

Addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018¹

1 juni 2017

Partijen:

- De landelijke huisartsenvereniging (LHV)
- InEen
- Patiëntenfederatie Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

1. Algemene overwegingen

Overwegende dat:

- a. het huidige Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014-2017 d.d. 16 juli 2013 afloopt per 31 december 2017;
- b. partijen ervoor kiezen om de naam van het akkoord aan te passen omdat het akkoord betrekking heeft op de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en niet op de bredere eerste lijn.
- c. partijen van mening zijn dat de gemaakte afspraken in het huidige Onderhandelaarsresultaat een bijdrage leveren aan de kwaliteit en doelmatigheid van huisartsenzorg en de budgettaire beheersbaarheid van de zorguitgaven en dat de huidige omstandigheden in de huisartsenzorg, inhoudelijk en financieel, aanleiding zijn om de mogelijkheden te verkennen voor nieuwe afspraken voor de jaren na 2017;
- d. de afgelopen jaren huisartsen steeds meer zorg hebben verleend als gevolg van de ingezette transitie. Om de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg verder te helpen de ambities te realiseren, moet de beweging naar meer tijd voor de patiënt (onder meer via praktijkverkleining) en meer ondersteuning en infrastructuur voortgezet worden;
- e. Het medische en sociale domein zijn steeds meer met elkaar verbonden. Voor cliënten die zowel zorg als ondersteuning nodig hebben is het belangrijk dat professionals elkaar in de praktijk goed kunnen vinden en zorgverzekeraars, gemeenten en patiëntenorganisaties effectief met elkaar samenwerken.
- f. politieke besluitvorming over eventuele nieuwe afspraken tussen het kabinet en de overige partijen en de wijze waarop hieraan invulling wordt gegeven, aan het nieuwe kabinet is, dat naar verwachting in de loop van 2017 zal aantreden;
- g. partijen op korte termijn actief willen blijven werken aan verbetering van de kwaliteit, de doelmatigheid en de financiële beheersbaarheid van de zorg zonder de ruimte voor een nieuw kabinet voor de langere termijn in te perken;
- h. het wenselijk is dat met het oog op de contractering voor 2018 tijdig duidelijkheid bestaat over de inhoudelijke en financiële kaders voor het jaar 2018.

Spreken partijen het volgende af:

2. Inhoudelijke afspraken

- a. De inhoudelijke afspraken en uitgangspunten zoals verwoord in Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014-2017 blijven gedurende kalenderjaar 2018 van kracht. Dit geldt ook voor de aanscherping van en de aanvulling op deze afspraken die in het bestuurlijk overleg eerste lijn bij de nadere uitwerking zijn overeengekomen. Met dit addendum committeren de ondertekenaars zich aan voortzetting van de verdere uitvoering van die afspraken, met uitzondering daar waar die afspraken in dit addendum aangepast worden. Partijen leggen binnen de kaders van de huidige afspraken een aantal accenten in verband met ontwikkelingen in de sector.

¹ Dit betreft multidisciplinaire zorg zoals omschreven in de beleidsregel van de NZa: beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2017 (beleidsregel BR/REG-17120)

- b. Het beleid is er de afgelopen jaren op gericht om de zorg zo dichtbij mogelijk te organiseren, zodat mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen functioneren. Hierdoor wonen meer ouderen met een complexe zorgvraag en meer mensen met GGZ-problematiek thuis. De zorgvraag die op de huisarts afkomt door deze ontwikkeling neemt toe. Partijen delen de wens om in de **huisartsenzorg** (zowel de dagpraktijk als de ANW-zorg) en de **organisatiekracht** van de eerste lijn te investeren om de toenemende vraag te beantwoorden en de samenwerking te bevorderen. De voor 2018 beschikbare groeirimte zal door partijen geïnvesteerd worden in de nu ervaren knelpunten (meer tijd voor de patiënt, in het bijzonder rondom de zorg voor ouderen en in achterstandswijken, praktijkmanagement, anw-zorg en organisatie en infrastructuur). Zorgverzekeraars zullen zich in 2018 inzetten om hier lokaal en regionaal afspraken over te maken en de beschikbare ruimte in het budgettaire kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg gebruiken om invulling te geven aan deze afspraken.
- c. Door de toename **van kwetsbare ouderen** die thuis wonen is meer afstemming vereist tussen verschillende disciplines in de ambulante setting zoals met de wijkverpleging, de paramedie, de specialist ouderengeneeskunde, maar ook met het sociaal domein en de professionals werkzaam in de intramurale setting ten behoeve van het eerstelijns verblijf. Het is daarom belangrijk dat er lokale en regionale afspraken over de zorg voor kwetsbare ouderen worden gemaakt. Partijen zullen zich inzetten om zorg voor kwetsbare ouderen met een integrale visie te organiseren en zullen hiertoe een plan van aanpak met daarin aanbevelingen aan het veld opstellen inclusief voorstellen voor het oplossen van knelpunten en belemmeringen op het landelijk niveau. Daarbij zal aandacht zijn voor de specifieke zorgbehoefte van kwetsbare ouderen, toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg (ook in ANW-uren) en samenwerking, afstemming en gegevensuitwisseling tussen zorgverleners in de eerste lijn en met andere domeinen.
- d. Als mensen niet meer zonder zorg thuis kunnen wonen zijn er via de Zvw en Wmo mogelijkheden om mensen thuis zorg te bieden. Echter, wanneer mensen vanwege een medische noodzaak tot verblijf niet meer thuis kunnen wonen, moet een tijdelijke opname in het **eerstelijnsverblijf** mogelijk zijn. Afhankelijk van de nog lopende gesprekken in andere sectoren zal worden bepaald of de budgettaire kaders wijkverpleging en eerstelijns verblijf zullen worden verhoogd om voor voldoende capaciteit te zorgen. Verzekeraars zullen voldoende eerstelijns verblijf contracteren met de nodige flexibiliteit om de patiëntenstroom van kwetsbare ouderen aan te kunnen. Huisartsen hebben, samen met andere zorgverleners als de wijkverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde, een belangrijke rol in het vroegtijdig signaleren van risicosituaties en snelle opschaling daaropvolgend. Huisartsen en huisartsenorganisaties werken mee aan het maken van afspraken hierover in de regio zodat de patiënt zorg op de juiste plek ontvangt en niet onnodig in de acute zorgketen terecht komt. Inzicht voor huisartsen, de wijkverpleging en ziekenhuizen in de beschikbare eerstelijnsverblijf bedden in de regio is hierbij van groot belang. Zorgverzekeraars zullen, in overleg met de zorgaanbieders, zorg dragen voor het regionaal beschikbaar komen van één loket waar huisartsen en ziekenhuizen te allen tijde terecht kunnen wanneer zij een bed zoeken zowel voor (vervolg)zorg na ontslag uit het ziekenhuis als voor instroom direct vanuit de eerste lijn.
- e. Ook samenwerking met het **sociale domein** is in de nieuwe setting steeds belangrijker. Mensen die langer thuis wonen doen niet alleen een beroep op zorg vanuit de Zvw of de WLZ, maar ook op ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein. Partijen zullen een reële bijdrage leveren aan **samenwerking** tussen de eerste lijn en het sociale domein. Aandachtspunten en belemmeringen bij het realiseren van deze samenwerking die een landelijke aanpak vragen zullen door partijen worden opgepakt.
- f. **Substitutie** van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn heeft als doel dat de zorg op de juiste plek en dicht bij de patiënt wordt geleverd. Partijen zullen zich inspannen om substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn te bevorderen. Zorgverzekeraars zullen zich inzetten om hier lokaal en regionaal afspraken over te maken en de beschikbare ruimte hiervoor optimaal te benutten.
- g. Partijen hechten belang aan het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. Om dit verder te brengen zijn partijen overeengekomen dat huisartsen volgens het voorstel van de LHV in 2018 doelmatig zullen voorschrijven door middel van formulariumgericht voorschrijven met het

Electronisch Voorschrijf Systeem (EVS). Dit voorstel wordt de komende tijd verder door partijen uitgewerkt. Hiermee komen eerdere afspraken over de doelmatigheidskorting van €50 miljoen voor doelmatig voorschrijven te vervallen.

Partijen zullen in 2018 monitoren of deze aanpak het gewenste effect heeft en zullen deze resultaten betrekken bij eventueel nieuw te maken afspraken.

- h. Partijen plaatsen dit akkoord in het perspectief van een meerjarig akkoord voor de jaren 2019-2022, gericht op beheersing en doelmatigheid van de zorguitgaven langs de lijnen van een inhoudelijke agenda. Er wordt met alle partijen van de verschillende akkoorden in de curatieve zorg een onafhankelijk onderzoek gestart en in 2018 afgerond naar de condities waaronder op middellange termijn een substantiële verbetering kan plaats vinden t.a.v. " De juiste zorg op de juiste plek". Capaciteit, patiëntenperspectief en innovatieve mogelijkheden worden hierbij betrokken.
- i. Partijen zijn van mening dat zij een actieve rol moeten spelen om kansrijke eHealth toepassingen en procesinnovaties breed in de zorg ingevoerd te krijgen. Daarnaast moet er aandacht zijn voor het wegnemen van belemmeringen op dit vlak. In 2017 en 2018 zal worden onderzocht welke innovaties helpen en welke gerichte investeringen nodig zijn om dit binnen de eerste lijn mogelijk te maken, zodat de patiënt meer regie krijgt over zijn gezondheid, de zorgverleners in hun werk en in onderlinge samenwerking worden ondersteund en substitutie mogelijk wordt gemaakt. Daarbij wordt aangesloten op de ontwikkelingen en afspraken binnen het Informatieberaad en MedMij.

3. Financiële randvoorwaarden

- a. De minister van VWS stelt voor 2018 een regulier groeipercentage voor het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vast van maximaal 1,0% en sluit daarmee aan bij de demografische ontwikkelingen. Daarnaast stelt de minister ten behoeve van gewenste substitutie, vernieuwing en het belonen van uitkomsten een additionele groei van 1,5% beschikbaar voor het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. In totaal komt dit voor 2018 neer op een **groeipercentage** van 2,5%. Dit is exclusief de jaarlijkse indexatie voor loon- en prijsbijstelling. De groeiruimte 2018 wordt berekend over de stand 2017 in de ontwerpbegroting 2017 plus de toegedeelde loon- en prijsbijstelling 2017.
- b. Om gewenste **substitutie** van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn zoals in de inhoudelijke afspraken benoemd te bevorderen, hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn gezamenlijk een analyse gemaakt van de zorgvormen en behandelingen die kunnen verschuiven van tweede naar eerste lijn. Op basis van die analyse zal voor de contractering 2018 voor substitutie een reservering ter grootte van € 75 miljoen worden gemaakt in het budgettair kader voor de medisch specialistische zorg. Voor zover contractueel vastgelegde afspraken worden gemaakt over daadwerkelijke verschuivingen van zorg van tweede naar eerste lijn zal het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg met het bijbehorende bedrag worden verhoogd met een gelijktijdige en identieke verlaging van genoemde reservering in het budgettair kader voor de medisch specialistische zorg met een maximum van €75 miljoen². Indien de contractueel vastgelegde afspraken over substitutie in totaal minder dan €75 miljoen omvatten, zal het restant beschikbaar blijven voor de medisch specialistische zorg. Op grond van de gerealiseerde contractering van daadwerkelijk gesubstitueerde zorg zullen zorgverzekeraars advies aan VWS uitbrengen welk bedrag van de genoemde reservering van €75 miljoen niet is gebruikt voor substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn³. Op basis van dat advies zal VWS vaststellen welk bedrag van de reservering van €75 miljoen beschikbaar blijft voor medisch specialistische zorg. De NZa zal gevraagd worden begin 2018 te monitoren of de gecontracteerde substitutieafspraken ook daadwerkelijk leiden tot verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn en dus tot het feitelijk leveren van minder zorg in de tweede lijn. De uitkomsten van die monitoring worden betrokken bij het vaststellen van het budgettair kader medisch

² Aantoonbare substitutie via gecontracteerde (keten)zorg maakt hier onderdeel van uit.

³ Partijen werken nog uit welke informatie daarvoor op welk moment beschikbaar moet zijn, zodat de substitutieafspraken bij de contractering 2018 kunnen worden betrokken.

specialistische zorg 2019 en latere jaren en bij het beoordelen van de noodzaak tot het eventueel inzetten van een MBI over 2018 op het budgettair kader medisch specialistische zorg⁴.

- c. Voor de huisartsen- en multidisciplinaire zorg resulteert dit alles in een voor 2018 beschikbaar stellen van een budgettair kader huisartsenzorg van €2.999 miljoen en een budgettair kader multidisciplinaire zorg van €495 miljoen. Beide bedragen zijn exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling 2018. Gezamenlijk komt dit neer op een **budgettair kader** van €3.494 (+ PM substitutie) miljoen exclusief de loon- en prijsbijstelling 2018.
- d. Deze ruimte zal worden benut voor het inkopen van reguliere huisartsen- en multidisciplinaire zorg. Daarnaast zullen zorgverzekeraars zich inzetten om deze ruimte te benutten om lokaal en regionaal afspraken te maken over investeringen in **huisartsenzorg** (o.a. meer tijd voor de patiënt, in het bijzonder rondom de zorg voor ouderen en in achterstandswijken, ANW-zorg, praktijkmanagement) en versterking van de **organisatie en infrastructuur** in de eerste lijn (wijkmanagement, regiomanagement, ondersteuning ketenzorg) om de toenemende vraag te beantwoorden en de samenwerking te bevorderen. Dit met het oog op verbetering van de doelmatigheid van zorg.
- e. De NZa publiceert dit jaar een **kostenonderzoek** waarvan de resultaten nu nog niet bekend zijn. Zodra de uitkomsten van het onderzoek bekend zijn gaan partijen nader in overleg over de inhoudelijke en budgettaire consequenties.
- f. De **projectgelden** ter ondersteuning van de uitwerking van het akkoord eerste lijn zullen ook in 2018 beschikbaar blijven.
- g. De afspraken in het hoofdlijnenakkoord 2014-2017 over de omgang met overschrijdingen en het **macrobeheersinstrument** blijven gedurende de looptijd van dit addendum onverkort van toepassing. Daarbij zullen de sectoren huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in samenhang worden gezien en zal VWS de ontwikkeling van de uitgaven in de afgelopen jaren in ogenschouw nemen.

⁴ De uitkomsten van deze monitor hebben geen effect op het budgettair kader huisartsenzorg- en multidisciplinaire zorg in 2018 of op het beoordelen van de noodzaak tot het eventueel inzetten van het MBI over 2018 op deze kaders.