

STOP MET DE ROS?

De visie op de eerstelijnszorg 2030 is richtinggevend. Landelijke eerstelijnskoepels als InEen, LHV, KNGF, etc hebben deze met VWZ en ZN opgesteld. De RESV is de uitvoeringsorganisatie van deze ambitieuze ontwikkeling. Bij de uitwerking van de RESV is het werkveld onvoldoende betrokken, terwijl de ingangsdatum van 2027 nadert. Dat vraagt om een kritische beschouwing.

Historisch perspectief

Er wordt gebouwd aan een nieuwe regionale infrastructuur in de eerstelijnszorg, terwijl de bestaande ook nog (deels) gefinancierd wordt, te weten de Regionale Ondersteuningsstructuren. Dat is bestuurlijk niet uitlegbaar.

Ruim twintig jaar geleden zijn de ROS opgericht om de eerste lijn te versterken. De monodisciplinaire ondersteuningsgelden van de Districts Huisartsen Vereniging (DHV) moest multidisciplinaire worden ingezet. Toen ook al.

Sinds 2005 ontvangen ROS daarvoor structurele financiering. Inmiddels ontstonden enkele jaren later zorggroepen met chronische ziekte multidisciplinaire zorgbekostiging. Deze transformeerden naar RHO's met Organisatie & Infrastructuur financiering (O&i). En de RHO moeten nu weer doorgroeien naar Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV). In 2025 en 2026 zijn via ZonMw opnieuw middelen verstrekt om monodisciplines te organiseren en RESV te ontwikkelen. Vanaf 2027 volgt een formele NZa-betaaltitel.

Als we een nieuwe regionale structuur optuigen, moeten we de bestaande opnieuw beoordelen. Dat geldt temeer wanneer het bij de ROS gaat om circa €45–50 miljoen per jaar gaat — ongeveer €2,67 per inwoner. Het pleidooi hier is om het deze entiteit te stoppen.

De toegevoegde waarde verdient herijking

De ROS zijn opgericht voor versterking van de eerstelijnsdisciplines. In de praktijk is hun rol verbreed naar projectorganisatie en ondersteuning van bredere regionale opgaven, waaronder IZA-trajecten waar ook ziekenhuizen en GGZ van profiteren. Daarmee is de focus verschoven en verwaterd.

Tegelijkertijd is via twee aanvullende ZonMW subsidies opnieuw geïnvesteerd in het versterken van dezelfde eerste lijn. Dat roept de vraag op of de ROS structuur bijdraagt aan de beoogde versterking, of dat middelen feitelijk over meerdere regionale partijen worden verdeeld.

Ook de positionering binnen het Zvw-domein vraagt aandacht. ROS verlenen zelf geen zorg, maar worden bekostigd vanuit zorgmiddelen. Dat is juridisch mogelijk binnen de huidige systematiek, maar het schuurt met de klassieke logica van zorgbekostiging en verdient transparantie.

Daarnaast zien we in meerdere regio's dat de regionale agenda sterk samenhangt met de prioriteiten van de grootste verzekeraar en niet zoals bedoelt het collectief belang. Dat is begrijpelijk vanuit concurrentie en inkoopmacht, maar het betekent ook dat de versterking van de eerste lijn niet altijd primair wordt bepaald door de disciplines zelf.

ROS Robuust beslaat ca 1/3 van Nederland en heeft als preferente zorgverzekeraars CZ en VGZ. Slechts 50% van het budget gaat op basis van een jaarplan naar Robuust. Het resterende deel wordt besteed in de vorm van VEZN subsidies. Er is geen governance en transparantie over het VEZN deel. Waarvan bekend dat een deel van de VEZN subsidies is toegekend voor financiering van pre IZA projecten. Pogingen om bij CZ en VGZ transparantie te krijgen over de ROS gelden, hebben niet tot resultaat geleid.

De ROS worden bekostigd vanuit een beleidsregel van de NZA (BR/REG-24134). Uit een Wet Open Overheid verzoek (WOO 2025) bij de NZA ingediend, is gebleken dat er nauwelijks of geen toezicht of verantwoording plaats heeft gevonden door zorgverzekeraars en zelfs de rechtmatigheid van de bekostiging bij directie van de NZA intern ter discussie stond, omdat er geen zorg wordt verleend, wat in de ZVW verplicht is. Van Zorgverzekeraars Nederland die verantwoordelijk zijn voor de distributie van deze gelden is ook geen openbare verantwoording te vinden.

Deze ontwikkelingen maken het legitiem om de doelmatigheid en positionering van de ROS opnieuw te wegen.

De RESV worden gepositioneerd als de regionale schakel tussen eerste lijn, specialistische zorg en sociaal domein. Zij moeten populatiegericht organiseren en regionale prioriteiten stellen. Dan is het logisch om ook de middelen voor regionale ondersteuning daar te beleggen.

NZA beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg:

“Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de totale eerstelijnszorg te stimuleren. Het gaat hierbij om multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, zorgaanbieders die Basis GGZ leveren, diëtisten en apothekers”.

Ik pleit ervoor om het ROS-budget structureel over te hevelen naar de RESV en de regionale infrastructuur onder één bestuur en één strategie te brengen. Daarmee ontstaat duidelijkheid over verantwoordelijkheid en wordt voorkomen dat regionale sturing versnipperd raakt.

STOP met de ROS