiervan: bijscholing- en terugtredeingseisen, zoals tussentijdse opleiding, tussentijdse toetsen, minimum- uren eis voor praktijkuitoefening, pensioendatum, maar ook tuchtrecht, bevoegdheden inspectie rond kwaliteit van de professional e.d.
- b) *Toetreding als beroepsgroep tot de zorg*: sturing op aantallen zoals via opleidingsplaatsen, vestigingsplaatsen, vaste erkende hoeveelheden praktijkhouders (die je eerst als werknemer aannemen, zoals bij de kandidaat-notarissen) etc.
- c) *Organisatie-eisen*: alleen bevoegd tot uitoefening van het vak, indien deelgenoot van een bepaald kwaliteitszorgsysteem of bepaalde *governance* omgevingen (bijvoorbeeld: de stichtingseis in de WTZi, die ook geldt voor commerciële privé-klinieken). Dit kan er ook toe leiden dat aan de organisatie allerlei interne en op processen gerichte eisen worden gesteld, zoals kwaliteitssystemen, managementmodellen (vergelijk de voormalige wettelijke status van het ziekenhuis als ‘medisch geïntegreerd bedrijf’) etc.
- d) *Financiële aantrekkelijkheid*: tarieven en tariefopbouw (bijv. norminkomen in tarief, ongeacht productievolume), productie-eisen, stelsel van verantwoording (administratieve last, wijze van automatisering), financieringssystemen en hun (on-)vrijheden (bijv. DBC-systeem).

Ook hier zou je twee uiterste in beleidsopties kunnen onderkennen. De arbeidsmarkt en de betreffende regulering van de arbeidsomstandigheden van de medisch gerelateerde professional wordt gezien als die van iedere professional in een marktomgeving aan de ene kant. Dus vergelijkbaar met allerlei hoogopgeleide beroepsgroepen, variërend van degenen in een meer gereguleerde context, zoals advocaten en accountants, tot geheel vrije beroepen, als organisatieadviseurs en interim-managers. Dit noemen we hier een ‘**open bestel**’ inzake

professionals. Of er is aan de andere kant sprake van verdergaande regulering juist omdat het om professionals in de gezondheidszorg gaat. Dit noemen we een ‘**besloten bestel**’.

In de eerste variant, ‘**open bestel**’, wordt op allerlei van bovenstaande onderdelen zoveel mogelijk gedereguleerd, met meestal handhaven van een zekere regulering op onderdeel a. Dit was klassiek natuurlijk van belang omdat deze professionals handelingen verrichten die levensbedreigend respectievelijk levensreddend (kunnen) zijn en dus aan strenge eisen zijn onderworpen. In sommige beroepsgroepen is daarbij nog het oude gildesysteem terug te zien, waarbij deze controle en beslissingen sterk binnen het gilde plaatsvonden, in andere is dat vervangen door overheidsregulering en – toezicht. Op de onderdelen b en c is in dit scenario in ieder geval sprake van zoveel mogelijk deregulering of een terughoudende overheidsinvloed. Op onderdeel d wordt zoveel mogelijk gestuurd alsof het om normaal ondernemerschap gaat. Wel duikt hierbij regelmatig de spagaat op van een discussie over enerzijds de vraag of de betreffende sector nog aantrekkelijk is voor beginnende professionals, anderzijds, of er niet teveel geld wordt verdiend voor een onderdeel dat zich financieel-economisch bevindt binnen de collectieve sector.

In de tweede variant, ‘**gesloten bestel**’, wordt aanvullend op onderdeel a, ook op de onderdelen b en c zwaar collectief gestuurd. Hiermee krijgt de betreffende beroepsgroep natuurlijk een zekere bescherming tegen ongebreidelde concurrentie (het aantal concurrenten en de organisaties waaraan de professionals zich kunnen verbinden, wordt sterk gereguleerd). Anderzijds is er dan ook veel minder ruimte voor ondernemerschap, de positie is dus meer vergelijkbaar met die van werknemer, wat dan ook de fiscale status is waar men in verkeert.

Op deze dimensie is niet zomaar te zeggen wat nu exact de voorkeur is van belangrijke partijen, zoals overheid, zorgverzekeraar en de beroepsgroepen zelf. Dat laatste is natuurlijk opvallend. In de beleidsdiscussies over de eerstelijnszorg lopen deze uiterste opties nogal door elkaar, bij alle genoemde partijen. Dit is onderdeel van het fenomeen dat het te vanzelfsprekend is geworden. We zien niet meer welke keuzen in het verleden zijn gemaakt en welke keuzen op het vlak van ondernemerschap in de toekomst nodig zijn. Er is ook het een en ander verschoven de laatste jaren. Zo zijn de tandartsen sterk opgeschoven naar het ‘open bestel’, waarbij de sturing op onderdeel b (bijv. ‘numerus fixus’) is gedereguleerd en op onderdeel d de tandarts toenemend zich opstelt als iedere leverancier van (verzekerde) diensten, zoals ook een autoreparatie bedrijf. Dus ook daar weinig sturing op volume, maar

nog wel enigszins op prijs per verrichting. Ook fysiotherapeuten zijn veel meer terecht gekomen in een ‘open bestel’, daar waar zij klassiek al weinig sturing op b hadden. Eerder het omgekeerde: de overheid wilde de fysiotherapie pas vrijgeven, toen er meer dan genoeg goed opgeleide fysiotherapeuten waren. Daar spelen nu veel meer klassieke marktfragen zoals de kwestie of de tariefstelling en vergoedingensystematiek het nog echt aantrekkelijk maken een eigen eerstelijns praktijk te starten. Tevens speelt het punt dat hun vakgebied nog niet als geheel onder een open bestel is gebracht, omdat de fysiotherapie vanuit intramurale instellingen hier niet onder valt, hetgeen tot oneigenlijke concurrentie kan leiden vanuit het oogpunt van de ondernemende fysiotherapeut. Bij de huisartsen wordt gestuurd op de variabelen a,b en d, en opvallend genoeg, vergeleken met de medisch specialisten in het ziekenhuis, weinig op onderdeel c. Als men wil stimuleren dat de huisarts gaat werken in een multidisciplinair verband zal dat juist een van de grote veranderingen zijn die moet optreden. Tegelijk is dan heel goed te zien dat de huisarts van alle beroepsgroepen in de eerste lijn wel heel sterk in een gesloten bestel werkt en daarmee het minst wordt uitgedaagd op zijn ondernemerschap. Inmiddels is door de overheid meer ingezet op een open bestel door de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen fors toe te laten, evenals van medisch specialisten. De apothekers tenslotte lijken zelf de laatste tijd meer te willen opschuiven naar een meer besloten model, namelijk inzettend op bescherming en speciale regels van de overheid. Dit kan te maken hebben met een groter accent op de beroepsinhoud vergeleken met het pure ondernemerschap. Tevens vindt er op dit moment bij de apothekers ook een schaalvergroting plaats richting *retail*ketens en groothandel (OPG). Hierdoor wordt het zelfstandig ondernemerschap anders ingevuld (bijvoorbeeld als franchise), en soms verdwijnt het zelfs als optie voor starters en is er alleen de optie van loondienst, al dan niet met uitzicht op zelfstandig ondernemerschap door (interne) overname.

Het is natuurlijk duidelijk dat professioneel ondernemerschap het meest floreert en wordt uitgedaagd in een ‘open bestel’. Hiervoor moeten de omstandigheden echter wel gunstig zijn. Tevens is de eigen opvatting van de beroepsgroep hiervoor erg belangrijk. Daarvan hebben we duidelijk gemerkt dat de beroepsgroep zelf daar vaak een gemengde resp. onduidelijke mening over heeft en qua vraag naar overheidsregulering en eigen beleid vaak erg ad hoc, zo niet opportunistisch reageert. De reden voor de overheid (en nu toenemend ook de zorgverzekeraars) om over te gaan tot extra regulering zijn vaak kwaliteitsincidenten, voor de beroepsgroep vaak ook onzekerheid over het eigen inkomen en professionele domein. Om

werkelijk als ondernemer te kunnen opereren, met alle onzekerheden en risico's van dien, is lange termijn zekerheid en duidelijkheid natuurlijk cruciaal.

Wij denken dat in het kader van deze studie het inzetten op een 'open bestel' en met name meer openheid in **d** (financiële aantrekkelijkheid) en met meer prikkels en *incentives* voor onderdeel **c** (organisatie eisen), wat betreft de gewenste varianten van multidisciplinair samenwerken en gegevensuitwisseling, de meest wenselijke weg is. Hierop zou het overheidsbeleid en toenemend ook dat van de zorgverzekeraars moeten inzetten.

4.4. Beleidsdimensie III: Sturingsfilosofie inzake Type Ondernemerschap: Winstmaximalisatie versus Maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO)

Uiteraard is het in het kader van een studie over ondernemerschap wel zaak goed weer te geven over welk type ondernemerschap we het hebben. Klassiek kennen we maar een soort, gelukkig heeft de literatuur de laatste 10 jaar ook een nieuwe variant opgeleverd. In de eerste variant was 'geld verdienen' hetzelfde als 'ondernemen'. Tegenwoordig, zeker in sterk publieke contexten als *retail*, beursgenoteerd bedrijfsleven, maar ook zorg, wordt toenemend gevraagd dat een ondernemer en onderneming zich sterk maakt voor de publieke zaak en daar oog en aandacht voor heeft. Dit is niet iets waar de overheid nog zo nodig regulering e.d. op hoeft te betrachten, in dergelijke contexten wordt dit afgedwongen door de klant zelf. Het reputatiemechanisme in combinatie met gevoelens van burgerschap werken daar erg sterk. Dat geldt dus zeker ook voor de eerstelijnszorg als markt/sector waar private professionals opereren. Het is dan dus wel nodig dat de beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zelf een standpunt innemen over de aard en mate van gewenst maatschappelijk verantwoord ondernemen. Dit betreft niet alleen de discussie over topinkomens (apothekers), maar ook zaken als kwaliteit, bejegening, selectie, zorg-op-maat, waar ook de vertrouwensfunctie van de professionals in de eerste lijn aan de orde is.

Welk soort ondernemerschap?

Inkomensmaximalisatie	
<u>Korte termijn</u> Kosten besparing Omzet vergroting	<u>Lange termijn</u> Loyaliteit naar patiënten Specialisatie en innovatie
Maatschappelijk (verantwoord) ondernemerschap	
<u>Direct Patiënt georiënteerd</u> Preventie Gepaste zorg Alternatieve diensten Kwalitatief hoogstaande (keten-)zorg	<u>Potentieel patiënt georiënteerd</u> (maatschappelijke waarde creëren)

In bovenstaand kader worden twee vormen van ondernemerschap zo scherp en onderscheidend mogelijk weergegeven met de daarbij behorende belangrijkste aspecten. De ene vorm is vooral gericht op *winstmaximalisatie*. Voor de korte termijn gaat het dan om het eenvoudige economische mechanisme van kostenbesparing en omzetvergroting. Voor de lange termijn spelen voor een dergelijke ondernemer gezien de hiervoor al geschetste specifieke, ‘publieke’, kenmerken van `de markt van zorg ook zaken als inzetten op patiënten loyaliteit, imago en specialisatie. Voor echt ‘*hit and run*’ commercieel ondernemerschap lenen zich grote delen van de gezondheidszorg en ook de 1^e lijnszorg niet. Daarvoor is het reputatiemechanisme te sterk, daarvoor is ook de cultuur van de leveranciers en contractpartijen teveel op de lange termijn gericht, daarvoor let ook de patiënt teveel op als het fout dreigt te gaan. Toch heeft een dergelijk streven naar maximale winst in de zorg al bijzondere effecten. Het kan leiden tot een bepaalde selectie van patiënten (en staat dan haaks op de algemene functie van de 1^e lijnszorg en de algemene eed van de professional om iedereen te helpen die hun specifieke kennis en vaardigheden nodig hebben), het kan leiden tot een verdere opdeling van taken over meerdere professionals (specialisatie en taakherschikking) die niet altijd in het belang van de patiënt is (zoals langere wachttijden), het kan leiden tot scherper definiëren van het product dat de verzekeraar vergoedt en hetgeen de patiënt zelf moet vergoeden (hetgeen het geheel van de prijs opdrijft) etc. Het gaat er hier echter niet om dergelijke mogelijk nadelige effecten in een soort doemscenario neer te zetten, maar wel vanuit enig realiteitsbesef. Er staan zeker ook positieve factoren tegenover als een dergelijk ondernemer meent dat er geld kan worden verdiend met bepaalde innovaties en investeringen en bijbehorende profilering. Dan is hij/zij ook bereid een risico te lopen, gericht

op toekomstige winsten. Het *maatschappelijk ondernemerschap*¹⁶ heeft een meer maatschappelijke oriëntatie. Extreem gezegd: winst is een middel, geen doel op zich. Voldoende winst en economische zekerheid op langere termijn zijn voldoende, er is geen streven naar winstmaximalisatie, maar vooral naar vergroting van de maatschappelijke bijdrage. Bij een maatschappelijk ondernemer is er dus ook meer ruimte en aandacht voor zaken die in de zorg zeer relevant zijn, maar ook enigszins tegen het eigen belang van de pure ondernemer ingaan, zoals preventie, het bieden van niet meer zorg dan strikt medisch nodig en het bieden van alternatieve diensten, zoals consulten en ketenmanagement, ook als die niet direct worden vergoed. Daarmee heeft de maatschappelijk ondernemer wellicht op langere termijn ook meer aandacht voor de groep potentiële patiënten, maar niet als marktaandeel, maar vanuit een preventieve houding: hoe kunnen we voorkomen dat ze patiënten worden of intensieve zorg nodig zullen hebben? Beide soorten ondernemerschap zijn hier stevig tegenover elkaar gezet, omdat het wel uitmaakt hoe de professional zichzelf definieert en cultureel in elkaar steekt. Maar strikt genomen hoeven winstgerichtheid en maatschappelijk ondernemen elkaar niet te bijten. Wanneer een ondernemer zijn winst wil maximaleren, dan kan hij of zij dat ook doen door een lange termijn visie erop na te houden. In deze visie zorgt de ondernemer dat hij of zij een reputatie opbouwt, als zijnde loyaal aan zijn of haar patiënten en blijft hij of zij zich specialiseren op het vakgebied en behandelmethodes. Op deze manier wordt een concurrentie voordeel opgebouwd en wordt er eigenlijk vanuit het patiënt georiënteerde standpunt gehandeld met als doel winstmaximalisatie, maar tegelijkertijd wordt ook publieke meerwaarde gecreëerd. Het maakt dan dus in essentie niet zoveel uit van waaruit de “slimme”, lange termijngerichte ondernemer in de zorg begint. Hij/zij kan ook beginnen vanuit het standpunt van maatschappelijk ondernemen en als hij/zij dit goed en efficiënt genoeg doet, komt de winstvermeerdering vanzelf.

Ondanks deze grote parallelliteit tussen beide verschillende soorten ondernemerschap juist in een terrein als de zorg en het daaruit voortvloeiende fenomeen dat de meest voorkomende zorgondernemer kenmerken van beide zal vertonen, is het niet onbelangrijk om in het beleid alert te zijn op dit onderscheid en dat gebeurt te weinig op een duidelijke en zakelijke manier. Het maakt voor de keuzen van de professional, ook in direct contact met de patiënt, toch wel uit van waaruit hij/zij opereert en denkt. Of de overheid hier met wetgeving of financieringssysteem zoveel invloed op heeft, waag ik in dit geval te betwijfelen. Dat ligt

¹⁶ Zie voor meer uitgebreide toelichting op deze begrippen: “*Nieuwe strategieën voor het publieke domein. Maatschappelijk ondernemen in de praktijk*”, drs. S.P.M. de Waal, Samsom 2000

anders dan bij ziekenhuizen, die veel grootschaliger zijn, een grotere diversiteit in professionals kennen en waar de kapitaalfunctie (apparaten en gebouwen) veel groter is. Daar is het dus terecht dat er een heftig debat plaatsvindt momenteel over al dan niet toelaten van winstuitkering. Hier, in de 1^e lijnszorg, gaat het toch vooral om het beroepsethos van de individuele *professional*. Ook al zal deze in de toekomst vermoedelijk toenemend in grootschaliger organisaties functioneren, er blijven toch grote verschillen met ziekenhuizen.

Specifiek overgangsvraagstuk: van collectieve sturing naar risico's en waardeontwikkeling op bedrijfsniveau

Er is nog een specifiek punt van vrij groot belang rond de inzet en strategie van privaat ondernemerschap en dat is het vraagstuk van waardevermeerdering en het eigenaarschap en de verhandelbaarheid daarvan. Zodra privaat kapitaal of ondernemerschap van derden zich mengt in de 1^e lijnszorg wordt dat een expliciet issue, net als het nu begint te worden in de ziekenhuissector¹⁷. Maar het is eigenlijk natuurlijk ook al een issue geworden voor de zittende private ondernemers, de professionals met een eigen praktijk, zodra meer risico's op hun niveau neergelegd worden. Dat is nu al het geval en gebeurt natuurlijk door zaken die hiervoor weergegeven zijn, zoals het versterken van concurrentie, het weghalen van bepaalde financiële buffers in de bekostigingssystemen en het sterker gaan financieren op outputbasis (het DBC systeem). Het is een kwestie die direct voortkomt uit huidige keuzen in alledrie de geschetste beleidsdilemma's, vandaar dat het hier behandeld wordt.

Het hele vraagstuk van waardeontwikkeling is sterk onderbelicht gebleven, omdat veel regelingen ingingen tegen dit begrip of ronduit verboden waren, zoals bij onroerend goed transacties (die via de overheid dienden te worden afgewerkt, waarbij het (mogelijke) verschil tussen boekwaarde en marktwaarde bij de overheid terecht kwam) en inzake de goodwill problematiek (die in de 1^e lijn ronduit verboden is, maar nu op sommige plaatsen toch weer opduikt¹⁸). In een sterk overheidsgestuurd systeem, waarbij de investeringen op langere termijn vanuit de collectieve premies worden gefinancierd en waarbij de risico's ook in hoge mate bij de overheid en collectieve sector liggen, ligt dit voor de hand. De risico's, maar ook

¹⁷ In alle discussies over winstuitkering wordt dit element ernstig verwaarloosd. Het recente advies van NZa inzake 'Experiment met winstoogmerk in de ziekenhuiszorg' (juni 2008) spreekt er niet over, zelfs niet in de paragraaf 'Behoud van opgebouwd vermogen' (deze is namelijk geheel geschreven vanuit de rechtspersoon regulier ziekenhuis); het bijbehorend advies van prof. Dr. K. Cools maar in een paar regels. Het is de essentie van (modern) ondernemen: naast dividend is ook verkoop van de onderneming en daarin opgebouwde waarde onderdeel van de verwachte opbrengst over de gehele levensloop gemeten.

de gerealiseerde waardeontwikkeling, vindt als het ware plaats in de ‘onzichtbare hand’ van de overheid. Aangezien klassieke risico’s op individueel bedrijfsniveau in zo’n systeem niet bestaan, zijn er vaak ook geen bedrijfsmatige afschrijvingssystemen op de investeringsgoederen of ze zijn feitelijk zeer onrealistisch en komen meer voort uit politieke overwegingen van betaalbaarheid en hoogte van de premies (welke afschrijvingsperiode kunnen we binnen dit premiebouwwerk nog financieren, ongeacht of dat past bij het betreffende kapitaalgoed; het zal duidelijk zijn dat dit bij een overgang naar een meer privaat systeem allerlei boekwaardeproblemen boven tafel brengt). Er wordt eigenlijk telkens gestuurd op vervanging of onderhoud, als het zich voordoet. Door de wet van de grote getallen zijn deze bedragen over de jaren heen redelijk uitgekristalliseerd en al lang verwerkt in de premie. Het systeem oogt daarmee tegelijk risicoloos en niet waardegestuurd, maar kas- en jaargestuurd, maar dat is natuurlijk niet helemaal waar. Er wordt wel degelijk ook op langere termijn geïnvesteerd, verhandeld, groot onderhoud gepleegd, voor risico’s betaald etc. Er wordt alleen weinig expliciet gereserveerd voor slechte tijden, er wordt niet bedrijfsmatig vervangen, er wordt zeker wel geïnvesteerd, maar vaak in verouderde concepten en gebouwdesigns etc. Geen haan die ernaar kraait, zou je zeggen en ook vrijwel niemand die er expliciet op stuurt. Hier wordt het klassieke kasdenken van de overheid (wat er in enig jaar ingaat aan premies wordt in dat jaar uitgegeven en moet dekkend zijn voor alle kosten, korte termijngericht en lange termijngericht) versterkt doordat ook professionals en verzekeraars die neiging hebben. Dus ook de beide belangrijkste private partijen van dit moment in de 1^e lijnzorg zijn klassiek in het hele veld van het reguliere bedrijfsleven partijen die sterk op kasbasis opereren. Van privaat opererende professionals is dat natuurlijk bekend: vaak opererend op verrichtingen- of uurbasis bouwen ze vanuit hard werken en persoonlijke productiviteit aan hun inkomen en hun praktijk. Zij zijn als het ware zelf en hun personeel de belangrijkste investering die ze doen. Het reserveren van een stukje inkomen in enig jaar voor een belangrijke investering die zich pas op langere termijn mogelijk terugverdient in diezelfde verrichtingen en uren is binnen een dergelijke bedrijfsvoering altijd een lastig fenomeen. Dit geldt natuurlijk niet voor vervangings- en onderhoudsinvesteringen, zoals in gebouw, ict en medische apparatuur, waarbij op het moment dat deze zich voordoen natuurlijk wel naar toekomst en innovatie e.d. gekeken wordt. Voor verzekeraars geldt het echter ook, maar op een andere manier. Als verzekeraar lijken ze enigszins op de overheid. Het gaat er om via de

¹⁸ Zie o.a. “Handel in Huisartsenpraktijken”, Volkskrant 11 december 2007. ¹⁹ “Het Ziekenhuis van de Toekomst. Op weg naar een inspirerende en toekomstvaste visie op curatieve zorg in 2010 en later”, Boer & Croon in opdracht van NVZ, januari 2001

wet van de grote getallen (de verzekerden) een brede spreiding over mogelijke risico's te hebben en een zo hoog mogelijke premie (binnen marktomstandigheden) vast te stellen om daarmee het eigen risico zo klein mogelijk te maken. De risico's die zij lopen worden natuurlijk wel op langere termijn bekeken en uitgerekend, maar de werkelijke betalingen ervoor slaan neer in enig jaar. De geïnde premie moet daarvoor in dat jaar toereikend zijn. Dus ook voor hen geldt dat in de vast te stellen premies allerlei lange termijn effecten al moeten zijn opgenomen en liefst ook breed verspreid in hun portefeuille moeten zitten. In de specifiek Nederlandse situatie is er dan ook nog een verdere demping van individueel risico voor de betrokken verzekeraar door de verevening achteraf op slechte risico's. Dus als de eigen groep verzekerden op enig punt te ver in negatieve zin afwijkt van de totale bevolking dan wordt ook hiervoor weer gecompenseerd uit de totale premiepot. Als hiervoor onvoldoende middelen zijn, moet de collectieve premie weer omhoog. Tenslotte zijn er dan nog de algemene eisen t.a.v. verzekeraars over het aanhouden van voldoende reserves voor eventualiteiten en calamiteiten. Dus ook verzekeraars hebben de neiging te menen dat de belangrijkste risico's wel zijn afgedekt en het vervolgens zaak is jaarlijks premiehoogte en kosten zodanig vast te stellen dat er enige winst is. Ook die houding en opstelling lokken vooralsnog geen risicovolle lange termijngerichte investeringen uit in de zorg zelf, wel in vrij snel zichtbare kostenbesparende maatregelen zoals automatisering in het eigen bedrijf. Maar ook in de zorg waarvan de schadelast tot de risico's van de zorgverzekeraar behoort, dreigt die neiging: geen risicovolle investeringen, wel maatregelen, eventueel met een klein stukje voorfinanciering van de verzekeraar, die direct kostenbesparend zijn. Kortom: waardeontwikkeling was geen expliciet strategisch issue in een sterk overheidsgestuurd systeem, behalve op het punt van afkomen van private waardeontwikkeling, want dat vond men onrechtvaardig onder het motto: 'geen risico's bij de overheid en overwaarde bij de particulier'. En waardeontwikkeling is ook geen expliciet strategisch issue voor de professionals zo lang zij jaarlijks het gevoel hebben genoeg te verdienen voor de inspanning die ze leveren. En datzelfde geldt in zekere mate voor de verzekeraars. Maar de risico's zijn inmiddels verlegd naar deze private partijen en dat zal worden gecontinueerd. Risico's zijn redelijk onzichtbaar, totdat ze zich ineens aandienen. De pendant van risico's in een marktomgeving is waardeontwikkeling en de verhandelbaarheid ervan. Daarmee komt ook pas het werkelijk ondernemerschap tot ontwikkeling: risicovol investeren in een praktijk of zorginnovatie, met inzet van eigen energie en kapitaal, om dat pas na enige jaren terug te verdienen, hetzij in vergroting van omzet (jaarbasis), hetzij in de doorverkoop van een

praktijk met klantenloyaliteit, een goede gebouwde uitstraling en moderne apparatuur (*goodwill*). Zonder het toelaten van verhandelbare waardeontwikkeling worden ondernemers gedwongen tot korte termijn winstgerichtheid. Dit staat haaks op het gewenste duurzame of maatschappelijk verantwoorde ondernemen. Dan zal ook ondernemerschap, zeker van derden van buiten de zorg, moeizaam van de grond komen en blijft het bij zaken als vervangingsinvesteringen en voorfinanciering van maatregelen die zich vrijwel direct terugbetalen. Bij het onroerend goed kennen we in principe die mogelijkheid van verhandelen van opgebouwde waarde wel. Tot nu is de eventuele verkoopopbrengst in de zorg echter gelimiteerd doordat de verkoop via de rijksdienst Domeinen moet verlopen. Dit is overigens wel een steeds terugkerend issue en onderwerp van procedures: niet alle onroerend goed in de zorgsector is van oudsher in handen van de overheid of opgebouwd met collectieve middelen, maar werkelijk *privaat*. De 1^e lijnspraktijk staat echter ver van deze discussie, omdat deze fors afwijkt van de ziekenhuispraktijk. Dit komt omdat de vestiging van een 1^e lijnszorg praktijk altijd al kon plaatsvinden in niet-toegespitste gebouwen, zoals herenhuizen, winkelpanden, combinatiegebouwen met andere voorzieningen. Ziekenhuisgebouwen vergen grotere investeringen in een meer *dedicated* gebouw, dat dus een veel groter kapitaalbeslag legt en tegelijk slechter verhandelbaar is. Daarom geldt voor ziekenhuisgebouwen, nu nog, een strikt gecontroleerd en gepland systeem en voor 1^e lijnslocaties niet. Maar op het gebied van de zorgproductie/zorgpraktijk zelf en de bijbehorende investeringen in inrichting apparatuur, imago/naamsbekendheid en verwijksnetwerk geldt dat dus niet. Dit issue van risico in relatie tot waardeontwikkeling kan niet langer ontkend worden. Het komt nu op als vraag in ziekenhuizen (rond onder andere het model van *doctors owned hospitals* oftewel aandeelhouderschap van medisch professionals). Het speelt al bij investeerders van *private equity* die op dit moment vooral actief zijn in aan de 1e lijnszorg aanpalende zaken als oogklinieken, fitnesscentra, zelfstandige behandelcentra, medische boulevards. Maar het zou dus ook al veel meer moeten spelen bij de professionals en zorgverzekeraars die op dit moment actief zijn in de 1^e lijnszorg. Als op het geschetste vlak van de 3 beleidsdimensies (hoofdstuk 4) de keuzen telkens zo vallen dat er een groter risico terecht komt bij de individuele praktijken en van hen ‘ondernemerschap’ wordt gevraagd, zal dit zeker geregeld moeten gaan worden. Verderop zullen we aanbevelen ook derden toe te laten als ondernemer in de 1^e lijn, partijen zoals zorgverzekeraars, *retail*ketens, wellicht ook ziekenhuizen, dan zal het issue van het eigendom van de daarmee beoogde en risicovol gerealiseerde

waardeontwikkeling daarop aan moeten sluiten en zal er geen plaats meer zijn voor een al te strikt afwijzen van welke goodwill betaling dan ook.

Hoofdstuk 5

Het ondernemerschap van de professional verdient bijzondere aandacht: in organisaties

5.1. Vergelijking met medisch specialisten (een actueel onderwerp)

De behandeling van het onderwerp “ondernemerschap van medische professionals” is cruciaal voor deze studie. Het is echter tegelijk bijna een geloofsstrijd, vooral omdat wetenschappelijk bewijs schaars is, ook uit andere sectoren van het economisch leven. Het kan echter niet los gezien worden van hoe exact deze zelfde kwestie in de afgelopen tien jaar is behandeld in een sterk aanpalende sector van zorg in Nederland: de ziekenhuizen. Ook daar is al jaren een discussie en soms een regelrechte strijd gaande tussen management en medisch professional, ook daar zijn vele modellen over tafel gegaan hoe deze spanning op te lossen, ook daar staan de standpunten vaak lijnrecht en emotioneel tegenover elkaar.

Dat de situatie ten dele vergelijkbaar is, blijkt bijvoorbeeld uit dit citaat van een studie voor de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, gepubliceerd in 2001:

“In de nieuwe visie op de ziekenhuisorganisatie als ‘normale’ professionele onderneming die tegelijk veel verdergaand dan nu mag differentiëren in omvang, aard en reputatie van de te leveren ziekenhuiszorg, past ook een grote diversiteit aan inrichting van deze professionele organisaties. Dit betreft zaken als wijze van strategiebepaling, winst- en rendements- en risicoverdeling, soorten contracten met medische professionals, de plaats en rol van (deel-)maatschappen van professionals etc. In de grotere ziekenhuizen zullen modellen van intrapreneurship kunnen ontstaan, vergelijkbaar met die in universiteiten en academische ziekenhuizen rond ondernemende hoogleraren, in de kleinste kan zeer goed sprake zijn van een doctorowned constructie, m.a.w. een maatschap van leidende professionals in de top van de organisatie.”¹⁹

Ter geruststelling voor de 1^e lijn blijkt uit een vervolgstudie in 2005 dat juist op dit punt, nieuwe ondernemende verhoudingen en modellen tussen professionals en organisatie, er niet veel gebeurd is:

¹⁹ “Het Ziekenhuis van de Toekomst. Op weg naar een inspirerende en toekomstvaste visie op curatieve zorg in 2010 en later”, Boer & Croon in opdracht van NVZ, januari 2001

“Allereerst gaat het dan om de onduidelijke en weinig op ondernemerschap gerichte relatie tussen ziekenhuis en medisch specialisten. Over elk nieuw initiatief wordt veelvuldig en gedetailleerd onderhandeld met de betrokken medisch specialisten, maar door de sterk uniformerende cultuur vaak ook met de gehele medische staf. De huidige systemen (honorering, overlegstructuur en fiscale positie) en de wetten die deze beschermen, zijn meer gericht op behoud en verdeling van vaste (overheids-)inkomsten dan op innovatie, investeringen en het gemeenschappelijk nemen van (bedrijfs-)risico’s. De medische staf valt ook steeds meer uiteen in allerlei rollen: mede-ondernemer, werknemer, middenmanager. Het moet veel meer mogelijk worden hiermee dan ook vanuit het bestuur gedifferentieerd om te gaan.”²⁰

Deze vergelijking is om meerdere redenen relevant voor het ondernemerschap in de 1^e lijnszorg, ons onderwerp. Allereerst betreft het hier een zeer belangrijke samenwerkingspartner voor de 1^e lijnszorg, vele professionals in de 1^e lijn zullen dan ook een bepaald beeld hebben van de positie van professionals in die organisaties. Ook qua cultuur, werkwijze en status zijn ziekenhuizen belangrijke referentiekaders voor de 1^e lijnsprofessional maar ook voor omgevingspartijen als zorgverzekeraars etc. Tenslotte heeft de interne organisatie van ziekenhuizen en met name de relatie tussen management en medische staf de afgelopen jaren veel aandacht gekregen in wettelijk opzicht (vanwege de discussie over de facturering van kosten van het ziekenhuis aan de zorgverzekeraar en daarop aansluitend de introductie van het model van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf). Ook in de media duikt het issue regelmatig op, omdat conflicten vaak op straat terecht komen, meestal door het ontslag van leden van de raad van bestuur. Al met al gaat er van de ontwikkeling van de ziekenhuizen en de positie van de medische specialistische zorg en professional wel een zekere voorbeeldwerking uit, temeer daar zij eerder de effecten van de liberalisering in de curatieve zorg lijken te voelen en daarop hebben moeten reageren²¹.

²⁰ “Zijn de Nederlandse ziekenhuizen klaar voor de liberalisering? Stand van zaken 2005”, studie Public SPACE voor Boer & Croon, oktober 2005

²¹ NZa-uitvoeringstoets “Op weg naar vrije prijzen. Maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg”, april 2007

In een studie²² van adviesbureau Roland Berger worden verschillende modellen naast elkaar gezet. Onderscheiden worden constructies als loondienstmodel (de medisch specialist als werknemer), mede-eigenaarmodel (medisch specialist bezit pakket aandelen in ziekenhuis), de freelancer (ziekenhuizen kopen capaciteit in bij een pool van medisch specialisten) en de zelfstandig specialist (de patiënt kiest een specifieke arts en deze koopt capaciteit in bij ziekenhuis). In een eerder artikel in *Zorgvisie*²³ heb ik ook al gewezen op de mogelijkheid van een partnershipmodel op het hele ziekenhuis (overigens wel met het voorbehoud dat dat in praktijk dan waarschijnlijk vooral voor kleinere ziekenhuizen kan gelden).

Uit de samenvattingen in de bijlage zijn de volgende conclusies te trekken voor de 1^e lijnszorg:

- Het goede nieuws is dat ook daar de worsteling met de verschillende modellen van professioneel ondernemerschap groot is en het ‘ei van Columbus’ zeker nog niet gevonden. Tevens is duidelijk dat er naarstig gezocht wordt naar dergelijke nieuwe varianten, ook dat is herkenbaar;
- Een belangrijke trend betreft de verschuiving van professioneel vakmanschap en integrale medische verantwoordelijkheid, naar meer organisatorische aansprakelijkheid en bijbehorende strengere interne kwaliteits- en supportsystemen waarin de (medische) professional wordt ingebed. De 1^e lijnszorg zal met deze trend, verlaat, ook te maken krijgen door verzwaring van de zorgcategorien ‘aan huis’, de grote maatschappelijke druk als er iets medisch of maatschappelijk fout gaat met betrokken patiënten, de wens van substitutie van ziekenhuiszorg naar de 1^e lijn en de introductie van allerlei nieuwe medische en ICT-technologie; in het oordeel dat de buitenwacht velt over de geboden kwaliteit en het kwaliteitsmanagement zal toenemend ook het geheel van de keten en het ketenmanagement worden bekeken, met name door toename chroniciteit, multimorbiditeit en substitutie. Vermoedelijk (zie jeugdzorg) zal het dan niet voldoende zijn indien de *individuele* professionals zich slechts kunnen beroepen op hun beroepscode en kwaliteitssystemen, hun individuele *license to operate*, er zal ook aantoonbaar en systematisch moeten worden samengewerkt in de

²²“Maak specialist eigenaar van ziekenhuis”, Roland Berger, 24 januari 2008, www.rolandberger.nl

²³“Stoutmoedige integratiegedachten voor het ziekenhuis”, S.P.M. de Waal, *Zorgvisie*, 7 november 1997

patiëntenzorg. Organisatie en management zullen dus toenemend gevraagd worden.

- Het referentiekader in die ontwikkelingen is ook voor de ziekenhuizen toenemend een ‘normale’ arbeidsmarkt voor professionals enerzijds en ‘normale’ organisatiemodellen voor een professionele organisatie anderzijds. Daarbinnen doen zich ook in de ziekenhuizen vergelijkbare ontwikkelingen voor in het profiel van de professional en wat die wil met ondernemerschap en tot welke nieuwe fiscale, juridische, managementconstructies dit moet leiden.
- In het algemeen valt natuurlijk op dat de rol van het grootschalige verband en daarbinnen het management in ziekenhuizen natuurlijk nu veel dominanter is dan in de 1^e lijnszorg. De tweede hierboven genoemde conclusie leidt er echter toe dat die rol ook in de 1^e lijnszorg sterk zal gaan toenemen. Hierbij moet enerzijds vermeden worden dat het in de perceptie van de professionals alleen maar leidt tot meer interne bureaucratie en gedoe, anderzijds moet die ontwikkeling ook niet onderschat worden vanuit de huidige situatie waarin management en organisatie weinig een rol spelen. Het is een zeer gevoelige materie. Veel professionals in de 1^e lijnszorg hebben juist voor die positie gekozen om niet deel te hoeven uitmaken van een grootschalige, bij tijd en wijle bureaucratische organisatie. Ze hebben dus een nogal emotionele mening over de inrichting van zorgorganisaties. Tevens is er op dit moment een maatschappelijk klimaat waarin we weer terug willen naar de inbreng en het vakmanschap van de professional. Voor de 1^e lijnszorg zou het een wat paradoxale beweging zijn om juist nu over management en organisatieontwikkeling na te gaan denken. Toch leert de casus van de ziekenhuizen dat je daar niet vroeg genoeg mee kunt beginnen, dat onheldere modellen alleen maar tot meer bureaucratie en gedoe leiden en dat liberalisering die discussie sterker onder druk zet en minder vrijblijvend maakt voor de participanten (vandaar verderop meer aandacht voor rolverdelingen tussen management en professionals in de zorg).

5.2. Professionals en organisaties: een natuurlijke spanning

Er circuleren vele definities van professionals. Vele daarvan zijn juist voortgekomen uit goed kijken naar de medici, dus dokters zijn het voorbeeld voor veel definities en studies van professionals. Opvallend, vanuit het perspectief van deze studie, daarbij is echter dat er

daarbij erg veel – bepalende - nadruk wordt gelegd op elementen als ‘vakmanschap’ gecombineerd met de bijzondere rechten die vaak aan die professionaliteit zijn verbonden door de overheid, zoals dat speelt bij dokters (*‘license to operate’*), notarissen en accountants. Veel minder wordt er ingegaan op de zelfstandigheid en vakontwikkeling die voortkomt uit de eigen economische positie²⁴. Dergelijke studies hebben dan ook vaak veel moeite met het fenomeen, dat heel veel andere beroepen zichzelf graag willen zien als ‘professional’, zonder dat ze de bijzondere wettelijke of maatschappelijke status claimen, maar wel omdat ze de bijbehorende ‘werkautonomie’ wensen en de zelfstandige inkomensvorming. Deze beide laatste elementen spelen immers ook een grote rol in de opkomst van de ‘zpp er’, zowel in (semi-)medische beroepen als daarbuiten. Beroepen waar dit op slaat, zijn bijvoorbeeld organisatie-adviseurs, interim-managers, ICT-deskundigen en –toenemend- klassieke ambachtelijke vakken als ‘de fietsreparateur’, ‘de slager’, ‘de opticien’ etc.

Ook binnen de eerstelijnszorg pakt de wat traditionele, beperkte definitie van ‘professional’ natuurlijk wisselend uit voor de diverse beroepsgroepen. Sommige beroepen kennen zogenaamde ‘voorbehouden handelingen’ en zijn daarmee exclusiever dan anderen, dan kan ook de medische status op grond daarvan nogal verschillen. Er is dus een soort stilzwijgende medische hiërarchie binnen de diverse vakken. Toch is in de praktijk en organisatie van de huidige eerstelijnszorg en in de perspectieven en houdingen van de meeste professionals als het gaat om zelfstandigheid, strategisch perspectief en vraagstukken van praktijkvoering hiertussen niet zoveel verschil te zien.

Wel is dit verschil te zien in hoe verdedigend of aanvallend de betreffende beroepsgroep meent te kunnen en moeten opereren. Het zal duidelijk zijn dat degenen met een hoge professionele status die ‘voorsprong’ eerder opwerpen als een verdedigingswal naar nieuwe toetreders en dreigende schaalvergroting, dan degenen die minder wettelijke bescherming genieten. Ondernemerschap en de aanpak tot behoud van zelfstandigheid en een goed inkomen uiteten zich dus in verschillende beroepsgroepen anders, toch zijn er ook veel parallellen.

²⁴ Zie recent o.a. promotie Hans Hoek, Governance & gezondheidszorg, *‘private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland’*, van Gorcum 2007 en artikel Mirko Noordegraaf, over professionaliteit *‘Leve de managers! Waar zouden we zonder hen zijn?’* Gepubliceerd: 21 maart 2008

In het kader van deze studie wordt bepleit voor een ruimer begrip van de professional, waarin het ondernemende karakter expliciet wordt meegenomen.

De volgende kenmerken van ‘professional’ zijn dan o.i. aan de orde:

- voor de uitoefening van het betreffende vak is een lange, aan de persoon gerelateerde, kennisverwerving en training nodig; de persoon is dus de drager van de noodzakelijke professionaliteit voor de uitoefening van dit specifieke vak;
- niet iedereen kan dit leren; er is karakter, talent, vaardigheden, doorzettingsvermogen nodig; om die reden (en de vorige) is er een natuurlijke schaarste aan dergelijke professionals;
- hoeveel herhaling en technische standaardisering er ook in het vak plaatsvindt, de betreffende taak, zoals die wordt toegepast in de beroepspraktijk, blijft uniek, ook in de ogen van het publiek resp. de ‘afnermer’/’betaler’/’consument’. Dit blijkt uit de blijvende steun dit ook te waarderen, economisch en sociaal
- De professional opereert in een economisch concurrerende omgeving waarin:
 - meerdere professionals opereren;
 - leidend tot een afweging van kwaliteit en prijs;
 - leidend tot een streven naar kwaliteitsverbetering en excellentie en uniciteit bij de professional;
 - waardoor zijn/haar schaarste en daarmee zijn/haar prijs omhoog gaat en het vak verder wordt ontwikkeld of van unieke nieuwe elementen wordt voorzien.

Een deel van dit mechanisme, de ‘waardering’, kan dus worden overgenomen door een wettelijke bescherming die deze als het ware omzet in exclusieve, monopolioïde rechten. Een soort ‘bevroren waardering’; vaak wordt hierdoor de geschetste concurrentie ook verminderd en vervangen door capaciteitsplanning en vestigingsvoorwaarden.

Deze definitie is dus ruim genomen.

Door overheidsregulering, zelfregulering en gildevorming wordt vaak de heftigste concurrentiestrijd beperkt, waardoor het zicht op, maar ook de autonomie van de individuele professional wordt ingesnoerd. Belangrijke maatregelen in de Nederlandse zorg die de vrije werking in dit veld van professionals hebben ingeperkt en nu allemaal ter discussie staan of al zijn verruimd, zijn:

- het verbod op reclame voor de individuele professional;

- capaciteitsplanning, met name via de opleidingen;
- tariefsysteem op gemiddelde verrichtingen, zowel in kwaliteit als in doelmatigheid.

De wijze waarop een professionele beroepsgroep extern is gereguleerd, bepaalt ook in belangrijke mate hoe het binnen organisaties gaat en hoe de verhouding management-professionals zich ontwikkelt. Grofweg zijn er 3 manieren zijn waarop deze regulering plaatsvindt. Allereerst via een gildesysteem met sterke nadruk op zelfregulering door de beroepsgroep zelf. Dan overheidsregulering met sterke nadruk op toelatings- en capaciteitseisen (zie de schets in het beleidsdilemma over een ‘open’ of ‘gesloten’ bestel). En tenslotte een marktsysteem met in principe een vrije arbeidsmarkt, maar vaak wel wetgeving op opleidingseisen alvorens het beroep mag worden uitgeoefend, a la onze wet BIG. Dit is tegelijk ook de schaal waarin de mate van invloed van management en organisatie kan worden weergegeven. In het gildesysteem is deze het meest beperkt (tenzij er een groot overschot is, maar dat reguleert een Gilde vaak juist erg goed, of tenzij er om het Gilde heen, bijvoorbeeld uit het buitenland, professionals zijn binnen te halen). In het marktsysteem is deze het grootst (tenzij er een grote schaarste is). In het overheidssysteem hangt het ervan af hoe gedetailleerd de overheid zaken wil regelen, al dan niet op aangeven en lobby van de beroepsgroepen zelf. Consequent voortkomend uit het beleid van liberalisering in het algemeen in het bestel van zorg heeft de wetgever nu natuurlijk de neiging meer over te willen laten aan het private krachtenveld van management en professional. Maar, zoals gezegd, lang niet alle beroepsgroepen menen dat ze daarmee in beter vaarwater terecht komen en pleiten toch, ondanks hun gelijktijdige nadruk op professionele zelfstandigheid, paradoxalerwijs vaak voor extra beschermend overheidsingrijpen of regelgeving.

5.3. Rolverdeling in de eerstelijnszorg

Het wordt nu tijd scherper en dieper in te zoomen op de interne rolverdeling in het medisch circuit van de 1^e lijnszorg. Wat zullen de effecten van de beleidsontwikkelingen in het bestel hier zijn en welke extra maatregelen zijn aanvullend nodig vanuit een visie op professioneel ondernemerschap? Belangrijk punt is dan om te beginnen de centrale rol van de huisarts op het zorginhoudelijk vlak. Als eerstelijns professionals gaan samenwerken zal daarbij de huisarts vaak vertegenwoordigd moeten zijn. Goede eerstelijnszorg op heel veel van de genoemde kansrijke gebieden (preventie, vertrouwensfunctie, *casemanagement*) valt of staat

met de coördinerende rol van de huisarts. Het is de taak van de huisarts als generalistisch arts om overzicht te hebben wat de verschillende zorgverleners aan trajecten met een patiënt doorlopen. Multidisciplinaire zorg heeft overleg nodig en de huisarts is in veel gevallen de aangewezen persoon om hiervan het centrum te vormen.

Wel is het van groot belang hier te blijven zien dat we het hebben over bijzondere rol van de huisarts in de zorg die de 1^e lijn levert, andere aspecten van de zaken die ook georganiseerd en gecoördineerd moeten worden, zoals faciliteiten, onderhandelingen met verzekeraars, aansturen van ondersteunende staf, risicovolle investeringen in nieuwe apparatuur, vallen daar niet direct en niet natuurlijkerwijs onder. Verderop zal worden ingegaan op die andere taken en op de gevolgen voor de rolverdeling.

De eerste lijn is echter ook zorginhoudelijk meer dan de huisarts. De tandartsen zijn slechts weinig genoemd en dat is met de positie die ze ten opzichte van de andere professionals innemen ook niet verwonderlijk. De tandartsenzorg vormt een eiland binnen de eerste lijn van waaruit en waar naartoe weinig tot geen verwijzingen plaats vinden. Als het op samenwerking aankomt heeft de tandarts nauwelijks iets van doen met de collega's in de eerste lijn en voor de toekomst valt ook niet te verwachten dat hier verandering in aangebracht wordt. Het monodisciplinair opschalen van de tandartsen is daardoor ook geen probleem, omdat de samenhang met de rest van de eerste lijn minder van belang is. Alleen rond doorverwijzen liggen er relaties, maar wederzijds zijn er voldoende professionals om dat te doen, zodat daar geen reden zou liggen om zich met elkaar steviger te verbinden. Daarnaast weten mensen die klachten aan het gebit hebben dat de tandarts de aangewezen persoon is om om hulp te vragen en maakt dat marketing en planning van individuele praktijken relatief eenvoudig²⁵.

De fysiotherapeuten hebben er een veel groter belang bij om onderdeel te zijn van de samenwerking in de eerste lijn. Voor de toevoer van nieuwe klanten heeft het aanzienlijke voordelen, maar ook de patiënt is erbij gebaat de fysiotherapeut niet als een eiland te bezoeken. Met name op het vlak van preventie kan de fysiotherapeut veel bijdragen.

²⁵ Zie voor de ultieme mogelijke consequentie daarvan: "*Medische marktplaats, mijn eigen tandarts*", AD 25 mei 2007

Hetzelfde geldt voor de eerstelijns psycholoog. Momenteel wordt die nog niet als een kernonderdeel van de eerste lijn gezien, maar de kennis van de psycholoog is van groot belang voor maatwerk in de eerste lijn.

Voor de apothekers is het sterk de vraag hoe de beroepsgroep zich gaat ontwikkelen.

Klassieke taken als de productie van medicijnen en het verstrekken van medicijnen zijn al jaren aan verandering onderhevig en vormen een steeds geringer deel van het takenpakket van de apotheker. Welke belangrijke andere elementen komen daarvoor in de plaats? Momenteel loopt er een protest actie van apothekers waarbij klanten wordt gevraagd hen te steunen in een discussie met zorgverzekeraars over het alleen nog maar vergoeden van generieke medicijnen. Taken die daarin genoemd worden en die vermoedelijk voor patiënten ook belangrijk en zichtbaar zijn, zijn medicijnbewaking, goede voorlichting, vermijden van verkeerde interactie van medicijnen, bewaking dat in een goede frequentie medicijnen worden gebruikt. Het is echter sterk de vraag of daarvoor dezelfde omvang aan apothekers nodig is en hoeveel deze functies in totaal zouden mogen kosten. Apothekers zullen zich daarom moeten gaan bezinnen op hun bezigheden en bekijken waar de oude apotheker zijn meerwaarde heeft. Denk hierbij aan de complexe medicijn gebruikers, waarbij de begeleiding en de apothekerexpertise gewenst is, maar ook preventie kan een taak van apothekers zijn, door proactief te handelen. Punt van aandacht is nog de relatie tussen de huisarts en de apotheker. Het is belangrijk dat objectieve procedures en toetsingen hierop plaatsvinden, omdat de een voorschrijft wat de ander produceert, waarmee dit van groot belang is voor de eigen praktijkvoering.

Fout!

Amsterdam Thuiszorg opent mega-apotheek

Amsterdam Thuiszorg opent een eigen apotheek. Ze wil ongelukken met medicijnen voorkomen door medicijnen te verpakken in afgepaste porties. De Amsterdamse thuiszorgorganisatie begint de apotheek omdat veel van haar klanten meerdere geneesmiddelen gebruiken. Daar gebeuren nogal eens ongelukken mee. "Driekwart van de zorgincidenten die bij ons gemeld worden, heeft te maken met medicijnen", vertelt bestuursvoorzitter Gerard Tanke.

De nieuwe apotheek, Medcount, verpakt geneesmiddelen in afgepaste porties, zogenaamde baxterverpakkingen. Mensen die bijvoorbeeld twee keer per dag diverse pillen moeten innemen, krijgen in plastic zakjes een dag- en een avondportie. Amsterdam Thuiszorg heeft eerder de bestaande hoofdstedelijke apotheken verzocht om verstrekking van baxterverpakkingen, maar die wilden daar niet in investeren.

Medcount krijgt deze week haar vergunning. De apotheek is gevestigd in Almere en bezorgt de medicijnen bij mensen thuis. Amsterdam Thuiszorg heeft 50 procent van de aandelen in de nieuwe apotheek, maar krijgt volgens directeur Theo van Voren "een veel hoger aandeel in de winst". Zo verwacht de thuiszorgorganisatie de investeringen die nodig zijn voor de slimme verpakkingen te kunnen financieren. De overige aandelen zijn in handen van private investeerders.

De andere beroepen in de eerste lijn zijn beduidend minder zelfstandig dan de vier hierboven genoemde. Wijkverpleging, praktijkondersteuners en thuiszorgers zijn gewend om in loondienst te werken en het valt ook niet te verwachten dat zij zich in grote getale anders zullen organiseren. Hun betrokkenheid bij de eerste lijn is daarentegen erg belangrijk. Veel zorg wordt uiteindelijk door deze professionals geleverd en voor maatwerk zullen ze nauw betrokken moeten worden bij het zorgproces. Waarschijnlijk zal de rol van onderaannemer (zie par. 5.5. hierna) het beste recht doen aan de gegroeide culturele en professionele verhoudingen binnen de eerste lijn. Toch zijn er ook hoopgevende signalen dat de thuiszorg doorkrijgt dat ze moet streven naar een kleinschaliger opzet, meer analoog aan de organisatie met private professionals zoals in de 1e lijn al zo lang gebruikelijk. Al vooraf aan de trend tot opschaling door fusies van kruiswerk en gezinsverzorging in de jaren 90 heb ik als projectleider vanuit Boer&Croon in een voorbereidende studie ten behoeve van het ministerie van WVC 2 modellen geschetst waarmee dat zou kunnen²⁶. Grofweg een centralistisch model volgens een divisiestructuur en een sterk gedecentraliseerd model, ketenmodel geheten, met kleinschalige teams per wijken van ca. 15000 inwoners. Het eerste sloot het meeste aan op wat op dat moment gebruikelijk was in de gezinsverzorging. Het tweede model had veel meer raakvlakken met de werkwijze van wijkverpleging en gezondheidscentra e.d. Ondanks een ruime voorlichtingscampagne en zelfs bedrijfseconomische berekeningen die aangaven dat het tweede model efficiënter was, is toch massaal voor het eerste type model gekozen door de managers in de sector. Daarmee de sector wegorganiserend uit de klassieke 1^e lijn en vooral ook de professionaliteit van de eigen beroepsgroepen ondermijnend. Het is dan ook hoopgevend dat er in de thuiszorg nu weer nieuwe initiatieven ontstaan als Buurtzorg die expliciet die professionele aansluiting tot hun *core business* maken. Als juryvoorzitter van het initiatief Best Practices in de Zorg van Avicenna heb ik vorig jaar dan ook graag dit initiatief de eerste prijs gegeven²⁷.

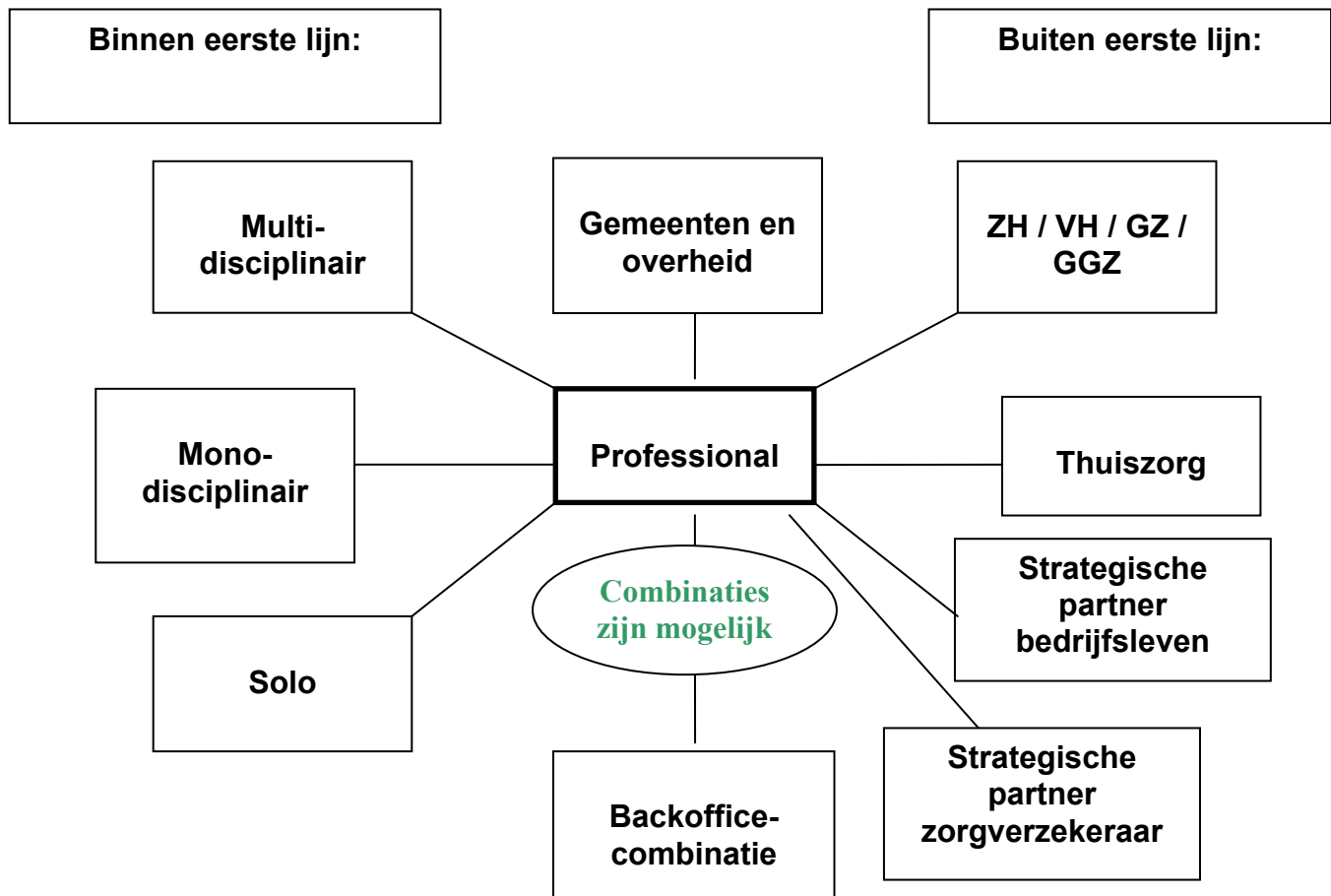
5.4. Organiseren van (multidisciplinaire) samenwerking

De eerstelijns zorg heeft een breed scala aan mogelijkheden waarin het zich kan organiseren. Onderstaand schema maakt duidelijk dat de *professional* meerdere mogelijkheden kent zich te positioneren en van daaruit de zorg aan te bieden. Het schema kent een onderscheid tussen initiatief van binnen of buiten de eerste lijn. In de *backoffice* ondersteuning zijn beide

²⁶ Ministerie van WVC, *Heroverweging Thuiszorg*, 1991

²⁷ Zie kmbv.nl voor het betreffende juryrapport Best Practices in de Zorg 2007

varianten mogelijk. Daarnaast zijn er combinaties mogelijk van dergelijke initiatieven, de achterliggende partijen en de gekozen modellen. Zo kan een strategische partner in het bedrijfsleven een multidisciplinair centrum in het leven roepen. In dit hoofdstuk wordt vooral ingegaan op de ‘linkerkant’ van het schema: de wijze waarop *professionals* samenwerking zoeken. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de ‘rechterkant’: hoe derden van buiten samenwerking zoeken met de 1^e lijnszorg.



Multidisciplinair

Het multidisciplinaire centrum wordt gekenmerkt door verschillende professies die met elkaar samenwerken om het zorgproduct te leveren. Taakvervlechting en snelgeschakelde overlegstructuren zorgen ervoor dat de professionals binnen het centrum van elkaar weten welke zorg aan de patiënt geleverd wordt en als dat nodig is wordt er gezamenlijk opgetrokken om de optimale zorg te leveren. Vanuit de overheid, wetenschap, gemeenten, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties wordt deze variant als de meeste ideale bestempeld. Het heeft er toe geleid dat een kwart van de huisarts inmiddels met andere dan de eigen beroepsgroep inpandig is. Het gaat hier vaak om kleine projecten van gezamenlijke

huisvesting. In de praktijk blijkt dat de mate van samenwerking vaak niet de naam multidisciplinair verdient. Het zijn bedrijfsverzamelgebouwen, waarin verschillende professionals zitting nemen en die eventueel wekelijks een overleg hebben, maar wel met grote mate van zelfstandigheid werken. Het multidisciplinaire centrum heeft wel de beste papieren als het aankomt op leveren van kwaliteit van zorg, innovaties in de zorg, substitutie vanuit de tweede lijn en de behandeling van complexe ziektebeelden. Het mag dan ook gezien worden als de meest wenselijke vorm van samenwerking in de eerste lijn.

Monodisciplinair

Deze variant komt veel voor in de huidige opschaling in de eerste lijn. Huisartsen, fysiotherapeuten en apothekers zoeken het grotere verband op om van daaruit schaalvoordelen te behalen. In het monodisciplinaire centrum is mogelijkheid tot taakspecialisatie en door de toename aan behandelmethoden ook tot substitutie uit de tweede lijn. Meestal gaat de schaalvergroting gepaard met intreding van lager geschoolden of professionals in opleiding zodat taakdelegatie plaats vindt. Met de taakspecialisatie en delegatie is aanzienlijke winst te behalen in de uitbreiding van het zorgaanbod en het drukken van de kosten. Dit is vaak ook de reden voor de professionals om bij elkaar te gaan zitten; gezamenlijk voordeel behalen uit een betere bedrijfsvoering. Toch gaat deze vorm van samenwerken vaak niet de gewenste voordelen opleveren op de genoemde kansrijke gebieden. De verkokering die de eerste lijn kenmerkt wordt door deze variant niet opgelost en zelfs versterkt. Tevens raakt de 1^e lijn hierdoor verder af van de geografische schaal waarop het beste rond de typische patiënten groepen die de 1^e lijn bezoeken kan worden afgestemd. Als werkelijke vernieuwende zorg nodig is, zullen de verschillende professionals meer actief met elkaar om de tafel gaan zitten en deze monodisciplinaire opschaling staat dit zelfs in de weg.

Solo

De huidige eerstelijnszorg wordt gekenmerkt door een overgang van solopraktijk naar groter verband. De meeste praktijken zijn nog wel geënt op het principe van de zelfstandige professional. Het zal nog wel even duren voordat deze organisatievorm volledig verdwenen is, maar dat de solopraktijk zijn langste tijd gehad heeft is waarschijnlijk. Vanuit de maatschappij, door de vraag naar meer samenwerking, maar ook vanuit de professional, die niet meer de druk en de verantwoordelijkheid wil van het zelfstandig zijn, wordt solopraktijk

als minder wenselijk gezien. Voor de zorg is dit ook geen negatieve ontwikkeling, zie de hierboven genoemde voordelen die samenwerking met zich meebrengt. Uitzonderingen zullen voorkomen in de landelijke gebieden waar de bevolkingsdichtheid het niet toe staat om in groot verband te werken en waar in ieder geval een geografische spreiding wordt afgedwongen.

Backoffice-combinatie

De *backoffice*-combinatie in zijn lichtste vorm is al genoemd met het bedrijfsverzamelgebouw; de eerstelijns professionals delen met elkaar de kosten voor de huisvesting en de printer en verder runt iedereen zijn eigen praktijk. Het initiatief komt grotendeels uit de beroepsgroep zelf die de voordelen van schaal op *backoffice* terrein inziет. Er zijn ook externe partijen die de voordelen inzien en een *backoffice*-combinatie aan bieden, maar de professionals blijken vaak huiverig om in een dergelijke constructie te stappen, door de angst dat ook op de inhoud gestuurd zal gaan worden. De *backoffice*-combinatie heeft verdergaande mogelijkheden die voordelen in zich dragen. Door het gezamenlijk gebruik van bijvoorbeeld ICT en baliemedewerkers kunnen veel kosten bespaard worden. Veel van de huidige zogenaamde multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zijn in feite vooral *backoffice*-combinaties. De voordelen die (intensieve) samenwerking biedt worden hier niet benut op zorggebied. Wel is het een goed begin om in eerste instantie in de *backoffice* de voordelen op te zoeken, dan is de basis voor de samenwerking al grotendeels gelegd. Het aanpassen van de professionele werkcultuur, het daadwerkelijk integreren van de zorg, wordt dan een stuk eenvoudiger.

De voordelen van de *backoffice*-combinatie zijn evident; gemeenten of partners uit het bedrijfsleven kunnen veel goed werk doen door vanuit hun organisatorische kunde de eerstelijns professionals uit te dagen bij elkaar te gaan zitten. Vanuit de geïntegreerde *backoffice* kan er mogelijk doorgegroeid worden naar een meer geïntegreerd zorgproces. Hierbij is van belang te blijven benadrukken dat dit dus niet per se in een juridische (fusie) of fysieke vorm hoeft, maar ook kan door virtueel tot betere uitwisselingssystemen te komen.

Een scala aan vormen voor multidisciplinair organiseren

Bij het vraagstuk van de multidisciplinariteit is het van groot belang scherp onderscheid te maken in samenbrengen (vaak fysiek) en samenwerken (met weer een onderscheid in het gebied waarop dit echt betrekking heeft, met name het verschil tussen *backoffice* of zorg).

De multidisciplinariteit kan dus betrekking hebben op combinaties van:

- * *Huisvesting en/of administratie* (hier aangeduid als *backoffice* combinatie). Dit kan voor patiënten iets extra's opleveren in termen van bereikbaarheid, herkenbaarheid, soepeler afstemming van planning van afspraken, maar het hoeft voor de zorg zelf en de wijze van werken van de professionals niet veel te betekenen. Voornaamste drijfveer is dus vaak niet zozeer patiëntgerichtheid of kwaliteit van zorg, maar kostenbesparing en gemak.
- * *Bereikbaarheid*, zoals achterwacht, telefonische doorschakeling, gezamenlijke website, 24/u bereikbaarheid. Dit hoeft met de moderne ICT middelen juist niet te leiden tot fysieke concentratie en is vaak een uitvloeisel van het gegeven dat men in verschillende panden gehuisvest is en toch een gemeenschappelijke service wil organiseren.
- * Bepaalde *zorgdisciplines* combineren, zoals apotheek en huisarts, huisarts en wijkverpleegkundige, tandarts en diëtist of mondhygiëniste etc. Hier zou dan uitdrukkelijk samenwerking rond patiënten aan de orde moeten zijn, startend met het onderling uitwisselen van patiëntgegevens.

Alledrie deze varianten laten de financieel-economische en organisatorische posities van de betrokken professionals geheel in tact. Het is meer *cost sharing* dan praktijkdeling of omzetedeling. Ieder factureert nog zijn eigen tarief en onkosten via de eigen kanalen. Niemand neemt orders aan van de ander. Er is geen baas. De overstap van *samengaan naar samenwerken* wordt gemarkeerd door meer bindende afspraken en structuren rond:

- * organisatie en management (gemeenschappelijke leiding, gemeenschappelijk *backoffice* personeel, onderlinge afspraak wie de *lead* heeft bij bepaalde patiënten)
- * financieel-economische aspecten (gemeenschappelijk investeringen in bijv ICT en medische apparatuur, gemeenschappelijke contractering met zorgverzekeraars)
- * juridisch (maatschap, BV, CV of stichting als rechtspersoon die invloed heeft)

In deze tweede variant, samenwerking op structurele basis, is het zeker ook denkbaar en in praktijk zichtbaar dat in de structuur gekozen wordt voor vormen van hiërarchie tussen de

professionals, mogelijk zorginhoudelijk, vaak ook economisch vertaald in vormen van onderaanneming en loondienstverband.

Dit multidisciplinair samenwerken blijft een zeer lastig fenomeen voor een visie en beleid vanuit de overheid. Er zijn nu eenmaal meerdere wegen naar het Rome van samenwerkende professionals rond zorg en patiënt.

Professionals zullen in die discussies ook als eerste zaken benadrukken als:

- * dat lang niet elke patiënt zodanig complexe vragen heeft dat dit een multidisciplinair antwoord nodig maakt;
- * dat veel professionele antwoorden ook 'in volgorde' gegeven kunnen worden, met andere woorden via de klassieke verwijzing en processen van serieschakeling van noodzakelijke medische handelingen: de ene professional diagnosticeert en/of behandelt en meldt het resultaat weer terug aan de collega;
- * dat veel al kan worden opgelost door in niet-directe-zorgzaken beter samen te werken, zoals huisvesting, bereikbaarheid, dossiervorming, zoals in het eerste deel hierboven al aangegeven als backoffice combinatie.

Tegenover deze roep om flexibiliteit en om meer vertrouwen op concrete professionele inschattingen tracht de overheid vaak via regelgeving een patroon van uniformiteit en zelfs starheid op te leggen, die ook niet erg efficiënt en effectief is te noemen, omdat in die uniformering en risicomijding vaak met een kanon (altijd multidisciplinair) op een mug (een relatief eenvoudige zorgkwestie) wordt geschoten. Om nog maar niet te spreken van de bureaucratische verantwoordingslast die opgelegd wordt om de diversiteit aan patiënten te kunnen vangen in de afgesproken uniforme maat der dingen.

Een fraai voorbeeld van de verwarring in terminologie biedt de recente nota van VWS²⁸. Hier wordt gesproken van 4 gebieden waarop samenhang en samenwerking (hierboven is al aangetoond dat deze begrippen niet zomaar door elkaar gebruikt mogen worden en nogal verschillende effecten op professionals en patiënten hebben) van groot belang zijn in de toekomst, namelijk chronische zorg, preventie, jeugdzorg en verslavingszorg. Maar als je naar de nadere uitwerking kijkt, valt op:

²⁸ VWS, Visie op de eerstelijnszorg: *'Dynamische eerstelijnszorg'*, 25 januari 2008

- dat het voor preventie en jeugdzorg toch vooral gaat om een alerter optreden van individuele professionals die meer moeten signaleren en dit doorgeven aan andere circuits, zoals GGD. Het betreft hier dus ook meer de samenwerking met instanties buiten de 1^e lijnszorg en het betreft de bekende en niet zo intensieve vorm van samenwerking gericht op serieschakeling: diagnose, signalering, doorgeven aan anderen van informatie en/of de patiënt doorverwijzen.
- juist voor vormen van intensieve samenwerking waarbij professionals zich naar doelgroepen specialiseren wordt echter weer gewaarschuwd! Het betreft hier juist succesvolle en effectieve vormen van multidisciplinaire samenwerking binnen de 1^e lijn, dus was dit niet precies de bedoeling? Men pleit voor een ‘generalistische setting’, maar hoe combineer je dat dan efficiënt met specialisatie?
- waar publieke regulering en privaat ondernemerschap elkaar echt zullen gaan raken is in de passages in deze nota over de ‘coördinatiefunctie’ in het zorgproces, waar geëist zal gaan worden dat altijd een professional in de keten verantwoordelijk is te houden voor het totaal overzicht per patiënt (zie hiervoor: de externe druk op ketenmanagement zal toenemen).

5.5. Professionele en ondernemende modellen in de zorg

In paragraaf 5.4 kwam naar voren dat het initiatief binnen de eerste lijn van twee kanten kan komen; van onderop, wanneer de eerstelijns professionals zichzelf (beter, innovatiever, grootschaliger) organiseren, en van buitenaf, als partijen van buiten de directe eerste lijnszorg initiatief nemen. Diegene die initiatief neemt, heeft snel ook de regie over (een deel van) het zorgproces. In de opsomming van paragraaf 5.4. kwam een drietal elementen naar voren waarover regie gevoerd wordt; zorginhoud, ondernemerschap en faciliteiten. Wanneer een partij regie over de *zorginhoud* heeft, houdt dat in dat de beslissingen over de te bieden zorg door hem of haar genomen worden, uiteraard zoals gebruikelijk in nauwe afstemming op de andere betrokken professionals of soms alleen in afgeleide zin. Het centrum van het overleg over zorggerelateerde zaken ligt hier. Het gaat om de bevoegdheden en verantwoordelijkheden rond kwaliteit van zorg, patiënt bejegening, verantwoording aan inspectie, bewaking ketenzorg en ketenkwaliteit, innovatie en verbetering van zorg etc. De regie over het *ondernemerschap* houdt in dat de beslissingen over investeringen of aannemen van personeel en alle beslissingen die de toekomst van de ‘praktijk als onderneming’ raken, bij deze partij ligt. Alle financiële keuzes die gevolgen hebben voor de praktijkvoering

worden hier gemaakt. Het gaat om de verantwoordelijkheden en bevoegdheden op gebieden als financiering, bankrelaties, marketing, contractering van productie, *stakeholder* relaties, inschatting van risico's en kansen op lange termijn e.d. Tot slot is er de regie over de *bedrijfsvoering en faciliteiten*. De partij die regie heeft over dit element van de zorgpraktijk heeft zeggenschap over de *backoffice*, de gebouwen waar en de apparatuur waarmee de zorg verleend wordt. Dit kan ook op een meer ondernemende manier worden ingevuld: dan loopt degene die dit verzorgt zelf over deze taak, kosten en toekomst het eigen risico en moet dus gewone ondernemingsinschattingen maken, maar dan op het facilititeitengebied. Het volgend overzicht geeft weer welke modellen mogelijk zijn als de driedeling van zorginhoud, ondernemerschap en faciliteiten naast de verschillende rollen van de professional en derde partijen gelegd worden.

	Zorginhoud	Ondernemerschap	Bedrijfsvoering
Professioneel ondernemer	X	X	(X)
Chef de clinique	X	X	-
Zorgprofessioneel leider	X	-	-
<i>Anderen</i>			
Hoofdaannemer	-	X	(X)
Onderaannemer	-	(X)	X

(X)=hier is de keus tussen zelf doen of laten doen

Met dit schema maken we een paar dingen duidelijk. Niet alleen *professionals* zijn betrokken bij het organiseren van zorg, ook derden zonder die professionele status, maar met andere kwalificaties hebben daar een bijdrage in. Alleen is dan natuurlijk weer evident en hier goed te zien, dat zij dan uiteraard geen directe rol hebben in het zorgproces. Zij komen in beeld indien bij de andere rollen hun bijdrage nodig of wenselijk is, typisch op het gebied van ondernemen, managen en faciliteren. Niet alle rollen hoeven te worden vervuld door 1 partij, samenwerking kan nu net inhouden dat er ook taak-, verantwoordelijkheids- en bevoegdheden verdelingen plaatsvinden.

Professioneel ondernemer

De professionele ondernemer is tot op heden de meest voorkomende rol en vorm in de eerstelijnszorg. Alle solopraktijken worden gerund door een professioneel ondernemer die op alle vlakken van de praktijkvoering, dus zowel zorg als faciliteiten als ondernemerschap de verantwoordelijkheid en tegelijk de bevoegdheid draagt, goed vergelijkbaar met de zelfstandige winkelier qua economische positie, maar natuurlijk veel meer omgeven door allerlei kwaliteits- en financiële bewakingsmechanismen vanuit het publieke belang en de collectieve premiereregelingen e.d.. Wanneer vakgenoten opschalen en ook als meerdere beroepsgroepen samen gaan werken binnen de eerste lijn is er vanuit de huidige professionals natuurlijk grote neiging dit model door te trekken: allemaal integraal ondernemer en zorginhoudelijk *leading*. De structurele samenwerkingsmodellen die dan overblijven om toch enige synergie te realiseren, zijn een *backoffice* combinatie (zie hiervoor) of het klassieke maatschapsmodel (wellicht ook de cv, coöperatieve vereniging), dat niet voor niets bijna uitgevonden lijkt in en voor de medische sector. Zoals al dit soort modellen tussen quasi-gelijken, ontstaan toch al snel systemen volgens het adagium ‘*all animals are equal, but some animals are more equal than others*’. Degene die de staf onder zich krijgt, of de financiën of het backoffice zal toch in praktijk meer de baas zijn dan de anderen. Extra lastig in de huidige ontwikkelingen in de 1^e lijnszorg is dat deze opschaling plaatsvindt om strategische en economische redenen, maar het binnenhalen van de synergievoordelen daarna ook gewoon goed management en aandacht vergt. Die vaardigheden en karaktertrekken kunnen bij willekeurig welke professional zitten, van fysiotherapeut tot verloskundige, van tandarts tot verpleegkundige. Dit terwijl de zorg zelf dus een zekere medische hiërarchie kent, waarbij de huisarts vaak belangrijk is als spil in het zorgproces, zoals hiervoor ook geschetst. Dat maakt hem/haar echter nog niet geschikt als de beste ondernemer of beste manager van het gezelschap. Daar komt nog bij dat qua bestel de huisarts nu in een comfortabeler marktomgeving opereert met meer bescherming dan tandarts, apotheker en fysiotherapeut. Dat maakt ze dus nog eens potentieel het minst geschikt, omdat ze zich de spanningen en risico's van de andere beroepsgroepen niet eens kunnen voostellen en al zeker niet in diezelfde mate die druk ervaren. Toch zal het introduceren van meer hiërarchie tussen de professionals die deelnemen aan zo'n samenwerkingsverband lastig zijn los van die – ervaren – medische hiërarchie. Allemaal een extra reden waarom het oprichten van een multidisciplinair samenwerkingsverband erg lastig is en waarom er veel meer gekozen wordt voor zeer gelijkwaardige structuren in plaats van meer hiërarchie.

Chef de clinique

Als het initiatief tot samenwerking van onderop komt en toch gekozen wordt voor meer aansturing en hiërarchie, ook in het zorgproces, komen we uit op het model van de ‘chef de clinique’. Met deze term willen we aangeven dat deze functie veel verder gaat in aansturing dan dat van de individuele professioneel ondernemer of de maatschap van professioneel ondernemers. Zowel aansturing van zorginhoud als ook met een grote verantwoordelijkheid voor de toekomst van de totale praktijk dan nu vaak gebruikelijk. Het grootste pijnpunt in de huidige professionele cultuur, zowel in ziekenhuizen als in de 1^e lijnszorg, van deze rolopvatting is de hiërarchie binnen het zorgproces! Dus niet alleen hebben we in dit model een professional die de ‘unit’ leidt in meer beheersmatige zin (de rollen van ondernemer en manager erbij betreft), maar deze professional geeft ook vorm aan en leiding aan de totaliteit van het zorgproces. En ontwerpt dus de patiënten logistiek, verdeelt schaarse zorgcapaciteit (bedden, verpleegkundig personeel, medische apparatuur), bepaalt uiteindelijk welk apparaat wel wordt aangeschaft en welk niet, heeft een visie op gewenste kwaliteit van zorg, stuurt teams aan rond complexe zorggevallen, beoordeelt periodiek ook het voltallig medisch personeel etc. Noch in ziekenhuizen noch in 1^e lijnszorg is dit model nu erg gangbaar, maar onder druk van marktwerking en bijbehorende zaken als reputatiemechanismen en streven naar medische excellentie is het nu al weer meer terug aan het komen (zie onder andere de constructie in veel zelfstandige behandelcentra). Dit model leent zich immers bij uitstek voor zorgunits met een speciale focus (*focused factory*) en met een voldoende complexiteit enerzijds en overzichtelijke schaal anderzijds om een dergelijke zorgleiding optimaal te kunnen benutten. Vroeger kenden we dit model op het hele ziekenhuis, in de vorm van de geneesheer-directeur, maar eigenlijk is dat daar juist niet optimaal en zal dat dus ook niet terug komen. Op dat niveau wordt eigenlijk geen directe leiding meer gegeven aan zorgprocessen, de zorgprocessen die daar worden beheerd zijn onderling zeer afwijkend en de beheerstaak is al een dagtaak op zich. Ook onder druk van de wettelijke aansprakelijkheid voor de kwaliteit van zorg, het optreden van de inspectie en het optreden van de steeds kritischer patiënt en verwijzer zal dit model meer kans gaan krijgen. Al met al zou je kunnen zeggen dat het een klein godswonder is dat zorgprocessen vaak nog zo goed gaan terwijl de formele leiding van het gehele zorgproces niet in handen is van een hiërarchisch bevoegde zorgcoördinator maar van een ‘groep gelijkwaardige zorgprofessionals’²⁹. Hiervoor is al

²⁹ Zie onderzoeksrapport Onderzoeksraad voor Veiligheid, april 2008, ‘Een onvolledig bestuurlijk proces; Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving op 28 September 2005 over te hoge mortaliteit’, www.onderzoeksraad.nl

geschetst welke mechanismen ervoor zorgen dat dit model niet snel van onderop, vanuit de professionals zelf, zal worden gekozen. In de 1^e lijnszorg ligt het voor de hand dat de medische hiërarchie en de spilfunctie van de huisarts op veel van de terreinen van 1^e lijnszorg ertoe zullen leiden dat de huisarts chef de clinique wordt van het samenwerkingsverband en de inhoudelijke leiding heeft, als dit model gekozen zou worden. De taak van de huisarts staat in het centrum van de eerste lijn, wat het niet waarschijnlijk maakt dat andere professies dan de huisarts deze rol op zich zullen nemen, maar het is zeker niet ondenkbaar als deze persoon op grond van persoonlijke kwaliteiten in deze rol door iedereen wordt geaccepteerd.

Zorgprofessioneel leider

De zorgprofessioneel leider voert de regie over de inhoud van de zorg, maar alle andere taken rond bedrijfsvoering en ondernemerschap liggen bij anderen. En ze liggen niet bij anderen op een gedelegeerde basis. In dat geval zou de zorgprofessioneel leider er nog eindverantwoordelijkheid voor hebben en neemt hij/zij bijvoorbeeld nog de beslissingen op hoofdlijnen. Dan zitten we toch meer in de andere professionele rolmodellen zoals hiervoor weergegeven. Neen, op die terreinen heeft de zorgprofessioneel leider geen eindverantwoordelijkheid of ultieme zeggenschap, daar is hij/zij ondergeschikt, ondergebracht in een groter organisatorisch geheel waar anderen die beslissingen nemen. Dit is feitelijk het meest voorkomende model in de grote curatieve zorgorganisaties van dit moment, dus de ziekenhuizen, ook de academische ziekenhuizen, de ggz instellingen, de grote zelfstandige klinieken. De organisatie, formeel op het niveau van de Raad van Bestuur neemt de ondernemingsbeslissingen (en risico's!) en *managet* de faciliteiten (zij het zo intern klantvriendelijk mogelijk) en decentraal zijn *zorgprofessionals* benoemd die als clustermanager, divisieleider etc het zorgproces leiden. Dit model zien we – nu nog (!) – niet in de 1^e lijnszorg, omdat het niet past bij de daar geldende kleinere schaal en bij de eerder gemelde gewoonte alle zorgprofessionals te zien als *full fledged* ondernemers op alle aspecten van praktijkvoering. Dit model komt echter wel in beeld, ook voor de 1^e lijn, als grote andere partijen deze rollen gaan overnemen, zoals ziekenhuizen, zorgverzekeraars en anderen. Hierop wordt verderop ingegaan.

Bovenstaande rolmodellen zijn geschikt voor en toegesneden op de uitvoering door iemand uit de groep zorgprofessionals. Hierna komen nog enige aanvullende modellen naar voren die worden uitgevoerd door derden, niet zijnde zorgprofessional.

Hoofdaannemer

De hoofdaannemer maakt de beslissingen op alle terreinen in en om de zorg heen. Hij of zij bepaald hoe de middelen geïnvesteerd worden. Beslissingen over personeel, gebouwen, ICT toepassingen en andere investeringen worden gemaakt door deze persoon/partij. Veel partijen zijn in staat deze taak van hoofdaannemer te vervullen, omdat andere taken dan de zorginhoud onderwerp van regie zijn, maar niet iedere partij zal dit even goed kunnen. Bij sommige partijen zijn er toch verkeerde prikkels te verwachten wanneer de regie over het ondernemerschap in de zorg verkregen wordt. Dit zal met name het geval zijn wanneer een partij een ander belang heeft dan kwaliteit van zorg zoals pure winst of per se veiligstellen van de toestroom van patiënten. De term doet opgeld, omdat in het nieuwe marktsysteem er door zorgverzekeraars zorg wordt gecontracteerd. Aangezien de wetgeving steeds soepeler wordt op het terrein met wie dat contract kan worden afgesloten, komt er dus ruimte voor niet-zorgpartijen om zich op te werpen als hoofd-contractant. De regelgever introduceert zelf dit onderscheid in organisatie/hoofdverantwoordelijke en zorguitvoering³⁰. Voor het tweede geldt nog steeds onverkort de wet BIG die regelt welke beroepsgroep gekwalificeerd is om welke zorginhoudelijke handelingen te verrichten. Dus voor huisartsenzorg wendt een patiënt zich nog steeds tot een gekwalificeerde huisarts. Maar voor het contract ‘huisartsenzorg in de regio X’ of specifiek ‘Medicijnverstrekking na 20.00 u’, kan de zorgverzekeraar zich toenemend wenden tot een organiserende partij (die vervolgens in hun *proposal* moeten aantonen dat ze over voldoende huisartsen, apothekers etc beschikken en over organisatorische kwalificaties als een goed kwaliteitsborgingssysteem etc).

Onderaannemer

Het meest op de achtergrond van de vijf rollen staat de onderaannemer die het management voert over de bedrijfsvoering. De onderaannemer bemoeit zich met de ondersteunende faciliteiten van de zorgverlener(s) en staat dan ook ten dienste daarvan. Professionals uit de eerste lijn worden in deze situatie voorzien van gebouw en aanverwante zaken en betalen daarvoor een x bedrag. Als onderaannemer zijn zeer veel partijen geschikt. De relatief lage verantwoordelijkheid maakt dat iedere partij die het als noodzaak of een goede investering ziet om de faciliteiten voor de eerste lijn te verschaffen dit kan oppakken. Zowel private ondernemingen als gemeenten zijn hiervoor geschikte partijen.

³⁰ Met grote effecten op de arts, zie o.a.: “*Vertrouwen in de arts*”, RVZ 2007 en “*Nieuw zorgstelsel zet autonomie artsen onder druk*”, FD 30 mei 2007

Aanvullende rollen

Wat opvalt in het schema met de verschillende rollen is, dat een aantal elkaar prima weet aan te vullen. Afhankelijk van de partij die de ondernemende rol op zich neemt door het initiatief te nemen zal de inrichting van dit eerstelijns zorgverband er anders uitzien. Wanneer een huisarts in de hoedanigheid van chef de clinique een multidisciplinair zorg verband gaat opzetten (iets wat tot nog toe weinig voorkomt) zal hij of zij ondersteuning nodig hebben van een onderaannemer voor de benodigde backoffice ondersteuning. Als daarentegen dit initiatief van de huisarts uitblijft, zal er een derde partij nodig zijn die de rol van hoofdaannemer op zich neemt om het verband op te kunnen zetten. Maar aangezien er ook een op zorginhoud beslissingen genomen moeten worden, zal er een professioneel leider nodig zijn om de hoofdaannemer hierin aan te vullen. Op deze manier vullen de chef de clinique en de onderaannemer en de hoofdaannemer en de professioneel leider elkaar goed aan waarbij het accent van het ondernemerschap op verschillende plekken ligt, afhankelijk van de partij die initiatief neemt.

Zorgverzekeraar wil zelf zorgcentra oprichten

Menzis is in Nederland wellicht de meest actieve zorgverzekeraar als het gaat om directe bemoeienis met de eerstelijnszorg. Menzis gaat een stap verder dan andere zorgverzekeraars, door expliciet de voorkeur uit te spreken voor multidisciplinaire zorgcentra waarin de verschillende eerstelijns professionals bij elkaar zitten in één locatie om de zorg te leveren. Zelf ontplooit Menzis ook initiatieven om die centra van de grond te krijgen. Op verschillende locaties in Nederland is Menzis al op kleine schaal de financier of aanjager geweest van multidisciplinaire zorgcentra. Meestal in een gebied waar de zorgverzekeraar veel klanten heeft of in een gebied waar Menzis zelf is benadert door eerstelijns professionals om te ondersteunen in een multidisciplinair zorgconcept.

In de toekomst wil Menzis zelfs nog een stap verder gaan door te gaan werken met abonnement systemen, waarbij klanten van een Menzis zorgcentrum onbeperkt zorg kunnen afnemen binnen dit centrum zonder dat daar nog facturen voor naar de verzekeraar hoeven te gaan.

De reden dat Menzis zich zo actief bemoeit met de eerste lijn heeft niets te maken met winst maken, maar juist met kostenbesparing. Daar waar Menzis zelf zorgcentra wil oprichten, willen ze niets te maken hebben met winstdeling. Dat is voor de professionals zelf. De winst voor Menzis zit in goede zorg bieden in de eerste lijn, die relatief goedkoop is. Wanneer dit gebeurt zal er minder aanspraak gedaan worden op de relatief duurdere tweede lijnszorg. Menzis heeft dus een direct belang bij een sterke eerste lijnszorg, net als andere verzekeraars.

Voorlopig zijn dit soort initiatieven nog toekomstmuziek, maar de zorgverzekeraars ontpoppen zich in ieder geval tot aanjagers van vernieuwingen in de eerste lijn en lijken ook een geschikte partij te zijn hiervoor. Idealiter zouden de professionals zelf de handen in een slaan, maar in de praktijk blijkt dat er vanuit de beroepsgroepen weinig initiatief komt tot werkelijke veranderingen.

Hoofdstuk 6

Derden als ondernemer in de 1^e lijn: varianten en voorwaarden

Toch heeft ondernemerschap door, voor en van *professionals* zo zijn grenzen. Hoeveel er nu ook al gebeurt. We doorbreken dan onvoldoende de geschetste werkcultuur, de kleinschaligheid, de gebrekkige marktgerichtheid, het gebrek aan cultureel en financieel kapitaal voor grootschalige initiatieven, het gebrek aan managementervaring, het gebrek aan kennis hoe grote organisaties werken. Voor een verdere inkleuring van deze stelling is het nodig terug te gaan naar twee eerdere analyses. Welke uitdagingen biedt de toekomst, zowel vanuit publiek als privaat perspectief voor de 1^e lijnszorg (hoofdstuk 3) en welke ontwikkelingsrichting rijst op uit de huidige dynamiek in de sector (hoofdstuk 1.3 en hoofdstuk 2.4.)? Nieuwe initiatieven van buiten, uit zorgverzekeraars, *retail*, ICT diensten, intramurale care e.d. krijgen geredeneerd vanuit deze uitdagingen nu onvoldoende kans, omdat de noodzaak van medewerking vanuit de zittende praktijkhouders zo cruciaal is. Hier functioneert de markt mogelijk niet voldoende, ook omdat er natuurlijk een grote gevoeligheid ligt naar de waarborging van de publieke functies (toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit) die alle sterk vertegenwoordigd zijn in het 1^e lijnsconcept. Op een heel zorgvuldige manier moeten bepaalde partijen worden toegelaten in deze rol. Publieke belangen moeten daarbij scherp gewaarborgd worden. Dat neemt niet weg dat de ogen niet gesloten mogen worden voor de potentiële voordelen van het toelaten van bepaalde partijen. Daar komt natuurlijk bij dat het op zijn minst wat paradoxaal oogt om enerzijds een stevig pleidooi te houden voor privaat ondernemerschap, in dit geval van *professionals* in hun eigen onderneming/praktijk, en anderzijds glashard te beweren dat dat aantoonbaar niet in handen kan worden gelegd van andere partijen dan diezelfde *professionals*. Toch wordt dat standpunt door beroepsgroepen wel ingenomen. Wat we hiervoor hebben aangetoond, is dat het geen vanzelfsprekendheid is dat alle rollen die mogelijk zijn in een organisatie met veel *professionals* (ook wel aangeduid als professionele organisatie³¹), namelijk zowel die van zorgprofessional, als die van ondernemer als die van manager van faciliteiten, ook permanent in één hand moeten liggen. Dat is meer een historisch gegroeide situatie, die mogelijk zelfs belemmerend werkt voor het maken van enige snelheid om de 1^e lijnszorg in de goede richting te moderniseren. Dan wordt onvoldoende onderkend dat het de wetgever is geweest die het mogelijk heeft gemaakt dat er contractering plaatsvindt van een organisatorische rol.

³¹ M. Weggeman, *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!*, Scriptum, 2007 Schiedam en D.H. Maister, *Managing the professional service firm*, The free press, 1993 NY

Deze behoeft dan principieel niet langer te worden uitgeoefend door een professional. Daarmee wordt uitgelokt dat er hoofdaanneming zal gaan ontstaan van buiten de beroepsgroepen. Voor het oog van de betreffende beroepsgroep kan die majeure ingreep een tijdelijk onzichtbaar blijven doordat die rol allereerst wordt opgenomen door een collega-*professional (so what's new)*, maar ook hier geldt dat er op den duur nieuwe toetreders van buiten de eigen beroepsgroep zullen komen die die rol vervolgens op zich (willen) nemen. Tijdig moet dan wel nagedacht worden over de beste rolmodellen en randvoorwaarden. Sommige partijen maken zich nu op zich als ondernemer op de markt van 1^e lijnszorg te bewegen. Voor de meer algemene omschrijving van de rol van een ondernemer in 1^e lijnszorg vallen we natuurlijk terug op de eerdere schets van mogelijke rolmodellen. Als het een zorginhoudelijke partij betreft (die zelf ook zorg levert) dan kunnen zeker ook modellen ontstaan waar de ondernemende partij bijvoorbeeld de *chef de clinique* levert. Als het zelf geen zorginhoudelijke partij is, komen we uiteraard bij een overname van zeggenschap in de 1^e lijnszorg terecht in het model van hoofdaannemer.

Zoals bij alle samenwerking, maar zeker bij concentratie en overname spelen de mededingingsregels van de NMa een grote rol³². Deze bevatten geen verbod op samenwerking of concentratie, maar wel veel randvoorwaarden en spelregels. Deze gaan, zoals te verwachten is, sterk over misbruik van marktmacht, prijs- en marktafspraken, aanzienlijke marktmacht waardoor leveranciers of patiënten geen keuzevrijheid hebben etc. Ook 'verticale' samenwerking en fusies (waar deze paragraaf natuurlijk vooral over gaat) wordt zeker niet tegengewerkt, sterker nog de richtlijnen geven aan dat deze op een minder streng toezicht hoeven te rekenen dan horizontale samenwerking (dus die tussen partijen in dezelfde positie in de bedrijfskolom, zoals vakgenoten in de 1^e lijn onderling). Deze worden immers geacht minder concurrentiebelemmerend te zijn en ook vaker goede effecten op kwaliteit en efficiency in de gehele zorgkolom en voor de patiënt te hebben. In de betreffende richtlijnen over die verticale samenwerking of concentratie maakt de NMa verder geen nader onderscheid. Toch maakt het nog wel uit of we het hier hebben over een verticale relatie met andere zorgaanbieders (zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen) en een verticale relatie met een zorgverzekeraar. Deze laatste wordt immers geacht zorg in te kopen, vaak bij zittende partijen die daar zeer van afhankelijk zijn en ook in circuits van onderlinge concurrenten waarmee

³² NMA publicatie 2007, '*Richtsnoeren voor de zorgsector*', www.nma.nl

toch redelijk transparant en objectief moet worden omgegaan. Hierna wordt nader ingegaan op dat verschil en zijn effecten op de te kiezen modellen en te stellen randvoorwaarden.

Zoals in het eerdere schema is weergegeven, zijn er dan een paar vanzelfsprekende partijen waar we binnen dit algemene kader nader bij stil moeten staan: collega-zorgaanbieders, bedrijven, gemeenten en zorgverzekeraars.

6.1. Zorgaanbieders (van buiten de 1^e lijn)

Ook van buiten de eerstelijns beroepsgroepen is er initiatief mogelijk in de ondernemersrol. Een breed scala van zorgorganisaties heeft de mogelijkheid om in de eerste lijn te stappen, maar zal dat om allerlei redenen niet altijd doen.

Van de verpleeghuizen (VH), gehandicaptenzorg (GZ) en de thuiszorg (TZ) valt het waarschijnlijk niet te verwachten. Om redenen aan de kant van de 1^e lijnszorg zelf: onvoldoende een professionele cultuur zoals in de 1^e lijn gebruikelijk, onvoldoende hoog in de medische hiërarchie en dus onvoldoende acceptatie op de werkvloer en daardoor gebrek aan goede mensen of stilzwijgende tegenwerking. Maar ook om allerlei redenen aan de kant van deze aanbieders zelf: onvoldoende kapitaal om echt te kunnen investeren of dure professionals te betalen, het betreft toch maar een klein deel van de patiënten en de omzet, de mogelijke synergie valt ook te bereiken door goede verwijfsafspraken en kwaliteitsprotocollen, delen van de 1^e lijnszorg, zoals tandartsen en mondhygiënisten staan toch wel erg ver weg van het eigen dienstenpakket. Toch liggen er wel aanknopingspunten en kansen. Zeker voor de thuiszorg kan het interessant zijn zelf veel directer aansluiting te zoeken bij 1^e lijnsgezondheidscentra of huisartsenpraktijken (zoals in het geval van Buurtzorg). Maar ook voor de verpleeghuizen ligt er een interessante zorglijn vanuit revalidatie naar fysiotherapie en huisarts. En tenslotte biedt een combinatie van extramuralisering en monitoring-op-afstand (via domotica) een kans voor alle intramurale instellingen om dichterbij de thuis- en wijksituatie te komen via het beter en intensiever begeleiden van patiënten die in een thuissituatie zijn gaan wonen. Overigens zal dit naar de curatieve 1^e lijnszorg in dat gebied eerder een samenwerkingsmodel opleveren, omdat die zorg natuurlijk niet vanaf afstand geleverd kan worden, omdat er vaak toch een dringend element aan zit. Met name de thuiszorg heeft de organisatorische slagkracht om in dit veld wel iets voor elkaar te krijgen. Als dit van de grond komt in relatie tot de eerste lijnszorg valt toch te verwachten dat het op

basis van hechte samenwerking en hoogstens op basis van co-ondernemerschap zal geschieden, omdat de autonomiegevoelens van de eerstelijns professionals en dan met name huisarts zullen verhinderen dat ze niet zelf controle houden over de zorg, maar dat overgeven aan thuiszorgorganisaties, hoe ondernemend ook. Dit kan gaan veranderen als de betreffende zorgorganisaties een veel breder palet van care activiteiten gaan aanbieden, dus niet alleen klassieke thuiszorg, en anderzijds de beroepsgroepen minder afwijzend zullen staan tegenover andere vormen van economische verbinding dan alleen eigen praktijkvoering, dus ook vormen als loondienst, contractafspraken, *freelance* e.d. accepteren.

Van de ziekenhuizen (ZH) en mogelijk ook de psychiatrische ziekenhuizen (GGZ) valt echter wel te verwachten dat zij als ondernemer in de eerstelijnszorg zullen (willen) stappen en ten dele zijn die signalen er ook al. Met hun organiserend vermogen en kunde zouden ze ook veel kunnen bijdragen aan de eerste lijn. Tot nu toe hebben de ziekenhuizen op de huisartsenposten na weinig van doen met de eerste lijn, maar we zien het aantal initiatieven tussen 1^e en 2^e lijn groeien, met name op initiatief van de ziekenhuizen. Dit betreft dan bepaalde delen van de patiëntenzorg en het medisch palet aan verrichtingen, zoals verloskunde/gynaecologie, diabeteszorg, voor- en natrajecten van bepaalde ziekenhuisopnames. Dat is in het licht van gewenste substitutie mogelijk ook goed. Als de ziekenhuizen echter volledige controle krijgen over deze toevoerkanalen, wat de eerste lijn voor hen is, zal het echter niet waarschijnlijk zijn dat op den duur zoveel mogelijk zorg in die eerste lijn geleverd wordt. Logischerwijs zal de eerste lijn dan gebruikt worden voor het zekerstellen van de eigen productie in het eigen ziekenhuis (bijsturing van verwijzingen, vergroting regionale adhaerentie. De DBC systematiek (maar die is nog slechts beperkt ontwikkeld, dus dit is ten dele theorie) zou ertoe moeten bijdragen dat er steeds een werkelijk integrale afweging plaatsvindt en ook productie in de 1^e lijn aantrekkelijk blijft, voor sommige traditionele ziekenhuisverrichtingen zelfs aantrekkelijker (substitutie). Er zitten zeker voordelen voor de eerste lijn aan het binnenhalen van de kennis die ziekenhuizen hebben, maar volledige zeggenschap van de ziekenhuizen over de eerste lijn is niet wenselijk, ook omdat hiervoor al is aangegeven dat de 1^e lijn een veel bredere rol heeft dan alleen een curatieve. Preventie, care en *casemanagement* spelen een even grote rol, dit zijn nu eenmaal niet de kerntaken of –vaardigheden van ziekenhuizen.

Kortom: een volledige controle van een ziekenhuis over de gehele 1^e lijnszorg in een gebied via de rol van ondernemer is onwenselijk, omdat het:

- de objectieve verwijsmogelijkheid naar het beste ziekenhuis voor de professionals in de 1^e lijn, met name de huisarts, vermindert; dit tast daarmee direct de functie van poortwachter aan;
- de keuzevrijheid voor ziekenhuizen en specialisten voor de patiënt vermindert;
- de substitutie en het overeind houden van een stevige curatieve praktijk in de 1^e lijn kan ondermijnen;
- een deel van de *core competence* van de 1^e lijn, die juist gericht is op demedicalisering en *casemanagement*, kan ondergraven en in ieder geval niet versterkt.

We hebben ook niet de indruk dat deze gevaren geheel zijn te pareren met goede afspraken over de relatieve autonomie van professionals e.d., daarvoor zal de invloed van ziekenhuiscultuur, financieringssystemen en medisch specialisten te groot zijn.

Dit laat onverlet de mogelijkheid van 1,5 lijnssamenwerking of co-ondernemerschap op specifieke patiënten groepen of medische handelingen waarop ziekenhuis en betreffende 1^e lijnsprofessionals zich (boven-)regionaal willen specialiseren. Ook in het buitenland zijn die ontwikkelingen te zien. Zo lang het afspraken en *diseasemanagement* is per specifieke patiëntengroep tast het minder de totaliteit van de onafhankelijke verwijzfunctie aan (uiteraard wel die van de patiënt die tot de specifieke populatie behoort). Dit laat ook onverlet de mogelijkheid van allerlei professionele samenwerking zoals achterwacht, huisartsenposten, opleidingen etc.

Het boeiende is wel dat deze analyse en waarschuwing haaks staan op het professionele gevoel bij de 1^e lijnswerkers zelf. Binnen de medische hiërarchie is samenwerking met ziekenhuizen zeer geaccepteerd en zelfs iets om na te streven. De beroepsgroepen zelf hebben dus de neiging deze gevaren niet te zien (en vinden bijvoorbeeld de co-ondernemende rol van zorgverzekeraars veel bedreigender voor hun medisch en patiëntgericht handelen, daarover hierna meer). Hier staan de gevoelens van werkcultuur en – houding haaks op werkelijk strategische inschattingen. In dat geval dringt zich de vergelijking op met de fusies van RIAGG's met psychiatrische ziekenhuizen in de afgelopen jaren. Deze hebben er zeker toe geleid dat de betreffende psychiatrische ziekenhuizen meer extern en maatschappelijk gericht zijn geworden, maar het heeft ook het ambulante en *outrachende* karakter van de voormalige

RIAGG's gehinderd, zo niet ondermijnd. Per saldo is de GGZ als geheel er niet maatschappelijker en ambulanter van geworden. Het meer van buitenaf afdwingen of reguleren dat er een aparte structuur en echelon van poliklinische en ambulante hulp blijft, door de instituten heen, was vermoedelijk beter geweest. Men zou kunnen tegenwerpen dat in die fase van het zorgstelsel er nog niet de tegenmacht van de zorgverzekeraar en het DBC-systeem waren. Nog even los van het feit dat beide systeemingenrepen zich ook nu nog erg moeten bewijzen, zeker voor de GGZ in haar overgang naar het zorgverzekeringsstelsel, wagen wij het toch te betwijfelen of dat soort systemen (van inkoop en van *outputpricing*) voldoende zijn om tegenwicht te bieden aan de invloed van professionele hiërarchie en cultuur in ziekenhuizen. Nog even los van de vraag of alle *technicalities* in het DBC systeem straks zo zijn opgelost dat ziekenhuizen werkelijk belang krijgen bij het opener en rationeler kijken naar het verplaatsen van zorgproductie naar de 1^e lijn. Als het gaat om de GGZ is het erg interessant te zien wat er gebeurt met de kleinschalige aanpak van hun systeem van zelfstandige praktijken, van vrijgevestigde psychotherapeuten, psychiaters en psychologische praktijken. Tot nu toe stond dit geheel erg op zichzelf, een beetje marginaal binnen de zorg als geheel, noch goed verbonden met de ziekenhuizen, noch met de rest van de 1^e lijnszorg. Binnen de in deze paragraaf aangesneden discussie over nut en noodzaak van ondernemers van buiten de 1^e lijn, is dit veld waarschijnlijk verwaarloosbaar door deze marginale positie en omstandigheden, wel is het (andersom) denkbaar dat een ondernemende 1^e lijn er op den duur de ambulante psychotherapeutische zorg bij neemt.

Tesco supermarkten begeven zich op de zorgmarkt

De focus binnen de Britse zorgsector is aan het verschuiven van de cure naar de care, waarbij de eerstelijnszorg een centrale rol inneemt, om de zorg voor ouderen en chronisch zieken op zich te nemen. Kenmerkend aan het stelsel is dat alle zorginkoop in handen is van de overheid. Primary Care Trusts (PCT's) voeren de onderhandelingen met alle zorgaanbieders in de regio. Deze lokale zorgkantoren beslissen hoe het budget verdeeld wordt en de lokale zorgverleners kunnen hierover de onderhandelingen aangaan met de PCT. Als er een goed plan wordt ingediend met voordelen in kwaliteit en doelmatigheid, wordt hiervoor geld beschikbaar gesteld. De financiële voordelen behaald door de doelmatigheid worden verdeeld onder de zorgaanbieder en de PCT.

In de praktijk blijkt dat de initiatieven nauwelijks van de grond komen en de zorg in de Britse eerste lijn niet vernieuwt uit zichzelf. Het verwijt is dat de zorgvernieuwing sterk top-down wordt ingezet. De angst is dan ook aanwezig dat de eerstelijns professional de slag gaan missen, omdat andere partijen in het gat zullen springen van de nodige zorgvernieuwingen. Inmiddels is de NHS overgegaan op voorlichtingsdagen en trainingen voor eerstelijns professionals hoe de onderhandelingen met de PCT aan te gaan.

Inmiddels zijn er derden opgestaan om op commerciële basis zorg te exploiteren, een van die organisaties is Tesco, een grote landelijke supermarktketen heeft in een deel van haar supermarkten apothekersbalies ondergebracht, waar apothekers in loondienst werken. Naast dat Tesco medicijnen verschaft, hebben ze in de winkels ook gedeelten ingericht voor consultatie, waardoor de klant een meer persoonlijke service kan krijgen en het gevoel heeft bij een reguliere apotheek te zijn in plaats van bij een supermarkt. Apothekers worden door Tesco gelokt met flexibele werktijden, opleiding en doorgroeimogelijkheden binnen Tesco.

Apothekers behouden hierbij hun professionele autonomie ten opzichte van de klant, maar hebben geen zorgen meer om hun inkomen of het runnen van de eigen apotheek, zij vallen nu onder de Tesco keten en staan gewoon op de loonlijst.

6.2. Commercieel bedrijfsleven

In Nederland komt het commerciële bedrijfsleven als strategisch partner van de eerste lijn nog niet veel voor. Bij de *backoffice*-combinaties is er al melding van gemaakt dat er wel degelijk goede initiatieven zijn, maar die komen nog niet heel voortvarend van de grond. Mogelijk door een gebrek aan echte interesse onder de professionals. Mogelijk ligt hier ook een financieel probleem onder: of de vergoeding voor *backoffice* functies in het tariefstelsel is niet hoog genoeg of de commerciële aanbieders slagen er onvoldoende in schaalvoordelen en efficiencyvoordelen te boeken en daardoor de prijzen lager te houden dan wanneer een

praktijk er zelf voor zorgt. Tevens kennen we natuurlijk de al jaren gaande zijnde consolidatie in de apothekersmarkt waar enige grote ketens aan het ontstaan zijn of de groothandel voorwaarts integreert in de bedrijfskolom (met name OPG), eigenlijk een ontwikkeling die we parallel gezien hebben bij de brillenzaken. Voor sommige niches liggen er wel mogelijkheden voor het bedrijfsleven om in de eerste lijn te ondernemen. Het voorbeeld hiervoor uit het Verenigd Koninkrijk, waarin Tesco apotheken uitbaat in de supermarkten is in Nederland ook goed mogelijk. Een Etos of Kruidvat zullen op deze manier goed in staat zijn medicijnen te verstrekken, zoals zij nu al doen voor de Over The Counter (receptloze) producten. De meest voor de hand liggende commerciële groep ondernemingen die mogelijk integraal belangstelling zou kunnen hebben voor het runnen van grotere praktijken in de 1^e lijn, is: *retail*. Dit zijn partijen die bekend zijn met kleinschalige winkelconcepten en het bijbehorende vraagstuk van administratie, logistiek organisatie, *handling* etc. Mogelijk nog te verdelen in meer algemene partijen als supermarkten enerzijds en anderzijds gespecialiseerde partijen die dicht tegen de zorg aan liggen: opticiens, drogisterijen en hulpmiddelenwinkels, bijvoorbeeld rond rolstoelen of de elektronica van alarmering en gehoor. Alle andere type commerciële partijen zullen geen echte blijvende interesse hebben voor het totaal ondernemerschap, wel op aspecten. Denk bijvoorbeeld aan ICT dienstverleners, financiële partijen, interim management leveranciers, bouwers. Maar hoe zouden we het vinden als de fraaie stad Groningen in diverse wijken gezondheidscentra had, waarvan de een eigendom van Etos, de ander van OPG en een derde van de professionals zelf, bijvoorbeeld in een maatschapconstructie? Zouden we dat een aantrekkelijk keuzeperspectief vinden of alleen maar lastig en vragenoproepend? “Word je wel overal even goed geholpen? Zijn alle drie even toegankelijk, ook voor patiënten met minder ‘interessante’ vragen en ziekten? Zit er ergens gedwongen winkelnering voor de patiënt, dus per se die medicijnen of per se die producten van Etos? Vindt er geen selectie plaats van patiënten, die maakt dat niet iedereen uit die specifieke buurt daar goed terecht kan en wordt dus de algemene toegankelijkheid en geografische nabijheid ondermijnd? En, vooral, welke andere voordelen, naast keuzemogelijkheid, biedt het? Je zou kunnen zeggen dat het nog meer keuzevrijheid biedt dan wanneer zorgverzekeraars de ondernemersrol pakken, zoals de situatie in Tiel waar alleen nog huisartsen werkzaam zijn die in zorgcentra van Menzis werken³³. Vindt er innovatie plaats in behandeling, bejegening, gebouwtwerp die echt onderscheidend is?” Dit is natuurlijk het belangrijkste vraagstuk: komt die innovatie door deze nieuwe toetreders tot stand? Elders, in

³³ ‘Geen keus voor patiënten. In Tiel alleen huisartsen in centra Menzis’, NRC 20 november 2007

hoofdstuk 5 hebben we al geschetst welke basale randvoorwaarden er nodig zijn in de verhouding tussen ondernemer en professional om de laatste zijn/haar werk goed te laten doen. Als deze partij zich daaraan houdt, is er op dat vlak niet veel mis. Om te beginnen zou de meeste innovatie te verwachten zijn in duidelijke niches waar productinnovatie van het bedrijfsleven en 1^e lijnszorg praktijk elkaar rechtstreeks raken. Dit is in medicijnverstrekking of in voor- en nazorgproducten of technologische innovaties rond alarmering en monitoring. Maar die zijn ook heel goed in de 1^e lijn te introduceren door zulke klassieke mechanismen als artsenbezoekers, folders en productpresentaties, daarvoor is geen volledige overname nodig. Buiten dergelijke niches om is het voorlopig ook niet erg wenselijk dat winstgerichte organisaties de eerste lijn betreden, omdat de risico's groot zijn. In hoofdstuk 4.4. hebben we al geschetst dat er in de zorg vaak sprake moet zijn van een ander ondernemingsprincipe dan alleen winst. Laten we in dat verband eerst ook maar de discussie afwachten over nut en noodzaak van winstuitkering bij ziekenhuizen.

6.3. Gemeenten

De gemeenten spelen op een groot aantal plaatsen een aanzienlijke rol in het opzetten van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Almere is hiervan het bekendste voorbeeld, waar over de hele stad een netwerk van multidisciplinaire zorgcentra is uitgerold en de – meeste - professionals ook in loondienst zijn van Zorggroep Almere. Ook in andere steden als Enschede, Middelburg, Zwolle en Utrecht is men bezig dergelijke plannen te maken of uit te voeren. Met name nieuwbouwwijken lenen zich hier goed voor. Meestal wordt daarbij het model uit Almere overgenomen. Hierbij wijst de gemeente de locatie aan, faciliteert de oprichting, mogelijk ook basisfaciliteiten zoals het gebouw en vervolgens een stichting het beheer gaat doen en de professionals in loondienst neemt (van dit laatste wordt veelal afgeweken ten faveure van de andere hiervoor geschetste modellen). Dit is nog een initiërende en faciliterende rol, waarbij de gemeente laat merken dat het voor nieuwbouwwijken politiek nodig en interessant wordt gevonden als er een locatie is met een multidisciplinair 1^e lijnszorg aanbod. Het beleid en invloed start aan de kant van wijkopbouw, ruimtelijke ordening, voorzieningenbeleid in een wijk, maar het zou zich verder kunnen uitstrekken als de gemeente ook zelf in het bestuur van zo'n stichting plaatsneemt en deze de professionals in loondienst neemt. Dit model kent echter een aantal mindere kanten, omdat de gemeente dan veel invloed heeft op de organisatie. De loondienst situatie maakt het noodzakelijk dat er personeelsmanagers en administratief medewerkers komen, de overhead is daardoor een stuk

groter dan bij de professional die op zelfstandige basis is georganiseerd. Het risico bij de professional is dat er een negen-tot-vijf mentaliteit ontstaat, waarin weinig ruimte is voor vernieuwende zorg. Het is maar de vraag of de gemeenten wel de juiste aanjagers zijn om innovaties in de zorg zelf te stimuleren. In de faciliteiten en dan met name de gebouwen kunnen ze een belangrijke rol spelen, maar in de zorginhoud zijn er weinig bijdragen te verwachten. Tevens loopt de gemeente hier ook een ondernemersrisico omdat de zorg nu eenmaal een competitieve branche is met een sterke concurrentie aanjagende rol voor zorgverzekeraars. Dat risico lijkt politiek en maatschappelijk gezien ook niet wenselijk en ook niet goed draagbaar op den duur. Kortom: tegenover de nadelen van een integrale ondernemende rol voor gemeenten staan weinig voordelen. Dat is dus af te raden.

6.4. Zorgverzekeraars

Tot slot zijn er de zorgverzekeraars die hun invloed uitoefenen op de eerstelijnszorg. Deze partij blijkt veel initiatief te nemen om de zorg te vernieuwen. Er zijn aanzienlijke verschillen per verzekeraar, maar de grote van het land hebben allemaal (met name CZ, VGZ en Menzis) beleid gericht op samenwerking in en versterking van de eerste lijn. VGZ en CZ stimuleren de samenwerking door met regionale ondersteuningsstructuren praktische adviezen en ondersteuning te geven aan eerstelijns professionals die zorgvernieuwingen willen doorvoeren. Menzis gaat hierin een stap verder door expliciet de voorkeur uit te spreken voor zorgcentra waarin de verschillende eerstelijns professionals bij elkaar zitten om de zorg te leveren en ontplooit ook initiatieven om die centra van de grond te krijgen. De zorgverzekeraars ontpoppen zich hiermee tot aanjagers van vernieuwingen in de eerste lijn en lijken ook een zeer geschikte partij te zijn hiervoor. Er lijkt nu eenmaal lokaal soms een externe partij nodig te zijn om de eerstelijns professionals van hun plek te krijgen en de zorgverzekeraars hebben hiervoor goede papieren in handen.

Er schuilt een gevaar in de concurrentie op polisprijs die gevoerd wordt om klanten binnen te halen aan de verzekeringen kant. Dit zou ertoe kunnen leiden dat in de eerste lijn vooral op de laagste kosten en niet op kwaliteit gestuurd wordt. In de praktijk blijkt echter dat ook de verzekeraars sterk op kwaliteit sturen en zelfs teren op de eigen reserves om de eerste lijn te bewegen zichzelf te versterken. Dit komt doordat de eerste lijn weer een stuk goedkoper is dan de tweede lijn en de assumptie bestaat dat het geld geïnvesteerd in de eerste lijn eenvoudig terugverdiend wordt door minder doorverwijzingen naar de tweedelijns specialisten. De regelgeleide cultuur van de zorgverzekeraars kent ook een risico doordat de

professionals op winstmaximalisatie per behandeling gaan werken, een risico dat ook in het huidige systeem ligt van het betalen per consult. Ook de opkomst van de keten-DBC's, waarmee zorgverzekeraars de eerste lijn aanzetten tot bepaalde zorgprogramma's werkt mogelijk dit gevaar in de hand. De zorgverzekeraar zal er dus scherp op moeten zijn dat er vooral op kwaliteit en niet op andere zaken gestuurd wordt. Het doorfuseren van zorgverzekeraar en 1^e lijnsorganisaties, de zogenaamde verticale integratie, doet denken aan de Health Maintenance Organization uit de USA, met als meest spraakmakend voorbeeld Kaiser Permanente. Abstraherend van de collectief gezien geheel andere gezondheidszorg van de USA, biedt dit concern op privaat, bedrijfsmatig niveau hele fraaie en inspirerende voorbeelden van wat bereikt kan worden als verzekeraar en 1^e lijnszorg samenwerken³⁴. De zorgverzekeraars kunnen dus zeker wat meebrengen aan ondernemerschap en inbreng in de 1^e lijn. Er is echter een principieel punt waarom hier toch terughoudend mee omgegaan moet worden in het nu gekozen zorgbestel. Daarin vervult de zorgverzekeraar, zeker voor het gebied waar hij dominant is qua marktaandeel, een regie- en inkooprol die wat breder is dan alleen pure zorginkoop voor de eigen verzekerden. De zorgverzekeraar heeft in die gebieden een half-publieke rol in het bewaken van algemene belangen, van infrastructuur, van toegankelijkheid etc. Vaak heeft diezelfde zorgverzekeraar op dit moment ook nog zo'n zelfde soort rol in de AWBZ, namelijk als zorgkantoor. Hij oefent die rol uit via contractering en budget- en productieonderhandelingen, in principe met alle bestaande en toetredende partijen in enig zorgveld. Die dominante en brede rol vergt dus wel een zekere neutraliteit en bewaking van *level playing field* tussen alle partijen. Op het moment dat een dergelijke regionaal dominante zorgverzekeraar zelf een ondernemend belang heeft genomen in een 1^e lijns samenwerkingsconstructie, dreigt, minstens in de beeldvorming, deze objectiviteit aangetast te worden. De niet bij dat initiatief betrokken beroepsbeoefenaren zullen met wantrouwen naar deze zorgverzekeraar kijken, zeker als ze het gevoel hebben dat betrokken samenwerkingsverbanden worden 'voorgetrokken'. En dat gevoel zal al snel ontstaan. Tevens heeft deze zorgverzekeraar ook een kennisvoorsprong op terreinen als marktanalyse, demografische ontwikkelingen, initiatieven elders, want die moeten natuurlijk aan hem worden voorgelegd om te komen tot productieafspraken. Het is al met al een subtiel spel, want anderzijds kan de zorgverzekeraar betogen dat dergelijke samenwerkingsverbanden nodig zijn, omdat de 1^e lijnszorg zichzelf te weinig samenhangend organiseert. Dus als bepaalde samenhangende zorg door de zorgverzekeraar niet te contracteren is bij gebrek aan

³⁴ Zie voor een eerste kennismaking: 'Amerikaanse toestanden', Financieel Dagblad 3 mei 2008

aanbod, richt ze het maar zelf in. De zorgverzekeraar is inhoudelijk en organisatorisch zeker een interessante ondernemende partner voor de 1^e lijn, maar een verdere uitbouw hiervan kan stuiten op de brede rol die hij heeft in het zorgbestel, namelijk die van brede contracteerder en medebewaker van kwaliteit en toegankelijkheid in een bepaald werkgebied. Wat hierin een passende en adequate regulering is zal nader bestudeerd moeten worden en heeft ook uitdrukkelijk te maken met een toekomstige visie op het zorgstelsel en de rol van zorgverzekeraars daarbinnen, maar biedt zeker kansen. In een recente nota heeft het Centraal Plan Bureau ook gekeken naar dit type verticale fusies³⁵. De studie is erg gericht op de vraag of dat tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraar gewenst is, maar neemt en passant kleinschalige curatieve eenheden, als ZBC's en zelfstandige behandelcentra en zelfs huisartsenzorg (die vanuit de substitutiegedachte natuurlijk ook toenemend gezien moeten worden als aanpalend aan (kleinere) ziekenhuizen) wel mee. Zij zien in dat type verticale fusies minder bezwaar dan tegen fusies met grotere ziekenhuizen, omdat 'de toetredingsbarrières voor nieuwe aanbieders hier lager zijn' (sdw: dat vergt dan wel een open bestel, zie hoofdstuk 4.3.). Het CPB meent dat heel veel innovatievoordelen zijn te behalen via intensieve samenwerking op basis van exclusieve contracten. Ik denk dat zorgverzekeraars in de versnipperde wereld van de huidige 1^e lijnszorg, die toch zo'n groot maatschappelijk en financieel belang in de zorg vertegenwoordigt, toenemend menen dat dat niet genoeg binding is.

Concluderend:

- a. Het is in principe interessant als derden gaan ondernemen in en met de 1^e lijnszorg, niet alleen op onderdelen of in niches maar ook op het totaal. Daarmee wordt het bestaande circuit geprikkeld en geënthousiasmeerd, daardoor wordt kleinschalige professionals voorgehouden en voorgedaan hoe het is als een grotere kapitaalkrachtige partner toetreedt en daardoor is er meer kans op onverwachte innovaties.
- b. Maar: er zijn niet veel partijen die voor die rol in aanmerking komen, om heel verschillende redenen overigens. Er zijn partijen die het heel goed zouden kunnen doen uit het zorgveld zelf, met name de thuiszorgorganisaties, maar die vallen feitelijk uit de boot door gebrek aan kapitaal en gebrek aan status in het medisch circuit. Er zijn ook partijen als ziekenhuizen die graag zouden willen en nu

³⁵ CPB document 167 'Vertical relationships between health insurers and healthcare providers', augustus 2008

aanstalten maken, maar het in onze ogen beter niet integraal zouden kunnen doen juist om een goede zelfstandige 1^e lijn overeind te houden. Gemeenten en retailbedrijven vallen ook om allerlei redenen af.

- c. Tenslotte lijken dus vooral zorgverzekeraars de beste papieren te hebben, maar die worden mogelijk gehinderd door hun algemene semi-publieke rol in het overeind houden van een goede integrale gezondheidszorg in een regio en daarmee het onderhouden van een goede relatie met het hele veld van zorg, ook in de 1^e lijn. De zorgverzekeraars die hierin initiatieven nemen, opereren dus alle hierin heel zorgvuldig en heel voorzichtig. Bang om verweten te worden patiënten keuzevrijheid te onthouden, de infrastructuur van de zorg te ondermijnen, niet eerlijk in te kopen en nog zo wat verwijten die hen door patiënten of professionals gemaakt kunnen worden. Per saldo zijn er dan ook vele die alleen kiezen voor een *backoffice* rol naar de 1^e lijnszorg in aanvulling op hun ‘gewone’ inkooprol, maar niet voor integraal ondernemerschap. Het is dus noodzakelijk dergelijke initiatieven tijdig te bekijken, te bespreken, door te nemen op zoek naar werkbare modellen en varianten. Dit is geen zaak van de individuele zorgverzekeraars zelf, maar van publiek debat. Dit rapport probeert daaraan bij te dragen.

Hoofdstuk 7

Kernconclusies en Aanbevelingen

Wij ronden een intensief en stevig onderzoeks- en beleidstraject af met dit rapport. Eerst heeft er *factfinding* en –ordening plaatsgevonden (neergeslagen in een samenvattend rapport van onderzoeksbureau EIM, zie 1.3.) en vervolgens nog heel veel oriëntatie met stakeholders, belangenvertegenwoordigers, opinieleiders in het veld van eerste lijnszorg en daaromheen. Doel van dit rapport is vooral om zowel de *practitioners*, de professionals in de zorgpraktijk van de 1^e lijn, als de beleidsmakers van beroepsverenigingen, zorgpartijen en overheden een (of meerdere) toekomstperspectieven aan te reiken. Het gaat om inzicht in het krachtenveld van de toekomst, om handelingsalternatieven, om inzicht in mogelijke scenario's en de weg daarnaar toe. En dat alles om nu de juiste stappen te zetten om een goede, hoogwaardige en aantrekkelijke 1^e lijnszorg te behouden die past bij de eisen van de toekomst en de dynamiek van de gezondheidszorg als geheel.

Hier volgt een beknopte opsomming van conclusies en aanvullende aanbevelingen als resultaat van deze studie en debatten.

Problemanalyse

De noodzaak van een strategische heroriëntatie op de 1^e lijnszorg komt niet voort uit overduidelijk falen van dit moment of uit zeer grote knelpunten en een bijbehorende publieke roep om verandering. Maar vrijwel alle krachten en bestaande bewegingen, ook die van de ondernemers uit de beroepsgroepen zelf, ondermijnen de kracht en samenhang.

Kernmerken daarvan zijn:

- Verdwijnen van geografische samenhang en meerwaarde; nodig voor zaken als *casemanagement*, pro-actieve *monitoring* en 'achter-de-voordeur'- signalering;
- Uiteenvallen van de disciplines in afzonderlijke 1^e/2^e lijns kolommen of opgeschaalde monodisciplinaire verbanden; onder andere nodig voor waarmaken van substitutie van ziekenhuisverrichtingen, maar ook voor chronische zorg en *diseasemanagement*;
- Meer ondernemerschap en initiatief van andere partijen op het veld van 1^e lijnszorg en vaak in alliantie met een enkele discipline; de 1^e lijn als de afwachtende of volgende partij;

Beleidsmatig zijn er ook grote problemen. Er wordt op fundamentele beleidsassen vaak niet gekozen, soms worden keuzen ook onvoldoende gezien, omdat er teveel vanzelfsprekendheden zijn gegroeid. Dit leidt tot beleidsopportunisme en daarmee tot onzekerheid en gebrek aan perspectief, dat in zichzelf al een slechte basis voor echt ondernemerschap biedt. Het gevaar is ook dat de vele bureaucratische en grootschalige krachten werkzaam in de gezondheidszorg het kleinschalige, private karakter van de huidige 1^e lijnszorg zullen ondermijnen. Dat men toch terug zal vallen op kritiekpunten als ‘versnipperd’, ‘in zichzelf gekeerd’, ‘niet in staat samenhang aan te brengen’. En dat juist op een moment dat het debat over kleinschaligheid en het centraal stellen van professionals op gang komt.

Aanbevelingen

Tot welke aanbevelingen leidt deze analyse? (lees het cursieve deel als samenvatting).

1. *Zet in op de ondernemende professional en bijbehorend privaat ondernemerschap.*

Tot nu toe heeft dat dominante model in de 1^e lijnszorg goed gefunctioneerd. Het past bij een toekomstig bestel op basis van liberalisering, commercialisering en concurrentie, zoals in gang gezet met de nieuwe zorgverzekeringswet. Het past bij de hernieuwde aandacht voor de professional in allerlei sectoren van publieke dienstverlening. Het past ook bij een inzet gericht op terugdringing van bureaucratie en managerialisme. Maar doe het dan wel minder onduidelijk. Kies in de door ons geschetste beleidsparadigma's en wel als volgt:

Ga uit van marktwerking met sturing op bepaalde publieke randvoorwaarden. Die marktwerking betreft dan dus ook de arbeidsmarkt voor professionals!

Ga dus zoveel mogelijk uit van een open bestel wat betreft capaciteit en toetreding van professionals (met uiteraard strenge sturing, ook gedurende de vele jaren van uitoefening van het vak, op individuele kwaliteit). Ga niet te gauw mee in eventuele verzoeken tot bescherming of nadere afbakening van de beroepsgroep en houd de opleidingscapaciteit behoorlijk ruim. Vermijd, met name als overheid, de verleiding van een sturing op basis van een (onderliggend) blauwdrukdenken over hoe de zorg het beste kan worden ingericht, maar wees daar wel faciliterend in (zoals gemeenten kunnen zijn rond de vestiging van 1^e lijnsgezondheidscentra in nieuwbouwwijken).

- a. Er is in de moderne tijd *geen ideale geografische schaal* meer en geen vast palet van disciplines die op zo'n schaal altijd in samenhang moeten worden aangeboden. Dat verklaart ook waarom blauwdrukken over het hele land niet zullen gaan en het antwoord dus veel meer van ondernemende professionals en partijen zal moeten komen. Waarschijnlijk zijn er enige belangrijke toekomstgerichte diensten die nu vaak nog onvoldoende worden gerealiseerd in de 1^e lijnszorg en die het beste op een schaal van 50.000/60.000 inwoners zijn te realiseren, zoals 24/7 bereikbaarheid, actieve monitoring en ketenbeheer, specialisatie in *diseasemanagement* en ter wille van substitutie. Het klassiek vertrouwde schaalniveau van 15.000/20.000 inwoners vergt werkelijk een op-maat en ondernemend antwoord en zal nauwelijks gestandaardiseerd gedefinieerd kunnen worden. Hier slaat ook vaak beleidsmatig de verwarring toe tussen de termen 'samengaan' (fysiek bij elkaar brengen) en 'samenwerken' (multidisciplinair rond patiënten). Dit biedt echter ook hele goede kansen voor ketens die zelf op een grotere geografische schaal werken en op dit wijkniveau 1^e lijnszorg aanbieden, maar daarin flexibel aanpassingen kunnen plegen vanuit het heel nauw meten van klantenvragen en productie.
- b. Zet dan dus ook in op een model van economische vestiging van beroepsbeoefenaren dat ruimte laat voor *een palet aan rechtsposities*: werknemer, ondernemer, freelancer, collectieve inkoop etc. Hier hebben we de indruk dat *de huidige NMa regels op een volstrekt verkeerde manier werken*. Het lijkt alsof de kleine praktijkvoerders strenger worden beoordeeld dan de grote instituten, omdat ze natuurlijk vanuit hun kleinschaligheid op allerlei vlak meer behoefte hebben aan samenwerking. Tsja, dat ligt natuurlijk erg voor de hand. Ze worden daardoor 'vastgehouden' in hun kleinschaligheid. Tegelijk kent de toepassing van deze regels een pervers effect: als men fuseert is er 'niks' aan de hand, want dan vormt men een nieuwe economische eenheid. Dat mag wel. Nadeel hiervan is dat dit ertoe leidt dat beroepsgroepen vooral met elkaar fuseren (er zijn al maatschappen van 100- 150 beroepsgenoten) in plaats van met andere zorgaanbieders, omdat die schaalvoordelen natuurlijk het meest evident zijn en nu net niet, volgens de NMa regels, bereikt mogen worden via 'gewone' samenwerking. Het is duidelijk dat deze beweging ten koste gaat van lokale samenhang en verankering en van

multidisciplinair werken op regionale schaal, maar ook van het soort flexibele zorgketens zoals hiervoor aangegeven.

- c. Deze oproep geldt ook de andere opkomende partij met regiemogelijkheden: de zorgverzekeraar. Ook die vertoont bureaucratiserende en schaalvergroten- tendensen. Meest recente voorbeeld is de wijze waarop de nieuw toetredende zorgverzekeraars erin weten te slagen de bestaande kleine zelfstandige praktijken in de GGZ vrijwel om zeep te helpen. Alleen al de vele toelatings- en verantwoordingsprocedures en – formulieren die de tientallen zorgverzekeraars op deze kleine organisaties weten af te sturen, zorgen hiervoor. Het ergste is nog dat het niet eens bewust lijkt te gebeuren, maar louter als uitkomst van intern bureaucratische en machtsoverwegingen. Ook deze partij zal dus veel actiever en strategischer moeten inzetten op kleinschalig, privaat ondernemerschap
2. Deze stimulering van privaat professioneel ondernemerschap is natuurlijk in de publieke sector geen kwestie van gedachteloze bewondering voor de medische beroepsgroepen en hun ‘prachtige’ werk of van ideologische stokpaardjes rond liberalisering alleen. De reden voor politici om hierop in te zetten is natuurlijk vooral dat het *een betere uitkomst, ook voor het grote publiek*, belooft dan rechtstreeks politieke planning en sturing en ambtelijke uitvoering. Dit is ook voor Public SPACE steeds de grondslag om naar publiek/private verhoudingen en naar de bijdrage van privaat ondernemerschap voor het publieke belang te kijken. Het gaat de overheid dan altijd ook om: bijsturing, bewaking van randvoorwaarden en uitkomsten, faciliterende planning etc. In dit geval zijn er *4 kansrijke gebieden* waar dit ondernemerschap zich verder moet bewijzen en waar innovatieve oplossingen nodig en mogelijk zijn en het publiek daar ook baat bij heeft:
 - a. *chronische en ouderenzorg (aan huis);*
 - b. *preventie;*
 - c. *substitutie;*
 - d. *poortwachters- en vertrouwensfunctie*
 3. Wij denken dat een 5^e gebied, dat strategisch ook van groot belang is voor de 1^e lijnszorg, namelijk *de acute zorg een omgekeerde benadering* verdient. Niet uitgaan van privaat, desnoods concurrerend, ondernemerschap in de hoop dat deze

het goed gaat oppakken, maar geheel ervan uitgaan dat dit in de ogen van het publiek beter gewaarborgd is bij de *ziekenhuizen*. Dit betreft het merendeel van de regio's in Nederland. Met deze stelling beogen we de bewijslast om te draaien: laat huisartsen maar duidelijk maken in hoeverre in hun regio hier voor hen dan toch een goede rol ligt (en er zijn regio's waar dat denkbaar is), maar dat is dan de uitzondering. Ziekenhuizen dienen hierover de integrale verantwoordelijkheid en regie te hebben, uiteraard wel in samenwerking met professionals in de 1^e lijn, maar dat kan ook op basis van inhuur of *freelance*-constructies. Dit geldt zowel voor de acute zorg in de traditionele curatieve zorg, als in de ggz. Wij denken dat er nu veel verwarring is bij het grotere publiek op dit vlak van acute en spoedzorg, juist als de verwarring op zijn geringst moet zijn en levens kan kosten. De gehele acute zorg zou werkelijk als èèn keten moeten worden aangestuurd en op die manier en in samenhang worden ingekocht door zorgverzekeraars. Omdat de snelle reactie op een eerste signaal, uitgedrukt in aanrijdtijden, snelheid van eerste behandeling en stabilisatie en directe ingrepen een ketenprestatie zijn, waarin geen schakel kan ontbreken. Het gaat hier om de keten inclusief alarmering en beheer alarmnummers, inclusief ambulance diensten en inclusief SEH-afdelingen bij ziekenhuizen. Als ergens ketensamenhang in combinatie met klip en klare voorlichting aan het grote publiek van cruciaal belang is, is het hier. Tevens vervult 'de leek ter plekke' vaak een grote rol in eerste hulp en alarmering, dus ook die dient integraal vanuit èèn punt als 'ketenpartner' behandeld en benaderd te worden en dat start met heldere publieksvoorlichting. Dit laat onverlet de noodzaak dat beroepsgroepen in de 1^e lijn een vorm van 24/7 bereikbaarheid hebben, maar dat is een ander terrein en medisch van minder gewicht.

4. *Spits de financiële en kwaliteits incentives veel meer toe op samenhang en samenwerking.* Op alledrie de grote gebieden van de gezondheidszorg, *care*, *cure* en preventie, vervult de 1^e lijnszorg een grote, scharnierende, rol en zal ze zeker ook voor grote zorginhoudelijke uitdagingen staan. Maar op heel veel van de geschetste gebieden staat ze ook voor een organisatorische uitdaging. Om de toekomstige 1^e lijnszorg te leveren, zullen bij de *professionals* managementcompetenties harder nodig zijn en het geheel moet organisatorisch beter ingericht zijn. Samenwerking en samenhang zijn de sleutelwoorden om daarop goed in te spelen. De financiële *incentives* in de bestaande beloning

systematiek zijn daar niet goed op ingericht³⁶. De drie componenten die daarbij in het oog gehouden moeten worden, zijn o.i.:

- a. zet in op *maatschappelijk verantwoord ondernemen* in plaats van winstmaximalisatie, dit bevordert van onderop samenhang en samenwerking en daagt eenieder uit te blijven zoeken naar de hoogste publieke toegevoegde waarde;
 - b. financier ook de samenwerkingsinspanning, bijvoorbeeld de oprichtingsfase van een verband;
 - c. financier ook de individuele inspanning van een professional of professionele praktijk om case management te bedrijven rond individuele patiënten en niet alleen de directe (para-)medische verrichtingen
5. Laat onder heel duidelijke condities en eisen vervolgens *ook derden toe als ondernemer in de 1^e lijn*. Hierbij denken we, onder allerlei voorwaarden, aan zorgverzekeraars, toegesneden commerciële bedrijven (*retail*) en *private equity* partijen. Dit is natuurlijk alleen al nodig uit oogpunt van *level playing field*: als je de zelfstandige ondernemende professional en dus een zekere marktwerking promoot dan mogen ook anderen bewijzen dat ze dat al dan niet beter kunnen. Maar ook uit oogpunt van versnelling van de ontwikkeling van nieuwe competenties en aanpakken van de sector zelf is het uitstekend als er meer initiatieven van buiten worden ontwikkeld of derden kunnen participeren met hun kapitaal en organisatie-vaardigheden in initiatieven van de sector zelf. Op allerlei manieren kunnen derden immers bijdragen. Allereerst laat op sommige plaatsen de professionele hiërarchie niet altijd toe dat de goede partij ondernemende gezamenlijke initiatieven neemt. Dan kan het daar voor decennia vastzitten. Vervolgens neemt de 1^e lijnszorg vaak wel initiatieven die kostengericht en bedrijfsmatig zijn, maar te weinig die klantgericht of innovatief zijn. Dat vergt dan toch meer een buitenstaanders blik. Ook bekendheid met schaal en niet terugschrikken voor forse langjarige investeringen kunnen worden ingebracht door derden. De voorwaarden waarnaar gekeken moeten worden betreffen vooral het garanderen van de publieke taken van de 1^e lijn enerzijds (toegankelijkheid, objectieve poortwachter) en het goed reguleren van de gezagsverhoudingen binnen dergelijke organisaties aan de andere kant (professioneel statuut). Dat laatste is overigens ook al aan de orde als een van de disciplines een bepalend belang in de onderneming opbouwt, aangezien deze dan de werkwijze van de

³⁶ Wellicht dat een evaluatie en verdere uitbouw van de bestaande ‘beleidsregel’ een goede route is, NZa 2007, “*Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten*”, www.nza.nl

ander teveel zou kunnen gaan beïnvloeden. Bij de zorgverzekeraars zijn nog specifieke gedragsregels noodzakelijk om te vermijden dat hun participatie in 1^e lijnszorgorganisaties ten koste gaat van hun contractering van andere 1^e lijns beroepsgroepen.

Er zijn nog een paar specifieke gevallen te bezien.

- a. Wij denken dat het *geen goede zaak is*, indien *ziekenhuizen* ondernemend participeren in de brede 1^e lijn. Uiteraard is er veel ruimte voor contractering en specifieke afspraken rond spreekuren, verwijzing, samenwerking in diagnose en *diseasemanagement*. Maar een verticale fusie zou uitgesloten moeten worden. Daarvoor zijn de belangen te tegenstrijdig en is het ziekenhuis een te dominante partij, zowel cultureel als qua schaalgrootte.
 - b. *Evenmin* is het aan te raden dat de *farmaceutische industrie* een controlerend belang kan nemen in 1^e lijnszorgorganisaties. De schijn van beïnvloeding is daarvoor te groot. Het zal duidelijk zijn: als we al regelgeving hebben om te beletten dat de arts in de huidige situatie van artsenbezoekers e.d. verkeerd wordt beïnvloed, dan geldt dat zeker voor dit soort constructies.
 - c. In principe is er *geen bezwaar* als *care instellingen*, intramuraal en extramuraal, ondernemend optreden in de 1^e lijnszorg. Het is alleen op grond van financiële en culturele factoren voorlopig nauwelijks te verwachten. Ook zijn de synergievoordelen vaak niet erg groot en volstaat goed verwijzen en samenwerken. Dit is overigens te prefereren boven een model waar bij kleinschalige huisartspraktijken losse *nurse practitioners* worden toegevoegd die ten dele het werk doen dat de thuiszorg geacht wordt te doen en ook nog heel goed kan doen, mits zij zich anders organiseert.
6. Deze hele beleidslijn zal ook gevolgen moeten hebben voor de behandeling van de verkoopbaarheid van opgebouwde praktijken, ook wel de *goodwill* problematiek genoemd. Voor moderne ondernemers, zoals *private equity* en derden zullen zijn, is de opbrengst en mogelijkheid van verkoop onderdeel van hun rendement definitie. Dat bepaalt dus ook de hoogte van investeringen en het risico dat men wil lopen. Vervolgens worden nu wel risico's bij de private praktijkhouders gelegd maar ze kunnen de eventuele verkoopopbrengst niet zien als een buffer voor later. En tenslotte lokt het niet toelaten van goodwill uit dat er alleen op korte termijn winstbejag wordt gekoerst. Tevens vergt

ook het principe van *level playing field* dat hier een lijn in wordt getrokken tussen alle mogelijke zorgpraktijken in.

7. Maak een bouwwerk van mogelijke oplopende ingrepen als ergens een 1^e lijnsvoorziening niet naar behoren functioneert (sturen op randvoorwaarden in een privaat bestel), omdat anders bij elk incident de roep om blauwdruk ingrepen zal toenemen. Maak ook duidelijk (dit is een rol van zorgverzekeraars) op welke terreinen, voor welke doelgroepen en voor welke zorg het belangrijk is dat er goed wordt samengewerkt en een *professional* het voortouw moet nemen tot coördinatie en *casemanagement*.
8. Tenslotte is er nog een zeer *belangrijk speerpunt weggelegd voor ICT*. Zoals gezegd is er op veel kerngebieden, met name rond de chronische zorg, maar ook rond preventie en substitutie, sprake van een sterke roep om samenhang en samenwerking. De kleinschalige beroepspraktijk oogt dan te versnipperd en te kleinschalig, in denken en handelen. Alleen het weerwoord dat ‘Het altijd zo geweest is’ of ‘Dat de professionele praktijk goede kwaliteit levert’ is een onvoldoende toekomstgericht antwoord. Het antwoord moet pro actiever zijn en de sleutel ligt in moderne ICT. Simpel gezegd: kleinere, zelfstandige beroepspraktijken hebben in de moderne tijd bestaansrecht als ze hun eigen bedrijfsprocessen vergaand weten te automatiseren, maar ook hun inbedding in professionele netwerken en in relatie met de patiënt via moderne ICT vormgeven. Naarmate dat minder in orde is, zal de roep om fysieke concentratie van dergelijke praktijken (al is het maar in een bedrijfsverzamelgebouw dat dan gezondheidscentrum heet) telkens weer opduiken. Het is dus een uitruil: hoe beter en moderner de ICT systemen, hoe meer bestaansrecht het flexibele netwerkconcept van de 1^e lijnszorg via zelfstandige beroepspraktijken heeft. Hoe minder dit het geval is, des te meer druk zal er zijn op organisatorische (fusie) of fysieke opschaling. Een deel van deze verbetering kan heel goed uit de investeringen vanuit de bestaande praktijken komen (waarop overigens ook deze zorgsector toch nog achterloopt, dus ook hier: er lijkt eerder een organisatorische rem op deze investeringen te zitten, dan een financiële), maar een deel is van meer publieke aard en vergt afstemming van systemen, protocollen, software etc. Wellicht zelfs van hardware: het kan zijn dat de uiteindelijke oplossing van de vele privacy problemen die er rond medische zaken nu eenmaal bestaan, moet liggen in het aanleggen van een speciale infrastructuur voor medisch dataverkeer. Op dit vlak zou een gecombineerde aanpak van overheid en sector zelf, met steun van zorgverzekeraars zeer nuttig zijn, waarbij werkelijk geïnvesteerd wordt en geëxperimenteerd en niet alleen

gestudeerd op protocollen en privacyregels, zoals nu al jaren het geval lijkt. De voornaamste reden om dit samen aan te pakken, is dat in een concurrerend, privaat vormgegeven stelsel dergelijke min of meer publieke investeringen stagneren. Een deltaplan voor communicatie in de 1^e lijn, als basisvoorwaarde om de zelfstandige professional alle ruimte te kunnen (blijven) geven, is daarvoor de aangewezen weg.

Bijlage I

Literatuur:

Rapporten/artikelen:

- VWS; Voorhang aanwijzing WTG, *Bekostiging eerstelijns samenwerkingverbanden*. kenmerk; CZ/EZ 269 1562
- LVG; 30-01-2006; *Visie document*
- Nivel, 20-12-2006; *Huisartsen werken steeds meer samen*.
- NIVEL; 2005, *De Staat van Huisartsenzorg*, Utrecht
- NIVEL/ RIVM; 2004, *Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter*, Utrecht/Bilthoven
- Lindert H van, Droomers M, Westert GP, 2004, *Een kwestie van verschil. Verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*, Utrecht/Bilthoven
- Selhort en Van Soelen; 2006, *Marktwerving en verpleegkundige*, Utrecht
- Coalitieakkoord Balkende IV 2007
- RIVM; 2004, *Zorgbalans, verandering in de beroepenstructuur*
- RIVM; 2007, *Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.9, 1*, Bilthoven
- ATOS Beleidsadvies en -onderzoek bv; 2004, *Slimmer open en beschikbaar*
- NPCF; 2006, *Eerstelijnszorg voorop!*
- LVG; 2006, *Visie document, Subsidieregeling en nieuwe financiering voor geïntegreerde eerstelijnszorg*
- RVZ; 2005, *Mensen met een beperking, de AWBZ in perspectief*
- RIVM; 2006 *Veranderingen in leefstijl- en risicofactoren voor chronische ziekten met het ouder worden*
- Herinrichting eerste lijn, 07-07-2005; Voortgangsrapportage V.1.3. (Gert-jan van der Hout)
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2005) *Curatieve basiszorg: vraag, aanbod en infrastructuur*, Den Haag
- CPB document 167 'Vertical relationships between health insurers and healthcare providers', augustus 2008
- CVZ, "Functie indeling eerstelijnszorg", Plexus in opdracht van CVZ, mei 2008
- CTG-ZAio (2006) *Monitor fysiotherapie 2006*
- Kingsfund (2006) *Practice-based commissioning*

- Marks, L., Hunter, D.J., (2005) *Practice Based Commissioning Policy Into Practice*, Durham University
- NIVEL (2005) *De Staat van Huisartsenzorg*, Utrecht
- NIVEL (2006) *Huisartsen werken steeds meer samen*”
- NIVEL (2008), persbericht “*E-consult loopt nog geen storm*”
- Public SPACE Foundation, *Zijn de Nederlandse ziekenhuizen klaar voor de liberalisering? Stand van zaken 2005*”, samen met Boer&Croon, oktober 2005
- Boer&Croon in opdracht van NVZ “*Het Ziekenhuis van de Toekomst. Op weg naar een inspirerende en toekomstvaste visie op curatieve zorg in 2010 en later*”, januari 2001
- RIVM (2004) *Zorgbalans, verandering in de beroepenstructuur*
- RIVM; 2007, *Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.9, 1*, Bilthoven
- NPCF; 2006, *Eerstelijnszorg voorop!*
- WHO (2003) *World health report 2003 ‘Shaping the future’*
- Gezondheidsraad (2004) Report ‘European primary care’
- Taakgroep Programma Diabeteszorg/VWS (2005) *Diabeteszorg beter*
- NZA, bijlage 1, beleidsregel CV-7000-3.0,-1, ‘*Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten*’, www.nza.nl (dossier innovatie/geint. Eerstelijns)
- NPCF rapport, Eerstelijnszorg voorop!, ‘*Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief*’, maart 2007
- WVC, Heroverweging Thuiszorg, 1991
- VWS rapport, Gezond zijn, gezond blijven, ‘*een visie op gezondheid en preventie*’, september 2007
- VWS, Visie op de eerstelijnszorg: ‘*Dynamische eerstelijnszorg*’, 25 januari 2008
- NZA rapport, uitvoeringstoets, Op weg naar vrije prijzen, ‘*Maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg*’, april 2007
- NZA, “Experiment met winsttoogmerk in de ziekenhuiszorg”, juni 2008
- EIM rapport, ‘*Kansen, uitdagingen en ondernemerschap in de eerstelijnszorg*’, december 2006
- RVZ rapport, ‘*vertrouwen in de arts*’, 2007
- RVZ rapport, ‘*Schaal en zorg*’, maart 2008
- NMA rapport, ‘*Richtsnoeren voor de zorgsector*’, 2007, www.nma.nl

- Onderzoeksraad voor Veiligheid, april 2008, 'Een onvolledig bestuurlijk proces'; *Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving op 28 September 2005 over te hoge mortaliteit.* www.onderzoeksraad.nl

Nieuwsbrieven:

- Elsevier gezondheidszorg; 09-05-2006, *Super de Boer geeft bodycheck voor 25 euro* (red.)
- ABN AMRO; september 2005, *Welk economisch model verdient beter?* (red.)
- LVG nieuws; 02-04-2006, *Zijn huisartsconsulten te vervangen?* (red.)

Magazines:

- Volkskrant Magazine; 25-11-2006, *Even naar het ziekenhuis.* (Cor Speksnijder)
- Nederlands tijdschrift voor geneeskunde; 05-11-2005, 2 artikelen; 1. *Minipraktijk in supermarkt* en 2. *WHO roept op tot ellebooggroet*
- Zorgvisie nr. 50, 2006, *Amsterdamse thuiszorg opent eigen apotheek*
- Gezond en beter, 26-12-2006; *Strategische visie op fysiotherapie in 2012.*
- Bindman, A.B., Majeed, A. (2003) *Organisation of primary care in the United States*, BMJ, Vol. 326
- Weel, C. van (2005) *Minder verwijzingen door huisartsen naar medisch specialisten: gewenste resultaten van consequent beleid*, Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde, Vol. 149 (annual 14)
- Peter C. Smith and Nick York (2004) *Quality Incentives: The Case Of U.K. General Practitioners*, Health Affairs 23, no. 3
- Zorgvisie, P. van de Poel, 'Een halve stap voorwaarts', maart 2008
- Zorgvisie, S.P.M. de Waal, 'Stoutmoedige integratiegedachten voor het ziekenhuis', 7 november 1997

Congres(mappen):

- Elsevier; Versterking eerste lijn, Rotterdam, 06-06-2006, *Op weg naar lokale geïntegreerde eerstelijnszorg.*

- Elsevier; Integratie en ondernemerschap in de eerste lijn, Rotterdam, 29-05-2007, *De praktijk van innovaties in de eerstelijns samenwerking en ketenzorg*.
- Medilex; Zeist, 26-06-2007, *De honorering van het (top)management in de zorg*.
- Bindman, A.B., Majeed, A. (2003) *Organisation of primary care in the United States*, BMJ, Vol. 326
- Peter C. Smith and Nick York (2004) *Quality Incentives: The Case Of U.K. General Practitioners*, Health Affairs 23, no. 3
- Weel, C. van (2005) *Minder verwijzingen door huisartsen naar medisch specialisten: gewenste resultaten van consequent beleid*, Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde, Vol. 149 (annual 14)
- LHV presentatie, Mr. Paul C.M. Habets, '*(private) initiatieven in de huisartsenzorg*', 2007

Debatten VWS; Toekomst gezondheidszorg:

- 21 mei 2007; *Brede eerste lijn – Zorggroep Almere*.
- 18 juni 2007; *Preventie – Pieter van Forgest, Delft*

Boeken:

- Porter, M, & Olmsted Teisberg, E. (2006) *Redefining healthcare*, Harvard Business School Press
- Hans Hoek, Governance & gezondheidszorg, '*Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*', van Gorcum 2007
- Pessers en Cardol (2005) *Beroepszeer, waarom Nederland niet goed werkt*, Boom, Amsterdam
- M. Weggeman (2007), *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!*, Scriptum Schiedam
- D.H. Maister (1993), *Managing the professional service firm*, The free press, 1993 NY
- S.P.M. de Waal (1997) *Besturen op leven en dood*, De Tijdstroom
- S.P.M. de Waal (2000) "*Nieuwe strategieen voor het publieke domein. Maatschappelijk ondernemen in de praktijk*", Samsom

- S.P.M. de Waal (2008), “*Strategisch management voor de publieke zaak. Hoe, burgers, non-profitorganisaties, bedrijfsleven en overheid gezamenlijk problemen oplossen*”, Lemma

Kranten artikelen:

- Financieel Dagblad; 30-11-2006; *Arts wantrouwt commerciële praktijk.* (red.)
- Financieel Dagblad; 30-05-2003, *Apothekers pakten ex minister Els Borst in.* (red.)
- Financieel Dagblad; 25-09-2006. *Einde monopolie huisarts nadert.* (Cor Speksnijder)
- Financieel Dagblad; 21-11-2003, *Medici en Notarissen slimmer reguleren.* (Sander Baljé/Dirk-jan Schoneveld)
- Financieel Dagblad 3 mei 2008 ‘*Amerikaanse toestanden*’
- Algemeen Dagblad 12 februari 2008, *SOS arts*
- Volkskrant; 27-06-2006; *Geen naïeve doktor.* (Jeroen Trommelen)
- Volkskrant; 22-11-2006, *Hulp moet lopen over zo min mogelijk schijven.* Interview met Bas Leerink, Menzis (Margreet Vermeulen)
- Stadskrant, Ons Utrecht; 06-12-2006, *Huisartsen niet blij met gezondheidscentra Leidsche rijn.* (Anneke Houtman)
- Financial Times; 25-05-2006, *NATIONAL NEWS: Care UK wins deal to run first private GP practice*
- Financial Times; 21-3-2007, *BUSINESS LIFE: Pharmacies take the drugs test*
- NRC; 05-04-2007, *Veertigplusser houdt bejaardentehuis levendig*
- NRC; 21-11-2006, *Verzekeraar sticht eigen zorgcentra*
- Boston Globe; 21-06-2000, *America's Health: We're #1 In Cost. We're #37 In Care*
- Financieel Dagblad, H.M. Bolle, ‘*Acute zorg is geen markt*’, 22 december 2007
- Volkskrant, J. Bruinsma, ‘*Handel in huisartsenpraktijken*’, 11 december 2007
- *Patiënten bellen de dokter voor elk wissewasje*, Volkskrant 10 juli 2008
- *Geen keus voor patiënten. In Tiel alleen huisartsen in centra Menzis*, NRC 20 november 2007
- Algemeen Dagblad, A. Paans, ‘*Medische marktplaats, mijn eigen tandars*’, 25 mei 2007
- Financieel Dagblad, J. Piersma, ‘*Nijmeegse zorgvernieuwing loopt vast op geld*’, 2 juli 2007

- Financieel Dagblad, Redactie, '*Nieuw zorgstelsel zet autonomie artsen onder druk*', 30 mei 2007
- NRC, M. Noordegraaf, '*Leve de managers! Waar zouden we zonder hen zijn?*', 21 maart 2008

Nieuwsbrieven:

- Elsevier gezondheidszorg; 09-05-2006, *Super de Boer geeft bodycheck voor 25 euro* (red.)
- ABN AMRO; september 2005, *Welk economisch model verdient beter?* (red.)
- LVG nieuws; 02-04-2006, *Zijn huisartsconsulten te vervangen?* (red.)
- Zorgpoort (verslag); 15-02-2007, "*Met hetzelfde geld kan het zoveel beter*"

Websites:

- LVG (www.lvg.nl) art. *Adviesbureau het roer voor een gezonde werkhouding.*
- www.linh.nl (2004)
- www.CBS.nl
- www.fysioweb.nl
- www.artsenapotheker.nl
- www.minVWS.nl
- www.sfk.nl
- www.dh.gov.uk
- www.nhs.uk
- www.library.nhs.uk
- www.pharmafocus.com
- news.bbc.co.uk
- www.nhc.org
- www.worldcongress.com
- www.healthways.com
- www.cms.hhs.gov
- www.vgz.nl
- www.kmbv.nl, in verband met juryrapporten Best Practices Award.
- www.menzis.nl

- www.achmea.nl
- www.cz.nl

Wetsartikelen/memories van toelichting/andere ministeriële stukken:

- Memorie van toelichting wetsvoorstel Zorgverzekeringswet, Kamerstukken II 2003-2004, 29 763
- Hoogervorst; 2004, *Antwoorden op de vragen over mogelijke detachering van wijkverpleegkundigen bij huisartsenpraktijken* (2030413940), DBO-K-U 2481773
- Staatsblad; 2006, *Wet maatschappelijke ondersteuning*
- Brief Minister VWS aan Ned. Ver. Voor Vrijgevestigde psychotherapeuten dd. 17 juli 2007 en antwoorden op Kamervragen 19 mei 2008

Bijlage II

Gesprekpartners:

Er heeft een interviewronde plaatsgevonden. In algemene zin is er ook tweemaal over de studie gesproken in een vergadering van de Denktank, waarbij ook gasten uit het veld aanwezig waren. Tevens is er enige tijd intensiever contact geweest met participanten uit de beleidsafdelingen van werkgeversverenigingen en NMT, KNMP, LHV en KNGF. Tenslotte vonden in deze periode diverse congressen plaats waar Public SPACE bij betrokken was en waar met sprekers en gasten ook ervaringen zijn uitgewisseld.

Onderstaand worden de belangrijkste personen waarmee gesproken is in het kader van deze studie weergegeven.

Dit geeft echter op geen enkele wijze aan dat zij de conclusies en aanbevelingen van het rapport op dat moment kenden. Tevens geeft dit op geen enkele wijze aan of en in hoeverre ze achter de conclusies en aanbevelingen staan. Die zijn geheel voor rekening van Public SPACE Foundation.

Wij danken allen zeer voor de bereidwillige medewerking.

1. De heer Prof. Huijsman, Hoogleraar integraal zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit
2. De heer Prof. Maarse, Hoofd programma beleid en management in de gezondheidszorg aan de Universiteit van Maastricht
3. De heer Prof. Schellevis, programmaleider huisartsgeneeskundige zorg van het NIVEL
4. De heer K. Putters, lid van de Eerste Kamer en wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
5. De heer P. Vos, secretaris van RVZ
6. De heer J. Steens, zorginkoop en zorgbeleid van de huisartsenzorg Z-Limburg, VGZ
7. De heer K. Roggema, manager afdeling zorgaanbod, Menzis
8. De heer E. Duin, apotheker uit Hengelo (Gld)
9. De heer M. van Nunen, huisarts in een zorgcentrum in Hoenderloo
10. De heer H. Oosterbos, ex-bestuursvoorzitter zorggroep Almere
11. De heer Dr. S. van Eijck, voorzitter LHV
12. Mevrouw Van Weelden, voorzitter KNMP
13. De heer Eenhoorn, mevrouw Adriaansen en de heer Redeker, KNGF
14. De heer Tolmijer en Groeningen, NMT

15. De heer Van Boxtel, mevrouw Ansems en de heer Leerink, Menzis
16. De heer Bos en de heer Bouwmans, ZN
17. De heer Krapels, hoofd 1^e lijnszorg, VWS
18. De heer Meijerink, voorzitter RVZ
19. De heer Van Mierlo en de heer Nuyten, MKB Nederland en VNO/NCW
20. De heer Hoyng, voormalig hoofd marketing strategie ABN AMRO