



Landelijke Vereniging
Georganiseerde eerste lijn

Impressieverslag Platformbijeenkomst Zorggroepen

Van: 4 maart 2008, Poort van Kleef, Mariaplaats 7 te Utrecht

Opening

Marc Roosenboom, hoofd afdeling ondersteuningsorganisaties LVG, heet iedereen van harte welkom. Hij constateert dat gezien de grote opkomst er behoefte is aan een bijeenkomst van en voor Zorggroepen.

Roosenboom licht toe dat de LVG staat voor het *verbeteren en versterken van de eerstelijnszorg door meer samenhang en organisatie*. Juist vanwege deze doelstelling, heeft de LVG deze bijeenkomst georganiseerd. De ruim 25 jaar ervaring in het organiseren van eerstelijnszorg en zorgprogrammering wil de LVG graag delen met de Zorggroepen.

'Het doel van de bijeenkomst is onderlinge kennismaking, het uitwisselen van ervaringen en ideeën. De LVG wil graag de vragen oppakken, zowel op landelijk niveau als op regionaal niveau, samen met de ROS'en. Het betreft uiteraard een groeitraject om te kijken waar we elkaar kunnen vinden.'

Presentaties

Partijen bij elkaar houden

Jan Erik de Wildt, directeur Commensense en interim-directeur Zorggroepen i.o. biedt namens de LVG ondersteuning in dit traject.

Hij meldt dat hij vorig jaar ronde heeft gemaakt langs huisartsen in het veld. 'Zij vormen de spil rond de zorggroepen. De ontwikkelingen gaan razendsnel: eind 2007 was zo'n 50% van de huisartsen wel bezig met een zorggroep. Voor deze bijeenkomst hebben we 75 partijen kunnen opsporen en benaderd. Het is goed om de partijen bij elkaar te houden, omdat iedereen deels voor dezelfde vragen staat. Het is van belang om ervaringen te delen.' De Wildt benadrukt dat de LVG daarbij goed kan fungeren als carrier. 'Daarom hebben we snel een bijeenkomst opgezet, om te bekijken wat er in het veld speelt, waaraan er behoefte is en wat de gemeenschappelijke noemer is. Werkenderwijs kijken waar we uitkomen.'

Preventie en curatie

Leo Kliphuis, MPH, hoofd openbare gezondheidszorg VWS, geeft in zijn presentatie aan dat preventie en chronisch zieken de aandacht heeft van het ministerie. 'Daarin is veel te doen. Preventie leidt tot gezondere jaren en kostenbesparing op de arbeidsmarkt. Bij preventie moet een link worden gelegd met curatie. Dat is een ingewikkelde opdracht. Het gaat om disease management en daarbij komen sturingsvragen aan de orde. Er bestaat geen blauwdruk om een zorggroep in te richten. De ketenaanpak diabeteszorg heeft aangetoond dat deze aanpak werkt', geeft Kliphuis aan. 'De vraag is of dat voor andere chronische ziekten ook geldt.'

Kliphuis verwijst naar de brief van de minister over het Innovatie Platform Zorg. 'De minister wil gebruik maken van het stelsel om de grootste gezondheidsproblemen aan te pakken. Er ontstaan nieuwe gezondheidsvragen waarmee we aan de slag moeten. Tegelijk is er het arbeidsmarktprobleem. Dus de zorg moet arbeidsbesparend worden ingericht: mensen moeten dingen zelf doen.'

De minister zal deze zomer een brief naar de Kamer sturen over de zorg voor chronisch zieken. Kliphuis: 'Daarbij gaat het over verschillende sturingsprincipes. Neem de BeweegKuur, waarbij iemand gaat bewegen op recept. Dan moet er wel een toegankelijk, samenhangend aanbod in de wijk zijn. Daarom worden de AWBZ en WMO bij dit vraagstuk betrokken. We moeten serieus gaan proberen om samenhang tot stand te brengen.'

Richtlijnen en standaarden

‘Bij de aanpak van chronisch zorg moeten we naar multidisciplinaire richtlijnen en standaarden. En daarbij moeten zaken worden toegevoegd, bijvoorbeeld vroegopsporing. Want als je weet dat iemand een aantal risicofactoren heeft, dan is een preventief aanbod zinvol. Zelfmanagement moet ook onderdeel van de zorg zijn. Zoals zelfhulp van depressie, met ondersteuning van professionals.’

Zorgstandaarden

Kliphuis vindt dat programmering, educatie, preventie en evidence deel moeten uitmaken van de richtlijnen. ‘Vervolgens kun je van richtlijnen naar zorgstandaarden gaan, waarin deze elementen een plek hebben. Zo kun je preventie en curatie samenvoegen, evenals zelfmanagement. Een zorgstandaard moet gebaseerd zijn op consensus in het veld. Bij een zorgstandaard staat het product vast en dat kun je contracteren. De patiënt weet wat hij kan verwachten en kan medebehandelaar worden. Bij een standaard horen ook (prestatie) indicatoren. Wat is de outcome?’

Betere zorg

‘In zo’n zorgstandaard heeft de lijn tussen zelfzorg, zelfhulp, zelfmanagement een plek. Het levert betere zorg op. Er zijn hele grote differentiatie in opnames. Als b.v. bij COPD de arts de standaard volgt, de patiënt beter is ingesteld en weet wat hij moet doen, leidt dat tot minder ongeplande opnames en tot meer gezonde levensjaren.’

Deze werkwijze vraagt meer coördinatie, geeft Kliphuis toe. ‘Het kost tijd om te overleggen en dat kost dus ook geld. Als de zorgstandaarden worden uitgevoerd, gaat het om zinvolle coördinatie.’

Inrichting en bekostiging

De inrichting van de zorg aan de hand van zorgstandaarden vindt VWS van belang. Hoe dat wordt georganiseerd, laat ze aan het veld over. ‘De indeling is niet van belang, wel de outcome’, benadrukt Kliphuis. ‘Wie levert welke toegevoegde waarde tegen een goede prijs?’

‘Uiteraard is de bekostiging een aandachtspunt. Er zijn verschillende opties: betaling per zorgstandaard, per dbc of via een nieuwe module eerstelijnszorg. Of werken op outcome met vrije afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder. Het is nog niet uitgewerkt.’

Uitwisseling ervaringen in twee subgroepen

De deelnemers zijn gesplitst in twee groepen:

1. **Tips en tricks voor zorggroepen in ontwikkeling** (voor degenen die nog niet zo lang zijn verbonden aan een Zorggroep). Met medewerking van Jan Erik de Wildt, Titia Hollman (juridisch adviseur LVG) en Marjolein Dijns (financieel adviseur LVG)
2. **Het verder uitbouwen van een Zorggroep** (voor degenen die geruime tijd ervaring met een Zorggroep hebben). Met medewerking van Lex Maussart en Jaap Brenninkmeijer (Zorgvereniging Archiatros).

Tips en tricks

Bij groep 1 kwamen de volgende onderwerpen aan bod, met tal van tips en tricks:

- De kwaliteit en de inhoud van een zorggroep. Met daarbij de protocollering en de professionele vrijheid. Het is momenteel nog erg huisartsgeorganiseerd. Moet dat zo blijven of moeten er andere partijen bij? En zo ja: met welke professionals ga je aan de slag, hoe verhoudt dat zich in de regio, hoe ga je om met de verschillende culturen.
- De financiële en fiscale aspecten. Ook de BTW-problematiek kwam daarbij aan bod, evenals de beperking vanuit de NMa.

- Het onderhandelen met de zorgverzekeraar en de problematiek van de verre zorgverzekeraar. Kwaliteit spreek je af op zorggroepniveau, maar hoe kun je dat borgen en hoe lever je kwaliteit?
- De verschillende organisatievormen en de juridische voorwaarden en aspecten van die vormen.
- De Zorggroepen versus gezondheidscentra en de rol van de ROS'en versus Zorggroepen.

Kortom: veel informatie voor deze deelnemers. De meeste onderwerpen kwamen zijn ook besproken in de tweede subgroep, waarvan u een uitgebreid verslag hieronder aantreft.

Archiatros

Archiatros (dat betekent: 'wijze dokter') faciliteert 8 zorggroepen met 590 deelnemende huisartsen en biedt zorg aan meer dan 1,2 miljoen inwoners.

De zorggroepen zijn zorg-BV's met de artsen als aandeelhouders. Archiatros vormt het kenniscentrum. Ze biedt ondersteuning bij de opzet van een Zorggroep en faciliteert bestaande Zorggroepen. Dat gebeurt o.a. met de inhoud zorgprogramma's, onderhandelingen zorgverzekeraar, aanvraag NZa, contracteren en het maken van afspraken met ketenpartners, ICT, de financiële administratie, factureren, het ontwikkelen nieuwe zorgprogramma's . Archiatros werkt bovenregionaal, op niet-commerciële basis.

Brenninkmeijer benadrukt het belang van uitwisseling tussen Zorggroepen. 'Ik vind dat er te weinig wordt uitgewisseld, we doen teveel zelf. Dat kan in ons nadeel werken.' Met Maussart brengt hij de onderstaande onderwerpen ter sprake, waarbij de deelnemers mee discussiëren.

Organisatie en juridische vraagstukken

Welke juridische vorm is het meest geschikt? In de zaal hebben mensen te maken met een coöperatie, stichting, een maatschap, een CV en een BV. Veel verschillende vormen dus. In een stichting kun je bevoegdheden wel delegeren, maar juridisch is het een lastige vorm. Een coöperatie of zorg-BV past goed bij ondernemerschap. Er gaat veel geld om bij zorggroepen en daarom is slagkracht noodzakelijk en een goede administratieve organisatie (AO). Er is geen eenduidig antwoord op de vraag welke keuze het beste is en het beste aansluit bij de inhoud van de zorg.

Financiële aspecten

De BTW is belangrijk aandachtspunt en moet goed worden uitgewerkt.

Maussart raadt Zorggroepen aan te zorgen voor een goede backoffice, waar zaken grootschalig worden geregeld. 'Een solitaire aanpak maakt een Zorggroep kwetsbaar. Dat zag je ook met huisartsenposten, waarvan er diverse failliet zijn gegaan. Regel de zaken goed.' Een van de deelnemers wijst op het probleem dat professionals vaak directe invloed willen blijven houden en wil loskomen van de organisatie.

LVG-directeur Bernts vermeldt dat de LVG het document medische staf heeft opgesteld, als voorbeeld van een contract waarin de bevoegdheden van de professional zijn geregeld, zowel wat betreft de inhoud als de organisatie.

Een ander voorbeeld komt uit Zeeuws Vlaanderen waar boven de Zorggroepen een stichting van huisartsen is, waarbij de huisartsen zijn verenigd in een medische staf.

Contractering zorgverzekeraar

De contractering levert veel discussie op. Men vindt dat de transparantie rondom de calculatie vooral niet te ver moet gaan, anders worden Zorggroepen tegen elkaar uitgespeeld door de zorgverzekeraar. Tarieven zijn ook niet altijd vergelijkbaar, soms zit de overhead er wel in, soms niet, soms de laboratoriumkosten wel, bij andere niet enz.

Kliphuis wijst op het feit dat het stapelen van tarieven niet terecht is. 'Er moet ook schaalvoordeel zitten in organisatie. 5 dbc's kan niet betekenen: 5 keer overheadkosten.

Maussart wijst op de verschillende modules naast elkaar. Innovatie en de module geïntegreerde eerste lijn. De vraag is of kosten voor overhead en management in de bekostiging van zorgprogramma's wordt opgenomen. Dat is nog niet bekend. Daarin zie je dat de belangen van gezondheidscentra en zorggroepen dicht bij elkaar liggen. De onderhandelkracht is van groot belang.

Het probleem van de dominante zorgverzekeraar wordt ook naar voren gebracht. Dat verschuift. In Zutphen bijvoorbeeld is er geen marktleider meer: Menzis heeft 30% en Agis 31%. Maar ook per verzekeraar kan de vergoeding verschillen. Niet alle zorgverzekeraars willen ketenzorg contracteren, waardoor de professionals zich achtergesteld voelen bij hun collega's elders in het land.

Vaak zijn de eerste contracten die worden afgesloten (bijvoorbeeld straks over COPD-ketenzorg) maatgevend voor de andere contracten, terwijl de kosten sterk uiteen kunnen lopen.

Kwaliteitsmetingen en benchmark

In de keuze van indicatoren is veel verschil. Men is het erover eens dat uitkomsten ook van belang zijn voor de zorgverleners zelf. Alleen moet het dan wel gaan om zinvolle indicatoren. De kennis bij zorgverzekeraars schiet te kort, maar dat geldt ook voor de Zorggroepen zelf. Het opstellen van zinnige indicatoren kan ook inspirerend zijn voor hulpverleners. Zorgverzekeraars eisen momenteel nog niet zo veel. Zorggroepen kunnen ook zelf indicatoren aangeven.

Sommige Zorggroepen stellen als eis aan deelnemers dat zij bereid zijn hun praktijk te laten certificeren. Een aantal Zorggroepen werken met name faciliterend en gaan aan de slag met praktijkoverstijgende onderwerpen. Zo kan het zijn dat de ziekenhuizen niet meer overleggen met 30 kleine hagro's, maar met één grote Zorggroep.

Echter: de gigantische schaalvergroging bij de thuiszorg en de GGZ vindt men een slecht voorbeeld. LVG-directeur roept op om het primaire proces kleinschalig te houden met een grootschalige backoffice.

Gemeenschappelijke agenda

De deelnemers geven aan graag verder te gaan met bijeenkomsten voor Zorggroepen. Daarbij worden de volgende aandachtspunten vermeld voor verdere uitwerking:

- De zorginhoud en zorgstandaarden van de COPD-ketenzorg
- Kwaliteitssystemen
- Inhoud van de zorg
- Met zorgstandaarden waarin zelfmanagement, preventie en educatie een rol spelen, draait de zorg een slag. Hoe komen we daar? Er zijn al Zorggroepen die bezig zijn met preventie, educatie en zelfmanagement. Kunnen we dit uitwisselen?
- Continuering van de financiering
- De overhead wel of niet in de prijs van een dbc?
- De doorontwikkeling van Zorggroepen, meerdere zorgprogramma's, meer wijkgericht, etc.