

DE BESTE ZORG IN DE EERSTE LIJN

Bouwstenen voor bekostiging

De ambities van de LHV en InEen

- voor de beste huisartsen- en multidisciplinaire zorg
- in de buurt
- met de patiënt in de hoofdrol

LHV en InEen met gezamenlijke ambities: een unieke kans

Het is voor het eerst dat de LHV en InEen gezamenlijk met een dergelijke ambitieuze notitie komen. We zien juist nu een unieke kans om gebruik te maken van wat ons bindt. De beste en doelmatige zorg voor de patiënt, op de juiste plek, daar zijn we allebei van. Ons beider hart ligt bij een sterke, goed geregelde eerste lijn met een adequate bekostigingssystematiek, die stimuleert dat onze doelen bereikt kunnen worden. Natuurlijk neemt de huisarts daarin een centrale positie in.

Er zijn ook verschillen, LHV en InEen leggen soms verschillende accenten. De LHV bij de huisarts, zijn praktijk en de huisartsenzorg. InEen bij georganiseerde, multidisciplinaire zorg en brede samenwerkingsverbanden en organisaties. Ook daarin staan de huisarts en de huisartsenzorg centraal en moeten deze een heldere positie hebben, zeker ten aanzien van de inhoud van het vak en de gewenste ontwikkelingen en in de *governance*. Leest u nog eens wat LHV en NHG in hun gezamenlijke Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 schreven over samenwerking en organiseren. InEen onderschrijft deze visie en beschouwt zich partner in het realiseren ervan.

Onze gezamenlijke ambities in deze notitie zijn voor ons geen slappe compromissen. Het zijn krachtige en toekomstgerichte, elkaar versterkende ambities. Daar gaan we voor, ook al zullen we onderweg vast af en toe nog wel eens tegen elkaar oplopen. Dat gaan we dan niet uit de weg.

VOORWOORD

In 2013 sloten we met de zorgverzekeraars en de minister van VWS een Bestuurlijk akkoord eerste lijn voor de jaren 2014 tot en met 2017. Een ambitieus plan voor versterking en groei van de eerste lijn. Een plan met als doel de patiënt betere zorg in de buurt te kunnen bieden en kosten te besparen door meer substitutie en meer zelfzorg mogelijk te maken. In dit akkoord spraken we ook af de bekostiging daarop de komende jaren aan te passen. Daarin is in 2015 al een flinke eerste stap gezet. De introductie van de nieuwe bekostiging is niet gemakkelijk verlopen. De besturen van de LHV en InEen hebben daarom het initiatief genomen om gezamenlijk ideeën te formuleren. Om de bekostiging beter te laten aansluiten bij de dagelijkse praktijk, te bewegen van 'meer meten' naar 'meer vertrouwen' en zo de beste zorg op de juiste plek te krijgen. Wij nemen u graag mee in deze ideeën om met de patiënt centraal, de huisarts en de eerstelijnszorgorganisaties de ruimte te geven om te doen waar zij het beste in zijn. Met deze notitie bieden LHV en InEen houvast en richting bij de doorontwikkeling van de bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Dat is nodig zodat de bekostiging aan gaat sluiten op de zorg en niet andersom.

Met de patiënt in de hoofdrol...

Als we met huisartsen of bestuurders van eerstelijnszorgorganisaties spraken, ging het de laatste tijd vooral over geld, contracten en inkoop. Je zou bijna vergeten dat het over de patiënt, zijn gezondheid en zorg moet gaan. Betere en betaalbare zorg zo dichtbij mogelijk, daar moeten we scherp op letten. We willen de patiënt stimuleren zelf het heft meer in handen te nemen en te houden. Met meer preventie, toegankelijke apps en een persoonlijke gezondheidscheck kan de patiënt meer zelf doen. Zo kunnen we zorg van de eerste lijn naar de nulde lijn verplaatsen. Met een meekijkconsult van de specialist in de eerste lijn kunnen we ook zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn verplaatsen. Het motiveren van de patiënt staat of valt met het vertrouwen in zijn huisarts, de POH of de wijkverpleegkundige, die goed met elkaar samenwerken in de eerste lijn.

Huisartsen en eerstelijnszorgorganisaties die doen waar zij het beste in zijn...

De huisarts en de andere zorgverleners in het huisartsenteam hebben een vertrouwensrelatie opgebouwd met de patiënt en staan letterlijk dichtbij. En van daaruit kunnen zij – in nauwe samenwerking met de wijkverpleging en andere zorgverleners – de beste zorg leveren. Zij moeten daarvoor wel de ruimte krijgen om te doen waar zij het beste in zijn. Aan die ruimte ontbreekt het vaak. Er is veel onrust en onzekerheid en dringend behoefte aan duidelijkheid en perspectief. Dat betekent geen rust of stilstand. Integendeel, duidelijkheid en perspectief zijn nodig om hard te kunnen werken aan de inhoudelijke en organisatorische vernieuwingen in de eerste lijn.

Samenwerking, ondersteuning en infrastructuur goed georganiseerd...

De huisarts werkt samen in een team met onder andere de POH-S, de POH-GGZ en de praktijkassistente, met collega's in huisartsengroepen, zorggroepen, huisartsenposten en gezondheidscentra. Ook werkt hij samen met anderen, zoals apotheker, wijkverpleegkundige, psycholoog, eerstelijns diagnostiek, gemeente enzovoort. Dat vraagt ondersteuning en infrastructuur zoals de noodzakelijke ICT, ondersteunend personeel, gebouwen. Een goede

organisatie maakt dat de huisarts samen met de andere zorgverleners, verantwoordelijkheid kan en wil nemen voor een sterke en goed functionerende eerste lijn.

Gaan we van *meer meten* naar *meer vertrouwen*

'Meten is weten' zeggen we vaak. Dat is te gemakkelijk gezegd. Niet alles is goed te meten en wat we meten zegt lang niet altijd iets over de intrinsieke waarde van de zorg, zoals de vertrouwensrelatie met de patiënt of de kwaliteit van de geleverde zorg. We hebben het over topprofessionals, met een sterke drive hun werk goed en steeds beter te doen, voor de patiënt. Daarom geloven we in *meer vertrouwen* in plaats van nog meer meten en controleren. Bijvoorbeeld door niet alleen de uitkomsten te belonen maar vooral ook de weg er naartoe, naar betere, zinnige en doelmatige zorg. Denk aan geregeld overleg met de apotheker, met de eerste lijns diagnostiek, denk aan collegiale intervisie en aan investering in samenwerking, met de wijkverpleging, de GGZ, de gemeenten. En door samen te onderzoeken hoe zorg transparanter en doelmatiger te maken is. De administratieve belasting en registratieverplichtingen moeten de professionals niet boven het hoofd groeien. Meten is geen doel op zich, maar moet primair bijdragen aan goede zorg voor de patiënt.

In het vervolg van deze notitie werken wij deze hoofdgedachte uit in een aantal gezamenlijke ambities. Onze leden steunen deze lijn en we nodigen onze partners uit deze weg samen met ons te bewandelen. Dat is een fikse uitdaging en vraagt hard werken. Die uitdaging gaan we graag en in vol vertrouwen aan.

Ella Kalsbeek,
Voorzitter LHV

Martin Bontje,
Voorzitter InEen

INLEIDING

De huisartsenpraktijk of het gezondheidscentrum is voor de patiënt in veel gevallen de beste plek voor de juiste zorg. Of het nu gaat om de basiszorg, programmatische zorg of de zorg die veel huisartsen overnemen uit het ziekenhuis. Dichtbij en geleverd door de vertrouwde huisarts en zijn team, waar nodig in samenwerking met andere zorgverleners in de buurt. In het licht van grote veranderingen in de zorg en een groeiende zorgvraag, zijn de uitdagingen voor de huisartsenzorg en voor de hele eerste lijn echter groot.

De LHV en InEen hebben scherp op het netvlies welke rol de huisarts en de eerstelijnsorganisaties waarin en waarmee hij samenwerkt kunnen vervullen en welke bijdrage zij kunnen leveren aan kwalitatief goede en doelmatige zorg. En hoe zij de komende jaren inhoud willen geven aan de uitvoering van het Bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014-2017, in samenhang met het realiseren van de ambities die in de Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 zijn beschreven. Generalistische, persoonsgerichte en continue zorg, blijft daarbij onverkort het leidende principe. Centraal staan de patiënt en goede en betaalbare zorg dichtbij. Met een bekostiging die daarop zo goed mogelijk aansluit.

Voor de LHV en InEen is helder wat de voorwaarden zijn voor een succesvolle doorontwikkeling van het nieuwe bekostigingsmodel. Betrokkenheid van de beroepsgroep, een haalbaar tempo van implementatie en gezamenlijke keuzes motiveren zorgverleners om constructief mee te doen.

Deze notitie brengt uitdagingen en visie bij elkaar. De uitgangspunten in hoofdstuk 1 zijn de basis voor een aantal stevige ambities voor de bekostiging in hoofdstuk 2, die onder de voorwaarden in hoofdstuk 3 met succes tot realisatie kunnen komen.

HOOFDSTUK 1 – De basis voor onze ambities

De uitgangspunten

LHV en InEen hebben een aantal ambities voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg geformuleerd in hoofdstuk 2. De ambities vinden hun basis in vier leidende documenten:

- het Bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 (bijlage 1)
- de Toekomstvisie Huisartsenzorg (bijlage 2) en het Aanbod Huisartsenzorg (bijlage 3)
- de kernwaarden en kernkwaliteiten van de georganiseerde eerstelijnszorg (bijlage 4).

Het is voor ons zeer belangrijk dat de ambities en hun uitwerking goed in te passen zijn in het dagelijkse werk van de huisarts, zijn team en de andere zorgverleners. Een deel van de ambities heeft daarom tot doel om ondersteuning te bieden bij beslissingen in de spreekkamer en slimmer organiseren. Een aantal ambities leidt tot een grotere inspanning voor de beroepsgroep. Om dat mogelijk te maken zal een huisarts keuzes moeten maken over zijn praktijk. Zo kan hij er bijvoorbeeld voor kiezen of meer zorg te leveren voor minder mensen, of bijvoorbeeld meer hulp inzetten om meer zorg te kunnen leveren aan een gelijk gebleven groep patiënten.

Een aantal ambities en randvoorwaarden komen voort uit de overtuiging dat de organisatiekracht van de eerste lijn moet toenemen om de ambities en onze maatschappelijke opdracht waar te kunnen maken. Versterking van samenwerking, organisatiegraad en ondersteuning is voor de verdere ontwikkeling van een kwalitatief hoogstaande eerstelijnszorg noodzakelijk, zoals we in het Bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014-2017 met elkaar hebben vastgesteld. Een belangrijke voorwaarde is dat de ondersteuning en de infrastructuur voor de eerste lijn de komende jaren daadwerkelijk versterkt wordt.

Essentieel is dat ambities positief gestimuleerd worden, en dat veranderingen in een haalbaar tempo tot stand komen. Ambities zijn ook echt *ambities* en mogen niet beschouwd worden als een hard eindpunt. We zullen ambities en doelen ook van tijd tot tijd met elkaar moeten herijken.

De ambities kunnen met het nieuwe driesegmentenmodel gefinancierd worden. Er zullen wel voldoende extra middelen beschikbaar moeten komen om de kosten van de toename van zorg (substitutie en autonome groei) en de daarvoor noodzakelijke versterking van de eerste lijn te kunnen realiseren. De financiering moet eenvoudig en transparant zijn, willen we er in de praktijk mee uit de voeten kunnen. Geen ingewikkelde regels of formules of lang uitgestelde betalingen voor prestaties. De aanbieders moeten in principe vooraf eenvoudig kunnen overzien wat in financiële zin verwacht kan worden opdat daarop de praktijkvoering kan worden aangepast. Wat InEen en de LHV betreft blijft er een gemengd systeem met abonnementen en verrichtingen bestaan.

De opbouw van de notitie

In het bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg wordt onderscheid gemaakt in drie segmenten (zie bijlage 5). In segment 1 is de basishuisartsenzorg stevig verankerd. Dat gaat over het overgrote deel van de huisartsenzorg. In segment 2 wordt de persoonsgerichte programmatische ketenzorg betaald en de ondersteuning en infrastructuur die noodzakelijk is voor het realiseren van de ambities. Segment 3 is bedoeld voor innovaties en het stimuleren en belonen van prestaties.

In hoofdstuk 2 beschrijven we de ambities primair vanuit de inhoud van de zorg en de gewenste ontwikkelingen in een aantal thema's, zo veel mogelijk geclusterd naar de segmenten 1, 2 en 3. We geven daarbij aan vanuit welk segment die ontwikkelingen gestimuleerd kunnen worden met bekostiging.

HOOFDSTUK 2 – Ambities voor de huisartsen- en multidisciplinaire zorg

De uitvoering van het Bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014-2017 vereist visie en ambitie. Dit hoofdstuk beschrijft de ambities. Deze zijn primair beschreven vanuit de inhoud en de te bereiken doelstellingen. De nadruk ligt op de verdere ontwikkeling van de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg die in de segmenten 1 en 2 worden gefinancierd. In segment 3 wordt de structuur, het proces en eventueel het resultaat beloond. Ook innovatie heeft een plek in segment 3. Als die innovatieve zorg uiteindelijk gemeengoed is geworden, kan deze vervolgens in segment 1 of 2 worden ondergebracht.

De patiënt in de hoofdrol

De relatie patiënt-zorgverlener vormt de kern van goede zorg. Die zorg is persoonsgericht en niet louter gericht op aandoeningen alleen. Zo wordt de patiënt ook maximaal uitgenodigd om daar waar hij kan en wil betrokken te zijn en medeverantwoordelijkheid te nemen .

Ambitie 1: Patiënt centraal: persoonsgerichte zorg samen met de patiënt

- Persoonsgerichte zorg, gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement worden gestimuleerd. Voorbeelden hiervan zijn een individueel zorgplan (IZP), een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) en apps. Waar mogelijk en gewenst wordt deze zorg ondersteund door ICT en e-health.
- De ontwikkeling en het gebruik wordt via S3 bevorderd.

A. Ambities die vooral passen bij de basis huisartsenzorg (Segment 1)

De beroepsgroep heeft in het Aanbod Huisartsenzorg 2009 het basisaanbod beschreven zoals elke praktijk en huisartsenvoorziening deze zorg biedt. Deze zorg wordt in segment 1 vergoed, tezamen met de POH-GGZ en enkele verrichtingen (apart per verrichting) die tot het basisaanbod behoren en voor extra substitutie in aanmerking komen. In bijlage 5 is een toelichting op de invulling van segment 1 anno 2015 te vinden.

Het grootste deel van de huisartsenzorg en de kern van die generalistische persoonsgerichte continue zorg wordt in S1 geleverd. Het gaat om 85-87% van de consulten in de huisartspraktijk. Om de toenemende zorgvraag in segment 1 aan te kunnen heeft de huisarts meer tijd per patiënt nodig. Dit is onder andere te realiseren door een deel van deze patiëntenzorg in S1 door de POH-S te laten doen en daar te financieren. De uitwerking van deze voorwaarde is in hoofdstuk 3 te lezen.

Substitutie

Het doel van substitutie van zorg is om zorg dáár aan te bieden waar zorg van gelijke kwaliteit voor een lagere prijs mogelijk is. Of om betere zorg in de buurt te bieden. Dit betekent dat zorg uit de tweede lijn in de eerste lijn wordt aangeboden en dat zorg in de nulde lijn zorg in de eerste lijn vervangt. Er zijn verschillende mogelijkheden. Overigens passen de

substitutie-ambities zowel bij de basiszorg als bij de persoonsgerichte programmatische zorg in segment 2.

Substitutie tweede lijn naar eerste lijn

De eerste mogelijkheid van substitutie is zorg uit de tweede lijn aan te bieden in de eerste lijn. Dit gebeurt al met bijvoorbeeld eenvoudige chirurgische ingrepen, oogboring, zwachtelen etc. Inhoudelijk gaat het daarbij om zorg die veel voorkomt, geen ingewikkelde technische apparatuur behoeft en past in het huidige aanbod. Het gaat om zorg die nu in het ziekenhuis ook wordt aangeboden. Het gaat ook om substitutie van acute zorg door zelfverwijzers van de SEH op te vangen bij de huisartsenpost. Een groot deel van dit soort substitutie is al gevangen in de M&I en ketenzorg. Doel hiervan is innovatie en substitutie stimuleren. Gezamenlijke criteria voor de betrokken partijen om hierin keuzes te maken, ontbreken echter nog.

Nodig is een instrument waarmee huisartsen, eerstelijnsorganisaties en zorgverzekeraars makkelijker kunnen bepalen welke zorg het meest voor substitutie in aanmerking komt. Deze zorg moet aansluiten op de basiszorg in S1, zodat de belasting daar beperkt is. Vervolgens stimuleren en faciliteren we de huisarts om deze zorg te bieden.

Ambitie 2: *Ontwikkeling en gebruik substitutietrechter*

- LHV, InEen en zorgverzekeraars maken een 'substitutietrechter'. Dat is een eenduidige set criteria waarmee te bepalen is welke zorg het meest geschikt is voor substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Dit vereenvoudigt het beoordelen van substitutie-initiatieven en het maken van afspraken met zorgverzekeraars.
- Projecten kunnen in S3 worden gestart en later in S1 en/of S2 ingepast.

Substitutie van huisartsenzorg naar zelfzorg

Een kenmerk van de huisartsenzorg is patiënten helpen zelf hun klachten op te lossen waar mogelijk en/of klachten uit het medische circuit te trekken. Dit aspect van de huisartsenzorg is nog weinig expliciet. De afgelopen jaren heeft het NHG met de ontwikkeling van Thuisarts.nl fors geïnvesteerd in een instrument voor de ondersteuning van zelfzorg. Dit kan verder uitgebouwd worden door zowel de achterban als het publiek meer vertrouwd te maken met deze advisering tijdens en buiten het spreekuur. Hiervoor wordt het benodigde instrumentarium ontwikkeld. Voor S1 gaat het hier om de veel voorkomende klachten. Thuisarts.nl verdient een duidelijke plek in de etalage. Niet-medische adviezen en zelfzorgadviezen zitten ook in het zogeheten Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) dat in de HIS'ën is ingebouwd. Dit systeem is gevuld met de inhoud van de NHG-richtlijnen en de daarvan afgeleide adviezen voor de patiënt. De doktersassistente en/of de praktijkondersteuner (POH) kan deze tijdens het consult gebruiken. De Persoonlijke Gezondheidscheck versterkt de eigen regie en autonomie van mensen. Groot voordeel is dat hiermee ook het doelmatig voorschrijven een steun in de rug krijgt. De benodigde middelen zijn hiervoor al aanwezig, beloning is een punt van aandacht.

Ambitie 3: Stimuleren zelfzorg van de patiënt

- Huisartsen stimuleren zelfzorg en zelfmanagement van veelvoorkomende ziekten door patiënten te helpen Thuisarts.nl te gebruiken en door gebruik te maken van ondersteunende adviezen en materialen voor voorlichting in het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS).
- In S3 kan het gebruik en de doorontwikkeling van het EVS en op termijn het resultaat van het gebruik (bijvoorbeeld minder consulten en prescripties bij veel voorkomende klachten) worden beloond.

Een tweede mogelijkheid voor ondersteuning van zelfzorg en gebruik van e-health is het gebruiken van (de voorlopers van) een patiëntendossier. Een voorbeeld van een dergelijke voorloper is gebaseerd op het van Parkinsonnet afgeleide patiëntendossier. Als de huisarts zijn aantekeningen maakt in het zogeheten Persoonlijk Gezondheidsdossier, kan hij beter samenwerken met de wijkverpleegkundige en mantelzorgers en wordt het zelfmanagement van de patiënt gestimuleerd. De beroepsgroep kan participeren in dit project en hiermee op beperkte schaal experimenteren met een dergelijk persoonsgebonden patiëntendossier. De implementatie van persoonsgerichte zorg en zelfmanagement vraagt gelijktijdig aandacht voor bewustwording bij patiënten, coachende competenties van zorgverleners, ondersteunde ICT en benodigde financiering.

Ambitie 4: Afstemmen zorg met Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD)

- Huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere eerstelijnszorgaanbieders experimenteren op beperkte schaal met het gebruik van een persoonlijk gezondheidsdossier.

Substitutie in de ouderenzorg

Vergrijzing en de transitie van de AWBZ naar de WLZ en de WMO brengen meer ouderenzorg in de handen van de huisartsenzorg. Het doel van deze transities is de zorg betaalbaar te houden, patiënten langer thuis te laten wonen en de zelfraadzaamheid van patiënten en hun mantelzorgers te vergroten. Huisartsen leveren graag nog betere zorg voor deze groep oudere patiënten. Hun taak is de medische zorg terwijl de wijkverpleging de *care* verzorgt.

Het afgelopen jaar is een duidelijk aanbod huisartsenzorg voor ouderen geformuleerd. Het implementeren van dit aanbod en samenwerking met de wijkverpleging en waar mogelijk met de specialist ouderengeneeskunde is de volgende uitdaging. Deze past in het kader van het Bestuurlijk akkoord en speelt op korte termijn. Hierbij komt de oudere patiënt eerder in het vizier van huisarts waardoor hij vroeger geholpen wordt en het stadium naar meer complexe zorg mogelijk voorkomen kan worden. Door de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde beter mogelijk te maken, kunnen ouderen ook op een medisch verantwoorde manier langer thuis blijven wonen. De partijen van het eerstelijns bestuurlijk overleg ontwikkelen samen een programma voor persoonsgerichte programmatische ouderenzorg.

De veelheid aan thuiszorgorganisaties maakt de samenwerking niet eenvoudiger. Bij het maken van afspraken moet de continuïteit van zorg gewaarborgd worden.

Ambitie 5: *Betere samenwerking huisarts-wijkverpleegkundige en afstemming cure-care*

- LHV, InEen en V&VN maken samenwerkingsafspraken tussen huisartsenzorg en wijkverpleging, waarin duidelijk wordt gemaakt wat de huisarts aan *cure* levert en de wijkverpleging aan *care*. Hierbij blijven de lijnen tussen wijkverpleegkundige en huisartsenvoorziening zo kort mogelijk door het formeren van vaste teams te faciliteren.
- Huisartsenvoorzieningen, gezondheidscentra en zorggroepen willen de mogelijkheid hebben om wijkverpleging te contracteren vanuit het kader wijkverpleging, waardoor een sterke samenwerking huisarts-wijkverpleegkundige ontstaat.
- In S2 of S3 kan het organiseren van de inbedding van de wijkverpleging in de multidisciplinaire eerstelijnszorg en de samenwerking met de wijkverpleging worden vergoed (samenwerkingsovereenkomst, overleg).

Substitutie GGZ

In het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat de huisartsenzorg haar poortwachterschap kwalitatief versterkt en haar capaciteit om de klachten in het spectrum van de GGZ dat door de huisarts behandeld kan worden, kwantitatief uitbreidt. Om dit mogelijk te maken is de regeling POH-GGZ generiek verruimd, maar nog steeds niet op maat van de verschillende populaties die huisartsen bedienen. Voor meer substitutie is aanpassing van deze regeling nodig, waardoor praktijken die dat nodig hebben over meer POH-GGZ kunnen beschikken. Hiervoor is inzicht nodig in de specifieke vraag per praktijk naar POH-GGZ zorg. Er zijn zorggroepen die de ondersteuning van de POH-GGZ voor huisartsenpraktijken organiseren. In de GGZ kan nauwere samenhang en samenwerking tussen de huisartsenzorg met POH-GGZ en de generalistische basis-GGZ zorgen voor een aansluitende keten in de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. Op basis van de ervaringen van een aantal zorggroepen en gezondheidscentra zullen we nagaan of en onder welke condities deze samenwerking meer structureel kan worden uitgebreid.

Ambitie 6: *Praktijkmonitor GGZ; capaciteit POH-GGZ op maat populatie*

- Er wordt een praktijkmonitor GGZ-klachten in de huisartspraktijk ontwikkeld op basis waarvan de praktijk, de zorggroep en het gezondheidscentrum de vraag naar GGZ hulp eenvoudig meetbaar kunnen maken (extractie uit HIS) en op basis waarvan de regeling POH-GGZ op maat van de praktijk kan worden ingevuld.
- In S3 kan het gebruik van deze innovatieve module en verslag van aantal GGZ-contacten met de ziektelast worden gefaciliteerd, door de inzet van meer POH-GGZ in de praktijk te contracteren.

Poortwachterschap: gericht verwijzen naar de tweede lijn

Huisartsen zijn de poortwachter naar de tweede lijn. Idealiter lossen zij klachten en problemen samen met hun patiënten op, zolang deze problemen vallen binnen de competentie van de huisarts en zijn team. Als de problematiek niet in de huisartsenzorg kan worden opgelost, wordt er verwezen, veelal naar de tweede lijn. De verwijzpatronen van huisartsen verschillen afhankelijk van vaardigheden, interesses, populaties etc. Ook verschillen zij afhankelijk van de aanzuigende kracht van de tweede lijn in hun buurt. Daar waar een nieuwe 'eerstelijnsklachtenpoli' wordt geopend, groeit de druk van de consument

om te worden verwezen. Betere samenwerking met de medisch-specialistische zorg (bijvoorbeeld met het meekijkconsult) kan helpen om de zorg voor patiënten dichtbij huis te bieden. Het poortwachterschap kan worden versterkt door het genereren van meer inzicht in het eigen verwijspatroon en mogelijk door spiegelen met de omgeving. Op basis van dit inzicht kan de huisarts zo nodig zijn verwijzingen aanpassen.

Ambitie 7: Gebruik van verwijzingsmonitor

- Doel is de huisarts zelf inzicht te geven op zijn verwijspatroon en zo zijn poortwachterschap te versterken door gebruik van een verwijzingsmonitor die in de HIS'en wordt ingebouwd. Zo krijgt de huisarts zijn verwijzingen direct uit zijn HIS gespiegeld.
- Op basis van deze monitor kan de huisarts in intervisiegroepen deze resultaten bespreken en zijn praktijkvoering in de groep met regelmaat evalueren.
- In S3 kan het gebruik van de monitor en deelname aan spiegelgesprekken over het verwijspatroon worden gestimuleerd.

Diagnostiek heeft een belangrijke rol in de huisartsenzorg en ook bij mogelijke doorverwijzing naar de tweede lijn. Betere diagnostiek – en dat is niet altijd de allergeoedkoopste – kan een betere behandeling in de eerste lijn ondersteunen en daarmee onnodige doorverwijzingen voorkomen. Dat geldt ook voor de farmaceutische zorg. Zeker bij polyfarmacie kan de medicatiebeoordeling en de samenwerking van de huisarts, de apotheker en de eerstelijns diagnostiek bijdragen aan betere medicatie en aan voorkomen van verwijzingen naar de tweede lijn (FTO, DTO).

Ambitie 8: Ondersteuning doelmatige diagnostiek en verwijzen

- Doel is ontwikkeling van een expertsysteem voor gebruik in het HIS om doelmatig verwijzen en doelmatige diagnostiek te ondersteunen
- Daarnaast kijken we hoe we deze expertsystemen ook kunnen inzetten in de samenwerking van de huisarts, apotheker en eerstelijns diagnostische centra voor medicatiebewaking en kwalitatief hoogwaardige en effectieve diagnostiek.
- Op basis van deze monitor kan de huisarts in intervisiegroepen deze resultaten bespreken en zijn praktijkvoering in de groep met regelmaat evalueren.
- In S3 kan het gebruik van de monitor en deelname aan spiegelgesprekken over het verwijspatroon of diagnostisch aanvraagpatroon worden gestimuleerd.

Doelmatigheid

Reeds langer bestaan ambities om de doelmatigheid van de zorg te vergroten. De afgelopen jaren zijn in dit kader meerdere projecten rond doelmatigheid van huisartsenzorg ontwikkeld:

Doelmatig voorschrijven

Doelmatig voorschrijven is onderdeel van het huisartsgeneeskundig aanbod en wordt sinds lange tijd onder de aandacht van de huisartsen gebracht en in meerdere of mindere mate beloond. Daarin is al grote doelmatigheidswinst behaald. Naast het deel van het bestuurlijk akkoord waarin doelmatig voorschrijven op praktijkniveau wordt beloond, heeft de minister in een eerder Bestuurlijk akkoord ook op macroniveau een doelmatigheidseis gesteld. We

moeten het komend jaar de beroepsgroep verder ondersteunen om de resultaatsafspraken op dit dossier te halen. Dit kan door het gebruik van de NHG-richtlijnen in het EVS te stimuleren, zo mogelijk het onderscheid tussen *multisource/singlesource* middelen inzichtelijk te maken en een waarschuwing te geven bij het voorschrijven van dure medicijnen. Vergelijkbare afspraken en waarschuwingen voor de tweede lijn zijn vanzelfsprekend ook een voorwaarde.

Voorkomen van ziekte door preventie

De huisartsenzorg maakt zich in haar basisaanbod al lang sterk voor een goede individuele preventie. Waar het accent in eerste instantie veelal lag op zorggerelateerde preventie, zijn de preventieve activiteiten in de huisartsenzorg steeds verder opgeschoven richting *geïndiceerde* preventie. De Persoonlijke Gezondheidscheck is daarvan een goed voorbeeld. De belangrijkste activiteiten rond individuele preventie zijn deel van het basisaanbod en zijn ook opgenomen in de ketens voor chronische ziekten. Deze projecten blijven doorlopen en worden hieronder kort genoemd.

Zorg in de buurt

Een belangrijk streven is de zorg zo veel mogelijk in de buurt van patiënten te leveren. Dit maakt de toegankelijkheid van de zorg groter. Hoe veel voorkomender de vraag is, hoe dichter de zorg in de buurt zou moeten worden geleverd. En hoe groter de moeite van het reizen is voor de patiënt hoe dichter de zorg bij hem in de buurt moet zijn: zorg op 'rollator- en buggy-afstand'. Daarnaast geeft het aanbieden van zorg in de buurt ook zicht op de specifieke noden van de buurt aan zorg. Juist zorg op korte afstand, in apotheekhoudende huisartsenvoorzieningen, op locatie in kleinschalige woonvormen, dependances van huisartsenpraktijken of via 'virtuele praktijken' brengt de zorg weer dichtbij de (oudere) patiënt. Deze vorm van dienstverlening zou moeten worden gestimuleerd en beloond. Maar tegelijkertijd, versterken van de organisatiegraad van de eerstelijnszorg gaat vaak gepaard met schaalvergroting. Dan is het juist de kunst kleinschaligheid en nabijheid van het aanbod te combineren met grootschaligheid van de samenwerkingsverbanden en infrastructuur.

Ambitie 9: Zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt leveren

- Doel is huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zo dicht mogelijk in de buurt van de patiënt te leveren door spreekuren op locatie in bijvoorbeeld ouderenflats, verzorgingshuizen en bijvoorbeeld wijkgebouwen in kleine woonkernen (zogenoeten 'perifere' spreekkamers) te houden.
- De patiënt hoeft niet naar de specialist, maar de specialist komt voor een meekijkconsult naar de patiënt en zijn huisarts.
- In S3 wordt de geleverde zorg gestimuleerd.

Integrale, persoonsgerichte zorg bij multimorbiditeit

Het aantal patiënten met meerdere aandoeningen groeit, zeker in de populatie van kwetsbare ouderen. Voor hen is het van belang dat hun aandoeningen integraal worden behandeld en dat de zorg geen optelsom is van aparte behandelingen of programma's. De vraag is hoe deze integrale aanpak van deze patiënten met hun complexe co-morbiditeit vorm moet worden gegeven. Deze vraag doet zich voor bij de basiszorg en tegelijkertijd ook in de programmatische ketenzorg in segment 2. Het integrale en persoonsgerichte karakter van de zorg moet voorop staan. Aanpak en programma's zullen hierop de komende tijd worden bekeken.

Ambitie 10: Integrale, persoonsgerichte zorg

- Doel is integratie van zorg voor patiënten met meerdere aandoeningen. Onderzocht wordt welke aanpak de beste is voor de patiënt en welke het meest doelmatig is.
- In S3 kan beloning op basis van het aanbieden van deze 'totaalzorg' worden beloond tijdens het stadium van onderzoek.

B. Ambities die passen bij segment 2

De ambities hiervoor in onderdeel A gelden uiteraard in belangrijke mate ook in segment 2. We noemen met name de volgende ambities: substitutie, zelfzorg, zorg dicht bij de patiënt, integrale, persoonsgerichte zorg, doelmatig verwijzen en doelmatige diagnostiek en samenwerking met de wijkverpleging.

Hieronder een aantal ambities, specifiek voor segment 2.

Multidisciplinaire, persoonsgerichte en programmatische zorg

Ketenzorg biedt programmatische multidisciplinaire zorg, georganiseerd door zorggroepen en gezondheidscentra. Hierin werken verschillende disciplines met elkaar samen, doorgaans onder regie van de huisarts, om optimale zorg voor chronische patiënten te bieden.

Bestaande programma's worden continu verbeterd en heringericht en nieuwe programma's zijn in ontwikkeling. Belangrijkste doel is om van een op aandoening gerichte zorgverlening te veranderen naar een persoonsgerichte, integrale zorg (zie ambitie 10). Met inachtneming van de kernwaarden van de huisartsengeneeskunde zullen bij de ontwikkelingen de kwaliteit van zorg, de doelmatigheid en de mogelijkheden voor substitutie ijkpunten vormen.

In sommige regio's wordt geëxperimenteerd met nieuwe zorgprogramma's, met name voor kwetsbare ouderen. Ook wordt gezocht naar betere samenwerking met en samenhang in de GGZ en intensiveren van de samenwerking met de wijkverpleging. Bij de verdere ontwikkelingen komen zowel de programmatische (keten)zorg als de multidisciplinaire en persoonsgerichte ondersteuning in het basisaanbod aanbod nadrukkelijk in beeld. Hetzelfde geldt voor de persoonsgerichte medicatiebeoordeling en aandacht voor polyfarmacie.

Ondersteuning door ketenorganisaties maakt het mogelijk om verdere substitutie en transitie

goed vorm te geven. Zoals eerder vermeld, willen we een halt toeroepen aan het varen op nodeloze en onbewezen indicatoren.

Ambitie 11: Doorontwikkeling multidisciplinaire, persoonsgerichte, programmatische zorg

- De multidisciplinaire, persoonsgerichte en programmatische zorg wordt inhoudelijk verbeterd en doorontwikkeld.
- Regionale experimenten en innovaties zijn een belangrijke basis voor vernieuwingen. Vernieuwingen op het gebied van ouderenzorg, GGZ en wijkzorg worden na bewezen waarde en doelmatigheid aangeboden binnen segment 2 (voor zover programmatisch mogelijk en zinvol) en binnen segment 1 (voor zover ondersteunend aan het basisaanbod in multidisciplinaire en persoonsgerichte zin).
- Regionaal vindt afstemming plaats tussen ketenorganisaties en huisartsenkringen over de effecten over en weer op de segmenten 1 en 2. De multidisciplinaire persoonsgerichte zorg wordt zo optimaal mogelijk ingericht en de individuele huisarts en andere zorgprofessionals moeten zich ondersteund weten in de uitvoering daarvan. Ook de samenhang met GGZ, wijkverpleging, jeugdzorg en het sociale domein van de gemeente kan aan de orde komen.
- Voor de bekostiging gelden voor ons de volgende uitgangspunten:
 - a) In segment 3 wordt de innovatie bekostigd en beloond.
 - b) Voor de vernieuwing en uitbreiding van de integrale, persoonsgerichte zorg in de segmenten 1 en 2 moet aanvullende budgettaire ruimte beschikbaar komen door substitutie of autonome groei.
 - c) Wijkverpleging, generalistische basis-GGZ en eventueel andere onderdelen van geïntegreerde zorg zouden vanuit die budgettaire kaders bekostigd moeten worden en mogen niet ten laste van BKZ huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg komen.

Ondersteuning en infrastructuur

De infrastructuur van de eerstelijnszorg is beperkt en divers en blijft achter bij de infrastructuur in andere sectoren binnen de zorg. Zeker tegen het licht van de hoge verwachtingen van de eerstelijnszorg is dat een belangrijk aandachtspunt. In het Bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014-2017 werd gezamenlijk vastgesteld dat verdere versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn, gefaciliteerd door regionale ondersteuningsorganisaties, een noodzakelijke randvoorwaarde is voor het verder ontwikkelen van kwalitatief hoogstaande eerstelijnszorg. Ook in de Toekomstvisie 2022 streven wij naar goede samenwerking en ondersteuning op wijk, lokaal en regionaal niveau. Met dergelijke ondersteuning wordt de individuele huisarts en zijn praktijk geholpen om de ambities uit zowel de Toekomstvisie als die uit het Bestuurlijk akkoord waar te maken. Om vaart te kunnen maken met de beschreven ambities verdient deze ondersteuning en

infrastructuur hoge prioriteit.

Samenwerking, infrastructuur en organisaties worden nu op verschillende manieren betaald, vaak los van de werkelijke toegevoegde waarde. Gebrek aan overzicht en een soort lappendeken van samenwerkingsverbanden en structuren is het gevolg. We moeten toe naar regionaal maatwerk binnen een meer algemene betaaltitel. Het gezamenlijke project van LHV, InEen en ZN voor ondersteuning en infrastructuur zal op korte termijn moeten leiden tot een voorstel waarbij infrastructuur en ondersteuning binnen een bepaald gebied op basis van een programma van eisen wordt gefinancierd, op basis van lokale behoeften en visie. Daartoe moet de huidige GEZ worden omgebouwd tot een heldere financiering voor ondersteuning, infrastructuur en organisatie, waarvoor stapsgewijs ook voldoende financiële middelen beschikbaar moeten komen. Zolang dat niet beschikbaar is moeten de instellingen kunnen rekenen op continuering van hun GEZ-financiering. Anders breken we infrastructuur af, die niet een-twee-drie weer opgebouwd is.

De ROS'en kunnen als onafhankelijke regionale ondersteuners van de eerste lijn regionaal een belangrijke rol spelen bij verdere ontwikkeling van de eerstelijnszorg en bij de ondersteuning van de implementatie van vernieuwingen. Zij kunnen ook voorzien in informatie dicht in de buurt van zorgverleners. Voor de spoedeisende huisartsenzorg in de ANW-uren werken huisartsenposten aan een netwerk van nauwe samenwerking met de ambulancezorg, de SEH, de GGZ, de farmaceutische spoedzorg en de thuiszorg. Versterking van samenwerking, organisatiegraad en ondersteuning is voor de ontwikkeling van een kwalitatief hoogstaande eerstelijnszorg noodzakelijk, zoals we in het bestuurlijk akkoord eerstelijnszorg als met elkaar hebben vastgesteld. De Ros'en hebben als onafhankelijke ondersteuningsorganisaties regionaal een belangrijke ondersteunende functie bij vernieuwingen in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Ambitie 12: Samenwerking, ondersteuning en infrastructuur voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg goed ontwikkeld

- Doelstelling is de structuur en het proces voor het realiseren van samenwerkingsverbanden en infrastructuur lokaal en regionaal vorm te geven, met aandacht voor een zorgvuldige transitie.
- De infrastructuur wordt bekostigd op basis van een concreet, op het werkgebied toegesneden bestek of programma van eisen dat waarborgen bevat voor de toegevoegde waarde die van deze infrastructuur verwacht mag worden. De bestaande GEZ wordt daartoe omgebouwd tot een nieuwe betaaltitel.

C. Ambities die vooral passen bij segment 3

Transparantie en kwaliteit

Het drie-segmentenmodel belooft huisartsen vooral voor hun inzet op de behandeling van aandoeningen en op verrichtingen. De kern van de huisartsenzorg – generalistische, continue, persoonsgerichte zorg - wordt daarmee ondergewaardeerd. De LHV en InEen maken momenteel in nauw overleg met het NHG juist deze kern zichtbaar. In een Kwaliteitsvenster kan de huisartsenzorg aan cliënten en patiënten inzicht geven in de mate waarin de kernwaarden worden gerealiseerd. Het gebruik hiervan kan vervolgens worden beloond.

Ambitie 13: Zichtbaarheid van de kwaliteit van de kernwaarden

- Doel is ontwikkeling van een tool die de kern van de huisartsenzorg zichtbaar maakt en ontwikkeling van een module die het gebruik van deze tool met het tonen van etalage-informatie door de praktijk zichtbaar maakt.

Patiënten en verzekeraars vragen om aantoonbare kwaliteit. Huisartsen moeten op tal van manieren voor verzekeraar, zorggroep, huisartsenpost en herregistratie kwaliteit aantonen. Een duidelijk totaaloverzicht ontbreekt echter. Zij worden voor deze inspanningen slechts voor een beperkt deel gecompenseerd. Een portfolio kan het overzicht bieden van de inspanningen die de professional levert om kwaliteit aan te tonen. De breedte van het portfolio, dan wel de afzonderlijke delen daarvan, kunnen daarbij worden beloond.

Ambitie 14: Kwaliteitsportfolio

- Doel is het stimuleren van een kwaliteitsontwikkeling over de volle breedte van het vak, het belonen van alle inspanningen die gepaard gaan met (her)registratie en onderhoud van vakbekwaamheid en inrichting van het kwaliteitsbeleid in de praktijk. Het portfolio is modulair opgebouwd.
- Beloning vindt plaats op het aantal en zwaarte van de diverse modules en breedte van het portfolio.

De afgelopen jaren zijn voor verschillende groepen van zorgorganisaties kwaliteitscriteria ontwikkeld. Steeds was daarbij de branche en beroepsgroep zelf die het initiatief nam en de streefnormen formuleerde: streefnormen voor de ANW-zorg van huisartsenposten en kwaliteitscriteria voor huisartsenposten. Gezondheidscentra hebben meestal elk hun eigen kwaliteitsbeleid. We zullen de komende tijd ook daarvoor een gemeenschappelijke set kwaliteitscriteria formuleren. De eerstelijns diagnostiek kent ook duidelijk kwaliteitsbeleid, gericht op de specifieke zorg en bedrijfsprocessen. Voor de ketenzorg willen we verdere transparantie organiseren, maar doen dat met een beperkte set van indicatoren die voortkomen uit het primaire proces en dus geen extra registratie vragen. Er is een set indicatoren in ontwikkeling, een mix van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Deze worden ingepast in de benchmark ketenzorg, die al een aantal jaren door de zorggroepen gezamenlijk jaarlijks wordt uitgevoerd en in overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is ontwikkeld.

Ambitie 15: Transparantie en kwaliteitsbeleid voor geïntegreerde zorg en ketenzorg

- Voor de ketenzorg wordt een set indicatoren ontwikkeld (een mix van structuur, proces en uitkomst) die niet tot extra registratieve belasting in het primaire proces mag leiden.
- Voor de organisaties voor geïntegreerde zorg, ANW-zorg en ketenzorg worden kwaliteitscriteria met streefnormen ontwikkeld, periodiek geëvalueerd en gemeten.
- Vergelijkingen en metingen worden zo doelmatig mogelijk georganiseerd.

Innovatie

In de eerste lijn is doorlopend sprake van innovaties: het zoeken naar betere zorg, doelmatiger zorg en beter organiseren van zorg. Segment 3 biedt ruimte voor innovatie en kent nog diverse oorspronkelijke M&I's. Zorgaanbieders willen voor hun eigen populatie zelf projecten ontwikkelen, maar krijgen hierbij onvoldoende medewerking van de verzekeraar of zij vinden telkens opnieuw het wiel uit. Zij zijn geholpen met begeleiding in het aanvragen van innovatieve projecten (bijvoorbeeld op het gebied van ouderenzorg) en de verzekeraar met het beoordelen en stroomlijnen van deze projecten. Een gezamenlijke tool maakt duidelijk of een project voldoende de ontwikkelingsdoelen ondersteunt, of er voldoende patiënten zijn die er gebruik van kunnen maken, of de benodigde structuur aanwezig is et cetera.

Ambitie 16: Ontwikkelen en gebruik van innovatietrechter

- De 'innovatietrechter': heeft tot doel eenduidige prestatiebeschrijvingen voor innovatieve zorg te ontwikkelen waarmee huisartsen en verzekeraars onderlinge overeenkomsten kunnen aangaan. Dit vergemakkelijkt het beoordelen van de initiatieven en vaststellen van beloningen hiervoor.
- Innovatieve ideeën kunnen beproefd worden in proeftuinen en leertrajecten. Op basis van de ervaringen kan gerichte invoering worden bevorderd.
- In S3 kunnen nieuwe projecten aanvankelijk als innovatie worden beloofd, later kunnen dan ook de resultaten worden beloofd.

HOOFDSTUK 3 - Voorwaarden voor succes

Wat is er voor nodig om de ontwikkeling van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, zoals in de ambities verwoord, de komende jaren waar te maken. Dat leest u in dit hoofdstuk.

Bekostiging kan ontwikkelingen bevorderen

Uiteindelijk worden ontwikkelingen en vernieuwing vertaald in afspraken tussen zorgverzekeraars en de verschillende zorgaanbieders. Dat proces moet vooral gaan over de vraag hoe gezamenlijke doelen gerealiseerd kunnen worden en niet louter over geld.

In 2015 is de eerste stap gezet op weg naar het nieuwe bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, het zogenaamde driesegmentenmodel. Alle betrokken partijen hebben knelpunten en problemen ervaren bij deze eerste stap. Verschillende werkgroepen van ZN, zorgverzekeraars, NZa, LHV, InEen, VWS en anderen werken al sinds december 2014 aan de doorontwikkeling voor 2016. Ook om herhaling van knelpunten te voorkomen.

De doorontwikkeling voor 2016 is nu nog vooral gericht op het ontwikkelen van nieuwe *uitkomst* bekostiging voor onder andere diagnostiek en verwijzen. Goede uitkomstmaten, die geschikt zijn voor beloning en die aansluiten bij de beleving en dagelijkse praktijk van de zorgaanbieders, ontbreken echter. Deze zijn waarschijnlijk niet snel beschikbaar. Ook de bijbehorende normering ontbreekt. De vraag is dan ook of we op de goede weg zijn.

De overgang naar het nieuwe financieringssysteem heeft bij veel aanbieders geleid tot grote onrust. De LHV en InEen hebben een duidelijk beeld van de voorwaarden om de implementatie en doorontwikkeling van het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg tot een succes te maken. Goede maten voor resultaatbeloning zijn essentieel. En het tempo van de invoering van de verandering moet passen bij wat de praktijk aankan. De les uit 2014/2015 is dat onze achterban in een haalbaar tempo betrokken moet worden bij de te behalen resultaten, zodat men gemotiveerd is om hieraan deel te nemen. Alleen een gemotiveerde beroepsgroep maakt stappen.

Een groot deel van de discussie over de bekostigingsstructuur gaat over de uitbreiding van segment 2 en de uitwerking van segment 3. Het basisaanbod in segment 1 betreft het leeuwendeel van het huisartsgeneeskundig aanbod. Iedere huisarts, elke praktijk of gezondheidscentrum biedt en levert dit basisaanbod, terwijl het aanvullend aanbod en het bijzonder aanbod populatie- en huisartsafhankelijk zijn. Zonder een solide basisaanbod als fundament, is aanvullend en bijzonder aanbod niet mogelijk. De voorwaarden voor succes liggen dan ook in een stevig fundament in segment 1. In segment 2 moet voldoende ruimte zijn om de persoonsgerichte programmatische ketenzorg, die zowel in de breedte als in deelname nog steeds toeneemt. In de bekostiging mogen de segmenten 1 en 2 elkaar dan ook niet in de weg zitten. Samenhang tussen en ruimte voor beide segmenten moeten we in de gaten houden. In beide zien we autonome groei.

Het is belangrijk dat aanpassingen van de bekostiging beheerst en stapsgewijs tot stand komen en door het veld gedragen, begrepen en herkend worden. Meer en meer worden er

bedrijfsmatige risico's gedragen in de eerstelijnszorg. Te meer omdat financiering deels resultaatafhankelijk wordt. Daarnaast worden ook innovaties doorgevoerd, die gepaard gaan met een leerproces. Een gezonde bedrijfseconomische basis vraagt om afspraken over een langere periode en dus meerjarige contracten.

Vernieuwingen in de zorg, die leiden tot substitutie en dus minder zorg en minder kosten in de tweede lijn, brengen ontwikkelings- en aanloopkosten met zich mee, zonder dat de winst in de tweede lijn direct zichtbaar is. De kost gaat voor de baat uit en dat moet in de financiering mogelijk gemaakt worden. Zorgverzekeraars, VWS en de eerste lijn moeten met elkaar een oplossing zoeken voor dit vraagstuk.

Een helder proces rond het contracteren is dan ook een belangrijke voorwaarde voor het welslagen.

*Randvoorwaarden contracteren – Contracteren op basis van wederzijds respect en begrip
Het is de ambitie om te contracteren met de verzekeraars voor zover mogelijk binnen de kaders van de geldende wet- en regelgeving, op basis van gelijkwaardigheid en respect, waarbij wij de volgende uitgangspunten voorstellen:*

- Het contract is de bevestiging van gezamenlijke afspraken. Reëel overleg tussen partijen, op basis van gelijkwaardigheid is daar een voorwaarde voor.
- Gewenste ontwikkelingen worden gestimuleerd met behulp van ontwikkelingsgerichte financiering; zo worden op basis van de wensen en mogelijkheden haalbare en zinvolle stappen gezet in de doorontwikkeling van de bekostiging. Dit voor zover mogelijk binnen de kaders van de geldende wet- en regelgeving. Prestatiebeloning kan deel uitmaken van dat proces.
- Er is voor een verantwoorde bedrijfsvoering en voor investeringen een deugdelijke bedrijfseconomische basis en een zekere stabiliteit nodig. Meerjarige contracten zijn daarvoor hard nodig.
- Bij innovaties gaat de kost voor de baat uit, er is in de tijd ruimte nodig om kosten te maken waarvan op termijn de kwalitatieve resultaten blijken en de financiële voordelen gerealiseerd worden.
- Aanpassingen van de systematiek moeten tijdig gereed (in principe op 1 juni) en bekend zijn om er voor het volgende jaar goed afspraken over te kunnen maken.
- Er komt ruimte voor regionaal maatwerk, waardoor bij het contracteren door aanbieders meer gezamenlijk kan worden opgetrokken. Daarvoor worden modellen ontworpen.

Voorwaarden segment 1

Eenvoud

Om hun werk goed te kunnen doen, zijn huisartsen en zorgorganisaties gebaat bij een eenvoudige bekostigingssystematiek die zo min mogelijk tijd kost bij zowel het maken van afspraken als de dagelijkse praktijkvoeringen administratie. Het opknippen van een eenvoudige betaling per verrichting in vier verschillende tarieven, zoals bij sommige prestaties (o.a. IUD) is gebeurd, helpt daar niet bij. Een eenvoudig systeem vergroot de helderheid over wat wanneer kan worden gedeclareerd, verkleint de kans op fouten en vermindert de administratieve lasten voor zowel huisarts als zorgverzekeraar. Voor LHV en Ineen is vermindering van de administratieve lasten een belangrijk doel dat met de nieuwe bekostiging gerealiseerd moet worden.

Stabiliteit en vertrouwen

Ad hoc aanpassingen aan de bekostigingssystematiek, die binnen een jaar al om wijziging vragen, moeten worden voorkomen. Om de stijgende vraag naar huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg het hoofd te kunnen bieden, zijn investeringen nodig in bijvoorbeeld personeel en huisvesting. Dat vraagt om meer zekerheid dat de bekostiging voor langere tijd blijft bestaan. Meerjarenafspraken zullen bijdragen aan de gewenste stabiliteit.

Adequate bekostiging

Er komt veel op de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg af. Om de stijging van de vraag aan te kunnen, zijn niet alleen voldoende middelen nodig op macroniveau, maar moeten deze ook op een goede manier worden verdeeld over de verschillende zorgaanbieder. Dat vraagt om een bekostiging die recht doet aan verschillen in het volume en de aard van de zorgvraag. Zo wordt er ook tegemoetgekomen aan verschillen in werklast tussen huisartsen. De bekostiging moet tijd en aandacht stimuleren en honoreren, evenals overleg- en samenwerkingstijd. In plaats van het accent op verrichtingen te leggen.

Ondersteuning en praktijkverkleining

Voor de toenemende vraag naar huisartsenzorg zien LHV en InEen een paar belangrijke oplossingsrichtingen: voldoende ondersteuning van de huisarts, versterking van de infrastructuur en een huisarts zal keuzes moeten maken over zijn praktijk. Zo kan hij er bijvoorbeeld voor kiezen of meer zorg te leveren voor minder mensen, of bijvoorbeeld meer hulp inzetten om meer zorg te kunnen leveren aan een gelijk gebleven groep patiënten. Voldoende ondersteuning betekent voldoende assistentie, voldoende POH-S en voldoende POH-GGZ, maar ook adequate ICT, managementondersteuning et cetera. Wat voldoende is, zal per praktijk en organisatie verschillen. Er is grote behoefte aan een basisteam, bestaande uit een basisformatie assistentie, praktijkondersteuning en eventueel management. Voor praktijken die vanwege de vraag meer ondersteuning nodig hebben, kunnen instrumenten zoals een praktijkmonitor GGZ-klachten helpen bij het bepalen van de noodzakelijke extra ondersteuning. Geïntegreerde, multidisciplinaire zorggroepen en gezondheidscentra, met vaak een breed portfolio aan taken hebben adequate financiering nodig voor deze infrastructuur.

Voorwaarden segment 2

Segment 2 bekostigt de ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, zowel voor de persoonsgerichte programmatische ketenzorg aan chronische patiënten, als via de GEZ-regeling voor de kosten van infrastructuur en ondersteuning van de samenwerking. In de programmatische ketenzorg worden niet alleen de kosten voor de samenwerking gefinancierd, maar ook de zorg die geleverd wordt. Er is sprake van vrije tarieven in segment 2. Het gaat daarbij om *integrale* tarieven, waarin praktijkkostendeel en de kosten van de organisatie en infrastructuur begrepen moeten zijn.

Stimuleren samenwerking

Om versnippering van zorg te voorkomen moet in dit segment de bekostiging primair worden ingezet op het stimuleren en ondersteunen van multidisciplinaire samenwerking met een daarvoor toereikende infrastructuur. Daarbij gelden voor dit segment dezelfde voorwaarden voor succes als voor segment 1: eenvoud van financiering, stabiliteit, adequate bekostiging en meerjarencontracten.

Voorwaarden segment 3

Segment 3 staat in het nieuwe bekostigingsmodel voor ontwikkelingsgerichte financiering: de zorgvernieuwing en resultaten op praktijkniveau.

Voor 2015: uitkomstindicatoren zonder gewenst effect

In 2015 zijn het vooral oude M&I prestaties die in dit segment zijn ondergebracht. De afspraken over resultaatsbeloning zijn beperkt gebleven. De belangrijkste redenen daarvoor zijn:

- goede en betrouwbare indicatoren voor het maken van afspraken ontbreken (verwijzen en diagnostiek),
- afkappunten van indicatoren zijn discutabel (doelmatig voorschrijven)
- de waarde van indicatoren is niet duidelijk (ketenzorg).

De enige duidelijk omschreven resultaten zijn die rond service en bereikbaarheid. Daar gaat het namelijk om het wel of niet aanbieden van dienstverlening.

Het desondanks doorzetten van het gebruik van deze indicatoren en het overgaan op resultaatsbeloning heeft niet het gewenste effect gehad. In S3 moet er sprake zijn van stimuleren van huisartsenpraktijken tot het behalen van bepaalde resultaten en zorgvernieuwing. De ervaring van 2015 is dat S3 vooral heeft geleid tot frustratie en demotivatie; van het motiveren en stimuleren is voorlopig nog geen sprake.

De betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de indicatoren zal eerst moeten worden aangetoond voordat deze worden gebruikt. Hetzelfde geldt voor de afbouw van de M&I verrichtingen, welke systematiek heroverwogen zou moeten worden. Gemaakte afspraken over het meekijk-consult zijn nauwelijks van de grond gekomen, gezien de eisen die de zorgverzekeraars hieraan hebben gesteld.

Doorontwikkeling S3: het initiatief bij de beroepsgroep

De nadruk van de doorontwikkeling van de nieuwe financiering ligt voor een groot deel in S3. Grootste knelpunten liggen in de beloning op resultaten. De aanbieders voelen zich onvoldoende gehoord en gekend in:

- De onderwerpen die worden beloond;
- Het gebrek aan belonen op de investering in het proces en de structuur om resultaten te halen.
- Het bepalen en meten van de resultaten (indicatoren en afkappunten) waarop wordt beloond.
- Aanbieders voelen zich onvoldoende gehoord en gekend in: In het feit dat een stimulerende bonus gecombineerd wordt met een demotiverende malus.

De LHV en InEen zullen op deze punten voorstellen doen voor de toekomst. Doel is een beweging te maken van resultaatsbekostiging naar ontwikkelingsgerichte bekostiging. Daarnaast willen de LHV en InEen dat er ook daadwerkelijk beloning plaatsvindt. Daarbij past zeker geen systeem waarin vooraf een korting wordt toegepast die in het gunstigste geval achteraf kan worden verdiend.

Belangrijke voorwaarden voor succes in de bekostiging van S3 zijn:

Geschikte onderwerpen

Bij een aantal ambities in deze notitie is beschreven waarop in S3 beloond kan worden. Eerst vooral op het proces van deelname, alvorens betrouwbare resultaatskenmerken te bepalen om beloning op te baseren. Kiezen voor onderwerpen die aansluiten op de zorg die huisartsen dierbaar is en die de kern van hun vak vormt, maakt de kans op acceptatie groter. Het is verder zaak ook de ruimte voor innovatie, het belonen van kwaliteit, zorg voor bijzondere groepen, et cetera, te benutten.

Oog voor belonen op proces en structuur

Verzekeraars hebben vooral de ambitie te belonen voor uitkomsten van zorg. Hiervoor ontbreken de meetinstrumenten en betrouwbare indicatoren vooralsnog. Passender is belonen op deelname aan het proces om zo tot verbetering van resultaten van zorg te komen. Hierbij valt te denken aan het deelnemen aan farmacotherapeutisch overleg (FTO), diagnostisch toetsoverleg (DTO of een combinatie van TFO en DTO), gebruik van een Elektronisch Voorschriftsysteem (EVS), intervisie, et cetera. Ook investeringen in de structuur zijn nodig, zoals het inrichten van samenwerkingsafspraken, overlegruimte en tijd met bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen.

Passende uitkomstmaten

Om uitkomstmaten voor beloning te kunnen inzetten, moeten zij:

- relevant zijn voor de uitkomst van de te belonen zorg;
- voldoende discrimineren;
- haalbaar zijn;
- getest zijn;

- niet leiden tot te forse administratieve belasting, gemakkelijk aan te leveren;
- op n = 1, objectiveerbaar, objectief meetbaar, toe te wijzen aan de huisarts en de zorgorganisatie in kwestie.

Zolang uitkomstmaten niet aan deze criteria voldoen, kiezen we ervoor proces- en structuuruitkomsten te hanteren. Resultaatsbeloning rond diagnostiek en doelmatig verwijzen volgt dan in een latere fase.

In de ketenzorg is ervaring met de landelijke benchmark voor de ketens Diabetes, Astma, COPD en CVRM. Voor S3 kan een beperkte set uit deze indicatoren worden gebruikt, een mix van structuur, proces- en mogelijk uitkomstindicatoren. Voor eventuele uitkomstindicatoren geldt als voorwaarde dat deze ondubbelzinnig toe te schrijven moeten zijn aan de prestatie van de zorgverleners.

Bijlage 1 – Samenvatting Bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014-2017

Het Bestuurlijk akkoord geeft aan welke afspraken er gemaakt zijn met andere partijen. De belangrijkste afspraken op het inhoudelijk vlak van de zorg zijn daarbij in de onderstaande categorieën in te delen.

- Substitutie:
 - o stimuleer substitutie van zorg naar een zo laag mogelijk echelon
 - o stimuleren van zelfmanagement o.a. door e-health
 - o substitutie ouderenzorg en GGZ.
- Versterken poortwachterschap: geen onnodige verwijzingen naar de tweede lijn.
- Doelmatigheid
 - o doelmatig voorschrijven (in vervolg op Bestuurlijk akkoord 2012)
 - o voorkomen van ziekte door preventie.
- Lever zorg in de buurt; aansluiting bij cure en care in de buurt.

Naast deze afspraken is in dit Bestuurlijk akkoord een aantal afspraken gemaakt over organisatie en financiering. Onderdeel van het Bestuurlijk akkoord 2014-2017 is het driesegmentenmodel voor financiering (bijlage 3):

- Het driesegmenten model voor financiering is door alle partijen van het Bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014-2017 omarmd;
- In segment 1 wordt de grofweg de basis huisartsenzorg bekostigd;
- In segment 2 wordt de multidisciplinaire programmatische zorg bekostigd en de kosten die met de organisatie van complexere zorg is gemoeid;
- In segment 3 is er ruimte voor:
 - o resultaatbekostiging van prestaties uit segment 1 en segment 2
 - o voor de bekostiging van innovatieve projecten die (nog) geen onderdeel zijn van segment 1 en 2.

Verder benadrukt het Bestuurlijk akkoord de versterking van de organisatiegraad en de regionale ondersteuningsstructuren van de eerste lijn om de ambities waar te kunnen maken.

Bijlage 2 - Toekomstvisie huisartsenzorg 2022

De 'Toekomstvisie huisartsenzorg 2022. Modernisering naar menselijke maat' geeft duidelijk de kern van het vak en de ambities voor de komende 10 jaar weer. Het document is samen met het NHG en het Interfacultair Overlegorgaan Huisartsgeneeskunde (IOH) opgesteld en is door de Ledenraad van de LHV in 2013 bekrachtigd. In de verkorte versie is de kern van de visie samengevat in 6 uitgangspunten voor de huisartsenzorg en 17 ambities, beiden hieronder genoemd.

Uitgangspunten voor de huisartsenzorg

De uitgangspunten beschrijven de kern van het vak, generalistisch, persoonsgericht en continu, de verantwoordelijkheden in samenwerking, de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

1. Een toekomstbestendige invulling van de kernwaarden huisartsgeneeskunde – generalistisch, persoonsgericht en continu – die een adequaat antwoord geeft op de vragen van allerlei groepen patiënten in de samenleving.
2. De huisarts kent zijn of haar patiënten en de patiënten kennen hun huisarts.
3. Gedeelde en afgestemde verantwoordelijkheden met andere zorgverleners, zodat de verschillende zorgvragen op de juiste tijd, op de juiste plaats door de juiste zorgverlener worden beantwoord.
4. Het leveren van kwalitatief goede en samenhangende zorg op maat dichtbij de patiënt. Goede kwaliteit uit zich in: patiëntgerichtheid, effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, gepaste zorg en gelijkheid. De poortwachtersfunctie is daarbij essentieel.
5. Aandacht voor de betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt bij de besluitvorming over het behandelbeleid en de bevordering van zelfmanagement en versterking van de mantelzorg.
6. De huisartsenzorg draagt bij aan het verminderen van gezondheidsachterstanden in de bevolking.

Ambities huisartsenzorg uit TKV 2022

De ambities zijn in de volgende categorieën te onderscheiden: zorg in de buurt, continuïteit van zorg en persoon, service, organisatiegraad en samenwerking, kwaliteit en onderzoek en onderwijs.

1. De patiënt ontvangt zoveel mogelijk zorg in de eigen woonomgeving door maximaal gebruik te maken van de mogelijkheden van de huisarts, samenwerking met andere zorgverleners in de eerste lijn en het stimuleren van zorginnovatie.
2. De huisarts investeert in een duurzame relatie met de patiënt.
3. De patiënt heeft te maken met een herkenbaar team van niet meer dan twee huisartsen: de eigen huisarts en een vaste 'tweede' huisarts.
4. De huisarts zet zich in voor persoonlijke continuïteit en heeft wekelijks tenminste drie contactdagen. Samen met de 'vaste tweede' huisarts waarborgt hij de continuïteit voor de patiënt.
5. De huisarts voelt zich verantwoordelijk voor het – in samenspraak met de patiënt – bepalen van doel en beleid van de behandeling en voor de coördinatie van zorg, ook bij verwijzing. Hiervoor wordt het elektronisch patiëntendossier bijgehouden en beheerd en de gegevens door de huisarts geïnterpreteerd.
6. Versterking van de coördinatie- en gidsfunctie van de huisarts voor alle patiënten die dat nodig hebben, met name de groeiende groep kwetsbare ouderen en kinderen en mensen met meerdere chronische aandoeningen.
7. Om de service naar patiënten te verbeteren, maken huisartsen actief gebruik van de mogelijkheden voor informatie- en communicatie technologie.
8. Versterken van de organisatiegraad van huisartsenpraktijken op lokaal, regionaal en landelijk niveau, ter verbetering van de kwaliteit, samenwerking en doelmatigheid.
9. Door flexibele openingstijden van het huisartsensamenwerkingsverband kan een groter deel van de zorgvraag van patiënten overdag worden opgevangen.
10. De huisarts werkt met andere zorgverleners samen op basis van richtlijnen en structurele samenwerkingsafspraken.
11. De huisartsenzorg richt zich vooral op die vormen van preventie waarvan haar inzet aantoonbare meerwaarde heeft: de zorggerelateerde en geïndiceerde preventie.
12. Samen met andere partijen (GGD, gemeente) geven huisartsen vorm aan wijkgebonden preventie, waarbij wordt afgesproken wie op welke wijze de meest effectieve rol kan spelen.
13. Om de groeiende en veranderende zorgvraag op te vangen werkt de beroepsgroep, samen met de afdelingen huisartsgeneeskunde, aan zorginnovatie.
14. De agenda van onderzoek en innovatie concentreert zich op voor de huisartsenzorg relevante thema's, die gekoppeld zijn aan de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. Met het oog op het efficiënt gebruik van beschikbare middelen vindt afstemming van deze agenda plaats op landelijk niveau.
15. Elke huisartsenpraktijk werkt continu en zichtbaar aan de monitoring en verbetering van de kwaliteit van patiëntenzorg en praktijkvoering.
16. De beroepsgroep neemt verantwoordelijkheid voor de continuïteit en ontwikkeling van het vakgebied, doordat elke huisartsenpraktijk structureel meewerkt aan onderwijs, onderzoek of innovatie.
17. De beroepsgroep zet in op het behoud van de internationale koplopersrol op het gebied van kwaliteit van zorg, zorgontwikkeling, onderzoek en onderwijs.

Bijlage 3 – Samenvatting Aanbod huisartsenzorg 2009

- Het Aanbod huisartsenzorg geeft gedetailleerd weer, wat het aanbod van de huisartsenzorg is en vormt de basis voor de contractering met de verzekeraars.
- Het bestaat uit een basisaanbod, dat door alle huisartsen wordt geleverd; een aanvullend aanbod dat door een deel van de huisartsen wordt geleverd en is afgestemd op hun eigen populatie; en een bijzonder aanbod dat door een beperkt aantal huisartsen wordt geleverd voor een populatie die breder is dan de eigen de populatie.
- Het basisaanbod komt grotendeels overeen met het aanbod dat in segment 1 wordt vergoed, het aanvullend aanbod wordt vooral in segment 2 en 3 vergoed.
- Het aanbod werd voor de eerste maal in 2004 gepubliceerd, een herziening verscheen in 2009 en eind 2015 verschijnt de tweede herziening.
- Het Aanbod huisartsenzorg wordt in alle contracten van de zorgverzekeraars genoemd als de omschrijving van de zorg die zij contracteren.

Bijlage 4 – Kernwaarden en kernkwaliteiten

InEen is de vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg.

Leden zijn gezondheidscentra, huisartsenposten, zorggroepen, eerstelijns diagnostische centra en regionale ondersteuningsstructuren. In deze organisaties neemt de huisartsenzorg een belangrijke plaats in.

Samen staan zij voor een sterke en goed georganiseerde eerstelijnszorg, van nature multidisciplinair van karakter. Dat betekent ook verbonden met andere eerstelijnsvoorzieningen, zoals wijkverpleging, GGZ, jeugdzorg en het sociale domein waarop de gemeenten primair verantwoordelijkheid dragen. En uiteraard met en voor de patiënt, voor de beste zorg, op tijd, doelmatig en dichtbij op de juiste plek.

Belangrijke kernwaarden van de leden van InEen:

- Verbindend - actief samenwerking in de eigen omgeving aangaan
- Open en divers - gebruik maken van diversiteit draagt bij aan betere zorg
- Ondernemend en vernieuwend - met elkaar in de regio ontwikkelen van samenwerkingsverbanden en nieuwe initiatieven
- Innovatief - samen kennis, kunde en vernieuwende knowhow over de eerstelijnszorg ontwikkelen en delen
- Betrouwbaar - opstellen als een partner voor goede en doelmatige zorg

Bijlage 5 – De bekostiging van het *basisaanbod* anno 2015

Tot het basisaanbod behoort de eerste opvang van alle klachten en symptomen die samenhangen met gezondheid of ziekte en, afhankelijk van de gepresenteerde klachten en aandoeningen, de verdere afhandeling hiervan. Deze zorg wordt door elke huisartsvoorziening geleverd. Het basisaanbod vormt de kern van het huisartsenvak.

De kenmerken van het basisaanbod zijn :

- voldoet aan de essentiële kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg;
- betreft de eerste opvang van alle klachten en symptomen die samenhangen met gezondheid of ziekte;
- betreft nadere diagnostiek en behandeling van veelvoorkomende klachten en medische aandoeningen (indicatie: een prevalentie groter dan 2/1000); Dat zijn de 400 meest voorkomende aandoeningen en 80 meest voorkomende klachten in de populatie;
- betreft verwijzing voor nadere diagnostiek en behandeling van relatief zelden voorkomende klachten en medische aandoeningen;
- is waar mogelijk gebaseerd op de inhoud van huisartsgeneeskundige richtlijnen en standaarden;
- omvat ook het bijhouden en interpreteren van het medisch dossier.

Naast het basisaanbod worden in sinds 2015 ook een vijftal *verrichtingen* apart vergoed die deel uitmaken van dat basisaanbod, die eerder als M&I verrichting werden vergoed. Op deze manier worden deze verrichtingen extra gestimuleerd met als doel het aantal verwijzingen naar de tweede lijn te beperken. Het gaat hier om:

- chirurgie;
- intensieve zorg dag;
- intensieve zorg nacht;
- ambulante compressie therapie;
- oogboring.

Als derde deel van het aanbod wordt het werk van de *POH-GGZ* in segment 1 vergoed. De inzet van de *POH-GGZ* heeft tot doel de poortwachtersfunctie van de huisarts naar de *GGZ* te versterken. Daartoe zit ook er een consultatiecomponent in de regeling *POH-GGZ*. Een deel van de psychische en psychosociale klachten die de huisarts aangeboden krijgt kan met de *POH-GGZ* in de huisartspraktijk worden behandeld.

Bijlage 6 - Passage drie-segmentenmodel uit Bestuurlijk akkoord eerstelijns 2014-2017

27. Partijen komen overeen dat het nieuwe bekostigingssysteem op hoofdlijnen uit drie segmenten zal bestaan. Een segment dat een basisvoorziening huisartsenzorg ondersteunt, een segment gericht op (programmatische) multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg en een segment dat het belonen van (gezondheids)uitkomsten en vernieuwing stimuleert.

- a. Het eerste segment voor de basisvoorziening huisartsenzorg:
 - i. Betreft zorgvragen en aandoeningen, waarvoor de huisarts doorgaans als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en als poortwachter fungeert en die grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid kunnen worden;
 - ii. Dekkt alle kosten die met dit deel van de huisartsenzorg gemoeid zijn;
 - iii. Kent voornamelijk een gecombineerd tariefsysteem, opgebouwd uit een gedifferentieerd inschrijftarief⁶ en een consulttarief, beide in de vorm van een maximumtarief.

- b. Het tweede segment gericht op multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg:
 - i. Betreft zorgvragen en aandoeningen, die voortkomen uit specifieke kenmerken van een in omvang substantieel deel van de populatie en waarvoor naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren;
 - ii. Het betreft zorg die programmatisch vormgegeven wordt en waarvoor een ondersteuningsstructuur wenselijk is;
 - iii. Vergoedt de kosten voor de aanvullende inzet van mensen en middelen, verband houdend met de complexiteit van de zorgvraag. Daartoe behoren ook infrastructurele kosten;
 - iv. Kent een vrij tarief, tenzij uit nadere uitwerking van het bekostigingssysteem en aanvullende analyses voor 1 maart 2014 blijkt dat een gereguleerd tarief beter aansluit bij de kenmerken van het tweede segment;
 - v. Is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren door een georganiseerd samenwerkingsverband (zorggroep, gezondheidscentrum) dan wel een huisartsenpraktijk die deze zorg in samenwerking met andere zorgverleners kan aanbieden.

- c. Het derde segment gericht op het belonen van uitkomsten en het stimuleren van vernieuwing:
 - i. Betreft het bieden van ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten. Uitkomsten kunnen divers zijn en zowel procesuitkomsten (bijv. deelname aan benchmark, spiegelinformatie), gezondheidsuitkomsten op populatieniveau, substitutie en patiënttevredenheid betreffen;

- ii. Betreft het bieden van ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om praktijkgebonden afspraken te maken, bijvoorbeeld over het leveren van zorg die niet onder de andere segmenten valt zoals specifieke M&I-verrichtingen;
- iii. Onder regie van de NZa zullen partijen, voor 1 maart 2014 (met het oog op invoering per 1 januari 2015), een beperkt aantal nieuwe prestaties ontwikkelen, die het belonen van de onder punt 27.c.i. genoemde uitkomsten een stimulans moet geven. Gestart wordt met prestaties op het vlak van doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, diagnostiek, service en bereikbaarheid. Naast deze prestaties staat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij ook over andere thema's afspraken te maken;
- iv. Kent een vrij tarief;
- v. Is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren door een georganiseerd samenwerkingsverband (zorggroep, gezondheidscentrum) dan wel een huisartsenpraktijk.