

Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017

16 juli 2013

Partijen:

- **De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)**
 - **De Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)**
 - **Zorgverzekeraars Nederland (ZN)**
 - **De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)**
-

Algemeen

1. In de afgelopen jaren zijn hoofdlijnenakkoorden gesloten voor de medisch specialistische zorg (medisch specialisten en ziekenhuizen), huisartsenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Deze akkoorden dragen bij aan de beheersbaarheid en inhoudelijke verbetering van het zorgstelsel. Er is veel commitment in het veld om de doelstellingen van de akkoorden te realiseren. Partijen hebben de uitvoering van de akkoorden dan ook met voortvarendheid ter hand genomen.
2. Een van deze akkoorden betreft het convenant LHV-VWS 2012-2013. In dat akkoord wordt de beweging geschetst naar het realiseren van zorg dichtbij. Zorg dichtbij neemt als uitgangspunt de wens van mensen om, ook als ze ouder en minder gezond zijn, zoveel en zolang mogelijk in hun eigen omgeving te kunnen blijven functioneren, thuis te kunnen blijven wonen en te kunnen participeren in de maatschappij.
3. Mensen moeten daarbij zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. Wanneer dat niet meer mogelijk is en gezondheidsproblemen niet meer zelf opgelost kunnen worden dan pas is professionele zorg en ondersteuning nodig. Deze dient zo laag mogelijk in de zorgketen te worden georganiseerd, in de eerste lijn, in een samenhangend pakket aan zorg, ondersteuning en welzijn op lokaal niveau.
4. De huisartsenzorg neemt, mede gezien de inschrijving op naam, binnen de eerste lijn een centrale positie in. Een generalistische, persoonsgerichte benadering van de patiënt en continuïteit van zorg kenmerken de huisartsenzorg.
5. De huisartsenzorg heeft een groot aandeel in de multidisciplinaire zorg¹ en speelt mede vanwege de verwijfsfunctie een belangrijke rol waar het gaat om substitutie en preventie van zorg.
6. Zorg op de juiste plaats, waaronder substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn naar zelfzorg is een gedeeld belang van partijen en vereist een gezamenlijke inzet. Substitutie betreft ook het waar mogelijk voorkomen dat mensen in de tweede lijn terecht komen, wat geborgd kan en moet worden door een actieve, adequate invulling van de poortwachterfunctie door de huisarts. Vanuit andere domeinen in de zorg – zoals de GGZ en de ouderenzorg – vindt eveneens substitutie naar de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg plaats.
7. Met het oog op verdere versterking en ontwikkeling van de eerste lijn zijn de LHV, de LVG/LOK/VHN en de minister van VWS een gezamenlijke inhoudelijke agenda overeengekomen (bijlage 1), waaraan zij een ambitieuze invulling zullen geven. Deze partijen zullen bij de uitwerking van deze agenda en de realisatie van de gestelde doelen in

¹ Onder multidisciplinaire zorg wordt verstaan zorgverlening waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren.

onderling overleg de delegatie bepalen en daar waar dat nodig is overleg initiëren met andere relevante partijen.

8. Gezien de verslechterende economische situatie en de negatieve impact daarvan op de overheidsfinanciën zijn de LHV, LVG/LOK/VHN, ZN en de minister van VWS overeengekomen nu tot nieuwe afspraken te komen over de financiële agenda voor de jaren 2014 tot en met 2017 en het toekomstige bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Daarbij wordt voortgebouwd op de beweging die is ingezet met het convenant LHV-VWS 2012-2013.

A. Financieel

9. De minister van VWS stelt in 2014 een regulier groeipercentage voor het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vast van maximaal 1,5 % ten opzichte van de begrotingsstand in 2013 (stand voorjaarsnota²). Daarnaast zal de minister van VWS in 2014 ten behoeve van gewenste substitutie, vernieuwing en het belonen van uitkomsten een additionele groei van 1,0 % beschikbaar stellen voor het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken nadere contractuele afspraken over hetgeen onder gewenste substitutie wordt verstaan.
10. De minister van VWS stelt vanaf 2015 tot en met 2017 een jaarlijks regulier groeipercentage voor het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vast van maximaal 1,0 % en sluit daarmee aan bij de demografische ontwikkelingen. Daarnaast zal de minister van VWS vanaf 2015 tot en met 2017 ten behoeve van gewenste substitutie, vernieuwing en het belonen van uitkomsten een additionele groei van 1,5 % beschikbaar stellen voor het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken nadere contractuele afspraken over hetgeen onder gewenste substitutie wordt verstaan.
11. Indien de verzekeraar, bovenop de onder de punten 9 en 10 genoemde additionele groeiruimte voor substitutie, aanvullende afspraken maakt over substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn, zullen de daarvoor benodigde financiële middelen de gesubstitueerde zorg moeten volgen en zichtbaar gemaakt moeten worden in het onder punt 14 genoemde monitoringsinstrument, teneinde een macrobudgettaire overschrijding te voorkomen. Dat wil zeggen dat de uitgaven elders zichtbaar moeten dalen.
12. Partijen stellen vast dat de beoogde substitutie van zorg zal leiden tot een groei van de eerste lijn, waar dat op dit moment nog niet altijd gepaard gaat met een afname van zorg in andere domeinen.
13. Partijen delen de mening dat een korting op de tarieven ten gevolge van overschrijdingen van het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, waarvan de oorzaak is gelegen in gewenste, gecontracteerde substitutie van zorg, voorkomen moet worden en dat monitoring van substitutie daarom essentieel is om de gewenste verschuiving van de zorg goed in beeld te krijgen.
14. Partijen spreken af de uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vanaf 2014 nauwlettend te monitoren, teneinde inzage te krijgen in de aard, omvang en oorzaak van de uitputting van het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en mogelijke overschrijding daarvan.
15. Partijen spreken af om per kwartaal in gezamenlijkheid te bekijken welke mogelijkheden er zijn om een eventuele onwenselijke overschrijding lopende het jaar te redresseren, waarbij geen concessies worden gedaan aan kwaliteit en het niveau van dienstverlening.

² Jaarlijks wordt bij Voorjaarsnota de werkelijke loon- en prijsontwikkeling bepaald en of deze al dan niet wordt uitgekeerd.

16. Partijen spreken af gezamenlijk een monitoringsinstrument te ontwikkelen, dat tenminste inzicht geeft in de mate van substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, inclusief substitutie op het vlak van de acute zorg, en het budgettaire kader waarin de substitutie zijn beslag krijgt.
17. Ten behoeve van de macrobudgettaire beheersbaarheid zal de minister van VWS onderzoeken of het introduceren van een gedifferentieerd macrobeheersinstrument (MBI) tot de mogelijkheden behoort³. Dit MBI zou bij positief onderzoeksresultaat ingezet kunnen worden als ultimum remedium in het geval er ondanks de gemaakte afspraken toch overschrijdingen optreden van het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het onderzoek zal gericht zijn op de toepassing, de uitvoerbaarheid en juridisch aspecten van de toepassing van een MBI.
18. De minister van VWS zal een uiterste inspanning doen om bij overschrijdingen van het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, indien uit de monitoring blijkt dat de oorzaak van de overschrijdingen is gelegen in gewenste substitutie van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn, inclusief substitutie op het vlak van de acute zorg, geen korting toe te passen, waarbij geldt dat indien sprake is van gecontracteerde gewenste substitutie deze te allen tijde buiten de werking van het MBI zal vallen.
19. De minister van VWS zal, alvorens een besluit te nemen over de omgang met overschrijdingen van het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en het eventueel inzetten van een MBI, in gesprek treden met de LHV, LVG/LOK/VHN en ZN aan de hand van de uitkomsten van het monitoringsinstrument.
20. Partijen komen overeen dat de afspraken over doelmatig voorschrijven⁴, zoals opgenomen in onderdeel 15 tot en met 17 van het convenant LHV-VWS 2012-2013, worden voortgezet voor de looptijd van dit akkoord.
21. Partijen spreken af dat de afspraken over substitutie HAP-SEH en het overnemen van zelfverwijzers, zoals opgenomen in onderdeel 7, 8 en 10 van het convenant LHV-VWS 2012-2013, worden voortgezet voor de looptijd van dit akkoord.

B. Bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Overwegende dat:

- Versterking en verdere ontwikkeling van zorg dichtbij een gedeelde ambitie en prioriteit van partijen is, noodzakelijk om de houdbaarheid van het zorgstelsel te bevorderen met verbetering van de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.
- 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.
- Een optimale inzet van ICT in de gezondheidszorg kan bijdragen aan het vormgeven van de eigen verantwoordelijkheid en het zo doelmatig mogelijk organiseren van de zorg.
- De wijze waarop de zorg wordt bekostigd het realiseren van zorg dichtbij en het maken van afspraken over substitutie moet faciliteren.

Constaterende dat:

- In het Regeerakkoord is opgenomen dat er een nieuw bekostigingssysteem komt voor de huisartsenzorg.

³ Bij een gedifferentieerd MBI geeft de overheid vooraf de garantie af dat omzetafspraken waarvan vooraf door de NZa is vastgesteld dat die binnen de grenzen van het beschikbare budgettair kader zorg passen, achteraf niet door de overheid gekort zullen worden. Bij die toetsing vooraf moet ook in voldoende mate rekening worden gehouden met financiële ruimte die nodig is voor zorg die niet op basis van omzetcontracten wordt geleverd.

⁴ Dit betreft de afspraak om structureel, niet cumulatief, € 50 miljoen te besparen door doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door huisartsen.

- In 2012 enkele rapporten zijn gepubliceerd⁵ die van invloed zijn op de toekomstige inrichting van de (bekostiging van de) eerstelijnszorg.
- Genoemde rapporten en de afspraken uit het Regeerakkoord hebben geleid tot aanvullende voorstellen van veldpartijen over de inrichting van de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.
- Partijen de ambitie delen het nieuwe bekostigingssysteem zo snel mogelijk in te voeren, aangezien invoering cruciaal is om de doelstellingen uit dit akkoord, en in het bijzonder de doelstellingen op het vlak van substitutie, te kunnen realiseren.
- Met invoering van het nieuwe bekostigingssysteem de start wordt gemaakt naar een verdere versterking van de organisatiegraad in de eerste lijn en de samenwerking binnen de eerste lijn en met andere disciplines.

Spreken partijen het volgende af:

22. Het nieuwe bekostigingssysteem wordt op 1 januari 2015 ingevoerd en partijen zijn bereid een uiterste inspanning te doen om die ambitie te realiseren.
23. Partijen komen de volgende uitgangspunten voor het nieuwe bekostigingssysteem overeen. Het nieuwe bekostigingssysteem:
 - o maakt gebruik van populatiegebonden kenmerken als indicatie voor zorgbehoefte en geeft daardoor een stevige impuls aan het aansluiten van diverse vormen van zorg en ondersteuning zowel binnen de eerste lijn als ook naar het sociale domein en de medisch specialistische zorg;
 - o maakt belonen op basis van (gezondheids)uitkomsten mogelijk, door ruimte te bieden voor zorgverleners en zorgverzekeraars om onderling afspraken daarover te maken;
 - o stelt substitutie van de 2e naar de 1e lijn naar zelfzorg en preventie centraal, met als doel waar mogelijk voorkomen dat mensen in de 2e lijn terecht komen, door zorg zoveel en zo lang mogelijk in de eerste lijn te laten plaatsvinden;
 - o is zo eenvoudig en transparant mogelijk;
 - o draagt bij aan de macrobeheersbaarheid van de uitgaven aan eerstelijnszorg.
24. Om de persoonlijke relatie tussen huisarts en patiënt te waarborgen zal de minister van VWS de inschrijving op naam continueren en indien mogelijk wettelijk borgen.
25. Partijen delen de mening dat de transitie naar het belonen van (gezondheids)uitkomsten gefaciliteerd kan worden door het aangaan van meerjarige contracten.
26. Partijen komen overeen dat het toekomstige bekostigingssysteem zo min mogelijk perverse productieprikkel kent. Verrichtingentarieven kunnen een dergelijke prikkel bevatten.
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;

⁵ Het betreft het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit „Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg”, en het rapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging “Integrale bekostiging van zorg; werk in uitvoering”.

- iii. Kent vooralsnog 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 leveren⁷;
 - 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, verbandhoudend 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.

28. Partijen delen de visie dat de zorgvraag die op de huisartsenzorg afkomt verandert en meer afstemming met andere vormen van zorg en ondersteuning vereist. Hierbij valt te denken aan andere eerstelijnszorg, extramurale verpleging, publieke gezondheid en preventie, jeugdzorg, welzijn en participatie. Ook kan door substitutie van zorg vanuit de tweedelijns de aard van het basisaanbod van de huisarts veranderen, bijvoorbeeld door de intrede van e-zorg of de nazorg bij oncologie. Voor de komende jaren is de verwachting dat het aandeel van de multidisciplinaire zorg zal stijgen door de verdere uitrol van bestaande

⁶ De huidige differentiatie, op basis van leeftijd en postcode, blijft gedurende de looptijd van dit convenant in stand.

⁷ Het betreft in elk geval de chronische aandoeningen, waarvoor integrale bekostiging op basis van NZa-beleidsregels mogelijk is: DM type 2, VRM, COPD.

zorgprogramma's en de opstart van nieuwe zorgprogramma's zoals GGZ en de zorg voor kwetsbare ouderen. Dit betekent dat het tweede segment in de loop van de tijd zal groeien. De onderlinge omvangverhouding tussen de drie segmenten dient daarom periodiek (tweejaarlijks) gezien te worden. Daarbij is het van belang dat partijen een gedeeld beeld hebben van de zorg die binnen de segmenten wordt geleverd, de budgettaire omvang van die zorg en vanuit welke budgettaire kaders die zorg tot op dat moment gefinancierd werd. Op basis van dit gedeelde beeld zal ook de groei ruimte genoemd onder punt 10 van dit akkoord worden toebedeeld aan de verschillende segmenten.

29. Om de benodigde afstemming met andere vormen van zorg en ondersteuning goed vorm te kunnen geven en ook te kunnen sturen op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg is een verdere organisatieontwikkeling in de eerste lijn essentieel⁸. Zorggroepen, gezondheidscentra en andere lokale samenwerkingsverbanden spelen hierbij een belangrijke rol. Gezien de centrale rol van de huisarts in de eerste lijn zal de betrokkenheid van de huisarts bij die organisatieontwikkeling onverminderd groot zijn.
30. Het ligt in de lijn der verwachting dat de wijze van contracteren van het tweede segment de organisatieontwikkeling in de eerste lijn zal volgen, tenzij de lokale situatie dit niet toelaat.
31. De minister van VWS zal de NZa verzoeken het bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in samenwerking met partijen nader uit te werken. Partijen zullen meewerken aan het op korte termijn ontwikkelen van het nieuwe bekostigingsstelsel en een uiterste inspanning doen om het stelsel per 1 januari 2015 in te kunnen voeren. Partijen zeggen toe mee te werken aan het ontwikkelen van de daarbij benodigde registratiesystemen ten behoeve van het transparant maken van de geleverde zorg. Partijen zullen daarbij rekening houden met de wens om te komen tot meer eenduidigheid en uniformiteit ten aanzien van de te leveren en te contracteren zorgprestaties, de bijbehorende kostencomponenten en indicatoren.
32. De minister van VWS zal ten behoeve van de vormgeving van met name het tweede segment onderzoek laten doen naar welke kenmerken van de populatie het meest voorspellend zijn voor de zorgvraag van de populatie en de parameters die deze kenmerken het beste definiëren. Partijen zullen hierbij worden betrokken.
33. Uiterlijk 1 maart 2014 zullen partijen de precieze uitwerking van het bekostigingsstelsel gezamenlijk bezien, zodat de minister van VWS mede op basis van nadere analyses van de te verwachten effecten die invoering van het model zal hebben op de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg uiterlijk in maart 2014 een definitief besluit zal nemen over de stappen en het tijdpad van invoering van het nieuwe stelsel.
34. De wijze waarop en het tempo waarin de GEZ⁹-bekostiging van de gezondheidscentra wordt vervangen door een bekostiging vanuit segment twee zal nader door partijen worden bezien.
35. Ten behoeve van de vaststelling van de onderlinge omvangverhouding tussen het eerste, tweede en derde segment per 2015 binnen het budgettaire kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, zal de minister van VWS aan de NZa verzoeken hiertoe uiterlijk 1 maart 2014 een voorstel te doen, op basis van de dan meest recente cijfers. Uitgangspunt daarbij zal zijn zoveel mogelijk aan te sluiten bij het dan actuele beeld, en tevens rekening te houden met feitelijke en wenselijke verschuivingen in 2014 en 2015.

⁸ Dit betekent niet dat alle genoemde zorg binnen één organisatie moet worden geleverd, dan wel bij één organisatie moet worden gecontracteerd.

⁹ Beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten.

36. Partijen komen overeen dat ter ondersteuning van het functioneren van het nieuwe bekostigingssysteem en om kwaliteit en doelmatigheid via het derde segment goed en verantwoord te kunnen benchmarken en bekostigen, indicatoren worden ontwikkeld die op een verantwoorde manier resultaten en prestaties van kwalitatief goede zorg benoemen. Voor de nieuwe prestaties in het derde segment is overeenstemming tussen partijen wat goede resultaten zijn belangrijk. Het NHG en het Kwaliteitsinstituut worden benaderd om die indicatoren op korte termijn te ontwikkelen.

B.1 Consult

37. Partijen komen overeen dat het huidige consult als declaratietitel gedurende de looptijd van het convenant blijft bestaan, in combinatie met een gedifferentieerd inschrijftarief.

38. De minister van VWS biedt met ingang van 1 januari 2015 alle ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te experimenteren met een bekostigingssysteem dat geen consulten kent. Na evaluatie in het voorjaar van 2017, waarvan een vergelijking met een gemengd systeem onderdeel zal zijn, zal worden besloten of uitfasering van het consult per 2018 aangewezen is. Daarbij zal onder meer gekeken worden naar het effect op patiënttevredenheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg, alsmede naar de mate waarin de parameters onder het gedifferentieerde inschrijftarief in het eerste segment de verschillen tussen populaties voldoende compenseren.

B.2. Meekijkconsult

39. Partijen komen overeen dat met ingang van 1 januari 2015 het 'meekijkconsult' wordt ingevoerd, zodat een huisarts makkelijker eenmalig een medisch specialist kan raadplegen zonder de patiënt formeel door te hoeven verwijzen naar de doorgaans duurdere tweede lijn. De minister zal de NZa verzoeken hiertoe in afstemming met partijen een prestatiebeschrijving ontwikkelen en vast te stellen.

B.3 Modernisering en Innovatie-verrichtingen

Overwegende dat:

- De introductie van een lijst met Modernisering en Innovatie-verrichtingen (M&I-lijst) tot doel had innovatie in de eerste lijn en substitutie van zorg te stimuleren.
- Een deel van de huidige verrichtingen op de M&I-lijst inmiddels standaardpraktijk zijn geworden en geen aanvullende investeringen behoeven.
- Er anderzijds nieuwe zorgactiviteiten hun intrede doen in de huisartsenpraktijk.
- De inzet van e-health in de eerste lijn nog aan het begin staat en partijen de gedeelde ambitie hebben om de inzet van e-health in de eerste lijn een sterke impuls te geven.

40. Partijen komen overeen dat de zorgactiviteiten die nu via de M&I-lijst bekostigd worden, een plaats krijgen in het nieuwe bekostigingssysteem (in het eerste, tweede of derde segment). Bij de introductie van het nieuwe bekostigingssysteem komen daarmee niet de zorgactiviteiten, maar wel de M&I-verrichtingen als betaaltitel te vervallen. In het nieuwe bekostigingssysteem blijft ruimte om te bezien aan welke nieuwe prestaties behoefte is ontstaan.

41. Als stap richting het nieuwe bekostigingssysteem komen partijen overeen om voor 1 oktober 2013 gezamenlijk een voorstel te ontwikkelen voor de actualisatie per 1 januari 2014 van de huidige M&I-lijst, waarbij rekening wordt gehouden met uitvoeringsaspecten in de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

42. Partijen komen overeen nieuwe prestaties voor e-health te ontwikkelen, teneinde het zelfmanagement van de patiënt te versterken en de toepassing van ICT in de zorg een impuls te geven en te komen tot een opschaling van reeds bestaande toepassingen en barrières te slechten die inzet van e-health op nationale schaal nu nog in de weg zitten.

Bijlage 1 bij Onderhandelaarsakkoord eerste lijn 2014 - 2017

De LHV, LVG/LOK/VHN en de minister van VWS zullen in de komende periode een gezamenlijke inhoudelijke agenda uitwerken. Daarbij zullen in elk geval de volgende thema's worden meegenomen:

- a. Versterken rol patiënt
- b. Organisatiegraad eerste lijn
- c. Doorontwikkeling Multidisciplinaire zorg
- d. Inbedding POH-GGZ en Generalistische Basis-GGZ
- e. Substitutie, incl. informatievoorziening
- f. Integratie HAP/SEH, acute zorg overdag, ANW
- g. Service en dienstverlening
- h. Preventie
- i. Taakherschikking
- j. Administratieve lasten
- k. Mededinging
- l. Transparantie en informatie
- m. E-health/zelfmanagement
- n. Verbinding cure/care/gemeentelijk domein
- o. Gepast gebruik van zorg

DEEMTIJDE