

# Een sterke eerste lijn voor betere zorg en beheersbare zorgkosten

Doelgerichte versterking van de Organisatie en Infrastructuur van de eerste lijn:

Voorwaarde voor betere zorg en beheersbare zorgkosten

Auteur: Edwin Velzel  
Datum: 20 oktober 2016  
Versie: 1.1  
Status: Definitief

## Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	3
1.1	Achtergrond .....	3
1.2	Uitgevoerde onderzoeken .....	4
1.3	Opzet van het rapport.....	5
2	De eerste lijn speelt een belangrijke rol bij het opvangen van de groeiende zorgvraag en het beperken van de kostenstijgingen .....	6
3	De potentie van de eerste lijn wordt nog niet ten volle benut.....	7
3.1	De diversiteit in het zorgaanbod van de eerste lijn is groot .....	7
3.2	De mate waarin andere partijen in de zorg met de eerste lijn afspraken kunnen maken verschilt sterk.....	7
3.3	De beheersing van de zorgkosten is nog onvoldoende aantoonbaar .....	8
4	Het versterken van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn is nodig om de potentie van de eerste lijn ten volle te ontwikkelen .....	10
4.1	De basis van de eerste lijn moet worden verstevigd door op wijkniveau te investeren in organisatie en infrastructuur .....	10
4.2	Op regioniveau moeten sterke regionale eerstelijnsorganisaties ontstaan die verantwoordelijkheid kunnen dragen voor kwaliteit en kostenbeheersing.....	11
4.3	De ontwikkeling van de eerste lijn is regionaal maatwerk op basis van een overkoepelend ontwikkelmodel .....	12
5	De versterking van de organisatie en infrastructuur is gebaat bij concrete betaaltitels met heldere resultaatafspraken .....	13
5.1	De nieuwe O&I-betaaltitels gaan uit van het ontwikkelmodel met vier kwadranten.....	13
6	De verwachting is dat de investeringen in deze betaaltitels tot aantoonbare resultaten zullen leiden.....	15
7	De nieuwe bekostigingsstructuur moet zorgvuldig worden geïmplementeerd .....	17
7.1	Vervolgstappen tot invoering per 1-1-2018.....	17
7.2	Overgangsafspraken rondom het moment van invoering.....	18
7.3	Evaluatie, bijsturing en doorontwikkeling na invoering .....	18
	Bijlage A - Uitwerking betaaltitels .....	19
A.1	- Praktijkmanagement (kwadrant I en II) .....	19
A.2	- Wijkmanagement (kwadrant II).....	20
A.3	- Regiomanagement (kwadrant III en IV).....	21
A.3.1	- Ondersteuning ketenzorg en kwaliteitsmanagement (kwadrant III en IV).....	22
A.3.2	- Regionale innovatie.....	23
A.3.3	- Gemandateerde afspraken met andere stakeholders.....	24
A.3.4	- Geïntegreerd ICT-beheer .....	25
A.3.5	- (Deel)Populatiemanagement.....	26
	Bijlage B - Bandbreedte analyses .....	27

## 1 Inleiding

### 1.1 Achtergrond

In het onderhandelaarsakkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017, gesloten juli 2013, was één van de onderwerpen om nader uit te werken “organisatiegraad eerste lijn”.

Het belang van het onderwerp ligt in de overtuiging van de partners die het akkoord sloten, dat versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn een noodzakelijke voorwaarde is om de ambities uit het akkoord te kunnen realiseren. Op een aantal plaatsen in het onderhandelaarsakkoord is dit ook vastgelegd en afgesproken. Het belang werd ook bepaald door het feit dat de GEZ-financiering van met name gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden door enkele verzekeraars werd afgebouwd zonder dat er een goed beeld bestaat van het alternatief.

Hierdoor ontstond de situatie dat enerzijds bestaande O&I-betaaltitels ter discussie werden gesteld en deels afgebouwd, terwijl anderzijds de intentie was uitgesproken de organisatiegraad van de eerste lijn te versterken. Na de zomer van 2013 heeft tussen LHV, ZN, InEen en VWS overleg plaatsgevonden over de aanpak van het vraagstuk en een te verstrekken opdracht aan onderzoekers om te komen tot nieuwe, toekomstgerichte en voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars herkenbare betaaltitels voor Organisatie en Infrastructuur. Begin 2014 is subsidie verkregen van VWS voor het onderzoek en is de opdracht verstrekt aan de combinatie van de bureaus SiRM en Common Eye. Voor de begeleiding is een stuurgroep gevormd, bestaande uit bureaumedewerkers van LHV, ZN en InEen.

De kern van het onderzoek bestond uit het definiëren van de benodigde infrastructuur en ondersteuning (de functies), de toegevoegde waarde (en noodzaak) ervan voor de kwaliteit en doelmatigheid van de eerstelijnszorg, een indicatie van de eventuele (meer)kosten ervan en de mogelijke financieringsvormen.

Omdat er – bewust – niet is uitgegaan van een blauwdruk voor de organisatie van de eerste lijn, maar juist van regionale veelvormigheid, zijn de resultaten op een zeker abstractieniveau uitgekomen. In financieel opzicht was één van de complexiteiten dat op dit moment via diverse betaaltitels aan de ondersteuning en infrastructuur wordt bijgedragen: praktijkkosten, GEZ, ketenzorgtarieven, etc. In december 2014 heeft dit onderzoek een definitieve tussenrapportage opgeleverd. Deze tussenrapportage heeft geleid tot een discussie tussen de opdrachtgevers, met name de zorgverzekeraars enerzijds en de zorgaanbieders anderzijds. Een belangrijke aanleiding hiervoor was de substantiële kostenstijging die door de onderzoekers noodzakelijk werd geacht voor organisatie en infrastructuur, terwijl daar in de tussenrapportage niet navenant aantoonbare en gekwantificeerde baten tegenover werden gesteld.

Na een periode van bezinning is door partijen besloten een vervolgonderzoek te laten uitvoeren door Edwin Velzel van Velzel en Partners met ondersteuning van Mark Lenssen van ML Zorgadvies. Het doel van dit onderzoek was, om tot een concretisering te komen van de gewenste organisatie en infrastructuur op basis van een analyse in viertal verschillende regio's in Nederland. Op basis van deze analyse moest dan een concreet voorstel worden uitgewerkt voor de toekomstige financiering van de organisatie en infrastructuur in de eerste lijn.

Het project is uitgevoerd met een projectgroep waarin alle betrokken partijen (ZN, LHV, InEen, VWS en NZa) vertegenwoordigd zijn. De projectgroep rapporteert aan een stuurgroep, eveneens met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen en heeft periodiek overleg met een vertegenwoordiger van de eerstelijns zorgaanbieders buiten het project en met patiëntenvertegenwoordigers.

De samenstelling van de stuurgroep respectievelijk de projectgroep was als volgt:

Stuurgroep	Projectgroep
C. Helder, SGE (voorzitter)	E. Velzel, Velzel en Partners (voorzitter)
G.K. Boonzaaijer, Sirm (secretaris)	M. Lenssen, ML Zorgadvies (financiële analyse)
A.A. Louwen, SGZ	G.K. Boonzaaijer, Sirm (secretaris)
C. Sonneveld, LHV	A.V. Prins, CPHR
H.J. van Kasteel, VWS	E. Dijkstra, LHV
M.A.H.M. Bouwmans, ZN	E. Koekoek, Zilveren Kruis
A. Dijkstra-Bouten, VWS	J. Rosenkamp, ENO
B. Dumas, Menzis	J.E. de Wildt, DOH
C. Littooi, LHV	L. Rijkers, LHV
T. Nelissen, VWS	M. Hobbelink, NZa
E. Velzel, Velzel en Partners	R. Bekhuis, CZ
	A. Dijkstra-Bouten, VWS
	A. Nielen, VGZ
	D. van de Klauw, ZN
	F.E. Mulder, VWS
	J.M.C.E. van Duren, InEen
	P.A.W. van Hessen, SAG
	R. van Rooijen, Menzis
	T. Nelissen, VWS
	M.A.H.M. Bouwmans, ZN
	M. Timmer, Zorg en Zekerheid

## 1.2 Uitgevoerde onderzoeken

Om de concretiseringslag te kunnen maken is een aantal onderzoeken uitgevoerd:

- Een onderzoek naar de uitvoering en de kosten van de organisatie en infrastructuurvoorzieningen in vier verschillende georganiseerde regio's:
  - Almere
  - Gooi- en Vechtstreek
  - Venlo
  - Zoetermeer
- Een stakeholder onderzoek in deze zelfde regio's, waarbij onderzocht is hoe een aantal belangrijke stakeholders de samenwerking met de eerste lijn ervaart. Daarbij zijn in de genoemde regio's de volgende stakeholders geïnterviewd:
  - De belangrijkste gemeente.
  - Het belangrijkste ziekenhuis.
  - Een belangrijke VVT (thuiszorg) aanbieder.
  - Een belangrijke GGZ-aanbieder.
  - Een patiëntenvertegenwoordiger.
- Een zorgkostenonderzoek voor de vier genoemde regio's waarbij op basis van Vektis-gegevens de totale zorgkosten van de eerste lijn en de overige zorgkosten (medisch specialistische zorg, GGZ, Farmacie, etc.) per inwoner zijn onderzocht en vergeleken met de verwachte zorgkosten op grond van populatiekenmerken.
- Een zorgkostenonderzoek voor alle regio's/zorggroepen in Nederland, waarbij de totale zorgkosten per inwoner en daarbinnen de zorgkosten van de eerste lijn en de zorgkosten van de tweede lijn zijn vergeleken met de verwachte zorgkosten op grond van populatiekenmerken.

### 1.3 Opzet van het rapport

Hoofdstuk 2 gaat in op de belangrijke rol die de eerste lijn speelt bij het opvangen van de groeiende zorgvraag en het beperken van kostenstijgingen. In hoofdstuk 3 toont dat de potentie van de eerste lijn nog niet ten volle wordt benut. In hoofdstuk 4 wordt een ontwikkelmodel voor de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn geïntroduceerd waarlangs de eerste lijn kan worden versterkt.

Hoofdstuk 5 vertaalt dit ontwikkelmodel in concrete betaaltitels en voorwaarden. In hoofdstuk 6 spreken zorgaanbieders en zorgverzekeraars de verwachting uit dat de investeringen in organisatie en infrastructuur ook daadwerkelijk tot beheersing van de zorgkosten zullen leiden. Tenslotte worden in hoofdstuk 7 afspraken vastgelegd voor een zorgvuldige invoering van de nieuwe betaalsystematiek.

## 2 De eerste lijn speelt een belangrijke rol bij het opvangen van de groeiende zorgvraag en het beperken van de kostenstijgingen

Eerstelijnszorg is zorg die dichtbij de burger wordt verleend. Onder eerstelijns zorgaanbieders verstaan we huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen, diëtisten en andere paramedische zorgaanbieders. Eerstelijnszorg is laagdrempelig en toegankelijk en relatief goedkoop vergeleken met tweedelijnszorg (ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeghuizen, etc.). Goed ingerichte eerstelijnszorg kan voorzien in een groot deel van de zorgbehoefte van burgers en daarmee het beroep op de duurdere voorzieningen in de tweede lijn kan beperken.

Het streven is al langere tijd om het absorptievermogen – de mate waarin de eerste lijn de zorgbehoefte van burgers kan opvangen – te vergroten. Hier is de laatste jaren ook al veel in gebeurd: zorgaanbieders zijn zich steeds meer gaan organiseren, er is geïntegreerde eerstelijnszorg ontwikkeld voor veelvoorkomende chronische ziekten, er zijn speciale programma's ontwikkeld voor kwetsbare ouderen. En het eerstelijns zorgaanbod wordt voortdurend doorontwikkeld. Zorgverzekeraars investeren zo'n €150 miljoen per jaar in versterking van de organisatiestructuren van de eerste lijn.

De laatste jaren is de verschuiving van zorg naar de eerste lijn in een stroomversnelling gekomen. De extramuralisering van de ouderenzorg en de ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg leiden ertoe dat er steeds meer kwetsbare patiënten thuis wonen. Dit is een maatschappelijk ontwikkeling en noodzakelijk voor de beheersing van de totale zorgkosten, maar leidt wel tot een grotere belasting van de eerstelijnszorg. De eerste lijn kan dit voor een deel opvangen door zorgvormen te ontwikkelen voor kwetsbare ouderen, GGZ-problematiek, etc.

Ook de komende jaren zal de zorgvraag flink blijven groeien door de vergrijzing en stijgende kosten van medische technologie en medicijnen. Als deze groeiende zorgvraag volledig terechtkomt bij ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeghuizen en andere relatief dure tweedelijns instellingen, dan zullen de kosten sterk stijgen tot een niveau dat niet meer te dragen is voor onze samenleving. In het huishoudboekje van de overheid zullen dan pijnlijke keuzes moeten worden gemaakt tussen gezondheidszorg en andere beleidsterreinen zoals veiligheid, onderwijs, infrastructuur, etc. Dit zal onvermijdelijk leiden tot verschromelende keuzes binnen de gezondheidszorg. Er zullen binnen de gezondheidszorg steeds weer slimme keuzes moeten worden gemaakt om de kostenstijgingen te beperken en de goede kwaliteit en toegankelijkheid te behouden die onze gezondheidszorg nu heeft.

Daarbij kan de eerste lijn een belangrijke rol spelen. Een goed functionerende eerste lijn kan ervoor zorgen dat patiënten meer thuis of in de wijk geholpen kunnen worden. Bij chronische patiënten kan goede ketenzorg voorkomen dat er ernstige complicaties ontstaan waarvoor mensen naar het ziekenhuis moeten. Goede ouderenzorgprogramma's kunnen de vitaliteit, mobiliteit en maatschappelijke activiteit van ouderen vergroten en eenzaamheid tegengaan. Onnodig vallen, onregelmatig raken en verwaarlozing kunnen worden tegengegaan, waardoor ouderen minder snel naar het ziekenhuis moeten. GGZ-problematiek kan baat hebben van snelle laagdrempelige interventies, waardoor voorkomen wordt dat ziektebeelden onnodig verergeren en een beroep moet worden gedaan op tweedelijns GGZ-instellingen.

Ziekenhuizen behandelen op dit moment veel patiënten die de eerste lijn eigenlijk net zo goed of beter had kunnen behandelen. En tegen lagere kosten. De komende jaren moeten we ervoor zorgen dat de eerste lijn deze patiënten gaat helpen. Het ziekenhuis kan zich dan richten op de – groeiende – groep mensen met complexere aandoeningen en complicaties waarvoor de eerste lijn niet is toegerust.

We kunnen de stijging van de zorgkosten beperken als we de komende jaren “de juiste zorg op de juiste plaats” gaan verlenen. Een goed functionerende eerste lijn speelt daarbij een belangrijke rol.

### 3 De potentie van de eerste lijn wordt nog niet ten volle benut

De eerste lijn heeft de laatste jaren een significante bijdrage geleverd aan het opvangen van de groei in de zorgvraag. De invoering van ketenzorg voor diabetes, COPD/Astma en CVRM heeft ertoe bijgedragen dat de groei van deze zorg in de tweede lijn is afgeremd. Veel patiënten in de ouderenzorg en de GGZ zijn de laatste jaren verplaatst van de instelling naar de woonomgeving. Dit had niet gekund zonder de inzet van de eerstelijns zorgaanbieders.

Toch wordt de potentie van de eerste lijn nog niet ten volle benut. Dit blijkt uit een aantal aspecten:

- De grote diversiteit in het zorgaanbod van de eerste lijn
- De mate waarin andere partijen in de zorg afspraken kunnen maken met de eerste lijn
- Beheersing van de zorgkosten

#### 3.1 De diversiteit in het zorgaanbod van de eerste lijn is groot

De spreiding in verwijsgedrag van huisartsen naar de tweede lijn is een factor 3. Sommige huisartsen verwijzen dus 3 keer zoveel als andere huisartsen naar het ziekenhuis. Deze cijfers zijn gecorrigeerd voor verschillen in patiëntkenmerken en deze variatie doet zich voor bij alle ziekenhuisspecialismen. Dit roept vragen op waarom deze spreiding zo groot is. Veel verwijzingen zullen naar verwachting leiden tot hogere tweedelijnskosten. De manier waarop de huisarts georganiseerd is (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk of gezondheidscentrum) lijkt een factor die hier van significante invloed is: solopraktijken verwijzen significant meer door naar de tweede lijn.

De mate waarin ketenzorg functioneert en door de zorgverzekeraar wordt gecontracteerd verschilt ook erg tussen de verschillende regio's in Nederland. Sommige ketenzorggroepen hebben twee zorgketens: diabetes en COPD, andere hebben dit aangevuld met Astma en CVRM en weer andere hebben naast deze landelijke ketens al allerlei ketens ingevoerd voor bijv. kwetsbare ouderen, GGZ, Jeugd-GGZ, osteoporose, dementie, depressie, etc. Binnen de ketenzorggroepen zie je vervolgens weer een groot verschil in participatiegraad van huisartsen. Sommige zitten over alle ketens boven de 90%. Andere halen dat percentage alleen bij diabetes en zitten met de andere ketens onder de 60% of 40%.

Eenzelfde fenomeen zie je in het wijkgerichte werken. In sommige wijken c.q. plattelandsgebieden is een multidisciplinair gezondheidscentrum actief dat intensief samenwerkt met de wijkverpleegkundigen. In andere wijken hebben individuele huisartsen werkafspraken met de wijkverpleegkundigen, apotheken en waar nodig met andere paramedische eerstelijns zorgverleners. Er zijn ook wijken en plattelandsgebieden waar dit soort afspraken niet gemaakt zijn en dus geen sprake is van wijkgericht samenwerken.

De manier waarop een burger in Nederland de eerstelijnszorg krijgt aangeboden hangt dus af in welke regio of wijk en die burger toevallig woont en welke huisarts hij of zij heeft.

Het verhogen van de organisatiegraad van de eerste lijn kan ertoe bijdragen dat de beste manier van zorg verlenen overal wordt toegepast en dat alle Nederlanders kunnen rekenen op eerstelijnszorg van het hoogste kwaliteitsniveau.

#### 3.2 De mate waarin andere partijen in de zorg met de eerste lijn afspraken kunnen maken verschilt sterk

De eerste lijn krijgt met steeds meer partijen te maken in het zorglandschap. Door de extramuralisatie van de ouderenzorg is steeds meer overleg nodig met thuiszorgorganisaties en wijkverpleegkundigen. Door de ambulantisering van de GGZ is steeds meer afstemming nodig met eerstelijnspsychologen en tweedelijns GGZ-instellingen. Door de verschuivingen van de AWBZ naar de WMO is overleg nodig met de gemeenten. Om tot substitutie te komen van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn is af-

stemming nodig met medisch specialisten en ziekenhuizen. En bij dit alles is vaak overleg nodig met de zorgverzekeraar over de inrichting en de financiering van de zorg. Al deze partijen willen met de eerste lijn werkafspraken maken en beleidsmatige afspraken over speerpunten, knelpunten en langere termijn samenwerking.

Uit onderzoek in vier regio's in Nederland (Almere, Gooi- en Vechtstreek, Venlo en Zoetermeer) blijkt dat de mate waarin de eerste lijn aanspreekbaar is voor de andere partners in de zorg erg verschilt. In dit onderzoek is aan gemeenten, GGZ-instellingen, VVT-instellingen en ziekenhuizen gevraagd hoe zij aankijken tegen de samenwerking met de eerste lijn. Daarbij is met name gekeken naar

1. de *aanspreekbaarheid* van de eerste lijn (is het überhaupt duidelijk bij wie in de eerste lijn je moet zijn om afspraken te maken),
2. de mate waarin de *gewenste afspraken* konden worden gemaakt,
3. de mate waarin die afspraken dan ook *daadwerkelijk* worden nagekomen door de eerstelijns zorgaanbieders.

Uit dit onderzoek kunnen een paar voorzichtige (n=4!) conclusies worden getrokken:

1. In de regio's met een duidelijk gemandateerde zorggroep of eerstelijnsorganisatie was het voor de partners duidelijk met wie ze afspraken konden maken. In gebieden zonder zo'n gemandateerde groep moesten afspraken ofwel met eerstelijns zorgaanbieders individueel worden gemaakt, ofwel in groepsbijeenkomsten. Het eerste – afspraken met individuele huisartsen – werd als ondoenlijk beschouwd. Het tweede – afspraken op basis van groepsbijeenkomsten van individuele aanbieders – was positief voor de informatie-uitwisseling, maar te vrijblijvend voor bindende afspraken. Daar was dan toch weer een gemandateerde vertegenwoordiger voor nodig.
2. In de regio's waar het aanspreekpunt helder was, maakte het uit of de eerstelijns zorggroep of organisatie monodisciplinair was georganiseerd met alleen huisartsen of multidisciplinair met alle eerstelijns zorgaanbieders. Met de monodisciplinair georganiseerd huisartsengroepen had het overleg tevens het karakter van onderhandelingen met de beroepsgroep huisartsen. Met de multidisciplinaire organisaties had het overleg meer een inhoudelijk karakter.
3. De mate waarin de gemaakte afspraken daadwerkelijk werden nagekomen hing vooral samen met de mate waarin de huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders goed betrokken waren bij het maken van de afspraken. In regio's waar dat goed gebeurde was de tevredenheid over de naleving groot. Dit was onafhankelijk van de organisatievorm. De bepalende factor was de betrokkenheid van de huisartsen tijdens het maken van de afspraken. De naleving van afspraken was dus een stuk minder in situaties waarbij de afspraken door de zorgorganisatie waren gemaakt en top-down opgelegd aan de huisartsen. In situaties waarbij het overleg in vrijblijvende groepsbijeenkomsten plaatsvond – zonder gemandateerde vertegenwoordiging van huisartsen - blijkt de naleving van de afspraken erg vrijblijvend.

### 3.3 De beheersing van de zorgkosten is nog onvoldoende aantoonbaar

In het genoemde onderzoek in de vier regio's is met behulp van Vektis-cijfers geanalyseerd of er een verband bestaat tussen de organisatiegraad van de eerste lijn en de totale zorgkosten van de inwoners van zo'n regio. Dus inclusief de kosten voor paramedische zorg, ziekenhuizen, GGZ en farmacie. Deze analyse is op een iets globaler niveau ook uitgevoerd voor alle zorggroepen in Nederland. Uit de analyses bleek geen duidelijk verband tussen de mate waarin de eerste lijn was georganiseerd en de hoogte van de totale zorgkosten per patiënt. Het verschil in zorgkosten lijkt het meest te kunnen worden verklaard door regionale verschillen in zorgkosten. In Limburg, Noord-Brabant en de grote steden behalve Utrecht worden per patiënt meer zorgkosten gemaakt dan in Noord-Holland Noord, Friesland, Zeeland en een deel van Twente.



Tijdens het onderzoek is overigens gebleken dat de onderzochte eerstelijnsorganisaties geen inzicht hebben in de totale zorgkosten van de patiënten in hun regio. Bij gebrek aan deze informatie is het ook niet mogelijk om hier gericht op te sturen.

De resultaten van het zorgkostenonderzoek hebben geleid tot de volgende conclusies:

- Alleen maar investeren in versterking van de eerste lijn leidt niet automatisch tot beheersing van de totale zorgkosten. De eerste lijn en de zorgverzekeraars zullen ook gericht moeten sturen op deze zorgkosten om een zichtbaar effect te bereiken.
- De eerste lijn zal meer informatie moeten krijgen over de totale zorgkosten per patiënt en de onderverdeling van deze kosten, zodat speerpunten kunnen worden gedefinieerd en doelgericht beleid kan worden gemaakt op onnodig hoge zorgkosten.
- Het komt voor dat de eerste lijn wel degelijk minder instroom in het ziekenhuis weet te bewerkstelligen, maar dat zorgverzekeraars dit niet weten te vertalen in lagere budgetafspraken in de ziekenhuizen. De lagere instroom vertaalt zich dan binnen het ziekenhuis in andere zorg of in hogere tarieven. De afspraken tussen zorgverzekeraars en eerstelijnsorganisaties over zorgkostenverlaging en substitutie moeten daarom driezijdig zijn: (1) de eerste lijn doet wat binnen haar mogelijkheden ligt voor aantoonbaar lagere instroom of hogere uitstroom voor de tweede lijn, (2) ziekenhuizen spannen zich ervoor in om eenvoudige (na)zorg te verschuiven naar de eerste lijn of thuis en om de eerste lijn daarbij te ondersteunen en (3) de zorgverzekeraar vertaalt de baten door ze te vertalen in lagere budgetten voor de tweede lijn, maar faciliteert de tweede lijn wel in een verantwoorde transitie naar minder opbrengsten.

De eerste lijn moet zich dus verder ontwikkelen om de potentie die ze heeft voor het beheersen van de zorgkosten en het verbeteren van de zorg ten volle waar te maken. Deze ontwikkeling zou zich op twee aspecten moeten richten: het versterken van de organisatie en infrastructuur en het verhogen van de resultaatgerichtheid. Zorgverzekeraars kunnen deze ontwikkeling ondersteunen met eenduidig contracteerbeleid dat de samenwerking in de eerste lijn ondersteunt en substitutie ondersteunt.

## 4 Het versterken van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn is nodig om de potentie van de eerste lijn ten volle te ontwikkelen

Het versterken van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verhogen van het vermogen van de eerste lijn om meer van de zorgvraag op te vangen. Uit het onderzoek in de vier regio's blijkt dat de organisatie en infrastructuur grofweg op twee niveaus is georganiseerd: op het niveau van een wijk c.q. plattelandsgebied (10.000 - 20.000 inwoners<sup>1</sup>) en op het niveau van een regio (100.000 – 200.000 inwoners<sup>2</sup>). Op wijkniveau zien we samenwerkingsverbanden van huisartsen die hun eigen ondersteuning regelen en multidisciplinaire gezondheidscentra waarin verschillende professionals samenwerken. Op regioniveau zien we zorggroepen van huisartsen die zich richten op ketenzorg (of meer) en we zien brede multidisciplinair georganiseerde regio-organisaties die zich richten op de breedte van de eerstelijnszorg.

Het is belangrijk om op beide niveaus de organisatie van de eerste lijn verder te versterken. Een aantal ondersteuningstaken kan prima op wijkniveau worden ingevuld en daar moet ook de operationele samenwerking gestalte worden gegeven. Voor een aantal taken is het wijkniveau te kleinschalig; deze kunnen beter op regioniveau worden ingevuld. Het is daarnaast wenselijk dat de zorg op wijkniveau en regioniveau goed op elkaar wordt afgestemd, zodat het beleid op regioniveau gevoed wordt door wat er op wijkniveau gebeurt en dat de professionals op wijkniveau invulling geven aan de afspraken en prioriteiten die op regioniveau zijn gemaakt.

De volgende paragrafen werken de organisatie en infrastructuur op deze twee niveaus verder uit.

### 4.1 De basis van de eerste lijn moet worden verstevigd door op wijkniveau te investeren in organisatie en infrastructuur

Op het niveau van een wijk c.q. een plattelandsgebied (aantal dorpen) gebeurt "het echte werk", daar helpen huisartsen hun patiënten en werken ze samen met andere eerstelijns zorgaanbieders. Het is van belang dat op dat niveau goede werkafspraken worden gemaakt en de zorg in de wijk goed wordt geregeld. Uit het onderzoek van Nivel "Ruimte voor substitutie?" (2013) blijkt dat de organisatiegraad van huisartsen invloed heeft op hun verwijsgedrag: huisartsen in een solopraktijk verwijzen significant vaker naar de tweede lijn dan hun collega's in een duo- of groepspraktijk. Ook multidisciplinaire gezondheidscentra weten meer patiënten in de eerste lijn te bedienen.

Multidisciplinair samenwerken wordt steeds noodzakelijker. Het aantal kwetsbare ouderen neemt toe en er zijn meer disciplines nodig om deze ouderen goed te bedienen. Multidisciplinaire centra hebben de samenwerking tussen alle eerstelijnsprofessionals in hun structuur "ingebakken". Vaak maakt de wijkverpleegkundige daar niet deel van uit, omdat deze in dienst is bij een VVT-organisatie, maar zijn er wel samenwerkingsafspraken gemaakt. Monodisciplinaire groepspraktijken van huisartsen moeten worden gestimuleerd om de samenwerking met de andere paramedische disciplines en de wijkverpleegkundigen vorm te geven, dit kan zowel in netwerken als door het vormen van gezondheidscentra.

---

<sup>1</sup> De exacte omvang en situering van een wijk is situatie-afhankelijk. Een "wijk" kan ook een groep van dorpen zijn op het platteland, of de populatie van een aantal intensief samenwerkende gezondheidscentra die redelijk dicht bij elkaar liggen en voor een groot deel dezelfde samenwerkingspartners delen, zoals VVT-aanbieders, gemeente, GGZ-instelling etc.

<sup>2</sup> Ook de omvang van een regio is situatie-afhankelijk. Bij voorkeur minstens op het niveau van een ziekenhuis en één of meer gemeenten.

De ontwikkeling van de O&I in de wijk kan worden gestimuleerd door in de financiering de juiste betaaltitels hiervoor te ontwikkelen. Dit kan voor zowel monodisciplinaire als multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de wijk:

1. Monodisciplinair

Het stimuleren van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen op het niveau van 10.000 - 20.000 inwoners. Het gaat dan om zo'n 5 – 10 huisartsen die besloten hebben om intensiever te gaan samenwerken en eventueel de praktijkvoering gezamenlijk te organiseren. Ook kan enige mate van subspecialisatie worden gerealiseerd, de ene huisarts legt zich toe op kleine chirurgie, de ander op GGZ-problematiek en een derde op bijvoorbeeld diabetes. Zonder deze specialisatie te ver door te voeren – wat ten koste zou gaan van het generieke karakter van de huisartsenzorg – kunnen zo toch de iets complexere patiënten binnen het samenwerkingsverband worden geholpen, in plaats van in de tweede lijn. Door onderdelen van de praktijkvoering te laten organiseren door een praktijkmanager kunnen de huisartsen worden ontlast van indirecte taken en zich meer bezighouden met patiëntenzorg. Het maken van afspraken met de andere spelers in de wijk – apotheken, wijkverpleegkundigen, etc. – wordt ook gemakkelijker vanuit zo'n samenwerkingsverband. Een huisartsensamenwerkingsverband kan door zich goed te organiseren meer patiënten in de eerste lijn helpen en het beroep op de tweede lijn beperken.

2. Multidisciplinair

Het stimuleren dat de huisartsen samen met de andere eerstelijns zorgaanbieders (apotheken, fysiotherapeuten) multidisciplinaire wijksamenwerking organiseren. Dit kan in een wijkgezondheidscentrum, waarin huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders in dienst van het centrum werkzaam zijn of als zelfstandige beroepsbeoefenaren samen de organisatie van het centrum vormen. Deze wijksamenwerkingsverbanden geven gestructureerd vorm aan de samenwerking tussen huisartsen, apotheek en wijkverpleging en waar mogelijk ook paramedische zorgverleners en eerstelijns GGZ. Ook kunnen verzekeraars met deze multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zorgvernieuwing op wijkniveau afspreken.

4.2 [Op regioniveau moeten sterke regionale eerstelijnsorganisaties ontstaan die verantwoordelijkheid kunnen dragen voor kwaliteit en kostenbeheersing](#)

Op regioniveau kan een aantal ondersteunende taken voor huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders worden georganiseerd die op het niveau van de wijk niet efficiënt kunnen worden uitgevoerd. Ook het overleg met diverse instellingen die afstemming met de eerste lijn willen (en dat worden er steeds meer doordat steeds meer kwetsbare patiënten thuis blijven wonen) kan op dit niveau worden georganiseerd.

Momenteel is dit het niveau waarop de ketenzorg wordt georganiseerd in ketenzorggroepen en grotere gezondheidscentra. Soms zijn de zorgprofessionals in loondienst van zo'n regionale organisatie, meestal zijn ze als vrijgevestigde zorgaanbieder aangesloten bij een overkoepelende regionale organisatie.

Uit het onderzoek in vier regio's blijkt dat de ondersteuning van ketenzorg inmiddels een vanzelfsprekendheid is voor zowel verzekeraars als zorggroepen en dat inmiddels naast de traditionele ketenzorg allerlei nieuwe activiteiten in ontwikkeling zijn bij een groeiend aantal zorggroepen en grotere gezondheidscentra. De mate waarin deze nieuwe ontwikkelingen plaatsvinden verschilt echter wel en is enerzijds afhankelijk van wat de zorgverzekeraar bereid is in te kopen en anderzijds van wat de aangesloten huisartsen aan takenpakket wensen te beleggen bij de zorggroep. Naast de traditionele ketenzorg en de bestaande multidisciplinaire zorg gaat het dan bijvoorbeeld om:

- Kwaliteitsmanagement, dit gebeurt al voor de ketenzorg, maar wordt in sommige regio's ook uitgebreid naar andere aspecten van de huisartsenzorg.

- Organiseren en realiseren van gestructureerde, vaak multidisciplinaire, zorg voor specifieke doelgroepen en problematiek.
- Zorginnovatie.
- ICT-ondersteuning, naast het KIS voor de ketenzorg beheren sommige zorggroepen de HIS-sen van de aangesloten huisartsen en organiseren ze de gegevensuitwisseling in de regio. Deze ICT-ondersteuning richt zich met name op het leggen van koppelingen tussen zorgaanbieders en op het genereren van Business Intelligence uit de systemen van de zorgaanbieders.
- Ondersteuning van administratieve processen.
- Het gemandateerde overleg met gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen, overige eerstelijns zorgaanbieders.

De ontwikkeling van deze regio-organisaties kan worden gestimuleerd door in de financiering de juiste betaaltitels hiervoor te ontwikkelen. Ook hier kennen we zowel monodisciplinaire als multidisciplinaire regio-organisaties, maar de verwachting is dat de betaaltitels voor deze twee categorieën veel op elkaar zullen lijken.

1. Monodisciplinair

Dit zijn regio-organisaties ter ondersteuning van huisartsen. Traditioneel in eerste instantie gericht op ketenzorg, maar in de toekomst ook breder op de hierboven genoemde aandachtsgebieden.

2. Multidisciplinair

Dit zijn multidisciplinaire regio-organisaties, waarin verschillende eerstelijns zorgaanbieders samenwerken om de integrale verantwoordelijkheid voor de zorg in een regio op zich kunnen nemen.

4.3 [De ontwikkeling van de eerste lijn is regionaal maatwerk op basis van een overkoepelend ontwikkelmodel](#)

De ontwikkeling van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn kan dus langs twee dimensies worden vormgegeven: wijkniveau versus regioniveau en monodisciplinair voor huisartsen versus multidisciplinair voor de eerstelijns zorgaanbieders (incl. wijkverpleegkundigen). Hieronder is dit weergegeven in een ontwikkelmodel:

	<b>Monodisciplinair Huisartsen</b>	<b>Multidisciplinair Eerste lijn</b>
<b>Wijk 10.000 – 20.000</b>	Het stimuleren van huisartsensamenwerkingsverbanden van 5 – 10 huisartsen	Het stimuleren van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden van eerstelijns zorgaanbieders (incl. wijkverpleegkundigen)
<b>Regio 100.000 – 200.000</b>	Het stimuleren van het ontstaan en doorontwikkelen van regio-organisaties die een bredere ondersteunende en kwaliteitsverhogende rol spelen voor de huisartsen	Het stimuleren van het ontstaan en doorontwikkelen van multidisciplinaire regio-organisaties die de integrale verantwoordelijkheid voor de zorg in een regio op zich kunnen nemen

Omdat de situatie in Nederland per regio zo verschillend is, zal tegelijkertijd in alle vier kwadranten van het ontwikkelmodel de ontwikkeling gestimuleerd moeten worden. Daarbij zal het verband tussen de kwadranten ook een rol spelen: waar nog geen sterke regionale organisatie zijn kunnen bijvoorbeeld de samenwerkingsverbanden op wijkniveau gestimuleerd worden om gezamenlijk een regio-organisatie te vormen, zodat ook de ontwikkeling op regioniveau tot stand komt. Per regio kunnen de prioriteiten in de ontwikkeling verschillen en de accenten anders gelegd worden.

## 5 De versterking van de organisatie en infrastructuur is gebaat bij concrete betaaltitels met heldere resultaatafspraken

Op dit moment zijn er twee betaaltitels waarmee de O&I kosten worden gefinancierd: de overhead-component in de ketenzorgtarieven en de GEZ-financiering. Daarnaast betalen verzekeraars ook overhead binnen zorgvernieuwingsinitiatieven, zoals substitutieprojecten en ouderenzorgmodules. Per jaar maken verzekeraars en zorgaanbieders in de eerste lijn afspraken over de hoogte van deze tarieven. Voor beide betaaltitels geldt dat ze historisch zo gegroeid zijn en dat ze niet zijn afgestemd op een gezamenlijk beeld welke ontwikkeling van organisatie en infrastructuur gewenst is en tot welke resultaten dat zou moeten leiden. Voor de overhead in de ketenzorg geldt dat de zorggroepen daar in toenemende mate werkzaamheden uit financieren die los staan van de bestaande zorgketens, zoals ontwikkeling van nieuwe zorgketens, overleg met gemeenten, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, VVT-instellingen, etc. Voor de GEZ-financiering geldt dat deze op basis van historische kostenniveaus wordt afgesproken en er soms onvoldoende zicht is op wat er nou eigenlijk voor wordt geleverd en ook de GEZ –gelden worden steeds meer ingezet voor nieuwe ontwikkelingen die buiten de oorspronkelijke doelstelling liggen.

Er is zowel bij zorgverzekeraars als bij zorgaanbieders behoefte aan betaaltitels voor organisatie en infrastructuur die

- meer inzicht bieden in wat er daadwerkelijk wordt geleverd,
- de gewenste ontwikkeling van de eerste lijn ondersteunen en
- kunnen worden gekoppeld aan duidelijke voorwaarden en resultaatafspraken.

### 5.1 De nieuwe O&I-betaaltitels gaan uit van het ontwikkelmodel met vier kwadranten

Als basis voor de toekomstgerichte ontwikkeling van organisatie en infrastructuur in de eerste lijn zijn O&I-betaaltitels ontwikkeld op basis van het ontwikkelmodel met de vier kwadranten. Deze betaaltitels zijn in onderstaande matrix weergegeven:

	<b>Monodisciplinair Huisartsen</b>	<b>Multidisciplinair Eerste lijn</b>
<b>Wijk 10.000 – 20.000</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktijkmanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktijkmanagement</li> <li>• Wijkmanagement               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In een netwerk</li> <li>○ In een gezondheidscentrum                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werkgeverschap</li> <li>▪ Huisvesting</li> </ul> </li> <li>○ ICT</li> <li>○ Innovatie</li> </ul> </li> </ul>
<b>Regio 100.000 – 200.000</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regiomanagement (monodisciplinair)               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ondersteuning ketenzorg en overig kwaliteitsmanagement</li> <li>b) Innovatie</li> <li>c) Gemandateerde afspraken met andere stakeholders</li> <li>d) Geïntegreerd ICT-beheer</li> <li>e) Deelpopulatiemanagement</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regiomanagement (multidisciplinair)               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ondersteuning ketenzorg en overig kwaliteitsmanagement</li> <li>b) Innovatie</li> <li>c) Gemandateerde afspraken met andere stakeholders</li> <li>d) Geïntegreerd ICT-beheer</li> <li>e) Populatiemanagement</li> </ol> </li> </ul>

In Bijlage A is een voorstel opgenomen voor de concrete uitwerking van deze betaaltitels. Per betaaltitel is daarbij aangegeven:

- wie de contractpartij is waarbij de verzekeraar de betaaltitel kan inkopen,
- wat de voorwaarden zijn waaraan voldaan moet worden,
- wat de tariefeenheid is,

- de status van de betaaltitel (gereguleerd tarief, vrij tarief, wel of geen contracteervereiste),
- in welk segment van de huisartsenbesteding de betaaltitel kan worden geplaatst,
- de relatie met andere (huidige) betaaltitels.

Deze betaaltitels zullen als vertrekpunt worden gehanteerd voor de volgende fase van het project: de impactanalyse. In deze impactanalyse zal de praktische uitvoerbaarheid van deze uitgewerkte betaaltitels worden getoetst aan de praktijk, evenals de vraag in hoeverre over deze betaaltitels concrete resultaatafspraken afgesproken kunnen worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De betaaltitels zijn bijna allemaal vrije tarieven met een contracteervereiste. Dat betekent dat er een overeenkomst met zorgverzekeraar nodig is voordat deze betaaltitel kan worden gedeclareerd. Er gelden voor deze betaaltitels dus geen “trekkingsrechten”. Ook al voldoet een zorgaanbieder naar zijn eigen mening aan de voorwaarden, er is een overeenkomst met een zorgverzekeraar nodig.

Een uitzonder hierop zou de betaaltitel “Praktijkmanagement” kunnen zijn. In de impactanalyse zal worden getoetst in hoeverre het mogelijk en noodzakelijk is om van deze betaaltitel een gereguleerd tarief te maken. Vooralsnog gaan we ook hier uit van een vrij tarief. Daarmee blijven de nieuwe betaaltitel binnen de kaders van de huidig geldende aanwijzing van de NZa.

Deze betaaltitels geven houvast aan zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Zorgaanbieders weten wat er van hun wordt verwacht en welke ontwikkelrichting wordt gestimuleerd. Zorgverzekeraars weten wat ze krijgen voor hun geld.

Het kan afhangen van de regionale situatie welk beleid zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen voeren en welke betaaltitels het meest adequaat zijn om dit beleid te ondersteunen. Met name de vraag “wat doe je op lokaal niveau en wat doe je op regionaal niveau” speelt daarbij. In de ene regio ligt het voor de hand om bijvoorbeeld innovatie op regionaal niveau te organiseren, in een andere regio kan het juist verstandig zijn om dat op lokaal niveau te doen.

Op lokaal en regionaal niveau kunnen voor de betaaltitels met vrije tarieven aanvullende afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zowel over de voorwaarden, de te bereiken resultaten als over de tarieven.

Voor verschillende betaaltitels is onderzoek gedaan naar de bandbreedtes waarbinnen zich de kosten van deze betaaltitel (of onderdelen daarvan) zich bewegen. Deze onderzoeksresultaten zijn opgenomen in bijlage B.

In de uitwerking van de betaaltitels moet aandacht worden besteed aan:

- De administratieve verwerking: zorggroepen kennen zelf niet de ingeschreven patiënten van de huisartsen. Er moet een administratief “lichte” procedure worden ontworpen om het aantal ingeschreven patiënten van de aangesloten huisartsen inzichtelijk te maken.
- Eenduidig hanteren van deze systematiek door alle verzekeraars, anders ontstaat er een onwerkbaar situatie.
- BTW-problematiek. Het moet voorkomen worden dat dienstverlening die nu niet BTW-plichtig is, door de nieuwe betaaltitels ineens wel BTW-plichtig wordt.

## 6 De verwachting is dat de investeringen in deze betaaltitels tot aantoonbare resultaten zullen leiden

De investeringen die gepaard gaan met het geschetste ontwikkelingsmodel kunnen substantieel zijn. Het onderzoek van Sirm/CommonEye kwam tot de inschatting dat de O&I-kosten fors zouden groeien als in heel Nederland de eerste lijn op het meest uitgebreide niveau georganiseerd zou worden en een combinatie van kwadrant II op wijkniveau en kwadrant IV op regioniveau bereikt zou hebben. Het is overigens de vraag of dat niveau ooit in heel Nederland bereikt zal worden - het zal in elk geval een flink aantal jaren duren. Maar een investering in organisatie en infrastructuur zal hoe dan ook leiden tot een kostenstijging in de eerste lijn. Als de O&I-investeringen niet elders in de zorg tot kostenverlagingen leiden is het de vraag of dit een verantwoorde investering is.

Uit het Vektis-onderzoek blijkt dat er nu nog geen duidelijke correlatie zichtbaar is tussen de aanwezigheid van een goed functionerende eerstelijnsorganisatie en de totale zorgkosten van patiënten uit de regio van die organisatie. Een conclusie uit dit onderzoek is dat investeren in de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn alléén niet voldoende is om de zorgkosten te beheersen. Het is dus van belang om waarborgen in te bouwen dat deze investeringen ook daadwerkelijk gaan leiden tot aantoonbare beheersing van de zorgkosten.

De betaaltitels bieden houvast om de juiste voorwaarden te stellen aan de ontwikkeling van de eerste lijn en de te behalen resultaten. Als de beoogde resultaten worden gerealiseerd zal de versterking van de eerste lijn op termijn tot betere beheersing van de zorgkosten leiden.

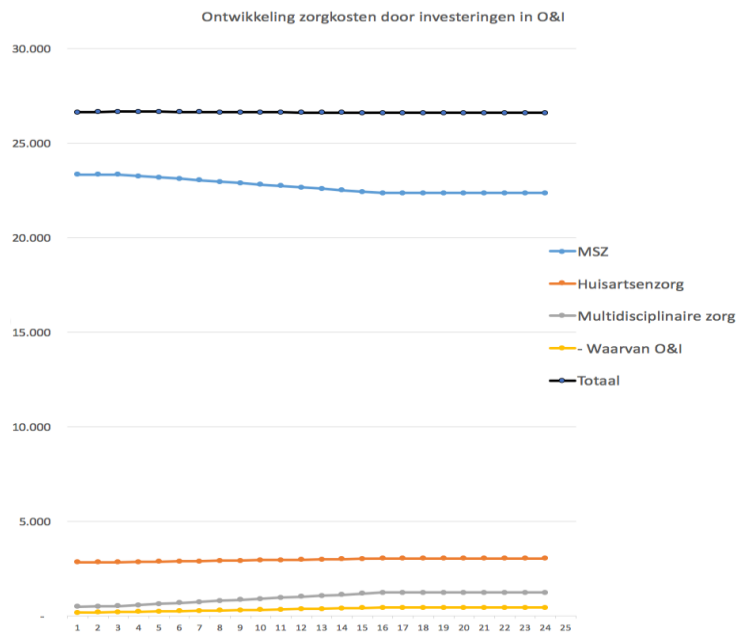
Om enig gevoel te krijgen bij de macro budgettaire effecten van een sterkere eerste lijn is een aantal scenario's uitgewerkt waarbij de groei in de eerste lijn in verband is gebracht met lagere kosten in de tweede lijn. Naast een pessimistisch en een optimistisch scenario is een middenscenario uitgewerkt dat een aannemelijk beeld geeft van het te verwachten kostenverloop.

Het middenscenario gaat uit van de volgende aannames:

- De in het rapport van Sirm/Common Eye genoemde kostenstijging voor O&I van €150 miljoen naar €600 miljoen zal zich voor maximaal 70% voordoen, omdat de verwachting is dat ook op langere termijn niet in heel Nederland de O&I-functies in de meest maximale variant zullen worden ingevuld. De periode waarin dit zich zal ontwikkelen is 15 jaren.
- Het maximale substitutie-effect vanuit de medisch specialistische zorg is 6% van het budget van de ziekenhuizen. Dit substitutie-effect begint na een voorbereidingsperiode van 2 jaren zichtbaar te worden en het zal daarna nog 13 jaren duren voordat het volledige potentieel aan substitutie is bereikt. Het uitgangspunt hierbij is dat de zorgverzekeraars de gesubstitueerde zorg ook daadwerkelijk niet meer contracteren met de ziekenhuizen.
- De kosten voor de zorg die van het ziekenhuiszorg wordt verplaatst naar de eerste lijn kan daar 30% goedkoper worden uitgevoerd.

Nogmaals, dit zijn *aannames* bij het middenscenario. Dit scenario is niet meer dan een model dat dient om een gevoel te krijgen bij de mogelijke uitkomsten.

Als dit scenario zich zou voordoen, dan leidt dat tot het volgende beeld van de zorgkostenontwikkeling voor de komende jaren:



Als deze aannames in werkelijkheid worden gerealiseerd, zullen in de eerste jaren de kosten licht stijgen ten opzichte van de startsituatie, doordat de investeringen in O&I nog niet worden gecompenseerd door lagere ziekenhuiskosten. Na enige jaren compenseren de besparingen op de medisch specialistische zorg in dit scenario de extra kosten in de eerste lijn en ontstaan er netto kostenbesparingen om macroniveau.

Deze raming kan door een aantal factoren positief en negatief worden beïnvloed:

- Het substitutiepotentieel kan lager of hoger uitpakken dan hier ingeschat (+/-).
- De snelheid waarmee het substitutiepotentieel wordt gerealiseerd kan lager of hoger blijken te zijn (+/-).
- De mate waarin de verplaatste zorg in eerste lijn goedkoper is kan hoger of lager uitvallen (+/-).
- Er zijn nog geen kostenbesparingen meegenomen door substitutie vanuit de GGZ, de ouderenzorg en de farmacie (+).
- Bij de kostenontwikkeling voor de medisch specialistische zorg is alleen gekeken naar het substitutie-effect naar de eerste lijn. Er is geen rekening gehouden met andere bronnen van kostenstijgingen in de tweede lijn, zoals vergrijzing van de populatie, nieuwe technologie en dure medicijnen (-). Dit staat overigens los van de verschuiving naar de eerste lijn; deze effecten zouden ook optreden zonder substitutie naar de eerste lijn.

Dit scenario biedt geen zekerheid, maar zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars verwachten dat door gerichte investeringen in de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn, en het aangaan en monitoren van resultaatafspraken, de extra kosten in de eerste lijn kunnen worden terugverdiend door een betere beheersing van de totale zorgkosten. Dit vereist een tweezijdig commitment:

- het commitment van zorgaanbieders om resultaatgerichte afspraken te maken en de behaalde resultaten transparant zichtbaar te maken, en
- het commitment van zorgverzekeraars om – onder de genoemde voorwaarden – groei ruimte te bieden voor de ontwikkeling van organisatie en infrastructuur via de voorgestelde betaaltitels.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken beide dit commitment uit. In de impactanalyse zal de inschatting van de hoogte van de investeringen verder worden uitgewerkt en de effecten op zorgkostenbeheersing zullen de komende jaren periodiek worden gemonitord en geëvalueerd.



## 7 De nieuwe bekostigingsstructuur moet zorgvuldig worden geïmplementeerd

Het introduceren van een nieuwe bekostigingsstructuur brengt onzekerheden met zich mee voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Ervaringen uit het verleden leren dat zorgvuldige voorbereiding en communicatie van belang is om zo'n proces zorgvuldig te laten verlopen. Een zorgvuldige implementatie kan worden vormgegeven door:

- een zorgvuldige besluitvorming en voorbereiding van de invoering per 1 januari 2018,
- het maken van overgangsafspraken die gelden rondom het moment van invoering, waardoor de eventuele schokken in de financiering voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars kunnen worden beperkt,
- het waarborgen dat de nieuwe bekostigingsstructuur het gewenste effect zal hebben door monitoring en periodieke evaluatie van de ontwikkeling van de organisatie en infrastructuur en de bijdrage aan kwaliteit en kostenbeheersing.

### 7.1 Vervolgstappen tot invoering per 1-1-2018

Na vaststelling in de stuurgroep O&I in oktober zullen de volgende stappen worden genomen:

- Raadpleging van de achterbannen en bestuurlijke besluitvorming, af te ronden voor 17 november 2016 en dan te agenderen in het Bestuurlijk Overleg.
- Een impactanalyse waarin de betaaltitels worden getoetst en een beeld kan worden gevormd van de gevolgen van de nieuwe bekostigingsstructuur voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De voorbereiding van deze impactanalyse zal medio oktober 2016 starten. De impactanalyse zal dan in de periode van november 2016 t/m februari 2017 worden uitgevoerd.

De impactanalyse moet een aantal inzichten opleveren:

- a. Of de betaaltitels praktisch hanteerbaar zijn voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars.
- b. Of de betaaltitels worden ervaren als een stimulans voor de gewenste ontwikkeling van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn.
- c. In hoeverre over de betaaltitels resultaatafspraken kunnen worden gemaakt.
- d. Wat bij benadering de financiële impact gaat zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hierbij is het uitgangspunt dat de huidige O&I betaaltitels wegvallen (GEZ, overhead in ketenzorg en in overige modules en projecten). De nieuwe O&I betaaltitels zullen worden afgezet tegen de wegvallende O&I betaaltitels.
- e. Wat de bandbreedtes zijn waarbinnen partijen tot afspraken komen voor de verschillende onderdelen van de betaaltitels.
- f. In hoeverre m.n. voor de betaaltitel Praktijkmanagement een gereguleerd tarief wenselijk of nodig is.
- g. In hoeverre de overgangsafspraken in §7.2 voldoende zijn om ongewenste schokeffecten op te vangen, of dat nog aanvullende afspraken nodig zijn.
- h. Een realistisch verwachtingspatroon bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars over de gevolgen van de invoering van de nieuwe betaaltitels.

De groep zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gaan meedoen aan de impactanalyse moet zo worden samengesteld, dat bovenstaande inzichten voldoende verkregen kunnen worden. Indien mogelijk wordt de impactanalyse stapsgewijs uitgevoerd: eerst met een beperkt aantal deelnemers om ervaring op te doen, dan verbreden naar een grotere groep. Voor 1 april 2017 zal de impactanalyse worden geëvalueerd en zal de bekostigingsstructuur en/of de bandbreedte analyses waar nodig worden bijgesteld.

- Parallel aan de impactanalyse zal een aantal zaken worden uitgezocht:
  - a. De administratieve inrichting van de declaratieprocessen.
  - b. De BTW-problematiek.
  - c. De mogelijkheid om tot een landelijk initiatief van Ineen, LHV en ZN te kunnen komen voor versterking van de ICT in de eerste lijn.
- De zorginkoop 2018 zal worden voorbereid op basis van de nieuwe bekostigingsstructuur.

### 7.2 Overgangsafspraken rondom het moment van invoering

De invoering van de nieuwe O&I-betaaltitels per 1-1-2018 zou er niet toe moeten leiden dat de bestaande O&I-zorgaanbieders voor hetzelfde takenpakket er op het moment van invoering ineens veel op vooruit of op achteruit gaan. Eveneens moet het niet zo zijn dat zorgverzekeraars op het moment van invoering ineens veel meer of veel minder kosten moeten betalen aan de eerstelijns zorgaanbieders voor hetzelfde takenpakket.

Om het schokeffect rondom het moment van invoering te beperken voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars is een aantal afspraken gemaakt:

- Het effect van de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur per 1-1-2018 op de O&I-kosten mag – bij een gelijkblijvend takenpakket – op landelijk niveau maximaal + of – 2% zijn. Dit is exclusief inflatie-effecten en exclusief de eventuele uitbreiding van takenpakketten van individuele zorgaanbieders. Het kan immers zijn dat zorgaanbieders – gestimuleerd door de nieuwe bekostigingsstructuur – de stap maken naar een betere invulling van O&I-taken en dat de zorgverzekeraar deze extra diensten wil inkopen.
- Als een zorgaanbieder door de overgang naar de nieuwe betaaltitels per 1-1-2018 er - bij een gelijkblijvend takenpakket - op voor- of achteruit gaat, wordt dit verschil afgebouwd in maximaal 3 jaar tijd met een maximum van 10% per jaar. Ofwel doordat de zorgaanbieder het takenpakket in drie jaar tijd weet aan te passen conform de gestelde eisen, ofwel doordat de financiering in drie jaar tijd in lijn wordt gebracht met het geleverde takenpakket.
- Deze overgangsafspraken kunnen in individuele situaties altijd in onderling overleg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar op maat worden gemaakt.
- In de impactanalyse zal worden onderzocht of dit voldoende maatregelen zijn of dat, eventueel voor bepaalde groepen, aanvullende afspraken nodig zijn.

### 7.3 Evaluatie, bijsturing en doorontwikkeling na invoering

De introductie van een nieuwe bekostigingsstructuur is geen doel op zich. Het doel is dat de eerste lijn zich verder ontwikkelt en versterkt en daardoor een effectievere rol gaat spelen in de kwaliteit van de zorg voor patiënten, het zoveel mogelijk dicht bij huis bedienen van patiënten en het beheersen van de zorgkosten. Voor het bereiken van deze doelen is het van belang om de ontwikkeling van de eerste lijn na introductie van de nieuwe betaaltitels goed te volgen, te evalueren en waar nodig bij te sturen.

Het voorstel is om jaarlijks aan de hand van de ontwikkelmatrix te evalueren:

- Hoe het overgangstraject verloopt.
- Hoe de zorginkoop zich ontwikkelt verdeeld over de nieuwe kwadranten en betaaltitels.
- In hoeverre in de praktijk de vastgelegde ambities en criteria ook daadwerkelijk worden ingevuld.
- In hoeverre een concrete bijdrage aan kostenbeheersing en substitutie aantoonbaar gemaakt kan worden.

De resultaten van deze periodieke evaluatie zullen worden geagendeerd in het bestuurlijk overleg, waarna eventueel kan worden bijgestuurd op de inhoud of de uitvoering van de afspraken.

## Bijlage A - Uitwerking betaaltitels

### A.1 - Praktijkmanagement (kwadrant I en II)

<b>Naam</b>	Praktijkmanagement
<b>Omschrijving</b>	Een groep van huisartsen die in een netwerk of in een groepspraktijk samenwerken en laat zich ondersteunen door een praktijkmanager die de dagelijkse facilitaire en managementtaken uit handen neemt van de huisarts.
<b>Doel</b>	De huisarts zoveel mogelijk ontlasten van niet-zorggerelateerde werkzaamheden, waardoor hij/zij meer tijd kan besteden aan patiënten. Tevens is het doel om huisartsen te stimuleren om in groepsverbanden te gaan samenwerken.
<b>Contractpartij</b>	De individuele huisarts of het samenwerkingsverband. In de impactanalyse wordt getoetst in hoeverre het nodig is om hiervoor een juridische entiteit te vormen.
<b>Voorwaarden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De omvang van het samenwerkingsverband moet minstens 10.000<sup>3</sup> patiënten zijn</li><li>• Er moet sprake zijn van een daadwerkelijk samenwerkingsverband van huisartsen</li><li>• De huisartsen moeten ook daadwerkelijk de ondersteunende en managementtaken overdragen aan de praktijkmanager. (Personeel, Financiën en administratie, facilitair management, samenwerkingsafspraken maken met andere partijen in de wijk).</li><li>• Daardoor moet aantoonbaar de hoeveelheid patiëntgebonden tijd toenemen in relatie tot de indirecte tijd van de huisarts.</li><li>• Het samenwerkingsverband is aangesloten bij een regionale eerstelijnsorganisatie (S)</li><li>• Het samenwerkingsverband evalueert periodiek de kwaliteit van zorg en het verwijsgedrag en stuurt daarop indien nodig</li></ul>
<b>Tarief eenheid</b>	Bedrag per ingeschreven patiënt van de deelnemende huisartsen
<b>Status</b>	Vrij tarief
<b>Segment</b>	Er geldt vooralsnog een contracteervereiste voor deze betaaltitel. S3 (vooralsnog)
<b>Relatie tot andere betaaltitels</b>	In de reguliere financiering van huisartsen (inschrijftarief/consulttarief) zit ook een component voor het management van de praktijk. Deze extra betaaltitel is gericht op de extra kosten die een aparte praktijkmanager voor een samenwerkingsverband met zich meebrengt.

<sup>3</sup> Dit aantal is niet “in beton gegoten”, maar kan worden aangepast aan de lokale situatie.

## A.2 - Wijkmanagement (kwadrant II)

<b>Naam</b>	Wijkmanagement
<b>Omschrijving</b>	Een groep van huisartsen, apotheken, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en andere paramedici die in een gezamenlijk gezondheidscentrum of in een netwerk samenwerken (eventueel met gemeenschappelijke huisvesting) en verantwoordelijkheid neemt voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg in de wijk. Het wijksamenwerkingsverband werkt tevens samen met het sociale domein. De betaaltitel is gericht op de extra kosten van coördinatie, management, huisvesting en ICT en innovatie.
<b>Doel</b>	De samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders in de wijk optimaliseren en proactief het inhoudelijke zorgaanbod kwalitatief en kwantitatief afstemmen op de zorgbehoefte in de wijk.
<b>Contractpartij</b>	Het wijksamenwerkingsverband (in de impactanalyse zal worden uitgezocht of dit een juridische entiteit moet zijn)
<b>Voorwaarden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het wijksamenwerkingsverband moet worden gevormd door van de meest relevante eerstelijns zorgaanbieders in de wijk. In ieder geval de huisarts, de wijkverpleegkundigen en apotheken met het grootste marktaandeel in de wijk, en de meest relevante paramedische zorgaanbieders. (Het kan eventueel nodig zijn om de afspraken met wijkverpleegkundigen in diens van een VVT-instelling met deze instelling te maken. Vaak zal dat op regio-niveau moeten plaatsvinden.)</li><li>• De omvang van het wijksamenwerkingsverband moet minstens 10.000<sup>4</sup> patiënten zijn.</li><li>• Het wijksamenwerkingsverband maakt adequate samenwerkingsafspraken tussen de deelnemende zorgprofessionals en het sociale domein en die komen deze ook na.</li><li>• Deze samenwerkingsafspraken worden ondersteund door gegevensuitwisseling tussen de ICT-systemen.</li><li>• Het samenwerkingsverband is aangesloten bij een regionale eerstelijnsorganisatie.</li><li>• Het samenwerkingsverband evalueert periodiek de kwaliteit van zorg en het verwijsgedrag en stuurt daarop indien nodig bij.</li><li>• Het samenwerkingsverband geeft invulling aan innovatie op wijkniveau, hieraan kunnen specifieke resultaatsafspraken worden verbonden.</li><li>• Deze voorwaarden moeten aantoonbaar worden gerealiseerd om aanspraak te kunnen maken op deze betaaltitel.</li><li>• Er kunnen afspraken (in S3) worden gemaakt die de financiering (deels) afhankelijk maken van de behaalde resultaten.</li></ul>
<b>Status</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vrij tarief, wordt op maat ingevuld afhankelijk van de mate waarin werkgeverschap, gezamenlijke huisvesting, ICT-beheer en innovatie (incl. ICT-investeringen) worden ingevuld.</li><li>• Op onderdelen zijn kostenbandbreedtes geanalyseerd (zie bijlage A).</li><li>• Er geldt een contracteervereiste voor deze betaaltitel.</li></ul>
<b>Tarief eenheid</b>	Bedrag per ingeschreven patiënt van de deelnemende huisartsen in het wijksamenwerkingsverband.
<b>Segment</b>	S2 en eventueel S3 voor resultaatbeloning
<b>Relatie tot andere betaaltitels</b>	Vervangt een deel van de huidige GEZ financiering

<sup>4</sup> Dit aantal is niet “in beton gegoten”, maar kan worden aangepast aan de lokale situatie.

### A.3 - Regiomanagement (kwadrant III en IV)

Het regiomanagement in kwadrant IV wordt breder ingevuld dan in kwadrant III, omdat in kwadrant IV een bredere groep eerstelijns zorgaanbieders wordt gecontracteerd en in kwadrant III alleen een huisartsengroep.

Het regiomanagement kent een aantal onderdelen die elk zijn uitgewerkt:

- Ondersteuning ketenzorg en overig kwaliteitsmanagement
- Innovatie
- Gemandateerde afspraken
- Geïntegreerd ICT-beheer
- Populatiemanagement

Deze onderdelen komen zowel voor bij monodisciplinaire groepen van huisartsen (kwadrant III) als bij multidisciplinaire groepen van zorgaanbieders (kwadrant IV).

De afspraken op regioniveau gaan ervan uit dat er een regio-organisatie aanwezig is waarmee deze afspraken kunnen worden gemaakt. De exacte juridische vorm van zo'n organisatie is niet zo belangrijk, als de regio-organisatie maar in staat is om gemandateerd afspraken te maken met de zorgverzekeraar en deze afspraken ook na te komen met de betrokken zorgaanbieders.

### A.3.1 - Ondersteuning ketenzorg en kwaliteitsmanagement (kwadrant III en IV)

<b>Naam</b>	Ondersteuning ketenzorg en kwaliteitsmanagement
<b>Omschrijving</b>	De ondersteunende (overhead) werkzaamheden voor de ketenzorg en de overige kwaliteitsmanagement ondersteuning voor de aangesloten zorgaanbieders
<b>Doel</b>	Het faciliteren dat de kwaliteitscyclus (Plan-Do-Check-Act) voor de ketenzorg en de overige eerstelijnszorg wordt georganiseerd en onderhouden. Dit omvat het verzamelen en bespreken van spiegelinformatie, het uitvoeren van verdiepende analyses, het ontwikkelen en invoeren van kwaliteit verhogende maatregelen en het aanspreken en ondersteunen van huisartsen die op onderdelen kwalitatief achterblijven
<b>Contractpartij</b>	De regio-organisatie
<b>Voorwaarden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De deelnemende zorgaanbieders zijn aangesloten bij één regionale ondersteuningsorganisatie.</li><li>• De ondersteuningsorganisatie moet een minimale omvang hebben van 100.000<sup>5</sup> ingeschreven verzekerden bij de aangesloten huisartsen.</li><li>• De landelijke zorgketens moeten worden ondersteund.</li><li>• De ondersteuningsorganisatie moet een actief kwaliteitsbeleid hebben en de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk maken (structuur, proces en uitkomst indicatoren).</li><li>• De kwaliteitsmanagement processen worden adequaat ondersteund met ICT.</li><li>• Er kunnen afspraken (in S3) worden gemaakt die de financiering (deels) afhankelijk maken van de behaalde resultaten.</li></ul>
<b>Tarief eenheid</b>	Bedrag per ingeschreven verzekerde van de aangesloten huisartsen, afhankelijk van het aantal ondersteunde ketens c.q. de breedte van het overige kwaliteitsprogramma
<b>Status</b>	Vrije tarieven, die op maat worden ingevuld afhankelijk van het aantal ondersteunde ketens en de breedte van het kwaliteitsmanagement.  Op onderdelen zijn kostenbandbreedtes geanalyseerd (zie bijlage A)  Er geldt een contracteervereiste voor deze betaaltitel.
<b>Segment</b>	S2 en eventueel S3 voor resultaatbeloning
<b>Relatie tot andere betaaltitels</b>	De overheadcomponent in de ketenzorgtarieven gaat hierin op en wordt aangevuld met de kosten voor ondersteuning van het overige kwaliteitsmanagement.

<sup>5</sup> Dit aantal is niet “in beton gegoten”, maar kan worden aangepast aan de regionale situatie.

### A.3.2 - Regionale innovatie

<b>Naam</b>	Regionale innovatie
<b>Omschrijving</b>	De innovaties die buiten de reeds gefinancierde zorgketens worden ontwikkeld en toegepast.
<b>Doel</b>	Het bieden van ruimte voor innovatieve activiteiten en projecten, die op termijn kunnen leiden tot betere en/of doelmatiger zorg
<b>Contractpartij</b>	De regio-organisatie
<b>Voorwaarden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De deelnemende zorgaanbieders zijn aangesloten bij één regionale ondersteuningsorganisatie.</li><li>• De ondersteuningsorganisatie moet een minimale omvang hebben van 100.000<sup>6</sup> ingeschreven verzekerden bij de aangesloten huisartsen.</li><li>• De ondersteuningsorganisatie moet innovatieprogramma hebben met concrete doelen, projecten, mijlpalen en evaluatiemomenten.</li><li>• De innovaties moeten na aangetoond succes kunnen worden vertaald in reguliere betaaltitels.</li><li>• Er kunnen afspraken (in S3) worden gemaakt die de financiering (deels) afhankelijk maken van de behaalde resultaten.</li></ul>
<b>Tarief eenheid</b>	Geen vaste eenheid, maar een maatwerkafpraak met de zorgverzekeraars op basis van een geaccordeerd innovatieprogramma. Deze afspraken kunnen zowel een projectmatig als een deels structureel karakter hebben.
<b>Status</b>	Vrije tarieven
<b>Segment</b>	S2 en eventueel S3 voor innovatie en resultaatbeloning
<b>Relatie tot andere betaaltitels</b>	Er geldt een contracteervereiste voor deze betaaltitel. Huidige projectfinanciering en soms GEZ-financiering

---

<sup>6</sup> Dit aantal is niet “in beton gegoten”, maar kan worden aangepast aan de regionale situatie.

### A.3.3 - Gemandateerde afspraken met andere stakeholders

<b>Naam</b>	Gemandateerde afspraken met andere stakeholder
<b>Omschrijving</b>	Het maken van bindende afspraken voor en namens de aangesloten zorgaanbieders met andere stakeholders, zoals gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen, etc.
<b>Doel</b>	In toenemende mate willen/moeten instellingen afspraken maken met eerstelijns zorgaanbieders. Het is vaak ondoenlijk om dit te doen met alle individuele professionals. De eerstelijns zorgaanbieders worden daarom gefaciliteerd om gezamenlijk tot afspraken te komen, waar de individuele professionals dan wel aan gebonden zijn.
<b>Contractpartij</b>	De regio-organisatie
<b>Voorwaarden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De deelnemende zorgaanbieders zijn aangesloten bij één regionale ondersteuningsorganisatie.</li><li>• De ondersteuningsorganisatie moet een minimale omvang hebben van 100.000<sup>7</sup> ingeschreven verzekerden bij de aangesloten huisartsen.</li><li>• Het moet op voorhand duidelijk zijn dat de ondersteuningsorganisatie gemandateerd is om de gewenste afspraken te maken.</li><li>• Het moet ook toetsbaar en inzichtelijk worden gemaakt dat de afspraken vervolgens ook worden nageleefd door de aangesloten zorgaanbieders.</li><li>• Er kunnen afspraken (in S3) worden gemaakt die de financiering (deels) afhankelijk maken van de behaalde resultaten.</li></ul>
<b>Tarief eenheid</b>	Bedrag per ingeschreven verzekerde van de aangesloten huisartsen, jaarlijks bij te stellen op basis van de ontwikkelingen in de omgeving van de eerste lijn die het maken van afspraken noodzakelijk maakt.
<b>Status</b>	Vrij tarief
	Er geldt een contracteervereiste voor deze betaaltitel.
<b>Segment</b>	S2 en eventueel S3 voor resultaatbeloning
<b>Relatie tot andere betaaltitels</b>	Voor een deel gedekt in de huidige GEZ of “verstopt” in andere tarieven, bijv. de overhead component in de ketenzorg

<sup>7</sup> Dit aantal is niet “in beton gegoten”, maar kan worden aangepast aan de regionale situatie.



#### A.3.4 - Geïntegreerd ICT-beheer

<b>Naam</b>	Geïntegreerd ICT beheer
<b>Omschrijving</b>	Het integreren en beheren van ICT voorzieningen ten behoeve van de eerstelijns zorgaanbieders op regionaal niveau.
<b>Doel</b>	Het is om een aantal redenen wenselijk om de ICT voor de eerstelijns zorgaanbieders op regionaal niveau te integreren en te ondersteunen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Onderlinge vervanging en uitwisseling van personeel wordt eenvoudiger,</li><li>• Het verkrijgen van spiegelinformatie uit de eigen systemen wordt makkelijker</li><li>• Er kunnen door gezamenlijke inkoop inkoopvoordelen worden behaald,</li><li>• Het leggen van koppelingen met andere disciplines wordt beter haalbaar.</li></ul>
<b>Contractpartij</b>	De regio-organisatie
<b>Voorwaarden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De zorgaanbieders zijn aangesloten bij één regionale ondersteuningsorganisatie</li><li>• De ondersteuningsorganisatie moet de geïntegreerde ICT beheren voor minstens 50<sup>8</sup> huisartsen</li><li>• De ICT moet daadwerkelijk geïntegreerd zijn, dat wil zeggen:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Geautomatiseerde gegevensuitwisselingen tussen huisartsen onderling</li><li>○ Geautomatiseerde gegevensuitwisselingen tussen huisartsen en andere samenwerkingspartners</li><li>○ De mogelijkheid om geautomatiseerd kwaliteitsinformatie en managementinformatie te verzamelen uit de systemen van de zorgaanbieders en hier verdiepend onderzoek naar te doen.</li></ul></li></ul>
<b>Tarief eenheid</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bedrag per deelnemende zorgaanbieder voor de beheerfunctie. (aflopende staffel)</li><li>• Projectfinanciering voor investeringen.</li></ul>
<b>Status</b>	Vrij tarief  Op onderdelen zijn kostenbandbreedtes geanalyseerd (zie bijlage A)  Er geldt een contracteervereiste voor deze betaaltitel.
<b>Segment</b>	S2
<b>Relatie tot andere betaaltitels</b>	Voor een deel gedekt in de huidige GEZ of “verstopt” in andere tarieven, bijv. de overhead component in de ketenzorg

<sup>8</sup> Dit aantal is niet “in beton gegoten”, maar kan worden aangepast aan de regionale situatie.

### A.3.5 - (Deel)Populatiemanagement

<b>Naam</b>	Populatiemanagement of Deelpopulatiemanagement
<b>Omschrijving</b>	<p>Om populatiemanagement te kunnen uitvoeren is een basisstructuur nodig waarbij partijen zich gezamenlijk organiseren en de verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit en de kosten van de gezondheidszorg in een regio. Naast het opzetten van de gewenste structuur en overlegvormen, betekent dit ook het periodiek analyseren van de ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorgkosten, het definiëren van speerpunten, het maken en uitvoeren van plannen op deze speerpunten en het inzichtelijk maken van de resultaten van deze plannen. Er moet een permanente plan-do-check-act cyclus aanwezig zijn op de kwaliteit en de kosten van de zorg in de regio.</p> <p>Populatiemanagement kan ook worden ingevuld op een deel van de populatie. Met name voor de monodisciplinaire regio-organisaties van huisartsen ligt dat meer voor de hand. We noemen het dan Deelpopulatiemanagement.</p>
<b>Doel</b>	Het stimuleren van eerstelijns zorgaanbieders om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteit en de kosten van de gezondheidszorg in de regio.
<b>Contractpartij</b>	De regio-organisatie
<b>Voorwaarden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De meest relevante eerstelijns zorgaanbieders in de regio zijn aangesloten bij en hebben mandaat gegeven aan het multidisciplinaire regionale samenwerkingsverband. Dit zijn in ieder geval de huisartsen, en voor kwadrant IV ook de wijkverpleegkundigen en de apotheken en afhankelijk van het onderwerp de relevante paramedici.</li> <li>• De regio-organisatie moet een minimale omvang hebben van 100.000<sup>9</sup> ingeschreven verzekerden bij de aangesloten huisartsen.</li> <li>• Deelname aan de regio-organisatie staat ook open voor tweedelijns organisaties in de cure en in de care.</li> <li>• Het regionale samenwerkingsverband ontwikkelt en onderhoudt een actieve plan-do-check-act cyclus voor de kwaliteit en de kosten van de zorg in de regio.</li> <li>• De regio-organisatie analyseert de belangrijkste ontwikkelingen in de zorgvraag en komt met gerichte acties om het aanbod van de aangesloten disciplines af te stemmen op de vraag.</li> <li>• De regio-organisatie analyseert de belangrijkste ontwikkelingen in de zorgkosten (o.b.v. informatie van zorgverzekeraars en andere databronnen) en komt met gerichte acties van de aangesloten zorgaanbieders om de zorgkosten te beheersen.</li> <li>• Er kunnen afspraken (in S3) worden gemaakt die de financiering (deels) afhankelijk maken van de behaalde resultaten.</li> </ul>
<b>Tarief eenheid</b>	Een bedrag per ingeschreven verzekerde bij de aangesloten huisartsen.
<b>Status</b>	Vrij tarief
	Er geldt een contracteervereiste voor deze betaaltitel.
<b>Segment</b>	S2 en S3 voor resultaatbeloning
<b>Relatie tot andere betaaltitels</b>	Nu nog niet of nauwelijks aanwezig

<sup>9</sup> Dit aantal is niet “in beton gegoten”, maar kan worden aangepast aan de regionale situatie.

## Bijlage B - Bandbreedte analyses

In de eerste helft van 2016 heeft in het kader van de ontwikkeling van nieuwe O&I-betaaltitels een kostenonderzoek plaatsgevonden binnen vier regio's (Zoetermeer, Almere, Venlo, Gooi & Vechtstreek). Doel van de kostenonderzoek was het verschaffen van inzicht in de omvang van kostencomponenten gerelateerd aan organisatie & infrastructuur. Dit inzicht is vervolgens gebruikt bij de definitie van de nieuwe betaaltitels en bij het bepalen van een indicatieve bandbreedte per betaaltitel.

Er is voor gekozen om vier uiteenlopende regio's uitgebreid te onderzoeken. Dit aantal is te klein om harde conclusies over bandbreedtes te kunnen trekken op landelijk niveau. Om deze reden zullen de gevonden bandbreedtes de komende periode op grotere schaal getoetst worden met behulp van een impactanalyse. Tijdens deze analyse zal getoetst worden of deze bandbreedtes representatief zijn voor andere regio's / organisaties in het land.

### *Bandbreedtes uit onderzoek per betaaltitel*

In tabel B.1 wordt ingegaan op de resultaten van het kostenonderzoek, vertaald naar bandbreedtes voor de nieuwe O&I-betaaltitels. In deze tabel worden de vier kwadranten van het ontwikkelmodel van de organisatie en infrastructuur binnen een regio.

Hierbij dienen de volgende kanttekeningen gemaakt te worden:

- Onderstaande bandbreedtes zijn gebaseerd op de daadwerkelijke kosten binnen de vier onderzochte regio's en de keuzes waarop deze kosten zijn toegekend aan de gedefinieerde betaaltitels c.q. prestaties. Er is (vooralsnog) geen rekening gehouden met bijvoorbeeld een risico-opslag om tot daadwerkelijke tarieven te komen;
- Binnen de onderzochte regio's waren geen gegevens voorhanden waar een bandbreedte voor de betaaltitel 'praktijkmanagement' op kon worden gebaseerd. Om deze reden is deze bandbreedte gebaseerd op de 'praktijkmanagement' module zoals deze door Menzis en De Friesland Zorgverzekeraar wordt gevoerd;
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn vrij om te komen tot afwijkende afspraken ten opzichte van deze bandbreedtes.

Tabel B.1. - Betaaltitels per kwadrant van ontwikkelmodel en bandbreedtes per inwoner / ingeschreven verzekerde, volgend uit kostenonderzoek

Kwadrant binnen ontwikkelmodel	Betaaltitel	Bandbreedte (per inwoner / ingeschreven verzekerde)
<b>I – monodisciplinair huisartsen, wijk</b>	Praktijkmanagement a) Praktijkmanagement in een netwerk b) Praktijkmanagement in groepspraktijk	€ 4,22 - 4,83
	Eventuele toeslag ICT component	€ 0 - 2,18
<b>II – multidisciplinaire eerstelijns, wijk</b>	Praktijkmanagement a) Praktijkmanagement in een netwerk b) Praktijkmanagement in een gezondheidscentrum	€ 4,22 - 4,83
	Wijkmanagement a) Wijkmanagement in een netwerk b) Wijkmanagement in een gezondheidscentrum - huisvestingskosten - werkgeverschap	Niet beschikbaar vanuit onderzoek € 7,89 - 10,52
	c) ICT	Evt. maatwerk € 0 - 2,66
	d) Innovatie	€ 0 - 3,73 Maatwerk
<b>III – monodisciplinair huisartsen, regio</b>	Regiomanagement (huisartsenzorg) a) Ondersteuning ketens en overig kwaliteitsmanagement	€ 1,37 - 1,55 per ingeschreven verzekerde per keten Maatwerk
	b) Innovatie	Niet beschikbaar, onderdeel van andere bandbreedtes
	c) Gemandateerde afspraken	€ 0,15 - 0,50
	d) Geïntegreerd ICT-beheer	Niet beschikbaar vanuit onderzoek
	e) Populatiemanagement	
<b>IV – multidisciplinaire eerstelijns, regio</b>	Regiomanagement (multidisciplinair) a) Ondersteuning ketens en overig kwaliteitsmanagement	€ 1,37 - 1,55 per ingeschreven verzekerde per keten Maatwerk
	b) Innovatie	Niet beschikbaar, onderdeel van andere bandbreedtes
	c) Gemandateerde afspraken	€ 0,15 - 1,40
	d) Geïntegreerd ICT-beheer	€ 6,87 - 7,87
	e) Populatie-management	

Zorgverzekeraars en -organisaties kunnen aan de hand van de volgende vragen bepalen welke kwadranten van toepassing zijn op een specifieke lokale of regionale situatie:

1. Levert de betreffende organisatie O&I-ondersteuning voor (monodisciplinaire) huisartsen of voor de multidisciplinaire eerste lijn?

Indien de organisatie alleen voor monodisciplinaire huisartsen actief is gelden de betaaltitels in de kwadranten I en/of III. In geval van ondersteuning voor een multidisciplinaire eerste lijn gelden de betaaltitels binnen de kwadranten II en/of IV. Zo kan een groepspraktijk van huisartsen in aanmerking komen voor betaaltitels in kwadrant I en een multidisciplinair gezondheidscentrum voor betaaltitels in kwadrant II. Uiteraard geldt dat aan de specifieke voorwaarden van de betaaltitel dient te worden voldaan zoals beschreven in het hoofddocument;

2. Is de betreffende organisatie actief op wijk en/of regioniveau?

Indien de organisatie alleen op wijkniveau actief is gelden de kwadranten I of II (afhankelijk of er sprake is van monodisciplinaire huisartsen of multidisciplinaire eerste lijn). Indien de organisatie alleen op regioniveau actief is gelden de kwadranten III of IV. Zo kan voor een zorggroep die alleen de ketenzorg op regioniveau organiseert (waarbij de belangrijkste component van de ke-

tenzorg bestaat uit de huisartsenzorg) alleen de betaaltitels binnen kwadrant III van toepassing zijn.

Wanneer een organisatie zowel op regio als wijkniveau actief is kunnen de twee bijbehorende kwadranten van toepassing zijn. Zo kunnen voor een geïntegreerde eerstelijnszorgaanbieder zoals ZG Almere en Stichting Eerstelijnszorg Zoetermeer de betaaltitels binnen de kwadranten II én IV van toepassing zijn.