

Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021

Versie 1

Documentgegevens

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

Originele versie:

Citeertitel: Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021

Permalink: http://puc-acc.overheid.nl/doc/PUC_844076_22

Soort document:

Type: Onderzoek en analyse - Marktscan - monitor

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Laatste wijziging: 30-03-2021

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_844076_22

Toegankelijkheid: Extern

Publicatiedatum: 24-03-2021

Taal: nl

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
1 Inleiding.....	5
2 Ontwikkeling uitgaven tot en met 2020.....	6
2.1 Totale uitgaven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.....	6
2.2 Organisatie en infrastructuur.....	9
3 Inhoudelijke veranderingen in de contracten.....	11
3.1 Contracten huisartsenzorg.....	11
3.2 Contracten multidisciplinaire zorg.....	12
3.3 Thema's uit het hoofdlijnenakkoord en overige thema's.....	14
4 Ervaringen met het proces van contracteren.....	16
5 Conclusie.....	24
6 Aanbevelingen.....	27
.....	
.....	

Samenvatting

Over het algemeen zien we positieve veranderingen in het contracteerproces. Wel zien we dat de interviews en enquêtes een wat verschillend beeld ten opzichte van elkaar geven.

De ruimte die het hoofdlijnenakkoord biedt voor investeringen wordt grotendeels benut, zowel bij huisartsenpraktijken als regionale samenwerkingsverbanden.

We zien dat in bijna alle regio's stappen zijn gezet om tot een regiobeeld te komen of al een regiobeeld is gemaakt. We constateren ook dat het in veel regio's tijd kost om de regioplannen te vertalen naar individuele contracten.

Zorgverzekeraars sturen sterk aan op regionalisering. Daarmee nemen de problemen in gebieden waar twee preferente zorgverzekeraars eigen beleid voeren toe. Ook nemen als gevolg van de regionalisering in bepaalde regio's de spanningen tussen huisartsenpraktijken en regionale samenwerkingsverbanden toe. We signaleren in toenemende mate weerstand tegen het betrekken van andere domeinen. Men name wanneer hierbij de zorg speelt dat dit investeringen vraagt die onder het macrokader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vallen.

De aanbevelingen van vorig jaar zijn nog altijd van toepassing. Deze gingen onder andere over wederzijds investeren in de onderlinge relatie, inzet op draagvlak vanuit huisartsenpraktijken over regionale afspraken en multidisciplinaire afstemming versus monodisciplinaire inrichting.

In aanvulling op de aanbevelingen van vorig jaar doen we dit jaar vier nieuwe aanbevelingen:

1. Aan zorgverzekeraars: Houd je actief bezig met de inhoud van de regioplannen. Neem initiatief en maak helder wat er van de zorgaanbieder verwacht wordt, wat wel en niet kan en waarom. Dit geldt ook voor regio's waarin samenwerkingsverbanden de slag naar een meer multidisciplinaire organisatie aan het maken zijn.
2. Aan zorgverzekeraars VGZ en CZ: Hoe meer focus er in de contractering op de regio komt te liggen, hoe groter het probleem van verschillen in inkoopbeleid wordt voor zorgaanbieders in regio's waar zowel VGZ als CZ afspraken maakt. Dit staat kansrijke initiatieven en regionale ontwikkelingen in de weg. VGZ en CZ moeten zich maximaal inspinnen om hier tot een oplossing te komen.
3. Aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars: Richt je bij afspraken over segment 2 en 3 rondom multidisciplinaire zorg niet enkel op het aandeel van de huisarts. Werk toe naar daadwerkelijk multidisciplinaire samenwerking en bijbehorende ondersteuning. De huidige bekostigingsstructuur biedt daartoe voldoende mogelijkheden.
4. Aan VWS: In het verlengde van aanbeveling 3 denken wij dat het helpt als op meerdere fronten (het macrokader, de aanspraak, de NZa-regelgeving in het kader van de bekostiging) explicieter wordt gemaakt dat met multidisciplinaire zorg en de bijbehorende organisatie en infrastructuur ook écht multidisciplinaire zorg wordt bedoeld. Dit is wat anders dan enkel het aandeel van de huisarts in multidisciplinaire zorg. Op veel fronten is multidisciplinaire zorg nog zo sterk aan de huisartsenzorg gekoppeld dat de beweging naar daadwerkelijk multidisciplinaire samenwerking onvoldoende wordt aangemoedigd.

1 Inleiding

De monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021 is onze derde monitor. VWS heeft de NZa heeft gevraagd om een jaarlijks beeld van de contractering te geven in de vorm van een monitor. Dit is afgesproken in het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019-2022. Dit akkoord is gesloten door de LHV, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en de minister van VWS.

De thema's in het hoofdlijnenakkoord dragen bij aan het waarborgen van de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg nu en in de toekomst. De huisarts is de spil in het zorgstelsel. Versterking van zijn of haar rol draagt bij aan het leveren van passende zorg voor de patiënt. Ook draagt het bij aan de nodige verschuivingen om duurdere zorg te voorkomen.

De belangrijkste thema's uit het hoofdlijnenakkoord zijn: meer tijd voor de patiënt, het versterken van de organisatie en infrastructuur (O&I), zorg voor kwetsbare groepen, ICT-infrastructuur en regionalisering. Deze thema's komen ook in deze monitor aan bod. De zorg in de avond-, nacht- en weekenduren laten wij in deze monitor voor het eerst achterwege. Afspraken hierover zijn vastgelegd in andere contracten, bovendien is dit thema onderdeel van onze monitor acute zorg. Drie aanvullende thema's die in deze monitor wél aan bod komen zijn: afspraken met betrekking tot achterstandsproblematiek, meekijkconsulten en COVID-19.

Voor de totstandkoming van deze monitor analyseerden we het inkoopbeleid, de standaardcontracten en declaratiedata. Ook hielden we 26 interviews met zowel zorgverzekeraars als (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders. Ook zijn er enquêtes uitgezet onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De respons onder zorgaanbieders was een stuk lager dan vorig jaar. De pandemie speelt daarbij vermoedelijk een rol maar ook het feit dat er veel doorlopende contracten van kracht zijn. De meeste input haalden wij net als vorig jaar uit de interviews en declaratiedata. Hiermee is de impact van de tegenvallende respons op de enquête onder zorgaanbieders beperkt. De monitor is niet geschikt om objectief cijfermatig inzicht te verkrijgen in de mate waarin afspraken over de thema's van het hoofdlijnenakkoord zijn gemaakt.

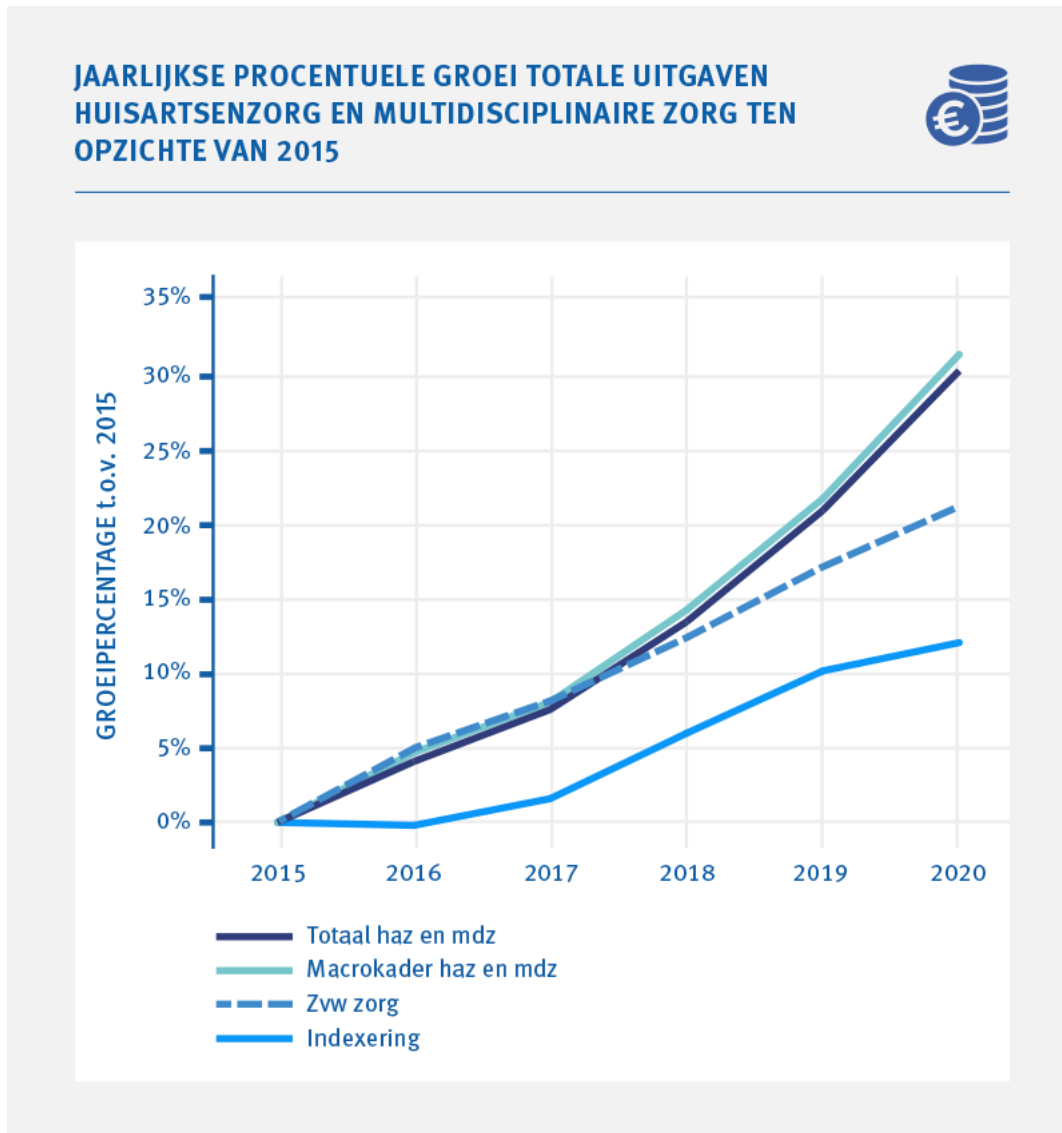
We blikken in deze monitor eerst terug op 2020 door middel van een analyse van declaratiedata. Vervolgens gaan we in op de feitelijke veranderingen in het inkoopbeleid van zowel de huisartsenzorg als de multidisciplinaire zorg. We gaan ook in op de ervaringen van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het contracteerproces en regionale afspraken. Nadat we hierop beschouwen sluiten we af met een aantal aanbevelingen richting de partijen.

2 Ontwikkeling uitgaven tot en met 2020

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste resultaten van de analyse van uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Deze analyse is gebaseerd op Vektis-declaratiedata van de jaren 2015-2020. De data van 2020 zijn nog niet volledig. Om een inschatting te maken van de uitgaven van dat jaar is de beschikbare informatie geëxtrapoleerd. Dat betekent dat dit nog kan wijzigen in de aankomende periode. In bijlage 1 staan alle resultaten van de data-analyse evenals de toegepaste methodiek.

2.1 Totale uitgaven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Figuur 1



Bron: Vektis-data 2015-2020, ministerie van VWS, ZIN, NZa

De ontwikkeling van de totale uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zijn in lijn met het macrokader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

De cijfers in de tabel, welke deels onderliggend zijn aan deze figuur, zijn niet volledig overeenkomstig met de bedragen uit het hoofdlijnenakkoord. De gebruikte cijfers zijn actuele cijfers die zijn opgevraagd bij het ministerie van VWS en zijn inclusief loon- en prijsbijstellingen en technische mutaties. Het

indexeringspercentage van 2020 is het groeipercentage van de tarieven in het gereguleerde deel van de huisartsenzorg. Dit percentage zit impliciet in het berekenen van de tarieven en maken we hier expliciet.

Tabel 1

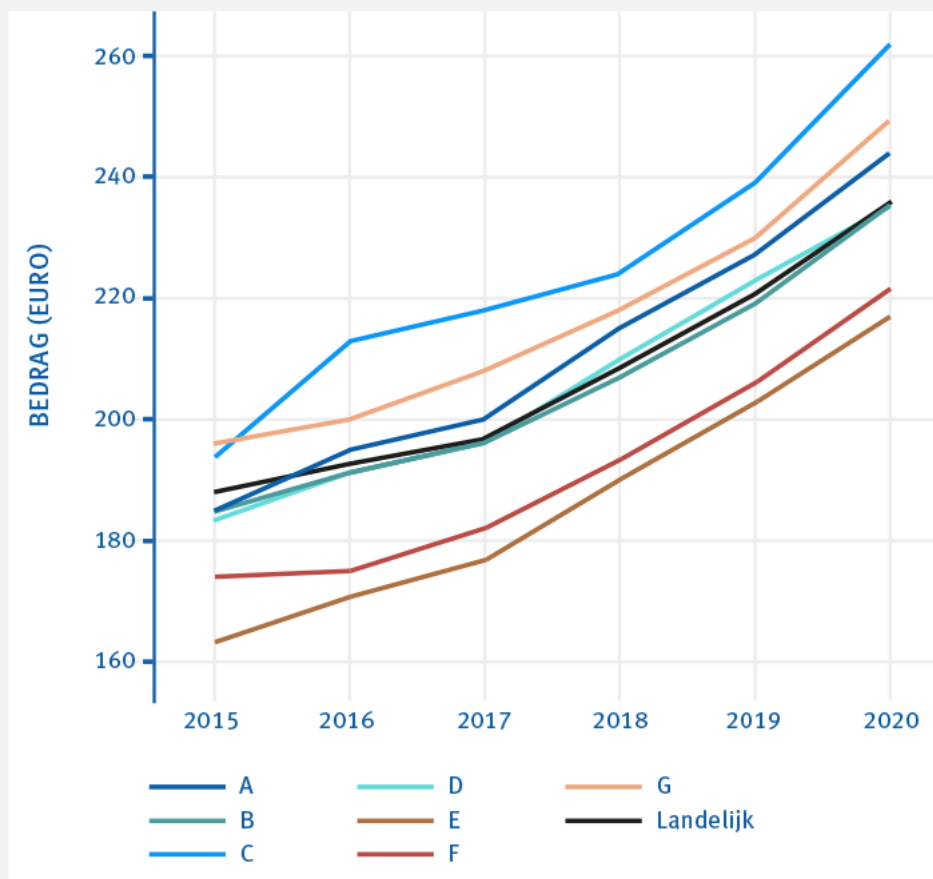
TOTAALBEDRAGEN EN PROCENTUELE GROEI VAN DE UITGAVEN HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bedragen haz en mdz vs Zvw zorg, in M€						
Totaal haz en mdz	3.022	3.146	3.251	3.431	3.656	3.940
Macrokader haz en mdz	3.021	3.163	3.266	3.454	3.678	3.973
Zvw zorg	39.559	41.520	42.822	44.452	46.370	47.930
Groei cumulatief ten opzichte van 2015						
Totaal haz en mdz	0%	4,1%	7,6%	13,5%	21,0%	30,4%
Macrokader haz en mdz	0%	4,7%	8,1%	14,3%	21,8%	31,5%
Zvw zorg	0%	5,0%	8,2%	12,4%	17,2%	21,2%
Indexering	0%	-0,2%	1,6%	6,0%	10,2%	12,1%
Groei jaarlijks						
Totaal haz en mdz	0%	4,1%	3,4%	5,5%	6,6%	7,8%
Macrokader haz en mdz	0%	4,7%	3,3%	5,8%	6,5%	8,0%
Zvw zorg	0%	5,0%	3,1%	3,8%	4,3%	3,4%
Indexering	0%	-0,2%	1,8%	4,3%	4,0%	1,8%

Bron: Vektis-data 2015-2020, ministerie van VWS, ZIN, NZa

Spreiding tussen zorgverzekeraars en regio's

Figuur 2

TOTALE UITGAVEN AAN HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG PER VERZEKERDE PER JAAR UITGESPLITST PER ZORGVERZEKERAAR



Bron: Vektis-data 2015-2020

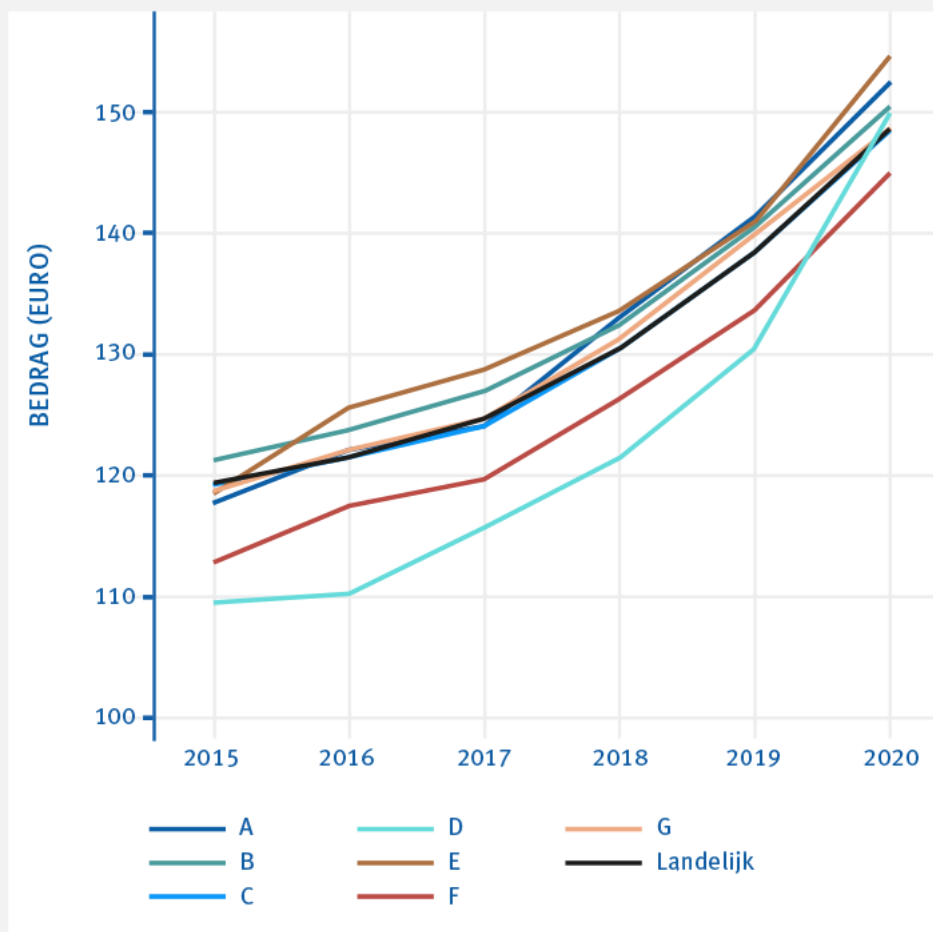
De totale uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per verzekerde per jaar ontwikkelen zich bij alle zorgverzekeraars op een soortgelijke manier. Ondanks dat er belangrijke verschillen zijn tussen de zorgverzekeraars, bijvoorbeeld in termen van populatie (zorgzwaarte) en beleid. Bijvoorbeeld beleid ten aanzien van wat wel en niet wordt bekostigd binnen het kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Als we kijken naar de spreiding tussen regio's (boxplot opgenomen in bijlage 1), zien we een overall stijging (alle kwartielen) in de uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per verzekerde per jaar. Ook zien we dat de spreiding toeneemt. De verschillen tussen de uitgaven per zorgverzekeraar in figuur 2 komen in grote mate voort uit de verschillen tussen de regio's onderling. Dit komt omdat er hier vaak verschillen in gezondheid van de populatie zitten.

Segment 1

Figuur 3

UITGAVEN IN SEGMENT 1 PER VERZEKERDE PER JAAR UITGESPLITST PER ZORGVERZEKERAAAR



Bron: Vektis-data 2015-2020

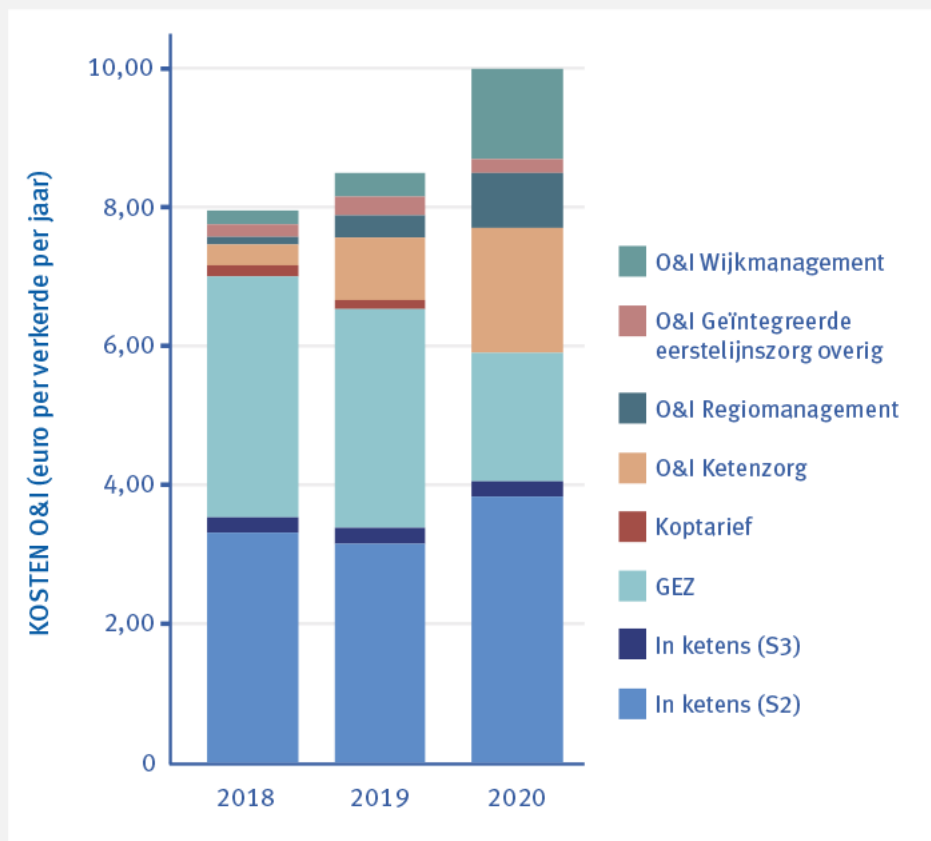
Figuur 3 laat de uitgaven in segment 1 per zorgverzekeraar zien. Binnen segment 1 vindt geen tariefdifferentiatie plaats tussen zorgverzekeraars, omdat alle zorgverzekeraars vrijwel 100% van het NZa maximumtarief volgen. De spreiding in dit figuur weerspiegelt dus voor een groot deel de zorgwaarde of zorgvraag van de populatie zelf. De mate van groei in uitgaven binnen segment 1 over de jaren is voor alle zorgverzekeraars ongeveer gelijk.

2.2 Organisatie en infrastructuur

Spreiding tussen prestaties

Figuur 4

BEDRAGEN EN VERHOUDINGEN VERSCHILLENDE O&I-PRESTATIES



Bron: Vektis-data 2015-2020 en uitvraag zorgverzekeraars, NZa

Uit figuur 4 concluderen we dat de totale uitgaven per verzekerde aan O&I toenemen. We zien een verschuiving in en spreiding tussen de prestatietitels over de jaren. Aan de toe- of afname van de individuele blokjes kunnen niet altijd consequenties verbonden worden. Bij de verschillen tussen de betaaltitels speelt de techniek van betaling mee, en niet zo zeer hoe de uitgaven zich ontwikkelen. Zo zien we bijvoorbeeld dat met de beweging van GEZ naar regio- of wijkfinanciering het met name gaat om verschuiving tussen de prestatietitels. Het gaat hierbij om het totaaloverzicht en de totale beweging van O&I.

We zien ook dat de verschillen in uitgaven aan O&I tussen de zorgverzekeraars en de regio's kleiner worden ten opzichte van de jaren ervoor. Dit staat uitgebreider beschreven in bijlage 1. In bijlage 1 omschrijven we ook uitgebreid hoe we tot het aandeel O&I in de ketens (S2 en S3) zijn gekomen.

3 Inhoudelijke veranderingen in de contracten

3.1 Contracten huisartsenzorg

In deze paragraaf beschrijven we de veranderingen in contractafspraken voor de huisartsenzorg 2021 ten opzichte van 2020. Hierbij bekijken we het inkoopbeleid met de aanvullende modules. Ook maken we gebruik van de informatie die we hebben verkregen uit de interviews.

Inhoudelijke veranderingen in de contracten

Nieuwe contracten

Met ingang van 2021-2022 sluit CZ contracten met huisartsenpraktijken. Voorheen contracteerde CZ als enige zorgverzekeraar individuele huisartsen. We noemen hier de belangrijkste inhoudelijke wijzigingen. Zo wordt de segment 3-prestatie ouderenzorg enkel nog bij regionale samenwerkingsverbanden ingekocht en niet meer bij huisartsenpraktijken. In het kader van 'meer tijd voor de patiënt' is een segment 3-prestatie geïntroduceerd. Dit is de prestatie 'stimuleren van inzet verpleegkundig specialist of physician assistant'.

Het inkoopbeleid van De Friesland gaat meer richting dat van Zilveren Kruis. De Friesland heeft de voorwaarden van een aantal segment 3-prestaties, bijvoorbeeld integrale ouderenzorg, aangepast. Daarnaast is het onderdeel jeugd binnen de prestatie poh-ggz voor het eerst beschreven.

Doorlopende contracten

VGZ maakte in een aantal regio's met de huisartsenpraktijken nieuwe afspraken over de regionale prestatie. Voorheen was deze prestatie meer vrij invulbaar, nu draait deze meer om resultaatbeloning en is er een link gelegd met het regioplan.

Ook maakte VGZ bij drie regio's afspraken over uitbreiding van het aantal deelnemende huisartsenpraktijken aan het traject meer tijd voor de patiënt. Bij drie regionale samenwerkingsverbanden heeft er uitbreiding plaatsgevonden waarvan bij één regio naar een deelname van 100% van de aangesloten praktijken. In twee andere regio's zijn de gesprekken gaande over het starten van dit traject.

Zilveren Kruis maakt in de transitieperiode 2019-2021 maatwerkafspraken mogelijk over de continuïteit van loondienstorganisaties. Met 12 gezondheidscentra in Amsterdam, Rotterdam & Utrecht zijn afspraken gemaakt over Krachtige basiszorg. Het doel hiervan is om meer tijd voor de patiënt en afstemming met het sociaal domein te realiseren. Voorheen werd dit deels bekostigd uit het achterstandsfonds en nu volledig uit segment 3.

Menzis werkt samen met zorgaanbieders aan de opschaling van succesvol gebleken zorgvernieuwendende projecten zoals atriumfibrilleren, teledermatologie en oogheelkunde.

Zorg en Zekerheid heeft uitbreiding van de inzet van ondersteunend personeel (praktijkondersteuners) mogelijk gemaakt. Ten aanzien van de inzet van de praktijkondersteuner somatiek is het aantal uren verruimd. Daarnaast wordt zowel bij praktijkondersteuner ouderenzorg als de poh-ggz extra ruimte geboden aan praktijken die hier behoefte aan hebben. Ook is ingezet op samenwerking met het sociaal domein volgens de principes van Welzijn op Recept.

Contractduur

Tabel 2

OVERZICHT DOORLOOPTIJD CONTRACTEN HUISARTSENZORG



	Nieuw contract 2021?	Duur contract	Periode
Zilveren Kruis	X	2 jaar	2020-2021
VGZ	X	2 jaar	2020-2021
CZ	✓	2 jaar	2021-2022
Menzis	X	2 jaar	2020-2021
DSW	X	2 jaar	2020-2021
Zorg en Zekerheid	X	3 jaar	2020-2022
Eno	X	3 jaar	2019-2021
De Friesland	✓	1 jaar	2021

Bron: Inkoopbeleid zorgverzekeraars

CZ heeft nieuwe contracten voor 2021-2022 gesloten in het kader van zowel huisartsenzorg als multidisciplinaire zorg.

De Friesland heeft een nieuw 1-jarig contract gesloten. Vanaf 2022 loopt de duur van de contracten parallel met Zilveren Kruis.

Tarieven en indexering

Indexering heeft in de contractering van huisartsenzorg opnieuw minder discussie opgeleverd. Dit concluderen we op basis van de geluiden die we ophalen uit de interviews. In principe hebben alle zorgverzekeraars de tarieven in het huisartsencontract geïndexeerd volgens de methodiek die de NZa toepast bij het vaststellen van maximumtarieven.

3.2 Contracten multidisciplinaire zorg

In deze paragraaf beschrijven we de veranderingen in contractafspraken voor de multidisciplinaire zorg zoals zorgverzekeraars deze afspreken met gezondheidscentra en regionale samenwerkingsverbanden. Hierbij bekijken we het inkoopbeleid en maken we gebruik van de informatie die we hebben verkregen uit de interviews.

Inhoudelijke veranderingen in de contracten

Nieuwe contracten

CZ legt meer focus op regionale samenwerkingsverbanden die huisartsen kunnen ondersteunen. Bijvoorbeeld bij het oplossen van knelpunten in de toegankelijkheid en de zorg voor kwetsbare groepen. Hiervoor zijn afspraken gemaakt over e-health, ICT en optimale taakdelegatie. De segment 3-prestatie ouderenzorg wordt enkel nog ingekocht bij regionale samenwerkingsverbanden. Het terugdringen van praktijkvariatie in gedeclareerde consulten naast de ketens en inclusie is hierbij een speerpunt.

De Friesland paste de voorwaarden van een aantal prestaties uit segment 3 aan, bijvoorbeeld voor integrale ouderenzorg. Daarnaast is het onderdeel jeugd binnen de prestatie poh-ggz voor het eerst apart beschreven.

Doorlopende contracten

VGZ maakte in enkele regio's met de regionale samenwerkingsverbanden nieuwe afspraken over de variabele beloning. Dit is een beloning op groepsniveau welke resultaten beloont en een relatie heeft met het regioplan. Dit gaat bijvoorbeeld over doelmatig voorschrijven op groepsniveau.

Zilveren Kruis heeft met ongeveer 1 op de 3 regionale samenwerkingsverbanden een afspraak gemaakt over digitalisering.

In regio's met doorlopende contracten wordt momenteel al gewerkt aan beleids- en planvorming voor 2022 en verder. De uitvoering van de regioplannen loopt in sommige regio's vertraging op door COVID-19.

Contractduur

Tabel 3

OVERZICHT DOORLOOPTIJD CONTRACTEN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG			
	Nieuw contract 2021?	Duur contract*	Periode
Zilveren Kruis	X	2 jaar	2020-2021
VGZ	X	2 jaar	2020-2021
CZ	✓	1 of 2 jaar	2021-2022
Menzis	✓ / X	wisselend	verschillende periodes
DSW	✓	1 jaar	2021
Zorg en Zekerheid	✓	1 jaar	2021
Eno	X	3 jaar	2019-2021
De Friesland	✓	1 jaar	2021

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

Bron: Inkoopbeleid zorgverzekeraars

CZ sloot voor 2021-2022 nieuwe contracten voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

In de werkgebieden van Zilveren Kruis en Menzis verschilt de contractduur per regio. Dit is mede afhankelijk van de vorming of aanwezigheid van een regionale samenwerkingsverband.

De Friesland heeft een nieuw 1-jarig contract gesloten voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in 2021. Vanaf 2022 loopt de contractuur daarmee parallel met Zilveren Kruis.

Tariefontwikkeling en indexering

Indexering heeft in de contractering van multidisciplinaire zorg in een aantal regio's discussie opgeleverd. Bij nieuwe contracten keken bepaalde zorgverzekeraars vooral naar de hoogte van de tarieven ten opzichte van de rest van het werkgebied. Daarvan was afhankelijk in welke mate indexering werd toegepast.

Inclusieplafonds in de ketenzorg

VGZ maakt afspraken over het maximaal te includeren aantal patiënten in de ketenzorg. Zij passen nacalculatie toe wanneer dit overschreden wordt.

Niet alle zorgverzekeraars contracteren ketenzorg astma, ggz of ouderenzorg. Een aantal zorgverzekeraars die dit wel doen hanteren substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn als voorwaarde.

3.3 Thema's uit het hoofdlijnenakkoord en overige thema's

Zowel in de contracten huisartsenzorg als multidisciplinaire zorg zien we in min of meerdere mate de thema's uit het hoofdlijnenakkoord terug komen. We besteden daarnaast in deze monitor voor het eerst aandacht aan afspraken rondom meekijkconsulten, achterstandsproblematiek en COVID-19.

Thema's hoofdlijnenakkoord

Net als vorig jaar zijn afspraken over de poh-ggz, integrale ggz, ouderenzorg, praktijkmanagement, verpleegkundig specialist en physician assistant vaak een manier om invulling te geven aan de thema's meer tijd voor de patiënt en zorg voor kwetsbare groepen.

VGZ maakte bij drie regio's afspraken over uitbreiding van het aantal deelnemende huisartsenpraktijken aan het traject meer tijd voor de patiënt. Bij drie regionale samenwerkingsverbanden heeft er uitbreiding plaatsgevonden waarvan bij één naar een deelname van 100% van de aangesloten praktijken. In twee andere regio's zijn de gesprekken gaande over het starten van dit traject.

CZ heeft de segment 3-prestatie Meer tijd voor de patiënt geïntroduceerd die de inzet van de verpleegkundig specialist of physician assistant stimuleert.

Vanwege de pandemie heeft (het thema) digitalisering een noodgedwongen vlucht genomen. In nagenoeg alle regio's is daarnaast visievorming in het kader van digitalisering gaande. Wel zien we grote verschillen in de mate waarin er al afspraken zijn gemaakt. Er zijn enkele mooie voorbeelden van regionale samenwerkingsverbanden die digitalisering tot een speerpunt hebben gemaakt in het regioplan. Daar heeft dit zowel betrekking op de zorgverlening zelf als de logistieke processen eromheen.

De verdere inhoudelijke ontwikkeling op de thema's meer tijd voor de patiënt en digitalisering is lang niet altijd zichtbaar via separate declaratietitels. Digitalisering is in de contractering vaak integraal onderdeel van bijvoorbeeld O&I-afspraken. En zoals hierboven al beschreven geven zorgverzekeraars op verschillende manieren invulling aan het thema meer tijd voor de patiënt. Hiermee is niet in cijfers uit te drukken wat de ontwikkeling van investeringen in de afgelopen jaren op dit thema is geweest. Dit is wat ons betreft niet erg, zolang er maar in onderlinge samenhang gerichte afspraken worden gemaakt. Afspraken die een oplossing bieden bij knelpunten in de praktijk.

Inmiddels hebben VWS, zorgaanbieders en zorgverzekeraars naar aanleiding van de evaluatie van het hoofdlijnenakkoord hier ook afspraken over gemaakt. Er gaat versnelling gerealiseerd worden op de ontwikkeling van een aantal thema's. Het gaat hierbij naast organisatie en infrastructuur ook om digitalisering en meer tijd voor de patiënt. Een landelijke vorm van ondersteuning wordt gegeven in de regio's waar dit moeizaam loopt.

Om een beeld te krijgen bij wat er zoal al gebeurt in de praktijk met betrekking tot digitalisering verwijzen we naar een recente publicatie van de Patiëntenfederatie. Het gaat hier om 50 verhalen van patiënten over de huisartsenzorg waarin ook aandacht is voor vormen van digitalisering.

In het hoofdlijnenakkoord is opgenomen dat partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. In deze monitor verwijzen we naar dit feitelijk beeld wanneer we de term 'regiobeeld' hanteren. Dit regiobeeld, dat veel breder is dan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, wordt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars vertaald in individuele contractering. Daartoe maken de meeste regionale samenwerkingsverbanden een regioplan dat wél enkel betrekking op huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg heeft.

In de meeste regio's is reeds een regiobeeld opgesteld. Het verschilt sterk per regio of alle relevante partijen betrokken zijn geweest bij de totstandkoming hiervan. Ook is het verschillend of het regiobeeld gebruikt is als uitgangspunt voor het regioplan.

Het initiatief om een regioplan te maken lag vaak bij de regionale samenwerkingsverbanden. We horen dat zorgverzekeraars regelmatig aangeven dat de regioplannen niet voldoen aan hun verwachtingen. Voor de

zorgaanbieder is dan vaak niet duidelijk waar hem dat in zit en hoe de zorgverzekeraar zelf tegen de regio aankijkt. Dit brengt het risico van stagnatie in de ontwikkeling van regionalisering met zich mee.

Meekijkconsulten

In de interviews met zorgaanbieders en zorgverzekeraars is gevraagd naar de wijze waarop meekijkconsulten worden ingezet. Doel hiervan is om de eerste lijn te versterken met inzet van expertise uit andere domeinen, met name vanuit de tweede lijn.

We horen dat in steeds meer regio's plannen of al concrete afspraken gemaakt worden over implementatie van meekijkconsulten. Het gaat hierbij ook om vergelijkbare vormen van samenwerking tussen de domeinen. Hierbij wordt het regionaal samenwerkingsverband meer dan voorheen als centraal aanspreekpunt gebruikt, waarmee een bredere afspraak tussen de huisartsen en het ziekenhuis mogelijk wordt. In regio's waar zorgverzekeraars meerjarenafspraken met ziekenhuizen hebben gemaakt, komen afspraken over meekijkconsulten gemakkelijker tot stand. Dit komt omdat in deze regio's partijen meer frequent en structureel met elkaar in overleg zijn.

Maar we horen met name onder zorgaanbieders ook regelmatig weerstand tegen deze afspraken. Opvallend hierbij is het veelgehoorde argument vanuit zorgaanbieders dat hier macrobudget dat voor de huisarts is bestemd toegekend wordt aan andere specialismen. Hier lijkt een discussie over macro-beschikbare ruimte het draagvlak voor samenwerking over de domeinen heen in de regio dwars te zitten. Wellicht speelt hier ook de angst over maatregelen bij mogelijke overschrijding van deze ruimte.

Achterstandsproblematiek

Met ingang van 2019 zijn er 12 regionale experimenten opgestart om achterstandsproblematiek gericht aan te pakken. Hierbij zijn aanvullende middelen beschikbaar gesteld voor met name gezondheidscentra die een populatie bedienen die relatief veel achterstandsproblematiek kent. Het gaat dan om gerichte afspraken die aanvullend op of in plaats van de landelijk gereguleerde toeslagen in het kader van achterstandsproblematiek gemaakt zijn. Vanuit deze aanvullende middelen kan bijvoorbeeld extra gespecialiseerd personeel ingezet worden. In de contractering 2021 lopen deze pilots door, maar er zijn geen aanvullende afspraken gemaakt met andere regio's.

Uitbraak corona

Gedurende 2020 zijn in veel regio's aanvullende afspraken gemaakt over de inzet van huisartsen als gevolg van de maatregelen in het kader van COVID-19. Het gaat hierbij ook om de bijbehorende kosten. Met name van aanvullende daglocaties waar patiënten werden opgevangen. De wijze van inrichting van deze daglocaties volgde uit afspraken die op ROAZ-niveau werden gemaakt ten tijde van de eerste uitbraak. Het overgrote deel van deze kosten zijn of worden afgewikkeld via de begroting van huisartsenposten of regionale samenwerkingsverbanden. De totale kosten die hiermee gepaard zijn gegaan zijn op dit moment nog niet in beeld. Dit komt omdat de afwikkeling met name in het laatste kwartaal van 2020 plaats heeft gevonden.

Uit de interviews halen we het beeld op dat de afwikkeling van de aanvullende kosten van deze daglocaties relatief soepel en in goed overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is verlopen. Ook halen we het beeld op dat de uitvoering van regioplannen vertraging heeft opgelopen vanwege de aandacht voor de zorg aan coronapatiënten. Het is niet per definitie zo dat de crisis de relatie en/of samenwerking tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar heeft verbeterd. Wel zien we vaak dat de relatie tussen zorgaanbieders onderling verbeterd is.

4 Ervaringen met het proces van contracteren

In dit hoofdstuk beschrijven we de ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars met het proces van contracteren van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. De geluiden die we ophaalden uit de interviews met de (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders zijn overwegend positiever dan de respons op de enquête onder aanbieders. Dit is in lijn met eerdere jaren. Het is goed om hierbij nogmaals aan te geven dat de respons op de enquête onder aanbieders dit jaar een stuk lager was dan eerdere jaren.

De meeste input haalden wij net als vorig jaar uit de interviews en declaratiedata. De impact van de tegenvallende respons op de enquête onder zorgaanbieders is hiermee beperkt. De monitor is niet geschikt om objectief cijfermatig inzicht te verkrijgen in de mate waarin afspraken over de thema's van het hoofdlijnenakkoord zijn gemaakt.

Contracteringsproces

In veel regio's sloten zorgverzekeraars en zorgaanbieders meerjarencontracten voor de periode 2020-2021. Dit gaf beide partijen rust in de contractering. Er is niet veel veranderd aan de eerder gemaakte afspraken. Wel waren er aanvullende afspraken mogelijk over de inzet van aanvullend personeel en resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Hier maakten zorgaanbieders ook daadwerkelijk gebruik van.

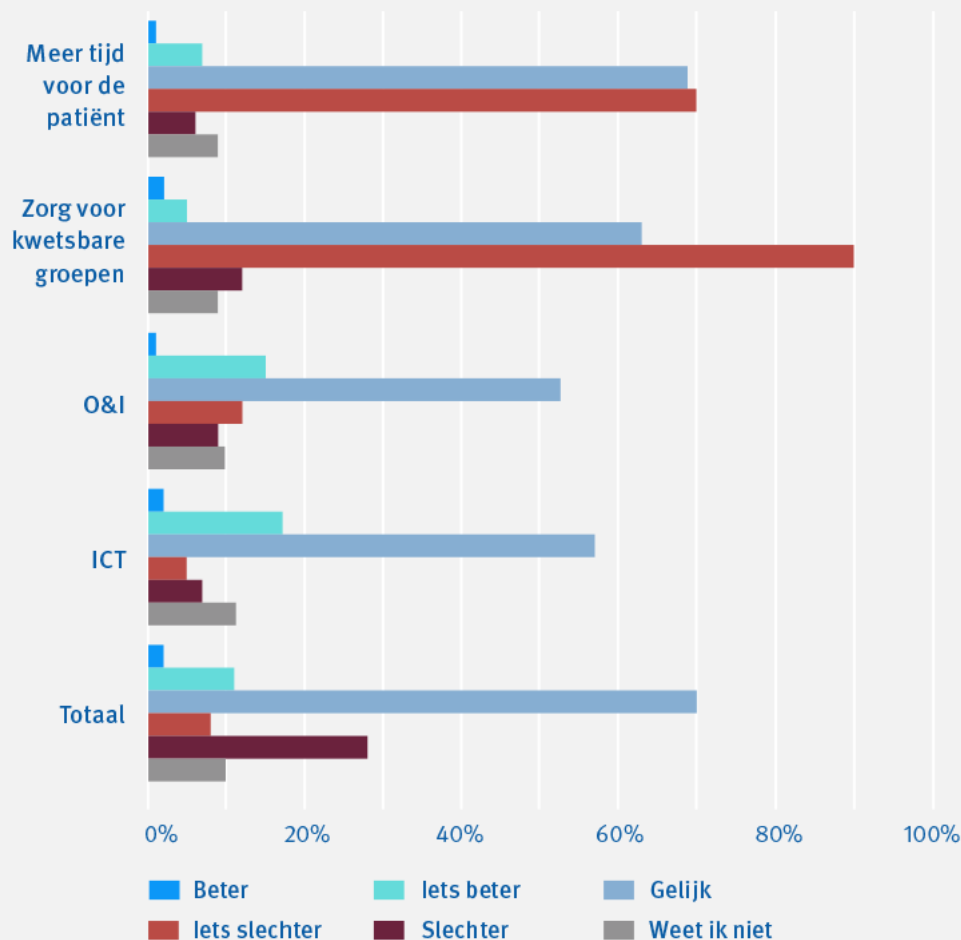
Toch zien we in de enquête onder zorgaanbieders dat veel zorgaanbieders ontevreden zijn. Dit gaat zowel over het proces van contracteren, de inhoud van de contracten en de tarieven. Ook worden veel aspecten neutraal gescoord, dit is niet zo vreemd gezien er veel doorlopende meerjarencontracten zijn.

Zorgaanbieders die een contract sloten over segment 1 waren dit jaar het meest tevreden over de tijdigheid van het contractaanbod en het bereiken van een akkoord. Zij waren het meest ontevreden over het proces van contracteren. Zorgaanbieders die een contract sloten over segment 2 waren het meest tevreden over de tijdigheid van het contractaanbod en de gemaakte (zorg)inhoudelijke afspraken. Het meest ontevreden waren ook zij over het proces van contracteren.

Als we dit vergelijken met 2020 zien we bij segment 2 zorgaanbieders een toename van tevredenheid in 2021 op alle aspecten. Dit is weergegeven in figuur 5. De vergelijking met de contractering in 2020 voor de segment 1 zorgaanbieders is niet op alles aspecten goed te maken. Dit komt door een andere manier van uitvragen. Ook in 2020 werd door segment 1 zorgaanbieders hoog gescoord op tevredenheid over de tijdigheid van het contractaanbod. In het contracteringsproces van 2019 gaven zowel segment 1 en 2 zorgaanbieders als aandachtspunt aan dat beleidswijzigingen van de preferente zorgverzekeraar ten opzichte van het voorgaande contract regelmatig niet helder werden toegelicht.

Figuur 5

TEVREDENHEID ZORGAANBIEDERS S1 EN S2 OVER DE CONTRACTERING 2021



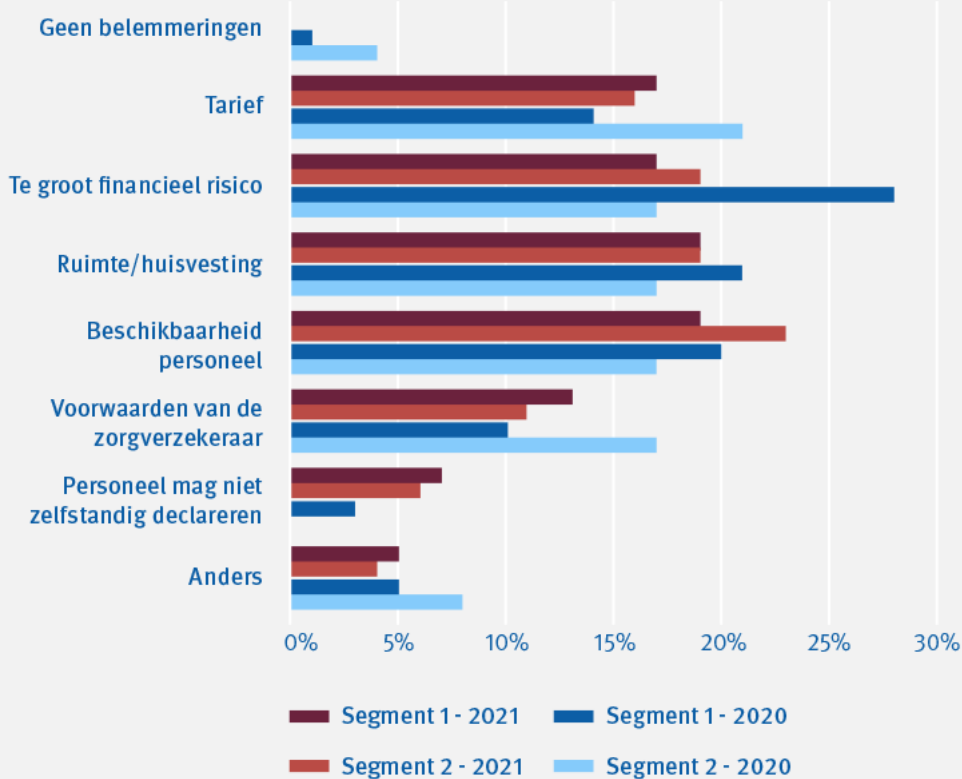
Bron: Enquête zorgaanbieders, NZa

Inzet aanvullend personeel

In de monitor over het contracteringsproces van 2019 concludeerden we dat de ruimte voor de inzet van aanvullend personeel in de praktijk vaak niet volledig werd benut. Ondanks dat we ook ophaalden dat hier wel behoefte aan was. We vroegen in de enquête voor de monitors van 2020 en 2021 uit wat hier het meest belemmerend in werkte. In figuur 6 zien we dat voor de zorgaanbieders in segment 1 de ervaren belemmeringen over het algemeen toenemen. De grootste stijger is hier het financiële risico. De zorgaanbieders van segment 2 geven in 2021 als grootste belemmering het tarief aan. In 2020 was dit nog de beschikbaarheid van personeel.

Figuur 6

BELEMMERINGEN DIE ZORGAANBIEDERS ZIEN VOOR DE INZET VAN AANVULLEND PERSONEEL

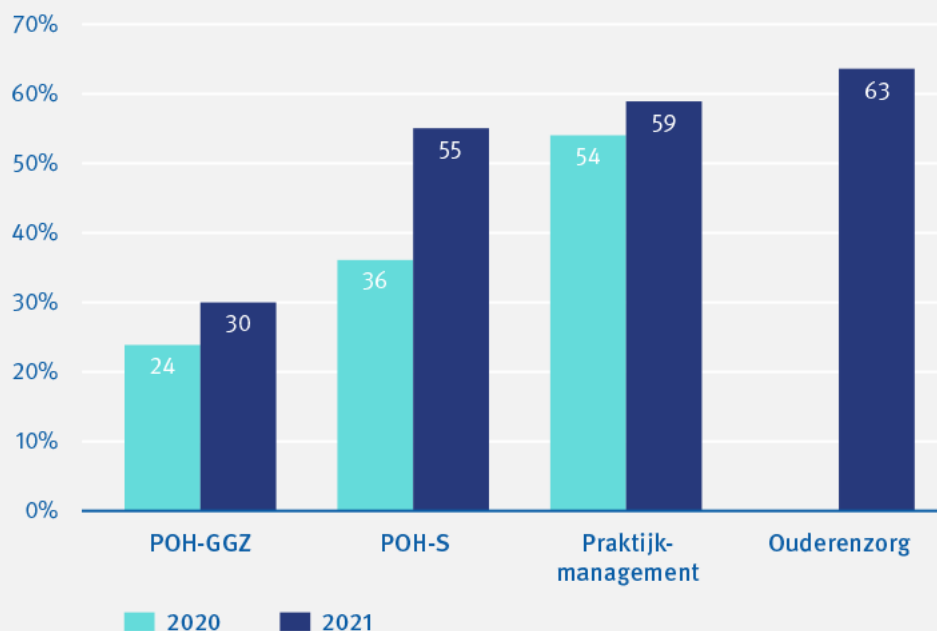


Bron: Enquête zorgaanbieders, NZa

Zowel vorig jaar als dit jaar hebben we de zorgverzekeraars gevraagd in hoeveel procent van de contracten de ruimte voor de inzet van aanvullend personeel tot het maximale niveau werd overeengekomen. We zien hierin een stijging ten opzichte van vorig jaar maar er blijft nog ruimte onbenut, onder andere vanwege de door de aanbieders genoemde redenen in figuur 7.

Figuur 7

DE TOT HET MAXIMALE NIVEAU OVEREENGEKOMEN INZET VAN DE RUIMTE VOOR AANVULLEND PERSONEEL, OPGEGEVEN DOOR DE ZORGVERZEKERAARS



Bron: Enquête zorgverzekeraars, NZa

Toegankelijkheid

Knelpunten in de toegankelijkheid van de huisartsenzorg zijn steeds vaker onderwerp van gesprek. Voor acute knelpunten zien we dat er lokaal maatwerkafspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders / regionale samenwerkingsverbanden en zorgverzekeraars. We zien dat er meer afspraken op regioniveau gemaakt worden hierover. Dit is ook nodig voor individuele praktijken, bijvoorbeeld wat te doen als een huisartsenpraktijk per direct sluit.

We zien ook steeds meer voorbeelden van volledig digitale praktijken of combinaties door middel van het bieden van hybride zorg. Dit kunnen oplossingen zijn voor toegankelijkheidsproblemen, bijvoorbeeld wanneer praktijkopvolging uitblijft. Aandachtspunt is dat deze organisaties zich vervolgens wel aansluiten bij het regionale samenwerkingsverband. Zorgaanbieders en de Patiëntenfederatie geven aan het belangrijk te vinden dat patiënten als dat nodig is altijd laagdrempelig toegang moeten houden tot fysieke zorg.

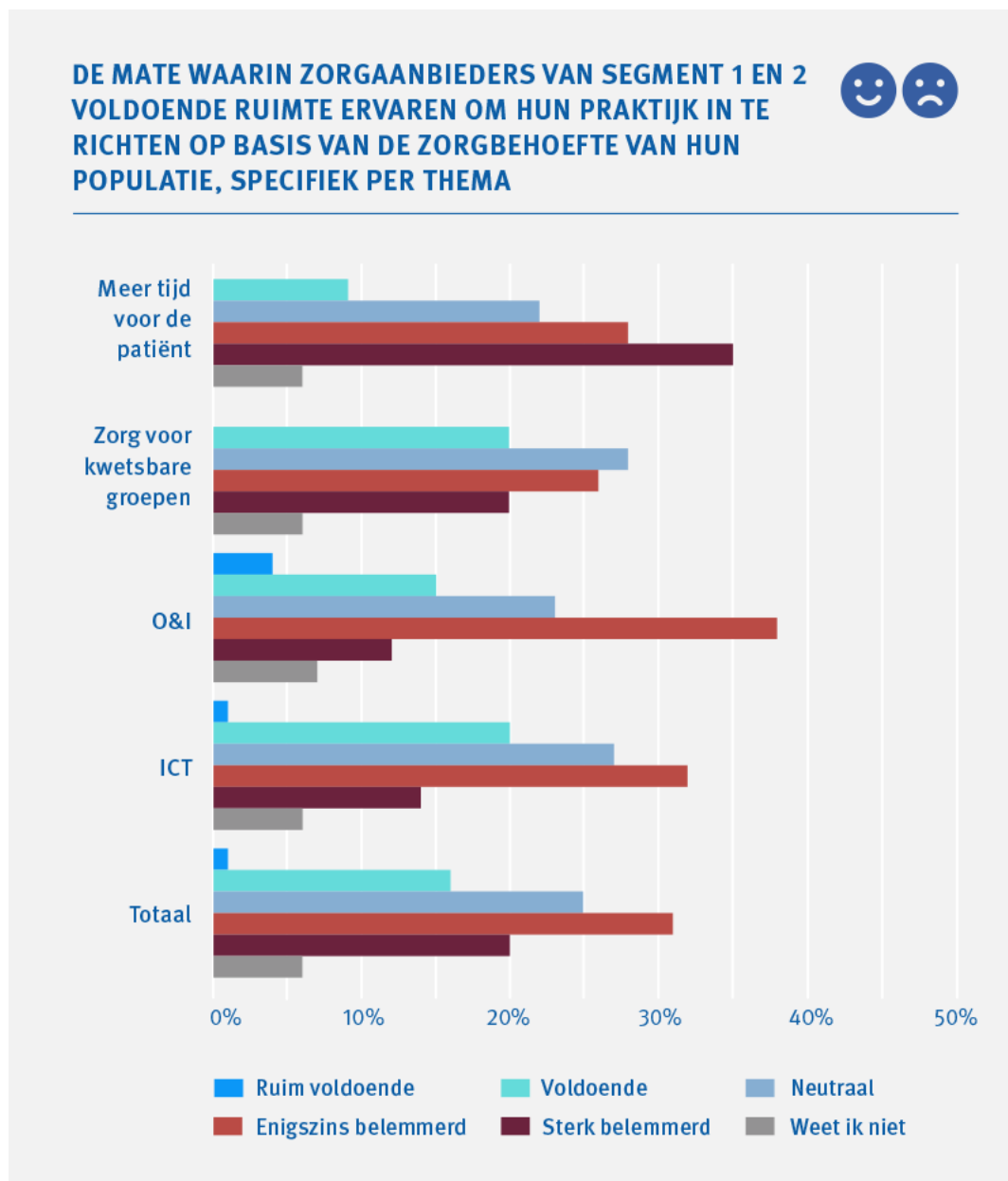
Thema's hoofdlijnenakkoord

We vroegen de zorgaanbieders van segment 1 en 2 in de enquête hoe de geboden ruimte in de contracten werd ervaren ten opzichte van vorig jaar. Voor alle vier de thema's (meer tijd voor de patiënt, zorg voor kwetsbare groepen, O&I en ICT) gaf gemiddeld 60% van de aanbieders aan dat deze ruimte gelijk is gebleven. Dit is niet vreemd gezien de meeste contracten meerjarig zijn. Overall en ook voor de aanbieders apart waren geen grote uitschieters te vinden per thema. De exacte percentages zijn terug te vinden in bijlage 2.

In 2019 voelden aanbieders zich het sterkst belemmerd in hun tijd voor en met de patiënt, namelijk 48%. In 2021 geldt dit nog steeds. Wel is het percentage zorgaanbieders van segment 1 en 2 dat zich op dit thema sterk belemmerd voelt gedaald naar 35%.

We vroegen de zorgaanbieders ook direct naar hun tevredenheid over het contract van 2021 met betrekking tot de thema's. We zien dan dat geen enkel thema door meer dan 21% van de zorgaanbieders (ruim) voldoende wordt gescoord. Dit is terug te zien in figuur 8. Met name zorgaanbieders van segment 1 voelen zich het sterkst belemmerd op het thema meer tijd voor de patiënt. Bij de zorgaanbieders van segment 2 zien we minder grote uitschieters. Zij geven in de enquête aan zich bij geen van de thema's in grote getalen sterk belemmerd te voelen. Wel voelen zij zich enigszins belemmerd op de thema's meer tijd voor de patiënt, O&I en in mindere mate ICT.

Figuur 8



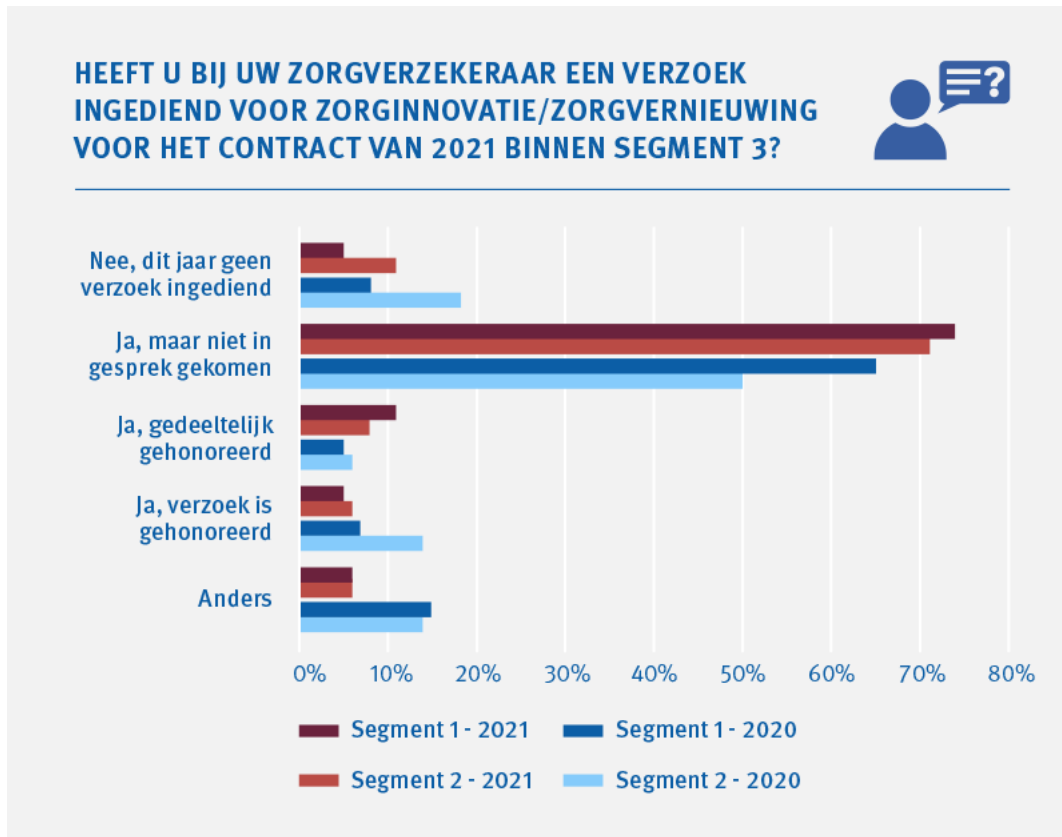
Bron: Enquête zorgaanbieders, NZa

Regelmatig horen we in de interviews met zorgaanbieders en zorgverzekeraars terug dat het macrokader of de groeiruimte leidend is voor de uitkomst van het contract. Dit staat dan vaak los van de inhoud. Dit lijkt het effect te zijn van het hoofdlijnenakkoord, terwijl de budgettaire ruimte juist bedoeld is voor de inhoudelijke thema's. Voor zorgaanbieders is niet altijd transparant in welke mate de groeiruimte wordt benut.

Innovatie

De meeste zorgaanbieders van segment 1 en 2 hebben in de afgelopen jaren geen verzoek ingediend voor zorginnovatie of zorgvernieuwing binnen segment 3. We zien hier sinds 2019 geen grote verschuivingen in. Voorbeelden van verzoeken die ingediend worden gaan bijvoorbeeld over verschillende vormen van anderhalvelijnszorg, meekijkconsulten en e-health. Een klein deel van de zorgaanbieders in de enquête geeft aan wel een verzoek te hebben ingediend maar niet in gesprek te zijn gekomen met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars geven in onze uitvraag aan veel van de ingekomen verzoeken te honoreren. Deze uitkomsten zijn niet goed met elkaar te vergelijken gezien de lage respons op de enquête onder aanbieders.

Figuur 9



Bron: Enquête zorgaanbieders, NZa

Regionalisering

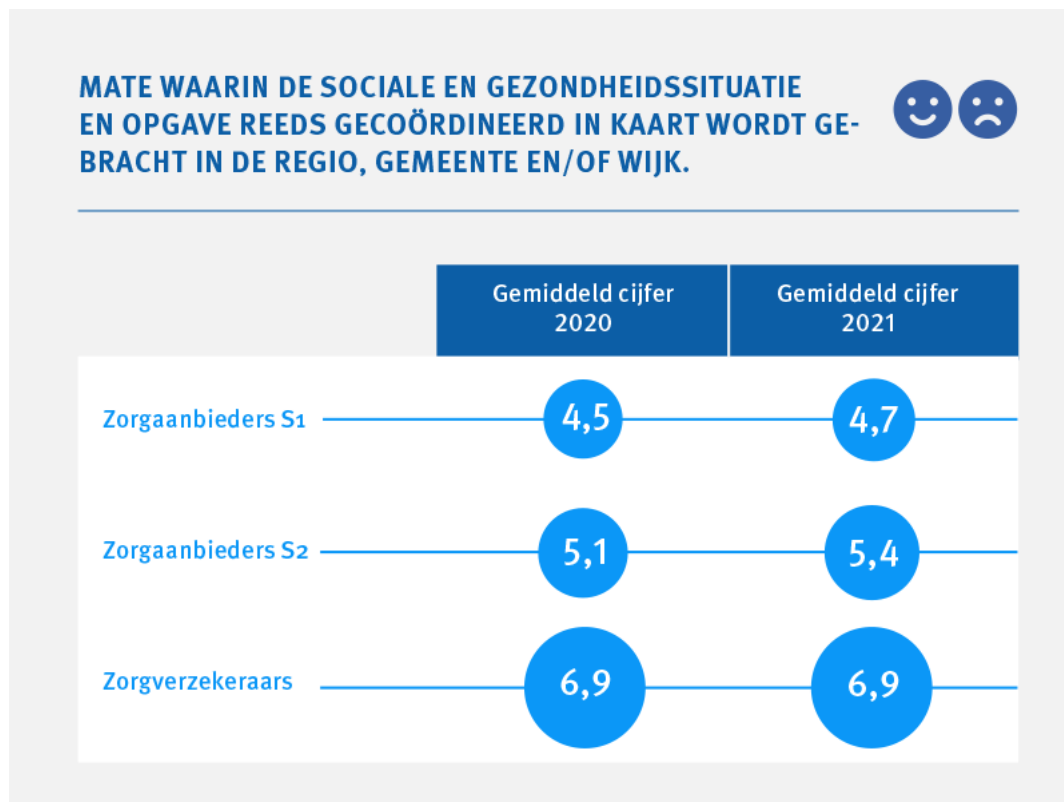
Zorgverzekeraars sturen steeds meer aan op financiering van initiatieven op regioniveau. Bepaalde prestaties, zoals bijvoorbeeld ouderenzorg, worden enkel nog ingekocht bij regionale samenwerkingsverbanden. In enkele regio's stuit dit op weerstand, hoewel de achterliggende gedachte hiervan door sommige huisartsen wel begrepen wordt. De ervaren werkdruk neemt toe. Hierdoor zijn sommige huisartsen van mening dat de budgettaire ruimte beter ingezet kan worden op praktijkniveau. Het regionale samenwerkingsverband wordt in die zin soms als concurrent ervaren.

De zorgverzekeraars bewegen langzaam toe naar inkopen vanuit interne regiotteams. Hierin zijn de verschillende inkopers van onder andere huisartsenzorg, wijkverpleging, medisch specialistische zorg en ggz vertegenwoordigd. Het doel hiervan is om te komen tot afgestemde afspraken in de regio.

Niet altijd zijn alle bij de regionale samenwerkingsverbanden aangesloten huisartsen even actief betrokken bij de totstandkoming van regioplannen. Dat blijkt bijvoorbeeld wanneer een praktijk een aanvraag in het kader van zorgvernieuwing indient bij de zorgverzekeraars en deze verwijst naar dit plan. Er zijn ook voorbeelden van regio's waar dit wel gebeurt. Daar is een link gelegd tussen de afspraken met de

huisartsenpraktijken enerzijds en het regionale samenwerkingsverband anderzijds, op basis van een integraal regioplan.

Tabel 4



Bron: Enquête zorgaanbieders en zorgverzekeraars, NZa

In enkele regio's geven de vertegenwoordigers van de individuele huisartsen aan meer betrokken te willen zijn bij de beleidsvorming van zorgverzekeraars. De mate waarin de overlegteams huisartsenzorg vroegtijdig en actief betrokken worden verschilt sterk. In de ene regio vindt structureel overleg plaats en bestaat er een goede relatie. In de andere regio hebben de leden van het overlegteam het gevoel dat het overleg enkel voor de vorm plaatsvindt.

Volgbeleid

In meerdere regio's waar VGZ en CZ beiden preferent zijn, geven de verschillen in contractduur, gestelde eisen aan het regioplan en voorwaarden per prestatie problemen in de contractering.

Dat speelt bijvoorbeeld een rol bij het maken van afspraken over voetzorg als onderdeel van het zorgprogramma Diabetes Mellitus II, nacalculatie en het organiseren van zorg voor kwetsbare ouderen. De zorgaanbieders ervaren weinig bereidheid tot naar elkaar toe bewegen van beide zorgverzekeraars en zien initiatieven om die reden niet van de grond komen. Deze geluiden halen we dit jaar met name uit de interviews naar boven. De respons op de enquête is hiervoor dit jaar te beperkt.

Consequenties O&I voor gezondheidscentra

Vorig jaar beschreven we de vorming van regionale samenwerkingsverbanden. Het ging hier ook om de situatie waarbij twee zorgverzekeraars een route afdwongen door het afbouwen van de financiering bij de gezondheidscentra. Aan partijen hierbij de opdracht om een centrale organisatie op te zetten die met de O&I betaaltitels wordt gefinancierd. Gezondheidscentra, waarmee voorheen afspraken werden gemaakt in het kader van geïntegreerde eerstelijnszorg, kwamen voor de keuze te staan. Of met (tijdelijk) behoud van middelen aansluiten bij het regionale samenwerkingsverband, of snelle afbouw van vergoeding de komende jaren. Het doel hiervan was en is het op korte termijn afdwingen van de logische ondersteuningsketen tussen regionaal samenwerkingsverband en gezondheidscentrum. Een route die

daarvoor vaak nog ontbrak. Door deze beweging worden bestaande gezondheidscentra die vele jaren zelfstandig hebben geopereerd, nu onderdeel van, of afhankelijk van een andere entiteit (het regionale samenwerkingsverband).

Inmiddels zien we ook in veel regio's dat de beweging naar een regionaal samenwerkingsverband al vorm krijgt. Hierdoor begint er meer ruimte te ontstaan voor het bespreken van inhoudelijke plannen. Dit gaat desondanks gepaard met het ervaren van verlies van positie en gesprekken over de herverdeling van middelen, huisvestingskosten, extra kosten van loondienstcentra en btw-plicht bij onderaannemerschap. Sommige zorgverzekeraars blijven gezondheidscentra contracteren in het kader van wijkmanagement.

5 Conclusie

Contracteerproces

Op basis van de interviews zien wij positieve veranderingen in het contracteerproces van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders weten elkaar beter te vinden. Ze zijn meer gezamenlijk op zoek naar oplossingen voor knelpunten in de regio op basis van, al dan niet gezamenlijk ontwikkelde, regiobeelden. Ook landen deze al vaker in de meerjarencontracten. De resultaten van de enquête onder zorgaanbieders onderschrijven dit beeld niet altijd. Veel zorgaanbieders beoordelen dit proces in de enquête als neutraal en zijn over bepaalde aspecten ontevreden. Discussies blijven minder dan voorheen hangen op twistpunten als methode van indexering.

Investerings

De ruimte die het hoofdlijnenakkoord biedt voor investeringen wordt grotendeels benut. Uit de data-analyse blijkt dat deze groei zowel zichtbaar is aan de zijde van de huisartsenpraktijken als aan de zijde van de organisatie en infrastructuur van samenwerkingsverbanden.

Regionalisering in het hoofdlijnenakkoord

Een belangrijk uitgangspunt in het hoofdlijnenakkoord is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars per regio een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio. De vertaling van regiobeelden naar regioplannen moet leiden tot plannen van aanpak. Vervolgens moeten de benodigde acties terugkomen in de contractering. Bijvoorbeeld in de vorm van extra investeringen rondom O&I, digitalisering en meer tijd voor de patiënt. Daarbij is het de taak van de preferente zorgverzekeraar(s) om dit in lijn te brengen met de contractering van andere zorgsoorten.

We zien dat dit in bijna alle regio's wordt opgepakt. Maar we constateren ook dat het in veel regio's tijd kost om deze slag te maken. Hier hebben de inspanningen de afgelopen jaren vooral gelegen in het opbouwen en omvormen van de structuur van regionale samenwerkingsverbanden. In de interviews hebben we meerdere voorbeelden opgehaald van regio's die zich nu in de fase bevinden dat regiobeelden gevormd zijn. Hier kan nu concreet gesproken worden over de stappen die hieruit moeten volgen. Hier is men nog niet zover dat deze concrete vervolgstappen al in de huidige contracten geland zijn.

Dat betekent niet dat er geen beweging is. In veel regio's moet men van ver komen om de benodigde organisatiekracht neer te zetten. Maar het verklaart ook dat huisartsen in de enquête aangeven nog weinig te zien van de effecten van regioplannen in de eigen contracten.

Zorgverzekeraars sturen inmiddels ook sterker op deze regionalisering. Dat is dit jaar bijvoorbeeld goed zichtbaar in de contracten van CZ. Hierin worden investeringen in de zorg voor kwetsbare ouderen niet langer op praktijkniveau maar op regioniveau belegd. Dat is een duidelijke stap naar het meer in regionale samenhang aanvliegen van multidisciplinaire problematiek. In het vorige hoofdstuk is al stilgestaan bij de route die andere zorgverzekeraars doorzetten om via contractering de vorming van één krachtig regionaal samenwerkingsverband af te dwingen. Dit gaat met name om gebieden waarin de organisatiestructuur nog versnipperd is.

Regionalisering en volgeleid

Vanwege dit sterkere sturen op regionalisering komt ook sterker naar voren dat problemen ontstaan in gebieden waar twee preferente zorgverzekeraars eigen beleid voeren. Dit speelt met name in gebieden waarin zowel CZ en VGZ zelfstandig inkoopbeleid voeren. Bij een aantal onderwerpen (ouderenzorg, praktijkmanagement, regioplannen) houden beide zorgverzekeraars vast aan hun eigen voorwaarden per prestatie. In deze regio's ontstaan praktische problemen waar de zorgaanbieders grote hinder van ondervinden. Deze problemen nemen toe nu het beleid regionaal meer uiteen gaat lopen.

Huisartsenpraktijken en (regionale) samenwerkingsverbanden

Zorgverzekeraars verwachten dat meer op regioniveau wordt opgepakt en opgelost. Deze verschuiving van focus brengt nieuwe spanningen met zich mee. Huisartsen merken dat de huisartsenpraktijk te kleinschalig

is om de noodzakelijke samenhang en organisatiekracht te bieden die de steeds complexer wordende zorgvraag nodig heeft. De huidige werkbelasting wordt als hoog tot zeer hoog ervaren.

Aan de andere kant willen huisartsen ook autonomie behouden in de praktijkvoering. De verschuiving van afspraken op praktijkniveau naar afspraken op regioniveau vindt een deel van de huisartsen een bedreiging voor deze autonomie. Zeker als de huisarts weinig merkt van de voordelen die een regionaal samenwerkingsverband kan bieden in bijvoorbeeld het verlichten van de werkdruk.

Huisartsen en regionale samenwerkingsverbanden hebben een gedeeld belang in het oplossen van knelpunten. Mogelijk hebben zij echter een verschillende visie op de oplossingsrichtingen (zowel inhoudelijk als financieel). Nu de focus meer komt te liggen op regionalisering, komt dit sterker tot uiting.

Een voorbeeld hiervan is de discussie over waar de beschikbare groeirimte moet landen. Zowel huisartsen als regionale samenwerkingsverbanden claimen deze groeirimte. Regionale samenwerkingsverbanden leggen in de tweede helft van het jaar uitgebreide plannen bij de zorgverzekeraar neer met een verzoek tot groei in investeringen in organisatie en infrastructuur. De zorgverzekeraar geeft vervolgens aan dat het grootste deel van het beschikbare budget al versleuteld is in de overeengekomen contracten met individuele huisartsen.

Dit kan regionaal de verhoudingen op scherp zetten, zeker als de relatie tussen het regionale samenwerkingsverband en de huisartsen nog niet optimaal is. Huisartsen zijn nog altijd niet overal actief betrokken bij of op de hoogte van de plannen van het regionaal samenwerkingsverband. Ook uit de enquête onder zorgaanbieders blijkt dat hier nog winst te behalen is.

Multidisciplinaire zorg

We signaleren ook weerstand tegen het betrekken van andere domeinen. Met name wanneer hierbij de zorg speelt dat dit investeringen vraagt die onder het macrokader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vallen. In verschillende regio's wordt bijvoorbeeld gekeken naar de implementatie van meekijkconsulten of varianten van anderhalvelijnszorg. Vooral de medisch specialistische zorg wordt hier actief bij betrokken. De vergoeding van de inzet van de medisch specialist loopt daarbij vaak via het regionale samenwerkingsverband. We signaleren weerstand onder huisartsen. Soms vanuit twijfels of het zorginhoudelijk de juiste weg is. Vaak vanuit het argument dat andere specialismen betaald worden uit het macrobudget dat 'bestemd is voor huisartsen'.

Dit wordt versterkt door de inkoopkaders die zorgverzekeraars zelf hanteren. Discussies over het macrokader en de inkoopkaders van zorgverzekeraars remmen af en staan potentieel vruchtbare samenwerkingen in de weg.

Eenzelfde discussie zien we rond de inzet van O&I. Er bestaan verschillende zienswijzen over hoe multidisciplinair een regionaal samenwerkingsverband zou moeten zijn. In veel regio's wordt het samenwerkingsverband toch vooral gezien als organisatie ter ondersteuning van de huisartsenpraktijken en niet zozeer van multidisciplinaire eerstelijnszorg. Dit leidt ertoe dat een deel van de samenwerkingsverbanden niet proactief inspringt op een aantal knelpunten. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) of complexere zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie voor verblijf. Dit terwijl deze samenwerkingsverbanden juist van grote meerwaarde kunnen zijn voor de organisatie van deze zorg.

We zien ook concrete voorbeelden waarbij apothekers en fysiotherapeuten aangeven dat zij een rol kunnen spelen in de regionale plannen. Zij geven hierbij vervolgens regelmatig aan geen aansluiting te vinden bij het regionale samenwerkingsverband. Ook hier met het argument dat de ondersteuningsstructuur en de beschikbare middelen primair dienen ter ondersteuning van de huisartsen.

Op veel fronten is multidisciplinaire zorg nog zo sterk aan de huisartsenzorg gekoppeld dat de beweging naar daadwerkelijk multidisciplinaire samenwerking onvoldoende wordt aangemoedigd. Het gaat dan bijvoorbeeld om het macrokader, de aanspraak, de NZa-regelgeving in het kader van de bekostiging en de contractafspraken.

Wij denken dat het helpt als op die fronten explicieter wordt gemaakt dat met multidisciplinaire zorg en de bijbehorende organisatie en infrastructuur ook écht multidisciplinaire zorg wordt bedoeld. Dit is wat anders is dan enkel het aandeel van de huisarts in multidisciplinaire zorg.

Ontwikkeling naar sterke regionale samenwerkingsverbanden

Wij zien de hierboven genoemde signalen als verschijnselen die ontstaan bij regionale samenwerkingsverbanden die in ontwikkeling zijn. Deze organisaties zijn vaak gestart als ondersteunend op het gebied van programmatische ketenzorg met de focus op huisartsenpraktijken. Deze ondersteuning breidt zich in veel regio's uit van enkel aandoeningsgerichte naar meer populatiebrede zorg. Verschillende vormen van ondersteuning komen op dit moment voor. Dit komt tot uiting in de spreiding van O&I-uitgaven tussen regio's.

In de vorige monitors beschreven we al dat een aantal zaken het beste opgepakt kunnen worden via sterke regionale samenwerkingsverbanden. Een voorbeeld hiervan zijn lange termijn oplossingen in het kader van toegankelijkheid van zorg. Het is hierbij belangrijk dat zorgaanbieders regionaal een verantwoordelijkheid hebben en nemen. Dit type problemen kan niet structureel aangepakt worden op basis van een kort-cyclisch projectplan van 2 á 3 jaar. Dit is wel zoals dit nu via de contractering van huisartsen en regionale samenwerkingsverbanden wordt gevat. Er is dus van zowel het regionaal samenwerkingsverband als de zorgverzekeraar een langere termijn visie en verbintenis aan een richting vereist.

Passende zorg

Van zorgverzekeraars verwachten wij dat zij regionaal de regisseursrol pakken en zorgen voor een samenhangende multidisciplinaire zorginkoop. Dit is eenvoudiger als de regionale zorgaanbieders zich al in zekere mate multidisciplinair hebben georganiseerd. Zover is het nog lang niet in alle regio's. Hier vraagt de inhoudelijke samenhang in de regio dus om een sterkere sturing vanuit de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is immers de enige die regionaal de koers kan bepalen wanneer zorgaanbieders elkaars koers niet kennen. Wij merken dat zorgverzekeraars het nog steeds moeilijk, of niet passend, vinden om ook deze inhoudelijk sturende rol in te vullen.

Veranderingen in de zorg kunnen het beste decentraal worden vormgegeven. Regio's verschillen van elkaar in zorgvraag en zorgaanbod. Daarmee kan het per regio verschillen wat nodig is om passende zorg te organiseren. Wat is de specifieke zorgvraag van de regio, hoe ziet het zorglandschap eruit? Het regionale zorginkoopbeleid moet domein overstijgend worden ingezet en niet sectoraal. Het vraagt om congruentie in de zorginkoop, zodat een eenduidig en passend zorgaanbod kan worden ontwikkeld. Ook als meerdere zorgverzekeraars in een regio actief zijn. Maar het vraagt ook om congruentie binnen de zorginkoop, door de verschillende domeinen met elkaar te verbinden. Vanwege de toename van het aantal (meervoudige) zorgvragen, en het domein overstijgende karakter van passende zorg, is een goede samenwerking noodzakelijk tussen meerdere zorgaanbieders. Wij verwachten dat zorgverzekeraars een actieve en faciliterende rol spelen om deze samenwerking tot stand te laten komen.

Binnen het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars verschuift de focus. De focus van sectorale contracten met zorgaanbieders naar gezamenlijke realisatie van gemeenschappelijke doelstellingen over passende zorg in de regio. Realisatie van gemaakte afspraken is niet louter een taak van zorgaanbieders, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Het referentiekader 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek' van de NZa richt zich op een aantal thema's rondom het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. En tevens op de regierol van de zorgverzekeraar daarbij. Op basis van het kader krijgen we als NZa de komende periode een duidelijk en eenduidig beeld van de manier waarop zorgverzekeraars sturen op onder meer passende zorg. We bepalen op basis van deze inzichten nadere vervolgstappen. Ook ondersteunen en stimuleren we zorgverzekeraars om hier de juiste stappen in te zetten.

6 Aanbevelingen

Voortgang aanbevelingen vorige monitor

Terugkijkend op de aanbevelingen van vorig jaar zijn er zeker ontwikkelingen gaande maar concluderen we ook dat er nog altijd verbeteringen mogelijk zijn. De aanbevelingen van vorig jaar zijn nog altijd van toepassing, deze waren:

1. Blijf wederzijds investeren in de onderlinge relatie, met specifieke aandacht voor het helder maken van elkaars verwachtingen al vroeg in het traject.

Het is en blijft belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars er onderling uit komen. We zien dat de onderlinge relatie de afgelopen jaren is verbeterd. Dit blijkt bijvoorbeeld uit verhalen die we ophalen uit de interviews over goede samenwerking en het maken van afspraken op basis van vertrouwen. Dit gaat echter nog lang niet overal goed.

Inmiddels hebben VWS, zorgaanbieders en zorgverzekeraars elkaar gevonden om een landelijke vorm van ondersteuning te gaan vormgeven in de regio's waar het moeizaam loopt. Dit heeft betrekking op de onderwerpen organisatie en infrastructuur, digitalisering en meer tijd voor de patiënt.

2. Verdere inzet op communicatie richting en draagvlak vanuit huisartsenpraktijken over regionale afspraken is nodig.

We vragen nogmaals aandacht voor het betrekken van huisartsen en overige ketenpartners bij de planvorming in de regio. Zowel aan zorgverzekeraars als aan regionale samenwerkingsverbanden. De afgelopen jaren blijven we dit knelpunt onveranderd terug horen. We zien dat er veel gebeurt met betrekking tot planvorming in de regio, en ook dat dit veel tijd kost. Dit maakt ook dat individuele praktijken hier nog weinig van merken in de contractering. Het is belangrijk dat regionale samenwerkingsverbanden individuele praktijken laten ervaren wat hun toegevoegde waarde is. Maak duidelijk waar jullie als organisatie mee aan de slag gaan en welke voordelen dit heeft, zodat de samenwerking als meerwaarde wordt ervaren.

3. Houd bij hervormingen van de organisatie goed in het oog dat inhoudelijk reeds goed lopende trajecten binnen de nieuwe structuur geborgd blijven.
4. Regionale samenwerkingsverbanden stemmen multidisciplinair af maar zijn veelal monodisciplinair rondom de huisartsenzorg ingericht. Om juiste zorg op de juiste plek de ruimte te geven is behoefte aan bredere multidisciplinaire afstemming en ondersteuning.

We zien dat als er een sterke regionale structuur staat het makkelijker is om lange termijnafspraken met elkaar te maken. Ondanks dat de contractering kort-cyclisch is. De pandemie heeft laten zien dat samenwerking belangrijk is. In korte tijd kon er snel geschakeld worden, bijvoorbeeld tussen huisartsen en ziekenhuizen waardoor er snel veel geregeld kon worden. Laten we dit zoveel mogelijk vasthouden.

5. Veel van de door zorgaanbieders geuite frustraties liggen niet zozeer 'in het contract' maar in de dagelijkse problemen rondom werkdruk en doorstroom van patiënten. Ook bij de zorgverzekeraars is sprake van verzuiling. Als de regioplannen over de schotten heen gevormd worden, moet ook de zorginkoop multidisciplinair samenhangen.

We adviseren aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samen op zoek te gaan naar mogelijkheden hoe de ervaren werkdruk van huisartsen verlicht kan worden. Deze werkdruk wordt de afgelopen jaren als onverminderd hoog ervaren. Zet het gedeelde belang om in een gedeelde visie. Aan zorgverzekeraars adviseren we om de, veelal sectoraal georganiseerde zorginkoop, zowel intern als extern per regio af te stemmen.

6. Administratieve lasten als gevolg van zorgverzekeraars die elkaars afspraken niet volgen en selectief inkoopbeleid van andere zorgsoorten worden door zorgaanbieders als zeer storend ervaren. In beide

situaties is het inkoopbeleid mogelijk verdedigbaar maar houd oog voor de redelijkheid van de lasten die dit met zich meebrengt.

7. Aan zorgverzekeraars: weeg zorgvuldig af of bij bepaalde initiatieven de incidentele/projectmatige kosten uit 'projectpotten' gefinancierd moet worden. Dit geeft aan zorgaanbieders niet het signaal af dat de inspanningen op lange termijn geborgd zijn. Bovendien maakt het monitoring van uitgaven minder zuiver.

De administratieve lasten als gevolg van het niet volgen van elkaars afspraken lijken groter te worden nu regionalisering meer op de voorgrond komt te staan. De geluiden we hier dit jaar met name in de interviews over hebben gehoord nemen toe in aantal en in ernst.

Nieuwe aanbevelingen

In aanvulling op de aanbevelingen van vorig jaar doen we de volgende aanbevelingen op basis van onze bevindingen in de contractering van 2021:

1. Aan zorgverzekeraars: Houd je actief bezig met de inhoud van de regioplannen. Neem initiatief, maak helder wat er van de zorgaanbieder verwacht wordt, wat wel en niet kan en waarom. Dit geldt ook voor regio's waarin samenwerkingsverbanden de slag naar een meer multidisciplinaire organisatie aan het maken zijn.
2. Aan zorgverzekeraars VGZ en CZ: Hoe meer focus er in de contractering op de regio komt te liggen, hoe groter het probleem van verschillen in inkoopbeleid wordt voor zorgaanbieders in regio's waar zowel VGZ als CZ afspraken maakt. Dit staat kansrijke initiatieven en regionale ontwikkelingen in de weg. VGZ en CZ moeten zich maximaal inspannen om hier tot een oplossing te komen.
3. Aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars: Richt je bij afspraken over segment 2 en 3 rondom multidisciplinaire zorg niet enkel op het aandeel van de huisarts. Werk toe naar daadwerkelijk multidisciplinaire samenwerking en bijbehorende ondersteuning. De huidige bekostigingsstructuur biedt daartoe voldoende mogelijkheden.
4. Aan VWS: In het verlengde van aanbeveling 3 denken wij dat het helpt als op meerdere fronten (het macrokader, de aanspraak en de NZa-regelgeving in het kader van de bekostiging) explicieter wordt gemaakt dat met multidisciplinaire zorg en de bijbehorende organisatie en infrastructuur ook écht multidisciplinaire zorg wordt bedoeld. Dit is wat anders dan enkel het aandeel van de huisarts in multidisciplinaire zorg. Op veel fronten is multidisciplinaire zorg nog zo sterk aan de huisartsenzorg gekoppeld dat de beweging naar daadwerkelijk multidisciplinaire samenwerking onvoldoende wordt aangemoedigd.