

**Convenant huisartsenzorg 2012/2013  
tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport (VWS)**

Constaterende dat:

1. Zorg in de buurt uitgaat van het principe dat zorg daar plaatsvindt, waar deze het meest doelmatig tegen de beste kwaliteit kan worden geleverd. Dat betekent dat zelfmanagement wordt ingezet waar mogelijk, professionele zorg begint in de eerstelijns en wanneer dat onvoldoende blijkt de tweedelijns wordt ingeschakeld.
2. De eerstelijnszorg, en de huisartsenzorg als onderdeel daarvan, een belangrijke taak heeft in het leveren van integrale zorg, onder andere voor mensen met chronische aandoeningen. Deze mensen hebben vaak levenslange zorg en ondersteuning nodig, die bij voorkeur dicht bij huis en in goede samenhang wordt verleend.
3. De huisarts als poortwachter van de tweede lijn een centrale rol speelt in de versterking en verdere ontwikkeling van zorg in de buurt.
4. Versterking en verdere ontwikkeling van zorg in de buurt 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.

Overwegende dat:

5. De versterking en verdere ontwikkeling van zorg in de buurt gebaat is bij onder meer sterkere inzet op zelfmanagement, een sterke poortwachterfunctie, het waar mogelijk verplaatsen van zorg uit de tweedelijns naar de eerstelijns en een doelmatige inzet van geneesmiddelen.
6. De sterke poortwachterfunctie van de huisarts kan bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en de houdbaarheid van de zorguitgaven. Dit betekent binnen de eerste lijn waar mogelijk vrije toegang met - daar waar vrije toegang is - een informatieplicht naar elkaar toe, geen vrije toegang tot de tweede lijn en een scherpe (controle op) naleving daarvan.
7. Er nog teveel onnodig een beroep gedaan wordt op de Spoedeisende hulp (SEH) in ziekenhuizen, daar waar ook de huisartsen of de huisartsenpost (HAP) uitkomst kan bieden in het verlenen van de gewenste zorg.
8. Het verbeteren van de dienstverlening en het serviceniveau van huisartsenpraktijken, bijvoorbeeld door flexibele en op de populatie afgestemde openingstijden en meer mogelijkheden om online afspraken te maken, kan bijdragen aan het terugdringen van onnodige zorgverlening op de HAP of de SEH.
9. Er onnodig veel zorg in de tweedelijns GGZ wordt verleend aan mensen met relatief lichte GGZ-klachten. Een versterking van de huisarts op dit punt en een betere inrichting van de basis GGZ is nodig om deze ontwikkeling te doorbreken. Een functioneel omschreven POH-GGZ functie kan vanuit de behoefte van de huisarts ingezet worden om mensen naar de goede vervolgplek te herleiden en alvast een adequate triage te verrichten (wel of niet eerste/tweedelijns of maatschappelijke opvang), waarbij de grenzen van de competenties en de medische standaarden van de beroepsgroep worden gerespecteerd en samenwerking met de GGZ-disciplines wordt versterkt.

10. Er op dit moment bij veel geneesmiddelengroepen sprake is van onnodig voorschrijven van relatief dure patentgeneesmiddelen (spécialités), waardoor de goedkopere, maar kwalitatief even goede generieke geneesmiddelen niet adequaat benut worden. Dit speelt zowel in de eerstelijns als in de tweedelijns.

Gegeven dat:

11. De minister van VWS een inspanningsverplichting heeft uitgesproken om een tariefkorting, gebaseerd op eventuele overschrijdingen in 2011, te voorkomen.
12. De overschrijding van het budgettair kader huisartsenzorg 2011 ca. 99 miljoen euro is (stand voorjaarsnota 2012).
13. De LHV en de minister van VWS hebben afgesproken de uitgaven aan huisartsenzorg in 2012 nauwlettend te monitoren, teneinde inzage te krijgen in de aard en omvang van een mogelijke overschrijding en een tariefmaatregel achteraf te voorkomen, door in gezamenlijkheid te bekijken welke mogelijkheden er zijn om een onwenselijke overschrijding lopende het jaar te redresseren, waarbij geen concessies worden gedaan aan kwaliteit en het niveau van dienstverlening.
14. In de komende periode de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aantal onderzoeken zal publiceren die van belang zijn voor de inrichting van de huisartsenzorg voor de komende jaren.

Komen de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport overeen dat:

#### **A. Zorg op de juiste plaats**

1. De LHV spant zich in voor de verdere verbetering van de eerstelijnszorg en de realisatie van 'zorg op de juiste plaats'.
2. De LHV stimuleert actief de invoering van innovatieve methoden om dit te realiseren, zoals e-health, flexibele openingstijden die zijn afgestemd op de populatie en betere samenwerking tussen zorgaanbieders.
3. In het licht van hun rol als poortwachter onderschrijven huisartsen de noodzaak van het niet zonder verwijzing van de huisarts kunnen bezoeken van een medisch specialist. De LHV stimuleert de naleving van dit uitgangspunt. De LHV en de minister van VWS zullen daarnaast werken aan het vergroten van het bewustzijn bij patiënten van de kosten van doorverwijzingen.
4. De poortwachterfunctie van de huisarts is direct gerelateerd aan de mogelijkheden die de huisarts heeft om de verwijzingen naar de tweede lijn te beïnvloeden. Huisartsen zetten zich in om het aantal verwijzingen naar medisch specialistische zorg uit doelmatigheidsoogpunt zo klein mogelijk te houden, waarbij een goede kwaliteit van zorg een randvoorwaarde is. Dit zal inzichtelijk worden gemaakt via landelijke spiegelinformatie. De LHV zal uiterlijk 1 oktober 2012 een plan van aanpak opleveren gericht op de totstandkoming en ontsluiting van spiegelinformatie in 2013 en identificatie van deelgebieden of aandoeningen waarop de LHV het meeste resultaat en inzet verwacht.
5. De minister van VWS onderzoekt of het mogelijk is een meekijkconsult in te voeren, zodat een huisarts makkelijker eenmalig een medisch specialist kan raadplegen zonder de patiënt te hoeven doorsturen, zodat er geen DBC wordt geopend in de tweedelijns.

6. Om de persoonlijke relatie tussen huisarts en patiënt te waarborgen zal de minister van VWS de inschrijving op naam continueren.

## **B. HAP/SEH**

7. De LHV en de minister van VWS zullen expliciet en publiekelijk de (verdere) totstandkoming van samenwerkingsinitiatieven HAP/SEH bepleiten.
8. De LHV spant zich zichtbaar in om lopende samenwerkingen succesvol voort te zetten.
9. De minister van VWS geeft gevolg aan haar toezegging om samenwerkingsverbanden tussen HAP en SEH te stimuleren. Een mogelijke overschrijding in 2012, voortkomende uit de samenwerking HAP/SEH, zal niet worden vertaald in een tariefmaatregel. Deze overschrijding dient goed onderbouwd en af te leiden te zijn uit een deugdelijke monitoring, zo mogelijk op basis van cijfers van het CVZ.
10. Daarnaast zal de LHV actief bijdragen aan de totstandkoming van een sluitende businesscase voor de toekomstige samenwerking HAP/SEH en het daaruit volgende stappenplan ter uitvoering van het businessplan. Onderzoek naar de mogelijkheid en wenselijkheid van een substitutiekader kan onderdeel zijn van dit stappenplan. Op basis van dit stappenplan zullen de LHV en de minister van VWS nader overleg voeren over de (budgettaire) consequenties van de uitvoering daarvan.

## **C. GGZ**

11. Huisartsen onderkennen dat de doelstellingen en ambities die zijn neergelegd in het concept bestuurlijk akkoord GGZ gevolgen zullen hebben voor hun eigen praktijk en dat zij daarop zullen moeten inspelen. In het concept bestuurlijk akkoord GGZ is een sleutelrol neergelegd bij de nulde en eerstelijns om te voorkomen dat met een toenemende zorgvraag er te veel mensen in de eerste en tweedelijns GGZ terecht komen. Huisartsen spelen hier actief op in, mede door bij te dragen aan de opvang van de groeiende zorgvraag en aan het verkrijgen van inzicht in de verwijsmogelijkheden in eerste en tweede lijn. Een voldoende beschikbaarheid van capaciteit en kwaliteit in de tweede, de eerste lijn en de nulde lijn is een essentiële factor in het weerslagen van deze gewenste ontwikkeling.
12. Om huisartsen voor deze taak te equiperen wordt per 2013 de module POH-GGZ geflexibiliseerd, waardoor er meer mogelijkheden ontstaan voor de ondersteuning van de huisarts ten aanzien van mensen met psychische problemen.
13. Teneinde huisartsen in staat te stellen meer ondersteuning in te zetten zal het kader huisartsenzorg hiervoor extra worden verhoogd<sup>1</sup>. Eerder is voor de module POH-GGZ een bedrag van 38 miljoen euro aan het huisartsenkader toegevoegd. Dat blijft eveneens beschikbaar. De specifieke inzet van de POH-GGZ wordt via een monitor inzichtelijk gemaakt.
14. De minister van VWS zal de NZa om advies vragen naar de mogelijkheid om per 2014 de bekostiging van deze module geheel functioneel te maken, waarbij uitgangspunt blijft dat de module zodanig wordt vormgegeven dat deze altijd in samenhang met en onder verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg wordt aangeboden.

---

<sup>1</sup> Het budgettaire kader huisartsenzorg zal olopend worden verhoogd tot 35 miljoen euro in 2015

#### **D. Doelmatig voorschrijven**

15. De LHV en de minister van VWS streven er naar dat het voorschrijven van medicijnen zo veel mogelijk conform de richtlijnen van de beroepsgroepen plaatsvindt. De LHV zal huisartsen actief stimuleren doelmatiger te gaan voorschrijven.
16. De LHV en de minister van VWS spreken af dat er een nieuwe doelstelling voor doelmatig voorschrijven komt van 50 miljoen euro op jaarbasis<sup>2</sup>. De realisatie van de taakstelling zal gedurende de periode tot 1 januari 2015 jaarlijks gemonitord worden op basis van gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), waarbij het volgende wordt afgesproken:
  - a. De nieuwe afspraak gaat in op 1 juli 2012;
  - b. Voor de tweede helft van 2012 geldt een doelstelling van 20 miljoen euro;
  - c. Met ingang van 1 januari 2013 geldt dat:
    1. de doelstelling van 50 miljoen euro op jaarbasis bedraagt;
    2. indien blijkt dat de taakstelling aan het eind van een jaar niet gerealiseerd is, geldt vanaf die datum dat het resterende bedrag zal worden verdisconteerd in de dan geldende tarieven;
    3. indien blijkt dat er een besparing is gerealiseerd die groter is dan 50 miljoen euro, zal de helft van het surplus worden benut om het huisartsenbudget te verhogen;
  - d. De vaststelling van de realisatie vindt plaats in november van het lopende jaar.
17. De minister van VWS zal het initiatief nemen voor een overleg met de LHV en de Orde van Medisch Specialisten, om een gezamenlijk plan van aanpak voor doelmatig voorschrijven nader vorm te geven, waarin de rollen en verantwoordelijkheden van partijen wordt geduid en onder andere aandacht is voor publieksvoorlichting.

#### **E. Financiële afspraken**

18. De eerder genoemde overschrijding van het huisartsenkader 2011 (ca. 99 miljoen euro, stand voorjaarsnota 2012) zal niet resulteren in een tariefskorting.
19. De minister van VWS kan vanwege de demissionaire status van het kabinet geen concrete toezegging doen ten aanzien van eventuele overschrijdingen 2012. De minister van VWS acht zich evenwel onverkort gecommiteerd aan de inspanningsverplichting om een nieuwe korting op de maximumtarieven in de huisartsenzorg zo veel mogelijk te voorkomen. Bij het nakomen van deze inspanningsverplichting zal onder meer gekeken worden naar de mate waarin de in dit convenant gestelde doelen zijn gerealiseerd.
20. Gezien de centrale positie van de huisartsenzorg binnen onder andere de verdere ontwikkeling van de zorg in de buurt, zijn de minister van VWS en de LHV van mening dat meerjarige bestuurlijke afspraken wenselijk zijn. Gezien de demissionaire status van het kabinet en de kaders zoals vastgelegd in het Lente-akkoord, is het op dit moment echter niet mogelijk om dergelijke afspraken te realiseren. Evenwel is de minister van VWS bereid om voor 2013 een regulier groeipercentage beschikbaar te stellen voor het budgettair kader huisartsenzorg van 2,5% ten opzichte van de begrotingsstand in 2012 (stand voorjaarsnota<sup>3</sup>). Daarnaast zal de minister van VWS ten behoeve van substitutie een additionele groei van 0,5% beschikbaar stellen. Met het beschikbaar stellen van deze groei ruimte wil de minister van VWS een duidelijk signaal afgeven dat de huisartsen financiële ruimte krijgen om de inspanningen zoals neergelegd in dit convenant te leveren.

---

<sup>2</sup> Hiermee komen eerdere afspraken over doelmatig voorschrijven te vervallen.

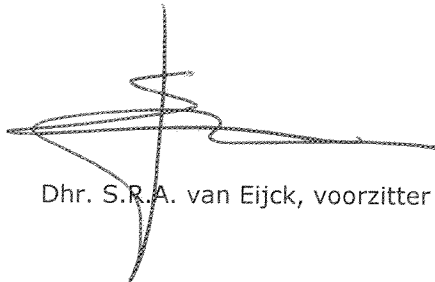
<sup>3</sup> Afwijkingen van de bij voorjaarsnota ingeschatte overschrijding 2011 zal niet leiden tot een aanpassing van de grondslag 2012. De percentages zoals genoemd zijn exclusief de loon- en prijsbijstelling.

## F. Afstemming en overleg

21. Over bovenstaande afspraken en de verwachte rapporten van de NZa zullen partijen de komende periode tenminste elk kwartaal overleg voeren teneinde:
- afspraken waar nodig te concretiseren;
  - de voortgang van de gemaakte afspraken te monitoren;
  - een goede keuze te maken op de volgende onderdelen: substitutie, inrichting toekomstige bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg, doorontwikkeling ketenzorg, experimenten met alternatieve vormen van bekostiging.
22. De LHV en de minister van VWS zullen over bovenstaande afspraken daar waar dat nodig is voor de realisatie van de gestelde doelen overleg initiëren met andere relevante partijen.

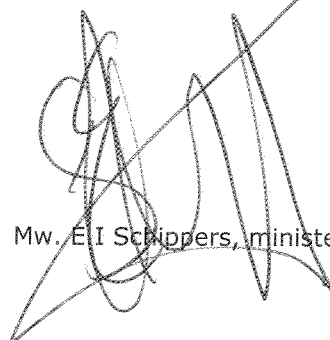
Den Haag, 22 juni 2012,

Namens de Landelijke Huisartsen  
Vereniging,  
*Onder voorbehoud van ledenraadpleging*



Dhr. S.R.A. van Eijck, voorzitter

Namens het Ministerie van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport,



Mw. E.I. Schippers, minister