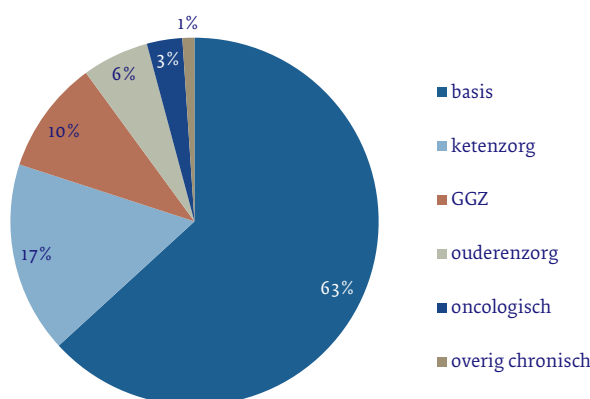


DEEL III – ONDERBOUWING VAN DE BEVINDINGEN

9 PATIËNTENGROEPEN WAARVOOR SAMENWERKING VANUIT HUISARTSENZORG NODIG IS

Het RIVM heeft alle kosten voor de gezondheidszorg zo goed mogelijk toegedeeld naar diagnoses, leeftijdsgroepen en zorgverlener.¹⁹ Op basis van die gegevens schatten we dat de huisartsenzorg nu voor ongeveer 63% bestaat uit basiszorg, voor 17% uit chronische zorg die in principe in ketens geleverd kan worden, voor 12% uit GGZ, 6% uit ouderenzorg, voor 3% uit oncologische zorg en voor ruim 1% uit overige, minder vaak voorkomende, chronische aandoeningen (figuur 23, zie bijlage 3 voor analyse). Het aandeel basiszorg zal door demografische ontwikkelingen iets kleiner worden, terwijl het aandeel ketenzorg zal stijgen.

Figuur 23: Aandeel van uitgaven aan huisartsenzorg per categorie diagnoses, 2011 [procent van uitgaven aan huisartsenzorg]



We hebben dit inzicht in de aard en omvang van de huisartsenzorg nodig om inzicht te krijgen in de vraag naar O&I én om op basis daarvan een schatting te kunnen maken naar de kwantitatieve omvang van de benodigde O&I. Eén van de manieren van schatting is een percentage per type patiëntengroep.

9.1 BASISZORG

De LHV en NHG hebben als visie voor huisartsenzorg in 2022 geformuleerd dat de huisartsenzorg dan wordt geleverd vanuit een lokaal samenwerkingsverband van huisartsen met ongeveer 7.500 tot 17.500 ingeschreven patiënten. Het zou dan gaan om

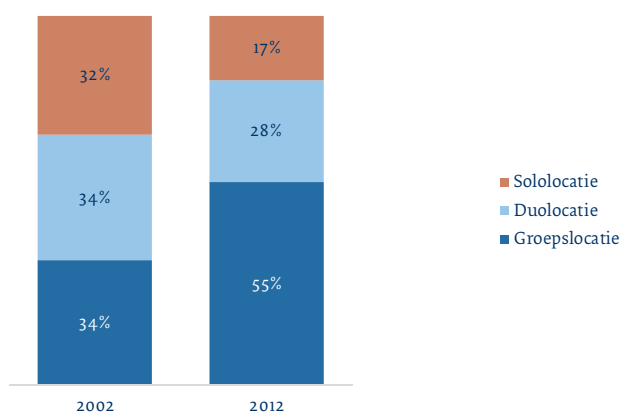
¹⁹ "Kosten van ziekten", RIVM, 2014.

een bundeling van ongeveer 3 tot 7 huisartsenpraktijken. Deze visie is onderschreven door InEen. Om deze visie te bewerkstelligen, zijn nog veel veranderingen nodig:

- Uit kostenonderzoek volgt dat ongeveer 70% van de huisartsenpraktijken bestaat uit een solo- of duopraktijk, 25% uit een meerpersoonspraktijk en dat 5% van de huisartsen samenwerkt in een multidisciplinair verband.²⁰
- Van de zelfstandig gevestigde huisartsen en huisartsen in dienst van een andere huisarts (HIDHA's) werkte per 1 januari 2012 26% in een solopraktijk, 38% in een duopraktijk en 36% in een groepspraktijk.²¹ Overigens zijn sommige solo- en duopraktijken wel op één adres gevestigd. Het aandeel huisartsen dat werkt op een adres met drie of meer huisartsen is gegroeid van 34% in 2002 tot 55% in 2012 (figuur 24).

Figuur 24: Ontwikkeling van samenwerking van huisartsenzorg [procent van aantal huisartsen]

Verdeling van huisartsen over type locatie [procent]



In het lokaal huisartsensamenwerkingsverband werken huisartsen, doktersassistenten, generalistisch opgeleide praktijkverpleegkundigen, POH's GGZ en – waar nodig en gewenst – verpleegkundig specialisten.

Het lokaal huisartsensamenwerkingsverband werkt samen met onder meer apothekers, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, verloskundigen en eerstelijnspsychologen, al dan niet op dezelfde locatie of in een gezondheidscentrum.

Naast het leveren van zorg zijn er in het lokaal samenwerkingsverband ook niet-zorggebonden taken die uitgevoerd zullen moeten worden. Voor een deel zijn dat taken die nu ook per huisartsenpraktijk uitgevoerd worden. Enerzijds kunnen die

²⁰ "Praktijkkosten en –inkomensonderzoek huisartsenzorg", Significant B.V., september 2012.

²¹ "Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2012", NIVEL, februari 2013.

taken in een samenwerkingsverband wellicht efficiënter worden uitgevoerd vanwege schaalvoordelen. Anderzijds vereist samenwerking coördinatie en afstemming wat ook bekostigd moet worden. Het management van O&I voor een lokaal samenwerkingsverband kan eventueel geleverd worden door een praktijkmanager. De zorgverleners kunnen zich dan meer richten op het leveren van zorg.

9.1.1 Schatting uitgaven

Van de huisartsenzorg wordt ongeveer 63%, ofwel € 1,6 miljard, uitgegeven aan basiszorg. Wanneer alleen rekening gehouden wordt met demografische groei is dat in 2025 ongeveer € 1,7 miljard.

9.1.2 Schaal voor patiëntengroep

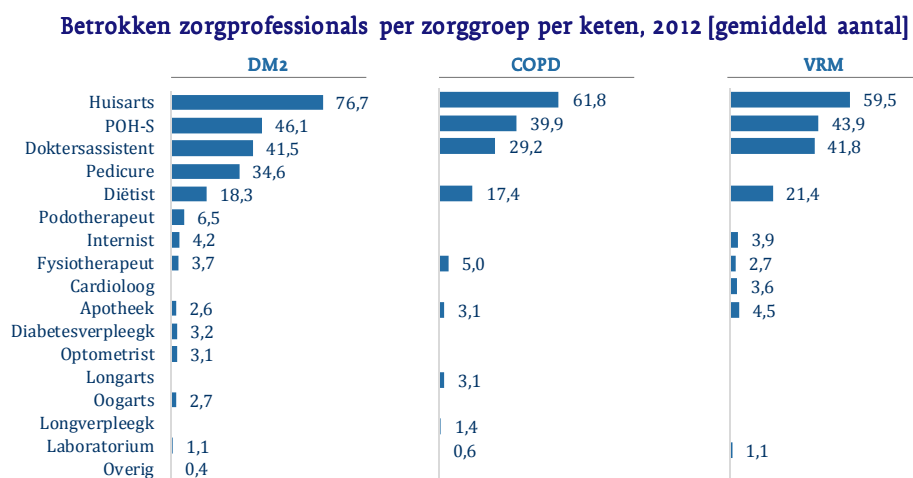
Zoals eerder genoemd, wordt het lokale samenwerkingsverband in dit document aangeduid als 'huisartsenzorgseenheid'. De lokale samenwerking in een huisartsenzorgseenheid betreft monodisciplinaire samenwerking. Met de huidige praktijkgrootte van 2.350 ingeschrevenen gaat het om ongeveer 3 tot 7 huisartsenpraktijken die samenwerken. Dit is in de praktijk ook ongeveer de minimale schaal voor een gezondheidscentrum.

9.2 PROGRAMMATISCHE MULTIDISCIPLINAIRE ZORG VOOR PATIËNTEN MET CHRONISCHE AANDOENINGEN

Steeds meer mensen ontwikkelen chronische ziekten. Voor enkele chronische aandoeningen, zoals COPD en astma, diabetes en cardiovasculaire risico's zijn zorgstandaarden vertaald in zorgproducten. De zorgstandaarden gaan uit van programmatische multidisciplinaire zorg. Het betreft samenwerking met andere eerste- en tweedelijns zorgverleners, zoals een specialistisch verpleegkundige, internist, diëtist, de POH-S, de POH-GGZ en een fysiotherapeut voor diabetes. Om voor de verschillende chronische aandoeningen ketenzorg conform de zorgstandaard te leveren, zijn afspraken nodig met wel 13 verschillende zorgverleners en bovendien niet voor iedere keten met dezelfde zorgverleners (figuur 25).²²

²² "Marktscan en beleidsbrief. Ketenzorg 2014. Weergave van de markt 2008-2013", NZa, juni 2014.

Figuur 25: Betrokken zorgprofessionals per zorggroep per keten, 2012 [gemiddeld aantal]



Bron: "Marktscan ketenzorg", NZa, juni 2014.

Onderlinge afstemming is cruciaal voor de kwaliteit van zorg. Daarvoor is O&I nodig.

9.2.1 Schatting uitgaven

Uit zowel een macro als een micro analyse blijkt dat het aandeel ketenzorg in de huisartsenzorg ongeveer kan verdubbelen:

- Op basis van de zorgkosten per diagnose van het RIVM²³ schatten we hierboven in dat ruim 17% van de kosten voor huisartsenzorg onder ketenzorg kan vallen. Het gaat dan om huisartsenzorg voor diagnoses waarvoor nu ketens zijn gedefinieerd (coronaire hartziekten, hartfalen, hypertensie, astma, COPD, dementie en diabetes*). De inkomsten uit ketenzorg voor huisartsen zijn nu ongeveer 9% van de totale inkomsten.²⁴ Het potentieel is dus nog ongeveer een groei van ketenzorg met een factor 1,9.
- Het aantal patiënten in ketenzorg is bekend²⁵, evenals de prevalentie van diabetes, COPD en hart- en vaatziekten.²⁶ Hieruit blijkt dat nu ongeveer 2/3^e van de diabetes patiënten wordt behandeld in een keten, terwijl het aandeel patiënten in de keten voor CVRM en COPD nog maar 22% en 40% is. Uit opschaling volgt ook dat de totale omzet aan ketenzorg met een factor 1,9 kan groeien (tabel 2). Naast de bestaande ketenproducten zullen er bovendien

²³ "Kosten van ziekten", RIVM, juni 2014.

*Zie ook bijlage 3: Aandelen van uitgaven aan huisartsenzorg per diagnosegroep.

²⁴ "Beleidsbrief marktscan huisartsenzorg", NZa, 20 december 2012.

²⁵ "Marktscan en beleidsbrief. Ketenzorg 2014. Weergave van de markt 2008-2013", NZa, juni 2014.

²⁶ "Transparante ketenzorg Diabetes Mellitus, COPD en CVRM; Rapportage zorggroepen over 2013 – op weg naar genuanceerde rapportage van zorg", InEen, juni 2014.

nieuwe ketenproducten geïntroduceerd worden; bijvoorbeeld op het gebied van dementie, huidaandoeningen of andere chronische aandoeningen.

Tabel 2 Schatting van potentiële uitgaven aan ketenzorg.

| Schatting van potentiële uitgaven aan ketenzorg | | | | | | |
|--|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------------------|--|
| | patiënten* (aantal) | uitgaven* (EUR, miljoen) | prevalentie ** (procent) | prevalentie (aantal) | aandeel in ketenzorg (procent) | uitgaven bij 100% in ketenzorg (EUR, miljoen) |
| DM2 | 576.300 | € 218 | 5,1% | 867.000 | 66% | € 327 |
| COPD/Astma | 70.567 | € 18 | 1,9% | 323.000 | 22% | € 83 |
| VRM | 284.704 | € 50 | 4,2% | 714.000 | 40% | € 125 |
| totaal | 931.571 | € 286 | | 1.904.000,0 | | € 536 |
| gemiddeld | | | 11% (ex overlap) | | 49% | |
| * "Marktscan ketenzorg NZa", juni 2014 | | | | | | |
| ** "Transparante ketenzorg Diabetes Mellitus, COPD, Astma en CVRM; Rapportage zorggroepen over 2013 – op weg naar genuanceerde rapportage van zorg", InEen, juni 2014. | | | | | | |

Bovenop deze verdubbeling volgt nog de demografische groei. Tot 2025 is die voor de groep 65+ ongeveer een factor 1,47, voor de rest ongeveer 0,97. Ruim 52% van de kosten voor ketenzorg wordt gemaakt voor mensen ouder dan 65+. Op basis van deze informatie schatten we de demografische groei tot 2025 in op een factor 1,2. Gezamenlijk wordt dus een groei verwacht van een factor 2,4 tot 2025, oftewel een groei van € 0,3 miljard (huidig) naar € 0,7 miljard in 2025.

9.2.2 Schaal voor patiëntengroep

De huisartsenzorg eenheid moet zich aansluiten bij een groter samenwerkingsverband met voldoende schaal om een populatie met chronische aandoeningen te managen, afspraken te maken met andere zorgaanbieders en te contracteren met de zorgverzekeraar.

Programmatische multidisciplinaire zorg wordt gecontracteerd bij zorggroepen of bij huisartsenpraktijken. Programmatische multidisciplinaire zorg wordt meestal gecontracteerd voor ongeveer enkele honderden tot tienduizenden patiënten. Gegeven de gemiddelde prevalentie van COPD, diabetes en het aantal personen dat in aanmerking komt voor het zorgprogramma VRM gaat het dan om samenwerkingsverbanden met 6 tot wel ruim 400 duizend ingeschrevenen (tabel 3).

Tabel 3 Aantal patiënten per keten en aantal ingeschrevenen per zorggroep 2013²⁷

| Keten | Aantal patiënten per keten | | |
|-------------|----------------------------|------------|---------|
| | Minimum | Gemiddelde | Maximum |
| Diabetes | 331 | 6.123 | 30.281 |
| COPD (2012) | 190 | 2.590 | 6.958 |
| VRM (HVZ) | 240 | 4.506 | 28.402 |
| | Aantal ingeschrevenen | | |
| Zorggroepen | 6.000 | 115.000 | 430.000 |

9.3 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

In de tweedelijns GGZ wordt capaciteit afgebouwd; zowel klinisch als poliklinisch.

Mensen met lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of mensen met stabiele chronische problematiek worden vanaf 2014 in de generalistische Basis GGZ behandeld. De generalistische Basis GGZ gaat een zwaardere populatie behandelen dan nu het geval is in de eerstelijns psychologische zorg.²⁸ Huisartsgeneeskundige zorg die voorheen in de instellingen geleverd werd, zal waarschijnlijk steeds meer door huisartsen in de praktijken worden geleverd.

Veel chronische GGZ-patiënten worden in de wijk ondersteund door FACT-teams. De huisarts zal moeten afstemmen met deze zorgverleners.

Steeds meer geestelijke gezondheidszorg wordt geleverd door huisartsen, ondersteund door de POH-GGZ. De functie POH-GGZ betreft zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan alle patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard. De functie kan worden ingevuld door (een combinatie van) personele inzet, e-health en consultatieve raadpleging van gespecialiseerde zorgaanbieders.²⁹

9.3.1 Schatting uitgaven

De uitgaven aan huisartsenzorg voor GGZ-diagnoses schatten we, op basis van cijfers van het RIVM, op €140 miljoen in 2011. Op basis van de demografische groei zal dat ongeveer €150 miljoen zijn in 2025. De werkelijke groei is echter waarschijnlijk veel groter, omdat een groter deel van de GGZ in de eerste lijn plaats zal gaan vinden:

²⁷ "Transparante ketenzorg Diabetes Mellitus, COPD en CVRM; Rapportage zorggroepen over 2013 – op weg naar genuanceerde rapportage van zorg", InEen, juni 2014.

²⁸ "Generalistische Basis GGZ – verwijzingsmodel en productbeschrijvingen", bureau HHM, januari 2013.

²⁹ "Tariefbeschikking huisartsenzorg TB/CU-7076-02", 17 december 2013, NZa.

- Door het ontwikkelen en versterken van de generalistische Basis GGZ kan een aanzienlijk deel (minimaal 20%) van de patiënten die nu in de tweede lijn wordt geholpen naar de generalistische Basis GGZ verschuiven.^{30 31} Capaciteit hiervoor komt deels vrij door werk door te schuiven naar de huisartsenpraktijk en doordat GGZ-instellingen hun werkzaamheden in de eerste lijn gaan aanbieden.
- De huisarts, ondersteund met de POH-GGZ, neemt de verantwoordelijkheid voor steeds meer GGZ-zorg. Volgens onderzoek van het Trimbos Instituut zal de huisarts worden ingezet voor de behandeling van klachten (dus niet voor DSM-4 benoemde stoornissen) en voor educatie en kunnen psychologische consulten, inclusief therapietrouw bevorderende contacten, worden gedaan in de huisartsenpraktijk.³² Op basis van het onderzoek van het Trimbos Instituut en andere bronnen nemen we aan dat qua caseload de lichtste helft van de klachten die nu in de overige eerste lijn behandeld worden, kunnen worden behandeld door de huisarts en de POH-GGZ. Dat zijn ongeveer 160.000 patiënten.^{33 34} We nemen aan dat het kostenaandeel hiervan iets lager is; ongeveer 40%. De overige eerste lijn geeft ongeveer € 125 miljoen uit aan GGZ-zorg (dit is inclusief de zorg die van AWBZ naar ZVW is overgeheveld).³⁵ De GGZ-zorg binnen de huisartsenzorg groeit dan van € 140 miljoen naar € 190 miljoen ofwel met een factor van bijna 1,4 door substitutie. Het gecombineerde effect van substitutie en demografische groei is een stijging van de uitgaven tot € 210 miljoen in 2025 ten opzichte van € 140 miljoen nu.

De huisarts kan doorverwijzen naar de generalistische Basis GGZ of de specialistische GGZ. Voor deze patiëntengroep is een goede O&I nodig voor het leveren van zorg door de huisarts en POH-GGZ zelf, maar ook voor goede afspraken en protocollen over doorverwijzing en psychiatrieconsulten met een GGZ-instelling. Daarnaast kan de huisarts zelfmanagement en e-Health aanbevelen aan zijn patiënten.

9.3.2 Schaal voor patiëntengroep

Er zijn afspraken nodig voor goede GGZ-zorg. Deze afspraken kunnen regionaal gecoördineerd worden. Het werkgebied van een GGZ-instelling kan oplopen tot enkele honderdduizenden inwoners. Ook voor chronische GGZ-patiënten in de wijk is samenwerking van de huisartsenzorg eenheid met andere disciplines nodig. In

³⁰ “Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014”, VWS, 18 juni 2012.

³¹ “Substitutiemodel GGZ”, KPMG Plexus, januari 2014.

³² “Op zoek naar een kosteneffectieve Basis GGZ. Scenario’s voor zorginnovatie”, Trimbos Instituut, 2011

³³ “Marktscan en beleidsbrief. Geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2009-2013”, NZa, april 2014.

³⁴ “Substitutiemodel GGZ”, KPMG Plexus, januari 2014.

³⁵ Gemiddelde van 122 (“Marktscan en beleidsbrief geestelijke gezondheidszorg – weergave van de markt 2009-2013”, NZa, april 2014) en 127 miljoen (“Kosten van ziekten”, RIVM, 2014).

sommige regio's zijn al goede afspraken gemaakt met de lokale GGZ-aanbieder die vaak werkgever is van de POH-GGZ die vervolgens wordt gedetacheerd bij de huisarts.

Het aandeel GGZ in de huisartsenzorg hangt onder andere af van meerdere lokale factoren, zoals de sociaaleconomische klasse van de inwoners en de eventuele aanwezigheid van een RIBW-instelling in het werkgebied. Gemiddeld is het aandeel van GGZ ongeveer 5% van de kosten van huisartsenzorg.

9.4 KWETSBARE OUDEREN

De babyboomgeneratie van na de Tweede Wereldoorlog is nu 65 tot 70 jaar oud. Het aandeel en aantal ouderen neemt de komende jaren sterk toe. Het SCP schat het aandeel kwetsbare ouderen in de groep met 65-plussers op ongeveer 25%.³⁶ Zorgverzekeraars gebruiken meestal 20% van de 75-plussers als aandeel kwetsbare ouderen. Omdat deze groep minder breed is, is dit percentage in deze rapportage ook gebruikt. De zorg voor kwetsbare ouderen wordt geëxtramuraliseerd; ouderen komen minder snel in een verzorgings- of verpleeghuis terecht. Hierdoor zal de huisarts waarschijnlijk steeds meer kwetsbare ouderen zien.

De definitie van kwetsbaar in dit verband is als volgt: gelijktijdige afname op meerdere gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen van omgevingsinvloeden.³⁷ Kwetsbaarheid ontstaat niet alleen door gezondheidsproblemen en de daaruit voortkomende beperkingen, maar ook door de mate waarin mensen beschikken over sociale vaardigheden, financiële middelen en een sociaal netwerk.

Zorg voor kwetsbare ouderen wordt idealiter geleverd in een multidisciplinair wijkgericht netwerk. Daarin zijn bijvoorbeeld de volgende disciplines vertegenwoordigd: specialist ouderengeneeskunde/kaderarts ouderengeneeskunde, verpleging- en verzorgingsinstellingen, maatschappelijk werk, welzijn, fysiotherapeut/ergotherapeut, POH-GGZ, ELP en apotheker.³⁸ Vanuit de huisartsenzorg moeten dus samenwerkingsafspraken worden gemaakt met veel partijen om een geriatrisch netwerk op te zetten en te onderhouden. Bovendien moet er beleid ontwikkeld worden voor zorg voor kwetsbare ouderen en is tijdig signaleren (ook wel "actieve casefinding") gewenst, bijvoorbeeld op basis van een sociale wijkscan van een ROS. Aangezien een belangrijk deel van de zorg voor kwetsbare ouderen onder de WMO valt, is ook afstemming met de gemeente belangrijk.

³⁶ "Kwetsbare ouderen", SCP, februari 2011.

³⁷ "Complexe ouderenzorg in verzorgingstehuis en thuis", LHV, 2009

³⁸ Zie bijvoorbeeld "Module zorg voor kwetsbare ouderen", De Friesland zorgverzekeraar, 2014; "Zorgovereenkomst huisartsgeneeskundige zorg 2014 – Bijlage 6 Module Zorg voor kwetsbare ouderen", VGZ, 2013; "Module kwetsbare ouderen 2014", Achmea, 2013; "M&I Module ouderenzorg 2015", CZ 2014.

De werkzaamheden kunnen gedeeltelijk door de POH-S worden uitgevoerd. Werken met een POH-S wordt door sommige zorgverzekeraars verplicht gesteld om te kunnen declareren onder de module zorg voor kwetsbare ouderen. Daarnaast is een jaarlijkse evaluatie een voorwaarde van verzekeraars om te kunnen declareren onder de module zorg.

9.4.1 Schatting uitgaven

Op basis van de RIVM-indeling naar leeftijden schatten we de uitgaven aan kwetsbare ouderen nu op ongeveer € 180 miljoen. Daarbij is er van uitgegaan dat van de uitgaven voor basiszorg, ketenzorg, GGZ-zorg, overige chronische zorg en zorg zonder diagnose aan mensen ouder dan 75 gedeeltelijk kunnen worden toegerekend aan kwetsbare ouderen (tabel 4 en zie bijlage B voor berekening). We gaan er vanuit dat nu minder dan 15% van de zorg voor kwetsbare ouderen in een keten geleverd wordt. Dit lijkt een conservatieve schatting.

Tabel 4. Schatting van toerekening van uitgaven aan huisartsenzorg voor mensen ouder dan 75 aan zorg voor kwetsbare ouderen.

| Categorie | Deel kwetsbare ouderen |
|--|------------------------|
| Geen diagnose | 50% |
| Basiszorg | 50% |
| GGZ | 80% |
| Overige chronische zorg (geen ketenzorg) | 66% |

In 2012 was ongeveer 7% van de Nederlanders ouder dan 75 jaar. In 2025 is dat ongeveer 10%. Als de kosten meegroeien met de demografie groeit het aandeel van de huisartsenzorg dat uitgegeven wordt voor mensen ouder dan 75 jaar van 17% nu naar 23% in 2025 (figuur 26).³⁹ De demografische groei is dus ongeveer een factor 1,35. Mogelijk groeit het aandeel sneller vanwege technologische vooruitgang. Bovendien zijn de hier gebruikte kosten waarschijnlijk een onderschatting, omdat huisartsgeneeskundige kosten voor mensen die in een verpleeghuis zijn opgenomen door de verpleeghuisarts wordt geleverd en onder de AWBZ valt. Als mensen minder snel worden opgenomen in een verpleeghuis zal een deel van de verpleegkundige zorg ook door huisartsen gedaan worden.

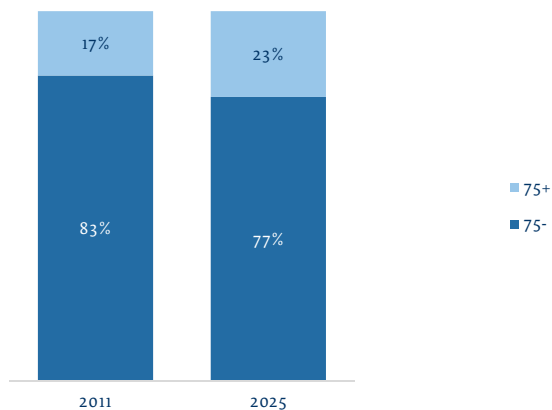
We schatten in dat de zorg voor kwetsbare ouderen met minstens een factor 1,5 is toegenomen in 2025 oftewel van ongeveer € 180 miljoen nu tot € 270 miljoen in 2025.

³⁹ SiRM analyse op basis van "Kosten van ziekten", RIVM, juni 2014.

Figuur 26: Aandeel in kosten van huisartsenzorg per leeftijdsgroep, 2011 [procent] (100% = € 2,6 miljard)

Aandeel huisartsenzorg per leeftijdscategorie, 2011 en 2025 [procent]

100% = EUR 2,6 miljard in 2011



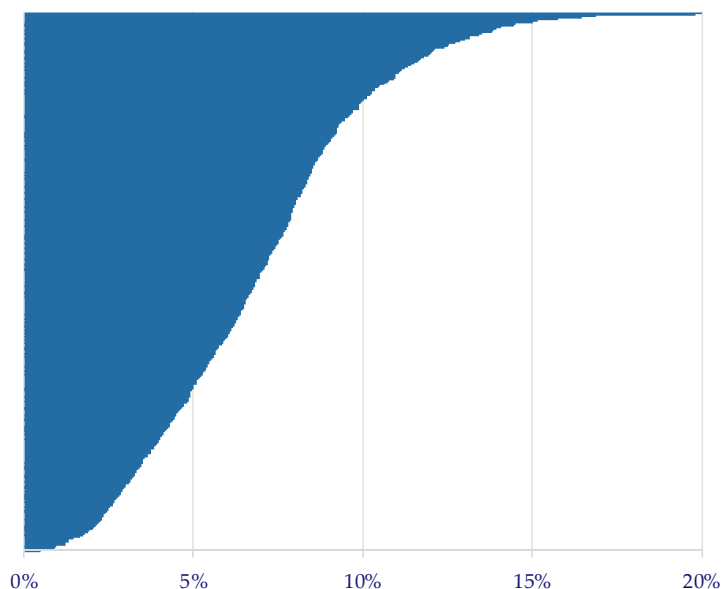
9.4.2 Schaal voor patiëntengroep

Het aandeel kwetsbare ouderen per huisartsenzorg eenheid is afhankelijk van de lokale omstandigheden. Het aandeel 75-plussers per postcodegebied voor postcodegebieden met minimaal 7.500⁴⁰ inwoners loopt van 0,5% tot 23% (figuur 27). De verdeling over werkgebieden van huisartsenzorg eenheden zal vergelijkbaar zijn. Ook binnen de groep 75-plussers is het aandeel en de zorgbehoefte van kwetsbare ouderen niet homogeen verdeeld. Het hebben van een hoge individuele sociaal economische status en een hoge buurtstatus bieden bescherming tegen kwetsbaarheid bij het ouder worden.⁴¹ Zo komt kwetsbaarheid bij ouderen ruim tweemaal zo vaak voor bij huishoudens met een inkomen onder € 909 per maand vergeleken met een inkomen boven € 1.365 per maand. Daarnaast is het aandeel deelnemers in de laagste inkomensgroep dat is overleden na kwetsbaar te zijn geweest relatief hoog (33% versus 15% bij de middelhoge en hoogste inkomensgroepen). Het type en volume aan zorg voor kwetsbare ouderen verschilt dus per huisartsenzorg eenheid.

⁴⁰ SiRM analyse o.b.v. gegevens CBS – maximaal aantal inwoners in PC4 gebied is 28.640.

⁴¹ HF10 – Sociaal economische status in “Kwetsbare ouderen”, SCP, 2011.

Figuur 27. Aandeel ouderen per pc4-gebied voor pc4-gebieden met minimaal 7.500 inwoners, 2012 [procent]



Sommige verzekeraars geven een maximum aantal patiënten in de module ouderenzorg (CZ, 50). Andere verzekeraars geven juist een minimum (De Friesland, 15) of een aantal patiënten waarvoor ten minste een zorgplan opgesteld moet zijn (Achmea, ongeveer 12).

9.5 WIJKVERPLEGING

In het Bestuurlijk Akkoord wordt niet ingegaan op wijkverpleging. Toch zal de samenwerking van de wijkverpleegkundige met de huisarts cruciaal zijn voor kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg.

Het takenpakket van de wijkverpleegkundige bestaat niet alleen uit verzorgende en verpleegkundige taken in engere zin, maar ook uit Advies, Instructie en Voorlichting (AIV), waaronder preventieve activiteiten en het begeleiden en coördineren van zorg vallen.⁴² Daarnaast helpt de wijkverpleegkundige bij zelfmanagement. Voor al deze taken is afstemming met de huisarts nodig. Op operationeel niveau moeten huisartsen en wijkverpleegkundigen elkaar regelmatig spreken.

9.5.1 Schatting uitgaven

Om een indruk te krijgen van de impact van wijkverpleging op huisartsenzorg, geven we hier de cijfers voor de uitgaven aan wijkverpleging. Er wordt voor ongeveer € 2,6

⁴² "De wijkverpleegkundige van de toekomst", IQ Healthcare, december 2011.

miljard aan wijkverpleging overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw; € 1,2 miljard voor persoonlijke verzorging en € 0,52 miljard voor verpleging.^{43 44 45 46 47} Het gaat om ongeveer 380.000 mensen die persoonlijke verzorging ontvangen en 194.000 mensen die verpleging thuis ontvangen.^{48 49 50 51 52} Ongeveer 80% van deze mensen ontvangt de thuiszorg vanwege een somatische grondslag.

9.5.2 Schaal voor patiëntengroep

Staatssecretaris Van Rijn heeft 3.000 tot 3.500 extra wijkverpleegkundigen toegezegd bovenop de huidige 18.000 wijkverpleegkundigen. Daarmee komt het totaal aantal wijkverpleegkundigen op ongeveer 21.000.⁵³

Verzekeraars contracteren wijkverpleegkundigen nu voornamelijk via thuiszorgorganisaties. Dit zijn typisch grote organisaties. Vanuit huisartsenzorg zijn overleg, samenwerkingsafspraken en protocollen nodig.

Ook andere aanbieders leveren soms verpleging in de wijk, waar de huisarts van op de hoogte moet zijn. Hierbij kan gedacht worden aan een gespecialiseerd verpleegkundige voor stomazorg in dienst van een leverancier van hulpmiddelen.

9.6 MEDISCH SPECIALISTISCHE VERPLEGING THUIS

Zorgverzekeraars zetten in op substitutie van zorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Een deel van de gesubstitueerde zorg zal geleverd worden door de wijkverpleging of gespecialiseerd verpleegkundigen (Medisch Specialistische Verpleging Thuis, MSVT).

MSVT wordt onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist gegeven aan patiënten na een opname of behandeling in het ziekenhuis. Het gaat vaak om kwetsbare patiënten. De huisarts moet goed op de hoogte zijn van het ziekteverloop om de continuïteit van zorg te borgen. Daarvoor is lokale operationele afstemming met de verpleging nodig.

⁴³ "Monitor Langdurige Zorg", CBS, 2014.

⁴⁴ "CBS StatLine", CBS, 2014.

⁴⁵ "Factsheet 2", VWS, december 2013.

⁴⁶ "Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen?", CVZ, juni 2013.

⁴⁷ "Eindrapport commissie bekostiging intensieve kindzorg", commissie bekostiging intensieve kindzorg, april 2010.

⁴⁸ "Monitor Langdurige Zorg", CBS, 2014.

⁴⁹ "CBS StatLine", CBS, 2014.

⁵⁰ "Factsheet 2", VWS, december 2013.

⁵¹ "Op weg naar andere zorg (Nederland)", CIZ, juli 2013.

⁵² "CIZ Basisrapportage AWBZ", CIZ, juli 2013.

⁵³ "Van Rijn: 3500 extra wijkverpleegkundigen", V&VN, juli 2014.

9.6.1 Schatting uitgaven

De uitgaven aan MSVT zijn in 2013 ongeveer € 55 miljoen per jaar. Door substitutie van ziekenhuiszorg zal dit waarschijnlijk groeien.⁵⁴

9.6.2 Schaal voor patiëntengroep

De huisartsen maken afspraken met zowel de lokale teams als met de organisaties die specialistische verpleging leveren. Dit zijn meestal thuiszorgorganisaties. De schaal kan daarbij lopen van de huisartsenzorg eenheid tot aan het regionaal niveau waarop de thuiszorgorganisaties opereren van wel één miljoen inwoners.

9.7 JEUGDZORG

Vanaf 2015 wordt de zorg voor jeugd helemaal ondergebracht bij de gemeenten. Voordien was jeugdzorg voornamelijk de verantwoordelijkheid van provincies.

Voor huisartsen zijn de veranderingen te overzien. Zij moeten wel weten welke hulp de gemeente heeft gecontracteerd en er zijn afspraken nodig aangaande protocollen en werkwijzen voor jeugdzorg per gemeente. De wet verplicht huisartsen en gemeenten om afspraken te maken over de verwijzing.⁵⁵ In het eerste halfjaar van 2014 had nog maar een derde van de huisartsen direct of indirect contact met de gemeente over jeugdzorg.⁵⁶

9.7.1 Schatting uitgaven

Totaal wordt voor ongeveer € 3,6 miljard aan budget voor jeugdzorg overgeheveld naar de gemeenten.⁵⁷

9.7.2 Schaal voor patiëntengroepen

Eind 2013 gaven gemeentes aan in ongeveer 42 jeugdzorgregio's samen te werken.⁵⁸ Het inwoneraantal van de regio's loopt uiteen van circa 102.000 (Midden-Limburg West) tot boven één miljoen inwoners in Rijnmond en Amsterdam-Amstelland.

⁵⁴ "Advies bekostiging wijkverpleging in de zorgverzekeringswet", NZa, november 2013.

⁵⁵ "Huisarts en gemeente. Samen werken in de wijk. Bijlage D. Addendum jeugd voor huisartsen en gemeenten", LHV en VNG, 2013.

⁵⁶ "Ledenraadpeiling LHV: Jeugdzorg", 22 maart 2014.

⁵⁷ "Budget decentralisatie jeugdzorg; Toets op de berekening", Algemene Rekenkamer, 18 juni 2013.

⁵⁸ "Regionale samenwerkingsprofielen Jeugd", bijlage bij "Gemeentelijke samenwerkingsverbanden sociaal domein en ambassadeurs regionale samenwerking", Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, februari 2014.

9.8 ANDERE PATIËTENGROEPEN.

Ook voor veel andere patiëntengroepen moeten huisartsen steeds meer samenwerken met zorgverleners en anderen.

Voorbeelden daarvan zijn:

- Afstemmen met gemeentes op het gebied van achterstandsproblematiek, alcoholbeleid en eenzaamheid en leefstijl.^{59, 60} Huisartsen kunnen situaties signaleren die ook voor de sociale wijkteams van belang zijn te weten.
- De overlevingskansen bij kanker nemen toe. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door betere screening en anderzijds door effectievere therapieën. Patiënten die kanker gehad hebben zijn wel nog steeds onder controle en hebben vaak meer huisartsenzorg nodig.

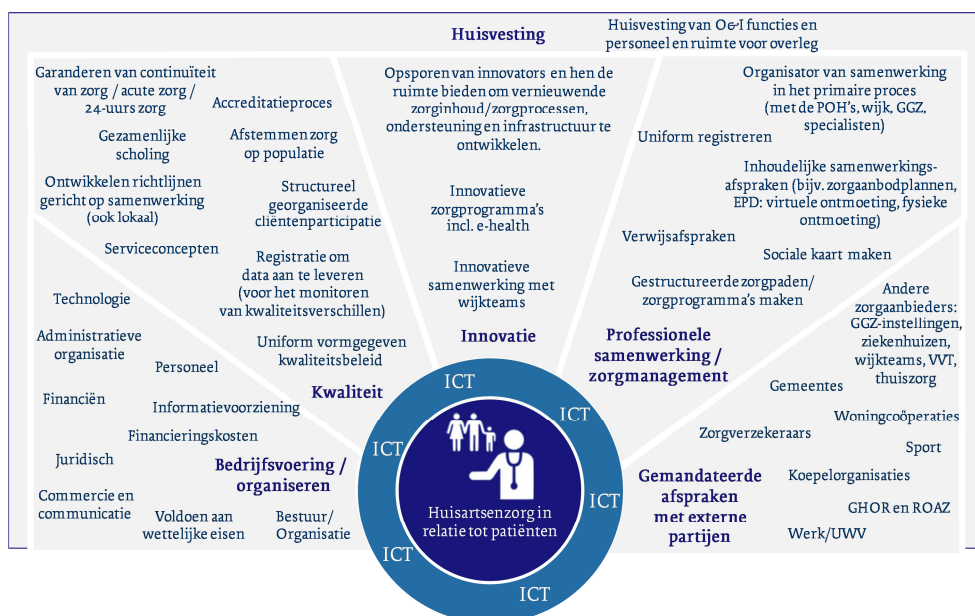
⁵⁹ "Huisarts & Gemeente - Samen werken in de wijk", LHV en VNG, 2013.

⁶⁰ "Aanknopingspunten voor samenwerking", Rijksoverheid, juli 2014.

10 FUNCTIES VOOR ONDERSTEUNING EN INFRASTRUCTUUR VAN SAMENWERKEN

Met behulp van literatuuronderzoek zijn door O&I te leveren functies geïnventariseerd. Dit functieoverzicht is getoetst en aangepast naar aanleiding van interviews met 28 spelers in de eerste lijn (zie bijlage 1 voor een overzicht van geïnterviewden) (figuur 28).

Figuur 28: Functies van ondersteuning en infrastructuur van huisartsenzorg.



De functies zijn in te delen in zeven categorieën:

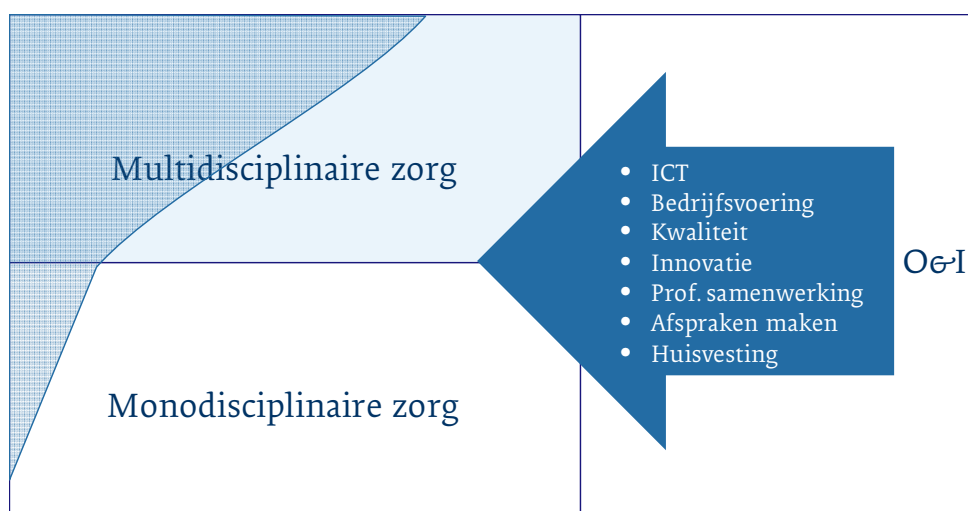
1. ICT
2. Bedrijfsvoering/organiseren
3. Kwaliteit
4. Innovatie
5. Professionele samenwerking/zorgmanagement
6. Gemandateerde afspraken maken met externe partijen
7. Huisvesting

De functies worden gebruikt om taken uit te voeren die nodig zijn voor samenwerking van huisartsenzorg in de eerste lijn. De disciplines waarmee wordt samengewerkt hebben daar ook tijd en middelen voor nodig.

De O&I functies worden deels geleverd met activa (gebouwen, IT faciliteiten) en deels met inzet van tijd. Die tijd hoeft niet door 'de' huisarts zelf geleverd te worden. Het kan ook gaan om de inzet van een professioneel bestuurder of manager.

De taken die uitgevoerd worden, worden deels uitgevoerd voor monodisciplinaire zorg (segment 1) en deels voor de programmatische multidisciplinaire zorg (segment 2). De bekostiging voor de benodigde O&I zal daarmee ook vallen onder twee dekkaders: het dekkader huisartsenzorg (segment 1) en het dekkader multidisciplinaire zorg (segment 2) (figuur 29).

Figuur 29: Schematische weergave van O&I voor segment 1 en segment 2.



 = Andere disciplines dan huisartsen

10.1 ICT

10.1.1 Beschrijving van de functie

In diverse literatuurbronnen⁶¹ ⁶² en in veel interviews kwam naar voren dat ICT niet alleen een belangrijke functie is voor bedrijfsvoering/organiseren, maar ook voor kwaliteit, innovatie, professionele samenwerking/zorgmanagement en het maken van gemandateerde afspraken met externe partijen. Om deze reden is ICT toegevoegd als

⁶¹ "The innovator's prescription. A disruptive solution for health care"; Christensen, C. et al.; 2008.

⁶² "Clinical and service integration: The route to improved outcomes", The King's Fund, 2010.

aparte categorie.⁶³ Bij ICT gaat het om alle hard- en software die bovenop de ICT komt die in reguliere praktijken beschikbaar is.

De LHV en de NHG beschrijven in hun toekomstvisie huisartsenzorg⁶⁴ dat ICT-toepassingen en e-health op adequate en doelmatige wijze in huisartsenzorg gebruikt moeten worden en dat ICT-ondersteuning in de huisartsenpraktijk een belangrijke bijdrage kan leveren aan de verbetering van de service en de praktijkorganisatie. Als voorbeelden worden het e-consult, het online maken van afspraken en online behandelprogramma's genoemd.

De belangrijke rol van ICT in de eerste lijn komt ook naar voren in het Bestuurlijk Akkoord dat VWS gesloten heeft met de LHV, LVG/LOK/VHN en ZN.⁶⁵ In het Bestuurlijk Akkoord komen partijen overeen nieuwe prestaties voor e-health te ontwikkelen, aangezien een optimale inzet van ICT in de gezondheidszorg kan bijdragen aan het vormgeven van de eigen verantwoordelijkheid en het zo doelmatig mogelijk organiseren van zorg. In de brief van Schippers en Van Rijn aan de Tweede Kamer op 2 juli 2014⁶⁶ wordt dit bevestigd en worden drie doelstellingen van e-health geformuleerd:

1. Mensen hebben direct toegang tot medische gegevens (80% van de chronisch zieken en 40% van de overige Nederlanders);
2. Meer zelfmeting en telemonitoring in de zorg voor chronisch zieken (van de chronisch zieken met diabetes en/of COPD en kwetsbare ouderen kan 75%, die dit wil en hiertoe in staat is, binnen 5 jaar zelfstandig metingen uitvoeren);
3. Beeldschermzorg en domotica voor iedereen bereikbaar (binnen 5 jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt de mogelijkheid om via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren).

Uit visiedocumenten van verzekeraars en de NPCF blijkt dat ook verzekeraars en patiënten ICT zien als een belangrijke ondersteuner voor samenwerking in de eerste lijn en als een belangrijke stimulans voor zelfmanagement.^{67 68 69} Volgens de landelijke e-Health monitor⁷⁰ scoort Nederland goed op e-Health, maar is verbetering mogelijk.

⁶³ In het oorspronkelijke overzicht van functies van O&I maakte ICT onderdeel uit van de categorie bedrijfsvoering. ICT werd echter door vrijwel iedereen als cruciale functie benoemd die separate aandacht vraagt. Om deze reden is ICT toegevoegd als aparte categorie.

⁶⁴ "Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022", LHV en NHG, 2012.

⁶⁵ "Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017", VWS, 16 juli 2013.

⁶⁶ "Kamerbrief over e-health en zorgverbetering"; Schippers, E.I. en Rijn, M.J. van; 2 juli 2014.

⁶⁷ "Notitie geïntegreerde eerstelijnszorg", De Friesland zorgverzekeraar, juli 2011.

⁶⁸ "Naar zichtbare resultaten in de Geïntegreerde Eerstelijnszorg. Inkoopbeleid 2013-2014"; Menzis, AnderZorg en Azivo; 2012.

⁶⁹ "Patiëntenfederatie NPCF presenteert visie zorg voor lange termijn", NPCF, 2012.

⁷⁰ "Samenvatting eHealth Monitor 2013", NIVEL, Nictiz, 2013.

Dit geldt ook voor de e-health in de eerste lijn, vooral op het gebied van communicatie en gegevensuitwisseling.

Om de functie ICT te leveren is er veel werk 'achter de schermen' en zijn daarin gespecialiseerde professionals nodig. Het gaat om meer dan alleen het beheer en de exploitatie van ICT. Belangrijke activiteiten die noodzakelijk zijn, zijn het opstellen van een ICT strategie, goede afspraken maken met leveranciers, projectmanagement van nieuwe aanpassingen, het afstemmen over koppelingen met systemen van andere partijen (interfacemanagement), het professioneel beheren van de verschillende releases, het organiseren van de beveiliging etcetera. ICT is een bedrijfskritische functie die degelijke organisatie vraagt.

10.1.2 Schaal voor de functie

Bij het bepalen van de schaal van ICT spelen vooral de aard van de voorziening en interne factoren een rol. ICT is een steeds crucialere voorziening, die niet alleen een rol speelt voor de bedrijfsvoering, maar ook steeds meer de patiëntenzorg kan faciliteren. De vaste kosten van ICT zijn relatief hoog, doordat innovatie stevige investeringen en professionaliteit vraagt. Daarnaast zijn de eisen aan de beschikbaarheid van ICT hoog. Overstappen naar een andere ICT-provider is ook niet altijd gemakkelijk. Tegelijkertijd is een opmars in een bredere kennis van ICT zichtbaar en leidt het belang van ICT-gebruik voor de professional er ook toe dat hij er meer zelf over te zeggen wil hebben.

Voor de schaal betekenen bovengenoemde punten naar ons oordeel dat **toepassing** van ICT vooral op lokaal niveau moet plaatsvinden. Zo moet digitale communicatie over bijvoorbeeld screening, verwijzingen, uitslagen en zorgplannen 24 uur per dag plaats kunnen vinden op lokaal niveau. Echter, strategie, ontwikkeling, beheer, exploitatie enzovoorts leiden op grote schaal tot betere resultaten en zijn meer kosteneffectief op een grotere schaal. Het combineren van ICT-voorzieningen voor mono- en multidisciplinaire zorg en voor de ANW is zeer gewenst. Aansluitingen en verbindingen met systemen en gegevensverzamelingen van andere zorgpartijen (wijkzorg, apothekers, ziekenhuizen, VVT etc.) moet mogelijk zijn. Dit vraagt goede wettelijke richtlijnen op landelijk niveau. Gezien het belang dat professionals hechten aan goed werkende en bruikbare ICT is nauwe betrokkenheid van professionals bij de ontwikkeling van nieuwe voorzieningen gewenst.

10.2 BEDRIJFSVOERING/ORGANISEREN

10.2.1 Beschrijving van de functie

Uiteraard is bedrijfsvoering/organiseren een belangrijke functie. Het gaat hierbij om alles wat nodig is om de organisatie in te richten en kritisch te laten functioneren. Het betreft het zorgdragen voor personeel, informatievoorziening, administratie, financiën,

communicatie, juridische diensten, bestuur/organisatie en technologie.^{71 72 73 74} Onder 'zorgdragen voor' verstaan we het plannen, het feitelijk regelen, het zorgdragen voor adequate kwaliteit van de functie, het voldoen aan de wettelijke eisen of eisen van uit de professie en het bijsturen. De functies in de categorie 'bedrijfsvoering/organiseren' zijn in de interviewronde bevestigd en aangevuld met het voldoen aan wettelijke eisen en het zorgdragen voor financiering.

De belangrijkste kosten voor bedrijfsvoering/organiseren zijn personeels- en organisatiekosten met daarnaast wat vaste kosten. Voor de inhoud van de functie 'bedrijfsvoering/organiseren' kan de organisatievorm een rol spelen. Een grotere schaalgrootte in een juridisch organisatorisch verband eist bijvoorbeeld het hebben van een ondernemingsraad, wat de kosten verhoogt.

10.2.2 Schaal voor de functie

De schaal van de bedrijfsvoering wordt met name bepaald door de aard van de voorziening en door interne factoren. De schaal van de bedrijfsvoering wordt verder bepaald door met welke andere partijen men intensief samenwerkt. Als een eerstelijns laboratorium, ziekenhuis of VVT-instelling bijvoorbeeld een goede bedrijfsvoering voor de eerste lijn beschikbaar kan stellen tegen een relatief lage prijs is het een serieuze overweging waard om als eerste lijn gebruik te maken van de bedrijfsvoering van deze aanbieder.

Op lokaal niveau moet goede bedrijfsvoering beschikbaar zijn. De energie en aandacht van lokale eerstelijnszorgaanbieders kan echter beter gericht zijn op het leveren van goede zorg en goede professionele en inhoudelijke samenwerking dan op bedrijfsvoering. Om deze reden lijkt het verstandig om een groot aantal activiteiten die onderdeel uitmaken van de bedrijfsvoering en die noodzakelijk zijn voor een professionele praktijkvoering op grotere schaal te organiseren. Zo kunnen personeelsmanagement (waaronder scholing van personeel), informatievoorziening over multidisciplinaire zorg, administratie, juridische diensten, enzovoorts bovenlokaal georganiseerd worden. Dit kan in een facilitaire organisatie, koepelverband (koepel van gezondheidscentra), maar ook bijvoorbeeld in een franchisevorm. Ook kan gedacht worden aan gemeenschappelijke inkoop bij een dienstverlener (bijv. administratie, communicatie, personeelsmanagement, juridisch advies). Het op grote schaal organiseren van bedrijfsvoering leidt tot betere resultaten en is meer kosteneffectief. Voor professionals is het wel van belang dat de bedrijfsvoering niet de inhoud gaat

⁷¹ "Persbericht gezamenlijke uitgangspunten contractering ketenzorg zorggroepen en Coöperatie VGZ", LOK en VGZ, 28 augustus 2013.

⁷² "Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022", LHV en NHG, 2012.

⁷³ "Patiëntenfederatie NPCF presenteert visie zorg voor lange termijn", NPCF, 2012.

⁷⁴ "Visie geïntegreerde eerstelijnszorg"; Menzis, AnderZorg en Avizo; 14 oktober 2011.

overheersen. Dit vraagt aandacht en betrokkenheid van professionals, zonder dat de professional er teveel tijd aan moet besteden.

10.3 KWALITEIT

10.3.1 Beschrijving van de functie

Iedere zorgaanbieder moet voldoen aan kwaliteitseisen die in algemene zin en specifiek voor de beroepsgroep gelden. Dat vraagt inspanning, verantwoording en het goed beleggen van verantwoordelijkheden. Het gaat dan niet alleen om de ‘professionele kwaliteit’ maar ook om de kwaliteit van dienstverlening en service (openingstijden, huisvesting, bereikbaarheid, goede communicatie, enzovoorts). In verschillende bronnen komt naar voren dat een belangrijke door O&I te leveren functie binnen de categorie ‘kwaliteit’ het garanderen van adequate kwaliteit is, die gebruikelijk is in de beroepsgroep. Het gaat ook om continuïteit van zorg en 24-uurs zorg.^{75 76 77 78 79} Deze continuïteit is ten eerste nodig om substitutie naar de eerste lijn mogelijk te maken.⁸⁰ Daarnaast kunnen flexibele en op de populatie afgestemde openingstijden en meer mogelijkheden om online afspraken te maken, bijdragen aan het terugdringen van onnodige zorgverlening op de HAP of de SEH.^{81 82}

Voor kwaliteit is naast de inbreng van professionals voldoende capaciteit aan adviseurs en beleidsmakers nodig. Zij werken bijvoorbeeld aan het afstemmen van de zorg op de populatie. Een goede samenhang in het regionale zorgaanbod tussen eerste- en tweedelijns zorg is een voorwaarde voor het leveren van veilige en kwalitatief goede zorg die aansluit op de zorgvraag van de patiënt.⁸³ In de toekomstvisie van de LHV en de NHG⁸⁴ komen verder als functies een uniform vormgegeven kwaliteitsbeleid en het verder ontwikkelen van richtlijnen die gericht zijn op samenwerking naar voren. De essentie van het kwaliteitsbeleid is het systematisch uitvoeren van de plan-do-check-act cyclus. Bij het verder ontwikkelen van richtlijnen kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het beter afstemmen van de richtlijnen van huisartsen en specialisten in het ziekenhuis

⁷⁵ “Notitie geïntegreerde eerstelijnszorg”, De Friesland zorgverzekeraar, juli 2011.

⁷⁶ “Convenant huisartsenzorg 2012/2013 tussen de LHV en de minister van VWS”, LHV en VWS, 22 juni 2012.

⁷⁷ “Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022”, LHV en NHG, 2012.

⁷⁸ “Patiëntenfederatie NPCF presenteert visie zorg voor lange termijn”, NPCF, 2012.

⁷⁹ “Visie op de rol van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg”, V&VN, 2010.

⁸⁰ “Patiëntenfederatie NPCF presenteert visie zorg voor lange termijn”, NPCF, 2012.

⁸¹ “Convenant huisartsenzorg 2012/2013 tussen de LHV en de minister van VWS”, LHV en VWS, 22 juni 2012.

⁸² “Visie op de rol van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg”, V&VN, 2010.

⁸³ “Patiëntenfederatie NPCF presenteert visie zorg voor lange termijn”, NPCF, 2012.

⁸⁴ “Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022”, LHV en NHG, 2012.

om zo de samenwerking tussen huisartsen en specialisten te versterken.⁸⁵ In het visiedocument van de NPCF⁸⁶ wordt ook structureel georganiseerde cliëntenparticipatie als functie genoemd. In de interviews zijn de door O&I te leveren functies binnen de categorie 'kwaliteit' verder aangevuld met het accreditatieproces, serviceconcepten, gezamenlijke scholing en registratie om data aan te leveren voor het monitoren van kwaliteitsverschillen. Daarnaast kwam in de interviews naar voren dat ICT ook binnen de categorie 'kwaliteit' een belangrijke rol speelt.

Het is waarschijnlijk efficiënter om een deel van de taken binnen de categorie 'kwaliteit' door gespecialiseerde beleidsmedewerkers te laten uitvoeren dan door de huisartsen zelf. Uiteraard moeten de huisartsen hier wel nauw bij betrokken worden.

10.3.2 Schaal voor de functie

Bij kwaliteit van zorg gaat het om het goed afstemmen van het zorgaanbod op de zorgvraag en om het voortdurend verbeteren van kwaliteit door middel van intervisie, certificering, benchmarking en/ of accreditatie. Voor het leveren van kwaliteit op lokaal niveau is het zorgdragen voor een lokale kwaliteitscultuur en het horizontale toezicht tussen professionals van wezenlijk belang. Uiteindelijk wordt kwaliteit en veiligheid altijd lokaal gemaakt. Professionals moeten elkaar kennen en er moet een cultuur zijn waarin men elkaar kan en durft aan te spreken en om hulp durft te vragen. Dat is van wezenlijk belang.

Tegelijkertijd kan een zekere schaalgrootte nuttig zijn waar het gaat om het ontwikkelen van protocollen, standaarden, benchmarks, vergelijkingsmateriaal en intervisities. Zo dienen indicatoren voor bijvoorbeeld patiënttevredenheid, normen voor accreditatie en benchmarks landelijk opgesteld te worden. Op regionaal niveau dient onder andere geregeld te worden dat voldaan wordt aan het serviceconcept. Voor ketenzorg moet de kwaliteit geborgd zijn op het schaalniveau waarop gecontracteerd wordt. Op lokaal niveau dient de registratie voor bijvoorbeeld benchmarking uitgevoerd te worden.

10.4 INNOVATIE

10.4.1 Beschrijving van de functie

Tijdens de interviews en de eerste werkconferentie met de klankbordgroep kwam naar voren dat innovatie niet samengenomen kan worden met kwaliteit, maar een losse categorie is binnen de functies die O&I moet leveren. De belangrijkste redenen die hiervoor aangedragen zijn, zijn dat innovatie op een ander schaalniveau geregeld moet worden dan kwaliteit en dat innovatie anders bekostigd dient te worden dan de

⁸⁵ "NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht en continu", NHG, 9 juni 2011.

⁸⁶ "Patiëntenfederatie NPCF presenteert visie zorg voor lange termijn", NPCF, 2012.

overige functies van O&I. Zo dient elk samenwerkingsverband over een informatiesysteem te beschikken om benchmarking mogelijk te maken, maar hoeft niet voor ieder samenwerkingsverband hetzelfde bedrag beschikbaar gesteld te worden voor innovatie.

Innovatie draagt bij aan efficiëntie, effectiviteit, verbetering van kwaliteit op grotere schaal en meer zelfmanagement. Het mogelijk maken van innovatie en het borgen van de continuïteit van werkzame innovaties door middel van de organisatie en bekostiging kan hiermee leiden tot betere zorg en afbouw van voorzieningen in de eerste lijn of elders. Zo kan systeeminnovatie leiden tot meer efficiëntie, kan innovatie leiden tot meer substitutie van zorg naar de eerste lijn, enzovoorts.

Binnen iedere lokale zorgseenheid is periodieke verandering en vernieuwing noodzakelijk. Maar niet op iedere plek is het nodig om te investeren in het ontwikkelen van in potentie sector brede innovaties.

10.4.2 Schaal voor de functie

Voor innovatie geldt als stelregel dat vooral de innovators een kans moeten krijgen en dat de inspanningen van innovatie aan meer aanbieders beschikbaar gesteld kunnen worden. Ondanks dat het eindproduct niet altijd helder is, dienen innovators duidelijke prestaties en mijlpalen te definiëren, zodat de uitkomsten van de pilot helder zijn en duidelijk is of de innovatie breder toegepast dient te worden.

Naarmate aanbieders minder zelf kunnen profiteren van de voorsprong die ze met innovatie bewerkstelligen, is het verstandig om innovatie meer gemeenschappelijk te financieren. Op landelijk niveau dienen dan ook voldoende middelen beschikbaar te zijn voor innovatie. Tegelijkertijd moet het rendement van de innovatie ook terecht komen bij de innovators. Echte innovaties vragen daarnaast directe betrokkenheid bij de praktijk, zonder dat men onvoldoende bewegingsvrijheid heeft door de historische mores. Concluderend gaat het vooral om het opsporen van innovators en om hen de ruimte te bieden om vernieuwende zorginhoud, ondersteuning en infrastructuur te ontwikkelen. Innovatie kan niet overal plaatsvinden, maar kan het beste geconcentreerd worden op een aantal kansrijke locaties.

10.5 PROFESSIONELE SAMENWERKING/ZORGMANAGEMENT

10.5.1 Beschrijving van de functie

In diverse bronnen komt naar voren dat organisatorische versterking in de huisartsenzorg nodig is om professionele samenwerking door middel van zorgmanagement te realiseren. De huisartsenzorgseenheid heeft een belangrijke regierol in het organiseren van deze professionele samenwerking.

Een belangrijke functie binnen de categorie 'professionele samenwerking/zorgmanagement' is het organiseren van de samenwerking in het primaire proces.^{87 88 89 90 91 92 93 94} Het gaat dan om het ontwikkelen van zorgketens en -netwerken, afgestemd op de zorgvraag. Deze zorgketens en -netwerken moeten bedacht, ontwikkeld, geïmplementeerd, getoetst en verbeterd worden. Het gaat hierbij om een proces van voortdurende kwaliteitsverbetering, waarbij ook aan wetenschappelijke bewijsvoering gedaan wordt. Bij het ontwikkelen van zorgketens en -netwerken kan gedacht worden aan de samenwerking met de wijk, de POH's, paramedici, fysio- en oefentherapeuten, diëtistes, psychologen, de GGZ, medisch specialisten en wijkverpleegkundigen. Een tweede functie binnen de categorie 'professionele samenwerking/zorgmanagement' is het maken van gestructureerde en geprotocolleerde verwijfsafspraken.^{95 96 97 98} Goede afspraken over verwijzing zijn een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van substitutie en preventie van zorg. Een derde functie is het maken van inhoudelijk samenwerkingsafspraken, bijvoorbeeld met behulp van zorgaanbodplannen of het elektronisch patiëntendossier (EPD).^{99 100 101 102} In de interviews zijn de door O&I te leveren functies binnen de categorie 'professionele samenwerking/zorgmanagement' aangevuld met uniform registeren, gestructureerde zorgpaden/zorgprogramma's maken, een sociale kaart maken en fysieke ontmoetingen organiseren, zoals (het leveren van een bijdrage aan) Alzheimer cafés. Daarnaast werd in de interviews genoemd dat ICT ook bij de organisatie van professionele samenwerking of zorgmanagement een belangrijke rol speelt. De belangrijkste kosten voor professionele samenwerking zitten in de (beleids)voorbereiding, vacatiegelden en organisatie.

⁸⁷ "Inkoopbeleid eerstelijnszorg 2014", Achmea, juni 2013.

⁸⁸ "Bekostigingsmodel Eerstelijnszorg versie 1.3"; Wildt, J.E. de; januari 2014.

⁸⁹ "International Health Policy Survey 2009"; Faber, M., Voerman, G. en Grol, R.; 2009.

⁹⁰ "Visie geïntegreerde eerstelijnszorg"; Menzis, AnderZorg en Avizo; 14 oktober 2011.

⁹¹ "NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht en continu", NHG, 9 juni 2011.

⁹² "Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022", LHV en NHG, 2012.

⁹³ "Visie op de rol van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg", V&VN, 2010.

⁹⁴ "Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017", VWS, 16 juli 2013.

⁹⁵ "Het inkoopbeleid van CZ. Integrale zorgprogramma's 2014. Sector Huisartsenzorg, Versterking eerste lijn en Ketenzorg", CZ, juli 2013.

⁹⁶ "Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022", LHV en NHG, 2012.

⁹⁷ "NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht en continu", NHG, 9 juni 2011.

⁹⁸ "Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017", VWS, 16 juli 2013.

⁹⁹ "Het inkoopbeleid van CZ. Integrale zorgprogramma's 2014. Sector Huisartsenzorg, Versterking eerste lijn en Ketenzorg", CZ, juli 2013.

¹⁰⁰ "Notitie geïntegreerde eerstelijnszorg", De Friesland zorgverzekeraar, juli 2011.

¹⁰¹ "Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022", LHV en NHG, 2012.

¹⁰² "NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht en continu", NHG, 9 juni 2011.

10.5.2 Schaal voor de functie

Bij de categorie 'professionele samenwerking/zorgmanagement' gaat het om het ontwikkelen van zorgketens en -netwerken, verwijsafspraken en inhoudelijke zorgplannen voor (groepen van) patiënten. De aard van de zorgvraag is hier dan ook van zeer groot belang. Om de juiste schaalgrootte te bepalen, is het daarnaast van belang om na te gaan hoeveel tijd en aandacht het kost om tot afspraken te komen en deze afspraken ook te volgen, te verankeren en ondersteunen met ICT en met welke partijen afspraken gemaakt moeten worden. Deze factoren bepalen immers mede de omvang van de vaste kosten (aard van de voorziening).

Op lokaal niveau moeten de zorgafspraken over ketens en netwerken gemaakt worden met alle lokale aanbieders. Dit betekent dat op lokaal niveau een sociale kaart beschikbaar moet zijn en een wijkscan gemaakt moet worden om op basis hiervan multidisciplinair overleg te voeren en tot zorgafspraken te komen. Op regionaal niveau moet helder zijn waar de schakelpunten liggen, moeten verwijsafspraken en afspraken over ketenzorg (o.b.v. landelijke benchmarks) gemaakt worden en moeten afspraken met meerdere gemeenten gemaakt worden. In de professionele samenwerking mag men verwachten dat vanuit de eerste lijn het initiatief wordt genomen en dat de eerste lijn een leidende rol kiest, waarbij de huisartsenzorg een belangrijke rol heeft.

Dit betekent niet dat wat de inhoud van de afspraken is ook iedere keer opnieuw op lokaal niveau bedacht hoeft te worden. Het gaat hier om het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen op een hoger schaalniveau. Dit maakt ook mogelijk dat de effectiviteit van zorgketens en -netwerken onderling vergeleken en gebenchmarkt kan worden met een minimum aan bureaucratische inspanning. Als richtlijnen en protocollen teveel lokaal ontwikkeld worden, zal dit leiden tot onnodige bureaucratie om lokale zorgketens en -netwerken met elkaar te vergelijken.

Ook bij professionele samenwerking/zorgmanagement spelen interne factoren als sociale cohesie (weten met wie je afspraken maakt en wie je 'peers' zijn), historie ('wij maken al jaren afspraken met elkaar en dat werkt goed') en leiderschap een belangrijke rol. Bij uitstek voor professionele samenwerking zijn geloofwaardige voortrekkers en verbindende professionals nodig om verschillende professionals op grote schaal mee te krijgen.

10.6 GEMANDATEERDE AFSPRAKEN MET EXTERNE PARTIJEN

10.6.1 Beschrijving van de functie

Vershillende ontwikkelingen, als de extramuralisering en decentralisatie van de langdurige zorg, de overheveling van jeugdzorg naar de gemeenten, de participatiewet en de toenemende zorgvraag in de eerste lijn, zorgen dat er meer samenwerking noodzakelijk is met ook andere domeinen dan de zorg.

Die samenwerking vereist dat meer gemandateerde afspraken, waaronder onderhandelingsafspraken, met externe partijen gemaakt moeten worden.^{103 104 105} Dat vraagt om een aanspreekbare eerste lijn, waarmee op een effectieve en efficiënte manier afspraken gemaakt kunnen worden. Daarnaast vraagt dit een regierol van de huisartsenzorgaanbieder. Bij de afspraken met externe partijen is het van belang dat ook de achterbannen gecommiteerd en aanspreekbaar zijn. De belangrijkste kosten voor het maken van gemandateerde afspraken met externe partijen zitten in de (beleids)voorbereiding, vacatiegelden en de kosten van bestuur en directie. De kosten van bestuur en directie vallen onder de functie 'bedrijfsvoering/organiseren'.

Voorafgaand aan de interviews zijn de volgende externe partijen geïnventariseerd: gemeentes (WMO), zorgverzekeraars, professionals in de wijk, patiëntgroepen, koepelorganisaties, welzijnsorganisaties en andere zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, VVT- en GGZ instellingen. Deze externe partijen zijn in de interviews aangevuld met de thuiszorgpartijen, regionale organisaties, de provincie, opleidingen en scholingsorganisaties, woningcoöperaties, werk/UWV, sportverenigingen en de GHOR en ROAZ. Verder kwam in de interviews naar voren dat ook over informatievoorziening met behulp van ICT afspraken nodig zijn en dat ICT ook voor het maken en volgen van gemandateerde afspraken met externe partijen cruciaal is.

De aanbieders van geïntegreerde eerstelijnszorg hebben voor verschillende partijen waarmee afspraken gemaakt moeten worden, aangegeven waar de afspraken met name over gaan. Met ziekenhuizen worden met name afspraken gemaakt over substitutie en ketenzorg. Met gemeentes worden met name afspraken over jeugdzorg gemaakt. Hierbij gaat het om afspraken over doorverwijzing, samenwerking in wijkteams en informatievoorziening. Met de GGZ worden afspraken gemaakt over de criteria voor verwijzingen, de invulling van consultatie en de taakverdeling.

10.6.2 Schaal voor de functie

Voor het maken van goede gemandateerde afspraken met externe partijen moet vooral gekeken worden naar de aard van de zorgvraag en naar externe partijen, zoals de aard van de partijen in de omgeving en de geografie. Interne factoren, zoals de geschiedenis met de externe partijen en het verbindend leiderschap spelen ook een belangrijke rol.

Op bovenlokaal niveau moeten vooral afspraken worden gemaakt met de gemeente over jeugdzorg, met ziekenhuizen, met de geboortezorg en met de GGZ. Op lokaal niveau moeten vooral afspraken gemaakt worden met professionals en andere zorgpartijen in de buurt: apothekers, paramedici, wijkverpleegkundigen, vestigingen van zorginstellingen, enzovoorts. In het kader van preventie kan ook gedacht worden

¹⁰³ "Inkoopbeleid eerstelijnszorg 2014", Achmea, juni 2013.

¹⁰⁴ "Notitie geïntegreerde eerstelijnszorg", De Friesland zorgverzekeraar, juli 2011.

¹⁰⁵ "Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022", LHV en NHG, 2012.

aan afspraken met bijvoorbeeld sportverenigingen en scholen. Van de O&I in de eerste lijn mag gezien de centrale rol verwacht worden dat men hierin initiërend, stimulerend en leidend is. Het onderdeel van de kern van de eerstelijnsprofessie is om de externe afspraken te initiëren, te maken, na te komen en te bewaken.

De mate waarin bovenlokale afspraken gemaakt worden, hangt zeer sterk af van de aard en omvang van andere partijen, zoals ziekenhuizen, GGZ-instellingen, omvang en samenwerkingsverbanden van gemeentes. Over het algemeen kan gesteld worden dat de O&I van de eerste lijn zich moet organiseren naar de aard en omvang van de belangrijkste stakeholders. Dit betekent dat men zich moet verhouden tot vooral de belangrijkste zorginstellingen (ziekenhuizen, GGZ, VVT) en tot de wijze waarop gemeenten georganiseerd zijn. Tevens moet de eerste lijn een serieuze gesprekspartner zijn voor verzekeraars, zodat dat een level playing field wordt gecreëerd.

10.7 HUISVESTING

10.7.1 Beschrijving van de functie

De zes hiervoor beschreven functies hebben uiteraard huisvesting nodig. Huisvesting wordt soms opgenomen onder bedrijfsvoering. Hier is ervoor gekozen om huisvesting als aparte functie te benoemen vanwege twee redenen:

- Er dient expliciet aandacht te zijn voor huisvesting voor samenwerking, zodat de samenwerking ook professioneel wordt ingevuld.
- Lokale omstandigheden bepalen het kostenniveau van de huisvesting, bijvoorbeeld vanwege verschillende prijzen per vierkante meter.

Huisvesting voor O&I betreft bijvoorbeeld werkplekken voor het management en de ondersteuners en ruimtes voor samenwerking. Huisvesting ten behoeve van de monodisciplinaire basishuisartsenzorg wordt vergoed in de praktijkkosten.

10.7.2 Schaal voor de functie

De schaal voor huisvesting hangt sterk af van waar de huisvesting voor is. Idealiter sluit de huisvesting aan bij de schaal van de samenwerking die de huisvesting faciliteert.

10.8 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk zijn de door O&I te leveren functies beschreven en is op basis van de schaalbepalende factoren een richting gegeven voor de juiste schaal voor de functies. De door O&I te leveren functies zijn in te delen in zeven categorieën: ICT, bedrijfsvoering, kwaliteit, innovatie, professionele samenwerking/zorgmanagement, gemandateerde afspraken maken met externe partijen en huisvesting. De juiste

schaalgrootte voor de functies kan bepaald worden door te kijken naar de aard van de zorgvraag, de aard van de voorziening (bijvoorbeeld de verhouding tussen de vaste en de variabele kosten), de interne factoren (waaronder historische beschikbaarheid en leiderschap) en de externe factoren (bijvoorbeeld wettelijke eisen en geografie).

Binnen een categorie kan het voorkomen dat de ene functie op een andere schaal geregeld dient te worden dan een andere functie. Zo moet binnen de categorie 'ICT' de toepassing van ICT vooral op lokaal niveau plaatsvinden, maar zijn strategie, ontwikkeling, beheer, exploitatie enzovoorts meer kosteneffectief op een grotere schaal. Figuur 30 geeft voor enkele functies weer op welk niveau de functies georganiseerd kunnen worden.

Figuur 30: Voorbeelden van functies per schaalniveau

| | ICT | Bedrijfsvoering | Kwaliteit | Innovatie | Prof. samenwerking | Gemand. afspraken | Huisvesting |
|------------------------------|---|--|--|--|---|--|--|
| Buurt, wijk, kleine gemeente | <ul style="list-style-type: none"> ICT-gebruik in praktijken Toepassing e-health | <ul style="list-style-type: none"> Professionele bedrijfsvoering | <ul style="list-style-type: none"> Zorgprogramma's in praktijken multidisciplinair implementeren | <ul style="list-style-type: none"> Voortdurende verbetering zorg en ondersteuning | <ul style="list-style-type: none"> Professionele samenwerking met aanbieders in de wijk organiseren Samen maken wijkprofiel | <ul style="list-style-type: none"> Afspraken over wijkprojecten, bijv. met gemeentes, welzijn e.d. | <ul style="list-style-type: none"> Ruimtes voor lokale samenwerking. Vergader-faciliteiten voor zorg-professionals |
| Grote gemeente / regio | <ul style="list-style-type: none"> ICT ter ondersteuning van zorgprogramma's ICT beheer | <ul style="list-style-type: none"> Bedrijfsvoering over multidiscipl. samenwerking en afspraken | <ul style="list-style-type: none"> Nieuwe zorgprogramma's maken en integraal uitwerken (inhoud, verantwoording, PDCA, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> Ontwikkelen innovaties afgestemd op regio | <ul style="list-style-type: none"> Afspraken met specialisten / ziekenhuis / GGZ-instelling Runnen van HAP's | <ul style="list-style-type: none"> Afspraken met een of meer gemeentes over preventie, kwetsbare ouderen e.d. | <ul style="list-style-type: none"> Huisvesting zorggroepen, koepels van gezondheidscentra |
| Boven-regionaal | <ul style="list-style-type: none"> Ontwikkelen e-health programma's | | | <ul style="list-style-type: none"> Ontwikkelen landelijk toe te passen innovaties | | | |
| Landelijk | <ul style="list-style-type: none"> Landelijk schakelpunt voor ICT | | <ul style="list-style-type: none"> Zorgrichtlijnen ontwikkelen | <ul style="list-style-type: none"> Evaluatie en onderzoek naar innovaties en hun effect | <ul style="list-style-type: none"> Afspraken over gebruik EPD Afspraken over richtlijnen | <ul style="list-style-type: none"> Vertegenwoordiging in landelijk overleg | |

11 MANIEREN OM ONDERSTEUNING EN INFRASTRUCTUUR TE ORGANISEREN

Er zijn veel verschillende manieren om de taken uit te voeren en om de daarvoor benodigde functies te organiseren. De geïnterviewden geven aan dat er geen 'standaard' oplossing voor zowel organiseren als voor schaal gekozen kan worden, maar dat de lokale situatie en historische ontwikkelingen belangrijk zijn. We geven in dit hoofdstuk inzicht in de mogelijke organisaties en samenwerkingsvormen voor O&I.

11.1 ORGANISATIES EN SAMENWERKINGSVORMEN VOOR O&I

Om de verschillende door O&I te leveren functies daadwerkelijk te operationaliseren en ten dienste te laten komen van de zorg is er altijd een vorm van organiseren nodig. In die zin is de organisatie die zorgdraagt voor O&I een 'normale' organisatie, waarvoor alle algemene kenmerken gelden van het organiseren van samenwerking. De organisatie levert producten en diensten aan zorgprofessionals om hun werk beter te doen, is aanspreekbaar voor andere zorgorganisaties, financiers en andere maatschappelijke organisaties, levert een bijdrage aan kwalitatief goede, betaalbare, toegankelijke zorg, en vervult een aantal maatschappelijke functies.

Ook bij het bepalen van de organiseervorm kunnen de geformuleerde criteria voor goede O&I toegepast worden:

| | |
|--|---|
| 1. Stelt de zorgvraag van de patiënt en populatie centraal | De organisatie ondersteunt de samenwerking die nodig is om goede mono- en multidisciplinaire zorg voor een bepaalde populatie te leveren. Uitgangspunt is dus de populatie van patiënten. |
| 2. Staat samenwerken op meerdere schalen toe | De organisatie kiest bewust op welke schaal en op welk niveau ze haar dienstverlening en de functies vervult. |
| 3. Bevordert samenhang | De organisatie ondersteunt zorgprofessionals bij het bieden van samenhang en continuïteit van zorg aan de patiënt. Ze voorkomt versnippering. |
| 4. Bevordert daadkracht en continuïteit | De organisatie is daadkrachtig en draagt bij aan continuïteit van zorg. |
| 5. Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg | De organisatie levert toegevoegde waarde aan de zorgprofessional, zodat die goede zorg kan leveren. De komst van de organisatie mag er niet toe leiden dat een zichzelf in stand houdende bureaucratie ontstaat of dat transactiekosten sterk toenemen. |

| | |
|---|---|
| 6. Borgt commitment van zorgprofessionals | De organisatie staat ten dienste van de samenwerking tussen zorgprofessionals ten behoeve van de patiëntenzorg. De zorgprofessionals zijn eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en moeten dus invloed hebben op de governance van de samenwerkingsverbanden. |
| 7. Geeft ruimte aan innovatie | De organisatie stimuleert innovatie en staat open voor de toepassing van innovaties, waarvan gebleken is dat ze effectief zijn. |
| 8. Gaat primair uit van vertrouwen | De organisatie is zo georganiseerd dat ze vertrouwen als uitgangspunt neemt; ze is zelf betrouwbaar en stelt vertrouwen in de zorgprofessionals die samenwerken. Dat geeft de zorgprofessionals de vrijheid om de samenwerking optimaal voor de patiëntenzorg in te richten. Bij vertrouwen hoort uiteraard verantwoording. |

Uit de informatie uit de literatuur en de interviews blijkt dat bij alle spelers (huisartsen, eerstelijnsorganisaties, verzekeraars en overheid) twee onderwerpen centraal staan. Deze onderwerpen zijn gekoppeld aan de criteria 5 en 6:

- Borgt commitment van zorgprofessionals: Professionals moeten invloed kunnen uitoefenen op de koers en op de besluitvorming rond O&I; dat is een vraag om een positie van de zorgprofessionals in de governance. Invloed van zorgprofessionals op de governance op verschillende manieren gerealiseerd worden.
- De organisatie moet toegevoegde waarde leveren voor de zorg: aandacht wordt gevraagd voor het risico op een zichzelf in stand houdende bureaucratie met hoge transactiekosten. Ook hier zijn er goede instrumenten beschikbaar om de toegevoegde waarde van de organisatie te bewaken.

Aan beide punten kan in verschillende vormen van organiseren aandacht besteed worden.

11.2 WAT ZIJN JURIDISCHE ALTERNATIEVEN OM DE SAMENWERKING TE ORGANISEREN?

In de discussies over de vorm van samenwerking gaat veel aandacht naar de juridische vorm van samenwerking. Om deze reden biedt deze paragraaf een compact overzicht van de juridische vormen van samenwerking. Belangrijk bij de keuze van de vorm is de aard van de samenwerking en de mate waarin en door wie invloed kan worden uitgeoefend op de besluitvorming.

Er zijn verschillende mogelijkheden om een samenwerkingsverband nader vorm te geven. Over het algemeen worden de volgende mogelijkheden onderscheiden:^{106 107}

- Contractuele samenwerking: De samenwerking kan de vorm krijgen van een (dienstverlenings-)afpraak van de ene aan de andere partij. Dit kan ook bij vergaande samenwerkingsafspraken. Ook bijvoorbeeld een joint venture kan puur een contractuele samenwerking zijn. Indien de samenwerking uitsluitend gebaseerd wordt op afspraken tussen partijen, is van een geïnstitutionaliseerd samenwerkingsverband in juridische zin geen sprake. Daarnaast kan een samenwerkingsverband dat uitsluitend gebaseerd is op afspraken niet zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijke verkeer. Verder kan een contractuele samenwerking niet zelfstandig ondernemen, omdat een contractuele samenwerking niet zelfstandig drager kan zijn van rechten en plichten.
- Stichting: De stichting moet worden opgericht voor een bepaald doel. Dit doel mag niet zijn om uitkeringen te verstrekken aan de oprichters, aan degenen die deel uitmaken van de organen van de stichting of aan anderen, tenzij de uitkeringen een ideële of sociale strekking hebben. Een stichting wordt dus opgericht voor bepaalde activiteiten oftewel voor werkzaamheden binnen een bepaald gebied. De stichting mag niet het doel hebben om met haar activiteiten winst te genereren of om uitkeerbaar te zijn aan haar oprichters, aan haar bestuurders of aan belanghebbenden bij de stichting. Dit betekent overigens niet dat de stichting geen commerciële activiteiten zou mogen verrichten. De revenuen daarvan mogen echter uitsluitend worden aangewend voor uitkeringen in het kader van haar doel, dus veelal voor uitkeringen met een ideële of sociale strekking. De stichting kent geen leden. Dit betekent dat voor zover de stichting zich zou lenen voor de beoogde samenwerkingsconstructie, de structuur van deze samenwerkingsconstructie vorm dient te worden gegeven door samenwerkings- of aansluitovereenkomsten met de stichting.

Het bestuur van een stichting functioneert in beginsel autonoom. Dit betekent dat van een geïnstitutionaliseerd samenwerkingsverband in de zin van bijvoorbeeld een vereniging, binnen een stichtingsverband slechts in beperkte mate sprake kan zijn. De invloed zal zich vaak beperken tot een benoemingsrecht met betrekking tot een of meer bestuurders door de externe samenwerkende partijen, waarna de benoemde bestuurders autonoom het stichtingsbelang dienen na te streven.

¹⁰⁶ "Leren samenwerken tussen organisaties"; Kaats, E. en Opheij, W.; 2012.

¹⁰⁷ "Juridische vormen van samenwerking in de eerste lijn", LVG, januari 2006.

- Vereniging: Een gewone vereniging is een organisatie met een ledensubstraat en is opgericht voor een bepaald doel. De vereniging neemt als zelfstandige eenheid deel aan het maatschappelijke verkeer. Een vereniging kan weliswaar commerciële activiteiten verrichten, maar mag geen winst verdelen onder haar leden. De vereniging is een samenwerkingsverband van (rechts)personen. Het lidmaatschap van een vereniging is in beginsel niet overdraagbaar. De vereniging lijkt daarom bij uitstek een rechtspersoon, waarin op geïnstitutionaliseerde wijze een samenwerkingsverband tussen de leden vorm kan worden gegeven.

Een vereniging kan als houdster van aandelen dochtervennootschappen oprichten. In die dochtervennootschappen kunnen deelactiviteiten worden ondergebracht die gezamenlijk het onderwerp kunnen vormen van het samenwerkingsverband. Een vereniging wordt echter in de praktijk niet veel gebruikt voor de exploitatie van een onderneming, omdat winsten niet onder de leden van de betreffende vereniging mogen worden verdeeld.

Met betrekking tot de wijze waarop het samenwerkingsverband tussen de leden zal worden ingericht, kan worden opgemerkt dat de wet ruime mogelijkheden openlaat voor statutaire regelingen ter zake.

- N.V./B.V. (joint venture): De N.V. of B.V. kent geen leden, maar aandeelhouders. Voor zover de aandeelhouders binnen het kader van de N.V. dan wel B.V. structuur samenwerken, beperkt deze samenwerking zich tot hun deelneming in het bijeenbrengen van kapitaal van de N.V. of B.V., althans voor zover deze samenwerking een geïnstitutionaliseerd karakter dient te verkrijgen.

De aandeelhouder in een N.V. of B.V. is in beginsel vervangbaar, als gevolg waarvan de N.V. en de B.V. als rechtspersoon een onpersoonlijk karakter hebben. Vanwege het besloten karakter van de B.V. (de statuten dienen een blokkeringsregeling voor de overdracht van aandelen te bevatten en de aandelen luiden op naam) is dit bij een B.V. overigens in mindere mate het geval dan bij de N.V. Aandeelhouders treden na de oprichting van de betrokken N.V. dan wel B.V. normaal gesproken op de achtergrond, terwijl de betrokken N.V. of B.V. ten aanzien van de doelstelling waarmee de betrokken N.V. of B.V. is opgericht, meer op de voorgrond zal treden.

Een N.V. en een B.V. zijn gericht op het behalen van winst ten behoeve van de aandeelhouders, waarbij de vennootschap in meer of mindere mate gebruikmaakt van de inbreng van iedere aandeelhouder. De N.V. en B.V. worden in de dagelijkse praktijk gebruikt als rechtsvorm voor een onderneming.

Met de invoering van de zogenoemde 'flexibele B.V.' is het beter mogelijk om de statuten 'tailormade' in te richten.

- Coöperatie. Een coöperatie is een bij notariële akte als coöperatie opgerichte vereniging. Het doel van een coöperatie is het in een bepaalde stoffelijke behoefte voorzien van haar leden krachtens overeenkomsten met deze leden gesloten in het bedrijf dat zij, de coöperatie, te dien einde uitoefent of doet uitoefenen.

De coöperatie is een samenwerkingsverband gericht op materieel voordeel voor haar leden. Bedoeld materieel voordeel kan erin bestaan dat de coöperatie gemeenschappelijke functies kan uitoefenen voor de op zichzelf zelfstandige activiteiten/ondernemingen van de leden (bijvoorbeeld door schaalvoordeel te behalen).

Het lidmaatschap van een coöperatie is in beginsel niet overdraagbaar. Het lidmaatschap van een coöperatie is dus persoonlijk. De coöperatie mag, anders dan een vereniging, resultaten verdelen onder haar leden.

In de LVG publicatie over samenwerking in de eerste lijn zijn de specifieke aandachtspunten en overwegingen voor samenwerking in de eerste lijn benoemd. Er wordt veel tijd besteed aan het uitdenken en bediscussiëren van vormen van samenwerking. Dit lijkt niet nodig, aangezien het er vooral gaat om een duidelijke gedeelde ambitie en heldere doelen te formuleren en daarmee in goede samenwerking aan de slag te gaan. De juridische vorm is niet bepalend voor goede zorg en voor goede O&I.

11.3 PRAKTISCHE UITWERKINGEN VAN SAMENWERKINGSVORMEN IN DE EERSTE LIJN

Onderstaande tabel (tabel 5) biedt een overzicht van de typische voorbeelden van samenwerkingsverbanden. In deze tabel is de variëteit van samenwerking zichtbaar. In ieder samenwerkingsverband worden de onderdelen van O&I op een bepaalde manier vormgegeven. Er worden verschillende namen en termen gebruikt, wat ook een 'cosmetisch' effect kan hebben. Zo kunnen een aantal huisartsen die in feite alleen de voordeur en receptie delen zichzelf een gezondheidscentrum noemen.

Tabel 5. Typering en kenmerken voor verschillende samenwerkingsvormen

| Samenwerkingsvorm | Geografische schaal | Focus samenwerking | Multidisc. | Grootte | Voorbeeld(en) | Toelichting 1 | Toelichting 2 |
|---|---------------------------------------|---|------------|---|--|--|---|
| Huisartsen onder één dak | Wijk | Geheel van zorg en niet specifieke aandoeningen | Mono | | | | |
| Gezondheidscentrum | Wijk | Geheel van zorg en niet specifieke aandoeningen | Multi | 10.000-15.000 patiënten (Min VWS, 2004); 30.000-40.000 inwoners (RVZ, 1998); platteland: 8.000 inwoners | | | |
| Medisch centrum | Wijk | Geheel van zorg en niet specifieke aandoeningen | Multi | | | Verschil met gezondheidscentrum: afwezigheid van het algemeen maatschappelijk werk | |
| Hometeams | Wijk | Geheel van zorg en niet specifieke aandoeningen | Multi | | | Vooraf op platteland | |
| Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden | Wijk | Geheel van zorg en niet specifieke aandoeningen | Multi | | Basisteam Osdorp, Commelij (Communicatie Eerstelijnsgezondheid szorg IJsselmuiden), Gelijke Gezondheid Gelijke kansen (GGGK; Tilburg) | | |
| Grote koepel van gezondheidscentra | Grotere steden en grotere groeikernen | Geheel van zorg en niet specifieke aandoeningen | Multi | Grotere koepels (tot > 20 centra) | Georganiseerde eerstelijns zorg Zoetermeer | Faciliterende rol ten aanzien van management, innovatie, ICT; kunnen meer dan 2000 medewerkers in dienst hebben | Sommige koepels hebben juridische entiteiten per gezondheidscentrum zodat lidmaatschap niet hoeft te betekenen dat een vast aantal disciplines in gezondheidscentrum aanwezig is. |
| Kleine koepel van gezondheidscentra | Grotere steden en grotere groeikernen | Geheel van zorg en niet specifieke aandoeningen | Multi | Kleinere koepels (vanaf 2 tot 3 centra) | Rijnkoepel in Noordwijk | Delen bijvoorbeeld vaak alleen een directeursfunctie; enkele tientallen medewerkers in dienst | |
| Geïntegreerde eerstelijns centra | Grotere steden en grotere groeikernen | Geheel van zorg en niet specifieke aandoeningen | Multi | | Zorggroep Almere, GAZO Amsterdam, Stichting Gezondheidscentra Eindhoven | Verschil met koepel gezondheidscentra: huisartsen in dienst | |
| Monodisciplinaire zorggroep | Meestal regio | Patiënt- en aandoeninggerichte samenwerking | Mono | Gemiddeld aantal huisartsen binnen zorggroep ligt rond de 80, met uitschieters tot 200 (2008) | ELZHA (Eerstelijns Zorggroep Haaglanden), Coöperatie Groot Zuid (Amsterdam Zuid), Groninger Huisartsen Coöperatie (GHC), Huisartsenzorg Arnhem | Groepen praktijken die samenwerken om sterker te staan in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar of met de hoofdcontractant | Het opzetten van een gedegen ICT-systeem, wat de onderlinge samenwerking aanzienlijk vergemakkelijkt, vormt een investering die vaak pas loont bij samenwerking tussen grotere groepen zorgverleners (i.e., meer dan 30; NZa, 2009) |
| Multidisciplinaire zorggroep | Meestal regio | Patiënt- en aandoeninggerichte samenwerking | Multi | | Zorggroep de Bevelanden | | |
| Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden | Regio of landelijk | Patiënt- en aandoeninggerichte samenwerking | Multi | | Diabeteszorg Beter, Diabeteszorgstraat regio Zuidoost Brabant, Keten zorg voor zwangeren met angst voor de bevalling in en rond Apeldoorn | Zorg voor diabetespatiënten, het jonge kind, zwangere vrouwen met angst voor de bevalling, patiënten met neurologische aandoeningen, patiënten met ademhalingsklachten, palliatieve zorg. Ook samenwerkingsverbanden gericht op preventie en leefstijl | |

| | | | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------|--------|---|---|
| Facilitaire ondersteuningsorganisatie (met winstoogmerk) | Regio of landelijk | Management en bedrijfsvoering | n.v.t. | Vitea, Symphony, Independer | |
| Facilitaire ondersteuningsorganisatie (zonder winstoogmerk) | Regio of landelijk | Management en bedrijfsvoering | n.v.t. | Archiatros, Huisarts voor huisarts Kop van Noord Holland | |
| Facilitaire ondersteuning door zorgverzekeraar | Kernwerkgebied zorgverzekeraar | Management en bedrijfsvoering | n.v.t. | Programma Grote Steden geïntegreerde eerstelijnszorg (Agis), geïntegreerde eerstelijnszorg (Menzis) | Doelstellingen Agis: Versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg in alle buurten en wijken; Specifieke gezondheidszorgprojecten voor bijzondere doelgroepen in de stad; Maatwerk zorgverzekering en zorgservice voor de bijstandsgerechtigden en de overige minima |

We hebben geen onderzoeken aangetroffen, waaruit blijkt dat de ene vorm beter presteert dan een andere vorm. Wel blijken er vaak contextuele en persoonlijke factoren aan de orde die hebben geleid tot de keuze voor een bepaalde vorm. De verschillende praktische verschijningsvormen kunnen ook een verschillende juridische vorm hebben.

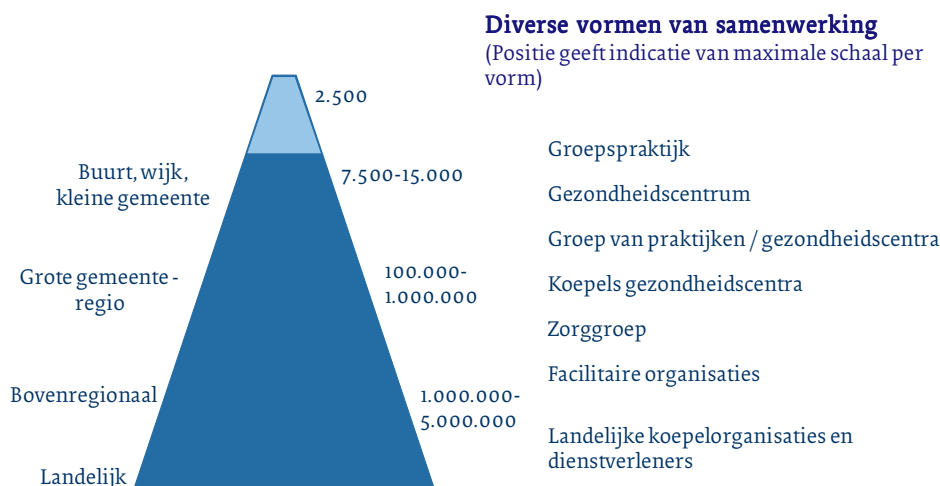
11.4 SCHAAL VOOR SAMENWERKINGSVORMEN

Op basis van het in paragraaf 11.3 gepresenteerde overzicht kunnen enkele rode draden met betrekking tot de schaal en organiseren van O&I onderscheiden worden:

- De zorg en de benodigde multidisciplinaire samenwerking moeten in ieder geval lokaal goed georganiseerd worden. Beleidsmatig en in praktische zin neemt het aantal lokale samenwerkingsverbanden steeds verder toe. (Zie ook Toekomstvisie huisartsenzorg van de LHV en NHG.)
- Voor een aantal specifieke patiëntengroepen is zichtbaar dat de zorg op grotere schaal gefinancierd en georganiseerd wordt (zorggroepen en koepels van gezondheidscentra).
- Voor de meeste functies van O&I (ICT, bedrijfsvoering, kwaliteit, innovatie, zorgmanagement, aanspreekbaarheid in het maken van afspraken en huisvesting) moet er boven het lokale niveau iets aanvullends georganiseerd worden. Huidig gebeurt dit in koepels van gezondheidscentra en facilitaire ondersteuningsorganisaties. Ook zorggroepen vervullen steeds vaker deze rol (zie ook hoofdstuk 10).
- De manier waarop de betrokkenheid van professionals georganiseerd wordt, bepaalt in belangrijke mate de 'bovenkant' van de schaal. Naarmate de betrokkenheid van de zorgprofessional beter georganiseerd wordt, kan de schaal groter zijn.

Figuur 31 geeft per schaalniveau verschillende vormen van samenwerking weer.

Figuur 31. Vormen van samenwerking per schaalniveau (niet limitatief)



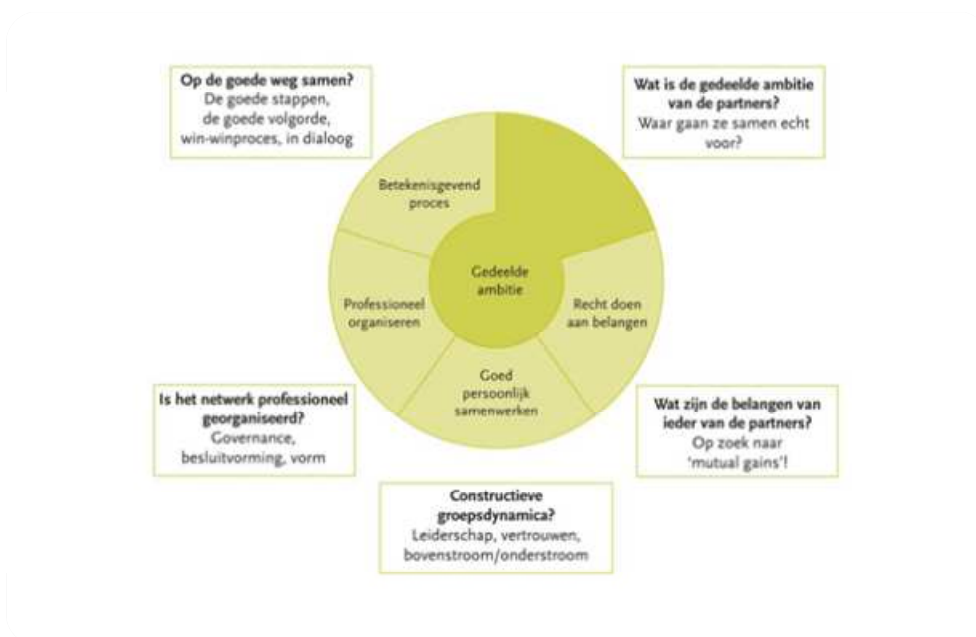
11.5 ORGANISEREN VAN SAMENWERKING IS MEER DAN VORM

De focus van de discussie over de manier van organiseren komt snel te liggen bij de samenwerkingsvorm en de schaal. Samenwerken in de zorg blijkt lastiger dan samenwerken in andere sectoren. In lijn met het boek 'Leren samenwerken tussen organisaties'¹⁰⁸ en onze ervaringen met samenwerking in de eerstelijnszorg willen wij er echter op blijven attenderen dat voor het bouwen van succesvolle samenwerkingsverbanden aan verschillende condities gewerkt moet worden, waar de samenwerkingsvorm er maar één van is.

Voor succesvol samenwerken moeten betrokken partijen in staat zijn een deel van hun autonomie of resultaatsverwachting op te geven in het vertrouwen dat ze er meer voor terug krijgen. Dat is echter lastig, wanneer partijen het gevoel hebben dat ze elkaar niet echt begrijpen en er eigen belangen in het geding zijn. Spraakverwarring maakt dat binnen handbereik liggende oplossingen onhaalbaar blijken en dat vertrouwen uitgehold wordt. Een gemeenschappelijke bril om naar de samenwerking te kijken, verbindt partijen met elkaar, voorkomt spraakverwarring en brengt succesvol samenwerken dichterbij. Het zijn de vijf condities die allemaal aandacht behoeven om tot succesvolle samenwerking te komen (figuur 32).

¹⁰⁸ "Leren samenwerken tussen organisaties", Kaats, E. en Opheij, W., 2012.

Figuur 32: Conditie om tot succesvolle samenwerking te komen.



Bron: "Leren samenwerken tussen organisaties"; Kaats, E. en Opheij, W.; 2012.

Hieronder worden de vijf condities nader toegelicht:

- **Gedeelde ambitie:** Partijen gaan niet zomaar samenwerken. De samenwerking is pas succesvol, wanneer die betekenisvol en aantrekkelijk is en ook echt meerwaarde oplevert. In de gedeelde ambitie van het samenwerkingsverband moeten alle partijen zich dan ook herkennen. Voor de samenwerking op het gebied van O&I betekent dit dat de toegevoegde waarde helder moet zijn en dat een gedeelde professionele en bestuurlijke visie en ambitie moet worden ontwikkeld.
- **Recht doen aan belangen:** Iedereen heeft belangen. Het gaat er om recht te doen aan die belangen. Als dat niet gebeurt, gaan partijen dwarsliggen, haken ze af of gaan ze elkaar tegenwerken. Er zijn drie soorten belangen: individuele belangen, organisatiebelangen en collectieve belangen. Dit betekent dat belangen van een groot aantal mensen en partijen een rol speelt (huisartsen, apothekers, andere professionals, andere zorgorganisaties als ziekenhuizen, GGZ-instellingen, de VVT, verzekeraars, gemeentes etc.). Het is naïef om te ontkennen dat deze belangen spelen. Het gaat om het zoeken naar een win-win oplossing, waarbij het maatschappelijk en patiënten belang niet alleen in woord, maar ook in handelen een duidelijke plek krijgt.
- **Goed persoonlijk samenwerken:** Persoonlijke verhoudingen en relaties zijn net zo belangrijk als inhoudelijke argumenten. Samenwerken is mensenwerk en

daarbij is altijd sprake van sociaalpsychologische processen en groepsdynamiek. Zeker in de eerste lijn vraagt dit veel aandacht, omdat men erg gevoelig is voor wie iets zegt, hoe iets gezegd wordt en waarin een aantal sterke kernwaarden aan de orde zijn.

- Professioneel organiseren: Een passende organisatievorm sluit één op één aan op de gezamenlijke ambitie en is op deze manier professioneel georganiseerd. Dat geeft de meeste flexibiliteit in het vervolgproces.
- Betekenis gevend proces: Een betekenis gevend proces geeft antwoord op de volgende vragen: Hoe kunnen we de goede dingen op het goede moment doen? Hoe komen we op een goede manier in gesprek en tot overeenstemming? Welke rol heeft een ieder daarbij en wie heeft de procesregie? Juist een goede procesregie kan de samenwerking versnellen en leiden tot meer effectiviteit.

Succesvol samenwerken in de eerstelijnszorg is noodzakelijk om de uitdagingen van de sector het komend decennium aan te kunnen. Samenwerken is echter niet vanzelfsprekend, omdat belangen botsen en spraakverwarring op de loer ligt. De 'vijf lenzen van samenwerken' zijn in veel samenwerkingsverbanden in de zorg gebruikt. Het biedt de gezamenlijke bril die succesvol samenwerken binnen handbereik brengt en maakt de condities helder.

11.6 CONCLUSIES

Op basis van de analyse over organiseren en samenwerkingsvormen trekken we de volgende conclusies die van belang zijn voor de richtinggevende kaders:

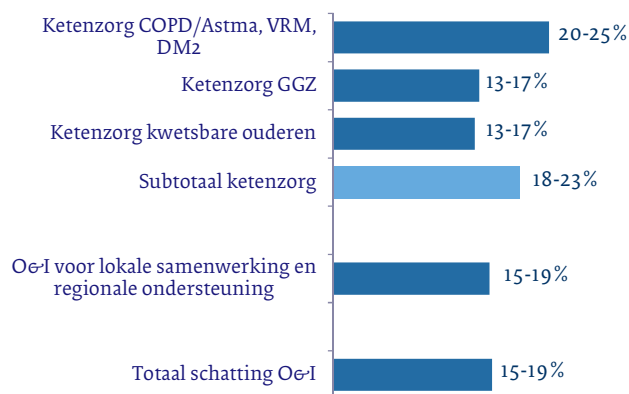
- Twee van de acht geformuleerde criteria voor goede O&I blijken van waarde bij het bepalen van de organiseervorm:
 - Borgt commitment van zorgprofessionals: Professionals moeten invloed kunnen uitoefenen op de koers en op de besluitvorming rond O&I; dat is een vraag om een positie van de zorgprofessionals in de governance. Invloed van zorgprofessionals op de governance kan op verschillende manieren gerealiseerd worden.
 - De organisatie moet toegevoegde waarde leveren voor de zorg: aandacht wordt gevraagd voor het risico op een zichzelf in stand houdende bureaucratie en hoge transactiekosten. Ook hier zijn er goede instrumenten beschikbaar om de toegevoegde waarde van de organisatie te bewaken.
- Er is sprake van meerschalligheid in organiseren:

- Zorg moet in ieder geval lokaal goed georganiseerd worden, inclusief de daarvoor benodigde multidisciplinaire samenwerking.
 - Voor een aantal specifieke patiëntengroepen zien we dat zorg op grotere schaal gefinancierd en georganiseerd wordt.
 - Voor de meeste functies van O&I (ICT, bedrijfsvoering, kwaliteit, innovatie, zorgmanagement, aanspreekbaarheid in het maken van afspraken en huisvesting) moet er boven het lokale niveau iets aanvullends georganiseerd worden. Huidig gebeurt dit in koepels van gezondheidscentra, facilitaire ondersteuningsorganisaties en zorggroepen.
 - De manier waarop de betrokkenheid van professionals georganiseerd wordt, bepaalt in belangrijke mate de 'bovenkant' van de schaal. Naarmate de betrokkenheid van de professional beter georganiseerd wordt, kan de schaal groter zijn.
- Het organiseren van effectieve samenwerking gaat over meer dan alleen de samenwerkingsvorm. Aan ieder van de condities voor effectieve samenwerking moet aandacht worden besteed (gedeelde ambitie, recht doen aan belangen, goed persoonlijk samenwerking, professioneel organiseren en betekenis gevend proces).

12 BENODIGDE MIDDELEN VOOR ONDERSTEUNING EN INFRASTRUCTUUR

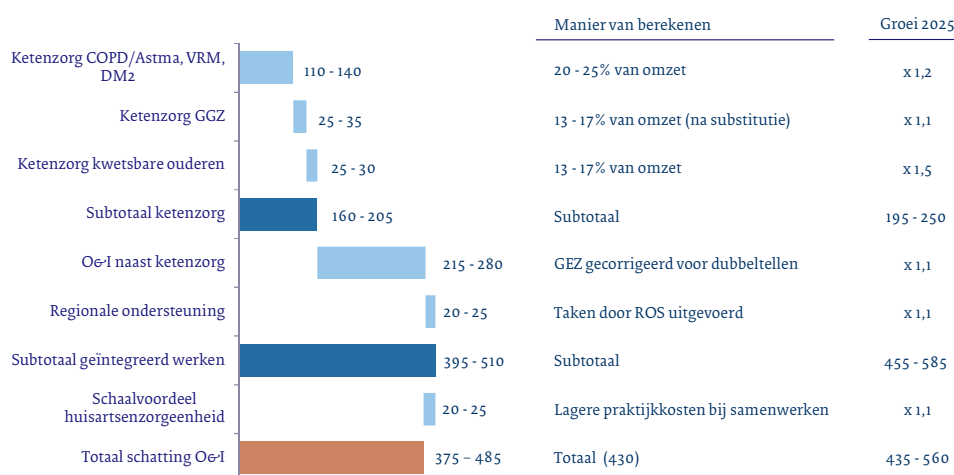
Op basis van de beschikbare gegevens schatten we de gemiddelde kosten voor O&I voor samenwerking voor huisartsenzorg op 15 tot 19% van de uitgaven aan huisartsenzorg. Dat is een gewogen gemiddelde van de geschatte benodigde O&I voor ketenzorg voor diabetes, VRM en COPD/Astma (20 – 25%), GGZ en kwetsbare ouderen (13 – 17%) en andere O&I voor lokale samenwerking en regionale ondersteuning (15 – 19%) (figuur 33). De huidige uitgaven aan O&I voor samenwerken schatten we op 4 tot 5%. Dit is een zeer ruwe schatting die is gebaseerd op het opschalen van informatie van huidige O&I.

Figuur 33: Geschat aandeel van uitgaven aan O&I in uitgaven aan huisartsenzorg [procent]



De benodigde middelen om O&I voor samenwerking rondom huisartsenzorg goed te organiseren, schatten we op € 375 tot € 485 miljoen (figuur 34). Dat is 3,8 tot 4,0 maal het huidige bedrag. Als we ook demografische groei meenemen, resulteert dit in een factor van 4,3 tot 4,7 tussen 2011 en 2025.

Figuur 34: Schatting van benodigde uitgaven aan O&I [€ miljoen]



Dit is een zeer grove schatting, waarbij huidige manieren van samenwerking en ketenzorg, en de manieren waarop zorgverzekeraars dat betalen, zijn opgeschaald voor heel Nederland. Er is informatie gebruikt van zorgverzekeraars, zorggroepen en gezondheidscentra. Het betreft geen nieuw kostenonderzoek. Verreweg de meeste organisaties die O&I leveren, hebben zich georganiseerd naar de betalingen, de kostenniveaus zijn in de loop van de tijd gekoppeld aan de vergoedingen. De schatting is bovendien niet gebaseerd op specifieke activiteiten en bijbehorende kosten, zoals met een business case zou gebeuren.

De grove schatting kan dienen als startpunt voor het duurzaam contracteren van O&I (zie paragraaf 4.4.3). Hierbij is het van belang te realiseren dat het makro kader niet gelijk is aan de micronorm; het percentage benodigde O&I is niet overal 15 tot 19%, maar kan afhankelijk van de lokale omstandigheden, als de kosten voor huisvesting, hoger of lager zijn.

De schatting bestaat uit zes delen, waarvoor steeds de huidige uitgaven aan O&I zijn geschat en de uitgaven aan O&I als deze O&I beschikbaar zou zijn voor alle verzekerden in Nederland.

1. Schatting voor patiëntengroep die nu al ketenzorg krijgt (COPD, DM2, VRM). Op basis van gegevens van meer dan 40 zorggroepen schatten we dat 20 tot 25% van de kosten nodig zijn voor O&I. Dit leidt tot uitgaven van € 110 tot € 140 miljoen voor O&I.
2. Voor ketenzorg voor GGZ-patiënten schatten we in dat het aandeel van O&I kosten in de totale uitgaven ongeveer 2/3 is van het aandeel voor de andere ketens. Dit omdat de GGZ-keten iets minder complex is. Met 13 tot 17% O&I kosten zijn de uitgaven aan O&I ongeveer € 25 tot € 35 miljoen. Er is rekening gehouden met extra substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg.

3. Voor kwetsbare ouderen hanteren we ook 13 – 17 % van de uitgaven om O&I kosten te dekken. Dat percentage volgt ook uit een andere benadering op basis van de module van zorgverzekeraars. De O&I kosten voor kwetsbare ouderen komen dan op €25 tot € 30 miljoen.
4. De belangrijkste component van de schatting van O&I die nodig is naast die voor ketenzorg, betreft de uitgaven aan de GEZ-module. Die wordt nu ingezet voor wijkgericht en multidisciplinair werken. Als we die manier van werken opschalen, volgen uitgaven van €215 tot € 280 miljoen. Daarbij is gecorrigeerd voor dubbelstellingen.
5. De ROS-en voeren een deel van de taken uit die verricht moeten worden, zoals ondersteuning bieden bij het opzetten van wijkgerichte zorg. Deze taken verdwijnen niet. We gaan er van uit dat het totale budget voor de ROS-en daarvoor afdoende is; € 20 tot € 25 miljoen.
6. Er is ook een besparing op O&I mogelijk, doordat de praktijkkosten voor samenwerkende praktijken lager zijn dan voor solo praktijken. Die besparing is € 20 tot € 25 miljoen.

De huidige uitgaven aan O&I schatten we op € 100 tot € 120 miljoen. De groei die nodig is voor volledige uitrol van O&I over de komende jaren is dus een factor 3,8 tot 4,0 (tabel 6). Als daarbij ook de demografische groei tot 2025 wordt meegenomen, resulteert een factor van 4,3 tot 4,7. De totale uitgaven aan O&I in 2025 (zonder inflatiecorrectie) zijn dan € 430 tot € 560 miljoen.

Tabel 6. Schatting van benodigde middelen voor organisatie en infrastructuur voor samenwerken in huisartsenzorg (€, miljoen; linkerkolom geeft steeds ondergrens aan, rechterkolom geeft steeds bovengrens aan).

| | geschatte uitgaven aan O&I (enkele jaren) | | aandeel O&I van programmatische zorg | uitgaven O&I (2011) | | factor naar volledige inzet O&I (enkele jaren) | factor demografie | geschatte uitgaven aan O&I (2025) | | factor naar volledige inzet O&I (enkele jaren) |
|--------------------|---|--------------|--------------------------------------|---------------------|--------------|--|-------------------|-----------------------------------|--------------|--|
| Ketenzorg | € 110 | € 140 | 50% | € 55 | € 70 | 2,0 | 1,2 | € 132 | € 168 | 2,4 |
| GGZ | € 25 | € 35 | 10% | € 3 | € 4 | 10,0 | 1,5 | € 38 | € 53 | 15,0 |
| Kwetsbare ouderen | € 25 | € 30 | 10% | € 3 | € 3 | 10,0 | 1,1 | € 28 | € 33 | 11,0 |
| O&I naast ketens | € 215 | € 280 | nvt | € 40 | € 45 | 5,4 tot 6,2 | 1,1 | € 237 | € 308 | 5,9 tot 6,8 |
| O&I door ROS | € 20 | € 25 | nvt | € 20 | € 25 | 1,0 | 1,1 | € 22 | € 28 | 1,1 |
| Schaalvoordeel | € -20 | € -25 | nvt | € -20 | € -25 | 1,0 | 1,1 | € -22 | € -28 | 1,1 |
| totaal | € 375 | € 485 | | € 100 | € 120 | | | € 434 | € 562 | |
| factoren gemiddeld | | | | | | 3,8 tot 4 | 1,2 | | | 4,3 tot 4,7 |

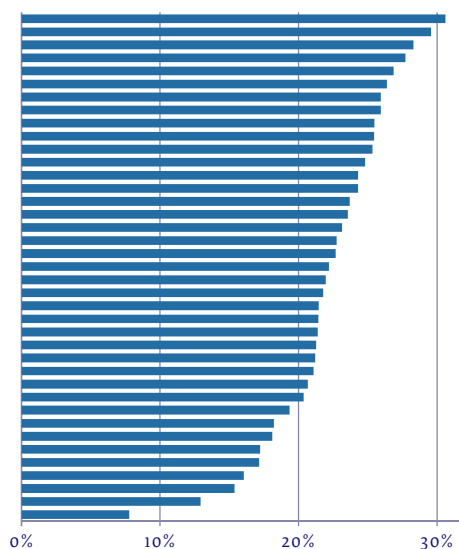
12.1 SCHATTING VAN AANDEEL IN O&I IN BESTAANDE KETENZORG

Op basis van gegevens van zorggroepen, gezondheidscentra en zorgverzekeraars schatten we in dat O&I ongeveer 20% tot 25% van de zorgkosten uitmaakt voor ketenzorg. Dit volgt uit drie schattingen:

- Jaarrekeningen van 8 'pure' zorggroepen aangevuld met het zorggroep deel van 2 gezondheidscentra (24%).
- Gegevens op basis van rapportages van 29 zorggroepen aan een zorgverzekeraar (22% of 24%).
- Verhouding van uitgaven aan het 'koptarief' waarbij zorgverzekeraars de O&I kosten en de zorgkosten voor ketenzorg apart financieren (22%).

Het overall gemiddelde van de schattingen is 22,3% met een standaarddeviatie van 3,8% (figuur 35). Daarbij zijn twee uitbijters uit de gegevensset verwijderd en is de 22% die volgt uit het koptarief gewogen als 7 observaties, overeenkomstig het marktaandeel van het koptarief (zie hieronder).

Figuur 35: Uitgaven aan O&I in totale uitgaven voor ketenzorg per zorggroep, 2013 [procent]

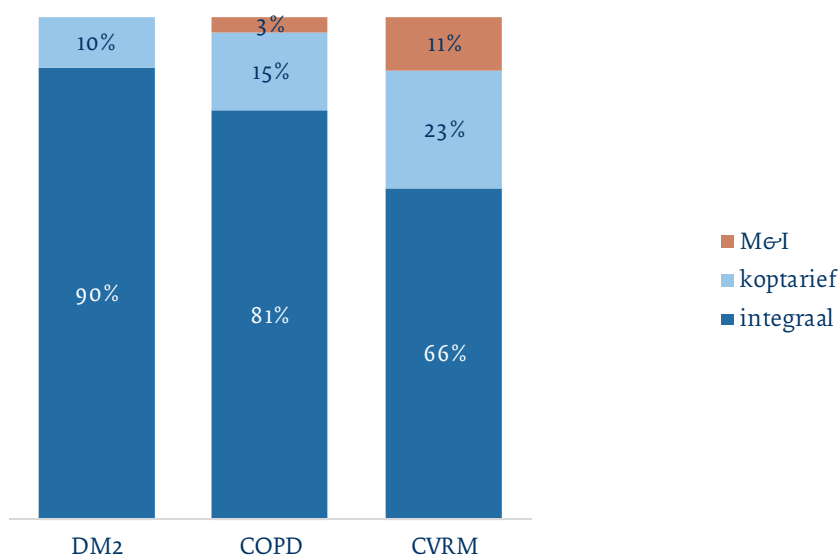


Gegeven de omzet aan patiënten die in een bestaand ketenzorgprogramma kunnen worden behandeld van ongeveer € 550 miljoen schatten we de bijbehorende O&I kosten op € 110 tot € 140 miljoen.

12.1.1 Verdeling inkoop integraal of koptarief

Zorgverzekeraars kunnen ketenzorg inkopen bij een zorggroep die vervolgens zorgverleners, waaronder huisartsen, contracteert om de zorg te leveren. Er zijn ook zorgverzekeraars die de zorggroep betalen met een 'koptarief' om de ketenzorg te organiseren. Zij betalen de huisartsen verder direct via gedeclareerde consulten. Daarnaast wordt nog een klein aandeel van de ketenzorg gecontracteerd met de M&I module (figuur 36). Gemiddeld wordt 83% van de ketenzorg integraal gecontracteerd.

Figuur 36: Manier van contracteren van ketenzorg door zorgverzekeraar bij zorggroepen [aandeel van aantal contracten]



12.1.2 Zorggroepen – Integraal gecontracteerd

Van 45 zorggroepen waarvoor op internet een jaarverslag is gevonden, publiceert minder dan een kwart (11) financiële informatie in het jaarverslag. Slechts een deel daarvan is bruikbaar om het aandeel van O&I in de kosten te schatten:

- Ongeveer 2/3^e van deze zorggroepen is onderdeel van een (koepel) van gezondheidscentra en de kosten zijn niet toegerekend aan ketenzorg specifiek.
- Een deel van de zorggroepen publiceert enkel financiële gegevens op een zeer hoog aggregatieniveau of bijvoorbeeld alleen een balans. Dat geeft onvoldoende inzicht om een schatting van de kosten voor O&I voor ketenzorg te geven.

De kosten voor O&I voor ketenzorg zijn geschat op basis van acht 'pure' zorggroepen en twee koepels van gezondheidscentra, waarvan we met de bestuurders en/of financieel medewerkers de resultatenrekening uitgesplitst hebben naar ketenzorg. De gezamenlijke omzet van de tien zorggroepen is € 44 miljoen. Daarvan wordt € 34

miljoen besteed aan zorg. Het restant, € 9,4 miljoen, wordt ingezet voor O&I. Dat is ongeveer 22% van de omzet. Het gemiddelde van de per zorggroep berekende O&I kosten is 24% +/- 5%. De gerapporteerde O&I kosten lopen van 16% tot 30%.

Vijf zorggroepen specificeren de uitgaven aan ICT. Het gaat dan om gemiddeld 22% van de O&I kosten. De kosten voor een KIS kunnen erg verschillen per zorggroep. Ze lopen van 17 tot 34% van de O&I kosten. Niet alle zorggroepen waarvoor gegevens zijn verzameld, zijn hierin meegenomen. Dit komt doordat gezondheidscentra al met een HIS werken, waarin een KIS opgenomen is. Daarnaast specificeren slechts enkele zorggroepen dit detailniveau. Het aandeel van ICT in de totale kosten voor ketenzorg, dus inclusief de levering van zorg ($22\% \times 22\% = 4,8\%$) is iets hoger dan het gemiddelde van 4,2% van de praktijkkosten voor huisartsenpraktijken.¹⁰⁹

12.1.3 Zorggroepen – Benchmark van verzekeraar

Eén zorgverzekeraar verzamelt systematisch de gegevens van zorggroepen. Wij hebben een geannomiseerde versie van hun database ontvangen. De gemiddelde O&I kosten voor 29 zorggroepen waren 21,7% +/- 4,5%. Daarbij is aangenomen dat de verdeling over de drie ketens binnen de zorggroepen vergelijkbaar is met de landelijke verdeling (tenzij een keten niet geleverd wordt)¹¹⁰.

12.1.4 Zorggroepen – Koptarief

Sommige zorgverzekeraars, waaronder Achmea, contracteerden ketenzorg via een zogenoemd koptarief. Dit houdt in dat de kosten voor O&I betaald worden aan een zorggroep waar huisartsen bij aangesloten zijn. De directe zorgkosten declareren huisartsen als consult bij Achmea. De zorggroep betaalt de individuele zorgverlener (dus naast huisartsen bijvoorbeeld ook de fysiotherapeuten en diëtisten) een vergoeding voor samenwerking, kwaliteitsontwikkeling en de spiegelbijeenkomsten. Als het koptarief een goede dekking biedt voor die kosten kan het gebruikt worden om het aandeel O&I op de totale kosten voor de ketenzorg te schatten (tabel 7). Het naar omzet gewogen gemiddelde komt uit op 22% van de totale kosten. De uitgaven voor het KIS maken daar ongeveer 22% van uit.

¹⁰⁹ "Praktijkkosten en –inkomensonderzoek huisartsenzorg", Significant B.V., september 2012.

¹¹⁰ "Transparante ketenzorg diabetes mellitus, copd en vrm rapportage zorggroepen over 2013", InEen, juni 2014.

Tabel 7. Schatting van aandeel O&I in kosten voor ketenzorg uit combinatie van prijzen van ketenzorg en koptarief.

| | prijs per patiënt* | koptarief* | aandeel koptarief | KIS | aandeel KIS | totaal O&I | aandeel KIS in O&I | Omzet |
|-----------|--------------------|------------|-------------------|------|-------------|------------|--------------------|-------|
| Diabetes | € 380 | € 63 | 16% | € 15 | 3,9% | 20,4% | 19% | € 240 |
| COPD | € 260 | € 63 | 24% | € 15 | 5,8% | 29,8% | 19% | € 22 |
| VRM | € 176 | € 31 | 18% | € 15 | 8,5% | 26,3% | 32% | € 60 |
| gemiddeld | 305 | € 52 | 17% | € 15 | 4,9% | 22,1% | 22% | |

* "Marktscan ketenzorg 2014", Nz; ** Achmea

12.2 AANDEEL O&I IN KOSTEN VOOR OVERIGE KETENZORG

Het aandeel O&I voor ketenzorg (diabetes, COPD, VRM) schatten we hierboven op 20 tot 25%. Dit volgt uit de analyse van de financiële gegevens van en gezondheidscentra, zorggroepen en zorgverzekeraars.

Zorg voor kwetsbare ouderen en huisartsen-GGZ op systematische wijze organiseren is minder complex dan ketenzorg. Er hoeft met minder partijen te worden afgestemd. We gaan ervan uit dat de benodigde O&I ongeveer 2/3 van de benodigde O&I voor ketenzorg is; dus 13 tot 17% van de kosten. Dit percentage volgt ook uit een inventarisatie van gegevens van zorgverzekeraars over contracteren van zorg voor kwetsbare ouderen.

Voor volledige uitrol van ketenzorg voor kwetsbare ouderen en GGZ-zorg (na substitutie) schatten we de uitgaven op € 180 en € 200 miljoen respectievelijk¹¹¹. De bijbehorende uitgaven aan O&I zijn dan ongeveer € 25 tot € 30 miljoen voor kwetsbare ouderen en € 25 tot € 35 miljoen voor GGZ.

12.2.1 Vergelijking per patiëntengroep – kwetsbare ouderen

Er is niet bekend hoeveel wordt uitgegeven voor het organiseren van zorg voor kwetsbare ouderen door zorggroepen, gezondheidscentra en lokale samenwerkingsverbanden. We gebruiken hier de module zorg voor kwetsbare ouderen van zorgverzekeraars om een schatting te maken van O&I kosten. Het betreft een zeer ruwe schatting die een orde van grootte aangeeft. Op basis van gegevens van vier zorgverzekeraars schatten we in dat de O&I kosten voor kwetsbare ouderen € 27 miljoen zijn. Dit komt grofweg overeen met een percentage van ongeveer 15% op de totale uitgaven aan huisartsenzorg voor kwetsbare ouderen (€ 180 miljoen).

¹¹¹ Dit wordt nog vrijwel niet in ketenzorg geleverd, dus percentage uitgaven O&I = uitgaven O&I / (uitgaven zorg + uitgaven O&I).

De O&I kosten voor kwetsbare ouderen zijn op basis van de volgende bronnen geschat:

- Zorgverzekeraar VGZ¹¹² gaat uit van een vergoeding van € 0,30 per jaar per ingeschrevene voor het in stand houden van het multidisciplinair wijknetwerk rondom zorg voor kwetsbare ouderen en € 0,60 in het eerste jaar om het wijknetwerk op te zetten. Op landelijke schaal is dat ongeveer € 5,0 miljoen voor het in stand houden van het multidisciplinair wijknetwerk rondom zorg voor kwetsbare ouderen. De vergoeding voor zorgverlening bedraagt maximaal € 3,80 per ingeschrevene. Als hiervan 50% naar O&I functies gaat, is dat op landelijke schaal ongeveer € 32 miljoen.
- Achmea¹¹³ gaat uit van een vergoeding van € 2,00 per verzekerde als vergoeding per jaar voor huisartsen met 5 tot 10% 75-plussers in hun praktijk om de zorg voor kwetsbare ouderen te organiseren. Op landelijke schaal is dat € 33,2 miljoen.
- CZ¹¹⁴ vergoedt in het eerste jaar € 106,40 en daarna € 84,00 per geïncludeerde kwetsbare oudere. Dit bedrag is grotendeels om kosten voor O&I en niet-direct patiëntencontact te dekken. Huisartsen en de POH-S kunnen consulten en visites normaal declareren. Bij een gemiddeld aandeel ouderen (75+) van 7%, waarvan 20% kwetsbaar en de aanname is dat het bedrag bedoeld is om de O&I kosten te dekken, komt dat landelijk uit op ongeveer € 22 miljoen.
- De Friesland¹¹⁵ vergoedt maximaal 2 jaar lang € 48,96 per jaar per 75+ verzekerde voor het maken van een plan van aanpak, de probleeminventarisatie van kwetsbare ouderen, het maken van een zorgbehandelplan, het organiseren van een MDO, het maken van een sociale kaart en het opzetten van een geriatrische netwerk en het maken van samenwerkingsafspraken. Op landelijke schaal is dat ongeveer € 57 miljoen. Als we aannemen dat de helft van de werkzaamheden onder O&I valt, is dat € 28 miljoen. De Friesland bekostigt na afloop de inzet van een POH-S om de opgezette ouderenzorg te borgen. Het is niet duidelijk om welk bedrag het hierbij gaat.
- Menzis biedt een module “Vorbereiding op de zorg voor kwetsbare ouderen” aan.¹¹⁶ Daarna kunnen de structureel in de praktijk ingebouwde werkzaamheden (zoals netwerkvorming en het bijwonen van een MDO)

¹¹² “Zorgovereenkomst huisartsgeneeskundige zorg 2014 – Bijlage 6 Module Zorg voor kwetsbare ouderen”, VGZ, 2013.

¹¹³ “Module kwetsbare ouderen 2014”, Achmea, 2013; “M&I Module ouderenzorg 2015”, CZ 2014

¹¹⁴ “M&I module ouderenzorg”, CZ.

¹¹⁵ “Module zorg voor kwetsbare ouderen”, De Friesland zorgverzekeraar, 2014.

¹¹⁶ “M&I module Vorbereiding op de zorg voor kwetsbare ouderen”, Menzis, 2014.

worden gefinancierd met uitbreiding van de aanstelling van een POH-S of met een open M&I module, waarvoor een budget moet worden ingediend. Na evaluatie van pilots wil Menzis integrale ouderenzorg bekostigen.

12.3 GEÏNTEGREERDE EERSTELIJNS SAMENWERKINGSVERBANDEN

In een Geïntegreerd Eerstelijns Samenwerkingsverband (hierna GES) werken huisartsen samen met andere zorgverleners. Zij leveren veelal ook wijkgerichte zorg. De O&I die een GES levert, wordt betaald met de Geïntegreerde Eerstelijnszorg Module (hierna GEZ-module). We gebruiken de huidige uitgaven en verwachte uitgaven bij volledige uitrol als een grove schatting voor uitgaven aan O&I voor zover voor zover die betrekking hebben op O&I voor samenwerking.

Niet alle GEZ-gelden zijn meegeteld om dubbeltelling van GEZ en ketenzorg te voorkomen en om de GEZ-gelden die los staan van O&I voor samenwerking niet mee tellen.

Als de huidige uitgaven worden opgeschaald, zodat voor heel Nederland O&I voor samenwerken beschikbaar komt, schatten we de uitgaven op € 215 tot € 280 miljoen. Dit is 5 tot 6 maal hoger dan de huidige uitgaven die we schatten op € 40 tot € 45 miljoen.

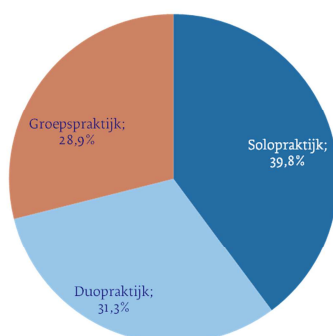
De schatting is gebaseerd op inzet van zorgverzekeraars en op hoe GES-en nu werken. Hiermee geven we een zeer ruwe schatting die met onzekerheid is omgeven. Voor een betere schatting is meer transparantie omtrent omvang en inzet van middelen voor O&I noodzakelijk. Gegevens over huidige kostenniveau's van zorgaanbieders geven niet veel extra informatie, omdat de organisaties zijn ingericht naar de inkomsten uit de GEZ-modules.

Om de groei met een factor 5 tot 6 in perspectief te plaatsen: In 2011 werkte ongeveer 29% van de huisartsen in een groepspraktijk (figuur 37)¹¹⁷. De uitgaven aan de GEZ-module gaan grotendeels naar die groep. Bij uitrol over heel Nederland met dezelfde gemiddelde uitgaven per ingeschreven verzekerde, zouden de GEZ-gelden dus toenemen met een factor 3,4. Een factor 5 tot 6 is dus consistent met 1,5 tot 1,8 maal hogere uitgaven aan GEZ per verzekerde dan nu gemiddeld voor de groep huisartsen die in een groepspraktijk werkt. Een groot deel van de groepspraktijken ontvangt geen of een kleine bijdrage uit de GEZ-module. De nauwkeurigheid van de schatting van inkomsten uit GEZ en ketenzorg was 22 tot 28% voor deze groep¹¹⁸. Dat houdt in dat er een sterke spreiding is binnen de groep. Een gemiddelde stijging met een factor 1,5 tot 1,8 van uitgaven aan GEZ per verzekerde in deze groep lijkt realistisch.

¹¹⁷ "Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2012", Utrecht: NIVEL, februari 2013.

¹¹⁸ "Praktijkkosten en –inkomsonderzoek huisartsenzorg", Significant B.V., september 2012.

Figuur 37: Aandeel werkzame huisartsen per type praktijk, 2011 [procent].



12.3.1 Gezondheidscentra

De meeste GES-sen zijn gezondheidscentra die geïntegreerde eerstelijnszorg leveren. In een beleidsregel van de NZa¹¹⁹ wordt geïntegreerde eerstelijnszorg als volgt omschreven:

“Geïntegreerde eerstelijnszorg betreft multidisciplinaire eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de patiënt te leveren.”

Gezondheidscentra leveren over het algemeen ook ketenzorg en worden hierdoor vaak gefinancierd door middel van een combinatie van gelden uit de module ‘geïntegreerde eerstelijnszorg’ (de GEZ-module), het ketentarieff en een bijdrage van huisartsen.^{120 121} In de beleidsregel van de NZa¹²² is dan ook opgenomen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf kunnen kiezen of zij het ontwerpen en de bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten uitwerken op basis van de beleidsregel ‘Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten’ of de beleidsregel ‘innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten’ of de beleidsregel ‘multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)’.

Een groot deel van de gezondheidscentra is opgericht voor 1985. Hierna is de groei tijdelijk gestabiliseerd. Vanaf 2002 is opnieuw een groei in het aantal

¹¹⁹ “Beleidsregel BR/CU-7092. Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten”, NZa, 2013.

¹²⁰ “Inkoopbeleid eerstelijnszorg 2014”, Achmea, 2013.

¹²¹ “Naar zichtbare resultaten in de Geïntegreerde Eerstelijnszorg. Inkoopbeleid 2013-2014 Menzis, AnderZorg en Azivo”; Menzis, AnderZorg en Avizo; 2012.

¹²² “Beleidsregel BR/CU-7092. Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten”, NZa, 2013.

gezondheidscentra zichtbaar.¹²³ Momenteel zijn er ruim 180 gezondheidscentra. Hiervan is ongeveer 70 procent onderdeel van een koepel van samenwerkingsverbanden.¹²⁴ ¹²⁵ De gezondheidscentra die deel uitmaken van een koepel zijn relatief vaker op een Vinex-locatie gevestigd.¹²⁶

Voor de GEZ-module geldt een vrij tarief. De module wordt in rekening gebracht bovenop het inschrijftarief van huisartsen.¹²⁷ Zorgverzekeraars bouwen tarieven verschillend op, waarbij het totaalbedrag bestaat uit een vast en een variabel deel.

12.3.2 Huidige uitgaven aan GEZ-module

Er is geen eenduidige landelijke rapportage van de recente uitgaven aan de GEZ-module. Daarom is informatie uit meerdere bronnen gebruikt om die uitgaven te schatten. De totale uitgaven aan de GEZ-module waren in 2011 ongeveer € 40 tot € 45 miljoen. Dat volgt uit een aantal bronnen:

- Vektis rapporteert uitgaven van € 35 miljoen in 2011 en € 40 miljoen in 2012, waarvan een deel kan zijn uitgegeven aan ketenzorg.¹²⁸
- In 2010 was op de begroting van VWS € 36,9 miljoen beschikbaar voor innovatie en de GEZ binnen de post geïntegreerde eerstelijns zorg¹²⁹. Sindsdien zijn de uitgaven aan de GEZ-module gegroeid.
- De NZa geeft aan dat er in 2011 € 55 miljoen is uitgegeven aan de categorie 'overig' die grotendeels uit de GEZ-module bestaat¹³⁰.
- Gegevens van twee zorgverzekeraars over 2013 komen gemiddeld op € 3,13 per verzekerde; opgeschaald naar alle verzekerden in Nederland is dat € 52 miljoen. Wederom kan hier voor een deel ook ketenzorg uit betaald worden. Bovendien kan het zijn dat deze zorgverzekeraars juist een hoog aandeel gezondheidscentra in hun kernwerkgebied hebben.
- Volgens het kostenonderzoek van Significant waren de inkomsten voor huisartsenzorgpraktijken uit de modules voor GEZ en ketenzorg in 2010 voor

¹²³ "Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland. Verschillen, trends en bekostiging", NIVEL, 2010.

¹²⁴ "Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland. Verschillen, trends en bekostiging", NIVEL, 2010.

¹²⁵ "Gezondheidscentra/Eerstelijnscentra", LVG, 2014.

¹²⁶ "Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland. Verschillen, trends en bekostiging", NIVEL, 2010.

¹²⁷ "Beleidsregel BR/CU-7092. Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten", NZa, 2013.

¹²⁸ "Zorgthermometer – vooruitblik", Vektis, 2012.

¹²⁹ "Beantwoording Kamervragen over de korting op het huisartsenbudget na overschrijding bij de geïntegreerde eerstelijnszorg"; Schippers, E.I.; 18 september 2011.

¹³⁰ "Beleidsbrief marktscan huisartsenzorg", NZa, december 2012.

solo- en duopraktijken ongeveer € 6,10 per ingeschreven verzekerde¹³¹. Voor meerpersoonspraktijken en gezondheidscentra (praktijkeigenaar) was dat ongeveer € 9,90 per ingeschreven verzekerde. Het verschil, € 3,80 komt gedeeltelijk door de GEZ module en gedeeltelijk doordat meerpersoonspraktijken en gezondheidscentra meer zorg in ketenzorg leveren (in 2011 was dat verschil groter dan nu in 2014). Opgeschaald naar Nederland gaat het om € 63 miljoen. Als we 2/3 toerekenen aan O&I is dat ruim € 40 miljoen.

12.3.3 Benodigde middelen voor multidisciplinaire samenwerking – gegevens zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars geven aan dat ze de huidige uitgaven aan GEZ willen inzetten voor multidisciplinaire en wijkgerichte huisartsenzorg.¹³² Zij gaan ervan uit dat daarmee ook de kosten voor wijkgericht werken worden gedekt. Onder het wijkgericht werken vallen de volgende patiëntengroepen: kwetsbare ouderen, GGZ, jeugdzorg, wijkverpleging en MSVT.

De huidige uitgaven aan de GEZ zijn dan een ruwe schatting voor de O&I kosten die daarvoor zouden worden uitgegeven. Opgeschaald naar alle 16,6 miljoen verzekerden zouden de uitgaven € 265 tot € 330 miljoen zijn. Eerder schatten we de uitgaven aan O&I voor kwetsbare ouderen en GGZ op ongeveer € 50 miljoen. De extra uitgaven aan overige multidisciplinaire zorg, jeugdzorg, wijkverpleging en MSVT zouden dan ongeveer € 215 tot 280 miljoen zijn. Dat is ruim 5 tot 7 maal de huidige uitgaven aan de GEZ-module van € 40 miljoen.

Zorgverzekeraars gaan ervan uit dat gezondheidscentra een essentiële bijdrage leveren aan de vorming van een wijk- en regiogericht aanbod en de ontwikkeling van een wijknetwerk binnen hun wijk¹³³. Zorgverzekeraars wensen echter vrijwel allemaal af te stappen van de huidige GEZ-financiering. Het belangrijkste argument dat hiervoor aangedragen wordt, is dat het voor de zorgverzekeraars niet duidelijk is of de GEZ-gelden effectief besteed worden. Zorgverzekeraars zetten er daarom op in om de uitgaven aan GEZ te transformeren naar uitgaven aan concrete projecten. Uitgangspunt lijkt te zijn dat de totale uitgaven niet veel veranderen, maar dat er een verschuiving naar meer effectiviteit plaatsvindt. Dit kan leiden tot een verschuiving tussen aanbieders.

Als zeer ruwe schatting voor de kosten van de werkzaamheden van gezondheidscentra die niet ook onder ketenzorg vallen, gebruiken we het gemiddelde van vier schattingen voor de O&I kosten voor gezondheidscentra. Dat is ongeveer € 16 per ingeschrevene. Daarbij is, voor zover mogelijk, rekening gehouden met dubbeltellingen, omdat soms

¹³¹ "Praktijkkosten en –inkomensonderzoek huisartsenzorg", Significant B.V., september 2012.

¹³² Achmea (interview), Inkoopdocumenten Menzis, VGZ.

¹³³ Diverse inkoopdocumenten zorgverzekeraars en interviews.

ketenzorg ook onder de GEZ module valt. Bovendien zijn GEZ-gelden die worden uitgekeerd voor prestaties die los staan van samenwerking, zoals de telefonische bereikbaarheid, niet meegenomen.

- VGZ¹³⁴ wil per 2016 de GEZ-module afbouwen. Vanaf dan wordt volledig gewerkt met bekostiging van initiatieven en projecten die aansluiten bij de speerpunten van VGZ. VGZ verwacht dat het geïntegreerd eerstelijns samenwerkingsverband werkt aan de wijkgerichte zorg voor kwetsbare ouderen, GGZ en wijkverpleging. Het is niet duidelijk wat voor VGZ het basistarief is. VGZ streeft naar een afbouw van maxima van € 18 in 2015 en € 9 in 2016. Dit gaat om bestaande organisaties die met de GEZ module worden gefinancierd. VGZ geeft aan dat het om een herallocatie van middelen gaat. Voor de schatting gebruiken we dus € 18 per verzekerde.
- Achmea¹³⁵ geeft in haar beleid aan ook te willen afstappen van de financiering door middel van de GEZ-module die nu een maximumbedrag van € 38 kent. Bij Achmea is het bedrag voor het vaste deel € 12,50 en is het maximumbedrag voor het variabele deel € 25,50. De hoogte van het variabele deel wordt vastgesteld op basis van een set indicatoren binnen de 'Schijf van zes', waarmee geleverde prestaties gemeten worden. Er vinden afslagen plaats voor ketenzorg. In het tarief zitten componenten die huisartsen die niet werken in een gezondheidscentrum ook kunnen verdienen, bijvoorbeeld vanwege efficiënt voorschrijven of bereikbaarheid. We nemen hier als maat het vaste tarief plus het wijkgerichte doelgroepenbeleid (waaronder kwetsbare ouderen), dat specifiek bij gezondheidscentra wordt ingekocht. Achmea betaalt € 7 per ingeschreven verzekerde voor het doelgroepenbeleid. Samen is dat € 19,50.
- Menzis¹³⁶ werkt met een basistarief van € 10 per ingeschreven verzekerde met een maximumbedrag van € 24. De variabele toeslag hangt af van het aantal en het profiel van de zorgprogramma's die aangeboden onder de GEZ-module en van de score op indicatoren worden (maximaal € 14). Als de zorgaanbieder naast de GEZ-module gebruik maakt van integrale bekostiging via een keten-DBC, dan wordt het GEZ-tarief hierop aangepast. Als schatting gebruiken we hier het basistarief plus profiel 2 (€ 2,50 + € 3,50). Onder profiel 2 vallen taken waarvan, mede op basis van dit onderzoek, wordt verondersteld dat die minimaal worden uitgevoerd door een GES. Dat zijn: Individueel zorgplan, structurele patiëntenparticipatie, transparantie, schriftelijke samenwerkingsafspraken, substitutie van tweedelijns zorg, populatieanalyses

¹³⁴ "Inkoopbeleid Geïntegreerde Eerstelijns Samenwerkingsverbanden 2014", VGZ, 2013 en

¹³⁵ "Inkoopvoorwaarden 2013. (Pre-)GEZ", Achmea, 2013.

¹³⁶ "Naar zichtbare resultaten in de Geïntegreerde Eerstelijnszorg. Inkoopbeleid 2013-2014 Menzis, AnderZorg en Avizo"; Menzis, AnderZorg en Avizo; 2012.

die vertaald zijn in zorgaanbod op een schaalgrootte van 7.500 tot 50.000 inwoners. Samen is dat € 16,00.

- Bij Zorg en Zekerheid mag maximaal € 10 bovenop het inschrijftarief worden gedeclareerd, nadat een implementatiefase is doorlopen.¹³⁷

Samenwerkingsverbanden in oprichting krijgen een vergoeding van circa € 15 tot € 20 per ingeschreven verzekerde bij de deelnemende huisartsen. Bij Achmea wordt deze vergoeding de 'Pre-GEZ module' genoemd en kunnen zorgverleners in een tijdspad van maximaal 2 jaar toegroeien naar de reguliere GEZ-module.¹³⁸ Bij Menzis bestaat de periode voordat een GEZ-overeenkomst gesloten wordt uit een initiatieffase (maximaal 1 jaar), een implementatiefase, waarin minimaal 2 zorgprogramma's ontwikkeld worden (maximaal 1 jaar) en de procesfase van de uitvoeringsfase (maximaal 1 jaar).¹³⁹

12.3.4 Benodigde middelen voor multidisciplinaire samenwerking – gegevens zorgaanbieders

Idealiter geven we ook een schatting op basis van gerealiseerde kosten voor voldoende O&I. Hiervoor is niet voldoende informatie. De meeste gezondheidscentra leveren geen jaarverslag met een voldoende gedetailleerde jaarrekening. Bovendien zijn de kosten sterk gekoppeld aan de regulering van de afgelopen periode. De met de GEZ-modules bekostigde organisaties hebben zich georganiseerd naar de beschikbare middelen.

Voor enkele gezondheidscentra was een gedetailleerde jaarrekening beschikbaar met hierin de inkomsten uit de GEZ-module gespecificeerd. De inkomsten uit de GEZ-module waren voor deze gezondheidscentra ongeveer € 20 tot € 25 per verzekerde. Dat is iets hoger dan het gemiddelde hierboven. Het betrof hier grote gezondheidscentra met een breed takenpakket.

Een samenwerkingsverband van gezondheidscentra heeft een inschatting gemaakt voor de kosten van wijkgericht samenwerken. Dit betreft vooral de nieuwe taken, zoals afstemmen met de wijkverpleging en het maken en onderhouden van contacten met gemeentes. De kosten hiervoor komen uit op ongeveer € 10 per verzekerde. Dit is iets hoger dan de kosten die hierboven voor die taken zijn opgeteld bij de basis GEZ-module (€ 7 voor Achmea, € 6 voor Menzis).

¹³⁷ "Visie/beleid geïntegreerde eerstelijns samenwerkingsverbanden", Zorg en Zekerheid, januari 2011.

¹³⁸ "Inkoopvoorwaarden 2013. (Pre-)GEZ", Achmea, 2013.

¹³⁹ "Naar zichtbare resultaten in de Geïntegreerde Eerstelijnszorg. Inkoopbeleid 2013-2014 Menzis, AnderZorg en Azivo"; Menzis, AnderZorg en Avizo; 2012.

12.4 REGIONALE ONDERSTEUNINGSORGANISATIES

ROS'en verbinden en versterken de eerste lijn. We schatten dat voor de taken die de ROS'en uitvoeren nu € 20 tot 25 miljoen wordt uitgeven. De ROS'en worden bekostigd op basis van een beleidsregel van de NZa¹⁴⁰, waarin is bepaald dat:

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

ROS'en versterken de eerstelijns zorg met functies in 3 categorieën:^{141 142 143}

- Vertalen en verbinden (informatieverschaffer):
 - De ROS is op de hoogte van lokale, regionale en landelijke ontwikkelingen en vertaalt deze voor eerstelijnszorgverleners en betrokken partijen;
 - De ROS kent de zorgaanbieders en zorgvragers in de regio en vormt hiermee een regionaal aanspreekpunt voor partijen;
 - De ROS brengt eerstelijnszorgverleners en betrokken partijen bij elkaar.
- Verbinden en versterken (adviseur):
 - De ROS adviseert eerstelijnszorgverleners over organisatievraagstukken;
 - De ROS begeleidt samenwerkingsinitiatieven;
 - De ROS legt een verbinding tussen vraag en aanbod, doordat zij de zorgvraag en relevante partijen in de regio kent.
- Verleiden en verbeteren (aanjager):
 - De ROS beoordeelt waar zich kansrijke initiatieven voordoen en brengt deze partijen bij elkaar om deze initiatieven tot ontwikkeling te brengen.

¹⁴⁰ “Beleidsregel BR/CU-7087. Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling”, NZa, 2013.

¹⁴¹ “Functies van de ROS”, LVG, 2012.

¹⁴² “ROS'en bevorderen samenhang in de eerste lijn”, ROS-netwerk, 2011.

¹⁴³ “SGZ-ROS verbindt, verbetert en versterkt de eerste lijn”, SGZ-ROS, 2014.

In totaal zijn er 17 ROS'en in Nederland (figuur 38). Deze ROS'en vormen gezamenlijk het ROS-netwerk. Het ROS-netwerk fungeert als een aanspreekpunt voor regio-overstijgende en landelijke aangelegenheden.^{144 145}

Figuur 38: Overzicht Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) in Nederland.



Bron: "SGZ-ROS verbindt, verbetert en versterkt de eerste lijn.", SGZ-ROS, 2014.

Ter financiering van ROS'en dragen zorgverzekeraars modulebedragen af aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN maakt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden.¹⁴⁶ Het geld wordt via de preferente zorgverzekeraar ofwel de verzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio beschikbaar gesteld.^{147 148 149} Per inwoner in de regio kan bij deze verzekeraar een maximumbedrag in rekening gebracht worden voor de regionale ondersteuning en/of een maximumbedrag voor kwaliteitsontwikkeling. Het maximumtarief voor de module regionale ondersteuning bedraagt op niveau 2013 € 1,48 per verzekerde. Het maximumtarief voor de module kwaliteitsontwikkeling (zowel NHG als KNOV)

¹⁴⁴ "Regionale ondersteuningsstructuren", LVG, 2012.

¹⁴⁵ "SGZ-ROS verbindt, verbetert en versterkt de eerste lijn", SGZ-ROS, 2014.

¹⁴⁶ "Beleidsregel BR/CU-7087. Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling", NZa, 2013.

¹⁴⁷ "Regionale Ondersteunings Structuur", Caransscoop, 2014.

¹⁴⁸ "Jaardocument ProGez 2012", ProGez, 2012.

¹⁴⁹ "Jaarverslag 2012", ROSET, 2012.

bedraagt op niveau 2013 maximaal € 0,12 per verzekerde. De tarieven worden jaarlijks geïndexeerd.¹⁵⁰

Op een totaal van 16,66 miljoen verzekerden¹⁵¹ zijn de uitgaven ongeveer € 24,2 miljoen, waarbij er van uitgegaan is dat de maximale bedragen zijn ingezet.

Om meer inzicht te krijgen in de inkomsten en uitgaven van ROS'en zijn via internet de jaarverslagen van ROS'en in Nederland gedownload. Slechts 3 van de 17 jaarverslagen bevatten een jaarrekening. Uit de beschikbare financiële gegevens blijkt dat ROS'en naast de financiering door ROS-gelden ook voor een aanzienlijk deel hun inkomsten ontleen uit projectfinanciering en andere bijdragen.^{152 153}

60 tot 80 procent van de financiële lasten gaat naar salarissen en overige personeelskosten. Andere belangrijke kostenposten zijn huisvestingskosten, bureau- of administratiekosten en kosten voor projecten. Relatief kleine kostenposten zijn de kosten voor bestuur en afschrijvingen.^{154 155 156}

Zorgverzekeraars gaan er van uit dat de ROS-en zullen assisteren bij de transitie naar wijkgerichte zorg. Zo geven zij bijvoorbeeld in hun eisen aan gezondheidscentra aan dat die een beroep kunnen doen op de ROS-en, bijvoorbeeld voor een marktscan. Daarnaast verwachten meerdere zorgverzekeraars van de ROS'en dat zij ondersteunen bij bovenlokale organisatie van zorg voor kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld met het maken van protocollen, voorbeeldafspraken en wijkscans.

ROS'en liggen deels onder vuur. Zo kwam in de interviews met sleutelspelers in de eerste lijn naar voren dat ROS'en vaak te ver van de dagelijkse praktijk af staan en dat de meeste taken die door ROS'en uitgevoerd worden (in de toekomst) ook door gezondheidscentra, zorggroepen of adviseurs uitgevoerd kunnen worden. Zo kunnen wijkscans en protocollen ook door gezondheidscentra of zorggroepen gemaakt worden, kunnen onafhankelijke adviseurs in plaats van ROS'en samenwerkingsinitiatieven begeleiden en kunnen gezondheidscentra of zorggroepen zelf innoveren. De huidige uitgaven aan ROS'en zijn totaal ongeveer € 24,2 miljoen. We gaan er in dit onderzoek vanuit dat de functies die ROS'en leveren de komende jaren ook geleverd moeten worden (al dan niet door de ROS'en zelf) en stellen daarom het bedrag van O&I voor taken die momenteel door ROS'en uitgevoerd worden op € 24 miljoen. Hierbij is er vanuit gegaan dat de omvang van de ROS'en niet toeneemt. Groei

¹⁵⁰ "Beleidsregel BR/CU-7087. Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling", NZa, 2013.

¹⁵¹ "Marktscan Zorgverzekeringmarkt. Weergave van de markt 2008-2012", NZa, juni 2012.

¹⁵² "Jaarverslag 2012", 1^{ste} Lijn Amsterdam, 2012.

¹⁵³ "Jaarverslag Stichting KOEL 2012", Stichting KOEL, 2012.

¹⁵⁴ "Jaarverslag 2012", 1^{ste} Lijn Amsterdam, 2012.

¹⁵⁵ "Jaarverslag 2012", ROS Friesland, 2012.

¹⁵⁶ "Jaarverslag 2012. Optimale zorg een stap dichterbij", ZONH, 2012.

vanwege advies en begeleiding van specifieke organisaties kan worden bekostigd uit de O&I van die organisaties.

12.5 HUISARTSENZORGEENHEID

LHV/NHG en InEen delen de visie dat in 2022 de huisartsenzorg wordt geleverd vanuit lokale samenwerkingsverbanden van huisartsen met ongeveer 7.500 tot 17.500 ingeschreven patiënten. Het zou dan gaan om een bundeling van ongeveer 3 tot 7 huisartsenpraktijken.¹⁵⁷

Uit het praktijkkostenonderzoek blijkt dat de praktijkkosten bijna € 16.000 oftewel 9% lager zijn voor een duo- of meerpersoonspraktijk dan voor een solopraktijk.¹⁵⁸ Als alle solopraktijken samengaan in meerpersoonspraktijken leidt dat dan ook tot minder praktijkkosten.

Totaal gaat het om ongeveer 1.455 solopraktijken x € 16.000 = € 23 miljoen. Dit kostenvoordeel rekenen we toe aan O&I voor samenwerking in huisartsenzorg. Het volgt immers uit besparingen door samenwerking van huisartsen.

12.6 VERGELIJKING MET ANDERE SECTOREN IN DE ZORG

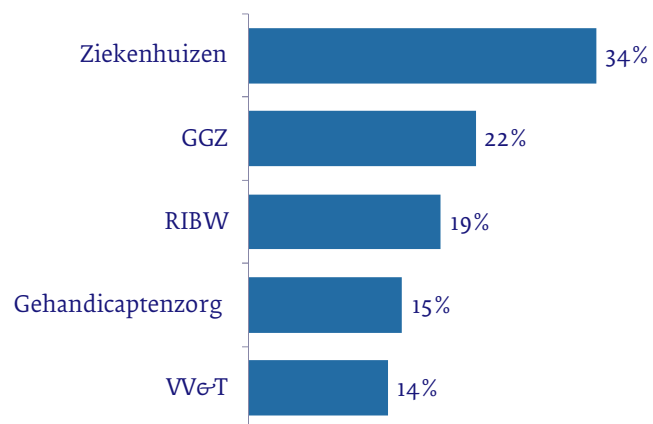
Het is moeilijk om de kosten voor O&I te vergelijken met andere sectoren. Ten eerste omdat de O&I waar dit rapport over gaat niet alle O&I bestrijkt. Immers, voor de zorg in segment 1 is ook O&I nodig. Daarnaast zijn gegevens van andere sectoren vooral gebaseerd op de inzet van personeel, terwijl de schatting voor alle O&I geldt. Toch is een grove vergelijking inzichtelijk. Dan zien we dat de schatting van ongeveer 15 - 19% aan O&I zeker niet hoog is vergeleken met andere zorgsectoren die 14% tot 34% van de FTE's aan overhead inzetten¹⁵⁹ (figuur 39).

¹⁵⁷ "Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022", LHV en NHG, 2012.

¹⁵⁸ "Praktijkkosten en –inkomensonderzoek huisartsenzorg", Significant B.V., september 2012.

¹⁵⁹ "Benchmark care 2021", Berenschot, 2012, "NVZ-brancherapport - Zorg loont", 2012.

Figuur 39: Inzet van FTE personeel aan overhead als aandeel van totaal, 2011 [procent]



13 MANIEREN VAN BETALEN VOOR ONDERSTEUNING EN INFRASTRUCTUUR

Om een manier van betalen te kiezen, moeten afwegingen op drie dimensies gemaakt worden. Er wordt vanuit gegaan dat de betaling via de zorgverzekeraars loopt. Hieronder worden eerst de uitersten per dimensie weergegeven. Verderop in dit hoofdstuk worden de keuzes verder uitgewerkt.

De systematische behandeling van de dilemma's resulteert in de richtinggevende kaders voor O&I. De volgende dilemma's zijn gedefinieerd:

1. De O&I wordt betaald
 - a. per component van de O&I; of
 - b. gebundeld voor de taken die O&I levert.
2. De O&I wordt betaald
 - a. aan een organisatie die O&I aanbiedt aan huisartsen die daar gebruik van kunnen maken; of
 - b. aan huisartsenzorgseenheden die vervolgens met die middelen de benodigde O&I inkopen.
3. De O&I wordt betaald als een lumpsum, per verzekerde, per patiënt, per handeling, per inspanning, of per andere betaaltitel.

De afwegingen worden in dit hoofdstuk verder uitgewerkt. Om deze afwegingen goed te kunnen maken, worden de eerder geformuleerde criteria gebruikt.

Het is goed om hierbij te realiseren dat voorkeuren van partijen voor bepaalde manieren van bekostigen sterk ingegeven worden door belangen. Zo geven huisartsenzorgseenheden de voorkeur aan betalen via huisartsenzorgseenheden, om zo meer regie te hebben. Organisaties geven de voorkeur aan betalen via organisaties om zo meer daadkracht en continuïteit te hebben en de ruimte voor innovatie te vergroten. Zorgverzekeraars willen afspraken kunnen maken met aanspreekbare organisaties en willen mogelijkheid hebben om te sturen. Voor een meer compleet overzicht van de belangen die spelen bij de verschillende partijen verwijzen we naar figuur 6 in paragraaf 3.2.

13.1 PER COMPONENT OF GEBUNDELD VOOR O&I BETALEN?

In hoofdstuk 9 zijn de taken beschreven, waarvoor O&I nodig is. Om die taken te realiseren, zijn bepaalde functies en bedrijfsmiddelen nodig, waarvoor moet worden betaald.

Bij betalen per component (figuur 40) bepaalt de zorgverzekeraar hoeveel van welke functie nodig is. Zo kan de verzekeraar bepalen dat er x FTE nodig is aan secretariële ondersteuning voor een lokaal samenwerkingsverband met 10.000 ingeschrevenen, dat € x,xx per patiënt betaald dient te worden voor het multidisciplinair dossier, enzovoorts. Uiteraard kan deze manier van betalen op verschillende detailniveaus worden ingevuld. Zo kan een bedrag per ingeschrevene voor alle ICT die nodig is naast het HIS aangehouden worden, een bepaald bedrag voor het KIS per patiënt met ketenzorg voor COPD, diabetes of CVRM, een bepaald bedrag voor de uitwisseling van gegevens met de nabijgelegen apotheek en een bepaald bedrag voor een gedeeld dossier met jeugdzorg.

Figuur 40: Schematische weergave van betalen per component

| | ICT | Bedrijfsvoering | Kwaliteit | Innovatie | Prof. samenwerking | Gemand. afspraken | Huisvesting |
|------------------------------|---|--|--|---|---|--|--|
| Buurt, wijk, kleine gemeente | <ul style="list-style-type: none"> • ICT gebruik in praktijken • Toepassing e-health | <ul style="list-style-type: none"> • Professionele bedrijfsvoering | <ul style="list-style-type: none"> • Zorgprogramma's in praktijken multidisciplinair implementeren | <ul style="list-style-type: none"> • Voortdurende verbetering zorg en ondersteuning | <ul style="list-style-type: none"> • Professionele samenwerking met aanbieders in de wijk organiseren • Samen maken wijkrofel | <ul style="list-style-type: none"> • Afspraken over wijkprojecten, bijv. in gemeentes, welzijn e.d. | <ul style="list-style-type: none"> • Ruimte voor lokale samenwerking • Vergaderfaciliteiten voor zorgprofessionals |
| Grote gemeente / regio | <ul style="list-style-type: none"> • ICT ondersteuning van zorgprogramma's • ICT beheer | <ul style="list-style-type: none"> • Bedrijfsvoering over multidiscipl. samenwerking en afspraken | <ul style="list-style-type: none"> • Nieuwe zorgprogramma's maken en integraal uitwerken (inhoud, verantwoording, PDCA, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelen innovaties afgestemd op regio | <ul style="list-style-type: none"> • Afspraken met specialisten / ziekendis / GGZ-instelling • Run van HAP | <ul style="list-style-type: none"> • Afspraken met een of meer gemeentes over preventie, kwetsbare ouderen e.d. | <ul style="list-style-type: none"> • Huisvesting zorggroepen, coöperatie gezondheidscentra |
| Boven-regionaal | <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelen e-health programma's | | | <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelen landelijke toe te passen innovaties | | | |
| Landelijk | <ul style="list-style-type: none"> • Landelijk scherp punt voor ICT | | <ul style="list-style-type: none"> • Zorglijnen ontwikkelen | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluatie en onderzocht naar innovaties en hun effect | <ul style="list-style-type: none"> • Afspraken over gebruik EPD • Afspraken over richtlijnen | <ul style="list-style-type: none"> • Vertegenwoordiging in landelijk overleg | |

Bij gebundelde betaling (figuur 41) betaalt de zorgverzekeraar voor de taken die met behulp van O&I geleverd worden. Voorbeelden van taken zijn een goed werkend lokaal samenwerkingsverband of het uitwisselen van gegevens voor ketenzorg. Met deze manier van financieren betaalt de zorgverzekeraar dus niet voor een specifieke component, zoals voor ICT, personeel of bedrijfsruimte.

Figuur 41: Schematische weergave van gebundeld betalen



De vraag of gefinancierd dient te worden per component of gebundeld is zowel relevant voor het contracteren van O&I met een organisatie die O&I levert als voor het contracteren met huisartsen die de O&I vervolgens inkopen.

Gebundeld betalen betekent dat een O&I organisatie alle functies zoveel mogelijk in samenhang aanbiedt en dat met die organisatie kwaliteitsafspraken en financiële afspraken gemaakt worden.

Dit wil echter niet zeggen dat alle O&I door één organisatie geleverd moet worden. Zo kan bijvoorbeeld organisatie A ketenzorg voor VRM leveren, organisatie B voor COPD en organisatie C de jeugdzorg coördineren. Organisatie A,B en C leveren dan alle functies, maar voor andere patiëntengroepen.

13.1.1 Criterium 1 – Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal

Bij zowel betalen per component als bij gebundeld betalen kan de zorgvraag van de patiënt en populatie centraal staan. Uiteraard zijn er veel regionale verschillen, maar er zijn ook veel overeenkomsten in populaties. Zo zal ieder lokaal samenwerkingsverband tientallen patiënten met COPD, diabetes of hartfalen kennen. Veel componenten voor multidisciplinaire samenwerking zijn dan ook gelijk, waar deze patiënten zich dan ook bevinden.

Zo lang er geen goede uitkomstindicatoren beschikbaar zijn, kan de zorgverzekeraar eisen stellen aan de structuren en processen, waarmee zorg en ook O&I tot stand komt. Inkoop per component past daar het beste bij. Bij gebundelde inkoop is het lastiger om structuur- en procesindicatoren te gebruiken, omdat de invulling sterk kan verschillen. Gebundelde inkoop gaat ervan uit dat de waarde van O&I voor de patiënt gemeten kan worden, waardoor eisen aan processen minder noodzakelijk zijn.

De patiëntgerichtheid kan juist ook baat hebben bij gebundelde inkoop. De aanbieder van O&I heeft dan meer vrijheid om de functies af te stemmen op de lokale omstandigheden. Zo is de benodigde O&I in een gebied met veel ouderen wellicht anders dan de benodigde O&I in een gebied met jonge gezinnen.

13.1.2 Criterium 2 – Staat samenwerken op meerdere schalen toe

Samenwerken op meerdere schalen of niveaus is in principe mogelijk bij betalen per component. Daarvoor is flexibiliteit van de aard en hoeveelheid componenten nodig. Het risico is dat niet de schaal van samenwerking de componenten bepaalt, maar dat er een standaardisering van componenten optreedt die mede de schaal van samenwerken bepaalt. Als de schaalvoordelen voor een specifieke component sterk zijn, kan dat een legitieme reden zijn om op een grotere schaal te gaan samenwerken; bijvoorbeeld voor ICT. Met betalen per component is dat mogelijk.

Als gebundeld betaald wordt, heeft de zorgaanbieder de vrijheid om de bedrijfsvoering aan te passen aan de benodigde schaal. Die schaal kan verschillen voor de verschillende taken. Zo zijn er gebieden waar de ROS, zorggroep en huisartsendienstenstructuur/HAP zijn samengebracht in een organisatie, terwijl dat in andere gebieden niet het geval is. Daarnaast kan de schaal verschillen binnen een niveau. Zo kan het niveau van de gemeente of regio bestaan uit 100.000 tot 1.000.000 inwoners.

13.1.3 Criterium 3 – Bevordert samenhang

Betalen per component kan versnippering voorkomen, mits de componenten bij verschillende zorgaanbieders gelijk zijn en goed op elkaar afgestemd worden. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld zorgen dat in een regio de O&I op dezelfde manier georganiseerd wordt. Als de componenten niet goed op elkaar worden afgestemd, kan betalen per component juist leiden tot fragmentatie.

Betalen voor de taken oftewel gebundeld betalen kan ervoor zorgen dat verschillende zorgaanbieders kiezen voor een andere invulling van de functies. Dat kan leiden tot versnippering bij samenwerken in de regio en kan ten koste gaan van mono- en multidisciplinaire afstemming. Bijvoorbeeld doordat zorgaanbieders met een ander ICT systeem werken of doordat gezamenlijke afspraken over ketenzorg bij de ene zorgaanbieder door een gedelegeerd huisarts worden gemaakt, terwijl bij een andere zorgaanbieder een contractmanager dat doet.

13.1.4 Criterium 4 – Bevordert daadkracht en continuïteit

Betalen per component kan daadkracht en continuïteit bevorderen. Het geeft rust en duidelijkheid voor de zorgprofessional als hij weet hoeveel voor welke bedrijfsmiddelen voor O&I gefinancierd wordt. De betaling voor de componenten moet

dan voor een bepaalde periode zeker zijn, zodat de zorgaanbieder de benodigde investeringen kan terugverdienen.

Met betalen per component kan makkelijker rekening gehouden worden met lokale verschillen voor een specifieke component dan bij gebundeld betalen. Zo kunnen bijvoorbeeld de huisvestingslasten sterk verschillen binnen Nederland, maar ook binnen een stad, afhankelijk van de wijk waar de huisarts gevestigd is. Bij gebundeld betalen is het lastiger om de betaling daarop aan te passen.

Gebundeld betalen geeft meer onzekerheid of investeringen kunnen worden terugverdiend. De zorgaanbieder moet dan zelf beslissen in welke bedrijfsmiddelen hij investeert. De onzekerheid kan leiden tot terughoudendheid. Enige mate van onzekerheid levert ook een efficiëntieprikkel. De aanbieder van O&I moet de investeringen doen die ook in de toekomst nuttig zijn. De aanbieder heeft daar waarschijnlijk meer inzicht in dan de zorgverzekeraar.

Een voordeel van gebundeld betalen is dat het de continuïteit en daadkracht juist kan bevorderen, omdat niet iedere keer dat er kosten of investeringen voor een bepaalde component nodig zijn, toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Door te kunnen schuiven met budgetten kan de aanbieder van O&I sneller op veranderingen inspelen.

Gebundeld betalen is het meest consistent met een principe bij het benchmarken van bedrijven. Namelijk dat zorgverzekeraars de zorgaanbieders niet afrekenen op basis van benchmarks per component. Immers, relatief hoge kosten op één component kunnen worden gecompenseerd met lage kosten op een andere component. Stel zorgaanbieder A houdt een oud ICT systeem en huurt iedere week een werkstudent in om gegevens in te voeren en zorgaanbieder B investeert in een nieuw systeem. Als A dan de personeelskosten moet verlagen en B de ICT kosten, komen beiden in de problemen.

13.1.5 Criterium 5 – Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg

Betalen per component kent waarschijnlijk een sterkere neiging tot bureaucrativering dan gebundeld betalen. Het risico is dat de aandacht van het management van O&I uitgaat naar de functies, bedrijfsmiddelen en de daaraan gekoppelde financiering in plaats van naar de doelen van O&I.

Met gebundeld betalen wordt waarschijnlijk meer aandacht besteed aan de doelen van O&I. Bovendien kent gebundeld betalen waarschijnlijk minder transactiekosten tussen zorgverzekeraar en aanbieder van O&I, omdat er niet per component onderhandeld wordt.

13.1.6 Criterium 6 – Borgt commitment van zorgprofessionals

Zowel bij betalen per component als bij gebundeld betalen, kan de zorgprofessional invloed hebben op de governance van de organisaties die O&I leveren.

13.1.7 Criterium 7 – Geeft ruimte aan innovatie

Eén van de risico's van betalen per component is dat innovatie gedempt wordt. Bij een betaling per component worden mogelijke nieuwe manieren die zorgaanbieders bedenken om de taken uit te voeren met andere bedrijfsmiddelen niet betaald. Daarvoor is dan aparte projectfinanciering nodig. Bovendien hebben zorgaanbieders ook een minder sterke prikkel om efficiëntieverbeteringen door te voeren, omdat minder inzet van componenten hen niet direct een voordeel oplevert.

Gebundeld betalen geeft waarschijnlijk meer ruimte aan innovatie. Als de taak efficiënter of met hogere kwaliteit uitgevoerd kan worden, heeft de zorgaanbieder daar ook voordeel van. Het inzetten van minder componenten leidt bij gebundeld betalen immers niet tot minder betaling.

13.1.8 Criterium 8 – Gaat primair uit van vertrouwen

Betalen per component gaat ervan uit dat de zorgverzekeraar inzicht heeft in de benodigde componenten en hoeveelheid daarvan. Hiermee lijkt betalen per component minder uit te gaan van vertrouwen in diegene die er verantwoordelijk voor is dat O&I tot stand komt dan gebundeld betalen. Overigens kan dat terecht zijn als de zorgverzekeraar ook daadwerkelijk meer inzicht dan de zorgaanbieder heeft in hoeveel van welke functies/bedrijfsmiddelen nodig zijn, bijvoorbeeld op basis van een benchmark of best practices van gecontracteerde zorgaanbieders.

Bij gebundeld betalen kan de verantwoordelijke voor O&I zelf bepalen welke functies/bedrijfsmiddelen daarvoor nodig zijn. Verschillende zorgaanbieders kunnen andere oplossingen kiezen. Gebundeld betalen maakt verantwoording afleggen moeilijker, omdat de onderlinge vergelijkbaarheid - althans voor wat betreft de bedrijfsvoering - waarschijnlijk afneemt.

13.1.9 Conclusie

De essentie van het dilemma dat beschreven is in bovenstaande paragraaf is of O&I beter per component of gebundeld betaald kan worden. De overwegingen hebben we hierboven geformuleerd en in onderstaande tabel (tabel 8) hebben we de uitkomsten samengevat. Daarbij hebben we aangegeven welke wijze van betalen het beste scoort op een bepaald criterium.















Tabel 8. Per component of gebundeld betalen: 'V' scoort beste op criterium

| | Criterium | Wat betalen | |
|---|---|---------------|-----------|
| | | Per component | Gebundeld |
| 1 | Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal | | |
| 2 | Staat samenwerken op meerdere schalen toe | | V |
| 3 | Bevordert samenhang | | |
| 4 | Bevordert daadkracht en continuïteit | | |
| 5 | Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg | | V |
| 6 | Borgt commitment van zorgprofessionals | | |
| 7 | Geeft ruimte aan innovatie | | V |
| 8 | Gaat primair uit van vertrouwen | | V |
| | *V: scoort het beste op het criterium. | | |

Het blijkt dat gebundeld betalen op vier van de acht criteria het beste scoort. Per component betalen scoort op geen van de criteria het beste. Op basis van deze afweging achten wij het optimaal om O&I gebundeld te betalen. Dit betekent dat alle O&I componenten zoveel mogelijk door een organisatie in samenhang worden aangeboden en dat met die organisatie kwaliteitsafspraken en financiële afspraken worden gemaakt.

Gebundeld betalen kent echter ook een aantal nadelen. Gebundeld betalen scoort zwak op het criterium 'Bevordert samenhang' en matig op de criteria 'Bevordert daadkracht en continuïteit', 'Borgt commitment van zorgprofessionals' en 'Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal'. In tabel 9 is dit schematisch weergegeven.

Tabel 9. Per component of gebundeld betalen: schematische weergave van voor- en nadelen

| Criterium | Wat betalen? | |
|---|---|---|
| | Per component | Gebundeld |
| 1 Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal |  <ul style="list-style-type: none"> + Voor veel patiëntengroepen is Oe-I vergelijkbaar, waardoor de bijbehorende componenten gestandaardiseerd kunnen + Zorgverzekeraar kan eisen stellen aan structuur en processen, waarmee zorg en Oe-I tot stand komen. |  <ul style="list-style-type: none"> - Invulling kan sterk verschillen, waardoor lastiger om gebruik te maken van structuur- en procesindicatoren. o Gaat ervan uit dat waarde voor patiënt gemeten kan worden, waardoor eisen aan processen minder noodzakelijk zijn. + Aanbieder van Oe-I heeft meer vrijheid om functies af te stemmen op lokale omstandigheden. |
| 2 Staat samenwerken op meerdere schalen toe |  <ul style="list-style-type: none"> - Risico dat standaardisering optreedt en componenten schaal gaan bepalen. o Mogelijk bij flexibiliteit van aard en hoeveelheid componenten. + Mogelijkheid om op grotere schaal te werken, wanneer schaalvoordelen voor specifieke component sterk zijn. |  <ul style="list-style-type: none"> + Zorgaanbieder heeft vrijheid om bedrijfsvoering aan te passen aan benodigde schaal. |
| 3 Bevordert samenhang |  <ul style="list-style-type: none"> o Componenten dienen bij verschillende zorgaanbieders op elkaar afgestemd te worden. |  <ul style="list-style-type: none"> - Kan leiden tot versnippering bij samenwerken in regio, wanneer verschillende zorgaanbieders kiezen voor andere invulling van functies. |
| 4 Bevordert daadkracht en continuïteit |  <ul style="list-style-type: none"> o Betaling voor componenten moet voor bepaalde periode zeker zijn. + Duidelijkheid voor zorgprofessional over hoeveelheid financiering voor bedrijfsmiddelen. + Eenvoudiger om rekening te houden met lokale verschillen voor specifieke componenten, bijv. huisvesting. |  <ul style="list-style-type: none"> - Geeft meer onzekerheid of investeringen kunnen worden terugverdiend. + Onzekerheid bij investeren kan enerzijds leiden tot terughoudendheid, maar anderzijds ook tot efficiëntie. + Geen toestemming van zorgverzekeraar nodig voor iedere investering voor specifieke componenten. + Oe-I aanbieder kan sneller op veranderingen inspelen, doordat hij kan schuiven met budgetten. |
| 5 Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg |  <ul style="list-style-type: none"> - Waarschijnlijk sterkere neiging tot bureaucrativering vanwege verantwoordelijkheid per component |  <ul style="list-style-type: none"> + Waarschijnlijk meer aandacht besteed aan doelen van Oe-I. + Minder transactiekosten, omdat niet per component onderhandeld wordt. |
| 6 Borgt commitment van zorgprofessionals |  <ul style="list-style-type: none"> o Zorgprofessional kan invloed hebben op governance van Oe-I organisaties. |  <ul style="list-style-type: none"> o Zorgprofessional kan invloed hebben op governance van Oe-I organisaties. |
| 7 Geeft ruimte aan innovatie |  <ul style="list-style-type: none"> - Risico dat innovatie gedempt wordt. Hier is aparte projectfinanciering voor nodig. - Lagere prikkel voor zorgaanbieders tot efficiëntieverbeteringen, omdat minder inzet van componenten geen direct voordeel oplevert. |  <ul style="list-style-type: none"> + Meer ruimte voor innovatie: efficiënter werken heeft voordelen voor zorgaanbieder. |
| 8 Gaat primair uit van vertrouwen |  <ul style="list-style-type: none"> - Gaat minder uit van vertrouwen in verantwoordelijke voor Oe-I. o Gaat ervan uit dat zorgverzekeraar inzicht heeft in benodigde componenten en hoeveelheid daarvan. |  <ul style="list-style-type: none"> - Verantwoording afleggen is moeilijker, doordat onderlinge vergelijkbaarheid afneemt. + Verantwoordelijke voor Oe-I kan zelf bepalen welke functies/bedrijfsmiddelen nodig zijn. |

Als partijen kiezen voor gebundeld financieren, dienen wel een aantal potentiële nadelen gecompenseerd te worden:

- Zorgvraag centraal: Bij gebundeld betalen is het mogelijk dat de aanbieders van O&I, in het bijzonder voor het aanbieden van de multidisciplinaire zorgketens, te veel los komen te staan van de kenmerken van de populatie. Dit betekent dat deze samenhang in de afspraken geëxpliciteerd moet worden, bijvoorbeeld door bij de inkoop aandacht te besteden aan de vraag om explicitering van de populatiegegevens en de mate waarin het multidisciplinaire zorgaanbod daarop is aangepast. Ook is het mogelijk dat de populatie vraagt om bijzondere O&I vereisten, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een heel jonge of juist een relatief oude populatie of wanneer er sprake is van veel allochtone mensen in de populatie.
- Samenhang: Hier gaat het vooral om verschillende organisaties in een regio die ieder O&I gebundeld regelen (bijvoorbeeld meer zorggroepen in een regio of zowel zorggroepen als grotere koepels van gezondheidscentra). Hier mag verwacht worden dat op kritische punten van samenhang (bijvoorbeeld keten-ICT voorzieningen) samenwerkingsafspraken gemaakt worden tussen de aanbieders van O&I en dat deze afspraken ook geëxpliciteerd en gecontroleerd kunnen worden. Dit kan één van de voorwaarden voor financiering van de gebundelde O&I voorzieningen zijn.
- Daadkracht en continuïteit: Hier gaat het met name om eventuele terughoudendheid in investeringen in O&I, omdat toekomstige inkomsten onzeker zijn. Dat kan op termijn de kwaliteit van O&I en daarmee de kwaliteit van de zorg ondermijnen. Een mogelijke oplossing is hier om met meerjarige afspraken voor de financiering voor O&I te werken.
- Commitment van zorgprofessionals: Een vaak genoemd punt is de invloed van professionals. Bij gebundeld inkopen van O&I kunnen professionals het gevoel krijgen dat ze minder invloed hebben op de afzonderlijke componenten van O&I, omdat de functies gebundeld gefinancierd worden. De oplossing ligt hier in het expliciet een plaats geven aan professionals in zowel het formuleren van eisen/mandaat als in de wijze waarop wordt ingekocht en feitelijke afspraken gemaakt worden. Voor het geven van deze invloed zijn verschillende oplossingen denkbaar en iedere O&I organisatie heeft daar de facto werkende oplossingen in voorhanden.

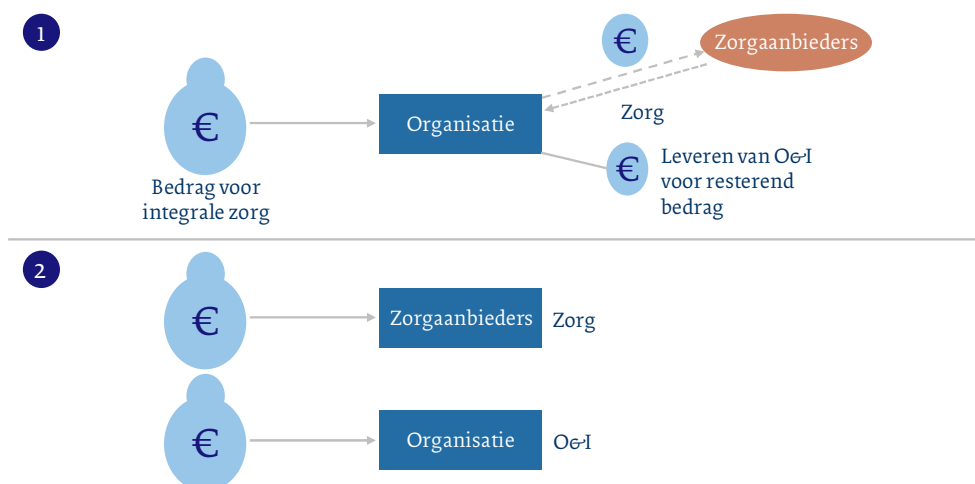
13.2 VIA ORGANISATIE OF VIA HUISARTSENZORGEENHEID BETALEN?

De zorgverzekeraar kan een contract sluiten met de organisatie die O&I levert of met de huisartsenzorgseenheid die vervolgens de benodigde O&I inkoop.

Als de organisatie de contractant is van de zorgverzekeraar (figuur 42) zijn er twee verschillende mogelijkheden:

1. De organisatie is eindverantwoordelijk voor de integrale zorg. De organisatie levert dan de O&I en koopt de benodigde zorg in bij huisartsen en andere zorgaanbieders.
2. De organisatie levert alleen de O&I en wordt ook alleen hiervoor gefinancierd door de zorgverzekeraar. De benodigde zorg rekt de zorgverzekeraar direct af met de zorgaanbieders (ook wel 'koptarief' genoemd).

Figuur 42: Schematische weergave van betalen via de organisatie

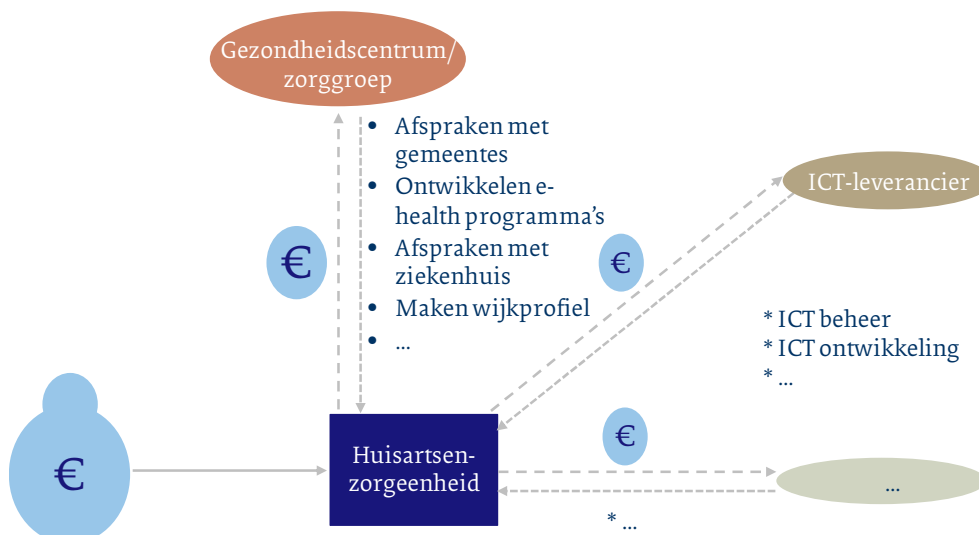


Als het lokale samenwerkingsverband van huisartsen de contractant is voor O&I (figuur 43) krijgen de huisartsenzorgseenheden de middelen om de benodigde O&I in te kopen bij lokale, regionale of landelijke dienstverleners. Dat de huisartszorgseenheid de middelen voor O&I ontvangt, wil nog niet zeggen dat de huisartszorgseenheid de bijbehorende taken ook zelf moet uitvoeren of componenten van bedrijfsvoering zelf moet aanschaffen. De huisartszorgseenheid is er wel voor verantwoordelijk dat de O&I geleverd wordt, maar kan die taken bij een andere organisatie beleggen.

In het scenario waarin de huisartsenzorgseenheden betaald worden om O&I in te kopen, zouden de kosten voor O&I onderdeel kunnen zijn van de bekostiging van s1 van de huisartsenzorg. Ook is een hybride model mogelijk, waarbij bijvoorbeeld de O&I voor

het lokale samenwerkingsverband via de huisarts wordt betaald, terwijl de O&I voor programmatische multidisciplinaire zorg in s2 wordt bekostigd via organisaties.

Figuur 43: Schematische weergave van betalen via de huisartsenzorg



Met beide vormen van contracteren - via de organisatie of via de huisartsenzorg - kan ervoor gekozen worden om te betalen per component van O&I of om gebundeld te betalen.

13.2.1 Criterium 1 – Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal

De populatie kan zowel bij het contracteren van O&I met organisaties als met huisartsenzorg centraal staan. Gegeven de regierol van de zorgverzekeraar in het stelsel ligt een belangrijke verantwoordelijkheid daarvoor uiteraard bij de inkoopende zorgverzekeraar. Als de zorgverzekeraar integraal inkoop bij een organisatie; dus zorg en O&I, kan de organisatie eisen stellen aan de huisartsenzorg die de zorg leveren. Zo stellen zorggroepen bijvoorbeeld eisen aan deelnemende huisartsenzorg. Als die aan de gestelde eisen voldoen, kunnen ze ketenzorg leveren conform de kwaliteitseisen die de zorggroep met de zorgverzekeraar heeft afgesproken.

Bij het contracteren van organisaties bestaat het risico dat het belang van de organisatie gaat prevaleren boven het belang van de patiënt. De huisartsenzorg kan de O&I inkopen die nodig is voor de specifieke patiëntenpopulatie.

Voor zorg die te maken heeft met het karakter van de wijk heeft een huisartsenzorg waarschijnlijk beter zicht op welke O&I nodig is. Anderzijds bestaat bij het contracteren via de huisartsenzorg het risico dat de huisarts geen goed overzicht heeft van de populatie waarvoor O&I ingekocht moet worden. Die

populatie kan immers bestaan uit patiënten met een bepaalde aandoening uit veel meer huisartsenzorgseenheden. Juist organisaties die O&I aanbieden aan meerdere huisartsenzorgseenheden beschikken wel over het overzicht, vooral als die O&I aanbieder voor een hele regio werkt.

13.2.2 Criterium 2 – Staat samenwerken op meerdere schalen toe

Contracteren met organisaties voor O&I kan in principe rekening houden met de schalen waarvoor O&I nodig is. De zorgverzekeraar moet dan wel weten welke schaal van samenwerken waar nodig is en op welk niveau samengewerkt moet worden. Er bestaat een risico dat de gecontracteerde organisatie de schaal bepaalt, bijvoorbeeld als er lokale monopolies van O&I aanbieders ontstaan. Een ander risico is dat niet op alle schalen gecontracteerd wordt.

Contracteren met de huisartsenzorgseenheid geeft veel vrijheid om de O&I op meerdere schalen te organiseren. De huisartsenzorgseenheid heeft waarschijnlijk meer informatie dan de zorgverzekeraar over de lokale omstandigheden en de daarvoor benodigde schaal van O&I en kan daar op in spelen.

13.2.3 Criterium 3 – Bevordert samenhang

Eenzijds wordt versnippering voorkomen door het contracteren van één organisatie die O&I levert. De zorgverzekeraar kan eisen opleggen aangaande het gebied en het zorgaanbod waarvoor de organisatie O&I levert. Dit kan de inzet van O&I voor andere disciplines zoals fysiotherapie en farmacie, ten goede komen.

Contracteren via organisaties kan ook versnippering in de hand werken. Als er bijvoorbeeld andere organisaties zijn die de O&I leveren voor ketenzorg, ouderenzorg en wijkverpleging, kan de continuïteit van zorg voor een patiënt die alle drie soorten van zorg nodig heeft in gevaar komen. Dit is echter inherent aan de huidige structuur van de zorg en doet zich bij beide vormen van betalen voor.

Als de huisartsenzorgseenheid de benodigde O&I inkoop bij veel verschillende partijen dan werkt dat versnippering in de hand. Als de huisartsenzorgseenheid langdurige afspraken maakt met een beperkt aantal partijen, dan kan dit de samenhang bevorderen. Patiënten mogen geen last krijgen van eventuele inkoop van O&I bij verschillende partijen.

13.2.4 Criterium 4 – Bevordert daadkracht en continuïteit

Contracteren met aanbieders van O&I gaat er vanuit dat de O&I niet ‘vanzelf’ tot stand komt. De O&I wordt gestimuleerd door rechtstreeks organisaties die daarvoor verantwoordelijk zijn, te betalen. Als voorbeeld werd in de interviews genoemd dat zorggroepen voor ketenzorg en HAP's pas echt goed tot ontwikkeling zijn gekomen toen

deze rechtstreeks werden gefinancierd. Bovendien kan de zorgverzekeraar de organisaties continuïteit bieden door over meerdere jaren afspraken te maken.

Contacteren via organisaties geeft bovendien de mogelijkheid om op te schalen en de scope uit te breiden. Overigens hebben serviceproviders die worden ingekocht door huisartsenzorgeenheden ook de mogelijkheid om schaal en scope te optimaliseren.

Bij het contracteren via de huisartsenzorgeenheid bestaat er een risico dat de organisaties die O&I leveren niet stabiel zijn. Dit hangt uiteraard sterk af van de contracten die huisartsenzorgeenheden met de organisaties voor O&I sluiten. Als huisartsenzorgeenheden snel kunnen wisselen van O&I dienstverleners kan dat de continuïteit van de O&I organisaties bedreigen. Dit hoeft overigens niet te leiden tot een bedreiging voor de continuïteit van de benodigde O&I en de zorg.

13.2.5 Criterium 5 – Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg

Als zorg, inclusief O&I, wordt ingekocht bij een organisatie, moet die vervolgens zorg inkopen bij zorgaanbieders. Dat is voor huisartsen interessant als de O&I hen goed ondersteunt met het leveren van zorg en goed betaalt voor de zorg die de huisarts levert. Het leveren van toegevoegde waarde wordt dus gestimuleerd, omdat de huisarts gecontracteerd moet worden. Anderzijds is er een groot risico op dubbele bekostiging, omdat de huisarts voor dezelfde patiënten ook nog rechtstreeks kan declareren bij de zorgverzekeraar.

Als alleen de O&I wordt ingekocht bij een organisatie (koptarief), komt de prikkel voor de organisatie die O&I levert om toegevoegde waarde te leveren vooral uit het contract met de zorgverzekeraar.

Als het lokale samenwerkingsverband van huisartsen verantwoordelijk is om zelf de benodigde O&I in te kopen, ontstaat er een markt voor O&I organisaties. De O&I organisaties moeten zich dan onderscheiden door kwaliteit van zorg voor de patiënt en dienstverlening voor de huisarts tegen efficiënte kosten. Contracteren via de huisartsenzorgeenheid stimuleert dan het leveren van toegevoegde waarde. Anderzijds leidt contracteren via huisartsenzorgeenheden tot veel transactiekosten, omdat alle huisartsenzorgeenheden beslissingen moeten nemen en contracten moeten sluiten met O&I organisaties.

13.2.6 Criterium 6 – Borgt commitment van zorgprofessionals

Met zowel contracteren via de organisatie als via de huisartsenzorgeenheid kan de zorgprofessional invloed op het beleid en de governance van de O&I organisatie hebben.

Bij contracteren via organisaties moet dan wel worden vereist dat professionals worden betrokken bij de governance. Als dat goed gebeurt, kan de organisatie voor O&I juist

een platform bieden voor regionale besluitvorming van meerdere huisartsenzorgseenheden.

Bij integrale contractering kan de professional in ieder geval invloed opeisen. Hij kan er immers voor kiezen om geen zorgdiensten aan een zorggroep te leveren als hij zijn invloed niet voldoende vindt.

Als de huisartsenzorgseenheid de contractant is, heeft die meer invloed op het beleid van de O&I organisatie. Immers, de zorgprofessional kan de benodigde O&I eventueel elders inkopen. Daarmee heeft de zorgprofessional een sterk instrument om de aanbieders van O&I te beïnvloeden.

Er is overigens ook een risico op teveel invloed van zorgprofessionals op het beleid van de O&I organisatie. Volgens meerdere geïnterviewden kunnen zorgprofessionals niet altijd goed oordelen over de vaardigheden die nodig zijn om een organisatie goed te besturen en te managen. Het uit handen geven van dergelijke taken aan professionele managers en bestuurders die daar ook voor betaald worden, stuit nogal eens op weerstand bij zorgaanbieders.

13.2.7 Criterium 7 – Geeft ruimte aan innovatie

Als een zorgverzekeraar een organisatie voor O&I contracteert met middelen voor innovatie kan die organisatie mensen vrijmaken om te innoveren. Operationeel gezien levert dit waarschijnlijk meer ruimte voor innovatie dan contracteren via huisartsenzorgseenheden. Echter, als de organisaties die O&I leveren dominant zijn, kan het de toetreding van nieuwe aanbieders belemmeren.

Veel innovaties komen tot stand door gedreven professionals die nieuwe manieren van zorg uitproberen. Dit is vaak maar een minderheid van de zorgaanbieders. Contracteren van O&I via huisartsenzorgseenheden geeft waarschijnlijk minder ruimte aan product- en diensteninnovatie, omdat de meeste huisartsenzorgseenheden de benodigde O&I in zullen kopen gegeven de bestaande manier van werken.

13.2.8 Criterium 8 – Gaat primair uit van vertrouwen

Contracteren met de huisartsenzorgseenheid gaat ervan uit dat die ervoor kan zorgen dat de benodigde O&I tot stand komt. Het gaat dus primair uit van vertrouwen. Overigens hebben niet alle geïnterviewden dat vertrouwen nu. Er wordt gewezen op het risico dat huisartsenzorgseenheden de middelen niet efficiënt in zullen zetten. Dit risico is mogelijk te mitigeren door de middelen te oormerken voor uitgave aan O&I.

13.2.9 Conclusie

De essentie van het dilemma dat beschreven is in bovenstaande paragraaf is of O&I beter via een organisatie of via de huisartsenzorgseenheid betaald kan worden. De

overwegingen hebben we hierboven geformuleerd. In onderstaande tabel (tabel 10) staat aangegeven welke wijze van betalen het beste scoort op een bepaald criterium.

Tabel 10. Via de organisatie of via de huisartsenzorg: 'V' scoort beste op criterium

| Criterium | Via wie betalen | |
|--|---|----------------|
| | Organisatie | Huisartsenzorg |
| 1 | Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal | |
| 2 | Staat samenwerken op meerdere schalen toe | V |
| 3 | Bevordert samenhang | V |
| 4 | Bevordert daadkracht en continuïteit | V |
| 5 | Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg | |
| 6 | Borgt commitment van zorgprofessionals | V |
| 7 | Geeft ruimte aan innovatie | V |
| 8 | Gaat primair uit van vertrouwen | V |
| *V: scoort het beste op het criterium. | | |

Te betalen via de organisatie of via de huisartsenzorg blijkt een waar dilemma, omdat bij beide manieren van bekostiging drie criteria als beste scores, terwijl beide bekostigingsopties ook op een aantal criteria zwak scoren. In tabel 11 is dit schematisch weergegeven. De meeste geïnterviewden geven aan dat betalen via de organisatie de voorkeur heeft. Het is eenvoudiger en leidt niet tot discussies over afdrachten van huisartsen.

Tabel 11. Via organisatie of via huisartsenzorgzaamheid betalen: schematische weergave van voor- en nadelen

| Criterium | Via wie betalen? | |
|---|--|--|
| | Via organisatie | Via huisartsenzorgzaamheid |
| 1 Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal |  <ul style="list-style-type: none"> - Risico dat belang van organisatie gaat prevaleren boven belang van patiënt. + Organisatie beschikt over overzicht van populatie, waarvoor Oe-1 ingekocht moet worden. + Bij integraal inkopen, kan organisatie eisen stellen aan zorg die zij moet leveren. |  <ul style="list-style-type: none"> + Huisartsenzorgzaamheid kent de patiënt, vooral als het aandoeningen betreft waarin de lokale omstandigheden |
| 2 Staat samenwerken op meerdere schalen toe |  <ul style="list-style-type: none"> - Risico dat gecontracteerde organisatie schaal gaat bepalen, bijvoorbeeld wanneer lokale monopolies van Oe-1 organisaties ontstaan. o Zorgverzekeraar moet weten welke schaal van samenwerken waar nodig is. |  <ul style="list-style-type: none"> + Meer vrijheid om Oe-1 op meerdere schalen te organiseren. + Huisartsenzorgzaamheid heeft waarschijnlijk meer informatie dan zorgverzekeraar over lokaal benodigde schaal en kan daarop inspelen. |
| 3 Bevordert samenhang |  <ul style="list-style-type: none"> + Meer continuïteit van zorg wanneer dezelfde organisaties Oe-1 leveren voor meerdere ketens, ouderenzorg en wijkverpleging. + Zorgverzekeraar kan eisen opleggen aangaande gebied en zorgaanbod, waarvoor organisatie Oe-1 levert. |  <ul style="list-style-type: none"> - Versnippering, wanneer huisartsenzorgzaamheid benodigde Oe-1 inkoopt bij veel verschillende partijen. o Versnippering tegengegaan, indien huisartsenzorgzaamheid patiënt als uitgangspunt neemt bij inkopen van Oe-1. |
| 4 Bevordert daadkracht en continuïteit |  <ul style="list-style-type: none"> + Oe-1 wordt gestimuleerd door Oe-1 organisaties te betalen. + Zorgverzekeraar kan organisaties continuïteit bieden door afspraken te maken over meerdere jaren. |  <ul style="list-style-type: none"> - Bedreiging voor continuïteit van Oe-1 organisaties, wanneer huisartsenzorgzaamheden snel kunnen wisselen van Oe-1 dienstverleners. - Oe-1 organisaties zijn in het verleden niet vanzelf tot stand gekomen. |
| 5 Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg |  <ul style="list-style-type: none"> - Integraal Oe-1 en zorg: Risico op dubbele bekostiging, omdat huisartsenzorgzaamheid voor dezelfde patiënten ook rechtstreeks kan declareren o Alleen Oe-1 (koptarifief): Prikkel voor Oe-1 organisatie om toegevoegde waarde te leveren, komt vooral uit contract met verzekeraar. + Integraal Oe-1 en zorg: Leveren van toegevoegde waarde gestimuleerd, omdat huisartsenzorgzaamheid gecontracteerd moet worden. |  <ul style="list-style-type: none"> - Leidt tot veel transactiekosten. + Oe-1 organisaties moeten zich onderscheiden op kwaliteit van zorg, dienstverlening en kosten. |
| 6 Borgt commitment van zorgprofessionals |  <ul style="list-style-type: none"> o Integraal Oe-1 en zorg: Betrokkenheid van zorgprofessional bij governance dient vereist te worden. o Alleen Oe-1: Professional kan invloed opeisen door geen zorgdiensten aan zorggroep te leveren, wanneer hij zijn invloed onvoldoende vindt. + Oe-1 organisatie kan platform bieden voor regionale besluitvorming van meerdere huisartsenzorgzaamheden |  <ul style="list-style-type: none"> - Zorgprofessionals kunnen niet altijd goed oordelen over benodigde vaardigheden voor bestuur en + Zorgprofessional heeft invloed op beleid en governance van Oe-1 organisaties. |
| 7 Geeft ruimte aan innovatie |  <ul style="list-style-type: none"> - Toetreding nieuwe aanbieders belemmerd, wanneer organisaties die Oe-1 leveren dominant zijn. + Organisatie voor Oe-1 heeft mankracht beschikbaar om aan innovatie te werken. |  <ul style="list-style-type: none"> - Minder ruimte voor product- en dienstinnovatie, omdat Oe-1 meestal ingekocht zal worden op basis van huidige manier van werken. |
| 8 Gaat primair uit van vertrouwen |  <ul style="list-style-type: none"> - Gaat minder uit van vertrouwen dat huisartsenzorgzaamheid ervoor kan zorgen dat benodigde Oe-1 tot stand komt. |  <ul style="list-style-type: none"> - Gewezen op risico dat huisartsenzorgzaamheden middelen niet efficiënt in zullen zetten. + Gaat ervan uit dat huisartsenzorgzaamheid ervoor kan zorgen dat benodigde Oe-1 tot stand komt. |

Bij zowel betalen via de organisatie als betalen via de huisartsenzorgzaamheid is er aandacht vereist voor aansluiting bij de zorgvraag en voor het stimuleren van toegevoegde waarde. Wij gaan ervan uit dat bij ieder van deze bekostigingsopties

gekozen wordt voor gebundeld betalen. Gebundeld betalen scoort relatief goed op het stimuleren van toegevoegde waarde voor de zorg en dat wordt door die wijze van betalen dus al bevorderd. Dit omdat er meer aandacht besteed wordt aan de doelen van O&I en omdat de transactiekosten minder groot zijn. Aansluiting bij de zorgvraag is ook een aandachtspunt dat om compensatie vraagt. Deze compensatie is al beschreven bij 'gebundeld betalen'. Het gaat dan om de explicitering van de samenhang tussen kenmerken van de populatie en het aanbod van multidisciplinaire zorg en om de explicitering van bijzondere O&I vereisten als gevolg van de populatiekenmerken (heel jonge populatie of juist een relatief oude populatie, veel allochtone mensen in de populatie, etc.).

Beide manieren van betalen kennen ook verschillende criteria waar minder goed op gescoord wordt. Dit vraagt om compensatie.

Te compenseren als er via organisaties betaald wordt

Als partijen er voor kiezen dat betaling het beste via een organisatie kan plaatsvinden, dan moeten de volgende nadelen gecompenseerd worden:

- Meerschalligheid: Hier is aan de orde dat de kans groot is dat de schaal van de aanbiederende organisatie bepalend wordt voor alle O&I. Als de organisatie voor bijvoorbeeld 350.000 patiënten c.q. 100 huisartseneenheden werkt, wordt dat waarschijnlijk de schaal waarop de organisatie haar O&I gaat organiseren. Dat kan een te grote schaal zijn voor de ene O&I component en tegelijkertijd juist een te kleine schaal voor een andere O&I component. Overigens kent de optimale schaal voor een component vaak een stevige marge. Een manier om te compenseren voor dit nadeel is het ontwikkelen van benchmarks voor O&I. Uit die benchmarks kan blijken of er substantieel hogere kosten voor een component worden gemaakt dan door collega organisaties. Als dat zo is, vraagt dat specifieke aandacht van de O&I aanbieder en degene die de O&I aanbieder financiert. Een oplossing kan dan bijvoorbeeld samenwerking tussen O&I leveranciers voor die specifieke O&I component zijn.
- Commitment zorgprofessionals: Bij het contracteren via een organisatie moet de invloed van professionals goed geborgd worden. Ook hier ligt een deel van de oplossing in het expliciet een plaats geven aan professionals in zowel het formuleren van de eisen/het mandaat als in de wijze waarop wordt ingekocht en feitelijke afspraken gemaakt worden. Voor het geven van deze invloed zijn verschillende oplossingen denkbaar en iedere O&I organisatie heeft daar de facto werkende oplossingen in voorhanden.
- Uitgaan van vertrouwen: Hier is bedoeld dat juist bij het bekostigen via de organisatie er in mindere mate vertrouwen blijkt dat huisartseneenheden hun O&I zelf professioneel kunnen organiseren en inkopen. Er worden aanbiederende

organisaties gecreëerd die specifiek voor O&I gefinancierd worden. Het is aan die organisaties om het vertrouwen van de huisartsen en verzekeraars te verdienen. In de eerste plaats door O&I goed aan te bieden en te organiseren. Benchmarks voor O&I diensten kunnen helpen bij het bevorderen van dit vertrouwen, alsmede het geven van invloed aan professionals in de governance.

Te compenseren als er via huisartsenzorgeenheden betaald wordt

Als partijen ervoor kiezen dat betaling het beste via de huisartszorgeenheid kan verlopen, dan moeten de volgende nadelen gecompenseerd worden.

- Samenhang: Het risico van het betalen via de huisartsenzorgeenheid is dat een huisartsenzorgeenheid verschillende componenten van O&I gaat inkopen bij verschillende O&I organisaties. Aan de ene kant is dat de bedoeling van deze wijze van betaling. Anderzijds is het risico versnippering en veel transactiekosten. Als dit optreedt, zal een kostenmechanisme gaan spelen. O&I wordt dan relatief duur door de versnippering en de transactiekosten. Dit gebeurt alleen als de huisartsenzorgeenheden voortdurend gaan 'shoppen', maar dat kost hen ook veel tijd en aandacht. We moeten ervan uitgaan dat de huisartsen verstandig met hun verantwoordelijkheid voor professionele O&I omgaan. Als versnippering toch optreedt in een bepaalde regio, dan is het aan de verzekeraar om dat aan de orde te stellen in de financieringsgesprekken met de huisartsenzorgeenheid.
- Daadkracht en continuïteit: Een samenhangend vraagstuk is de daadkracht en continuïteit van aanbieders van O&I als zij voortdurend afhankelijk zijn van het inkoopgedrag van huisartsenzorgeenheden. Als O&I organisaties voor alles 'te rade' moeten gaan bij huisartsenzorgeenheden of voortdurend de dreiging voelen van wisselen, kan dit leiden tot verlamming. Oplossing is hier het werken met meerjarige contracten en het goed organiseren van gebruikersraden van huisartsenzorgeenheden. Ook kunnen benchmarks hier helpen, zodat O&I aanbieders en huisartsen goed zien wat de waarde is die geleverd wordt, op basis waarvan men in gesprek kan gaan over kwaliteit van O&I diensten en de kosten daarvan.
- Ruimte aan innovatie: Reden waarom in deze wijze van financiering ruimte voor innovatie aandacht behoeft, is dat de huisartsenzorgeenheden waarschijnlijk voornamelijk bestaande practices zullen inkopen. Dat werkt mogelijk belemmerend voor product- en diensteninnovatie. Om dit te compenseren, is het mogelijk dat verzekeraars aan bepaalde aanbieders, die waarschijnlijk een track record hebben op het gebied van innovatie, specifieke innovatiemiddelen beschikbaar stelt. Dit onder voorwaarde dat de uitkomsten open beschikbaar zijn. Dit zal bij bewezen succes leiden tot het overnemen door meer aanbieders en inkopen door meer huisartsenzorgeenheden.

13.3 OP BASIS VAN WELKE EENHEID BETALEN?

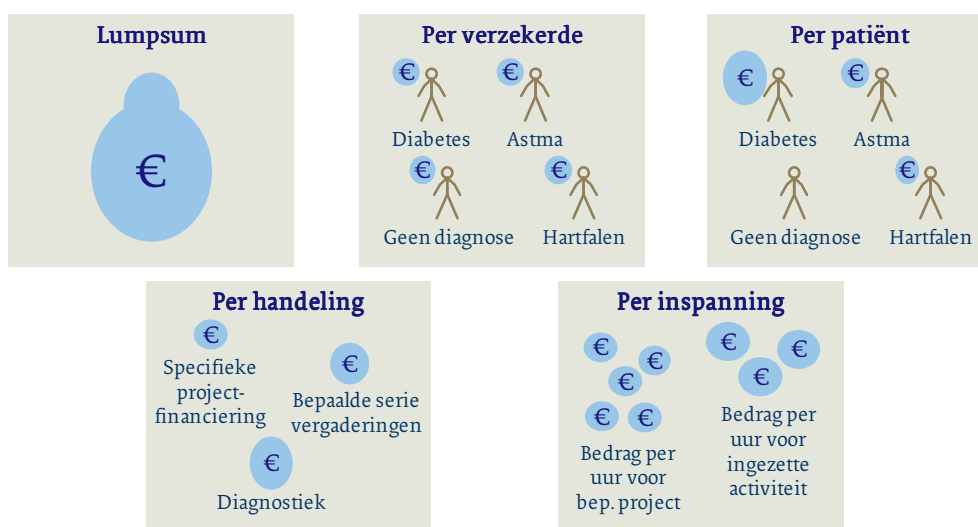
De betaaleenheid voor O&I kan in principe een andere zijn dan die voor zorg. Waar bij zorg de interactie van de zorgprofessional met de patiënt centraal staat, is bij O&I de zorgprofessional de belangrijkste klant. O&I wordt meestal niet apart behandeld in publicaties over betaaleenheden voor zorg. Men gaat er meestal van uit dat de O&I bij de betaling voor zorg is inbegrepen, zoals in de keuze integraal betalen zoals beschreven in paragraaf 13.2. Als de kosten voor O&I rechtstreeks aan de O&I-organisatie betaald worden of per component of gebundeld als koptarief, kan hiervan worden afgeweken. Daarom is een afweging over mogelijke betaaleenheden voor O&I nodig.

Grofweg zijn er vijf categorieën betaaleenheden voor O&I; van minder tot meer specifiek gekoppeld aan de activiteiten (figuur 44):

- Lumpsum, meestal een bedrag per jaar of per kwartaal. Voor O&I worden nu de ROS'en nu op deze manier betaald.
- Per verzekerde, zoals betalen per inwoner of per verzekerde zonder dat een specifieke diagnose gesteld is.
- Per patiënt die bekend is bij de huisarts en waarvoor een diagnose of risicoclassificatie gemaakt is. De meeste O&I voor samenwerken vanwege ketenzorg wordt op deze manier betaald. Bijvoorbeeld een opslag op een ketentarief of een koptarief per geïnccludeerde patiënt.
- Per handeling, zoals voor zorg het betalen voor diagnostiek, per zorgepisode of per verrichting. Voor O&I is dit bijvoorbeeld het betalen voor het houden van een bepaalde serie vergaderingen of specifieke projectfinanciering.
- Per inspanning, zoals een bedrag per uur die voor een bepaald project of activiteit wordt ingezet.

Ook combinaties van betaaleenheden zijn mogelijk.

Figuur 44: Schematische weergave van mogelijkheden voor eenheid van betaling



Net als bij de keuzemogelijkheden bij de andere twee dilemma's (via organisatie of via huisartsenzorg eenheid betalen en gebundeld of per component betalen) bespreken we hieronder de mogelijke betaaleenheden per criterium. Als de afweging verschilt per functie van O&I wordt daar specifiek op ingegaan. Waar dat nodig is, wordt onderscheid gemaakt naar het type zorg waarvoor de O&I ingezet wordt. Daarvoor hebben we de patiëntengroepen samengevoegd in twee hoofdgroepen:

1. Basis- en wijkgerichte huisartsenzorg.
2. Huisartsenzorg voor ketens, GGZ en kwetsbare ouderen.

Basis- en wijkgerichte huisartsenzorg

Iedere huisartsenzorg eenheid moet voor twee patiëntengroepen mono- en multidisciplinair samenwerken:

- Basiszorg moet geleverd worden door iedere huisartsenzorg eenheid, inclusief mono- en multidisciplinaire samenwerking. De daarvoor benodigde O&I is dus nodig voor iedere huisartsenzorg eenheid. Bovendien is voor basiszorg altijd een bepaalde minimale hoeveelheid O&I nodig; namelijk de minimale omvang van de huisartsenzorg eenheid: 7.500 patiënten.
- De wijkgerichte zorg moet door vrijwel iedere huisartsenzorg eenheid georganiseerd worden; er is altijd afstemming met wijkverpleging en met de gemeente nodig. Een deel van de O&I voor wijkgerichte zorg wordt geleverd op een grotere schaal dan de huisartsenzorg eenheid; bijvoorbeeld het maken van gemandateerde afspraken namens groepen van huisartsenzorg eenheden met gemeentes en thuiszorginstellingen.

Huisartsenzorg voor ketens, GGZ en kwetsbare ouderen

De zorg voor ketens, GGZ en kwetsbare ouderen deelt als kenmerk dat er grote verschillen tussen huisartsenzorgeenheden kunnen zijn. Afhankelijk van de lokale omstandigheden kunnen de kosten voor dit type zorg meer dan een factor twee anders zijn.

- Het aantal patiënten met chronische aandoeningen die kunnen worden behandeld met ketenzorg verschilt sterk per huisartsenpraktijk. De prevalenties van diabetes, COPD en hart- en vaatziekten hangen af van de lokale omstandigheden, zoals leeftijd en sociaal economische klasse in de directe omgeving van de huisartsenzorgeenheid.
- Zoals beschreven in paragraaf 9.3.2 hangt het aandeel GGZ in de huisartsenzorg af van meerdere lokale factoren. Gemiddeld is het aandeel van GGZ ongeveer 5% van de kosten van huisartsenzorg. Gegeven het relatief lage aandeel en de mogelijke redenen voor variatie tussen praktijken, concluderen we dat een lump sum bekostiging niet tot de mogelijkheden behoort.
- Zoals beschreven in paragraaf 9.4.2 verschilt het type en volume aan zorg voor kwetsbare ouderen per huisartsenzorgeenheid. Er is niet een vaste minimale schaal die voor iedere huisartsenzorgeenheid nodig is. De betaaleenheid moet daarom rekening houden met het aantal patiënten.

13.3.1 Criterium 1 – Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal

De betaaleenheid voor O&I sluit zo goed mogelijk aan bij de betaaleenheid voor de zorg voor de patiëntengroep waarvoor de O&I ingezet wordt. Voor betaaleenheden voor zorg volgen we Christensen et al.¹⁶⁰. Christensen et al. gaan uit van drie typen bedrijvigheid met ieder een bijpassende betaaleenheid (figuur 45). Daarbij voegen we nog één betaaleenheid, namelijk een aanneemsom die relevant is voor nutsfuncties die betaald moeten worden onafhankelijk hoeveel er gebruik van wordt gemaakt.

¹⁶⁰ "The innovator's prescription: A disruptive solution for health care"; Christensen, C. et al., 2009.

Figuur 45. Typen bedrijvigheid en bijbehorende betaaleenheden, Christensen et al.

| Type | Solution shop | Value added process | Facilitated network |
|-----------------------------------|--|---|--|
| Werkzaamheden | Diagnosticeren en verhelpen van onge-structureerde problemen | Incomplete (kapotte) dingen worden meer compleet en van hogere waarde gemaakt | Omgevingen waarin mensen dingen met elkaar uitwisselen |
| Sectoren | Consultancy, advocatuur | Autoproductie, Retail, Restaurants | Telecomnetwerken, eBay, verzekeringen |
| Voorbeelden huisartsenzorg | Onbegrepen klachten, acute zorg, beoordelen of doorverwijzing nodig is | Verwijderen moedervlek, nemen biopsie, bevestigingen eenvoudige diagnoses | Behandeling van chronisch ziekten (gedrag, gegevens) |
| Betaling | Input: Fee for service | Output: Prijs voor product of dienst | Netwerk faciliteren: abonnement, transactiefee |
| Impact patiënt | Mensen beter maken | Mensen beter maken | Gezondheidstoestand van mensen beheersen |

Bron: "The innovator's prescription: A disruptive solution for health care"; Christensen, C. et al.; 2009.

Basis huisartsenzorg is gedeeltelijk een 'value added process', bijvoorbeeld het voorschrijven van antibiotica voor een eenvoudige verkoudheid en een gedeeltelijke 'workshop', bijvoorbeeld bij onbegrepen klachten. De betaaleenheid voor O&I voor (multidisciplinaire) samenwerking van huisartsen voor basiszorg zou dus een betaling per inspanning zijn (zoals een bedrag per uur) of een betaling per handeling (geleverd zorgproduct) om aan te sluiten bij de betaaleenheid voor de zorg. De huisartsenzorg wordt ook gedeeltelijk betaald met een abonnement ofwel betaald per verzekerde.

Voor ketenzorg volgt uit de literatuur dat de zorg het beste gecontracteerd kan worden met een abonnementstarief per persoon, gecombineerd met afspraken over kwaliteit. Bij betalen per patiënt met ketenzorg heeft de zorgaanbieder een prikkel om de zorg zo efficiënt mogelijk te leveren. Bij populatiebesteding, dus betalen per inwoner of per verzekerde, heeft de zorgaanbieder bovendien een prikkel om aan preventie te doen. De besteding van O&I kan hierbij aansluiten. De O&I wordt dan betaald per geïncorporeerde patiënt in de keten. Dat kan bijvoorbeeld met een opslag op de zorgkosten. Dat sluit aan bij de huidige betaling per zogenoemde keten-DBC wat de facto een betaling per geïncorporeerde patiënt is.

13.3.2 Criterium 2 – Staat samenwerken op meerdere schalen toe

Voor goede zorg is patiëntencontact belangrijk. Dat kent weinig schaalvoordelen, terwijl die er wel zijn voor de O&I functies ICT, bedrijfsvoering/organiseren, kwaliteit, innovatie, professionele samenwerking/zorgmanagement en gemandateerde afspraken maken met externe partijen. De functies kennen schaalvoordelen, totdat de kosten van complexiteit en afstemming vanwege een te grote schaal de overhand

De betaaleenheid houdt rekening met de schaalvoor- en nadelen. Zo kan er bijvoorbeeld gewerkt worden met een gestaffelde opbouw van de tarieven. Daarmee houdt de bekostiging rekening met minimale uitgaven om de O&I te kunnen leveren en lagere meerkosten bij extra personen (verzekerde voor basiszorg, patiënt voor ketenzorg). Dit kan door betalen van een lumpsum om de kosten voor O&I op minimale schaal te betalen, aangevuld met betalen per persoon. Het bedrag per persoon is lager dan de lumpsum gedeeld door het minimaal aantal ingeschrevenen.

De staffelbedragen boven het minimale bedrag kunnen in theorie verschillend zijn voor de verschillende functies. Professioneel samenwerken/zorgmanagement heeft waarschijnlijk minder schaalvoordelen dan ICT. Voor sommige functies, zoals gemandateerde afspraken maken, is een vast bedrag per huisartsenzorgeenheid die profiteert van de O&I een logische betaaleenheid. De drijver van de complexiteit is namelijk enerzijds het aantal huisartsenzorgeenheden met ieder eigen wensen en visies op de O&I en anderzijds de partners in de zorgketen waarmee wordt samengewerkt. Hieruit volgt overigens wel dat in een gebied met veel kleine huisartsenzorgeenheden de O&I duurder is dan in een gebied met gemiddeld grotere huisartsenzorgeenheden. Door verschillende staffeltarieven voor verschillende functies te gebruiken, neemt de complexiteit toe. Daarom werd eerder al geconcludeerd dat gebundeld betalen voor O&I de voorkeur geniet boven betalen voor O&I per component.

Om de trade-off tussen complexiteits- en coördinatiekosten te maken, kan de O&I betaald worden met een basisbedrag voor alle O&I functies voor een minimale schaal en een staffelbedrag per extra persoon.

13.3.3 Criterium 3 – Bevordert samenhang

Samenhang wordt bevorderd als de O&I organisatie geen onderscheid hoeft te maken tussen de verschillende huisartsenzorgeenheden waarvoor de O&I geleverd wordt.

Met lumpsum betaling is er geen onderscheid tussen de huisartsenzorgeenheden waarvoor de O&I organisatie O&I levert. Bij betalen per persoon, per handeling of per inspanning, kan er onderscheid ontstaan tussen grote en kleine huisartsenzorgeenheden. Voor het lokale samenwerkingsverband zelf heeft de betaaleenheid weinig impact op de samenhang.

13.3.4 Criterium 4 – Bevordert daadkracht en continuïteit

Een betaaleenheid kan daadkracht en continuïteit beïnvloeden.

Een lumpsum betaling geeft, mits meerjarige afspraken gemaakt kunnen worden, continuïteit. De organisatie die O&I levert, kan plannen maken en uitvoeren, omdat ze een goed beeld heeft van de te verwachten kasstromen. Anderzijds kan een lumpsum betaling daadkracht verminderen, omdat niet heel concreet is waarop wordt afgerekend. De lumpsum afspraken kunnen worden gekoppeld aan afspraken over kwaliteit.

Betalen per persoon kan stabiel zijn, omdat het aantal personen dat is ingeschreven of het aantal personen dat patiënt is van jaar op jaar niet sterk fluctueert. Wel groeit het aantal patiënten voor ketenzorg, omdat meer ketens worden uitgerold en in bestaande ketens meer patiënten geïncorporeerd worden. Betalen per persoon kan daadkracht bevorderen, omdat er een prikkel is om voor een grotere patiëntenpopulatie relevante O&I te leveren.

Enerzijds kan met projectfinanciering (betalen per inspanning) gestuurd worden waar O&I organisaties hun aandacht aan besteden. Anderzijds geeft projectfinanciering geen stabiele omgeving. Immers, als het projectmatig werken afgelopen is, vallen de inkomsten weg. De resultaten van een project worden dan niet ingebed in de gangbare werkzaamheden.

Betalen per handeling of inspanning bevordert de daadkracht; immers, meer handelingen en inspanningen leveren meer op. De vraag is echter wel of dit de gewenste daadkracht is.

13.3.5 Criterium 5 – Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg

De betaaleenheid moet aanzetten tot efficiënte inrichting van de O&I voor mono- en multidisciplinaire zorg.

De betaaleenheid voor O&I die wordt ingezet op het niveau van de huisartsenzorg eenheid sluit zo goed mogelijk aan bij de betaaleenheid voor de zorg voor de patiëntengroep waarvoor de O&I wordt ingezet. Dit uitgangspunt zorgt er voor dat huisartsenzorg eenheden er voor kunnen kiezen om meer in O&I te investeren als ze daarmee op zorgkosten kunnen besparen. Zodoende wordt gestreefd naar een efficiënt niveau van O&I. De score voor dit aspect van criterium 5 is dus gelijk aan de score van criterium 1.

Voor O&I die niet door de huisartsenzorg eenheid zelf, maar door een specifieke organisatie zoals een zorggroep wordt geleverd, zijn ook efficiëntieprikkels nodig. Voor een zorggroep is een efficiëntieprikkel aanwezig, omdat deze interessant genoeg moet zijn voor huisartsenzorg eenheden om zich aan te sluiten en voor zorgverzekeraars om te contracteren. Dit staat los van de betaaleenheid.

Bij het criterium 2 (staat samenwerken op meerdere schalen toe) is ingegaan op schaalvoor- en nadelen.

13.3.6 Criterium 6 – Borgt commitment van zorgprofessionals

De betaaleenheid is idealiter gedragen door de zorgprofessionals. Voor het borgen van commitment is de governance het belangrijkste. Die wordt waarschijnlijk niet sterk beïnvloed door de betaaleenheid an sich.

Wel geven de zorgverleners aan dat ze liefst met een geharmoniseerd systeem werken. Als zorgverzekeraars allemaal hun eigen betaaleenheid hanteren, nemen de administratieve lasten en de complexiteit van de organisatie van O&I toe. Dat bemoeilijkt samenwerken en belemmert samenhang. Stel bijvoorbeeld dat zorgverzekeraar A ervoor kiest om O&I via de huisartsenzorgseenheid te betalen op basis van het aantal ingeschreven verzekerden, terwijl zorgverzekeraar B de organisatie die O&I levert een vast bedrag betaalt. De gedragseffecten hiervan zijn moeilijk te overzien en belemmeren waarschijnlijk de samenwerking tussen verschillende huisartsenzorgseenheden en van huisartsenzorgseenheden met andere zorgverleners.

Ook de andere zorgverleners hebben waarschijnlijk een voorkeur voor een geharmoniseerd systeem, omdat zij dan met meerdere huisartsenzorgseenheden en O&I organisaties vergelijkbare afspraken kunnen maken.

13.3.7 Criterium 7 – Geeft ruimte aan innovatie

Bij betalen per persoon of als lumpsum krijgen alle O&I organisaties middelen voor innovatie. Net als bij betalen per inspanning geeft het wel ruimte, maar leidt het waarschijnlijk niet tot doelgerichte innovatie.

Bij betalen per project (categorie per handeling) kan de zorgverzekeraar sturen op welk gebied wordt geïnnoveerd. Zorgverzekeraars zouden jaarlijks een bepaalde hoeveelheid geld voor innovatie kunnen vaststellen waar O&I organisaties projectvoorstellen voor kunnen indienen.

Innovatie is opgenomen als specifieke functie. De afweging van de betaaleenheden op dit criterium is niet meegewogen in het eindoverzicht.

13.3.8 Criterium 8 – Gaat primair uit van vertrouwen

Bij lumpsum betaling en betalen per persoon wordt er van uit gegaan dat de ontvanger de middelen goed besteedt. Uiteraard is er wel een monitoring van de geleverde diensten nodig.

Betalen inspanning, bijvoorbeeld per tijdseenheid besteed aan innovatie, gaat ook uit van een bepaalde mate van vertrouwen, namelijk dat de huisartsenzorgseenheid de juiste zorg levert in de betaalde tijd, maar wel met controle dat er inspanning wordt geleverd.

Bij betalen per handeling, waaronder projectfinanciering, is minder sprake van vertrouwen. De professional wordt immers afgerekend voor specifieke handelingen en de mogelijkheden om de werkzaamheden in te vullen worden beperkt.

13.3.9 Conclusie

We beschreven hiervoor de essentie van de afweging via welke betaaleenheid O&I het beste betaald kan worden. In onderstaande tabel (tabel 12) staat aangegeven welke betaaleenheid het beste scoort op een bepaald criterium.

Tabel 12. Welke betaaltitel: 'V' scoort beste op criterium. Uitgesplitst naar basis- en wijkgerichte zorg en ketenzorg & GGZ en zorg voor kwetsbare ouderen.

| Criterium | Welke betaaleenheid? | | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------|---------------|----------------|---|-------------|---------------|----------------|
| | Basis- en wijkgerichte zorg | | | | Ketenzorg, GGZ en zorg voor kwetsbare ouderen | | | |
| | Lumpsum | Per verzekerde | Per handeling | Per inspanning | Lumpsum | Per patiënt | Per handeling | Per inspanning |
| 1 Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal | | | | | V | V | | |
| 2 Staat samenwerken op meerdere schalen toe | V | V | | | V | V | | |
| 3 Bevordert samenhang | | | | | V | | | |
| 4 Bevordert daadkracht en continuïteit | | | | | | | | |
| 5 Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg | | | | | | V | | |
| 6 Borgt commitment van zorgprofessionals | | | | | | | | |
| 7 Geeft ruimte aan innovatie | | | V | | | | V | |
| 8 Gaat primair uit van vertrouwen | V | V | | | V | V | | |
| *V: scoort het beste op het criterium. | | | | | | | | |

In tabel 13 en 14 is schematisch weergegeven hoe de verschillende betaaleenheden scoren op de criteria. Voor basis- en wijkgerichte zorg scoren betalen per lumpsum en betalen per verzekerde beter dan betalen per handeling of per inspanning. Hierbij scoort betalen per lumpsum het beste. Voor ketenzorg, GGZ en zorg voor kwetsbare ouderen scoren betalen per patiënt en betalen per lumpsum het beste, waarbij betalen per patiënt iets beter scoort dan betalen per lumpsum.

Tabel 13. Basis- en wijkgerichte zorg: schematische weergave van voor- en nadelen van verschillende betaaleenheden.

| Criterium | Welke betaaleenheid? | | | | | Afweging |
|---|----------------------|----------------|-------------|---------------|----------------|---|
| | Lumpsum | Per persoon | | Per handeling | Per inspanning | |
| | | Per verzekerde | Per patiënt | | | |
| 1 Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ | Om aan te sluiten bij de betaaleenheid voor de zorg kan de betaaleenheid voor Oe-1 (multidisciplinaire) samenwerking van huisartsen voor basiszorg een lumpsum, een bedrag per verzekerde, een bedrag per handeling of een bedrag per inspanning zijn. |
| 2 Staat samenwerken op meerdere schalen toe | ☐ | ☐ | | | | Om een trade-off te kunnen maken tussen complexiteits- en coördinatiekosten dient betaald te worden met een lumpsum (een basisbedrag voor alle Oe-1 functies voor een minimale schaal) en daarnaast met een bedrag per verzekerde (een staffelbedrag per extra persoon). |
| 3 Bevordert samenhang | ● | | | | | Samenhang wordt bevordert als de Oe-1 organisatie geen onderscheid hoeft te maken tussen de verschillende huisartszorg-eenheden waarvoor de Oe-1 geleverd wordt. Bij betaling per persoon, per handeling of per inspanning kan er onderscheid ontstaan tussen grote en kleine huisartszorg-eenheden. Met een lumpsum betaling is dit niet het geval. |
| 4 Bevordert daadkracht en continuïteit | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ | <ul style="list-style-type: none"> o Bij meerjarige afspraken geeft een lumpsum betaling continuïteit. Anderzijds kan een lumpsum betaling de daadkracht verminderen, omdat minder concreet is waarop afgerekend wordt. o Betalen per persoon kan minder stabiel zijn, doordat het aantal patiënten in ketens groeit. Betalen per persoon kan echter wel daadkracht bevorderen, omdat er een prikkel is om voor een grotere patiëntenpopulatie Oe-1 te leveren. o Met betalen per inspanning (projectfinanciering) kunnen aandachtsgebieden van Oe-1 organisaties gestuurd worden. Anderzijds geeft projectfinanciering geen stabiele omgeving. o Betalen per handeling of inspanning bevordert de daadkracht, doordat meer handelingen/inspanningen meer opleveren. De vraag is echter of dit gewenste draagkracht is. |
| 5 Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ | Om aan te sluiten bij de betaaleenheid voor de zorg voor de patiëntengroep waarvoor de Oe-1 ingekocht wordt, kan de betaaleenheid voor Oe-1 een lumpsum, een bedrag per persoon, een bedrag per handeling of een bedrag per inspanning zijn. Huisartszorg-eenheden kunnen ervoor kiezen om meer in Oe-1 te investeren als ze daarmee op zorgkosten kunnen besparen. Hiermee wordt gestreefd naar een efficiënt niveau van Oe-1. |
| 6 Borgt commitment van zorgprofessionals | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ | De betaaleenheid is idealiter gedragen door de zorgprofessionals. Voor het borgen van commitment is de governance het belangrijkste. De governance wordt waarschijnlijk niet sterk beïnvloed door de betaaltitel. |
| 7 Geeft ruimte aan innovatie | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ | <p>Bij betalen per project (per handeling) kan de zorgverzekeraar sturen op welk gebied geïnoveerd wordt. Zorgverzekeraars zouden jaarlijks een bepaalde hoeveelheid geld voor innovatie kunnen vaststellen waar Oe-1 organisaties projectvoorstellen voor kunnen indienen.</p> <p>Innovatie is opgenomen als specifieke functie. De afweging van de betaaleenheden op dit criterium is niet meegenomen in het eindoverzicht (tabel 11).</p> |
| 8 Gaat primair uit van vertrouwen | ☐ | ☐ | | | ☐ | <ul style="list-style-type: none"> o Bij lumpsum betaling en betalen per persoon wordt er vanuit gegaan dat de ontvanger de middelen goed besteedt. o Betalen per inspanning gaat uit van een bepaalde mate van vertrouwen, maar wel met controle dat er inspanning geleverd wordt. o Bij betalen per handeling is minder sprake van vertrouwen. |

Tabel 14. Ketenzorg, GGZ en zorg voor kwetsbare ouderen: schematische weergave van voor- en nadelen van verschillende betaaleenheden.

| Criterium | Welke betaaleenheid? | | | | | Afweging |
|---|----------------------|----------------|-------------|---------------|----------------|---|
| | Lumpsum | Per persoon | | Per handeling | Per inspanning | |
| | | Per verzekerde | Per patiënt | | | |
| 1 Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal | | | ● | | | Door Oe1 te betalen per geïnduceerde patiënt in de keten heeft de zorgaanbieder een prikkel om in antwoord op de zorgvraag de zorg zo efficiënt mogelijk te leveren en om aan preventie te doen. Dit sluit aan bij de huidige betaling per keten-DBC wat in feite een betaling per geïnduceerde patiënt is. |
| 2 Staat samenwerken op meerdere schalen toe | ◐ | | ◐ | | | Om een trade-off te kunnen maken tussen complexiteits- en coördinatiekosten dient betaald te worden met een lumpsum (een basisbedrag voor alle Oe1 functies voor een minimale schaal) en daarnaast met een bedrag per verzekerde (een staffelbedrag per extra persoon). |
| 3 Bevordert samenhang | ● | | | | | Samenhang wordt bevorderd als de Oe1 organisatie geen onderscheid hoeft te maken tussen de verschillende huisartszorgseenheden waarvoor de Oe1 geleverd wordt. Bij betaling per persoon, per handeling of per inspanning kan er onderscheid ontstaan tussen grote en kleine huisartszorgseenheden. Met een lumpsum betaling is dit niet het geval. |
| 4 Bevordert daadkracht en continuïteit | ◐ | | ◐ | ◐ | ◐ | <ul style="list-style-type: none"> o Bij meerjarige afspraken geeft een lumpsum betaling continuïteit. Anderzijds kan een lumpsum betaling de daadkracht verminderen, omdat minder concreet is waarop afgerekend wordt. o Betalen per persoon kan minder stabiel zijn, doordat het aantal patiënten in ketens groeit. Betalen per persoon kan echter wel daadkracht bevorderen, omdat er een prikkel is om voor een grotere patiëntenpopulatie Oe1 te leveren. o Met betalen per inspanning (projectfinanciering) kunnen aandachtsgebieden van Oe1 organisaties gestuurd worden. Anderzijds geeft projectfinanciering geen stabiele omgeving. o Betalen per handeling of inspanning bevordert de daadkracht, doordat meer handelingen/inspanningen meer opleveren. De vraag is echter of dit gewenste draagkracht is. |
| 5 Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg | | | ● | | | Door Oe1 te betalen per geïnduceerde patiënt in de keten heeft de zorgaanbieder een prikkel om de zorg zo efficiënt mogelijk te leveren en om aan preventie te doen. |
| 6 Borgt commitment van zorgprofessionals | ◐ | | ◐ | ◐ | ◐ | De betaaleenheid is idealiter gedragen door de zorgprofessionals. Voor het borgen van commitment is de governance het belangrijkste. De governance wordt waarschijnlijk niet sterk beïnvloed door de betaaltitel. |
| 7 Geeft ruimte aan innovatie | ◐ | | ◐ | ◐ | ◐ | <p>Bij betalen per project (per handeling) kan de zorgverzekeraar sturen op welk gebied geïnnoveerd wordt. Zorgverzekeraars zouden jaarlijks een bepaalde hoeveelheid geld voor innovatie kunnen vaststellen waar Oe1 organisaties projectvoorstellen voor kunnen indienen.</p> <p>Innovatie is opgenomen als specifieke functie. De afweging van de betaaleenheden op dit criterium is niet meegenomen in het eindoverzicht (tabel 11).</p> |
| 8 Gaat primair uit van vertrouwen | ◐ | | ◐ | | ◐ | <ul style="list-style-type: none"> o Bij lumpsum betaling en betalen per persoon wordt er vanuit gegaan dat de ontvanger de middelen goed besteedt. o Betalen per inspanning gaat uit van een bepaalde mate van vertrouwen, maar wel met controle dat er inspanning geleverd wordt. o Bij betalen per handeling is minder sprake van vertrouwen. |

Zowel voor basis- en wijkgerichte zorg als voor ketenzorg, GGZ en zorg voor kwetsbare ouderen scoren betalen per lumpsum en betalen per persoon (patiënt/verzekerde) het beste op de criteria. Daarmee wordt ingespeeld op het verschil tussen vaste en variabele lasten. Een grote organisatie verdient niet overdreven veel doordat voor alle mensen een bijdrage aan vaste lasten wordt betaald en een kleine organisatie heeft niet te weinig omdat de basis vergoed wordt. Hierdoor kan rekening worden gehouden met regionale verschillen. Om de nadelen van beide betaaleenheden te compenseren, kan het beste betaald worden met een basisbedrag voor alle O&I functies voor een minimale schaal (lumpsum) en daarnaast met een staffelbedrag per extra verzekerde (basis- en wijkgerichte zorg) of per extra patiënt (ketenzorg, GGZ en zorg voor kwetsbare ouderen). Zo hebben aanbieders een prikkel om de zorg zo efficiënt mogelijk te leveren en om aan preventie te doen. Daarnaast is het hiermee mogelijk om bij het bepalen van de schaal een trade-off te maken tussen de complexiteits- en coördinatiekosten. Door een betaling per lumpsum wordt de samenhang en continuïteit bevorderd. Betalen per persoon bevordert daarnaast de daadkracht. Ten slotte gaan betalen per lumpsum en betalen per persoon meer uit van vertrouwen dan betalen per inspanning of betalen per handeling.

A. LITERATUURVERWIJZINGEN

- Achmea (2013). Inkoopbeleid eerstelijnszorg 2014. Juni 2013. Amersfoort: Achmea.
- Achmea (2013). Inkoopvoorwaarden 2013. (Pre-)GEZ. Amersfoort: Achmea.
- Achmea (2013). Module kwetsbare ouderen 2014. Amersfoort: Achmea.
- Algemene Rekenkamer (2013). Budget decentralisatie jeugdzorg; Toets op de berekening. 18 juni 2013. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Berenschot (2008). Koepel van eerstelijnsgezondheidscentra. Den Haag: Berenschot.
- Berenschot (2012). Benchmark Care 2012: Berenschot. s
- Berenson, R.A., et al. (2010). US Approaches to physician payment: the deconstruction of primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 25(6), p. 613-618.
- Berwick, D.M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association*, 289(15), p. 1969-1975.
- BMC advies (2014). Eersteklas waardering voor eerstelijns fysiotherapie.
- Bohmer, R.M.J. (2010). Managing the new primary care: the new skills that will be needed. *Health Affairs*, 29(5), p. 1010-1014.
- Braspenning, J. (2012). Tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 55(12), p. 542-547.
- Broekema, M., Essen, S. van en Opheij, W. (2007). Schaalvergroting door samenwerking. *VDZ Magazine*, nummer 3, september 2007.
- Bureau HHM. Generalistische Basis GGZ – verwijzingsmodel en productbeschrijvingen. Januari 2013. Enschede: Bureau HHM.
- Cameron, A., et al. (SCIE) (2012). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services.
- Caransscoop (2014). Regionale Ondersteunings Structuur. Website Caransscoop. Beschikbaar via:
<http://www.caransscoop.nl/over+caransscoop/werkwijze/regionale+ondersteunings+structuur>. Geraadpleegd op 17 juni 2014.
- CBS (2014). CBS StatLine. Website CBS. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/statweb/>. Geraadpleegd op 31 juli 2014.

CBS (2014). Monitor Langdurige Zorg. Website CBS, in opdracht van VWS. Beschikbaar via: www.monitorlangdurigezorg.nl. Geraadpleegd op 31 juli 2014.

Christensen, C., Grossman, J.H., Hwang, J. (2008). The innovator's prescription: A disruptive solution for health care. McGraw-Hill.

CIZ (2013). CIZ Basisrapportage AWBZ. Juli 2013. Utrecht: CIZ.

CIZ (2013). Op weg naar andere zorg – Nederland. 1 juli 2013. Utrecht: CIZ.

Commissie bekostiging intensieve kindzorg (2010). Eindrapport commissie bekostiging intensieve kindzorg. April 2010.

Common Wealth Fund (2011). Reducing Care Fragmentation: A toolkit for coordinating care.

Cooper, J. (2011). Integrated care and integration: A literature review. NZIRH.

Curry, N., et al. (Nuffield trust) (2013). Strategic implementation and the policy context.

CVZ (2013). Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen? 25 juni 2013. Diemen: CVZ.

CZ (2013). Het inkoopbeleid van CZ. Integrale zorgprogramma's 2014. Sector Huisartsenzorg. Versterking eerste lijn en Ketenzorg. Juli 2013. Tilburg: CZ.

CZ (2014). M&I Module ouderenzorg 2015. Tilburg: CZ.

De Friesland zorgverzekeraar (2011). Notitie geïntegreerde eerstelijnszorg. Juli 2011. Leeuwarden: De Friesland zorgverzekeraar.

De Friesland zorgverzekeraar (2014). Module zorg voor kwetsbare ouderen. Leeuwarden: De Friesland zorgverzekeraar.

Een in Zorg (2009). Het keurmerk in een Oogopslag. A3 overzicht van te organiseren functies voor georganiseerde eerstelijnszorg.

Elissen, A.M.J., et al. (2014). Kenmerken van individuen als voorspellers van zorgzwaarte op populatieniveau: een verkennend onderzoek.

InEen (2014). Transparante ketenzorg Diabetes Mellitus, COPD en CVRM; Rapportage zorggroepen over 2013 – op weg naar genuanceerde rapportage van zorg. Juni 2014. Utrecht: InEen.

IQ Healthcare (2011). De wijkverpleegkundige van de toekomst. December 2011. Nijmegen: IQ Healthcare.

1ste Lijn Amsterdam (2012). Jaarverslag 2012. Amsterdam: 1ste Lijn Amsterdam.

Faber, M., Voerman, G. en Grol, R. (2009). International Health Policy Survey 2009. Commonwealth Fund.

Goroll, A.H., et al. (2007). Fundamental reform of payment for adult primary care: comprehensive payment for comprehensive care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(3), p. 410-415.

Kaats, E. en Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Uitgeverij Kluwer.

Kodner, D. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*, 13, p. 6-15.

KPMG Plexus. Substitutiemodel GGZ. Januari 2014. Amstelveen: KPMG Plexus.

L'Assurance Maladie (2013). *Modèles économiques liés à différentes organisations de la pratique des médecins généralistes en soins ambulatoires*.

Leutz, W.N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), p. 77-110.

LINKH, NVG en LHV (2009). *Zorg voor kwaliteit huisartsenzorg*.

LHV (2009). *Complexe ouderenzorg in verzorgingstehuis en thuis*. LHV, KNMP, NHG en NVVA. Utrecht: LHV.

LHV (2014). *Ledenraadpeiling LHV: Jeugdzorg*. 22 maart 2014. Utrecht: LHV.

LHV en NHG (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022*. Utrecht: LHV en NHG.

LHV en VNG (2013). *Huisarts en Gemeente. Samen werken in de wijk*. Utrecht: LHV en NHG.

LHV en VWS (2012). *Convenant huisartsenzorg 2012/2013 tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. 22 juni 2012. Den Haag.

LOK en VGZ (2013). *Persbericht gezamenlijke uitgangspunten contractering ketenzorg zorggroepen en Coöperatie VGZ*. 28 augustus 2013.

Lucide (Uitgave van BSL in samenwerking met NVTZ en NVZD) (2013). *Themanummer "Opzoek naar de heilige schaal"*. Najaar 2013, 3.

LVG (2006). Juridische vormen van samenwerking in de eerste lijn. Januari 2006. Utrecht: LVG.

LVG (2012a). Functies van de ROS. Website LVG. Beschikbaar via: <http://www.lvg.org/onze-leden/regionale-ondersteuningsstructuren/functies-van-de-ros/>. Geraadpleegd op 16 juni 2014.

LVG (2012b). Regionale ondersteuningsstructuren. Website LVG. Beschikbaar via: <http://www.lvg.org/onze-leden/regionale-ondersteuningsstructuren/>. Geraadpleegd op 16 juni 2014.

LVG (2014). Gezondheidscentra/Eerstelijnscentra. Website LVG. Beschikbaar via: <http://www.lvg.org/onze-leden/gezondheidscentraeerstelijnscentra/>. Geraadpleegd op 4 juli 2014.

Maes, A. (2011). Samenvatting: Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel

Menzis (2014). M&I module Voorbereiding op de zorg voor kwetsbare ouderen.

Menzis, AnderZorg en Avizo (2012). Naar zichtbare resultaten in de Geïntegreerde Eerstelijnszorg. Inkoopbeleid 2013-2014 Menzis, AnderZorg en Azivo.

Menzis, AnderZorg en Azivo (2011). Visie Geïntegreerde Eerstelijnszorg. Versie definitief 14 oktober 2011.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2014). Regionale samenwerkingsprofielen Jeugd. Bijlage bij 'Gemeentelijke samenwerkingsverbanden sociaal domein en ambassadeurs regionale samenwerking'. Februari 2014. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Ministerie van VWS (2014). Voorhangbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. 19 mei 2014. Den Haag: Ministerie van VWS.

NHG (2011). NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht en continu. Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 9 juni 2011. Utrecht: NHG.

NIVEL (2009). Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn - een verkenning. Utrecht: NIVEL.

NIVEL (2010). Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland. Verschillen, trends en bekostiging. Utrecht: NIVEL.

NIVEL (2011). Overzichtsstudies. De eerste lijn. Utrecht: NIVEL.

NIVEL (2013). Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2012. Februari 2013. Utrecht: NIVEL.

NIVEL en Nictiz (2013). Samenvatting eHealth Monitor 2013. Utrecht: NIVEL, Den Haag: Nictiz.

NPCF (2012). Patiëntenfederatie NPCF presenteert visie zorg voor lange termijn. Utrecht: NPCF.

NVZ (2012). Brancherapport ziekenhuizen – Zorg Loont: NVZ.

NZa (2010). Beleidsregel BR/CU-7003. Huisartsendienstenstructuur. Vanaf 1 januari 2011. Utrecht: NZa.

NZa (2012). Beleidsbrief marktscan huisartsenzorg. 20 december 2012. Utrecht: NZa.

NZa (2012). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2008-2012. Juni 2012. Utrecht: NZa.

NZa (2013). Advies bekostiging wijkverpleging in de zorgverzekeringswet. November 2013. Utrecht: NZa.

NZa (2013). Consultatiedocument. Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het 3-segmenten-model. December 2013. Utrecht: NZa.

NZa (2013). Beleidsregel BR/CU-7092. Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten. Vanaf 1 januari 2014. Utrecht: NZa.

NZa (2013). Beleidsregel BR/CU-7087. Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling. Vanaf 1 januari 2014. Utrecht: NZa.

NZa (2013). Tariefbeschikking huisartsenzorg TB/CU-7076-02. 17 december 2013. Utrecht: NZa.

NZa (2014). Marktscan en beleidsbrief. Ketenzorg 2014. Weergave van de markt 2008-2013. Juni 2014. Utrecht: NZa.

NZa (2014). Marktscan en beleidsbrief. Geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2009-2013. April 2014. Utrecht: NZa.

Opheij W. (2013). Omgaan met Meerschalligheid. Lucide, najaar 2013, 3 (pp 59-63).

Postma, J., Putters, K. en Bovenkamp, H. v.d. (2012). Van optimale schaalgrootte naar legitieme schaalgrootte. Een analyse van het publieke debat over schaalgrootte in de zorg. Bestuurskunde 2012-4.

Powel Davies, G., Williams, A.M., Larsen, K., Perkins, D., Roland, M. en Harris, M.F. (2008). Coordinating primary health care: an analyses of the outcomes of a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 188(8).

ProGez (2012). Jaardocument ProGez 2012. Zwolle: ProGez.

RVZ (2010). Perspectief op gezondheid 20/20. Den Haag: RVZ.

Ramsay, A. en Fulop, N. (2008). The evidence base for integrated care.

Rijksoverheid (2014). Aanknopingspunten voor samenwerking. Juli 2014. Beschikbaar via: <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-gemeente/gezondheidsbeleid-uitvoeren/samenwerken/samenwerken-met-eerstelijnszorg/samenwerking-eerstelijns-concreet/>. Geraadpleegd op 15 juli 2014.

RIVM (2010). De organisatie van zorggroepen anno 2010. Bilthoven: RIVM.

RIVM (2012). De organisatie van zorggroepen anno 2011. Bilthoven: RIVM.

RIVM (2012). Effect van integrale bekostiging op curatieve zorgkosten. Bilthoven: RIVM.

RIVM (2014). Kosten van ziekten. Website RIVM. Beschikbaar via: www.kostenvanziekten.nl. Geraadpleegd op 30 juli 2014.

ROSET (2012). Jaarverslag 2012. Regionale Ondersteunings Structuur Eerstelijnszorg Twente. Twente: ROSET.

ROS Friesland (2012). Jaarverslag 2012. Friesland: ROS Friesland.

ROS-netwerk (2011). ROS'en bevorderen samenhang in de eerste lijn. Utrecht: LVG.

Schippers, E.I. (2011). Beantwoording Kamervragen over de korting op het huisartsenbudget na overschrijding bij de geïntegreerde eerstelijnszorg. 18 september 2011. Den Haag: VWS.

Schippers, E.I. en Rijn, M.J. van (2014). Kamerbrief over e-health en zorgverbetering. 2 juli 2014. Den Haag: VWS.

Schmittziel, J.A., et al. (2006). Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Annals of Family Medicine*, 4(2), p. 117-123.

SCP (2011). Kwetsbare ouderen. Februari 2011. Den Haag: SCP.

SGZ-ROS (2014). SGZ-ROS verbindt, verbetert en versterkt de eerste lijn. Website SGZ-ROS. Beschikbaar via: www.sgzros.nl. Geraadpleegd op 16 juni 2014.

Significant B.V. (2012). Praktijkkosten en –inkomensonderzoek huisartsenzorg. September 2012. Barneveld: Significant.

SiRM (2012). Literatuuronderzoek huisartsenzorg. Den Haag: SiRM.

Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344(8930), p. 1129-1133.

Starfield, B. en Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60(3), p. 201-218.

Starfield, B., et al. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), p. 457-502.

Starfield, B. (2011). Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(8), p. 653-655.

Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *Canadian Medical Association Journal*, 180(11), p. 1091-1092.

Stichting KOEL (2012). Jaarverslag Stichting KOEL 2012. Zwijndrecht: Stichting KOEL.

Suter, E., Oelke, N.D., Adair, C.E., Armitage, G.D. (2009). Ten key principles for succesful health systems integration. *Healthcare Quarterly*, 13, p. 16-23.

The King's Fund (2010). Clinical and service integration: The route to improved outcomes.

Trimbos Instituut (2011). Op zoek naar een kosteneffectieve Basis GGZ. Scenario's voor zorginnovatie. Utrecht: Trimbos Instituut.

Valentijn, P., et al. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1).

Vektis (2012). Zorgthermometer. Vooruitblik. Zeist: Vektis.

Vektis (2013). Een sterke eerste lijn (Zorgthermometer 18). Zeist: Vektis.

V&VN (2010). Visie op de rol van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg. December 2010. Utrecht: V&VN.

V&VN (2014). Van Rijn: 3500 extra wijkverpleegkundigen. 3 juli 2014. Beschikbaar via: <http://www.venvn.nl/Dossiers/Eerstelijnszorg/Detail/tabid/5224/ArticleID/10408/mod/14099/Van-Rijn-3500-extra-wijkverpleegkundigen.aspx>. Geraadpleegd op 31 juli 2014.

VGZ (2013). Extern Inkoopbeleid 2013. Geïntegreerde Eerstelijns Samenwerkingsverbanden.

VGZ (2013). Inkoopbeleid Geïntegreerde Eerstelijns Samenwerkingsverbanden 2014.

VGZ (2013). Zorgovereenkomst huisartsgeneeskundige zorg 2014 – Bijlage 6 Module Zorg voor kwetsbare ouderen.

VWS (2012). Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014. 18 juni 2012. Landelijk Platform GGz, GGZ-Nederland, ZN, NVvP, NIP, LVG, LVE, Meer GGZ, Nvvp en VWS.

VWS (2013). Factsheet 2. 17 december 2013. Den Haag: VWS.

VWS (2013). Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017. 16 juli 2013. LHV, LOK, LVG, VHN, ZN en VWS.

VWS (2014). Voorhangbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. 19 mei 2014. Den Haag: VWS.

Wildt, J.E. de (2014). Bekostigingsmodel Eerstelijnszorg versie 1.3. De Eerstelijns. Januari 2014.

Wildt, J.E. de (2014). Gewenst: robuuste bekostiging huisartsen- en multidisciplinaire zorg. De Eerstelijns, p. 34-35.

ZONH (2012). Jaarverslag 2012. Optimale zorg een stap dichterbij. Heerhugowaard: ZONH.

Zorg en Zekerheid (2012). Visie/beleid geïntegreerde eerstelijns samenwerkingsverbanden. Mei 2012.

B. BIJLAGEN

OVERZICHT GEÏNTERVIEWDE PERSONEN

| Naam | Functie |
|--------------------|--|
| Jorg Arends | Regiomanager LHV |
| Martien Bouwmans | Beleidsadviseur zorg ZN |
| Ronald van Breugel | Beleidscoördinator zorg VGZ |
| Anke ter Brugge | Senior beleidsmedewerker NHG |
| Marc Bruijnzeels | Directeur Jan van Es Instituut |
| Joost Clemens | Directielid Amstelland Zorggroep, huisarts Ouderkerk aan de Amstel |
| Bertien Dumas | Manager zorginkoop eerste lijn Menzis |
| Adrie Evertse | Algemeen directeur Stichting KOEL, huisarts Oud-Beijerland, voorzitter HAP 't Hellegat |
| Marc Eyck | Hoofd afdeling beleid, communicatie en marketing NHG, huisarts Neerbeek |
| Nico Eyck | Huisarts Hengelo Gld., senior beleidsmedewerker LHV |
| Marijke 't Hart | Directeur/bestuurder SGH (Haarlemmermeer) |
| Conny Helder | Voorzitter Raad van Bestuur SGE (Eindhoven) |
| Kary Heldoorn | Manager huisartsenzorg, versterking eerste lijn en ketenzorg CZ |
| Lodi Hennink | Algemeen directeur LHV |
| Jean Hermans | Manager beleid en verenigingszaken KNMP |
| Gitta Hoeks | Manager integrale zorg Achmea |
| Anique Jansen | Zorginkoper keten- en geïntegreerde eerstelijnszorg Achmea |
| Maarten Klomp | Bestuurslid InEen, huisarts Eindhoven, medisch directie DOH |
| Josefien Kursten | Unitmanager eerstelijns zorg en ketens, directie Zorgmarkten Cure NZa |
| Rob van de Laar | Beleidscoördinator basiszorg VWS |
| André Louwen | Directeur SGZ (Zoetermeer), bestuurslid InEen |

| | |
|--------------------|--|
| Lex Maussart | CEO bij Archiatros en SDHS |
| Judith Meijer | Voorzitter Raad van Bestuur GAZO (Amsterdam Zuidoost), bestuurslid InEen |
| Anoeska Mosterdijk | Afdelingshoofd eerstelijns- en ketenzorg VWS |
| Bram Stegeman | Huisarts Maarssebroek, vicevoorzitter en penningmeester LHV |
| Robert Verheij | Programmaleider zorgregistratie eerste lijn NIVEL |
| Jan-Erik de Wildt | Directeur DOH en eigenaar De Eerstelijns |
| Helma Zijlstra | Directeur V&VN |

OVERZICHT LEDEN STUURGROEP

| Naam | Functie |
|--|---|
| Hansmaarten Bolle (voorzitter stuurgroep) | Directeur InEen |
| Geraline Boonzaaijer | Consultant SiRM - Strategies in Regulated Markets |
| Martien Bouwmans | Beleidsadviseur zorg ZN |
| Jan-Peter Heida | Directeur SiRM - Strategies in Regulated Markets |
| Wilfrid Opheij | Partner Common Eye |
| Lennart Rijkers | Senior beleidsmedewerker LHV |
| Christel van Vugt | Accountmanager huisartsenposten InEen |

OVERZICHT DEELNEMERS EERSTE WERKCONFERENTIE

| Naam | Functie |
|----------------------|---|
| Jorg Arends | Regiomanager LHV |
| Hansmaarten Bolle | Directeur InEen |
| Geraline Boonzaaijer | Consultant SiRM - Strategies in Regulated Markets |
| Martien Bouwmans | Beleidsadviseur zorg ZN |
| Ronald van Breugel | Beleidscoördinator zorg VGZ |
| Marc Eyck | Hoofd afdeling beleid, communicatie en marketing NHG, huisarts Neerbeek |
| Marijke 't Hart | Directeur/bestuurder SGH (Haarlemmermeer) |
| Jan-Peter Heida | Directeur SiRM - Strategies in Regulated Markets |
| Conny Helder | Voorzitter Raad van Bestuur SGE (Eindhoven) |
| Kary Heldoorn | Manager huisartsenzorg, versterking eerste lijn en ketenzorg CZ |
| Jean Hermans | Manager beleid- en verenigingszaken KNMP |
| Anique Jansen | Zorginkoper keten- en geïntegreerde eerstelijnszorg Achmea |
| Rob van de Laar | Beleidscoördinator basiszorg VWS |
| Eric de Laat | Senior beleidsadviseur NZa |
| André Louwen | Directeur SGZ (Zoetermeer), bestuurslid InEen |
| Netteke Ludwig | Regiomanager zorginkoop Menzis |
| Lex Maussart | Directeur/bestuurder Archiatros, 5 zorggroepen, 4 HAP's enz. (Gelderland en Overijssel) |
| Judith Meijer | Voorzitter Raad van Bestuur GAZO (Amsterdam Zuidoost), bestuurslid InEen |
| Wilfrid Opheij | Partner Common Eye |
| Lennart Rijkers | Senior beleidsmedewerker LHV |
| Karel Rosmalen | Afdelingshoofd beleid en ontwikkeling LHV |
| Frederik Vogelenzang | Accountmanager zorggroepen InEen |
| Christel van Vugt | Accountmanager huisartsenposten InEen |
| Jan-Erik de Wildt | Eigenaar Eerstelijns, directeur DOH (Eindhoven) |

OVERZICHT DEELNEMERS TWEEDE WERKCONFERENTIE

| Naam | Functie |
|----------------------|---|
| Hansmaarten Bolle | Directeur InEen |
| Geraline Boonzaaijer | Consultant SiRM - Strategies in Regulated Markets |
| Martien Bouwmans | Beleidsadviseur zorg ZN |
| Ronald van Breugel | Beleidscoördinator zorg VGZ |
| Anke ter Brugge | Senior beleidsmedewerker NHG, therapeut Beeldrijk (praktijk voor persoonlijke ontwikkeling en therapie) |
| Joost Clemens | Huisarts, directielid Amstelland Zorggroep |
| Nico Eyck | Huisarts, senior beleidsmedewerker beleid en ontwikkeling LHV |
| Marijke 't Hart | Directeur/bestuurder SGH (Haarlemmermeer) |
| Jan-Peter Heida | Directeur SiRM - Strategies in Regulated Markets |
| Kary Heldoorn | Manager huisartsenzorg, versterking eerste lijn en ketenzorg CZ |
| Gitta Hoeks | Manager huisartsenzorg en integrale zorg Achmea |
| Jean Hermans | Manager beleid- en verenigingszaken KNMP |
| Eric Juffermans | Zorginkoper geïntegreerde eerstelijnszorg Menzis |
| Rob van de Laar | Beleidscoördinator basiszorg VWS |
| Eric de Laat | Senior beleidsadviseur NZa |
| Jos Leijenhorst | Inkoper huisartsenzorg en integrale zorg Achmea |
| André Louwen | Directeur SGZ (Zoetermeer), bestuurslid InEen |
| Judith Meijer | Voorzitter Raad van Bestuur GAZO (Amsterdam Zuidoost), bestuurslid InEen |
| Wilfrid Opheij | Partner Common Eye |
| Bert Prins | Directeur Centrale Huisartsenposten Rijnmond |
| Lennart Rijkers | Senior beleidsmedewerker LHV |
| Karel Rosmalen | Afdelingshoofd beleid en ontwikkeling LHV |
| Christel van Vugt | Accountmanager huisartsenposten InEen |
| Beatrijs Willems | Programmamanager KNMP |
| Helma Zijlstra | Directeur V&VN |

AANDELEN VAN UITGAVEN AAN HUISARTSENZORG PER DIAGNOSEGROEP

Het RIVM heeft alle kosten voor de gezondheidszorg zo goed mogelijk toegedeeld naar diagnoses, leeftijdsgroepen en zorgverlener.¹⁶¹ Op basis van deze gegevens hebben we de huisartsenzorg toegedeeld naar basiszorg, chronische zorg die in principe in ketens geleverd kan worden, GGZ, oncologische zorg en overige, minder vaak voorkomende, chronische aandoeningen. Deze bijlage geeft meer informatie over de analyse.

Voor huisartsenzorg zijn er 99 diagnoses opgenomen in de database van het RIVM. Die diagnoses zijn door ons ingedeeld in zes categorieën.

- Ketenzorg: Coronaire hartziekten, Hartfalen, Hypertensie, Astma en COPD, Dementie, Diabetes
- Overig Chronisch: Epilepsie, Inflammatoire darmziekten, MS, Parkinson, Reuma
- GGZ: Alcohol en drugs, Angststoornissen, Depressie, Overig psychisch, Overig psychotisch, Persoonlijkheidsstoornissen, Schizofrenie
- Oncologisch: Alvleesklierkanker, Blaas-, nierkanker, Kanker geslachtsorganen, Maagkanker, Non-Hodgkin lymfoom, Overige lymfomen, Slokdarmkanker, Baarmoederhalskanker, Benigne geslachtsorgaan, Borstkanker, Darmkanker, Longkanker, Overig benigne, Overig kanker, Prostaatcancer
- Geen diagnose (verder verdeeld): Nog niet toewijsbaar, Symptomen
- Basis de overige diagnoses: Congenitaal centraal zenuwstelsel, Overig congenitaal, Verstandelijke handicap, Beroerte, Artrose, Dérang interne knie, Dorsopathieën, Osteoporose, Overig bewegingsstelsel, Bevalling, Kraambed, Overig perinataal, Vroeggeboorten, Zwangerschap, Fractuur armen, Heupfractuur, Oppervlakkig letsel, Overig fractuur benen, Overig letsel, Schedelletsel, Blindheid, Cataract, Decubitus, Eczeem, Fertiliteit vrouw, Gehoorstoornissen, Ooglid aandoening, Overige huidziekten, Overige oogziekten, Refractie stoornis, Appendicitis, Bloedziekten, Buikbreuken, Galziekten, Hepatitis, HIV/AIDS, Infectie maag-darm, Maagzweer, Meningitis, Nefritis, Overig endocrien, Overige infectieziekten, Overige leverziekten, Overige luchtwegaandoeningen, Overige nierziekten, Overig spijsvertering, Overig zenuwstelsel, Tuberculose, Acute urineweginfectie, Anticonceptie, Bovenste luchtweginfectie, Hyperplasie, Longontsteking, influenza, Man geslacht, Overige darmziekten, SOA's, Vrouw geslacht, Weke delen reuma,

¹⁶¹ "Kosten van ziekten", RIVM, 2014.

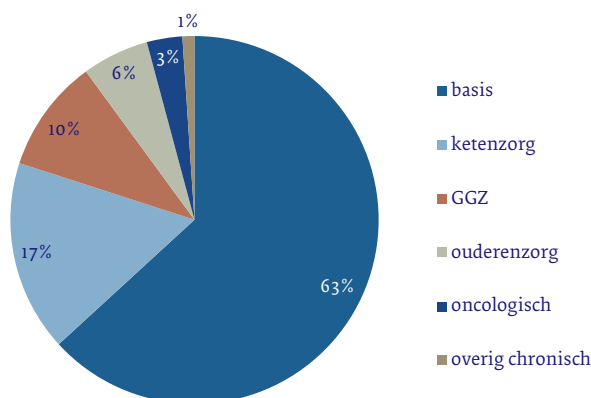
Congenitaal hart, Overige hartziekten, Overige vaatziekten, Perifeer vaatlijden, Overig gebitsafwijking

De laatste categorie; geen diagnose, is op basis van aannames verder verdeeld:

- Geen diagnose (33% van de totale kosten voor huisartsenzorg) is verdeeld over:
 - Jonger dan 75: basis (2/3), keten (1/6) en GGZ (1/6)
 - Ouder dan 75: ouderenzorg (1/2), basis (2/6), keten (1/12) en GGZ (1/12).
- De kosten voor mensen ouder dan 75 is voor drie categorieën verder toegedeeld aan ouderenzorg:
 - Basiszorg: ouderenzorg 1/2, basiszorg 1/2.
 - GGZ: ouderenzorg 3/4, GGZ 1/4.
 - Overige chronische zorg: ouderenzorg 2/3, overige chronische zorg 1/3

Op basis van deze indeling schatten we dat de huisartsenzorg nu voor ongeveer 63% bestaat uit basiszorg, voor 21% uit chronische zorg die in principe in ketens geleverd kan worden, voor 12% uit GGZ, voor 3% uit oncologische zorg en voor ruim 1% uit overige, minder vaak voorkomende, chronische aandoeningen (figuur 46).

Figuur 46: Aandeel van uitgaven aan huisartsenzorg per categorie diagnoses, 2011 [procent van uitgaven aan huisartsenzorg]

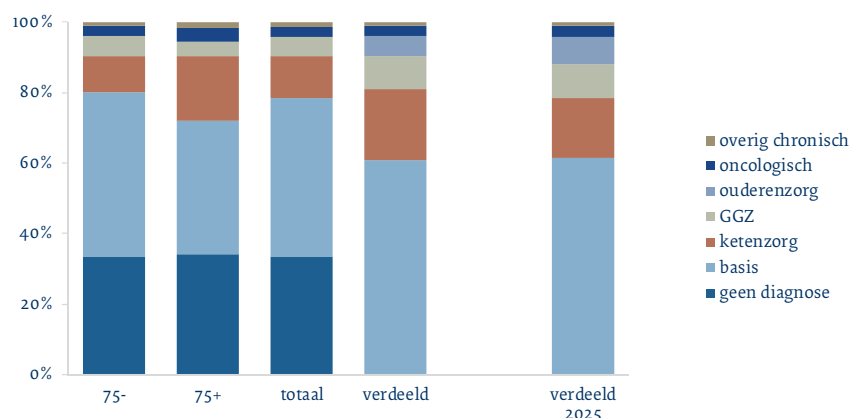


Het aandeel basiszorg zal door demografische ontwikkelingen iets kleiner worden terwijl het aandeel ketenzorg zal stijgen (figuur 47). Naast demografische ontwikkelingen zullen ook veranderingen in epidemiologie leiden tot andere verhoudingen. Er wordt een hoger aandeel ketenzorg, vooral vanwege hart- en vaatziekten en obesitas, verwacht.

Figuur 47: Aandeel van uitgaven aan huisartsenzorg per categorie diagnoses, 2011 en 2025 [procent van uitgaven aan huisartsenzorg].

Verdeling kosten huisartsenzorg over type zorg, 2011 en 2025 [procent]

100% = EUR 2,6 miljard



Bron: SiRM analyse o.b.v. Kosten van Ziekten RIVM

POSITION PAPER JAN VAN ES INSTITUUT

Het Jan van Es instituut heeft een position paper geschreven waarin wordt ingegaan op de ontwikkeling van de huisartsenzorg. Het position paper benadrukt dat integrale zorg bestaat uit zowel horizontale samenwerking (met andere eerstelijns disciplines) als verticale samenwerking (waaronder met ziekenhuis en medisch specialist). De schaal die bij de samenwerking hoort, hangt sterk af van lokale omstandigheden. Voor de bekostiging moet vooral de complexiteit van de zorgvraag leidend zijn.