

Rapportage

# Betaaltitels O&I

Evaluatie van en inspiratie voor  
gebruik van de betaaltitels O&I

Utrecht, 14 mei 2018  
Jan-Peter Heida  
Jori Hoendervanger  
Susanne Lucieer

**SiRM.** Strategies  
in Regulated  
Markets

# Managementsamenvatting

In het hoofdlijnenakkoord eerste lijn 2014-2017 zijn afspraken gemaakt over versterking van de eerste lijn. Naar aanleiding van deze afspraken en de twee hierop volgende rapportages van Edwin Velzel, heeft de NZa op verzoek van InEen, de LHV, het Ministerie van VWS en ZN op 1 januari 2018 nieuwe betaaltitels voor de ondersteuning van huisartsen én voor Organisatie en Infrastructuur (O&I) van de eerste lijn geïntroduceerd in de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Binnen de prestatie zorgvernieuwing is nu ruimte om een vergoeding overeen te komen voor de inzet van praktijkmanagement. De nieuwe prestatie Organisatie en Infrastructuur biedt de mogelijkheid om met aanvullende vergoeding (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners op verschillende niveaus te stimuleren en te organiseren. De invoering van deze betaaltitels was voor de Taakgroep O&I (bestaande uit InEen, de LHV, de NZa, het Ministerie van VWS en ZN) aanleiding om SiRM te vragen onderzoek te doen naar de werkbaarheid van, en ervaringen met, deze nieuwe betaaltitels.

## Context

De betaaltitels O&I, waarmee we refereren naar de betaaltitels praktijkmanagement, O&I wijkmanagement, O&I ketenzorg en O&I regiomanagement, bieden zorgaanbieders de mogelijkheid om met zorgverzekeraars afspraken te maken over vergoedingen voor organisatie en infrastructuur. De betaaltitel praktijkmanagement biedt de mogelijkheid een vergoeding overeen te komen voor de inzet van een praktijkmanager, die ondersteuning biedt aan (bij voorkeur) een groep huisartsen in een netwerk of een groepspraktijk. De aanvullende vergoedingen voor wijkmanagement, ketenzorg en regiomanagement worden ingezet om samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren en te organiseren. De afspraken over de betaaltitels worden gemaakt op wijkniveau of op regioniveau. Zorgverzekeraars maken de afspraken met huisartsensamenwerkingsverbanden (monodisciplinair) of met multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. De vergoeding moet o.a. gebruikt worden voor het organiseren en onderhouden van een PDCA-cyclus, gericht op het verbeteren van de kwaliteit en verlagen van de kosten van zorg, en gebaseerd op de zorgbehoefte van de populatie. Het samenwerkingsverband maakt samenwerkingsafspraken tussen deelnemende zorgprofessionals en fungeert als gemandateerd aanspreekpunt voor andere partners, zoals ziekenhuizen, gemeenten, VVT- en GGZ-instellingen.

## Evaluatie van de betaaltitels O&I

Om onderzoek te doen naar de werkbaarheid van en de ervaringen met de nieuwe betaaltitels, heeft SiRM interviews gehouden met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze bevindingen zijn vervolgens getoetst in een focusgroepbijeenkomst waar leden in vertegenwoordigd waren van InEen, de LHV en ZN. De bevindingen zijn na publicatie van de inkoopdocumenten 2019 verder aangescherpt en weergegeven onder “conclusies en aanbevelingen”.

Verder zijn er tijdens de gesprekken enkele praktische knelpunten over de invoering van de betaaltitels ter sprake gekomen waar de Taakgroep O&I aan werkt. Ook hebben wij voorbeelden verzameld van samenwerkingsverbanden waar zorgaanbieder én zorgverzekeraar trots op zijn en die onder de betaaltitels O&I kunnen worden gecontracteerd.

### **Hoofdlijnen inkoopbeleid zorgverzekeraars 2019**

Uit de inkoopdocumenten van de zorgverzekeraars over het O&I beleid in 2019 blijkt dat alle zorgverzekeraars in 2019 gebruik maken van de betaaltitel praktijkmanagement. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid ziet deze titel wel als een tijdelijk financiering die in de toekomst onder de betaaltitel wijkmanagement wordt voortgezet. CZ, Menzis en Zilveren Kruis leggen de focus op samenwerking in de regio (regiomanagement), terwijl Zorg en Zekerheid zich meer richt op samenwerking in de wijk (wijkmanagement). De andere betaaltitels worden door deze zorgverzekeraars gebruikt ter ondersteuning. Menzis en VGZ maken geen wijzigingen in hun beleid met betrekking tot O&I.

### **Conclusies en aanbevelingen**

Naar aanleiding van de interviews, focusgroepbijeenkomst én de publicatie van de inkoopdocumenten 2019 zijn zowel algemene conclusies geformuleerd als conclusies met betrekking tot de contractering van de betaaltitels O&I. Daaruit volgen aanbevelingen voor zorgaanbieder, zorgverzekeraar, brancheorganisaties en ZN.

Uit het onderzoek van SiRM komen de volgende algemene conclusies over de betaaltitels O&I naar voren:

- De invoering van de betaaltitels O&I is voor de meeste zorgverzekeraars in eerste instantie voornamelijk een herijking van de bestaande afspraken, in plaats van een echte verandering ten opzichte van de GEZ- en ketenzorgafspraken. In de komende jaren passen een aantal zorgverzekeraars hun beleid wél echt aan. Zorgverzekeraars maken de afspraken voornamelijk met bestaande samenwerkingsverbanden, ze hebben weinig tot geen ruimte voor nieuwe zorgaanbieders.
- Zorgverzekeraars voeren de betaaltitels in op een wisselend moment. Zowel zorgverzekeraars die de betaaltitels vroeg invoeren als zorgverzekeraars die de betaaltitels later invoeren, ervaren hiervan voor- en nadelen.
- De NZa beleidsregel biedt ruimte voor eigen invulling van de betaaltitels door de zorgverzekeraars. Dit is mogelijk een knelpunt voor regio's waar meerdere zorgverzekeraars een groot aandeel verzekerden hebben, met name wanneer deze zorgverzekeraars een andere focus hebben (wijk- versus regioniveau).
- De financieringsruimte die zorgverzekeraars hanteren voor de betaaltitels O&I lijkt niet veel groter te zijn dan de financieringsruimte voor de oude GEZ- of ketenzorgafspraken. Zorgverzekeraars realiseren zich dat zorgaanbieders wel verwacht hadden dat er meer groeiruimte beschikbaar zou zijn.
- Zorgverzekeraars lijken in 2018 veelal op projectbasis te contracteren. Zorgaanbieders vinden dit bij nieuwe initiatieven geen probleem, zolang er het vooruitzicht is dat deze initiatieven een structureel karakter kunnen krijgen. Voor bestaande initiatieven vinden zorgaanbieders

contracten op projectbasis niet wenselijk omdat dit tot onnodige administratieve lasten kan leiden en niet bijdraagt aan de lange termijn versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn.

De conclusies over de contractering van de betaaltitels O&I zijn:

- Zorgverzekeraar én zorgaanbieder zijn zoekende naar passende resultaatafspraken. In 2018 zijn nog weinig concrete resultaatafspraken gemaakt.
- Zorgverzekeraars geven aan dat plannen moeten passen binnen hun beleid en aan moeten sluiten bij de zorgbehoefte in de wijk en/of regio. Daarnaast moeten ze tripartiete afspraken bevatten en waarde toevoegen voor de hele wijk en/of regio.
- Volgens zorgaanbieders zijn voor goede samenwerking bezielend leiderschap, onderling vertrouwen en meerjarenafspraken met zorgverzekeraars nodig.
- Mandaat is nodig voor het maken van afspraken, maar is lastig te verkrijgen én te behouden. Mandaat houdt in dat een organisatie de bevoegdheid heeft om namens haar leden afspraken te maken. Ook is het ingewikkeld voor zorgverzekeraars om te controleren of afspraken nageleefd worden door de gehele achterban van de gemandateerde samenwerkingsorganisatie.

Naar aanleiding van bovenstaand onderzoek en de daaruit volgende conclusies, hebben we aanbevelingen geformuleerd voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, brancheorganisaties en voor de NZa.

#### Aanbevelingen voor zorgaanbieders

Voor een versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn, is het van belang dat de zorgaanbieders zich organiseren in samenwerkingsverbanden op wijk- en/of op regioniveau. Hiervoor bevelen wij zorgaanbieders aan om:

- te zorgen voor een sterk bestuurlijk team van het samenwerkingsverband, waar zorginhoudelijke kennis en bedrijfskundige kennis worden gecombineerd. Samen zorgen de bestuurders voor vertrouwen bij samenwerkingspartners (zowel bij zorgaanbieders als bij zorgverzekeraars).
- te investeren in het verkrijgen van mandaat. Voldoende mandaat van de samenwerkingsorganisatie is een essentieel onderdeel in het versterken van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn.
- goede voorbeelden van resultaatafspraken uit te werken en te delen met andere eerstelijnsorganisaties en zorgverzekeraars. In het delen van deze voorbeelden ligt eveneens een rol voor de brancheorganisaties InEen, de LHV en ZN.

#### Aanbevelingen voor zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars vormen steeds meer beleid rondom de betaaltitels O&I. Om de betaaltitels O&I in te kunnen zetten voor versterking van de eerste lijn, is het van belang dat zorgverzekeraars:

- helderheid bieden over wat er wel, en wat er niet onder de verschillende betaaltitels valt. De inhoud van de betaaltitels hoeft niet voor elke zorgverzekeraar gelijk te zijn, maar het moet

wél duidelijk zijn voor zorgaanbieders wat ze kunnen verwachten wanneer zij afspraken maken met de verschillende zorgverzekeraars.

- afspraken maken over meerjarencontracten met zorgaanbieders. Resultaten behaal je niet binnen één jaar.
- samenwerkingsverbanden ondersteunen bij het opbouwen van mandaat. Als zorgverzekeraars aantoonbaar mandaat als eis stellen aan de financiering van O&I, dan is het ook in hun belang om, daar waar mogelijk, te ondersteunen bij het opbouwen van dit mandaat.

#### Aanbevelingen voor brancheorganisaties

Brancheorganisaties kunnen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders ondersteunen bij het versterken van de eerste lijn in de wijk en/of regio en het contracteren van de betaaltitels:

- goede voorbeelden van resultaatafspraken verzamelen en deze lijst beschikbaar stellen.
- handvatten opstellen voor het maken van een wijk/regioplannen of -schetsen.
- zorgaanbieders ondersteunen bij het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden (op wijk- en/of op regioniveau), door zorgaanbieders aan elkaar te koppelen. Daarnaast kunnen InEen en de LHV zorgaanbieders ondersteunen door cursussen aan te bieden met bijvoorbeeld als onderwerp het verkrijgen van mandaat of sterk leiderschap.
- gezamenlijk periodiek een evaluatie naar de betaaltitels uitvoeren, zodat gemonitord kan worden of de afspraken als middel voor het gewenste doel worden gebruikt. De eerste evaluatie zou in 2020 plaats kunnen vinden, wanneer de meeste zorgverzekeraars minimaal één jaar ervaring hebben met het maken van afspraken in het kader van O&I.

#### Aanbevelingen voor de NZa

We raden aan om geen inhoudelijke aanpassingen te doen aan de betaaltitels. Wel raden we aan om een verwijzing naar de betaaltitel praktijkmanagement in de prestatiebeschrijving Organisatie en Infrastructuur op te nemen. Daarnaast kan, als de oude afspraken afgelopen of overgezet zijn, de betaaltitel 'Geïntegreerde eerstelijnszorg overig' afgeschaft worden. De afspraken die onder deze betaaltitel gemaakt worden, kunnen ook onder de overige betaaltitels O&I gecontracteerd worden.

# Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>2</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding	7
1.2 Onderzoeksvragen	8
1.3 Betrokken partijen	8
1.4 Leeswijzer	9
<b>2 Context betaaltitels O&amp;I</b>	<b>11</b>
2.1 Doel van de betaaltitels O&I	11
2.2 Inhoud van de betaaltitels O&I	11
<b>3 Evaluatie van de betaaltitels O&amp;I</b>	<b>16</b>
3.1 Overzicht belangrijkste bevindingen over de betaaltitels O&I	16
3.2 Algemene bevindingen	17
3.3 Bevindingen over de contractering	25
3.4 Mogelijke knelpunten	30
<b>4 Drie voorbeelden ter inspiratie</b>	<b>32</b>
4.1 Zorg en Zekerheid en Gezondheidscentrum Duizendblad - Depressie de wijk uit	32
4.2 Menzis en Onze Huisartsen - Regiomanagement GGZ	33
4.3 Menzis en zorggroep Thoon - Regiomanagement ouderenzorg	34
<b>5 Hoofdpijnen inkoopbeleid zorgverzekeraars in 2019</b>	<b>36</b>
5.1 CZ	36
5.2 Menzis	37
5.3 VGZ	37
5.4 Zilveren Kruis	38
5.5 Zorg en Zekerheid	38
<b>6 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>40</b>
6.1 Conclusies	40
6.2 Aanbevelingen	42
<b>7 Bijlagen</b>	<b>45</b>
7.1 Geïnterviewden	45
7.2 Deelnemers focusgroep	45

# I Inleiding

In het hoofdlijnenakkoord eerste lijn 2014-2017 zijn afspraken gemaakt over versterking van de eerste lijn. Naar aanleiding van deze afspraken en de twee hierop volgende rapportages van Edwin Velzel heeft de NZa, op verzoek van InEen, de LHV, het Ministerie van VWS en ZN, op 1 januari 2018 nieuwe betaaltitels geïntroduceerd in de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ten behoeve van de versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn. De invoering van deze betaaltitels is voor de Taakgroep O&I (bestaande uit InEen, de LHV, de NZa, het Ministerie van VWS en ZN) aanleiding geweest om SiRM te vragen onderzoek te doen naar de werkbaarheid van deze nieuwe betaaltitels.

In dit hoofdstuk komen de aanleiding van het onderzoek, de onderzoeksvragen en opzet van het onderzoek aan de orde. Tevens bevat dit hoofdstuk een leeswijzer voor het rapport.

## 1.1 Aanleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op verzoek van InEen, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) nieuwe betaaltitels geïntroduceerd in de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ten behoeve van de versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn.

De aanleiding voor de invoering van deze nieuwe betaaltitels zijn de afspraken in het hoofdlijnenakkoord 2014-2017 over versterking van de eerste lijn. Versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn, gefaciliteerd door regionale<sup>1</sup> ondersteuningsorganisaties, is volgens de partijen<sup>2</sup> uit het onderhandelingsakkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 een noodzakelijke randvoorwaarde voor het verder ontwikkelen van kwalitatief hoogstaande eerstelijnszorg. Onder leiding van Edwin Velzel zijn<sup>3</sup> de rapporten “Doelgerichte versterking van de Organisatie en Infrastructuur van de eerste lijn” en “Impactanalyse O&I” uitgevoerd. Edwin Velzel adviseert in deze rapporten om naar vier betaaltitels te gaan. De NZa heeft hierna in haar beleidsregel<sup>4</sup> onder de prestatie organisatie en infrastructuur (segment 2) vier betaaltitels

---

<sup>1</sup> Op wijk- of regioniveau

<sup>2</sup> Partijen zijn de LHV, InEen, ZN en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

<sup>3</sup> Op verzoek van InEen, de LHV en ZN

<sup>4</sup> NZa beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 – BR/REG-18122

opgenomen, waarvan de prestatie “Geïntegreerde eerstelijnszorg overig” een tijdelijk karakter heeft<sup>5</sup>. Ook heeft zij onder de prestatiebeschrijving “overige zorgvernieuwing” (segment 3) de mogelijkheid opgenomen om een vergoeding overeen te komen voor praktijkmanagement. De nieuwe betaaltitels zijn op 1 januari 2018 van kracht gegaan.

Wanneer wij in dit rapport spreken over **betaaltitels O&I**, dan refereren we naar de betaaltitels **praktijkmanagement, O&I wijkmanagement, O&I ketenzorg en O&I regiomanagement**.<sup>6</sup> We hanteren hierbij de beschrijving conform de NZa beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018. We laten de betaaltitel “Geïntegreerde eerstelijnszorg overig” buiten beschouwing omdat deze een tijdelijk karakter heeft.

## 1.2 Onderzoeksvragen

De invoering van de betaaltitels O&I is voor de Taakgroep O&I, bestaande uit InEen, de LHV, de NZa, het Ministerie van VWS en ZN, aanleiding geweest om SiRM – Strategies in Regulated Markets, te vragen onderzoek te doen naar deze nieuwe betaaltitels. Doel van dit onderzoek is om de werkbaarheid van de betaaltitels en de huidige afspraken rondom de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn te evalueren. Met dit onderzoek wil de Taakgroep goede ervaringen delen en partijen inspireren om gebruik te maken van de mogelijkheden die deze nieuwe betaaltitels bieden.

Het onderzoek omvat twee onderwerpen:

- 1 Evaluatie van en onderzoek naar de **werkbaarheid** en **ervaringen** met de contractering 2018 van de betaaltitels O&I. Hierbij brengen we de succesfactoren en leerpunten van de huidige afspraken in kaart. Daaronder vallen ook afspraken voor O&I die onder de bestaande betaaltitels gecontracteerd zijn.
- 2 Ophalen van goede voorbeelden ter **inspiratie** voor de toekomstige contracteerafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de eerste lijn. Het doel van het tweede onderwerp is om het veld, waar dat nog niet is gebeurd, in beweging te krijgen.

## 1.3 Betrokken partijen

Er zijn verschillende partijen betrokken bij dit onderzoek. Ten eerste zijn de bevindingen besproken met de Taakgroep O&I, tevens opdrachtgever van dit onderzoek, waar vertegenwoordigers van betrokken branche- en beroepsorganisaties in deelnemen. Daarnaast hebben we vijf zorgverzekeraars en drie zorgaanbieders geïnterviewd om de visie van het veld in kaart te brengen. Deze visie hebben we getoetst in een focusgroep bestaande uit leden van InEen, de LHV en ZN.

---

<sup>5</sup> Deze betaaltitel is voornamelijk bedoeld om de bestaande GEZ-afspraken door te zetten. In overleg met InEen/LHV/ZN zal gedurende 2018 worden gezien of deze prestatietitel in 2019 nog noodzakelijk is.

<sup>6</sup> Voor de leesbaarheid spreken we in de rest van de rapportage respectievelijk over de betaaltitels wijkmanagement, ketenzorg en regiomanagement.



## Taakgroep O&I

De opdrachtgever van het onderzoek naar de betaaltitels O&I is de Taakgroep O&I. SiRM is benaderd om inhoudelijk invulling te geven aan dit onderzoek en is hierbij ondersteund door (de organisaties die vertegenwoordigd zijn in) de Taakgroep.

De Taakgroep O&I bestaat uit de volgende partijen:

- InEen
- De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

We zijn vier keer met de Taakgroep O&I bij elkaar gekomen om de bevindingen te bespreken.

## Interviews

Tijdens het onderzoek hebben we semigestructureerde interviews gehouden met vijf zorgverzekeraars en drie zorgaanbieders. Deze interviews vonden plaats in februari 2018. Tijdens deze gesprekken zijn we ingegaan op de werkbaarheid van de betaaltitels O&I en de ervaringen met de contractering van de betaaltitels O&I in 2018. Daarnaast hebben we inzicht gekregen in succesvolle afspraken, maar ook in de belemmerende factoren rondom het maken van de contracteerafspraken.

## Focusgroep

We hebben de bevindingen uit de interviews getoetst in een focusgroep met tien deelnemers, bestaande uit twee vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, vijf vertegenwoordigers van eerstelijns zorgaanbieders en drie leden van de Taakgroep O&I (als waarnemers). De focusgroep vond plaats in maart 2018.

## 1.4 Leeswijzer

In dit rapport werkt SiRM het onderzoek naar de invoering van de betaaltitels O&I als volgt uit:

- We schetsen in hoofdstuk 2 de context van de betaaltitels.
- In hoofdstuk 3 gaan we in op de evaluatie van de betaaltitels. We brengen hiervoor de algemene bevindingen en de bevindingen over de contractering in kaart. Deze bevindingen komen voort uit interviews en zijn getoetst in een focusgroep. De interviews en focusgroeptbijeenkomst vonden plaats in februari en maart 2018. Het betreft hier dus een feitelijke beschrijving van bevindingen opgedaan vóór publicatie van de inkoopdocumenten 2019. Hierdoor konden de meeste zorgverzekeraars enkel op grote lijnen inzicht geven in het beleid ná 2018. De bevindingen gaan daarom voornamelijk in op de afspraken gemaakt voor het contractjaar 2018.
- Daarna geven we ter inspiratie in hoofdstuk 4 enkele mooie voorbeelden van afspraken gemaakt onder een betaaltitel O&I of passend binnen een betaaltitel O&I.

- In hoofdstuk 5 beschrijven we kort de inkoopdocumenten 2019 van de zorgverzekeraars met betrekking tot de betaaltitels O&I.
- Tenslotte presenteren we de conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 6.

## 2 Context betaaltitels O&I

De betaaltitels O&I bieden de mogelijkheid om afspraken te maken over vergoedingen voor organisatie en infrastructuur. De betaaltitel praktijkmanagement biedt de mogelijkheid een vergoeding overeen te komen voor de inzet van een praktijkmanager, die ondersteuning biedt aan (bij voorkeur) een groep huisartsen in een netwerk of een groepspraktijk. De vergoedingen voor wijkmanagement, ketenzorg en regiomanagement kunnen gebruikt worden om samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren en te organiseren. De afspraken over de betaaltitels worden gemaakt op wijk- of op regioniveau. Zorgverzekeraars maken de afspraken met huisartsensamenwerkingsverbanden (monodisciplinair) of met multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. De vergoeding moet o.a. gebruikt worden voor het organiseren en onderhouden van een PDCA-cyclus, gericht op het verbeteren van de kwaliteit en verlagen van de kosten van zorg, en gebaseerd op de zorgbehoefte van de populatie. Het samenwerkingsverband maakt samenwerkingsafspraken tussen deelnemende zorgprofessionals en fungeert als gemandateerd aanspreekpunt voor andere partners, zoals ziekenhuizen, gemeenten, VVT- en GGZ-instellingen.

In dit hoofdstuk schetsen we kort de context van de betaaltitels O&I. We gaan eerst in op het doel van de titels, vervolgens lichten we de inhoud van de verschillende betaaltitels O&I toe.

### 2.1 Doel van de betaaltitels O&I

Het doel van de betaaltitels O&I is om organisaties te ondersteunen in de opzet van organisatie en infrastructuur op verschillende populatieniveaus. Een sterke organisatie en infrastructuur zorgt ervoor dat aangesloten zorgaanbieders zich primair kunnen richten op de direct patiëntgebonden zorg, waardoor de kwaliteit van zorg voor de patiënt verbetert en/of de kosten van de zorg dalen.

Zorgaanbieders kunnen met behulp van deze betaaltitels de organisatie en infrastructuur van de samenwerking financieren. Deze financiering wordt uitgekeerd door middel van een vergoeding per ingeschreven verzekerde.

### 2.2 Inhoud van de betaaltitels O&I

In de NZa beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 – BR/REG-18122 zijn verschillende nieuwe prestaties ten behoeve van het verbeteren van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn beschreven.

Onder de noemer “betaaltitels O&I” scharen we de volgende vier betaaltitels<sup>7</sup> (Figuur 1):

- 1 Praktijkmanagement<sup>8</sup>
- 2 Wijkmanagement<sup>9</sup>
- 3 Ketenzorg<sup>9</sup>
- 4 Regiomanagement<sup>9</sup>

De afspraken over de betaaltitels worden gemaakt op wijkniveau (10.000 – 20.000 verzekerden) of op regioniveau (100.000 – 200.000 verzekerden). Zorgverzekeraars maken de afspraken met individuele huisartsen, huisartsensamenwerkingsverbanden (monodisciplinair) of met multidisciplinaire samenwerkingsverbanden van eerstelijns zorgaanbieders (Figuur 1).

	Monodisciplinair Huisartsen	Multidisciplinair Eerste lijn
<b>Wijk</b> 10.000-20.000	Praktijkmanagement	Wijkmanagement
<b>Regio</b> 100.000-200.000	Ketenzorg	
	Regiomanagement	

Figuur 1. Vier betaaltitels Organisatie & Infrastructuur

De betaaltitels kennen allemaal een vrij tarief. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar dat er geen overlappende kostencomponenten zijn die leiden tot dubbele bekostiging.<sup>10</sup> De afspraken die vallen onder de betaaltitels O&I dienen volgens de NZa beleidsregel altijd gekoppeld te zijn aan afspraken over vergoeding, inhoud en gewenste uitkomsten. Het is toegestaan om voor deze prestaties meerjarencontracten af te spreken.

In de paragrafen hieronder lichten we de vier betaaltitels kort toe.<sup>11</sup>

### Betaaltitel 1: Praktijkmanagement

De betaaltitel ‘praktijkmanagement’ biedt ruimte om een vergoeding overeen te komen voor de inzet van praktijkmanagement. Het betreft een vergoeding van de kosten voor inzet van een praktijkmanager, die ondersteuning biedt aan (bij voorkeur) een groep huisartsen in een netwerk of

<sup>7</sup> Omdat de betaaltitel geïntegreerde eerstelijnszorg overig een tijdelijk karakter heeft, laten we deze titel bij de evaluatie buiten beschouwing.

<sup>8</sup> Zoals beschreven in Segment 3 – Zorgvernieuwing.

<sup>9</sup> Zoals beschreven in Segment 2 - Multidisciplinaire zorg

<sup>10</sup> Bijvoorbeeld tussen de verschillende betaaltitels, maar ook met andere prestaties zoals bijvoorbeeld ketenzorg of de GEZ-module.

<sup>11</sup> We hanteren de beschrijving uit de NZa beleidsregel BR/REG-18122 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018.

in een groepspraktijk. De praktijkmanager is een aparte functionaris<sup>12</sup>, die de dagelijkse organisatorische taken van huisartsen uit handen neemt. De vergoeding heeft betrekking op de direct aan praktijkmanagement gekoppelde kosten zoals bijvoorbeeld ICT, personeel, aansturing en huisvesting. Bij het overeenkomen van de vergoeding maken zorgverzekeraar en huisartsen afspraken over de gewenste uitkomsten van de inzet van praktijkmanagement.

## Betaaltitel 2: Wijkmanagement

De betaaltitel 'wijkmanagement' biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over investeringen in multidisciplinaire samenwerkingen op wijkniveau. Een populatie van 10.000 tot 20.000 verzekerden is het uitgangspunt in de NZa beleidsregel, maar de specifieke invulling van de definitie van een wijk is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Het doel van de betaaltitel wijkmanagement is om bij te dragen aan het behoud of verbetering van de kwaliteit van zorg en/of beheersing van de zorgkosten. Hiervoor ontwikkelt en onderhoudt het multidisciplinaire samenwerkingsverband een actieve PDCA-cyclus<sup>13</sup>, gericht op het verbeteren van de kwaliteit en verlagen van de kosten van zorg. Naast het opzetten van de gewenste structuur en overlegvormen, betekent dit ook:

- Het periodiek analyseren van de ontwikkelingen in zorgvraag, zorgaanbod en zorgkosten in de wijk.
- Het definiëren van speerpunten, uitvoeren van plannen op deze speerpunten uit en het inzichtelijk maken van de resultaten.

Het samenwerkingsverband maakt hiervoor samenwerkingsafspraken tussen deelnemende zorgprofessionals. Het samenwerkingsverband fungeert als gemandateerd aanspreekpunt voor andere partners zoals ziekenhuizen, gemeenten, VVT- en GGZ-instellingen.

Met de zorgverzekeraar maakt het samenwerkingsverband specifieke afspraken over vergoeding van:

- personele inzet,
- management,
- werkgeverschap,
- ICT,
- huisvesting; en
- innovatie op wijkniveau.

---

<sup>12</sup> De Nza benadrukt in haar beleidsregel dat het gaat om een vergoedingsmogelijkheid ter bekostiging van het aanstellen van een aparte functionaris als praktijkmanager. Uit de gesprekken met de zorgverzekeraars blijkt dat de zorgverzekeraars in 2018 deze definitie niet altijd zo strikt hanteren.

<sup>13</sup> Plan-do-check-act cyclus; zie ook [www.pdcacyclus.nl](http://www.pdcacyclus.nl)

### Betaaltitel 3: Ketenzorg

De betaaltitel 'ketenzorg' heeft als doel om de organisatie en infrastructuur van regionale of landelijke ketenzorgprogramma's te financieren. Het gaat om een vergoeding voor het organiseren en onderhouden van de PDCA-cyclus rondom de kosten en kwaliteit van ketenzorg (zie ook de betaaltitel wijkmanagement).<sup>14</sup> Het samenwerkingsverband is hierbij voor de ketenzorgafspraken gemandateerd aanspreekpunt voor andere partners, zoals ziekenhuizen, gemeenten, VVT- en GGZ-instellingen.

Met de zorgverzekeraar maakt het samenwerkingsverband specifieke afspraken over vergoeding van:

- personele inzet,
- management,
- ICT,
- huisvesting; en
- overige kosten behorende bij het organiseren en onderhouden van de kwaliteitscyclus.

De afspraken tussen het samenwerkingsverband en de zorgverzekeraar zijn altijd gekoppeld aan afspraken over vergoeding, inhoud en resultaat van de zorglevering binnen de bijbehorende ketenzorg, en aan de samenstelling en inclusiecriteria van de populatie die de daadwerkelijke zorg ontvangt.

### Betaaltitel 4: Regiomanagement

Ook op regioniveau zijn er mogelijkheden voor financiering van de organisatie en infrastructuur van samenwerkingsverbanden. De betaaltitel regiomanagement is vergelijkbaar met de betaaltitel wijkmanagement, maar heeft betrekking op een grotere populatie. Het uitgangspunt in de NZa beleidsregel is een populatie van >100.000 verzekerden, maar de specifieke invulling van de definitie van een regio is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het doel van de betaaltitel is het stimuleren van het (door)ontwikkelen van regio-organisaties die een brede ondersteunende en kwaliteitsverhogende rol spelen voor huisartsen (monodisciplinair samenwerkingsverband), of de integrale verantwoordelijkheid voor de zorg in een regio op zich kunnen nemen (multidisciplinair samenwerkingsverband).

Om de samenwerking te optimaliseren, ontwikkelt en onderhoudt het regionale samenwerkingsverband een actieve PDCA-cyclus, gericht op de kwaliteit en kosten van zorg en gebaseerd op de zorgbehoefte van de regio (zie ook de betaaltitel wijkmanagement). Het samenwerkingsverband maakt hiervoor samenwerkingsafspraken tussen deelnemende zorgprofessionals en fungeert als gemandateerd aanspreekpunt voor andere partners, zoals ziekenhuizen, gemeenten, VVT- en GGZ-instellingen.

---

<sup>14</sup> Indien de financiering van de organisatie en infrastructuur van ketenzorg via deze prestatie wordt overeengekomen, kan het tarief dat daarnaast in rekening wordt gebracht voor de betaaltitel ketenzorg per geïncludeerde patiënt vervolgens niet dezelfde O&I-componenten bevatten.

Met de zorgverzekeraar maakt het samenwerkingsverband specifieke afspraken over vergoeding van:

- personele inzet,
- management,
- ICT,
- huisvesting; en
- innovatie op regioniveau.

## 3 Evaluatie van de betaaltitels O&I

Uit de interviews kwam naar voren dat de meeste zorgverzekeraars de invoering van de betaaltitels in eerste instantie voornamelijk zien als een moment voor herijking van de huidige afspraken. Zorgverzekeraars maken vrijwel geen afspraken met nieuwe zorgaanbieders. De zorgverzekeraars voeren de betaaltitels op een wisselend moment in, en op een wisselende manier. De NZa beleidsregel biedt hier de mogelijkheid voor. De financieringsruimte lijkt niet te zijn toegenomen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn beiden nog zoekende naar passende resultaatafspraken. Zorgverzekeraars geven aan dat de (nieuwe) plannen onderbouwd moeten worden met een businesscase en begroting, moeten passen binnen het beleid van de zorgverzekeraar, aan moeten sluiten bij de zorgbehoefte en tripartiete afspraken dienen te bevatten. Zorgaanbieders geven aan dat voor goede samenwerking bezielend leiderschap, onderling vertrouwen en meerjarenafspraken met zorgverzekeraars nodig zijn. Mandaat maakt het maken van afspraken voor zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder makkelijker, maar het verkrijgen én behouden van dit mandaat is lastig voor zorgaanbieders.

In dit hoofdstuk gaan we in op de evaluatie van de betaaltitels. Eerst geven we de belangrijkste bevindingen uit het veld weer, die we daarna in meer detail uitwerken. Het betreft hier een beschrijving van feitelijke bevindingen volgend uit interviews en getoetst in een focusgroep, welke plaatsvonden vóór publicatie van de inkoopdocumenten 2019. Hierdoor konden de meeste zorgverzekeraars hooguit op grote lijnen inzicht geven in het beleid ná 2018. De bevindingen gaan daarom voornamelijk in op de afspraken gemaakt voor het contractjaar 2018. Vervolgens gaan we in op enkele praktische knelpunten aangaande de betaaltitels.

### 3.1 Overzicht belangrijkste bevindingen over de betaaltitels O&I

We splitsen de evaluatie van de betaaltitels O&I op in algemene bevindingen en bevindingen over de contractering. De algemene bevindingen gaan in op de wijze van invoering, de inhoud en de financiering van de betaaltitels. De bevindingen over de contractering gaan over de voorwaarden en benodigdheden voor goede afspraken tussen zorgaanbieders, of tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.



De belangrijkste algemene bevindingen zijn:

- De invoering van de betaaltitels O&I is voor de meeste zorgverzekeraars<sup>15</sup> in eerste instantie voornamelijk een herijking van de bestaande afspraken, in plaats van een echte verandering ten opzichte van de GEZ- en ketenzorgafspraken. Zorgverzekeraars maken de afspraken voornamelijk met bestaande samenwerkingsverbanden, ze hebben weinig tot geen ruimte voor nieuwe zorgaanbieders.
- Zorgverzekeraars voeren de betaaltitels in op een wisselend moment. Zowel zorgverzekeraars die de betaaltitels vroeg invoeren als zorgverzekeraars die de betaaltitels later invoeren, ervaren hiervan voor- en nadelen.
- De NZa beleidsregel biedt ruimte voor eigen invulling van de betaaltitels door de zorgverzekeraars. Dit is mogelijk een knelpunt voor regio's waar meerdere zorgverzekeraars een groot aandeel verzekerden hebben, met name wanneer deze zorgverzekeraars een andere focus hebben (wijk- versus regioniveau).
- De financieringsruimte die zorgverzekeraars hanteren voor de betaaltitels O&I lijkt niet veel groter te zijn dan de financieringsruimte voor de oude GEZ- of ketenzorgafspraken. Zorgverzekeraars realiseren zich dat zorgaanbieders dat wel hadden verwacht.
- Zorgverzekeraars lijken veelal op projectbasis te contracteren. Zorgaanbieders vinden dit bij nieuwe initiatieven geen probleem, zolang er het vooruitzicht is dat deze initiatieven een structureel karakter kunnen krijgen. Voor bestaande initiatieven vinden zorgaanbieders contracten op projectbasis niet wenselijk omdat dit tot onnodige administratieve lasten kan leiden en niet bijdraagt aan de langer termijn versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn.

De belangrijkste bevindingen over de contractering zijn:

- Zorgverzekeraar én zorgaanbieder zijn zoekende naar passende resultaatafspraken. In 2018 zijn er nog weinig concrete resultaatafspraken gemaakt.
- Zorgverzekeraars geven aan dat plannen moeten passen binnen hun beleid en aan moeten sluiten bij de zorgbehoefte in de wijk en/of regio. Daarnaast moeten ze tripartiete afspraken bevatten en waarde toevoegen voor de hele wijk en/of regio.
- Volgens zorgaanbieders zijn voor goede samenwerking bezielend leiderschap, onderling vertrouwen en meerjarenafspraken met zorgverzekeraars nodig.
- Mandaat is nodig voor het maken van afspraken, maar is lastig te verkrijgen én te behouden. Ook is het ingewikkeld voor zorgverzekeraars om te controleren of afspraken nageleefd worden door de gehele achterban van de gemandateerde samenwerkingsorganisatie.

## 3.2 Algemene bevindingen

Hieronder werken we de algemene bevindingen verder uit. Waar relevant splitsen we de bevindingen uit naar de verschillende betaaltitels.

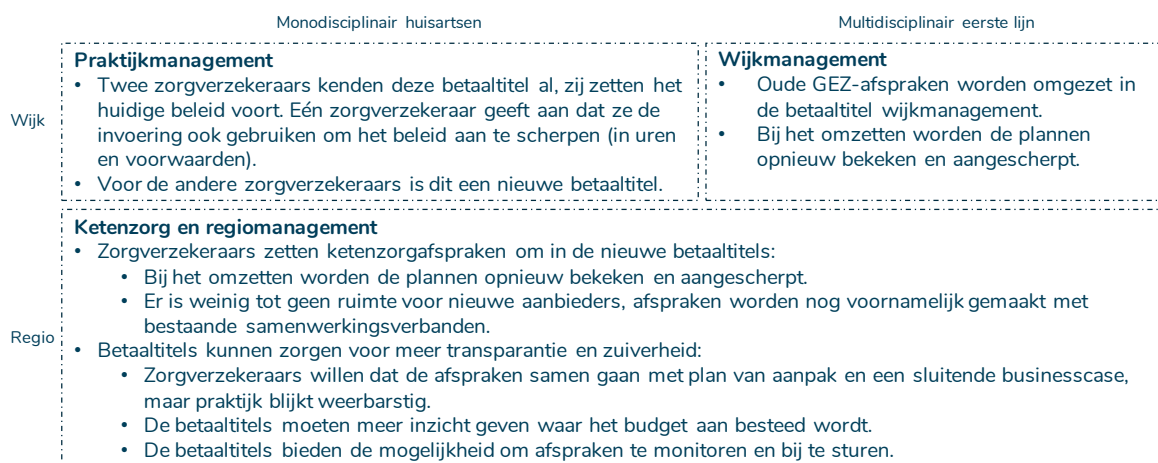
---

<sup>15</sup> Als we spreken over 'zorgverzekeraars en zorgaanbieders', dan hebben we het over de [geïnterviewde](#) zorgverzekeraars en zorgaanbieders (in een interview of in de focusgroep). Zie de bijlage voor een overzicht van de gesproken organisaties.

**3.2.1 Invoering van de betaaltitels O&I is voor de meeste zorgverzekeraars in eerste instantie voornamelijk een herijking van de bestaande afspraken, in plaats van een echte verandering ten opzichte van de GEZ- en ketenzorgafspraken. Zorgverzekeraars maken de afspraken voornamelijk met bestaande samenwerkingsverbanden, ze hebben weinig tot geen ruimte voor nieuwe zorgaanbieders.**

De meeste zorgverzekeraars gebruiken de invoering van de betaaltitels O&I vooral als een herijking van de huidige samenwerkingsafspraken. Ze zetten, in ieder geval in 2018 en 2019, de reeds gemaakte afspraken eerder om dan dat zij ze echt veranderen. Zo worden bestaande GEZ-afspraken omgezet naar afspraken onder de betaaltitel wijkmanagement en worden vergoedingen voor de overhead kosten binnen de bestaande ketenzorgafspraken onder de betaaltitel ketenzorg geplaatst. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gebruiken de invoering van de betaaltitels wél om de plannen nogmaals kritisch te bekijken en eventueel aan te passen aan de zorgbehoefte van de regio (Figuur 2). Enkel de betaaltitel praktijkmanagement zorgt echt voor een verandering.

Bij alle zorgverzekeraars is er weinig tot geen ruimte voor afspraken met nieuwe zorgaanbieders. Ze maken de afspraken voornamelijk met bestaande samenwerkingsverbanden.<sup>16</sup> Er is alleen ruimte voor nieuwe zorgaanbieders wanneer zij een bijzonder goed plan hebben en voldoen aan alle gestelde voorwaarden, zoals het hebben van voldoende mandaat.<sup>17</sup> Voldoen aan alle gestelde voorwaarden is echter lastig te behalen als ‘nieuwe’ partij.



Figuur 2. Invoering van de betaaltitels O&I is voor de meeste zorgverzekeraars voornamelijk een herijking van de bestaande afspraken, i.p.v. een echte verandering t.o.v. de oude GEZ- en Ketenzorgafspraken

**Praktijkmanagement**

Bijna alle geïnterviewde zorgverzekeraars – op één na – bieden in 2018 de mogelijkheid om een vergoeding voor praktijkmanagement overeen te komen. Zij zien een praktijkmanager als een

<sup>16</sup> Zilveren Kruis formuleert het in haar inkoopbeleid als volgt: ‘We maken voor 2018 geen afspraken met nieuwe aanbieders of samenwerkingsverbanden. Ook maken we geen afspraken over uitbreiding van het aantal aangesloten praktijken bij een bestaande GEZ.’

<sup>17</sup> Twee zorgverzekeraars geven aan dat het hebben van voldoende mandaat inhoudt dat minstens 80% van de achterban de afspraken volgt.

middel om de werkdruk van de huisartsen te verlichten en te zorgen voor meer patiëntgebonden tijd.

Twee zorgverzekeraars boden al vóór 2018 een vergoeding voor praktijkmanagement aan. De ene zorgverzekeraar zet hierin haar huidige beleid voort, de ander gebruikt de invoering van de betaaltitels om strengere voorwaarden te stellen (in het aantal uren en de gestelde voorwaarden).

De dekkingsgraad verschilt per zorgverzekeraar. Twee zorgverzekeraars verwachten dat volgend jaar de helft van de huisartsen in hun werkgebied gebruik zal maken van de mogelijkheid tot vergoeding voor praktijkmanagement. Bij de andere twee zorgverzekeraars maakt nu al bijna 60-70% van de huisartsen gebruik van deze betaaltitel.

Eén zorgverzekeraar contracteert in 2018 nog geen praktijkmanagement. Zij ziet de verschillende betaaltitels als een samenhangend geheel. Deze zorgverzekeraar wil eerst samen met het veld bekijken waar de behoefte ligt qua ondersteuning voor het versterken van de organisatie en infrastructuur.

### **Wijkmanagement**

Zorgverzekeraars geven aan dat ze de bestaande GEZ-afspraken zullen omzetten naar de nieuwe betaaltitel wijkmanagement.<sup>18</sup> Bij het omzetten bekijken ze de bestaande afspraken opnieuw en scherpen de plannen die hieronder liggen indien nodig aan. De afspraken met GEZ'en zijn historisch gegroeid en vaak niet gebaseerd op duidelijke, financieel onderbouwde plannen. Zorgverzekeraars willen de nieuwe titel wijkmanagement gebruiken om deze afspraken transparanter te maken.

### **Ketenzorg en regiomanagement**

Zorgverzekeraars geven aan dat ze de bestaande vergoeding voor overheadkosten binnen de ketenzorgafspraken zullen omzetten in de nieuwe betaaltitel 'ketenzorg'.<sup>18</sup> Bij het omzetten worden de plannen opnieuw bekeken en waar nodig aangescherpt. De gesproken zorgaanbieders gaven aan dat zij door de komst van de nieuwe betaaltitel ketenzorg geen grote veranderingen verwachten en hun huidige ketenzorgafspraken kunnen continuëren.

De betaaltitels kunnen zorgen voor meer transparantie. Zorgverzekeraars willen dat de te contracteren afspraken samengaan met een uitgewerkt plan van aanpak en een transparante begroting. Deze businesscase en begroting bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om de afspraken te monitoren en indien nodig bij te sturen.

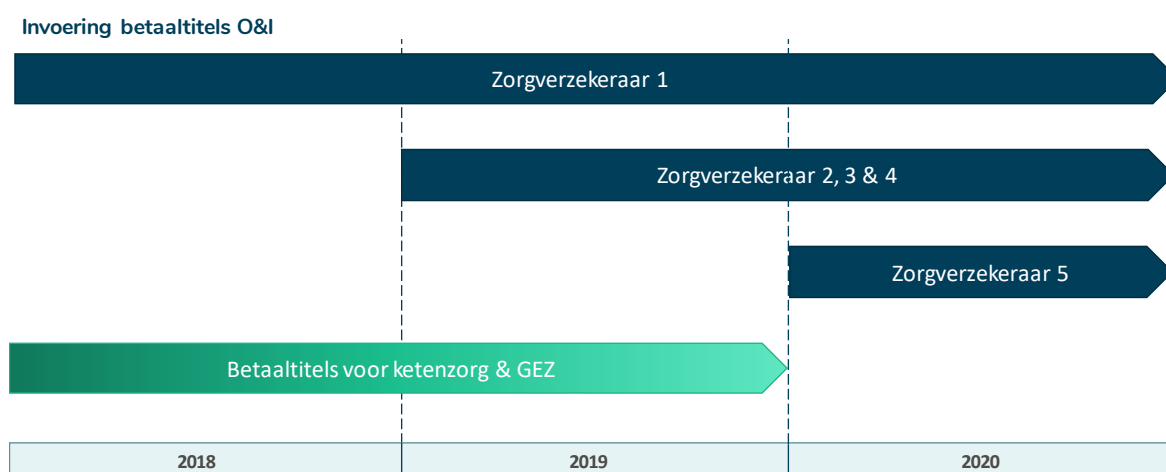
---

<sup>18</sup> De afspraken worden nu nog niet altijd onder de betaaltitel O&I gemaakt, maar wel in de kaders van de titels. Zie ook paragraaf 3.2.2.

### 3.2.2 Zorgverzekeraars voeren de betaaltitels in op een wisselend moment. Zowel zorgverzekeraars die de betaaltitels vroeg invoeren als zorgverzekeraars die de betaaltitels later invoeren, ervaren hiervan voor- en nadelen.

Zorgverzekeraars voeren de nieuwe betaaltitels O&I op verschillende momenten in (Figuur 3). Eén zorgverzekeraar maakt in 2018 al afspraken onder de betaaltitels O&I, drie zorgverzekeraars starten hiermee in 2019 en één zorgverzekeraar start in 2020. Vier van de vijf zorgverzekeraars bieden wel al in 2018 de mogelijkheid om een vergoeding voor praktijkmanagement af te spreken.

Dit betekent echter niet dat de zorgverzekeraars nog geen afspraken maken over organisatie en infrastructuur van de eerste lijn. Ze contracteren deze afspraken alleen nog niet onder de nieuwe betaaltitels. Zorgverzekeraars hebben bijvoorbeeld overeenkomsten afgesloten met samenwerkingsverbanden die worden bekostigd uit bestaande betaaltitels voor GEZ en ketenzorg. Zij geven aan deze bekostiging geleidelijk over te zullen zetten naar de nieuwe betaaltitels.



Figuur 3. Zorgverzekeraars voeren het beleid op een wisselend moment in

Het wisselend moment van invoering heeft onder andere te maken met de doorlooptijd van het beleid van de zorgverzekeraar en de afgesloten contracten met de zorgaanbieders. De meeste zorgverzekeraars voeren een tweejarig beleid<sup>19</sup>, zij maakten voor 2018 slechts kleine aanpassingen ten opzichte van het beleid van 2017.<sup>20</sup> Zorgverzekeraars gaven eveneens aan bij een aantal partijen nog geen betaaltitels te contracteren omdat met deze partijen tweejarige afspraken zijn gemaakt, voor 2017 en 2018. Zij zullen om die reden pas voor 2019 een contract met de nieuwe betaaltitels ontvangen. Tevens geeft een aantal zorgverzekeraars aan dat invoering van de nieuwe betaaltitels in 2018 nog te vroeg was, omdat ze hun inkoopbeleid 2018 al had gepubliceerd voordat het onderzoek naar de betaaltitels klaar was.<sup>21</sup> Daarnaast willen de

<sup>19</sup> Alleen voor de GEZ-afspraken hanteren zorgverzekeraars bijna allemaal een eenjarig beleid.

<sup>20</sup> Zilveren Kruis geeft in haar inkoopbeleid 2018 aan dat ze voor 2018 juist om deze reden slechts éénjarige afspraken maakt. De verwachting is namelijk om in 2019 de betaaltitels O&I te contracteren.

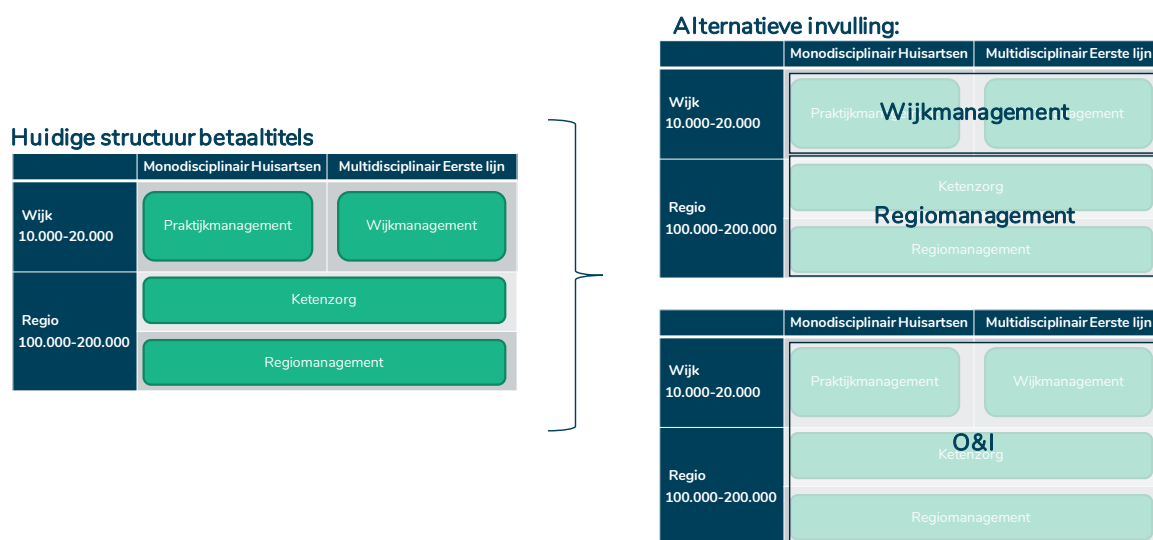
<sup>21</sup> Het rapport Impactanalyse O&I van Edwin Velzel en Mark Lenssen is gepubliceerd op 20 april 2017. Zorgverzekeraars publiceren hun inkoopbeleid jaarlijks op uiterlijk 1 april.

zorgverzekeraars de zorgaanbieders tijd geven om zich aan te passen aan hun nieuwe beleid en de nieuwe betaaltitels.

Zowel de zorgverzekeraars die het nieuwe beleid al in 2018 inzetten, als degene die in 2020 van start willen gaan met de nieuwe betaaltitels geven aan voor- en nadelen van de invoering van de nieuwe betaaltitels te ervaren. Zorgverzekeraars die al vroeg de betaaltitels O&I invoeren, hebben als voordeel dat ze zelf de kaders van het beleid<sup>22</sup> kunnen bepalen, maar dit kost hen relatief veel tijd. Zorgverzekeraars die later de betaaltitels O&I invoeren hebben als voordeel dat ze kunnen leren van de lessen van de voorlopers, maar hebben het nadeel dat andere zorgaanbieders al afspraken hebben gemaakt. Hierdoor is de ‘bewegingsruimte’ binnen de kaders van het beleid beperkter.

**3.2.3 De NZa beleidsregel biedt ruimte voor eigen invulling van de betaaltitels door de zorgverzekeraars. Dit is mogelijk een knelpunt voor regio’s waar meerdere zorgverzekeraars een groot aandeel verzekerden hebben, met name wanneer deze zorgverzekeraars een andere focus hebben (wijk- versus regioniveau).**

De zorgverzekeraars geven ieder een andere invulling aan de betaaltitels. De NZa beleidsregel biedt hier de ruimte voor. Daarnaast valt op dat de zorgverzekeraars hun aandacht niet gelijk verdelen over de verschillende betaaltitels. Zo focust de ene zorgverzekeraar zich op afspraken op wijkniveau (bottom-up), terwijl twee andere zorgverzekeraars juist meer de focus leggen op regiomanagement (top-down; Figuur 4).



Figuur 4. Zorgverzekeraars voeren beleid op een wisselende manier in

De inhoudelijke invulling van de betaaltitels O&I verschilt per zorgverzekeraar. De NZa beleidsregel biedt hier de ruimte voor (zie ook Hoofdstuk 2):

- Eén zorgverzekeraar maakt bijvoorbeeld geen onderscheid tussen mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden op wijkniveau. Zij gebruikt de betaaltitel wijkmanagement ook

<sup>22</sup> Binnen de kaders gesteld in de NZa beleidsregel.

voor monodisciplinaire samenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld voor huisartsengroepen) in plaats van enkel voor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

- Een andere zorgverzekeraar ziet praktijkmanagement als onderdeel van wijkmanagement.
- Een derde zorgverzekeraar maakt geen duidelijk onderscheid tussen wijk- of regioniveau voor afspraken met mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. De functie van het samenwerkingsverband bepaalt welke titel gebruikt wordt, niet het aantal verzekerden in een gebied. Deze zorgverzekeraar verwacht de titel wijkmanagement voornamelijk te gebruiken voor GEZ'en en de titel regiomanagement voor zorggroepen, maar verder vergelijkbare afspraken te hanteren.
- Twee zorgverzekeraars geven weer aan dat ze de betaaltitel ketenzorg zien als een onderdeel van wijk- en/of regiomanagement. Het is nog niet zeker of zij beiden deze titel los zullen contracteren.

Ook de focus in het beleid verschilt per zorgverzekeraar:

- Eén zorgverzekeraar focust zich op afspraken gemaakt op wijkniveau. In het werkgebied van deze zorgverzekeraar is al veel samenwerking op wijkniveau en minder op regioniveau. Samen met het veld bekijkt deze zorgverzekeraar wat de partijen gezamenlijk willen en hoe ze dit kunnen bereiken. Deze zorgverzekeraar ziet de afspraken op praktijk- en regioniveau ondersteunend aan de afspraken die in de wijk gemaakt worden.
- Twee andere zorgverzekeraars leggen de focus meer op afspraken op regioniveau. Een regio moet aansluiten bij de regio van de samenwerkingspartners (zoals het ziekenhuis, de gemeente of grote GGZ/ VVT-instellingen). Wijkmanagement en ketenzorg worden ook gecontracteerd, maar voornamelijk als de bestaande afspraken beter in die titels passen.

Alle zorgverzekeraars geven aan in principe de afspraken van de preferente zorgverzekeraar<sup>23</sup> in een regio te volgen zodat zorgaanbieders met een eenduidig beleid te maken hebben. In gebieden waar meerdere zorgverzekeraars een groot aandeel verzekerden hebben en een samenwerkingsverband zodoende meer dan één preferente zorgverzekeraar heeft, is minder duidelijk welk beleid gevolgd dient te worden. Dit is met name lastig wanneer de ene zorgverzekeraar de focus op wijkmanagement heeft liggen, en de ander op regiomanagement. Zorgverzekeraars geven aan dat het in deze situaties aan te bevelen is om bij het formuleren van de plannen vooraf alle stakeholders te betrekken.

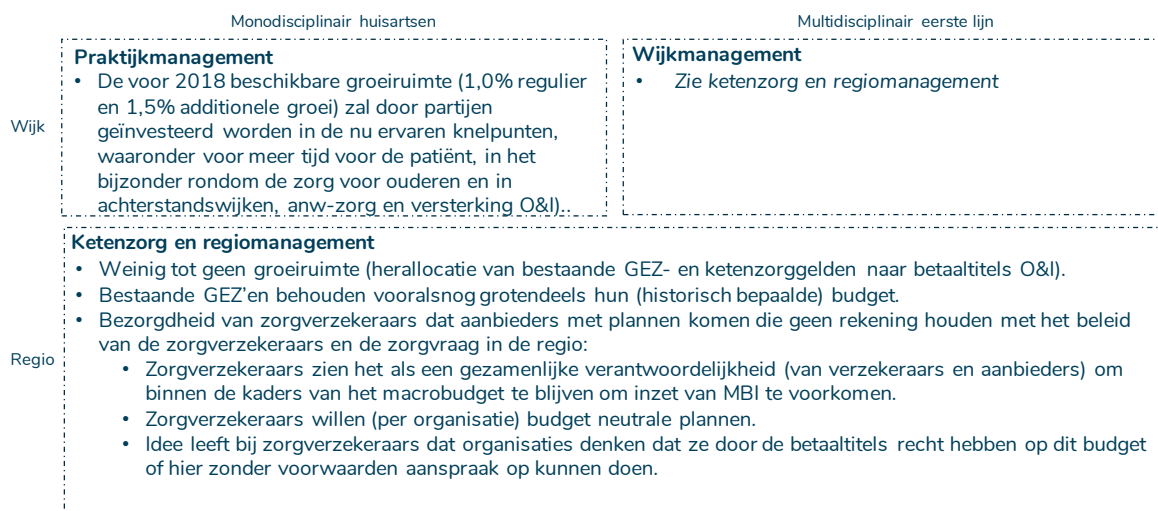
Zorgverzekeraars herkennen deze situatie en zien dit als een potentieel knelpunt, maar geven aan dat ze geen behoefte hebben aan een landelijk beleid voor de exacte invulling van de betaaltitels. Ze willen de beleidsvrijheid behouden om de invulling aan te laten sluiten op hun visie op het zorgveld. Wel is het van belang dat zorgverzekeraars gezamenlijk nadenken over de kaders van de verschillende betaaltitels. Dit zorgt ook voor meer duidelijkheid bij de zorgaanbieders.

---

<sup>23</sup> De zorgverzekeraar met het grootste aandeel verzekerden in de betreffende regio

### 3.2.4 De financieringsruimte die zorgverzekeraars hanteren voor de betaaltitels O&I lijkt niet veel groter te zijn dan de financieringsruimte voor de oude GEZ- en ketenzorgafspraken. Zorgverzekeraars realiseren zich dat zorgaanbieders dat wel hadden verwacht.

In het addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 hebben betrokken partijen<sup>24</sup> afgesproken te investeren in een aantal knelpunten, waaronder de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn. Uit de gesprekken met de zorgverzekeraars komt naar voren dat de additionele groeiimte onder andere wordt ingezet voor de betaaltitel praktijkmanagement, maar dat er vrijwel geen groeiimte beschikbaar is voor de andere betaaltitels O&I. De financieringsruimte die zorgverzekeraars hanteren voor de overige betaaltitels O&I blijkt niet veel groter dan die van de oude GEZ- en ketenzorgafspraken. Zorgverzekeraars realiseren dat zorgaanbieders o.b.v. de gemaakte afspraken in het addendum wel hadden verwacht dat er ook groeiimte beschikbaar zou zijn voor de andere betaaltitels (Figuur 5).



Figuur 5. Financieringsruimte binnen O&I lijkt niet veel groter te zijn dan binnen GEZ- en Ketenzorgafspraken. Zorgverzekeraars denken dat zorgaanbieder anders verwacht.

#### Praktijkmanagement

In het addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 is afgesproken dat het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg met 2,5% mag groeien.<sup>25</sup> Hiervan sluit 1,0% groei aan bij de demografische ontwikkelingen. De overige 1,5% groei (ruim €50 miljoen<sup>26</sup>) is door de minister voor het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg beschikbaar gesteld om te investeren in de nu ervaren knelpunten: meer tijd voor de patiënt (in het bijzonder rondom de zorg voor ouderen en in achterstandswijken), ANW-

<sup>24</sup> LHV, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, ZN en het Ministerie van VWS

<sup>25</sup> Addendum Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018, 1 juni 2017

<sup>26</sup> Het Budgettair Kader Zorg voor huisartsenzorg inclusief reguliere groei bedraagt bijna 3.5 miljard euro. De additionele 1,5% groeiimte komt neer op ruim 50 miljoen euro in 2018. Dit is exclusief de jaarlijkse indexatie voor loon- en prijsbijstelling en 75 miljoen euro vrijgemaakt voor substitutie uit het ziekenhuis.

zorg, praktijkmanagement en het versterken van de organisatie en infrastructuur in de eerste lijn (wijkmanagement, regiomanagement, ketenzorg).

Zorgverzekeraars geven aan dat zij de beschikbare groeirimte dat zij beschikbaar hebben voor O&I, met name besteden aan de betaaltitel praktijkmanagement.

### **Wijkmanagement, ketenzorg en regiomanagement**

Er is weinig tot geen extra groeirimte beschikbaar voor de overige betaaltitels O&I.

Zorgverzekeraars spreken van een herallocatie van bestaande GEZ- en ketenzorggelden<sup>27</sup> naar de betaaltitels wijkmanagement, ketenzorg en regiomanagement.

Zorgverzekeraars geven aan dat de bestaande GEZ'en vooralsnog grotendeels hun budget zullen behouden. Dit budget is vaak historisch bepaald. Er bestaat, tussen verschillende zorgverzekeraars maar ook binnen dezelfde zorgverzekeraar, een grote differentiatie in beschikbaar budget voor de verschillende GEZ'en. Hierdoor leeft bij zorgverzekeraars de bezorgdheid dat een GEZ die nu minder budget krijgt dan een andere (vergelijkbare) GEZ de nieuwe betaaltitels ziet als een kans om meer budget te krijgen. Zorgverzekeraars geven aan dat deze ruimte er niet is. Het is volgens zorgverzekeraars namelijk een gezamenlijke verantwoordelijkheid om binnen de kaders van het macrobudget te blijven en inzet van het macrobeheersingsinstrument (MBI) te voorkomen.

Zorgaanbieders hebben mogelijk andere verwachtingen met betrekking tot de hoogte van de groeirimte voor O&I dan de zorgverzekeraars. Dit komt mede doordat er de afgelopen jaren verschillende bedragen genoemd zijn:

- In een eerste onderzoek naar de versterking van organisatie en infrastructuur van SiRM en Common Eye in 2014<sup>28</sup> wordt een uitgavenstijging van 450 miljoen euro genoemd, van 150 naar 600 miljoen euro.
- In het vervolgonderzoek in 2016 maakt Edwin Velzel de inschatting dat deze kostenstijging zich voor maximaal 70% zal voordoen, omdat de verwachting is dat ook op langere termijn niet in heel Nederland de O&I-functies in de meest maximale variant zullen worden ingevuld. De periode waarin dit zich zal ontwikkelen is 15 jaar. Velzel geeft expliciet aan dat het hier om een aanneme gaat om een gevoel te krijgen bij de mogelijke uitkomsten.
- Vervolgens wordt in het addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 wordt vervolgens gesproken over een groeirimte van 1,5%, wat neerkomt op 50 miljoen euro.

### **3.2.5 Zorgverzekeraars lijken veelal op projectbasis te contracteren. Zorgaanbieders vinden dit bij nieuwe initiatieven geen probleem, zolang er het vooruitzicht is dat deze initiatieven een structureel karakter kunnen krijgen. Voor bestaande initiatieven vinden**

---

<sup>27</sup> Bij Zilveren Kruis is er ook sprake van herallocatie van budget van de prestatie 'Organisatie van een Wijkgerichte Zorginfrastructuur' (OWZ) naar de nieuwe betaaltitels O&I

<sup>28</sup> Naar professionele ondersteuning en infrastructuur voor samenwerking van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor samenwerking met andere partijen. SiRM & Common Eye, 2014.



**zorgaanbieders contracten op projectbasis niet wenselijk omdat dit tot onnodige administratieve lasten kan leiden en niet bijdraagt aan de langer termijn versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn.**

In de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 komt het woord 'project' niet voor. Uit de gesprekken blijkt dat zorgverzekeraars in 2018 wel veel op projectbasis contracteren.<sup>29</sup>

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders lijken zich er beiden in te kunnen vinden dat nieuwe initiatieven toch eerst op projectbasis gefinancierd worden. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat ze vaak uitgaat van een periode van drie jaar voordat de projectfinanciering structureel wordt. Bij een structurele financiering blijven afspraken over een transparante begroting en resultaten bestaan. In de focusgroep gaven enkele zorgaanbieders aan te begrijpen dat zorgverzekeraars in eerste instantie de voorkeur aan geven aan projectfinanciering. Je bent immers vooraf ook niet zeker of het plan succesvol zal zijn en het dus gewenst is om structureel te financieren. Maar zorgaanbieders zouden wel graag afspraken maken met de zorgverzekeraars over het doorontwikkelen van deze initiatieven zodat zij in potentie een structureel karakter kunnen krijgen.

Eén zorgaanbieder gaf aan dat ze nu de historische budgetten moest verantwoorden met begrotingen op projectbasis. Dit is niet wenselijk, het leidt tot extra administratieve lasten en draagt niet bij aan de lange termijn versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn.

### 3.3 Bevindingen over de contractering

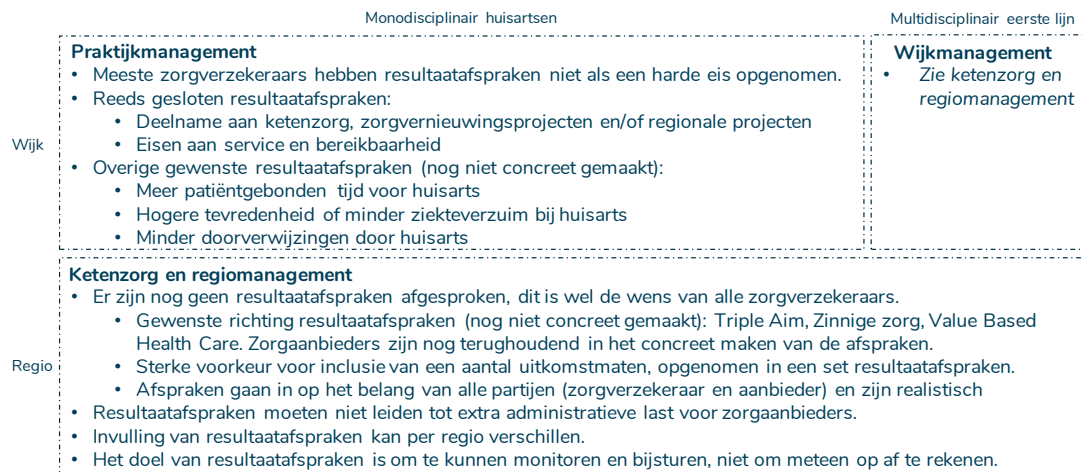
Hieronder werken we de bevindingen over de contractering verder uit. Waar relevant splitsen we deze bevindingen uit naar de verschillende betaaltitels.

#### **3.3.1 Zorgverzekeraar én zorgaanbieder zijn zoekende naar passende resultaatafspraken. In 2018 zijn er nog weinig concrete resultaatafspraken gemaakt.**

Per februari 2018 zijn er nog nauwelijks concrete resultaatafspraken afgesproken, op enkele resultaatafspraken voor praktijkmanagement na. Het veld (zorgverzekeraars en zorgaanbieders) is nog zoekende naar passende resultaatafspraken (Figuur 6).

---

<sup>29</sup> Onder de betaaltitels O&I, maar ook onder de oude GEZ- en ketenzorgafspraken



Figuur 6. Zorgverzekeraar én zorgaanbieder zijn zoekende naar passende resultaatafspraken

## Praktijkmanagement

De meeste zorgverzekeraars geven aan in 2018 resultaatafspraken niet als harde eis op te nemen in de reeds gemaakte contracterafspraken. Eén zorgverzekeraar geeft aan wel resultaatafspraken over praktijkmanagement te maken met zorgaanbieders. Deze resultaatafspraken gaan bijvoorbeeld over deelname aan ketenzorg, zorgvernieuwingstrajecten en/of regionale projecten, of over eisen aan service en bereikbaarheid. In de toekomst willen zorgverzekeraars wel graag resultaatafspraken maken. Deze resultaatafspraken kunnen uitkomst-, proces- of structuurindicatoren zijn, zoals bijvoorbeeld:

- Meer patiëntgebonden tijd voor de huisarts
- Hogere tevredenheid bij de huisarts
- Verlagen van ziekteverzuim
- Minder doorverwijzingen naar andere zorgaanbieders

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten nog onderzoeken hoe ze bovenstaande resultaatafspraken concreet willen invullen.

## Wijkmanagement, ketenzorg en regiomanagement

In 2018 zijn er voor de betaaltitels wijkmanagement, ketenzorg en regiomanagement nog geen resultaatafspraken afgesproken. Zorgverzekeraars hebben wel aangegeven dat zij in de toekomst, wanneer zij (in grotere mate) gebruik zullen maken van deze betaaltitels, wél resultaatafspraken willen maken.

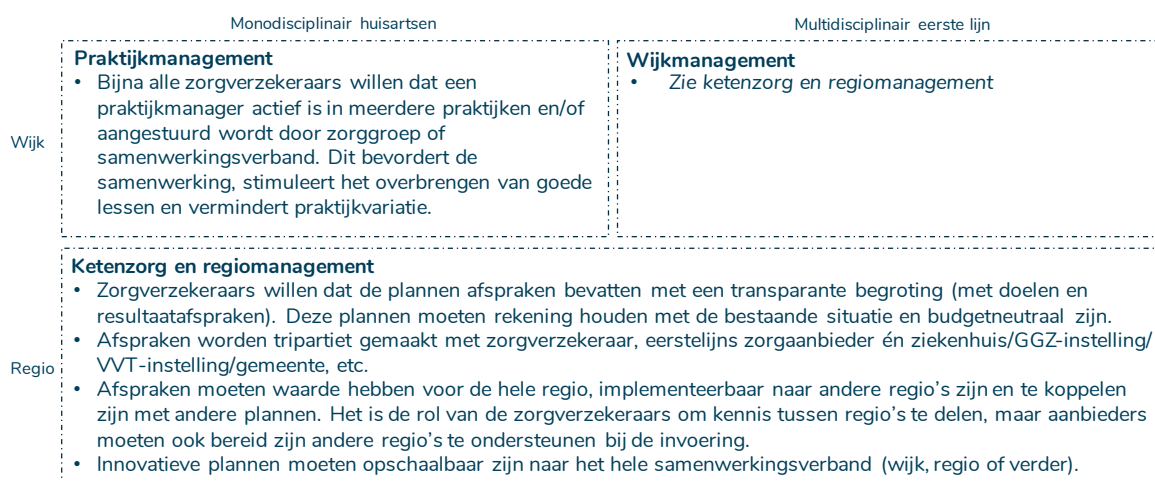
Zorgverzekeraars en zorgaanbieders vinden beiden dat het in eerste instantie aan de zorgaanbieders is om te komen met resultaatafspraken. De invulling van de afspraken kan per regio verschillen, maar zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieder geven aan dat deze in principe betrekking zullen hebben op Triple Aim, Zinnige zorg en/of Value Based Healthcare. Deze resultaatafspraken houden rekening met de belangen van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders en moeten realistisch zijn.

Zorgverzekeraars hebben binnen de resultaatafspraken een sterke voorkeur voor inclusie van een aantal uitkomstmaten, naast proces- of structuurindicatoren. Zij geven aan deze

resultaatafspraken niet te willen gebruiken om zorgaanbieders op af te rekenen. Zorgverzekeraars vinden dat de resultaatafspraken moeten bijdragen aan de kwaliteitscyclus van een organisatie, en niet moeten leiden tot meer administratieve lasten bij de zorgaanbieders. Bij voorkeur wordt de informatie voor de resultaatafspraken uit de systemen van de zorgaanbieder of zorgverzekeraar gehaald. Deze informatie kan vervolgens bijvoorbeeld gebruikt worden als (anonieme) benchmark of spiegelinformatie tussen praktijken, zodat afspraken gemonitord kunnen worden en er, waar nodig, bijgestuurd kan worden.

### 3.3.2 Zorgverzekeraars geven aan dat plannen moeten passen binnen hun beleid, aan moeten sluiten bij de zorgbehoefte, tripartiete afspraken dienen te bevatten en waarde moeten toevoegen voor de hele wijk en/of regio.

Zorgverzekeraars geven aan dat zorgaanbieders zelf met goede plannen moeten komen. Deze plannen moeten wel passen binnen het beleid van de zorgverzekeraar en de zorgbehoefte in de wijk en/of regio. Daarnaast moeten de plannen tripartiete afspraken<sup>30</sup> bevatten en waardevol zijn voor de hele wijk en/of regio (Figuur 7).



Figuur 7. Nieuwe plannen moeten passen binnen beleid zorgverzekeraar, aansluiten bij zorgbehoefte, tripartiet afspraken bevatten en waardevol zijn voor de hele wijk en/of regio

#### Praktijkmanagement

Bijna alle zorgverzekeraars willen dat de praktijkmanager actief is in meerdere praktijken. Een praktijkmanager die werkzaam is bij meerdere praktijken bevordert de samenwerking, stimuleert het overbrengen van goede lessen tussen praktijken en kan de praktijkvariatie verminderen. Het praktijkmanagement kan eventueel georganiseerd worden vanuit een zorggroep.

De meeste zorgverzekeraars contracteren in 2018 vooral op praktijkniveau. De drempel voor huisartsen blijkt lager te liggen wanneer ze een vergoeding voor een praktijkmanager kunnen aanvragen voor hun eigen praktijk dan wanneer zij dit voor een heel samenwerkingsverband

<sup>30</sup> Afspraken met de zorgverzekeraar, eerstelijns zorgaanbieder en een derde regionale partij. Dit kan bijvoorbeeld de gemeente, het ziekenhuis, VVT- of GGZ-instelling zijn, afhankelijk van wat er in de regio nodig is.

moeten doen. Zilveren Kruis heeft in haar inkoopdocument 2018 wel als voorwaarde gesteld dat een praktijkmanager werkzaam moet zijn voor huisartsenpraktijken in een samenwerkingsverband (minimaal 10.000 ingeschreven patiënten).<sup>31</sup>

### **Wijkmanagement, ketenzorg en regiomanagement**

Zorgverzekeraars willen dat zorgaanbieders de plannen voor wijkmanagement, ketenzorg en regiomanagement onderbouwen met een gedegen businesscase en een transparante begroting. In deze businesscase staan tevens doelen en resultaatafspraken beschreven. Zorgverzekeraars willen wel dat zorgaanbieders rekening houden met de bestaande situatie en budgetneutraal zijn.

Zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen samenwerken om de zorgbehoefte van de wijk en/of regio in kaart te brengen, bijvoorbeeld door middel van datascience of gezamenlijke bijeenkomsten. Daarnaast moeten tripartiete afspraken gemaakt worden, dat wil zeggen met zorgverzekeraar, eerstelijns zorgaanbieder én ziekenhuis/GGZ-instelling/ VVT-instelling, en in de toekomst wellicht met de gemeente. De praktijk blijkt echter weerbarstig. Zorgaanbieders zien het als de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om met een ziekenhuis/GGZ-instelling/VVT-instelling afspraken te maken over de levering en verschuiving van zorg, en over de financiële gevolgen hiervan.

Zorgverzekeraars geven verder aan dat deze afspraken waarde moeten toevoegen voor de hele wijk en/of regio, implementeerbaar moeten zijn in andere wijken en/of regio's zijn en te koppelen moeten zijn met andere plannen. Innovatieve plannen dienen opschaalbaar zijn naar het hele samenwerkingsverband (wijk, regio of zelfs regio-overstijgend). Zorgverzekeraars zien het als hun taak om de zorgaanbieders 'zacht actief te ondersteunen': het is hun rol om plannen te voorzien van feedback en om kennis tussen wijken en regio's te delen. Zorgverzekeraars vinden wel dat zorgaanbieders zélf de plannen moeten schrijven en implementeren. Daarnaast verwachten zorgverzekeraars dat zorgaanbieders elkaar ondersteunen bij de invoering van (innovatieve) plannen. Het is niet de bedoeling dat elke wijk of regio opnieuw het wiel uitvindt.

#### **3.3.3 Volgens zorgaanbieders zijn voor goede samenwerking bezielend leiderschap, onderling vertrouwen en meerjarenafspraken met zorgverzekeraars nodig.**

Zorgaanbieders geven aan dat er drie zaken in ieder geval nodig zijn voor een goede samenwerking, namelijk bezielend leiderschap, vertrouwen en meerjarenafspraken met zorgverzekeraars (Figuur 8).

---

<sup>31</sup> Voor praktijken die voor 2018 al een praktijkmanager in dienst hadden, bestaat een overgangsregeling. Zij hoeven pas in 2019 aan deze voorwaarde te voldoen.



Figuur 8. Voor goede samenwerking zijn bezielend leiderschap, onderling vertrouwen en meerjarenafspraken met zorgverzekeraars nodig

1. **Bezielend leiderschap.** Om plannen van de grond te krijgen zijn zorginhoudelijke bestuurders nodig met een sterke visie op de zorg, die het mandaat en het vertrouwen van huisartsen en andere eerstelijns zorgprofessionals weten te krijgen en te behouden. Deze zorginhoudelijke bestuurder werkt goed samen met de bedrijfskundige bestuurder. Samen zorgen zij voor vertrouwen bij samenwerkingspartners (zowel tussen zorgaanbieders als bij zorgverzekeraars).
2. **Onderling vertrouwen.** Samenwerkingspartners (zowel zorgaanbieders onderling als zorgaanbieders en zorgverzekeraars) moeten vertrouwen hebben in elkaar. Dit kost tijd, maar zonder vertrouwen stagneren nieuwe plannen. Transparantie over onder meer plannen, budget en resultaten kan helpen vertrouwen op te bouwen.
3. **Meerjarenafspraken met zorgverzekeraars.** Resultaten behaal je niet binnen één jaar. Zorgverzekeraars moeten partijen niet gelijk afrekenen op de resultaten, maar rekening houden met een opstartfase. Zorgverzekeraars geven aan dat jaarlijks bijsturen ook mogelijk is met meerjarenafspraken, bijvoorbeeld wanneer er wijzigingen zijn in de behoefte van de wijk en/of regio, of in wet- en regelgeving.

De zorgaanbieders gaven verder allemaal aan dat het voor hen belangrijk is om de begroting van hun samenwerkingsverband rond te krijgen. Vooralsnog hadden zij allen het vertrouwen dat zij hierover afspraken konden maken met de zorgverzekeraars.

### 3.3.4 Mandaat is nodig voor het maken van afspraken, maar is lastig te verkrijgen én te behouden. Ook is het ingewikkeld voor zorgverzekeraars om te controleren of afspraken nageleefd worden door de gehele achterban van de gemandateerde.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben andere belangen en wensen omtrent het mandaat. Mandaat houdt in dat (het bestuur van) de eerstelijns organisatie de bevoegdheid heeft om namens haar leden afspraken te maken met andere partijen, zoals met zorgverzekeraars of ziekenhuis. Leden van het samenwerkingsverband commiteren zich aan deze afspraken.

Zorgverzekeraars geven aan dat:

- mandaat van een zorgaanbieder het makkelijker maakt om afspraken te maken. De zorgverzekeraar (en andere ketenpartijen) hoeven dan slechts afspraken te maken met één partij.
- het lastig is te controleren of het mandaat goed geregeld is en nageleefd wordt. Er worden nu geen concrete afspraken over gemaakt.<sup>32</sup>
- het ontbreken van mandaat een mogelijk knelpunt is voor de zorgverzekeraar, maar het maken van afspraken niet onmogelijk maakt. Twee zorgverzekeraars geven echter aan dat ze alleen afspraken zullen maken met organisaties met voldoende mandaat. Dit betekent voor hen dat minimaal 80-85% van de zorgprofessionals die zijn aangesloten bij het samenwerkingsverband de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk naleven.

Zorgaanbieders geven aan dat:

- het verkrijgen van mandaat sterk leiderschap vergt, tijd kost (vaak meerdere jaren) en er vertrouwen tussen verschillende zorgaanbieders nodig is. Mandaat groeit als je successen boekt. Zorgverzekeraars moeten zorgaanbieders ook de successen gunnen om het mandaat op te bouwen.
- het behouden van mandaat vereist dat de bestuurders:
  - goed aanvoelen wat de wensen van de achterban zijn
  - succesverhalen communiceren naar de achterban
  - afspraken niet opleggen aan de achterban. Het is aan de huisartsen zelf of ze meedoen aan de afspraken. Je kunt dit wel stimuleren door te laten zien dat de afspraken van toegevoegde waarde zijn. Mandaat gaat over gezag, niet over macht.
- mandaat voor een sterke (onderhandelings)positie van de eerste lijn richting de zorgverzekeraar en ketenpartners zorgt.

Het verkrijgen en behouden van mandaat is belangrijk bij zowel mono- als multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. De verwachting is dat het regelen (en behouden van) mandaat nog lastiger is wanneer het een multidisciplinair samenwerkingsverband betreft dan een monodisciplinair samenwerkingsverband.

### 3.4 Mogelijke knelpunten

Tijdens de interviews met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn enkele mogelijke knelpunten over de invoering van de betaaltitels ter sprake gekomen, met name over juridische vraagstukken rondom het declareren bij de zorgverzekeraar. De Taakgroep O&I is bezig met de uitwerking van oplossingen hiervoor.

---

<sup>32</sup> Eén zorgverzekeraar geeft aan in de toekomst wel afspraken te zullen maken over het naleven van het mandaat binnen het gecontracteerde samenwerkingsverband. De concrete invulling is nog niet duidelijk.

Een eerste mogelijk knelpunt is dat een samenwerkingsverband een rechtspersoon moet zijn om afspraken over vergoedingen te kunnen maken met de zorgverzekeraar. Om te kunnen declareren heeft het samenwerkingsverband namelijk een AGB-code nodig.<sup>33</sup> Het is nog onduidelijk hoe zorgaanbieders en zorgverzekeraars hiermee omgaan.

Een ander mogelijk knelpunt is dat een samenwerkingsverband geen directe behandelrelatie heeft met de patiënt. Vanwege privacyregels mag het samenwerkingsverband de patiëntgegevens niet ontvangen van de verschillende zorgaanbieders. Hierdoor kan het samenwerkingsverband niet zelf een declaratie indienen voor een ingeschreven verzekerde, maar loopt dit nu via de huisarts. De kosten voor ondersteuning liggen echter vaak bij het samenwerkingsverband en niet bij de individuele huisartsen.

---

<sup>33</sup> Voor het verkrijgen van een AGB-code is een inschrijving bij de Kamer van Koophandel noodzakelijk, en hiervoor moet het samenwerkingsverband een juridische entiteit zijn. Echter, niet alle samenwerkingsverbanden zijn een juridische entiteit. Sommige functioneren bijvoorbeeld op basis van een convenant en hebben dus geen juridische entiteit én geen AGB-code.

## 4 Drie voorbeelden ter inspiratie

Op verschillende plekken zijn, en worden, samenwerkingsverbanden vormgegeven welke aansluiten bij de doelstellingen van de betaaltitels O&I. Twee zorgverzekeraars (Zorg en Zekerheid en Menzis) hebben samen met de betrokken eerstelijns zorgaanbieders drie voorbeelden geselecteerd waarvan zij aangeven dat deze kunnen dienen ter inspiratie voor andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zij hebben onderstaande beschrijvingen aangeleverd om deze goede voorbeelden kort aan u te introduceren. Mocht uw interesse zijn gewekt, dan kunt u voor meer informatie terecht bij de betrokken organisaties:

- Zorg en Zekerheid en Gezondheidscentrum Duizendblad - Depressie de wijk uit
- Menzis en Onze Huisartsen - Regiomanagement GGZ
- Menzis en Zorggroep Thoon - Regiomanagement ouderenzorg

### 4.1 Zorg en Zekerheid en Gezondheidscentrum Duizendblad - Depressie de wijk uit



Zorg en Zekerheid ondersteunt 'Depressie de wijk uit' momenteel nog via het reguliere GEZ-contract en de communicatie via haar eigen kanalen. In de toekomst zal deze ondersteuning vanuit de betaaltitel wijkmanagement plaatsvinden.

In Nederland hebben ruim 800.000 mensen een depressie. De VWS-campagne 'Hey! Het is oké, maak depressie bespreekbaar' focust op dit groeiende maatschappelijke probleem. In Duizendblad, het centrum voor gezondheidszorg in Amstelveen-Zuidwest, is men al een paar stappen verder. De huisartsen hebben samen met hun praktijkondersteuners, maatschappelijk werkers en wijkcoaches het project 'Depressie de wijk uit' gelanceerd.

Mensen met depressieve klachten hebben vaak moeite hun klachten te uiten. Ze doen er soms maanden tot jaren over om hulp te vragen. Door posters en flyers in de wijk te verspreiden en door informatie en een zelftest op hun social media worden depressieve klachten eerder gesignaleerd en bespreekbaar gemaakt. Ook worden informatiebijeenkomsten georganiseerd door sleutelfiguren in de wijk waar geoefend kan worden in het bespreekbaar maken van depressie. Niet alleen de bewoners maar ook hun naasten en mantelzorgers zijn bij dit project betrokken. Nieuw is dat eveneens verloskundigen, de thuiszorg, supermarkt, kapper en de wijkagent aansluiten. 'Depressie de wijk uit' is hiermee een mooi voorbeeld van wijkgerichte samenwerking tussen zorg, sociaal domein en bewoners. Er wordt over de grenzen van het eigen domein heen gedacht, hetgeen maakt dat wij dit project een goed voorbeeld voor andere zorgverleners vinden.

Bijzonder aan 'Depressie de wijk uit' is verder dat aansluiting is gezocht bij gemeentelijk initiatieven ter bestrijding van depressie en eenzaamheid. Ook is een verbinding gelegd tussen



selectieve preventie (gefinancierd door gemeente) en geïndiceerde preventie (gefinancierd door zorgverzekeraar) en is er samenwerking met het WMO-loket.

Naast de reeds bestaande samenwerkingsafspraken binnen de Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ en met de apothekers, zijn resultaatafspraken aan het project gekoppeld. Uitgangsgedachte is dat het stimuleren tot het zoeken van vroegtijdig hulp, kan bijdragen aan de gezondheid en het welbevinden van de bewoners. Het kan daarnaast leiden tot een verlaging van de GGZ-zorgkosten. Mensen zijn eerder in beeld en ontvangen zorg op maat, welke niet altijd medisch hoeft te zijn. De uitkomstmaten worden gemeten in de periode 2018-2020 met als doel te evalueren of het aantal mensen met een nieuwe diagnose binnen de huisartsenpraktijken van Duizendblad is toegenomen. Ook wordt gekeken of er een verschuiving plaatsvindt van intensieve naar lichtere vormen van “interventies” in de periode 2018-2020.

## 4.2 Menzis en Onze Huisartsen - Regiomanagement GGZ



Onze Huisartsen heeft met ingang van 1 januari 2018 een O&I regiomanagement-financiering met Menzis afgesloten voor de overheadkosten GGZ. Door middel van O&I-financiering kan structureel door Onze Huisartsen ondersteuning worden geboden op het gebied van GGZ in de hele regio. De kosten van met name de inzet van kaderarts GGZ en consulente GGZ worden, op basis van een goedgekeurde begroting, uit deze O&I-gelden bekostigd. Het betreft hierbij een beperkt bedrag per inwoner waarbij resultaatverplichtingen in termen van plannen en voortgang zijn opgenomen.

Deze afspraken zijn belangrijk omdat de GGZ in Nederland is veranderd. De afgelopen jaren is het aantal psychische (en sociale) hulpvragen in de huisartsenpraktijk toegenomen. Bovendien worden in de huisartsenpraktijk steeds meer chronische psychiatrische patiënten behandeld. Het is belangrijk om de huisartsen en de POH-GGZ goed te ondersteunen om deze groeiende hulpvraag aan te kunnen. Het is ook belangrijk om regionaal met alle partijen goede afspraken te maken waardoor patiënten passende en doelmatige zorg blijven ontvangen tegen beheersbare kosten. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om afspraken rondom verwijzingen, terugverwijzingen, wachtlijsten, acute GGZ, verwarde personen, ouderen met psychische problemen en EPA-patiënten waarbij Cardio Vasculair Risico Management (CVRM) een belangrijk aandachtspunt is. Ondersteuning op regioniveau komt naast de financiering van de POH-GGZ-module die door de huisartsen wordt gedeclareerd voor de bekostiging van de POH-GGZ, e-health en (tele)consultatie.

Om ervoor te zorgen dat de huisartsen in de regio deze patiëntengroepen op een goede en passende manier kunnen blijven bedienen heeft GGZorg Arnhem B.V. in 2017 namens de huisartsen een raamovereenkomst gesloten met alle betrokken partijen. Zij bieden ondersteuning in de organisatie van de zorg in de huisartsenpraktijk, scholing en begeleiding aan. Daarnaast werken zij aan de volgende projecten:

- In 2018 onderzoeken zij vanuit patiëntperspectief de GGZ-problematiek in de eerste lijn. Door vanuit het perspectief van de patiënt te kijken of de zorg beter kan, krijgen we een beter beeld van ervaren knelpunten in de GGZ-keten. In het 3<sup>e</sup> kwartaal van 2018 zullen eveneens

met zorgverleners uit de GGZ-keten bijeenkomsten gehouden worden om ook vanuit het perspectief van zorgverleners knelpunten te inventariseren en de uitkomsten vanuit patiëntenperspectief te bespreken. Met de deelnemers van de raamovereenkomst zal vervolgens gekeken worden welke projecten starten om deze knelpunten op te lossen.

- Onze Huisartsen is namens de huisartsen in samenwerking met VGGM, gemeenten, ambulancedienst, politie en GGZ-instellingen betrokken bij het opzetten van een ketenbreed meld- en adviespunt voor personen met verward gedrag en het Platform suïcidepreventie.
- Op het gebied van acute GGZ neemt Onze Huisartsen deel aan lokale en regionale overlegvormen in de acute GGZ. Het doel is om patiëntveilige, -vriendelijke en effectieve zorgverlening aan mensen met een acute psychiatrische zorgvraag te bieden, zowel binnen- als buiten kantooruren. Afspraken zijn gemaakt over de uitgangspunten, taken en verantwoordelijkheden, informatieverstrekking, kwaliteitsindicatoren, werkwijze en evaluatie. De afspraken worden in 2018 voortgezet en geëvalueerd.
- Het project EPA/CVRM heeft als doel om de CVRM-screening van EPA-patiënten te borgen en hen beter te begeleiden bij het verbeteren van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Er is inmiddels samen met Ketenzorg Arnhem een zorgpad ontwikkeld en geïmplementeerd in de praktijken.

### 4.3 Menzis en zorggroep Thoon - Regiomanagement ouderenzorg



Zorgverzekeraar Menzis en Zorggroep THOON hebben afspraken gemaakt over de organisatie en infrastructuur van de ouderenzorg in Oost en Midden Twente. De fundering van deze afspraken ligt in het verleden, maar jaarlijks vindt middels evaluatie een verdere verdieping en verbetering plaats in de organisatie van de zorg voor de kwetsbare ouderen in deze regio. Onderstaande afspraken zijn vertaald in een begroting, waarin naast de O&I ouderenzorg, ook de overhead-componenten van de ketenzorg en innovatieafspraken (lees: zorgvernieuwing) zijn vastgelegd. De financiering hiervoor vindt plaats met behulp van de betaaltitel O&I regiomanagement.

Bij het vormgeven van integrale zorg voor kwetsbare ouderen zijn er thema's vastgesteld waarover op wijk en regionaal niveau afspraken gemaakt kunnen worden met alle belanghebbende partijen. Daarnaast kan de huisartsenpraktijk bij de organisatie van ouderenzorg of bij medisch-inhoudelijke zaken behoefte hebben aan ondersteuning van een deskundige medewerker van THOON.

De afspraken over ondersteuning van THOON zijn in 2018:

- Geriatrisch netwerk rond de praktijk: THOON ondersteunt huisartsen in het maken van afspraken op wijk- en regionaal niveau met betrokken thuiszorgorganisaties (inzet wijkverpleegkundige) en gemeenten. Hiermee verbinden zij het medische-, zorg- en welzijnsdomein.
- Inzet POH-ouderenzorg (POH-O): Huisartsen kunnen bij de POH-O terecht voor organisatorische en medisch-inhoudelijke vragen. Daarnaast kan de POH-O deelnemen aan een regionaal 'platform ouderenzorg' waar ze met betrokken collega's ervaringen en kennis

kan delen en de sociale kaart kan onderhouden. Het netwerk POH-O draagt hiermee bij aan het verbeteren van de integrale, wijkgerichte ouderenzorg in de eerste lijn.

- Organiseren van deskundigheidsbevordering: THOON organiseert scholing, creëert een Infographic ouderenzorg en draagt bij aan de vormgeving van het Netwerk POH-O.
- Ontwikkeling software ouderenzorg: De volgende zaken staan centraal in de verdere ontwikkeling van de software KOS<sup>34</sup> voor ouderenzorg.
  - Beveiligd en eenvoudig informatie delen tussen betrokken zorgverleners binnen de geldende privacywetgeving, zonder de noodzaak van dubbele registraties bij de POH-O. Voor de overige zorgverleners is dit nog in ontwikkeling.
  - Creëren van tijdswinst door minder fysiek overleg/afstemming tussen betrokken zorgverleners.
  - Goed inzicht in de rol, expertise en werkwijze van elke betrokkene in het zorgproces.
  - Casemanager-rol voor de POH-O, tenzij na overleg besloten wordt dat de wijkverpleegkundige deze taak op zich neemt. Voor de patiënt en diens mantelzorger betekent dit dat er één aanspreekpunt is voor vragen over de zorgverlening.
  - In 2016 is een regionale indicatorenset ouderenzorg ontwikkeld. Om zicht te krijgen op de geboden kwaliteit van zorg kunnen de indicatoren middels het KOS eenvoudig uitgedraaid en geanalyseerd worden. De verwachting is dat op basis van een positieve evaluatie in 2018 80% van de huisartsen (100 huisartsen) die integrale ouderenzorg uitvoeren of aan het opzetten zijn, de KOS-module zal implementeren.
- Voorlichting aan patiënt en mantelzorger: THOON wil huisartsen die de ouderenzorg gestructureerd hebben opgezet ondersteunen in de informatievoorziening naar de kwetsbare oudere en diens mantelzorger middels E-Vita. E-Vita is een online platform voor zelfmanagement in de zorg. Patiënt en zorgverlener werken samen in een individueel zorgplan, afhankelijk van de zelfredzaamheid van de patiënt. THOON hecht veel waarde aan het creëren van draagvlak bij de patiënt voor dit platform en heeft het idee om deze functionaliteit komend jaar in een pilotvorm aan te bieden. Daarnaast ondersteunt THOON de huisartsen in hun informatievoorziening naar de oudere en diens mantelzorger middels een praktijkfolder.
- Indicatoren: Naast de Laego-indicatorset is er ook monitoring van de resultaten van zorg aan kwetsbare ouderen in de gecontracteerde praktijken (voorbereidingsmodule en vervolgmodule) die gebruik maken van het KOS ouderenzorg. Relevante punten zijn:
  - Aantal multidisciplinaire overleggen
  - Consultatie specialist ouderenzorg
  - Aantal ouderen dat is overleden
  - Inzet SPV/Mediant
  - Verhuizing, al dan niet naar verpleeghuis
  - Ziekenhuisopname, opname crisis/ELV bed

---

<sup>34</sup> KOS is het Keten Ondersteunend Systeem, een onderdeel van VitalHealth Software

# 5 Hoofdpijnen inkoopbeleid zorgverzekeraars in 2019

Uit de inkoopdocumenten van de zorgverzekeraars over het O&I beleid in 2019 blijkt dat alle zorgverzekeraars in 2019 gebruik maken van de betaaltitel praktijkmanagement. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid ziet deze titel als een tijdelijk financiering die in de toekomst onder de betaaltitel wijkmanagement wordt voortgezet. CZ, Menzis en Zilveren Kruis leggen de focus op samenwerking in de regio (regiomanagement), terwijl Zorg en Zekerheid zich meer richt op samenwerking in de wijk (wijkmanagement). De overige betaaltitels O&I worden gebruikt ter ondersteuning van het regio- of wijkmanagement. Menzis en VGZ maken geen wijzigingen in hun beleid met betrekking tot O&I.

In dit hoofdstuk geven we aan wat de hoofdpijnen zijn uit de inkoopdocumenten van de zorgverzekeraars met betrekking tot het O&I beleid voor 2019. We maken geen uitgebreide vergelijkende analyse. Hiervoor verwijzen we naar de inkoopdocumenten op de websites van de desbetreffende zorgverzekeraar of naar de brancheverenigingen InEen en de LHV.

Drie punten vielen op in de inkoopdocumenten van de zorgverzekeraars over hun beleid in 2019:

- 1 Alle zorgverzekeraars maken in 2019 gebruik van de betaaltitel praktijkmanagement. Zorg en Zekerheid ziet deze betaaltitel als een tijdelijke financiering die in de toekomst onder de betaaltitel wijkmanagement wordt voortgezet.
- 2 CZ, Menzis en Zilveren Kruis leggen de focus op samenwerking in de regio (regiomanagement), terwijl Zorg en Zekerheid zich meer richt op samenwerking in de wijk (wijkmanagement). De andere betaaltitels O&I worden door deze zorgverzekeraars gebruikt ter ondersteuning van het regio- of wijkmanagement.
- 3 Menzis en VGZ maken geen wijzigingen in hun beleid met betrekking tot O&I.

Hieronder lichten we enkele punten uit de inkoopdocumenten van de verschillende zorgverzekeraars uit.

## 5.1 CZ

In 2018 hebben de huisartsen kennis kunnen maken met de prestatie praktijkmanagement en heeft de focus met name op de interne organisatie van hun praktijk gelegen. In 2019 verschuift CZ de focus naar de samenwerking in de wijk en in de regio, waarbij de nadruk ligt op de regio, en

naar het terugdringen van praktijkvariatie. CZ gaat daarvoor in gesprek met samenwerkingsverbanden in de regio. Aan de hand van een regioscan wordt bepaald welke onderwerpen in de eerstelijnszorg extra aandacht nodig hebben. Vervolgens maakt CZ samen met het regionale samenwerkingsverband afspraken over het organiseren van de betreffende zorg.

Een regionaal samenwerkingsverband dat het mandaat heeft van het merendeel van de zorgverleners in de regio, kan een ondersteunende en faciliterende rol vervullen voor deze zorgverleners. Belangrijk is dat een regionaal samenwerkingsverband aantoonbaar bijdraagt aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Daarvoor is een brede samenwerking binnen de regio essentieel.

Om voor O&I regiomanagement in aanmerking te komen, heeft een samenwerkingsverband:

- een minimale omvang van 100.000 op naam ingeschreven patiënten;
- aantoonbaar mandaat van minimaal 80% van de huisartsen in de betreffende regio;
- één zorgaanbodplan voor 2 jaar opgesteld aan de hand van het format van CZ;
- één begroting voor 2 jaar opgesteld, aansluitend op het zorgaanbodplan, aan de hand van het format van CZ;
- concrete resultaatafspraken omschreven die voorwaarde zijn voor de financiering.

Hoewel de focus van CZ ligt op regiomanagement, is het ook mogelijk om op wijkniveau afspraken te maken. Om voor O&I wijkmanagement in aanmerking te komen, heeft een samenwerkingsverband:

- afhankelijk van de omvang van de wijk een minimale omvang van 10.000-20.000 op naam ingeschreven patiënten;
- aantoonbaar mandaat van minimaal 80% van de huisartsen in de betreffende wijk;
- aantoonbare samenwerkingsafspraken met de O&I regiomanagement-organisatie;
- één zorgaanbodplan voor 2 jaar opgesteld aan de hand van het format van CZ;
- één begroting voor 2 jaar opgesteld, aansluitend op het zorgaanbodplan, aan de hand van het format van CZ;
- concrete resultaatafspraken omschreven die een voorwaarde zijn voor de financiering.

CZ contracteert de betaaltitel O&I 'Geïntegreerde eerstelijnszorg overige' niet, omdat deze geïntegreerd kan worden in O&I betaaltitels wijk- en regiomanagement.

## 5.2 Menzis

Menzis maakt geen wijzigingen in haar O&I beleid in 2019.

## 5.3 VGZ

VGZ maakt geen wijzigingen in haar O&I beleid in 2019.

## 5.4 Zilveren Kruis

De ambitie van Zilveren Kruis is het realiseren van een samenhangend en persoonsgericht zorgaanbod voor haar klanten. Een middel om dit te bereiken is een samenhangende en effectieve organisatie en infrastructuur (O&I) in de eerste lijn.

Zilveren Kruis ontwikkelt vóór 2020 een visie op de bredere O&I voor de eerste lijn: Zilveren Kruis ziet voor de toekomst het belang van één organisatie en infrastructuur voor zorgaanbieders in de eerste lijn. Het vraagt verdere verdieping met betrokken stakeholders om hier invulling aan te geven. De organisatie en infrastructuur wordt ingericht voor een afgebakende en aaneengesloten regio:

- De regio heeft een schaal van minimaal 100.000 inwoners en kent één regievoerder, de regio-organisatie.
- Deze regio-organisatie is een rechtspersoon en is bevoegd om een overeenkomst met Zilveren Kruis af te sluiten.
- De regio-organisatie vertegenwoordigt tenminste 85% van de huisartsen en 85% van de inwoners uit de regio<sup>35</sup>.

De organisatie en infrastructuur ondersteunt de patiëntenzorg op praktijk-, wijk- en regioniveau:

- Op de schaal van de praktijk neemt de praktijkmanager facilitaire en managementtaken over.
- In de wijk is het vormen van een netwerk van zorgverleners van belang om zorg te coördineren en af te stemmen. Een wijkgerichte aanpak kan nodig zijn om specifieke problematiek aan te pakken en op te lossen.
- Op het niveau van de regio ligt de verantwoordelijkheid voor het maken van een regioplan. Dit plan vormt de basis voor het maken van afspraken over bijvoorbeeld ondersteuning ketenzorg, vernieuwing en innovatie van het zorgaanbod, samenwerkingsafspraken met ziekenhuis en gemeente en versterken van de samenwerking in de eerstelijns.

De impact van het beleid verschilt per regio. Zilveren Kruis neemt tijd voor een zorgvuldige transitie: Ze hanteert een transitieperiode van maximaal 3 jaar. In die periode bouwt Zilveren Kruis bestaande financiering voor overhead ketenzorg, GEZ en OWZ af en bouwt financiering in de nieuwe regio-organisatie op.

Zilveren kruis continueert de regiotafels voor 2019 om vernieuwing en innovaties te stimuleren. Aan de regiotafel komen zorgaanbieders met voorstellen voor vernieuwingen in het zorgaanbod.

## 5.5 Zorg en Zekerheid

Zorg en Zekerheid maakt in 2019 gebruik van de betaaltitels praktijk, wijk- en regiomanagement, waarbij de focus ligt op wijkmanagement. Zij zien praktijkmanagement als een tijdelijke financiering voor praktijken in opstartende wijksamenwerkingsverbanden. Dit stimuleert de

---

<sup>35</sup> Huisartsen sluiten zich aan bij de regio-organisatie en inwoner zijn vertegenwoordigd via de inschrijving bij de huisarts,

samenwerking op wijkniveau. Na de opstart kunnen de praktijkmanagementtaken vanuit de betaaltitel wijkmanagement gefinancierd worden.

Regio-organisaties ondersteunen de samenwerking op wijkniveau, bijvoorbeeld op het gebied van governance, ICT, afspraken met de gemeenten, belangenbehartiging en innovatie. Deze regio-organisatie werkt in opdracht van én met mandaat vanuit de wijksamenwerkingsverbanden.

Voor alle vormen van samenwerking is het formuleren van resultaatafspraken essentieel. Resultaatafspraken vormen de basis voor aanspraak op O&I-financiering. Het samenwerken moet een duidelijk doel hebben: voor de structuur van zorg, het proces of in uitkomsten. Met behulp van de te behalen resultaten wordt een plan van aanpak geformuleerd en wordt duidelijk welke bekostiging nodig is om het doel te bereiken. Hoe de resultaatafspraken eruit moeten zien, werkt Zorg en Zekerheid nog nader uit.

Het samenwerkingsverband dient voor de kwaliteit van zorg na officieel opstarten van het samenwerkingsverband binnen 5 jaar HKZ of NEN-EN 15224 gecertificeerd te zijn. Voor de deelnemende zorgaanbieders aan samenwerkingsverbanden, zowel op wijk- en regioniveau, stelt Zorg en Zekerheid de volgende aanvullende eisen:

- Alle deelnemende zorgaanbieders beschikken over monodisciplinaire contracten met Zorg en Zekerheid.
- Bij de aangesloten huisartsen is een POH-Somatiek actief, die voldoet aan de opleidingseisen zoals Zorg en Zekerheid deze stelt in de huisartsenovereenkomst.
- Aangesloten fysiotherapiepraktijken beschikken over het Zorg en Zekerheid kwaliteitslabel met 2 of 3 sterren.
- Huisartsen als apothekers werken samen op een FTO-niveau 4 en hebben minimaal een substitutiepercentage van 96%<sup>36</sup>.

Zorg en Zekerheid evalueert jaarlijks met het samenwerkingsverband of de doelstellingen die het samenwerkingsverband zich in zijn jaarplan heeft gesteld rondom kwaliteit, service en doelmatigheid en het uitvoeren of implementeren van zorgprogramma's, zijn behaald.

---

<sup>36</sup> Het substitutiepercentage geeft aan hoe vaak een huisarts of apotheker een generiek geneesmiddel versterkt.

# 6 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste conclusies. De belangrijkste bevindingen uit de interviews en focusgroepbijeenkomst zijn, waar nodig, aangescherpt op basis van de informatie uit de inkoopdocumenten. Daarnaast doen we aanbevelingen voor de verschillende betrokken organisaties over de betaaltitels O&I.

## 6.1 Conclusies

De conclusies worden onderverdeeld in algemene conclusies en conclusies met betrekking tot de contractering. De algemene conclusies zijn:

- **De meeste zorgverzekeraars gebruiken de invoering van de betaaltitels O&I in eerste instantie met name als een herijking van de huidige samenwerkingsafspraken. In de komende jaren passen een aantal zorgverzekeraars hun beleid wél echt aan. Zorgverzekeraars maken de afspraken voornamelijk met bestaande samenwerkingsverbanden, ze hebben weinig tot géén ruimte voor nieuwe zorgaanbieders.** Bestaande GEZ-afspraken worden veelal eerst omgezet naar afspraken onder de betaaltitel wijkmanagement, en bestaande afspraken over de overheadkosten van ketenzorg worden onder de betaaltitel O&I ketenzorg geplaatst. Zorgverzekeraars hebben alleen ruimte voor nieuwe zorgaanbieders wanneer zij een bijzonder goed plan hebben en voldoen aan alle gestelde voorwaarden, zoals het hebben van voldoende mandaat.<sup>37</sup> Voldoen aan alle gestelde voorwaarden is echter lastig te behalen als ‘nieuwe’ partij. Uit de inkoopdocumenten 2019 van CZ en Zilveren Kruis blijkt dat zij zich meer gaan richten op regio-organisaties. Dit sluit aan bij het reeds ingezette beleid van Menzis. Zorg en Zekerheid gaat zich juist meer richten op samenwerkingsverbanden in de wijk. De komende jaren worden door deze zorgverzekeraars gebruikt als transitieperiode zodat de gewenste samenwerkingsorganisaties zich kunnen ontwikkelen. Menzis en VGZ passen hun huidige O&I beleid in 2019 niet aan.
- **Zorgverzekeraars voeren de nieuwe betaaltitels O&I op verschillende momenten in. Zowel zorgverzekeraars die de betaaltitels vroeg invoeren als zorgverzekeraars die de betaaltitels later invoeren, ervaren hierbij voor- en nadelen.** Menzis maakte in 2018 al afspraken onder de betaaltitels O&I. CZ, Zilveren Kruis en Zorg en Zekerheid starten hiermee in 2019. VGZ start in 2020. In 2018 boden vier van de vijf zorgverzekeraars wel al de mogelijkheid om een vergoeding voor praktijkmanagement af te spreken. In 2019 bieden alle zorgverzekeraars een vergoeding voor praktijkmanagement aan, al ziet Zorg en Zekerheid deze betaaltitel als een tijdelijke financiering. In de toekomst wil Zorg en Zekerheid

---

<sup>37</sup> Twee zorgverzekeraars geven aan dat het hebben van voldoende mandaat inhoudt dat minstens 80% van de achterban de afspraken volgt.



praktijkmanagementtaken bij een wijksamenwerkingsverband vanuit de betaaltitel wijkmanagement vergoeden.

- **De NZa beleidsregel biedt ruimte voor eigen invulling van de betaaltitels door de zorgverzekeraars. Dit is mogelijk een knelpunt voor regio's waar meerdere zorgverzekeraars een groot aandeel verzekerden hebben.** CZ, Menzis en Zilveren Kruis leggen de focus op regiomanagement, de overige betaaltitels O&I zijn ondersteunend aan de regio-organisaties. CZ geeft aan voornamelijk afspraken op regionaal niveau te zullen maken, omdat het zorglandschap en de zorgvraag sterk verschillen per regio. Zilveren Kruis geeft in haar inkoopdocument aan dat ze vóór 2020 een visie op de bredere O&I voor de eerstelijns ontwikkelt. Zij ziet voor de toekomst het belang van één organisatie en infrastructuur voor zorgaanbieders in de eerstelijns per regio. Zorg en Zekerheid richt zich juist voornamelijk op wijkmanagement. De regio-organisaties ondersteunen de samenwerking op wijkniveau. Deze regio-organisaties werken in opdracht van en met mandaat vanuit de wijksamenwerkingsverbanden.
- **De financieringsruimte die zorgverzekeraars hanteren voor de betaaltitels O&I lijkt niet veel groter te zijn dan de financieringsruimte voor de oude GEZ- en ketenzorgafspraken.** De betaaltitels worden gefinancierd binnen het vastgestelde macrobudgettaire kader en via herallocatie van de overhead ketenzorg- en GEZ-gelden (budgetneutraal per organisatie). In het addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 is afgesproken om de voor 2018 beschikbare groeirimte te investeren in de nu ervaren knelpunten. Uit de gesprekken met de zorgverzekeraars komt naar voren dat de groeirimte onder andere wordt ingezet voor de betaaltitel praktijkmanagement, maar dat er weinig groeirimte beschikbaar is voor de andere betaaltitels O&I. Zorgverzekeraars realiseren zich dat zorgaanbieders wel verwacht hadden dat er meer groeirimte beschikbaar zou zijn doordat er de afgelopen jaren verschillende bedragen in verschillende rapportages zijn genoemd, en op basis van de gemaakte afspraken in het addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018.
- **Zorgverzekeraars lijken in 2018 veelal op projectbasis te contracteren.** Zorgaanbieders vinden dit bij nieuwe initiatieven geen probleem, zolang er het vooruitzicht is dat deze initiatieven een structureel karakter kunnen krijgen. Voor bestaande initiatieven vinden zorgaanbieders contracten op projectbasis niet wenselijk omdat dit tot onnodige administratieve lasten leidt en niet bijdraagt aan de lange termijn versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn.

De conclusies met betrekking tot de contractering zijn als volgt:

- **Zorgverzekeraar én zorgaanbieder zoeken naar passende resultaatafspraken. Er zijn nog weinig concrete resultaatafspraken gemaakt.** Zorgverzekeraars nemen concrete resultaatafspraken wel op als voorwaarde voor financiering voor de betaaltitels O&I. Het samenwerken moet een duidelijk doel hebben: voor de structuur van zorg, het proces of in

uitkomsten. Met behulp van de te behalen resultaten wordt een plan van aanpak geformuleerd en wordt duidelijk welke bekostiging nodig is om het doel te bereiken.

- **Zorgverzekeraars geven aan dat plannen moeten passen binnen hun beleid<sup>38</sup> en aan moeten sluiten bij de zorgbehoefte in de wijk en/of regio.** De behoefte in de regio kan bijvoorbeeld in kaart gebracht worden met een regioscan (CZ) of een regioplan (Zilveren Kruis). Dit plan of deze scan vormt de basis voor het maken van afspraken over bijvoorbeeld samenwerkingsafspraken met ziekenhuis en gemeente (tripartiete afspraken). Het is van belang dat het samenwerkingsverband (op wijk- of regioniveau) aantoonbaar bijdraagt aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De resultaatafspraken worden gezocht in Triple Aim, Zinnige Zorg en Value Based Health Care.
- **Zorgaanbieders geven aan dat drie zaken in ieder geval nodig zijn voor een goede samenwerking, namelijk bezielend leiderschap, vertrouwen en meerjarenafspraken met zorgverzekeraars.**
- **Mandaat is nodig voor het maken van afspraken, maar is lastig te verkrijgen én te behouden.** Mandaat houdt in dat de eerstelijns organisatie de bevoegdheid heeft om namens haar leden afspraken te maken. Ook is het ingewikkeld voor zorgverzekeraars om te controleren of afspraken nageleefd worden door de gehele achterban van de gemandateerde. CZ en Zilveren Kruis geven in hun inkoopdocument aan dat aantoonbaar mandaat een eis is voor de financiering van de betaaltitels O&I. CZ spreekt over aantoonbaar mandaat van minimaal 80% van de huisartsen in de betreffende wijk of regio. Voor Zilveren Kruis geldt dat de regio-organisatie tenminste 85% van de huisartsen en 85% van de inwoners uit de regio moet vertegenwoordigen.<sup>39</sup>

## 6.2 Aanbevelingen

Naar aanleiding van ons onderzoek en de daaruit volgende conclusies, hebben we aanbevelingen geformuleerd voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, brancheorganisaties en voor de NZa.

### 6.2.1 Aanbevelingen voor zorgaanbieders

Voor een versterking van de organisatiegraad van de eerstelijns, is het van belang dat de zorgaanbieders zich organiseren in samenwerkingsverbanden op wijk- en/of regioniveau. Hiervoor bevelen wij zorgaanbieders aan om:

---

<sup>38</sup> Zie de inkoopdocumenten van de verschillende zorgverzekeraars voor een omschrijving van hun beleid. Zilveren Kruis, CZ en Menzis zetten in op regiomanagement, Zorg en Zekerheid op wijkmanagement.

<sup>39</sup> Huisartsen sluiten zich aan bij de regio-organisatie en inwoner zijn vertegenwoordigd via de inschrijving bij de huisarts,

- te zorgen voor een sterk bestuurlijk team van het samenwerkingsverband, waar zorginhoudelijke kennis en bedrijfskundige kennis worden gecombineerd. Samen zorgen de bestuurders voor vertrouwen bij samenwerkingspartners (bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars).
- te investeren in het verkrijgen van mandaat.<sup>40</sup> Voldoende mandaat van de samenwerkingsorganisatie is een essentieel onderdeel in het versterken van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn. Om mandaat te verkrijgen is er vertrouwen in en tussen de aangesloten zorgaanbieders nodig. Dit kost tijd (vaak meerdere jaren) en is niet iets wat vanzelfsprekend ontstaat. Daarnaast adviseren wij om de mate van naleving van de afspraken in het samenwerkingsverband concreet te monitoren. Hierdoor wordt de transparantie naar de samenwerkende zorgaanbieders vergroot en krijgen de zorgverzekeraars inzicht in het draagvlak van het samenwerkingsverband.
- goede voorbeelden van resultaatafspraken uit te werken en te delen met andere eerstelijnsorganisaties. In het delen van deze voorbeelden ligt eveneens een rol voor de brancheorganisaties InEen, de LHV en ZN. Deze resultaatafspraken kunnen uitkomst-, proces- of structuurindicatoren bevatten. De invulling van de afspraken kan per wijk of regio verschillen, maar zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieder geven aan dat deze in principe betrekking zullen hebben op Triple Aim, Zinnige zorg en/of Value Based Healthcare.

### 6.2.2 Aanbevelingen voor zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars vormen steeds meer beleid rondom de betaaltitels O&I. Om de betaaltitels O&I in te kunnen zetten voor versterking van de eerste lijn is het van belang dat zorgverzekeraars:

- helderheid bieden over wat er wel, en wat er niet onder de verschillende betaaltitels valt. De inhoud van de betaaltitels hoeft niet voor elke zorgverzekeraar gelijk te zijn, maar het moet wel duidelijk zijn voor zorgaanbieders wat ze kunnen verwachten wanneer zij afspraken willen maken met de verschillende zorgverzekeraars. Sleutelwoorden zijn hierbij communicatie en verwachtingsmanagement.
- afspraken maken over meerjarencontracten met zorgaanbieders. Resultaten behaal je niet binnen één jaar. Zorgverzekeraars moeten partijen niet gelijk afrekenen op de resultaten, maar rekening houden met een opstartfase.
- samenwerkingsverbanden ondersteunen bij het opbouwen van mandaat. Als zorgverzekeraars aantoonbaar mandaat als eis stellen aan de financiering van O&I, dan is het ook in hun belang om, daar waar mogelijk, te ondersteunen bij het opbouwen van dit mandaat.

### 6.2.3 Aanbevelingen voor brancheorganisaties

Brancheorganisaties InEen, de LHV en ZN kunnen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars ondersteunen bij het versterken van de eerste lijn in de wijk of regio en het contracteren van de betaaltitels:

---

<sup>40</sup> Mandaat houdt in dat de eerstelijns organisatie de bevoegdheid heeft om namens haar leden afspraken te maken.

- goede voorbeelden van resultaatafspraken verzamelen en deze lijst beschikbaar stellen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen hieruit inspiratie opdoen voor resultaatafspraken in hun eigen wijk of regio.
- handvatten opstellen voor het maken van een wijk/regioplannen of -schetsen. Deze plannen en schetsen kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruiken om te bepalen welke onderwerpen in de eerstelijnszorg extra aandacht nodig hebben en waar het samenwerkingsverband zich op kan focussen.
- zorgaanbieders ondersteunen bij het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden (ofwel op wijk- en/of op regioniveau), door zorgaanbieders aan elkaar te koppelen. Daarnaast kunnen InEen en de LHV zorgaanbieders ondersteunen door cursussen aan te bieden met bijvoorbeeld als onderwerp het verkrijgen van mandaat of sterk leiderschap.
- gezamenlijk periodiek een evaluatie naar de betaaltitels uitvoeren, zodat gemonitord kan worden of de afspraken ook als middel voor het gewenste doel worden gebruikt. De eerste evaluatie zou in 2020 plaats kunnen vinden, wanneer de meeste zorgverzekeraars en samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders minimaal één jaar ervaring hebben met het maken van afspraken in het kader van de nieuwe betaaltitels O&I.

#### 6.2.4 Aanbevelingen voor de NZa

We raden aan om géén inhoudelijke aanpassing te doen aan de betaaltitels. Wel raden we aan om een verwijzing naar de betaaltitel praktijkmanagement in de prestatiebeschrijving Organisatie en Infrastructuur in segment 2 op te nemen. Veel partijen scharen deze betaaltitel ook onder de noemer O&I, wat kan leiden tot verwarring. Eventueel kan in de toekomst de betaaltitel praktijkmanagement ook onder de prestatiebeschrijving O&I in segment 2 vallen, maar hiervoor moet eerst de impact van deze verschuiving onderzocht worden.

Daarnaast kan, als de oude afspraken afgelopen of overgezet zijn, de betaaltitel 'Geïntegreerde eerstelijnszorg overig' afgeschaft worden. De afspraken die onder deze betaaltitel gemaakt worden, kunnen ook onder de overige betaaltitels O&I gecontracteerd worden. Onder de prestatie organisatie en infrastructuur in segment 2 komen dan de volgende betaaltitels te vallen:

- 1 Verwijzing naar Praktijkmanagement in segment 3
- 2 O&I Wijkmanagement
- 3 O&I Ketenzorg
- 4 O&I Regiomanagement

# 7 Bijlagen

## 7.1 Geïnterviewden

Tabel 1. Overzicht van geïnterviewden organisaties

Categorie	Organisatie	Geïnterviewde(n)
Zorgaanbieders	Cohesie	Dhr. Philipsen
	HOOG	Dhr. Maussart
	SAG	Mevr. van Hessen
Zorgverzekeraars	CZ	Dhr. Bekhuis en mevr. van Schoonhoven
	Menzis	Mevr. van Rooijen en mevr. Poulussen
	VGZ	Dhr. Dekkers en dhr. Westgeest
	Zilveren Kruis	Mevr. Raven en mevr. Vos-de Soet
	Zorg en Zekerheid	Dhr. Nijland en mevr. Verboom

## 7.2 Deelnemers focusgroep

Tabel 2. Overzicht van deelnemers focusgroep

Categorie	Organisatie	Naam
Kringvoorzitters LHV	Huisartspraktijk van den Assem / LHV	Dhr. van den Assem
	LHV	Mevr. Kramer
Zorgaanbieders	HZD	Dhr. Meinema
	Onze Huisartsen	Dhr. Scheppink
	SGE	Mevr. Nellen
Zorgverzekeraars	CZ	Dhr. Raaijmakers
	VGZ	Dhr. Dekkers