



# **Monitor Contractafspraken huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019**

Juni 2019



Nederlandse  
Zorgautoriteit

# Inhoud

- Samenvatting
- Inleiding
- 2. De bekostiging en contractering in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg
- 3. Contractafspraken huisartsenzorg 2019
- 4. Contractafspraken multidisciplinaire zorg 2019
- 5. Maatwerk
- 6. Koppeling bestuurlijk akkoord
- Bijlagen - resultaten enquêtes

# Samenvatting

# Samenvatting

Deze monitor bevat een overzicht van de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor het jaar 2019.

We bekijken de afspraken in het licht van het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022. Dragen de contractafspraken bij aan de doelstellingen in het bestuurlijk akkoord en op welke punten is nog extra inspanning nodig?

## Doelstellingen bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022

Net als in veel andere zorgsectoren streven zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg naar goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Zij willen dit doen door de juiste zorg op de juiste plek te organiseren. Samen zoeken zij naar passende oplossingen en inzet van mensen en middelen voor de zorgvragen in de regio. Dit vraagt een brede samenwerking van de verschillende zorgaanbieders in de eerstelijnszorg. Specifiek voor de huisartsenzorg geeft het bestuurlijk akkoord richting aan het realiseren van meer tijd voor de patiënt te realiseren en de ervaren werkdruk van zorgaanbieders te verminderen.

Op verzoek van de partijen die het akkoord ondertekenden, zal de NZa deze monitor jaarlijks herhalen tot 2022.

## Algemene bevindingen contractafspraken 2019

### *Alle zorgaanbieders sluiten contract met zorgverzekeraar*

Vrijwel alle zorgaanbieders voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg maken contractafspraken met de zorgverzekeraars. Ongecontracteerde zorg komt vrijwel niet voor in deze sector.

We zien dat de zorgaanbieders hun contracten afsluiten met de regionaal dominante zorgverzekeraar.

De overige zorgverzekeraars volgen deze afspraken meestal. Deze manier van zorg inkopen vermindert de administratieve lasten: een huisartsenpraktijk werkt met één set afspraken over de zorgverlening en bijbehorende vergoeding. Maar het zorgt ook voor een onderlinge afhankelijkheid die het voor beide partijen moeilijk maakt om geen contract af te sluiten.

### *Standaardcontracten met veel opties*

In de huisartsenzorg hanteren zorgverzekeraars standaardcontracten en worden de NZa- maximumtarieven vrijwel zonder uitzondering gevolgd. Omzetplafonds komen in deze standaardcontracten niet voor. De standaardcontracten zijn opgebouwd in de vorm van een keuzemenu. De huisartspraktijk kan hierdoor keuzes maken voor aanvullende vergoedingen voor het zorgaanbod, afgestemd op de eigen werkwijze en patiëntenpopulatie. De opzet van deze contracten is in 2019 niet wezenlijk veranderd als gevolg van het bestuurlijk akkoord.

### *Contracten bieden ruimte voor meer personeel*

Aanvullende inzet van personeel (zoals praktijkondersteuners) wordt vergoed tot aan een maximum per praktijk. Deze limiet wordt nu door het grootste deel van de praktijken niet gehaald. Het standaardcontract voor huisartsenzorg biedt aanbieders ruimte om extra personeel aan te trekken.

### *Huisartsen niet tevreden*

Huisartsen (en samenwerkingsverbanden) geven aan dat het huidige contract belemmert bij de realisatie van de doelstellingen in het bestuurlijk akkoord. Zij geven aan dat het huidige contract hen onvoldoende in staat stelt om meer tijd voor de patiënt te uit te trekken.

### *Grote verschillen tussen afspraken binnen samenwerkingsverbanden*

Voor multidisciplinaire zorg maken de zorgverzekeraars maatwerkafspraken met samenwerkingsverbanden. Deze afspraken lopen inhoudelijk sterk uiteen. We zien afspraken die zich beperken tot inmiddels standaardketenzorgafspraken. Maar ook veel bredere afspraken over ondersteuning van eerstelijnszorg.

We zien hier mooie voorbeelden van afspraken over bijvoorbeeld:

- ruime multidisciplinaire ondersteuning en afstemming;
- alternatieve zorgprogramma's voor kwetsbare patiëntengroepen;
- verregaande samenwerkingsverbanden op specifieke onderdelen met ziekenhuizen en andere zorgaanbieders zoals ggz, wijkverpleging, apothekers, kortdurend verblijf en ook gemeenten over samenwerking in relatie tot het sociaal domein.

In 2019 worden vooral bestaande afspraken met samenwerkingsverbanden voortgezet. We zien geen brede koerswijziging als gevolg van het bestuurlijk akkoord. Dit met uitzondering van één verzekeraar. Deze dwingt via de contracten de vorming van regionale samenwerkingsverbanden af, daar waar deze nog ontbreken. Dit met regionaal veel onrust tot gevolg.

### *Constructief overleg wordt gehinderd door discussies over bekostiging*

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben een gezamenlijk belang. Gesignaleerde problemen worden het doeltreffendst opgelost als zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierbij samen optrekken. We zien dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog te vaak tegenover elkaar staan in de contractonderhandelingen.

De soms hoogoplopende discussies gaan dan over de jaarlijkse indexering of de tariefonderbouwing van een specifieke prestatie. En daarmee nog niet over de wijze waarop problemen in de regio moeten worden opgelost. De NZa merkt dat de huidige complexe manier waarop de huisartsenzorg bekostigd wordt deze discussies voedt. Daarom is het belangrijk om de bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in de toekomst te vereenvoudigen.

### **Realiseren doelstellingen bestuurlijk akkoord**

Vier punten in het bestuurlijk akkoord die specifiek de contractering raken, lichten we verder uit:

#### *1) Behoeft aan zorg in de regio nog niet overal voldoende in kaart*

Een belangrijke afspraak in het bestuurlijk akkoord is dat de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg beter afgestemd wordt op de daadwerkelijke behoefte aan zorg in een regio, in de gemeente of in de wijk. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierbij samenwerken en goed op de hoogte zijn en blijven van de actuele sociale en gezondheidssituatie en de behoefte aan zorg in de regio, gemeente of wijk. Zij kunnen dan concrete afspraken maken, bijvoorbeeld over:

- Betere zorg in de avond-, nacht- en weekenduren (deze ontwikkelingen worden gevolgd in de monitor "acute zorg")
- Betere organisatie van de zorg en ICT-infrastructuur
- Meer tijd voor (kwetsbare) patiënten

In sommige regio's gaat dit goed. Hier geven zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan concrete stappen te zetten en deze ook om te zetten in contractuele afspraken. In andere regio's moet er nog veel gebeuren om de actuele zorgbehoefte in kaart te brengen en concrete afspraken te maken over een samenhangend zorgaanbod in de eerstelijnszorg.

## *2) Investerings in organisatie en infrastructuur*

Zorgverzekeraars verschillen in aanpak bij de ontwikkeling van organisatie en infrastructuur ter ondersteuning van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Of de prioriteit ligt bij versterking op wijk- of regioniveau is vooral afhankelijk van de al langer bestaande afspraken met samenwerkingsverbanden. We zien in 2019 nog geen grote koerswijziging als gevolg van het bestuurlijk akkoord.

Eén grote verzekeraar vormt hier een uitzondering. Deze dwingt met ingang van 2019 de vorming van regionale samenwerkingsverbanden af door middel van contractering. Daar waar dergelijke overhevelingstrajecten worden ingezet moet de borging van continuïteit en toegankelijkheid van zorg in de regio in het oog worden gehouden. Als blijkt dat de nadruk op de organisatie op regioniveau gaat leiden tot onvoldoende organisatiekracht op wijkniveau, moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieders dit knelpunt adresseren.

Deze monitor brengt de groei van investeringen in de organisatie en infrastructuur nog niet volledig in beeld. We zien zowel voorbeelden van aanvullende investeringen als van bevrozing van tarieven of zelfs regionale afbouw van investeringen in organisatie en infrastructuur.

## *3) Meer tijd voor de patiënt*

De huisarts moet voldoende tijd voor de patiënt hebben en houden, met name voor groepen zoals kwetsbare ouderen, patiënten in achterstandswijken of patiënten met GGZ-problematiek.

Enkele thema's zijn opgenomen in de NZa-gereguleerde maximumtarieven 2019 zoals voor wijken met achterstandsproblematiek, de patiënten boven de 85 jaar en ggz-ondersteuning. De standaardcontracten bieden daarboven onder meer ruimte voor met aanvullende inzet van praktijkondersteuners.

De ruimte die de contracten bieden om aanvullend personeel aan te nemen, wordt nog niet maximaal benut. Ook valt een hoog gebruik van de aanvullende vergoeding voor praktijkmanagement op.

In de standaardcontracten 2019 met huisartspraktijken zien we geen grote verschuiving ten opzichte van 2018. Kleinschaliger voorbeelden zijn er wel. Een kleine verzekeraar introduceert in 2019 een opslag 'meer tijd voor de patiënt'. In pilots wordt een succesvol experiment in achterstandswijken verder uitgerold in grote steden. Regionale investeringen in ondersteuning en infrastructuur dragen ook bij.

## *4) Indexering*

In het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat kostenstijging als gevolg van loonstijgingen volledig worden vertaald in de af te spreken prijzen. Voor het deel van het huisartsencontract waar zorgverzekeraars de NZa tarieven volgt gaat dat automatisch. Twee verzekeraars houden de vrije onderdelen in de contracten met zowel huisartsen als samenwerkingsverbanden constant ten opzichte van 2018, vanuit de argumentatie dat meerjarencontracten zijn afgesloten. Twee andere verzekeraars indexeerden in mei 2019 na veel discussie en onrust met terugwerkende kracht alsnog een aantal tarieven in het huisartsencontract die in eerste instantie op het niveau 2018 bleven. In de contracten met samenwerkingsverbanden zien we bij meerdere verzekeraars dat een deel van de afspraken ten opzichte van 2018 geen groei kennen.

## Aanbevelingen

We doen in deze monitor de volgende aanbevelingen:

- In regio's waar men nog niet zover is om de opgave in de regio in beeld te brengen en de afspraken hierop af te stemmen, moet de komende jaren nog veel werk worden verzet door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- Blijf oog houden voor oplossingen vanuit samenwerking, rond taakherschikking binnen en buiten de praktijk.
- Houdt in de contracten oog voor balans tussen noodzakelijke organisatie en infrastructuur op zowel regio- als wijkniveau.
- De huidige complexe bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg hindert constructief overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit moet eenvoudiger en transparanter. De NZa zal hierover in overleg gaan met het ministerie van VWS en de brancheorganisaties van aanbieders en zorgverzekeraars.
- Investeer over en weer in het verbeteren van de relatie tussen (vertegenwoordiging van) zorgaanbieders en verzekeraars. Dit is in het belang van beide partijen, en daarmee ook in het belang van de patiëntenzorg.
- Geef vanuit de landelijke tafels rondom het bestuurlijk akkoord verdere verdieping aan de constatering:
  - dat nog lang niet overal afspraken over de regionale zorgbehoefte in kaart zijn gebracht.
  - dat zorgaanbieders de contracten als belemmerend ervaren in relatie tot het bestuurlijk akkoord, ondanks de flexibele vormgeving, en inspraak missen in de vormgeving van de contracten.
  - dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders te vaak nog tegenover elkaar staan in plaats in partnerschap werken aan regionale problemen.
  - dat investeringen in wijk/regio-ondersteuning veelal nog niet in onderlinge samenhang wordt vormgegeven.
- Deel onderling informatie over waar en waarom regionaal op deze punten de samenwerking tussen de partijen wél goed gaat en welke stappen genomen zijn om zover te komen. Erken ook waar het niet goed gaat en waarom het niet goed gaat. Werk hierbij verder aan partnerschap, gericht op het samen verhelpen van onderliggende oorzaken van wederzijds ervaren onvrede.

# 1. Inleiding



# 1. Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om vanaf 2019 jaarlijks de contractering in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg te monitoren. Het doel daarvan is om in beeld te brengen op welke wijze de afspraken uit het Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022 uitgewerkt worden in de individuele contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Dit beeld moet de betrokken partijen bij het bestuurlijk akkoord ondersteunen in aansturing en bijsturing van beleid gedurende de looptijd van het akkoord.

## Aanleiding

In juli 2018 ondertekenden de LHV, InEen, PN, ZN en de minister voor Medische Zorg en Sport (VWS) het Bestuurlijk Akkoord Huisartsenzorg 2019-2022. Het akkoord draagt bij aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Het is een basis voor de vergaande aanpassingen die nodig zijn om het hoofd te bieden aan de demografische en maatschappelijke ontwikkelingen en de veranderende wensen aan zorg en ondersteuning. Onder andere door het streven naar de juiste zorg op de juiste plek met behoud van kwaliteit. Voor de hele eerste lijn is daarvoor een versterking nodig van de organisatie en infrastructuur. Specifiek voor de huisartsenzorg, waar wijzigingen in de afgelopen jaren leidden tot een toename in de hoeveelheid verleende zorg, geeft het bestuurlijk akkoord richting aan het realiseren van meer tijd voor de patiënt en daarmee tegelijk een vermindering van de ervaren werkdruk. Dit om de toegankelijkheid van huisartsenzorg ook in de toekomst te blijven borgen.

Om de voortgang van enkele onderdelen van het akkoord goed in beeld te hebben, is afgesproken dat de NZa gedurende de looptijd jaarlijks een monitor uitvoert op die voortgang:

“VWS vraagt de NZa om jaarlijks een globaal beeld van de contractering in de huisartsenzorg te maken, vergelijkbaar met de monitor die de NZa al uitvoert over de contractering wijkverpleging. Daarbij gaat het zowel om de ontwikkelingen in het contracteerproces als de mate waarin de thema’s van de inhoudelijke agenda voor de regio, te weten: meer tijd voor en met de patiënt, de zorg in ANW-uren en het versterken van de organisatie en infrastructuur aan de orde komen in de contractering. Hierbij is aandacht voor regionale verschillen. De monitor van de NZa zal in het bestuurlijk overleg huisartsenzorg besproken worden.”

Dit is de eerste monitor over dit thema na de start van het bestuurlijk akkoord en geeft een ‘foto’ van de contractering in 2019. In overleg met de partijen worden de komende jaren verdiepingen op deelthema’s aangebracht.

## Doel

De elementen in het bestuurlijk akkoord over de contractering gaan grotendeels om de uitgangspunten zoals verwoord in de rapportage van de taskforce “de juiste zorg op de juiste plek”. Het belangrijkste uitgangspunt is dat de contractering en vormgeving van zorg meer moet gaan over de daadwerkelijke behoefte aan zorg in een regio, gemeente of wijk.

Om dit te bereiken is allereerst een feitelijk beeld nodig van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in de regio, gemeente en/of wijk. Dit feitelijk beeld moet vervolgens leiden tot samenhangende afspraken die passen bij de in kaart gebrachte zorgvraag. Dit kunnen bijvoorbeeld afspraken zijn over:

- de versterking van zorg in de ANW,
- het versterken van de organisatiegraad en ICT-infrastructuur van de 1e lijn of
- het creëren van meer tijd voor de patiënt, met name voor zorg voor kwetsbare groepen.

In het bestuurlijk akkoord worden vervolgens enkele voorbeelden genoemd van specifieke afspraken die kunnen bijdragen om deze doelen te bereiken, zoals:

- het verlagen van het aantal ingeschreven patiënten per praktijk;
- het anders vormgeven van spreekuren;
- de inzet van ondersteunend personeel in de praktijk, zoals POH-S/POH-GGZ/praktijkmanagement;
- de investeringen in verbetering van organisatiegraad en ICT-infrastructuur 1e lijn;
- de inzet van e-health;
- de investeringen buiten de huisartsenzorg;
- overige innovatieafspraken.

Deze afspraken moeten vervolgens leiden tot een gecoördineerd zorgaanbod in regionale samenwerking met andere zorgprofessionals en het sociaal domein. Met nadruk wordt in het bestuurlijk akkoord benoemd dat hier geen landelijke blauwdruk wordt afgegeven over de wijze of schaal waarop lokale plannen vorm moeten krijgen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zoeken samen naar de meest passende oplossing en bijbehorende inzet van middelen (binnen of buiten de huisartsenzorg) voor de problemen die in een specifieke regio spelen.

De afspraken in het bestuurlijk akkoord moeten landen in contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

### Scope

Deze monitor focust zich op de contracten die zorgverzekeraars zijn aangegaan met huisartsen voor de huisartsenzorg en met samenwerkingsverbanden voor multidisciplinaire zorg. Deze afspraken hebben betrekking op zorgprestaties die beschreven worden in de NZa-beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019. We beperken ons tot de inhoud van deze contracten en het proces hoe tot dit contract wordt gekomen.

De monitor biedt daarmee geen totaaloverzicht van alle elementen die in het bestuurlijk akkoord overeen zijn gekomen. Contractering van bijvoorbeeld de ANW zorg via de huisartsenposten, het eerstelijnsverblijf, gecombineerde leefstijlinterventie en wijkverpleging raken de afspraken in het bestuurlijk akkoord, maar vallen buiten de scope van deze monitor. De ANW-zorg komt aan de orde in de monitor acute zorg.

De monitor geeft nu en ook de komende jaren geen totaaloverzicht van alle vormen van aanbod en organisatie, knelpunten en bijzonderheden die binnen de huisartsen- en multidisciplinaire zorg voorkomen. De contracten 2019 en de relatie met het bestuurlijk akkoord vormen het uitgangspunt. De monitor geeft een feitelijk beeld van de inhoud van de contracten en de ervaringen van de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

De beoordeling of daarmee inmiddels voldoende invulling wordt gegeven aan het bestuurlijk akkoord, is vervolgens ter beoordeling aan de partijen die het akkoord hebben afgesloten. We benoemen knelpunten die nadere aandacht nodig hebben en benoemen de discussiepunten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Declaratiegegevens over 2019 zijn nog niet voldoende betrouwbaar op het moment van schrijven van deze monitor. Ze zijn daarom geen onderdeel van de analyse. In de volgende monitor worden declaratiegegevens 2019 vergeleken met 2018. Dan ontstaat waar mogelijk meer inzicht in de invulling in kosten en volume van de afspraken in het bestuurlijk akkoord.

### **Aanpak**

Voor deze monitor hebben we vragenlijsten uitgezet bij en interviews gehouden met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De vragenlijst bevatte vragen over de basisvoorziening huisartsenzorg, de multidisciplinaire eerstelijnszorg, maatwerkafspraken, de thema's uit het bestuurlijk akkoord en het proces van contractering. Aan zorgverzekeraars is gevraagd hoe vaak specifieke onderdelen in het inkoopbeleid ook tot een concrete afspraak in het contract met zorgaanbieders heeft geleid. De resultaten van deze kwantitatieve uitvraag zijn verspreid in dit rapport weergegeven.

Via de interviews vulden we dat aan met indrukken, inzichten, toelichtingen en voorbeelden. We voerden gesprekken met beleidsmakers en zorginkopers van de 8 zorgverzekeraars die huisartsenzorg actief op basis van eigen beleid inkopen.

Op basis van suggesties vanuit de brancheorganisaties van zorgaanbieders en de verzekeraars hebben we 23 zorgaanbieders geselecteerd, waaronder zowel (vertegenwoordigers van) huisartsenpraktijken als samenwerkingsverbanden (zoals zorggroepen en gezondheidscentra). Daarnaast vroegen we zorgaanbieders een enquête in te vullen over het contracteerproces en beleving bij de inhoud van de contracten. Deze enquête is door 451 zorgaanbieders ingevuld. De resultaten ervan zijn samengevat in de bijlage.

Aanvullend bestudeerden we het inkoopbeleid en de standaardcontracten zoals gepubliceerd op de websites van de zorgverzekeraars.

Op de gegevens uit de vragenlijsten zijn statistische analyses uitgevoerd. Dit omvat de berekening van (gewogen) gemiddelden, totalen en spreiding waar dit relevant was, aangevuld met grafische weergaven. Ook zijn afgeleide grootheden berekend. Tekstuele gegevens zijn deels ook systematisch geanalyseerd. Het resultaat van deze analyses treft u aan in deze monitor.

### **Leeswijzer**

In deze eerste monitor besteden we relatief veel aandacht aan een beschrijving van de startsituatie. Zodat in de komende monitors verdieping kan worden gezocht op de gewenste bewegingen. In hoofdstuk 2 gaan we daarom eerst in op een aantal algemene kenmerken van bekostiging en contractering van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. In hoofdstuk 3 en 4 beschrijven we de inhoud van de afspraken rondom respectievelijk huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en in hoofdstuk 5 bekijken we de mogelijkheden van aanvullend maatwerk. In hoofdstuk 6 volgt dan de koppeling met het bestuurlijk akkoord, de ervaringen hierbij vanuit het veld en de uitdagingen. In de bijlage zijn de resultaten van de enquête opgenomen die is uitgezet onder zorgaanbieders.

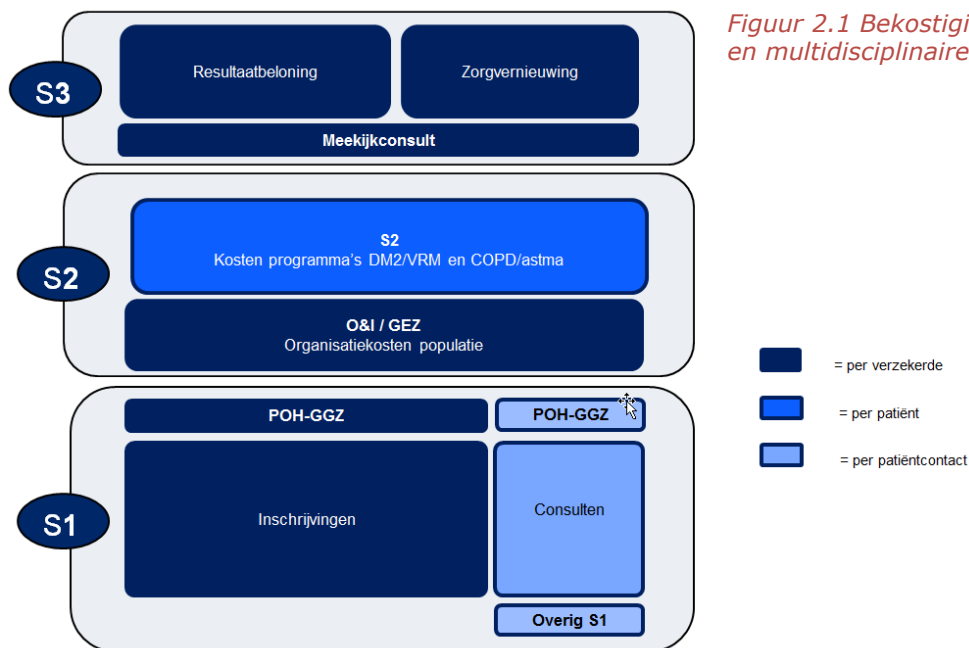
## **2. De bekostiging en contractering in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg**

## 2. De bekostiging en contractering in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Voordat we ingaan op de inhoud van de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, geven we in dit hoofdstuk een bredere context. We beschrijven globaal de bekostigingssystematiek waar deze contracten op zijn gebaseerd, geven een overzicht van de contractpartners, staan stil bij het volgeleid en de looptijd van de afgesloten contracten

### Bekostigingssystematiek

Met ingang van 1 januari 2015 is de bekostiging van huisartsgeneeskundige zorg en multidisciplinaire zorg waarvan huisartsenzorg onderdeel is, samengebracht in één model. Het bekostigingsmodel is opgebouwd rondom drie segmenten, waarbij ieder segment zijn eigen kenmerken heeft. In onderstaand figuur is de opbouw van de drie segmenten schematisch weergegeven.



*Figuur 2.1 Bekostigingsmodel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg*

### *Segment 1: basisvoorziening huisartsenzorg*

Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en als poortwachter. Deze zorgvragen en aandoeningen kunnen grotendeels binnen de huisartsenpraktijk worden gediagnosticeerd, behandeld en begeleid. Segment 1 is opgebouwd rondom vier hoofdelementen: de inschrijving op naam (abonnement per ingeschreven verzekerde met een differentiatie in tarief op basis van populatiekenmerken), het consult, de separate bekostiging van de functie poh-ggz en een aantal specifieke verrichtingen. De NZa stelt voor dit segment prestaties vast (omschrijving van de behandelingen) en maximumtarieven.

### *Segment 2: multidisciplinaire eerstelijnszorg*

In de multidisciplinaire eerstelijnszorg zijn naast de huisartsen ook andere disciplines betrokken om een integrale behandeling te leveren. Een ondersteuningsstructuur is wenselijk en gebruikelijk om deze programmatisch vormgegeven zorg te leveren. De prestaties binnen dit segment zijn onder te verdelen in twee hoofdcategorieën:

- De ketenzorgprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma;
- Een aantal prestaties onder de noemer 'organisatie en infrastructuur'. Deze prestaties bieden zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen met als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren.

Ook voor dit deel van de zorg stelt de NZa de prestaties vast. De tarieven in dit segment zijn vrij onderhandelbaar, mits er sprake is van een contract. Voor alle niet gecontracteerde multidisciplinaire zorg geldt een maximumtarief (per patiënt in de keten per kwartaal).

### *Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing*

Dit segment biedt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om aanvullende (belonings-)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg. Daarnaast is er ruimte om praktijkgebonden afspraken te maken rondom huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg, bijvoorbeeld over het leveren van zorg die niet onder de andere segmenten valt. De tarieven in dit segment zijn vrij onderhandelbaar tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

### *Prestaties buiten segmenten*

Prestaties die niet goed in één van de drie segmenten zijn in te passen, zijn in het huidige bekostigingsmodel 'buiten segmenten' geplaatst. Het betreft dan bijvoorbeeld verrichtingen die specifiek gericht zijn op substitutie vanuit de tweede lijn (M&I-verrichtingen), of prestaties die buiten de verzekerde zorg vallen. Dit zijn zowel prestaties waar een maximumtarief voor geldt, als prestaties die een vrij onderhandelbaar tarief kennen.

### **Contractpartners**

Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zijn twee verschillende zorginkoopmarkten met een eigen dynamiek en apart inkoopbeleid door de verzekeraars. Deze acht zorgverzekeraars voeren zelfstandig inkoopbeleid in tenminste één regio:

- CZ
- De Friesland
- DSW
- Eno
- Menzis
- VGZ
- Zilveren Kruis
- Zorg en Zekerheid

### *Huisartsenzorg*

De contractpartner van de zorgverzekeraar voor de afspraken rondom basishuisartsenzorg is de huisartsenpraktijk waar de patiënt zich heeft ingeschreven. Dit kunnen solopraktijken zijn of een stichting met meerdere gezondheidscentra. Hiermee maakt de zorgverzekeraar afspraken over segment 1 met daaraan gekoppeld afspraken in segment 3 en 'buiten segmenten'.

Uit de enquête onder zorgverzekeraars blijkt dat voor het jaar 2019 totaal 6.666 contracten voor huisartsenzorg zijn gesloten (4.192 nieuw, 2.474 doorlopend uit 2018). Dat zijn daarmee de contracten die op basis van het eigen inkoopbeleid van zorgverzekeraars tot stand zijn gekomen. In gevallen waarbij zorgverzekeraars elkaar niet 'volgen' (zie paragraaf 2.3 Volgbeleid) kan 1 huisartsenpraktijk 2 of meer contracten aangaan, die hier dan ook dubbel meetellen. Hierbij kan één contract de patiëntenzorg binnen een kleinschalige solopraktijk beschrijven, maar ook het geheel aan huisartsenzorg binnen een stichting van meerdere gezondheidscentra. Dergelijke aantallen maken, zoals bij het grootste deel van eerstelijns zorgaanbieders het geval is, dat zorgverzekeraars de contractering van deze zorg in de regel niet op basis van individuele maatwerkafspraken afhandelen. Hier wordt gebruik gemaakt van een standaardcontract.

### *Multidisciplinaire zorg*

De contractpartner van de zorgverzekeraar voor multidisciplinaire zorg zijn samenwerkingsverbanden van huisartsen en veelal ook overige eerstelijnsdisciplines. Hiermee maakt de zorgverzekeraar afspraken over segment 2, met daaraan gekoppeld resultaatafspraken in segment 3. Deze samenwerkingsverbanden zijn in de regel veel grootschaliger opgezet dan de contactpartners voor de huisartsenzorg.

In de enquête die onder zorgverzekeraars is uitgezet zijn in totaal 148 afgesloten contracten voor multidisciplinaire zorg opgevoerd, waarbij één contract afspraken kan bevatten voor honderdduizenden verzekerden. Ook hier geldt dat een aanbieder meerdere contracten kan aangaan. Dergelijke contracten komen tot stand op basis van individuele gesprekken, begrotingen, werkplannen en daarop volgende prijsafspraken.

De afspraken die zorgverzekeraars met de samenwerkingsverbanden maken, raken de hieraan verbonden huisartsen uiteraard ook. Naast de inkomsten die de huisartspraktijken ontvangen op basis van hun directe afspraak met de zorgverzekeraars, ontvangen zij ook inkomsten die gekoppeld zijn aan de afspraken die het samenwerkingsverband met de zorgverzekeraar maakt. De inkomstenstroom van een huisartspraktijk is afhankelijk van i) de afspraken die de praktijk maakt met de zorgverzekeraar, ii) de afspraken die de praktijk maakt met het samenwerkingsverband en iii) de afspraken die het samenwerkingsverband mede namens de praktijk maakt met de zorgverzekeraar.

### **Volgbeleid**

In huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is het al vele jaren gebruikelijk dat de zorgverzekeraar met de meeste verzekerden in een specifieke regio het contract afsluit met de zorgaanbieders in deze regio, en dat de overige zorgverzekeraars deze afspraken 'volgen'. Bijvoorbeeld: in een regio waar zorgverzekeraar A de zorgverzekeraar is met de meeste verzekerden, sluit deze verzekeraar het contract met de praktijk of het samenwerkingsverband.

De zorgaanbieder biedt dit contract vervolgens aan bij zorgverzekeraar B, C en D. Deze accepteren dit contract en vergoeden de kosten van de eigen verzekerden die bij deze huisartsenpraktijk zijn ingeschreven op basis van de afspraken en bijbehorende tarieven zoals beschreven in het contract van zorgverzekeraar A. Zorgverzekeraars B, C en D volgen dan het contract dat zorgverzekeraar A heeft aangeboden. Dit volgen is zowel voor contracten met huisartsenpraktijken als voor contracten met samenwerkingsverbanden gebruikelijk. Het volgebeleid heeft als voordeel dat zorgverzekeraars zich committeren aan één set afspraken rondom de dienstverlening en de bijbehorende vergoeding van één aanbieder

Het overgrote deel van de gemaakte afspraken wordt op deze manier gevolgd. Soms met uitzondering van tariefstelling van of aanvullende voorwaarden bij een aantal specifieke verrichtingen in het vrije segment, waarbij zorgverzekeraars alsnog het eigen tarief hanteren.

Dit volgebeleid wordt echter niet overal toegepast. In regio's waar twee zorgverzekeraars vergelijkbaar dominant zijn in verzekerdenpopulatie (dit geldt met name in delen van Limburg, Noord-Brabant en Gelderland) houden de verzekeraars vast aan het eigen contract en volgen zij elkaars afspraken daarmee niet. Zorgaanbieders leveren dan zorg op basis van twee verschillende contracten. Uit de enquête en interviews onder zorgaanbieders blijkt dit tot ergernis bij de zorgaanbieders te leiden. Dit komt onder andere doordat deze zorgverzekeraars beide een tweejarencontract aanbieden voor de huisartsenzorg, die niet in hetzelfde jaar starten. Zorgaanbieders ervaren dit daarom alsnog als een jaarlijkse contractcyclus. Daarnaast is er in die gevallen onvrede omdat de huisartsenpraktijk of het samenwerkingsverband voor de zorgonderdelen met vrij onderhandelbare prijsafspraken, verschillende tarieven moet hanteren. Ook komt het voor dat de zorg of de organisatie daarvan aan afwijkende voorwaarden moet voldoen voor vergelijkbare groepen verzekerden. Dit verhoogt administratieve lasten aan aanbiederszijde.

We zien ook dat de dominante zorgverzekeraar in een regio niet geneigd is om in 'zijn' regio het contract van een andere zorgverzekeraar te volgen. Als de huisartsenpraktijk in een regio niet akkoord is met het contract van de dominante zorgverzekeraar en voorkeur voor het standaardcontract van een regionaal kleinere zorgverzekeraar heeft, dan is de dominante zorgverzekeraar vaak niet bereid dit contract te volgen. Uit de enquête onder zorgaanbieders blijkt dat 15% van de huisartsenpraktijken overwoog of probeerde een contract af te sluiten met een andere dan de dominante zorgverzekeraar in de regio. Dit lukt vrijwel nooit. Bij de samenwerkingsverbanden is het percentage dat zo'n poging onderneemt lager (9%) en met vergelijkbaar succes.

Als gevolg van het volgebeleid zijn zorgverzekeraar en zorgaanbieder in zekere mate tot elkaar veroordeeld. De zorgaanbieder kan zorg declareren zonder overeenkomst, maar mist zonder contract een belangrijk deel van zijn aanvullende inkomsten. De zorgverzekeraar vormt als gevolg van het volgebeleid de inkoop van huisartsenzorg in zijn gehele regio en wil hiervoor alle zorgaanbieders contracteren, zowel de huisartsenzorg als multidisciplinaire zorg. Geen verzekeraar wil aan zijn verzekerden uitleggen dat de eigen huisarts niet is gecontracteerd. Deze dynamiek heeft als gevolg dat ongecontracteerd aanbod van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vrijwel niet aan de voorkomt.

### **Meerjarige contracten**

Zorgverzekeraars streven, mede op verzoek van zorgaanbieders, al enige jaren naar meerjarige contracten voor de inkoop van zowel huisartsenzorg als multidisciplinaire zorg. Tabel 2.2 laat zien dat zes van de acht zorgverzekeraars voor 2019 een meerjarig inkoopbeleid hanteert. De standaard huisartsencontracten kennen in alle gevallen ook de hieronder weergegeven looptijden. Bij de inkoop van multidisciplinaire zorg komen uitzonderingen voor waarbij ook bij een meerjarig inkoopbeleid alsnog regionaal een éénjarige overeenkomst wordt afgesloten.



*Tabel 2.2 Overzicht zorgverzekeraars en looptijd contract*

Zorgverzekeraar	Startjaar	Looptijd contract
De Friesland	2019	1 jarig
CZ	2019	2 jarig
DSW	2018	2 jarig
Eno	2019	3 jarig
Menzis	2018	2 jarig
VGZ	2018	2 jarig
Z&Z	2018	2 jarig
ZK	2019	1 jarig

Bron: openbaar inkoopbeleid zorgverzekeraars

De helft van de zorgverzekeraars heeft huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg met ingang van 2018 al op basis van meerjarige contracten ingekocht. Voor deze contracten geldt dat de afspraken in het bestuurlijk akkoord nog geen effect hebben gehad op de afspraken. Wat niet wegneemt dat thema's uit het bestuurlijk akkoord onderdeel kunnen zijn van het contract dat in 2018 is aangegaan. Aangepaste afspraken als gevolg van het bestuurlijk akkoord komen dan pas per 2020 tot stand.

### Conclusies

Zorglevering op basis van contractuele afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is de norm binnen huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Ongecontracteerd aanbod is vrijwel niet aan de orde en is daarmee ook geen belemmering in de uitvoering van de afspraken uit het bestuurlijk akkoord. Het al vele jaren binnen deze sector gebruikelijke volgbeleid draagt mede bij aan de hoge contracteergraad. Dit volgbeleid kent vele voordelen voor zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder en daarmee ook patiënten. Bijvoorbeeld op het gebied van administratieve lasten. Maar het zorgt ook voor een onderlinge afhankelijkheid die het niet aangaan van een contract voor beide partijen bemoeilijkt.

Het merendeel van de zorgverzekeraars hanteert een meerjarencontract. Dit mede op verzoek van zorgaanbieders. Het aangaan van meerjarencontracten heeft echter ook het nadeel van verminderde flexibiliteit. In 2019 liepen de contracten van 4 zorgverzekeraars door vanuit 2018. Afspraken over thema's uit het bestuurlijk akkoord worden in die gevallen pas een jaar later onderdeel van de contractonderhandelingen.

# 3. Contractafspraken huisartsenzorg 2019

# 3. Contractafspraken huisartsenzorg 2019

In dit hoofdstuk beschrijven we de contractafspraken voor de huisartsenzorg. Hierbij bekijken we het inkoopbeleid, de standaardcontracten met aanvullende modules en de ervaringen met het contracteerproces.

## **Inkoopbeleid en standaardcontracten**

Alle zorgverzekeraars hanteren bij de inkoop van huisartsenzorg één standaardcontract, gebaseerd op hun eigen inkoopbeleid. Dit standaardcontract is opgebouwd uit twee delen, te weten de door de NZa gereguleerde prestaties en de aanvullende modules waar de zorgverzekeraars zelf meer invulling geven aan inhoud en tariefstelling.

### *Eerste deel standaardcontract: NZa gereguleerde prestaties*

Het eerste deel van het standaardcontract bevat de afspraken die volgen uit de NZa gereguleerde prestaties (zie: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_247681\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_247681_22/1/)).

Daar waar de NZa ook de tarieven reguleert, volgen alle zorgverzekeraars in 2019 voor vrijwel al deze behandelingen het geldende maximumtarief, inclusief de daarbij horende indexeringsystematiek. Het meest recente kostenonderzoek van de NZa wijst uit dat dit onderdeel van het contract gemiddeld 77% van de omzet van een gemiddelde praktijk dekt (zie: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_3629\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3629_22/1/)). Eén zorgverzekeraar heeft een alternatief bekostigingsmodel ontwikkeld dat de prestatieopbouw van de NZa grotendeels verlaat. Hierover volgt een toelichting verderop in deze paragraaf. Daarnaast hanteert één zorgverzekeraar voor een beperkte set aan verrichtingen (bijvoorbeeld chirurgie/therapeutische injectie) een tarief lager dan het maximumtarief.

Voor een aantal prestaties die de NZa vaststelt voor de huisartsenzorg geldt een vrij onderhandelbaar tarief (de zogenoemde prestaties 'buiten segmenten'). Het betreft specifieke verrichten gericht op substitutie van tweedelijnszorg. Zorgverzekeraars hanteren op dit onderdeel onderling verschillende tarieven en soms ook afwijkende aanvullende voorwaarden. De tariefhoogte voor deze prestaties is op dit moment geen onderdeel van de onderhandeling tussen huisartsen en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars onderscheiden zich in hun inkoopbeleid ook niet of nauwelijks op deze gecontracteerde zorg.

### *Tweede deel standaardcontract: de aanvullende modules*

Het tweede deel van het standaardcontract biedt ruimte om extra afspraken te maken over zorgvernieuwing en resultaatbeloning. Zorgverzekeraars onderscheiden zich actief in het inkoopbeleid van deze extra 'modules': zij bieden verschillende mogelijkheden en voorwaarden.

De modules zijn onderverdeeld in verschillende categorieën, te weten aanvullende vergoedingen voor:

1. Inzet ondersteunend personeel;
2. Deelname zorgprogramma's;
3. Resultaatbeloning;
4. Overig.

De categorieën worden hieronder verder uitgewerkt.

### *1) Aanvullende vergoeding inzet ondersteunend personeel*

In de standaardcontracten zien we aanvullende vergoedingen voor praktijkondersteuners huisartsen (poh-s en poh-ggz) en voor de praktijkmanager. De hoogte van deze vergoeding wordt veelal gebaseerd op het aantal fte ondersteunend personeel dat de huisartsenpraktijk werkelijk inzet. De zorgverzekeraars stellen een maximum aan het aantal fte's dat tegen aanvullende vergoeding ingezet kan worden.

#### Poh-somatiek (poh-s)

De praktijkondersteuner somatiek verleent programmatische huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten met een chronische ziekte.

De vergoeding ervan is vaak onderdeel van de tariefafspraken rondom multidisciplinaire ketenzorg (zie hoofdstuk 4).

Zo kennen twee grote verzekeraars in het standaardcontract geen aparte vergoeding voor poh-s in het standaardcontract voor huisartsenzorg. De gehele inzet van poh-s is onderdeel van de tariefafspraken rondom ketenzorg.

Het omgekeerde zien we bij twee kleine zorgverzekeraars. Zij vergoeden het samenwerkingsverband enkel voor de overhead die gepaard gaat met de chronische ketenzorgprestaties. De hieraan gerelateerde huisartsenzorg kopen ze vervolgens bij de huisartsenpraktijken in via het standaardcontract.

Daartussenin zien we de vergoeding van poh-s in het standaardcontract van de huisarts een aanvulling is op de inkoop ketenzorg via segment 2. De huisartsenpraktijk krijgt in dit geval een vergoeding voor de werkelijke (vaak gemaximeerde) inzet van poh-s en daarnaast ook via de tarieven voor ketenzorg die de zorgverzekeraar met het multidisciplinaire samenwerkingsverband overeenkomt een deel vergoeding voor deze poh-s.

Als de huisarts vervolgens deelneemt aan de zorgprogramma's van het samenwerkingsverband, wordt de opslag die de huisarts voor poh-s ontvangt verminderd met het bedrag dat hij voor de ketenzorg vanuit het samenwerkingsverband ontvangt. De hoogte en wijze van de vergoeding voor poh-s is daarbij afhankelijk van de vraag of consulten door poh-s separaat in rekening mogen worden gebracht of niet.

Het is gezien de vele verschillende varianten waarin de poh-s wordt ingekocht en de verbanden met andere vergoedingen vrijwel onmogelijk om onderling vergelijkbaar te maken hoe vaak en hoeveel fte zorgverzekeraars via een standaardcontract afspreken. Ook zijn de gehanteerde tarieven hierdoor nauwelijks onderling vergelijkbaar.

Uit onze enquête onder zorgverzekeraars bleek dat in 40% van de standaardcontracten met huisartsenpraktijken aparte afspraken over aanvullende vergoedingen voor de inzet van poh-s voorkomen. Bij 92% van de huisartsenpraktijken met zo'n afspraak, is de werkelijke inzet van de poh-s lager dan de ruimte die in het standaardcontract wordt geboden.

#### Poh-ggz

Voor de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz) stelt de NZa maximumtarieven vast in segment 1. De poh-ggz biedt zorginhoudelijke ondersteuning aan patiënten van de huisartsenpraktijk met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard. De functie kan worden ingevuld door (een combinatie van) personele inzet, e-health en consultatieve raadpleging van bijvoorbeeld psychologen en psychiaters. Voor de inzet van een poh-ggz geldt een maximum van 12 uur personele per 2.350 patiënten.

Alle zorgverzekeraars passen deze module toe in het standaardcontract. De voorwaarden die hieraan zijn verbonden kunnen afwijken per zorgverzekeraar. Voorbeelden van voorwaarden die expliciet in het inkoopbeleid genoemd worden zijn:

- aantoonbare substitutie vanuit andere sectoren;
- aansluiting bij samenwerkingsverbanden;
- beschikbaarheid/bereikbaarheid en inzet van e-health voor specifiek deze functie.
- 

Ook voor de poh-ggz geldt dat de afspraken over de vergoeding en personeelsinzet zowel onderdeel kunnen zijn van het standaardcontract dat een huisartspraktijk aangaat, maar ook onderdeel kan zijn van de contracten met samenwerkingsverbanden. In dat laatste geval verloopt de afspraak rondom POH-GGZ niet meer via het standaard huisartsencontract, maar wordt een maatwerkafpraak gemaakt.

Uit de uitvraag onder zorgverzekeraars blijkt dat 52% van de verzekerden de module POH-GGZ via een standaardcontract voor huisartsenzorg is ingekocht. In die gevallen is bij 87% van de huisartsenpraktijken minder praktijkondersteuners ggz ingezet dan de maximuminzet waar het standaardcontract ruimte voor biedt.

#### Praktijkmanagement

Een relatief nieuwe module in de contracten van alle zorgverzekeraars in 2019 is de vergoeding voor de inzet van een praktijkmanager. Een praktijkmanager kan ingezet worden in een huisartsenpraktijk om een veelheid aan taken rondom administratie, afstemming met derden (zorgverleners, zorgverzekeraar, gemeente) en overige niet direct patiëntgebonden elementen van de praktijkvoering uit handen van de huisarts te nemen. De huisarts houdt zo meer tijd overhoudt voor zorg aan patiënten.

De vergoeding wordt bepaald op basis van het aantal uren dat deze praktijkmanager daadwerkelijk per week in de praktijk wordt ingezet. In het standaardcontract stellen zorgverzekeraars vaak een maximum aan de vergoeding. Hierbij gaan ze uit van een inzet van praktijkmanagement tussen de drie en zes uur per week per normpraktijk. Zorgverzekeraars stellen hierbij voorwaarden aan het opleidingsniveau/ functieprofiel van de ondersteuning. In enkele gevallen stelt de zorgverzekeraar een specifiek resultaat als voorwaarde aan de inzet van een praktijkmanager binnen een afgebakende periode voor het continueren van de afspraken.

Ook zien we bij een aantal zorgverzekeraars dat de inzet van praktijkmanagement wordt gezien als middel om een vorm van samenwerking tussen meerdere praktijken te stimuleren. Zo stelt één zorgverzekeraar meer vergoeding beschikbaar voor praktijkmanagement als deze wordt ingezet bij de opzet van een lokaalsamenwerkingsverband.

Uit de enquête onder zorgverzekeraars blijkt dat in 44% van de contracten met huisartsenpraktijken afspraken gemaakt worden over aanvullende vergoeding voor praktijkmanagement. Dit is een opvallend hoog percentage, gelet op het feit dat in de meeste contracten deze aanvullende vergoeding pas met ingang van 2018 is geïntroduceerd. Van de huisartsenpraktijken met zo'n afspraak, maakt 39% vervolgens nog geen gebruik van de maximale ruimte die het standaardcontract biedt voor personeelsinzet.

#### *2) Aanvullende vergoeding deelname zorgprogramma's*

In de standaardcontracten kunnen ook afspraken gemaakt worden voor deelname aan specifieke zorgprogramma's. Dit zijn zorgprogramma's voor specifieke groepen patiënten die regionaal gecoördineerd worden door samenwerkingsverbanden.

### Kwetsbare ouderen

- Op één zorgverzekeraar na, bieden alle zorgverzekeraars een aanvullende vergoeding voor deelname aan een zorgprogramma rondom kwetsbare ouderen. We zien verschillende soorten afspraken met verschillende voorwaarden. In sommige contracten vervangt deze zorg de ketenzorg voor diabetes en hartfalen, in andere contracten zien we dat de vergoeding vooral is bedoeld als stimulans om deel te nemen aan een regionaal zorgprogramma. Ook zien we afspraken over de inzet van gespecialiseerd ondersteunend personeel voor kwetsbare ouderen.

We zien aanvullende vergoedingen voor aansluiting van de huisartsenpraktijk bij een digitaal platform rondom ouderen. Deze afspraken kunnen ook in de standaardcontracten voorkomen onder de noemer 'communicatieondersteuning e-health', maar dan niet expliciet gekoppeld aan de doelgroep kwetsbare ouderen.

In alle gevallen geldt dat van de huisartsenpraktijk wordt gevraagd zich aan te sluiten bij een samenwerkingsverband dat deze gestructureerde zorg voor kwetsbare ouderen kan coördineren, of deze samenwerking zelf te organiseren/coördineren.

### Ouderenzorg Transmuraal

Een zorgverzekeraar biedt in aanvulling op de vergoeding voor kwetsbare ouderen nog een aanvullende mogelijkheid voor actieve screening en afstemming met het ziekenhuis na opname van ouderen.

### Advance care planning

Twee andere verzekeraars bieden naast het gehele programma rondom complexe ouderenzorg ook de mogelijkheid van declaratie van een specifiek deel van de zorg aan ouderen met een grote zorgbehoefte, te weten 'advance care planning'. Hierbij wordt een eenmalige vergoeding aan de huisartsenpraktijk geboden voor het inventariseren van de laatste wensen van een terminale patiënt, op basis van een protocol.

Uit de enquête bleek dat in 28% van de contracten met huisartsenpraktijken afspraken gemaakt worden over aanvullende vergoeding voor inzet van aanvullend personeel, gekoppeld deelname aan zorgprogramma's gericht op kwetsbare ouderen. Van de huisartsenpraktijken die zo'n afspraak hebben, maakt 75% nog geen gebruik van de maximale ruimte die het standaardcontract biedt.

### 3) Aanvullende vergoedingen resultaatbeloning

Alle zorgverzekeraars bieden in het standaardcontract ook aanvullende vergoedingen voor het behalen van specifieke resultaten door de huisartsenpraktijk. Ook hierin brengen zorgverzekeraars hun eigen accenten en voorwaarden aan. Hieronder volgt een aantal thema's waarover afspraken worden gemaakt.

#### Service en bereikbaarheid

Alle zorgverzekeraars bieden een aanvullende vergoeding voor behaalde resultaten op het gebied van service/bereikbaarheid. Voorbeelden zijn 8,5 uur telefonische bereikbaarheid, beschikbaarheid patiëntenportaal en e-consulten, online afspraken in kunnen plannen of herhaalrecepten aanvragen en onderzoek doen naar de patiënttevredenheid. De vergoeding is een bedrag per onderdeel of een bedrag als twee of meer vooraf gestelde doelen zijn behaald.

#### Doelmatig voorschrijven en diagnostiek

Alle zorgverzekeraars bieden aanvullende vergoedingen voor inspanningen op het gebied van doelmatig voorschrijven en diagnostiek. De voorwaarden hiervoor variëren van het hanteren van voorschrijfprotocollen, digitaal aanvragen van diagnostiek tot deelname aan het diagnostisch toets overleg (DTO) of aan 'spiegelgroepen' met collega's.

### Kwaliteit

Tot slot kennen vrijwel alle zorgverzekeraars een aparte vergoeding voor 'kwaliteit'. Dit is meestal een vergoeding voor NHG-accreditatie van de huisartsenpraktijkpraktijk, en/of een vergoeding voor deelname aan spiegelinformatietrajecten, gecoördineerd vanuit de regionale zorggroep of vanuit de zorgverzekeraar zelf. Eén verzekeraar biedt nog een aanvullende vergoeding voor het uitvoeren van een praktijkscan door een derde partij en het toepassen van een eventueel verbeterplan.

### 4) Overige aanvullende vergoedingen

Er zijn nog veel mogelijkheden voor aanvullende vergoedingen in het standaardcontract. Hieronder enkele voorbeelden die we zien in de contracten, vaak gekoppeld aan één of twee zorgverzekeraar(s).

### Meer tijd voor de patiënt

Eén zorgverzekeraar introduceert in 2019 de module "meer tijd voor de patiënt". Deze module heeft als inzet 'meer tijd voor de patiënt', waarbij de vergoeding aanvullende inzet van personeel in de vorm van bijvoorbeeld physician assistant, HIDHA en waarneming mogelijk maakt. Hierbij stelt de zorgverzekeraar voorwaarden aan de grootte van de praktijk en de verwachte resultaten, zoals duur consulten, aantal verwijzingen/ voorschrijfgedrag en patiënttevredenheid. De precieze vormgeving van de aanvullende voorwaarden vindt momenteel nog in regionaal overleg plaats.

### Substitutieverrichtingen

Deze module belooft specifieke verrichtingen in het kader van substitutie van tweedelijnszorg naar de eerstelijns. Een voorbeeld is de aanvullende vergoeding voor het uitvoeren van chirurgische verrichtingen en therapeutische injecties als de huisarts zich verbindt aan de afspraken tussen de zorgverzekeraar, het samenwerkingsverband van huisartsen en het ziekenhuis.

### Regionale prestatie

Deze module combineert maatwerkafspraken met de reguliere prestaties in segment 1. Op het niveau van een samenwerkingsverband wordt bepaald op welk deelterrein in een regio aanvullende inspanningen zinvol zijn. Voor realisatie van dat specifieke onderwerp wordt een aanvullende vergoeding van een vast bedrag per ingeschreven patiënt voor alle huisartsen in die specifieke regio beschikbaar gesteld. De invulling van deze prestatie kan per regio en per periode verschillen.

### Bereikbaarheid krimpgebieden/transitiemanager

Deze module geeft mogelijkheden voor aanvullende vergoeding in specifieke krimpgebieden, met als doel om ook deze gebieden interessant te maken/houden voor vestiging van huisartsen. Eén verzekeraar benoemt in het standaardcontract afgebakende gebieden die voor de opslag in aanmerking komen. Een andere verzekeraar geeft nieuw vestigende huisartsen in de regio bij overname van een praktijk de mogelijkheid om onder de noemer 'transitiemanagement' aanvullende ondersteuning in de vorm van praktijkmanagement in te zetten en vergoed te krijgen.

### Alternatief bekostigingsmodel

Eén zorgverzekeraar heeft in samenwerking met de huisartsen voor hun regio een alternatief model ontwikkeld. Hierbij wordt niet meer gedeclareerd op basis van consulten of visites, maar wordt een belangrijk deel van de totale beschikbare middelen voor huisartsenzorg in de regio verdeeld op basis van een regionaal ontwikkeld zorgzwaartemodel. Iedere huisartsenpraktijk krijgt een vast budget op basis van de samenstelling en omvang van zijn populatie. Ook dit standaardcontract kent een aantal aanvullende modules en resterende verrichtingentarieven, zoals de prestaties gericht op substitutie en intensieve zorg en de aanvullende vergoedingen voor inzet van praktijkondersteuners.

Daarnaast kent dit model nog een aantal aanvullende vergoedingen voor:

- deelname en doorontwikkeling aan het alternatieve bekostigingsmodel;
- deelname aan en implementatie van de door de regionale zorggroep ontwikkelde zorgplannen rondom multidisciplinaire chronische zorg (persoonsgerichte zorg);
- het uitvoeren van een kwaliteitsplan;
- innovatieve projecten in de regio.

Vormen van consultloze bekostiging komen overigens bij meerdere verzekeraars voor. Dan heeft het echter een kleinschaliger experimenteel karakter, en vormt het niet de basis voor het standaardcontract huisartsenzorg.

#### *Tariefontwikkeling*

De vrij onderhandelbare tarieven in het standaardcontract worden in 2019 door twee zorgverzekeraars niet geïndexeerd ten opzichte van 2018 vanuit het argument dat in 2018 2-jarige contracten zijn aangegaan. De vraag of hier niet alsnog tot indexatie 2019 over moest worden gegaan is het afgelopen jaar een twistpunt tussen zorgverzekeraars en aanbieders in deze regio's geweest.

De aanpak van de indexering 2019 bij de overige zorgverzekeraars voor deze prestaties verschilt. Twee zorgverzekeraars indexeerden voor deze prestaties in eerste instantie alleen delen van tarieven waarin naar eigen oordeel aantoonbare personeelskosten waren opgenomen. Een deel van de tarieven in het huisartsencontract bleven in eerste instantie op het niveau 2018. Na hoogoplopende discussie en onrust is in mei 2019 alsnog met terugwerkende kracht overgegaan tot volledige indexatie voor alle vrije tarieven in het standaard huisartsencontract.

De overige vier zorgverzekeraars indexeerden in 2019 de prestaties in het standaardcontract tegen vrij tarief op basis van alle kostencomponenten (zowel loon als overige kosten).

#### **Ervaringen contracteerproces huisartsenzorg**

In deze paragraaf beschrijven we de ervaringen van zorgaanbieders met het proces van contracteren voor de huisartsenzorg. Dit doen we op basis van de volgende onderwerpen:

- Duidelijkheid zorginkoopproces en beleidswijzigingen;
- Overleg en bereikbaarheid inhoud contract;
- Regiobijeenkomsten;
- Doorlooptijden contractering;
- Gehonoreerde verzoeken tot zorginnovatie/zorgvernieuwing.

#### *Duidelijkheid zorginkoopbeleid en beleidswijzigingen*

Van de zorgaanbieders met een segment 1 contract die hebben deelgenomen aan de enquête geeft 59% aan de transparantie van het beleid van de zorgverzekeraar onvoldoende te vinden. Beleidswijzigingen ten opzichte van het vorige contract zijn volgens 65% van deze zorgaanbieders onvoldoende helder toegelicht. Op basis van eigen deskresearch zien we weliswaar verschillen in toelichting op het beleid tussen zorgverzekeraars (van heel uitgebreid tot kort en bondig), maar wij beoordelen deze niet als onvoldoende. Over deze beoordeling door zorgaanbieders meer in paragraaf 6.2.

#### *Overleg en bereikbaarheid inhoud contract*

Van de zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan de enquête heeft 55% overleg gevoerd over de standaardcontractvoorwaarden. Hierbij is het belangrijk om te realiseren dat onder de respondenten van de enquête een relatief groot aandeel (73%) ook een contract voor multidisciplinaire zorg is aangegaan. Deze komen veelal in onderling overleg tot stand. De resultaten van de enquête geven hier dus een vertekend beeld.

Van zorgaanbieders die wel overleg voerden, geeft 68% aan dat dit zonder resultaat bleef. Van de overige praktijken vond 53% dat de zorgverzekeraar vervolgens goed bereikbaar was over het aangepaste contract.



### *Regiobijeenkomsten*

Zorgverzekeraars organiseren vaak regiobijeenkomsten om zorginkoopbeleid toe te lichten. Van alle deelnemende huisartsenpraktijken aan de enquête gaf 52% aan dat in hun regio een dergelijke bijeenkomst plaatsvond, 22% gaf aan dat er geen regiobijeenkomst was en de overige 26% wist het niet. Van de huisartsenpraktijken die aangeven dat er regiobijeenkomsten zijn, woonde 37% ook daadwerkelijk een dergelijke bijeenkomst bij.

### *Doorlooptijden contractering*

Zoals beschreven in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk sluit de helft van de zorgverzekeraars voor 2019 nieuwe contracten af. Bij deze zorgverzekeraars varieerde de doorlooptijd van het contracteerproces huisartsenzorg (aanbod standaardcontract tot deadline sluiten contract) van 1,5 maand tot drie maanden. Dit voldoet aan de minimale termijn die de NZa-regeling transparantie zorginkoopproces Zvw voorschrijft.

### *Meldingen NZa*

Gedurende de contractperiode 2019 ontving de NZa 268 meldingen vanuit zorgaanbieders over de contractering van huisartsenzorg. Veelal in de vorm van kopieën van brieven gericht aan een zorgverzekeraar. Vrijwel al deze brieven hadden betrekking op het ontstane geschil rondom met name het achterwege blijven van volledige indexering bij twee zorgverzekeraars.

### **Conclusies**

*Inkoop reguliere huisartsenzorg: standaardcontracten met brede keuzemenu's. NZa maximumtarieven vrijwel overal gehanteerd.*

De huisartsenpraktijk is de contractpartner van de zorgverzekeraar voor de "huisartsenzorg". Alle zorgverzekeraars gebruiken hiervoor de vorm van een standaardcontract. Dit bevat de door de NZa gereguleerde prestaties, waarbij het NZa- maximumtarief vrijwel zonder uitzondering wordt gevolgd.

Met ingang van 2019 zijn hier verruimde vergoedingen voor patiënten in achterstandswijken toegevoegd. Op deze manier zijn ruimere investeringen voor zorg aan deze specifieke groep in het standaardcontract opgenomen. Omzetplafonds komen niet voor in de contractering van huisartsenzorg.

De standaardcontracten zijn opgebouwd in de vorm van een "keuzemenu" met een flexibele/modulaire opbouw. De huisartspraktijk kan afgestemd op de eigen werkwijze en patiëntenpopulatie keuzes maken. Met mogelijke aanvullende vergoedingen voor:

- aanvullende personeel inzet, gespecialiseerd op het gebied van chronische zorg, ggz-problematiek, ouderenzorg, praktijkmanagement;
- deelname aan regionaal ontwikkelde zorgprogramma's rondom kwetsbare patiëntgroepen;
- specifieke resultaatafspraken;
- handelingen in het kader van substitutie vanuit de tweede lijn.

### *Huidige contracten bieden ruimte voor uitbreiding praktijk*

De invulling van deze aanvullende vergoedingen, de hieraan gekoppelde voorwaarden en de inhoud van andere vergoedingsmogelijkheden kunnen per zorgverzekeraar sterk verschillen. Aanvullende personele inzet wordt veelal aanvullend vergoed tot aan een maximale inzet in fte per praktijk. Deze limiet wordt nu door het grootste deel van de praktijken nog niet gehaald. Uitbreiding van personele inzet binnen de huisartsenpraktijk wordt daarmee nog niet gehinderd door de huidige maximering die zorgverzekeraars in het standaardcontract opnemen.

### *Proces contractering*

In het inkoopproces huisartsenzorg loopt over het algemeen goed, gezien vanuit de minimale proces-eisen die de NZa hieraan stelt. Tijdigheid van publicatie van beleid/contracten, contracteergraad en doorlooptijden geven geen aanleiding tot zorgen.

Wat niet wil zeggen dat zorgaanbieders ook tevreden zijn over de inhoud van het contract of de invloed hierop. Hierover meer in hoofdstuk 6. Zorgaanbieders die deelnemen aan de enquête geven aan dat de transparantie van het inkoopbeleid te wensen over laat. Dit oordeel deelt de NZa niet, hoewel de opbouw van specifieke tarieven binnen het standaardcontract niet overal even helder is.

# **4. Contractafspraken multidisciplinaire zorg 2019**

# 4. Contractafspraken multidisciplinaire zorg 2019

Het versterken van de organisatiegraad en ICT-infrastructuur binnen de eerste lijn is een centraal punt in het hoofdlijnenakkoord. Goede, regionale afspraken tussen zorgverzekeraars en multidisciplinaire eerstelijns samenwerkingsverbanden op wijk- en regioniveau zijn hiervoor noodzakelijk.

Deze samenwerkingsverbanden bestaan veelal al in de vorm van de aanbieders van de standaard ketenzorgprogramma's en/of klassieke gezondheidscentra. De komende jaren moet echter een verbreding worden ingezet waarbij de het samenwerkingsverband in staat moet zijn om brede ondersteuning van de 1e lijn te bieden, op basis van een zorgbehoefte die regionaal in kaart wordt gebracht.

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de vormgeving van de tweede contractstroom, de inkoop van multidisciplinaire zorg. De inkoop van deze zorg is in twee categorieën te onderscheiden, te weten de prestaties voor ketenzorg en de prestaties voor organisatie en infrastructuur. Verderop in het hoofdstuk beschrijven we ook de tariefontwikkeling en de ervaringen met het contracteerproces van multidisciplinaire zorg.

## **Ketenzorg**

De inkoop van de multidisciplinaire zorg binnen segment 2 betreft de ketenzorgprestaties voor chronische zorg in het kader van DM2, COPD, VRM en Astma. Deze ketenprestaties beschrijven zowel de noodzakelijke zorg rondom chronische patiënten, als de noodzakelijke organisatie en infrastructuur die direct gekoppeld is aan deze zorg. Het totaalpakket te leveren zorg rondom de specifieke chronische aandoeningen is vastgelegd in de zorgstandaarden. De inkoop van ketenzorg hoeft echter niet noodzakelijkerwijs het totale pakket aan noodzakelijke zorg in een integraal tarief te vatten. Delen van de zorg kunnen naast de ketenzorg ook los worden vergoed. Zo kan voetzorg voor diabetespatiënten onderdeel zijn van het integrale tarief, maar ook separaat worden ingekocht via tarieven per behandeling door de podotherapeut of de medisch pedicure. Zorgverzekeraars gaan hier in het inkoopbeleid verschillend mee om, en ook binnen het beleid van één zorgverzekeraar komen verschillen voor in inhoudelijke samenstelling van de keten.

In de enquête onder zorgverzekeraars hebben we het aantal afspraken ketenzorg en de zorginhoudelijke samenstelling van de betreffende keten opgevraagd. Eén verzekeraar koopt in het geheel geen integraal bekostigde ketenzorg in. Onderstaande tabellen geven een beeld van de mate waarin de zorgverzekeraars de ketens in 2019 integraal inkopen, en wat hierbij de samenstelling van de ketens is, daar waar deze keten integraal wordt ingekocht. De samenstelling van de keten is voor zes verzekeraars betrouwbaar in beeld gebracht.

Tabel 4.1 Aantal afgesloten contracten per keten

Keten	Aantal contracten
Diabetes Mellitus type 2	97
COPD	96
Vasculair risicomanagement (HVZ)	69
Vasculair risicomanagement (VVR)	59
Astma	47

Bron: NZa-enquête onder zorgverzekeraars

Tabel 4.2 Samenstelling van de keten DM2 per zorgverzekeraar

DM2	A	B	C	D	E	F
Diëtetiek	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Voetzorg	39%	0%	91%	100%	0%	0%
Fundus / oogarts	100%	100%	82%	100%	0%	0%
Specialist	100%	100%	91%	91%	0%	100%
Stoppen met roken	100%	0%	27%	0%	0%	0%
Lab	0%	0%	0%	0%	0%	4%

Bron: NZa-enquête onder zorgverzekeraars

Tabel 4.3 Samenstelling van de keten COPD per zorgverzekeraar

COPD	A	B	C	D	E	F
Diëtetiek	100%	100%	55%	100%	100%	100%
Spiro	100%	0%	0%	100%	0%	0%
Specialist	100%	100%	100%	91%	0%	100%
Fysiotherapeut	0%	67%	0%	0%	0%	0%
Beweging	0%	0%	45%	0%	0%	0%
Stoppen met roken	100%	0%	82%	0%	0%	0%

Bron: NZa-enquête onder zorgverzekeraars

Tabel 4.4 Samenstelling van de keten HVZ per zorgverzekeraar

HVZ	A	B	C	D	E	F
Diëtetiek	100%	100%	67%	100%	100%	29%
ECG	100%	0%	0%	48%	0%	0%
Specialist	100%	100%	83%	91%	0%	100%
Stoppen met roken	100%	0%	83%	0%	0%	0%

Bron: NZa-enquête onder zorgverzekeraars

Tabel 4.5 Samenstelling van de keten VVR per zorgverzekeraar

COPD	A	B	C	D	E
Diëtetiek	100%	100%	20%	100%	0%
ECG	100%	0%	0%	57%	0%
Stoppen met roken	100%	0%	40%	0%	0%
Specialist	100%	100%	80%	90%	100%
Beweging	0%	0%	40%	0%	0%

Bron: NZa-enquête onder zorgverzekeraars

Tabel 4.6 Samenstelling van de keten Astma per zorgverzekeraar

Astma	A	B	C	D
Diëtetiek	4%	100%	33%	0%
Specialist	100%	100%	100%	0%
Spiro	100%	0%	0%	100%
Stoppen met roken	100%	0%	33%	0%
Fysio	0%	67%	0%	0%
Beweging	0%	0%	33%	0%

Bron: NZa-enquête onder zorgverzekeraars

De zorgverleners en zorgvormen die onderdeel zijn van een integraal tarief binnen de ketens variëren sterk. Ook de aan de ketenzorg gekoppelde tarieven voor overhead en zorg lopen uiteen. Het beeld dat uit de interviews onder zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders naar boven komt, is dat in de contractonderhandelingen de daadwerkelijke inhoud van de ketenzorgprestaties en de hierbij benodigde ondersteuning vaak nauwelijks meer onderdeel van discussie is. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders beschouwen deze ketenzorg voornamelijk als een inmiddels vrij standaard, uitontwikkelde werkwijze.

De discussie rondom de specifieke vergoedingen voor de ketenzorgprestaties richten zich vooral op de tariefverschillen tussen de ketenzorgaanbieders die in het verleden zijn ontstaan. Daar waar het zorgaanbod zelf rondom deze patiëntgroepen zich meer standaardiseert en in een vergelijkbare fase van doorontwikkeling bevindt, worden deze tariefverschillen voor dit deel van het aanbod minder verdedigbaar. Dit is ook waarom met name de grote zorgverzekeraars de tarieven van deze specifieke ketens willen gelijktrekken. In de paragraaf tariefontwikkeling gaan we hier nader op in.

De inhoudelijke focus van de contractafspraken met het samenwerkingsverband verschuift meer richting de doorontwikkeling van ondersteuning in de breedte van het zorgaanbod. Dit kan de vorm krijgen van de ontwikkeling van andere integrale ketenzorgafspraken rondom bijvoorbeeld ouderenzorg (bij twaalf samenwerkingsverbanden) en ggz-problematiek (bij acht samenwerkingsverbanden). Vaak kiezen zorgverzekeraars bij deze aanvullende ketenzorgafspraken voor vergoeding van de overhead aan het samenwerkingsverband, en vervolgens een directe vergoeding van de zorg via de contracten met de individuele zorgverleners. In het voorgaande hoofdstuk zijn verschillende varianten beschreven van mogelijkheden tot aanvullende vergoeding voor de huisartsenpraktijk via het standaardcontract, als de huisarts zich verbindt aan het uitvoeren van multidisciplinaire zorgprogramma's door het samenwerkingsverband, bijvoorbeeld voor kwetsbare ouderen.



### Inclusieplafonds

In de enquête onder de zorgverzekeraars heeft de NZa ook gevraagd naar het bestaan van zogenaamde 'inclusieplafonds' (of omzetplafonds) op de multidisciplinaire zorg. De vraag luidde: "Is een inclusieplafond opgenomen in de afspraak? Wordt bijvoorbeeld contractueel geregeld dat niet meer dan X% van de gehele populatie in een ketenzorgprogramma mag worden opgenomen?".

Uit de antwoorden blijkt dat verzekeraars hierin een divers beleid voeren. Eén verzekeraar heeft in alle contracten een dergelijk plafond ingesteld, een andere in geen enkel contract en de overige verzekeraars laten een wisselend beeld zien per keten.

Tabel 4.7 Aandeel contracten met inclusieplafond per zorgverzekeraar

	A	B	C	D	E	F
DM2	0%	0%	17%	100%	100%	0%
COPD	0%	0%	17%	100%	100%	0%
HVZ	0%	100%	33%	100%	100%	95%
VVR	0%	100%	40%	100%	n.v.t.	100%
Astma	0%	0%	0%	100%	n.v.t.	n.v.t.
Ouderen	n.v.t.	n.v.t.	0%	100%	n.v.t.	n.v.t.

Bron: NZa-enquête onder zorgverzekeraars

## Organisatie en infrastructuur

De samenwerkingsverbanden die zijn ontstaan, onder meer als gevolg van de introductie en uitrol van ketenzorgprestaties, nemen steeds vaker een bredere ondersteuning van eerstelijnszorg op zich. Deze werkzaamheden laten zich niet altijd goed vangen in een bekostiging gekoppeld aan een patiënt, omdat ze steeds vaker een brede ondersteuning bieden bij onderlinge samenwerking waar een groot deel van de populatie baat bij heeft. Om dit te ondervangen is in 2018 een aantal prestaties onder de noemer 'organisatie en infrastructuur' (O&I) opgenomen in de bekostiging. Deze vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners verder te stimuleren en te organiseren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg. Hiervoor is op verschillende populatieniveaus een ondersteuningsstructuur nodig waarbij partijen zich gezamenlijk organiseren en gemandateerd zijn om namens de aangesloten zorgverleners afspraken te maken met zorgverzekeraars en andere stakeholders, zoals gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen en overige eerstelijns zorgaanbieders.

Onder organisatie en infrastructuur (O&I) onderscheiden we vier prestaties:

- *O&I Wijkmanagement*: deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over investeringen in samenwerkingsverbanden met bijbehorende ondersteuningsstructuur met als doel optimalisatie van samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders op wijkniveau. Een populatie van 10.000/20.000 ingeschreven verzekerden is hierbij een uitgangspunt;
- *O&I Ketenzorg*: deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de financiering van de organisatie en infrastructuur behorende bij de opzet en uitvoering van de landelijke ketenzorgprogramma's;

- *O&I Regiomanagement*: deze prestatie biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over investeringen in samenwerkingsverbanden met bijbehorende ondersteuningsstructuur met als doel de optimalisatie van samenwerking van tussen eerstelijns zorgaanbieders op regioniveau. Een populatie van 100.000 ingeschreven verzekerden of meer is hierbij een uitgangspunt, maar de specifieke invulling van dit regioniveau is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- *O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig*: de voorlopige continuering van de klassieke gez-z-module, de prestatie die met name de aanvullende bekostiging van multidisciplinaire gezondheidscentra mogelijk maakte. De verwachting is dat door de O&I wijkmanagement, deze prestatie op termijn kan vervallen.

Na de introductie van deze prestaties in 2018 bleek dat afspraken via deze prestaties in de praktijk nog moeizaam tot stand komen. Door de declaratie voor organisatie van zorg los te koppelen van de primaire zorgverlening kunnen uitvoeringsproblemen rondom privacy en BTW ontstaan. Op landelijk niveau wordt hiervoor gezocht naar oplossingen, zoals in het bestuurlijk akkoord ook overeengekomen.

### Diversiteit in afspraken

De mate waarin zorgverzekeraars afspraken maken over de O&I-prestaties met samenwerkingsverbanden lopen sterk uiteen. We hebben veel goede voorbeelden voorbij zien komen. Afspraken tussen zorgverzekeraars en samenwerkingsverbanden waarbinnen bijvoorbeeld:

- veel multidisciplinaire ondersteuning, alternatieve zorgprogramma's en brede poules van ondersteunend personeel overeen worden gekomen;
- gewerkt wordt aan verregaande samenwerkingsverbanden op specifieke onderdelen met ziekenhuizen. Zoals regionale afspraken over de wijze waarop medisch specialisten ondersteuning bieden aan de huisartsen;

- gewerkt wordt aan afspraken met gemeenten over samenwerking in relatie tot het sociaal domein;
- de organisatie en coördinatie van kortdurend verblijf in de regio mee worden ontwikkeld;
- samen met zorgverzekeraars en apothekers wordt gewerkt aan standaardisering van voorschrijven van specifieke medicatie;

Het beeld dat we ophaalden uit de interviews onder zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, is dat dergelijke afspraken in de regel tot stand komen in regio's waarin de samenwerkingsverbanden een sterk mandaat hebben vanuit de aangesloten zorgaanbieders. Zij hebben vaak ook goede banden met ziekenhuis en gemeentes of andere regionale zorgaanbieders. Dit zijn ook de regio's waarin veelal een constructief gesprek en een vertrouwensbasis tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder wordt ervaren.

Daartegenover staan regio's waar dit mandaat en deze cohesie moeizaam tot stand komen of nog vrijwel geheel ontbreken. Om de doelstellingen zoals verwoord in het bestuurlijk akkoord te bewerkstelligen, is in veel gevallen wel een sterk samenwerkingsverband nodig.

Zorgverzekeraars kiezen in het inkoopbeleid verschillende routes om verdere versterking van de samenwerkingsverbanden te bewerkstelligen, of zijn hier nog naar op zoek. Bijvoorbeeld:

- Via de standaardcontracten worden huisartsenpraktijken door middel van opslagen/financiële prikkels verleid om zelf samenwerkingsverbanden op te zetten of door te ontwikkelen;
- Sturen op nieuwe samenwerkingsverbanden rondom de periferie van regionale ziekenhuizen, als de organisatie van multidisciplinaire zorg nog niet op deze wijze is ingericht;
- Een zorgverzekeraar stuurt met ingang van 2019 op het vormen van grote regionale samenwerkingsverbanden, daar waar deze nog ontbreken.

In 2019 wordt in veel contracten voortgebouwd op de afspraken die afgelopen jaren met bestaande samenwerkingsverbanden (gezondheidscentra, zorggroepen) afgesloten zijn. We zien in 2019 op dit punt geen sterke koerswijziging als gevolg van het bestuurlijk akkoord. Dit was ook niet de verwachting. Het bestuurlijk akkoord beschrijft een al ingezette beweging.

Dit met uitzondering van één grote verzekeraar. Deze dwingt met ingang van 2019 de vorming van regionale samenwerkingsverbanden af door middel van contractering. Deze bundelt het geheel aan overheaduitgaven in afgebakende regio's en laten dit centraal landen bij één regio-organisatie, al dan niet nog in oprichting. De zorgverzekeraar stuurt zo op de vorming van de noodzakelijke samenwerkingsverbanden in grootstedelijke regio's omdat deze naar hun oordeel niet voldoende vanuit zichzelf tot stand komt. Het eerstelijns zorgaanbod is in deze regio's naar oordeel van de zorgverzekeraar in de huidige opzet te versplinterd om bewegingen in het kader van De Juiste Zorg Op De Juiste Plek gecoördineerd vorm te geven.

Deze door de zorgverzekeraar ingezette beweging levert als gevolg van de huidige aanpak vervolgens wel onrust, onzekerheid en onvrede op onder de oorspronkelijke ontvangers van deze middelen voor organisatie en infrastructuur. Dit zijn veelal gezondheidscentra met huisartsen in loondienst die hun infrastructuur gebaseerd hebben rondom problematiek op "wijk"-niveau. De middelen voor deze vorm van organisatie en infrastructuur die tot en met 2018 beschikbaar waren worden in drie jaar tijd in hoog tempo afgebouwd (in enkele gevallen is al volledig overgeheveld) en opnieuw beschikbaar gesteld op regioniveau, waar deze middelen vervolgens kunnen worden ingezet ter ondersteuning van alle huisartsen in de regio, vanuit een centraal mandaat.

En dus niet alleen voor de gezondheidscentra. Voor gezondheidscentra betekent dit een groot risico op afbouw van beschikbare middelen, aangezien bestaande middelen met meer aanbieders moeten worden gedeeld. In de interviews gaven meerdere aanbieders aan dat het risico bestaat dat succesvolle wijkprojecten moeten worden afgebouwd als gevolg van deze beweging.

De uitdaging is in dergelijke gevallen om naast een sterke regio-organisatie ook een sterke wijkorganisatie te behouden of op te richten. Het moet nog blijken of de sterke wijkorganisatie kan ontstaan als de verantwoordelijkheid en de beschikbare middelen voor de inrichting hiervan volledig bij de regio-organisatie wordt neergelegd.

We zien dat meerdere zorgverzekeraars zoeken naar de juiste balans en aanvliegroute om beide vormen van samenwerkingsverbanden in te richten. Tussen zorgverzekeraars bestaan verschillende visies op de wijze waarop de versterking van samenwerkingsverbanden de nadruk krijgt. Dit kan opgebouwd zijn vanuit wijkperspectief, waarbij afspraken met bestaande gezondheidscentra vooralsnog de belangrijkste invulling zijn. Of juist grootschaliger vanuit een regioperspectief, waarbij vaak voortgebouwd wordt op afspraken met zorggroepen. Omdat de O&I-betaaltitels nog niet op grote schaal worden ingezet, is in de contractafspraken het onderscheid tussen wijk of regioaanpak nog niet helder te maken via declaratietitels. Daarom hebben we in de enquête onder de zorgaanbieders gevraagd naar de wijze waarop zorgverzekeraars hier naar hun beleving beleid op voeren. De volgende tabel geeft de uitkomsten weer.

*Tabel 4.7 ervaren prioritering beleid versterking O&I*

Praktijk	Wijk	Regio	Wijk	Ketenzorg
De verzekeraar prioriteert in zijn beleid voor versterking O&I vooral op	14%	18%	45%	23%

Bron: NZa-enquête onder zorgaanbieders

Deze door de zorgverzekeraar ingezette beweging levert als gevolg van de huidige aanpak vervolgens wel onrust, onzekerheid en onvrede op onder de oorspronkelijke ontvangers van deze middelen voor organisatie en infrastructuur. Dit zijn veelal gezondheidscentra met huisartsen in loondienst die hun infrastructuur gebaseerd hebben rondom problematiek op "wijk"-niveau. De middelen voor deze vorm van organisatie en infrastructuur die tot en met 2018 beschikbaar waren worden in drie jaar tijd in hoog tempo afgebouwd (in enkele gevallen is al volledig overgeheveld) en opnieuw beschikbaar gesteld op regioniveau, waar deze middelen vervolgens kunnen worden ingezet ter ondersteuning van alle huisartsen in de regio, vanuit een centraal mandaat.

In hoofdstuk 6 gaan we dieper in op de vraag in hoeverre deze afspraken in de beleving van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in 2019 al bijdragen aan het realiseren van de afspraken zoals overeengekomen in het bestuurlijk akkoord.

## Tariefontwikkeling

Zoals we hiervoor uiteengezet hebben, worden voor de inkoop van multidisciplinaire zorg zowel afspraken gemaakt via de ketenzorgprestaties als de O&I-prestaties. Door de verschillen in inhoudelijke samenstelling van de ketens (zowel de zorginhoudelijke samenstelling als de wijze waarop de overhead van het samenwerkingsverband opgenomen is in de tarieven) zijn de overeengekomen ketenzorgtarieven in verschillende regio's niet eenvoudig vergelijkbaar. Ditzelfde geldt voor de overige O&I-afspraken. De tariefhoogte per afspraak zegt daarmee weinig over de mate waarin de investeringen in organisatie en infrastructuur tegemoetkomt aan de behoefte in een specifieke regio.

Om wel een eerste beeld te krijgen van de mate waarin op basis van het bestuurlijk akkoord aanvullend wordt geïnvesteerd, is de tariefontwikkeling per prestatie per aanbieder in 2019 ten opzichte van 2018 uitgevraagd. Hierbij kunnen we niet meer dan een globaal beeld geven. Als gevolg van de introductie van de nieuwe O&I-prestaties, bevinden we ons nu in een overgangsfase waarbij afspraken per ketenzorgpatiënt gedeeltelijk worden omgezet naar afspraken per ingeschreven verzekerde. Onderlinge vergelijking in tariefontwikkeling per prestatie geeft dus snel een vertekend beeld. Analyse van daadwerkelijke declaratiedata over 2019 in een volgende monitor zal meer uitsluitsel geven over de daadwerkelijke groei in investeringen voor ondersteuning en infrastructuur.

In het algemeen zien we dat de tarieven voor multidisciplinaire zorg bij twee zorgverzekeraars over de hele linie in het geheel niet stijgen ten opzichte van 2018. Hier zijn tweejarige contracten met vaste tarieven overeengekomen, die in 2019 doorlopen. Ook hier was de vraag of hier niet alsnog tot indexatie 2019 over moest worden gegaan op basis van het bestuurlijk akkoord het afgelopen jaar een twistpunt tussen zorgverzekeraars en aanbieders in deze regio's.

Bij meerdere verzekeraars zien we dat een deel van de afspraken ten opzichte van 2018 geen groei kennen. Zorgverzekeraars geven hier als argument dat er over tijd grote verschillen zijn gegroeid in afspraken, bijvoorbeeld over ketenzorg en overige overhead. Deze verschillen zien zij echter in de inhoudelijke afspraken met de verschillende samenwerkingsverbanden niet terug. Een deel van de aanbieders waarvan de zorgverzekeraar vindt dat ze relatief duur zijn, wordt daarom in tarieven 'bevroren' op het niveau van voorgaand jaar. Voor het andere deel van de aanbieders, waar de tarieven onder het gemiddelde liggen, is wel ruimte voor groei door middel van indexering en eventuele uitbreiding indien noodzakelijk. De zorgverzekeraars willen zo op termijn meer homogene tarieven realiseren voor vergelijkbaar aanbod.

Regionaal zijn zeker voorbeelden te vinden zijn waarbij aanvullend wordt geïnvesteerd binnen O&I, maar we zien aanzienlijk meer voorbeelden waarbij de ontwikkeling op verschillende elementen binnen segment 2 niet meer groeit dan indexatie of op gelijk niveau blijft steken. En ook voorbeelden van afbouw van specifieke afspraken zijn zichtbaar, met name bij de verzekeraar die inzet op de overheveling van financiering van gezondheidscentra naar regio-organisaties.

In de enquête onder de zorgaanbieders gaf 58% aan dat het tarief voor directe patiëntenzorg binnen segment 2 niet of niet volledig geïndexeerd was. Bij het tarief voor overhead was dat in 61% van de gevallen. Dit zijn percentages van de 200 respondenten die het antwoord op die vraag wisten te geven. Nog eens 127 respondenten (bijna 40% van het totaal) gaven echter aan dit niet te weten.

## **Ervaringen contracteerproces multidisciplinaire zorg**

In deze paragraaf beschrijven we in het kort de ervaringen van zorgaanbieders met het proces van contracteren voor de multidisciplinaire zorg. Dit doen we op basis van de volgende onderwerpen:

- Duidelijkheid over het zorginkoopproces en beleidswijzigingen;
- Overleg en bereikbaarheid inhoud contract;
- Regiobijeenkomsten;
- Doorlooptijden contractering;
- Gehonoreerde verzoeken tot zorginnovatie/zorgvernieuwing.

Vier zorgverzekeraars sloten voor 2019 nieuwe contracten af. Een deel van de informatie over het contracteerproces is ook van toepassing op de contracten die al voor 2018 waren afgesloten.

### *Duidelijkheid zorginkoopbeleid en beleidswijzigingen*

Van de samenwerkingsverbanden die hebben meegewerkt aan de enquête geeft 56% aan de transparantie van het beleid van de verzekeraar onvoldoende te vinden. Beleidswijzigingen ten opzichte van het vorige contract zijn volgens 64% van de samenwerkingsverbanden onvoldoende helder toegelicht. Onder de respondenten die (naast een segment 2 contract) geen segment 1 contract hadden, was dit echter aanzienlijk lager, namelijk respectievelijk 26% en 33%.

### *Overleg en bereikbaarheid inhoud contract*

Van de samenwerkingsverbanden die hebben meegewerkt aan de enquête heeft 44% geen aanvullend overleg gevoerd over de contractvoorwaarden na ontvangst van het contractaanbod door de zorgverzekeraar. Van de respondenten die dat wel deden, geeft 64% aan dat dit zonder resultaat bleef. De overige respondenten vonden in meerderheid (67%) dat de zorgverzekeraar vervolgens goed bereikbaar was over dit aangepaste contract.

### *Regiobijeenkomsten*

Zorgverzekeraars organiseren vaak regiobijeenkomsten om zorginkoopbeleid toe te lichten. Van alle samenwerkingsverbanden in de enquête gaf 56% aan dat in hun regio een dergelijke bijeenkomst plaatsvond, 22% van hen gaf aan dat er geen regiobijeenkomst was en de overige 22% wist het niet. Van de respondenten die aangeven dat er een bijeenkomst plaatsvond, woonden 44% ook daadwerkelijk een dergelijke bijeenkomst bij.

### *Doorlooptijden contractering*

In de enquête onder de zorgverzekeraars hebben we uitgevraagd op welke datum het contract werd aangeboden en op welke datum het werd ondertekend. Deze gegevens zijn aangeleverd voor ruim 100 contracten. De gemiddelde doorlooptijd varieerde daarin van 8 dagen tot 41 dagen. Dit met de kanttekening dat ten tijde van de uitvraag onder zorgverzekeraars nog niet alle contracten afgesloten waren.

## **Conclusies**

### *Contractering ketenzorg*

Over de contractering van standaard ketenzorgtrajecten zoals diabeteszorg lijkt inhoudelijk inmiddels weinig discussie meer te bestaan. De inhoudelijke vormgeving van de ketens lijkt grotendeels uitgekristalliseerd. Zorgverzekeraars zetten hier bij het wegvallen van inhoudelijke verschillen veelal in op het landelijk gelijktrekken van de overeengekomen tarieven. Dit leidt tot bevriezing van tarieven van relatief dure aanbieders.

### *Mandaat, centrale visie en constructief overleg tussen aanbieder en verzekeraar noodzakelijk voor afspraken rondom brede ondersteuning.*

We zien veel verschillen in de manier waarop de beweging naar een bredere ondersteuning van de eerste lijn door de bestaande samenwerkingsverbanden wordt vormgegeven.

We hebben hierbij veel goede voorbeelden voorbij zien komen. Regio's waarbinnen afspraken gemaakt worden over:

- ruime multidisciplinaire ondersteuning en afstemming;
- alternatieve zorgprogramma's rondom kwetsbare patiëntengroepen,
- verregaande samenwerkingsverbanden op specifieke onderdelen met ziekenhuizen en andere zorgaanbieders zoals GGZ, wijkverpleging, apothekers, kortdurend verblijf en ook gemeenten over samenwerking in relatie tot het sociaal domein.

Hiertegenover staan echter ook nog vele voorbeelden van samenwerkingsverbanden waarbij de afspraken nog niet verder reiken dan standaardafspraken over ketenzorgproducten en/of vergoedingen voor het huisvesten van meerdere disciplines onder één dak.

De breedte van de mogelijke afspraken in lijn met "de juiste zorg op de juiste plek" die tot stand komen is hierbij in grote mate afhankelijk van de wijze waarop in de regio een breed mandaat is ontwikkeld vanuit de aangesloten zorgverleners. Dit stelt hen in staat om vanuit een gedragen visie dergelijke afspraken te maken. En net zo belangrijk is de wijze waarop dit samenwerkingsverband en de zorgverzekeraar vervolgens vanuit vertrouwen en een constructieve houding structureel met elkaar in overleg zijn.

#### *Ontwikkeling O&I in 2019 voornamelijk nog voortbouwen op bestaande structuren.*

Zorgverzekeraars kiezen verschillende routes om verdere versterking van de samenwerkingsverbanden te bewerkstelligen of ze zijn hier nog naar op zoek. Hierbij richt de ene verzekeraar zich op een meer kleinschalige clustering op "wijk"-niveau, terwijl bij een andere juist het grootschalige "regio"-samenwerkingsverband de nadruk krijgt.

In 2019 wordt vooral voortgebouwd op de samenwerkingsverbanden die al staan. We zien in 2019 nog geen grote koerswijziging als gevolg van het bestuurlijk akkoord.

Dit met uitzondering van één grote verzekeraar. Deze dwingt met ingang van 2019 de vorming van regionale samenwerkingsverbanden af door middel van contractering. Zij bundelen het geheel aan overheaduitgaven in afgebakende regio's en laten deze centraal landen bij één regio-organisatie, al dan niet nog in oprichting. Deze door de zorgverzekeraar ingezette beweging levert vervolgens wel onrust, onzekerheid en onvrede op onder. De hiermee gepaarde onrust onder de oorspronkelijke ontvangers van deze middelen voor organisatie en infrastructuur ze is begrijpelijk. Zeker als nog niet helder is hoe de nieuwe regionale structuur gaat functioneren. Daar waar dergelijke overhevelingstrajecten worden ingezet moet de borging van continuïteit en toegankelijkheid van zorg in de regio in het oog worden gehouden. Als blijkt dat de nadruk op de organisatie op regioniveau gaat leiden tot onvoldoende organisatiekracht op wijkniveau, moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieders dit knelpunt adresseren. Ondersteuning in samenhang op zowel wijk als regioniveau is nodig om het bestuurlijk akkoord in praktijk te brengen.

#### *Tariefontwikkeling*

Of de in het bestuurlijk akkoord overeengekomen investeringen in het versterken van de organisatiegraad ook tot uiting komen in een macrogroei in investeringen in 2019 is nu nog niet inzichtelijk. We zien regionaal voorbeelden van aanvullende investeringen, maar zien ook bevrozing van tarieven. Twee zorgverzekeraars spreken over de gehele linies geen tariefgroei af in 2019 als gevolg van meerjarencontracten. Meerdere verzekeraars werken met bevrozing van tarieven voor standaardketenzorgaanbod bij relatief dure aanbieders.

# 5. Maatwerk



# 5. Maatwerk

In hoofdstuk 3 beschreven we hoe de standaardcontracten voor huisartsenzorg een ruime variatie bieden aan mogelijkheden voor aanvullende vergoedingen voor inzet van aanvullend personeel, voor deelname aan regionaal ontwikkelde zorgtrajecten en inspanningen die leiden tot specifieke resultaten, bijvoorbeeld op het gebied van service en bereikbaarheid.

Er is echter ook behoefte aan maatwerk. Dit is mogelijk binnen segment 3 'Resultaatbeloning en zorgvernieuwing' van de bekostigingssystematiek. Afspraken rondom zorgvernieuwing zijn zowel mogelijk voor individuele huisartsenpraktijken als voor de samenwerkingsverbanden. De vorm ervan kan een aanvullende vergoeding zijn, een opslag op het inschrijftarief, een verrichtingentarief of een multidisciplinaire ketenzorgvergoeding.

In de interviews en enquêtes hebben we op dit deelonderwerp voornamelijk gefocust op de bij zorgaanbieders ervaren mogelijkheden om te komen tot een maatwerkafpraak die verband houdt met de thema's in het bestuurlijk akkoord. De voorbeelden erbij hebben we vooral gekozen om het scala aan mogelijke afspraken weer te geven.

## Voorbeelden van maatwerkafspraken

Alle zorgverzekeraars hebben aanvragen voor maatwerk gehonoreerd die substitutie van zorg vanuit de tweede naar de eerste lijn mogelijk maken. Veel genoemde voorbeelden hiervan zijn meekijkconsulten voor onder andere orthopedie, cardiologie en longziekten. De specialist is daarbij op afstand te raadplegen, zoals bij teledermatologie en echografie. Er zijn ook minder vaak genoemde aansprekende voorbeelden zoals oogheekunde (in samenwerking met optometristen), atriumfibrilleren, spoedopvang, lichte traumazorg en wondzorg. Ook worden er specifieke spreekuren met de specialist in de huisartsenpraktijk georganiseerd voor bijvoorbeeld gynaecologie (gynaecologie in huisartsenpraktijk, vrouwenspreekuur), en het bewegingsapparaat (schouderkliniek).

Naast de hierboven beschreven substitutie zien we dat zorgverzekeraars maatwerk inzetten voor ondersteuning en uitbreiding van de basisvoorziening huisartsenzorg zelf. Een mooi voorbeeld daarvan dat aansluit op een belangrijke doelstelling in het bestuurlijk akkoord is de aanpak van achterstandsproblematiek, zoals bijvoorbeeld in Utrecht.

### **Duurzame basiszorg in de grote steden**

In het project 'krachtige basiszorg' in Utrecht wordt de doelgroep (patiënten met een combinatie van slechte gezondheid, werkeloosheid, schulden, sociale en psychische problemen) ook ondersteund in het psychologische, sociale en maatschappelijk functioneren. De huisarts krijgt dus, naast meer tijd voor de patiënt, ook ruimte voor aansluiting op andere domeinen. Dit leidt, naast de preventieve werking op gezondheidsproblemen, ook tot minder druk op huisartsenpraktijken in achterstandsgebieden. Deze aanpak heeft inmiddels uitbreiding gekregen naar andere steden onder de noemer 'Duurzame basiszorg'.

Daarnaast zien we pilotprojecten die in algemene zin meer tijd voor de patiënt nastreven en maatwerk dat zich richt op de speciale behoeften van kwetsbare ouderen. Maatwerk wordt ook ingezet in gebieden waar vraag naar en aanbod van huisartsenzorg niet goed op elkaar aansluiten (krimpgebieden, de Waddeneilanden).

De vrijheden in het bekostigingsmodel bieden ook ruimte voor bijzondere bekostigingsvormen, zoals het model dat een verzekeraar hanteert voor de standaard contractering van de huisartsenzorg (zie hoofdstuk 3) en andere, kleinschaliger experimenten met all-inn tarieven/ consultloze bekostiging.

### **Ervaringen met maatwerkafspraken**

Om een beeld te krijgen van de slagingskans van een aanvraag tot maatwerkfinanciering is aan de zorgaanbieders in de enquête gevraagd om aan te geven of zij een verzoek hebben ingediend bij de zorgverzekeraar voor een maatwerkafpraak, en of dit gelukt is. Let op, hier is niet enkel naar het afgelopen jaar gevraagd. Het verzoek tot maatwerk kan dus over meerdere jaren hebben plaatsgevonden. Tabel 5.1 geeft de uitkomsten weer.

Tabel 5.1. Heeft u bij uw zorgverzekeraar een verzoek ingediend voor zorginnovatie/zorgvernieuwing binnen segment 3? En wat was het resultaat?

	Alle aanbieders		Segment 1		Segment 2	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Nee, geen verzoek ingediend	257	57,1%	246	59,9%	180	54,4%
Ja, een verzoek ingediend maar niet in gesprek gekomen / niet gehonoreerd	85	18,9%	79	19,2%	64	19,3%
Ja, een verzoek ingediend dat gedeeltelijk is gehonoreerd	57	12,7%	48	11,7%	46	13,9%
Ja, een verzoek ingediend dat is gehonoreerd	51	11,3%	38	9,2%	41	12,4%
Aantal respondenten	450		411		331	

Bron: Enquête zorgaanbieders

Aan zorgverzekeraars vroegen we in hoeveel contracten maatwerkafspraken staan. De aantallen lopen hier sterk uiteen, ook afhankelijk van de ruimte die het standaardcontract al biedt. Voor alle zorgverzekeraars samen is in ruim 5% van de contracten voor huisartsenzorg sprake van een vorm van aanvullend maatwerk in segment 3. Dat zijn dus maatwerkafspraken naast de ruimte die het standaardcontract al biedt.

Niet alle zorgverzekeraars konden de vraag beantwoorden hoeveel aanvragen voor maatwerk in totaal zijn ontvangen gedurende 2018. De zorgverzekeraars die dit wel konden, geven aan dat in 2018 gezamenlijk ruim 130 aanvragen ontvangen zijn, waarvan ongeveer 75% gehonoreerd is.

Een paar zorgverzekeraars gaven in de interviews aan dat zij maatwerkafspraken vooral koppelen aan afspraken met

samenwerkingsverbanden. Verzoeken voor maatwerkafspraken van individuele huisartsenpraktijken worden door hen vaak niet gehonoreerd. Andere zorgverzekeraars staan meer open voor individuele aanvragen vanuit huisartsenpraktijken. Bij twee verzekeraars hanteert men bij het toekennen van innovatieprojecten een eigen constructie. Een regionale, zelfstandige innovatiecommissie kent gelden toe vanuit een vooraf beschikbaar gesteld budget. Beoordeling van aanvragen vindt plaats door deze commissie, waarin zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieders vertegenwoordigd zijn. De projecten en financiering die op deze manier tot stand komen worden niet als S3 afspraak in contracten opgenomen.

Zorgverzekeraars gaven in de interviews diverse redenen voor afwijzing van aanvragen. Genoemd werden: te kleinschalig, niet meetbaar of geen nut/noodzaak.

### **Conclusies**

De mogelijkheden voor maatwerk binnen de bekostiging worden benut voor een breed scala aan kleinere en grootschaliger projecten. Ruimte in de regelgeving om verdere uitwerking te geven aan thema's uit het bestuurlijk akkoord is hier volop aanwezig. Zorgverzekeraars zijn kritisch in de beoordeling van innovatieaanvragen, maar honoreren afgelopen jaar een belangrijk deel.

# 6. Koppeling bestuurlijk akkoord

# 6. Koppeling bestuurlijk akkoord

In dit hoofdstuk kijken we naar de koppeling tussen het bestuurlijk akkoord en de gemaakte afspraken. We bekijken eerst in hoeverre partijen in staat zijn om een feitelijk beeld van de uitdaging in de regio te vormen en de afspraken hier op aan te laten sluiten.






























Vervolgens kijken we naar de ervaring in het veld in hoeverre de huidige afspraken aansluiten bij in het bestuurlijk akkoord benoemde thema's. En staan we stil bij succesfactoren en knelpunten bij het realiseren van de afspraken in het bestuurlijk akkoord.

## Feitelijk beeld opgave in de regio

Een van de centrale elementen in het bestuurlijk akkoord is dat de contractering en vormgeving van zorg meer moet gaan draaien om de daadwerkelijke behoefte aan zorg in een regio, gemeente of wijk. Om dit te bereiken is allereerst een feitelijk beeld nodig van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in de regio, gemeente en/of wijk. Dit feitelijk beeld moet vervolgens leiden tot samenhangende afspraken die passen bij de in kaart gebrachte zorgvraag.

In de enquête onder de zorgaanbieders is gevraagd of zij willen beoordelen (op een schaal van 1 tot 10) in welke mate deze feitelijke beeldvorming in hun regio inmiddels gecoördineerd plaatsvindt. De resultaten staan in onderstaande tabel, waarbij een uitsplitsing wordt gemaakt in respondenten die enkel een contract voor huisartsenzorg af hebben gesloten, enkel een contract voor multidisciplinaire zorg en aanbieders die beide contracten hebben afgesloten. Deze laatste categorie betreft dan voornamelijk gezondheidscentra.

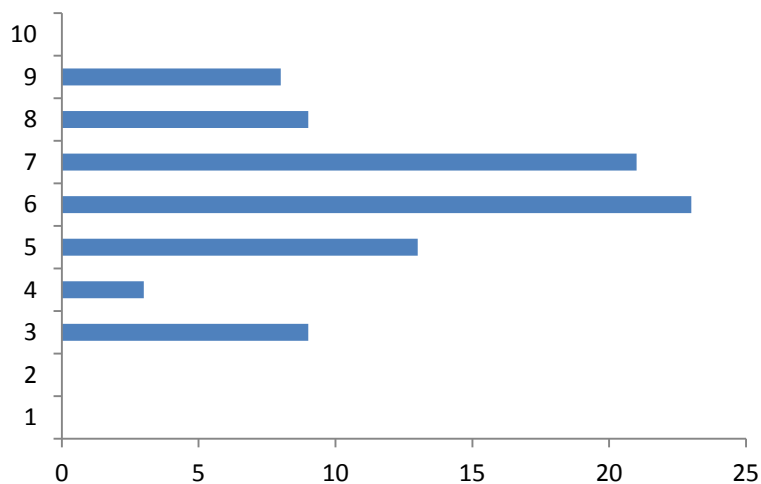
*Tabel 6.1: Zorgaanbieders: "Bent u van mening/ervaart u dat in uw regio deze beweging gecoördineerd is ingezet?" (op een schaal van 1 tot 10)*

	Alleen huisartsen	Beiden	Alleen samenw.verb.
1	14.3 % 	10.9 % 	5.1 % 
2	10.9 % 	8.2 % 	2.6 % 
3	16.0 % 	15.0 % 	12.8 % 
4	11.8 % 	15.0 % 	7.7 % 
5	14.3 % 	14.3 % 	15.4 % 
6	11.8 % 	17.1 % 	12.8 % 
7	11.8 % 	9.6 % 	20.5 % 
8	6.7 % 	8.5 % 	15.4 % 
9	2.5 % 	1.0 % 	5.1 % 
10	0 %	0.3 % 	2.6 % 
Gemiddeld	4.3	4.5	5.7

Bron: enquête zorgaanbieders

Dezelfde vraag is vervolgens uitgezet onder de zorgverzekeraars. Per samenwerkingsverband waarmee zij de contracteren is hen gevraagd om een oordeel te geven over de mate waarin deze feitelijke beeldvorming in de regio waarin het gecontracteerde samenwerkingsverband actief is.

*Tabel 6.2: Zorgverzekeraars: "Bent u van mening dat in de regio van deze zorgaanbieder de in de toelichting geschetste beweging gecoördineerd is ingezet?" (op een schaal van 1 tot 10)*



Gemiddeld: 6,2

Bron: enquête zorgverzekeraars

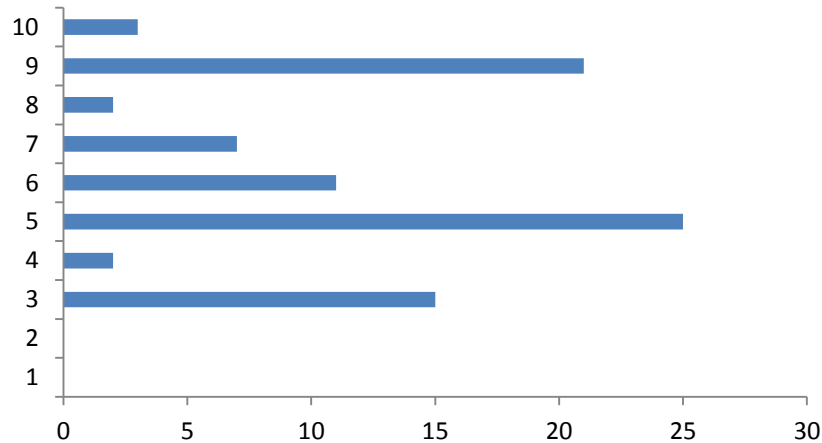
Vervolgens is aan zowel aanbieders als zorgverzekeraars gevraagd in hoeverre de gemaakte afspraken in het overeengekomen contract al aansluiten bij de opgave in de regio, gemeente en/of wijk.

*Tabel 6.3: Zorgaanbieders: "Bent u van mening/ervaart u dat de resultaten uit deze beweging ook al landen in het huidige contract?" (op een schaal van 1 tot 10)*

	Alleen huisartsen	Beiden	Alleen samenw.verb.
1	29.4 %	24.6 %	20.5 %
2	16.0 %	14.7 %	12.8 %
3	17.7 %	19.8 %	20.5 %
4	12.6 %	14.0 %	5.1 %
5	16.0 %	17.1 %	12.8 %
6	5.9 %	6.5 %	10.3 %
7	0.8 %	2.1 %	10.3 %
8	1.7 %	1.4 %	7.7 %
9	0 %	0 %	0 %
10	0 %	0 %	0 %
Gemiddeld	3.0	3.2	3.9

Bron: enquête zorgaanbieders

*Tabel 6.4: Zorgverzekeraars: "Bent u van mening/ervaart u dat de resultaten uit deze beweging ook al landen in het huidige contract?" (op een schaal van 1 tot 10)*



Gemiddeld: 6,14

Bron: enquête zorgverzekeraars

In bovenstaande tabellen valt een aantal zaken op. Allereerst valt op dat de antwoorden het beeld bevestigen dat per regio nog veel verschillen bestaan in de wijze waarop zorgverzekeraars samen met samenwerkingsverbanden in staat zijn om deze zorgvraag in kaart te brengen en in concrete afspraken te vatten.

Opvallend is ook dat zorgaanbieders die alleen een contract aangaan rondom huisartsenzorg een negatiever beeld op beide punten hebben dan de samenwerkingsverbanden. Terwijl deze samenwerkingsverbanden dezelfde huisartsen onder hun achterban rekenen.

Dit duidt mogelijk op een verbeterpunt voor de samenwerkingsverbanden in voorlichting aan de aangesloten huisartsenpraktijken over de vorderingen die inmiddels regionaal worden gemaakt.

Zorgverzekeraars zien overall meer voorbeelden van regio's waar het ontwikkelen van het feitelijk beeld van de zorgvraag en het aansluiten van de inhoudelijke afspraken voorspoedig verloopt dan de zorgaanbieders die deelnamen aan de enquête. Dit kan duiden op een rooskleuriger visie door de zorgverzekeraars. Maar hier kan zeker ook meespelen dat de uitvraag onder zorgverzekeraars aan landelijk dekking beeld schetst, terwijl het beeld onder aanbieders alleen gebaseerd is op dat aandeel dat de enquête heeft ingevuld. Het is hierbij zeer goed denkbaar dat aanbieders met een grote mate van onvrede over de huidige situatie eerder geneigd zijn om deel te nemen aan de NZa-enquête. Dit geeft mogelijk een vertekend beeld.

#### **Ervaringen thema's uit het bestuurlijk akkoord**

Veel van de elementen in de huidige standaardcontracten voor huisartsenzorg zijn direct of indirect te koppelen aan thema's die in het bestuurlijk akkoord worden benoemd. Belangrijke voorbeelden zijn de inzet van aanvullend personeel en aanvullende bekostiging voor kwetsbare groepen zoals ouderen, patiënten met ggz-problematiek of inwoners van achterstandswijken.

In de enquête onder zorgaanbieders hebben we gevraagd of specifieke elementen en thema's die in het bestuurlijk akkoord worden genoemd naar hun mening voldoende tot uiting komt in het huidige contract. Het resultaat uit de enquête is gebundeld in onderstaande tabel.



Tabel 6.5: Zorgaanbieders: "Biedt uw huidig contract voldoende ruimte op deze thema's?"

	Ruim voldoende	Voldoende	Neutraal/ wee t niet	Enigszins belemmerd	Sterk belemmerd
Meer tijd, in algemene zin, voor en met de patiënt?	1%	4%	14%	33%	48%
Benodigde inzet voor kwetsbare ouderen	2%	19%	20%	38%	21%
Benodigde inzet voor mensen met een gezondheidsachterstand	1%	6%	49%	30%	14%
Benodigde inzet voor GGZ-problematiek	4%	31%	24%	30%	12%
Medicatiebeoordeling bij kwetsbare patiënten met polyfarmacie	3%	31%	29%	18%	18%
Versterking organisatiegraad en infrastructuur	2%	15%	25%	31%	26%
Verbeteringen in toegankelijkheid/kwaliteit van ANW-zorg	0%	5%	38%	28%	28%
Bundeling ICT-kennis, capaciteit en voorzieningen op regionaal niveau?	1%	9%	41%	28%	21%
Versterking van samenwerkingsvormen en netwerkstructuren in de 1e lijn	2%	17%	37%	26%	18%
Betere uitwisseling van gegevens met aanpalende sectoren (bv 2e lijn) en domeinen (bv gemeenten-jeugdzorg)	0%	6%	43%	28%	23%
Uitwisseling van patiënt gegevens	1%	10%	51%	23%	16%
Inzetten van eHealth-toepassingen	1%	23%	46%	20%	10%

Bron: enquête zorgaanbieders

Per thema hebben we, wanneer de zorgaanbieder aangaf belemmering te ervaren, vervolgens gevraagd waarin dan de belemmering lag.

Tabel 6.6 Zorgaanbieders: "Wat is, naar uw mening, op dit thema de belangrijkste belemmering in het huidige contract?"

	Ontbreken van specifieke afspraken	Hoogte vergoeding	Grenzen aan vergoeding aanvullende inzet	Anders
Meer tijd, in algemene zin, voor en met de patiënt?	33%	26%	30%	10%
Benodigde inzet voor kwetsbare ouderen	15%	34%	38%	13%
Benodigde inzet voor mensen met een gezondheidsachterstand	43%	25%	24%	8%
Benodigde inzet voor GGZ-problematiek	15%	28%	42%	16%
Medicatiebeoordeling bij kwetsbare patiënten met polyfarmacie	32%	35%	16%	17%
Versterking organisatiegraad en infrastructuur	28%	25%	21%	26%
Verbeteringen in toegankelijkheid/kwaliteit van ANW-zorg	39%	35%	7%	19%
Bundeling ICT-kennis, capaciteit en voorzieningen op regionaal niveau?	55%	21%	6%	18%
Versterking van samenwerkingsvormen en netwerkstructuren in de 1e lijn	41%	21%	12%	26%
Betere uitwisseling van gegevens met aanpalende sectoren (bv 2e lijn) en domeinen (bv gemeenten-jeugdzorg)	59%	14%	7%	21%
Uitwisseling van patiënt gegevens	52%	18%	9%	21%
Inzetten van eHealth-toepassingen	34%	32%	11%	24%

Bron: enquête zorgaanbieders

Ondanks de individuele ruimte en keuzevrijheid in de standaardcontracten blijkt uit de enquête onder zorgaanbieders een vrij hoge mate van onvrede over de samenstelling van het overeengekomen contract. En deze onvrede is het hoogst onder praktijken die alleen een contract hebben ondertekend voor huisartsenzorg.

De respondenten van de enquête beoordelen de vormgeving van het huidige contract toch overwegend als belemmerend of ernstig belemmerend. Opvallend bijvoorbeeld is dat het element 'meer tijd voor de patiënt' met name niet wordt herkend in het huidige contract. De mogelijkheden om aanvullend personeel in te zetten op dezelfde populatie wordt blijkbaar niet herkend als een middel om meer tijd voor de patiënt te creëren. Of ze worden wel herkend, maar men ervaart toch belemmeringen in de hoogte of mate van vergoeding voor dit personeel.

Zoals eerder aangegeven is het zeer goed denkbaar dat aanbieders met een grote mate van onvrede over de huidige situatie eerder geneigd zijn om deel te nemen aan de NZa-enquête. Daarmee geven de cijfers mogelijk een vertekend beeld over de landelijke situatie. Dat neemt niet weg dat het beeld dat op hoofdlijnen ontstaat uit de enquête, aansluit bij de interviews die de NZa gehouden heeft met (vertegenwoordigers van) huisartsenpraktijken. Hieruit komt onder meer het beeld naar voren dat huisartsen het huidige contract niet voldoende ervaren als oplossing voor de problemen die in de praktijk worden geconstateerd.

Een beeld uit de interviews onder zorgaanbieders is dat het standaardcontract weliswaar veel opties en keuzes biedt, maar geen directe oplossing biedt voor ervaren problemen rondom krapte op de arbeidsmarkt en toenemende ervaren zorgzwaarte in de praktijk. Bijvoorbeeld: ruimte in het contract voor het aantrekken van aanvullend personeel is prettig, maar als het vervolgens moeilijk is om dit gekwalificeerd ondersteunend personeel te vinden ervaart de praktijk alsnog een probleem.

Een breed keuzemenu aan mogelijke aanvullende vergoedingen voor de huisartsenpraktijk zorgt niet direct voor verlichting van de werkdruk in de nachtdiensten. Of voor een oplossing voor regionale krapte op de waarneemmarkt, waardoor het moeilijker wordt om vervanging voor diensten te realiseren.

Hier ligt ook een koppeling met de constatering dat onder de huisartsen die deelnamen aan de enquête het merendeel aangeeft dat de transparantie van het beleid van de zorgverzekeraar onvoldoende is en dat beleidswijzigingen ten opzichte van het vorige contract onvoldoende helder zijn toegelicht. Dit is op het eerste oog een opvallende uitkomst. De openbare inkoopdocumenten, hoewel soms wat complex in opzet of leesbaarheid, maken in de basis voldoende helder onder welke voorwaarden praktijken in aanmerking komen voor aanvullende vergoedingen. En deze worden ook tijdig openbaar gemaakt. Zorgverzekeraars organiseren regiobijeenkomsten rondom het inkoopbeleid voor de huisartsen. De beoordeling dat het inkoopbeleid onvoldoende transparant is, lijkt mede een signaal dat huisartsenpraktijken niet voldoende zien hoe het huidige inkoopbeleid bijdraagt aan het knelpunten dat zij in de praktijk ervaren of zien ontstaan. En zegt ook iets over de complexiteit van het bekostigingssysteem, waarover meer in paragraaf 6.4.

Voor een deel van deze in de praktijk ervaren problemen is het ook maar de vraag of het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders de oplossing gaat bieden. Door te investeren in goed functionerende samenwerkingsverbanden en het maken van goede regionale afspraken kan een deel van de ervaren toenemende druk op de huisartsen worden verlicht en de noodzakelijke zorg rondom patiënten verder worden gestroomlijnd.

Door middel van regionale taakherschikking bijvoorbeeld. Maar op het gebied van arbeidsmarktproblematiek en opleiding zijn ook andere oplossingen nodig die niet via regionaal contracteren kunnen worden opgepakt. Dit is in het bestuurlijk akkoord ook erkend. Voor oplossingen voor dergelijke problemen is in april 2019 een gezamenlijk plan van aanpak gepubliceerd door de LHV en VWS. [Plan van aanpak over balans in vraag en aanbod in de huisartsenzorg | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

### **Afstemming Regio**

In het bestuurlijk akkoord wordt veel neergelegd bij “de regio”. Dit vanuit het idee dat knelpunten in Groningen afwijken van knelpunten in Amsterdam. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen regionaal afspraken maken, zodat knelpunten beter geadresseerd worden dan op basis van een door de overheid opgelegde landelijke blauwdruk. “De regio” klinkt vrij overzichtelijk en afgebakend. In de praktijk is echter invulling geven aan beleid en concrete afspraken die recht doen aan problemen in “de regio” vaak complex, omdat deze regio niet helder of logisch afgebakend is.

Een verzekeraar kent een “kernwerkgebied” (daar waar veel verzekerden wonen) dat vaak meerdere regio’s beslaat. Idealiter stemt de zorgverzekeraar de inhoud van de standaardcontracten voor huisartsenzorg zo goed mogelijk af met en op de huisartsen in zijn regio(’s). Uit de interviews onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijkt dat deze afstemming soepeler verloopt als het kernwerkgebied van de zorgverzekeraar grotendeels overeenkomt met de regio waarbinnen de zorgaanbieders zich hebben georganiseerd. Kleine zorgverzekeraars contracteren vaak zelfstandig in een kernwerkgebied dat aansluit bij de regionale organisatie van huisartsen. Het perspectief van de regio is hier voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars gelijk, en de gewenste oplossingen voor knelpunten in de regio kunnen daarmee landen in het standaard beleid.

Voor grote zorgverzekeraars is deze afstemming van het standaardbeleid voor huisartsenzorg met een dergelijk mandaat ingewikkelder, omdat het standaard beleid moet aansluiten bij een groot aantal regio’s. Meerdere zorgverzekeraars geven aan zoekende te zijn naar een centraal aanspreekpunt namens de huisartsen in de regio’s waar zij de zorg inkopen. Of zoekende naar de juiste omgangsvorm als dit aanspreekpunt inmiddels is gevonden. Vanuit de LHV-overlegteams die deze rol innemen wordt juist frustratie geuit dat het mandaat niet altijd geaccepteerd wordt door de zorgverzekeraar.

Dit raakt de hiervoor aangegeven onvrede onder huisartsen over de wijze waarop het standaardcontract in hun beleving aansluit bij de door hen ervaren problemen. Huisartsen missen, in variërende mate, een gevoel van inspraak in de totstandkoming van het beleid van de zorgverzekeraar. De regiobijeenkomsten die zorgverzekeraars organiseren met de huisartsen worden ervaren als voorlichting, niet als inspraak.

Onder de samenwerkingsverbanden horen wij in de interviewronde onder deze groep aanbieders toch in de breedte een positiever geluid over de relatie met de zorgverzekeraar. Samenwerkingsverbanden ervaren over het algemeen meer een constructief gesprek. Al geven zij in de interviews aan dat dit overleg niet altijd het gewenste resultaat oplevert.

Eén van de elementen die opvallen in de gevoerde gesprekken onder zowel de zorgaanbieders als zorgverzekeraars is dat ook hier de wijze waarop “de regio” is vormgegeven, een grote invloed uitoefent op de gemaakte afspraken. De gebieden waar veel multidisciplinaire ondersteuning, alternatieve zorgprogramma’s, brede poules van ondersteunend personeel, etc. in de contracten overeen worden gekomen, zijn de regio’s waarin de samenwerkingsverbanden een sterk mandaat hebben vanuit de individuele zorgaanbieders in de achterban.

Zij hebben vaak goede banden met het ziekenhuis, andere regionale zorgaanbieders, en de gemeentes . Dit zijn ook de regio's waarin vooral een constructief gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder wordt ervaren en de zorgaanbieder op hoofdlijnen tevreden is met de gemaakte afspraken.

Daartegenover staan regio's waar dit mandaat en deze cohesie moeizaam tot stand komen of vrijwel geheel ontbreken. Dat kan vele oorzaken hebben. Op basis van de interviews geven we hieronder een aantal voorbeelden:

- Het kan komen omdat het een rurale regio betreft die nog vooral bestaat uit verspreide solopraktijken. Hier zien we voorbeelden dat een zorgverzekeraar via de standaardcontracten probeert om meer cohesie te stimuleren door vormen van onderlinge afstemming te koppelen aan de vergoeding van aanvullende ondersteuning zoals praktijkmanagement. Om op deze wijze toe te werken naar een meer centraal aanspreekpunt van huisartsen in "de regio";
- Daarnaast ontstaat het beeld, en dan met name in de grote steden, dat juist een grote hoeveelheid en diversiteit in aanbod van zowel huisartsenzorg als het omringende zorgaanbod in een regio een belemmerende factor is om constructieve gesprekken te voeren over noodzakelijk aanbod in de regio. De zorgverzekeraar ervaart hier nog geen sterke gesprekspartner waarmee het noodzakelijke aanbod vormgegeven kan worden door middel van contractering. Daar waar hervorming van de samenwerkingsstructuren door de zorgverzekeraar wordt afgedwongen in het contracteerproces en de financiering, ontstaat veel onrust en onvrede onder de bestaande aanbieders.

- Een ander voorbeeld waar de samenstelling van de regio tot knelpunten kan leiden, is de situatie waarbij de samenwerkingsverbanden van multidisciplinaire zorg een andere lijn volgen dan de regionale vertegenwoordigers van de basishuisartsenzorg. In meerdere interviews onder zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders komt het beeld naar voren dat gesprekken rondom de opbouw van het standaardhuisartsencontract veelal stroef verlopen en eerder gaan over "meer" voor de individuele praktijk dan over "anders". Daar waar de gesprekken met samenwerkingsverbanden vaker gaan over verbreding binnen en buiten de eerstelijns en minder enkel vanuit de organisatie van de huisartsenpraktijk worden aangevlogen. Deze twee zienswijzen kunnen elkaar in de praktijk in de weg staan.

### **Complexiteit**

Zoals hiervoor beschreven constateren we op verschillende punten onvrede bij de huisartsenpraktijk: zowel over de standaardcontracten voor huisartsenzorg als de afspraken met samenwerkingsverbanden voor de multidisciplinaire zorg.

Voor een deel wordt deze onvrede mede gevoed door de complexiteit van de huidige bekostiging. De inkomsten van een huisarts bestaan uit vergoedingen op basis van abonnement (inschrijving), op basis van verrichtingen, op basis van vergoedingen gekoppeld aan de inzet van specifiek personeel en op basis werkzaamheden als onderaannemer van het samenwerkingsverband. Dit geheel wordt via het contract tussen zorgverzekeraar en huisartsenpraktijk vervolgens aangevuld met een pallet van aanvullende vergoedingsafspraken. En ook hier wordt veelal weer een brede variatie van vergoedingen per verrichting, per zorgprogramma, per fte ondersteunend personeel, en/of op basis van resultaat aangeboden.

Binnen dit complexe geheel ontstaat vervolgens een discussie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders (zowel huisartsen als regionale organisaties) over de redelijkheid van de hoogte van de vergoeding voor een specifiek aanvullend element. Waarbij de vraag "wat wordt nu precies waar vergoed" door de complexiteit van het geheel aan vergoedingen niet of nauwelijks meer te beantwoorden is.

Dit leidt tot onvrede en verloren tijd en energie over relatief kleine onderdelen van de te sluiten overeenkomst. Zoals de wijze waarop een deel van de aanvullende vergoedingen geïndexeerd worden of de tariefopbouw van aanvullende vergoedingen voor ondersteunend personeel. Het overgrote deel van de vragen en signalen die de NZa in de contractperiode 2019 bereikte over huisartsenzorg raakte dergelijke discussies. Zolang de onderlinge discussies blijven steken op dat niveau, gaat het nog niet over de noodzakelijke stappen in lijn met de intenties van het bestuurlijk akkoord. Dit soort discussies worden mede gevoed door de complexiteit van het huidige bekostigingsmodel.

### **Conclusies en aanbevelingen**

*Feitelijk beeld van regio nog lang niet overal voldoende in kaart*  
Een van de centrale elementen in het bestuurlijk akkoord is dat de contractering en vormgeving van zorg meer moet gaan draaien om de daadwerkelijke behoefte aan zorg in een regio, gemeente of wijk. Om dit te bereiken is allereerst een feitelijk beeld nodig van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in de regio, gemeente en/of wijk. Dit feitelijk beeld moet vervolgens leiden tot samenhangende afspraken die passen bij de in kaart gebrachte zorgvraag.

Of zorgverzekeraars samen met samenwerkingsverbanden in staat zijn om deze zorgvraag in kaart te brengen en in concrete afspraken te vatten verschilt per regio nog sterk. In regio's waar men nog niet zover is om de opgave in de regio in beeld te brengen, is de komende jaren nog veel werk te verzetten door zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Opvallend is dat aan de enquête deelnemende huisartsenpraktijken een negatiever beeld hebben van de staat deze ontwikkeling dan de samenwerkingsverbanden. Dit duidt mogelijk ook op een verbeterpunt voor de samenwerkingsverbanden in voorlichting aan de aangesloten huisartsenpraktijken over de vorderingen die inmiddels worden gemaakt.

*Meer tijd voor de patiënt: Zorgaanbieders ervaren de geboden ruimte vaak (nog) niet als oplossing voor gesignaleerde knelpunten.*

Een ander centraal element in het bestuurlijk akkoord is de afspraak dat partijen zich inzetten om te borgen dat de huisarts voldoende tijd voor de patiënt heeft en houdt, met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen als ouderen, patiënten in achterstandswijken en patiënten met GGZ-problematiek.

Een aantal van deze elementen landt al in de door de NZa-gereguleerde maximumtarieven 2019. Deze worden door alle zorgverzekeraars gevolgd. Denk daarbij aan de herijkte en uitgebreide aanvullende vergoedingen voor inwoners in wijken met achterstandsproblematiek, per 2018 verhoogde vergoedingen voor patiënten boven de 85 jaar en gestandaardiseerde vergoedingen voor het aantrekken van GGZ-ondersteuning.

De standaardcontracten 2019 voor huisartsenzorg bieden daarbij in alle gevallen ruimte en flexibiliteit met aanvullende inzet van aanvullend personeel zoals POH-S en praktijkmanagement en/of aanvullende vergoedingen deelname aan gecoördineerde zorgprogramma's rondom kwetsbare patiënten. De mate waarin gebruik wordt gemaakt van de aanvullende vergoeding voor praktijkmanagement is hierbij opvallend hoog, gelet op het feit dat deze mogelijkheid voor het eerst in 2018 is geïntroduceerd.

De geboden ruimte voor het aantrekken van aanvullend personeel wordt nog niet maximaal benut. Toch beoordelen zorgaanbieders het huidige contract meer als "belemmerend" dan als "faciliterend" in relatie tot het bereiken van de doelstellingen in het bestuurlijk akkoord.

"Meer tijd voor de patiënt" is op vele manier in te vullen en daarmee moeilijk te kwantificeren. In de standaardcontracten 2019 met huisartspraktijken zien we ten opzichte van 2018 over het algemeen geen grote verschuiving in het inkoopbeleid als gevolg van het bestuurlijk akkoord. Een kleine verzekeraar introduceert in 2019 een specifieke opslag onder de noemer "meer tijd voor de patiënt" in het standaard contract. In pilots worden een succesvol experiment rondom een andere aanpak van zorg in achterstandswijken verder uitgerold in grote steden.

#### *Versterking organisatie en infrastructuur*

Of de in het bestuurlijk akkoord overeengekomen investeringen in het versterken van de organisatiegraad ook tot uiting komen in een macrogroei in investeringen in 2019 is nu nog niet inzichtelijk op basis van declaratiedata. Hier gaat de volgende monitor meer inzicht in geven. We zien regionaal voorbeelden van aanvullende investeringen, maar zien ook bevrozing van tarieven. Twee zorgverzekeraars spreken over de gehele linie geen tariefgroei af in 2019 binnen de termijn van het meerjarencontract.

Meerdere verzekeraars werken met bevrozing van tarieven voor standaardketenzorgaanbod bij een deel van de door hen gecontracteerde aanbieders.

Zorgverzekeraars kiezen verschillende routes om verdere versterking van de samenwerkingsverbanden te bewerkstelligen of ze zijn hier nog naar op zoek. Hierbij richt de ene verzekeraar zich op een meer kleinschalige clustering op "wijk"-niveau, terwijl bij een andere juist het grootschalige "regio"-samenwerkingsverband de nadruk krijgt. Hierbij wordt in 2019 vooral voortgebouwd op de samenwerkingsverbanden die al staan. We zien in 2019 nog geen grote koerswijziging als gevolg van het bestuurlijk akkoord.

Een grote verzekeraar vormt een uitzondering. Deze dwingt met ingang van 2019 de vorming van regionale samenwerkingsverbanden af door middel van contractering. Daar waar dergelijke overhevelingstrajecten worden ingezet moet de borging van continuïteit en toegankelijkheid van zorg in de regio in het oog worden gehouden. Als blijkt dat de nadruk op de organisatie op regioniveau gaat leiden tot onvoldoende organisatiekracht op wijkniveau, moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieders dit knelpunt adresseren.

De toekomstige balans tussen noodzakelijke organisatie en infrastructuur op regio- en wijkniveau is bij alle afspraken een aandachtspunt. Dat de afspraken nu veelal óf de nadruk leggen op versterking op wijkniveau óf op regioniveau is vaak verklaarbaar vanuit de vertreksituatie. Maar beide vormen van ondersteuning zijn gezamenlijk nodig.

#### *Indexering*

In het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat kostenstijging als gevolg van loonstijgingen volledig worden vertaald in de af te spreken prijzen. Voor het deel van het huisartsencontract waar zorgverzekeraars de NZa tarieven volgt gaat dat automatisch.

Twee verzekeraars houden de vrije onderdelen in de contracten met zowel huisartsen als samenwerkingsverbanden constant ten opzichte van 2018, vanuit de argumentatie dat meerjarencontracten zijn afgesloten. Twee andere verzekeraars indexeerden in mei 2019 na veel discussie en onrust met terugwerkende kracht alsnog een aantal tarieven in het huisartsencontract die in eerste instantie op het niveau 2018 bleven. In de contracten met samenwerkingsverbanden rondom multidisciplinaire zorg en ondersteuning zien we bij meerdere verzekeraars dat een deel van de afspraken ten opzichte van 2018 geen groei kennen.

#### *Werk aan samenwerking.*

We zien veel goede voorbeelden waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk in constructief overleg komen tot zinnige oplossingen voor ervaren problemen in een regio. Deze voorbeelden zien we op kleinschalig niveau, waarbij op praktijken/gezondheidscentra afspraken met zorgverzekeraars maken rondom zorgverplaatsing. Of komen een alternatieve aanpak van zorgverlening rondom kwetsbare groepen, zoals bijvoorbeeld het traject rondom "krachtige basiszorg". En op grootschalig niveau, waarbij samenwerkingsverbanden en verzekeraars zich constructief committeren aan een centrale regiovisie en hier in de afspraken ook naar handelen. Door bijvoorbeeld multidisciplinaire zorgpaden te ontwikkelen rondom ouderenzorg, ggz-problematiek, medicijngebruik, en in samenwerking met de overige aanbieders te werken aan betere en efficiëntere zorgverlening.

Maar we zien ook dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog vaak tegenover elkaar staan. Dit uit zich in onvrede, wantrouwen en soms hoogoplopende discussies/conflicten over specifieke onderdelen van de te sluiten overeenkomst. Zoals de wijze waarop geïndexeerd wordt of de tariefopbouw van aanvullende vergoedingen voor ondersteunend personeel. Zolang de discussies blijven steken op dat niveau, voedt dit onderling wantrouwen en gaat het nog niet over de noodzakelijke stappen in lijn met de intenties van het bestuurlijk akkoord.

Huisartsen missen hierbij inspraak in de totstandkoming van het contracteerbeleid van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zoeken zelf ook vaak nog naar een constructieve omgangsvorm met een centraal aanspreekpunt om de doorontwikkeling en afstemming van beleid vorm te geven.

Dit soort discussies worden mede gevoed door de complexiteit van het huidige bekostigingsmodel. In het bestuurlijk akkoord is al aangegeven dat het bekostigingsmodel samen met de veldpartijen verder onder de loep wordt genomen. Het gaat in het akkoord echter vooral over de wens om zorgzwaarte beter tot uiting te laten komen. De doorontwikkeling van het bekostigingsmodel zal daarbij ook moeten gaan over verdere vereenvoudiging. Zeker op die punten waar de huidige complexiteit nu de discussie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder op een negatieve manier beïnvloed. Hier gaan we samen met de veldpartijen aan de slag.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben een gezamenlijk belang, het blijven borgen van de toegankelijkheid van huisartsenzorg. Gesignaleerde problemen en knelpunten worden het doeltreffendst opgelost als zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk optrekken. Dit geldt zowel voor afspraken op regionaal niveau, als voor de vormgeving van de standaardcontracten. Het over en weer investeren in het verbeteren van de relatie tussen (vertegenwoordiging van) zorgaanbieders en verzekeraars kan een tempoversnelling opleveren bij de realisatie van nieuwe ontwikkelingen. Dit is in het belang van beide partijen, en daarmee ook in het belang van de patiëntenzorg.

#### *Aanbevelingen aan landelijke partijen*

De monitor geeft een feitelijk beeld van de inhoud van de contracten en de ervaringen van de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. De duiding en beoordeling of daarmee voldoende invulling wordt gegeven aan het bestuurlijk akkoord, is in eerste instantie ter beoordeling aan de partijen die het akkoord hebben afgesloten.



Veel van de stappen die moeten worden gezet om het bestuurlijk akkoord de komende vier jaar uit te voeren, moeten worden gezet door de regionale partijen. De landelijke partijen kunnen, mede op basis van deze monitor, verkennen hoe zij hen hierbij verder kunnen ondersteunen.

Een aantal elementen in deze monitor is het waard om verder uit te diepen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan

- de constatering dat lang niet overal afspraken over de regionale zorgbehoefte in kaart zijn gebracht.
- de constatering dat zorgaanbieders de contracten als belemmerend ervaren in relatie tot het bestuurlijk akkoord, ondanks de flexibele vormgeving, en inspraak missen in de vormgeving van de contracten.
- de constatering dat overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te vaak nog tegenover elkaar staan in plaats in partnerschap werken aan regionale problemen.
- de constatering dat investeringen in wijk/regio-ondersteuning veelal nog niet in onderlinge samenhang wordt vormgegeven.

Voor deze verdieping kan de monitor 2020 gedeeltelijk ondersteunend zijn. Maar een aantal van deze punten kan als actiepunten verder worden opgepakt door de landelijke tafels rondom het bestuurlijk akkoord.

Deel onderling informatie over waar en waarom regionaal op deze punten de samenwerking tussen de partijen wél goed gaat en welke stappen genomen zijn om zover te komen. Erken ook waar het niet goed gaat en waarom het niet goed gaat. Werk hierbij verder aan partnerschap, gericht op het samen verhelpen van onderliggende oorzaken van wederzijds ervaren onvrede.

Blijf daarbij oog houden voor oplossingen vanuit samenwerking, rond taakherschikking binnen en buiten de praktijk. Bijvoorbeeld op basis van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/03/31/monitor-taakherschikking-physician-assistents-en-verpleegkundig-specialisten-in-de-medisch-specialistische-zorg>

# Bijlagen - resultaten enquêtes

# Bijlagen

## Toelichting

In deze bijlage staat een samenvatting van de antwoorden die zorgaanbieders hebben gegeven op de vragenlijst. In februari 2019 hebben 451 zorgaanbieders deze vragenlijst online ingevuld. Het invullen van deze lijst was vrijblijvend, zorgaanbieders zijn niet persoonlijk uitgenodigd. In plaats daarvan is via de brancheorganisaties en social media een oproep gedaan. Invullen was niet anoniem, omdat de NZa graag in komende jaren trendanalyses wil uitvoeren op de antwoorden van aanbieders over de tijd.

Zowel aanbieders van basisvoorziening huisartsenzorg (segment 1) als multidisciplinaire ketenzorg (segment 2) hebben de vragen beantwoord. Tussen deze groepen bestaat een grote overlap: 293 respondenten bieden zorg aan uit beide segmenten. Waar nodig zijn de antwoorden gesplitst of gefilterd op soort aanbieder. De meeste resultaten zijn echter weergegeven voor alle respondenten, omdat er nauwelijks verschil bestond tussen de antwoorden van de twee groepen.

In de responsgroep zijn zorgaanbieders die een contract hebben met zorgverzekeraar Zilveren Kruis oververtegenwoordigd (44%). Ten einde de analyse van de antwoorden eenvoudig te kunnen uitvoeren, is ervoor gekozen niet te corrigeren voor deze scheve verdeling. Bij het interpreteren van de resultaten is het dus zaak om hiermee rekening te houden.

*Welke zorg biedt u aan, zodanig dat u deze ook zelfstandig rechtstreeks aan patient/zorgverzekeraar in rekening brengt? (meerdere antwoorden mogelijk)*

	Aantal	Percentage
Segment 1	412	91.35%
Segment 2	332	73.61%
Aantal respondenten	451	

*Met welke verzekeraar heeft u voor 2019 een contract afgesloten voor Segment 1?*

	Aantal	Percentage
Zilveren kruis	180	43.69%
VGZ	126	30.58%
CR	121	29.37%
Menzis	51	12.38%
DSW	20	4.85%
Zorg en Zekerheid	37	8.98%
ENO	13	3.16%
De Friesland	29	7.04%
Geen	0	0%
Aantal respondenten	412	

Met welke verzekeraar heeft u voor 2019 een contract afgesloten voor Segment 2?)

	Aantal	Percentage
Zilveren kruis	142	42.77%
VGZ	92	27.71%
CR	85	25.60%
Menzis	45	13.55%
DSW	14	4.22%
Zorg en Zekerheid	27	8.13%
ENO	11	3.31%
De Friesland	24	7.23%
Geen	5	1.51%
Aantal respondenten	332	

Is het door u afgesloten contract met de regionaal dominante zorgverzekeraar vervolgens "gevolgd" door de overige verzekeraars?

Aanbieders segment 1	Aantal	Percentage
Ja	329	79.85%
Nee	6	1.46%
Nog niet	19	4.61%
Gedeeltelijk	58	14.08%
Aantal respondenten	412	

Aanbieders segment 2	Aantal	Percentage
Ja	262	80.12%
Nee	4	1.22%
Nog niet	35	10.70%
Gedeeltelijk	26	7.95%
Aantal respondenten	327	

Zijn in uw huidige contract voor segment 1 (en de aanvullingen hierop in modules via segment 3) elementen/modules/verrichtingen opgenomen waarvan het tarief ten opzichte van het voorgaande contract niet of niet volledig geïndexeerd is? Het gaat dan specifiek om elementen/modules/verrichtingen waarvoor de kosten van uitvoering van dat specifieke element naar uw inzicht wél zijn toegenomen?

Aanbieders segment 1	Aantal	Percentage
Ja	183	44.42%
Nee	80	19.42%
Dat weet ik niet	149	36.17%
Aantal respondenten	412	

*Zijn in uw huidige contract voor segment 2 (en de aanvullingen hierop via segment 3) elementen opgenomen waarvan het tarief ten opzichte van het voorgaande contract niet of niet volledig geïndexeerd is? Het gaat dan specifiek om elementen waarvoor de kosten van uitvoering van dat specifieke element naar uw inzicht wél zijn toegenomen.*

<b>Aanbieders segment 2</b>	<b>Aantal</b>	<b>Percentage</b>
Nee, prijsindexatie is integraal onderdeel van de afspraken over zowel directe patiëntzorg als overhead	35	10.70%
Ja, de overeengekomen tarieven voor directe patiëntzorg zijn niet of niet volledig geïndexeerd ten opzichte van het vorig contract	28	8.56%
Ja, de overeengekomen tarieven voor "overhead" zijn niet of niet volledig geïndexeerd ten opzichte van het vorig contract	35	10.70%
Ja, zowel de tarieven voor directe patiëntzorg als de tarieven voor overhead zijn niet of niet volledig geïndexeerd ten opzichte van het vorig contract	87	26.61%
Niet relevant, indexatie ten opzichte van voorgaande jaren speelt geen rol in totstandkoming huidige overeenkomst	15	4.59%
Dat weet ik niet	127	38.84%
Aantal respondenten	327	

*Heeft u overwogen of geprobeerd nog een andere zorgverzekeraar te contracteren?*

<b>Aanbieders segment 1</b>	<b>Aantal</b>	<b>Percentage</b>
Ja	60	14.56%
Nee	352	85.44%
Aantal respondenten	412	

<b>Aanbieders segment 2</b>	<b>Aantal</b>	<b>Percentage</b>
Ja	29	8.73%
Nee	303	91.27%
Aantal respondenten	332	

*Is dit gelukt?*

Aanbieders segment 1	Aantal	Percentage
Ja	1	1.67%
Nee	59	98.33%
Aantal respondenten	60	

Aanbieders segment 2	Aantal	Percentage
Ja	1	3.45%
Nee	28	96.55%
Aantal respondenten	29	

*Kunt u toelichten waarom u over 2019 geen contract met een zorgverzekeraar heeft gesloten?  
(meerdere keuzes mogelijk)*

Aanbieders segment 2	Aantal	Percentage
De onderhandeling zijn nog niet afgerond	2	40%
Ik vind de geboden tarieven te laag	1	20%
Anders nl:	4	80%
Aantal respondenten	5	

*Is het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar waar u een contract mee hebt afgesloten helder/transparant geformuleerd voor u?*

	Alle aanbieders		Segment 1		Segment 2	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Ja	197	43.68%	168	40.78%	147	44.28%
Nee	245	56.32%	244	59.22%	185	55.72%
Aantal respondenten	451		412		332	

*Is het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar waar u een contract mee hebt afgesloten helder/transparant geformuleerd voor u?*

	Alle aanbieders		Segment 1		Segment 2	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Ja	197	43.68%	168	40.78%	147	44.28%
Nee	245	56.32%	244	59.22%	185	55.72%
Aantal respondenten	451		412		332	

*Zijn beleidswijzigingen van uw zorgverzekeraar ten opzichte van het voorgaande contract helder toegelicht?*

	Alle aanbieders		Segment 1		Segment 2	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Ja	170	37.69%	144	34.95%	121	36.45%
Nee	281	62.31%	268	65.05%	211	63.55%
Aantal respondenten	451		412		332	

*Heeft u, of een ander namens u (bv LHV overlegteam, zorggroep et cetera) na ontvangst van het contractvoorstel, aanvullend overleg gevoerd met de zorgverzekeraar over de voorwaarden in het contract ofwel de te maken afspraken?*

	Alle aanbieders		Segment 1		Segment 2	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Nee	201	44.57%	192	46.60%	147	44.28%
ja, met afwijzing voorstel als resultaat	169	37.47%	162	39.32%	119	35.84%
ja, met aangepast contract tot gevolg	81	17.96%	58	14.08%	66	19.88%
Aantal respondenten	451		412		332	

*Was de verzekeraar vervolgens naar uw mening goed benaderbaar hierover?*

	Alle aanbieders		Segment 1		Segment 2	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Ja	50	61.73%	31	53.45%	44	66.67%
Nee	31	38.27%	27	46.55%	22	33.33%
Aantal respondenten	81		58		66	

*Heeft u bij uw zorgverzekeraar een verzoek ingediend voor zorginnovatie/zorgvernieuwing binnen segment 3? En wat was het resultaat?*

	Alle aanbieders		Segment 1		Segment 2	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Nee, geen verzoek ingediend	257	57.11%	246	59.85%	180	54.38%
Ja, een verzoek ingediend maar niet in gesprek gekomen / niet gehonoreerd	85	18.89%	79	19.22%	64	19.34%
Ja, een verzoek ingediend dat gedeeltelijk is gehonoreerd	57	12.67%	48	11.68%	46	13.90%
Ja, een verzoek ingediend dat is gehonoreerd	51	11.33%	38	9.25%	41	12.39%
Aantal respondenten	450		411		331	



Heeft u bij uw zorgverzekeraar een verzoek ingediend voor aanpassingen in c.q. aanvullingen op de standaard modules? En wat was het resultaat?

	Alle aanbieders		Segment 1		Segment 2	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Nee geen verzoek ingediend / n.v.t.	332	73.61%	303	73.54%	248	74.70%
Ja, een verzoek ingediend maar niet in gesprek gekomen / niet gehonoreerd	65	14.41%	65	15.78%	41	12.35%
Ja, een verzoek ingediend dat gedeeltelijk is gehonoreerd	26	5.76%	21	5.10%	22	6.63%
Ja, een verzoek ingediend dat is gehonoreerd	28	6.21%	23	5.58%	21	6.33%
Aantal respondenten	451		412		332	

Worden in uw regio bijeenkomsten georganiseerd door een zorgverzekeraar waar het inkoopbeleid wordt toegelicht?

	Alle aanbieders		Segment 1		Segment 2	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Ja	239	52.99%	216	52.43%	186	56.02%
Nee	103	22.84%	90	21.84%	73	21.99%
Weet niet	109	24.17%	106	25.73%	73	21.99%
Aantal respondenten	451		412		332	

*Heeft u zo'n regio bijeenkomst bijgewoond?*

	Alle aanbieders		Segment 1		Segment 2	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Ja	98	41.00%	80	37.04%	82	44.09%
Nee	141	59.00%	136	62.96%	104	55.91%
Aantal respondenten	239		216		186	

*Biedt uw contract 2019 (of het contract dat u is aangeboden) met de zorgverzekeraar naar uw eigen inzicht voldoende ruimte om uw praktijk/organisatie in te richten / aan te passen / uit te breiden op basis van de zorgbehoefte van uw populatie? Dit specifiek per thema:*

	Ruim voldoende	Voldoende	Neutraal/w eet niet	Enigszins belemmerd	Sterk belemmerd	Ontbreken van specifieke afspraken	Hoogte vergoeding	Grenzen aan vergoeding	Anders
Meer tijd, in algemene zin, voor en met de patiënt?	1%	4%	14%	33%	48%	33%	26%	30%	10%
Benodigde inzet voor kwetsbare ouderen	2%	19%	20%	38%	21%	15%	34%	38%	13%
Benodigde inzet voor mensen met een gezondheidsachterstand	1%	6%	49%	30%	14%	43%	25%	24%	8%
Benodigde inzet voor GGZ-problematiek	4%	31%	24%	30%	12%	15%	28%	42%	16%
Medicatiebeoordeling bij kwetsbare patiënten met polyfarmacie	3%	31%	29%	18%	18%	32%	35%	16%	17%
Versterking organisatiegraad en infrastructuur	2%	15%	25%	31%	26%	28%	25%	21%	26%
Verbeteringen in toegankelijkheid/kwaliteit van ANW-zorg	0%	5%	38%	28%	28%	39%	35%	7%	19%
Bundeling ICT-kennis, capaciteit en voorzieningen op regionaal niveau?	1%	9%	41%	28%	21%	55%	21%	6%	18%
Versterking van samenwerkingsvormen en netwerkstructuren in de 1e lijn	2%	17%	37%	26%	18%	41%	21%	12%	26%
Betere uitwisseling van gegevens met aanpalende sectoren (bv 2e lijn) en domeinen (bv gemeenten-jeugdzorg)	0%	6%	43%	28%	23%	59%	14%	7%	21%
Uitwisseling van patiënt gegevens	1%	10%	51%	23%	16%	52%	18%	9%	21%
Inzetten van eHealth-toepassingen	1%	23%	46%	20%	10%	34%	32%	11%	24%

*Specificatie bij Versterking organisatiegraad en infrastructuur:*

	Praktijk	Wijk	Regio	Ketenzo rg
De verzekeraar prioriteert in zijn beleid voor versterking O&I vooral op	14%	18%	45%	23%

**Toelichting**

In Het belangrijkste uitgangspunt in het bestuurlijk akkoord is dat de contractering en vormgeving van zorg meer moet gaan draaien om de daadwerkelijke behoefte aan zorg in een regio, gemeente of wijk. Om dit te bereiken is allereerst een feitelijk beeld nodig van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in de regio, gemeente en/of wijk. Dit feitelijk beeld moet vervolgens leiden tot samenhangende afspraken die passen bij de in kaart gebrachte zorgvraag.

*Bent u van mening/ervaart u dat in uw regio deze beweging gecoördineerd is ingezet?*

Cijfer	Alle respondenten			Alleen huisartsen			Beiden			Alleen samenw.verb.		
1	51	11.31 %		17	14.29 %		32	10.92 %		2	5.13 %	
2	38	8.43 %		13	10.92 %		24	8.19 %		1	2.56 %	
3	68	15.08 %		19	15.97 %		44	15.02 %		5	12.82 %	
4	61	13.53 %		14	11.76 %		44	15.02 %		3	7.69 %	
5	65	14.41 %		17	14.29 %		42	14.33 %		6	15.38 %	
6	69	15.30 %		14	11.76 %		50	17.06 %		5	12.82 %	
7	50	11.09 %		14	11.76 %		28	9.56 %		8	20.51 %	
8	39	8.65 %		8	6.72 %		25	8.53 %		6	15.38 %	
9	8	1.77 %		3	2.52 %		3	1.02 %		2	5.13 %	
10	2	0.44 %		0	0 %		1	0.34 %		1	2.56 %	
Gemiddeld	4.6			4.3			4.5			5.7		

**1:** In zijn geheel geen ervaring dat ingezet wordt op het gecoördineerd in kaart brengen van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in de regio, gemeente en/of wijk

**10:** In de regio wordt volledig ingezet op deze beweging en is dit feitelijk beeld al gerealiseerd en inzichtelijk.

*Bent u van mening/ervaart u dat de resultaten uit deze beweging ook al landen in het huidige contract?*

Cijfer	Alle respondenten			Alleen huisartsen			Beiden			Alleen samenw.verb.		
1	115	25.50 %		35	29.41 %		72	24.57 %		8	20.51 %	
2	67	14.86 %		19	15.97 %		43	14.68 %		5	12.82 %	
3	87	19.29 %		21	17.65 %		58	19.80 %		8	20.51 %	
4	58	12.86 %		15	12.61 %		41	13.99 %		2	5.13 %	
5	74	16.41 %		19	15.97 %		50	17.06 %		5	12.82 %	
6	30	6.65 %		7	5.88 %		19	6.48 %		4	10.26 %	
7	11	2.44 %		1	0.84 %		6	2.05 %		4	10.26 %	
8	9	2 %		2	1.68 %		4	1.37 %		3	7.69 %	
9	0	0 %		0	0 %		0	0 %		0	0 %	
10	0	0 %		0	0 %		0	0 %		0	0 %	
Gemiddeld			3.2			3.0			3.2			3.9

**1:** In het geheel geen relatie tussen huidig contract en gezondheidssituatie en opgave in de regio, gemeente en/of wijk

**10:** Contract sluit volledig aan bij geconstateerde gezondheidssituatie en opgave in de regio, gemeente en/of wijk

