

Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022

Partijen:

- Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
- InEen, vereniging van organisaties voor eerstelijns zorg
- Patiëntenfederatie Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- De minister voor Medische Zorg en Sport (VWS)

1. Algemene overwegingen

Overwegende dat:

- a. Alle betrokken partijen de ambitie hebben om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat de zorg zowel nu als op lange termijn zowel fysiek, tijdig als financieel toegankelijk blijft voor iedereen die zorg nodig heeft, met als streven op termijn de totale kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei;
- b. In het Regeerakkoord in dat licht ook het voornemen tot het sluiten van Hoofdlijnenakkoorden is opgenomen;
- c. Partijen van mening zijn dat demografische en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals vergrijzing, toenemende multi-morbiditeit en technologische ontwikkelingen die op ons afkomen maar ook veranderende wensen die de samenleving stelt aan zorg en ondersteuning, vergaande aanpassingen vergen in de wijze waarop zorg en ondersteuning wordt geboden;
- d. Deze ontwikkelingen onder meer vragen om een verdere transformatie naar het leveren van de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional op het juiste moment en tegen de juiste prijs, met als uitgangspunt dat de patiënt minimaal even goede of zelfs betere zorg zal ontvangen. Partijen erkennen dat er binnen het stelsel volop ruimte is en blijft voor koplopers zowel aan de kant van de zorgaanbieders als aan de kant van de zorgverzekeraars;
- e. Dergelijke veranderingen niet van de ene op de andere dag plaatsvinden. Voldoende tijd en een meerjarenperspectief op zowel landelijk als regionaal niveau zijn randvoorwaardelijk om de noodzakelijke aanpassingen onderdeel te laten worden van voorgenoemde transformatie;
- f. Het hiervoor nodig is in alle sectoren de bakens te verzetten, aangezien partijen voor het realiseren van de ambities ook afhankelijk zijn van de inzet en bijdrage van andere sectoren. Dit vergt zowel inhoudelijke als financiële afspraken in verschillende sectoren in de zorg om deze inzet en bijdrage te borgen alsmede in samenhang te realiseren en na te komen;
- g. Partijen delen dat het versterken van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verhogen van het (organiserend) vermogen van de eerste lijn om de veranderende zorgvraag op te vangen;
- h. Huisartsen de afgelopen jaren steeds meer zorg hebben verleend als gevolg van ingezette transitie. Partijen erkennen dat het belangrijk is dat de ervaren werkdruk onder huisartsen niet te hoog mag zijn en huisartsen voldoende tijd voor en met de patiënt hebben om goede zorg te kunnen verlenen en hun poortwachtersrol te kunnen vervullen. Partijen geven zich rekenschap dat bij zorgverschuivingen de eerste lijn geaccommodeerd moet worden deze mogelijk te maken;
- i. Partijen delen dat een richtinggevende gezamenlijke inhoudelijke agenda voor de huisartsenzorg bijdraagt aan het leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven hier regionaal invulling aan;
- j. Het wenselijk is dat met het oog op de contractering tijdig duidelijkheid bestaat over de inhoudelijke en financiële kaders;
- k. Het wenselijk is, om te voorkomen dat er met het aantreden van een nieuw kabinet na de kabinetsperiode Rutte-III een brugjaar zou ontstaan, dit akkoord overeen te komen voor de periode 2019 t/m 2022.

Spreken partijen het volgende af:

2. Inhoudelijke randvoorwaarden

2.1 De juiste zorg op de juiste plek

2.1.1 Algemeen

- a. Partijen committeren zich aan de gewenste transformatie naar *de juiste zorg op de juiste plek*. Het rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek – wie durft' (april 2018) van de gelijknamige Taskforce fungeert hierbij als een belangrijke inspiratiebron. Het vertrekpunt is het functioneren van mensen, lichamelijk, psychisch en sociaal. Niet op elke behoefte van mensen past een medisch antwoord. Het gaat erom goed functioneren te bevorderen (preventie) en in geval van ziekte de gevolgen daarvan te beperken en zo mogelijk te keren (via ondersteuning, begeleiding en behandeling). Dit vraagt om tijdige signalering, gezondheidsvaardigheden van patiënten, brede triage op het juiste moment, meer tijd voor patiënten, consultatieve samenwerking en goede vervolg- en gespecialiseerde zorg waarin de zorgbehoefte van mensen en de mogelijkheden om weer zelf regie te krijgen over hun functioneren centraal staan (eigenaarschap). Het vormgeven van deze transformatie in de praktijk vraagt om commitment van mensen zelf, van zorgprofessionals en hun organisaties en van de inkopers van zorg en ondersteuning.
Deze transformatie heeft als effect:
 - i) het voorkomen van (duurdere) zorg;
 - ii) het verplaatsen van zorg, (dichter) bij mensen thuis als dat kan dan wel verder weg (geconcentreerd) als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid moet;
 - iii) het vervangen van zorg door andere zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg.
- b. Bestuurlijk commitment op nationaal niveau is nodig om dit proces te sturen en te ondersteunen. De rapportage van de Taskforce 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' vormt de leidraad voor de agenda van het bestuurlijk overleg huisartsenzorg in de komende jaren, waarbij de gedane voorstellen een plek krijgen. Dat gebeurt ook in de bestaande bestuurlijke overleggen. Hierbij zal ook zo goed mogelijk concreet worden gemaakt hoe de voortgang van de transformatie inzichtelijk kan worden gemaakt in de zin dat mensen echt merken dat de zorg en ondersteuning beter aansluit op hun behoefte om te functioneren.
- c. Tussen het bestuurlijke commitment op nationaal niveau en het in de praktijk waarmaken van de juiste zorg op de juiste plek, is het nodig dat partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. Waar dit niet tot stand komt nemen de inkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) het initiatief en zullen samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties zorgen dat dit gebeurt. Dit beeld wordt vertaald in individuele contractering waarbij partijen hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgstelsel behouden. Hierbij streven zowel aanbieders als inkopers congruentie na. Partijen kunnen elkaar aanspreken op elkaars bijdrage om de gedeelde opgave aan te pakken.
- d. Met dit akkoord wordt op nationaal niveau afgesproken dat dit proces plaatsvindt en ieder zijn bijdrage levert. Hoe dit gebeurt en wat wordt afgesproken gebeurt decentraal. Via onder meer de bestaande bestuurlijke overleggen wordt de voortgang besproken, geleerd van de ervaringen, en aangejaagd en ondersteund als daar aanleiding voor is. Zonder dat dit leidt tot een centrale regie, centrale systemen van monitoring en/of verantwoording, behoudens wat partijen hierover verder afspreken onder g.
- e. Ter ondersteuning van de gewenste transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek delen partijen dat een richtinggevende gezamenlijke inhoudelijke agenda voor de huisartsenzorg bijdraagt aan het leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven hier regionaal invulling aan. Aan de hand van deze agenda bezien partijen in de regio of het onderwerp ook in die regio speelt en of het wenselijk is om daar afspraken over te maken en welke dat dan zouden moeten zijn. De onderwerpen op deze agenda zijn: meer tijd voor de patiënt, de zorg in avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren), het versterken van de organisatiegraad van de eerste lijn, zorg voor kwetsbare groepen en ICT-infrastructuur.
- f. Daarnaast zijn partijen van mening dat een aantal onderwerpen op landelijk niveau voortvarend opgepakt moet worden die bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plek en waar

men in de regio profijt van kan hebben, te weten: digitalisering in de huisartsenzorg & ICT-zorginfrastructuur, kwaliteit & transparantie en kennisvergroting & onderzoek.

- g. VWS vraagt de NZa om jaarlijks een globaal beeld van de contractering in de huisartsenzorg te maken, vergelijkbaar met de monitor die de NZa al uitvoert over de contractering wijkverpleging. Daarbij gaat het zowel om de ontwikkelingen in het contracteerproces als de mate waarin de thema's van de inhoudelijke agenda voor de regio, te weten: meer tijd voor en met de patiënt, de zorg in ANW-uren en het versterken van de organisatie en infrastructuur aan de orde komen in de contractering. Hierbij is aandacht voor regionale verschillen. De monitor van de NZa zal in het bestuurlijk overleg huisartsenzorg besproken worden.

2.1.2 Meer tijd voor en met de patiënt

- a. Partijen erkennen dat het belangrijk is dat de ervaren werkdruk onder huisartsen niet te hoog mag zijn en huisartsen voldoende tijd voor en met de patiënt hebben om goede zorg te kunnen verlenen en hun poortwachtersrol te kunnen vervullen. De doelstelling is dat de professional en de patiënt meer tijd en kwaliteit ervaren. Hier gaan partijen als volgt mee aan de slag:
- b. Het voldoende tijd hebben voor de patiënt geldt in het bijzonder voor kwetsbare ouderen, ggz-patiënten en mensen met een gezondheidsachterstand waarbij sprake kan zijn van een cumulatie van medische en sociale problemen. Het is van belang dat huisartsen de tijd hebben om de vraag achter de vraag te verhelderen zodat de patiënt daarna passende ondersteuning of zorg kan ontvangen binnen de huisartsenpraktijk, dan wel door gericht te verwijzen naar een andere professional;
- c. Partijen aangesloten bij dit akkoord voeren op landelijk niveau samen met andere betrokken partijen¹ het reeds opgestelde 'Plan van aanpak zorg voor kwetsbare ouderen' uit. Dit plan gaat onder andere in op vroegsignalering van kwetsbare ouderen, wie welke rol heeft in de zorg voor kwetsbare ouderen en hoe de onderlinge samenwerking kan worden bevorderd. De uitkomsten van dit plan biedt partijen in de regio handvatten bij het vormgeven en contracteren van persoonsgerichte, proactieve en geïntegreerde zorg aan kwetsbare ouderen;
- d. Partijen zijn van mening dat er specifiek meer tijd voor de patiënt gecreëerd moet worden voor huisartsen in achterstandswijken. Via het inschrijftarief ontvangen huisartsen reeds een opslag voor mensen woonachtig in een achterstandswijk. Afgesproken wordt om het aantal ingeschreven verzekerden waarvoor de huisarts deze opslag ontvangt te verruimen naar 1,5 miljoen ingeschreven verzekerden, zodat meer huisartsen voldoende tijd krijgen om mensen met gezondheidsachterstanden gepaste zorg te geven. Daarbij wordt ook gekeken naar herverdeling van de middelen. De extra middelen komen aantoonbaar ten goede aan extra patiëntenzorg. Verdere uitwerking vindt plaats in het lopende NZa traject;
- e. Goede samenwerkingsafspraken zijn nodig met professionals uit de wijkverpleging, de apothekers, de paramedici, de medisch specialistische zorg, de GGZ en het sociaal domein. Zeker wanneer het om kwetsbare patiënten gaat die veelal met meerdere zorgverleners te maken hebben. Het is belangrijk dat professionals uit het medische en het sociale domein elkaar kennen en weten wat de ander doet zodat zij tijdig en gericht naar elkaar kunnen verwijzen. Het verlenen van integrale zorg en ondersteuning valt of staat met een goed samenspel en overleg tussen professionals. Huisartsen zetten zich in om de samenwerking met andere professionals vorm te geven. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars creëren in de regio de benodigde randvoorwaarden, voor zover nog niet aanwezig, zodat huisartsen en andere partijen dit kunnen doen;
- f. Zorgverzekeraars onderkennen dat de kwetsbare groepen een groter beroep doen op de huisartsenzorg en dat het van belang is dat de huisarts daarbij voldoende tijd voor en met de patiënt heeft. Situationeel moet worden bekeken welke aanpak het beste past. Dit kunnen maatregelen zijn die zowel binnen als buiten de huisartsenzorg worden geïnitieerd en geïmplementeerd. Hierover gaan zorgverzekeraars in de regio het gesprek aan met de zorgaanbieders;
- g. Binnen de huisartsenzorg gaat dit om onder andere taakherschikking door bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist in te zetten in de praktijk of op de huisartsenpost, meer inzet van ondersteunend personeel zoals praktijkondersteuners somatiek en GGZ, meer inzet van

¹ NHG, V&VN, ActiZ, KNMP, KNGF, Verenso, VNG, Leago, Sociaal Werk Nederland

praktijkmanagers die niet-patiëntgebonden taken van de huisarts kunnen overnemen zodat een huisarts zijn tijd vooral aan patiënten kan besteden, het verlagen van het aantal ingeschrevenen per huisarts, versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn, het anders organiseren van spreekuren en de inzet van E-health waardoor patiënten niet langer voor een afspraak naar de praktijk hoeven en er ook zorg op afstand mogelijk is en er meer ingezet kan worden op zelfregie e.d.;

- h. Daarnaast delen partijen dat ook ontwikkelingen die buiten de huisartsenzorg plaatsvinden bijdragen aan meer tijd voor de patiënt en het verminderen van de ervaren werkdruk door huisartsen en daarmee ook bijdragen aan het vergroten van het werkplezier. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om extra investering in wijkverpleegkundigen, digitalisering van zorg buiten de huisartsenpraktijk, inzet van het ziekenhuis bij de begeleiding van chronisch zieken (als dit doelmatig is) en investeringen in het sociaal domein. Het is belangrijk dat huisartsen snel andere professionals kunnen inschakelen als dit nodig is. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het inschakelen van ggz-expertise of de expertise van de specialist ouderen geneeskunde in de eerste lijn. Daarnaast is het voor huisartsen essentieel dat, mocht de huisarts beoordelen dat het thuis even niet gaat en er een medische noodzaak is om een patiënt (tijdelijk) op te nemen, dit ook snel kan. Voor de mogelijke groei in capaciteit van ELV wordt (structureel) een jaarlijks bedrag van 20 miljoen (oplopend tot 80 miljoen in 2022) toegevoegd². Er zijn regionale coördinatiepunten ingericht die bijdragen aan het snel kunnen opnemen van patiënten door inzicht te bieden in de beschikbare bedden en ondersteuning te bieden bij triage en plaatsing van patiënten. Ook het maken van goede afspraken met en inzicht hebben in het aanbod van ondersteuning door het sociale en publieke gezondheidsdomein is zeer behulpzaam voor huisartsen voor het gericht ondersteunen en doorverwijzen van mensen die met zorgvragen bij de huisarts komen die niet-medisch van aard zijn;
- i. Partijen delen dat een bekostiging waarbij de zorgzwaarte van de patiënt een belangrijkere rol speelt ondersteunend kan zijn om de zorg te organiseren. Partijen spreken af om onder leiding van de NZa te verkennen of er passende oplossingen te bedenken zijn die de zorgzwaarte van de patiënt beter tot uitdrukking laat komen.

2.1.3 De zorg in de Avond, Nacht en Weekenden (ANW-zorg)

- a. Een analyse van de NZa over de acute zorg heeft laten zien dat domeinoverstijgende actie is geboden om de toegankelijkheid en toereikendheid van het aanbod te verbeteren. Ook doelmatigheid en flexibiliteit spelen hierbij een rol. Hiertoe heeft VWS voor de acute zorg een gezamenlijke agenda opgesteld die door partijen zal worden uitgevoerd. De juiste zorg op de juiste plek is één van de prioriteiten uit de gezamenlijke agenda. Belangrijke onderdelen daarvan zijn dat:
 - i) partijen zorgen voor intensieve samenwerking tussen partners in de ANW-zorg, waaronder de SEH, de crisisdienst van de GGZ, de specialist ouderengeneeskunde, het eerstelijnsverblijf en de acute thuiszorg, om de zorgverlening in de ANW te verbeteren en doelmatiger te maken en de ervaren werkdruk op de huisartsenpost te verminderen;
 - ii) partijen delen dat de wijze waarop de huisartsenzorg overdag is georganiseerd mede bepalend is voor het gebruik van en de druk op de ANW-voorzieningen. LHV en InEen werken samen met VPHuisartsen, zonodig samen met zorgverzekeraars, aan pilots waarin een andere werkwijze in de ANW-zorg en/of de samenhang met de dagzorg centraal staat. Deze pilots bieden aanknopingspunten voor verbeteringen in de ANW-zorg. Per regio kan de aanpak verschillen. De NZa zal op verzoek van VWS periodiek een monitor acute zorg opleveren.

2.1.4 Versterken van de organisatie & infrastructuur

- a. De juiste zorg op de juiste plek vereist een goed georganiseerde eerste lijn. De eerste lijn kenmerkt zich door zorgverleners met een verschillende expertise en verschillende organisatiestructuren. Er is behoefte aan samenwerkingsvormen en netwerkstructuren met voldoende mandaat die de zorg en de ondersteuning, in onderlinge samenhang, rondom de (kwetsbare) patiënten organiseren. Denk aan de implementatie van nieuwe zorgvormen en

² TK 29 869, nr. 911

- innovaties, het organiseren van consultatie van de medisch specialist, het organiseren van de zorg voor chronische zieken, het maken van samenwerkingsafspraken, de implementatie van kwaliteitsbeleid en het vormgeven van de verdere digitalisering binnen de huisartsenzorg.
- b. Partijen realiseren zich dat regio's nog zeer variëren in de mate waarin toegewerkt wordt naar een samenwerkingsverband/netwerkstructuur en dat per regio dus ook bezien moet worden welke inspanningen en middelen nodig zijn om hier stappen in te zetten. Partijen beseffen dat in sommige regio's extra inspanningen en middelen nodig zullen zijn en zullen dit meenemen bij de regionale afspraken rondom de inzet van O&I gelden. De rapporten 'Doelgerichte versterking van de Organisatie en Infrastructuur van de Eerste lijn'(2016) en 'Rapport Impactanalyse O&I' (2017)³ vormen daarbij de basis.
 - c. Om dit in de regio ook daadwerkelijk mogelijk te maken zijn in 2018 door de NZa nieuwe prestaties geïntroduceerd. Bij de uitvoering daarvan lopen partijen tegen knelpunten aan op het gebied van privacy, btw en de declaratie van prestaties. VWS zal met partijen zoeken naar een (praktische) oplossing binnen de huidige wet- en regelgeving. Parallel hieraan onderzoekt het ministerie structurele opties voor aanpassing van de wet- en regelgeving.

2.1.5 Digitalisering en ICT-zorginfrastructuur

- a. Om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen verlenen, is het ook randvoorwaardelijk dat zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars op het juiste moment beschikken over de juiste informatie en dat de opschaling van zinvolle en doelmatige (proces)innovaties, e-healthtoepassingen en digitaal ondersteunde zorg worden versneld. Deze dragen bij aan verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg en een lagere administratielast voor zorgverlener en patiënt.
- b. In het Informatieberaad zijn afspraken gemaakt over onder andere uitwisseling en standaardisatie van gegevens. Partijen achten de aansluiting bij de tijdslijnen en de ambities van het Informatieberaad passend en noodzakelijk voor de huisartsenzorg.
- c. Partijen bevorderen een positieve attitude van zorgverleners ten aanzien van gewenste veranderingen.
- d. Het wegnemen van belemmeringen in het vastleggen, koppelen, ontsluiten en uitwisselen van (patiënt)gegevens moet zo snel mogelijk gebeuren. Het gaat hierbij om belemmeringen van uiteenlopende aard: technisch, juridisch, medisch-inhoudelijk en op het gebied van de organisatie van zorg, die ook meerdere stelsels betreffen (Zvw, Wmo en Wlz). De technische vraagstukken kunnen in belangrijke mate worden opgelost door ontwikkeling en gebruik van standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling, inclusief MedMij, en gebruik van beschikbare (landelijke) uitwisselingsinfrastructuren zoals het Landelijk Schakelpunt en hieraan gekoppelde regionale netwerken.
- e. Partijen spreken af een impuls te geven aan de verdere digitalisering binnen de huisartsenzorg. Het Whitepaper van Nictiz, 'Toekomst digitalisering eerstelijnszorg Huisartsen - Noodzaak en oplossingsrichtingen voor het doorbreken van de "digitaliserings-paradox" eerstelijnszorg Huisartsen' vormt daarvoor belangrijke input. Deze impuls bestaat uit drie lijnen:
 - i. In aanvulling op de afspraken in het Informatieberaad moeten stappen worden gezet zodat een patiënt digitaal inzicht kan verkrijgen in zijn eigen gegevens. Partijen spreken af om het programma Ontsluiten van de Patiëntengegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland (OPEN) onder leiding van een kwartiermaker verder te concretiseren en geven vervolgens uitvoering aan het programma. Met als resultaat dat huisartsen en andere zorgverleners uit de georganiseerde eerstelijnszorg uiterlijk in 2020 aan iedere inwoner die dat wil veilig, betrouwbaar en zonder kosten, digitaal toegang kunnen verlenen tot de eigen gezondheidsgegevens. Deze gegevens kunnen worden ontsloten naar de PGO's van patiënten. Bij de implementatie wordt ingezet op regionale ondersteuning van de zorgpraktijk.
VWS stelt geld beschikbaar voor het programma OPEN onder voorwaarde dat dit programma aan de MedMij standaarden en het MedMij afsprakenstelsel voldoet. Tussen VWS, de LHV, InEen en ZN worden afspraken gemaakt ingeval de MedMij standaarden niet tijdig beschikbaar zijn. Doelstelling is dat partijen snel aan de slag

³ Over de financiële vergezichten in het Rapport Impactanalyse O&I' (2017) worden in dit akkoord geen afspraken gemaakt.

- kunnen en tegelijkertijd niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor het te laat beschikbaar komen van de MedMij standaarden;
- ii. Daarnaast heeft de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners een verbetering. Noodzakelijke gegevens voor het kunnen verlenen van goede zorg, zoals bijvoorbeeld het beschikbaar zijn van een actueel medicatieoverzicht en gegevens die betrekking hebben op ketenzorg, moeten digitaal en gestandaardiseerd uitgewisseld kunnen worden. LHV, InEen en ZN voeren een programma uit om te komen tot toetsbare minimale basiseisen voor de informatiesystemen in de reguliere huisartsenzorg, de ANW-zorg op de huisartsenpost en de multidisciplinaire en programmatische zorg. Aansluitend op dit programma wordt gezamenlijk onderzocht welke aanvullende maatregelen (regionale) implementatie in de zorgpraktijk moeten ondersteunen. Parallel werken zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen aan een betere kwalitatieve en kwantitatieve onderbouwing van de inzet van analyse van beschikbare 'informatie' en ervaringen. Dat kan bijvoorbeeld in 'living labs' voor de spoed- en de ketenzorg. In een living lab worden vanuit de praktijk kleinschalige en incrementele verbeterprocessen opgezet om te komen tot functionele eisen die vervolgens leiden tot nieuwe standaarden en opschaling;
 - iii. Conform de aanbevelingen uit het Nictiz rapport zullen de partijen LHV, InEen en ZN een plan maken om te stimuleren dat (individuele) professionals overgaan tot bundeling van ICT-kennis, capaciteit en voorzieningen op (boven)regionaal niveau. Deze beweging wordt landelijk gestimuleerd en ondersteund op basis van een landelijk visie van de zorgaanbieders op de ontwikkeling van de informatievoorziening in de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg. Onderdeel daarvan is actieve versterking van regionale organisatie, inclusief informatiekundige capaciteitsontwikkeling. Daarvoor kan, onder andere, inspiratie worden geput uit de rol van de Chief Medical Information Officer (CMIO) in de tweedelijnszorg. Regio's kunnen als 'living lab' innovaties beproeven die de samenwerking, gegevensuitwisseling en de kwaliteit van zorg verbeteren.
- f. Veilige, doelmatige en bewezen effectieve e-healthtoepassingen dienen binnen de looptijd van dit akkoord een regulier onderdeel van goede zorg te worden en de regie op gezondheid door mensen zelf te ondersteunen. Veilige en doelmatige e-health komt beschikbaar voor iedere patiënt die er gebruik van kan en wil maken. Hiertoe ondernemen partijen de volgende acties:
- i. Goede praktijkvoorbeelden worden actief uitgewisseld en opgeschaald. Denk aan applicaties waarmee het (fysieke) beroep op de zorg kan worden verminderd, zoals thuisarts.nl, beeldbellen, toepassingen die de onderlinge communicatie en snelle consultatie ondersteunen en het inbedden van e-health toepassingen in chronische zorgprogramma's. Zorgverleners, patiëntenorganisaties en verzekeraars informeren patiënten actief over de mogelijkheden van effectief getoonde toepassingen en van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) en ondersteunen patiënten waar nodig in het gebruik. Patiëntenorganisaties en zorgverleners informeren patiënten ook over het belang van het geven van toestemming voor onderlinge gegevensuitwisseling tussen relevante zorgaanbieders;
 - ii. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken afspraken over e-health toepassingen en innovatieve mogelijkheden als deze doelmatig zijn en meerwaarde voor patiënten bieden;
 - iii. Partijen onderzoeken de mogelijke toepassing van de in de GGZ ontwikkelde koppelbox en koppeltaal;
 - iv. Partijen stimuleren innovaties die voldoen aan de wensen van gebruikers en doelmatig zijn en creëren hiertoe ruimte, zoals online afspraken maken, het e-consult en het e-recept;
 - v. Partijen inventariseren met de NZa eventuele nog bestaande belemmeringen in de bekostiging van innovatieve toepassingen binnen de huisartsenzorg en zullen deze wegnemen;
 - vi. Partijen stimuleren dat er meer onderzoek komt naar de effectiviteit en de doelmatigheid van innovaties, waaronder e-health. Als digitale ondersteuning bewezen is en bijdraagt aan de waarde voor patiënten zal het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gevraagd worden deze op te nemen in richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.

2.1.6 Kwaliteit en transparantie

- a. In 2017 hebben de gezamenlijke huisartsenorganisaties hun visie op kwaliteitsbeleid gepresenteerd. De huisartsen introduceren daarmee een nieuwe manier van denken over en werken aan kwaliteit, die uitgaat van vertrouwen in de professional in plaats van controle en die leren en verbeteren stimuleert door onderlinge uitwisseling van ervaringen en spiegelinformatie. Deze manier van denken gaat uit van de motivatie van de professional zelf. Belangrijke pijlers van dit nieuwe kwaliteitsbeleid zijn dat er meer dan voorheen wordt ingezet op intercollegiale toetsing en het maken van een kwaliteitsjaarverslag. De huisartsenorganisaties zullen concretiseren hoe het kwaliteitssysteem de komende jaren moet worden geïmplementeerd en andere partijen daarin meenemen. Het meten van patiëntervaringen is een belangrijke pijler van het kwaliteitsbeleid en de uitkomst wordt onder andere meegenomen in de visitatie.
- b. Bij Samen Beslissen kiezen patiënt en zorgverlener op basis van de expertise van de arts en de persoonlijke voorkeuren van de patiënt samen of, en zo ja welke, zorg en ondersteuning het beste past bij de patiënt. Huisartsen hebben samen met patiënten een belangrijke rol bij het maken van keuzes voor de vervolgbehandeling. Zij maken waar mogelijk gebruik van de uitkomstindicatoren die vanuit het akkoord medisch specialistische zorg worden (door) ontwikkeld en verwerkt in keuzehulpen. In het regeerakkoord zijn middelen gereserveerd voor het stimuleren van het belonen van uitkomsten welke kunnen worden ingezet voor het stimuleren van deze beweging. Om Samen Beslissen in de spreekkamer te bevorderen, zetten partijen in op:
 - i. implementatie van de 3 goede vragen in de huisartsenpraktijk;
 - ii. vergroting van de bewustwording onder patiënten, onder meer door het communicatieplan 'Betere zorg begint met een Goed Gesprek';
 - iii. het gebruik in de eerstelijnszorg van instrumenten zoals keuzehulpen, welke geïntegreerd kunnen worden met thuisarts.nl.
- c. Partijen delen dat het niet eenvoudig is om te werken aan algemene uitkomstmaten voor de huisartsenzorg. Toch zien we dat voor bepaalde aandoeningen of specifieke groepen wel uitkomstindicatoren ontwikkeld zijn en worden gebruikt, veelal in samenhang met de medisch specialistische zorg. Daar waar er gedeelde positieve ervaringen zijn met het werken met uitkomstinformatie spreken partijen af dit vooral voort te zetten, actueel te houden en te verbreden. Conform de afspraken uit 'Het roer gaat om' wordt de vastgestelde set met etalage-info door alle huisartsenvoorzieningen toegankelijk gemaakt voor patiënten. Zoals in andere sectoren wordt onder meer Zorgkaart gebruikt om patiëntervaringen te delen.
- d. Als voorschrijvers van geneesmiddelen zetten huisartsen zich samen met andere partners in de farmaceutische keten in voor veilige en doelmatige farmaceutische patiëntenzorg middels het bijdragen aan actuele medicatieoverzichten en de uitvoering van medicatiebeoordelingen bij kwetsbare patiënten met polyfarmacie.
- e. Partijen delen dat de inbreng van patiënten bij richtlijnontwikkeling in de huisartsenzorg waardevol is. VWS stelt zich op het standpunt dat partijen die patiënten uitnodigen voor hun deelname aan het verbeteren van hun kwaliteit, de verantwoordelijkheid hebben om daar ook een passende vergoeding tegenover te stellen. Voor dit doeleinde zullen de kwaliteitsgelden van het NHG eenmalig, structureel worden opgehoogd.

2.1.7 Kennisvergroting en onderzoek

- a. VWS zal een domeinoverstijgend onderzoek opstarten naar de effecten van de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek. Partijen betrokken bij dit akkoord zullen ook worden betrokken bij de gewenste focus van het onderzoek (zie 2.1b).
- b. Het NHG heeft de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde opgesteld. Uitvoering hiervan is nodig om de huisartsenzorg blijvend op het huidige hoge niveau te houden.
- c. InEen en LHV dragen zorg voor de verspreiding van best practices in hun achterban en stimuleren leden deze in hun praktijk en regio toe te passen.

2.2 Arbeidsmarkt & opleidingen

- a. Als we nu niets extra en anders gaan doen, dan dreigt er in 2022 een tekort van ongeveer 100 tot 125 duizend medewerkers in de zorg. Dit komt vooral doordat er in de zorg de komende jaren veel extra mensen nodig zijn. Omdat we met zijn allen ouder worden en de zorgvraag verandert. Ook voor de huisartsenzorg geldt dat we nu moeten kijken of we maatregelen moeten treffen om de huisartsenzorg ook in de toekomst voor alle inwoners in Nederland toegankelijk te houden en toekomstbesteding te maken.
- b. Partijen onderschrijven het sectorbrede Actieprogramma 'Werken in de Zorg' welke invulling krijgt in de regio via de regionale actieplannen aanpak tekorten (RAAT).
- c. Afgelopen jaren zijn er vanuit het ministerie meer opleidingsplekken voor huisartsen beschikbaar gesteld (750) dan het capaciteitsorgaan adviseerde. Afsproken wordt om dit aantal tot en met 2020 te continueren. Voor het jaar 2021 en later zal het te zijner tijd op te leveren nieuwe advies van het Capaciteitsorgaan worden betrokken. De LHV zal zich inzetten, samen met de Huisartsenopleiding Nederland en de opleidingsinstituten, om de beschikbare plekken goed over het land te verspreiden en volledig te benutten.
- d. Om aan de veranderende zorgvraag te voldoen, worden steeds vaker andere zorgverleners ingezet in de huisartsenpraktijk of op de huisartsenpost om werkzaamheden van de huisarts over te nemen, zoals bijvoorbeeld praktijkondersteuners, een physician assistant (PA), een verpleegkundig specialist (VS) of een praktijkverpleegkundige huisarts (vanaf 2020). Partijen zetten zich gezamenlijk in om de mogelijkheden hiertoe nog beter te benutten. Het ministerie stelt jaarlijks 700 bekostigde opleidingsplekken voor PA en VS beschikbaar (zorgbreed). Partijen spreken af de komende jaren minimaal 75 leerwerkplekken voor PA's (30) en VS'en (45) in de huisartsenzorg te realiseren. De LHV en InEen zullen hun leden hierbij ondersteunen met informatie over inhoudelijke, organisatorische en financiële aspecten van de inzet van andere beroepen in de huisartsenzorg (POH, PA/VS) en het verspreiden van goede voorbeelden.
- e. Vanuit bepaalde regio's of wijken (veelal in krimpgebieden of achterstandswijken) wordt gesignaleerd dat het lastig is voor een patiënt om zich in te schrijven bij een huisartsenpraktijk of het lastig is om huisartsen aan te trekken die daar willen werken. In aanvulling op het Actieprogramma 'Werken in de zorg' spreken partijen af gezamenlijk onderzoek te doen naar wat bepalende factoren zijn voor huisartsen en of andere zorgverleners in de huisartsenpraktijk om in een bepaalde regio wel of niet te willen werken. Partijen zullen met elkaar over de uitkomsten van het onderzoek en de mogelijke oplossingen in gesprek gaan en zullen daarbij respect hebben voor elkaars rol en bezien op welk niveau (wijk, regio, landelijk) welke actie ondernomen moet worden.
- f. Tot slot is het van belang dat ook de opleiding van de huisarts zich aanpast aan de veranderde zorgvraag van mensen en daarmee de veranderende rol van de huisarts. Dit vraagt andere competenties van de huisarts waar tijdens de initiële opleiding al aandacht voor moet zijn. LHV en InEen zullen het gesprek aan gaan met het NHG en de opleidingsinstituten om te bezien hoe preventie (w.o. voeding en leefstijl), samen beslissen, de inzet van innovatie/eHealth, positieve gezondheid en multidisciplinair samenwerken een belangrijker onderdeel kunnen worden van de opleiding tot basisarts en de vervolgopleiding tot huisarts.

2.3 Terugdringen van overbodige regeldruk

- a. Huisartsen en andere zorgverleners werkzaam in de huisartsenpraktijk willen hun tijd vooral besteden aan goede patiëntenzorg. Registraties zijn soms noodzakelijk om goede zorg te verlenen, dat wordt ook door professionals zelf erkend en hoort er ook bij. Daar waar de registratie als niet zinvol en zelfs als last wordt ervaren, moet deze verdwijnen.
- b. Partijen spreken af de reeds ingezette weg om de ervaren regeldruk te verminderen voort te zetten en geven uitvoering aan het geaccordeerde Programmaplan (Ont) regel de zorg, waarvan het sectorplan huisartsenzorg een onderdeel is⁴. In dit sectorplan is niet alleen aandacht voor het schrappen van overbodige regels of het vereenvoudigen van regels, maar net zo belangrijk is er ook aandacht voor implementatie van de reeds aangepaste en geschrapte regels.

⁴ TK 29515, nr.424

- c. VWS neemt regie in het monitoren van de voortgang van de afgesproken acties die in het Programma (Ont)regel de zorg zijn opgenomen. De uitvoering zal gezamenlijk plaatsvinden in een werkgroep (Bureaucratie & administratieve lasten) waar alle betrokkenen aan deelnemen. Hierbij is ook aandacht voor de voortgang en de samenhang met het sectorplan van de patiënt/ cliënt en de andere sectorplannen die onderdeel zijn van het Programmaplan (Ont)regel de zorg. Nieuwe schrap- en verbeterpunten in relatie tot de lasten die de individuele huisarts ervaart dan wel de huisartsenorganisaties, worden besproken en opgepakt in de werkgroep Bureaucratie & administratieve lasten die partijen hebben opgericht naar aanleiding van het traject 'Het roer gaat om'.
- d. Partijen achten het van groot belang om ook oog te hebben voor de mechanismes die ten grondslag liggen aan de introductie van nieuwe regels, voorschriften, procedures, formulieren en indicatoren. Zowel waar het wet- en regelgeving van VWS betreft als het ontwikkelen en implementeren van nieuw beleid, is het uitgangspunt die zo lastenluw als mogelijk op te stellen, en de effecten op regeldruk goed in kaart te brengen zodat deze onderdeel uit kunnen maken van de totaalafweging over nut en noodzaak van een nieuwe wet, een nieuwe regel of nieuw beleid. Partijen zetten zich in om de interne administratieve lasten zo laag mogelijk te houden bij het inrichten van processen en administratie.

3. Financiële randvoorwaarden

3.1 Beschikbaar macrokader

- a. In de discussie over de financiële kaders voor de huisartsenzorg spelen verschillende elementen een rol die met elkaar samenhangen:
 - i) De volumegroei in relatie tot de wens om zorg op andere plekken te bieden dan in het medisch-specialistisch domein. Dat leidt tot een lagere volumegroei voor de medisch-specialistische zorg en hogere volumegroei voor (georganiseerde) huisartsenzorg, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf (ELV);
 - ii) Goed werkgeverschap en arbeidsmarktvragestukken vragen om een adequate/marktconforme cao-loonontwikkeling voor personeel in de huisartsenzorg. Alle partijen zijn van mening dat de cao-loonontwikkeling door zorgaanbieders moet kunnen worden betaald;
 - iii) Zorgverzekeraars hebben vanuit hun rol in het zorgstelsel ruimte nodig om te kunnen sturen op zowel het volume als op de prijs van de huisartsenzorg. Landelijke afspraken over de maximaal beschikbare financiële ruimte laten onverlet keuzes die in contractafspraken kunnen worden gemaakt tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van de reële zorgvraag en de reële prijzen in de lokale/regionale situatie. Dit betekent dat – via de contractering – de volumegroei in sommige gevallen hoger kan zijn dan het genoemde landelijke groeipercentage en in andere gevallen op een lager groeipercentage (of zelfs krimp) kan worden uitgekomen.
- b. Om de balans tussen deze aspecten te garanderen spreken partijen het volgende af:
 - i) Op de VWS-begroting is sprake van twee aparte budgettaire kaders, te weten het budgettair kader huisartsenzorg en het budgettair kader multidisciplinaire zorg. Op basis van de meest recente inzichten is er sprake van een structurele onderschrijding van het budgettair kader huisartsenzorg en een structurele overschrijding van het budgettair kader multidisciplinaire zorg. De kaders huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zullen hierop worden bijgesteld;
 - ii) De minister stelt een regulier groeipercentage voor het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vast van maximaal 1,0% en sluit daarmee aan bij de demografische ontwikkelingen. Om de beweging naar zorg op de juiste plek mogelijk te maken stelt de minister een additionele groei van 1,5% beschikbaar in de jaren 2019 en 2020 en een additionele groei van 2% in de jaren 2021 en 2022 voor het budgettair kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. In totaal is de landelijk maximaal beschikbare volumegroei 2,5% in de jaren 2019 en 2020 en 3% in de jaren 2021 en 2022. Partijen zullen zich inzetten om binnen de financiële kaders lokaal en regionaal in ieder geval afspraken te maken op de thema's van de richtinggevende gezamenlijke inhoudelijke agenda (meer tijd voor en met de patiënt, de zorg in ANW-uren, het versterken van de organisatie en infrastructuur, zorg voor kwetsbare groepen en ICT- infrastructuur). Daarnaast kunnen lokaal afspraken gemaakt worden

- over andere thema's die in de betreffende regio specifiek spelen die bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plek (zie paragraaf 2.1);
- iii) In aanvulling hierop stelt de minister middelen beschikbaar:
- 1) Om de ambities in dit akkoord te realiseren wordt structureel €50 miljoen extra aan het budgettair kader huisartsenzorg toegevoegd;
 - 2) Voor de zorg in achterstandswijken wordt structureel €11,8 miljoen extra toegevoegd aan het budgettair kader huisartsenzorg. VWS zal de NZa vragen dit volledig door te vertalen naar verruiming van het aantal ingeschreven verzekerden waarop de opslag voor achterstandswijken op de inschrijftarieven van toepassing is;
 - 3) Ter ondersteuning van de digitalisering van de huisartsenzorg wordt jaarlijks gemiddeld €12,5 miljoen toegevoegd aan het budgettair kader huisartsenzorg (totaal €50 miljoen). De wijze waarop deze middelen besteed worden, wordt nader uitgewerkt maar moet in ieder geval passend zijn binnen de regels voor (geoorloofde) staatssteun en moet leiden tot een praktisch en meetbaar resultaat;
 - 4) Voor het programma OPEN wordt €15 miljoen in 2019 en €20 miljoen in de jaren 2020 – 2022 beschikbaar gesteld via de begroting van VWS (totaal €75 miljoen), voor zover passend binnen de regels voor (geoorloofde) staatssteun;
 - 5) Het NHG heeft de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde opgesteld. Voor deze onderzoeksagenda wordt voor de looptijd van dit akkoord jaarlijks €2 miljoen extra beschikbaar gesteld via een programma van ZonMW;
 - 6) Voor de uitvoering van landelijke projecten die ondersteunend zijn aan de afspraken in dit akkoord is jaarlijks een bedrag van maximaal €1 miljoen beschikbaar uit het budgettair kader huisartsenzorg. Alle ondertekenaars van dit akkoord kunnen projectvoorstellen aandragen en gezamenlijk wordt besloten over de inzet van de middelen;
 - 7) Voor patiënteninbreng bij richtlijnontwikkeling in de huisartsenzorg zal het bedrag dat het NHG voor de kwaliteitsgelden ontvangt eenmalig, structureel worden opgehoogd met €100.000. De coördinatie van de inzet van patiënten ligt in beginsel bij de Patiëntenfederatie. De Patiëntenfederatie maakt hierover afspraken met het NHG. VWS treft voorbereidingen om de kwaliteitsgelden voor het NHG vanaf 2019 via ZonMW te financieren. Eventuele consequenties zullen in de uitvoering worden gezien.
- iv) Onderwerpen van lokale onderhandelingen zijn naast de eerder genoemde richtinggevende gezamenlijke inhoudelijke agenda: loon- en prijsontwikkelingen, productiviteits- en doelmatigheidswinst (mede gebaseerd op landelijk geobjectiveerde gegevens), effecten van zinnige zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen en specifieke lokale omstandigheden. In de lokale onderhandelingen wordt de kostenstijging uit hoofde van de cao loonstijging, waar deze van toepassing is (zie 3.1a.ii), volledig doorvertaald in de af te spreken prijzen. In concreto gaat het hierbij om de overheidsbijdrage aan de arbeidskostenontwikkeling (OVA);
- v) Het beschikbare macrokader huisartsenzorg voor de jaren 2019 t/m 2022 wordt hiermee: €3.047 miljoen, €3.128 miljoen, €3.221 miljoen en €3.312 miljoen, exclusief indexatie voor loon- en prijsontwikkeling en eventuele technische mutaties. Het beschikbare macrokader multidisciplinaire zorg voor de jaren 2019 t/m 2022 wordt hiermee: €630 miljoen, €646 miljoen, €665 miljoen en €685 miljoen, exclusief indexatie voor loon- en prijsontwikkeling en eventuele technische mutaties.

3.2 Omgang met overschrijdingen

Indien onverhoopt het afgesproken macrokader wordt overschreden, treden partijen hierover in overleg, waarbij gekeken zal worden naar de aard en oorzaak van de overschrijding. Het budgettair kader huisartsenzorg en het budgettair kader multidisciplinaire zorg worden daarbij in samenhang gezien. Partijen kunnen dan in overleg treden over kader- of tariefkortingen. VWS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren via het macrobeheersinstrument.

4. Slotbepaling

Wanneer de afspraken in dit akkoord niet of onvoldoende of sneller dan verwacht van de grond komen en implicaties hebben voor de uitvoering van dit akkoord, dan wel in de ogen van één van partijen onvoldoende voortgang wordt bewerkstelligd in de regio, dan treden partijen gezamenlijk in overleg in het bestuurlijk overleg huisartsenzorg. Ook waar partijen knelpunten ervaren in landelijke wet- en regelgeving worden deze op landelijk niveau besproken en waar mogelijk weggenomen. Partijen spreken af om naast de reguliere bestuurlijke overleggen in het najaar van 2020 in een bijzonder bestuurlijk overleg de stand van de uitwerking van het akkoord integraal te bespreken.

Partijen spreken tot slot af om de landelijke projecten/afspraken voor 1 januari 2019 te hebben voorzien van een SMART uitvoeringsraamwerk inclusief het benoemen van trekkers, tijdspaden, mee te nemen reeds lopende projecten en nog te starten projecten, zodat de uitvoering van het akkoord goed kan worden gevolgd.

Landelijke Huisartsen Vereniging

InEen
vereniging van organisaties voor eerstelijns zorg

N.A. Kalsbeek

Drs. Jan Frans (J.F.M.) Mutsaerts

Patiëntenfederatie Nederland

Zorgverzekeraars Nederland

Mw. drs. D.A. Veldman

Mr. A. Rouvoet

Minister voor Medische Zorg
en Sport,

Mr. drs. B.J. Bruins