



Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022



31 maart 2022

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Aanleiding | 3 |
| Kernboodschap en aanbevelingen | 4 |
| 1 Ontwikkeling uitgaven tot en met 2021 | 6 |
| 1.1 Totale uitgaven | 6 |
| 1.2 Segment 1 | 9 |
| 1.3 Organisatie en infrastructuur | 9 |
| 2 Aanbevelingen monitor 2021 | 11 |
| 3 Contracteerproces | 13 |
| 3.1 Duur contracten | 13 |
| 3.2 Totstandkoming inkoopbeleid en contracten | 13 |
| 4 Inhoudelijke thema's | 16 |
| 4.1 Meer tijd voor de patiënt & zorg voor kwetsbare groepen | 16 |
| 4.2 Organisatie & infrastructuur | 17 |
| 4.3 Digitalisering | 19 |
| 4.4 Toegankelijkheid | 20 |
| 4.5 Versnellingstrajecten | 20 |
| 5 Conclusies en aanbevelingen | 21 |
| 5.1 Er worden steeds meer afspraken op regioniveau gemaakt | 21 |
| 5.2 Beleidswijzigingen veroorzaken commotie in de praktijk | 22 |
| 5.3 Een visie op toekomstbestendige huisartsenzorg in de regio is nodig | 23 |
| 5.4 De uitvoering van het hoofdlijnenakkoord wordt verschillend beleefd | 24 |
| Bijlage: Analyse Vektis-data | 26 |
| Methodiek | 26 |
| Uitgebreide weergave resultaten | 27 |

Aanleiding

Hoofdlijnenakkoord

In het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 staat de passage:

‘VWS vraagt de NZa om jaarlijks een globaal beeld van de contractering in de huisartsenzorg te maken, vergelijkbaar met de monitor die de NZa al uitvoert over de contractering wijkverpleging. Daarbij gaat het zowel om de ontwikkelingen in het contracteerproces als de mate waarin de thema’s van de inhoudelijke agenda voor de regio, te weten: meer tijd voor en met de patiënt, de zorg in ANW-uren en het versterken van de organisatie en infrastructuur (O&I) aan de orde komen in de contractering. Hierbij is aandacht voor regionale verschillen. De monitor van de NZa zal in het bestuurlijk overleg huisartsenzorg besproken worden.’

Dit vormt de aanleiding tot het jaarlijks maken van een monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het thema zorg in de ANW-uren wordt hierin sinds 2021 niet meer meegenomen aangezien dit een plek heeft in de monitor acute zorg.

Passende zorg

De beweging naar passende zorg is een zorgbrede beweging, over de grenzen van de verschillende zorgvormen heen. Wij concentreren ons in deze monitor op de contractering van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg op basis van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 t/m 2022. Vanwege het aflopen van het hoofdlijnenakkoord is dit de laatste monitor in de huidige vorm.

In het regeerakkoord staat dat vanaf 2023 met alle zorgsectoren in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een integraal hoofdlijnenakkoord afgesloten wordt. Dit kan bijdragen aan een integrale benadering van sectoroverstijgende vraagstukken. De monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg maakt, als onderdeel van de beweging naar passende zorg, deel uit van een integrale blik, die nog nader wordt uitgewerkt. De verschillende thema’s als contractering, kwaliteit, samenwerking in de regio, digitalisering en preventie hebben daar een plek in.

Kernboodschap en aanbevelingen

Er worden steeds meer afspraken op regioniveau gemaakt

Zorgverzekeraars sturen meer nog dan in voorgaande jaren aan op afspraken met de regionale samenwerkingsverbanden. Over onderwerpen als de zorg voor kwetsbare ouderen en (digitale) meekijkconsulten worden door een aantal zorgverzekeraars enkel nog afspraken op regioniveau gemaakt. Met name in de grootstedelijke gebieden met van oudsher meerdere, verschillende zorgaanbieders kost de vorming van één regionaal samenwerkingsverband tijd. Opvallend is dat er grote verschillen tussen regio's zichtbaar zijn.

Beleidswijzigingen veroorzaken commotie in de praktijk

We signaleren dat de aanpassing van een onderdeel van de financiering voor dermate veel opschudding heeft gezorgd dat dit verlamdend kan werken richting de toekomst. Wij vinden het in algemene zin van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in goed onderling overleg kunnen besluiten tot beleidswijzigingen. Verandering van beleid zal immers nodig om de huisartsenzorg toekomstbestendig te houden.

Een visie op toekomstbestendige huisartsenzorg in de regio is nodig

De toegankelijkheid van huisartsenzorg staat in een toenemend aantal regio's onder druk. De ervaren werkdruk onder huisartsen is hoog en de problemen met het vinden van opvolging nemen toe. Dat vraagt regionaal om verder vooruit kijken dan twee of vier jaren. Wij zien goede voorbeelden van constructieve samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het realiseren van oplossingen voor lokale toegankelijkheidsproblemen. We horen echter ook dat de toegankelijkheid van huisartsenzorg niet in elke regio standaard onderwerp van gesprek is.

Inzicht in vraag en aanbod draagt bij aan een effectieve aanpak van de toegankelijkheidsproblematiek in de huisartsenzorg. Het is aan zorgverzekeraars om samen met regionale samenwerkingsverbanden inzicht te krijgen en op basis daarvan passende activiteiten te ondernemen om de huisartsenzorg toegankelijk te houden. Digitalisering kan bijdragen aan het behouden van toegankelijke en kwalitatief goede huisartsenzorg. Dat geldt zowel voor digitale zorgverlening aan patiënten als digitale gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders.

De uitvoering van het hoofdlijnenakkoord wordt verschillend beleefd

Zorgverzekeraars geven aan dat het hoofdlijnenakkoord hen heeft geholpen bij het bepalen van speerpunten van het inkoopbeleid. Voor regionale samenwerkingsverbanden is het helpend geweest bij het opstellen van regioplannen. In de beleving van huisartsen heeft het hoofdlijnenakkoord echter "nauwelijks geleid tot een beter resultaat en zijn de afspraken niet nageleefd". Het is opvallend dat regionale samenwerkingsverbanden en huisartsen de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord verschillend beleven.

De macrokaders zijn de afgelopen jaren leidend geweest bij het maken van afspraken. De groeirimte die het hoofdlijnenakkoord biedt, wordt benut om te investeren in de thema's zoals benoemd in hoofdstuk 4. Het uitdrukken van de effecten van deze investeringen in behaalde resultaten blijkt in de praktijk echter lastig.

Op veel fronten is multidisciplinaire zorg nog altijd sterk gekoppeld aan huisartsenzorg. Dat remt de beweging naar multidisciplinaire samenwerking. Wij denken dat een integraal zorgakkoord en versterking van de organisatiegraad van de basiszorg, zoals opgenomen in het regeerakkoord, zal gaan bijdragen aan verbetering.

Aanbevelingen

Er worden steeds meer afspraken op regioniveau gemaakt

- 1 Hoewel het aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars is om afspraken te maken, is onze aanbeveling aan beiden om in het regioplan en de begroting onderscheid te maken tussen regio-, wijk- en ketenmanagement, voor zover dit nog niet gebeurt;
- 2 De zorgen over de continuïteit van zorg bij gezondheidscentra waar huisartsen in loondienst zijn, is zowel regionaal als landelijk uitgebreid besproken. Aanvullende afspraken hebben de zorg voor de korte termijn weggenomen. Voor de lange termijn blijft dit echter een aandachtspunt. Onze aanbeveling aan loondienstcentra en zorgverzekeraars is om afspraken te maken over de lange termijn;
- 3 Onze aanbeveling van vorig jaar aan VGZ en CZ om aandacht te hebben voor de onwenselijke effecten van verschillend inkoopbeleid blijft van kracht.

Beleidswijzigingen veroorzaken commotie in de praktijk

- 4 Het overlegteam huisartsen en Zilveren Kruis voeren niet op een structurele en constructieve manier overleg met elkaar. Onze aanbeveling aan beiden is om hier verandering in aan te brengen;
- 5 Onze aanbeveling aan VWS is om voorzichtig te zijn met aanwijzingen/opdrachten voor het doorvoeren van veranderingen in de regelgeving wanneer de contractering al gaande is.

Een visie op toekomstbestendige huisartsenzorg in de regio is nodig

- 6 Onze aanbeveling aan zorgverzekeraars en regionale samenwerkingsverbanden is om toegankelijkheid en toekomstbestendige huisartsenzorg standaard onderdeel van het regioplan te maken, voor zover dit nog niet gebeurt;
- 7 Onze aanbeveling aan zorgverzekeraars is om de regiobeelden meer te gebruiken bij het beoordelen van de regioplannen van zorgaanbieders;
- 8 Onze aanbeveling aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders is om bij het maken van afspraken aandacht te hebben voor de duur van veranderingsprocessen, en of de benodigde financiering een tijdelijk of structureel karakter heeft;
- 9 Onze aanbeveling aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders is om stil te staan bij de vraag op welke manier structurele kosten in het kader van digitalisering vergoed worden op de lange termijn.

De uitvoering van het hoofdlijnenakkoord wordt verschillend beleefd

- 10 De aanbeveling van vorig jaar aan VWS om explicieter te maken dat met multidisciplinaire zorg en de bijbehorende organisatie en infrastructuur ook écht multidisciplinaire zorg wordt bedoeld, blijft van kracht. Hetzelfde geldt voor onze aanbeveling aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zich bij afspraken over segment 2 en 3 rondom multidisciplinaire zorg niet enkel te richten op het aandeel van de huisarts.

1 Ontwikkeling uitgaven tot en met 2021

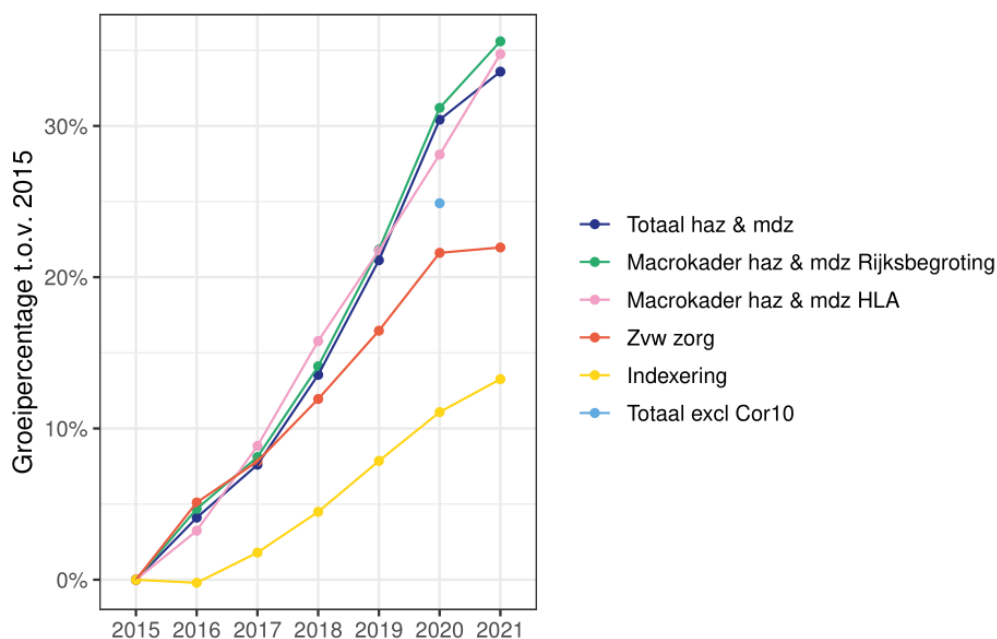
In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste resultaten van de analyse van de uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Deze analyse is gebaseerd op de Vektis-declaratiedata van de jaren 2015-2021. De data van 2021 zijn nog niet volledig. Om een inschatting te maken van de uitgaven van dat jaar is de beschikbare informatie geëxtrapoleerd. Dat betekent dat deze nog kunnen wijzigen. In de bijlage staan alle resultaten van de data-analyse, evenals een uitleg van de toegepaste methodiek.

1.1 Totale uitgaven

De ontwikkelingen van de totale uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zijn in figuur 1 en tabel 1 weergegeven. Het 'Macrokader haz & mdz HLA' geeft de macrokaders uit het hoofdlijnenakkoord inclusief loon-/prijsbijstelling en technische mutaties weer. Deze bedragen heeft de NZa in de beschikkingen macrobeheersinstrument huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg van de desbetreffende jaren opgenomen. Het 'Macrokader haz & mdz Rijksbegroting' betreft de macrokaders die jaarlijks worden bijgesteld op basis van de realisatiecijfers. De indexering is gebaseerd op de percentages die wij toepassen bij het jaarlijks vaststellen van de maximumtarieven.

De zwarte lijn geeft de groei van de totale uitgaven inclusief de continuïteitsbijdrage en vergoeding van de meerkosten in het kader van corona weer. De grijze punt geeft de groei van 2019 op 2020 exclusief deze uitgaven weer. Het lijkt alsof de groei van 2020 op 2021 minder groot is dan in de jaren daaraan voorafgaand, maar dat beeld is vertekend door de continuïteitsbijdrage en vergoeding van de meerkosten in 2020.

Figuur 1: Cumulatieve groei huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg sinds 2015



Bron: Vektis-data 2015-2021

De afvlakking van de groei van de totale Zvw-zorg (oranje lijn) komt voornamelijk door een substantiële daling van de uitgaven aan de GGZ. Die daling wordt verklaard door de introductie van het zorgprestatiemodel per 2022 waardoor de dbc-systematiek eind december 2021 hard is afgesloten. Een andere factor is de overgang van een deel van de langdurige GGZ (Zvw) naar de Wlz per 2021.

Tabel 1: Totaalbedragen en procentuele groei van de uitgaven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

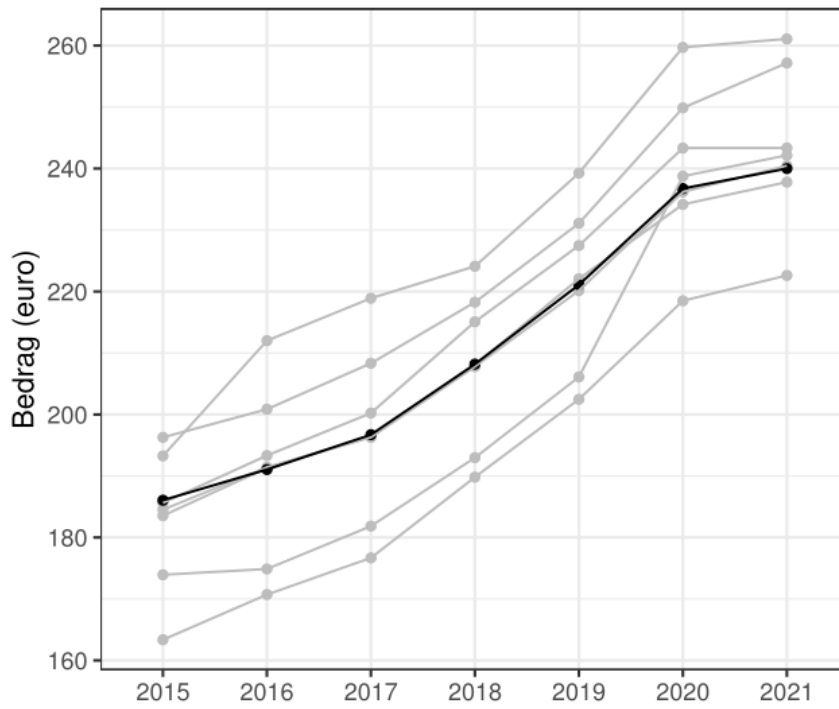
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Bedragen haz, mdz en Zvw zorg (M€) | | | | | | | |
| Totaal haz en mdz | 3.022 | 3.146 | 3.215 | 3.431 | 3.656 | 3.941 | 4.037 |
| Macrokader haz & mdz Rijksbegroting | 3.021 | 3.163 | 3.266 | 3.447 | 3.680 | 3.964 | 4.096 |
| Macrokader haz & mdz HLA | 3.102 | 3.202 | 3.376 | 3.591 | 3.777 | 3.974 | 4.180 |
| Zvw zorg | 39.740 | 41.770 | 42.850 | 44.488 | 46.283 | 48.328 | 48.469 |
| Groei cumulatief t.o.v. 2015 | | | | | | | |
| Groei haz en mdz | 0% | 4,1% | 7,6% | 13,5% | 21,0% | 30,4% | 33,6% |
| Groei macrokader Rijksbegroting | 0% | 4,7% | 8,1% | 14,1% | 21,8% | 31,2% | 35,6% |
| Groei macrokader HLA | 0% | 3,2% | 8,9% | 15,8% | 21,8% | 28,1% | 34,8% |
| Zvw zorg | 0% | 5,0% | 8,2% | 12,4% | 17,2% | 21,6% | 22,0% |
| Indexering | 0% | -0,2% | 1,8% | 4,5% | 7,9% | 11,1% | 13,3% |
| Groei jaarlijks | | | | | | | |
| Groei haz en mdz | 0% | 4,1% | 3,4% | 5,5% | 6,7% | 7,7% | 2,4% |
| Groei macrokader Rijksbegroting | 0% | 4,7% | 3,3% | 5,5% | 6,8% | 7,7% | 3,4% |
| Groei macrokader HLA | 0% | 3,2% | 5,4% | 6,4% | 5,2% | 5,2% | 5,2% |
| Zvw zorg | 0% | 5,1% | 2,6% | 3,8% | 4,0% | 4,4% | 0,3% |
| Indexering | 0% | -0,2% | 2,0% | 2,6% | 3,2% | 3,0% | 2,0% |

Bron: Vektis-data 2015-2021, ministerie van VWS, Zorginstituut, NZa

Figuur 2 toont de totale uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per verzekerde per jaar, uitgesplitst per zorgverzekeraar. De zwarte lijn geeft het landelijk gemiddelde weer en de grijze lijnen de verschillende zorgverzekeraars. De uitgaven ontwikkelen zich bij alle zorgverzekeraars op een soortgelijke manier ondanks de verschillen in inkoopbeleid wat betreft segment 2 en 3.

Een verklaring voor het verschil in de hoogte van de uitgaven per zorgverzekeraar, maar ook binnen de verschillende regio's in het kernwerkgebied van één zorgverzekeraar, zijn de verschillen in gezondheid van de populatie (zorgzwaarte). Dat is niet alleen bepalend voor hoe vaak een patiënt de huisartsenpraktijk bezoekt maar ook voor het type consult, verrichting en zorgprogramma. Dat is echter niet de enige verklaring. Wat segment 2 en 3 betreft zijn er verschillen in afspraken en tarieven.

Figuur 2: Totale uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per verzekerde per jaar uitgesplitst per zorgverzekeraar

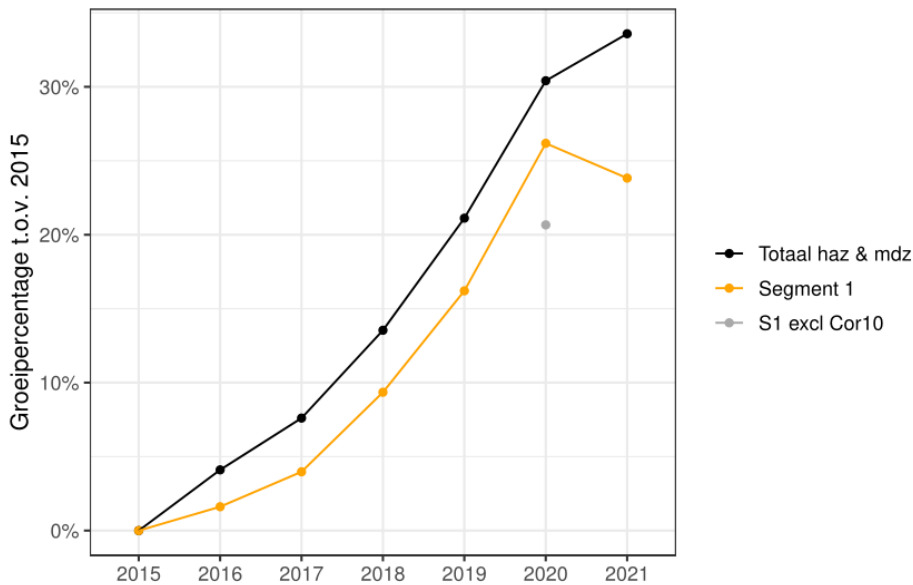


Bron: Vektis-data 2015-2021

1.2 Segment 1

Wanneer we in figuur 3 specifiek kijken naar de uitgaven aan huisartsenzorg in segment 1 (oranje lijn), dan is het effect van de continuïteitsbijdrage en vergoeding van de meerkosten in het kader van corona duidelijk zichtbaar. Ook in deze figuur geeft de grijze punt de groei van 2019 op 2020 exclusief deze uitgaven weer. De wat minder sterke groei van de totale uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 op 2021 (zwarte lijn) wordt ten dele verklaard door een nagenoeg gelijkblijvend O&I-budget zoals blijkt uit figuur 4.

Figuur 3: Groeipercentage in segment 1 per verzekerde per jaar

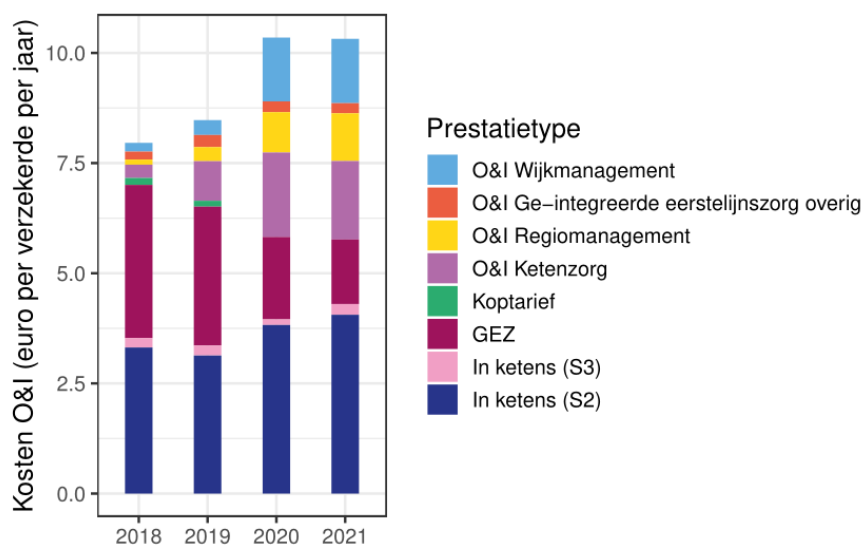


Bron: Vektis-data 2015-2021

1.3 Organisatie en infrastructuur

Figuur 4 laat de totale uitgaven O&I per verzekerde, inclusief een uitsplitsing van de verschillende O&I-prestaties, zien. Aangezien het merendeel van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders een contract 2020-2021 gesloten had, zien we dat het O&I-budget 2021 nagenoeg gelijk is aan dat van 2020. Vanwege de toename van het aantal ingeschreven verzekerden is het O&I-bedrag per verzekerde licht afgenomen. De meeste zorgverzekeraars en regionale samenwerkingsverbanden maken meerjarenafspraken met elkaar over O&I op basis van een regioplan en een begroting. Verandering is daarom hoofdzakelijk te zien met ingang van een nieuw meerjarencontract.

Figuur 4: Bedragen en verhoudingen verschillende O&I-prestaties



Bron: Vektis-data 2015-2021 & uitvraag zorgverzekeraars

De ontwikkeling van de totale uitgaven O&I per verzekerde in de afgelopen jaren geeft een beeld van de mate van investering in dit thema. Dat geldt in mindere mate voor de ontwikkeling op het niveau van de afzonderlijke prestaties. In de loop der jaren is de wijze van financiering van O&I in een aantal regio's namelijk veranderd. Een voorbeeld hiervan is de GEZ-financiering van gezondheidscentra die nu in een aantal regio's onderdeel uitmaakt van het O&I-budget van het regionaal samenwerkingsverband. Daar komt bij dat dit O&I-budget in de ene regio vergoed wordt op basis van de prestatie O&I Regiomanagement en in de andere regio op basis van de ketenzorgprestaties. Het is daarom niet mogelijk om valide conclusies te trekken over de ontwikkeling van de uitgaven op het niveau van de afzonderlijke prestaties.

2 Aanbevelingen monitor 2021

In de monitor van vorig jaar hebben we een aantal nieuwe aanbevelingen gedaan. In dit hoofdstuk zetten we uiteen in welke mate deze aanbevelingen zijn opgevolgd.

“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.”

Uit het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars blijkt dat zij meer dan in voorgaande jaren hebben nagedacht over hoe de organisatie van zorg in de regio eruit moeten (komen te) zien. Zo zijn er bewuste keuzes gemaakt over welke prestaties op praktijk-, wijk- en regioniveau worden ingekocht. Op die manier sturen zorgverzekeraars aan op verandering van de organisatie van zorg. Voorbeelden hiervan zijn opgenomen in paragraaf 4.2.

Zorgverzekeraars laten het maken van inhoudelijke plannen veelal over aan zorgaanbieders, en maken zelf beperkt gebruik van de opgestelde regiobeelden. In de contractering blijven de macrokaders, die zorgverzekeraars vertaald hebben naar eigen inkoopkaders, leidend bij het maken van afspraken.

“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. VGZ en CZ moeten zich maximaal inspannen om hier tot een oplossing te komen.”

VGZ biedt vanaf 2022 de mogelijkheid om de prestatie Zorg voor kwetsbare ouderen structureel te contracteren op het niveau van het regionaal samenwerkingsverband. CZ hanteert dit beleid sinds 2021 waardoor dit nu beter op elkaar aansluit.

CZ overweegt om een éénjarig contract voor 2023 te sluiten met zowel huisartsenpraktijken als regionale samenwerkingsverbanden zodat de contracten synchroon gaan lopen met die van VGZ. Hoewel dit de contractering 2023 betreft, is dit een voorgenomen beleidswijziging die tegemoet komt aan door zorgaanbieders ervaren knelpunten.

VGZ en CZ gaan vaker tezamen met zorgaanbieders in overleg, bijvoorbeeld over digitalisering en meekijkconsulten. Dat blijkt uit de interviews met zowel zorgaanbieders als de beide zorgverzekeraars. Over de inhoud en organisatie van de zorg wordt in gezamenlijkheid gesproken. De afspraken over tarieven worden afzonderlijk gemaakt. Zorgaanbieders ervaren dat het lastig is om voor hen werkbare afspraken te maken omdat er verschillende voorwaarden per prestatie gehanteerd worden. In paragraaf 5.1 komen we hierop terug.

“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.”

Een aantal zorgverzekeraars waaronder Zilveren Kruis heeft expliciet in haar inkoopbeleid opgenomen dat het regioplan in het kader van O&I een multidisciplinair karakter moet hebben. Om de samenwerking in de regio te stimuleren is de voorwaarde gesteld dat andere disciplines en domeinen betrokken moeten worden bij het opstellen van het regioplan.

We constateren dat een aantal regionale samenwerkingsverbanden een organisatie voor hoofdzakelijk huisartsen wenst te blijven. Daarbij moet onderscheid gemaakt worden tussen inhoudelijke afspraken over multidisciplinaire zorg en daadwerkelijk multidisciplinaire organisaties. Het merendeel van de regionale samenwerkingsverbanden maakt inhoudelijke afspraken over multidisciplinaire zorg maar is een organisatie van de huisartsencoöperatie.

De wijksamenwerkingsverbanden in het kernwerkgebied van Zorg en Zekerheid zijn een mooi voorbeeld van daadwerkelijk multidisciplinaire organisaties. In een wijksamenwerkingsverband zitten altijd een aantal huisartsen, een apotheker en paramedici. Zij stemmen hun werkzaamheden af met de wijkverpleegkundige en het sociaal domein. De samenwerking met ziekenhuizen, GGZ-/VVT-instellingen en gemeenten gebeurt op regionaal niveau, via het regionaal samenwerkingsverband.

“Aan VWS: Het helpt als op meerdere fronten (macrokader, aanspraak en NZa-regelgeving) explicieter wordt gemaakt dat met multidisciplinaire zorg en de bijbehorende organisatie en infrastructuur ook écht multidisciplinaire zorg wordt bedoeld.”

In het regeerakkoord zijn afspraken gemaakt die kunnen bijdragen aan het realiseren van meer multidisciplinaire zorg en de bijbehorende organisatie en infrastructuur. Dat geldt onder andere voor de afspraken over een integraal hoofdlijnenakkoord, passende zorg, gegevensuitwisseling, anderhalvelijnszorg (meekijkconsult) en de organisatiegraad van de eerstelijns-/basiszorg, waaronder de aansluiting op het sociaal domein. VWS heeft aangegeven dat in de aankomende periode bepaald zal worden op welke manier precies invulling gegeven gaat worden aan de uitwerking van deze afspraken.

3 Contracteerproces

3.1 Duur contracten

Tabel 2 geeft een overzicht van de duur van alle contracten huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg bij de verschillende zorgverzekeraars

Tabel 2: Overzicht duur contracten huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

| | Nieuw contract | Duur | Periode |
|-------------------|--|--------|------------|
| Zilveren Kruis | Ja | 2 jaar | 2022-2023* |
| VGZ | Ja | 2 jaar | 2022-2023 |
| CZ | Nee | 2 jaar | 2021-2022 |
| Menzis | Ja (huisartsenpraktijken) | 1 jaar | 2022 |
| | Nee (regionale samenwerkingsverbanden) | 2 jaar | 2021-2022 |
| DSW | Ja (huisartsenpraktijken) | 2 jaar | 2022-2023 |
| | Ja (regionale samenwerkingsverbanden) | 1 jaar | 2022 |
| Zorg en Zekerheid | Nee (huisartsenpraktijken) | 3 jaar | 2020-2022 |
| | Ja (regionale samenwerkingsverbanden) | 1 jaar | 2022 |
| Eno | Ja | 1 jaar | 2022 |

* Voor regionale samenwerkingsverbanden in Friesland geldt een 1-jarig contract

Bron: zorginkoopbeleid 2022 van alle zorgverzekeraars

We zien meer meerjarencontracten in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg dan aan het begin van het hoofdlijnenakkoord. De grote zorgverzekeraars hebben over het algemeen nu allemaal tweejarige contracten lopen. Voor dit jaar zijn er wel een aantal zorgverzekeraars die bewust voor een eenjarig contract hebben gekozen, omdat het hoofdlijnenakkoord na dit jaar afloopt.

3.2 Totstandkoming inkoopbeleid en contracten

In een aantal regio's hebben de overlegteams huisartsen en (een afvaardiging van) regionale samenwerkingsverbanden tezamen overleg gevoerd met de zorgverzekeraar. Gezien de samenhang tussen de contracten met huisartsenpraktijken en regionale samenwerkingsverbanden hebben partijen dit als een meerwaarde ervaren.

Overlegteams huisartsen

Per kernwerkgebied van een zorgverzekeraar is een team samengesteld van bestuurders van de LHV-kring en huisartsen werkzaam in het betreffende gebied. Dit overlegteam huisartsen gaat met de zorgverzekeraar in gesprek over het contracteerproces en de inhoud van het inkoopbeleid. Over de tarieven wordt niet gesproken. Tussen de meeste overlegteams huisartsen en zorgverzekeraars vindt structureel overleg plaats. Zowel het structurele karakter als dat dit overleg al jaren door dezelfde personen gevoerd wordt, ervaren beide partijen als prettig.

Het overleg tussen het overlegteam huisartsen en Zilveren Kruis is niet naar tevredenheid van beiden verlopen. Na een intensief traject van de totstandkoming van het inkoopbeleid 2021, dat onder andere heeft geleid tot de module Toekomstbestendige huisartsenzorg, heeft er een periode wat minder structureel overleg plaatsgevonden. Het concept-inkoopbeleid 2022 is door Zilveren Kruis wel geconsulteerd maar de gesprekken hierover met het overlegteam huisartsen is niet altijd even constructief verlopen.

Ook tussen het overlegteam huisartsen en Eno verloopt het overleg niet naar tevredenheid. Opvallend is dat dit in de afgelopen twee jaren is verslechterd. Het overlegteam ervaart een duidelijke koerswijziging ten opzichte van het verleden. De gesprekken gaan meer dan voorheen over de hoogte van de tarieven en het al dan niet behalen van resultaten. Eno herkent dit beeld, geeft aan dat een transitie altijd gepaard gaat met enige wrijving maar ziet dit niet als iets negatiefs.

Beide constatering op basis van de interviews met de regionale zorgaanbieders en desbetreffende zorgverzekeraars worden onderstreept door de resultaten van de enquête over de contractering die de LHV onder haar leden heeft uitgezet. Daaruit valt op te maken dat de tevredenheid over het contracteerproces van Zilveren Kruis en Eno duidelijk is verslechterd. Voor huisartsen in het kernwerkgebied van VGZ geldt dat de tevredenheid is toegenomen nadat deze in de vorige metingen een daling liet zien. Over het algemeen ligt de tevredenheid over het contracteerproces en de inhoud van het contract op hetzelfde niveau als in voorgaande jaren. Op een schaal van 1-10 scoren de huisartsen gemiddeld een 4.9. De voornaamste pijnpunten staan in de alinea Resultaten LHV-enquête.

Regionale samenwerkingsverbanden

VGZ heeft het initiatief genomen om met een gemandateerde afvaardiging van regionale samenwerkingsverbanden in gesprek te gaan over het inkoopbeleid 2022. Dat heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit inkoopbeleid en de contracten.

Bij het maken van resultaatafspraken op het gebied van ketenzorg heeft VGZ een opslag van 4% op het tarief gehanteerd wanneer de afspraken vóór 1 november 2021 tot stand kwamen, en 2% wanneer dit erna was. Dat is een eis waar veel regionale samenwerkingsverbanden moeite mee hebben. Zij hebben dit ervaren als een eenzijdige maatregel. Het doel dat VGZ voor ogen heeft met dit beleid is het tijdig afronden van de contractering. Afgezien daarvan vraagt VGZ zich af of langer onderhandelen tot andere resultaten zou leiden.

De regionale samenwerkingsverbanden in Friesland, zijnde Dokterszorg Friesland en de Friese Huisartsen Vereniging, ondersteund door de LHV, geven aan dat Zilveren Kruis veel tijd en energie heeft gestoken in een soepele overgang van De Friesland naar Zilveren Kruis. In gezamenlijkheid is er een visie op de huisartsenzorg in Friesland geformuleerd. Dit heeft de zorgaanbieders vertrouwen gegeven.

De bestuurders en medewerker van regionale samenwerkingsverbanden en inkopers van zorgverzekeraars weten elkaar over het algemeen goed te vinden ten behoeve van het contracteerproces.

Indexering

Naar aanleiding van het kabinetsbesluit om € 675 miljoen euro extra beschikbaar te stellen voor salarissen in de zorg vanaf 2022 hebben wij de NZa-maximumtarieven 2022 verhoogd en begin november een nieuwe prestatie- en tariefbeschikking 2022 gepubliceerd. De verhoging van de tarieven bleek vervolgens door het merendeel van de zorgverzekeraars niet door te voeren aangezien VECOZO daartoe niet tijdig in staat bleek. Om die reden is door hen het verzoek bij ons ingediend om de prestatie- en tariefbeschikking in te trekken en pas met ingang van het tweede kwartaal van 2022 de verhoging van de tarieven door te voeren. Dat verzoek is gehonoreerd. Het niet met ingang van het eerste kwartaal van 2022 kunnen doorvoeren van de verhoogde tarieven heeft tot grote teleurstelling geleid onder huisartsen en bij de branche-/beroepsverenigingen van zorgaanbieders. DSW is wel in staat gebleken om de verhoging van de tarieven al met ingang van het eerste kwartaal van 2022 door te voeren. In hoofdstuk 5 doen we een aanbeveling aan VWS naar aanleiding van hoe dit proces is verlopen.

De indexering van de vrije tarieven in segment 2 en 3 laat geen ander beeld zien dan vorig jaar. In een aantal regio's heeft dit discussie opgeleverd. Bij nieuwe contracten keek een aantal zorgverzekeraars naar de hoogte van de tarieven ten opzichte van de rest van het kernwerkgebied, en bepaalden zij op basis daarvan in welke mate indexering werd toegepast.

Resultaten LHV-enquête

Uit de resultaten van de enquête over de contractering die de LHV onder haar leden heeft uitgezet blijkt dat huisartsen minder vaak contact zoeken met de zorgverzekeraar. De tijd die huisartsen krijgen om contracten te beoordelen en ondertekenen voldoet aan de regels volgens de ondervraagde huisartsen. De onderwerpen meer tijd voor de patiënt, administratieve lasten en ruimte voor de inzet van een extra doktersassistente worden door de huisartsen als voornaamste pijnpunten in het contract ervaren.

Op de stellingen 'De tarieven in het zorgcontract zijn over het algemeen voldoende' en 'Het zorgcontract stelt mij in staat om mijn patiënten de juiste zorg te kunnen bieden' scoort DSW goed, zo blijkt de resultaten. De huisartsen in het kernwerkgebied van DSW zijn tevreden over het alternatieve bekostigingsmodel zonder consulten, visites en verrichtingen dat uitgaat van een bedrag per ingeschreven verzekerde op basis van zorgzwaarte.

4 Inhoudelijke thema's

4.1 Meer tijd voor de patiënt & zorg voor kwetsbare groepen

Zilveren Kruis heeft een aantal jaren terug het concept Krachtige basiszorg ontwikkeld. Met de implementatie van dit concept wordt gestreefd naar:

- gezondheidsverbetering van de populatie;
- verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg;
- het vergroten van het werkplezier;
- vermindering van de werkdruk van zorgprofessionals;
- reductie van de zorgkosten.

In wijken van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht en Haarlem zijn afspraken gemaakt over Krachtige basiszorg met tien gezondheidscentra en huisartsenpraktijken. Deze afspraken zijn gecontinueerd richting 2022-2023. De praktijken mogen zelf bepalen welke activiteiten zij inzetten. Eén van de belangrijkste elementen van Krachtige basiszorg is dat er structurele samenwerking is met andere zorgprofessionals in de wijk en de hulpverleners in het sociaal domein. Door vaste overlegmomenten en werkafspraken leren professionals in de wijk elkaar kennen, leren zij van elkaars expertise en bieden zij samen zorg op maat aan mensen met gestapelde problematiek. Een ander belangrijk element is dat er meer tijd voor de patiënt wordt vrijgemaakt en dat professionals bij het analyseren en behandelen van gezondheidsproblemen niet alleen kijken naar het fysieke aspect van de klachten, maar ook kijken naar problematiek in andere leefdomeinen.

VGZ heeft het aantal trajecten in het kader van meer tijd voor de patiënt uitgebreid van drie naar vijf. Bij de drie regionale samenwerkingsverbanden waar al trajecten liepen is het aantal deelnemende huisartsenpraktijken uitgebreid en bij twee regionale samenwerkingsverbanden zijn nieuwe afspraken gemaakt. Het accent is in de afspraken licht verschoven van enkel extra capaciteit aan huisartsen naar het implementeren van interventies die verandering van de praktijk- en consultvoering tot gevolg hebben. Dat kan ook extra capaciteit zijn maar heeft een bredere scope. Voorbeelden van interventies zijn intervisie van het verwijsgedrag, intercollegiale telefonische consulten (transmuraal) en regie op veelgebruikers van zorg. Met de adherente ziekenhuizen worden gelijkgerichte afspraken gemaakt. Die afspraken vormen een randvoorwaarde voor de totstandkoming van afspraken met de regionale samenwerkingsverbanden en huisartsenpraktijken. De drie al langer lopende trajecten hebben aangetoond dat investeren in meer tijd voor de patiënt minder verwijzingen, minder diagnostiek en minder voorgeschreven geneesmiddelen tot gevolg kan hebben.

Eno heeft de afspraken met het regionaal samenwerkingsverband in haar kernwerkgebied gecontinueerd. Deze zijn eveneens gericht op het implementeren van interventies die verandering van de praktijk- en consultvoering tot gevolg hebben. De andere zorgverzekeraars zetten in het streven naar meer tijd voor de patiënt vooral in op de extra inzet van ondersteunend personeel zoals verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Zilveren Kruis heeft de financiering van de praktijkondersteuner somatiek (poh-s) veranderd. Voorheen was dit een vaste vergoeding per ingeschreven verzekerde naast de vergoeding uit ketenzorg en eventuele segment 3-maatwerkafspraken. Initieel was het inkoopbeleid 2022 dat consulten, visites en verrichtingen gedeclareerd zouden kunnen worden en de vaste vergoeding per ingeschreven verzekerde zou verdwijnen. Het doel dat Zilveren Kruis hiermee voor ogen had, is dat de poh-s de huisarts meer gaat ondersteunen bij patiëntenzorg in brede zin en dus niet enkel bij de chronische zorgprogramma's. Na kritiek van huisartsen en de LHV besloot Zilveren Kruis om de vaste vergoeding te behouden maar het tarief te verlagen en daarnaast declaratie van consulten, visites en verrichtingen mogelijk te maken. De wijziging zou budgetneutraal zijn. Een groep huisartsen was echter bezorgd over mogelijke omzetsderving op het niveau van de eigen huisartsenpraktijk. Om die reden is Zilveren Kruis een petitie aangeboden om de beleidswijziging in zijn geheel terug te draaien, heeft een groep huisartsen het contract onder protest getekend en is een kort geding aangespannen. Begin februari, nog voor het kort geding, heeft Zilveren Kruis het inkoopbeleid opnieuw gewijzigd en aangegeven dat huisartsen die dit willen met ingang van het tweede kwartaal van 2022 kunnen terugvallen op de financiering van 2021. Hoeveel huisartsen gebruik gaan maken van die mogelijkheid moet nog duidelijk worden. Voor huisartsen die dit gaan doen is een compensatieregeling vastgesteld voor misgelopen omzet in het eerste kwartaal van 2022.

De huisartsen in Friesland zijn bezorgd geweest over de prestatie Samenwerking rondom kwetsbare ouderen van Zilveren Kruis. Deze prestatie is verschillend van de prestatie Netwerkgroep voor kwetsbare ouderen van De Friesland die voor hen voor 2022 van toepassing was. Analoot aan het gewijzigde inkoopbeleid poh-s heeft Zilveren Kruis de huisartsen in Friesland de mogelijkheid geboden om terug te vallen op het inkoopbeleid 2021 van De Friesland, en is er een compensatieregeling vastgesteld voor het eerste kwartaal van 2022.

4.2 Organisatie & infrastructuur

Zorgverzekeraars streven met hun inkoopbeleid naar één regionaal samenwerkingsverband om afspraken mee te maken. Dit krijgt in de praktijk steeds meer vorm. We signaleren dat de prestaties Doelmatig voorschrijven en Zorg voor kwetsbare ouderen door een aantal zorgverzekeraars in 2022 ook, of zelfs enkel nog op het niveau van het regionaal samenwerkingsverband gecontracteerd wordt. Ook over anderhalvelijnszorg en (digitale) meekijkconsulten worden door een aantal zorgverzekeraars enkel nog afspraken op regioniveau gemaakt. De trend van regionalisering die al een aantal jaren gaande is, zet door.

Regionale samenwerkingsverbanden nemen voornoemde thema's maar ook onderwerpen als toegankelijkheid, ggz en samenwerking met het sociaal domein op eigen initiatief in het regioplan op. In zijn algemeenheid zien huisartsen hier in toenemende mate een rol weggelegd voor het regionaal samenwerkingsverband. Dat verschilt echter sterk per regio. In een aantal regio's zorgt de verbreding van de rol voor spanning tussen de praktijkhouders en het overlegteam huisartsen enerzijds en de regionale samenwerkingsverbanden anderzijds. Dat heeft onder andere gespeeld in het kernwerkgebied van Zorg en Zekerheid. In algemene zin is onze indruk dat in de regio's waar dit speelt een aantal huisartsen andere oplossingen voor ervaren knelpunten voor ogen heeft. Een voorbeeld is de prestatie Praktijkmanagement. Een deel van de praktijkhouders wil een eigen, vaste praktijkmanager en daar ook rechtstreeks een vergoeding voor krijgen. Regionale samenwerkingsverbanden zetten praktijkmanagers veelal flexibel in bij praktijken waar op dat moment een behoefte bestaat en leggen de relatie tussen praktijk-, wijk- en regiomanagement.

In de regio Rotterdam-Rijnmond zijn vanaf 1 januari 2022 Stichting ZONBOOG, Stichting Gezond op Zuid, Het Netwerk en IZER gezamenlijk verdergegaan onder de naam Rijnmond Dokters. IZER is in deze nieuwe organisatie opgegaan. Gezond op Zuid, ZONBOOG en de praktijken aangesloten bij Het Netwerk zijn lid van de coöperatie. Alle zorggroepen en gezondheidscentra in de regio zijn met Zilveren Kruis een gezamenlijk contract aangegaan over segment 2 en (ten dele) segment 3. Elke praktijk heeft een aanbod ontvangen om zich aan te sluiten en modules te contracteren. De modules hebben onder andere betrekking op chronische zorg, kwetsbare ouderenzorg, wijkmanagement en toekomstbestendige huisartsenzorg. Rijnmond Dokters beschrijft het bundelen van de organisatiekracht, het zijn van een sterke gesprekspartner en het bieden van ondersteuning van huisartsenzorg als voordelen van het nieuwe regionale samenwerkingsverband.

Bij het vergoeden van O&I per ingeschreven verzekerde lopen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tegen knelpunten aan op het gebied van privacywetgeving en btw. De privacywetgeving speelt een rol bij het verwerken van het bsn door het regionaal samenwerkingsverband ten behoeve van declaratie bij de zorgverzekeraar. Nadat partijen tot de conclusie zijn gekomen dat voor dit knelpunt geen werkbare oplossing bestaat binnen de huidige wet- en regelgeving, is VWS gaan onderzoeken hoe een structurele oplossing kan worden gevonden via aanpassing van wetgeving. Partijen vinden het teleurstellend dat het lang heeft geduurd om gezamenlijk tot deze conclusie te komen. Voor btw geldt dat de huidige wet- en regelgeving een structurele oplossing biedt voor de vrijstelling van O&I-prestaties. Over de toepassing van die vrijstelling in het geval van onderaannemerschap zijn door partijen vragen gesteld. Ook hier speelt mee dat een aantal zorgverzekeraars gezondheidscentra niet meer rechtstreeks vergoed in het kader van O&I-activiteiten maar dat deze gezondheidscentra als onderaannemer van het regionale samenwerkingsverband fungeren en via die weg middelen ontvangen. VWS heeft aangegeven dat ook in die situatie de btw-vrijstelling van toepassing is, onder dezelfde voorwaarden.

Geïntegreerde eerstelijnszorg / Wijkmanagement

Gezondheidscentra worden door een aantal zorgverzekeraars niet meer rechtstreeks gecontracteerd, zoals dat in het verleden wel gebeurde. In de desbetreffende regio's is dit in de afgelopen jaren afgebouwd. De relatie tussen praktijk-, wijk- en regiomanagement en het daarmee samenhangende streven naar één regionaal samenwerkingsverband om afspraken mee te maken liggen hieraan ten grondslag. De middelen die gezondheidscentra voorheen rechtstreeks van deze zorgverzekeraars ontvingen, maken nu in veel regio's onderdeel uit van het O&I-budget van het regionale samenwerkingsverband. Dit heeft bij de gezondheidscentra geleid tot zorgen over de continuering van de O&I-activiteiten. Op basis van de interviews concluderen wij dat de middelen specifiek in het kader van wijkmanagement niet of in beperkte mate zijn uitgebreid. Gezondheidscentra en regionale samenwerkingsverbanden geven aan dat zij hun ambitie om samenhangende zorg in meer wijken te realiseren hiermee niet kunnen waarmaken. We kunnen dit niet onderbouwen op basis van de data-analyse zoals beschreven in paragraaf 1.3. In hoofdstuk 5 doen we op basis van de signalen die we hebben ontvangen een aanbeveling aan zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. De zorgen over de continuering van de O&I-activiteiten speelt in mindere mate in het kernwerkgebied van Menzis aangezien zij gezondheidscentra nog wel rechtstreeks contracteert.

Bij gezondheidscentra waar de huisartsen in loondienst zijn, heeft het niet meer rechtstreeks contracteren tot grote zorgen over de continuïteit van de organisatie en daarmee zorg geleid. Deze gezondheidscentra hebben te maken met fiscale meerkosten die voorheen ten dele werden gedekt met opbrengsten uit de prestatie Geïntegreerde eerstelijnszorg. Met de verandering van het inkoopbeleid van een aantal zorgverzekeraars zijn zij afhankelijk geworden van de regionale samenwerkingsverbanden waar het de opbrengsten uit O&I betreft. De zorgen waren het grootst in het kernwerkgebied van Zilveren Kruis, met name in de grootstedelijke gebieden waar van oudsher veel

samenwerkingsverbanden actief zijn. De verschillen tussen die grootstedelijke gebieden zijn echter groot. In Rotterdam-Rijnmond zijn de afspraken hierover soepeler tot stand gekomen dan in Amsterdam. In reactie op een verzoek van een aantal zorgaanbieders uit de regio Amsterdam, InEen & Zilveren Kruis hebben wij aangegeven dat een aparte prestatie in het kader van fiscale meerkosten in de beleidsregel niet tot de mogelijkheden behoort. Nadien hebben Zilveren Kruis en de desbetreffende zorgaanbieders aanvullende afspraken met elkaar gemaakt die de zorgen voor de korte termijn weg hebben genomen.

4.3 Digitalisering

De mate waarin afspraken zijn gemaakt over digitalisering verschilt sterk per regio. Zilveren Kruis heeft in alle regio's binnen haar kernwerkgebied afspraken gemaakt over dit thema. De zorginkopers hebben digitalisering geagendeerd in de overleggen met de regionale samenwerkingsverbanden. Hierbij is de handreiking voor gesprek over digitalisering van ZN, de LHV en InEen als uitgangspunt gebruikt. In een aantal gevallen is ter ondersteuning een extern bureau ingeschakeld. De zorgaanbieders hebben de handreiking gebruikt om plannen te maken. Er zijn afspraken gemaakt over bijvoorbeeld het aanstellen van een 'eerstelijns chief medical information officer (CMIO)', een regionaal HIS-selectietraject, het organiseren van gegevensuitwisseling met het ziekenhuis en/of de wijkverpleging en het implementeren van e-health-toepassingen.

In een aantal regio's in de kernwerkgebieden van de andere zorgverzekeraars zijn geen afspraken tot stand gekomen. In sommige gevallen omdat volgens de zorgverzekeraar het regionaal samenwerkingsverband met de aangesloten huisartsen niet met een concreet plan is gekomen. We hebben echter ook een aantal voorbeelden gehoord van plannen waar de zorgverzekeraar enthousiast over was maar geen of maar beperkt afspraken over heeft gemaakt omdat er geen structurele financieringsmogelijkheden bestaan. Dat heeft onder andere gespeeld in een regio in het kernwerkgebied van Menzis. De exacte besteding van de via het hoofdlijnenakkoord beschikbaar gestelde middelen in het kader van digitalisering is niet zorgvuldig in cijfers uit te drukken, aangezien in de praktijk verschillende prestaties worden gebruikt voor de financiering.

Veel zorgverzekeraars leggen bij de invulling van de prestatie Service & Bereikbaarheid meer dan voorgaande jaren de nadruk op digitale service en bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken. Dit doen zij met het oog op de toegevoegde waarde voor verzekerden, maar ook omdat digitalisering kan bijdragen aan de oplossing van regionale knelpunten in de toegankelijkheid van huisartsenzorg. De coronamaatregelen hebben de digitalisering van de huisartsenzorg in een stroomversnelling gebracht. Los daarvan ervaren partijen een gevoel van urgentie om regionale toegankelijkheidsproblemen op te lossen waarbij nadrukkelijk gekeken wordt naar digitale zorg. De overlegteams huisartsen en LHV benadrukken dat zij digitalisering zien als een middel dat kan bijdragen aan de oplossing maar niet als doel op zich.

4.4 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van huisartsenzorg staat in meerdere regio's onder druk. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders hebben hier in toenemende mate aandacht voor. We hebben verschillende voorbeelden gehoord van constructieve samenwerking bij het realiseren van oplossingen.

- Voor het vinden van praktijkopvolging op Schiermonnikoog hebben het regionale overlegteam huisartsen, het regionale samenwerkingsverband (Dokterszorg) en Zilveren Kruis intensief samengewerkt. Dit heeft uiteindelijk geleid tot het vinden van een nieuwe praktijkhouder op het eiland en daarmee is de lokale toegang tot huisartsenzorg geborgd.
- Bij VieCuri Medisch Centrum (Venlo), grenzend aan de huisartsenpost, is een huisartsenpraktijk voor arbeidsmigranten opgestart waarbij het lokale overlegteam huisartsen, het regionale samenwerkingsverband (Cohesie) en VGZ hebben samengewerkt.
- Andere voorbeelden zijn het Programma Toekomstbestendige Huisartsenzorg en de Commissie Opvolging en Vestiging in Zeeland. Hier maken zowel huisartsen als een inkoper van CZ onderdeel van uit.

Praktijkopvolging, bijvoorbeeld bij pensionering van de praktijkhouder, is in veel regio's een grote uitdaging. De huisartsen en het regionale samenwerkingsverband hebben over het algemeen een voorkeur voor een huisarts die de praktijk kan overnemen of overname door een andere huisartsenpraktijk. Een andere mogelijkheid is dat het regionale samenwerkingsverband de praktijk overneemt en dat er een vaste waarnemend huisarts in de praktijk gaat werken. Organisaties als Quin Dokters en Co-Med zijn steeds actiever in regio's waar problemen met praktijkopvolging bestaan. Over dergelijke organisaties wordt verschillend gedacht. Sommigen zien het als een kans om praktijken te moderniseren door de praktijkvoering wezenlijk aan te passen, onder andere middels digitalisering. Anderen zien het als een bedreiging voor de kwaliteit van zorg en afstemming in de regio. We signaleren dat wanneer de nood hoog is zorgaanbieders eerder met deze organisaties in gesprek gaan.

4.5 Versnellingstrajecten

Naar aanleiding van de midterm review van het hoofdlijnenakkoord, eind 2020 door de Rebel group uitgevoerd in opdracht van VWS, zijn bestuurlijke afspraken gemaakt over drie versnellingstrajecten voor de periode 2021-2022. Deze trajecten hebben betrekking op meer tijd voor de patiënt, organisatie en infrastructuur en digitalisering. Voor meer tijd voor de patiënt zijn begin 2022 de regio's geselecteerd in het kader van de uitbreiding van het aantal projecten. Voor O&I is het selectieproces momenteel gaande. In de regio's die daaruit komen, gaat gewerkt worden aan de versterking van de organisatiegraad door middel van een gerichte, landelijk georganiseerde ondersteuning. Ook voor digitalisering is het selectieproces momenteel gaande. Binnen dit traject gaan de regio's aan de slag met planvorming en de uitvoering hiervan. Het is aannemelijk dat alle drie de versnellingstrajecten nog geen wezenlijke impact hebben gehad op de contractuele afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over 2022. De trajecten zijn bedoeld om een impuls te geven aan de ontwikkeling op deze thema's in de regio's waar dit het hardst nodig is.

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Er worden steeds meer afspraken op regioniveau gemaakt

De zorgverzekeraars sturen meer nog dan in voorgaande jaren aan op afspraken met de regionale samenwerkingsverbanden. Over onderwerpen als de zorg voor kwetsbare ouderen en (digitale) meekijkconsulten worden door een aantal zorgverzekeraars enkel nog afspraken op regioniveau gemaakt. Met name in de grootstedelijke gebieden met van oudsher meerdere, verschillende zorgaanbieders kost de vorming van één regionaal samenwerkingsverband tijd. Opvallend is dat er grote verschillen tussen regio's zichtbaar zijn.

Gezondheidscentra

Het niet meer rechtstreeks contracteren van gezondheidscentra door een aantal zorgverzekeraars heeft zorgen met zich meegebracht over de continuering van O&I-activiteiten. [Hoewel het aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars is om afspraken te maken, is onze aanbeveling aan beiden om in het regioplan en de begroting onderscheid te maken tussen regio-, wijk- en ketenmanagement, voor zover dit nog niet gebeurt.](#) Wij hebben de indruk dat wijkmanagement opgaat in het geheel. Zorgaanbieders geven aan hun ambitie om samenhangende zorg in meer wijken te realiseren niet te kunnen waarmaken omdat de middelen voor wijkmanagement niet of in beperkte mate zijn uitgebreid. Dat is voor ons lastig te concluderen op basis van data-analyse. Onderscheid en helderheid kan bijdragen aan wederzijds begrip in de contractering.

De zorgen over de continuïteit van zorg bij gezondheidscentra waar huisartsen in loondienst zijn, is zowel regionaal als landelijk uitgebreid besproken. Het verzoek van een aantal (organisaties van) gezondheidscentra en InEen om een prestatie in de beleidsregel in het kader van de meerkosten van loondienstcentra op te nemen, hebben wij afgewezen. Vanuit ons toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars hebben we wel duidelijk onze verwachtingen uitgesproken richting de zorgverzekeraars om te voorkomen dat de toegankelijkheid van huisartsenzorg in het geding komt. Aanvullende afspraken hebben de zorg voor de korte termijn weggenomen. Voor de lange termijn blijft dit echter een aandachtspunt. [Onze aanbeveling aan loondienstcentra en zorgverzekeraars is om afspraken te maken over de lange termijn.](#)

VGZ en CZ

We signaleren dat VGZ en CZ oog hebben voor de onwenselijke effecten van verschillend inkoopbeleid in regio's waar beide zorgverzekeraars eigen afspraken maken. Zo heeft VGZ de mogelijkheid gecreëerd om structureel met regionale samenwerkingsverbanden afspraken te maken over de prestatie Zorg voor kwetsbare ouderen, en niet meer enkel als tijdelijke tussenstap naar een integraal zorgprogramma. CZ voerde dit beleid al vanaf 2021. CZ overweegt om zowel huisartsenpraktijken als regionale samenwerkingsverbanden een eenjarig contract 2023 aan te bieden zodat de contractduur gelijk gaat lopen met die van VGZ. We vinden het een positieve ontwikkeling dat beide zorgverzekeraars deze stappen zetten.

Verschillen in inkoopbeleid blijven echter bestaan. Voorbeelden zijn het al dan niet hanteren van inclusieplafonds, voetzorg integraal of regulier bekostigen en wel of niet na calculeren. Allen in relatie tot ketenzorg. In het contract met de huisartsenpraktijken zijn verschillen merkbaar bij het maken van segment 3-afspraken over bijvoorbeeld meer tijd voor de patiënt, praktijkmanagement en de variabele beloning in het kader van doelmatig voorschrijven. [Onze aanbeveling aan VGZ en CZ om aandacht te hebben voor de onwenselijke effecten van verschillend inkoopbeleid blijft daarom van kracht.](#) Zeker bij nieuwe afspraken over bijvoorbeeld het (digitaal) meekijkconsult op regioniveau is dit wenselijk.

5.2 Beleidswijzigingen veroorzaken commotie in de praktijk

Inkoopbeleid poh-s Zilveren Kruis

De wijziging van het inkoopbeleid poh-s van Zilveren Kruis heeft veel commotie veroorzaakt. Wij realiseren ons dat deze wijziging voor een aantal praktijken het risico op substantiële omzetsderving met zich mee heeft gebracht. De poh-s vervult een belangrijke functie in de huisartsenpraktijk en we begrijpen dan ook de zorgen die hebben bestaan. Desondanks signaleren we dat de aanpassing van een onderdeel van de financiering voor dermate veel opschudding heeft gezorgd dat dit verlamrend kan werken richting de toekomst. Wij vinden het in algemene zin van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in goed onderling overleg kunnen besluiten tot beleidswijzigingen. Verandering van beleid is in zijn algemeenheid immers nodig om de huisartsenzorg toekomstbestendig te houden.

Wat het proces betreft, valt het ons op dat het overlegteam huisartsen en Zilveren Kruis niet structureel, en niet op een constructieve manier overleg voeren met elkaar. [Onze aanbeveling aan het overlegteam huisartsen en Zilveren Kruis is om hier verandering in aan te brengen.](#) Wanneer er structureel en constructief overleg gevoerd was tussen Zilveren Kruis en een afvaardiging van de huisartsen, had wellicht voorkomen kunnen worden dat het inkoopbeleid 2022 dat 1 april 2021 gepubliceerd is na kritiek van huisartsen en de LHV eerst in september 2021 en later in februari 2022 gewijzigd werd. Wat de inhoud van de wijziging betreft, valt het ons op dat de bekostiging er niet eenvoudiger op is geworden. De combinatie van omzet uit een vast bedrag per ingeschreven verzekerde, consulten, visites, verrichtingen, ketenzorg en eventuele segment 3-maatwerkafspraken maakt het er voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars niet gemakkelijker op. Nu Zilveren Kruis besloten heeft dat huisartsen die dit willen, kunnen terugvallen op het inkoopbeleid van 2021 is er een situatie van hybride bekostiging ontstaan waarbij er voor het eerste kwartaal van 2022 een compensatieregeling is opgezet.

Verhoging NZa-maximumtarieven

Het niet met ingang van het eerste kwartaal van 2022 kunnen doorvoeren van de verhoogde tarieven heeft tot grote teleurstelling geleid onder huisartsen en bij de branche-/beroepsverenigingen van zorgaanbieders. De zorgverzekeraars hebben begrip voor deze teleurstelling en zijn zelf ook niet gelukkig met hoe dit proces verlopen is. In de uitvoering bleek VECOZO niet in staat om de verhoogde tarieven door te voeren. Zorgverzekeraars Nederland heeft kort na het kabinetsbesluit om € 675 miljoen euro extra beschikbaar te stellen voor salarissen in de zorg in september haar zorgen gedeeld over de uitvoerbaarheid op korte termijn. De prestatie- en tariefbeschikking 2022 van de NZa met de verhoogde maximumtarieven is begin november 2021 gepubliceerd terwijl de contractering al gaande, en in veel regio's al afgerond was. [Onze aanbeveling aan VWS is om voorzichtig te zijn met aanwijzingen/opdrachten voor het doorvoeren van veranderingen in de regelgeving wanneer de contractering al gaande is.](#)

5.3 Een visie op toekomstbestendige huisartsenzorg in de regio is nodig

Werkdruk huisartsen

De toegankelijkheid van huisartsenzorg staat in een toenemend aantal regio's onder druk. De ervaren werkdruk onder huisartsen is hoog en de problemen met het vinden van opvolging nemen toe. Dat vraagt regionaal om verder vooruit kijken dan twee of vier jaren. Wij zien goede voorbeelden van constructieve samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het realiseren van oplossingen voor lokale toegankelijkheidsproblemen. Zorgverzekeraars stellen financiële middelen beschikbaar voor goede initiatieven en bieden hulp bij het veranderen van de praktijkvoering. De betrokkenheid van professionele, regionale samenwerkingsverbanden is daarbij van groot belang. We horen echter ook dat de toegankelijkheid van huisartsenzorg niet in elke regio standaard onderwerp van gesprek is tussen de zorgverzekeraar en het regionaal samenwerkingsverband. [Onze aanbeveling aan beiden is om toegankelijkheid en toekomstbestendige huisartsenzorg standaard onderdeel van het regioplan te maken, voor zover dit nog niet gebeurt.](#) Het is daarbij van belang om concreet te maken wat er voor nodig is om toekomstbestendige huisartsen te realiseren.

Inzicht in vraag en aanbod

Inzicht in vraag en aanbod draagt bij aan een effectieve aanpak van de toegankelijkheidsproblematiek in de huisartsenzorg. Zorgverzekeraars zetten zich daarom met regionale samenwerkingsverbanden in om de kenmerken van regio's in kaart te brengen door middel van regiobeelden. Het regiobeeld geeft een overzicht van de belangrijkste data over de huidige en toekomstige zorgvraag, de gezondheid en leefstijl, bevolkingsontwikkeling, sociale en fysieke omgeving in een specifieke regio. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en andere samenwerkende partijen in de regio kunnen het regiobeeld gebruiken om een gezamenlijke toekomstvisie op te stellen. Bij het beoordelen van de regioplannen van zorgaanbieders maken zorgverzekeraars beperkt gebruik van de regiobeelden. [Onze aanbeveling aan zorgverzekeraars is om de regiobeelden meer te gebruiken bij het beoordelen van de regioplannen.](#)

Naast het gebruik van de regiobeelden bij visie- en planvorming hebben zorgverzekeraars inzicht in vraag en aanbod nodig om gericht actie te kunnen ondernemen. De NZa heeft in het najaar van 2021 een informatieverzoek uitgezet onder zorgverzekeraars om een beeld te krijgen van het inzicht dat zorgverzekeraars hebben in vraag en aanbod van de huisartsenzorg. Voor het inzicht in de vraag houden de meeste zorgverzekeraars wachtlijsten bij van verzekerden die wachten op inschrijving bij een huisarts. Het inzicht in het aanbod is minder scherp. Zorgverzekeraars hebben niet altijd volledig inzicht in het aantal fte huisartsen en ondersteunend personeel dat in de huisartsenpraktijken werkt waar zij contracten mee sluiten. Het is aan zorgverzekeraars om samen met regionale samenwerkingsverbanden inzicht te krijgen en op basis daarvan passende activiteiten te ondernemen op zowel praktijk- wijk- als regioniveau om de huisartsenzorg toegankelijk te houden.

Meer tijd voor de patiënt

Het versnellingstraject in het kader van meer tijd voor de patiënt, dat bestuurlijk afgesproken is naar aanleiding van de midterm review, heeft tot doel om het aantal trajecten uit te breiden. Een aantal van de reeds lopende trajecten heeft positieve resultaten laten zien. Door de implementatie van Krachtige basiszorg (vier grote steden, kernwerkgebied Zilveren Kruis) ontstond meer tijd voor patiënten met complexe problematiek, werken professionals in de wijk vaker samen en is het werkplezier van de zorgverleners toegenomen. De trajecten in het kerngebied van VGZ hebben aantoonbaar geleid tot minder verwijzingen naar het ziekenhuis, minder diagnostiek, minder medicatiegebruik en toegenomen tevredenheid onder huisartsen en patiënten. Ondanks deze positieve resultaten vragen wij ons af of de uitbreiding van het aantal trajecten een toekomstbestendige manier is om meer tijd voor de patiënt in de huisartsenzorg te realiseren. De capaciteit aan huisartsen is immers beperkt en het veranderen van praktijkvoering is een tijdelijk proces. [Onze aanbeveling aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders is om bij het maken van afspraken aandacht te hebben voor de duur van het veranderingsproces, en of de benodigde financiering een tijdelijk of structureel karakter heeft.](#)

Digitalisering

De precieze besteding van de € 50 miljoen in het kader van digitalisering die in het hoofdlijnenakkoord is opgenomen, kunnen we niet in beeld brengen op basis van data-analyse. Dat heeft te maken met het gegeven dat digitalisering in de praktijk op verschillende wijzen wordt gefinancierd. Uit de interviews maken wij op dat de investering per regio verschilt. In de regio's waar gedragen plannen tot stand zijn gekomen is door de zorgaanbieders in veel gevallen gewerkt met regionale ICT-platforms/-werkgroepen en hebben de zorgverzekeraars een actieve rol gespeeld, onder andere door experts te betrekken. We hebben signalen ontvangen dat onzekerheid over de financieringsmogelijkheden op de lange termijn, vanwege het aflopen van het hoofdlijnenakkoord, een aantal zorgverzekeraars ervan heeft weerhouden om afspraken te maken. [Onze aanbeveling aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders is om stil te staan bij de vraag op welke manier structurele kosten vergoed worden op de lange termijn.](#) Digitalisering kan bijdragen aan het behouden van toegankelijke en kwalitatief goede huisartsenzorg. Dat geldt zowel voor digitale zorgverlening aan patiënten als digitale gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders. Afspraken over de vergoeding van structurele kosten dragen bij aan succesvolle digitalisering van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

5.4 De uitvoering van het hoofdlijnenakkoord wordt verschillend beleefd

Zorgverzekeraars geven aan dat het hoofdlijnenakkoord heeft geholpen bij het bepalen van speerpunten van het inkoopbeleid. Voor regionale samenwerkingsverbanden is het akkoord helpend geweest bij het opstellen van regioplannen. Daarmee heeft het hoofdlijnenakkoord voor hen richting gegeven in de contractering. De resultaten van de LHV-enquête laten een minder positief beeld zien. In de beleving van huisartsen heeft het hoofdlijnenakkoord "nauwelijks geleid tot een beter resultaat en zijn de afspraken niet nageleefd". Dit beeld komt gedeeltelijk overeen met wat een aantal overlegteams huisartsen heeft aangegeven in de interviews. Het is opvallend dat regionale samenwerkingsverbanden en huisartsen de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord verschillend beleven. Dit heeft mogelijk een relatie met wat we in paragraaf 4.2 beschreven hebben. In een aantal regio's zorgt de verbreding van de rol van regionale samenwerkingsverbanden voor spanning. Onze indruk is dat in de regio's waar dit speelt een aantal huisartsen andere oplossingen voor ervaren knelpunten voor ogen heeft.

Terugblik NZa

Wat de uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg betreft zijn de macrokaders de afgelopen jaren leidend geweest bij het maken van afspraken. De groeirimte die het hoofdlijnenakkoord biedt, wordt benut om te investeren in de thema's van hoofdstuk 4. De mate waarin dit is gebeurd blijkt uit figuur 1 en tabel 1 in paragraaf 1.1. De stijging van de uitgaven is sterker dan de stijging van de uitgaven aan andere sectoren in de Zvw. Het uitdrukken van de effecten van investeringen in behaalde resultaten blijkt in de praktijk lastig voor zorgaanbieders. Dat maakt dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders een verschillende beleving hebben van hoe zinvol bepaalde investeringen zijn geweest.

Op veel fronten is multidisciplinaire zorg nog altijd sterk gekoppeld aan huisartsenzorg. Dat remt de beweging naar multidisciplinaire samenwerking. De koppeling komt onder andere tot uitdrukking in het macrokader, de aanspraak, regelgeving (bekostiging) en 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. De aanbeveling aan VWS die we daartoe hebben gedaan in de monitor van vorig jaar blijft van kracht. Hetzelfde geldt voor onze aanbeveling aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zich bij afspraken over segment 2 en 3 rondom multidisciplinaire zorg niet enkel te richten op het aandeel van de huisarts.](#) In het regeerakkoord is opgenomen dat "de organisatiegraad in de basiszorg wordt versterkt met een programma voor de (door)ontwikkeling van lokale en regionale nulde- en eerstelijnsorganisaties. Er wordt ingezet op betere samenwerking juist ook in aansluiting met het sociaal domein. Daarnaast wordt een landelijke expertisestructuur ingericht om de basiszorg te ondersteunen met informatie en advies. Deze versterking ondersteunt de afspraken in het Integraal Zorgakkoord. Daarom worden extra middelen gereserveerd t/m 2026." Wij denken dat een integraal zorgakkoord en versterking van de organisatiegraad van de basiszorg zal gaan bijdragen aan het realiseren van daadwerkelijk multidisciplinaire samenwerking.

Bijlage: Analyse Vektis-data

In deze bijlage geven we weer op welke manier we de analyse van Vektis-data hebben opgezet. In het tweede gedeelte staat een uitgebreide weergave van de resultaten van de analyse.

Methodiek

Algemeen

Het merendeel van de gebruikte methodes is gelijk aan de vorige keer. Alleen daar waar methodes zijn toegevoegd of aangepast, geven we die hieronder weer. Voor het overige verwijzen we naar bijlage 1 van de monitor van vorig jaar.

Voor de analyse hebben we gebruik gemaakt van de database met Vektis-declaratiegegevens die op 30 november 2021 in gebruik is genomen.

Extrapolatie

De gebruikte Vektis-data over 2021 betreffen de productie van het eerste half jaar. Net zoals in de vorige monitor zijn de aantallen prestaties en gedeclareerde bedragen over de tweede helft van het laatste jaar geschat. De methodiek die we vorig jaar gebruikten, hebben we geëvalueerd.

Evaluatie extrapolatie 2020

Uit analyse van de daadwerkelijke productiecijfers over 2020 bleek dat de extrapolatie-methodiek goede voorspellingen gaf voor de totale huisartsenzorg (0,8% overschatting). Ook voor segmenten 1 en 2 was de voorspelling goed (respectievelijk 0,84% en 0,41% overschatting). Voor segment 3 leidde de methodiek tot een overschatting van 7,74%. De oorzaak hiervan ligt in de dynamiek van de declaratiepatronen in dit segment over de laatste jaren en de wat lager uitvallende groei van segment 3 zorg in 2020.

Nieuwe aanpak 2021

De productiecijfers over 2020 zijn beïnvloed door de Covid19-pandemie waardoor ze onvoldoende bruikbaar waren voor het berekenen van de extrapolatiefactoren voor 2021. In de methodiek voor de extrapolatie hebben wij daarom de declaratiepatronen over de kwartalen gebruikt van de jaren tot en met 2019. Tijdens de evaluatie van de extrapolatie 2020 en de doorontwikkeling naar de extrapolatie 2021, realiseerden wij ons dat de extrapolatiemethode nog geen rekening hield met het feit dat de declaraties voor de inschrijfgelden een zeer constant patroon over de vier kwartalen van het jaar vertonen. De overige declaraties in segment 1 hebben een minder constant patroon, waarbij gewoonlijk meer gedeclareerd wordt in met name het eerste kwartaal. Door de declaraties inschrijvingen buiten de berekening te houden, zou de extrapolatie dus aan nauwkeurigheid winnen. Deze aanpassing leidt tot een geringe afname (6 %) van de extrapolatiefactor voor segment 1.

Uitgebreide weergave resultaten

In dit deel van de bijlage staat een uitgebreide weergave van de analyse van de Vektis-gegevens. Voor de volledigheid laten we de figuren en tabellen van hoofdstuk 1 ook in deze bijlage zien.

Alle huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

In de twee tabellen hieronder staan de totaalbedragen en jaarlijkse groei voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, uitgesplitst naar segment en overige categorieën.

Tabel 1 – Totaalbedragen huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg uitgesplitst per segment

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ANW | € 316.561 | € 315.785 | € 313.430 | € 335.067 | € 355.099 | € 380.871 | € 402.292 |
| Corona toeslag | € - | € - | € - | € - | € - | € 166.832 | € 36 |
| Prestaties buiten segmenten | € 65.260 | € 67.724 | € 70.492 | € 71.431 | € 72.987 | € 61.305 | € 67.350 |
| Segment 1 | €1.937.728 | € 1.996.331 | € 2.050.575 | € 2.150.218 | € 2.295.244 | € 2.338.210 | € 2.537.839 |
| Segment 2 | € 448.334 | € 467.925 | € 490.162 | € 490.962 | € 510.421 | € 557.224 | € 567.088 |
| Segment 3 | € 246.263 | € 296.098 | € 324.844 | € 382.490 | € 425.377 | € 435.484 | € 461.262 |
| Verloskundige hulp | € 864 | € 1.034 | € 985 | € 724 | € 714 | € 667 | € 728 |
| Overige | € 6.606 | € 817 | € 977 | € 18 | € 28 | € 1 | € 4 |
| Totaal | € 3.021.617 | € 3.145.714 | € 3.251.465 | € 3.430.909 | € 3.659.870 | € 3.940.593 | € 4.036.600 |

Bron: Vektis-data 2015-2021

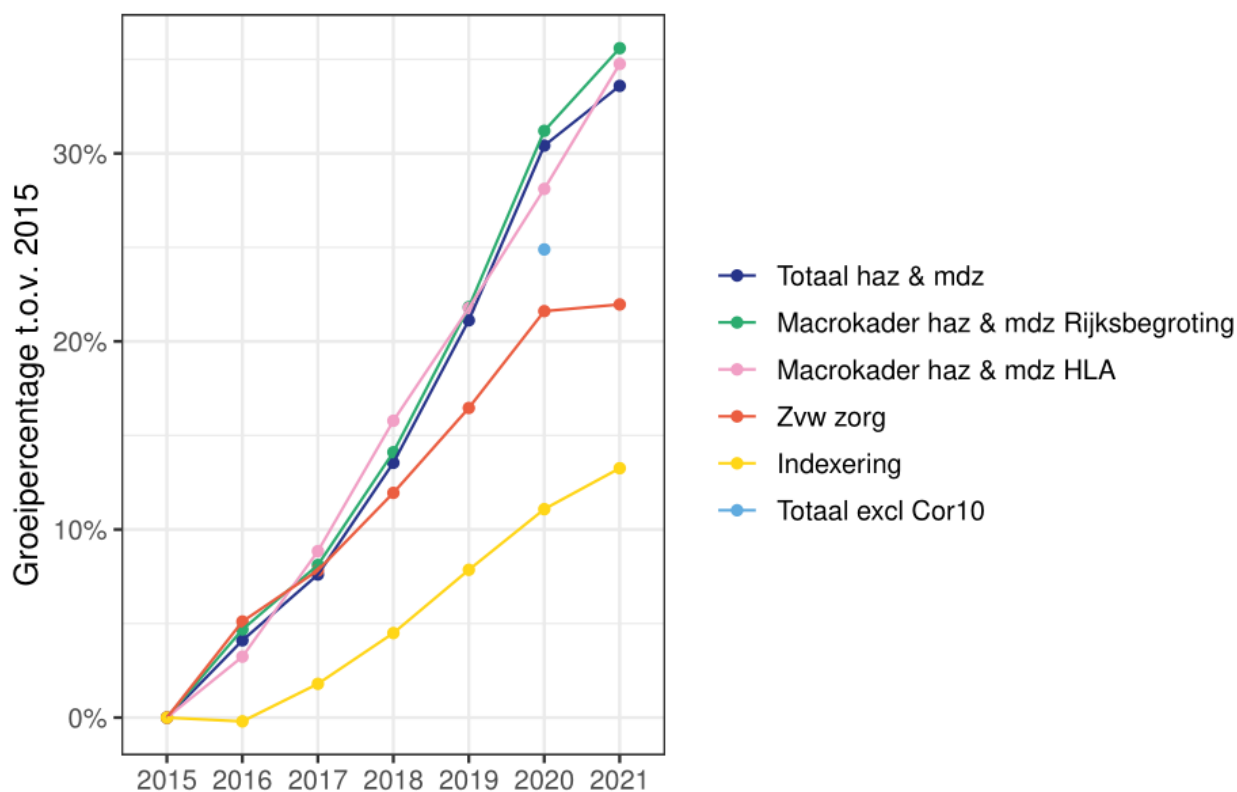
Tabel 2 – Totale procentuele groei huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg uitgesplitst per segment

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------------------|--------|-------|--------|--------|---------|---------|
| ANW | -0,2% | -0,7% | 6,9% | 6,0 % | 7.3 % | 5.6 % |
| Prestaties buiten segmenten | 3,8% | 4,1% | 1,3% | 2.2 % | -16 % | 9.9 % |
| Segment 1 | 3,0% | 2,7% | 4,9% | 6.7 % | 1.9 % | 8.5 % |
| Segment 2 | 4,4% | 4,8% | 0,2% | 4,0 % | 9.2 % | 1.8 % |
| Segment 3 | 20,2% | 9,7% | 17,7% | 11.2 % | 2.4 % | 5.9 % |
| Verloskundige hulp | 19,6% | -4,7% | -26,5% | -1.3 % | -6.6 % | 9.1 % |
| Overige | -87,6% | 19,5% | -98,2% | 57.2 % | -96.4 % | 274.8 % |
| Totaal | 4,1% | 3,4% | 5,5% | 6.7 % | 7.7 % | 2.4 % |

Bron: Vektis-data 2015-2021

In onderstaande figuur is te zien hoe de groei (ten opzichte van 2015) van de uitgaven van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zich verhouden tot de macrokaders¹ en van de totale uitgaven aan Zvw-zorg. Ook de cumulatieve ontwikkeling van de tarieven in het gereguleerde deel is weergegeven (indexering). De exacte waarden van de uitgaven en groei staan onder de figuur in de tabel vermeld. De toegevoegde grijze punt in 2020 geeft de groei van de totale uitgaven aan exclusief de €10,- toeslag voor corona.

Figuur 1: Cumulatieve groei huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg sinds 2015



Bron: Vektis-data 2015-2021

¹ Macro-kader haz & mdz HLA: inclusief loon-/prijsbijstelling, Macro-kader haz & mdz Rijksbegroting: bijgesteld op basis van de realisatiecijfers

Tabel 3: Totaalbedragen en procentuele groei van de uitgaven huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Bedragen haz, mdz en Zvw zorg (M€) | | | | | | | |
| Totaal haz en mdz | 3.022 | 3.146 | 3.215 | 3.431 | 3/656 | 3.941 | 4.037 |
| Macrokader haz & mdz Rijksbegroting | 3.021 | 3.163 | 3.266 | 3.447 | 3.680 | 3.964 | 4.096 |
| Macrokader haz & mdz HLA | 3.102 | 3.202 | 3.376 | 3.591 | 3.777 | 3.974 | 4.180 |
| Zvw zorg | 39.740 | 41.770 | 42.850 | 44.488 | 46.283 | 48.328 | 48.469 |
| Groei cumulatief t.o.v. 2015 | | | | | | | |
| Groei haz en mdz | 0% | 4,1% | 7,6% | 13,5% | 21,0% | 30,4% | 33,6% |
| Groei macrokader Rijksbegroting | 0% | 4,7% | 8,1% | 14,1% | 21,8% | 31,2% | 35,6% |
| Groei macrokader HLA | 0% | 3,2% | 8,9% | 15,8% | 21,8% | 28,1% | 34,8% |
| Zvw zorg | 0% | 5,0% | 8,2% | 12,4% | 17,2% | 21,6% | 22,0% |
| Indexering | 0% | -0,2% | 1,8% | 4,5% | 7,9% | 11,1% | 13,3% |
| Groei jaarlijks | | | | | | | |
| Groei haz en mdz | 0% | 4,1% | 3,4% | 5,5% | 6,7% | 7,7% | 2,4% |
| Groei macrokader Rijksbegroting | 0% | 4,7% | 3,3% | 5,5% | 6,8% | 7,7% | 3,4% |
| Groei macrokader HLA | 0% | 3,2% | 5,4% | 6,4% | 5,2% | 5,2% | 5,2% |
| Zvw zorg | 0% | 5,1% | 2,6% | 3,8% | 4,0% | 4,4% | 0,3% |
| Indexering | 0% | -0,2% | 2,0% | 2,6% | 3,2% | 3,0% | 2,0% |

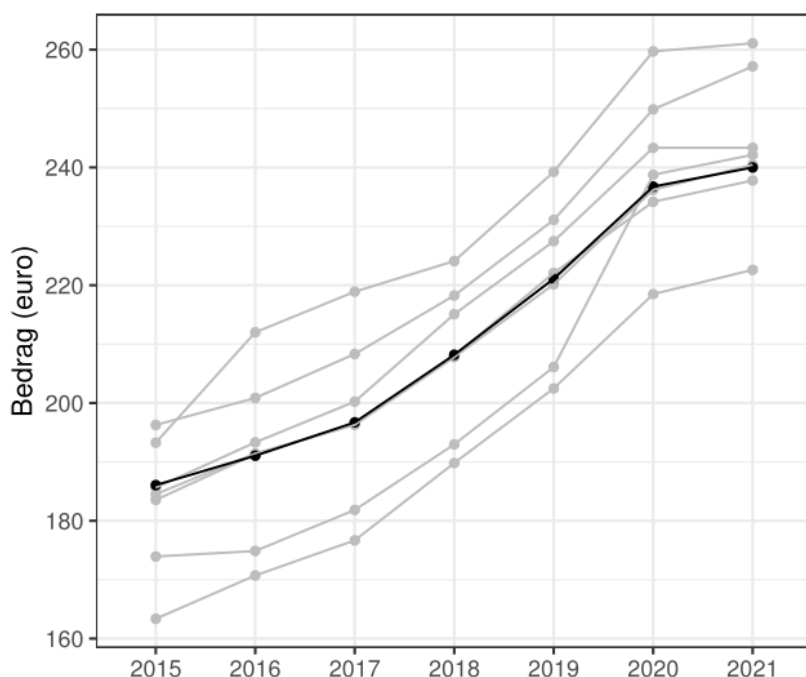
Bron: Vektis-data 2015-2021, VWS, Zorginstituut Nederland, NZa

Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg - uitsplitsing zorgverzekeraars

In de figuur hieronder geven we de totale uitgaven aan huisartsenzorg (alle segmenten, huisartsenposten, exclusief geboortezorg) per verzekerde per jaar weer, uitgesplitst naar geanonimiseerde zorgverzekeraar. De doorgetrokken lijn geeft het landelijke gemiddelde weer voor alle verzekerden in Nederland, berekend over alle declaraties, zonder opsplitsing naar zorgverzekeraar. De lijnen per zorgverzekeraar representeren verschillende aantallen verzekerden, zodat het gemiddelde van de punten van alle zorgverzekeraars in een jaar niet hoeft samen te vallen met het landelijk gemiddelde.

Het is opvallend dat de ontwikkeling over de laatste jaren voor alle zorgverzekeraars vrijwel hetzelfde verloopt.

Figuur 2: Totale uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per verzekerde per jaar uitgesplitst per zorgverzekeraar



Bron: Vektis-data 2015-2021, de zwarte lijn geeft het landelijk gemiddelde weer

Tabel 4: Totaal huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg uitgaven per verzekerde per jaar uitgesplitst per zorgverzekeraar

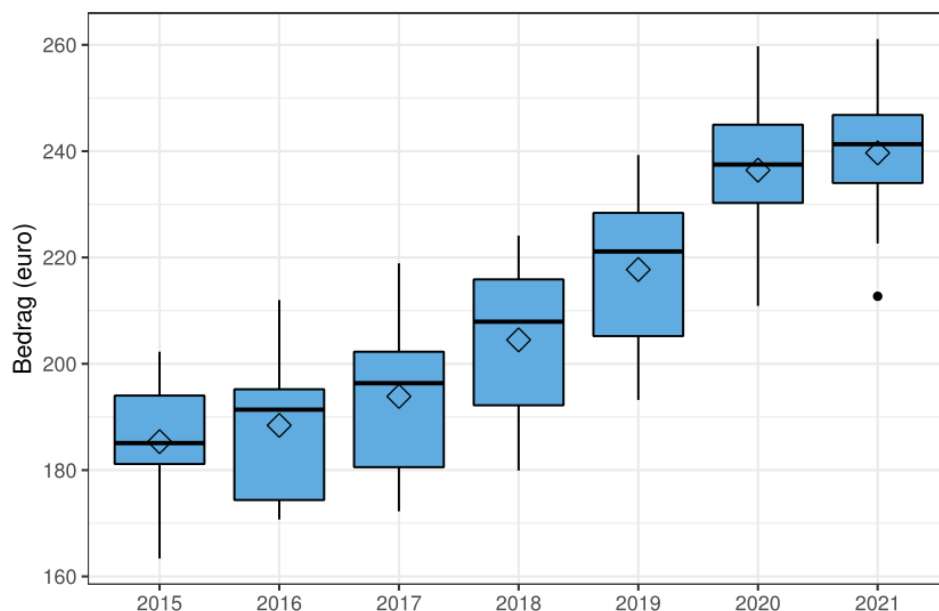
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| A | € 185,64 | € 193,33 | € 200,24 | € 215,09 | € 227,49 | € 243,34 | € 243,35 |
| B | € 184,53 | € 191,42 | € 196,31 | € 207,80 | € 220,16 | € 236,21 | € 240,47 |
| C | € 193,27 | € 212,02 | € 218,91 | € 224,12 | € 239,27 | € 259,72 | € 261,10 |
| D | € 183,55 | € 191,33 | € 196,39 | € 208,03 | € 222,09 | € 234,18 | € 237,80 |
| E | € 163,37 | € 170,72 | € 176,69 | € 189,82 | € 202,48 | € 218,50 | € 222,62 |
| F | € 173,94 | € 174,89 | € 181,85 | € 192,99 | € 206,12 | € 238,77 | € 242,16 |
| G | € 196,29 | € 200,87 | € 208,34 | € 218,27 | € 231,11 | € 249,88 | € 257,18 |
| Landelijk | € 186,07 | € 191,06 | € 196,72 | € 208,20 | € 221,11 | € 236,76 | € 240,01 |

Bron: Vektis-data 2015-2021

Deze figuur geeft de spreiding tussen zorgverzekeraars weer voor de totale uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, uitgedrukt in gemiddelde uitgaven per verzekerde per jaar.

De ruitvormige punten geven het landelijke gemiddelde weer voor alle verzekerden in Nederland, berekend over alle declaraties, zonder opsplitsing naar zorgverzekeraar. De mediaan (de scheidingslijn tussen de onderste en bovenste box) van de waarden per zorgverzekeraar en het landelijk gemiddelde vallen zo goed als samen. Maar onder en boven het midden is de verdeling enigszins scheef: de punten per zorgverzekeraar onder het midden vertonen een grotere spreiding dan de punten boven het midden.

Figuur 3: Totaal huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg uitgaven per verzekerde per jaar

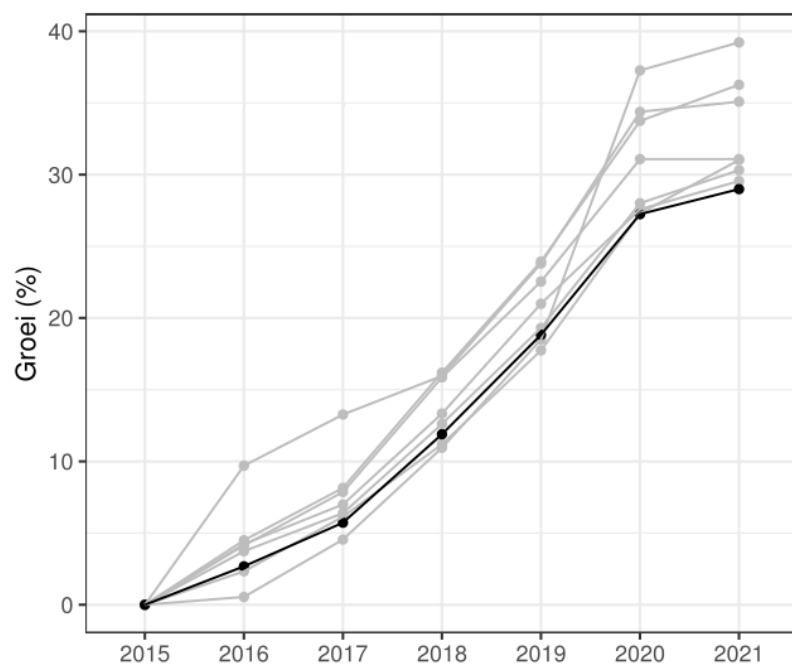


Bron: Vektis-data 2015-2021

Deze figuur is gebaseerd op de gegevens in tabel 4.

Deze figuur geeft de groei aan van de totale uitgaven aan huisartsenzorg (drie segmenten en exclusief geboortezorg) per verzekerde per jaar weer, uitgesplitst naar (geanonimiseerde) zorgverzekeraar. Opvallend is dat de groei in 2020 voor alle zorgverzekeraars vrijwel hetzelfde patroon volgt.

Figuur 4: Totaal huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per verzekerde per jaar groei uitgaven



Bron: Vektis-data 2015-2021, de zwarte lijn geeft het landelijk gemiddelde weer

Tabel 5: Totaal huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per verzekerde per jaar groei uitgaven

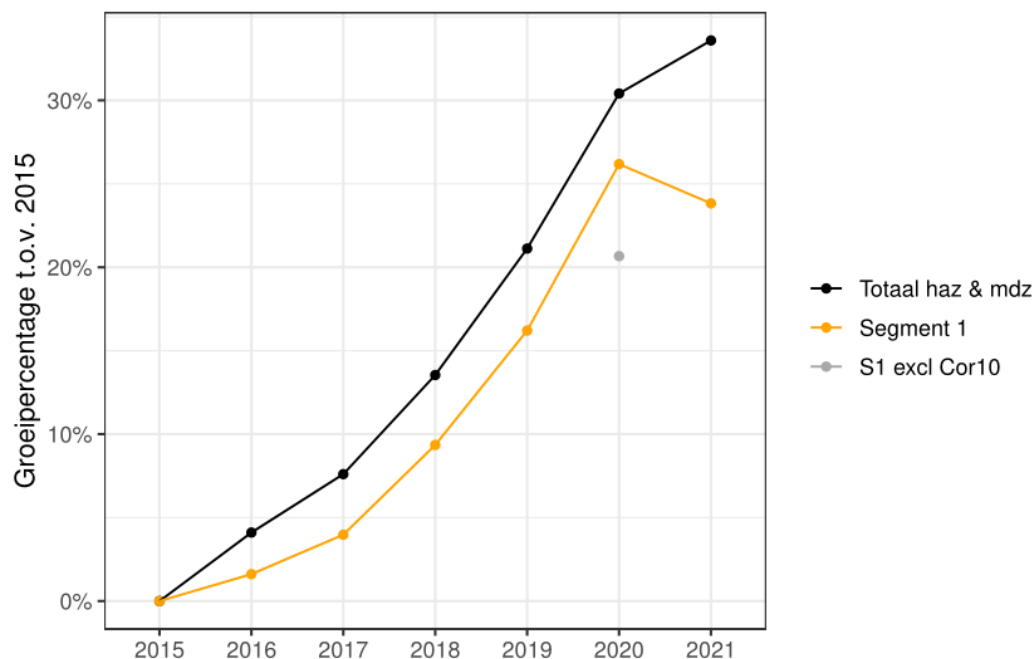
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|
| A | 5 % | 8 % | 16 % | 24 % | 34 % | 36 % |
| B | 4 % | 6 % | 13 % | 19 % | 28 % | 30 % |
| C | 2 % | 6 % | 11 % | 18 % | 27 % | 31 % |
| D | 1 % | 5 % | 11 % | 19 % | 37 % | 39 % |
| E | 4 % | 7 % | 13 % | 21 % | 28 % | 30 % |
| F | 10 % | 13 % | 16 % | 24 % | 34 % | 35 % |
| G | 4 % | 8 % | 16 % | 23 % | 31 % | 31 % |
| Landelijk | 3 % | 6 % | 12 % | 19 % | 27 % | 29 % |

Bron: Vektis-data 2015-2021

Segment 1

In deze figuur is te zien hoe de groei (ten opzichte van 2015) van de uitgaven in segment 1 zich verhoudt tot de groei van de totale uitgaven aan huisartsenzorg. De toegevoegde grijze punt in 2020 geeft de groei van de uitgaven in segment 1 exclusief de €10,- toeslag voor corona weer.

Figuur 5: Segment 1 groei uitgaven



Bron: Vektis-data 2015-2021

Tabel 6: Segment 1 groei uitgaven

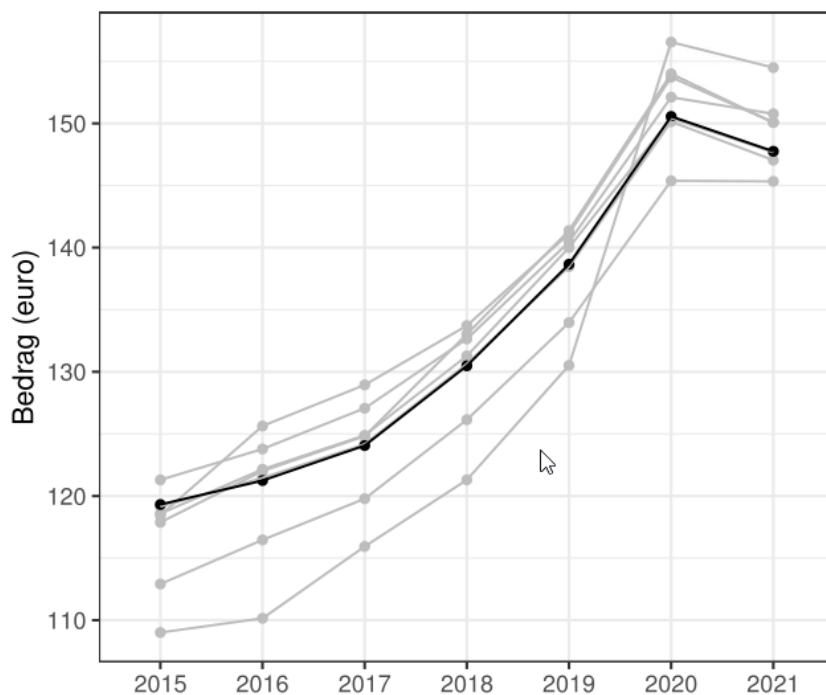
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Segment 1 | 1,6 % | 4,0 % | 9,4 % | 16,2 % | 26,2 % | 23,8 % |
| Totaal haz en mdz | 4,1 % | 7,6 % | 13,5 % | 21,1 % | 30,4 % | 33,6 % |

Bron: Vektis-data 2015-2021, VWS, Zorginstituut Nederland, NZa

Segment 1 - uitsplitsing zorgverzekeraars

Deze figuur is een gelijk aan figuur 2 van de bijlage maar met een filter op declaraties in segment 1.

Figuur 6: Segment 1 uitgaven per verzekerde per jaar uitgesplitst per zorgverzekeraar



Bron: Vektis-data 2015-2021, de zwarte lijn geeft het landelijk gemiddelde weer

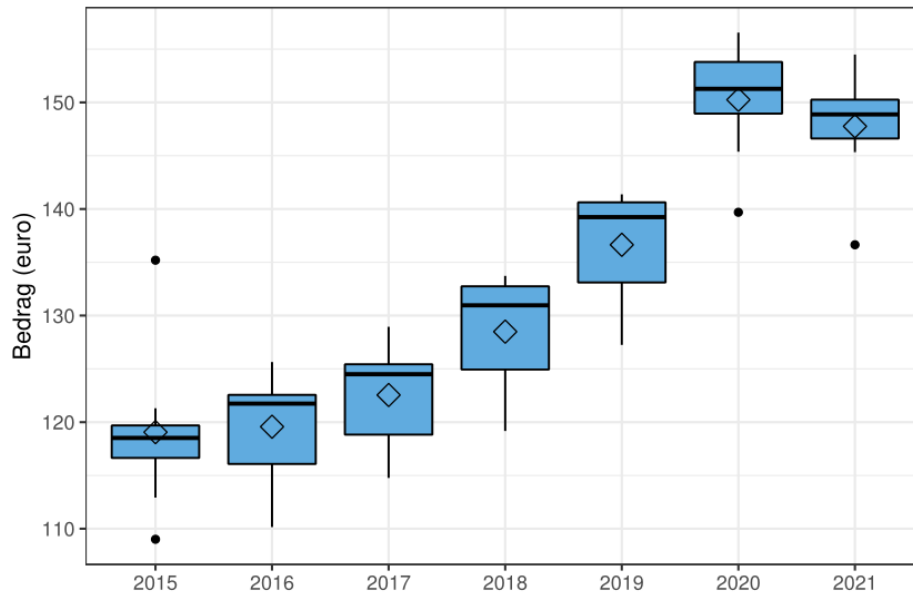
Tabel 7: Segment 1 uitgaven per verzekerde per jaar uitgesplitst per zorgverzekeraar

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| A | € 118,45 | € 125,64 | € 128,95 | € 133,72 | € 141,12 | € 153,73 | € 150,08 |
| B | € 117,88 | € 122,01 | € 124,82 | € 133,03 | € 141,37 | € 154,00 | € 150,07 |
| C | € 119,16 | € 121,46 | € 124,17 | € 130,64 | € 138,47 | € 150,14 | € 147,04 |
| D | € 112,92 | € 116,47 | € 119,79 | € 126,15 | € 133,97 | € 145,38 | € 145,33 |
| E | € 118,59 | € 122,15 | € 124,89 | € 131,29 | € 140,00 | € 150,44 | € 147,68 |
| F | € 109,01 | € 110,16 | € 115,94 | € 121,31 | € 130,52 | € 156,55 | € 154,49 |
| G | € 121,30 | € 123,79 | € 127,07 | € 132,65 | € 140,46 | € 152,11 | € 150,78 |
| Landelijk | € 119,32 | € 121,25 | € 124,07 | € 130,48 | € 138,67 | € 150,56 | € 147,76 |

Bron: Vektis-data 2015-2021

Onderstaande figuur geeft de spreiding tussen zorgverzekeraars van uitgaven in segment 1 weer, uitgedrukt in gemiddelde uitgaven per verzekerde per jaar. Om de leesbaarheid te vergroten is de verticale as afgebroken onder €110. Daardoor lijkt de spreiding groter dan in figuur 3 van de bijlage.

Figuur 7: Segment 1 spreiding uitgaven per verzekerde per jaar



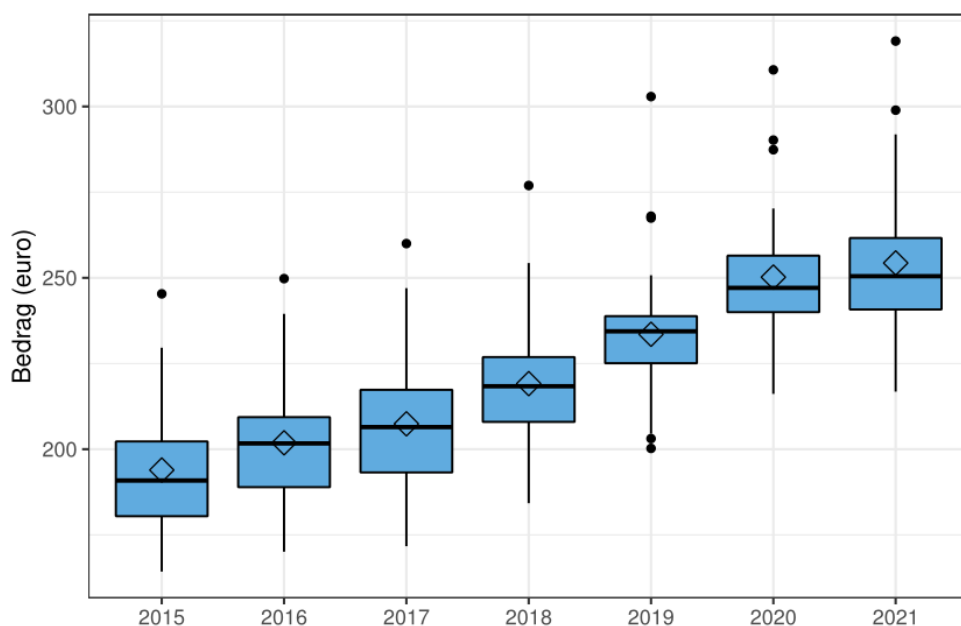
Bron: Vektis-data 2015-2021

Deze figuur is gebaseerd op de gegevens in tabel 8.

Uitsplitsing regio's

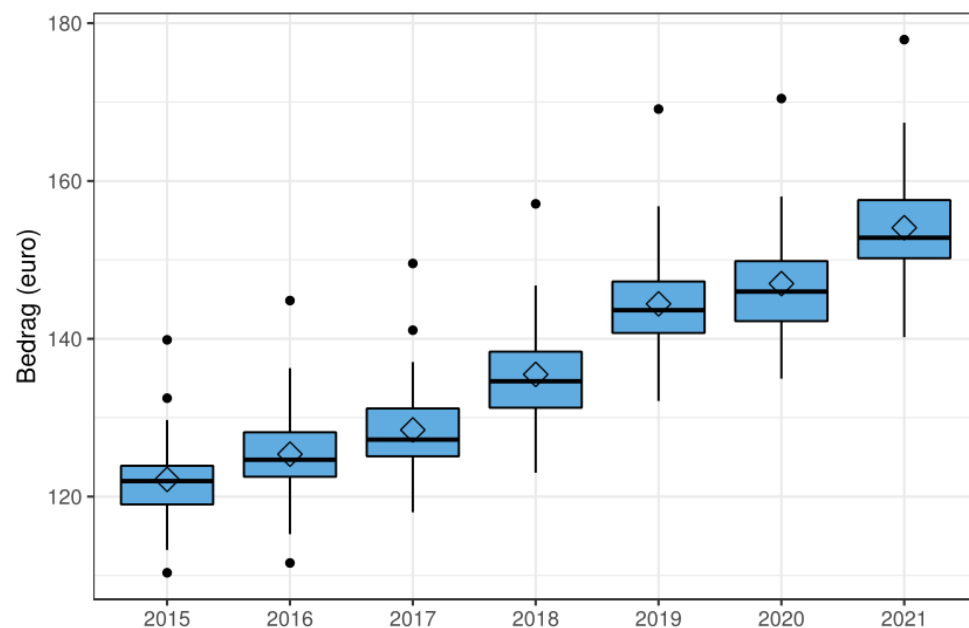
Alle analyses met uitsplitsing naar regio zijn weergegeven als box plot, omdat het weergeven van 31 regio's erg onoverzichtelijk is en ook teveel concurrentiegevoelig. Dat is ook de reden dat er geen tabellen onder de figuren staan. Door uitsplitsing in regio's ontstaat in alle segmenten een beeld van grotere spreiding dan we zien bij uitsplitsing naar zorgverzekeraar. Daarbinnen zien we dat in veel regio's de stijging van uitgaven aan zorg gelijke tred houdt met het landelijk beeld, maar dat er tegelijk regio's zijn die ruim onder of boven dat gemiddelde zitten.

Figuur 8: Totaal haz en mdz uitgaven per verzekerde per jaar - spreiding tussen regio's



Bron: Vektis-data 2015-2021

Figuur 9: Segment 1 uitgaven per verzekerde per jaar - spreiding tussen regio's



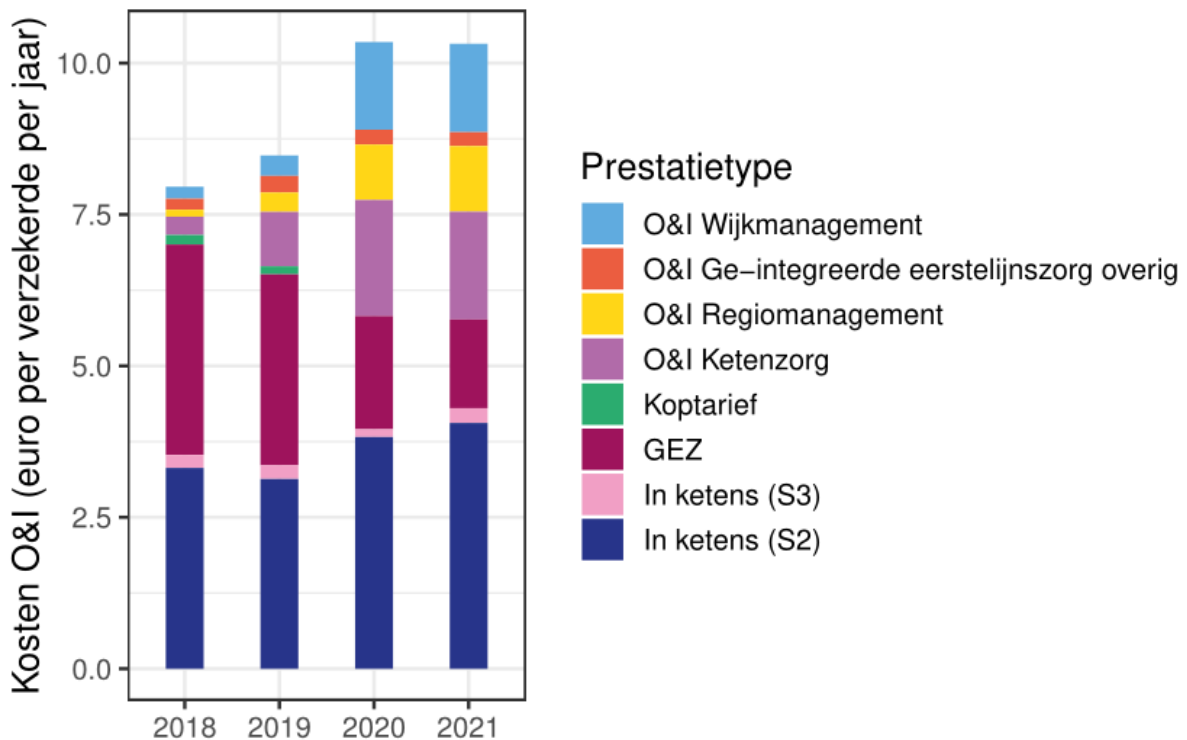
Bron: Vektis-data 2015-2021

Organisatie & Infrastructuur

Bij de analyses rondom O&I moeten we haz & mdz HLA een belangrijke disclaimer opnemen. Om deze analyse te kunnen uitvoeren werken we met ruwe declaratiedata. Deze zijn nog niet voor geheel 2021 beschikbaar. We schatten de tweede helft op basis van het eerste kwartaal uit 2021. Omdat 2021 naar verwachting geen doorsnee jaar is, moeten de uitkomsten van de schatting met de nodige armslag beoordeeld worden.

In de figuur hieronder zijn de totale uitgaven aan O&I weergegeven per categorie, over de jaren 2018, 2019, 2020 en 2021. De 2 tabellen eronder laten de exacte bedragen per O&I betaaltitel zien en de groei van de verschillende O&I betaaltitels over de jaren heen.

Figuur 10: Bedragen en verhoudingen verschillende O&I-prestaties



Bron: Vektis-data 2018-2021 en uitvraag zorgverzekeraars

Tabel 8: Bedragen en verhoudingen verschillende O&I-prestaties

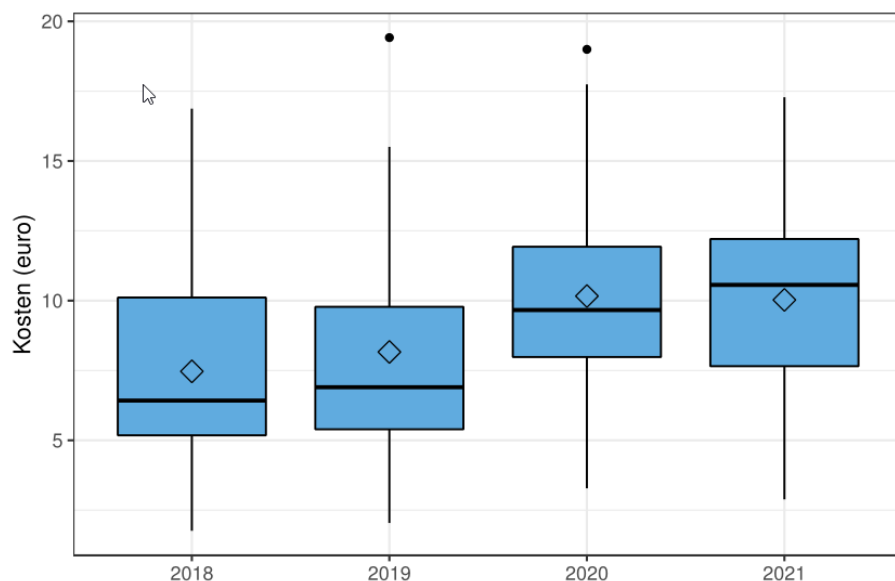
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|--------|--------|---------|---------|
| O&I Wijkmanagement | € 0,20 | € 0,34 | € 1,45 | € 1,46 |
| O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig | € 0,18 | € 0,27 | € 0,25 | € 0,23 |
| O&I Regiomanagement | € 0,11 | € 0,32 | € 0,91 | € 1,08 |
| O&I Ketenzorg | € 0,30 | € 0,90 | € 1,92 | € 1,78 |
| Koptarief | € 0,16 | € 0,13 | € 0,00 | € 0,00 |
| GEZ | € 3,47 | € 3,15 | € 1,87 | € 1,46 |
| In ketens (S3) | € 0,22 | € 0,23 | € 0,13 | € 0,24 |
| In ketens (S2) | € 3,31 | € 3,13 | € 3,83 | € 3,99 |
| Totaal | € 7,96 | € 8,47 | € 10,35 | € 10,25 |

Bron: Vektis-data 2018-2021 en uitvraag zorgverzekeraars

Organisatie & Infrastructuur - spreiding regio's en zorgverzekeraars

Deze figuur laat de spreiding tussen de regio's zien in de bedragen die worden uitgegeven aan O&I.

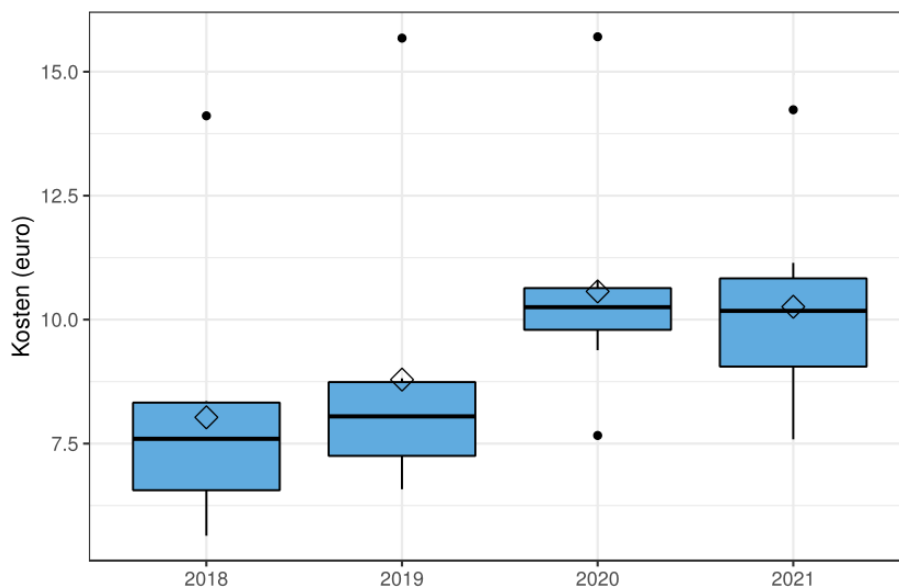
Figuur 11: O&I per verzekerde per jaar - spreiding tussen regio's



Bron: Vektis-data 2018-2021 en uitvraag zorgverzekeraars

Hieronder geven we de spreiding weer tussen zorgverzekeraars in de totaalbedragen die zij uitgeven aan O&I.

Figuur 12: O&I per verzekerde per jaar - spreiding tussen verzekeraars



Bron: Vektis-data 2018-2021 en uitvraag zorgverzekeraars



Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 ▪ F 030 - 296 82 96 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl