

# Monitor huisartsenzorg

Versie 1

# Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

## **Originele versie:**

Citeertitel: Monitor huisartsenzorg

Permalink: [http://puc-acc.overheid.nl/doc/PUC\\_227245\\_22](http://puc-acc.overheid.nl/doc/PUC_227245_22)

## **Soort document:**

Type: Onderzoek en analyse - Marktscan - monitor

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

## **Versie en datums:**

Versie: 1

Laatste wijziging: 24-03-2020

## **Publicatiegegevens:**

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC\_227245\_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 23-03-2020

Taal: nl

# Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
1 Inleiding.....	8
2 Terugblik 2019.....	9
2.1 Conclusie terugblik 2019.....	18
3 Contractering huisartsenzorg.....	19
3.1 Inhoudelijke veranderingen in het contract huisartsenzorg.....	19
3.2 Ervaringen contracteerproces huisartsenzorg.....	22
3.3 Conclusie contractering huisartsenzorg.....	28
4 Contractering multidisciplinaire zorg.....	30
4.1 Inhoudelijke veranderingen in het contract multidisciplinaire zorg.....	30
4.2 Ervaringen contracteerproces multidisciplinaire zorg.....	35
4.3 Conclusie contractering multidisciplinaire zorg.....	44
5 Conclusie en aanbevelingen.....	47

## Samenvatting

We staan voor grote uitdagingen in de zorg. De betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit staan onder druk door vergrijzing, toenemende complexiteit en daarmee gepaard gaande toename van werkdruk. Dit is een gezamenlijk probleem.

Verandering en versnelling is nodig om de zorg betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden. Dit komt neer op samenwerking en gezamenlijke visie vanuit de zorgvraag in de regio: in partnerschap tussen zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders. Dit moet worden gerealiseerd door contracten die bijdragen aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek.

Er komt veel op de huisarts af. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben een gezamenlijke rol, verantwoordelijkheid en opdracht om te zorgen dat de huisarts klaar is voor de veranderingen in de zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) monitort of en hoe de afspraken gemaakt in het 'Bestuurlijk Akkoord Huisartsenzorg 2019-2022' landen in de contractering. Wij brengen sinds 2019 jaarlijks een monitor uit.

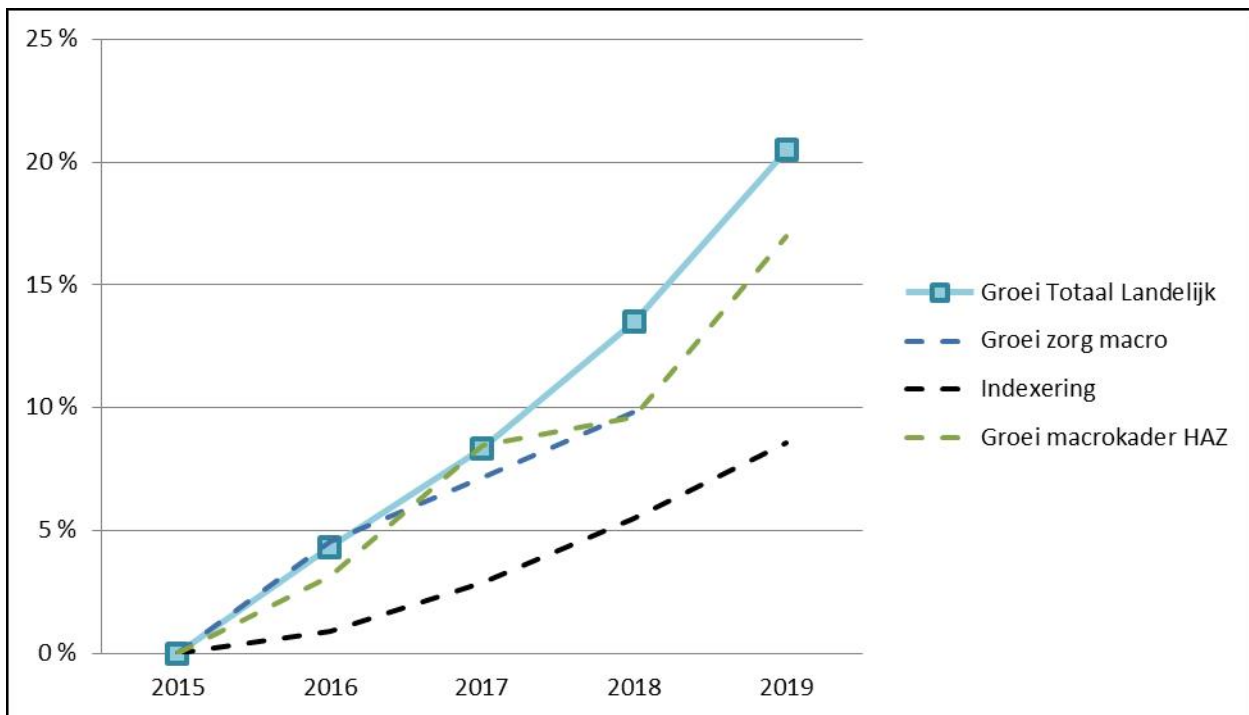
Huisartsen zijn een spil in de Nederlandse gezondheidszorg. Het is daarom ook belangrijk dat iedereen terecht kan bij een huisarts, nu en in de toekomst. De thema's van het bestuurlijk akkoord (hoofdpijnenakkoord) dragen bij om de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg te waarborgen. Denk hierbij aan oplossingen als het inzetten van meer ondersteunend personeel (thema: meer tijd voor de patiënt) of digitale zorg op afstand (thema: ICT-infrastructuur).

Om dergelijke oplossingen tot een succes te maken is het belangrijk dat zorgverleners en zorgverzekeraars samen in goed overleg bezien wat nodig is en welke investeringen daarbij passen. De uitgaven aan huisartsenzorg nemen de afgelopen jaren toe, maar er is nog ruimte voor meer groei. We zien dat er geïnvesteerd wordt in de onderlinge relatie en dat de ontwikkeling van regioplannen ten goede komt. De ondersteuning op het gebied van organisatie en infrastructuur concentreert zich nu vooral op de huisartsenzorg. Een bredere multidisciplinaire afstemming en ondersteuning is nodig voor De Juiste Zorg Op De Juiste Plek'.

### Er wordt zichtbaar geïnvesteerd in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

We zien een duidelijke groei aan uitgaven aan huisartsenzorg over de afgelopen jaren. Dit is in lijn met de toename van het beschikbare macrobudget voor deze sector. Uitgaven stijgen sterker dan enkel kostencorrectie of gemiddelde groei van alle zorg in de Zvw. Een belangrijk deel van deze groei komt voort uit investeringen in de huisartsenpraktijk (segment 1 en segment 3) Stijgende productie in segment 1 komt onder meer door meer investeringen in ondersteunend personeel, dat ook een deel van de aanvullende groei in uitgaven in segment 3 verklaard. De budgetten voor ondersteunende structuren zoals huisartsenposten (ANW budget) en regio-organisaties (O&I budget) groeien minder sterk.

*Figuur S1: Jaarlijkse groei in percentages in de totale uitgaven huisartsenzorg en multidisciplinaire voor de periode 2016-2019 ten opzichte van 2015*



HAZ = huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Bron: Vektisdata 2015-2019

De groei in uitgaven voor huisartsenzorg zien we bij alle zorgverzekeraars in vergelijkbare mate. De trend in uitgaven zet zich in 2019 voort ten opzichte van voorgaande jaren. Hier is geen opvallende trendbreuk zichtbaar als gevolg van het hoofdlijnenakkoord, al groeien de uitgaven in 2019 nog iets sterker dan in voorgaande jaren. Dit sluit aan bij de bevindingen in de monitor contractering 2019 (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/06/25/monitor-contractafspraken-huisartsenzorg-en-multidisciplinaire-zorg-2019>). Veel van wat in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken is een bekrachtiging van de al eerder ingezette koers.

#### Er wordt geïnvesteerd in de relatie

Het valt op dat zorgverzekeraar en (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders dit jaar hebben geïnvesteerd in de relatie. Dit heeft geleid tot meer constructieve gesprekken over de vorming van de standaardcontracten voor huisartsenzorg en minder onrust tijdens de contractperiode. We zien dat zorgverzekeraars transparanter zijn over bijvoorbeeld indexatie of tariefopbouw van vergoedingen voor aanvullend personeel. Daardoor was er minder discussie en escalatie in de contractperiode. Hiermee ontstaat meer ruimte om gezamenlijk constructief de discussie aan te gaan over de gewenste en noodzakelijke toekomstige stappen. Dit is een verbetering ten opzichte van de situatie vorig jaar.

Deze verbetering in verhouding zien we bij de totstandkoming van de standaardcontracten voor huisartsenzorg. We zien deze ook in de maatwerkafspraken rondom multidisciplinaire zorg en organisatie en infrastructuur (O&I). We zien over de hele linie meer inspanningen van zowel aanbieders als verzekeraars om regiobeelden en regioplannen op te stellen en de contracten hierop aan te passen. De regionale variatie in organisatiekracht is echter groot en de investeringen die hiermee gepaard gaan daarmee ook. De inspanning en vanuit Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en InEen ('organiseert de eerste lijn') zijn zichtbaar. Zij beschrijven 'bouwstenen' waar een regionale organisatie ten minste of idealiter aan moet voldoen. Dit zijn wat ons betreft goede stappen om de afspraken over de organisatie van eerstelijns zorg in de toekomst verder te concretiseren en de organisatiekracht van de eerste lijn breder op een hoger niveau te brengen.

#### Verwachtingen uitkomsten contractering lopen uiteen

De investering in de onderlinge verhouding leidt niet automatisch tot meer tevredenheid onder aanbieders over de uiteindelijke contracten. Dit geldt ook voor de toenemende focus op de regionale problematiek.

Op een aantal vlakken bleef ook dit jaar discussies bestaan over invulling van elementen van het contract. Zoals de randvoorwaarden waar vergoedingen voor de aanvullend personeel aan moeten voldoen. Uit de vragenlijst onder zorgaanbieders blijkt veel ontevredenheid over het huidige contract en de wijze waarop dit contract tegemoet komt aan de uitdagingen in zorgvraag die op hen afkomen. Dit zagen we vorig jaar ook terug. Zorgaanbieders van multidisciplinaire zorg geven in de interviews vaak aan dat het uiteindelijke contract regionaal minder ruimte laat voor stappen in de richting van het hoofdlijnenakkoord dan ze bij de start van de gesprekken hadden verwacht. Zorgverzekeraars zetten hier tegenover dat delen van de gepresenteerde plannen niet concreet genoeg zijn, niet tot meetbaar resultaat gaan leiden, of niet breder toe te passen zijn. Voor beide partijen is hier op het gebied van verwachtingsmanagement aan de start van het contracteerproces nog winst te behalen.

#### Sterk mandaat en slagkracht samenwerkingsverbanden nodig

Om regionaal samenhangende zorg in te kopen is ook een regionaal samenwerkingsverband met mandaat nodig. Deze aanbieders verbinden zich aan een gezamenlijke richting. We zien een grote spreiding in de mate waarin huisartsen zich georganiseerd hebben in regionale organisaties. Tevens zien we grote variatie in de 'slagkracht' van deze organisaties. Dit komt overeen met de bevindingen van vorig jaar. Deze grote regionale verschillen zien we nu in deze monitor ook terug in de uitgaven voor organisatie en infrastructuur. Als zorgverzekeraars twijfelen aan de slagkracht van een samenwerkingsverband, zijn ze terughoudend om te investeren in regioplannen. Aanbieders dragen dan het tegenargument aan dat ze niet aan een krachtige organisatie kunnen bouwen als zorgverzekeraars er niet in investeren.

Er zijn zeker regio's waar de slagkracht van het samenwerkingsverband duidelijk is. Hier zien we dat de uitwerking van de regioplannen soepeler verloopt. Dit geldt vervolgens ook voor de totstandkoming van het budget voor de hieraan gekoppelde ondersteuning van de zorgaanbieders.

Ook bij dergelijke samenwerkingsverbanden zien we overigens voorbeelden van onvrede over het uiteindelijk bereikte resultaat. Hier speelt vaak de verwachting aan aanbiederszijde dat het hoofdlijnenakkoord ook bij hen zal leiden tot groei. Zorgverzekeraars kijken eerst kritisch hoe het budget zich verhoudt tot vergelijkbare aanbieders.

Dat het mandaat van het samenwerkingsverband niet overal sterk is, komt ook tot uiting in de geluiden die we vanuit de huisartsenpraktijken horen. Het is verontrustend dat voor individuele aanbieders de toegevoegde waarde van de regio-organisatie regelmatig niet duidelijk is. Als individuele praktijken niet op de hoogte zijn van de koers van de regio-organisatie heeft een regioplan weinig kans van slagen. Dit geldt ook als individuele praktijken (nog) weinig ondersteuning ervaren van de regio-organisatie. Een regioplan is geen blauwdruk en kent vele verschijningsvormen. Het regioplan moet echter wel altijd gedragen en uitgeoerd kunnen worden door de individuele zorgaanbieders in de regio.

#### Multidisciplinaire zorg in de regio's nodig

We zien dat de inspanning op het verbeteren van organisatie en infrastructuur binnen de eerste lijn zich vooral richt op de huisartspraktijk. Een sterke eerste lijn draait om meer dan enkel de huisartspraktijk. Meer zorgaanbieders binnen de eerste lijn hebben baat bij een sterke ondersteuning en infrastructuur. We zien nog te weinig voorbeelden waarbij de regio-organisatie zich breder inzet dan ondersteuning van de huisartsenpraktijk. Dit vinden wij een risicovolle ontwikkeling. Aan de inkoop van O&I op regio- en wijkniveau kan meer inhoudelijke sturing gegeven worden.

#### Aanbevelingen

1. Blijf wederzijds investeren in de onderlinge relatie. Met specifieke aandacht voor het helder maken van elkaars verwachtingen al vroeg in het traject.
2. Verdere inzet op communicatie richting en draagvlak vanuit huisartsenpraktijken over regionale afspraken is nodig. Dit moet een taak zijn van het samenwerkingsverband, maar ook de zorgverzekeraar kan hier een rol kunnen spelen om de slagingskans van de uitvoering van de regioplannen te vergroten.
3. Inzet op totstandkoming en versterking van regiostructuren in goed. Houdt bij dergelijke hervormingen echter goed in het oog dat ook inhoudelijk reeds goed lopende trajecten binnen de nieuwe regiostructuur geborgd blijven Dit geldt met name voor kleinschaliger initiatieven op

wijkniveau. Zowel de zorgverzekeraar als de regio-organisatie kunnen hier zowel financieel als inhoudelijk in de afspraken meer op sturen.

4. Regio-organisaties stemmen multidisciplinair af maar zijn veelal monodisciplinair rondom de huisartsenzorg ingericht. Om juiste zorg op de juiste plek de ruimte te geven is behoefte aan bredere multidisciplinaire afstemming en ondersteuning in de regio. Dit kan breder dan enkel de huisartsenzorg. We moeten waken voor het optuigen van een versplinterde regionale ondersteuning en infrastructuur. Ook hier kunnen zowel zorgverzekeraars als regio-organisaties meer inhoudelijk sturing aan gegeven worden in de inkoop van O&I op regio en wijkniveau.
5. Veel van de door zorgaanbieders geuite frustraties liggen niet zozeer in 'het contract', maar in de dagelijkse problemen rondom werkdruk en doorstroom van patiënten naar andere domeinen. Hier ligt een belangrijk deel van de oplossing buiten dat wat met een individuele huisarts overeengekomen kan worden. Ook bij de zorgverzekeraars is sprake van verzuiling binnen de inkoop. Als de regioplannen over de schotten van de huisartsen worden gevormd, moet ook zorginkoop multidisciplinair samenhangen.
6. Administratieve lasten als gevolg van verzekeraars die elkaars contract niet volgen worden door aanbieders als zeer storend ervaren. Administratieve lasten bij huisartsen en huisartsenorganisaties als gevolg van selectief inkoopbeleid in andere domeinen worden door aanbieders als zeer storend ervaren. In beide situaties is het inkoopbeleid mogelijk verdedigbaar, maar houd oog voor de redelijkheid van de lasten die dit een huisarts brengt.
7. Aan zorgverzekeraars: Weeg zorgvuldig af of voor bepaalde initiatieven de incidentele/projectmatige financiering uit projectpotten gehaald moet worden. Incidentele of projectmatige financiering uit projectpotten geeft aan aanbieders niet het signaal dat de inspanningen op lange termijn geborgd zijn. Bovendien maakt het monitoring van uitgaven minder zuiver.

# 1 Inleiding

De zorg staat onder druk. Er komen de komende jaren meer ouderen bij en meer mensen hebben een chronische ziekte, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en kanker. De vraag naar zorg neemt toe, en tegelijk is het steeds lastiger om mensen te vinden die in de zorg kunnen werken. Het komt dan ook vaker voor dat mensen niet op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ook lopen bij ongewijzigd beleid de zorgkosten de komende jaren sterk op.

Om te voorkomen dat de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg verder onder druk komt, moeten we de zorg anders gaan organiseren. Door regionaal in kaart te brengen welke zorg nodig is en het aanbod daarop te laten aansluiten. Door samenwerking te stimuleren tussen de verschillende zorgaanbieders, zodat de patiënt snel en op de juiste plek wordt geholpen. Daarin hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders een gezamenlijke opdracht. Maar ook bij de NZa dragen we daaraan bij. Zo kijken we kritisch naar onze regels en luisteren we naar zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Als regels goede ontwikkelingen in de weg staan, schrappen we ze of passen we ze aan. In ons toezicht gaan we na of de afspraken die zorgverzekeraars maken bijdragen aan de in te zetten beweging en of de toegankelijkheid van de huisartsenzorg gewaarborgd blijft.

In de eerste lijn betekent het dat zorgaanbieders zoals huisartsen, praktijkondersteuners, de wijkverpleging en de paramedische zorg nog meer moeten gaan samenwerken. Ook moeten zij met de zorgverzekeraar een gezamenlijke visie ontwikkelen op basis van de zorgvraag van patiënten in de betreffende regio. Voor nu en in de toekomst. De huisarts heeft hierin een sleutelrol. Dat betekent dat veel werk van de huisarts verandert. Dat is nu al zo, maar die ontwikkeling moet nog sneller gaan.

Voor de huisartsen is in deze context in juli 2018 het 'Bestuurlijk Akkoord Huisartsenzorg 2019-2022' ondertekend ( <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-huisartsenzorg-2019-2022> ). Dit bestuurlijk akkoord (hoofdlijnenakkoord) gaat over de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg. De afspraken in het hoofdlijnenakkoord moeten landen in contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de NZa gevraagd om dit globaal te monitoren. Dit doet de NZa door vanaf het jaar 2019 jaarlijks een monitor uit te brengen. Deze monitor van 2020 is de tweede monitor die de NZa hierover uitbrengt. Deze komt tot stand met behulp van declaratiedata (Vektis, 2015 t/m 2019) en interviews en vragenlijsten onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

## Hoofdlijnenakkoord

De elementen in het hoofdlijnenakkoord gaan grotendeels om de uitgangspunten uit 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. Om dit te bereiken is allereerst een feitelijk beeld nodig van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in de regio. Dit feitelijk beeld moet vervolgens leiden tot samenhangende afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze afspraken passen dus idealiter bij de in kaart gebrachte zorgvraag van de regio. Er zijn voor de inhoudelijke agenda vijf hoofdthema's benoemd in het hoofdlijnenakkoord. Deze thema's zullen wij in deze monitor extra belichten. Deze hoofdthema's zijn:

- meer tijd voor de patiënt;
- zorg voor kwetsbare groepen;
- het versterken van de organisatiegraad van de eerste lijn (O&I);
- ICT-infrastructuur;
- de zorg in avond-, nacht- en weekenduren (ANW).



## 2 Terugblik 2019

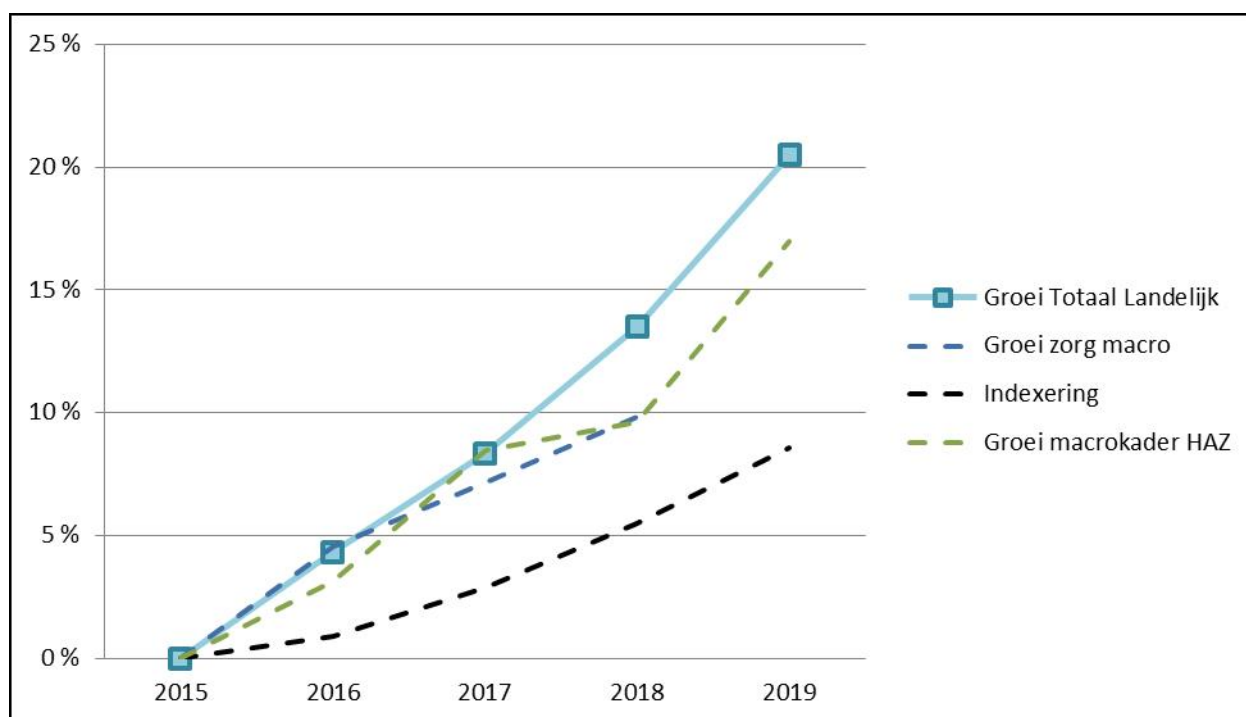
In dit hoofdstuk beschrijven we de uitgaven in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg over de jaren 2015 tot en met 2019. Dit doen we op basis van declaratiedata uit Vektis.

In bijlage 1 hebben we de gebruikte techniek en bijbehorende details verder uitgewerkt. Dit hoofdstuk beschrijft de hoofdlijnen van de analyse. De declaratiedata van het jaar 2019 zijn nog niet volledig. De beschikbare informatie over 2019 hebben we geëxtrapoleerd en kan dus nog wijzigen de komende periode.

### Totale uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

In figuur 2.1 zijn de groeipercentages van de landelijke uitgaven, indexering en het macrokader in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg weergegeven. Ook staat het groeipercentage van de gehele zorgsector (Zvw) weergegeven. We zien een forse groei aan uitgaven aan huisartsenzorg over de afgelopen jaren. De landelijke uitgaven voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg groeien veel sterker dan de indexering en sterker dan de gemiddelde groei in de gehele zorgsector. Dit was ook voorzien. Het macrokader huisartsenzorg is meegegroeid en biedt nog steeds ruimte voor verdere uitgaven in de huisartsenzorg.

Figuur 2.1: Jaarlijkse groei in percentages in de totale uitgaven huisartsenzorg en multidisciplinaire voor de periode 2016-2019 ten opzichte van 2015



Tabel 2.1: Jaarlijkse groei in percentages in de totale uitgaven huisartsenzorg en multidisciplinaire voor de periode 2016-2019 ten opzichte van 2015

	2016	2017	2018	2019
<i>Groei cumulatief ten opzichte van 2015</i>				
Groei HAZ Landelijk	4,4%	7,9%	13,7%	20,1%
Groei zorg macro	4,6%	7,2%	9,8%	
Indexering	0,9%	2,9%	5,5%	8,6%

	2016	2017	2018	2019
Groei macrokader HAZ	3,5%	8,8%	14,1%	21,6%
<i>Groei jaarlijks</i>				
Groei HAZ Landelijk	4,4%	3,4%	5,4%	5,6%
Groei zorg macro	4,6%	2,5%	2,5%	
Indexering	0,90%	2,00%	2,65%	3,22%
Groei macrokader HAZ	3,5%	5,1%	4,8%	6,6%

HAZ = huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Bron: Vektisdata 2015-2019

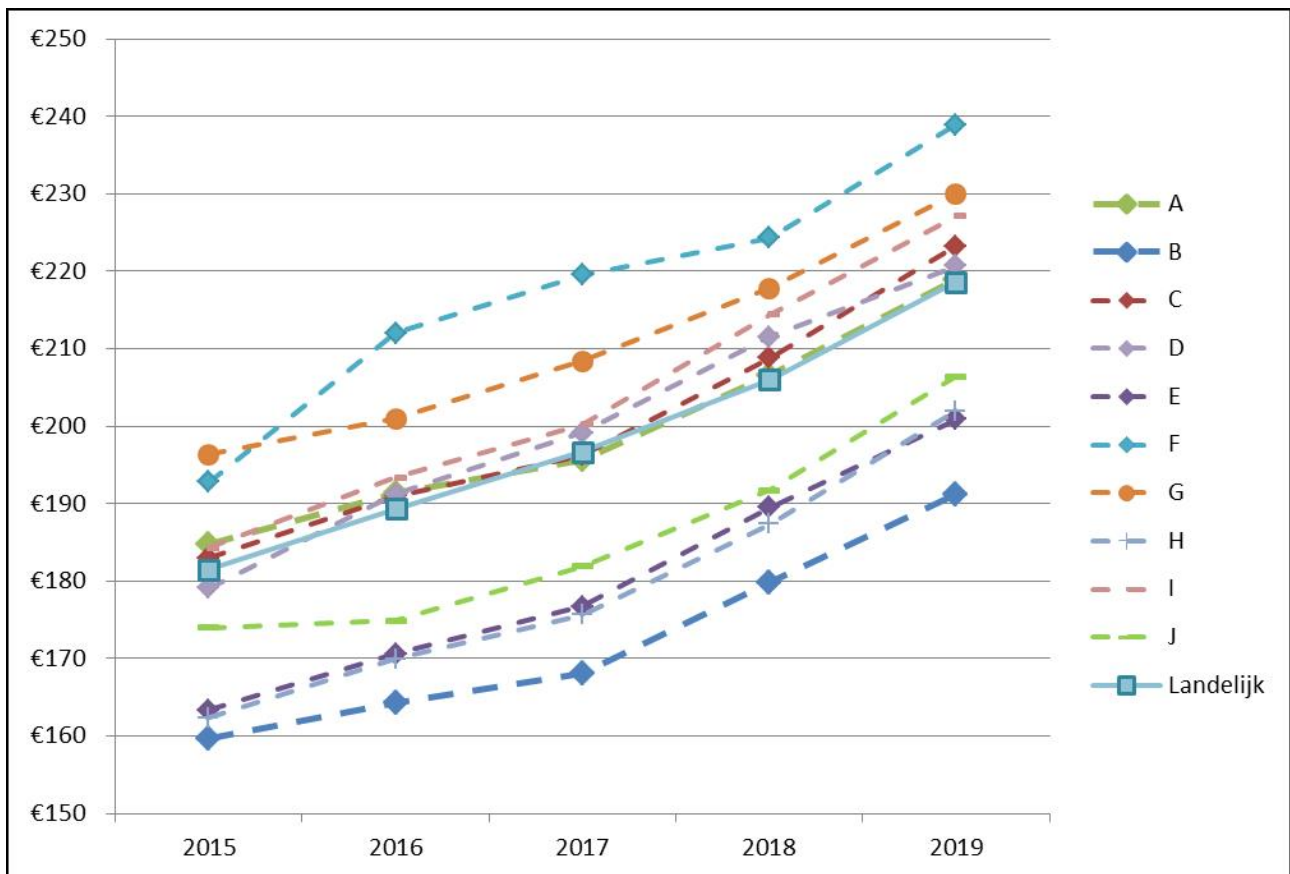
De hier weergegeven groei in uitgaven aan huisartsenzorg van 5,6% in 2019 is het resultaat van extrapolatie van de tot nu toe bij de NZa beschikbare Vektis-data. Dit is waarschijnlijk een onderschatting. Vlak voor de publicatie van dit rapport schat Vektis zelf de ontwikkeling van de uitgaven inmiddels in op 6,4% in 2019 ten opzichte van 2018.

#### Spreiding verzekeraars

In figuur 2.2 zijn de totale kosten per verzekerde per jaar voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg weergegeven voor 10 zorgverzekeraars. De totale uitgaven per verzekeraar of regio zeggen vooral iets over de omvang van de verzekeraar of regio. Daarom drukken we de gemeten uitgaven uit in kosten per verzekerde, waarmee de kosten onderling beter vergelijkbaar worden.

De namen van zorgverzekeraars hebben we vervangen door een letter (pseudoniem), omdat de bedragen potentieel concurrentiegevoelige informatie betreffen. Er is een relatief grote spreiding te zien in totale uitgaven per verzekerde per jaar tussen de zorgverzekeraars. We zien echter dat de grootste massa aan verzekerden zich relatief dicht rondom het gemiddelde bevindt. Alle zorgverzekeraars laten nagenoeg dezelfde grootte van groei in de uitgaven zien.

*Figuur 2.2: Totale kosten per verzekerde per jaar uitgesplitst per zorgverzekeraar voor de periode 2015-2019*

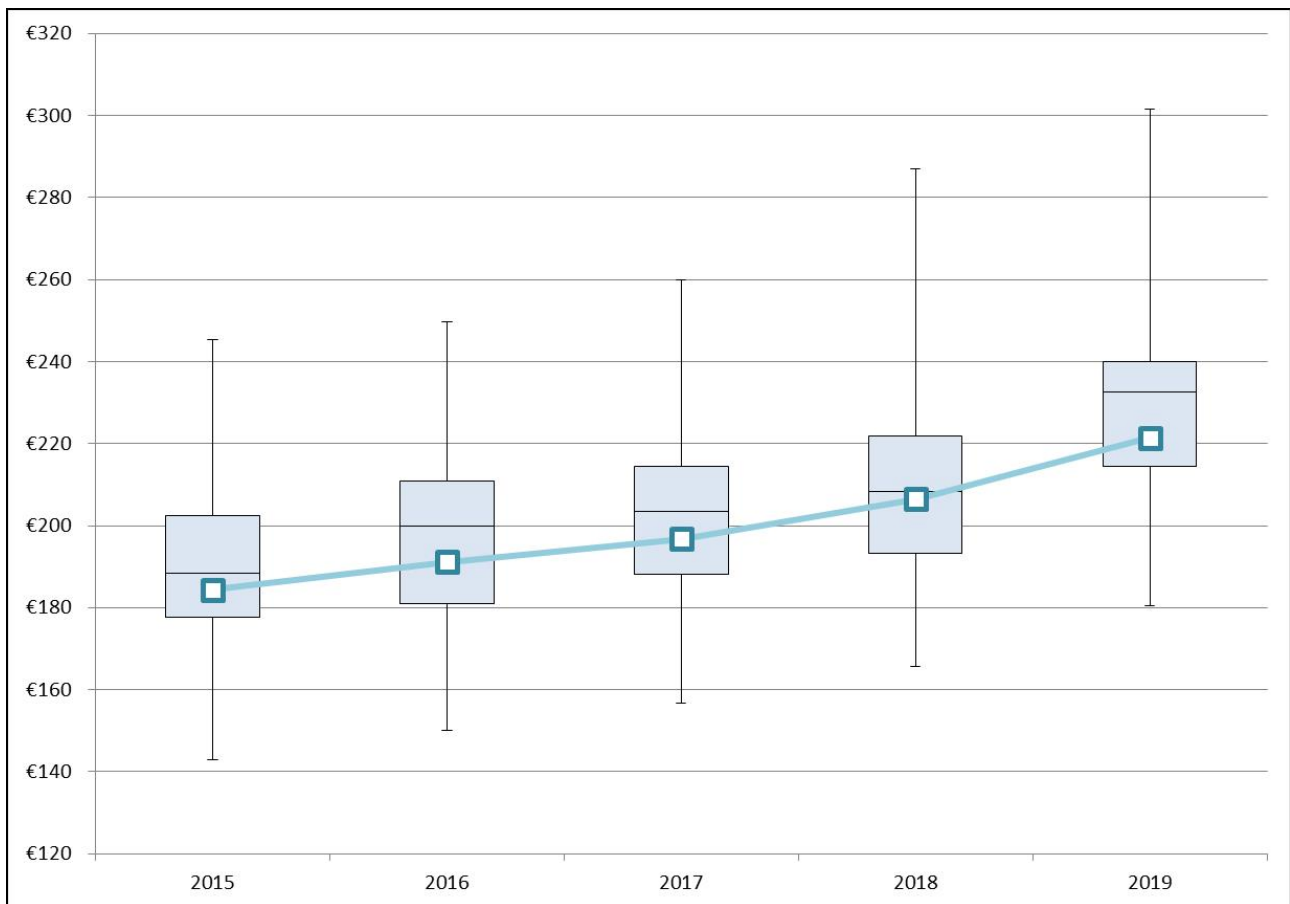


Bron: Vektisdata 2015-2019

### Spreiding regio's

De spreiding in kosten is niet alleen inzichtelijk te maken tussen verzekeraars, maar ook uit te drukken in regionale verschillen. Hiervoor hebben we Nederland opgedeeld in 31 regio's (nader toegelicht in bijlage 1), en per regio bekeken wat hier de gemiddelde kosten huisartsenzorg per verzekerde zijn. Onderstaand figuur 2.3 laat door middel van een boxplot zien dat hier een veel grotere spreiding ontstaat tussen de extremen, zichtbaar in alle jaren. In de boxplot zijn de vier kwartielen en het midden (mediaan) van de data weergegeven. De lichtblauwe lijn geeft het gemiddelde weer. We zien ook dat de bulk van kosten zich in de buurt van het gemiddelde bevinden. Voor meer uitleg over het lezen van een boxplot grafiek verwijzen we naar bijlage 1.

Figuur 2.3: Spreiding van de gemiddelde totale kosten tussen de verschillende regio's per verzekerde per jaar voor de periode 2015-2019

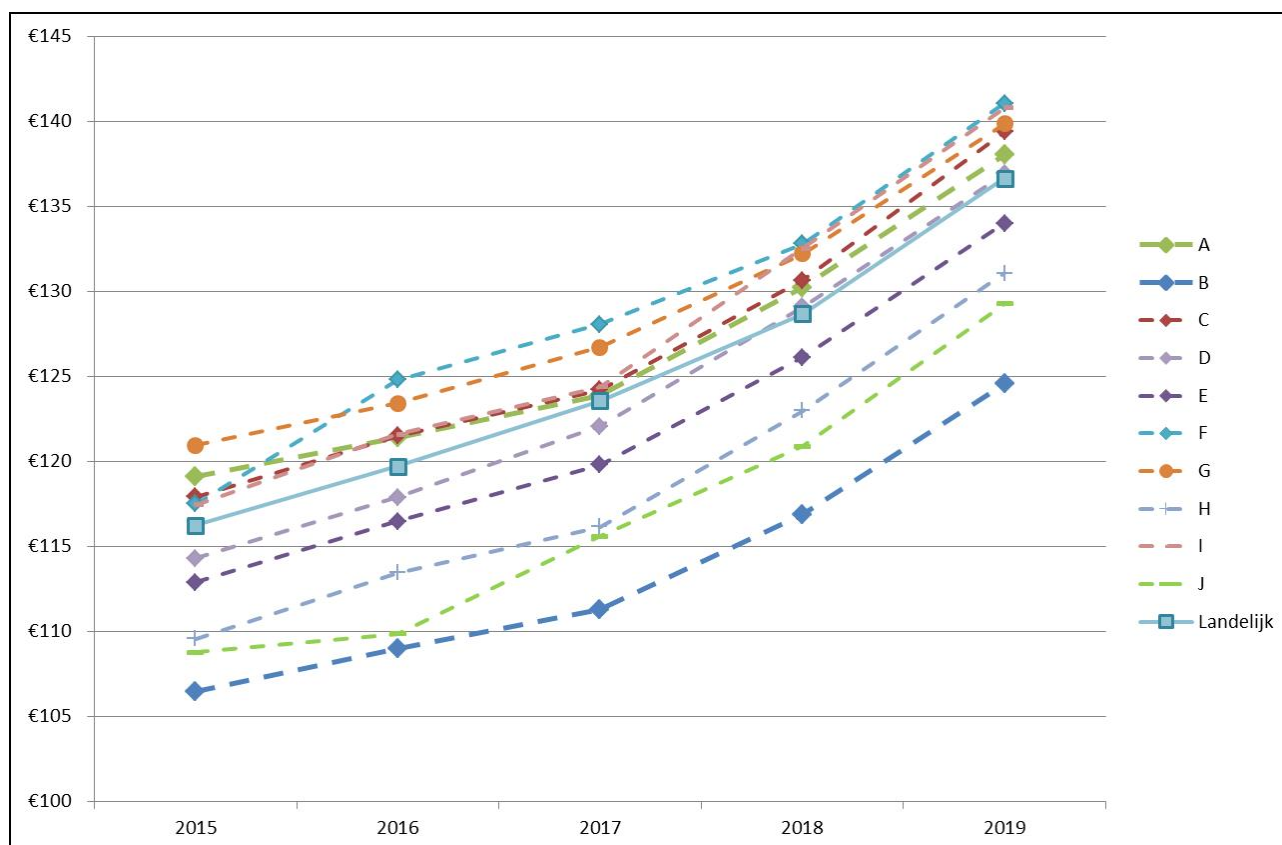


Bron: Vektisdata 2015-2019

### Segment 1

Voor alle figuren in dit hoofdstuk geldt dat de verschillen tussen zorgverzekeraars of regio's niet puur effecten zijn van het beleid van zorgverzekeraars. Verschillen in gezondheid en de zorgvraag van verzekerden wegen bijvoorbeeld ook mee in de geconstateerde verschillen. Dat is goed te zien aan de hand van figuur 2.4. Figuur 2.4 laat de uitgaven in segment 1 per zorgverzekeraar zien. Binnen segment 1 vindt geen tariefdifferentiatie plaats tussen zorgverzekeraars, omdat alle zorgverzekeraars vrijwel 100% van het NZa maximumtarief volgen. Deze spreiding weerspiegelt voor een groot deel de zorgzwaarte/zorgvraag van de populatie zelf. De mate van groei in uitgaven binnen segment 1 over de jaren is voor alle zorgverzekeraars ongeveer gelijk.

Figuur 2.4: Uitgaven in segment 1 per verzekerde per jaar uitgesplitst per zorgverzekeraar voor de periode 2015-2019



Bron: Vektisdata 2015-2019

Regionaal zien we ook een relatief grote spreiding in de uitgaven per verzekerde in segment 1. Hierover meer in bijlage 1. Grote zorgverzekeraars die een preferente positie hebben in meerdere regio's zien ook in segment 1 een grote spreiding in uitgaven tussen regio's, bij vergelijkbaar beleid. Dit als extra illustratie dat de zorgzwaarte/zorgvraag van de populatie zelf voor een belangrijk deel de spreiding in kosten verklaart.

#### Thema's hoofdlijnenakkoord

Om inzicht te krijgen in de investeringen binnen de vijf hoofdthema's van het hoofdlijnenakkoord, hebben wij voor de drie thema's 'meer tijd voor de patiënt', 'zorg voor kwetsbare groepen' en 'ICT' gevraagd aan zorgverzekeraars aan te geven binnen welke declaratiecode deze investeringen per thema zijn opgenomen. Het bleek dat investeringen op deze thema's niet zinvol af te bakenen zijn in separate declaratietitels. Ze zijn veelal onderdeel zijn van bredere afspraken. Er wordt een veelvoud aan declaratietitels opgegeven waar deze thema's op een of andere wijze in tot uiting komen, maar de interpretatie en invulling daarvan verschilt per zorgverzekeraar. We kregen dan ook geen betrouwbaar of onderling vergelijkbaar beeld van de investeringen op de specifieke thema's. Aannames hierbinnen maken om toch tot een inschatting te komen doet de werkelijkheid geen recht. Daardoor kunnen we de ontwikkeling in uitgaven voor deze thema's niet weergeven in deze monitor. Dat deze ontwikkelingen niet separaat te monitoren zijn in afgebakende uitgaven is wat ons betreft niet erg zolang de afspraken maar tot stand komen. Het afbakenen van dergelijke afspraken in afzonderlijke declaratietitels zou ten koste gaan van de flexibiliteit in regionale afspraken.

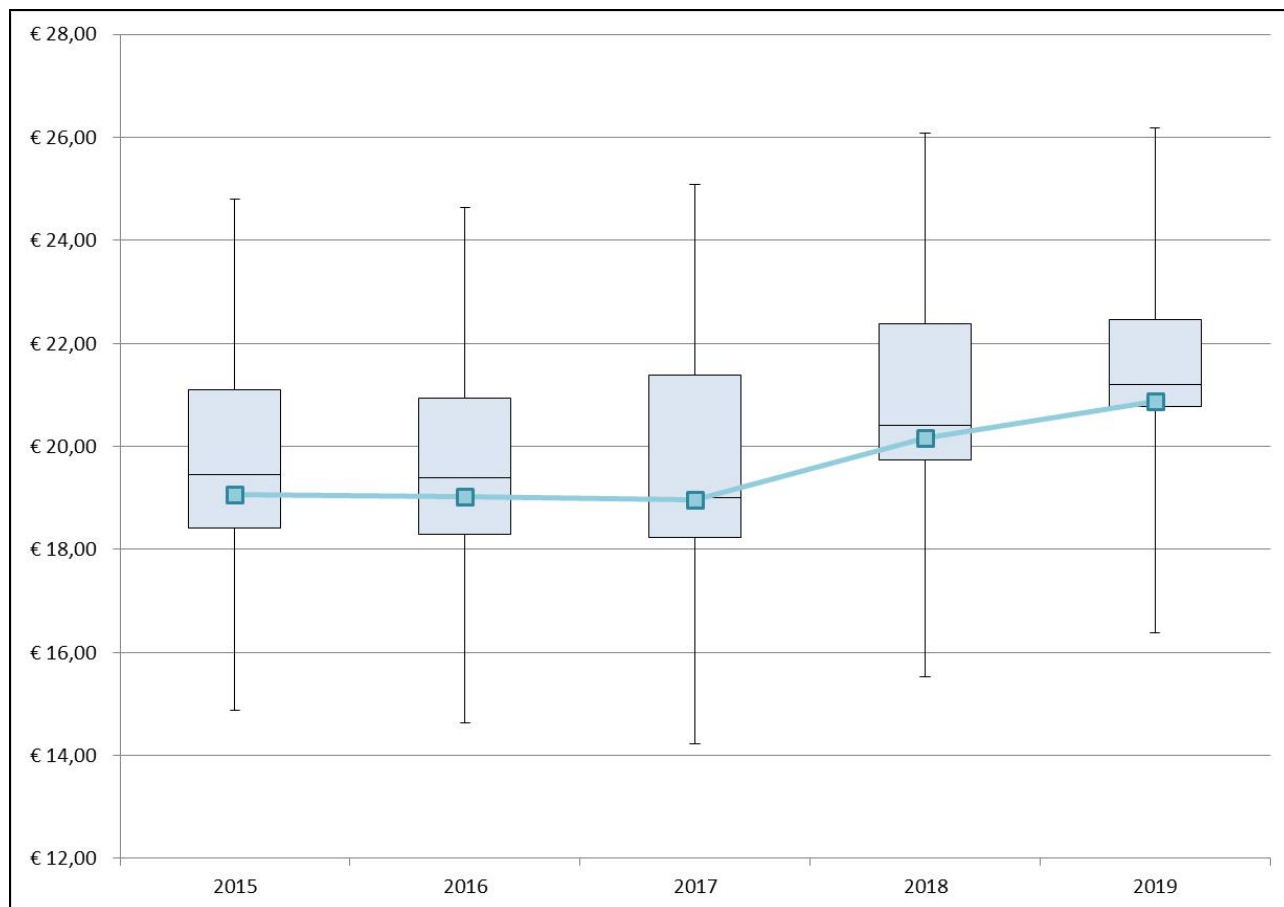
De uitgaven voor de thema's ANW en O&I kunnen we wel apart weergeven. Of benaderen vanuit de aanname dat het hier uitgaven betreft aan respectievelijk huisartsenposten dan wel overheadkosten voor gezondheidscentra, zorggroepen, regio-organisaties en dergelijke.

#### ANW

In figuur 2.5 zijn de uitgaven per verzekerde per jaar weergegeven voor zorg in huisartsenposten. De groeipercentages ten opzichte van 2015 en de jaarlijkse groeipercentages zijn te vinden in tabel 2.2. In de tabel zijn voor 2016 en 2017 negatieve cijfers weergegeven, wat betekent dat er een lichte afname in

uitgave aan ANW zorg is geweest tot en met 2017. In 2018 zien we een relatief sterke stijging die in 2019 weer af lijkt te vlakken tot op het niveau van reguliere kostencorrectie.

*Figuur 2.5: Spreiding van de uitgaven in ANW zorg tussen de verschillende zorgverzekeraars per verzekerde per jaar voor de periode 2015-2019*



De blauwe lijn geeft het gemiddelde weer.

Bron: Vektisdata 2015-2019

*Tabel 2.2: Groei in uitgaven ANW zorg voor de jaren 2016-2019 ten opzichte van 2015*

	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Groei ten opzichte van 2015	-0,3%	-0,6%	5,7%	9,4%
Groei jaarlijks	-0,3%	-0,3%	6,3%	3,5%
Indexatie jaarlijks (budgetparameters)	0,6%	1,5%	2,9%	3,8%

Bron: Vektisdata 2015-2019

In deze monitor laten we de bijzonderheden in contractering van ANW-zorg in relatie tot de overige elementen in de acute zorgketen verder achterwege. Dit landt in de monitor 'acute zorg' die later dit jaar verwacht wordt.

Organisatie en infrastructuur

We hebben in deze tweede monitor voor het eerst inzichtelijk gemaakt welk deel van de uitgaven aan huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg geormerkt zijn als uitgaven voor organisatie en infrastructuur (O&I). Dus welk deel van de uitgaven in segment 2 en 3 bedoeld is voor overhead van zorggroepen/ gezondheidscentra/regio- en wijkorganisaties. Dit vergde een complexe uitvraag onder zorgverzekeraars en een complexe analyse. Om deze reden kijken we nu niet verder terug dan 2018.

### Underschatting

Bij de analyses rondom O&I moeten we vooraf een belangrijke disclaimer opnemen.

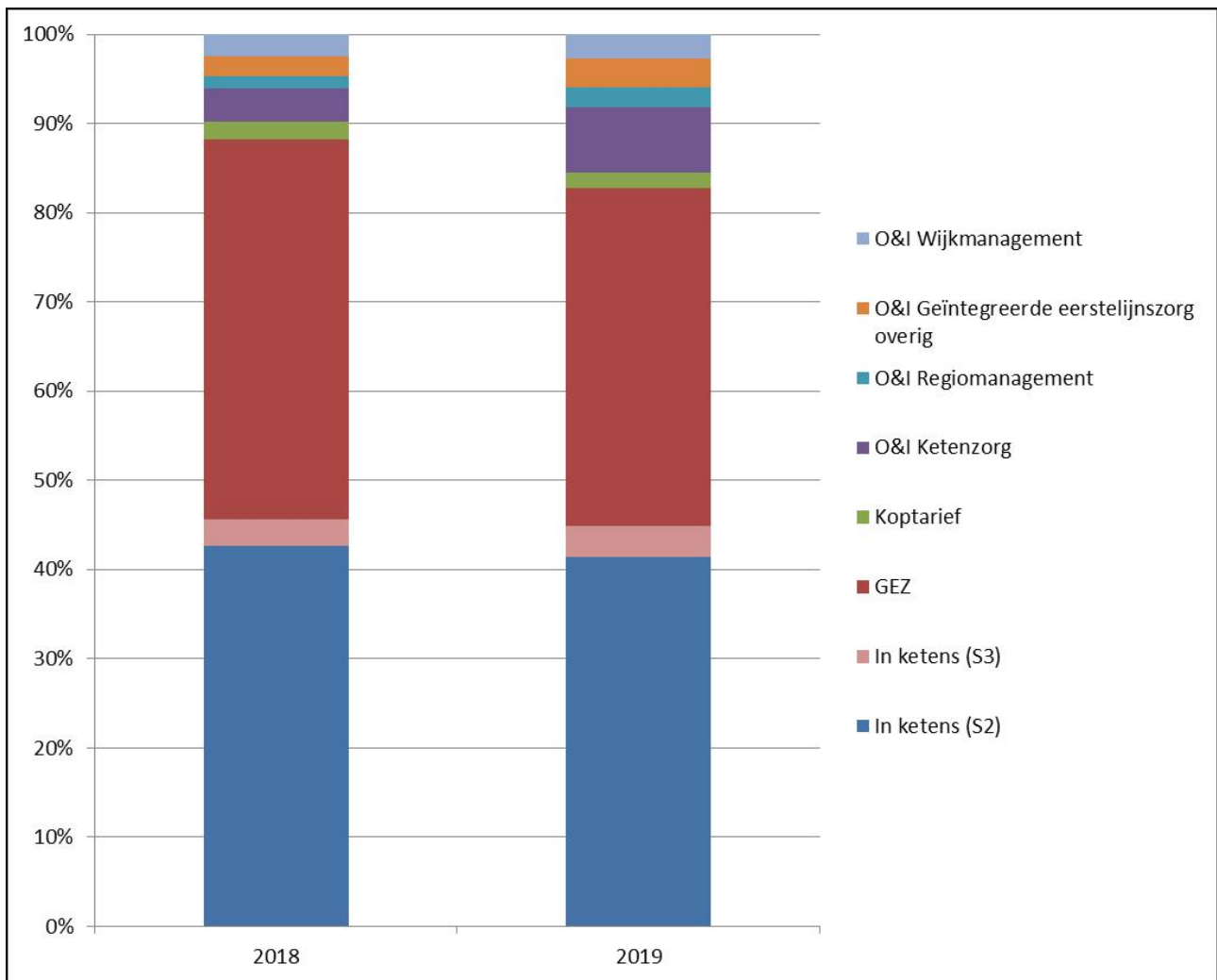
Om deze analyse te kunnen uitvoeren werken we met ruwe declaratiedata. Deze zijn nog niet voor geheel 2019 beschikbaar. We extrapoleren op basis van de eerste twee kwartalen uit 2019. In de analyse tot nu toe zien we vrijwel geen toename in uitgaven O&I in 2019 ten opzichte van 2018. We hebben meerdere signalen dat we hierbij met name de ontwikkeling O&I in 2019 onderschatten. We zien in de declaratiedata een sterke daling in uitgaven in een aantal regio's, waarbij de daar preferente zorgverzekeraars aangeven dit niet te herkennen op basis van hun eigen administratie of afspraken. We verwachten dat dit de komende kwartalen zal leiden tot een opwaartse correctie van uitgaven O&I over 2019. We voeren deze analyse nu voor het eerst uit en hebben nog geen betrouwbare 'spiegel' voor de wijze waarop dit deel van de uitgaven nog bijtrekken. Gelet op beelden die we in de vorige monitor over 2019 ophaalden, de correctie die Vektis zelf nog inschat op de tot en met december beschikbare data over 2019 (+ 1%) en de recent voorspelde groei van segment 2 als geheel ( 1,8%), ligt een toename van O&I uitgaven tussen de 1 en 3% in 2019 ten opzichte van 2018 in de verwachting. Dit is echter vooralsnog een voorspelling met een grote slag om de arm. We hebben vanuit individuele verzekeraars ook indicaties ontvangen dat de correctie hoger uit kan vallen.

Op basis van de gegevens die we tot nu toe hebben is dus nog niet met zekerheid te stellen hoe O&I groeit ten opzichte van 2018, maar zijn al wel enkele interessante inzichten te geven op het gebied van spreiding in de wijze van financiering en de spreiding tussen zorgverzekeraars en in de regio's. Om deze reden nemen we dit deel van de analyse toch al op in deze monitor.

### Spreiding tussen declaratietitels

De uitgaven landen deels in aparte declaratietitels (O&I wijk/regio, GEZ etc.) en zijn deels onderdeel van integrale ketenzorgafspraken in segment 2 en 3. In figuur 2.6 is zichtbaar in welke declaratietitels O&I landt en in welke verhouding.

*Figuur 2.6: Aandeel van de verschillende O&I betaaltitels in 2018 en 2019*



Bron: Vektisdata 2018 en 2019

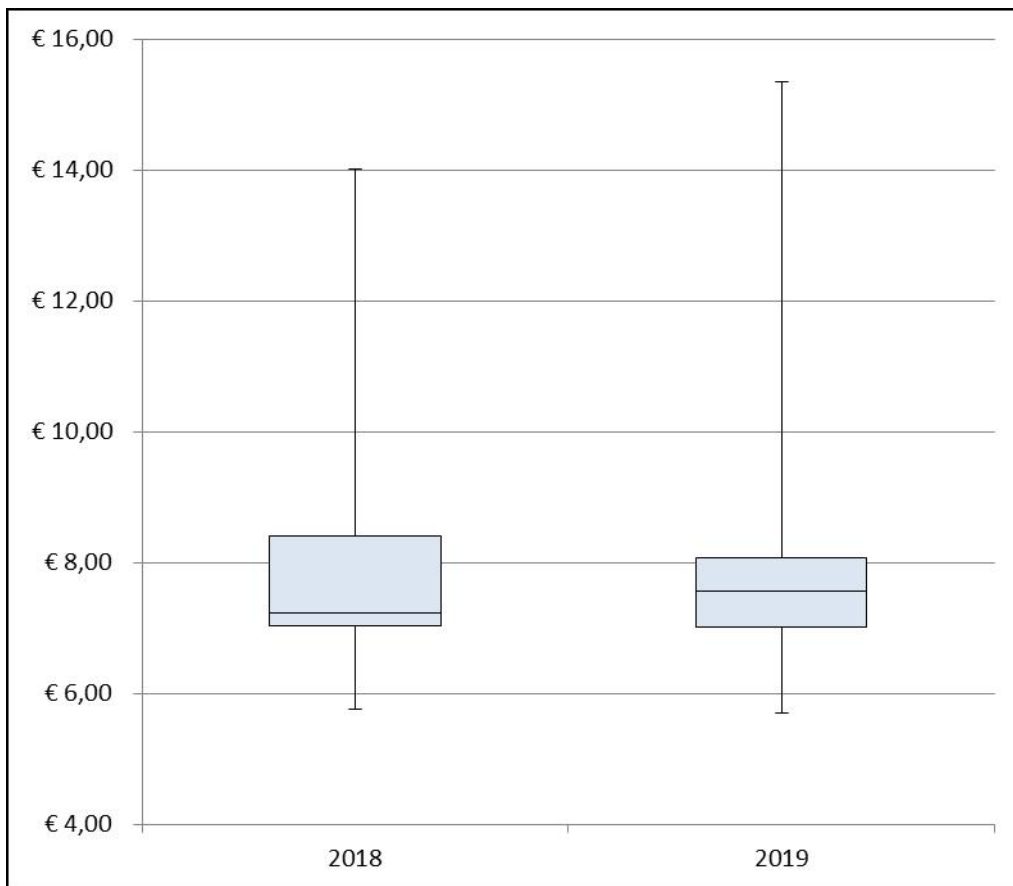
In deze verdeling valt op dat het aandeel GEZ in een jaar tijd fors afneemt en niet geheel gecompenseerd wordt via declaratietitels als O&I wijkmanagement. Dit sluit aan bij het beeld dat vorig jaar en ook dit jaar uit interviews rondom de monitor opkwam. Er is voornamelijk vooral veel aandacht voor het opzetten van een sterke regio-organisatie. De wijze waarop de afspraken op regio-niveau vervolgens tot uiting komen in ondersteuning op wijk-niveau is minder uitgekristalliseerd.

#### Spreiding verzekeraars

Vervolgens bekijken we in figuur 2.7 de spreiding tussen zorgverzekeraars in uitgaven aan O&I, uitgedrukt in uitgaven per verzekerde. Wederom met een voorbehoud voor de gepresenteerde groei in uitgaven 2019. We zien hier een beperkte spreiding in de totale uitgaven aan O&I tussen verzekeraars, met een incidentele uitschieter omhoog.

Figuur 2.7: Spreiding van de uitgaven aan O&I tussen de verschillende zorgverzekeraars per verzekerde voor het jaar 2018 en 2019

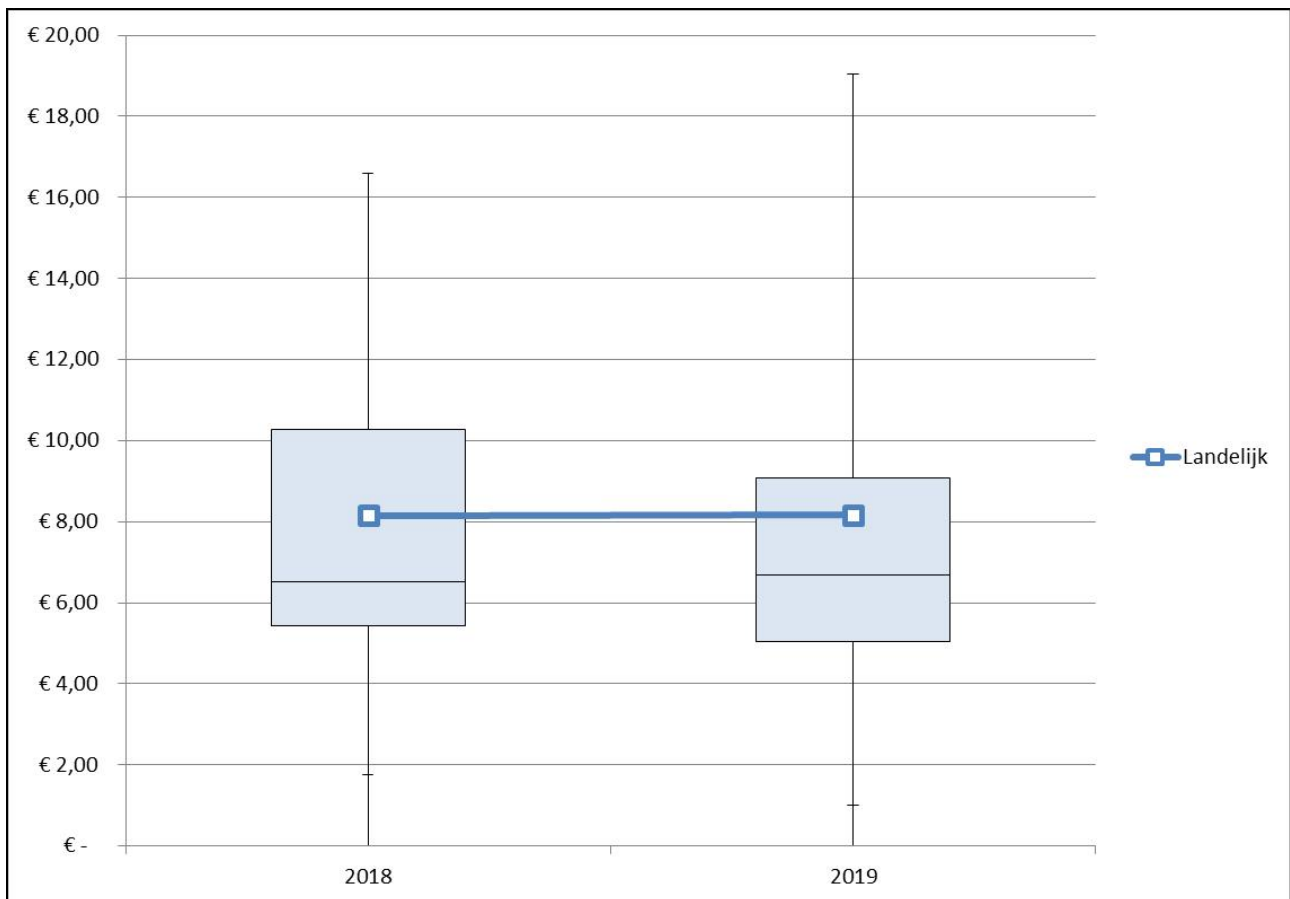




Bron: Vektisdata 2018 en 2019

Als we vervolgens de spreiding per regio bekijken in figuur 2.8, zien we een veel groter verschil in uitgaven per verzekerde. Het grootste deel van de regio's hebben tussen de 6 en 9 euro per verzekerde te besteden aan organisatie en infrastructuur, maar we zien hier een grote diversiteit. We zien regio's waar meer dan 16 euro per verzekerde beschikbaar is voor O&I, maar ook regio's waar nog geen 2 euro per verzekerde beschikbaar is. Deze grote spreiding in uitgaven sluit aan bij het beeld dat er tussen regio's grote verschillen zijn in de mate waarin huisartsen zich georganiseerd hebben en/of ondersteund worden.

Figuur 2.8: Spreiding van de uitgaven aan O&I tussen de verschillende regio's per verzekerde voor het jaar 2018 en 2019



Bron: Vektisdata 2018 en 2019

## 2.1 Conclusie terugblik 2019

We zien een duidelijke groei aan uitgaven aan huisartsenzorg over de afgelopen jaren. Dit is in lijn met de toename van het beschikbare macrobudget voor deze sector. Uitgaven stijgen sterker dan enkel kostencorrectie of gemiddelde groei van alle zorg in de Zvw. Een belangrijk deel van deze groei komt voort uit investeringen in de huisartsenpraktijk (segment 1 en segment 3) Stijgende productie in segment 1 komt onder meer door meer investeringen in ondersteunend personeel, dat ook een deel van de aanvullende groei in uitgaven in segment 3 verklaard. De budgetten voor ondersteunende structuren zoals huisartsenposten (ANW budget) en regio-organisaties (O&I budget) groeien minder sterk. Binnen O&I valt op dat de investeringen in infrastructuur op wijkniveau (gezondheidscentra/wijkmanagement) achter lijken te blijven in de ontwikkeling ten opzichte van de infrastructuur op regioniveau.

De groei in uitgaven voor huisartsenzorg zien we bij alle zorgverzekeraars in vergelijkbare mate terug. Tussen zorgverzekeraars kunnen uitgaven aan huisartsenzorg per verzekerde vrij sterk variëren. Echter het grootste deel van deze variatie komt voort uit zorgzwaartever verschillen binnen de populatie. De trend in uitgaven zet zich in 2019 voort ten opzichte van voorgaande jaren. Hier is geen opvallende trendbreuk zichtbaar als gevolg van het hoofdlijnenakkoord, al groeien de uitgaven in 2019 nog iets sterker dan in voorgaande jaren. Dit sluit aan bij de bevindingen in de monitor contractering 2019. Het hoofdlijnenakkoord is een bekrachtiging van de in voorgaande jaren al ingezette koers.

### 3 Contractering huisartsenzorg

In dit hoofdstuk beschrijven we de contractafspraken voor de huisartsenzorg tussen de individuele praktijken en de zorgverzekeraars. Hierbij bekijken we het inkoopbeleid met de inhoudelijke veranderingen in het contract ten opzichte van vorig jaar (of de vorige contractronde). Daarnaast beschrijven we de ervaringen van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars met het contracteerproces. Deze ervaringen hebben we opgehaald uit interviews en een vragenlijsten.

#### 3.1 Inhoudelijke veranderingen in het contract huisartsenzorg

In paragraaf 3.1 beschrijven we de veranderingen in contractafspraken voor de huisartsenzorg in 2020 ten opzichte van 2019. Hierbij bekijken we het inkoopbeleid en de standaardcontracten met aanvullende modules. Ook maken we gebruik van de informatie die we hebben verkregen uit interviews en s. Dit doen we op basis van de volgende onderwerpen:

- Contractduur
- Tarieven en indexering
- Inhoudelijke wijzigingen in de contracten

##### Contractduur

In het onderstaande overzicht is te zien welke zorgverzekeraars een nieuw contract voor 2020 afspreken met huisartsen.

Tabel 3.1: Overzicht zorgverzekeraars en doorlooptijd

	<b>Nieuw contract 2020?</b>	<b>Duur contract</b>	<b>Periode</b>
Zorg en Zekerheid	Ja	3 jaar	2020-2022
Zilveren Kruis	Ja	2 jaar	2020-2021
VGZ	Ja	2 jaar	2020-2021
CZ	Nee	2 jaar	2019-2020
Menzis	Ja	2 jaar	2020-2021
DSW	Ja	2 jaar	2020-2021
Eno	Nee	3 jaar	2019-2021
De Friesland	Ja	1 jaar	2020

NB. Nieuw contract staat niet per definitie gelijk aan gewijzigd contract.

Bron: openbaar inkoopbeleid zorgverzekeraars

Vanuit zorgaanbieders is er de wens om zoveel mogelijk meerjarencontracten af te spreken om hiermee de administratieve lasten te verlagen. Deze lijn is in eerdere jaren al ingezet.

Voor 2020 sluiten vijf zorgverzekeraars een nieuw meerjarencontract af. Er zijn twee zorgverzekeraars (CZ en Eno) die voor 2020 geen nieuw contract afsluiten. Zij hebben nog een meerjarencontract lopen. De Friesland sluit als enige een éénjarig contract af. Deze zorgverzekeraar werkt nog aan een andere invulling van zorg voor kwetsbare ouderen. Eno en Zorg en Zekerheid hebben gekozen voor een contractperiode van drie jaar. De overige vijf zorgverzekeraars hanteren een contractperiode van twee jaar.

Er zijn nu twee zorgverzekeraars met een driejarig contract (vorig jaar was dit één zorgverzekeraar) en één zorgverzekeraar met een éénjarig contract (vorig jaar waren dit twee zorgverzekeraars).

#### Tarieven en indexering

Alle zorgverzekeraars hanteren bij de inkoop van huisartsenzorg één standaardcontract. De basis voor dit standaardcontract is het eigen inkoopbeleid. Dit standaardcontract is opgebouwd uit de tarieven die de NZa reguleert (met name segment 1), en de aanvullende modules en prestaties waarbij de zorgverzekeraar meer vrijheid heeft in de tariefstelling en inhoudelijke invulling (met name segment 3). Het gereguleerde deel van het contract omvat ongeveer 77% van de inkomsten binnen de huisartsenpraktijk. Voor het vrije deel is dit 23%.

#### Gereguleerde tarieven

Voor de periode 2019-2020 heeft de NZa de volgende indexatiepercentages in de tarieven huisartsenzorg verwerkt:

Tabel 3.2: Indexatiepercentages NZa

	Voorlopig 2019	Definitief 2019	Voorlopig 2020
Personeelskosten (OVA)	4,08%	3,42%	2,52%
Materiële kosten (CEP)	2,46%	2,49%	1,45%

Bron: Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 (BR/REG-20133)

Beide percentages worden gewogen meegenomen in de tariefonderbouwing van de door de NZa gereguleerde prestaties zoals het inschrijftarief en consult. Deze weging leidt tot een stijging van de gereguleerde tarieven van afgerond 1,8% in 2020 ten opzichte van 2019.

Daar waar de NZa de tarieven reguleert, volgen alle zorgverzekeraars in 2020 voor vrijwel al deze prestaties het geldende maximumtarief, inclusief de daarbij horende indexeringsystematiek. Dit is niet veranderd ten opzichte van vorig jaar.

#### Vrije tarieven

Net als vorig jaar verschilt tussen verzekeraars de indexeringsmethodiek voor prestaties welke de NZa niet reguleert. We zien varianten waarbij zorgverzekeraars de prijsstelling over de gehele linie aanpassen met 1,8%. Ook zien we varianten waarbij per prestatie wordt afgewogen of sprake is van een arbeidskostencomponent in de tariefopbouw. Dit deel wordt vervolgens gekoppeld aan het indexatiepercentage voor personeelskosten (OVA). Of een variant waarbij de zorgverzekeraar over de hele linie een aanname doet over de verhouding tussen personeelskosten en overige kosten binnen het vrije segment. Vervolgens wordt dan op basis van deze verhouding een nieuw gewogen percentage toegerekend als indexcijfer over alle tarieven.

We zien op het gebied van indexatie op twee vlakken een verbetering ten opzicht van vorig jaar. Allereerst zien we dat zorgverzekeraars moeite doen om transparant te maken richting aanbieders hoe zij de tarieven hebben opgebouwd en hoe ze de indexatie hebben berekend. Deze transparantie leidt ertoe dat op dit vlak veel minder discussie onder aanbieders ontstaat in vergelijking met vorig jaar. Daarbij zien we dat nu ook dat zorgverzekeraars bij meerjarencontracten helder hebben vastgelegd hoe ze met indexatie omgaan in het jaar waarin geen nieuw contract wordt afgesloten. Dit leidde de vorige contractronde nog tot veel discussie.

Bovenop de standaardmethodiek van 1,8% op het gehele tarief óf 2,52% op het arbeidscomponent van het tarief, hanteren zorgverzekeraars bij een aantal prestaties in het standaardcontract een extra opslag. DSW verrekent de beschikbare financiële groei ruimte als gevolg van het hoofdlijnenakkoord rechtstreeks in het budget voor aangesloten huisartsen. Bij een aantal andere verzekeraars zien we op kleinere schaal ophogingen van tarieven van specifieke verrichtingen (M&I-verrichtingen, vergoedingen

voor ondersteunend personeel, delen van resultaatbeloning), maar ook een incidenteel voorbeeld van tariefverlagingen (M&I-verrichtingen).

#### Inhoudelijke wijzigingen in de contracten

In 2020 hebben zorgverzekeraars de volgende nieuwe prestatie in alle huisartsencontracten opgenomen. Per 1 juli 2020 is het wettelijk verplicht om patiënten elektronisch toegang te geven tot de eigen medische gegevens. In de huisartsenzorg is hiervoor het 4-jarig programma Online Patiëntinzage Eerstelijnszorg Nederland (OPEN) opgericht voor het ontsluiten van patiëntgegevens. Voor deelname aan OPEN geldt een tarief van € 2,83 per ingeschreven verzekerden (als de zorgaanbieder aan de voorwaarden voldoet).

#### Doorlopende contracten

CZ en Eno hebben dit jaar, los van de prestatie OPEN, geen inhoudelijke aanpassingen gedaan in het contract. Beide zorgverzekeraars hebben een nog lopend meerjarencontract.

#### Nieuwe contracten

DSW hanteert sinds 2015 een ander financieringsmodel. Voor 2020-2021 is een nieuw contract afgesloten met huisartsen. Er zijn geen inhoudelijke wijzigingen voor individuele huisartsen. De opzet van het model heeft DSW niet gewijzigd. Enkel de invulling van de variabeliseringsgelden is veranderd.

De Friesland focust zich in het inkoopbeleid voor 2020 op de thema's chronische zorg en ouderenzorg. Dit sluit aan bij het inkoopbeleid van het jaar ervoor. De zorgprestaties moet de Friesland inhoudelijk nog verder optimaliseren. Er is daarom gekozen voor een éénjarig contract.

VGZ heeft binnen de afspraken over huisartsenzorg gekozen voor rust en continuïteit. Er zijn geen grote wijzigingen. Om administratieve lasten te verminderen, hoeven zorgaanbieders voor een aantal prestaties geen apart addendum meer af te sluiten. Dit geldt voor de prestaties SCEN, Verloskundige zorg en Abdominale echografie. Deze prestaties mogen zorgaanbieders declareren als zij voldoen aan de NZa voorwaarden. VGZ investeert in de opbouw van praktijkmanagement en stimuleert initiatieven die een oplossing bieden voor de ervaren werkdruk. VGZ geeft tevens aan dat succesvolle initiatieven rond 'meer tijd voor de patiënt' in 2020 worden uitgebreid.

Zorg en Zekerheid, Zilveren Kruis en Menzis focussen zich in de nieuwe contracten met name op de inzet van extra aanvullend personeel om hiermee meer tijd voor de patiënt te realiseren.

Zorg en Zekerheid is overgegaan op een driejarige overeenkomst (vorig jaar was dit twee jaar). Het onderdeel 'Resultaatbeloning' vormt hierbij een éénjarig onderdeel van de overeenkomst. De nadruk ligt op meer tijd voor de patiënt. Dit gebeurt door middel van taakdifferentiatie door inzet van de Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA) in de huisartsenpraktijk. Daarnaast biedt Zorg en Zekerheid meer ruimte in het basiscontract op het gebied van de poh-s. Hierdoor is de verwachting dat er minder individueel maatwerk nodig is. Voor 2020 is een beloning beschikbaar gesteld voor formulariumgericht voorschrijven (het voorschrijven van geneesmiddelen op basis van NHG richtlijnen). Deze vervangt de prestatie Doelmatig Voorschrijven. De prestatie Spiegelinformatie zal voortaan een resultaatbeloning achteraf zijn.

Zilveren Kruis maakt deze periode gebruik van een 2-jarig contract (2020-2021). Dit was vorig jaar een 1-jarig contract. In het contract huisartsenzorg zijn een aantal aanpassingen gemaakt. Voor de vergoeding van POH-S heeft Zilveren kruis het maximale aantal uur inzet verruimd. Op deze manier wordt 'meer tijd voor de patiënt' gecreëerd. Voor de extra vergoeding Beschikbaarheid in bijzondere gebieden zijn 'Gebieden met een huisartsentekort' toegevoegd. Dit komt naast de al bestaande indicatoren 'Dunbevolkt gebied of moeilijk te bereiken gebied', 'Geïsoleerd gebied' en 'Krimpgebieden'.

Menzis sluit in 2020 nieuwe 2-jarige contracten af met huisartsen. Menzis biedt voor huisartsenpraktijken al een aantal jaren een vergoeding voor de inzet van een praktijkmanager. Wijziging is dat een praktijkmanager niet meer gefinancierd wordt als hij ook als huisarts werkzaam is in dezelfde praktijk.

Per 1 januari 2020 wordt de oude POH-S module aangepast en heet dan module POH. Daarin wordt de vergoeding voor POH gemaximeerd tot maximaal 0,135 fte per normpraktijk. Vervolgens vervalt de opslag voor huisartsen die nog niet deelnemen aan één of meerdere zorgketens (DM II, VRM, COPD, astma).

Menzis wil huisartsen stimuleren om deel te nemen aan de module kwetsbare ouderen (KO) en daarom is de module in financiële zin verruimt. De mogelijkheid om bij extra inzet poh-ouderen (poh-o) reguliere prestaties (consulten, visites en verrichtingen) te declareren vervalt. Tenslotte geeft Menzis aan in de regio's meer ruimte voor maatwerk te geven via resultaatbeloning.

## 3.2 Ervaringen contracteerproces huisartsenzorg

In paragraaf 3.2 beschrijven we de ervaringen van zorgaanbieders met het proces van contracteren voor de huisartsenzorg. Dit doen we op basis van de volgende onderwerpen:

- Algemene indruk
- Duidelijkheid zorginkoopproces en beleidswijzigingen;
- Overleg en bereikbaarheid inhoud contract;
- Regiobijeenkomsten;
- Samenloop;
- Doorlooptijden contractering;
- Gehonoreerde verzoeken tot zorginnovatie/zorgvernieuwing;
- Groeiruimte door middel van inzet extra aanvullend personeel;
- Koppeling thema's hoofdlijnenakkoord

### Algemene indruk

In zijn algemeenheid is onze indruk dat er meer geïnvesteerd is in de relatie tussen zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers) van zorgaanbieders.

'NZa: Meer investeren in de relatie zien we op verschillende manieren terug. Zo zit het LHV overlegteam in sommige regio's elke zes weken met de zorgverzekeraar om tafel. Hierbij blijft niets onbesproken. Ook kun je denken aan continuïteit in de relatie en in de overleggen. Als basis wordt door een andere aanbieder respect voor elkaars standpunt en begrip voor wat de ander nodig heeft genoemd.'

Het meer investeren in de relatie leidt in de breedte tot meer tevredenheid over de samenwerking tussen huisartsen en verzekeraars in vergelijking met vorig jaar. Wij horen dit terug in de afgenomen interviews met (vertegenwoordigers) van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. We zien dat de partijen in de regio's waar vorig jaar veel conflicten waren dit jaar de draad samen weer hebben opgepakt om weer constructief met elkaar te overleggen.

'Praktijkvoorbeeld: Een medewerker van een zorgverzekeraar investeerde in de relatie door een dag mee te kijken met een praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk. Zo kreeg hij een beter beeld van de praktijk.'

We zien ook dat het investeren in de relatie leidt tot meer transparantie over indexatie systematiek van verzekeraars richting aanbieders. Hierdoor ontstond er ook specifiek over dit onderwerp minder discussie dan vorig jaar.

In de interviews met de LHV-overlegteams werd aangegeven dat ze over het algemeen goed met de preferente zorgverzekeraar in gesprek zijn. De LHV-overlegteams gaven wel aan dat (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders soms het gevoel hebben niet dezelfde taal te spreken. Ook zorgverzekeraars geven aan dit soms te ervaren. Tevens geven vertegenwoordigers van zorgaanbieders aan regelmatig geen ruimte te ervaren voor onderhandeling over het contract huisartsenzorg.

De zorgaanbieders zelf zijn ook niet altijd tevreden over de inhoud van het contract en de ervaren invloed hierop. Individuele aanbieders geven in de vragenlijst regelmatig aan zelf weinig inspraak te ervaren. Hierbij gaan ze soms wel en soms niet uit van de inspraak van de LHV-overlegteams (de vertegenwoordigers van zorgaanbieders in de regio's). Ook valt op dat individuele aanbieders regelmatig ervaren niet goed op de hoogte te zijn bij wat er speelt binnen de contractering. Als verklaring hiervoor geven ze onder andere aan geen tijd te hebben om zich hierin te verdiepen.

#### Duidelijkheid zorginkoopproces en beleidswijzigingen

Het inkoopproces huisartsenzorg is grotendeels onveranderd ten opzichte van vorig jaar. Dit loopt over het algemeen goed, gezien vanuit de minimale proces-eisen die de NZa hieraan stelt ([https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_2037\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_2037_22/1/)). Tijdigheid van publicatie van beleid en contracten, contracteergraad en doorlooptijden geven geen aanleiding tot zorgen.

Van de zorgaanbieders met een segment 1 contract die hebben deelgenomen aan de vragenlijst geeft 72% aan meer dan een maand de tijd te hebben om hun contract te tekenen. 24% heeft twee weken tot een maand (samen 96%). Van het totaal aantal aanbieders dat deze vraag beantwoorde vindt 18% dat zij onvoldoende tijd krijgen om hun zorgcontract te beoordelen.

De toelichting op het beleid tussen zorgverzekeraars verschilt in uitgebreidheid maar is naar ons oordeel voldoende helder omschreven om aan de minimale vereisten te voldoen. Zoals hierboven reeds genoemd geven tijdigheid van publicatie van beleid en contracten, contracteergraad en doorlooptijden geen aanleiding tot zorgen. Van de zorgaanbieders met een segment 1 contract die hebben deelgenomen aan de vragenlijst geeft 54% aan de transparantie van het beleid van de zorgverzekeraar onvoldoende te vinden. Zij vinden bijvoorbeeld dat de zorgverzekeraar de beleidswijzigingen ten opzichte van het jaar ervoor niet helder hebben toegelicht. Zij zien hierin graag verbetering.

#### Overleg en bereikbaarheid inhoud contract

Van de zorgaanbieders met een segment 1 contract die hebben deelgenomen aan de vragenlijst heeft 17% overleg gevoerd over de standaard contractvoorwaarden. Zorgaanbieders die met hun preferente zorgverzekeraar in overleg zijn gegaan vroegen wij of hun verzekeraar hierover goed benaderbaar was. Regelmatig geven zorgaanbieders aan dat de verzekeraar goed bereikbaar is maar dat er weinig ruimte voor onderhandeling is. Ook geven zij aan dat het resultaat van overleg vaak een afwijzing is. Van de aanbieders die overleg hebben gevoerd over de contractvoorwaarden geeft 70% aan een afwijzing te hebben ontvangen op hun voorstel. Ook geven aanbieders aan dat het lang niet altijd lukt om verder in overleg te komen dan met een eerste contactpersoon. Wanneer de zorgverzekeraar een aanvraag toekent, geven aanbieders vaak aan dat dit veel tijd en moeite heeft gekost. In de alinea 'gehonoreerde verzoeken tot zorginnovatie/zorgvernieuwing' verderop staat hier meer over geschreven.

#### Regiobijeenkomsten

Zorgverzekeraars organiseren regiobijeenkomsten om zorginkoopbeleid toe te lichten en om input vanuit de aanbieders op te halen. Van alle deelnemers aan de vragenlijst onder aanbieders gaf 46% aan dat er in hun regio een dergelijke bijeenkomst werd georganiseerd. 21% wist het niet en 33% gaf aan dat er in hun regio geen bijeenkomst was. Van de aanbieders van segment 1 die aangaven dat er regiobijeenkomsten zijn woonden 32% ook zo'n bijeenkomst bij. Voor alle aanbieders totaal was dit 36%. Dit komt ongeveer overeen met de cijfers van vorig jaar.

#### Samenloop

Het gebruikelijke volgbeleid binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg houdt in dat de afspraken in het contract tussen de preferente zorgverzekeraar in de betreffende regio en de zorgaanbieder door de overige zorgverzekeraars wordt gevolgd. Zie voor de uitgebreide omschrijving van dit volgbeleid de monitor van vorig jaar. Zorgverzekeraars passen dit volgbeleid echter niet overal toe. In regio's waar twee

zorgverzekeraars vergelijkbaar dominant zijn in verzekerdenpopulatie (dit geldt met name in delen van Limburg, Noord-Brabant en Gelderland) houden twee preferente verzekeraars vast aan het eigen contract. Zij volgen elkaars afspraken daarmee niet. Zorgaanbieders leveren dan zorg op basis van twee verschillende contracten. Dit wordt samenloop genoemd. Wij vroegen de aanbieders, welke een contract afsloten in segment 1, in de vragenlijst naar ervaren problemen bij samenloop.

Van de zorgaanbieders gaf 22% aan problemen met samenloop te ervaren. Veel omschreven problemen hierbij waren administratief. Bijvoorbeeld: dubbele contractonderhandelingen, verschillende looptijden van de contracten, prestaties apart moeten invoeren in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS), sneller ontstaan van fouten in aanvragen en declaraties en vervolgens veel correcties en afwijzingen door zorgverzekeraars door verkeerde invoering in het HIS. Andere problemen die zorgaanbieders noemen zijn de wisselende contracten en voorwaarden van zorgaanbieders waarnaar de huisarts doorverwijst (bijvoorbeeld de diagnostische centra) en het verschil in voorwaarden bij aanvullende modules (bijvoorbeeld de inzet van een praktijkmanager).

#### Doorlooptijden contractering

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk staat beschreven dat zes van de acht zorgverzekeraars voor 2020 nieuwe contracten afsluit. Bij deze zorgverzekeraars varieerden de doorlooptijd van het contracteerproces huisartsenzorg van 1,5 maand tot drie maanden, waarbij er soms geen sluitingsdatum werd gehanteerd. Dit voldoet aan de minimale termijn die de NZa-regeling transparantie zorginkoopproces Zvw voorschrijft en komt overeen met vorig jaar.

#### Gehonoreerde verzoeken tot zorginnovatie/zorgvernieuwing

Van de aanbieders die enkel segment 1 contracteren geeft 21% in de vragenlijst aan bij hun preferente zorgverzekeraar een verzoek in te hebben gediend voor zorginnovatie / zorgvernieuwing binnen segment 3. Hiervan gaf iets minder dan de helft van de aanbieders aan vervolgens niet in gesprek te zijn gekomen met de zorgverzekeraar. De andere helft van de aanbieders gaf aan dat het verzoek volledig of deels gehonoreerd werd (ongeveer gelijke verdeling tussen deze twee mogelijkheden).

Regelmatig geven zorgaanbieders aan dat zij geen plannen indienen voor nieuwe initiatieven, namelijk door 73% van de zorgaanbieders. Opgegeven redenen hierbij zijn dat het veel tijd kost, plannen vaak worden afgewezen of omdat plannen via de zorggroepen worden ingediend in plaats van door de individuele aanbieders.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij een aanzienlijk deel van de aanvragen gedurende 2019 tot zorginnovatie/zorgvernieuwing in segment 3 hebben toegekend (dit zijn ook aanvragen die zorggroepen hebben ingediend). Een geluid dat niet overeenkomt met het geluid van de zorgaanbieders.

In exacte getallen geven alle zorgverzekeraars tezamen aan dat er in 2020 in totaal 552 maatafspraken lopen. Dit kunnen nieuwe afspraken zijn voor 2020 of afspraken die in een eerder zijn gemaakt en in 2020 nog doorlopen. Drie zorgverzekeraars konden exact aangeven hoeveel aanvragen zorgaanbieders hebben ingediend en hoeveel er daadwerkelijk zijn gehonoreerd. In totaal gaat het om 60 aanvragen, waarvan de zorgverzekeraars er 47 hebben toegekend. Het gaat hier om een percentage van 64%.

De meest voorkomende redenen voor zorgverzekeraars om aanvragen af te wijzen zijn het niet hebben van toegevoegde waarde ten opzichte van de bestaande zorg, al bestaande financiering via een andere weg en/ of een vergelijkbaar project, en onvoldoende volume waardoor het project niet toegankelijk is voor een grote groep verzekerden. Zorgverzekeraars geven hierbij over het algemeen aan in het afwegingskader mee te nemen of een verzoek past binnen het hoofdlijnenakkoord.

'Door verzekeraars genoemde voorbeelden van gemaakte maatwerkafspraken in de contracten zijn onder andere: maatwerk voor startende huisartsen met een nulpraktijk, transitie management in het kader van praktijkopvolging, afspraken rondom borgen continuïteit huisartsenzorg, afspraken over palliatieve thuiszorg, aanvullende zorg bewegingsapparaat, spoedopvang, sociaal kwets-



baren in de stad, advance care planning, oogconsultatie, ontwikkeling digitale app, meekijkconsulten, extra inzet POH-GGZ, echografie in de eerste lijn, meer tijd voor de patiënt projecten'

#### Groeiruimte door middel van inzet extra aanvullend personeel

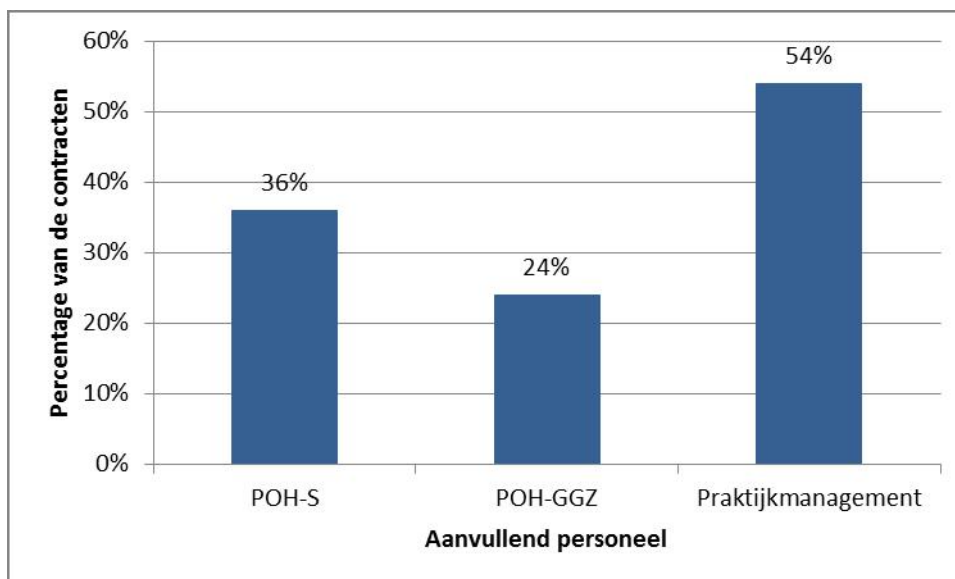
In paragraaf 4.1 schrijven we dat de zorgverzekeraars die dit jaar de meeste inhoudelijke aanpassingen hebben doorgevoerd in het contract zich hierbij met name focussen op de inzet van extra aanvullend personeel om hiermee meer tijd voor de patiënt te realiseren. Dit is zoals deze partijen in overleg met de LHV-overlegteams invulling geven aan de groeiruinthe binnen het hoofdlijnenakkoord.

De belangrijkste discussiepunten in deze regio's tussen de LHV-overlegteams en de zorgverzekeraars gingen dit jaar over het al dan niet mogen declareren van verrichtingen bij de inzet van extra aanvullend personeel, (onduidelijkheid over) de opleidingseisen van aanvullend personeel en de praktijkmanager, en in zijn algemeenheid over de invulling van het creëren van meer tijd voor de patiënt. Hierbij zien we vaak dat de partijen het op hoofdlijnen wel eens worden, maar dat discussie ontstaat bij het komen tot concretere uitwerkingen.

De maximale vergoeding van inzet in fte voor de inzet van aanvullend personeel per praktijk wordt vaak niet gehaald; oftewel het standaardcontract 2020 biedt nog veel extra ruimte voor de inzet van extra aanvullend personeel. Dit zien we bij alle zorgverzekeraars terug. Vorig jaar trokken we dezelfde conclusie. We hebben dit onderwerp dit jaar verder uitgevraagd.

We vroegen aan de zorgverzekeraars bij welk percentage van de aanbieders met wie zij een contract sloten de afspraken voor POH-S, POH-GGZ en praktijkmanagement maximaal zijn ingevuld. De getallen zijn respectievelijk gebaseerd op de opgave van 5, 4 en 6 zorgverzekeraars.

*Figuur 3.1: Zorgverzekeraars: 'Voor welk deel van de contacten is de ruimte voor aanvullend personeel (POH-S, POH-GGZ en praktijkmanagement) tot het maximale niveau overeengekomen?'*



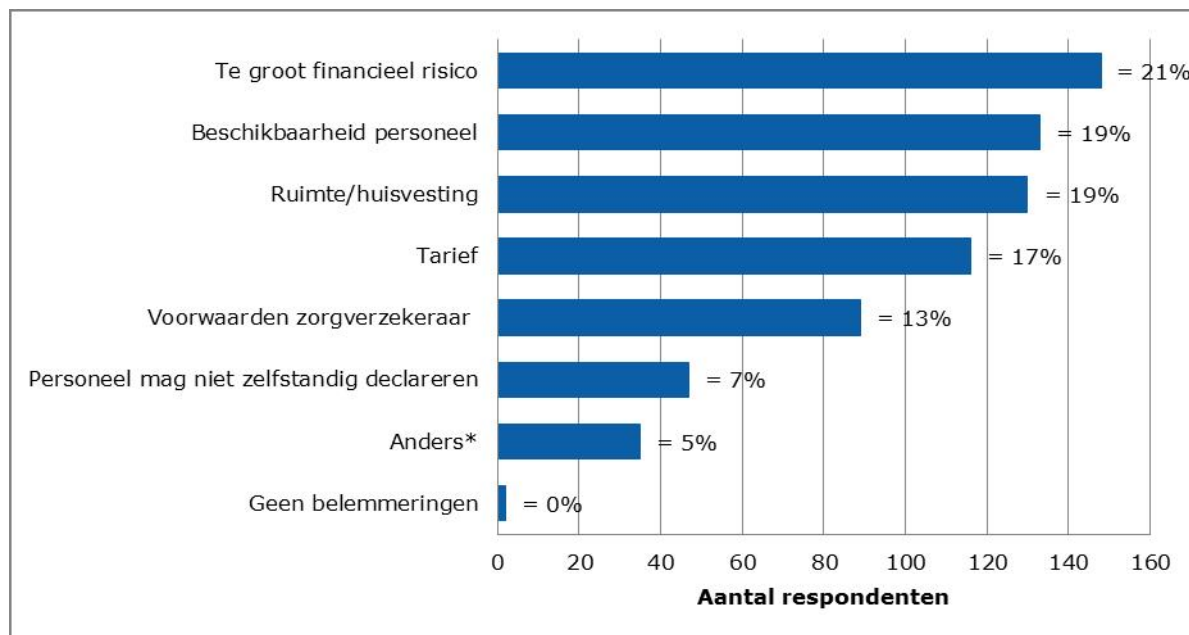
*Bron: Uitvraag onder zorgverzekeraars*

Vorig jaar waren deze percentages in onze uitvraag 8% voor POH-S, 8% voor POH-GGZ en 39% voor praktijkmanagement. We zien hierin dus wel een duidelijke stijging.

Ondanks dat partijen er vaak gezamenlijk voor kiezen om meer tijd voor de patiënt in het contract in te vullen door meer ruimte te bieden voor de inzet van aanvullend personeel, wordt de geboden ruimte vaak niet of niet voldoende ervaren als oplossing voor de bestaande problemen in de praktijk. In de vragenlijst onder aanbieders van segment 1 geeft 85% aan meer aanvullend personeel in te willen zetten.

Genoemde factoren die vervolgens belemmeren bij het daadwerkelijk inzetten van meer aanvullend personeel zijn onder andere een te groot financieel risico (21%), ruimte en/of huisvesting (19%), de beschikbaarheid van personeel (19%) en het tarief (17%).

Figuur 3.2: Zorgaanbieders: 'Wat belemmert u bij het inzetten van aanvullend personeel?'



\* Bij 'Anders' hebben zorgaanbieders over het algemeen uitgebreide toelichtingen gegeven die onder één van de genoemde categorieën vallen.

Bron: Vragenlijst onder aanbieders

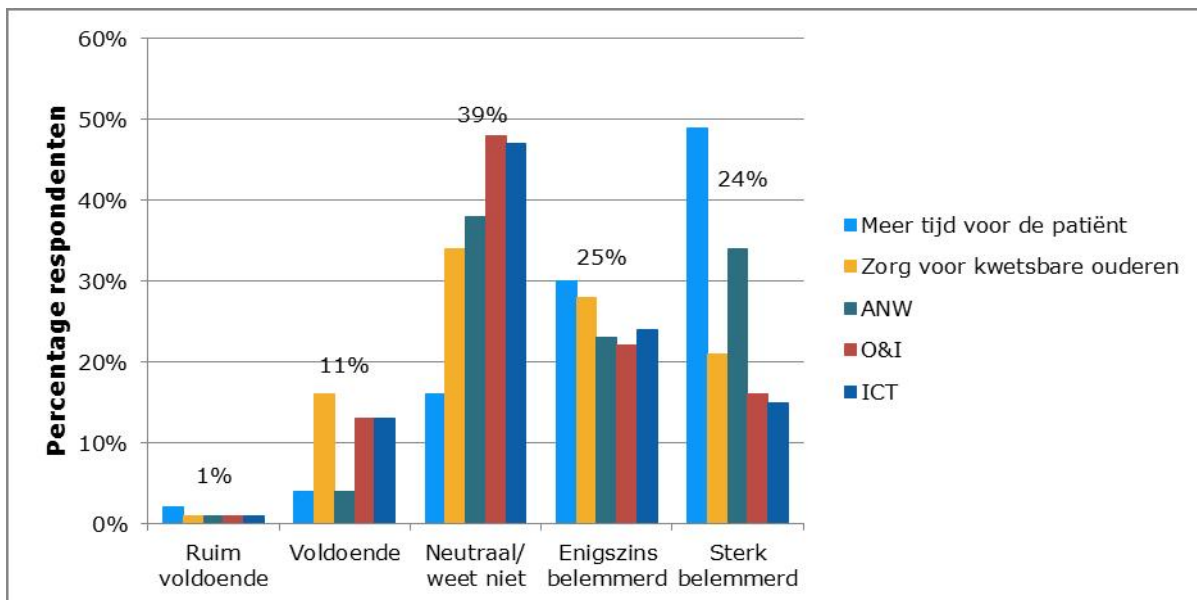
'Praktijkvoorbeeld: In een van de regio's bestaat een stichting die praktijken ondersteunt die op zoek zijn naar een grotere ruimte. Deze stichting is een samenwerkingsverband van verschillende zorgorganisaties en is de regisseur van gezamenlijke huisvesting van voornamelijk huisartsen.'

'Ervaring aanbieder: Praktijkondersteuners zijn lastig te vinden. De rekentool van de zorgverzekeraar bepaalt hoeveel vergoeding je krijgt. Maar aanvullend personeel die je voor een halve dag kleinschalig kunt inhuren in een kleine praktijk vind je niet. 3-4 dagen per week lukt wel.'

#### Koppeling thema's hoofdlijnenakkoord

Zorgaanbieders geven over het algemeen in de vragenlijst aan dat ze de thema's van het hoofdlijnenakkoord te weinig tot niet terugzien in het contract huisartsenzorg 2020.

Figuur 3.3: Zorgaanbieders: 'Biedt uw contract 2020 met de preferente zorgverzekeraar naar uw eigen inzicht voldoende ruimte om uw praktijk in te richten op basis van de zorgbehoefte van uw populatie?'



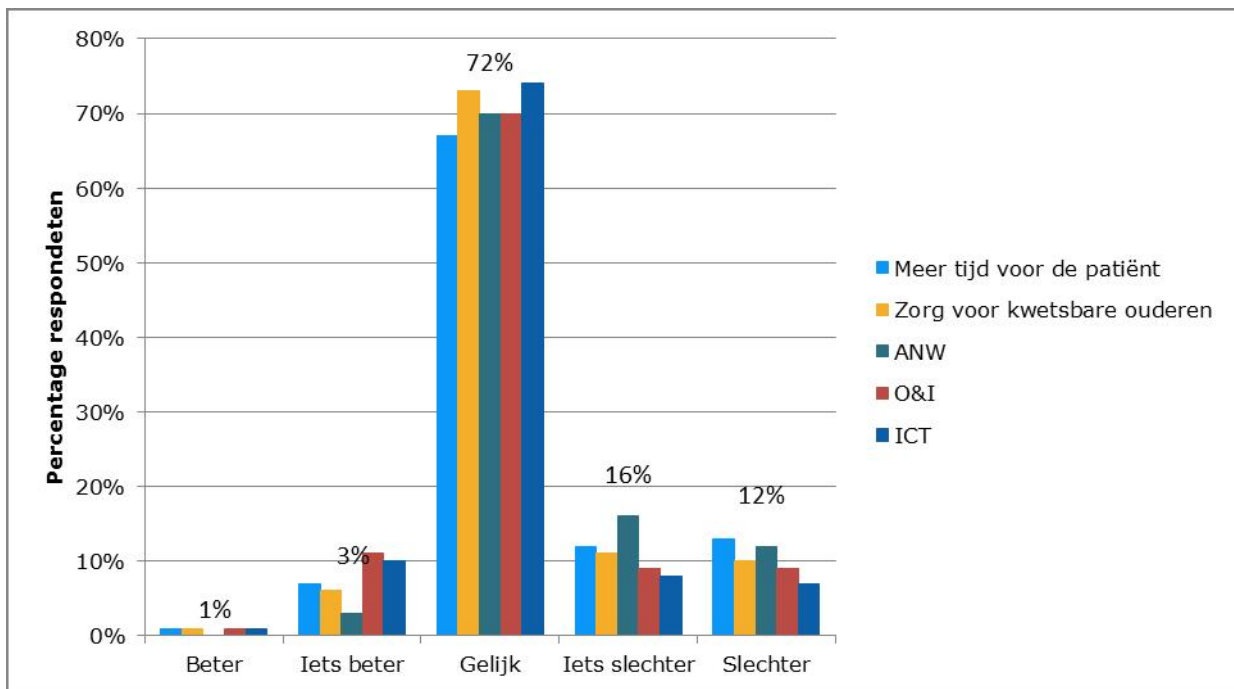
Bron: Vragenlijst onder zorgaanbieders

Aanbieders voelen zich het meest belemmerd binnen het thema meer tijd voor de patiënt en ANW. Voor de meeste thema's geldt ook dat een groot deel van de aanbieders het antwoord op de vraag ofwel niet weet, ofwel hier neutraal over is.

'Praktijkvoorbeeld: In een van de regio's bestaat de stuurgroep ICT die zich bezighoudt met een uniforme ICT-inrichting. Onderdelen daarvan zijn ICT inrichting van de transfer van de patiënt, verwijzing van de patiënt en communicatie over de patiënt.'

In figuur 3.4 geeft 72% van de aanbieders, gemiddeld over alle vijf de thema's, aan dat de geboden ruimte ten opzichte van vorig jaar in de contracten gelijk is gebleven. Het deel van de aanbieders dat een andere mening heeft, geeft grotendeels aan dat zij de geboden ruimte als iets slechter of slechter ervaren (28%). Slechts 4% vindt de geboden ruimte (iets) verbeterd.

*Figuur 3.4: Zorgaanbieders: 'Kunt u per thema aangegeven in hoeverre de geboden ruimte in het contract van 2020 is veranderd ten opzichte van vorig jaar (beter, gelijk of slechter)?'*



Bron: Vragenlijst onder aanbieders

### 3.3 Conclusie contractering huisartsenzorg

In standaardcontracten met huisartsenpraktijken wordt op thema's 'meer tijd voor de patiënt' en 'zorg aan kwetsbare groepen' vooral ingezet op het aantrekken van aanvullend personeel binnen de praktijk. Bij drie zorgverzekeraars zien we dat het standaardcontract is verruimd met een invulling van deze afspraken uit het hoofdlijnenakkoord. De geboden mogelijkheden worden hier nog niet maximaal benut. Huisartsen geven hiervoor zelf meerdere redenen aan. Zij noemen onder andere regionale schaarste aan capabel personeel, ruimte tekort in de praktijk, maar ook onzekerheid over structurele financiering en de hoogte van het geboden tarief.

Afspraken over 'ICT/digitalisering' en 'ANW' lopen voor een deel via S3-afspraken binnen huisartsencontracten. Ze zijn hoofdzakelijk onderdeel van de regionale O&I-afspraken met samenwerkingsverbanden of met de huisartsenposten. Afspraken rondom 'meer tijd voor de patiënt' of 'zorg voor kwetsbare groepen' zijn niet uniform gelabeld via declaratietitels die rechtstreeks te koppelen zijn aan thema's uit het hoofdlijnenakkoord. Daarmee is geen eenduidige uitspraak te doen over groei aan uitgaven op deze specifieke thema's als gevolg van het hoofdlijnenakkoord. Zoals we in de monitor van vorig jaar uitgebreid uiteen hebben gezet, bevatten de contracten voor individuele praktijken een keuzemenu van mogelijke aanvullende vergoedingen. De inrichting van de praktijk is hierbij bepalend. De investeringen in thema's zoals 'zorg voor kwetsbare groepen' is voor een belangrijk deel afhankelijk van de verandering die zorgaanbieders zelf aanbrengen in de praktijkvoering en dienstverlening. Dat al deze afspraken en aanpassingen in dienstverlening gezamenlijk bijdragen aan een toename in investeringen in huisartsenzorg is evident.

Het valt op dat zorgverzekeraars en (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders dit jaar hebben geïnvesteerd in de relatie. Dit heeft geleid tot meer constructieve gesprekken over de vorming van de standaardcontracten voor huisartsenzorg en minder onrust tijdens de contractperiode. Zorgverzekeraars bieden meer transparantie over zaken als indexatie of tariefopbouw van vergoedingen voor aanvullend personeel. Hierdoor is minder discussie en escalatie in de contractperiode geweest. Er ontstaat meer ruimte om voor constructieve gesprekken over de gewenste en noodzakelijke toekomstige stappen. Dit is een verbetering ten opzichte van de situatie vorig jaar.

De investering in onderlinge verhouding en de toenemende focus op de regionale problematiek leiden niet automatisch tot meer tevredenheid onder aanbieders over de uiteindelijke contracten. Ook dit jaar

bleven op een aantal vlakken discussies bestaan over invulling van elementen van het contract. Zoals de randvoorwaarden waar vergoedingen voor de inzet van aanvullend personeel aan moet voldoen. Uit de vragenlijst onder zorgaanbieders blijkt net als vorig jaar een hoge mate van ontevredenheid over het huidige contract en de wijze waarop dit tegemoet komt aan de uitdagingen in zorgvraag die op hen afkomen. De inspraak in de totstandkoming van het beleid wordt door huisartsen vaak nog ervaren als minimaal.

## 4 Contractering multidisciplinaire zorg

In dit hoofdstuk beschrijven we de contractafspraken voor de multidisciplinaire zorg zoals zorgverzekeraars deze afspreken met gezondheidscentra, zorggroepen en regio-organisaties. Hierbij bekijken we het inkoopbeleid met de inhoudelijke veranderingen in het contract ten opzichte van vorig jaar (of de vorige contractronde) en maken we gebruik van de ervaringen van de aanbieders en de zorgverzekeraars met het contracteerproces. Deze ervaringen hebben we opgehaald in interviews en de online vragenlijst.

### 4.1 Inhoudelijke veranderingen in het contract multidisciplinaire zorg

In tegenstelling tot de contractering van huisartsenzorg, voeren zorgaanbieder en zorgverzekeraar bij contractering van de multidisciplinaire zorg vrijwel standaard een inhoudelijk gesprek gevoerd tussen aanbieder en verzekeraar over de inhoud van het contract. In paragraaf 4.1 bespreken deze contracten, afspraken en bijbehorende bewegingen op basis van de volgende onderwerpen:

- Feitelijke veranderingen in de contracten;
- Contractduur;
- Inclusieplafonds;
- Tariefontwikkeling en indexatie;
- Beweging naar een centrale regio;
- Afspraken op basis van regioplannen;
- Wijze van inkoop in de regio en in de wijk;
- Koppeling thema's hoofdlijnenakkoord

#### Feitelijke veranderingen in de contracten

Contracten en afspraken in de multidisciplinaire zorg zijn bijna altijd maatwerk. Dat gezegd hebbende zien we wel dat zorgverzekeraars in hun standaard inkoopbeleid wijzigingen doorvoeren die invloed hebben op de contracten multidisciplinaire zorg. Dit jaar zien we de wijzigingen in het standaard beleid multidisciplinaire zorg vooral bij VGZ.

Waar Zilveren Kruis vorig jaar is begonnen met sterke sturing om aanbieders zich te laten verenigen in een centrale organisatie voor de inkoop van O&I is dat dit jaar één van de wijzigingen in het beleid van VGZ. Taken die voorheen via overhead ketenzorg betaald werden vallen voortaan onder nieuwe betaaltitels voor wijkmanagement en regiomanagement. Hiertoe moet een zorggroep of regio-organisatie een resultaatgericht plan voor O&I. Dit betekent dat gezondheidscentra zich daarbij aan zullen moeten sluiten.

De inhoud van de 'standaard' zorgketens (DMII, COPD, VRM, Astma) is inmiddels bij alle zorgverzekeraars wel uitgekristalliseerd. Er is wel differentiatie in de samenstelling. Nu er aparte betaaltitels zijn voor het aandeel overhead en aandeel zorg in de keten start VGZ in 2020 met de transitie naar een standaardtarief per keten (voor het aandeel zorg en voor de overhead). Een aantal andere zorgverzekeraars is hier al eerder mee gestart.

VGZ zet per 2020 in op het aanstellen van één verantwoordelijke partij voor integrale eerstelijns diagnostiek per regio met toekomstbestendigheid als doel. Dit raakt niet rechtstreeks het contract van de huisarts of samenwerkingsverband, maar is wel een bron van onrust onder deze aanbieders.

De overige verzekeraars doen weinig tot geen aanpassingen in hun standaard inkoopbeleid multidisciplinaire zorg. Daarvoor geldt dat er een brede range aan maatwerkafspraken mogelijk is in de contractering van multidisciplinaire zorg. In de interviews haalden we meerdere voorbeelden op waarbij het integrale tarief van de 'standaard' zorgketens vooral het aanbod vanuit de huisartsenpraktijk omvatten

en niet zozeer het aanbod van aanvullende specialismen zoals voetzorg en overige ondersteunende specialismen.

#### Contractduur

Omdat er bij multidisciplinaire zorg in mindere mate sprake is van standaardcontracten zoals bij de huisartsenzorg, zien we ook dat er meer variatie is in de contracttermijnen. Onderstaande tabel laat zien dat er meestal sprake is van een één- of tweejarig standaardcontract, maar hier wordt regelmatig van afgeweken. We hebben voorbeelden gezien van goede samenwerkingen met zorggroepen, waarbij bijvoorbeeld een contract voor vier of vijf jaar is aangegaan.

Tabel 4.1: Overzicht zorgverzekeraars en doorlooptijd

	<b>Nieuw contract 2020</b>	<b>Duur contract*</b>	<b>Periode</b>
Zorg en Zekerheid	Ja	1 jaar	2020
Zilveren Kruis	Ja	2 jaar	2020-2021
VGZ	Ja	2 jaar	2020-2021
CZ	Nee	2 jaar	2019-2020
Menzis	Ja/Nee	Wisselend	Verschillende periodes
DSW	Ja	1 jaar	2020
ENO	Nee	3 jaar	2019-2021
De Friesland	Ja	1 jaar	2020

\* Voor multidisciplinaire zorg kan bij de meeste verzekeraars worden afgeweken van de standaard contracttermijnen.

Bron: openbaar inkoopbeleid zorgverzekeraars en/of opgehaald uit interviews

#### Inclusieplafonds

Twee zorgverzekeraars hanteren inclusieplafonds bij de 'standaard' zorgketens. Dit betekent dat de zorgverzekeraar een sterke afwijking van het landelijk gemiddeld aantal patiënten in een zorgketen alleen honoreert en vergoedt bij een goede onderbouwing. Zorgverzekeraars geven aan deze inclusieplafonds te gebruiken om een doelmatige inzet van zorg te borgen. Wij hebben geen concrete signalen dat patiënten noodzakelijke zorg ontzegd wordt als gevolg van deze plafonds.

#### Tariefontwikkeling en indexatie

In de data-analyse van 2015 t/m 2019 zien we dat de investeringen in O&I stijgen. Wij vroegen de zorgverzekeraars om een inschatting te geven wat de totale procentuele ontwikkeling van uitgaven zal zijn in 2020 ten opzichte van 2019 rondom multidisciplinaire zorg (ketenzorg al dan niet via segment 3 en M&I). De gegeven antwoorden variëren van 2 tot 10%. De precieze stijging van de investeringen in O&I over 2020 zal nog moeten blijken maar op basis van de data-analyse en de inschatting van de verzekeraars schatten wij in dat de stijgende lijn door zal zetten.

Regionaal zijn er voorbeelden van groei in tariefontwikkeling zichtbaar. Echter geldt ook dat ketenzorgaanbieders die nu relatief meer geld krijgen dan andere aanbieders achteruitgang in de tarieven tegen kunnen komen. Deze aanbieders worden regelmatig 'bevroren' in de tariefontwikkeling van de 'standaard' zorgketens. Dit komt overeen met wat we vorig jaar zagen.

Kijkend naar indexatie is dit niet perse een standaard toevoeging op het budget van het jaar ervoor. Overhevelingen van ketenzorg naar O&I financiering geven hier een verstoord beeld. Lagere ketenzorgtarieven kunnen alsnog leiden tot een gelijkblijvend of hoger budget voor de zorggroep als geheel. Vorig jaar zagen we nog voorbeelden van onduidelijkheden en interpretatieverschillen bij tariefbevrozing (geen tussentijdse jaarlijkse indexatie) bij meerjarencontracten. Nu is indexatie in 2021

altijd expliciet onderdeel van gesprek / de afspraak bij meerjarencontracten die worden afgesloten in 2020. Ongeacht of dit daadwerkelijk leidt tot indexering.

#### Beweging naar een centrale regio

Bij het naleven van de doelstellingen van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 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. Deze beweging naar een centrale regio geeft richting aan het realiseren van meer tijd voor de patiënt en het verminderen van de ervaren werkdruk van zorgaanbieders.

'Praktijkvoorbeeld: In de regio Amstelland bevindt het sociale loket van de gemeente zich sinds eind 2018 in een lokaal gezondheidscentrum. Op deze manier is letterlijk de afstand kort tussen de huisarts en verwijzing naar de juiste plek indien nodig.'

Er zijn al veel brede afspraken die gemaakt worden binnen de regio's, buiten de reeds langer bestaande zorgketens om. Deze afspraken kennen veel variatie waarbij de inhoud en omvang van de afspraken sterk afhankelijk zijn van het mandaat en de slagkracht van het samenwerkingsverband. We hebben in onze interviews voor deze monitor veel voorbeelden gezien van constructieve relaties met mooie gemaakte gezamenlijke stappen, waarbij begrip bestaat voor elkaars rol en waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over doorontwikkeling van ondersteuning in de eerste lijn. Hierbij zijn vervolgens aanvullende investeringen mogelijk indien nodig.

Om te komen tot deze gezamenlijk gedragen stappen is echter wel een samenwerkingsverband met mandaat en regionale slagkracht nodig. Deze is de afgelopen jaren niet in iedere regio natuurlijk tot stand gekomen. Inmiddels sturen twee grote zorgverzekeraars actief op de totstandkoming van zo'n structuur. In regio's waar deze richting vorig jaar is ingezet, ontstaan nu de eerste contouren, in het laatste deel van dit hoofdstuk omschrijven we wat de ervaringen van zorgaanbieders hiermee zijn.

In de regio's van de overige zorgverzekeraars zien we minder sterke sturing. Er is een variatie in aanpak, waarbij er verschillen zijn in de nadruk op het stimuleren van de samenwerking (van onderaf of van bovenop). De gekozen aanpak is veelal ook afhankelijk van de al historisch opgebouwde structuren in de betreffende regio.

#### Afspraken op basis van regioplannen

We zien inmiddels vrijwel overal inzet op totstandkoming van regioplannen en uitwerkingen van (of aanzetten tot) O&I regio-management afspraken. Er zit veel variatie in de invulling hiervan. Van vrij summiere overzichten van bestaand aanbod, via uitgebreide visiedocumenten op basis van data, tot een structuur van continue bestuurlijk overleg tussen huisartsen, verzekeraars, ziekenhuizen, gemeentes, et cetera. Elementen als regionale schaarste in aanbod met oplossingen binnen en buiten de huisartsenpraktijk zijn dan onder andere onderwerp van aandacht. In de regio's waar deze schaarste echt urgent is heeft dit ook prioriteit.

'Praktijkvoorbeeld: In onze regio draait het regioplan met name om O&I en samenwerking in de wijk. Er zijn allerlei plannen opgehaald bij huisartsen die een sterke link hebben met samenwerken in de wijk. Daar hebben wij vervolgens een eindplan omheen gemaakt waar vervolgens de huisartsen en de zorgverzekeraar gesprekken over hebben gevoerd. Ook als er vanuit de huisartsen nieuwe ideeën komen die passen binnen dit plan, dan wordt daar financiering voor gezocht.'



'In onze regio is de vorm van continue regionaal overleg op bestuurlijk niveau samen met de verzekeraar meer passend dan de term regioplan.'

'Het model wat in onze regio werkt kun je niet zo kopiëren naar een andere regio. Het gaat meer om welke houding neem je aan en hoe ga je met elkaar om. De blauwdruk is niet de uitwerking maar omgang met elkaar en constructief overleg.'

Het valt ons op dat vergoeding van gemaakte afspraken in de regio regelmatig plaatsvindt vanuit incidentele geldpotjes (Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS)-gelden). Deze manier van vergoeding biedt geen structurele zekerheid en bovendien zijn deze investeringen hierdoor ook niet goed zichtbaar in (de data-analyse van) deze monitor. We missen daarmee dus inzicht in een deel van de investeringen. Dit zijn overigens niet de enige investeringen die we missen (dit geldt bijvoorbeeld ook voor voetzorg en paramedische zorg die binnen de ketenzorg valt maar apart wordt gefinancierd). Ten aanzien van de financiering vanuit incidentele gelden geven zorgverzekeraars aan dat als delen uit het regioplan potentie hebben, maar (nog) niet duidelijk meerwaarde, deze projectmatig gefinancierd kunnen worden uit deze gelden, met de intentie om ze bij bewezen meerwaarde structureel te financieren.

#### Wijze van inkoop in de regio en in de wijk

Regio-, wijk- en praktijkmanagement is in opzet een elkaar versterkende schakel. Regiomanagement is vrijwel overal in ontwikkeling. Het startpunt is veelal de zorggroep maar nieuwe vormen komen op of dwingen zorgverzekeraars af.

'Zorgverzekeraar: In onze regio zetten we 'bottom up' in door bestaande kleinere organisaties te verbinden en schaalvoordelen op te zoeken. Zo bewerkstelligen we de Juiste Zorg op de Juiste Plek door multidisciplinaire samenwerking binnen de wijken.'

De aanpak om verdere samenwerking (organisatie en infrastructuur) te stimuleren verschilt per verzekeraar en per regio: op het niveau van de praktijk, de wijk of de regio. Hierbij wordt vaak voortgebouwd op wat al staat. Echter twee grote verzekeraars sturen nu actief op omvormen van huidige samenwerkingsverbanden naar één regionale samenwerking. De zorgverzekeraar zet hier de financiering stop of bouwt deze af bij de huidige partijen, met de opdracht aan partijen om een centrale organisatie op te zetten die met de O&I betaaltitels wordt gefinancierd.

'Ervaring aanbieder: Het beleid van onze preferente zorgverzekeraar is dat zij de kosten indexeert als er een regio-organisatie is. De gezondheidscentra in de regio worden vervolgens niet geïndexeerd. Dit gaf een conflict waar we uiteindelijk wel onderling zijn uitgekomen.'

Wijkmanagement is hierbij vaak minder concreet. Soms is dit het doortrekken of door-ontwikkelen van bestaande afspraken met gezondheidscentra, maar vaak wordt wijkmanagement een onderdeel van de regio-afspraken. Dat kan vrijwillig, maar twee zorgverzekeraars dwingen deze route dus ook af, zoals hierboven omschreven. Gezondheidscentra komen voor de keuze: of met (tijdelijk) behoud van middelen aansluiten bij de regio-organisatie, of snelle afbouw van vergoeding de komende jaren. Dit dwingt op korte termijn de logische ondersteuningsketen af tussen regio-organisatie/zorggroep en gezondheidscentrum, die nu vaak nog ontbreekt.

Door deze beweging worden bestaande gezondheidscentra die vele jaren zelfstandig hebben geopereerd, nu onderdeel van, of afhankelijk van, een andere entiteit (namelijk de regio-organisatie of zorggroep). De analyse over de declaratiecijfers over voorgaande jaren lijkt ook te duiden op een trend dat de investeringen op 'wijk'-niveau achterlopen bij de investeringen op regioniveau. Veelal is deze beweging zonder veel keus omdat de zorgverzekeraar het bestaande budget van de gezondheidscentra afbouwt. Deze beweging gaat niet altijd soepel en zorgt voor onrust. Er zijn signalen dat gezondheidscentra in een ongunstige onderhandelingspositie komen ten opzichte van de regio-organisatie. Dat gezondheidscentra aangeven in deze positie te komen is ook een teken dat zij zichzelf als wijkorganisatie als een onafhankelijke entiteit zien ten opzichte van de regio-organisatie. Dit wijst erop dat in die regio's ondersteuning en dienstverlening nog niet in een logische keten op regio, wijk en praktijk niveau is vormgegeven.

'Een van de zorgverzekeraars vergoedde in een regio een extern adviseur om nader tot elkaar te komen in de regio. Ieder wil zijn eigen organisatie behouden maar de zorg betaalbaar en beschikbaar houden is voor alle aanbieders en de zorgverzekeraar het belangrijkste.'

#### Koppeling thema's hoofdlijnenakkoord

De verschillende contracten multidisciplinaire zorg tussen aanbieders en zorgverzekeraars kennen een grote diversiteit die afhankelijk is van vele factoren. Deze diversiteit is er ook als je gaat kijken naar hoe de thema's uit het hoofdlijnenakkoord terugkomen in deze contracten. Soms zie je de thema's uit het hoofdlijnenakkoord doorschijnen in het geheel van afspraken, soms worden over één of meerdere van de thema's apart benoemde afspraken gemaakt.

'Praktijkvoorbeeld: Het traject om van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag te komen liep in deze regio al langer in samenwerking met de gemeente en de huisartsencoöperatie. Het was al duidelijk dat dit er bij de nieuwe contractering bij zou komen. Vervolgens kwamen toen het hoofdlijnenakkoord en meer tijd voor de patiënt ter sprake. Gezamenlijk zijn we toen gekomen tot een pilot en hoe deze te kaderen.'

Kijkend naar de contracten waarin over één of meerdere van de thema's aparte afspraken worden gemaakt zie je de thema's 'meer tijd voor de patiënt' en 'zorg voor kwetsbare groepen' vaak terugkomen als centrale inkoop van aanvullend personeel via de zorggroep of regio-organisatie. Je kunt hierbij denken aan diverse praktijkondersteuners (poh) en andere zorginhoudelijke ondersteuning (verpleegkundig specialist, physician assistant) maar ook aan praktijkmanagers.

Voor het thema 'ANW' zien we over het algemeen geen aparte afspraken terugkomen in de contracten tussen zorggroepen of regio-organisaties en verzekeraars. Behalve in de regio midden IJssel (Deventer).

'In de regio heeft de zorggroep in een overeenkomst met zorgverzekeraar Eno een aantal physici-an assistants in opleiding (PA i.o.) in dienst. Deze PA i.o.'s worden opgeleid in diverse huisartsen-praktijken in de dagpraktijk, maar ook op de huisartsenposten. Doel is om de PA's uiteindelijk in te gaan zetten op de huisartsenposten als extra krachten. Extra investeringen lopen via het HDS budget.'

Het thema ICT zien we in een aantal regio's specifiek terugkomen door bijvoorbeeld te investeringen in apps die communicatie tussenzorgaanbieders onderling maar ook met de huisartsenposten vereenvoudigen. Er zijn regio's waar partijen in het verleden al veel investeringen in ICT hebben gedaan en

waarbij alle huisartsenpraktijken reeds op hetzelfde HIS draaien. Er zijn ook regio's waar in ICT nog grote slagen te maken zijn. Daarnaast zien we dat men zich in elke regio nu bezig houdt met de implementatie van OPEN.

De afspraken rondom het thema O&I zijn divers en zitten over het algemeen verspreid in diverse afspraken. Dit hebben we ook nader omschreven in de terugblik 2019 met bijbehorend bijlage 1.

## 4.2 Ervaringen contracteerproces multidisciplinaire zorg

In paragraaf 4.2 beschrijven we de ervaringen van zorgaanbieders met het proces van contracteren voor de multidisciplinaire zorg. Dit doen we op basis van de volgende onderwerpen:

- Algemene indruk;
- Relatie zorgverzekeraars en samenwerkingsverbanden;
- Regioplannen;
- Van regio naar wijk;
- Organisatie & Infrastructuur;
- Indexatie en inclusieplafonds

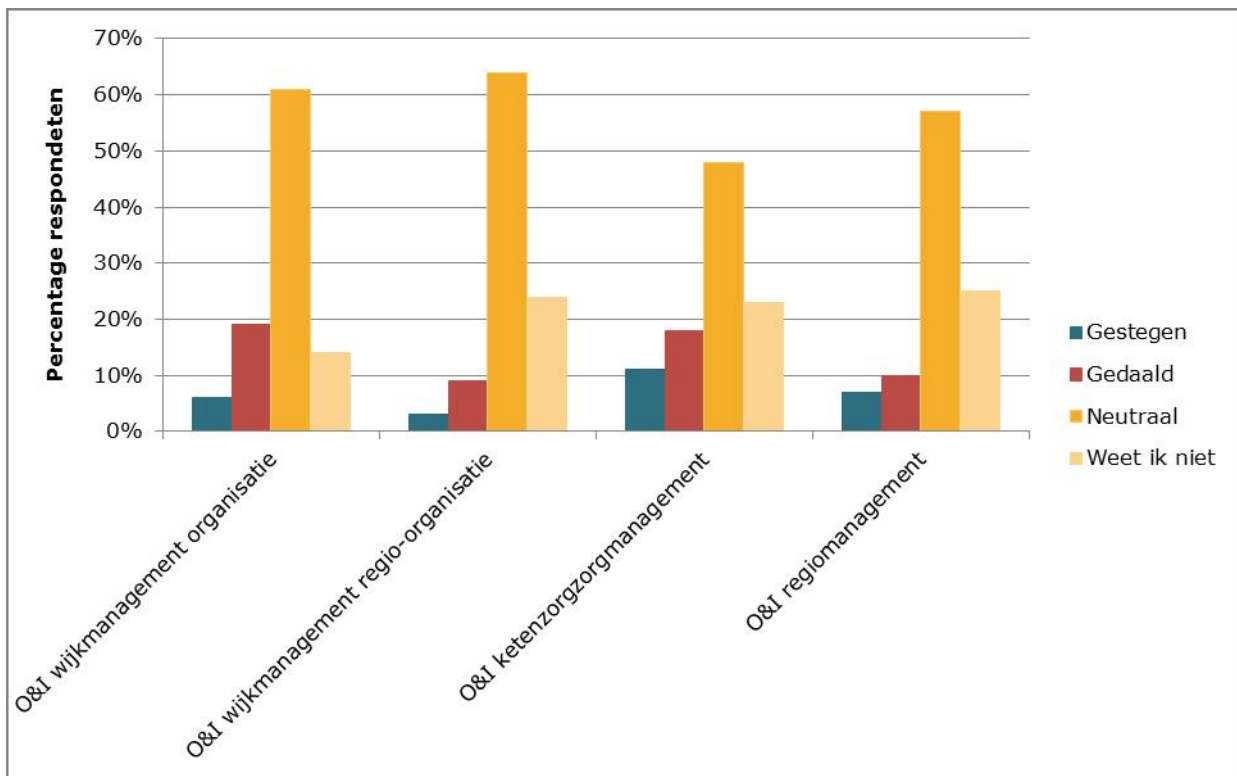
### Algemene indruk

In de interviews met de zorgaanbieders hebben we dit jaar in zijn algemeenheid meer positieve verhalen gehoord in vergelijking met vorig jaar. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars steken veel energie in het (gezamenlijk) in kaart brengen van uitdagingen, mogelijkheden en bijbehorende kosten op basis van een budget voor de benodigde overhead. Dit leidt niet overal automatisch tot hogere tarieven maar zegt iets over de intenties van alle partijen.

Maar zorgaanbieders en verzekeraars ervaren ook verschillende knelpunten. De ervaringen rondom het proces van contracteren zullen in de rest van deze paragraaf aan de orde komen. Wat we daarbij zien is dat het geluid onder aanbieders in de vragenlijst veelal een stuk negatiever is dan het beeld dat wij hebben opgehaald uit de interviews met de aanbieders en de zorgverzekeraars maar ook uit onze feitelijke (data-)analyses. Dit vertekent deze paragraaf enigszins; in de conclusie van deze paragraaf zullen we deze geluiden afzetten tegen het beeld dat wij hebben gekregen.

In het licht van de proces-eisen die de NZa aan de contractering stelt, vroegen wij de aanbieders (welke segment 2 contracteren) in de vragenlijst in hoeverre zij tevreden zijn over de volgende aspecten van het contracteren.

*Figuur 4.1: Zorgaanbieders: 'Bent u tevreden over de volgende aspecten van contracteren?'*



Bron: Vragenlijst onder zorgaanbieders

In bovenstaande figuur is te zien dat aanbieders het meest tevreden zijn over de tijdigheid van het bereiken van een akkoord (namelijk 35% beoordeelt dit onderdeel met tevreden of zeer tevreden). Het meest ontevreden zijn aanbieders over de overeenkomen tarieven, 55% van de aanbieders is hier ontevreden of zeer ontevreden over. Voor alle zes de onderwerpen zijn relatief veel aanbieders neutraal of weten het antwoord niet; gemiddeld 35%.

'Aanbieder: Het gaat om elkaars taal spreken. Elkaar confronteren met hoe open je de onderhandeling in kan. De dialoog zoeken in plaats van de discussie. Vaststellen van gedeelde ambities. Stel dat we één organisatie waren: wat zouden we dan willen bereiken?'

#### Relatie zorgverzekeraars en samenwerkingsverbanden

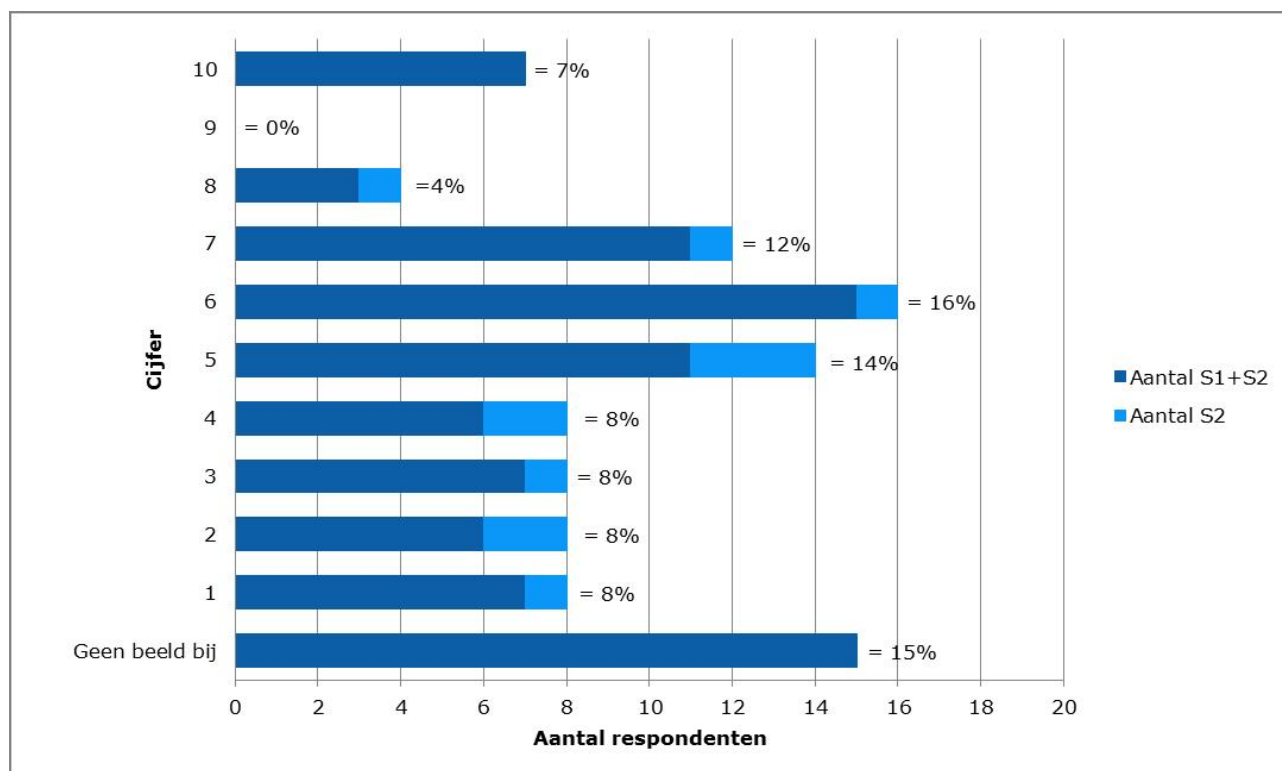
De relatie tussen zorgverzekeraars en samenwerkingsverbanden is niet altijd goed. Ervaringen van een aantal zorgaanbieders met een grote zorgverzekeraar zijn dat de zorgverzekeraar meedenkt in het voortraject, met een constructieve opstelling rondom het tot stand komen van een regioplan. Wanneer de afspraken vervolgens concreter worden, blijkt er geen budget voor (een deel van) deze plannen te zijn. De vaak gehoorde klacht van de betreffende aanbieders hierbij is dat dit vaak laat duidelijk is. De in het voortraject gemaakte plannen worden dan weer 'uitgekleed'.

Een ander deel van de gehoorde klacht is dat het initiële 'bod' ook pas laat in het jaar op tafel komt. De betreffende zorgverzekeraar herkent zich hier niet in en geeft aan dat het traject juist eerder is gestart ten opzichte van vorig jaar en de afspraken halverwege december zijn afgerond.

#### Regioplannen

Wij vroegen de zorgaanbieders in de vragenlijst of zij van mening zijn dat in hun regio, gemeente en/of wijk gecoördineerd wordt ingezet op het in kaart brengen van de sociale en gezondheidssituatie en opgave.

Figuur 4.2: Zorgaanbieders: 'Bent u van mening/ervaart u dat in uw regio, gemeente en/of wijk gecoördineerd wordt ingezet op het in kaart brengen van de sociale en gezondheidssituatie en opgave?'



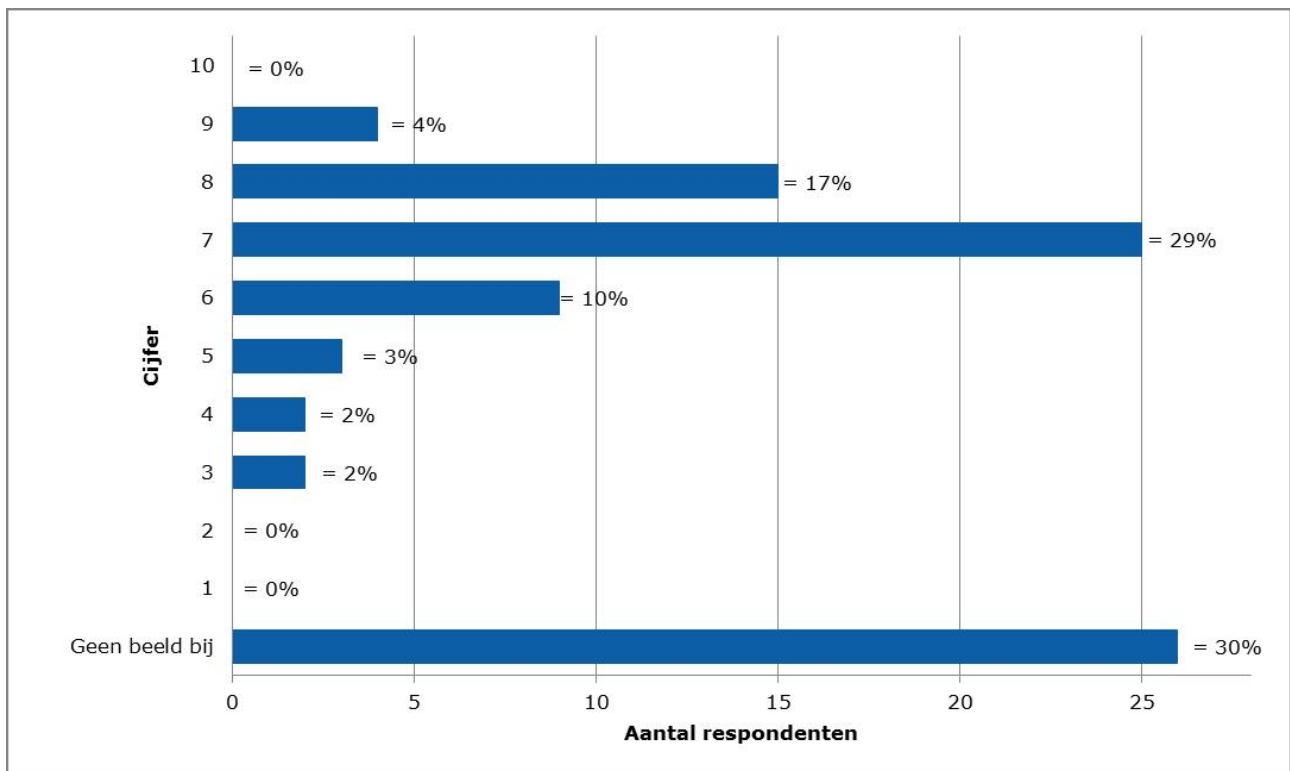
Bron: Vragenlijst onder zorgaanbieders

Van de aanbieders die segment 2 en zowel segment 2 als segment 1 contracteren gaven de meesten een cijfer voor deze beweging tussen de 5 en 7 (op een schaal van 10), namelijk 42%. In vergelijking met vorig jaar zijn de cijfers iets positiever geworden. Vorig jaar lag was er een grote spreiding tussen de cijfers 3 en 7, waar deze zich nu meer tussen de 5 en 7 concentreert.

'Uitspraak aanbieder: Het meenemen van de huisartsen in de regio hoort in het regioplan. Het is vreemd dat verschillende partijen zeggen de achterban (van aanbieders) te vertegenwoordigen en vervolgens lijnrecht tegenover elkaar staan. Hier is wel aandacht voor maar nog geen oplossing.'

Ook de zorgverzekeraars vroegen we of zij van mening zijn dat partijen in de regio gecoördineerd inzetten op het in kaart brengen van de sociale en gezondheidssituatie en opgave.

Figuur 4.3: Zorgverzekeraars: 'Bent u van mening/ervaart u dat in uw regio, gemeente en/of wijk gecoördineerd wordt ingezet op het in kaart brengen van de sociale en gezondheidssituatie en opgave?'

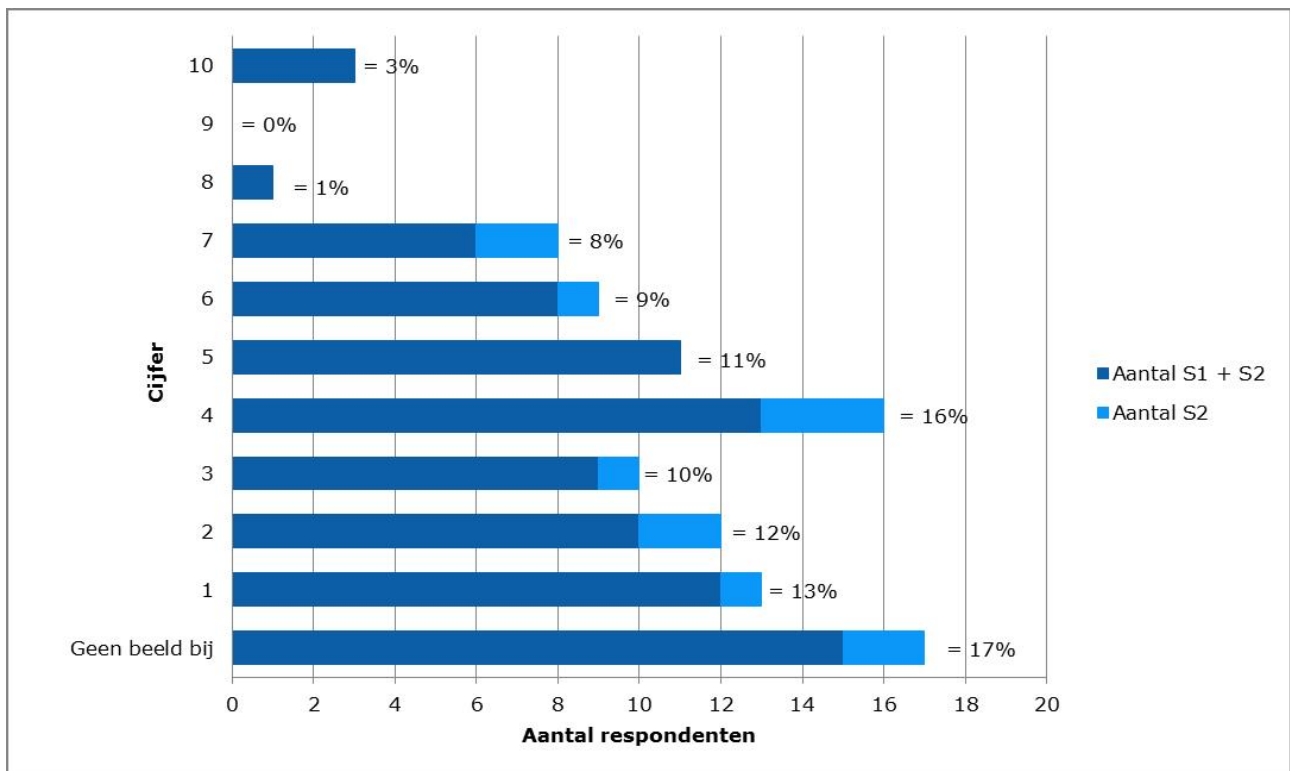


Bron: Uitvraag onder zorgverzekeraars

We zien hier dat nog vaker dan bij de zorgaanbieders de zorgverzekeraars hier geen beeld bij hebben. Ook zien we dat wanneer ze hier wel een beeld bij hebben zij regelmatig het cijfer 7 of 8 toekennen.

Vervolgens vroegen wij de aanbieders of zij van mening zijn dat de resultaten van het gecoördineerd inzetten op het in kaart brengen van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in hun regio, gemeente en/of wijk ook al landen in hun huidige contract.

*Figuur 4.4: Zorgaanbieders: 'Landen de resultaten van het gecoördineerd inzetten op het in kaart brengen van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in de regio al in het huidige contract?'*



Bron: Vragenlijst onder zorgaanbieders

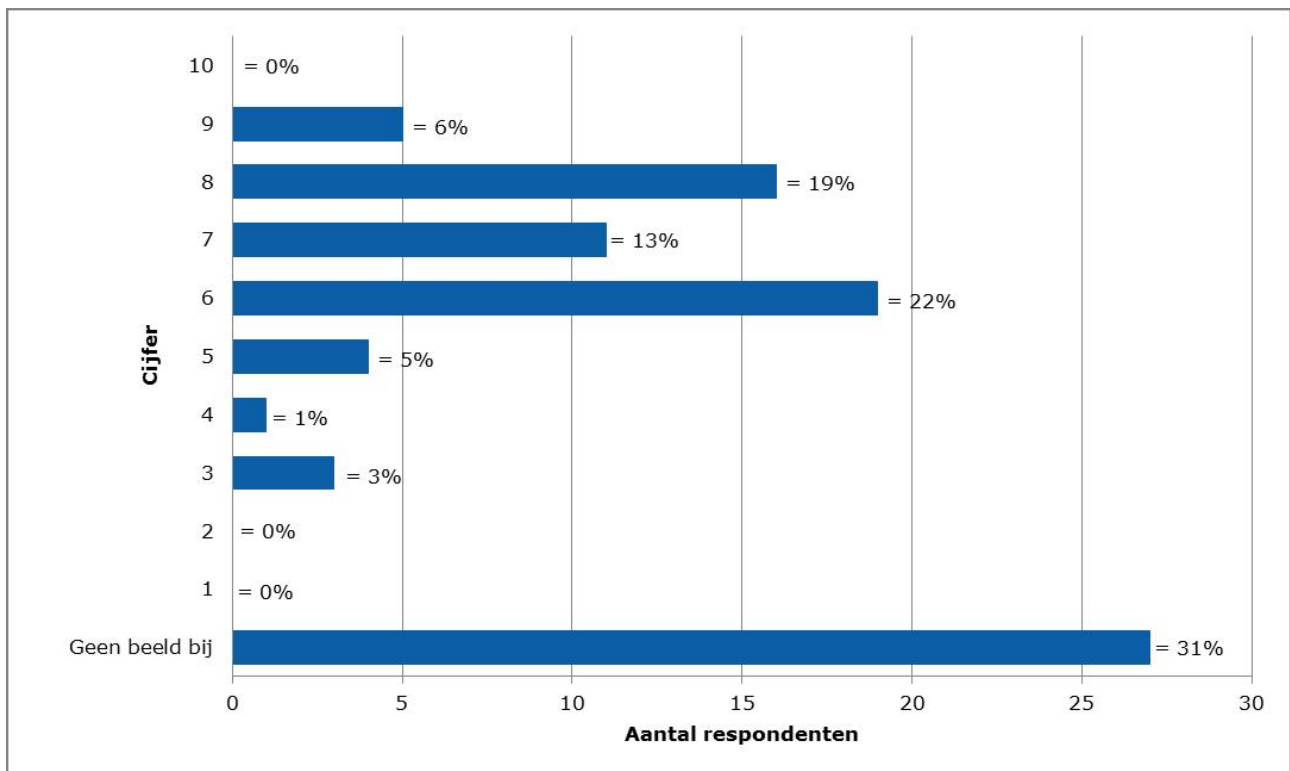
13% van de aanbieders gaf het cijfer 1, met de bijbehorende beschrijving dat zij in het geheel geen relatie ervaren tussen het huidig contract en geconstateerde gezondheidssituatie en opgave in de regio, gemeente en/of wijk. Vorig jaar was dit ongeveer 22%. De meerderheid van de overige beoordelingen lag dit jaar tussen de 2 en 5, namelijk 49%. Vorig jaar lag was dit 60%. 3% gaf dit jaar een cijfer 9 of 10. Vorig jaar was dit niemand.

17% van de aanbieders gaf aan hier geen beeld bij te hebben. De uitkomst van deze vraag past bij de eerder genoemde ervaring van zorgaanbieders dat de overleggen in het voortraject rondom het regioplan constructief zijn, maar dat er vervolgens in het concreter maken van de afspraken geen budget voor (een deel van) deze plannen blijkt te zijn.

'Praktijkervaring: Het regionaal omgaan met geconstateerde risico's op tekorten in zorgaanbod staat nog niet in ons regioplan, maar wel in de speerpunten van onze organisatie. In samenwerking met Nivel is in kaart gebracht wat nu en over 5, 10 jaar het probleem is in het kader van beschikbaarheid. Nu is het nog maar op een paar locaties urgent, de komende jaren wordt het vrij snel bij meer praktijken urgent. Wat partijen al concreet doen verschilt per regio. Bijvoorbeeld het oprichten van werkgroepen, promotie van de regio om die meer aantrekkelijk te maken, de relatie met de opleidingen verbeteren, etcetera. Onze organisatie is ook aan het nadenken over hoe om te gaan met de (verwachte) tekorten.'

Ook de zorgverzekeraars vroegen we of zij van mening zijn dat de resultaten uit de beweging naar de regio al landen in het huidige contract.

Figuur 4.5: Zorgverzekeraars: 'Landen de resultaten van het gecoördineerd inzetten op het in kaart brengen van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in de regio al in het huidige contract?'



Bron: Uitvraag onder zorgverzekeraars

Vergelijkbaar met de vorig vraag onder de verzekeraars zien we hier ook vrij vaak dat verzekeraars hier geen beeld bij hebben. Wanneer ze hier wel een beeld bij hebben scoren ze hier meestal een cijfer tussen 6 en 8 voor.

'Verzekeraars geven aan dat zij ervaren dat de regioplannen nog van wisselende kwaliteit zijn. Plannen zijn vaak meer gericht op processen en structuren in plaats van op doelen en resultaten.'

'Een van de zorgverzekeraars heeft de ervaring dat er in de regioplannen nog te weinig wordt geprioriteerd. Meer tijd voor de patiënt staat wel in elk regioplan, maar wat zijn de overige échte knelpunten en wat is de aanpak hiervoor: meer vooruit kijken. Bijvoorbeeld toegankelijkheid, ICT. Hier willen ze in 2021 meer invloed op hebben.'

Wij vroegen de zorgverzekeraars naar bijzonderheden in individuele contracten. Voorbeelden van specifieke afspraken of elementen in de overeenkomst die recht doen aan de beweging in het hoofdlijnenakkoord. Een aantal van de genoemde voorbeelden:

- De module meer tijd voor de patiënt waarbij het mogelijk gemaakt wordt om met behoud van inkomsten meer tijd aan de patiënt te besteden door te betalen voor één extra dag huisartsenzorg in de week per normpraktijk, en de precieze invulling in overleg plaatsvindt tussen aanbieder en zorgverzekeraar.
- Maatwerkafspraken over kwetsbare ouderen, ICT, praktijkmanagement, wijkmanagement, organisatie van de zorg in woon-zorgcomplexen.
- Inzet op persoonsgerichte zorg, digitalisering van de praktijk, meer groepsaanbod.



- Experimentafspraken tussen zorggroep en zorgverzekeraar die een meerjarenafpraak met een alternatieve vorm van bekostiging omvatten.
- Inzet van een externe projectleider op het gebied van arbeidsmarktproblematiek om daarmee de regie te nemen bij dit onderwerp.
- Specifieke afspraken met als thema de juiste zorg op de juiste plek met bijvoorbeeld als thema's hartfalen, optometrie, fractuurpreventie, ontlasten van de huisarts met behulp van extra aanvullend personeel, zelfzorgondersteuning, preventieprogramma's, informele zorg

'Praktijkvoorbeeld: In februari 2020 publiceerden VGZ en Huisartsenorganisatie kop van Noord-Holland (HKN) een gezamenlijk programma met verschillende oplossingsrichtingen om het toenemend tekort het hoofd te bieden en te anticiperen op toekomstbestendige huisartsenzorg. Met het doel om dat wat werkt op te schalen en toe te passen in andere regio's daar waar nodig. Oplossingsrichtingen zijn het starten van een regionale dependance van de huisartsenopleiding om de capaciteit in de regio te vergroten, het met ondersteuning van VGZ oprichten van een nieuwe huisartsenpraktijk, en het inzetten van basisartsen, verpleegkundig specialisten, physician assistants en specialisten ouderengeneeskunde in de huisartsenpraktijk. Ook is er aandacht voor kansen op het vlak van digitalisering zoals inventariseren van mogelijkheden voor digitale huisartsenpraktijken, stimuleren van zelfmanagement, en nadruk op de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional (samenwerking).'

#### Van regio naar wijk

Opvallend is dat de regio's van een van de grote zorgverzekeraars waarin vorig jaar werd gestuurd op één regio-ondersteuning, nu goed in beweging zijn. Ook in de interviews met de betreffende zorgaanbieders lijkt hier meer begrip te komen voor de ingezette beweging. Vorig jaar was er veel onrust, nu meer geluiden dat er ook wel iets moest gebeuren. Hier helpt ook mee dat de zorgverzekeraar soms wat water bij de wijn heeft gedaan en actief de discussie met de aanbieders opzoekt.

'Ervaring aanbieder: Wij hebben zelf een afbouwscenario ingediend bij de zorgverzekeraar met een meerjaren begroting. Dat ging goed. Vorig jaar waren we nog lang niet zo ver; toen moest de regio nog gevormd worden en waren we in de inventarisatiefase. De zorgverzekeraar kort ons op de GEZ-gelden en dit geld wordt gereserveerd voor de regio, maar wij hebben daar zelf geen zicht op.'

De ervaringen bij deze door twee grote zorgverzekeraars gestuurde beweging is dat de focus veelal op structuur ligt en (nog) niet op inhoud. Kritiek van de aanbieders is hier gebrek aan inhoudelijke visie door de zorgverzekeraars, met het risico op verlies van bestaande inhoud wanneer zij alleen sturen op structuur. Tegenargument van de zorgverzekeraars is dat als de bestaande structuur op wijkniveau niet aanhaakt bij de keten tussen regio en praktijk dat er dan iets moet gebeuren. Een sturende rol van de zorgverzekeraar kan dan noodzakelijk zijn. Echter verbreden van de ondersteuning op wijkniveau met een budgetneutraal uitgangspunt, zoals hierboven ook genoemd door aanbieders, knelt.

'Ervaring aanbieder: Ik vind dat kwaliteit maar een heel beperkte rol speelt. De focus ligt nu op harmoniseren met alle partijen in de regio. Ik hoop dat we voldoende energie houden voor zorginhoudelijke discussiepunten zoals wachtlijsten, digitalisering, samenwerking. Er gaat nu veel

energie in het proces zitten en niet in de inhoud. De kwaliteit moet ook bewaakt worden en deze balans is momenteel lastig.'

'Ervaring aanbieder: Het bevriezen van de indexatie gebruikt de zorgverzekeraar in onze regio als pressiemiddel om tot 1 organisatie te komen. Als we de stedelijke organisatie opzetten en gezamenlijke plannen hiervoor maken, dan volgt er indexatie en kijkt de zorgverzekeraar of ze onze plannen honoreert.'

Ook geven in meerdere regio's zorgaanbieders aan dat het bestaande budget voor een gezondheidscentrum nu het budget voor de ondersteuning van de gehele wijk is. Zowel regio- als wijkmanagement is multidisciplinair in opzet. Het moet gaan om brede ondersteuning van een integraal aanbod in de eerste lijn. De vormgeving van de regio-organisatie is nu veelal gericht op ondersteuning van de huisarts. Traditionele gezondheidscentra zijn wel multidisciplinair in opzet. Afbouw van multidisciplinaire gezondheidscentra en vervolgens opbouw van wijkmanagement via regio-organisaties heeft het risico in zich dat ook wijkondersteuning meer primair om de huisartsenzorg gaat draaien. Dit is een attentiepunt voor de betreffende zorgverzekeraars die sterk sturen op de gehele inkoop van ondersteuning via de regio-organisatie.

'Praktijkvoorbeeld: De ervaring van een aanbieder is dat de regiovorming voor wat betreft O&I moeizaam verloopt. Niet alle wijken zijn aangehaakt. De zorgverzekeraar stuurt op structuur, de regio-organisatie voorziet in het plaatsen van wijkcoördinatoren, de inhoud is aan de aanbieders. De regio-organisatie neemt het voortouw. Dit is lastig voor wijken waar al inhoud staat; zij gaan erop achteruit. In de andere wijken wordt een coördinator aangesteld zonder dat er op de inhoud wordt ingegaan.'

'Ervaring zorgverzekeraar in een andere regio: Bij ons in de regio is al zoveel geregeld dat er in de wijken geen extra behoefte lijkt te zijn; de behoefte om een en ander te regelen op wijkniveau lijken te verwateren.'

### Organisatie & Infrastructuur

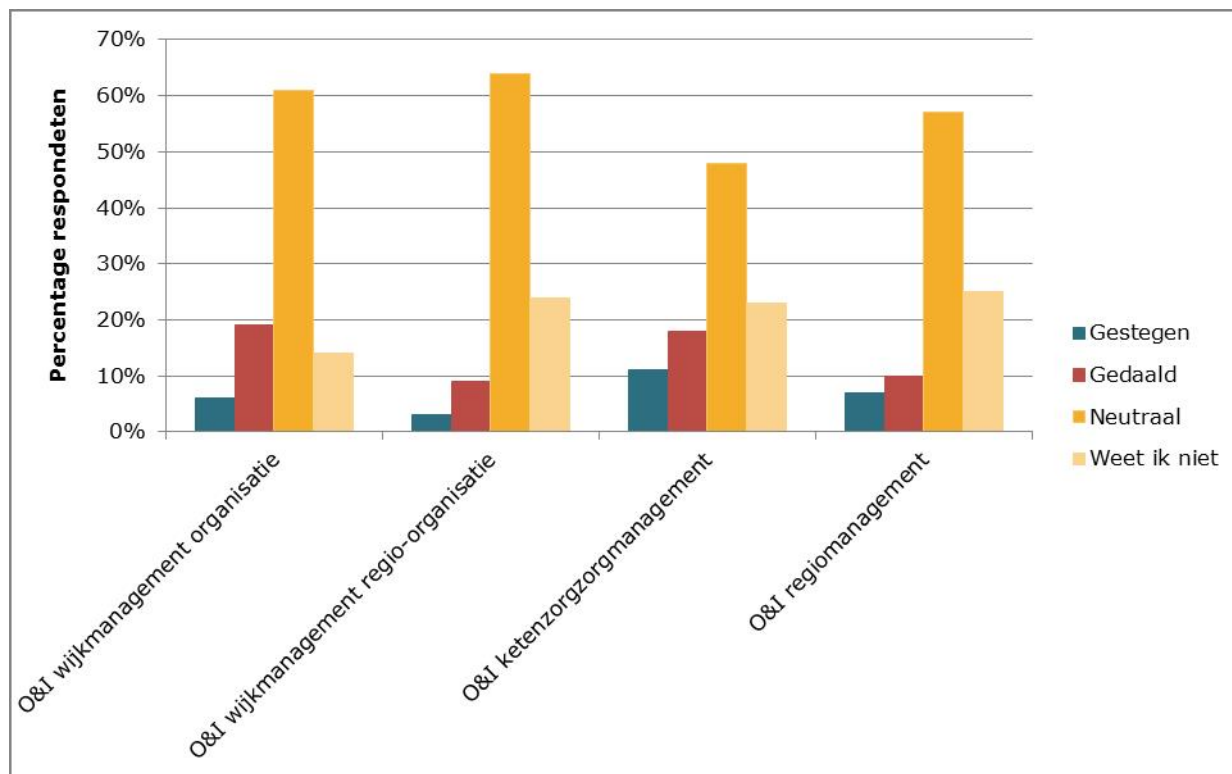
Wij vroegen aanbieders van segment 2 in de vragenlijst of het totale O&I bedrag (inclusief indexering) dat de zorgverzekeraar contracteert in hun regio voor 2020 gestegen, gedaald of neutraal is gebleven ten opzichte van het jaar ervoor. Van de aanbieders gaf 26% aan dit niet te weten. Neutraal bleef het totale O&I bedrag bij 54% van de aanbieders, waar dit daalde bij 16% en steeg bij 4% van de aanbieders.

Wanneer we dezelfde aanbieders vervolgens vroegen of de overgang van de nieuwe O&I leidt tot afbouw van totaal beschikbare middelen bij henzelf als individuele zorgaanbieder gaf 35% van de aanbieders aan dat dit bij hen het geval is, 48% gaf aan dat dit niet het geval is en 17% van de aanbieders geeft aan dit niet te weten.'

'Ervaring aanbieder: In onze regio zijn relatief weinig gezondheidscentra. De GEZ-gelden zijn herverdeeld op basis van het aantal inwoners. Er is daardoor voor deze regio nu meer geld beschikbaar. Daardoor was het maken van aanvullende plannen een stuk makkelijker. Dat is een groot verschil met veel stedelijke gebieden, waar veel geschrapt moest worden.'

In de onderstaande grafiek is een overzicht te zien van de verschillende O&I prestaties en of de het bedrag hiervoor volgens de zorgaanbieders zijn gestegen, gedaald of gelijk gebleven ten opzichte van vorig jaar. De meerderheid geeft hierbij aan dat het bedrag gelijk is gebleven (neutraal). Voor elk van de vier prestaties geeft ook nog 9% tot 19% aan dat het bedrag zelfs is gedaald. Als we daarna in de vragenlijst vroegen met welk percentage het O&I bedrag dan precies is gedaald of gestegen, dan kwamen daar met name reacties op dat de zorgaanbieders dit niet precies wisten.

Figuur 4.6: Zorgaanbieders: Is het O&I bedrag gestegen / gedaald of gelijk gebleven?



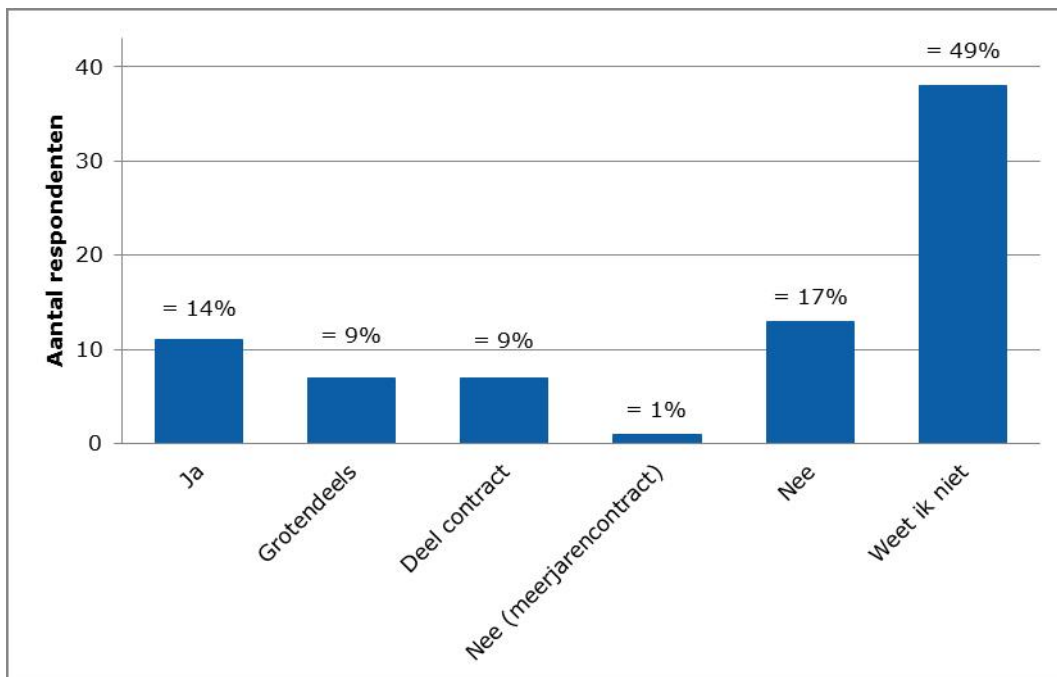
Bron: Vragenlijst onder zorgaanbieders

#### Indexatie en inclusieplafonds

Of er geïndexeerd wordt en tegen welk tarief verschilt per aanbieder en zorgverzekeraar en is afhankelijk van vele factoren. Over het algemeen wordt er door de zorggroepen of regio-organisaties gewerkt met het opstellen van een jaarlijkse begroting op basis van gemaakte plannen. Partijen leggen deze begroting vervolgens voor aan de preferente zorgverzekeraar. Aangezien deze jaarlijkse begroting een aangepaste inhoud kan hebben ten opzichte van het jaar ervoor is het niet zo dat indexatie vanzelfsprekend bovenop het budget van het jaar ervoor kan worden berekend.

Wij vroegen de aanbieders van segment 2 in de vragenlijst of er indexering plaatsvindt in de aangeboden contracten in segment 2.

Figuur 4.7: Zorgaanbieders: 'Vindt er indexering plaats in de aangeboden contracten 2020?'



Bron: Vragenlijst onder aanbieders

We zien hier dat een groot deel van de aanbieders (namelijk 49%) aan gaf dit niet te weten. Dit kan te maken hebben met verschillende factoren.

We vroegen aanbieders in de vragenlijst vervolgens om de hoogte van indexering aan te geven in segment 2 en 3: het merendeel van de aanbieders gaf aan hier geen antwoord op te weten. Dit past bij wat we hierboven beschreven hebben.

In de vragenlijst onder aanbieders die segment 2 contracteren gaf 26% aan te maken te hebben met inclusieplafonds, 66% heeft hier niet mee te maken. Van de aanbieders die met inclusieplafonds te maken heeft geven aanbieders aan te maken te hebben met beperkingen bij CVRM, VVR, ouderenzorg en medicatie.

'Praktijkvoorbeeld aanbieder: Met onze inkopers hebben we een prima relatie, maar over indexatie kwamen we er niet uit. Dat is geëscaleerd. Uiteindelijk zijn we nu tevreden, maar ik ben niet blij met hoe dit is gegaan.'

'Ervaring andere aanbieder: Het uiteindelijke voorstel kwam laat waardoor er veel druk achter zat. Hierdoor was er weinig ruimte om te onderhandelen. Huisartsen willen weten welk ketenzorgtarief ze krijgen. Dan ga je sneller akkoord terwijl het eigenlijk geen mooi voorstel is.'

## 4.3 Conclusie contractering multidisciplinaire zorg

Ook in de maatwerkafspraken rondom multidisciplinaire zorg, ondersteuning en infrastructuur zien we dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars veel investeren in de relatie. Over de hele linie zien we inspanningen van zowel vanuit aanbieders als verzekeraars om regiobeelden en regioplannen op te stellen en de contracten hierop aan te passen. We zien een grote spreiding in de mate waarin huisartsen zich georganiseerd hebben in regionale organisaties en in de 'slagkracht' van deze organisaties. Deze grote regionale verschillen zien we in deze monitor ook terug in de uitgaven voor organisatie en infrastructuur.

Om regionaal samenhangende zorg in te kopen is ook een regionaal samenwerkingsverband nodig. Voor dit samenwerkingsverband is een gezamenlijke richting en mandaat nodig van aanbieders. Als zorgverzekeraars twifelen aan de slagkracht van een samenwerkingsverband, zijn zij terughoudend om te investeren in regioplannen. Aanbieders dragen dan het tegenargument aan hoe ooit tot een krachtige organisatie te komen als de zorgverzekeraar er niet in investeert. De inspanningen vanuit LHV, NHG en InEen om 'bouwstenen' te beschrijven waar een regionale organisatie ten minste of idealiter aan moet voldoen, zijn ook goede stappen om de afspraken over de organisatie van eerstelijns zorg in de toekomst verder te concretiseren.

We horen wederom meerdere voorbeelden waarin de gesprekken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder constructief verlopen en de contractuele afspraken zonder problemen tot stand komen. Maar zorgaanbieders van multidisciplinaire zorg gaven in de interviews toch ook vaak aan dat het uiteindelijke contract regionaal minder ruimte laat voor stappen in de richting van het hoofdlijnenakkoord dan ze bij de start van de gesprekken hadden verwacht. Zorgverzekeraars zetten hier dan tegenover dat delen van de gepresenteerde plannen niet concreet genoeg zijn, niet tot meetbaar resultaat gaan leiden, of niet breder toe te passen zijn. Daar waar de slagkracht van het samenwerkingsverband evident is zien we dat de uitwerking van regioplannen en de totstandkoming van het budget voor de hieraan gekoppelde ondersteuning van de zorgaanbieders soepeler verloopt. Ook bij dergelijke samenwerkingsverbanden zien we overigens voorbeelden van onvrede over het uiteindelijk bereikte resultaat. Hier speelt veelal de verwachting bij aanbiederszijde dat het hoofdlijnenakkoord ook bij hen zal leiden tot groei, terwijl zorgverzekeraars eerst kritisch kijken hoe het budget zich verhoudt tot vergelijkbare aanbieders.

Dat het mandaat van het samenwerkingsverband niet overal sterk is, horen we ook van huisartsenpraktijk. Het is voor de individuele huisarts blijkbaar niet altijd helder hoe hij baat heeft bij de afspraken die de zorgverzekeraar maakt met het samenwerkingsverband. Of wat überhaupt de inhoud van de afspraken is. Huisartsen geven aan het gevoel te hebben dat zij iets moeten van de ondersteuningsstructuur (zorggroep/huisartsenpost) in plaats van dat deze hen ondersteunt. Dit sentiment komt ook tot uiting in druk van aanbieders op verzekeraars om zoveel mogelijk van de beschikbare groei ruimte te versleutelen in de individuele contracten van de huisartsen, in plaats van via regionale afspraken via samenwerkingsverbanden. We hoorden ook voorbeelden waarbij zorgverzekeraars en samenwerkingsverbanden constructief zoeken naar oplossingen voor een knelpunt, zoals regionale afspraken over zorg aan Wlz patiënten. Vervolgens ondervinden zij hinder van landelijke of bovenregionale standpunten gericht op individuele praktijken. Standpunten die niet in lijn zijn met hetgeen regionaal in de multidisciplinaire samenwerking als oplossing wordt gezien.

We zien dat de inspanning op verbetering van organisatie en infrastructuur binnen de eerste lijn zich vooral richt op de huisartsenzorg. De samenwerkingsverbanden zijn verbanden van huisartsen en de ondersteuning vanuit de samenwerkingsverbanden richt zich op de huisartsen. We zien wederom een beweging in 2020 waarbij de multidisciplinair bekostigde ketenzorg zich meer beperkt tot hoofdzakelijk het deel van de behandeling dat binnen de huisartspraktijk plaatsvindt.

We zien een aantal regio's waarbij de overhead voor multidisciplinaire gezondheidscentra opgenomen worden in de afspraken en budgetten van de (veel meer monodisciplinair aangestuurde) regio-organisaties van huisartsen. Hierdoor worden multidisciplinaire gezondheidscentra in een afhankelijkheidspositie geplaatst van de regionale huisartsen. De analyse over declaratiedata tot en met 2019 lijkt vooraan het beeld te bevestigen dat in afspraken over organisatie en infrastructuur de focus vooral ligt op de totstandkoming van afspraken op regioniveau en dat de ondersteuning op wijkniveau minder aandacht krijgt.

Een sterke eerste lijn draait om meer dan enkel de huisartspraktijk. En meer zorgaanbieders binnen de eerste lijn hebben baat bij een sterke ondersteuning en infrastructuur, in samenhang met de regionale uitdaging. We zien nog te weinig voorbeelden waarbij de regio-organisatie zich breder inzet dan ondersteuning van de huisartsenpraktijk. Ook horen we voorbeelden waarbij andere eerstelijnsaanbieders aan willen sluiten of gebruik willen maken van de ondersteuning die de regio-organisatie kan bieden, maar hier geen ingang vinden. Dit vinden wij een risicovolle ontwikkeling. Juist in het licht van een samenhangende organisatie en inkoop van zorg in de regio, moeten we waken voor een versplinterde

regionale ondersteuning en infrastructuur. Hier kan meer inhoudelijke sturing aan gegeven worden in de inkoop van O&I op regio en wijkniveau.

Ook bij de zorgverzekeraars is sprake van verzuiling binnen de inkoop. Als de regioplannen over de schotten van de huisartsen worden gevormd, moet ook zorginkoop multidisciplinair vertegenwoordigd zijn en/of mandaat hebben. In de interviews onder aanbieders van multidisciplinaire zorg hoorden we meerdere voorbeelden waarbij deze verzuiling binnen de zorgverzekeraars het proces remde of afspraken bemoeilijkt.

## 5 Conclusie en aanbevelingen

### Investerings

Terugkijkend naar afgelopen jaren zien we een duidelijke groei aan investeringen in huisartsenzorg over de afgelopen jaren. Deze investeringen zien we vooral landen bij individuele huisartsenpraktijken (segment 1 en segment 3) en in mindere mate bij ondersteunende structuren zoals huisartsenposten en regio-organisaties. De groei in uitgaven voor huisartsenzorg zien we bij alle zorgverzekeraars in vergelijkbare mate. Hier is geen opvallende trendbreuk zichtbaar als gevolg van het hoofdlijnenakkoord, al groeien de uitgaven in 2019 nog iets sterker dan in voorgaande jaren. De verwachting is dat deze trend zich doorzet in 2020.

### Aanvullend personeel

Zowel in de standaardcontracten als in de maatwerkafspraken wordt met huisartsenpraktijken op thema's 'meer tijd voor de patiënt' en 'zorg aan kwetsbare groepen' vooral de weg bewandeld van het bevorderen van aantrekken van meer/gespecialiseerd personeel binnen de praktijk. Meerdere zorgverzekeraars hebben in 2020 de mogelijkheden binnen het standaardcontract verder verruimd, als invulling van de afspraken in het hoofdlijnenakkoord. De beschikbare financiële groei ruimte benutten zorgaanbieders pas als zij ook aanpassingen doorvoeren in de praktijkvoering en het aanbod verruimen. De geboden mogelijkheden benutten zorgaanbieders hier nog niet maximaal. Huisartsen geven hiervoor meerdere redenen aan, waaronder regionale schaarste aan capabel personeel, ruimtetekort in de praktijk maar ook tariefhoogte en onzekerheid over structurele financiering.

### Onderlinge verhouding aanbieders/zorgverzekeraars

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben wederzijds geïnvesteerd in de onderlinge relatie. Dit heeft geleid tot meer constructieve gesprekken over de vorming van de standaardcontracten voor huisartsenzorg en minder onrust tijdens de contractperiode. Hiermee ontstaat meer ruimte voor gesprekken over de gewenste en noodzakelijke toekomstige stappen. Dit is een verbetering ten opzichte van de situatie vorig jaar, ook al zagen we ook dit jaar discussies rond de contractperiode. Vaak zijn deze discussies terug te herleiden tot een verschil in verwachtingen aan de start van de contracteringsperiode.

### **Aanbeveling 1**

Blijf wederzijds investeren in de onderlinge relatie. We zien dat dit leidt tot meer onderling begrip en minder discussie over randzaken. Hiermee kunnen zowel aanbieders als verzekeraars zich in de onderlinge gesprekken concentreren op noodzakelijke hervormingen om de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg in de regio te borgen. Aandacht voor het helder maken van elkaars verwachtingen al vroeg in het traject helpt hierbij. Dit voorkomt frustratie, negatieve energie en wantrouwen.

### Mandaat en slagkracht

Evenals vorig jaar zien we een grote spreiding in de mate waarin huisartsen zich georganiseerd hebben in regionale organisaties en in de 'slagkracht' van deze organisaties. Daar waar de slagkracht van het samenwerkingsverband evident is, zien we dat de uitwerking van regioplannen soepeler verloopt. Daar zijn zorgverzekeraars ook vaker bereid te investeren in de benodigde ondersteuning.

Dat het mandaat van het samenwerkingsverband niet overal sterk is, komt ook tot uiting in de geluiden die we vanuit de huisartsenpraktijken horen. Het is verontrustend dat voor individuele aanbieders de toegevoegde waarde van de regio-organisatie vaak niet duidelijk is. Als individuele praktijken niet op de hoogte zijn van de koers van de regio-organisatie, of hier weinig ondersteuning ervaren, heeft een regioplan weinig kans van slagen. Een regioplan is geen blauwdruk en kent vele verschijningsvormen, maar heeft altijd in zich dat individuele zorgaanbieders in de regio het kunnen dragen en uitvoeren.

### **Aanbeveling 2**

Verdere inzet op communicatie richting en draagvlak vanuit huisartsenpraktijken over regionale afspraken is nodig. Dit moet een taak zijn van het samenwerkingsverband, maar ook de zorgverzekeraar kan hier een rol kunnen spelen om de slagingskans van de uitvoering van de regioplannen te vergroten.

### Monodisciplinair/Multidisciplinair

Samenwerkingsverbanden met mandaat en slagkracht zijn nodig om de beweging 'de juiste zorg op de juiste plek' vorm te geven. Wanneer deze niet natuurlijk tot stand komen, is het goed dat de zorgverzekeraar hierop stuurt met contracteren. Een risico hierbij is een eenzijdige focus op een overkoepelende structuur. We zien een aantal regio's waarbij de overhead voor multidisciplinaire gezondheidscentra opgenomen wordt in de afspraken en budgetten van de veel meer monodisciplinair aangestuurde regio-organisaties van huisartsen. Hierdoor worden multidisciplinaire gezondheidscentra in een afhankelijkheidspositie geplaatst van de regionale huisartsen.

#### **Aanbeveling 3**

Houdt bij dergelijke hervormingen goed in het oog dat ook inhoudelijk reeds goed lopende trajecten binnen de nieuwe regiostructuur geborgd blijven. Dit geldt met name voor kleinschaliger initiatieven op wijkniveau waarvoor de zorgverzekeraar de financiering overhevelt in bredere regio-afspraken. Zowel de zorgverzekeraar als de regio-organisatie kunnen hier zowel financieel als inhoudelijk in de afspraken meer op sturen.

Een sterke eerste lijn draait om meer dan enkel de huisartspraktijk. Meer zorgaanbieders in de eerste lijn hebben baat bij een sterke ondersteuning en infrastructuur, in samenhang met de regionale uitdaging. We zien nog te weinig voorbeelden waarbij de regio-organisatie zich breder inzet dan ondersteuning van de huisartsenpraktijk. Daarnaast horen we voorbeelden van andere eerstelijns aanbieders die aan willen sluiten of gebruik willen maken van de ondersteuning van de regio organisatie, maar geen ingang vinden. Dit vinden wij een risicovolle ontwikkeling. Juist in het licht van een samenhangende organisatie en inkoop van zorg in de regio, moeten we waken voor het optuigen van een versplinterde regionale ondersteuning en infrastructuur. Hier kan meer inhoudelijke sturing aan gegeven worden in de inkoop van O&I op regio en wijkniveau.

#### **Aanbeveling 4**

Regio-organisaties stemmen multidisciplinair af maar zijn veelal monodisciplinair rondom de huisartsenzorg ingericht. Om juiste zorg op de juiste plek de ruimte te geven is behoefte aan bredere multidisciplinaire afstemming en ondersteuning in de regio. Dit kan breder dan enkel de huisartsenzorg. We moeten waken voor het optuigen van een versplinterde regionale ondersteuning en infrastructuur. Ook hier kunnen zowel zorgverzekeraars als regio-organisaties meer inhoudelijk sturing aan gegeven worden in de inkoop van O&I op regio en wijkniveau.

#### **Aanbeveling 5**

Veel van de door zorgaanbieders geuite frustraties liggen niet zozeer in 'het contract', maar in de dagelijkse problemen rondom werkdruk en doorstroom van patiënten naar andere domeinen. Hier ligt een belangrijk deel van de oplossing buiten dat wat met een individuele huisarts overeengekomen kan worden. Ook bij de zorgverzekeraars is sprake van verzuiling binnen de inkoop. Als de regioplannen over de schotten van de huisartsen worden gevormd, moet ook zorginkoop multidisciplinair samenhangen.

#### **Aanbeveling 6**

Administratieve lasten als gevolg van verzekeraars die elkaars contract niet volgen worden door aanbieders als zeer storend ervaren. Administratieve lasten bij huisartsen en huisartsenorganisaties als gevolg van selectief inkoopbeleid in andere domeinen worden door aanbieders als zeer storend ervaren. In beide situaties is het inkoopbeleid mogelijk verdedigbaar, maar houd oog voor de redelijkheid van de lasten die dit een huisarts brengt.

#### **Aanbeveling 7**

We zien dat zorgverzekeraars delen van afspraken met voornamelijk samenwerkingsverbanden incidenteel/projectmatig overeenkomen, zolang nog niet helder is of de investeringen structureel meerwaarde gaan bieden. Hier worden dan projectpotten zoals regionale ondersteuningsgelden voor gebruikt. Dit maakt geen onderdeel uit van de monitoring van uitgaven in het kader van hoofdlijnenakkoord. Ook geeft dit niet het signaal aan aanbieders dat de inspanningen op lange termijn geborgd zijn. O&I-betaaltitels en/



of segment 3 bieden genoeg ruimte om ook dergelijke afspraken onder te brengen. We bevelen aan om dergelijke afspraken, ook als deze mogelijk tijdelijk van aard zijn, onder te brengen in de O&I betaaltitels.

Huisartsen zijn een spil in de Nederlandse gezondheidszorg. Het is daarom ook belangrijk dat iedereen terecht kan bij een huisarts, nu en in de toekomst. De thema's van het bestuurlijk akkoord (hoofdlijnenakkoord) dragen bij om de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg te waarborgen. Denk hierbij aan oplossingen als het inzetten van meer ondersteunend personeel (thema: meer tijd voor de patiënt) of digitale zorg op afstand (thema: ICT-infrastructuur).

Om dergelijke oplossingen tot een succes te maken is het belangrijk dat zorgverleners en zorgverzekeraars samen in goed overleg bezien wat nodig is en welke investeringen daarbij passen. De uitgaven aan huisartsenzorg nemen de afgelopen jaren toe, maar er is nog ruimte voor meer groei. We zien dat er geïnvesteerd wordt in de onderlinge relatie en dat de ontwikkeling van regioplannen ten goede komt. De ondersteuning op het gebied van organisatie en infrastructuur concentreert zich nu vooral op de huisartsenzorg. Een bredere multidisciplinaire afstemming en ondersteuning is nodig voor De Juiste Zorg Op De Juiste Plek'.