

## Tussenrapportage

# Naar professionele ondersteuning en infrastructuur voor samenwerking van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor samenwerking met andere partijen

Versie 1.1

2 december 2014

SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V.  
Nieuwe Uitleg 24  
2514 BR Den Haag

Den Haag, 2 december 2014

Contactpersoon: Jan-Peter Heida  
E-mail: [jp.heida@sirm.nl](mailto:jp.heida@sirm.nl)  
Telefoonnummer: 06-41362359

## VOORWOORD

De eerste lijn is cruciaal voor professionele, toegankelijke, hoogwaardige en betaalbare zorg in Nederland. De eerstelijnszorg, met de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg als een belangrijke spil, is zeer toegankelijk voor de Nederlandse burger. Er wordt een grote groei van aantallen patiënten in de eerste lijn verwacht door de decentralisaties, de vergrijzing, de groei van chronische ziektes en meer mogelijkheden voor substitutie. Die groei kan alleen goed opgevangen worden en de toegankelijkheid en kwaliteit kan alleen gewaarborgd worden als er sprake is van uitstekende samenwerking tussen zorgprofessionals in de eerste lijn en door dito samenwerking met andere (zorg)partijen. Dit vraagt veel van de ondersteuning en infrastructuur (O&I) voor de eerste lijn.

Dit onderzoek stelt de O&I die nodig is voor de samenwerking in de eerste lijn centraal. Centraal statement is dat de samenwerking en O&I noodzakelijk zijn en dus niet van het toeval mogen afhangen. Toeval of professionals het in meer of mindere mate oppakken. Die samenwerking en O&I zijn onderdeel van een professioneel functionerende eerste lijn. Het is geen 'plus' waar extra voor betaald moet worden als het er is. Nee, samenwerking en goede O&I zijn noodzaak en essentieel voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Samenwerking en goede O&I moeten daarom georganiseerd én betaald worden.

We werken dus met nieuwe paradigma's (figuur 1). Samengevat is de paradigmaverandering als volgt:

**In de eerstelijns zorg is samenwerken de norm  
en de bijbehorende O&I onderdeel van de  
normale manier van zaken doen.**

*Figuur 1. Paradigmaverandering omtrent samenwerken in de eerste lijn en de daarvoor benodigde ondersteuning en infrastructuur.*

Van	Naar
Huisartsenpraktijk die geld krijgt als die er voor kiest samen te werken	Geld standaard beschikbaar voor samenwerkingen eis aan huisartsenzorgeenheid om samen te werken
Micromanagement op specifieke kostenposten van de samenwerking	Afspraken op resultaten van de samenwerkingen transparantie over kosten en resultaten

Goede O&I ten behoeve van samenwerken betekent:

- Uitstekend functionerende ICT, die het zorgproces en de noodzakelijke samenwerking faciliteert en ondersteunt;
- Professionele bedrijfsvoering en organisatie, zodat patiënten goed bediend worden en zorgprofessionals ontzorgd worden en optimaal beschikbaar zijn voor patiëntenzorg;
- Goede kwaliteit, afgestemd op de populatie, gebaseerd op goede afspraken, richtlijnen en protocollen, waar patiëntbeoordeling vanzelfsprekend onderdeel van uitmaakt;
- Georganiseerde innovatie op die plekken die het meest kansrijk zijn, waarbij de leerervaringen ook door anderen geadapteerd worden;
- Goede structurele afspraken tussen professionals in de eerste lijn en met de tweede lijn, zodat zorgketens en –netwerken optimaal en patiëntgericht functioneren;
- Goede samenwerkingsafspraken, waarop de eerste lijn echt aanspreekbaar is en waarbij geen sprake kan en mag zijn van vrijblijvendheid.
- Huisvesting voor de functies van O&I, zoals werkplekken voor het management en de ondersteuners en ruimtes voor samenwerking.

Die O&I is dringend noodzakelijk, maar zeker nog niet overal adequaat qua inhoud en organisatie. Wij sluiten aan bij de 'Toekomstvisie huisartsenzorg' van de LHV/NHG die is onderschreven door InEen<sup>1</sup>. Daarin is al geconcludeerd dat de schaal van een 'standaard'praktijk met circa 2.500 ingeschrevenen te klein is als eenheid voor goed georganiseerde samenwerking. De LHV en NHG hebben de ambitie dat in 2022 de huisartsenzorg in lokale samenwerkingsverbanden wordt geleverd met uitzondering van kleine dorpen. In dit onderzoek beschouwen we dit lokale samenwerkingsverband als 'de kleinste eenheid van samenwerking'. Niet alle samenwerking kan echter op die wijkschaal optimaal georganiseerd worden. Samenwerken vraagt meerschalligheid.

Omdat VWS het onderzoek zal gebruiken om de ontwikkeling van segment 2 van de huisartsen- en multidisciplinaire zorg verder vorm te geven, is in dit onderzoek gekeken welke O&I de huisartsenzorg nodig heeft om de samenwerking te regelen in de eerste lijn. Het opnemen van een bedrag in de huisartsenbesteding voor O&I voor het regelen van samenwerking in de eerste lijn betekent dat voor de komende jaren een zwaarder beroep op de huisartsenzorg gedaan wordt om de samenwerking ook tot stand te brengen. In de besteding van andere disciplines, als fysiotherapie en wijkverpleging, moet echter in de komende jaren in de tarieven wel dekking komen om samen te werken en moet ruimte geboden worden voor initiatieven op het gebied van O&I.

---

<sup>1</sup> "Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022", LHV en NHG, 2012.

Bovendien is het logisch om voor de bekostiging op de langere termijn toe te werken naar duurzame contracten met integrale tarieven, waarbij geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen de segmenten.

Het uitgangspunt van dit onderzoek is dat de zorg voor patiënten centraal staat. De essentie van de gezamenlijke 'denklijn' is:

- De eerste lijn is verbonden aan een populatie van mensen;
- Die populatie van mensen vraagt om zorg; dat kan mono- of multidisciplinaire zorg zijn;
- Om die eerstelijnszorg voor de populatie dagelijks 24 uur professioneel te leveren, is samenwerking tussen huisartsen onderling, met andere disciplines in de eerste lijn en met andere organisaties nodig. Het gaat om professionele samenwerking rond individuen én om samenwerking rond de populatie als geheel;
- De interne samenwerking en de samenwerking met externe partijen vragen om goede O&I; die is te onderscheiden in een aantal taken die vervuld moeten worden en verschillende functies die geleverd moeten worden. Die O&I kost inspanning en geld;
- Die O&I moet bekostigd worden; vraag daarbij is dan: Wat moet je betalen, via wie kun je dat het beste betalen en op welke manier kun je dat het beste betalen;
- Dat is niet vrijblijvend. Van professionele eerstelijnspartijen wordt verwacht dat die professionele samenwerking en O&I onderdeel uitmaakt van hun werk. Dát is de norm.

Aan deze denklijn geven wij uitwerking in dit rapport.

# MANAGEMENTSAMENVATTING

## 1 DE OPDRACHT EN VRAAGSTELLING

Het onderzoek komt voort uit het hoofdlijnenakkoord voor de eerste lijn. In overleg met de opdrachtgevers InEen, LHV, ZN en met VWS is de vraagstelling als volgt geformuleerd:

1. Als we - denkend vanuit patiënt en professional - de eerstelijnszorg willen versterken, wat helpt daar dan bij in termen van functies, organisatie- en samenwerkingsvormen en bekostigingsmogelijkheden?
2. Wat zijn richtinggevende kaders voor het wat (welke functies), het hoe (organisatie- en samenwerkingsvormen) en de bekostiging, die helpen bij het realiseren van de versterking van de eerstelijnszorg?

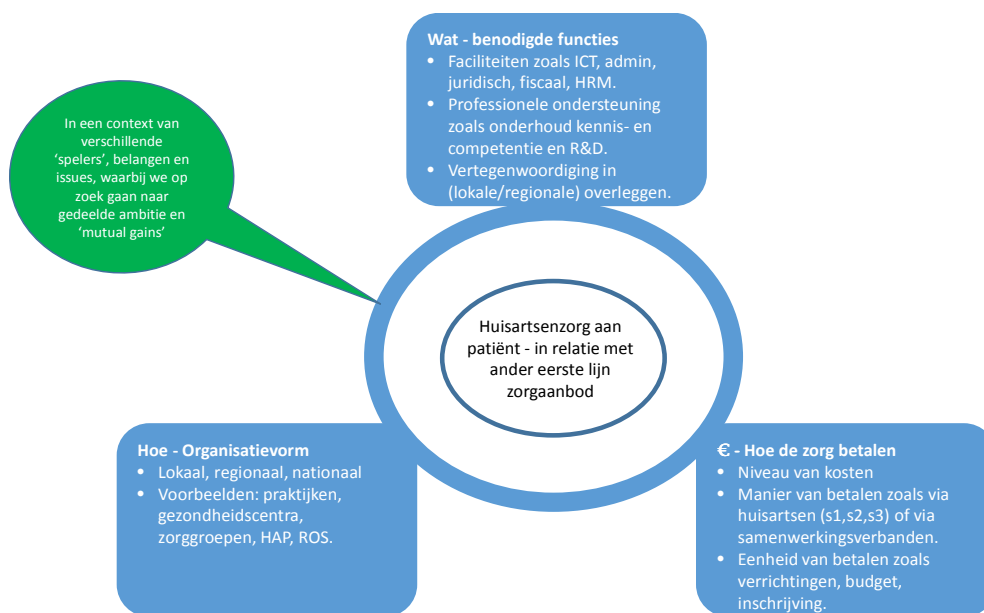
Bij de afbakening van het onderzoek zijn we uitgegaan van het bestuurlijk akkoord als anker, de huisartsenzorg als spil in de samenwerking en het lokale samenwerkingsverband als basiseenheid dicht bij huis. De zorg in avond, nacht en weekeinde (anw) maakte geen deel uit van het onderzoek.

InEen is namens ZN, LHV en InEen “penvoerder” voor het onderzoek naar de ondersteuning en infrastructuur voor eerstelijnszorg. InEen heeft Common Eye en SiRM – Strategies in Regulated Markets gevraagd dit onderzoek uit te voeren. Het onderzoek is bekostigd met een subsidie van VWS.

## 2 HET UITGEVOERDE ONDERZOEK

In figuur 2 geven we de essentie van het onderzoek schematisch weer.

Figuur 2. Schematisch model voor onderzoek naar O&I voor samenwerking van huisartsenzorg vanuit de eerste lijn.



Het onderzoek is uitgevoerd van maart tot en met november 2014. In het onderzoek is informatie verzameld door middel van literatuuronderzoek en 28 intensieve (groeps)interviews met diverse spelers in de eerste lijn (zie bijlage 1 voor een overzicht van geïnterviewden). De uitkomsten zijn gevolgd door een stuurgroep bestaande uit vertegenwoordigers van InEen, de LHV en ZN, die zevenmaal twee tot vier uur bij elkaar gekomen is. In twee werkconferenties van een halve dag hebben circa 25 personen uit de sector meegedacht en meegewerkt aan de (tussen)resultaten.

### 3 OVEREENSTEMMING TUSSEN PARTIJEN OVER HET BELANG VAN GOEDE O&I EN PROFESSIONELE SAMENWERKING

De huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is zeer toegankelijk voor de Nederlandse burger. Dat moet zo blijven, ook als de hoeveelheid zorg in de eerste lijn groeit. Door de decentralisaties, de vergrijzing, de groei van chronische ziektes en meer mogelijkheden voor substitutie wordt een grote groei van aantallen patiënten verwacht. Dit betreft een groei van zowel patiënten die baat hebben bij multidisciplinaire zorg als van patiënten die monodisciplinaire zorg nodig hebben. Voor die patiënten is samenwerking van belang tussen eerstelijns zorgaanbieders onderling, van eerstelijns zorgaanbieders met andere zorgaanbieders, met verzekeraars en met gemeenten. Er is soms ook samenwerking nodig die niet direct toe te rekenen is aan een bepaalde patiëntengroep. Ook daar is O&I voor nodig. Door betere samenwerking kan de zorg worden geoptimaliseerd; bijvoorbeeld doordat minder overdrachten nodig zijn, of doordat mensen eventueel benodigde zorg – voor zo ver mogelijk – dicht bij huis ontvangen. Samenwerking is ook nodig om nieuwe

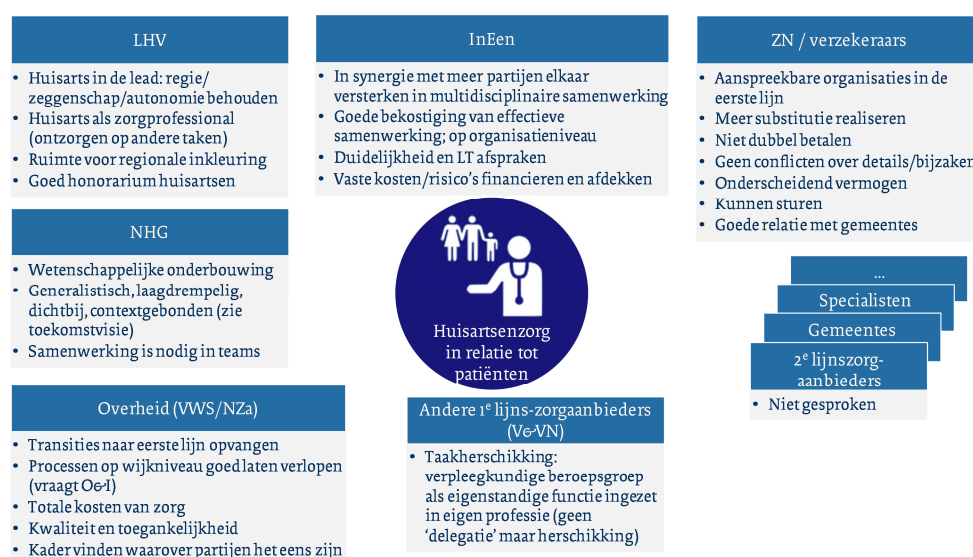
uitdagingen het hoofd te bieden. Zo kan bijvoorbeeld niet iedere huisarts apart overleggen met de gemeente om de zorg af te stemmen met het sociale domein.

De partijen willen helderheid over de benodigde O&I functies die mono- en multidisciplinaire samenwerking faciliteren, inclusief een schatting van de bijbehorende kosten, de mogelijke organisatievormen en de mogelijkheden voor bekostiging. Dit moet leiden tot een afstemmings- en onderhandelingsproces, waarbij de voor de zorg noodzakelijke samenwerking en O&I zo effectief mogelijk gerealiseerd wordt. Met dit onderzoek worden kaders en bouwstenen opgesteld om dat proces te structureren.

Inhoudelijk gezien bleek er brede overeenstemming te bestaan over welke taken nodig zijn voor mono- en multidisciplinaire samenwerking en welke functies nodig zijn om die taken uit te voeren. Deze door O&I te leveren 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 en (7) Huisvesting. Naast overeenstemming over de benodigde functies van O&I is er een breed gedeeld beeld dat er meerdere organisatievormen zijn die de O&I kunnen leveren, zoals coöperaties, netwerken, zorggroepen, geïntegreerde eerstelijns centra en andere vormen.

Bij het ontwikkelen van de gedeelde ambitie hebben we geprobeerd recht te doen aan de verschillende belangen die spelen. In de interviews zijn deze belangen achterhaald. Figuur 3 geeft een overzicht van de belangrijkste belangen per sleutelspeler.

Figuur 3: Overzicht van de belangrijkste belangen per sleutelspeler



Op basis van de belangen per sleutelspeler zijn drie gedeelde belangen te definiëren:

1. Gedeeld belang in goede patiëntenzorg:

- De sleutelspelers willen de huisarts 'ontzorgen', zodat hij weer kan focussen op goede patiëntenzorg, in samenwerking met andere professionals.
- Partijen zijn het erover eens dat goede O&I helpt bij betere uitkomsten door professionele samenwerking en dat goede O&I bedrijfsvoering, innovatie en bestuurlijke aanspreekbaarheid faciliteert en stimuleert.
- De sleutelspelers vinden dat er ruimte moet zijn om regionaal inkleuring te geven.
- Partijen willen meer substitutie vanuit de tweede lijn realiseren.

2. Gedeeld belang om eerstelijnszorg georganiseerd te krijgen:

- Sleutelspelers zijn het erover eens dat er veel op de eerste lijn af komt en dat de eerste lijn daarom goed georganiseerd moet zijn. De huisartsenzorg eenheid kan de toenemende vraag niet alleen opvangen.
- Verzekeraars zijn bereid te betalen voor O&I, mits hun verzekerden hiervoor goede, transparante, kosteneffectieve, toegankelijke zorg krijgen.

3. Gedeeld belang in bestuurlijke rust: De sleutelspelers willen een perspectief dat bijdraagt aan wezenlijke discussies en willen geen conflicten over details of bijzaken.

De meeste discussie is er over de manier van bekostigen. Er is echter wel brede overeenstemming bereikt over de criteria waaraan de organisatie en bekostiging van de O&I voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg moet voldoen. Die criteria kunnen worden gebruikt om de verschillende manieren van organiseren en bekostigen te toetsen:



1. Stelt de zorgvraag van de patiënt en populatie centraal	De O&I is er om de samenwerking te ondersteunen die nodig is om goede mono- en multidisciplinaire zorg voor een bepaalde populatie te leveren. Uitgangspunt is dus de populatie van patiënten. Goede bekostiging draagt hieraan bij.
2. Staat samenwerken op meerdere schalen toe	De O&I is nodig voor samenwerking op meerdere schalen en niveaus die niet landelijk overal gelijk zijn. Het niveau van de regio kan bijvoorbeeld oplopen van 100.000 tot 1.000.000 inwoners en de schaal hangt af van het soort zorg, de populatie, geografie, eerdere samenwerkingsverbanden en de bestuurlijke en institutionele omgeving. Goede bekostiging maakt het mogelijk dat O&I op meerdere schalen geleverd kan worden.
3. Bevordert samenhang	Goede O&I ondersteunt zorgprofessionals bij het bieden van samenhang en continuïteit van zorg aan de patiënt. Ook de O&I zelf is gebaat bij samenhang. Een goed model voor bekostiging van O&I voorkomt dus versnippering en maakt regionaal samenwerken mogelijk.
4. Bevordert daadkracht en continuïteit	Goede O&I komt niet vanzelfsprekend tot stand. Dat kost tijd en geld. Vergoeding daarvan is nodig. Na het opzetten van goede O&I moet het ook onderhouden worden. De bekostiging van O&I moet een toekomstperspectief bieden, zodat een duidelijk investeringsklimaat ontstaat.
5. Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg	De O&I is functioneel, efficiënt en levert toegevoegde waarde aan de zorgprofessional, zodat die goede zorg kan leveren. De O&I moet niet leiden tot een zichzelf in stand houdende bureaucratie of tot te hoge transactiekosten. Goede bekostiging kent een prikkel om dat te voorkomen.
6. Borgt commitment van zorgprofessionals	De O&I 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 en daarin ondersteund worden door de bekostiging.
7. Geeft ruimte aan innovatie	De O&I staat open voor innovaties en nieuwe toetreders die vaak innovatie creëren. De bekostiging van O&I houdt hier idealiter rekening mee, ook met het feit dat innovatie tot efficiëntieverbetering en substitutie kan leiden en daarmee tot afbouw van voorzieningen in de eerste lijn of elders.
8. Gaat primair uit van vertrouwen	De O&I is zo georganiseerd dat er wordt uitgegaan van vertrouwen in de zorgprofessionals die samenwerken en de ondersteuning die daarvoor is georganiseerd. Dat geeft hen vrijheid om de samenwerking optimaal voor de patiëntenzorg in te richten. Bij vertrouwen hoort uiteraard verantwoording. Goede

	bekostiging belooft terecht vertrouwen.
--	---

#### 4 DE ESSENTIE VAN DE KADERS

We hebben kaders ontwikkeld rond vijf vragen:

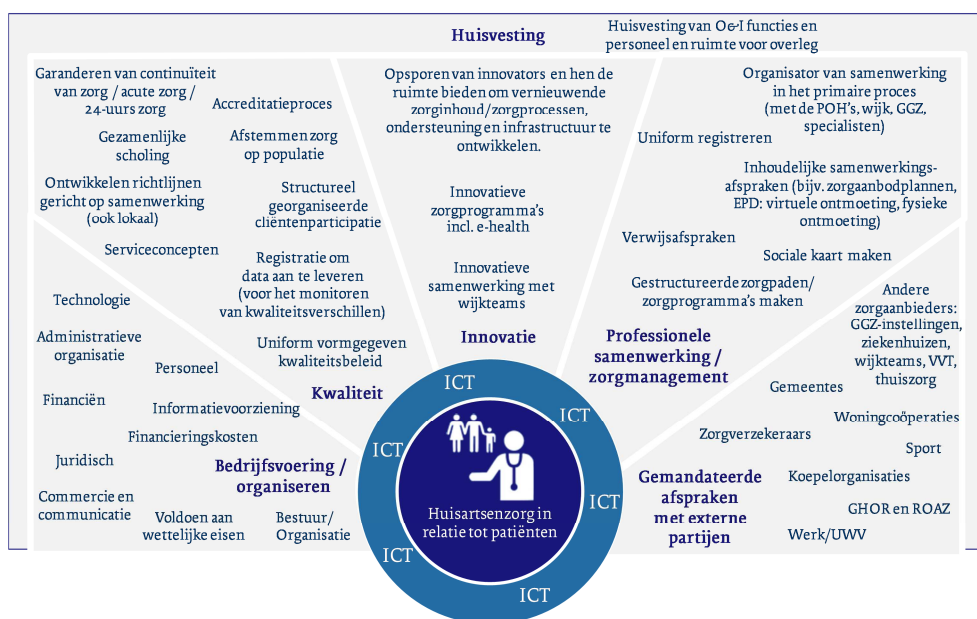
1. Voor welke populatie verlenen we de zorg en is dus de samenwerking en O&I noodzakelijk?

De ondersteuning, infrastructuur en samenwerking moet een bijdrage leveren aan professionele basiszorg, programmatische multidisciplinaire zorg voor patiënten met chronische ziekten, GGZ zorg, zorg voor kwetsbare ouderen en wijkgerichte zorg. Aard en omvang van deze soorten van zorg zijn in kaart gebracht, alsmede wat dit betekent voor de eerste lijn.

2. Welke functies behoren tot O&I?

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 (figuur 4).

Figuur 4. Functies van ondersteuning en infrastructuur van huisartsenzorg.



De juiste schaalgrootte voor de functies kan bepaald worden door 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) te bepalen.

### 3. *Wat zijn manieren om O&I te organiseren?*

Er zijn veel verschillende manieren om de taken uit te voeren en om de daarvoor benodigde functies te organiseren. Er zijn geen bewezen 'standaard'oplossingen. Verschillende (juridische) vormen zijn mogelijk. Er zijn geen onderzoeken bekend waaruit blijkt dat een bepaalde vorm excelleert. Bij het bepalen van de organiseervorm gelden bij uitstek twee van de vastgestelde criteria. Ten eerste moet de organiseervorm het commitment van zorgprofessionals borgen door ervoor te zorgen dat professionals invloed kunnen uitoefenen op de koers en besluitvorming rond O&I. Ten tweede moet de organisatie toegevoegde waarde leveren voor de zorg en moet voorkomen worden dat een zichzelf in stand houdende bureaucratie ontstaat met hoge transactiekosten.

Er is sprake van meerschalligheid in organiseren. Hierbij zijn vier punten van belang:

1. Zorg moet in ieder geval lokaal goed georganiseerd worden, inclusief de daarvoor benodigde multidisciplinaire samenwerking.
2. Voor een aantal specifieke patiëntgroepen is zichtbaar dat de zorg op een grotere schaal gefinancierd en georganiseerd wordt (zorggroepen en koepels van gezondheidscentra).
3. Voor de meeste functies van O&I moet boven het lokale niveau iets aanvullends georganiseerd worden. Thans gebeurt dit in koepels van gezondheidscentra, facilitaire ondersteuningsorganisaties en zorggroepen.
4. 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 niet alleen over de samenwerkingsvorm. Voor succesvol samenwerken moet aan vijf condities gewerkt worden, waar de samenwerkingsvorm er maar één van is. De vijf condities zijn gedeelde ambitie, recht doen aan belangen, goed persoonlijk samenwerken, professioneel organiseren en een betekenisgevend proces. Naarmate beter aan deze condities voldaan is, is een samenwerking kansrijker. Periodieke toetsing op deze condities is dan ook aan te bevelen.

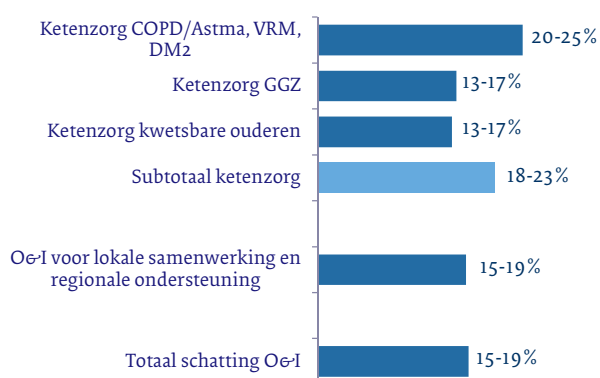
### 4. *Wat kost professionele O&I en samenwerking?*

Op basis van de beschikbare gegevens schatten we de huidige gemiddelde kosten voor goede, professioneel georganiseerde O&I voor samenwerking voor huisartsenzorg op

15 tot 19% van de uitgaven aan huisartsenzorg. Hierbij is het van belang te realiseren dat het macrokader niet gelijk is aan de micronorm; het percentage benodigde O&I is niet overall 15 tot 19%, maar kan afhankelijk van de lokale omstandigheden als de kosten voor huisvesting, hoger of lager zijn.

15 tot 19% 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 5). Dit is een zeer ruwe schatting die is gebaseerd op het opschalen van informatie van huidige O&I. De huidige uitgaven aan O&I voor samenwerken schatten we op 4 tot 5%.

Figuur 5: Geschat aandeel van uitgaven aan O&I in uitgaven aan huisartsenzorg [procent]



##### 5. Hoe de O&I en samenwerking te betalen?

Bij deze vraag hebben drie afwegingen centraal gestaan. Op basis van de criteria voor goede organisatie en bekostiging van O&I zijn de volgende conclusies zijn getrokken:

###### 1. Gebundeld of per component betalen?

Gebundeld betalen scoort op vier van de acht criteria beter dan betalen per component. 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 een O&I organisatie alle functies zoveel mogelijk in samenhang aanbiedt en dat met die organisatie kwaliteitsafspraken en financiële afspraken gemaakt worden. Dit wil 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. Gebundeld betalen kent echter ook een aantal nadelen, welke **gecompenseerd** dienen te worden; het betreft nadelen die vallen onder de criteria 'Bevordert samenhang', 'Stelt zorgvraag van patiënt en

populatie centraal’, ‘Bevordert daadkracht en continuïteit’ en ‘Borgt commitment van zorgprofessionals’.

## 2. Via organisatie of via huisartsenzorgseenheid betalen?

Te betalen via de organisatie of via de huisartsenzorgseenheid blijkt een waar dilemma, omdat bij beide manieren van bekostiging drie criteria als beste scoren, terwijl beide bekostigingsopties ook op een aantal criteria zwak scoren. Bij zowel betalen via de organisatie als betalen via de huisartsenzorgseenheid is er aandacht vereist voor aansluiting bij de zorgvraag en voor het stimuleren van toegevoegde waarde. Aangegeven is op welke criteria gecompenseerd moet worden bij het maken van een keuze.

## 3. Welke betaaleenheid?

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. Met de lumpsum worden de (semi-) vaste lasten van ondersteuning en infrastructuur vergoed. Met betalen per persoon de variabele lasten. 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). Hiermee 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. Betalen per lumpsum zorgt voor samenhang en bevordert de continuïteit. Betalen per persoon zorgt er daarnaast voor dat de daadkracht bevordert wordt. Ten slotte gaan betalen per lumpsum en betalen per persoon meer uit van vertrouwen dan betalen per inspanning of betalen per handeling.

## 5 OPERATIONALISERING: ROUTE OM KADERS TE VERTALEN NAAR CONTRACTERING

Op basis van de analyse in dit rapport moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de eerste lijn overeenkomsten kunnen sluiten over O&I, mede ter vervanging van de GEZ-financiering. In de voorlaatste stuurgroep zijn op basis van de analyses in het rapport de volgende zes punten voor de operationalisatie geformuleerd:

1. Om in het licht van de ontwikkelingen (vergrijzing, decentralisaties, etc.), aan de toenemende eisen te voldoen, is een goed georganiseerde en gefaciliteerde eerste lijn belangrijk en urgent. Deze vraagt versterking.

2. De O&I die we nodig hebben, bestaat uit de in het rapport uitgewerkte categorieën van functies.
  - a. De functies zijn in de 'placemat' (zie hoofdstuk 10) beschreven: ICT, bedrijfsvoering/organiseren, kwaliteit, innovatie, professionele samenwerking/zorgmanagement, gemandateerde afspraken maken met externe partijen en huisvesting. Deze functies kennen verschillende schaalniveaus van organiseren.
  - b. De versterking van O&I in de eerste lijn zal leiden tot extra kosten. In dit onderzoek is geen uitgebreid kostenonderzoek uitgevoerd, maar hebben we op basis van de beschikbare gegevens een ruwe inschatting gemaakt. De schatting van de onderzoekers is dat professionele O&I voor samenwerking ongeveer viermaal zoveel middelen vraagt. Nader onderzoek is echter nodig.
3. Partijen moeten zich inspannen om met elkaar op transparante wijze te komen tot aanvullend inzicht in de O&I kosten en O&I faciliteiten en inspanningen. Dit betekent dat er
  - a. Openheid moet komen over hoe de benodigde functies nu gefinancierd worden;
  - b. Een systematiek nodig is die een informatiestroom op gang brengt op basis waarvan contracteerpartijen de totale omvang en hoogte van de bedragen dynamisch en op basis van ontwikkelingen en innovatie kunnen aanpassen;
  - c. Sprake moet zijn van meerjarige contractering.
4. Uit onderliggende analyses volgen drie uitgangspunten bij het contracteren van O&I:
  - a. Uit hoofde van doelmatigheid, daadkracht en beheersbaarheid is het verstandig om gebundeld voor O&I te betalen en de nadelen van gebundeld betalen wel te compenseren;
  - b. Op basis van de criteria is de keuze tussen betalen via de organisatie of via de huisarts een waar dilemma. Het merendeel van de geïnterviewden heeft een voorkeur voor betalen via de organisatie. Voor beide opties is compensatie op enkele criteria nodig;

- c. De prikkels om tot doelmatige O&I te komen, zijn optimaal, wanneer O&I voor een deel afhankelijk van het aantal verzekerden en voor een deel aan de hand van het aantal geïnccludeerde patiënten en hun zorgzwaarte betaald wordt en daarnaast heldere eisen aan de uitkomsten van O&I gesteld worden.
5. Partijen dienen een proef op de som te nemen om zo de benodigde kosten voor O&I te concretiseren en een aantal archetypische organisatievormen te beschrijven. De proef op de som moet starten met een gezamenlijk programma van condities en eisen.
6. Op basis van de uitkomsten van de proef op de som moet een vertaling plaatsvinden naar de contractering van de O&I voor de eerstelijnszorg. Om de extra kosten te dekken, is een verankering in de afspraken tussen partijen nodig; te denken valt aan adressering bij VWS voor ruimte in het macrokader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en ruimte bij verzekeraars voor overheveling van budget van de tweede- naar eerstelijns zorg.

Door op basis van dit rapport in gezamenlijkheid de activiteiten op te pakken en uit te voeren, ontstaat een nieuw, gezamenlijk referentiekader voor professionele O&I dat gericht is op het toerusten van de eerste lijn. Door die professionele en prestatiegerichte O&I wordt de eerste lijn beter geëquipeerd voor de ontwikkelingen die cruciaal zijn voor een kwalitatief adequate, toegankelijke en betaalbare, en daarmee houdbare gezondheidszorg.

# INHOUDSOPGAVE

Voorwoord .....	2
Managementsamenvatting .....	5
1    De opdracht en vraagstelling .....	5
2    Het uitgevoerde onderzoek .....	5
3    Overeenstemming tussen partijen over het belang van goede O&I en professionele samenwerking .....	6
4    De essentie van de kaders .....	10
5    Operationalisering: route om kaders te vertalen naar contractering .....	13
Inhoudsopgave .....	16
DEEL I – INLEIDING, AFBAKENING, KADERS EN OPERATIONALISERING .....	21
1    Inleiding .....	22
1.1    Achtergrond .....	22
1.2    Opdracht voor dit onderzoek .....	24
1.3    Onderzoeksvragen .....	24
1.4    Leeswijzer .....	25
2    Afbakening van het onderzoek .....	27
2.1    Het Bestuurlijk Akkoord als anker .....	27
2.2    Huisartsenzorg als spil in de samenwerking .....	28
2.3    Het lokaal samenwerkingsverband als basiseenheid dichtbij huis .....	30
2.4    Focus op professionele ondersteuning en infrastructuur .....	31
2.5    Zorg in avond, nacht en weekeinde maakt geen onderdeel uit van het onderzoek .....	31
3    Wat willen partijen samen bereiken .....	33
3.1    Wat levert goede O&I voor samenwerken op? .....	33
3.2    O&I gewoon professioneel geregeld .....	34
3.3    Denken vanuit patiëntengroepen waarvoor professionals samenwerken .....	35
3.4    Gedeelde ambitie: professionele, goed georganiseerde samenwerking is nodig voor goede zorg .....	36
3.5    Criteria voor ondersteuning en infrastructuur van mono- en multidisciplinaire samenwerking voor huisartsenzorg .....	39
4    Richtinggevende kaders .....	42
4.1    Patiëntengroepen en taken waarvoor mono- en multidisciplinair samenwerken nodig is .....	43
4.1.1    Basiszorg .....	43
4.1.2    Programmatische multidisciplinaire zorg voor patiënten met chronische aandoeningen .....	43
4.1.3    Geestelijke gezondheidszorg .....	44
4.1.4    Zorg voor kwetsbare ouderen .....	44
4.1.5    Wijkgerichte zorg .....	44



4.1.6	Jeugdzorg en sociale domein .....	45
4.2	Functies voor ondersteuning en infrastructuur van samenwerken en geschikte schaal en organisatievorm .....	45
4.2.1	ICT .....	46
4.2.2	Bedrijfsvoering/organiseren.....	47
4.2.3	Kwaliteit.....	47
4.2.4	Innovatie.....	48
4.2.5	Professionele samenwerking of zorgmanagement .....	48
4.2.6	Gemandateerde afspraken maken met externe partijen .....	49
4.2.7	Huisvesting .....	50
4.2.8	Conclusie .....	50
4.3	Manieren om ondersteuning en infrastructuur te organiseren.....	51
4.4	Benodigde middelen voor ondersteuning en infrastructuur .....	52
4.4.1	Schatting van kosten .....	52
4.4.2	Duurzaam contracteren .....	55
4.4.3	Risico op dubbeltellingen .....	55
4.5	Manieren van betalen voor ondersteuning en infrastructuur.....	56
5	Van analyse naar operationalisering - route om kaders te vertalen naar contractering.....	60
DEEL II – AANPAK, METHODEN EN RAAMWERK.....		65
6	Aanpak, methoden en gegevens .....	66
6.1	Plan van aanpak .....	66
6.2	Methoden .....	67
6.3	Gegevens .....	69
7	Overzicht literatuur onderzoek.....	70
7.1	Clayton Christensen – The innovator’s prescription.....	70
7.2	The King’s Fund – Clinical and service integration .....	70
7.3	Powell Davies et al. - Coordinating primary health care.....	71
7.4	Bohmer - Managing the new primary care: the new skills that will be needed72	
7.5	Kodner – All together now: A conceptual exploration of integrated care	73
7.6	Suter et al. – Ten key principles for successful health systems integration	74
8	Een raamwerk voor Schaal van ondersteuning en infrastructuur .....	75
8.1	Aard van de zorgvraag.....	77
8.2	Aard van de voorziening .....	78
8.3	Externe factoren.....	78
8.4	Interne factoren .....	79
8.5	Meerschallig organiseren .....	80

DEEL III – ONDERBOUWING VAN DE BEVINDINGEN .....	82
9 Patiëntengroepen waarvoor samenwerking vanuit huisartsenzorg nodig is .....	83
9.1 Basiszorg .....	83
9.1.1 Schatting uitgaven.....	85
9.1.2 Schaal voor patiëntengroep.....	85
9.2 Programmatische multidisciplinaire zorg voor patiënten met chronische aandoeningen .....	85
9.2.1 Schatting uitgaven.....	86
9.2.2 Schaal voor patiëntengroep.....	87
9.3 Geestelijke gezondheidszorg .....	88
9.3.1 Schatting uitgaven.....	88
9.3.2 Schaal voor patiëntengroep.....	89
9.4 Kwetsbare ouderen .....	90
9.4.1 Schatting uitgaven.....	91
9.4.2 Schaal voor patiëntengroep.....	92
9.5 Wijkverpleging.....	93
9.5.1 Schatting uitgaven.....	93
9.5.2 Schaal voor patiëntengroep.....	94
9.6 Medisch Specialistische Verpleging Thuis .....	94
9.6.1 Schatting uitgaven.....	95
9.6.2 Schaal voor patiëntengroep.....	95
9.7 Jeugdzorg .....	95
9.7.1 Schatting uitgaven.....	95
9.7.2 Schaal voor patiëntengroepen .....	95
9.8 Andere patiëntengroepen .....	96
10 Functies voor ondersteuning en infrastructuur van samenwerken .....	97
10.1 ICT.....	98
10.1.1 Beschrijving van de functie .....	98
10.1.2 Schaal voor de functie .....	100
10.2 Bedrijfsvoering/organiseren .....	100
10.2.1 Beschrijving van de functie .....	100
10.2.2 Schaal voor de functie.....	101
10.3 Kwaliteit .....	102
10.3.1 Beschrijving van de functie .....	102
10.3.2 Schaal voor de functie .....	103
10.4 Innovatie.....	103
10.4.1 Beschrijving van de functie .....	103
10.4.2 Schaal voor de functie.....	104
10.5 Professionele samenwerking/zorgmanagement.....	104

	10.5.1	Beschrijving van de functie .....	104
	10.5.2	Schaal voor de functie .....	106
10.6		Gemandateerde afspraken met externe partijen.....	106
	10.6.1	Beschrijving van de functie .....	106
	10.6.2	Schaal voor de functie.....	107
10.7		Huisvesting.....	108
	10.7.1	Beschrijving van de functie .....	108
	10.7.2	Schaal voor de functie.....	108
10.8		Conclusie.....	108
11		Manieren om ondersteuning en infrastructuur te organiseren.....	110
	11.1	Organisaties en samenwerkingsvormen voor O&I.....	110
	11.2	Wat zijn juridische alternatieven om de samenwerking te organiseren?	111
	11.3	Praktische uitwerkingen van samenwerkingsvormen in de eerste lijn ...	114
	11.4	Schaal voor samenwerkingsvormen.....	116
	11.5	Organiseren van samenwerking is meer dan vorm .....	117
	11.6	Conclusies .....	119
12		Benodigde middelen voor ondersteuning en infrastructuur .....	121
	12.1	Schatting van aandeel in O&I in bestaande ketenzorg .....	124
	12.1.1	Verdeling inkoop integraal of koptarief.....	125
	12.1.2	Zorggroepen – Integraal gecontracteerd .....	125
	12.1.3	Zorggroepen – Benchmark van verzekeraar.....	126
	12.1.4	Zorggroepen – Koptarief .....	126
	12.2	Aandeel O&I in kosten voor overige ketenzorg .....	127
	12.2.1	Vergelijking per patiëntengroep – kwetsbare ouderen .....	127
	12.3	Geïntegreerde eerstelijns samenwerkingsverbanden .....	129
	12.3.1	Gezondheidscentra.....	130
	12.3.2	Huidige uitgaven aan GEZ-module.....	131
	12.3.3	Benodigde middelen voor multidisciplinaire samenwerking – gegevens zorgverzekeraars.....	132
	12.3.4	Benodigde middelen voor multidisciplinaire samenwerking – gegevens zorgaanbieders.....	134
	12.4	Regionale ondersteuningsorganisaties.....	135
	12.5	Huisartsenzorgaanbieder .....	138
	12.6	Vergelijking met andere sectoren in de zorg.....	138
13		Manieren van betalen voor ondersteuning en infrastructuur.....	140
	13.1	Per component of gebundeld voor O&I betalen? .....	141
	13.1.1	Criterium 1 – Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal	142
	13.1.2	Criterium 2 – Staat samenwerken op meerdere schalen toe.....	143
	13.1.3	Criterium 3 – Bevordert samenhang.....	143
	13.1.4	Criterium 4 – Bevordert daadkracht en continuïteit.....	143

13.1.5	criterium 5 – Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg .....	144
13.1.6	criterium 6 – Borgt commitment van zorgprofessionals .....	145
13.1.7	criterium 7 – Geeft ruimte aan innovatie .....	145
13.1.8	criterium 8 – Gaat primair uit van vertrouwen .....	145
13.1.9	Conclusie .....	145
13.2	Via organisatie of via huisartsenzorgzaamheid betalen? .....	149
13.2.1	criterium 1 – Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal	150
13.2.2	criterium 2 – Staat samenwerken op meerdere schalen toe .....	151
13.2.3	criterium 3 – Bevordert samenhang .....	151
13.2.4	criterium 4 – Bevordert daadkracht en continuïteit .....	151
13.2.5	criterium 5 – Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg .....	152
13.2.6	criterium 6 – Borgt commitment van zorgprofessionals .....	152
13.2.7	criterium 7 – Geeft ruimte aan innovatie .....	153
13.2.8	criterium 8 – Gaat primair uit van vertrouwen .....	153
13.2.9	Conclusie .....	153
13.3	Op basis van welke eenheid betalen? .....	158
13.3.1	criterium 1 – Stelt zorgvraag van patiënt en populatie centraal	160
13.3.2	criterium 2 – Staat samenwerken op meerdere schalen toe .....	161
13.3.3	criterium 3 – Bevordert samenhang .....	162
13.3.4	criterium 4 – Bevordert daadkracht en continuïteit .....	162
13.3.5	criterium 5 – Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg .....	163
13.3.6	criterium 6 – Borgt commitment van zorgprofessionals .....	163
13.3.7	criterium 7 – Geeft ruimte aan innovatie .....	164
13.3.8	criterium 8 – Gaat primair uit van vertrouwen .....	164
13.3.9	Conclusie .....	165
A.	Literatuurverwijzingen .....	169
B.	Bijlagen .....	177
	Overzicht geïnterviewde personen .....	177
	Overzicht leden stuurgroep .....	179
	Overzicht deelnemers eerste werkconferentie .....	180
	Aandelen van uitgaven aan huisartsenzorg per diagnosegroep .....	182
	Position paper Jan van Es Instituut .....	185

# DEEL I – INLEIDING, AFBAKENING, KADERS EN OPERATIONALISERING

# 1 INLEIDING

## 1.1 ACHTERGROND

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft een Bestuurlijk Akkoord gesloten met de LHV, InEen<sup>2</sup> en ZN (VWS, 2013). De afspraken die in het Bestuurlijk Akkoord zijn vastgelegd, zijn het uitgangspunt voor dit onderzoek.

In het Bestuurlijk Akkoord wordt geconstateerd dat

*“De huisartsenzorg, mede gezien de inschrijving op naam, binnen de eerste lijn een centrale positie inneemt. Een generalistische, persoonsgerichte benadering van de patiënt en continuïteit van zorg kenmerken de huisartsenzorg. De huisartsenzorg heeft een groot aandeel in de multidisciplinaire zorg en speelt mede vanwege de verwijfsfunctie een belangrijke rol waar het gaat om substitutie en preventie van zorg.”*

Naast afspraken over de bekostiging van huisartsenzorg is in het Bestuurlijk Akkoord ook overeengekomen dat

*“Verdere versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn, gefaciliteerd door regionale ondersteuningsorganisaties, een noodzakelijke randvoorwaarde is voor het verder ontwikkelen van kwalitatief hoogstaande eerstelijnszorg.”*

*“Om de benodigde afstemming met andere vormen van zorg en ondersteuning goed vorm te kunnen geven en ook te kunnen sturen op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg is een verdere organisatieontwikkeling in de eerste lijn essentieel. Zorggroepen, gezondheidscentra en andere lokale samenwerkingsverbanden spelen hierbij een belangrijke rol. Gezien de centrale rol van de huisarts in de eerste lijn zal de betrokkenheid van de huisarts bij die organisatieontwikkeling onverminderd groot zijn.”*

En bovendien dat

*“Met het oog op verdere versterking en ontwikkeling van de eerste lijn zijn de LHV, de LVG/LOK/VHN en de minister van VWS een gezamenlijke inhoudelijke agenda overeengekomen (bijlage 1), waaraan zij een ambitieuze invulling zullen geven.”*

---

<sup>2</sup> De ondertekenaars LVG landelijke vereniging georganiseerde eerste lijn, LOK landelijke organisatie voor ketenzorg, en VHN vereniging huisartsenposten Nederland zijn samengegaan als InEen.

In die inhoudelijke agenda zijn 15 thema's opgenomen, waaronder de organisatiegraad van de eerste lijn en doorontwikkeling van multidisciplinaire zorg.

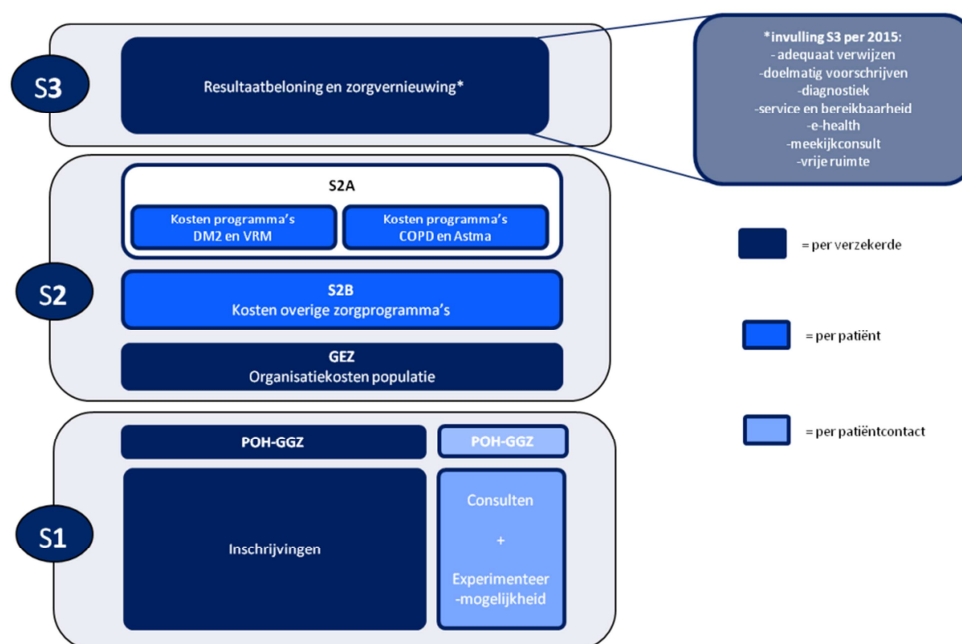
Ook de manier waarop geïntegreerde eerstelijns zorg wordt bekostigd, staat op de agenda:

*“De wijze waarop en het tempo waarin de GEZ-bekostiging van de gezondheidscentra wordt vervangen door een bekostiging vanuit segment twee zal nader door partijen worden bezien.”*

De GEZ-module wordt veel gebruikt om samenwerking tussen verschillende disciplines in de eerstelijns zorg te financieren. Dit is breder dan de ketenzorg voor chronische aandoeningen. Met name gezondheidscentra maken gebruik van de GEZ-module.

De NZa heeft een advies over bekostiging van huisartsenzorg opgesteld.<sup>3 4</sup> In het advies van de NZa wordt de huisartsenzorg verdeeld in drie segmenten (figuur 6).

Figuur 6: Schematische indeling van huisartsenzorg in drie segmenten (bron: Ministerie van VWS, 2014)



<sup>3</sup> “Consultatiedocument. Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het 3-segmenten-model”, NZa, december 2013.

<sup>4</sup> “Voorhangbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg”, Ministerie van VWS, 19 mei 2014.

In de voorhangbrief aangaande de aanwijzing aan de NZa om de bekostiging voor 2015 vorm te geven, kondigt VWS aan het advies van de NZa te volgen (VWS, 2014). In de voorhangbrief wordt bovendien aangekondigd dat

*“Op dit moment loopt een onderzoek van InEen, de LHV en ZN met als centrale vraag welke organisatiegraad en organisatievormen op verschillende niveaus (landelijk, regionaal, lokaal) nodig zijn om de toekomstige zorgvraag in de eerste lijn op te kunnen vangen. Waarbij vervolgens de vraag aan de orde komt wat dat in financiële termen betekent in relatie tot het nieuwe bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg. De uitkomsten van dit onderzoek zullen worden gebruikt bij de verdere ontwikkeling van s2 en de toekomst van de GEZ-module daarbinnen.”*

Het onderzoek kent dus een basis in het Bestuurlijk Akkoord en zal worden gebruikt om de bekostiging van de huisartsenzorg mede op te baseren. Dit onderzoek is echter wel breder dan alleen s2. De O&I gaat over alle segmenten heen en betreft dus ook de samenhang tussen de verschillende segmenten. Daarnaast kan ervoor gekozen worden om de kosten voor O&I onderdeel te laten zijn van de bekostiging van s1 van de huisartsenzorg of om de O&I deels via s1 en deels via s2 te bekostigen.

## 1.2 OPDRACHT VOOR DIT ONDERZOEK

InEen is namens ZN, LHV en InEen “penvoerder” voor het onderzoek naar de ondersteuning en infrastructuur voor eerstelijnszorg. InEen heeft Common Eye en SiRM – Strategies in Regulated Markets gevraagd dit onderzoek uit te voeren. Het onderzoek is bekostigd met een subsidie van VWS.

## 1.3 ONDERZOEKSVRAGEN

In overleg met de opdrachtgevers is de vraagstelling als volgt samengevat:

- Als we - denkend vanuit patiënt en professional - de eerstelijnszorg willen versterken, wat helpt daar dan bij in termen van functies, organisatie- en samenwerkingsvormen en bekostigingsmogelijkheden?
- Wat zijn richtinggevende kaders voor het wat (welke functies), het hoe (organisatie- en samenwerkingsvormen) en de bekostiging, die helpen bij het realiseren van de versterking van de eerstelijnszorg?

Het betreft overigens geen kostenonderzoek; het onderzoek geeft niet exact aan hoeveel financiële middelen er voor ondersteuning en infrastructuur nodig zijn. Waar dat mogelijk is, wordt wel een orde van grootte van de benodigde middelen gegeven op basis van kentallen of huidige budgetten.



In hoofdstuk 6 van de rapportage is de vraagstelling en aanpak van het onderzoek beschreven. In het onderzoek hebben we 28 sleutelpersonen uit de eerstelijnszorg geïnterviewd, hebben we een aantal werkconferenties met de geïnterviewden gehouden, is een literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn diverse data geanalyseerd en gecombineerd. Het onderzoek is begeleid door een stuurgroep met vertegenwoordigers van de LHV, ZN en InEen.

#### 1.4 LEESWIJZER

Deze rapportage bestaat uit drie delen. Voor de lezer die met name geïnteresseerd is in de conclusies volstaat het om alleen hoofdstuk 1 tot en met 5 te lezen.

Na deze inleiding (hoofdstuk 1) wordt het onderzoek afgebakend (hoofdstuk 2). Bij het gezamenlijke doel was het Bestuurlijk Akkoord dat VWS en de vertegenwoordigers van de huisartsenzorg hebben gesloten leidend. Het gezamenlijke doel is verder uitgewerkt op basis van gesprekken met de leden van de stuurgroep, experts, interviews en twee werkconferenties (hoofdstuk 3). De resultaten van het onderzoek zijn richtinggevend kaders voor overleg tussen zorgverzekeraars en aanbieders van huisartsenzorg over ondersteuning en infrastructuur (hoofdstuk 4). Deel 1 wordt afgesloten met een overzicht van de benodigde vervolgvactiteiten (hoofdstuk 5).

Het tweede deel geeft inzicht in de aanpak, de theoretische achtergrond en het raamwerk. Als eerste gaan we daar in op het plan van aanpak, de gebruikte methoden en de gegevens (hoofdstuk 6). Daarna worden de resultaten van het literatuuronderzoek weergegeven (hoofdstuk 7), om tot slot in hoofdstuk 8 in te gaan op het raamwerk dat we hebben gebruikt om uitspraken te doen over schaalgrootte.

Deel 3 bevat de onderbouwing van het eerste deel. Als eerste beschrijven we voor welke zorg en voor welke patiëntengroepen die ondersteuning en infrastructuur noodzakelijk is (hoofdstuk 9), waarna ingegaan wordt op de benodigde functies (hoofdstuk 10). Die functies kunnen geleverd worden met mogelijke organisatievormen (hoofdstuk 11). Op basis van die zorg aan patiëntengroepen en het inzicht in de functies hebben we een inschatting gemaakt van de benodigde middelen om de professionele ondersteuning en infrastructuur in de toekomst goed te organiseren (hoofdstuk 12). Tot slot gaan we in op de mogelijke manieren om die ondersteuning en infrastructuur te betalen (wat betaal je, via wie en op basis van welke betaaleenheid). Dat zijn drie te maken keuzes aangaande de bekostiging van ondersteuning en infrastructuur (hoofdstuk 13).

In de volgende hoofdstukken wordt met "O&I" ondersteuning en infrastructuur bedoeld.

Er is in deze rapportage gekozen voor een bondige stijl, waardoor niet steeds deelzinnen zoals 'geïnterviewden stelden', 'in de werkconferentie kwam naar voren dat' et cetera, zijn opgenomen.

## 2 AFBAKENING VAN HET ONDERZOEK

Dit onderzoek naar de benodigde O&I in de eerstelijnszorg neemt in lijn met het Bestuurlijk Akkoord de huisartsenzorg als uitgangspunt. Deze afbakening houdt niet in dat de samenwerking met andere disciplines en organisaties niet belangrijk zou zijn. Die is juist cruciaal en een groot deel van de O&I is juist daarvoor nodig. Dit onderzoek focust dan ook op de professionele O&I die nodig is voor samenwerking van huisartsenzorg en voor samenwerking met andere partijen. Hierbij is de huisartsenzorg de spil in de samenwerking en zijn we uitgegaan van het lokale samenwerkingsverband als basiseenheid dichtbij huis.

De belangrijkste overwegingen bij de afbakening zijn:

- Het onderzoek komt voort uit afspraken die gemaakt zijn in het Bestuurlijk Akkoord van VWS met zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. VWS wil het onderzoek gebruiken om de ontwikkeling van segment 2 van de huisartsen- en multidisciplinaire zorg verder vorm te geven.
- De huisartsenzorg is vaak het centrale punt voor een groot deel van de eerstelijnszorg en O&I is altijd minimaal daar faciliterend voor.
- Het streven naar samenwerking in een lokaal samenwerkingsverband van huisartsenpraktijken dat zo'n 7.500 tot 17.500 patiënten bedient, zal impact hebben op de O&I van monodisciplinaire huisartsenzorg.
- Er is een focus op de professionele O&I die nodig is en op wat dat gaat kosten.
- Samenwerking voor avond, nacht en weekend diensten wordt apart bekostigd en daarom in dit onderzoek niet meegenomen. Uiteraard is voor deze samenwerkingsverbanden wel O&I nodig.

Het onderzoek wordt door een heldere afbakening beter hanteerbaar. We lichten de genoemde punten hierna toe.

### 2.1 HET BESTUURLIJK AKKOORD ALS ANKER

VWS kondigt aan dat het onderzoek gebruikt zal worden voor de bekostiging van huisartsen- en multidisciplinaire zorg in segment 2. Segment 2 betreft multidisciplinaire programmatische zorg, zoals die nu bijvoorbeeld geleverd wordt in de ketenzorg voor diabetes, COPD en cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Het onderzoek zal dus de benodigde O&I voor goede samenwerking van huisartsenzorg

met andere zorgaanbieders moeten beschrijven inclusief een inschatting van de kosten hiervan voor de huisartsenzorg.

Uiteraard moeten ook andere aanbieders van eerstelijnszorg kosten maken voor de O&I. Die kosten worden in dit onderzoek niet meegenomen.

## 2.2 HUISARTSENZORG ALS SPIL IN DE SAMENWERKING

De huisartsenzorg is vrijwel altijd betrokken bij en over het algemeen het centrale punt voor een groot deel van de eerstelijnszorg. De relaties met aanpalende eerstelijnszorg worden wel meegenomen in het onderzoek, waarbij het cruciale karakter van de huisartsenzorg recht wordt gedaan. Voorbeelden van aanpalende eerstelijnszorg zijn wijkverpleging, farmacie, paramedische hulpverlening en de generalistische Basis GGZ. Daarnaast moet de huisarts afstemmen met jeugdzorg en het sociale domein onder verantwoording van gemeentes (figuur 7).

*Figuur 7: Huisartsenzorg als spil van samenwerking in de eerste lijn*

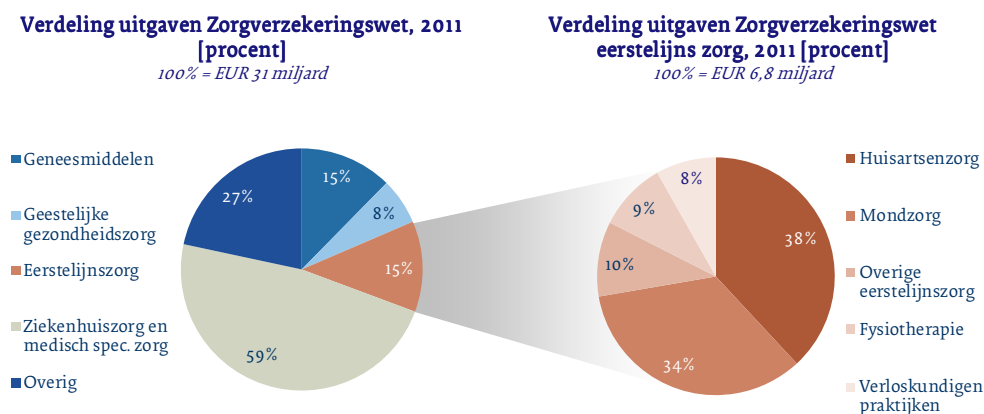


Naast de samenwerking met verschillende professionals en disciplines rond individuele patiënten of patiëntengroepen zien we ook dat er steeds vaker sprake is van samenwerkingsafspraken met andere organisaties over onder meer infrastructuur, decentralisatie, preventie, bekostiging, veiligheid en dergelijke. Dit kunnen ook afspraken over interventies op populatieniveau betreffen. Ook in deze samenwerkingsafspraken speelt de huisartsenzorg een belangrijke rol.

De huisartsenzorg is een van de grootste uitgavenposten binnen de eerstelijns zorg (figuur 8). Per 2015 maakt de wijkverpleging ook onderdeel uit van de eerstelijns zorg. Het budget voor wijkverpleging wordt dan overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Men verwacht hierdoor extra inzet van wijkverpleging. Dit leidt mogelijk tot minder groei van huisartsen- en ziekenhuiszorg. Maar ook dan zal de huisarts met deze

partijen moeten samenwerken en op de hoogte gehouden moeten worden van de situatie van de patiënt. Dat wil niet zeggen dat de huisarts altijd de ‘regisseur’ is, maar wel dat de huisarts betrokken zal moeten zijn. Alleen dan kan de continuïteit van zorg voor de patiënten geborgd worden. Om dat te realiseren is O&I, waaronder ook tijd van de huisarts, nodig voor afstemming tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen. Uiteraard dienen ook de andere disciplines over voldoende tijd en middelen te beschikken om hun rol in de samenwerking in te kunnen vullen.

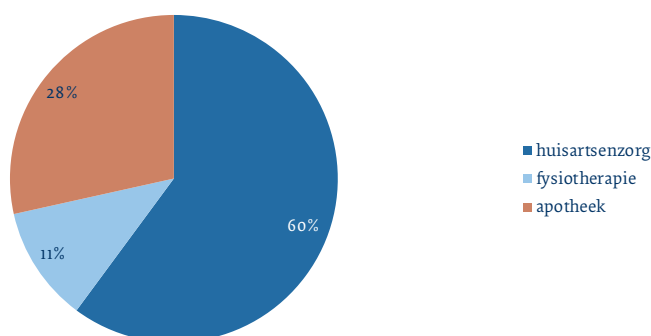
Figuur 8: Uitgaven aan eerstelijns zorg, 2011



Bron: “Kosten van ziekten”, RIVM, 2014.

Ook binnen gezondheidscentra waar huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten en andere eerstelijns zorgaanbieders samenwerken, is huisartsenzorg meestal de grootste component (figuur 9).

Figuur 9: Gemiddeld aandeel personeelskosten zorgverleners in steekproef gezondheidscentra, 2012 (procent)



Het gegeven dat de huisartsenzorg inhoudelijk veelal een regierol heeft, betekent niet persé dat deze huisartsen de O&I ook zelf moeten uitvoeren. Andere organisaties kunnen O&I organiseren en faciliteren. Daarbij is wel altijd betrokkenheid van en invloed van professionals een voorwaarde.

Omdat de huisartsenzorg een belangrijke spil in de samenwerking in de eerste lijn is, zullen er ook relatief veel van de middelen voor O&I bij huisartsenzorg worden ingezet. Ook de andere disciplines hebben echter tijd en middelen nodig om samen te werken. Enerzijds moet worden voorkomen dat dubbel wordt betaald. Infrastructuur die al in huisartsenzorg wordt betaald, hoeft niet nogmaals aan bijvoorbeeld fysiotherapie of farmaceutische zorg worden betaald. Anderzijds hebben die andere disciplines wel voldoende tijd en middelen nodig om die infrastructuur goed te benutten. Daarom moet in de komende jaren ook in de bekostiging van andere disciplines, als fysiotherapie en wijkverpleging, dekking in de tarieven komen om samen te werken en moet ruimte geboden worden voor initiatieven op het gebied van O&I. Voor de bekostiging op de langere termijn moet toegewerkt worden naar duurzame contracten met integrale tarieven.

### 2.3 HET LOKAAL SAMENWERKINGSVERBAND ALS BASIS EENHEID DICHTBIJ HUIS

In de 'Toekomstvisie huisartsenzorg' van LHV/NHG die is onderschreven door InEen<sup>5</sup>, is opgenomen dat:

*“Om tegemoet te komen aan de groeiende en veranderende zorg vraag wordt de generalistische medische zorg dicht bij huis voor alle mensen geboden vanuit lokale samenwerkingsverbanden van huisartsenpraktijken, die hun krachten bundelen in een regionaal netwerk [...] Een samenwerkingsverband van huisartsenpraktijken bedient zo'n 7.500 tot 17.500 patiënten en kan de vorm aannemen van een virtueel dan wel fysiek centrum ...”*

Eerder is dus al geconcludeerd dat de schaal van een 'standaard' praktijk met circa 2.500 ingeschrevenen te klein is als eenheid voor goed georganiseerde samenwerking. LHV/NHG hebben de ambitie dat in 2022 de huisartsenzorg in lokale samenwerkingsverbanden wordt geleverd met uitzondering van kleine dorpen. In dit onderzoek beschouwen we dit lokale samenwerkingsverband als 'de kleinste eenheid van samenwerking'.

Waar hieronder wordt gesproken over 'huisartsenzorgeenheid' wordt het lokale samenwerkingsverband bedoeld. In de toekomst is dat de eenheid van waaruit

---

<sup>5</sup> "Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022", LHV en NHG, 2012.

met andere disciplines wordt samengewerkt en lokale afspraken worden gemaakt. Vanuit deze eenheid vindt ook bovenlokale samenwerking plaats.

## 2.4 FOCUS OP PROFESSIONELE ONDERSTEUNING EN INFRASTRUCTUUR

De focus van het onderzoek ligt op de O&I die nodig is:

- voor het lokale op de huisartsenzorg gerichte samenwerkingsverband; en
- om vanuit het lokale samenwerkingsverband van huisartsenzorg samen te werken met andere disciplines. Het betreft dan de samenwerking vanuit dat lokale samenwerkingsverband en de O&I die vanuit de populatie geredeneerd noodzakelijk is;
- om bovenlokaal tussen huisartsen onderling en met andere disciplines en organisaties samen te werken en te komen tot goede samenwerkingsafspraken en de daadwerkelijke uitvoering daarvan.

Onder O&I verstaan we die inspanningen, middelen, activiteiten en uitkomsten die nodig zijn ter ondersteuning van het primaire zorgverleningsproces. Essentie is dat door de O&I goed te regelen professionals beter en meer beschikbaar zijn voor de zorgverlening. Bij het goed regelen van O&I gaat het om zaken als het regelen van goede ICT voor bedrijfsvoering en e-health, een goed georganiseerde huisvesting en bedrijfsvoering, goed kwaliteitsbeleid, samenwerkingsafspraken over zorgketens, goede informatievoorziening naar contractpartijen en financiers, goede en effectief gemaakte samenwerkingsafspraken met andere organisaties, zoals gemeentes, andere zorginstellingen, verzekeraars, leveranciers, etc. inclusief het organiseren van een goed mandaat voor die afspraken en het zodanig organiseren dat de gemaakte afspraken ook worden nagekomen. Daarmee wordt en blijft de eerste lijn een goed georganiseerde betrouwbare samenwerkingspartner, waar het interessant is om in en mee te werken.

Voor partijen is het belangrijk om te benoemen waar die O&I uit bestaat, en om overeenstemming te krijgen over de wijze van financieren en de daarmee gemoeide kosten. Partijen willen hierover transparantie en heldere afspraken.

## 2.5 ZORG IN AVOND, NACHT EN WEEKEINDE MAAKT GEEN ONDERDEEL UIT VAN HET ONDERZOEK

In het Bestuurlijk Akkoord zijn geen afspraken gemaakt over de zorg in avond, nacht en weekeinde (anw). Uiteraard is daar wel ondersteuning en infrastructuur voor nodig.

Die wordt nu apart bekostigd via een specifieke beleidsregel aangaande de huisartsendienstenstructuur<sup>6</sup> en is geen onderwerp in dit onderzoek.

Overigens wordt de O&I ten behoeve van huisartsenposten, lokale samenwerkingsverbanden en multidisciplinaire programmatische zorg soms geleverd door dezelfde aanbieder. Bijvoorbeeld omdat de HAP en zorggroep één organisatie zijn. O&I functies, zoals het bestuur, zorgmanagement en ICT worden dan gedeeld. Waar dat nu gebeurt, worden eventuele gedeelde kosten toegerekend aan de aparte onderdelen.

---

<sup>6</sup> "Beleidsregel BR/CU-7003. Huisartsendienstenstructuur", NZa, 2010.



### 3 WAT WILLEN PARTIJEN SAMEN BEREIKEN

De huisartsenzorg is zeer toegankelijk voor de Nederlandse burger. Dat moet zo blijven, ook als de hoeveelheid zorg in de eerste lijn groeit. Er wordt een grote groei van aantallen patiënten verwacht, zowel van patiënten die baat hebben bij multidisciplinaire zorg als van patiënten die monodisciplinaire zorg nodig hebben. Voor die patiënten is samenwerking van belang tussen eerstelijns zorgaanbieders onderling, van eerstelijns zorgaanbieders met andere zorgaanbieders, met verzekeraars en met gemeenten.

Er is soms ook samenwerking nodig die niet direct is toe te rekenen aan een bepaalde patiëntengroep. Ook daar is O&I voor nodig. Bijvoorbeeld voor afspraken op populatieniveau, samenwerking met gemeentelijke wijkteams, afspraken om een wijk- of praktijkscan te maken en gegevens van de eerste lijn, GGD, RIVM, gemeente, GGZ-instellingen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars te koppelen.

Hieronder wordt eerst ingegaan op de gedeelde visie op ontwikkeling van mono- en multidisciplinaire zorg, op de gedeelde ambitie die uit gesprekken en de werkconferentie naar voren kwam en op de overeengekomen criteria waaraan O&I moet voldoen.

#### 3.1 WAT LEVERT GOEDE O&I VOOR SAMENWERKEN OP?

De eerste lijn is cruciaal voor professionele, toegankelijke, hoogwaardige en betaalbare zorg in Nederland. De eerstelijnszorg, met de huisartsenzorg als een belangrijke spil, is zeer toegankelijk voor de Nederlandse burger. Er wordt een grote groei van aantallen patiënten in de eerste lijn verwacht door de decentralisaties, de vergrijzing, de groei van chronische ziektes en meer mogelijkheden voor substitutie.

Die groei kan alleen goed opgevangen worden en de toegankelijkheid en kwaliteit kunnen alleen gewaarborgd worden als er sprake is van uitstekende samenwerking tussen zorgprofessionals in de eerste lijn en door dito samenwerking met andere (zorg)partijen. Dit vraagt veel van de ondersteuning en infrastructuur (O&I) voor de eerste lijn.

Dit rapport gaat in op deze O&I. Goede O&I faciliteert samenwerking in de eerstelijns zorg; zowel horizontale als verticale samenwerking (zie ook position paper van het Jan van Es instituut). Die samenwerking in de eerstelijns is nodig om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te borgen.

Uitgangspunt van dit onderzoek is de gedeelde visie dat er meer moet worden ingezet op samenwerking in de eerstelijns zorg. Door betere samenwerking kan de zorg worden geoptimaliseerd; bijvoorbeeld doordat minder overdrachten nodig zijn, of

doordat mensen eventueel benodigde zorg – voor zo ver mogelijk – dicht bij huis ontvangen. Samenwerking is ook nodig om nieuwe uitdagingen het hoofd te bieden. Zo kan bijvoorbeeld niet iedere huisarts apart overleggen met de gemeente om de zorg af te stemmen met het sociale domein.

We werken met nieuwe paradigma's. Samenwerken is vanuit het nieuwe paradigma niet meer iets 'erbij', maar wordt onderdeel van de normale manier van werken. Daar staat ook een vergoeding tegenover. Uiteraard dient dan ook verantwoording te worden afgelegd voor de geleverde prestaties en transparantie omtrent de gemaakte kosten.

Samengevat is de paradigmaverandering als volgt (figuur 10):

**In de eerstelijns zorg is samenwerken de norm  
en de bijbehorende O&I onderdeel van de  
normale manier van zaken doen.**

*Figuur 10. Paradigmaverandering omtrent samenwerken in de eerste lijn en de daarvoor benodigde ondersteuning en infrastructuur.*

Van	Naar
Huisartsenpraktijk met ongeveer 2.500 ingeschrevenen	Huisartsenzorgseenheid van 7.500 tot 12.500 ingeschrevenen
Huisartsenpraktijk die geld krijgt als die er voor kiest samen te werken	Geld standaard beschikbaar voor samenwerkingen eis aan huisartsenzorgseenheid om samen te werken
Micromanagement op specifieke kostenposten van de samenwerking	Afspraken op resultaten van de samenwerkingen transparantie over kosten en resultaten

### 3.2 O&I GEWOON PROFESSIONEEL GEREGELD

Dit onderzoek stelt de O&I die nodig is voor de samenwerking in de eerste lijn centraal. Centraal statement is dat de samenwerking en O&I noodzakelijk zijn en dus niet van het toeval mogen afhangen. Toeval of professionals het in meer of mindere mate oppakken. Die samenwerking en O&I zijn onderdeel van een professioneel functionerende eerste lijn. Het is geen 'plus' waar extra voor betaald moet worden als het er is. Nee, samenwerking en goede O&I zijn noodzaak en essentieel voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Samenwerking en goede O&I moeten dus georganiseerd én betaald worden.

### 3.3 DENKEN VANUIT PATIËNTENGROEPEN WAARVOOR PROFESSIONALS SAMENWERKEN

Het uitgangspunt is dat de zorg voor patiënten centraal staat. De essentie van de gezamenlijke 'denklijn' is:

- De eerste lijn is verbonden aan een populatie van mensen;
- Die populatie van mensen vraagt om zorg; dat kan mono- of multidisciplinaire zorg zijn;
- Om die eerstelijnszorg voor de populatie dagelijks 24 uur professioneel te leveren is samenwerking tussen huisartsen onderling, met andere disciplines in de eerste lijn en met andere organisaties nodig. Het gaat om professionele samenwerking rond individuen én om samenwerking rond de populatie als geheel;
- De interne samenwerking en de samenwerking met externe partijen vragen om goede O&I; die is te onderscheiden in een aantal taken die vervuld moeten worden en verschillende functies die geleverd moeten worden. Die O&I kost inspanning en geld.
- Die O&I moet bekostigd worden; vraag daarbij is dan: Wat moet je betalen, via wie kun je dat het beste betalen en op welke manier kun je dat het beste betalen.

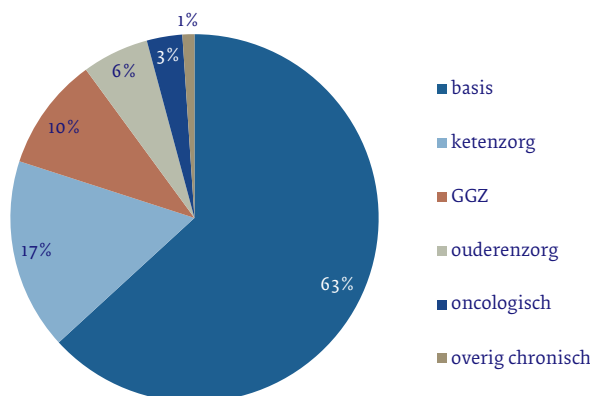
Over deze denklijn zijn partijen het eens.

Startpunt van het denken is dus de populatie en de daarvoor benodigde zorg. In paragraaf 4.4 en in hoofdstuk 9 gaan we daar meer gedetailleerd op in. Belangrijk vertrekpunt is een indeling van het RIVM. Het RIVM heeft de gezondheidszorg zo goed mogelijk toegedeeld naar diagnoses, leeftijdsgroepen en zorgverlener.<sup>7</sup> Op basis van die gegevens 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 11). Het aandeel basiszorg zal door demografische ontwikkelingen iets kleiner worden, terwijl het aandeel multidisciplinaire ketenzorg zal stijgen. Met name voor multidisciplinaire ketenzorg is O&I nodig.

---

<sup>7</sup> "Kosten van ziekten", RIVM, 2014.

Figuur 11: Aandeel van uitgaven aan huisartsenzorg per categorie diagnoses, 2011 [procent van uitgaven aan huisartsenzorg]



Op 'maat en getal' komen we in de genoemde hoofdstukken terug.

#### 3.4 GEDEELDE AMBITIE: PROFESSIONELE, GOED GEORGANISEERDE SAMENWERKING IS NODIG VOOR GOEDE ZORG

Goede zorg voor mensen in buurten, wijken, gemeentes, regio's en landelijk vraagt om een goede, professioneel georganiseerde eerste lijn. Een goede, professioneel georganiseerde eerste lijn vraagt om goede professionele samenwerking en daarvoor benodigde O&I.

**Alle partijen streven er naar dat er zodanige O&I is, dat deze optimaal bijdraagt aan de samenwerking van aanbieders van huisartsenzorg onderling en met andere zorgdisciplines ten behoeve van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg aan patiënten.**

De stuurgroep met vertegenwoordigers van LHV, InEen en ZN, onderschrijft deze stelling en gaat er van uit dat goede O&I bijdraagt aan:

- kwaliteit van zorg door continuïteit van zorg en meer systematische patiëntgerichtheid die leiden tot betere gezondheidsuitkomsten. Bovendien kan een goed gefaciliteerde en tevreden professional beter zorg dragen voor zijn patiënten.
- toegankelijkheid van zorg door de zorg op de juiste plaats te kunnen aanbieden. Waar het kan dichtbij de patiënt, wat vooral voor ouderen en chronisch zieken belangrijk is. Dat wordt bereikt als O&I bijdraagt aan substitutie van tweedelijns zorg naar wijkgerichte eerstelijns zorg.

- betaalbaarheid van zorg, doordat goede O&I taakdelegatie en -herschikking ondersteunt en substitutie en extramuralisering faciliteert. De patiënt wordt dan op de meest efficiënte wijze geholpen. Goede O&I kan ook leiden tot schaalvoordelen en daarmee tot lagere kosten. Dit geldt vooral als er sprake is van veel vaste kosten, die moeten worden gedeeld.

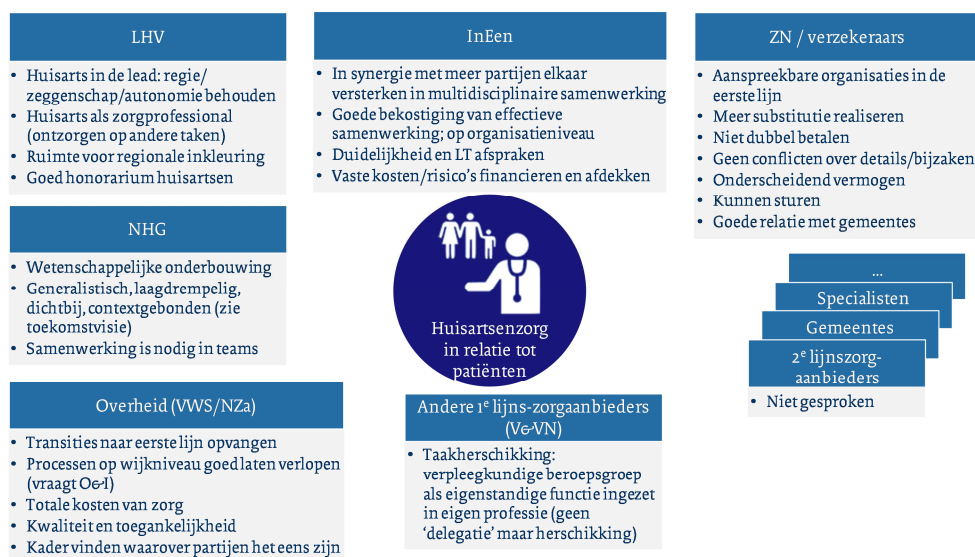
De partijen willen helderheid over de benodigde O&I functies die mono- en multidisciplinaire samenwerking faciliteren, inclusief schatting van de bijbehorende kosten, mogelijke organisatievormen en de mogelijkheden voor bekostiging. Dit moet leiden tot een afstemmings- en onderhandelingsproces, waarbij de voor de zorg noodzakelijke samenwerking en O&I zo effectief mogelijk wordt gerealiseerd. Met dit onderzoek worden kaders en bouwstenen opgesteld om dat proces te structureren. Het onderzoek richt zich op huisartsenzorg. Uiteraard dienen ook de andere disciplines waarmee wordt samengewerkt over voldoende middelen te beschikken om de samenwerking daadwerkelijk invulling te kunnen geven.

Inhoudelijk gezien bleek er brede overeenstemming te bestaan over welke taken nodig zijn voor mono- en multidisciplinaire samenwerking en welke functies nodig zijn om die taken uit te voeren. Die door O&I te leveren 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 en 7 (Huisvesting).

Naast overeenstemming over de benodigde functies van O&I is er een breed gedeeld beeld dat er meerdere organisatievormen zijn die de O&I kunnen leveren, zoals coöperaties, netwerken, zorggroepen, geïntegreerde eerstelijns centra en andere vormen.

Bij het ontwikkelen van de gedeelde ambitie hebben we geprobeerd recht te doen aan de verschillende belangen die spelen. In de interviews zijn deze belangen achterhaald. Figuur 12 geeft een overzicht van de belangrijkste belangen per sleutelspeler.

Figuur 12: Overzicht van de belangrijkste belangen per sleutelspeler



Op basis van de belangen per sleutelspeler zijn drie gedeelde belangen te definiëren:

1. Gedeeld belang in goede patiëntenzorg:

- De sleutelspelers willen de huisarts 'ontzorgen', zodat hij weer kan focussen op goede patiëntenzorg, in samenwerking met andere professionals.
- Partijen zijn het erover eens dat goede O&I helpt bij betere uitkomsten door professionele samenwerking en dat goede O&I bedrijfsvoering, innovatie en bestuurlijke aanspreekbaarheid faciliteert en stimuleert.
- De sleutelspelers vinden dat er ruimte moet zijn om regionaal inkleuring te geven.
- Partijen willen meer substitutie vanuit de tweede lijn realiseren.

2. Gedeeld belang om eerstelijnszorg georganiseerd te krijgen:

- Sleutelspelers zijn het erover eens dat er veel op de eerste lijn af komt en dat de eerste lijn daarom goed georganiseerd moet zijn. De huisartsenzorg eenheid kan de toenemende vraag niet alleen opvangen.
- Verzekeraars zijn bereid te betalen voor O&I, mits hun verzekerden hiervoor goede, transparante, kosteneffectieve, toegankelijke zorg krijgen.

3. Gedeeld belang in bestuurlijke rust: De sleutelspelers willen een perspectief dat bijdraagt aan wezenlijke discussies en willen geen conflicten over details of bijzaken.

In het onderzoek zijn daarnaast een aantal belangrijke dilemma's rondom de bekostiging van O&I aan het licht gekomen. Aan de verschillende manieren van bekostigen kleven altijd voor- en nadelen en het is niet op voorhand evident wat de beste oplossing is. De voorkeur voor een bepaalde oplossing wordt mede ingegeven door belangen.

De dilemma's zijn:

1. Wat wordt betaald: wordt betaald per component van O&I of gebundeld voor alle componenten? Voorbeelden van componenten zijn huisvesting en ICT.
2. Via wie wordt betaald: wordt betaald aan de huisartsenzorg eenheid die daarmee O&I inkoop of rechtstreeks aan de organisatie die O&I aan de huisartseneenheden levert?
3. Via welke titel wordt betaald: per lumpsum, per verzekerde, per patiënt, per handeling, per inspanning of per andere betaaltitel?

De meeste discussie is er over de manier van bekostigen. In het kader voor de afstemming en onderhandelingen zijn verschillende modellen voor bekostiging van O&I opgenomen. Er is brede overeenstemming bereikt over de criteria waaraan de O&I van mono- en multidisciplinaire samenwerking voor huisartsenzorg moet voldoen. Die criteria kunnen worden gebruikt om de verschillende manieren van bekostigen met elkaar te vergelijken.

### 3.5 CRITERIA VOOR ONDERSTEUNING EN INFRASTRUCTUUR VAN MONO- EN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING VOOR HUISARTSENZORG

Op basis van de interviews, het literatuuronderzoek en de eerste werkconferentie zijn acht criteria opgesteld, waaraan de verschillende manieren van organiseren en bekostigen kunnen worden getoetst.

Goede organisatie en bekostiging van O&I:

1. Stelt de zorgvraag van de patiënt en populatie centraal	De O&I is er om de samenwerking te ondersteunen die nodig is om goede mono- en multidisciplinaire zorg voor een bepaalde populatie te leveren. Uitgangspunt is dus de populatie van patiënten. Goede bekostiging draagt hieraan bij.
2. Staat	De O&I is nodig voor samenwerking op meerdere schalen en

samenwerken op meerdere schalen toe	niveaus die niet landelijk overal gelijk zijn. Het niveau van de regio kan bijvoorbeeld oplopen van 100.000 tot 1.000.000 inwoners en de schaal hangt af van het soort zorg, de populatie, geografie, eerdere samenwerkingsverbanden en de bestuurlijke en institutionele omgeving. Goede bekostiging maakt het mogelijk dat O&I op meerdere schalen geleverd kan worden.
3. Bevordert samenhang	Goede O&I ondersteunt zorgprofessionals bij het bieden van samenhang en continuïteit van zorg aan de patiënt. Ook de O&I zelf is gebaat bij samenhang. Een goed model voor bekostiging van O&I voorkomt dus versnippering en maakt regionaal samenwerken mogelijk.
4. Bevordert daadkracht en continuïteit	Goede O&I komt niet vanzelfsprekend tot stand. Dat kost tijd en geld. Vergoeding daarvan is nodig. Na het opzetten van goede O&I moet het ook onderhouden worden. De bekostiging van O&I moet een toekomstperspectief bieden, zodat een duidelijk investeringsklimaat ontstaat.
5. Stimuleert toegevoegde waarde voor de zorg	De O&I is functioneel, efficiënt en levert toegevoegde waarde aan de zorgprofessional, zodat die goede zorg kan leveren. De O&I moet niet leiden tot een zichzelf in stand houdende bureaucratie of tot te hoge transactiekosten. Goede bekostiging kent een prikkel om dat te voorkomen.
6. Borgt commitment van zorgprofessionals	De O&I 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 en daarin ondersteund worden door de bekostiging.
7. Geeft ruimte aan innovatie	De O&I staat open voor innovaties en nieuwe toetreders die vaak innovatie creëren. De bekostiging van O&I houdt hier idealiter rekening mee, ook met het feit dat innovatie tot efficiëntieverbetering en substitutie kan leiden en daarmee tot afbouw van voorzieningen in de eerste lijn of elders.
8. Gaat primair uit van vertrouwen	De O&I is zo georganiseerd dat er wordt uitgegaan van vertrouwen in de zorgprofessionals die samenwerken en de ondersteuning die daarvoor is georganiseerd. Dat geeft hen vrijheid om de samenwerking optimaal voor de patiëntenzorg in te richten. Bij vertrouwen hoort uiteraard verantwoording. Goede bekostiging beloont terecht vertrouwen.



Bovengenoemde criteria, waarover brede overeenstemming is, zullen worden gehanteerd als toetsingskader voor onder meer organiseervormen en manieren van bekostigen.

## 4 RICHTINGGEVENDE KADERS

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten overeenkomsten sluiten over O&I. De richtinggevende kaders die in dit hoofdstuk beschreven zijn, behandelen systematisch alle aspecten van de O&I van huisartsenzorg. Hiermee kunnen de richtinggevende kaders dienen als een gezamenlijk startpunt en als een leidraad voor de onderlinge gesprekken. Deel II van de rapportage (hoofdstuk 6 t/m 8) beschrijft de gehanteerde aanpak, de methoden, het raamwerk en de schaalbepalende factoren om tot de richtinggevende kaders te komen. Deel III van de rapportage (hoofdstuk 9 t/m 13) geeft een onderbouwing van de beschreven kaders in dit hoofdstuk.

De richtinggevende kaders zijn als volgt opgebouwd:

1. In paragraaf 4.1 wordt vanuit specifieke patiëntgroepen aangegeven welke taken uitgevoerd moeten worden en wat de bijbehorende schaal is. Voorbeelden van taken zijn overleg met de gemeente over jeugdzorg en samenwerking met andere zorgverleners voor programmatische multidisciplinaire zorg. Hiermee hangt de schaal bij uitstek af van de aard van de patiëntenzorg.
2. In paragraaf 4.2 wordt aangegeven welke functies O&I moet leveren om de taken uit te voeren en op welke schaal deze functies nodig zijn. Voorbeelden van functies zijn een uniform vormgegeven kwaliteitsbeleid en het maken van zorgprogramma's. De schaal van de functies hangt af van de aard van de voorziening en van externe en interne factoren.
3. Paragraaf 4.3 beschrijft wat van belang is bij het bepalen van de organiseervorm en aan welke condities voor effectieve samenwerking verder aandacht besteed moet worden.
4. In paragraaf 4.4 wordt op basis van huidige informatie over kosten en uitgaven voor O&I in kaart gebracht wat de benodigde functies kosten. Deze kosten worden opgeschaald naar de beoogde situatie in 2025.
5. In paragraaf 4.5 worden de voor- en nadelen van verschillende manieren van bekostigen in kaart gebracht en wordt aangegeven welke nadelen bij verschillende manieren van bekostigen gecompenseerd moeten worden. Verschillende vragen komen hierbij aan bod: betalen per component of gebundeld voor O&I betalen, via de organisatie of via de huisartsenzorgseenheid betalen en met welke betaaltitel betalen.

## 4.1 PATIËTENGROEPEN EN TAKEN WAARVOOR MONO- EN MULTIDISCIPLINAIR SAMENWERKEN NODIG IS

De lokale samenwerkingsverbanden vormen de eenheden voor huisartsenzorg. Die eenheden werken samen met andere huisartseenheden, zorgverleners en betalers van zorg. Voordat bepaald kan worden welke O&I-functies daarvoor nodig zijn, wordt in kaart gebracht welke taken gedaan moeten worden voor verschillende patiëntengroepen. In hoofdstuk 9 is de onderbouwing te vinden. Wij maken voor de indeling gebruik van de toedeling van het RIVM naar diagnoses, leeftijdsgroepen en zorgverlener.<sup>8</sup>

### 4.1.1 Basiszorg

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

Die basiszorg kent qua organisatie een ontwikkeling waarbij ook sprake is van meer samenwerking in lokale samenwerkingsverbanden. De visie van de LHV en de NHG, welke onderschreven is door InEen, is dat de huisartsenzorg in 2022 geleverd wordt vanuit een lokaal samenwerkingsverband van huisartsen met ongeveer 7.500 tot 17.500 patiënten (3 tot 7 huisartsenpraktijken). In het lokaal samenwerkingsverband werken huisartsen, doktersassistenten, generalistisch opgeleide praktijkverpleegkundigen, POH's GGZ en – waar nodig en gewenst – verpleegkundig specialisten. Het lokaal samenwerkingsverband werkt samen met onder andere apothekers, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen. Deze samenwerking kan eventueel plaatsvinden in een gezondheidscentrum.

### 4.1.2 Programmatische multidisciplinaire zorg voor patiënten met chronische aandoeningen

Voor enkele chronische ziekten zijn zorgstandaarden vertaald in zorgproducten. Deze zorgproducten worden geleverd in ketens. Op dit moment wordt ongeveer 65% van de diabetes patiënten, circa 22% van de CVRM patiënten en circa 40% van de COPD patiënten behandeld in een keten. Wanneer deze percentages opgeschaald worden naar 100% zal de totale omzet aan ketenzorg met een factor 1,9 groeien. Een deel hiervan is substitutie vanuit de tweede lijn, maar ook vanuit basiszorg. Naast de bestaande ketenzorgproducten worden er bovendien nieuwe ketenzorgproducten geïntroduceerd, als ketens voor astma en dementie. Daarnaast is er nog sprake van demografische groei. Gezamenlijk wordt een groei in uitgaven aan ketenzorg verwacht van een factor 2,4 tot 2025 (van ongeveer € 0,3 miljard naar € 0,7 miljard in 2025).

---

<sup>8</sup> "Kosten van ziekten", RIVM, 2014.

Het lokaal samenwerkingsverband of de huisartsenzorg eenheid moet zich aansluiten bij een groter samenwerkingsverband met voldoende schaal om de juiste zorg te kunnen bieden voor patiënten met chronische aandoeningen en te kunnen contracteren met de verzekeraar. Voor de huidige ketens gaat het om samenwerkingsverbanden met 6.000 tot 430.000 ingeschrevenen (gemiddeld 115.000 ingeschrevenen).

#### 4.1.3 Geestelijke gezondheidszorg

De uitgaven aan huisartsenzorg voor GGZ-diagnoses schatten we op € 140 miljoen in 2011. Wanneer gekeken wordt naar de demografische groei zal dit ongeveer € 150 miljoen zijn in 2025. De werkelijke groei is echter waarschijnlijk veel groter. Door het ontwikkelen en versterken van de generalistische Basis GGZ, de toename van GGZ-zorg door huisartsen ondersteund door de POH-GGZ en de toename van GGZ-zorg in de wijk met ondersteuning van FACT-teams, zal een steeds groter deel van de GGZ in de eerste lijn plaats gaan vinden. 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.

Voor goede GGZ-zorg zijn afspraken nodig over bijvoorbeeld crisissituaties, tijdelijke opvang van patiënten die terugvallen en de toegankelijkheid van specialistische kennis. Deze afspraken moeten regionaal gecoördineerd worden. Het werkgebied van een GGZ-instelling kan oplopen tot enkele honderduizenden inwoners. Voor chronische GGZ-patiënten in de wijk is samenwerking van de huisartsenzorg eenheid met andere disciplines nodig.

#### 4.1.4 Zorg voor kwetsbare ouderen

Kwetsbare ouderen is in overeenstemming met de definitie die verzekeraars meestal hanteren gedefinieerd als 20% van de 75-plussers. Op dit moment zijn de uitgaven aan kwetsbare ouderen ongeveer € 180 miljoen. Rekening houdend met de demografische groei en de extramuralisering van verpleging en verzorging wordt verwacht dat de zorg voor kwetsbare ouderen met minstens een factor 1,5 toegenomen is in 2025 (€ 270 miljoen).

Het aandeel kwetsbare ouderen per huisartsenzorg eenheid is afhankelijk van de lokale omstandigheden. Het aandeel 75-plussers per postcodegebied voor postcodegebieden met minimaal 7.500 inwoners loopt uiteen van 0,5% tot 23%. Bovendien is binnen de groep 75-plussers het aandeel en de zorgbehoefte van kwetsbare ouderen niet homogeen verdeeld. Een lage sociaaleconomische status en een lage buurtstatus zijn een belangrijke voorspeller van kwetsbaarheid.

#### 4.1.5 Wijkgerichte zorg

Vanuit de AWBZ wordt voor ongeveer € 2,6 miljard aan wijkverpleging overgeheveld naar de Zvw. De samenwerking van de wijkverpleegkundige met de huisarts zal cruciaal zijn voor kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg. Wijkverpleegkundigen

worden huidig voornamelijk gecontracteerd via thuiszorgorganisaties, wat typisch grote organisaties zijn.

Gesubstitueerde zorg zal geleverd worden door de wijkverpleging of gespecialiseerde 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. De uitgaven van MSVT zijn in 2013 ongeveer € 55 miljoen per jaar. Door substitutie van ziekenhuiszorg zal dit waarschijnlijk groeien. De huisarts moet goed op de hoogte zijn van het ziekteverloop om de continuïteit van zorg te borgen. Hier is lokale operationele afstemming met de verpleging voor nodig. De schaal kan hierbij lopen van de huisartsenzorg eenheid tot aan het regionaal niveau waarop de thuiszorgorganisaties opereren van wel één miljoen inwoners.

#### 4.1.6 Jeugdzorg en sociale domein

Met de decentralisatie per 2015 krijgen gemeentes een belangrijkere rol in de zorg. Er is afstemming met het sociale domein en met Jeugdzorg nodig.

Vanaf 2015 wordt voor ongeveer € 3,6 miljard aan budget voor jeugdzorg overgeheveld naar de gemeenten. 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. Eind 2013 gaven gemeentes aan in ongeveer 42 jeugdzorgregio's samen te werken. Het inwoneraantal van de regio's loopt uiteen van circa 102.000 tot boven één miljoen inwoners.

Ook voor veel andere patiëntgroepen moeten huisartsen steeds meer samenwerken met de gemeente en met zorgverleners die gemeentes inschakelen. Zo moeten huisartsen afstemmen met gemeentes op het gebied van achterstandsproblematiek, alcoholbeleid, eenzaamheid en leeftijd. De gemeente voert onder de WMO 2015 veel taken uit voor deze groep.

## 4.2 FUNCTIES VOOR ONDERSTEUNING EN INFRASTRUCTUUR VAN SAMENWERKEN EN GESCHIKTE SCHAAL EN ORGANISATIEVORM

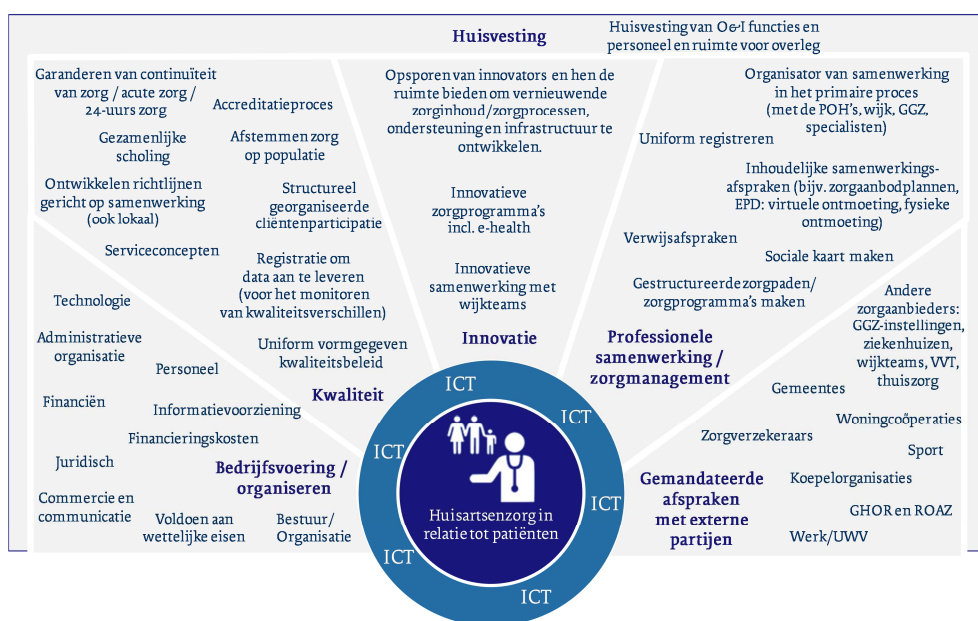
Om de taken voor de verschillende patiëntgroepen uit te voeren, moet O&I verschillende functies leveren. Met behulp van literatuuronderzoek zijn de door O&I te leveren functies geïnventariseerd. Dit functieoverzicht is getoetst en aangepast naar aanleiding van interviews met 28 spelers in de eerste lijn.

De functies zijn in te delen in 7 categorieën (figuur 13):

1. ICT
2. Bedrijfsvoering/organiseren

3. Kwaliteit
4. Innovatie
5. Professionele samenwerking/zorgmanagement
6. Gemandateerde afspraken maken met externe partijen
7. Huisvesting

Figuur 13: Functies voor ondersteuning en infrastructuur



De 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 gaan om de inzet van professionals op verschillende terreinen (ICT, P&O, facilitair, kwaliteit, maar ook op zorgprofessionals), een professioneel bestuurder of manager.

#### 4.2.1 ICT

ICT blijkt niet alleen een belangrijke functie voor bedrijfsvoering, maar ook voor kwaliteit, innovatie, professionele samenwerking en het maken van gemandateerde afspraken met externe partijen. Bij ICT gaat het om alle hard- en software die bovenop de ICT komt die in reguliere praktijken beschikbaar is. ICT kan onder andere een belangrijke bijdrage leveren aan samenwerking in zorgketens en -netwerken, de verbetering van de service en de praktijkorganisatie, zelfmanagement en meer doelmatige zorgverlening.

Bij het bepalen van de schaal van ICT spelen vooral de aard van de voorziening en interne factoren een rol. De **toepassing** van ICT moet vooral op lokaal niveau

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, beveiliging, beheer, exploitatie enzovoorts leiden op grotere schaal tot betere resultaten en zijn door de hoge vaste kosten meer kosteneffectief op grotere schaal. Het combineren van ICT-voorzieningen voor mono- en multidisciplinaire zorg en ANW is gewenst en het moet mogelijk zijn om aansluitingen en verbindingen te maken met systemen en gegevensverzamelingen van andere zorgpartijen. Hiervoor zijn goede richtlijnen op landelijk niveau nodig. Nauwe betrokkenheid van zorgprofessionals bij de ontwikkeling van nieuwe voorzieningen is gezien het belang dat professionals hechten aan goed werkende en bruikbare ICT gewenst.

#### 4.2.2 Bedrijfsvoering/organiseren

Bedrijfsvoering/organiseren betreft het zorgdragen voor personeel, informatievoorziening, administratie, financiën en financiering, communicatie, juridische diensten, bestuur/organisatie, technologie en het voldoen aan wettelijke eisen. Onder 'zorgdragen voor' worden het plannen, het feitelijk regelen, het zorgdragen voor adequate kwaliteit van de functie, het voldoen aan de wettelijke eisen of eisen uit de professie en het bijsturen verstaan. De belangrijkste kosten voor bedrijfsvoering/organiseren zijn personeels- en organisatiekosten.

De schaal van de bedrijfsvoering wordt met name bepaald door de aard van de voorziening, interne factoren en de andere partijen waarmee samengewerkt wordt. Goede bedrijfsvoering moet op lokaal niveau beschikbaar zijn. De aandacht van lokale eerstelijnszorgaanbieders kan echter beter gericht zijn op het leveren van goede zorg en goede professionele en inhoudelijke samenwerking dan op bedrijfsvoering. Daarnaast leidt het op grotere schaal organiseren van bedrijfsvoering tot betere resultaten en is dit meer kosteneffectief. Om deze redenen 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. Om ervoor te zorgen dat de bedrijfsvoering niet de inhoud gaat overheersen, dienen professionals wel aandacht en betrokkenheid te hebben bij de bedrijfsvoering.

#### 4.2.3 Kwaliteit

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 garanderen van de continuïteit van zorg, acute zorg en 24-uurs zorg is nodig om substitutie naar de eerste lijn mogelijk te maken en kan bijdragen aan het terugdringen van onnodige zorgverlening op de HAP of de SEH. Voor kwaliteit is naast inzet van professionals ook 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 voorwaarde voor het leveren van kwalitatief goede zorg. Andere functies binnen de categorie 'kwaliteit' zijn het uniform vormgeven van het kwaliteitsbeleid (waarin systematisch de plan-do-check-act cyclus uitgevoerd wordt), het ontwikkelen van richtlijnen die gericht zijn op samenwerking, het accreditatieproces, serviceconcepten, gezamenlijke scholing en registratie om data aan te leveren voor het monitoren van kwaliteitsverschillen.

Om kwaliteit te leveren op lokaal niveau is het zorgdragen voor een lokale kwaliteitscultuur en het horizontale toezicht tussen professionals van belang. Voor het ontwikkelen van protocollen, standaarden, benchmarks, vergelijkingsmateriaal en intervisities is een bovenlokale schaal gewenst. 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.

#### 4.2.4 Innovatie

Innovatie is een aparte categorie binnen de functies. 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 sectorbrede innovaties. Innovatie dient op een andere manier bekostigd te worden dan de overige functies van O&I; niet voor ieder samenwerkingsverband dient hetzelfde bedrag beschikbaar gesteld te worden voor innovatie. De organisatie en bekostiging dienen innovatie mogelijk te maken en de continuïteit van werkzame innovaties te borgen. Innovatie draagt bij aan efficiëntie, effectiviteit, verbetering van kwaliteit op grotere schaal en meer zelfmanagement. Hiermee kan innovatie leiden tot betere zorg en afbouw van voorzieningen in de eerste lijn of elders.

Bij innovatie gaat het vooral om het opsporen van de innovators en om hen de ruimte te bieden om vernieuwende zorginhoud, ondersteuning en infrastructuur te ontwikkelen. Op landelijk niveau dienen dan ook voldoende middelen beschikbaar te zijn voor innovatie. Innovatie kan niet overal plaatsvinden, maar kan het beste geconcentreerd worden op een aantal kansrijke locaties.

#### 4.2.5 Professionele samenwerking of zorgmanagement

O&I is nodig om professionele samenwerking of zorgmanagement te realiseren. De huisartsenzorgseenheid heeft een belangrijke regierol in het organiseren van deze professionele samenwerking. Bij 'professionele samenwerking' gaat het om het organiseren van samenwerking in het primaire proces, het ontwikkelen van zorgketens en -netwerken, het maken van verwijfsafspraken en het maken van inhoudelijke



samenwerkingsafspraken. Andere functies binnen de categorie 'professionele samenwerking/zorgmanagement' zijn uniform registeren, gestructureerde zorgprogramma's maken, een sociale kaart maken en het organiseren van fysieke ontmoetingen. De belangrijkste kosten voor professionele samenwerking zitten in de (beleids)voorbereiding, overlegtijd en organisatie.

De zorgafspraken over ketens en netwerken moeten op lokaal niveau 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. Richtlijnen en protocollen voor de inhoud van afspraken moeten op (boven)regionale of landelijke schaal ontwikkeld worden.

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. 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 regierol heeft.

#### 4.2.6 Gemandateerde afspraken maken met externe partijen

Door verschillende ontwikkelingen, als de extramuralisering en decentralisatie van de langdurige zorg, de overheveling van jeugdzorg naar de gemeente en de toenemende zorgvraag in de eerste lijn, is meer samenwerking van de eerste lijn met ook andere domeinen dan zorg nodig. Deze samenwerking vereist dat meer gemandateerde afspraken, waaronder onderhandelingsafspraken, met externe partijen gemaakt worden. Voorbeelden van de geïnventariseerde externe partijen zijn naast zorginstellingen, als ziekenhuizen, VVT en GGZ, gemeentes (WMO, wijkteams), verzekeraars, patiëntgroepen, regionale (zorg)organisaties en opleidingen en scholingsorganisaties. Voor het maken van gemandateerde afspraken met externe partijen wordt een regierol van de huisartsenzorg verwacht. De belangrijkste kosten voor het maken van gemandateerde afspraken met externe partijen zitten in de (beleids)voorbereiding, overlegtijd en de kosten van bestuur en directie. De kosten van bestuur en directie vallen onder de functie 'bedrijfsvoering/organiseren'.

Om de schaal voor het maken van afspraken met externe partijen te bepalen, dient gekeken te worden naar de aard van de zorgvraag, de externe partijen en interne factoren, zoals de geschiedenis met de externe partijen. In 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. De eerste lijn moet zich verhouden tot vooral de belangrijkste zorginstellingen en tot de wijze waarop gemeenten georganiseerd zijn. Daarnaast moet de eerste lijn een serieuze gesprekspartner voor verzekeraars zijn. 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 de afspraken gemaakt worden met professionals en andere zorgpartijen in de buurt.

#### 4.2.7 Huisvesting

De functies voor O&I moeten uiteraard gehuisvest worden. Het betreft bijvoorbeeld werkplekken voor de O&I professionals, het management en de ondersteuners en ruimtes voor samenwerking. Huisvesting ten behoeve van de monodisciplinaire basishuisartsenzorg wordt vergoed in de praktijkkosten. Huisvesting is benoemd als aparte functie, omdat de kosten voor huisvesting lokaal sterk kunnen verschillen.

#### 4.2.8 Conclusie

In deze paragraaf 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 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) te bepalen.

Figuur 14 geeft voor verschillende functies weer op welk niveau de functies het beste georganiseerd kunnen worden. In de figuur is zichtbaar dat het binnen een categorie kan voorkomen dat de ene functie op een andere schaal geregeld dient te worden dan een andere functie.

Figuur 14: Voorbeelden van functies per schaalniveau

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

### 4.3 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. In de gesprekken met de spelers in de eerste lijn kwam naar voren dat er geen ‘standaard’ oplossing voor de schaal gekozen kan worden, maar dat de lokale situatie en historische ontwikkelingen belangrijk zijn. Verschillende (juridische) vormen zijn mogelijk. Er zijn geen onderzoeken bekend waaruit blijkt dat een bepaalde vorm excelleert. Bij het bepalen van de organiseervorm gelden bij uitstek twee van de in hoofdstuk 3 gepresenteerde criteria. Ten eerste moet de organiseervorm het commitment van zorgprofessionals borgen door ervoor te zorgen dat professionals invloed kunnen uitoefenen op de koers en besluitvorming rond O&I. Ten tweede moet de organisatie toegevoegde waarde leveren voor de zorg en moet voorkomen worden dat een zichzelf in stand houdende bureaucratie ontstaat met hoge transactiekosten.

Er is sprake van meerschalligheid in organiseren. Hierbij zijn vier punten van belang:

- Zorg moet in ieder geval lokaal goed georganiseerd worden, inclusief de daarvoor benodigde multidisciplinaire samenwerking.
- Voor een aantal specifieke patiëntgroepen is zichtbaar dat de zorg op een grotere schaal gefinancierd en georganiseerd wordt (in zorggroepen en in koepels van gezondheidscentra).
- Zoals aan de orde gekomen is in paragraaf 4.2 moet voor de meeste functies van O&I boven het lokale niveau iets aanvullend georganiseerd worden. Thans 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.

Tabel 5 in hoofdstuk 11 biedt een overzicht van samenwerkingsvormen met hierin typeringen en kenmerken voor verschillende samenwerkingsvormen. Het organiseren van effectieve samenwerking gaat echter niet alleen over de samenwerkingsvorm. Voor succesvol samenwerken moet aan vijf condities gewerkt worden, waar de samenwerkingsvorm er maar één van is:

- Gedeelde ambitie: De toegevoegde waarde van samenwerking op het gebied van O&I moet helder zijn en een gedeelde professionele en bestuurlijke visie en ambitie moet worden ontwikkeld.

- **Recht doen aan belangen:** Er moet recht gedaan worden aan de verschillende belangen die spelen. Het gaat om het zoeken naar een win-win oplossing, waarbij het maatschappelijke en patiënten belang een duidelijke plek krijgt.
- **Goed persoonlijk samenwerken:** Persoonlijke verhoudingen en relaties vragen veel aandacht.
- **Professioneel organiseren:** De organisatievorm moet aansluiten op de gezamenlijke ambitie en op deze manier professioneel georganiseerd zijn.
- **Betekenis gevend proces:** Een goede processtrategie kan de samenwerking versnellen en kan leiden tot meer effectiviteit.

Naarmate beter aan deze condities is voldaan is een samenwerking kansrijker. Periodieke toetsing op deze condities is dan ook aan te bevelen.

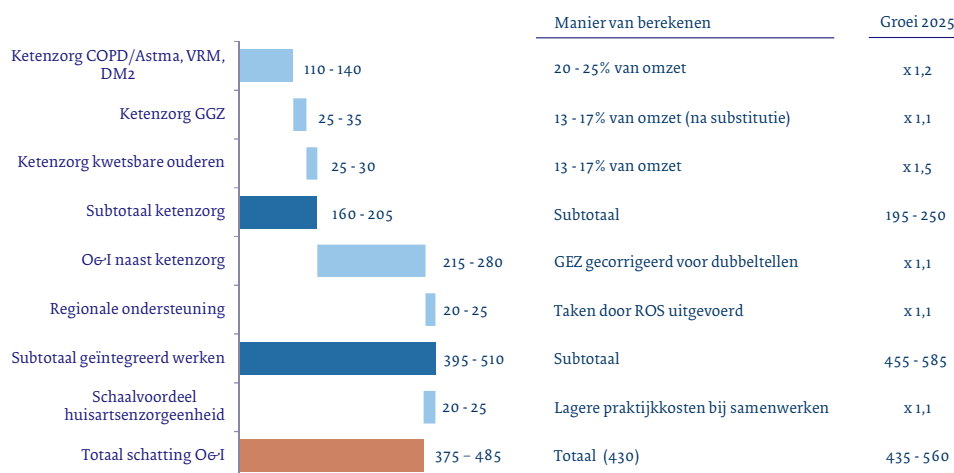
#### 4.4 BENODIGDE MIDDELEN VOOR ONDERSTEUNING EN INFRASTRUCTUUR

We hebben de benodigde middelen voor O&I geschat. Dat is per definitie een lastige opgave. Ten eerste is er weinig informatie van zorgaanbieders aanwezig. De informatie die er is, is het resultaat van de tarieven die de organisaties in rekening hebben kunnen brengen. De kostenniveaus zijn daarop ingesteld. Het is dus niet duidelijk wat een efficiënt kostenniveau is. We schatten hieronder eerst de benodigde middelen. Dat levert een startpunt om te werken met een systeem van duurzaam contracteren wat uiteindelijk moet leiden tot een efficiënt kostenniveau.

##### 4.4.1 Schatting van kosten

De benodigde middelen om O&I voor samenwerking rondom huisartsenzorg goed te organiseren, schatten we op € 375 tot € 485 miljoen (15 tot 19 procent van de uitgaven aan huisartsenzorg) (figuur 15). Dat is 3,8 tot 4,0 maal het huidige bedrag; De huidige uitgaven aan O&I voor samenwerken schatten we op 4 tot 5%. Als we ook de demografische groei meenemen, resulteert dit in een factor van 4,3 tot 4,7 tussen 2011 en 2025.

Figuur 15: 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 4.4.2). Hierbij is het van belang te realiseren dat het macrokader niet gelijk is aan de micronorm; het percentage benodigde O&I is niet overal 15 tot 19%, maar kan afhankelijk van de lokale omstandigheden hoger of lager zijn. Bijvoorbeeld omdat de huisvestingslasten in een bepaalde stad of wijk hoger 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 tot 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 1). Als daarbij ook de demografische groei tot 2025 wordt meegenomen, resulteert dit in 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 1. 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 program-matische 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
<b>totaal</b>	<b>€ 375</b>	<b>€ 485</b>		<b>€ 100</b>	<b>€ 120</b>			<b>€ 434</b>	<b>€ 562</b>	
factoren gemiddeld						<b>3,8 tot 4</b>	<b>1,2</b>			<b>4,3 tot 4,7</b>

#### 4.4.2 Duurzaam contracteren

De hierboven geschatte kosten zijn mogelijk niet de efficiënte kosten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden een systeem kunnen afspreken om daar wel op uit te komen. Het geeft aanbieders de zekerheid dat ze niet voor grote schokken in hun budgetten komen te staan en zorgverzekeraars dat ze de middelen efficiënt besteden.

Voor duurzaam contracteren is het nodig dat de verwachte taken van de zorgaanbieder helder zijn. De kern hiervan ligt in meerjarige afspraken; bijvoorbeeld voor drie jaar. De zorgverzekeraar en zorgaanbieder spreken af voor welk bedrag de O&I geleverd wordt en aan welke voorwaarde de O&I voldoet. Dat bedrag kan komen uit een benchmark met correcties voor omgevingsfactoren. In een ingroeimodel kan gewerkt worden met een gewogen gemiddelde van een dergelijke benchmark en de historische kosten van de zorgaanbieder.

In eerste instantie mag de zorgaanbieder efficiëntievoordelen behouden. Weet de zorgaanbieder een kostenverlaging te bewerkstelligen, dan leidt dat tot een beter resultaat. Zodoende heeft de zorgaanbieder een prikkel om kosten te besparen. Er wordt uiteraard ook afgesproken hoe lang deze situatie duurt. Bijvoorbeeld door ieder jaar een nieuwe benchmark te bepalen die het tarief voor over twee jaar bepaalt.

Deze ontkoppeling van tarief en bedrijfskosten leidt er toe dat aanbieders van O&I een prikkel hebben om de O&I zo efficiënt mogelijk aan te bieden. Daarmee komt informatie over wat eigenlijk efficiënt is beschikbaar die wordt verwerkt in benchmarks en meerjarige contracten. De zorgaanbieders hebben het voordeel dat er een stabiele omgeving ontstaat, waarbij met realistische benchmarks gewerkt wordt.

#### 4.4.3 Risico op dubbelstellingen

Bij de bekostiging van O&I voor samenwerken is er een risico op dubbelstellingen. Enerzijds vanwege het bekostigingssysteem, anderzijds vanwege de aard van de O&I voorzieningen. Bovenstaande schatting voor benodigde middelen voor O&I is mogelijk ook besmet met dubbelstellingen, ook al is er zo goed mogelijk voor gecorrigeerd.

Een deel van de O&I voor samenwerken kan worden geleverd door O&I die al aanwezig is in een huisartsenzorgaanbieder. Daar wordt in de bekostiging van segment 1 ook al voor betaald. Zo is bijvoorbeeld een Keten Informatie Systeem vaak een integraal onderdeel van een Huisartsen Informatie Systeem en kunnen ruimtes voor meerdere functies worden gebruikt.

Het is belangrijk dat partijen zich samen inspannen om dubbelstellingen inzichtelijk te maken en vooral om de reeds bestaande O&I zo goed mogelijk te benutten. Dit kan door zorgaanbieders een prikkel te geven om de O&I voor samenwerking zo efficiënt mogelijk te leveren, bijvoorbeeld op basis van benchmarks. Als zij een deel van de besparingen die ze behalen door bestaande O&I in te zetten voor samenwerken mogen houden, hebben ze er ook baat bij en zullen ze dat ook gaan doen. Na verloop van tijd

komt dat voordeel dan ten goede aan de premiebetaler. Voor een goede benchmark is het wel nodig dat kosteninformatie op basis van gestandaardiseerde rekeningschema's wordt verzameld.

Bij de schatting van de benodigde middelen voor O&I in dit onderzoek is geprobeerd zo goed mogelijk te corrigeren voor dubbeltellingen vanwege het bekostigingssysteem (zie hoofdstuk 12). Bijvoorbeeld door in de opschaling van GEZ-gelden als schatting voor kosten voor O&I voor samenwerking, de componenten die niet met samenwerking te maken hebben niet mee te tellen en door te corrigeren voor wijkgericht werken dat al elders was geschat.

#### 4.5 MANIEREN VAN BETALEN VOOR ONDERSTEUNING EN INFRASTRUCTUUR

Om een manier van betalen te kiezen, moeten afwegingen op drie dimensies gemaakt worden. Deze zijn in hoofdstuk 3 benoemd en omschreven. Er wordt vanuit gegaan dat de betaling via de zorgverzekeraars loopt. Hieronder worden de uitersten per dimensie weergegeven:

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 op de drie dimensies zijn gemaakt door de uitersten te toetsen aan de criteria voor goede organisatie en bekostiging van O&I, zoals beschreven in paragraaf 3.3. Hieruit zijn de volgende conclusies getrokken:

1. Gebundeld of per component betalen?  
Gebundeld betalen scoort op vier van de acht criteria beter dan betalen per component. 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 een O&I organisatie alle functies zoveel mogelijk in samenhang aanbiedt en dat met die organisatie kwaliteitsafspraken en financiële afspraken gemaakt worden. Dit wil 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 ieder alle functies, maar voor andere patiëntengroepen.

Dat houdt ook in dat benchmarks gaan over de bundel; relatief hoge kosten op één component kunnen worden goedge maakt door relatief lage kosten op een andere component. Gebundeld betalen kent echter ook een aantal nadelen, welke **gecompenseerd** dienen te worden:

- Bevordert samenhang: Gebundeld betalen kan leiden tot minder samenhang, wanneer er in een regio verschillende organisaties zijn die ieder O&I gebundeld regelen. Dit nadeel kan gecompenseerd worden door verplicht te stellen dat op kritische punten van samenhang tussen de verschillende organisaties in een regio samenwerkingsafspraken gemaakt worden en dat deze afspraken ook geëxpliciteerd en gecontroleerd kunnen worden.
- Stelt zorgvraag van patiënt en populatie 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. Om ervoor te zorgen dat de zorgvraag centraal staat, dient de samenhang tussen organisaties in de afspraken geëxpliciteerd te 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.
- Bevordert daadkracht en continuïteit: Gebundeld betalen kan leiden tot een terughoudendheid in investeringen in O&I, omdat toekomstige inkomsten onzeker zijn. Dit kan op termijn de kwaliteit van O&I en daarmee de kwaliteit van de zorg ondermijnen. Om dit nadeel te compenseren, kan gewerkt worden met meerjarige afspraken voor de financiering voor O&I.
- Borgt commitment van zorgprofessionals: 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. Om het commitment van professionals te borgen, dient een plaats gegeven te worden aan professionals in zowel het formuleren van eisen/mandaat als in de wijze waarop wordt ingekocht en feitelijke afspraken gemaakt worden.

## 2. Via organisatie of via huisartsenzorgseenheid betalen?

Te betalen via de organisatie of via de huisartsenzorgseenheid blijkt een waar dilemma, omdat bij beide manieren van bekostiging drie criteria als beste scoren, terwijl beide bekostigingsopties ook op een aantal criteria zwak scoren. Bij zowel betalen via de organisatie als betalen via de huisartsenzorgseenheid is er aandacht vereist voor aansluiting bij de zorgvraag en voor het stimuleren van toegevoegde waarde. Uit interviews bleek beargumenteerde voorkeur voor betalen via de organisatie. Men verwacht dat dit de meeste garantie biedt voor professionaliteit, kwaliteit en continuïteit voor het leveren van de O&I functies. Via de organisatie betalen biedt tevens de beste garantie voor continuïteit in de financiering. Als partijen ervoor kiezen om de betaling **via de organisatie** te laten plaatsvinden, dan dienen de volgende nadelen **gecompenseerd** te worden:

- **Meerschalligheid:** Bij betalen via de organisatie is de kans groot dat de schaal van de aanbiedende organisatie bepalend wordt voor alle O&I. 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, dan 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. 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.
- **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 aanbiedende 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.

Als partijen ervoor kiezen om de betaling **via de huisartsenzorgseenheid** plaats te laten vinden, dan dienen onderstaande nadelen **gecompenseerd** te worden:

- **Samenhang:** Het risico van het betalen via de huisartsenzorgseenheid is dat een huisartsenzorgseenheid verschillende componenten van O&I gaat inkopen bij verschillende O&I organisaties. Het risico is dan versnippering en veel transactiekosten, waardoor O&I relatief duur wordt. 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 huisartsenzorgseenheid.

- 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 huisartsenzorgseenheden. Een oplossing is hier het werken met meerjarige contracten en het goed organiseren van gebruikersraden van huisartsenzorgseenheden. Ook benchmarks kunnen hierbij 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: De huisartsenzorgseenheden zullen waarschijnlijk voornamelijk bestaande practices inkopen, wat mogelijk belemmerend werkt 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 huisartsenzorgseenheden.

### 3. Welke betaaleenheid?

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. 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). 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. Hiermee 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. Betalen per lumpsum zorgt voor samenhang en bevordert de continuïteit. Betalen per persoon zorgt er daarnaast voor dat de daadkracht bevordert wordt. Ten slotte gaan betalen per lumpsum en betalen per persoon meer uit van vertrouwen dan betalen per inspanning of betalen per handeling.

## 5 VAN ANALYSE NAAR OPERATIONALISERING - ROUTE OM KADERS TE VERTALEN NAAR CONTRACTERING

In dit onderzoek hebben we een analyse gemaakt en op basis daarvan richtinggevende kaders geformuleerd. Op basis van deze analyse moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de eerste lijn overeenkomsten kunnen sluiten over O&I, mede ter vervanging van de GEZ-financiering. De richtinggevende kaders die in deze rapportage beschreven zijn, behandelen systematisch alle aspecten van de O&I van de huisartsenzorg en samenwerking mede in het kader van multidisciplinaire zorg.

In de voorlaatste stuurgroep zijn op basis van de analyses in het rapport de volgende zes punten voor de operationalisatie geformuleerd:

1. **Een goed georganiseerde en gefaciliteerde eerste lijn is belangrijk en urgent. Deze vraagt versterking.** Wil de eerste lijn de verwachtingen van het publiek, de politiek, de financiers en de professionals kunnen waarmaken dan vraagt dit een goede en professionele organisatie en infrastructuur en professioneel georganiseerde en uitgevoerde samenwerking binnen de eerste lijn, met andere zorgaanbieders en met financiers. We spreken daarmee ook uit dat goede O&I noodzakelijk is om, in het licht van de ontwikkelingen (vergrijzing, decentralisaties, etc.), aan de toenemende eisen te voldoen. Matige O&I en matige samenwerking is niet professioneel noch goed en willen we dus niet accepteren.
2. **De O&I die we nodig hebben, bestaat uit de in het rapport uitgewerkte categorieën van functies.**
  - a. **Deze functies zijn in de 'placemat' beschreven: ICT, bedrijfsvoering/organiseren, kwaliteit, innovatie, professionele samenwerking/zorgmanagement, gemandateerde afspraken maken met externe partijen en huisvesting.** Deze functies kennen verschillende schaalniveaus van organiseren. De inhoud van die professionele O&I en van de samenwerking (met welke partijen)

hebben we omschreven in dit rapport. Ook hebben we de schaalbepalende factoren benoemd en de betekenis daarvan voor het organiseren van die functies. Het accorderen van die O&I functies en het geven dat er verschillende schaalniveaus zijn waarop die O&I georganiseerd wordt, is een tweede punt van besluitvorming. Als we het er over eens zijn dat dit de componenten van O&I zijn, moeten ze in samenhang en in termen van prestaties geformuleerd worden.

- b. **De versterking van de O&I in de eerste lijn zal leiden tot extra kosten.** Op dit moment wordt er in verschillende vormen (onder andere gedeelte van praktijkkosten, GEZ, keten-DBC's, ROS'en) circa 4 tot 5% van de uitgaven aan huisartsen- en multidisciplinaire zorg, betaald aan O&I. We weten ook dat de O&I op dit moment niet overal adequaat is. We hebben geen uitgebreid kostenonderzoek uitgevoerd, maar hebben op basis van de beschikbare gegevens een inschatting gemaakt. De inschatting van de onderzoekers is dat professionele O&I voor samenwerking ongeveer viermaal zo veel middelen vraagt. Dit is een eerste ruwe schatting die is gebaseerd op huidige uitgaven. Deze schatting wordt niet per definitie overgenomen door de stuurgroep. Er is besloten dat nader onderzoek nodig is. Als die middelen beschikbaar worden gesteld, is professionele O&I niet meer vrijblijvend, maar wordt professionele O&I de norm waar ook eisen aan gesteld moeten worden. Hierbij is het wel van belang te realiseren dat het macrokader niet gelijk is aan de micronorm; het percentage benodigde O&I kan hoger of lager zijn afhankelijk van de lokale omstandigheden, zoals de kosten voor huisvesting,.

- 3. **Partijen moeten zich inspannen om met elkaar op transparante wijze te komen tot aanvullend inzicht in de O&I kosten en O&I faciliteiten en inspanningen.** We hebben geconstateerd dat er op dit moment voor O&I zeer beperkte transparantie is over zowel kosten als prestaties. Dit leidt tot achterdocht en micro discussies over voor ieder van de partijen niet wezenlijke zaken. Bij toekomstige contractering is het nodig meer inzicht te verschaffen en te verkrijgen over kosten van en inspanningen voor O&I. Dit betekent dat er

- a. **Openheid moet komen over hoe de benodigde functies nu gefinancierd worden.** Er moet inzicht ontstaan in de huidige bekostiging van de functies (vanuit praktijkkosten, GEZ, keten-DBC, etc.).
- b. **Een systematiek nodig is die een informatiestroom op gang brengt op basis waarvan contracteerpartijen de totale omvang en**

**hoogte van de bedragen dynamisch en op basis van ontwikkelingen en innovatie kunnen aanpassen.** De eerste lijn is dynamisch. De organisatiekosten ontwikkelen met de zorgvraag. Innovatie kan leiden tot andere manieren en vormen van O&I. Nieuwe werkpraktijken en best practices zullen zich gaan vormen. Een informatiestroom gekoppeld aan performance moet op gang komen om de normering voor O&I kwaliteit en kosten steeds meer te verfijnen. De totstandkoming van de HAP-bekostiging kan hierbij als voorbeeld dienen: In 2004/2005 is een nieuwe normering voor de HAP-bekostiging vastgesteld. De eerste jaren werd een ingroesystematiek gehanteerd, waarin HAP's met uitgaven boven de norm gefaseerd konden krimpen en HAP's met uitgaven onder de norm gefaseerd konden groeien (met een check op doelmatigheid). Benchmarking is opgezet om de dialoog op gang te krijgen.

- c. **Sprake moet zijn van meerjarige contractering.** Wanneer er overeenstemming is over de normering voor O&I kosten kan de stap naar duurzaam contracteren genomen worden (meerjarige contracten, een bekostigingssysteem waarmee de meerwaarde betaald wordt en er afspraken met een langere duur worden afgesproken en waarbij de af te spreken systematiek onderdeel is van het contract).

**4. Uit onderliggende analyse volgen drie uitgangspunten bij het contracteren van O&I:**

- a. **Uit hoofde van doelmatigheid, daadkracht en beheersbaarheid is het verstandig om gebundeld voor O&I te betalen en de nadelen van gebundeld betalen wel te compenseren.** Bij gebundeld betalen betaalt de zorgverzekeraar één bedrag voor de taken die met O&I geleverd worden. Dit is in tegenstelling tot het per component betalen (voor de deelaspecten/functies van O&I en voor ieder schaalniveau met verschillende partijen verschillende afspraken maken). Gebundeld betalen houdt ook in dat benchmarks voor de gehele bundel moeten worden uitgevoerd. Lage kosten op één component kunnen immers hoge kosten op een andere component compenseren. Uitzondering vormt de huisvesting als component van O&I. Deze kosten zijn zodanig locatieafhankelijk dat het gebundelde bedrag gecorrigeerd dient te worden voor regio. Gebundeld betalen vraagt wel compensatie van het bewaken van samenhang (als bijvoorbeeld op hetzelfde schaalniveau verschillende partijen gecontracteerd worden), rekening houden met de populatie (verschillende 'zwaarte' van de populatie kan leiden tot verschillende kosten), bevorderen van daadkracht en continuïteit door meerjarige contracten en gemandateerde betrokkenheid en

inbreng van professionals, omdat hún werk door de O&I ondersteund moet worden.

- b. **Op basis van de criteria is de keuze tussen betalen via de organisatie of via de huisarts een waar dilemma. Het merendeel van de geïnterviewden heeft een voorkeur voor betalen via de organisatie.** Voor beide opties is compensatie op drie criteria nodig. Voor betalen via de organisatie is compensatie nodig voor de criteria samenwerken op meerdere schalen, borgen van commitment van professionals en uitgaan van vertrouwen. Voor betalen via de huisarts is compensatie nodig voor de criteria bevorderen van samenhang, daadkracht en continuïteit en innovatie. Een systeem van betalen via de organisatie wordt door de meeste geïnterviewden gezien als het meest eenvoudig. Het geeft bovendien voor organisaties de meest zekere financieringsbron.
- c. **De prikkels om tot doelmatige O&I te komen, zijn optimaal wanneer O&I voor een deel afhankelijk van het aantal verzekerden en voor een deel aan de hand van het aantal geïnccludeerde patiënten en hun zorgzwaarte betaald wordt en daarnaast heldere eisen aan de uitkomsten van O&I gesteld worden.** Uitgangspunt is dat aan de uitkomsten van O&I en samenwerking eisen gesteld mogen worden en dat gecheckt moet worden of aan de eisen voldaan wordt. Een deel van de O&I is opgebouwd als lumpsum en een deel van de O&I is populatieafhankelijk. Het is verstandig de O&I dan ook als zodanig te betalen. De kosten van huisvesting vormen hierbij een uitzondering, omdat de kosten voor deze component sterk locatieafhankelijk zijn. De prikkels voor goede O&I, waarmee de organisatie betere zorg kan leveren, kunnen dus het beste zodanig worden ingeregeld dat er een basisbedrag voor alle O&I functies voor een minimale schaal (bedrag per lumpsum) betaald wordt met daarnaast een staffelbedrag per extra verzekerde of patiënt (een aan zorgzwaarte gekoppelde extra).

- 5. **Partijen dienen een proef op de som te nemen.** In de stuurgroep hebben we geconstateerd dat een nadere concretisering van de benodigde kosten voor O&I en een beschrijving van een aantal archetypische organisatievormen nodig is. De proef op de som moet starten met een gezamenlijk programma van condities en eisen.

Om te komen tot die concretisering dienen we een proef op de som te nemen in een aantal regio's waarmee we de kosten voor O&I schatten voor een aantal archetypische situaties. Voor de proef op de som zijn concrete business cases voor de O&I in een regio nodig: wat kost het en wie levert het. Voor de proef

op de som dient een gezamenlijk programma van condities en eisen opgesteld te worden. Daarin kan ook de samenhang met de kosten van huisartsenzorg in segment 1 worden betrokken. De proef op de som dient te worden gemaakt op basis van gegevens en inzichten in twee tot vier regio's die naar hun aard verschillen (stedelijk, platteland) en waar verschillende partijen op het gebied van O&I actief zijn. Hier kunnen verzekeraars, zorgprofessionals en ondersteuningsorganisaties samen in een aantal workshops de proef op de som nemen bij het operationaliseren van de richtinggevende kaders.

- 6. Op basis van de uitkomsten van de proef op de som kan een vertaling plaatsvinden naar de contractering van de O&I voor de eerstelijnszorg.** Om de extra kosten te dekken, is een verankering in de afspraken tussen partijen nodig. De wijze van dekking moet tussen partijen bepaald worden; te denken valt aan adressering bij VWS voor ruimte in het macrokader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en ruimte bij verzekeraars voor overheveling van budget van de tweede- naar de eerstelijns zorg. Uiteindelijk moet dit ertoe leiden dat liefst vanaf 2016 volgens de nieuwe systematiek gecontracteerd wordt, waarbij er een groeiproces is van circa 2 jaar naar meer professionele en prestatiegerichte en op de goede schaalniveaus georganiseerde O&I.

Door op basis van dit rapport in gezamenlijkheid de activiteiten op te pakken en uit te voeren, ontstaat een nieuw, gezamenlijk referentiekader voor professionele O&I dat gericht is op het toerusten van de eerste lijn. Door die professionele en prestatiegerichte O&I wordt de eerste lijn beter geëquipeerd voor de ontwikkelingen die cruciaal zijn voor een kwalitatief adequate, toegankelijke en betaalbare, en daarmee houdbare gezondheidszorg.