

Voorstel van Ella Vogelaar, onafhankelijk voorzitter van het overleg tussen LHV, VWS en ZN, aan genoemde partijen voor een Beleidsagenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg voor 2006 en 2007

De afgelopen weken hebben de LHV, VWS en ZN onder mijn leiding onderhandeld over een beleidsagenda en bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg. Ik constateer dat partijen zich in dat overleg constructief hebben opgesteld en elkaar dicht genaderd zijn in het formuleren van een gemeenschappelijke beleidsagenda en nieuwe bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg. Op grond van die wetenschap doe ik een voorstel aan partijen op basis waarvan ik het vertrouwen heb dat het voor ieder van de partijen mogelijk moet zijn om dat te kunnen aanvaarden. In het besef dat een verdere escalatie rond de positie van de huisartsen niet in het belang is van patiënten die aangewezen zijn op hun zorg, doe ik een dringend beroep op alle drie de betrokken partijen dit eindvoorstel te beschouwen als een ultieme poging van mij als onafhankelijk voorzitter, om tot een oplossing van het gerezen conflict te komen.

De Landelijke Huisartsen Vereniging, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland stemmen in met deze beleidsagenda voor huisartsenzorg voor de komende 2 jaren, alsmede met de randvoorwaarden van een nieuw bekostigingssysteem dat de uitvoering van de beleidsagenda mogelijk moet maken. Om te bevorderen dat de overeengekomen beleidsagenda wordt gerealiseerd, spreken partijen af dat er gedurende de looptijd van de overeenkomst er ieder kwartaal een voortgangsoverleg op bestuurlijk/directie niveau plaatsvindt onder leiding van een onafhankelijk voorzitter.

1. **Uitgangspunten**

Ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg leggen in toenemende mate druk op de huisartsen en de andere eerstelijns zorgaanbieders. De toename van het aantal ouderen en chronisch zieken, mogelijkheden van substitutie van zorg van 2^e naar 1^e lijn, de verwachte grote uitstroom van huisartsen i.v.m. (pre-)pensionering, maar ook de veranderende opvattingen over werktijden en de groeiende behoefte aan deeltijdwerk, werken een dreigend tekort aan huisartsen in bepaalde regio's in de hand. Deze ontwikkelingen stellen partijen voor de uitdaging om innovatieve oplossingen te vinden. Alleen door modernisering en innovatie kan de waardevolle poortwachterfunctie naar de tweede lijn en spilfunctie van de huisartsenzorg in een goed georganiseerde eerst lijn behouden blijven, nu en op lange termijn. Het uitgangspunt hierbij is dat goede huisartsenzorg in het belang is van iedere burger.

Partijen spreken uit dat zij zich over een periode van twee jaar, ingaand op 1 januari 2006, binden aan onderstaande gezamenlijke afspraken. Zij hebben de intentie daarna de afspraken te continueren en te actualiseren. De periode tussen het sluiten van de overeenkomst en de ingangsdatum wordt door partijen gebruikt om de uitspraken verder uit te werken en de benodigde voorbereidingen getroffen om op de ingangsdatum van het akkoord een vliegende start te kunnen maken.

2. **Beleidsagenda modernisering en innovatie**

Partijen zijn een beleidsagenda op hoofdlijnen overeengekomen voor de ontwikkeling van de huisartsenzorg in samenhang met de totale eerstelijns zorg. De realisatie van deze beleidsagenda is primair een zaak van lokale afspraken tussen zorgverzekeraars, huisartsen en andere zorgaanbieders in de eerste lijn. De landelijke partijen zullen dit proces stimuleren en monitoren.

2.1 Inhoudelijke afspraken modernisering en innovatie

Samenwerking van huisartsen (onderling) en met andere eerstelijns zorgaanbieders is van groot belang om de veranderende zorgvraag te kunnen beantwoorden en een oplossing te bieden voor het dreigende tekort aan huisartsen in sommige regio's. Partijen onderkennen dat programma's voor begeleiding en behandeling van chronische aandoeningen in de eerste lijn versterkt moeten worden. Men is van mening dat substitutie van zorg van de 2^e naar de 1^e lijn waar mogelijk gestimuleerd moet worden. Ook achten partijen het van belang dat kwaliteitsbevordering en toetsing via onder meer accreditatie van huisartsenpraktijken gestimuleerd wordt.

De afspraken over modernisering en innovatie hebben betrekking op:

- Het stimuleren van samenwerkingsverbanden van huisartsen (onderling) en andere eerstelijns zorgaanbieders
- De verdere ontwikkeling van de programmatische aanpak van chronische aandoeningen
- Substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn
- Kwaliteitsbevordering van de huisartsenzorg

Samenwerkingsverbanden van huisartsen (onderling) en andere eerstelijns zorgaanbieders (fysiotherapeuten, verloskundigen, apothekers, GGZ, maatschappelijk werk etc.) zijn van belang voor kwalitatief goede zorg aan patiënten, dicht in de buurt. De poortwachter- en spilfunctie van de huisarts kan in een dergelijk samenwerkingsverband optimaal worden vormgegeven. Vormen van taakdifferentiatie en –herschikking tussen samenwerkende huisartsen en andere zorgverleners maken het mogelijk om zorg aan chronisch zieken te verbeteren en substitutie van zorg van de tweede- naar de eerstelijnszorg te bewerkstelligen. Dit levert ook kostenbesparingen op.

Afspraken over het voorschrijfbeleid van medicijnen tussen huisartsen en zorgverzekeraars enerzijds en medisch specialisten en zorgverzekeraars anderzijds kunnen eveneens een aanzienlijke kostenbesparing opleveren. Onderdeel van deze afspraken is dat de huidige praktijk, waarbij een huisarts op grond van medische indicatie af kan wijken van het overeengekomen voorschrijfbeleid, door dit aan te geven op het uit te schrijven recept, wordt gecontinueerd. Dit laat onverlet de machtigingsprocedures voor bijzondere geneesmiddelen.

De te realiseren kostenbesparingen op beide terreinen dienen door zorgverzekeraars deels te worden ingezet om de overeengekomen beleidsagenda modernisering en innovatie mede te realiseren.

Het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) heeft een systeem voor accreditatie van huisartsen ontwikkeld. Accreditatie kan een impuls geven aan de kwaliteitsontwikkeling van de huisartsenzorg. Partijen stimuleren een verdere implementatie van de beoogde accreditatie.

2.2 Stimuleren samenwerkingsverbanden

Momenteel besteedt de huisarts gemiddeld een derde van zijn tijd aan niet primair zorggerelateerde taken. Door de inzet van praktijkondersteuners, gespecialiseerde verpleegkundigen, managers/coördinatoren en ICT-voorzieningen, kan de huisarts meer tijd besteden aan zijn werkelijke professie: het verlenen van zorg.

De vormgeving van de beoogde samenwerkingsverbanden (vaak bekend als gezondheidscentra, HOED, HAGRO etc.) kan lokaal verschillen. Een groep van huisartsen al dan niet samen met andere zorgaanbieders, kan het initiatief nemen. Maar dit kan ook liggen bij een zorgverzekeraar, woningbouwcorporatie, particulier ondernemer of andere zorgaanbieders uit de eerste of tweede lijn. Bij het realiseren van samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders is het vinden van huisvesting vaak een knelpunt. Partijen zullen overleg voeren met relevante stakeholders (bijv. VNG) om te bezien welke

bijdrage zij kunnen leveren aan het oplossen van lokale knelpunten op dit terrein. De praktijk leert dat het inschakelen van een projectleider vaak een succesfactor is bij het realiseren van samenwerkingsverbanden. Partijen zullen good practices hiermee verzamelen en verspreiden.

De financiering van samenwerkingsverbanden vindt plaats op basis van een opgesteld bedrijfsplan, waarin wordt aangegeven hoe de financiering van de benodigde investeringen plaatsvindt en welke middelen de betrokken eerstelijns zorgaanbieders inzetten voor de exploitatie. Partijen spreken af om daartoe in samenwerking met andere eerstelijns zorgaanbieders modellen te ontwikkelen. Daarbij zal worden aangesloten bij de reeds bestaande begeleidingscommissie praktijkplan eerste lijnszorg. Het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) is een goed platform om de geschetste beleidslijn samen met andere eerstelijns zorgaanbieders af te stemmen en de implementatie te stimuleren.

Partijen komen tevens overeen om in 2005/2006 onder meer op bestuurlijk/directie niveau nader overleg te voeren over de door de LHV ontwikkelde visie op de inhoud van het basisaanbod, aanvullend aanbod en bijzonder aanbod aan huisartsenzorg. Partijen hebben de intentie daarover een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen en deze te betrekken bij de overeengekomen evaluatie van de bekostigingssystematiek.

2.3 Ambitieniveau

Partijen spannen zich in om meer samenwerking en samenhang binnen de eerstelijnszorg te realiseren zoals beschreven in deze beleidsagenda. De vormgeving van de samenwerking kan lokaal verschillen. Op dit moment ontbreekt er, zowel kwantitatief als kwalitatief, een overzicht van de huidige samenwerkingsverbanden. Er dient een inventarisatie te komen op basis waarvan concrete meetbare doelstellingen zijn te formuleren in het bestuurlijk/directie overleg, evenals een inventarisatie van de ingezette middelen om dit doel te bereiken. Op basis van een nulmeting door het NIVEL verricht, spreken partijen in het bestuurlijk/directie overleg het aantal te realiseren samenwerkingsverbanden af. Partijen spannen zich in om het aantal bestaande samenwerkingsverbanden te verdubbelen.

3. Bekostigingssystematiek huisartsenzorg

3.1 Algemeen

Door de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet, waarbij het onderscheid tussen ziekenfonds (gefinancierd op abonnementsbasis) en particulier verzekerden (gefinancierd op consultbasis) vervalt, dient er een nieuw bekostigingssystematiek voor huisartsen overeengekomen te worden.

Partijen kiezen per 1-1-2006 voor een gemengd systeem dat in hoofdlijnen bestaat uit drie elementen:

(a) een regulier consulttarief van € 9. Omdat er geen ervaringscijfers voorhanden zijn over het aantal consulten in het nieuwe bekostigingssysteem, waarbij het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden wegvalt, zijn partijen een aantal aannames overeengekomen om tot een vaststelling daarvan te komen. Partijen hebben dit vooralsnog vastgesteld op 8296 voor een normpraktijk met 2350 patiënten. Partijen komen overeen om het aantal werkelijke consulten vanaf 1 januari 2006 zorgvuldig te monitoren. Als blijkt dat het aantal consulten hoger of lager is dan 8296, dan zal het tarief navenant worden aangepast. De metingen vinden in 2006 per kwartaal plaats.

(b) een inschrijftarief per ingeschreven patiënt van € 52.

Per 1 januari kunnen huisartsen de inschrijvergoeding voor het komende kalenderjaar van alle bij hen op naam ingeschreven patiënten bij zorgverzekeraars declareren. Declaraties worden zoals gebruikelijk binnen 30 dagen betaald. Het inschrijftarief wordt periodiek betaald, met dien verstande dat de eerste termijn binnen een termijn van 30 dagen na declaratie betaald wordt.

(c) drie modules met aanvullende vergoedingen:

- Module POH (praktijkondersteuning huisartsen)vergoedingen (ca. € 29 mln., plus € 20 mln. additioneel).

- Module populatiegebonden vergoedingen (ca. € 25 mln.);

- Module modernisering en innovatie.

Deze module bestaat uit minimaal € 50 mln. (voormalige RIZ-budgetten), € 25 mln. budget Modernisering en Innovatie (waarvan € 12 mln. incidenteel in 2006) en een nog niet vaststaand budget als gevolg van substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Voor 2007 spannen partijen zich in om eveneens € 25 mln. voor het budget modernisering en innovatie te reserveren.

3.2 Module Praktijkondersteuning huisartsen (POH)

Vanaf 2006 is € 49 mln. geraamd voor POH Dit is het bestaande budget en € 20 mln. additioneel toegevoegd aan het huisartsenkader. Het betreft een open-einde regeling, hetgeen impliceert dat wanneer meer huisartsen een aanvraag doen die voldoet aan de gestelde criteria, zij ook voor POH vergoed worden.

POH wordt toegekend op grond van de huidige voorwaarden (dit impliceert dat de verdeling van middelen uitkomt op 2/3 als opslag op het inschrijftarief, 1/3 als consult). Deze verhouding wordt niet gewijzigd. Voor de berekening van de inverdieneffecten (declareerbare consulten door POH) wordt aangesloten bij de systematiek zoals in die in 2005 gebruikt is.

In 2006 wordt gemonitord (kwantitatief en kwalitatief) of de gemaakte veronderstellingen, met betrekking tot het inverdieneffect van een praktijkondersteuner, kloppen. Indien dit niet het geval is, zal de berekening van de inverdieneffecten voor 2007 worden afgestemd op de feitelijke inverdieneffecten op basis van de monitoring. Zorgverzekeraars beoordelen de inzet van de POH gelden achteraf aan de voorwaarden van de regeling.

Uitkering van de module POH is alleen mogelijk indien er sprake is van een contract tussen zorgverzekeraar en huisarts. Indien huisartsen er geen aanspraak op maken omdat ze geen contract met zorgverzekeraars afsluiten, zetten zorgverzekeraars dit budget in voor de module modernisering en innovatie ten behoeve van de huisartsenzorg.

3.3 Module Populatiegebonden vergoedingen

Ook in 2006 is € 25 mln. beschikbaar voor de module populatiegebonden vergoedingen. Deze module biedt huisartsen die een praktijk hebben in een achterstandswijk en/of met veel oudere patiënten, waarvan bekend is dat die meer dan gemiddeld zorg consumeren c.q. waar per consult meer tijd mee gemoeid is van een toeslag te voorzien. De omvang van het beschikbare budget is gerelateerd aan de omvang van de volumegroei in het huisartsenkader, waarin rekening wordt gehouden met demografische ontwikkelingen en vergrijzing.

De module populatiegebonden vergoedingen is opgebouwd uit twee componenten. De component achterstandswijken wordt berekend volgens de huidige postcodeverdeling binnen het huidige macrobedrag. In de component ouderen (65+) wordt een variatie in leeftijd aangebracht, zodat de grotere

intensiteit van de dienstverlening aan mensen van 75 jaar en ouder beter gecompenseerd kan worden. De uitwerking hiervan vindt in CTG-verband (College Tarieven Gezondheidszorg) plaats op basis van NIVEL-cijfers.

De module wordt verrekend als een statistische opslag op het inschrijftarief conform de huidige systematiek.

Uitkering van de module populatiegebonden vergoedingen is alleen mogelijk indien er sprake is van een contract tussen zorgverzekeraar en huisarts. Indien huisartsen er geen aanspraak op maken omdat ze geen contract met zorgverzekeraars afsluiten, zetten zorgverzekeraars dit budget in voor de module modernisering en innovatie ten behoeve van de huisartsenzorg.

3.4 Module Modernisering en Innovatie ten behoeve van decentrale afspraken

In 2006 is ten minste ca. € 75 mln. beschikbaar voor het budget modernisering en innovatie. De middelen worden ondermeer ingezet voor het realiseren van de onder 2.2 genoemde beleidsagenda op basis van af te sluiten contracten tussen zorgverzekeraars en (samenwerkende) huisartsen op decentraal niveau.

Dit bedrag is opgebouwd uit de volgende bronnen:

- Het huidige RIZ-budget (flexizorg) van € 50 mln.
Hieruit worden momenteel bijzondere verrichtingen die huisartsen uitvoeren gefinancierd en allerlei lokale initiatieven die sterke overeenkomst vertonen met de beleidsagenda modernisering en innovatie. De verrichtingen worden ook de komende 2 jaren vergoed op basis van de huidige RIZ-verrichtingenlijst. De te leveren verrichting en de hoogte van het tarief zullen worden vastgesteld door partijen in CTG-verband op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).
- Een additioneel budget van € 25 mln. In 2006
Van dit budget is € 12 mln. incidenteel in 2006. Voor 2007 spannen partijen zich in om eveneens € 25 mln. voor modernisering en innovatie te reserveren.
- Vrijkomende middelen door overheveling van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, en vrijkomende middelen ten gevolge van afspraken tussen zorgverzekeraars en huisartsen over het voorschrijfbeleid met betrekking tot medicijnen en vrijwillig in te zetten middelen door zorgverzekeraars. Partijen hebben afgesproken dat zorgverzekeraars deze vrijkomende middelen deels inzetten in het kader van de module modernisering en innovatie. De omvang van het budget dat beschikbaar komt door vrijval en vrijwillig in te zetten middelen is nu niet vast te stellen, dat hangt af van de mate en aard van de afspraken die lokale partijen daarover maken.

Zorgverzekeraars en huisartsen moeten op lokaal en regionaal niveau afspraken maken over de besteding van de module modernisering en innovatie. Voorwaarde voor toekenning is dat de te financieren initiatieven passen binnen de op landelijk niveau geformuleerde beleidsagenda ten aanzien van modernisering en innovatie van huisartsenzorg. Het beschikbare budget kan alleen worden ingezet voor het realiseren van de overeengekomen beleidsagenda.

3.5 Passantentarium

Het huidige passantentarium van € 24,80 blijft gehandhaafd. Vanaf 1 januari 2006 geldt dit voor alle patiënten. Daarvoor is een budget beschikbaar van € 23,5 mln. , afkomstig uit de bestaande € 17,5 mln. ziekenfondsmiddelen en € 6 mln. particuliere middelen. Voor patiënten, woonachtig in dezelfde woonplaats als de vestigingsgemeente van de huisarts, kan geen passantentarium in rekening worden gebracht. Het passantentarium is bedoeld voor incidentele en acute zorg. Voor declaratie van een passantentarium moeten huisartsen beschikken over een contract met hun dominante zorgverzekeraar.

Alle partijen zullen onbedoeld en onheus gebruik van het passantentarief streng aanpakken. Partijen spreken af dat over twee jaar evaluatie plaatsvindt om de effecten van deze maatregel te beoordelen.

3.6 Totaal beschikbaar financieel kader

Bovenstaande afspraken m.b.t. de bekostigingsstructuur van de huisartsenzorg leiden tot een financieel beslag dat overeenkomt met het totaal beschikbare budget in het huidige huisartsenkader, inclusief de voorziene nominale indexatie (2006: € 58 mln., 2007: € 44 mln.). Daar wordt een budget van € 20 mln. structureel aan toegevoegd voor de uitbreiding van de praktijkondersteuning van huisartsen.

In de wetenschap dat huisartsen als enige beroepsgroep in de gezondheidszorg ten gevolge van de overgang naar de nieuwe zorgverzekeringswet te maken krijgen met een nieuwe bekostigingsstructuur en constaterende dat daaruit extra lasten voortvloeien wordt ter compensatie daarvan € 10 mln. toegevoegd aan het huisartsenkader. Daarenboven hebben zorgverzekeraars zich bereid verklaard ten behoeve van het digitaliseren van het declaratieverkeer tussen huisartsen en zorgverzekeraars maximaal € 15 mln. op jaarbasis beschikbaar te stellen voor die huisartsen die hun declaraties digitaal aanleveren

4. Randvoorwaarden nieuwe bekostigingssystematiek

4.1 Vereenvoudigde contractering

Partijen stellen zich ten doel tot gelijkwaardige posities bij contractbesprekingen te komen en om de contractering met zorgverzekeraars zo eenvoudig mogelijk te organiseren, zodat de administratieve lasten zo beperkt mogelijk blijven.

Uitgangspunt is dat onderhandeld kan worden met de dominante zorgverzekeraar in een regio. Het contract dat op basis daarvan tot stand komt, wordt door de huisarts vervolgens aangeboden aan de andere zorgverzekeraars. ZN stimuleert dat zorgverzekeraars op basis hiervan tot het sluiten van contracten komen. Partijen zullen met de NMa, de Zorgautoriteit en het ministerie van Economische Zaken overleg voeren om de mogelijkheid te bevorderen dat collectiviteiten van huisartsen kunnen onderhandelen met de dominante zorgverzekeraar. Tevens wordt besproken of de bagatelbepaling voor individuele beroepsbeoefenaren in de zorg kan worden verruimd.

Het resultaat van de besprekingen met deze organisaties dient uiterlijk op 1 oktober 2005 bekend te zijn. Indien dit niet het geval is, of niet tot een gewenst resultaat leidt, vindt er op dit punt nader overleg plaats tussen partijen.

Partijen onderzoeken samen welke mogelijkheden er zijn om het offertetraject met behulp van ICT op efficiënte manier vorm te geven.

Ten aanzien van de zorgverzekeraars die uitsluitend restitutiepols aanbieden aan hun verzekerden, geldt de afspraak dat ongeacht het wel of niet hebben van een overeenkomst met de huisarts de modules POH en populatiegebonden vergoedingen worden betaald indien aan de CTG - beleidsregels wordt voldaan.

De Zorgautoriteit toetst vooraf bij contractonderhandelingen of er voldoende concurrentie tot stand komt. Indien dit niet het geval is, kan de Zorgautoriteit generieke regels stellen zoals een verbod op eenzijdig opgelegde of onredelijke contractvoorwaarden, of een verbod op onredelijke termijnen voor het tekenen van contracten. Indien er achteraf sprake is van een machtspositie (van een verzekeraar of aanbieder), en deze machtspositie wordt gebruikt, dan kan de NMa optreden.

4.2 Beheersing administratieve lasten

Partijen wensen administratieve lasten, die gemeoid gaan met de introductie van het nieuwe

bekostigingssysteem (contracten, ICT) zo goed mogelijk te beheersen. Daartoe zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop de contractonderhandelingen zullen worden gevoerd (zie par. 4.1). VWS voegt op jaarbasis € 10 mln. toe aan het huisartsenkader om huisartsen te faciliteren ten behoeve van de werkzaamheden die voortvloeien uit de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet en de nieuwe bekostigingssystematiek. Daarnaast kan digitalisering van het declaratieverkeer een bijdrage leveren aan het verminderen van de administratieve lasten. Zorgverzekeraars zullen huisartsen stimuleren tot het digitaal aanleveren van declaraties volgens een uniforme standaard. Zij ontvangen een nog nader vast te stellen bedrag per declaratieregel. Huisartsen die niet gedigitaliseerd aanleveren, ontvangen die vergoeding niet. Zorgverzekeraars stellen hiervoor buiten het huisartsenkader jaarlijks maximaal € 15 mln. beschikbaar.

4.3 Debiteuren-, onverzekerden- en ondernemersrisico's

Partijen maken verschillende inschattingen over de vraag of de nieuwe zorgverzekeringswet leidt tot een toename van genoemde risico's. Partijen spreken af te monitoren of dergelijke effecten op treden en zullen indien dit onverhoopt toch het geval is passende maatregelen nemen.

4.4. Apotheekhoudende huisartsen

Partijen stellen vast dat apotheekhoudende huisartsen met name in dun bevolkte gebieden een belangrijke rol spelen voor zowel de continuïteit van huisartsenzorg als die van de geneesmiddelenvoorziening. Partijen vragen het CTG, gelet op het beleid om kortingen en bonussen aan apothekers en apotheekhoudende huisartsen af te bouwen, om tot een adequate bekostiging van apotheekhoudende huisartsen te komen. Hieraan voorafgaand zal overleg plaatsvinden tussen VWS en de apotheekhoudende huisartsen binnen de LHV over hun specifieke positie.

4.5 Herijking bekostigingssysteem

Na twee jaar wordt het bekostigingssysteem integraal geëvalueerd en eventueel aangepast. Daarbij zal ook aandacht besteed worden aan de financiering van avond- nacht- en weekenddiensten. In het kader van dit akkoord spant de LHV zich tot het uiterste in om te bewerkstelligen dat de bestaande afspraken met huisartsendienstenstructuren door huisartsen gerespecteerd worden en daar waar nodig de bereikbaarheid verbeterd.

5. Vormgeving implementatiestructuur

Om de geformuleerde beleidsagenda te kunnen realiseren, wordt de uitvoering op drie verschillende niveau's begeleid.

5.1 Bestuurlijk overleg

Het bestuurlijk overleg heeft tot doel de uitvoering van de beleidsagenda te realiseren, en het decentrale proces van modernisering en innovatie te faciliteren: het signaleren van knelpunten; het verzamelen van good practices en deze te verspreiden.

Het reeds bestaande LOVE zal door het bestuurlijk overleg worden gevraagd een bijdrage te leveren aan het realiseren van de overeengekomen beleidsagenda en daartoe nauw samen te werken met het implementatieteam.

5.2 Implementatieteam

Het implementatieteam, waarin medewerkers van alle drie de partijen participeren, is een landelijk team dat een brug moet slaan tussen de landelijk vastgestelde beleidsagenda en de decentrale uitvoering ervan. Het team signaleert knelpunten en doet voorstellen voor de oplossing ervan; verzamelt best practices in den lande en verspreidt deze. Tevens vervult het, in afstemming met de ROS-sen een

stimulerende functie in het realiseren van de beleidsagenda. Het implementatieteam wordt aangestuurd door het bestuurlijk overleg.

5.3. Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS-sen)

De ROS-sen hebben een rol in de daadwerkelijke realisatie van de beleidsagenda in de regio's. Zij ondersteunen samenwerkingsinitiatieven en leveren best practices aan aan het implementatieteam. Ook signaleren zij eventuele regionale problemen bij het implementatieteam en het bestuurlijk overleg. Daarnaast blijven de ROS-sen hun bestaande taken ten dienste van de eerstelijnszorg uitvoeren. Zorgverzekeraars maken daarover afspraken met de ROS-sen, rekening houdend met lokale omstandigheden.

6. Aanvullende afspraken

6.1 Beroepsgeheim

Ten behoeve van nadere explicitering van de bepaling uit de zorgverzekeringswet, dat het beroepsgeheim gewaarborgd blijft, bevestigen partijen dat ten behoeve van het declaratieverkeer de prestatiecodes voor bekostiging van huisartsenzorg worden gehandhaafd, die niet herleidbaar zijn naar de diagnose.

6.2 Regulering uitstroom huisartsen

Partijen spreken af om te bevorderen dat er regionaal afspraken worden gemaakt tussen huisartsen en zorgverzekeraars om de ongewenste uitstroom van huisartsen te reguleren, met het oog op het garanderen van de continuïteit van huisartsenzorg.

6.3 Nieuwe besteding D&O gelden

Er wordt een onderzoek gedaan naar het functioneren van de in 2006 ingevoerde nieuwe ondersteuningsstructuur en de inzet van de beschikbare middelen daarvoor. Het CTZ wordt hierbij betrokken.

6.4 Inzet middelen stichting POH

De reserves van de stichting POH worden ingezet voor de reorganisatiekosten van de LHV.

6.5 Voorlichting over invoering zorgverzekeringswet

Partijen geven objectieve voorlichting aan huisartsen en patiënten over de invoering van de zorgverzekeringswet.

VWS en ZN zullen huisartsen daartoe voorzien van foldermateriaal en FAQ sheets gericht op zowel huisartsen zelf als op patiënten, waarin feitelijke informatie over de wet wordt verstrekt. Over de inhoud van het materiaal zal afstemming plaats vinden met de LHV.

Tot slot

Partijen zijn van mening dat met bovengenoemde afspraken op evenwichtige wijze is tegemoet gekomen aan de verschillende belangen van betrokken partijen en dat de beleidsagenda een impuls zal geven aan

het bieden van een kwalitatief goede en gemoderniseerde huisartsenzorg in samenhang met een goed georganiseerde eerstelijnszorg.

Ik verzoek partijen mij uiterlijk vrijdag 13 juni, 17:00 uur te laten weten of zij in kunnen stemmen met onderhavig voorstel.

's Gravenhage, 30 juni 2005

Ella Vogelaar, onafhankelijk voorzitter