

Landelijk kader voor het aandeel huisartsenzorg in **Krachtige basiszorg:** ontwikkelen, contracteren en bekostigen

krachtige
basiszorg

december 2022

Landelijk kader Krachtige basiszorg: ontwikkelen, contracteren en bekostigen

Dit document dient als **kader voor de opschaling** van Krachtige basiszorg (verder: KBZ) binnen en buiten de G4. Het is richtinggevend voor de contractering en samenwerkingsafspraken met landelijke partijen. De regio's waar KBZ nu 'draait' kennen allen een ander vertrekpunt van organisatie van KBZ en zullen stapsgewijs dit kader implementeren.

Met KBZ willen wij een antwoord geven op de organisatie van **persoonsgerichte- en passende zorg voor de ca. 1,5 miljoen mensen met grote uitdagingen**. Zowel op het gebied van welzijn als op het gebied van gezondheid. Hiermee geven we ook concreet invulling aan meer tijd voor de patiënt en de juiste zorg op de juiste plek. Dit samenspel is mogelijk inspiratie voor het toekomstige integrale zorgbeleid.

Door KBZ te implementeren dragen we bij aan de **continuïteit van huisartsenzorg** in wijken waar die zorg onder hoge druk staat. Wij willen het gesprek openen om financiering van KBZ structureel mogelijk te maken. Dit vanuit middelen binnen de (opgehoogde) reguliere budgetten 'huisartsenzorg' en 'multidisciplinaire zorg'.

Onze uitgangspunten

De basiszorg in wijken en buurten, waar mensen wonen met grote uitdagingen op het brede pallet van gezondheid, vraagt om een **andere organisatie** dan in meer gemiddelde wijken en buurten. Als wij verder spreken over KBZ bedoelen we het deel huisartsenzorg binnen die basiszorg inclusief het samenspel van die huisartsenzorg met sociale domein (wijkteam en welzijn) en specialistische zorg.

Krachtige basiszorg is **goed beschreven en een wetenschappelijk onderzochte werkwijze** voor basiszorg in deze wijken. Het heeft een positief resultaat op de kwaliteit van zorg, beheersbaarheid van kosten, de tevredenheid van patiënten over de ontvangen zorg en het werkplezier van professionals.

Aangezien de complexiteit van de zorgvraag in deze wijken, met een hoog percentage achterstandsproblemen, nauwelijks veranderd kent KBZ een **continu karakter**. Het vraagt dus ook om structurele financiering en organisatie.

Huisartsenpraktijken, al dan niet verenigd in wijk-samenwerkingsverbanden, hun eerstelijns regio organisaties (verder: RO's), de preferente zorgverzekeraars en aanbieders binnen het Sociaal Domein en gemeenten, dragen een **gezamenlijke verantwoordelijkheid** voor een toegankelijke basiszorg in deze wijken.

Concreet

Dit kader bestaat vijf thema's:

1. Personeel
2. Commitment
3. Overhead
4. Selectie
5. Financiering

1 Personeel

Uitgangspunten

- KBZ-financiering op praktijkniveau wordt besteed aan extra FTE's binnen de huisartsenpraktijk;
- De taken en activiteiten die vanuit KBZ worden uitgevoerd staan centraal, niet wie ze uitvoeren;
- De lokale context bepaalt dan ook welke discipline binnen de huisartsenpraktijk en in welke verhouding de extra FTE worden ingezet;
- Deze extra KBZ-formatie maakt het mogelijk KBZ taken en/of activiteiten uit te voeren. Het betreft zowel patiëntgebonden als collectieve activiteiten; praktijk en/of wijkgebonden;
- Praktijk-, wijk- en regio-organisaties zijn transparant- en aanspreekbaar op de verdeling van FTE;
- Op regioniveau is expertise op het gebied van scholing en training KBZ belegd.

Concreet

- Binnen de regio is bijvoorbeeld een huisarts en/of POH als trainer-coach beschikbaar. De trainer staat ook in contact met andere trainer-coaches via de landelijke kenniscommunity KBZ. Binnen en buiten de regio wordt het principe van "train-de-trainer" toegepast.
- Binnen elke regio is, bij voorkeur in samenspraak met het achterstandsfonds, een 'LinkingPin' (verder: LP) aangesteld. Deze LP is de verbindingsofficier binnen de regio entussen de praktijken. De LP staat ook in verbinding met andere LP's in het land. Alle LP's in het land vormen samen het aanjaagteam.
- De LP is drager van het gedachtegoed van de KBZ en draagt dit actief uit.
- Binnen de RO is een programmaleider aangesteld voor het faciliteren van de praktijk en van praktijk en wijk/buurt overstijgende activiteiten. De functies van LP en programmaleider zijn mogelijk door dezelfde persoon vervuld.
- Vanuit een aantal KBZ regio's participeert een bestuurder in het landelijke Bestuurlijk Team KBZ . Dit team draagt zorg voor de bestuurlijke agendering 'toegankelijke basiszorg in achterstandswijken conform KBZ' bij landelijke partijen zoals: VWS, ZN, diverse zorgverzekeraars, VNG, InEen en LHV.

2 Commitment aan een continu proces van leren en realiseren

Uitgangspunten

- Commitment aan het organiseren van basiszorg voor de zorg- en ondersteuningsvragen van een patiënt en van een populatie in een wijk of buurt, blijkt uit het inrichten van en deelname aan een continu proces van leren en realiseren op alle niveaus (praktijk, buurt, wijk, dorp / stad en regio).
- De kern hierin is dat bewoners, zorg-/ hulpverleners en praktijken zelf dit leerproces vormgeven. Zij hebben dus ook de mogelijkheden om de basiszorg aan te passen aan de zorg en ondersteuningsvraag van de patiënt en aan opgaven van de buurt-/ wijkpopulatie.
- Regio-organisaties faciliteren door het organiseren van leer-/ werkbijeenkomsten, hulp bij dataverzameling en analyse. Ook dragen zij zorg voor passende toedeling van financiële middelen aan de huisartsenpraktijken.

Concreet

- Jaarlijks stellen de deelnemende huisartsenpraktijken en hun RO, per deelnemende praktijk een beknopt plan op dat in ieder geval bestaat uit de volgende onderdelen:
 - activiteiten gericht op specifieke doelgroep(en): selectie doelgroep en (preventief) aanbod/interventies
 - activiteiten op praktijk- en regio-niveau
 - activiteiten in het kader van een structureel leerproces bijv. intervisie, casuïstiekbesprekingen en/of een leergang
 - keuze voor inzet instrumenten: uur-gesprek, 4D gesprek, dashboard, GGZ-teams, regie-arts etc.
 - toedeling van KBZ-middelen en daarbij behorende FTE's aan KBZ-medewerker(s): huisarts, POH, assistente, anders nl.
 - besteding van overige financiële middelen;

Het leerproces bevat in ieder geval:

- Een inspanningsverplichting van deelnemende praktijken en regio-organisatie om het sociale buurt- of wijkteam te betrekken bij de initiële plannen en het implementatie-proces. Denk aan het samen maken van het plan, werkafspraken, gezamenlijke bijeenkomsten en interprofessionele scholing.
- Structurele deelname van huisartsen, assistenten, POH, praktijk- en wijkmanagers aan onderlinge intervisie en kennisdeling over KBZ. Dit is zowel monodisciplinair als interprofessioneel. Denk aan het wijkteam en paramedici.
- Een inspanningsverplichting van de regio-organisatie om tenminste 1x per jaar KBZ te agenderen op een bestuurlijk-, stedelijk- of regionaal overleg van de zorgverzekeraar, gemeente en evt. WMO- en jeugd uitvoeringsorganisaties (zoals buurt- en wijkteams).

3 Overhead

Uitgangspunten

- De RO's die KBZ contracteren, faciliteren het 'samen leren' van de deelnemende professionals en de LP's (zie boven). Dit geldt binnen de regio, maar ook landelijk.
- Financiën voor KBZ gaan voor minimaal 90% naar financiering van de KBZ-huisartsenpraktijk.
- Regio-organisaties maken capaciteit vrij voor de programmaleider, voor de LP en voor deelname van zorg- en hulpverleners aan de landelijke kenniscommunity

Concreet

- De kenniscommunity, waaronder de trainerspoule en scholingsagenda, het aanjaagteam en het Bestuurlijk Team willen we organisatorisch onderbrengen bij InEen. Ze behouden een eigen verantwoordelijkheid voor hun activiteiten en voor eventuele financiering van de benodigde tijd uit de regionale KBZ-gelden

4 Selectie

Uitgangspunten

- Met selectie bedoelen we de praktijken die in aanmerking komen voor KBZ-praktijkfinanciering.
- Bij verdeling van regionale budgetten komen de praktijken met hoger percentage eerst in aanmerking.
- Het percentage achterstand patiënten in de praktijk bedraagt minimaal 25%. Van dit percentage is het mogelijk om beargumenteerd af te wijken.

Concreet

- Een plan van aanpak opgesteld door de praktijk is een belangrijke indicator voor commitment. Allereerst voor het implementatietraject en vervolgens de bestending van KBZ in de praktijk.

5 Financiering

Uitgangspunten

De financiering van KBZ bestaat uit twee fasen:

1. De implementatie-financiering;
 - een implementatiefase wordt bekostigd uit de structurele financiering plus een mogelijke tijdelijke aanvullende projectfinanciering (diverse bronnen mogelijk).
2. De structurele financiering:
 - De structurele uitvoering van de KBZ- taken & activiteiten vraagt structureel om extra formatie in de huisartsenpraktijk;
 - We willen financiering per ION AW-patiënt: de eerlijkste grondslag waarover geen discussies kunnen ontstaan;
 - Huisartsenpraktijken en RO's bepalen gezamenlijk de benodigde FTE en bepalen hiervoor het tarief;
 - Wij gaan uit van een tarief van € 60 per AW-ion (bandbreedte € 35 - € 85 per AW-ION) prijspeil 2022.
 - De AW-opslag op het inschrijftarief blijft gehandhaafd (geen korting op opslag bij KBZ contract)

Concreet

Rekenvoorbeeld 1:

Stel: 1 fte huisarts kost in 2022 inclusief huisvesting, overhead, werkgeverslasten etc. € 180.000,- per jaar, 1 fte POH-KB € 120.000,-. In de situatie van twee keer een normpraktijk (4190 patiënten), 35% AW-ION en € 60,- tarief per AW-ION kan de praktijk 0,2 fte huisarts inzetten en 0,4 fte POH.

Rekenvoorbeeld 2:

In de situatie van twee keer een normpraktijk (4190 patiënten) en inzet van 0,4 fte huisarts en 0,6 fte POH-KB, is het tarief bij 45% AW-ION € 76,- en bij 75% AW-ION € 46,-.

Colofon
december 2022

Het concept Krachtige basiszorg is ontwikkeld door Overvecht Gezond en Buurteam Organisatie Sociaal Utrecht.

Stichting Overvecht Gezond
www.overvechtgezond.nl
info@overvechtgezond.nl

Buurteamorganisatie Sociaal Utrecht,
een initiatief van Includio.
www.includio.nl

De pilots Krachtige basiszorg zijn financieel mogelijk gemaakt door:



- DE ACHTERSTANDSFONDSEN -
Ondersteuning van de huisartsenzorg in achterstandswijken