

"De eerstelijns verbonden door ontwikkeling "

Gezamenlijke conclusies uitwerking hoofdlijnen eerste lijn 2014-2018

Op 16 juli 2013 hebben de LHV, InEen (destijds nog LOK/VHN/LVG), ZN en het ministerie van VWS een hoofdlijnenakkoord gesloten waarin een gezamenlijke visie en agenda voor de toekomst is neergelegd. In deze visie staat het belang van en de doorontwikkeling naar een sterke, goed georganiseerde eerste lijn centraal. Een eerstelijns waarin de verschillende professionals, zoals huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en paramedici goed samenwerken en van waaruit verbindingen worden gemaakt naar de gemeenten, GGD-en en ziekenhuizen. Een sterke en goed georganiseerde eerste lijn is in staat de zorg die vanuit de tweede lijn komt op te vangen en te voorkomen dat mensen onnodig naar de tweedelijns worden doorverwezen. Ook kan een sterke eerste lijn de patiënt – al dan niet met behulp van nieuwe technologieën – ondersteunen om zelf een grotere rol te nemen bij de behandeling van en het omgaan met een ziekte. Het gesloten akkoord is een ondersteuning van het kabinetsbeleid om zorg dicht bij de patiënt te organiseren en hem zo lang mogelijk in zijn eigen omgeving te laten functioneren.

Om die visie te kunnen realiseren zijn meerjarig afspraken gemaakt over extra financiële ruimte voor het budgettaire kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en de ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel. In het afgelopen jaar is door partijen hard gewerkt om de visie en de uitgangspunten die in het hoofdlijnenakkoord zijn neergelegd verder uit te werken. Met name de inrichting van de nieuwe bekostiging die per 1 januari 2015 in werking treedt is meer in detail uitgewerkt.

De gezamenlijke inspanning waar alle partijen elkaar in zullen ondersteunen is het totale kader voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in de komende jaren verder te vergroten, de basishuisartsenvoorziening in stand te houden en te sturen op verplaatsing van tweedelijns zorg naar de eerste lijn en het voorkomen dat mensen onnodig doorverwezen worden naar duurdere vormen van zorg. Dit vergt een gezamenlijke aanpak van huisartsen, eerstelijns zorgorganisaties en verzekeraars om inhoudelijk invulling te geven aan een ontwikkelagenda door het benoemen van interventies die in de eerstelijns kunnen worden uitgevoerd. Daarbij zal worden aangegeven welke zorgconsumptie met deze verrichtingen is gemoeid en tevens worden deze interventies van een adequate betaaltitel voorzien. Regionale proeftuinen en lokale initiatieven, waar deze nieuwe interventies ontwikkeld en getest worden, kunnen hierbij behulpzaam zijn. Het gaat hierbij om uiteenlopende vormen van zorg, waaronder om (multidisciplinaire) zorg bij chronische aandoeningen, end-of-life zorg en acute zorg. De regionaal ontwikkelde interventies dienen als leidraad in de invulling van segment 3 waaraan partijen zich committeren. Partijen onderschrijven dat alleen een gezamenlijke inspanning het geschetste perspectief dichterbij zal brengen. Het voortvarend inrichten van een substitutiemonitor is hierbij een belangrijk onderdeel.

Met het gezamenlijk, voortvarend oppakken van deze doorontwikkelagenda zal het (gedifferentieerd) belonen op uitkomsten beter en meer vorm kunnen krijgen. Dit is voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars van groot belang, zij hebben behoefte aan goede betaaltitels om te kunnen belonen op uitkomsten en kwaliteitsverschillen. Voor huisartsen is het daarbij van belang dat de stappen in de richting van meer uitkomstbekostiging niet te snel en te groot zijn, om de basishuisartsenzorg niet te ondermijnen. Voor organisaties in de eerstelijns zoals zorggroepen, gezondheidscentra en huisartsenposten is het essentieel dat er een gezonde bedrijfseconomische basis is en blijft om voldoende (door)ontwikkelkracht en implementatiecapaciteit te houden voor het aangaan van nieuwe verbindingen met onder meer de wijkverpleging, het sociale domein en de tweedelijns zorg.

Partijen hebben oog voor elkaars ambities en hebben het vertrouwen in elkaar uitgesproken om deze gezamenlijke ontwikkelagenda op te stellen, zich daaraan te committeren en daaraan voortvarend uitvoering te geven. Partijen hebben besloten om periodiek, minimaal vier keer per jaar, de ontwikkelingen te monitoren en te evalueren om zo nodig tussentijds bij te sturen. Daarnaast hebben partijen besloten een signaleringsplatform in te richten, zodat de gewenste ontwikkelingen goed geïmplementeerd worden. Eventuele knelpunten kunnen in een dergelijk platform snel aan de orde worden gesteld en van een oplossingsrichting worden voorzien.

Conclusies inrichting bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in 2015

Partijen komen in aanvulling op de afspraken uit het bestuurlijk akkoord en de besluitvormingsnotitie van maart 2014, mede gelet op de uitkomsten van het traject 'inrichting segment 3, het volgende overeen betreffende de definitieve inrichting van de bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in 2015.

A. Uitkomsten 'inrichting S3-traject'

M&I verrichtingen¹

- De NZa zal 13 categorieën² M&I-verrichtingen in 2015 'buiten haken' plaatsen. Deze verrichtingen worden in het kader van de doorontwikkelagenda opgepakt met het oog op de bekostiging van 2016 (diagnostiek, euthanasie, palliatieve zorg en niet zvw-prestaties) (totaal € 61,5 mln);
- De NZa zal 7 M&I-verrichtingen volledig verdisconteren in het inschrijftarief in combinatie met een dubbel consult of visite (€ 12,5 mln). Deze verrichtingen worden daarmee de facto afgeschaft als afzonderlijke verrichtingen per 2015;
- De NZa zal 2 M&I-verrichtingen (IUD en Cyriax) grotendeels verdisconteren in het inschrijftarief in combinatie met een dubbel consult en 6,9% toerekenen aan segment 3 voor het belonen van uitkomsten (totaal € 13,1 mln). De verrichtingen worden daarmee de facto afgeschaft als afzonderlijke verrichtingen per 2015;
- De NZa zal 9 M&I-verrichtingen samenvoegen tot 5 verrichtingen en deze als aparte prestaties in segment 1 positioneren in combinatie met het belonen van uitkomsten in segment 3 (totaal € 72,4 mln). Voor deze 5 verrichtingen zal de NZa een gereguleerd tarief vaststellen en tevens 6,9% van de kosten (conform rekenmethode NZa) toekennen aan segment 3. Voor deze 5 verrichtingen in segment 1 zal - in beginsel voor een periode van één jaar - een contractvereiste gelden. In dit jaar zal door de NZa een kostenonderzoek worden gedaan, en de verwachting is dat de verrichtingen per 2016 worden voorzien van een actuele en reële tariefopbouw, waarbij een groter percentage van de kosten (dan de 6,9%) zal worden toegerekend naar segment 3. Daardoor krijgen zorgverzekeraars meer mogelijkheden om te sturen op het verminderen van de huidige, veelal onverklaarbare praktijkvariatie. In 2015 zijn die mogelijkheden nog beperkt, en om die reden besluiten partijen de huidige contractvereiste vooralsnog te handhaven. In de eerste helft van 2015 wordt bepaald of dit contractvereiste kan komen te vervallen.

Prestaties uitkomstbekostiging per 2015

- De NZa zal cf. het advies van de werkgroep o.l.v. Edwin Velzel prestaties vaststellen om inhoudelijke uniforme resultaatbeloning in segment 3 mogelijk te maken voor de onderwerpen adequaat doorverwijzen en diagnostiek aanvragen, doelmatig voorschrijven en service en bereikbaarheid per 2015.
- Kort samengevat:
 - o Adequaat doorverwijzen en diagnostiek aanvragen – een prestatie om huisartsen voor te bereiden op de introductie van beloning op uitkomstindicatoren in 2016
 - o Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen – meten van en belonen op basis van 29 indicatoren op basis van de IVM monitor. Tevens wordt een aantal algemene indicatoren voor generiek / multisource toegevoegd.
 - o Service en bereikbaarheid – beloning op vijf extra service- en bereikbaarheidsnormen
- Daarnaast zal de NZa een prestatie vaststellen voor 'Indicatoren ketenzorg' – beloning op vijf indicatoren uit de landelijke benchmark.
- Op het vlak van E-health zal de NZa een open prestatie vaststellen, waarin zelfmanagement en digitale behandelvormen als domeinen worden benoemd.
- Verder zal de NZa de prestatie 'meekijkconsult' vaststellen. Dit betreft een ruim geformuleerde prestatie die de mogelijkheid biedt aan groepen huisartsen die aan de slag willen om een

¹ Zie bijlage 1 voor een totaal overzicht.

² Het betreft in totaal 26 verrichtingen.

meekijkconsult in de eerste lijn op te zetten onder regie van de huisarts. De uitgaven die met deze prestatie zijn gemoeid in 2015 zullen overeenkomstig de gemaakte afspraken over substitutie worden gemonitord en behandeld (conform de notitie van 14 juli 2013). Dit laat onverlet dat de huidige mogelijkheden voor de individuele huisarts om de medisch specialist te raadplegen (via een collegiaal telefonisch contact of het eenmalig insturen) dan wel de medisch specialist te raadplegen binnen de integrale bekostiging van de ketenzorg, behouden blijven.

Variabiliseringsgelden en monitoring uitgaven segment 3

- De variabiliseringsgelden maken deel uit van segment 3 voor het belonen van uitkomsten. Deze gelden worden ingezet op de door partijen overeengekomen prestaties in segment 3, voor zover die betrekking hebben op segment 1. Het betreft prestaties die op individueel praktijkniveau worden geleverd en de variabiliseringsgelden dragen daarmee bij aan het verbeteren van de kwaliteit, doelmatigheid en service van de basishuisartsenzorg.
- Zorgverzekeraars zeggen toe de variabiliseringsgelden, alsmede de overige voor 2015 aan segment 3 toegerekende middelen (d.w.z. in totaal € 112 miljoen, zie onderdeel C), volledig te besteden aan de vooraf overeengekomen prestaties.
- Zorgverzekeraars maken tijdig inzichtelijk op welke wijze de prestaties in segment 3 beloond worden. De benodigde prestaties worden door verzekeraars en aanbieders gezamenlijk ontwikkeld.
- Zorgverzekeraars committeren zich aan de gemaakte afspraken over segment 3 via een volgsysteem vanwege de uitvoerbaarheid en het tegengaan van onnodige administratieve belasting.
- De kostenontwikkeling in segment 1, 2 en 3 wordt op kwartaalbasis gedetailleerd gemonitord op basis van declaratiegegevens.
- Indien uit de monitor kostenontwikkeling blijkt dat er sprake is van een over- of onderbesteding van de voor 2015 aan segment 3 toegerekende middelen, waaronder de variabiliseringsgelden, gaan partijen in overleg over het alsnog inzetten c.q. uitkeren van deze niet bestede middelen respectievelijk het bijsturen in geval van overbesteding. De intentie van partijen is om zo mogelijk lopende het jaar bij te stellen.

B. Ketenzorg

- Partijen spreken nadrukkelijk de intentie uit dat de ketenzorgprogramma's in segment 2A door verzekeraars worden gecontracteerd overeenkomstig de zorgstandaarden als aanbieders kunnen voldoen aan de kwaliteitscriteria (waaronder scherpe inclusiecriteria).
- Partijen zetten zich gezamenlijk in om de kosteneffectiviteit van ketenzorg in eerste lijn en het substitutiepotentieel inzichtelijk te maken (waardoor ook de juiste interventies voor verdere substitutie duidelijk worden).
- De huidige, ten behoeve van ketenzorg en geïntegreerde, multidisciplinaire zorg tot stand gekomen infrastructuur, zal lopende het onderzoek naar de gewenste ondersteuning en infrastructuur in Nederland in stand gehouden worden. Verzekeraar en aanbieder zullen in onderling overleg deze gelden waar mogelijk meer gericht aanwenden voor kwaliteitsimpulsen van de huisartsenzorg en voor de beoogde versterking van de organisatiegraad van de eerstelijnszorg en de samenwerking binnen de eerste lijn (bijv. om de basis te leggen voor de uitbreiding van de wijkgerichte zorg in 2016 en verder).
- Partijen besluiten integrale bekostiging van ketenzorg astma met ingang van 1 januari 2015 mogelijk te maken in segment 2A, en spreken de intentie uit deze zorg vanaf 2015 via segment 2 te contracteren, waarbij zowel verzekeraars als aanbieders in het tempo en de omvang kunnen differentiëren.
- Partijen bevestigen de inzet om per 2016 tot landelijke prestaties te komen t.b.v. programmatische zorg voor kwetsbare ouderen en GGZ, en de integratie van farmaceutische zorg in de ketenzorgprogramma's, als dit aantoonbaar een betere uitkomst geeft op kwaliteit en kosten.

C. Omvang segment 3 in 2015 en onderlinge verhouding tussen de segmenten

- Uitgaande van het bovenstaande en de door de NZa gehanteerde rekenmethode komt de relatieve omvang van segment 3 in 2015 uit op 8,6% (€ 193 miljoen). Wanneer de uitgaven aan de praktijkondersteuner-somatiek (bekostigd via M&I-modules) buiten beschouwing

worden gelaten³ in de berekening van de omvang van segment 3 in 2015, wordt de relatieve omvang 5,2% (€ 112 miljoen).

- De omvang van en de onderlinge verhouding tussen de segmenten zijn dynamisch. Partijen streven er gezamenlijk naar het totale kader voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg te vergroten, door te sturen op verplaatsing van zorg naar de eerstelijns en het voorkomen dat mensen onnodig doorverwezen worden naar duurdere vormen van zorg. Door selectiever in te kopen in de tweede lijn ontstaat er ruimte voor groei van alle segmenten, waardoor de verhouding tussen de segmenten kan veranderen. Bij groei van multidisciplinaire zorg kunnen middelen daarnaast schuiven tussen de segmenten 1, 2 en 3.
- Partijen erkennen het belang van de substitutiemonitor en hechten waarde aan een voortvarende aanpak bij de realisatie daarvan. Onder leiding van een door de verzekeraars aangestelde externe procesbegeleider zal de substitutiemonitor verder ontwikkeld en uitgerold worden.
- Partijen zetten een substantiële stap ter vergroting van segment 3 zodat er meer mogelijkheden ontstaan voor het belonen van uitkomsten. Hiertoe zullen door verzekeraars en aanbieders in gezamenlijkheid nieuwe prestaties en indicatoren worden ontwikkeld, die mede gestoeld zijn op ervaringen uit proeftuinen en regionale innovaties. Partijen zeggen toe zich hier actief voor in te zetten.
- Bij vergroting van segment 3 zal de basishuisartsenzorg niet worden ondermijnd. Vergroting van segment 3 in 2016 en verder zal met name mogelijk worden gemaakt door substitutie van duurdere zorg naar de eerste lijn.

D. Macrobeheersing en monitoring

- De uitgaven aan zorgactiviteiten in de drie segmenten komen ten laste van twee dekkaders van het Budgettair Kader Zorg (BKZ): het kader huisartsenzorg en het kader multidisciplinaire zorg.
- Partijen hechten aan het uitgangsprincipe dat budget de zorg volgt, en dat een overschrijding daar wordt geredresseerd waar die is veroorzaakt. Dit betekent dat de kaders afzonderlijke beheersinstrumenten kennen; een generiek MBI en/of tariefmaatregel voor het kader huisartsenzorg en een generiek MBI voor het kader multidisciplinaire zorg.
- Partijen onderstrepen het belang van het kwartaaloverleg over de uitgavencijfers in relatie tot de uitputting van de kaders. Partijen hechten er waarde aan dat deze cijfers snel (bij voorkeur binnen twee maanden) beschikbaar komen om gedurende het jaar gezamenlijk te bezien of aanvullende afspraken nodig zijn, ten einde een overschrijding te voorkomen.
- Indien er sprake is van een overschrijding op de kaders zal bezien worden waar deze door veroorzaakt wordt, of het een gewenste of ongewenste overschrijding betreft, en of dit gepaard gaat met een onderuitputting van een ander dekkader zorg.
- Alvorens de minister een besluit neemt over de omgang met overschrijdingen op de kader(s) huisartsenzorg en / of multidisciplinaire zorg en het eventueel inzetten van een beheersinstrument, zal zij conform de afspraken in het bestuurlijk akkoord eerste lijn⁴, in gesprek gaan met partijen.
- Mocht de minister besluiten de overschrijding te redresseren dan zal zij afhankelijk waar de overschrijding zich voordoet een tariefmaatregel en / of een generiek mbi inzetten.
- De zorg in segment 1 komt ten laste van het kader huisartsenzorg, de zorg in segment 2 komt ten laste van het kader multidisciplinaire zorg. De activiteiten in segment 3 komen deels ten laste van het kader huisartsenzorg en deels van het kader multidisciplinaire zorg, omdat in segment 3 afspraken gemaakt kunnen worden over het belonen van resultaten die bereikt worden met de zorgactiviteiten in de segmenten 1 en 2 dan wel over zorgvernieuwing die op termijn in een van deze segmenten een plek zal krijgen.
- Partijen komen overeen dat mocht een overschrijding op het kader huisartsenzorg veroorzaakt worden door een toename van prestaties in S1, en de minister besluit (een deel van) de overschrijding te redresseren, voor het terughalen van deze overschrijding een tariefmaatregel en / of een generiek mbi wordt ingezet.
- Partijen komen overeen dat mocht een overschrijding op het kader huisartsenzorg veroorzaakt worden door een toename in het belonen van uitkomsten of zorgvernieuwing in segment 3, en

³ De module POH-S wordt dan tijdelijk buiten haken geplaatst.

⁴ TK 29 248, nr. 257

de minister besluit (een deel van) de overschrijding te redresseren, voor het terughalen van deze overschrijding een generiek mbi wordt ingezet en er geen korting volgt op de tarieven van de basis huisartsenzorg in segment 1.

- Partijen komen overeen dat mocht een overschrijding zich voordoen op het kader multidisciplinaire zorg, en de minister besluit (een deel van) de overschrijding te redresseren, voor het terughalen van deze overschrijding een generiek mbi wordt ingezet.
- Bij het inzetten van een generiek mbi zal de minister in acht nemen of de uitvoeringskosten opwegen tegen de opbrengsten.

DEFINITIEF

Bijlage 1 Overzicht M&I-verrichtingen

Soort M&I	Bedrag in € mln.
M&I's cf. reguliere prestaties S1	€ 12,5
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk (13016)	
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis (13017) (visite)	
Verrichting ter vervanging specialistenbezoek (13018)	
Trombosebeen (13019)	
Varices sclerosering (13020)	
Aanmeten en plaatsen pessarium (13025)	
Kortdurende opname (13046)	
M&I's cf. reguliere prestaties S1 i.c.m. belonen van uitkomsten in S3	€ 13,1
Therapeutische injectie (Cyriax) (13023)	
IUD inbrengen/ Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje (13042)	
M&I's aparte verrichting in S1 i.c.m. belonen van uitkomsten in S3, contractvereiste	€ 72,4
Chirurgie (13012, 13047 en 13048)	
Intensieve zorg dag (13034 en 13035)	
Intensieve zorg ANW uren (13036 en 13037)	
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris (13015)	
Oogboring (13024)	
Geen wijzigingen per 2015 (buiten haken)	€ 61,5
Eerstelijnsdiagnostiek M&I's (13000-13011, 13027 en 13045)	
Palliatieve consultatie (13032 en 13033)	
Euthanasie (13038)	
Gestructureerde huisartsenzorg in maatschappelijke opvang (13044)	
Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis (13043)	
Diabetes begeleiding per jaar (13029)	
Diabetes instellen op insuline (13030)	
COPD-gestructureerde zorg per jaar (13031)	
Chirurgie in geval van cosmetiek (13013)	
Varices sclerosering in geval van cosmetiek (13021)	
Sterilisatie man (13040)	
Besnijdenis (13041)	
Reizigersadvisering (13039)	
TOTAAL	€ 159,5